

הגורמים הסוציו-דמוגרפים, כלכליים משפיעים על בריאות הפה

ועל קביעת תוכנית הטיפול .

כותב המאמר: נפתלי אלי- בוגר קורס מומחים 4

מבוא

שיקום הפה הוא ענף ברפואת שיניים שתכליתו החזרת התפקוד והאסתטיקה לפה. הטיפול השיקומי יכול להתבצע ברמת שן בודדת ועד לטיפול מלא בפה חסר שיניים. דרכי השיקום המוצעות לטיפול תלויים במחלה או בחבלה שגרמה לנזק בשן, באנטומיה ובפיסיולוגיה של הפה אך גם שיקולים של גיל ושיקולים סוציו אקונומיים נלקחים בשיקול. (גור ורה, 5)

מחקרים שונים מראים כי קיים קשר בין המצב הדמוגרפי – סוציו כלכלי של מטופלים לבין העדפותיהם בטיפולי שיניים ובכלל זה העדפה של תותבת חלקית או שלמה קבועה או נשלפת. באוכלוסיות חלשות קיים שיעור גבוה של מחלות הקשורות בהיגיינת הפה כדוגמת עששת, (שמעון ביגלמן, 4) אך השיעור הגבוה של אנשים חסרי שיניים, נובע מהגורמים הסוציו דמוגרפים הקשורים במצב כלכלי ביחס ישיר לרמת הכנסה, יחס לטיפולים רפואיים ובכלל זה טיפול שיניים, רמת החינוך ונוכחות של מרפאות שיניים ולא דווקא ממחלות איכות הטיפול, מחיר סביר ומיקום קרוב למרפאות השיניים הם גורמים המעודדים שימוש בשירותי בריאות השן. קיימת קורלציה גבוהה בין הגורמים הסוציו דמוגרפים, לאנשים בסיכון להיות חסרי שיניים.

מערכת שיניים תותבות נועדה להוות תחליף לכל או למרבית השיניים הטבעיות הן בתפקידי הנגיסה והלעיסה והן בכדי למלא צורך אסתטי למראית עין. לשיניים תותבות חשיבות בשימור מבנה הלסת וחלל פה תקינים לאורך זמן. מטופלים מחוסרי שיניים, עלולים לסבול מתחושת תסכול הנובעת ממצבם, מקשיים בתפקודי הלעיסה, הפרעה בהגייה והדיבור פגיעה אסתטית במראה הפנים והחיוך, וכן הפחתה בתחושת הטעם והטמפרטורה של המזון - מה שמביא לפגיעה באיכות החיים, המלווה בחלק מן המקרים גם בפגיעה בביטחון העצמי.

תותבת חלקית או שלמה היא אינדקציה לבריאות השן של האוכלוסייה בארצות שונות בעולם. תותבת חלקית או שלמה היא גם הבקרה להצלחת הטמעת הטיפול של המערכת הציבורית לבריאות השן. השכיחות וההיקף של אובדן השן ירדה באופן משמעותי בעשור האחרון. באוכלוסיות בהן רמת ההכנסה נמוכה ורמת ההשכלה נמוכה, האוכלוסייה נמצאת ברמת סיכון גבוהה יותר, להיות חסרת שיניים ולא מטופלת.

יש לציין כי עיקר השינוי חל באוכלוסייה בגילאים שבין 65 ל- 74 אם מגמה זו תמשיך הרי שבשנת 2020 רק 15% מהאוכלוסייה תאופיין כחסרת שיניים. (2004, Baran I, Ergün G, Semiz M).

ההסתגלות לשימוש בתותבת מלאה נשלפת, אף היא השפיעה על הבחירה של המטופלים והרופאים לקביעת סוג התותבת, מלאה/חלקית, נשלפת/קבועה בהתחשב במצב הסוציו אקונומי.

בעבודה זו אנסה לענות על שאלה חשובה זו בהסתמך על ספרות עדכנית תוך התייחסות לשני מאמרים עיקריים שמציגים עבודות מחקר שנעשו בנושא זה. מחקר שנערך בטורקיה, להלן מחקר מס' 1, מחקר שנעשה בניגריה להלן מחקר מס' 2. המחקרים מראים את הקשר הישיר בין המצב הדמוגרפי, סוציו אקונומי לבין הטיפול המוצע והעדפותיהם של מטופלים.

