

Πληροφόρηση και συναίνεση του παιδοδοντιατρικού ασθενή: Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας. Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Αλευρά Μυρτώ¹, Ηγουμενίδης Μιχάλης²

1. Χειρουργός Οδοντίατρος

2. RN, BA Philosophy, MA, PhD Law, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο Πατρών

Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Τμήμα Νοσηλευτικής & Τμήμα Λογοθεραπείας

Η πληροφορημένη συναίνεση αναφέρεται στη διαδικασία διαλόγου ανάμεσα σε έναν επαγγελματία υγείας και έναν ασθενή (ή το νόμιμο αντιπρόσωπό του) σχετικά με μία προτεινόμενη διαγνωστική ή θεραπευτική παρέμβαση. Η συναίνεση μπορεί να διαχωριστεί αδρά σε τρεις κατηγορίες: υπονοούμενη, προφορική και έγγραφη. Στην περίπτωση ανήλικου ασθενούς οι αποφάσεις λαμβάνονται από τα άτομα που ασκούν τη γονική μέριμνα, συνήθως τους γονείς του. Η παρούσα ανασκόπηση συνοψίζει τα σχετικά διλήμματα που διέπουν το ηθικό, δεοντολογικό και νομικό πλαίσιο που ισχύει στον τομέα της παιδοδοντιατρικής. Μελετήθηκε η σχετική βιβλιογραφία στη βάση δεδομένων PubMed, με τις ακόλουθες λέξεις-κλειδιά: *paediatric dentistry, pediatric dentistry, informed consent*. Συμπεριλήφθηκαν 16 σχετικά άρθρα που ήταν δημοσιευμένα στην αγγλική γλώσσα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχουν τρία θεματικά πεδία στα οποία στρέφεται το μεγαλύτερο ενδιαφέρον: η συναίνεση για το μη-συνεργάσιμο παιδί, η μεταβαλλόμενη ηθική σημασία της συναίνεσης ανάλογα με το βαθμό ωριμότητας του παιδιού, καθώς επίσης και ο ρόλος των γονέων και κηδεμόνων. Τα άρθρα της συγκεκριμένης ανασκόπησης συντείνουν προς το ότι αυτά τα ζητήματα αξίζουν μεγαλύτερης προσοχής, και παρακινούν τις αρμόδιες αρχές να εκδώσουν σαφείς οδηγίες και να παρέχουν την κατάλληλη ενημέρωση και καθοδήγηση για αυτά.

Λέξεις ευρετηρίου: Γονική Συναίνεση, Ηθική, Πληροφορημένη Συναίνεση

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Προκειμένου να εξασκήσει ένας ασθενής την αυτονομία του είναι απαραίτητο να συμμετέχει και ο ίδιος στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων που αφορούν στην υγεία και τη διαχείριση της ασθένειάς του, και βέβαια να είναι αυτός που δίνει την τελική συγκατάθεση σε αυτές τις αποφάσεις. Αυτή η έκφανση της αυτονομίας του ασθενή λέγεται πληροφορημένη συναίνεση και αναφέρεται στη διαδικασία διαλόγου ανάμεσα σε έναν επαγγελματία υγείας και έναν ασθενή σχετικά με μία προτεινόμενη παρέμβαση, τις επι-

πτώσεις της, τα οφέλη και τους κινδύνους, καθώς και τις εναλλακτικές λύσεις¹.

Η συναίνεση μπορεί να διαχωριστεί αδρά σε τρεις κατηγορίες: υπονοούμενη, προφορική και έγγραφη. Για τις απλές διαδικασίες, η τυπική εξασφάλιση της συναίνεσης συνήθως δεν είναι απαραίτητη, αφού υπάρχει η έννοια της υπονοούμενης συναίνεσης: αυτό σημαίνει ότι ο ασθενής δεν χρειάζεται να εκφράζει πάντα ρητά ότι συμφωνεί με μία διαδικασία, αρκεί να μη διαφωνεί². Αν ένας οδοντίατρος ζητήσει από τον ασθενή του να ανοίξει το στόμα του για να τον εξετάσει και αυτός το ανοίγει χωρίς συζήτηση, τότε θεωρούμε ότι έχει

Informed consent of the pediatric dental patient; ethical and deontological issues

Alevra Myrto¹, Igoumenidis Michalis²

1. Dental Surgeon

2. RN, BA (Philosophy), MA, PhD (Law), Associate Professor, Department of Nursing, University of Patras

Informed consent refers to the process of dialogue between a health professional and a patient (or his/her legal representative) regarding a proposed diagnostic or therapeutic intervention. Consent can be broadly divided into three categories: implied, oral and written. In the case of a minor patient, decisions are made by the person exercising parental responsibility, most commonly his/her parents. This review summarizes the relevant dilemmas governing the ethical, deontological, and legal framework applicable to pediatric dentistry. The relevant literature was studied in the PubMed database using the following keywords: paediatric dentistry, pediatric dentistry, informed consent. Sixteen relevant articles published in English were included. The results show that there are three areas of interest that attract the most attention: consent for non-cooperative children, the changing ethical significance of consent depending on the child's degree of maturity, and the role of parents and guardians. The articles in this review suggest that these issues deserve greater attention, and urge competent authorities to issue clear guidelines and provide appropriate information and guidance on them.

Keywords: Ethics, Informed Consent, Parental Consent

δώσει τη συναίνεσή του στην εξέταση. Αν βέβαια θελήσει να μάθει πληροφορίες για τη συγκεκριμένη εξέταση, ο οδοντίατρος είναι υποχρεωμένος να του τις παρέχει πριν προχωρήσει σε αυτήν. Σε αυτήν την περίπτωση, θα πρέπει να αναζητηθεί και η προφορική συναίνεση του ασθενή³.

Αντίθετα, υπάρχουν ορισμένες παρεμβάσεις, για τις οποίες η πληροφορημένη συναίνεση παίζει πολύ σημαντικό ρόλο, και η απουσία της μπορεί να δημιουργήσει, εκτός από ηθικά, και νομικά προβλήματα. Σε τέτοιες περιπτώσεις δεν αρκεί η υπονοούμενη συναίνεση, ούτε και η σαφής προφορική συναίνεση· χρειάζεται να υπάρχει έγγραφη συναίνεση. Για παράδειγμα, σε περίπτωση που πρέπει να χορηγηθεί γενική αναισθησία απαιτείται η έγγραφη συγκατάθεση του ίδιου του ασθενή ή του ατόμου που έχει την επιμέλειά του. Η ύπαρξη ενός τέτοιου αποδεικτικού στοιχείου χρησιμεύει και για τη νομική κάλυψη των επαγγελματιών υγείας σε περίπτωση που η έκβαση δεν είναι η επιθυμητή⁴.

