



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ ANABİLİM DALI

ORTOGNATİK CERRAHİ İLE TEDAVİ EDİLEN HASTALARIN
SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGILARININ, YAŞAM
KALİTELERİNİN VE TEDAVİ SONRASI
MEMNUNİYETLERİNİN ANKET ÇALIŞMASIYLA
DEĞERLENDİRİLMESİ

Seçil Duygu SÜMENGEN YAZICI

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Yavuz FINDIK

ISPARTA - 2022

KABUL ve ONAY

Diş Hekimliği Fakültesi;

Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi **Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı Uzmanlık Programı** Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Uzmanlık Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 29/07/2022

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Yavuz FINDIK

Üye : Prof. Dr. Gülperi KOÇER
Antalya Bilim Üniversitesi
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Dişçilik Hizmetleri
Bölümü, Ağız, Diş Sağlığı Programı

Üye : Doç. Dr. Yavuz FINDIK
Süleyman Demirel Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi
Anabilim Dalı

Üye : Doç. Dr. Müge ÇINA
Süleyman Demirel Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi
Anabilim Dalı

ONAY: Bu doktora tezi, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Murat MADEN
Dekan

BEYAN

“Ortognatik Cerrahi ile Tedavi Edilen Hastaların Sosyal Görünüş Kaygılarının, Yaşam Kalitelerinin ve Tedavi Sonrası Memnuniyetlerinin Anket Çalışmasıyla Değerlendirilmesi” adlı Uzmanlık tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Hazırlayan

Seçil Duygu SÜMENGEN YAZICI

Danışman

Doç. Dr. Yavuz FINDIK

ÖNSÖZ

Ortognatik cerrahiye aday olan hastalar tek başına ortodontik tedaviyle estetik ve fonksiyonel olarak yeterli faydayı göremeyecek hasta grubundan oluşmaktadır. Bu tedaviyle elde edilmiş olan estetik ve fonksiyonel faydanın yanı sıra kişinin sosyal hayatında dış görünüşüne bağlı yaşamakta olduğu kaygının azaltılması ve hayat kalitesinde artış yaşanması da tedavinin temel amaçlarındandır. Yapılmış olan tedavinin başarısının değerlendirilmesi için tedavi sonrası sefalometrik değerlendirmelerin tedavi planına paralel olması, uzun dönem takiplerde en az relapsın görülmesi, normal normlara uygun yüz estetiğine sahip olunması gibi nicel değerlendirme methotları yerini yapılmış olan tedavinin hasta gözünden değerlendirildiği hasta merkezli değerlendirme yöntemlerine bırakmıştır.

Bu çalışmanın amacı, 2015-2021 yılları içerisinde Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi bölümünde ortognatik cerrahi ile tedavi edilmiş hastaların memnuniyetlerinin, beklentilerinin ve tedavinin hasta gözünden değerlendirilmesinin sağlanmasıyla gerçek başarısının ölçülmesi ayrıca kişilerin memnuniyetlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesidir. Bu sayede, yapılan tedavi planlamalarında kalite artışı ve hastaların tedaviden göreceği faydanın üst seviyeye taşınması hedeflenmektedir.

Uzmanlık eğitimim boyunca insani ve ahlaki değerleri ile örnek edindiğim, yanında çalışmaktan onur duyduğum maalesef bu süreçte aramızdan ayrılan değerli hocamız Prof. Dr. Timuçin BAYKUL'a,

Tez çalışmam ve klinik çalışmalarım sırasında bilgisini ve desteğini esirgemeyen Doç. Dr. Yavuz FINDIK'a,

Beraber çalıştığımız süre içerisinde ve sonrasında hem bir hoca hem bir abla olan ve her zaman desteğini hissettiğim Prof. Dr. Gülperi KOÇER'e

Hekimliğinden her gün yeni bir şey öğrendiğim Doç. Dr. Müge ÇINA'ya ve anabilimdalındaki tüm hocalarıma, asistan arkadaşlarıma ve birlikte çalıştığım tüm personelimize,

Tüm enerjisiyle bana destek veren, tökezlediğimde devam etmem için beni motive eden, her zaman gülen yüzüyle yanımda olan sevgili eşim Dr. Öğr. Üyesi Tayfun YAZICI'ya

Aldığım her kararda arkamda duran, eğitim hayatım boyunca desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, her zaman bir üst noktayı bana hedef olarak gösteren biricik annem Zehra SÜMENGİN'e, kıymetli babam Suat SÜMENGİN ve canım kardeşim Pelin Nur SÜMENGİN'e,

Yıllardır dostluğla her zaman yanımda olan ve bu çalışmadaki her rakamda katkısı olan sevgili arkadaşım Müh. Çağrı BUDAK'a

Sonsuz minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

Dt. Seçil Duygu SÜMENGİN YAZICI

ISPARTA-2022

ÖZET

Ortognatik Cerrahi ile Tedavi Edilen Hastaların Sosyal Görünüş Kaygılarının, Yaşam Kalitelerinin ve Tedavi Sonrası Memnuniyetlerinin Anket Çalışmasıyla Değerlendirilmesi

Ortognatik cerrahi dentofasial deformitelerin tedavisinde sıklıkla tercih edilen güvenilir bir yöntemdir. Bu cerrahi prosedürün başarısı sefalometrik analizler ile çenelerin uzayın üç boyutunda uygun pozisyona getirilmesiyle değerlendirilmiş olsa da hastaların tedavi başarısını kendilerince değerlendirmeleri ve tedaviden memnuniyetleri gerçek başarının temelini oluşturmaktadır.

Çalışmamıza 2025-2021 yılları arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi bölümünde opere edilmiş 73 dentofasial deformiteli birey ve 42 adet minimal çapraşıklığa sahip herhangi ortodontik tedavi geçmişi bulunmayan kontrol grubunu oluşturan birey dahil edilmiştir. Kişilerin sosyal görünüş kaygıları Sosyal Görünüş Kaygısı Anketi ile; ağız sağlıklarının genel sağlıklı durumlarına etkisi OHIP-14 ile değerlendirilmiştir. Ortognatik cerrahi geçirmiş bireylerin sosyal kaygıları, tedaviden önceki durumlarına göre tedaviden sonra istatistiksel olarak anlamlı biçimde azalmış; tedaviden sonraki durumları kontrol grubuna dahil bireylerden istatistiksel olarak anlamlı biçimde düşük bulunmuştur. Aynı şekilde ortognatik cerrahi geçirmiş bireylerin OHIP-14 skorları da tedaviden sonra istatistiksel olarak düşük bulunmuştur.

Ortognatik cerrahi geçirmiş olan bireylerin operasyondan sonra 6. aydan itibaren memnuniyetleri de Ortognatik Cerrahi Sonrası Memnuniyet Anketi ile değerlendirilmiş ve literatürdeki diğer çalışmalara paralel olarak tedaviden memnuniyetleri yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızın sonuçları göstermektedir ki bireylerin öncelikli cerrahi tedavi tercih sebebi estetik anlamda iyileşme sağlamak, buna bağlı olarak kişinin sosyal ortamlardaki kabulünün artması ve psikososyal anlamda olumlu gelişme kaydetmektir.

Anahtar Kelimeler: Ortognatik cerrahi, Sosyal kaygı, Memnuniyet, OHIP-14.

ABSTRACT

Evaluation of Social Appearance Anxiety, Quality of Life and Post-Treatment Satisfaction of Orthognathic Surgery

Orthognathic surgery is a reliable method that is often preferred in the treatment of dentofacial deformities. Although the success of this surgical procedure has been evaluated by cephalometric analysis and by placing the jaws in the appropriate position in three dimensions of space, the patients' self-evaluation of the treatment success and their satisfaction with the treatment form the basis of real success.

Our study included 73 individuals with dentofacial deformity and 42 individuals with minimal crowding, who were operated in the Department of Oral, Dental and Maxillofacial Surgery of Süleyman Demirel University Faculty of Dentistry between 2025 and 2021 and constitute the control group without any orthodontic treatment history. Social appearance anxiety of people with Social Appearance Anxiety Questionnaire; The effect of oral health on general health status was evaluated with OHIP-14. The social anxiety of individuals who had undergone orthognathic surgery decreased statistically significantly after the treatment compared to their pre-treatment status; their status after treatment was found to be statistically significantly lower than the individuals in the control group. Likewise, the OHIP-14 scores of individuals who had undergone orthognathic surgery were also found to be statistically lower after treatment.

The satisfaction of individuals who had undergone orthognathic surgery from the 6th month after the operation was also evaluated with the Post-Orthognathic Surgery Satisfaction Questionnaire, and their satisfaction with the treatment was found to be high in parallel with other studies in the literature.

The results of our study show that the primary reason for individuals to prefer surgical treatment is to provide aesthetic improvement, accordingly, to increase the acceptance of the person in social environments and to make positive psychosocial developments.

Keywords: Orthognathic surgery, Social anxiety, Satisfaction, OHIP-14.

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
ÖNSÖZ.....	ii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Yüz Güzelliği ve Sosyal Hayata Etkisi	2
2.2. Dentofasial Deformite Tanımı ve Ortognatik Cerrahi.....	3
2.3. Ortognatik Cerrahi Tanımı	4
2.4. Ortognatik Cerrahi Tarihçesi.....	5
2.5. Ortognatik Cerrahinin Komplikasyonları.....	6
2.5.1. İntraoperatif Komplikasyonlar.....	6
2.5.1.1. Kanama	6
2.5.1.2. Kötü Kırık	8
2.5.2. Postoperatif Komplikasyonlar	8
2.5.2.1. Stabilite ve Relaps.....	8
2.5.2.2. Temporomandibular Eklem Disfonksiyonu	9
2.5.2.3. Nörosensöriyel Hasar ve Nöropatik Ağrı.....	10
2.5.2.4. Nazal Morfolojide Değişiklik	12
2.5.2.5. Osteotomi Bölgelerinde İyileşmenin Gecikmesi ve Osteotomi Bölgelerinin Yeterince İyileşmemesi	12
2.5.2.6. Enfeksiyon.....	13
2.5.2.7. Solunum Sistemi Yetersizliği.....	13
2.5.2.8. Obsrüktif Uyku Apnesi	13
2.6. Ortognatik Cerrahide Hastayı Cerrahiye Yönlendiren Sebepler	14
2.7. Yaşam Kalitesi Tanımı	15
2.8. Ağız Sağlığı Etki Profili Anketi (OHIP)	18
2.9. Sosyal Görünüş Kaygısı ve Sosyal Görünüş Kaygısı Anketi (SGKA)	19

2.10. Memnuniyetin Değerlendirilmesi.....	21
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	26
3.1. Gereç	26
3.2. Yöntem	28
3.3. İstatiksel Yöntem.....	29
4. BULGULAR	40
4.1. Hastaların Demografik Bilgilerinin Değerlendirilmesi	40
4.2. Sosyal Görünüş Kaygısı Anketi Verilerinin Değerlendirilmesi	43
4.3. Ağız Sağlığı Etki Profili Anketinin Verilerinin Değerlendirilmesi.....	51
4.4. Memnuniyet Anketi Verilerinin Değerlendirilmesi	58
5. TARTIŞMA	84
5.1. Amacın Tartışılması	84
5.2. Tercih Edilmiş Anketlerin Tartışılması	87
5.3. Bulguların Tartışılması.....	88
5.3.1. Demografik Bilgilerin Tartışılması.....	88
5.3.2. Hastaların Ortognatik Cerrahi Öncesi ve Sonrasına Göre ve Hastaların Ortognatik Cerrahi Sonrasıyla Kontrol Grubunun Sosyal Görünüş Kaygısının Karşılaştırılması	89
5.3.3. Hastaların Ortognatik Cerrahi Öncesi ve Sonrasına Göre ve Hastaların Ortognatik Cerrahi Sonrasıyla Kontrol Grubunun Ağız Sağlığı Etki Profili Anketlerinin Karşılaştırılması.....	91
5.3.4. Ortognatik Cerrahi Sonrasında Hastaların Memnuniyetlerinin Tartışılması	96
SONUÇ ve ÖNERİLER.....	114
KAYNAKÇA	115
EKLER.....	125
Ek 1. Demografik Bilgiler	125
Ek 2. SGKA.....	126
Ek 3. OHIP-14.....	129
Ek 4. Cerrahi Sonrası Memnuniyet Anketi	132

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. SGKA için normallik testleri değerlendirilmesi	31
Tablo 2. SGKA için bağımlı t-testi değerlendirilmesi	32
Tablo 3. SGKA cerrahiden önce ve cerrahiden sonra durumların puanaj değişimleri değerlendirilmesi.....	32
Tablo 4. SGKA soruları ve bağımlı t- testi değerlendirmesi.....	33
Tablo 5. OHIP-14 anketi normallik testleri değerlendirilmesi.....	36
Tablo 6. OHIP-14 anketi için bağımlı t-testi değerlendirilmesi	36
Tablo 7. OHIP-14 cerrahiden önce ve cerrahiden sonra durumların puanaj değişimleri değerlendirilmesi.....	37
Tablo 8. OHIP-14 soruları ve bağımlı t-testi değerlendirmesi.....	38
Tablo 9. Memnuniyetin açıklanması için oluşturulmuş Model 1'in bağımsız değişkenlerle regresyon analizi	76
Tablo 10. Model 1 için yenilenmiş regresyon analizi sonrasında anlamlı çıkan bağımsız değişkenler.....	76
Tablo 11. Memnuniyetin açıklanması için oluşturulmuş Model 2'in bağımsız değişkenlerle regresyon analizi	77
Tablo 12. Model 2 için yenilenmiş regresyon analizi sonrasında anlamlı çıkan bağımsız değişkenler.....	77
Tablo 13. Konuşma yetisi için bağımlı t-testi ve puanaj değerlendirmesi	78
Tablo 14. Oklüzyon için bağımlı t-testi ve puanaj değerlendirmesi	79
Tablo 15. Gülümseme estetiği için bağımlı t-testi ve puanaj değerlendirmesi	80
Tablo 16. Çiğneme kabiliyeti için bağımlı t-testi ve puanaj değerlendirmesi.....	81
Tablo 17. Yüzün estetik görüntüsü için bağımlı t-testi ve puanaj değerlendirmesi .	82
Tablo 18. Kendine güven hissi için bağımlı t-testi ve puanaj değerlendirmesi	83

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. AB/BC değeri, BC/AC değerine eşit olmalı ve altın sayıyı yani 0,618'i vermelidir.	2
Şekil 2. Cerrahi tedavi görmüş grubun iskeletsel deformitelerine göre sınıflaması ..	40
Şekil 3. Uygulanmış cerrahi prosedürlerin cinsiyete göre dağılımı.....	41
Şekil 4. Cerrahi tedavi görmüş grup ve kontrol grubunun yaş gruplarına göre sınıflandırılması	42
Şekil 5. Operasyon ile anket uygulaması arasında geçen süre.....	42
Şekil 6. Bireylerin ortodontik tedavileri ile ortognatik cerrahileri arasında geçen süre	43
Şekil 7. Bireylerin cerrahi tedavi tercihindeki öncelikli motivasyon kaynaklarına göre dağılımı	59
Şekil 8. Bireylerin cerrahi tedavi seçeneğini tercihinin içsel isteklerine göre dağılımı	59
Şekil 9. Bireylere ameliyat prosedürü, ameliyat sırasında ve sonrasında karşılaşılabilecek komplikasyonların yeterli ayrıntıyla açıklanmasının dağılımı	60
Şekil 10. Bireylerin ameliyat sonrasında beklenmedik bir durumla karşılaşmama durumlarının dağılımı	61
Şekil 11. Bireylerin tedaviden beklentilerinin karşılanması ve tedavi sonuçlarından memnuniyetlerinin dağılımı.....	61
Şekil 12. Bireylerin tedaviden beklentilerinin karşılanması ve tedavi sonuçlarından memnuniyetlerinin iskeletsel deformiteye göre dağılımı	62
Şekil 13. Bireylerin tedaviden beklentilerinin karşılanması ve tedavi sonuçlarından memnuniyetlerinin cinsiyete göre dağılımı	62
Şekil 14. Bireylerin tedaviden beklentilerinin karşılanması ve tedavi sonuçlarından memnuniyetlerinin yaşa göre dağılımı	63
Şekil 15. Bireylerin cerrahi prosedüre bağlı olarak hayat değişikliği yaşama durumlarının dağılımı	63
Şekil 16. Bireylerin cerrahi prosedüre bağlı olarak hayat değişikliği yaşama durumlarının iskeletsel deformiteye göre dağılımı	64
Şekil 17. Bireylerin cerrahi prosedüre bağlı olarak hayat değişikliği yaşama durumlarının cinsiyete göre dağılımı	64
Şekil 18. Bireylerin cerrahi prosedüre bağlı olarak hayat değişikliği yaşama durumlarının yaşa göre dağılımı	65
Şekil 19. Bireylerin yeniden karar verme durumunda, cerrahi operasyonu tekrardan bu prosedürü tercih durumlarının dağılımı	66
Şekil 20. Bireylerin yeniden karar verme durumunda, cerrahi operasyonu tekrardan tercih durumlarının iskeletsel deformiteye göre dağılımı	66

Şekil 21. Bireylerin yeniden karar verme durumunda, cerrahi operasyonu tekrardan tercih durumlarının cinsiyete göre dağılımı	67
Şekil 22. Bireylerin yeniden karar verme durumunda, cerrahi operasyonu tekrardan tercih durumlarının yaşa göre dağılımı	67
Şekil 23. Bireylerin, cerrahi operasyonu başkalarına önerme miktarları.....	68
Şekil 24. Bireylerin, cerrahi operasyonu başkalarına önerme miktarlarının iskeletsel deformiteye göre dağılımı	69
Şekil 25. Bireylerin, cerrahi operasyonu başkalarına önerme miktarlarının cinsiyete göre dağılımı	69
Şekil 26. Bireylerin, cerrahi operasyonu başkalarına önerme miktarlarının yaşa göre dağılımı	70
Şekil 27. Her şeyi gözönünde bulundurduklarında bireylerin cerrahi sonuçlarından memnuniyeti	70
Şekil 28. Her şeyi gözönünde bulundurduklarında bireylerin cerrahi sonuçlarından memnuniyetinin iskeletsel deformiteye göre dağılımı	71
Şekil 29. Her şeyi gözönünde bulundurduklarında bireylerin cerrahi sonuçlarından memnuniyetinin cinsiyete göre dağılımı	71
Şekil 30. Her şeyi gözönünde bulundurduklarında bireylerin cerrahi sonuçlarından memnuniyetinin yaşa göre dağılımı.....	72
Şekil 31. Hastaların cerrahi tedavileri sonrası ortodontik tedavilerinin devam etme sürelerine göre memnuniyetlerinin puantajı.....	72
Şekil 32. Cerrahi sonrasında hastaların uyuşukluk hissetme miktarlarına göre dağılımı	73
Şekil 33. Cerrahi sonrasında hissedilen uyuşukluğun hastaları etkileme miktarlarının dağılımı	73
Şekil 34. Cerrahi sonrasında hastaların yeni yüz estetiklerine alışmakta zorluk yaşama miktarlarının dağılımı.....	74

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
TMD	: Temporomandibular eklem disfonksiyonu
SSRO	: Sagittal split ramus osteotomisi
TME	: Tempromandibular eklem
DIDL	: Dental Impact on Daily Living
DIP	: Dental Impact Profile
GOHAI	: Geriatric (General) Oral Health Assessment Index
OIDP	: Oral Impacts on Daily Performance
OHIP	: Oral Health Impact Profile- Ağız Sağlığı Etki Profili Anketi
SGKA	: Sosyal Görünüş Kaygısı Anketi
VAS	: Visual Analog Skala
OQOL	: Ortognatik Hayat Kalitesi Anketi

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Dentofasial deformiteler tüm yüz kemikleri, çeneler ve dişlerin uyumsuzluğuyla karakterizedir. Ortognatik cerrahi, doğumsal ya da kazanılmış olan bu dentofasial deformitelerin tedavisinde sıklıkla tercih edilen güvenilir bir yöntemdir. İlk tanıtılmaya başlandığı dönemlerde çalışmacıların ilgilendiği konu sıklıkla ortognatik cerrahinin uygulanma methodu, fiksasyon teknikleri ve hastaya sağladığı oklüzyon iken günümüzde tedavinin psikososyal yönü ve hastaları sağladığı psikojik fayda dikkat çekmektedir.

Bireylerin dentofasial deformitelerinin yaşam kalitelerine etkisi; kişilerin benlik algıları ve kendilerine biçtikleri değer; uygulanan tedaviyi değerlendirme biçimleri ve tedaviden memnuniyetlerinin değerlendirilmesi bu çalışmanın temelini oluşturmaktadır. Bu temel üzerine kurulu çalışmalar sayesinde ortognatik cerrahi tedavinin, kişilerin estetik gelişimine ve oklüzyonuna sağlanan katkı dışında psikososyal gelişimlerinin de değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yüz Güzelliği ve Sosyal Hayata Etkisi

Antik Yunan filozofu olan Aristoteles güzelliği ‘kesin olmayan uyumluluk veya estetik açıdan hoş orantılılık duygusu’ olarak tanımlamıştır.

Yüzün ideal proporsiyonu, yüzyıllardır güzelliğin sırrı kabul edilmiştir ve belki de doğal güzelliğin ulaşmayı amaçladığı en eski fikir budur. Yüz güzellik algısı objektif değildir fakat yüz proporsiyonunun değerlendirilmesi objektiftir. Yüzyıllardır heykeltıraşlar ve ressamalar insanın ideal proporsiyonunu farklı temeller üzerine kurmuşlardır(1).

Bazı proporsiyonel özellikler güzel bir yüzü tanımlamak için kullanılmaktadır. Fakat bu özellikler zaman içerisinde değişikliğe uğrayabilmektedirler; farkı cins ve ırklarda değişiklik gösterebilmektedirler(2).

Bunların içinde en bilindik olanı altın orandır. Belirlenmiş bir çizgi üzerindeki üç nokta arasındaki uzaklıkların, kısa olanın uzun olanına oranlanmasıyla elde edilen değerin; uzun olanın tüm çizginin uzunluğuna oranlanmasıyla elde edilen değere eşit olması beklenir ve bu değer altın oran olarak isimlendirilir. Yüz üzerinde yapılan ölçümlerde bu değere yakın sonuçlar elde etmek tüm estetik operasyonların temel amacıdır.



$$AB/BC = BC/AC$$

Şekil 1. AB/BC değeri, BC/AC değerine eşit olmalı ve altın sayıyı yani 0,618’i vermelidir.

Her insanın en bireysel, en ayırt edici özelliği yüzüdür. Benliğin ve kimlik duygusunun temsili büyük ölçüde yüz görünümüne dayanır ve muazzam bir sosyal önemi vardır. Yüzde bulunan normal dışı oranlar fonksiyonel bozuklukların yanında sosyal anlamda da mutsuzluğa ve anksiyeteye sebep olabilir. Normal psikososyal işlevsellik ve insan mutluluğu için yüz güzelliği göz ardı edilemez. Dünya Sağlık

Örgütü (DSÖ) ‘nun yaptığı sağlık tanımına göre; sağlıklı olma durumu hasta olmama durumu değil; fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Kraniofasial deformiteleri olan hastalar için işlevel bozukluklar sağlıklılık durumu için caydırıcıdır fakat yüz deformiteleri yine de bu hastalar için en önemli rahatsızlık sebebidir(3).

Bir kişinin kendi yüz görünümünü algılaması son derece önemlidir. Deformite sahibi olan bazı kişiler bunu çok önemsemezken, bazılarıysa bu konu nedeniyle tek başlarına başa çıkamayacakları bir duruma düşebilirler. Bu durum kişilerin hayat kalitelerini büyük ölçüde etkilemektedir. Buna ek olarak yüzdeki deformite sadece kişinin kendisini değil aynı zamanda başkalarının da kişi hakkındaki düşüncelerini etkileyebilmektedir. Bu düşünceler kişiler arası ilişkilere göre değişebilir ama bireyin başkaları üzerindeki ilk izlenimini, kendi benlik saygısını ve yaşam kalitesini etkilemektedir(4).

2.2. Dentofasial Deformite Tanımı ve Ortognatik Cerrahi

Dentofasial deformite öncelikli olarak dişler ve çenelerde görülen bununla beraber tüm kraniofasial yapıları etkileyen değişiklikler olarak tanımlanabilmektedir. Çoğu vakada orta veya şiddetli genetik yatkınlık (mandibular prognatizm, bimaxiller prognatizm ve retrognatizm, maksiller vertikal gelişim fazlalığı gibi) sonucu yapıların normal gelişimin dışına çıkması sebebiyle oluşmaktadır. Büyüme gelişim döneminde yakalandığı taktirde hafif vakalar ortodontik kamuflaj tedavisinden fayda görürken, yetişkinlik döneminde tek tedavi seçeneği ortodontik tedaviyle kombine ortognatik cerrahi tedavidir. Literatürdeki bazı çalışmalara göre çeşitli derecede kişinin fonksiyon ve estetiğini etkileyen, toplumun %20’sinde görülen bir durumdur(5). Elde edilen kanıta dayalı bilgilere göre bu durum, kişilerin benlik saygısı, kendine güven ve ruh sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir(6). Düşük benlik saygısı ve zaman içerisinde gelişen hayat kalitesinde düşüş, dentofasial deformiteli hastalarda sık rastlanmaktadır(5).

Dentofasial deformite tedavisinde 3 standart yöntem vardır. Bunlar prepupertal dönemde büyümenin yönlendirilmesi, büyüme atağından sonra ortodontik kamuflaj tedavisi ve dental kompensasyonun ortadan kaldırılıp hastanın tek tercihi olan ortognatik cerrahiye hazırlanmasıdır(7). Deformitelerin tedavisinde

yıllar içinde farklı yöntemler önerilmiş olsa da ortodontik tedaviyle kombine edilmiş ortognatik cerrahi altın standarttır. Tedavinin asıl amaçları arasında fasial ve dental açıdan estetik bir görüntü oluşturmak, fonksiyonel bir okluzyon sağlamak, orofasial dokuların sağlıklı bir şekilde idame edilmesini sağlamak ve dental arklar arasındaki stabilizasyonun uzun dönem bozulmamasını sağlamak sayılabilmektedir. Literatürdeki çalışmalara göre deformiteler sadece okluzyonu ve orofasial yapıların fonksiyonunu etkilememektedir. Aynı zamanda kişilerin psikososyal durumlarını, estetik açıdan kendilerini beğenme veya beğenmeme durumlarını kısaca hayat kalitesinin her alanını etkilemektedir(6).

Maksillofasial cerrahi alanında yıllar içerisindeki gelişmelerle (fiksasyon yöntemleri, teşhis ve planlama gibi) bu prosedür daha güvenli ve yaygın hale gelmiştir. Teknolojik gelişmeler sayesinde hasta, cerrahi işlemin estetik sonuçları konusunda operasyon öncesi dönemde daha fazla fikir sahibi olmaya başlamıştır. Tüm bunlar hastaların ortognatik cerrahiye olan güvenlerini ve bu prosedüre olan talebi arttırmıştır(5).

2.3. Ortognatik Cerrahi Tanımı

Dentofasial fonksiyon ve estetiğin ayrıca kişinin yaşam kalitesinin ve kendini algılama biçiminin iyileştirilmesi amacıyla, dişlerin repozisyonu yapılsın veya yapılmasın maksilla ve mandibulanın cerrahi olarak uzayın 3 boyutunda yer değiştirmesi işlemi ortognatik cerrahi olarak tanımlanmaktadır(8).

Ortognatik cerrahi dentofasial deformite ve maloklüzyon tedavisi için uygulanan bir prosedürdür. Cerrahi olarak öncelikle maksilla ve mandibulanın uygun pozisyona getirilmesi, çenelerin fonksiyonel ve estetik olarak harmoni içerisinde görünmesi ve çalışmasını sağlamak ortognatik cerrahinin temel amacıdır. Ortodontik tedaviyle yeterli sonuç alınamamış ileri düzeydeki düzensizliklerin, genellikle büyüme gelişim döneminden sonra tedavi edilmesi prensibiyle uygulanmaktadır. Prosedür tipinin tercihinde maloklüzyon tipi, temporomandibular eklem disfonksiyonu (TMD) ve kozmetik durumlar göz önüne alınmaktadır(9).

2.4. Ortognatik Cerrahi Tarihçesi

Hullihen 1849 yılında mandibular dentoalveolar prognatizm ve open bite için ortognatik cerrahi tedaviyi ilk defa raporlamıştır. Günümüzde anterior segmental osteotomiye benzeyen bu teknik mandibular osteotomilerin temelini atmıştır.

Bimaksiller deformitelerin ilk sınıflamasını oluşturan çalışmacı olan Blair, 1897 yılında mandibular prognatizm tedavisi için mandibular ramus kesisini ilk tanımlayan ve uygulayan kişidir.

Bundan itibaren mandibular prognatizm tedavisinde, sayısız teknik mandibula korpus ve çıkan ramus diseksiyonu için tanıtılmıştır. 1957 yılında Trauner ve Obwegeser sagittal split ramus osteotomisini(SSRO) duyurmuşlardır ve ortognatik cerrahi tarihinde modern bir devir başlamıştır. Bu intraoral teknik mandibulanın, uzayın üç boyutunda cerrahi plana göre hareket edebilmesini sağlamaktadır. Kondilin glenoid fossa içerisinde pozisyonlanmasına olanak tanımaktadır ve en önemlisi kemiklerin kesi hatlarında önemli miktarda temasta olmasını sağlamaktadır. Bu sayede ortognatik cerrahi sonrasında, primer kemik iyileşmesine olanak sağlanmaktadır.

