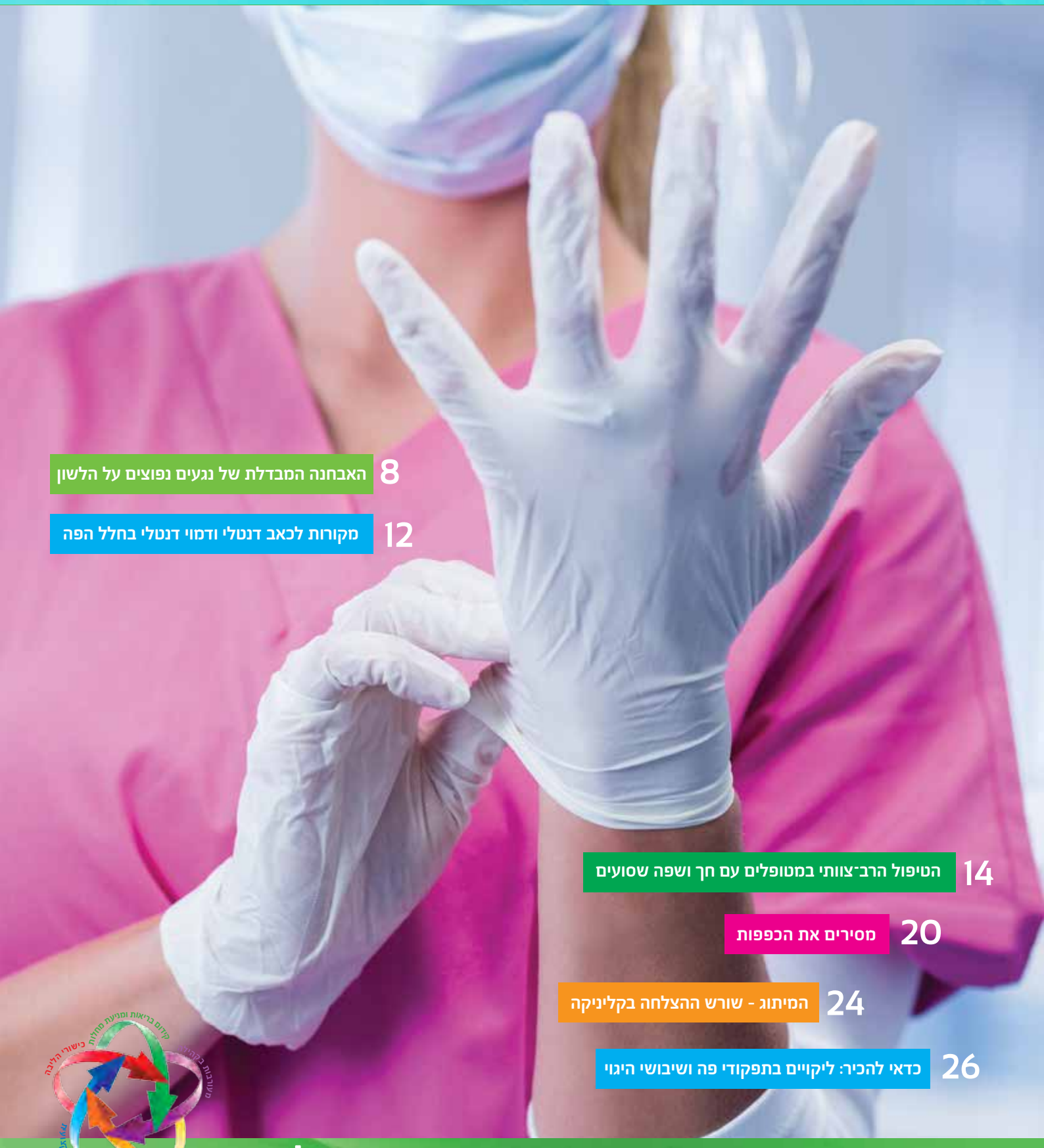
גיליון 58 • אפריל 2017

שיננות

אש"י - איגוד השיננות הישראלי (ע"ר) - שמירה על בריאות הפה והשיניים בפרט ובקהילה - ISRAELI DENTAL HYGIENE ASSOCIATION



8 האבחנה המבדלת של נגעים נפוצים על הלשון

12 מקורות לכאב דנטלי ודמוי דנטלי בחלל הפה

14 הטיפול הרב־צוותי במטופלים עם חך ושפה שסועים

20 מסירים את הכפפות

24 המיתוג - שורש ההצלחה בקליניקה

26 כדאי להכיר: ליקויים בתפקודי פה ושיבושי היגוי

קידום בריאות ומניעת מחלות

דבר המערכת

שיננויות יקרות שלום,

אני שמחה להציג בפניכן את גיליון 58 של "שיננות". לצערנו, גיליון זה עומד בסימן פרידה מד"ר אסתר ווילקינס, שהלכה לעולמה בחודש דצמבר. ד"ר ווילקינס מוכרת לכולנו בזכות פעילותה למען המקצוע ובזכות הספרים שכתבה, שכולנו למדנו מהם. אנו מרכינות ראש לזכרה, בהערכה ובתודה.

נושא מרכזי בגיליון זה הוא הלשון. תוכלו לקרא על האבחנה המבדלת של נגעים נפוצים בלשון בכתבתה של ד"ר טל ברג - שכתבה, ערכה וגם צילמה. בהמשך תמצאו את כתבתה של קלינאית התקשורת הילי בן צבי, בנושא שיבושי היגוי ודחיקת לשון. במאמר נסקרות הפרעות שונות הנקשרות בלשון. החיבור של שתי הכתבות מרחיב ומעמיק את נושא הלשון ושוזר את ההיבט הדנטלי בהיבטים התנהגותיים.

עוד תוכלו לקרוא בגיליון את מאמרו של ד"ר ירון חביב בנושא כאבי פנים ואת מאמרו של ד"ר אבישי הרמן, המציג את תופעת החך השסוע והשפעותיה על המשנן.

ד"ר יעקב הורוביץ וסוניה צ'ורובסיק סוקרים במאמרם את פרויקט הזה"ב המתקיים במרכז הרפואי רמב"ם בחיפה. לדבריהם, משרד הבריאות נמצא בנקודה שבה הוא מוכן להשקיע בקשישים, ועל השיננויות לנצל את ההזדמנות ולהיכנס לתמונה. פרויקטים נוספים נסקרים בגיליון זה, וחשוב לציין שריבוי הפרויקטים אינו מקרי: מעורבותנו כשיננויות במגוון פרויקטים בקהילה ובעולם רפואת השיניים הוא נושא חשוב, המבליט היבטים מקצועיים ואנושיים של המקצוע.

בפינת האירועים אנו סוקרים בהרחבה את כנס יום האישה, בהפקת האיגוד. כנס הבוגרות התקיים גם הוא בהפקת אש"י וכלל השנה, לראשונה, את הבוגרות והצוותים של ארבעת בתי הספר לשיננות גם יחד.

אני מקווה שתמצאו את העיתון מעניין ומועיל ורוצה להודות לכל העוסקים בהפקתו ולכל מי שמייעץ, תורם ומתעניין. נשמח להרחיב את מעגל המשתתפות, ואני קוראת לכולכן לשלוח חומרים ולשתף בכל נושא ועניין הקשורים בחיינו המקצועיים.

חן גבאי אמויאל
עורכת המשנה

גיליון 58 [אפריל 2017]

עורכת ראשית:
שרון פרידמן־יניב RDH, MHA

עורכת משנה:
חן גבאי אמויאל RDH, BA

עריכה לשונית:
נעמה דותן

עיצוב ועריכה גרפית:
נילי גולדמן ל"ניו יורק ניו יורק"

הוצאה לאור:
איגוד השיננות הישראלי
דוא"ל: sharonapo@gmail.com
טל': 052-2638544
פקס': 153-50-2006389

פרסום והפקה:
ניו יורק ניו יורק (ישראל) בע"מ
רח' יהודה הלוי 92, תל אביב
טלפון: 03-5619993
newyork@bezeqint.net
www.newyork-newyork.co.il

תודה מיוחדת לכותבים ולמפרסמים בעיתון זה.

המערכת אינה אחראית לתוכן המודעות המופיעות בעיתון. המאמרים המקצועיים באחריות כותביהם בלבד.

כתובת האיגוד

מיכל חזן - המנהלת
האדמיניסטרטיבית של אש"י
ת.ד 38, באר יעקב
דוא"ל: idha.org.il@gmail.com
נייד: 050-2006389
פקס': 153-50-2006389
או דרך האתר: www.idha.org.il

תוכן העניינים

3 דבר עורכת המשנה | חן גבאי אמויאל RDH

4 דבר היו"ר | שרון פרידמן־יניב RDH MHA

6 דבר נשיאת הכבוד | נחמה כפרי־גרינברג RDH BA

8 האבחנה המבדלת של נגעים נפוצים על הלשון | ד"ר טל ברג

12 מקורות לכאב דנטלי ודמוי דנטלי בחלל הפה והאזורים הסמוכים לו | ד"ר ירון חביב

14 הטיפול הרב צוותי במטופלים עם חך ושפה שסועים | ד"ר אבישי הרמן

18 פרויקט הזה"ב | ד"ר יעקב הורוביץ וסוניה צ'ורובסיק RDH

20 מסירים את הכפפות | תרגום ועריכה: שרון פרידמן־יניב RDH MHA

22 לזכרה של אסתר ווילקינס | שרון פרידמן־יניב RDH MHA

24 המיתוג - שורש ההצלחה בקליניקה | רענן נשיא MBA

26 כדאי להכיר: ליקויים בתפקודי פה ושיבושי היגוי | הילי בן צבי־כפלד

27 פעילויות האיגוד | יום האשה, לוח אירועים והודעות אש"י, מברשת בריאה בגוף בריא, הזמנה לאסיפה הכללית

34 לחוק יש שיניים | שכר שווה לעובדת ולעובד, לשיננית ולשינן

דבר היו"ר

שינניות יקרות,

האביב הגיע למקומותינו עם שלל פריחות והתחלות חדשות. גיליון 58 הוא האחרון שיוצא לאור בקדנציה של הוועד המנהל הנוכחי, אשר ליווה אותנו בשלוש השנים האחרונות. בגיליון זה, כמו באלה שקדמו לו, תוכלו לקרוא על שלל הפעילויות החברתיות, הכנסים המקצועיים, היעדים וההישגים. ב־5 ביוני 2017 נפנה את מקומנו לצוות חדש, שיפעל בשלוש השנים הבאות.

זו הייתה קדנציה עמוסת פעילות והישגים יפים, שהעלו את קרנו של המקצוע שלנו בעיני שינניות ואנשי רפואת השיניים בארץ ובעולם, כמו גם בעיני הציבור הרחב.

נכון, לא את כל היעדים שהצבנו לעצמנו הצלחנו להגשים. פעמים רבות, היכולת להניע מהלכים תלויה לא רק במאמצים ובמשאבים שלנו עצמנו אלא גם ב"פוליטיקות" למיניהן ובביורוקרטיה - המוכרת לכולנו גם בחיי היום־יום. עם זאת, לא הפסקנו לרגע לבחון ולנסות, שוב ושוב, דרכים יצירתיות לקידום האינטרסים שלנו.

כל אלה כרוכים, כמובן, בהשקעה רבה של אנרגיות וזמן. כל הפעילות, קטנה כגדולה - כנסים, עיתון, מהלכים תכנוניים, חקיקתיים, מנהלתיים ומשפטיים, קידום ויחצנות - נעשית בהתנדבות על ידי חברות ההנהלה. כמובן, כל אחת מאתנו נרתמה לפעילות מתוך בחירה וידיעה במה דברים אמורים, ובעיקר מתוך ההבנה שניתנה לנו הזדמנות גדולה לתרום מיכולותינו ומכישורינו לקידום מטרות החשובות לכולנו. הכול נעשה מתוך אהבה כנה ואמונה בעיסוק שבחרנו.

אנו מזמינות שינניות שרוצות לפעול ולקדם את מקצוע השיננות; שינניות שיש להן רעיונות, מוטיבציה, יוזמה ויכולת לקחת על עצמן תפקיד מנהיגותי ולעמוד באתגר של עבודה ועשייה רצופות הנעשות בהתנדבות מלאה: אם אתן גם בעלות ניסיון של שלוש שנים לפחות במקצוע השיננות, חברות האיגוד (גם כאן - רצויות שלוש שנות חברות) - אנא הציעו את עצמכן כמועמדות לבחירות לוועד המנהל של אש"י לקדנציה 2017-2020.

מניסיוני האישי, זו תקופה מיוחדת במינה, הדורשת להשקיע הרבה מאוד זמן, חשיבה ומאמצים ולהתמודד עם אתגרים רבים. קשיים נערמו לא פעם, ותמיד ניסינו למנף אותם, ללמוד מהם, להתקדם למרות הכול ולהתחזק מההישגים וההצלחות שבדרך. לרוח הגבית המגיעה מכלל חברות האיגוד - "הרוח שמתחת לכנפיי", כפי שאני מכנה אותה - יש חשיבות רבה ביותר. היא זו המוסיפה לנו כוח ומוטיבציה להמשיך בדרך, ומתוך כך - כל הצלחה היא הצלחה של כולנו.

ולנושא נוסף: הדרכה והסברה הן כידוע לכולנו חלק מרכזי בתפקיד השיננית. אני רואה חשיבות רבה בדרך שאנו מעבירות את המסרים ובהתאמתה למודרכים השונים - למטופל בקליניקה, לילדים במערכות החינוך, למשתתפים בתכניות בריאות השן, בפרויקטים חברתיים ועוד. לעתים נדרש להשתמש במעט דמיון ובדוגמאות מתחומי חיים אחרים.

השבוע, למשל, המחשתי למטופל את חשיבות ההגעה לטיפול כסוג של "תכנית ביטוח". חשבו על כך: אדם מגיע לטיפול בתדירות שהשיננית מציעה לו ("פרמיה"), בהתאם למידת ה"סיכון" לפתח מחלות חניכיים ולמצבו הדנטלי ("גובה הפרמיה"), כדי למנוע סיכון של מחלות פה ואבדן שיניים עתידיים - שכרוכים בסבל, זמן, אבדן ימי עבודה וכמובן הרבה מאוד כסף. מטופל שאינו מגיע לטיפול במשך זמן רב מסתכן בהתדרדרות מצבו הדנטלי. די אם נציין עלויות של שתלים וניתוחי חניכיים, אבדן ימי עבודה וסבל - כדי להמחיש את עדיפות המניעה.

זכות גדולה ניתנה לנו לסייע למטופלים שלנו ולמגוון גורמים בקהילה להיטיב את בריאותם ולמנוע מצבים דנטליים קשים. זהו מקומה החשוב של השיננית במערך רפואת השיניים בכלל ובבריאות הציבור בפרט. היו גאות בכך, והמשיכו להקפיד על עמידה בסטנדרטים הגבוהים ביותר של טיפול והדרכה ובכללי האתיקה המקצועית. המשיכו ללמוד, להתמקצע ולשאוף להתקדם - כל אלה קריטיים לחוסנו של המקצוע ולכן, כנשות מקצוע. חשבו איך תרצו לראות את השיננות ואת העוסקות/ים בה בעתיד - למען הדורות הבאים אחרינו.

מברכת אתכם בברכת חג אביב שמח ובחירות טובות!

שלכן,
שרון פרידמן־יניב
יו"ר אש"י

חדש

www.idha.org.il

הושק האתר החדש של איגוד השיננות הישראלי

דבר נשיאת הכבוד

קוראים יקרים,

להחלטת משרד הבריאות ליישם את נוהל בריאות השן בדבר דרישות מקצועיות למתן טיפול שיניים איכותי יותר, שכולל חובת לימודי המשך, שותפים גם אנו, באש"י. בקביעת נוהל מעין זה, לא אנחנו "המצאנו את הגלגל": דומים לו קיימים מזה שנים רבות ברוב המדינות שעובדות בהן שיניות.

אישית, ברור לי מאוד הצורך להתעדכן בכל תחום מקצועי - ועל אחת כמה וכמה במקצוע שבו לוקחים אחריות על בריאות המטופל, ואשר נמצא בהתפתחות ובהתחדשות מתמידות.

לא מכבר שלחה אחת מקופות החולים חוזר לצוותי מרפאות השיניים שלה, ובו ציון המחויבות שלהם ללימודי המשך. בדף הפייסבוק של אש"י פרצה מיד סערה סביב סוגיית ה"זמן", שגרמה לי להרהר לא מעט במושג זה.

זמן: שנייה. דקה. שעה. יממה. שבוע. שנה. עשור. יובל. מאה. מילניום. עידן.

הספירה מתחילה במקורות, בספר בראשית, פסוק ה: " וַיִּקְרָא אֱלֹהִים לָאוֹר יוֹם, וְלַחֹשֶׁךְ קָרָא לָיְלָה; וַיְהִי-עֶרֶב וַיְהִי-בֹקֶר, יוֹם אֶחָד". כך סופרים את שבעת הימים הראשונים, שהם השבוע הראשון, ובהמשך מסכמים תקופות במונחים של שנים בודדות, עשרות ואף מאות שנה. למשל: "שְׁנֵי חַיֵּי שֶׁבַע שָׁנִים וְאַרְבָּעִים וּמְאַת שָׁנָה".

כתינוקות, לרוב אנו מכתיבים את לוחות הזמנים והסובבים אותנו מצייתים להם. בילדות מכניסים אותנו למסגרות של זמן, והשליטה בו הולכת ונשמטת מידינו (אף על פי שכל מי שניסה להשכיב ילד לישון יודע מה זה "למשוך זמן"). האם יש שלב בחיים שבו אנו שולטים בזמן שלנו? ובאיזו מידה? זה כבר תלוי בנו. יש הרבה מאוד אנשים, בכל הגילים, שבמובנים רבים אינם שולטים בזמן שלהם.

בחוזר של קופת החולים צוין כי רופאי השיניים והשיניות מחויבים ל־50 שעות לימודי המשך בשנה. למיטב ידיעתי, משרד הבריאות טרם הוציא חוזר סופי ומעודכן בנושא, אך אם אכן מדובר ב־50 שעות, הרי אלו 50 שעות בשנה שלמה, שגם קריאת מאמרים בבית נכללת בהן!

מזה שנים שאש"י דואג לקיים ימי עיון ולימודי המשך בכל חלקי הארץ, חלקם אף ללא כל תשלום לחברי האיגוד (להזכירכם, חברות באש"י מחירה פחות משקל ליום!). מדובר בכמה שעות במשך השנה, יום או חצי יום מדי פעם, המשלבים כיף ולימוד, שבהם תוכלו להיפגש עם חברות/ים למקצוע, ללמוד ממרצים מהשורה הראשונה, להיחשף למוצרים חדשים ולהרחיב את הידע, ההשכלה והיכולת שלכן להעניק טיפול טוב יותר למטופליכן.

השעות הנחשבות "לימודי המשך" יכולות להיות גם שעות של קריאת מאמרים בעיתון אש"י, המופץ לכלל השיניות. ובמאמר מוסגר - אם אתן מכירות שיניות שאינן מקבלות את עיתון האיגוד, זה הזמן לומר להן שכל שעליהן לעשות כדי לקבלו הוא למסור את פרטיהן למזכירת אש"י (ראו בעמוד הראשון).

אני מאמינה שבכל שלב בחיינו אנו מוצאים את הזמן לדברים החשובים לנו. צריך לכן לזכור שלשמור על עדכנות מקצועית - זה חשוב. להיות אחראים לבריאות מטופלינו - זה חשוב. להעניק את הטיפול המיטבי המוכר לרפואת השיניים - זה חשוב. אבל יותר משזה חשוב - זה מספק, תורם לנו ומעצים אותנו.

אני מייחלת להצטרפות של כולנו לשורות חברות אש"י ומקווה שניפגש בכנסים, ימי עיון ולימודי המשך, שהם בעיניי בגדר "שמחות". הבה נלמד יחד ונצעיד את המקצוע שלנו קדימה; לא רק למען המטופלים שלנו, אלא גם למען עצמנו.

שלכן,
נחמה כפרי־גרינברג
נשיאת הכבוד של אש"י

בעלי תפקידים בהנהלת האיגוד

שרון פרידמן־יניב RDH, MHA
יו"ר אש"י,
עורכת אתר ועיתון האיגוד
טל': 052-2638544
דוא"ל: sharonapo@gmail.com

אורלי שטרקמן RDH, BA
גזברית האיגוד,
טל': 054-4444280
דוא"ל: orly@starkman.co.il

יפה עובדיה RDH
מזכירת האיגוד
אחראית שיווק והפקת כנסים
טל': 052-8605553
דוא"ל: yaffa256@walla.co.il

אורה בן־יוסף RDH
חברת הוועד המנהל
טל': 054-2401400
דוא"ל: orabenyo@gmail.com

סוניה צ'ורובסיק RDH
חברת הוועד המנהל
טל': 054-5687591
דוא"ל: soniachoru@hotmail.com

נחמה כפרי־גרינברג RDH, BA
נשיאת הכבוד של אש"י
טל': 052-8235446
דוא"ל: necha.kg@gmail.com

מיכל חזן
המנהלת האדמיניסטרטיבית של אש"י
טל': 050-2006389
פקס': 153-50-2006389
דוא"ל: idha.org.il@gmail.com

ד"ר טל ברג DMD

האבחנה המבדלת של נגעים נפוצים על הלשון

בדיקת חלל הפה לפני תחילתו של טיפול דנטלי היא הכרחית ויכולה להציל חיים. הבדיקה כוללת הסתכלות חיצונית על אזור הפנים והצוואר, הסתכלות על הריריות, ורק בסוף - הסתכלות על השיניים (שכן המצב הדנטלי מסיט את תשומת הלב ועלול לגרום לנו לפספס נגעים חשובים).

