خدمة الأسنان التي تضع الإنسان في المركز في علاجات الأسنان للأشخاص مع إعاقة

شلهاڤ ملمود[1] وَهداسا چرانوت[2]

قرابة 20% من سكّان دولة إسرائيل هم أشخاص مع إعاقة. هذه الإعاقة تؤثّر على أدائهم وعلى اندماجهم في الحيّز الاجتماعيّ وفي مجالات حياتيّة مختلفة كالتعليم، العائلة والحياة الاجتماعيّة (مفوّضيّة مساواة الحقوق للأشخاص مع إعاقة، 2020). يحتاج بعض هؤلاء إلى خدمات تلاءَم لاحتياجاتهم الخاصّة، بما في ذلك الخدمات الصحّيّة وخدمات طبّ الأسنان. في الماضي (وفي أيّامنا هذه أيضًا)، دَرَجت غالبيّة الأفراد مع إعاقة على ارتياد عيادات طبّ أسنان عاديّة لتلقّي علاج من قِبَل طاقم لم يحصل على تأهيل لمعالَجة هذه الشريحة السكّانيّة، والتعامل مع احتياجاتها المتفرّدة. ينجم عن ذلك أنّ نسبة عالية من هؤلاء يحصلون على العلاج من خلال التخدير الكامل، وقد تؤدّي فترة الانتظار الطويلة إلى تدهور وضع أسنانهم. ثمّة نقص مهمّ آخر في السنّ المبكّرة، وهو عدم التكيّف مع علاجات الأسنان، وبالتالي عدم اكتساب المهارة لتلقّي علاج على امتداد حياة المعالَج، وهي مهارة تُعزّز الاستقلاليّة وتقلّل التعلّق بجهات خارجيّة كالأهل وسواهم.

من أجل توفير إمكانيّة تقديم علاجات ملاءَمة في عيادات طبّ الأسنان داخل المجتمع المحلّيّ، ثمّة حاجة إلى التعرّف على خصائص الإعاقات المختلفة، والتحدّيات الخاصّة التي ترافقها، وسُبُل التدخّل الملاءَمة. أقيمت عيادة طبّ الأسنان في بيت إيزي شاپيرا قبل 32 عامًا من خلال الاعتراف بهذه الحاجة، وتعمل هذه على تطوير علاجات ملاءَمة ومتاحة، وشاملة، داخل المجتمع المحلّيّ، من خلال الإيمان بحقّ الأشخاص مع إعاقة في الحصول على خدمات صحّيّة بمستوى عالٍ وبجودة لائقة أسوة بسائر الناس. كلّ هذا من خلال الاهتداء بقِيَم كرامة الإنسان والاختيار والمساواة.

تستعرض المقالة الحاليّة في عُجالةٍ خصائصَ شرائح سكّانيّة مركزيّة تتوجّه للحصول على خدمة في عيادة طبّ الأسنان في بيت إيزي شاپيرا، وهي شرائح تراكمت تجارب سريريّة (إكلينيكيّة) كثيرة بالنسبة لها. وعلى الرغم من أنّ الاستعراض التالي سيتمحور في تشخيصات معيَّنة، فإنّ تصوُّرنا يقضي بأنّ على المعالِج أن يركّز على الخصائص المحدَّدة لكلّ واحد من متلقّي الخدمة، سواء أكان ذاك بالنسبة لمكامن قوّته، أو بكلّ ما يتعلّق بالتحدّيات العلاجيّة المتوقَّعة، والسعي لملاءَمة العلاج للشخص ذاته على أحسن وجه وليس "للتشخيص الرسميّ". ما يَرِدُ في هذه المقالة يشكّل موجَزًا لدليل مفصّل بعنوان "الخدمة التي تضع الإنسان في المركز في علاجات طبّ الأسنان للأشخاص مع إعاقة"، نُشر في مستودع المعلومات والمعارف التابع لبيت إيزي شاپيرا.

الطيف التوحُّديّ

الاضطراب على التسلسل التوحُّديّ (ASD) يُعتبَر اضطرابَ نموّ عِصْبيًّا واسعًا يظهر في سنّ مبكّرة، ويتواصل على امتداد الحياة، ويتميّز بصعوبات في التواصل الاجتماعيّ، وأنماط سلوك متكرّرة ومقيّدة، وردود فعل غير عاديّة على محفّزات حسّيّة (Mcpartland, 2016). وقع الاختيار على المصطلح ASD باعتباره مصطلحًا يشمل جميع الاضطرابات على الطيف التوحُّديّ.

خصائص واحتياجات خاصّة في مجال علاجات الأسنان

ثمّة خصائص فمويّة خاصّة للتوحُّد، وقد يكون لها تأثير على الحاجة إلى علاج الأسنان. الأفراد على الطيف التوحُّديّ لا يبادرون إلى ارتياد عيادة طبّ الأسنان، ويرجَّح أنّ أحد الأسباب لذلك هو عدم قدرتهم على الربط بين أحاسيس غير لطيفة (وجع الأسنان) ووجود طبيب/ة أسنان قد يساعد على التخلّص من الإحساس غير اللطيف. علاوة على ذلك، يحتاج هؤلاء في الغالب إلى إرشاد مفصّل وملاءَم من قِبَل طاقم مختصّ من أجل الحفاظ على النظافة الشخصيّة. انعدامُ عمليّة التثقيف والإرشاد من قِبَل طواقم تختصّ في مجال صحّة الأسنان، وعدمُ ارتياد العيادة على نحو روتينيّ، قد يُفْضِيان إلى تردّي صحّة وسلامة الأسنان لدى المعالَج، على ضوء عدم الوعي لأهمّيّة المحافظة على النظافة الشخصيّة. علاوة على ذلك، يجد المعالِجون أو أفراد العائلة في بعض الأحيان صعوبة في تجنيد المعالَج كي يحصل على العلاج ويحافظ على صحّة أسنانه.

[1] طبيبة أسنان، مديرة مهنيّة في عيادة طبّ الأسنان، بيت إيزي شاپيرا.
[2] مديرة عيادة طبّ الأسنان، بيت إيزي شاپيرا.

