

رابطه ناخن خوری با ویژگی‌های فردی و خانوادگی دانش آموزان کرمانی

دکتر سعدا... شمس الدینی^۱، دکتر عباس بهرامپور^۲، دکتر ساحل سلطانی^۳

۱- دانشیار گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی کرمان؛ ۲- استادیار گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی کرمان؛ ۳- پزشک عمومی، شبکه بهداشت درمان شهرستان کرمان

اجباری موهاو دیگر اختلالات حرکتی کلیشه ای مانند مکیدن انگشت که به طور ناخودآگاهانه صورت می‌گیرد مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین چگونگی تغذیه در دوران شیرخواری، نحوه بدنی آمدن، وضعیت تحصیلی والدین و میزان جمعیت خانواری فرد از دیگر متغیرهایی بودند که مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: شیوع ناخن خوری در این مطالعه ۷/۲۸٪ و مدت زمان ناخن خوری در ۵/۰۵٪ موارد ۱-۲ سال بوده است. طیف سنی گروه مورد مطالعه بین ۶-۱۳ سال بود که بیشترین میزان ناخن خوری در گروه سنی ۱۳ سالگی بود.

رابطه آماری معنی داری بین هیچ کدام از متغیرهای فوق و ناخن خوری یافت نشد.

نتیجه گیری: ناخن خوری را می‌توان به عنوان پدیده‌ای مستقل و گذرا در دوران رشد کودک تلقی نمود.
واژه‌های کلیدی: ناخن خوری، مکیدن انگشت، خودآزاری، حرکات کلیشه‌ای.

مقدمه: رفتارهای حرکتی کلیشه‌ای به حرکاتی اطلاق می‌شود که تکراری و بی هدف و انحرافی بوده و بیش از ۴ ماه در فرد طول کشیده باشند. جوییدن ممتدد ناخن هم یکی از وسوسه‌های اجباری آگاه در فرد بوده که اغلب در دوران کودکی شروع شده و برای مدت طولانی باقی می‌ماند. ناخن خوری علتی ناشناخته داشته و عوامل متعددی در بروز یا تشدید آن دخالت دارند. بررسی خصوصیات فردی و تغییرات در محیط عاطفی فرد می‌توانند از عللی باشند که سبب شوند کودک به ناخن خوری روی آورد.

هدف: در این مطالعه جوییدن ناخن (Nail Biting) در بین دانش آموزان پسر و دختر ابتدایی شهر کرمان مورد بررسی قرار گرفته است.

مواد و روش‌ها: ۶۰۰ دانش آموز دبستان‌های شهر کرمان به روش خوش‌های تصادفی انتخاب و در یک مطالعه مقطعی از نظر ناخن خوری مورد بررسی قرار گرفتند. متغیرهای ضریب هوشی، سطح تحصیلی، قبولی یا مردوکی در مدرسه، شغل والدین، همراهی ناخن خوری با بیماریهای مشابه چون کنندن

این بیماران با اینکه به رفتار غیر طبیعی خود آگاهی دارند ولی قادر به کنترل و جلوگیری از انجام آن نمی‌باشند(۶،۷). معمولاً نوک ناخن (Distal Nail Margin) جوییده می‌شود و در نتیجه اغلب لبه آزاد ناخن هانامنظم شده ولی گاهی تعدادی از آنها از جوییده شدن در امان می‌مانند. ناخن اغلب از سمت راست جوییده و از بستر خود جدا می‌شود. لبه تیز و ظریف ناخن ممکن است سبب پارونیشیای خفیف ناخن گردد. در اغلب موارد همراه با جوییدن ناخن، کوتیکول و دیواره جانبی ناخن نیز آسیب دیده و ناخن نامنظم و شکسته می‌شود. بعضی از افراد مبتلا علاوه بر جوییدن ناخن بافت‌های اطراف ناخن را نیز می‌جونند(۴،۸،۹). جوییدن ناخن می‌تواند از ۴ الی ۵