הלשון היא השריר החזק ביותר בגוף האדם, יחסית לגודלה. היא בנויה ברובה משריר משורטט, מצופה באפיתל ומכילה קשריות לימפה, בלוטות טעם, כלי דם, עצבים ובלוטות רוק קטנות. בגב הלשון, בשליש האחורי שלה, נמצאות ה־Circumvallate papillae, שלעתים נראות מוגדלות ומבהילות. בצדי הלשון נמצאות ה־Follaite papillae - קשריות לימפה קטנות השייכות למערכת הלימפתית שמגנה על חלל הפה. מטופלים רבים מגיעים מבוהלים למרפאה לאחר שיום אחד קמו בבוקר ומצאו "פצעים", "בליטות" או "גידולים" על הלשון. אנחנו, כבעלות המקצוע, נרגיע אותם או נשלח אותם למומחה בתחום.

כל אחד מהמבנים האנטומיים שנמצאים בלשון יכול לייצר פתולוגיה האופיינית לו. למראה הלשון יש וריאציות אנטומיות שונות ותקינות, שהיכרות עמן חשובה אף היא לאבחנה נכונה ולהרגעה של המטופלים. מצד שני, גידולים ממאירים, בעיקר מסוג Squamous Cell Carcinoma, כבר אינם נדירים היום, ויש חשיבות עצומה לבדיקה מקיפה של הלשון (כולל משיכת הלשון החוצה עם גזה והסתכלות ומישוש של האזורים האחוריים).

במאמר זה אסקור את הנגעים הנפוצים בלשון, שאפשר להבחין בהם בעבודה השגרתית במרפאה.

ד"ר טל ברג - רופאת שיניים מומחית ברפואת הפה, רופאה בכירה במחלקה לכירורגיה פה ולסתות, המרכז הרפואי רמב"ם, חיפה; מרפאה פרטית, כרמיאל.

1. וריאציות אנטומיות תקינות של הלשון

1. **לשון מחורצת.** גב הלשון איננו חלק מטבעו. הוא מכוסה אפיתל הנראה כשערות עדינות (מה שנקרא בשפה המקצועית "פפילציה תקינה של גב הלשון"). בדרך כלל יש חריץ מרכזי אחד וכמה חריצים עדינים לאורך האפיתל. יש אנשים המציגים חריץ מרכזי אחד עמוק, ויש כאלה שכל החריצים אצלם עמוקים ומודגשים. התופעה אינה מצריכה טיפול אלא הקפדה של היגיינה בלבד (צחצוח הלשון), שכן בתוך החריצים מצטברות שאריות מזון העלולות לגרום ריח רע מחלל הפה (1).

2. **לשון גיאוגרפית.** לשון גיאוגרפית מתאפיינת באזורים אדומים/לבנים על גבי הלשון (בדרך כלל "איים" של אזורים אטרופיים המוקפים הילה לבנה), שמשתנים לסירוגין. לשון גיאוגרפית היא תקינה לחלוטין ומופיעה בכ־12% מהאוכלוסייה. לעתים ידווחו המטופלים על תחושה של צריבה בלשון, שניתן להרגיעה בעזרת שטיפות פה המכילות חומרים אנטי־דלקתיים. אין צורך לטפל בלשון ג"ג, אך יש להברישה בעדינות לאחר הצחצוח כדי למנוע הצטברות של שיירי מזון וריח רע (1).

3. **Varicose Veins (דליות).** הופעה של כלי דם מודגשים בבטן הלשון. בדרך כלל הם מופיעים בקורלציה לגיל המטופל ואינם דורשים טיפול. אין קשר לטיפול במדללי דם או לקרישי דם (1).

2. לשון מחופה

חיפוי עדין על הלשון, שמתקלף בקלות, נובע בדרך כלל מהצטברות של שיירי מזון. חיפוי כזה הוא תופעה תקינה, מטרידה אמנם, אך ניתנת לטיפול באמצעות צחצוח עדין של הלשון.

כאשר החיפוי עבה יותר, בצבעים של חום־צהבהב ואפילו שחור, הדבר יכול להעיד על כמה פתולוגיות. אצל מעשנים נוצר על הלשון חיפוי שצבוע בדרך כלל בצבע חום־צהבהב וגורם ריח רע ושינויים בתחושת הטעם. הטיפול היחיד הוא צחצוח של הלשון והפסקת העישון.

ישנו סוג נוסף של חיפוי - **Black Hairy Tongue** - שמפריע למטופלים בגלל צבעו השחור. הוא נוצר לרוב על רקע עישון, שימוש בשטיפות פה המכילות מי חמצן והיגיינה ירודה. בנוסף לצחצוח הלשון, יש לטפל בכל הגורמים שציינתי.

חיפוי עבה ומתקלף בגב הלשון עלול להצביע על הפחתה בתנועתיות של הלשון. ניתן להבחין בתופעה אצל אנשים מבוגרים עם מחלות עצביות דגנרטיביות שונות (דוגמת פרקינסון) הפוגעות במנגנון הבליעה והדיבור, אצל אנשים עם תותבת שלמה בלסת העליונה (שם הלשון מתחככת באקריל ואינה מצליחה להתנקות) ואצל תינוקות/ אנשים עם לשון קשורה, שאינה יוצרת מגע עם החך בזמן האכילה והדיבור. כאן, הטיפול הוא בגורם (קלינאית תקשורת אצל אנשים עם תנועתיות ירודה, התרת לשון קשורה אם רלוונטי), וכמובן - הקפדה על צחצוח הלשון (1).

3. Recurrent Aphthous Stomatitis

תופעה נפוצה, המטרידה כ־60% מאוכלוסיית העולם. מדובר בהופעה של כיבים בריריות החופשיות שבחלל הפה - החל מגודל ראש סיכה ועד קוטר של 1 ס"מ, בתדירות משתנה. אפטות אינן מופיעות על החניכיים ועל החך כנגע בודד (למעט הצורה של Herpetiform type); הן נפוצות מאוד בצדי הלשון ובקצה הלשון. הטיפול הוא לרוב מקומי ולעתים כולל שטיפות פה על בסיס סטרואידים. לא מומלץ לטפל בתכשירים הגורמים לכוויה בריירית הפה, מסיבות שאציין בהמשך.

תמונה 1. אפטה בצדי הלשון שפיתחה זיהום משני, לאחר שימוש בתכשיר מקומי הגורם לכווייה

לעתים, כאשר הנגעים מופיעים בתדירות גבוהה, יש זיהום משני של האפטה הגורם לנפיחות משמעותית, כאבים חזקים והפרעה בדיבור ובאכילה. במצב כזה נדרש טיפול סיסטמי המשלב בין אנטיביוטיקה וסטרואידים. מטופלים הסובלים מאפטות בחלל הפה כדאי להפנות לרופא שיניים מומחה ברפואת הפה, לבירור שיכלול ספירת דם כללית ומבדלת, שלילת מחלות דלקתיות של מערכת העיכול וצליאק, שלילת תסמונות כמו בכצ'ט ועוד. מניסיוני במרפאה, רוב הסובלים מהתקפים קשים של RAS סובלים מאנמיה על רקע של חוסר בברזל (2).

4. מחלות זיהומיות

תמונה 2. פטרת קשה של הלשון והלוע בחולה מדוכא חיסון

1. פטרייה - פטרייה בחלל הפה תהיה בדרך כלל מסוג Candida albicans. פטרייה זו שייכת לפלורה הטבעית של חלל הפה ולרוב תשגשג כאשר קיימת ירידה בתנגודת החיסונית ובהפרשת הרוק (אם על רקע נטילת תרופות או על רקע אחר). כאשר יש פטרת בחלל הפה, היא תערב לא רק את הלשון אלא גם את החך הקשה והרך, הריריות הבוקליות והלוע. על הלשון, פטרת תתבטא כרבדים לבנים/אדומים, שבקילופם נוכל להבחין בשכבה מדממת. מטופלים שיש חשד לפטרת אצלם יש להפנות לרופא שיניים מומחה ברפואת הפה, להערכה ולטיפול. פטרת בחלל הפה אצל אדם שהוא לכאורה בריא ולא דיווח על מחלה משמעותית באנמנזה שלו, יש להפנות באופן דחוף לשלילת סוכרת ולעתים אף איידס.

תמונה 3. Median Rhomboid Glositis

נגע יוצא דופן בגב הלשון נקרא **Median Rhomboid Glossitis** ומתבטא כאזור אטרופי אדום במרכז הלשון, מוקף חיפוי לבן. הנגע יכול להופיע גם כרקמה היפרפלסטית, מעין "גוש" ורדרד, שנראה מפחיד ולא נעים. לעתים נראה גם נגע מקביל בחך הקשה ("Kissing Lesion"). נגע כזה אופייני מאוד למעשנים כבדים, וכנראה שהוא בעל אטיולוגיה פטרייתית. הטיפול הוא על ידי תרופות אנטי־פטרייתיות, אולם לנגעים אלו יש נטייה לחזור בתום הטיפול. כמובן שהפסקת עישון (אם קיים) יכולה לעזור בפתרון הבעיה (1).

כאן המקום לציין כי בתינוקות צעירים מאוד קיים אבחון יתר של פטרת על הלשון. בדרך כלל מדובר בחיפוי של חלב, שמתקלף בקלות, ובתינוקות יונקים עלול להעיד על תפיסה לקויה של השד בזמן היניקה. הטיפול הניתן על ידי רופאי הילדים, לרוב ג'ל דקטרין, הוא שגוי, שכן משחה זו אסורה לשימוש בתינוקות.

2. הרפס - במופע הראשוני שלה (Primary Herpetic Gingivostomatitis), זוהי מחלת חום המאופיינת בהופעת כיבים קטנים, דמויי ראש סיכה, בכל חלל הפה: הלשון (בדרך כלל צד הלשון), החך הרך והחניכיים. בנוסף, יש מעורבות של בלוטות לימפה, נפיחות של הלוע והשקדים והרגשה כללית רעה. האבחנה היא קלינית ומתבססת על סרולוגיה או צמיחה של הנגיף ממשטחים הנלקחים מהנגעים. מדובר במחלה מידבקת, שגם האבחון שלה בקהילה הוא לקוי. יש טיפול יעיל להרפס, ולכן כדאי להפנות את המטופל מידית לרופא שיניים מומחה ברפואת הפה (2).

תמונה 4. התפרצות ראשונית של הרפס המערבת את כל ריריות חלל הפה והלשון

תמונה 5. הרפס זוסטר בחולה מדוכאת חיסון, שהתפרץ בסעיף המנדיבולרי של העצב הקרניאלי החמישי

3. פפילומה - נגעים כרוביתיים קטנים ולבנים, בולטים מפני השטח ובעלי צורה אופיינית. האטיולוגיה היא וירלית - מעורבות של Human Papillomavirus. הנגעים יכולים להופיע בכל מקום על הלשון ובכל מקום בריריות חלל הפה והלוע. יכול להופיע נגע בודד, או כמה נגעים בגדלים שונים. בילדים יש רזולוציה ספונטנית, ואם מדובר בנגעים קטנים - לרוב די במעקב של רופא הילדים.

5. נגעים תגובתיים

1. כיבים טראומטיים - הכיב הטראומטי הוא הנגע השכיח ביותר בחלל הפה, בעיקר על הלשון, שכן הלשון זזה בחלל הפה ו"נתקלת" במבנים אנטומיים שונים, הפוצעים אותה.

כיב טראומטי יכול להיגרם משיניים חדות, מהתקנים דנטליים לקויים כמו ווים שבורים של תותבות, מבנים של שתלים ללא שיקום מכסה, ועוד. הכיב הטראומטי יכול להיות כרוני - כאשר הגורם אינו מסולק וממשיך לפצוע את אותו אזור של הלשון, לרוב צדי הלשון. הכיב הכרוני מוקף שוליים מורמים ולעתים הוא אף אינדורטיבי - קשה למגע ומרגיש "עמוק" ומקובע לרקמה. יש להפנות את המטופל לרופא שיניים מומחה ברפואת הפה, להקפיד לזהות ולסלק את הגורם הפוצע ולקיים מעקב

צמוד אחר המטופל, עד לריפוי מלא.

לאחרונה נראים כיבים בחלל הפה הנגרמים מכווייה מחומרים כימיים המשמשים לטיפול באפטות כמו "אורל-מדיק" ו"קנקה". אלו כיבים עמוקים, עם נפיחות ואודם משמעותיים וכאב חזק. כאן הטיפול דורש שילוב של אנטיביוטיקה וסטרואידים ומעקב צמוד עד לריפוי מלא. זו הסיבה שבגינה איננו ממליצים לאחרונה להשתמש בתכשירים אלו לטיפול באפטות (2).

תמונה 6. כיב טראומטי בצדי הלשון

תמונה 7. כיב בקצה הלשון, תגובתי לשימוש בנורופן

2. כיבים תגובתיים כתוצאה משימוש בתרופה (Fixed Drug Eruption) - כיב כזה יופיע לאחר שימוש בתרופה מסוימת, כמעין תגובת "רגישות יתר". בשימוש חוזר בתרופה, הכיב יופיע תמיד באותו מקום. מדובר בדרך כלל בכיב גדול, לפעמים עד קוטר 1 ס"מ, אינדורטיבי, בעל שוליים מורמים וגורם כאבים. כיב כזה יכול להופיע בצדי הלשון, בבטן הלשון ואפילו על גב הלשון. בסיפור האנמנזה יש לזהות את התרופה החשודה ולהפסיק את נטילתה. תרופות נפוצות הגורמות לתגובה כזו הן תרופות משככות כאבים כדוגמת "ארקוקסיה" ו"נורופן", אולם גם תרופות אחרות, למשל "ריטלין", יכולות לגרום לה (3).

3. גידולים של רקמת חיבור (פיברומה, Pyogenic Granuloma) - לעתים, ניסיונות לריפוי פצע על הלשון יסתיימו ביצירת "גוש" של רקמת חיבור המורכב מרקמה דלקתית או פיברוטית. גידולים כאלו אופייניים לאזורים שבאים במגע עם השיניים ובאופן טבעי ננשכים לעתים קרובות, או לאזורים הבאים במגע עם שחזורים דנטליים לקויים. המאפיין הוא נגע אקזופיטי, בעל פני שטח חלקים, בצבע הרירית. הגודל יכול לנוע בין מ"מ בודדים לכמה סנטימטרים. באבחנה מבדלת ניתן לכלול Pyogenic Granuloma, Irritation Fibroma.

6. גידולים שפירים

גידולים שפירים של הלשון נובעים מכל אחת מהרקמות הנמצאות בה.

Hemangioma הוא גידול שפיר של כלי דם, שיכול להתפתח בכל מקום בלשון ויש לו מראה אופייני של נגע תת רירי בצבע סגלגל-כחלחל. בהמנגיומות גדולות ניתן לפעמים להרגיש את הפולסציה של זרימת הדם. האבחנה נעשית באמצעות MRI בפרוטוקול מתאים ואחר כך אמבוליזציה או הסרה של הנגע - בהתאם לגודלו ולסיכון לדימום.

Granular Cell Tumor הוא גידול שפיר נפוץ ביותר על גב הלשון, בדרך כלל בגב הלשון, בשליש המרכזי. זהו גוש תת רירי, מכוסה ברירית תקינה ונוקשה למגע. האבחנה היא היסטולוגית. **Lipoma** הוא גידול ממקור של תאי שומן, מכוסה רירית תקינה ונראה צהבהב. גידולי רקמת החיבור בלשון מובדלים זה מזה בהיסטולוגיה ונראים קלינית באותה הצורה. לרוב הם אינם מסוכנים ומהווים הפרעה אסתטית בלבד (1).

תמונה 8. Granular Cell Tumor

7. מחלות עור המתבטאות בחלל הפה

1. ליכן פלנוס - Oral Lichen Planus היא ממחלות העור הנפוצות בעולם. בחלל הפה היא יכולה להתבטא כנגעים רשתיים, היפרקרטוטיים ואסימפטומטיים ולעתים מלווים בכיבים ובארוזיות. ליכן פלנוס יכולה להתבטא בלשון בכל מקום: גב הלשון (רבדים לבנים סגלגלים מלווים באטרופיה אופיינית), צדי הלשון (נגעים רשתיים היפרקרטוטיים עם ובלי כיבים וארוזיות) ובטן הלשון. לעתים, הלשון היא המקום היחיד בחלל הפה שהמחלה מתבטאת בו. יש להפנות מטופלים לאבחון ולמעקב מסודרים אצל רופא שיניים מומחה ברפואת הפה.

לליכן פלנוס יש קשר הדוק עם היגיינה אורלית. כאשר ההיגיינה האורלית ירודה, המופע של המחלה יהיה קשה יותר וכואב יותר. יש ירידה משמעותית בתסמינים כאשר יש הקפדה על היגיינה: צחצוח שיניים, שימוש באביזרים כמו חוט או קיסם והקפדה על טיפול שיננית אחת לשלושה חודשים לפחות (5,4,3).

תמונה 9. ליכן פלנוס של גב הלשון המתבטאת ברבדים לבנים, לא מתקלפים, מלווים באטרופיה אופיינית

8. אטרופיה של גב הלשון

גב הלשון מאבד את הפפילציה התקינה שלו והופך להיות אדום, חלק ומבריק. תהליכים ומחלות שונות גורמים לתופעה, בהם יובש בחלל הפה, פטרת כרונית, עישון, מחלות סיסטמיות כמו GVHD (על רקע השתלת מח עצם), אנמיה חמורה (בעיקר חוסר בברזל) וסוכרת לא מאוזנת. הלשון כואבת מאוד למגע ויש ירידה ניכרת באיכות החיים. הטיפול הוא בדרך כלל תיקון של מחלת הרקע ומעקב צמוד אצל רופא שיניים מומחה ברפואת הפה (1).

9. נגעים עם פוטנציאל לממאירות או גידולים ממאירים של הלשון

1. כתמים לבנים (Oral Leukoplakia) - אזורים היפרקרטוטיים, לעתים הומוגניים, לעתים לבנים דמויי קרום חלב, שמופיעים בעיקר בבטן הלשון ובצדי הלשון. יש לאתר גורם טראומטי ולסלק אותו, אם קיים (שן שבורה, שפשוף מתותבת וכדומה). צדי הלשון ובטן הלשון נמצאים בסיכון גבוה לסרטן חלל הפה, ולכן אם יש ספק בנוגע למהות הנגע הלבן - יש להפנות את המטופל מידית לבדיקת רופא מומחה ברפואת הפה.

2. Squamous Cell Carcinoma הוא הגידול הממאיר הנפוץ ביותר בחלל הפה. צדי הלשון, בעיקר בשליש האחורי, הוא אתר בסיכון גבוה

מאוד להתפתחות של הגידול. לצערנו, בשל האיחור באבחון גם בימינו אנו, המטופלים מגיעים לרוב לטיפול רק בשלבים מתקדמים של המחלה, כאשר הטיפול מסובך והפרוגנוזה יורדת בצורה משמעותית.

גידול ממאיר מסוג SCC יופיע בדרך כלל ככיב אינדורטיבי, בעל שוליים מורמים, מקובע לרקמה וקשה למישוש. לא נראית סיבה מקומית להופעתו (כך שניתן לשלול כיב טראומטי) ומסיפור האנמנזה אפשר להבין שהפצע נמצא כבר כמה חודשים באותו המקום.

תמונה 10. Verroucous Crcinoma של צדי הלשון. זהו גידול ממאיר בעל פוטנציאל ממאירות נמוך יחסית, אולם בכמעט 20 אחוזים מהמקרים מסתתר בו גידול של תאי קשקש, בעל פוטנציאל ממאירות גבוה

תמונה 11. גידול ממאיר מסוג Squamous Cell Carcinoma של קצה הלשון. המטופל הגיע לאבחון בשלב מאוחר מאוד

תמונה 12. גידול ממאיר מסוג Squamous Cell Carcinoma של צדי הלשון. הגידול אובחן בשלב מאוחר מאוד והמטופלת נפטרה פחות משנה מרגע האבחנה

יש חשיבות גבוהה לאבחון מוקדם ולטיפול מידי בסרטן חלל הפה. נדרש להפנות את המטופל מידית למחלקה לכירורגיה פה ולסתות ולהדגיש - הן במכתב והן למטופל - את דחיפות ההפניה.

גם בגב הלשון יכול להתפתח גידול מסוג SCC, אם כי נדיר יותר. רק לאחרונה אבחנתי גידול ממאיר מסוג SCC בגב הלשון. לכן, **כל כיב שאינו עובר ריפוי ספונטני תוך שבועיים חייב להיות מטופל מידית על ידי רופא שיניים מומחה ברפואת הפה או כירורג פה ולסת** (4, 5, 6, 7).

