

Συγκατάθεση πληροφόρησης στην Ορθοδοντική: Εμπειρίες από Νιγηριανούς ασθενείς

Chukwudi Ochi Onyeaso,¹ Ifeoma Linda Utomi²

¹Λέκτορας/Σύμβουλος Ορθοδοντικός, Εργαστήριο Στοματικής Υγείας Παιδιού, Ιατρική Σχολή / Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Πανεπιστήμιο Ibadan, Ibadan, Νιγηρία.

²Λέκτορας/Σύμβουλος Ορθοδοντικός, Εργαστήριο Στοματικής Υγείας Παιδιού, Ιατρική Σχολή / Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Lagos, Πανεπιστήμιο Lagos, Lagos, Νιγηρία.

Informed Consent in Orthodontics: Experiences of Nigerian Patients

Chukwudi Ochi Onyeaso,¹ Ifeoma Linda Utomi²

¹Senior Lecturer/Consultant Orthodontist, Department of Child Oral Health, College of Medicine / University College Hospital, University of Ibadan, Ibadan, Nigeria.

²Senior Lecturer/Consultant Orthodontist, Department of Child Dental Health, College Medicine / Lagos University Teaching Hospital, University of Lagos, Lagos, Nigeria.

ΔΟΜΗΜΕΝΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΤΟΧΟΣ: Η επαρκής κατανόηση των πληροφοριών που λαμβάνουν οι ασθενείς ιατρών ή οδοντίατρων κατά την διαδικασία της συγκατάθεσης πληροφόρησης, αποτελεί πηγή προβληματισμού για τους φορείς υγείας παγκοσμίως. Ο σκοπός της μελέτης αυτής είναι η αξιολόγηση των εμπειριών από Νιγηριανούς ορθοδοντικούς ασθενείς σχετιζόμενες με την πληροφορημένη συγκατάθεση.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ: Προοπτική συγχρονική μελέτη βασισμένη σε ερωτηματολόγιο.

ΧΡΟΝΟΣ ΚΑΙ ΤΟΠΟΣ ΔΡΑΣΗΣ: Ορθοδοντική Μονάδα του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ibadan και Εργαστήριο Στοματικής Υγείας Παιδιού στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Lagos, Νιγηρία.

ΑΤΟΜΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Συλλέχθηκαν πληροφορίες από ορθοδοντικούς ασθενείς που ήταν σε θεραπεία σε δύο ορθοδοντικά κέντρα στην Νιγηρία, σχετικά με διάφορες πλευρές της συγκατάθεσης πληροφόρησης. Συνολικά, 103 ασθενείς – 77 (74,8%) γυναίκες και 26 (26,5%) άντρες συμμετείχαν στην μελέτη. Το εύρος της ηλικίας ήταν από 7 έως 40 ετών (μέσος όρος ηλικίας: 15,89 ± 8.4). Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική καθώς και η δοκιμασία χ^2 .

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Πενήντα-εννέα ασθενείς (57.3%) υποστήριξαν ότι έλαβαν προφορικές επεξηγήσεις από τον ορθοδοντικό τους, ενώ 38 (36.9%) υποστήριξαν ότι έλαβαν γραπτές και προφορικές επεξηγήσεις. Παρόλο που 40 (38.8%) παραδέχθηκαν ότι πληροφορήθηκαν για τους πιθανούς κινδύνους που σχετί-

STRUCTURED ABSTRACT

AIM: The adequacy of information comprehension by medical and dental patients during informed consent process has been a source of concern to health care providers globally. The objective of this study was to evaluate Nigerian orthodontic patients' experiences with informed consent.

DESIGN: Questionnaire-based, cross-sectional and prospective study.

SETTING: Child Oral Health Department, University College Hospital, Ibadan and the Child Dental Health Department, Lagos University Teaching Hospital, Lagos, Nigeria.

MATERIALS AND METHODS: Information was gathered from the orthodontic patients receiving treatment at the two referral orthodontic centers in Nigeria concerning their experiences about several aspects of informed consent in orthodontics. In all, 103 patients – 77 (74.8%) females and 26 (25.2%) males participated in the study. Their ages ranged from 7 to 40 years (mean age: 15.89 ± 8.4). Descriptive statistics and chi-square statistic were applied in analyzing the data.

RESULTS: Fifty-nine patients (57.3%) claimed they received verbal explanations from their orthodontists while 38 (36.9%) claimed they had written and verbal explanations. Although 40 (38.8%) accepted being informed of the possible risks associated with orthodontic treatment, only 27 (26.3%) were able to recall some. Twenty-six (25.2%) could not indicate any of their responsibilities during the treat-

ζονται με την ορθοδοντική θεραπεία, μόνο 27 (26.3%) ήταν σε θέση να θυμηθούν κάποιους από αυτούς. Είκοσι-έξι (25.2%) δεν μπορούσαν να αναφέρουν καμία από τις υποχρεώσεις τους κατά την διάρκεια της θεραπείας, 68 (66%) συμφώνησαν ότι ο ορθοδοντικός τους ενημέρωσε για τα πιθανά αίτια της συγκλησιακής τους ανωμαλίας, 24 (23.3%) συμφώνησαν ότι πληροφορήθηκαν για πιθανά εναλλακτικά σχέδια θεραπείας και 87 (84.5%) δέχθηκαν ότι ενημερώθηκαν για την πιθανή διάρκεια της θεραπείας, εβδομήντα-εννέα (76.7%) υποστήριξαν ότι έκαναν ερωτήσεις που αφορούσαν την θεραπεία τους κατά την διαδικασία λήψης αποφάσεων. Γενικά, 55 (53.4%) ήταν ικανοποιημένοι με την πληροφόρηση που έλαβαν και 90 (97.3%) περιέγραψαν την επικοινωνία με τον ορθοδοντικό ως ικανοποιητική / πολύ ικανοποιητική.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρόλο που ένα μεγάλο μέρος των ασθενών έδειξε ικανοποιημένο με την επικοινωνία που υπήρχε με τον ορθοδοντικό, πολλοί δεν ήταν σε θέση να θυμηθούν τους κινδύνους που σχετίζονται με την ορθοδοντική θεραπεία. Λόγω των πιθανών ιατρικών-νομικών επιπτώσεων, οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται περισσότερο για τους κινδύνους που σχετίζονται με την ορθοδοντική θεραπεία.

Λέξεις κλειδιά: Πληροφορημένη συγκατάθεση, Ορθοδοντική, Νιγηρία.