رفتارهای وسوسی اجباری افراد با ناخن‌های خود متعدد و خیلی شایع می‌باشند به طوری که کمترین میزان شیوع آن در کودکان بیش از ۲۵٪ می‌باشد. تعدادی از آزارهای وارد به ناخن آگاهانه و تعدادی نیز ناگاهانه صورت می‌گیرند که همه تحت عنوان کلی Wolf Biter می‌آیند. این آزارها شامل ناخن خوری (Onychophagia)، پاره کردن ناخن Finger (Onychotillomania) و مکیدن انگشت (Sucking) می‌باشند. (۱،۲). ناخن جوییدن (Nail Biting) در کودکان رفتاری خود آگاهانه و شایع می‌باشد که به صورت وسوسی اجباری یا آشکار می‌شود(۳،۴،۵).

اکثر مبتلایان این اختلال را در ۱۱-۹ سالگی نشان می‌دهند (۱۹، ۱۸، ۳).^۳

سه علت را برای این اختلال بیان کرده‌اند که عبارتند از:

- ۱- عصیانیت بیش از حد که ناشی از فشار روحی و اضطراب باشد.
- ۲- دلواپسی کودک و تضادهای فکری خصوصاً زمانی که کودک در موقعیت‌های حساس ترس‌آور، بلا تکلیفی و حالات هیجانی دیگر قرار می‌گیرد.
- ۳- تقليداز دیگران که در او به صورت عادت در آمده است (۳). در یک بررسی دیگر در این زمینه ارت را یک عامل موثر دانسته‌اند (۱۴).

جویدن ناخن علاوه بر رساندن صدمه به صفحه ناخن و تغییر شکل آنها قدرت انعام بسیاری از کارهای ظریف را از انسان سلب می‌کند (۳). براق دهان نیز نقش مخربی بر ناخن و بافت‌های اطراف آن داشته و با مرطوب کردن محیط امکان مناسبی برای رشد باکتریها و قارچ‌های فراهم می‌کند (عفوونت ثانویه). از طرف دیگر به علت جمع شدن میکروبها در زیر ناخن مقداری از آنها هنگام جویدن ناخن بلعیده می‌شوند که این امر منجر به ناراحتی جسمانی از قبیل دل درد، تهوع و ابتلاء به بیماری‌های انگلی می‌شود (۳).

مواردی از انسداد روده به دنبال تجمع بزوار نیز گزارش شده است (Rapunzel Syndrome). همچنین ناخن جویدن یکی از علل پیدایش مشکلات موضعی دهانی مانند آسیب دندانه‌او لثه و غیره می‌باشد. مواردی از تورم لثه‌ناشی از جویدن ناخن گزارش شده است. (۲۲، ۲۳). سایر عوارض که شیوه کمتری دارند عبارتنداز: انهدام یک طرفه ناخن (۲۴)، استئومیلیت بند انگشت (۲۵)، اسکوآموس سل کارسینومای بستر ناخن (۲۶)، ملاتونیشیای طولی (۲۷) و ناخنک ناخن (Pterygium unguis) شبیه لیکن پلان (۴).

چرا بعضی از فرزندان ما ناخن خوری می‌کنند؟ آیا واقعاً بیماراند؟ آیا رفتار والدین آنها اشکال دارد؟ آیا با ضربه هوشی کودک مرتبط است یا با همبازی‌ها و همکلاسی‌ها کمتر سازش دارند؟ آرزو دارم ناخن‌های فرزندم را بگیرم! اینها سوالات و جملاتی است که مادران این قبیل بچه‌ها بیان می‌کنند. برای پاسخ‌گویی به سوالهای فوق در این مطالعه ویژگی‌های گروه مبتلا به ناخن خوری در دانش آموزان پسر و دختر دبستانی کرمان با گروه شاهد همسان غیرمبتلا مورد مقایسه قرار گرفته

سالگی آغاز گردد ولی بیشتر در سنین ۱۲-۸ سالگی بروز می‌کند (۴). مکیدن انگشت عادتی است که با ناخن خوری فرق داشته و در سنین پائین تری بروز کرده و به طور ناخودآگاه صورت می‌گیرد (۴، ۳). مالش مدام نوک انگشت با ناخن دست دیگر یا زیاد تمیز کردن آن‌با وسیله‌های تیز مانند تیغ به جای سوهان یا قیچی ناخن، ممکن است ناهنجاری‌های مشابه با جویدن ناخن ایجاد کنند (۴، ۱۰). گاهی اوقات انهدام ناخن به صورت جنون خودپاره کردن ناخن مشابه تریکوتیلومانیا در آمده که آسیب واردہ خیلی شدید است (۱۱، ۱۲، ۱۳).

