



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

AĞIZ, DİŞ ve ÇENE CERRAHİSİ ANABİLİM DALI

**ORTOGNATİK CERRAHİ PLANLANAN SINIF 2 VE SINIF 3 HASTALARDA
BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞUNUN ARAŞTIRILMASI**

Abdulsamed MADEN

UZMANLIK TEZİ

olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Nihat AKBULUT

TOKAT – 2022



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

AĞIZ, DİŞ ve ÇENE CERRAHİSİ ANABİLİM DALI

**ORTOGNATİK CERRAHİ PLANLANAN SINIF 2 VE SINIF 3 HASTALARDA
BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞUNUN ARAŞTIRILMASI**

Abdulsamed MADEN

UZMANLIK TEZİ

olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Nihat AKBULUT

TOKAT – 2022

T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
AĞIZ, DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ ANABİLİM DALI

ADI SOYADI : Abdulsamed MADEN

TEZ SAVUNMA TARİHİ : 26.08.2022

TEZ KONUSU : Ortognatik Cerrahi Planlanan Sınıf 2 ve Sınıf 3
Hastalarda Beden Dismorfik Bozukluğunun Araştırılması

Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı Soyadı)

İmzası

Başkan: Prof. Dr. Emel BULUT

Üye: Doç. Dr. Nihat AKBULUT

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Esengül ŞEN

Bu tez, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Yönetim Kurulunun
16/08/2022 tarih ve 33.07 sayılı oturumunda belirlenen jüri tarafından kabul edilmiştir.

Dekan V. Prof. Dr. Ataç ÇELİK

ETİK SÖZLEŞME**T.C.****TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ****DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI ‘NA**

Bu belge ile, bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak toplanıp sunulduğunu, bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçlara atıf yaptığımı ve kaynağını gösterdiğimi beyan ederim.

(26.08.2022)

Abdulsamed MADEN

İmzası

.....

TEŞEKKÜR SAYFASI

Tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesi aşamasından yazım aşamasına kadar her konuda desteğini esirgemeyen, kıymetli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösterici ve destek olan değerli hocam sayın Doç. Dr. Nihat AKBULUT'a teşekkürlerimi sunuyorum.

Tez çalışmamın veri toplama ve değerlendirme aşamalarında verdikleri destek ve değerli görüşleri için kıymetli hocalarım Ortodonti Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi sayın Sibel AKBULUT'a ve Ruh ve Sinir Hastalıkları Dr. Öğr. Üyesi sayın Esma AKPINAR ASLAN'a teşekkürlerimi sunuyorum. Çalışmamın son halini almasına katkılarından dolayı sayın hocam Dr. Öğr. Üyesi Sefa ÇOLAK'a ve Dr. Öğr. Üyesi Esengül ŞEN'e teşekkürlerimi sunuyorum.

Tez çalışmamın veri toplama aşamasındaki yardımlarından dolayı Dt. Merve KELDAL'a ve istatistiksel analizinde yardımcı olan çalışma arkadaşım Dt. Yunus BALEL'e teşekkürlerimi sunuyorum.

Son olarak bugüne dek hayatımın her aşamasında maddi manevi desteklerini esirgemeyen anneme, babama ve eşime teşekkürlerimi ve minnetlerimi sunuyorum.

İTHAF

Saygıdeğer eşim Huriye Bengü

Ve

Oğlum Ali Tuna'ya

ÖZET

ORTOGNATİK CERRAHİ PLANLANAN SINIF 2 VE SINIF 3 HASTALARDA BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞUNUN ARAŞTIRILMASI

Maden, Abdulsamed
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı
Tez Danışmanı: Doç. Dr. Nihat AKBULUT
2022, xii + 110 sayfa

Ortognatik cerrahi, maksillo-mandibular deformite ve asimetrilerin tedavisi için en önemli cerrahilerden biridir. Maksillo-mandibular deformitenin düzeltilmesi aynı zamanda estetik bir değer de kazandırmaktadır. Mevcut araştırmalar, hastaların ortognatik cerrahi için motivasyon olarak yüz görünümünün önemli bir sebep olduğunu ve ortognatik cerrahi hastalarının kozmetik – estetik cerrahi hastalarıyla benzer psikolojik motivasyonlara sahip olduklarını öne sürmüştür.

Beden dismorfik bozukluğu (BDB), hayali veya abartılı bir deformite ile meşgul olmayı içeren rahatsız edici bir durumdur. BDB'li bireyler görünüşlerinde diğer insanlar tarafından gözlemlenemeyen veya sadece hafif fark edilen bir veya daha fazla algılanan kusurla meşgul olurlar. Hastaların ortognatik cerrahi için motivasyonları ve ortognatik cerrahiden beklentileri çok önemlidir. Hastaların gerçekçi olmayan kaygıları ve aşırı estetik beklentileri ameliyat başarılı olsa bile hastayı memnun etmeyebilir.

Bu çalışmada, ortognatik cerrahi planlanan Sınıf 2 ve Sınıf 3 iskeletsel deformitesi olan hastalarda BDB'nin varlığı ve anksiyete, depresyon ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ile olan komorbiditesi araştırılmıştır.

Sonuç olarak; ortognatik cerrahi için kliniğimize başvuran hastalarda, genel popülasyona kıyasla daha yüksek oranda BDB (%20,4) görülmüştür. İskeletsel deformite türüne göre kıyasladığımızda BDB açısından sınıf 2 ile sınıf 3 arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu çalışmaya özgü olarak erkek hastalar, tüm parametrelerde kadınlara göre BDB, OKB, depresyon, anksiyete ve stres yönünden istatistiksel olarak daha yüksek skorlara sahipti. Tüm bunları göz önüne alarak ortognatik cerrahi talep eden hastaların psikolojik durumları ve beklentileri ameliyattan önce dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: anksiyete, beden dismorfik bozukluğu, obsesyon, ortognatik cerrahi

ABSTRACT

INVESTIGATION OF BODY DYSMORPHIC DISORDER IN CLASS 2 AND CLASS 3 PATIENTS PLANNED FOR ORTHOGNATHIC SURGERY

Maden, Abdulsamed
Department of Oral and Maxillofacial Surgery
Advisor: Assit. Prof. Dr. Nihat AKBULUT
2022, xii + 110 pages

Orthognathic surgery is one of the most important surgeries for the treatment of maxillomandibular deformity and asymmetries. Correction of the maxillomandibular deformity also adds an aesthetic value. Existing research has suggested that facial appearance is an important reason for patients' motivation for orthognathic surgery, and that orthognathic surgery patients have similar psychological motivations to cosmetic-aesthetic surgery patients.

Body dysmorphic disorder is a distressing condition that involves preoccupation with an imaginary or exaggerated deformity. Individuals with BDD are preoccupied with one or more perceived defects in their appearance that are not observable to other people or are only mildly noticeable. Motivation of patients for orthognathic surgery and their expectations from orthognathic surgery are very important. Patients' unrealistic concerns and excessive aesthetic expectations may not satisfy the patient, even if the surgery is successful.

The aim of this study was to investigate the presence of BDD and its comorbidity with anxiety, depression and obsessive compulsive disorder (OCD) in patients with Class 2 and Class 3 skeletal deformities scheduled for orthognathic surgery.

As a result; A higher rate of BDD (20.4%) was observed in patients who applied to our clinic for orthognathic surgery compared to the general population. When compared according to the type of skeletal deformity, no significant difference was found between class 2 and class 3 in terms of BDD. Specific to this study, male patients had statistically higher scores for BDD, OCD, depression, anxiety and stress than females in all parameters. Considering all these, the psychological status and expectations of patients who request orthognathic surgery should be carefully evaluated before the operation.

Keywords: anxiety, body dysmorphic disorder, obsession, orthognathic surgery

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ETİK SÖZLEŞME.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İTHAF.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. ORTOGNATİK CERRAHİNİN TANIMI.....	3
2.2. ORTOGNATİK CERRAHİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ.....	3
2.2.1. Mandibular Osteotomiler.....	3
2.2.1.1. Mandibular Ramus Osteotomileri.....	7
2.2.2. Le Fort I-Tipi Maksiller Osteotomi.....	9
2.3. ORTOGNATİK CERRAHİ AMELİYAT TEKNİKLERİ.....	10
2.3.1. BİLATERAL SAGİTAL SPLİT OSTEOTOMİSİ.....	10
2.3.1.1. Cerrahi Teknik.....	12
2.3.2. LE FORT I OSTEOTOMİSİ.....	17
2.3.2.1. Cerrahi Teknik.....	17
2.3.2.2. Diseksiyon.....	18
2.3.2.3. Osteotominin Tasarımı.....	19
2.3.2.4. Osteotomi Eğimini Değiştirmenin Etkisi.....	20
2.3.2.5. Osteotomi Teknikleri.....	21
2.3.2.6. Nazal Septum ve Lateral Burun Duvarının Ayrılması.....	23
2.3.2.7. Pterigoid Plakların Ayrılması.....	23
2.3.2.8. Maksillada Downfracture İşlemi.....	24
2.3.2.9. Le Fort I Osteotomisiyle İlgili Nazal Değişiklikler.....	26
2.3.2.10. Alar Cinch Sütür.....	27
2.4. ORTOGNATİK CERRAHİNİN ESTETİK ALGI ÜZERİNE ETKİSİ...	29

2.5.	BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞUN KLİNİK ÖZELLİKLERİ.....	30
2.5.1.	Beden Dismorfik Bozukluğun Tanımı.....	30
2.5.2.	Hastaların Vücudunda Endişe Duyduğu Alanlar.....	31
2.5.3.	Temel Bdb Semptomları.....	31
2.5.3.1.	Meşguliyet ve Sıkıntı Hali.....	31
2.5.3.2.	İçgörü.....	32
2.5.3.3.	Aşırı tekrarlayan davranışlar.....	32
2.5.3.4.	Psikososyal işlevsellik ve yaşam kalitesi.....	33
2.6.	BDB İLE İLİŞKİLİ DİĞER ÖZELLİKLER.....	33
2.6.1.	Referans / Alınma Düşünceleri.....	33
2.6.2.	İlişkili Semptomlar.....	34
2.6.3.	İntihara Meyil.....	34
2.6.4.	Birlikte Ortaya Çıkan Rahatsızlıklar.....	34
2.6.5.	Hastalığın Başlangıç Yaşı ve Seyri.....	34
2.7.	ORTOGNATİK CERRAHİ HASTALARINDA PSİKOLOJİK DEĞERLENDİRME VE BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUK.....	35
3.	ÇALIŞMA VE YÖNTEM.....	38
3.1.	Çalışma Tasarımı.....	38
3.2.	Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri.....	38
3.3.	Çalışmadan Dışlanma Kriterleri.....	39
3.4.	Çalışmanın Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması.....	39
3.5.	Çalışmada Kullanılan Ölçekler.....	39
3.5.1.	Florida Obsesif Kompulsif Envanteri (Florida Obsessive Compulsif Index – FOCI)	40
3.5.2.	Das – 21.....	40
3.5.3.	Beden İmgesi Bozukluk Testi (Body Image Disturbance Questionnaire – BIDQ)	41
3.6.	İstatistiksel Analiz	42
4.	BULGULAR.....	43
5.	TARTIŞMA.....	58
6.	SONUÇ.....	66
	KAYNAKLAR.....	67
	EKLER.....	73

EK-1: Etik Kurul Onayı.....	73
EK-2: Onam Formu.....	74
EK-3: Florida Obsesif Kompulsif Envanteri (Florida Obsessive Compulsif Index – FOCI)	76
EK-4: Das – 21 Ölçeği.....	77
EK-5: Beden İmgesi Bozukluk Testi (Body Image Disturbance Questionnaire – BIDQ)	78
ÖZGEÇMİŞ VE ESERLER LİSTESİ.....	80



TABLOLAR LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 4.1. Demografik Veriler.....	43
Tablo 4.2. BDB'nin cinsiyet ve iskeletsel ilişki değişkenlerine göre dağılımı...	44
Tablo 4.3. BDB pozitif hastaların iskeletsel ilişki ve cinsiyet değişkenine göre dağılımı.....	44
Tablo 4.4. BDB pozitif hastaların OKB açısından değerlendirilmesi.....	45
Tablo 4.5. BDB pozitif hastaların depresyon durumlarını değerlendiren tablo...	46
Tablo 4.6. BDB pozitif hastaların anksiyete durumlarını değerlendiren tablo...	46
Tablo 4.7. BDB pozitif hastaların stres durumlarını değerlendiren tablo.....	46
Tablo 4.8. OKB'nin cinsiyet ve iskeletsel ilişki değişkenlerine göre dağılımı...	47
Tablo 4.9. OKB Pozitif hastaların iskeletsel ilişki ve cinsiyet değişkenine göre dağılımı.....	48
Tablo 4.10. OKB pozitif hastaların depresyon durumlarının değerlendirilmesi...	48
Tablo 4.11. OKB pozitif hastaların anksiyete durumlarının değerlendirilmesi.....	49
Tablo 4.12. OKB pozitif hastaların stres durumlarının değerlendirilmesi.....	49
Tablo 4.13. Verilerin Normallik Dağılımı.....	50
Tablo 4.14. Cinsiyet Değişkenine Göre Skorlar.....	51
Tablo 4.15. Cinsiyet Değişkenine Göre Gruplar Arasındaki Farkın İncelenmesi (Bağımsız Örneklem T Testi)	51
Tablo 4.16. İskeletsel İlişki Değişkenine Göre Skorlar	53
Tablo 4.17. İskeletsel İlişki Değişkenine Göre Gruplar Arasındaki Farkın İncelenmesi (Bağımsız Örneklem T Testi)	53
Tablo 4.18. Değişkenler arasındaki korelasyon. (Pearson Korelasyon Testi)	54

Tablo 4.19.	Depresyon değişkeni bağımlı değişken olarak alındığında diğer değişkenler ile ilişkisinin çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmesi.....	55
Tablo 4.20.	Diğer değişkenlerin Depresyon skorlarındaki değişimi etkileme derecesi (Çoklu Regresyon Analizi)	55
Tablo 4.21.	Anksiyete değişkeni bağımlı değişken olarak alındığında diğer değişkenler ile ilişkisinin çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmesi.....	56
Tablo 4.22.	Diğer değişkenlerin Anksiyete skorlarındaki değişimi etkileme derecesi (Çoklu Regresyon Analizi)	56
Tablo 4.23.	Stres değişkeni bağımlı değişken olarak alındığında diğer değişkenler ile ilişkisinin çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmesi.....	57
Tablo 4.24.	Diğer değişkenlerin Stres skorlarındaki değişimi etkileme derecesi (Çoklu Regresyon Analizi)	57

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa
Şekil 2.1. Simon P. Hullihen (1810–1857).....	4
Şekil 2.2. Simon P. Hullihen tarafından yapılan osteotomiler ve alt dudaktaki kama insizyonu.....	4
Şekil 2.3. Edward Angle’ın fiksasyon için tavsiye ettiği altın plak (a), mandibular osteotomi öncesi, operasyon sonrası(b).....	6
Şekil 2.4. Ottolengui tarafından önerilen cerrahi splint.....	6
Şekil 2.5. Wassmund'un, mandibulayı ilerletmek ve potansiyel bir anterior açık kapanışı kapatmak için kullanılan, ekstraoral yaklaşımla mandibular ramus için yumuşak geçişli ters 'L' tipi osteotomisi....	7
Şekil 2.6. Obwegeser’in tanımladığı sagital split osteotomi hatları (a), Hunsuck’ın tanımladığı sagital split osteotomi hatları (b).....	8
Şekil 2.7. Obwegeser – Dal Pont modifikasyonu.....	9
Şekil 2.8. Le Fort kırığı hatları.....	10
Şekil 2.9. Obwegeser osteotomisinin Hunsuck/Epker modifikasyonu.....	11
Şekil 2.10. Sagital split osteotomisi, ramus ön yüzü diseksiyonu ve sinir ekartörü.....	13
Şekil 2.11. Mandibular ramusun ön yüzeyinin piezo – elektrikli testere ile kesimi.....	14
Şekil 2.12. Yumuşak dokuları korumak için rond frez ve yerleştirilmiş Obwegeser ekartörü ile bukkal osteotominin anterior sınırlarının belirlenmesi.....	15
Şekil 2.13. Sagital split osteotomisini tamamlamak için segmentler arasına spreader yerleştirilmesi	15

Şekil 2.14.	Dik açılı tornavida ile vidanın yerleştirilmesi.....	16
Şekil 2.15.	Maksillaya arteriyel kan akışını gösteren şematik diyagram.....	18
Şekil 2.16.	Basamaklı Le Fort I osteotomisi için iyi ekartasyon ve iyi bir subperiostal diseksiyon.....	19
Şekil 2.17.	Kesici dişin görünürlüğü ve alt yüz yüksekliğini artırmak için yapılan maksilladaki osteotominin eğiminin etkilerini gösteren diyagram.....	20
Şekil 2.18.	Kesici dişin görünürlüğü ve alt yüz yüksekliğini azaltmak için yapılan maksilladaki osteotominin eğiminin etkilerini gösteren diyagram.....	21
Şekil 2.19.	Basamaklı Le Fort I osteotomisi.....	22
Şekil 2.20.	Basamaklı Le Fort I kesisi.....	23
Şekil 2.21.	Le Fort I osteotomisinde pterigoid plakların ayrılması.....	24
Şekil 2.22.	Gelişmiş bir nazal septum ve anterior nazal spina ile Le Fort I ilerletme osteotomisi ile nazolabial değişikliklerin gösterilmesi.....	27
Şekil 2.23.	Alar cinch suture.....	28

KISALTMALAR VE SİMGELER

BDB:	Beden Dismorfik Bozukluk
OKB:	Obsesif Kompulsif Bozukluk
BSSO:	Bilateral sagittal split osteotomi
BIDQ:	Body Image Disturbance Questiannaire
FOCI:	Florida Obsessive Compulsive Index
DAS:	Depresyon, anksiyete, stres
İMF:	İntermaksiller Fiksasyon

(17) Philips ve Kasmir, 2000; Bu(Elman) ve
Serra ve Serra, 2000

Hand, Cohen, Leon, Philips ve 1990

1. GİRİŞ

Ortognatik cerrahi, dentofasiyal fonksiyonun, estetiğin ve özellikle sağlığın iyileştirilmesi amacıyla, dişlerin ortodontik tedavi ile birlikte veya ortodontik tedavi olmadan, maksilla ve/veya mandibulanın ve/veya bunların bir kısımlarının cerrahi olarak yeniden konumlandırılması olarak tanımlanabilir. Son derece karmaşık bir yumuşak doku tabakasıyla örtülü, büyüyen ve yaşılanan kraniyofasiyal kompleksin dört boyutlu analizini içeren tanı ve tedavi planlaması, başarılı tedavinin temel taşlarını oluşturmaktadır. Modern ortodontideki gelişmeler, dişlerin kendi çenelerine göre doğru üç boyutlu yeniden konumlandırılmasına izin vererek ortognatik cerrahiyi daha kolay ve daha öngörülebilir hale getirmektedir. Kraniyofasiyal görüntülemeadaki gelişmeler, özellikle sefalometrik radyograflar, ileri teşhis, planlama ve tedavi sonuçlarının analizlerine olanak sağlamaktadır (Naini ve Gill, 2017).

Büyüme, gelişme ve yaşlanmaya bağlı değişiklikler, tanı ve tedavi planlaması, cerrahi ve ortodonti alanındaki teknik gelişmeler, dentofasiyal ve kraniyofasiyal deformitelerin sonuçlarının anlaşılması açısından oldukça önemlidir. Tüm teknik prosedürlerin yanında, hastanın bireysel psikososyal durumu, tedavinin nihai başarısını doğrudan etkiler.

Ortognatik cerrahiden sonra olumlu psikososyal sonuçların da oluşmasında başkalarının algılarındaki iyileşme de etkilidir (Øland, Jensen, Elklit ve Melsen, 2011). Tersine, fiziksel olmayan iyileştirmelerle ilgili gerçekçi olmayan beklentiler, olumsuz sonuçlara yol açabilir. Bu nedenle hastaları daha iyi bilgilendirmek için çene deformitesi olan hastaların nasıl algılandığını anlamak ve ortognatik cerrahinin neden olduğu başkaları tarafından algılanan dış değişiklikleri anlamak son derece önemlidir (Broers, van der Heijden, Rozema ve de Jongh, 2017). Uygulayıcıların hastaları değerlendirmeleri veya hastaların kendilerinin değerlendirmeleri, sıradan kişilerin yargılarından önemli ölçüde farklı görünmektedir (Sari-Rieger ve Rustemeyer, 2015).

Ortognatik cerrahi uygulayan cerrahların, beden dismorfik bozukluk (BDB) olarak bilinen yaygın ve genellikle şiddetli beden imajı bozukluğuna aşına olmaları gerekir. BDB'li hastalar, gerçekte öyle olmadıkları halde, bir şekilde anormal veya deforme göründüklerine inanarak, görünüşleri hakkında gerçekçi olmayan görüşlere sahiptirler (Vulink ve diğerleri, 2008). Bu hastaların çoğu, algılanan görünüm kusurları için ortognatik cerrahi de dahil olmak üzere kozmetik prosedürler aramaktadırlar. Bu durum sağlıklı değildir; çünkü eldeki veriler kozmetik tedavinin genellikle BDB semptomlarını iyileştirmediğini ve bu bozukluğu olan kişilerin sonuçlardan genellikle hayal kırıklığına uğradığını göstermektedir (Aouizerate ve diğerleri, 2003). Aslında, bazı hastalar objektif olarak kabul edilebilir bir cerrahi sonuçtan o kadar memnun değildirler ki, cerraha dava açabilirler veya hatta şiddet uygulamaya kadar ilerleyebilirler.

Bu çalışmada, ortognatik cerrahi planlanan Sınıf 2 ve Sınıf 3 iskeletsel deformitesi olan hastalarda BDB'nin varlığı, anksiyete, depresyon, stres ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ile komorbiditesi araştırılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ORTOGNATİK CERRAHİNİN TANIMI

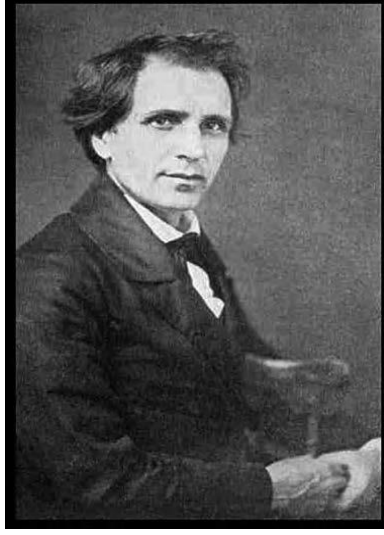
Ortognatik cerrahi, dentofasiyal fonksiyonun, estetiğin ve özellikle sağlığın iyileştirilmesi amacıyla, dişlerin ortodontik tedavi ile birlikte veya ortodontik tedavi olmadan, maksilla ve/veya mandibula ve/veya bir kısımlarının cerrahi olarak yeniden konumlandırılması olarak tanımlanabilir. "Ortognatik" terimi, Yunanca 'orthos (doğru, düz)' ve 'gnathos (çene)' birleşiminden türetilmiştir (Naini, 2011).

Ortognatik cerrahi; iskeletsel ve dental deformitelerin ortodontik ve cerrahi tedavilerin birlikte uygulanarak düzeltilmesi olarak tanımlanabilir. Bu durum hemen hemen her zaman böyle olsa da tanımın yanlışlığı, bazen sadece cerrahi müdahale ile problemin çözülmesi gerçeğinden kaynaklanmaktadır. Örneğin sadece genioplasti operasyonu veya çok nadiren ameliyat sonrası ortodontik tedavi ihtiyacı olmadan dental oklüzyonun tatmin edici olduğu hastalarda ortognatik cerrahiden bahsedilemez. Bu vakalar ortodontik tedavi gerektirmez, ancak yine de ortognatik cerrahi olarak sınıflandırılır. Ek olarak, uyku apnesi için hava yolunu genişletmek için bimaxiller ilerletme her zaman ortodontik tedavi gerektirmez, ancak yine de ortognatik cerrahidir. Bu istisnalara rağmen, hastaların büyük çoğunluğu için ortodontik tedavi, modern ortognatik cerrahinin bir parçasıdır.

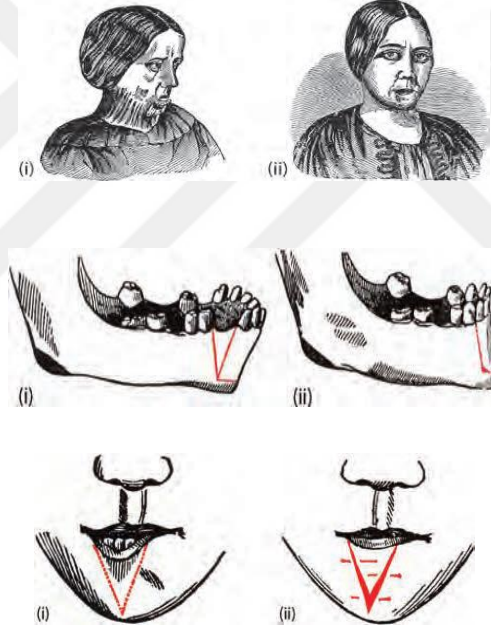
2.2. ORTOGNATİK CERRAHİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ

2.2.1. MANDİBULAR OSTEOTOMİLER

'Ortognatik' olarak tanımlanabilecek bilinen ilk cerrahi prosedür 1849'da Amerikalı cerrah Simon P. Hüllihen (Şekil 2.1) tarafından yapılmıştır (Şekil 2.2) (Armbrecht, 1937).



