

تقييم الصحة الفموية لدى المهجرين المقيمين في مراكز الإيواء في دمشق وريفها - دراسة مقطعية

هدى المظلوم*

علي الشيخ حيدر**

المُلخَص

خلفية البحث وهدفه: يهدف هذا البحث إلى تقييم الحالة الصحية الفموية وتقييم العادات الفموية وجودة الحياة لدى المهجرين المقيمين في مراكز الإيواء في دمشق وريفها.

مواد البحث وطرائقه: دراسة مقطعية تألف حجم العينة فيها من 385 مريضاً بالغاً مقيماً بصفة دائمة ضمن مركز إيواء مدينة الحرجلة. حيث خضع المشاركون للنسخة المترجمة للغة العربية من استبيان الصحة الفموية الخاص بمنظمة الصحة العالمية، ويتضمن الاستبيان مجموعة من الأسئلة للتقييم الذاتي للصحة الفموية، والعادات الفموية، والزيارات الأخيرة لطبيب الأسنان، وجودة الحياة المتعلقة بالصحة الفموية.

النتائج: من 385 فردٍ بلغ عدد الذكور 128 والإناث 257، وقد تراوحت أعمار المشاركين ما بين 16 و87 سنة بمتوسط بلغ 40.97 سنة، وبلغت نسبة المدخنين 35.5%. وأظهرت الدراسة أن 92.5% عانوا من الألم خلال السنة الأخيرة، و32.4% وصفوا حالة أسنانهم بين (السيئة والسيئة جداً)، و33% وصفوا حالة لثتهم بين (السيئة والسيئة جداً)، و73% من المشاركين كان سبب زيارتهم لطبيب الأسنان هو الألم، و12.6% لا ينظفون أسنانهم أبداً.

الاستنتاجات: في حدود هذه الدراسة تبين وجود عادات فموية غير صحية وسوء عناية فموية بين المهجرين في مركز إيواء الحرجلة، وقد كان لسوء الصحة الفموية بشكل عام تأثير كبير في جودة الحياة الفموية ومواقف الحياة اليومية.

الكلمات المفتاحية: الصحة الفموية، المهجرون، منظمة الصحة العالمية، جودة الحياة المتعلقة بالصحة الفموية.

* طالبة ماجستير - طب الفم - كلية طب الأسنان - جامعة دمشق.

** المدرس الدكتور - قسم طب الفم - كلية طب الأسنان - جامعة دمشق.

Oral Health Assessment Of Internally Displaced People In Camps In Damascus And Its Suburbs: A Cross-sectional Study

Huda Almazloun*

Ali Alsheikh Haidar**

Abstract

Background & Aim: This study aims to assess the oral health status and oral habits and quality of life of the displaced people residing in camps in Damascus and its suburbs.

Materials and Methods: A cross-sectional study in which the sample size consisted of 385 adult patients permanently residing in the Hargla city camp. Where the participants underwent Arabic version of the oral health questionnaire of the World Health Organization, the questionnaire includes items for self-assessment of oral health, oral habits, recent visits to the dentist, and oral health related quality of life.

Results: From 385 individuals, the number of males was 128 and the females were 257. The age of the participants ranged between 16 and 87 years, with an average of 40.97 years, and the percentage of smokers was 35.5%. The study showed that 92.5% had experienced pain in the last year, 32.4% described the condition of their teeth between (bad and very bad) and 33% described the condition of their gums between (bad and very bad), 73% of the participants stated that the reason for their visit to the dentist was pain, 12.6% did not They never brush their teeth.

Conclusion: Within the limits of this study, it was found that there were unhealthy oral habits and poor oral hygiene among the displaced people in the Hargla camp, and poor oral health in general had a significant impact on the oral health related quality of life and daily life situations.

Keywords : Oral Health, Displaced People, WHO, Oral Health Related Quality Of Life .

*Master student - Department of oral medicine - faculty of dentistry- Damascus University.

** Professor - Department of oral medicine - faculty of dentistry- Damascus University.

المقدمة:

صنع الإنسان، وهم من بين أكثر الناس ضعفاً في العالم (Kalin, 1998).

أظهرت دراسة حديثة أنّ ما يقرب من نصف السوريين في مخيمات اللاجئين يعانون من القلق والاكتئاب، وأنّ غالبية اللاجئين يرون أنّ حالتهم الصحية "سيئة" أو "سيئة للغاية". والأهم من ذلك، فقد أفاد أكثر من نصف اللاجئين السوريين في نفس الدراسة بأنّ صحتهم تدهورت أثناء إقامتهم في المخيم (Al-Fahoum et al., 2015)، إلى جانب ذلك، فقد ورد في عام 2015 تقرير قام به كل من سلطحي والفقير أفاد بأنّ الحرب على سوريا أدت إلى تجاهل المهجرين لصحتهم الفموية بشكل تام على الرغم من أهميتها وتأثيرها على الصحة العامة، حدث هذا بسبب التعقيد والتكلفة العالية نسبياً للمعالجات السنوية، ما جعل الحصول عليها صعباً للغاية بالنسبة لهم، وحينما سُئل المهجرون عن سبب عدم تفرّيش أسنانهم، أفاد معظم المرضى أنّهم يفضلون شراء الطعام لأطفالهم على شراء فرشاة الأسنان ومعجون الأسنان، نتيجة لذلك ارتفع معدل نخور الأسنان والالتهابات السنوية، بما في ذلك الخراجات حول الذروية الحادة وحتى الالتهابات الوجهية الفموية (Saltaji & Alfakir, 2015).

تأثير النزوح على الصحة الفموية:

اقترحت الدراسات الاستكشافية الأولية للأدبيات وجود معلومات صحية فموية غير متجانسة وضعف الصحة الفموية لدى الأشخاص النازحين (Ghiabi et al., 2013)، وفي غالب الأحيان لا يتم التحري عن الصحة الفموية بشكل كافٍ أو إهمالها من قبل مرافق الصحة العامة وخدمات الرعاية الصحية المتخصصة، على الرغم من تأثيرها الواضح على جودة الحياة (Øzhayat et al., 2016)، وتشمل الأبعاد الشائعة في أدوات قياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة الفموية OHRQoL كلاً من الناحية الوظيفية (المضغ والبلع والكلام)، والناحية الاجتماعية

خلقت الأزمة السورية منذ اندلاعها واحدة من أسوأ الأزمات الإنسانية في عصرنا، فمنذ عام 2011، اضطر أكثر من نصف السوريين إلى الفرار من منازلهم بحثاً عن الأمان وفرص الحياة، وكثير منهم فرّ أكثر من مرة (Sweileh, 2018)، هذا ما خلّف ضغوطاً غير مسبوقه على الخدمات والأنظمة الصحية بسبب طبيعة الحرب التي طال أمدها، واستهداف المسعفين والبنية التحتية للرعاية الصحية، ونزوح الأطباء والمرضات، ونقص الإمدادات الطبية والأدوية، وتعطيل التعليم والتدريب الطبي (Sahloul et al., 2016) نتيجة لذلك، تأثر النظام الصحي في سوريا بشكل كارثي، مع انقطاع خطوط الإمداد، وتدهور عام للخدمات الرئيسية (UN, 2015).

