ترجمة عربية

الإنصاف في صحة الفم للأشخاص ذوي الإعاقة

موجز سياسات

العمل الأصلي

منظمة الصحة العالمية، جنيف، 2026

DOI: 10.2471/B09684

ترجمة

د. سلطان ركيب علي بن الرمال

أستاذ مشارك، جامعة رياض العلم

الطبعة الأولى، 1448هـ / 2026م

توزَّع مجاناً، لأغراض غير تجارية

بيانات النشر

عنوان الكتاب	**الإنصاف في صحة الفم للأشخاص ذوي الإعاقة: موجز سياسات**
العنوان الأصلي	Oral Health Equity for Persons with Disabilities: A Policy Brief
المؤلف	منظمة الصحة العالمية، جنيف، 2026
المعرّف الرقمي للأصل	https://doi.org/10.2471/B09684
ترجمة	**د. سلطان ركيب علي بن الرمال**
الناشر	د. سلطان ركيب علي بن الرمال
الطبعة	الأولى، 1448هـ / 2026م

بطاقة الفهرسة أثناء النشر

(تُدرج هنا بطاقة الفهرسة كما تصدرها مكتبة الملك فهد الوطنية)

رقم الإيداع: .....

ردمك: .....

حقوق الترجمة

تُتاح هذه الترجمة العربية بموجب ترخيص المشاع الإبداعي نفسه الذي صدر به العمل الأصلي «نسب المصنَّف، غير تجاري، المشاركة بالمثل 3.0 للمنظمات الحكومية الدولية» (CC BY-NC-SA 3.0 IGO)، ويجوز نسخها وإعادة توزيعها للأغراض غير التجارية، شريطة الإشارة إلى العمل الأصلي والمترجم.

توزَّع هذه الترجمة مجاناً، ولا يجوز بيعها أو استخدامها لأغراض تجارية.

لتفاصيل ترخيص العمل الأصلي وبيان إخلاء مسؤولية منظمة الصحة العالمية، يُنظر بيان الحقوق والترخيص في الصفحة التالية.

بيان الحقوق والترخيص

© منظمة الصحة العالمية 2026. بعض الحقوق محفوظة. يُتاح هذا العمل بموجب ترخيص المشاع الإبداعي «نسب المصنَّف، غير تجاري، المشاركة بالمثل 3.0 للمنظمات الحكومية الدولية» (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).

بموجب شروط هذا الترخيص، يجوز نسخ العمل وإعادة توزيعه وتكييفه للأغراض غير التجارية، شريطة الاستشهاد به على النحو المناسب. ولا يجوز، عند استخدام هذا العمل، الإيحاء بأن منظمة الصحة العالمية تؤيد أي منظمة أو منتجات أو خدمات بعينها. كما لا يُسمح باستخدام شعار منظمة الصحة العالمية. وفي حال تكييف العمل، يجب ترخيص العمل المكيَّف بموجب الترخيص نفسه أو بترخيص مشاع إبداعي مكافئ.

عند إعداد ترجمة لهذا العمل، تطلب منظمة الصحة العالمية إضافة بيان إخلاء المسؤولية الآتي إلى جانب صيغة الاستشهاد المقترحة:

“This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. The original English edition shall be the binding and authentic edition”.

الترجمة العربية لإخلاء المسؤولية: «لم تُعِدّ منظمة الصحة العالمية هذه الترجمة، ولا تتحمل المنظمة مسؤولية محتوى هذه الترجمة أو دقتها. وتظل النسخة الإنجليزية الأصلية هي النسخة الملزمة والمعتمدة».

صيغة الاستشهاد المقترحة للعمل الأصلي

Oral health equity for persons with disabilities: a policy brief. Geneva: World Health Organization; 2026. https://doi.org/10.2471/B09684. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

ملاحظة حقوقية: لم تُدرج صورة الغلاف الأصلية ولا شعار منظمة الصحة العالمية في هذه الترجمة العربية. وتبقى أي مواد منسوبة إلى أطراف ثالثة خاضعة لحقوق أصحابها.

المحتويات

شكر وتقدير

1. أهمية صحة الفم للأشخاص ذوي الإعاقة

2. أوجه عدم الإنصاف في صحة الفم التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة

3. العوامل المساهمة في أوجه عدم الإنصاف في صحة الفم لدى الأشخاص ذوي الإعاقة

4. تعزيز الإنصاف في صحة الفم للأشخاص ذوي الإعاقة

4.1 المبدأ الموصى به 1: وضع الإنصاف الصحي للأشخاص ذوي الإعاقة في صميم أي إجراء في القطاع الصحي

4.1.1 الإجراءات ذات الصلة من خطة العمل العالمية بشأن صحة الفم

4.1.2 مثال من البرازيل

4.1.3 مثال من اليابان

4.2 المبدأ الموصى به 2: ضمان تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة والمنظمات الممثلة لهم ومشاركتهم الهادفة عند تنفيذ أي إجراء في القطاع الصحي

4.2.1 الإجراءات ذات الصلة من خطة العمل العالمية بشأن صحة الفم

4.2.2 مثال من المغرب

4.3 المبدأ الموصى به 3: رصد مدى إسهام إجراءات القطاع الصحي في تحقيق الإنصاف الصحي للأشخاص ذوي الإعاقة وتقييمه

4.3.1 الإجراءات ذات الصلة من خطة العمل العالمية بشأن صحة الفم

4.3.2 مثال من أستراليا

5. الخلاصة

المراجع

شكر وتقدير

تتقدم منظمة الصحة العالمية بالشكر إلى العديد من الأفراد الذين أسهموا في إعداد موجز السياسات هذا.

أعدّ الموجز كلٌّ من Nicole Rendell (صحة الفم)، وMélanie Gréaux (الإعاقة)، وYuriko Harada (صحة الفم)، من إدارة الأمراض غير السارية والصحة النفسية في المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية، وذلك تحت إشراف Darryl Barrett (الإعاقة)، وKaloyan Kamenov (الإعاقة)، وBenoit Varenne (صحة الفم)، من الإدارة نفسها، وتحت التوجيه العام لـ Dévora Kestel، القائمة بأعمال مدير إدارة الأمراض غير السارية والصحة النفسية في المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية.

كما أسهم في صياغة الموجز عدد من الخبراء من خارج المنظمة: Finbarr Allen (University College Cork، أيرلندا)، وKatrina Byrne (Trinity College Dublin، أيرلندا)، وDenise Faulks (Université Clermont Auvergne، فرنسا)، وCaoimhin Mac Giolla Phadraig (Trinity College Dublin، أيرلندا).

1. أهمية صحة الفم للأشخاص ذوي الإعاقة

تعرّف منظمة الصحة العالمية صحة الفم بأنها حالة الفم والأسنان والبنى الفموية الوجهية التي تمكّن الأفراد من أداء وظائف أساسية مثل الأكل والتنفس والكلام، وتشمل كذلك أبعادًا نفسية واجتماعية، مثل الثقة بالنفس، والرفاه، والقدرة على التواصل الاجتماعي والعمل دون ألم أو انزعاج أو حرج. وتتغير صحة الفم على امتداد مراحل الحياة من الطفولة المبكرة إلى الشيخوخة، وهي جزء لا يتجزأ من الصحة بوجه عام، وتدعم مشاركة جميع الأفراد في المجتمع وتحقيق إمكاناتهم (1). ومع ذلك، تؤثر أمراض الفم واضطرابات وظائفه بصورة غير متناسبة في الأشخاص ذوي الإعاقة، الذين يشكلون 16% من سكان العالم (نحو 1.3 مليار شخص في عام 2021)، ويواجهون عوائق إضافية تحول دون حصولهم على رعاية جيدة النوعية تلبي احتياجاتهم (2، 3).