שיטות המחקרים

מחקר מס' 1, הדגים 510 נבדקים, 233 פנו למרכז אוניברסיטאי ו 277 פנו למרכז לבריאות השן של המדינה. גיל הנבדקים היה בממוצע 57 בגברים וגיל ממוצע של 54 בנשים. הנבדקים תויגו בהתאם לעקרונות מחקר בתחום בריאות השן כמו: מין, השכלה, רמת הכנסה, יישום של טיפול דנטלי בתותבת בשני המרכזים, שכיחות סוג התותבת: חלקית/מלאה קבועה או חלקי/מלאה נשלפת, בעיות הקשורות בתותבת מבחינה אסתטית, נוחות בפה, שבירה של התותבת ושביעות רצון של המטופל מהתותבת בתוכן העדפה לטיפול במרפאה מסוימת ללא התייחסות למחיר.

מחקר מס' 2, הדגים שתי קבוצות שפנו למרכזים אוניברסיטאים, אוכלוסיה עירונית ואוכלוסיה כפרית. 152 נבדקים. גיל הנבדקים הממוצע היה 41 (טווח הגילאים שנבדק היה 8-84). לא נמצאה מובהקות בין מין להשכלה. הנבדקים תויגו בשלוש קבוצות: פועלים מיומנים, פועלים לא מיומנים ועצמאים כמו עקרות בית וסטודנטים.

שני המחקרים הנ"ל הסתמכו על מפקד אוכלוסין שנעשה על ידי המרכז הלאומי לסטטיסטיקה בלונדון (OPCS 1994) בהיעדר מפקדי אוכלוסין מקומיים.

שני המחקרים השתמשו באותה שיטה של ניתוח ממצאים סטטיסטיים SPSS FOR WINDWOS.

תוצאות המחקרים

במחקר מספר 1, למרבית המטופלים הוצעה תותבת חלקית. מספר הנבדקים ממין זכר עם תותבת שלמה היה גדול ממספר הנשים עם תותבת שלמה בעוד שמספר הנבדקים עם תותבת חלקית אצל נשים היה גבוה יותר מאשר אצל גברים. התוצאות היו במובהקות גבוהה. לא נמצאה מובהקות בקשר שבין מין הנבדק לבעיות עם תותבות כמו: הסתגלות לתותבת או שבירה של התותבת, חוסר נוחות אסתטית, תגובות אלרגיות איבוד שיניים וכו'. המובהקות היחידה הייתה בין הסתגלות שלה מטופלים לתותבת בפה ושבירה של התותבת אך לא הייתה מובהקות בין המינים.

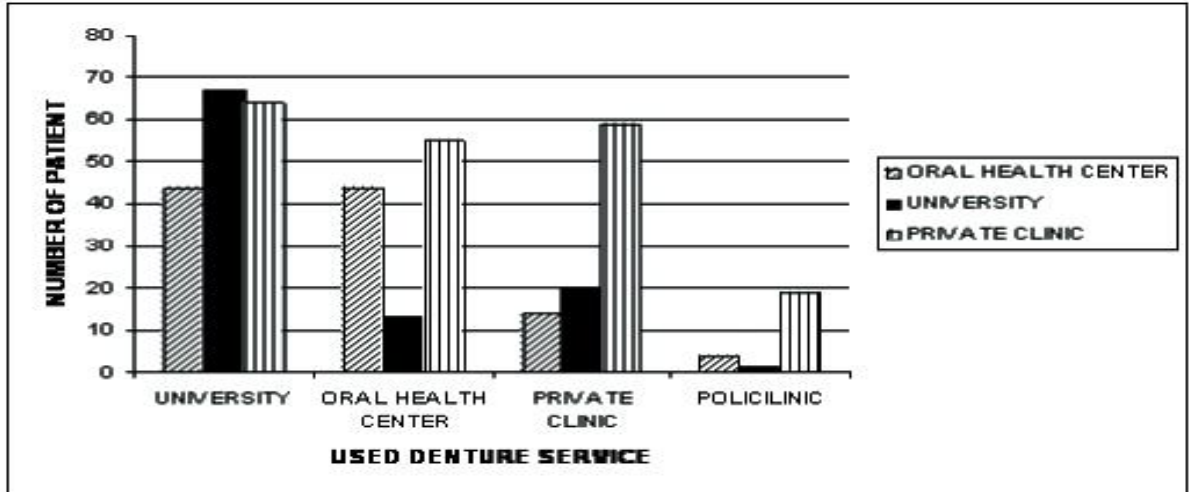
למרות הנאמר להלן, החלפה תכופה יותר של תותבת בגלל שבר בתותבת, שבר בחיבור או תותבת לא מותאמת הייתה אצל גברים.