Σε περίπτωση ανήλικου ατόμου οι αποφάσεις λαμβάνονται από τους γονείς ή τους κηδεμόνες του, αν και το ίδιο το ανήλικο άτομο μπορεί να ενημερωθεί σχετικά με την κατάσταση της υγείας του, ανάλογα και με το βαθμό ωριμότητάς

του⁴. Παρ' όλα αυτά, η αντιπροσώπευση δεν είναι πάντα απλή διαδικασία και το νομικό πλαίσιο διαφοροποιείται από χώρα σε χώρα. Στην Ελλάδα, ο Κώδικας Οδοντιατρικής Δεοντολογίας, στο Άρθρο 8 §1 προβλέπει πως «όταν ο ασθενής δεν έχει υπερβεί το 16^ο έτος της ηλικίας του, είναι απαραίτητη η συναίνεση του γονέα, ή κηδεμόνα του,» με εξαίρεση τις κατεπείγουσες περιπτώσεις κατά τις οποίες ο οδοντίατρος αναλαμβάνει κάθε επείγουσα οδοντιατρική πράξη για την πρόληψη, προστασία και αποκατάσταση της στοματικής υγείας του ασθενή, ακόμα και αν δεν είναι εφικτό να διασφαλίσει τη συναίνεσή του (Κώδικας Οδοντιατρικής Δεοντολογίας, Άρθρο 8 §2).

Λαμβάνοντας υπόψη τα προαναφερθέντα, στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση επιχειρείται να παρουσιαστεί συνοπτικά το νομικό, δεοντολογικό και ηθικό πλαίσιο μέσα στο οποίο λειτουργεί η θεραπευτική σχέση του οδοντίατρου με τον παιδοδοντιατρικό ασθενή, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά στη δυνατότητα ενημέρωσης και συγκατάθεσης του τελευταίου, καθώς και να επισημανθούν τα σχετικά διλήμματα που ανακύπτουν σε αυτό το πλαίσιο.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Μελετήθηκε η σχετική βιβλιογραφία από το 2000 μέχρι σήμερα, στη βάση δεδομένων PubMed, με λέξεις-κλειδιά και λογικούς τελεστές «paediatric dentistry» OR «pediatric dentistry» AND «informed consent». Συμπεριλήφθηκαν όλες οι μελέτες που ήταν δημοσιευμένες στην αγγλική γλώσσα, τα τελευταία 25 χρόνια.

Δεν πραγματοποιήθηκε συστηματική εκτίμηση της ποιότητας των μελετών και ανάλυση των αποτελεσμάτων τους, μιας και κάτι τέτοιο δεν ήταν στους σκοπούς της παρούσας ανασκόπησης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1. Αποτελέσματα αναζήτησης

Από την αναζήτηση στη βιβλιογραφία, προέκυψαν 609 αποτελέσματα, εκ των οποίων 581 αποκλείστηκαν από την ανάγνωση του τίτλου, καθώς το περιεχόμενό τους δεν ήταν σχετικό με τον σκοπό της παρούσας ανασκόπησης. Ακολούθησε ανάγνωση των περιλήψεων, κατά την οποία αποκλείστηκαν άλλα 12 άρθρα. Συνεπώς ο τελικός αριθμός των δημοσιευμένων άρθρων που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση ήταν 16.

2. Χαρακτηριστικά άρθρων

Τα άρθρα της ανασκόπησης, όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 1, μπορούν να χωριστούν αδρά σε 3 κύριες κατηγορίες: άρθρα γνώμης, έγγραφα πολιτικής (policy documents) και ερευνητικές μελέτες. Τα άρθρα γνώμης ήταν οκτώ⁵⁻¹², οι ερευνητικές μελέτες ήταν έξι¹³⁻¹⁸ και τα έγγραφα πολιτικής δύο^{19,20}.

Γενικότερα, τα άρθρα γνώμης εκθέτουν προβληματισμούς για τη συναίνεση του παιδοδοντιατρικού ασθενή και συχνά περιγράφουν ένα μεταβαλλόμενο κοινωνικό και επαγγελματικό τοπίο, με το οποίο χρειάζεται να συμβαδίζει η οδοντιατρική πρακτική. Τα περισσότερα από αυτά τα άρθρα είναι αρκετά παλιά, με την έννοια ότι έχουν περάσει 15-25 χρόνια από τη δημοσίευσή τους^{5-7,9-11}, ενώ ένα άρθρο είναι του 2013¹² και ένα πιο σύγχρονο (2024)⁸, το οποίο αναφέρει ότι θα έπρεπε να υπάρχουν σε όλες τις χώρες σαφείς οδηγίες για την ενεργό συμμετοχή των παιδιών στις οδοντιατρικές αποφάσεις, σε συμφωνία με την Διακήρυξη της UNESCO για τα δικαιώματα του παιδιού. Τα υπόλοιπα άρθρα γνώμης επίσης ζητούν σαφέστερες οδηγίες και ειδική εκπαίδευση για μία σειρά ζητημάτων, όπως για την ενσυνείδητη καταστολή^{5,10}, τη χρήση μέσων περιορισμού⁹, τη λήψη συναίνεσης ανάλογα με τον βαθμό ωριμότητας^{6-7,12}, και τη διαχείριση των γονέων¹¹.

