

口腔衛生教育教學對國小身心障礙學童 在口腔衛生知識與潔牙技巧的成效

沈苔蓉

高雄市加昌國小教師

蔡伊婷

高雄市加昌國小教師

摘要

身心障礙兒童的口腔狀況普遍較一般學童不佳，且遠不及於世界衛生組織訂定 2010 年應達到的全球口腔保健目標：12 歲兒童平均 DMFT 指數在 2.0 以下。然而，口腔衛生教育介入對提升口腔健康狀況是最直接有效的方法。研究目的在探討口腔衛生教育介入，對安置於高雄市國小普通班之輕、中度智能障礙與自閉症學童在口腔衛生知識與潔牙技巧的成效。研究結果顯示，經過口腔衛生教育課程介入後，智能障礙與自閉症學童的口腔衛生知識有明顯的提升，且潔牙後牙菌斑殘留率的明顯下降，可推論智能障礙與自閉症學童在操作牙刷清除牙菌斑的技巧有進步。整體而言，口腔衛生教育課程的介入對國小智能障礙、自閉症學童的口腔衛生具有改善的效果。

中文關鍵詞：國小智能障礙學童、自閉症學童、口腔衛生教育介入、牙菌斑殘留率

英文關鍵詞：oral health education intervention, plaque index

壹、前言

一、背景與動機

世界衛生組織（World Health Organization，簡稱 WHO）於 1988 年訂定出全球口腔保健目標：2000 年 12 歲學童的「齲失補恆齒」數值（簡稱 DMFT）的指數少於 3；2010 年為 12 歲學童的平均 DMFT 指數少於 2。黃純德於 2003 年所進

行的「身心障礙者口腔健康狀況調查」發現恆齒齲齒率高達 91.96%，顯示身心障礙者在口腔健康的預防與保健工作的推行效果不彰。陳秀娟（2003）調查身心障礙兒童平均 DMFT 指數為 6.20，齲齒盛行率 78.05%；劉秀月（2004）調查 12 歲智障者平均 DMFT 指數為 3.97，齲齒盛行率 73.68%；身心障礙兒童在口腔健康方面表現較差，因此我國身心障礙兒童都應加強口腔保健的教育介入。

智能障礙與自閉症學童，因其智力發展與行為方面較同儕遲緩，對於口腔照護的需求亦較同儕高，且其口腔健康易受忽視 (Faulks & Hennequin, 2000; Martens, Marks, Goffin, Gizani, Vinckier & Declerck, 2000)，所以普遍在口腔衛生上非常偏差，尤其是齲齒、缺牙、牙菌斑、牙結石堆積、牙齦炎的情況顯而易見。口腔健康狀況不良的情形對特殊兒童的影響層面相當廣闊，可分為以下三點說明：一、進食咀嚼的功能：牙齒缺損，便失去撕裂、磨碎食物的作用，食糜則難以被腸胃吸收，導致營養失衡，且可能會引發神經發炎造成更大的傷害；二、人際自信的建立：第一印象的好壞具有是否受人喜愛的關鍵，特殊兒童本身先天發展遲緩，若能在外貌塑造出整潔可愛的形象，會讓人樂於接近而踏出友誼建立的第一步；三、溝通表達的準確：口腔除了進食外，還有另一重要功能就是發音，人的語言是由眾多音素的組成，不同音素的產生則是源於口腔部位形成不同形狀而來，一旦缺牙就可能造成構音異常，使得特殊兒童原本就不佳的語言表達更顯難以令人理解。

在國內有關身心障礙口腔健康的政策推行方面，行政院衛生署（2008）擬定了身心障礙者口腔健康五年計畫，多面向的從醫療體系、身心障礙者、身心障礙者之照護人員、長期照護機構、口腔健康計畫活動、國際交流等，進行身心障礙者口腔健康的改善、強化與維護。目前國內小學的口腔衛生教育對象以一般智能的學童為主，且在教學方式、教材內容、教具呈現

