

DİŞHEKİMLİĞİ PRATIĞİNDE HEKİM–HASTA İLİŞKİLERİ

PHYSICIAN–PATIENT RELATIONSHIP OF THE DENTISTRY PRACTICAL

Ayşegül APAYDIN¹, Byashmyrat YAZDURDIYEV²

ÖZET

Sağlık alanında hastalara uygulanacak tedavi yönteminin seçiminde, hasta isteklerinin mi yoksa hekim kararının mı daha etkili olması gerektiği son yıllarda giderek artan bir tartışma konusu olmuştur. Pek çok kişi hekimin karar verme yetkisinin daha az, hastanın ise daha fazla kontrole sahip olması gerektiğini savunmuştur. Bazı kişiler ise bu fikri, bir şahıs, hasta olarak yardım ararken ve bu yardımın teknik bilgiye gereksinimi varken doktorun daha etkin olması gerektiğini belirtmişlerdir. Bazıları da daha ortak bir nokta bulmaya çalışmışlardır. Bu tartışmalar, ideal hekim-hasta ilişkisinin nasıl olması gerektiği sorusunu ortaya çıkarmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Doktor (hekim)-hasta iletişimi, doktor (hekim)-hasta ilişkisi.

ABSTRACT

During the last years or so, there has been a struggle over the patient's role in medical decision making that is often characterized as a conflict between autonomy and health, between the values of the patient and the values of the physician. Seeking to curtail physician dominance, many have advocated an ideal of greater patient control. Others question this ideal because it fails to acknowledge the potentially imbalanced nature of this interaction when one party is sick and searching for security, and when judgments entail the interpretation of technical information. Still others are trying to delineate a more mutual relationship. This struggle forces us to ask: "What should be the ideal physician-patient relationship?"

Key Words: Doctor (physician)-patient communication, doctor (physician)-patient relationship.

¹ İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

² İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi.

GİRİŞ

Hemen her meslek grubunda olduğu gibi sağlık sektöründe de insanlar arası yetersiz iletişim başarısızlıkla sonuçlanır. Teknolojik olanakların sınırsızlaştığı ve iletişimin süratlendiği yüzyılımızda yükselen değerlerin birisi de insanlar arasındaki etkili iletişim yöntemleridir. Asırlardır tıbbın yüksek statüsü tümüyle hümanizme dayanmıştır. Bir başka deyişle doktorların hastalara olan iyi ve insani tutumu bu mesleğe yüksek bir statü kazandırmıştır. Bununla birlikte, günümüzde tıp eğitimi daha çok bilimsel çalışmaya ve hastalık tedavisine ağırlık vermektedir. Bu çalışma biçimi, insanlar arası ilişkiler için harcanan zamana kısıtlılık getirmiştir. Bu durum pek çok araştırmacı tarafından tıp biliminin tıp sanatından yavaş yavaş uzaklaştığı biçiminde yorumlanmaktadır (1). Ancak tüm hastalıkların tanı ve tedavisinde klinik işlemlerin özü; sağlık personeli ve hasta arasındaki düzgün ve doğru iletişime dayanmaktadır. Çünkü hastaların uygulanan tedavi yönteminden azami yarar sağlamaları, ancak tedavinin içeriği ve uygulama nedenlerinin doğru anlaşılmasıyla ve bu bilgilerin doğru ve uygun bir üslupla verilmesiyle yakından ilişkilidir. Bu yazımızın amacı; hekim - hasta etkileşiminde doğru iletişimin önemini, literatür bilgilerinin ışığı altında vurgulamaktır.

21. yüzyıla değin gerçekleştirilmiş olan çok büyük ilerlemelere karşın, yine de şu ana kadar bilinen medikal yöntemlerle iyileştirilemeyen birtakım hastalıklar bulunmaktadır. Bunlardan bazıları da bağışıklık sistemini ilgilendiren kimi hastalıklar gibi, yaşam boyu süren palyatif tedavi yöntemleriyle kontrol altında tutulabilmektedir. İster kısa dönem, ister uzun süreyle olsun; tedavi süresince sağlık personelinin hastalarla olan konuşma ve davranış biçimleri, daha doğrusu iletişim biçimleri, hastaların tedaviden sağladıkları yarar derecesini belirler. Bu ilişkilerden memnun olmayan hastaların önerilen tedaviye yeterince uymadıkları, doktorların ve diğer sağlık personelinin bilgisinden ve yeteneğinden kuşku duymalarına neden olabilmektedir. Kimi zaman da iletişimin tümüyle koptuğu, hastaların tedavinin uzun sürmesi ya da yanlış yapılmış olması gerekçesiyle sağlık personeline karşı dava açabildikleri görülmektedir (2-4).