Dal Pond (1961), Hunsuck (1968), Epker (1977) farklı modifikasyonlarla mandibular osteotomiler geliştirmişlerdir. Mandibular osteotomiler duyurulduktan sonra, Obwegeser 1969 yılında Le fort I osteotomisini geniş bir vaka serisiyle tanıtmıştır. Bu teknikle mandibula gibi maksilla da uzayın üç boyutunda cerrahi plana göre hareket ettirilebilmektedir.

Günümüzde sıklıkla tercih edilen ortognatik cerrahi prosedürler şunlardır;

- Bilateral sagittal split ramus osteotomisi
- Lefort I osteotomisi
- Genioplasti
- Vertikal ramus osteotomisi
- Ters L ve C osteotomileri
- Anterior subapikal osteotomi(9).

2.5. Ortognatik Cerrahinin Komplikasyonları

Ortognatik cerrahi prosedürler çeşitli risk ve komplikasyonları bünyesinde barındırmaktadır. Maksiller ve mandibular osteotomiler için literatürde sıklıkla bahsedilen komplikasyonlar kanama, ağrı, nörosensöriyel hasar, TMD oluşumu veya şiddetinin artışı, kondiler rezospsiyon, operasyon sonrası dönemde maloklüzyon, enfeksiyon, istenmeyen bir bölgede kırık oluşumu ya da kötü kırık, tam kaynaşmamış kemik segmentleri, relaps, açık kapanış, nazal bölgede anormal görüntü oluşumu, kemik nekrozu, yumuşak doku ve periodontal dokularda hasar, dental dokuların zarar görmesi, tatmin edici olmayan estetik sonuçlar, yara yerlerinde iyileşmeme, dispne ve fiksasyon ürünlerinin başarısızlık göstermesi şeklinde sıralanabilmektedir.

Yaş, cinsiyet, 3.molar dişin varlığı veya yokluğu, ameliyat süresi, cerrahın tecrübesi, deformite ve maloklüzyon tipi, tek ya da çift çene cerrahisi tercihi ve buna ek olarak genioplasti planlanması; ortognatik cerrahide komplikasyon risk faktörlerini oluşturmaktadır(9).

Ortognatik cerrahinin kompleksliği göz önüne alındığında, preoperatif dönemde hastaların komplikasyonlar ve süreç açısından yeterince bilgilendirilmesi postoperatif dönemde hasta memnuniyetini etkilemektedir(10).

2.5.1. İntraoperatif Komplikasyonlar

2.5.1.1. Kanama

Ortognatik cerrahi operasyonlar yapılırken inferior alveolar, süperior alveolar, maksiller, retromandibular, fasial ve sublingual damarların yaralanmasına bağlı olarak kanama meydana gelebilmektedir. Baskı, bone wax ve rezorbe olabilen hemostatik ajanların uygulanması, trombin veya epinefrin emdirilmiş spançlarla tamponlama yapılması ve elektrokoter kullanımı kanamayı kontrol altına almak için tercih edilebilen yöntemlerdir. Büyük damar yaralanmalarında gecikmiş ikincil kanamalardan korunmak adına damar ligasyonu ve anjiyografi tercih edilmemesi literatürde önerilmektedir(11).

Le fort I osteotomisinin uygulanma biçimine bağlı olarak, maksiller posterior bölgede kör osteotomi yapılması gerekmektedir. Pterygomaksiller ayrılma, Le fort I osteotomisinin en kritik noktasıdır. Bu bölgede meydana gelen istenmeyen kırık, pterygopalatin fossa, kafa tabanı ve orbitaya zarar verebilmektedir. Damar yaralanması maksiller tüber bölgesinin osteotomlar yardımıyla pterygoid bölgeden ayrılması sırasında meydana gelebileceği gibi maksillanın indirilmesi sırasında da oluşabilir. Maksiller osteotomi sırasında anatomik olarak maksiller sinüsün posteromedial duvarında konumlanan descending palatin arter en sık yaralanan damardır. Daha az sıklıkla maksiller arter ve terminal damarları, pterygoid venöz pleksus, internal karotid arter ve internal juguler ven zarar görebilmektedir(12).

Arteriyel kanama kalıcı olma eğilimindedir ve bu durum kanamayı yönetmeyi zorlaştırmaktadır(12). Le fort I prosedüründe meydana gelen arterial kanama, operasyon sonrası iki haftaya kadar uzayan burun kanamalarının işareti olabilmektedir. Anterior ve/veya posterior nazal tamponlama, maksiller antrum tamponlaması, kanayan damarların elektrokoterize edilmesi veya bağlanması için yeni bir operasyon planlanması, pterygomaksiller bölgeye hemostatik ajanların yerleştirilmesi, eksternal karotit arter ligasyonu ve maksiller arterin selektif embolizasyonu kanama tedavisi için tercih edilebilecek yöntemlerdir. Fakat bu hemostatik tedaviler aseptik nekroz oluşumuna zemin hazırlayabilmektedirler. İntraoperatif kanamanın şiddeti ve komplikasyon geliştirme olasılığı hastadan hastaya değişebilmektedir. Bu nedenle operasyon sırasında kanama miktarı konusunda dikkatli olunmalıdır(11).

Literatürde bazı vakalarda kanamanın, operasyondan aylar sonra gecikmiş psödoanevrizma olarak bile görülebileceği bildirilmiştir(13).

Literatüre göre operasyon sırasında hipotansif anestezi için sevofluran kullanımının kanamayı oldukça azalttığı, cerrahi sahada mükemmel bir görüş sağladığı ve bu sayede komplikasyon oluşumunu engellemeye yardımcı olduğunu bildiren makaleler mevcuttur(14).

Operasyon esnasında kan basıncı 120/80'in üzerine çıktığında görülen kanamaların, postoperatif dönemde artarak devam edebileceği mutlaka akılda tutulmalıdır(12).

2.5.1.2. Kötü Kırık

Osteotomi sırasında düzgün olmayan kırık hattı oluşumu kötü kırık olarak isimlendirilmektedir ve literatürde görülme insidansının %1-23 arasında değiştiği bildirilmiştir(15). Proksimal segment bukkal duvar kırığı ve distal segment lingual duvar kırığı sıklıkla SSRO sırasında görülebilmektedir. Proksimal segment bukkal duvarında meydana gelen istenmeyen kırığın oluşma sebebi, bukkal yüzde mandibula alt sınırına kadar yapılmamış diğer bir deyişle yetersiz yapılmış osteotomi olabilmektedir. Osteotomi yetersiz yapıldığında, kemik segmentleri ayırmak için kullanılan güç, kemiğe kontrolsüz iletilecektir ve kötü kırık oluşumuna zemin hazırlayacaktır. Mandibula korpusunda yapılan vertikal kesinin yetersiz olması, horizontal kesinin linguanın çok üstünde yapılması, proksimal ve distal segmentlerin ayrılmasında çok fazla kuvvet uygulanması, gömülü üçüncü molar diş varlığı veya yokluğu; eğer ameliyat sırasında mevcutsa pozisyonu, gömülülük derecesi, kök morfolojisi ve osteotomi çeşidi kötü kırık oluşumu için risk faktörleri olarak bildirilmiştir(11,16).

Kötü kırık oluşma olasılığının cerrah tecrübesi arttıkça azaldığını söyleyen çalışmalar da literatürde mevcuttur(17).

Kötü kırık enfeksiyon, kemik segmentleri arasında sekestrasyon oluşumu, kemik iyileşmesinde gecikme ve psödoartoris oluşumuna zemin hazırlayabilmektedir. Ayrıca postoperatif stabilizasyon eksikliği, relaps ve temporomandibular eklem sorunlarına sebep olabilmektedir(18).

2.5.2. Postoperatif Komplikasyonlar

2.5.2.1. Stabilite ve Relaps

Ortognatik cerrahi sonrasında planlanan final oklüzyonu, cerrahi öncesinde hazırlanan plaklar yardımı ile çenelerin uygun anatomik pozisyonlara getirilmesiyle sağlanmaktadır. Ameliyat esnasında kemik rotasyonunun yönü ve hareket miktarlarının kas ve yumuşak dokulara uyguladığı fizyolojik etki, sağ ve soldaki asimetri miktarı, kondil pozisyonundaki değişim, ramus açısındaki değişim, mandibular düzlemdeki değişim, kemik segmentlerini fiks etmek için kullanılan

yöntem, operasyon sırasında çeneleri uzayın üç boyutunda uygun pozisyona getiren final splintinin yanlış yapılması veya uygulanması, preoperatif ortodontik tedavi sırasında dişlerin yanlış sıralanması ve postoperatif dönemde ortodontik tedaviye bağlı diş pozisyonlarındaki değişimler relaps için risk faktörlerini oluşturmaktadır. SSRO sırasında kemik segmentleri arasında boşluk oluşumu kaçınılmazdır. Fiksasyon prosedürlerinde segmentleri birbirine yaklaştıracı güç uygulamak kondil ve disk pozisyonunda değişikliğe, kondil rezorpsiyonuna ve uzun dönemde relapsa sebep olabilmektedir(11). Ortognatik cerrahi sonrasında stabilite konusunda literatürde kesin bir fikir birliği bulunmamakla beraber nüksün postoperatif ilk 6 ay içinde geliştiği düşünülmektedir(19). Geç nüksün ameliyattan 6-12 ay sonra meydana geldiği bildirilmiştir. Relaps miktarının çenelere uzayın üç boyutunda yaptırılan hareketin tipi, miktarı ve yönü kadar kişinin anatomik özelliklerine de bağlı olduğu düşünülmektedir(20).

Mandibulanın fazla miktarda öne alınmasının (6-7 mm), yumuşak doku ve kaslarda gerginliği arttıracığı için relaps miktarını da arttıracığı literatürde belirtilmiştir. Thiem ve ark. sınıf II iskeletsel ilişkiye sahip hastalarda bimaxiller cerrahinin, SSRO'ne göre daha az stabil sonuçlar oluştururken; sınıf III hastalarda iki cerrahi prosedürün de eşit miktarda stabilizasyon gösterdiğini bildirmişlerdir. Buna bağlı olarak hastaların deformitesinin tipi, uygulanacak olan hareket miktarı, tercih edilen cerrahi prosedür postoperatif dönemde stabiliteyi etkileyen unsurlardır(21).

2.5.2.2. Temporomandibular Eklem Disfonksiyonu

Tüm ortognatik cerrahi prosedürler temporomandibular eklemi(TME) direkt veya indirekt olarak ayrıca çenelere yaptırılan hareketin çeşidi, üç boyutlu yönü ve hareket miktarıyla etkilemektedir. TME'de olan düzensizlikler ve şikayetler ameliyattan önce mutlaka değerlendirilmelidir, kaydedilmelidir, tedavi planında göz önüne alınmalıdır ve bu durum hakkında hasta bilgilendirilmelidir. Ortognatik cerrahi sonrasında temporomandibular eklem bozukluklarında iyileşme görülebileceği gibi kötüleşme de görülebilmektedir. Operasyon sonrası dönemde hastalar bu açıdan dikkatle izlenmelidir. İşlemin TME'yi minimum seviyede etkilemesi için operasyon sırasında mandibulada proksimal ve distal segment arasındaki interferanslar mutlaka kaldırılmalıdır, kondil glenoid fossaya

yerleştirilmelidir; operasyon sonrası dönemde mandibulanın hipomobilizasyonundan ve uzun süreli intermaksiller fiksasyondan(IMF) kaçınılmalıdır(21).

2.5.2.3. Nörosensöriyel Hasar ve Nöropatik Ağrı

Ortognatik cerrahi komplikasyonlarından olan nörosensöriyel hasar, hiperestezi, parestezi ya da anestezi şeklinde kendini gösterebilmektedir ve hasta tatminini oldukça etkilemektedir. İnferior alveolar sinir, mental sinir, insiziv sinir, lingual sinir ve infraorbital sinir sıklıkla etkilenen yapılardır. Duruma göre fasial sinir de direkt ya da indirekt olarak etkilenebilmektedir(11).

Trigeminal sinirin bir dalı olan inferior alveolar sinir, orofasial yapılara temas eden uyarıları algılamakta görevlidir. Mandibular osteotomiler, mandibular kanala yakın bir alanda yapılmaktadır ve bu alan inferior alveolar sinirin yaralanması için yüksek riskli bölgedir. Ayrıca kemik segmentlerini bir araya getirmek için kullanılan vida sistemleri operasyon sırasında dolaylı ya da dolaysız olarak inferior alveolar siniri sıkıştırabilmektedir. Mandibulanın anatomik yapısı ve mandibular kanalın kemik içindeki seyri de sinir hasarı riskini arttırabilmektedir. Bununla birlikte geç yaş, operasyon sırasında sinirle karşılaşmak, eş zamanlı genioplasti, fazla miktarda mandibular ilerletme, fiksasyon teknikleri sinir hasarı için risk faktörlerini oluşturmaktadır(22).

Lingual sinir, intraoral mandibular osteotomi sırasında veya daha az sıklıkla fiksasyon veya sutur sırasında zarar görebilmektedir. Yaralanma mekanizması çoğunlukla sinir traksiyonuna bağlı olduğu için his değişikliğinin genellikle geçici olduğu bildirilmiştir. Lingual sinir yaralanması, inferior alveolar sinir yaralanmasından daha nadir görülse ve daha hızlı iyileşse bile hastalar günlük aktivitelerini bu yaralanmanın daha çok etkilediğini söylemişlerdir(23).

Lefort I osteotomisi maksiller dişlerde, bukkal ve palatinal mukozada, ciltte duyu değişikliklerine sebep olabilmektedir(11).

Infraorbital sinir yaralanmaları sıklıkla maksiller osteotomi esnasında yumuşak dokunun retraksiyonu ile meydana gelmektedir. Ayrıca yüksek osteotomi hatları ve uygun olmayan fiksasyon noktası seçimleri de hasara sebebiyet

verebilmektedir. Oluşan sinir harabiyetinin çoğunlukla geçici olduğu bildirilmiştir(24).

Fasial sinir yaralanmaları ortognatik cerrahide oldukça nadirdir. Literatürde bu oran %0,17-0,75 arasında bildirilmiştir. Anatomik olarak ağız açık pozisyondayken, çıkan ramusun posterior sınırıyla fasial sinir arasında 1-2 cmlık bir mesafe bulunmaktadır. Fasial sinirin iskemik paralizisi vazokonstruktörlü lokal anestezilerin çok derine yapılması nedeniyle gelişebilmektedir. Ayrıca fasial sinir yaralanmaları, segmentlerin ayrılması sırasında keski ve osteotomların yanlış kullanımıyla, posterior ayrılma sırasında styloid prosesin kırılmasıyla, medial osteotomi sırasında perimandibular yumuşak dokuların frezlerle zedelenmesiyle de meydana gelebilmektedir. Posteriora alınan kemik segmenti, cerrahi retraktörler ve hematoma da sinirin sıkışmasına sebep olabilmektedir. Ameliyat sırasında ve sonrasında steroid kullanımının, ödemi kontrol altında tutacağı düşünüldüğünde geçici his değişiklikleri açısından bu prosedürün koruyucu olabileceği bildirilmiştir(25).

Fakat sinirde meydana gelen direkt yaralanmalar sonucu oluşan his değişikliği, operasyon sonrası dönemde zamanla azalsa bile tamamen ameliyat öncesindeki duruma dönemeyebilmektedir. Bu yüzden hastaların operasyon öncesinde bu konu hakkında yeterli ve açıklayıcı biçimde bilgilendirilmesi postoperatif dönemde hasta memnuniyetini ve iyileşme sürecini olumlu yönde etkilemektedir(11).

Postoperatif dönemde ağrı, nöropatik ağrı ve muskuloskeletal ağrı olarak iki sınıfa ayrılmaktadır. Ameliyat sırasında inferior alveolar sinirle karşılaşılması ya da çevresindeki kemik yapıya zarar verilmesi kısmi aksonal yaralanma sebebi olabilmektedir. Operasyon sonrası dönemde bir ay içerisinde geçmeyen ağrı aksonal yaralanmayı düşündürmektedir ve genellikle tamamen iyileşme beklenmemektedir. Bu durumun erken teşhis ve yeterli tedavisi, hastanın hayat kalitesi açısından kritik öneme sahiptir(26).

Ameliyat sonrasında kalıcı olarak hissedilen ağrı, hissizlik veya uyuşukluk önemli bir sağlık sorunudur. Duyu hissinde değişiklik üretkenlik kaybına, hayat

kalitesinin düşmesine, bireyin duygusal ve psikolojik sağlığının negatif yönde etkilenmesine sebebiyet verebilmektedir(22).

2.5.2.4. Nazal Morfolojide Değişiklik

Maksillada yapılan değişikliklere bağlı olarak nazal yapının değişimi sıklıkla görülmektedir. Burun tabanının genişlemesi ve deviasyon oluşumu, kemik segmentlerinin sabitlenmesi ve suturasyon sırasında meydana gelebilmektedir. Hastalar ortognatik cerrahiden önce, cerrahi sonrasında olası bir rhinoplasti ameliyatı için bilgilendirilmelidirler. Maksiller ilerletme ve/veya gömme vakalarında alar kartilaj ve nazal septum etkilenmesine bağlı olarak sıklıkla burun tabanında genişleme görülmektedir. Alar sin sutur kullanılarak bu görüntü minimize edilmeye çalışılmaktadır. Fakat literatürde bazı çalışmalar bu suturun anlamsız olduğunu ve burundan entübasyonun yapıyı daha sabit tuttuğu iddia etmişlerdir(27).

Nazal deviasyonun sebepleri arasında maksiller segmentlerin yer değiştirmesi, nazotrakeal entübasyonun yarattığı basınç, entübasyon sırasında kafın yeterince inmemesine bağlı olarak alar kartilaja baskı uygulaması sayılabilmektedir. Maksillanın gömülmesi işlemi sırasında, nazal septumun en az 3 mm kısaltılması nazal deviasyondan korunmak için literatürde önerilmiş bir yöntemdir. Nazal deviasyon meydana geldiğinde; septoplasti, forseps kullanımıyla nazal düzeltme, septum uç kısmının nazal anterior septumuna 8 suturla sabitlenmesi gibi yöntemler tercih edilebilmektedir(27).

2.5.2.5. Osteotomi Bölgelerinde İyileşmenin Gecikmesi ve Osteotomi Bölgelerinin Yeterince İyileşmemesi

Osteotomi bölgelerinde iyileşmenin gecikmesi ya da yeterince iyileşmenin görülememesi yumuşak ve sert dokuların iyileşmesinde bozukluk meydana gelmesiyle oluşabilmektedir. Fiksasyon sırasında telle bağlama gibi rijit olmayan yöntemlerin tercih edilmesi, segmentlerin anteriora fazla miktarda hareketi, maksiller segmentin 6 mm'den fazla ilerletilmesi gibi durumlar iyileşmeme için risk faktörlerini oluşturmaktadır. Operasyon sonrası dişler arasında prematür kontakların varlığı ve operasyon sırasında final splintinin dişlere tam oturmuyor olması kemik segmentlerinin iyileşmesini negatif yönde etkilemektedir. Hastalarda gecikmiş

iyileşme ya da yeterince iyileşmeme durumunun sistemik hastalıklarla da ilişkili olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır(28).

2.5.2.6. Enfeksiyon

Postoperatif dönemde meydana gelen enfeksiyonlar; selülit, maksiller sinüzit, abse ve osteomiyalıt olarak sınıflandırılmaktadır. Aseptik teknikler, cerrahın tecrübesi, antibiyotikler ve maksillofasial bölgenin kan desteği sayesinde enfeksiyon riski literatürde oldukça az olarak tanımlanmıştır. Eğer operasyon bölgesinde enfeksiyon meydana gelirse erken teşhis ve uygun antibiyoterapiyle tamamen tedavi edilebilmektedir(11).

2.5.2.7. Solunum Sistemi Yetersizliği

Solunum sistemiyle ilgili komplikasyonlar arasında havayolu tıkanıklığı, atelettazi, pnomoni, pnomomediastenum ve pnomotoraks sayılabilmektedir. Ortognatik cerrahi sonrasında solunum sistemiyle ilgili sorunların meydana gelmesinde sebep olarak anestezi için kullanılan tüpün nazal mukozal membranlara zarar vermesi, yapılan işlemle nazal kavitenin küçültülmesi, intermaksiller fiksasyon, kan aspirasyonu ve uzun operasyon süresi sayılabilmektedir. Genel anestezi sırasında aşırı ventilasyondan kaçınarak ve operasyon sırasındaki travmayı en aza indirerek kanama veya birikmiş sekresyonlardan kaynaklanan dispne önlenebilmektedir. Aspirasyon pnömonisi gıda, tükürük ve nazal sekresyonların bronşial ağaca girmesiyle meydana gelmektedir. SSRO'yla fazla miktarda mandibular geri alım hava yolunun hacmini azaltabilmektedir. Potansiyel operasyon sonrası solunum problemleri, hastanın var olan solunum problemlerinin ve mandibular geriletme miktarının iyi değerlendirilmesiyle önlenebilmektedir. Operasyon öncesi dönemde Mallampati sınıflandırılmasıyla iskeletsel sınıf III vakalar için geriletme miktarı belirlenmelidir(29).

2.5.2.8. Obsrükatif Uyku Apnesi

Hyoid kemik pozisyonu değişikliğiyle birlikte havayolunun daralması nadir de olsa ortognatik cerrahi sonrasında meydana gelebilmektedir. Mandibulada geriye doğru fazla miktarda hareket planlanan özellikle yaşı ileri hastalarda operasyon

sonrası dönemde havayolu değerlendirilmesi dikkatle yapılmalıdır. Literatürde fazla miktarda mandibular geriletme planlanan çift çene hastalarında, eş zamanlı olarak maksiller ilerletme de önerilmektedir(30).

2.6. Ortognatik Cerrahide Hastayı Cerrahiye Yönlendiren Sebepler

Ortognatik cerrahinin tercihi konusundaki ikilem, halk sağlığı ve bu tedaviye ihtiyaç duyan bireylerin tercihini etkilemesi açısından değerlendirilmeye değer bir konudur.

Literatürde fiziksel olarak daha çekici ve güzel olanların, hayat döngüsü içerisinde diğer kişilere oranla daha avantajlı olup olmadıklarını araştırılmıştır. Bu çalışmalar, avantajın öncelikli olarak okul döneminde başladığını; öğretmenlerin daha çekici çocuklara daha olumlu yaklaştığını bildirmişlerdir. Okul dışında, aile hayatı içerisinde de daha çekici aile bireylerinin etkileyciliklerinin, diğer aile bireylerine oranla daha fazla olduğu görülmüştür. İş hayatı içinde ise yeterlilik-çekicilik ilişkisi için ‘Güzel olan iyi/başarılı; güzel olmayan ise yetersiz/başarısızdır.’ ifadesi genel yargıyı özetler niteliktedir. Yasal etkileşimler, flört ve evliliğin de fiziksel çekicilikten etkilendiği bildirilmiştir(31).

Dentofasial deformiteye sahip bireyler ilk muayeneye geldiklerinde genellikle utangaç, savunmacı ve pasif davranışlar sergilemektedirler. Fiziksel görüntüleri işe alınma şanslarını, eş tercihlerini, sosyal etkileşimlerini, kişilik özelliklerini etkilemektedir. Dolayısıyla bu durum zaman içerisinde kişinin yaşam kalitesine de tesir etmektedir(5).

Bunlar göz önüne alındığında kişilerin kabul edilebilir bir fiziksel çekiciliğe sahip olmak istemeleri normal karşılanmalıdır. Ayrıca kişinin benlik saygısının, başka insanların kişi hakkındaki düşünceleri temelinde oluştuğu da göz önüne alındığında fiziksel çekicilik konusunun, kişinin yaşam kalitesini ne derece etkilediği görülmektedir. Ortognatik cerrahi tedavi, kişinin yüz görünümünü hızlıca değiştirdiği için özgüven ve benlik saygısında hızlı bir artışa sebep olmaktadır. Bu durum tedavinin popülaritesini açıklamaya yardımcı olmaktadır(31).

Dentofasial deformiteli birey, farklı sorunlardan rahatsızlık duyup, cerrahi tedaviyi öncelikli olarak benimsemiş olabilmektedir. Bu sorunların başında yüz

güzelliğini yeterli görmeme(32–34), çiğnemenin yeterli yapılamaması, TME şikayetleri(34), psikolojik durum(33,35,36), sosyal destek, gelecekte ve kendinden beklenti içinde olma ve hekim- hasta ilişkisi (37,38)gelmektedir. Bununla beraber kişilerin cerrahi tedavi tercih etmeme sebepleri operasyondan sonraki yüz görüntüsünü tahmin edememe, cerrahi operasyonun komplikasyonlarından çekinme(38,39), tedavi süresi, tedavi maliyeti(37,38) ve çevredeki insanların bu tedavi hakkındaki tutumları(40) gibi durumlar olabileceği bildirilmiştir.

Edgerton ve ark. kişilerin estetik cerrahi ameliyatlara olan motivasyonlarını iki şekilde sınıflandırmışlardır. Dış motivasyon kişilerin başkalarını memnun etme ihtiyacı, bu davranışla başkalarını memnun edeceği düşüncesi (paranoid düşünce), fiziksel görünüm nedeniyle engellenmiş sosyal ve iş hayatı hissinden oluşmaktadır. İç motivasyon ise sıklıkla yetersizlik hissi, depresyon ve kişilerin hayattan yeteri kadar zevk alamadıklarını düşüncelerinden kaynaklanmaktadır(41).

Tüm sebepler göz önüne alındığında hastaların öncelikli olarak cerrahi tedaviyi tercih sebeplerinin hayat kalitesinde artış sağlayabilme isteği olduğu görülmektedir ve hayat kalitesindeki artışın sağlanmasında en önemli gelişme yüz estetiğindeki değişime bağlı olmaktadır. Hastaların temel motivasyonlarının, yüz estetiklerindeki değişim ve buna bağlı olarak hayat kalitelerindeki artış olduğunu söylemek doğru bir yaklaşım olacaktır(5).

2.7. Yaşam Kalitesi Tanımı

Aristo ve diğer birçok filozofa göre yaşamın temel amacı, en yüksek düzeyde ve yaşamın izin verdiği en iyi duruma sahip olmaktır(42).

Tıp alanında Hipokrat, öğretilerinde hastanın yalnızca durumunun iyileştirilmesini değil, aynı zamanda gelebileceği en sağlıklı hale getirilmesini öğütlemiştir(43).

Bu tanımlamalardan yola çıkarak yaşam kalitesi kavramının tarihinin çok eski zamanlarına dayandığını ve bu kavramın farklı alanlarda farklı şekillerde yer aldığı söylenebilmektedir. Yaşam kalitesi kavramı, sosyoloji, felsefe, tıp ve din gibi farklı alanlarda birbirine paralellikleri olan fakat birebir aynı içerikte olmayan; tarihi çok eski çağlara dayanan farklı tanımlamalara sahiptir. Güncel olarak kişinin hayat

içerisinde bulunduğu pozisyondan memnun olması, yaşamdan yeterli doyumunu alması ve subjektif olarak kişisel iyilik halinin bütün olarak ifadesi gibi tanımlansa da tüm otoritelerden onay almış net bir tanımı bulunmamaktadır. Fakat yapılan tanımlamalarda, kişinin bahsi geçen konudaki mutluluk ve memnuniyet ifadesinin yaşam kalitesinin belirlenmesinde önemli olduğu konusunda fikir birliği mevcuttur(44).

Yaşam kalitesi hayatın pek çok alanını ilgilendiren çok yönlü bir kavramdır. Farklı toplumlar için farklı özellikler barındırmasının yanı sıra aynı toplumdaki farklı bireyler tarafından bile farklı algılanabilmektedir. Her meslek grubu ve toplum açısından farklı değerlendirilse bile bazı temel faktörleri vardır ve bunlar işlevsel yeterlilik, psikolojik yeterlilik, sosyal çevrede yeterlilik, hastalık ve tedavi ile ilişkili durumlardır(45).

Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) tarafından, kişinin kendi yaşadığı kültür ve değerler sistemi içerisinde; amaçları, değerleri, beklentileri, standartları ve ilgileriyle ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması yaşam kalitesi olarak tanımlanmaktadır(3).

Yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilen yaşam kalitesi ölçekleri, kişinin çevresiyle aktif bir etkileşim halinde olduğunu düşünerek, kişinin fiziksel, sosyal, ruhsal iyilik halini derecelendirmektedir. Bu ölçekler sayesinde farklı tanımlamaları olan yaşam kalitesi kavramı daha nesnel ve standartize edilebilir bir hal almaktadır.

Yaşam kalitesi ölçüm araçlarının geliştirilmesi 1960'lı yıllarda sosyoloji, 1970'li yıllarda psikoloji, 1980'li yıllarda tıp alanında başlamıştır. Zaman içerisinde daha spesifik bir alan olan oral bölgeyle ilişkili durumlar için farklı indikatörler geliştirilmiştir(6).

Tıp literatüründe Long'un çalışması 'On the Quantity and Quality of Life' 1960 yılında, 'Yaşam Kalitesi Kavramı' yani 'Quality of Life' terimini kullanan ilk yapıttır.

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı, bir hastalığın ve tedavisinin hasta üzerindeki etkisinin, hasta tarafından değerlendirilmesi olarak tanımlanabilmektedir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ölçen ölçekler kişinin işlevselliğini, hastalığın klinik durumunu, kişinin psikososyal iyilik halini, sosyal desteğini ve hayattan memnuniyet

durumunu değerlendirmektedirler. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı ve yaşam kalitesi kavramı i ie geçmiştir. Yaşam kalitesinin tüm boyutları sağlıkla ilgili yaşam kalitesiyle ilişkilidir(46).