方式…等都是以符合大多數一般小學生的能力做設計。

因應世界特殊教育趨勢所採行的融合式特殊教育模式，是將身心障礙學生安置於一般學校普通班，輔以資源班的介入支持，其目的是為使身心障礙學童能融入一般同儕之中以進行互動學習，但融合教育的真正意涵並非僅於學習環境的不隔離，而是應針對特殊教育學生的能力、特質，去調整課程的內容與方法，以達到特殊教育學生能真正獲得學習的目的。所以學習目標明確且符合身心障礙學生學習特質的口腔保健課程，除了能增進特殊教育學童在口腔保健上的基本知識、提升口腔清潔的能力外，還能有效預防齲齒的發生，養成良好的生活衛生習慣，以提升特殊兒童身心整體健康，減低家庭照顧負擔，以及日後社會醫療成本

二、研究目的

此課程目的是希望透過以特殊教育學生學習特質所設計的口腔衛生教育課程，教導智能障礙與自閉症學童，藉以探討此口腔衛生教育課程對於身心障礙學童在口腔衛生知識與牙菌斑殘留率的變化與成效。

本研究目的如下：

- (一) 探討口腔衛生教育介入對安置於普通班之輕、中度智能障礙與自閉症學童在口腔衛生知識的成效及保留效果。
- (二) 探討口腔衛生教育介入對安置於普通班之輕、中度智能障礙學童在使用牙刷清除口腔各部位牙面上牙菌斑的成效及保留效果。

貳、文獻探討

一、國內外身心障礙者的口腔健康狀況

在國內學齡階段身障者口腔健康狀況方面，在台北市某教養院智障兒童，DMFT 為 7.27 ± 5.18 ，齲齒盛行率為 84.04%，12 歲以上身心障礙者之齲齒盛行率為 80.59%，12 歲以下則為 87.5%（蘇宣銘等人，1992）；以高雄縣 526 名 12 歲以下身心障礙兒童為調查對象，DMFT 為 5.16 ± 4.67 ，齲齒盛行率為 79.09%（陳秀娟，2003）；高雄市 125 名 3-33 歲自閉症患者齲齒盛行率為 89.01%，DMFT 為 5.26 ± 4.36 （黃瑞昆，1997）；在上述調查研究的相互比較之下，身障者在齲齒盛行率和 DMFT 均明顯偏高，顯示身心障礙者之口腔健康狀況確實較差。因此身心障礙者在牙科醫療需求上較一般人高。

在國外針對特殊兒童的研究方面，比利時平均 12.4 歲的身心障礙兒童和非身心障礙兒童的比較性研究，發現口腔衛生不良的情況，身心障礙兒童中有 31.8% 的人有此情況，遠高於非身心障礙兒童的 10.1%。而這 626 位 12 歲身心障礙學生，其 DMFT 指數 2.9、齲齒盛行率 64.1%、DMFS 指數 5.4、有 31.8% 的口腔衛生不良；且其中的輕度智能障礙和學習能力受損孩童，有 20% 沒有每日刷牙，有 90% 沒有受到父母或照顧者刷牙的協助，74.2% 的照顧者認為維持適當、標準的口腔衛生是非常困難的（Gizani et al., 1997）。香港學者研究身心障礙者發現 4 歲孩童中

13.6% 有牙菌斑產生，14 歲孩童中 30.5% 有牙菌斑產生，25-35 歲成人中則 47% 有產生牙菌斑。有大量牙菌斑者在 4 歲孩童中約佔 1.4%，14 歲孩童中約佔 17.2%，25-30 歲成人中則有 15.8%。4 歲孩童並未發現牙結石，14 歲孩童中約有 20.2% 有牙結石存在，25-35 歲成人中牙結石的比率則高達 56.3%（Donnell, Sheiham & Wai, 2002）。