Doktor-hasta iletişiminde hastanın önerilere uymamasının ve tedaviden memnun olmamasının nedenleri olarak “doktora hastadan az bilgi gelmesi”, “doktorun söylediklerini hastanın iyi anlayamama-

si”, “hastanın verilen bilgiyi iyi hatırlayamaması” gibi iletişim yetersizlikleri öne sürülmüştür (5).

Bunların yanı sıra, sağlık personelinin hastalarla olan iletişim biçimleri üzerine yapılan bir araştırmada, hastanın iletişime katılımını kısıtlayan ve cesaretlerini kıran veya konuşmalarını sınırlayan davranışların “hastanın ilgisini söndüren teknik sözcükleri çok kullanmak”, “saate bakmak veya bekleyen hasta listesine göz atmak”, “hastanın sözünü kesmek veya tamamlayarak sonlandırmak”, “hastanın sorularını duymazdan gelmek”, “hastayı dinlememe belirtilerini vermek, hasta üzerinde bir şey düşündüğü ve rahatsız edilmemesi gerektiği izlenimini bırakacak biçimde kendi kendine bir şeyler mırıldanmak” gibi nedenler olduğu ifade edilmiştir (6).

Hastanın memnuniyeti ise “doktorun hastaya sıcak ve kibar davranması”, “doktor tarafından hastanın beklenti ve kaygılarını ortaya çıkartacak biçimde yüreklendirici ve empatik bir yaklaşımla sorgulanması”, “doktorun aldığı yanıtları açıklaması”, “özetlemesi ve hastanın anlayabileceği bir dille ona bilgi vermesi” gibi nedenlere bağlanmıştır (7, 8).

Bu konuya ilişkin kaynaklar incelendiğinde, doktorlarla hastalar arasındaki ideal ilişkinin nasıl olması gerektiğinden söz eden değişik ifadeler bulunmaktadır. Bunlar: “soruna odaklanma yerine kişiye odaklanma”, “hastaya duyulan sorumluluk”, “emir eden teknik kişiler gibi davranmak yerine, insancıl profesyoneller olmak”, “yatan hastaya daha iyi davranma”, “eski aile doktorluğu yaklaşımı”, “doktor merkezli yerine hasta merkezli ilişki”, “hastalar için daha çok kaygılanma”, “daha çok ihtimam gösterme”, “daha çok empati”, “saygılı davranma”, “hasta katılımını daha çok sağlama”, “hastalara merhamet duyma”, “hastaları insan olarak görme”, “hastaları daha çok dinleme”, “hastalara öğretmen olma” gibi sağlık personelinin bu konuda yaptıkları farklı tanımlardır (2, 5, 7, 9).

Sağlık personelinin çok farklı türde insanlarla iletişimde bulunmak zorunda olmaları nedeniyle yüz yüze geldikleri karmaşayı vurgulayan çeşitli makaleler bulunmaktadır. Bu çalışmaların yazarları çeşitli sosyo-ekonomik düzeylerden gelen eğitilmiş veya eğitimsiz, kadın-erkek gibi çok farklı kişiler için farklı iletişim biçimlerinin gerekli olduğunu vurgulamaktadırlar. Bu iletişim becerilerinin evrenselliği, sağlık personelinin, karşılaştıkları ve ilgilendikleri her tür hastayla kuracakları iletişimde

farklı rollere girmek zorunda kalmayacaklarının göstergesidir (10).

Bir grup araştırmacı, sağlık personeli ve hastalar arasındaki ilişkinin iyileştirilmesi için daha çok işbirliğini ve hastanın daha çok katılımını savunmakta ve bu nokta üzerinde durmaktadırlar. Buna göre; "Sınırlandırılmış rol" tanımını (sağlık personeli etkin, hastalar edilgin) genişletmek mümkündür. Hasta, sağlık personeli yardımıyla kendi bakımında daha etkin rol almayı ve sağlığının sorumluluğunu yüklenmeyi öğrenebilir. Doktor da hastanın kendisiyle ilgili bilgisi ve iç kaynaklarını ortaya çıkarıp onları kullanarak onun sağlığı konusunda daha etkili olabilir (11-13).