ראוי לציון כי בטורקיה, כמו במרבית מדינות, אין ביטוח רפואי מקיף לטיפול בשיניים. עקירות וסתימות נכללים במסגרת הביטוח הרפואי הלאומי. טיפולים מורכבים יותר ושיקומיים מקיפים אינם נכללים בסל הבריאות הלאומי ומטופלים שלהם ביטוח פרטי עדיין צריכים להשתתף במחצית מעלות הטיפול.

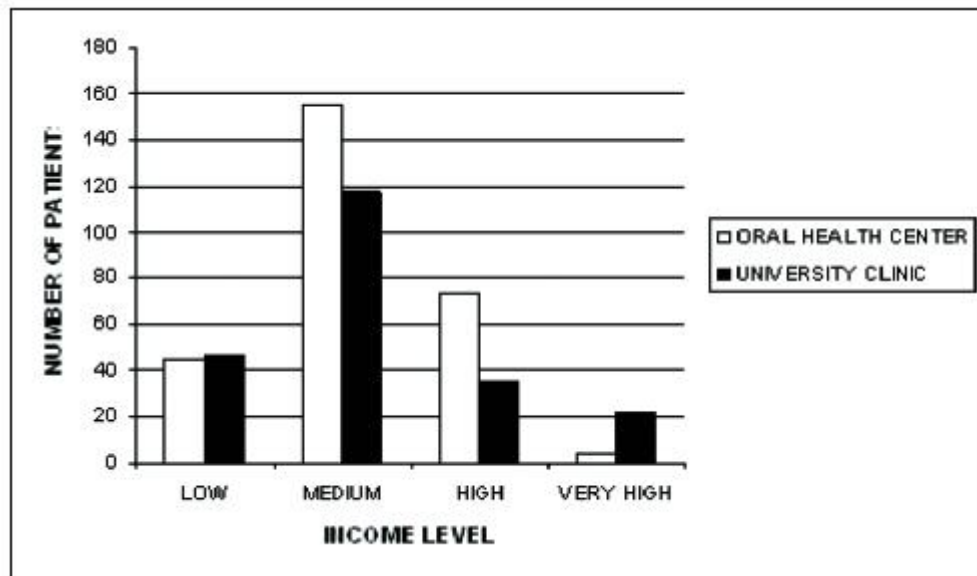
Applied Denture	Gender		Educational Level				Income Level		
	Male	Female	None	Primary	Secondary	University	Low	Medium	High
Complete	94 38.3%	71 28.7%	22	67	55	21	118	42	3
Partial	120 49.0%	144 58.3%	23	107	89	44	186	61	9
Comp./Part.	31 12.7%	32 13.0%	4	34	18	7	47	12	3
Total	245	264	49	208	162	72	351	115	15

מספר המטופלים ובאחוזים, המתוארים על ידי מגדר, רמת השכלה, רמת הכנסה, וסוג התותבת המבוקשת.

נבדקים עם הכנסה מספיקה העדיפו טיפול במרפאות פרטיות. נבדקים שהתנסו בעבר במרפאה אוניברסיטאית העדיפו לטפל שוב במרפאה אוניברסיטאית. נבדקים עם ביטוח רפואי העדיפו מרפאות פרטיות.