تتميز تجربة النزوح بتغيير المكان، الصراع، انتهاكات حقوق الإنسان، الاضطهاد، الانفصال عن الأسرة وفترات طويلة أثناء العبور، مع الوصول المحدود أو المنعدم إلى الخدمات الصحية الأساسية، كما وتشمل التعذيب، والعنف الجسدي والجنسي، لذلك يتعرض اللاجئين والمهجرون لمختلف التحديات الطبية والنفسية والاجتماعية (Ay et al., 2016; El Arab & Sagbakken, 2018).

يشمل النازحون أو Displaced people كلاً من المهجرون داخلياً Internally Displaced People (الأشخاص الذين يبقون في بلادهم) بالإضافة إلى اللاجئين refugees (الأشخاص الذين يعبرون الحدود الدولية) (UN, n.d)، وهكذا فإنّ المهجرون داخلياً هم أفراد أو مجموعات أفراد أُجبروا أو اضطروا إلى مغادرة منازلهم أو أماكن إقامتهم المعتادة واستقروا في مناطق أخرى داخل وطنهم، وقد حدث ذلك نتيجة أو لتقادي آثار النزاع المسلح وحالات العنف المعمم وانتهاكات حقوق الإنسان أو كوارث طبيعية أو من

ثالث أكثر الحالات الصحية الحادة شيوعاً بين اللاجئين السوريين الذين يعيشون في مخيم الزعتري في الأردن بمعدل انتشار بلغ 13%، متخطية بذلك بعض الأمراض الفيروسية سهلة الانتقال كالإنفلونزا (UNHCR, 2018)، إضافة لذلك، كانت نخور الأسنان هي ثاني أكثر التشخيصات الأولية شيوعاً في مخيم للاجئين في بروكسل (van Berlaer et al., 2016).

وبذلك نجد أن تأثير سوء الصحة الفموية على جودة الحياة ذات أهمية ملحة لهذه الفئة من السكان كونهم خارج نظام الرعاية الصحية المعتاد لديهم، ولديهم موارد مالية محدودة، ويعيشون حالة انخفاض في إمكانية الحصول على الطعام المغذي والمياه النظيفة، وفقدان شبكة دعمهم الاجتماعي (Redwood-Campbell et al., 2008; Singh et al., 2008).

إن الاستنتاجات لهذه الدراسات تشير إلى وجود حاجة ملحة لإدراج اللاجئين ضمن خدمات طب الأسنان المستهدفة، وينبغي أن تشمل برامج إعادة التوطين فحص الأسنان والعلاج والتنظيف الصحي الفموي لمنع المزيد من التدهور في حالة صحة الأسنان (N Davidson et al., 2006; Willis & Bothun, 2011)، وحتى الآن، فإنّ البحوث العلمية لإعلام صانعي القرار والممارسين المهتمين بالصحة الفموية حول الاحتياجات الصحية والحصول على الرعاية الصحية الفموية للنازحين لاتزال محدودة (Riggs et al., 2015).

(المظهر والحياة الاجتماعية والعمل)، إضافة للناحية النفسية العاطفية (الشعور بالرضا والراحة والثقة)، ففي حين أنّ العوامل التقليدية مثل الوظيفة الفموية تشكل جزءاً أساسياً من جودة الحياة، فإنّ عوامل مثل الرفاهية الاجتماعية والعاطفية هي أبعاد تم إدخالها على اعتبار أنها تسهم في خلق حالات صحية إيجابية مثل السعادة والثقة لدى الفرد (Sischo & Broder, 2011).

لم يُدرس تأثير اللجوء على الصحة وجودة الحياة الفموية إلا قليلاً فقد أظهرت الدراسات السابقة، التي أجريت بشكل أساسي في البلدان المتقدمة، عبئاً أكبر لأمراض الفم وتصوراً سلبياً للصحة الفموية بين اللاجئين مقارنة مع المقيمين المضيفين، فوفقاً لدراسة حديثة تمّ خلالها تحريّ الصحة الفموية وتأثيرها على جودة الحياة بين لاجئي الشرق الأوسط وإفريقيا في النرويج، وُجد أنّ معظم اللاجئين يعانون من نخور قابلة للكشف سريرياً، واعتبر غالبيتهم أنّ صحتهم الفموية سيئة وأسنانهم بحاجة للعلاج، بالإضافة إلى ذلك، أفاد نصف اللاجئين بوجود تأثير سلبي واحد على الأقل على حياتهم اليومية مرة واحدة على الأقل في الأسبوع (Okunseri et al., 2008; Singh et al., 2008).

وهذا ما أشارت إليه أيضاً بعض الأبحاث الأمريكية والأسترالية السابقة والتي وجدت أنّ احتياجات علاج الأسنان أعلى بكثير لدى اللاجئين الوافدين حديثاً مقارنةً بعموم السكان (Natasha Davidson et al., 2007; Ghiabi et al., 2013).

علاوة على ذلك، فقد كشفت دراسة استقصائية بين اللاجئين السوريين في الأردن أنّ 40% من المشاركين أفادوا بالحاجة إلى خدمات طب الأسنان (Ay et al., 2016b)، فيما كشف تقرير حديث صادر عن المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (UNHCR) أنّ أمراض الأسنان الحادة، بما في ذلك ألم الأسنان والانتباجات الفموية، كانت

الهدف من الدراسة :

تم فحصها في عيادة خاصة ضمن مدينة الكسوة (57) مشاركا).

بعد شرح مفصل لطبيعة الدراسة والغرض منها، تم الحصول على نموذج موافقة خطية من جميع المشاركين، أو من أولياء أمورهم لمن هم بعمر أقل من 18 عامًا.

معايير التضمين:

- العمر < 15 سنة.
- الحالة الصحية العامة جيدة.
- الأفراد المقيمين ضمن مراكز الإيواء بصفة دائمة منذ النزوح.