Yaşam kalitesinin sağlıkla ilişkilendirilmesi DSÖ'nn yaptığı bir açıklamayla olmuştur. Bu açıklamaya göre sağlık; sadece hastalık olmayışı değil aynı zamanda ruhsal, sosyal ve fiziksel yönlerden de iyilik hali olarak tanımlanmaktadır(3).

DSÖ'nün bu tanımlaması çalışmacılar arasında sağlığın multidisipliner yönüne odaklanma ihtiyacı doğurmuştur. Ağız sağlığının, toplam sağlığın bir parçası olduğu çeşitli çalışmalarla vurgulanmıştır. 1980'lerde yaşam kalitesinin ağız sağlığıyla ilişkisi merak konusu olmaya başlamıştır. Cohen ve Jago'nun (1976) sosyodental indikatörler geliştirmeye çalışmasıyla birlikte ağız sağlığıyla ilişkili hayat kalitesini mek için çeşitli çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesinin subjektif değerlendirilmesi, insanların beslenirken, uyurken ve sosyal etkileşime girerken ağız sağlığı açısından özgüvenlerini ve keyif alabilirliklerini yansıtmaktadır. Ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesi, kişinin fonksiyonel, psikolojik, sosyal ve oral bölgeyle ilişkili durumlarının, kişinin iyilik halini ne açıdan ve ne miktarda etkilediğini tanımlamaktadır(47).

Literatürde genel anlamda oral bölge sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için Dental Impact on Daily Living (DIDL), Dental Impact Profile (DIP), Geriatric (General) Oral Health Assessment Index (GOHAI), Oral Impacts on Daily Performance (OIDP,), Ağız Sağlığı Etki Profili (OHIP) gibi çeşitli indikatörler tanımlanmıştır. Bunun yanı sıra oral bölgeyle ilişkili özel durumların değerlendirilmesi için farklı indikatörler de geliştirilmiştir.

Yaşam kalitesi ve oral cerrahi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmaların sayısında artış olsa da ortognatik cerrahinin değerlendirilmesi için en uygun indikatörün hangisi olduğu konusunda hala bir fikir birliğine varılamamıştır(6).

Yukarıda bahsedilen, ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesi anketlerinden sadece çalışmamızda kullanılmış olan Ağız Sağlığı Etki Profili Anketi(OHIP) tanımlanmıştır.

2.8. Ağız Sağlığı Etki Profili Anketi (OHIP)

Slade ve Spencer tarafından 1994 yılında geliştirilmiş olan bu anket 49 soru içermektedir ve ağız sağlığının hayat kalitesine olan etkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır(48).

Yaşam kalitesinin sahip olduğu yedi boyutun, sosyal, psikolojik ve fiziksel olmak üzere üç boyutunun olumsuz durumlarını değerlendirmek için kullanılmaktadır(49).

Ağız sağlığıyla ilişkili özel durumlardan ziyade genel olarak, ağız sağlığı ile ilişkili değişiklikleri değerlendirmektedir. Olumsuz sonuçlar derecelendirilmektedir dolayısıyla OHIP olumlu ağız sağlığı durumlarını değerlendirmemektedir. OHIP anketi uzun versiyonu 49 soru içermektedir; farklı hasta grupları için OHIP-EDENT ve klinik şartlarında daha kolay uygulanabilmesi adına OHIP-14 ve OHIP-20 gibi kısa formları da bulunmaktadır. Yapılan tutarlılık ve güvenilirlik çalışmaları kısa formulu anketle, anketin orijinal formunu karşılaştırmışlardır ve kısa formulu anketlerin, anketin uzun formu kadar güvenilir olduğu bildirilmişlerdir(50,51). OHIP-14 kliniklerde ve çalışmalarda sıklıkla tercih edilmektedir(50).

Mumcu ve ark. 2006 yılında yaptıkları çalışmayla OHIP-14 anketinin Türkçe güvenilirliğini göstermişlerdir(51).

OHIP-14 ile fiziksel sınırlılık, ağrı ve yetersizlik; psikolojik memnuniyetsizlik ve yetersizlik; sosyal memnuniyetsizlik ve yetersizlik olarak 7 başlık altında, her başlık 2 soru içerecek şekilde ağız sağlığı durumunun, tüm yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi amaçlamaktadır.

Her sorunun 5'li Likert ölçeğine göre cevaplandırılması istenmektedir. 0 hiç; 1 az; 2 bazen; 3 sıklıkla; 4 çok sık olarak nitelendirilmektedir. Sonuçlar 0-56 arasında skorlanmaktadır. 0 puan kişinin hayat kalitesinin hiç etkilenmediğini, 56 puan ise çok fazla etkilendiğini göstermektedir yani düşük sonuçlar, ilgili durumun hayat kalitesini minimumda etkilediğinin göstergesidir(52).

Diş hekimliğinde OHIP-14 ortognatik cerrahi, implant cerrahisi, üçüncü molar diş cerrahisi, oral patolojiler, dişsiz hastaların rehabilitasyonu gibi farklı alanlarda sıklıkla tercih edilmektedir(53–57).

2.9. Sosyal Görünüş Kaygısı ve Sosyal Görünüş Kaygısı Anketi (SGKA)

Kişiler sosyal hayatta iletişim sırasında çekici görünmek ve karşısındaki insanı etkilemek amacı taşımaktadırlar. Bu iletişim sırasında, kişilerin tepkileri büyük ölçüde birbirleri hakkında oluşturdukları izlenimlere dayanmaktadır. Doğru bir izlenim oluşturulması sosyal hayatta, daha istenir sonuçlara ulaşmayı kolaylaştırdığı için kişiler başkaları tarafından nasıl algılandıklarını kontrol etmeye çalışmaktadırlar. Başarısız bir izlenimin, istenmeyen sonuçlara yol açabileceği göz önüne alındığında, kişilerin başkaları tarafından nasıl algılandığı kişi üzerinde bir sosyal kaygı oluşturmaktadır(58).

Benlik saygısı, kişinin kendi kendisini değerlendirmesinden doğan benlik kavramından memnun olma durumudur ve öznel bir olgudur. Kendini olduğundan ne aşağı ne de yukarı görmeden kendinden memnun olma, kendini sevmeye değer bulma, kendi değerinin farkında olma ve özüne güvenme gibi olumlu duyguları içeren ruh halidir. Pozitif benlik algısı yüksek benlik saygısıyla ilişkilendirilirken; negatif benlik algısı düşük benlik saygısıyla ilişkilendirilmektedir. Yüksek benlik saygısı kavramı, benlik kavramının sağlıklı olması anlamındadır. Kişinin yüksek ya da düşük benlik saygısına sahip oluşu, olaylar ve kişiler karşısındaki duruşunu ve duygularını etkilemektedir. Benlik saygısının bedensel, zihinsel, duygusal ve toplumsal öğeleri vardır. Yapılan benlik saygısı tanımlamalarıyla, benlik saygısının genel olarak; kendini sevmek, kendini kabuletmek ve yeterlilik olarak üç anlam taşıdığı kabul edilmektedir(59,60).

Kişinin kendi görünüşü hakkındaki duyguları yani fiziksel saygısı, benlik saygısını etkileyen en önemli etkidir. Fiziksel görünüşün değerlendirilmesi ve anlamı içinde bulunulan zamana, ortama, toplum yargılarına, sosyokültürel seviyeye göre değişebilmektedir(61).

Bu kaygı boy, kilo, kas yapısı gibi genel özelliklere ek olarak göz şekli, diş yapısı, gülüş, burun şekli, ten rengi gibi daha spesifik beden algısı ve beden imajına ait özellikleri de içeren, daha bütüncül ve ayrıntılı bir kavramdır(62).

Beden imajı, tüm yaşam boyunca, benlik değeri ve ruhsal sağlığın önemli bir yönünü oluşturmaktadır. Beden imajının kendini kabul, sosyal hayatta kendine

güven, karşı cins için popülerlik üzerine önemli etkileri olduğu çalışmacılar tarafından bildirilmiştir(59).

Sosyal kaygı bozukluğu diğer bir ifadeyle sosyal fobi, kişinin sosyal hayatta veya insanların önünde performans sergilerken, dikkat çekici miktarda ve kalıcı olarak karşı taraftan aşağılayıcı ve küçük düşürücü tepkiler alma korkusudur. Sosyal kaygı sahibi bireyler hayat kalitesindeki düşüklüğün yanısıra sosyal, mesleki ve eğitimle ilgili yetersizliklerden de muzdariptirler(62).

Sosyal kaygı, kişinin diğer insanlarla iletişim kurmaktan kaçınmak istemesi ve diğer insanların, kişi üzerine üstünlük kurmaya çalışmasından korkma gibi de tanımlanabilmektedir. Sosyal kaygının bir parçası olan sosyal görünüş kaygısı, kişilerin fiziksel görünüşlerinin diğer insanlar tarafından değerlendirilme biçimlerine göre yaşadıkları anksiyete ve kaygı olarak tanımlanmaktadır. Sıklıkla bireylerin fizyolojik ve psikolojik değişim içinde olduğu, yeni sosyalleşme alanlarına sahip olmaya başladığı, aile dışındaki insanlarla etkileşimin maksimum olduğu dönem olan ergenlik döneminde ortaya çıkmaktadır. Bu dönemde kişi, hemcinsleri ve karşı cinsleri tarafından en yoğun şekilde değerlendirilmektedir ayrıca kendi görünüm ve kişiliğiyle de yakından ilgilidir; dönemin ve çevresel faktörlerin dayattığı fiziksel normları karşılama isteği kişide yetersizlik duygusu gelişmesine sebep olabilmektedir(63,64).

Sosyal görünüş kaygısı, bireyin bedeni ve fiziksel görünüşüyle ilgili olumsuz beden imajının bir sonucudur. Sosyal kaygıya sahip çoğu kişi kendi değeri ve önemli konusunda yanlış negatif bir algıya sahiptir(65).

Sosyal kaygı ve düşük benlik saygısı sıklıkla birlikte değerlendirilirken literatürde bu konuda tam bir fikir birliği sağlanamamıştır(66).

E.Hart, Leary ve Rejeski tarafından kişilerin fiziksel görünüşlerinden dolayı yaşadıkları kaygıyı ölçebilmek adına 2008 yılında Sosyal Görünüş Kaygısı Anketi(SGKA) geliştirilmiştir. Bu ölçek 16 indikatör içermektedir ve 5’li Likert sistemiyle değerlendirilmektedir. İndikatörler sosyal kaygı, beden imaj memnuniyetsizliği ve vücut dismorfik bouklugu gibi rahatsızlıkların değerlendirilmesi için rasyonel olarak üretilmiştir(62).

Puantaj 16-80 arasında değişmektedir. Alınan puan arttıkça kişinin sosyal kaygısının arttığı ve benlik saygısının düştüğü ayrıca kişinin vücut dismorfik bozukluğu ve depresyona yatkınlığının arttığı da anlaşılmaktadır(66).

SGKA'nın Türkçe güvenilirlik çalışması 2010 yılında Doğan ve ark. tarafından yapılmıştır(67).

2.10. Memnuniyetin Değerlendirilmesi

Ortodontik tedaviyle kombine edilmiş ortognatik cerrahi, orta-şiddetli dentofasial deformitelerin düzeltilmesi için tercih edilen; sağlam temellere dayanan ve kanıta dayalı sonuçları olan bir cerrahi yöntemdir. Dentofasial deformite cerrahisinde temel amaç hastanın cerrahi işlemin sonuçlarından memnun olmasıdır(68).

Ortognatik cerrahi sonrası hasta memnuniyeti genellikle yüksektir. Fakat başarılı sonuçları olan kozmetik cerrahi prosedürler için hastaların memnuniyetsizlik bildirdiği literatürde sayısız çalışma da bulunmaktadır. Kişinin cerrahi prosedürden memnuniyetsiz olmasına neden olabilecek ana üç faktör bulunmaktadır. Bunlar hastayla ilişkili durumlar, cerrahla ilişkili durumlar, hasta-cerrah iletişimiyle ilişkili durumlar olarak sıralanabilmektedir.

Hastayla ilişkili durumlar şunları içermektedir;

- Hastanın birden fazla ve şiddetli psikolojik problemleri olması,
- Cerrahi sonrasında hastanın, hayata dair tüm sorunlarından kurtulacağı sanrısı,
- Gerçekçi olmayan estetik beklentilerin varlığı,
- Cerrahi operasyonun dış etkilerin baskısıyla (bir başkasının isteği) veya dürtüsel olarak istenmesi,
- Hastanın özgüvenin başkalarının fikirlerinden fazlaca etkilenmesi (operasyon sonrası dönemde kişilerin negatif düşüncelerinin hastanın gerçek fikrini etkilemesi).

Cerrahla ilişkili durumlar şunları içermektedir;

- Hastanın operasyon öncesi aceleyle yetersiz değerlendirilmesi,
- Hastanın cerrahiden beklentisinin yeteri kadar anlaşılabilmesi ya da yanlış anlaşılması,
- Operasyonla ilgili işlemlerin minimize edilmesi,
- Hastanın isteklerini tam anlamadan alışılmış cerrahi prosedürün tercih edilmesi,
- Operasyon sonrası dönemde hastanın sorun ve şikayetlerinin, cerrah ve ilgili personel tarafından yeterince dinlenmemesi.

Hasta-cerrah iletişimiyle ilişkili durumlar şunları içermektedir;

- Kişilik çatışması,
- Zayıf iletişim.

Bu sebepler arasında en önemli ve ilk meydana gelebilecek, memnuniyetsizlik oluşumuna zemin hazırlayan durum; hasta kabulü ve ilk muayene sırasında hastanın yetersiz değerlendirilmesi ve gerekli konsültasyonların yapılmaması; hastanın isteklerinin göz önüne alınmaması ve tedavi planına hastanın dahil edilmemesidir(21,69).

Rittersma ve ark. yaptıkları çalışmaya göre, bu tarz elektif cerrahilerin sonuçlarından hastalar maalesef ki her zaman memnun olmamaktadırlar. Çalışmacılar hastanın memnuniyetinin, operasyon öncesi dönemde kişilerin işlem sonrasında karşılaşılabileceği sonuçlar konusunda bilgilendirilmesi ve bunları işlemten önce içselleştirip kabul etmesine bağlı olduğunu bildirmişlerdir. Hastalar, genel anestezi(%20), operasyon sonrası beslenme(%22), kilo kaybı(%40), iş gücü kaybı(%34), uyuşukluk-hissizlik(%32), dental yaralanmalar(%45) konusunda memnuniyetsizlik bildirmişlerdir. Bu çalışmaya göre hastaların cerrahi işlemten memnuniyetlerinin yüksek olması için operasyon süresi; genel anesteziye geçirilecek ortalama zaman, ameliyat sonrası acil durumlar (kusma, burun kanaması, kan kaybı vb.), intermaksiller fiksasyon süresi ve lastikleme prosedürü, beslenme sorunları ve kilo kaybı, hastanede yatış ve iş gücünden geri kalma süresi, geçici/kalıcı hissizlik,

dişlerde oluşabilecek hasarlar ve eklem disfonksiyonu yönünden hastalar operasyon öncesi dönemde sağlıklı biçimde bilgilendirilmelidir. Cerrah-hasta iletişimi kişisel bir konu olduğu için bilgilendirme, hazırlık ve bakım iletişimi aynı kişi(ler) tarafından yapılmalıdır. Ayrıca çalışmacılar, hastaların kendileriyle farklı hekimlerin ilgilenmesinden memnuniyetsizlik duyduklarını da bildirmişlerdir(70).

İdeal estetik görüntünün içerisinde bulunan sosyal çevre, etnik grup ve döneme bağlı olduğu göz önüne alındığında hastanın beklentileriyle cerrahın estetik algısının birbirine paralel olmadığı durumlar yaşanabilmektedir. Bu yüzden planlama esnasında, hastanın istekleri ve uygulanabilecek cerrahi prosedür limitasyonları mutlaka hatırd tutulmalıdır.

Cerrahi olarak elde edilen sonuç her ne kadar estetik ve başarılı olsa da hastanın kendi kendini değerlendirmesi ve bundan memnuniyeti direkt olarak beden imajı ile ilişkilidir. Beden imajının merkezi, kişilerin öznelliğinin ve ayrımının ilk bakışta yapılmasını sağlayan yüz görünümüdür. Beden imajının temelleri erken çocukluk çağında atılmaktadır; ergenlik döneminde ise beden imajında gelişim görülmektedir. Başka insanların kişiye davranışları ve kişinin bu sıradaki deneyimlerine göre yıllar içerisinde beden imajında değişiklikler yaşanmaktadır(21,69).

Peterson ve Topazian'ın yayınlamış oldukları çalışmaya göre hastaların büyük çoğunluğu cerrahi işlemin yüz estetiklerine yaptığı katkıdan memnun olmuşlardır. Fakat hastaların %24'lük kısmının, yüz estetiğinde bir anda olan majör değişikliklere alışamadıkları ve operasyon sonrası dönemde karşılaşılabilecek durumlar hakkında yeterli bilgilendirilmedikleri için ortognatik cerrahi prosedürden memnuniyetsizlik bildirdikleri kaydedilmiştir(71).

Yapılan çalışmalar göstermektedir ki hastaların %80'den fazlası ortognatik düzeltmeden sonra memnuniyet duymaktadır. Başarılı cerrahi sonuçlar sadece iyi bir oklüzyon ve yüz harmonisinde gelişme olarak değerlendirilmemektedir. Aynı zamanda hastanın bundan memnuniyet duyması da önemlidir. Hasta tarafından tedavinin değerlendirilmesi yüz görünümü, oklüzyon, konuşma, TME'de rahatlama ve özgüven artışı gibi konular üzerinden olmaktadır. Yüz güzelliği hastaların cerrahi için temel motivasyonudur ve iyi estetik sonuçlar hasta memnuniyetini en çok

etkileyen faktördür. Bununla birlikte operasyon öncesi ve operasyon sonrası hasta-hekim ilişkisi de memnuniyeti etkileyen önemli faktörlerden biridir. Ameliyat sonrasıyla ilgili yetersiz bilgilendirme ve iletişim aksaklığı memnuniyetsizlik oluşumuna zemin hazırlayabilmektedir. Ayrıca ameliyatın içerdiği riskler ve komplikasyonlar hasta memnuniyetini negatif yönde etkileyebilmektedir. Operasyon sonrası dönemde beklenenden fazla ödem, çığneme güçlüğü, his değişikliği hastalarda işlem sonrası tatminsizliğe sebep olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda hastaların yüz görünümü ve sosyal ilişkilerinden ziyade bu konularda memnuniyetsizlik sergileme ihtimallerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Hastaların yüz estetiklerine olan güvenleri arttıkça sosyal ilişkilerinde de gelişme yaşadıkları; benlik özellikleri ve özgüvenlerinin ortognatik cerrahiyle birlikte artış gösterdiği bildirilmiştir(21,69).

Hasta motivasyonunun en tatmin edici şekli, operasyon sonrası dönemde hastanın sahip olacağı yüz yapısının işlemden önce gösterilmesidir(72).

Ortognatik cerrahi hastalarının memnuniyetleri değerlendirilirken farklı yöntemler tercih edilmiştir. Güvenilirlik çalışmaları yapılmış anketlerin yanı sıra, çalışmacıların kendi tasarladıkları standardize olmayan yöntemler de memnuniyet değerlendirilmesi için kullanılmıştır(34,73).

Bu alanda Kıyak ve ark.'nın geliştirdikleri memnuniyet anketi sıklıkla tercih edilmektedir. Üç soru içeren bu anket hastaların tedavi sürecinden memnuniyetlerini; tedaviyi başka kişilere öneri durumlarını; tekrar aynı prosedürü tercih edip etmeyeceklerini sorgulamaktadır(74).

Tabakan ve ark. tarafından kullanılan memnuniyet anketi ortognatik cerrahi sebebiyle oluşabilecek sorunların ve güncel durumdan memnuniyetin değerlendirilmesi için tercih edilmektedir(75,76).

Finley ve ark.'ı hastaların özgüvenlerinin ve diğer kişisel özelliklerinin skorlanması; bu hasta grubunun kendi tedavilerinin sonuçlarını değerlendirmesini; kişilerin memnuniyetsizliklerine sebep olacak faktörlerin ayırt edilmesini ve hayal kırıklığıyla sonuçlanabilecek beklentileri değerlendirebilmek adına bir anket oluşturmuşlardır. Anketin temelini Genel Sağlık Anketi, Eysenck Kişilik Anketi, Secord ve Jourard Vücut Skalası oluşturmaktadır. Ayrıca çalışmacılar, kişilerin

ameliyattan beklentilerini ve ameliyat motivasyonlarını değerlendirebilmek için sorular da geliştirmişlerdir. Hastaların memnuniyet düzeylerinin, memnuniyetsizliklerine temel oluşturan durumların ve ameliyat motivasyonları ile elde edilen sonuçların kişinin kendi gözünde örtüşüp örtüşmemesinin incelenmesi anketin ana amacını olmuştur(77).

Bu alışmada, Kıyak ve ark.'nın geliştirdikleri cerrahi sonrası hasta memnuniyet anketi; Tabakan ve ark. tarafından kullanılan memnuniyet anketindeki bazı sorular ve Finley ve ark.'nın geliştirdikleri ortognatik cerrahi anketinin revize edilmiş hali memnuniyet anketi şeklinde hastalara uygulanmıştır(74,75,77).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Gereç

Bu çalışma Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi bölümüne başvurmuş olup, 2015-2021 yılları arasında ortognatik cerrahi ile tedavi edilmiş; dahil edilme kriterlerine uyan dentofasial deformiteli hastalar gönüllülük esasıyla çalışmaya kabul edilmiştir ve retrospektif olarak incelenmişlerdir. Hastaların cerrahi tedavileri aynı ekip tarafından tamamlanırken, ortodontik tedavileri farklı ortodontistler tarafından sürdürülmüştür. Çalışmaya dahil edilmiş hastalara Cerrahi Sonrası Memnuniyet Anketi, SGKA ve OHIP-14 uygulanmıştır.

Memnuniyet Anketi dışında, SGKA ve OHIP-14'ün uygulandığı tanımlanmış dentofasial deformitesi olmayan; dental olarak minimal çapraşıklık sahibi 42 birey kontrol grubu olarak çalışmaya gönüllülük esasıyla dahil edilmiştir. Örneklem grubu 73 adet dentofasial deformiteli hasta ve 42 adet kontrol grubuna dahil birey olacak şekilde; toplam 115 adet bireyden oluşturulmuştur.

Hastalara telefon ve e-mail yollarıyla ulaşılmış, mümkünse anketler klinik ortamında kişilere uygulanmış eğer mümkün değil ise online yöntemler tercih edilmiştir.

Çalışmamızın amacı dentofasial deformite sahibi kişilerin tedaviden önceki benlik saygılarını, sosyal kaygılarını ve özgüvenlerini tedaviden sonraki durumlarıyla ayrıca dentofasial deformite geçmişi olmayan ve ortodontik tedavi gereksinimi olmamış minimal çapraşıklık sahibi kişilerin benlik saygıları, sosyal kaygıları ve özgüvenleriyle karşılaştırmaktır. Bunun yanı sıra tedavi edilmiş bireylerin tedaviden memnuniyetlerinin; tedavi kabul sürecindeki motivasyonlarının; çevrelerinden gördükleri desteğin bu dönemi nasıl etkilediğinin; bu tedaviyi bir başkasına önerip önermeyeceklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Literatürdeki diğer çoğu çalışmanın aksine retrospektif planlanan çalışmamız, hastaların tedaviden önceki ve tedaviden sonraki düşüncelerinin,

tedaviden sonraki dönemde tek seferde ayrıca farklı tedavi sonrası dönemlere sahip hastaların da birbirleri arasında değerlendirilmesine olanak sağlamıştır.

Dahil edilme kriterleri:

- 18 yaş üzeri olan,
- ASA I (Hiçbir sistemik rahatsızlığı olmayan, sürekli ilaç kullanmayan) olan,
- Psikoleptik, antipsikotik, anksiyolitik veya hipnotik ilaç kullanmayan,
- Damak dudak yarığı gibi konjenital deformitesi olmayan,
- Deformiteleri herhangi bir sendromla ilişkili olmayan,
- Daha önce ortognatik cerrahi veya temporomandibuler eklem cerrahisi geçirmemiş olan,
- Daha önce baş-boyun bölgesinde mevcut malignansi sebebi ile rezeksiyon uygulanmamış olan,
- Geçirilmiş radyasyon terapisi uygulanmamış olan,
- Geçirilmiş açık veya kapalı fiksasyon gerektirecek fasiyal kırık hikayesi olmayan,
- Ortognatik cerrahi sırasında distraktör uygulanmamış olan,
- ve gönüllülük esasıyla çalışmaya katılmak isteyen hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Ortodontik hazırlıkları tamamlanmış olan veya önce cerrahi tekniğiyle cerrahi sonrasında ortodontik tedavisi tamamlanacak hastaların model analizleri ve sefalometrik değerlendirmeleri yapılmış, bu işlemleri takiben operasyon sırasında kullanılacak olan cerrahi splintler hazırlanmıştır. Anestezi uzmanı tarafından nazoendotrakeal entübasyon uygulanmıştır, ameliyat için hasta steril konuma getirilmiştir, gerekli cerrahi örtünmeler ve cerrahi set hazırlıkları tamamlanmıştır. Maksilla ve mandibulaya vazokonstüktör içeren lokal anestezi uygulaması yapılmıştır. Üst çene için Lefort 1 osteotomisi; alt çene için SSRO osteotomisi eğer ki çene ucunda da değişiklik planlandıysa genioplasti osteotomisi uygulanmıştır. Çift

çene osteotomisi planlanan hastalarda önce Lefort 1 kesisi yapılmıştır ve birinci cerrahi splint yardımıyla maksilla planlanan pozisyona getirilmiştir, sonrasında mini plak ve mini vida sistemleriyle rijit fiksasyon sağlanmıştır. Ardından birinci cerrahi splint çıkartılmış, alt çene kesileri tamamlanmış ve final oklüzyonun sağlanması amacıyla ikinci cerrahi splinti uygulanmıştır. Mandibula planlanan pozisyona getirildiğinde palpasyon yoluyla eklem başı pozisyonu kontrol edilmiştir; eklem başının uygun pozisyonda bulunduğu saptanması durumunda yine mini plak ve mini vida sistemleri yardımıyla rijit fiksasyon sağlanmıştır. İntermaksiller fiksasyon çözümlü, eklem pozisyonu tekrar kontrol edilmiştir. Uygun pozisyona getirilen maksilla ve mandibulada 3-0 vikril sutur kullanılarak yumuşak doku suturasyonu tamamlanmıştır ve sonrasında hasta ekstübe edilmiştir. Vital bulguları hastanemizin uyandırma servisinde kontrol edildikten sonra hasta, odasına alınmıştır ve 0-7 gün aralığında hastanede yatışı sağlanmış, ilgili personel gözetiminde iyileşme süreci takip edilmiştir.

3.2. Yöntem

Çalışma retrospektif olarak planlanmış olup dört ana alt başlıktan oluşmaktadır. İlk bölüm bireylerin demografik bilgilerini içermektedir. İkinci ve üçüncü bölüm sorularının cevap alanı, ortognatik cerrahiden öncesi ve sonrası olarak iki kısma ayrılmıştır. Son bölüm ise sadece ortognatik cerrahi tedavi geçirmiş hastaların cevaplaması için hazırlanmıştır.

Demografik bilgiler, hastaların cinsiyet, yaş gibi genel bilgilerini ve dentofasial deformite farkındalığının başladığı dönem; ortodontik tedavi ile ortognatik cerrahi arasında geçen süre; deformitenin çeşidinin hasta tarafından tarifi gibi çeşitli soruları içermektedir.

İkinci bölüm E. Hart, Leary ve Rejeski tarafından 2008 yılında geliştirilmiş, kişilerin fiziksel görünüşlerinden dolayı yaşadıkları kaygıyı ölçmeyi hedefleyen SGKA'ndan oluşmaktadır. Bu ölçek 16 adet soru içermektedir ve 5'li Likert ölçeğiyle değerlendirilmektedir. Bu anket sayesinde sosyal kaygı, beden imaj memnuniyetsizliği ve beden dismorfik bozukluğu gibi rahatsızlıkların değerlendirilmesi amaçlanmıştır(62).

Anket değerlendirilmesinde alınan puan arttıkça kişinin sosyal kaygısının ve beden imaj memnuniyetsizliğinin arttığı anlaşılmaktadır(66).

Üçüncü bölüm olan OHIP-14, Slade ve Spencer tarafından 1994 yılında geliştirilmiş olup, hayat kalitesinin yedi alanın üçü olan fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlarının değerlendirilmesi için kullanılmaktadır(48).

Bu anket, oral rahatsızlıkların kişinin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini hastanın gözünden değerlendirmeyi amaçlamaktadır(78).

Anket içerisindeki 1 ve 2. sorular fonksiyonel kısıtlılık; 3 ve 4. soruları fiziksel ağrı; 5, 6 ve 7. sorular psikolojik huzursuzluk; 8, 9 ve 10. sorular fiziksel yetersizlik; 11.soru psikolojik yetersizlik; 12 ve 13. sorular sosyal uyumsuzluk; 14. soru engellilik değerlendirmesi yapmaktadır.

Dördüncü ve son bölüm memnuniyet anketini içermektedir. Kıyak ve ark.'nın geliştirdiği ve üç sorudan oluşan memnuniyet anketi çalışmaya dahil edilmiştir. Ayrıca Tabakan ve ark.'nın geliştirdiği Cerrahi Sonrası Memnuniyet Anketi ve Finley ve ark.'nın geliştirdiği memnuniyet anketinden esinlenilerek çalışmamızda kullanılan memnuniyet anketi oluşturulmuştur(74,75,77).