整體而言，身心障礙兒童受限於本身的障礙類型與程度，多數無法自我照護本身的口腔健康，加上行為配合不易，缺乏足夠的口腔衛生知識及健康照護，使得身心障礙兒童的口腔健康狀況較一般同年齡者來的不佳。且根據國內、外研究指出，齲齒除了仍是威脅身心障礙兒童口腔健康最嚴重的問題外，身心障礙兒童也比一般同年齡兒童，有較多未治療的齲齒（陳秀娟，2003；黃純德，2003；黃瑞昆，1997；劉秀月，2004；蘇宣銘等人，1992）。因此，對身心障礙者兒童而言，如何在早期即做好口腔保健預防工作，並有效降低齲齒發生率與提高填補率，實為相當重要的工作。

二、身心障礙者口腔衛生教育介入之研究

自從潔牙活動推起後，就有相當多關於潔牙的文獻研究，但多是以一般學生為研究對象，其原因除了因針對身心障礙者的潔牙運動推廣較晚外，也因身心障礙者間的異質性大、能力普遍落後，無法廣泛採用一般學生的教學模式，然而，在過去有關教導身心障礙者潔牙技能的文獻也顯示，口腔衛生的教學，會因障礙類別、程度、參與人數各有不同。

Abramson 和 Wunderlich (1972) 以示範與增強的連續漸進教學法，對 9 位平均年齡 12 歲的重度障礙學童進行研究，發現其中 8 位學童能夠有效學會區辨選擇自己的牙刷、擠牙膏在牙刷上及適當的刷牙技巧；Horner 和 Keilitzh (1975) 以工作分析與系統性的訓練策略研究發現，8 位智能障礙青少年在 18-30 次訓練後，其中有 6 位獨立完整的完成刷牙步驟，而另外 2 位也有明顯的進步；施彥亨（2001）以直接教學法，針對 5 位國小智障學童進行有關口腔衛生知識、技能、習慣的研究發現，在刷牙、牙線操作及牙菌斑指數的表現上都達到學習成效，且至少可維持 7 週的保留效果；詹麗貞（2001）運用修正與支持策略教導 2 位國小特教班重度智能障礙學童刷牙技能，研究結果發現在刷牙技能上除了有明顯的進步外，且有良好的保留成效；曾月照（2001）以視覺提示策略教導 1 位國小特教班的重度自閉症學生刷牙技能，結果發現在刷牙技能上有良好的立即和保留成效，但在類化方面的效果不佳；鍾馥濃（2008）以應用結構式教學法教導 25 位學齡前自閉症兒童，研究結果顯示學童在牙菌斑指數皆有明顯的改善。

上述文獻中，對身心障礙者施以口腔衛生教育的教學內容多以刷牙技能為主，

顯示身心障礙者在此方面的技巧學習有強烈需求，另因口腔衛生知識的學習易受限於認知能力，口腔衛生習慣的養成需要長時間的督促與自我能力的控制，因此，強調刷牙技巧的教學，對於身心障礙者會有更直接的幫助。在教學方法的運用上，自閉症學生的教學多採視覺提示及結構式的教學方法，而智能障礙學生則是以常見的直接教學法、工作分析、增強制等方式，因此針對不同障礙類別的學生，採用合適的教學法對其學習效果是具有相當的影響性，且上述文獻的研究結果都顯示出口腔衛生教育介入對身心障礙者在口腔衛生有良好的成效。

