BÖLÜM
35

Çocuk Sağlığı İzleminde Sorun Yaratan Ağız Alışkanlıkları

Burak Baykara, Ayşen Baykara, Serpil Uğur Baysal

Bir çocukta parmak emme ya da tırnak yeme/ koparma davranışının varlığı ruhsal yönden herhangi bir bozukluğun göstergesi olmayabilir. Bebeğin ve çocuğun içinde bulunduğu gelişim dönemini ve özelliklerini, aile ortamını, zihinsel ve toplumsal becerilerini değerlendirmek gerekir. İlişkiler ve gelişim bir bütün olarak ele alınmalıdır.

Sorun yaratan ağız alışkanlıklarının olası tıbbi komplikasyonları vardır. Parmak emmenin, kalıcı dişler çıkarken devam etmesi, ağız-çene yapısını ve diş sağlığını olumsuz etkileyebilir.

Bu alışkanlık, bireyi çeşitli enfeksiyon ve enfestasyonlara açık hale getirebilmektedir. Sorun yaratan ağız alışkanlıkları olan bireylerde, E. coli ve Enterobacteriaceae ile ilişkili enfeksiyonlar ve dışkı-ağız yoluyla bulaşan parazit hastalıklarıyla ilgili yakınmalar sorgulanmalıdır. Sorun yaratan ağız alışkanlıklarının, diş eti sorunları açısından da riski vardır.

Tırnak yeme veya koparma alışkanlığı olan bireylerdeki tırnakla ilgili sorunların büyük bir kısmı kozmetik sorunlardır. Tırnak ya da tırnak yatağı ile ilgili enfeksiyonlar pek az görülür.

Sorun yaratan oral alışkanlıklarla birlikte, takıntılı düşünce (evham, saçma olduğunu bilse de düşünmekten kendini alıkoyamadığı pek çok konu) ve davranışlar bulunuyorsa obsesif- kompulsif bozukluk açısından, psikiyatrik değerlendirme için yönlendirilmelidir.

Çocukluk çağında anksiyete bozukluğu çok sık görülmektedir; ancak, yeterince tanınmamakta ve tedavi edilememektedir. Sorun yaratan ağız alışkanlıkları, anksiyete bozukluğuna eşlik edebilir. Stres ve anksiyete ile başlayabilir ya da şiddeti artabilir. Bu nedenle, bu tür alışkanlığı olan bireylerin, anksiyete bozuklukları açısından sorgulanması önem taşımaktadır. Aşırı utangaçlık, aşırı kaygı, ayrılıkla ilgili zorluklar, gerginlik gibi yakınmaları olan çocukların çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanları tarafından değerlendirilmeleri için yönlendirilmeleri gerekmektedir.

Parmak emme

Parmak emme davranışının genellikle anne karnında başlayan bir davranış olduğu kabul edilir ve 1-1,5 yaş arasında bebeklerin yarısı kadarında görülür. Bu yaşlar arasındaki bebekte, parmak emmese de emme davranışı söz konusudur. Bebek, anne memesini emmediği zamanlarda gözlenirse emme davranışı fark edilebilir; kendi dilini emer. Yalancı meme emen bebeklerde parmak emme davranışının daha az görüldüğü belirtilmiştir. Sıklığı ve şiddeti azalarak ilkokul dönemine dek görülebilir. İlkokul döneminden sonra görülme oranında düşüş söz konusudur.

Doğumdan sonra, bebeğin değişen koşullara uyum sağlamak amacıyla kendini düzenlemesi; somatik- otonomik, nöroendokrinolojik, algısal-motor, duygusal, motivasyonel ve diğer bütünleşmiş süreçlerin karmaşık kontrolü altında gerçekleşir. Emme davranışı, bu sürece hizmet eden davranışlardan biridir. Emme davranışıyla bebek gevşer, böylece kendisini rahatlatır. Annesinin yokluğuna katlanması, uykuya dalması kolaylaşır.

Bir diğer deyişle, emme davranışı bebeğin kendini ilk uyarma ve sakinleştirme davranışlarındandır.

Parmak emme davranışının hangi yaştan sonra sorun olduğunu net olarak söyleyebilmek zordur. Ancak bu davranış, 0-4 yaş döneminin normal davranışıdır. Bu dönemden sonra görülen parmak emme davranışının, gelişimsel dönemle uyumlu olmadığı söylenebilir.