© כל הזכויות שמורות לבית איזי שפירא

ثمّة صعوبات في المحافظة على النظافة الشخصيّة بسبب الصعوبة في موضوع التنظيم الحواسّيّ - كمَلْمس فرشاة الأسنان في الفم أو ملمس الشُّعَيْرات باللِّثَة أو السنّ، وكذلك طعم ولزوجة معجون الأسنان. قد تثير كلّ هذه أحاسيسَ غيرَ لطيفة. الأدوية التي تُستخدم في طيف التوحُّد قد تتسبّب في أمراض اللِّثَة، وقد تؤدّي إلى جفاف في الفم، وقد ترفع من مخاطر تسوُّس الأسنان (Krause et al., 2010).
ثمّة عوامل خطَر عديدة لأمراض الفم، وهي تنبع من عادات مُضِرّة لدى الأفراد الذين يقعون على الطيف التوحُّديّ، ومن بينها: البروكْسِزْم (تآكُل الأسنان بسبب الرصّ عليها)؛ دفع اللسان؛ حكّ اللِّثَة بواسطة الإصبع أو بواسطة أداة أخرى؛ عضّ الشَّفَة (Chandrashekhar & Bommangoudar, 2018). وثمّة مشكلة أخرى هي الحوادث التي ينجم عنها -في ما ينجم-كسْرُ الأسنان (ولا سيّما القواطع العليا الثابتة)، بسبب الرعونة الحركيّة أو الغِلَظة الحركيّة التي تميّز جزءًا من هؤلاء. علاوة على ذلك، ثمّة أطفال (بل هنالك كبار في بعض الأحيان) على الطيف التوحُّديّ ممّن يحاولون إدخال أغراض غير اعتياديّة إلى أفواههم وأكْلها (PICA) كالحجارة والحديد، وأغراض أخرى ذات تركيب صُلْب (Udhya et al., 2014). استخدام دواء "Phenytoin"، الذي يُعطى غالبًا باعتبار أنّه علاج داعم للتوحُّد، قد يؤدّي إلى شَقّ (ظهور) متأخّر للأسنان. العادات الضارّة (نحو: إدخال أغراض إلى الفم؛ دفع اللسان...) قد تتسبّب -في بعض الأحيان-في ظواهر اضطرابات إطباق الأسنان (Malocclusions – تطابُق غير سليم للفكَّيْن) (Jaber., 2011).

تحدّيات خاصّة وسُبُل التدخُّل

ثمّة صعوبة في تجنيد المعالَج للتعاون خلال العلاج بسبب صعوبات في التفاعلات الاجتماعيّة والتواصليّة. من بحثٍ أُجرِيَ في الولايات المتّحدة الأمريكيّة (Loo at al., 2009)، تبيَّنَ أنّ ثمّة طرقًا شائعة ومحبَّذة اليوم لتقديم علاج أسنان للأشخاص الذين يقعون على الطيف التوحُّديّ، من بينها: حضور أحد الوالدين خلال تقديم العلاج؛ استخدام تقنية Show Tell Do التي تتلخّص في تقديم شروح ووسائل إيضاح ملموسة قبل تنفيذ الإجراء؛ تقديم تعليمات قصيرة وواضحة؛ استخدام تعزيزات كلاميّة إيجابيّة. أمّا في ما يخصّ مبنى اللقاءات، فقد قُدِّمت توصية تقضي بأن تكون مدّة اللقاء والانكشاف على الحسّاسيّة الحسّيّة قصيرة قدر المستطاع، وذلك بسبب القدرات المحدودة على التركيز في صفوف المعالَجين مع الاضطراب التوحُّديّ. بالإضافة إلى ذلك، أشير إلى ضرورة ترتيب لقاءات قصيرة مخطَّطة على نحوٍ تفصيليّ، على ألّا تتجاوز مدّة الانتظار خمس عشرة (15) دقيقة. أمّا في ما يخصّ المُناخ العامّ في غرفة العلاج، فثمّة أهمّيّة كبيرة لمكوّنات محيطيّة في تحديد مستوى الراحة للأفراد مع توحد خلال الأحداث الطبّيّة الضاغطة. خلال العلاج، يجب الامتناع عن النقاش أمام المعالَج بشأن مسار العلاج. الإضاءة الناعمة والموسيقى قد تساعدان في العلاج، بينما قد يثير الضجيج والأصوات المرتفعة غير المتوقَّعة ردود فعل سلوكيّة تؤخّر المسارات العلاجيّة. يفضَّل الحدّ من الحركة وتنقّل الأشخاص من حول المعالَج، والامتناع عن تنفيذ حركات حادّة وفجائيّة، وذلك لأنّ الأشخاص مع توحد يميلون إلى فقدان التركيز بسهولة. أُجرِيَ بحث في الولايات المتّحدة الأمريكيّة (Pilebro& Bäckman, 2005) تناول استخدام عناصر بصريّة في علاجات الأسنان في صفوف الأفراد الذين يقعون على الطيف التوحُّديّ، وتبيَّن أنّ استخدام وسائل الإيضاح فعّال وناجع في مساعدة الأشخاص مع توحّد في المحافظة على صحّة وسلامة الفم. فحصَ البحثُ فاعليّة استخدام طريقة منهجيّة تُظهِر على نحوٍ إيضاحيّ مراحلَ وطُرُقًا لفرك الأسنان من خلال عرض صور توضيحيّة في المكان الذي قام الأطفال فيه بفرك أسنانهم.

الإعاقة الذهنية التطوُّريّة

الإعاقة الذهنية التطوُّريّة تتميّز بتراجع ملموس في الأداء العقليّ وفي السلوك التكيُّفيّ، على النحو الذي تتجسّدان فيه في المهارات الإدراكيّة والاجتماعيّة والعمليّة (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities – AAIDD). الإعاقة قد تنشأ قبل الولادة، أو خلالها، أو بعدها، ويجري تشخيص خصائصها حتّى سنّ الثانية والعشرين (22) في الحدّ الأقصى.

خصائص واحتياجات متفرّدة في علاج الأسنان

المحافَظة على نظافة الفم لدى الأشخاص مع إعاقة ذهنية تطوُّريّة متدنّية، مقارَنةً بعموم السكّان، وثمّة انتشار أكبر في صفوف هذه الشريحة لأمراض اللِّثَة (ولا سيّما لدى مَن هم من ذوي متلازمة داون) (Wilson et al., 2019) ، وينتشر تسوُّس الأسنان (الذي لا يعالَج) بنِسَب أعلى لدى الأشخاص مع إعاقات ذهنية تطوُّريّة، كما أنّ لديهم عددًا أقلّ من الأسنان بسبب كثرة القلع. عوامل الخطر التي تبيَّنَ أنّها ذات علاقة بنظافة الفم المتدنّية والاحتماليّة الأعلى

للإصابة بتسوُّس الأسنان هي استهلاك السكاكر المرتفع، والقدرة شبه المعدومة على فرك الأسنان لدى الأشخاص مع إعاقة ذهنية، وثمّة احتمال مرتفع نسبيًّا بين أفراد هذه الشريحة للإصابة بالصَّرَع الذي تنجم عنه تشنُّجات ورجفات حادّة، وفقدان التوازن والسقوط أرضًا، وعليه يتسبّب الأمر في كسور متكرّرة في الأسنان الأماميّة في الأساس.

