

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ORTODONTİ ANABİLİM DALI**

**ORTOGNATİK CERRAHİ HASTALARININ BENLİK
SAYGISI, ELEŞTİRİYE DUYARLILIK VE SOSYAL
GÖRÜNÜŞ KAYGI DÜZEYLERİNİN NORMAL FASİYAL
PROFİLE SAHİP BİREYLERLE KARŞILAŞTIRILMASI,
ORTOGNATİK CERRAHİ VE ORTODONTİK
KAMUFLAJ TEDAVİLERİNİN MEMNUNİYET ÜZERİNE
ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Hazırlayan
Dt. Mükerrerem Özge AĞIRNASLIGİL**

**Danışman
Yrd. Doç. Dr. Nisa GÜL AMUK**

Uzmanlık Tezi

**Haziran 2017
KAYSERİ**

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ORTODONTİ ANABİLİM DALI**

**ORTOGNATİK CERRAHİ HASTALARININ BENLİK
SAYGISI, ELEŞTİRİYE DUYARLILIK VE SOSYAL
GÖRÜNÜŞ KAYGI DÜZEYLERİNİN NORMAL FASİYAL
PROFİLE SAHİP BİREYLERLE KARŞILAŞTIRILMASI,
ORTOGNATİK CERRAHİ VE ORTODONTİK
KAMUFLAJ TEDAVİLERİNİN MEMNUNİYET ÜZERİNE
ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Uzmanlık Tezi)

**Hazırlayan
Dt. Mükerrerem Özge AĞIRNASLİGİL**

**Danışman
Yrd. Doç. Dr. Nisa GÜL AMUK**

**Haziran 2017
KAYSERİ**

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı: Mükerrerrem Özge AĞIRNASLIGİL

İmza:



YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI

“Ortognatik Cerrahi Hastalarının Benlik Saygısı, Eleştiriye Duyarlılık ve Sosyal Görünüş Kaygı Düzeylerinin Normal Fasiyal Profile Sahip Bireylerle Karşılaştırılması, Ortognatik Cerrahi ve Ortodontik Kamuflej Tedavilerinin Memnuniyet Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi.” adlı Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan

Dt. Mükerrerem Özge AĞIRNASLIGİL



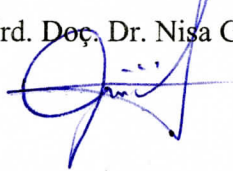
Danışman

Yrd. Doç. Dr. Nisa GÜL AMUK



Ortodonti Anabilim Dalı Başkanı

Yrd. Doç. Dr. Nisa GÜL AMUK



Yrd. Doç. Dr. Nisa GÜL AMUK danışmanlığında **Dt. Mükerrerrem Özge AĞIRNASLIGİL** tarafından hazırlanan “**Ortognatik Cerrahi Hastalarının Benlik Saygısı, Eleştiriye Duyarlılık ve Sosyal Görünüş Kaygı Düzeylerinin Normal Fasiyal Profile Sahip Bireylerle Karşılaştırılması, Ortognatik Cerrahi ve Ortodontik Kamuflaj Tedavilerinin Memnuniyet Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi.**” adlı bu çalışma, jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi **Ortodonti** Anabilim Dalında **Uzmanlık Tezi** olarak kabul edilmiştir.

22.06/2017

JÜRİ

İmza

Danışman : Yrd. Doç. Dr. Nisa GÜL AMUK
(Erciyes Üniversitesi Diş Hek. Fak. Ortodonti A.D.)

.....

Üye : Yrd. Doç. Dr. Ayça ÜSTDAL GÜNEY
(Çukurova Üniversitesi Diş Hek. Fak. Ortodonti A.D.)

.....

Üye : Prof. Dr. İbrahim YAVUZ
(Erciyes Üniversitesi Diş Hek. Fak. Ortodonti A.D.)

.....

ONAY

Bu tezin kabulü Fakülte Anabilim Dalının ..22.06.2017..tarih ve...27.....sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Ortodonti Anabilim Dalı Başkanı

Yrd. Doç. Dr. Nisa GÜL AMUK

.....

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bana her konuda yardımcı olan ve tez çalışmamda bilgisini ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Nisa GÜL AMUK' a,

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösteren ve kendilerinden çok şey öğrendiğim Erciyes Üniversitesi Ortodonti Anabilim Dalı öğretim üyeleri Prof. Dr. İbrahim YAVUZ' a, Doç. Dr. Ahmet YAĞCI' ya,

Yoğun temposu arasında vakit ayırıp tez sunumuma gelen Yrd. Doç. Dr. Ayça ÜSTDAL GÜNEY' e,

Birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma ve kliniğimizde görevli tüm yardımcı personele;

Hayatımın her aşamasında bana destek olan, varlıklarından güç aldığım, onların çocukları olmaktan daima gurur duyduğum, ilgi, sevgi ve yardımlarını üzerimden hiç eksik etmeyen, canım annem ve babama;

Hayatta her zaman örnek aldığım, ne kadar değerli olduğunu anlatmaya kelimelerin yetmeyeceği, benim için hem kardeş hem de arkadaş olan canım ağabeyime;

Hayatıma anlam katan, ilgisiyle, desteğiyle ve anlayışıyla her an yanımda olan, sevgisini her zaman hissettiğim sevgili eşime;

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

Mükerrem Özge AĞIRNASLIGİL

Kayseri, Haziran 2017

**ORTOGNATİK CERRAHİ HASTALARININ BENLİK SAYGISI, ELEŞTİRİYE
DUYARLILIK VE SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGI DÜZEYLERİNİN NORMAL
FASİYAL PROFİLE SAHİP BİREYLERLE KARŞILAŞTIRILMASI,
ORTOGNATİK CERRAHİ VE ORTODONTİK KAMUFLAJ TEDAVİLERİNİN
MEMNUNİYET ÜZERİNE ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dt. Mükerrerem Özge AĞIRNASLIGİL

Erciyes Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi

Ortodonti Anabilim Dalı

Uzmanlık Tezi, Haziran 2017

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nisa GÜL AMUK

KISA ÖZET

Bu çalışmanın amacı, iskeletsel sınıf II ve sınıf III maloklüzyona sahip hastaların ortognatik cerrahi sonrasında benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık, sosyal görünüş kaygısı gibi spesifik psikolojik parametrelerindeki değişimlerin normal yüz görünümüne sahip bireylerle karşılaştırılması, ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj tedavisi sonrası hasta memnuniyetinin değerlendirilmesidir.

Çalışmamıza, yaş ortalaması $20,87 \pm 2,41$ yıl olan 142 erkek, 200 kadın olmak üzere toplam 342 birey dahil edilmiştir. Cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası sınıf III ve sınıf II hastaların benlik saygısı ve eleştiriye duyarlılık düzeylerinin değerlendirilmesi için Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği anketi, sosyal görünüş kaygısı düzeylerini belirlemek için de Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği anketi kullanılmış ve elde edilen veriler kontrol grubundaki sınıf I bireylerle karşılaştırılmıştır. Ortognatik cerrahi tedavi ve ortodontik kamuflaj tedavisi uygulanmış hastalara memnuniyet anketi uygulanarak, tedavi ile ilgili memnuniyetleri değerlendirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede elde edilen verileri analiz etmek için bağımlı ve bağımsız örneklem T testi, post-hoc Tukey testi, Ki-kare testi, frekans ve yüzde hesaplamaları kullanılmıştır.

Cerrahi müdahale ile birlikte sınıf II ve sınıf III hastaların benlik saygısı düzeyleri anlamlı olarak artarken, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı düzeyleri anlamlı olarak azalmıştır ($p < 0,05$). Sınıf III hastaların cerrahi öncesinde benlik saygısı düzeyleri, kontrol grubundan anlamlı şekilde düşük bulunurken, cerrahi sonrasında sınıf II ve sınıf III hastaların benlik saygısı kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Ortognatik cerrahi hastalarının % 92,2' si ve ortodontik kamuflaj

hastalarının % 94,4' ü tedavinin sonuçlarından memnun olduğunu ve beklentilerinin karşılandığını bildirmiştir.

Ortognatik cerrahi müdahale sonrasında iyileşen yüz görünümü ile birlikte hastaların benlik saygıları artarken, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygıları azalmaktadır. Doğru hasta seçimi koşulu ile ortodontik kamuflaj hastalarının tedaviye ilişkin memnuniyetlerinin ortognatik cerrahi hastaları ile benzer düzeyde olduğu görülmektedir. Sonuç olarak hastalar ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj tedavisi ile estetik ve fonksiyonel anlamda iyileşmenin yanı sıra psikososyal anlamda da fayda sağlamaktadırlar.

Anahtar kelimeler: Ortognatik cerrahi, Benlik saygısı, Eleştiriye duyarlılık, Sosyal görünüş kaygısı, Memnuniyet

COMPARISON OF SELF ESTEEM, SENSITIVITY TO CRITICISM, SOCIAL APPEARANCE ANXIETY BETWEEN PATIENTS TREATED WITH ORTHOGNATHIC SURGERY AND PATIENTS WITH NORMAL FACIAL PROFILE, EVALUATION OF THE EFFECTS OF ORTHOGNATHIC SURGERY AND ORTHODONTIC CAMOUFLAGE TREATMENT ON PATIENT SATISFACTION

Dt. Mükerrerem Özge AĞIRNASLIGİL

**Erciyes University, Faculty of Dentistry
Department of Orthodontics
Dental Specialty Education Thesis, June 2017
Supervisor: Ass. Prof. Nisa GÜL AMUK**

ABSTRACT

The aim of this study was to compare patients with skeletal class II (C II) and class III (C III) malocclusion who had orthognathic surgery and patients with class I (C I) occlusion who had normal facial appearance with changes in specific psychological parameters such as self-esteem, sensitivity to criticism, social appearance anxiety, and evaluation of patient satisfaction after orthognathic surgery and orthodontic camouflage therapy.

342 subjects with mean age of 20.87 ± 2.41 years (142 males, 200 females) were included to this study. Rosenberg Self-Esteem Scale questionnaire was used to evaluate C II and C III patients' pre and post operative self-esteem and sensitivity to criticism levels. Social Appearance Anxiety Scale questionnaire was used to evaluate same patients' social appearance anxiety and all the patients were compared with control group subjects who had normal facial appearance. Patients treated with orthognathic surgery and patients treated with orthodontic camouflage were assessed for satisfaction after treatment using a satisfaction questionnaire. Independent and dependent sample T tests, post-hoc Tukey test, Chi-square test, frequency and percentage calculations were used to analyze the data obtained from statistical evaluation.

Self-esteem of the patients with skeletal C II and C III malocclusion have increased, the sensitivity to criticism and the social appearance anxiety have decreased after the surgery significantly ($p < 0.05$). In the patients with C III malocclusion, the self-esteem levels were significantly lower than those in the control group before orthognathic surgery, while at the post-operative evaluation patients with C II and C III malocclusion

had higher self-esteem levels than control group subjects significantly ($p<0,05$). 92.2% of the orthognathic surgery patients and 94.4% of the orthodontic camouflage patients were pleased with the outcome of the treatment and reported that their expectations were satisfied.

Along with improvement in facial appearance, patients' self esteem increases after the surgery, while sensitivity to criticism and social appearance anxiety decreases. With correct patient selection, satisfaction with treatment in orthodontic camouflage patients, is as high as orthognathic surgery patients. In conclusion, orthognathic surgery and orthodontic camouflage improve both aesthetics and functional sense and provide psychosocial benefit.

Keywords: Orthognathic surgery, Self-esteem, Sensitivity to criticism, Social appearance anxiety, Satisfaction

İÇİNDEKİLER

ORTOGNATİK CERRAHİ HASTALARININ BENLİK SAYGISI, ELEŞTİRİYE DUYARLILIK VE SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGI DÜZEYLERİNİN NORMAL FASİYAL PROFİLE SAHİP BİREYLERLE KARŞILAŞTIRILMASI, ORTOGNATİK CERRAHİ VE ORTODONTİK KAMUFLAJ TEDAVİLERİNİN MEMNUNİYET ÜZERİNE ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK	ii
YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI	iii
ONAY	iv
TEŞEKKÜR	v
KISA ÖZET	vi
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	x
KISALTMALAR	xiv
TABLolar LİSTESİ.....	xv
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xviii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. ORTOGNATİK CERRAHİ TARİHÇESİ	5
2.1.1. Maksiller Osteotomilerin Tarihçesi	5
2.1.1.1. Le Fort I Osteotomi Tekniği	5
2.1.2. Mandibular Osteotomilerin Tarihçesi	6
2.1.2.1. Bilateral Sagittal Split Ramus Osteotomi Tekniği	7
2.2. İSKELETSEL SINIF III MALOKLÜZYONLAR.....	7
2.2.1. İskeletsel Sınıf III Maloklüzyonların Tedavisi	8
2.2.1.1. İskeletsel Sınıf III Maloklüzyonlarda Ortodontik Kamuflaj Tedavisi	9
2.3. İSKELETSEL SINIF II MALOKLÜZYONLAR.....	10
2.3.1. İskeletsel Sınıf II Maloklüzyonların Tedavisi	10
2.3.1.1. İskeletsel Sınıf II Maloklüzyonlarda Ortodontik Kamuflaj Tedavisi	11
2.4. ORTOGNATİK CERRAHİ TEDAVİ	12

2.4.1. Cerrahi Öncesi Ortodontik Hazırlık.....	12
2.4.2. Cerrahi Planlanlama ve Cerrahi Sonrası Ortodonti	13
2.5. PSİKOLOJİNİN TANIMI.....	14
2.5.1. Benlik Saygısı	14
2.5.1.1. Benlik Saygısını Değerlendirmede Kullanılan Ölçekler.....	15
2.5.1.1.1. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.....	16
2.5.2. Sosyal Görünüş Kaygısı.....	18
2.5.2.1. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği	19
2.5.3. Memnuniyetin Değerlendirilmesi	20
3. BİREYLER VE YÖNTEM	23
3.1. Demografik Özelliklerin Dağılımı	26
3.2. Cerrahi Metod.....	26
3.3. Ortodontik Kamuflaj Tedavisi.....	29
3.4. Verilerin Toplanması.....	29
3.4.1. Benlik Saygısı, Eleştiriye Duyarlılık ve Sosyal Görünüş Kaygısının Değerlendirilmesi.....	30
3.4.1.1. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.....	31
3.4.1.2. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği	31
3.4.2. Memnuniyetin Değerlendirilmesi	33
3.4.2.1. Memnuniyet Anketi	34
3.5. İSTATİSTİKSEL YÖNTEM	37
4. BULGULAR	38
4.1. İskeletsel Sınıf III Maloklüzyona Sahip Hastaların, Cerrahi Öncesinde ve Cerrahi Sonrasında Benlik Saygısı, Eleştiriye Duyarlılık ve Sosyal Görünüş Kaygısı Verilerinin Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması	38
4.2. İskeletsel Sınıf II ve Sınıf III Maloklüzyona Sahip Hastaların Cerrahi Öncesi ve Cerrahi Sonrası Benlik Saygısı, Eleştiriye Duyarlılık, Sosyal Görünüş Kaygısı Düzeylerinin, Farklı Bireyler Üzerinde Yürütülmüş Çalışma Verileri Kullanılarak Değerlendirilmesi	38

4.3. Cerrahi Öncesi, Cerrahi Sonrası Sınıf III Maloklüzyona Sahip Aynı Hastalara ve Cerrahi Öncesi, Cerrahi Sonrası Sınıf III ve Sınıf II Maloklüzyona Sahip Farklı Hastalara Ait Benlik Saygısı, Eleştiriye Duyarlılık, Sosyal Görünüş Kaygısı Bulgularının, Kontrol Grubundan Elde Edilen Psikolojik Parametreler İle Çoklu Karşılaştırılması.....	41
4.7. Ortognatik Cerrahi ve Ortodontik Kamufraj Tedavisi Uygulanan Hastalarda Memnuniyetin Karşılaştırılması	55
4.8. İskeletsel Sınıf III ve Sınıf II Maloklüzyona Sahip Ortognatik Cerrahi ve Ortodontik Kamufraj Tedavisi Uygulanmış Hastalarda Memnuniyet Bulgularının Değerlendirilmesi	62
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	69
5.1. AMAÇ	69
5.2. BİREYLER VE YÖNTEM	72
5.3. BULGULAR	75
5.3.1. Sınıf III ve Sınıf II Maloklüzyona Sahip Hastaların Cerrahi Öncesi ve Cerrahi Sonrasındaki Benlik Saygısı Düzeylerinin, Kontrol Grubuna Dahil Edilen Bireylerle Karşılaştırılması.....	75
5.3.2. Sınıf III ve Sınıf II Maloklüzyona Sahip Bireylerin Cerrahi Öncesi ve Cerrahi Sonrasındaki, Eleştiriye Duyarlılık Düzeylerinin, Kontrol Grubuna Dahil Edilen Bireylerle Karşılaştırılması.....	79
5.3.3. Sınıf III ve Sınıf II Maloklüzyona Sahip Hastaların Cerrahi Öncesi ve Cerrahi Sonrasındaki, Sosyal Görünüş Kaygısı Düzeylerinin, Kontrol Grubuna Dahil Edilen Bireylerle Karşılaştırılması.....	80
5.3.4. Ortognatik Cerrahi ve Ortodontik Kamufraj Tedavisi Sonrası Memnuniyet ile İlgili Bulgular	81
6. SONUÇLAR	93
KAYNAKLAR	96
EKLER.....	119
EK-1: ORTOGNATİK CERRAHİ TEDAVİ UYGULANMIŞ İSKELETSEL SINIF II VE SINIF III MALOKLÜZYONA SAHİP HASTALARIN TEDAVİ	

MEMNUNİYETİ DEĞERLENDİRİLMESİNDE BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.....	119
EK-2: ETİK KURUL KARARI.....	122
EK-3: ANKETLER	124
ÖZGEÇMİŞ.....	130



KISALTMALAR

BSSRO	: Bilateral Sagittal Split Ramus Osteotomisi
TMD	: Temporomandibular Eklem Disfonksiyonu
İAS	: İnférieur Alveolar Sinir
TME	: Temporomandibular Eklem
RBSÖ	: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
SGKÖ	: Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği
SARPE	: Cerrahi Destekli Hızlı Üst Çene Genişletmesi (Surgically Assisted Rapid Palatal Expansion)

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3.1.	Gruplarda yer alan katılımcıların cinsiyet ve yaşlarına ilişkin betimsel veriler	26
Tablo 4.1.	İskeletsel sınıf III maloklüzyona sahip hastaların cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı puanlarının karşılaştırılması.	38
Tablo 4.2.	İskeletsel sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip bireylerin cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı puanlarının değerlendirilmesi.	39
Tablo 4.3.	İskeletsel sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip bireylerin cerrahi öncesinde ve cerrahi sonrasında benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı puanlarının karşılaştırılması.	40
Tablo 4.4.	Farklı maloklüzyon gruplarındaki hastalar tek bir örneklemede birleştirilerek cerrahi öncesinde ve cerrahi sonrasında benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı düzeylerinin karşılaştırılması.	40
Tablo 4.5.	İskeletsel sınıf III maloklüzyona sahip aynı hastaların (2. Grup) cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı düzeyleri ile cerrahi öncesinde farklı cerrahi sonrasında farklı sınıf III maloklüzyona sahip hastalardan (3. Grup) elde edilen psikolojik parametrelerin karşılaştırılması.	41
Tablo 4.6.	Kontrol grubu, 2. grup, 3. gruptaki sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip hastaların cerrahi öncesi benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı düzeylerinin çoklu karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.7.	Kontrol grubu, 2. grup, 3. gruptaki sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip hastaların cerrahi sonrası benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygı düzeylerinin çoklu karşılaştırılması.	43
Tablo 4.8.	Tüm grupların, kontrol grubuyla cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı puanlarının karşılaştırılması.....	43

Tablo 4.9.	Ortognatik cerrahi tedavi uygulanmış sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip hastaların (4. Grup) soru-1 ve soru-2 ve soru-15' e verdikleri yanıtların incelenmesi.	44
Tablo 4.10.	Ortognatik cerrahi tedavi uygulanmış sınıf III ve sınıf II hastaların soru-3, soru-4, soru-5, soru-6, soru-9, soru-10' a verdikleri yanıtların yüzdelerinin incelenmesi.	46
Tablo 4.11.	Ortognatik cerrahi tedavi uygulanmış sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip hastaların soru-7, soru-8, soru-11, soru-12, soru-13, soru-14, soru-16' ya verdikleri yanıtların yüzde ve frekans ve Ki-kare değerlerinin incelenmesi.	48
Tablo 4.12.	Ortognatik cerrahi tedavi uygulanmış hastaların cerrahi öncesi ve cerrahi sonrasındaki çene eklemindeki ağrı (S.11-12) ve sesin (S.13-14) karşılaştırılması.....	48
Tablo 4.13.	Sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip olan ve ortodontik kamuflaj tedavisi uygulanan hastaların soru-1, soru-2 ve soru-3' e verdikleri yanıtların değerlendirilmesi.	50
Tablo 4.14.	Sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip ortodontik kamuflaj hastalarının soru-3, soru-4, soru-5, soru-6, soru-9 ve soru-10' a verdikleri yanıtların değerlendirilmesi.....	52
Tablo 4.15.	Ortodontik kamuflaj tedavisi uygulanmış sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip hastaların soru-7, soru-8, soru-11, soru-12, soru-13, soru-14' e verdikleri yanıtların yüzde ve frekans ve Ki-kare testi ile incelenmesi.	54
Tablo 4.16.	Ortodontik kamuflaj tedavisi uygulanmış hastaların cerrahi öncesi ve cerrahi sonrasındaki çene eklemindeki ağrı (S.11-12) ve sesin (S.13-14) karşılaştırılması.....	54
Tablo 4.17.	Ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj tedavisi uygulanmış hastaların soru-1, soru-2 ve soru-15'e verdikleri yanıtların değerlendirilmesi.	56
Tablo 4.18.	Ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj tedavisi uygulanmış hastaların soru-3, soru-4, soru-5, soru-6, soru-9 ve soru-10' a verdikleri yanıtların değerlendirilmesi.....	59

Tablo 4.19. Soru-3, soru-4, soru-5, soru-6, soru-9 ve soru-10' a verilen yanıtların uygulanan tedavi tipine göre karşılaştırılması.	60
Tablo 4.20. Ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj tedavisi uygulanmış hastaların soru-7, soru-8, soru-11, soru-12, soru-13, soru-14'e verdikleri yanıtların yüzde, frekans ve ki-kare testi ile incelenmesi	61
Tablo 4.21. İskeletsel sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj tedavisi uygulanmış hastaların soru-1, soru-2, soru-15' e verdikleri cevapların incelenmesi.....	63
Tablo 4.22. İskeletsel sınıf III maloklüzyona sahip ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj tedavisi uygulanmış hastaların soru-3, soru-4, soru-5, soru-6, soru-9, soru-10' a verdikleri yanıtların incelenmesi.	65
Tablo 4.23. İskeletsel sınıf II maloklüzyona sahip ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj tedavisi uygulanmış hastaların soru-3, soru-4, soru-5, soru-6, soru-9, soru-10' a verdikleri yanıtların incelenmesi.	66
Tablo 4.24. İskeletsel sınıf III maloklüzyona sahip ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj tedavisi uygulanmış hastaların soru-7, soru-8, soru-11, soru-12, soru-13, soru-14' e verdikleri yanıtların yüzde ve frekans ve Ki-kare testi ile incelenmesi.....	68
Tablo 4.25. İskeletsel sınıf II maloklüzyona sahip ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj tedavisi uygulanmış hastaların soru-7, soru-8, soru-11, soru-12, soru-13, soru-14' e verdikleri yanıtların yüzde ve frekanslarının incelenmesi	68

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 3.1.** Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği' nin benlik saygısı alt testinin (Guttman ölçeği) gösterimi. 32
- Şekil 3.2.** Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği' nin eleştiriye duyarlılık alt testinin gösterimi. 32
- Şekil 3.3.** Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği' nin gösterimi. 33
- Şekil 3.4.** Memnuniyet anketinin gösterimi. 35



RESİMLER LİSTESİ

- Resim 3.1.** Cerrahi operasyonun hemen öncesinde hastaya SAM 3 artikülatör kiti ile yüz arkı transferi yapılması.....27
- Resim 3.2.** Hastadan alınan ölçüler kullanılarak gerçekleştirilen model cerrahisi ve hazırlanan cerrahi splintler.....28
- Resim 3.3.** Sınıf III open bite anomalisine sahip hastanın başlangıç (A), cerrahinin hemen öncesi (B) ve bitim fotoğrafları (C). 36



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ortodontik tedavi, morfolojik olarak dengeli, estetik ve fonksiyonel açıdan iyi ayarlanmış normal veya diğer bir deyişle ideal kapanış oluşturmak amacıyla uygulanan bir tedavidir. Anomalilerin bir kısmının erken yaşta büyüme ve gelişim tamamlanmadan önce ortodontik tedavi ile şiddeti azaltılabilirken, büyüme tamamlandıktan sonra şiddetli iskeletsel uyumsuzlukların düzeltilmesinde çoğunlukla tek tedavi seçeneği ortognatik cerrahi tedavi olmaktadır.

Ortognatik cerrahi; doğumsal veya kazanılmış iskeletsel deformiteye sahip hastalarda, sıklıkla dentofasiyal uyumsuzlukların giderilmesi, uygun anatomik, estetik ve fonksiyonel ilişkinin yeniden sağlanması amaçlarıyla yapılan cerrahi girişimlerdir. En sık ortognatik cerrahi gerektiren dentofasiyal deformiteler maksiller ve mandibular retrognati durumlarıdır ve bunları maksiller vertikal yetersizlik ve mandibular prognati takip etmektedir (1). Bu deformitelerin tedavisi için günümüzde en sık uygulanan cerrahi girişimler, mandibula için bilateral sagittal split ramus osteotomisi (BSSRO), maksilla için ise Le Fort I osteotomisidir (2, 3).

Ortognatik cerrahi ihtiyacı, dentofasiyal uyumsuzlukların neden olduğu çiğneme kusurları, temporomandibular eklem disfonksiyonları (TMD) ve en önemlisi görünüş ile ilgili kaygıların yol açtığı psikososyal rahatsızlıklardan doğmuştur (2, 4). Erişkinlerde, ortognatik cerrahi tedavi yüz görünümünde olduğu gibi, solunum, çiğneme, yutkunma ve konuşma gibi çene fonksiyonlarında da hızlı değişimlerin oluşmasını sağlamaktadır (5). Cerrahi müdahale ile birlikte oral fonksiyon ve fiziksel görünümdeki iyileşmeye, psikososyal iyileşme de eşlik etmektedir (6).

Geçmişteki araştırmaların birçoğu maloklüzyonun doğasındaki fonksiyonel ve yapısal problemlere odaklanırken son zamanlarda araştırmacılar, mevcut maloklüzyon ve

düzeltilici tedavi ile ilgili psikososyal sonuçları anlama ihtiyacını belirtmişlerdir (7). Cerrahi müdahale sonrasında, iyileşen yüz görünümü ile birlikte hastalarda oluşabilecek psikolojik değişiklikler anlaşılabilmesi ve tedaviden maksimum fayda sağlayabilmek için göz önünde bulundurulmalıdır.

Yüz estetiği, benlik saygısı ve sosyal kabul edilebilirlik açısından önemli değişkenlerden biridir ve dentofasiyal deformiteye sahip bireyler, çoğunlukla benlik saygıları ve özgüvenleri düşük, sosyal yönden zayıf kişilerdir (8-10). Ortognatik cerrahi hastalarında fonksiyon, görünüm, sağlık ve sosyal ilişkilerle ilgili beklentiler, tedavi edilmemiş kontrol gruplarından daha yüksektir (11) ve ortognatik cerrahi tedavi olmak isteyen bireyler, cerrahi tedavi ile birlikte hayat kalitelerinin artacağına inanmaktadırlar (12-14). Ortognatik cerrahi tedavinin, kişilik özelliklerinde değişim (15-17), özgüvende artış (16, 18-23), sosyal ilişkilerde güçlenme ve iş beklentilerinde yükselme gibi olumlu psikososyal etkileri (15, 19, 21, 24) yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Literatürde longitudinal olarak dizayn edilmiş ve ortognatik cerrahi tedavi uygulanmış erişkin hastalar üzerinde yürütülen çalışmalarda sıklıkla kaygı, korku, depresyon, benlik kavramı ve beden imajı gibi temel kişilik özellikleri analiz edilirken (20, 25-28), benlik saygısı gibi spesifik psikolojik değişiklikleri inceleyen (29-33) ve kontrol grubu içeren çalışma sayısı sınırlıdır (34). Literatür incelendiğinde, benlik saygısının değerlendirildiği çalışmaların çoğunlukla sınıf III maloklüzyona sahip, sınırlı sayıda birey üzerinde gerçekleştirildiği (29, 30) ve ortognatik cerrahi hastalarında sosyal görünüş kaygısı ve eleştiriye duyarlılık gibi spesifik psikolojik değişikliklerin değerlendirilmediği görülmektedir.

Ortognatik cerrahi tedavi olan hastaların cerrahi sonrası memnuniyetleri sıklıkla üzerinde durulan bir konudur. Ortognatik cerrahi sonrasında genel olarak hasta memnuniyeti yüksektir ve hastaların birçoğu yeniden karar vermek durumunda kalsalar aynı cerrahi operasyonu tekrar geçirmeyi seçeceklerini belirtmişlerdir (3, 11, 18). Ortognatik cerrahi tedavi uygulanan hastalar, yaşam kalitesindeki uzun dönem faydaları düşündüklerinde, kısa dönemde görülen riskleri ve rahatsızlıkları kabullenme eğilimi göstermektedirler (35). Literatüre bakıldığında hasta memnuniyeti konulu prospektif ve eş zamanlı kontrol grubu içeren, farklı maloklüzyonlara sahip bireyler üzerinde yürütülmüş çalışma sayısı sınırlıdır (36). Ayrıca literatürde bulunan ortodontik kamuflej

tedavisi ile ilgili memnuniyet bulguları yetersiz bulunmuştur (37). Dolayısıyla bu çalışmanın amacı;

İskeletsel sınıf II ve sınıf III maloklüzyona sahip bireylerin ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj tedavileri ile meydana gelen psikososyal değişimlerini belirlemek ve tedaviye ilişkin memnuniyet düzeylerini değerlendirmektir.

Bu amaca yönelik ulaşılması gereken hedefler;

1. İskeletsel sınıf II ve sınıf III maloklüzyona sahip hastaların cerrahi müdahale öncesinde belirlenen benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı düzeylerinin, ortognatik cerrahi ihtiyacı olmayan, dental sınıf I oklüzyona ve normal yüz görünümüne sahip olan bireylerle karşılaştırılması,
 2. İskeletsel sınıf II ve sınıf III maloklüzyona sahip hastaların cerrahi müdahale sonrasında belirlenen benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı düzeylerinin, ortognatik cerrahi ihtiyacı olmayan, dental sınıf I oklüzyona ve normal yüz görünümüne sahip olan bireylerle karşılaştırılması,
 3. Ortodontik tedavileri yapılan iskeletsel sınıf II ve sınıf III maloklüzyona sahip hastaların ortognatik cerrahi öncesi ve cerrahiden en az 6 ay sonrasındaki benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı düzeylerindeki değişimin belirlenmesi ve maloklüzyon tipinin belirlenen değişim üzerine etkilerinin incelenmesi,
 4. İskeletsel sınıf II ve sınıf III maloklüzyona sahip ortognatik cerrahi hastalarının cerrahi sonrası memnuniyetlerinin belirlenmesi ve maloklüzyon tipinin memnuniyet üzerine etkilerinin incelenmesi,
 5. İskeletsel sınıf II ve sınıf III maloklüzyona sahip ortodontik kamuflaj hastalarının tedavi sonrası memnuniyetlerinin belirlenmesi ve maloklüzyon tipinin memnuniyet üzerine etkilerinin incelenmesi,
 6. İskeletsel sınıf II ve sınıf III maloklüzyona sahip ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj hastalarının tedavi sonrası memnuniyetlerinin karşılaştırılması ve maloklüzyon tipinin memnuniyet üzerine etkilerinin incelenmesi,
- olarak belirlenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

Geçmişten günümüze kadar, fiziksel çekicilik, insan psikolojisinin gelişimini ve insanların günlük hayatlarındaki sosyal iletişimlerini etkileyen önemli bir unsur olmuştur (38). Jacobson 1984' te peri masalındaki prenseslerin her zaman güzel, prens ve kahramanların da her zaman yakışıklı olduğunu fakat cadılar, şeytanlar ve filmdeki kötü karakterlerin, kaba, alçak ve çirkin olarak gösterildiğini vurgulamıştır (39). Yüz görünümü ve dental görünüm, kişinin fiziksel çekiciliğinin belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır ve yüz görünümünden memnun olmayan bireyler, yüzündeki diğer özelliklere göre dişlerinden daha fazla şikayet etmektedirler (40). Örneğin önceki dönemlerde yapılan bir araştırmada, dental görünümün halk arasında bu insanların parasını nasıl harcadığı ve saygın mesleklere uygun olup olmadıkları açısından önemli olduğu belirtilmiştir (41). Bu nedenle birçok insanın dentofasiyal görünümünü iyileştirmek için öncelikli olarak ortodontik tedavi olmak istemeleri şaşırtıcı değildir (42).

Dentofasiyal deformiteye sahip bireyler, toplumda kendileri ile dalga geçilmesine ve sürekli rahatsız edici bakışlara maruz kaldıklarından dolayı, küçük yaşlardan itibaren bazı psikolojik problemler yaşamaktadırlar (10, 43, 44). İş bulmak, özgüven artışı, yüz görünümünün iyileşmesi, sosyal iletişimin güçlenmesi ve benlik saygısının artması, ortognatik cerrahi sonrasında rapor edilen düzelmelerdir (45). Ortognatik cerrahi ile yüzde oluşan değişiklikler fiziksel çekiciliğin artmasını sağlar ve bu da toplumun kişiye verdiği tepkiyi değiştirir (46). Bu sebeple fiziksel görünümün iyileşmesi ortodontik tedavi ve ortognatik cerrahi için temel motivasyon kaynağı olmaktadır (47, 48).

2.1. ORTOGNATİK CERRAHİ TARİHÇESİ

2.1.1. Maksiller Osteotomilerin Tarihçesi

İlk kez D. W. Cheever, 1868 yılında büyük nazofarengeal bir kitlenin eksizyonu için iki hastada maksiller down fracture uyguladığını rapor etmiştir (49, 50). Loewe, 1905 yılında yarık damak deformitesini düzeltmek için maksiller osteotomiye kullanmıştır (51-53). Cohn-Stock, 1921 yılında ilk kez anterior segmental maksiller osteotomiye, oklüzyonel problemlerin tedavisinde kullanmıştır (54, 55). Martin Wasmund, 1927 yılında dentofasiyal deformitenin düzeltilmesi amacıyla Le Fort I osteotomiye ilk kez doğru şekilde uygulamıştır ancak kemiğin beslenmesinin bozulacağı endişesi ile maksillayı tam olarak pterigoid çıkıntından ayıramamış, postoperatif dönemde ortopedik traksiyonla doğru sonuç almayı denemiştir ve 2 haftalık sürede maksilla oklüzyona gelmiştir (56, 57). 1934 yılında Wassmund' un öğrencisi olan Axhausen maksilla kırığı nedeniyle open bite deformitesi olan bir hastada maksillayı tamamen mobil hale getirip cerrahi sırasında doğru şekilde pozisyonlandırmıştır (58). Karl Schuchardt ilk kez 1942 yılında maksillanın serbestleştirilmesi amacıyla pterigomaksiller bileşkeden ayrılabilceğini savunmuştur ve posterior maksiller segmental osteotomiye geliştirmiştir (59). Köle, 1959 yılında maksiller ve mandibular anterior segmental osteotomi kombinasyonunu tanımlamıştır (60, 61). Hugo Obwegeser, 1965'te maksillanın tam mobilizasyonunu sağlayarak aksi yönde herhangi bir kuvvete maruz kalmadan istenilen pozisyonu elde etmiştir ve Le Fort I osteotomisi ile birlikte maksillanın uzayın üç düzleminde de hareketi mümkün olmuştur. Bu uygulama tedavinin kalıcılığı yönünden oldukça önemli bir ilerleme sağlamıştır (53). Bugün Le Fort I osteotomi tekniği, güvenilir ve en sık kullanılan maksiller osteotomi tekniğidir.

2.1.1.1. Le Fort I Osteotomi Tekniği

Le Fort I osteotomi yaklaşımı, kafa tabanı tümörlerinin cerrahi tedavisinde, ortognatik cerrahide ise doğumsal ve kazanılmış çene deformitelerinin düzeltilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır (62-65).

Tekniğin kolay oluşu, pek çok fonksiyonel ve estetik probleme çözüm olabilmesi ve sonuçlarının kalıcı olması bu prosedürün tercih edilmesinin temel nedenleridir. Le Fort I osteotominin endikasyonları oldukça geniştir. Mandibuladan kaynaklı deformite ve malformasyonların tedavisinde dahi, mandibular cerrahiye ek olarak uygulanması özellikle open bite bulunması durumunda tedavinin kalıcılığını arttırmaktadır (66).

İnsizyon üst mukobukkal olukta zigomatikomaksiller buttress bölgesinden başlayıp karşı tarafın aynı bölgesinde sonlandırılmaktadır. Subperiostal diseksiyon her iki tarafta da infraorbital sinire kadar yapılmaktadır. Osteotomi, lateralde zigomatikomaksiller buttress' in en konveks noktasından başlayarak önde lateral piriform rime doğru ilerletilmekte, daha sonra septal osteotom ile nazal septum ve vomer maksilladan ayrılmaktadır. Spatul osteotom ile lateral nazal duvar, palatin kemiğin perpendiküler laminasına kadar ayrıştırılır. Son olarak, eğimli osteotom pterigomaksiller bileşkeye yerleştirilerek maksillanın son bağlantısı kesilerek osteotomi tamamlanır.

2.1.2. Mandibular Osteotomilerin Tarihçesi

Tarihte ortognatik amaçlı ilk mandibular osteotomi, Hullihen tarafından 1849 yılında anterior open bite ve mandibuler prognatisi bulunan bir hastaya uygulanmıştır (67). Blair, 1906 yılında mandibular prognati nedeniyle bir hastaya 'body osteotomisi' uygulamış ve mandibular cerrahide ilk popüler teknik olmuştur fakat günümüzde artık önemini yitirmiş bir uygulamadır (52). Limberg tarafından ilk kez 1925 yılında subkondiler posterior oblik ramus osteotomisi ekstraoral yaklaşımla uygulanmıştır (67). Wassmund 1927 yılında subkondiler posterior oblik ramus osteotomisinin bir modifikasyonu olan ters "L" osteotomisini tarif etmiştir. Bu uygulama, 1968 yılında Caldwell ve arkadaşları tarafından mandibulanın alt kenarında horizontal bir kesi eklenmesiyle modifiye edilmiş ve "C" osteotomi olarak adlandırılmıştır. Bu yöntemin avantajı, mandibuler ilerletmelerde greft ihtiyacının ortadan kalkmış olmasıdır (67, 68). 1970 yılında Hinds ve ark. Limberg tekniğinin bir modifikasyonu olan intraoral vertikal ramus osteotomisini uygulamalarının ardından bu yöntem, günümüzde şiddetli mandibuler prognatisi olan hastalarda hala geçerliliğini koruyan bir yöntem olmuştur (69). Hugo Obwegeser ve Richard Trauner' ın 1957 yılında hem mandibular prognatinin hem de mandibuler retrognatinin tedavisinde uygulanabilen BSSRO tarif etmeleri ile birlikte ortognatik cerrahide intraoral tekniklere ilgi artmıştır (70). Bu yöntemle ilgili ilk temel modifikasyon 1961 yılında Dal Pont tarafından uygulanmıştır. Dal Pont bukkal kortikal kesiyi son molar dişin arkasına kadar uzatıp vertikal olarak uygulamış ve temas eden kemik yüzey alanını arttırmıştır. Hunsuck 1968 yılında medial kortikal kesiyi ramusun posterior kenarı yerine lingulanın hemen arkasına kadar kısaltarak ve en önemlisi de medial pterigoid kasın proksimal segmentteki insersiyosu korunarak, uygulamayı daha kolay ve güvenli hale getirmiştir (53, 69). Birçok avantajı

sebebiyle günümüzde BSSRO en sık uygulanan mandibular ortognatik cerrahi yöntemidir (71, 72).

2.1.2.1. Bilateral Sagittal Split Ramus Osteotomi Tekniği

BSSRO alt çene deformitelerinin düzeltilmesinde geniş bir kullanım alanına sahiptir. Bu teknik horizontal düzlemdeki deformiteler de dahil olmak üzere mandibulanın tüm hareketlerinde birinci seçenektir ve en büyük avantajı, mandibular ramusun sagittal düzlemde ikiye ayrılması sayesinde mandibular şekillendirme sonrası proksimal ve distal segmentler arasında büyük ölçüde temas sağlaması ve grefte ihtiyaç duyulmamasıdır (69). Ancak mandibular prognati vakalarında eğer 7-8 mm' den fazla geri çekme planlanıyorsa “ters L” veya “intraoral vertikal ramus osteotomisi” daha uygun olabilmektedir (67, 71). Ağız içi mukoza insizyonu ramusun ön kenarının üçte iki üst kısmından başlayıp, birinci molar dişin distaline kadar uzanmaktadır. Ramusun medial ve lateral yüzü koronoid proçese kadar, mandibulanın lateral yüzü ve alt kenarı önde birinci molar diş seviyesine kadar diseke edilmektedir (67, 71). Medial osteotomi hattı lingulanın hemen üzerinden oklüzal düzleme 45 derecelik açıyla oluşturulmaktadır. Osteotomi tamamlanıp korteksler ayrıldıktan sonra inferior alveoler sinir (İAS) mandibulanın distal segmentinde kalmalıdır (67, 71). Mandibula tamamen serbestlendiği zaman önceden hazırlanmış akrilik splint sayesinde maksilla ve mandibula normal oklüzyonda sabitlenip, ardından cerrahın tercihinine göre bikortikal vida veya monokortikal vida kullanılarak rijit fiksasyon sağlanmaktadır.