Şekil 2.1. Simon P. Hüllihen (1810–1857)

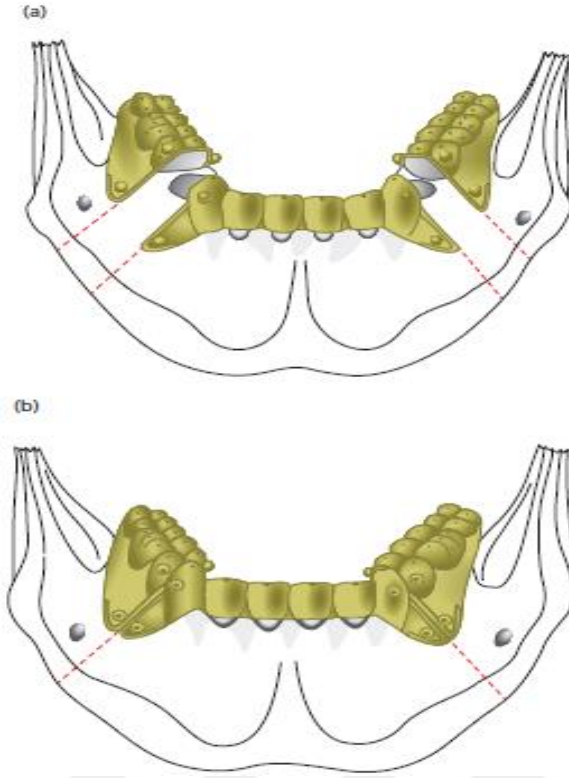


Şekil 2.2. Simon P. Hüllihen tarafından yapılan osteotomiler ve alt dudaktaki kama insizyonu(Naini ve Gill, 2017)

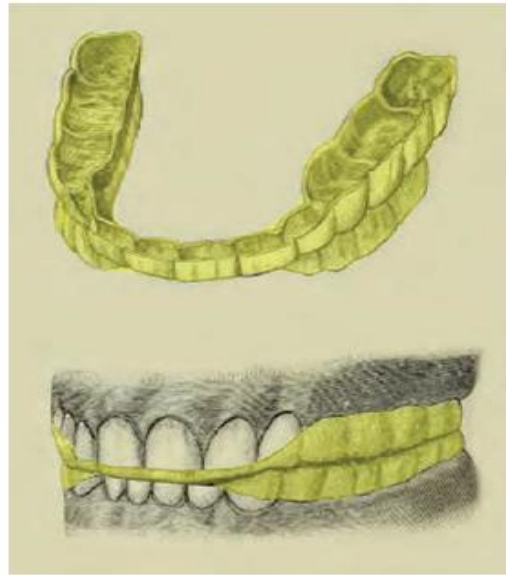
Hüllihen, 20 yaşında kadın bir hastada, 5 yaşındayken bir kaza sonucu boynunda ve göğsünde ciddi yanıklar meydana gelen ve ardından yara kontraktürlerine sekonder gelişen prognatik mandibula ve anterior açık kapanışın cerrahi olarak düzeltilmesini anlatan bir vaka bildirmiştir (Şekil 2.2). 12 Haziran 1848'de Hüllihen, subapikal osteotomi tekniğiyle

(Hullihen, 1849) anterior mandibuladan bilateral olarak V-şekilli kama şeklinde kemik çıkarmış ve anterior segment, posteriora eğimli ve geriye doğru olacak şekilde yeniden konumlandırarak ligatür telleri ile sabitlemiştir (Şekil 2.2). Sağ tarafta kama rezeksiyon için kanin ile birinci premolar arasında dişsiz bir boşluk, sol tarafta ise birinci premolar çekilerek dişsiz bir boşluk oluşturulmuştur. Çenelerin alçı modellerini oluşturmak için ölçüler alınıp, üzerine gümüş plak oklüzal splint yapıp simante edilerek 6 hafta boyunca bırakılarak osteosentez sağlanmıştır (Hullihen, 1849).

Mandibular prognatizmi düzeltmek için başka bir operasyon yaklaşık 50 yıl boyunca tekrar yapılmamıştır. Daha sonra 1897 yılında Vilray Papin Blair (“Vilray Papin Blair”, 1956), paralel kesiler ile ekstraoral yaklaşımla mandibulanın bilateral osteotomisi olan premolar bölgelerden kemik blokların çıkarılmasıyla, ‘mandibulanın çift taraflı rezeksiyonu’ işlemini ilk kez gerçekleştirmiştir. Bakır telden yapılmış interosseöz ligatürler ile kemik segmentlerini sabitleyerek gerçekleştirmiştir. Angle, postoperatif fiksasyon için bir V-kesitinin yanı sıra döküm altın atellerin kullanılması gerektiği yorumunu yapmıştır (Şekil 2.3). Başka bir diş hekimi ve ortodontist olan Rodrigues Ottolengui, Angle'ın splintini eleştirmiş ve operasyon öncesi belirlenmiş postoperatif dental oklüzyonu temsil eden tek bir şablon splint kullanılması gerektiğini ve dişlerin alçı ile yapıştırılmasını önermiştir (Naini ve Gill, 2017). Modern cerrahi splintler bu tavsiyenin bir modifikasyonu olduğundan, Ottolengui bu açıdan zamanının ötesinde bir adım atmıştır (Şekil 2.4).



Şekil 2.3. (a) Edward Angle'ın fiksasyon için tavsiye ettiği altın plak, mandibular osteotomi öncesi, (b) operasyon sonrası (Naini ve Gill, 2017)



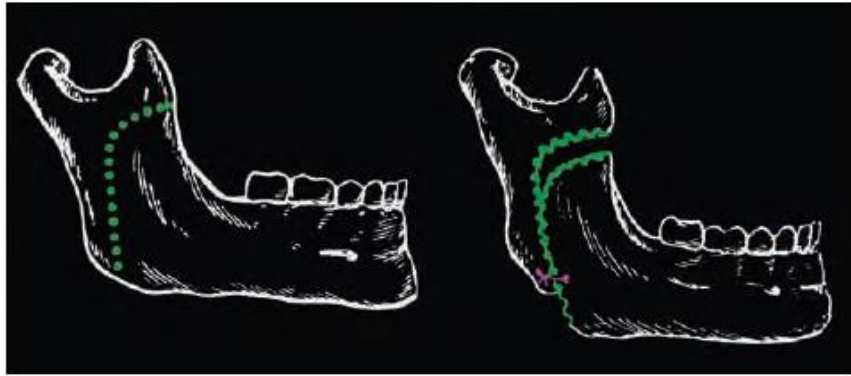
Şekil 2.4. Ottolengui tarafından önerilen cerrahi splint (Naini ve Gill, 2017)

2.2.1.1. MANDİBULAR RAMUS OSTEOTOMİLERİ

Literatür incelendiğinde aşağı yönlü ramus osteotomisinin tanımını ilk kez, 1905'te bir İngiliz cerrah ve doktor olan Sir William Arbuthnot Lane'in yaptığı görülmektedir (Naini ve Gill, 2017). Lane, ramusu mandibular foramen seviyesinin hemen üzerinde çapraz olarak ayırmıştır bu sayede lingula, mandibula gövdesinin geriye kaymasına izin vermiştir. Daha sonra bu pozisyonda ramusu plakalarla birleştirip sabitlemiştir. 1907'de Blair, sigmoid çentik ve lingula arasında yapılan yatay osteotomi ile bir Gigli testeresi kullanarak ekstraoral bir yaklaşımla benzer bir prosedür gerçekleştirmiştir. Bu yöntemle mandibulayı 9 mm'nin biraz üzerinde ilerletmeyi başarmıştır (Blair, 1907).

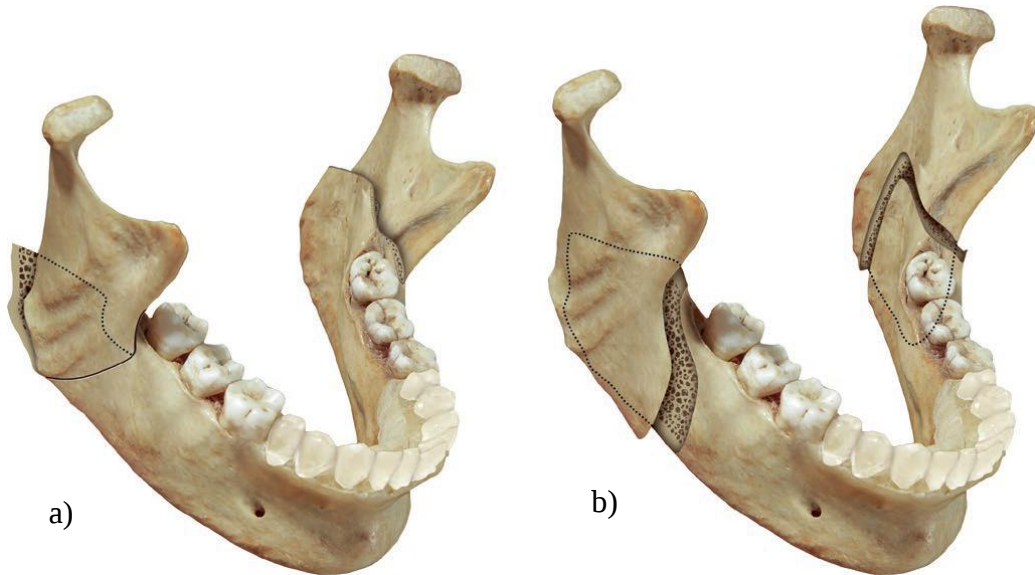
Varaztad Hovhannes Kazanjian, daha geniş bir kemik teması alanı elde etmek için yatay ramus osteotomisini ramusun medialinden laterale doğru eğik olarak sivriltmeyi önermiştir. İşlemi ekstraoral bir yaklaşımla gerçekleştirmiştir (Kazanjian, 1936).

Martin Wassmund, 1927'de, mandibulayı ilerletmek ve potansiyel olarak bir ön açık kapanışı kapatmak için kullanılabilecek, ekstraoral bir yaklaşımla mandibular ramusun yumuşak geçişli ters 'L' tipi osteotomisi tanımlamıştır (Şekil 2.5) (Wassmund , 1927).

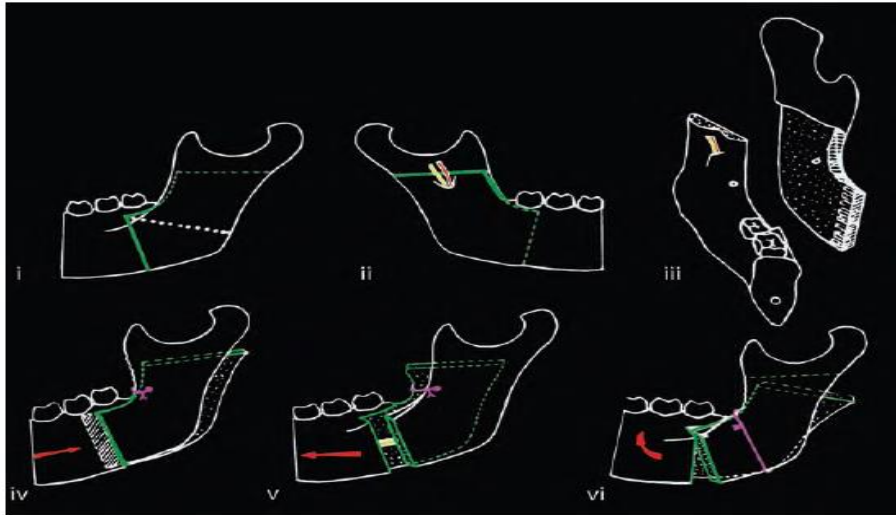


Şekil 2.5. Wassmund'un, mandibulayı ilerletmek ve potansiyel bir anterior açık kapanışı kapatmak için kullanılan, ekstraoral yaklaşımla mandibular ramus için yumuşak geçişli ters 'L' tipi osteotomisi (Naini ve Gill, 2017)

Mandibular ramusun ilk sagital split osteotomisi 17 Şubat 1953'te Obwegeser tarafından yapılmıştır (Şekil 2.6). Tek taraflı intraoral yaklaşımla, kontralateral taraf ise Trauner tarafından ters L osteotomisi kullanılarak intraoral ve ekstraoral kombine olarak opere edilmiştir (Trauner ve Obwegeser, 1957). Dal Pont, lateral kortikotominin öne doğru hareket ettirilebileceğini ve mandibula gövdesi boyunca dikey olarak yönlendirilebileceğini öne sürmüştür (Şekil 2.7) (Dal Pont, 1959). Ervin Eugene Hunsuck, ramusun medial kısmında yapılan osteotomiye ramusun iç yüzünün posterior kenarına kadar uzatmak yerine lingulanın hemen arkasında bitirilmesini önermiştir (Şekil 2.6). Böylece ramusun arkasındaki damarsal dokulara zarar verme olasılığını azaltarak kanama riskini düşürmüştür. Daha sonra Bruce Epker, Hunsuck yaklaşımında daha fazla değişiklik yapılmasını savunmuştur (Hunsuck, 1968). Minimal yumuşak doku diseksiyonu önererek, periostun ve masseter kaslarının mandibular ramustan lateral olarak açılmaması gerektiğini ve proksimal segment yeniden konumlandırılmadığı için mandibulanın alt arka sınırında pterigomasseterik askının çıkarılmasının gereksiz olduğunu öne sürmüştür.



Şekil 2.6. a) Obwegeser'in tanımladığı sagital split osteotomi hatları, b) Hunsuck'ın tanımladığı sagital split osteotomi hatları (Mani, 2021)

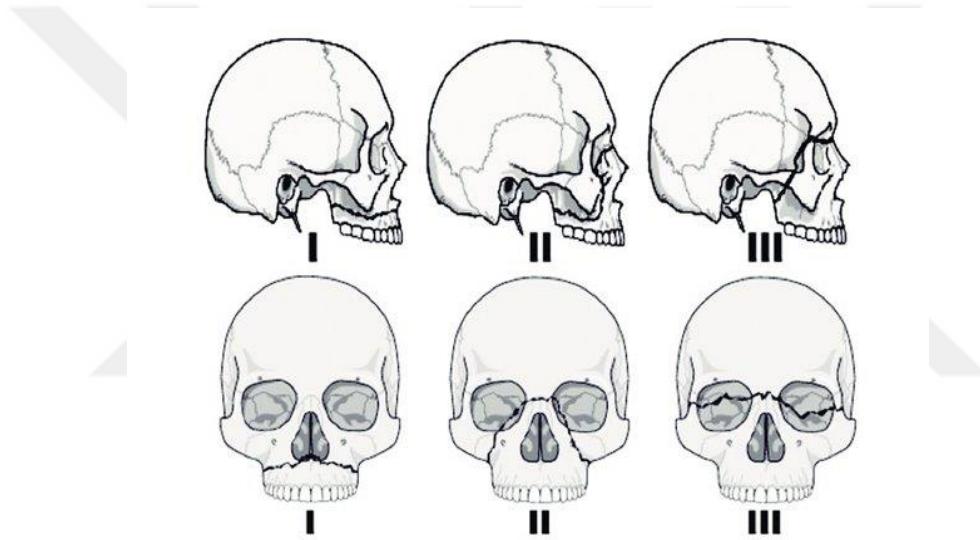


Şekil 2.7. Obwegeser – Dal Pont modifikasyonu. i), ii) bukkal ve lingula kesi hatları, iii) sagittal düzlemde segmentlerin ayrılması, iv) mandibular set – back v) mandibular ilerletme, vi) distal segmentin hareket ettirilmesiyle anterior açık kapanışın düzeltilmesi (Dal Pont, 1959)

2.2.2. LE FORT I-TİPİ MAKSİLLER OSTEOTOMİ

Maksiller ortognatik cerrahi prosedürlerin geliştirilmesinde yararlanılan bilgi birikiminin çeşitli tarihsel kökenleri ve paydaşları olmuştur. Nazal ve nazofaringeal poliplerin hemi – maksiller osteotomi yoluyla çıkarılması, 19. yüzyılın ortalarında, özellikle Bernhard Rudolf Konrad von Langenbeck tarafından Avrupa'da gerçekleştiriliyordu. Bugün total Le Fort I tipi osteotomi olarak tanımlanacak olan ilk maksiller prosedür, büyük bir nazofaringeal polipin çıkarılması için cerrahi erişim sağlamak amacıyla 1868 yılında David Williams Cheever tarafından Boston Şehir Hastanesinde gerçekleştirilmiştir (Cheever, 1870). Cheever'ın 'çifte ameliyatı' olarak tanımlanan, Le Fort I seviyesinde maksillanın total down fraktürü operasyonu teknik olarak başarılı olmasına rağmen, muhtemelen doğrudan operasyonla ilgisi olmasa da operasyondan 5 gün sonra talihsiz bir komplikasyon ile bu vaka hastanın ölümüyle sonuçlanmıştır (Halvorson ve Mulliken, 2008). 1901'de Le Fort adlı bir

Fransız cerrah, bozulmamış kadavra yüzlerine farklı yönlerden ve değişen büyüklüklerden künt travma kullanarak deneyler yapmaya başlamış ve böylece şimdi Le Fort sınıflandırması olarak bilinen maksiller ve yüz kırıklarının doğal düzlemlerini tanımlamıştır (Le Fort, 1901). Le Fort I, II ve III tipi osteotomilerin isimleri, Le Fort kırıklarına benzerliklerinden kaynaklanmaktadır (Şekil 2.8). Le Fort I kırığı, 1866'da Fransız cerrah Alphonse François Marie Gu'erin tarafından orijinal tanımından sonra bazen Gu'erin kırığı olarak anılmıştır. 1927'de Wassmund, pterigoid plakları ayırmadan Le Fort I seviyesinde bir maksiller osteotomi gerçekleştirmiştir (Wassmund , 1927).



Şekil 2.8. Le Fort kırığı hatları

Modern Le Fort I tipi osteotomiyi, ilk kez Obwegeser, maksillayı tamamen hareketli hale getirerek ve maksiller tüber bölgesi ile pterigoid plaklar arasında pterigo – maksiller ayırmayı tam olarak yaparak gerçekleştirmiştir (Obwegeser, 1969).

2.3. ORTOGNATİK CERRAHİ AMELİYAT TEKNİKLERİ

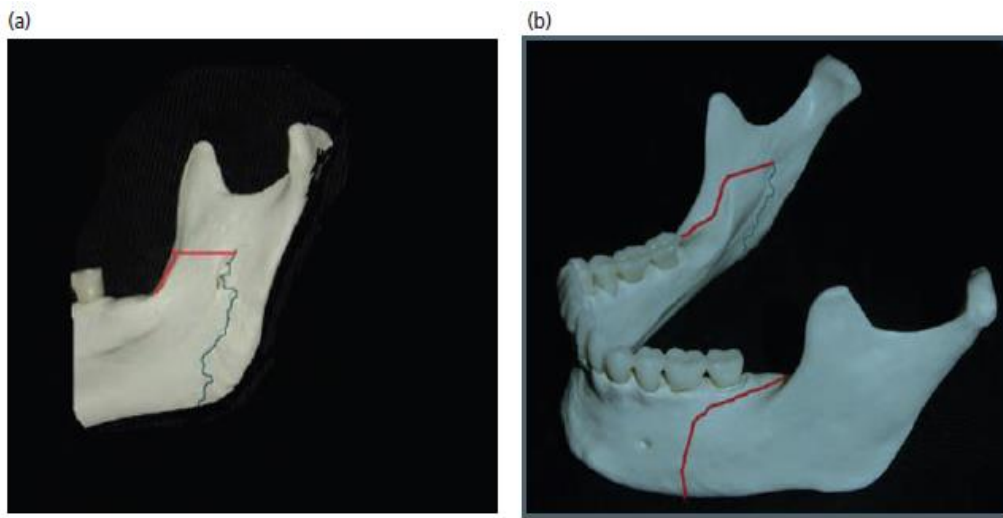
2.3.1. BİLATERAL SAGİTAL SPLIT OSTEOTOMİSİ

Bilateral sagittal split osteotomi (BSSO), mandibular ortognatik cerrahi prosedürlerin temelidir. Bu prosedür çok yönlüdür ve mandibular asimetriler için düzeltici cerrahinin yanı

sıra ileri ve geri alma osteotomilerini içeren mandibular hareketleri sağlamak için de kullanılabilir.

İyileşme döneminde kemik temasının yüzey alanını artırmak ve konsolidasyon süresini kısaltmak için Hugo Obwegeser 1957'de sagittal split osteotomisini tanıtmıştır (Trauner ve Obwegeser, 1957). Bu teknik, mandibular ramusun çok daha büyük bir bölümünü içerdiğinden proksimal osteotomi segmentinin bukkal parçasının boyutunda önemli bir kemik hacminin korunmasına olanak sağlamıştır. Daha sonra bu teknik, 1959'da bukkal segmentin yüzeyini, proksimal mandibular gövde alanına kadar genişleterek daha da artırmayı öneren G. Dal Pont tarafından geliştirilmiştir (Dal Pont, 1959).

Günümüzde birçok cerrah, lingual osteotomide Obwegeser/Dal Pont prosedüründen farklı olan Hunsuck/Epker modifikasyonunu kullanmaktadır (Hunsuck, 1968). Lingual tarafta yapılan osteotomi, ramusun tüm medial yüzeyinin tamamını kapsamaktan ziyade lingulanın hemen arkasındaki alana kadar ilerletilir. Bu tekniğin lingual tarafta yumuşak doku diseksiyonunu azaltma avantajı vardır, ancak geriye doğru ilerletilmiş bir osteotomi için kullanıldığında zorluklara neden olabilir (Şekil 2.9).



Şekil 2.9. Obwegeser osteotomisinin Hunsuck/Epker modifikasyonu; osteotomi çizgileri kırmızı ve lingual kırık çizgisi gri (Naini ve Gill, 2017).

2.3.1.1. CERRAHİ TEKNİK

Mukozal insizyon, çıkan ramusun lateralindeki retromolar bölgeden (ramusun medialini kesmeyerek lingual sinir hasarı riskinden kaçınarak) ikinci premoların bukkal yönüne kadar uzanır ve birkaç milimetre hareketli serbest dişeti bırakılacak şekilde yapılır (Naini ve Gill, 2017).

Bukkal mandibular kemik subperiostal diseksiyonla açığa çıkarılır. Diseksiyon molar ve premolar bölge ile sınırlı olabilir, ancak mandibular alt sınırı kapsamalıdır, böylece periostun ve üzerindeki kas dokularının hasar görme ihtimali en aza indirilir. Mandibular ilerletme cerrahisinde, potansiyeli nüksü azaltmak için mandibulanın gövdesinin ön bölgesindeki tüm kas bağlantılarını ayırmak çok önemlidir. Mental sinir fonksiyonunu korumak için mental foramen diseksiyona özellikle dikkat edilmelidir (Naini ve Gill, 2017).

Bir sonraki adım, yükselen ramusun ön sırtının kraniyal olarak koronoid prosese diseksiyonudur ve çatalı bir ramus ekartörü (Fork) ile yumuşak dokuların geri çekilmesidir.

Panaromik radyografiler üzerinde lingulanın anatomik seviyesi için kontrol edildikten sonra, ramusun lingual taraftan diseksiyonu azami dikkatle yapılmalı ve keskin ve hafif kavisli bir periost elevatörü kullanılarak yapılmalı, lingula bölgesinde kesinlikle subperiostal olarak kraniyal yönlü yapılmalıdır (Şekil 2.10) (Naini ve Gill, 2017).

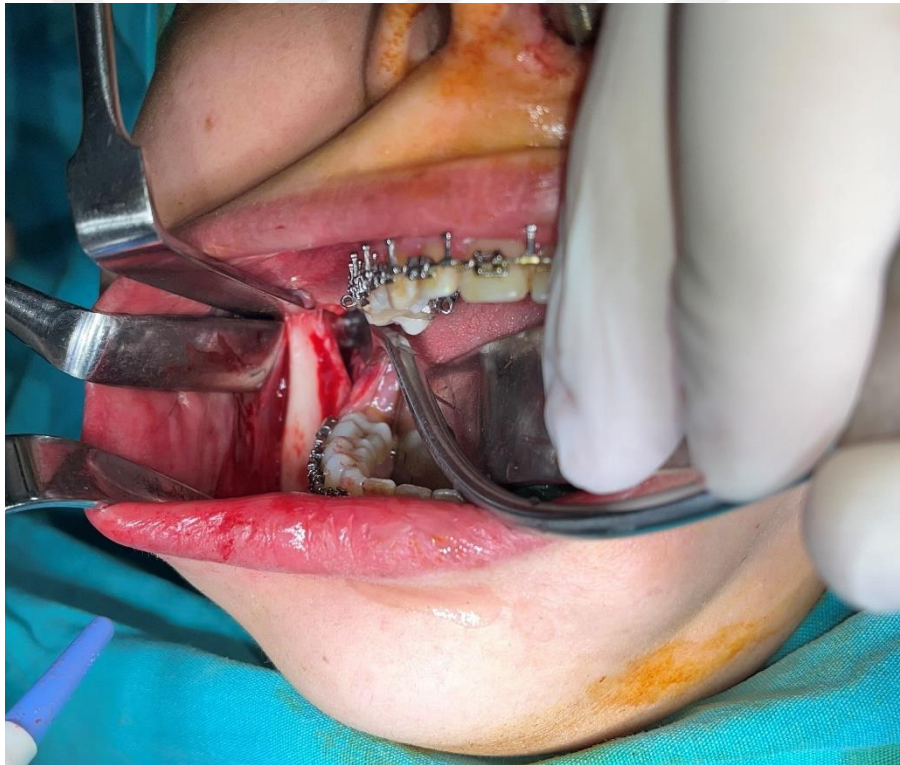
İnferior alveolar sinirini tam olarak belirlemek ve korumak için lingulanın konumu kör uçlu sinir ekartörü kullanılarak doğrulanabilir. Sinire herhangi bir zarar gelmesini önlemek için, nörovasküler demete sadece kraniyal taraftan bir sinir ekartörü yerleştirilebilir (Şekil 2.10).

Cerrahi erişimi kolaylaştırmak için, mandibula lingual taraftan lingulanın birkaç milimetre üzerinden küçük bir oluk açılabilir. Bunu yapmanın en kolay yolu, 4-5 milimetre

apında bir rond frez kullanmaktır. Bu işlem, siniri ve lingual osteotomi hattının gerekli sınırını görselleştirmeye yardımcı olur (şekil 2.11).