بر اساس آمارهایی که در سالهای ۱۳۷۰-۷۱ از مناطق مختلف آموزش و پرورش ایران به دست آمده جویدن ناخن نسبت به اختلالات رفتاری دیگر در دانش آموزان شایع تر است (۳). در طی یک بررسی میزان شیوع آن در بین کودکان ۷-۱۰ ساله حدود ۳۰٪ بر آورد شده است و در بالغین تا ۴۵٪ نیز می‌رسد. (۱۴) میزان شیوع این اختلال در بین دخترها بیشتر از پسرها بوده است (۳).

روانپزشکان مطالعات زیادی در این زمینه انجام داده‌اند تا ارتباط بین ناخن جویدن و بیماری‌های روانی و مغزی را دریابند. نتیجه این مطالعات نشان داد که شیوع جویدن ناخن در افراد عادی و عقب مانده‌های ذهنی و بیماران روانی تقریباً یکسان است. (۱۵) اما اکثر روانپزشکان معتقدند که رابطه مستقیمی بین فشارهای روانی و ناخن جویدن وجود دارد و به عبارت دیگر با افزایش فشارهای روحی این اختلال تشید می‌یابد (۳). از طرفی یکی از شایع ترین بیماری‌های روانی که همراه با ناخن جویدن دیده می‌شود اختلال وسواسی - جبری (Obsessive Compulsive Disorder) می‌باشد و یکی از شایع‌ترین رفتارهای روانی همراه با ناخن جویدن نیز پرخاشگری دهانی (Oral Aggression) می‌باشد (۱۶).

اگر چه مکیدن ناخن در افراد معمولاً با فراغت بال همراه بوده و فرد مبتلا از عمل خود لذت می‌برد ولی جویدن ناخن بر عکس در سر فرصت انجام نمی‌گیرد و به همین علت عده‌ای آن را نشانه دلواپسی، اضطراب یا ترس می‌دانند. با این وجود این عادت در بسیاری از کودکان سالم که نشانه‌ای از این اختلالات را ندارند نیز دیده می‌شود (۳). جویدن ناخن از ۵ سالگی شروع و در ۱۰-۱۵ سالگی به اوج خود می‌رسد.

است.

داده‌های کیفی با آزمون های مجدد کاری و ارزش ضریب پی و داده‌های کمی با روش تست تی (t) و ریدیت (Ridit Test) ارزیابی گردیدند.

یافته‌ها

از ۶۰۰ دانش آموز دبستانی که مورد بررسی قرار گرفتند ۱۷۲ نفر آنها به ناخن خوری مبتلا بودند که شیوعی معادل با ۲۸٪ است. مدت زمان ابتلا در جدول شماره ۱ و طیف سنی گروه می‌شود. مدت زمان ابتلا در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. میانگین مورد مطالعه در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. میانگین سن مبتلایان ۹/۱ سال و میانگین سن افراد سالم ۸/۸ سال به دست آمد. بیشترین شیوع ناخن خوری در کلاس پنجم ابتدایی معادل ۳۲٪ (۳۹ نفر از ۱۲۱ نفر) و کمترین شیوع در کلاس اول ابتدایی معادل ۱۹٪ (۲۳ نفر از ۱۲۰ نفر) یافته شد. ارتباط ناخن خوری با نوع زایمان، نوع تغذیه در شیرخوارگی، جنس کودک، نوع مدرسه، وضعیت تحصیلی و معدل کودک در جدول شماره ۳ نشان داده شده است. وجود عادت مکیدن انگشت در ۲۳ کودک از مبتلایان به ناخن خوری دیده شد که شیوع آن در بین مبتلایان به ناخن خوری ۱۳/۵٪ به دست آمد.