2.2. İSKELETSEL SINIF III MALOKLÜZYONLAR

Sınıf III maloklüzyonun genel popülasyonda görülme oranı ırk ve etnik gruplara göre değişiklik göstermektedir. Sınıf III maloklüzyonun beyaz ırkta görülme sıklığı % 1-5 arasındadır; siyah ırkta % 5-8; Asyalılarda ise görülme oranı % 4-14 arasında değişkenlik göstermektedir (73-76). Türk toplumunda görülme sıklığı ise yaklaşık % 12 olarak rapor edilmiştir (77).

Sınıf III maloklüzyonun karşımıza çıkabileceği durumlar şu şekildedir:

- Büyük hacimli ve/veya protrüziv mandibula
- Küçük hacimli ve/veya retrüziv maksilla
- Mandibular dentoalveolar protrüzyon

- Maksiller dentoalveolar retrüzyon
- Yukarıdaki olasılıkların kombinasyonu (78, 79).

Guyer ve ark. (78), normal ya da prognatik mandibulaya sahip hastaların % 57' sinin aynı zamanda maksiller yetersizliğe sahip olduğunu belirtmişlerdir. Literatürde sınıf III maloklüzyonların % 9,1-45,2 oranında mandibular protrüzyon, % 19,5-37,5 oranında maksiller retrüzyon veya % 1,5-30 oranında ise her iki durumun kombinasyonundan oluştuğu belirtilmiştir (80, 81).

Sınıf III maloklüzyonun etiyolojisi multifaktoriyel olmakla birlikte kalıtımın ve ailesel geçişin en büyük etken olduğu bilinmektedir (82, 83). Kalıtımsal mandibular fazlalık olgularına en iyi örnek 1377-1700 yılları arasında 9 nesil boyunca 44 bireyde görülen Avusturya Habsburg Hanedanlığı' dır (84). Büyüme esnasında, mandibuladaki gelişim merkezini uyaran herhangi bir etken prognatik bir mandibula oluşumuna neden olabilir.

2.2.1. İskeletsel Sınıf III Maloklüzyonların Tedavisi

Sınıf III maloklüzyona sahip hastalar çeşitli iskeletsel ve dental uyumsuzluklar göstermektedirler. Maksillanın ve mandibulanın sagittal konumu, maksiller ve mandibular alveolar kemik ve vertikal gelişim, değerlendirilmesi gereken kritik faktörlerdir.

İskeletsel sınıf III anomalilerin tedavi alternatifleri şu şekilde sıralanabilmektedir:

- Büyüme modifikasyonu
- Ortodontik kamuflaj tedavisi
- Cerrahi destekli kamuflaj
- Ortognatik cerrahi/ distraksiyon osteogenezi (85).

Sınıf III maloklüzyonların tedavisinde, maloklüzyonun komponentlerinin doğru biçimde teşhis edilmesi kritik öneme sahiptir. Dentoalveolar bir sınıf III maloklüzyonda sadece ortodontik diş hareketi ile ideal oklüzyonun sağlanması başarılı olabilirken, maloklüzyonun etyolojisi iskeletsel veya iskeletsel ile dental faktörlerin kombinasyonu olduğunda ideal bir oklüzyon sağlayabilmek için ortognatik cerrahi ve geleneksel ortodontik tedavi kombinasyonunu kullanmak gerekli olabilmektedir. Tedavi

zamanlaması da oldukça önemlidir. Büyüme döneminde, büyümenin yönlendirilmesi amacıyla çenelik, yüz maskesi, Frankel III gibi apareyler kullanılmaktadır.

İskeletsel sınıf III maloklüzyona sahip erişkin bireyler için, ortodonti ve cerrahi kombinasyonu veya maloklüzyonun şiddetine bağlı olarak çeşitli diş çekimi kombinasyonları ile ortodontik kamuflaj tedavisi uygulanabilmektedir. Burada hastanın ihtiyaçları, isteği ve beklentileri de göz önünde bulundurulmalıdır.

2.2.1.1. İskeletsel Sınıf III Maloklüzyonlarda Ortodontik Kamuflaj Tedavisi

Büyümesini tamamlamış genç erişkinler ve erişkin bireylerde estetik açıdan çok büyük bir problem bulunmuyorsa, hafif ve orta düzeydeki iskeletsel problemler ortodontik kamuflaj tedavisi ile tedavi edilebilmektedir fakat çok şiddetli vakalarda ortognatik cerrahi tedavi uygulaması gerekli olmaktadır (86). Yaşın ilerlemesiyle birlikte hastalarda kullanılan aygıtlarla iskeletsel değişimlerden daha çok dental değişimler meydana gelmektedir (87, 88). Ortodontik kamuflaj tedavisi, iskeletsel problemi olan hastalarda, dentoalveolar yapıların ve oklüzyonun düzeltilmesiyle altta yatan iskeletsel problemi maskeleyerek problemin düzeltilmesini sağlamaktadır (89). Ortodontik kamuflaj tedavisinde diş çekimi yaparak veya yapmadan maksiller dişlerin protrüzyonu ve mandibular dişlerin retrüzyonu gerçekleştirilerek kapanış sağlanmaktadır. Sınır (borderline) vakalarda ortodontik kamuflaj veya ortognatik cerrahi tedaviden hangisinin uygulanacağına karar verebilmek için çeşitli konulara dikkat edilmelidir.

Stellzig-Eisenhauer, Lux ve Schuster (90), cerrahi tedavi ile ortodontik kamuflaj tedavisinin ayırt edilmesinde Wits ölçümünün en kesin ölçüm olduğunu belirtmişlerdir. Wits ölçümü -5 mm' den fazla olduğunda bu problemin ortodontik kamuflaj tedavisi ile çözülemeyecek kadar şiddetli olduğunu göstermektedir.

Turpin (91), bu ayrımı yapabilmek için pozitif ve negatif faktörlerden bahsetmiştir. Pozitif faktörler ortodontik kamuflaj tedavisi ile düzeltilebilecek maloklüzyonu gösterirken, negatif faktörler ortognatik cerrahi ile tedavi edilebilecek maloklüzyonu göstermektedir.

Pozitif faktörler: Horizontal büyüme yönü, ön arka yönde fonksiyonel kayma, simetrik kondiler büyüme, büyümesi devam eden genç hastalar, hafif iskeletsel uyumsuzluk ($ANB > -2$), iyi kooperasyon beklentisi, genetik hikaye olmaması, iyi yüz estetiği.

Negatif faktörler: Vertikal büyüme yönü, ön arka yönde fonksiyonel kayma olmaması, asimetrik kondiler büyüme, büyümenin tamamlanmış olması, şiddetli iskeletsel uyumsuzluk ($ANB < -2$), kötü kooperasyon beklentisi, genetik hikaye bulunması, profilin kötü olması.

Bunların dışında sınır olgularda ortodontik kamuflaj tedavisi uygulayabilmek için keser angulasyonlarına da dikkat edilmelidir. Angulasyonların değiştirilebilmesi için yeterli alveolar kemik kalınlığı ve dişeti bulunmalıdır. Bazen tedavi öncesinde gingival greft uygulaması gerekli olabilmektedir. Ortodontik kamuflaj tedavisi sonrasında gingival çekilmeler, periodontal doku kaybı ve kök rezorbsiyonları oluşabilecek komplikasyonlardır.

2.3. İSKELETSEL SINIF II MALOKLÜZYONLAR

Sınıf II maloklüzyonlar, iskeletsel olarak anteroposterior yönde mandibulanın retrüzyonu, maksillanın protrüzyonu ya da her ikisinin bir arada olduğu durumlar ile karakterizedir. Ortodontik anomalilerin yaklaşık üçte birini oluşturan sınıf II maloklüzyonlar gerek klinik açıdan gerekse tedavi seçenekleri açısından çeşitli varyasyonlarla karşımıza çıkmaktadır (92).

Sarı ve ark. (93), 1602 bireyi inceleyerek yaptıkları çalışmada, bu bireylerin % 28,07' sinde sınıf II maloklüzyon görüldüğünü, bu oranın % 25,08' ini sınıf II bölüm 1 maloklüzyonlu bireylerin, % 2,99' unu da sınıf II, bölüm 2 maloklüzyonlu bireylerin oluşturduğunu bildirmiştir.

2.3.1. İskeletsel Sınıf II Maloklüzyonların Tedavisi

Mandibular yetersizliğe bağlı sınıf II maloklüzyonun düzeltilmesi çeşitli şekillerde başarılabilmektedir. Proffit ve Akerman, sınıf II maloklüzyonla ilişkili olarak mandibular yetersizliğin düzeltilmesi için üç temel tedavi yaklaşımı tanımlamışlardır: 1) büyüme modifikasyonu ile mandibular büyümenin bir sonucu olarak çenelerdeki iskeletsel uyumsuzluğun ortadan kaldırılması; 2) iskeletsel problem düzeltilmeden üst dişlerin retrüze edilmesi ve alt dişlerin protrüze edilmesi veya her ikisiyle dişlerin kamuflaja zorlanarak dentisyonun kompanzasyonu; veya 3) deformitenin cerrahi olarak düzeltilmesidir (94). Büyümesini tamamlamış iskeletsel sınıf II maloklüzyona sahip hastalar için iki tedavi seçeneği bulunmaktadır: (1) Ortodontik kamuflaj tedavisi, (2) maksilla ve mandibulanın repozisyonu için ortognatik cerrahi uygulama. İskeletsel sınıf

II maloklüzyon, mandibular yetersizlikle veya maksillanın aşırı vertikal büyümesi nedeniyle mandibulanın aşağı ve geriye rotasyonu ile ilişkilidir. Ortognatik cerrahi hastalarının yaklaşık üçte ikisinde deformitenin kaynağı mandibular yetersizliktir; üçte birinde ise problem maksilladan kaynaklanmaktadır ve bu maksilladan kaynaklanan problemlerde sadece maksiller cerrahi (% 15) veya maksiller ve mandibular cerrahi (% 20) kombinasyonu gerekli olmaktadır (85).

Ortognatik cerrahi uygulanan hastalar, beklendiği üzere daha ideal iskeletsel bir ilişkiye sahip olmaktadır ve mandibula daha anteriora konumlanmakta, mandibular keserler alveolar kemiğe göre daha ideal pozisyona gelmektedir. Cerrahi olacak sınıf II maloklüzyona sahip hastalar, kondiler remodelling ve diğer iskeletsel değişiklikler relapsa neden olacağı için dikkatli değerlendirilmelidir, fakat cerrahi olmayan hastalarda da dental ve iskeletsel stabilite açısından aynı sistematik yollar izlenerek değerlendirme yapılmamalıdır (89). Var olan veriler ışığında birçok sınıf II cerrahi hastasında cerrahi sonrası 1. yıl hem mandibular ilerletme hem de maksiller gömme oldukça stabildir (89).

2.3.1.1. İskeletsel Sınıf II Maloklüzyonlarda Ortodontik Kamuflaj Tedavisi

Ortodontik kamuflaj tedavisi, büyümesini tamamlamış genç erişkinler ve erişkin hastalarda iskeletsel anomalinin çok şiddetli olmadığı durumlarda, altta yatan iskeletsel problem maskelenerek, dentoalveolar yapının düzeltildiği tedavi şeklidir. Bu tedavide maloklüzyonun ortodontik olarak tedavi edilip dişlerin kompanze edilmesi ve bununla birlikte genioplasti düşünülebilmektedir. Bu seçenek, ortodontik kompanzasyon ile maloklüzyonun düzeltilmesi ve yüz estetiğinin de basit bir cerrahi müdahale ile iyileştirilmesini içermektedir (95). İskeletsel sınıf II maloklüzyonların erişkinlerde hangi tedavi yöntemi ile tedavi edileceğine karar verilmesinde kullanılan çeşitli yöntemler bulunmaktadır. Yapılan bir çalışmada, büyüme atılımı geçmiş olan sınıf II maloklüzyona sahip adolesanlarda, pogonion ile nasion dikmesi arasındaki mesafenin 18 mm ve daha fazlası olması durumunda, overjet 10 mm' den büyük olduğunda, alt çene gövdesi uzunluğu 70 mm' den düşük veya yüz yüksekliği 125 mm' den fazla olduğunda, maloklüzyonun başarılı bir şekilde düzeltilebilmesi için cerrahi tedavinin gerekli olduğu belirtilmiştir (96). İdeal bir kamuflaj hastası başlangıçta makul derecede iyi yüz estetiğine ve kabul edilebilir overjete sahip olmalıdır. Fonksiyonel, oklüzal ve yüz estetiği ile ilgili kaygıların yanında, sınıf II mandibular yetersizlik durumlarında maloklüzyonların düzeltilmesi için bir tedavi planı geliştirirken başka faktörler de göz

önünde bulundurulmalıdır. Hasta uyumu, her tür tedavinin sonucunu etkileyebilen önemli bir faktördür. Alternatif tedavi yaklaşımları mümkün olduğunda, her bir işlem için avantaj ve risk oranı dikkate alınmalıdır. Cerrahi tedaviye karşı ortodontik kamuflaj tedavisi için önemli olan karar, cerrahi ile mümkün olan dentofasiyal görünümün daha fazla iyileşmesinin maliyet ve riski artırmaya değer olup olmayacağıdır. Cerrahinin riskleri, cerrahi olmayan bir yaklaşımdan daha fazla olabilmektedir. En sık görülen cerrahi riskler nörosensöryal anomaliler, beklenen oklüzal sonuca ulaşılamaması, kaynamama, yanlış kaynama ve genel anestezi ile ilgili risklerdir. Genel olarak ortodontik tedavi, cerrahi tedaviden daha az riskli olarak algılansa da, ortognatik cerrahi tedavide daha az olasılıkla görülebilecek kök rezorpsiyonu gibi bazı problemler, ortodontik kamuflaj hastalarında daha sık gözlenebilmektedir. Ortodontik kamuflaj tedavisinde uygulanan keser retraksiyonu ve köklerin palatinal kortikal kemiğe karşı tork hareketi sonucunda maksiller kesici dişlerde şiddetli kök rezorpsiyonu olasılığı görülmektedir. Kaley ve ark. (97) yaptıkları çalışmada, sınıf II düzeltiminde kullanılan kesici retraksiyonu sırasında maksiller keserlere uygulanan palatinal kök torkunun, maksiller kesici dişlerde kök rezorpsiyonu riskini 20 kat arttırdığı belirtilmiştir.

2.4. ORTOGNATİK CERRAHİ TEDAVİ

2.4.1. Cerrahi Öncesi Ortodontik Hazırlık

Cerrahi öncesi ortodontik hazırlık sürecinde çekilecek dişlere karar verilmesi, gömülü dişlerin sürdürülmesi, rotasyonların, çapraşıklığın, diş-ark boyut uyumsuzluğunun düzeltimi ve dişlerin seviyelenmesi gerekmektedir (98, 99).

Ortognatik cerrahi ihtiyacı olan hastaların dişleri, iskeletsel uyumsuzluğun yarattığı fonksiyon kaybını en aza indirmek amacıyla normal oklüzyona yakın bir dental ilişkiyi sağlayacak şekilde dizilime eğilim göstermektedir. Bu kompanzasyon her üç düzlemde de karşımıza çıkabilmektedir (100, 101). Ön-arka düzlemde kompanzasyon; sınıf II oklüzyonu bulunan hastalarda maksiller keser dişlerin retroklinasyonu ve mandibular keser dişlerin proklinasyonu şeklinde görülürken, sınıf III oklüzyonu bulunan hastalarda ise maksiller keser dişlerin proklinasyonu, mandibular keser dişlerin ise retroklinasyonu şeklinde görülmektedir. Her iki maloklüzyonda da dişler overjeti azaltma yönünde bir hareket içindedirler (100, 101). Ön açık kapanış ile seyreden maloklüzyonlarda, hem maksiller hem de mandibular keserler vertikal yönde uzayarak önde temas sağlamaya çalışmaktadır (100, 101). Maksilla ile mandibula arasında ark uyumsuzluğu bulunduğu

durumlarda ise dişler transvers yönde hareketle içe veya dışa dönerek kompanzasyonu sağlamaya çalışmaktadır. Relapsı en aza indirmek için, cerrahi öncesi ne kadar dekompanzasyon yapılması gerektiği belirlenmelidir. Cerrahi öncesinde dişlerin ortodontik tedavi yardımıyla dekompanze edilmesi, cerrahinin önündeki dişsel kısıtlamaları ortadan kaldırmakta ve cerrahi sonrasında optimal sonuç elde edilmesine katkıda bulunmaktadır (100, 101).

Cerrahi öncesi ortodontik tedavide operasyona hazırlık için sıklıkla uygulanan yaklaşımlar arkların sıralanması, keserlerin anteroposterior ve vertikal pozisyonlarının düzeltilmesi ve molar dişlerin uygun torklarının sağlanmasıdır. Çenelerin cerrahi öncesinde vertikal ve anteroposterior pozisyonunun ve cerrahi sonrasındaki alt yüz yüksekliğinin belirlenmesinde keser dişler, cerrah için rehber olmaktadır.

2.4.2. Cerrahi Planlanlama ve Cerrahi Sonrası Ortodonti

Ortognatik cerrahi tedavi uygulanacak hastalardan, cerrahiye yaklaştıkça tedavideki ilerlemeyi görmek amacıyla dental modeller alınmaktadır. Ortodontik hazırlık evresindeki son işlemler de yapıldıktan sonra stabilize edici ark telleri, pasif hale gelmesi için cerrahi öncesi kayıtlar alınmadan 3-4 hafta önce ağza yerleştirilmektedir. Hastadan panoramik, lateral sefalometrik, anteroposterior sefalometrik röntgenler, çalışma modelleri, ağız içi ve ağız dışı fotoğraf kayıtları alınmaktadır. Başlangıçta yapılan tüm tanı ve öngörü yöntemleri cerrahi öncesinde tekrar edilmektedir. Model cerrahisinde, yapılması planlanan osteotomi hatlarına göre modeller kesilip yeniden biçimlendirilerek, operasyon sonrasında iyi bir oklüzyon sağlanıp sağlanmayacağı kontrol edilmektedir ve cerrahi sırasında çenelerin fiksasyonu için kullanılacak interoklüzal splintler bu modeller aracılığı ile yapılmaktadır (85, 102).

Rijit fiksasyon tekniği ile cerrahi operasyon sonrasında hastalara, çene fonksiyonlarına rehberlik yapması açısından hafif elastikler verilmektedir. 6-8 haftada çeneler, sert çiğneme yapabilecek kadar iyileşmektedir (103, 104). Cerrahi sonrasındaki ortodontik tedavinin amacı, dişlere en son detaylı pozisyonlarını vermek ve doğru zamanda doğru kapanışa ulaşmaktır (4-6 ay). Cerrahi sonrası ortodontik tedavi genel hatlarıyla geleneksel ortodontik tedaviye benzemektedir ve retansiyonla ilgili farklı bir prosedür uygulanmamaktadır. Retansiyon apareyi hastanın başlangıçtaki maloklüzyonuna göre yapılmaktadır.

2.5. PSİKOLOJİNİN TANIMI

Psikoloji ile ilgili ilk izler eski Yunan filozoflarının yaşama dair bıraktıkları yazılarla bugünlere taşınmıştır. Psiko terimi Yunanca’ da “ruh” anlamına gelmektedir (105). Günümüzde ise psikoloji, davranışlar ve zihinsel süreçler ile birlikte bunların altında yatan nedenleri inceleyen bilim dalı olarak tanımlanmaktadır (106).

Sosyal psikoloji ise, genel psikolojinin bir alt disiplini ve bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarının başkalarının gerçek ya da hayali varlığı karşısında nasıl etkilendiğinin bilimsel olarak araştırılması şeklinde tanımlanmaktadır (107). Sosyal psikoloji, bireyler veya grup üyeleri arasında yüz yüze etkileşimi araştırır fakat genel psikoloji her durumda toplumsal olması gerekmeyen uyaranlara (şekil, renk, ses vb.) kişilerin verdiği tepkiler üzerine yoğunlaşmaktadır (108). Sosyal psikoloji, uyma, ikna, güç, iktidar, etki, itaat, önyargı, ayrımcılık, cinsiyetçilik, ırkçılık, gruplar arası ilişkiler, kalabalık davranışı, toplumsal çatışma, uyum, toplumsal değişme, stres, fiziksel çevre, karar alma, jüri, liderlik, iletişim, dil, konuşma, tutum, izlenim, öz sunum, kültür, duygu, çekicilik, arkadaşlık, aile, sevgi, aşk, saldırganlık, toplum yanlısı davranışlar, kimlik, benlik gibi oldukça geniş bir konu yelpazesi üzerinde çalışmaktadır (108).

2.5.1. Benlik Saygısı

Benlik kavramı, insanın kendi benliğine, diğer insanlarla ilişkilere ve çevredeki nesnelere ait algı ve kavrama biçimi olarak tanımlanmaktadır (109, 110).

Benlik saygısı, kişinin kendisini değerlendirmesi sonucunda ulaştığı, benlik kavramını onaylamasından doğan beğeni durumu ve kendisiyle ilgili duyduğu hoşnutluk, onur, kendisine atfettiği değer, önem ve saygı olarak tanımlanmaktadır (111-114). Benlik saygısı, bireyin kendini bildiği andan itibaren çevresi ile etkileşimi sonucunda oluşmaktadır ve birey çevresini buna göre algılamaktadır (115). Diğer insanların bireye yönelik olumlu değerlendirmeleri, geri bildirimleri, koşulsuz kabulleri ve empatik yaklaşımları, olumlu ve yüksek benlik saygısının oluşmasında belirleyici olmaktadır (116, 117).

Bireyin fiziksel kendiliğinin zihinsel bir resmi, kendiliğin gözle görülen kısmı ve özellikle ergenlikte kendiliğin simgesi beden imgesi ve beden algısı kavramlarıyla açıklanmaktadır (118). Birey, bedensel, ruhsal ve sosyal yönleri ile ele alınması gereken bütüncül bir yapıya sahiptir. Oldukça karmaşık ve çok boyutlu bir yapı olarak

değerlendirilen beden imgesi bu bütünlüğü önemli ölçüde etkiler. Beden imgesi, bireyin fiziksel görünüşü ile ilgili algılamalarını, tutum ve davranışlarını ve geçmişten bugüne uzanan deneyimlerini kapsayan bir kavramdır (119). Dolayısıyla da bireyin benlik saygısının oluşumunda önemli bir yer tutmaktadır. Olumlu beden algısı yüksek benlik saygısı ile olumsuz beden algısı ise düşük benlik saygısı ile ilişkilidir (120). Beden imgesinin olumlu ya da olumsuz olması, bireyin benlik saygısıyla birlikte yeme davranışlarını, sosyal fobi düzeylerini, cinsel davranışlarını, sosyal ilişkilerini ve duygusal yaşantısını da etkileyen önemli bir değişkendir (121).

Yapılan çalışmalar, yüksek benlik saygısına sahip olan bireylerin mutlu, sağlıklı, üretken ve başarılı olma eğilimi gösterdiklerini, güçlükleri yenmek için daha uzun süre çaba harcadıklarını, gece daha iyi uyuduklarını, daha az ülsere yakalanma riskleri olduğunu, diğerlerini kabul ve yaşatlarının baskılarına daha az eğilim gösterdiklerini, düşük benlik saygısına sahip olanların ise endişeli, sinirli, karamsar, gelecek hakkında olumsuz düşünceleri olan ve başarısızlık eğilimleri olan ve daha az gayret gösteren bireyler olduklarını göstermiştir (122, 123).

2.5.1.1. Benlik Saygısını Değerlendirmede Kullanılan Ölçekler

Benlik saygısı ölçekleri, öncelikli olarak hedef kitleye yönelik hazırlanmıştır. Adolesan ve erişkinlerde kullanılmak üzere beş adet ölçek, bunu takiben çocuklarda kullanılmak üzere iki adet ölçek geliştirilmiştir. Çocuklar için geliştirilen ölçeklerin dili göreceli olarak daha basit hazırlanmıştır ve geleneksel Likert tipi göstergeler kullanılmamaktadır. Bunların dışında benlik saygısı ile ilişkili olan ancak genel olarak benlik kavramının değerlendirildiği iki ölçek ve daha spesifik yapıların değerlendirildiği iki ölçek daha geliştirilmiştir (124).

Adolesan ve erişkinlerde kullanılmak üzere geliştirilen ölçekler:

1. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (1965)
2. Janis-Field Yetersizlik Duygusu Ölçeği (1959/ 1967/ 1980/ 1984)
3. Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri (1967)
4. Texas Sosyal Davranış Envanteri (1974)
5. Ziller Sosyal Benlik Saygısı Ölçeği (1969)

Çocuklarda kullanılmak üzere geliştirilmiş ölçekler:

1. Piers- Harris Çocuklarda Benlik Kavramı Ölçeği (1984)
2. Harter Çocuklar İçin Benlik Algısı Profili (1985)

Benlik saygısı ile ilişkili ancak benlik kavramının daha genel ve daha özel yapılarının değerlendirildiği ölçekler:

1. Tennessee Benlik Kavramı Ölçeği (1965/ 1988)
2. Marsh Benlik Tanımı Anketi I, II, III (1983/ 1984)
3. Shrauger Kişisel Değerlendirme Envanteri (1990)
4. Beden Saygısı Ölçeği (1984) (124).

2.5.1.1.1. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Rosenberg tarafından 1965 yılında New York Eyaletinde basit tesadüfî örnekleme yoluyla seçilen liseye devam etmekte olan 5024 öğrenci üzerinde geliştirilmiştir (111). Daha sonra ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları farklı araştırmacılar tarafından gerçekleştirilmiş ve .77 ile .88 arasında değişen Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısına, .82 ile .85 arasında değişen test tekrar test güvenilirliğine sahip olduğu bulunmuştur (125). Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği' nin birçok psikolojik durumla ilişkisi değerlendirilmiştir. Lorr ve Wunderlich (126) benlik saygısı ve özgüven arasında .65 oranında, popülerlikle de .39 oranında pozitif bir korelasyon olduğunu göstermiştir. Fleming ve Courtney (127) benlik saygısı ölçeği ile kaygı arasında -.64 oranında, depresyon ile arasında -.54 oranında negatif bir korelasyon olduğunu belirtirken, benlik saygısı ölçeği ve fiziksel görünüş arasında .42 oranında pozitif korelasyon olduğunu belirtmiştir.

Ülkemizde, ölçeğin güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları Çuhadaroğlu tarafından 1986 yılında 205 kişilik örneklem grubunda yapılmıştır (128). Geçerlilik katsayısı .71, güvenilirlik katsayısı .75 olarak saptanmıştır. Ölçeğin geçerliliğini sınamak için psikiyatrik görüşmeler yapılmıştır. Görüşlerden ve benlik saygısı ölçeğinden elde edilen sonuçların arasındaki ilişkiler değerlendirilmiş ve geçerlilik oranı .71 olarak hesaplanmıştır (128).

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği en sık kullanılan benlik saygısı ölçeğidir (124). Bu ölçek diğer ölçekleri geliştiren araştırmacılar için standart kabul edilmektedir. RBSÖ, tek boyutludur, geçerliliği yüksektir, uygulanması, skorlanması ve sonuçların yorumlanması kolaydır (124). Bu ölçeğin yüksek iç tutarlılığa sahip olması ve güvenilirliği popüler olmasının en önemli sebeplerindendir (124).

Ölçek çoktan seçmeli sorulardan yapılmış 12 alt kategoride toplam 63 sorudan oluşmaktadır ve istenildiği takdirde alt ölçekler araştırmalarda ayrı ayrı kullanılabilir. Bu alt kategoriler şunlardır:

- Benlik saygısı
- Kendilik kavramının sürekliliği
- İnsanlara güvenme
- Eleştiriye duyarlılık
- Depresif duygulanım
- Hayalperestlik
- Psikosomatik belirtiler
- Kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme
- Tartışmalara katılabilme
- Anne-baba ilgisi
- Babayla ilişki
- Psikik izolasyon

Araştırmada kullanılan RBSÖ Benlik Saygısı Alt Ölçeği (Guttman ölçeği), 4-noktalı Likert tipi bir alt ölçek olup, envanterin ilk 10 maddesini oluşturmaktadır ve denekler her maddede 0-6 arasında değişen bir puan almaktadır. Düşük puanlar yüksek benlik saygısına, yüksek puanlar düşük benlik saygısına işaret etmektedir.

2.5.2. Sosyal Görünüş Kaygısı

İnsanların çoğu, çekici bireylerle daha fazla iletişim kurmak, diğer insanlar üzerinde daha etkili bir izlenim bırakmak ve çekici görünmek için çabalamaktadırlar (129). Diğer insanlar üzerinde iyi bir izlenim bırakamayacağını düşünen birey ise kaygı yaşamaktadır (130). Harter (131), kişinin görünüşü hakkındaki duygularının nasıl olduğunu, yani fiziksel saygısının bütün benlik saygısını etkileyen en önemli unsur olduğunu belirtmiştir.

Sosyal kaygı, diğer insanlarla etkileşim sırasında başkaları tarafından olumsuz değerlendirilmek ve başkalarının üstünlük kurmaya çalışmasından korku ve huzursuzluk duymak olarak tanımlanabilmektedir (132). Sosyal görünüş kaygısı, sosyal kaygının bir parçasıdır ve diğer bireylerin insanların fiziksel görünüşleri ile alakalı değerlendirmeleri ile oluşan stres ve kaygı olarak tanımlanmaktadır (133). Hart ve ark. (134) göre ise sosyal görünüş kaygısı kavramı boy, kilo, kas yapısı gibi genel fiziksel görünüşün ötesinde bireyin ten rengi ve yüz şekli (burnu, gözlerinin uzaklığı, gülüşü vs.) gibi özellikleri de içeren daha kapsamlı bir kavramdır. Görünüşe verilen önem ve görünüşle ilgili değerlendirmeler, içinde bulunulan zamana ve kültürlerle göre değişebilmektedir (135). Sosyal görünüş kaygısı, sıklıkla diğer insanlar tarafından fiziksel görünümün en yoğun şekilde değerlendirildiği ve bireylerin kendi görünüm ve kişilikleri ile yoğun şekilde meşgul oldukları adolesan dönemde ortaya çıkmaktadır (136, 137). Yüksek düzeyde sosyal görünüş kaygısı gösteren bireylerde, aynı zamanda başkaları tarafından negatif değerlendirilme korkusu, sosyal iletişim kaygısı, orta düzeyde vücut görünümündeki var olan bozukluklar, kilo alma kaygısı, depresyon görüldüğü ve bu bireylerin görünüş hakkında olumsuz inanışlara sahip oldukları gösterilmiştir (134).

Beden imgesi, bireyin benlik saygısını doğrudan etkileyen bir faktör olması açısından önemlidir ve sosyal görünüş kaygısı, bireyin bedeniyle ve görünüşüyle ilgili olumsuz beden imgesinin bir sonucu olarak değerlendirilebilmektedir. Sosyal görünüş kaygısına sahip kişilerin çoğu depresyondaki gibi kendi değeri ve önemine ilişkin olumsuz inançlara sahiptir. Fakat depresyonlu bireylerde olduğu gibi sosyal kaygısı olan bireylerde de bu durum geçici olabilmektedir (138). Kuramsal açıklamalarda sosyal kaygı ile düşük benlik saygısı ya da benliği olumsuz değerlendirme eğilimi sıklıkla bir

arada ele alınırken bu varsayımı doğrudan destekleyecek çok az sayıda araştırma mevcuttur (139). Bazı araştırmalar, sosyal kaygı ile düşük benlik saygısı arasında ilişki olduğuna yönelik kanıtlar sunmakla (140, 141) beraber, bu bulguları destekleyecek yeterli sayıda araştırma bulunmamaktadır. Özcan ve ark. (135) adolesan ve genç erişkin periyotta benlik saygısı ve sosyal görünüş kaygısı arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir, benlik saygısı ve sosyal görünüş kaygısı arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu göstermişlerdir. Benlik saygısı arttıkça sosyal görünüş kaygısı azalmaktadır. Diğer taraftan internet aracılığıyla yapılan bir araştırmanın sonuçları benliği olumsuz değerlendirmenin sosyal kaygıda önemli bir rol oynadığına ilişkin yeterli kanıt bulunmadığını göstermiştir (142). Yapılan bir diğer çalışma da yüksek ve düşük sosyal kaygılı bireylerin benlik saygısı düzeyleri arasında fark bulunmaması ve her iki grubun da yüksek benlik saygısına sahip olması gibi sonuçlara ulaşılması, benliği olumsuz değerlendirmenin; tek başına sosyal kaygının önemli bir özelliği olduğuna kuşkuyla bakılacağına işaret etmektedir (143).

2.5.2.1. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği

Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (SGKÖ) Hart, Leary ve Rejeski tarafından 2008 yılında bireyin görünüşüyle ilgili olarak yaşadığı duygusal, bilişsel ve davranışsal kaygıları ölçmek amacıyla geliştirilmiş öz-bildirim tarzı bir ölçektir (134). SGKÖ 16 maddeden oluşan 5'li Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması 2009 yılında Doğan tarafından yapılmıştır ve ölçeğin geçerlilik güvenilirlik çalışmaları üniversite öğrencilerinden oluşan üç farklı örnekleme yapılmıştır (144). 512 kişiden oluşan ilk örneklemden alınan verilerle açıklayıcı faktör analizi, 853 kişiden oluşan ikinci örneklemden alınan verilerle doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. 541 kişiden oluşan üçüncü örneklemden alınan verilerle ise uyum geçerliliği ve test tekrar test güvenilirliği hesaplanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı üç örneklem için sırasıyla .94, .95 ve .94 olarak bulunmuştur. Bir ay arayla iki kez uygulama sonucu elde edilen test-tekrar test güvenilirlik katsayısı ise .84 olarak bulunmuştur (144).

Tek boyutlu olarak sosyal görünüş kaygısını ölçen SGKÖ, uygulamada belirli bir zaman sınırlaması olmayan, bireysel ve grup olarak uygulanabilen bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek puanlar 16 ila 80 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanlar arttıkça bireyin sosyal görünüş kaygısının arttığına işaret etmektedir.

2.5.3. Memnuniyetin Değerlendirilmesi

Memnuniyet ve memnuniyetsizlik, cerrahi sonrası değerlendirmelerde sıklıkla kullanılan parametrelerdir. Literatürde, ortognatik cerrahi geçiren hastaların % 92-100'ünün sonuçlardan memnun olduğu belirtilmiştir (145). Garvill ve ark. (146) yaptıkları çalışmada ortognatik cerrahi tedavi uygulanan hastaların, bireysel ve sosyal açıdan pozitif yönde etkilendiklerini belirtmişlerdir. Hastaların büyük kısmı, cerrahi öncesi sorunlar konusunda rahatlamış ve estetik iyileşme beklenilenden daha iyi olmuştur. Fakat her zaman ortognatik cerrahi, hasta memnuniyeti ile sonuçlanmamaktadır. Hasta memnuniyeti birçok faktöre bağlıdır, bunlar hastayla ilgili faktörler olabileceği gibi hastanın dışında gelişen durumlara bağlı olarak da değişebilmektedir. Ortognatik cerrahide memnuniyetin yüksek olması, sonuçlarla ilgili gerçekçi beklentiler (147), operasyon sonrası konforsuzluk (148), hastanın operasyon öncesinde etkili bir biçimde hazırlanması (149), operasyon öncesi ve sonrasında iyi psikolojik adaptasyonla (150) ilişkilidir. Hastanın cerrahi operasyondan beklentileri, motivasyonu, hasta hekim ilişkisi, hastanın psikolojisi ve kişiliği, yaşı, cinsiyeti, cerrahi öncesinde yeteri kadar bilgilendirilme gibi faktörler memnuniyeti etkilerken aynı zamanda operasyona bağlı oluşan ödem, his kaybı, ağrı, eklem problemi, konuşma bozukluğu ve operasyon sonrasında elde edilen sonuçla hasta beklentisi arasındaki farklılık gibi durumlar da memnuniyeti etkilemektedir. Başarılı bir cerrahi, doğru hasta seçimine bağlıdır. Hasta ile konuşarak, hasta motivasyonu ve psikolojik durumu dikkatli bir şekilde değerlendirilerek birçok hastadan olumlu geri dönüş alınabilmektedir (9, 34, 147, 151).

Genelde cerrahi sonrası memnuniyetsizlik cerrahın tekniksel yeteneği ile nadiren ilişkilidir. Bu durum daha ziyade iletişimdeki ve cerrahi sonrası memnuniyetsiz olma olasılığı bulunan hastaların belirlenmesindeki başarısızlıkla alakalıdır (20, 151-153). Genellikle cerrahiden sonra tüm problemlerin çözüleceğine inanan hastalar memnuniyetsiz olmaya daha eğilimlidirler. Kiyak ve ark. (9) ortognatik cerrahi hastalarında memnuniyeti azaltan iki önemli belirteçten bahsetmişlerdir: nevrotizm (duygusal dengesizlik) ve dış motivasyon faktörleri (aile baskısı gibi). Yapılan bir anket çalışmasında, ortognatik cerrahi görmesi gereken 194 bireyin, psikiyatrik olmayan hastalara göre daha yüksek duyarlılık, psikoz ve obsesif-kompulsif bozukluklar gösterdikleri rapor edilmiştir (14). Başka bir çalışmada ise ortognatik cerrahi tedavi olmak isteyen insanların psikolojik olarak normal bireyler olduğu gösterilmiştir (154).

Hekim, memnuniyetsiz hastalarda beden dismorfik bozukluğu açısından dikkatli olmalıdır. Vulink ve ark. (155) ortognatik cerrahi hastalarının % 10' unda beden dismorfik bozukluğun olduğunu göstermişlerdir. Bu hastalar aslında var olmayan bir bedensel kusur veya mevcut olan hafif bir kusuru abartılı şekilde takıntı haline getirmekte ve sürekli çirkinlik duygusu hissetmektedirler ve bu durum işlevselliği de etkilemektedir. Cerrahi tedavi için birçok doktora gitmekte fakat sonuçlarından tatmin olmamaktadırlar (155). Bu hastalar hiçbir şekilde memnun olamayacak hastalardır.

Rittersma ve ark. (20) ve Flanary ve Alexander (149), genel anestezi, postoperatif beslenme, kilo kaybı, çalışamama, his kaybı veya dişlere verilebilecek hasar hakkında yeterince bilgilendirilmemenin memnuniyetsizlik sebepleri olduğunu bildirmiştir. Zhou ve ark. (156) hastaların % 8' i görünümünde hiçbir değişiklik olmadığından dolayı cerrahi oldukları için pişman olduklarını belirtmiştir. Hastaların % 60-80' i cerrahi sonrasındaki yeni görünüme alışmadaki zorluklar sebebiyle kısa süreli depresyon bildirmiştir (15, 32). Espeland ve ark. (157) yaptıkları çalışmada hastaların (hastaların % 8' i) tedavi sonuçları ile ilgili memnuniyetsizliğinin TMD, yüz görünümü, aynı zamanda sinir hasarı ve relapsla alakalı olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca ortognatik cerrahi uygulanan hastalarda, cerrahi sonrası ortodontik tedavi süreci 6 aydan daha fazla süre devam ettirildiğinde hastalarda depresyon ve anksiyete eğilimlerinin arttığı saptanmıştır (34). Yapılan bir çalışmada hastaların % 79' unda ortodontik aygıt kaynaklı önemli derecede ağrı rapor edilmiştir ve hastaların üçte biri ortodontik tedaviyi tedavinin en kötü kısmı olarak nitelendirmişlerdir (18).

Memnuniyeti değerlendirmek amacıyla çeşitli yöntemler kullanılmıştır. Tedavi ile ilgili memnuniyet, standardize veya yazarların kendilerinin dizayn ettikleri standardize olmayan anketlerle değerlendirilmektedir. Memnuniyeti değerlendirmek için özellikle Kıyak ve ark. (158) geliştirdiği cerrahi sonrası memnuniyet anketi sıklıkla kullanılmaktadır. Ankette soruları cevaplandıran kişinin her soru ile ilişkili memnuniyet seviyesini derecelendirebilmesi için 7-nokta Likert skalası kullanılmaktadır (159). Ankette hastalara 3 adet soru sorulmaktadır:

- Yeniden karar verecek olsaydınız, aynı cerrahi operasyonu tekrar geçirmek ister miydiniz?
- Aynı cerrahi operasyonu hangi ölçüde diğer kişilere önerirsiniz?

- Her şeyi göz önünde bulundurduğunuzda, cerrahinin sonuçlarından şu an ne derece memnunsunuz?

Araştırmacılar, cerrahi sonrasındaki çiğneme, konuşma, solunum, yutkunma, sinüs problemleri, sinir hasarı, temporomandibular eklem (TME) ile ilgili fonksiyonel problemleri standardize ve standardize olmayan yöntemlerle değerlendirmişlerdir (6, 9, 11, 34).