تحدّيات خاصّة وسُبُل التدخُّل

للعلاج الوقائيّ من قِبَل طبيب الأسنان أهمّيّة بالغة، وكذلك لإرشاد الأهل حول نظام غذائيّ قليل الكربوهيدرات والسكّريّات، وللإرشاد حول فرك الأسنان الناجع. بالإضافة إلى هذا، ثمّة حاجة إلى تعليم الناس مع إعاقات ذهنية كيف يفركون أسنانهم ويحافظون على نظافة الفم، على النحو الذي يتلاءم مع قدراتهم الذهنية. من بحث أَجْرَتْه أجْويرا چونزالِس وزملاؤها (Aguirre- González et al, 2020) تبيَّنَ أنّ تقنيّات الدعم السلوكيّ -نحو: عَرْض أمثلة أو عيّنات (Modeling)، واستخدام رقابة الصوت (Voice control) - تساعد مساعدة جمّة على تحقيق التعاون من قِبل الأشخاص مع إعاقة ذهنية خلال علاج الأسنان. إعداد أفلام قصيرة وصور أو رسمات مبسَّطة تتعلّق بطبّ الأسنان، ومن ثَمّ عَرْضها أمام المعالَج، يساعد هو كذلك في تقوية التعاون. بالإضافة إلى هذا، نوصي بفحص إمكانيّة تقليص الحركة خلال تقديم العلاج، والتحرّك بما يلائم الحاجة، لا أكثر.

الإعاقة البدنيّة

تتميّز الإعاقة البدنيّة بمحدوديّة القدرة على تنفيذ أنشطة حركيّة، كالمشي -على سبيل المثال-والإمساك بالأغراض، والتحدّث على نحوٍ مستقلّ في بعض الأحيان. على الرغم من الأسباب العديدة للإعاقة البدنيّة، فإنّ الشلل الدماغيّ يُعتبر الإعاقةَ المولودة الأكثر شيوعًا، والتي تنجم عن إصابة دماغيّة في مراحل نموّ الدماغ المبكّرة، وتتسبّب في نشوء إعاقة حركيّة وحسّيّة وإدراكيّة واتّصاليّة وسلوكيّة. في بعض الحالات، تضاف تحدّيات أخرى -كالصَّرَع ومشاكل في السمع والبصر والكلام وإعاقة ذهنية على سبيل المثال (Jan, 2006).

خصائص واحتياجات متفرّدة في مجال علاج الأسنان

ثمّة خصائص يتفرّد بها الأشخاص مع إعاقة بدنيّة، كصعوبات في البلع على سبيل المثال، وبالتالي فهم يعانون من اختلال في الأداء العضليّ. يتجسّد هذا الأمر -في ما يتجسّد-في الانتشار الواسع لمشاكل في الإطباق مصدرها هيپوتونيا (نقص التوتّر العضليّ) في منطقة الفم، وحركات غير متناسقة بين الفكَّيْن والشفتين واللسان. في 50% من الحالات وأكثر، يكون الفم مفتوحًا خلال الراحة مع عدم قدرة على إغلاق الشفتين، ودفع اللسان والتنفّس من الفم. التنفّسُ من الفم، والإعاقةُ في حركة الأنسجة الرقيقة، يؤثّران سلبيًّا على حالة دواعم الأسنان (periodontics)، ويتسبّبان في أمراض اللِّثَة. بالإضافة إلى ذلك، يتسبّب استخدام عقّار "Phenytoin" الذي يُعطى لمعالجة الصرع في Hyperplastic papilary gingivitis (تضخّم اللِّثَة).

النظافة الشخصيّة الفمويّة المتدنّية، التي تنجم أحيانًا عن فقدان القدرة الحركيّة، تُعتبر هي كذلك مسبّبًا لأمراض اللِّثَة. إحدى الظواهر الشائعة الأخرى هي البروكْسِزْم (صَرّ الأسنان)، وترتبط هذه العادة بالتحسّس الذاتيّ في ألياف الأنسجة الداعمة التي تنوجد بكثرة في الشلل الدماغيّ. نتيجة لتآكل الأسنان، قد تتولّد اضطرابات في مفصل الفكّ (Wasnik et al., 2020). الأشخاص مع إعاقة بدنيّة يكونون عرضة أكثر من غيرهم للإصابات الجسديّة. ويتميّز المعالَجون مع الشلل الدماغيّ بحركات رأس لا إراديّة، الأمر الذي قد يتسبّب في صدمات للأسنان بسبب ملامَسة أغراض صُلْبة. بالإضافة إلى ذلك، بنْية القوس العلويّ (الحنك العلويّ) مدبّبة وحادّة مع حنك عميق، وبروز للأسنان القاطعة العليا. هنالك سبب آخر هو احتمال كبير للتعرّض لنوبات تشنُّج تتسبّب بدورها في السقوط والكسور وإلحاق الأضرار بالأسنان. تَحاتُّ الأسنانِ (التآكل الحمضيّ) قد يحصل أيضًا في حالات الشلل الدماغيّ على ضوء "reflux" نتيجة مرض "GERD". ثمّة عامل آخر للتَّحاتّ هو صعوبات البلع وأمراض تلوُّثيّة في جهاز التنفّس، واستهلاك مفْرط للمشروبات الخفيفة (Wasnik et al., 2020).