بحث

بر اساس آمارهایی که در سالهای ۷۰-۷۱ از مناطق مختلف آموزش و پرورش ایران به دست آمده جویند ناخن در دانش آموزان نسبت به سایر اختلالات رفتاری شایع تو بوده است (۳). در مطالعه ما شیوع کلی ناخن خوری ۲۸٪ به دست آمده که شیوع نسبتاً بالایی است. در مطالعه ای که لیونگ (Leung) و همکارانش انجام دادند، شیوع ناخن خوری را در کودکان ۷-۱۰ ساله ۳۰٪ اعلام کردند (۴). فرهادی و همکاران در مطالعه مشابهی شیوع ناخن خوری را در دخترهای ایرانی بیشتر از پسرها گزارش نمودند (۳). در حالی که ژوبرت (Joubert) در مطالعه دیگری که در سال ۱۹۹۳ در آمریکا در رابطه با رفتارهای دهانی انجام داده بود، به این نتیجه رسید که شیوع این اختلالات در جنس مذکور بیشتر از مونث است (۲۸). در این مطالعه شیوع ناخن خوری در دانش آموزان پسر ۲۹/۳٪ و در دانش آموزان دختر ۲۸٪ دیده شد که این اختلاف از نظر آماری معنی دار نمی باشد. (Pv = ۰/۷۸).

میانگین سن مبتلایان ۹/۱ سال و میانگین سنی افراد غیر مبتلا

افراد مورد مطالعه و روش کار

این پژوهش یک مطالعه مقطعی (Cross Sectional Study) بوده که بر روی دانش آموزان پسر و دختر گروه سنی ۱۳-۶ سال دبستانی کرمان صورت گرفته است. با توجه به درجه شیوع ۳۰٪ (۲۱) و با دقت ۵٪ و حدود اطمینان ۹۹٪ با افزودن ۱۵٪ افت نمونه، حجم نمونه معادل ۶۰۰ نفر تعیین شد. انتخاب دانش آموزان به روش خوشای و تصادفی (Random Cluster Sampling) صورت گرفت. برای انتخاب مدارس و دانش آموزان به صورت گزینش چند مرحله‌ای (ناحیه، خوشای و سیستماتیک) عمل شد. در اولین مرحله ۱ و ۲ و در هر ناحیه ۶ دبستان انتخاب شدند. از این ۶ دبستان ۲ مدرسه دولتی دخترانه، ۲ مدرسه دولتی پسرانه، ۱ مدرسه غیر انتفاعی دخترانه و ۱ مدرسه غیر انتفاعی پسرانه بودند. پس از انتخاب مدارس با مراجعه به آنها و استفاده از روش نمونه گیری ساده اتفاقی (Simple Random Sampling) از هر رده کلاس (اول، دوم، سوم، چهارم، پنجم) کلاس مورد نظر انتخاب و از بین دانش آموزان این کلاسها و با استفاده از لیست دانش آموزان هر کلاس به طریق تصادفی دانش آموزان مورد نیاز این تحقیق انتخاب گردیدند. سپس با استفاده از پرسشنامه ای که از قبل تهیه شده بود متغیرهای این تحقیق در مورد تک تک دانش آموزان بررسی گردید.

مطالعه به شکل مقایسه‌ای بین مبتلایان به عنوان گروه آزمون و غیر مبتلایان به عنوان گروه شاهد صورت گرفت. پس از تعیین شیوع کلی ناخن خوری در دانش آموزان ابتدایی شهر کرمان برخی مشخصات فردی و خانوادگی نیز از قبیل سن، جنس، سال تحصیلی، نوع مدرسه (دولتی، غیر انتفاعی)، وضعیت تحصیلی، حیات و میزان سواد و شغل پدر و مادر، نحوه تولد، تغذیه دوران شیرخواری یا پرسش از والدین بهجه و مراقب بهداشت مدرسه گرفته شد. وجود اختلالات دیگر شبیه ناخن خوری مانند سایقه مکیدن انگشت در کودکان مورد بررسی قرار گرفت. پس از جمع آوری پرسشنامه‌های تکمیل شده، داده‌ها ابتدا در یک Master Sheet جمع آوری گردیدند. سپس اطلاعات وارد رایانه گردیدند و با کمک نرم افزار آماری Epi-Info6 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