يُعد الأشخاص ذوو الإعاقة جزءًا من التنوع البشري؛ وعلى الرغم من الإشارة إليهم في كثير من الأحيان بوصفهم فئة سكانية واحدة، فإنهم يمثلون مجموعة شديدة التنوع. وتصف اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (CRPD) الأشخاص ذوي الإعاقة بأنهم «كل من يعانون من عاهات طويلة الأجل بدنية أو عقلية أو ذهنية أو حسية، قد تمنعهم لدى التعامل مع مختلف الحواجز من المشاركة بصورة كاملة وفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين» (4).

يحلل التقرير العالمي بشأن الإنصاف الصحي للأشخاص ذوي الإعاقة، الصادر عن منظمة الصحة العالمية عام 2022، العوامل المساهمة في أوجه عدم الإنصاف الصحي، ويعرض توصيات رئيسية للحد منها (2). وبالتوازي مع ذلك، تقدم خطة العمل العالمية بشأن صحة الفم 2023-2030 (GOHAP) إرشادات عملية للتقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة (UHC) لصحة الفم لجميع الأفراد والمجتمعات بحلول عام 2030 (5). ويهدف موجز السياسات هذا إلى توضيح كيفية تنفيذ خطة العمل العالمية

بشأن صحة الفم بطريقة دامجة للأشخاص ذوي الإعاقة ومتوافقة مع المبادئ الموصى بها في التقرير العالمي بشأن الإنصاف الصحي للأشخاص ذوي الإعاقة (2).

2. أوجه عدم الإنصاف في صحة الفم التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة

على الصعيد العالمي، أصابت أمراض الفم نحو 3.7 مليارات شخص في عام 2021، ما يجعلها أكثر الأمراض أو الحالات شيوعًا بين البشر (6). وتشمل أمراض الفم وحالاته الأشد عبئًا (ويُشار إليها مجتمعةً في هذا الموجز باسم «أمراض الفم») تسوس الأسنان غير المعالج، وأمراض دواعم السن الشديدة، وفقدان الأسنان الكامل، وسرطان الشفة وتجويف الفم. ويمثل كلٌّ من هذه الأمراض مشكلة في الصحة العامة والإنصاف الصحي على المستويات العالمية والإقليمية والوطنية، نظرًا إلى عبئها الذي لا نظير له، وأوجه عدم الإنصاف الصارخة المرتبطة بها، والتحديات التي تواجه ضمان الوصول إلى الرعاية.

في كثير من البلدان، تستمر طائفة واسعة من الفروق في النتائج الصحية بين الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم. وتشير الأدلة إلى أن صحة الفم لدى الأشخاص ذوي الإعاقة تكون عادةً أسوأ، مع ارتفاع معدلات تسوس الأسنان وأمراض دواعم السن وفقدان الأسنان (7-21). وحتى عندما يتمكن الأشخاص ذوو الإعاقة من الوصول إلى الرعاية، تشير الأدلة إلى نتائج علاجية أسوأ؛ ومن أمثلة ذلك معالجة تسوس الأسنان بالخلع بدلًا من الترميم. إضافة إلى ذلك، يرتبط ضعف صحة الفم ووظيفته بانخفاض جودة الحياة، ويؤثر بصورة غير متناسبة في الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم (21-37).

كما تحدّ العوائق القائمة في النظم الصحية وغيرها من العوائق البنيوية، مثل سياسات الحماية المالية وتوزيع القوى العاملة الصحية المدرَّبة، من الوصول إلى رعاية صحة الفم، مع وجود فجوات كبيرة في التغطية السكانية بالخدمات الأساسية للوقاية من أمراض الفم وتدبيرها (2). وحتى عندما تكون الخدمات متاحة لعامة السكان، فإنها لا تكون في كثير من الأحيان قابلة للتكييف أو ملائمة للأشخاص ذوي الإعاقة، الذين يقل احتمال استفادتهم من خدمات رعاية صحة الفم القائمة (18، 38-42)، على الرغم من ارتفاع معدل احتياجاتهم غير الملباة (8) وازدياد حاجتهم إلى العلاج والتدخلات الوقائية لصحة الفم (7، 20، 35).

يخضع جميع الأشخاص ذوي الإعاقة لمحددات اجتماعية وبنيوية جائرة أو غير منصفة يمكن تجنبها، ولا يمكن تفسيرها بالحالة الصحية الكامنة أو بالقصور (3). ويُشار إلى ما ينجم عنها من فروق باسم «أوجه عدم الإنصاف الصحي» (2).

3. العوامل المساهمة في أوجه عدم الإنصاف في صحة الفم لدى الأشخاص ذوي الإعاقة

لا يتوزع عبء أمراض الفم بالتساوي بين السكان؛ بل تتخذ أمراض الفم نمطًا اجتماعيًا واضحًا وتُظهر تدرجات اجتماعية قوية، فتؤثر بصورة غير متناسبة في الفئات السكانية الأكثر هشاشة وحرمانًا، ومن بينها كثير من الأشخاص ذوي الإعاقة. وهذه الفروق في حالة صحة الفم ليست حتمية ولا تحدث بمحض المصادفة؛ وإنما تنشأ أوجه عدم الإنصاف من مجموعة معقدة من العوامل المترابطة، يقع كثير منها إلى حد كبير خارج نطاق السيطرة المباشرة للأفراد. ويمكن تلخيص هذه العوامل في أربع مجموعات (2):

1. العوامل البنيوية	تشير إلى السياق الاجتماعي والسياسي الذي يغذّي التراتب الاجتماعي، وقد يتجلى في التحيز القائم على القدرة، والوصم، والتمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة.
2. المحددات الاجتماعية	تشير إلى الظروف التي يولد فيها الناس وينشؤون ويعيشون ويعملون ويتقدمون في العمر، والتي تؤثر في نتائجهم الصحية (43). ويواجه كثير من الأشخاص ذوي الإعاقة أثرًا تراكميًا وغير متناسب للمشكلات المتعلقة بمرحلة الطفولة المبكرة والتعليم والعمل، ولتدني الوضع الاجتماعي والفقر، على امتداد مسار الحياة.
3. عوامل الخطورة	تشمل التعرض للنظم الغذائية غير الصحية (ولا سيما الإفراط في تناول السكريات) والكحول ومنتجات التبغ واستهلاكها، إضافة إلى سوء نظافة الفم. ويتأثر بوجه خاص الأشخاص ذوو الإعاقة الذين يعتمدون على الآخرين في عنايتهم الذاتية وغذائهم.
4. النظام الصحي	يعتمد تقديم خدمات صحة الفم في كثير من البلدان على نماذج للرعاية المتخصصة قد تستبعد بعض الفئات، ولا سيما الأشخاص ذوي الإعاقة، من الحصول على رعاية أساسية لصحة الفم جيدة النوعية وميسورة التكلفة. ولضمان وصول الجميع إليها، ينبغي أن تدمج مرافق الرعاية الأولية تدخلات أساسية لصحة الفم وأن تضمن قابليتها للتكييف مع تحديات التواصل، واضطرابات وظائف الفم، والتعقيد الطبي والأمراض المصاحبة، وإمكانية الوصول المادي، والقدرة على إعطاء الموافقة، واستقلالية المريض.