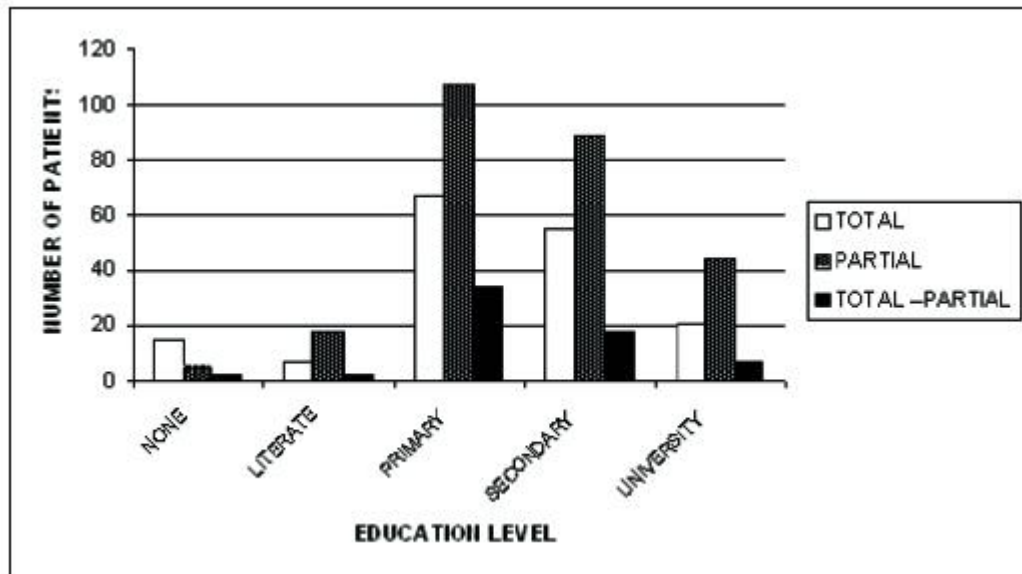


הסוגים השונים של המרכזים לרפואת שיניים וכמות האנשים שצרכה כל טיפול



הקשר בין רמת הכנסה למקום הטיפול המבוקש.

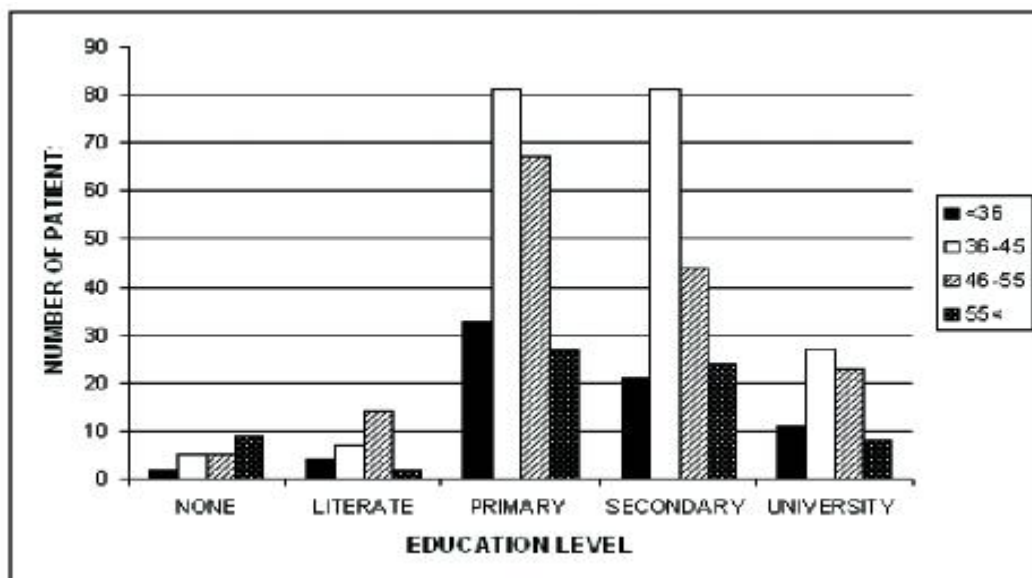
רמת ההשכלה של נבדקים שפנו למרכזים לבריאות השן של המדינה היו ברמת בי"ס יסודי או תיכונית בעוד שהפניות למרכזים האוניברסיטאים אופיינו על ידי רמת השכלה תיכונית ואקדמאית.