۱۳/۵٪ موارد وجود داشته است. نکته جالبی که در این افراد دیده شد عادت طولانی مدت به ناخن خوری است که در ۵۲٪ موارد بیش از ۲ سال بود. از بین ۱۷۲ بیمار مبتلا به ناخن خوری فقط یک مورد وسوس کردن مو دیده شد.

اکثر والدین از عمل ناخن جویدن کودکان خود بسیار نگران و ناراحت هستند. بعضی از مادران می‌گویند من آرزو دارم برای یک بار هم شده ناخن‌های کودکم را بگیرم ولی هنوز موفق به این کار نشده‌ام زیرا او ناخن‌هاش را می‌جود. لذابه روشهای مختلفی مانند سرزنش، تهدید، تنبیه، بستن یا مالیدن مواد تلخ و بدمنزه به انگشتانی که ناخن‌هاش جویده می‌شوند متوجه می‌گردند تا کودک عادت را ترک کند. اما این اعمال نه تنها باعث ترک عادت کودک نمی‌شود بلکه اورا بیشتر به این عمل مشغول می‌دارد. جویدن ناخن تحت فشار عصبی یا پرحسب عادت صورت می‌گیرد یعنی عارضه در روان بیمار است تا در ناخن بیمار و چنانچه برای رفع علت کاری صورت نگیرد در مان مفید نخواهد بود. (۳) در تحقیقات و مطالعاتی که اخیراً به همین منظور صورت گرفته دارو، رفتار و جایگزین درمانی (آدامس جویدن) و درمانهای دسته جمعی و اجتماعی همه موثر بوده‌اند. (۳۴، ۳۵).

رعایت این اقدامات می‌تواند در ترک این عادت مفید باشد:

- ۱- اگر فرزندمان به مکیدن انگشت عادت دارد او را با روشهای غلط و اجبار و فشار مجبور به ترک نشانیم چون ممکن است به ناخن جویدن روی آورد.
- ۲- به جای پرداختن به عمل کودک به خودکودک توجه کنیم.
- ۳- چون ناخن جویدن بر اثر فشار اضطراب درونی صورت می‌گیرد لذا بارفع خوش آیند علل اضطراب زایه کودکان کمک نمائیم.
- ۴- هیجان پذیری او را با برقراری پهداشت روانی در زندگی کم نمائیم.

۵- سعی شود ریشه تاراحتی در مبتلایان بزرگسال (مانند احساس حقارت، خجالت، ترس و کمبود شجاعت) مشخص شود.

۶- اوقات فراغت فرد مبتلا با فعالیت‌های مورد علاقه از جمله فعالیتهای هنری، ورزشی و غیره پر شود.

۷- هر بارکه فرد در ترک عادتش موفقیتی به دست آورد با ابراز

۸/۸ سال به دست آمد. رابطه آماری حاصله بین سن و شیوع ناخن خوری معنی دار می‌باشد (۰/۰۵ < P_v) یعنی میزان شیوع ناخن خوری با افزایش سن بیشتر می‌شود (جدول شماره ۲). بررسی مقطع تحصیلی نیز نشانگر شیوع بیشتر ناخن خوری در دانش آموزان کلاس پنجم در مقایسه با کلاس‌های پایین تر می‌باشد که احتمالاً ناشی از اثر محدودش کننده افزایش سن در کلاس‌های بالاتر است.