تحدّيات خاصّة وسُبُل التدخّل

في الحالات التي يتنقّل فيها المعالَجون مع إعاقة بدنيّة بواسطة كرسيّ العجلات، يمكن إجراء العلاج على الكرسيّ الذي يجلسون عليه. يمكن استخدام "ركّاية" رأس مزدوجة أو وسادة للدعم. كذلك ثمّة أجهزة خاصّة لإمالة كرسيّ العجلات، الأمر الذي يمكّن من إجراء العلاج بينما يكون الشخص جالسًا على كرسيّه. إذا كان العلاج على كرسيّ العجلات غير ممكن وثمّة حاجة إلى نقل الشخص إلى الكرسيّ الخاصّ بالعلاج، يمكن استخدام رافعة أو لوح نقل بين كرسيّ العجلات وكرسيّ الطبيب. الخوف من أجواء العيادة، ومن العلاج نفسه، قد يفاقم التشنّج العضليّ الذي يؤدّي بدَوْره إلى صعوبات أخرى خلال العلاج. نوصي بالتوجُّه إلى طبيب العائلة والتفكير في إعطاء أدوية تخفّف

© כל הזכויות שמורות לבית איזי שפירא

من حدّة الهلع، كدواء ديازيبالم (فاليوم سابقًا) على سبيل المثال. إذا كانت ثمّة حاجة، يمكن استخدام أغراض مساعِدة مثل Papoose wrap (حاملة پاپوس) من أجل تثبيت الحركات غير الإراديّة، وخلق الإحساس بالأمن والأمان خلال العلاج، وبجهاز "فتح الفم" الذي يمكّن من إبقاء الفم مفتوحًا طَوال مدّة العلاج.

عند الحديث عن معالَجين مع إعاقة البدنيّة، ثمّة أهمّيّة بالغة لطبّ الأسنان الوقائيّ من خلال الإرشاد للتغذية السليمة، والنظافة الفمويّة، واستخدام فرشاة أسنان كهربائيّة في الحالات التي يعاني فيها الشخص من اختلال في المهارة اليدويّة. إضافة إلى ذلك، قد يساعد تطبيقُ فلوريد في المراحل المبكّرة مساعدة كبيرة في الوقاية، وكذلك إرشادُ الأهل من أجل تفادي الصدمات المتعلّقة بالأسنان من خلال تنجيد أغراض صُلبة، واستخدامُ وسائل حماية ووقاية مثل واقي الفم. يمكن التخفيف من صَرّ الأسنان بواسطة علاجات حفظ وتغييرات في إطباق الأسنان، واستخدام مثبّتات، وبمساعدة علاجات بالأدوية.

الأشخاص مع إعاقة نفسيّة

تتميّز الإعاقة النفسيّة باضطراب بالغ من الناحية السريريّة (الإكلينيكيّة) في تصوُّر وفهم الواقع، وفي التنظيم الشعوريّ أو السلوكيّ لدى الفرد، الأمر الذي يعكس إخلالًا بالسيرورات السيكولوجيّة، والبيولوجيّة، أو التطوُّريّة التي يرتكز عليها الأداء النفسيّ (DSM-5, 2013). هذا الاضطراب النفسيّ يؤثّر تأثيرًا بالغًا على الطريقة التي يتدبّر بها الفرد أموره على المستويات الاجتماعيّ والعائليّ والتشغيليّ. ومن بين الاضطرابات النفسيّة الشائعة يجري الحديث عن اضطراب الهلع، واضطراب الاكتئاب الشديد، والاضطراب الثنائيّ القطب، والفُصام (الشيزوفرينيا).

خصائص تتعلق بالأسنان

أمراض الفم شائعة جدًّا في صفوف الأفراد مع الاضطرابات النفسيّة، ويعود ذلك إلى الأسباب التالية:
علاج بواسطة الأدوية -معالَجة الأمراض النفسيّة بواسطة الأدوية (أدوية مضادّة للاكتئاب، والهلع، وأدوية مضادّة للذُّهان) التي تولّد أعراضًا جانبيّة تتسبّب -على نحو مباشر أو غير مباشر-في أعراض فمويّة وأضرار للأسنان. هذه الأدوية تؤدّي في الأساس إلى تراجع إفراز اللُّعاب، الأمر الذي يتسبّب في شعور بالجفاف في الفم (Xerostomia) (Freidlander & Mahler, 2001) ممّا يزيد احتمالات إصابة الأسنان بالتسوُّس وأمراض الفكَّيْن والتلوُّث الفمويّ مثل: candidiasis, stomatitis وحتّى glossitis (التهاب غدّة اللُّعاب) في بعض الأحيان. حالات مرضيّة (پاثولوجيّة) كهذه تتسبّب في مشاكل في الكلام والمضغ، وعدم القدرة على استخدام طقم الأسنان.
التغذية –في حالات كثيرة، تكون التغذية سيّئة، ويكون ثمّة استهلاك مُفْرِط للكربوهيدرات والمشروبات الغازيّة (Teasdale et al., 2017).
التدخين –تدخين التبغ شائع أكثر في صفوف الأشخاص مع أمراض نفسيّة بنسبة تصل إلى ضعفَيْن أو ثلاثة أضعاف مقارَنةً بعموم السكّان. (Dickerson et al., 2018).

تحدّيات خاصّة وسُبُل التدخّل

ثمّة تحدّيات خاصّة في علاج الأسنان للأشخاص مع إعاقات نفسيّة، وتنبع من غياب الدافعيّة وانعدام التنظيم الإدراكيّ، والهلع، والكلفة الاقتصاديّة الباهظة، وقد تؤدّي كلّ هذه إلى الإحجام عن التوجّه لعلاج الأسنان، الأمر الذي من شأنه أن يفاقم الوضع.
ثمّة عوائق أخرى تتمثّل في عدم الاكتراث، وانعدام الوعي والمعرفة لدى مهنيّين يرافقون الأشخاص مع إعاقات نفسيّة، حول كيفيّة التحدّث مع هؤلاء بشأن الحاجة إلى المحافظة على صحّة الفم، والتعرّف على عوامل الخطر والامتناع عن الإهمال الذي قد يستوجب الخضوع لعلاجات مركَّبة. ثمّة نقص في العلاج الوقائيّ والتثقيف من قِبل أطبّاء الأسنان، وفي الغالب ينفَّذ علاج طارئ هدفه تخفيف الألم.