הקשר שבין רמת ההשכלה לסוג הטיפול (התותבת) הנבחר

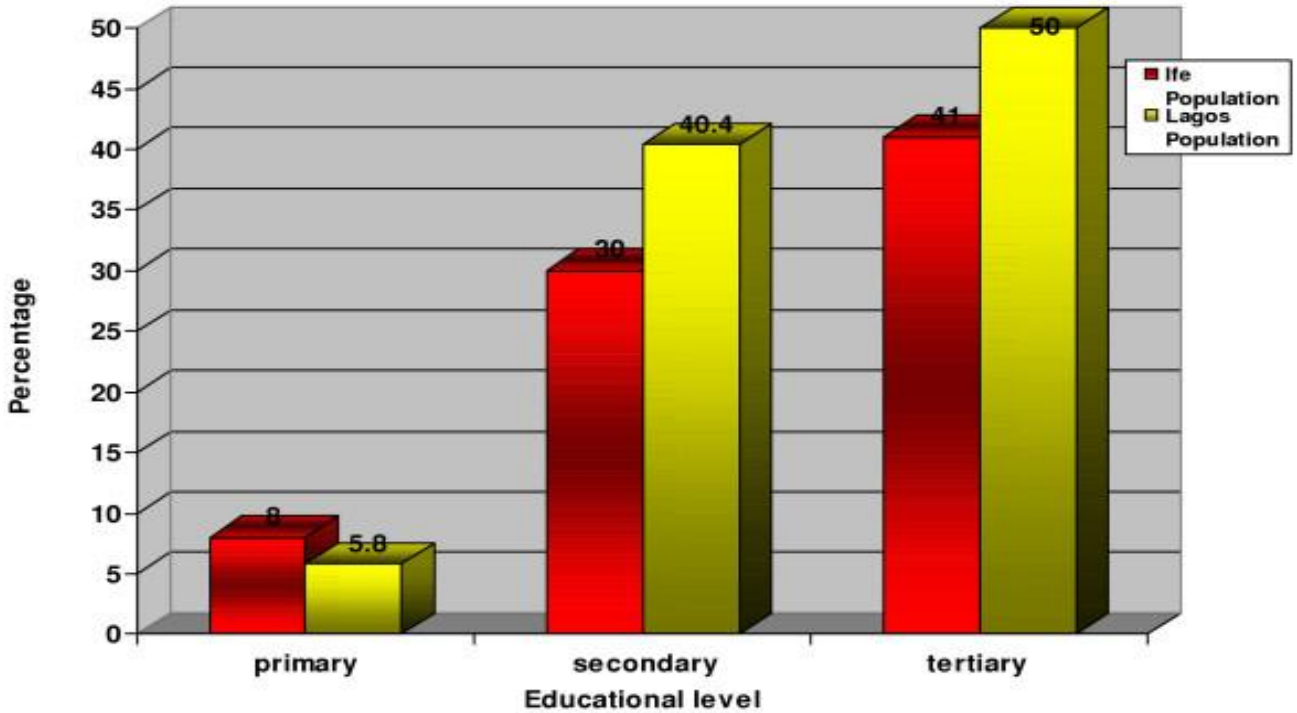
נמצאו הבדלים מובהקים בקשר שבין רמת השכלה וסוג התותבת. נבדקים המאופיינים כחסרי השכלה טופלו בתותבת שלמה בעוד שמטופלים ברמות השכלה אחרות, גבוהות יותר, טופלו בתותבות חלקיות. כמו כן נמצא קשר בין רמת הכנסה לביקוש במקום הטיפול, לטיפול בתותבת נשלפת.

במחקר, נמצא קשר ישיר בין רמת השכלה וגיל, לטיפול בתותבת. נבדקים חסרי השכלה או המאופיינים עם השכלה נמוכה טופלו פעם ראשונה בתותבת בגיל 56 ומעלה. ככל שרמת ההשכלה עלתה, ירד הגיל לטיפול בתותבת וכך, נבדקים בעלי השכלה גבוהה יותר, התחילו טיפול עם תותבת כבר בגיל 36.