3. BİREYLER VE YÖNTEM

Çalışmamız, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Karar No: 2017/ 203); çalışmaya dahil edilen ve klinikte yüz yüze görüşülen tüm bireylerden bilgilendirilmiş onam formu onayı alınmıştır. 2011-2016 yılları arasında Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalı' nda ortodontik tedavileri ve Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı' nda ortognatik cerrahi tedavileri yapılmış 282 hasta ve herhangi bir dentofasiyal deformiteye sahip olmayan dental sınıf I oklüzyona ve normal yüz görünümüne sahip 60 birey olmak üzere toplamda 342 birey çalışmaya dahil edilmiştir.

Dahil edilme kriterleri:

- Kontrol grubundaki bireylerin, dental sınıf I oklüzyona, alt ve üst arkta minimum çapraşıklık ve normal yüz görünümüne sahip olan, herhangi bir dentofasiyal deformitesi olmayan, ortodontik tedavi görmemiş ve ortognatik cerrahi uygulanmasına gerek olmayan bireylerden seçilmesi,
- Tedavi planlamasında ortognatik cerrahi uygulanması kararı verilmiş olan ancak henüz ortognatik cerrahi tedavi uygulanmamış hastalardan oluşan gruptaki bireylerin 16 yaşından büyük olması,
- Ortognatik cerrahi tedavi uygulanmış bireylerin 18 yaşından büyük olması,
- Tüm gruplarda bulunan bireylerin 16-25 yaş arasında olması,
- Ortognatik cerrahi sonrası değerlendirmeler için, cerrahi operasyonundan sonra en az 6 ay geçmiş olması,
- Ortodontik kamuflaj tedavisi uygulanmış hastalarda ortodontik tedavinin sonlandırılmış olması,

- Ortognatik cerrahi tedavi uygulanmış veya uygulanacak olan hastaların ve ortodontik kamuflej tedavisi uygulanmış hastaların iskeletsel sınıf II veya sınıf III maloklüzyona sahip olması,
- Sadece Le Fort I osteotomisi, sadece BSSRO veya her ikisinin kombinasyonunun uygulandığı iskeletsel sınıf II ve sınıf III maloklüzyona sahip hastalar,
- Tüm operasyonların Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı' nda aynı cerrahi ekip tarafından gerçekleştirilmiş olması, ortodontik tedavinin Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalı' nda yapılmış olması,
- Vakalarda ortognatik cerrahi öncesinde ve sonrasında sabit ortodontik tedavi uygulanmış olması,
- Cerrahi stabilizasyonun rijit fiksasyon yöntemi ile yapılmış olması, olarak belirlenmiştir.

Dahil edilmeme kriterleri:

- Konjenital sendromlu hastalar,
 - Dudak damak yarığı nedeniyle opere olanlar,
 - Travmaya bağlı maloklüzyonu olanlar,
 - Ortognatik cerrahi sırasında distraksiyon işlemi uygulanan hastalar,
 - Sadece cerrahi destekli hızlı üst çene genişletmesi (SARPE) uygulanan hastalar,
 - Daha önce ortognatik cerrahi veya TME cerrahisi geçirmiş olanlar,
 - Baş boyun bölgesinde mevcut malignensi sebebi ile rezeksiyon uygulanan hastalar,
 - Sorulan sorulara cevap veremeyecek ölçüde psikolojik veya mental problemlere sahip, bilişsel ve davranışsal uyumsuzluk gösteren bireyler,
- çalışmaya dahil edilmemiştir.

Çalışmaya dahil edilen bireyler beş grup halinde değerlendirilmiştir:

- **1. Grup, (Kontrol grubu):** Bu grup, dental sınıf I oklüzyon, minimal çapraşıklığa, normal yüz görünümüne sahip, ortodontik tedavi görmemiş ve herhangi bir dentofasiyal anomaliye sahip olmayan toplam 60 bireyden (24 erkek, yaş ort: $22,47 \pm 1,46$ yıl; 36 kadın, yaş ort: $21,80 \pm 1,12$ yıl) oluşmaktadır. Bu bireylerden elde edilen benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı verileri değerlendirilmiştir.

- **2. Grup:** İskeletsel sınıf III maloklüzyona sahip toplam 45 hastanın (18 erkek, yaş ort: $21,68 \pm 2,18$ yıl; 27 kadın, yaş ort: $21,22 \pm 1,92$ yıl), cerrahi öncesinde ve cerrahi sonrasında benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı düzeyleri değerlendirilmiştir.

- **3. Grup:** Bu grupta bulunan;

- Ortognatik cerrahi ile tedavi edilecek olan iskeletsel sınıf III maloklüzyona sahip 50 hasta (yaş ort: $20,09 \pm 2,59$ yıl) ve iskeletsel sınıf II maloklüzyona sahip 20 hasta (yaş ort: $20,2 \pm 2,47$ yıl) olmak üzere toplam 70 hastadan cerrahi öncesinde,

- Ortognatik cerrahi tedavi uygulanmış iskeletsel sınıf III maloklüzyona sahip farklı 50 hasta (yaş ort: $22,15 \pm 2,03$ yıl; çift çene cerrahisi: maksiller ilerletme ve mandibular geri alma) ve iskeletsel sınıf II maloklüzyona sahip farklı 20 hasta (yaş ort: $22,57 \pm 2,21$ yıl; 10 hastaya çift çene cerrahisi: maksiller gömme ve mandibular ilerletme; 10 hastaya tek çene cerrahisi: mandibular ilerletme) olmak üzere toplam 70 farklı hastadan cerrahiden en az 6 ay sonra olmak üzere,

toplam 140 hastadan benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygı düzeylerini değerlendirmek amacıyla anketler alınmıştır.

- **4. Grup, (Ortognatik cerrahi sonrası memnuniyet grubu):** İskeletsel sınıf II (20 hasta, yaş ort: $22,96 \pm 2,16$ yıl) ve iskeletsel sınıf III (70 hasta, yaş ort: $21,65 \pm 2,03$ yıl) maloklüzyona sahip ortognatik cerrahi tedavi uygulanmış ve cerrahiden en az 6 ay sonrasında ortodontik tedavileri sonlandırılmış toplam 90 hastanın (36 erkek, ort. yaş: $22,12 \pm 2,17$ yıl; 54 kadın, ort. yaş: $21,82 \pm 2,1$ yıl) memnuniyet anketi sonuçları değerlendirilmiştir.

- **5. Grup, (Ortodontik kamuflaj tedavisi sonrası memnuniyet grubu):** İskeletsel sınıf II (20 hasta, yaş ort: $19,2 \pm 1,96$ yıl) ve iskeletsel sınıf III (70 hasta, yaş ort: $19,15 \pm 1,95$ yıl) maloklüzyona sahip ortodontik kamuflaj tedavisi uygulanmış ve

ortodontik tedavisi sonlandırılmış 90 hastanın (29 erkek, ort. yaş: $18,7 \pm 1,41$ yıl; 61 kadın, ort. yaş: $19,39 \pm 2,13$ yıl) memnuniyet anketi sonuçları değerlendirilmiştir.

3.1. Demografik Özelliklerin Dağılımı

Çalışmaya dahil edilen bireylerin yaş ve cinsiyet dağılımları Tablo 3.1.'de gösterilmiştir.

Tablo 3.1. Gruplarda yer alan katılımcıların cinsiyet ve yaşlarına ilişkin betimsel veriler

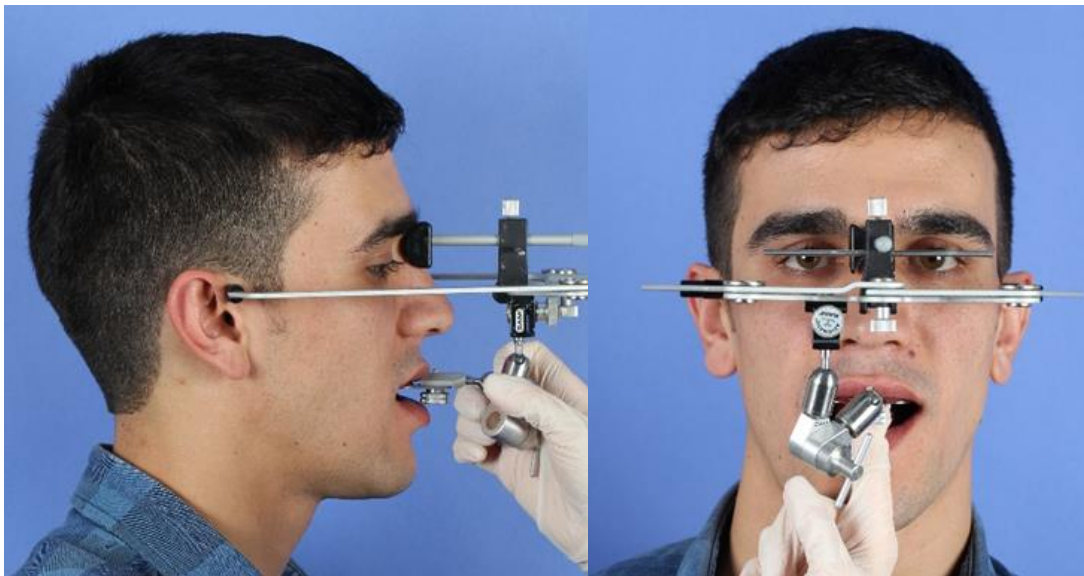
Grup	Anomali	Değişken	Frekans (n)	Yaş (Min.)	Yaş (Max.)	Yaş (Ort.)	Yaş (S.S.)
1. Grup (Kontrol)	Sınıf I	Erkek	24	20,46	25,12	22,47	1,46
		Kadın	36	19,95	24,13	21,80	1,12
		Toplam	60	19,95	25,12	22,07	1,30
2. Grup	Sınıf III	Erkek	18	18,33	24,90	21,68	2,18
		Kadın	27	18,36	24,87	21,22	1,92
		Toplam	45	18,33	24,90	21,4	2,02
3. Grup Cerrahi Öncesi	Sınıf III	Erkek	27	16,65	24,89	19,75	2,17
		Kadın	23	16,83	24,83	20,74	2,74
		Toplam	50	16,6	24,8	20,09	2,59
	Sınıf II	Erkek	9	16,5	24,23	20,72	2,1
		Kadın	11	16,85	24,91	19,68	2,97
		Toplam	20	16,5	24,9	20,2	2,47
3. Grup Cerrahi Sonrası	Sınıf III	Erkek	26	18,94	24,75	22,34	2,01
		Kadın	24	18,76	24,86	21,95	2,08
		Toplam	50	18,76	24,86	22,15	2,03
	Sınıf II	Erkek	8	19,46	24,81	23,20	2,16
		Kadın	12	19,08	24,93	22,15	2,23
		Toplam	20	19,08	24,93	22,57	2,21
4. Grup (Ortog. Cerrahi)	Sınıf III	Erkek	29	18,64	24,90	21,7	2,04
		Kadın	41	18,52	24,91	21,60	2,04
		Toplam	70	18,52	24,91	21,65	2,03
	Sınıf II	Erkek	7	19,46	24,81	23,79	1,93
		Kadın	13	17,87	24,93	22,51	2,22
		Toplam	20	17,87	24,93	22,96	2,16
5. Grup (Orto. Kamuflej)	Sınıf III	Erkek	26	16,60	21,13	18,66	1,33
		Kadın	44	16,23	24,68	19,44	2,20
		Toplam	70	16,23	24,68	19,15	1,95
	Sınıf II	Erkek	3	17,19	21,64	19	2,33
		Kadın	17	17,45	24,08	19,23	1,96
		Toplam	20	17,19	24,08	19,2	1,96

(n: birey sayısı, Ort.: ortalama, S.S.: Standart sapma)

3.2. Cerrahi Metod

Çalışmaya dahil edilen ortognatik cerrahi uygulanmış hastaların ortodontik tedavi hazırlık sürecinde, sefalometrik radyograflar ve klinik muayene verileri kullanılarak sert

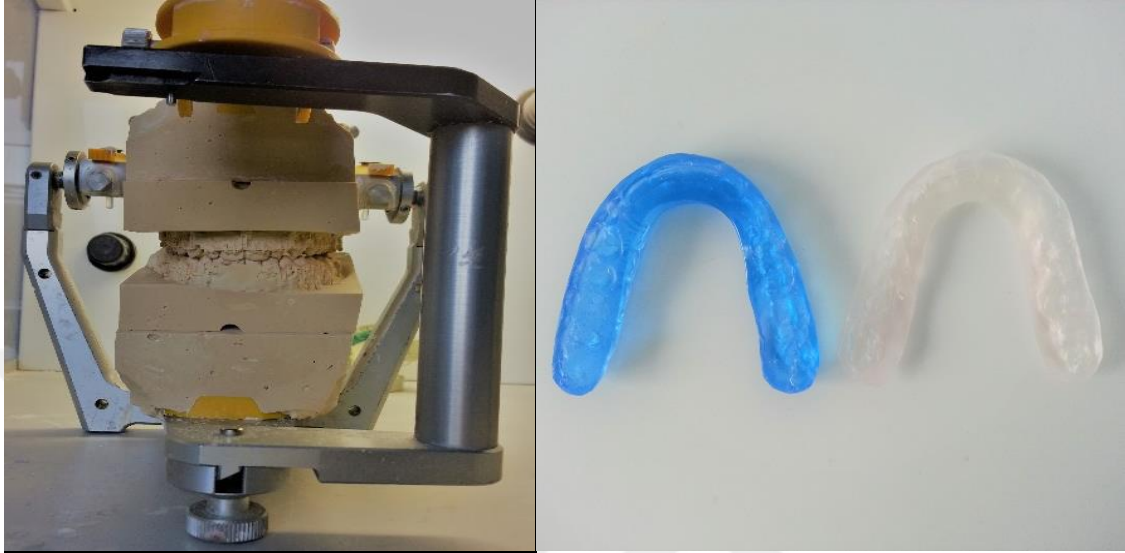
ve yumuşak doku analizleri gerçekleştirilmiş, hastaların ihtiyacına ve beklentilerine yönelik bir ortodontik-cerrahi tedavi planı yapılmıştır. İlk aşamada dişleri seviyelemek amacıyla nikel titanyum teller sırasıyla kullanılmıştır. Seviyeleme aşamasında rotasyonlar, malpozisyonlar, çapraşıklıklar düzeltilerek dental dekompanzasyon gerçekleştirilmiştir. Alınan ölçülerden elde edilen alçı modellerde dişlerin ve arkların birbiri ile uyumu kontrol edilip gereken işlemler uygulanmıştır. Ara seanslarda alınan lateral sefalometrik filmlerin analizleri yapılarak keser dişlerin konumu ve vertikal ölçümler kontrol edilmiştir. Cerrahi öncesi hazırlıkta tüm aşamalar tamamlanıp, vaka ameliyata hazır hale getirildiğinde ameliyattan önce cerrahi arklar 18*25 Roth sistem braketler için 0,016 x 0,022 inçlik paslanmaz çelik telden bükülerek tatbik edilmiştir. Cerrahi arklar hazırlandıktan sonra çenelerden ölçüler alınmış ve alçı modeller elde edilmiştir. Hastaların çenelerinin uzaydaki konumlarının gösterilmesi amacıyla yüz arkı transferi yapılmıştır. Bu amaçla SAM 3 (SAM 3 AX MPS; SAM Dental, Germany) profesyonel artikülatör kiti kullanılmıştır. SAM 3 artikülatör kiti ile yüz arkı transferi yapılması Resim 3.1’ de gösterilmiştir.



Resim 3.1. Cerrahi operasyonun hemen öncesinde hastaya SAM 3 artikülatör kiti ile yüz arkı transferi yapılması.

Hastadan alınan sefalometrik filmler üzerinde konvansiyonel yöntemle veya Dolphin Imaging yazılımı (Dolphin Imaging and Management Solutions, Chatsworth, CA) kullanılarak cerrahi öngörü yapılmıştır. Uygulanacak cerrahi hareket miktarları model

cerrahisi ile kontrol edilip cerrahi splint hazırlama aşamasına geçilmiştir (Resim 3.2.). Çift çene cerrahisi uygulanan hastalara iki adet splint hazırlanmıştır ve splintlerin uyumu hasta ağzında kontrol edilmiştir.



Resim 3.2. Hastadan alınan ölçüler kullanılarak gerçekleştirilen model cerrahisi ve hazırlanan cerrahi splintler.

Genel anestezi altında, nazotrakeal entübasyon ile uyutulduktan sonra opere edilen hastaların Le Fort I ve BSSRO osteotomi tekniklerine uygun olarak osteotomileri gerçekleştirilmiştir. Çekiç ve osteotomlar kullanılarak pterigoid plaklar, spreader ve hook kullanılarak maksilla ayrılmış ve tesiyer ile mobilize hale getirilmiştir. Ortodonti ekibinin daha önce hazırladığı ilk splint ile normal oklüzyonda maksillomandibular fiksasyon sağlanmıştır. Bu şekilde osteotomi hatlarına titanyum mini plak ve vidalarla rijit fiksasyon uygulanmıştır. Sonrasında mandibula BSSRO ile mobil hale getirilip ikinci splint kullanılarak maksillomandibular fiksasyon yapılmıştır. Yeniden titanyum miniplak ve vidalarla rijit fiksasyon uygulanmıştır. Maksiller Le Fort I osteotomi hatlarında kemik defekti olan hastalara cerrahin tercihinine göre kemik grefti yerleştirilmiştir. Ekstübasyondan önce tüm hastalarda maksillomandibular fiksasyon sonlandırılmıştır. Hastaların tamamına operasyon sırasında 2mg/kg metil prednizolon enjeksiyonu yapılmış olup, postoperatif dönemde gerekirse tekrar metil prednizolon enjeksiyonu uygulanmıştır. Cerrahi sonrası ilk 3 saatte oral beslenmeye başlanmamış, bu 3 saatin ardından sıvı beslenmeye geçilmiştir. Cerrahi operasyondan sonra 1. gün hastaya ağız içi elastikler uygulanmış ve haftada bir kez yenilenmiştir. Hastalar genellikle operasyondan sonraki ikinci gün taburcu edilmiştir. Hasta taburcu edildikten

sonra, 1 hafta aralıklarla cerrahlar ve ortodontistler tarafından kontrol edilmiştir. Cerrahiden sonra hastalar ortodontik tedaviye kaldıkları yerden devam etmişlerdir.

3.3. Ortodontik Kamufraj Tedavisi

Ortodontik kamufraj tedavisi uygulanan hastalar tedavi başında iskeletsel sınıf II ve sınıf III maloklüzyona sahip olup, bu hastaların tedavi planlaması yapılmadan önce gerekli tüm kayıt materyalleri toplanmış ve bu materyaller üzerinde detaylı analizler gerçekleştirilerek, kapsamlı teşhis ve tedavi planı oluşturulmuştur. Ortodontik kamufraj tedavisi uygulanan hastalar, vaka planlamasında hem ortognatik cerrahi tedavi hem de ortodontik kamufraj tedavisinin uygulanabileceği sonucuna ulaşılmış ancak çeşitli sebeplerle ortognatik cerrahi uygulamaktan vazgeçilmiş sınır vakalardır. Ortodontik kamufraj tedavisi çoğunlukla hastanın ortognatik cerrahi tedaviyi kesinlikle kabul etmediği veya maliyet, risk ve komplikasyon gibi etkenler sebebiyle ortognatik cerrahi tedavinin uygulanmadığı durumlarda tercih edilmiştir. Tedavi başında iskeletsel sınıf II ve sınıf III maloklüzyona sahip olan hastalarda diş çekimli veya diş çekimi yapılmaksızın ortodontik kamufraj tedavisi uygulanmıştır. İlk olarak nikel titanyum teller sırasıyla kullanılarak dişler seviyelenmiştir. Seviyeleme aşamasında rotasyonlar, malpozisyonlar, çapraşıklıklar düzeltilmiş ve boşluklar kapatılmıştır. İskeletsel sınıf III maloklüzyona sahip bireylerde gerektiğinde üst çene genişletmesine ek olarak üst keserlerde proklinasyon, alt keserlerde retroklinasyon ile, iskeletsel sınıf II maloklüzyona sahip bireylerde üst keserlerde retroklinasyon, alt keserlerde proklinasyon yapılarak düzeltim sağlanmıştır. Tüm aşamalar tamamlandıktan sonra en kalın paslanmaz çelik teller kullanılarak dişlerin stabilizasyonu sağlanmıştır. Dişlere en son detaylı pozisyonları verildikten sonra tedavi sonlandırılmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

İlk olarak hastaların yaşı, cinsiyeti, maloklüzyon tipi, uygulanan cerrahi operasyonun türü, operasyon tarihi, cerrahi/kamufraj tedavisi sonrası geçen süre gibi demografik özellikleri gösteren sorulardan oluşan bölüm hazırlanmış ve hastalardan bu soruları yanıtlamaları istenmiştir. Ortognatik cerrahi tedavi uygulanmış hastalara anketler, cerrahi sonrası oluşabilecek stres faktörlerinin azalması, cerrahi sonrasında oluşan ödem, dudaktaki his kaybı, sınırlı ağız açılımı gibi cerrahi sonrası komplikasyonların azalması beklenerek cerrahi operasyondan en az 6 ay sonra ($18,4 \pm 12,2$ ay)

uygulanmıştır. Hastanın anket sorularını objektif bir şekilde yanıtlayabilmesi için hastadan soruları tek başına yanıtlaması istenmiş ve süre kısıtlaması yapılmamıştır. Araştırmacı, hastaya soruları cevaplaması sırasında müdahale etmemiş, yalnızca hasta tarafından anlaşılamayan sorular varlığında, araştırmacı tarafından soruya açıklık getirilmiştir. Anketteki soruların istenilen şekilde ve tümüyle cevaplanıp cevaplanmadığı araştırmacı tarafından kontrol edilerek anket tamamlanmıştır. Yüz yüze görüşülemeyen ve hiçbir şekilde ulaşılamayan hastalara telefonla iletişim kurularak anketler uygulanmıştır. Elde edilen tüm verilerin toplanması, skorlanması ve değerlendirilmesi aynı araştırmacı (M.Ö.A) tarafından gerçekleştirilmiştir.

3.4.1. Benlik Saygısı, Eleştiriye Duyarlılık ve Sosyal Görünüş Kaygısının Değerlendirilmesi

1. Grup

Bu grup, ortodonti kliniğine başvurmuş, dental sınıf I oklüzyon, minimal çapraşıklığa, normal yüz görünümüne sahip, ortodontik tedavi görmemiş ve herhangi bir dentofasiyal anomaliye sahip olmayan toplam 60 bireyden oluşmaktadır. Bu bireylere soruları rahatça cevaplayabileceği bir ortamda yüz yüze görüşülerek Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği anketi uygulanmıştır.

2. Grup

2011-2016 yılları arasında kliniğimize başvurmuş ve tedavi planlamasında ortognatik cerrahi tedavi uygulanması kararı verilmiş iskeletsel sınıf III maloklüzyona sahip ve çift çene cerrahisi uygulanmış 45 hastaya ortognatik cerrahi işlem uygulanmadan önceki ortodontik hazırlık sürecinde ve ortognatik cerrahi uygulandıktan en az 6 ay sonra klinik ortamında yüz yüze görüşülerek Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği anketi uygulanmıştır.

3. Grup

2011-2016 yılları arasında ortodonti kliniğine başvurmuş ve yapılan tedavi planlaması sonucunda;

- Ortognatik cerrahi tedavi uygulanması planlanan, iskeletsel sınıf II maloklüzyona sahip 20 hastaya ve iskeletsel sınıf III maloklüzyona sahip 50 hastaya ortognatik cerrahi işlem uygulanmadan önceki ortodontik hazırlık sürecinde,

- Ortognatik cerrahi tedavi uygulanmış, iskeletsel sınıf II maloklüzyona sahip 20 farklı hastaya ve iskeletsel sınıf III maloklüzyona sahip 50 farklı hastaya cerrahiden en az 6 ay sonra,

Klinik ortamında yüz yüze görüşülerek Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği anketi uygulanmıştır.

2. ve 3. çalışma gruplarından elde edilen veriler dental sınıf I oklüzyon ve normal fasiyal profile sahip ortognatik cerrahi tedavi ihtiyacı olmayan 60 bireyin dahil edildiği kontrol grubundan elde edilen verilerle karşılaştırılmıştır.

3.4.1.1. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği toplamda 12 alt ölçek ve 63 sorudan oluşmaktadır. Bu çalışmada, D-1 (Benlik Saygısı) ve D-4 (Eleştiriye Duyarlılık) ölçekleri kullanılmıştır (Şekil 3.1. ve Şekil 3.2.). Benlik saygısı ölçeği (Guttman ölçeği) 10 maddeden, eleştiriye duyarlılık ölçeği 3 sorudan oluşmaktadır. Yanıtlar, cevap anahtarının öngördüğü şekilde, tekli, ikili ya da üçlü gruplara ayrılarak puanlandığından, ‘Benlik Saygısı’ alt ölçeği hariç diğer tüm ölçeklerde doğru yanıtlar ‘1’ puan almakta; ‘Benlik Saygısı’ alt testinde ise yanıtlar 0-6 puan ile değerlendirilmektedir.

“**Benlik Saygısı**” alt testinde 0–1 puan alanların ‘yüksek’; 2–4 puan alanların ‘orta’ ve 5–6 puan alanların ‘düşük’ benlik saygısına sahip oldukları kabul edilmektedir.

“**Eleştiriye Duyarlılık**” alt testinde; 0-1 puan eleştiriye az duyarlılığa, 2-3 puan eleştiriye çok duyarlılığa işaret etmektedir.

3.4.1.2. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği

SGKÖ 16 maddeden oluşan 5’li Likert tipi bir ölçektir (Şekil 3.3.). SGKÖ, (1) Hiç Uygun Değil, (2) Uygun Değil, (3) Biraz Uygun, (4) Uygun, (5) Tamamen Uygun şeklinde bir cevaplama anahtarına sahiptir. Ölçeğin 1. Maddesi tersten kodlanmaktadır. Ölçekte birinci madde ‘Hiç Uygun Değil: 5’, ‘Uygun Değil: 4’, ‘ Biraz Uygun: 3’, ‘ Uygun: 2’, ‘ Tamamen Uygun: 1’ şeklinde puanlanırken, diğer maddeler ‘Hiç Uygun Değil: 1’, ‘Uygun Değil: 2’, ‘ Biraz Uygun: 3’, ‘ Uygun: 4’, ‘ Tamamen Uygun: 5’ şeklinde puanlanmaktadır. Puanlar 16-80 arasında değişmektedir ve puan arttıkça sosyal görünüş kaygısı artmaktadır.

D-1	ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ	ÇOK DOĞRU	DOĞRU	YANLIŞ	ÇOK YANLIŞ
Madde 1	1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum				
	2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.				
	3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim				
Madde 2	4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.				
	5. Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.				
Madde 3	6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.				
Madde 4	7. Genel olarak kendimden memnunum.				
Madde 5	8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.				
Madde 6	9. Bazen kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.				
	10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum				

Şekil 3.1. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği' nin benlik saygısı alt testinin (Guttman ölçeği) gösterimi.

D – 4 (ELEŞTİRİYE DUYARLILIK)

21. Eleştiriye karşı ne kadar hassassınızdır?

a) Çok fazla hassas b) Oldukça hassas c) Az hassas d) Hassas değil

22. Eleştiri ya da azarlama beni çok fazla incitir.

a) DOĞRU b) YANLIŞ

23. Yanlış yaptığınız bir şey için biri size güldüğünde veya suçladığında ne kadar rahatsız olursunuz?

a) Çok fazla b) Oldukça c) Rahatsız olmam

Şekil 3.2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği' nin eleştiriye duyarlılık alt testinin gösterimi.

SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISI ÖLÇEĞİ	Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Biraz Uygun	Uygun	Tamamen Uygun
1. Dış görünüşümle ilgili kendimi rahat hissederim					
2. Fotoğrafım çekilirken kendimi gergin hissederim.					
3. İnsanlar doğrudan bana baktıklarında gerilirim.					
4. İnsanların görünüşümden dolayı benden hoşlanmayacakları konusunda endişelenirim.					
5. Yanlarında olmadığım zamanlarda insanların görünüşümle ilgili kusurlarımı konuşacaklarından endişelenirim.					
6. Görünüşümden dolayı insanların benimle beraber vakit geçirmek istemeyeceklerinden endişelenirim.					
7. İnsanların beni çekici bulmamalarından korkarım.					
8. Görünüşümün yaşamımı zorlaştıracığından endişe duyarım					
9. Karşıma çıkan fırsatları görünüşümden dolayı kaybetmekten kaygılanırım.					
10. İnsanlarla konuşurken görünüşümden dolayı gerginlik yaşarım.					
11. Diğer insanlar görünüşümle ilgili bir şey söylediklerinde kaygılanırım.					
12. Dış görünüşümle ilgili başkalarının beklentilerini karşılayamamaktan endişeleniyorum					
13. İnsanların görünüşümü olumsuz olarak değerlendirecekleri konusunda endişelenirim.					
14. Diğer insanların görünüşümdeki bir kusurun farkına vardıklarını düşündüğümde kendimi rahatsız hissederim.					
15. Sevdiğim kişinin görünüşümden dolayı beni terk edeceğinden endişe duyuyorum					
16. İnsanların görünüşümün iyi olmadığını düşünmelerinden endişeleniyorum.					

Şekil 3.3. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği' nin gösterimi.

3.4.2. Memnuniyetin Değerlendirilmesi

4. Grup (Ortognatik Cerrahi Sonrası Memnuniyet)

2011-2016 yılları arasında ortognatik cerrahi tedavi uygulanmış iskeletsel sınıf II maloklüzyona sahip 20 hasta ve sınıf III maloklüzyona sahip 70 hasta olmak üzere toplam 90 hastaya cerrahiden en az 6 ay sonra klinikte yüz yüze görüşülerek veya hiçbir şekilde ulaşılamayan hastalara da telefonla ulaşılarak memnuniyet anketi uygulanmıştır.

5. Grup (Ortodontik Kamuflaj Sonrası Memnuniyet)

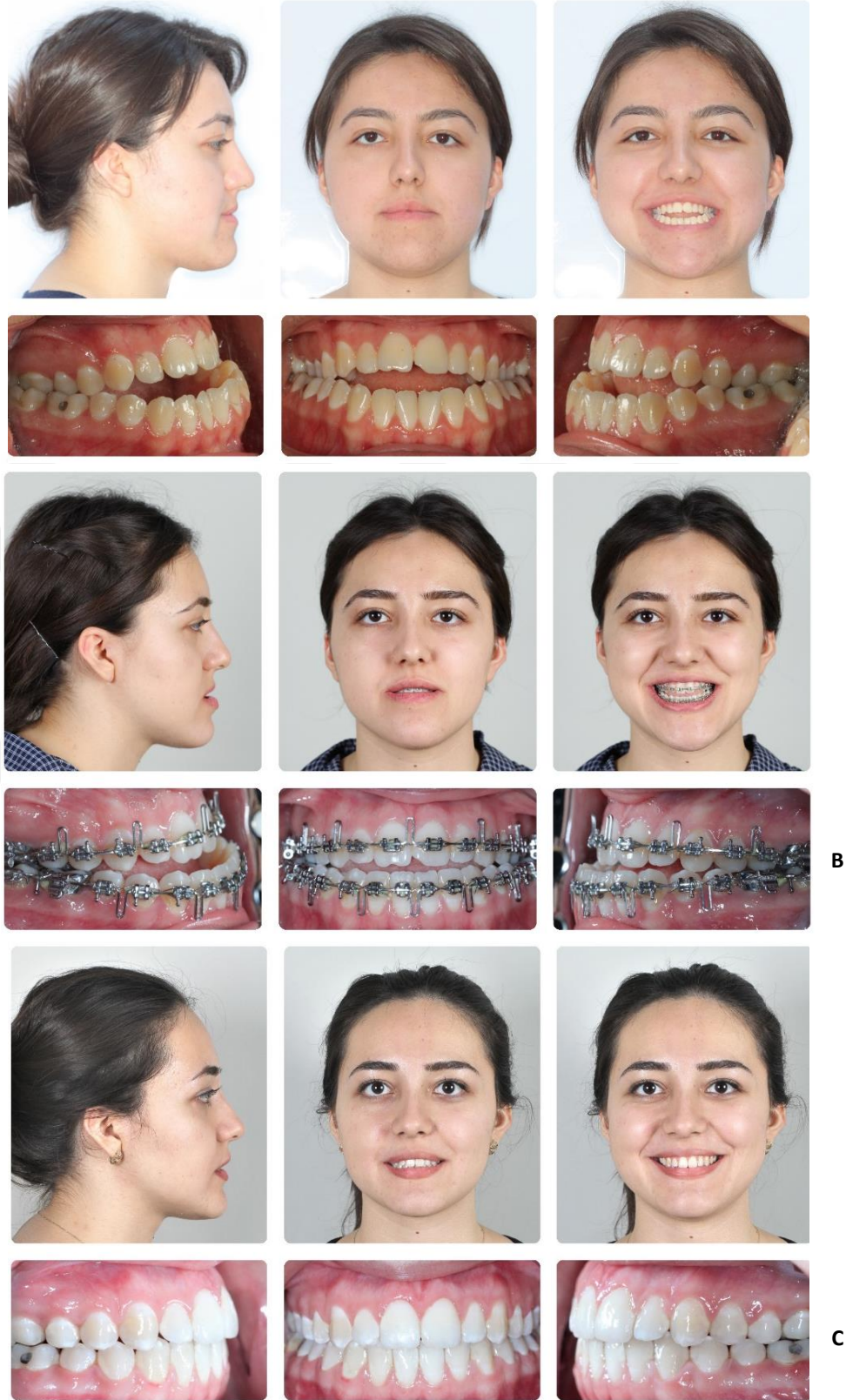
Ortodonti kliniğine başvurmuş iskeletsel sınıf II (20 hasta) ve sınıf III maloklüzyona (70 hasta) sahip toplam 90 hastaya ortodontik tedavileri sonlandırıldıktan sonra klinikte yüz yüze görüşülerek veya telefonla iletişim kurularak memnuniyet anketi uygulanmıştır.

3.4.2.1. Memnuniyet Anketi

Çalışmamıza dahil edilen ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj tedavisi uygulanmış hastalara tedavi öncesi ve sonrası yüz görünümü, özgüven değişikliği, çiğneme ve ısırma fonksiyonu, duyusal sinir hasarı, TME’ de ağrı ve ses, konuşmanın değerlendirilmesi gibi hasta memnuniyetini yansıtan Tabakan ve ark. (160) tarafından kullanılmış 14 adet sorudan oluşan anket modifiye edilerek uygulanmıştır (Şekil 3.4.). Hastalardan 1’ den 10’ a kadar puan vermeleri istenen soruların veri analizi yapılırken, 1-5 puan arasındaki değerleri işaretleyen hastalar tedavi sonuçları ile ilgili olumsuz yanıt vermiş olarak, 6-10 puan arasındaki değerleri işaretleyen hastalar da tedavi sonuçlarıyla ilgili olumlu yanıt vermiş olarak değerlendirilmiş ve kategorik değişkenler elde edilmiştir.

MEMNUNİYET ANKETİ
1) Ortognatik cerrahi / ortodontik tedaviye başvururken öncelikli beklentiniz hangisiydi? A) Estetik düzelme B) Çiğnemenin düzelmesi C) Her ikisi D) Hiçbirisi/ Bilmiyorum
2) Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavi sonrasındaki sonucu nasıl değerlendirirsiniz? A) Sadece estetik düzelme mevcut B) Sadece çiğneme düzelmiş C) Her ikisi de düzelmiş D) Düzelme yok
3) Her şeyi göz önünde tuttuğunuzda ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavi sonucu beklentilerinizi karşıladı mı, sonuçtan memnunmusunuz? 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
4) Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavi öncesinde yüz görünümünüzü estetik olarak değerlendiriniz. 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
5) Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavi sonrası yüz görünümünüzü estetik olarak değerlendiriniz 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
6) Aileniz, akrabalarınız ya da arkadaşlarınız size uygulanan ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavinin sonucu hakkında ne düşünüyor? 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
7) Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavi sonrasında özgüveniniz arttı mı? A) Evet B) Hayır
8) Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavi gereken hastalara bu operasyonu tavsiye eder misiniz? A) Evet B) Hayır
9) Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavi öncesinde çiğneme fonksiyonunuz nasıldı? 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
10) Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavi sonrasında çiğneme fonksiyonunuz nasıl oldu? 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
11) Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedaviden önce ağzınızı açıp kapatırken çene eklemınızda ağrı var mıydı? A) Evet B) Hayır
12) Şu anda ağzınızı açıp kapatırken çene eklemınızda ağrı var mı? A) Evet B) Hayır
13) Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedaviden önce ağzını açıp kapatırken ya da yemek yerken çene eklemınızden ses geliyor muydu? A) Evet B) Hayır
14) Şu anda ağzınızı açıp kapatırken ya da yemek yerken çene eklemınızden ses geliyor mu? A) Evet B) Hayır
15) Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedaviden sonra konuşmanızda herhangi bir değişiklik oldu mu? A) Daha iyi oldu B) Daha kötü oldu C) Değişiklik yok
16) Ortognatik cerrahiden sonra, şu anda yüzünüzde, alt ya da üst dudığınızda ya da diş etinizde uyuşukluk – karıncalanma var mı? A) Evet B) Hayır

Şekil 3.4. Memnuniyet anketinin gösterimi.



Resim 3.3. Sınıf III open bite anomalisine sahip hastanın başlangıç (A), cerrahinin hemen öncesi (B) ve bitim fotoğrafları (C).

3.5. İSTATİSTİKSEL YÖNTEM

Elde edilen verilerin istatistiksel analizi, SPSS 20.0 paket programı (SPSS version 20.0, SPSS Inc, Chicago, IL, ABD) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Elde edilen tüm veriler homojenite açısından değerlendirilmiş ve tüm gruplarda verilerin normale oldukça yakın dağılım gösterdiği ve veri setinin parametrik testlerin kullanımı için uygun olduğu görülmüştür. Elde edilen verileri analiz etmek için betimsel istatistikler (frekans ve yüzde hesaplamaları), parametrik testler (bağımlı ve bağımsız örneklem T testi) ve Ki-kare testi kullanılmıştır. 2. Gruptaki bireylerin cerrahi öncesi ve cerrahi sonrasında benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygı düzeylerinin karşılaştırılmasında bağımlı örneklem T testi kullanılırken, 3. gruptaki bireylerin aynı psikolojik parametrelerinin karşılaştırılmasında bağımsız örneklem T testi kullanılmıştır. Kontrol grubu, 2. ve 3. çalışma grubunun cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısının çoklu karşılaştırılmasında farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla post-hoc Tukey testi kullanılmıştır. Ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj grubundaki bireylerin memnuniyet verilerinin karşılaştırılmasında frekans ve yüzde hesaplamaları ile Ki-kare testi kullanılmıştır. Yapılan tüm istatistiksel analizlerde $p < 0.05$ değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. İskeletsel Sınıf III Maloklüzyona Sahip Hastaların, Cerrahi Öncesinde ve Cerrahi Sonrasında Benlik Saygısı, Eleştiriye Duyarlılık ve Sosyal Görünüş Kaygısı Verilerinin Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması

İskeletsel sınıf III maloklüzyona sahip hastaların cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı puan ortalamaları karşılaştırılarak incelenmiştir (Tablo 4.1.). Elde edilen sonuçlara göre, hastaların cerrahi sonrasında, benlik saygısı düzeyleri cerrahi öncesine göre anlamlı olarak artarken, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygı düzeyleri ise anlamlı olarak azalmıştır ($p<0,01$).

Tablo 4.1. İskeletsel sınıf III maloklüzyona sahip hastaların cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı puanlarının karşılaştırılması.

	(Sınıf III) Cerrahi Öncesi			(Sınıf III) Cerrahi Sonrası			t	p
	N	Ort.	S.S.	N	Ort.	S.S.		
B.S.	45	1,13	0,69	45	0,62	0,27	4,22	0,00
E.D.	45	2,09	1,00	45	1,56	1,01	3,32	0,00
S.G.K.	45	41,58	14,83	45	28,09	9,38	6,28	0,00

B.S.: Benlik saygısı, E.D.: Eleştiriye Duyarlılık, S.G.K.: Sosyal Görünüş Kaygısı, N: birey sayısı, Ort.: ortalama, S.S.: standart sapma

4.2. İskeletsel Sınıf II ve Sınıf III Maloklüzyona Sahip Hastaların Cerrahi Öncesi ve Cerrahi Sonrası Benlik Saygısı, Eleştiriye Duyarlılık, Sosyal Görünüş Kaygısı Düzeylerinin, Farklı Bireyler Üzerinde Yürütülmüş Çalışma Verileri Kullanılarak Değerlendirilmesi

Sınıf III maloklüzyona sahip 50 hastanın cerrahi öncesi benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık, sosyal görünüş kaygısı düzeylerinin, sınıf III maloklüzyona sahip 50 farklı

hastanın cerrahi sonrasındaki aynı psikolojik parametrelerinin karşılaştırılmasında, hastaların cerrahi sonrasında benlik saygısının anlamlı şekilde arttığı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı düzeylerinin anlamlı şekilde azaldığı gözlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.2.). Sınıf II maloklüzyona sahip 20 hastanın cerrahi öncesi benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygı düzeylerinin, sınıf II maloklüzyona sahip farklı 20 hastanın cerrahi sonrası aynı psikolojik parametreleri ile karşılaştırılmasında, hastaların cerrahi sonrasında benlik saygısının anlamlı şekilde arttığı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısının anlamlı şekilde azaldığı görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 4.4.).

