

[DOI]10.12016/j.issn.2096-1456.2019.02.007

· 防治实践 ·

共同参与模式对牙科畏惧症儿童就诊行为的管理

张帆, 任伟伟, 管琴, 赵慧, 李守宏

湖北医药学院附属口腔医院, 湖北 十堰(442000)

【摘要】 目的 在共同参与型医患互动模式下, 流程化行为管理对牙科畏惧症(dental fear, DF)儿童畏惧程度的影响。**方法** 选择98名3~6岁的牙科畏惧症儿童, 随机均分为观察组、对照组。观察组在共同参与型模式下进行牙科诊疗, 对照组采用传统告知—演示—操作(tell-show-do, TSD)。记录每名患儿的诊疗全程, 以行为分级法为标准进行牙科畏惧程度评分。**结果** 观察组患儿与对照组患儿治疗前的畏惧程度评分分别为 3.571 ± 0.913 、 3.857 ± 1.000 , 2组畏惧程度评分差异无统计学意义($t = 1.477, P > 0.05$)。治疗中, 观察组患儿与对照组患儿的畏惧程度评分分别为 1.428 ± 1.061 、 3.286 ± 0.707 , 2组畏惧程度评分差异有统计学意义($t = 10.198, P < 0.001$)。**结论** 在共同参与型模式下, 通过流程化的行为管理, DF患儿的恐惧程度下降, 此种方式有助于改善患儿的牙科恐惧心理。

【关键词】 儿童; 牙科畏惧症; 共同参与型; 畏惧程度; 行为管理; 龋齿

【中图分类号】 R788 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 2096-1456(2019)02-0104-03

【引用著录格式】 张帆, 任伟伟, 管琴, 等. 共同参与模式对牙科畏惧症儿童就诊行为的管理[J]. 口腔疾病防治, 2019, 27(2): 104-106.

The management of dental fear symptoms in children in a coparticipation model ZHANG Fan, REN Weiwei, GUAN Qin, ZHAO Hui, LI Shouhong. Stomatological Hospital, Hubei University of Medicine, Shiyan 442000, China

Corresponding author: REN Weiwei, Email: 1913702982@qq.com, Tel: 0086-719-8223650

【Abstract】 Objective To explore the impact of procedural behavior management on children with dental fear (DF) using the interactive mode of coparticipative doctor-patient interactions. **Methods** Ninety-eight children with dental fear and aged 3-6 years were randomly divided into an observation group and a control group. Dental treatment was performed on the observation group under the coparticipation model, while the control group adopted the traditional tell-show-do (TSD) operation. The entire process of diagnosing and treating each child was recorded, and the degree of dental fear was assessed using a behavioral grading method as the standard. **Results** The degrees of fear in the children in the observation group and the control group were 3.571 ± 0.913 and 3.857 ± 1.000 . The two groups showed no significant difference in the degree of fear ($t = 1.477, P > 0.05$). During the treatment, the fear scores of the children in the observation group and the control group were 1.428 ± 1.061 and 3.286 ± 0.707 . The two groups showed statistically significant differences in fear scores ($t = 10.198, P < 0.001$). **Conclusion** In the coparticipative model, the fear level of DF children was significantly reduced by process-based behavior management, which helped to improve the dental fear of the children.

【Key words】 Children; Dental anxiety; Coparticipative model; Dental anxiety level; Behavior Management; Dental caries

儿童牙科畏惧症(dental fear, DF)是指儿童在

牙科诊疗过程中所具有的害怕、紧张、忧郁的心理状态, 行为上表现为敏感性增高、耐受性降低, 甚至抗拒治疗的现象, 是影响儿童牙科就诊率和治疗质量的主要原因^[1]。临床上对这类患儿多采用行为管理、镇静技术和全麻技术使其完成治疗^[2]。随着生物—心理—社会医学模式的普及和医生对

【收稿日期】 2018-04-11; **【修回日期】** 2018-05-10

【基金项目】 湖北省教育厅人文社科研究项目(16D074)

【作者简介】 张帆, 主治医师, 硕士, Email: 292628236@qq.com

【通信作者】 任伟伟, 主治医师, 硕士, Email: 1913702982@qq.com, Tel: 0086-719-8223650

儿童牙科畏惧症管理策略的不断完善,选择更有利于医患交流的共同参与型医患沟通模式成为一个新的方向。本研究旨在通过共同参与模式对儿童进行流程化的行为管理,消除儿童的恐惧心理,建立和谐互信的医患关系,分析牙科畏惧症儿童牙科畏惧程度的改变。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2016年3月—2016年12月在湖北医药学院附属口腔医院儿童口腔科初次就诊且既往没有牙科治疗史的3~6岁儿童,儿童畏惧调查量表—牙科分量表评分高于30分,在此基础上,符合以下条件患儿纳入研究。纳入标准:符合WHO的龋病诊断标准的浅龋或中龋,龋齿数大于或等于3颗;需要进行乳牙充填治疗;无认知、视听功能障碍及其他躯体和精神疾病;家长文化程度初中及以上、无认知思维障碍,知情同意愿意参与本研究。排除标准:患牙有自发痛;深龋或龋坏已经累及牙髓;患儿近期服用镇痛药物;思维及表达有障碍。