參、研究方法

本研究旨在探討口腔衛生教育介入前後，對安置於普通班之智能障礙學生在口腔衛生知識與潔牙技巧的成效研究。

一、研究對象

此課程的參與對象為高雄市楠梓區某國小不分類身心障礙資源班智能障礙與自閉症學童共 8 人，其中自閉症 2 位，智能障礙 6 位。

二、研究架構

如圖 1。

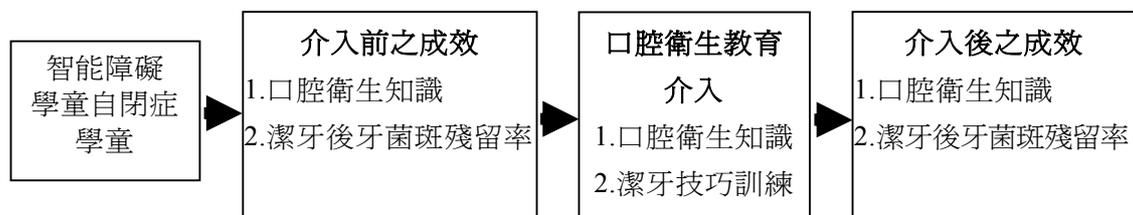


圖 1 研究架構

三、研究工具

研究工具為「口腔衛生知識測驗」和「牙菌斑殘留檢查」是用來探究教學處理的效果。研究工具的詳細內容敘述如下：

(一) 口腔衛生知識測驗

測驗題目乃參考施彥亨（2000）修訂而成，測驗的進行方式為避免受限於受試者的認知及口語表達能力，因此以圖片指認、實物操作…等一對一的方式進行。

(二) 牙菌斑殘留檢查

利用牙菌斑紀錄表進行牙菌斑殘留率的檢查，牙菌斑殘留率的檢測是採 O'Leary 等人 (O'Leary, Drake & Naylor, 1972) Plaque Control Record (PCR) 的方式，用以檢測全口牙齒頰側面及舌側面上牙菌斑的分布狀況。

1. 檢查與記錄方式

- (1) 將一顆牙齒的頰側面及舌側面各分成三部分，分別為近心頰面、中心頰面、遠心頰面、近心舌面、中心舌面與遠心舌面，故每顆牙都有六個檢查牙面。
- (2) 利用口鏡及手電筒檢查受檢者全口的牙齒狀況，將紀錄表上缺牙、人工牙冠及嚴重蛀牙的牙面劃除。
- (3) 以棉花棒沾取牙菌斑顯示劑，仔細塗在受檢者全口牙齒的頰側面及舌側面，以清水漱洗後，再以口鏡及手電筒檢查，並用紅筆在紀錄表上將殘留牙菌斑的牙面標記出來。

四、口腔衛生教育介入課程

(一) 教材選擇

本研究對象為輕、中度智能障礙與自閉症學童，由於學童的認知程度、知覺動作能力較一般學童弱，因此教材的選擇方面，以具體化、可操作性，且實際用於生活中的口腔保健為主。

(二) 課程編製與實施原則

因受限於認知功能低落，學習表現上會比一般學童遲緩及落後，故課程的編製以實用性為主，並符合以下原則：

1. 具功能性：因此類學童的類化能力差，課程設計不應過於抽象，宜日常生活中可立即應用為佳。
2. 系統化原則：內容由易而難、由繁而簡、由舊經驗至新經驗，以提供學童漸進、階層性的學習，以因應智障學童在訊息處理上的缺陷。
3. 興趣原則：符合學生的興趣，有助於提升學習動機與專注力。
4. 工作分析的原則：教學內容依學童程度做適度化的細分後再教導，逐步漸進式的依其能力增加學習內容，除了能確定學會每個步驟外，亦能維持學習動機。
5. 精熟學習的原則：因智障學童在短期記憶上的缺陷，對所學得的概念或技能常容易遺忘，故要不斷反覆練習以增進學習的保留。