Tablo 4.2. İskeletsel sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip bireylerin cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı puanlarının değerlendirilmesi.

	Sınıf III							P	Sınıf II						P
	Cerrahi Öncesi			Cerrahi Sonrası					Cerrahi Öncesi			Cerrahi Sonrası			
	N	Ort.	S.S.	N	Ort.	S.S.	N		Ort.	S.S.	N	Ort.	S.S.		
B.S.	50	1,04	0,52	50	0,55	0,27	0,00	20	1,01	0,49	20	0,55	0,23	0,00	
E.D.	50	2,10	0,93	50	1,66	0,96	0,02	20	1,80	1,20	20	1,40	1,10	0,05	
S.G.K.	50	42,00	12,01	50	27,12	10,24	0,00	20	38,00	13,39	20	26,90	11,82	0,01	

B.S.: Benlik Saygısı, **E.D.:** Eleştiriye Duyarlılık, **S.G.K.:** Sosyal Görünüş Kaygısı, **N:** birey sayısı, **Ort.:** ortalama, **S.S.:** standart sapma

Hastaların sahip olduğu maloklüzyonun, cerrahi öncesinde ve cerrahi sonrasında benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı düzeyleri üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir (Tablo 4.3.). Cerrahi öncesinde sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip hastaların benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı değerlendirmesinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Cerrahi sonrasında, cerrahi öncesi değerlendirmede yer almayan 50 farklı sınıf III ve 20 farklı sınıf II hastanın benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı puan ortalamaları arasında da anlamlı bir farklılık bulunmadığı gözlenmiştir. Dolayısıyla benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı gibi psikolojik parametreler üzerinde maloklüzyonun anlamlı bir etkisinin bulunmadığı görülmüştür.

Tablo 4.3. İskeletsel sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip bireylerin cerrahi öncesinde ve cerrahi sonrasında benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı puanlarının karşılaştırılması.

	Cerrahi Öncesi						<i>p</i>	Cerrahi Sonrası						<i>p</i>
	Sınıf III			Sınıf II				Sınıf III			Sınıf II			
	N	Ort.	S.S.	N	Ort.	S.S.		N	Ort.	S.S.	N	Ort.	S.S.	
B.S.	50	1,04	0,52	20	1,01	0,49	0,81	50	0,55	0,27	20	0,55	0,23	0,99
E.D.	50	2,10	0,93	20	1,80	1,20	0,27	50	1,66	0,96	20	1,40	1,10	0,43
S.G.K.	50	42,00	12,01	20	38,00	13,39	0,23	50	27,12	10,24	20	26,90	11,82	0,78

B.S.: Benlik Saygısı, **E.D.:** Eleştiriye Duyarlılık, **S.G.K.:** Sosyal Görünüş Kaygısı, **N:** birey sayısı, **Ort.:** ortalama, **S.S.:** standart sapma

Farklı maloklüzyon gruplarındaki hastalar tek bir örneklemede birleştirilerek benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık, sosyal görünüş kaygısı düzeyleri değerlendirilmiştir (Tablo 4.4.). Sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip 70 hastanın cerrahi öncesinde ve sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip 70 farklı hastanın cerrahi sonrasındaki benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygı düzeyleri karşılaştırıldığında, cerrahi sonrasında hastaların benlik saygısı anlamlı şekilde artarken, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı anlamlı şekilde azalmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4.4. Farklı maloklüzyon gruplarındaki hastalar tek bir örneklemede birleştirilerek cerrahi öncesinde ve cerrahi sonrasında benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı düzeylerinin karşılaştırılması.

	Cerrahi Öncesi			Cerrahi sonrası			t	p
	N	Ort.	S.S.	N	Ort.	S.S.		
B.S.	70	0,99	0,51	70	0,55	0,25	6,53	0,00
E.D.	70	2,01	1,01	70	1,60	1,00	2,44	0,02
S.G.K.	70	40,86	12,46	70	26,34	10,63	7,41	0,00

B.S.: Benlik Saygısı, **E.D.:** Eleştiriye Duyarlılık, **S.G.K.:** Sosyal Görünüş Kaygısı, **N:** birey sayısı, **Ort.:** ortalama, **S.S.:** standart sapma

Sınıf III maloklüzyona sahip aynı hastaların (2.Grup) cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık, sosyal görünüş kaygısı düzeyleri ile cerrahi öncesinde farklı, cerrahi sonrasında farklı sınıf III maloklüzyona sahip hastalardan (3. Grup) elde edilen veriler karşılaştırıldığında, psikolojik parametrelerin her iki veri grubunda da aynı yönde değiştiği gözlenmiştir. Farklı çalışma dizaynları ile elde edilen

cerrahi öncesi-cerrahi sonrası benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı değişimleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir (Tablo 4.5.).

Tablo 4.5. İskeletsel sınıf III maloklüzyona sahip aynı hastaların (2. Grup) cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı düzeyleri ile cerrahi öncesinde farklı cerrahi sonrasında farklı sınıf III maloklüzyona sahip hastalardan (3. Grup) elde edilen psikolojik parametrelerin karşılaştırılması.

	2. Grup (Sınıf III)			3. Grup (Sınıf III)			p	2. Grup (Sınıf III)			3.Grup (Sınıf III)			p
	Cerrahi Öncesi			Cerrahi Öncesi				Cerrahi Sonrası			Cerrahi Sonrası			
	N	Ort.	S.S.	N	Ort.	S.S.		N	Ort.	S.S.	N	Ort.	S.S.	
B.S.	45	1,13	0,69	50	1,04	0,52	0,24	45	0,62	0,27	50	0,55	0,27	0,20
E.D.	45	2,09	1,00	50	2,10	0,93	0,96	45	1,56	1,01	50	1,66	0,96	0,61
S.G.K.	45	41,58	14,83	50	42,00	12,01	0,88	45	28,09	9,38	50	27,12	10,24	0,33

B.S.: Benlik Saygısı, **E.D.:** Eleştiriye Duyarlılık, **S.G.K.:** Sosyal Görünüş Kaygısı, **N:** birey sayısı, **Ort:** ortalama, **S.S.:** standart sapma

4.3. Cerrahi Öncesi, Cerrahi Sonrası Sınıf III Maloklüzyona Sahip Aynı Hastalara ve Cerrahi Öncesi, Cerrahi Sonrası Sınıf III ve Sınıf II Maloklüzyona Sahip Farklı Hastalara Ait Benlik Saygısı, Eleştiriye Duyarlılık, Sosyal Görünüş Kaygısı Bulgularının, Kontrol Grubundan Elde Edilen Psikolojik Parametreler İle Çoklu Karşılaştırılması

Cerrahi öncesi sınıf III maloklüzyona sahip aynı hastalara (2. grup) ait ve cerrahi öncesi, sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip farklı hastalara (3. grup) ait benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık, sosyal görünüş kaygısı bulgularının, kontrol grubundan elde edilen psikolojik parametreler ile çoklu karşılaştırılmasında; cerrahi öncesi sınıf III maloklüzyona sahip hastaların benlik saygısı kontrol grubu bireylerinden anlamlı olarak daha düşük bulunurken ($p \leq 0,05$), eleştiriye duyarlılık açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Tüm grupların sosyal görünüş kaygısı düzeyleri kontrol grubuna göre anlamlı şekilde fazla bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 4.6.).

Tablo 4.6. Kontrol grubu, 2. grup, 3. gruptaki sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip hastaların cerrahi öncesi benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı düzeylerinin çoklu karşılaştırılması.

	1. Grup (Kontrol)			2. Grup (Cerrahi Öncesi) (Sınıf III)			3. Grup (Cerrahi Öncesi) (Sınıf III)			3. Grup (Cerrahi Öncesi) (Sınıf II)			P	Ç.K.
	N	Ort.	S.S.	N	Ort.	S.S.	N	Ort.	S.S.	N	Ort.	S.S.		
B.S.	60	,82	,47	45	1,13	,69	50	1,04	,52	20	1,01	,49	,05	2>1 3/III>1
E.D.	60	1,67	1,07	45	2,09	1,00	50	2,10	,93	20	1,80	1,20	,09	-
S.G.K.	60	31,23	8,87	45	41,58	14,83	50	42,00	12,01	20	38,00	13,39	,00	2>1 3/III>1 3/II>1

B.S.: Benlik saygısı, **E.D.:** Eleştiriye duyarlılık, **S.G.K.:** Sosyal görünüş kaygısı, **Ç.K.:** Çoklu karşılaştırma N: birey sayısı, **Ort.:** ortalama, **S.S.:** standart sapma

Cerrahi sonrasında sınıf III maloklüzyona sahip aynı hastalara (2. grup) ve cerrahi sonrasında sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip farklı hastalara (3. grup) ait benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık, sosyal görünüş kaygısı bulgularının, kontrol grubundan elde edilen psikolojik parametreler ile çoklu karşılaştırılmasında; cerrahi sonrası tüm grupların benlik saygısı düzeyleri kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek iken ($p<0,05$), gruplar arasında eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı gözlenmiştir (Tablo 4.7.).

Tüm grupların cerrahi öncesinde ve cerrahi sonrasında benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı düzeylerinin çoklu karşılaştırılması tablo 4.8.' de gösterilmiştir.

Tablo 4.7. Kontrol grubu, 2. grup, 3. gruptaki sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip hastaların cerrahi sonrası benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygı düzeylerinin çoklu karşılaştırılması.

	1. Grup (Kontrol)			2. Grup (Cerrahi Sonrası) (Sınıf III)			3. Grup (Cerrahi Sonrası) (Sınıf III)			3. Grup (Cerrahi Sonrası) (Sınıf II)			p	Ç.K
	N	Ort.	S.S.	N	Ort.	S.S.	N	Ort.	S.S.	N	Ort.	S.S.		
B.S.	60	,82	,47	45	,62	,27	50	,55	,27	20	,55	,23	,00	1>3/II 1>3/III 1>2
E.D.	60	1,67	1,07	45	1,56	1,01	50	1,66	,96	20	1,40	1,10	,82	-
S.G.K.	60	31,23	8,87	45	28,09	9,38	50	27,12	10,24	20	26,9	11,82	,06	-

B.S.: Benlik saygısı, **E.D.:** Eleştiriye duyarlılık, **S.G.K.:** Sosyal görünüş kaygısı, **Ç.K.:** Çoklu karşılaştırma **N:** birey sayısı, **Ort:** ortalama, **S.S.:** standart sapma

Tablo 4.8. Tüm grupların, kontrol grubuyla cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı puanlarının karşılaştırılması.

	Cerrahi Öncesi			Cerrahi Sonrası		
	1-2. Grup	1-3/III Grup	1-3/II Grup	1-2. Grup	1-3/III Grup	1-3/II Grup
B.S.	*	*	NS	*	*	*
E.D.	NS	NS	NS	NS	NS	NS
S.G.K.	*	*	*	NS	NS	NS

B.S.: Benlik Saygısı, **E.D.:** Eleştiriye duyarlılık, **S.G.K.:** Sosyal görünüş kaygısı, **NS:** Anlamlı değil,

*: $p \leq 0,01$.

4.5. Ortognatik Cerrahi Hastalarında Memnuniyet Bulgularının Değerlendirilmesi

Ortognatik cerrahi tedavi uygulanmış sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip hastaların (4. grup) “S.1. Ortognatik cerrahi /ortodontik tedaviye başvururken öncelikli beklentiniz hangisiydi?” sorusuna verdikleri cevaplar tablo 4.9.’ da incelenmiştir. Sınıf III ve sınıf II ortognatik cerrahi hastalarının % 63,3’ ü hem estetik hem de çiğnemenin düzelmesi beklentisi ile, % 20’ si sadece estetik beklenti ile, % 16,7’ si de sadece çiğnemenin düzelmesi beklentisi ile ortognatik cerrahi tedaviye başvurduklarını bildirmişlerdir. Sınıf III hastaların % 67,1’ i ve sınıf II hastaların da % 50’ si hem estetik hem de çiğnemenin düzelmesi beklentisi ile ‘her ikisi’ seçeneğini işaretlemiştir.

“S.2. Ortognatik cerrahi tedavi sonrasındaki sonucu nasıl değerlendirirsiniz?” sorusunu yanıtlayan hastaların büyük kısmı (% 88,9) ilgili soruya ‘her ikisi de düzelmiş’ cevabını vermiştir. Sınıf III hastaların % 92,9’ u, sınıf II hastaların da % 75’ i “her ikisi de düzelmiş” seçeneğini işaretleyerek tedavinin sonucunda hem estetik hem de çiğnemenin düzeldiğini belirtmiştir (Tablo 4.9.).

“S.15. Ortognatik cerrahi tedaviden sonra konuşmanızda herhangi bir değişiklik oldu mu?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, hastaların büyük kısmı (% 76,7) cerrahi sonrasında konuşmasının daha iyi olduğunu belirtmiştir. Sınıf III hastaların % 84,3’ ü ilgili soruya “daha iyi oldu” cevabını verirken, hastaların % 15,7’ si “değişiklik yok” yanıtını vermiştir. Sınıf II maloklüzyona sahip hastaların % 50’ si konuşmasının cerrahi tedaviden sonra daha iyi olduğunu, hastaların % 45’ i ise konuşmasında değişiklik olmadığını bildirmiştir (Tablo 4.9.). Cerrahi tedaviden sonra konuşmasında değişiklik olmadığını belirten sınıf II maloklüzyona sahip hastaların, sınıf III hastalara kıyasla daha fazla sayıda olduğu gözlenmiştir.

Tablo 4.9. Ortognatik cerrahi tedavi uygulanmış sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip hastaların (4. Grup) soru-1 ve soru-2 ve soru-15’ e verdikleri yanıtların yüzde ve frekanslarla incelenmesi.

			Sınıf III		Sınıf II		Toplam	
			N	%	N	%	N	%
S. 1	Ortognatik cerrahi /ortodontik tedaviye başvururken öncelikli beklentiniz hangisiydi?	Estetik düzelme	11	15,7	7	35	18	20
		Çiğnemenin düzelmesi	12	17,1	3	15	15	16,7
		Her ikisi	47	67,1	10	50	57	63,3
		Hiçbiri/ Bilmiyorum	0	0	0	0	0	0
		Toplam	70	100	20	100	90	100
S.2	Ortognatik cerrahi sonrasındaki sonucu nasıl değerlendirirsiniz?	Estetik düzelme mevcut	3	4,3	5	25	8	8,9
		Çiğneme düzelmiş	2	2,9	0	0	2	2,2
		Her ikisi de düzelmiş	65	92,9	15	75	80	88,9
		Düzelme yok	0	0	0	0	0	0
		Toplam	70	100	20	100	90	100
S.15	Ortognatik cerrahi tedaviden sonra konuşmanızda herhangi bir değişiklik oldu mu?	Daha iyi oldu	59	84,3	10	50	69	76,7
		Daha kötü oldu	0	0	1	5	1	1,1
		Değişiklik yok	11	15,7	9	45	20	22,2
		Toplam	70	100	20	100	90	100

“S.3. Ortognatik cerrahi tedavinin sonucu beklentilerinizi karşıladı mı, sonuçtan memnun musunuz?” sorusuna verilen cevaplar tablo 4.10.’ da incelenmiştir. Ortognatik cerrahi hastalarının büyük kısmının (% 83,3) yanıtları “8”, “9” ve “10” puan seçeneklerinde yoğunlaşmıştır. Sınıf III hastaların % 61,4’ ü ve sınıf II hastaların % 50’ si “10” puan seçeneğini işaretleyerek, cerrahi tedavinin beklentilerini tam olarak karşıladığını ve sonuçtan çok memnun olduklarını belirtmişlerdir.

“S.4. Ortognatik cerrahi tedavi öncesi yüz görünümünüzü estetik olarak değerlendiriniz.” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, sınıf III hastaların yarısından fazlasının (% 57,2) ve sınıf II hastaların da yarısının (% 50) ortognatik cerrahi tedavi öncesi yüz görünümlerinin estetik olarak değerlendirilmesine ilişkin görüşlerinin “1” ve “5” puan seçeneklerinde yoğunlaştığı görülmüştür (Tablo 4.10.).

“S.5. Ortognatik cerrahi tedavi sonrasında yüz görünümünüzü estetik olarak değerlendiriniz.” sorusuna verilen yanıtlarda, sınıf III (% 78,6) ve sınıf II (% 90) maloklüzyona sahip hastaların büyük çoğunluğunun görüşleri “9” ve “10” puan seçeneklerinde dağılım göstermiştir. Hastaların % 81,1’ i “9” ve “10” puan seçeneklerini işaretleyerek, cerrahi sonrasında yüz görünümünün düzeldiğini belirtmiştir (Tablo 4.10.).

“S.6. Aileniz, akrabalarınız ya da arkadaşlarınız size uygulanan ortodontik tedavinin sonucu hakkında ne düşünüyor?” sorusunu sınıf III (% 90) ve sınıf II (% 70) hastaların büyük çoğunluğu “10” puan seçeneğini işaretleyerek yanıtlamışlardır. Hastaların % 85,6’ sı yakın çevresinin cerrahi operasyonun sonucunu başarılı bulduğunu belirtmiştir (Tablo 4.10.).

“S.9. Ortodontik tedavi öncesinde çiğneme fonksiyonunuz nasıldı?” sorusunu yanıtlayan hastaların cevapları (% 52,2) “1” ve “5” seçeneklerinde yoğunlaşmıştır. Sınıf III hastaların büyük kısmı (% 51,4) ilgili soruya “1” ve “5” puan yanıtını verirken, sınıf II hastaların büyük çoğunluğu da (% 40) “5” puan seçeneğini tercih etmiştir (Tablo 4.10.).

“S.10. Ortodontik tedavi sonrasında çiğneme fonksiyonunuz nasıl oldu?” sorusuna verilen yanıtlar değerlendirildiğinde, hastaların büyük kısmı (% 68,9) cerrahiden sonra çiğnemesinin çok iyi olduğunu belirtmiştir. Sınıf III hastaların büyük çoğunluğunun (% 83,3) yanıtları “8”, “9” ve “10” puan seçeneklerinde yoğunlaşmıştır. Sınıf III hastaların % 61,4’ ü ve sınıf II hastaların % 50’ si “10” puan seçeneğini işaretleyerek, cerrahi tedavinin beklentilerini tam olarak karşıladığını ve sonuçtan çok memnun olduklarını belirtmişlerdir.

72,9) ve sınıf II hastaların yarısından fazlasının (% 55) cevapları da “10” puan seçeneğinde yoğunlaşmıştır (Tablo 4.10.).

Tablo 4.10. Ortognatik cerrahi tedavi uygulanmış sınıf III ve sınıf II hastaların soru-3, soru-4, soru-5, soru-6, soru-9, soru-10’ a verdikleri yanıtların yüzdelerinin incelenmesi.

	Puan	S-3	S-4	S-5	S-6	S-9	S-10
		%	%	%	%	%	%
ORTOGNATİK CERRAHİ SINIF III	1	0	32,9	0	0	25,7	0
	2	0	4,3	0	0	5,7	0
	3	0	8,6	0	0	14,3	0
	4	0	7,1	0	0	11,4	0
	5	10	24,3	4,3	5,7	25,7	2,9
	6	1,4	5,7	2,9	0	7,1	1,4
	7	2,9	1,4	4,3	1,4	1,4	1,4
	8	11,4	4,3	10	1,4	0	12,9
	9	12,9	1,4	12,9	1,4	2,9	8,6
	10	61,4	10	65,7	90	5,7	72,9
TOPLAM		100	100	100	100	100	100
ORTOGNATİK CERRAHİ SINIF II	1	0	30	0	5	15	0
	2	0	0	0	0	5	0
	3	0	5	0	0	15	5
	4	0	5	0	0	0	0
	5	0	20	0	0	40	5
	6	10	15	5	0	5	0
	7	15	5	0	10	5	15
	8	5	5	5	0	0	15
	9	20	0	35	15	0	5
	10	50	15	55	70	15	55
TOPLAM		100	100	100	100	100	100
ORTOGNATİK CERRAHİ SINIF III+SINIF II	1	0	32,2	0	1,1	23,3	0
	2	0	3,3	0	0	5,6	0
	3	0	7,8	0	0	14,4	1,1
	4	0	6,7	0	0	8,9	0
	5	7,8	23,3	3,3	4,4	28,9	3,3
	6	3,3	7,8	3,3	0	6,7	1,1
	7	5,6	2,2	3,3	3,3	2,2	4,4
	8	10	4,4	8,9	1,1	0	13,3
	9	14,4	1,1	17,8	4,4	2,2	7,8
	10	58,9	11,1	63,3	85,6	7,8	68,9
TOPLAM		100	100	100	100	100	100

“S.7. Ortognatik cerrahi tedavi sonrasında özgüveniniz arttı mı?” sorusuna verilen yanıtlar tablo 4.11.’ de gösterilmiştir. Sınıf III (% 95,7) ve sınıf II (% 95) maloklüzyona sahip hastaların büyük çoğunluğunun yanıtları “evet” seçeneğinde yoğunlaşmıştır. Hastaların % 95,6’ sı cerrahi sonrasında özgüvenlerinin arttığını belirtmiştir.

“S.8. Ortognatik cerrahi gereken hastalara bu operasyonu tavsiye eder misiniz?” sorusuna, sınıf III (% 100) ve sınıf II (% 95) maloklüzyona sahip hastaların büyük kısmı “evet” yanıtını verirken, hastaların % 98,9’ u bu operasyonu başkalarına tavsiye edebileceğini belirtmiştir (Tablo 4.11.).

“S.11. Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedaviden önce ağzınızı açıp kapatırken çene ekleminizde ağrı var mıydı?” sorusuna sınıf III (% 60) ve sınıf II (% 80) maloklüzyona sahip bireylerin büyük çoğunluğu “hayır” yanıtını vermiştir. Soruyu yanıtlayan hastaların % 64,4’ ü ortognatik cerrahi tedaviden önce çene ekleminde ağrı olmadığını belirtmiştir (Tablo 4.11.).

“S.12. Şu anda ağzınızı açıp kapatırken çene ekleminizde ağrı var mı?” sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde, hastaların büyük kısmı (% 78,9) çene ekleminde ağrı olmadığını belirtmiştir. Sınıf III hastaların % 78,6’ sı, sınıf II hastaların da % 80’ i, ilgili soruya “hayır” cevabını vermiştir. Ortognatik cerrahi tedavi öncesi ve sonrasında hastaların ilgili soruya verdikleri yanıtlar incelendiğinde, hastaların ortognatik cerrahi sonrasında çene eklemlerindeki ağrının anlamlı şekilde azaldığı görülmüştür ($\chi^2=4,62$; $p<0,05$) (Tablo 4.12.).

“S.13. Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedaviden önce ağzınızı açıp kapatırken çene ekleminizde ses var mıydı?” sorusuna hastaların büyük kısmı (% 74,4) “hayır” yanıtını vermiştir. Sınıf III hastaların % 70’ i ve sınıf II hastaların % 90’ ı cerrahi tedaviden önce çene ekleminde ses olmadığını belirtmiştir (Tablo 4.11.).

“Şu anda ağzınızı açıp kapatırken çene ekleminizde ses var mı?” sorusuna hastaların % 85,6’ sı “hayır” yanıtını vermiştir. Sınıf III (% 80) ve sınıf II (% 80) hastaların büyük kısmı cerrahi tedavi sonrasında çene ekleminde ses olmadığını belirtmiştir (Tablo 4.10.). Ortognatik cerrahi tedavi öncesi ve sonrasında hastaların bu soruya verdikleri yanıtlar incelendiğinde, cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası arasında çene eklemindeki ses açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı gözlenmiştir ($\chi^2=3,47$; $p>0,05$) (Tablo 4.12.).

“S.16. Ortognatik cerrahiden sonra şu anda yüzünüzde, alt ya da üst dudağınızda ya da diş etinizde uyuşukluk, karıncalanma var mı?” sorusuna hastaların büyük kısmı (% 62,2) “evet” yanıtını vermiştir. Sınıf III hastaların % 65,7’ si, sınıf II hastaların da yarısı (% 50) ilgili soruya “evet” yanıtını vererek uyuşukluk olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.10.). Sınıf II ve sınıf III maloklüzyona sahip hastalar arasında uyuşukluk açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı gözlenmiştir ($\chi^2=1,63$; $p>0,05$) (Tablo 4.12.).

Tablo 4.11. Ortognatik cerrahi tedavi uygulanmış sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip hastaların soru-7, soru-8, soru-11, soru-12, soru-13, soru-14, soru-16’ ya verdikleri yanıtların yüzde, frekans ve Ki-kare değerlerinin incelenmesi.

	SINIF III				SINIF II				TOPLAM				χ^2	p
	EVET		HAYIR		EVET		HAYIR		EVET		HAYIR			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
S.7	67	95,7	3	4,3	19	95	1	5	86	95,6	4	4,4	-	-
S.8	70	100	0	0	19	95	1	5	89	98,9	1	1,1	-	-
S.11	28	40	42	60	4	20	16	80	32	35,6	58	64,4	-	-
S.12	15	21,4	55	78,6	4	20	16	80	19	21,1	71	78,9	-	-
S.13	21	30	49	70	2	10	18	90	23	25,6	67	74,4	-	-
S.14	9	12,9	61	87,1	4	20	16	80	13	14,4	77	85,6	-	-
S.16	46	65,7	24	34,3	10	50	10	50	56	62,2	34	37,8	1,63	0,20

Tablo 4.12. Ortognatik cerrahi tedavi uygulanmış hastaların cerrahi öncesi ve cerrahi sonrasındaki çene eklemindeki ağrı (S.11-12) ve sesin (S.13-14) Ki-kare testi ile karşılaştırılması.

	CERRAHİ ÖNCESİ				CERRAHİ SONRASI				χ^2	p
	EVET		HAYIR		EVET		HAYIR			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
S. 11-12	32	35,6	58	64,4	19	21,1	71	78,9	4,62	0,03
S. 13-14	23	25,6	67	74,4	13	14,4	77	85,6	3,47	0,06

4.6. Ortodontik Kamufraj Hastalarında Memnuniyetin Değerlendirilmesi

Sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip ortodontik kamufraj hastalarının “S.1. Ortodontik tedaviye başvururken öncelikli beklentiniz hangisiydi?” sorusuna verdikleri yanıtlar tablo 4.13.’ te incelenmiştir. Hastaların yarısından fazlası (% 52,2) hem estetik hem de çiğnemenin düzelmesi amacıyla ortodontik tedaviye başvurduğunu belirtmiştir. Sınıf III hastaların % 42,9’ u ilgili soruya “estetik düzelme”, hastaların % 52,9’ u da “her ikisi” cevabını vermiştir. Sınıf II hastaların % 40’ ı “estetik düzelme” yanıtını verirken, hastaların % 50’ si de “her ikisi” cevabını vererek hem estetik hem çiğnemenin düzelmesinin öncelikli beklentisi olduğunu belirtmiştir.

“S.2. Ortodontik tedavi sonrasındaki sonucu nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna ortodontik kamufraj hastalarının % 74,4’ ü “her ikisi de düzelmiş” yanıtını vermiştir. Sınıf III (% 72,9) ve sınıf II maloklüzyona sahip hastaların (% 80) büyük kısmı tedavi sonrasında hem estetik hem de çiğnemenin düzeldiğini belirtmiştir (Tablo 4.13.).

“S.15. Ortodontik tedaviden sonra konuşmanızda herhangi bir değişiklik oldu mu?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, hastaların % 51,1’ i konuşmasının tedaviden sonra daha iyi olduğunu düşünürken, % 46,7’ si tedaviden sonra konuşmasında herhangi bir değişiklik olmadığını belirtmiştir. Sınıf III hastaların % 50’ si, sınıf II hastaların % 55’ i ilgili soruya “daha iyi oldu” yanıtını verirken, sınıf III hastaların % 48,6’ sı, sınıf II hastaların da % 40’ ı “değişiklik yok” cevabını vermiştir (Tablo 4.13.).

Tablo 4.13. Sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip olan ve ortodontik kamufraj tedavisi uygulanan hastaların soru-1, soru-2 ve soru-3' e verdikleri yanıtların yüzde ve frekanslarla değerlendirilmesi.

			Sınıf III		Sınıf II		Toplam	
			N	%	N	%	N	%
S. 1	Ortodontik tedaviye başvururken öncelikli beklentiniz hangisiydi?	Estetik düzelme	30	42,9	7	8	38	42,2
		Çiğnemenin düzelmesi	2	2,9	1	5	2	3,3
		Her ikisi	37	52,9	10	50	47	52,2
		Hiçbiri/ Bilmiyorum	1	1,4	1	5	2	2,2
		Toplam	70	100	20	100	90	100
S.2	Ortodontik tedavi sonrasındaki sonucu nasıl değerlendirirsiniz?	Estetik düzelme mevcut	15	21,4	1	5	16	17,8
		Çiğneme düzelmiş	4	5,7	2	10	6	6,7
		Her ikisi de düzelmiş	51	72,9	16	80	67	74,4
		Düzelme yok	0	0	1	5	1	1,1
		Toplam	70	100	20	100	90	100
S.15	Ortodontik tedaviden sonra konuşmanızda herhangi bir değişiklik oldu mu?	Daha iyi oldu	35	50	11	55	46	51,1
		Daha kötü oldu	1	1,4	1	5	2	2,2
		Değişiklik yok	34	48,6	8	40	42	46,7
		Toplam	70	100	20	100	90	100

Ortodontik kamufraj hastalarının “S.3. Ortodontik tedavinin sonucu beklentilerinizi karşıladı mı, sonuçtan memnun musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar tablo 4.14.’ te incelenmiştir. Sınıf III (% 85,8) ve sınıf II (% 80) maloklüzyona sahip ortodontik kamufraj hastalarının büyük çoğunluğunun görüşleri “8”, “9” ve “10” puan seçeneklerinde yoğunlaşmıştır.

“S.4. Ortodontik tedavi öncesi yüz görünümünüzü estetik olarak değerlendiriniz.” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, sınıf III (% 55,7) ve sınıf II (% 65) ortodontik kamufraj hastalarının görüşlerinin “3”, “4” ve “5” puan seçeneklerinde yoğunlaştığı görülmüştür (Tablo 4.14.).

“S.5. Ortodontik tedavi sonrası yüz görünümünüzü estetik olarak değerlendiriniz.” sorusuna sınıf III (% 95,6) ve sınıf II (% 80) ortodontik kamuflej hastalarının verdikleri yanıtlar “8”, “9” ve “10” seçeneklerinde dağılım göstermiştir. Hastaların büyük çoğunluğu, cerrahi sonrası yüz görünümünün estetik açıdan daha iyi duruma geldiğini düşünmektedir (Tablo 4.14.).

“S.6. Aileniz, akrabalarınız ya da arkadaşlarınız size uygulanan ortodontik tedavinin sonucu hakkında ne düşünüyor?” sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde, sınıf III (% 62,9) ve sınıf II hastaların (% 65) büyük çoğunluğu “10” seçeneğini işaretleyerek aile, akraba ya da arkadaşlarının tedavinin sonucunu başarılı bulduklarını belirtmiştir (Tablo 4.14.).

“S.9. Ortodontik tedavi öncesinde çiğneme fonksiyonunuz nasıldı?” sorusuna hastaların % 56,7’ sinin yanıtı “4”, “5” ve “6” puan seçeneklerinde dağılım göstermiştir. Sınıf III hastaların % 34,3’ ünün yanıtı “5” puan seçeneğinde, sınıf II hastaların cevapları ise sırası ile “4” (% 30) ve “6” (% 35) seçeneklerinde yoğunlaşmıştır (Tablo 4.14.).

“S.10. Ortodontik tedavi sonrasında çiğneme fonksiyonunuz nasıl oldu?” sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde, hastaların % 88,9’ u “8”, “9” ve “10” seçeneklerini işaretleyerek ortodontik kamuflej tedavisi sonrası çiğneme fonksiyonunun düzeldiğini belirtmiştir. Sınıf III (% 88,6) ve sınıf II hastaların (% 90) büyük çoğunluğunun görüşleri de “8”, “9” ve “10” seçeneklerinde dağılım göstermiştir (Tablo 4.14.).

Tablo 4.14. Sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip ortodontik kamuflaj hastalarının soru-3, soru-4, soru-5, soru-6, soru-9 ve soru-10' a verdikleri yanıtların yüzdelerin değerlendirilmesi.

	Puan	S-3	S-4	S-5	S-6	S-9	S-10
		%	%	%	%	%	%
ORTODONTİK KAMUFLAJ SINIF III	1	0	15,7	0	1,4	7,1	0
	2	1,4	10	0	0	5,7	0
	3	0	20	0	0	12,9	0
	4	0	18,6	0	0	8,6	0
	5	4,3	17,1	0	2,9	34,3	1,4
	6	5,7	5,7	2,9	2,9	10	2,9
	7	2,9	5,7	1,4	1,4	8,6	7,1
	8	24,3	4,3	27,1	11,4	7,1	32,9
	9	28,6	1,4	31,4	17,1	0	15,7
	10	32,9	1,4	37,1	62,9	5,7	40
TOPLAM		100	100	100	100	100	100
ORTODONTİK KAMUFLAJ SINIF II	1	0	0	0	0	0	0
	2	0	15	0	0	5	0
	3	5	20	0	0	5	0
	4	0	20	5	0	30	0
	5	0	25	0	0	5	0
	6	5	5	5	5	35	5
	7	10	15	10	0	0	5
	8	10	0	30	5	5	20
	9	25	0	30	25	5	35
	10	45	0	20	65	10	35
TOPLAM		100	100	100	100	100	100
ORTODONTİK KAMUFLAJ SINIF III+SINIF II	1	0	12,2	0	1,1	5,6	0
	2	1,1	11,1	0	0	5,6	0
	3	1,1	20	0	0	11,1	0
	4	0	18,9	1,1	0	13,3	0
	5	3,3	18,9	0	2,2	27,8	1,1
	6	5,6	5,6	3,3	3,3	15,6	3,3
	7	4,4	7,8	3,3	1,1	6,7	6,7
	8	21,1	3,3	27,8	10	6,7	30
	9	27,8	1,1	31,1	18,9	1,1	20
	10	35,6	1,1	33,3	63,3	6,7	38,9
TOPLAM		100	100	100	100	100	100

“S.7. Ortodontik tedavi sonrasında özgüveniniz arttı mı?” sorusuna hastaların büyük kısmı (% 88,9) “evet” yanıtını vermiştir. Sınıf III (% 88,6) ve sınıf II (% 90) ortodontik kamufraj hastalarının büyük çoğunluğu, tedavi sonrasında özgüvenin arttığını bildirmiştir (Tablo 4.15).

“S.8. Ortodontik tedavi gereken hastalara bu tedaviyi tavsiye eder misiniz?” sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde, sınıf III (% 98,6) ve sınıf II (% 95) ortodontik kamufraj hastalarının büyük çoğunluğu tedaviyi başka hastalara da tavsiye edebileceğini belirtmiştir (Tablo 4.15.).

“S.11. Ortodontik tedaviden önce ağzınızı açıp kapatırken çene eklemınızda ağrı var mıydı?” sorusuna hastaların büyük kısmı (% 73,3) “hayır” yanıtını vermiştir. Sınıf III hastaların % 74,3’ ü, sınıf II hastaların da % 70’ i tedaviden önce çene ekleminde ağrı olmadığını belirtmiştir. Tedavi öncesinde, sınıf III ve sınıf II hastalar arasında çene eklemindeki ağrı açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı gözlenmiştir ($\chi^2=0,15$; $p>0,05$) (Tablo 4.15.).

“S.12. Şu anda ağzınızı açıp kapatırken çene eklemınızda ağrı var mı?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, hastaların büyük kısmı (% 92,9) bu soruya “hayır” yanıtını vermiştir. Sınıf III (% 92,9) ve sınıf II (% 90) maloklüzyona sahip hastaların büyük çoğunluğu çene ekleminde ağrı olmadığını bildirmiştir (Tablo 4.14). Hastaların TME ağrıların tedavi sonrasında, tedavi öncesine göre anlamlı şekilde azaldığı görülmüştür ($\chi^2=11,26$; $p<0,01$) (Tablo 4.16.).

“S.13. Ortodontik tedaviden önce ağzınızı açıp kapatırken çene eklemınızda ses var mıydı?” sorusuna sınıf III (% 61,4) ve sınıf II (% 70) ortodontik kamufraj hastalarının çoğu “hayır” yanıtını vererek çene ekleminde ses bulunmadığını belirtmiştir. Tedavi öncesinde sınıf III ve sınıf II hastalar arasında çene eklemindeki ses açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmüştür ($\chi^2=0,15$; $p>0,05$) (Tablo 4.15.).

“S.14. Şu anda ağzınızı açıp kapatırken çene eklemınızda ses var mı?” sorusuna sınıf III hastaların % 87,1’ i, sınıf II maloklüzyona sahip bireylerin % 75’ i “hayır” cevabını vermiştir. Tedavi sonrasında sınıf III ve sınıf II hastalar arasında çene eklemindeki ses açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir ($\chi^2=1,74$; $p>0,05$) (Tablo 4.15). Tedavi öncesi ve tedavi sonrasında ortodontik kamufraj hastalarının ilgili soruya

verdikleri cevaplar incelendiğinde, tedavi sonrasında hastaların çene eklemindeki seslerin anlamlı şekilde azaldığı görülmüştür ($\chi^2=10,40$; $p<0,01$) (Tablo 4.16).

Tablo 4.15. Ortodontik kamufraj tedavisi uygulanmış sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip hastaların soru-7, soru-8, soru-11, soru-12, soru-13, soru-14' e verdikleri yanıtların yüzde ve frekans ve Ki-kare testi ile incelenmesi.

	SINIF III				SINIF II				TOPLAM				χ^2 <i>p</i>	
	EVET		HAYIR		EVET		HAYIR		EVET		HAYIR			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
S.7	62	88,6	8	11,4	18	90	2	10	80	88,9	10	11,1	-	-
S.8	69	98,6	1	1,4	19	95	1	5	88	97,8	2	2,2	-	-
S.11	18	25,7	52	74,3	6	30	14	70	24	26,7	66	73,3	0,15	0,70
S.12	5	7,1	65	92,9	2	10	18	90	7	7,8	83	92,2	-	-
S.13	27	38,6	43	61,4	6	30	14	70	33	36,7	57	63,3	0,49	0,48
S.14	9	12,9	61	87,1	5	25	15	75	14	15,6	76	84,4	1,74	0,18

Tablo 4.16. Ortodontik kamufraj tedavisi uygulanmış hastaların cerrahi öncesi ve cerrahi sonrasındaki çene eklemdeki ağrı (S.11-12) ve sesin (S.13-14) Ki-kare testi ile karşılaştırılması.

	TEDAVİ ÖNCESİ				TEDAVİ SONRASI				χ^2	p
	EVET		HAYIR		EVET		HAYIR			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
S. 11-12	24	26,7	66	73,3	7	7,8	83	92,2	11,26	0,00
S. 13-14	33	36,7	57	63,3	14	15,6	76	84,4	10,40	0,00

4.7. Ortognatik Cerrahi ve Ortodontik Kamuflaj Tedavisi Uygulanan Hastalarda Memnuniyetin Karşılaştırılması

Ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj tedavisi uygulanmış hastaların “S.1. Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedaviye başvururken öncelikli beklentiniz hangisiydi?” sorusuna verdikleri cevaplar tablo 4.17.’ de incelenmiştir. Ortognatik cerrahi hastalarının (% 63,3) ve ortodontik kamuflaj hastalarının (% 52,2) büyük çoğunluğu ilgili soruya “her ikisi” cevabını vererek öncelikli beklentilerinin hem estetik düzelme hem de çiğnemenin düzelmesi olduğunu belirtmiştir. Tablo 4.17. incelendiğinde, öncelikli beklentisi sadece estetik düzelme olan ortodontik kamuflaj hastalarının oranının (% 42,2), ortognatik cerrahi hastalarına göre (% 20) daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

“S.2. Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavi sonrasındaki sonucu nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde ortognatik cerrahi hastalarının % 88,9’ u ve ortodontik kamuflaj hastalarının % 74,4’ ü ilgili soruya “her ikisi de düzelmiş” yanıtını vermiştir (Tablo 4.17.).

“S.15. Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedaviden sonra konuşmanızda herhangi bir değişiklik oldu mu?” sorusuna verilen yanıtlarda, ortognatik cerrahi hastalarının % 76,7’ si ve ortodontik kamuflaj hastalarının % 51,1’ i konuşmasının düzeldiğini belirtmiştir. Tedaviden sonra konuşmasının değişmediğini düşünen ortodontik kamuflaj hastalarının oranının (% 46,7), ortognatik cerrahi hastalarına (% 22,2) göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Tablo 4.17.).

Tablo 4.17. Ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj tedavisi uygulanmış hastaların soru-1, soru-2 ve soru-15'e verdikleri yanıtların yüzde ve frekanslarla değerlendirilmesi.