Parmak emme davranışı içe kapanık, gergin, duygusal sorun yaşayan çocuklarda görülebileceği gibi ruhsal değerlendirme sonucunda herhangi bir ruhsal patoloji saptanmayan çocuklarda da görülebilir. Ruhsal yönden sağlıklı gelişimin gerçekleşmesinde önemli yeri olan ve bebekliğin ilk dokuz ayında yaşanan bağlanma sürecinde sorun yaşamış olan çocuklarda, anksiyete bozukluğu tanısı almış çocukların bir kısmında bir belirti olarak parmak emme davranışı saptanabilir. Parmak emme davranışı sağlıksız anne-baba tutumu söz konusu olduğunda, huzursuz ev ortamı varlığında, anne ya da babada ciddi fizik ve/ya da ruhsal hastalık durumunda da görülebilir. Zihinsel engelli çocuklarda parmak emme davranışına daha sık rastlanabilir.

Yatma zamanı, okul öncesi yaş dönemindeki küçük çocuklar için oldukça stresli bir zaman dilimidir. Okul öncesi dönemde yatma zamanı alışkanlıkları oldukça sık görülür. Parmak emme davranışı da yatma zamanı alışkanlıklarından biri olabilir. Stresli zaman diliminde bu alışkanlık rahatlama ve güven sağlama işlevi görüyor olabilir. Okul öncesi çocuğunda parmak emme, yatma zamanı alışkanlığı ise bu davranış ilk olarak görmezden gelinmeli, çocuğun zaman içinde bu davranışlarını kendiliğinden bırakması beklenmelidir.

Parmak emme davranışının tedavisi, altta yatan nedene göre düzenlenmelidir. Ayrıca, neden ne olursa olsun davranışçı yöntemler için çocukla anlaşma yapılmalı; çocuk ve aile, verilen görevler açısından izlenmelidir. Parmak emme davranışının varlığında altta yatan duygusal sorun, benlik saygısında düşüklük, anksiyete bozukluğu ve sosyal çekiniklik gibi nedenler var ise ilaç tedavisi düşünülebilir.

Tırnak yeme/koparma

Basmakalıp davranış bozukluklarından biri olarak kabul edilen tırnak yeme/koparma davranışı genellikle 3-6 yaşlarda başlar. İlkokul döneminde azalarak kaybolur. Ancak, bazı durumlarda tırnak yeme davranışı bir yaş kadar erken bir yaşta başlayabilir ve sıklığı 12 yaşına kadar artarak devam edebilir.

Parmak emme davranışında olduğu gibi fizik, ruhsal ve sosyal muayene sonucunda herhangi bir patoloji saptanmamış bir çocukta da tırnak yeme davranışı görülebilir. Bu durumda tırnak yeme davranışı çocuğun kendisiyle ve çevresiyle ilişkisini bozan bir özellik göstermez.

Tırnak yeme davranışı çocuğun kaygı düzeyinin artmasıyla ortaya çıkabilir ya da şiddetlenme gösterebilir. Sıkıldığı zamanlarda ya da herhangi bir uğraşa (televizyon izlemek gibi) kendini kaptırdığında da benzer durum söz konusudur.

Genellikle bütün tırnaklar (ayak tırnakları bile) yenir ya da koparılır. Ciddi düzeyde tırnak yeme davranışı ağır zihinsel engelli çocuklarda ve otizm spektrum bozukluğunda görülebilir.

Çoğu tırnak yeme davranışı iyi huyludur. Ancak ağır olgularda tırnak yatağı ciddi biçimde hasar görür. Bakteriyel ve/ya da mantar enfeksiyonu söz konusu olabilir. Bu durumlarda tedavi daha çok önem taşır. Ağır olmayan olgularda birkaç tedavi yöntemi belirtiyi kontrol etmeye yardımcı olur. Bu tedavi yöntemlerinden en etkilisi alışkanlığı tersine çevirme ve diğer davranışları güçlendirme gibi davranışçı tekniklerdir. İstenmeyen davranışı azaltıcı pekiştirme tekniğinin uygulanması sonucunda otistik çocuklarda olumlu sonuç alındığını bildiren çalışmalar vardır. Ağır olgularda davranışçı tedavi teknikleri yanında farmakolojik tedavi uygulanabilir.