Tabakan ve ark.'nın geliştirdiği sorularda, hastaların cerrahi öncesi ve sonrası ilgili durumun karşılaştırılması değil mevcut durumun değerlendirilmesinin yapılması istenmektedir(75). Fakat çalışmamızın amacına uygun olarak ilgili durumların operasyon öncesi ve sonrası karşılaştırılmasının yapılabilmesi adına ilgili anketin içerdiği bazı sorularda revizyona gidilmiştir. Finley ve ark.'nın hazırlamış oldukları indikatörlere bağlı kalınarak ilgili başlığın cerrahi tedaviden önceki durum, tedaviden beklenti ve tedaviden sonraki durum olacak şekilde üç başlık altında cevaplanması istenmiştir(77). Bazı soruların değerlendirilmesi için 7'li Likert sistemi kullanılırken bazı sorular için çoktan seçmeli şıklar tercih edilmiştir.

3.3. İstatiksel Yöntem

Çalışmamızda tedaviyi kabul eden bireylerin, cerrahiden önce ve cerrahiden sonraki fikirlerine göre indikatörlere verdikleri yanıtların ve kontrol grubunun ilgili indikatörlere verdikleri yanıtların karşılaştırılmasının yapılması ayrıca dentofasial deformiteye bağlı ortognatik cerrahi uygulanmış grubun bu tedaviden

memnuniyetlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaç dahilinde SGKA ve OHIP-14 anketi her iki gruba da uygulanmış olup Cerrahi Sonrası Memnuniyet Anketi sadece ortognatik cerrahi geçirmiş olan gruba uygulanmıştır.

5’li Likert sistemiyle değerlendirilmesi yapılmış olan indikatörlerde her bir indikatör için ayrı ayrı bağımlı t-testi uygulanmıştır. Fakat anket toplama çalışmalarında anketlerin orijinal formlarına bağlı kalınarak 5’li Likert sistemi kullanıldığı için verilerin normal dağılıma uymayıp, yalancı anlamlı sonuç çıkartmış olabileceği göz önünde bulundurulmuştur. Buna istinaden verilerin basıklık ve çarpıklık değerlerine (Skewness and Kurtosis) de bakılarak, normal dağılıma uyup uymadığının kontrol edilmesinin daha doğru bir yorumlama yapılmasına yardımcı olacağına karar verilmiştir.

Literatürde basıklık ve çarpıklık değerlendirilmesi için fikir birliği bulunmamaktadır. İlgili değerler -1 ile +1(79); -1,5 ile +1,5(80); -2 ile +2(81) arasında bulunması gerektiğini bildiren yayınlar mevcuttur. Sahip olduğumuz değerlerin basıklık ve çarpıklık değerleri literatürde belirtilen aralıkta olduğu için bağımlı t- testinin yapılması uygun görülmüştür.

Çalışmamızda bireylere yönlendirilen SGKA indikatörleri için ayrı ayrı bağımlı t-testi uygulanmıştır. Bağımlı t-test uygulanması için ilk olarak her bir soruya dair ameliyat öncesi durumun puanajının ve ameliyat sonrası durumun puanajının farkları alınarak verilerin normal dağılıma uyup uymadığı kontrol edilmiştir. Kolmogorov- Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri istatistikçe anlamlı sonuçlar vermiştir; bu testlere göre istatistiksel olarak verilerin normal dağılıma uymadığı Tablo 1’de gösterilmektedir.

5’li Likert ölçeği kullanıldığı için verilerin basıklık ve çarpıklık değerlerine de bakılmasının uygun olduğuna karar verilmiştir. Basıklık ve çarpıklık değerleri değerlendirildiğinde toplanan verilerin basıklık ve çarpıklık değerlerinin literatürde belirtilen aralıkta olduğu görülmüştür. Bu şartlar altında bağımlı t-testinin yapılmasında herhangi bir sakınca bulunmadığı kanıtlanmış olmuştur.

Tüm testlerde istatistiksel önlem düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

Tablo 2’de SGKA indikatörlerine verilen cevapların bağımlı t-testi sonuçları gösterilmiştir. Ankete ilişkin tüm indikatörlerin p değerinin 0,05’ten küçük olduğu

gösterilmektedir. Dolayısıyla yapılan değerlendirilmede %95 güven oranıyla hasta düşüncelerinin, ilgili indikatörlerde cerrahiden önce ve cerrahiden sonra istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirtilmiştir.

Tablo 3’de SGKA indikatörlerine verilen cevapların cerrahiden önce ve sonra olacak şekilde puantaj ortalaması gösterilmiştir. Bilindiği üzere sorulara verilen cevapların puantajı azaldıkça kişinin sosyal görünüş kaygısının azalması beklenmektedir. Tüm indikatörlerin puantajında cerrahiden sonra azalma görülmüştür.

Tablo 4’te dentofasial deformiteli bireylerin SGKA’ne cerrahiden sonra verdikleri yanıtlar ile kontrol grubunun aynı ankete vermiş oldukları yanıtların bağımlı t-testi sonuçları gösterilmiştir. Değerlendirme %95 güven oranıyla yapılmıştır. Ayrıca değerlendirme için kullanılan sorular da listelenmiştir.

Tablo 1. SGKA için normallik testleri değerlendirilmesi

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	İstatistik	df	Anlamlılık	İstatistik	df	Anlamlılık
Soru 1	,246	73	,000	,827	73	,000
Soru 2	,249	73	,000	,834	73	,000
Soru 3	,164	73	,000	,927	73	,000
Soru 4	,159	73	,000	,926	73	,000
Soru 5	,311	73	,000	,824	73	,000
Soru 6	,298	73	,000	,827	73	,000
Soru 7	,186	73	,000	,912	73	,000
Soru 8	,178	73	,000	,914	73	,000
Soru 9	,212	73	,000	,882	73	,000
Soru 10	,162	73	,000	,918	73	,000
Soru 11	,190	73	,000	,912	73	,000
Soru 12	,234	73	,000	,884	73	,000
Soru 13	,153	73	,000	,933	73	,001
Soru 14	,166	73	,000	,918	73	,000
Soru 15	,238	73	,000	,886	73	,000
Soru 16	,161	73	,000	,910	73	,000

Tablo 2. SGKA için bağımlı t-testi değerlendirilmesi

İlgili soruların cerrahi işlemden önce ve sonra değerlendirilmesi		Eşleştirilmiş Farklılıklar					t	p
		Ortalama	Standart Sapma	Ortalama Standart Hatası	%95 Güven Aralığındaki Fark			
					En Düşük	En Yüksek		
1.	Önce- Sonra	-1,97260	1,68302	,19698	-2,36528	-1,57992	-10,014	,000
2.	Önce- Sonra	-1,95890	1,76728	,20684	-2,37124	-1,54657	-9,470	,000
3.	Önce- Sonra	1,09589	2,19320	,25669	,58418	1,60760	4,269	,000
4.	Önce- Sonra	1,16438	1,88572	,22071	,72441	1,60435	5,276	,000
5.	Önce- Sonra	,50685	1,41542	,16566	,17661	,83709	3,060	,003
6.	Önce- Sonra	,54795	1,51878	,17776	,19359	,90230	3,083	,003
7.	Önce- Sonra	1,09589	1,64287	,19228	,71258	1,47920	5,699	,000
8.	Önce- Sonra	1,46575	1,68393	,19709	1,07286	1,85864	7,437	,000
9.	Önce- Sonra	1,06849	1,51225	,17700	,71566	1,42133	6,037	,000
10.	Önce- Sonra	1,46575	1,70034	,19901	1,06903	1,86247	7,365	,000
11.	Önce- Sonra	1,36986	1,67918	,19653	,97808	1,76164	6,970	,000
12.	Önce- Sonra	1,04110	1,51326	,17711	,68803	1,39417	5,878	,000
13.	Önce- Sonra	1,43836	1,54548	,18088	1,07777	1,79894	7,952	,000
14.	Önce- Sonra	1,26027	1,71616	,20086	,85986	1,66068	6,274	,000
15.	Önce- Sonra	1,00000	1,51841	,17772	,64573	1,35427	5,627	,000
16.	Önce- Sonra	1,27397	1,48380	,17367	,92778	1,62017	7,336	,000

Tablo 3. SGKA cerrahiden önce ve cerrahiden sonra durumların puanaj değişimleri değerlendirilmesi

Sorular	Cerrahiden Önceki Puantaj	Cerrahiden Sonraki Puantaj
1	1,0411	3,0137
2	0,9452	2,9041
3	2,1781	1,0822
4	1,9589	0,7945
5	1,1094	0,6027
6	1,0137	0,4658
7	1,7945	0,6986
8	1,9726	0,5068
9	1,5753	0,5068
10	1,9315	0,4658
11	2,2329	0,8630
12	1,6164	0,5753
13	2,1507	0,7123
14	2,1370	0,8767
15	1,5479	0,5479
16	1,9457	0,6712

Tablo 4. SGKA soruları ve bağımlı t- testi değerlendirmesi

		Levene Testi					
		F	Anlamlılık	t	Anlamlılık (Çift Kuyruklu)	%95 Güven Aralığında Fark	
						En Düşük	En Yüksek
Dış görünüşümle ilgili kendimi rahat hissedirim.	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanıyor.	,814	,369	-,049	,961	-,41842	,39820
	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanmıyor.			-,052	,959	-,39686	,37664
Fotograf çekimi sırasında kendimi rahat hissedirim.	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanıyor.	,041	,840	2,090	,039	,02353	,87993
	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanmıyor.			2,190	,031	,04237	,86109
İnsanlar direkt bana baktıklarında rahatsız olurum.	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanıyor.	,004	,950	-2,836	,005	-1,27587	-,22641
	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanmıyor.			-2,827	,006	-1,27946	-,22283
İnsanların dış görünüşümden dolayı benden hoşlanmayacaklarını düşünürüm.	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanıyor.	,632	,428	-1,488	,139	-,81207	,11540
	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanmıyor.			-1,537	,128	-,79836	,10169
İnsanlarla birlikte bulunmadığım zamanlarda, insanların benim hakkımda konuşacaklarını düşünürüm.	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanıyor.	9,729	,002	-4,285	,000	-1,45134	-,53365
	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanmıyor.			-3,985	,000	-1,48941	-,49559
Dış görünüşümden dolayı insanların benimle vakit geçirmek istemeyeceklerini düşünürüm.	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanıyor.	,007	,932	-,197	,844	-,37794	,30944
	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanmıyor.			-,201	,842	-,37350	,30501
İnsanların beni etkileyici bulmamalarından korkarım.	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanıyor.	,155	,694	-1,334	,185	-,68965	,13453
	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanmıyor.			-1,336	,185	-,69047	,13535
Dış görünüşümün hayatımı zorlaştırmasından korkarım.	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanıyor.	2,363	,127	-2,468	,015	-,88896	-,09734
	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanmıyor.			-2,331	,023	-,91484	-,07146

Elde ettiğim fırsatları dış görünüşüme bağlı olarak kaybetmekten endişelenirim.	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanıyor.	,572	,451	-1,072	,286	-,59082	,17595
	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanmıyor.			-1,032	,306	-,60790	,19302
İnsanlarla konuşurken dış görünüşümden dolayı gerilirim.	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanıyor.	,432	,512	-,973	,333	-,53771	,18350
	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanmıyor.			-,954	,343	-,54653	,19232
Diğer insanlar dış görünüşüm hakkında bir şey söylediklerinde rahatsızlık duyarım.	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanıyor.	,878	,351	-3,389	,001	-1,31120	-,34373
	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanmıyor.			-3,305	,001	-1,32571	-,32922
Dış görünüşümle ilgili başkalarının beklentilerini karşılayamama düşüncesi beni endişelendirir.	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanıyor.	,024	,877	-1,352	,179	-,63599	,12001
	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanmıyor.			-1,398	,166	-,62449	,10851
İnsanların dış görünüşümü olumsuz değerlendirmelerinden korkarım.	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanıyor.	,217	,643	-2,139	,035	-,82938	-,03168
	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanmıyor.			-2,130	,036	-,83245	-,02861
İnsanların dış görünüşüm hakkındaki bir sorunu fark ettiklerini düşündüğümde rahatsızlık duyarım.	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanıyor.	,088	,767	-2,160	,033	-1,01233	-,04377
	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanmıyor.			-2,169	,033	-1,01203	-,04407
Sevdiğim kişinin dış görünüşünden dolayı beni terk edeceğinden endişe duyarım.	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanıyor.	,291	,590	-,512	,610	-,46252	,27270
	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanmıyor.			-,506	,614	-,46816	,27834
İnsanların dış görünüşümün iyi/ güzel olmadığını düşünmelerinden endişe duyarım.	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanıyor.	,207	,650	-2,127	,036	-,81896	-,02905
	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanmıyor.			-2,065	,042	-,83274	-,01527

Ortognatik cerrahi prosedürünün hastaların ağız sağlığı durumuna etkisinin değerlendirilmesi için OHIP-14 anketi kişilere cerrahiden önce ve cerrahiden sonra başlıkları altında uygulanmıştır. Her bir indikatör için ayrı ayrı bağımlı t-testi uygulaması yapılmıştır. SGKA’nde olduğu gibi OHIP-14’ün de değerlendirilmesi için 5’li Likert sistemi anketin orijinaline bağlı kalınarak tercih edilmiştir.

Çalışmamızda bireylere yönlendirilen OHIP-14 indikatörleri için ayrı ayrı bağımlı t-testi uygulanmıştır. Bağımlı t-test uygulanması için ilk olarak her bir soruya dair ameliyat öncesi durumun puanajının ve ameliyat sonrası durumun puanajının farkları alınarak verilerin normal dağılıma uyup uymadığı kontrol edilmiştir. Kolmogorov- Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri istatistikçe anlamlı sonuçlar vermiştir; bu testlere göre istatistiksel olarak verilerin normal dağılıma uymadığı görülmektedir ve Tablo 5’te gösterilmiştir.

5’li Likert ölçeği kullanıldığı için verilerin basıklık ve çarpıklık değerlerine bakılmasının uygun olduğuna karar verilmiştir. Basıklık ve çarpıklık değerleri değerlendirildiğinde toplanan verilerin basıklık ve çarpıklık değerlerinin literatürde belirtilen aralıkta olduğu görülmüştür. Bu şartlar altında bağımlı t-testinin yapılmasında herhangi bir sakınca bulunmadığı kanıtlanmış olmuştur. Tablo 6’de OHIP-14 indikatörlerine verilen cevapların bağımlı t-testi sonuçları gösterilmiştir. Ankete ilişkin 2, 10 ve 14. sorular hariç tüm indikatörlerin p değerinin 0,05’ten küçük olduğu gösterilmektedir. Dolayısıyla hasta düşüncelerinin; 2, 3 ve 10. sorular haricindeki tüm indikatörlerde istatistiksel olarak anlamlı değişiklik gösterdiği belirtilmiştir.

Tablo 7’de OHIP-14 indikatörlerine verilen cevapların cerrahiden önce ve sonra olacak şekilde puanaj ortalaması gösterilmiştir. Bilindiği üzere sorulara verilen cevapların puanajı azaldıkça ilgili durumun kişinin ağız sağlığına etkisinin azalması beklenmektedir. 2, 3 ve 10. soruların puanajında azalma görülürken bu azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 8’te dentofasial deformiteli bireylerin OHIP anketine göre cerrahiden sonra verdikleri yanıtlar ile kontrol grubunun aynı ankete vermiş oldukları yanıtların bağımlı t-testi sonuçları gösterilmiştir. Değerlendirme %95 güven oranıyla yapılmıştır. Ayrıca değerlendirme için kullanılan sorular da listelenmiştir.

Tablo 5. OHIP-14 anketi normallik testleri değerlendirilmesi

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	İstatistik	df	Anlamlılık	İstatistik	df	Anlamlılık
Soru 1	,210	73	,000	,913	73	,000
Soru 2	,468	73	,000	,457	73	,172
Soru 3	,203	73	,000	,928	73	,100
Soru 4	,176	73	,000	,927	73	,000
Soru 5	,172	73	,000	,918	73	,000
Soru 6	,163	73	,000	,931	73	,001
Soru 7	,166	73	,000	,901	73	,000
Soru 8	,450	73	,000	,600	73	,000
Soru 9	,331	73	,000	,822	73	,000
Soru 10	,357	73	,000	,707	73	,114
Soru 11	,268	73	,000	,867	73	,000
Soru 12	,209	73	,000	,913	73	,000
Soru 13	,318	73	,000	,793	73	,034
Soru 14	,207	73	,000	,894	73	,000

Tablo 6. OHIP-14 anketi için bağımlı t-testi değerlendirilmesi

İlgili soruların cerrahi işleminden önce ve sonra değerlendirilmesi		Eşleştirilmiş Farklılıklar					t	p
		Ortalama	Standart Sapma	Ortalama Standart Hatası	%95 Güven Aralığındaki Fark			
					En Düşük	En Yüksek		
1	Önce- Sonra	,90411	1,57378	,18420	,53692	1,27130	4,908	,000
2	Önce- Sonra	,10959	,67827	,07939	-,04866	,26784	1,380	,172
3	Önce- Sonra	,31507	1,61483	,18900	-,06170	,69184	1,667	,100
4	Önce- Sonra	1,24658	1,72225	,20157	,84475	1,64841	6,184	,000
5	Önce- Sonra	1,72603	1,59217	,18635	1,35455	2,09751	9,262	,000
6	Önce- Sonra	1,68493	1,51728	,17758	1,33092	2,03894	9,488	,000
7	Önce- Sonra	1,78082	1,61801	,18937	1,40331	2,15833	9,404	,000
8	Önce- Sonra	,45205	1,13089	,13236	,18820	,71591	3,415	,001
9	Önce- Sonra	,46575	1,54634	,18099	,10497	,82654	2,573	,012
10	Önce- Sonra	,21918	1,16960	,13689	-,05371	,49207	1,601	,114
11	Önce- Sonra	,79452	1,58078	,18502	,42570	1,16334	4,294	,000
12	Önce- Sonra	1,10959	1,40990	,16502	,78063	1,43854	6,724	,000
13	Önce- Sonra	,34247	1,35625	,15874	,02603	,65890	2,157	,034
14	Önce- Sonra	1,35616	1,54892	,18129	,99477	1,71755	7,481	,000

Tablo 7. OHIP-14 cerrahiden önce ve cerrahiden sonra durumların puanaj değişimleri değerlendirilmesi

Sorular	Cerrahiden Önceki Puantaj	Cerrahiden Sonraki Puantaj
Soru 1	1,5616	0,6575
Soru 2	0,3013	0,1917
Soru 3	1,1643	0,8493
Soru 4	1,7671	0,8493
Soru 5	2.5616	0.8356
Soru 6	2.5346	0.8493
Soru 7	2.2192	0.4384
Soru 8	0.7397	0.2877
Soru 9	0.8767	0.4110
Soru 10	0,5205	0,3013
Soru 11	1.1918	0.3973
Soru 12	1.7123	0.6027
Soru 13	0.7397	0.3973
Soru 14	1.7671	0.411

Tablo 8. OHIP-14 soruları ve bağımlı t-testi değerlendirmesi

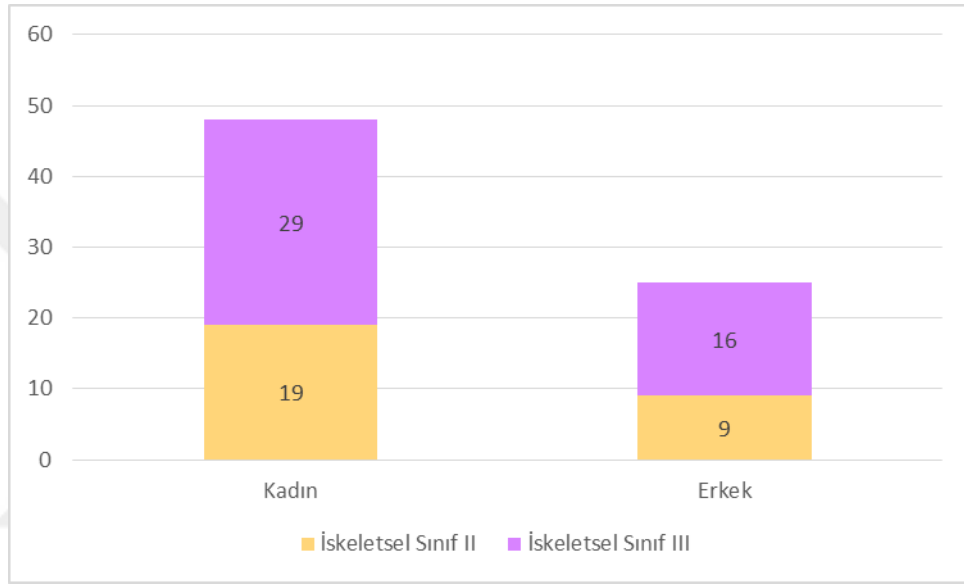
		Levene Testi					
		F	Anlamlılık	t	Anlamlılık (Çift Kuyruklu)	%95 Güven Aralığında Fark	
						En Düşük	En Yüksek
Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle herhangi bir kelimeyi telaffuz etme sorunuz oldu mu?	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanıyor.	10,846	,001	1,858	,066	-,02158	,66998
	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanmıyor.			2,117	,036	,02083	,62757
Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle tat alma hissinizin bozulduğunu hissediyor musunuz?	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanmıyor.	,939	,335	,422	,674	-,18066	,27851
	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanmıyor.			,478	,634	-,15397	,25181
Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle ağzınızda ağrılı bir durum yaşadınız mı?	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanıyor.	4,504	,036	-3,584	,001	-1,26915	-,36555
	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanmıyor.			-3,359	,001	-1,30270	-,33200
Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle yemek yemeyi rahatsız edici bulduğunuz oldu mu?	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanıyor.	23,966	,000	-3,854	,000	-1,30266	-,41815
	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanmıyor.			-3,431	,001	-1,36196	-,35885
Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle endişe duydunuz mu?	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanıyor.	6,373	,013	-4,295	,000	-1,52749	-,56318
	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanmıyor.			-4,041	,000	-1,56109	-,52958
Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle gerginlik hissettiniz mi?	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanıyor.	7,948	,006	-4,473	,000	-1,66031	-,64106
	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanmıyor.			-4,169	,000	-1,70135	-,60002
Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle utandığınız bir durum yaşadınız mı?	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanıyor.	14,799	,000	-4,223	,000	-1,31484	-,47512
	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanmıyor.			-3,784	,000	-1,36784	-,42212

Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle diyetinizin tatmin edici olmadığı oldu mu?	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanıyor.	15,553	,000	-2,560	,012	-,88348	-,11260
	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanmıyor.			-2,276	,026	-,93573	-,06035
Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle yemeğinizi yarıda bırakmak zorunda kaldınız mı?	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanıyor.	3,943	,049	-2,066	,041	-,78081	-,01632
	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanmıyor.			-1,913	,060	-,81425	,01712
Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle fonksiyonlarınızı tümüyle yapamayacak duruma geldiniz mi?	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanıyor.	6,288	,014	-1,829	,070	-,71137	,02840
	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanmıyor.			-1,721	,090	-,73709	,05411
Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle rahatlamakta zorlandığınız oldu mu?	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanıyor.	7,016	,009	-3,403	,001	-1,06670	-,28164
	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanmıyor.			-3,109	,003	-1,10720	-,24113
Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle diğer insanlara az da olsa asabi davrandığınız oldu mu?	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanıyor.	1,393	,240	-1,738	,085	-,85022	,05570
	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanmıyor.			-1,671	,099	-,87074	,07622
Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle her zaman yapmakta olduğunuz işinizi yapmakla ilgili sorun yaşadınız mı?	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanıyor.	6,631	,011	-2,616	,010	-,93368	-,12894
	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanmıyor.			-2,421	,018	-,96927	-,09336
Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle genelde hayatın daha az tatmin edici olduğu hissine kapıldınız mı?	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanıyor.	13,049	,000	-3,486	,001	-1,14788	-,31592
	Eşvaryanslılık varsayımı sağlanmıyor.			-3,132	,003	-1,19903	-,26476

4. BULGULAR

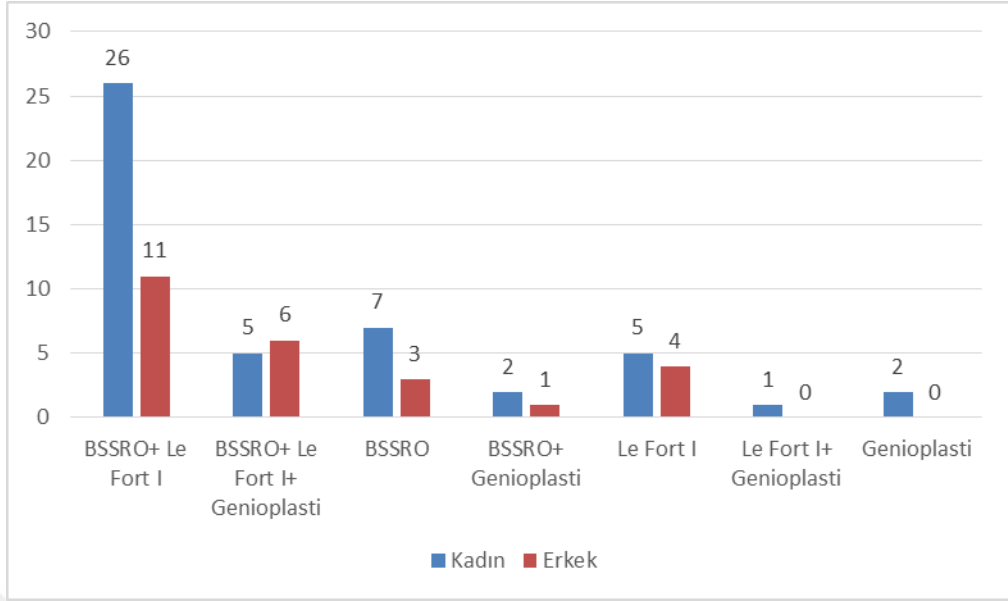
4.1. Hastaların Demografik Bilgilerinin Değerlendirilmesi

Çalışmaya kabul edilen bireylerin 48 (%65,8) tanesi kadın, 25 (%34,2) tanesi erkektir. Bireylerin işlem öncesi sefalometrik analizleri yapılmıştır ve 29 (%39,42) tanesi iskeletsel sınıf II; 44 (%60,27) tanesi iskeletsel sınıf III olarak sınıflandırılmıştır.



Şekil 2. Cerrahi tedavi görmüş grubun iskeletsel deformitelerine göre sınıflaması

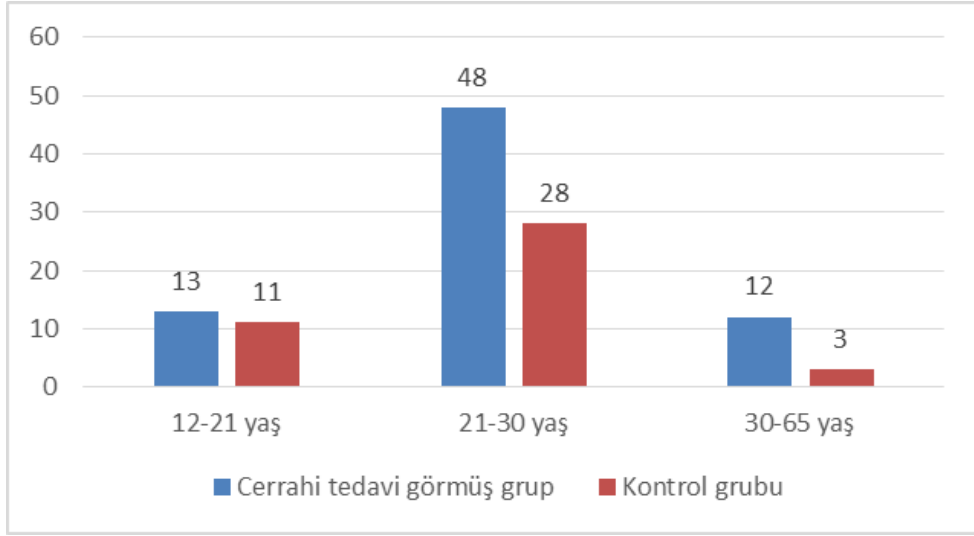
Cerrahi tedavi olarak 37 (%50,68) hastaya SSRO ve Le Fort I osteotomisi; 11 (%15,06) hastaya SSRO, Le Fort I osteotomisi ve genioplasti; 9 (%12,32) hastaya Le Fort I osteotomisi; 1 (%1,36) hastaya Le Fort I osteotomisi ve genioplasti; 10 (%13,69) hastaya SSRO; 3 (%4,10) hastaya SSRO ve genioplasti; 2 (%2,73) hastaya genioplasti uygulaması yapılmıştır.



Şekil 3. Uygulanmış cerrahi prosedürlerin cinsiyete göre dağılımı

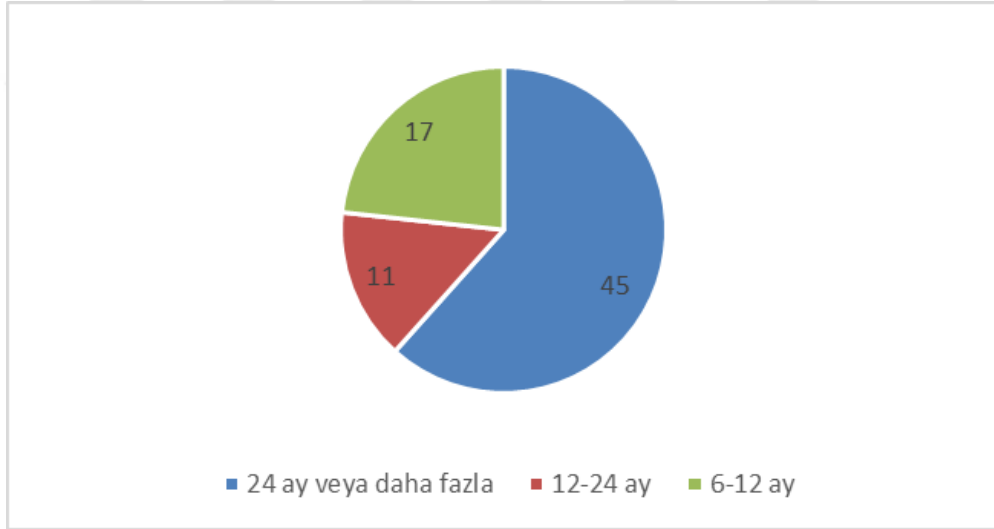
Kontrol grubuna dahil edilen bireylerin 25 (%59,52) tanesi kadın, 17 (%40,47) tanesi erkektir. Kontrol grubuna dahil edilen bireyler için sefalometrik analiz incelemesi yapılmamış; hayatlarının herhangi bir döneminde ortodontik tedavi ya da ortognatik cerrahi tedaviye ihtiyaç duymamış olmaları dikkate alınmıştır.