4. تعزيز الإنصاف في صحة الفم للأشخاص ذوي الإعاقة

تواجه بلدان كثيرة تحديات في ضمان اهتمام سياسي مستدام والتزام وسياسات للصحة العامة في مجال صحة الفم (44-48)، وهو ما يؤثر في الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم على حد سواء. ومع تزايد الزخم نحو الاعتراف على نحو أفضل بأمراض الفم باعتبارها قضية رئيسية من قضايا الصحة العامة، وهو ما أبرزه إعلان بانكوك (49)، تبرز فرصة للاستفادة من هذا الزخم لضمان أن تكون إصلاحات النظم الصحية الرامية إلى تحسين إمكانية الوصول إلى رعاية صحة الفم والقدرة على تحمل تكلفتها دامجة

للأشخاص ذوي الإعاقة. وتحدد خطة العمل العالمية بشأن صحة الفم 100 إجراء موزعة بحسب مجموعات أصحاب المصلحة المختلفة لتحسين صحة الفم في البلدان وصولًا إلى رؤية التغطية الصحية الشاملة للجميع. وهذه الإجراءات قابلة للتكييف مع السياق الوطني، وتتيح فرصة لتعزيز دمج الأشخاص ذوي الإعاقة أثناء التنفيذ. وتُعرض الجوانب الرئيسية في هذا الموجز وفقًا لمبادئ التنفيذ الواردة في التقرير العالمي بشأن الإنصاف الصحي للأشخاص ذوي الإعاقة (2). وعلى الصعيد العملي، تعتمد هذه المبادئ على إشراك طيف من أصحاب المصلحة من القطاع الصحي بشقيه العام والخاص، وينبغي إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة منذ المراحل الأولى.

وفي سياق التغطية الصحية الشاملة، يضمن تبنّي نهج الرعاية الصحية الأولية (PHC) إتاحة رعاية صحة الفم الأساسية في المكان والوقت المناسبين. ويشمل ذلك إتاحة خدمات الوقاية من أمراض الفم ورعايتها للجميع، مدعومة بنظام إحالة فعّال للأقلية التي تحتاج إلى تكييفات إضافية. وتُعرَّف الرعاية الصحية الأولية بأنها نهج يشمل المجتمع بأسره يهدف إلى تعظيم مستوى الصحة والرفاه وتوزيعهما من خلال ثلاثة مكونات: (أ) الرعاية الأولية ووظائف الصحة العامة الأساسية بوصفها جوهر الخدمات الصحية المتكاملة؛ (ب) السياسات والإجراءات متعددة القطاعات؛ و(ج) تمكين الأفراد والمجتمعات (50). وهذا هو النهج الأساسي الذي تدعو إليه خطة العمل العالمية بشأن صحة الفم ويسهم في تعزيز الإنصاف للأشخاص ذوي الإعاقة.

4.1 المبدأ الموصى به 1: وضع الإنصاف الصحي للأشخاص ذوي الإعاقة في صميم أي إجراء في القطاع الصحي

ينبغي لخدمات الوقاية من أمراض الفم وتدبيرها المدرجة ضمن حزم منافع التغطية الصحية الشاملة أن تستجيب لاحتياجات جميع السكان، بمن فيهم الأشخاص ذوو الإعاقة. ويجب أن تتضمن حزم المنافع عنصرًا خاصًا بالتكييف يضمن الاعتراف المالي بالوقت والموارد الإضافية التي يحتاج إليها بعض الأشخاص ذوي الإعاقة للحصول على رعاية منصفة لصحة الفم (2). وقد تكون هناك حاجة إلى ترتيبات إضافية لضمان حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على رعاية لصحة الفم مماثلة لما يحصل عليه غيرهم من حيث الجودة والنطاق. ومن الضروري كذلك ضمان إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات صحة الفم؛ ويشمل ذلك، على سبيل المثال، المرافق التي يسهل الوصول إليها بالكراسي المتحركة، أو توفير معلومات صحة الفم بصيغ متنوعة مثل النسخ سهلة القراءة.

كما ينبغي النظر بعناية في استخدام تدخلات صحة الفم طفيفة التوغل، مثل تطبيق ورنيش الفلورايد وفلوريد ثنائي أمين الفضة، أو ترميمات الإسمنت الزجاجي الأيوني باستخدام الأدوات اليدوية (46، 51). وهذه الإجراءات فعالة من حيث التكلفة، ويستطيع العاملون في الرعاية الصحية الأولية تنفيذها بسهولة، كما أنها ملائمة للوقاية من تسوس الأسنان وإيقاف تقدمه أو ترميم بنية السن، ولا سيما عندما تحول القيود الجسدية أو القلق دون استخدام أنواع أخرى من العلاج. ومع ذلك، ينبغي الحرص على أن يكون العلاج بالمستوى نفسه من الجودة والقبول لجميع الفئات السكانية بصرف النظر عن الإعاقة.

وبالنسبة إلى الأشخاص ذوي الإعاقة الذين لا يمكن تلبية احتياجاتهم من صحة الفم في مرافق الرعاية الأولية، يلزم وجود مسارات إحالة سريعة وانسيابية إلى مرافق قادرة على تقديم رعاية مكيَّفة. وينبغي لهذه المرافق أن تكون قادرة على تلبية الاحتياجات المحددة، بما في ذلك إتاحة أدوية التهدئة، والقوى العاملة الماهرة، والمعدات الأكثر تخصصًا. ويساعد ضمان هذه المسارات على

حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على رعاية صحة الفم الأساسية التي يحتاجون إليها بطريقة آمنة وملائمة ومحترمة. كما ينبغي مراعاة ملاءمة المعدات المرتبطة بصحة الفم، مثل كراسي الأسنان، لأن بعض الأشخاص ذوي الإعاقة قد لا يتمكنون من الانتقال إلى كراسي الأسنان القياسية أو استخدامها.

كذلك، يمكن لتقنيات الصحة الرقمية أن تحسّن إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى رعاية صحة الفم. وتوجد معايير دولية في هذا المجال، من بينها المعيار العالمي المشترك بين منظمة الصحة العالمية والاتحاد الدولي للاتصالات بشأن إمكانية الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية عن بُعد (52). ومع ذلك، يجب أن يراعي تنفيذ برامج الصحة الرقمية وخدمات الرعاية الصحية عن بُعد الإنصاف في الوصول إلى الموارد التقنية، وتوفر شبكات هاتف وإنترنت موثوقة، وقدرة الأفراد على التعامل مع التقنية.

وأخيرًا، قد تسهم القوى العاملة الصحية في تردي النتائج الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة، ومن ذلك مثلًا ترسيخ الوصم أو الإحجام عن الإحالة داخل النظام الصحي. وقد يحدث ذلك عندما لا يتلقى العاملون المؤهلون لعلاج أمراض الفم تدريبًا منهجيًا يُكسبهم المهارات والخبرات اللازمة لتلبية احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة (53-60). ويحتاج العاملون في مجال صحة الفم إلى تدريب على جميع جوانب الرعاية المكيَّفة، بما في ذلك التواصل، وتقنيات دعم السلوك، وتكييف إمكانية الوصول المادي، والحصول على الموافقة المستنيرة، وتدبير الأمراض المصاحبة. وفي المقابل، قد لا يكون الأشخاص المدرَّبون على رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة مدرَّبين على رعاية صحة الفم. ويحتاج المهنيون الصحيون العاملون مع الأشخاص ذوي الإعاقة إلى تدريب على الوقاية من أمراض الفم وتدبيرها، بما في ذلك تقنيات تفريش الأسنان الأساسية، والإرشاد الغذائي، وتطبيق علاجات الفلورايد الموضعية. وفي الوقت الراهن، لا تتوافر بسهولة لمقدمي الرعاية للأشخاص ذوي الإعاقة برامج للتدريب على نظافة الفم والتمارين الوظيفية للحد من اضطرابات وظائف الفم، على الرغم من أن الأبحاث أثبتت فعاليتها (61).