3. גידולים ממאירים נוספים יכולים להתבטא בלשון, למשל לימפומה ו־Multiple Myeloma. הלשון גם יכולה להיות אתר לפיזור משני של גידולים ממאירים סיסטמיים. לכן, אם יש חשד לנגע ממאיר או בעל פוטנציאל לממאיר - יש להפנות את המטופל מידית לרופא שיניים מומחה ברפואת הפה (1).

לשיננית תפקיד קריטי באבחון נגעים ומחלות של חלל הפה. מרבית המצבים הפתולוגיים בחלל הפה הם התבטאות מקומית של מחלה סיסטמית, אולם הם גורמים לירידה משמעותית באיכות החיים של המטופל. אבחון מוקדם של סרטן חלל הפה מציל חיים.

לכן, אם יש ספק - אתן תמיד מוזמנות להתייעץ ולהפנות לרופא שיניים מומחה ברפואת הפה.

רשימת מקורות

1. Mangold AR et al. (2016). Diseases of the Tongue. Clinics in Dermatology, 34, 458-469.
2. Lehman JS, & Rgers RS (2016). Acute Oral Ulcers. Clinics in Dermatology, 34, 470-474.
3. Yuan A, & Woo SB (2015). Adverse drug events in the oral cavity. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Rdiol, 119, 35-47.
4. Sanketh DS, Patil S, & Swetha B (2016). Oral lichen planus and epithelial dysplasia with lichenoid features: a review and discussion with special reference to diagnosis. Journal of Investigative Clinical Dentistry, July 21, 1-7.
5. Oral Lichen Planus and Oral Cancer (2016). AAOM Clinical Practice Statement, 122(4), 440-441.
6. Coombes et al. (2008). Carcinoma of the midline dorsum of the tongue. British Journal of Oral and maxillofacial Surgery, 46, 485-486.
7. Goldenberg et al. (2000). Carcinoma of the dorsum of the tongue. Head and Neck, 22, 190-194.

מה מקבלת שיננית החברה באיגוד השיננות הישראלי ?

- ✔ יעוץ ראשוני אצל יועץ מס של האיגוד
- ✔ יעוץ ראשוני אצל עו"ד האיגוד, הכולל הוצאת מכתב ראשוני
- ✔ חוזה העסקה ודפי מידע על זכויות העובד (ספציפי לשיננית)
- ✔ הנחה של 30% בתשלום לכנס השנתי (כולל שי)
- ✔ סבסוד האיגוד בהשתתפות ביום השיננית הבינלאומי
- ✔ שי למשתתפות בשבוע הבריאות
- ✔ השתתפות בימי עיון בחינם או בהנחה (כולל שי)
- ✔ קורס רענון בהחייאה ועזרה ראשונה ללא תשלום(חובת רענון אחת לשלוש שנים)
- ✔ עזרה בחיפוש עבודה
- ✔ מענה טלפוני ליעוץ בנושאים מקצועיים
- ✔ יצוג שינויות כאיגוד מקצועי מול רשויות ומעסיקים בכל עת
- ✔ עיתון ודיוור

עתידנו המקצועי והאקדמי תלוי בכוחנו – איגוד חזק ורחב הוא כח והשפעה!!!

פרטים נוספים וטופס הצטרפות באתר האיגוד:

tinyurl.com/zndy5a9

עלות החברות באיגוד 300 שקל לשנה

ניתן לשלם בכרטיס אשראי!

ד"ר ירון חביב DMD, PhD

מקורות לכאב דנטלי ודמוי דנטלי בחלל הפה והאזורים הסמוכים לו

כאב היא תכונה חיונית, אשר עוזרת לנו להתמודד עם גורמים המסכנים את חיינו או איברים בגופנו. כאב חריף כתוצאה מטראומה או דלקת מתריע על בעיה, ובכך סולל את הדרך להתאמת הטיפול המתאים. לכאב בחלל הפה והאזור הסובב אותו יכולים להיות כמה גורמים - חלקם אקוטיים וחלקם כרוניים. כאנשים שעיקר עיסוקם בחלל הפה, שומה עלינו להבין ולהבדיל בין הסוגים השונים.

כאב חריף (אקוטי) באזור חלל הפה יכול לנבוע מכמה גורמים:

- **גורמים דנטליים:** מקור דנטינלי (מלשון דנטין) - כדוגמת עששת, אשר גורמת לרגישות מוגברת לקור וחום; או ממקור מוך השן (פולפיטיס) - אשר גורם כאבים עזים ביותר, פועמים, המקרינים לאזורים מרוחקים ומעירים משינה.
- **גורמים הקשורים במערכת התאחיזה:** מקור פריאפיקלי - כדוגמת דלקת מתחת לשורש השן הגוררת רגישות בלעיסה וניקוש; מקור חניכי - כמו דחיסת מזון; דלקת חניכיים חריפה וכואבת (Necrotizing Ulcerative Gingivitis); או פריקורוניטיס - כאב קשה ביותר הנובע מהרקמות הסובבות שיני בינה כלואות למחצה.
- **מקור מוקוזלי:** המקור הוא רירית חלל הפה והלשון - החל באפטות וטראומה כתוצאה מנשיכה או תותבות לא מותאמות וכלה במחלות אוטואימוניות (פמפיגוס, ליכן פלנוס וכיוצ"ב) וסרטן. הסרטן הנפוץ ביותר בחלל הפה הוא Squamous cell carcinoma, שיכול בהחלט לגרום כאב.
- **גורמים שמקורם באיברים סמוכים:** בעיקר בלוטות רוק והסינוסים המקסילריים, שמחלה/בעיה המופיעות בהם עלולות לגרום כאב בחלל הפה. למשל, סינוסיטיס עלולה לגרום לכאבים ורגישות לניקוש ולקור בשיניים טוחנות עליונות; אבן חוסמת או דלקת בבלוטות הרוק הגדולות או הקטנות יכולה להוביל לכאבים עזים בחלל הפה, בעיקר בזמן אכילה.

לכאב כרוני יש מאפיינים ייחודיים, המבדילים אותו מכאב אקוטי־חריף. הוא כבר אינו בגדר התרעה מפני סכנה, אלא בגדר בעיה בעצמו; בעיה הפוגעת קשות באיכות החיים. לכאב כרוני קשר דו־כיווני עם מצבי דיכאון, חרדה ושינויים פיזיים ממשיים במוח. בשנים האחרונות עולה תיאוריה המקשרת כאב כרוני למצבים של פגיעה במנגנוני שיכוך כאב עצמיים במוח. תיאוריה זו מצביעה למעשה על כך שיש אנשים הנוטים לפתח כאבים כרוניים. מצב זה קרוי Conditioned pain modulation.

ד"ר ירון חביב - רופא שיניים מומחה לרפואת הפה; חבר המחלקה לרפואת הפה ומנהל מרפאת כאב ראש פנים ולסתות במחלקה, ביה"ס לרפואת שיניים, הדסה עין כרם.
yaron.haviv@gmail.com

במאמר זה אתמקד בכמה סוגים עיקריים של כאב כרוני, העלולים להיחשב בטעות ככאבים ממקור דנטלי.

מקור שרירי־מפרקי (Temporomandibular disorder)

- **מפרק הלסת:** כאב וחוסר תפקוד יכולים לנבוע מבעיה במבנה הדיסק, בתזוזה שלו או מפגיעה בכלל מבנה המפרק. לדוגמה, כאשר הדיסק הסחוסי נתקע קדמית לראש המפרק, אינו מאפשר את שלב הגלישה וכך מונע אפשרות לפתיחה תקינה של הפה. יש גם מצבים דלקתיים הפוגעים במפרקי הלסת, לעתים מאופיינים בצלילי חריקה, שעלולים לגרום כאב וחוסר תפקוד של המפרק.
- **שרירי הלעיסה ושרירי הצוואר:** כאב ממקור זה הוא נפוץ ביותר, בדרך כלל חולף מאליו אך לעתים נשאר ככאב כרוני. הכאב השרירי האופייני ממוקם בצדי הפנים, אזורי הרקות ואזור האוזניים. הוא חד צדדי במידה רבה, עמום ויכול להוביל להגבלה בפתיחת הפה. כאב ממקור שריר מחמיר בתנועת הלסת ואפשרי לחקותו באמצעות מישוש ידני של שרירי המאסטר ו/או הטמפורליס בלחץ של 1-2 קילוגרם. הוא עלול להקרין גם לאזורים אחרים, למשל לתוך חלל הפה.

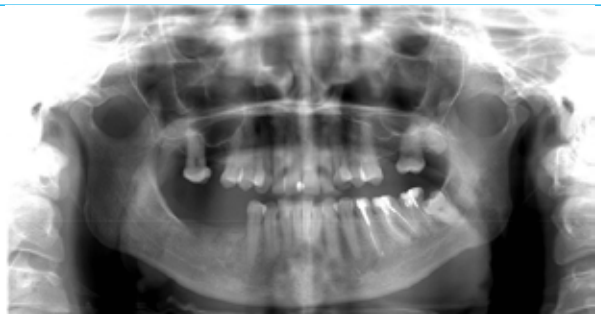
שיטות הטיפול כוללות פיזיותרפיה; שימוש בתרופות - בעיקר נוגדי דלקת ותרופות נגד דיכאון במינון נמוך (ללא קשר לפעילות האנטי־דיכאונית); פרוצדורות כירורגיות כגון שטיפת מפרק; וסדי לילה לשימוש לילי.

כאב עצבי־נוירופטי

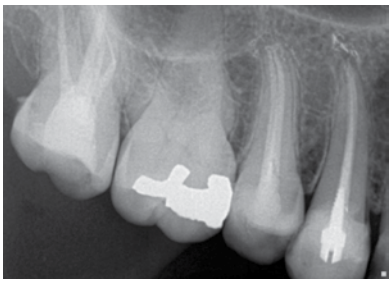
כאב עצבי נוצר כתוצאה מפגם בתפקוד מערכת העצבים המרכזית או ההיקפית. הוא יכול להיווצר כתוצאה מגידול, טראומה, לחץ על עצב, מחלת עצבים (למשל, טרשת נפוצה) או באופן ספונטני וללא הסבר. באזור הפנים והלסתות יכולים להיות שלושה סוגים עיקריים של כאבים:

- **תסמונת העצב המשולש** - נוירלגיה טריגמנלית: כאב עז מאוד שלרוב מופיע בגיל המבוגר ונובע מתפקוד לא תקין של עצב הפנים החמישי (העצב הטריגמינלי) - לעתים כתוצאה מסמיכות בינו לבין כלי דם במוח. הוא יתבטא ככאב התקפי, הבזקי - קצר (עד שתי דקות), חד־צדדי, דוקר או חשמלי בעוצמה גבוהה ביותר.

הכאב יופיע כמה פעמים ביום, לעתים קרובות כתוצאה ממגע (אפילו קל, בזמן הגילוח), דיבור, תזוזת הלשון וכדומה. במרבית המקרים הוא יופיע באזורי הלסתות, העליונה והתחתונה, וידמה כאבי שיניים דמויי פולפיטיס. לכן, אין זה מפתיע שרוב החולים מטופלים דנטלית (לעתים באמצעות עקירות מרובות) שלא לצורך. לעתים נדירות יותר



תמונה 1. צילום התחלתי (מימין) וצילום לאחר שנתיים (משמאל). עקירות (48, שתל 46, 45) וטיפולי שורש מיותרים (35, 37) כתוצאה מכאב עז ממקור עצבי לאחר עקירת שן 47 וטיפול שורש בשן 36



תמונה 2. מספר רב של טיפולי שורש ברביע הימני העליון, שהם רק חלק מתוך סך כולל של 18 טיפולי שורש (ניב 23 הוא לאחר אקסטרפציה), כאשר המאפיין הבולט הוא חוסר נזק כותרתי משמעותי פרה־טיפולי - מצב זה מרמז כי טיפולי השורש בוצעו במטרה להתגבר על כאב, ולאו דווקא בגלל עששת. האבחנה במקרה זה עשויה להתאים ל־Neurovascular Orofacial Pain

יש סיבות אחרות לכאב זה, ובהן טרשת נפוצה או גידולי מוח. ב־70% מהמקרים אפשר להסתפק בטיפול תרופתי (התרופה הנפוצה והיעילה מכולן היא Carbamazepine). לעתים נדרשת פרוצדורה נוירוכירורגית להפרדה בין העצב לכלי הדם שלוחץ עליו.

- **כאב נוירופטי בעקבות טראומה (Post traumatic neuropathy):** כאב המתעורר בעקבות טראומה לאזור הפנים והלסתות. גם פעולות פשוטות יחסית כמו טיפולי שורש, עקירות או שתלים עלולות להוביל לכאב קשה, שנמשך זמן רב מאוד. הכאב הוא חד צדדי, יומיומי ולעתים שורף. הגורמים שתורמים להיווצרות כאב מסוג זה כוללים כאב חזק לפני פעולה כירורגית, במהלכה ולאחריה וכן נטייה לפתח כאבים כרוניים. הטיפול כולל תרופות המשמשות בדרך כלל לטיפול באפילפסיה ונוגדי דיכאון.
- **נאורלגיה בתר־הרפטית (Post herpetic neuralgia):** מצב שבו כאב עז שמתעורר לאחר מחלה ויראלית (מלווה בפריחה אופיינית חד צדדית ובכאב עז) הנקראת הרפס זוסטר או שלבקת חוגרת נמשך זמן רב מאוד לאחר שהמחלה עוברת. מחלה זו פוגעת בעיקר במבוגרים או במצבים בהם מעכת החיסון פגומה. האבחנה והטיפול האנטי ויראלי הראשוני במינון גבוה חשובים מאוד. לאחר מכן יש צורך בתרופות היעילות כנגד כאבים עצביים.

כאבי ראש ממקור כלי דם

מיגרנה היא כאב ראש מוכר ביותר. מוכרת פחות היא מיגרנה של הפנים. יש הקוראים למיגרנה כזו Neurovascular Orofacial Pain. הכאב לרוב התקפי ונמשך שעות עד ימים, פוגע בנשים יותר מבגברים, פועם ומעיר משינה. לעתים יש תסמינים נלווים, כמו בחילות או דמעת. **הכאב יכול גם להתבטא ככאב נודד בחלל הפה**. פעילות גופנית מחמירה את הכאב ושינה עוזרת בהפגתו. ראוי לציין כי כאב זה מבלבל מאוד ועלול להוביל לטיפולי שיניים מרובים ומיותרים, שכמובן לא יגרמו הקלה. כמו כן, רבים מהסובלים מכאבים אלה יתלוננו גם על רגישות מוגברת מאוד לקור ולטיפולי שיננית.

טיפול במיגרנה תלוי בתדירות ההתקפים. במקרים של עד ארבעה התקפים בחודש ממליצים לרוב על טיפול תלוי־התקף, בעיקר בתרופות ממשפחת הטריפטנים או בעזרת משככי כאב רגילים. חשוב מאוד ליטול את התרופה ממש בתחילת ההתקף. במצבים של מיגרנות תכופות יותר, ממליצים על טיפול יומיומי, ללא קשר להתקף. הטיפול כולל תרופות ממשפחות שונות וביניהן כאלה המיועדות במקור לטיפול בלחץ דם, דיכאון או אפילפסיה - וזאת ללא קשר לייעוד המקורי שלהן.

ישנם כמובן כאבים רבים נוספים, ביניהם כאבים ממשפחת ה־Trigeminal Autonomic Cephalalgias, כאבי ראש ראשוניים - כמו כאב ראש מתח־לחץ (Tension type headache), או כאבי ראש משניים - כגון כאב ראש הנובע מהפרעות שינה, אך אלה כבר מחוץ לטווח המאמר הנוכחי.

מבין תפקידיהם של רופאי השיניים והשיננית, החשוב ביותר הוא לאבחן כאב ולטפל בו. המקורות לכאב חריף בחלל הפה הם רבים, וכוללים את השיניים, רקמות התאחיזה, ריריות חלל הפה ומבנים סמוכים כמו סינוסים ובלוטות רוק. לעתים רחוקות יגיע מטופל עם כאב כרוני מסוג אחר, אפילו כזה שיחקה כאב דנטלי. במצבים מעין אלו, יש להיזהר מטיפולים מיותרים ולהפנות את המטופל למומחה לרפואת הפה העוסק בתחום הכאב הכרוני. ריבוי האיברים באזור כה מצומצם, המקורות השונים של הכאב, הסיבות המגוונות והמאפיינים הייחודיים - כל אלה יוצרים קושי אבחנתי והם בגדר אתגר גדול. אבחון מדויק יוביל לטיפול נכון ולסיכוי גדול יותר להתגבר על הבעיה או לצמצם אותה.

רשימת מקורות

1. Sharav Y, & Benoliel R (2015). Book. Orofacial pain and Headache. Quintessence Publishing.
2. Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet JP, et al. (2014). Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Groupdagger. Journal of oral & facial pain and headache;28(1):6-27

ד"ר אבישי הרמן DMD

הטיפול הרב־צוותי במטופלים עם חך ושפה שסועים

שסעים הינם הפגם המולד הנפוץ ביותר בפנים ובלסתות. שסעים בחך ובשפה נוצרים בשבועות ה־4-8 להפריה ותחילת ההיריון. המיקום והחומרה של השסע נקבעים על פי התזמון והמיקום המדויק שבו האיחוי בין חלקי הפנים העובריים נכשל (1).

שפה שסועה נובעת מחוסר איחוי תקין בין ה־median and lateral nasal processes ובין maxillary prominence בשבוע השישי להתפתחות העובר. השסע מתרחש לטרלית לקו האמצע ויכול להיות חד או דו־צדדי. איחוי רקמות אלו בזמן היווצרות החך הראשוני יוצר הן את השפה העליונה והן את הרכס האלבאולרי המכיל את החותכות העליונות. מכיוון שכך, ישנה סבירות גבוהה שפגם ברכס האלבאולרי ילווה את השפה השסועה, גם אם החך עצמו לא נפגע.

סגירת החך השניוני נוצרת לאחר היווצרות החיך הראשוני.

חך שסוע נוצר כתוצאה מאיחוי לקוי של ה־paltal shelves, בשבוע השמיני להתפתחות העובר. כלומר, שפה שסועה שלא נסגרה היטב יכולה להשפיע על סגירת החך. ואכן, לכ־60% מבעלי השפה השסועה יש גם חך שסוע. מי שסובלים רק מחך שסוע, למעשה נפגעו מחוסר איחוי מאוחר יחסית, אחרי שהשפה נסגרה. ככל שהשסע אחורי יותר (לדוגמה, ענבל מפוצל בחך הרך האחורי), זהו סימן לכך שחוסר האיחוי התרחש בשלב מאוחר יותר של ההתפתחות (1).

ישנם גורמים גנטיים וסביבתיים המשפיעים על תנועות הרקמות והתאים בזמן היווצרות הפנים, ולכן יכולים להשפיע על היווצרות שסעים. לדוגמה, היום ידוע שעישון סיגריות על ידי האם הוא אחד הגורמים להתפתחות חך ושפה שסועים, אולי דרך מנגנון ההיפוקסיה (חסר חמצן) הקשור בעישון (1).

תכנון טיפול למטופלים עם חך ושפה שסועים

מטופלים עם חך ושפה שסועים סובלים מבעיות אסתטיות ותפקודיות, עם השלכות סוציאליות ופסיכולוגיות. בעיות כגון הפרעה בפעולת המציצה והבליעה כילודים, לקות דיבור ושמיעה, חוסר הרמוניית פנים עם ליקויי סגר מורכבים - קיימות ברוב המטופלים (3). לפיכך, הם נדרשים לרוב לטיפול רב־צוותי הכולל כירורג פה ולסת, כירורג פלסטי, רופא אף־אוזן־גרון, אורתודונט, פדודונט, קלינאית תקשורת ועובדת סוציאלית המלווה את המטופל ומשפחתו.

הטיפולים כוללים, לרוב:

- סגירת השפה עד גיל 3-6 חודשים;
- סגירת החך השסוע בגיל 11-14 חודשים - משמעותי וחשוב לתקופת התחלת הדיבור;
- סגירת החך השסוע על ידי עצם אוטוגנית מהאגן בגיל 7-10 שנים - חשוב לבקיעת השיניים באזור השסע;
- ניתוח אורתוכירורגי בגיל 17 - בדרך כלל טיפול ב־CL III והתאמה סופית של הלסתות והסגר לאחר סיום הגדילה.

ד"ר אבישי הרמן - מומחה ליישור שיניים, אחראי תחום אורתודונטיה ביחידה לכירורגיה פה ולסת, בית החולים כרמל; מרפאה פרטית בזכרון יעקב.

במידת הצורך:

- בגיל 2-4 שנים - ביצוע מתלה לועי;
- בגיל 4-6 שנים - ביצוע תיקון שפה ואף;
- בגיל 18+ - תיקון סופי של האף.

בכל התקופה - מעקב טיפול קלינאית תקשורת ואאג (אף־אוזן־גרון).