共纳入98例患儿,其中男46例,女52例,年龄(4.6 ± 0.5)岁,随机分为观察组和对照组。2组中位数年龄分别为4.5岁、4.6岁。

1.2 方法

对照组采用传统告知—演示—操作(tell-show-do, TSD)法,具体操作如下:①治疗前,采用儿童化语言向患儿简单解释看牙过程。②治疗中,医护态度和蔼,操作轻巧以获取儿童信任。③治疗后,给予患儿鼓励及奖励。

观察组采用共同参与型医患互动模式,具体操作如下:①治疗前,使用龋齿模型向患儿讲解并指导其熟悉治疗过程及相关器械,医生与患儿交流时间不少于5 min,随后鼓励患儿与家长进行看牙游戏,游戏时间视患儿恐惧程度可适当延长,最后在征得患儿同意后医生进行操作。②治疗中,医护不使用命令语句,在操作的关键步骤上询问患儿“下一步该做什么了”,指导患儿自己使用吸唾管,压隔湿棉花,充当小助手。将术前、术中、术后龋病的变化录像并反馈给患儿;③治疗后,和患儿共同回顾治疗过程,医生根据情节给予表扬及解决方案。商讨口腔保健计划,允许患儿“讨价还价”,但制定的计划必须遵守,医生和患儿共同制定一个家长的口腔保健计划,由患儿监督。观察

组医护不强迫患儿进行某项操作,与患儿合作而非指挥患儿,在诊疗过程中依据患儿的个体差异随机使用正强化、分散注意力、语音控制等管理措施。

1.3 观察指标

参考以体征为依据的Venham临床焦虑及合作行为级别评定量表对儿童的表现进行畏惧程度分级,一共6级^[3]。0(自如):表情自然,能正确迅速地回答医生的提问,与医生配合良好;1(不自在):面部表情不自然,手放置不自然,诊治过程紧张,但能配合治疗,愿意并能正确地回答医生的提问;2(紧张):回答问题尚准确,但声音改变,手经常悬空,不影响医生操作;3(勉强):想拒绝治疗,哭叫,手经常抬起,试图阻止操作,需用命令式语言方能操作,诊治过程困难;4(恐惧):语言交流尚可,但持续哭闹,身体不断扭动,难以操作,常需按压;5(失控):完全不听话,高声哭闹,需采取强制性手段方能操作。其中将0、1、2级定义为配合儿童,3、4、5级定义为不配合儿童。

比较2组患儿治疗前、治疗中畏惧程度评分是否有差异。

1.4 统计学方法

采用SPSS20.0软件对数据进行统计学分析,采用 t 检验分别比较观察组及对照组患儿治疗前与治疗中的畏惧程度。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿畏惧程度评分情况

治疗前,观察组患儿与对照组患儿的畏惧程度评分分别为 3.571 ± 0.913 、 3.857 ± 1.000 ,2组畏惧程度评分差异无统计学意义。治疗中,观察组患儿与对照组患儿的畏惧程度评分分别为 1.428 ± 1.061 、 3.286 ± 0.707 ,2组畏惧程度评分差异有统计学意义(表1)。

表1 观察组与对照组治疗前及治疗中的畏惧程度评分
Table 1 Dental fear scores before and during treatment in the observation and control groups

组别	治疗前	治疗中
观察组	3.571 ± 0.913	1.428 ± 1.061
对照组	3.857 ± 1.000	3.286 ± 0.707
t 值	1.477	10.198
P 值	> 0.05	< 0.001

3 讨论

儿童牙科畏惧症是医生治疗不能顺利实施、影响牙科治疗效果的重要因素。探究其发生原因,除疼痛体验外,儿童心理因素发挥了重要作用。目前常采用TSD法、询问—告知—询问、正强化、记忆重组等方法对DF患儿进行行为及心理干预,通过纠正儿童的不良行为和情绪使其能够配合治疗,但这类基础行为管理技术单独用于中重度的DF患儿收效甚微。对牙科畏惧程度严重或认知、交流障碍的儿童多采取笑气/氧气吸入镇静、口服药物镇静、静脉注射镇静和全身麻醉的方式解决口腔疾患^[2]。笑气虽能安全有效缓解患儿牙科畏惧的程度,但单独使用对学龄前儿童作用有限,不能完全代替基础行为管理^[4]。全麻下治疗能高效解决患儿疾患,但应作为常规行为管理方法无效且镇静不适用的情况下最后的选择^[2]。探索有效易行的行为管理技术,在舒适化的就诊体验中疏导儿童恐惧心理仍是研究重点。