4.1.1 الإجراءات ذات الصلة من خطة العمل العالمية بشأن صحة الفم

تقترح خطة العمل العالمية بشأن صحة الفم الإجراءات الآتية للدول الأعضاء للتصدي لهذه التحديات (5):

الإجراء 62: دمج رعاية صحة الفم في الرعاية الصحية الأولية

دمج رعاية صحة الفم في جميع مستويات الخدمة، بما في ذلك توفير الكوادر المطلوبة، ومزيج المهارات والكفاءات، وإنشاء مسارات إحالة وآليات دعم تُبسّط تنسيق الرعاية مع المجالات الأخرى في النظام الصحي. ويشمل ذلك بوجه خاص تبسيط مسارات الإحالة إلى خدمات طب أسنان الرعاية الخاصة عند الحاجة.

الإجراء 63: العمل على تحقيق خدمات متكاملة لصحة الفم ضمن التغطية الصحية الشاملة

توسيع نطاق التغطية من خلال الرعاية عند الطلب في مرافق الرعاية الأولية باستخدام حزمة أساسية لرعاية صحة الفم.

الإجراء 65: ضمان الإمدادات الأساسية لصحة الفم

إعطاء الأولوية لتوافر المستلزمات والمواد الاستهلاكية الأساسية لرعاية صحة الفم وتوزيعها ضمن آليات الشراء العام الخاصة بالرعاية الأولية.

الإجراء 69: تحقيق الاستخدام الأمثل للتقنيات الرقمية في رعاية صحة الفم

دعم الوصول والاستشارات عبر الوسائل الرقمية لأغراض الكشف المبكر عن أمراض الفم وتدبيرها والإحالة.

الإجراء 48: إصلاح تعليم صحة الفم داخل المهنة الواحدة وبين المهن المختلفة

إعداد الطلاب للممارسة التعاونية ودمج صحة الفم في الرعاية الصحية الأولية. وتعزيز الوصول المنصف إلى التعليم المهني في مجال صحة الفم وحمايته، بما يزيد تنوع القوى العاملة في صحة الفم من حيث الوضع الاجتماعي والاقتصادي والجنس والإعاقة والأصل العرقي والموقع الجغرافي، ويعزز كفاءتها الثقافية.

واستكمالًا للجهود السابقة، تقترح الخطة كذلك إجراءات لأصحاب المصلحة من غير الجهات الحكومية، منها (5):

الإجراء 73: تعزيز خدمات صحة الفم ضمن التغطية الصحية الشاملة

دعم إعداد حزمة من خدمات صحة الفم الأساسية وتنفيذها، وتوفير منصات لتبادل الدروس المستفادة وعوامل النجاح الرئيسية لدمج خدمات صحة الفم في خطط التغطية الصحية الشاملة، مع مراعاة الأشخاص ذوي الإعاقة والحاجة إلى مسارات إحالة فعّالة.

الإجراء 74: حشد أصحاب المصلحة لرعاية صحة الفم

ضمان تمثيل منظمات المجتمع المدني لتعزيز المشاركة والشعور بالملكية، وتشجيع إنشاء منظمات جديدة معنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ودعم المنظمات القائمة منها، لكي تُدرج الوصول إلى رعاية صحة الفم الأساسية والشمول بالتغطية الصحية الشاملة ضمن جهودها في المناصرة.

تدعو خطة العمل العالمية بشأن صحة الفم إلى دمج رعاية صحة الفم في الرعاية الصحية الأولية، بما يشمل توافر مستلزمات رعاية صحة الفم الأساسية وتوزيعها، وتبسيط مسارات الإحالة بما يعزز تنسيق الرعاية. ويمكن دعم ذلك من خلال تجريب

التقنيات الرقمية وتوسيع نطاقها، متى كان ذلك مناسبًا، بما يعزز الكشف المبكر عن أمراض الفم وترصدها والتدريب في هذا المجال. وتُرجّح هذه الأساليب نهجًا قائمًا على النظم قادرًا على استيعاب الاحتياجات المتنوعة للسكان، فتستهدف بذلك عوامل النظام الصحي التي تسهم في أوجه عدم الإنصاف لدى الأشخاص ذوي الإعاقة.

كما تتضمن الخطة إجراءات تدعو إلى تطوير مناهج تعليمية لمهنيي صحة الفم بشأن احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة، وإلى آليات اعتماد مثل التطوير المهني المستمر. وتمثل هذه الإجراءات فرصًا لتعزيز الممارسات الدامجة في تقديم رعاية صحة الفم بحيث تتطور مع التقدم الاجتماعي والتقني. وعلى نطاق أوسع، تدعو الخطة إلى الابتكار وصولًا إلى نماذج أكثر ديناميكية للقوى العاملة الصحية تشمل نقل المهام وتقاسمها للاستجابة لاحتياجات السكان، بما في ذلك احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة. وتستهدف هذه الأساليب عوامل النظام الصحي والعوامل البنيوية التي تسهم في أوجه عدم الإنصاف لدى الأشخاص ذوي الإعاقة (5).

4.1.2 مثال من البرازيل

دمجت البرازيل خدمات صحة الفم في نظامها الصحي العام من خلال النظام الصحي الموحد (SUS)، بما يضمن الوصول الشامل. وتُقدَّم رعاية صحة الفم ضمن الرعاية الصحية الأولية من خلال شبكة من فرق استراتيجية صحة الأسرة (FHS). ويضمن النهج البرازيلي تنسيق خدمات صحة الفم مع التخصصات الصحية الأخرى وإتاحتها على جميع مستويات الرعاية. وتركز سياسات صحة الفم في البلاد على تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض من خلال التعاون بين القطاعات، بما في ذلك الشراكات مع قطاعات التعليم والصرف الصحي والخدمات الاجتماعية. وتُقدَّم بصورة روتينية في مرافق الرعاية الصحية الأولية تدابير وقائية مثل تطبيق الفلورايد، ونظافة الفم تحت الإشراف، والإرشاد الغذائي. ويعزز هذا النموذج المتكامل إمكانية وصول الفئات المهمشة، بمن فيهم الأشخاص ذوو الإعاقة، ويضمن إتاحة فرص الحصول على رعاية صحة الفم الأساسية على نطاق واسع، وألا تقتصر على ترتيبات الرعاية الخاصة وحدها (62).