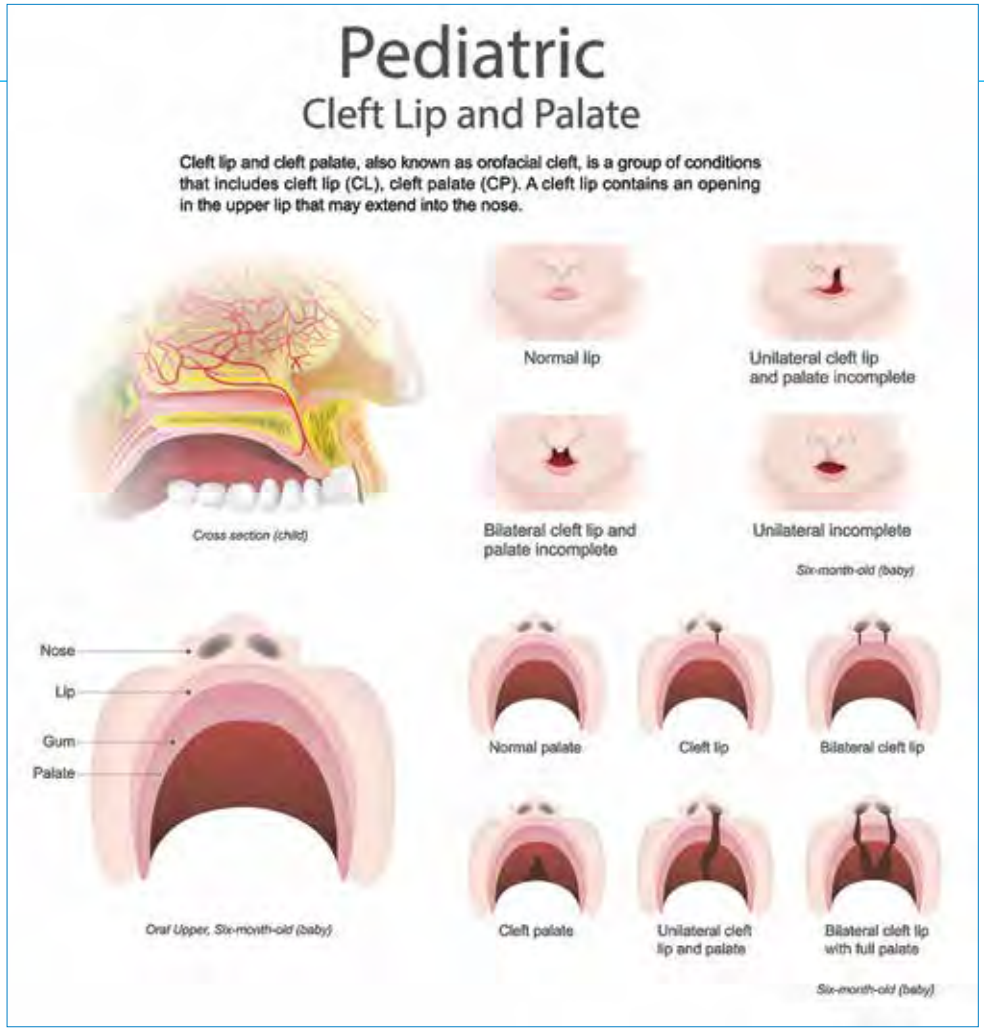
הטיפול האורתודונטי במטופלי חך ושפה שסועים הוא אינטנסיבי וארוך. נהוג לחלקו לארבעה שלבים:

1. השלב האורתופדי לתינוק הנולד: סגירת השפה בגיל מספר שבועות וסגירת החך בגיל 12-18 חודשים הכרחיים מסיבות אסתטיות ופונקציונליות (דיבור).

כמעט לכל תינוק שנולד עם חך ושפה שסועים תהיה בעת הלידה קשת עליונה מעוותת. המקרים החד־צדדיים הם לרוב קלים יותר. מקרי השסע הדו־צדדי קשים יותר: האזור הפרה־מקסילרי עובר דחיקה קדימה, בעוד החלק המקסילרי האחורי עובר תמט - התמוטטות רוחב הקשת העליונה. במקרים הקשים, קשה מאוד לסגור כירורגית את השפה (על פי הפרוטוקול הטיפולי) בשבועות הראשונים לאחר הלידה, ולעתים נדרשת התערבות מקדימה לקירוב חלקי השפה ודחיקת הפרה־מקסילה אחורנית, לכיוון הקשת האלבאולרית, עוד לפני הניתוח.

בעבר בוצע בשלב זה טיפול אורתופדי שכלל הרחבה של חלקי החך האחוריים שעברו תמט, ואז דחיקה של החך הקדמי אחורנית. אולם בעוד השיפור המידי נראה לעין, התוצאות ארוכות הטווח אינן מעידות על יתרון כלשהו למטופלים שעברו שלב אורתופדי זה. לכן, כיום נעשית הדחיקה לאחור של החך הקדמי הבולט על ידי קירוב חלקי השפה העליונה השסועה זה כלפי זה באמצעות סרט הדבקה ו/או על ידי ניתוח לאיחוי השפה (1). בשלב זה, טרם הניתוח, אפשר לתמוך בסחוס נחיר האף ולעצב אותו על ידי מכשיר ה־NAM (Naso Alveolar Molding). המכשיר, ששופר על ידי Grayson (4), מורכב מפלטה עליונה התומכת בחך, אקסטנציה עשויה תומכן שנכנסת לנחיר האף במטרה לעצב את סחוס האף בצד השסע שקרס בעקבות השסע, במקביל לקירוב שפתי השפה השסועה זה לזה באמצעות סרט דביק. הטיפול מתבצע על ידי ההורים בבית, תוך כדי בקרה והתאמה של

תמונה 1:
מכשיר ה־NAM.
נוסף לקושי הטיפולי הוא בעל פוטנציאל מזיק



הפלטה מדי כמה ימים במחלקה המטפלת. לאחר שבועות מספר של טיפול, סחוס האף מקבל צורה ותמיכה טובות יותר, צדי השפה השסועה מתקרבים זה לזה עם פחות מתח, וכך ניתן לבצע סגירה כירורגית של השסע תוך הצמדה עם פחות מתח של צדי השסע.

בנקודה זו ראוי לציין שיש כירורגים המעדיפים לסגור את השסע ללא שימוש ב־NAM או בסרט לקירוב השפתיים. לטענתם, בשימוש בטכניקה כירורגית מתאימה ניתן להגיע לתוצאות ארוכות טווח טובות באותה מידה ללא שימוש מקדים ב־NAM - שבנוסף לקושי הטיפולי הכרוך בשימוש בו הוא בעל פוטנציאל מזיק. בנוסף, שימוש בסרטי הדבקה על השפה לצורך קירוב צדי השסע עלול להפוך את הרקמה המודבקת לקשה ורגישה יותר למניפולציה כירורגית, ובכך למעשה להפריע לאיחוי כירורגי תקין של השפה (תמונה 1).

2. טיפול אורתודונטי בשלב המשנן הנשיר המאוחר והמעורב המוקדם (טיפול במנשך ההפוך הקדמי והאחורי בגיל 7-8, והשתלת עצם בגיל 9 - לפני בקיעת החותכת הצדית ו/או הניב):

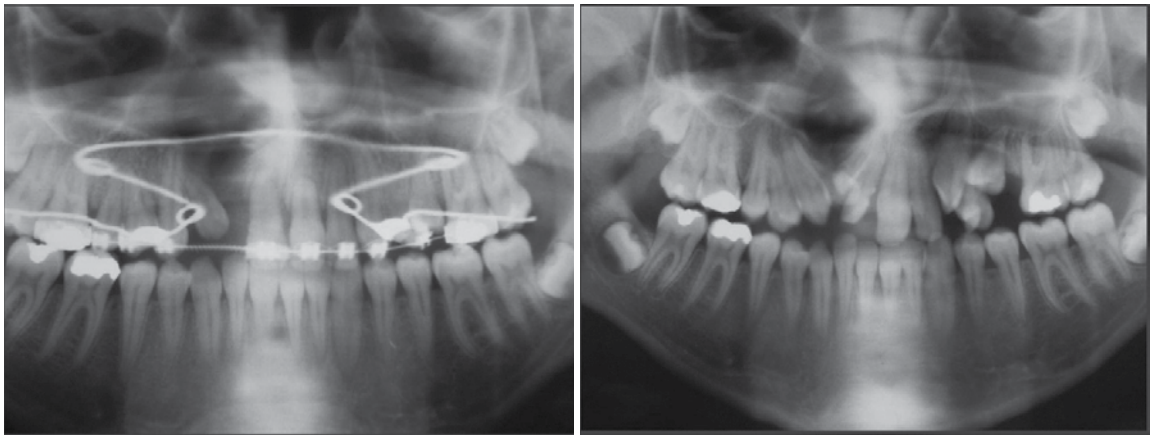
חלק גדול מהבעיות האורתודונטיות של הילדים עם חך ושפה שסועים נוצרים לא בשל השסע עצמו, אלא כתוצאה מהתיקון הכירורגי המוקדם. למרות התפתחויות כירורגיות בתיקון השסע, סגירת השפה מייצרת לחץ מסוים על החלק המקסילרי הקדמי, וסגירה כירורגית של החך מייצרת נטייה להיצרות שלו. בעקבות כך, מטופלים עם חך ושפה שסועים שעברו טיפול סגירה כירורגי של השסע יהיו בעלי נטייה למנשך הפוך, אחורי וקדמי (שאינו אופייני לבעלי חך ושפה שסועים שלא נסגרו כירורגית!). לכן, טיפול אורתודונטי הוא חלק הכרחי בשיקום פונקציונלי ואסתטי של מטופלים אלו (5).

הטיפול האורתודונטי מתחיל בדרך כלל עם בקיעת החותכות העליונות, שנוטות לבקוע ברוטציה וליצור מנשך קדמי הפוך. מטרת הטיפול בשלב זה היא לתקן את מיקום החותכות, להגיע לסגר תקין ולהכין את התנאים בקשת השיניים להשתלת עצם אלבאולרית, המתוכננת להתבצע לפני בקיעת החותכת הצדית (אם קיימת) או הניב. תיקון אורתודונטי של המנשך ההפוך, הקדמי והאחורי, חייב להתבצע לפני ההשתלה ויכלול לרוב מכשיר להרחבת החך המוצר (כדוגמת RPE או QUAD HELIX) יחד עם מסכת פנים (רסן הפוך) שנועדה למשוך את הלסת העליונה קדימה. יש קושי לא קטן בהשגת שיתוף הפעולה של הילדים לטיפול עם המכשירים, בשמירה על התוצאה הטיפולית (רטנציה) ובמניעת הישנות של הבעיה (רילפס). מכשיר ה־QH ההפוך, שפותח במחלקה לאורתודונטיה ומומי פנים במרכז הרפואי רמב"ם, משמעותי ביצירת הרחבה קדמית נאותה (6).

בהמשך, פעולת השתלת העצם מייצרת יציבות של אזור השסע ותנאים נאותים לבקיעת השיניים הקבועות. באופן אידיאלי, החותכת הצדית או הניב שנמצאים בסמוך לשסע אמורים לבקוע בעקבות השתלת העצם דרך העצם המושתלת, ולכן לרוב מבצעים את השתלת העצם בגיל 7-10 שנים.

3. הטיפול בשלב המשנן הקבוע: בעת בקיעת הניבים והמלתעות, נוצר לרוב שוב מנשך הפוך אחורי (בעיקר בצד השסע במקרי של שסע חד־צדדי) והשיניים לא יהיו ישרות. כעיקרון, ככל שניתוח אוגמנטציית העצם האלבאולרית מוצלח יותר, כך יהיו פחות בעיות במשנן הקבוע, אולם כמעט תמיד יש צורך בטיפול אורתודונטי. בשלב זה, מטרת הטיפול האורתודונטי, בין היתר, היא לסגור את המרווחים שנוצרו עקב השיניים החסרות כתוצאה מהשסע.

בעקבות השתלת העצם, ניתן להזיז שיניים באזור השסע ולסגור את המרווחים. אם סגירת הרווחים אינה אפשרית, אזי מטרת הטיפול האורתודונטי היא לפזר את השיניים בצורה כזו שיתאפשר ביצוע שיקום קבוע על ידי גשר לקראת גיל 20, ועד אז יבוצע שיקום זמני ארוך טווח המודבק על ידי דבק קומפוזיטי (מרילנד, לדוגמה). עקב חסר העצם,



תמונות 2 ו־3: אנומליה דנטלית האופיינית למטופלים עם חך ושפה שסועים. (חסר לטרליות עליונות נשירות וקבועות)

אפשרות השיקום על גבי שתלים אינה שכיחה באזורי השסע.

בנוסף לאתגר הטיפולי האורתופדי (תיקון לסת עליונה צרה ואחורית), טמון אתגר לא קטן בטיפול האורתודונטי הדנטלי במקרי חך ושפה שסועים, מכיוון שבחלק גדול מהמטופלים קיימת גם אנומליה דנטלית (תמונות 2 ו־3) האופיינית למטופלים עם חך ושפה שסועים. במטופלים אלו אנו יכולים להבחין בחסר לטרליות עליונות (נשירות וקבועות), שינוי בגודל השיניים (מיקרודונטיה או מאקרודונטיה), שיניים עודפות ו/או כלואות משני צדי השסע, שיניים היפו־פלסטיות, איחור בהתפתחות וקושי בבקיעה של השיניים בסמיכות לשסע. קשיים אלו הופכים את הטיפול האורתודונטי במקרי חך ושפה שסועים לארוך, מורכב ומאתגר (3).

במקרים מסוימים, כבר בשלב זה (או אף מוקדם יותר) מתבצע ניסיון לתיקון היחסים הסקלטליים באמצעות מתיחת העצם המקסילרית קדימה ומטה (distraction osteogenesis). בפעולה זו יוצרים קו שבר מכוון בעצם, ואז, באמצעות מכשירי מתיחה המוברגים אליה, ניתן להפריד באופן נשלט בין שני חלקי העצם - כך שהריפוי ייצור עצם חדשה ביניהם, בצורה שתגדיל את עצם הלסת בכיוון הרצוי (7).

4. ניתוח אורתוגנטי למטופלים עם חך ושפה שסועים: למרות ההתקדמות בטכניקות הכירורגיות לסגירת השפה והחך, בחלק מהמטופלים (בעיקר בגברים) עם חך ושפה שסועים, גדילה מנדיבולרית לאחר סיום הטיפול האורתודונטי מובילה לחזרת מנשך הפוך קדמי ואחורי ולפער בין־לסתי גדול. הסיבה לכך היא בעיקר חסר גדילה מקסילרית נאותה (ובדרך כלל לא עקב גדילה מנדיבולרית עודפת) בממד הקדמי־אחורי ובממד הוורטיקלי הנובע מהכירורגיה לסגירת השסע. כמו כן, נסיגת רקמת האדנואיד בגיל העשרה יכולה להגדיל את חוסר השליטה על מעבר האוויר בין האף ללוע ולקושי נוסף בדיבור, זאת בנוסף לפיסטולה האורונזלית, שיכולה להיות קיימת למרות ניסיונות התיקון הקודמים, ולהערכה העצמית הנמוכה שילדים אלו סובלים ממנה (3, 8). ולכן, בערך בגיל 18, עם תום הגדילה, נדרשת כירורגיה אורתוגנטית להבאת המקסילה קדימה ומטה כשלב הטיפול האחרון. לעתים, אם הפער הבין־לסתי גדול וקידום משמעותי של הלסת העליונה אינו רצוי, נדרשת גם פעולת set back מנדיבולרית. לאחר האורתודונטיה, ניתן לעבור לשלב השיקום הקבוע של השיניים החסרות. טיפול אורתו־כירורגי זה דורש שיתוף פעולה הדוק בין האורתודונט והכירורג (7).

בעוד שלפני כמה עשורים, 50% מהמטופלים עם חך ושפה שסועים נזקקו לגשרים פרותטיים להחלפת השיניים החסרות, וכ־15% מהמטופלים נזקקו בסוף לכירורגיה אורתוגנטית, כיום, בזכות הטכניקות הא־טראומטיות לסגירת השפה והחך, יש פחות בעיות הקשורות בעיכוב הגדילה המקסילרית בעקבות הניתוחים. בהתאם, קטן משמעותית מספר המטופלים עם חך ושפה שסועים הזקוקים לשיקום פרותטי ו/או אורתודנטיה כירורגית בתום הטיפול (1).

לסיכום

טיפול בילדים עם חך ושפה שסועים הוא אתגר ארוך ומורכב. למעשה, הטיפול יכול להימשך מרגע הלידה ועד לתחילת העשור השלישי ולכלול טיפולים רפואיים (ניתוחים, טיפולי אאג), דנטליים (אורתודונטי, פדודונטי, שיקומי) ופרא־רפואיים (קלינאות תקשורת). בנוסף לאתגר הרפואי־דנטלי, קיים אתגר מנטלי־רגשי: ילדים אלה עלולים לפתח דימוי עצמי נמוך יותר, עם יותר בעיות רגשיות, ביחס לאוכלוסייה הכללית. למרות הטיפול המורכב והארוך, לעתים המטופל נשאר עם צלקת בשפה, מראה אף פחוס אופייני, לקות בדיבור וחוסר התאמה סגרית (5).

לאור המורכבות והאורך של הטיפול, יש חשיבות רבה לביקורת ולתמיכה של המטפלים בקהילה. גם לשיננית תפקיד חשוב בבקרה על המטופלים. שמירה על היגיינה נאותה ומניעת תחלואה פריודונטית ודנטלית, כמו גם בקרה על תוצאות הטיפול וזיהוי רילפס, הם קריטיים במטופלים אלו.

רשימת מקורות

1. Proffit, fields and Sarver, Contemporary orthodontics, 4th edition. 2007.
2. Nanci, Ten Cate's Oral histology, 8th edition 2013.
3. Vlachos, Orthodontic treatment for the cleft palate patient. Semin orthod 1996;2:197-2014.
4. Grayson et al., Nasoalveolar molding for infants born with clefts of lip, alveolus and palate. Clin Plast Surg. 2004 Apr;31(2):149-58.
5. Evans, Orthodontic treatment for patients with clefts. Clin plastic surg 31(2004), 271-290.
6. Aizenbud et al., The reverse Quad helix Expander: Easy access for bone graft manipulation in the cleft maxilla. Pediatric dentistry 2013; 35: E120-123.
7. Chua et al., Cleft maxillary distraction versus orthognathic surgery - which one is more stable in 5 years? oral surg oral med oral oathol oral radiol endod 2010:109:803-814.
8. Hunt et al., The psychosocial effects of cleft lip and palate: a systematic review. European Journal of Orthodontics 27(2005), 274-285

ד"ר יעקב הורביץ DMD, סוניה צ'ורובסיק RDH

פרויקט הזה"ב: שינויות מתגייסות לעזרת הקשיש המאושפז

העולם מזדקן. מדינת ישראל נחשבת מדינה צעירה יחסית, עם כ־10% בלבד מאוכלוסייתה מעל גיל 65. עם זאת, הנתונים מצביעים על עלייה גדולה יחסית במספר האזרחים שמעל גיל 80 בישראל; גילאים שהתחלואה בהם גדלה באופן ניכר (1).

מחלות כמו סרטן, אי ספיקת לב, סוכרת על כל סיבוכיה, אוסטיאופורוזיס ושברים כתוצאה מנפילות ומחלות רבות נוספות שכיחות יותר בקרב אלה המוגדרים כ־old-old. הם סובלים יותר מאוכלוסיות אחרות מירידה בחוש הראייה ובחוש השמיעה, רמת התפקוד שלהם יורדת והם מגיעים למצב של שבריריות. במקרים רבים הם זקוקים לתמיכת המשפחה והחברה כדי להמשיך להתגורר בקהילה ולא להזדקק לאשפוז ממושך בבתי אבות ובמוסדות כרוניים.

המפגש של הזקן השברירי עם בית החולים הוא לרוב נקודת מפנה משמעותית בחייו. נדרש מאמץ כדי לשמור על רמת תפקודו ולאפשר לו לחזור לביתו לאחר אשפוז. מחקרים רבים מצביעים על כך שבאשפוז חריף חלה ירידה תפקודית ניכרת ומופיעים מצבי בלבול וסיבוכים כמו נפילות ופצעי לחץ, בעיות תזונתיות ואיבוד שליטה על הסוגרים (2, 3). אחד התרחישים הנפוצים מתאר זקן שעד כה תפקד באופן סביר בביתו, בעזרת מקל או הליכון, ונזקק לעזרה של מטפל או של בן משפחה ברחצה בלבד. עקב אשפוז אקוטי הוא פיתח בתוך ימים ספורים מצב של בלבול, נזקק לתרופות הרגעה, כמעט שלא אכל, איבד שליטה על הסוגרים, הפסיק ללכת והפך מרותק למיטתו. מצב כזה מסכן את החולה, מוביל לאשפוז ממושך, מצריך תהליך שיקומי או מוביל לאשפוז במוסד סיעודי. המחיר לחולה, למשפחתו ולמערכת הבריאות הוא גבוה מאוד.

קיימים בעולם מודלים שמטרתם לזהות חולים זקנים בסיכון בעת אשפוזם בבית חולים. עם הזיהוי, יש להפעיל תכנית התערבות למניעת סיבוכים כמו מצב של בלבול חריף (דליריום) ושמירה על רמת התפקוד (4). מודלים רבים דורשים שינויים בתשתיות במחלקות האשפוז או העסקת צוות מיוחד ומיומן ביחידות ייחודיות. אף על פי שיחידות אלו מציגות תוצאות טובות, ההשקעה והעלויות לבתי החולים גדולות ואינן ישימות עבור מערכת הבריאות בישראל, הפועלת תחת עומסים רבים.