Ελ. Ορθοδ. Επιθ. 2007;10:29-39

Παρελήφθη: 23.03.2006 – Έγινε δεκτή: 08.01.2007

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το περίφημο δόγμα της συγκατάθεσης πληροφόρησης σύμφωνα με τον Smith (1989) αναφέρει ότι «πριν κάποιος ιατρός χορηγήσει οποιαδήποτε θεραπεία, ο ασθενής πρέπει να είναι επαρκώς ενημερωμένος για την προτεινόμενη θεραπεία και τα αποτελέσματά της και πρέπει να συμφωνήσει ελεύθερα στο να υποβληθεί σε αυτήν». Η συγκατάθεση πληροφόρησης είναι μια κύρια ηθική αρχή που καθορίζει την σχέση μεταξύ του υγειονομικού προσωπικού και των ασθενών. Ο ασθενής πρέπει να λάβει επαρκείς πληροφορίες αναφορικά με τους κινδύνους και τα οφέλη της θεραπείας στην οποία πρόκειται να υποβληθεί καθώς και στις εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές (Tsotsi and Rudolph, 2005). Η διαδικασία αυτή βασίζεται τόσο στην ενημέρωση των ασθενών όσο και στην κατανόηση των παρεχόμενων πληροφοριών πριν από την αποδοχή και συγκατάθεση για θεραπεία (King, 2001).

ment, 68 (66%) agreed that their orthodontists informed them of the possible causes of their malocclusions, 24 (23.3%) agreed that they were informed of the possible treatment alternatives and 87 (84.5%) accepted being told of the possible treatment duration. Seventy-nine (76.7%) claimed they asked questions concerning the treatment during the decision-making process. Generally, 55 (53.4%) were satisfied with the information they received and 90 (97.3%) described the communication between them and their orthodontists as satisfactory / very satisfactory.

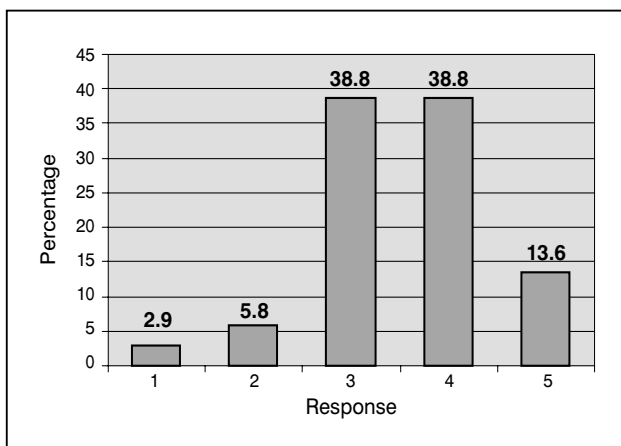
CONCLUSIONS: Although a reasonable proportion of the patients indicated satisfaction with the communication between them and their orthodontists, many could not recall the risks associated with orthodontic treatment. Due to the possible medico-legal implications, patients should be educated more on the risks associated with orthodontic treatment.

Key words: Informed consent, Orthodontics, Nigeria. Hell Orthod Rev 2007;10:29-39.

Received: 23.10.2006 – Accepted: 08.01.2007

INTRODUCTION

The popular doctrine of informed consent according to Smith (1989) states that "before a physician may administer any treatment, the patient must be adequately informed about the proposed therapy and its effects, and must freely consent to being treated." Informed consent is a major ethical principle that defines the relationship between health workers and the patients. A patient should be given adequate information on the risks and benefits of treatment to be undertaken and also alternative treatment options (Tsotsi and Rudolph, 2005). This process depends on a patient not only having, but also understanding, the appropriate information before treatment can be agreed upon and consented to (King, 2001). Several authors had shown interest in this subject earlier such as Williams (1979, 1980), Kerr (1985), Klein, 1988; Wu and Pearlman (1988), Lahti et al. (1995), Klock (1995) and Pratelli et al. (1996). For obvious reasons, currently there is a growing emphasis on informed consent in medical and dental settings globally, although with some variations among countries (Stanley et al., 1998; Kiyak et al., 2000; Thomson et al., 2001; Schowen, 2001; Turner and Williams, 2002; Lal, 2003; Gasparini et al., 2004; Yamalik,



Εικόνα 1. Πόσο ικανοποιημένοι ήσασταν με την ορθοδοντική ομάδα κατά την διαδικασία λήψης αποφάσεων πριν την έναρξη της θεραπείας; (Πιθανές απαντήσεις: 1. Πολύ δυσαρεστημένος; 2. Δυσανεστημένος; 3. Ουδέτερος; 4. Ικανοποιημένος; 5. Πολύ ικανοποιημένος).

Figure 1. How satisfied were you with the decision-making process with the orthodontic team before the start of the treatment? (Key for the responses: 1. Very dissatisfied; 2. Dissatisfied; 3. Neutral; 4. Satisfied; 5. Very Satisfied).

Αρκετοί συγγραφείς έδειξαν ενδιαφέρον για το θέμα αυτό όπως οι Williams (1979, 1980), Kerr (1985), Klein (1988), Wu και Pearlman (1988), Lahti και συν. (1995), Klock (1995) και Pratelli και συν. (1996). Για προφανείς λόγους, κατά την παρούσα περίοδο δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην συγκατάθεση πληροφόρησης στις ιατρικές και οδοντιατρικές υπηρεσίες σε παγκόσμιο επίπεδο, παρόλο που εμφανίζονται διαφορές ανάμεσα σε διαφορετικές χώρες (Stanley και συν., 1998; Kiyak και συν., 2000; Thomson και συν., 2001; Schowen, 2001; Turner και Williams, 2002; Lal, 2003; Gasparini και συν., 2004; Yamalik, 2005a, 2005b, 2005c; Turpin, 2005; Kusec και συν., 2006). Οι ενημερωμένοι ασθενείς έχουν πιο λογικές προσδοκίες σε σχέση με το αποτέλεσμα της θεραπείας και αποτελούν καλύτερους καταναλωτές οδοντιατρικών υπηρεσιών (Klein, 1988). Οι ασθενείς αυτοί, είναι πιθανό να εμφανίσουν καλύτερη συνεργασία, κάτι που με την σειρά του βοηθάει στην επίτευξη καλύτερων θεραπευτικών αποτελεσμάτων λαμβάνοντας υπόψη την σχετικά μεγάλη διάρκεια της ορθοδοντικής θεραπείας. Στις μέρες μας δίνεται μεγαλύτερη έμφαση σε ζητήματα ποσότητας, παρόλο που η ποιότητα είναι πρωταρχικής σημασίας στην οδοντιατρική (Yamalík, 2005a). Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η εμπιστοσύνη του ασθενή προς τον οδοντίατρο (ορθοδοντικό), η αποτελεσματική επικοινωνία

(2005a, 2005b, 2005c; Turpin, 2005; Kusec et al., 2006). Informed patients are better consumers of dental services, with more reasonable expectations of treatment outcomes (Klein, 1988). Informed orthodontic patients are likely to show better compliances, which in turn favors better treatment outcomes considering the relatively long time involved in orthodontic care.