4.1.3 مثال من اليابان

في اليابان، يوفّر دمج صحة الفم في نظام التغطية الصحية الشاملة حماية مالية لجميع المواطنين، بمن فيهم الأشخاص ذوو الإعاقة. وبموجب نظام التأمين الصحي الإلزامي في اليابان، تُغطّى العلاجات السنية الأساسية لجميع المقيمين، ومنها تدبير تسوس الأسنان، وعلاج أمراض دواعم السن، والأطقم السنية، وجراحة الفم، مع سقف لنسبة المشاركة في التكلفة يبلغ عادةً 30%، وتنخفض هذه النسبة كثيرًا لذوي الدخل المنخفض والأشخاص ذوي الإعاقة. وتضمن هذه الحماية المالية تمكّن الأشخاص ذوي الإعاقة من الحصول على رعاية صحة الفم الأساسية دون مواجهة تكاليف باهظة (63، 64).

وتكمل الجمعية اليابانية للإعاقة وصحة الفم هذا النظام من خلال تسهيل الإحالة من مقدمي الخدمات المجتمعية إلى وحدات طب الأسنان في المستشفيات، بما يضمن استمرارية الرعاية وتوافر الخبرة السريرية للحالات المعقدة. كما يعزز تعاونها مع جامعات طب الأسنان وبرامج الشهادات المهنية جودة رعاية صحة الفم وإتاحتها للأشخاص ذوي الإعاقة (65).

4.2 المبدأ الموصى به 2: ضمان تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة والمنظمات الممثلة لهم ومشاركتهم الهادفة عند تنفيذ أي إجراء في القطاع الصحي

يُعد تمكين الأفراد ذوي الخبرة المعيشة، بمن فيهم الأشخاص ذوو الإعاقة، أمرًا أساسيًا للنهوض بنظم صحية دامجة وفعّالة. وتعرّف منظمة الصحة العالمية المشاركة الهادفة بأنها إشراك الأشخاص ذوي الخبرة المعيشة في عمليات وأنشطة متنوعة على نحو يقوم على الاحترام وصون الكرامة والإنصاف، ضمن بيئات تتيح تقاسم السلطة وتقدّر المعرفة القائمة على التجربة بوصفها نوعًا من الخبرة (66). وفي سياق أمراض الفم وغيرها من الأمراض غير السارية (NCDs)، يقدم الأفراد والمجتمعات التي تعايش الإعاقة رؤى بالغة الأهمية يمكن أن تسهم في تشكيل سياسات وبرامج لصحة الفم أكثر شمولًا وإنصافًا وتأثيرًا.

في عام 2023، أصدرت منظمة الصحة العالمية «إطار المشاركة الهادفة للأشخاص المتعايشين مع الأمراض غير السارية وحالات الصحة النفسية والعصبية» (66). ويُعد الإطار دليلًا للمنظمة والدول الأعضاء، إذ يحدد المبادئ والعوامل الممكِّنة والإجراءات الرئيسية لتيسير مشاركة الأشخاص ذوي الخبرة المعيشة. ويمكن تكييف هذه الإرشادات بسهولة وتطبيقها في تنفيذ خطة العمل العالمية بشأن صحة الفم لتعزيز دمج الأشخاص ذوي الإعاقة.

ويرتبط هذا المبدأ كذلك ارتباطًا وثيقًا بركيزة الرعاية الصحية الأولية المتعلقة بتمكين الأفراد والمجتمعات، وهي ركيزة تعززت مؤخرًا في عام 2024 باعتماد قرار جمعية الصحة العالمية بشأن المشاركة الاجتماعية من أجل التغطية الصحية الشاملة والصحة والرفاه (WHA77.2). ويعكس هذا القرار تأكيد الدول الأعضاء أهمية المشاركة الاجتماعية المنتظمة والهادفة في صنع القرارات المتعلقة بالصحة للنهوض بالتغطية الصحية الشاملة والإنصاف والثقة في النظم الصحية. ويدعو القرار تحديدًا إلى المشاركة الدامجة للفئات الهشة والمهمشة، بمن فيهم الأشخاص ذوو الإعاقة، لضمان استجابة السياسات والخطط الصحية لاحتياجاتهم والتزامها بمبادئ المساواة وعدم التمييز.

4.2.1 الإجراءات ذات الصلة من خطة العمل العالمية بشأن صحة الفم

تقترح خطة العمل العالمية بشأن صحة الفم الإجراء الآتي للدول الأعضاء للتصدي لهذه التحديات (5):

الإجراء 6: إشراك المجتمع المدني في قضايا صحة الفم

ضمان مشاركة منظمات المجتمع المدني ومجموعات دعم المرضى في تخطيط البرامج ذات الصلة وتنفيذها ورصدها. وتوفير منصات للمشاركة والتمكين من خلال زيادة الوعي بالإنصاف في صحة الفم، والسعي بصورة نشطة إلى تمثيل الأشخاص ذوي الإعاقة، وإشراكهم في وضع سياسات صحة الفم وإرشاداتها، وكذلك في تنفيذها ودمج صحة الفم في منظومة الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية الأوسع.

واستكمالًا للجهود السابقة، تقترح الخطة كذلك إجراءات لأصحاب المصلحة من غير الجهات الحكومية، منها (5):

الإجراء 17: تعزيز نهج يشمل الحكومة بأسرها في مجال صحة الفم

المشاركة في آليات تنسيق متعددة القطاعات لتحقيق أهداف صحة الفم والأهداف الأخرى المتعلقة بالأمراض غير السارية داخل القطاع الصحي وخارجه.

الإجراء 18: تعزيز صحة الفم بوصفها منفعة عامة

التعاون بين منظمات المجتمع المدني، بما في ذلك الجمعيات المهنية لصحة الفم، لتعزيز صحة الفم وحمايتها باعتبارها منفعة عامة.

الإجراء 20: إشراك الأشخاص المتأثرين بأمراض الفم وحالاته

الدعوة إلى آليات حوكمة دامجة لصحة الفم والمشاركة فيها، وضمان أن تُشرك عمليات صنع القرار المؤسسية في مجال صحة الفم الأشخاصَ المتعايشين مع أمراض الفم أو ذوي احتياجات الرعاية الخاصة أو ذوي الإعاقة، إضافة إلى مهنيي صحة الفم.

تتوافق خطة العمل العالمية بشأن صحة الفم مع المبادرات الأوسع في قطاع الأمراض غير السارية لتحسين إشراك الأشخاص ذوي الخبرة المعيشة. وفي سبيل تعزيز الإنصاف في صحة الفم للأشخاص ذوي الإعاقة، تؤكد الخطة أهمية إنشاء منصات تمكّن الأشخاص ذوي الإعاقة و/أو المجموعات التي تمثلهم من الإسهام الفعّال في تطوير السياسات والبرامج. كما تدعو إلى إضفاء الطابع المؤسسي على الآليات التي تدعم هذه المشاركة الدامجة وتحافظ على استدامتها.

4.2.2 مثال من المغرب

يوضح «إطار منظمة الصحة العالمية للمشاركة الهادفة للأشخاص المتعايشين مع الأمراض غير السارية وحالات الصحة النفسية والعصبية» (66)، الذي جرى تجريبه في المغرب، كيف يمكن للاعتداد بالخبرة المعيشة بوصفها خبرة متخصصة أن يدفع نحو إصلاحات دامجة في النظام الصحي، وهو نموذج وثيق الصلة بتحسين الإنصاف في صحة الفم للأشخاص ذوي الإعاقة. ففي المغرب، عرض الناجون من السرطان تجاربهم المتعلقة بصعوبات الوصول والوصم والإقصاء في التعليم وسوق العمل، وحددوا الحاجة إلى تعزيز التعاون بين أصحاب المصلحة المتعددين والقطاعات المختلفة، وإلى مبادرات لبناء القدرات تقودها منظمات المجتمع المدني المحلية.