در مقایسه نوع مدرسه (دولتی و غیر دولتی)، سطح نمره معدل (که می‌تواند نشانگر بهره هوشی باشد) و یا حتی در مقایسه بین افراد مردودی و افراد قبول شده اختلاف آماری معنی داری به دست نیامد. البته رابطه هوش و ناخن خوری خیلی پیچیده است و مطالعات متعدد انجام شده تابع مختلفی داشته است. مطالعات تکمیلی نشان داده که ناخن خوری در سربازانی که به تازگی از میدان جنگ بر می‌گردند بیشتر از افراد عادی می‌باشد. روپیشکان علت آن را شرایط روحی دشواری دانسته‌اند که سربازان در زمان جنگ در آن به سر می‌برده‌اند. در مطالعه‌ای که برروی ۳۸۷ بیمار مبتلا به روماتیسم انجام شد، جویدن ناخن در بین جوانان مبتلا بسیار شایع بوده است. (۲۹) در مطالعه دیگری که در سال ۱۹۹۲ در یوگسلاوی روی ۴۵۷ کودک عقب مانده ذهنی انجام گرفت رفتارهایی چون ناخن خوری و اختلال اجباری در کشیدن مو در ۱۵/۳٪ موارد گزارش شد. (۳۰) که در مقایسه با مطالعه ما کاهش واضحی را نشان می‌دهد. این امر می‌تواند تقویت کننده این پیام باشد که ناخن خوری در عقب مانده‌های شدید کمتر دیده می‌شود. در تحقیقی که در سال ۱۹۹۴ در آمریکا انجام شده است ناخن خوری با اضطراب رابطه مستقیم و با اعتماد به نفس رابطه عکس داشته است. (۳۱). اظهار نظر در مورد این رابطه و تعمیم آن به بیماران ایرانی مستلزم انجام مطالعه‌ای جامع در این زمینه می‌باشد.

در طی این مطالعه رابطه آماری معنی داری در مورد نقش نحوه تغذیه در دوران شیرخواری، نحوه به دنیا آمدن، وضعیت تحصیلی و شغل و حیات پدر و مادر، و یامیزان جمعیت خانواری فرد به دست نیامد.

از دیگر بیماریهای کلیشهای تکراری و خود آزاری که همراه با ناخن خوری در بیماران ما دیده شد مکیدن ناخن بود که در

- خواهد پرداخت.
- ۲- مالیدن داروهای تلخ و بدمزه چون فلفل و رنگ کردن و غیره برای ترک عادت ناخن خوری نیز مانند انگشت مکیدن موثر نبوده بلکه با ایجاد احساس گناه و اضطراب در فرد سبب تشدید آن می شود(۲).
- ۳- برای درمان جویدن ناخن در کودک ایجاد ترس نکنید زیرا این عمل در کودک اضطراب و احساس گناه را افروده و باعث تشدید جویدن ناخن می شود.

رضایت و خوشحالی به خاطر اراده اش تشویق شود. این امر باعث تقویت روحیه کودک می شود و او را در ترک عادتش مصمم تو می نماید(۳). مواردی که اطراقیان و خصوصاً والدین باید از آنها پرهیز کنند شامل موارد زیر است:

- ۱- سرزنش، تهدید و تنبیه نه تنها اثر درمانی ندارد بلکه در کودک اثر منفی داشته باعث تشدید ناخن خوری می شود. این اعمال برای مدت کوتاهی فرد را از ناخن جویدن باز می دارد ولی به محض کنار رفتن شرایط فوق فرد باشدت بیشتر به ناخن خوری