רמת ההשכלה וההשפעה על גיל הפנייה הראשונה לטיפול בתותבת

במחקר מספר 2, לא נמצאה מובהקות בין מין הנבדקים לסוג הטיפול, אך נמצאה מובהקות גבוהה בין רמת השכלה למקום הטיפול. נבדקים במרפאה האוניברסיטאית העירונית הראו רמת השכלה גבוהה יותר מנבדקים במרפאה האוניברסיטאית באזורים הכפריים.

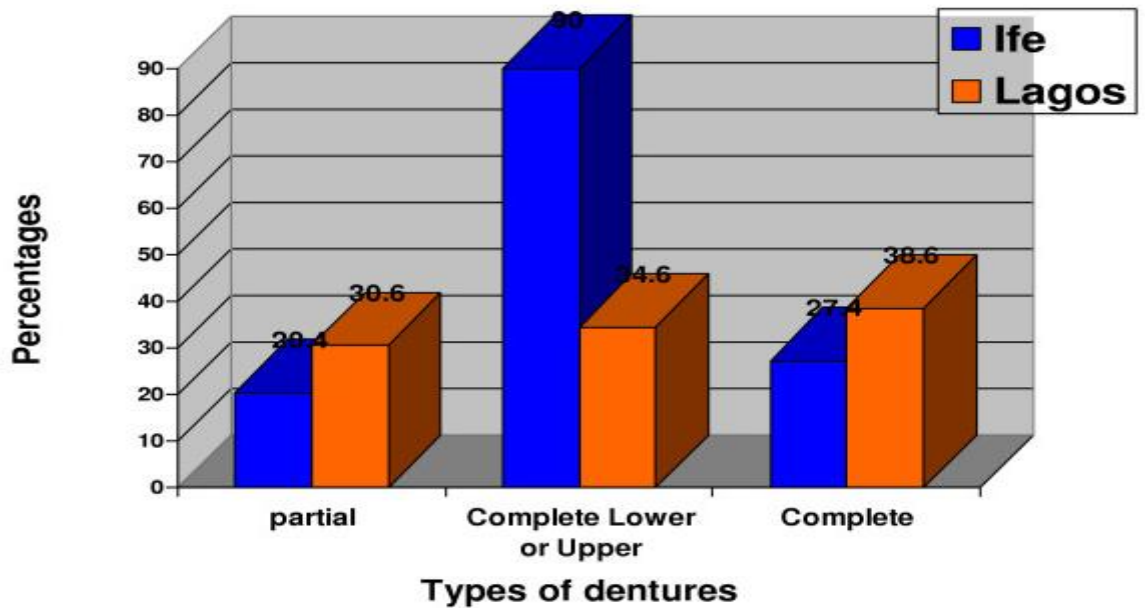


אזור כפרי אזור עירוני

לא ניכרה מובהקות סוציו אקונומית בין שתי האוכלוסיות.

בשתי קבוצות המחקר, אחוז גבוה יותר של נבדקים טופל בתותבת חלקית (88.2%) לעומת תותבת מלאה (8.6%) ללא הבדל מובהק בין שתי קבוצות הטיפול על פי אזור המגורים.

**אזור כפרי
אזור עירוני**



בשתי הקבוצות הייתה מובהקות לגבי הטיפול בתותבת חלקית-נשלפת לעומת אפשרויות פרוטטיות אחרות. קבוצתה נבדקים בעלי השכלה נמוכה דרשה טיפול בתותבת מלאה – נשלפת לעומת הנבדקים בעל השכלה הגבוהה יותר, שדרשו טיפול בתותבת חלקית-נשלפת.

הדרישה לסוגים שונים של תותבות בהתאם לאזורי המחקר השונים

Types of dentures	Ile-Ife אזור כפרי		Lagos אזור עירוני		Total	
	N	%	N	%	N	%
Complete	11	11.0	2	3.8	13	8.6
Lower or upper complete denture	3	3.0	2	3.8	5	3.3
Removable partial denture	86	86.0	48	92.3	134	88.2
Total	100	100.0	52	100.0	152	100.0

ככל שרמת ההשכלה הייתה גבוהה יותר הדרישה לשיקום מלא של הפה הייתה גבוהה יותר.