معايير الاستبعاد:

- الضعف البصري الوظيفي والذي يمنع القراءة لمواد الاختبار.
- الحالات الطبية المعروفة بالتداخلات في التعبير اللفظي (ضعف إدراكي معروف أو إعاقات في التعلم أو إصابة في الدماغ).
- المشاركون الذين فشلوا في التوقيع على استمارات الموافقة.
- المشاركون المصابون بالاكنتاب أو القلق المزمن (بناءً على سجلهم الطبي).
- المرضى المصابون بأمراض شديدة العدوى.

تسجيل العادات والمشاكل الفموية:

تسجيل السلوكيات والمشاكل المتعلقة بصحة الفم تمّ باستعمال استبيان صحة الفم للبالغين الصادر عن منظمة الصحة العالمية، وذلك بهدف جمع المعلومات المبلغ عنها ذاتيًا والتي تشمل الخصائص الاجتماعية الديموغرافية وسلوكيات ومشكلات الصحة الفموية.

قام المشاركون بإكمال النسخة العربية المعدلة من الاستبيان والتي تتضمن حذف السؤال رقم 15 المتعلق بتكرارية تناول الكحول، وقد أظهرت هذه النسخة المترجمة من استبيان

(1) التحري عن عادات النظافة الفموية لدى المهجرين.

(2) تقييم الزيارات الأخيرة لطبيب الأسنان وسببها ومدى إمكانيتهم لطلب أو الحصول على الرعاية الصحية الفموية.

(3) دراسة تأثير الحالة الصحية والمشاكل الفموية على جودة الحياة لديهم إضافة لتصورهم الذاتي لحالتهم الصحية الفموية.

مواد البحث وطرقه:

حجم العينة:

تم تحديد حجم العينة اعتماداً على الدليل العملي لتحديد حجوم العينات للدراسات الطبية الصادر عن منظمة الصحة العالمية WHO بعد الرجوع إلى الجدول الخاص باختيار الحجم الأدنى للعينات (Lwanga et al., 1991)، فكان حجم العينة المطلوب 384 فرداً وزيادة العدد 16 فرداً أصبح الحجم النهائي المطلوب للعينة هو 400 فرد، وذلك عند مستوى الثقة 95% وافترضاً أن نسبة انتشار بعض الظواهر الفموية (النخور مثلاً) في مراكز الإيواء هي 50%، وهذا يعطي نسبة خطأ مقبولة مقدارها 5%.

تألفت عينة الدراسة من مجموعة من الأشخاص البالغين المقيمين في مراكز إيواء الحرجلة الواقع ضمن الجزء الجنوبي من محافظة ريف دمشق، ويعتبر أحد أكبر مراكز الإيواء في ريف دمشق ويضم حوالي 250 عائلة ينحدرون من ريف إدلب وريف دمشق، يضم المخيم مركز صحي مصغر يقدم خدمات إسعافية وإحالة للمرضى وغير مزود بأي وحدة لتقديم المعالجات الفموية السنية.

تم اختيار المشاركين وفحصهم ضمن النقطة الطبية الموجودة في مركز الإيواء (343 مشاركا)، وعينة صغيرة

9. "هل لديك مشاكل في أسنانك تجعل القيام بالأنشطة اليومية أمرًا صعبًا؟".
10. "هل شعرت بأنك أقل تسامحًا تجاه زوجتك أو الأشخاص الآخرين المقربين منك بسبب مشاكل الأسنان؟"
11. هل قللت المشاكل الفموية من مشاركتك في الأنشطة الاجتماعية.

التحليل الإحصائية المستخدمة:

قمنا باستعمال الأساليب الإحصائية التالية، بالاعتماد على الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) Package for the Social Sciences Statistical للنسخة 25 لتحليل البيانات:

- الإحصاءات الوصفية: لوصف العينة وخصائصها ومعرفة النسب المئوية والتكرارات للمتغيرات ومعرفة المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمتغيرات الداخلة في الاختبارات.
- الاستقلال والارتباط: دراسة الاستقلال عن طريق اختبار Chi-Square Independence Tests ويستخدم لتقويم العلاقة بين متغيرين نوعيين (تقييم الاختلافات في النسب)، حيث يمكن أن يكون المتغيران مستقلان أو مرتبطين
- اختبار التوزيع الطبيعي: عن طريق اختبار Kolmogorov-Smirnov عندما يكون حجم العينات أكبر من 50، وذلك لمعرفة اختبارات الفرق الأنسب للدراسة.
- بالإضافة لذلك إلى تم استخدام برنامج (MS Excel 2010) لإنجاز الرسوم البيانية وإدخال البيانات الإحصائية لكامل أفراد العينة.

صحة الفم وفقاً لدراسة أبو جبير وزملاؤه، موثوقة ومصداقية عند استخدامها في التقييم الذاتي لصحة الفم لدى البالغين الناطقين باللغة العربية (Khoshnevisan et al., 2016). أيضاً تم حذف السؤال رقم 13 والذي يتعلق بتكرارية تناول الأطعمة السكرية من قبل المشاركين، وفي النهاية تم إضافة سؤال حول بعد مركز الرعاية السنية عن المرضى.

تألفت الخصائص الاجتماعية الديموغرافية من العمر والجنس ومستوى التعليم الذي تم إكماله ومدة الإقامة ضمن المركز، وفيما إذا كان الشخص مدخناً حالياً.

تضمنت متغيرات سلوكيات الصحة الفموية كل من تكرار تنظيف الأسنان، واستخدام الوسائل المساعدة على التنظيف الفموي (فرشاة أسنان، الأعواد السنية الخشبية، الغسولات الفموية، خيط التنظيف السني، المسواك، استعمال معجون الأسنان، واستعمال معجون أسنان يحتوي على الفلورايد)، آخر زيارة لطبيب الأسنان وسببها، والتقييم الذاتي لحالة الأسنان واللثة.

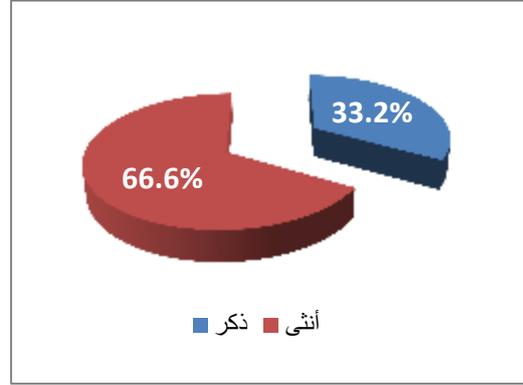
تضمن التقييم الذاتي عن تكرار المعاناة من مشاكل صحة الفم خلال الاثني عشر شهراً الماضية الأسئلة التالية:

1. "هل واجهت صعوبة في عض الأطعمة؟".
2. "هل واجهت صعوبة في مضغ الأطعمة؟".
3. "هل واجهت صعوبة في الكلام/صعوبة في نطق الكلمات؟".
4. هل أصبت بجفاف الفم؟.
5. "هل شعرت بالحرج بسبب مظهر أسنانك؟".
6. "هل شعرت بالتوتر بسبب مشاكل في أسنانك أو فمك؟".
7. "هل تجنبت الابتسام بسبب أسنانك؟".
8. "هل غالباً ما تعاني من تقطع النوم بسبب مشاكل في أسنانك؟".