منابع

- 1- In: James WD, Odom RB (eds). Andrew's diseases of the skin. Philadelphia: WB Saunders Company. 1990:885,919.
- 2- Scott MJ Jr, Scott MJ 3rd. Dermatophagia wolf biter. Cutis 1997;59:19-20.
- 3- فرهادی ثابت ، عباس . چرا کودکم دروغ می گوید؟ انگشت می مکد؟ ناخن می جود؟ تهران: انتشارات چاپار فرزانگان ، ۱۳۷۵ : ۹۳۹۷-۸۲۸۵-۵۶
- 4- مقدادی ، سید مرتضی . بیماریهای پوست و ضمائم آن . اصفهان : انتشارات معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و انتشارات جلوه . ۱۳۰۵-۲ و ۱۲۶۱
- 5- Epperson CN, Medougle CJ. Intranasal oxytocin in trichotillomania. Biol Psychiatry 1996; 40 : 559-60.
- 6-In: Habif T(ed) . Clinical dermatology. St.Louis, Mosby. 1996: 758-780.
- 7-Fujita T, Kurisu E. A six year follow up study of childhood behavior problems.Nippon Koshu Eisei Zasshi 1990 ; 37:57-66.
- 8- Balinger BR. The presence of nail biting in normal and abnormal population.Br J Psychol 1970;117:445-60.
- 9- Hamann K . Onychotillomania treated with pimozide (Orap). Acta Derm Venerol 1982; 62:364-7.
- 10- In: Kaplan HI, Sadock BJ (eds) . Comprehensive text book of psychiatry . Baltimore : Williams and Wilkins , 1995: 2359-2365.
- 11- In: Champion RH, Burton JL , Ebling FJG,et al (eds). Rook/ Wilknison/ Ebling Textbook of dermatology. London: Backwell Scientific Publications, 1992 :802,2518, 2595-6.
- 12- Winchel RM, Jones JS, et al . Clinical characteristics of trichotillomania and its response to fluoxetine. J Clin Psychiatry 1992; 53: 304-308.
- 13- Wormbrodt L , Hardy RE , Chrisman SK. Understanding trichotillomania. J Psychosoc Nurs Ment Serv 1996 ; 34:5-11.
- 14- Leung AK, Robson WL. Nail biting. Clin Pediatr (Phila) 1990; 29 : 690-2.
- 15- میلانی فر ، بهروز . روانشناسی کودکان و نوجوانان استثنایی . تهران: نشر فرمن ، ۱۳۶۹ : ۱۹
- 16- Gillear E , Eskin M . Nail biting and oral aggression in a Turkish population . Br J Med

- Psychol 1988;61:197-201.
- 17- Jobert CE . Relationship of self-esteem, manifest anxiety and obsessive compulsiveness to personal habits .Psychol Rep 1993; 73:579-83
 - 18- Keuthen NJ, O'sullivan RL. The relationship of menstrual cycle and pregnancy to compulsive . Psychother Psychosom 1997; 66:33-7.
 - 19- Oranje AP, Peereboom Wynia JDR. Trichotillomania in childhood . J Am Acad Dermatol 1986;15:614-19.
 - 20- Reit GA , Palyi M , Nagy A. Giant cast bezoar in the stomach removable only by surgery . Orv Hetil 1997 ; 138:149-51.
 - 21- Seker B , Dilek ON. Trichobezoars as a cause of gastrointestinal obstructions : The Rapunzel Syndrome. Acta Gastroenterol Belg 1996;59:166-7.
 - 22- Creath CJ, Steinmetz S . A case report: Gingival swelling due to a finger nail biting. J Am Dent Assoc 1995;126:1019-27.
 - 23- Peterson AL, Campise. Behavioral and pharmacological treatments for tic and habit disorder . J Dev Behav Pediatr 1994;15:430-41.
 - 24- Singer P. Gibsan GH. Unilateral onychodystrophy secondary to nail biting . Cutis 1988;42:191-2.
 - 25- Tosti A , Peluso AM. Phalangeal osteomyelitis due to nail biting . Acta Derm Venereol 1994;74:206-7.
 - 26- Schwartz GB. Subungual squamous cell carcinoma of a nail bed , a case report . Orthop Rev 1988 ;17:883-5.
 - 27- Baran R. Nail biting and picking as a possible cause of longitudinal melanonychia.Dermatologica 1990; 181:126-80.
 - 28- Joubert CE. Incidence of some oral based habits among college students and their correlations with use of oral stimulants. Psychol Rep 1993;27:735-8.
 - 29- Wright V, Atrash B . Nail biting in rheumatic disease . Clin Rheumatol 1995;14:93-4.
 - 30- Dimoski A, Duricic S. Dermatitis artefacta, onychophagia and trichotillomania in mentally retarded children and adolescents . Med Prege 1991; 44:471-2
 - 31- Iancu I, Weitzman A. Serotonergic drug in trichotillomania,treatment results in 12 patients. J Nerv ment Dis 1996;184:640-41.
 - ۳۲- پارسا ، محمد. روانشناسی رشد کودک . تهران: انتشارات پیوند، ۱۹۹۴.
 - 33- Kleinrok M , Mielnik H. Investigations on prevalence and treating of finger nail biting. Cranio 1990;8:47-50 .
 - 34- Kleinrok M , Mieliuk J . Studies on the treatment of certain non- occlusal parafunctions in elementary school children. Protet Stomatol 1989;39:184-91.
 - 35- Silber KP, Haynes CE. Treating nail biting : a comparative analysis of mild aversion and competing response therapies. Behav Res Ther 1992;30:15-22.

