

حرکات عاداتی (کلیشه‌ای) در کودکان

دکتر محمد برخورداری: * استادیار، گروه بیماری‌های کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر پیمان سلامتی: استادیار، مرکز تحقیقات تروما و جراحی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر کامبیز ستوده: پزشک عمومی، مرکز توسعه پژوهش، بیمارستان بهرامی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

فصلنامه پایش

سال هفتم شماره اول زمستان ۱۳۸۶ صص ۲۱-۱۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۶/۴

چکیده

این مطالعه با هدف بررسی شیوع حرکات عاداتی/کلیشه‌ای، در کودکان شهر ارومیه انجام گردید. ۳۰۰ کودک ۴-۱۲ ساله از ۱۳ مهد کودک و دبستان به روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب و از طریق مراکز فوق‌الذکر برای کودکان و والدین آنها دعوتنامه ارسال گردید و با استفاده از پرسشنامه معتبر، شیوع حرکات بررسی شد. ۱۶۷ پسر (۵۶ درصد) و ۱۳۳ دختر (۴۴ درصد) مورد بررسی قرار گرفتند. تقریباً ۵۰ درصد از کودکان (۱۴۹ نفر)، مبتلا به یک نوع حرکت عاداتی بودند. شایع‌ترین موارد یافت شده: دندان قروچه ۱۶ درصد، سر کوبیدن ۱۳ درصد، کشیدن مو ۸ درصد، ناخن جویدن ۷ درصد و انگشت مکیدن ۶ درصد بود. بین جنسیت و حرکت عاداتی رابطه‌ای یافت نشد، به جز در مورد سر کوبیدن که در پسرها شایع‌تر بود ($P < 0.001$). همچنین ارتباط آماری معنی‌داری بین تحصیلات، شغل و رفتار والدین با کودک و حرکت عاداتی یافت نشد. یافته‌های این مطالعه حاکی از آن است که شیوع انواع حرکات عاداتی در کودکان بالاست. لذا توصیه می‌شود مطالعات گسترده‌تری در مورد بررسی آن انجام شود.

کلیدواژه‌ها: حرکات عاداتی، دندان قروچه، سر کوبیدن، کشیدن مو، ناخن جویدن، انگشت مکیدن

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان دماوند، خیابان قاسم آباد، بیمارستان کودکان بهرامی

نمابر: ۷۷۵۵۱۵۸۴

تلفن: ۷۷۵۵۶۹۶۹

Email: Bahrami_ch@yahoo.com

مقدمه

شمار زیادی از کودکان در دوره‌ای از مراحل رشد و نمو خود حرکات تکراری از خود بروز می‌دهند که از آنها به عنوان حرکات کلیشه‌ای (Stereotypic) یا عاداتی (Habit) یاد می‌شود. خوشبختانه بسیاری از این حرکات عاداتی، عادات خوش‌خیمی هستند که به عنوان جزء طبیعی از مراحل تکامل کودک در نظر گرفته می‌شوند و زمانی جنبه اختلال پیدا می‌کنند که باعث ایجاد مشکلاتی در حرکات فیزیکی و رفتار اجتماعی کودک شوند [۴-۱]. ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا یا DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental - IV) Disorder) برای تعریف اختلال حرکتی تکراری که باعث مختل شدن اعمال کودک می‌شود از واژه اختلال حرکتی عاداتی استفاده می‌کند [۳].

در تشخیص افتراقی این اختلال تعدادی از بیماری‌های روانی که این حرکات جزو علائم اصلی آنها می‌باشند مطرح می‌گردند نظیر: اختلال وسواسی اجباری (Obsessive Compulsive Disorder)، تریکوتیلومانیا (Trichotillomania)، تیک‌های کلامی حرکتی (Tic)، اختلال حرکتی (Movement Disorder) و اختلال تور (Tourett).