Klasik olarak, ramus osteotomisi, ramusun lingulo – anterior yönü boyunca önerilen osteotomi hattında ve daha sonra birinci molar bölgesinde bukkal mandibular kenara kadar rond frez ile yan yana çok sayıda delik açılarak belirlenir.

Mandibulanın alt sınırının yetersiz osteotomisi, genellikle düzgün bir ayırma işleminin önünde bir engeldir. İnferior alveolar sinire herhangi bir zarar gelmemesi için osteotomi yapılırken mandibular kortekste kalmaya zen gösterilmelidir. Pistonlu testere yardımı ile çok daha hızlı ve çok hassas bir osteotomi sağlanabilir (Naini ve Gill, 2017).



şekil 2.10. Sagittal split osteotomisi, ramus n yüzü diseksiyonu ve sinir ekartörü
(Kliniğimizden bir vaka görüntüsü)

En kontrollü fakat biraz daha yavaş olan testere türü, ultrasonik mikro hareketler gerçekleştiren ve yumuşak dokularla temas ettiğinde daha az travmatik olan piezo – elektrikli testeredir (Şekil 2.11).



Şekil 2.11. Mandibular ramusun ön yüzeyinin piezo – elektrikli testere ile kesimi
(Naini ve Gill, 2017)

Bukkal osteotomi yaparken kesi derinliğinin kontrol edilmesi daha kolay olduğu için bir rond frez veya benzeri bir frez kullanmak avantajlı olacaktır. Bu bölgede inferior alveolar sinir oldukça yüzeysel olabileceğinden bu alanda yapılan keside dikkatli olunmalıdır. Yumuşak dokuları korumak için bir Obwegeser ekartörü takılmalıdır (Şekil 2.12). Fasiyal damarlara kaza sonucu hasar verilmesi, o bölgede kontrol edilmesi zor, ciddi kanamalara neden olabilir. Osteotomi kesinlikle kortikal kemikle sınırlıdır ve alttaki kansellöz kemiğe ulaşıldığı zaman tamamlanır. Testerenin ince yapısı nedeniyle, derinliğini ölçmek çok daha zordur. Osteotomi tamamlandıktan sonra, segmentleri ayırmak için osteotomi hattına yerleştirilen ve mandibula split işlemi tamamlanana kadar paralel olarak yavaşça döndürülen iki Lexer osteotomu yerleştirilir. Alternatif olarak, bu prosedür için spreaderlar kullanılabilir (Şekil 2.13). Çok dikkatli olunmazsa, istenmeyen bölünme (bad split) meydana gelebilir ve bukkal kemik kırılabilir. Böyle bir komplikasyon durumunda, hasarın mini plakalar kullanılarak onarılması gerekir. Kırığın onarmak olanaklı değilse, hasta kemik iyileşene kadar

yaklaşık 6 hafta boyunca rijit intermaksiller fiksasyonla (İMF) tutulmalıdır. Yatay düzlemde mandibulanın anatomik şekli 'V' harfine benzer. Proksimal segmentlerin bukkal parçaları tam hizaya getirilmeye zorlanırsa, distal segmentin posterior uçlarındaki ilerletme, kondillerin rotasyonel hareketine ve hatta lateral yer değiştirmesine yol açacağından, özellikle mandibular öne alma cerrahisinde problemlere yol açabilir (Naini ve Gill, 2017). Bu problem, Edward Ellis tarafından önerildiği gibi lingual plağın retromolar kısmının osteotomize edilmesiyle çözülebilir (Ellis, 2007).



Şekil 2.12. Yumuşak dokuları korumak için rond frez ve yerleştirilmiş Obwegeser ekartörü ile bukkal osteotominin anterior sınırlarının belirlenmesi (Naini ve Gill, 2017)



Şekil 2.13. Sagittal split osteotomisini tamamlamak için segmentler arasına spreader yerleştirilmesi gösterilmiştir (Mani, 2021).

Çeneleri yeni konumlarına getirmek için, akrilik bir splint kullanılarak İMF (inter maksillar fiksasyon) sağlanır. Daha sonra fiksasyon vidaları ve fiksasyon plakları ile segmentler birbirlerine sabitlenir. Genellikle her tarafa üç adet bikortikal vida veya bir dört delikli mini plak kullanmak yeterlidir.

Günümüzde fiksasyon vidalarını yerleştirmek için trans – bukkal bir yaklaşımdan kaçınılmaktadır. Bir trans – bukkal yaklaşım kullanıldığında kaçınılmaz olan yüzdeki yara oluşumunu önlemek için dik açılı anguldurvalar ve tornavidalar mevcuttur ve artık yaygın olarak kullanılmaktadır (Şekil 2.14). Transbukkal yaklaşımda, yanak üzerinden ciltte oluşan mini kesi hattının izleri çok belirgin olmasa da hasta gülümsediğinde gamzeler şeklinde görünebilir.



Şekil 2.14. Dik açılı tornavida ile vidanın yerleştirilmesi.(Naini, 2011)

Mandibular ilerletme cerrahisinde, kondilleri en geri-yukarı pozisyonda konumlandırmak için proksimal segmentleri geriye ve yukarı doğru itmek esastır. Aksi takdirde, kondillerin ameliyat sonrası doğal pozisyonlarına geri kaymasına bağlı olarak 'erken nüks' meydana gelebilir. Bu bir doğal iskeletsel nüks değil, cerrahi bir hatadır.

2.3.2. LE FORT I OSTEOTOMİSİ

2.3.2.1 CERRAHİ TEKNİK

Le Fort I osteotomisi için farklı birçok insizyon tarif edilmiştir. Tüm insizyonların ortak özelliği, kemikte güvenli kesimler yapmak için yeterli erişime izin veren ve sonunda mukozanın primer olarak rahat kapatılmasını sağlarken, maksillanın kan desteğini ideal bir şekilde sürdürmeye devam etmesidir. Kesi yapılırken göz önünde bulundurulması gereken diğer faktörler, dudak yüksekliği ve kalınlığı ve üst dudağın V-Y uzamasının istenip istenmeyeceğidir (Naini ve Gill, 2017).

Maksilla ilerletildiğinde maksiller kesici diş görünürlüğü artacaktır. Üst dudağın yüksekliği de burnun genişliğine göre değişir, öyle ki, burun genişliğini azaltmak için burun lateral osteotomileri ve/veya alar cinch sütür kullanılırsa, üst dudak yüksekliği artma eğiliminde olacaktır. Bu durum, submental entübasyon kullanıldığında hastada doğrudan gözlemlenebilir (Naini ve Gill, 2017).

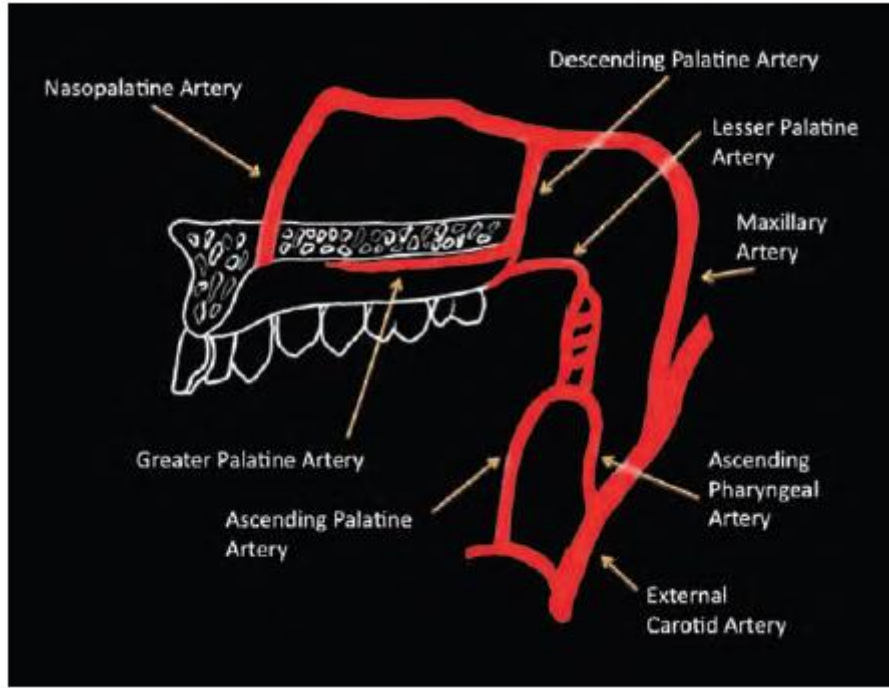
İnsizyon mukoperiostal olarak yapılır. Genellikle bir 15 numara bisturi ile ya da monopolar koter ile yapılır. Monopolar kullanmanın avantajı, daha kansız bir cerrahi alan sağlamasıdır. Ancak elektrik iletebilecek ve dudakları yakabilecek metal aletlerle temastan kaçınılmalıdır. Fotoğraf yanak ekartörünün kullanılması bu tür hasarların oluşmadan önlenmesine yardımcı olur.

Hem kanamayı önlemek hem de mobilize maksiller kemiğin vaskülaritesini korumak için, maksillaya vasküler kan akışının kapsamlı bir şekilde anlaşılması osteotomi cerrahisinde çok önemlidir. Maksillaya arteriyel kan temini dört ana kaynaktan gelir (Şekil 2.15):

1. Maksiller arterin desanden palatinal dalı.
2. Fasiyal arterin asendan palatinal dalı

3. Eksternal karotisten çıkan faringeal arterin ön dalı.

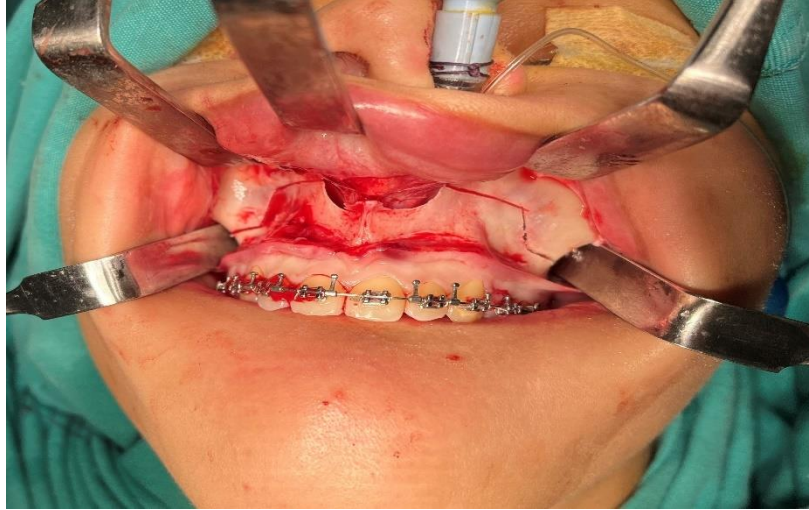
4. Maksiller arterin alveolar dalları.



Şekil 2.15. Maksillaya arteriyel kan akışını gösteren şematik diyagram. Le Fort I osteotomisini takiben ana kan temini asendan faringeal ve asendan palatinal arterlerdendir (Naini ve Gill, 2017).

2.3.2.2.DİSEKSİYON

İlk insizyon yapıldıktan sonra periost alttaki kemikten yukarı doğru infraorbital sinire kadar kaldırılır. Bir periost elevatörü kullanılarak kolay ve hızlı bir şekilde gerçekleştirilebilir (Şekil 2.16). Planlanan osteotomi hattının yüksekliğine bağlı olarak, zigomanın alt kısmını ortaya çıkarmak için zigoma üzerindeki masseter kas bağlantılarının diseksiyonu gerekebilir (Şekil 2.16).



Şekil 2.16. Basamaklı Le Fort I osteotomisi için iyi ekartasyon ve iyi bir subperiostal diseksiyon gereklidir (Kliniğimizden bir vaka görüntüsü).

Posterior diseksiyon pterigomaksiller fissüre kadar sub – periostal olmalıdır. Bu alanda yetersiz diseksiyon pterygoid venöz kompleksten kanamaya yol açabileceğinden özellikle dikkat edilmelidir. Özellikle yüksek bir Le Fort I osteotomisi planlanıyorsa, zigomatik kemiğe kadar subperiostal diseksiyon gerekli olabilir. Bir bisturi veya Obwegeser periosteal elevatör ile masseter kasının keskin diseksiyonu yapılmalıdır.

Bir nazal elavatör kullanılarak nazal mukozanın dikkatli bir şekilde diseksiyonu, down fracture sırasında kan kaybını en aza indirmede bir başka önemli adımdır.

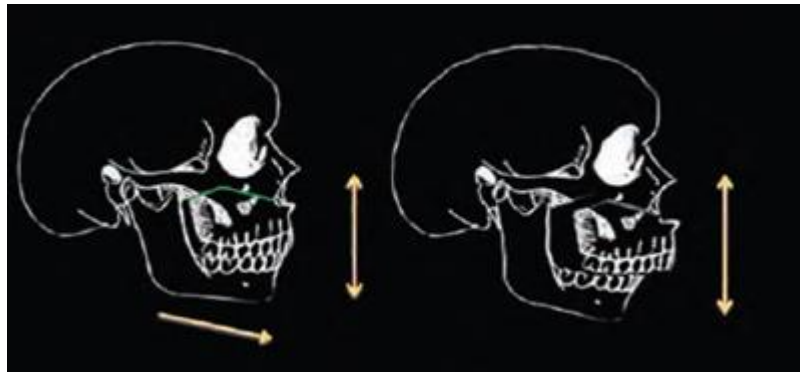
2.3.2.3. OSTEOTOMİNİN TASARIMI

En iyi estetik ve fonksiyonel sonuçları elde etmek için maksillanın pozisyonunun operasyon öncesinde çok iyi planlanmış olmalıdır. Osteotomi hattı maksiller dişlerin köklerinin hemen üstünden infraorbital sinirin hemen altına kadar çeşitli seviyelerde yapılabilir ve malar belirginliği arttırmak için gerekirse laterale doğru uzatılabilir. Osteotomi hattının sagital eğimi, aşağıda tarif edildiği gibi, kemik veya kemik greftini çıkarmadan ilerletilen maksillayı yukarı veya aşağı hareket ettirecek şekilde değiştirilebilir.

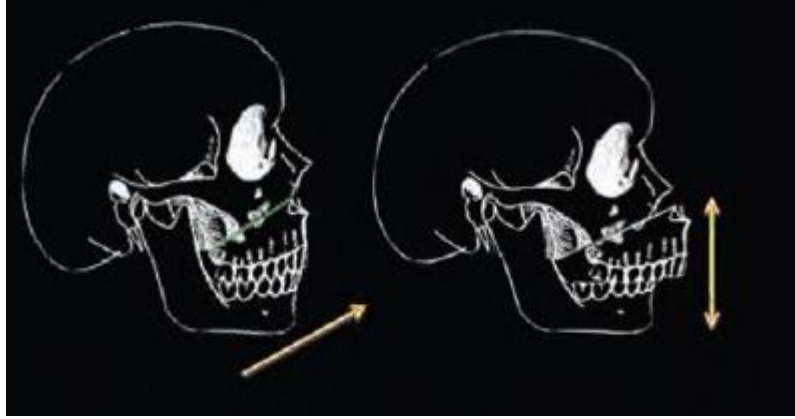
2.3.2.4. OSTEOTOMİ EĞİMİNİ DEĞİŞTİRMENİN ETKİSİ

Osteotomi hattı oklüzal düzleme paralel yapılır ve maksilla ilerletilirse maksiller kesici diş görünürlüğü artacak ancak yüz yüksekliği değişmeyecektir. Ayrıca eğer osteotomi hattı posteriorda yüksekten başlıyorsa ve apertura piriformis'e doğru aşağı doğru eğim yapıyorsa, maksilla ilerledikçe eğimden aşağı doğru hareket edecek ve böylece maksiller kesici diş görünürlüğü artacaktır (Şekil 2.17). Mandibula daha sonra saat yönünde dönecek ve alt ön yüz yüksekliği artacaktır. Arkada aşağıdan başlayan ve apertura piriformise doğru yukarı doğru eğimli olan osteotomi kesileri için bunun tam tersi geçerlidir (Şekil 2.18) (Naini ve Gill, 2017).

Osteotomi hattı posteriorda yüksekten başlayıp anteriora doğru alçalıyorsa maksilla öne getirildiği zaman aynı zamanda inferiora da konumlanmış olur. Osteotomi hattının bu eğimi mandibulanın saat yönünde hareket etmesine neden olur. Alt yüz yüksekliği artar. Pogonion daha aşağı konumlanır (Şekil 2.17). Osteotomi hattı posteriorda aşağıdan başlayıp anteriora doğru yükseliyorsa maksilla öne getirildiği zaman aynı zamanda süperiora da konumlanmış olur. Bu hareket neticesinde alt yüz yüksekliği azalır. Üst dişlerin görünürlüğü azalır. Mandibulanın saat yönü tersine rotasyonu sebebiyle çene ucu daha belirgin olur (Şekil 2.18) (Naini ve Gill, 2017).



Şekil 2.17. Kesici dişin görünürlüğü artırmak ve alt yüz yüksekliğini artırmak için yapılan maksilladaki osteotominin eğiminin etkilerini gösteren diyagram (Naini ve Gill, 2017)

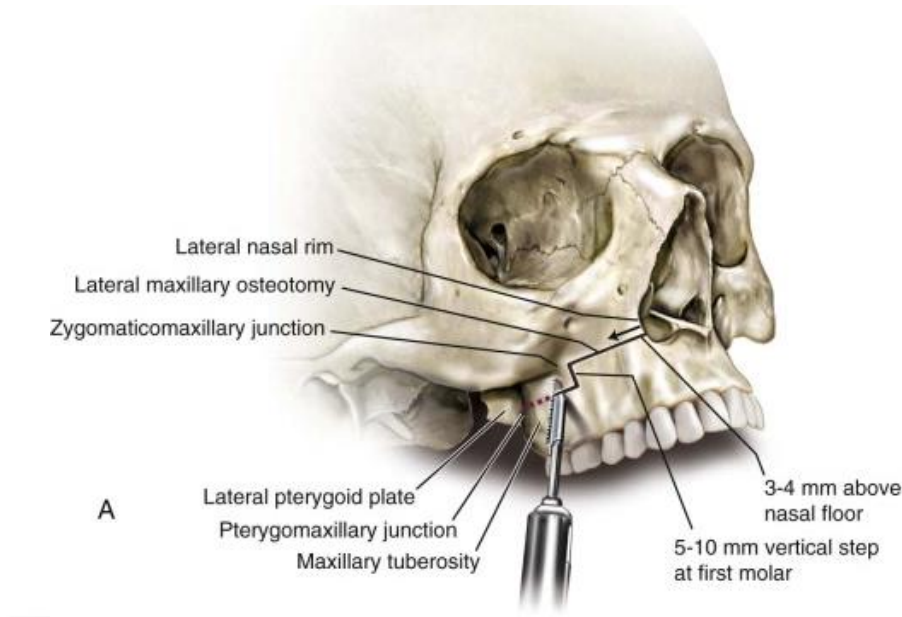


Şekil 2.18. Kesici dişin görünürlüğü ve alt yüz yüksekliğini azaltmak için yapılan maksilladaki osteotominin eğiminin etkilerini gösteren diyagram (Naini ve Gill, 2017)

2.3.2.5. OSTEOTOMİ TEKNİKLERİ

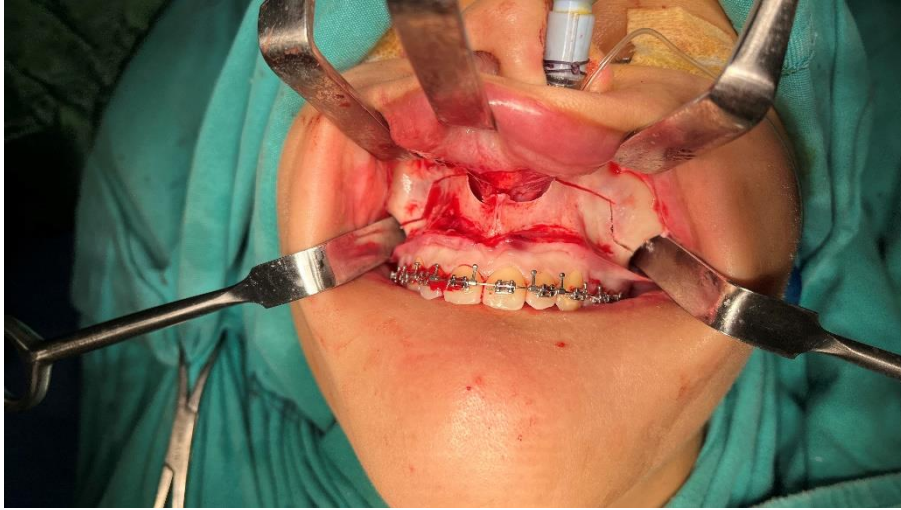
Osteotomi genellikle ileri geri hareket eden testere kullanılarak yapılır. Maksillanın yukarı hareket etmesine (rampa etkisi) veya aşağı hareket etmesine neden olmayacak bir maksiller ilerletme oluşturmak için osteotomi hattı maksiller oklüzal düzleme paralel olmalıdır. Osteotomi hattı, pterygomaksiller fissürden apertura piriformise kadar uzanır ve maksiller köpek dişlerinin apekslerinin en az 5 mm üzerinden seyreder. Kemik kalınlığı oldukça değişken olduğu maksilla, kemik dokunun en kalın olduğu bölgeler zigomatik kemik ve apertura priformisin lateral iç duvarı bölgesi iken en ince olduğu bölge bu iki yapı arasında kalan maksillar sinüs lateral duvarının olduğu bölgedir (Şekil 2.19).

Maksiller sinüsün arka duvarının ayrılmasını sağlamak için bir ters ekartör kullanılarak posterior kesiler yapılır. Pterygoid plak kesileri, pterygomaksiller ayrılma sırasında pterygoid plaklar boyunca kraniyal tabana superiora uzanan bir kırık oluşturma ihtimalini azalttığı için çok önemlidir. Anteriorda kesi hattı burnun lateral duvarı boyunca uzanır. Nazal mukozayı kaldırmak için nazal periost elevatörleri kullanılır (Naini ve Gill, 2017).



Şekil 2.19. Basamaklı Le Fort I osteotomisi(pocketdentistry.com, 2016)

Le Fort I osteotomisi, istenilen sonuca göre operasyondan önce planlanmalıdır. Maksillada değişiklik yapılmak isteniyorsa, down fracture işleminden önce yapılmalıdır. Le Fort I osteotomi kesisinin seviyesi ve yönü ne olursa olsun dentoalveolar oklüzal sonuç aynı olsa da yüz profilindeki estetik sonuç çok farklı olacaktır. Diş seviyesinin hemen üzerindeki düşük seviyeli kesiler tek başına dentoalveolar alanı ilerletecek ve burun ucunu yukarı kaldırmada daha derin bir etkiye sahip olacak, ancak zigomatik, infraorbital ve paranazal bölgeleri değiştirmek için çok az şey yapacaktır. Zigomatik kemiğin alt kısmını içeren, infraorbital sinirlerin hemen altından kesilerek ve burnun lateral kısmını geçerek daha yüksek seviyeli basamaklı bir osteotomi, göz altı yapıların desteğini artıracak, orta yüz geriliğinin neden olduğu basık yüz görünümünü iyileştirecektir (Şekil 2.20). İzgi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada basamaklı maksiller osteotomi tekniğinin, burun ucunun anterior yönde daha fazla (%42 ile %49 arasında) desteklenmesinin istendiği hastalarda faydalı olabileceğini belirtmişlerdir (İzgi, Akbulut ve Akbulut, 2021).



Şekil 2.20. Basamakları Le Fort I kesisi, orta yüz yetmezliği ileri vakalarda yüz estetiğini ve nazolabial açığı iyileştirir (Kliniğimizden bir vaka görüntüsü).

2.3.2.6. NAZAL SEPTUM VE LATERAL BURUN DUVARININ AYRILMASI

Nazal septumun ön kısmı kıkırdaklı ve arka kısmı kemiklidir (vomer). Maksillanın mobilize olabilmesi için septumun hem kemik hem de kıkırdak kısımlarının ayrılması gerekir. Bu işlem septal osteotom kullanılarak gerçekleştirilir.

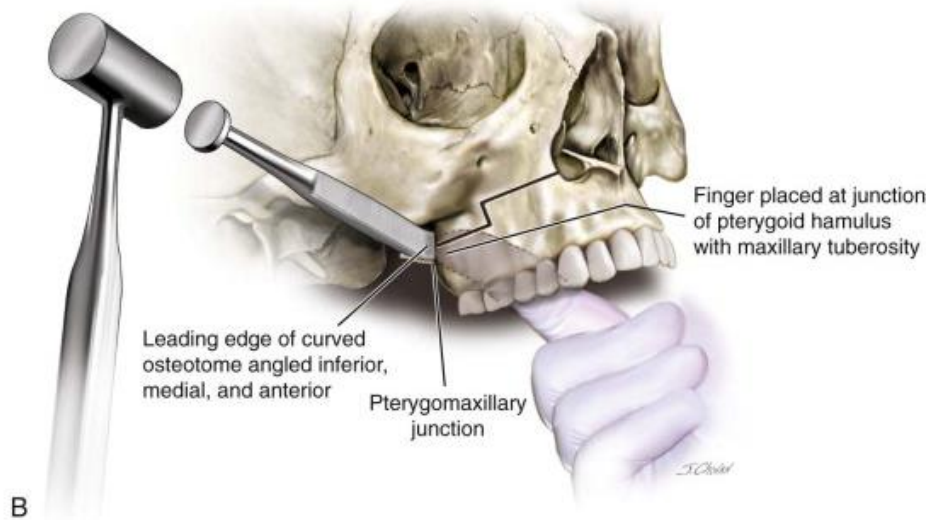
Lateral nazal duvarların osteotomileri ince bir osteotom kullanılarak gerçekleştirilir. Osteotom palatinal kemiğinin dik plakasına çarptığında osteomdan gelen ses değişir. Descenden/Greater palatinal damarların bulunduğu bölge olduğu için bu noktada durmak önemlidir ve bu yapıların zarar görmesinden kaçınılmalıdır.