النتائج:

وصف العينة النهائية:

ضمّت عينة الدراسة 400 مهجرّ مقيم في مراكز إيواء الحرجلة، تم استبعاد 15 فرداً منهم إما لعدم إكمالهم لبنود الاستبيان أو إعطائهم أكثر من إجابة لنفس السؤال، وبهذا يصبح بذلك حجم العينة النهائي مؤلفاً من 385 فرداً، بلغ متوسط مدة إقامتهم في المركز 24.212 شهراً. كان منهم 128 ذكر و257 أنثى، وقد تراوحت أعمار المشاركين ما بين 16 و87 سنة بمتوسط بلغ 40.97 ± 17 سنة.



المخطط البياني (1): توزيع العينة حسب الجنس

فيما تراوحت أعمار الذكور بين 18 و81 بمتوسط أعمار 40.57 ± 15 سنة، وأعمار الإناث بين 16 و87 بمتوسط أعمار 41.17 ± 18 سنة.

وبلغت نسبة المشاركين في فئة مستوى التعليم الابتدائي 29.9% يليها الإعدادي 28.1% ثم الثانوي 23.4% ثم غير المتعلم 9.9% وأخيراً الجامعي 8.8%، أما نسبة المدخنين فبلغت نسبتهم 35.3% من أفراد العينة، كما هو موضح في الجدول 1.

الجدول (1): توزيع العينة بحسب المتغيرات الاجتماعية الديموغرافية.

المتغير	الفئة	عدد الأفراد	النسبة %
الجنس	ذكر	128	33.2
	أنثى	257	66.8
فئات العمر	16-24	78	20.3
	25-29	43	11.2
	30-34	43	11.2
	35-44	73	19.0
	> 44	148	38.4
مستوى التعليم	غير متعلم	38	9.9
	ابتدائي	115	29.9
	إعدادي	108	28.1
	ثانوي	90	23.4
	جامعي	34	8.8
	التدخين	غير مدخن	249
مدخن		136	35.3

يبين الجدول 2 وصف المتغيرات المتعلقة بحالة الأسنان واللثة بحسب تقييم المريض، حيث أظهرت نتائج الجدول أنّ 77.9% من عينة الدراسة لديهم 20 سن طبيعى أو أكثر، و92.5% من أفراد العينة كانوا يعانون من الألم أو عدم الارتياح في الأسنان أو اللثة خلال الأشهر الـ 12 الماضية، و1.8% من المشاركين لديهم أجهزة سنية متحركة، و32.4% وصفوا حالة أسنانهم بين (السيئة السيئة جداً) و34.4% من المجيبين وصفوا حالة أسنانهم بين (الجيدة والجيدة جداً والممتازة)، و33% من المجيبين وصفوا حالة لثتهم بين (السيئة والسيئة جداً) و39.3% من المجيبين وصفوا حالة لثتهم بين (الجيدة والجيدة جداً والممتازة).

تبين نتائج **الجدول 3** سلوكيات الصحة الفموية لدى المشاركين، حيث أنّ 12.6% من المشاركين لا ينظفون أسنانهم أبداً، و11% لا يستعملون أي أداة أثناء تنظيف أسنانهم و1.3% فقط من المشاركين يستعملون وسائل مساعدة في تنظيف أسنانهم وهي الأعواد والمسواك، و12.6% لا يستخدمون معجون الأسنان خلال تنظيف أسنانهم، و3.1% فقط يعرفون فيما إذا كان معجون الأسنان الذي يستعملونه يحوي على الفلورايد.

تظهر النتائج الموجودة في **الجدول 4** بأنّ 23.6% من أفراد العينة كانت آخر زيارة لهم لطبيب الأسنان منذ 5 سنوات أو أكثر و9.6% لم يزوروا طبيب الأسنان أبداً، هذه النتائج أعطت فروق ذات دلالة إحصائية ($p= 0.013$) ما بين المدخنين وغير المدخنين ولم نجد فروق بين الجنسين في موعد الزيارة الأخيرة، وتبين بأنّ 73% من المشاركين كان سبب زيارتهم لطبيب الأسنان هو الألم، وقد وجدت علاقة حقيقية ما بين الجنس ($p= 0.035^*$) والتدخين ($p= 0.009$) وسبب آخر زيارة لطبيب الأسنان 23.6% من أفراد العينة كانت آخر زيارة لهم لطبيب الأسنان من 5 سنوات أو أكثر، و73% من المشاركين كان سبب زيارتهم لطبيب الأسنان هو الألم، وأنّ 53% من المجيبين تبعد العيادات السنّية عنهم ما بين 6 كم و11 كم.

تبين نتائج **الجدول 5** أنّ نسبة الإجابة الأعلى على عبارات الصعوبات والمشكلات التي عانى منها المشاركون بسبب حالة الأسنان واللثة خلال الأشهر الـ12 السابقة كانت للإجابة لا، تليها الإجابة في معظم الأحيان على عبارات صعوبة (العض 22.6%، المضغ 17.1%، الكلام 2.6%). والإجابة أحياناً على عبارات (جفاف الفم 14.3%، الشعور بالحرج 5.2%، الشعور بالتوتر 15.1%، تجنب الابتسام 4.9%، تقطع النوم 17.4%، أخذ إجازات في العمل 3.9%، صعوبة في النشاطات اليومية 5.5%، عدم تحمل الزوج أو العائلة 8.3%، التقليل من المشاركة الاجتماعية 7.8%.