جدول شماره ۱: رابطه ناخن خوری با مدت زمان ابتلاء

جدول شماره ۳: رابطه ناخن خوری و ویژگی های فردی و

خانوادگی مبتلایان

تیجه تحلیل آماری	ناخن خوری ندارد		ناخن خوری دارد		وجود یا عدم ناخن خوری ویژگیهای فردی دانش آموزان	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
					ویژگیهای فردی	دانش آموزان
X-۰/۹۹	۷۰/۷	۳۷۰	۲۹/۳	۱۵۳	طیبی	زایمان
PV-۰/۴	۷۰/۲	۵۸	۲۲/۷	۱۹	سرارین	کودک
df-۱						
X-۳/۲۲	۶۹/۴	۲۱۳	۳۰/۸	۹۵	شیر مادر	نوع
PV-۰/۲	۷۸/۴	۷۱	۲۱/۱	۱۹	شیر خشک	تجذیه
df-۲	۷۱/۳	۱۴۴	۲۸/۷	۵۸	هر دو	توزادی
X-۰/۳	۷۲	۲۱۶	۲۸	۸۴	موئی	جنس
PV-۰/۷	۷۰/۷	۲۱۲	۲۹/۴	۸۸	مذکر	کودک
df-۱						
X-۱/۹۸	۸۹/۰	۲۷۸	۳۰/۵	۱۲۲	دولتی	نوع
PV-۰/۱۶	۷۰	۱۵۰	۲۰	۵۰	غیر انتفاعی	مدرسہ
df-۱						
X-۰/۰۶	۷۹	۱۰	۲۱	۴	مردودی داشته	وضع
PV-۰/۴۰	۷۱	۲۱۳	۲۹	۱۶۸	مردودی نداشته	تحصیل
df-۱						
X-۱/۰۳	۹۲/۰	۵	۳۷/۰	۲	۱۲-۱۴ (ضعیف)	
PV-۰/۷۹	۶۸	۱۷	۳۲	۸	۱۴-۱۶ (متوسط)	معدل
df-۲	۷۴/۵	۴۱	۲۰/۰	۱۲	۱۶-۱۸ (خوب)	
	۶۸/۴	۲۶۸	۳۱/۶	۱۲۴	۱۸-۲۰ (عالی)	

درصد	فراوانی	مدت زمان ناخن خوری
۸/۱	۱۴	کمتر از یک سال
۰۳/۰	۹۲	۱-۲ سال
۳۸/۴	۶۶	بیشتر از ۲ سال
۱۰۰	۱۷۲	جمع

جدول شماره ۲: رابطه ناخن خوری و سن دانش آموزان

جمع	نadarد		دارد		ناخن خوری سن
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۱۱۶	۸۱/۲۷	۹۴	۱۸/۷۳	۲۲	۷ سال
۱۲۳	۶۹/۱	۸۵	۳۰/۸۹	۳۸	۸ سال
۱۱۳	۷۰/۷	۸۰	۲۹/۲۰	۳۳	۹ سال
۱۱۱	۶۷/۵	۷۵	۳۲/۴۳	۳۶	۱۰ سال
۱۱۳	۶۹/۱	۷۸	۳۰/۹	۳۵	۱۱ سال
۱۷	۷۰/۵۸	۱۲	۲۹/۴۱	۵	۱۲ سال
۷	۵۷/۱۴	۴	۴۲/۸۵	۳	۱۳ سال
۶۰۰	۷۱/۳	۴۲۸	۲۸/۷	۱۷۲	جمع