Although quality is a genuine concern for dentistry, nowadays more emphasis is placed on quality issues (Yamalík, 2005a). There is no doubt that issues such as trust in the dentist (orthodontist) by the patients, effective communication between the dentist (orthodontist) and the patients and the general interaction between them will greatly influence the eventual treatment outcome (Lahti et al., 1995; Yamalik, 2005b, 2005c; Kusec et al., 2006). Turpin (2005) in his editorial "the evolution of informed consent" mentioned that in California, the Cobbs V Grant case raised awareness among professionals of the need for informed consent. Subsequently, the California Supreme court listed 4 basic principles for informed consent and one of them states that "for the patient's consent to treatment to be legally effective, it must be an informed consent. However, the adequacy of information retained by patients, including orthodontic patients, following pre-treatment consultation and interactions in the process of informed consent has remained a big challenge to the health care providers. This has resulted in various attempts/suggestions on how to modify the process (Lahti et al., 1995; Gasparini et al., 2004; Kusec et al., 2006). The influence of the western civilization is becoming increasingly apparent in Nigeria. Issues of human rights, improvement and quality in health care delivery, among others are becoming more important. Hitherto, in Nigeria, there is no report on informed consent in dentistry generally and in clinical orthodontics in particular. Patients' compliance is very crucial to the successful outcome of any orthodontic treatment, which is also closely related to patients' satisfaction or otherwise with the process of informed consent.

Therefore, in an attempt to contribute to the quality assurance in orthodontics, especially in Nigeria, this study aimed at evaluating the informed consent experiences of Nigerian orthodontic patients

MATERIALS AND METHODS

The sample consisted of 103 orthodontic parents cur-

ωνία και η γενικότερη συνεργασία μεταξύ τους θα επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα (Lahti και συν., 1995; Yamalik, 2005b, 2005c; Kusec και συν., 2006).

Ο Turpin (2005) στο κύριο άρθρο του «η εξέλιξη της συγκατάθεσης πληροφόρησης» ανέφερε ότι στην Καλιφόρνια, η υπόθεση Cobbs εναντίον Grant ανέδειξε στους επαγγελματίες την αναγκαιότητα της συγκατάθεσης πληροφόρησης. Στην συνέχεια, το ανώτατο δικαστήριο της Καλιφόρνια έθεσε 4 βασικές αρχές για την συγκατάθεση πληροφόρησης και μία από αυτές αναφέρει ότι «για να είναι η συγκατάθεση του ασθενή στην θεραπεία νομικά ενεργή πρέπει να είναι πληροφορημένη συγκατάθεση». Ωστόσο, η επάρκεια των πληροφοριών που συγκατατούν οι ασθενείς, συμπεριλαμβανομένων των ορθοδοντικών ασθενών, κατά την διαδικασία συγκατάθεσης πληροφόρησης παραμένει μεγάλη πρόκληση για του φορείς υγείας. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να γίνουν διάφορες απόπειρες/προτάσεις για την τροποποίηση της διαδικασίας (Lahti και συν., 1995; Gasparini και συν., 2004; Kusec και συν., 2006).

Η επιρροή του δυτικού πολιτισμού εμφανίζεται ολόένα και περισσότερο στην Νιγηρία. Θέματα που αφορούν στα ανθρώπινα δικαιώματα, στην βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας αποκτούν μεγαλύτερη σημασία. Μέχρι τώρα στην Νιγηρία, δεν έχει υπάρξει αναφορά σχετιζόμενη με την συγκατάθεση πληροφόρησης στην οδοντιατρική γενικότερα και πιο συγκεκριμένα στην κλινική ορθοδοντική. Η συνεργασία του ασθενή είναι πολύ σημαντική στην επιτυχία του αποτελέσματος μίας ορθοδοντικής θεραπείας, που έχει άμεση σχέση με την ικανοποίηση του ασθενή ή διαφορετικά με την διαδικασία της συγκατάθεσης πληροφόρησης.

Σε μία προσπάθεια να συνεισφέρουμε στην διασφάλιση ποιότητας στην ορθοδοντική, ειδικά στην Νιγηρία, η μελέτη αυτή στοχεύει στην αξιολόγηση των εμπειριών από την συγκατάθεση πληροφόρησης σε Νιγηριανούς ορθοδοντικούς ασθενείς.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Το δείγμα αποτελούνταν από 103 γονείς ασθενών που βρίσκονται σε θεραπεία στις ορθοδοντικές κλινικές του Εκπαιδευτικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Λάγος (LUTH), Λάγος, Νιγηρία και του Πανεπιστημιακού

receiving treatment at the orthodontic clinics of the Lagos University Teaching Hospital (LUTH), Lagos, Nigeria and the University College Hospital (UCH), Ibadan, Nigeria. The age range of the sample is 7-40 years (mean, 15.89 ± 8.41) with 77 (74.8%) as females and 26 (25.2%) males.

Using a questionnaire, over a 3-month period (April-June, 2006), the views of the patients were requested on some open-ended and close-ended questions on informed consent. The parents/guardians of the minors assisted in filling-in the questionnaire, according to the responses of the children.

Statistical analysis

The Statistical Package for Social Sciences (SPSS) was used to analyze the data. Descriptive statistics as well as chi-square statistic were applied in the analysis.

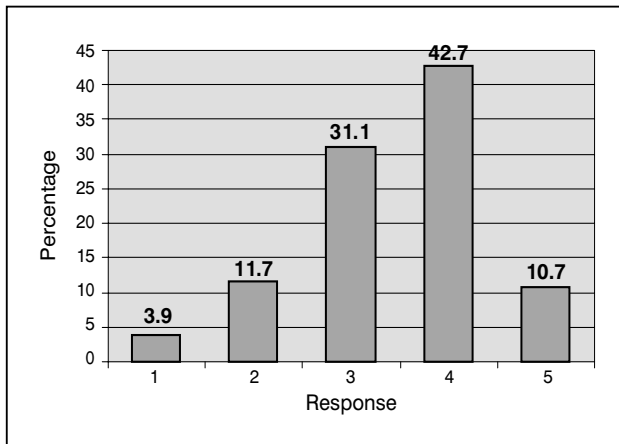
RESULTS

Table 1 gives the age and gender distribution of the respondents. Seventy-three (70.9%) of the respondents were on fixed orthodontic appliances while 22 (21.4%) were using active removable or functional appliances. Eight (7.8%) indicated other forms of orthodontic treatment like extractions.