Οι έξι ερευνητικές μελέτες εμφανίζουν μεγάλη διαφοροποίηση ως προς το σκοπό τους και τους συμμετέχοντες, αλλά οι πέντε¹³⁻¹⁷ έχουν κοινό χαρακτηριστικό ότι έχουν παρέλθει άνω των 15 ετών από τη δημοσίευσή τους. Οι Adewumi και συν. (2001) μελέτησαν 60 παιδιά 8-13 ετών, καταλήγοντας ότι τα παιδιά επιθυμούν την ενεργότερη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων¹³. οι Ashkenazi και συν (2011) μελέτησαν τα συχνότερα λάθη που κάνουν οι παιδοδοντίατροι και που επιφέρουν νομικές κυρώσεις, καταλήγοντας ότι σε ποσοστό 15% δεν διασφαλίζεται ενυπόγραφη συναίνεση των γονέων¹⁴. οι Lal και συν. (2007) μελέτησαν 250 άτομα που συνόδευαν ανήλικους σε οδοντιατρική κλινική του Λονδίνου και διαπίστωσαν ότι το 12% των συνοδών δεν είχαν τη νομική δυνατότητα να συναινέσουν ως αντιπρόσωποι των ανηλίκων¹⁵. οι Mohamed Tahir και συν. (2002) μελέτησαν 70 γονείς και κατέληξαν ότι πολλοί δεν είχαν κατανοήσει σε τι ακριβώς συναινούσαν ως αντιπρόσωποι των παιδιών τους, παρά τις εξηγήσεις που είχαν παρασχεθεί¹⁶. τέλος, οι Virdee και Rodd (2007) μελέτησαν ποιοι συνοδεύουν τα παιδιά σε οδοντιατρικές κλινικές, διαπιστώνοντας ότι οι γονείς απουσιάζουν συχνότερα από τις επείγουσες περιπτώσεις, όπου η πληροφορημένη συναίνεση μπορεί να είναι και πιο σημαντική¹⁷.

Μια πιο πρόσφατη μελέτη που συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση μίας σειράς ζητημάτων ήταν αυτή των Potgieter και συν. (2024), η οποία διερεύνησε τι ισχύει νομικά για τις ηλικίες των παιδοδοντιατρικών ασθενών και τις δυνατότητες που έχουν για συναίνεση σε διάφορες χώρες¹⁸.

Τέλος, τα δύο έγγραφα πολιτικής ήταν επίσης παλιά και αφορούσαν σε οδηγίες σε εθνικό επίπεδο (UK National Clinical Guidelines in Paediatric Dentistry 2002) ως προς τη διαχείριση του παιδιού που δεν συνεργάζεται¹⁹, καθώς και ένα έγγραφο πλειοψηφίας από την British Society of Paediatric Dentistry του 2008 που αναφέρεται στο πώς πρέπει να γίνεται κατανοητή η συναίνεση των παιδοδοντιατρικών ασθενών²⁰. Για τα έγγραφα πολιτικής, πρέπει να σημειωθεί ότι από την αρχική αναζήτηση προέκυψαν και αρκετά άρθρα που είχαν δημοσιευθεί ως οδηγίες από τους κατά τόπους αρμόδιους επιστημονικούς συλλόγους, όπως για παράδειγμα οι Οδηγίες για την Πληροφορημένη Συναίνεση από την American Academy on Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs²¹. Οι συγκεκριμένες οδηγίες θέτουν ένα γενικότερο πλαίσιο για την πληροφορημένη συναίνεση των ανηλίκων. Από την αναζήτηση προέκυψαν επίσης αποτελέσματα οδηγιών που σχετίζονται με πιο ειδικές πτυχές αυτής της συναίνεσης, όπως οι Οδηγίες για την προστατευτική ακινητοποίηση των παιδοδοντιατρικών ασθενών από την American Academy of Pediatric Dentistry²². Αυτού του είδους τα άρθρα είχαν αποκλειστεί από την ανάγνωση

των τίτλων τους, καθώς στην ουσία επρόκειτο για οδηγίες που ανανεώνονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα και αφορούν σε βέλτιστες πρακτικές χωρίς όμως να πληροφορούν τον αναγνώστη για σχετική τεκμηρίωση ή να θέτουν προβληματισμούς και διλήμματα.

3. Θεραπεία Πεδία

Ως προς την κατάταξη των άρθρων βάσει θεματολογίας (Πίνακας 1), μπορούν να γίνουν οι ακόλουθοι διαχωρισμοί. Από τη μία πλευρά, σημαντικό ενδιαφέρον συγκεντρώνουν οι περιπτώσεις παιδιών που δεν είναι συνεργάσιμα, με αποτέλεσμα να προκύπτει διλήμμα ως προς το αν διαδραματίζει κάποιον ρόλο η συναίνεσή τους. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν τα άρθρα που αναφέρονται γενικά στη συναίνεση, τις κατηγορίες της, αλλά και στη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην ουσιαστική της σημασία και το βαθμό ωριμότητας του παιδιού. Τέλος, μία τρίτη κατηγορία άρθρων επικεντρώνεται στο ρόλο των γονέων και των συνοδών γενικότερα. Ακολουθώντας παρουσιάζονται αναλυτικότερα αυτά τα θεματικά πεδία.

Συναίνεση και Μη-συνεργάσιμα Παιδιά

Κεντρικός προβληματισμός σε όσα άρθρα θέτουν το συγκεκριμένο ζήτημα είναι η χρήση της ενσυνείδητης καταστολής και το είδος της συναίνεσης που πρέπει να διασφαλίζεται για αυτήν τη διαδικασία^{5,6,8-10,19,20}. Κοινή διαπίστωση για την αντιμετώπιση του άγχους του παιδιού με φαρμακολογικές τεχνικές είναι πως πρέπει να αποφασίζεται μόνο όταν άλλα μέσα έχουν αποτύχει. Οι κίνδυνοι της χρήσης τους είναι περιορισμένοι, αλλά η ενεργητική άρνηση του παιδιού να συνεργαστεί πριν τη χορήγηση αυτών των μέσων θέτει ζητήματα ορθής χρήσης της συναίνεσης: οι γονείς είναι εκείνοι που πρέπει να πάρουν την απόφαση, αλλά ο ανήλικος θα πρέπει επίσης να συμμετέχει ελεύθερα, όσο του επιτρέπει ο βαθμός της ωριμότητάς του¹⁰.