Age group	Educational Level		
	Nil	Primary	Secondary/Tertiary
≤20	1(9.1%)	-	-
21–40	2(18.2%)	-	-
41–60	4(33.4%)	1(33.3%)	
>60	4(33.4%)	2(66.7%)	4(100%)

לא הייתה כל מובהקות בין סוגי האוכלוסייה הכפרית או העירונית לגבי טיפול כולל של הפה אלא בהתייחס להשכלה וגיל.

דין

איבוד שיניים, כתוצאה ממחלות שיניים שונות, עששת, טראומה, בעיות אורתודנטיות ועוד הינו אמת מידה מהימנה לבריאות הפה של האוכלוסייה. במחקרים רבים נמצא קשר ישיר בין איבוד שיניים למחלות שונות. מעט מאוד מחקרים, אם בכלל, עסקו בקשר שבין מין, השכלה, מצב סוציו אקונומי, מקום מגורים, ונגישות לטיפול בשיניים לאיבוד שיניים. בעשורים האחרונים הצטמצם באופן משמעותי, שיעור איבוד השיניים בארצות רבות. ירידה זו ניתן לייחס לגידול במודעות של חשיבות בריאות הפה באוכלוסייה. הקשר שבין איבוד שיניים לצורך בטיפול בתותבת הוא מורכב. בספרות של רפואת השיניים, יש דרכים שונות לקבוע מעמד סוציו אקונומי ואת הצרכים לשיקום פרוטטי.

בטורקיה, אין מידע על שיעור איבוד השיניים אצל אנשים ועל הצורך בטיפול פרוטטי. מחקר זה, מחקר מספר 1, בוצע כדי להעריך את שיעור השכיחות של שימוש בתותבות תוך הערכת גורמים דמוגרפים כמו מין, מצב סוציו אקונומי ורמת השכלה.

רוב המחקרים השונים הראו כי קיימת מובהקות בין המגדרים לחסרי שיניים. הזכרים מאופיינים במובהקות גבוהה כחסרי שיניים לעומת הנשים. אחת הסיבות המשוערות לכך היא שגברים יותר פעילים מנשים ואינם מקדישים תשומת לב רבה לבריאות הפה.

במחקר מספר 2, שנעשה בניגריה, לא הייתה מובהקות בין המינים, למרות שהוצגה שונות בין האוכלוסיות באזורים השונים. באזור העירוני, יותר זכרים הגיעו לטיפול פרוטטי לעומת נשים, בעוד שבאזור הכפרי הגיעו יותר נשים לטיפול פרוטטי לעומת גברים. ממצאים דומים הוצגו במחקרו של מרקוס מארה"ב, 1985 ומחקרו של ברוט מארה"ב 1986, לא נצפתה כל מובהקות בין המינים בהקשר לטיפול פרוטטי. יחד עם זאת המחקר של מרקוס מתייחס לגיל הנבדקים ומציין כי אנשים מבוגרים בין הגילאים 65 ל 74 נטו להיות מטופלים בתותבת שלמה נשלפת לעומת נבדקים צעירים יותר מתחת לגיל 60, שנטו להיות מטופלים בתותבת חלקית נשלפת.

המחקרים מראים גם כ ינשים מטופלות יותר בתותבות חלקיות –נשלפות לעומת גברים, המטופלים בתותבות שלמות-נשלפות. המחקרים מראים כי נשים יותר רגישות למצב התותבת, מאשר גברים. שני המחקרים מראים כי הן גברים והן נשים דווחו על שביעות רצון מהתותבת שלהם בהתייחס להסתגלות לתותבתו לשבר בתותבת. נשים הראו יותר תלונות בנושא האסתטי, מאשר גברים.

נבדקים העידו כי תותבת-חלקית הינה נסבלת יותר מאשר תותבת-שלמה. נבדקים בקבוצות גיל מבוגרות יותר דרשו תותבת שלמה-נשלפת בשל שמרנות, לעומת קבוצות הגיל הצעירות יותר, אשר דרשו תותבת חלקית נשלפת. לנבדקים אשר השתמשו בתותבת תשלמה-נשלפת היו תלונות מגונות ורבות בעניין הנוחות וההסתגלות לתותבת. התלונות הינן ברורות כי תותבת שלמה מתאימה אך ורק לרקמות רכות.