随着生物—心理—社会医学模式的普及和医患共同决策的兴起,医患关系逐渐由医生主导型向共同参与型转变。医生由绝对的权威转变为医生主导及医患双方平等共同决策模式,让患者参与到自己的医疗决策中的实质就是加强医患合作。在决策过程中,医生尊重患者意愿,寻找最适合患者的治疗方案,患者感到医生能够理解自己,从而引起患者情感的共鸣,增加治疗的依从性。调查显示绝大多数的患者愿意积极的参与临床决策过程,而患者参与治疗决策可以减轻其疼痛、焦虑和抑郁的程度,增加患者的依从性,提高满意度^[5-6]。

学龄前儿童(3~6岁)心智未成熟,具有形象性和不随意性,易被医生及家长忽视其情感诉求及心理需求,一味要求其“听话”,变相剥夺了儿童的话语权。共同参与型互动方式给儿童充分的自主权和话语权,让其变被动为主动,医生在行为管理技术基础上给予儿童充分的尊重,倾听儿童的想法,让DF患儿处于主体地位,拥有决定权,从心理层面上缓解儿童的焦虑感及恐惧感,构建和谐的互动关系后与患儿制定口腔治疗计划,复诊时再次运用规范化的行为管理流程并根据患儿的个体性进行细节调整,随着对治疗过程、医护人员的熟悉患儿畏惧程度逐渐降低。本次研究结果也证实这一推论:在共同参与型互动模式下,DF患儿的配合意愿增强恐惧程度降低,传统TSD模式下患

儿始终处于抗拒状态,说明当患儿的心理需求得到重视时其恐惧心理能够得到有效的疏解。

国外研究肯定了大多数的非药物性行为管理能够改善儿童焦虑、行为及疼痛感知的效果,建议在治疗前寻找儿童牙科畏惧的来源并对其进行管理,重视儿童的心理保健,在治疗过程中不主张母子分离,提倡试听干扰,正强化,记忆重组等管理技术^[7-9]。国内对儿童非药物性行为管理的研究多集中于具体方法的应用,如行为诱导、心理干预等,研究方法较零散缺乏系统性。本研究尝试通过规范整合一系列非药物性行为管理技术,着眼于将医生为主导的医患模式改为共同参与型,把DF患儿放于主体地位,尊重患儿的心理需求,通过不断的行为管理及心理关怀,观察DF患儿在治疗中的表现并采取管理措施。在转变为新型医患模式的需求下,本研究结果也表明共同参与型医患互动模式有助于DF患儿不良情绪和恐惧心理的释放和缓解,为儿童口腔医生治疗DF患儿提供一种新思路及方法。

参考文献

- [1] Shervin S, Hedman-Lagerlöf E, Hasselblad T, et al. Internet-based cognitive behavioral therapy for children and adolescents with dental anxiety: open trial[J]. J Med Internet Res, 2018, 20(1): e12.
- [2] 周晓晴, 李霞. 儿童行为管理技术研究进展[J]. 口腔疾病防治, 2017, 25(6): 405-408.
- [3] 夏斌, 王春丽, 韩烨, 等. 口腔诊疗中低龄儿童行为表现分类标准的制定与信度检验[J]. 中华口腔医学杂志, 2007, 42(2): 106-109.
- [4] Sivaramakrishnan G, Sridharan K. Nitrous oxide and midazolam sedation: a systematic review and meta-analysis[J]. Anesth Prog, 2017, 64(2): 59-65.
- [5] 钟雨濛, 陈栋, 谢畅, 等. 知行模式在正畸患者护理中的应用[J]. 口腔疾病防治, 2018, 26(9): 598-600.
- [6] 陈喆, 黄慧明. 共同参与模式对肺癌化疗患者心理状态的影响分析[J]. 中国医药导刊, 2016, 18(1): 95-96.
- [7] Barreiros D, De Oliveira DSB, De Queiroz AM, et al. Audiovisual distraction methods for anxiety in children during dental treatment: a systematic review and meta-analysis[J]. J Indian Soc Pedod Prev Dent, 2018, 36(1): 2-8.
- [8] Sharma A, Kumar D, Anand A, et al. Factors predicting behavior management problems during Initial dental examination in children aged 2 to 8 years[J]. Int J Clin Pediatr Dent, 2017, 10(1): 5-9.
- [9] Boka V, Arapostathis K, Charitoudis G, et al. A study of parental presence/absence technique for child dental behaviour management[J]. Eur Arch Paediatr Dent, 2017, 18(6): 405-409.

(编辑 罗燕鸿, 曾曙光)