			Ortognatik Cerrahi		Ortodontik Kamuflaj		Toplam	
			N	%	N	%	N	%
S. 1	Ortognatik cerrahi /ortodontik tedaviye başvururken öncelikli beklentiniz hangisiydi?	Estetik düzelme	18	20	38	42,2	56	31,1
		Çiğnemenin düzelmesi	15	16,7	3	3,3	18	10
		Her ikisi	57	63,3	47	52,2	104	57,8
		Hiçbiri/ Bilmiyorum	0	0	2	2,2	2	1,1
		Toplam	90	100	90	100	180	100
S.2	Ortognatik cerrahi/ortodontik tedavi sonrasındaki sonucu nasıl değerlendirirsiniz?	Estetik düzelme mevcut	8	8,9	16	17,8	24	13,3
		Çiğneme düzelmiş	2	2,2	6	6,7	8	4,4
		Her ikisi de düzelmiş	80	88,9	67	74,4	147	81,7
		Düzelme yok	0	0	1	1,1	1	0,6
		Toplam	90	100	90	100	180	100
S.15	Ortognatik cerrahi tedaviden sonra konuşmanızda herhangi bir değişiklik oldu mu?	Daha iyi oldu	69	76,7	46	51,1	46	51,1
		Daha kötü oldu	1	1,1	2	2,2	2	2,2
		Değişiklik yok	20	22,2	42	46,7	42	46,7
		Toplam	90	100	90	100	180	100

Ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj tedavisi uygulanmış hastaların “S.3. Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavinin sonucu beklentilerinizi karşıladı mı, sonuçtan memnun musunuz?” sorusuna verdikleri yanıtlar tablo 4.18.’ de incelenmiştir. Ortognatik cerrahi (% 83,3) ve ortodontik kamuflaj (% 84,5) gruplarında bulunan hastaların büyük çoğunluğunun görüşleri, “8”, “9” ve “10” seçeneklerinde yoğunlaşmıştır. Ortognatik cerrahi hastalarının % 92,2’ si ve ortodontik kamuflaj hastalarının % 94,4’ ü tedavinin sonuçlarından memnun olduğunu belirtmiştir. Ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj hastaları arasında tedaviye ilişkin memnuniyet açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir ($\chi^2=0,35$; $p>0,05$) (Tablo 4.19.).

“S.4. Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavi öncesi yüz görünümünü estetik olarak değerlendiriniz.” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, ortognatik cerrahi hastalarının büyük kısmının (% 55,5) görüşleri “1” ve “5” puan seçeneklerinde, ortodontik kamuflaj hastalarında (% 57,8) büyük çoğunluğunun görüşleri “3”, “4” ve “5” puan seçeneklerinde dağılım göstermiştir (Tablo 4.18.). Ortognatik cerrahi hastalarının % 73,3’ ü, ortodontik kamuflaj hastalarının % 81,1’ i tedavi öncesi yüz görünümünün kötü olduğunu belirtmiştir. Ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj hastaları arasında tedavi öncesi yüz görünümü açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı gözlenmiştir ($\chi^2=1,54$; $p>0,05$) (Tablo 4.19.).

“S.5. Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavi sonrası yüz görünümünüzü estetik olarak değerlendiriniz.” sorusuna verilen yanıtlarda, ortognatik cerrahi (% 90) ve ortodontik kamuflaj (% 92,2) tedavisi uygulanan hastaların, tedavi sonrası yüz görünümünün estetik olarak değerlendirilmesine ilişkin görüşlerinin “8”, “9” ve “10” seçeneklerinde yoğunlaştığı görülmüştür (Tablo 4.18.). Ortognatik cerrahi hastalarının % 96,7’ si, ortodontik kamuflaj hastalarının % 98,9’ u tedavi sonrasında yüz görünümünün iyi olduğunu belirtmiştir. Ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj hastaları arasında, tedavi sonrası yüz görünümü açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir ($\chi^2=1,02$; $p>0,05$) (Tablo 4.19.).

“S.6. Aileniz, akrabalarınız ya da arkadaşlarınız size uygulanan ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavinin sonucu hakkında ne düşünüyor?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, ortognatik cerrahi (% 85,6) ve ortodontik kamuflaj hastalarının (% 63,3) büyük çoğunluğunun “10” puan seçeneğini işaretlediği görülmüştür (Tablo 4.18.). Ortognatik cerrahi hastalarının % 94,4’ ü, ortodontik kamuflaj hastalarının % 96,7’ si aile ve arkadaşlarının tedavi sonucunu başarılı bulduklarını belirtmiştir. Ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj hastaları arasında yakın çevrenin tedaviye ilişkin memnuniyeti açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı gözlenmiştir ($\chi^2=0,52$; $p>0,05$) (Tablo 4.19.).

“S.9. Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavi öncesinde çiğneme fonksiyonunuz nasıldı?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, ortognatik cerrahi hastalarının büyük çoğunluğunun (% 66,6) cevapları “1”, “3” ve “5” seçeneklerinde, ortodontik kamuflaj hastalarının büyük çoğunluğunun (% 56,7) görüşleri “4”, “5” ve “6” seçeneklerinde dağılım göstermiştir (Tablo 4.18.). Ortognatik cerrahi hastalarının % 81,1’ i, ortodontik

kamuflaj hastalarının % 63,3' ü tedavi öncesinde çiğnemesinin kötü olduğunu belirtmiştir. Tedavi öncesinde ortodontik kamuflaj hastalarının çiğneme etkinliğinin ortognatik cerrahi hastalarına göre anlamlı şekilde daha iyi olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=7,08$; $p\leq 0,01$) (Tablo 4.19.).

“S.10. Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavi sonrasında çiğneme fonksiyonunuz nasıl oldu?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, ortognatik cerrahi (% 90) ve ortodontik kamuflaj (% 88,9) tedavisi uygulanan hastaların soruya ilişkin görüşleri “8”, “9” ve “10” puan seçeneklerinde yoğunlaşmıştır (Tablo 4.18.). Ortognatik cerrahi hastalarının % 95,6' sı, ortodontik kamuflaj hastalarının % 98,9' u tedavi sonrasında çiğnemesinin iyi olduğunu belirtmiştir. Ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj hastaları arasında tedavi sonrasındaki çiğneme etkinliği açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı gözlenmiştir ($\chi^2=1,85$; $p>0,05$) (Tablo 4.19.).

Tablo 4.18. Ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj tedavisi uygulanmış hastaların soru-3, soru-4, soru-5, soru-6, soru-9 ve soru-10' a verdikleri yanıtların yüzdelerinin değerlendirilmesi.

	Puan	S-3	S-4	S-5	S-6	S-9	S-10
		%	%	%	%	%	%
ORTOGNATİK CERRAHİ	1	0	32,2	0	1,1	23,3	0
	2	0	3,3	0	0	5,6	0
	3	0	7,8	0	0	14,4	1,1
	4	0	6,7	0	0	8,9	0
	5	7,8	23,3	3,3	4,4	28,9	3,3
	6	3,3	7,8	3,3	0	6,7	1,1
	7	5,6	2,2	3,3	3,3	2,2	4,4
	8	10	4,4	8,9	1,1	0	13,3
	9	14,4	1,1	17,8	4,4	2,2	7,8
	10	58,9	11,1	63,3	85,6	7,8	68,9
TOPLAM		100	100	100	100	100	100
ORTODONTİK KAMUFLAJ	1	0	12,2	0	1,1	5,6	0
	2	1,1	11,1	0	0	5,6	0
	3	1,1	20	0	0	11,1	0
	4	0	18,9	1,1	0	13,3	0
	5	3,3	18,9	0	2,2	27,8	1,1
	6	5,6	5,6	3,3	3,3	15,6	3,3
	7	4,4	7,8	3,3	1,1	6,7	6,7
	8	21,1	3,3	27,8	10	6,7	30
	9	27,8	1,1	31,1	18,9	1,1	20
	10	35,6	1,1	33,3	63,3	6,7	38,9
TOPLAM		100	100	100	100	100	100

Tablo 4.19. Soru-3, soru-4, soru-5, soru-6, soru-9 ve soru-10' a verilen yanıtların uygulanan tedavi tipine göre Ki-kare testi ile karşılaştırılması.

		Ortognatik Cerrahi	Ortodontik Kamufraj	χ^2	p
		%	%		
Soru-3 Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavi operasyonunun sonucu beklentilerinizi karşıladı mı, sonuçtan memnun musunuz?	Memnun değil	7,8	5,6	0,35	0,55
	Memnun	92,2	94,4		
Soru-4 Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavi öncesi yüz görünümünüzü estetik olarak değerlendiriniz.	Kötü	73,3	81,1	1,54	0,21
	İyi	26,7	18,9		
Soru-5 Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavi sonrası yüz görünümünüzü estetik olarak değerlendiriniz	Kötü	3,3	1,1	1,02	0,31
	İyi	96,7	98,9		
Soru-6 Aileniz, akrabalarınız ya da arkadaşlarınız size uygulanan cerrahi operasyonunun sonucu hakkında ne düşünüyor?	Başarısız	5,6	3,3	0,52	0,46
	Başarılı	94,4	96,7		
Soru-9 Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavi öncesinde çiğneme fonksiyonunuz nasıldı?	Kötü	81,1	63,3	7,08	0,00
	İyi	18,9	36,7		
Soru-10 Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavi sonrasında çiğneme fonksiyonunuz nasıl oldu?	Kötü	4,4	1,1	1,85	0,17
	İyi	95,6	98,9		

“S.7. Ortognatik cerrahi /ortodontik tedavi sonrasında özgüveniniz arttı mı?” sorusuna verilen cevaplar tablo 4.20.’ de incelenmiştir. Ortognatik cerrahi (% 95,6) ve ortodontik kamufraj gruplarında (% 88,9) bulunan hastaların büyük çoğunluğu bu soruya “evet” yanıtını vermiştir.

“S.8. Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavi gereken hastalara bu tedaviyi tavsiye eder misiniz?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, ortognatik cerrahi hastalarının % 98,9’ u ve ortodontik kamufraj hastalarının % 97,8’ i tedaviyi başkalarına da tavsiye edebileceğini belirtmiştir (Tablo 4.20.).

“S.11. Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedaviden önce ağzınızı açıp kapatırken çene eklemınızda ağrı var mıydı?” sorusuna ortognatik cerrahi hastalarının % 64,4’ ü, ortodontik kamufraj hastalarının da % 73,3’ ü “hayır” yanıtını vermiştir. Tedaviden önce ortognatik cerrahi ve ortodontik kamufraj tedavisi uygulanan hastalar arasında çene eklemindeki ağrı açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı gözlenmiştir ($\chi^2=1,66$; $p>0,05$) (Tablo 4.20.).

“S.12. Şu anda ağzınızı açıp kapatırken çene ekleminizde ağrı var mı?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, ortognatik cerrahi hastalarının % 78,9’ u, ortodontik kamuflaj hastalarının da % 92,2’ si “hayır” yanıtını vermiştir. Ortodontik kamuflaj hastalarının ortognatik cerrahi hastalarına göre, tedavi sonrasında çene eklemlerinde anlamlı şekilde daha az ağrı hissettikleri belirlenmiştir. ($\chi^2=6,47$; $p<0,05$) (Tablo 4.20.).

“S.13. Ortognatik cerrahi tedavi/ ortodontik tedaviden önce ağzınızı açıp kapatırken çene ekleminizde ses var mıydı?” sorusuna ortognatik cerrahi hastalarının % 74,4’ ü, ortodontik kamuflaj hastalarının da % 63,3’ ü “hayır” yanıtını vermiştir. Tedaviden önce ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj hastaları arasında çene eklemlerindeki ses açısından anlamlı bir fark bulunmadığı gözlenmiştir ($\chi^2=2,59$; $p>0,05$) (Tablo 4.20.).

“S.14. Şu anda ağzınızı açıp kapatırken çene ekleminizde ses var mı?” sorusuna, ortognatik cerrahi hastalarının % 85,6’ sı ve ortodontik kamuflaj hastalarının % 84,4’ ü “hayır” yanıtını vermiştir. Ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj tedavisi uygulanan hastalar arasında tedavi sonrasında eklem sesi açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir ($\chi^2=0,04$; $p>0,05$) (Tablo 4.20.).

Tablo 4.20. Ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj tedavisi uygulanmış hastaların soru-7, soru-8, soru-11, soru-12, soru-13, soru-14’e verdikleri yanıtların yüzde, frekans ve ki-kare testi ile incelenmesi

	ORTOGNATİK CERRAHİ				ORTODONTİK KAMUFLAJ				TOPLAM				χ^2	p
	EVET		HAYIR		EVET		HAYIR		EVET		HAYIR			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
S.7	86	95,6	4	4,4	80	88,9	10	11,1	166	92,2	14	7,8	-	-
S.8	89	98,9	1	1,1	88	97,8	2	2,2	177	98,3	3	1,7	-	-
S.11	32	35,6	58	64,4	24	26,7	66	73,3	56	31,1	124	68,9	1,66	0,19
S.12	19	21,1	71	78,9	7	7,8	83	92,2	26	14,4	154	85,6	6,47	0,01
S.13	23	25,6	67	74,4	33	36,7	57	63,3	56	31,1	124	68,9	2,59	0,11
S.14	13	14,4	77	85,6	14	15,6	76	84,4	27	15	153	85	0,04	0,84

4.8. İskeletsel Sınıf III ve Sınıf II Maloklüzyona Sahip Ortognatik Cerrahi ve Ortodontik Kamufraj Tedavisi Uygulanmış Hastalarda Memnuniyet Bulgularının Değerlendirilmesi

Ortognatik cerrahi ve ortodontik kamufraj tedavisi uygulanmış sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip hastaların “S.1. Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedaviye başvururken öncelikli beklentiniz hangisiydi?” sorusuna verdikleri cevaplar, tablo 4.21.’ de gösterilmiştir. Sınıf III ortognatik cerrahi hastalarının % 67,1’ i ve sınıf III ortodontik kamufraj hastalarının % 52,9’ u ilgili soruya “her ikisi” yanıtını vermiştir. İki grupta da hastaların çoğunluğu “her ikisi” yanıtını verse de, öncelikli beklentisinin sadece estetik düzelme olduğunu belirten ortodontik kamufraj grubundaki hastaların oranının (% 42,9), ortognatik cerrahi grubuna (% 15,7) göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Sınıf II ortognatik cerrahi hastalarının % 50’ si ve sınıf II ortodontik kamufraj hastalarının da % 50’ si ilgili soruya “her ikisi” yanıtını vererek, öncelikli beklentisinin hem estetiğin düzelmesi hem de çiğnemenin düzelmesi olduğunu belirtmiştir.

“S.2. Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavi sonrasındaki sonucu nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, sınıf III ortognatik cerrahi hastalarının % 92,9’ u ve sınıf III ortodontik kamufraj hastalarının da % 72,9’ u “her ikisi de düzelmiş” yanıtını vermiştir. Sınıf II ortognatik cerrahi hastalarının % 75’ i ve sınıf II ortodontik kamufraj hastalarının % 80’ i “her ikisi de düzelmiş” seçeneğini işaretleyerek hem estetik düzelme hem de çiğnemenin düzeldiğini belirtmiştir (Tablo 4.21.).

“S.15. Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedaviden sonra konuşmanızda herhangi bir değişiklik oldu mu?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, sınıf III maloklüzyona sahip ortognatik cerrahi hastalarının % 84,3’ ü tedavi sonrasında konuşmasının düzeldiğini belirtirken, sınıf III maloklüzyona sahip ortodontik kamufraj hastaların yarısı (% 50) konuşmasının düzeldiğini, % 48,6’ sı da konuşmasının değişmediğini belirtmiştir (Tablo 4.20.). Sınıf II ortognatik cerrahi (% 50) ve sınıf II ortodontik kamufraj hastalarının (% 55) yaklaşık yarısı ilgili soruya “daha iyi oldu” yanıtını verirken, sınıf II ortognatik cerrahi hastalarının % 45’ i ve sınıf II ortodontik kamufraj hastalarının da % 40’ ı “değişiklik yok” yanıtını vermiştir (Tablo 4.21.).

Tablo 4.21. İskeletsel sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj tedavisi uygulanmış hastaların soru-1, soru-2, soru-15’ e verdikleri cevapların yüzde ve frekanslarla incelenmesi.

		Ortognatik Cerrahi Sınıf III		Ortodontik Kamuflaj Sınıf III		Ortognatik Cerrahi Sınıf II		Ortodontik Kamuflaj Sınıf II	
		N	%	N	%	N	%	N	%
S.1	Estetik düzelme	11	15,7	30	42,9	8	40	7	35
	Çiğnemenin düzelmesi	12	17,1	2	2,9	1	5	3	15
	Her ikisi	47	67,1	37	52,9	10	50	10	50
	Hiçbiri/ Bilmiyorum	0	0	1	1,4	1	5	0	0
	Toplam	70	100	70	100	20	100	20	100
S.2	Estetik düzelme mevcut	3	4,3	15	21,4	5	25	1	5
	Çiğneme düzelmiş	2	2,9	4	5,7	0	0	2	10
	Her ikisi de düzelmiş	65	92,9	51	72,9	15	75	16	80
	Düzelme yok	0	0	0	0	0	0	1	5
	Toplam	70	100	70	100	20	100	20	100
S.15	Daha iyi oldu	59	84,3	35	50	10	50	11	55
	Daha kötü oldu	0	0	1	1,4	1	5	1	5
	Değişiklik yok	11	15,7	34	48,6	9	45	8	40
	Toplam	70	100	70	100	20	100	20	100

“S.3. Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavinin sonucu beklentilerinizi karşıladı mı, sonuçtan memnun musunuz?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, sınıf III ortognatik cerrahi (% 85,7) ve sınıf III ortodontik kamuflaj hastalarının (% 85,8) büyük çoğunluğunun görüşleri “8” ve “9” ve “10” puan seçeneklerinde yoğunlaşmıştır (Tablo 4.22.). Sınıf II ortognatik cerrahi (% 70) ve sınıf II ortodontik kamuflaj hastalarının (% 70) büyük çoğunluğunun görüşleri de “9” ve “10” puan seçeneklerinde dağılım göstermiştir (Tablo 4.23.).

“S.4. Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavi öncesinde yüz görünümünüzü değerlendiriniz.” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, sınıf III ortognatik cerrahi hastalarının % 57,2’ si “1” ve “5” puan seçeneklerini, sınıf III ortodontik kamuflaj hastalarının % 55,7’ si de “3”, “4” ve “5” puan seçeneklerini işaretlemişlerdir (Tablo 4.22.). Sınıf II ortognatik cerrahi hastalarının % 50’ si “1” ve “5” puan seçeneklerini, sınıf II ortodontik kamuflaj hastalarının da % 65’ i “3”, “4” ve “5” puan seçeneklerini işaretleyerek, tedavi öncesi yüz görünümünü değerlendirilmişlerdir (Tablo 4.23.).

“S.5. Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavi sonrasında yüz görünümünüzü değerlendiriniz” sorusuna sınıf III ortognatik cerrahi (% 88,6) ve sınıf III ortodontik kamuflej hastalarının (% 95,6) verdikleri cevaplar “8” ve “9” ve “10” puan seçeneklerinde yoğunlaşmıştır (Tablo 4.22.). Sınıf II ortognatik cerrahi hastalarının % 95’ i, sınıf II ortodontik kamuflej hastalarının da % 80’ i bu soruya “8”, “9” ve “10” yanıtını vererek tedavi sonrası yüz görünümünün düzeldiğini belirtmiştir (Tablo 4.23.).

“S.6. Aileniz, akrabalarınız ya da arkadaşlarınız size uygulanan ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavinin sonucu hakkında ne düşünüyor?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, sınıf III ortognatik cerrahi (% 90) ve sınıf III ortodontik kamuflej hastalarının (% 62,9) büyük çoğunluğunun görüşleri “10” seçeneğinde toplanmıştır (Tablo 4.22.). Sınıf II ortognatik cerrahi hastalarının % 70’ i ve sınıf II ortodontik kamuflej hastalarının % 65’ i ilgili soruya “10” puan vererek, yakın çevresinin uygulanan tedaviyi başarılı bulduğunu belirtmiştir (Tablo 4.23.).

“S.9. Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavi öncesinde çiğneme fonksiyonunuz nasıldı?” sorusuna verilen yanıtlarda, sınıf III ortognatik cerrahi hastalarının % 51,4’ ü “1” ve “5” puan, sınıf III ortodontik kamuflej hastalarının % 47,3’ ü “3” ve “5” puan seçeneklerini işaretlemiştir (Tablo 4.22.). Sınıf II ortognatik cerrahi hastalarının (% 40) ilgili soruya ilişkin görüşlerinin “5” puan seçeneğinde, sınıf II ortodontik kamuflej hastalarının da (% 65) görüşlerinin “4” ve “6” puan seçeneklerinde dağılım gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 4.23.).

“S.10. Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavi sonrasında çiğneme fonksiyonunuz nasıl oldu?” sorusuna sınıf III ortognatik cerrahi (% 85,8) ve sınıf III ortodontik kamuflej hastalarının (% 72,9) vermiş olduğu cevaplar “8” ve “10” puan seçeneklerinde yoğunlaşmıştır (Tablo 4.22.). Sınıf II ortognatik cerrahi (% 60) ve sınıf II ortodontik kamuflej hastalarının (% 70) büyük çoğunluğu da “9” ve “10” puan seçeneklerini işaretleyerek çiğneme fonksiyonunun tedavi sonrasında iyileştiğini belirtmiştir (Tablo 4.23.).

Tablo 4.22. İskeletsel sınıf III maloklüzyona sahip ortognatik cerrahi ve ortodontik kamufraj tedavisi uygulanmış hastaların soru-3, soru-4, soru-5, soru-6, soru-9, soru-10' a verdikleri yanıtların yüzdelerinin incelenmesi.

	Puan	S-3	S-4	S-5	S-6	S-9	S-10
		%	%	%	%	%	%
ORTOGNATİK CERRAHİ (SINIF III)	1	0	32,9	0	0	25,7	0
	2	0	4,3	0	0	5,7	0
	3	0	8,6	0	0	14,3	0
	4	0	7,1	0	0	11,4	0
	5	10	24,3	4,3	5,7	25,7	2,9
	6	1,4	5,7	2,9	0	7,1	1,4
	7	2,9	1,4	4,3	1,4	1,4	1,4
	8	11,4	4,3	10	1,4	0	12,9
	9	12,9	1,4	12,9	1,4	2,9	8,6
	10	61,4	10	65,7	90	5,7	72,9
TOPLAM		100	100	100	100	100	100
ORTODONTİK KAMUFLAJ (SINIF III)	1	0	15,7	0	1,4	7,1	0
	2	1,4	10	0	0	5,7	0
	3	0	20	0	0	12,9	0
	4	0	18,6	0	0	8,6	0
	5	4,3	17,1	0	2,9	34,3	1,4
	6	5,7	5,7	2,9	2,9	10	2,9
	7	2,9	5,7	1,4	1,4	8,6	7,1
	8	24,3	4,3	27,1	11,4	7,1	32,9
	9	28,6	1,4	31,4	17,1	0	15,7
	10	32,9	1,4	37,1	62,9	5,7	40
TOPLAM		100	100	100	100	100	100

Tablo 4.23. İskeletsel sınıf II maloklüzyona sahip ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj tedavisi uygulanmış hastaların soru-3, soru-4, soru-5, soru-6, soru-9, soru-10' a verdikleri yanıtların yüzdelerinin incelenmesi.

	Puan	S-3	S-4	S-5	S-6	S-9	S-10
		%	%	%	%	%	%
ORTOGNATİK CERRAHİ (SINIF II)	1	0	30	0	5	15	0
	2	0	0	0	0	5	0
	3	0	5	0	0	15	5
	4	0	5	0	0	0	0
	5	0	20	0	0	40	5
	6	10	15	5	0	5	0
	7	15	5	0	10	5	15
	8	5	5	5	0	0	15
	9	20	0	35	15	0	5
	10	50	15	55	70	15	55
TOPLAM		100	100	100	100	100	100
ORTOGNATİK KAMUFLAJ (SINIF II)	1	0	0	0	0	0	0
	2	0	15	0	0	5	0
	3	5	20	0	0	5	0
	4	0	20	5	0	30	0
	5	0	25	0	0	5	0
	6	5	5	5	5	35	5
	7	10	15	10	0	0	5
	8	10	0	30	5	5	20
	9	25	0	30	25	5	35
	10	45	0	20	65	10	35
TOPLAM		100	100	100	100	100	100

“S.7. Ortodontik tedavi sonrasında özgüveniniz arttı mı?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, sınıf III ortognatik cerrahi (% 95,7) ve sınıf III ortodontik kamuflaj hastalarının (% 88,6) büyük çoğunluğu ilgili soruya “evet” yanıtını vermiştir. Sınıf III ortognatik cerrahi ve sınıf III ortodontik kamuflaj hastaları arasında özgüven açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı gözlenmiştir ($\chi^2=1,66$; $p>0,05$) (Tablo 4.24.). Sınıf II ortognatik cerrahi hastaların % 95’ i ve sınıf II ortodontik kamuflaj hastalarının % 90’ ı tedavi sonrasında özgüveninin arttığını belirtmiştir (Tablo 4.25.).

“S.8. Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavi gereken hastalara bu operasyonu tavsiye eder misiniz? sorusuna sınıf III ortognatik cerrahi hastalarının tamamı (% 100) ve ortodontik kamufraj hastalarının tamamına yakını (% 98,6) “evet” yanıtını vermiştir (Tablo 4.24.). Sınıf II ortognatik cerrahi hastalarının (% 95) ve sınıf II ortodontik kamufraj hastalarının da (% 95) büyük çoğunluğu tedaviyi başkalarına da tavsiye edebileceğini bildirmiştir (Tablo 4.25.).

“S.11. Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedaviden önce ağzınızı açıp kapatırken çene eklemınızda ağrı var mıydı?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, sınıf III ortognatik cerrahi (% 60) ve sınıf III ortodontik kamufraj hastalarının (% 74,3) büyük çoğunluğu ilgili soruya “hayır” cevabını vermiştir. Tedavi öncesinde sınıf III ortognatik cerrahi ve sınıf III ortodontik kamufraj hastaları arasında çene eklemi ağrısı açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı gözlenmiştir ($\chi^2=3,24$; $p>0,05$) (Tablo 4.24.). Sınıf II ortognatik cerrahi hastalarının % 80’ i ve sınıf II ortodontik kamufraj hastalarının % 70’ i tedaviden önce çene eklemide ağrı olmadığını belirtmiştir (Tablo 4.25.).

“S.12. Şu anda ağzınızı açıp kapatırken çene eklemınızda ağrı var mı?” sorusuna, sınıf III ortognatik cerrahi hastalarının % 78,6’ ı ve sınıf III ortodontik kamufraj hastalarının % 92,9’ u “hayır” yanıtını vermiştir. Sınıf III ortodontik kamufraj hastalarının, sınıf III ortognatik cerrahi hastalarına göre, tedavi sonrasında ağızlarını açıp kapatırken çene eklemlerinde anlamlı şekilde daha az ağrı hissettikleri gözlenmiştir ($\chi^2=5,83$; $p<0,05$) (Tablo 4.24.). Sınıf II ortognatik cerrahi (% 80) ve sınıf II ortodontik kamufraj hastalarının (% 90) büyük kısmı ilgili soruya “hayır” yanıtını vererek tedaviden sonra çene eklemide ağrı olmadığını belirtmiştir (Tablo 4.25.).

“S.13. Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedaviden önce ağzınızı açıp kapatırken çene eklemınızda ses var mıydı?” sorusuna, sınıf III ortognatik cerrahi hastalarının % 70’ i, sınıf III ortodontik kamufraj hastalarının % 61,4’ ü “hayır” yanıtını vermiştir. Tedavi öncesinde sınıf III ortognatik cerrahi ve sınıf III ortodontik kamufraj hastaları arasında çene eklemideki ses açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı gözlenmiştir ($\chi^2=1,14$; $p>0,05$) (Tablo 4.24.). Sınıf II ortognatik cerrahi hastalarının % 80’ i ve sınıf II ortodontik kamufraj hastalarının % 90’ ı tedaviden sonra çene eklemide ses olmadığını belirtmiştir (Tablo 4.25.).

“S.14. Şu anda ağzınızı açıp kapatırken çene eklemizde ses var mı?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, sınıf III ortognatik cerrahi (% 87,1) ve sınıf III ortodontik kamufraj hastalarının (% 87,1) büyük çoğunluğu ilgili soruya “hayır” yanıtını vermiştir. Tedavi sonrasında sınıf III ortognatik cerrahi ve sınıf III ortodontik kamufraj hastaları arasında eklem sesi açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir ($\chi^2=0,00$; $p>0,05$) (Tablo 4.24.). Sınıf II ortognatik cerrahi hastalarının % 80’ i ve sınıf II ortodontik kamufraj hastalarının % 75’ i tedaviden sonra çene eklemde ses olmadığını belirtmiştir (Tablo 4.25.).

Tablo 4.24. İskeletsel sınıf III maloklüzyona sahip ortognatik cerrahi ve ortodontik kamufraj tedavisi uygulanmış hastaların soru-7, soru-8, soru-11, soru-12, soru-13, soru-14’ e verdikleri yanıtların yüzde ve frekans ve Ki-kare testi ile incelenmesi

	ORTOGNATİK CERRAHİ SINIF III				ORTODONTİK KAMUFLAJ SINIF III				TOPLAM				χ^2	p
	EVET		HAYIR		EVET		HAYIR		EVET		HAYIR			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
S.7	67	95,7	3	4,3	62	88,6	8	11,4	129	92,1	11	7,9	2,47	0,12
S.8	70	100	0	0	69	98,6	1	1,4	139	99,3	1	0,7	-	-
S.11	28	40	42	60	18	25,7	52	74,3	46	32,9	94	67,1	3,24	0,07
S.12	15	21,4	55	78,6	5	7,1	65	92,9	20	14,3	120	85,7	5,83	0,02
S.13	21	30	49	70	27	38,6	43	61,4	48	34,3	92	65,7	1,14	0,29
S.14	9	12,9	61	87,1	9	12,9	61	87,1	18	12,9	122	87,1	0,00	1,00

Tablo 4.25. İskeletsel sınıf II maloklüzyona sahip ortognatik cerrahi ve ortodontik kamufraj tedavisi uygulanmış hastaların soru-7, soru-8, soru-11, soru-12, soru-13, soru-14’ e verdikleri yanıtların yüzde ve frekanslarının incelenmesi

	ORT. CERRAHİ SINIF II				ORT. KAMUFLAJ SINIF II				TOPLAM				χ^2	p
	EVET		HAYIR		EVET		HAYIR		EVET		HAYIR			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
S.7	19	95	1	5	18	90	2	10	37	92,5	3	7,5	-	-
S.8	19	95	1	5	19	95	1	5	38	95	2	5	-	-
S.11	4	20	16	80	6	30	14	70	10	25	30	75	-	-
S.12	4	20	16	80	2	10	18	90	6	15	34	85	-	-
S.13	2	10	18	90	6	30	14	70	8	20	32	80	-	-
S.14	4	20	16	80	5	25	15	75	9	22,5	31	77,5	-	-

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

5.1. AMAÇ

Sosyal etkileşim esnasında insanların bakışları yüze, gözlere ve dişlere odaklandığı için (161) dentofasiyal görünüm çekiciliği etkileyen önemli faktörlerden biridir. Yapılan bir çalışmada çekicilik derecesine göre sınıf I maloklüzyona sahip hastalar en çekici bireyler olarak nitelendirilirken bunu sırasıyla open bite, sınıf II ve sınıf III maloklüzyona sahip bireyler takip etmektedir (162). Araştırmalar, fiziksel olarak çekici bulduğumuz insanları iyi, güzel, zeki ve başarılı insanlar olarak görme eğiliminde olduğumuzu (163) ve fiziksel çekiciliği yüksek olan bireylerin, mesleki kariyer üzerinde (164-166), ikna etme yeteneğinde (167, 168), başka insanlardan olumlu tepki görmede (39, 163, 169), cezaların azaltılmasında (170, 171) daha olumlu sonuçlar aldıklarını göstermektedir. Dental bozukluğu olan veya dentofasiyal deformiteye sahip bireylerin fiziksel çekiciliği diğer bireylere göre daha düşüktür ve toplum içerisinde alay edilip dışlanabilmektedirler (43, 44, 172). Yapılan bir araştırmaya göre, erişkinlerin % 7' sinde 9 mm' den daha fazla miktarda overjetleri olması nedeniyle çocukluk yıllarında alaya maruz kaldıkları gösterilmiştir (43). Dentofasiyal deformiteye sahip bireylerin küçüklükten itibaren toplum içerisinde bu tarz davranışlara maruz kalmaları ve benlik saygısının, çoğunlukla başkalarının yorum ve değerlendirmesinden daha fazla etkilenmesi (173, 174) sebebiyle bu bireylerin benlik saygısı ve diğer psikolojik parametreleri de olumsuz yönde etkilenmektedir (175, 176). Jung ve ark. (177) yaptıkları çalışmada ise, anterior dişleri çapraşık ve protrüze olan kız çocuklarının, düzgün dişleri olan kız çocuklarına göre daha düşük benlik saygısına sahip oldukları rapor edilmiştir. Erkek çocukların benlik saygılarında ise anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.

Varela ve ark. (178) ortognatik cerrahi müdahaleden sonra hastaların yüz görünümündeki hızlı değişimle birlikte, benlik kavramı, özgüven ve kaygı gibi psikolojik parametrelerin kısa bir süre içinde büyük oranda değişebildiğini; ancak

geleneksel ortodontik tedavi uygulanan hastalarda, değişikliklerin daha yavaş oluşması sebebiyle psikolojik değişimin de daha uzun sürede meydana geldiğini belirtmişlerdir. Literatürde ortognatik cerrahi hastalarında benlik saygısı ile ilgili çalışmalar bulunmasına karşın (29, 30, 148, 179) ulaşılan sonuçlar arasında bir tutarsızlık olduğu gözlenmektedir. Ulaşılan sonuçların farklı olması; araştırmacıların yürüttükleri farklı çalışma dizaynları, benlik saygısını değerlendirmede kullanılan ölçeklerin birbirinden farklı olması ve bazı ölçeklerin benlik saygısına spesifik hazırlanmış ölçekler olmaması, çalışmalarda kullanılan denek sayısı, hastaların cerrahi öncesinde sahip olduğu iskeletsel maloklüzyonun farklı olması, sonuçların bireysel, ırksal ve kültürel farklılıklardan etkilenmesi gibi sebeplerden kaynaklanıyor olabileceğinden, çalışmamız bu durumlar dikkate alınarak yürütülmüştür. Literatürde benlik saygısını değerlendiren longitudinal çalışmalar (29, 30), cross-sectional çalışmalar (31-33) ve sınırlı sayıda kontrollü çalışma mevcuttur (34). Bir çalışmanın kontrol grubuna sahip olması o çalışmayı daha güvenilir kılmaktadır ancak ortognatik cerrahi hastalarının psikolojik açıdan değerlendirildiği kontrollü çalışmalarda, kontrol grubu olarak ortognatik cerrahi olması gereken ama cerrahi tedaviyi reddeden bireylerin kullanılmasının (30, 34), sistematik bir derlemede teknik bir kusur olduğu ve tutarsız, geçerliliği şüpheli sonuçlara sebep olabileceği belirtilmiştir (36). Sonuç olarak ortognatik cerrahideki amacımız dentofasiyal deformiteye sahip bireylerin diş ve yüz görünümünün normal bireylerdeki gibi olmasını sağlamak olduğu için bu hastaların içinde bulunduğu psikolojik durumun da normal aralıklara çekilmesi temel hedeflerden biri olmaktadır. Bu sebeple, yaptığımız çalışmada herhangi bir dentofasiyal deformiteye sahip olmayan, normal fasiyal profil, dental sınıf I oklüzyona sahip ve ortognatik cerrahi ihtiyacı olmayan bireyler kontrol grubu olarak belirlenmiştir. Böylece normal yüz görünümüne sahip bireyler ile ortognatik cerrahi tedavi uygulanan bireylerin cerrahi öncesindeki ve cerrahi sonrasındaki benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık, sosyal görünüş kaygısı gibi psikolojik parametrelerinin karşılaştırılması ve daha tutarlı sonuçlar elde edilmesi amaçlanmıştır. Diğer taraftan literatürde longitudinal ve cross-sectional gibi farklı çalışma dizaynları kullanılarak yürütülmüş çalışmalar bulunmasına rağmen, longitudinal ve cross-sectional çalışma dizaynının birbiriyle uyumlu olup olmadığını karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yaptığımız çalışma ile longitudinal ve cross-sectional dizayn edilmiş çalışma gruplarından elde edilen bulguların birbiri ile uyumluluğu karşılaştırılarak incelenmiştir. Benlik saygısı ve diğer psikolojik

parametrelerle ilgili çalışmalar çoğunlukla sadece sınıf III maloklüzyona sahip bireyler üzerinde yürütülürken (29), sınıf II maloklüzyona sahip bireylerin cerrahi öncesi ve cerrahi sonrasında benlik saygısını değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Yapılan çalışmaların çoğunda sınıf II maloklüzyona sahip bireylerin psikososyal açıdan yeterince değerlendirilmemesinin, yeterli sayıda sınıf II hasta bulunamamasından kaynaklandığı düşünülebilir. Bu eksikliğin giderilmesi amacıyla cross-sectional dizayn edilen çalışmamıza, sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip bireyler dahil edilmiştir.

Literatürde ortognatik cerrahi hastalarının eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı gibi psikolojik parametrelerinin değerlendirildiği bir çalışma bulunmamaktadır. Yaptığımız çalışmada ortognatik cerrahinin, bireylerin eleştiriye olan hassasiyetleri üzerinde etkisi olup olmadığının ve bireylerin sosyal çevrede dış görünüşleri ile ilgili kaygı yaşayıp yaşamadıklarının değerlendirilmesi amacıyla bu psikolojik parametrelerdeki değişim incelenmiş ve kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır.

Ortognatik cerrahi sonrası hasta memnuniyeti üzerinde çok sayıda araştırma yapılmıştır (5, 9, 47, 148, 156, 180-186). Ancak yapılan çalışmalarda, hastanın sahip olduğu maloklüzyonun cerrahi sonrası memnuniyete etkisini değerlendiren çalışma sayısının sınırlı olduğu, kullanılan örneklem genişliğinin yetersiz olduğu ve çalışmaların çoğunlukla sınıf III maloklüzyona sahip bireyler üzerinde yürütüldüğü görülmektedir. Bu nedenle çalışmamızda örneklem genişliği artırılarak, sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip bireyler çalışmaya dahil edilerek ve maloklüzyon tipinin memnuniyet üzerine etkisi değerlendirilerek daha kapsamlı sonuçlar elde edilmesi amaçlanmıştır.

Ortodontik tedavi ile ilgili memnuniyet değerlendirildiğinde ise literatürde sınırlı sayıda çalışmaya rastlanılmıştır (37, 89, 187). Bu çalışmalarda daha çok dişler ve oklüzyon ile ilgili memnuniyet (188) ve ortodontik tedavinin dental estetiğe olan etkisi incelenmiştir (189, 190). Oysa ortodontik kamufraj tedavisi sırasında uygulanan tedavi mekanikleri ile sert ve yumuşak dokular etkilenmekte ve bu da estetik ve fonksiyonel değişikliklere sebep olmaktadır. Dolayısıyla tedaviye ilişkin hasta değerlendirmeleri yalnızca dişler ve oklüzyon üzerine değil; tüm dentofasiyal yapıların değerlendirilmesi üzerinde yürütülmelidir. Yaptığımız çalışmada ortodontik kamufraj tedavisi uygulanan hastaların beklentisi, yüz görünümü, çiğneme ve konuşma fonksiyonu, TME fonksiyonları, tedavi ile ilgili memnuniyet, yakın çevrenin tedavi ile ilgili değerlendirmeleri gibi kapsamlı

konular incelenmiştir. Diğer taraftan literatürde, ortognatik cerrahi hastaları ve ortodontik kamuflaj hastalarının tedavi sonrası memnuniyetlerinin karşılaştırıldığı yalnız 1 çalışmaya ulaşılabilmektedir (89). Ancak bu çalışmanın da sadece sınıf II maloklüzyona sahip bireyler üzerinde yürütüldüğü, örneklem genişliğinin sınırlı olduğu ve ortodontik kamuflaj hastaları ile ilgili verilerin, daha önceden yayınlanmış araştırmalarda kullanılan ortognatik cerrahi hastalarından elde edilen verilerle karşılaştırıldığı görülmüştür. Bu sebeplerle, çalışmamızda iskeletsel sınıf II ve sınıf III maloklüzyona sahip ortodontik kamuflaj hastalarının tedavi ile ilgili memnuniyetlerinin incelenmesi, bireylerin sahip olduğu maloklüzyonun verilen yanıtları ne ölçüde etkilediğinin değerlendirilmesi ve elde edilen bulgularla ortognatik cerrahi hastalarının tedavi sonrası memnuniyet düzeylerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

5.2. BİREYLER VE YÖNTEM

Çalışma gerecinin mümkün olduğunca homojen olması için gerek cerrahi gerekse ortodontik tedavinin tek bir merkezde yapılmış olmasına dikkat edilmiştir. Ortognatik cerrahi operasyonların tümü Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı'nda aynı cerrahi ekip tarafından gerçekleştirilmiş, sabit ortodontik tedaviler ise Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalı'nda yürütülmüştür. Çalışmamıza katılan bireyler 5 gruba ayrılarak değerlendirilmiş ve sırasıyla 1. Grup: 60 kişi; 2. Grup: 45 kişi; 3. Grup: 140 kişi; 4. Grup: 90 kişi; 5. Grup: 90 kişi olmak üzere toplam 342 birey çalışmaya dahil edilmiştir.