تَبيَّنَ من أبحاث أُجرِيَت في أستراليا (Brigg et al., 2020) أنّ المساعَدة والمرافَقة من قِبل أفراد العائلة، في الأمور المكتبيّة وغيرها، قد تساعد على تعزيز الدافعيّة من قِبل متلقّي الخدمات للتوجّه لعلاج الأسنان. إلى جانب الدعم والوساطة من قِبل أفراد العائلة، ثمّة حاجة إلى المرونة من قِبَل العيادة التي تقدّم الخدمة. هذه المرونة تتجسّد في الفهم والاحتواء في الحالات التي تستدعي إلغاءَ أدوار وتحديدًا مجدَّدًا لموعد العلاج (وإنْ تكرّرت الظاهرة)، وفي تفاعلات إيجابيّة ومتقبّلة من قِبل الطاقم المعالِج، وفي التعامل باحترام، وخلق الإحساس بأنّ المعالِج يفهم احتياجاتهم المركَّبة، وتوفير شرح بلغة ملاءَمة حول الإجراء العلاجيّ المتوقَّع، وتخفيف حدّة الهلع من خلال تعزيز تحكُّم المعالَج بالإجراء، والتوقّف عن العلاج لأخذ استراحات إذا استدعت الحاجة ذلك. كلّ هذه الخطوات مُهِمّة من أجل إنجاح المسار العلاجيّ.

الخَرَف

الخَرَف هو متلازمة دماغيّة مكتسَبة تتميّز بانحسار في الوظائف الإدراكيّة في مجالَيْن إدراكيَّيْن أو أكثر (الذاكرة؛ القدرة على الاحتساب؛ التعلُّم؛ اللغة؛ القدرة على الحكم على الأمور؛ الذكاء؛ الإدراك الاجتماعيّ؛ السرعة الـپسيخومتريّة؛ القدرة البصريّة - الإدراكيّة). يجري تشخيص المتلازمة عندما لا يمكن أن يُعْزى الخلل الإدراكيّ إلى عوامل الشيخوخة العاديّة، ويتسبّب هذا الخلل في تراجع بالغ في استقلاليّة الشخص في حياته اليوميّة.
الأعراض الشائعة لمرض الخَرَف هي: فقدان الذاكرة؛ تقلُّباتٌ في المزاج أو في الشخصيّة (كالنزعة العدائيّة والتشكيك -على سبيل المثال)؛ الحزن؛ استصعاب التواصل والتعبير عن الذات؛ الارتباك وعدم الدراية بالزمان والمكان؛ الهلْوَسات؛ عيوب حسّيّة وبدنيّة؛ اضطرابات في النوم.

خصائص واحتياجات سنّيّة متفرّدة

ترتفع احتمالات الإصابة بتسوّس الأسنان لدى الأشخاص الذين يعانون من الخَرَف مقارنة بالأفراد الذين لا يعانون من هذا المرض في الفئة العمْريّة نفسها. علاوة على ذلك، مستويات الپلاك (لُوَيْحات جرثوميّة) أعلى، وثمّة عدد قليل من الأسنان بسبب عمليّات القلع المتواترة (Zenthöfer et al., 2014). طقم الأسنان المستخدَم لا تجري ملاءَمته في المعتاد ولا تقوم بالوظائف المطلوبة بسبب الإهمال وصعوبة لدى المعالَجين في الوصول إلى العيادات على نحوٍ منتظم ومكثّف من أجل الحصول على علاج الأسنان وملاءَمة أَقْصويّة للتغييرات في بنْية الفم. صحّة الفكَّيْن متدنّية على نحوٍ بالغٍ، والنظافة الفمويّة سيّئة بسبب التراجع الإدراكيّ، ويتجسّد الأمر في إهمال صحّة الأسنان (Zenthöfer et al.,2014).
بالإضافة إلى ذلك، ثمّة الكثير من حالات صدمات الأسنان، كالكسور نتيجة الوقوع، وَ Drug induced xerostomia (انحسار في كمّيّة اللعاب بسبب تناول أدوية لعلاج الخَرَف). هذه الأسباب تؤدّي إلى تردّي مستوى المعيشة، وتُفْضي إلى ضرورة الاستعانة بعلاجات أسنان مركَّبة مع مرور الوقت. التحدّي الأساسيّ لدى هؤلاء المرضى هو عدم القدرة على التعبير عن الألم (Cohen-Mansfield & Lipson, 2002; Lobbezoo et al., 2011).
ثمّة عدد من المؤشّرات التي قد تشير إلى وجود ألم أو عدم راحة أو مشكلة في الأسنان، وعلى العائلة والمعالِجين أن يكونوا مدركين لهذه المؤشّرات التي تشمل: انكماشَ الفم خلال تناول الطعام أو خلال فرك الأسنان؛ تغيُّراتٍ في الشهيّة؛ رفْضَ مأكولات معيّنة؛ الامتناعَ عن تناول أغذية ومشروبات بدرجة حرارة عالية نسبيًّا أو متدنّية نسبيًّا؛ تفضيلَ الأطعمة الفاترة؛ تراجعًا في الوزن. وثمّة مؤشّرات أخرى: الإمساك بالوجه أو صدور تعابير مثل التشنّجات والوجه الغاضب، وتوتّر الوجه، والغضب والفورات؛ مشاكل في النوم أو -على العكس-الإكثار من النوم؛ إسالة اللعاب؛ مصّ أغراض أو حكّها بالفم؛ مشاكل في استخدام الأسنان الاصطناعيّة؛ البَخَر الفمويّ (رائحة الفم الكريهة) (Kerr et al. 2020).

تحدّيات خاصّة وسُبُل التداخل

من أجل تمكين مرضى الخَرَف من الحصول على علاج والمحافظة على صحّة أسنانهم وعلى جودة حياتهم، علينا أن نراعي جملة من العوامل. بداية، ثمّة أهمّيّة قصوى لخلق تجربة إيجابيّة في العيادة، وعليه يجب إيلاءُ ملاءَمة بيئة ومحيط العيادة أهمّيّةً، والمحافظةُ على أمان المعالَج. بالإضافة إلى ذلك، ثمّة أهمّيّة لإجراء علاجات متتالية من أجل خلق الثقة مع الطاقم وتحديد أدوار في ساعات يكون المعالَج في أحسن أحواله، ولمدّة زمنيّة تُمكِّنه من الحصول على علاج.
معالَجة المريض بالخَرَف ترتكز على مُجْمَل احتياجاته، وتقدير قدراته للحصول على علاج، وعلى عوامل الخطر القائمة، وعلى مرحلة المرض التي يكون فيها (Prince et al., 2013).
في المرحلة المبكّرة من المرض (Early stage) -يمكن (بل يجبُّ) تنفيذ مسح لأمراض الفم التي ما زالت في مراحلها الأولى. هدف العلاج هو تفادي الألم والالتهابات، وإدارة مرض قائم، والمحافظة على قدرة وظيفيّة على امتداد الوقت، وتَفادي الحاجة إلى إجراء معالَجة مركَّبة في مراحل متأخّرة.
في المرحلة البَيْنيّة (Middle stage) -هدف العلاج يتمثّل في تشخيص الألم ومعالجته، وصيانة ودعم النظافة الشخصيّة الفمويّة.
في مرحلة متقدّمة من المرض-يُحتمَل في هذه المرحلة أن تكون القدرة على البلع قد تضرّرت، وثمّة ظهور لأمراض أخرى تميّز الفئة العمْريّة التي ينتمي إليها المريض. هذه المرحلة تتميّز -في الغالب-بفقدان التواصل مع المعالَج، وعدم قدرته على فهم الواقع، وضرورة إجراء علاجات، وبالتالي ثمّة صعوبة في تحقيق التعاون من طرفه.