ومنذ ذلك الحين، أحرزت منظمات المجتمع المدني بالتعاون مع الشركاء الحكوميين في المغرب تقدمًا في إرساء حماية قانونية واجتماعية في بيئة العمل للأشخاص المتعايشين مع السرطان. ويمكن تطبيق هذا النهج على صحة الفم، ولا سيما فيما يخص

الأشخاص ذوي الإعاقة، من خلال تدريب الأشخاص ذوي الخبرة المعيشة على المناصرة والتواصل، وإدماج أصواتهم في تصميم السياسات، وإنشاء شبكات للإحالة والدعم عبر قطاعات الصحة والعمل والتعليم والخدمات الاجتماعية. وقد يدعم تكييف هذا النهج للأشخاص ذوي الإعاقة إضفاء الطابع المؤسسي على مشاركتهم في عمليات تطوير السياسات التي تشكّل نظمًا صحية منصفة، بما في ذلك الوصول إلى رعاية صحة الفم.

4.3 المبدأ الموصى به 3: رصد مدى إسهام إجراءات القطاع الصحي في تحقيق الإنصاف الصحي للأشخاص ذوي الإعاقة وتقييمه

تقتصر البيانات المتاحة حاليًا عن صحة الفم للأشخاص ذوي الإعاقة على نتائج الأبحاث المنشورة في الأدبيات العلمية المحكَّمة. ونادرًا ما تتضمن عمليات الجمع المنهجي لبيانات صحة الفم تفصيل البيانات حسب حالة الإعاقة أو القدرة الوظيفية. وغالبًا ما يُستبعد الأشخاص ذوو الإعاقة من جمع البيانات الوبائية، إما صراحةً باستبعاد عناوين المؤسسات الإيوائية، أو ضمنيًا برفض التمثيل بالنيابة أو بسبب غياب وسائل تواصل مناسبة. وينبغي اعتبار حالة الإعاقة متغيرًا أساسيًا أوليًا في جميع عمليات جمع البيانات، شأنها شأن الجنس أو العمر (3). ويضمن جمع البيانات بأدوات مصممة صراحةً لجمع المعلومات عن الإعاقة اتباع منهج موحد قادر على إنتاج بيانات قابلة للمقارنة بين البلدان والثقافات بشأن صحة الفم والإعاقة. وهذا ضروري لإبراز أوجه عدم الإنصاف الصحي التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة وتحديد الحلول الملائمة لكل سياق (67، 68).

4.3.1 الإجراءات ذات الصلة من خطة العمل العالمية بشأن صحة الفم

تقترح خطة العمل العالمية بشأن صحة الفم الإجراءات الآتية للدول الأعضاء للتصدي لهذه التحديات (5):

الإجراء 79: تعزيز نظم معلومات صحة الفم

دعم تطوير نظم معلومات صحة الفم وترصدها وتحسينها بحيث تكون قادرة على متابعة عوامل الخطورة والمحددات الاجتماعية والتجارية لأوجه عدم الإنصاف في صحة الفم.

الإجراء 82: زيادة شفافية معلومات صحة الفم وإتاحتها

إتاحة المعلومات مجهولة الهوية والبيانات المفصلة على النحو المناسب عن صحة الفم لدى السكان للعموم، بما يدعم البحث والتحليل والتخطيط والإدارة وصنع السياسات والمناصرة.

الإجراء 90: إعطاء الأولوية لبحوث صحة الفم ذات الأهمية للصحة العامة

تعزيز بحوث التنفيذ والبحوث التشغيلية وسد الفجوات في تحويل نتائج البحوث إلى ممارسة فيما يتعلق بأوجه عدم الإنصاف في صحة الفم.

واستكمالًا للجهود السابقة، تقترح الخطة كذلك إجراءات لأصحاب المصلحة من غير الجهات الحكومية، منها (5):

الإجراء 86: النهوض بمقاييس صحة الفم

تعزيز استخدام مؤشرات صحة الفم المتوافقة مع المقاييس الصحية العالمية المستخدمة لتقييم عبء المرض، مثل الانتشار وسنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة، مع ضمان تفصيل هذه البيانات بحسب العمر والجنس وحالة الإعاقة.

يُخصص أحد الأهداف الاستراتيجية الستة لخطة العمل العالمية بشأن صحة الفم بالكامل لنظم معلومات صحة الفم، ما يبرز أهميتها المحورية في دفع جدول الأعمال الصحي العالمي قدمًا اعتمادًا على معلومات متينة وآنية وذات صلة بالسياسات لدعم صنع القرار. وتركز الإجراءات ذات الصلة بالنهوض بالإنصاف للأشخاص ذوي الإعاقة على تطوير مدخلات ومخرجات بيانات دامجة ودمجها. وتستجيب هذه الأساليب لعوامل النظام الصحي التي تسهم في استمرار أوجه عدم الإنصاف لدى الأشخاص ذوي الإعاقة.

4.3.2 مثال من أستراليا

تقدم أستراليا مثالًا بارزًا على كيفية جمع بيانات صحة الفم المفصلة حسب حالة الإعاقة وتحليلها بصورة منهجية. فقد تضمن «مسح الإعاقة والشيخوخة ومقدمي الرعاية» لعام 2018 (SDAC)، الذي أجراه مكتب الإحصاءات الأسترالي، بيانات عن استخدام خدمات رعاية صحة الفم، والعوائق المتعلقة بالتكلفة، والتأخر في الحصول على الرعاية. ويحدد المسح الإعاقة باستخدام مجموعة موحدة من الأسئلة عن أوجه المحدودية أو التقييد أو القصور التي تستمر ستة أشهر أو أكثر، موزعة على 10 أنشطة من أنشطة الحياة اليومية ومجالين من مجالات الحياة هما المدرسة والعمل.

ويصنف المسح كذلك شدة الإعاقة بناءً على الحاجة إلى المساعدة أو استخدام الوسائل المساندة في الأنشطة الأساسية، مثل العناية الذاتية والحركة والتواصل. وقد أتاح هذا الإطار تفصيلًا دقيقًا لمؤشرات صحة الفم بحسب العمر والجنس والموقع الجغرافي ونوع الإعاقة وشدة القيد الوظيفي. ويتيح هذا المستوى التفصيلي من جمع البيانات عن خدمات صحة الفم للأشخاص ذوي الإعاقة تحديد القضايا المتعلقة بالسياسات ورصد أثر تدابير السياسات (69).

5. الخلاصة

تُعد أمراض الفم أكثر الأمراض غير السارية شيوعًا عالميًا، على الرغم من إمكانية الوقاية منها إلى حد كبير. وتنتشر هذه الأمراض بين الأشخاص ذوي الإعاقة بمعدلات مرتفعة على نحو غير متناسب، ويواجهون إلى جانب ذلك عوائق كبيرة تحول دون حصولهم

على رعاية مناسبة وميسورة التكلفة لصحة الفم بما يتوافق مع مبادئ التغطية الصحية الشاملة. ولن تتحقق الطموحات الصحية العالمية الرامية إلى بلوغ التغطية الصحية الشاملة بحلول عام 2030، بما فيها رعاية صحة الفم، لما نسبته 16% من سكان العالم من ذوي الإعاقة ما لم تُبذل جهود متضافرة لضمان دمجهم (2).