Ο οδοντιατρικός φόβος και το οδοντιατρικό άγχος αποτελούν συχνό κλινικό πρόβλημα στην παιδική και εφηβική ηλικία, με επιπολασμό 24%²³. Η οδοντιατρική φοβία και η βελονοφοβία είναι συγκεκριμένες φοβίες που ταξινομούνται ως ψυχιατρικές διαταραχές στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM). Στην παιδοδοντιατρική πρακτική χρησιμοποιούνται παραδοσιακές τεχνικές διαχείρισης συμπεριφοράς, όπως η τεχνική πες-δείξε-κάνε, η χρήση παιδιού-προτύπου, η εναλλαγή της φωνής και η τεχνική της επιβράβευσης, οι οποίες δεν απαιτούν ιδιαίτερη μορφή συναίνεσης πέραν της συνήθους ενημέρωσης του γονέα. Αντίθετα, μέθοδοι όπως κάποιο είδος περιορισμού, η καταστολή με μιδαζολάμη ή πρωτοξείδιο του азώτου και η γενική αναισθησία απαιτούν σαφή

γονική συναίνεση²⁴. Από την άλλη, οι παρεμβάσεις γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας, που αποτελούν την αποτελεσματικότερη προσέγγιση για τις συγκεκριμένες φοβίες, έχουν ως στόχο τη μείωση του άγχους, ώστε οι ασθενείς να συνεργάζονται χωρίς την ανάγκη καταστολής ή περιορισμού. Παρότι η αποτελεσματικότητά τους έχει τεκμηριωθεί σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες, η εφαρμογή τους στην οδοντιατρική παραμένει περιορισμένη²⁵.

Κατά συνέπεια, είναι σημαντικό να υπάρχουν σαφείς οδηγίες και σχετική εκπαίδευση για την ηθικότερη αντιμετώπιση του μη-συνεργάσιμου και αγχώμενου παιδιού. Η εφαρμογή φαρμακολογικών τεχνικών θα πρέπει να γίνεται αντιληπτή ως μία συμπληρωματική προσέγγιση όταν δεν επαρκούν οι συμπεριφορικές τεχνικές, ενώ η χορήγηση αναισθησίας που επηρεάζει τη συνείδηση θα πρέπει να περιορίζεται σε εξαιρετικές περιπτώσεις^{19,20}.

Αξίζει επίσης να επισημανθεί ο τρόπος διαχείρισης ενός γονέα που υπερβαίνει τα όρια στη συμπεριφορά του. Ειδικότερα, παρατηρείται σε μελέτες πως η παρουσία των γονέων επηρεάζει αρνητικά το άγχος του παιδιού, ενώ οι γονείς με υψηλό άγχος φαίνεται να επηρεάζουν αρνητικά τη συμπεριφορά των παιδιών τους, με αποτέλεσμα να επιβαρύνονται ψυχολογικά τα παιδιά και να καθυστερεί η θεραπεία, καθώς συχνά οι γονείς είναι παρεμβατικοί²⁶. Για αυτό, οι οδοντίατροι προτιμούν οι γονείς να μην είναι παρόντες κατά την κλινική πράξη, ώστε να είναι πιο ομαλή η διαδικασία. Φυσικά, πολλοί κηδεμόνες δεν το δέχονται εύκολα, οπότε χρειάζεται να τους παρασχεθούν οι κατάλληλες εξηγήσεις, ότι η παρουσία τους δε βοηθάει το παιδί, αλλά έχει αντίθετα αποτελέσματα, εκτός από τις περιπτώσεις που αφορούν πολύ μικρά παιδιά κάτω των 3 ετών. Εξυπακούεται ότι νομικά οι κηδεμόνες έχουν το δικαίωμα να είναι παρόντες συνεχώς, ώστε να διασφαλίζουν τα βέλτιστα συμφέροντα του παιδιού. Όμως, αν ο οδοντίατρος έχει κερδίσει την εμπιστοσύνη τους και έχει λάβει τη συναίνεσή τους, θα μπορεί να ζητήσει την παραμονή τους έξω από τον χώρο της κλινικής πράξης ώστε να εργαστεί απερίσπαστος και με καλύτερα αποτελέσματα²⁶.

Κατηγορίες Συναίνεσης και Βαθμός Ωριμότητας

Πολλά άρθρα τονίζουν την ιδιαίτερη σημασία της έννοιας της *συμφωνίας* (assent) του ανήλικου, πέρα από τη συναίνεση των κηδεμόνων του^{12,18}. Η δυνατότητα συμφωνίας για έναν ανήλικο περιλαμβάνει οπωσδήποτε μία στοιχειώδη κατανόηση της διαδικασίας, κατά προτίμηση μέσα από γραπτές εξηγήσεις, και στη συνέχεια την προφορική του επιβεβαίωση ότι δέχεται τη θεραπεία¹⁸. Όπως είναι προφανές, η έννοια της συμφωνίας, ως ατελές υποκατάστατο της συναίνεσης, αποτελεί ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα. Το πρώτο

Πίνακας 1: Κύρια στοιχεία των άρθρων που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση.