Spielberger (191) davranış bilimlerinde kişinin psikolojik karakterinin oturmuş olarak kabul edildiği yaş sınırının 14 yaş olduğunu, bu sebeple yapılacak psikoloji araştırmalarında yaş taban sınırı olarak 14 yaş ve üzerinin kullanılması gerektiğini bildirmiştir. Bizim çalışmamızda da psikolojik parametrelerin ölçümünde daha doğru sonuçlar elde etmek amacıyla cerrahi öncesinde 16 yaşından büyük hastalar, cerrahi sonrasında 18 yaşından büyük olan hastalar anket uygulamasına dahil edilmiştir. Kıyak ve ark. (34) yaptıkları kontrollü çalışmada, ortognatik cerrahiye hazırlanan, herhangi bir tedavi uygulanmasını kabul etmeyen, sadece ortodontik tedavi uygulanan hastalar olmak üzere 3 grup oluşturulmuş ve bu gruplar üzerinde tedavi sonrasında olumsuz psikolojik etkiler ile ağrı, uyuşukluk ve fonksiyonel problemler gibi cerrahi komplikasyonların ilişkisi araştırılmıştır. Ancak bu çalışmadaki grupların yaş

aralıklarının birbiri ile uyumlu olmadığı ve kontrol grubundaki bireylerin yaşının diğer gruplardan anlamlı şekilde daha büyük olduğu görülmüştür. Buna karşın bizim çalışmamız genç erişkin bireyler (16-25 yaş) üzerinde yürütülmüş ve yaş ile ilgili dahil edilme kriterleri tüm grupların yaş ortalaması birbiri ile uyumlu olacak şekilde belirlenmiştir.

Ortognatik cerrahi sonrası memnuniyeti değerlendiren çalışmalar genellikle operasyon uygulama tekniklerine göre (çift çene veya tek çene) (6, 160, 184-186, 192) gruplandırılmış veya herhangi bir gruplandırma yapılmaksızın sadece ortognatik cerrahi geçirmiş hastalar (30, 32) olarak ele alınmıştır. Çalışmamızda ise bireyler tedavi tipine ve maloklüzyon sınıflamasına göre gruplandırılarak değerlendirilmiştir.

Literatür incelendiğinde ortognatik cerrahinin psikososyal etkisini ve cerrahi sonrası memnuniyeti değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmalarda cerrahi sonrasında anketlerin uygulanma süreleri arasında farklılık olduğu; verilerin cerrahiden sonraki ilk birkaç günde (5, 146, 148, 158, 193, 194), 1 hafta (195), 1 ay (5, 148, 158, 193, 196), 2 ay (146), 3 ay (32), 4 ay (5, 148, 158, 193, 194), 6 ay (6, 150, 197, 198), 8 ay (199), 9 ay (148, 158), 12 ay (6, 150), 18 ay (146), 2 yıl (150, 158), ve 5 yıl (196) sonrasında toplandığı görülmektedir. Cerrahi sonrası oluşan komplikasyonların benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı gibi spesifik psikolojik parametreleri ve hasta memnuniyetini etkilemesi doğru sonuçlara ulaşmayı engelleyebileceği için, çalışmamızda hastaların üzerindeki stres faktörlerinin ve cerrahi sonrasında oluşan ödem, dudaktaki his kaybı, sınırlı ağız açılımı gibi cerrahi sonrası komplikasyonların azalması beklenerek; anketler ortognatik cerrahi operasyondan sonraki 6 ay ile 18 ay arasında herhangi bir dönemde uygulanmıştır.

Çalışmalarda benlik saygısını değerlendirmek amacıyla genellikle Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (28-30, 32, 179) ve Fitts' Tennessee Benlik Kavramı Ölçeği (5, 148, 158) kullanılmıştır. Fitts' Tennessee Benlik Kavramı Ölçeğinin, benlik kavramının tüm boyutları ile ilgili genel bir çıkarım sunan ve benlik saygısına spesifik olarak hazırlanmış bir ölçek olmaması sebepleriyle; çalışmamızda, benlik saygısı ve eleştiriye duyarlılık ölçümlerini değerlendirmede, benlik saygısına spesifik olarak hazırlanmış tek boyutlu bir ölçek olması, araştırmacılar tarafından diğer ölçekleri geliştirmede standart kabul edilmesi, geçerli ve güvenilir olması (177, 200), yüksek iç tutarlılığa sahip olması, ölçeğin uygulanmasının, skorlanması ve bulguların yorumlanmasının kolay

olması ve en sık kullanılan benlik saygısı ölçeği olması gibi avantajları (124) sebepleriyle Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği tercih edilmiştir. Literatürde ortognatik cerrahi hastalarında sosyal görünüş kaygısını değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği ile hastalarda hem cerrahi öncesinde hem de cerrahiden en az 6 ay sonra alınan anketlerle hastaların cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası sosyal görünüş kaygı düzeyleri değerlendirilmiştir.

Cerrahi sonrası memnuniyeti değerlendirmek için birçok farklı yöntem uygulanmıştır. Bu çalışmalarda çoğunlukla standardize olmayan yazarların kendilerinin dizayn ettikleri anketler (6, 18, 32, 145, 183, 193, 201) ve standardize anketler (5, 9, 34, 148, 158, 185) kullanılmıştır. Memnuniyeti değerlendirmek için özellikle Kıyak ve ark. (158) geliştirdiği cerrahi sonrası memnuniyet anketi sıklıkla kullanılmaktadır. Ortodontik kamuflej hastalarında ise tedavi sonrası memnuniyetin değerlendirilmesinde genellikle standardize olmayan anketler kullanılmıştır (89, 187). Çalışmamızda tercih edilen memnuniyet anketi, Tabakan ve ark. (160) çalışmasında kullandıkları anket sorularından modifiye edilerek hazırlanmış, anket hastaların bir bölümüne telefonla uygulandığı için hastaların soruları rahatlıkla anlayabilmesi ve yanıtlarını doğru bir şekilde derecelendirebilmesi amacıyla ‘evet’, ‘hayır’ cevapları olan, A,B,C,D şeklinde şıkları olan ve bazı cevapların da 1’ den 10’ a kadar derecelendirildiği sorular kullanılarak oluşturulmuştur.

Anketlerin uygulanma şekli de çalışmalarda farklılık göstermektedir. Çalışmalarda kullanılan anketler, yüz yüze görüşülerek (6, 30, 148, 158, 185), telefonla (27, 160, 186) veya posta yoluyla (6, 11, 27, 186) hastalara uygulanmıştır. Çalışmamızda ise benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı gibi psikolojik parametrelerin değerlendirildiği anketler, hastanın soruları yanıtlarken dış faktörlerden etkilenmemesi, sorulara olabildiğince odaklanabilmesi ve tarafsız olarak cevap verebilmesi için klinikten uzak sessiz bir ortamda, süre kısıtlaması olmadan ve hastaya yardım istemediği sürece müdahale edilmeden, hastanın tedavisine dahil olmamış bir araştırmacı eşliğinde uygulanmıştır. Ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflej tedavisi sonrasında alınan memnuniyet anketlerinin ise bir kısmı hastalar randevularına geldiklerinde alınırken, hiçbir şekilde ulaşılamayan hastalarla telefonla iletişim kurularak anketler uygulanmıştır. Psikolojik parametrelerin değerlendirildiği anketlerden farklı olarak memnuniyet anketleri hastaların kişilik özellikleri ile ilgili bir

değerlendirme yapmadığı ve hastaların tarafsız şekilde yanıtlayabileceği sorulardan oluştuğu için telefonla da uygulanabilmiştir. Ayrıca telefonla yapılan anketlerden, yazılı şekilde uygulanan anketlere göre cerrahi ile ilgili daha fazla ek bilgi edinilmesi sebebiyle de bu yöntem kullanılmıştır (186).

5.3. BULGULAR

5.3.1. Sınıf III ve Sınıf II Maloklüzyona Sahip Hastaların Cerrahi Öncesi ve Cerrahi Sonrasındaki Benlik Saygısı Düzeylerinin, Kontrol Grubuna Dahil Edilen Bireylerle Karşılaştırılması

Ortodonti literatüründe ortognatik cerrahi hastalarının benlik saygısı ile ilgili çalışmalara ilgi gün geçtikçe artmaktadır. Yapılan çalışmalara göre genel olarak ortognatik cerrahi hastalarının benlik saygısı skorları genel popülasyondan farklı çıkmamaktadır (30, 179) Ancak benlik saygısı ve özgüven algısının iyi tanımlanamamış olması ve karmaşık kıyaslamalar nedeniyle benlik saygısı ile ilgili ulaşılan sonuçların tartışmalı olduğu görülmüştür (29, 30, 148, 179).

Çalışmamızda bulunan sınıf III hastaların cerrahi öncesinde, sınıf II ve kontrol grubuna göre daha düşük benlik saygısına sahip oldukları ve sınıf III hastaların cerrahi öncesindeki benlik saygısının, kontrol grubundaki bireylere göre anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür. Cerrahi müdahale ile birlikte sınıf II ve sınıf III maloklüzyona sahip hastaların benlik saygısının kontrol grubuna göre anlamlı derecede artış gösterdiği bulunmuştur. Cerrahi müdahaleden önceki ortodontik tedavi safhasında, hastaların maloklüzyonları daha da şiddetlendiği için özellikle sınıf III hastaların estetik görünimleri kötüleşmiş, dolayısıyla da benlik saygıları daha düşük bulunmuştur. Çalışmamızda anketler, cerrahiden en az 6 ay sonra alındığı için bu sürede hastaların cerrahi sonrası ağrı, ödem, dudak ve çenedeki uyuşukluk gibi cerrahi sonrası komplikasyonların azalmaya başlamasıyla ve cerrahi sonrasında iyileşen estetik görünüm ve fonksiyonla ilişkili olarak hastaların benlik saygılarında artış görülmüştür. Estetik iyileşmenin cerrahi müdahale ile ilgili en büyük beklenti olduğu düşünüldüğünde, operasyon ile birlikte cerrahi hastalarının benlik saygısının artması; normal fasiyal profile sahip bireylerin ise yüzü dışında, vücudunun herhangi bir bölgesi ile ilgili bir probleme ilişkin farkındalığı, ekonomik ve sosyokültürel sebepler nedeniyle benlik saygı düzeylerinin değişken olabilmesi beklenen bir durumdur. Dolayısıyla

kontrol grubu bireylerin benlik saygısı düzeylerinin ortognatik cerrahi tedavi uygulanan bireylerden daha düşük olması, tedavi ihtiyacı olmayan bireylerin farklı kişisel problemlerinin psikolojileri üzerindeki etkileri nedeniyle açıklanabilir. Bulgularımızla uyumlu olarak Gerzanic ve ark. (202) yaptıkları çalışmada sınıf III maloklüzyona sahip hastaların sınıf II maloklüzyona sahip hastalara göre cerrahi öncesinde kendilerini anlamlı şekilde daha az çekici hissettikleri, fiziksel görünümüne daha fazla önem verdikleri ve yüz görünümü ile ilgili olarak kendilerini daha güvensiz hissettikleri gösterilmiştir. Nurminen ve ark. (18) çalışmalarında, iskeletsel sınıf II bireylerin mandibulalarını öne doğru getirerek iskeletsel problemlerini maskeleyebildiklerini ve bu sebeple iskeletsel sınıf III bireylere göre daha az psikolojik problem yaşadıklarını öne sürmüşlerdir. Çalışmamızın bulgularından farklı olarak Burden ve ark. (203), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği kullanarak, Sınıf II veya Sınıf III iskeletsel düzeltme ihtiyaç duyan ortognatik cerrahi hastalarının psikolojik durumlarını değerlendirdikleri çalışmada, sınıf II bireylerin, sınıf III ve kontrol grubuna göre daha düşük benlik saygısına sahip olduklarını ancak bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını belirtmişlerdir. Sınıf II bireylerin daha düşük benlik saygısına sahip olmasının sebebi olarak da sosyal beklentilerin ve yüz çekiciliğinin farklı olmasını göstermişlerdir. Burden ve ark. diğer çalışmalarda kullanılan kontrol gruplarının ortognatik cerrahi ihtiyacı olan ancak cerrahi tedaviyi reddeden bireylerden seçilmesinin tekniksel bir kusur olduğunu belirtmesine karşın, çalışmasına dahil ettiği kontrol grubundaki bireyleri ortognatik cerrahi ihtiyacı olmayan ancak ortodontik tedavi gören bireylerden seçmesi nedeniyle tedavi bulguları tartışmalı bir boyut kazanmıştır. Ayrıca, Burden ve arkadaşlarının bulgularının bizim çalışma sonuçlarımızdan farklı olması; kontrol grubuna dahil ettikleri bireylerin bir kısmının ortodontik tedavi görmüş olmasının benlik saygısı ile ilgili verileri etkileyebilmesi, çalışmaya dahil edilen bireylerin geniş bir yaş aralığında seçilmiş olması ve ırksal - kültürel farklılıklar nedenleriyle açıklanabilir.

Yaptığımız çalışmada, longitudinal ve cross-sectional dizayn edilmiş çalışma gruplarından elde ettiğimiz bulgulara göre cerrahi müdahale ile birlikte bireylerin benlik saygısı anlamlı şekilde artış göstermektedir. Bu bulgular literatürdeki çalışmaların çoğu ile uyumludur (6, 29, 199, 204). Kıyak ve ark. (5) Fitt's Tennessee Benlik Kavramı Ölçeği (205) kullanarak yaptıkları longitudinal çalışmada, ortognatik cerrahi hastalarında cerrahi öncesinde ve cerrahiden sonraki 4. ayda benlik saygısı skorlarının

arttığını belirtmişlerdir. Fakat bireylerin benlik saygısı, cerrahi sonrası 4. aya göre cerrahi sonrası 9. ayda anlamlı derecede azalma göstermiştir (148). Benlik saygısı, cerrahi sonrası 24. ayda, cerrahi sonrası 9. aya göre artış göstermiştir, ancak cerrahi sonrası 24. aydaki benlik saygısı skorları yine de cerrahi öncesi skorlara göre düşük bulunmuştur (158). Kıyak, hastaların en büyük beklentisi olan estetik iyileşmenin gerçekleşmesi sebebiyle benlik saygısının 4. ayda arttığını belirtmiştir. Benlik saygısının 9. ayda azalmasının sebebini de hastaların cerrahi sonrası yeni yüz görünümüne alışmaları dolayısıyla daha önceden dikkatini çekmeyen vücudunun başka bir bölgesinin farkına varmaları şeklinde açıklamıştır. Hastaların benlik saygılarının 24. ayda artmasına sebep olarak da oral fonksiyon, parestezi ve ağrının zamanla azalmasına rağmen, cerrahiden 24 ay sonra bile hastaların yarısında dudak ve çenede parestezinin devam ettiğini; ancak hastaların benlik saygısının en fazla estetik iyileşmeden etkilendiğini bu sebeple benlik saygısının arttığını belirtmiştir. Ancak hastaların benlik saygılarının 24. ayda, cerrahi öncesi değerlere göre halen düşük olmasının sebebi olarak da hastaların cerrahi öncesinde parestezi, sinüs problemi veya çiğneme problemi yokken, cerrahi sonrasında bunun gibi problemler yaşamaya başlamaları olarak gösterilmiştir. Bizim bulgularımız, Kıyak ve ark. yaptığı bu çalışmanın 4. ay bulgularına benzerdir fakat 9. ay ve 24. ay bulguları ile örtüşmemektedir. İki çalışmanın bulgularının farklı olması; benlik saygısını değerlendirmek amacıyla kullanılan ölçeklerin, bireysel, ırksal, kültürel özelliklerin ve çalışmanın yapıldığı zamanların farklı olması sebepleriyle açıklanabilir. Son yıllarda sosyal medya kullanımı, teknolojik ve görsel araçların yaygınlaşması dolayısıyla bireylerin yüz görünümü ile ilgili artan estetik farkındalıkları ve beklentileri; dolayısıyla ortognatik cerrahiye olan ilgi ve talep düzeyinin, Kıyak ve ark. çalışmalarını yürüttükleri 30 sene öncesine göre artmış olabileceği düşünülürse; cerrahi sonrasında hastaların büyük kısmının çenesinde ve dudağında hissizlik gibi komplikasyonlar olmasına rağmen, ortognatik cerrahi tedavinin en belirgin kazanımlarından olan estetik iyileşmenin gerçekleşmiş olması sebebiyle hasta memnuniyetinin olumsuz yönde etkilenmemesi ve dolayısıyla bireylerin benlik saygısının cerrahi öncesine göre artmış olması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda cross-sectional olarak dizayn edilmiş kısımda bulunan sınıf II ve sınıf III maloklüzyona sahip hastaların cerrahi müdahale ile birlikte benlik saygısı anlamlı şekilde artış göstermiştir. Cunningham ve ark. yaptıkları (32) cross-sectional çalışmada, cerrahi öncesinde 83 hasta ile cerrahi sonrasında ayrı bir grup olan 100 hastanın benlik

saygılarındaki değişimi incelemişlerdir. Bizim cross-sectional çalışma grubu bulgularımızın aksine, Cunningham ve ark. yaptıkları çalışmada cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası grubun benlik saygılarında anlamlı bir farklılık bulamamışlardır. Araştırmacılar normalde yüz görünümü ve dental görünümün iyileşmesi ile birlikte benlik saygısında da bir artış bekleneceğini ancak yaptıkları çalışmada cerrahi tedavi öncesinde hastaların makul derecelerdeki benlik saygısına uyum sağladıkları için benlik saygılarında anlamlı bir farklılık olmadığını veya cerrahi tedavi öncesinde hastadan alınan anketlerin benlik saygısında hatalı yükselmelere sebep olabileceğini ve doğru sonuçlara ulaşabilmek için anketlerin hastaların tedaviye kesin karar vermeden önce alınması gerektiğini savunmuşlardır. Dolayısıyla bu çalışmaya dahil edilen bireylerin maloklüzyon tipinin ve yaş aralığının üst sınırının belli olmaması, anketlerin cerrahiden sonraki uygulanma sürelerinin farklılığı gibi nedenlerle, bizim çalışma bulgularımızla farklı sonuçlara ulaşıldığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda cerrahi öncesinde ve cerrahi sonrasında bireylerin benlik saygısı üzerinde maloklüzyonun anlamlı bir etkisi bulunmadığı görülmüştür. Bunun sebebinin her iki maloklüzyona sahip olan bireylerin fasiyal deformiteye sahip olduklarının farkında olmaları, dolayısıyla cerrahi öncesinde benlik saygısının daha düşük olması ve ortognatik cerrahi sonrasında belirgin biçimde estetik iyileşme ile birlikte benlik saygısının artmasıyla ilgili olabileceği düşünülmüştür. Burden ve ark. (203) yaptıkları çalışmada cerrahi öncesinde sınıf II ve sınıf III bireylerin benlik saygıları arasında anlamlı farklılık olmadığını, maloklüzyon tipinin cerrahi öncesi benlik saygısı düzeyleri üzerindeki anlamlı etkisinin gösterilebilmesi için daha fazla sayıda denek üzerinde yapılacak yeni çalışmaların yapılması gerektiğini belirtmiştir.

Daha önce yapılan çalışmalar, longitudinal ya da cross-sectional olacak şekilde dizayn edilmiştir. Ancak bu iki çalışma dizaynını birbiri ile karşılaştıran herhangi bir çalışma yapılmamıştır. Yaptığımız çalışma ise longitudinal ve cross-sectional olarak dizayn edilmiş çalışma gruplarından elde edilen verilerin birbiri ile uyumlu olup olmadığını karşılaştırmaktadır. Çalışmamızda longitudinal ve cross-sectional gruplardan elde edilen veriler benzerdir ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Cerrahi müdahale ile ilgili estetik beklenti bireyler arasında değişkenlik göstermemekte, cerrahi müdahale sonrasında hastaların beklentileri ile uyumlu sonuçlara ulaşıldığında

araştırmaların hangi çalışma dizaynı ile yürütüldüğüne bakılmaksızın benzer sonuçlara ulaşabilmektedir.

5.3.2. Sınıf III ve Sınıf II Maloklüzyona Sahip Bireylerin Cerrahi Öncesi ve Cerrahi Sonrasındaki, Eleştiriye Duyarlılık Düzeylerinin, Kontrol Grubuna Dahil Edilen Bireylerle Karşılaştırılması

Longitudinal ve cross-sectional dizayn edilmiş çalışma gruplarında ele alınan sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip hastaların cerrahi öncesindeki eleştiriye duyarlılık düzeyleri, kontrol grubuna göre anlamlılık göstermeyecek şekilde yüksek bulunmuştur. Cerrahi sonrasında ise sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip hastaların eleştiriye duyarlılık düzeyleri azalmış ve kontrol grubu ile yakın değerlere ulaşmıştır. Sınıf II ve sınıf III maloklüzyona sahip hastalar, cerrahi öncesinde sahip oldukları deformitenin farkında olup, bununla ilgili rahatsızlık duymaktadırlar. Bu durum da normal bireylerden daha fazla eleştiriye hassas olmalarına neden olmaktadır. Özellikle sınıf III hastaların cerrahinin hemen öncesinde dişlerin dekompanzasyonu sırasında mevcut olan maloklüzyonun daha da şiddetlenmesi ile yüz görünümü ile ilgili daha fazla güvensizlik duyması ve yüzünün daha fazla dikkat çektiğini düşünmesi nedenleriyle (202) eleştiriye hassasiyetlerinin de arttığı düşünülmektedir.

Sınıf III maloklüzyona sahip hastalar ile sınıf II maloklüzyona sahip hastaların eleştiriye duyarlılık düzeyleri karşılaştırıldığında ise sınıf III hastaların cerrahi öncesinde eleştiriye duyarlılık seviyesinin sınıf II hastalardan daha fazla olduğu görülmüştür. İstatistiksel olarak anlamlı olmayan bu farklılık, prognatik mandibulaya sahip bireylerin yüz görünümünün, retrognatik mandibulaya sahip bireylere göre daha fazla rahatsız edici olması (18) ve dolayısıyla sınıf III hastaların cerrahi öncesindeki yüz görünümünden daha fazla rahatsızlık duymaları ile açıklanabilir. Sınıf II maloklüzyona sahip hastalar ise şiddetli bir deformiteye sahip olmadıkça, bir deformiteye sahip olduklarının bile farkında olmayabilirler ve bu hastaların çoğu, deformiteye sahip olduklarını ortodonti kliniğine başvurdıkları zaman öğrenmektedirler. Ayrıca sınıf III hastaların, sınıf II hastalara göre cerrahi öncesinde yüz görünümünden daha fazla rahatsızlık duymaları ve yüz görünümü ile ilgili güvensizlik hissetmeleri (202) sebepleriyle sınıf III maloklüzyona sahip hastaların eleştiriye duyarlılıklarının, sınıf II maloklüzyona sahip hastalara göre daha fazla olması beklenen bir durumdur.

Longitudinal ve cross-sectional olarak dizayn ettiğimiz çalışma gruplarına dahil edilen bireylerin eleştiriye duyarlılık düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu psikolojik parametrenin değerlendirilmesinde longitudinal ve cross-sectional olarak dizayn edilmiş çalışma gruplarından elde edilen bulguların birbiri ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Literatürde ise ortognatik cerrahi hastalarının eleştiriye duyarlılıklarını inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır.

5.3.3. Sınıf III ve Sınıf II Maloklüzyona Sahip Hastaların Cerrahi Öncesi ve Cerrahi Sonrasındaki, Sosyal Görünüş Kaygısı Düzeylerinin, Kontrol Grubuna Dahil Edilen Bireylerle Karşılaştırılması

Yüz görünümünün, kaygı, depresyon ve bunlar gibi birçok psikolojik durum üzerinde etkisi bulunmaktadır. Ortodontik tedavi nedeniyle kaygı seviyesinde meydana gelen değişikliği değerlendiren çeşitli çalışmalar mevcuttur (206, 207). Ancak literatürde ortognatik cerrahi hastalarında sosyal görünüş kaygısını değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır.

Longitudinal ve cross-sectional çalışma gruplarının kontrol grubu ile karşılaştırılmasında, cerrahi öncesinde sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip hastaların sosyal görünüş kaygısı, kontrol grubundan anlamlı şekilde daha fazladır. Bu bulgu, Kovalenko ve ark. (208) yaptıkları çalışmanın bulguları ile de uyumludur. Kovalenko ve ark. (208) yürüttükleri çalışmada, ortognatik cerrahi ihtiyacı olan 96 bireyden fotoğraflar alınmış ve bireyler fasiyal estetik indeksine göre hafif, orta ve şiddetli olmak üzere 3 gruba ayrılmıştır. Sonuç olarak hafif ve orta şiddette fasiyal deformitesi olan bireyler kontrol grubuna göre farklı bir psikolojik durum sergilemezken şiddetli fasiyal deformiteye sahip bireylerin daha yüksek oranda emosyonel instabilite, içe dönüklük, kaygı ve antisosyalite gösterdikleri ve bu hastaların sıkıntı, depresyon ve ters psikolojik reaksiyonlar gösterme eğiliminde oldukları rapor edilmiştir. Çalışmamızda cerrahi sonrasında ise sınıf II ve sınıf III maloklüzyona sahip hastaların sosyal görünüş kaygısı kontrol grubundan daha düşüktür ancak bu fark anlamlı bulunmamıştır. Ortognatik cerrahi tedavi uygulanan hastaların cerrahiden sonra, sosyal görünüş kaygı düzeylerinin normal fasiyal profile sahip bireylerden daha düşük olmasının sebebi ise yüz görünümünün düzelmesiyle birlikte özgüven artışı ve sosyal kaygı düzeylerinin

düşmesidir. Normal fasiyal profile sahip bireylerin ise yüzünde veya vücudundaki başka bir bölgeyi problem olarak görebileceği, bu sebeple sosyal görünüş kaygısının bu bireylerde daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Longitudinal ve cross-sectional dizayn edilmiş çalışmamızda sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip hastaların cerrahi müdahale ile birlikte gözlenen sosyal görünüş kaygısı düzeyindeki azalma istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Bireylerin sahip olduğu fasiyal iskeletsel deformite sebebi ile cerrahi öncesinde sosyal görünüş kaygısı fazladır. Bununla uyumlu olarak, Philips ve Elizabeth (14), fasiyal iskeletsel uyumsuzluğa sahip hastalarda tedaviden önce depresyon, yüksek kaygı ve kişilik problemlerinin mevcut olduğunu ve tedavi isteklerinin bundan dolayı arttığını belirtmişlerdir.

Longitudinal ve cross-sectional olarak dizayn ettiğimiz çalışma gruplarına dahil edilen bireylerin sosyal görünüş kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ve iki farklı çalışma dizaynından elde edilen bulguların birbiri ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda, cerrahi müdahale sonrasında iyileşen yüz görünümü ile birlikte, özgüven artışı ve bireylerin sosyal anlamda kabul edilebilirliğinin artması ve dolayısıyla gözlenmesi beklenen psikolojik değişikliklerden; benlik saygısının yükseldiği, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısının azaldığı görülmüştür.

5.3.4. Ortognatik Cerrahi ve Ortodontik Kamuflej Tedavisi Sonrası Memnuniyet ile İlgili Bulgular

Ortognatik cerrahi tedavi uygulanan hastaların tedaviden beklentileri farklılık göstermektedir. Hastaların ortognatik cerrahi tedaviyle birlikte, dental estetiğin artırılması, dental fonksiyonun iyileştirilmesi, yüz estetiğinin düzeltilmesi, TME ya da kas ağrısının azaltılması, maloklüzyonun periodontal problemler sebebiyle şiddetlendiği durumlarda dentisyonun uzun dönemde sürekliliğinin korunması gibi beklentileri olmaktadır. Bizim çalışmamızda da ortognatik cerrahi hastalarının % 63,3' ü hem estetik düzelme hem de çiğnemenin düzelmesinin tedavi ile ilgili öncelikli beklentisi olduğunu bildirmiştir. Literatürdeki bir grup çalışmaya göre estetik açıdan iyileşme beklentisi, fonksiyonel açıdan iyileşme beklentisinden daha önemliken (6, 195, 196, 199, 209), bazı çalışmalarda ise bu operasyonu geçirmedeki en önemli sebebin

fonksiyonel problemler olduğu ortaya konmuştur (15, 18, 186, 204). Hastaların tedavinin sonuçları hakkında farklı beklentileri olsa da, bu beklentiler çoğunlukla hem fonksiyon hem de estetik açıdan iyileşmeyi içermektedir (9, 19, 21, 193, 194, 197). Görünümün iyileşmesi umudu bu operasyonu olacak birçok hasta için motivasyon kaynağı olmaktadır (47, 48, 193, 210). Çalışmamızda ortodontik kamuflaj hastalarının büyük kısmının (% 52,2) öncelikli beklentisi, hem estetik düzelme hem de çiğnemenin düzelmesidir. Sadece estetik düzelme beklentisi olan ortodontik kamuflaj hastalarının oranı (% 42,2) ortognatik cerrahi hastalarından (% 20) daha yüksektir. Ortodontik tedaviye başvuran hastaların büyük kısmı dişlerinin görünümünden rahatsız olduğu için bu tedaviyi olmak istemektedir. Bu sebeple ortodontik kamuflaj hastalarında, estetik iyileşme beklentisinin, çiğnemenin düzelmesi beklentisinden daha fazla olması beklenen bir durumdur. Çalışmamızda ortognatik cerrahi tedavi uygulanan hastaların % 88,9' u, ortodontik kamuflaj hastalarının % 74,4' ü tedavi sonunda hem estetik düzelme hem de çiğnemenin düzeldiğini belirtmiştir.

Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgulara göre hastaların büyük çoğunluğu (% 92,2) cerrahi operasyonun sonuçlarının beklentilerini karşıladığını ve sonuçtan memnun olduğunu belirtmiştir. Hastaların cerrahiden en büyük beklentileri yüz görünümünün iyileşmesi olduğu için cerrahi müdahale ile birlikte beklentileri ile aynı yönde değişen estetik görünümdeki iyileşmenin hastaların memnuniyet oranını arttırdığı düşünülmektedir. Yapılan birçok çalışmada da çalışmamızın bulguları ile benzer şekilde, cerrahi operasyonun sonuçlarından hastaların % 70' inden fazlasının (% 72-% 100) memnun olduğu gösterilmiştir (6, 20, 47, 156, 180-184, 198, 211). Hastaların % 63- % 88' i karar vermeleri gerekse, bu tedaviye tekrar hazırlanmayı kabul edeceklerini belirtmektedirler (156, 180, 181, 183, 184). Kıyak ve ark. (148) yaptıkları çalışmada cerrahi sonrası 9. ayda hasta memnuniyetinin 3. hafta ve 4. aya göre daha az olduğunu belirtmiştir. Araştırmacılar, hastaların bu operasyonun tüm yüz özelliklerini, fiziksel, psikolojik özelliklerini ve belki de kişiler arası ilişkileri iyileştirmesini bekledikleri için 9. aydaki memnuniyetin daha düşük olduğunu bildirmişlerdir. Bizim bulgularımız Kıyak ve ark. 4. ay bulguları ile uyumludur ve hasta memnuniyeti her iki çalışmada da genel anlamda yüksektir. Alves e Silva ve ark. (212), 17-35 yaş aralığındaki 15 Brezilyalı ortognatik cerrahi hastasının memnuniyet seviyelerini değerlendirmişlerdir. Hastaların büyük çoğunluğu (% 93) cerrahinin beklentilerini karşıladığını, % 33' ü cerrahi sonrası süreçten, özellikle de cerrahi sonrası ilk 24 saatten (% 67) şikayetçi

olduklarını, % 60' ı yeme alışkanlığından, özellikle cerrahi sonrası ilk hafta (% 47) yeme alışkanlığından şikayetçi olduklarını ve % 33' ü intermaksiller fiksasyon boyunca lastiklerden dolayı yeme alışkanlığından şikayetçi olduklarını bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda anketler, cerrahi operasyondan en az 6 ay sonra uygulandığı için hastaların operasyonun hemen sonrasında gelişen komplikasyonlarla ilgili rahatsızlıkları bulunmamakla birlikte, hastaların dudakları ve çenelerinde az miktarda görülen his kaybının, hastaların memnuniyetini etkilemediği belirlenmiştir. Bu bulgu Kıyak ve ark. (148, 158) yaptıkları çalışmalarla da uyumludur.

Çalışma bulgularımıza göre ortognatik cerrahi sonrasında sınıf III maloklüzyona sahip hastaların % 61,4' ü ve sınıf II maloklüzyona sahip hastaların % 50' si tedavinin sonuçlarından çok memnun olduğunu ve beklentilerinin tam olarak karşılandığını belirtmiştir. Pahkala ve ark. (181) ve benzer şekilde Espeland ve ark. (157) yaptıkları çalışmalarda bizim bulgularımızla benzer şekilde, mandibulanın geriye alındığı hastalarda, mandibular ilerletme yapılan hastalara göre, tedavi ile ilgili memnuniyetin daha yüksek olduğunu, ek olarak ilerletmenin veya geriye almanın miktarının memnuniyet ile korelasyon göstermediğini ancak defektin şiddetinin memnuniyeti etkilediğini belirtmişlerdir (157, 181).

Çalışmamıza dahil edilen ortodontik kamuflaj hastalarının da büyük çoğunluğu (% 94,4) tedavinin sonuçlarından memnun olduğunu belirtmiştir. Larsson ve Bergström (213) yaptıkları çalışmada hastaların % 74' ünün ortodontik tedaviden tamamıyla memnun olduğunu, % 29' unun ise memnun olmadığını veya kısmen memnun olduğunu belirtmiştir. Ayrıca araştırmacılar, tedavinin sonunda çeşitli sebeplerle memnuniyetsizlik görülse bile bu bireylerin tedavinin başında olduğundan çok daha az memnuniyetsiz olduklarını belirtmişlerdir. Çalışma bulgularımıza göre ortodontik kamuflaj hastalarının da ortognatik cerrahi hastaları kadar tedavinin sonucundan memnun olduğu gösterilmiştir. Mihalik ve ark. (89) yaptıkları çalışmada da sınıf II maloklüzyona sahip ortodontik kamuflaj hastalarının % 88' inin, cerrahi olarak mandibular ilerletme tedavisi uygulanan hastaların % 63' ünün ve çift çene cerrahisi uygulanan hastaların % 46' sının, tedavinin beklentilerini tam olarak karşıladığını belirterek benzer sonuçlara ulaşmışlardır. Bu durum, doğru seçilmiş ortodontik kamuflaj hastalarının, beklentileriyle uyumlu olarak, tedavinin riskleri, maliyeti gibi konularda yeterince bilgilendirilerek tedavi edildiklerinde, tedavi sonucundan cerrahi hastaları

kadar, hatta cerrahi hastalarından daha fazla oranda memnun olabileceklerini göstermektedir.

Çalışmamızda ortognatik cerrahi hastalarından cerrahi öncesi yüz görünümlerini değerlendirmeleri istendiğinde, hastaların büyük çoğunluğu (% 73,3) cerrahi öncesi yüz görünümünün kötü olduğunu belirtmiştir. Ayrıca sınıf III maloklüzyona sahip hastaların, sınıf II maloklüzyona sahip hastalara göre cerrahi öncesi yüz görünümünün daha kötü olduğunu düşündükleri belirlenmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda da benzer şekilde prognatik mandibulanın, estetik olarak retrognatik mandibuladan daha fazla rahatsız edici olduğu bulunmuştur (18, 214). Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgulara göre, ortognatik cerrahi sonrasında hastaların % 96,7' si yüz görünümünün iyi olduğunu belirtmiştir. Olson ve ark. (198) yaptıkları çalışmada cerrahi öncesinde ve cerrahiden 6 ay sonrasında hastalardan alınan anketlerde, hastaların % 92' sinin cerrahi sonrasında oluşan estetik iyileşmeden memnun olduğu gösterilmiştir. Murphy ve ark. (215) da yaptıkları anket çalışmasında benzer şekilde hastaların % 81' inin cerrahi sonrasındaki yüz görünümünde orta veya büyük oranda iyileşme olduğunu belirttiklerini bildirmişlerdir.

Çalışmamızda, tedavi öncesinde ortodontik kamuflaj hastalarının büyük kısmı yüz görünümünün kötü olduğunu belirtirken, tedavi sonrasında hastaların tamamına yakını yüz görünümünün düzeldiğini bildirmiştir. Ayrıca elde ettiğimiz bulgulara göre tedavi tipinin, tedavi öncesi ve tedavi sonrası yüz görünümü ile ilgili anlamlı bir etkisinin bulunmadığı gösterilmiştir. Hastalar beklentileri ve istekleri ile uyumlu olarak tedavi edildiklerinde ve ortodontik kamuflaj hastalarının yüz görünümünden ziyade öncelikli beklentilerinin diş görünümünün düzelmesi olduğu düşünüldüğünde, yüz görünümünde oluşan küçük değişikliklerin dahi hasta memnuniyetini arttırdığı düşünülmektedir. Mihalik ve ark. (89) yaptıkları çalışmada ortodontik kamuflaj ve ortognatik cerrahi tedavi uygulanan sınıf II maloklüzyona sahip hastaların uzun dönem takibinde, ortodontik kamuflaj hastalarının, cerrahi mandibular ilerletme yapılan hastaların ve çift çene cerrahi uygulanan hastaların büyük çoğunluğunun tedavi sonrasındaki yüz görünümünden memnun olduğu belirtilmiştir. Bell ve ark. (210) yaptıkları çalışmada sınıf II kamuflaj hastalarının çenelerdeki değişikliklerin farkında olduklarını ve tedavi sonucundan da yeterince memnun olduklarını belirtmişlerdir. Genel olarak sefalometrik röntgen ve cephe-profil fotoğraf kayıtları üzerinde analizler yapılarak estetik değişimin

incelendiği çalışmalarda, sınıf II maloklüzyon tedavisinde cerrahi düzeltimin daha iyi estetik sonuçlar doğurduğu gösterilse de (189, 216, 217), Paquette ve ark. (218) yaptıkları çalışmada sınıf II maloklüzyona sahip hastaların çekimli veya çekimsiz ortodontik tedavilerinin sonucundaki fasiyal profil değişimlerini tanımlamışlar ve çalışmada ortodontik tedavi ile oluşan yüz görünümündeki değişikliklerin cerrahi tedavi ile oluşan kadar dramatik olmasa da, hastalar için önemli değişiklikler olabileceği sonucuna ulaşmışlardır.

Elde ettiğimiz bulgulara göre ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflej tedavisi uygulanan hastaların büyük çoğunluğu aile, akrabalar ve arkadaşların tedavi sonuçlarını başarılı bulduklarını, yüksek oranlarda memnuniyet gösterdiklerini belirtmişlerdir. Tedavi tipinin aile, akraba ve arkadaşların tedavi sonuçları hakkındaki görüşleri üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmüştür. Çalışmamızda yakın çevrenin memnuniyetinin de tedavi ile ilgili beklenti ile aynı oranda değiştiği ve ortodontik kamuflej tedavisinde ciddi riskler olmaması sebebiyle hastaların ve yakın çevrenin memnuniyetinin yüksek olduğu düşünülebilir. Ortognatik cerrahi tedavi ile ilgili memnuniyetin yüksek olmasının sebebi ise, çoğunlukla tedavi başında yakın çevrenin cerrahi operasyon konusunda çekingen olmasına rağmen, tedavinin sonuçlarını gördükten sonra iyileşen yüz görünümü ile birlikte cerrahi tedaviye ilişkin memnuniyetin artması şeklinde açıklanabilir. Edgerton ve Knorr (147) 1971 yılında yaptıkları çalışmada, ortognatik cerrahi hastalarının, plastik cerrahi hastalarına kıyasla arkadaşlarından ve ailesinden daha fazla destek aldığını belirtmişler ve bunun sebebini de aile ve arkadaşların bu operasyonun estetik sebeplerden daha çok fonksiyonel sebeplerle uygulandığına inanmaları ve fonksiyonel sebeplerle yapılan tedavinin daha kabul edilebilir olduğunu düşünmeleri ile açıklamışlardır.

Çalışmamızda ortognatik cerrahi hastalarının % 95,6' sında cerrahi sonrasında özgüven artışı olduğu görülmüştür. Cerrahi müdahale ile özgüven artışı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların birçoğunda, çalışma bulgularımıza benzer şekilde hastaların büyük oranda cerrahi müdahale ile birlikte özgüvenlerinin arttığı gösterilmiştir (18, 21, 156, 181, 184, 219, 220). Gerzanic ve ark. (202) yaptıkları çalışmada ise operasyon öncesinde iskeletsel sınıf III maloklüzyona sahip hastaların, sınıf II hastalara göre çekicilik konusu ve özgüvenle alakalı olarak daha olumsuz görüşlere sahip olduğunu, cerrahiden 6 hafta sonra sınıf III maloklüzyona sahip hastaların özgüvenlerinin sınıf II

hastalara göre daha fazla arttığını, sınıf II maloklüzyona sahip hastalarda ise özgüvendeki anlamlı artışın operasyondan 6 ay sonra gerçekleştiğini belirtmişlerdir. Çalışmamızda hastaların özgüvenlerindeki değişim operasyondan en az 6 ay sonra değerlendirildiği için Gerzanic ve ark. çalışma bulguları ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Ortodontik kamuflaj hastalarında özgüven değişimini değerlendirdiğimiz çalışmamızda hastaların büyük kısmının tedavi sonrasında özgüvenlerinin arttığı ve sınıf III maloklüzyona sahip ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj hastalarının özgüvenleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmüştür. Literatürde ortodontik kamuflaj tedavisi sonrası spesifik olarak özgüven değişimini inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır.