2.3.2.7. PTERİGOİD PLAKLARIN AYRILMASI

Pterigoid plakların ayrılması işlemi, operasyonun komplikasyon gelişme ihtimali en yüksek aşamasıdır, çünkü pterygoid plakların (Şekil 2.21) kırıkları yanlışlıkla kraniyal tabana doğru kraniyal olarak yayılabilir. Literatürde, Le Fort I osteotomisi sırasında kraniyal

sinirlerin her birine verilen hasar örnekleri gösterilmiştir (Aldridge, Gulati ve Baker, 2013; Bays ve Bouloux, 2003; Kramer ve diğerleri, 2004).

Pterigomaksiller ayrılma sırasında komplikasyonları azaltmak için birtakım teknikler geliştirilmiştir. Genellikle, pterygomaksiller fissüre kör yaklaşımla kavisli bir Obwegeser osteotomu kullanılır. Komplikasyonları azaltmak için önemli hususlardan birisi, maksilladan pterygoid kemiğin posterioruna doğru uzanan kesi hattının iyi olduğundan emin olmaktır (Şekil 30). Pterygoid osteotomun periost altında olduğundan emin olunmalı ve pterygoid osteotomu kranialden ziyade kaudal olarak konumlandırılmalı. Ameliyatta bulunan diğer cerrahlardan biri işaret parmağını intraoral olarak pterygoid çentiğin pozisyonuna palatal olarak yerleştirir ve ayrılmanın ne zaman gerçekleştiğini hissedebilir. Çekiçle osteotoma vururken rezonanstaki değişiklik pterigoid ayrılmayı gösterir. İşlem karşı taraf için tekrarlanır.



Şekil 2.21. Le Fort I osteotomisinde pterigoid plakların ayrılması

(pocketdentistry.com, 2016)

2.3.2.8. MAKSİLLADA DOWNFRACTURE İŞLEMİ

Bu aşama, aşırı kanamanın meydana gelebileceği noktadır. Bu nedenle, hastada hipotansif anesteziye ulaşıldığından emin olunmalıdır. Downfracture, parmak basıncıyla

yapılır. Alternatif olarak, cerrah kemik hook'unu apertura piriformise yerleştirebilir ve kaudal yönde çekebilir. Aynı zamanda maksillayı aşağıya doğru ayırmak için büyük bir osteotom kullanılabilir. Bu sadece kemiğin kalın olduğu durumlarda, arkada zigomatik buttress bölgesinde kullanılmalıdır, aksi takdirde maksillanın bir kısmı kırılabilir. Bu işlem sırasında burun mukozasında yırtılmayı ve kanamayı önlemek için burun mukozası dikkatli bir şekilde eleve edilmiş olmalıdır.

Maksillanın tam olarak mobilizasyonunu sağlamış olmak gerekmektedir. Anteriora yerleştirilmiş kemik hook'u ile maksiller tüberlerin arkasına yerleştirilmiş pterygoid osteotom ile birlikte aşağı ve lateral çekme, maksillayı öne getirir ve kemiğin hala tutunduğu alanları gösterir. Aynı zamanda greater palatinal damarlarını göstermek için mükemmel bir tekniktir. Greater palatinal damarlar iyi tanımlanmalıdır. Bu damarlar maksillaya kan desteğini sağlamak için gerekli değildir. Operasyon sırasında yanlışlıkla kanatılması durumunda meydana gelebilecek postoperatif kanamaların bir kısmından sorumludur. Bazen ciddi bir maksillar gömme işlemi gerekiyorsa damarların bağlanması gerekir. Ara splint, ortodontik elastik chain veya 0,35 mm kalınlığında tel kullanılarak yerleştirilir. Dişlerin splint içindeki yerlerine tam oturduğundan ve dil veya boğaz tamponu gibi dişler arasında sıkışmış hiçbir şey olmadığından emin olunmalıdır.

Özellikle ilerletme yapılmadan maksiller gömme işlemi gerekiyorsa, greater palatinal damarlarının maksilladaki kemik kanala girdiği alan da dahil olmak üzere birçok alanda kemiğin çıkarılması gerekebilir. Ya damarlar dikkatli bir şekilde korunmalıdır ya da damarlar bağlanmalıdır. Damarlar korunacaksa, üstlerindeki kemik çıkarılırken büyük özen gösterilmelidir.

2.3.2.9. LE FORT I OSTEOTOMİSİYLE İLGİLİ NAZAL DEĞİŞİKLİKLER

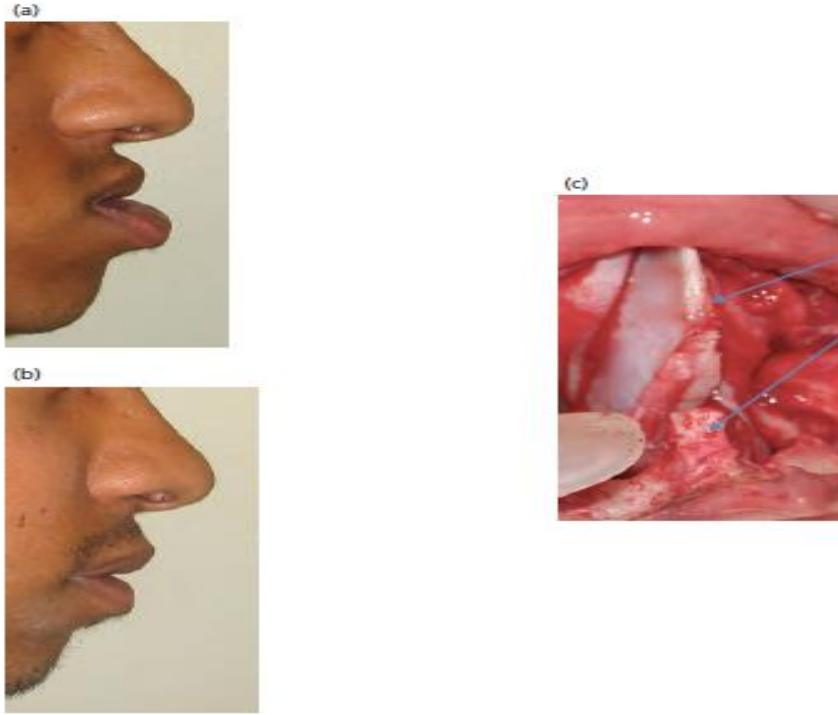
Submental entübasyonun avantajı en çok Le Fort I osteotomisi sırasındaki nazal değişiklikleri değerlendirmede ve istenmeyen etkileri azaltmak için sert ve yumuşak dokuları kontrol ederken ortaya çıkar. Konvansiyonel endonazal tüpler bu intraoperatif avantajı sağlayamazlar.

Burun; yüz profili estetiğinde en önemli unsurlardan biri olmakla birlikte kemik, kıkırdak ve çevreleyen yumuşak doku açısından en değişken yüz yapılarından biridir. Sefalometrik iskelet ölçümleri benzer dental oklüzyonu olan hastaların burun morfolojilerine göre çok farklı yüz profillerine sahip olabileceği gösterilmiştir (Schendel ve Carlotti, 1991).

Geleneksel inanış, maksillanın ilerletilmesinin çoğunlukla burun ucunun yükselmesine ve burun sırtının kısılmasına, burun kamburunun azalmasına ve ağırlıklı olarak ucun yükselmesine bağlı olarak nazolabial açıda bir artışa neden olduğu yönündedir (Esenlik ve diğerleri, 2011).

Ancak maksiller ilerletme ile nazolabial açının bazen arttığı bazen de azaldığı bildirilmektedir. Bu varyasyon, septumun farklı yapısı ve anterior nazal spinanın belirginliği ile açıklanmaktadır. Nazal septumun iyi gelişmiş olduğu ve anterior nazal spinanın belirgin olduğu bazı hastalarda, maksillanın ilerletilmesi daha geniş bir nazolabial açı ile sonuçlanırken; septum ve anterior nazal spina daha az gelişmişse, maksiller ilerleme daha az burun ucu yükselmesi ve daha keskin bir nazolabial açı ile sonuçlanacaktır (Şekil 2.22) (Naini ve Gill, 2017).

Maksiller hareketlerden kaynaklanan nazal değişiklikleri inceleme girişimleri çok değişken sonuçlar göstermiştir. Genel fikir birliği, Le Fort I osteotomisinden sonra nazal değişikliklerin öngörülemez olduğudur.



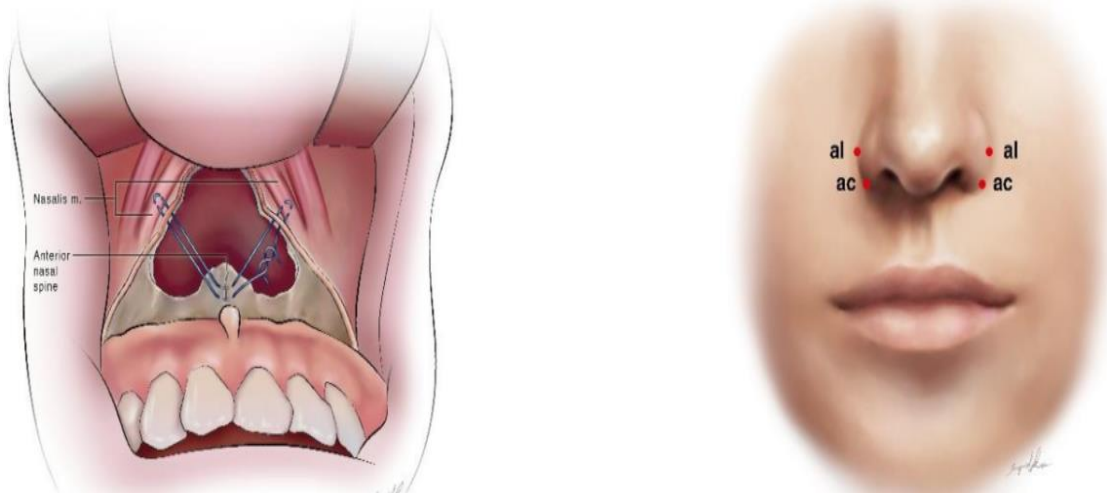
Şekil 2.22. Gelişmiş bir nazal septum ve anterior nazal spina ile Le Fort I ilerletme osteotomisi ile nazolabial değişikliklerin gösterilmesi; (a) Sınıf 3 iskeletsel deformitesi olan maksiller hipoplazi ve mandibular prognatizmi olan hastanın sert nazal septumu ve öne çıkıntılı anterior nazal spinası bulunan hastanın yan profilden görünüşü (b) 10 mm maksiller ilerletmeden sonra nazolabial açının iyileşmesi gösterilmiştir. (c) Sert anterior nazal septumu ve çıkıntılı anterior nazal spina gösterilmektedir. Nazolabial açıda istenilen düzelmeyi sağlamak için ANS’de minimal redüksiyon yapılmıştır (Naini ve Gill, 2017).

2.3.2.10. ALAR CİNCİH SÜTÜR

Alar taban cinch sütür ilk olarak Millard tarafından dudak damak yarıklı hastalarda, ardından Collins ve Epker tarafından dudak damak yarığı olmayan hastalarda tanımlanmıştır (P. C. Collins ve Epker, 1982). Geleneksel olarak, sütür anterior nazal spinaya sabitlenir. Bu durum, burun ucunun yükseltilmesi, dolayısıyla nazolabial açının artması gibi istenmeyen bir etkiye sahiptir. Ayrıca bu teknikte, sütür anterior nazal spina yerine doğrudan septumun

altından geçecek şekilde uyarlanırsa, burun kanatlarında daralma ile sonuçlanır, ancak nazolabial açı üzerinde daha az olumsuz etkiye sebep olur (Şekil 2.23).

Cinch sütürünün uzun vadeli stabilitesi değerlendirilmiştir. Stewart ve arkadaşları, alar tabanının genişliğini kontrol etmede yararlı bir teknik olduğunu, ancak %10-20 oranında nüks beklenmesi gerektiğini bildirmişlerdir (Stewart ve Edler, 2011). Yukarıda bahsedilen nüksü hesaba katmak için burun genişliğinin azaltılmasında aşırı düzeltme yapılması gerektiğini öne süren yazarlar olmuştur. Başka bir çalışmada ameliyat öncesi ve sonrası üç boyutlu optik yüzey taraması kullanılmış, ancak alar cinch sütur tekniğiyle çok az fayda sağlandığı ortaya konulmuştur (Howley, Ali, Lee ve Cox, 2011). Tüm bilimsel literatürde olduğu gibi, sonuçların yorumlanmasında dikkatli olunması önerilir, çünkü teknikler, örneklem boyutları ve kafa karıştırıcı değişkenler, çalışma ortamında sorunlar olmuş olabilir.



Şekil 2.23. (Sol fotoğraf) Alar cinch sütur, (Sağ fotoğraf) Al: Alar kenar, Ac: Alar

Kurvatür (Wang ve diğerleri, 2021)

2.4. ORTOGNATİK CERRAHİNİN ESTETİK ALGI ÜZERİNE ETKİSİ

Ortognatik cerrahi, modern maksillofasiyal cerrahide oldukça gelişmiş bir alandır. Dental ve iskeletsel bozuklukları düzeltirken amaç, Sınıf I oklüzyona sağlayıp kafa tabanı ile dengeli bir maksillo – mandibular ilişkiyi yeniden sağlamaktır. Sonuç olarak ortognatik cerrahiden beklenti fizyolojik fonksiyonların (çığneme, yutma, nefes alma) ve sosyal etkileşimlerde yer alan fonksiyonların en iyi duruma getirilmesidir (gülümseme, konuşma, yüz estetiği vs. gibi.) (Mugnier, Ibrahim, Bouletreau ve Sigaux, 2020).

Estetik beklentiler, hastanın ameliyat için motivasyonunun giderek daha önemli bir bölümünü temsil eder hale gelmiştir (Vargo, Gladwin ve Ngan, 2003). Bir kişinin yüzünün estetik algısı, ilişkili sefalometrik değerlerindeki değişikliklerden etkilenir. Dış güzellik kavramının ötesinde, yüz estetiği başkalarının algısını da etkiler (Patcas ve diğerleri, 2017). Gerçekten de meslekten olmayan kişiler, yüzlerinin estetik özelliklerinden yabancıların kişilik özelliklerini veya çekiciliğini hızla fark ederler (Todorov, Olivola, Dotsch ve Mende-Siedlecki, 2015). Bu fenomen hastanın sosyal ve profesyonel etkileşimlerini etkiler. Bu psikososyal yönler de hastaları ameliyat olmaya sevk eden önemli motive edici faktörlerdir (Liddle, Baker, Smith ve Thompson, 2015).

Ortognatik cerrahiden sonra olumlu psikososyal sonuçların da oluşmasında başkalarının algılarındaki iyileşme de etkilidir (Øland ve diğerleri, 2011). Tersine, fiziksel olmayan iyileştirmelerle ilgili gerçekçi olmayan beklentiler, olumsuz sonuçlara yol açabilir. Bu nedenle hastaları daha iyi bilgilendirmek için çene deformitesi olan hastaların nasıl algılandığını anlamak ve ortognatik cerrahinin neden olduğu başkaları tarafından algılanan dış değişiklikleri anlamak son derece önemlidir (Broers ve diğerleri, 2017). Uygulayıcıların hastaları değerlendirmeleri veya hastaların kendilerinin değerlendirmeleri, sıradan kişilerin yargılarından önemli ölçüde farklı görünmektedir (Sari-Rieger ve Rustemeyer, 2015).

2.5. BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞUN KLİNİK ÖZELLİKLERİ

2.5.1. BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞUN TANIMI

Hayali çirkinlik bozukluğu olarak nitelendirilen beden dismorfik bozukluk (BDB), psikiyatri literatüründe uzun zaman önce tanımlanmıştır. BDB, ancak 1980 yılında, Dismorfofobi adı verilen atipik bir somatoform bozukluk olarak Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı DSM – III 'te (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanıtıldı ve DSM 'de (Üçüncü Baskı – Revizyon) somatoform bozukluklar bölümünde ayrı bir tanı olarak verilmiştir. DSM (Dördüncü Baskı, Metin Revizyonu) yayınlandığı zaman, BDB sınıflandırması, bozukluğun başka bir zihinsel bozuklukla (anoreksiya nervoza gibi) daha iyi açıklanmadığına dair bir kriter içerecek şekilde idi; ancak yine de bir somatoform bozukluk olarak sınıflandırıldı. BDB ve obsesif – kompulsif bozukluk (OKB) arasındaki güçlü ilişki üzerine yapılan son araştırmalara dikkat edildiğinde, DSM (Beşinci Baskı) artık OKB ve ilgili bozukluklar için yeni bir bölüm altında BDB'yi içermektedir (American Psychiatric Association, 2013). Bu nedenle, günümüzde baskın görüş, fenomenoloji, komorbidite ve tedavi yanıtı açısından BDB ve OKB arasındaki örtüşmenin güçlü kanıtları nedeniyle BDB'nin obsesif – kompulsif bir spektrum bozukluğu olduğudur (Hart ve Phillips, 2013).

BDB'li bireyler (önceden 'dismorfofobi' olarak bilinirdi), görüşlerinde diğer insanlara gözlemlenemeyen veya sadece hafif görünen bir veya daha fazla algılanan kusurlarla meşgul olurlar. Hastalar hoşlanmadıkları vücut bölgelerini tanımlamak için çirkin, çekici olmayan, doğru değil, iğrenç veya canavar gibi terimler kullanabilirler. BDB tanısının konulabilmesi için bu meşguliyetin klinik olarak belirgin bir sıkıntıya veya psikososyal işlevsellikte (örneğin: sosyal, akademik, mesleki) bozulmaya neden olması gerekir. Ek olarak, hastalarda aşırı aynaya bakma isteği, aşırı saç tarama, nasıl göründükleri konusunda güvence arama veya görüşlerini sık sık diğer insanlarınkiyle karşılaştırma gibi hastalar görünüm

kaygılarına yanıt olarak bir veya daha fazla aşırı tekrarlayıcı davranış sergilerler(American Psychiatric Association, 2013).

2.5.2. HASTALARIN VÜCUDUNDA ENDİŞE DUYDUĞU ALANLAR

BDB meşguliyetleri çoğunlukla yüz veya kafa ile ilgilidir. BDB'li hastalar için herhangi bir vücut bölgesi endişe odağı olabilir ve bu hastalar birden fazla alanla ilgili endişe duyabilir. En yaygın endişe alanları cilt (örneğin: bir yara izi, akne, renk, kırıksıklıklar, izler), saç (örneğin: algılanan incelme; "çirkin" görüntü veya renk) ve burundur (örneğin: boyut veya şekil). Daha önce yapılan iki çalışmada, hastaların %17'sinin çenelerinin görünümüyle meşgul olduğu belirtilmiştir (Phillips, Menard, Fay ve Weisberg, 2005). Yüzde yirmisi dişlerinin kronlarının görünümüyle ve %6'sı ağızlarıyla meşgul oldukları bildirilmiştir. Ayrıca %14'ü genel yüzlerinin görünümüyle ve ek olarak %12'si de bazı durumlarda çene ve çene bölgesinin yapısını içeren yüzlerinin boyutu veya şekliyle meşguliyet bildirmişlerdir. BDB'li bireylerin %25'inden fazlasının asimetri içeren en az bir endişesi vardır (örneğin: asimetrik gözler veya çene çizgisi) (Hart ve Phillips, 2013).

2.5.3. TEMEL BDB SEMPTOMLARI

2.5.3.1. Meşguliyet ve Sıkıntı Hali

Sevilmeyen vücut bölgeleriyle ilgili düşünceler müdahaleci, istenmeyen ve rahatsız edicidir. Ortalama olarak günde 3-8 saat arasında meydana gelirler ve bazen kişinin uyanık olduğu saatlerin çoğunda meydana gelirler; bu nedenle bazen 'takıntılar' olarak isimlendirilirler. Bu meşguliyetlere direnmek ve kontrol etmek genellikle zordur. Kaygı, sıkıntı, utanç, depresif ruh hali veya diğer acı verici duyguları tetiklerler (Phillips ve diğerleri, 2010).

2.5.3.2. İçgörü

Cerrahlar için özellikle önemli olan başka bir husus, tedaviden önce BDB'si olan çoğu hastanın içgörüsü zayıftır veya yoktur. Yani, hastaların çoğu “kusurları” hakkındaki görüşlerinin doğru olduğuna tamamen veya çoğunlukla ikna olmuştur (tam kanaat, “sanrısız düşünme” olarak da anılır). Diğer insanlar onlara kusurun görünmediğini ve hastanın normal görüldüğünü söylese bile, hasta genellikle buna inanmaz. Sonuç olarak birçok hasta psikiyatrik bir hastalığı olduğunu kabul etmemekte ve psikiyatrik tedavi yerine kozmetik tedavi arayışına girmektedir(Honigman, Phillips ve Castle, 2004).

2.5.3.3. Aşırı tekrarlayan davranışlar

Görünümle ilgili kaygılar ve rahatsız edici duygular, hastaları aşırı, tekrarlayan (bazen 'kompulsif' olarak da adlandırılan) davranışlar sergilemeye iter. BDB'li tüm bireyler, bozukluğun seyri sırasında belirli bir zamanda, kontrolü zor ve zaman alan bu davranışları günde ortalama 3 ile 8 saat arasında gerçekleştirirler(Singh ve Veale, 2019). Hastalar bu davranışları duygusal sıkıntılarını hafifletmek için yapsalar da bu davranışlar genellikle sıkıntılarını şiddetlendirir.

Tekrarlayan davranışlar genellikle davranışsaldır (gözlenebilir), ancak zihinsel de olabilir. En yaygın zihinsel zorlama, beğenilmeyen vücut bölgelerini diğer insanların (doktoru ve muayenehane çalışanları dahil) aynı vücut bölümleriyle karşılaştırmaktır(Hart ve Phillips, 2013). Yaygın aşırı davranışlar arasında, aynalarda, diğer yansıtıcı yüzeylerde veya doğrudan bakarak (çoğunlukla çok yakın mesafeden) beğenilmeyen vücut kısımlarını kontrol etme; aşırı bakım (örneğin, saç kesme, şekillendirme veya tıraş); sevilmeyen vücut bölgelerinin nasıl görüldüğü konusunda güvence aramak veya başkalarını sorgulamak; ve zorunlu olarak kozmetik prosedürler aramak ve/veya almak(Aouizerate ve diğerleri, 2003). Ek davranışlar arasında kompulsif deri yolma (algılanan sivilceleri ortadan kaldırmak için) ve tüy yolma,

kontrol etmek için sevilmeyen bölgelere aşırı dokunma, aşırı kıyafet değiştirme (örn. veya saç ürünleri veya 'kusurları' en aza indirecek giysiler), diyet yapmak ve kas yapmak için aşırı egzersiz yapmak veya ağırlık kaldırmak sayılabilir. Hastaların yaklaşık dörtte biri zorunlu olarak bronzlaşır (örneğin, "soluk" cildi koyulaştırmak için), bu da yanıklara neden olabilir ve cilt kanseri riskini artırabilir(Phillips, 2009). BDB'li hastaların %90'ından fazlasının yaptığı gibi, kişi algılanan kusurlarını (örneğin şapka, makyaj, güneş gözlüğü, saç, giysi, vücut pozisyonu ile) kamufle etmek tekrar tekrar aynı davranışları yapabilir (örneğin günde 20 kez makyaj yapmak gibi)(Phillips, 2009).

2.5.3.4. Psikososyal işlevsellik ve yaşam kalitesi

BDB'li hastalar tipik olarak çok kötü psikososyal işlevselliğe ve yaşam kalitesine sahiptir(Phillips, Menard, Fay ve Pagano, 2005). Daha şiddetli BDB semptomları, daha kötü işlevsellik ve yaşam kalitesi ile ilişkilidir. İşlevsellikteki bozulma, orta derece (örneğin flört ve bazı sosyal etkinliklerden kaçınmak, ancak bazı sosyal etkinliklere ve okula katılabilmek) ile aşırı derecede yetersizliğe (örneğin çalışamamak, okula gidememek veya herhangi bir ilişkiye sahip olamamak) kadar değişebilir. BDB'lilerin yaklaşık üçte biri, BDB nedeniyle en az bir hafta boyunca tamamen eve hapsedilmiştir; bazıları ise görülemeyecek kadar çirkin hissettikleri için yıllarca eve mahkum olmuştur(Phillips, Menard, Fay ve Pagano, 2005). BDB'li bireylerin yaklaşık %40'ı psikiyatrik olarak hastaneye yatırılmıştır ve dörtte birinden fazlası en az bir psikiyatrik sebeple hastaneye yatışı öncelikle BDB'ye bağlıdır (Phillips, Menard, Fay ve Weisberg, 2005).

2.6. BDB İLE İLİŞKİLİ DİĞER ÖZELLİKLER

2.6.1. Referans / Alınma Düşünceleri

BDB'li bireylerin çoğunluğunun fikirleri veya referans sanrıları vardır ("göndergesel düşünme" olarak da adlandırılır). Bu, diğer insanların, hastayı görünüşünden dolayı (örneğin,

alay etme, hakkında konuşma veya onlara bakma) olumsuz bir şekilde dikkate aldıklarına dair yanlış inançtan kaynaklanır (Phillips, Menard, Fay ve Weisberg, 2005).

2.6.2. *İlişkili Semptomlar*

BDB'li hastalar tipik olarak düşük benlik saygısı ve yüksek düzeyde sosyal kaygı ve kaçınma, kaygı ve depresif ruh hali gibi semptomlara sahiptir (Phillips ve diğerleri, 2010). Birçok kişi, diğer insanların kendilerini boş olarak değerlendireceğinden endişe ettikleri için, görünüş kaygılarından utanırlar.