ΕΤΟΣ	ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΙΔΟΣ ΑΡΘΡΟΥ/ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
2000	Alcaino ⁵	Άρθρο γνώμης	-ενσυνείδητη καταστολή - συγκατάθεση -ασφάλεια	-Η επιτυχής και ασφαλής καταστολή εξαρτάται από σωστή επιλογή ασθενών, επαρκή συναίνεση και έμπειρο κλινικό.
2001	Feigal ⁷	Άρθρο γνώμης	-Συμμετοχή γονέων στη φροντίδα -Ενημερωμένη συναίνεση -Εξισορρόπηση μη φαρμακολογικής και φαρμακολογικής διαχείρισης	Η σύγχρονη παιδοδοντιατρική πρέπει να επικεντρώνεται σε φιλικές προς το παιδί, μη φαρμακολογικές μεθόδους διαχείρισης συμπεριφοράς, ενισχυμένη επικοινωνία, μεγαλύτερη συμμετοχή των γονέων και καλλιέργεια κλινικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων.
2001	Adewumi και συν. ¹³	Ερευνητική μελέτη μέσω δομημένης συνέντευξης με 60 παιδιά ηλικίας 8-13 ετών	-Συμμετοχή του παιδιού στη διαδικασία λήψης συναίνεσης -Συναίνεση γονέα και συναίνεση παιδιού -Κατάλληλα προσαρμοσμένη ενημέρωση των παιδιών ανάλογα με την ηλικία -Σεβασμός στην αναπτυσσόμενη αυτονομία των παιδιών ηλικίας 8-13 ετών	Τα παιδιά προτιμούν να συμμετέχουν στις αποφάσεις που αφορούν τη θεραπεία τους και με την κατάλληλη πληροφόρηση μπορούν να συμμετέχουν ουσιαστικά.
2002	Peretz και Gluck ⁹	Άρθρο γνώμης	-Χρήση περιορισμού -Συναίνεση γονέων -Ρόλος γονέα στη λήψη αποφάσεων	Η χρήση περιορισμού επηρεάζεται από το περιβάλλον εργασίας και την εκπαίδευση του οδοντιάτρου. Οι γονείς αποτελούν βασικό μέρος του “τριγώνου” παιδιού-γονέα-κλινικού και πρέπει να ενημερώνονται και να εγκρίνουν τη στρατηγική. Ο οδοντίατρος οφείλει να επιλέγει τεχνικές που ενισχύουν θετικές εμπειρίες και αποτελεσματική θεραπεία.
2002	Tahir και Hind ¹⁶	Ερευνητική μελέτη παρατήρησης με ερωτηματολόγια και συνεντεύξεις σε 70 γονείς που συνοδεύουν τα παιδιά τους σε γενική αναισθησία	-Κατανόηση της προτεινόμενης θεραπείας από τους γονείς -Έγκυρη συγκατάθεση	Ορισμένοι γονείς δεν κατανόησαν πλήρως την προτεινόμενη θεραπευτική διαδικασία, ακόμη και μετά από επαρκή ενημέρωση. Πρέπει να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα, για να διασφαλιστεί ότι οι ασθενείς ή οι κηδεμόνες τους καταλαβαίνουν πλήρως την προτεινόμενη θεραπεία.
2002	Hosey ¹⁹	Έγγραφο πολιτικής	-Πληροφόρηση και συναίνεση σχετικά με την ενσυνείδητη καταστολή	Η θεραπεία υπό ενσυνείδητη καταστολή απαιτεί ενημερωμένη συναίνεση και λαμβάνεται από το γονέα/κηδεμόνα και, όπου είναι δυνατό, από το παιδί. Πρέπει να εξηγηθεί αναλυτικά η προτεινόμενη τεχνική καταστολής και να γίνει ενημέρωση για όλες τις εναλλακτικές μεθόδους ελέγχου του πόνου και του άγχους. Πριν τη διαδικασία, ο ασθενής και οι γονείς πρέπει να λάβουν σαφείς γραπτές οδηγίες.

Πίνακας 1: Κύρια στοιχεία των άρθρων που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση (συνέχεια)

ΕΤΟΣ	ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΙΔΟΣ ΑΡΘΡΟΥ/ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	ΘΕΜΑΤΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
2004	Bross ⁶	Άρθρο γνώμης	-Μεταβαλλόμενα πρότυπα φροντίδας παιδιών -Επίδραση νομικού πλαισίου στη δεοντολογία -Προστασία παιδιού από παραμέληση ή κακομεταχείριση -Κίνδυνος μη τεκμηριωμένων πρακτικών «για το καλό του παιδιού»	Η παιδοδοντιατρική φροντίδα εξελίσσεται με βάση την έρευνα, τις κοινωνικές προσδοκίες και τις νομικές απαιτήσεις. Οι παιδοδοντίατροι πρέπει να υπερβαίνουν τις ελάχιστες απαιτήσεις, να αποφεύγουν μη τεκμηριωμένες πρακτικές και να ανταποκρίνονται στις αυξημένες ανησυχίες για την προστασία των παιδιών.
2004	Seale ¹⁰	Άρθρο γνώμης	-Ενημερωμένη συναίνεση για τεχνικές διαχείρισης συμπεριφοράς -Συμμετοχή του παιδιού στη λήψη αποφάσεων -Νομικές συνέπειες κακής επικοινωνίας ή κακών αποτελεσμάτων -Ευθύνη και νομική κάλυψη στη χρήση καταστολής	Οι σύγχρονες νομικές απαιτήσεις δίνουν έμφαση στη σαφή και σωστά τεκμηριωμένη συναίνεση, στη συμμετοχή του παιδιού όπου είναι δυνατόν, και στη βελτίωση της επικοινωνίας για αποφυγή νομικών προβλημάτων. Προτείνονται αλληλαγές σχετικά με τη διατύπωση των οδηγιών της AAPD, δημιουργία ενδεικτικών εντύπων συναίνεσης, ενίσχυση της δυνατότητας αναβολής θεραπείας και τυποποίηση της εκπαίδευσης στη χρήση καταστολής.
2006	Soxman ¹¹	Άρθρο γνώμης	-Σχέση γονέα-οδοντίατρου -Επιρροή γονεϊκής συμπεριφοράς στην εμπειρία του παιδιού -Ο ρόλος των γονέων στις αποφάσεις θεραπείας	Οι γονείς μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά την εμπειρία του παιδιού και την πορεία του ραντεβού. Η ενίσχυση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων του κλινικού και η παροχή κατάλληλης καθοδήγησης στους γονείς συμβάλλουν στη μείωση παρεξηγήσεων και στη βελτίωση της συνολικής θεραπευτικής διαδικασίας.
2007	Lal και συν. ¹⁵	Ερευνητική μελέτη με ερωτηματολόγιο σε 250 συνοδούς παιδιών	-Έγκυρη ενημερωμένη συγκατάθεση -Δικαίωμα συγκατάθεσης συνοδού	Το 12% των συνοδών δεν είχαν νομική εξουσιοδότηση για συναίνεση σε οδοντιατρική θεραπεία στο παιδί.
2007	Virdee και Rodd ¹⁷	Ερευνητική μελέτη καταγραφής 394 οδοντιατρικών επισκέψεων	-Έγκυρη συναίνεση -Δικαίωμα συνοδού για συγκατάθεση	Στις περισσότερες περιπτώσεις τα παιδιά συνοδεύονταν από ένα γονέα, συνήθως τη μητέρα. Είναι ανησυχητικό το γεγονός ότι σε επείγουσα επίσκεψη μπορεί να απουσίαζε ο κηδεμόνας, οπότε προέκυπτε πρόβλημα με την έγκυρη συγκατάθεση.
2008	Nunn και συν. ²⁰	Έγγραφο πολιτικής	-Έγκυρη συγκατάθεση -Ηλικία και ωριμότητα του παιδιού σε σχέση με τη λήψη αποφάσεων (ικανότητα Gillick)	Η συναίνεση αποτελεί θεμέλιο της ηθικής και νόμιμης άσκησης της παιδοδοντιατρικής. Από την ηλικία των 16 ετών και πάνω το παιδί μπορεί να συναινέσει στη θεραπεία του, εφόσον είναι ικανό, ενώ για μικρότερες ηλικίες αξιολογείται με βάση την ικανότητα Gillick.
2011	Ashkenazi και συν. ¹⁴	Ερευνητική μελέτη με ερωτηματολόγιο σε 85 παιδοδοντιάτρους	-Κλινικά λάθη, αμέλειες -Νομικές παραβάσεις	Είναι συχνά τα λάθη και οι παραλείψεις, κυρίως αναφορικά με τις ακτινογραφίες, τη διάγνωση και κάποιον τραυματισμό. Απαιτείται εφαρμογή κανονισμών και ευαισθητοποίηση, ώστε να περιορισθούν τα λάθη.