קשר ישיר נמצא בין רמת השכלה לאופן הטיפול בפה. ככל שרמת ההשכלה גבוהה יותר כך קיימת נגישות גבוהה יותר למידע בנושא רפואיים ובכללם רפואת שיניים. בעלי ההשכלה הגבוהה יותר צורכים מוקדם יותר טיפולי שיניים ובתדירות גבוהה יותר מאשר אוכלוסיה המאופיינת כבעלי השכלה נמוכה, הצורכת טיפול שיניים רק כאשר קיים צורך ממשי. כמו כן נמצא קשר ישיר בין רמת השכלה ליכולת הכלכלית, בעלי ההשכלה הגבוהה יותר אופיינו כבעלי יכולת כלכלית גבוהה יותר ויכלו להרשות לעצמם טיפולי שיניים בתדירות גבוהה יותר.

הקשר שבין חוסר שיניים ורמת השכלה יכול להוכיח תוצאה של מודעות לטיפול בשיניים, להגביר את המודעות לניצול הרשויות לבריאות הפה בנושאים שלשמירה על היגיינת הפה הנרכשים תוך כדי תהליכי למידה והשפעה של קבוצת השווים.

מחקרים מראים כי להיות חסר שיניים קשור למספר רב של גורמים אך העיקריים שבהם הם:
 1. השכלה נמוכה ומצב כלכלי ירוד- עוני ודלות.
 2. מעמד סוציו אקונומי נמוך של המטופל.

שני גורמים אלה מראים על קשר ישיר, עיקרי, לחוסר שיניים. שני גורמים אלה, אשר אינם גורמים של מחלות משפיעים על אובדן שיניים, יותר מאשר מחלות. לפיכך יש צורך במדיניות מנוסחת היטב בנושא בריאות הפה כדי להתמקד בצורך לשפר את רמת ההשכלה והמצב הסוציו אקונומי של כלל האזרחים יותר מאשר ההתמקדות בשליטה במחלות הפה השונות.

הצעד הבא, לאחר ההתמקדות בשיפור ההשכלה והמצב הסוציו אקונומי, צריך להיות התמקדות במעבר מתותבת חלקית נשלפת לתותבת שלמה קבועה. עם ההתקדמות ברמת ההשכלה והמעמד הסוציו אקונומי של מתרפאים.

מסקנות

קיים קשר מובהק בין הגורמים הסוציו-דמוגרפים, כלכליים, על בריאות הפה של מטופלים וטיפול בתותבת חלקית או נשלפת.

אין קשר בין מגדר לבין חסרי שיניים.

קיים קשר מובהק בין גיל המתרפא לצורך בתותבת שלמה ולהתחלת גיל הטיפול.

קיימת מובהקות ברורה בקשר שבין רמת השכלה ודרישה לתותבת.

קיימת העדפה ברורה לטיפול שיניים במרפאות פרטיות.

למחקרים אלה חשיבות כדי להראות שהאפשרויות הקיימות מציבות במידה מספקת את הבסיס למחקרים השוואתיים נוספים וכן לשם הערכת הצורך במערכת בריאות דנטלית ארוכת טווח.

ביבליוגרפיה

1. Baran I, Ergün G, Semiz M, Department of Prosthodontics, Faculty of Dentistry, University of Kirikkale, Kirikkale, Turkey Socio-Demographic and Economic Factors Affecting the Acceptance of Removable Dentures, Eur J Dent. 2007 Apr;1(2):104-10
2. Esan TA, Olusile AO, Akeredolu PA, Esan AO Department of Restorative Dentistry, Obafemi Awolowo University, Ile-Ife, Nigeria Socio-demographic factors and edentulism: the Nigerian experience. BMC Oral Health. 2004 Nov 22;4(1):3
3. גורמים התנהגותיים חברתיים המשפיעים על תדירות צחצוח שיניים בילדים, תקציר מאמר מחקרי, בתוך, עדכן רפואת שיניים, סקירה מעודכנת של מאמרים יולי אוגוסט 2008.
4. תרומה לבריאות השן, שמעון ביגלמן. דנטל, כתב עת רופאי השיניים בישראל, מרץ אפריל 2010.
5. תכנון שיקום פה בעזרת שתלים, גור ורה, מעבדת השיניים, ינואר 2004.