ד"ר מלכה אשכנזי, DMD, ד"ר אורטל קסלר־ברוך, DMD, ד"ר לירן לוין, DMD

הדרכה בגהות הפה: האם אנחנו עושים מספיק?

מבוא

להסרת רובד דנטלי על בסיס יומיומי תפקיד מרכזי במניעת עששת ומחלות פריודונטיות (1, 2). למרבה הצער, המשימות הללו מורכבות לביצוע ורוב האוכלוסייה אינה מצחצחת שיניים במידה מספקת (3-5) ואינה נעזרת באמצעים מניעתיים נוספים, החיוניים לשמירה על גהות הפה (6, 7).

היגיינה אורלית לקויה מושפעת לא רק מחוסר שיתוף פעולה מצד המטופל אלא גם מחוסר מיומנות אישית (8). מחקר של LaRosa וחבריו הדגים כי רוב הציבור מסיר רק 50% מחיידקי הרובד, אף על פי שהוא מצחצח במשך כשתי דקות - על פי ההמלצה (9).

לכן, שיתוף פעולה מצד המטופל בשמירה על היגיינה אורלית תלוי בראש ובראשונה במתן הנחיות נכונות, לימוד מובנה של כל מיומנות בנפרד (צחצוח שיניים, שימוש בחוט דנטלי, קיסמים וכדומה), הדגמת הטכניקות ואימון תחת השגחת הרופא או השיננית (10). מאחר שבכמה מחקרים קליניים נצפתה הידרדרות בשמירה על היגיינה אורלית לאורך זמן (4-5), יש צורך בפגישות תקופתיות במטרה להעריך, לחזק ולשפר את נקודות החולשה של המטופל בביצוע הטכניקות השונות. פגישות תקופתיות הכוללות הדרכה בהיגיינה אורלית, הדגמה ותרגול מעשי בפיקוח הרופא או השיננית וכן חיזוקים חיוביים, חייבים להפוך לחלק אינטגרלי מתוכנית הטיפול של כל מטופל, על פי צרכיו (7).

מטרת המחקר הנוכחי הייתה להעריך את מתן ההנחיות הניתנות על ידי השיניות בנושא היגיינה אורלית ולחקור את מידת מאמציהן באשר להדרכה וחינוך לשיפור ההיגיינה בקרב מטופליהן.

שיטות המחקר

אוכלוסיית המחקר כללה שיניות אשר השתתפו בכנס השנתי של איגוד השיניות באפריל 2012. כל השיניות התבקשו למלא שאלון אנונימי, שתוכנן על ידינו. השאלון תוכנן במטרה לבדוק אפיונים דמוגרפיים (גיל, ותק, סוג מרפאה, מוסד אקדמי) של השיניות וכן שאלות הבוחנות את היקף מאמציהן בחינוך ובהדרכת מטופליהן.

השיניות נתבקשו לדווח על פעילותן האישית בהסברה ובחינוך להיגיינה אורלית. הן נשאלו האם הן מדריכות כל מטופל (כולם, רובם, אף אחד); האם הן מעבירות הדרכה בכל פגישה (כל פגישה, רק בפגישות תקופתיות, רק בפגישה הראשונה, אף פעם); מהן הסיבות לכך שלא בוצעה הדרכה (חוסר זמן, המטופל יודע לצחצח שיניים, הדרכה נוספת איננה יעילה); כמה זמן אורכת ההדרכה (עד 2 דקות, 2-5 דקות, 6-10 דקות או יותר); באילו עזרים הן ממליצות להשתמש באופן יומיומי בבית (מברשת שיניים, חוט דנטלי, קיסם מעץ, קיסם מפלסטיק/גומי, פרוקסברש, סילונית ומי פה); האם הן מדגימות על מודל את טכניקת הצחצוח והניקוי האינטרפרוקסימלי (בכל פגישה, בכל פגישה תקופתית, רק בפגישה הראשונה, אף פעם); האם ההדגמה מתבצעת גם בפיו של המטופל והאם הן מבקשות מהמטופל להדגים בפניהן את הטכניקות השונות לבקרה. לבסוף נשאלו אם הן מעבירות הדרכה שונה למטופל בסיכון גבוה לעששת ולמחלה פריודונטלית לעומת מטופל שאיננו בסיכון.