Psikolog doktor Di Matteo (14), doktor hasta ilişkilerini değerlendirirken, üç temel modeli tanıtmaktadır. Buna göre;

1. Hastanın kendi bakımına katılmadığı *etkin-edilgin model*;
2. Doktorun tanı ve iyileştirme sorumluluğunu tümünü üstlendiği *rehberlik-işbirliği modeli*;
3. Tanının koyulmasından tedavisinin seçimine kadar yapılan çalışmanın her aşamasında doktor ve hastanın birlikte karar verdiği *karşılıklı – kaulum modeli*.

Bu modellerin içerisinde araştırmacı üçüncü modeli yeğlemiştir. Bu modelde ortak sorumluluk ve bilgi birikimi vardır. Her iki taraf sorularını ve kaygılarını özgürce ortaya koyarlar. Doktor ve hasta, hastanın sağlığına kavuşma görevinde uzmanlıkları kullanırlar. Bunu da yalnızca açık ve etkili bir iletişimle yapabilirler. Bu model en etkili doktor-hasta etkileşimini temsil etmektedir.

Yukarıdakilere benzer, ancak daha karmaşık dört model, iki Harvard'lı doktor tarafından önerilmiştir (15):

1. Hastaya hangi müdahaleyi yapacağına doktorun karar verdiği ve hastayı buna uyması için zorladığı **ataerkil model**.
2. Doktorun teknik uzman olarak gerekli bilgileri topladığı ve hastanın istediği müdahaleyi seçtiği **bilgilendirici model**.
3. Doktorun, müdahalenin zararları, tehlikesi ve tıbbi koşulları ile ilgili bilgiyi verdiği **açıklayıcı model**. Doktor burada aynı zamanda bir danışmandır ve hastanın kişiliğine, değerlerine en uygun tedavi yöntemine karar verme süreci boyunca ona yardım eder.

4. Doktorun bir öğretmen veya arkadaş gibi davranarak hastayla değerlerine en iyi uyan davranış biçimini seçmesine yetki verecek bir diyaloga girdiği **görüşmeci model**.

Bu modelleri öneren yazarlar karar sürecinde hem hastanın etkin katılımını kolaylaştırdığını, hem de gözettiğini düşündükleri görüşmeci modeli önermektedirler. Bu modeli tıp eğitimi ve doktorlukta köklü değişiklik gerektiğini de belirtmektedirler. Eğitimleri sırasında doktorlara hastayla görüşmeye daha çok zaman ayırmaları öğretilmeli, bunu isterken de harcadıkları zaman için doğru dürüst bir ödemenin yapılacağı mali sistem geliştirilmeli, görüşünü de eklemektedirler (15).

Önerilen ideal modellerde hastalarla ilişkide arzu edilen şu ortak temel öğeler bulunabilmektedir: hastanın etkin katılımı, birbirine bağımlı olma, ortak karar alma, hastalara sağlıkları ile ilgilenme yetkisini verme, iki yönlü iletişim (16, 17).

Fakat önerilen bu modellerde gerçekçi görülmeyen doktor ve hastayı "meslektaş" olarak gören görüşü ele alındığında, bu görüş, doktorun hastasıyla arasındaki uzmanlık, deneyim ve tıbbi bilgi farkını görmezlikten gelmektedir. Aynı biçimde "ortak"lık görüşü de yanıltıcı olabilmektedir, çünkü pek çok iş ortaklığında olduğu gibi bu terim eşit ilişkiler anlamına gelmektedir. Hekim – hasta ilişkisinde tam eşitlik yoktur, ama bu ortaklıkta hem doktorun hem hastanın kendine özgün uzmanlıkları olduğu söylenmektedir (16).