أوضح موجز السياسات هذا كيف توفر خطة العمل العالمية بشأن صحة الفم فرصًا عملية لمعالجة هذه الأوجه من عدم الإنصاف. ومن خلال تنفيذ إجراءات الخطة بطريقة دامجة للأشخاص ذوي الإعاقة، ولا سيما عبر تقديم خدمات منصفة، وإشراك الأشخاص ذوي الإعاقة إشراكًا هادفًا في تطوير السياسات والبرامج الصحية، وتعزيز نظم معلومات صحة الفم، يمكن إحراز تقدم نحو ضمان الاعتراف باحتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة وتلبيتها.

ويتطلب تحقيق رؤية خطة العمل العالمية بشأن صحة الفم المتمثلة في التغطية الصحية الشاملة لصحة الفم بحلول عام 2030 التزامًا بالدمج والإنصاف والعمل القائم على الأدلة. ويجب إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة لا بوصفهم مستفيدين فحسب، بل باعتبارهم مساهمين فاعلين في تشكيل سياسات وبرامج صحة الفم التي تعكس حقوقهم واحتياجاتهم.

المراجع

ملاحظة تحريرية: أُبقيت بيانات المراجع وعناوينها باللغة الأصلية حفاظًا على دقة الاستشهاد وسهولة الوصول إلى المصادر.

1. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: World Health Organization; 2022 (https://iris.who.int/handle/10665/364538).

2. Global report on health equity for persons with disabilities. Geneva: World Health Organization; 2022 (https://iris.who.int/handle/10665/364834).

3. Faulks D. Oral health inequalities and disability: Closing the gap. Community Dent Oral Epidemiol. 2023;51(4):621-6.

4. United Nations Department of Economic and Social Affairs Disability (DESA). Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) [Available from: https://social.desa.un.org/issues/disability/crpd/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-crpd].

5. Global strategy and action plan on oral health 2023–2030. Geneva: World Health Organization; 2024 (https://iris.who.int/handle/10665/376623).

6. Tracking progress on the implementation of the Global oral health action plan 2023-2030: baseline report. Geneva: World Health Organization; 2025 (https://iris.who.int/handle/10665/380314).

7. Hennequin M, Moysan V, Jourdan D, Dorin M, Nicolas E. Inequalities in oral health for children with disabilities: a French national survey in special schools. PLoS One. 2008;3(6):e2564.

8. Ward LM, Cooper SA, Hughes-McCormack L, Macpherson L, Kinnear D. Oral health of adults with intellectual disabilities: a systematic review. J Intellect Disabil Res. 2019;63(11):1359-78.

9. Lee J-Y, Lim K-C, Kim S-Y, Paik H-R, Kim Y-J, Jin B-H. Oral health status of the disabled compared with that of the non-disabled in Korea: A propensity score matching analysis. PLOS ONE. 2019;14(1):e0208246.

10. Cannobbio VC, Cartes-Velásquez R, McKee M. Oral Health and Dental Care in Deaf and Hard of Hearing Population: A Scoping Review. Oral Health Prev Dent. 2020;18(3):417-25.

11. Ningrum V, Bakar A, Shieh TM, Shih YH. The Oral Health Inequities between Special Needs Children and Normal Children in Asia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Healthcare (Basel). 2021;9(4).

12. Chang J, Lee J-H, Son H-H, Kim H-Y. Caries risk profile of Korean dental patients with severe intellectual disabilities. Special Care in Dentistry. 2014;34(4):201-7.

13. Cumella S, Ransford N, Lyons J, Burnham H. Needs for oral care among people with intellectual disability not in contact with Community Dental Services. J Intellect Disabil Res. 2000;44 (Pt 1):45-52.

14. Dourado MR, Andrade PM, Ramos-Jorge ML, Moreira RN, Oliveira-Ferreira F. Association between executive/attentional functions and caries in children with cerebral palsy. Res Dev Disabil. 2013;34(9):2493-9.

15. Khocht A, Janal M, Turner B. Periodontal health in Down syndrome: contributions of mental disability, personal, and professional dental care. Spec Care Dentist. 2010;30(3):118-23.

16. Mac Giolla Phadraig C, McCallion P, Cleary E, McGlinchey E, Burke E, McCarron M, et al. Total tooth loss and complete denture use in older adults with intellectual disabilities in Ireland. J Public Health Dent. 2015;75(2):101-8.

17. Oliveira JS, Prado Júnior RR, de Sousa Lima KR, de Oliveira Amaral H, Moita Neto JM, Mendes RF. Intellectual disability and impact on oral health: a paired study. Spec Care Dentist. 2013;33(6):262-8.

18. Armour BS, Swanson M, Waldman HB, Perlman SP. A profile of state-level differences in the oral health of people with and without disabilities, in the U.S., in 2004. Public Health Rep. 2008;123(1):67-75.

19. Bandana Pathak, Samrit Srithamrongsawat, Pimsurang Taechaboonsermsak, Yaowaluk Ngoenwiwatkul. Comparison of Oral Health Status Between Special Needs and General Public Schoolchildren Aged 11-13 Years, Nepal. Research Square. 2021.

20. Purohit BM, Singh A. Oral health status of 12-year-old children with disabilities and controls in Southern India. WHO South East Asia J Public Health. 2012;1(3):330-8.

21. Yashoda R, Puranik MP. Oral health status and parental perception of child oral health related quality-of-life of children with autism in Bangalore, India. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2014;32(2):135-9.

22. AlJameel AH, Watt RG, Tsakos G, Daly B. Down syndrome and oral health: mothers' perception on their children's oral health and its impact. J Patient Rep Outcomes. 2020;4(1):45.

23. Aljameel A. Oral Health-Related Quality of Life Outcomes for Individuals with Disabilities: A Review. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2020;14.

24. Du RY, Yiu CKY, King NM. Health- and oral health-related quality of life among preschool children with autism spectrum disorders. Eur Arch Paediatr Dent. 2020;21(3):363-71.

25. Du RY, McGrath C, Yiu CK, King NM. Health- and oral health-related quality of life among preschool children with cerebral palsy. Qual Life Res. 2010;19(9):1367-71.

26. Singh A, Agarwal A, Aeran H, Dhawan P. Oral Health & Quality of Life in preadolescents with hearing impairment in Uttarakhand, India. J Oral Biol Craniofac Res. 2019;9(2):161-5.

27. Couto P, Pereira PA, Nunes M, Mendes RA. Oral health-related quality of life of Portuguese adults with mild intellectual disabilities. PLoS One. 2018;13(3):e0193953.

28. Singh A, Dhawan P, Gaurav V, Rastogi P, Singh S. Assessment of oral health-related quality of life in 9-15 year old children with visual impairment in Uttarakhand, India. Dent Res J (Isfahan). 2017;14(1):43-9.

29. Pradhan A, Keuskamp D, Brennan D. Oral health-related quality of life improves in employees with disabilities following a workplace dental intervention. Eval Program Plann. 2016;59:1-6.

30. Keles S, Abacıgil F, Adana F, Yeşilfidan D, Okyay P. The Association Between Dental Anxiety and Oral Health Related Quality of Life Among Individuals with Mild Intellectual Disability. Meandros Medical and Dental Journal. 2016;19.

31. El-Meligy O, Maashi M, Al-Mushayt A, Al-Nowaiser A, Al-Mubark S. The Effect of Full-Mouth Rehabilitation on Oral Health-Related Quality of Life for Children with Special Health Care Needs. J Clin Pediatr Dent. 2016;40(1):53-61.