2.6.3. *İntihara Meyil*

Hem klinik hem de epidemiyolojik örneklerde intihar düşüncesi ve intihar girişimi oranları çok yüksek görünmektedir (Buhlmann ve diğerleri, 2010b). Hastalar genellikle intihar etmelerini BDB'nin neden olduğu acıya bağlar. BDB'de tamamlanmış intihar oranıyla ilgili veriler çok az olsa da belirgin şekilde yüksek ve hatta depresyon, bipolar bozukluk ve diğer ciddi ruhsal bozukluklardakinden daha yüksek görünmektedir (Phillips ve Menard, 2006).

2.6.4. *Birlikte Ortaya Çıkan Rahatsızlıklar*

En yaygın birlikte ortaya çıkan bozukluklar, majör depresif bozukluk, madde kullanım bozuklukları (genellikle kendi kendine tedaviden oluşuyor gibi görünmektedir, BDB'nin neden olduğu sıkıntıya bağlı olarak ikinci sırada gelişir), sosyal anksiyete bozukluğu ve obsesif-kompulsif bozukluktur (Gunstad ve Phillips, 2003).

2.6.5. *Hastalığın Başlangıç Yaşı ve Seyri*

BDB genellikle erken ergenlik döneminde başlar; BDB'li bireylerin üçte ikisinde 18 yaşından önce başlar (Gunstad ve Phillips, 2003). Bozukluk genellikle kroniktir ve yüksek bir

nüks oranı vardır. Buna rağmen, hastaların çoğu profesyonel psikiyatrik tedavi aldıklarında düzeltilmektedir (Bjornsson ve diğerleri, 2013).

2.7. ORTOGNATİK CERRAHİ HASTALARINDA PSİKOLİJİK DEĞERLENDİRME VE BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUK

Düzeltilici çene cerrahisi olarak da bilinen ortognatik cerrahi, maksillomandibular disfonksiyonun tedavisi için fonksiyonel cerrahi olarak kabul edilir. Maksillomandibular deformitenin iyi bir şekilde tedavi edilmesi aynı zamanda estetik bir değer de verir. Bazı araştırmalar, hastaların %52 ile 74'ünün ortognatik cerrahi için motivasyon, olarak yüz görünümünden rahatsız olduklarını bildirmiştir. Birkaç çalışma, ortognatik cerrahi hastalarının ve kozmetik cerrahi hastalarının benzer psikolojik motivasyonlara sahip olacağını öne sürmüştür (Finlay, Moos ve Atkinson, 1995). Ameliyattan sonra, sonuçtan %92'ye varan memnuniyet raporları ve yaşam kalitesinin arttığına ilişkin raporlar büyük ölçüde olumlu olmuştur (Lee, McGrath ve Samman, 2008).

Cerrahi sonuçtan memnun olmayan birkaç hasta için %10'dan daha az bir kısma tekabül eden, başarısız bir cerrahi işlemde ziyade hastada mevcut olan psikolojik sıkıntı olabilir (Olson ve Laskin, 1980). Ortognatik cerrahi için başvuran hastalarda beden dismorfik bozukluğunun (BDB) prevalansı arttığına inanılan psikiyatrik bozukluklardan biridir. Bir çalışmada, ortognatik cerrahi hastalarının %10'unun BDB kriterlerini karşıladığını, bu da genel yetişkin popülasyonda bildirilen %0,7 ile 4,0 oranlardan önemli ölçüde daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Otto, Wilhelm, Cohen ve Harlow, 2001). Kozmetik cerrahi ve dermatoloji hasta popülasyonlarında ise %6 ile %16 arasında değişen BDB prevalansı olduğu bildirilmiştir (Crerand ve diğerleri, 2004).

BDB'si olan hastalar, algılanan kusurlarını düzeltmek için genellikle ameliyat da dahil olmak üzere genel tıbbi tedavi ararlar (Cunningham, Harrison, Feinman ve Hopper, 2000). Bu

durumlarda, kişi tedaviden sonra da memnuniyetsiz kalacaktır ve bozukluk giderek daha kötü ve daha sıkıntılı hale gelebilir. Bir ortognatik cerrahi hasta popölasyonunda yapılan çalışmada, BDB semptom şiddeti ile cerrahi sonuçtan memnuniyet arasında ters bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Kiyak, McNeill, West, Hohl ve Heaton, 1986).

BDB, majör depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları ve obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) dahil olmak üzere diğer birçok psikiyatrik bozukluk ile ilişkilendirilebilir (Otto ve diğerleri, 2001). Genel olarak, BDB tanısı alan hastalarda yaşam boyu depresyon prevalansı %84 ile 90, yaşam boyu OKB oranı %30 ve yaşam boyu anksiyete bozukluğu oranı %38 olarak bildirilmiştir (Gunstad ve Phillips, 2003). Phillips ve Rasmussen, BDB'li hastaların, kontrollerinkinden daha yüksek stres, anksiyete ve depresyon semptomlarına sahip olduğunu bulmuşlardır (Phillips ve Rasmussen, 2004). Majör depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukları dahil olmak üzere Eksen I bozukluklarının komorbiditesi özellikle önemlidir, çünkü bu bozukluklar işlevsellikte artan bozulma ve daha yüksek intihar girişimi oranları ile ilişkilidir (Gunstad ve Phillips, 2003).

Ortognatik cerrahi uygulayan cerrahların, beden dismorfik bozukluk (BDB) olarak bilinen yaygın ve genellikle şiddetli beden imajı bozukluğuna aşına olmaları gerekir. BDB'li hastalar, gerçekte öyle olmadıkları halde, bir şekilde anormal veya deforme göründüklerine inanarak, görünüşleri hakkında gerçekçi olmayan görüşlere sahiptirler (Vulink ve diğerleri, 2008). Bu hastaların çoğu, algılanan görünüm kusurları için ortognatik cerrahi de dahil olmak üzere kozmetik prosedürler aramaktadırlar. Bu durum sağlıklı değildir, çünkü eldeki veriler kozmetik tedavinin genellikle BDB semptomlarını iyileştirmediğini ve bu bozukluğu olan kişilerin sonuçlardan genellikle hayal kırıklığına uğradığını göstermektedir (Aouizerate ve diğerleri, 2003). Aslında, bazı hastalar objektif olarak kabul edilebilir bir cerrahi sonuçtan o kadar memnun değildirler ki, cerraha dava açabilirler veya hatta şiddet uygulamaya kadar ilerleyebilirler.

Bu çalışmanın hipotezi ortognatik cerrahi planlanan Sınıf 2 ve Sınıf 3 hastalarda BDB, anksiyete, depresyon ve OKB skorları açısından istatiksel olarak anlamlı fark olacağı yönündedir. Bu bağlamda çalışmada, ortognatik cerrahi planlanan Sınıf 2 ve Sınıf 3 iskeletsel deformitesi olan hastalarda BDB'nin varlığı, anksiyete, depresyon, stres ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ile komorbiditesi araştırılmıştır.



3. ÇALIŞMA VE YÖNTEM

Çalışma Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 22-KAEK-043 kayıt numarası ile onaylanmıştır (EK-1). Helsinki Bildirgesine doğrultusunda yürütülen bu çalışmada hastalardan verilerinin kullanılması için hem sözlü rızası hem de yazılı aydınlatılmış onam formu alınmıştır (EK-2).

3.1. Çalışma Tasarımı

Bu çalışmada, ortognatik cerrahi operasyonu planlanmış Sınıf 2 ve Sınıf 3 deformitesi olan hastaların ameliyattan önce beden dismorfik bozuklukları ve eşlik eden diğer obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, anksiyete ve stres durumları incelenmiştir. 2022 Ocak ayı ile 2022 Haziran ayı arasında Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız ve Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı polikliniğine ortognatik cerrahi operasyonu için başvuran Sınıf 2 (n=54) ve Sınıf 3 (n=54) toplam 108 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

3.2. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

Aşağıdaki kriterlere uygun olarak seçilen:

- 1) 18-40 yaş arasında olan hastalar,
- 2) Sınıf 2 veya Sınıf 3 deformitesi olan ve BSSO, LeFort I osteotomisi operasyonlarından herhangi birisi veya bu operasyonların eş zamanlı uygulanması planlanan hastalar,
- 3) İskeletsel olarak büyüme ve gelişimini tamamlamış hastalar,
- 4) Herhangi psikiyatrik tanısı olmayan hastalar,
- 5) Kronik veya metabolik bir hastalığı bulunmayan hastalar,
- 6) Çene yüz bölgesinde travma hikayesi bulunmayan hastalar

7) Çenelerin konumu haricinde vücudunda herhangi bir bölgeden şikâyeti olmayan hastalar

8) Herhangi madde kullanımı alışkanlığı bulunmayan hastalar dahil edilmiştir.

3.3. Dışlanma Kriterleri

Bu çalışmada aşağıdaki kriterlere sahip:

- 1) 18-40 yaş aralığı dışında olan hastalar,
- 2) Yarık damak, dudağa sahip hastalar,
- 3) Sadece genioplasti planlanan hastalar,
- 4) Daha önceden psikiyatrik tanısı olan hastalar,
- 5) Psikiyatrik ilaç kullanımı olan hastalar,
- 6) Sınıf 2 veya Sınıf 3 deformitesi olan fakat ortognatik cerrahi planlanmayan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.4. Çalışmanın Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması

Çalışmaya dahil edilecek hasta sayısı daha önceki çalışmalar referans alınarak güç analizi yapılmıştır(Conaglen, de Jong, Crawford, Elston ve Conaglen, 2015). Hesaplamalar için G-power 3.1.9.7 kullanılmıştır. %80 güce sahip %5 hata payında ve 0,628 etki büyüklüğünde çalışmaya her grup için 41, toplam 82 hasta dahil edilmesi gerektiği bulunmuştur. Kayıp verileri göz önünde bulundurularak hasta sayısı %25 arttırılmıştır.

3.5. Çalışmada Kullanılan Ölçekler

Çalışmaya dahil edilen hastalara “Florida Obsesif Kompulsif Envanteri”, “DAS – 21”, “Beden İmgesi Bozukluk Testi” olmak üzere hastaların kendi kendilerini değerlendirebilecekleri 3 ayrı anket verildi.

3.5.1. Florida Obsesif Kompulsif Envanteri (Florida Obsessive Compulsif Index – FOCI)

“Florida Obsesif Kompulsif Envanteri”, DSM - 5 Seviye 2(American Psychiatric Association, 2013), Yineleyici Düşünceler ve Davranışlar - Yetişkinler için ölçeği, tekrarlayıcı düşünceleri ve davranışları değerlendirmek üzere 18 yaş ve daha büyük yaştaki bireyler için kullanılan 5 maddelik Florida Obsesif Kompulsif Envanteri (FOCI) Şiddet Ölçeği’nin (Bölüm B) uyarlanmış bir sürümüdür(EK- 3). Her madde için bireyden son 7 gün boyunca olan yineleyici düşüncelerin ve davranışın şiddetini derecelendirmesini ister. Ülkemizde geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır(Aydemir, Öztekin ve Aşçıbaşı, 2017).

Bu çalışmada “Florida Obsesif Kompulsif Envanteri” anketinden ortalama puan olarak 2 veya daha yüksek skora sahip hastalar obsesif kompulsif bozukluk (OKB) pozitif olarak değerlendirilmiştir (B. Collins, Gonzalez, Gaudilliere, Shrestha ve Girod, 2014).

3.5.2. DAS 21 (Depresyon Anksiyete Stres – 21)

“DAS 21” anketi depresyon, anksiyete ve stres parametrelerini tek bir test içinde değerlendiren bir ankettir (EK-4). Hastalar sorulara 0 (hiçbir zaman) ile 3 (her zaman) puan arasında cevaplar verebilmektedir. Depresyon için toplam; 0-4 puan normal, 5-6 puan hafif, 7-10 orta, 11-13 ileri, 14 ve üzeri çok ileri olarak kabul edilmiştir. Anksiyete için toplam; 0-3 puan normal, 4-5 puan hafif, 6-7 orta, 8-9 ileri, 10 ve üzeri çok ileri olarak kabul edilmiştir. Stres için toplam; 0-7 puan normal, 8-9 puan hafif, 10-12 orta, 13-16 ileri, 17 ve üzeri çok ileri olarak kabul edilmiştir (Lovibond Lovibond, Peter F., Psychology Foundation of Australia., 1995). Ülkemizde geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır (Sarıçam, 2018).

3.5.3. Beden İmgesi Bozukluk Testi (Body Image Disturbance Questionnaire –BIDQ)

“Beden İmgesi Bozukluk Testi (Body Image Disturbance Questionnaire – BIDQ)” Bu ölçek; Thomas Cash, Katherine Phillips tarafından “Body Dysmorphic Disorder Questionnaire” anketinden yola çıkarak olumsuz beden imgesinin varlığını ve şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (Cash, Phillips, Santos ve Hrabosky, 2004). Bu ölçek bireyin kendisinin doldurduğu 7 soru içermektedir. Bu 7 sorunun 3. ve 4. sorular dışındakileri A ve B olmak üzere 2 bölüm içerir. Her sorunun A bölümü Likert – tipi, 1 – 5 arasında (1: yok, 2: hafif, 3: orta derecede, 4: şiddetli, 5: aşırı) seçenekler bulundururken, B bölümünde ilgili soruda bahsedilen konuyu bireyin kendi kelimeleriyle yazılı olarak anlatması istenir. Puanlamaya dahil edilen 7 sorunun puanların toplanmasıyla 7-35 arası bir değer elde edilir. Aynı zamanda bu toplam skor soru sayısına bölünerek tek bir ortalama değer elde edilebilir. Bu çalışmada ortalama 3 ve daha yüksek skorları olan hastalar BDB pozitif kabul edildi (B. Collins ve diğerleri, 2014). Bu puanın yüksek değerleri olumsuz beden algısı ve aynı zamanda bu olumsuz beden algısının psikososyal fonksiyonlara şiddetli olumsuz etkisine işaret ederken, düşük puanlar kişinin beden imgesinde rahatsız edici bir sorunun olmadığını göstermektedir. Hastaların kendi ifadelerini değerlendirmek için uzman bir psikiyatri doktorunun değerlendirmesi gereklidir. Bu nedenle hastaların yazılı olarak açıklama yaptıkları sorularda, hastaların açıklamaları değerlendirmeye alınmamıştır.

Beden imgesi bozukluk testi, Tihan tarafından Türkçe 'ye çevrilmiş ve DSM IV'e göre BDB tanısı alan 17-45 yaş arası 20 hastayla 20 sağlıklı kontrol grubu karşılaştırılarak incelenmiştir. Hastaların beden imgesi bozukluğu testinden aldıkları ortalama toplam puan 27, ortalama soru puanı 3,8 olarak bulunmuştur. Ayrıca iç tutarlık katsayısı hesaplanmış ve $\alpha = ,94$ olarak rapor edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre “Beden İmgesi Bozukluk Testi” anketinden alınan puanlar, önceki araştırmalarla benzer bulunmuştur. Kişide endişe yaratan

beden bölgelerinin varlığını, bu endişenin şiddetini, aşırı uğraşmayı, çeşitli alanlarda yaşam kalitesine etkisini ve kaçınmaları sorgulayan bu ölçeğin aynı zamanda BDB için tarama testi olarak da kullanılabileceği bildirilmiştir (Tihan, 2010).

3.6. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analiz IBM SPSS Versiyon 26.0 paket yazılımı (IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Versiyon 26, SPSS inc., IBM Co., Somers, NY) kullanılarak yapılmıştır. Gruplarını genel özellikleri hakkında bilgi vermek amaçlı tanımlayıcı analizler yapılmıştır. Sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma; kategorik değişkenler n (%) biçiminde belirtilmiştir. Verilerin normallik dağılımı çarpıklık ve basıklık analizleriyle incelenmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerleri -3 ile +3 arasında olan verilerin normal dağılıma sahip olduğu kabul edilmiştir (Mayers, 2013).

Bağımsız iki gruptan elde edilen ortalamalar arasındaki farkın anlamlılığının kontrolü için Bağımsız örneklem T Testinden faydalanılmıştır. İki değişken arasındaki doğrusal ilişkinin gücü Pearson'un korelasyon katsayısı ile gösterilmiştir. Regresyon analizi, iki ya da daha çok nicel değişken arasındaki ilişkiyi ölçmek için kullanılmıştır. p değeri 0,05'ten küçükse sonuç istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Dahil etme ve hariç tutma kriterleri sonucunda Sınıf 2 (n=54) ve Sınıf 3 (n=54) hasta olmak üzere çalışmaya toplam 108 hasta dahil edilmiştir. Cinsiyete göre; 60 kadın, 48 erkek hasta bulunmaktadır. Kadın hastaların 35'i iskeletsel sınıf 2 deformiteye sahip iken, 25'inin iskeletsel sınıf 3 deformitesi bulunmaktadır. Erkek hastalardan iskeletsel sınıf 2 deformiteye sahip 19 hasta, iskeletsel sınıf 3 deformitesi olan 29 hasta bulunmaktadır. Kadın hastaların ortalama yaşı $21,48 \pm 3,61$, erkek hastaların ise $21,63 \pm 3,112$ idi. İskeletsel durumuna göre cinsiyet bazlı hasta dağılımı Tablo 4.1.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Demografik Veriler

		İskeletsel İlişki		Ortalama Yaş	Toplam
		SINIF 2	SINIF 3		
Cinsiyet	Kadın	35	25	$21,48 \pm 3,615$	60
	Erkek	19	29	$21,63 \pm 3,112$	48
Total		54	54		108

Beden dismorfik bozukluğun cinsiyet ve iskeletsel ilişki değişkenlerine göre dağılımları Tablo 4.2.'de verilmiştir. Çalışmaya dahil edilen 108 hastanın toplam %20,4'ü (n=22) BDB pozitif bulunmuştur. Cinsiyet açısından tablo değerlendirildiğinde kadın hastaların %10'u (n = 6) BDB pozitif iken erkek hastaların %33,3'ü (n=16) BDB pozitif bulunmuştur. İskeletsel açıdan tablo değerlendirildiğinde sınıf 2 hastaların %14,8'i (n=8) BDB pozitif iken Sınıf 3 hastaların %25,9'u (n=14) BDB pozitif idi. Sınıf 3 hastalarda BDB pozitif oranı daha yüksektir (%25,9).

BDB pozitif kadın hastalar (n = 6) incelendiğinde; BDB pozitif kadın hastaların %16,7'si (n = 1) sınıf 2 iskeletsel deformiteye sahip iken, %83,3'ü (n = 5) sınıf 3 iskeletsel deformiteye sahip olduğu görülmüştür. Öte yandan BDB pozitif erkek hastalar (n = 16)

incelendiğinde; %43,7'si (n = 7) sınıf 2 iskeletsel deformiteye sahip iken, %56,3'ü (n = 9) sınıf 3 iskeletsel deformiteye sahip olduğu görülmüştür (Tablo 4.3).

Tablo 4.2. BDB'nin cinsiyet ve iskeletsel ilişki değişkenlerine göre dağılımı

			BDB NEGATİF	BDB POZİTİF	TOPLAM
Cinsiyet	Kadın	Sayı	54	6	60
		Toplamın %'si	%50,0	%5,6	%55,6
	Erkek	Sayı	32	16	48
		Toplamın %'si	%29,6	%14,8	%44,4
İskeletsel İlişki	Sınıf 2	Sayı	46	8	54
		Toplamın %'si	%42,6	%7,4	%50,0
	Sınıf 3	Sayı	40	14	54
		Toplamın %'si	%37,0	%13,0	%50,0
Toplam		Sayı	86	22	108
		Toplamın %'si	%79,6	%20,4	%100,0

Tablo 4.3. BDB pozitif hastaların iskeletsel ilişki ve cinsiyet değişkenine göre dağılımı

			ISKELETSEL		Toplam
			SINIF 2	SINIF 3	
BDB POZİTİF	Kadın	Sayı	1	5	6
		% (Yüzdelik)	%16,7	%83,3	%100,0
	Erkek	Sayı	7	9	16
		% (Yüzdelik)	%43,7	%56,3	%100,0
Toplam		Sayı	8	14	22
		% (Yüzdelik)	%36,4	%63,6	%100,0

BDB pozitif hastalar, OKB komorbiditesi açısından değerlendirilmiştir (Tablo 4.4). Tablo değerlendirildiğinde BDB pozitif hastaların (n = 22), %72,7'sinin (n = 16) OKB pozitif olduğu bulunmuştur. BDB pozitif olup OKB bulgusu olmayan hastalar (n = 6) BDB pozitif

olan hastaların %27,3'ünü oluşturmaktadır. Ayrıca tablo incelendiğinde OKB pozitif hastaların (n = 35) %45'i (n = 16) BDB pozitifdir.

Tablo 4.4. BDB pozitif hastaların OKB açısından değerlendirilmesi

			OKB		Toplam
			Yok	Var	
	BDB NEGATİF	Sayı	67	19	86
		% (Yüzdesel)	%77,9	%22,1	%100,0
	BDB POZİTİF	Sayı	6	16	22
		% (Yüzdesel)	%27,3	%72,7	%100,0
Total		Sayı	73	35	108
		% Toplam	%67,6	%32,4	%100,0

BDB pozitif hastaların depresyon skorları incelendiğinde %18,2'si (n = 4) normal bulunmuştur. %13,6'sında (n = 3) hafif depresyon, %27,3'ünde (n = 6) orta şiddette depresyon, %13,6'sında (n = 3) ileri depresyon, %27,3'ünde (n = 6) şiddetli depresyon bulunmuştur (Tablo 4.5).

BDB pozitif hastaların anksiyete skorları incelendiğinde %18,2'si (n = 4) normal bulunmuştur. %9,1'inde (n = 2) hafif anksiyete, %4,5'inde (n = 1) orta şiddette anksiyete, %18,2'sinde (n = 4) ileri anksiyete, %50,0'sinde (n = 11) şiddetli anksiyete bulunmuştur (Tablo 4.6).

BDB pozitif hastaların stres skorları incelendiğinde %27,3'ünde (n = 6) normal bulunmuştur. %13,6'sında (n = 3) hafif stres, %22,7'sinde (n = 5) orta şiddette stres, %18,2'sinde (n = 4) ileri stres, %18,2'sinde (n = 4) şiddetli stres bulunmuştur (Tablo 4.7).

Tablo 4.5. BDB pozitif hastaların depresyon durumlarını değerlendiren tablo

		Depresyon					
BDB NEGATİF		Normal	Hafif	Orta	İleri	Şiddetli	Toplam
	Sayı	49	14	12	7	4	86
	% (Yüzdesel)	%57,0	%16,3	%14,0	%8,1	%4,7	%100,0
	% Toplam	%45,4	%13,0	%11,1	%6,5	%3,7	%79,6
BDB POZİTİF	Sayı	4	3	6	3	6	22
	% (Yüzdesel)	%18,2	%13,6	%27,3	%13,6	%27,3	%100,0
	% Toplam	%3,7	%2,8	%5,6	%2,8	%5,6	%20,4
	Sayı	53	17	18	10	10	53
	% (Yüzdesel)	%49,1	%15,7	%16,7	%9,3	%9,3	%100,0

Tablo 4.6. BDB pozitif hastaların anksiyete durumlarını değerlendiren tablo

		Anksiyete					
BDB NEGATİF		Normal	Hafif	Orta	İleri	Şiddetli	Toplam
	Sayı	39	17	7	3	20	86
	% (Yüzdesel)	%45,3	%19,8	%8,1	%3,5	%23,3	%100,0
	% Toplam	%36,1	%15,7	%6,5	%2,8	%18,5	%79,6
BDB POZİTİF	Sayı	4	2	1	4	11	22
	% (Yüzdesel)	%18,2	%9,1	%4,5	%18,2	%50,0	%100,0
	% Toplam	%3,7	%1,9	%0,9	%3,7	%10,2	%20,4
Toplam	Sayı	43	19	8	7	31	108
	% (Yüzdesel)	%39,8	%17,6	%7,4	%6,5	%28,7	%100,0

Tablo 4.7. BDB pozitif hastaların stres durumlarını değerlendiren tablo

		Stres					
BDB NEGATİF		Normal	Hafif	Orta	İleri	Şiddetli	Toplam
	Sayı	56	5	10	11	4	86
	% (Yüzdesel)	%65,1	%5,8	%11,6	%12,8	%4,7	%100,0
	% Toplam	%51,9	%4,6	%9,3	%10,2	%3,7	%79,6
BDB POZİTİF	Sayı	6	3	5	4	4	22
	% (Yüzdesel)	%27,3	%13,6	%22,7	%18,2	%18,2	%100,0
	% Toplam	%5,6	%2,8	%4,6	%3,7	%3,7	%20,4
Toplam	Sayı	62	8	15	15	8	108
	% (Yüzdesel)	%57,4	%7,4	%13,9	%13,9	%7,4	%100,0

Veriler obsesyon değişkenine göre analiz edildiğinde kadın hastaların %.18,33'ünde (n=11), erkek hastaların ise %50'sinde (n=24) obsesif kompulsif bozukluk semptomları pozitif bulunmuştur. İskeletsel deformite açısından incelendiğinde Sınıf 2 hastaların %25,9'u (n=14), Sınıf 3 hastaların %38,8'i (n=21) obsesif kompulsif bozukluk semptomları pozitif bulunmuştur. Obsesif kompulsif bozukluğun cinsiyet ve iskeletsel ilişki değişkenlerine göre dağılımı Tablo 4.8.'te verilmiştir. Bu verilere göre sınıf 3 hastalarda obsesyon görülme oranı sınıf 2 hastalardan daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca erkeklerde obsesif kompulsif bozukluk, kadınlardan daha yüksek oranda görülmektedir.