الجدول (2): وصف المتغيرات المتعلقة بحالة الأسنان واللثة

النسبة %	عدد المشاركين	الفئة	المتغير
12.6	48	أبداً	مرات تنظيف الأسنان
11.5	44	مرة واحدة في الشهر	
12.6	48	من 2 إلى 3 مرات في الشهر	
7.9	30	مرة واحدة في الأسبوع	
29.3	112	من 2 إلى 6 مرات في الأسبوع	
20.9	80	مرة في اليوم	
5.2	20	مرتين أو أكثر في اليوم	
100.0	382	المجموع الكلي	
11.0	42	لا شيء	أداة تنظيف الأسنان
87.4	334	فرشاة الأسنان	
0.8	3	فرشاة أسنان + أعواد سنية	
0.5	2	فرشاة أسنان + مسواك	
0.3	1	مسواك	
100.0	382	المجموع الكلي	
12.6	48	لا	استخدام معجون الأسنان
87.4	334	نعم	
100.0	382	المجموع الكلي	
96.9	370	لا أعرف	هل معجون الأسنان يحتوي على الفلورايد
3.1	12	نعم	
100.0	382	المجموع الكلي	
4.7	18	ما يصل لنصف كم	بعد العيادات السنية
12.2	47	ما يصل لـ 1 كم	
12.2	47	ما يصل لـ 2 كم	
17.9	69	ما بين 3 كم إلى 5 كم	
53.0	204	ما بين 6 كم إلى 11 كم	

الجدول (3): وصف المتغيرات المتعلقة بال العناية بالأسنان

المتغير	الفئة	عدد المشاركين	النسبة %
مرات تنظيف الأسنان	أبداً	48	12.6
	مرة واحدة في الشهر	44	11.5
	من 2 إلى 3 مرات في الشهر	48	12.6
	مرة واحدة في الأسبوع	30	7.9
	من 2 إلى 6 مرات في الأسبوع	112	29.3
	مرة في اليوم	80	20.9
	مرتين أو أكثر في اليوم	20	5.2
	المجموع الكلي	382	100.0
أداة تنظيف الأسنان	لا شيء	42	11.0
	فرشاة الأسنان	334	87.4
	فرشاة أسنان + أعواد سنية	3	0.8
	فرشاة أسنان + مسواك	2	0.5
	مسواك	1	0.3
	المجموع الكلي	382	100.0
استخدام معجون الأسنان	لا	48	12.6
	نعم	334	87.4
	المجموع الكلي	382	100.0
هل معجون الأسنان يحتوي على الفلورايد	لا أعرف	370	96.9
	نعم	12	3.1
	المجموع الكلي	382	100.0
بعد العيادات السنية	ما يصل لنصف كم	18	4.7
	ما يصل لـ 1 كم	47	12.2
	ما يصل لـ 2 كم	47	12.2
	ما بين 3 كم إلى 5 كم	69	17.9
	ما بين 6 كم إلى 11 كم	204	53.0

الجدول (4): دراسة العلاقة بين عاملي الجنس والتدخين وكل من الزيارات الأخيرة لطبيب الأسنان وسببها

المتغير وفئاته	الجنس		P-value	التدخين		P-value	الكلي
	أنثى	ذكر		غير مدخن	مدخن		
آخر زيارة للطبيب							
لم أتلقَ أي معالجة	10.9%	7.0%	0.402 (NS)	12.9%	3.7%	0.013*	9.6%
5 سنوات أو أكثر	23.3%	24.2%		22.5%	25.7%		23.6%
2 إلى 5 سنوات	21.0%	27.3%		20.9%	27.2%		23.1%
سنة وأقل من سنتين	18.3%	21.9%		16.9%	24.3%		19.5%
من 6 إلى 12 شهر	12.1%	8.6%		12.4%	8.1%		10.9%
أقل من 6 أشهر	14.4%	10.9%		14.5%	11.0%		13.2%
سبب الزيارة							
الاستشارة	4.3%	3.9%	0.035*	5.2%	2.2%	0.009*	4.2%
الألم	68.9%	81.3%		69.1%	80.1%		73%
معالجة/متابعة معالجة	14.0%	3.9%		11.6%	8.8%		10.6%
فحص روتيني	3.1%	3.1%		2%	5.1%		3.1%
لا أعرف	9.7%	7.8%		12%	3.7%		9.1%
الاختبار المستخدم: Chi-Square Independence Tests، (NS): لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية، (*): جوهريّة عند $P < 0.05$							

الجدول (5): الصعوبات الفموية التي عانى منها المشاركون

الصعوبات الفموية	معظم الأحيان	كثير من الأحيان	أحياناً	لا	لا أعرف
	النسبة %	النسبة %	النسبة %	النسبة %	النسبة %
صعوبة العض	22.6%	15.3%	19.5%	42.6%	-
صعوبة المضغ	17.1%	9.4%	15.6%	57.9%	-
صعوبة في الكلام	2.6%	0.8%	2.1%	94.5%	-
جفاف في الفم	3.9%	4.7%	14.3%	76.6%	0.5%
الشعور بالحرج	2.3%	2.6%	5.2%	89.4%	0.5%
الشعور بالتوتر	4.7%	12.2%	15.1%	68.0%	-
تجنب الابتسام	3.1%	2.3%	4.9%	89.1%	0.5%
تقطع النوم	3.4%	7.8%	17.4%	71.4%	-
أخذ إجازات في العمل	-	-	3.9%	96.1%	-
صعوبة في النشاطات اليومية	0.5%	2.3%	5.5%	91.7%	-
عدم تحمل الزوج أو العائلة	0.8%	0.8%	8.3%	89.9%	0.3%
التقليل من المشاركة الاجتماعية	-	1.6%	7.8%	90.4%	0.3%

المناقشة:

يعتبر تدني الصحة الفموية مشكلة صحية عامة في سوريا وتمثل تحدياً كبيراً للمهجرين الذين اضطروا إلى النزوح وترك منازلهم بسبب ظروف الحرب في سوريا، إنَّ هذه الدراسة هي الأولى من نوعها التي تمَّ تنفيذها لتحري التأثير السلبي لصحة الفم السيئة على الجوانب الجسدية لنوعية حياة المهجرين، التقييم الذاتي للصحة الفموية والحضور المنتظم للعيادة السنوية بين كل من الذكور والمدخنين لديهم، وقد أشارت العديد من الدراسات السابقة إلى أنَّ النازحين واللاجئين يعانون من سوء صحة الفم مقارنة بالسكان في البلدان المضيفة لهم (Keboa et al., 2016; Singh et al., 2008).

اثان من العوامل الرئيسية التي تؤثر على الصحة الفموية هي عادات النظافة الفموية وإمكانية الحصول على الرعاية السنوية الوقائية/الترميمية (Garcia et al., 2008). علاوة على ذلك، فإنَّ العناية الفموية تعدُّ من العوامل الرئيسية التي يمكن أن تؤثر على صحة الفم، وبالتالي يمكن أن تؤثر على جودة الحياة الصحية الفموية (Linden et al., 2013).

وجدت دراسة أجريت على اللاجئين الصوماليين في ماساتشوستس أن سوء الصحة الفموية مرتبط بانخفاض استخدام وسائل العناية الفموية وضعف الوصول إلى الرعاية الوقائية (Adams et al., 2013)، ووجدت دراستنا الحالية أنَّ نسبة عالية من المهجرين (12.6%) لا ينظفون أسنانهم أبداً، وقد اتفقنا في هذا مع نتائج دراسة أبو عواد وزملاءه حيث أنَّ ما يصل إلى (12.7%) من اللاجئين السوريين الموجودين في مخيم الأزرق في الأردن لم ينظفوا أسنانهم أبداً (Abu-Awwad et al., 2020).