ברמב"ם - הקריה הרפואית לבריאות האדם בחיפה, שיעור המאושפזים הזקנים הוא כ־30%, אולם במחלקות הפנימיות מגיע שיעורם לכדי 70% מכלל המאושפזים. במטרה לאתר חולים הנמצאים בסיכון גבוה לתחלואה ולירידה תפקודית ולהעניק להם טיפול מיטבי, בית החולים הקים פרויקט ייחודי המכונה **תכנית הזה"ב** (**ה**תמיכה ב**ז**קן **ה**מאושפז **ב**בית חולים). המודל מבוסס על תכנית HELP שפותחה באוניברסיטת Yale בארצות הברית (5), המתאימה למערכת האשפוז הציבורי.

המודל משלב מתנדבים בפעילותה של יחידת ייעוץ גריאטרית בבית החולים. חולים מעל גיל 70 עוברים תהליך סינון ראשוני תוך 48 שעות מיום אשפוזם, באמצעות כלי קצר ופשוט המבוסס על הרשומות הרפואיות. דירוג החולים נקבע בהתאם לפרויקט בקהילה שהתקיים בעבר בישראל (6).

חולה שמוגדר "בסיכון" עובר הערכה על ידי היחידה הגריאטרית ומקבל שירות אישי ממתנדב שעבר הכשרה מיוחדת. המתנדב מקדם את ניוד החולה ואת הזנתו ומשוחח אתו במטרה לשמור על יכולת ההתמצאות שלו ועל התקשורת עם הסביבה. אם בן משפחה נמצא עם החולה המאושפז, הוא מקבל הדרכה כיצד לעזור לחולה. לבסוף, לקראת שחרורו של החולה מבית החולים, הגורמים בקהילה יעודכנו במצבם של המשתתפים - במטרה לשמור על רצף טיפולי בין האשפוז החריף להמשך הטיפול.

המתנדבים בתכנית הזה"ב מהווים חלק חשוב ומשמעותי במערך התמיכה המוצע למשתתפים בתכנית. לפעילות המתנדבים שתוארה לעיל מצטרפות שיננויות מתנדבות, המעניקות לזקן המאושפז טיפול פה תומך, ממליצות על טיפול פה בהתאם לצורך ומדריכות אותו כיצד לשמור על בריאות הפה שלו. חשוב לציין כי בריאות הפה אצל חולים מאושפזים אמנם איננה קשורה בדרך כלל לסיבה הראשונית לאשפוז, אך היא מהווה מרכיב מרכזי בטיפול הרפואי והסיעודי.

מאחר שמדובר בפרויקט ייחודי וחדשני, מבוצע מחקר שנועד לבדוק את הישימות של תכנית ההתערבות ואת השפעתה על בריאות המאושפז, על שיעור האשפוזים החוזרים ועל שביעות הרצון של המאושפזים ובני משפחותיהם ושל הצוות הרפואי בבית החולים.

השיננויות המתנדבות בפרויקט הזה"ב מבצעות את הפעולות הבאות:

1. בתחילת המפגש, השיננית אוספת נתונים על מצבו הדנטלי של המאושפז תוך שימוש ב־Modified Bedside Oral Exam (7).

2. לאחר מכן השיננית משוחחת עם המאושפז, עונה לשאלותיו, מדריכה אותו בגהות הפה, מנקה את התותבות - אם קיימות - ואת השיניים ונותנת המלצות להמשך הטיפול.

3. כחלק מן המחקר, בסיום המפגש מציעה השיננית למאושפז למלא שאלון שביעות רצון.

אנחנו סבורים שתכנית הזה"ב תוכיח את חשיבות הטיפול בחלל הפה לבריאות האוכלוסייה הקשישה ובכך תתמוך בהכללת טיפול כזה, שייעשה על ידי שיננויות, כחלק מן הטיפול הקבוע באוכלוסיית הקשישים המאושפזים.

נקודה חשובה הנוגעת לשיננות:

השיננויות הן חלק אינטגרלי מפרויקט הזה"ב. עובדה זו תיתמך בהמשך על ידי ממצאי המחקר הנערך בימים אלו ברמב"ם. כדי שמחקר יהיה אמין מדעית, על מספר המשתתפים בו להיות גדול דיו. לשם כך עלינו להגדיל את מספר השיננויות המתנדבות בפרויקט.

אנו זקוקות לעזרתכן וקוראות לכן להתנדב. בית החולים עוזר בהחזר חלקי של הוצאות הנסיעה.

הקשישים, בית החולים, המקצוע, ציבור השיננויות ואש"י - כולנו מוקירים את השיננויות המתנדבות, שעושות עבודה נפלאה במטרה לקדם את הפרויקט. יישר כוח!

רשימת מקורות

1. קשישים בישראל - שנתון סטטיסטי (2014). משאב־מאיירס־ג'וינט־ברוקדייל ואשל.
2. Inouye SK, Westendorp RG, & Saczynski JS (2014). Delirium in elderly people. The Lancet;383(9920):911-22.
3. Sager MA, Rudberg MA, Jalaluddin M, et al. (1996). Hospital admission risk profile (HARP): identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization. J Am Geriatr Soc.;44(3):251-7.
4. Steele JS (2010). Current evidence regarding models of acute care for hospitalized geriatric patients. Geriatric Nursing, 31(5); 331-347.
5. Inouye SK, Bogardus ST, Baker DI, Leo-Summers L, & Cooney LM (2000). The Hospital Elder Life Program: A model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. Journal of the American Geriatrics Society, 48(12); 1697-1706.
6. Press Y, Hazzan R, Clarfield AM, & Dwolatzky T. (2009). A semi-structured computerized screening interview for the assessment of older patients in the primary care setting. International Journal on Disability and Human Development, 8(3); 261-268.
7. Prendergast V, Kleiman C, & King M (2013). The Bedside Oral Exam and the Barrow Oral Care Protocol: translating evidence-based oral care into practice. Intensive Crit Care Nurs. Oct;29(5):282-90.

ד"ר יעקב הורביץ - מומחה לפריודונטיה, מנהל תכנית ההתמחות בפריודונטיה, המחלקה לפריודונטיה, בית הספר להתמחויות ברפואת שיניים, רמב"ם - הקריה הרפואית לבריאות האדם, והפקולטה לרפואה ע"ש רות וברוך רפפורט, הטכניון, חיפה.

סוניה צ'ורובסיק, RDH - שיננית.

כריסטופר פולר, ג'ואן סבאג', שרה בסר, ד"ר אנדרו היוורד, בארי קוקסון, ד"ר בן קופר ושלדון סטון*

מסירים את הכפפות

האם השימוש בכפפות משפר את היגיינת הידיים?

השימוש בכפפות מצמצם אמנם את העברת החיידקים באמצעות מגע ידיו של המטפל, אולם הכפפות אינן תחליף להיגיינת ידיים. מחקרים שונים העלו מגוון ממצאים בנושא היגיינת הידיים בעת לבישת הכפפות, אולם מרביתם היו מצומצמים יחסית והתבססו על הערכות לא אחידות בנושא. במסגרת המחקר התצפיתי המוצג כאן נערכה תצפית במטרה לבדוק אם נעשה שימוש בכפפות בעת הצורך, ואם ההתייחסות להיגיינת הידיים הייתה שונה כשהמטפל השתמש בכפפות.

המחקר מעלה כי השימוש בכפפות מצמצם את הסיכון למטפל ללקות בזיהום חיידקי במגע יד עם החולה ואף מגביל העברה אפשרית של חיידקים או פתוגנים בין החולים.

על פי נוהלי ארגון הבריאות העולמי, מומלץ להשתמש בכפפות בעת מגע צפוי עם נוזלי גוף וכשהטיפול בחולה כרוך במגע הדורש אמצעי זהירות. עם זאת, **השימוש בכפפות אינו תחליף להיגיינת ידיים יעילה**. הכפפות אינן מונעות סיכון לזיהום דרך הידיים ואף מהוות אמצעי פוטנציאלי להעברת חיידקים בין החולים, אם לא מחליפים כפפות בין הטיפולים. **על פי הוראות ארגון הבריאות העולמי, יש להחליף כפפות בין מטופל למטופל ולרחוץ את הידיים טרם לבישת הכפפות ומיד עם הסרתן**, אולם ההיענות של המטפלים להוראות אלה אינה מלאה: לעתים הם לובשים כפפות כשאין בכך צורך, או מוותרים עליהן דווקא כשיש צורך בהן. יש דיווחים שעל פיהם שיעורי ההיענות לנוהלי היגיינת הידיים נמוכים יותר כאשר לובשים כפפות, בשעה שדיווחים אחרים מעלים כי ההיענות אינה משתנה, ולעתים היא אף גבוהה יותר.

זהו מחקר תצפיתי רחב היקף, שנערך בווילס ובאנגליה.

שיטות המחקר

במחקר הנוכחי השתתפו מטפלים מתחומי בריאות שונים, המועסקים ב־56 יחידות טיפול נמרץ ומחלקות סיעוד ב־15 בתי חולים ברחבי אנגליה וווילס. נבדקו יישום היגיינה ושימוש בכפפות במשך 249 שעות, שבמהלכן סומנו 7578 "רגעים" שבהם נדרש נוהל היגיינת ידיים. כל תצפית ארכה כשעה, כשהמרווח בין התצפיות היה שישה שבועות.

בכל אחד מבתי החולים נבחרו מראש יחידת טיפול נמרץ אחת ושלוש מחלקות טיפול בקשישים ורפואה כללית. היעד של המחקר היה לעודד היענות להיגיינת ידיים במחלקות סיעודיות, מחלקות רפואה כללית ויחידות טיפול נמרץ. המחקר לא עסק בעידוד ההיענות לשימוש מתאים בכפפות.

התצפיות בוצעו באזורים פתוחים של המחלקה, בחדרים גדולים עם 4-6 מטופלים. הן לא כללו מטופלים שנזקקו למגע הדורש אמצעי זהירות ואושפזו בחדר בידוד, וזאת בשל הרצון לשמור על פרטיותו של המטופל וכדי לצמצם את אפקט הות'ורן (שינוי בהתנהגות הנחקרת כאשר המשתתפים במחקר מודעים לעצם השתתפותם, גם כאשר אינם מודעים למטרות המחקר).

נרשמו הנתונים הבאים:

1. סוג המטפל שתוצפת.
2. האם ההנחיה להיגיינת ידיים (על פי "רגע" היגיינת הידיים, כמצוין על ידי ארגון הבריאות העולמי) יושמה לפני המגע עם המטופל או לאחריו.
3. רמת הסיכון: סיכון גבוה על פי הסיווג של ארגון הבריאות העולמי מתייחס לקבוצת "משימה אספטית" או "מגע עם נוזל גוף". סיכון נמוך פירושו "מגע ישיר עם המטופל", או "מגע עם סביבת המטופל", או "מגע שלא תוצפת" - שאינו תואם שום קבוצה על פי ארגון הבריאות העולמי אבל כולל מצבים שבהם החולה מטופל מאחורי וילון.
4. סוג התנהגות היגיינת הידיים או החומר שבו נעשה שימוש: "אלכוהול חיטוי לידיים", "סבון", "שום פעולה" או "לא ידוע" - שנועד לרגעים בהם קשה להבחין אם הידיים אכן נוקו.

אם הרגע לא תוצפת אולם המטפל נראה לובש כפפות, נרשם שימוש בכפפות. לדוגמה, כאשר המטפל נראה לובש כפפות לפני שפנה לחולה שנמצא מאחורי וילון. הכלי המחקרי התקשה להבחין בין מצבים שבהם הכפפות הוסרו אך הידיים לא נרחצו לבין מצבים של שימוש באותו זוג כפפות לכמה מגעים.

היחס של כל סוג מגע תוך שימוש בכפפות נרשם, וכן ההיענות להיגיינת ידיים עבור כל סוג של מגע, עם או ללא כפפות נרשם באחוזים.

מתוך 7,578 רגעי היגיינת ידיים, 3,890 רגעים לא נכללו בניתוח הראשי (3,617 סווגו כלא מתוצפתים ו־273 התנהגויות היגיינת ידיים סווגו כבלתי ידועות).

תוצאות

ההיענות הכללית להיגיינת ידיים, עם וללא לבישת כפפות, הייתה 53.6%. כאשר המגעים שלא תוצפתו הוסרו מניתוח הנתונים, שיעור ההיענות ירד ל־47.7%. שיעור ההיענות היה נמוך בהרבה במקרים של לבישת כפפות, גם באופן כללי וגם בתת הקבוצות שהוגדרו על פי סוג המחלקה, רגע היגיינת הידיים (לפני ואחרי מגע עם המטופל) ורמת הסיכון במגע. לאחר התאמת כל הנתונים נמצא קשר הדוק בין שימוש בכפפות לבין היענות פחותה להיגיינת ידיים.

שיעור רחיצת הידיים היה נמוך משמעותית כאשר נלבשו כפפות (41.4%

---

* תרגום ועריכה: שרון פרידמן־יניב MHA, RDH

המאמר המלא: Fuller et al.;"The Dirty Hand in the Latex Glove": A Study of Hand Hygiene Compliance When Gloves Are Worn, Infection Control and Hospital Epidemiology, Vol. 32, No. 12 (December 2011), pp. 1194-1199

לעומת 50% בכלל המקרים). ממצא זה תקף גם למגעים בעלי סיכון גבוה (44.0% כאשר נלבשו כפפות לעומת 58.5% כאשר לא נלבשו) וגם לפני המגע עם המטופל (29.7% כאשר נלבשו כפפות לעומת 40.1% כאשר לא נלבשו).

המחקר העלה למעשה שתי תוצאות עיקריות:

א. לרוב, השימוש בכפפות לא ענה על דרישות ארגון הבריאות העולמי: נלבשו כפפות כשלא היה צורך וגם ההפך הוא הנכון;

ב. שיעור ההיענות להיגיינת ידיים היה נמוך בהרבה בעת לבישת כפפות.

דיון

למחקר זה כמה מוגבלויות. אמינות ההערכה באשר להרגלי לבישת הכפפות הייתה מוגבלת, כאשר התצפיתנים לא הצליחו לבצע הערכה לגבי מטפלים בחולים ששהו בחדרי בידוד במסגרת מגע הדורש אמצעי זהירות (מה שמלכתחילה מהווה הנחיה לשימוש בכפפות) וגם לא יכלו להתבונן בפעולות שנעשו מאחורי וילון.

מגבלה נוספת שעשויה להשפיע על תוצאות הממצאים היא העובדה שהמחלקות שנכללו במחקר נטלו חלק בניסוי מבוקר ואקראי.

באופן כללי, שיעור ההיענות להיגיינת ידיים במחלקות שנחקרו היה טוב בהשוואה לממוצע הלאומי.

לא הייתה סיבה לחשוב שההתערבות תשנה את הקשר שבין השימוש בכפפות להיגיינת ידיים.

קשה להשוות את ממצאי מחקר זה, שהינו רחב ממד, עם ממצאי מחקרים אחרים הקיימים בספרות המקצועית. מחקרים שונים נעזרו בהגדרות שונות בנוגע לשימוש בכפפות או הערכת היגיינת ידיים בשילוב עם שימוש בכפפות. רוב המחקרים הסתפקו בהערכת ההיענות להיגיינת ידיים לאחר מגע עם מטופל, בעוד שאחרים ביססו את מחקרם על הוראות שימוש בכפפות שהן שונות מאלו של ארגון הבריאות העולמי. כמו כן, המחקר שלנו לא כלל חולים שאושפזו בבידוד, בשעה שהמחקרים האחרים כללו חולים רבים מסוג זה.

השיעור הכללי של היענות להיגיינת ידיים היה נמוך ביותר: בקושי 47.7%. עם זאת, המספר מעודד בהשוואה למחקרים קודמים, שבהם היו התוצאות סביב 40%. המדגם הרחב והפיזור המשמעותי מבחינה גיאוגרפית וקלינית של המחלקות עשוי לרמז כי תוצאות המחקר הנוכחי מציעות תמונה אמינה של מערכת הבריאות באנגליה.

למרות השוני במדדי המחקר, ממדי המדגם והשיטות, גם מחקרים אחרים מצאו כי שיעור ההיענות להיגיינת ידיים נמוך יותר בעת לבישת כפפות.

עדיין לא ברור מדוע נקשר השימוש בכפפות עם היענות רופפת יותר להיגיינת ידיים, מאחר שכבר הועלתה הסברה כי שימוש בכפפות וביצוע היגיינת ידיים הן שתי התנהגויות נפרדות, עם מאפיינים התנהגותיים שונים.

מטפלים בתחום הרפואה עשויים לחשוב שהכפפה לא רק מגנה עליהם מהעברת חיידקים מהחולה, אלא גם מגנה על החולה מהעברת חיידקים מידיהם שלהם, ועל כן יש צורך להדגיש את הצורך בחיטוי ידיים. התנהגות היגיינת ידיים סווגה כהרגל טבוע (מתוך רגשות גועל, לאחר מגע עם לכלוך או מה שמצטייר כלכלוך) או כמעשה של בחירה (לא מתוך תחושת גועל). התנהגות לבישת הכפפות עדיין לא נבדקה בהיבט זה, אולם ניתן להניח שהשימוש בכפפה מתבסס על הסברה כי הכפפה מספקת הגנה מספקת, וכי חיטוי ידיים אינו נחוץ כשלובשים כפפות.

המחקר מעלה טיעון נוסף: המציאות מראה כי המטפל הרפואי לא תמיד רוחץ ידיים לפני השימוש בכפפה, וכי הידיים אוספות עוד ועוד חיידקים במהלך מגעים בסיכון גבוה. כמו כן, לא תמיד מתקיימת רחיצת ידיים לאחר הסרת הכפפות. התוצאה היא, כמובן, "יד מלוכלכת בתוך כפפת לטקס". נראה כי לאור התוצאות הללו, מחקר נוסף על המרכיבים ההתנהגותיים הקשורים בשימוש בכפפה והקשרו להיגיינת הידיים נחוץ בהחלט.

מצב זה, שבו עטיית כפפה במגע בסיכון גבוה נקשר עם היגיינת ידיים רופפת מאוד, מהווה מקור לדאגה. מאחר ששיעור השימוש בכפפות, כפי שנרשם במחקר שלנו, נמוך באופן יחסי, לא נרחיק לכת אם נאמר ששיפור בשיעור ההיענות להיגיינת ידיים בהקשר לעטיית כפפות עשוי להיות שלב מכריע בצמצום העברת זיהומים.

אף על פי שמחקר זה לא כלל תצפית על חולים במגע הדורש אמצעי זהירות, ממצאיו עשויים להשפיע על הטיפול בחולה הסובל מזיהום חיידקי עמיד לאנטיביוטיקה. וכאן אנו מציגים למעשה פרדוקס, כאשר דווקא במגעים הדורשים שימוש בכפפות יותר ממגעים אחרים (כמו במקרה של חולה הנושא חיידקים עמידים), ושבהם יש חשיבות מיוחדת להיגיינת ידיים - ההקפדה על היגיינת הידיים נמוכה יותר.

אכן, אם היגיינת הידיים הייתה מתמקדת בהגבלת השימוש בכפפות למגעים בסיכון גבוה (משימות אספטיות, מגע עם נוזלי גוף או מגע עם חולים בבידוד) ובהדגשת חשיבות היגיינת ידיים לפני רגעים שכאלו ואחריהם, ישנה סבירות ששיעור ההיענות הכללי, על בסיס המספרים שלנו, היה עולה ל־57.9% - מהלך שעשוי לתרום לצמצום ריבוי רמות זיהום בחיידקי MRSA (חיידקים עמידים לכל סוגי הפניצילין והצפלוספורין). מבצעי הסברה לאומיים ובינלאומיים, וכן מסע הסברה של ארגון הבריאות העולמי, צריכים אולי להדגיש שימוש נכון בכפפות, הכולל גם נוהל היגיינת ידיים.

לסיכום

הנתונים שנאספו מתוך מדגם רחב של מחלקות ובתי חולים מראים שהשימוש בכפפות נעשה במקרים רבים שלא בהתאם להנחיות ארגון הבריאות העולמי. כלומר, במקרים רבים אנשי הצוות הרפואי נמנעים משימוש בכפפות גם כשיש התוויה קלינית לכך, וגם ההפך הוא הנכון - משתמשים בכפפות כאשר אין התוויה לכך.

ממצא נוסף הוא ששימוש בכפפות הוביל לירידה משמעותית בשיעור ההיענות להנחיות לרחיצת הידיים. נראה כי אנשי הצוות חשים בטעות כי הכפפות מעניקות הגנה מספקת.

לממצאים אלו עלולות להיות השלכות קליניות לגבי השליטה במזהמים, ולכן יש מקום למחקר שיתמקד בפסיכולוגיה וביכולות לחזות התנהגויות הקשורות בשימוש בכפפות והקשרן לחיטוי ידיים, אשר יסייע בעיצוב מסע הסברה לשיפור שיעור ההיענות להיגיינת ידיים בעת עטיית כפפות ולהתאמת עיתוי השימוש בכפפות להנחיות הברורות של ארגון הבריאות העולמי.