Geleneksel hekim-hasta ilişkisinde hastalar yapılması gerekenleri yanlış anlar, tedavinin önemli bölümlerini unuttur veya doktorun söylediklerine uymazlar. Bu yarım ve yanlış iletişimin ilişkideki etkilerini düzeltmek yeniden zaman ister. Bunları önlemek için işbirliğine dayanan bir modelle hastaya yaklaşmamız, doğabilecek bir çok olumsuzlukların önüne geçmemize yardımcı olabilecektir. Doktorlar bu yöntemin çok zaman aldığını düşünebilirler. Hastalar, işbirliğine dayalı bir ilişki beklemedikleri gibi, böyle bir ilişkide nasıl davranacaklarını da bilemezler. Hastalardan böyle bir istek gelmeyeceği için, iletişimi doktorların başlatması çok önemlidir (18).

İşbirliğine dayanan ilişkide hastaların sorularını yüreklendirmek için en önemli yanıt, çünkü hastaları çoğu ilk karşılaşmada çekingen davrandıkları bilinir ve zaten sağlıkları ile ilgili kötü bir şey işitmenin korkusu içindedirler, soru sorma haklarının olmadığını, bu karşılık her tür soruya yanıt vermek zorunda olduklarını düşünürler. Pek

çok hastaya, soru sormak, doktorlara ait bir hakmış gibi görünür. Bir araştırma, muayene sırasında hastanın konuşmasının yarısından fazlasını doktorun sorduğu sorulara yanıt vermeye ayırdığını göstermiştir. 20 dakikalık bir muayenenin yalnızca %6'lık bir süresinde hasta doktora soru sorabilir. Kimi zaman hekim, muayene süresinin yarısını hasta orada yokken de yapabileceği işleri yapmakla geçirir (aletleri gözden geçirme, malzemeleri kontrol etme gibi) (19).

Doktorlar, ilişkinin tanı koyma aşamasında hastaların etkin katılmalarını istediklerini vurgulamak için özel bir çaba gösterebilmelidirler. Tipik hekim-hasta ilişkisinde tanı koyma zorunluluğu tek başına doktorundur, hastalar da bunu kabul ederler. Ne yazık ki, işbirliğine dayanan bir ilişki yaşayan hekim ve hasta sayısı çok azdır (4, 8, 18).

Danışman-danışan ilişkisinde olduğu gibi, sağlık personeli ile hastalar arasındaki ilişki de; probleme dayalı ya da sorun merkezli olarak nitelendirilebilir. Hastalar sağlık sorunları olduğu için doktora giderler. İşbirliğine dayanan ilişkide, hekim ve hasta karşılıklı olarak soruna, sorunun nedenine, hastayı kaygılandıran şeylere, en iyi tedavinin türünü seçmeye, tedaviye uymak için hastanın ne yapacağına, tedavinin işe yaradığını nasıl saptayacaklarına birlikte karar verirler. Tüm ilişkilerde sorun olabilir, ancak bunlar çözümlenmelidir (20).

İlk kez John Dewey tarafından öne sürülmüş ve Thomas Gordon tarafından özelleştirilmiş olan bu yöntem, yaratıcı bilim adamları tarafından bilimsel sorunların çözümünde kullanılmaktadır. Thomas Gordon daha sonra bu yöntemi insanların problemlerinin çözümünde kullanmıştır.

Altı basamaklı sorun çözme adı verilen bu yöntem, işbirliğine dayanan ilişkilerin kurulması ve sürdürülmesini kolaylaştırmaktadır; hekimin hastanın derdini anlayarak, doğru teşhis koyup daha başarılı bir tedavisini gerçekleştirmesini sağlamakta; insanlar arasındaki iletişim bozukluğuna bağlı tüm sorunların giderilmesine yardımcı olmaktadır (21).

1 aşama: sorun tanımlama veya problemi ortaya koyma; Doktor hastasından yaşadığı sorunu, belirtilerini, duygularını tanımlamasını ister. Yalnızca dinleyeceğini ve not alacağını söyler. Hekim gerektiği zaman soru sorar, sorumluluğu hastada bırakır, kapalı uçlu sorular sormaktan kaçınır, hastanın tüm açılımını yüreklendirir ve em-