תוצאות

179 שיניות מילאו את השאלון.

אפיונים דמוגרפיים:

השיניות כולן נשים, גילאי 21-68 (גיל ממוצע 39.05±18.18).

שנות ותק כשיניות: נע בין 1-36 שנה (ממוצע 11.81±9.36). 54.7% עם ותק של פחות מ־12 שנה, 45.3% עם ותק של למעלה מ־12 שנה.

49.7% עובדות במרפאה פרטית בלבד, 21.7% עובדות במרפאה ציבורית בלבד ו־28.57% עובדות הן במרפאה פרטית והן במרפאה ציבורית.

הדרכה ותרגול בהיגיינה אורלית:

127 (70.9%) שיניות דיווחו כי הן מעבירות הדרכה לכל מטופליהן, 51 (28.5%) שיניות ציינו כי הן מעבירות הדרכה לרוב המטופלים. בנוגע לתדירות מתן ההדרכה, 97 (54.5%) דיווחו כי הן מעבירות הדרכה בכל מפגש, 73 מתוכן (41%) מעבירות הדרכה בכל פגישה תקופתית ו־8 (4.5%) מעבירות הדרכה רק בפגישה הראשונה. הסיבות שסיפקו השיניות למקרים שבהם הן אינן מדריכות את מטופליהן כללו: חוסר זמן (21.7%); המטופל יודע כיצד לצחצח שיניים (61.5%); המטופל אינו מעוניין בהדרכה (23.6%); הדרכה לא תשפר את ההיגיינה האורלית של המטופל (0.6%).

97.2% מן השיניות המליצו על שימוש במברשת שיניים; 57% המליצו על חוט דנטלי; 34.1% המליצו על קיסמים מעץ; 85.5% המליצו על קיסמים מפלסטיק/גומי; 67.6% - על פרוקסברש; 45.8% - על מי פה; 32.4% - על סילונית.

משך ההדרכה הממוצע הוא 4.32±2.09 דקות. 19 (10.7%) דיווחו כי הן מעבירות הדרכה במשך כ־2 דקות; 121 (68%) - 2-5 דקות; 35 (20%) - 6-10 דקות; 3 (1.7%) - מעל 10 דקות.

מבין השיניות שדיווחו כי הן עובדות גם במרפאה פרטית וגם במרפאה ציבורית, נמצא שרובן (72%) מעבירות הדרכה זהה באורכה, לעומת 26% שציינו כי משך ההדרכה במרפאה פרטית ארוך יותר.

רוב השיניות (77.7%) דיווחו כי הן מעבירות הדרכה זהה למטופל בסיכון גבוה לעששת ולמחלות פריודונטליות בהשוואה למטופל שאינו נמצא בסיכון. רק חמישית (22.2%) מהשיניות מעבירות הדרכה שונה על פי מצבו הדנטלי של המטופל.

לא נמצאה קורלציה בין משך ההדרכה לסוג ההדרכה. לא נמצאה קורלציה בין הדרכת המטופלים לבין גיל, ותק, מקום קבלת התואר וסוג הקליניקה.

ד"ר מלכה אשכנזי - מרפאה פרטית, פתח־תקווה.
ד"ר אורטל קסלר־ברוך - חיל הרפואה, צה"ל.
ד"ר לירן לוין - ראש תחום המחקר, בית הספר לרפואת שיניים של הקריה הרפואית רמב"ם והטכניון. פרופ' אורח בפקולטה לרפואת שיניים של אוניברסיטת הרווארד, בוסטון.



תרשים 1: הצעה לפרוטוקול טיפולי בנוגע להדרכת מתרפאים לגהות הפה

Quintessence) International (2014;45:265-269

הסבר

הסבר/י על הקשר שבין פלאק לבריאות האורלית של המטופל והחשיבות שבהסרתו לטובת הצלחת הטיפול הדנטלי לטווח הארוך.

פרט/י בנוגע לעזרים מניעתיים להיווצרות הפלאק (מברשת שיניים, עזרים אינטרפרוקסימליים, מי פה וכו').