Tablo 4.8. OKB'nin cinsiyet ve iskeletsel ilişki değişkenlerine göre dağılımı

			OKB NEGATİF	OKB POZİTİF	TOPLAM
Cinsiyet	Kadın	Sayı	49	11	60
		Toplamın %'si	%45,4	%10,2	%55,6
	Erkek	Sayı	24	24	48
		Toplamın %'si	%22,2	%22,2	%44,4
İskeletsel İlişki	Sınıf 2	Sayı	40	14	54
		Toplamın %'si	%37,0	%13,0	%50,0
	Sınıf 3	Sayı	33	21	54
		Toplamın %'si	%30,6	%19,4	%50,0
Toplam		Sayı	73	35	108
		Toplamın %'si	%67,6	%32,4	%100,0

Obsesif kompulsif bozukluğu olan kadın hastalar (n = 11) incelendiğinde; OKB pozitif kadın hastaların %36,4'ü (n = 4) sınıf 2 iskeletsel deformiteye sahip iken, %63,6'sının (n = 7) sınıf 3 iskeletsel deformiteye sahip olduğu görülmüştür. Öte yandan OKB pozitif erkek hastalar (n = 24) incelendiğinde; %41,7'si (n = 10) sınıf 2 iskeletsel deformiteye sahip iken, %58,3'ü (n = 14) sınıf 3 iskeletsel deformiteye sahip olduğu görülmüştür (Tablo 4.9)

Tablo 4.9. OKB Pozitif hastaların ve cinsiyet değişkenine göre dağılımı

					Toplam
			SINIF 2	SINIF 3	
	Kadın	Sayı	4	7	11
		% (Yüzdesel)	%36,4	%63,6	%100,0
	Erkek	Sayı	10	14	24
		% (Yüzdesel)	%41,7	%58,3	%100,0
Toplam		Sayı	14	21	35
		% (Yüzdesel)	%40,0	%60,0	%100,0

OKB pozitif hastaların depresyon skorları incelendiğinde %8,6'sı (n = 3) normal bulunmuştur. %14,3'ünde (n = 5) hafif depresyon, %31,4'ünde (n = 11) orta şiddette depresyon, %20'sinde (n = 7) ileri depresyon, %25,7'ünde (n = 9) şiddetli depresyon bulunmuştur (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. OKB pozitif hastaların depresyon durumlarının değerlendirilmesi

		Depresyon					
OKB NEGATİF	Sayı	Normal	Hafif	Orta	İleri	Şiddetli	Toplam
		50	12	7	3	1	73
	% (Yüzdesel)	%68,5	%16,4	%9,6	%4,1	%1,4	%100,0
	% Toplam	%46,3	%11,1	%6,5	%2,8	%0,9	%67,6
OKB POZİTİF	Sayı	3	5	11	7	9	35
	% (Yüzdesel)	%8,6	%14,3	%31,4	%20,0	%25,7	%100,0
	% Toplam	%5,7	%29,4	%61,1	%70,0	%90,0	%32,4
Toplam	Sayı	53	17	18	10	10	108
	% (Yüzdesel)	%49,1	%15,7	%16,7	%9,3	%9,3	%100,0

OKB pozitif hastaların anksiyete skorları incelendiğinde %5,7'si (n = 2) normal bulunmuştur. %11,4'ünde (n = 4) hafif anksiyete, %8,6'sında (n = 3) orta şiddette anksiyete, %5,7'sinde (n = 2) ileri anksiyete, %68,6'ünde (n = 24) şiddetli anksiyete bulunmuştur (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. OKB pozitif hastaların anksiyete durumlarının değerlendirilmesi

		Anksiyete					
OKB NEGATİF		Normal	Hafif	Orta	İleri	Şiddetli	Toplam
	Sayı	41	15	5	5	7	73
	% (Yüzdesel)	%56,2	%20,5	%6,8	%6,8	%9,6	%100,0
	% Toplam	%38,0	%13,9	%4,6	%4,6	%6,5	%67,6
OKB POZİTİF	Sayı	2	4	3	2	24	35
	% (Yüzdesel)	%5,7	%11,4	%8,6	%5,7	%68,6	%100,0
	% Toplam	%1,9	%3,7	%2,8	%1,9	%22,2	%32,4
Toplam	Sayı	43	19	8	7	31	108
	% (Yüzdesel)	%39,8	%17,6	%7,4	%6,5	%28,7	%100,0

OKB pozitif hastaların stres skorları incelendiğinde %17,1'i (n = 6) normal bulunmuştur. %5,7'sinde (n = 2) hafif stres, %20'sinde (n = 7) orta şiddette stres, %34,3'ünde (n = 12) ileri stres, %22,9'ünde (n = 8) şiddetli stres bulunmuştur (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. OKB pozitif hastaların stres durumlarının değerlendirilmesi

		Stres					
OKB NEGATİF		Normal	Hafif	Orta	İleri	Şiddetli	Toplam
	Sayı	56	6	8	3	0	73
	% (Yüzdesel)	%76,7	%8,2	%11,0	%4,1	%0,0	%100,0
	% Toplam	%51,9	%5,6	%7,4	%2,8	%0,0	%67,6
OKB POZİTİF	Sayı	6	2	7	12	8	35
	% (Yüzdesel)	%17,1	%5,7	%20,0	%34,3	%22,9	%100,0
	% Toplam	%5,6	%1,9	%6,5	%11,1	%7,4	%32,4
Toplam	Sayı	62	8	15	15	8	108
	% (Yüzdesel)	%57,4	%7,4	%13,9	%13,9	%7,4	%100,0

Preoperatif hastalar tarafından doldurulan kendi kendilerine uyguladıkları özbeöz bildirim ölçek verileri üzerinde yapılan çarpıklık – basıklık değerlendirilmesi neticesinde %5 anlamlılık düzeyinde Mayer ve arkadaşlarına göre (Mayers, 2013) -3,+3 değer aralığında veri dağılımlarının ölçek ve değişkenlerde normal değerde olduğu görülmüştür (Tablo 4.13)

Tablo 4.13. Verilerin Normallik Dağılımı

	Basıklık	Çarpıklık
Cinsiyet	0,227	-1,986
İskeletsel İlişki	0, 000	-2,038
BDB Sonuç	1,492	0,230
Depresyon Sonuç	0,871	-0,543
Anksiyete Sonuç	0,398	-1,583
Stres Sonuç	0,233	-0,756
Obsesyon	0,762	-1,446

Cinsiyet değişkenine göre; “Beden İmgesi Bozukluk Testi”, “DAS 21”, “Florida Obsesif Kompulsif Envanteri” ölçeklerindeki toplam skorlar incelendiğinde kadınların toplam BIDQ skor ortalamaları $11,97 \pm 5,624$ iken erkeklerin $14,73 \pm 6,93$ bulunmuştur. Toplam depresyon skor ortalamalarına bakıldığında kadınlarda $4,03 \pm 3,769$ iken erkeklerde $7,71 \pm 5,21$ ’dir. Toplam anksiyete skor ortalamalarına bakıldığında kadınlarda $4,95 \pm 4,69$ iken erkeklerde $7,71 \pm 4,959$ ’dur. Toplam stres skor ortalamalarına bakıldığında kadınlarda $5,95 \pm 4,83$ iken erkeklerde $9,23 \pm 5,665$ ’tir. Toplam obsesif kompulsif bozukluk skor ortalamalarına bakıldığında kadınlarda $5,30 \pm 4,72$ iken erkeklerde $8,19 \pm 4,945$ ’tir. Bu tabloya göre erkeklerin tüm ölçeklerde kadınlardan daha yüksek skorlara sahip olduğu görülmüştür (Tablo 4.14). Cinsiyetin BDB, OKB, depresyon, anksiyete ve stres üzerine etkisi incelendiğinde erkeklerin kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek sonuçlar sergilemiştir ($p < 0,05$) (Tablo 4.15).

Tablo 4.14. Cinsiyet Değişkenine Göre Skorlar

	Cinsiyet	n	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ortalaması
İskeletsel İlişki	Kadın	60	-	-	-
	Erkek	48	-	-	-
BIDQ Skor	Kadın	60	11,97	5,624	0,726
	Erkek	48	14,73	6,930	1,000
Depresyon Skor	Kadın	60	4,03	3,769	0,487
	Erkek	48	7,71	5,210	0,752
Anksiyete Skor	Kadın	60	4,95	4,699	0,607
	Erkek	48	7,71	4,959	0,716
Stres Skor	Kadın	60	5,95	4,983	0,643
	Erkek	48	9,23	5,665	0,818
FOCI Skor	Kadın	60	5,30	4,720	0,609
	Erkek	48	8,19	4,945	0,714

Tablo 4.15. Cinsiyet Değişkenine Göre Gruplar Arasındaki Farkın İncelenmesi

(Bağımsız Örneklem T Testi)

	t	df	p	Ortalama Fark	Std. Hata Farkı	Farkın %95 Güven Aralığı	
						Alt	Üst
İskeletsel İlişki	-1,953	106	0,053	-0,188	0,096	-0,378	0,003
BDB Sonuç	-2,951	75,924	0,004	-0,233	0,079	-0,391	-0,076
Depresyon Sonuç	-3,514	81,429	0,001	-0,913	0,260	-1,429	-0,396
Anksiyete Sonuç	-2,944	106	0,004	-0,938	0,318	-1,569	-0,306
Stres Sonuç	-3,373	85,013	0,001	-0,896	0,266	-1,424	-0,368
Obsesyon	-3,573	86,804	0,001	-0,317	0,089	-0,493	-0,140

İskeletsel deformite değişkenine göre; “Beden İmgesi Bozukluk Testi”, “DAS 21”, “Florida Obsesif Kompulsif Envanteri” ölçeklerindeki toplam skorlar incelendiğinde sınıf 2 hastaların toplam BIDQ skor ortalamaları $12,56 \pm 6,297$ iken sınıf 3 hastaların $13,83 \pm 6,416$ bulunmuştur. Toplam depresyon skor ortalamalarına bakıldığında sınıf 2 hastalarda $4,93 \pm 5,061$ iken sınıf 3 hastalarda $6,41 \pm 4,466$ ’dir. Toplam anksiyete skor ortalamalarına bakıldığında sınıf 2 hastalarda $5,04 \pm 4,99$ iken sınıf 3 hastalarda $7,31 \pm 4,762$ ’dir. Toplam stres skor ortalamalarına bakıldığında sınıf 2 hastalarda $6,78 \pm 5,69$ iken sınıf 3 hastalarda $8,04 \pm 5,313$ ’tür. Toplam obsesif kompulsif bozukluk skor ortalamalarına bakıldığında sınıf 2 hastalarda $5,8 \pm 5,152$ iken sınıf 3 hastalarda $7,37 \pm 4,783$ bulunmuştur. (Tablo 4.16). Bu tabloya göre iskeletsel sınıf 3 deformitesi olan hastalar, tüm ölçeklerde iskeletsel sınıf 2 deformitesi olan hastalardan daha yüksek skorlara sahip olduğu görülmüştür.

İskeletsel ilişki değişkenine göre gruplar arası fark incelendiğinde sınıf 2 hastalar ve sınıf 3 hastalar arasında cinsiyet açısından anlamlı fark yoktu ($p=0,053$). İncelenen parametreler değerlendirildiğinde sınıf 2 hastalarla sınıf 3 hastalar arasında BIDQ, FOCI, depresyon, stres açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p> 0,05$) (Tablo 4.17). Sınıf 2 hastalarla sınıf 3 hastalar arasında sadece anksiyete açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p <0,05$) (Tablo 4.17).

Tablo 4.16. İskeletsel İlişki Değişkenine Göre Skorlar

	İskeletsel İlişki	n	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ortalaması
Cinsiyet	Sınıf 2	54	-	-	-
	Sınıf 3	54	-	-	-
BIDQ Skor	Sınıf 2	54	12,56	6,297	0,857
	Sınıf 3	54	13,83	6,416	0,873
Depresyon Skor	Sınıf 2	54	4,93	5,061	0,689
	Sınıf 3	54	6,41	4,466	0,608
Anksiyete Skor	Sınıf 2	54	5,04	4,990	0,679
	Sınıf 3	54	7,31	4,762	0,648
Stres Skor	Sınıf 2	54	6,78	5,699	0,776
	Sınıf 3	54	8,04	5,313	0,723
FOCI Skor	Sınıf 2	54	5,80	5,152	0,701
	Sınıf 3	54	7,37	4,783	0,651

Tablo 4.17. İskeletsel İlişki Değişkenine Göre Gruplar Arasındaki Farkın İncelenmesi

(Bağımsız Örneklem T Testi)

	t	df	p	Ortalama Fark	Std. Hata Farkı	Farkın %95 Güven Aralığı	
						Alt	Üst
Cinsiyet	-1,953	106	0,053	-0,188	0,096	-0,378	0,003
BDB Sonuç	-1,434	101,649	0,155	-0,111	0,077	-0,265	0,043
Depresyon Sonuç	-1,202	106	0,232	-0,315	0,262	-0,834	0,204
Anksiyete Sonuç	-2,925	104,234	0,004	-0,926	0,317	-1,554	-0,298
Stres Sonuç	-0,895	106	0,373	-0,241	0,269	-0,774	0,292
Obsesyon	-1,440	104,819	0,153	-0,130	0,090	-0,308	0,049

Değişkenler arasındaki korelasyonun incelenmesi için Pearson korelasyon testinden faydalanılmış ve sonuçlar Tablo 4.18’de gösterilmiştir. Sonuç olarak Depresyon, anksiyete, stres, FOCI ve BIDQ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede korelasyon bulunmuştur ($p < 0,001$). Pearson katsayısı Hair ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmaya göre değerlendirilmiştir (Hair, Money, Samouel ve Page, 2007).

Depresyon ile anksiyete ($r=0,827$) ve stres ($r=0,852$) arasında çok yüksek korelasyon varken BDB ile arasında orta şiddette korelasyon ($r=0,575$), obsesif kompulsif bozukluk ile arasında yüksek korelasyon ($r=0,741$) bulunmuştur.

Anksiyete ile stres arasında ($r=0,859$) çok yüksek korelasyon varken, anksiyete ile BDB arasında orta şiddette korelasyon ($r=0,502$), obsesif kompulsif bozukluk ($r=0,752$) ile arasında yüksek korelasyon bulunmuştur. Stres ile BDB arasında ($r=0,502$) orta şiddette korelasyon bulunmuştur.

Tablo 4.18. Değişkenler arasındaki korelasyon. (Pearson Korelasyon Testi)

		Depresyon	Anksiyete	Stres	BIDQ Toplam Skor	FOCI Toplam Skor
Pearson Korelasyon	Depresyon	1,000	,827	,852	,575	,741
	Anksiyete	,827	1,000	,859	,502	,752
	Stres	,852	,859	1,000	,482	,714
	BIDQ Toplam Skor	,575	,502	,482	1,000	,566
	FOCI Toplam Skor	,741	,752	,714	,566	1,000
P	Depresyon	-	,000	,000	,000	,000
	Anksiyete	,000	-	,000	,000	,000
	Stres	,000	,000	-	,000	,000
	BIDQ Toplam Skor	0,000	0,000	0,000	-	0,000
	FOCI Toplam Skor	0,000	0,000	0,000	0,000	-

Depresyon değişkeni bağımlı değişken olarak ele alındığında diğer değişkenler ile ilişkisi çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir (Tablo 4.19). Diğer parametrelerdeki değişim, Depresyon skoru varyansının %79,1 ini açıklamaktadır. Anksiyete 1 puan arttığında Depresyon 0,230 puan artmaktadır. Stres 1 puan arttığında Depresyon 0,418 puan artmaktadır. BIDQ toplam skoru 1 puan arttığında, depresyon 0,112 puan artmaktadır. FOCI toplam skoru 1 puan arttığında, depresyon skoru 0,131 puan artmaktadır (Tablo 4.20).

Tablo 4.19. Depresyon değişkeni bağımlı değişken olarak alındığında diğer değişkenler ile ilişkisinin çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmesi

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Std. Tahmin Hatası
1	,890 ^a	,791	,783	2,239

a. Bağımsız Değişkenler: FOCI Toplam Skor, BIDQ Toplam Skor, Stres, Anksiyete

b. Bağımlı Değişken: Depresyon Skoru

Tablo 4.20. Diğer değişkenlerin Depresyon skorlarındaki değişimi etkileme derecesi (Çoklu Regresyon Analizi)

Katsayılar ^a										
Model	Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar				Korelasyon			Doğrusallık İstatistikleri
	B	Std. hata		t	p	Sınıf-Dereceli	Kısmi	Bölüm	Tolerans	
(Sabit)	-1,179	0,506		-2,328	0,022					
Anksiyete	0,230	0,092	0,238	2,488	0,014	0,827	0,238	0,112	0,221	4,518
Stres	0,418	0,078	0,479	5,330	0,000	0,852	0,465	0,240	0,250	3,993
BIDQ Toplam Skor	0,112	0,042	0,148	2,676	0,009	0,575	0,255	0,120	0,664	1,505
FOCI Toplam Skor	0,131	0,071	0,136	1,853	0,067	0,741	0,180	0,083	0,375	2,668

a. Bağımlı Değişken: Depresyon

Anksiyete değişkeni bağımlı değişken olarak ele alındığında diğer değişkenler ile ilişkisi çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir (Tablo 4.21). Diğer parametrelerdeki değişim, anksiyete skoru varyansının %79,1 ini açıklamaktadır. Depresyon 1 puan arttığında anksiyete 0,247 puan artmaktadır. Stres 1 puan arttığında anksiyete 0,452 puan artmaktadır. BIDQ toplam skoru 1 puan arttığında, anksiyete 0,001 puan artmaktadır. FOCI toplam skoru 1 puan arttığında, anksiyete skoru 0,217 puan artmaktadır (Tablo 4.22).

Tablo 4.21. Anksiyete değişkeni bağımlı değişken olarak alındığında diğer değişkenler ile ilişkisinin çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmesi

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Std. Tahmin Hatası
1	,890 ^a	0,791	0,783	2,323

a. Bağımsız Değişkenler: FOCI Toplam Skor, BIDQ Toplam Skor, Stres, Depresyon

b. Bağımlı Değişken: Anksiyete Skoru

Tablo 4.22. Diğer değişkenlerin Anksiyete skorlarındaki değişimi etkileme derecesi (Çoklu Regresyon Analizi)

Katsayılar ^a										
Model	Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar				Korelasyon			Doğrusallık İstatistikleri
	B	Std. hata		t	p	Sınıf-Dereceli	Kısmi	Bölüm	Tolerans	VIF
(Sabit)	-0,010	0,539		-0,019	0,985					
Depresyon	0,247	0,099	0,238	2,488	0,014	0,827	0,238	0,112	0,221	4,521
Stres	0,452	0,080	0,500	5,625	0,000	0,859	0,485	0,253	0,257	3,897
BIDQ Toplam Skor	0,001	0,045	0,001	0,016	0,988	0,502	0,002	0,001	0,621	1,610
FOCI Toplam Skor	0,217	0,071	0,218	3,049	0,003	0,752	0,288	0,137	0,395	2,529

a. Bağımlı Değişken: Anksiyete

Stres değişkeni bağımlı değişken olarak ele alındığında diğer değişkenler ile ilişkisi çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir (Tablo 4.23). Diğer parametrelerdeki değişim, stres skoru varyansının %80,4 ini açıklamaktadır. Depresyon 1 puan arttığında stres 0,518 puan artmaktadır. Anksiyete 1 puan arttığında stres 0,520 puan artmaktadır. BIDQ toplam skoru 1 puan arttığında ise stres 0,037 puan azalmaktadır. FOCI toplam skoru 1 puan arttığında, stres skoru 0,055 puan artmaktadır (Tablo 4.24).

Tablo 4.23. Stres değişkeni bağımlı değişken olarak alındığında diğer değişkenler ile ilişkisinin çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmesi

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Std. Tahmin Hatası
1	,897 ^a	0,804	0,796	2,493

a. Bağımsız Değişkenler: FOCI Toplam Skor, BIDQ Toplam Skor, Anksiyete, Depresyon

b. Bağımlı Değişken: Stres Skoru

Tablo 4.24. Diğer değişkenlerin Stres skorlarındaki değişimi etkileme derecesi (Çoklu Regresyon Analizi)

Katsayılar ^a										
Model	Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar			Korelasyon			Doğrusallık İstatistikleri	
	B	Std. hata		t	p	Sınıf-Dereceli	Kısmi	Bölüm	Tolerans	VIF
(Sabit)	1,382	0,562		2,459	0,016					
Depresyon	0,518	0,097	0,451	5,330	0,000	0,852	0,465	0,233	0,266	3,757
Anksiyete	0,520	0,092	0,470	5,625	0,000	0,859	0,485	0,246	0,273	3,664
BIDQ Toplam Skor	-0,037	0,048	-0,042	-0,767	0,445	0,482	-0,075	-0,033	0,625	1,600
FOCI Toplam Skor	0,055	0,080	0,050	0,693	0,490	0,714	0,068	0,030	0,364	2,744

a. Bağımlı Değişken: STRES

5. TARTIŞMA

Ortognatik cerrahi, maksillomandibular disfonksiyonun tedavisi için en temel fonksiyonel cerrahi operasyondur. Maksillomandibular deformitenin iyi bir şekilde tedavi edilmesi aynı zamanda estetik bir değer de verir. Bazı araştırmalar, hastaların %52 ile %74'ünün ortognatik cerrahi için motivasyon olarak yüz görünümünden rahatsız olduklarını bildirmiştir ve birkaç çalışma, ortognatik cerrahi hastalarının ve kozmetik cerrahi hastalarının benzer psikolojik motivasyonlara sahip olacağını öne sürmüştür (Finlay ve diğerleri, 1995). Ameliyattan sonra, sonuçtan %92'ye varan memnuniyet raporları ve yaşam kalitesinin arttığına ilişkin raporlar bulunmaktadır (Lee ve diğerleri, 2008).

Ortognatik cerrahi uygulayan cerrahların, beden dismorfik bozukluğu (BDB) olarak bilinen yaygın ve genellikle şiddetli vücut imajı bozukluğuna aşına olmaları gerekir. BDB; bir yara izi, bir vücut parçasının şekli veya boyutu gibi algılanan bir fiziksel anormallikten kaynaklanan veya başka bir kişisel özellikten kaynaklanan sıkıntıyı içeren bir DSM-5, (Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 5. baskı) tanısıdır (American Psychiatric Association, 2013). BDB'li hastalar, gerçekte öyle olmadıkları halde, bir şekilde anormal veya deforme göründüklerine inanarak, görünüşleri hakkında gerçekçi olmayan görüşlere sahiptirler (Vulink ve diğerleri, 2008). Bu hastaların çoğu, algılanan görünüm kusurları için ortognatik cerrahi de dahil olmak üzere kozmetik prosedürleri araştırmakta ve talep etmektedirler. Literatürdeki mevcut veriler kozmetik tedavinin genellikle BDB semptomlarını iyileştirmediğini ve beden dismorfik bozukluğu olan hastaların sonuçlardan genellikle hayal kırıklığına uğradığını göstermektedir (Aouizerate ve diğerleri, 2003).

BDB, majör depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları ve obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) dahil olmak üzere diğer birçok psikiyatrik bozukluğu ile ilişkilendirilebilir (Otto ve diğerleri, 2001). Genel olarak, BDB tanısı alan hastalarda yaşam boyu depresyon prevalansı %84 ile %90, yaşam boyu OKB oranı %30 ve yaşam boyu anksiyete bozukluğu oranı %38

olarak bildirilmiştir (Gunstad ve Phillips, 2003). Phillips ve Rasmussen (2004), BDB'li hastaların, kontrollerinkinden daha yüksek stres, anksiyete ve depresyon semptomlarına sahip olduğunu bulmuşlardır. Majör depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukları dahil olmak üzere Eksen I bozukluklarının beden dismorfik bozukluğuna eşlik etmesi, işlevsellikte artan bozulma ve daha yüksek intihar girişimleri oranları ile ilişkili olduğundan özellikle önemlidir (Gunstad ve Phillips, 2003).

Buhlmann ve arkadaşlarının (2010) Almanya genelinde yaptıkları çalışmada, çalışmaya 2510 hastayı dahil etmişlerdir. Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın, dördüncü baskısına (DSM-IV) göre BDB bulgusu olan hastaları, hastaların intihar eğilimini ve BDB'nin plastik cerrahi hastalarında prevalansını öz – bildirim anketleri kullanarak incelemişlerdir. Genel popülasyondaki BDB prevalansı %1,8 bulunmuştur. Ayrıca, BDB'si olan bireylerin, BDB'si olmayan bireylere kıyasla, önemli ölçüde daha sık kozmetik cerrahi öyküsü (%15,6'ya karşı %3,0), daha yüksek intihar düşüncesi oranları (%31,0'a karşı %3,5) ve görünüm endişeleri nedeniyle intihar girişimleri (%22,2'ye karşı %2,1) olduğunu bildirmişlerdir. Hatan Mortada ve arkadaşlarının (2020) kozmetik ve plastik cerrahi kliniğine başvuran hastalar üzerinde yaptıkları çalışmaya 344 hasta dahil etmişlerdir. Hastaların %86'sı kadındır. Hastalar kendi kendilerini değerlendirdikleri yine bir öz bildirim anketi olan “Beden Dismorfik Bozukluk Anketi” doldurmuşlardır. Dahil edilen hastaların %19'4'ü BDB pozitif pozitif bulunmuştur. Hastaların en çok talep ettiği operasyon karın gerdirmeye (%21,2) ve deri lezyonlarını aldırma (%21,2) operasyonları olmuştur.

Ortognatik cerrahi talep eden hastalarda BDB araştıran bir çalışmada 160 hastadan 16'sının (%10) BDB pozitif olduğu tespit edilmiştir. BDB olan hastalardan, 10 hasta sınıf 2 iskeletsel deformiteye sahip iken, 1 hasta sınıf 1 oklüzyona sahipti. Diğer BDB pozitif hastalar ise temporomandibular disfonksiyonu olan, iskeletsel ark uyumsuzluğu olan, fasiyal deformitesi olmayan ve komplikasyonlu cerrahi öyküsü olan hastalardan oluşuyordu. Bu

çalışmada iskeletsel sınıf 3 deformitesi olan hiçbir hasta BDB pozitif bulgusu vermemiştir (Vulink ve diğerleri, 2008). Brooke Collins ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ortognatik cerrahi talep eden 99 hasta üzerinde BDB, OKB, depresyon ve anksiyete araştırılmıştır. Bu çalışmaya dahil edilen hastaların %13'ü BDB pozitif bulunmuştur (B. Collins ve diğerleri, 2014). Literatür ile paralel olarak çalışmamıza dahil edilen hastaların %20,4'ünde BDB pozitif bulunmuştur.