patik dinlemeyle tepki gösterir. Zaman-zaman "İşimize yarayacak bir şey var mı? Daha başka anlatmak istediğiniz şeyler var mı?" gibi açık uçlu sorular sorar. Hasta anlatmayı bitirince, hekim onu muayene etmek istediğini ve bunun nedenini söyler. Muayene sırasında yaptıklarını, bunları neden yaptığını ve ne bulduğunu anlatır. Tanıyı koymak için daha fazla muayeneye gerek görmezse, koyduğu tanıyı hastayla paylaşır, onu tepki vermeye ve soru sormaya davet eder. Hekim ilk koyduğu tanıyı doğrulamak için testlere gerek görüyorsa, testlerin nasıl olacağını ve hastanın neler yapması gerektiğini anlatır. Test sonuçları geldikten sonra bunları hastasına açıklar. Hasta önemli bir hastalığa yakalanmışsa, doktor gerekirse çizgilerle de destekleyerek anlatır. Hastanın tepki ve kaygılarını dikkatle ve empatik dinler. Duygularını da kaygılarını da anladığını ve kabul ettiğini gösterir. Sonra, hastanın anlayıp anlayamadığından emin olmak için tanıyı kendi sözcükleri ile anlatmasını ister.

2 aşama: çözümler üretme; Hekim şimdi hastadan birinci basamakta tanısı konan sorunun düzeltilmesi için çözümler üretilmesine katılımını ister. Liste tamamlanıncaya kadar bu çözümleri değerlendirmemeleri gerektiğini vurgular. Tanıya dayalı olarak, birkaç çözüm üretilebilir: Hiç tedavi yapmamak, belirli ilaçlar vermek, başka testler yaptırmak, bir uzmana gitmek, ameliyat olmak, ikinci bir görüş almak (konsültasyon), kesin bir istirahat yapmak, diyet ve egzersiz uygulamak, stresin nedenini ortadan kaldırmak, alışkanlıkları bir kez daha gözden geçirmek, uyku alışkanlıklarını değiştirmek, çalışma saatlerini azaltmak vb.

3 aşama: çözümleri değerlendirme; Tüm olası çözümler üretildiği anlaşıldıktan sonra hekim hastanın çözümlerin (birden fazlaysa) değerlendirilmesine katılmasını ister."Her çözümün olumlu, olumsuz yanları nelerdir? Tedavi ne kadar para gerektirir? Riskleri nedir? Zaman sınırı var mıdır? En iyi çözüm iki seçeneğin birleştirilmesi midir? Beklenen sonuçlar nelerdir?" gibi soruların yanıtları aranır.

4 aşama: karşılıklı kabul edilebilecek çözümü belirleme; Tüm çözümler değerlendirilince, bazıları hem hastaya hem de hekime daha net görünür. Hekim hastanın gereksinimlerini en iyi karşılayacak çözümü kendi iradesiyle kabul etmediği zaman onu uygulamak istemeyeceğini bildiği için belli bir çözüm kabul ettirmeye çalışmaz. Her iki tarafa da uygun olan çözüme birlikte karar verilir.

5 aşama: çözümü uygulama; Hekim çözümü uygulamak için ne yapılması gerektiğini tartışmasını başlatır. Kim neyi ne zaman yapacak soruları, hareket planının iskeletini oluşturabilir. Herkesin görevleri yazılmalıdır. Doktor bazı görevleri üstlenir: hastaneye yatmak için tarih almak, röntgen çekimi için zaman ayarlamak, ilaç yazmak vb. Hasta da bazı görevleri yüklenir: ilaçları almak ve düzenli kullanmak, nabzını saymak vb.

6 aşama: çözümün sonuçlarını değerlendirme; Bu son basamak önemlidir, ancak her zaman yapılmayabilir. Hasta "Çözümümüzün sorunu çözdüğünü nasıl bileceğiz? Ne kadar beklememiz gerekecek? Çözüm işe yaramazsa ne yapacağız? Çözümümüzün etkisini değerlendirecek testler var mı?" türünden soru sorabilir. Hekim hastanın bu kaygılarını kabul eder ve hakkı olduğunu düşündüğü için tüm sorularını yanıtlar. Hekim karalaştırdıkları tedavinin işe yarayıp yaramadığını, yaradıysa ne kadar yaradığı gibi konularda kendisine bilgi vermesi için hastanın telefon etmesini ister. Daha sonraki bir tarihte bunları gözden geçirmek üzere bir buluşma günü belirleyebilirler (21, 22).