Çalışmamızda hastaların % 98,9' u ortognatik cerrahi operasyonu başkalarına da tavsiye edebileceğini bildirmiştir. Sınıf III maloklüzyona sahip hastaların tamamı, sınıf II maloklüzyona sahip hastaların da % 95' i bu soruya olumlu yanıt vermiştir. Bu bulgular literatürdeki diğer çalışmalarla da uyumludur (17, 22, 39, 145, 196, 198). Çağın ve ark. (185) yaptıkları çalışmada hastaların % 94,4' ünün, Türker ve ark. (184) yaptıkları çalışmada hastaların % 70' inin, De Clercq ve ark. (221) ise yaptıkları çalışmada hastaların % 87' sinin operasyonu başkalarına tavsiye edebileceğini bildirmişlerdir.

Ortodontik kamuflaj grubunda, hastaların % 97,8' i ortodontik kamuflaj tedavisini başkalarına da tavsiye edebileceğini belirtirken, sınıf III hastaların % 98,6' sı ve sınıf II hastaların % 95' i bu soruya olumlu yanıt vermiştir. Benzer şekilde Mihalik ve ark. (89) da yaptıkları çalışmada sınıf II maloklüzyona sahip ortodontik kamuflaj tedavisi uygulanan hastaların % 100' ünün, mandibular ilerletme tedavisi uygulanan hastaların % 87' sinin, çift çene cerrahisi uygulanan hastaların da % 83' ünün bu tedaviyi başkalarına tavsiye edebileceklerini belirtmişlerdir.

Elde ettiğimiz bulgulara göre, ortognatik cerrahi uygulanmadan önce hastaların büyük çoğunluğu (% 81,1) çiğnemesinin kötü olduğunu belirtirken, cerrahiden sonra hastaların % 95,6' sı çiğneme fonksiyonunun düzeldiğini bildirmiştir. Cerrahi sonrasında sınıf III hastaların, sınıf II hastalara göre çiğneme fonksiyonunda daha fazla iyileşme olduğunu belirttikleri görülmüştür. Bu durum sınıf III ilişkinin cerrahi sonrasında sınıf I ilişkiye dönüşmesiyle, çiğneme fonksiyonunun en önemli belirleyicisi olan oklüzal kontaktların (222) ve interkuspal pozisyonunda iken oklüzyonun ideale yaklaşması ve total kontakt

alanlarının artışı (223) sebebiyle çiğneme ve ısırma etkinliğinin iyileşmesi şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca maloklüzyon tipine göre çiğneme etkinliğinin değerlendirildiği çalışmalarda da sınıf III hastaların, sınıf II ve sınıf I oklüzyona sahip hastalara göre yemek yeme ve çiğneme sırasında daha fazla zorluk yaşadıkları gösterilmiştir (224, 225). Modig ve ark. (186) yaptıkları çalışmada, ortognatik cerrahi geçirmiş 32 hastanın % 91' inin çiğnemelerinin ameliyattan önceki duruma göre daha iyi olduğu belirtilmiştir. Çağın ve ark. (185) yaptıkları çalışmada cerrahi sonrasında hastaların % 88,8' inin çiğneme fonksiyonlarından memnun olduğu belirtilmiştir. Murphy ve ark. (215) yaptıkları anket çalışmasında da cerrahi tedavi uygulanan hastaların tedavi sonrasında çiğneme fonksiyonlarının düzeldiğini (% 64) belirttikleri gösterilmiştir.

Ortodontik kamufraj hastalarından tedavi öncesi ve tedavi sonrası çiğneme fonksiyonlarını değerlendirmelerini istediğimizde, hastaların yarısından fazlasının tedavi öncesinde çiğnemesinin kötü olduğunu, tedavi sonrasında ise hastaların tamamına yakınının çiğnemesinin düzeldiğini bildirdiği görülmüştür. Benzer şekilde Al-Omiri ve ark. (37) yaptıkları çalışmada ortodontik tedavi sonrasında hastaların % 92' sinin çiğneme fonksiyonundan memnun olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda tedavi öncesinde ortognatik cerrahi hastaları, ortodontik kamufraj hastalarına göre anlamlı şekilde çiğnemelerinin kötü olduğunu belirtirken, tedavi sonrasında ortognatik cerrahi ve ortodontik kamufraj tedavisi uygulanan hastalar arasında çiğneme fonksiyonu açısından anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Mihalik ve ark. (89) sınıf II ortodontik kamufraj hastaları, cerrahi olarak maksiller gömme uygulanan hastalar, mandibular ilerletme tedavisi uygulanan hastalar ve çift çene cerrahisi uygulanan hastaların oklüzyon ve çiğneme fonksiyonunu karşılaştırdığı çalışmalarında, sadece maksiller cerrahi uygulanan hastaların çiğnemelerinin iyi olmadığını düşündüklerini ancak bu farklılığın anlamlı olmadığını, tüm gruplar arasında benzer bulgulara ulaşıldığını belirtmişlerdir.

Ortognatik cerrahi hastalarının çene eklemesindeki ağrının değerlendirilmesinde, cerrahi öncesinde hastaların % 35,6' sı çene eklemesinde ağrı olduğunu belirtirken, cerrahi sonrasında bu oran anlamlı şekilde azalarak, hastaların % 21,1' i çene eklemesinde ağrı olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızın bulgularına göre cerrahi öncesinde asemptomatik hastaların % 7,54' ü cerrahi sonrasında TME de ağrı ve ses oluştuğunu belirtmiştir. Kerstens ve ark. (226) yaptıkları çalışmada, 480 ortognatik cerrahi hastasının % 16,2'

sinin cerrahi öncesinde TME semptomları gösterdiğini ve bu semptomatik hastaların üçte ikisinin cerrahi sonrasında ya çok az ya da hiç semptom göstermediğini belirtmişlerdir. Aynı çalışmada operasyon öncesinde asemptomatik hastaların % 11,5' inde, cerrahi sonrasında TME semptomları gözlemlendiği bildirilmiştir. Benzer şekilde White ve Dolwick (227) hastaların % 49,3' ünün operasyon öncesinde çeşitli derecelerde temporomandibular eklem disfonksiyonu (TMD) gösterdiğini ve operasyon öncesi temporomandibular eklem disfonksiyonu görülmeyen hasta grubunda, cerrahi sonrasında hastaların % 7,9' unda temporomandibular eklem disfonksiyonu geliştiğini belirtmişlerdir. Bulgularımızın aksine, De Clercq ve ark. (221) yaptıkları çalışmada, özellikle çiğneme fonksiyonun cerrahi sonrasında iyileşebilmesine rağmen; ağrı, klik, kilitlenme ve hipomobilité gibi TME semptomları ile kısıtlanmış çiğneme fonksiyonu açısından cerrahi öncesi ve cerrahi sonrasında önemli bir fark bulunamamıştır. Bu çalışma verileri ile bulgularımız arasındaki farklılığın sebebi, ortognatik cerrahi öncesi asemptomatik olan hastalarda cerrahi sonrasında TME semptomları gelişse bile (228-230) mandibulaya uygulanan bilateral sagittal split ramus osteotomisinin (BSSRO) cerrahi öncesinde TME problemi olan hastalarda okluziyonun operasyon ile idealize edilmesi bakımından daha uygun bir etki yaratması şeklinde veya hastaların TME bölgelerindeki değişimi genel memnuniyetlerinin bir parçası olarak sunmaları şeklinde açıklanabilir (228, 229, 231).

Cerrahi sonrasında sınıf II maloklüzyona sahip hastaların çene eklemindeki ağrıda bir değişiklik olmaz iken, sınıf III hastaların eklem ağrısının belirgin şekilde azaldığı gözlenmektedir. Ingervall ve ark. (232) sınıf III hastaların cerrahi sonrasında çiğneme fonksiyonundaki iyileşmenin; maksimum kapanışta ve çiğneme sırasında kas aktivitesinin normalleşmesi, çiğneme sikluslarının ve çiğneme süresinin azalması ile gerçekleştiğini belirtmişlerdir. Ağız açılımda kısıtlılık, lateral ve protrüziv hareketlerdeki azalma, tedavi edilmemiş sınıf III maloklüzyona sahip hastalarda görülen genel bulgulardır (233). Dolayısıyla sınıf III hastalarda eklem ağrısının azalmasının sebebi, cerrahi ile okluziyonun sınıf III sagittal ilişkiden, sınıf I sagittal ilişkiye normalize olması ile kas aktivitesinin normalleşmesi, kas semptomlarının azalması ve TME' nin daha uygun bir çevrede hareket kapasitesinin artması dolayısıyla (234), TMD semptomlarının azalması şeklinde açıklanabilmektedir (233). TMD ile ilişkili ortognatik tedavi sonuçlarının mandibular retrognati hastalarında, mandibular prognati hastalarına göre daha az faydalı olduğu gösterilmiştir (231). Benzer şekilde çift çene operasyonu

geçiren yüksek açılı mandibular retrognati grubunda, cerrahi sonrasında yeni TME semptomları (% 21) ve ameliyat sonrasında disk kondile göre daha anterior konumda kalacağı için kondiler atrofi gelişme ihtimali yüksek görünmektedir (235, 236).

Ortodontik kamuflaj hastalarının tedavi öncesi ve tedavi sonrası çene eklemindeki ağrı değerlendirmesinde, tedavi öncesinde hastaların % 26,7' si çene ekleminde ağrı olduğunu belirtirken, tedavi ile çene eklemindeki ağrı anlamlı şekilde azalmış ve tedavi sonrasında hastaların sadece % 7,8' i çene ekleminde ağrı olduğunu belirtmiştir. Ortodontik kamuflaj hastalarında kullanılabilen tam akrilik hızlı üst çene genişletme aygıtı gibi düz yüzeyli apareyler ve/veya diğer mekanik aygıtlar yardımıyla düzelen oklüzal ilişkilerle birlikte çene eklemindeki ağrının azaldığı düşünülmektedir.

Çalışmamızın bulgularına göre, ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj tedavisi uygulanan hastalarda tedavi sonrasında tedavi öncesine göre TME ağrısı anlamlı şekilde azalmaktadır. Ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj hastalarının tedavi öncesindeki TME' de ağrı karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılık bulunmazken, tedavi sonrasında ortodontik kamuflaj hastalarının ağızlarını açıp kapatırken ortognatik cerrahi hastalarına göre anlamlı şekilde daha az ağrı hissettikleri belirtilmiştir. Ortognatik cerrahi sonrasında kondiler pozisyon, artiküler disk, paradiskal dokular cerrahi müdahaleden etkilenecek, potansiyel idiyopatik kondiler rezorpsiyon, fonksiyonel bozukluklar ve cerrahi sonrası relaps gibi muhtemel değişiklikler meydana gelebilmektedir (237, 238). Ortognatik cerrahi sırasındaki kondiler pozisyonundaki değişim, cerrahi sırasındaki hasta postürü, kullanılan kas gevşeticiler, uygun olmayan rijit fiksasyon, çeşitli fiksasyon yöntemleri, eklemdaki intrakapsüler kanama ve ödem, internal düzensizlikler sebebiyle görülebilmektedir (238, 239). Kim ve ark. (240) tarafından yapılan ve iskeletsel sınıf III maloklüzyona sahip 33 hastanın uzun dönem kondil pozisyonunu değerlendiren çalışmada kondilin cerrahiden sonra 3. ayda ödem ve eklem içi kanama sebebiyle anteriora yer değiştirdiği, 6. ayda ise distal yönde hareket ettiği gösterilmiştir. Bu durum, cerrahi sonrasında büyük miktarlardaki çene hareketlerinde TME ve kas adaptasyonunun daha uzun sürede gerçekleşmesi, dolayısıyla ortodontik kamuflaj hastalarında bu denli ciddi miktarlarda hareket sağlanmadığı için eklemden daha az ağrı hissedilmesi şeklinde yorumlanabilir. Benzer şekilde, Mihalik ve ark. (89) çalışmalarında sınıf II maloklüzyona sahip ortodontik kamuflaj hastalarının % 4' ünde, cerrahi olarak mandibular ilerletme uygulanan hastaların % 28' inde, çift çene cerrahi

uygulanen hastaların ise % 27' sinde ağzını açıp kapatırken çene ekleminde ağrı olduğunu belirtmişlerdir. Mihalik ve ark. (89) ortognatik cerrahi grubunda, TME ile ilgili sorunlar, ağrı ya da rahatsızlıkların, kamuflej grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde 2 veya 3 kat daha yaygın olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmamızda, ortognatik cerrahi hastalarının çene eklemindeki sesin cerrahi müdahale sonrasında azaldığı belirtilmiştir. Ayrıca sınıf III maloklüzyona sahip hastalarda cerrahi sonrasında eklemdaki sesin azaldığı, sınıf II maloklüzyona sahip hastalarda ise eklemdaki sesin arttığı belirtilmiştir. Bu durum, özellikle yüksek açılı mandibular retrognati hastalarında cerrahi olarak maksiller gömme ve mandibulanın rotasyonu uygulanması sebebiyle, disk kondilden daha anteriorda kalacağı için eklem sesinin artması (236) şeklinde yorumlanabilir. Ancak ortognatik cerrahi sonrasında maloklüzyonun düzeltilmesi ile birlikte TMD semptomlarının iyileşmesi halen tartışmalı bir konu olmaya devam etmektedir (241).

Hastaların ortognatik cerrahi operasyon sonrası konuşmalarındaki değişiklik değerlendirildiğinde, % 76,7' si cerrahiden sonra konuşmasının düzeldiğini, % 22' si hiçbir değişiklik olmadığını belirtmiştir. Bulgularımızla uyumlu olarak, Posnick ve ark. (242) 42 hasta üzerinde yürüttükleri çalışmalarında hastaların % 80' inin konuşma fonksiyonlarından memnun olduğunu belirtmişlerdir. Benzer şekilde, Çağın ve ark. (185) da çalışmalarında 36 hastanın 35' inin konuşma fonksiyonundan memnun olduğunu bildirmişlerdir. Yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (215, 243). Ayrıca elde ettiğimiz bulgulara göre sınıf III maloklüzyona sahip hastaların büyük kısmı, cerrahi sonrasında konuşmasının düzeldiğini düşünürken, sınıf II maloklüzyona sahip hastalardan konuşmasının düzeldiğini ve konuşmasının değişmediğini düşünen hastaların oranı birbirine oldukça yakın seyretmektedir. Bu sonuçlara göre sınıf III maloklüzyona sahip hastaların konuşmaları cerrahiden sonra belirgin biçimde düzelmiştir. Bu durum, sınıf II maloklüzyona sahip hastaların konuşma sırasında dili ve mandibulayı normale yakın konumlandırması ve mandibulayı normal insizal ilişkiye yakın hale getirebilecek kadar kompanzasyon yeteneğine sahip olması nedeniyle dil ve damak seslerini doğru şekilde çıkartabilmesi (244), ancak sınıf III hastaların göreceli maksiller yetersizlik ve kısıtlanmış ağız ortamına sahip olması nedeniyle 's' harfi gibi seslerin artikülasyonunun yapılamaması şeklinde açıklanabilir

(245). Ayrıca sistematik bir derlemede de sınıf III hastaların, sınıf II hastalara göre konuşma sırasında daha fazla ses ve telaffuz hatası yaptığı belirtilmiştir (246).

Çalışmamızda ortognatik cerrahi uygulanan hastalara “Şu anda yüzünüzde, alt ya da üst dudağınızda ya da dişetinizde uyuşukluk-karıncalanma var mı?” diye sorulduğunda hastaların % 62,2’ si uyuşukluk olduğunu belirtmiştir. Sınıf III maloklüzyona sahip hastaların uyuşuklukları, sınıf II maloklüzyona sahip hastalardan fazla olmasına rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. BSSRO yapılan hastalarda en çok karşılaşılan problemlerden biri olan inferior alveolar sinir hasarı, cerrahi sonrası erken dönemlerde % 85-100 oranlarında görülürken zamanla azalıp sinir iletilsinin cerrahi öncesi döneme dönmesi beklenmektedir (247). Raveh ve ark. (248) yaptıkları çalışmada BSSRO sonrası inferior alveolar sinir hasarı oranı cerrahi sonrası erken dönemde % 97 olarak tespit edilmiştir. Toplam 655 ve 1034 hasta üzerinde yapılan çalışmalarda geç dönemde kalıcı sinir hasarı oranının % 32-39 arasında değiştiği bildirilmiştir (1, 249). Posnick ve Wallace (242) yaptıkları çalışmada, 42 hastanın 9 tanesinin (% 21) alt dudak ve çenedeki uyuşukluktan dolayı operasyondan memnun olmadıklarını belirtirken, bizim çalışmamızda ise uyuşukluk olduğunu söyleyen hastaların büyük bir kısmı alt çene ve alt dudakta uyuşukluk olduğunu bildirmiştir. Bazı çalışmaların sonuçlarına göre dudaklardaki ve çenedeki uzun süreli hissizliğin hasta memnuniyetini etkileyen önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir (6, 181). Diğer yandan birçok ortognatik cerrahi hastasının bu kısmi sinir hasarını günlük hayatta can sıkıcı olarak bulmadığını belirten bir çalışma da mevcuttur (250). Bizim çalışmamızda da hastaların birçoğunda uyuşukluk olmasına rağmen bu durum memnuniyeti olumsuz yönde etkilememiştir.

Genel olarak bakıldığında ortognatik cerrahi sonrasında hastalar hem psikolojik hem de fonksiyonel açıdan fayda görmektedir (32, 145, 148, 149, 158). Doktor-hasta ilişkisi başarılı bir tedavide çok önemli rol oynamaktadır. Yapılan araştırmalara göre doktorun teknik olarak yeterli olması ve hastaya cerrahi operasyon öncesinde, ortodonti ve cerrahi ile ilgili yeterli bilgi verilmesi, cerrahi sonrasında yaşanabilecek problemlerin anlatılması ile memnuniyetin arttığı gösterilmiştir (32, 184, 251, 252). Alternatif tedavi yaklaşımları mümkün olduğunda, hastalara yapılacak işlemlerin avantaj, dezavantaj ve risklerinin hastalara anlatılması çok önemlidir. Ortognatik cerrahi ile ilgili riskler, cerrahi olmayan yaklaşımlara göre daha fazla olabilmektedir. Ortognatik cerrahi ile ilgili en sık gözlenen risklerden biri his kaybıdır, oysa kamuflej hastalarında

oluşabilecek en büyük risk maksiller keser dişlerin köklerinin tork hareketi ile palatinal bölgeye dayanması, kök rezorbsiyonu oluşma riski, alt kesici dişlerin proklinasyonu ile vestibuler kemik ve yapışık dişeti desteğini kaybedebilmesi, diş eti çekilmelerinin ve periodontal destek dokuların kaybının görülebilmesidir.



6. SONUÇLAR

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar şu şekildedir:

1. Cerrahi öncesinde sınıf III maloklüzyona sahip hastaların benlik saygısı, kontrol grubundaki sınıf I bireylere göre anlamlı şekilde daha düşüktür.
2. Ortognatik cerrahi sonrasında sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip hastaların benlik saygısı, kontrol grubundaki sınıf I bireylere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.
3. Longitudinal ve cross-sectional çalışma dizaynları ile oluşturulan gruplardan elde ettiğimiz bulgulara göre sınıf II ve sınıf III maloklüzyona sahip hastaların benlik saygısı, cerrahi müdahaleden sonra anlamlı şekilde artmaktadır.
4. Cerrahi öncesinde ve cerrahi sonrasında sınıf III ve sınıf II maloklüzyona sahip hastaların eleştiriye duyarlılıkları kontrol grubundaki sınıf I bireylere göre anlamlı farklılık göstermemektedir.
5. Ortognatik cerrahi müdahale ile birlikte sınıf II ve sınıf III maloklüzyona sahip hastaların eleştiriye duyarlılığı anlamlı şekilde azalmaktadır.
6. Cerrahi öncesinde sınıf II ve sınıf III maloklüzyona sahip hastaların sosyal görünüş kaygısı, kontrol grubundaki sınıf I bireylere göre anlamlı şekilde yüksek iken, cerrahi sonrasında sınıf II ve sınıf III hastaların sosyal görünüş kaygısı ile kontrol grubundaki sınıf I bireylerin sosyal görünüş kaygısı arasında anlamlı bir farklılık yoktur.
7. Ortognatik cerrahi müdahale ile birlikte sınıf II ve sınıf III maloklüzyona sahip hastaların sosyal görünüş kaygısı anlamlı şekilde azalmaktadır.
8. Longitudinal ve cross-sectional dizayn edilmiş çalışma gruplarındaki sınıf III maloklüzyona sahip hastaların benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı ile ilgili verilerin birbiri ile uyumlu olduğu görülmüştür.

9. Maloklüzyon tipinin (iskeletsel sınıf II ve sınıf III) cerrahi öncesinde ve cerrahi sonrasında hastaların benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygısı üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir.

10. Ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj tedavileri uygulanan hastaların büyük kısmının öncelikli beklentisi hem estetik, hem de çiğneme fonksiyonunda düzelmedir. Her iki tedavi şeklinde de bireylerin büyük çoğunluğu tedavi sonrasında hem estetik hem de çiğnemenin düzeldiğini belirtmişlerdir.

11. Ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj hastalarının büyük kısmı tedavinin beklentilerini karşıladığını ve tedaviden çok memnun olduğunu belirtmiştir.

12. Ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj hastalarının büyük çoğunluğu tedavi sonrasında yüz görünümünün düzeldiğini belirtmiştir ve tedavi tipinin, tedavi öncesi ve tedavi sonrasındaki yüz görünümü değerlendirmesi üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür.

13. Ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj tedavisi sonrasında hastaların büyük çoğunluğu, yakın çevresinin uygulanan tedavinin sonuçlarını başarılı bulduğunu belirtmiştir ve ortognatik cerrahi, ortodontik kamuflaj grupları arasında yakın çevrenin memnuniyeti bakımından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

14. Ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj hastalarının büyük çoğunluğu tedavi sonrasında çiğneme fonksiyonunun düzeldiğini belirtmiştir. Tedavi öncesinde çiğnemelerinin kötü olduğunu belirten hasta sayısı ortognatik cerrahi grubunda, ortodontik kamuflaj grubuna göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur ve tedavi sonrasında ortognatik cerrahi ile ortodontik kamuflaj hastaları arasında çiğneme fonksiyonları açısından anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.

15. Ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj hastalarının tamamına yakını tedavi sonrasında özgüveninin arttığını bildirmiştir. Ayrıca her iki gruptaki hastaların büyük çoğunluğu uygulanan tedaviyi başkalarına da tavsiye edebileceğini belirtmiştir.

16. Ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj hastalarından tedavi öncesi TME ağrısı olanların büyük kısmında tedavi ile birlikte çene eklemlerindeki ağrının anlamlı şekilde azaldığı görülmüştür. Tedavi ile birlikte TME ağrısında meydana gelen azalma,

ortodontik kamuflaj hastalarında ortognatik cerrahi hastalarına göre anlamlı olarak daha fazladır.

17. Tedavi başında ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj hastalarının büyük kısmı çene eklemde sesin bulunmadığını bildirmiştir. Her iki grupta da eklemde ses olduğunu bildiren hastaların tedavi ile birlikte eklem sesinin azaldığı ancak eklem sesi azalan hasta sayısının sadece ortodontik kamuflaj grubunda anlamlı olduğu gözlenmiştir. Tedavi tipinin, tedavi öncesi ve tedavi sonrası eklem sesi açısından anlamlı bir etkisinin bulunmadığı gözlenmiştir.

18. Ortognatik cerrahi ve ortodontik kamuflaj hastalarının büyük çoğunluğu tedavi sonunda konuşmasının düzeldiğini belirtmiştir.

19. Ortognatik cerrahi sonrasında hastaların yarısından fazlası çene ve dudaklarında uyuşukluk olduğunu belirtmiştir.

20. Ortognatik cerrahi tedavi ile hastalar, estetik ve fonksiyonel fayda sağlamakla birlikte psikososyal anlamda da fayda sağlamaktadırlar.

21. Ortodontik kamuflaj tedavisi uygulanacak hastaların doğru seçimi, hastanın beklentilerinin göz önünde bulundurulması, hastanın doğru şekilde bilgilendirilmesi, kar-zarar analizinin yapılması koşulu ile ortodontik kamuflaj hastaları, ortognatik cerrahi hastaları kadar yüksek tedavi memnuniyeti gösterebilmektedirler.

KAYNAKLAR

1. Panula K, Finne K, Oikarinen K. Incidence of complications and problems related to orthognathic surgery: a review of 655 patients. *Journal of oral and maxillofacial surgery*. 2001;59(10):1128-36.
2. Jensen S. The psychosocial dimensions of oral and maxillofacial surgery: A critical review of the literature. *Journal of oral surgery (American Dental Association: 1965)*. 1978;36(6):447-53.
3. Cunningham S, Hunt N, Feinmann C. Psychological aspects of orthognathic surgery: a review of the literature. *The International journal of adult orthodontics and orthognathic surgery*. 1994;10(3):159-72.
4. Berger JL, Pangrazio-Kulbersh V, Bacchus SN, Kaczynski R. Stability of bilateral sagittal split ramus osteotomy: rigid fixation versus transosseous wiring. *Am J Orthod Dentofac*. 2000;118(4):397-403.
5. Kiyak HA, McNeill RW, West RA, Hohl T, Bucher F, Sherrick P. Predicting psychologic responses to orthognathic surgery. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 1982;40(3):150-5.
6. Finlay PM, Moos SF, Atkinson JM. Orthognathic surgery: patient expectations; psychological profile and satisfaction with outcome. *British journal of oral and maxillofacial surgery*. 1995;33(1):9-14.
7. Motegi E, Hatch JP, Rugh JD, Yamaguchi H. Health-related quality of life and psychosocial function 5 years after orthognathic surgery. *Am J Orthod Dentofac*. 2003;124(2):138-43.
8. Tung AW, Kiyak HA. Psychological influences on the timing of orthodontic treatment. *Am J Orthod Dentofac*. 1998;113(1):29-39.

9. Kiyak HA, McNeill RW, West RA, Hohl T, Heaton PJ. Personality characteristics as predictors and sequelae of surgical and conventional orthodontics. *American journal of orthodontics*. 1986;89(5):383-92.
10. Peppard PE, Austin D, Brown RL. Association of alcohol consumption and sleep disordered breathing in men and women. *Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine*. 2007;3(3):265.
11. Lazaridou-Terzoudi T, Kiyak HA, Moore R, Athanasiou AE, Melsen B. Long-term assessment of psychologic outcomes of orthognathic surgery. *Journal of oral and maxillofacial surgery*. 2003;61(5):545-52.
12. Flanary C. The psychology of appearance and the psychological impact of surgical alteration of the face. *Orthognathic and reconstructive surgery*. 1992;1:2-21.
13. Bennett M, Phillips CL. Assessment of health-related quality of life for patients with severe skeletal disharmony: a review of the issues. *The International journal of adult orthodontics and orthognathic surgery*. 1998;14(1):65-75.
14. Phillips C, Bennett ME, Broder HL. Dentofacial disharmony: psychological status of patients seeking treatment consultation. *The Angle Orthodontist*. 1998;68(6):547-56.
15. Frost V, Peterson G. Psychological aspects of orthognathic surgery: how people respond to facial change. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology*. 1991;71(5):538-42.
16. Hutton CE. Patients' evaluation of surgical correction of prognathism: survey of 32 patients. *Journal of oral surgery (American Dental Association: 1965)*. 1967;25(3):225.
17. Laufer D, Glick D, Gutman D, Sharon A. Patient motivation and response to surgical correction of prognathism. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*. 1976;41(3):309-13.

18. Nurminen L, Pietilä T, Vinkka-Puhakka H. Motivation for and satisfaction with orthodontic-surgical treatment: a retrospective study of 28 patients. *The European Journal of Orthodontics*. 1999;21(1):79-87.
19. Hoppenreijns T, Hakman E, Van't Hof M, Stoelinga P, Tuinzing D, Freihofer H. Psychologic implications of surgical-orthodontic treatment in patients with anterior open bite. *The International journal of adult orthodontics and orthognathic surgery*. 1998;14(2):101-12.
20. Rittersma J, Casparie AF, Reerink E. Patient information and patient preparation in orthognathic surgery: a medical audit study. *Journal of maxillofacial surgery*. 1980;8:206-9.
21. Hillerström K, Sörensen S, Wictorin L. Biological and Psycho-Social Factors in Patients with Malformation of the Jaws: II. Twelve Months after Maxillo-Facial Surgery. *Scandinavian journal of plastic and reconstructive surgery*. 1971;5(1):34-40.
22. Crowell N, Sazima H, Elder S. Survey of patients' attitudes after surgical correction of prognathism: study of 33 patients. *Journal of oral surgery (American Dental Association: 1965)*. 1970;28(11):818.
23. Heldt L, Haffke EA, Davis LF. The psychological and social aspects of orthognathic treatment. *American journal of orthodontics*. 1982;82(4):318-28.
24. Ouellette P. Psychological ramifications of facial change in relation to orthodontic treatment and orthognathic surgery. *Journal of oral surgery (American Dental Association: 1965)*. 1978;36(10):787.
25. Goin MK, Goin JM, Gianini MH. The psychic consequences of a reduction mammoplasty. *Plastic and reconstructive surgery*. 1977;59(4):530-4.
26. Ohlsen L, Ponten B, Hambert G. Augmentation mammoplasty: a surgical and psychiatric evaluation of the results. *Annals of plastic surgery*. 1979;2(1):42-52.
27. Cunningham SJ, Gilthorpe MS, Hunt NP. Are orthognathic patients different? *The European Journal of Orthodontics*. 2000;22(2):195-202.

28. Cunningham SJ, Gilthorpe MS, Hunt NP. Are pre- treatment psychological characteristics influenced by pre- surgical orthodontics? *The European Journal of Orthodontics*. 2001;23(6):751-8.
29. Nicodemo D, Pereira MD, Ferreira LM. Self-esteem and depression in patients presenting angle class III malocclusion submitted for orthognathic surgery. *Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal*. 2008;13(1):48.
30. Williams D, Bentley R, Cobourne M, Gibilaro A, Good S, Huppa C, et al. Psychological characteristics of women who require orthognathic surgery: comparison with untreated controls. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2009;47(3):191-5.
31. Cunningham S, Crean S, Hunt N, Harris M. Preparation, perceptions, and problems: a long-term follow-up study of orthognathic surgery. *The International journal of adult orthodontics and orthognathic surgery*. 1995;11(1):41-7.
32. Cunningham S, Hunt N, Feinmann C. Perceptions of outcome following orthognathic surgery. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 1996;34(3):210-3.
33. Lovius BB, Jones RB, Pospisil OA, Reid D, Slade PD, Wynne TH. The specific psychosocial effects of orthognathic surgery. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*. 1990;18(8):339-42.
34. Kiyak HA, McNeill RW, West RA. The emotional impact of orthognathic surgery and conventional orthodontics. *American journal of orthodontics*. 1985;88(3):224-34.
35. O'Young J, McPeck B. Quality of life variables in surgical trials. *Journal of chronic diseases*. 1987;40(6):513-22.
36. Hunt OT, Johnston CD, Hepper PG, Burden DJ. The psychosocial impact of orthognathic surgery: a systematic review. *Am J Orthod Dentofac*. 2001;120(5):490-6.
37. Al-Omiri MK, Abu Alhaija ES. Factors affecting patient satisfaction after orthodontic treatment. *The Angle Orthodontist*. 2006;76(3):422-31.
38. Rumsey N. Historical & anthropological perspectives on appearance. 1997.

39. Jacobson A. Psychological aspects of dentofacial esthetics and orthognathic surgery. *The Angle orthodontist*. 1984;54(1):18-35.
40. Berscheid E, Walster E, Bohrnstedt G. Body image: a Psychology Today questionnaire. *Psychology Today*. 1972;6(2):57-64.
41. Linn EL. Social meanings of dental appearance. *Journal of Health and Human Behavior*. 1966:289-95.
42. Albino JE, editor *Factors influencing adolescent cooperation in orthodontic treatment*. *Seminars in Orthodontics*; 2000: Elsevier.
43. Helm S, Kreiborg S, Solow B. Psychosocial implications of malocclusion: a 15-year follow-up study in 30-year-old Danes. *American journal of orthodontics*. 1985;87(2):110-8.
44. Shaw W, Meek S, Jones D. Nicknames, teasing, harassment and the salience of dental features among school children. *British Journal of Orthodontics*. 1980;7(2):75-80.
45. Phillips C, Broder HL, Bennett ME. Dentofacial disharmony: motivations for seeking treatment. *The International journal of adult orthodontics and orthognathic surgery*. 1997;12(1):7.
46. Bull R. Society's reactions to facial disfigurements. *Dental update*. 1990;17(5):202, 4-5.
47. Baig M. Surgical enhancement of facial beauty and its psychological significance. *Annals of the Royal Australasian College of Dental Surgeons*. 2004;17:64-7.
48. Rivera SM, Hatch JP, Dolce C, Bays RA, Van Sickels JE, Rugh JD. Patients' own reasons and patient-perceived recommendations for orthognathic surgery. *Am J Orthod Dentofac*. 2000;118(2):134-40.
49. Cheever D. Displacement of the upper jaw. *Med Surg Rep Boston City Hosp*. 1870;1:156.
50. Halvorson EG, Mulliken JB. Cheever's Double Operation: The First Le Fort I Osteotomy. *Plastic and reconstructive surgery*. 2008;121(4):1375-81.

51. Perciaccante VJ, Bays RA. Maxillary orthognathic surgery. Principles of oral and maxillofacial surgery Hamilton-London: BC Decker. 2004:1179-204.
52. Hausamen J-E. The scientific development of maxillofacial surgery in the 20th century and an outlook into the future. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. 2001;29(1):2-21.
53. Stearns J, Fonseca R, Saker M. Revascularization and Healing of orthognathic surgical procedures. Oral and maxillofacial surgery Philadelphia, Pa: WB Saunders Co. 2000.
54. Cohn-Stock G. Die chirurgische Immediatregulierung der Kiefer, speziell die chirurgische Behandlung der Prognathie. Vjschr Zahnheilk Berlin. 1921;37:320.
55. Wolfe SA. Günther Cohn-Stock, MS, DDS, father of maxillary orthognathic surgery. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. 1989;17(7):331-4.
56. Wassmund M. Frakturen und Luxationen des Gesichtsschädels unter Berücks. d. Komplikationen d. Hirnschädels: Meusser; 1927.
57. Wassmund M. Lehrbuch der praktischen Chirurgie des Mundes und der Kiefer: H. Meusser; 1935.
58. Axhausen G. Zur Behandlung veralteter disloziert geheilter Oberkieferbrüche. Dtsch Zahn Mund Kieferheilk. 1934;1:334-9.
59. Schuchardt K. Ein Beitrag zur chirurgischen Kieferorthopädie unter Berücksichtigung ihrer Bedeutung für die Behandlung angeborener und erworbener Kieferdeformitäten bei Soldaten. Dtsch Zahn Mund Kieferheil. 1942;9:73-89.
60. Köle H. Surgical operations on the alveolar ridge to correct occlusal abnormalities. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology. 1959;12(5):515-29.
61. Köle H. Results, experience, and problems in the operative treatment of anomalies with reverse overbite (mandibular protrusion). Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology. 1965;19(4):427-50.
62. Drommer RB. The history of the "Le Fort I osteotomy". Journal of maxillofacial surgery. 1986;14:119-22.

63. Sasaki CT, Lowlicht RA, Astrachan DI, Friedman CD, Goodwin WJ, Morales M. Le Fort I osteotomy approach to the skull base. *The Laryngoscope*. 1990;100(10):1073-6.
64. Uttley D, Moore A, Archer DJ. Surgical management of midline skull-base tumors: a new approach. *Journal of neurosurgery*. 1989;71(5):705-10.
65. Sailer HF, Haers PE, Grätz KW. The Le Fort I osteotomy as a surgical approach for removal of tumours of the midface. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*. 1999;27(1):1-6.
66. Proffit WR, Phillips C, Turvey TA. Stability following superior repositioning of the maxilla by LeFort I osteotomy. *Am J Orthod Dentofac*. 1987;92(2):151-61.
67. Bloomquist DS, Lee JJ. Principles of mandibular orthognathic surgery. *Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery*. 2004;2:1150-4.
68. Patel PK. Craniofacial, Orthognathic Surgery. Erişim: (<http://www.emedicine.com/plastic/topic177.htm>). 2006;28.
69. Rosen H. Aesthetic orthognathic surgery. *Plastic Surgery*, 2nd Ed Philadelphia: Saunders. 2005:649-86.
70. Trauner R, Obwegeser H. The surgical correction of mandibular prognathism and retrognathia with consideration of genioplasty: Part I. Surgical procedures to correct mandibular prognathism and reshaping of the chin. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology*. 1957;10(7):677-89.
71. Lupori J, Kewitt G, Van Sickels J. Bilateral sagittal split osteotomy advancement and setback. *Oral and maxillofacial surgery*. 2000;3:297-310.
72. Wyatt W. Sagittal ramus split osteotomy: literature review and suggested modification of technique. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 1997;35(2):137-41.
73. Massler M, Frankel JM. Prevalence of malocclusion in children aged 14 to 18 years. *American journal of orthodontics*. 1951;37(10):751-68.
74. Ngan III P. Treatment of Class III malocclusion in the primary and mixed dentitions. *Textbook of orthodontics* Philadelphia: WB Saunders. 2001:375-414.

75. Altemus LA. Frequency of the incidence of malocclusion in American Negro children aged twelve to sixteen. *The Angle Orthodontist*. 1959;29(4):189-200.
76. Garner L, Butt M. Malocclusion in black Americans and Nyeri Kenyans: an epidemiologic study. *The Angle orthodontist*. 1985;55(2):139-46.
77. Sayin M, Türkkahraman H. Malocclusion and crowding in an orthodontically referred Turkish population. *The Angle Orthodontist*. 2004;74(5):635-9.
78. Guyer EC, Ellis III EE, McNamara Jr JA, Behrents RG. Components of Class III malocclusion in juveniles and adolescents. *The Angle orthodontist*. 1986;56(1):7-30.
79. McNamara JA, Brudon WL, Kokich VG. *Orthodontics and dentofacial orthopedics*: Needham Press; 2001.
80. Williams S, Aarhus CA. The morphology of the potential Class III skeletal pattern in the growing child. *American journal of orthodontics*. 1986;89(4):302-11.
81. Ellis E, McNamara JA. Components of adult Class III malocclusion. *Journal of oral and maxillofacial surgery*. 1984;42(5):295-305.
82. Troy BA, Shanker S, Fields HW, Vig K, Johnston W. Comparison of incisor inclination in patients with Class III malocclusion treated with orthognathic surgery or orthodontic camouflage. *Am J Orthod Dentofac*. 2009;135(2):146. e1-e9.
83. Le Gall M, Philip C, Salvadori A. [Early treatment of Class III malocclusion]. *L'Orthodontie francaise*. 2011;82(3):241-52.
84. Tassopoulou-Fishell M, Deeley K, Harvey EM, Sciote J, Vieira AR. Genetic variation in myosin 1H contributes to mandibular prognathism. *Am J Orthod Dentofac*. 2012;141(1):51-9.
85. Proffit WR, White RP, Sarver DM. *Contemporary treatment of dentofacial deformity*: Mosby St Louis, Mo; 2003.
86. Kondo E, Arai S. Nonsurgical and nonextraction treatment of a skeletal class III adult patient with severe prognathic mandible. *World journal of orthodontics*. 2005;6(3).

87. Sung SJ, Baik HS. Assessment of skeletal and dental changes by maxillary protraction. *Am J Orthod Dentofac.* 1998;114(5):492-502.
88. Cha K-S. Skeletal changes of maxillary protraction in patients exhibiting skeletal Class III malocclusion: a comparison of three skeletal maturation groups. *The Angle orthodontist.* 2003;73(1):26-35.
89. Mihalik CA, Proffit WR, Phillips C. Long-term follow-up of Class II adults treated with orthodontic camouflage: a comparison with orthognathic surgery outcomes. *Am J Orthod Dentofac.* 2003;123(3):266-78.
90. Stellzig-Eisenhauer A, Lux CJ, Schuster G. Treatment decision in adult patients with Class III malocclusion: orthodontic therapy or orthognathic surgery? *Am J Orthod Dentofac.* 2002;122(1):27-37.
91. Turpin III D. Early Class III treatment. Unpublished thesis presented at 81 st session, Am Assoc Orthodontic San Francisco. 1981.
92. Uzun B. Hilgers Apareyi (pendex) ile Hızlı Üst Çene Genişletmesi ve Molar Distalizasyonu Sonucunda Elde Edilen Değişikliklerin İncelenmesi. Doktora Tezi, AÜ Diřhekimlięi Fakóltesi, Erzurum. 2006.
93. Sarı Z, Uysal T, Karaman A, Başçıftçı F, Üřümez S, Demir A. Ortodontik maloklüzyonlar ve tedavi seğeneklerinin değerlendirilmesi: Epidemiyolojik Çalışma. *Türk Ortodonti Dergisi.* 2003;16:119-26.
94. Proffit W, Ackerman J. Diagnosis and treatment planning in orthodontics. *Orthodontics: current principles and techniques: Mosby-Year Book, St Louis, MO; 1994. p. 3-95.*
95. Proffit WR, Turvey TA, Moriarty JD. Augmentation genioplasty as an adjunct to conservative orthodontic treatment. *American journal of orthodontics.* 1981;79(5):473-91.
96. Tucker MR. Orthognathic surgery versus orthodontic camouflage in the treatment of mandibular deficiency. *Journal of oral and maxillofacial surgery.* 1995;53(5):572-8.
97. Kaley J, Phillips C. Factors related to root resorption in edgewise practice. *The Angle orthodontist.* 1991;61(2):125-32.