(三) 課程內容設計

下列為本研究課程內容的概略描述：

表 研究課程概述

單元名稱	單元目標	教學形式	分鐘/節數
一、口腔的認識	1. 認識嘴巴及內部各部位名稱 2. 認識健康口腔的外觀	圖片指認 實物展示 實際操作 繪圖活動	40 分鐘/1 節
二、牙齒的認識	1. 認識牙齒的功能與重要性 2. 認識乳牙和恆牙	圖片指認 實物展示 繪圖活動	40 分鐘/1 節
三、蛀牙的認識	1. 認識蛀牙 2. 認識牙菌斑	實物展示 實際操作	40 分鐘/1 節
四、蛀牙的預防及潔牙用品的認識	1. 認識如何預防與治療蛀牙 2. 認識潔牙的工具與用品	圖片指認 實物展示	40 分鐘/1 節
五、刷牙技巧的學習	1. 學會頰側牙面的清潔 2. 學會上顎牙齒咬合面的清潔 3. 學會下顎牙齒咬合面的清潔 4. 學會上顎牙齒舌側面的清潔 5. 學會下顎牙齒舌側面的清潔 6. 學會全口牙面的清潔	實際操作 (輔以牙菌斑顯示劑之視覺提示)	240 分鐘/6 節

五、教學觀察紀錄分析

本口腔衛生教育教學課程共有 10 次，每週上 1 次課。在與學童互動的教學過程中觀察到一些情況，可作為後續相關教學研究的參考。

(一) 獎勵制度的建立

在過程中發現，獎勵制度的使用可幫助提高身心障礙的學習動機與專注力；在課程之前，就先與學童約定好獎勵的方式：將每位學童的名字呈現在黑板中，當學童有良好表現時則立即加點，並在大家面前公開讚揚此行為，且每次課程結束前

會再作今日行為回顧及點數總結，以增加學童的榮譽感、學習動機。因課程的目的是要建立學童良好口腔衛生習慣，故不以甜食作為獎勵品，而以文具用品和口頭讚美等方式替代之。

(二) 學習步驟化、精熟練習的應用

身心障礙學童在技能的學習，無法只看他人示範或口頭指導而察覺細部動作或要訣，而是需將整個刷牙活動細分成數個步驟，如：全口區分成上、下、左、右、頰側、頰側等八個部位；另，每節課都需再次複習與練習之前的學習內容，以避免

因短期記憶的缺陷而造成的遺忘。

(三) 視覺線索的提供

研究過程中發現身心障礙學童在刷牙技巧的學習，除了實際操作練習以習得該技能外，透過鏡子影像的回饋可幫助學童容易達到刷牙的指定動作，且再加上牙菌斑顯示劑的輔助，能幫助學童察覺牙菌斑的存在，以及自我檢查是否正確完成潔牙的動作。

(四) 實物的呈現與操作

因身心障礙學童在學習抽象化、概念性的知識是有困難的，故本研究在口腔衛生知識的內容編選上儘量與實際生活息息相關，並配合圖片或實物進行呈現與操作，如：牙齒模型、牙齒照片、各種潔牙工具實際操作…等，並將重要概念與知識反覆在每個單元中提及。

(五) 固定教學流程

本研究之每次教學流程固定為：複習之前課程內容或技能→新的學習內容→複習今日學習，且在每次上課前說明本節課的學習目標，可幫助學生容易掌握學習內容及專注於學習中。

(六) 配合生活作息的學習

本研究的課程目的是要養成學童正確的口腔衛生習慣，因智能障礙學童的類化能力差，故將刷牙的活動直接安排在用餐之後（早餐或午餐），藉此建立與養成學生餐後潔牙的認知與習慣。

(七) 座位的安排與調整

本研究的進行方式是採四人一組的小組教學，學生座位安排呈半圓形，人員的安排是將程度較佳的學童安插在座位兩

旁，程度較差或注意力容易分散的學生則放在離老師較近的中間位置，以利教學的控制與協助；但教學過程中仍需隨機在座位間走動與協助正確操作。

肆、介入成效

一、口腔衛生知識方面

在口腔衛生知識方面，教學者的教學內容包含：學生能夠理解潔牙工具的選擇、定時刷牙與定期檢查的重要、均衡飲食的攝取以及良好個人衛生習慣的建立。介入後，班級導師會反應參與學生開始會主動在餐後或飲食後要求要刷牙或鼓勵其他人刷牙，且會開始注意牙齒的外觀及清潔，對甜食的需求也較為減少，家長也反映學生在家中，除了主動在餐後刷牙外，也願意配合做牙齒檢查，並接受牙科治療（之前很害怕）。