Figure 1 shows the response of the patients indicating how satisfied they were with the decision process to start orthodontic treatment with 54 (52.5%) indicating satisfaction. How satisfied generally the patients were with the information they received from their orthodontist is shown in Figure 2. Satisfaction was indicated by 55 (53.5%) of the respondents. The communication between the patients and their orthodontists was considered satisfactory/very satisfactory by 90 (87.3%) of the respondents (Fig. 3).

Verbal explanation/consent only accounted for 59 (57.3%) of the nature of information the patients received from their orthodontists. Both written and verbal explanations/consent were received by 38 (36.9%) of the respondents while 2 (1.9%) respondents claimed they had written explanation only. One (1.0%) claimed receiving the information through Audio-visual means and the remaining 3 (2.9%) indicated other forms of information (which were not specified).

Concerning being informed of the possible causes of



Εικόνα 2. Γενικά, πόσο ικανοποιημένοι είσατε με τις πληροφορίες που σας έδωσε ο ορθοδοντικός; (Πιθανές απαντήσεις: 1. Πολύ δυσαρεστημένος; 2. Δυσανεστημένος; 3. Ουδέτερος; 4. Ικανοποιημένος; 5. Πολύ ικανοποιημένος).

Figure 2. Generally, how satisfied were you with the information you received from your orthodontist? (Key for the responses: 1. Very dissatisfied; 2. Dissatisfied; 3. Neutral; 4. Satisfied; 5. Very Satisfied).

Κοιτειακού Νοσοκομείου (UCH), Ibadan, Νιγηρία. Το εύρος των ηλικιών του δείγματος ήταν 7-40 έτη (μέσος όρος, $15.89 \pm 8.41\%$) με 77 (74.8%) γυναίκες και 26 (25.2%) άνδρες.

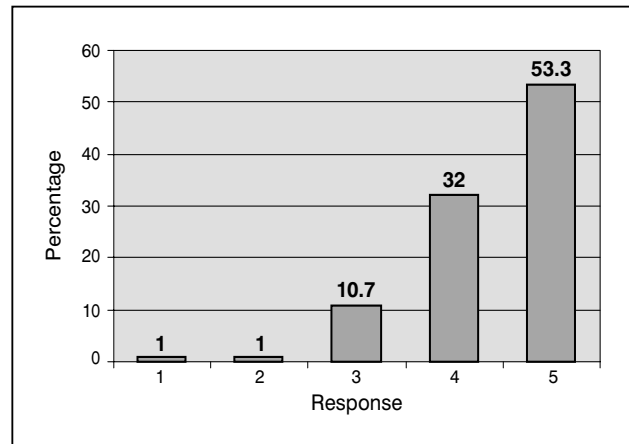
Ζητήθηκαν οι απόψεις των ασθενών σε ορισμένες ανοιχτές και κλειστές ερωτήσεις σε σχέση με την συγκατάθεση πληροφόρησης (δείτε επισύναψη) με την χρήση ερωτηματολογίου, σε μια περίοδο 3 μηνών (Απρίλιος-Ιούνιος, 2006). Οι γονείς/κηδεμόνες των ανήλικων ασθενών βοήθησαν στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, σύμφωνα με τις απαντήσεις των παιδιών.

Στατιστική ανάλυση

Χρησιμοποιήθηκε το Στατιστικό Πακέτο Κοινωνικών Επιστημών (SPSS) για την ανάλυση των δεδομένων. Εφαρμόστηκε περιγραφική στατιστική καθώς και η δοκιμασία χ^2 στην ανάλυση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο Πίνακας 1 δίνει την κατανομή των ερωτηθέντων κατά ηλικία και φύλο. Εβδομήντα τρεις (70.9%) από τους ερωτηθέντες έφεραν πάγιες συσκευές ενώ 22 (21.4%) χρησιμοποιούσαν κινητές ή λειτουργικές συσκευές. Σε



Εικόνα 3. Πώς μπορείτε να περιγράψετε την επικοινωνία που είχατε με τον ορθοδοντικό; (Πιθανές απαντήσεις: 1. Πολύ δυσαρεστημένος; 2. Δυσανεστημένος; 3. Ουδέτερος; 4. Ικανοποιημένος; 5. Πολύ ικανοποιημένος).

Figure 3. How can you describe the communication between you and your orthodontist? (Key for the responses: 1. Very dissatisfied; 2. Dissatisfied; 3. Neutral; 4. Satisfied; 5. Very Satisfied).

their malocclusions by the orthodontists, 68 (66%) of the respondents said they were informed, 29 (28.2%) claimed otherwise while 6 (5.8%) did not respond to this question. Only 24 (23.3%) respondents said they were told of other alternative treatment options by their orthodontists while the rest claimed that such information was not given to them.

Concerning being informed of the possible risks associated with orthodontic treatment, 40 (38.8%) agreed they were told while the rest claimed otherwise. However, only 27 (26.32%) could recall any associated risk (Table 2).

On patients' responsibilities during orthodontic treatment, 91 (88.3%) indicated being told by their orthodontists but only 77 (74.8%) could recall one responsibility or the other as shown in Table 3. Sixty-seven (65.0%) of the respondents agreed being told of the possible consequences of not receiving treatment while 32 (31.1%) claimed they were not told and 4 (3.9%) did not respond to this question.

Eighty-seven (84.5% said they were informed of the possible duration of treatment while the rest claimed otherwise. Seventy-nine (76.7%) said they asked questions concerning the treatment during the decision-making process while the rest claimed not to have asked questions from their orthodontists about the treatment during the decision-making period.

Table 1. Age and gender distribution of the patients.
Πίνακας 1. Η διασπορά φύλου και ηλικίας των ασθενών.