© כל הזכויות שמורות לבית איזי שפירא

هذه الحيثيّات لا تمكّن من إجراء علاج مركّب أو شامل. إذا كان العلاج ضروريًّا وإجباريًّا، فثمّة حاجة -في الغالب- إلى استخدام الأدوية. علاج مريض الخَرَف يستوجب تفكيرًا ديناميًّا واتّخاذَ قرارات مركّبة في محورها مصلحةُ المعالَـج وجودةُ حياته، وتفادي المعاناة الزائدة.

لقد تطوّرت منهجيّة العمل في عيادة طبّ الأسنان الملاءَمة في بيت إيزي شابيرا على ضوء الخصائص المتفرّدة للأشخاص مع إعاقات، والاحتياجات العلاجيّة التي تترتّب عنها، ومن خلال السعي إلى توفير استجابات ملاءَمة لهذه الاحتياجات.

توصيف أنموذج العمل في عيادة طبّ الأسنان وعرض خصائصه

بغية الاستجابة لاحتياجات الأشخاص مع إعاقة في مجال علاجات الأسنان، جرى تطوير وبلورة أنموذج (موديل) عمل خاصّ في عيادة الأسنان، وهو أنموذج يشمل المركّبات التالية: تقديمَ العلاج بروح الخدمة التي تضع الإنسان في المركز؛ خدماتٍ علاجيّةً ملاءَمةً؛ تدخُّلًا وَفْق نهج متعدّد المجالات.

الخدمة التي تضع الإنسان في المركز

تَعتبر عيادة الأسنان في بيت إيزي شابيرا المعالَـجَ الذي يتوجّه إليها إنسانًا يأتي لغرض الحصول على خدمة. هذا التصوّر شكّل منارة لتطوُّر الاستجابات والحلول في العيادة. أحد المبادئ التوجيهيّة عند تقديم الخدمة هو أنّ الشخص "خبير في حياته"، وهو الذي يعرف رغباته، وهو الذي يعرف احتياجاته، وهو الذي يعايش الألم والمعاناة أو أيَّ إحساس آخر يضايقه. يتعلّم الفرد من خلال التجربة والخطأ ما هي الأمور التي تخفّف الألم وما هي الاستجابة الحقيقيّة لاحتياجاته، وبناء على ذلك من المهمّ أن يتوافر تعاون كامل واختياريّ مع المسار العلاجيّ ضمن القدرات القائمة.

تعمل العيادة على هَدْي أنموذج التدخّل الذي يضع الإنسانَ في المركز، وهو أنموذج ابتكره وعرضه كارل روجرز (Rogers, 1951)، يضمّ ثلاثة مركّبات مركزيّة هي: الأوّل نهج تعاطفيّ من قبل المعالِج يتجسّد في مساعيه الرامية إلى "ضبط الإبرة" على موجة قناة متلقّي الخدمة الوجوديّة (Tuning-In)، وفهم الواقع الوجوديّ الذي يعايشه وإسقاطاته على جودة حياته، والسعي إلى تجنيد نفسه كمعالِج لـ "وضع نفسه في موضع" متلقّي العلاج. المركّب الثاني هو المصداقيّة والصدق، ما يعني تواصلًا صادقًا ومفتوحًا مع متلقّي الخدمة، والوفاء بـِ "العَقْد العلاجيّ"، والامتناع عن استخدام "الحِيَل والألاعيب" خلال العلاج. كلّ هذه الممارسات تبني الثقة التي تشكّل شرطًا لكلّ لقاء على المستوى الشخصيّ، ولا سيّما في العلاجات التي تضمّنت علاجات "وُلوجيّة". المركّب الثالث هو غياب نهج إصدار الأحكام التقييميّة. المعالِج -بوصفه شخصًا مهنيًّا متعاطفًا-يحاول فهم سلوكيّات متلقّي الخدمة، كالرفض والاحتجاج وحتّى الإهانات، كتعبير صادق عن الضائقة، لا كسلوك يعبّر عن شخصيّة المرء. حتّى في لحظات صعبة كهذه، يُظهِر المعالِج الاحترامَ للمعالَـج ويدير معه حديثًا مهنيًّا شخصيًّا دافئًا ومتعاطفًا.

الخدمة بهذه الروح تمكّن من تعزيز المشارَكة وتقليل الهلع والفهم أنّ التصلّب من قبل متلقّي الخدمة قد يشير إلى الهلع والرغبة في تخفيف حدّته بواسطة التمترس، كوسيلة لإعادة السيطرة. المعالِج الذي يضع الإنسان في المركز يكون مدركًا لوتيرة العلاج المطلوب لكلّ واحد من المعالَجين على المستوى الشخصيّ، ولقناة التواصل التي تلائم الشخص، ويعرّفه تدريجيًّا على المسار العلاجيّ والأدوات المساعِدة التي تُستخدَم خلاله، ويجسّد له قدر المستطاع الخطّةَ العلاجيّة، ويسعى إلى بناء معاهدة علاجيّة معه. الخدمة التي تضع الإنسان في المركز تستوجب أن يكون المعالِج مدركًا لقدرات الإصغاء والتركيز لدى المعالَج، ولقدرته على التعاون على امتداد الوقت. حَريٌّ بالمعالِج الذي يضع الإنسان في المركز أن يطّلع على ثقافةِ متلقّي الخدمة، وقيمها، وعلى اللفتات السلوكيّة المتعارَف عليها، وحتّى بعض الكلمات المركزيّة في لغته (أو في لغة الإشارات). كلّ هذه الأمور تمكّن من تعزيز الثقة وخلق بيئة احتوائيّة وآمنة. تَبَنّي هذه المبادئ التوجيهيّة عند تقديم الخدمة يساعد على تقديم خدمة مُثْلى، وبناء ثقة بين متلقّي الخدمة ومقدِّم الخدمة، وتطوير وعي خدماتيّ في صفوف مقدِّم الخدمة، وتعزيز تجربة التحكُّم والاختيار لدى متلقّي الخدمة.