وكانت هذه النتيجة أيضاً مماثلة لتلك المتعلقة باللاجئين الواردين من الشرق الأوسط وأفريقيا المقيمين في النرويج،

والتي أفادت بأنَّ 13.4% من لاجئي الشرق الأوسط لا ينظفون أسنانهم مطلقاً (Høyvik et al., 2019)، وقد اختلفنا مع نتائج دراسة أجريت على اللاجئين البالغين من الهونغ في الولايات المتحدة الأمريكية، التي كشفت أنَّ نسبة ضئيلة من اللاجئين (أقل من 1 في المائة) لم ينظفوا أسنانهم (Okunseri et al., 2008)، وربما يرجع هذا الاختلاف عن نتائجنا إلى كون أنَّ الممارسات الفموية تمثل جزءاً من السلوكيات الثقافية الأصلية والتي تتغير بين الأعراق البشرية المختلفة (Geltman et al., 2014).

كشفت نتائج دراستنا عن تدني استخدام أيِّ من الطرق المساعدة في تنظيف الأسنان لدى غالبية أفراد العينة فقد استعمل 1.6% فقط مساعدات عناية سنوية، كان هذا مشابهاً لما وجدته أبو عواد وزملاءه التي أظهرت أنَّ معظم اللاجئين السوريين في مخيم الأزرق لم يستعملوا أي وسائل إضافية لتنظيف الأسنان (Abu-Awwad et al., 2020).

أيضاً، فقد كان هذا متسقاً مع نتائج الدراسة التي أجريت على لاجئي النرويج حيث استخدم فقط 5.3% منهم خيط التنظيف السنوي (Høyvik et al., 2019). إضافة لذلك، أفاد تقرير أنَّ استخدام الخيط السنوي كان سلوكاً فموياً نادراً بين لاجئي الدينكا والنوير القادمون من السودان والمقيمون في الولايات المتحدة، رغم أنَّ استخدام المسواك والأعواد السنوية كان ممارسة شائعة لديهم (Willis & Bothun, 2011).

وقد اتفقت هذه النتيجة مع دراستنا الحالية حيث وجدنا أنَّ المسواك والأعواد السنوية هي الطريقة المساعدة الأكثر استخداماً لدى المهجرين، أيضاً اتفقنا مع نتائج دراسة أبو عواد وزملاءه لدى اللاجئين في مخيم الأزرق في الأردن والتي كشفت بأنَّ الأعواد السنوية كانت الوسيلة المساعدة الأكثر شيوعاً (Abu-Awwad et al., 2020).

ويمكن نعزو سوء العناية الفموية لدى غالبية العينة إلى حقيقة أنَّ المهجرين المشاركين في الدراسة الحالية وصلوا

فيما يتعلّق بأهم الأسباب لزيارة العيادة السنوية وجدت دراستنا بأنّ 73% من المشاركين كان الألم السنوي هو سببهم الأولي لمراجعة طبيب الأسنان، وهو ما يتسق مع نتائج دراسة أبو عواد وزملاءه في مخيم الأزرق، حيث وُجد أن ما يقرب نصف اللاجئين السوريين قد حضروا إلى العيادة السنوية بسبب الألم أو الإثتان (Abu-Awwad et al., 2020).

أظهرت نتائجنا بأنّ الغالبية العظمى (92.5%) من المهجرين الموجودين في مركز إيواء الحرجلة عانوا من الألم الفموي خلال الأشهر الـ 12 الأخيرة، هذه النسبة تفوق ما وجده Barazanchi وزملاءه في دراستهم التي أجروها على اللاجئين السوريين في نيوزيلندا، والتي أفادت أنّ 70.4% اختبروا درجة من الألم الفموي (Barazanchi et al., 2018)، ربما يرجع هذا الاختلاف إلى أنّ المهجرين المقيمين في مركز إيواء الحرجلة عانوا من حصار خانق ما قبل توطينهم في المركز الأمر الذي انعكس سلباً على القطاع الصحي في قراهم خلال تلك المدة.

وجدت دراستنا الحالية بأنّ ما يصل لـ 39.7% من أفراد العينة عانوا في معظم الأحيان من صعوبات تتعلق بالمضغ والبلع خلال الأشهر الـ 12 الفائتة، هذه النتيجة كانت متسقة مع ما وجد في دراسة Høyvik وزملائها التي أظهرت أنّ 37.9% من لاجئي النرويج قد عانوا صعوبات تتعلق بالاستمتاع بالطعام بشكل يومي أو أسبوعي، وقد ارتفعت هذه القيمة لدى اللاجئين القادمين من الشرق الأوسط لتصل إلى 44.4% (Høyvik et al., 2019).

إضافة لذلك، وجدنا أنّ 2.65% عانوا من صعوبات في الكلام والنطق بسبب حالة أسنانهم، هذه النتيجة أدنى من تلك التي وجدتتها Høyvik وزملائها (10.6%) بين لاجئي النرويج (Høyvik et al., 2019).

حديثاً نسبياً وبالتالي قد يكونون منشغلين بالاستقرار في المخيم، وعدم إعطاء الأولوية لنظافة الفم أو الاهتمام بها، إضافة لنقص الوعي الصحي الفموي لدى اللاجئين المقيمين في المخيمات، كما يمكن أن يكون للإجهاد والصدمات النفسية تأثيراً أيضاً على سلوكيات النظافة الفموية (Adams et al., 2013).

تبيّن خلال نتائج دراستنا أنّ ما يقرب ثلاث أرباع عينة المهجرين لم يحضروا إلى العيادة السنوية خلال العام الماضي، كانت هذه النسبة أعلى مما وجده أبو عواد وزملاءه في دراستهم فقد ظهر أنّ حوالي نصف اللاجئين السوريين في مخيم الأزرق لم يزوروا طبيب الأسنان خلال العام الأخير (Abu-Awwad et al., 2020).

قد يكون سبب عدم حضور المهجرين للعيادة السنوية بانتظام لتلقي العلاج أو التقييم نتيجة لعدم كفاية الوصول إلى مرافق رعاية الأسنان، أو أنّ المهجرون أنفسهم لا يعطون الأولوية لصحة الفم، أو نتيجة نقص الوعي بالخدمات الصحية المقدّمة أو السلوكيات الثقافية العامة (Adams et al., 2013; Natasha Davidson et al., 2007; Lamb et al., 2009).