Erikson'un psikososyal gelişim dönemlerine göre yaş sınıflaması baz alınarak hastalar yaş gruplarına göre sınıflandırılmıştır (96). Buna göre 12-21 yaş (kimlik kazanmaya karşı kimlik karmaşası); 21-30 yaş (yakınlığa karşı yalıtılmışlık); 30-65 yaş (üretkenliğe karşı verimsizlik) olacak şekilde çalışmaya kabul edilen bireyler gruplandırılmıştır. Dahil edilme kriterlerine göre, bireylerin 18 yaş ve üzerinde olması gözönünde bulundurulmuştur; yaş sınıflarının orijinaline sadık kalınarak gruplar isimlendirilmiştir. 12-21 yaş grubunda 13 (%17,80) tedavi görmüş birey, 11 (%26,19) kontrol grubuna dahil edilmiş birey; 21-30 yaş grubunda 48 (%65,75) tedavi görmüş birey, 28 (%66,66) kontrol grubuna dahil edilmiş birey; 30-65 yaş grubunda 12 (%16,43) tedavi görmüş birey, 3 (%7,14) kontrol grubuna dahil edilmiş birey çalışmaya alınmıştır.

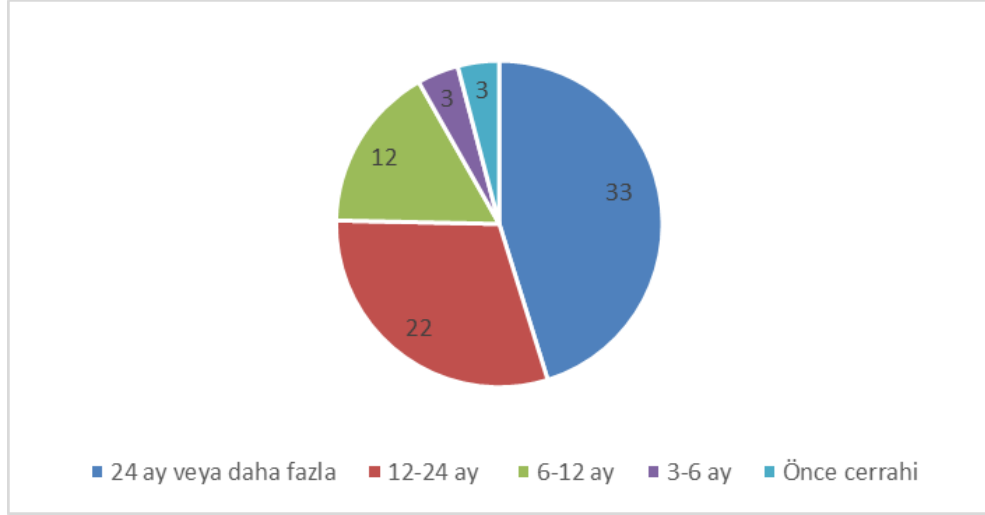


Şekil 4. Cerrahi tedavi görmüş grup ve kontrol grubunun yaş gruplarına göre sınıflandırılması

45 (%61,64) hastanın operasyonu üzerinden 24 ay veya daha fazla; 11 (%15,06) hastanın operasyonu üzerinden 12-24 ay; 17 (%23,28) hastanın operasyonu üzerinden 6-12 aylık bir süre geçtikten sonra çalışmaya dahil edilmişlerdir.



Şekil 5. Operasyon ile anket uygulaması arasında geçen süre



Şekil 6. Bireylerin ortodontik tedavileri ile ortognatik cerrahileri arasında geçen süre

Çalışmaya dahil edilen hastaların 33 (%45,2) tanesi ortodontik tedavilerine operasyondan 24 ay veya daha fazla süre öncesinde; 22 (%30,1) tanesi 12-24 ay öncesinde; 12 (%16,4) tanesi 6-12 ay öncesinde; 3 (%4,1) tanesi 3-6 ay öncesinde başlanmıştır ayrıca 3 (%4,1) hasta için önce cerrahi methodu uygulanmıştır.

Çalışmaya dahil edilen hastaların 50 (%68,50) tanesi ailelerinde de benzer dentofasial defortmite sahibi bireyler olduğunu; 23 (%31,50) tanesi ise kendilerinden başka ailelerinde bu tarz bir dentofasial deformite sahibi birey olmadığını bildirmişlerdir.

Hastaların ve/veya ailelerinin 41 (%56,16) tanesi ilgili deformiteyi 12-18 yaş aralığı olan ergenlik döneminde; 15 (%20,54) tanesi 7-11 yaş aralığı olan ilkökul döneminde; 14 (%19,17) tanesi 19-24 yaş olan ilk gençlik döneminde; 3 (%4,10) tanesi 25-35 yaş aralığı olan gençlik döneminde fark ettiklerini bildirmişlerdir.

4.2. Sosyal Görünüş Kaygısı Anketi Verilerinin Değerlendirilmesi

Sosyal görünüş kaygısının değerlendirilmesi için bireylere 16 adet soru yönlendirilmiştir. Bireylerden ilgili duruma ilişkin düşüncelerini 5'li Likert skalasında işaretlemeleri istenmiştir. Anketin içeriğindeki 1-3. sorular bireyin kendi dış görünüşüne duyduğu güveni ve kişinin özgüvenini; 4-7, 11-14, 16. sorular başka bireylerin fikirlerinin, kişinin kendi hakkındaki düşüncelerine etkisini; 8. ve 9. sorular bireyin dış görünüşünün hayat içerisindeki olaylara etkisini; 10. sorular

bireyin dış görünüşün sosyal topluluklarla iletişimine etkisini; 15. sorular bireyin dış görünüşünün ikili ilişkilere etkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. İlgili sorular ve verilen cevapların değerlendirilmesi aşağıda sıralanmıştır.

Soru 1: Dış görünüşümle ilgili kendimi rahat hissedirim.

5’li Likert sistemine göre cerrahi tedavi geçirmiş olan bireylerin işlemden önce verdikleri yanıtların ortalama değeri 1,0411 iken işlemden sonra verdikleri yanıtların ortalama değeri 3,0137’dir. Ortognatik cerrahi prosedürü sonrasında bireylerin dış görünüşlerine olan güvenleri 2,8947 kat artmıştır. Ayrıca istatistiksel olarak da bireylerin ilgili duruma ortognatik cerrahi öncesi ve sonrasında verdikleri yanıtlar arasında anlamlı sonuç bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubunun verdiği yanıtların ortalama değeri 3,0238 iken ortognatik cerrahi sonrasında bireylerin verdikleri yanıtların ortalama değeri 3,0137’dir. Her iki grubun bu konudaki düşüncesi konusunda anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Soru 2: Fotoğraf çekimi sırasında kendimi rahat hissedirim.

5’li Likert sistemine göre cerrahi tedavi geçirmiş olan bireylerin işlemden önce verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,9452 iken işlemden sonra verdikleri yanıtların ortalama değeri 2,9041’dir. Ortognatik cerrahi prosedürü sonrasında bireylerin fotoğraf çekinmeye karşı özgüvenleri 3,0724 kat artmıştır. Ayrıca istatistiksel olarak da bireylerin ilgili duruma ortognatik cerrahi öncesi ve sonrasında verdikleri yanıtlar arasında anlamlı sonuç bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubunun verdiği yanıtların ortalama değeri 2,4523 iken ortognatik cerrahi sonrasında bireylerin verdikleri yanıtların ortalama değeri 2,9041’dir Her iki grubun bu konudaki düşüncesi konusunda anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca ortognatik cerrahi sonrasında bireylerin verdiği yanıtların, kontrol grubundaki bireylerin verdikleri yanıtlara oranlanmasıyla; cerrahi sonrasında bireylerin fotoğraf çekinmeye karşı özgüvenlerinin kontrol grubuna kıyasla 1,1842 kat fazla olduğu görülmüştür.

Soru 3: İnsanlar direkt bana baktıklarında rahatsız olurum.

5’li Likert sistemine göre cerrahi tedavi geçirmiş olan bireylerin işlemden önce verdikleri yanıtların ortalama değeri 2,1781 iken işlemden sonra verdikleri

yanıtların ortalama değeri 1,0822'dir. Ortognatik cerrahi prosedürü sonrasında bireylerin, diğer insanların bakışlarından rahatsızlığı 2,0126 kat azalmıştır. Ayrıca istatistiksel olarak da bireylerin ilgili duruma ortognatik cerrahi öncesi ve sonrasında verdikleri yanıtlar arasında anlamlı sonuç bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubunun verdiği yanıtların ortalama değeri 1,8333 iken ortognatik cerrahi sonrasında bireylerin verdikleri yanıtların ortalama değeri 1,0822'dir. Her iki grubun bu konudaki düşüncesi konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Hasta grubunun verdiği yanıt ortalamasının, kontrol grubunun verdiği yanıt ortalamasına sayısal olarak kıyaslaması yapıldığında; bu konuda, kontrol grubunun 1,6939 kat fazla kaygı yaşadığı söylenebilir.

Soru 4: İnsanların dış görünüşünden dolayı benden hoşlanmayacaklarımı düşünürüm.

5'li Likert sistemine göre cerrahi tedavi geçirmiş olan bireylerin işlemden önce verdikleri yanıtların ortalama değeri 1,9589 iken işlemden sonra verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,7945'dir. Ortognatik cerrahi prosedürü sonrasında bireylerin dış görünüşlerine karşı özgüvenleri 2,4655 kat artmıştır. Ayrıca istatistiksel olarak da bireylerin ilgili duruma ortognatik cerrahi öncesi ve sonrasında verdikleri yanıtlar arasında anlamlı sonuç bulunmuştur($p<0,05$).

Kontrol grubunun verdiği yanıtların ortalama değeri 1,1428 iken ortognatik cerrahi sonrasında bireylerin verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,7945'dir. Her iki grubun bu konudaki düşüncesi konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır($p>0,05$).

Soru 5: İnsanlarla birlikte bulunmadığım zamanlarda, insanların benim arkamdan konuşacaklarını düşünürüm.

5'li Likert sistemine göre cerrahi tedavi geçirmiş olan bireylerin işlemden önce verdikleri yanıtların ortalama değeri 1,1096 iken işlemden sonra verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,6027'dir. Ortognatik cerrahi prosedürü sonrasında bireylerin diğer insanların düşüncelerine karşı paranoid fikirleri 1,8410 kat azalmıştır. Ayrıca istatistiksel olarak da bireylerin ilgili duruma ortognatik cerrahi öncesi ve sonrasında verdikleri yanıtlar arasında anlamlı sonuç bulunmuştur($p<0,05$).

Kontrol grubunun verdiği yanıtların ortalama değeri 1,5952 iken ortognatik cerrahi sonrasında bireylerin verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,6027'dir. Her iki grubun bu konudaki düşüncesi konusunda anlamlı fark bulunmuştur($p<0,05$). Hasta grubunun verdiği yanıt ortalamasının, kontrol grubunun verdiği yanıt ortalamasına sayısal olarak kıyaslaması yapıldığında; bu konuda, kontrol grubunun 2,6467 kat fazla kaygı yaşadığı söylenebilir.

Soru 6: Dış görünüşümden dolayı insanların benimle vakit geçirmek istemeyeceklerini düşünürüm.

5'li Likert sistemine göre cerrahi tedavi geçirmiş olan bireylerin işlemden önce verdikleri yanıtların ortalama değeri 1,0137 iken işlemden sonra verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,4658'dir. Ortognatik cerrahi prosedürü sonrasında bireylerin dış görünüşlerinden dolayı sosyal ilişkiden kaçınma istekleri 2,1762 kat azalmıştır. Ayrıca istatistiksel olarak da bireylerin ilgili duruma ortognatik cerrahi öncesi ve sonrasında verdikleri yanıtlar arasında anlamlı sonuç bulunmuştur($p<0,05$).

Kontrol grubunun verdiği yanıtların ortalama değeri 0,5000 iken ortognatik cerrahi sonrasında bireylerin verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,4658'dir. Her iki grubun bu konudaki düşüncesi konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır($p>0,05$).

Soru 7: İnsanların beni etkileyici bulmamalarından korkarım.

5'li Likert sistemine göre cerrahi tedavi geçirmiş olan bireylerin işlemden önce verdikleri yanıtların ortalama değeri 1,7945 iken işlemden sonra verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,6986'dir. Ortognatik cerrahi prosedürü sonrasında bireylerin dış görünüşlerinin etkileyici olduğuna dair fikirleri 2,5687 kat artmıştır. Ayrıca istatistiksel olarak da bireylerin ilgili duruma ortognatik cerrahi öncesi ve sonrasında verdikleri yanıtlar arasında anlamlı sonuç bulunmuştur($p<0,05$).

Kontrol grubunun verdiği yanıtların ortalama değeri 0,9761 iken ortognatik cerrahi sonrasında bireylerin verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,6986'dir Her iki grubun bu konudaki düşüncesi konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Soru 8: Dış görünüşümün hayatımı zorlaştırmasından korkarım.

5’li Likert sistemine göre cerrahi tedavi geçirmiş olan bireylerin işlemden önce verdikleri yanıtların ortalama değeri 1,9726 iken işlemden sonra verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,5068’dir. Ortognatik cerrahi prosedürü sonrasında bireylerin hayat içerisindeki pozisyonlarına güvenleri 3,8922 kat artmıştır. Ayrıca istatistiksel olarak da bireylerin ilgili duruma ortognatik cerrahi öncesi ve sonrasında verdikleri yanıtlar arasında anlamlı sonuç bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubunun verdiği yanıtların ortalama değeri 1,0000 iken ortognatik cerrahi sonrasında bireylerin verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,5068’dir Her iki grubun bu konudaki düşüncesi konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0,05$). Hasta grubunun verdiği yanıt ortalamasının, kontrol grubunun verdiği yanıt ortalamasına sayısal olarak kıyaslaması yapıldığında; bu konuda, kontrol grubunun 1,9731 kat fazla kaygı yaşadığı söylenebilir.

Soru 9: Elde ettiğim fırsatları dış görünüşüme bağlı olarak kaybetmekten endişelenirim.

5’li Likert sistemine göre cerrahi tedavi geçirmiş olan bireylerin işlemden önce verdikleri yanıtların ortalama değeri 1,5753 iken işlemden sonra verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,5068’dir. Ortognatik cerrahi prosedürü sonrasında bireyler, hayat içindeki fırsatlarla ilgili tercih edilebilir olduklarına dair fikirleri 3,1083 kat artmıştır. Ayrıca istatistiksel olarak da bireylerin ilgili duruma ortognatik cerrahi öncesi ve sonrasında verdikleri yanıtlar arasında anlamlı sonuç bulunmuştur($p<0,05$).

Kontrol grubunun verdiği yanıtların ortalama değeri 0,7142 iken ortognatik cerrahi sonrasında bireylerin verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,5068’dir. Her iki grubun bu konudaki düşüncesi konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır($p>0,05$).

Soru 10: İnsanlarla konuşurken dış görünüşümden dolayı gerilirim.

5’li Likert sistemine göre cerrahi tedavi geçirmiş olan bireylerin işlemden önce verdikleri yanıtların ortalama değeri 1,9315 iken işlemden sonra verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,4658’dir. Ortognatik cerrahi prosedürü sonrasında

bireylerin dış görünüşlerinden dolayı iletişim kurmaktan kaçınma durumları 4,1466 kat azalmıştır. Ayrıca istatistiksel olarak da bireylerin ilgili duruma ortognatik cerrahi öncesi ve sonrasında verdikleri yanıtlar arasında anlamlı sonuç bulunmuştur($p<0,05$).

Kontrol grubunun verdiği yanıtların ortalama değeri 0,6428 iken ortognatik cerrahi sonrasında bireylerin verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,4658'dir. Her iki grubun bu konudaki düşüncesi konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır($p>0,05$).

Soru 11: Diğer insanlar dış görünüşüm hakkında bir şey söylediklerinde rahatsızlık duyarım.

5'li Likert sistemine göre cerrahi tedavi geçirmiş olan bireylerin işlemden önce verdikleri yanıtların ortalama değeri 2,2329 iken işlemden sonra verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,8630'dir. Ortognatik cerrahi prosedürü sonrasında bireylerin, çevrenin fikirlerine karşı hassasiyetleri 2,5873 kat azalmıştır. Ayrıca istatistiksel olarak da bireylerin ilgili duruma ortognatik cerrahi öncesi ve sonrasında verdikleri yanıtlar arasında anlamlı sonuç bulunmuştur($p<0,05$).

Kontrol grubunun verdiği yanıtların ortalama değeri 1,6904 iken ortognatik cerrahi sonrasında bireylerin verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,8630'dir. Her iki grubun bu konudaki düşüncesi konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0,05$). Hasta grubunun verdiği yanıt ortalamasının, kontrol grubunun verdiği yanıt ortalamasına sayısal olarak kıyaslaması yapıldığında; bu konuda, kontrol grubunun 1,9587 kat fazla kaygı yaşadığı söylenebilir.

Soru 12: Dış görünüşümle ilgili başkalarının beklentilerini karşılayamama düşüncesi beni endişelendirir.

5'li Likert sistemine göre cerrahi tedavi geçirmiş olan bireylerin işlemden önce verdikleri yanıtların ortalama değeri 1,6164 iken işlemden sonra verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,5753'dir. Ortognatik cerrahi prosedürü sonrasında bireylerin, başkalarının fiziksel estetik yargılarına verdikleri önem 2,8096 kat azalmıştır. Ayrıca istatistiksel olarak da bireylerin ilgili duruma ortognatik cerrahi öncesi ve sonrasında verdikleri yanıtlar arasında anlamlı sonuç bulunmuştur($p<0,05$).

Kontrol grubunun verdiği yanıtların ortalama değeri 0,8333 iken ortognatik cerrahi sonrasında bireylerin verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,5753'dir. Her iki grubun bu konudaki düşüncesi konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır($p>0,05$).

Soru 13: İnsanların dış görünüşümü olumsuz değerlendirmelerinden korkarım.

5'li Likert sistemine göre cerrahi tedavi geçirmiş olan bireylerin işlemden önce verdikleri yanıtların ortalama değeri 2,1507 iken işlemden sonra verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,7123'dir. Ortognatik cerrahi prosedürü sonrasında bireylerin, diğer insanların kendi görünümü hakkında yaptıkları yorumlardan etkilenmeleri 3,0193 kat daha azalmıştır. Ayrıca istatistiksel olarak da bireylerin ilgili duruma ortognatik cerrahi öncesi ve sonrasında verdikleri yanıtlar arasında anlamlı sonuç bulunmuştur($p<0,05$).

Kontrol grubunun verdiği yanıtların ortalama değeri 1,1428 iken ortognatik cerrahi sonrasında bireylerin verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,7123'dir. Her iki grubun bu konudaki düşüncesi konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0,05$). Hasta grubunun verdiği yanıt ortalamasının, kontrol grubunun verdiği yanıt ortalamasına sayısal olarak kıyaslaması yapıldığında; bu konuda, kontrol grubunun 1,6043 kat fazla kaygı yaşadığı söylenebilir.

Soru 14: İnsanların dış görünüşüm hakkında bir sorunu farkettiklerini düşündüğümde rahatsızlık duyarım.

5'li Likert sistemine göre cerrahi tedavi geçirmiş olan bireylerin işlemden önce verdikleri yanıtların ortalama değeri 2,1370 iken işlemden sonra verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,5068'dir. Ortognatik cerrahi prosedürü sonrasında bireylerin diğer insanların fikirlerine verdikleri önem 2,4375 kat azalmıştır. Ayrıca istatistiksel olarak da bireylerin ilgili duruma ortognatik cerrahi öncesi ve sonrasında verdikleri yanıtlar arasında anlamlı sonuç bulunmuştur($p<0,05$).

Kontrol grubunun verdiği yanıtların ortalama değeri 1,4047 iken ortognatik cerrahi sonrasında bireylerin verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,5068'dir. Her iki grubun bu konudaki düşüncesi konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0,05$). Hasta grubunun verdiği yanıt ortalamasının, kontrol grubunun

verdiği yanıt ortalamasına sayısal olarak kıyaslaması yapıldığında; bu konuda, kontrol grubunun 2,7717 kat fazla kaygı yaşadığı söylenebilir.

Soru 15: Sevdiğim kişinin dış görünüşümden dolayı beni terkedeceğinden endişe duyarım.

5'li Likert sistemine göre cerrahi tedavi geçirmiş olan bireylerin işlemden önce verdikleri yanıtların ortalama değeri 1,5479 iken işlemden sonra verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,5479'dır. Ortognatik cerrahi prosedürü sonrasında bireylerin ikili ilişkilerinde kendilerine olan güvenleri 2,8251 kat artmıştır. Ayrıca istatistiksel olarak da bireylerin ilgili duruma ortognatik cerrahi öncesi ve sonrasında verdikleri yanıtlar arasında anlamlı sonuç bulunmuştur($p<0.05$).

Kontrol grubunun verdiği yanıtların ortalama değeri 0,6428 iken ortognatik cerrahi sonrasında bireylerin verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,5479'dır. Her iki grubun bu konudaki düşüncesi konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır($p>0.05$).

Soru 16: İnsanların dış görünüşümün iyi/ güzel olmadığını düşünmelerinden endişe duyarım.

5'li Likert sistemine göre cerrahi tedavi geçirmiş olan bireylerin işlemden önce verdikleri yanıtların ortalama değeri 1,9457 iken işlemden sonra verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,6712'dir. Ortognatik cerrahi prosedürü sonrasında bireylerin estetik görünümlerine bağlı olarak topluluk içindeki kendilerine güvenleri 2,8988 kat artmıştır. Ayrıca istatistiksel olarak da bireylerin ilgili duruma ortognatik cerrahi öncesi ve sonrasında verdikleri yanıtlar arasında anlamlı sonuç bulunmuştur($p<0.05$).

Kontrol grubunun verdiği yanıtların ortalama değeri 1,0952 iken ortognatik cerrahi sonrasında bireylerin verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,6712'dir. Her iki grubun bu konudaki düşüncesi konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0.05$). Hasta grubunun verdiği yanıt ortalamasının, kontrol grubunun verdiği yanıt ortalamasına sayısal olarak kıyaslaması yapıldığında; bu konuda, kontrol grubunun 1,6317 kat fazla kaygı yaşadığı söylenebilir.

4.3. Ağız Sağlığı Etki Profili Anketinin Verilerinin Değerlendirilmesi

Dentofasial deformitelerin ağız sağlığına etki profilinin incelenmesi için bireylere 14 adet soru yöneltilmiştir. Anketin 1. ve 2. soruları fonksiyonel kısıtlılık; 3. ve 4. soruları fiziksel ağrı; 5-7. soruları psikolojik huzursuzluk; 8-10 soruları fiziksel yetersizlik; 11. sorusu psikolojik yetersizlik; 12. ve 13. sorusu sosyal uyumsuzluk; 14. sorusu engellilik durumlarının değerlendirilmesi için geliştirilmiştir. İlgili sorular ve cevaplarının değerlendirilmesi aşağıda sıralanmıştır.

Soru 1: Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle herhangi bir kelimeyi telaffuz etme sorununuz oldu mu?

5’li Likert sistemine göre cerrahi tedavi geçirmiş olan bireylerin işlemden önce verdikleri yanıtların ortalama değeri 1,5616 iken işlemden sonra verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,6575’dir. Ortognatik cerrahi prosedürü sonrasında bireylerin telaffuz güçlüğü 2,3750 kat azalmıştır. Ayrıca istatistiksel olarak da bireylerin ilgili duruma ortognatik cerrahi öncesi ve sonrasında verdikleri yanıtlar arasında anlamlı sonuç bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubunun verdiği yanıtların ortalama değeri 0,3333 iken ortognatik cerrahi sonrasında bireylerin verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,6575’dir. Her iki grubun bu konudaki düşüncesi konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0,05$). Hasta grubunun verdiği yanıt ortalamasının, kontrol grubunun verdiği yanıt ortalamasına sayısal olarak kıyaslaması yapıldığında; bu konuda, hasta grubunun 1,9726 kat kendilerini daha yetersiz gördükleri söylenebilir. Ortognatik cerrahi sonrasında konuşma fonksiyonunda gelişim görülmüş olsa da dentofasial deformiteli bireylerde istatistiksel olarak, cerrahiye ihtiyaç duymamış bireylerin telaffuz fonksiyonuna tam olarak erişilememiştir.

Soru 2: Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle tat alma hissinizin bozulduğunu hissediyor musunuz?

5’li Likert sistemine göre cerrahi tedavi geçirmiş olan bireylerin işlemden önce verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,3013 iken işlemden sonra verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,1917’dir. Ortognatik cerrahi prosedürü sonrasında bireylerin tat değişikliği hissi 1,5717 kat azalmıştır. Fakat istatistiksel olarak bireylerin

ilgili duruma ortognatik cerrahi öncesi ve sonrasında verdikleri yanıtlar arasında anlamlı sonuç bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubunun verdiği yanıtların ortalama değeri 0,1428 iken ortognatik cerrahi sonrasında bireylerin verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,1917'dir. Her iki grubun bu konudaki düşüncesi konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Soru 3: Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle ağzınızda ağrılı bir durum yaşadınız mı?

5'li Likert sistemine göre cerrahi tedavi geçirmiş olan bireylerin işlemden önce verdikleri yanıtların ortalama değeri 1,1643 iken işlemden sonra verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,8493'dir. Ortognatik cerrahi prosedürü sonrasında bireylerin oral ağrılı durumları 1,3708 kat azalmıştır. Fakat istatistiksel olarak bireylerin ilgili duruma ortognatik cerrahi öncesi ve sonrasında verdikleri yanıtlar arasında anlamlı sonuç bulunamamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubunun verdiği yanıtların ortalama değeri 1,6666 iken ortognatik cerrahi sonrasında bireylerin verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,8493'dir. Her iki grubun bu konudaki düşüncesi konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kontrol grubunun verdiği yanıt ortalamasının, hasta grubunun verdiği yanıt ortalamasına sayısal olarak kıyaslaması yapıldığında; bu konuda, kontrol grubu 1,9623 kat daha fazla oral ağrılı durum yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Soru 4: Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle yemek yemeyi rahatsız edici bulduğunuz oldu mu?

5'li Likert sistemine göre cerrahi tedavi geçirmiş olan bireylerin işlemden önce verdikleri yanıtların ortalama değeri 1,7671 iken işlemden sonra verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,8483'dir. Ortognatik cerrahi prosedürü sonrasında bireylerin yemek yeme güçlüğü 2,0806 kat azalmıştır. Ayrıca istatistiksel olarak da bireylerin ilgili duruma ortognatik cerrahi öncesi ve sonrasında verdikleri yanıtlar arasında anlamlı sonuç bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubunun verdiği yanıtların ortalama değeri 1,3809 iken ortognatik cerrahi sonrasında bireylerin verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,8483'dir. Her iki

grubun bu konudaki düşüncesi konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0,05$). Kontrol grubunun verdiği yanıt ortalamasının, hasta grubunun verdiği yanıt ortalamasına sayısal olarak kıyaslaması yapıldığında; bu konuda, kontrol grubu 1,6278 kat daha fazla beslenmeyi rahatsız edici bulduklarını bildirmişlerdir.

Soru 5: Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle endişe duydunuz mu?

5'li Likert sistemine göre cerrahi tedavi geçirmiş olan bireylerin işlemden önce verdikleri yanıtların ortalama değeri 2,5616 iken işlemden sonra verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,8356'dır. Ortognatik cerrahi prosedürü sonrasında bireylerin oral problemlere bağlı endişesi 3,0655 kat azalmıştır. Ayrıca istatistiksel olarak da bireylerin ilgili duruma ortognatik cerrahi öncesi ve sonrasında verdikleri yanıtlar arasında anlamlı sonuç bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubunun verdiği yanıtların ortalama değeri 1,8809 iken ortognatik cerrahi sonrasında bireylerin verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,8356'dır. Her iki grubun bu konudaki düşüncesi konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0,05$). Kontrol grubunun verdiği yanıt ortalamasının, hasta grubunun verdiği yanıt ortalamasına sayısal olarak kıyaslaması yapıldığında; bu konuda, kontrol grubu 2,2509 kat daha fazla oral problemlerden dolayı endişe duyduklarını bildirmişlerdir.

Soru 6: Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle gerginlik hissettiniz mi?