98. Sinclair P, Tucker M. Ammon complications in orthognathic surgery. J Clin Orthod, Boulder. 1993;27:385-97.
99. Jacobs JD, Sinclair PM. Principles of orthodontic mechanics in orthognathic surgery cases. American journal of orthodontics. 1983;84(5):399-407.
100. Wolford LM, Stevao EL, Alexander CM, Goncalves JR. Orthodontics for orthognathic surgery. Petersons principles of oral and maxillofacial surgery 2nd ed Hamilton. 2004;1.
101. Shanker S, Vig K. Orthodontic preparation for orthognathic surgery. Oral and maxillofacial surgery. 2000;2.
102. Bell W, Proffit W, White R. Surgical correction of dentofacial deformities Saunders. Philadelphia, PA. 1980:218.
103. Orthognathic I. Orthodontic objectives in orthognathic surgery: state of the art today. 2005.
104. Proffit WR, White Jr RP. Combined surgical-orthodontic treatment: How did it evolve and what are the best practices now? Am J Orthod Dentofac. 2015;147(5):S205-S15.
105. Alaşalvar F, Kocadereli İ. Ortodontide Hasta-Hekim İlişkisi Ve Hasta Psikolojisi. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi. 2015;10(10).
106. İnsan CD. Davranışı. 15. basım İstanbul. Remzi Kitabevi. 2006:34-5.
107. Allport G. The historical background of modern psychology., G Lindzey. The Handbook of Social Psychology. 1954.
108. Hogg MA, Vaughan G. Social psychology: An introduction: Pearson Education; 2002.
109. Yorukoglu A. Genclik Cagi (Youth Peri-od). Turkiye Is Bankası Yayinlari, Ankara. 1986.
110. Jersild AT, Brook JS, Brook DW. The psychology of adolescence: Macmillan Pub Co; 1978.
111. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. 1965.
112. Coopersmith S. The of self-esteem. San Francisco: W. H; 1967.

113. Alderman RB. Psychological behavior in sport: WB Saunders Company; 1974.
114. Arıcak O. Grupla Psikolojik Danışma Yoluyla Benlik Saygısı ve Mesleki Benlik Saygısının Geliştirilmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 1999.
115. Kuzgun Y. Ana-baba tutumlarının bireyin kendini gerçekleştirme düzeyine etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi) Ankara, Hacettepe Ü Eğitim Enstitüsü. 1972.
116. Rogers C. A Way of Being Boston MS. Houghton Mifflin; 1980.
117. Rosenberg M, Turner RH. Social psychology: Sociological perspectives: Transaction Publishers; 1990.
118. Örsel S, Işık Canpolat B, Akdemir A, Özbay MH. Diyet Yapan ve Yapmayan Ergenlerin Kendilik Algısı, Beden İmajı ve Beden Kitle İndeksi Açısından Karşılaştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi. 2004.
119. Cash TF, Santos MT, Williams EF. Coping with body-image threats and challenges: Validation of the Body Image Coping Strategies Inventory. Journal of psychosomatic research. 2005;58(2):190-9.
120. Jung J, Lee SH. Cross- cultural comparisons of appearance self- schema, body image, self- esteem, and dieting behavior between Korean and US women. Family and Consumer Sciences Research Journal. 2006;34(4):350-65.
121. Cash TF, Fleming EC. The impact of body image experiences: development of the body image quality of life inventory. International Journal of Eating Disorders. 2002;31(4):455-60.
122. Kassin SM. More on the psychology of false confessions. 1998.
123. Coleman J, Hendry L. The nature of adolescence (2nd edn). Florence, KY: Taylor & Frances. Routledge; 1990.
124. Robinson JP, Shaver PR, Wrightsman LS. Measures of Personality and Social Psychological Attitudes: Measures of Social Psychological Attitudes: Academic Press; 2013.
125. Blascovich J, Tomaka J. Measures of self-esteem. Measures of personality and social psychological attitudes. 1991;1:115-60.

126. Lorr M, Wunderlich RA. Two objective measures of self-esteem. *Journal of Personality Assessment*. 1986;50(1):18-23.
127. Fleming JS, Courtney BE. The dimensionality of self-esteem: II. Hierarchical facet model for revised measurement scales. *Journal of Personality and Social psychology*. 1984;46(2):404.
128. Çuhadaroğlu F. Adolesanlarda benlik saygısı. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara. 1986.
129. Yousefi B, Hassani Z, Shokri O. Reliability and factor validity of the 7-item social physique anxiety scale (SPAS-7) among university students in Iran. *World Journal of Sport Sciences*. 2009;2(3):201-4.
130. Leary MR, Kowalski RM, Campbell CD. Self-presentational concerns and social anxiety: The role of generalized impression expectancies. *Journal of Research in Personality*. 1988;22(3):308-21.
131. Harter S. Development perspectives on the self-system. *Handbook of child psychology: formerly Carmichael's Manual of child psychology/Paul H Mussen, editor*. 1983.
132. Antony MM. *The Shyness & Social Anxiety Workbook: Proven, Step-by-step Techniques for Overcoming Your Fear: Easyread Large Edition: ReadHowYouWant. com*; 2010.
133. Hart EA, Leary MR, Rejeski WJ. The measurement of social physique anxiety. *Journal of Sport and exercise Psychology*. 1989;11(1):94-104.
134. Hart TA, Flora DB, Palyo SA, Fresco DM, Holle C, Heimberg RG. Development and examination of the social appearance anxiety scale. *Assessment*. 2008;15(1):48-59.
135. Özcan H, Subaşı B, Budak B, Çelik M, Gürel ŞC, Yıldız M. Ergenlik ve genç yetişkinlik dönemindeki kadınlarda benlik saygısı, sosyal görünüş kaygısı, depresyon ve anksiyete ilişkisi. *Journal of Mood Disorders*. 2013;3(3):107-13.
136. Eren-Gümüş A. Üniversite öğrencilerinin yalnızlık ve beden imgelerinden doyum düzeylerinin sosyal kaygı düzeyleri ile ilişkisinin incelenmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2000;33(1):99-108.

137. Oktan V, Şahin M. Kız ergenlerde beden imajı ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin incelenmesi. Uluslararası insan bilimleri dergisi. 2010;7:1-12.
138. Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment. 1995;41(68):00022-3.
139. Alden LE, Mellings T, Ryder AG. Social anxiety, social phobia, and the self. 2001.
140. Baldwin MW, Sinclair L. Self-esteem and "if... then" contingencies of interpersonal acceptance. Journal of personality and social psychology. 1996;71(6):1130.
141. Arıcıoğulları Z, Altındağ A, Özbulut Ö, Özen Ş, Sır A. Ortaöğretim öğrencilerinde sosyal fobi ve benlik saygısı arasındaki ilişki ve bunları etkileyen faktörler. Türkiye’de Psikiyatri. 2002;4(1):41-8.
142. Joinson AN. Anonymity, disinhibition and social desirability on the Internet. Behaviour Research Methods, Instruments and Computers. 1999;31(3):433-8.
143. de Jong PJ. Implicit self-esteem and social anxiety: Differential self-favouring effects in high and low anxious individuals. Behaviour Research and Therapy. 2002;40(5):501-8.
144. Doğan T. Sosyal görünüş kaygısı ölçeği’nin (SGKÖ) Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2010;39(39).
145. Flanary CM, Barnwell GM, Alexander JM. Patient perceptions of orthognathic surgery. American journal of orthodontics. 1985;88(2):137-45.
146. Garvill J, Garvill H, Kahnberg K-E, Lundgren S. Psychological factors in orthognathic surgery. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. 1992;20(1):28-33.
147. Edgerton Jr MT, Knorr NJ. Motivational patterns of patients seeking cosmetic (esthetic) surgery. Plastic and reconstructive surgery. 1971;48(6):551-7.
148. Kiyak HA, West RA, Hohl T, McNeill RW. The psychological impact of orthognathic surgery: a 9-month follow-up. American Journal of Orthodontics. 1982;81(5):404-12.

149. Flanary CM, Alexander JM. Patient responses to the orthognathic surgical experience: factors leading to dissatisfaction. *Journal of oral and maxillofacial surgery*. 1983;41(12):770-4.
150. Flanary CM, Barnwell GM, VanSickels JE, Littlefield JH, Rugh AL. Impact of orthognathic surgery on normal and abnormal personality dimensions: a 2-year follow-up study of 61 patients. *Am J Orthod Dentofac*. 1990;98(4):313-22.
151. Peterson LJ, Topazian RG. Psychological considerations in corrective maxillary and midfacial surgery. *Journal of oral surgery (American Dental Association: 1965)*. 1976;34(2):157-64.
152. Reich J. Factors influencing patient satisfaction with the results of esthetic plastic surgery. *Plastic and reconstructive surgery*. 1975;55(1):5-13.
153. Macgregor FC. Patient dissatisfaction with results of technically satisfactory surgery. *Aesthetic plastic surgery*. 1981;5(1):27-32.
154. Mayerson M. Patient appreciation: the cornerstone of internal marketing. *Journal of clinical orthodontics: JCO*. 1990;24(12):747-51.
155. Vulink N, Rosenberg A, Plooi J, Koole R, Bergé S, Denys D. Body dysmorphic disorder screening in maxillofacial outpatients presenting for orthognathic surgery. *International journal of oral and maxillofacial surgery*. 2008;37(11):985-91.
156. Zhou Y, Hägg U, Rabie A. Patient satisfaction following orthognathic surgical correction of skeletal Class III malocclusion. *The International journal of adult orthodontics and orthognathic surgery*. 2000;16(2):99-107.
157. Espeland L, Høgevold HE, Stenvik A. A 3-year patient-centred follow-up of 516 consecutively treated orthognathic surgery patients. *The European Journal of Orthodontics*. 2008;30(1):24-30.
158. Kiyak HA, Hohl T, West RA, McNeill RW. Psychologic changes in orthognathic surgery patients: a 24-month follow up. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 1984;42(8):506-12.
159. Scott AA, Hatch JP, Rugh JD, Hoffman TJ, Rivera SM, Dolce C, et al. Psychosocial predictors of satisfaction among orthognathic surgery patients. *The*

- International journal of adult orthodontics and orthognathic surgery. 1999;15(1):7-15.
160. Tabakan I, Kokacya O, Kesiktaş E, Eser C, Gencel E. Assessment of long term patient satisfaction in orthognathic surgery. *Medical Science and Discovery*. 2016;3(4):171-7.
 161. Zentner A, Stelte V, Serogl H. Patients' attitudes and non-compliance in orthodontic treatment. *Eur J Orthod*. 1996;18:429.
 162. Dongieui J, Sassouni V. The contribution of mandibular positioned variation to facial esthetics. *The Angle Orthodontist*. 1980;50(4):334-9.
 163. Dion K, Berscheid E, Walster E. What is beautiful is good. *Journal of personality and social psychology*. 1972;24(3):285.
 164. Dipboye RL, Fromkin HL, Wiback K. Relative importance of applicant sex, attractiveness, and scholastic standing in evaluation of job applicant resumes. *Journal of Applied Psychology*. 1975;60(1):39.
 165. Heilman ME, Stopeck MH. Attractiveness and corporate success: Different causal attributions for males and females. *Journal of Applied Psychology*. 1985;70(2):379.
 166. Wiemann MO, Knapp ML. *Instructor's Manual for Nonverbal Communication in Human Interaction Second Edition*: Holt, Rinehart and Winston; 1978.
 167. Mills J, Aronson E. Opinion change as a function of the communicator's attractiveness and desire to influence. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1965;1(2):173.
 168. Mills J, Harvey J. Opinion change as a function of when information about the communicator is received and whether he is attractive or expert. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1972;21(1):52.
 169. Adams GR, Cohen AS. Children's physical and interpersonal characteristics that effect student-teacher interactions. *The Journal of Experimental Education*. 1974;43(1):1-5.
 170. Dion KK. Children's physical attractiveness and sex as determinants of adult punitiveness. *Developmental Psychology*. 1974;10(5):772.

171. Monahan F. Women in crime: I. Washburn; 1941.
172. Adams GR, LaVoie JC. The effect of student's sex, conduct, and facial attractiveness on teacher expectancy. *Education*. 1974;95(1).
173. Zanden JWV. *Human Development*-3/E. 1985.
174. Gecas V. The self-concept. *Annual review of sociology*. 1982;1-33.
175. Mathes EW, Kahn A. Physical attractiveness, happiness, neuroticism, and self-esteem. *The Journal of psychology*. 1975;90(1):27-30.
176. Patzer Gl. Self- Esteem And Physical Attractiveness. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*. 1995;7(6):274-6.
177. Jung M-H. Evaluation of the effects of malocclusion and orthodontic treatment on self-esteem in an adolescent population. *Am J Orthod Dentofac*. 2010;138(2):160-6.
178. Varela M, García-Camba J. Impact of orthodontics on the psychologic profile of adult patients: a prospective study. *Am J Orthod Dentofac*. 1995;108(2):142-8.
179. Stirling J, Latchford G, Morris D, Kindelan J, Spencer R, Bekker H. Elective orthognathic treatment decision making: a survey of patient reasons and experiences. *Journal of Orthodontics*. 2007;34(2):113-27.
180. Palumbo B, Cassese R, Fusetti S, Tartaro G. Psychological aspects of orthognathic treatment. *Minerva stomatologica*. 2005;55(1-2):33-42.
181. Pahkala RH, Kellokoski JK. Surgical-orthodontic treatment and patients' functional and psychosocial well-being. *Am J Orthod Dentofac*. 2007;132(2):158-64.
182. Sadek H, Salem G. Psychological aspects of orthognathic surgery and its effect on quality of life in Egyptian patients. 2007.
183. Zhang Z-k, Wang X. Factors influencing postoperative satisfaction of orthognathic surgery patients. 2002.
184. Türker N, Varol A, Ögel K, Basa S. Perceptions of preoperative expectations and postoperative outcomes from orthognathic surgery: part I: Turkish female patients. *International journal of oral and maxillofacial surgery*. 2008;37(8):710-5.

185. Çağın Ç, Ataç MS, Yücel E. Ortognatik cerrahi sonrası postoperatif hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi. *Acta Odontologica Turcica*. 2015;32(3):136-43.
186. Modig M, Andersson L, Wårdh I. Patients' perception of improvement after orthognathic surgery: pilot study. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2006;44(1):24-7.
187. Uslu O, Akcam MO. Evaluation of long-term satisfaction with orthodontic treatment for skeletal class III individuals. *Journal of oral science*. 2007;49(1):31-9.
188. Espeland LV, Stenvik A. Perception of personal dental appearance in young adults: relationship between occlusion, awareness, and satisfaction. *Am J Orthod Dentofac*. 1991;100(3):234-41.
189. Proffit WR, Phillips C, Douvartzidis N. A comparison of outcomes of orthodontic and surgical-orthodontic treatment of Class II malocclusion in adults. *Am J Orthod Dentofac*. 1992;101(6):556-65.
190. Rabie A-BM, Wong RW, Min G. Treatment in borderline Class III malocclusion: orthodontic camouflage (extraction) versus orthognathic surgery. *The open dentistry journal*. 2008;2(1).
191. Spielberger C, Kling JK, O'Hagan SE. Dimensions of psychopathic personality: Antisocial behavior and anxiety. *Psychopathic behavior: Approaches to research*. 1978:23-46.
192. Asada K, Motoyoshi M, Tamura T, Nakajima A, Mayahara K, Shimizu N. Satisfaction with orthognathic surgery of skeletal Class III patients. *Am J Orthod Dentofac*. 2015;148(5):827-37.
193. Kiyak H, Hohl T, Sherrick P, West R, McNeill R, Bucher F. Sex differences in motives for and outcomes of orthognathic surgery. *Journal of oral surgery (American Dental Association: 1965)*. 1981;39(10):757-64.
194. Auerbach SM, Meredith J, Alexander JM, Mercuri LG, Brophy C. Psychological factors in adjustment to orthognathic surgery. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 1984;42(7):435-40.

195. Shalhoub S. Scope of oral and maxillofacial surgery: the psychosocial dimensions of orthognathic surgery. *Australian dental journal*. 1994;39(3):181-3.
196. Barbosa Alb, Marcantonio E, Barbosa Cedm, Gabrielli Mfr, Gabrielli Mac. Pshychological Evaluation of Patients Scheduled For Orthognathic Surgery. *The Journal of Nihon University School of Dentistry*. 1993;35(1):1-9.
197. Ostler S, Kiyak H. Treatment expectations versus outcomes among orthognathic surgery patients. *The International journal of adult orthodontics and orthognathic surgery*. 1990;6(4):247-55.
198. Olson R, Laskin D. Expectations of patients from orthognathic surgery. *Journal of oral surgery (American Dental Association: 1965)*. 1980;38(4):283-5.
199. Bertolini F, Russo V, Sansebastiano G. Pre-and postsurgical psycho-emotional aspects of the orthognathic surgery patient. *The International journal of adult orthodontics and orthognathic surgery*. 1999;15(1):16-23.
200. Yu D, Wang F, Wang X, Fang B, Shen SG. Presurgical motivations, self-esteem, and oral health of orthognathic surgery patients. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2013;24(3):743-7.
201. Cheng L, Roles D, Telfer M. Orthognathic surgery: the patients' perspective. *British Journal of oral and maxillofacial surgery*. 1998;36(4):261-3.
202. Gerzanic L, Jagsch R, Watzke IM. Psychologic implications of orthognathic surgery in patients with skeletal Class II or Class ill malocclusion. *The International journal of adult orthodontics and orthognathic surgery*. 2001;17(2):75-81.
203. Burden DJ, Hunt O, Johnston CD, Stevenson M, O'Neill C, Hepper P. Psychological status of patients referred for orthognathic correction of skeletal II and III discrepancies. *The Angle Orthodontist*. 2010;80(1):43-8.
204. Forssell H, Finne K, Forssell K, Panula K, Blinnikka L. Expectations and perceptions regarding treatment: a prospective study of patients undergoing orthognathic surgery. *The International journal of adult orthodontics and orthognathic surgery*. 1997;13(2):107-13.

205. Fitts WH. Manual for the Tennessee self concept scale. Nashville, TN: Counselor Recordings and Tests. 1965.
206. Yıldırım E, Karacay S. Evaluation of anxiety level changes during the first three months of orthodontic treatment. *The Korean Journal of Orthodontics*. 2012;42(4):201-6.
207. Uysal T, Karaman Ai, Sari Z, Sargin N. Ortodontik Tedavilerin Hasta Psikolojisine Etkisi. *Turkish Journal of Orthodontics*. 2003;16(1):1-8.
208. Kovalenko A, Slabkovskaya A, Drobysheva N, Persin L, Drobyshev A, Maddalone M. The association between the psychological status and the severity of facial deformity in orthognathic patients. *The Angle orthodontist*. 2011;82(3):396-402.
209. Zhou Y, Hägg U, Rabie A. Concerns and motivations of skeletal Class III patients receiving orthodontic-surgical correction. *The International journal of adult orthodontics and orthognathic surgery*. 2000;16(1):7-17.
210. Bell R, Kiyak HA, Joondeph DR, McNeill RW, Wallen TR. Perceptions of facial profile and their influence on the decision to undergo orthognathic surgery. *American journal of orthodontics*. 1985;88(4):323-32.
211. Øland J, Jensen J, Melsen B. Factors of importance for the functional outcome in orthognathic surgery patients: a prospective study of 118 patients. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2010;68(9):2221-31.
212. Carvalho RAS, Santos TdS, Rocha NS, Gomes ACA. Evaluation of life quality of patients submitted to orthognathic surgery. *Dental press journal of orthodontics*. 2013;18(5):107-14.
213. Larsson BW, Bergström K. Adolescents' perception of the quality of orthodontic treatment. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2005;19(2):95-101.
214. Profitt W, Phillips C, Dann C. Who seeks surgical-orthodontical treatment. *Int J Adult Orthod Orthognath Surg*, Chicago. 1990;5(3):153-60.
215. Murphy C, Kearns G, Sleeman D, Cronin M, Allen P. The clinical relevance of orthognathic surgery on quality of life. *International journal of oral and maxillofacial surgery*. 2011;40(9):926-30.

216. Shelly AD, Southard TE, Southard KA, Casco JS, Jakobsen JR, Fridrich KL, et al. Evaluation of profile esthetic change with mandibular advancement surgery. *Am J Orthod Dentofac.* 2000;117(6):630-7.
217. Baker BW, Woods MG. The role of the divine proportion in the esthetic improvement of patients undergoing combined orthodontic/orthognathic surgical treatment. *The International journal of adult orthodontics and orthognathic surgery.* 2000;16(2):108-20.
218. Paquette DE, Beattie JR, Johnston LE. A long-term comparison of nonextraction and premolar extraction edgewise therapy in "borderline" Class II patients. *Am J Orthod Dentofac.* 1992;102(1):1-14.
219. Derwent SK, Hunt N, Cunningham S. A comparison of parents' and patients' views of orthognathic treatment. *The International journal of adult orthodontics and orthognathic surgery.* 2000;16(3):171-8.
220. Williams R, Travess H, Williams A. Patients' experiences after undergoing orthognathic surgery at NHS hospitals in the south west of England. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2004;42(5):419-31.
221. De Clercq CA, Neyt LF, Mommaerts MY, Abeloos JS. Orthognathic surgery: patients' subjective findings with focus on the temporomandibular joint. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery.* 1998;26(1):29-34.
222. Yurkstas A, Manly R. Measurement of occlusal contact area effective in mastication. *American journal of orthodontics.* 1949;35(3):185-95.
223. Gazit D, Ehrlich J, Kohen Y, Bab I. Effect of occlusal (mechanical) stimulus on bone remodelling in rat mandibular condyle. *Journal of Oral Pathology & Medicine.* 1987;16(8):395-8.
224. Shiere F, Manly R. The effect of the changing dentition on masticatory function. *Journal of dental research.* 1952;31(4):526-34.
225. English JD, Buschang P, Throckmorton G. Does malocclusion affect masticatory performance? *The Angle orthodontist.* 2002;72(1):21-7.

226. Kerstens HC, Tuinzing DB, van der Kwast WA. Temporomandibular joint symptoms in orthognathic surgery. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*. 1989;17(5):215-8.
227. White C, Dolwick M. Prevalence and variance of temporomandibular dysfunction in orthognathic surgery patients. *The International journal of adult orthodontics and orthognathic surgery*. 1991;7(1):7-14.
228. Scheerlinck JP, Stoelinga PJ, Blijdorp PA, Brouns JJ, Nijs ML. Sagittal split advancement osteotomies stabilized with miniplates. A 2–5-year follow-up. *International journal of oral and maxillofacial surgery*. 1994;23(3):127-31.
229. Borstlap W, Stoelinga P, Hoppenreijts T, Van't Hof M. Stabilisation of sagittal split advancement osteotomies with miniplates: a prospective, multicentre study with two-year follow-up: Part I. Clinical parameters. *International journal of oral and maxillofacial surgery*. 2004;33(5):433-41.
230. Smith V, Williams B, Stapleford R. Rigid internal fixation and the effects on the temporomandibular joint and masticatory system: a prospective study. *Am J Orthod Dentofac*. 1992;102(6):491-500.
231. Westermarck A, Shayeghi F, Thor A. Temporomandibular dysfunction in 1,516 patients before and after orthognathic surgery. *The International journal of adult orthodontics and orthognathic surgery*. 2000;16(2):145-51.
232. Ingervall B, Ridell A, Thilander B. Changes in activity of the temporal, masseter and lip muscles after surgical correction of mandibular prognathism. *International journal of oral surgery*. 1979;8(4):290-300.
233. Wisth PJ. Mandibular function and dysfunction in patients with mandibular prognathism. *American journal of orthodontics*. 1984;85(3):193-8.
234. Wisth PJ, Isaksen TS. Changes in the vertical position of the anterior teeth after surgical correction of mandibular protrusion. *American journal of orthodontics*. 1980;77(2):174-83.
235. De Clercq C, Neyt L, Mommaerts M, Abeloos J, De Mot B. Condylar resorption in orthognathic surgery: a retrospective study. *The International journal of adult orthodontics and orthognathic surgery*. 1993;9(3):233-40.

236. De Clercq CA, Abeloos JS, Mommaerts MY, Neyt LF. Temporomandibular joint symptoms in an orthognathic surgery population. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*. 1995;23(3):195-9.
237. Rebellato J, Lindauer SJ, Sheats RD, Isaacson RJ. Condylar positional changes after mandibular advancement surgery with rigid internal fixation. *Am J Orthod Dentofac*. 1999;116(1):93-100.
238. Ellis E. Condylar positioning devices for orthognathic surgery: Are they necessary? *Journal of oral and maxillofacial surgery*. 1994;52(6):536-52.
239. Van Sickels JE, Larsen AJ, Thrash WJ. Relapse after rigid fixation of mandibular advancement. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 1986;44(9):703-7.
240. Kim Y-J, Lee Y, Chun Y-S, Kang N, Kim S-J, Kim M. Condylar positional changes up to 12 months after bimaxillary surgery for skeletal class III malocclusions. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2014;72(1):145-56.
241. Rodrigues-Garcia R, Sakai S, Rugh JD, Hatch JP, Tiner B, van Sickels JE, et al. Effects of major Class II occlusal corrections on temporomandibular signs and symptoms. *Journal of orofacial pain*. 1998;12(3).
242. Posnick JC, Wallace J. Complex orthognathic surgery: assessment of patient satisfaction. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2008;66(5):934-42.
243. Costa KLD, Martins LD, Gonçalves RCG, Zardo M, Sá ACDd. Avaliação da qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia ortognática. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial*. 2012;12(2):81-92.
244. Fairbanks G, Lintner MVH. A study of minor organic deviations in 'functional' disorders of articulation: 4. The teeth and hard palate. *Journal of Speech and Hearing Disorders*. 1951;16(3):273-9.
245. Guay AH, Maxwell DL, Beecher R. A radiographic study of tongue posture at rest and during the phonation of/s/in class III malocclusion. *The Angle orthodontist*. 1978;48(1):10-22.
246. Hassan T, Naini FB, Gill DS. The effects of orthognathic surgery on speech: a review. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2007;65(12):2536-43.

247. Campbell RL, Shamaskin RG, Harkins SW. Assessment of recovery from injury to inferior alveolar and mental nerves. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*. 1987;64(5):519-26.
248. Raveh J, Vuillemin T, Ládrach K, Sutter F. New techniques for reproduction of the condyle relation and reduction of complications after sagittal ramus split osteotomy of the mandible. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 1988;46(9):751-7.
249. Westermarck A, Bystedt H, Von Konow L. Inferior alveolar nerve function after mandibular osteotomies. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 1998;36(6):425-8.
250. Kallela I, Laine P, Suuronen R, Lindqvist C, Iizuka T. Assessment of material-and technique-related complications following sagittal split osteotomies stabilized by biodegradable polylactide screws. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. 2005;99(1):4-10.
251. Williams A, Shah H, Sandy J, Travess H. Patients' motivations for treatment and their experiences of orthodontic preparation for orthognathic surgery. *Journal of orthodontics*. 2005;32(3):191-202.
252. Gerbert B, Bleecker T, Saub E. Dentists and the patients who love them: professional and patient views of dentistry. *The Journal of the American Dental Association*. 1994;125(3):264-72.

EKLER

EK-1: ORTOGNATİK CERRAHİ TEDAVİ UYGULANMIŞ İSKELETSEL SINIF II VE SINIF III MALOKLÜZYONA SAHİP HASTALARIN TEDAVİ MEMNUNİYETİ DEĞERLENDİRİLMESİNDE BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Katılımcının _____

Adı, Soyadı, Adresi :

Varsa protokol ve Tel. No :

BİLGİLENDİRME

Ortognatik cerrahi, günümüzde geleneksel ortodontik tedavi kapsamının dışında kalan iskeletsel uyumsuzluklara sahip büyüme ve gelişimini tamamlamış bireylerde sıklıkla kullanılan bir tedavi yaklaşımıdır ve dengeli anatomik ilişkiler ve yüz yapısının sağlanmasına yardımcı olur. Çalışmamıza ortognatik cerrahi tedavi uygulanmış ve cerrahiden sonra en az altı ay geçen hastalar dahil edilmiştir. Bu araştırmanın adı, **“Ortognatik Cerrahi Hastalarının Benlik Saygısı, Eleştiriye Duyarlılık ve Sosyal Görünüş Kaygı Düzeylerinin Normal Fasiyal Profile Sahip Bireylerle Karşılaştırılması, Ortognatik Cerrahi ve Ortodontik Kamuflej Tedavilerinin Memnuniyet Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi”** dir.

Bu klinik çalışmada amacımız, iskeletsel sınıf II ve sınıf III maloklüzyona sahip ortognatik cerrahi tedavi uygulanmış hastalara, cerrahiden en az altı ay sonra yüz görünümü, özgüvendeki değişiklik, çiğneme ve konuşma fonksiyonu, çene ekleminde ağrı ve ses ile ilgili sorular sorularak hasta memnuniyetinin değerlendirilmesidir.

Çalışmamıza, 18-25 yaş arasındaki 80 birey dahil edilecektir.

Çalışmamızda, ortognatik cerrahi tedavi olmuş hastalara, yüz görünümü, çiğneme, konuşma fonksiyonu, temporomandibular (TME) eklem şikayetleri ile ilgili soruların da bulunduğu memnuniyet anketi uygulanacaktır.

Çalışmamızda uygulanacak anketler hasta için herhangi bir olumsuz duruma yol açmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına sahipsiniz.

Hastanın kimliğini ortaya koyacak kayıtlar gizli tutulacaktır; kamuoyuna açıklanmayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde bile hastanın kimliği gizli kalacaktır.

Tüm sorunlarınız ve anlamadığınız noktaların aydınlatılması için Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti A. D. doktorlarından **Arş. Gör. Mükerrerrem Özge AĞIRNASLIGİL** e 05555849814 numaralı telefondan bizzat başvurarak bilgi alabilirsiniz.

Fakültemiz Etik Kurulu bu çalışmanın Helsinki Deklerasyonu'nda belirtilen maddelere göre; ahlaki, vicdani ve tıbbi kurallara uygun olduğunu onaylamış olup çalışma denetime açıktır.

GÖNÜLLÜ OLURU:

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama “**Yrd. Doç. Dr. Nisa GÜL AMUK ve Arş. Gör. Mükerrerrem Özge AĞIRNASLIGİL**” tarafından yapıldı. Bu uygulamanın etki açısından Dünya Sağlık Örgütü (WHO)’nun kurallarına uygun olarak incelendiği anlatıldı. Bunun, denetime açık bir çalışma olduğu bana anlatıldı.

Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, **“istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilirim ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum”** Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı ve alınan bu kayıtların ve araştırma sonuçlarının ulusal ve uluslararası dergilerde **kullanılmasını kabul ediyorum.**

Gönüllü/Yasal Temsilcisi

Adı, Soyadı: , **imza:** **tarih:**

Bilgilendirmeyi yapan araştırmacının

Adı, Soyadı: , **imza:** **tarih:**

Tanık olan kişinin

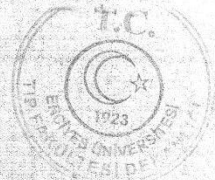
Adı, Soyadı: , **imza:** **tarih:**

Not: Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasisinin onamı alınacaktır.

EK-2: ETİK KURUL KARARI

ETİK KURUL BİLGİLERİ																																					
ETİK KURULUN ADI	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU																																				
AÇIK ADRES	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Melikgezi/KAYSERİ																																				
TELEFON	0 352 437 49 10 - 11																																				
FAKS	0 352 437 52 55																																				
E-POSTA	byancer@erciyes.edu.tr																																				
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU																																					
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ortodontik cerrahi hastalarının benlik saygısı, eleştiriyeye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygı düzeylerinin normal fasyal profile sahip bireylerle karşılaştırılması, ortodontik cerrahi ve ortodontik kamufaj tedavilerinin memnuniyet üzerine etkilerinin değerlendirilmesi																																				
BAŞVURU BİLGİLERİ	<table border="1"> <tr> <td>KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI / ADI / SOYADI</td> <td>Yrd. Doç. Dr. Nisa Gül Amuk</td> </tr> <tr> <td>KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI</td> <td>Ortodonti</td> </tr> <tr> <td>KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ</td> <td>Erciyes Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ortodonti Anabilim Dalı, Kayseri</td> </tr> <tr> <td>VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ ADI SOYADI</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DESTEKLEYİCİ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMCİLCİSİ</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="8">ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ</td> <td>FAZ 1</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>FAZ 2</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>FAZ 3</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>FAZ 4</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Gözlemsel ilaç çalışması</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Tıbbi cihaz klinik araştırması</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>İlaç dışı klinik araştırma</td> <td>☒</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Diğer işe belirtiniz</td> <td>Uzmanlık Tezi</td> </tr> <tr> <td>ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER</td> <td>TEKMERKEZ ☒ ÇOKMERKEZ ☐ ULUSAL ☒ ULUSLARARASI ☐</td> </tr> </table>	KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI / ADI / SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Nisa Gül Amuk	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ortodonti	KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Erciyes Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ortodonti Anabilim Dalı, Kayseri	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ ADI SOYADI		DESTEKLEYİCİ		PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)		DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMCİLCİSİ		ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐	FAZ 2	☐	FAZ 3	☐	FAZ 4	☐	Gözlemsel ilaç çalışması	☐	Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐	In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐	İlaç dışı klinik araştırma	☒	Diğer işe belirtiniz		Uzmanlık Tezi	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEKMERKEZ ☒ ÇOKMERKEZ ☐ ULUSAL ☒ ULUSLARARASI ☐
KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI / ADI / SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Nisa Gül Amuk																																				
KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ortodonti																																				
KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Erciyes Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ortodonti Anabilim Dalı, Kayseri																																				
VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ ADI SOYADI																																					
DESTEKLEYİCİ																																					
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)																																					
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMCİLCİSİ																																					
ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐																																			
	FAZ 2	☐																																			
	FAZ 3	☐																																			
	FAZ 4	☐																																			
	Gözlemsel ilaç çalışması	☐																																			
	Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐																																			
	In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐																																			
	İlaç dışı klinik araştırma	☒																																			
Diğer işe belirtiniz		Uzmanlık Tezi																																			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEKMERKEZ ☒ ÇOKMERKEZ ☐ ULUSAL ☒ ULUSLARARASI ☐																																				

ASLI GİRİDİR

Funda İZMECİ
Etik Kurul Sekreteri

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmamalıdır

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU								
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Ortodontik cerrahi hastalarının benlik saygısı, eleştiriyeye duyarlılık ve sosyal görünüş kaygı düzeylerinin normal fasyal profile sahip bireylerle karşılaştırılması, ortodontik cerrahi ve ortodontik kamufaj tedavilerinin memnuniyet üzerine etkilerinin değerlendirilmesi						
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU								
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarhi	Versiyon Numarası	Dili				
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe	İngilizce	Diğer		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe	İngilizce	Diğer		
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe	İngilizce	Diğer		
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe	İngilizce	Diğer		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI	Açıklama						
	SİGORTA							
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ							
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU							
	İLAN							
	YILLIK BİLDİRİM							
	SONUÇ RAPORU							
	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ							
DİĞER								
KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2017/ 203		Tarih : 07.04.2017					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.							
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU								
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu						
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI		Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL						
Unvanı / Adı Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti	Araştırma ile İlişki		Katılım (*)		İmza
Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Prof. Dr. Sami AYDOĞAN	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK	Halk Sağlığı	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Prof. Dr. Kemal DENİZ	Patoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Prof. Dr. Musa KARAKÜKÇÜ	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Doç. Dr. Aydın ÜNAL	İç Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Doç. Dr. Güven KAHRİMAN	Radyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Doç. Dr. Kemal ÖZYURT	Dermatoloji	Kaysen Eğitim Hast.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Doç. Dr. Emin Murat CANGER	Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi	E.Ü. Diş Hek. Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Doç. Dr. Cihangir BİÇER	Anest. ve Rean.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒			
Yard. Doç. Dr. Zafer SEZER	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☒ H ☒	E ☒ H ☐			
Yard. Doç. Dr. Gökmen ZARARSIZ	Biyoistatistik	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Av. Serhat ÜSTÜNEL	Avukat	Hukuk Müşaviri	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Ecz. Şükran TERZİ	Eczacı	Serbest Eczacı	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Sevtap Koçer	Sivil Üye	Serbest	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			

* Toplantıda Bulunma

EK-3: ANKETLER

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

D – 1

MADDE 1

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 2

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
5. Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 3

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 4

7. Genel olarak kendimden memnunum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 5

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 6

9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

D – 4 (ELEŞTİRİYE DUYARLILIK)

21. Eleştiriye karşı ne kadar hassassınızdır?

a. Çok fazla hassas b. Oldukça hassas c. Az hassas d. Hassas değil

22. Eleştiri ya da azarlama beni çok fazla incitir.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

23. Yanlış yaptığınız bir şey için biri size güldüğünde veya suçladığında ne kadar rahatsız olursunuz?

a. Çok fazla b. Oldukça c. Rahatsız olmam

SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISI ÖLÇEĞİ	Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Biraz Uygun	Uygun	Tamamen Uygun
1. Dış görünüşümle ilgili kendimi rahat hissedirim					
2. Fotoğrafım çekilirken kendimi gergin hissedirim.					
3. İnsanlar doğrudan bana baktıklarında gerilirim.					
4. İnsanların görünüşümden dolayı benden hoşlanmayacakları konusunda endişelenirim.					
5. Yanlarında olmadığım zamanlarda insanların görünüşümle ilgili kusurlarımı konuşacaklarından endişelenirim.					
6. Görünüşümden dolayı insanların benimle beraber vakit geçirmek istemeyeceklerinden endişelenirim.					
7. İnsanların beni çekici bulmamalarından korkarım.					
8. Görünüşümün yaşamımı zorlaştıracağından endişe duyarım					
9. Karşıma çıkan fırsatları görünüşümden dolayı kaybetmekten kaygılanırım.					
10. İnsanlarla konuşurken görünüşümden dolayı gerginlik yaşarım.					
11. Diğer insanlar görünüşümle ilgili bir şey söylediklerinde kaygılanırım.					
12. Dış görünüşümle ilgili başkalarının beklentilerini karşılayamamaktan endişeleniyorum					
13. İnsanların görünüşümü olumsuz olarak değerlendirecekleri konusunda endişelenirim.					
14. Diğer insanların görünüşümdeki bir kusurun farkına vardıklarını düşündüğümde kendimi rahatsız hissedirim.					
15. Sevdiğim kişinin görünüşümden dolayı beni terk edeceğinden endişe duyuyorum					
16. İnsanların görünüşümün iyi olmadığını düşünmelerinden endişeleniyorum.					

MEMNUNİYET ANKETİ

1) Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedaviye başvururken öncelikli beklentiniz hangisiydi?

- A) Estetik düzelme
- B) Çiğnemenin düzelmesi
- C) Her ikisi
- D) Hiçbirisi/ Bilmiyorum

2) Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavi sonrasındaki sonucu nasıl değerlendirirsiniz?

- A) Sadece estetik düzelme mevcut
- B) Sadece çiğneme düzelmiş
- C) Her ikisi de düzelmiş
- D) Düzelme yok

3) Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavinin sonucu beklentilerinizi karşıladı mı, sonuçtan memnun musunuz?

1) beklentilerimi karşılamadı, memnun değilim.

5) orta

10) tam olarak karşıladı, çok memnunum

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

4) Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavi öncesi yüz görünümünüzü estetik olarak değerlendiriniz.

1) Kötü

5) Orta

10) Çok iyi

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

5) Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavi sonrası yüz görünümünüzü estetik olarak değerlendiriniz

1) Kötü

5) Orta

10) Çok iyi

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

6) Aileniz, akrabalarınız ya da arkadaşlarınız size uygulanan ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavi sonucu hakkında ne düşünüyor?

1) Kötü

5) Orta

10) Başarılı

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

7) Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavi sonrasında özgüveniniz arttı mı?

A) Evet

B) Hayır

8) Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavi gereken hastalara bu tedaviyi tavsiye eder misiniz?

A) Evet

B) Hayır

9) Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavi öncesinde çiğneme fonksiyonunuz nasıldı?

1) Kötü

5) Orta

10) Çok iyi

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

10) Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedavi sonrasında çiğneme fonksiyonunuz nasıl oldu?

1) Kötü

5) Orta

10) Çok iyi

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

11) Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedaviden önce ağzınızı açıp kapatırken çene ekleminizde ağrı var mıydı?

A) Evet

B) Hayır

12) Şu anda ağzınızı açıp kapatırken çene ekleminizde ağrı var mı?

A) Evet

B) Hayır

13) Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedaviden önce ağınızı açıp kapatırken çene ekleminizde ses var mıydı?

A) Evet

B) Hayır

14) Şu anda ağınızı açıp kapatırken çene ekleminizde ses var mı?

A) Evet

B) Hayır

15) Ortognatik cerrahi/ ortodontik tedaviden sonra konuşmanızda herhangi bir değişiklik oldu mu?

A) Daha iyi oldu

B) Daha kötü oldu

C) Değişiklik yok

16) Ortognatik cerrahiden sonra şu anda yüzünüzde, alt ya da üst dudığınızda ya da diş etinizde uyuşukluk – karıncalanma var mı?

A) Evet

B) Hayır

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Mükerrerrem Özge AĞIRNASLIGİL

Uyruğu: T. C.

Doğum Tarihi ve Yeri: 27 Ekim 1987, Eskişehir

e-mail: ozge1763@hotmail.com

Yazışma Adresi: Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti A. B. D.
Melikgazi/ KAYSERİ

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Uzmanlık	Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	2017
Lisans/ Y.Lisans	Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	2011
Lise	Yunus Emre Yabancı Dil Ağırlıklı Lise	2006

YABANCI DİL

İngilizce