في مخيم الحرجلة للمهجرين، يمكن اعتبار الوصول محدوداً نظراً لغياب مرافق للرعاية الصحية السنوية التي تخدم المهجرين القاطنين فيه، وكنتيجة لذلك وُجد أنّ أكثر من نصف المهجرين (53%) الذين راجعوا طبيب الأسنان اضطروا لقطع مسافة تتراوح ما بين 6-11 كم للوصول للعيادة، وفي هذا الصدد، أكدت دراسة Roucka أنّ الوصول لمرافق الرعاية السنوية يعدّ عاملاً أساسياً قد يؤثر على الصحة وجودة الحياة الفموية لدى اللاجئين المقيمين ضمن المخيمات (Roucka, 2011)، إضافة لذلك، أفادت دراسة أبو عواد بأن محدودية وصول اللاجئين السوريين في مخيم الأزرق كانت أحد العوامل الرئيسية في سوء الصحة الفموية لدى اللاجئين (Abu-Awwad et al., 2020).

ولدى تقييم معدل انتشار التحدّد في الوظيفة الفموية - والتي تشمل كلاً من المضغ والبلع والكلام - وجدنا أنّ 67.8% عانوا من تحدّد في الوظيفة بشكل متكرر، كانت هذه النتيجة أعلى من تلك التي توصل إليها Barazanchi وزملاؤه والتي أظهرت بأنّ ما يصل لـ 21.7% من اللاجئين السوريين في نيوزيلاند عانوا تحدّد في وظيفة الفم بسبب المشاكل والأمراض الفموية. (Barazanchi et al., 2018)

ولدى تقييم باقي الصعوبات المتعلقة بجودة الحياة الفموية وهي: الشعور بالحرج وتجنب الابتسام، تقطع النوم، والشعور بالاستقرار عاطفياً جاءت نتائجنا (5.4%، 3.4%، 5.5%) على التوالي، وقد كانت هذه النتائج أقلّ مما وجدته C. Høyvik وزملاؤها والتي سجلت قيمة قدرها (14.4%، 21.2%، 12.9%) على التوالي، ونفسر هذا الاختلاف في انخفاض جودة الحياة الفموية في دراسة C. Høyvik وزملائها باختلاف الفئة العمرية المدروسة فقد ضمت عينة دراستهم الأفراد بعمر 18 عاماً أو أقلّ وشكّل الأطفال من مَن هم تحت 13 عاماً 82.3% من العينة، بينما تألفت عينة دراستنا من البالغين فوق 15 عاماً، وهذا بدوره يؤدي إلى اختلافات في تقييم الأفراد لجودة الحياة الفموية، فلقد أظهرت دراسة (Sun et al., 2018) بأنّ جودة الحياة الفموية كانت أقلّ تأثيراً لدى الأطفال بعمر 15-18 عاماً من الأطفال بعمر 12-15 عاماً، ونعزو ذلك إلى كون الأطفال أكثر حساسية تجاه المرض نظراً للاختلافات التشريحية والفيزيولوجية والنفسية بين الأطفال والبالغين (Høyvik et al., 2019).

الاستنتاجات:

في حدود هذه الدراسة نستنتج وجود عادات فموية غير صحية وسوء عناية فموية بين المهجرين في مركز إيواء الرحلة. كان لسوء الحالة الصحية الفموية بشكل عام تأثير كبير على جودة الحياة الفموية ومواقف الحياة اليومية. يتشغل المهجرون الوافدون بعملية إعادة التوطين، ومن المرجح ألا يعطوا الأولوية للصحة الفموية. يعاني المهجرون من زيادة في احتياجات علاج الأسنان غير الملابة بسبب عوامل عدة. نوصي الجهات المعنية بالصحة بتضمين مراكز للفحص والمعالجة السنية ضمن مرافق الرعاية الصحية في مخيمات الإيواء وتشجيع ممارسي الصحة على سؤال اللاجئين عن الصحة الفموية لديه، مع إعطاء الأولوية لتقديم المعالجات الإسعافية والترميمية للأسنان لتخفيف الألم وتحسين الوظيفة من أجل تقليل التأثير السلبي للصحة الفموية على جودة حياة المرضى إضافة لتنظيم حملات لتعزيز الصحة الفموية وزيادة الوعي بأهمية سلوكيات العناية الفموية والتي من شأنها أن تساعد في تقليل الحاجة إلى العلاج السني في المستقبل.

References:

1. Abu-Awwad, M., AL-Omoush, S., Shqaidef, A., Hilal, N., & Hassona, Y. (2020). Oral health-related quality of life among Syrian refugees in Jordan: a cross-sectional study. *International Dental Journal*, 70(1), 45–52. <https://doi.org/10.1111/idj.12521>
2. Adams, J. H., Young, S., Laird, L. D., Geltman, P. L., Cochran, J. J., Hassan, A., Egal, F., Paasche-Orlow, M. K., & Barnes, L. L. (2013). The cultural basis for oral health practices among Somali refugees pre-and post-resettlement in Massachusetts. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 24(4), 1474–1485. <https://doi.org/10.1353/hpu.2013.0154>
3. Al-Fahoum, A. S., Diomidous, M., Mechili, A., Archangelidi, O., Theodoromanolakis, P., & Mantas, J. (2015). The provision of health services in Jordan to Syrian refugees. *Health Science Journal*, 9(2).
4. Ay, M., Arcos González, P., & Castro Delgado, R. (2016a). The Perceived Barriers of Access to Health Care Among a Group of Non-camp Syrian Refugees in Jordan. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 46(3), 566–589. <https://doi.org/10.1177/0020731416636831>
5. Ay, M., Arcos González, P., & Castro Delgado, R. (2016b). The Perceived Barriers of Access to Health Care Among a Group of Non-camp Syrian Refugees in Jordan. *International Journal of Health Services*, 46(3), 566–589. <https://doi.org/10.1177/0020731416636831>
6. Barazanchi, A., Al Nabhani, A., Chen, A., Smith, M., & Broadbent, J. M. (2018). Oral Health Care Needs Among Former Refugees of the War in Syria. *New Zealand Dental Journal*, 114(3), 117–123. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,shib&db=rzh&AN=132037552&site=ehost-live>
7. Davidson, N, Skull, S., Calache, H., Murray, S. S., & Chalmers, J. (2006). Holes a plenty: oral health status a major issue for newly arrived refugees in Australia. *Australian Dental Journal*, 51(4), 306–311. <https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2006.tb00448.x>
8. Davidson, Natasha, Skull, S., Calache, H., Chesters, D., & Chalmers, J. (2007). Equitable access to dental care for an at-risk group: a review of services for Australian refugees. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 31(1), 73–80. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17333613>
9. El Arab, R., & Sagbakken, M. (2018). Healthcare services for Syrian refugees in Jordan: a systematic review. *European Journal of Public Health*, 28(6), 1079–1087. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky103>
10. Garcia, R. I., Cadoret, C. A., & Henshaw, M. (2008). Multicultural issues in oral health. *Dental Clinics of North America*, 52(2), 319–332, vi. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2007.12.006>
11. Geltman, P. L., Hunter Adams, J., Penrose, K. L., Cochran, J., Rybin, D., Doros, G., Henshaw, M., & Paasche-Orlow, M. (2014). Health literacy, acculturation, and the use of preventive oral health care by Somali refugees living in massachusetts. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(4), 622–630. <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9846-0>
12. Ghiabi, E., Matthews, D., & Brilliant, M. (2013). The Oral Health Status of Recent Immigrants and Refugees in Nova Scotia, Canada. *Journal of Immigrant and Minority Health / Center for Minority Public Health*, 16. <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9785-9>
13. Høyvik, A. C., Lie, B., Grjibovski, A. M., & Willumsen, T. (2019). Oral Health Challenges in Refugees from the Middle East and Africa: A Comparative Study. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 21(3), 443–450. <https://doi.org/10.1007/s10903-018-0781-y>
14. Kalin, W. (1998). *The Guiding Principles on Internal Displacement-Introduction*. HeinOnline.
15. Keboa, M. T., Hiles, N., & Macdonald, M. E. (2016). The oral health of refugees and asylum