לזכרה של ד"ר אסתר ווילקינס

שרון פרידמן יניב MHA, RDH

אין שינון/ית בעולם שאינו מכיר/ה את השם ד"ר אסתר ווילקינס.

אסתר, "מנהיגת עולם השיננות" ומי שיצרה את הסטנדרטים הפרקטיים ללימוד המקצוע, הלכה לעולמה בביתה שבניו המפשיר, ארה"ב, ב־21 בדצמבר 2016, שלושה ימים בלבד לאחר חגיגות יום הולדתה המאה!

ספרה של אסתר, "Clinical Practice of the Dental Hygienist", הוא "התנ"ך" של כל סטודנט/ית ללימודי שיננות ואף של שיניות ותיקות, המבקשות ריענון ורפרנס בספרות המקצועית. עד 1959, שנת הוצאתו לאור, לא הייתה בנמצא ספרות מקצועית שהציגה קווים ועקרונות ברורים ללימוד מקצוע השיננות. הספר זכה להידפס ב־12 מהדורות!

עד 1950, שיניות הועסקו בעיקר בתכניות למניעת עששת בבתי ספר ובקהילה. רק בהמשך התווספה עבודת הפרקטיקה הקלינית במרפאות השיניים, באופן שהיא מתנהלת היום.

אסתר הייתה אשה יוצאת דופן, שקידמה את האמנות ואת המדע של היגיינת השיניים. הבה ננסה לשפוך מעט אור על דמותה ועל מורשתה.

אסתר ווילקינס נולדה במסצ'וסטס, ארה"ב, כאחות הצעירה מבין שתיים. אמה הייתה מזכירה ואביה שיפוצניק. כמקובל באותם ימים, סייעה גם אסתר הצעירה בפרנסת הבית ומדי פעם יצאה לעבוד עם הוריה. תואר ראשון במדעים קיבלה מסימונס קולג' שבבוסטון. בשנת הלימודים האחרונה בסימונס הבינה שאף אחת מהאפשרויות הזמינות לה בשוק העבודה אינה קורצת לה. עם זאת, בהמשך הוכיחה בגדול את האֶמרה: "בנות סימונס תמיד הוכנו להתפרנס". לאחר שבאחד מקורסי בריאות הציבור בסימונס קולג' הוזכר מקצוע השיננות, ניגשה באחת מהפסקות הצהרים לבית הספר לשיננות ומרפאת השיניים פורסיית' ששכן בקרבת מקום. לאחר הביקור, החליטה להירשם ללימודי שיננות. בשנת 1939 סיימה את לימודיה בפורסיית'. מקום עבודתה הראשון כשיננית היה מרפאתו של ד"ר וויליס בצפון בוסטון.

ההיכרות עם מקצוע רפואת השיניים הובילה אותה להחלטה ללמוד את המקצוע. רפואת שיניים לא הייתה מקצוע מקובל לנשים באותן שנים, אך אסתר התקבלה ללימודים באוניברסיטת טאפט. הדיקאן הציע לה להמתין שנה, כדי שלא תהיה האשה היחידה במחזור, וכך עשתה. עם סיום הלימודים, בשנת 1949, התמנתה כמנהלת תכנית לימודי השיננות בבית הספר לרפואת שיניים של אוניברסיטת וושינגטון בסיאטל.

לא היו אז ספרים או תכניות לימוד מסודרות ללימודים פרקטיים של שיננות. אסתר בנתה תכנית לימודים ותשתית מקצועית המכוונת את השיניות לראות את עצמן כמומחיות למניעה (prevention specialists), אשר מחנכות את הציבור (מטופלים ובקהילה) למניעה של מחלות חניכיים, מחלות שיניים ומחלות חלל הפה בכלל.

בשנת 1964 חזרה לטאפט והתמחתה בפריודונטיה. ב־1966 נישאה לבן זוגה, שאותו הכירה במהלך לימודי ההתמחות. במשך 45 שנים לימדה באוניברסיטת טאפט ובשנת 2011 יצאה לגמלאות והמשיכה לעבוד כפרופסור אמריטה. היא נסעה ברחבי העולם והרצתה בעשרות מדינות. בסיום כל מפגש כזה השתרך תור ארוך של אנשים, שביקשו את חתימתה על ספרה.

במהלך השנים ייעצה אסתר והציגה 600 תכניות שונות ללימודי שיננות וללימודי המשך ב־50 מדינות בעולם, כולל קנדה, יפן, סין, ערב הסעודית, אירלנד, איטליה, ישראל, ניו זילנד, אוסטרליה ודרום אפריקה. היא נהגה לומר שעל כל שיננית, כאשת מקצוע המכבדת את עצמה, מוטלת החובה להתעדכן ללא הרף בידע ולחדד כישורים.

אסתר ווילקינס הייתה תומכת גדולה של תכניות קהילתיות המנגישות תכניות מניעה לאוכלוסיות נזקקות ולאוכלוסיות עם צרכים מיוחדים.

בשנת 2013, בהיותה בת 96, שבירירית, כבדת שמיעה ובכיסא גלגלים, עדיין השתתפה בכנסים שונים. ארבעה מלווים נשכרו כדי לסייע לה במסעותיה.

בעלה הלך לעולמו כעשרים שנה לפניה, והיא לא הותירה אחריה משפחה מדרגה ראשונה.

ד"ר ווילקינס ביקרה בישראל בשנת 1989 ונשאה את ההרצאה המרכזית בכנס המדעי השנתי של האיגוד. פולט פוקס, רותי קפלן, ציפי ניסנבוים ונורית אבישי היו בין מקבלי פניה וליוו אותה בביקורה בארץ.

"התרגשנו מאוד לקראת בואה," מספרת נורית אבישי. "הסעתי אותה משדה התעופה למלון בתל אביב וקיימנו שיחה ערה ומעניינת. היא כבר הייתה אז בשנות ה־70 לחייה, אך עדיין פעילה מאוד."

"אסתר ווילקינס הייתה אשה אגדה," מוסיפה ציפי ניסנבוים. "אני חושבת שהיא ביקרה בכל מדינה שקיים בה מקצוע השיננות, והתפעלה מאוד מהרמה של בתי הספר לשיננות שלנו - בהדסה ובאוניברסיטת תל אביב. כחברות הוועד המנהל, טיילנו אתה בכל האתרים המרכזיים בארץ והיא התלהבה והתרגשה מאוד. בהמשך ביקרתי בביתה בבוסטון. היא הייתה אז בעיצומה של כתיבת מהדורה חדשה לספרה וכל הסלון היה מלא בספרים ומחברות. זו הייתה חוויה של ממש."

ופולט פוקס מוסיפה: "היא נהנתה מאוד מהביקור בארץ. קיבלנו אותה כאן כמו מלכה. במהלך הכנס השנתי היא הרצתה במשך יותר משעה. זו הייתה הרצאה מרתקת, ממש כמו שיעור לדוגמה. לדבריה, מאז ומעולם היא 'התחברה' יותר לעולם השיננות והמניעה מאשר לעולם הפריודונטיה."

אנו, השיניות הישראליות, מודות לד"ר אסתר ווילקינס על מורשתה, שהוטמעה בכל אחד ואחת מהשיננים והשיניות בעולם. עם לכתה מאתנו, אנו מצדיעות לה בהערכה רבה ובהוקרה על פועלה לטובת המקצוע שלנו.

רענן נשיא MBA

המיתוג - שורש ההצלחה בקליניקה

מדוע כדאי לדעת למכור?

בעלי מקצוע מתאמצים לשפר את יכולותיהם המקצועיות, את רמת השירות, את נראות סביבת העבודה ופרמטרים נוספים שיספקו את חוויית המטופל בבית העסק. יחד עם זאת, המיומנות החשובה והמשפיעה ביותר על הגדלת ההכנסות - מיומנות המכירה - לרוב נזנחת.

תהליך המכירה עשוי לקדם את העסקים שלנו בדרך הטובה ביותר. כל בעל עסק שואף להגדיל את הכנסותיו, ובסופו של יום - מה שיכריע אם העסק יהיה רווחי תהיה יכולת המכירה.

כשאני משוחח עם בעלי עסקים מקצועיים, אני מבין שהקושי העיקרי שלהם בנושא זה היא התדמית "הלא מקצועית" של תהליך המכירה. מרבית אנשי המקצוע טועים לחשוב שאם יציעו מוצרים נוספים, כחלק מהטיפול בלקוח, הם ייתפסו כאנשי עסקים ולא כאנשי מקצוע. מחשבה זו, ש"אם אנסה למכור, המטופל לא יעריך אותי מקצועית" - היא מחשבה מוטעית. באופן פרדוקסלי, ההפך הוא הנכון: איש מקצוע הממליץ על טיפולים נוספים נחשב למטפל טוב יותר.

מהו מיתוג?

מותג הוא ביטוי של סך התחושות, הרגשות והאסוציאציות המתעוררים בנו כשאנחנו שומעים או רואים את שם המותג. חישבו על המילים הבאות - מה הן מעוררות בכם?

עלית - האם זאת רק פרה? צה"ל - גאווה לאומית? קוקה קולה - בקבוק שנפתח ותוסס? הטכניון - הישגים באקדמיה? האח הגדול, מאסטר שף ועוד שמות רבים. האם המילים ריגשו אתכם? עיצבנו אתכם? שימחו אתכם? חיממו את לבכם? אם התשובה שלכם חיובית בהתייחס לאחד השמות, הרי שמנהל השיווק או בעל העסק הצליחו להעביר, באמצעות מילה אחת, את המסרים שהם שואפים לשדר.

השאיפה של כל בעל עסק היא לייצר מכלול תחושות, לרוב חיוביות, בקרב המטופלים הפוטנציאלים שלו. צלילים, טעמים, ריחות, צורה או צבעים, שיזכירו ללקוחות שהעסק קיים וזמין עבורם.

מיתוג מתוך חמשת החושים

כדי שאכן נעביר ללקוחות את התחושות שברצוננו להעביר, עלינו לעורר את חושיהם בכל הזדמנות שאנו פוגשים אותם. חמשת החושים הידועים יתעוררו לחיים, וכך יגרמו ללקוחות להיזכר בנו בהזדמנויות שונות.

- **ריח:** אילו ריחות אנו מציעים ללקוחות שלנו כשהם מבקרים במרפאה? האם הריח של המרפאה או של המטפל נעימים להם (ריח גוף, ריח פה)? אם לא, עלינו לדאוג לריח טוב בפינת ההמתנה וביציאה.
- **ראייה:** האם הצבעים, התאורה, התמונות, הריהוט שלנו - נוחים ונעימים לעין? האם המטופל חש הקלה מתלאות היום כשהוא נכנס אלינו? כדי ליצור מקום אסתטי ונעים לעין, יש לקשט את החדר בתמונות מרגיעות, אולי במסך שמשדר נופים מתחלפים. חשוב להעביר תחושה נעימה לקראת חוויית הטיפול.
- **שמיעה:** אילו צלילים שומעים הלקוחות בשעה שהם ממתינים לתורם? האם אלה רעשים של מכשור רפואי או מוזיקה נעימה? האם הם שומעים את השיחות המתנהלות בחדר הטיפולים? עלינו לדאוג לאוזנם הרגישה של המטופלים שלנו.
- **טעם:** עם איזה טעם יוצאים המטופלים שלנו מהקליניקה? האם זהו טעם טוב? כמובן שהאתגר כאן גדול מאוד. האם השתמשנו במוצרים איכותיים, שישאירו כמה שפחות טעמי לוואי בפה המטופל?
- **מישוש:** פרמטר זה נוגע לא רק למה שהמטופל נוגע בו בידיו, אלא לכל מה שהוא חש בגופו. מהי התחושה שהוא מקבל בקליניקה? האם הריהוט נעים? האם קר או חם בה? האם המגע של המטפל

רענן נשיא, MBA - יועץ ארגוני במיקוד עסקי, מתמחה בהטמעת מיומנויות מכירה בארגונים.
Raanan.nasi@gmail.com

נעים? יש לדאוג לכך שהמגע הפיזי שהמטופל חש בקליניקה יהיה נעים ומרוכך עד כמה שאפשר.

לאחר שמיקדנו את תשומת הלב בחושי המטופלים, נאתר גם מוצרים היכולים לסייע למיתוג החיובי של המרפאה שלנו. כפי שכתבתי קודם, הצעת מוצרים יכולה לשפר את התדמית המקצועית שלנו בעיני המטופלים ואף להגדיל את רווחי המרפאה.

איך לבחור את המוצר המתאים ביותר ללקוחותינו?

יש שישה מדדים מרכזיים, שהמיקוד בהם יגרום ללקוחות להתייחס בחיוב להצעת טיפולים נלווים ויסייע לבנות את המיתוג החיובי של המרפאה בעיניהם. לא כל טיפול נלווה מתאים לשיפור המיתוג, אך מוצרים העומדים בששת המדדים הבאים יסייעו לבניית תדמית חיובית:

- **מקצועיות:** האם הטיפול הנלווה שאנו מציעים ישפר את בריאות הפה של המטופל? האם המוצר שאני מציע מצריך/מעיד על מיומנות מיוחדת שלי כמטפל? אם התשובה חיובית, הטיפול הנלווה יעיד שאני מטפל מקצועי שיש להקשיב להמלצתו.
- **מארז/יוקרה:** האם אריזת המוצר/הטיפול הנלווה שאני ממליץ עליו משדרת יוקרה? האם היא מושכת? אם הטיפול הנלווה נראה יוקרתי בצבעיו, בצורתו ובאריזתו, אזי המוצר/הטיפול הנלווה ישליך את היוקרה שהוא משדר גם עליי, כמטפל.
- **חדשנות:** האם הטיפול הנלווה שאני מציע ללקוח הוא חדשני? בעל טכנולוגיה מתקדמת? פותר בעיה בדרך אסתטית וייחודית, ללא תופעות לוואי? אם התשובה היא כן, אזי הטיפול הנלווה יעיד עליי שאני מטפל חדשני.
- **מהירות:** האם הטיפול הנלווה שאני מציע מספק פתרון החלמה מהיר? ככל שהטיפול הנלווה יביא לשיפור מהיר יותר, להקלה מהירה יותר או אפילו לנראות אסתטית מהירה יותר - כך גם אני אתפס כמטפל יעיל ואפקטיבי.
- **מחיר:** נהוג לחשוב שמוצר או טיפול נלווה אטרקטיביים אם מחירם נמוך. זאת טעות של מרבית המטפלים! מוצר או טיפול נלווה נחשבים אטרקטיביים אם העלות מובילה לתפוקה או לחיסכון בטווח הארוך. כלומר, אם הטיפול הנלווה שאתם מציעים יכול לחסוך עלויות של טיפולים יקרים בטווח הארוך, הוא ייראה ללקוח אפקטיבי ומשתלם. החיסכון והתפוקה יתורגמו אצל הלקוח כהוגנות ומקצועיות של המטפל.
- **מערכת יחסים:** האם הטיפול הנלווה שאני מציע יגרום להידוק הקשר עם המטופל? טיפולים נלווים שיש להם מחזור חיים תקופתי מאפשרים למטופלים ולמטפלים להתקרב זה לזה וליצור מערכת יחסים משמעותית, שתקדם את הקשר עם המטופל לאורך זמן.

האם יש טיפול נלווה ל־SRP (הסרת אבנית והקצעות שורשים) העונה על כל המדדים שציינתי?

שלבי המכירה למטפלים

לאחר שהכנו את המרפאה ודגמנו את המוצרים המתאימים ביותר לקידום המיתוג של מרפאתנו, נותר לנו לשפר את מיומנויות המכירה שלנו כמטפלים. בשונה מאנשי מסחר, יש לזכור שעל מטפלים להציע טיפולים נלווים בדרך ההולמת את רמתם המקצועית. דרך זו מבוססת על צורכי המטופל ועל מידת העניין שאנחנו, כמטפלים, מעוררים בקרב המטופלים.

בשונה מתהליכי מכירה רגילים, הקשר בין המטופלים לבין המטפלים חייב להיות מקצועי לכל אורך התהליך. מטפל הוא דמות בת־סמכא בעיני המטופל, וכדי לשמור על התדמית המקצועית - עליו לספק מידע ולהציע את המוצר רק לאחר שהמטופל גילה סקרנות ועניין במידע נוסף לשיפור מצבו הבריאותי.

שלושה שלבים בתהליך המכירה למטפלים:

- **לסקרן:** תחילה עלינו לזהות את מצב המטופל ברמה המקצועית ולאתר את הפתרון הטוב ביותר עבורו. אם הפתרון כרוך בשילוב של טיפול ומוצר, על המטפל לשתף במידע זה את המטופל ולאפשר לו לשאול שאלות נוספות לגבי היכולת לשפר את מצבו.

לדוגמה:

מטפל: "אני מבחין שיש לך _ _ _ _ _ . האם שמעת על הטיפול החדשני/היעיל/המתקדם בנושא זה? בשנים האחרונות חלה התקדמות משמעותית בדרך לפתרון הבעיה."

מטופל: "אילו פתרונות?"

זהו סיום טוב לשלב הראשוני. עדיין איננו מציעים מוצר. אנחנו שמחים שהמטופל רוצה לשמוע פרטים נוספים על הבעיה/הפתרון/המוצר, אולם עוברים לשלב הבא.

- **ליצור תחושת חוסר:** בשלב זה נמנה את החוסרים העלולים לפקוד את המטופל: החמרה במצבו / כאבים מיותרים / חוסר אסתטיקה / עלויות גבוהות כתוצאה מהזנחה ושלל חוסרים נוספים, שעלולים להצטבר וניתנים כרגע למניעה.

לדוגמה:

מטפל: "אם לא נטפל בבעיה כרגע, יכולות לצוץ בעיות שונות בטווח הקצר והארוך." (יש למנות את הבעיות כמצוין לעיל).

מטופל: "מה אפשר לעשות? כמה זה יעלה לי? זה יעזור? אולי זה סתם בזבוז?"

- **לתת מענה לחוסר:** רק לאחר שהמטופל שאל אותנו מה אפשר לעשות, נציע את הפתרון - שתמיד יהיה טיפול + מוצר. לעולם לא נציע את המוצר לבדו אלא את הטיפול כולו, כשהמוצר הוא חלק ממנו.

לדוגמה:

מטפל: "אנחנו יכולים להתחיל טיפול באמצעות _ _ _ _ _ . טיפול זה יעיל מפני ש _ _ _ _ _ _ והוא יסייע לך ב _ _ _ _ _ _ "

מטופל: "מהו המוצר שהזכרת קודם?"

מטפל: "מוצר זה הוא חלק מטיפול _ _ _ _ _ ומסייע לתהליך הטיפולי בכך ש _ _ _ _ _ _ _ . יתרונותיו הם _ _ _ _ _ _ וכך נוכל להביא לפתרון הבעיה."

סיכום

סקרנו את התהליך המיטבי ליצירת מיתוג לקליניקה שלנו. תהליך המיתוג מאופיין ביכולת לעורר את חושי המטופלים ובמוצרים שאנחנו מציעים להם. מוצרים אלה יכולים לשפר את תדמיתנו המקצועית בעיני המטופלים כאשר תהליך המכירה הוא מקצועי ומשלב מוצרים שאכן מסייעים לשיפור בריאות הפה שלהם.

חשוב לזכור שלפני הכול, אנחנו אנשי מקצוע. המטופלים סומכים על המלצותינו, ועליהן להגיע מעמדה אחראית ומקצועית. עלינו להציע מוצרים המקדמים את בריאות המטופלים, מתוך ביטחון ואמונה שזאת הדרך הטובה ביותר לסייע להחלמתם ולשיפור איכות חייהם.

מאמר זה, העוסק במיתוג ובמכירה, מובא כאן מתוך האמונה שחשוב להרחיב אופקים ולהוסיף ידע במגוון היבטים הקשורים למקצוע. עם זאת, אנו מבקשים לחזור ולהדגיש שמשרד הבריאות אוסר מכירת מוצרים במרפאה, ואין בכתבה זו כדי לעודד שינויות לפעול בדרך זו.

הילי בן צבי־פלד MA

כדאי להכיר: ליקויים בתפקודי פה ושיבושי היגוי

קלינאי התקשורת מאבחנים ומטפלים במגוון תחומים, ביניהם הדיבור וההיגוי. תחום זה קשור בין היתר במשנן ובתפקודי הפה, בהם עוסקת גם השיננית.

הפרעות בתפקודי הפה

הפרעות בתפקודי הפה יכולות להיות: מנח לשון שגוי בזמן מנוחה (כאשר לא אוכלים ולא מדברים) או בזמן לעיסה ובליעה, ריור (עודף רוק בפה, הנשאר בפה או יוצא החוצה, מגביר היווצרות אבנית, ריח פה ועוד), תפקוד לקוי בשל חוזק ותנועתיות לא מספקים של אברי ההיגוי (שפתיים, לחיים, לשון - כולל הפרדת תנועה בין הלשון והלסת הגורמת לדחיקת לשון) ועוד.

למבנה אברי ההיגוי השפעה על התפקוד. למשל, לשון גדולה או חך גבוה וצר יקשו על מיקום נכון של הלשון או על יכולתה להגיע למקומות החיתוך המדויקים בזמן הדיבור.