Age (years) Ηλικία (έτη)	Male Ανδρες		Female Γυναίκες		Total Συνολικά	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
≤10	4	(3.9)	6	(5.8)	10	(9.7)
11-20	13	(12.6)	42	(40.8)	55	(53.4)
≥21	9	(8.7)	29	(28.2)	38	(36.9)
Σύνολο/Total	26	(25.2)	77	(74.8)	103	(100)

Mean age: 15.89 ± 8.41 (SD) years, age range: 7-40 years
 Μέση ηλικία: 15.89 ± 8.41 (SD) έτη, εύρος ηλικίας: 7-40 έτη

οκτώ (7.8%) ασθενείς προτάθηκε άλλη μορφή ορθοδοντικής θεραπείας, όπως οι εξαγωγές.

Η Εικόνα 1 δείχνει την απάντηση των ασθενών στο πόσο ικανοποιημένοι ήταν με την απόφαση να αρχίσουν ορθοδοντική θεραπεία με 54 ασθενείς (52,5%) να δηλώνει ικανοποιημένοι. Η Εικόνα 2 δείχνει σε γενικές γραμμές το μέγεθος της ικανοποίησης των ασθενών από τις πληροφορίες που πήραν από τον ορθοδοντικό. Ικανοποιημένο δήλωσε το 53,4% (55 ασθενείς) των ερωτηθέντων. Η επικοινωνία μεταξύ ασθενή και ορθοδοντικού θεωρήθηκε ικανοποιητική / πολύ ικανοποιητική από το 87,3% (90 ασθενείς) των ερωτηθέντων (Εικ. 3).

Σε 59 (57.3%) ασθενείς δόθηκαν προφορικές επεξηγήσεις από τον ορθοδοντικό και οι ίδιοι έδωσαν προφορική συγκατάθεσή. Γραπτές και προφορικές επεξηγήσεις / συγκατάθεση δέχθηκαν 38 (36.9%) των ερωτηθέντων ενώ 2 (1.9%) υποστήριξαν ότι έλαβαν μόνο γραπτές επεξηγήσεις. Ένας (1.0%) υποστήριξε ότι έλαβε τις πληροφορίες μέσω οπτικοακουστικών μέσων και στους υπόλοιπους 3 (2.9%) χρησιμοποιήθηκαν άλλες μορφές ενημέρωσης (οι οποίες δεν προσδιορίστηκαν).

Αναφορικά με την ενημέρωση που έλαβαν από τον ορθοδοντικό σε σχέση με τις πιθανές αιτίες της συγκληιστικής τους ανωμαλίας, 68 (66%) από τους ερωτηθέντες απάντησαν ότι είχαν ενημερωθεί, 29 (28.2%) δεν είχαν ενημερωθεί ενώ 6 (5.8%) δεν απάντησαν στην ερώτηση. Μόνο 24 (23,3%) από τους ερωτηθέντες ενημερώθηκαν σχετικά με εναλλακτικές θεραπευτικές λύσεις ενώ οι υπόλοιποι υποστήριξαν ότι δεν είχαν τέτοιες πληροφορίες.

None of the responses to the questions revealed any statistically significant gender bias except on the responses by the patients concerning mentioning of other possible treatment alternatives by their orthodontists (Table 4).

DISCUSSION

It had been suggested over 20 years ago that the role of the doctor-patient relationship in a quality assurance program is a major and multifaceted one (Kerr, 1985). Kerr (1985) went further to say that the essence of the interaction between doctor and patient has personal, psychological and technical aspects, which proceed beyond the office walls into the community and support systems.

This present Nigerian study revealed that quite a reasonable proportion of the orthodontic patients could not out rightly indicate satisfaction with the decision-making process, although considerable proportion of the sample expressed satisfaction with the communication between them and their orthodontists. This study also revealed that some of the patients (23.3%) did not ask the orthodontist questions during the decision-making process about their treatments. This could have contributed to the relatively low level of satisfaction with the decision-making process. It could be that these Nigerian patients are yet to come practically into the new era of consumerism and the movement towards shared decision-making as described by Teutsch (2003). The paternalistic approach to deciding what should be done for a patient

Πίνακας 2. Κίνδυνοι που σχετίζονται με την ορθοδοντική θεραπεία όπως αναφέρθηκαν από τους ασθενείς.

Table 2. Risks associated with orthodontic treatment as indicated by the patients.

Κίνδυνος Risk	Συχνότητα Frequency	Ποσοστό Percent
Κίνδυνος θραύσης συσκευών Risk of appliance breakage	17	15.6
Τραυματισμοί των ούλων Injuries to the gum	7	6.8
Δυσανεξία Discomfort	3	2.9
Καμία απάντηση No response	76	73.7
Σύνολο / Total	103	100.0

Αναφορικά με την πληροφόρηση που έλαβαν για τους πιθανούς κινδύνους που σχετίζονται με την ορθοδοντική θεραπεία, 40 (38.8%) συμφώνησαν ότι ενημερώθηκαν ενώ οι υπόλοιποι υποστήριξαν το αντίθετο. Ωστόσο, μόνο 27 (26.32%) ήταν σε θέση να θυμηθούν κάποιο πιθανό κίνδυνο (Πίνακας 2).

Σε ότι αφορά τις υποχρεώσεις των ερωτηθέντων κατά την διάρκεια της ορθοδοντικής θεραπείας, 91 (88.3%) ενημερώθηκαν από τον ορθοδοντικό αλλήλ μόνο 77 (74.8%) ήταν σε θέση να θυμηθούν κάποια από αυτές όπως φαίνεται στον Πίνακα 3. Ογδόντα-επτά (84.5%) απάντησαν ότι πληροφορήθηκαν για την πιθανή διάρκεια της θεραπείας ενώ οι υπόλοιποι υποστήριξαν το αντίθετο. Εβδομήντα-εννέα (76.7%) ανέφεραν ότι ερωτήθηκαν σχετικά με την θεραπεία κατά την διαδικασία λήψης αποφάσεων ενώ οι υπόλοιποι δεν ερωτήθηκαν από τον ορθοδοντικό τους για την θεραπεία κατά την περίοδο λήψης αποφάσεων.

Καμία από τις απαντήσεις δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με το φύλο εκτός από τις απαντήσεις που αφορούσαν την αναφορά εναλλακτικού σχεδίου θεραπείας από τον ορθοδοντικό (Πίνακας 4).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Έχει προταθεί εδώ και 20 χρόνια ότι ο ρόλος της σχέσης ιατρού-ασθενή σε ένα πρόγραμμα ποιοτικής ασφάλισης

Πίνακας 3. Αυτούσιες απαντήσεις των ασθενών σχετικά με τις υποχρεώσεις τους κατά την διάρκεια της ορθοδοντικής θεραπείας.