Literatürde estetik kaygılar dolayısıyla ameliyat olmak isteyen hastalarda BDB görülme oranının normal popülasyondan daha yüksek olduğu birçok çalışmada belirtilmiştir (Crandall ve diğerleri, 2004; Dufresne, Phillips, Vittorio ve Wilkel, 2001; Picavet, Gabriëls, Jorissen ve Hellings, 2011). Rafael Vilela Eiras Ribeiro (2017) plastik cerrahi ve dermatoloji hastalarında beden dismorfik bozukluğu prevalansını sistematik literatür taraması ve meta – analiz çalışması yaparak değerlendirmiştir. Plastik cerrahi hastalarında BDB görülme oranı %15,04 (%2,21 - %56,67), hastaların ortalama yaşı $34,54 \pm 12,4$ olarak bulunmuştur. Ayrıca BDB pozitif hastaların çoğu kadın hastalardan (%74,38) oluşmaktaydı. Dermatoloji hastaları incelendiğinde BDB görülme oranı %12,65 (%4,52 – 36,16) ve hastaların ortalama yaşı $27,79 \pm 9,03$ bulunmuştur. Yine hastaların büyük çoğunluğu kadınlardan (%76,09) oluşmaktaydı (Ribeiro, 2017). Kozmetik ve estetik cerrahi isteyen hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda, kadın hastalarda özellikle daha yüksek BDB görülmektedir (Hepburn ve Cunningham, 2006; Yassaei, Goldani Moghadam, Aghili ve Tabatabaei, 2014). Yine benzer şekilde ortodontik tedavi ve ortognatik cerrahi isteyen hastalarda BDB prevalansını araştıran çalışmalar incelendiğinde kadın hastalarda BDB görülme oranının daha yüksek olduğu görülmektedir (Hepburn ve Cunningham, 2006; Yassaei ve diğerleri, 2014). Literatürde BDB'nin erkeklerde daha yüksek oranda olduğunu bildiren çalışmalara da rastlamak mümkündür. Sathyanarayana ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada erkeklerde BDB görülme oranı kadınlardan daha yüksek bulunmuştur (Sathyanarayana, Padmanabhan, Balakrishnan ve Chitharanjan, 2020). Mevcut

çalışmamızda ortognatik cerrahi talep eden hastaların %55,56'ı kadın hastalardan, %44,44'ü erkek hastalardan oluşmaktaydı. Çalışmamızda erkek hastalarda BDB görülme oranı %33,3 iken, kadın hastalarda bu oran %10 olarak bulunmuştur.

Denise Nicodemo ve arkadaşları (2008) tarafından, sınıf 3 iskeletsel deformitesi bulunup ortognatik cerrahi operasyonu planlanan 29 hasta üzerinde yapılan çalışmada, hastalar kendi kendilerini değerlendirdikleri Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'ni ve Öz Bildirim Ölçeği'ni ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 6. ayda doldurmuşlardır. Çalışmanın sonunda kadın hastalarda cerrahi müdahaleye bağlı olarak artan benlik saygısı ve azalan depresif belirtiler görülürken erkek hastalarda ise cerrahi müdahale ile benlik saygısında ve depresyonda herhangi bir değişiklik görülmemiştir. Bizim çalışmamıza dahil edilen hastalarda orta ve daha şiddetli depresyon oranı %35,3 olarak bulunmuştur. Gerzanic ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada sınıf 2 ve sınıf 3 hastaların ortognatik cerrahi öncesi ve sonrası hastaların kendi görünüşleriyle ilgili kanaatlerini araştırmışlardır. Bu amaçla hastalar veya onların yakınlarına ameliyat öncesi, ameliyattan sonra 6. haftada ve 6. ayda anketler doldurmuşlardır. Sınıf 3 hastalar, kendilerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha az çekici bulmuşlardır. Ayrıca sınıf 3 hastalarda sınıf 2 hastalara kıyasla yüz görünümleriyle ilgili güvensizlik duyguları biraz daha şiddetli bulunmuştur. Sınıf 2 ve sınıf 3 hastaların yakınları tarafından çekicilik – özgüven derecelendirmesi ameliyat öncesi benzer olmasına rağmen, ancak sınıf 3 hastalar için ameliyattan 6 hafta sonra sınıf 2 hastalara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu veriler, sınıf 2 ve sınıf 3 hastalar arasında ameliyat öncesi psikolojik durumlarının önemli ölçüde farklı olduğunu ve ameliyat sonrası farklı dinamikler gösterdiğini göstermektedir (Gerzanic, Jagsch ve Watzke, 2002). Mevcut çalışmamızda sınıf 3 deformiteye sahip hastalarda BDB görülme oranı sınıf 2 hastalara kıyasla daha yüksek bulunsada iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Beden dismorfik bozukluğu bulunan hastalara, diğer psikiyatri ayaktan hastalarından üç kat veya daha fazla oranda Eksen I bozukluklar eşlik etmektedir (Zimmerman ve Mattia, 1998). Majör depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukları dahil olmak üzere özellikle Eksen I bozukluklarının BDB ile birlikte görülmesi, kişinin işlevselliğinde artan bozulma ve daha yüksek oranda intihar girişimleri ile ilişkilidir (Phillips, Menard, Fay ve Pagano, 2005). Hollander ve arkadaşlarının (1993) yaptığı çalışmada BDB pozitif hastalarda majör depresyon %68 oranında görülmektedir. Phillips ve Diaz'ın (1997) yaptığı başka bir çalışmada BDB pozitif hastalarda majör depresyon oranı %82 olarak bildirilmiştir. Ayrıca birçok çalışma BDB ile anksiyete arasında yüksek korelasyon olduğunu göstermektedir (Fang ve Hofmann, 2010). Çalışmalar BDB bulgusu olan hastalarda %12 - %68,8 arasında anksiyete olduğunu göstermiştir (Coles ve diğerleri, 2006). BDB pozitif hastalarda stres oranları üzerinde yapılan başka bir çalışmada BDB hastalarının stres oranlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmiştir (DeMarco, Li, Phillips ve McElroy, 1998). Mevcut literatürle aynı şekilde çalışmamızda BDB pozitif hastaların %68'inde orta ve daha şiddetli depresyon belirtisi olduğu, %50'sinde şiddetli anksiyete, %72,7'sinde orta ve daha şiddetli anksiyete olduğu ve %59'unda orta veya daha ileri düzeyde stres olduğu bulunmuştur.

Literatürde bu çene – yüz deformitesinin şiddetinin OKB ve BDB üzerine etkisini araştıran bir çalışmada operasyon öncesi yüz deformitesi şiddeti fazla olan hastaların OKB ve BDB skorlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Häberle ve diğerleri, 2020). Yine aynı çalışmada operasyon sonrası yüz deformitesinin düzeltilmesine bağlı olarak OKB ve BDB skorlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde iyileşme olduğu fakat anksiyete ve depresyon skorlarında anlamlı bir değişiklik olmadığı bildirilmiştir (Häberle ve diğerleri, 2020). BDB ile OKB'nin yüksek korelasyon gösterdiği literatürde birçok çalışmada belirtilmiştir (Hart ve Phillips, 2013; Pavan ve diğerleri, 2008). Çalışmamızda hastaların %32,4'ünde obsesif kompulsif bozukluk semptomları pozitif bulunmuştur. Ayrıca BDB görülen hastalarda OKB

görülme oranına bakıldığında %72,7 olarak bulunmuştur. Ek olarak elde ettiğimiz verilere göre sınıf 3 hastalarda OKB görülme oranları sınıf 2 hastalara kıyasla hem kadın hem de erkek hastalarda daha yüksektir.

Kozmetik ve estetik cerrahi için başvuran hastalarda OKB görülme oranı (%15) genel popülasyondan (%0,2 - %7) fazladır (Rosten, Cunningham ve Newton, 2018). Cinsiyetin OKB üzerinde etkisini araştıran bir çalışmada erkeklerin daha erken yaşlarda OKB belirtisi gösterdikleri, kadınların ise daha ileri yaşlarda OKB belirtisi gösterdikleri bildirilmiştir. Ayrıca kadınlarda OKB ile birlikte depresyon ve anksiyete görülmesi erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Mathes, Morabito ve Schmidt, 2019). Zitterl ve arkadaşları OKB ile depresyonun komorbiditesini 77 hasta üzerinde araştırmışlardır (Zitterl ve diğerleri, 2000). Çalışmaya 77 hasta dahil edilmiş olup hastaları, Hamilton Depresyon Ölçeği ve Yale-Brown Obsesif – Kompulsif Ölçeği ile başlangıçta, tedaviye başladıktan 6 ay sonra ve 12 ay sonra hastalar yeniden değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda OKB olan hastalarda tedavi sonucunda iyileşme görülen hastaların aynı zamanda depresyon skorlarında da iyileşme görüldüğü bildirilmiştir. Bu sonuçla OKB'nin depresyona baskın olduğunun varsayılabilirliğini ve eşlik eden bir depresyonun OKB'nin prognozu üzerinde önemli bir etkisi olmadığını öne sürmüşlerdir (Zitterl ve diğerleri, 2000). Prerika Sharma ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda yaygın anksiyete bozukluğu araştırılmıştır. Çalışmaya dahil edilen 867 hastanın %33,56'sında yaygın anksiyete bozukluğu olduğu tespit edilmiştir (Sharma ve diğerleri, 2021). Stresin obsesif kompulsif bozukluğa sebep olduğu düşünülse de patofizyolojisi hâlâ net olarak açıklanamamıştır. Stresin, obsesif kompulsif bozukluk semptomlarını arttıran, şiddetlendiren bir faktör olduğu klinik çalışmalarda ve hayvan çalışmalarında gösterilmiştir (Raposo-Lima ve Morgado, 2020). Literatürde obsesif kompulsif bozuklukla beraber artan stres daha önceki çalışmalarda bildirilmiştir (Phillips ve Rasmussen,

2004). Mevcut çalışmamızda obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların %77,1'i orta ve daha şiddetli derecede depresyon, %82,9'u orta ve daha şiddetli derecede anksiyete belirtisi gösterirken %68'inde şiddetli anksiyete, %77,2'sinde orta ve daha şiddetli derecede stres bulunmuştur.

Genel literatür incelendiğinde estetik ve kozmetik cerrahi talep eden hastalar arasında kadın hastalarda daha fazla oranda psikolojik rahatsızlıklar olduğu görülmektedir (Mortada ve diğerleri, 2020). Bunun nedeni estetik ve kozmetik cerrahi talep eden hastaların çoğunlukla kadın hastalardan oluşması olabilir. Çalışmamızda cinsiyete göre parametreler değerlendirildiği zaman BDB, OKB, depresyon, anksiyete ve stres açısından erkeklerin kadınlardan daha yüksek skorlara sahip olduğu görülmektedir.

Daha önceki çalışmalarda hastaların operasyon öncesi psikolojik durumları karşılaştırıldığı zaman iskeletsel deformiteye sahip sınıf 3 hastaların psikolojik bozukluk semptomlarının daha ileri seviyelerde olduğu bildirilmiştir (Gerzanic ve diğerleri, 2002). Çalışmamızda sınıf 3 hastaların %25,9'unda BDB pozitif iken sınıf 2 hastaların %14,8'inde BDB pozitif bulunmuştur.

Çalışmamızın bazı limitasyonları bulunmaktaydı. Çalışmamızda sınıf 2 ve sınıf 3 hastaların deformite şiddetleri değerlendirmeye katılmamıştır. Deformitenin derecesinin hem fonksiyon hem de estetik açıdan uzman doktorlar tarafından değerlendirildiği çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca kullandığımız beden imajı bozukluk testinin (BIDQ) maksillofasiyal bölgeye uyarlanan bir versiyonu oluşturulursa daha hassas ve daha doğru bir değerlendirme yapılabilir.

Ayrıca beden dismorfik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, anksiyete ve stres gibi psikolojik bozukluklara tanı konulabilmesi için uzman bir psikiyatri doktorunun ileri klinik ve radyolojik (kontrastlı BT, MR vb.) değerlendirmeleri gereklidir. Öz bildirim

anketleri klinik olarak fayda sağlasa da tek başına tanı koymak için yeterli değildir. Bu gibi çalışmalarda beden dismorfik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, anksiyete ve stres gibi psikolojik bozukluk bulgusu gösteren hastaların psikiyatri uzmanına konsülte edilip hastaların daha ileri klinik değerlendirmeleri yapılması daha ideal bir yaklaşım olacaktır.



6. SONUÇ

Ortognatik cerrahi planlanan sınıf 2 ve sınıf 3 hastalarda BDB, OKB, depresyon, anksiyete ve stres durumları incelenmiştir. BDB görülme oranı %20,4, OKB oranı %32,4, orta ve daha şiddetli depresyon, anksiyete ve stres görülme oranları sırasıyla %35,3, %42,6 ve %35,2'dir. Bu sonuçlar ortognatik cerrahi planlanan hastalarda normal popülasyondan daha yüksek oranda psikolojik sorunların olduğunu göstermektedir.

Tüm parametrelerde sınıf 3 hastalar, sınıf 2 hastalara göre daha yüksek skorlara sahip olmasına rağmen sınıf 2 ve sınıf 3 hastalar arasında BDB, OKB, depresyon ve stres durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Sınıf 3 hastalarda sadece anksiyete istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek oranda bulunmuştur.

Cinsiyetin BDB, OKB, depresyon, anksiyete ve stres üzerine etkisi incelendiğinde erkekler kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek sonuçlar sergilemiştir.

Sonuç olarak ortognatik cerrahi talep eden hastaları değerlendirirken hastaların psikolojik durumlarını dikkatle göz önünde bulundurmak gerekir. BDB'li hastalar, gerçekte öyle olmadıkları halde, bir şekilde anormal veya deforme göründüklerine inanarak, görünüşleri hakkında gerçekçi olmayan görüşlere sahiptirler. Bu hastaların çoğu, algıladıkları görünüm kusurları için ortognatik cerrahi de dahil olmak üzere birçok farklı kozmetik prosedürler aramaktadırlar. Ortognatik cerrahi uygulayan cerrahların, beden imajı bozukluğuna karşı özellikle dikkatli olmaları gerekir. Operasyondan önce hastanın beklentisi iyi analiz edilmeli ve operasyonun hastanın görünüşünde ve fonksiyonel hareketlerinde ne gibi değişiklikler getireceği gerçekçi bir şekilde açıklanmalıdır.

KAYNAKLAR

- Aldridge, T., Gulati, A. ve Baker, N. (2013). Theories of acquired blindness following Le Fort 1 osteotomy. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 51(6), e86.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. doi:10.1176/APPI.BOOKS.9780890425596
- Aouizerate, B., Pujol, H., Grabot, D., Faytout, M., Suire, K., Braud, C., ... Tignol, J. (2003). Body dysmorphic disorder in a sample of cosmetic surgery applicants. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 18(7), 365–368. doi:10.1016/j.eurpsy.2003.02.001
- Armbrecht, E. C. (1937). Hullihen, the oral surgeon. *International Journal of Orthodontia and Oral Surgery*, 23(7), 711–739.
- Aydemir, Ö., Öztekin, S. ve Aşçıbaşı, K. (2017). DSM-5 Yineleyici Düşünceler ve Davranışlar Ölçeği Türkçe Formunun geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(Ek 2), 18–23.
- Bays, R. A. ve Bouloux, G. F. (2003). Complications of orthognathic surgery. *Oral and maxillofacial surgery clinics of North America*, 15(2), 229–242. doi:10.1016/S1042-3699(02)00098-5
- Bjornsson, A. S., Didie, E. R., Grant, J. E., Menard, W., Stalker, E. ve Phillips, K. A. (2013). Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder. *Comprehensive psychiatry*, 54(7), 893–903. doi:10.1016/j.comppsy.2013.03.019
- Blair, V. P. (1907). Operations on the jaw bone and face. *Surg Gynecol Obstet*, 4, 67–78.
- Broers, D. L. M., van der Heijden, G. J. M. G., Rozema, F. R. ve de Jongh, A. (2017). Do patients benefit from orthognathic surgery? A systematic review on the effects of elective orthognathic surgery on psychosocial functioning and patient satisfaction. *European journal of oral sciences*, 125(6), 411–418.
- Buhlmann, U., Glaesmer, H., Mewes, R., Fama, J. M., Wilhelm, S., Brähler, E. ve Rief, W. (2010a). Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychiatry research*, 178(1), 171–175. doi:10.1016/j.psychres.2009.05.002
- Cash, T. F., Phillips, K. A., Santos, M. T. ve Hrabosky, J. I. (2004). Measuring “negative body image”: validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in a nonclinical population. *Body Image*, 1(4), 363–372. doi:https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2004.10.001
- Cheever, D. (1870). Displacement of the upper jaw. *Med Surg Rep Boston City Hosp*, 163.
- Coles, M. E., Phillips, K. A., Menard, W., Pagano, M. E., Fay, C., Weisberg, R. B. ve Stout, R. L. (2006). Body dysmorphic disorder and social phobia: cross-sectional and prospective data. *Depression and anxiety*, 23(1), 26–33. doi:10.1002/da.20132
- Collins, B., Gonzalez, D., Gaudilliere, D. K., Shrestha, P. ve Girod, S. (2014). Body dysmorphic disorder and psychological distress in orthognathic surgery patients. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 72(8), 1553–1558. doi:10.1016/j.joms.2014.01.011
- Collins, P. C. ve Epker, B. N. (1982). The alar base cinch: a technique for prevention of alar base flaring secondary to maxillary surgery. *Oral surgery, oral medicine, and oral*

- pathology*, 53(6), 549–553. doi:10.1016/0030-4220(82)90338-3
- Conaglen, H. M., de Jong, D., Crawford, V., Elston, M. S. ve Conaglen, J. V. (2015). Body Image Disturbance in Acromegaly Patients Compared to Nonfunctioning Pituitary Adenoma Patients and Controls. *International journal of endocrinology*, 2015, 624872. doi:10.1155/2015/624872
- Crerand, C. E., Sarwer, D. B., Magee, L., Gibbons, L. M., Lowe, M. R., Bartlett, S. P., ... Low, D. W. (2004). Rate of body dysmorphic disorder among patients seeking facial plastic surgery. *Psychiatric Annals*. SLACK Incorporated Thorofare, NJ.
- Cunningham, S. J., Harrison, S. D., Feinman, C. ve Hopper, C. (2000). Body dysmorphic disorder involving the facial region: A report of 6 cases. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 58(10), 1180–1183. doi:10.1053/joms.2000.9586
- Dal Pont, G. (1959). Retro-molar osteotomy for correction of prognathism. *Minerva chirurgica*, 14, 1138–1141.
- DeMarco, L. M., Li, L. C., Phillips, K. A. ve McElroy, S. L. (1998). Perceived Stress in Body Dysmorphic Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(11). https://journals.lww.com/jonmd/Fulltext/1998/11000/Perceived_Stress_in_Body_Dysmorphic_Disorder.11.aspx adresinden erişildi.
- Dufresne, R. G., Phillips, K. A., Vittorio, C. C. ve Wilkel, C. S. (2001). A screening questionnaire for body dysmorphic disorder in a cosmetic dermatologic surgery practice. *Dermatologic Surgery*, 27(5), 457–462. doi:10.1046/j.1524-4725.2001.00190.x
- Ellis, E. 3rd. (2007). A method to passively align the sagittal ramus osteotomy segments. *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, 65(10), 2125–2130. doi:10.1016/j.joms.2007.02.005
- Esenlik, E., Kaya, B., Gülsen, A., Çukurluoğlu, O., Özmen, S. ve Yavuzer, R. (2011). Evaluation of the nose profile after maxillary advancement with impaction surgeries. *The Journal of craniofacial surgery*, 22(6), 2072–2079. doi:10.1097/SCS.0b013e3182319959
- Fang, A. ve Hofmann, S. G. (2010). Relationship between social anxiety disorder and body dysmorphic disorder. *Clinical psychology review*, 30(8), 1040–1048. doi:10.1016/j.cpr.2010.08.001
- Finlay, P. M., Moos, S. F. ve Atkinson, J. M. (1995). Orthognathic surgery: patient expectations; psychological profile and satisfaction with outcome. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 33(1), 9–14. doi:https://doi.org/10.1016/0266-4356(95)90078-0
- Gerzanic, L., Jagsch, R. ve Watzke, I. M. (2002). Psychologic implications of orthognathic surgery in patients with skeletal Class II or Class III malocclusion. *The International journal of adult orthodontics and orthognathic surgery*, 17(2), 75–81.
- Gunstad, J. ve Phillips, K. A. (2003). Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Comprehensive psychiatry*, 44(4), 270–276. doi:10.1016/S0010-440X(03)00088-9
- Häberle, A., Alkofahi, H., Qiao, J., Safer, D. L., Mittermiller, P. A., Menorca, R., ... Girod, S. (2020). Body Image Disturbance and Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms Improve After Orthognathic Surgery. *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, 78(11), 2054–

2060. doi:10.1016/j.joms.2020.07.021

- Hair, J. F., Money, A. H., Samouel, P. ve Page, M. (2007). *Research Methods for Business*, edited by John Wiley & Sons Chichester. England.
- Halvorson, E. G. ve Mulliken, J. B. (2008). Cheever's double operation: the first Le Fort I osteotomy. *Plastic and reconstructive surgery*, 121(4), 1375–1381. doi:10.1097/01.prs.0000304442.15532.40
- Hart, A. S. ve Phillips, K. A. (2013). Symmetry Concerns as a Symptom of Body Dysmorphic Disorder. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 2(3), 292–298. doi:10.1016/j.jocrd.2013.04.004
- Hepburn, S. ve Cunningham, S. (2006). Body dysmorphic disorder in adult orthodontic patients. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 130(5), 569–574. doi:https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2005.06.022
- Hollander, E., Cohen, L. J. ve Simeon, D. (1993). Body dysmorphic disorder. *Psychiatric Annals*. SLACK Incorporated Thorofare, NJ.
- Honigman, R. J., Phillips, K. A. ve Castle, D. J. (2004). A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 113(4), 1229–1237. doi:10.1097/01.PRS.0000110214.88868.CA
- Howley, C., Ali, N., Lee, R. ve Cox, S. (2011). Use of the alar base cinch suture in Le Fort I osteotomy: is it effective? *The British journal of oral & maxillofacial surgery*, 49(2), 127–130. doi:10.1016/j.bjoms.2010.02.009
- Hunsuck, E. E. (1968). A modified intraoral sagittal splitting technique for correction of mandibular pronathism. *J Oral Surg*, 26, 250–254.
- İzgi, N., Akbulut, S. ve Akbulut, N. (2021). Soft Tissue Response After Maxillary Step Surgery With Or Without Ans Reduction, 24(2), 1–8. doi:10.7126/cumudj.810461
- Kazanjian, V. H. (1936). Surgical correction of deformities of the jaws and its relation to orthodontia. *International Journal of Orthodontia and Oral Surgery*, 22(3), 259–282.
- Kiyak, H. A., McNeill, R. W., West, R. A., Hohl, T. ve Heaton, P. J. (1986). Personality characteristics as predictors and sequelae of surgical and conventional orthodontics. *American Journal of Orthodontics*, 89(5), 383–392. doi:10.1016/0002-9416(86)90069-2
- Kramer, F.-J., Baethge, C., Swennen, G., Teltzrow, T., Schulze, A., Berten, J. ve Brachvogel, P. (2004). Intra- and perioperative complications of the LeFort I osteotomy: a prospective evaluation of 1000 patients. *The Journal of craniofacial surgery*, 15(6), 971–979. doi:10.1097/00001665-200411000-00016
- Le Fort, R. (1901). Etude experimentale sur les fractures de la machoire superieure I-III. *Rev Chir*, 23(479), 20.
- Lee, S., McGrath, C. ve Samman, N. (2008). Impact of Orthognathic Surgery on Quality of Life. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 66(6), 1194–1199. doi:https://doi.org/10.1016/j.joms.2008.01.006
- Liddle, M. J., Baker, S. R., Smith, K. G. ve Thompson, A. R. (2015). Psychosocial Outcomes in Orthognathic Surgery: A Review of the Literature. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 52(4), 458–470. doi:10.1597/14-021

- Lovibond Lovibond, Peter F., Psychology Foundation of Australia., S. H. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Sydney, N.S.W.: Psychology Foundation of Australia.
- Mani, V. (2021). Orthognathic Surgery for Mandible BT - Oral and Maxillofacial Surgery for the Clinician. K. Bonanthaya, E. Panneerselvam, S. Manuel, V. V Kumar ve A. Rai (Ed.), (ss. 1477–1512). Singapore: Springer Nature Singapore. doi:10.1007/978-981-15-1346-6_68
- Mayers, A. (2013). Introduction to statistics and SPSS in psychology.
- Mortada, H., Seraj, H. ve Bokhari, A. (2020). Screening for body dysmorphic disorder among patients pursuing cosmetic surgeries in Saudi Arabia. *Saudi medical journal*, 41(10), 1111–1120. doi:10.15537/smj.2020.10.25380
- Mugnier, J., Ibrahim, B., Bouletreau, P. ve Sigaux, N. (2020). The influence of orthognathic surgery on the perception of personality traits: A scoping review. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 49(10), 1294–1302. doi:10.1016/j.ijom.2020.03.017
- Naini, F. B. (2011). *Facial aesthetics: concepts and clinical diagnosis*. John Wiley & Sons.
- Naini, F. B. ve Gill, D. S. (2017). *Orthognathic surgery: principles, planning and practice*. John Wiley & Sons.
- Nicodemo, D., Pereira, M. D. ve Ferreira, L. M. (2008). Self-esteem and depression in patients presenting angle class III malocclusion submitted for orthognathic surgery. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*, 13(1), E48-51.
- Obwegeser, H. L. (1969). Surgical correction of small or retrodisplaced maxillae. The “dish-face” deformity. *Plastic and reconstructive surgery*, 43(4), 351–365. doi:10.1097/00006534-196904000-00003
- Øland, J., Jensen, J., Elklit, A. ve Melsen, B. (2011). Motives for surgical-orthodontic treatment and effect of treatment on psychosocial well-being and satisfaction: a prospective study of 118 patients. *Journal of oral and maxillofacial surgery*, 69(1), 104–113.
- Olson, R. E. ve Laskin, D. M. (1980). Expectations of patients from orthognathic surgery. *Journal of Oral Surgery (American Dental Association: 1965)*, 38(4), 283–285.
- Otto, M. W., Wilhelm, S., Cohen, L. S. ve Harlow, B. L. (2001). Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. *American Journal of Psychiatry*, 158(12), 2061–2063. doi:10.1176/appi.ajp.158.12.2061
- Patcas, R., Cunningham, S. J., Shute, J., Lloyd, T., Obwegeser, J. A., Arjomand, L. ve Sharma, S. (2017). Motivation for orthognathic treatment and anticipated satisfaction levels—a two-centre cross-national audit. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 45(6), 1004–1009. doi:10.1016/j.jcms.2017.03.012
- Pavan, C., Simonato, P., Marini, M., Mazzoleni, F., Pavan, L. ve Vindigni, V. (2008). Psychopathologic aspects of body dysmorphic disorder: a literature review. *Aesthetic plastic surgery*, 32(3), 473–484. doi:10.1007/s00266-008-9113-2
- Phillips, K. A. (2009). *Understanding Body Dysmorphic Disorder (Google eBook)*. Oxford University Press. <https://global.oup.com/academic/product/understanding-body-dysmorphic-disorder-9780195379402#.YtQBoUV33Ig.mendeley adresinden erişildi>.