طبق معیارهای DSM-IV در صورتی که برای بیمار تشخیص‌های فوق مطرح شوند، تشخیص اختلال حرکتی عاداتی مطرح نمی‌گردد. چنین حرکات عاداتی ممکن است باعث تعاملات اجتماعی منفی در کودک شده و منجر به اجتناب و دوری او از همسن و سالانش گردد.

از طرف دیگر بعضی از این رفتارها می‌توانند باعث صدمات در کودک شده و بر وضعیت سلامتی او تأثیر بگذارند. لذا شناسایی و درمان به موقع و حذف عوامل مؤثر در ایجاد آن خواهد توانست از بعضی از مشکلات جسمانی و روانی در آینده پیشگیری کند [۳].

تا کنون مطالعات محدودی جهت بررسی شیوع حرکات عاداتی (کلیشه‌ای) کودکان نظیر انگشت مکیدن (Thumb Sucking)، ناخن جویدن (Nail Biting)، کشیدن موی سر (Hair Pulling)، سر کوبیدن (Head Banging) و دندان قروچه (Bruxism) انجام شده است. این مطالعه با هدف شناخت انواع عادت‌های ناهنجار و شایع در کودکان ۴ تا ۱۲ ساله شهر ارومیه، مرکز استان آذربایجان غربی انجام گردید.

مواد و روش کار

این مطالعه یک مطالعه مقطعی - توصیفی در مورد حرکات عاداتی یا کلیشه‌ای در کودکان ۱۲-۴ ساله مدارس و مهد کودک‌های شهر ارومیه است که در مدت ۱۸ ماه انجام شده است. ابتدا موافقت‌نامه‌های لازم از ادارات آموزش و پرورش و بهداشتی استان آذربایجان غربی اخذ شد. گردآوری داده‌ها به کمک پرسشنامه‌ای شامل ۵۱ پرسش انجام گرفت. پرسشگری بر عهده دانشجوین پزشکی و مربیان بهداشت مدارس و مربیان تربیت کودک مدارس آمادگی بود که با نظارت مجریان طرح انجام شد. به پرسشگران در زمینه فن پرسشگری و طریقه مصاحبه با والدین، آموزش‌های لازم داده شد. همچنین برای اطمینان از صحت سؤالات پرسشنامه، تعداد ۳۰ پرسشنامه به صورت پیش آزمون در یکی از مهد کودک‌ها تکمیل شد تا اولاً با محاسبه فراوانی اختلال حرکتی عاداتی، در مطالعه اولیه حجم نمونه محاسبه شود و ثانیاً اشکالات پرسشنامه اولیه بر طرف گردد. بر اساس فرمول آماری با حدود اطمینان ۹۵٪ حجم نمونه مورد نیاز حدود ۳۰۰ نفر بر آورد شد. لذا با استفاده از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای، ابتدا از تمامی نواحی آموزش و پرورش شهر ارومیه ۱۳ دبستان و مهد کودک به صورت تصادفی انتخاب شده و لیست دانش آموزان کد گذاری شد. سپس به صورت کاملاً تصادفی از میان حدود ۲۲۰۰ دانش آموز، ۳۰۰ نفر انتخاب شده و از طریق مسئولین مؤسسات آموزشی، دعوتنامه‌ای برای والدین ارسال شد تا به همراه کودک خود جهت انجام مصاحبه مراجعه نمایند. در صورتی که والدین در طرح شرکت نمی‌کردند و یا پس از شرکت در طرح به هر علتی حذف می‌شدند، نفر جایگزین فرد فوق به صورت نفر بعدی در لیست اولیه انتخاب و دعوتنامه برای او ارسال می‌شد. ابتدا کودکان توسط متخصص اطفال از نظر وجود بیماری جسمانی، عقب ماندگی ذهنی و یا بیماری‌های عصبی، معاینه شده و در صورت احراز سلامت جهت تکمیل پرسشنامه ارجاع می‌گردیدند. پرسشنامه‌ها حاوی سؤالاتی در خصوص سن، جنس، تعداد اعضای خانواده، رتبه کودک در میان فرزندان خانواده، مراتب تحصیلی پدر و مادر و شغل آنها بود. جهت بررسی اختلال حرکتی عاداتی (کلیشه‌ای) از تعاریف زیر استفاده شد، ضمن این که شروط اصلی نداشتن بیماری جسمانی، عصبی و عقب ماندگی ذهنی، مدت‌دار بودن اختلال حرکتی عاداتی برای حداقل بیشتر از یک ماه نیز در کودک مد نظر بود. حرکات کلیشه‌ای مورد پرسش نیز با این مفاهیم تعریف شدند:

فراوانی مربوط به رتبه اول با ۳۰ درصد شیوع بود. ۱۰ درصد، تنها فرزند خانواده و ۱ درصد از کودکان فرزند نهم خانواده (بیشترین رتبه) بودند.

از نظر نحوه زندگی کودک با خانواده ۹۵ درصد از کودکان با پدر و مادر، ۲ درصد با مادر و خانواده مادری، ۱ درصد با پدر و خانواده پدری، ۱ درصد با پدر تنی و مادر ناتنی و ۱ درصد با مادر تنی و پدر ناتنی زندگی می‌کردند. از نظر وضعیت تحصیلی، ۳۵ درصد از مادران بی‌سواد بودند. در حالی که همه پدران باسواد بودند. ۴۰ درصد از پدران و ۳۲ درصد از مادران نیز دارای مدرک تحصیلی دیپلم و بالاتر بودند. ۹۸ درصد از پدران شاغل بودند، در حالی که فقط ۲۸ درصد از مادران شاغل و بقیه خانه دار بودند. بین وضعیت تحصیلی، وضعیت شغلی والدین، بعد خانوار و نحوه زندگی کودک با خانواده با بروز حرکات عاداتی رابطه آماری معنی‌داری یافت نشد. حرکات عاداتی کودکان مورد بحث در ۵ گروه تقسیم بندی و توزیع فراوانی آنها در جدول شماره ۲ آورده شده است. برای بررسی جامع‌تر، بچه‌ها به ۳ گروه سنی قبل از دبستان (۴ تا ۶ ساله)، اوایل دبستان (۷ تا ۹ سال) و اواخر دوره دبستان (۱۲-۱۰ سال) تقسیم بندی و شیوع این اختلالات بر حسب این ۳ گروه سنی فوق‌الذکر در جدول شماره ۳ آورده شده است. ضمن آن که در هیچ کودکی ۲ یا چند اختلال حرکتی عاداتی مشاهده نشد. نتایج بررسی ارتباط جنسیت با ۵ اختلال عاداتی / کلیشه‌ای مورد بحث نشان داد، سر کوبیدن به طور معنی‌داری در پسران شایع‌تر است ($P < 0.001$). در مورد باقی حرکات هیچ ارتباط معنی‌داری بین جنسیت و حرکات مورد نظر یافت نشد.

انگشت مکیدن= عادت به دهان گرفتن انگشت شست یا سایر انگشتان دست و مکیدن آنها، ناخن جویدن= جویدن یا دندان گرفتن ناخن انگشتان دست، دندان قروچه= روی هم قرار دادن دندان‌ها با فشار و مالش آنها به یکدیگر و در آوردن صدا در روز و موقع خواب، سر کوبیدن= کوبیدن ریتمیک سر به جسم سخت، کشیدن موی سر= گرفتن موهای سر با دست و فشار آوردن به آنها به طوری که با کندن موی سر همراه نباشد.

اکثریت افراد دعوت شده در طرح شرکت نمودند. ۳۷ کودک بنا به نظر متخصصین اطفال از مطالعه حذف شدند. ۲۲ نفر در طرح شرکت نکردند و ۱۵ نفر از افرادی که در طرح شرکت داشتند، به دلیل بعضی نقایص اطلاعات موجود در پرسشنامه، حذف و به جای این ۷۴ نفر، افراد جدیدی دعوت و در طرح شرکت داده شدند.

پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌های تکمیل شده، داده‌ها ابتدا در یک Master Sheet جمع‌آوری و وارد رایانه گردیدند و سپس با کمک نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. جهت تعیین میزان اعتبار داده‌ها نیز از مجذور کای (کای دو) استفاده شد و $P < 0.05$ معنی‌دار تلقی گردید.

یافته‌ها

از ۳۰۰ کودک تحت مطالعه، ۱۶۷ نفر (۵۶ درصد) پسر و ۱۳۳ نفر (۴۴ درصد) دختر بودند. توزیع سنی کودکان مورد بحث در جدول شماره ۱ آورده شده است. دامنه بعد خانوار افراد تحت مطالعه بین ۲ تا ۱۳ نفر بود و بیشترین فراوانی، مربوط به خانوارهای ۴ نفره بود. از نظر رتبه تولد کودک در خانواده، بیشترین

جدول شماره ۱- توزیع سنی کودکان شرکت کننده در مطالعه

گروه سنی (سال)	تعداد	درصد
۴-۶	۱۳۶	۴۵
۷-۹	۹۴	۳۱
۱۰-۱۲	۷۰	۲۴

جدول شماره ۲- شیوع حرکات عاداتی در کودکان شرکت کننده در مطالعه

درصد	تعداد	
۱۶	۴۹	دندان قروچه
۱۳	۳۷	سر کوبیدن
۸	۲۵	کشیدن موی سر
۷	۲۱	ناخن جویدن
۶	۱۷	انگشت مکیدن
۵۰	۱۴۹	جمع

جدول شماره ۳- شیوع حرکات عاداتی برحسب گروه سنی در کودکان شرکت کننده در مطالعه

گروه سنی (سال)	دندان قروچه (درصد)	سر کوبیدن (درصد)	کشیدن موی سر (درصد)	ناخن جویدن (درصد)	انگشت مکیدن (درصد)
۴-۶	۱۹	۱۱	۱۱	۸	۱۰
۷-۹	۲۲	۱۸	۷	۸	۵
۱۰-۱۲	۸	۸	۷	۵	۲

بحث و نتیجه گیری

حرکات عاداتی ابتدا در اوایل قرن بیستم و توسط امیل کراپلین به عنوان یکی از علائم مهم تشخیص دمانس پره کوکس معرفی شد. با پیدایش سیستم (DSM) Diagnostic Statistical Manual یا راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تعاریف مربوط به حرکات عاداتی دچار اصلاحاتی شدند.

ویرایش سوم DSM تعاریف گسترده‌ای برای حرکات عاداتی را در بر گرفته بود، لیکن حرکتی را توصیف می‌کرد که اختیاری و بدون اسپاسم بودند. هر چند حرکات عاداتی انواع متعددی دارند، لیکن شایع‌ترین آنها عبارتند از ناخن جویدن، دندان قروچه، کشیدن موی سر [۱، ۳، ۵]. این حرکات تکراری و ارادی بوده و در کودکان جوان تر ممکن است در معاینه واضح تر باشند. زیرا آنها کمتر تمایل به سرکوب این حرکات دارند و در کودکان بزرگتر به احتمال بیشتری توسط والدین گزارش می‌شوند. هیچگونه شاخص فیزیولوژیک یا بیولوژیک تشخیصی برای این اختلالات شناخته نشده است و هیچ تست آزمایشگاهی تشخیصی نیز وجود ندارد [۱، ۵]. در مطالعه حاضر، شایع‌ترین موارد حرکات عاداتی به ترتیب شیوع عبارت بودند از: دندان قروچه (۱۶ درصد)، سر کوبیدن (۱۳ درصد)، کشیدن موی سر (۸ درصد)، ناخن جویدن (۷ درصد) و انگشت مکیدن (۶ درصد). منابع معتبر شیوع دقیق حرکات عاداتی را به دلیل درجات و شدت مختلف این رفتارها و نحوه بروز آنها در کودکان مختلف در بهترین حالت نامشخص ذکر کرده‌اند [۱]. لیکن تخمین‌هایی در مورد شیوع این حرکات مطرح شده است. دندان قروچه ۵ تا ۲۰ درصد اطفال را مبتلا می‌کند. شیوع آن در کودکی زیاد و حداکثر آن در ۷ تا ۱۰ سالگی دیده می‌شود و سپس کاهش می‌یابد. دندان قروچه می‌تواند باعث درد دندان‌ها، سائیدگی عاج دندان‌ها و صدمات پریدونتیس و نارسایی مفصل تمپورومندیبولار و سردردهای مکرر شود. سر کوبیدن در ۳ تا ۱۹ درصد از کودکان طبیعی زیر ۳ سال دیده می‌شود. در کودکان با اوتیسم یا عقب ماندگی ذهنی شایع‌تر است و پس از ۳ سالگی در ۱ تا ۳ درصد از