Table 3. Unedited responses of the patients about their responsibilities during orthodontic treatment.

Απάντηση Response	Συχνότητα Frequency
Καμία απάντηση No response	26
Σωστός καθαρισμός των συσκευών Proper washing of appliance	7
Συνεχής χρήση των συσκευών Use of appliance always	13
Μέγιστη συνεργασία Maximum cooperation	5
Περιοδική προσαρμογή των συσκευών Periodic adjustment of appliance	5
Τακτικό βούρτσισμα των δοντιών Regular brushing of teeth	16
Μη αφαίρεση των συσκευών Do not remove fixed appliance	2
Αποφυγή σκληρών και κολλώδων τροφών Avoid eating sticky or hard foods	18
Τακτική τήρηση των κανόνων Obeying rules regularly	9
Διαρκείς επισκέψεις ελέγχου Always go for checking	2

Σημείωση: 30 ασθενείς ανάμεσα σε αυτούς που απάντησαν σύμφωνα με τις απαντήσεις σε αυτό τον πίνακα έδωσαν ορισμένους συνδυασμούς από τις παραπάνω απαντήσεις. Ωστόσο, ορισμένες από τις απαντήσεις αυτές δεν ήταν ξεκάθαρες.

Note: 30 patients among them that responded as shown in this table gave certain combinations of some of the above responses. However, some of them were not very clear

by the physician/surgeon could possibly account for higher proportion of them being satisfied with the communication between them and their orthodontists. However, modern approach to health care delivery encourages more patient participation in the decision process. In-fact, many patients especially the educated ones have access to the internet and could possibly be partly informed about their dental conditions before presenting at any dental/medical clinic for treatment. This is more likely among orthodontic patients since many of

Πίνακας 4. Απαντήσεις των ασθενών σύμφωνα με το φύλο που αφορούν τα εναλλακτικά σχέδια θεραπείας που αναφέρθηκαν από τον ορθοδοντικό

Table 4. Responses of the patients according to gender concerning their orthodontists mentioning treatment alternatives to them

Απάντηση Response	Φύλο / Gender				Σύνολο Total	
	Ανδρες Male		Γυναίκες Female			
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Ναι / Yes	11	(37.9)	13	(17.6)	24	(23.3)
Όχι / No	18	(62.1)	61	(82.4)	79	(76.7)
Σύνολο / Total	29	(100)	74	(100)	103	(100)

$\chi^2 = 4.834$; $df = 1$; $p = .028$

είναι σημαντικός και πολυποικίλος (Kerr, 1985). Ο Kerr (1985) υποστήριξε ότι η ουσία της αλληλεπίδρασης μεταξύ ιατρού και ασθενή έχει προσωπικές, ψυχολογικές και τεχνικές πλευρές που εκτείνονται πέρα από τα τείχη του ιατρείου μέσα στην κοινωνία καθώς επίσης και στα συστήματα υποστήριξης.

Η παρούσα Νιγηριανή μελέτη φανέρωσε ότι ένα σημαντικό μέρος των ορθοδοντικών ασθενών δεν ήταν ικανοποιημένο από την διαδικασία λήψης αποφάσεων, παρόλο που μεγάλο μέρος του δείγματος δήλωσε ικανοποιημένο με την επικοινωνία που είχε με τον ορθοδοντικό. Επίσης, η έρευνα αυτή φανέρωσε ότι ορισμένοι ασθενείς (23.3%) δεν έκαναν ερωτήσεις στον ορθοδοντικό κατά την διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία τους. Αυτό μπορεί να συνεισέφερε στο σχετικά χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης με την διαδικασία λήψης αποφάσεων. Είναι πιθανό οι συγκεκριμένοι Νιγηριανοί ασθενείς να μην έχουν μπει στην εποχή της προστασίας του καταναλωτή και στο κίνημα της από κοινού λήψης αποφάσεων όπως έχει περιγράψει ο Teutsch (2003). Η πατερναλιστική προσέγγιση από τον ιατρό/χειρουργό να αποφασίζει τι θα πρέπει να κάνει ο ασθενής, είναι πιθανό να εξηγεί το μεγάλο ποσοστό ικανοποίησης που εμφανίστηκε σχετικά με την επικοινωνία μεταξύ των ασθενών και των ορθοδοντικών. Ωστόσο, οι σύγχρονες απόψεις για την παροχή υπηρεσιών υγείας υποστηρίζουν μεγαλύτερη συμμετοχή στην λήψη αποφάσεων από τους ασθενείς. Στην πραγματικότητα, πολλοί ασθενείς ειδικά οι μορφωμένοι έχουν πρόσβαση στο διαδίκτυο και πιθανόν είναι σε θέση να είναι ως ένα βαθμό ενήμεροι για την οδοντική τους κατάσταση πριν παρουσιαστούν σε κάποια οδοντιατρική/ιατρική κλινική για θεραπεία. Αυτό είναι πιο πιθανό στους ορθοδοντικούς ασθενείς εφόσον πολλοί από αυτούς προέρχονται από

them come from the higher socio-economic group in the society. Therefore, it is expected that the proportion of the patients who will not ask questions during the decision-making process for their treatment will drop with time in Nigeria.

This present Nigerian study revealed that majority of the respondents (patients) could not recall the risks associated with orthodontic treatment. Even those who did could only recall three out of the many possible risks. This finding is similar to that reported by Mortensen et al. (2003). Incidentally, appreciable proportion of the participants in this study could not describe the information they received from their orthodontists as satisfactory. This finding raises some questions: Could it be a reflection of poor information the patients received from their orthodontists or purely poor comprehension by these patients even after good explanation from the orthodontists? Mortensen et al. (2003) reported that children and parents recalled far fewer total risks that mentioned by the orthodontists. Just like in the present Nigerian study, even those who recalled some of the risks in the study by Mortensen et al. (2003) could not remember the most frequently described risks such as tooth decay, root resorption and tooth loss. Similarly, Baird and Kiyak (2003) reported that even though 15 of the 21 children had already had at least 1 problem during their treatment, 12 children and 7 parents stated that there were no risks associated with orthodontic treatment. Another 5 children and 5 parents could not recall any risks. This resulted in very low concordance between recall by parents or children and chart information. So going by the findings in this study and those of other researchers (Weiner and Lovitt, 1984; Alexander, 2000; Thomson et al., 2001; Mortensen et al., 2003; Baird and Kiyak, 2003), the poor recall of orthodontic treatment

την υψηλότερη κοινωνικο-οικονομική ομάδα της κοινωνίας. Επομένως είναι αναμενόμενο το ποσοστό των ασθενών που δεν κάνει ερωτήσεις κατά την διαδικασία λήψης αποφάσεων για την θεραπεία τους να μειωθεί με τον καιρό στην Νιγηρία.