32. Chang J, Patton LL, Kim HY. Impact of dental treatment under general anesthesia on the oral health-related quality of life of adolescents and adults with special needs. Eur J Oral Sci. 2014;122(6):363-71.

33. banto J, Ortega AO, Raggio DP, Bönecker M, Mendes FM, Ciamponi AL. Impact of oral diseases and disorders on oral-health-related quality of life of children with cerebral palsy. Spec Care Dentist. 2014;34(2):56-63.

34. Pani SC, Mubaraki SA, Ahmed YT, Alturki RY, Almahfouz SF. Parental perceptions of the oral health-related quality of life of autistic children in Saudi Arabia. Spec Care Dentist. 2013;33(1):8-12.

35. Tagelsir A, Khogli AE, Nurelhuda NM. Oral health of visually impaired schoolchildren in Khartoum State, Sudan. BMC Oral Health. 2013;13:33.

36. Pradhan A. Oral health impact on quality of life among adults with disabilities: carer perceptions. Aust Dent J. 2013;58(4):526-30.

37. Amaral Loureiro AC, Oliveira Costa F, Eustáquio da Costa J. The impact of periodontal disease on the quality of life of individuals with Down syndrome. Downs Syndr Res Pract. 2007;12(1):50-4.

38. Macarevich Condessa A, Pilotto LM, Celeste RK, Hilgert JB. Use of dental services by disability status in Brazil in 2013. Community Dent Oral Epidemiol. 2021;49(5):471-7.

39. Chi DL, Momany ET, Jones MP, Damiano PC. Timing of first dental visits for newly Medicaid-enrolled children with an intellectual or developmental disability in Iowa, 2005-2007. Am J Public Health. 2011;101(5):922-9.

40. Chi DL, Momany ET, Kuthy RA, Chalmers JM, Damiano PC. Preventive dental utilization for Medicaid-enrolled children in Iowa identified with intellectual and/or developmental disability. J Public Health Dent. 2010;70(1):35-44.

41. Kancherla V, Van Naarden Braun K, Yeargin-Allsopp M. Dental care among young adults with intellectual disability. Res Dev Disabil. 2013;34(5):1630-41.

42. Fosse C, Luo H, Laniado N, Okunseri C, Badner V. Dental access and expenditures for adults with intellectual and other disabilities. J Public Health Dent. 2021;81(4):299-307.

43. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health Geneva: World Health Organization; 2008 [Available from: https://iris.who.int/handle/10665/43943].

44. McAuliffe Ú, Whelton H, Harding M, Burke S. 'Toothless'-the absence of political priority for oral health: a case study of Ireland 1994-2021. BMC Oral Health. 2022;22(1):95.

45. Benzian H, Hobdell M, Holmgren C, Yee R, Monse B, Barnard JT, et al. Political priority of global oral health: an analysis of reasons for international neglect. Int Dent J. 2011;61(3):124-30.

46. Harnagea H, Couturier Y, Shrivastava R, Girard F, Lamothe L, Bedos CP, et al. Barriers and facilitators in the integration of oral health into primary care: a scoping review. BMJ Open. 2017;7(9):e016078.

47. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. The Lancet. 2019;394(10194):249-60.

48. Watt RG, Daly B, Allison P, Macpherson LMD, Venturelli R, Listl S, et al. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. The Lancet. 2019;394(10194):261-72.

49. Bangkok declaration - No health without oral health. Geneva: World Health Organization; 2025 (https://www.who.int/publications/m/item/bangkok-declaration---no-health-without-oral-health).

50. Operational framework for primary health care: transforming vision into action. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF); 2020 (https://iris.who.int/handle/10665/337641).

51. Molina GF, Faulks D, Mulder J, Frencken JE. High-viscosity glass-ionomer vs. composite resin restorations in persons with disability: Five-year follow-up of clinical trial. Braz Oral Res. 2019;33:e099.

52. WHO-ITU global standard for accessibility of telehealth services. Geneva: World Health Organization and International Telecommunication Union; 2022 (https://iris.who.int/handle/10665/356160).

53. Leal Rocha L, Vieira de Lima Saintrain M, Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer A. Access to dental public services by disabled persons. BMC Oral Health. 2015;15:35.

54. de Jongh A, van Houtem C, van der Schoof M, Resida G, Broers D. Oral health status, treatment needs, and obstacles to dental care among noninstitutionalized children with severe mental disabilities in The Netherlands. Spec Care Dentist. 2008;28(3):111-5.

55. Koneru A, Sigal MJ. Access to dental care for persons with developmental disabilities in Ontario. J Can Dent Assoc. 2009;75(2):121.

56. Pradhan A, Slade GD, Spencer AJ. Access to dental care among adults with physical and intellectual disabilities: residence factors. Aust Dent J. 2009;54(3):204-11.

57. Bindal P, Lin CW, Bindal U, Safi SZ, Zainuddin Z, Lionel A. Dental Treatment and Special Needs Patients (SNPs): Dentist's Point of View in Selected Cities of Malaysia. Biomedical Research. 2015;26(1):152-6.

58. Klingberg G, Hallberg U. Oral health -- not a priority issue a grounded theory analysis of barriers for young patients with disabilities to receive oral health care on the same premise as others. Eur J Oral Sci. 2012;120(3):232-8.

59. Devinsky O, Boyce D, Robbins M, Pressler M. Dental health in persons with disability. Epilepsy Behav. 2020;110:107174.

60. Dao LP, Zwetchkenbaum S, Inglehart MR. General dentists and special needs patients: does dental education matter? J Dent Educ. 2005;69(10):1107-15.

61. Fickert NA, Ross D. Effectiveness of a caregiver education program on providing oral care to individuals with intellectual and developmental disabilities. Intellect Dev Disabil. 2012;50(3):219-32.

62. de Lara JVI, Frazão P. Oral health guidelines in the primary care policies of five selected countries: An integrative review. Health Policy OPEN. 2021:100042.

63. The Commonwealth Fund. International Health Care System Profiles: Japan 2020 [Available from: https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/japan].

64. Vahdati A, Khadivi G, Ghorbani Z, Vahdati Helan E, Ranjbar A, Azimi S. Accessibility of Special Care Dentistry Across Countries: A Scoping Review. Healthcare. 2024;12(23):2376.

65. Japanese Society for Disability and Oral Health (JSDH). History and overview of the Japanese Society for Disability and Oral Health 2025 [Available from: https://www.jsdh.jp/english/].

66. WHO framework for meaningful engagement of people living with noncommunicable diseases, and mental health and neurological conditions. Geneva: World Health Organization; 2023 (https://iris.who.int/handle/10665/367340).

67. WHO functioning and disability disaggregation tool (FDD11). Geneva: World Health Organization; 2022 (https://iris.who.int/handle/10665/365954).

68. Lee L, Kamenov K, Fellinghauer C, Sabariego C, Chatterji S, Cieza A. WHO Functioning and Disability Disaggregation (FDD11) tool: a reliable approach for disaggregating data by disability. Archives of Public Health. 2022;80(249).

69. Australian Institute of Health and Welfare. Oral health and dental care in Australia 2024 [Available from: https://www.aihw.gov.au/reports/dental-oral-health/oral-health-and-dental-care-in-australia/contents/priority-populations/people-with-additional-and-or-specialised-health-c].

بيانات العمل الأصلي

World Health Organization. Oral health equity for persons with disabilities: a policy brief. Geneva: World Health Organization; 2026. https://doi.org/10.2471/B09684. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.