- seekers: a scoping review. *Globalization and Health*, 12(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0200-x>
16. Khoshnevisan, M. H., Albujeer, A. N. H., Attaran, N., Almahafdha, A., & Taher, A. (2016). WHO's oral health assessment questionnaire for adult: psychometric properties of the Arabic version. *Journal of Contemporary Medical Sciences; Vol 2 No 8 (2016): Autumn 2016*. <http://www.jocms.org/index.php/jcms/article/view/118>
 17. Lamb, C. E. F., Whelan, A. K., & Michaels, C. (2009). Refugees and oral health: lessons learned from stories of Hazara refugees. *Australian Health Review: A Publication of the Australian Hospital Association*, 33(4), 618–627. <https://doi.org/10.1071/ah090618>
 18. Linden, G. J., Lyons, A., & Scannapieco, F. A. (2013). Periodontal systemic associations: review of the evidence. *Journal of Clinical Periodontology*, 40, S8–S19. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12064>
 19. Lwanga, S. K., Lemeshow, S., & Organization, W. H. (1991). *Sample size determination in health studies: a practical manual / S. K. Lwanga and S. Lemeshow* (p. 80 p.). World Health Organization.
 20. Okunseri, C., Hodges, J. S., & Born, D. O. (2008). Self-reported oral health perceptions of Somali adults in Minnesota: a pilot study. *International Journal of Dental Hygiene*, 6(2), 114–118. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1601-5037.2008.00295.x>
 21. Øzhatay, E. B., Østergaard, P., & Gotfredsen, K. (2016). Oral health-related quality of life in socially endangered persons in Copenhagen, Denmark. *Acta Odontologica Scandinavica*, 74(8), 620–625. <https://doi.org/10.1080/00016357.2016.1229022>
 22. Redwood-Campbell, L., Thind, H., Howard, M., Koteles, J., Fowler, N., & Kaczorowski, J. (2008). Understanding the Health of Refugee Women in Host Countries: Lessons from the Kosovar Re-Settlement in Canada. *Prehospital and Disaster Medicine*, 23(4), 322–327. <https://doi.org/10.1017/S1049023X00005951>
 23. Riggs, E., Gibbs, L., Kilpatrick, N., Gussy, M., van Gemert, C., Ali, S., & Waters, E. (2015). Breaking down the barriers: a qualitative study to understand child oral health in refugee and migrant communities in Australia. *Ethnicity & Health*, 20(3), 241–257. <https://doi.org/10.1080/13557858.2014.907391>
 24. Roucka, T. M. (2011). Access to dental care in two long-term refugee camps in western Tanzania; programme development and assessment. *International Dental Journal*, 61(2), 109–115. <https://doi.org/10.1111/j.1875-595X.2011.00023.x>
 25. Sahloul, M., Monla-Hassan, J., Sankari, A., Kherallah, M., Atassi, B., Badr, M. S., Abbara, A., & Sparrow, D. A. (2016). War is the Enemy of Health: Pulmonary, Critical Care, and Sleep Medicine in War-Torn Syria. *Annals of the American Thoracic Society*, 13. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201510-661PS>
 26. Saltaji, H., & Alfakir, H. (2015). Oral health consequences of the crisis in Syria. *British Dental Journal*, 219(2), 49. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2015.586>
 27. Singh, H. K., Scott, T. E., Henshaw, M. M., Cote, S. E., Grodin, M. A., & Piwowarczyk, L. A. (2008). Oral health status of torture survivors seeking care in the United States. *American Journal of Public Health*, 98(12), 2181–2182. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.120063>
 28. Sischo, L., & Broder, H. L. (2011). Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *Journal of Dental Research*, 90(11), 1264–1270.
 29. Sun, L., Wong, H. M., & McGrath, C. P. J. (2018). The factors that influence oral health-related quality of life in 15-year-old children. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0847-5>

30. Sweileh, W. M. (2018). Bibliometric analysis of peer-reviewed literature on Syrian refugees and displaced people (2011–2017). *Conflict and Health*, 12(1), 1-4.
31. UN. (n.d). Displaced people. Retrieved from http://www.who.int/environmental_health_emergencies/displaced_people/en/
32. UN. (2015). Syrian Centre for Policy Research. Syria: alienation and violence, impact of Syria crisis report 2014. Retrieved from https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/alienation_and_violence_impact_of_the_syria_crisis_in_2014_eng.pdf .
33. UNHCR. (2018). Za'atri Public Health Profile [Internet];. Retrieved from <https://reliefweb.int/report/jordan/zaatri-jordan-public-health-profile-second-quarter-2018-30-march-29-june-2018>.
34. van Berlaer, G., Bohle Carbonell, F., Manantsoa, S., de Béthune, X., Buyl, R., Debacker, M., & Hubloue, I. (2016). A refugee camp in the centre of Europe: clinical characteristics of asylum seekers arriving in Brussels. *BMJ Open*, 6(11), e013963. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013963>
35. Willis, M. S., & Bothun, R. M. (2011). Oral hygiene knowledge and practice among Dinka and Nuer from Sudan to the U.S. *Journal of Dental Hygiene: JDH*, 85(4), 306–315. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22309871>