Η παρούσα μελέτη φανέρωσε ότι η πλειονότητα των ερωτηθέντων (ασθενών) δεν μπορούσε να θυμηθεί τους κινδύνους που σχετίζονται με την ορθοδοντική θεραπεία. Ακόμα και αυτοί που μπορούσαν, ήταν σε θέση να ανακαλέσουν μόνο τρεις από τους πολλούς κινδύνους. Το εύρημα αυτό είναι παρόμοιο με αυτό που ανέφερε ο Mortensen και συν. (2003). Συμπτωματικά, μεγάλο μέρος των συμμετεχόντων στην παρούσα μελέτη δεν θεωρούν ικανοποιητικές τις πληροφορίες που έλαβαν από τον ορθοδοντικό. Το συγκεκριμένο εύρημα εγείρει ορισμένα ερωτήματα: Μπορεί να αντικατοπτρίζει την ελλιπή ενημέρωση που έλαβαν οι ασθενείς από τον ορθοδοντικό ή την ελλιπή κατανόηση των πληροφοριών από τους ασθενείς έπειτα από επαρκείς εξηγήσεις του ορθοδοντικού; Οι Mortensen και συν. (2003) ανέφεραν ότι τα παιδιά και οι γονείς θυμόντουσαν πολύ λιγότερους κινδύνους από αυτούς που ανέφερε ο ορθοδοντικός. Όπως και στην παρούσα Νιγηριανή μελέτη, ακόμα και εκείνοι που θυμόντουσαν κάποιους από τους κινδύνους στην μελέτη του Mortensen και συν. (2003) δεν μπορούσαν να θυμηθούν τους πιο συχνούς κινδύνους όπως η τερηδόνα, η απορρόφηση ρίζας και η απώλεια δοντιών. Παρομοίως, οι Baird και Kiyak (2003) ανέφεραν ότι παρόλο που 15 από τα 21 παιδιά είχαν τουλάχιστον ένα πρόβλημα κατά την θεραπεία, 12 παιδιά και 7 γονείς δήλωσαν ότι δεν υπάρχουν κίνδυνοι που σχετίζονται με την ορθοδοντική θεραπεία. Άλλα 5 παιδιά και 5 γονείς δεν θυμόντουσαν κανένα κίνδυνο. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα χαμηλή σύμπτωση μεταξύ των πληροφοριών που θυμόντουσαν οι ασθενείς και των πληροφοριών που είχαν δοθεί. Επομένως σύμφωνα με τα ευρήματα σε αυτή την μελέτη καθώς και τα ευρήματα άλλων ερευνητών (Weiner και Lovitt, 1984; Alexander, 2000; Thomson και συν., 2001; Mortensen και συν., 2003; Baird και Kiyak, 2003), η φτωχή ανάκληση στην μνήμη των κινδύνων της ορθοδοντικής θεραπείας από τους Νιγηριανούς ασθενείς στην παρούσα μελέτη μπορεί να μην οφείλεται στην ελλιπή ενημέρωση από τον ορθοδοντικό αλλά πιθανότατα διότι τους ξέχασαν.

Αντίστοιχα, πάνω από το ένα τέταρτο (25%) των ερωτηθέντων δεν μπορούσε να θυμηθεί κάποια από τις υπο-

risks by the Nigerian patients in the present study might not be because the orthodontists did not inform them of the risks involved but more probably because they forgot.

Again, over one quarter (25%) of the respondents could not recall any of their responsibilities during their orthodontic treatments in the present Nigerian study. Comparatively, however, the patients recalled more of their responsibilities than the risks. This could be a reflection of the emphasis the Nigerian orthodontists placed on patients' responsibilities so as to ensure compliance for successful treatment outcome.

In this Nigerian study, the majority of the patients had verbal discussion/explanation and gave consent to their treatments while some had both verbal and written information. It is believed that the main goal when passing across information to patients should be for them to understand it so that they can really give informed consent to the treatment. Patient's noncompliance is often due to their lack of understanding or not remembering the clinician's verbal instructions (Weiner and Lovitt, 1984). Poor patient compliance has also been linked to inability to read written materials from their doctor (dentist) due to their literacy level (Alexander, 2000). Thompson et al. (2001) reported that both short-term and long-term recall of information given to patients was poor, regardless of the method of information. Stanley et al. (1998) found that additional written or verbal information did not improve patients' understanding of risk and complications of the procedure. This Nigerian result in terms of verbal as well as verbal / written information agrees with that of verbal consent and both verbal / written consent patients gave for oral care in South Africa (Tsotsi and Rudolph, 2005).

CONCLUSION / RECOMMENDATION

- While more than half of the sample expressed satisfaction with the decision-making process as well as the information they received from the orthodontists and a high proportion of them considered the communication between them and their orthodontists as satisfactory, a considerable proportion of them could not recall the risks associated with orthodontic treatment and their responsibilities during the treatment.
- In line with other advanced Orthodontic Associations in the World such as the American Association of

χρεώσεις κατά την ορθοδοντική θεραπεία στην παρούσα μελέτη. Συγκριτικά ωστόσο οι ασθενείς θυμόντουσαν περισσότερες υποχρεώσεις από κινδύνους. Το παραπάνω μπορεί να αντικατοπτρίζει την έμφαση που έδωσε ο Νιγηριανός ορθοδοντικός στις υποχρεώσεις του ασθενή ώστε να εξασφαλίσει καλή συνεργασία για επιτυχημένο αποτέλεσμα.