二、潔牙技巧方面

在衛教介入的過程中，剛開始學生對刷牙會感到敏感與排斥，刷牙技巧課程介入的過程中，學生不僅會主動拿潔牙工具刷牙，也依據課程教授的潔牙重點，自己進行操作練習，並利用鏡子自我檢核刷牙部位的清潔度。另外，因刷牙力道與技巧拙劣而導致牙齦出血的情形，隨著課程與自我練習的次數增多，而有明顯降低。導師與家長對於此課程的介入均有正面的評價與積極配合。所以口腔衛生教育的介入對智能障礙兒童與自閉症學童的口腔衛生，是有所幫助與必要性的。

伍、討論與建議

一、討論

(一) 口腔衛生教育介入對提升智能障礙自閉症與學童的口腔衛生知識具有顯著的效果，且學習效果的維持至少可達四週以上。

過去有關口腔衛生教育對口腔衛生知識的相關研究也曾提出類似的結果。以一般學童為研究對象的研究如下：黃鈺婷（2005）以國小中年級為研究對象；廖美蘭（2004）以國小高年級為研究對象，與本研究的結果相似。

過去同樣以智能障礙學童為介入對象之研究（施彥亨，2000）發現以直接教學法教導口腔衛生知識，其結果顯示可達七週的教學保留效果，與本研究的結果相似。

(二) 口腔衛生教育介入對智能障礙自閉症與學童在使用牙刷清除口腔各部位牙面上牙菌斑，具有顯著的清除效果，且學習效果的維持至少可達二週以上。

本研究之全口牙面潔牙技巧的保留效果至少可維持二週以上，與鐘馥濃（2008）研究之二十五位 3-6 歲學前自閉症學童維持低牙菌斑指數的保留效果至少達二週相似。保留時長略少於施彥亨（2000）研究之五位 9-13 歲中度智能障礙學童維持低牙菌斑指數的保留效果達八週。

(三) 結果發現口腔衛生教育介入後，智能障礙自閉症與學童在上顎側牙面的牙菌斑清除雖可得到顯著的改善效果，但與其他牙面的牙菌斑殘留情況相較，牙菌斑殘留率仍是最高。

本研究與黃鈺婷（2005）的研究均顯示，智障學童與一般學童在清除上顎側牙菌斑都是較為困難。

二、建議

結果顯示口腔衛生教育對智能障礙自閉症與學童在口腔衛生知識和刷牙技能上是有效果的。然而，藉由課程實施，提出幾點對輕、中度智能障礙學童在學習口腔衛生知能之相關建議，以作為未來教學的參考。

(一) 每隔兩週應再複習與加強輕、中度智能障礙學童的口腔衛生教育

在知識部分的效果可維持至四週，在操作技巧的學習保留效果則可維持至二~四週。故建議最好每隔兩週能再進行複習加強，以維持在口腔衛生知識與技能的效果。

(二) 加強輕、中度智能障礙學童在上顎側牙面的刷牙技巧

上顎側牙面經衛教介入後，其牙菌斑殘留率的改變量雖然最多，但該牙面的牙菌斑殘留率相較於其他牙面仍為最高，且牙菌斑殘留率的變化還呈現微幅下降趨勢，代表教導學童使用牙刷針對該牙面的清潔，是可能可以達到其他牙面低牙菌斑殘留率的清況。

(三) 口腔衛生教育應長期、密集性的介入

衛生教育介入對智能障礙學童與一般學童在刷牙技能上都有立即性效果，但隨著介入結束後的時間增加，智能障礙卻無法像一般學童可維持有效清除牙菌斑的效果。所以，有足夠的教學時數與練習機會的衛生教育介入，能使智能障礙學童在操