5'li Likert sistemine göre cerrahi tedavi geçirmiş olan bireylerin işlemden önce verdikleri yanıtların ortalama değeri 2,5346 iken işlemden sonra verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,8493'dir. Ortognatik cerrahi prosedürü sonrasında bireylerin oral problemlere bağlı gerginlik hissi 2,9843 kat azalmıştır. Ayrıca istatistiksel olarak da bireylerin ilgili duruma ortognatik cerrahi öncesi ve sonrasında verdikleri yanıtlar arasında anlamlı sonuç bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubunun verdiği yanıtların ortalama değeri 2,0000 iken ortognatik cerrahi sonrasında bireylerin verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,8493'dir. Her iki grubun bu konudaki düşüncesi konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark

bulunmuştur($p<0,05$). Kontrol grubunun verdiği yanıt ortalamasının, hasta grubunun verdiği yanıt ortalamasına sayısal olarak kıyaslaması yapıldığında; bu konuda, kontrol grubu 2,3548 kat daha fazla oral problemlerden dolayı gerginlik hissettiklerini bildirmişlerdir.

Soru 7: Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle utandığınız bir durum yaşadınız mı?

5'li Likert sistemine göre cerrahi tedavi geçirmiş olan bireylerin işlemden önce verdikleri yanıtların ortalama değeri 2,2192 iken işlemden sonra verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,4384'dir. Ortognatik cerrahi prosedürü sonrasında bireylerin oral problemlere bağlı utanacakları bir durumla karşı karşıya kalma halleri 5,0620 kat azalmıştır. Ayrıca istatistiksel olarak da bireylerin ilgili duruma ortognatik cerrahi öncesi ve sonrasında verdikleri yanıtlar arasında anlamlı sonuç bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubunun verdiği yanıtların ortalama değeri 1,3333 iken ortognatik cerrahi sonrasında bireylerin verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,4384'dir Her iki grubun bu konudaki düşüncesi konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0,05$). Kontrol grubunun verdiği yanıt ortalamasının, hasta grubunun verdiği yanıt ortalamasına sayısal olarak kıyaslaması yapıldığında; bu konuda, kontrol grubu 3,0412 kat daha fazla oral problemlerden dolayı utandıkları bir durum yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Soru 8: Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle diyetinizin tatmin edici olmadığı oldu mu?

5'li Likert sistemine göre cerrahi tedavi geçirmiş olan bireylerin işlemden önce verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,7397 iken işlemden sonra verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,2877'dir. Ortognatik cerrahi prosedürü sonrasında bireylerin oral problemlere bağlı her besin maddesini diyetlerine dahil edememe durumları 2,5710 kat azalmıştır. Ayrıca istatistiksel olarak da bireylerin ilgili duruma ortognatik cerrahi öncesi ve sonrasında verdikleri yanıtlar arasında anlamlı sonuç bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubunun verdiği yanıtların ortalama değeri 0,7857 iken ortognatik cerrahi sonrasında bireylerin verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,2877'dir. Her iki

grubun bu konudaki düşüncesi konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0,05$). Kontrol grubunun verdiği yanıt ortalamasının, hasta grubunun verdiği yanıt ortalamasına sayısal olarak kıyaslaması yapıldığında; bu konuda, kontrol grubu 2,7309 kat daha fazla oral problemlerden dolayı diyetlerinin tatmin edici olmadığını bildirmişlerdir.

Soru 9: Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle yemeğinizi yarıda bırakmak zorunda kaldınız mı?

5’li Likert sistemine göre cerrahi tedavi geçirmiş olan bireylerin işlemden önce verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,8767 iken işlemden sonra verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,4110’dır. Ortognatik cerrahi prosedürü sonrasında bireylerin oral problemlere bağlı olarak beslenme işlemini yarıda bırakmaları 2,1330 kat azalmıştır. Ayrıca istatistiksel olarak da bireylerin ilgili duruma ortognatik cerrahi öncesi ve sonrasında verdikleri yanıtlar arasında anlamlı sonuç bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubunun verdiği yanıtların ortalama değeri 0,8095 iken ortognatik cerrahi sonrasında bireylerin verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,4110’dır. Her iki grubun bu konudaki düşüncesi konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0,05$). Kontrol grubunun verdiği yanıt ortalamasının, hasta grubunun verdiği yanıt ortalamasına sayısal olarak kıyaslaması yapıldığında; bu konuda, kontrol grubu 1,9695 kat daha fazla oral problemlerden dolayı beslenmelerini yarıda bıraktıklarını bildirmişlerdir.

Soru 10: Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle fonksiyonlarınızı tümüyle yapamayacak duruma geldiniz mi?

5’li Likert sistemine göre cerrahi tedavi geçirmiş olan bireylerin işlemden önce verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,5205 iken işlemden sonra verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,3013’tür. Ortognatik cerrahi prosedürü sonrasında bireylerin oral problemlere bağlı olarak fonksiyon kayıpları 1,7275 kat azalmıştır. Fakat istatistiksel olarak bireylerin ilgili duruma ortognatik cerrahi öncesi ve sonrasında verdikleri yanıtlar arasında anlamlı sonuç bulunamamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubunun verdiği yanıtların ortalama değeri 0,8333 iken ortognatik cerrahi sonrasında bireylerin verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,3013’tür. Her iki

grubun bu konudaki düşüncesi konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0,05$). Kontrol grubunun verdiği yanıt ortalamasının, hasta grubunun verdiği yanıt ortalamasına sayısal olarak kıyaslaması yapıldığında; bu konuda, kontrol grubu 1,9695 kat daha fazla oral problemlerden dolayı fonksiyonlarını tamamen yapamayacak duruma geldiklerini bildirmişlerdir.

Soru 11: Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle rahatlamakta zorlandığınız oldu mu?

5’li Likert sistemine göre cerrahi tedavi geçirmiş olan bireylerin işlemden önce verdikleri yanıtların ortalama değeri 1,1918 iken işlemden sonra verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,3973’dir. Ortognatik cerrahi prosedürü sonrasında bireylerin oral problemlere bağlı sorunlarının stres unsuru haline gelmesi 2,9997 kat azalmıştır. Ayrıca istastiksel olarak da bireylerin ilgili duruma ortognatik cerrahi öncesi ve sonrasında verdikleri yanıtlar arasında anlamlı sonuç bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubunun verdiği yanıtların ortalama değeri 0,6428 iken ortognatik cerrahi sonrasında bireylerin verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,3973’dir. Her iki grubun bu konudaki düşüncesi konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0,05$). Kontrol grubunun verdiği yanıt ortalamasının, hasta grubunun verdiği yanıt ortalamasına sayısal olarak kıyaslaması yapıldığında; bu konuda, kontrol grubu 1,6179 kat daha fazla oral problemlerden ötürü rahatlamakta zorlandıklarını bildirmişlerdir.

Soru 12: Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle diğer insanlara az da olsa asabi davrandığınız oldu mu?

5’li Likert sistemine göre cerrahi tedavi geçirmiş olan bireylerin işlemden önce verdikleri yanıtların ortalama değeri 1,7123 iken işlemden sonra verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,6027’dir. Ortognatik cerrahi prosedürü sonrasında bireylerin oral problemlere bağlı olarak diğer insanlarla negatif iletişimleri 2,8410 kat azalmıştır. Ayrıca istastiksel olarak da bireylerin ilgili duruma ortognatik cerrahi öncesi ve sonrasında verdikleri yanıtlar arasında anlamlı sonuç bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubunun verdiği yanıtların ortalama değeri 1,0000 iken ortognatik cerrahi sonrasında bireylerin verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,6027'dir. Her iki grubun bu konudaki düşüncesi konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır($p>0,05$).

Soru 13: Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle her zaman yapmakta olduğunuz işinizi yapmakla ilgili sorun yaşadınız mı?

5'li Likert sistemine göre cerrahi tedavi geçirmiş olan bireylerin işlemden önce verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,7397 iken işlemden sonra verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,3973'dir. Ortognatik cerrahi prosedürü sonrasında bireylerin oral problemlere bağlı olarak fonksiyonlarından geri kalmaları 1,8618 kat azalmıştır. Ayrıca istastiksel olarak da bireylerin ilgili duruma ortognatik cerrahi öncesi ve sonrasında verdikleri yanıtlar arasında anlamlı sonuç bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubunun verdiği yanıtların ortalama değeri 0,9285 iken ortognatik cerrahi sonrasında bireylerin verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,3973'dir. Her iki grubun bu konudaki düşüncesi konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0,05$). Kontrol grubunun verdiği yanıt ortalamasının, hasta grubunun verdiği yanıt ortalamasına sayısal olarak kıyaslaması yapıldığında; bu konuda, kontrol grubu 2,3370 kat daha fazla oral problemlerden ötürü her zaman yapmakta oldukları işlerini yapmakta sorun yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Soru 14: Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle genelde hayatın daha az tatmin edici olduğu hissine kapıldınız mı?

5'li Likert sistemine göre cerrahi tedavi geçirmiş olan bireylerin işlemden önce verdikleri yanıtların ortalama değeri 1,7671 iken işlemden sonra verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,4110'dir. Ortognatik cerrahi prosedürü sonrasında bireylerin oral problemlere bağlı olarak hayatı daha yaşanılabilir görmeleri 4,2995 kat artmıştır. Ayrıca istastiksel olarak da bireylerin ilgili duruma ortognatik cerrahi öncesi ve sonrasında verdikleri yanıtlar arasında anlamlı sonuç bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubunun verdiği yanıtların ortalama değeri 1,1428 iken ortognatik cerrahi sonrasında bireylerin verdikleri yanıtların ortalama değeri 0,4110'dir. Her iki

grubun bu konudaki düşüncesi konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0,05$). Kontrol grubunun verdiği yanıt ortalamasının, hasta grubunun verdiği yanıt ortalamasına sayısal olarak kıyaslaması yapıldığında; bu konuda, kontrol grubu 2,7805 kat daha fazla oral problemlerden ötürü hayatın daha az tatmin edici olduğu hissine kapıldığını bildirmişlerdir.

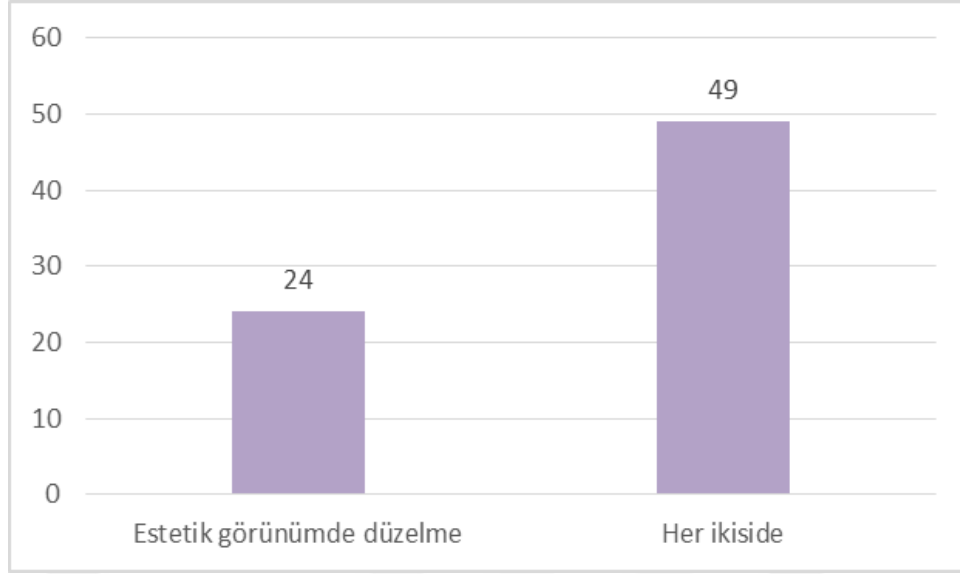
4.4. Memnuniyet Anketi Verilerinin Değerlendirilmesi

Memnuniyet anketine dahil edilmiş 19 soru ile bireylerin tedaviye karşı motivasyonları, tedaviden beklentileri, oluşabilecek komplikasyonlar konusundaki bilinçleri; tedavi sırasında aile ve yakın çevre desteğinin bireyi nasıl etkilediği; bireylerin prosedürü uygulayan ekibe karşı güvenleri ve bunun sürece yansımaları; bireylerin tedaviden memnuniyetleri, oluşmuş olan komplikasyonlarla başa çıkabilme durumlarını; kişinin ve yakın çevresinin tedavi sonuçlarına karşı tutumunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca memnuniyet durumunun yaş, cinsiyet ve iskeletsel deformiteye bağlı olarak değişip değişmediği de değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme için memnuniyet anketinin 5, 6, 8, 9, 10. soruları temel alınmıştır.

Bazı soruların cevap alanı çoktan seçmeli oluşturulmuşken; bazı soruların cevap alanı 7'li Likert sistemine göre oluşturulmuştur. 7'li Likert sistemine göre cevaplanan soruların puantajları 1 ve 2 az; 3 ve 4 orta; 5, 6 ve 7 yüksek olarak değerlendirilmiştir.

Soru 1: Cerrahi tedavi tercihindeki öncelikli motivasyonunuz hangisiydi?

- a) Estetik görünümde düzelme
- b) Çiğnemenin düzelmesi
- c) Her ikiside
- d) Hiçbiri

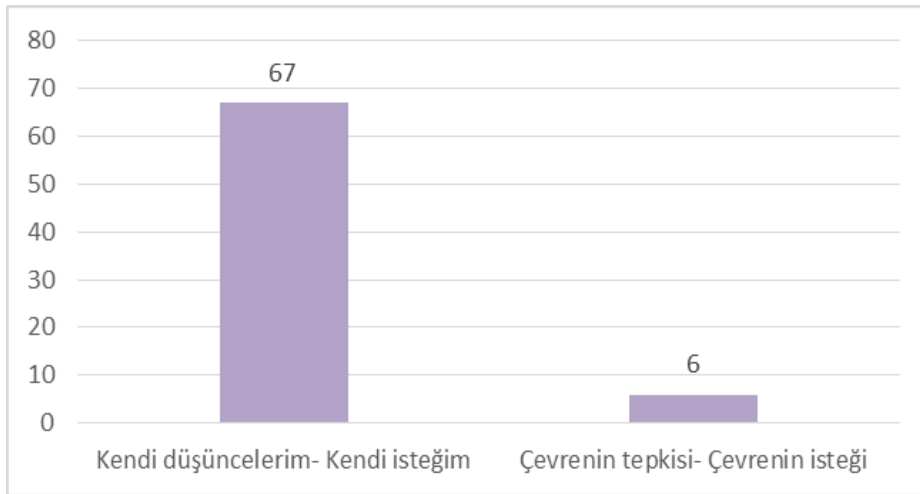


Şekil 7. Bireylerin cerrahi tedavi tercihindeki öncelikli motivasyon kaynaklarına göre dağılımı

49 (%67,1) birey tedavi motivasyon sebebi olarak estetik düzelme ve çığnemenin düzelmesi seçeneğini işaretlerken; 24 (%32,9) birey tedavi motivasyon sebebi olarak sadece estetik düzelme seçeneğini işaretlemiştir. Literatürdeki diğer çalışmaların aksine çalışmamıza katılan hiçbir birey cinsiyet, yaş ve iskeletsel deformitenin sınıflamasına bakılmaksızın cerrahi tercih sebebi olarak çığnemenin düzeltilmesi seçeneğini işaretlememiştir.

Soru 2: Cerrahi tedavi seçeneğinde en etkili faktör hangisiydi?

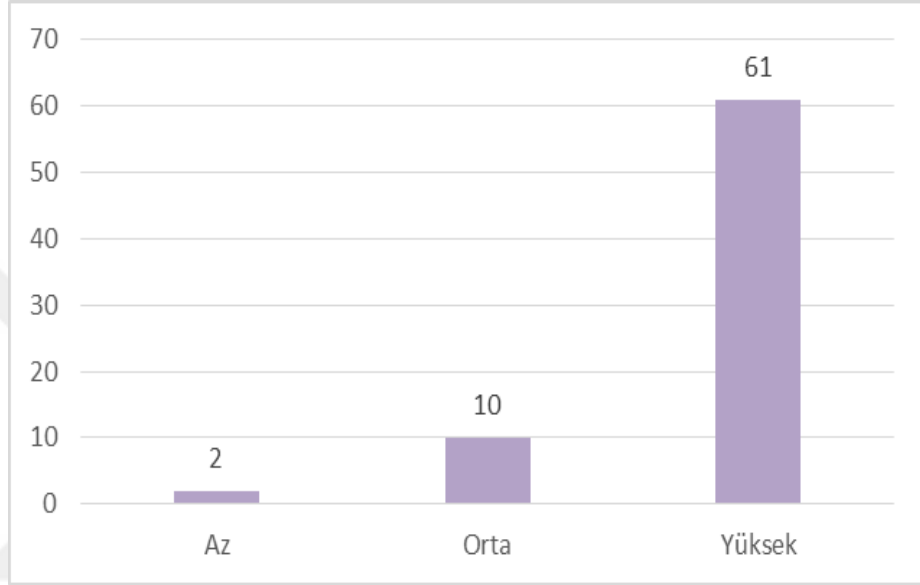
- a) Kendi düşüncelerim- Kendi isteğim
- b) Çevrenin tepkisi- Çevrenin isteği



Şekil 8. Bireylerin cerrahi tedavi seçeneğini tercihinin içsel isteklerine göre dağılımı

67 (%91,8) birey cerrahi tedavi seçeneğindeki en önemli faktörün kendi fikirleri olduğunu belirtirken; 6 (%8,2) bu konuda en önemli faktörün çevrenin tepkisi olduğunu bildirmişlerdir.

Soru 3: Ameliyat prosedürü, ameliyat sırasında ve sonrasında karşılaşılabilecek komplikasyonlar operasyondan önce yeterli ayrıntıyla açıklandı.

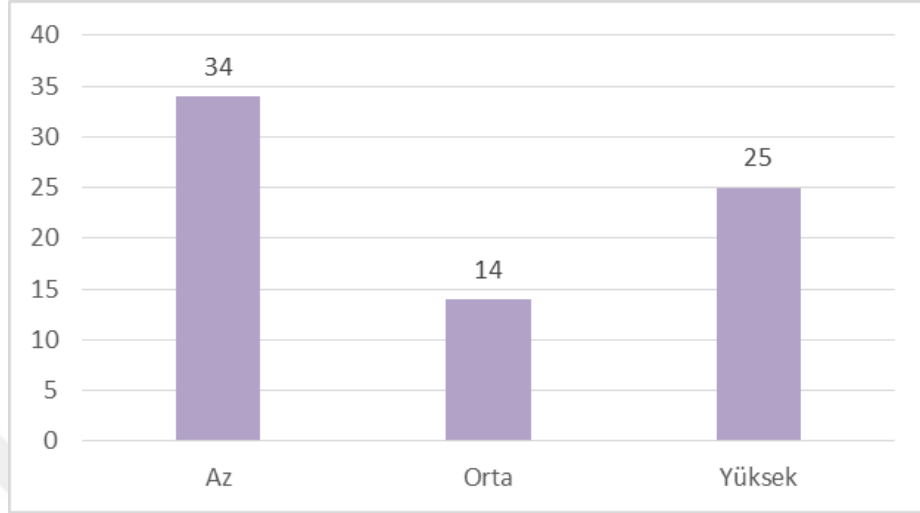


Şekil 9. Bireylere ameliyat prosedürü, ameliyat sırasında ve sonrasında karşılaşılabilecek komplikasyonların yeterli ayrıntıyla açıklanmasının dağılımı

İlgili soruya 40 (%54,8) birey, skalanın en yüksek değeri olan 7 değerini vermiştir.

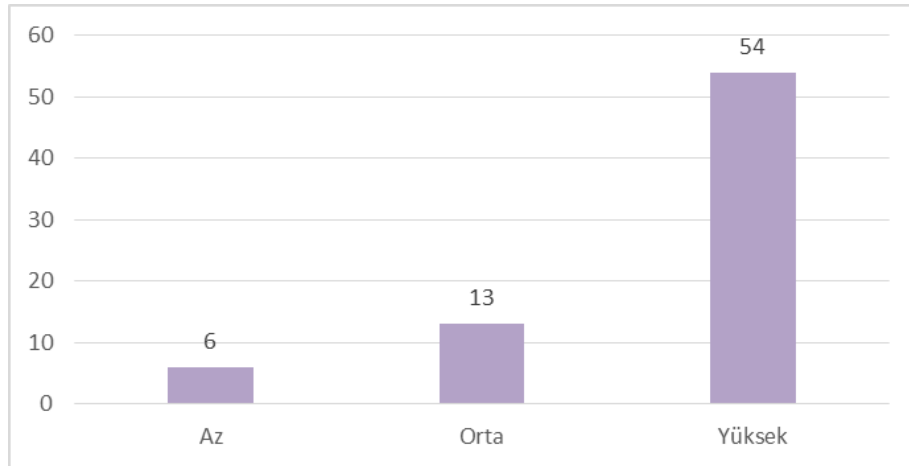
Soru 4: Ameliyat sonrasında beklentim dışında bir durum yaşamadım.

İlgili soruya 30 (%41,0) birey, skalanın en düşük değeri olan 1 değerini vermiştir.



Şekil 10. Bireylerin ameliyat sonrasında beklenmedik bir durumla karşılaşmama durumlarının dağılımı

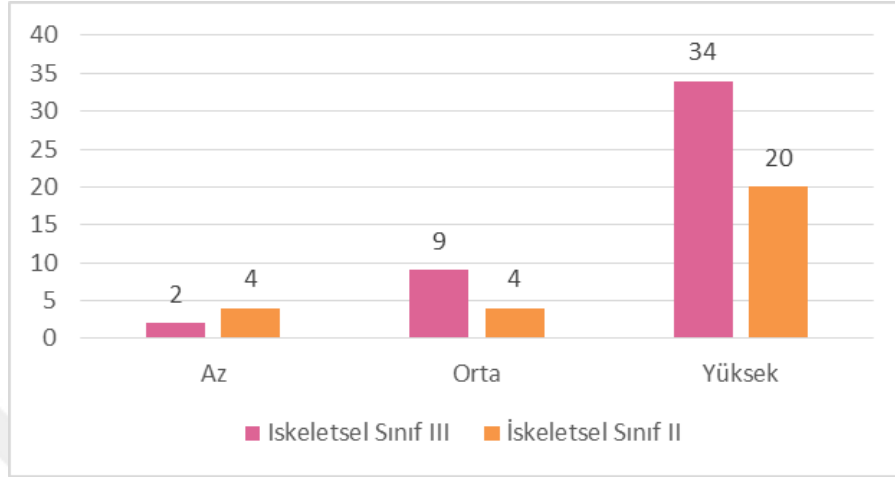
Soru 5: Ortognatik cerrahi, tedavi başlangıcındaki beklentilerimi tam olarak karşıladı ve işlemin sonuçlarından memnunum.



Şekil 11. Bireylerin tedaviden beklentilerinin karşılanması ve tedavi sonuçlarından memnuniyetlerinin dağılımı

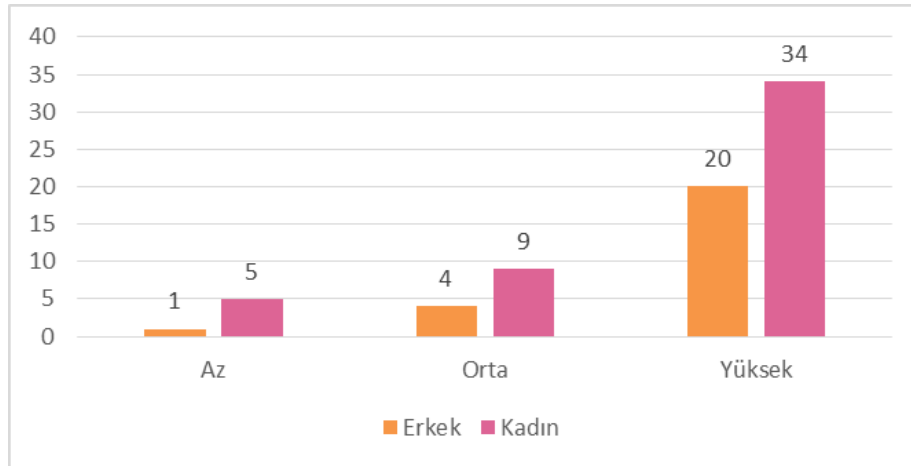
Çalışmaya dahil edilmiş tüm bireylerin yanıtları değerlendirildiğinde, 35 (%47,94) birey skalanın en yüksek değeri olan 7 değerini vermiştir.

Bireyler iskeletsel sınıf III ve iskeletsel sınıf II olarak sınıflandırılmıştır. İskeletsel sınıf III olan 24 (%53,33) birey ilgili soruya skalanın en yüksek değeri olan 7 değerini vermiştir. İskeletsel sınıf II olan 11 (%39,28) birey ilgili soruya skalanın en yüksek değeri olan 7 değerini vermiştir.



Şekil 12. Bireylerin tedaviden beklentilerinin karşılanması ve tedavi sonuçlarından memnuniyetlerinin iskeletsel deformiteye göre dağılımı

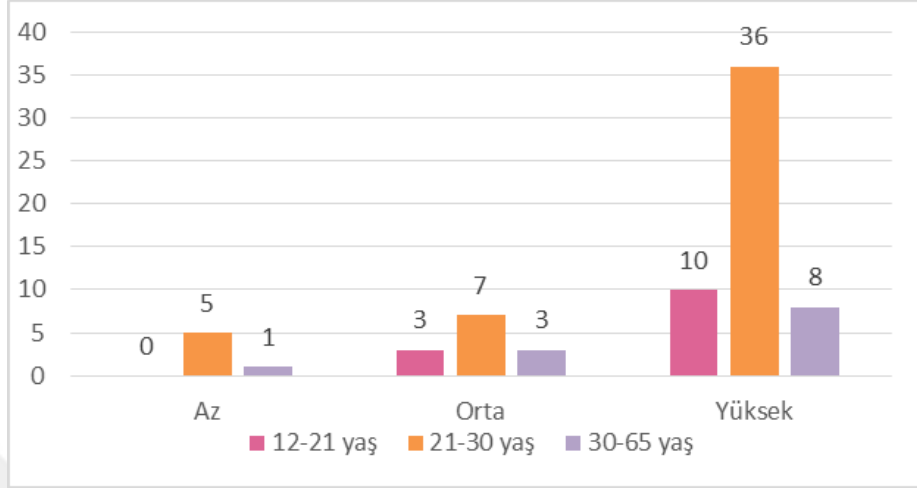
Bireyler kadın ve erkek olarak cinsiyetlerine göre sınıflandırılmıştır. 48 kadın bireyin 30 (%62,50) tanesi, ilgili soru için skalanın en yüksek değeri olan 7 değerini vermiştir. 25 erkek bireyin 15 (%60,00) tanesi, ilgili soru için skalanın en yüksek değeri olan 7 değerini vermiştir.



Şekil 13. Bireylerin tedaviden beklentilerinin karşılanması ve tedavi sonuçlarından memnuniyetlerinin cinsiyete göre dağılımı

Bireyler yaş gruplarına göre sınıflandırılmıştır. 12-21 yaş, 21-30 yaş, 30-65 yaş olarak gruplandırılmış olan bireylerin 12-21 yaş grubuna dahil olanlarından 3 (%23,07)

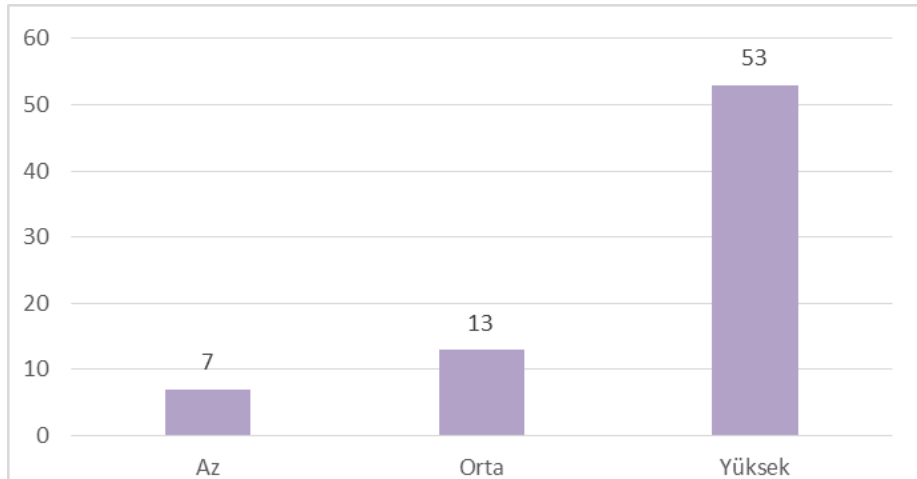
tanesi; 21-30 yaş grubuna dahil olanlarından 28 (%58,33) tanesi; 30-65 yaş grubuna dahil olanlarından ise 4 (%33,33) tanesi ilgili soru için skalanın en yüksek değeri olan 7 değerini vermiştir.



Şekil 14. Bireylerin tedaviden beklentilerinin karşılanması ve tedavi sonuçlarından memnuniyetlerinin yaşa göre dağılımı

Soru 6: Ortognatik cerrahi prosedürünün hayatımı değiştirdiğini düşünüyorum.