علاج الأسنان الملاءَم

علاج الأسنان الملاءَم موجَّه لإزالة العوائق عند اللقاء مع المعالَـج مع إعاقة. عندما يدور الحديث عن أطفال أو بالغين مع إعاقة، في الكثير من الحالات نتحدّث عن متوجّهين مع قدرات ذهنيّة محدودة، أو الاضطرابات في التواصل، والاضطرابات التحسُّسيّة، وصعوبات في التعبير على خلفيّة إعاقة بدنيّة مركّبة أو مرض عِصْبيّ ضموريّ. لذا، قد تُشكِّل استحقاقات خصائص هذه الفئة المتنوّعة تحدّيًا كبيرًا في فهم محور المشكلة وتشخيصها،

والتواصل مع الشخص الذي يتلقّى الخدمة، وفهم حسّاسيّاته في البعد الحسّيّ، وعليه ثمّة صعوبة في تحقيق التعاون من قِبَله من أجل مساعدته على أحسن وجه.
في علاج الأسنان الملاءَم، تُنفَّذ ملاءَمات تولِّدُ بيئة متعدّدة الحواسّ تلائم الاحتياجات الشخصيّة لمتلقّي الخدمة، وتبني الثقة، وسعيًا لاستخدام قناة التواصل التي يستخدمها الشخص (لفتات جسديّة؛ ألواح اتّصال؛ آيپاد -وغير ذلك). بالإضافة إلى ذلك، تجري ملاءَمة اللغة التي يستخدمها المعالِج لقدرة الفهم والاحتواء لدى الفرد الذي يحصل على الخدمة، وتتميّز في الكثير من الحالات بتبسيط لُغويّ. يتحدّد طول مدّة العلاج بحسب قدرة التحمُّل لدى الشخص، وعندما يُظهِر بوادر "انكسار" يتوقّف العلاج كي لا يجري الإخلال بالثقة التي بُنِيت معه، وبغية الامتناع عن بناء إشراط سلبيّ.
في البعد المهنيّ، تتطلّب علاجات الأسنان للأفراد مع إعاقة فهمًا عميقًا لمكوّنات الإعاقة وخصائصها وسُبُل العلاج اللائقة، وعليه يحصل الطاقم في عيادة بيت إيزي شاپيرا على إرشاد متواصل بشأن الخصائص المتنوّعة لمتلقّي الخدمة، واحتياجاتها، والاستجابات الممكنة. نهج التدخُّل الذي يوجّه الطاقم في العيادة، في سبيل إدارة سلوكيّات صعبة أو مقاوِمة، هو أنّ السلوك الصعب يشكِّل لغة ينبَّه من خلالها الشخصُ الذي يتلقّى الخدمة إلى احتياجاته وأحاسيسه ورغباته. لذا، بدلًا من قمع هذه السلوكيّات يحاول الطاقم ترجمتها إلى احتياجات واستجابات.
ابتغاءَ تعزيز التعاون، يحصل متلقّي الخدمة على تعزيزات إيجابيّة حول النجاحات، وهي تعزيزات تعني له الكثير، ويجري أيضًا استخدام عناصر مُلْهِية، نحو: إسماع الموسيقى التي يختارها؛ استخدام روح الدعابة؛ تبادل الحديث المتواصل مع المعالِج على امتداد العلاج -وسُبُل أخرى مختلفة.

نهج متعدّد المجالات

استخدام مبادئ متعدّدة المجالات يُعتبَر جزءًا من أنموذج العمل في عيادة طبّ الأسنان، وهو نهج يمكّن من بناء علاقة تدريجيّة مع المعالِج من خلال فهم صعوباته وطرق مواجهته لهذه الصعوبات التي تنبع من الإعاقة، والتعامل معها إلى حين تحقيق التعاون من قِبَله. الاحتياجات المركَّبة في مجال الأسنان، والخصائص الأدائيّة والسلوكيّة، تتطلّب تدخُّلًا متعدّد المجالات ملاءَمًا وموجّهًا نحو خلق تدخُّل متزامن. هذا التزامن، إلى جانب علاج الأسنان، يجري تجييره للتداخل في مجالات إضافيّة: العلاج الوظيفيّ؛ علاج النطق واللغة؛ التحليل السلوكيّ (الذي يشمل تقنيّات الدعم السلوكيّ لطبّ الأسنان) -وكلّ هذه تسهم في بناء الـ "كامل" في المسار العلاجيّ.
دمج مكوّنات علاجيّة متعدّدة المجالات في عيادة طبّ الأسنان في بيت إيزي شاپيرا يرتكز على تجربة تراكُميّة تمتدّ لسنوات عديدة في صفوف الطاقم المهنيّ في العيادة، وعلى مشاهَدات كثيرة أجراها طاقم متعدّد المجالات في عيادتنا. بالإضافة إلى ذلك، يجري في العيادة تطبيق طرق للدعم السلوكيّ المتعارَف عليه في مجال طبّ الأسنان للأطفال، وتلائم في الكثير من الحالات علاجَ الأشخاص مع إعاقة. بواسطة هذه المبادئ، يمكن تطويرُ ورعايةُ العلاقة بين المعالِج من جهة والطبيب والطاقم من جهة أخرى، وبناءُ الثقة، وتمكينُ الفرد الذي يتلقّى العلاج من التحكُّم بالمسار وتقليل حالة الهلع.