Çocuğun ruhsal gücüne ve zeka düzeyine göre farklı davranışçı yöntemler uygulanabilirse de bir çok çocuk ve ailesi ile işbirliği yapılabilecek çok karmaşık olmayan davranışçı yöntemlerden biri çizelge uygulama yöntemidir. Çocuk, günlerin yazılı olduğu bir takvimin karşısına sorun olan ağız alışkanlığının şiddetine göre işaretleme yapar. Çocuğun yaşı uygun değilse takvimi yazması anne ya da babadan istenir. Böylece, anne-babanın da çocuğa bu soruna yardımda işbirliği alınmış olur. Her günün sonunda, çocuk yatarken kendisi düşünüp sorunun sıklığını çarpılarla (x) işaretler. Örneğin, çok fazla tırnak yemesi olmuşsa, o gün için üç tane çarpı koyar, orta sıklıkta ise iki tane çarpı, az olmuşsa bir tane çarpı koyar. Hiç yapmamışsa eksi

(-) ya da (+) koyar. Bazı çocuklar hiç yapmamışsa eksi koymak isterken bazı çocuklar artı koymak istemektedirler. Bu konuda kararı çocuğa bırakmak uygundur. Çocuğa, moralinin bozulmaması için, başlangıçta çarpılarının çok olabileceği ama yavaş yavaş azalacağı vurgulanmalıdır. Çarpılarının azalmasıyla birlikte kendisine 'aferin bana' demesi önerilmelidir. Çocuklar genellikle dürüsttürler. Onlarla sorunları için böyle bir anlaşma yapıldığında işbirliği yaparlar. Aileler genellikle çocuğun doğru işaretleme yapmayacağından kaygı duyar, hatta kontrolde de çizelgesindeki çarpıların gerçeği yansıtmadığını belirtebilirler. Bundan kaygı duymamak gerekir. Çocuk, kendisine göre sorunun yoğunluğunu belirtmiştir. Büyüklerin gözlemlerinin kendisininkinden farklılık nedeni tartışılabilir. Çizelgenin uygulanmasının başlangıç evresinde böyle sorunlar olsa da çocuğun kendisini kontrol etme görevi, çizelgeyi izleme aracılığıyla ona bırakıldığı için bu, yararlı bir yöntemdir. Bu yöntemi öneren hekimin, başlangıçta bir ya da iki hafta arayla çizelgedeki çarpıların durumunu hiç olmazsa telefon aracılığıyla çocukla görüşerek izlemesi uygundur. Sorunun azalması ile birlikte kontrol araları açılabilir. Hekim, çocuğa herhangi bir ilaç başlamış olsa da davranışçı yöntem uygulanabilir. Araştırmalar, ilaç kullanımıyla birlikte davranışçı yöntem uygulamasının en iyi sonucu verdiğini ortaya koymaktadır.

Sorun yaratan ağız alışkanlıklarına karşı ailelere öneriler

Bu tarz alışkanlıklara karşı aşamalı olarak uygulanması gerekenler şöyle sıralanabilir:

İlk adım hiçbir şey yapmamak, çocuğun bu alışkanlığını kendiliğinden bırakmasını beklemektir. Beklemek, bu davranışın daha çabuk ortadan kalkmasına yol açmaz. Ayrıca beklemek anne-baba için de zor bir seçenek olabilir. Ancak çocuk, alışkanlıklarından vazgeçmesi için zorlanırsa, inatlaşma ve bu davranışın pekişmesi riski ortaya çıkabilir.

Bazen, uygun olmayan bir alışkanlığı gözardı etmek kolay olmayabilir. O alışkanlık, örneğin, hijyen ve toplumsal kurallar açısından sıkıntı oluşturuyorsa kısıtlanması gerekebilir. Bu noktada, kurallar getirmek gerekir. Bu kurallar, alışkanlıktan vazgeçmesi için konmaz. Örneğin burnunu karıştırdıktan sonra parmak emmemesi, mutlaka ellerini yıkaması, sınıf ortamında tırnak yememesi gibi kurallar işletilebilir.

Cezalandırma, alay etme ve lakap takma gibi tutumlardan uzak durmak gerekir. Alışkanlık sorunları ve bozuklukları tam olarak çocuğun kontrolünde olan davranışlar değildir. Özellikle anne-babadan gelen negatif tutumlar, stresi ve inat davranışını artırır. Bunun sonucunda alışkanlıklar daha da şiddetlenebilir. Anne-babadan gelen negatif tutumlar, özgüveni de olumsuz etkiler.