作牙刷刷牙的效果與一般學童相似。

參考文獻

行政院衛生署 (2008)。身心障礙者口腔健康五年計畫。行政院衛生署，台北。

施彥亨 (2000)。直接教學模式在國小智能障礙學生口腔衛生教學之應用成效研究 (未出版的碩士論文)。國立台灣師範大學特殊教育研究所，台北。

陳秀娟 (2003)。高雄縣身心障礙兒童口腔健康狀況與相關因素之探討 (未出版的碩士論文)。高雄醫學大學口腔衛生科學研究所，高雄。

曾月照 (2001)。視覺提示策略對國小自閉症學生生活自理學習成效之研究 (未出版的碩士論文)。國立嘉義大學國民教育研究所，嘉義。

詹麗貞 (2001)。「修正與教學支持策略」對國小中重度智能障礙學生生活技能學習成效之研究 (未出版的碩士論文)。國立台中師範學院國民教育研究所，台中。

廖美蘭 (2004)。高雄縣國小高年級學童口腔衛生教育介入研究 (未出版的碩士論文)。高雄醫學大學口腔衛生科學研究所，高雄。

黃瑞昆 (1997)。高雄市自閉症患者齶齒狀況與相關因素之探討 (未出版的碩士論文)。高雄醫學大學口腔衛生科學研究所，高雄。

黃純德 (2003)。台灣身心障礙者之口腔健康狀況調查及口腔衛生教育推廣計

畫。國民健康局九十二與九十三年度科技研究發展計畫，台北。

黃鈺婷 (2005)。口腔衛生教育介入對牙菌斑移除之成效探討--以屏東縣國小中年級學童為例 (未出版的碩士論文)。高雄醫學大學口腔衛生科學研究所，高雄。

劉秀月 (2004)。智能障礙者之口腔健康狀況與相關因素之探討 (未出版的碩士論文)。高雄醫學大學口腔衛生科學研究所，高雄。

蔡蔭玲、項家蘭、呂炫堃、許光宏、李隆安 (2001)。台灣地區 6-18 歲人口之口腔狀況調查。行政院衛生署科技研究發展計畫，台北。

衛生署國民健康局。快樂潔牙，健康無瑕 (1)(2)。2011 年 12 月 30 日，取自 <http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/Them.aspx?No=200712250008>

蘇宣銘、楊佩青、韓良俊 (1992)。智障兒童口腔健康狀況之調查研究。行政院衛生署民八十一年度委託計畫，台北。

鍾馥濃 (2008)。應用結構式教學法於口腔衛生潔牙技巧介入對自閉症兒童降低牙菌斑成效之研究 (未出版的碩士論文)。高雄醫學大學口腔衛生科學研究所，高雄。

Abramson, E.E., & Wunderlich, R.A. (1972). Dental hygiene training for retardates: An application of behavioral techniques. *Mental Retardation*, 10(3), 6-8.

- Donnell, D.O., & Sheiham, A. Wai YK (2002). Dental findings in 4-, 14-, and 25-to 35-year-old Hong Kong residents with mental and physical disabilities. *Spec Care Dentist*, 22(6), 231-4.
- Faulks, D., & Hennequin, M. (2000). Evaluation of a long-term oral health program by carers of children and adults with intellectual disabilities. *Spec Care Dentist*, 20(5), 199-208.
- Gizani, S., Declerck, D., Vinckier, F., Martens, L., Marks, L., & Goffin, G. (1997). Oral health condition of 12-year-old handicapped children in Flanders (Belgium). *Community Dent Oral Epidemiol*, 25(5), 352-7.
- Horner, R.D., & Keilitz, I. (1975). Training mentally retarded adolescents to brush their teeth. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 3(8), 301-9.
- Martens, L., Marks, L., Goffin, G., Gizani, S., Vinckier, F., & Declerck, D. (2000). Oral hygiene in 12-year-old disabled children in Flanders, Belgium, related to manual dexterity. *Community Dent Oral Epidemiol*, 28(1), 73-80.