Πίνακας 1: Κύρια στοιχεία των άρθρων που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση (συνέχεια)

ΕΤΟΣ	ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΙΔΟΣ ΑΡΘΡΟΥ/ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
2013	Toumba ¹²	Άρθρο γνώμης	-Ηλικία ενηλικίωσης και ικανότητα συναίνεσης -Δικαίωμα του παιδιού στη λήψη αποφάσεων -Ικανότητα Gillick και αξιολόγηση ωριμότητας -Συναίνεση γονέα και συναίνεση παιδιού -Ενημερωμένη συναίνεση και προϋποθέσεις εγκυρότητας -Ηθικά διλήμματα σε παιδιά 12–18 ετών	Η ικανότητα του παιδιού να συναινέσει δεν εξαρτάται μόνο από την ωριμότητά του, αλλά και από την ηλικία του. Κρίσιμο εργαλείο αξιολόγησης για παιδιά μικρότερα των 16 ετών αποτελεί η ικανότητα Gillick.
2024	Paglia ⁸	Άρθρο γνώμης	-Δικαίωμα του παιδιού στην ενημέρωση -Δικαίωμα συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων -Υποστήριξη ενεργού συναίνεσης παιδιού -Ανάγκη για εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες	Το παιδί πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ενεργός συμμετέχων στη φροντίδα του, να ενημερώνεται με κατάλληλες για την ηλικία του μεθόδους και να μην παραβιάζονται τα δικαιώματά του σύμφωνα με τη Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Παιδιού. Πρέπει να προτείνονται οι πιο συντηρητικές, αποτελεσματικές και σύγχρονες θεραπείες, με ιδιαίτερη μέριμνα για ευάλωτες ομάδες.
2024	Potgieter και συν. ¹⁸	Ερευνητική Πιλοτική μελέτη με δείγμα από 13 χώρες	Κανονισμοί ενημερωμένης συγκατάθεσης	Συναντώνται σημαντικές διαφοροποιήσεις διεθνώς σχετικά με τη διαδικασία συναίνεσης. Σε κάποιες χώρες αξιολογείται η ωριμότητα σύμφωνα με την ικανότητα Gillick, ενώ σε άλλες το κριτήριο είναι η ηλικία. Χρειάζεται να αποσαφηνιστεί πότε ο κλινικός μπορεί να ενεργεί για το “βέλτιστο συμφέρον” του ασθενούς και να δοθούν κατευθυντήριες σε σχέση με την οδοντιατρική επείγουσα κατάσταση.

που πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι το αν ο ανήλικος είναι αρκετά ώριμος για να δηλώνει προφορικά τη συμφωνία του, ανεξάρτητα από το αν θα συναινέσουν και οι κηδεμόνες του σε αυτήν του την απόφαση.

Η ωριμότητα ενός ανήλικου λαμβάνεται υπόψη σύμφωνα με την κοινή πρακτική και τις σχετικές αναφορές των νομικών και δεοντολογικών κειμένων, αλλά από μόνη της δεν αρκεί ως παράγοντας λήψης αποφάσεων. Στο Ηνωμένο Βασίλειο υπάρχει μία σχετική νομολογία που έχει θεσπίσει το «κριτήριο Gillick»: για ανήλικο άνω των 16 ετών, μπορεί να υπάρχει δικαίωμα να συναινέσει ανεξάρτητα σε θεραπευτική ή διαγνωστική διαδικασία, αρκεί να έχει την ωριμότητα και την πνευματική διαύγεια να κατανοήσει σε τι ακριβώς συναινεί²⁷. Παρόμοια διαδικασία ακολουθείται επίσης στη Σιγκαπούρη και τις ΗΠΑ¹⁸, όπου ο επαγγελματίας υγείας

πρέπει να εκτιμήσει το αν υπάρχουν αυτές οι προϋποθέσεις σε εξατομικευμένη βάση. Διάφορες παραλλαγές του κριτηρίου Gillick ισχύουν και σε άλλες χώρες, όπως για παράδειγμα στην Ολλανδία, όπου για τα παιδιά 12 έως 16 ετών αναζητείται η συναίνεση και του κηδεμόνα και του ανήλικου, με δύο εξαιρέσεις: πρώτον, αν η παράλειψη θεραπείας θεωρηθεί σοβαρό μειονέκτημα για το παιδί· και δεύτερον, αν η θεραπεία είναι η πλήρως συνειδητοποιημένη επιθυμία του παιδιού¹⁸. Ωστόσο, ακόμη και στην περίπτωση που ικανοποιείται το κριτήριο Gillick, είναι καλή πρακτική να ζητείται επίσης η συγκατάθεση του ατόμου που έχει τη γονική επιμέλεια, ειδικά για τις επεμβάσεις εκείνες που είναι πιο ειδικές και λιγότερο αναστρέψιμες²⁸. Τα δυσκολότερα ηθικά προβλήματα ανακύπτουν όταν οι γονείς αρνούνται να δώσουν τη συναίνεσή τους, οπότε μένει να διαπιστωθεί κατά περίπτωση

αν αυτή η άρνηση μπορεί να οδηγήσει σε αρκετά σοβαρές συνέπειες, τόσο ώστε να μπορεί να παρακαμφθεί η άρνησή τους βάσει των επιθυμιών του παιδιού¹⁸.