חשוב גם לוודא שמערכת אף־אוזן־גרון מתפקדת כראוי, כאשר המטופל נושם באופן תקין דרך האף ופיו סגור במנוחה. מי שהורגל לנשום דרך הפה, עלול להשאירו פתוח באופן שיחליש את השרירים ויפגע במנח הלשון. ממצא בגרון, כגון שקדים מוגדלים, עלול לדחוף את הלשון קדימה; חולשה של השפתיים תגרום לאי סגירתן באותיות הדו־שפתיות (ב', מ' ו־פ'); עודף רוק בפה יקשה על הדיבור, יפגע במובנות, אינו אסתטי ועוד.

הילי בן צבי־פלד - קלינאית תקשורת, מנהלת מרכז קלינאות התקשורת "שפה משותפת", הוד השרון/פ"ת. hillibz@gmail.com

הפרעות במנח הלשון נובעות גם מהרגלי מציצה אבנורמליים כגון מוצץ/אצבע (אשר יוצרים נזק קבוע באם ההרגל נמשך לאחר גיל ארבע), כסיסת ציפורניים וגם מיקום שגוי של הלשון מתוך הרגל. למנח השגוי השפעה על הסגר ולעתים גם על מראה הפנים, על צמיחת השיניים ועוד.

דחיקת לשון

אחת ההפרעות השכיחות בתפקודי הפה היא דחיקת לשון.

במצב זה, בזמן לעיסה ובליעה, הלשון נחה כנגד השיניים העליונות או ביניהן, במקום לעלות כלפי מעלה לעבר החך. בזמן זה, הלשון מפעילה לחץ אדיר על השיניים ומזיקה להן עד כדי הזזתן ושינוי הסגר.

דחיקת הלשון בזמן הדיבור יכולה להתבטא הן באותיות המכתשיות (נ', ת', ד' ו־ל') והן באותיות השורקות (ס', ז', צ' ו־ש' כפי שיוסבר בהמשך). כאמור, לעתים ליקוי הסגר ישפיע גם על אי סגירת שפתיים בהגאים הדו־שפתיים.

חשוב לדעת שחובה לטפל בדחיקת הלשון לפני יישור שיניים! יש להכחיד את ההרגל כדי שהטיפול יהיה אפקטיבי ושהמצב לא יחזור לקדמותו לאחר הורדת הגשר. תמיד כדאי להתחיל משינוי התנהגותי (בעזרת קלינאי תקשורת) ולא מהפתרונות המכניים (גודר לשון).

סוגי השיבושים בשורקות

מיומנות ההגייה של העיצורים השורקים (ס', ז', צ' ו־ש') נרכשת מאוחר יחסית, לרוב לאחר שהושגה הפקה תקינה של שאר העיצורים. הטיפול

בשיבושי השורקות שכיח ביותר בקרב ילדים גילאי בית הספר, ולצערנו גם בקרב מבוגרים שלא טופלו (נדיר למצוא שיבושים אחרים אצל מבוגרים). השיבושים אקוסטיים (נשמעים) ובחלקם גם ויזואליים (נראים).

סוגי השיבושים הם:

- **החלפות בין עיצורים** מאותה קבוצה (ס' במקום ש', ס' במקום צ'; למשל, סיפור במקום ציפור); בין עיצור חוכך (האוויר יוצא בחופשיות לאחר שפוגע באמצעי החיתוך בפה וניתן להגותו זמן רב) לבין עיצור פוצץ (זרם האוויר נעצר באחד מאברי הדיבור ואז מתפרץ החוצה בפיצוץ), כאשר ההגה השורק נהגה למשל כ־ת' (נחת במקום נחש, תות במקום סוס); והחלפה שכיחה פחות - בין הגה קולי להגה בלתי קולי (ז' שהופכת ל־ס').
- **הפקה אינטרדנטלית** (הלשון נדחקת בין השיניים) של חלק מהשורקות או של כולן. הגייה זו משווה לדובר נופך ילדותי ואף מזיקה מאוד לשיניים כפי שתואר לעיל. היא מופיעה בדיבור, ולעתים קיימת דחיקה גם במנוחה ובבליעה.
- **הפקה לטרלית** של חלק מהשורקות או של כולן - כאשר הלשון אינה נמצאת במנח התקין והאוויר אינו יוצא ממרכז השיניים הקדמיות אלא מופק באופן צדי.
- **הפקה היפר־נזלית** של חלק מהשורקות או של כולן - אוויר בורח מהאף בזמן ההפקה.

לתיקון שיבושים מסוג זה נדרשים בשלות פיזיולוגית, מודעות של הילד לשיבוש, הבחנה שמיעתית תקינה בין הצלילים, יכולת בקרה, מוטיבציה לתרגול בבית ועוד. קלינאי מנוסה ידע לאבחן אם העיתוי מתאים לטיפול או שכדאי לחכות.

אצל חלק מהדוברים ניכרת גם בעיה בהבחנה השמיעתית בין השורקות, הנמצאות בתדרים גבוהים וקרובים, והדבר מתבטא ביכולתם לתרגם צליל לאות. כלומר: ילד עם קושי בהבחנה השמיעתית יכתוב כפי שהוא שומע: סוטר במקום שוטר, שלט במקום סלט וכדומה. זו הסיבה לכך שחשוב לטפל בשיבוש כבר בגיל גן חובה, כאשר הילד רוכש מיומנויות לקראת עלייתו לכיתה א'. גם אם הוא אינו בשל עדיין לטיפול בהיגוי, נוכל לעזור לו בתחום ההבחנה השמיעתית ולחסוך ממנו קשיים בלימוד הכתיבה.

לעתים, ילדים המציגים שיבושי היגוי ו/או דחיקת לשון מפגינים גם סרבול מוטורי כללי, סרבול בתנועתיות אברי ההיגוי וחולשה של חגורת הכתפיים, היפוטוניה כללית ולעתים גם בעיות תחושה. במקרים אלה נזדקק לעתים להערכה של פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק, בהתאם לקושי.

בקליניקה אנו פוגשים ילדים המודעים לקושי ומציגים מוטיבציה גבוהה לשינוי, אך גם כאלה שכלל אינם מודעים לכך (וגם הורים שחושבים שזה דיבור "חמוד"). אגב, למודל החיקוי שמקבל הילד מסביבתו חשיבות רבה, ועל כן לא פלא שלעתים קרובות יש לילד הורה או אח עם אותו ליקוי. בני נוער רבים מופנים לטיפול כאשר הם מגיעים ליעוץ אורתודונטי (לפני יישור שיניים). אמנם מדובר בשלב מאוחר יחסית, לאחר שההרגל השתרש, אולם אז הם מלאי מוטיבציה לטיפול בבעיה (למשל, קרוב לאירוע בר המצווה).

במסגרת הטיפול המטופל לומד להפיק את הצלילים בצורה נכונה ולהכחיד תפקודי פה מזיקים, במידה שקיימים. השינוי דורש מהילד ומסביבתו הקרובה שיתוף פעולה ותרגול לאורך תקופה קצרה יחסית.

לצורך טיפול יעיל, יש לבצע הערכה מדויקת של מקור הקושי ואינטגרציה של המשתנים המשפיעים, שתעזור בקביעה אם הילד בשל לטיפול ומה הטיפול המתאים ביותר (סוג התרגול, כמות התרגול, מרווחי הזמן ועוד).

השיננית, המטפלת בבריאות השן ומספקת למטופליה כלים לשמור עליה בעצמם, יכולה להיות משמעותית ביותר בזיהוי שיבושי היגוי והפרעות אחרות בתפקודי הפה ולהפנות את המטופל לקלינאי תקשורת. כאשר יש ליקוי סגר, יש להפנות, כמובן, לאורתודונט.

איגוד השיננות הישראלי השיק פרויקט התנדבות למען חיוך בריא של ילדים

הוריהם ביקשו מקלט מחיים קשים, מלחמה ורצח עם. הם חיפשו חיים טובים יותר, להם ולילדיהם.

מכיוון שמעמדם בישראל אינו מוסדר, הם אינם בתחום אחריותו של אף משרד ממשלתי, מוסד או גוף רשמי כלשהו.

הם אינם זכאים לסיוע רפואי, ביטוח בריאות או סעד סוציאלי, וגם לא לכל שירותיהן של מערכות החינוך והרווחה. בהיעדר זכויות וביטחון סוציאלי, קהילת הזרים מבקשי המקלט היא קהילה בהישרדות. חבריה נאלצים לעבוד שעות ארוכות, במשמרות כפולות, לעתים במקומות עבודה מרוחקים.

אחת הבעיות הקשות שעמן מתמודדת הקהילה היא היעדר מסגרות יום רשמיות לילדים גילאי לידה עד שלוש בזמן שההורים עובדים. בהיעדר מסגרות כאלה, קהילת הזרים הקימה לעצמה "גנים פיראטיים", שהם למעשה בחזקת בייביסיטר בלבד. בכל גן כזה מצופפים עשרות תינוקות, פעוטות וילדים בגיל הרך, שמבלים חלק ניכר מיומם בתנאים קשים, חשופים למצבים קיצוניים של סיכון והזנחה. תפקודם הנפשי, הפיזי והמוטורי של ילדים אלה נפגע מאוד כתוצאה מהשהייה הממושכת במקום ומהיעדר תשומת לב מספקת לצורכיהם הבסיסיים. למטפלות אין כל הכשרה בחינוך, והן גם אינן מתיימרות לחנך.

ההיבט הדנטלי בתנאים כאלה, קל להבין שהיגיינה אורלית טובה ותזונה נכונה ובריאה אינן מנת חלקם של הילדים. רבים מהם לא ראו מברשת שיניים מימיהם. בקרב הפעוטות והילדים נצפו היגיינה אורלית ירודה מאוד ומקרים קשים ביותר של עששת נרחבת. הם סובלים מכאבי שיניים שלא ניתן להם מענה. שעות העבודה הארוכות של ההורים ומצבם הכלכלי אינם מאפשרים להם לקחת את הילדים לטיפולי שיניים, והם גם אינם זכאים לטיפולים הכלולים בסל הבריאות. רופאי שיניים מעטים מתנדבים לטפל בילדים אלה ללא תמורה. ברוב המקרים, המצב בעת הטיפול כבר מחייב עקירה. מכל אלה עולה שמוטב להקדים תרופה למכה, ובמלים אחרות: מניעה.

איפה אנחנו, השיננות, נכנסות לתמונה? אנו, שלב לְבּוּ של המקצוע שלנו הוא השמירה על בריאות הפה והשיניים בפרט ובקהילה, נחוצות פה יותר מתמיד. אנו מכירות לעומק את עבודת ההדרכה והמניעה ויודעות איך לעזור לילדים אלה ולמנוע את הסבל. מניעה היא המומחיות שלנו! הבה נושיט יד לילדים אלה, שתנאי חייהם אינם קלים, ונאפשר להם לחייך בפה בריא. בואו להתנדב אתנו!

מה נדרש? שיננית שאוהבת ילדים, עם סבלנות ורצון לעזור לילדי קהילת מבקשי המקלט, ידע בסיסי בשפה האנגלית ונכונות לעבוד גם בתנאים לא שגרתיים.

מתי? הפרויקט יצא לדרך בחודש מרץ, והתגובות בשטח מצויינות. מהשיננית נדרשת התחייבות לשנת התנדבות מלאה.

הפרויקט קיבל את ברכתם של משרד הבריאות בישראל ושל עמותות בעולם העוסקות בבריאות הדנטלית של ילדים. הוא נהנה מתמיכתן של כמה חברות דנטליות.

לפרטים נוספים אנא פנו למיכל חזן, בטל' 050-2006389, או במייל: idha.org.il@gmail.com

חן גבאי אמויאל RDH, BA

מימין למעלה: ד"ר עדי סיוון גילדור על שטיפות פה וכלורהקסידין, צופית גרנט על ההתפתחויות במסע חייה אותן היא מייחסת להשגחה מגבוה. למטה: עו"ד שיראל נקדימון על הטרדות והתעמרות במקום העבודה

חוויה של חיבור, לימוד והנאה: יום האישה הבינלאומי 2017

כמדי שנה, גם השנה צוין יום האישה הבינלאומי בכנס רב משתתפים שארגן אש"י. באחר צהריים חמים של אמצע חודש מרץ התכנסנו והתוודענו זו לזו במבואה ובאולם ההרצאות שבהיכל התרבות באיירפורט סיטי. ראשונה לשאת דברים הייתה יו"ר אש"י **שרון פרידמן יניב**, שהציגה את ימי העיון העתידיים ודיברה על הצורך להעצים את מקצוע השיננות ולחזק את המודעות אליו בקרב הציבור הרחב. שרון הודתה לחברות הוועד המנהל על פועלן לקידום המקצוע.

ד"ר תרצה רמון דיברה על אודות השינוי הגדול שחל בתעסוקת הנשים. לדבריה, כשלמדה רפואת שיניים, מקצוע השיננות רק עשה את צעדיו הראשונים בארץ, "והיום יש דור חדש שנלחם על מקומו, פונה לאקדמיה, גדל ומתרחב. אני גאה בנשים אלה," אמרה. "בימים אלה, כשאני הולכת ומתקרבת לשלב היציאה לגמלאות, אני ממליצה לכן, בכל גיל, לחשוב ולתכנן את שלב הפנסיה בחייכן," הוסיפה ד"ר רמון.

ההרצאה הראשונה הייתה הרצאתה של **ד"ר עדי סיוון גילדור**, רופאת חניכיים שהתמחתה ברמב"ם ובעצמה בת גאה לשיננית. ד"ר גילדור סקרה את נושא שטיפות הפה ומשחות הכלורהקסידין.

את ההרצאה הבאה, בנושא יחסי עובד-מעביד, נשאה **עו"ד שיראל נקדימון**, שהתמקדה בהטרדות ובהתעמרות במקום העבודה. נקדימון, שהקדישה את הרצאתה ליועצת המשפטית הקודמת של האיגוד, עו"ד אודליה לוי אטינגר ז"ל, הציגה את הצעת החוק החדשה והשנויה במחלוקת, המבקשת להגדיר מנהג יחס הוגן לעמיתים לעבודה. מה תכלית החוק? והאם חוק "כבוד האדם וחירותו" אינו מייתר אותו? לטענתה, אם מתקיימת התעמרות במקום העבודה, הצוות כולו נפגע, ובפרט, כמובן, הפוגע/ת והנפגע/ת. הפגיעה באושרו של העובד מובילה לירידה בפרודוקטיביות שלו, ויש לכך השלכות נרחבות. נקדימון ממליצה כי ההחלטה אם לנקוט בהליכים משפטיים במקרי התעמרות לא תושפע מהצעת החוק החדשה, שכן היא עדיין לא אושרה. ובמלים אחרות: אין לעצור את גלגלי הצדק.

ד"ר דריה מעוז נשאה את ההרצאה הבאה, שעסקה בהבדלים בין המוח הגברי לזה הנשי. ד"ר מעוז מתראיינת רבות בנושאי זוגיות והורות וכתבה כמה ספרים בנושא, ביניהם "לדעת אהבה". הרצאתה, שתובלה בהומור רב, נולדה בעקבות ראיונות שערכה במסגרת מחקריה. ד"ר מעוז הפליאה בנתונים סטטיסטיים על סקס, בגידות וזוגיות.

ד"ר אלעד טל נשא את ההרצאה האחרונה. תחת הכותרת: "האם אתן מה שאתן חושבות?" הוא הציג את הגורמים המשפיעים יותר מכול על גופנו, והצביע על כך שחיידקים השוכנים בתוכו משפיעים הרבה יותר מגורמי גנטיקה, תזונה, ספורט או סביבת העבודה. הם אלה הקובעים כיצד נגיב לתרופות, למאכלים שונים ועוד.

לאחר ארוחת ערב מפנקת, שנחתמה במגוון קינוחים, הגיע גם ה"קינוח" האמתי לערב זה - המופע "דלתות מסתובבות" של צופית גרנט. צופית חלקה עמנו את סיפור חייה, שחלקו הראשון היה קשה ביותר. הכאב ניכר ונוכח גם בהמשך, כאשר את ההתפתחויות במסע חייה היא מייחסת לנִסים ולהשגחה מגבוה. גרנט סיפרה על הטיפול הפסיכולוגי שעברה ועל העניין הרב שהיא מגלה ביהדות, בקבלה ובספר הזוהר - שהיו חלק מרכזי במסע הרוחני שלה ו"סט הכלים" שסייע לה ברגעיה הקשים. סיפורן של סיטואציות משעשעות שחוותה חתם את הכנס באווירה מהורהרת ועמוקה - אך גם עם חיוך גדול.

תודות רבות נשלחו למארגנות האירוע, חברות הוועד המנהל של אש"י: יו"ר אש"י ומי שהובילה את ארגון האירוע **שרון פרידמן יניב**, **אורה בן יוסף**, **סוניה צ'ורובסיק**, **יפה עובדיה** - אחראית הכנסים, ו**אורלי שטרקמן** - שהנחתה את האירוע. תודה גם ל**נחמה כפרי גרינברג** ול**מיכל חזן**. תודה מיוחדת שלוחה לחברות הדנטליות, שמסייעות לנו לקדם את מטרותינו: לחברת **תרו**, שנתנה חסות ראשית לאירוע, ולחברת **קולגייט גאבא** - שמלווה אותנו לכל אורך הדרך.

הערב היה נפלא ומהנה. כן ירבו!

לוח פעילות ואירועים אש"י

כנסים וימי עיון. כל הכנסים של אש"י מזכים את השיניות בתעודות השתתפות ובהכרה כ"שיננית מעודכנת", על פי הנוהל שהוציא לאחרונה משרד הבריאות. ידע הוא כוח - וכנסים וימי עיון הם אמצעי מצוין לרכוש ידע!

הכנס המדעי השנתי

ב־24 במאי 2017 יתקיים הכנס המדעי השנתי של אש"י. כמדי שנה, זה יהיה כנס מושקע עם מגוון הרצאות ייחודיות, תערוכה דנטלית עשירה ומפגש חברתי מרגש עם חברותינו למקצוע. תכנית הכנס מצורפת לגיליון זה, תישלח גם במייל ותפורסם באתר האיגוד ובפייסבוק.

האסיפה הכללית

ב־5 ביוני 2017 תתקיים האסיפה הכללית של אש"י. מעבר למתן עדכונים חשובים על פעילות האיגוד, יתקיימו השנה בחירות להנהלת האיגוד. שיניות המעוניינות להגיש את מועמדותן מוזמנות לפנות למיכל חזן, בטל' 050-2006389. בואו להיות חלק ממי שיניעו את השינויים הבאים לטובת המקצוע שלנו והעוסקות בו!

הכנס הבינלאומי לרפואת שיניים ציבורית בשיתוף אש"י

ב־18-17 במאי 2017 יתקיים במלון קראון פלאזה נצרת הכנס הבינלאומי לרפואת שיניים ציבורית. אש"י משתתף בוועדה המארגנת של הכנס. יו"ר אש"י שרון פרידמן יניב תרצה בכנס זה.

בין השאר, תתקיים בכנס תחרות פוסטרים בנושאי בריאות שיניים ציבורית, רפואת שיניים ומניעה בקהילה. שיניות מוזמנות להגיש פוסטרים.

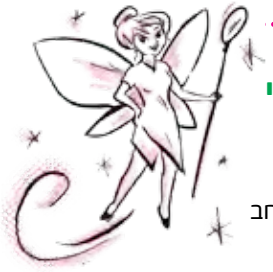
מחיר ההשתתפות בכנס לשיניות (מחיר מיוחד) הוא 300 ש"ח, והוא כולל השתתפות בשני ימי הכנס, כולל ערב הגאלה. לשיניות חברות אש"י שיירשמו גם לכנס זה וגם לכנס השנתי של אש"י תינתן הנחה נוספת! ההרשמה במחיר המיוחד לשיניות היא דרך מיכל חזן, מזכירת אש"י, בטל'. 050-2006389.

עידוד המחקר בתחומי השיננות והמניעה

אנו רואות חשיבות רבה באקדמיזציה של המקצוע שלנו, כאשר חלק מכך הוא היכולת לקיים עבודות מחקר בכלים מדעיים. בין השאר, למחקר יש חשיבות רבה בהתנהלות מול מקבלי ההחלטות בתחום מדיניות הבריאות, כאשר תוצאות אמינות של סקרים ומחקרים מאפשרות לקבל החלטות ולקבוע נהלים וכיווני מחשבה.

באש"י, אנו מבקשות לעודד את המחקר בתחום המניעה ברפואת שיניים ובכל הקשור למקצוע השיננות. בימים אלה מתקיימים שלושה מחקרים במקביל, בשיתוף עם האיגוד: האחד עוסק בארגונומיה בעבודת השיננית, השני - במידת שביעות הרצון של שיניות ממקצוען, והשלישי - בידע המצוי בידי השיניות בנושא הפלואורידים. השתתפותכן במילוי שאלוני המחקר חשובה! תוכלו למצוא אותם באתר האינטרנט של אש"י, בפרסומים בפייסבוק ובניוזלטר שנשלח אליכן. אנא, הקדישו כמה דקות מזמנכן לטובת מענה על השאלונים הללו.