הדגמה בעזרת מודל

הדגם/י את הטכניקות להסרת פלאק על מודל מפלסטיק, בהתחשב במצבו הדנטלי והפריודונטלי של המטופל.

הדגמה בפה המתרפא

הדגם/י בפיו של המטופל בעזרת מראה, תוך שימוש בארסנל הטכניקות השונות להסרת פלאק המותאמות למצבו הדנטלי והפריודונטלי של המטופל.

בשלב זה מומלץ להשתמש בתמיסות צובעות פלאק.

הערכת הביצוע של המתרפא

בקש/י מהמטופל להדגים בפנייך את טכניקות הניקוי השונות. תקן/י במידת הצורך. מומלץ להשתמש בשלב זה גם בתמיסות צובעות פלאק.

חיזוק ומוטיבציה

פגישות תקופתיות הכרחיות בכדי לעבור על השלבים הקודמים ולוודא שהמטופל הטמיע את החשיבות שבהיגיינה אורלית ומיישם לשם כך את השיטות השונות. נמצא ששיתוף הפעולה עם המטופל ישתפר הודות לפגישות תקופתיות לשם בקרת הפלאק, הדרכה נכונה ומתן הנחיות ספציפיות.

דיון

טיפול במחלה מתחיל בראש ובראשונה במניעה. ישנם כמה סוגי מניעה: **מניעה ראשונית** - מניעת ההיווצרות של הפתולוגיה; **מניעה שניונית** - אבחון מוקדם, לפני שניכרת תחלואה; **מניעה שלישונית** - מניעה של תופעות לוואי וסיבוכים ממחלה קיימת; **מניעה רבעונית** - מניעת השלכות של טיפול יתר (11-12).

עששת ומחלות פריודונטליות הן הפתולוגיות העיקריות שאיתן אנו מתמודדים, וכמו בכל מחלה אחרת - הטיפול צריך להיעשות על פי קווים מנחים.

הקווים המנחים כוללים מניעה על כל סוגיה כקו טיפולי ראשון. חשוב לשלב כל מטופל שנכנס למרפאתנו בתוכנית מניעתית מקיפה ומסודרת, שתכלול פירוט לגבי המחלה: אטיולוגיה, גורמי הסיכון, דרכי טיפול ומניעה (12). בתרשים 1 תוכלו לראות הצעה לפרוטוקול טיפולי בנוגע להדרכת מתרפאים לגהות הפה, כפי שפירסמנו בעיתונות הבינלאומית (10).

במחקרנו הקודם הראינו שיתכן כי הגברת התדירות של המפגשים התקופתיים תשפר את שיתוף הפעולה של המטופל בטיפול הדנטלי המניעתי (7). זאת לאור החזרה על ההנחיות בהיגיינה אורלית וחינוך המטופל. חוסר בהדרכה ובחינוך לאמצעים מניעתיים יגרום לחוסר שיתוף פעולה מצד המטופל ולעלייה בשכיחות המחלה. Bellini (13) טען במחקרו שתדירות אופטימלית להדרכה על ידי רופא השיניים או השיננית הינה בין כל חודש לכל שלושה חודשים. לעומת זאת, Ower (14) לא מצא קשר ישיר בין מספר הפגישות לבין הפחתה בכמות הפלאק, אולם המליץ על הדרכות תקופתיות למטופלים.

Hetlandet et al. (15) ערכו מחקר שהתבסס על עבודתם של Sfiderholm et al. (16). במחקרם, ניתנה הדרכה בהיגיינה אורלית שלוש פעמים, בהפרש של שבוע בין מפגש למפגש. קבוצה אחת לא קיבלה הדרכה כלל, ושתי קבוצות אחרות קיבלו הדרכה שאורכה היה 15 דקות או 30 דקות. המחקר הדגים כי רמת הפלאק ירדה ב־70% בשתי הקבוצות שקיבלו הדרכה, בשעה שבקבוצה שקיבלה טיפול מניעתי בלבד נצפתה ירידה של 21% בלבד. הירידה בכמות הפלאק נמשכה לאורך 24 שבועות.