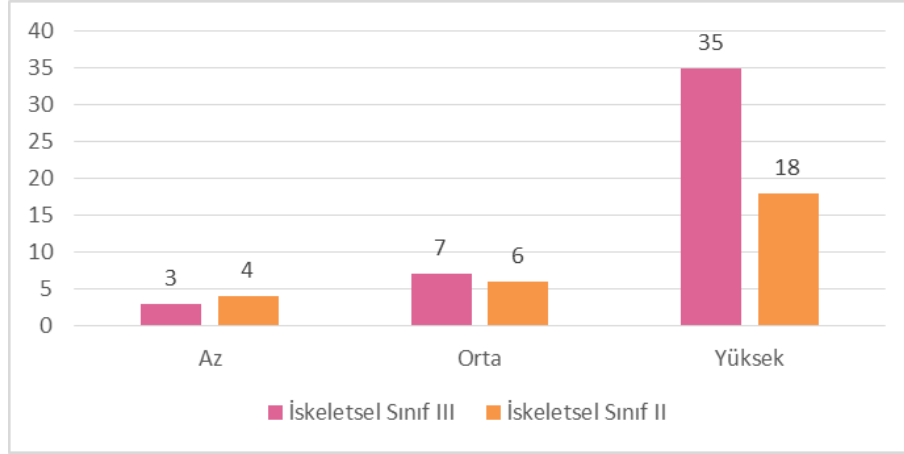
Çalışmaya dahil edilmiş tüm bireylerin yanıtları değerlendirildiğinde, 36 (%49,31) birey skalanın en yüksek değeri olan 7 değerini vermiştir.



Şekil 15. Bireylerin cerrahi prosedüre bağlı olarak hayat değişikliği yaşama durumlarının dağılımı

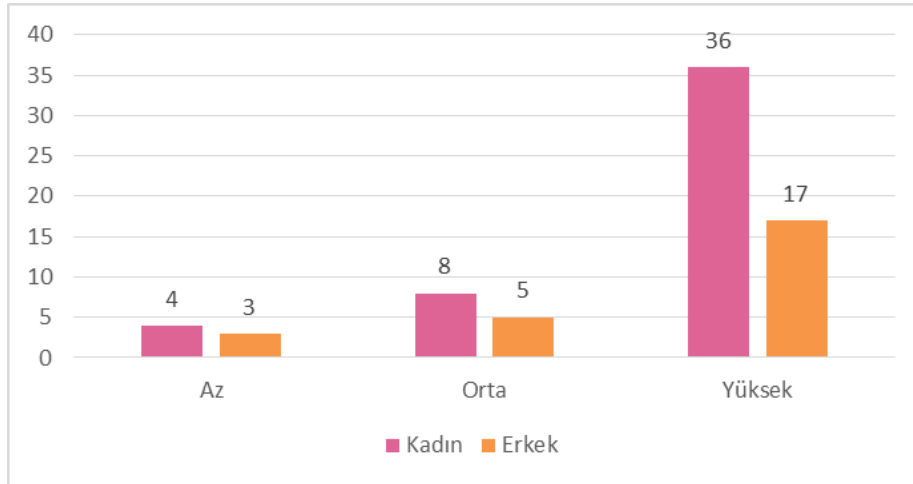
Bireyler iskeletsel sınıf III ve iskeletsel sınıf II olarak sınıflandırılmıştır. İskeletsel sınıf III olan 28 (%62,22) birey ilgili soruya skalanın en yüksek değeri olan

7 değerini vermiştir. İskeletsel sınıf II olan 8 (%28,57) birey ilgili soruya skalanın en yüksek değeri olan 7 değerini vermiştir.

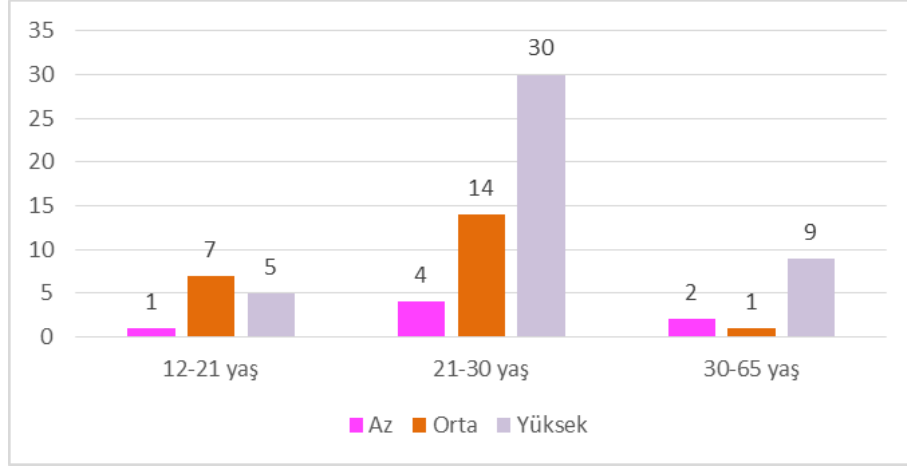


Şekil 16. Bireylerin cerrahi prosedüre bağlı olarak hayat değişikliği yaşama durumlarının iskeletsel deformiteye göre dağılımı

Bireyler kadın ve erkek olarak cinsiyetlerine göre sınıflandırılmıştır. 48 kadın bireyin 29 (%60,41) tanesi, ilgili soru için skalanın en yüksek değeri olan 7 değerini vermiştir. 25 erkek bireyin 7 (%28,00) tanesi, ilgili soru için skalanın en yüksek değeri olan 7 değerini vermiştir.



Şekil 17. Bireylerin cerrahi prosedüre bağlı olarak hayat değişikliği yaşama durumlarının cinsiyete göre dağılımı



Şekil 18. Bireylerin cerrahi prosedüre bağlı olarak hayat değişikliği yaşama durumlarının yaşa göre dağılımı

Bireyler yaş gruplarına göre sınıflandırılmıştır. 12-21 yaş, 21-30 yaş, 30-65 yaş olarak gruplandırılmış olan bireylerin 12-21 yaş grubuna dahil olanlarından 4 (%30,76) tanesi; 21-30 yaş grubuna dahil olanlarından 26 (%54,16) tanesi; 30-65 yaş grubuna dahil olanlarından ise 6 (%50,00) tanesi ilgili soru için skalanın en yüksek değeri olan 7 değerini vermiştir.

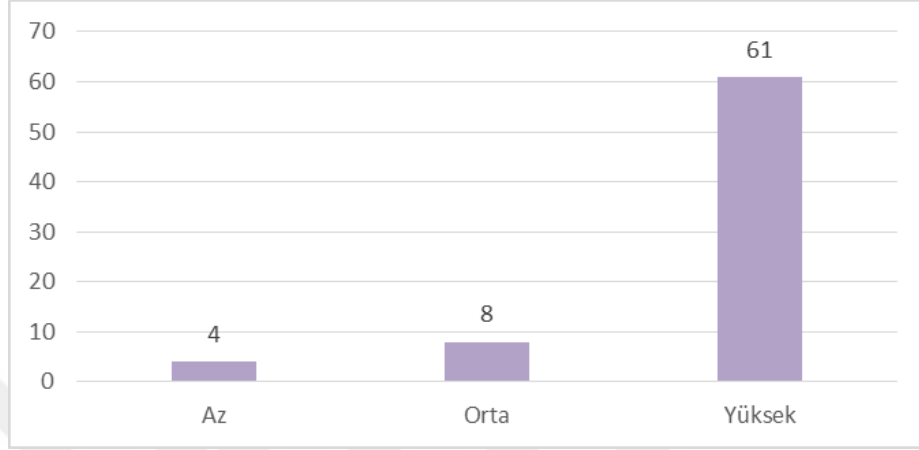
Soru 7: Aşağıdaki sebeplerle ilgili cerrahi işleme dair duyduğunuz kaygı miktarını işaretleyiniz.

- a) Cerrahi risk (0-1-2-3-4-5-6-7)
- b) Nihai estetik görüntü (0-1-2-3-4-5-6-7)
- c) Maddiyat (0-1-2-3-4-5-6-7)

Çalışmaya dahil edilmiş tüm bireylerin yanıtları, bu başlıklar altında değerlendirilmiştir. Cerrahi risk için 2,5833; nihai estetik görüntü için 2,4929; maddiyat için ise 1,7222; ortalama puantaj olarak hastalar tarafından işaretlenmiştir.

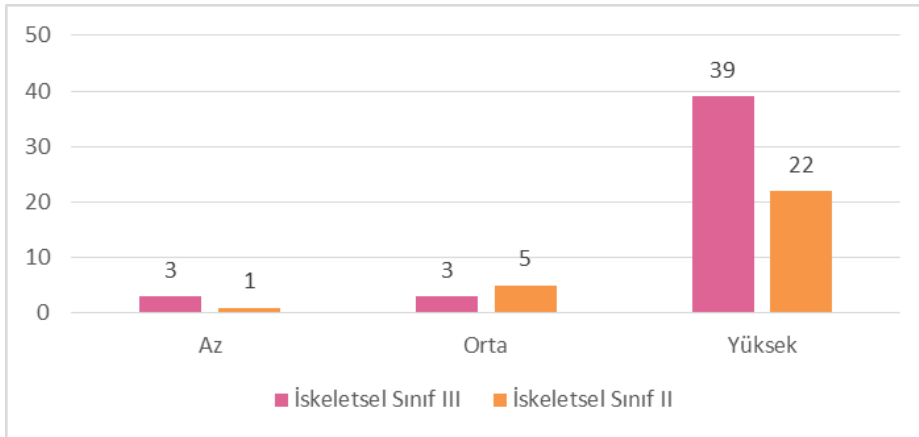
Soru 8: Yeniden karar verecek olsam aynı cerrahi operasyonu tercih ederdim.

Çalışmaya dahil edilmiş tüm bireylerin yanıtları değerlendirildiğinde, 54 (%73,97) birey skalanın en yüksek değeri olan 7 değerini vermiştir.

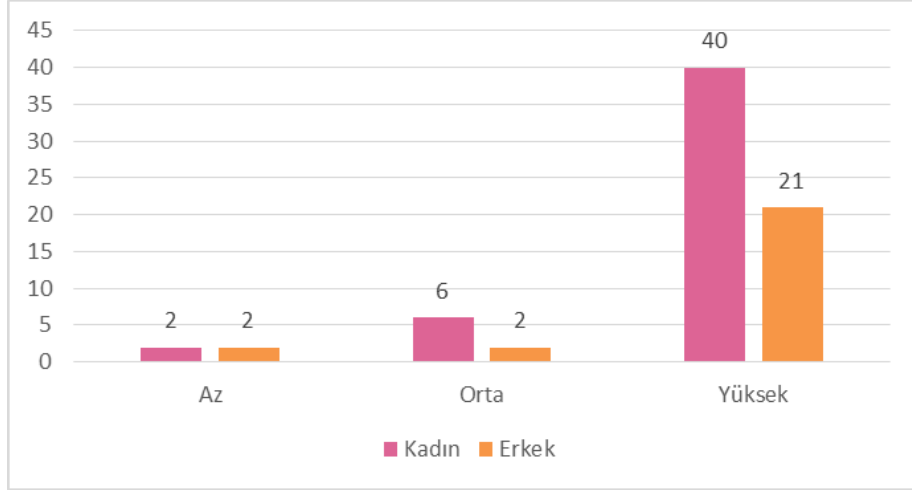


Şekil 19. Bireylerin yeniden karar verme durumunda, cerrahi operasyonu tekrardan bu prosedürü tercih durumlarının dağılımı

Bireyler iskeletsel sınıf III ve iskeletsel sınıf II olarak sınıflandırılmıştır. İskeletsel sınıf III olan 36 (%80,00) birey ilgili soruya skalanın en yüksek değeri olan 7 değerini vermiştir. İskeletsel sınıf II olan 18 (%64,28) birey ilgili soruya skalanın en yüksek değeri olan 7 değerini vermiştir.

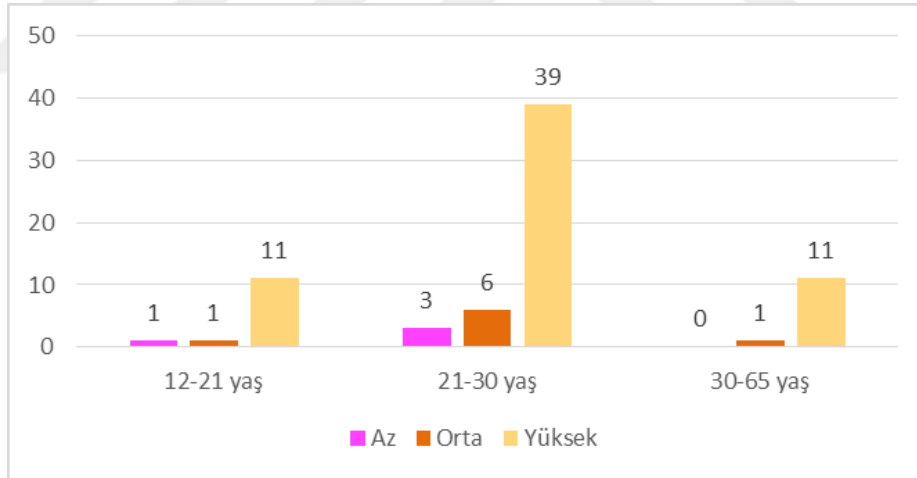


Şekil 20. Bireylerin yeniden karar verme durumunda, cerrahi operasyonu tekrardan tercih durumlarının iskeletsel deformiteye göre dağılımı



Şekil 21. Bireylerin yeniden karar verme durumunda, cerrahi operasyonu tekrardan tercih durumlarının cinsiyete göre dağılımı

Bireyler cinsiyetlerine göre sınıflandırılmıştır. 48 kadın bireyin 37 (%77,08) tanesi, ilgili soru için skalanın en yüksek değeri olan 7 değerini vermiştir. 25 erkek bireyin 17 (%68,00) tanesi, ilgili soru için skalanın en yüksek değeri olan 7 değerini vermiştir.

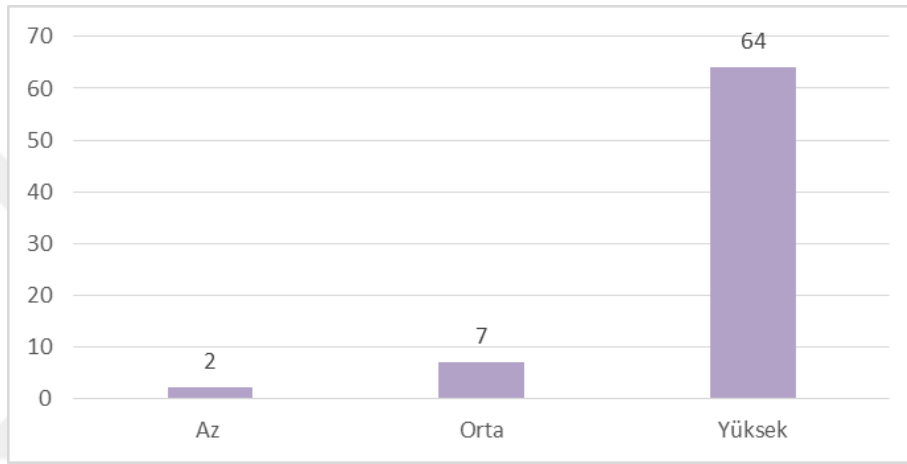


Şekil 22. Bireylerin yeniden karar verme durumunda, cerrahi operasyonu tekrardan tercih durumlarının yaşa göre dağılımı

Bireyler yaş gruplarına göre sınıflandırılmıştır. 12-21 yaş, 21-30 yaş, 30-65 yaş olarak gruplandırılmış olan bireylerin 12-21 yaş grubuna dahil olanlarından 10 (%83,33) tanesi; 21-30 yaş grubuna dahil olanlarından 35 (%72,91) tanesi; 30-65 yaş grubuna dahil olanlarından ise 9 (%75,00) tanesi ilgili soru için skalanın en yüksek değeri olan 7 değerini vermiştir.

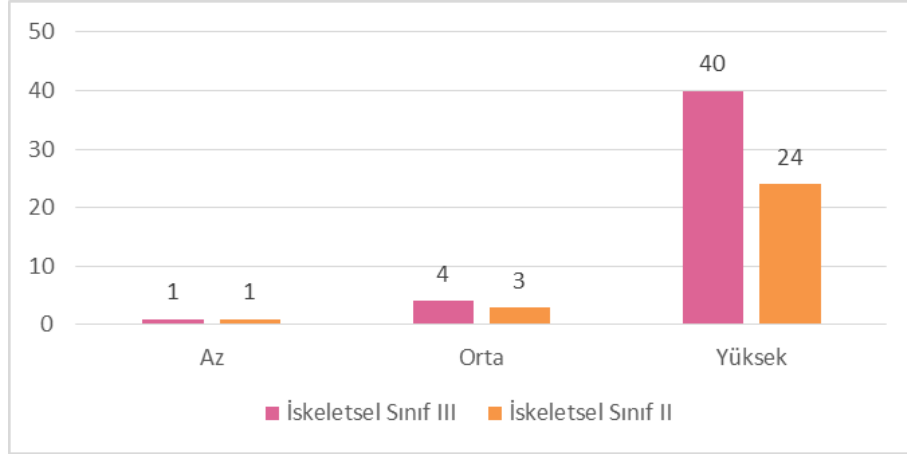
Soru 9: Bu operasyonu diğer kişilere ne derece önerirsiniz.

Çalışmaya dahil edilmiş tüm bireylerin yanıtları değerlendirildiğinde, 59 (%80,82) birey skalanın en yüksek değeri olan 7 değerini vermiştir.



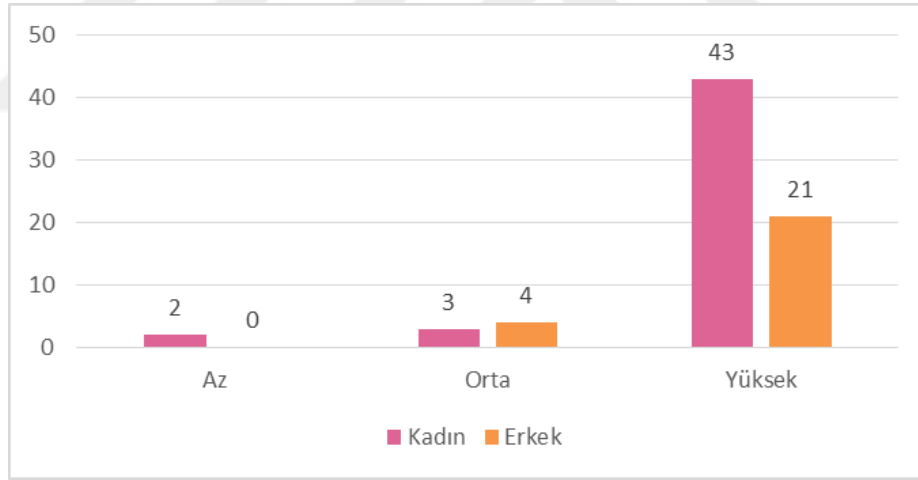
Şekil 23. Bireylerin, cerrahi operasyonu başkalarına önerme miktarları

Bireyler iskeletsel sınıf III ve iskeletsel sınıf II olarak sınıflandırılmıştır. İskeletsel sınıf III olan 37 (%82,22) birey ilgili soruya skalanın en yüksek değeri olan 7 değerini vermiştir. İskeletsel sınıf II olan 22 (%78,57) birey ilgili soruya skalanın en yüksek değeri olan 7 değerini vermiştir.

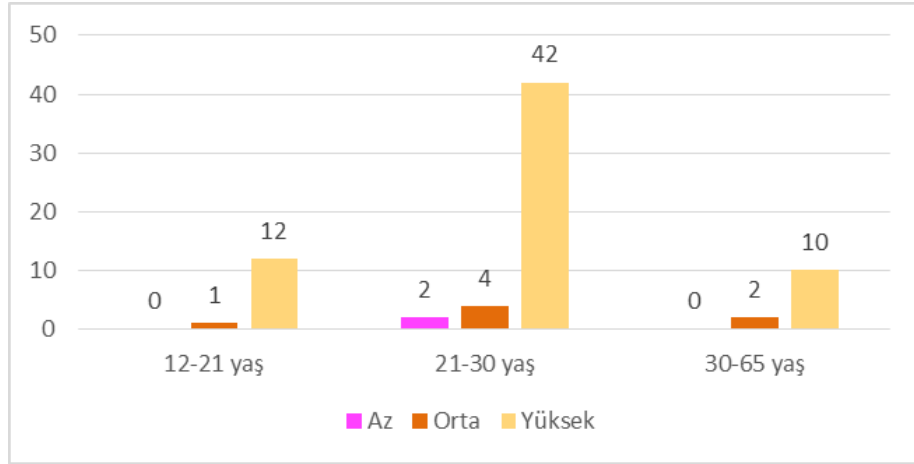


Şekil 24. Bireylerin, cerrahi operasyonu başkalarına önerme miktarlarının iskeletsel deformiteye göre dağılımı

Bireyler cinsiyetlerine göre sınıflandırılmıştır. 48 kadın bireyin 41 (%85,41) tanesi, ilgili soru için skalanın en yüksek değeri olan 7 değerini vermiştir. 25 erkek bireyin 18 (%72,00) tanesi, ilgili soru için skalanın en yüksek değeri olan 7 değerini vermiştir.



Şekil 25. Bireylerin, cerrahi operasyonu başkalarına önerme miktarlarının cinsiyete göre dağılımı

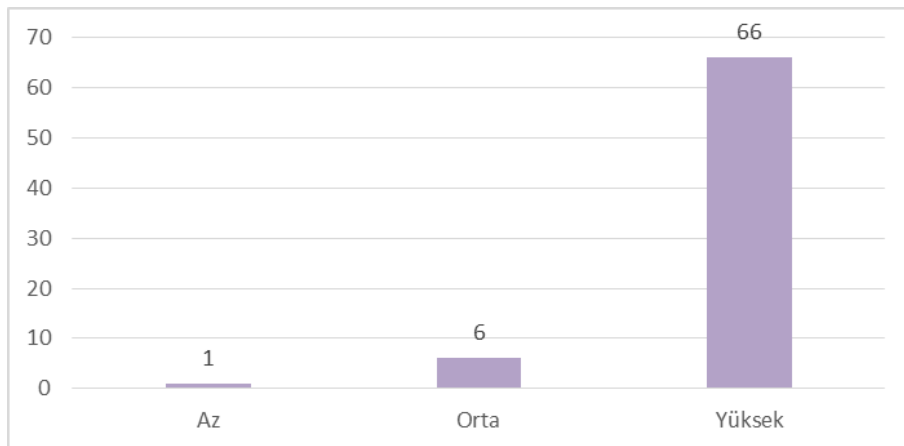


Şekil 26. Bireylerin, cerrahi operasyonu başkalarına önerme miktarlarının yaşa göre dağılımı

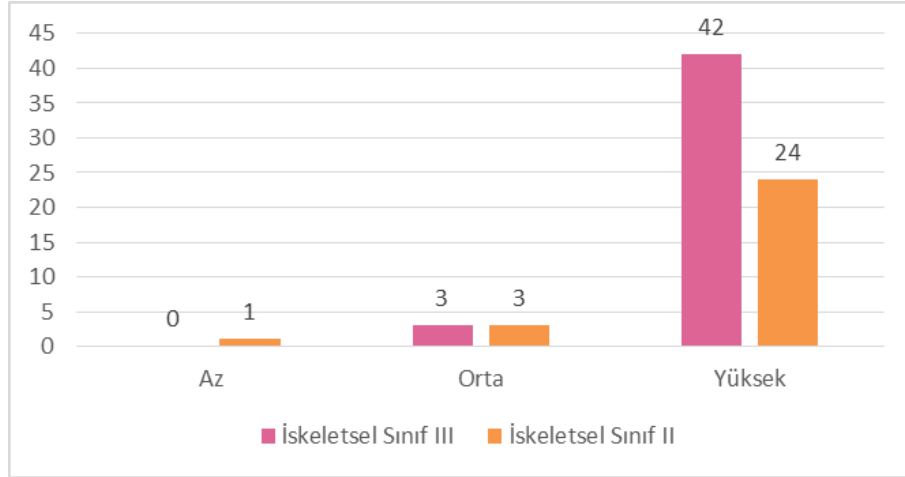
Bireyler yaş gruplarına göre sınıflandırılmıştır. 12-21 yaş, 21-30 yaş, 30-65 yaş olarak gruplandırılmış olan bireylerin 12-21 yaş grubuna dahil olanlarından 10 (%83,33) tanesi; 21-30 yaş grubuna dahil olanlarından 40 (%83,33) tanesi; 30-65 yaş grubuna dahil olanlarından ise 9 (%75,00) tanesi ilgili soru için skalanın en yüksek değeri olan 7 değerini vermiştir.

Soru 10: Her şeyi gözönünde bulundurduğunuzda cerrahinin sonuçlarından ne derece memnunsunuz?

Çalışmaya dahil edilmiş tüm bireylerin yanıtları değerlendirildiğinde, 44 (%60,27) birey skalanın en yüksek değeri olan 7 değerini vermiştir.

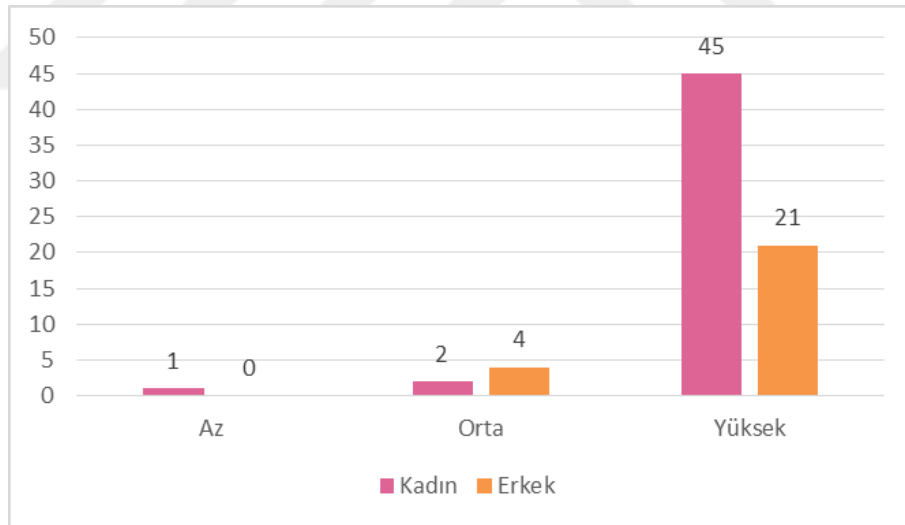


Şekil 27. Her şeyi gözönünde bulundurdıklarında bireylerin cerrahi sonuçlarından memnuniyeti



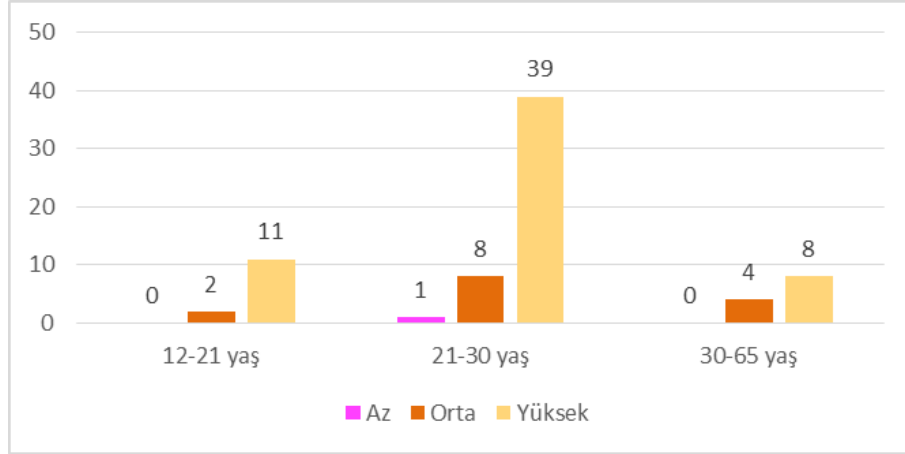
Şekil 28. Her şeyi gözönünde bulundurduklarında bireylerin cerrahi sonuçlarından memnuniyetinin iskeletsel deformiteye göre dağılımı

Bireyler iskeletsel sınıf III ve iskeletsel sınıf II olarak sınıflandırılmıştır. İskeletsel sınıf III olan 30 (%66,66) birey ilgili soruya skalanın en yüksek değeri olan 7 değerini vermiştir. İskeletsel sınıf II olan 14 (%58,33) birey ilgili soruya skalanın en yüksek değeri olan 7 değerini vermiştir.



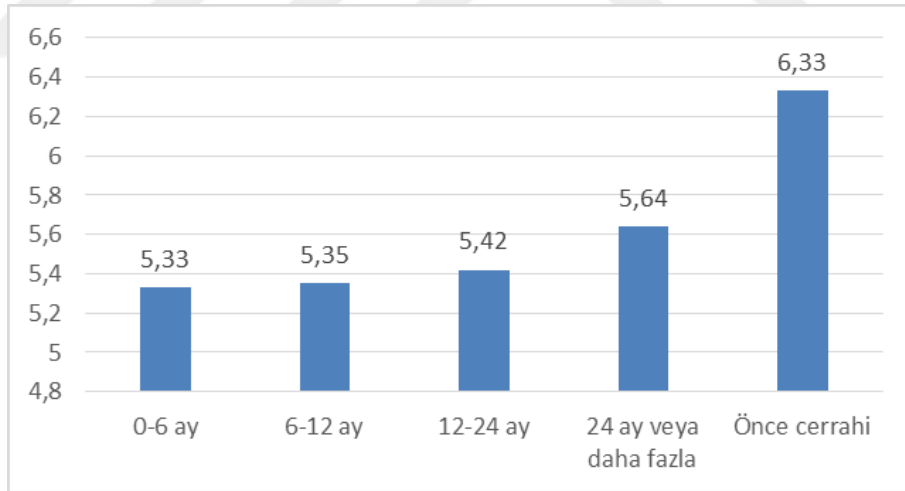
Şekil 29. Her şeyi gözönünde bulundurduklarında bireylerin cerrahi sonuçlarından memnuniyetinin cinsiyete göre dağılımı

Bireyler cinsiyetlerine göre sınıflandırılmıştır. 48 kadın bireyin 31 (%64,58) tanesi, ilgili soru için skalanın en yüksek değeri olan 7 değerini vermiştir. 25 erkek bireyin 13 (%52,00) tanesi, ilgili soru için skalanın en yüksek değeri olan 7 değerini vermiştir.