Σε αυτό το πλαίσιο, ο Paglia (2024) διαπιστώνει ότι τα δικαιώματα των παιδιών για ενεργότερη συμμετοχή δεν γίνονται σεβαστά όπως επιτάσσει η Διακήρυξη της UNESCO, ζητώντας να υπάρχουν πιο ξεκάθαρες οδηγίες σε όλες τις χώρες⁸. Ο Tumba (2013) ζητά κάτι αντίστοιχο, με εκπαίδευση για καλύτερη κατανόηση ως προς το τι σημαίνει συμφωνία (assent) για τα παιδιά κάτω των 16 ετών και ποιες είναι οι προϋποθέσεις της¹². Η έρευνα των Adewumi και συν. (2001) σε 60 παιδιά 8-13 ετών επιβεβαιώνει ότι τα παιδιά επιθυμούν την ενεργότερη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων¹³, ενώ ο Feigal (2001) θεωρεί ότι ο μεγαλύτερος σεβασμός στα παιδιά θα βελτιώσει και τη δική τους συμπεριφορά προς όφελος της θεραπευτικής διαδικασίας⁷.

Σε σχέση με τις κατ' εξοχήν θεραπευτικές παρεμβάσεις, αυτές που εντάσσονται στο πλαίσιο κάποιας κλινικής μελέτης υπόκεινται σε αυστηρότερους δεοντολογικούς κανόνες, καθώς στην ουσία πρόκειται για πειραματικές προσεγγίσεις με σκοπό την αναζήτηση των βέλτιστων θεραπευτικών επιλογών. Έτσι, στην περίπτωση των ανήλικων συμμετεχόντων, είναι ακόμα πιο σημαντική η έννοια της συμφωνίας του ανήλικου, πέρα από την έγγραφη συναίνεση των κηδεμόνων του. Συνήθως, η ηλικία που ορίζεται ως η ελάχιστη ώστε ο ανήλικος να έχει την απαιτούμενη ωριμότητα για λογική επεξεργασία τέτοιου είδους πληροφοριών και επαρκή κατανόηση είναι τα 7 έτη²⁹, ή κατά άλλους τα 9 έτη³⁰. Ένα παιδί τέτοιας ηλικίας που δε συμφωνεί να συμμετάσχει σε ερευνητική διαδικασία πρέπει να αποκλείεται από αυτήν, με εξαίρεση την περίπτωση που η συμμετοχή του έχει την πιθανότητα να του προσφέρει μία σωτήρια θεραπεία την οποία δεν μπορεί να βρει πουθενά αλλού³¹.

Στην Ελλάδα, και σύμφωνα με τη Σύμβαση του Οβιέδο και τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, η γνώμη του ανήλικου λαμβάνεται υπόψη σαν αυξανόμενος καθοριστικός παράγοντας σε αναλογία με την ηλικία και το βαθμό ωριμότητάς του. Αυτή η κρίση αφήνεται στον ιατρό, αλλά αν υπάρχει αβεβαιότητα ως προς την ωριμότητα του ανήλικου ασθενούς, τότε η αμφιβολία αυτή θα λειτουργεί υπέρ της μη ωριμότητάς του³². Αξίζει πάντως να σημειωθεί ότι τα νομικά κείμενα που εξετάζουν ιδιαίτερες περιπτώσεις λήψης συναίνεσης για ανήλικους ασθενείς εστιάζουν σε ζητήματα συνεπιμέλειας, καθώς και σε ζητήματα άρνησης συναίνεσης των γονέων όταν τίθεται σε κίνδυνο ο ανήλικος.

Ρόλος Γονέων και Κηδεμόνων

Το τελευταίο θεματικό πεδίο που προκύπτει από την παρούσα ανασκόπηση ασχολείται με την γονεϊκή παρου-