חובתנו כצוות רפואי לחנך את מטופלינו שוב ושוב בנוגע לטיפול מניעתי. על אף שזו משימה שדורשת שעות של הדרכה, הדגמה וחיזוקים למטופל, זהו התפקיד החשוב ביותר שלנו כרופאי שיניים וכשיננית ועליו מושתת הבסיס המקצועי שלנו. כמו בכל תחום אחר ברפואה, מניעה הינה המפתח להצלחה (12).

לאור הממצאים במחקרנו, דרוש שיפור נוסף בקרב השיננית שבקבוצת המחקר בנושא החינוך למניעה ובהדרכת המטופלים. השיננית בקבוצת המחקר ענו כי הן מדריכות את מטופליהן במשך כ־4 דקות בממוצע. בנוסף לכך, רוב השיננית מדריכות באופן זהה את כל המטופלים, ללא הסבר וחינוך אינדיבידואליים המותאמים לצרכיו של המטופל. על השיננית מוטלת האחריות להתאים את ההדרכה לכל מטופל ולגבש עבורו תוכנית אישית על פי מצבו הדנטלי. ההדרכה האישית חייבת לכלול הדגמה, כדי שהמטופל יוכל לשמר את הקיים ולשפר אותו.

עם חסרונות המחקר נמנה אופיו של המחקר - שכלל שאלונים שמילאו השיננית ובהם הן נתבקשו להעריך את עבודתן, דבר הפוגע באובייקטיביות של התוצאות. חיסרון נוסף הינו מספר השיננית שהשתתפו במחקר (= השיננית אשר הגיעו לכנס), שהוא קטן ביחס למספר השיננית בארץ.

אף על פי כן, ניכר כי דרוש מאמץ נוסף בקרב השיננית ורופאי השיניים במתן הדרכה ובחינוך המטופלים. השימוש בהדגמה על מודלים וכן הדגמה בפיו של המטופל, מתן הנחיות ספציפיות על פי גורמי הסיכון שאליהם נחשף המטופל, משוב תוך כדי ביצוע הטכניקות על ידי המטופל ומעקב - יתכן שישפרו את הבריאות האורלית בקרב מטופלינו.

על תוכנית הלימודים של השיננית ורופאי השיניים לשים דגש רב יותר על נושא המניעה כמטרה העליונה של המקצוע שלנו (12), ובכך לגרום לשינוי תפיסתי ולהעלאת המודעות באשר לחשיבות החינוך וההדרכה למניעה.



ספרות המשך מהעמוד הקודם

1. Lang NP, Cumming BR, Lőe H. Toothbrushing frequency as it relates to plaque development and gingival health. J Periodontol. 1973; 44: 396-405.
2. Zaura E, ten Cate JM. Dental plaque as a biofilm: a pilot study of the effects of nutrients on plaque pH and dentin demineralization. Caries Res. 2004; 38 (Suppl 1): 9-15.
3. Starkey P. Instructions to parents for brushing the child's teeth. J Dent Child. 1961; 28: 42-47.
4. Itzhak M, Yaish Y, Rakocz M, Sarnat H, Ashkenazi M. The influence of toothbrush-design on the ability of the nurses to brush the teeth of institutionalized cerebral palsy patients. Special Care Dent (In Press).
5. Telishevesky YS, Levin L, Ashkenazi M. Ability of parents to correctly brush their children's teeth with manual single- and triple-headed toothbrushes. Pediatr Dent 2012;34 (4): 331-336.
6. Ashkenazi M, Cohen R, Levin L. Self-reported compliance with preventive measures among regularly attending pediatric patients. J Dent Educ. 2007;71(2): 287-295.
7. Ashkenazi M, Bidoosi M, Levin L. Factors associated with reduced compliance of children to dental preventive measures. Odontology. 2012;100(2): 241-8.
8. Frendsen A. Mechanical oral hygiene practices. In: Loe H, Kleinman DV, eds. Dental Plaque Control Measures and Oral Hygiene Practice. Oxford, IRL Press, 1986, pp:93-116.
9. de la Rosa MR, Guerra JZ, Johnson DA, Radike AW. Plaque growth and removal with daily tooth brushing. J Periodontol 1979; 50: 661-664.
10. Ashkenazi M, Kessler-Baruch O, Levin L. Oral hygiene instructions provided by dental hygienists - Results from a self-report cohort study. Quintessence International 2014;45: 265-269.
11. Levin L, Zadik Y. Education on and prevention of dental trauma: it's time to act! Dent Traumatol. 2012;28 (1): 49-54.
12. Levin L. Prevention - The (sometimes-forgotten) key to success. Quintessence Int, 2012;43 (9): 739.
13. Bellini HT, Arneberg P, von der Fehr FR. Oral hygiene and caries, a review. Acta Odontol Scand. 1981;39 (5): 257-265.
14. Ower P. The role of self-administered plaque control in the management of periodontal diseases: 2. Motivation, techniques and assessment. Dent Update. 2003 ;30 (3): 110-116.
15. Hetland L, Midtun N, Kristoffersen T. Effect of oral hygienic instructions given by paraprofessional personnel. Community Dent Oral Epidemiol 1981; 10:s-14.
16. Sfiderholm G, Egelberg J. Teaching plaque control II. 30-minute versus 15-minute appointments in a three-visit program. J Clin Periodontol 1982;9 (3): 214-22.