Στην παρούσα μελέτη, η πλειονότητα των ασθενών έδωσε την συγκατάθεσή του στην θεραπεία μετά από προφορική συζήτηση/επεξηγήσεις ενώ μερικοί είχαν προφορική και γραπτή πληροφόρηση. Ο κυρίως σκοπός πληροφόρησης των ασθενών είναι η κατανόηση των πληροφοριών ώστε να δώσουν πραγματική συγκατάθεση πληροφόρησης στην θεραπεία. Η ελληνική συνεργασία οφείλεται συχνά στην έλλειψη κατανόησης ή στην παράληψη των προφορικών οδηγιών του κλινικού (Weiner και Lovitt, 1984). Η κακή συνεργασία των ασθενών έχει συχνά συσχετιστεί με την αδυναμία ανάγνωσης γραπτού υλικού που προέρχεται από τους ιατρούς (οδοντιάτρους) λόγω του επιπέδου μόρφωσης (Alexander, 2000). Οι Thompson και συν. (2001) ανέφεραν ότι ανεξάρτητα από τον τρόπο πληροφόρησης, η βραχυπρόθεσμη αλληλία και η μακροπρόθεσμη επαναφορά στην μνήμη των πληροφοριών που είχαν δοθεί στους ασθενείς ήταν ελληνικές. Ο Stanley και συν. (1998) βρήκαν ότι πρόσθετες γραπτές ή προφορικές πληροφορίες δεν βελτίωσαν την κατανόηση των ασθενών αναφορικά με τους κινδύνους και τις επιπλοκές της διαδικασίας. Τα αποτελέσματα της Νιγηρίας αναφορικά με προφορικές καθώς και προφορικές/γραπτές πληροφορίες συμφωνούν με αυτά της προφορικής συγκατάθεσης και γραπτής/προφορικής συγκατάθεσης που έδωσαν οι ασθενείς σε έρευνα για την στοματική υγεία στην Βόρεια Αφρική (Tsotsi και Rudolph, 2005).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ / ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

- Ενώ περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς του δείγματος εξέφρασαν την ικανοποίησή τους με την διαδικασία λήψης αποφάσεων καθώς και με τις πληροφορίες που έλαβαν από τον ορθοδοντικό και ένα μεγάλο μέρος θεώρησε ικανοποιητική την επικοινωνία μεταξύ ασθενή – ορθοδοντικού, ένα σημαντικό μέρος των ασθενών δεν ήταν σε θέση να θυμηθεί τους κινδύνους που σχετίζονται με την ορθοδοντική θεραπεία

Orthodontists (AAO), the young Nigerian Association of Orthodontists (NAO) should come up with a written guideline for the purposes of informed consent in orthodontics.

References

- Alexander RE. Readability of published dental educational materials. *J Am Dent Assoc* 2000;131:937-42.
- Baird JF, Kiyak HA. The uninformed orthodontic patient and parent: treatment outcomes. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2003;124:212-5
- Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K, March V. Informed consent: why are its goals imperfectly realized? *N Engl J Med* 1980;302:896-900.
- Gardner AW, Jones JW. An audit of the current consent practice of consultant orthodontists in the UK. *J Orthod* 2002;29:330-4.
- Gasparini G, Boniello R, Longobardi G, Pelo S. Orthognathic surgery. An informed consent Model. *J Craniofac Surg* 2004;15:858-62.
- Kerr IL. Quality assurance and the dentist-patient relationship. *Dent Clin North Am* 1985;29:581-8.
- Klein A. Informed consent: a practical approach. *Risk management Report* 1988;1:1-3.
- Klock KS. Patient's perception of the decision making process leading to extraction of permanent teeth in Norway. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995;23:165-9.
- King J. Consent: the patient's view. A summary of findings from a study of patients' perceptions of their consent to dental care. *Br Dent J* 2001;191:36-40
- Kiyak HA, King G, Iseri H, Kayaalp F, Arman A. Orthodontic treatment-seeking: Parent-Child differences across cultures (abstract # 2508). *J Dent Res* 2000;79(special issue).
- Kusec S, Oreskovic S, Skegro M, Korolija D, Busic Z, Horzic M. Improving comprehension of informed consent. *Patient Educ* 2006;60:294-300.
- Lahti S, Tuutti H, Hausen H, Kaariainen R. Comparison of ideal and actual behavior of patient and dentists during dental treatment. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995;23:374-8.
- Lal S. Consent in dentistry. *Pac Health Diag* 2003;10:102-5.
- Mortensen MG, Kiyak HA, Omnell L. Patient and parent understanding of informed consent in orthodontics. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2003;124:541-50.
- Pratelli P, Gelbier S, Gibbons DE. Lack of knowledge among parents of the implications of receiving orthodontic treatment. *Community Dent Health* 1996; 13: 211-4.
- Schowen BC, Friele R. Informed consent in dental practice: experience of Dutch patients. *Int Dent J* 2001;51:52-4.
- Smith TJ. Informed consent doctrine in dental practice: a current case review. *J Law Ethics Dent* 1989;1:159-69.
- Stanley BM, Walters DJ, Maddern GJ. Informed consent: how much information is enough? *Aust NZJ Surg* 1998;68:788-91.
- Teutsch C. Patient-doctor communications. *Med Clin North Am* 2003;87:1115-45.
- Thomson AM, Cunningham SJ, Hunt NP. A comparison of information retention at an initial orthodontic consultation. *Eur J Orthod* 2001;23:169-78.
- Tsotsi NM, Rudolph MJ. Informed consent in oral health care. *East*

καθώς και τις ευθύνες τους κατά την διάρκεια αυτής.

- Σε συμφωνία με άλλες προηγμένες Ορθοδοντικές Εταιρίες του κόσμου όπως η Αμερικάνικη Εταιρία Ορθοδοντικών (ΑΑΟ), η σχετικά νέα Νιγηριανή Εταιρία Ορθοδοντικών (ΝΑΟ) πρέπει να δώσει γραπτές κατευθυντήριες γραμμές για την συγκατάθεση πληροφόρησης στην ορθοδοντική.

Διεύθυνση για ανάτυπα:

Reprint requests to:

Dr. C. O. Onyeaso
Department of Child Oral Health
Faculty of Dentistry
College of Medicine
University of Ibadan,
Ibadan, Nigeria.

Email: coonyeaso@yahoo.com

Afr Med J 2005;82:216-20.

Turner P, Williams C. Informed consent: patients listen and read but what information do they retain? NZ Med J 2002;115:218.

Turpin DL. The evolution of informed consent. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2005;127:643.

Weiner WF, Lovitt R. An examination of patients' understanding of information from health care providers. Hosp Comm. Psychiatry 1984;35:619-20.

Williams RE. Informed consent – Part 1. PCSO Bulletin 1979;51:38-41.

Williams RE. Informed consent – Part 2. PCSO Bulletin 1980;52:16-8.

Wu WC, Pearlman RA. Consent in medical decision-making. J Gen Int Med 1988;3:9-14.

Yamalik N. Dentist-Patient relationship and quality care 1. Introduction. Int Dent J 2005;55:110-2.

Yamalik N. Dentist-Patient relationship and quality care 2. Trust. Int Dent J 2005;55:168-70.

Yamalik N. Dentist-Patient relationship and quality care 3. Communication. Int Dent J 2005;55:254-6.