לידיעתכן, שיניות שתבצענה עבודות תזה ומחקר בנושאים הנוגעים למקצוע השיננות, תוכלנה להגיש בקשה למלגה מטעם אש"י.



פיית השיניים שני - ערוץ הסברה חדש לאש"י

שיניות יקרות,

שמי שני, ואני פיית שיניים ידידותית למשתמש.

הוסמכתי לתפקיד המתווכת בין השיניות המקצועיות לקהל הרחב בדף הפייסבוק החדש: "פיית השיניים - ערוץ ההסברה של אש"י".

תפקידיי מגוונים:

- איידע את הקהל בנושאים שונים הקשורים לבריאות חלל הפה, השיניים והחניכיים;
- אציע "טיפים" בהיגיינה אורלית - בתקווה לאפשר לקוראים לחייך חיוך בריא ויפה;
- אמנה ואסביר את מגוון תפקידיה של השיננית ואציין את התדירות הרצויה של הטיפולים;
- אתרום את חלקי להפרכת מיתוסים שגויים;
- מדי פעם אחלק מתנות ושוברי מתנה, במטרה להגיע לכמה שיותר שיתופים ולהגדיל את המודעות בקרב הציבור.

לדף הפייסבוק מטרות רבות. מלבד שיתוף הציבור במידע ובידע חשובים, הוא יסייע לנו להגדיל את המודעות לצורך בטיפולי שיננית המותאמים לצורכי המטופל/ת.

אשמח להיעזר בכן, השיניות המקצועיות. אנא, הציעו לי "טיפים" שאוכל לפרסם בדף, וכמובן - עזרו לי להגדיל את קהל הקוראים באמצעות שיתופים ו"לייקים".

ואם מי מכן רוצה להיות מעורבת עוד יותר ולסייע לי אישית בקידום הדף - תוכלי לשמש admin, מנהלת הדף, למשך שבוע. התפקיד כולל כניסה לדף, התייחסות לשאלות שנשאלו באותו שבוע ופרסום פוסט מקצועי, כולל תמונה שלך. לפניות בנושא ולרעיונות תוכלו לפנות לאורלי שטרקמן, שגם היא התנדבה לעזור לי, בכתובת: orly@starkman.co.il

באהבה ובחיוך בריא, שלכם, הפייה שני

קורסי החייאה

על השיניות מוטלת חובת ריענון, אחת לשנתיים, בהגשת עזרה ראשונה ובהחייאה.

כמדי שנה יתקיימו בחודשים אוגוסט-ספטמבר קורסי ריענון בהחייאה ובעזרה ראשונה מטעם אש"י - חינם לשיניות חברות האיגוד. פרטים יימסרו בקרוב.

שינויות בקהילה

מתוך התפיסה כי לשינויות תפקיד חשוב ומרכזי בקהילה, אש"י יוזם פעילויות של התנדבות המאפשרות לנו להעניק לאחרים את מה שאנחנו מומחיות בו: חינוך לשמירה על בריאות הפה.

בנוסף לפעילות הוותיקה יחסית, המתקיימת במרכז הרפואי רמב"ם בחיפה, יצאו לאחרונה לדרך שתי תכניות חדשות. האחת כוללת הדרכות בגנים לילדי פליטים בדרום תל־אביב, שמצבם הדנטלי קשה ביותר. רבים מהם אינם יודעים מברשת שיניים מהי, ומאחר שהם מחוסרי מעמד בארץ - הם אינם זכאים לטיפולי שיניים.

התכנית השנייה היא פרויקט ארצי של התנדבות במעונות לנשים מוכות, עם נשים וילדים שהמאבק היומיומי שלהם אינו מותיר להם זמן ומשאבים לטיפול בבריאות הפה והשיניים. אנו נגיע למעונות אלה, נדריך ונעניק באהבה גדולה בנושא שקרוב ללבנו. הרוצות להתנדב במסגרת זו מוזמנות לפנות למיכל חזן, בטל' 050-2006389.

הנחיות ונוהל השיננית המעודכנת

כל מטופל המתיישב בכיסא הטיפולים שלנו מפקיד את עצמו בידינו ומבטא את אמונו בנו וביכולתנו לספק לו את הטיפול האיכותי ביותר, ללא פשרות, תוך הקפדה על תנאים מיטביים של סטריליזציה ושמירה על חיסיון מתרפא, כבודו ופרטיותו.

אנו, כנשות מקצוע, חייבות לראות זאת לנגד עינינו, לפעול על פי כל כללי האתיקה, התקנות והנהלים ולטפל בכל אחת ואחד ממטופלינו כפי שנרצה שיטפלו בנו וביקרים לנו. על כן, יש חשיבות רבה להתעדכנות ולהמשך התמקצעות גם לאחר שסיימנו את לימודי השיננות הרשמיים.

נוהל "שיננית מעודכנת", שעליו אמון משרד הבריאות, מחייב שיננויות בלימודי המשך במסגרת כנסים, ימי עיון, קריאת מאמרים, השתתפות בפעילויות בקהילה ועוד. אש"י, כאיגוד מקצועי, תומך ומוביל מהלכים לחיזוק ולהעצמה של ההון האנושי במקצוע שלנו, ובימים אלה אנו מגבשות - בשיתוף עם משרד הבריאות - את אופן הביצוע הלכה למעשה. ההחלטות שיתקבלו יתפרסמו בהמשך בדף הפייסבוק, המיועד לשיננויות בלבד, ובאתר האיגוד. מומלץ להיכנס אליהם באופן קבוע.

בינתיים, המלצתנו היא להמשיך להשתתף בכנסים ובימי עיון ולאסוף תעודות השתתפות.

מקדמים בברכה את שיננויות העתיד

ב־5 בפברואר התקיים ערב לבוגרות ובוגרי לימודי שיננות בשלוש השנים האחרונות, בנוכחות בוגרות ובוגרים מכל ארבעת בתי הספר לשיננות.

בירכו את המשתתפים נציגות של ארבעת בתי הספר וכן ד"ר שלמה זוסמן - מנהל אגף בריאות השן במשרד הבריאות. שרון פרידמן־יניב, יו"ר אש"י, סקרה את פעילויות האיגוד וההישגים של השנים האחרונות וקראה למי שעדיין לא בחר/ה להצטרף למשפחת אש"י לעשות כן.

עו"ד אביעד אטינגר סקר את זכויות השיננית בעבודה והדגיש את הנושאים שחשוב להכיר לפני שמתחילים לעבוד במקום חדש. ד"ר מיכאל פסיס נשא הרצאה מעולה על זיהומים מסכני חיים ממקור דנטלי (ושאף אחד לא יספר לכם שאי אפשר למות מעששת!). מיכל ליינר מקולגייט־גאבה דיברה על מיתוסים ברפואת שיניים, ואילו קרן רג'ואן־אביוף סיפרה כיצד ניצלו חייה לאחר שהשיננית שלה זיהתה - בביקור שגרתי במרפאה - נגע סרטני בבסיס הלשון שלה.

האירוע לווה בארוחת ערב עשירה ובתערוכה דנטלית, שבה יכלו הבוגרות/ים להתרשם משלל המוצרים המוצעים בתחום הדנטלי. אנו מודות מקרב לב לחברות המשתתפות. לכל המשתתפים הוענק שי נאה.

אנו מאחלים לבוגרי/ות לימודי השיננות הרבה הצלחה. אש" תמיד אתכם!

"להאמין בכוח לשנות ולהשפיע"

שירלי סביליה, נציגת לימודי השיננות באוניברסיטת תל־אביב, בירכה את הבוגרים/ות:

ערב טוב לכולן,

אני, שירלי סביליה, אחראית על צוות ההדרכה בתכנית ההכשרה לשיננות באוניברסיטת תל־אביב. כמו בכל טקס בוגרות, אני נרגשת מאוד לראות אתכן מצטרפות למשפחת השיננויות הגדלה. בשמי ובשם כל צוות ההדרכה של אוניברסיטת תל־אביב, אני מבקשת לאחל לכן הצלחה רבה בדרככן המקצועית. אני מאמינה שכל אחת ואחד מכן עושה את המִרב והמיטב, במסירות ובמקצועיות הרבה שרכשתם במהלך לימודיכם ומתוך אמונה רבה בחשיבות עבודתכם. עבודתנו רוויה אתגרים והתמודדויות ולא תמיד אנו משיגים את היעדים ששאפנו אליהם אצל כל מטופל, ולמרות זאת - לעולם אל לנו להרים ידיים!

שינוי התנהגות היא משימה קשה ומאתגרת, הדורשת סבלנות רבה, עקביות ונחישות. המשיכו להאמין בחשיבות עבודתכן וביכולתכן לסייע בידי מטופליכן לשמור על בריאות הפה. זכרו: כישלון הוא הזדמנות להתחיל מחדש - ובדרך טובה וחכמה יותר.

אני מקווה מאוד שארגז הכלים שלקחתם אתכם, ואני מדגישה - לקחתם, לא קיבלתם - בתקופת לימודיכם, מכיל את הכלים הנחוצים כדי להתמודד בעבודתכם וישרת אתכם נאמנה, על פי עקרונות המקצוע ויסודותיו.

עבודתנו החשובה, שאני מכנה אותה עבודת קודש, עוסקת במניעת מחלות הפה בכל גיל, ואפילו בהצלת חיים, כפי שתשמעו בהמשך הערב. היא מאפשרת למטופלינו להגיע לגיל מתקדם עם שיניים וחניכיים בריאות. אם בעבר תותבות היו חלק מסימני ההיכר של קשישים, היום פחות ופחות קשישים ומבוגרים הם חסרי שיניים. אין ספק שחלק גדול מכך נזקף לזכות העשייה והטיפול של ציבור השיננויות בישראל.

במעמד נכבד זה, חשוב לי להודות לצוות ההנהלה וההדרכה הנפלא, אשר מלווה אותנו בלימודי השיננות. לרופאים היקרים, המלווים אותנו במקצועיות, במסירות ובסבלנות רבה, ולמדריכות היקרות.

תודה רבה לאיגוד השיננות הישראלי - אש"י - שבלעדיו לא היינו מתכנסים הערב והוא חלק חשוב ובלתי נפרד מחיינו המקצועיים.

אין ספק שאש"י, כפי שראיתם הערב, מקדם אינטרסים מקצועיים, תורם להשגת זכויותינו ומוביל את ההכרה במעמד המקצוע שלנו בארץ ובחו"ל - ועל כך תודה. אני מקווה שכל אחת מכן מודעת לעשייה הרבה של האיגוד. אנחנו, כולנו, יכולות לחזק את האיגוד ולתמוך בעשייה החשובה המתנהלת בו בדרך פשוטה - על ידי הצטרפות אליו. כך נחזק את מעמדנו ואת דור העתיד.

שמעון פרס ז"ל אמר פעם: "אנשים שאין להם פנטזיה - אינם עושים דברים פנטסטיים". המשיכו לעשות דברים פנטסטיים באש"י. המשיכו בדרככם ובמפעלכם והובילו אותנו אל עבר הישגים והצלחות, למרות החומות הגבוהות הניצבות מולכן. שהרי אם נביט למטה - איך נראה את הקשת?

שיננויות יקרות, המשכנה לטפל במסירות ולהאמין בכוח שלכן לשנות ולהשפיע, ללמוד ולהשכיל. בהצלחה!

לחוק יש שיניים

עו"ד שיר־אל נקדימון

שכר שווה לעובדת ולעובד, לשיננית ולשינן

האם ביקוש והיצע הם הצדקה לפערי שכר בין נשים לגברים בעבודה? זוהי סוגיה שהגיעה למשרדנו לאחרונה מאיגוד השיננות. הסוגיה הועלתה בעקבות פנייה לאיגוד של שיננית, שנודע לה כי שינן העובד במקביל אליה מקבל שכר גבוה ממנה.

מקרה שהיה כך היה: שינן העובד במקביל לאותה שיננית מקבל שכר גבוה ממנה. אצל שניהם, השכר מחושב לפי אחוזים מהתשלום הנגבה מהלקוחות. לטענת המעסיק, קיים ביקוש גבוה יותר לשיננים גברים, ועל כן הלקוחות מוכנים לשלם יותר. לטענתו, מכיוון שהאחוזים שהוא משלם לשני העובדים זהים, הרי שאין כאן אפליה. אלא שבמבחן התוצאה, השינן מקבל שכר גבוה יותר מהשיננית בגין אותה עבודה. האם צודק המעסיק ואין כאן אפליה? האם ביקוש והיצע הם בגדר הצדקה לפערי שכר בין נשים לגברים בעבודה?

לטעמי, התשובה לכך שלילית. במאמר קצר זה אסקור את חוק שכר שווה לעובדת ולעובד ואת הפסיקה ואנתח את הסוגיה, תוך הצגת דעתי האישית.

חוק שכר שווה לעובדת ולעובד, תשנ"ו - 1996 (להלן: "חוק שכר שווה") הוא חוק חברתי, שמטרתו, המובאת בפתחו, היא לקדם שוויון ולמנוע אפליה בין המינים בכל הנוגע לשכר או לכל גמול אחר בקשר לעבודה. החוק קובע במפורש: **"עובדת ועובד המועסקים אצל אותו מעסיק באותו מקום עבודה, זכאים לשכר שווה בעד אותה עבודה, עבודה שווה בעיקרה או עבודה שוות ערך"**. יצוין כי שכר כולל כל תגמול נלווה אחר, אם בכסף ואם בשווה כסף.

לכאורה, סעיף פשוט ומובן מאליו: הרי לא יעלה על הדעת ששני עובדים, המבצעים את אותה עבודה, יקבלו שכר שונה רק משום שאחד מהם גבר והשנייה אשה. בפועל, קיימים פערי שכר עצומים בין גברים לנשים. בממוצע, אישה מרויחה כ־67% משכרו של גבר העובד בעבודה זהה או שווה בעיקרה או בעבודה שוות ערך. פערי שכר בין נשים לגברים קיימים בכל העולם המערבי, ובעיה זו אינה מנת חלקה הבלעדית של ישראל.

ההסברים החברתיים לפערי השכר רבים. נוגה דגן־בוזגלו ויעל חסון מציינות, במחקר שערכו במסגרת פרויקט "שוות ערך לקידום שכר שווה", שההסבר הבולט לפערי השכר הוא "התופעה של בידול תעסוקתי והערכה שונה של עיסוקים גבריים ועיסוקים נשיים. הכוונה היא לכך שנשים וגברים מרוכזים בעיסוקים שונים, הנובעים בין היתר מדפוסי השכלה שונים, כאשר רמות השכר בעיסוקים שבהם מרוכזות נשים - הוראה, רווחה, מזכירות וטיפול - נמוכות יותר בהשוואה לרמות השכר במקצועות שבהם מרוכזים גברים ובמקצועות מעורבים. הבידול התעסוקתי מסביר חלק ניכר מפערי השכר לשעה ולחודש". הסבר זה משתקף ביתר שאת בעולמן של השיננויות, שמורכב ברובו מעובדות נשים.

פערי השכר חלים גם במגזר הפרטי וגם במגזר הציבורי. לאחרונה פסק בית הדין הארצי לעבודה, בפסיקה תקדימית בענין גלית קידר ואח' נגד עיריית ירושלים, כי שתי עובדות שביצעו עבודה שווה לעבודתו של עובד גבר קיבלו שכר נמוך יותר, לרבות תנאים נלווים בשיעור נמוך יותר. בית הדין עמד על הפערים החברתיים שהובילו לתוצאה שבה הנשים קיבלו שכר נמוך יותר מהגברים, עת קבע: "עצם היווצרותן של שלוש 'קבוצות' בתוך אגף אחד, המבוססות על חלוקה ברורה של מקצועות 'גבריים' (פועלי ניקיון ועובדי מוסך) ומקצועות 'נשיים' (פקידות כוח אדם ומזכירות), כאשר שתי הקבוצות ה'גבריות' השיגו לעצמן במהלך השנים תוספות שכר ייחודיות בסכומים ניכרים - מדברת בעד עצמה וזועקת את חוסר השוויון המבני שהוביל לפערי השכר. חוק שכר שווה נועד לטפל בדיוק בפערי שכר מסוג זה, שנובעים מבידול תעסוקתי, מיכולות מיקוח שונות, מהערכה חברתית ועצמית שונה, וגם מכוח פנים־ארגוני שונה (לרבות אצל ועדי העובדים וארגון העובדים)."

פס"ד נוסף שהיווה תקדים הוא בג"צ אורית גורן נ. הום סנטר (עשה זאת בעצמך) בע"מ (הליך שבו משרדנו ייצג את העותרת), שם נדון מקרה של עובדת שעבדה בחברת הום סנטר כיועצת במחלקת כלי עבודה. במקביל אליה, עבד באותו תפקיד עובד גבר. במקרה נודע לה כי שכרו עומד על סך של 5,000 ש"ח, בעוד היא הרוויחה סך של 3,500 ש"ח לחודש בלבד. לטענת הום סנטר, שני העובדים קיבלו את השכר שדרשו בראיון העבודה, ועל כן אין מדובר באפליה אלא בחופש החוזים וההתקשרות. בג"צ סקר את המצב הקיים וקבע כי העובדה שהעובדת ביקשה שכר נמוך יותר אין בה כדי לאפשר למעסיק לנצל מצב זה ולשלם לה שכר נמוך יותר משכרו של עובד גבר באותו תפקיד. זאת, מכיוון שהפערים החברתיים המובנים בין נשים לגברים מקבעים מצב שבו נשים מלכתחילה מעלות דרישות נמוכות יותר ומעמדן לרוב נמוך יותר במו"מ מאשר גברים. חוק שכר שווה נועד למנוע מצבים שבהם יישמר מצב חברתי לא שוויוני בשל מגוון סיבות. בג"צ קבע כי ערך השוויון גובר על חופש החוזים וההתקשרות, ועל מעסיק לשלם שכר שווה בהתאם לחוק, גם אם העובדת ביקשה שכר נמוך יותר.

לאור הפסיקה הקובעת כי פערי שכר שנובעים מפערים חברתיים מובנים הם בגדר הפרה של החוק ויש למגרם, לטעמי יש להחיל את אותו הדין גם על פערי שכר הנובעים מביקוש והיצע. מעסיק שיבחר לשלם יותר לשינן גבר אך בשל מינו, גם אם זאת נוכח ביקוש רב יותר לשינן גבר, למעשה יפלה את השיננית אך בשל מינה. הפסיקה חזרה וקבעה כי שיקולים כלכליים אינם יכולים להצדיק אפליה, ועל כן, גם במקרה זה, השיקול הכלכלי נדחה מפני השיקול המפלה. הרציונל הוא כי אלמלא הייתה אותה שיננית אשה, היא הייתה מרוויחה שכר גבוה יותר. המבחן שהחילו בתי המשפט הוא מבחן התוצאה ולא מבחן הכוונה, כך שגם אם המעסיק אינו מתכוון להפלות, אולם במבחן התוצאה שולם שכר נמוך יותר לעובדת - אזי התקיימה אפליה אסורה בתנאי העבודה.

איך אדע אם אני מרוויחה פחות מעמיתי הגבר? שאלה זו עולה פעם אחר פעם. עובדים ועובדות אינן נוטים לשתף את עמיתיהם במידע על שכרם, ולכן פעמים רבות הוא לוט בערפל. עם זאת, חוק שכר שווה מחייב מעסיק לספק לעובדת שדורשת זאת פרטים בדבר שכר של עובדים אחרים. במבחן המציאות, מדובר כמובן במשימה מורכבת: מה יעלה בגורלי אם אפנה למעסיקי בבקשה לדעת כמה מרוויח עובד גבר מקביל אליי, כדי לבחון אם יש כאן הפרה של החוק?!

אז מה בכל זאת אפשר לעשות כאשר קיים חשש שעובד גבר המקביל אליי מרוויח יותר ממני, עובדת אשה? קודם כול, עליך לברר את זכויותיך - לפנות לייעוץ משפטי. אפשר לפנות גם לנציבות שוויון ההזדמנויות בעבודה במשרד הכלכלה. לנציבות סמכויות רחבות לקבלת מידע בדבר פערי שכר, ואפשר להיעזר בה במקרים של פערי שכר בין נשים לגברים.

מובן כי כל מקרה הוא לגופו ויש להתייעץ עם עו"ד בכל מקרה של חשש לפערי שכר, כדי לבחון אם המקרה אכן נופל לגדר החוק או הפסיקה ומהי דרך הפעולה הנכונה ביותר, לאותו מקרה, כדי לקבל את כל הזכויות המוקנות לפי החוק.

עו"ד שיר־אל נקדימון - עורכת דין לדיני עבודה, שותפה מנהלת במשרד לוי־אטינגר, נקדימון ושות' משרד עורכי דין וחברת הוועד המנהל של שדולת הנשים בישראל. משרד עוה"ד לוי־אטינגר, נקדימון הוא היועמ"ש של אש"י.

כל המידע הנכלל במאמר זה אינו בגדר חוות דעת או ייעוץ משפטי מוסמך. על המשתמשת לקבל עצה משפטית או מקצועית לפני כל פעולה משפטית או אחרת המסתמכת על האמור. המחברת אינה נושאת באחריות כלשהי כלפי הקוראות. בכל מקרה של סתירה בין החוק והפסיקה לבין האמור לעיל, יגברו הוראות החוק והפסיקה.