تلخيص

بيت إيزي شاپيرا هي منظّمة تعمل على النهوض بمبادرات وابتكارات، وعلى تحسين جودة الحياة للأفراد مع إعاقات. بوصفنا منظّمة تخلق التغيير، ننغمس في تطوير تداخُلات تنهض بجودة الحياة، من خلال رؤيا ورغبة في إتاحة الخدمات عامّة (وخدمات طبّ الأسنان على وجه الخصوص) للأشخاص مع إعاقات. الأنموذج (الموديل) الاجتماعيّ في مجال الإعاقات يَعتبر إعاقة الفرد نتاجًا للإنشاء الاجتماعيّ الذي يخلق عوائق وحواجز في مجالات حياتيّة مختلفة، وبالتالي يكرّس الإقصاء والغيريّة. شكَّل هذا الأنموذج الاجتماعيّ مسرّعًا لبناء عيادة طبّ الأسنان في بيت إيزي شاپيرا كعيادة تضع الإنسان في المركز. نحن نسعى من خلال نهجنا العلاجيّ إلى إزالة عوائق كثيرة قد تَحُول دون حصول الفرد ذي الإعاقة على علاج ملاءَم لأسنانه. الأنموذج الذي أتينا على ذكره في هذا المقال يرتكز على حلف علاجيّ ملاءَم لاحتياجات ورغبات وحسّاسيّات الفرد عند الحصول على علاج لأسنانه. يمكن الاطّلاع على صيغة كاملة وشاملة لدليل الخدمة الذي تضع الإنسان في المركز في علاجات الأسنان للأفراد مع إعاقات في مستودع المعلومات والمعارف التابع لبيت إيزي شاپيرا.

مَصادر:

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) (n.d.). *Definition of Intellectual Disability*. https://www.aaidd.org/intellectual-disability/definition

Aguirre-González, G., De Ávila-Rojas, P., García-Flores, R., Ruiz-Rodríguez, S., Pozos-Guillén A., & Garrocho-Rangel, A. (2020). Inclusive Dentistry: Integral Management of Pediatric Patients with Intellectual Disability and/or Communication Impairments. Case-Series Reports. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 44(4), 221-227. https://doi.org/10.17796/1053-4625-44.4.2

Brigg, N., Patterson, S., & Pradhan, A. (2020). Enabling people with severe mental illness to overcome barriers to access dental treatment: a qualitative study applying COM-B framework analysis. *Journal of Mental Health*, 1-9. https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1803230

Chandrashekhar, S., & Bommangoudar, J. S. (2018). Management of autistic patients in dental office: a clinical update. *International journal of clinical pediatric dentistry*, 11(3), 219. doi: 10.5005/jp-journals-10005-1515

Cohen-Mansfield, J., & Lipson, S. (2002). The underdetection of pain of dental etiology in persons with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, , (4)17 https://doi.org/10.1177/153331750201700404249-253.

Dickerson, F., Adamos, M., Katsafanas, E., Khushalani, S., Origoni, A., Savage, C., Schweinfurth, L., Stallings, L., Sweeney, K., Goga, J., & Yolken, R. H. (2018). Adjunctive probiotic microorganisms to prevent rehospitalization in patients with acute mania: a randomized controlled trial. *Bipolar disorders*, 20(7), 614-621. https://doi.org/10.1111/bdi.12652

Friedlander, A. H., & Mahler, M. E. (2001). Major depressive disorder: psychopathology medical management and dental implications. *The Journal of the American Dental Association*, 132(5), 629-638. https://doi.org/10.14219/jada.archive.2001.0240

© כל הזכויות שמורות לבית איזי שפירא

Jaber, M. A. (2011). Dental caries experience, oral health status and treatment needs of

dental patients with autism. *Journal of Applied Oral Science*, 19(3), 212-217. https://doi.org/10.1590/S1678-77572011000300006

Jan, M. M. S. (2006). Cerebral palsy: comprehensive review and update. *Annals of Saudi medicine*, 26(2), 123-132. https://doi.org/10.5144/0256-4947.2006.123

Kerr, K., Curl, C., & Geddis-Regan, A. (2020). The impact of dementia on oral health and care, part 1: Setting the scene for dental care Provision. *Primary dental journal*, dental 9(2), 24-30. https://doi.org/10.1177/2050168420923861

McPartland, J. C., Law, K., & Dawson, G. (2016). Autism spectrum disorder. *Encyclopedia of*
mental health, 1(1), 124-130.

Krause, M., Vainio, L., Zwetchkenbaum, S., & Inglehart, M. R. (2010). Dental education about
patients with special needs: a survey of US and Canadian dental schools. *Journal of dental education*, 74(11), 1179-1189. https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2010.74.11.tb04991.x

Lobbezoo, F., Weijenberg, R. A., & Scherder, E. J. (2011). Topical review: orofacial pain dementia patients. A diagnostic challenge. *Journal of orofacial pain*, 25(1), 6. in

Loo, C. Y., Graham, R. M., & Hughes, C. V. (2009). Behaviour guidance in dental treatment of
patients with autism spectrumdisorder. *International Journal of Paediatric Dentistry*, , (6)19
https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2009.01011.x390-398.

Pilebro, C., & Bäckman, B. (2005). Teaching oral hygiene to children with autism. International
Journal of Paediatric Dentistry, 15(1), 1-9.

© כל הזכויות שמורות לבית איזי שפירא

Prince, M., Prina, M., & Guerchet, M. (2013). World Alzheimer Report, 2013: Journey of Caring: An Analysis of long-term care for dementia. *Alzheimer's Disease International*. https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2013.pdf

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory, with chapters*. Houghton Mifflin.

Teasdale, S. B., Ward, P. B., Rosenbaum, S., Samaras, K., & Stubbs, B. (2017). Solving a weighty
problem: systematic review and meta-analysis of nutrition interventions in severe mental .illness. *The British Journal of Psychiatry*, 210(2), 110-118. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.177139

Udhya, J., Varadharaja, M. M., & Parthiban, J. (2014). Autism disorder (AD): an updated review for paediatric dentists. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 8(2), 275. DOI: 10.7860/JCDR/2014/7938.4080

Wasnik, M., Chandak, S., Kumar, S., George, M., Gahold, N., & Bhattad, D. (2020). Dental
management of children with cerebral palsy-A Review. *Journal of Oral Research and Review*, 12(1), 52. DOI: 10.4103/jorr.jorr_19_19

Wilson, N. J., Lin, Z., Villarosa, A., & George, A. (2019). Oral health status and reported oral
health problems in people with intellectual disability: A literature review. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 44(3), 292-304. https://doi.org/10.3109/13668250.2017.1409596

Zenthöfer, A., Schröder, J., Cabrera, T., Rammelsberg, P., & Hassel, A. J. (2014). Comparison
health, of oral health among older people with and without dementia. *Community dental* 31(1), 27-31.

© כל הזכויות שמורות לבית איזי שפירא