- Phillips, K. A. ve Diaz, S. F. (1997). Gender differences in body dysmorphic disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 185(9), 570–577.
- Phillips, K. A. ve Menard, W. (2006). Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. *The American journal of psychiatry*, 163(7), 1280–1282. doi:10.1176/appi.ajp.163.7.1280
- Phillips, K. A., Menard, W., Fay, C. ve Pagano, M. E. (2005). Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Comprehensive psychiatry*, 46(4), 254–260. doi:10.1016/j.comppsy.2004.10.004
- Phillips, K. A., Menard, W., Fay, C. ve Weisberg, R. (2005). Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 46(4), 317–325. doi:10.1176/appi.psy.46.4.317
- Phillips, K. A. ve Rasmussen, S. A. (2004). Change in psychosocial functioning and quality of life of patients with body dysmorphic disorder treated with fluoxetine: A placebo-controlled study. *Psychosomatics*, 45(5), 438–444. doi:10.1176/appi.psy.45.5.438
- Phillips, K. A., Wilhelm, S., Koran, L. M., Didie, E. R., Fallon, B. A., Feusner, J. ve Stein, D. J. (2010). Body dysmorphic disorder: some key issues for DSM-V. *Depression and anxiety*, 27(6), 573–591. doi:10.1002/da.20709
- Picavet, V., Gabriëls, L., Jorissen, M. ve Hellings, P. W. (2011). Screening tools for body dysmorphic disorder in a cosmetic surgery setting. *Laryngoscope*, 121(12), 2535–2541. doi:10.1002/lary.21728
- pocketdentistry.com. (2016). pocketdentistry.com. <https://pocketdentistry.com/wp-content/uploads/2016/06/f038-002ab-9781455753284.jpg> adresinden erişildi.
- Ribeiro, R. V. E. (2017). Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in Plastic Surgery and Dermatology Patients: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Aesthetic plastic surgery*, 41(4), 964–970. doi:10.1007/s00266-017-0869-0
- Rosten, A., Cunningham, S. ve Newton, J. T. (2018). Body dysmorphic disorder: a guide to identification and management for the orthodontic team. *Journal of Orthodontics*, 45(3), 163–168. doi:10.1080/14653125.2018.1490874
- Sari-Rieger, A. ve Rustemeyer, J. (2015). Perceptions of Pre- to Postsurgical Profile Changes in Orthognathic Surgery Patients and Their Correlation with Photogrammetric Changes: A Panel Study. *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery*, 14(3), 765–772. doi:10.1007/s12663-015-0753-x
- Sarıçam, H. (2018). The Psychometric Properties of Turkish Version of Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) in Community and Clinical Samples. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 7(1), 1. doi:10.5455/jcbpr.274847
- Sathyanarayana, H. P., Padmanabhan, S., Balakrishnan, R. ve Chitharanjan, A. B. (2020). Prevalence of Body Dysmorphic Disorder among patients seeking orthodontic treatment. *Progress in Orthodontics*, 21(1). doi:10.1186/s40510-020-00322-8
- Schendel, S. A. ve Carlotti, A. E. J. (1991). Nasal considerations in orthognathic surgery. *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics : official publication of the American Association of Orthodontists, its constituent societies, and the American Board of Orthodontics*, 100(3), 197–208. doi:10.1016/0889-5406(91)70056-3

- Sharma, P., Rosário, M. C., Ferrão, Y. A., Albertella, L., Miguel, E. C. ve Fontenelle, L. F. (2021). The impact of generalized anxiety disorder in obsessive-compulsive disorder patients. *Psychiatry research*, 300, 113898. doi:10.1016/j.psychres.2021.113898
- Singh, A. R. ve Veale, D. (2019). Understanding and treating body dysmorphic disorder. *Indian journal of psychiatry*, 61(Suppl 1), S131–S135. doi:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_528_18
- Stewart, A. ve Edler, R. J. (2011). Efficacy and stability of the alar base cinch suture. *The British journal of oral & maxillofacial surgery*, 49(8), 623–626. doi:10.1016/j.bjoms.2010.11.023
- Tihan, A. K. (2010). *Beden Dismorfik Bozukluğunda Klinik, Sosyodemografik Verilerin İncelenmesi Ve Bilişsel İşlevlerin Nöropsikolojik Testlerle Değerlendirilmesi*.
- Todorov, A., Olivola, C. Y., Dotsch, R. ve Mende-Siedlecki, P. (2015). Social Attributions from Faces: Determinants, Consequences, Accuracy, and Functional Significance. *Annual Review of Psychology*, 66(1), 519–545. doi:10.1146/annurev-psych-113011-143831
- Trauner, R. ve Obwegeser, H. (1957). 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*, 10(7), 677–689.
- Vargo, J. K., Gladwin, M. ve Ngan, P. (2003). Association between ratings of facial attractiveness and patients' motivation for orthognathic surgery. *Orthodontics & craniofacial research*, 6(1), 63–71.
- Vulink, N. C. C., Rosenberg, A., Plooi, J. M., Koole, R., Bergé, S. J. ve Denys, D. (2008). Body dysmorphic disorder screening in maxillofacial outpatients presenting for orthognathic surgery. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 37(11), 985–991. doi:10.1016/j.ijom.2008.06.005
- Wang, P.-F., Pascasio, D. C., Kwon, S. H., Chen, S.-H., Chou, P.-Y., Yao, C.-F., ... Chen, Y.-R. (2021). The Effect of Absorbable and Non-Absorbable Sutures on Nasal Width Following Cinch Sutures in Orthognathic Surgery. *Symmetry*. doi:10.3390/sym13081495
- Wassmund, M. (1927). *Frakturen und Luxationen des Gesichtssch??dels : unter Ber??cksichtigung der Komplikationen des Hirnsch??dels : ihre Klinik und Therapie : praktisches Lehrbuch*. Berlin: H. Meusser.
- Yassaei, S., Goldani Moghadam, M., Aghili, H. ve Tabatabaei, S. M. (2014). Body dysmorphic disorder in Iranian orthodontic patients. *Acta medica Iranica*, 52(6), 454–457.
- Zimmerman, M. ve Mattia, J. I. (1998). Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: recognition, prevalence, comorbidity, demographic, and clinical correlates. *Comprehensive psychiatry*, 39(5), 265–270.
- Zitterl, W., Demal, U., Aigner, M., Lenz, G., Urban, C., Zapotoczky, H. G. ve Zitterl-Eglseer, K. (2000). Naturalistic course of obsessive compulsive disorder and comorbid depression. Longitudinal results of a prospective follow-up study of 74 actively treated patients. *Psychopathology*, 33(2), 75–80. doi:10.1159/000029124

EKLER

EK – 1: ETİK KURUL ONAYI

	T.C. TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Sayı : 83116987 - <u>24</u> Konu : Etik Kurul Kararı Toplantı Tarihi : 03.03.2022 Toplantı No : 2022/04 Proje No : 22-KAEK-043	31.03.2022
Sayın, Doç.Dr. Nihat AKBULUT	
Etik Kurulumuzun 03.03.2022 tarihli toplantısında görüşülen 22-KAEK-043 kayıt numaralı "Ortognatik cerrahi planlanan Sınıf 2 ve Sınıf 3 hastalarda beden dismorfik bozukluğunun araştırılması" başlıklı çalışmanız gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.	
İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmeliğin 14-4. maddesi ve yönergemizin 18-3. maddesine göre çalışmanız tamamlandıktan sonra sonuç raporunun tarafımıza en geç 90 gün içerisinde bildirilmesi gerekmektedir.	
Bilgilerinizi rica ederim.	
Doç. Dr. Hatice BALCI YÜCE Başkan Yardımcısı	
Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Tel:0356 212 52 98-212 95 00/7515	

EK – 2: ONAM FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmacının/Hekimin Açıklaması

Çene-yüz deformitesi bulunan hastalarda yapılması planlan araştırmanın ismi “Ortognatik cerrahi planlanan Sınıf 2 ve Sınıf 3 hastalarda beden dismorfik bozukluğunun araştırılması”dır.

Sınıf 2 veya Sınıf 3 çene ilişkisi bulunan hastalarda ortognatik cerrahi işlemi öncesi psikolojik durumu araştırarak olan bu çalışmaya tıbbi durumunuz bu koşullara uyduğu için sizi de davet ediyoruz. Ancak hemen belirtilmelidir ki araştırmaya katılıp katılmamak gönüllülük esasına dayalıdır. Bu bilimsel çalışmaya katılma kararını tamamen hür iradeniz ile vermelisiniz. Bu kararı verirken hiç kimse tarafından size telkin ve baskıda bulunulamaz.

Kararınızdan önce söz konusu bilimsel araştırma ve bu araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda yapılacak işlemler hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra bu bilimsel araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bilimsel çalışma hakkında bilgiler

Araştırmaya davet edilmenizin nedeni, 18-65 yaş aralığında, kronik bir rahatsızlığı bulunmayan, Sınıf 1 veya Sınıf 2 çene-diş deformitesi olan ve ortognatik cerrahi operasyonu planlanan, herhangi psikiyatrik tanısı olmayan, herhangi madde kullanımı alışkanlığı bulunmayan bir hasta olmanızdır. Bu araştırma Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı tarafından gerçekleştirilecektir.

Bu çalışmada, ortognatik cerrahi planlanan Sınıf 2 ve Sınıf 3 hastalarının “Beden dismorfik bozukluk (BDB)” araştırılacak olup aynı zamanda eşlik eden psikolojik sıkıntı insidansının da daha yüksek olacağı hipotezi araştırılacaktır. Bu nedenle kliniğimize başvuran ortognatik cerrahi planlanan Sınıf 2 ve Sınıf 3 deformiteye sahip hastalarda BDB prevalansı araştırılacak olup BDB, depresyon, anksiyete ve OKB prevalansı arasındaki korelasyonlar incelenecektir.

Çalışma kapsamında bilinmesi gereken durumlar ve araştırmacılar ile gönüllülerin uyması gereken kurallar

Araştırmaya katılmanız durumunda;

1. Sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.
2. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır.
3. Hekim ile aranızda kalması gereken size ait bilgilerin gizliliğine büyük özen ve saygı gösterilecektir.
4. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgileriniz çok büyük bir hassasiyetle korunacaktır.
5. Çalışma sırasında meydana gelebilecek sağlınız ile ilgili ve diğer olumsuzlukların sorumluluğu araştırmacılara aittir.
6. Gönüllü olarak katıldığınız çalışmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılabilirsiniz. Ancak ayrılmadan önce araştırmacılara bu durumu bildirmanız önemlidir.
7. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz durumunda tedavinizde ve klinik izlemlerinizde hiçbir değişiklik olmayacak, her zaman olduğu gibi aynı özen ve ihtimam ile hastalığınızın tedavisi sürdürülecektir.

Katılımcının (Gönüllü) / Hastanın Beyanı

Sayın Doç. Dr. Nihat Akbulut, Arş. Gör. Dt. Abdulsamed MADEN tarafından, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı tarafından araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam, hekim ile aramda kalması gereken, bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı gösterileceği, araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı kesin ve net bir şekilde belirtilmiştir.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Benden herhangi bir ücret talep edilmeyeceği ve bana da herhangi bir ödeme yapılmayacağı net ve kesin bir şekilde ifade edilmiştir.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğum bildirilmiştir. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının da bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

İster doğrudan ister dolaylı olsun, araştırma sürecinde araştırma ile ilgili ortaya çıkabilecek sağlık durumuyla ilgili olumsuzluklarda sorumluluk araştırmacılara ait olup parasal bir yük altına girmeyeceğim.

Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; günün herhangi bir saatinde Doç. Dr. Nihat Akbulut'a, Arş. Gör. Dt. Abdulsamed MADEN'e ulaşarak danışabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı herhangi bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakıma ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" (gönüllü) olarak yer alma kararını tamamen hür iradem ile almış bulunuyorum. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllük içerisinde kabul ediyorum.

Tarih

Katılımcı (Gönüllü)

Adı, Soyadı :
Adres :
Telefon :
İmza :

Görüşme Tanığı

Adı, Soyadı :
Adres :
Telefon :
İmza :

Katılımcı (Gönüllü) ile Görüşen Araştırmacı

Adı, Soyadı, Ünvanı : Arş.Gör.Dt. Abdulsamed Maden
Adres :
Telefon :
İmza :

(Tüm sayfaları imzalı bu formun bir kopyası katılımcıya verilecektir)

EK – 3: Florida Obsesif – Kompulsif Envanteri (FOCI)

SEVİYE 2—Yineleyici Düşünceler ve Davranışlar - Yetişkin*

* Florida Obsesif-Kompulsif Envanteri (FOCI) Şiddet Ölçeği'nden uyarlanmıştır (B bölümü)

İsim: Yaşı: Cinsiyet: ☐Erkek ☐Kadın Tarih:

Eğer ölçek bir bilgi veren kişi tarafından tamamlanıyorsa, bu kişinin bakım alan kişiye yakınlığı nedir?

Sıradan bir hafta içerisinde, bakım alan kişiyle yaklaşık olarak ne kadar zaman geçiriyorsunuz? saat/hafta

Talimatlar: Yeni tamamlamış olduğunuz DSM-5 Seviye 1 kesitsel ankette, son iki hafta boyunca sizi rahatsız eden hafif ya da daha büyük şiddet seviyesindeki “istenmeyen yineleyici düşünceler, görüntüler veya dürtüleri” ve/veya “belirli davranışları veya zihinsel eylemleri yerine getirmek için defalarca zorlanmayı” belirttiniz. Aşağıdaki sorular bu duygular hakkında daha ayrıntılı ve özellikle **son 7 gün içinde** belirtilerin ne sıklıkta rahatsızlık verdiğini sorgulamaktadır. Lütfen her satırdaki soruyu bir kutucuğu işaretleyerek (✓ veya x) cevaplayınız.

						Klinisyen kullanımı
Son 7 GÜN boyunca						Madde puanı
1.Ortalama olarak bu düşünceler veya davranışlar her gün ne kadar zamanınızı almaktadır?	☐ 0-Hiç	☐ 1-Hafif (Günde bir saatten az)	☐ 2-Orta (Günde 1 ile 3 saat arası)	☐ 3-Ciddi (Günde 3 ile 8 saat arası)	☐ 4-Aşırı (Günde 8 saatten fazla)	
2.Bu düşünceler veya davranışlar sizde ne kadar sıkıntıya sebep olmaktadır?	☐ 0-Hiç	☐ 1-Hafif (Biraz rahatsız edici)	☐ 2-Orta (Rahatsız edici ama yine de idare edilebilir)	☐ 3-Ciddi (Çok rahatsız edici)	☐ 4-Aşırı (Aşırı sıkıntı)	
3. Sizin için bu düşünceleri veya davranışları kontrol etmek ne kadar zor?	☐ 0-Tam kontrol	☐ 1-Çok kontrol (Genellikle düşünceler veya davranışlar kontrol edilebilir)	☐ 2-İlımlı kontrol (Bazen düşünceler veya davranışlar kontrol edilebilir)	☐ 3-Az kontrol (Nadiren düşünceler veya davranışlar kontrol edilebilir)	☐ 4-Kontrol yok (Düşünceleri veya davranışları kontrol edememe)	
4.Bu düşünceler veya davranışlar sizin birşeyler yapmaktan, herhangi bir yere gitmekten veya biriyle olmaktan ne kadar kaçınmanıza sebep olur?	☐ 0-Kaçınma yok	☐ 1-Hafif (ara sıra kaçınma)	☐ 2-Orta (Düzenli olarak bunları yapmaktan kaçınma)	☐ 3-Ciddi (Sık ve yaygın kaçınma)	☐ 4-Aşırı (Nerdeyse tamamen kaçınma; eve bağlı olma)	
5. Bu düşünceler veya davranışlar okul, iş, sosyal ya da aile yaşamınızı ne kadar etkiler?	☐ 0-Hiç	☐ 1-Hafif (hafif etkileme)	☐ 2-Orta (kesin etkilenme, fakat hala yönetilebilir)	☐ 3-Ciddi (Önemli etkilenme)	☐ 4-Aşırı (nerdeyse tamamen etkilenme; inkapasite)	
Toplam/kısmi ham puan:						
Eşit olarak dağıtılmış Toplam Ham Puan: (Eğer 1 madde cevaplanmamışsa)						
Ortalama toplam puan:						

© 1994 Wayne K. Goodman, MD and Eric Storch, PhD. This material can be reproduced without permission by clinicians for use with their own patients. Any other use, including electronic use, requires written permission from Dr. Goodman (wkgood@gmail.com)

EK – 4: DAS 21 (Depresyon Anksiyete Stres – 21)

DAS 21 ÖLÇEĞİ

NO	SON 1 HAFTADAKİ DURUMUNUZ	Hiçbir zaman	Bazen ve ara sıra	Oldukça sık	Her zaman
1 A	Ağızımda kuruluk olduğunu fark ettim	0	1	2	3
2 D	Hiç olumlu duygu yaşamadığımı fark ettim	0	1	2	3
3 A	Soluk almada zorluk çektim (<i>örneğin fizik egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi</i>)	0	1	2	3
4 S	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim	0	1	2	3
5 S	Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi	0	1	2	3
6 D	Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım	0	1	2	3
7 S	Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim	0	1	2	3
8 D	Birey olarak değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3
9 S	Alıngan olduğumu hissettim	0	1	2	3
10 A	Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim	0	1	2	3
11 D	Hayatın değersiz olduğunu hissettim	0	1	2	3
12 S	Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim	0	1	2	3
13 A	Fizik egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim (<i>kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim</i>)	0	1	2	3
14 D	Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim	0	1	2	3
15 A	Panik haline yakın olduğumu hissettim	0	1	2	3
16 D	Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu	0	1	2	3
17 S	Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum	0	1	2	3
18 S	Kışkırtılmakta olduğumu hissettim	0	1	2	3
19 A	Panikleyp kendimi aptal durumuna düşürecek durumlar nedeniyle endişelendim.	0	1	2	3
20 A	Vücudumda (<i>örneğin ellerimde</i>) titremeler oldu.	0	1	2	3
21 D	Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım	0	1	2	3

EK – 5: Beden İmgesi Bozukluğu Testi (Body Image Disturbance Questionnaire-BIDQ)

Bu test, fiziksel görünüşünüzle ilgili sorular içermektedir. Lütfen soruları tek tek okuyarak kendinize en uygun şıkkı yuvarlak içine alınız ve gereken sorularda boşlukları yazıyla doldurunuz.

1-A- Bedeninizde güzel/çekici olmadığı ya da bir kusur bulunduğu için endişe ve sıkıntı yaşadığınız bölgeler var mı?

Bu endişe örneğin; cildiniz (sivilceler, yara izleri, kırısklıklar, lekeler...vs.), saçlarınız (dökülmeler, incelmeler...vs.), burnunuz (şekli, büyüklüğü...vs.), ağzınız, dudaklarınız, mideniz, eklemlerinizi, elleriniz, göğüsleriniz, genital bölgeniz ya da vücudunuzun herhangi bir bölümü ile ilgili olabilir.

- 1- Böyle bir endişem yok.....
- 2- Az miktarda endişe var.....
- 3- Orta derecede endişe var.....
- 4- Çok endişeleniyorum.....
- 5- Dayanılmaz bir endişe duyuyorum.....

1-B- Görünümünüzle ilgili sıkıntı yaşıtan bu endişeler nelerdir? Bu bölgelerin görünümünde sizi endişelendiren özellik nedir?

.....

2-A- Az miktarda endişeleniyor olsanız da bu düşünce kafanızı çok meşgul ediyor mu? Bu konuyu çok düşündüğünüz, bu düşünceleri durdurmakta zorlandığınız oluyor mu?

- 1- Düşünmüyorum.....
- 2- Biraz düşünüyorum.....
- 3- Orta derecede meşgul oluyorum.....
- 4- Çok düşünüyorum.....
- 5- Sürekli bununla meşgulüm.....

2-B- Görünüşünüzle ilgili bu düşünceler hayatınızı nasıl etkiliyor, lütfen tanımlayınız?

.....

3-A- Görünüşünüzdeki bu kusur ya da kusurlarınız sıkıntı, eziyet ya da ağrıya neden oluyor mu? Ne kadar?

- 1- Sıkıntı yok.....
- 2- Hafif ve rahatsız etmeyen sıkıntı var.....
- 3- Orta derecede sıkıntı var, baş edilebiliyor.....
- 4- Ciddi ve rahatsız edici sıkıntı var.....
- 5- Çok ciddi, yaşantıyı kısıtlayan sıkıntı var

4-A- GörünüŖünüzdeki bu kusur ya da kusurlarınız nedeniyle sosyal, mesleki ya da Diğeri önemli alanlardaki performansınızda azalma oldu mu? Ne kadar?

- 1- Kısıtlanma yok.....
- 2- Hafif kısıtlanma, fakat performans düşmesi yok.....
- 3- Orta derecede, baş edilebilir kısıtlanma var.....
- 4- Ciddi bir kısıtlanma var.....
- 5- Çok ciddi, fonksiyonel yetersizlik var.....

5-A- GörünüŖünüzdeki bu kusur ya da kusurlar sosyal hayatınızı ne kadar etkiliyor?

- 1- Hiç etkilemiyor.....
- 2- Nadiren etkiliyor.....
- 3- Orta derecede etkiliyor.....
- 4- Sıklıkla etkiliyor.....
- 5- Çok sık, her zaman etkiliyor.....

5-B- Nasıl etkilediğini açıklayınız.

.....

.....

6-A- Bu kusur/kusurlarınız okulunuzu, işinizi ya da örneğin ev kadını iseniz Sorumluluklarınızı belirgin olarak etkiliyor mu? Ne kadar?

- 1- Hiç etkilemiyor.....
- 2- Nadiren etkiliyor.....
- 3- Orta derecede etkiliyor.....
- 4- Sıklıkla etkiliyor.....
- 5- Çok sık, her zaman etkiliyor.....

6-B- Nasıl etkilediğini açıklayınız.

.....

.....

7-A- Bu kusur ya da kusurlarınız nedeniyle kaçındığınız şeyler var mı? Ne sıklıkta?

- 1- Hiç etkilemiyor.....
- 2- Nadiren etkiliyor.....
- 3- Orta derecede etkiliyor.....
- 4- Sıklıkla etkiliyor.....
- 5- Çok sık, her zaman etkiliyor.....

7-B- Nelerden kaçındığınızı açıklayınız.

.....

ÖZGEÇMİŞ VE ESERLER LİSTESİ

ABDULSAMED MADEN ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ

E-Posta Adresi

Telefon (İş)

: -

Telefon (Cep)

Adres

: Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi A.B.D.

Öğrenim Bilgisi

Lisans
2013
4/Eylül/2018

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Akademik Görevler

ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ 2019 TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ/DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ)

Eserler

Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:

1. DEMİRİSOY MUSTAFA SAMİ, ERDİL ARAS, ÇOLAK SEFA, MADEN ABDULSAMED, TÜMER MEHMET KEMAL (2022). Evaluation of postoperative changes in the course of mandibular canals impacted by cystic lesions. Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery, 123, Doi: 10.1016/j.jormas.2021.01.001 (Yayın No: 7765142)

B. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında (proceedings) basılan bildiriler :

1. AKBULUT NİHAT, DEMİRALP KEMAL ÖZGÜR, SÜREN MUSTAFA, BALEL YUNUS, MADEN ABDULSAMED, ALTAN AHMET, ŞEN ESENGÜL, ÇOLAK SEFA (2022). Characteristics of patients who applied to Oral and Maxillofacial Surgery Clinic and Algology Clinic with Head and Neck Pain. AÇBİD 15. INTERNATIONAL CONGRESS 2022 (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:7765181)
2. DEMİRALP KEMAL ÖZGÜR, AKBULUT NİHAT, YAR MERVE, MADEN ABDULSAMED, BAYRAK SEVAL (2022). EFFECT OF IMPLANT LENGTH ON TRABECULAR STRUCTURE OF BONE: FRACTAL DIMENSION STUDY. 25th Balkan Stomatological Society Congress (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:7765163)