کودکان طبیعی دیده می‌شود. لیکن ممکن است در ۵ الی ۶ سالگی مجدداً بروز کند.

شیوع سر کوبیدن در پسرها ۳ برابر بیشتر از دخترها است. معمولاً صدمات جسمانی و مجموعه‌ای به دنبال سر کوبیدن نادر است. کشیدن موی سر در موارد خفیف در ۰/۶ درصد از کودکان جامعه دیده می‌شود. در صورت تشدید این رفتار، نام آن به تریکوتیلومانیا تغییر می‌یابد. ناخن جویدن در اطفال زیر ۴ سال نادر است و در دوره قبل از مدرسه تا جوانی در ۴۵ تا ۶۰ درصد از افراد دیده می‌شود و باعث عوارض ناخنی و تخریب دندان‌های نیش و بیماری لثه می‌گردد. انگشت مکیدن نیز در شیرخواران شایع است و در ۲۵ تا ۵۰ درصد از کودکان زیر ۲ سال دیده می‌شود و با افزایش سن کاهش می‌یابد. اگر پس از ۵-۴ سالگی ادامه یابد، باعث مشکلات دندان‌ها، ترومای مخاطی و رشد غیر طبیعی استخوان‌های صورت می‌شود [۳، ۴، ۶، ۷].

بعضی از آمارهای مطالعه ما با آمارهای بین‌المللی اختلاف دارد. در آمارهای بین‌المللی، شیوع ناخن جویدن بیشتر و دندان قروچه و سر کوبیدن کمتر است [۱، ۳، ۶]. لیکن در مطالعه ما شیوع جنسی سر کوبیدن در پسرها بیشتر از دخترها بوده است که با آمارهای بین‌المللی همخوانی دارد. یکی از مطالعاتی که در ایران انجام شده است، بررسی اختلالات رفتاری در فرزندان مادران شاغل بوده است. در این مطالعه شیوع انگشت مکیدن و ناخن جویدن در ۲۰۰۰ کودک زیر ۶ سال به ترتیب ۸/۲۵ و ۵/۲ درصد اعلام شده است [۹]. در مطالعه دیگر، شیوع ناخن‌خوری (جویدن) در ۶۰۰ دانش آموز ۶ تا ۱۲ ساله کرمانی ۲۸/۶ درصد برآورد شده که این شیوع با افزایش سن زیادتر می‌شده است [۱۰]. هر چند نتایج مطالعه اخیر با یافته‌های آماری مطالعه جویدن ناخن در مناطق مختلف آموزش و پرورش ایران که ناخن‌خوری را شایع‌ترین اختلال رفتاری معرفی کرده است [۱۱] همخوانی داشته است، ولی شیوع بالای (۲۸/۶ درصد) گزارش شده در مطالعه فوق‌الذکر با شیوع نسبتاً کم ناخن جویدن در مطالعه حاضر همخوانی ندارد.