Çocuğun, sorun yaratan alışkanlığından vazgeçmeye hazır duruma gelmesi için, onu motive etmek gerekir. Doğum günleri, yılbaşı, bayramlar, akraba ziyaretleri çocuğu davranış değişikliğine heveslendirmek için uygun dönemlerdir. Burada dikkat edilmesi gereken önemli bir nokta, çocuktan zorla, tutmak istemeyeceği sözler vermesinin istenmemesi gerektiğidir. Bu tür alışkanlıklardan ne zaman vazgeçeceğine karar verme hakkı çocuğun olmalıdır.

Bilişsel-davranışçı tedavi, çocuk alışkanlıktan kurtulmak için kendini hazır hissettiğinde, çocuğa yardımcı olabilecek en kesin yoldur. Davranışçı tedavinin temel ilkeleri alışkanlıkların, öğrenme ve koşullanma ile pekiştiği, aynı şekilde uygun koşullanma ve öğrenme ile de sonlanabileceği varsayımı üzerine oturur. İstenilen davranışların ödülle pekiştirilmesi ve alışkanlıkların döndürülmesi en etkili davranışçı tedavi yoludur.

Okulda sınıf arkadaşları, alışkanlıkları nedeniyle çocukla alay ediyor, lakap takıyorlarsa, akran istismarı yönünden öğretmen bilgilendirilmeli, gerekirse öğretmenin okul rehberlik servisinden yardım alması sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Baydaş B, Uslu H, Yavuz I, Ceylan I, Dagsuyu IM. Effect of chronic nail-biting habit on the oral carriage of Enterobacteriaceae. Oral Microbiol Immunol 2007; 22: 1-4.
2. Connolly SD, Suarez LM. Generalized Anxiety Disorder, Specific Phobia, Panic Disorder, Social Phobia and Selective Mutism. In: Dulcan MK(ed). Dulcan's Textbook of Child and Adolescent Psychiatry. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2010: 299- 325.
3. Demir T. Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu. 'Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları: 3'içinde. Yayın Yönetmenle-

ri: Çuhadaroğlu Çetin F, Coşkun A, İşeri E ve ark. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2008: 330-337.
4. Emiroğlu İ, Neslihan F, Baykara B. Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluğu, Özgül Fobi. 'Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları: 3' içinde. Yayın Yönetmenleri: Çuhadaroğlu Çetin F, Coşkun A, İşeri E ve ark. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2008: 320-330.
5. Erman H, Anlar B. Zihinsel Gelişim (Zeka) Gerilikleri. 'Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları: 3' içinde. Yayın Yönetmenleri: Çuhadaroğlu Çetin F, Coşkun A, İşeri E ve ark. Ankara:Hekimler Yayın Birliği, 2008: 187-198.
6. Esnafoğlu E (çev. ed) Basmakalıp Davranış Bozukluğu ve Bebeklik, Çocukluk veya Ergenliğin Başka Türlü Adlandırılamayan Bozukluğu. Sadock BJ, Sadock VA (eds), Türkbay T (çev.ed). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi, Kısaltılmış Temel Kitabı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2012: 127-131.
7. Krejci CB. Self-inflicted gingival injury due to habitual fingernail biting. J Periodontol 2000; 71:1029–1031.
8. Garde JB, Suryavanshi RK, Jawale BA, Deshmukh V, Dadhe DP, Suryavanshi MK. An epidemiological study to know the prevalence of deleterious oral habits among 6 to 12 year old children. J Int Oral Health 2014;6:39-43.
9. Güvenir T. Bebeklik ve erken çocukluk döneminde duygu ve davranış düzenlenmesi ve bozuklukları. 'Bebek ruh sağlığı (0-3 yaş) kitabı' içinde. Yayın yönetmeni Erol N. XXIV. Prof. Dr. Mualla Öztürk Çocuk Ruh Sağlığı Sempozyumu, 28 Şubat-2 Mart 2011. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 2012: 73-81.
10. Leung AK, Robson WL. Nailbiting. Clin Pediatr 1992; 31:702–703.
11. Maguire JA. The evaluation and treatment of pediatric oral habits. Dent Clin North Am 2000; 44:659-669.
12. Swedo SA, Leonard HL (eds), Erzik N (çev. ed). Çocuktur Geçer (2. Baskı). İstanbul: Epsilon Yayıncılık Hizmetleri, 2002: 85-97.