המשך מעמוד 21

ארוזיה דנטלית

ספרות

1. Moynihan P, Petersen PE (2004). Diet, nutrition and the prevalence of dental diseases. Public Health Nutrition 7(1A): 201-226.
2. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C (2005). The global burden of oral diseases and risk to oral health. Bulletin of the World Health Organization 83:661-669.
3. Lussi A (2006). Erosive tooth wear - a multifactorial condition of growing concern and increasing knowledge. Monographs in Oral Sciences 20: 1-8.
4. Arnadottir IB, Holbrook WP, Eggertsson H, Gudmundsdottir H, Jonsson SH, Gudlaugssson JO, Saemundsson SR, Eliasson ST, Agustsdottir H (2010). Prevalence of dental erosion in children: a national survey. Community Dent Oral Epidemiol 38: 521-526.
5. Ganss C, Young A, Lussi A (2011). Tooth wear and erosion: Methodological issues in epidemiological and public health research and the future research agenda. Comm Dent Health 28: 191-195.
6. Milosevic A (2011). The problem with an epidemiological index for dental erosion. Br dent J 211: 201-203.
7. Okunseri C, Okunseri E, Gonzales C, Visotcky A, Szabo A (2011). Erosive tooth wear and consumption of beverages among children in the United States. Caries Res 45: 130-135.
8. Ganss C (2006). Definition of erosion and links to tooth wear. Monographs in Oral Sciences 20: 9-16.
9. Lussi A, Schlueter N, Rakhmatullina E, Ganns C (2011). Dental erosion - an overview with emphasis on chemical and histopathological aspects. Caries Res 45 (suppl): 2-12.
10. Young A, Amaechi BT, Dugmore C, Holbrook P, Nunn J, Schiffner U, Lussi A, Ganss C (2008). Current erosion indices - flawed or valid? Summary. Clin Oral Invest 12(suppl): S59-S63.
11. Vered Y, Lussi A, Zini A, Gleitman J, Sgan-Cohen HD (2013). Dental erosive wear assessment among adolescents and adults utilizing the basic erosive wear examination (BEWE) scoring system. Clin Oral Invest DOI 10.1007/s00784-013-1175-0.
12. Bartlett D, Ganns C, Lussi A (2008). Basic Erosive Wear Examination (BEWE): a new scoring system for scientific and clinical needs. Clin Oral Invest 12(suppl): S65-S68.
13. Mulic A, Tveit AB, Wang NJ, Hove LH, Espelid I, Skaare AB (2010). Reliability of two clinical scoring systems for dental erosive wear. Caries Res 44: 294-299.
14. Margaritis V, Mamai-Homata E, Koletsi-Kounari H, Polychronopoulou A (2011). Evaluation of three different scoring systems for dental erosion: A comparative study in adolescents. J Dent 39: 88-93.
15. Ganss C, Lussi A (2006). Diagnosis of erosive tooth wear. Monographs in Oral Sciences 20: 32-43.
16. Lussi A, Schaffner M, Hotz P, Sutter P (1991). Dental erosion in a population of Swiss adults. Community Dent Oral Epidemiol 19: 286-290.