σία και τις προκλήσεις που τη συνοδεύουν στα ζητήματα της ενημέρωσης και της συγκατάθεσης. Η Soxman (2006) αναφέρει ότι οι γονείς των παιδοδοντιατρικών ασθενών δεν έχουν λάβει την προσοχή που χρειάζεται, και ότι η αντιμετώπιση του παιδιού ανάλογα με τον βαθμό ωριμότητάς του περνάει μέσα και από την αντιμετώπιση των γονέων του με τον κατάλληλο τρόπο, και προσφέρει συμβουλές για τη σωστή επικοινωνία μαζί τους ώστε να επιτυγχάνεται η καλύτερη πληροφορημένη συναίνεση¹¹. Αυτό είναι απαραίτητο λαμβάνοντας υπόψη και τη μελέτη των Mohamed Tahir και συν. (2002), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι οι γονείς συχνά δίνουν τη συναίνεσή τους χωρίς να έχουν κατανοήσει το περιεχόμενο αυτής της συναίνεσης¹⁶. Πάντως, για τις περιπτώσεις επειγόντων περιστατικών, όπου οι συνοδοί δεν είναι οι κηδεμόνες, υπάρχουν συνήθως οι σχετικές νομοθετικές προβλέψεις, κάτι που ισχύει και για την Ελλάδα. Όπως επισημάνθηκε και προηγουμένως, ο Κώδικας Οδοντιατρικής Δεοντολογίας στο Άρθρο 8 §2 εξαιρεί τις κατεπείγουσες περιπτώσεις από τη διασφάλιση της συναίνεσης, προκειμένου να προληφθεί η περαιτέρω βλάβη που θα προκαλούσε η καθυστέρηση της θεραπείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διαχείριση ανήλικων ασθενών απαιτεί από τους οδοντιάτρους να βρίσκονται σε μία διαρκή ηθική εγρήγορση. Φαινομενικά απλές διαδικασίες μπορεί να περιπλέκονται όταν τίθενται ζητήματα γονικής συναίνεσης, η οποία είναι απαραίτητη για κάθε ασθενή κάτω των 16 ετών. Πέρα από τη διασφάλιση των βέλτιστων συμφερόντων του παιδιού μέσω της αντιπροσώπευσής του, η γνώση της σχετικής νομοθεσίας και η τήρηση της αρχής της πληροφορημένης συναίνεσης είναι απαραίτητες προϋποθέσεις και για τη νομική κάλυψη του οδοντιάτρου. Ένας παιδοδοντιατρικός ασθενής 15 ετών μπορεί να είναι πιο ώριμος από έναν ασθενή 17 ετών, αλλά ο νομοθέτης δεν μπορεί να προβεί σε τέτοιες κρίσεις και ορίζει το ηλικιακό κριτήριο των 16 ετών ως παράγοντα αυτόνομης λήψης αποφάσεων για τις οδοντιατρικές διαδικασίες. Για τα παιδιά που δεν πληρούν αυτό το κριτήριο, η ειλικρινής και διαρκής συνεργασία με τους γονείς ή τα πρόσωπα που ασκούν τη γονική επιμέλεια αποτελεί πρώτιστο ηθικό, δεοντολογικό και νομικό καθήκον των οδοντιάτρων, προκειμένου να παρέχεται η κατάλληλη καθοδήγηση προς τη λήψη των επιστημονικά ορθών αποφάσεων. Οι αρμόδιοι επιστημονικοί και επαγγελματικοί σύλλογοι έχουν το καθήκον να προσφέρουν τη σωστή καθοδήγηση και να ενημερώνουν συστηματικά με τεκμηριωμένες οδηγίες όλους τους επαγγελματίες που ασχολούνται με την παιδοδοντιατρική φροντίδα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Bazzano LA, Durant J, Brantley PR. A Modern History of Informed Consent and the Role of Key Information. *Ochsner J*. 2021;21(1):81-85.
2. Kakar H, Gambhir RS, Singh S, Kaur A, Nanda T. Informed consent: corner stone in ethical medical and dental practice. *J Family Med Prim Care*. 2014;3(1):68-71.
3. Sundar S. Changing the implied consent model for investigations is not easy. *BMJ* 2021;374:n1940.
4. Taylor HJ. What are "Best Interests"? A critical evaluation of "Best Interests" decision-making in clinical practice. *Med Law Rev*. 2016;24(2):176-205.
5. Alcaino EA. Conscious sedation in paediatric dentistry: current philosophies and techniques. *Ann R Australas Coll Dent Surg*. 2000;15:206-10.
6. Bross DC. Managing pediatric dental patients: issues raised by the law and changing views of proper child care. *Pediatr Dent*. 2004;26(2):125-30.
7. Feigal RJ. Guiding and managing the child dental patient: a fresh look at old pedagogy. *J Dent Educ*. 2001;65(12):1369-77.
8. Paglia L. Children's rights and dental care treatment. *Eur J Paediatr Dent*. 2024;25(1):3.
9. Peretz B, Gluck GM. The use of restraint in the treatment of paediatric dental patients: old and new insights. *Int J Paediatr Dent*. 2002;12(6):392-7.
10. Seale NS. Behavior management conference panel III report- Legal issues associated with managing children's behavior in the dental office. *Pediatr Dent*. 2004;26(2):175-9.
11. Soxman J. Parenting the parents of pediatric patients. *Compend Contin Educ Dent*. 2006;27(11):630-4.
12. Toumba KJ. Children and consent/assent to treatment. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2013;14(4):195-6.
13. Adewumi A, Hector MP, King JM. Children and informed consent: a study of children's perceptions and involvement in consent to dental treatment. *Br Dent J*. 2001;191(5):256-9.
14. Ashkenazi M, Bijaoui E, Blumer S, Gordon M. Common mistakes, negligence and legal offences in paediatric dentistry: a self-report. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2011;12(4):188-94.
15. Lal SM, Parekh S, Mason C, Roberts G. The accompanying adult: authority to give consent in the UK. *Int J Paediatr Dent*. 2007;17(3):200-4.
16. Mohamed Tahir MA, Mason C, Hind V. Informed consent: optimism versus reality. *Br Dent J*. 2002;193(4):221-4.
17. Virdee PK, Rodd HD. Who accompanies children to a dental hospital appointment? *Eur Arch Paediatr Dent*. 2007;8(2):95-8.
18. Potgieter N, Bridge G, Elfrink M, Folayan MO, Gao SS, Groisman S, Jawdekar A, Kemoli AM, Lim D, Ly P, Mani SA, Masumo R, Monteiro J, Muasya MK, Qureshi A, Tinanoff N. A pilot study on the global practice of informed consent in paediatric dentistry. *Front Oral Health*. 2024;5:1298277.
19. Hosey MT; UK National Clinical Guidelines in Pediatric Dentistry. UK National Clinical Guidelines in Paediatric Dentistry. Managing anxious children: the use of conscious sedation in paediatric dentistry. *Int J Paediatr Dent*. 2002;12(5):359-72.
20. Nunn J, Foster M, Master S, Greening S; British Society of Paediatric Dentistry. British Society of Paediatric Dentistry: a policy document on consent and the use of physical intervention in the dental care of children. *Int J Paediatr Dent*. 2008;18 Suppl 1:39-46.
21. American Academy of Pediatric Dentistry. Informed consent. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2024:554-8.
22. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Protective Stabilization for Pediatric Dental Patients. *Pediatr Dent*. 2016;38(6):199-203.
23. Grisolia BM, Dos Santos APP, Dhyppolito IM, Buchanan H, Hill K, Oliveira BH. Prevalence of dental anxiety in children and adolescents globally: A systematic review with meta-analyses. *Int. J. Paediatr. Dent*. 2021;31:168-183.
24. Seligman LD, Hovey JD, Chacon K, Ollendick TH. Dental anxiety: an understudied problem in youth. *Clin Psychol Rev*. 2017;55:25-40.
25. Schibbye R, Hedman-Lagerlöf E, Kalso V, Dahllöf G, Shahnava S. Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents With Dental or Injection Phobia: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res* 2024;26:e42322.
26. Yigit T, Gucyetmez Topal B, Ozgocmen E. The effect of parental presence and dental anxiety on children's fear during dental procedures: A randomized trial. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2022;27(4):1234-1245.
27. Coughlin KW. Medical decision-making in paediatrics: Infancy to adolescence. *Paediatr Child Health*. 2018;23(2):138-46.
28. D'Cruz L. Gillick: Who decides? *BDJ In Pract*. 2022;35(1):26.
29. Committee on Bioethics, American Academy of Pediatrics. Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. *Pediatrics* 1995;95(2):314-7.
30. Kaushik JS, Narang M, Agarwal N. Informed consent in pediatric practice. *Indian Pediatr*; 2010;47:1039-1046.
31. Manti S, Licari A. How to obtain informed consent for research. *Breathe* 2018;14(2):145-152.
32. Herring J.: *Medical Law and Ethics*. Oxford: Oxford University Press, 2010: 185-186.