SONUÇ

İnsanlara kendi yaşamları ile ilgili konularda verilecek kararlara katılım şansı tanımak onların kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlar. Kendine olan saygılarını ve özgüvenlerini artırır. Kendilerine "ikinci sınıf vatandaş" ya da çocuk muamelesi yapılmadığını, ekibin bir üyesi gibi davranıldığını hissederler. Sağlık personeline iletişim becerilerinin öğretilmesi, sağlık politikasının çok önemli bir parçası olmalıdır. Hastalar sağlık personeli ile ilişkiden memnun olunca, bu iyi ilişkiden elde edilen yararlar çok fazla olur. Hekim ve hastanın ortak kararına dayalı yüksek nitelikli çözümlerin ortaya çıkarılması; bu kararın uygulanmasında her iki taraf için yüksek motivasyon sağlar ve bu şekilde problem en kısa ve en ekonomik koşullarda çözümlenebilecek; hem hekim hem de hasta açısından optimum yarar sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Belknap M, Blau R, Grossman R. Case studies and methods in humanistic medical care. San Francisco: Institute for the Study of Humanistic Medicine 1975; 27-28.
2. Comstock L, Hooper E, Goodwin JM, Goodwin JS. Physician behaviors that correlate with patient satisfaction. J Med Educ 1982; 57: 105-12.
3. Eddy DM. Anatomy of a decision. JAMA 1990; 263: 441-43.
4. Forest L. The evolving roles of the patient and physician. Arch Fam Med 2000; 9: 57-64.
5. Johnson D, Marvama G, Johnson R, Nelson D, Skon L. Effects of cooperative, competitive and individualistic goal structures on achievement: A meta - analysis. Psychol Bull 1981; 89: 47-67.
6. Ley P. Communication with patients. New York: Croom Helm, 1988.
7. Korsch B, Negrete V. Doktor - patient communication. Sci Amer 1972; 227: 66-74.
8. Lester G, Smith S. Listening and talking to patients - a remedy for malpractice suits? West J Med 1993; 158: 268-72.
9. Waitzkin H. Doctor - patient communication: Clinical implications of social scientific research. JAMA 1984; 252: 2441-46.
10. Levy D, White doctors and black patients: Influence of race on the doktor - patient relationship. Pediatrics 1985; 75: 4; 639-43.
11. Ingelfinger FJ. Ethics of the experiments on children. N Eng J Med 1973; 288: 791-92.
12. Miller S. Introduction: The present cultural crisis and the need for a humanistic medicine. Dimensions of humanistic medicine. San Francisco: Institute for the Study of Humanistic Medicine 1975; 11-28.
13. Quill T. Recognizing and adjusting to barriers in doktor - patient communication. Ann Int Med 1989; 111: 51-57.
14. Di Matteo M. Physician - patient communication promoting a positive health - care setting. Ed: Rosen J, Solomon. Prevention in health psychology. Hanover NH: University Press of New England 1985; 9-111.
15. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician - patient relationship. JAMA 1992; 267: 2221-26.
16. Quill T. Partnership in patient care: A contractual approach. Ann Int Med 1983; 98: 228-34.
17. Roter D, Hall J, Katz N. Patient - physician communication: A descriptive summary of the literature. Parent Ed and counseling 1988; 12: 99-119.

18. Roter D, Hall J. Doctors talking with patients / Patients talking with doctors. Westport, Conn: Auburn Hous 1992; 26-55.
19. Shapiro R, Simpson D, Lawrence S. A survey of sued and nonsued physicians and suing patients. Arch Int Med 1989; 149: 2190-96.
20. Remen N. The masculine principle, the feminine principle and humanistic medicine.
21. San Francisco: Institute for the Study of Humanistic Medicine 1975; 17-90.
22. Gordon T, Edwards WS. Making the your partner communication skills for doctors and other carigiver. Auburn Hous London, 1995; 43-82.
23. Spencer F. The vital role in medicine of commitment to the patient. Am Coll Surg Bull 1990; 75: 6-19.

Yazışma Adresi:

Prof. Dr. Ayşegül APAYDIN

İstanbul Üniversitesi

Dişhekimliği Fakültesi

Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı

e-mail: apaydin@istanbul.edu.tr

Tel: 0212 414 20 20 / 30308