پژوهشگران در این مطالعه برای حذف علل ثانویه این حرکات، ابتدا کودکان را تحت غربالگری اولیه قرار دادند و در مواردی که کودک مشکلی داشت، وی را از مطالعه حذف نمودند تا جامعه آماری صرفاً شامل کودکان سالم باشد. این مطالعه به ما نشان داد که انواع حرکات عاداتی، شیوع نسبتاً بالایی (۵۰ درصد) در سنین کودکی دارند. لذا توصیه می‌شود مطالعات تکمیلی در این خصوص انجام شود.

تشکر و قدردانی

از سرکار خانم علیا قبادی به جهت همکاری صمیمانه در آماده‌سازی این مقاله تشکر و قدردانی می‌گردد.

برعکس در مطالعه ما دندان قروچه، شیوعی بیش از ۲ برابر ناخن جویدن داشت و شایع‌ترین حرکت عاداتی یافت شده به شمار می‌رفت. حرکات عاداتی در بعضی اختلالات ژنتیک، عصبی و متابولیک نیز یافت می‌شوند و در کودکان عقب مانده ذهنی شیوع بیشتری دارند [۶، ۷، ۸، ۱۲]. برای ناخن جویدن منشأ ژنتیکی نیز ذکر شده است. به طوری که همبستگی (Concordance) ناخن جویدن در دو قلوهای تک تخمکی ۶۶ درصد و در دوقلوهای دو تخمکی، ۳۴ درصد بوده است [۱، ۸]. همچنین همراهی مصرف بعضی از داروها نظیر سمپاتو میمیتیک‌ها (تحریک کننده‌های عصب سمپاتیک) با شروع یا تشدید این حرکات دیده شده است، لیکن حرکات با قطع دارو از بین می‌روند [۱].

منابع

- 1- Luby JL. Stereotypic Movement Disorder of Infancy in: Kaplan HI, Sadock BJ eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th Edition, Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, 1999: 2735-737
- 2- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 4th Edition, Washington DC: American Psychiatric Association, 1994
- 3- American Academy of Pediatrics: Atypical Behaviors. In: Wolarich ML, Felice ME, Drotar D, eds. The Classification of Child and Adolescent Mental Diagnosis In Primary Care: Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care (DSM-PC) Child and Adolescent Version. Elk Grove Village III, American Academy of Pediatrics 1996: 267-75
- 4- Boris NW, Dalton R -Habit Disorders. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 17th Edition, Saunders: Philadelphia, 2004: 80-81
- 5- Blum NJ, Repetitive Behaviors. In: Levin MD, Carey WB, Crocker AC eds. Developmental Behavioral Pediatrics. 3rd Edition, WB Saunders Co: Philadelphia, 1999: 430-42

- 6- Balinger BR: The presence of nail biting in normal and abnormal population. British Journal of Psychology 1970; 117: 445-60
- 7- Fujita T, Kurisu E. A six year follow up study of childhood behavior problems Nippon Koshu Eisei Zasshi 1990; 37 : 57-66
- 8- Orange AP, Peerboom Wynia JDR. Trichotillomania in childhood. Journal of American Academic of Dermatology 1986; 15 :614-19
- ۹- عطاری علی، بررسی اختلالات رفتاری در فرزندان مادران شاغل، مجله علمی نظام پزشکی، ۱۳۷۱، ۱۱، ۲۹-۲۲۰
- ۱۰- شمس‌الدینی سعدالله، بهرامپور عباس، سلطانی ساحل، رابطه ناخن خوری با ویژگی‌های فردی و خانوادگی دانش آموزان کرمانی، بیماری‌های پوست، ۱۳۷۸، ۲، ۵-۱۱
- ۱۱- فرهادی ثابت عباس، چرا کودکم دروغ می‌گوید؟ انگشت می‌مکد؟ ناخن می‌جوید؟ چاپار فرزندگان، تهران، ۱۳۵۷
- ۱۲- میلانی‌فر بهروز، روانشناسی کودکان و نوجوانان استثنایی، نشر فومن، تهران، ۱۳۶۹