Şekil 30. Her şeyi gözönünde bulundurduklarında bireylerin cerrahi sonuçlarından memnuniyetinin yaşıya göre dağılımı

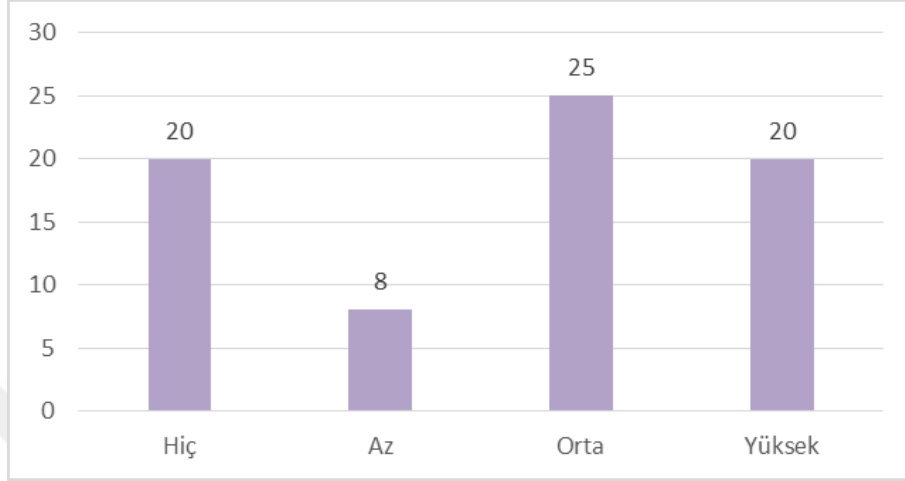
Bireyler yaş gruplarına göre sınıflandırılmıştır. 12-21 yaş, 21-30 yaş, 30-65 yaş olarak gruplandırılmış olan bireylerin 12-21 yaş grubuna dahil olanlarından 7 (%58,33) tanesi; 21-30 yaş grubuna dahil olanlarından 33 (%68,75) tanesi; 30-65 yaş grubuna dahil olanlarından ise 4 (%33,33) tanesi ilgili soru için skalanın en yüksek değeri olan 7 değerini vermiştir.



Şekil 31. Hastaların cerrahi tedavileri sonrası ortodontik tedavilerinin devam etme sürelerine göre memnuniyetlerinin puantajı

Soru 11: Cerrahi tedaviden sonra yüzünüz, çeneleriniz veya dişetlerinizde uyuşukluk hissediyor musunuz?

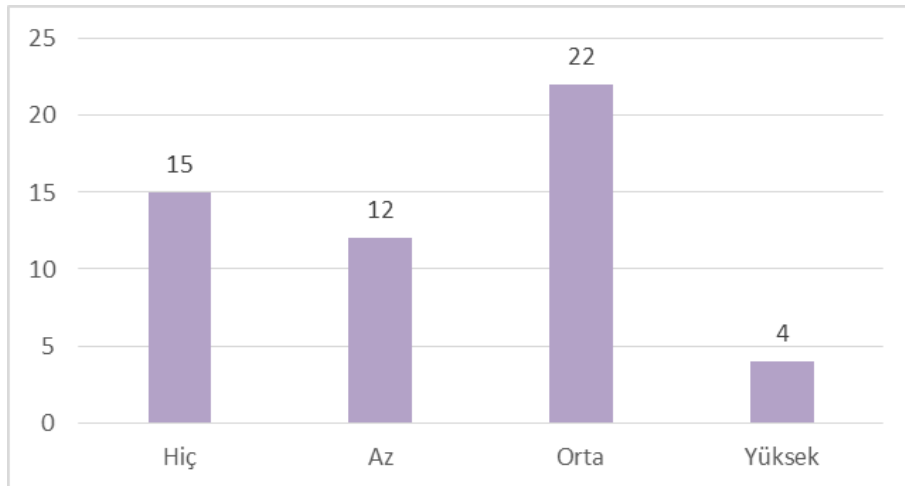
Sorunun değerlendirilmesi için bireylere 7’li Likert sistemi yerine hiç, az, orta ve yüksek şıkları verilmiştir.



Şekil 32. Cerrahi sonrasında hastaların uyuşukluk hissetme miktarlarına göre dağılımı

Soru 12: Hissettiğiniz uyuşukluk yaşamınızı ve sizi ne kadar etkiliyor?

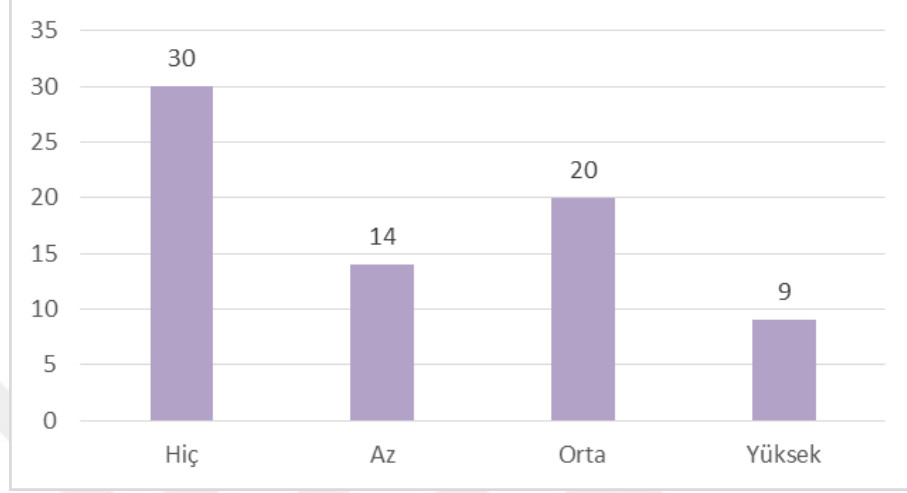
11.soruya ‘hiç’ cevabı vermiş olan 20 bireyin bu soruyu atlaması sağlanmıştır ve hissedilen uyuşukluğun bireylerin hayatlarının ne kadar etkilendiği değerlendirilmiştir.



Şekil 33. Cerrahi sonrasında hissedilen uyuşukluğun hastaları etkileme miktarlarının dağılımı

Soru 13: Yeni yüz görünümünüze alışmakta zorluk yaşadınız mı?

Çalışmaya dahil edilmiş hastaların 30'u yeni yüz estetiklerine alışmakta hiç zorlanmadıklarını bildirirken; 9 hasta cerrahi sonrası yeni yüz estetiklerine alışmakta ciddi zorluk yaşadıklarını bildirmişlerdir.



Şekil 34. Cerrahi sonrasında hastaların yeni yüz estetiklerine alışmakta zorluk yaşama miktarlarının dağılımı

6.soru olan ‘Ortognatik cerrahi prosedürünün hayatımı değiştirdiğini düşünüyorum.’ ve 10.soru olan ‘Her şeyi gözönünde bulundurduğunuzda cerrahinin sonuçlarından ne derece memnunsunuz?’ ana memnuniyet soruları olarak belirlenmiştir. Yedi farklı bağımsız değişken ile regresyon analizi yapılarak bu değişkenlerin memnuniyeti ne kadar açıkladıkları değerlendirilmek istenmiştir.

Değişken 1: Cerrahiye tamamlamış olan ekibe işlem öncesi ve sonrasında güveniyordum.

Değişken 2: Aileniz ve arkadaşlarınız cerrahi operasyon konusunda sizi ne kadar destekledi?

Değişken 3: Cerrahiden sonra yüzünüz, çeneleriniz ve dişetlerinizde uyuşukluk hissediyor musunuz?

Değişken 4: Aileniz cerrahi işlemin sonuçlarını beğendi/ sonuçlarından memnun kaldı mı?

Değişken 5: Arkadaşlarınız cerrahi işlemin sonuçlarını beğendi/ sonuçlarından memnun kaldı mı?

Değişken 6: Partneriniz cerrahi işlemin sonuçlarını beğendi/ sonuçlarından memnun kaldı mı?

Değişken 7: Yeni yüz görünümünüze alışmakta zorluk yaşadınız mı?

6. soru için oluşturulmuş olan model 'Model 1' olarak isimlendirilmiştir. Bu model hastaların memnuniyetini %55,2 oranında açıklamaktadır. Modeldeki bağımsız değişkenlerin katsayıları incelenmiştir. Buna göre anlamlı değişkenler 'Cerrahiyi tamamlamış olan ekibe işlem öncesi ve sonrasında güveniyordum.'; 'Aileniz cerrahi işlemin sonuçlarını beğendi/ sonuçlarından memnun kaldı mı?'; 'Arkadaşlarınız cerrahi işlemin sonuçlarını beğendi/ sonuçlarından memnun kaldı mı?' ve 'Yeni yüz görünümünüze alışmakta zorluk yaşadınız mı?'dır. Anlamlı olmayan değişkenler çıkartılarak analiz tekrarlanmıştır. Tekrarlanmış olan regresyon analizi memnuniyeti %54,9 oranında açıklamaktadır. Bu durum ilgili bağımsız değişkenler dışında ankete dahil edilmemiş durumların %45,1 oranında memnuniyeti açıkladığını göstermektedir.

10. soru için oluşturulmuş olan model 'Model 2' olarak isimlendirilmiştir. Bu model hastaların memnuniyetini %57,6 oranında açıklamaktadır. Modeldeki bağımsız değişkenlerin katsayıları incelenmiştir. Buna göre anlamlı değişkenler 'Cerrahiyi tamamlamış olan ekibe işlem öncesi ve sonrasında güveniyordum.'; 'Aileniz cerrahi işlemin sonuçlarını beğendi/ sonuçlarından memnun kaldı mı?' ve 'Partneriniz cerrahi işlemin sonuçlarını beğendi/ sonuçlarından memnun kaldı mı?'dır. Anlamlı olmayan değişkenler çıkartılarak analiz tekrarlanmıştır. Tekrarlanmış olan regresyon analizi memnuniyeti %58,00 oranında açıklamaktadır. Bu durum ilgili bağımsız değişkenler dışında ankete dahil edilmemiş durumların %42 oranında memnuniyeti açıkladığını göstermektedir.

Tablo 9. Memnuniyetin açıklanması için oluşturulmuş Model 1'in bağımsız değişkenlerle regresyon analizi

Model		Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize edilmiş katsayılar	t	Anlamlılık
		B	Standart Hata	Beta		
1	Sabit	-2,051	,899		-2,281	,026
	Cerrahi Ekibe Güven	,559	,145	,391	3,864	,000
	Ailenin Memnuniyeti	-,792	,352	-,540	-2,250	,028
	Partner Memnuniyeti	,155	,148	,134	1,053	,296
	Aile ve Arkadaş Desteği	,022	,083	,022	,265	,792
	Uyuşukluk	,119	,085	,112	1,397	,167
	Arkadaşların Memnuniyeti	1,184	,383	,809	3,096	,003
	Yeni Yüze Alışma	,182	,079	,193	2,296	,025

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Standart Hata	Durbin-Watson
1	,772 ^a	,596	,552	1,34341	2,078

Tablo 10. Model 1 için yenilenmiş regresyon analizi sonrasında anlamlı çıkan bağımsız değişkenler

Model		Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize edilmiş katsayılar	t	Anlamlılık
		B	Standart Hata	Beta		
1	Sabit	-1,640	,830		-1,976	,052
	Cerrahi Ekibe Güven	,532	,143	,372	3,715	,000
	Ailenin Memnuniyeti	-,858	,348	-,584	-2,467	,016
	Arkadaşların Memnuniyeti	1,425	,348	,974	4,093	,000
	Yeni Yüze Alışma	,183	,079	,194	2,300	,025

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Standart Hata	Durbin-Watson
1	,758 ^a	,574	,549	1,34793	2,181

Tablo 11. Memnuniyetin açıklanması için oluşturulmuş Model 2'in bağımsız değişkenlerle regresyon analizi

Model		Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize edilmiş katsayılar	t	Anlamlılık
		B	Standart Hata	Beta		
2	Sabit	1,658	,518		3,202	,002
	Cerrahi Ekibe Güven	,288	,083	,340	3,453	,001
	Aile ve Arkadaş Desteği	,046	,048	,079	,962	,340
	Uyuşukluk	-,048	,049	-,076	-,972	,335
	Ailenin Memnuniyeti	,464	,203	,534	2,288	,025
	Arkadaşların Memnuniyeti	-,254	,220	-,293	-1,151	,254
	Partner Memnuniyeti	,226	,085	,329	2,658	,010
	Yeni Yüze Alışma	,015	,046	,026	,321	,749

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Standart Hata	Durbin-Watson
2	,785 ^a	,617	,576	,77374	2,141

Tablo 12. Model 2 için yenilenmiş regresyon analizi sonrasında anlamlı çıkan bağımsız değişkenler

Model		Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize edilmiş katsayılar	t	Anlamlılık
		B	Standart Hata	Beta		
2	Sabit	1,688	,469		3,597	,001
	Cerrahi Ekibe Güven	,258	,078	,306	3,311	,001
	Ailenin Memnuniyeti	,324	,107	,373	3,032	,003
	Partner Memnuniyeti	,164	,075	,238	2,169	,034

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Standart Hata	Durbin-Watson
2	,773 ^a	,597	,580	,76985	1,962

Bireylerden memnuniyet anketine dahil olacak şekilde, bazı olguları cerrahi tedaviden önceki durumlarının sübjektif olarak puanlanması; bu konudaki beklentileri ve tedavi sonrasındaki mevcut durumlarını 7’li Likert sistemiyle değerlendirmeleri istenmiştir.

Durum 1: Konuşma yetisi (Artikülasyon)

Tablo 13. Konuşma yetisi için bağımlı t-testi ve puanaj değerlendirmesi

Konuşma Yetisi (Artikülasyon)	Tedavi Öncesi- Tedaviden Beklenti	Tedavi Öncesi- Tedavi Sonrası	Tedaviden Beklenti- Tedavi Sonrası
Anlamlılık (Çift Kuyruklu)	,001	,038	,167

		Ortalama Puantaj
Konuşma Yetisi (Artikülasyon)	Tedavi Öncesi Durum	2,23
	Tedaviden Beklenti	2,92
	Tedavi Sonrası Durum	2,73

Hastaların artikülasyonları konusunda tedaviden önceki durumları için verdikleri ortalama puanaj 2,23; bu konudaki beklentileri için verdikleri ortalama puanaj 2,92; tedavi sonrasındaki mevcut durumları için verdikleri ortalama puanaj ise 2,73’tür. Bu verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi yapılırken güven aralığı %95 ($p<0,05$) olarak kabul edilmiştir. Bireylerin tedavi öncesi durumları ile beklentileri ve tedavi öncesi ve sonrası durumları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bildirilmiştir. Ayrıca tedaviden beklenti ve tedavi sonrası durum arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bildirilmemiştir.

Durum 2: Dişlerin karşılıklı olarak kenetlenebilmesi (Oklüzyon)

Tablo 14. Oklüzyon için bağımlı t-testi ve puanaj değerlendirmesi

Dişlerin karşılıklı olarak kenetlenebilmesi (Oklüzyon)	Tedavi Öncesi-Tedaviden Beklenti	Tedavi Öncesi-Tedavi Sonrası	Tedaviden Beklenti-Tedavi Sonrası
Anlamlılık (Çift Kuyruklu)	,000	,000	,052

		Ortalama Puantaj
	Tedavi Öncesi Durum	1,81
Dişlerin karşılıklı olarak kenetlenebilmesi (Oklüzyon)	Tedaviden Beklenti	2,91
	Tedavi Sonrası Durum	2,74

Hastaların oklüzyonları konusunda tedaviden önceki durumları için verdikleri ortalama puanaj 1,81; bu konudaki beklentileri için verdikleri ortalama puanaj 2,91; tedavi sonrasındaki mevcut durumları için verdikleri ortalama puanaj ise 2,74'tür. Bu verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi yapılırken güven aralığı %95 ($p<0,05$) olarak kabul edilmiştir. Bireylerin tedavi öncesi durumları ile beklentileri ve tedavi öncesi ve sonrası durumları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bildirilmiştir. Ayrıca tedaviden beklenti ve tedavi sonrası durum arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bildirilmemiştir.

Durum 3: Diş görünümü (Gülümseme estetiği)

Tablo 15. Gülümseme estetiği için bağımlı t-testi ve puanaj değerlendirmesi

Diş görünümü (Gülümseme estetiği)	Tedavi Öncesi- Tedaviden Beklenti	Tedavi Öncesi- Tedavi Sonrası	Tedaviden Beklenti- Tedaviden Sonrası
Anlamlılık (Çift Kuyruklu)	,000	,000	,052

		Ortalama Puantaj
Diş Görünümü (Gülümseme Estetiği)	Tedavi Öncesi	1,69
	Tedaviden Beklenti	2,96
	Tedavi Sonrası	2,69

Hastaların diş görünümleri konusunda tedaviden önceki durumları için verdikleri ortalama puanaj 1,69; bu konudaki beklentileri için verdikleri ortalama puanaj 2,96; tedavi sonrasındaki mevcut durumları için verdikleri ortalama puanaj ise 2,69'tür. Bu verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi yapılırken güven aralığı %95 ($p < 0,05$) olarak kabul edilmiştir. Bireylerin tedavi öncesi durumları ile beklentileri ve tedavi öncesi ve sonrası durumları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bildirilmiştir. Ayrıca tedaviden beklenti ve tedavi sonrası durum arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bildirilmemiştir.

Durum 4: Çiğneme kabiliyeti

Tablo 16. Çiğneme kabiliyeti için bağımlı t-testi ve puanaj değerlendirmesi

Çiğneme Kabiliyeti	Tedavi Öncesi- Tedaviden Beklenti	Tedavi Öncesi- Tedavi Sonrası	Tedaviden Beklenti- Tedavi Sonrası
Anlamlılık (Çift Kuyruklu)	,000	,000	,260

		Ortalama Puantaj
Çiğneme Kabiliyeti	Tedavi Öncesi	2,05
	Tedaviden Beklenti	2,95
	Tedavi Sonrası	2,79

Hastaların çiğneme kabiliyetleri konusunda tedaviden önceki durumları için verdikleri ortalama puanaj 2,05; bu konudaki beklentileri için verdikleri ortalama puanaj 2,95; tedavi sonrasındaki mevcut durumları için verdikleri ortalama puanaj ise 2,79'tür. Bu verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi yapılırken güven aralığı %95 ($p < 0,05$) olarak kabul edilmiştir. Bireylerin tedavi öncesi durumları ile beklentileri ve tedavi öncesi ve sonrası durumları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bildirilmiştir. Ayrıca tedaviden beklenti ve tedavi sonrası durum arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bildirilmemiştir.

Durum 5: Yüzün estetik görüntüsü

Tablo 17. Yüzün estetik görüntüsü için bağımlı t-testi ve puanaj değerlendirmesi

Yüzün Estetik Görüntüsü	Tedavi Öncesi- Tedaviden Beklenti	Tedavi Öncesi- Tedavi Sonrası	Tedaviden Beklenti- Tedavi Sonrası
Anlamlılık (Çift Kuyruklu)	,000	,000	,005

		Ortalama Puantaj
Yüzün Estetik Görüntüsü	Tedavi Öncesi	1,64
	Tedaviden Beklenti	3,01
	Tedavi Sonrası	2,62

Hastaların yüz estetikleri konusunda tedaviden önceki durumları için verdikleri ortalama puanaj 1,64; bu konudaki beklentileri için verdikleri ortalama puanaj 3,01; tedavi sonrasındaki mevcut durumları için verdikleri ortalama puanaj ise 2,62'tür. Bu verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi yapılırken güven aralığı %95 ($p < 0,05$) olarak kabul edilmiştir. Bireylerin tedavi öncesi durumları ile beklentileri; tedavi öncesi ve sonrası durumları; beklentileri ve tedavi sonrası mevcut durumları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bildirilmiştir.

Durum 6: Kendine güven hissi

Tablo 18. Kendine güven hissi için bağımlı t-testi ve puanaj değerlendirmesi

Kendine Güven Hissi	Tedavi Öncesi- Tedaviden Beklenti	Tedavi Öncesi- Tedavi Sonrası	Tedaviden Beklenti- Tedavi Sonrası
Anlamlılık (Çift Kuyruklu)	,000	,000	,045

		Ortalama Puantaj
Kendine Güven Hissi	Tedavi Öncesi	1,63
	Tedaviden Beklenti	2,99
	Tedavi Sonrası	2,79

Hastaların kendilerine güven hissi konusunda tedaviden önceki durumları için verdikleri ortalama puanaj 1,63; bu konudaki beklentileri için verdikleri ortalama puanaj 2,99; tedavi sonrasındaki mevcut durumları için verdikleri ortalama puanaj ise 2,79'dur. Bu verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi yapılırken güven aralığı %95 ($p<0,05$) olarak kabul edilmiştir. Bireylerin tedavi öncesi durumları ile beklentileri; tedavi öncesi ve sonrası durumları; beklentileri ve tedavi sonrası mevcut durumları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bildirilmiştir.

5. TARTIŞMA

5.1.Amacın Tartışılması

Ortognatik cerrahi yüz proporsiyonu ve dengesinin ideale ulaşması için maksilla, mandibula ve çene ucunun repozisyonun yapıldığı cerrahi bir prosedürdür. İskeletsel ve dental sınıf I kapanışa ulaşp estetik ve fonksiyonel olarak ideale yaklaşmak için kemik yapının ve yumuşak dokunun yönetilmesini sağlamaktadır(82).

Yüz görünümü kişilerin sosyal hayatta ilk fark edilmelerini sağlayan özellikleridir ve bu görüntü, kişilerin özgüvenlerini; hayatta kişisel olarak kendilerini nerede gördüklerini etkilemektedir(83,84).

Yüz güzelliği farklı etnik gruplarda, ırklarda ve dönemlerde farklı değerlendirilsede dentofasial deformiteli hastalarda normal normlardan sapmışlık dikkat çekicidir ve bu durum kişilerin hayat kalitelerini sıklıkla olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca dişlerin görünümü, maloklüzyon tipi, yüz estetiğinin sosyal iletişimdeki önemi ve psikolojik etkileri göz önüne alındığında yüzdeki proporsiyon bozukluğunun kişilerin benlik saygılarını ve özgüvenlerini etkilemesinin kaçınılmaz olduğu görülmektedir(85).

Yapılmış çalışmalar göstermektedir ki, fiziksel olarak beğenilen daha iyi, başarılı, zeki ve güzel olarak nitelendirilmektedir. Ayrıca bu bireylerin sosyal hayatta ve aile içinde ikna yeteneklerinin yüksek olduğu ve diğer bireyler tarafından olumlu tepkilerle karşılaşılandıkları bildirilmiştir(38,86,87). Fakat dentofasial deformiteli bireylerin bu fiziksel çekiciliğe sahip olmadıkları ve sosyal ortamlardan dışlandıkları gözlemlenmektedir(88–90).

Ortognatik cerrahi tedavinin odak noktası, morfoloji ve fonksiyonu iyileştirmekle beraber hastalarda psikolojik iyileşme hali ve hayat kalitesinde artış yaşanmasını da sağlamaktır. Ortognatik cerrahi, estetik görünümle beraber kişinin özgüveni ve benlik saygısındaki artış; kişinin, diğer kişiler tarafından ve sosyal ortamlarda kabulünün artışı; iyi bir oklüzyona sahip olup beslenmenin iyileştirilmesi yani temelde hayat kalitesindeki artışı sağlayabilmeyi amaçlar(91).

Kişiye yöneltilen sorular aracılığıyla hasta merkezli değerlendirmeler geliştirilmiştir. Bununla birlikte, ortognatik cerrahi, önemli kaynakların kullanıldığı ve hastaların komplikasyonları göze alarak tercih ettiği bir tedavi olduğu için tedavinin, hastanın beklentilerini karşılayıp karşılayamadığı incelenirken kişilerin tedavi sonuçlarına ilişkin öznel değerlendirmeleri başarılı tedavi tanımlaması için büyük önem taşımaktadır(92). Son zamanlarda tıp ve diş hekimliği alanlarında özellikle ortognatik cerrahi gibi özel tedaviler için, tedavi başarısının değerlendirilmesi ve hasta merkezli değerlendirme kriterleri değer kazanmıştır(52).

Ortognatik cerrahinin temel amaçları göz önüne alındığında, bireylerin tedavi sonrasında sosyal kaygılarının ve psikolojik durumlarının toplumun diğer bireyleriyle karşılaştırılmasının tedavinin başarısının değerlendirilmesi için daha doğru ve anlamlı olacağı düşünülmüştür. Bu yüzden kontrol grubundaki bireylerin aynı yaş gruplarından fakat daha önce ortodontik tedavi ve ortognatik cerrahi ihtiyacı olmamış; minimal çapraşıklık sahibi bireylerden seçilmesine özen gösterilmiştir. Bu amaçla anketler hastalara yönlendirilmiş ve kontrol grubuyla hastaların cerrahi sonrasındaki düşünceleri karşılaştırılmıştır. Ayrıca bireylerin sefalometrik incelemelerinin yapıldığı nicel değerlendirmelerde bulunan sayısız çalışma literatürde görülmektedir fakat bireylerin sosyal görünüş kaygısının değerlendirildiği az sayıda çalışma bulunmaktadır.

Ortognatik cerrahi sonrasında bireylerin memnuniyetlerini değerlendiren çalışmalar, genellikle kişilerin tedaviden memnun olduklarını bildirmektedirler. Fakat ortognatik cerrahi prosedür en ideal şekilde planlanmış olsa bile, hastanın tedaviden beklentisinin gerçekçi olmaması, tedavi sonunda hayatındaki tüm olayların düzeleceği gibi tedaviden bağımsız beklentilerinin varlığı, yeni estetik görüntüye alışma süreci, çevrenin ve kişinin farklı estetik algıları, ameliyat komplikasyonları ve ameliyat sonrası dönemin idamesi, hasta-hekim ilişkisi, yaş, cinsiyet, kişinin psikolojik durumu gibi faktörler kişinin tedaviden memnuniyetini etkileyebilmektedir(93).

Tedaviyi yapan ve planlayan hekimler için belli normlara uygun bir yüz şekli ve ideal oklüzyon tedavinin başarılı sayıldığını gösterse de uzun dönemde hastanın sonuçları nasıl algılayacağı ve memnuniyeti tedavinin gerçek başarısını

göstermektedir. Tedavinin psikososyal yönünün göz önüne alınarak yönlendirilmesi tedavinin sağlayacağı yararı en üst noktaya taşımaktadır(93).

Retrospektif çalışmaların en büyük handikabı zaman içinde anılarda değişiklik oluşmasıdır ve bu durum yanlışlık riski taşımaktadır. Fakat ortognatik cerrahi tedavi, hastanın hayatında ortodontik tedavi, cerrahi dönemi ve cerrahiden sonraki iyileşme periyodu gibi uzun ve hatırlanır bir dönemi kapsadığı için kişinin anılarının taze ve doğru olduğu kabul edilmektedir(93).

Siow ve ark.'nın retrospektif planlamış çalışmasının sonuçları, daha önce yapılmış prospektif çalışmaların sonuçlarıyla karşılaştırılmıştır ve korele sonuçlar elde edildiği bildirilmiştir. Çalışmacılar bu anket çalışmasının retrospektif planlanmış olmasının sonuçları etkilemeyeceği kanısına varmışlardır(94).

Lazaridou ve ark. 117 hasta üzerinde retrospektif olarak cerrahi öncesi, cerrahiden hemen sonra ve anketin uygulandığı tarihte, çalışmaya katılan bireylerin çiğneme fonksiyonunu, genel sağlık durumlarını, dış görünümelerini ve sosyal hayat etkileşimlerini incelemişlerdir ve bu başlıkları hastaların problemleri olarak nitelermişlerdir. Hastalara bu anket içerisindeki beş soru cerrahiden önce ve anketin uygulandığı tarihte yani cerrahiden on yıl sonra yöneltilmiştir. Veriler değerlendirildiğinde sadece hastaların tedavi tercih motivasyonlarında değişiklik olduğu bildirilmiş, diğer başlıklarda süreç içerisinde değişiklik olmadığı görülmüştür. Bu sonuç, hastaların tedavi hakkındaki anılarının yıllar içerisinde değişime uğramadığı varsayımını desteklemektedir(31).

Lazaridou ve ark. ve Siow ve ark.'nın yapmış oldukları retrospektif çalışmalar gözönüne alındığında çalışmamızın retrospektif planlanmış olmasının kişinin anılarında değişikliğe sebep olmadığı varsayılmıştır(31,94).

Bu çalışmanın amacı, ortognatik cerrahi tedavi geçirmiş bireylerin tedaviden önceki ve sonraki benlik saygılarının, sosyal kaygılarının, sosyal ortamlarda kabul görme düzeylerinin, yüz estetiklerinden ve çiğneme yeteneklerinden memnuniyetlerinin bireylerin kendileri tarafından sübjektif olarak değerlendirilmesidir. Bununla birlikte tedavi sonrasında, sosyal görünüş kaygılarının ve oral fonksiyonlarının bu tarz bir şikayeti hiç olmamış bireylerle

karşılaştırılmasının yapılması ve yapılmış olan tedavinin asıl amaca ne kadar hizmet ettiğinin araştırılması temel amacı oluşturmaktadır.

5.2. Tercih Edilmiş Anketlerin Tartışılması

Literatürde yapılmış olan hasta merkezli değerlendirme çalışmaları için çeşitli değerlendirme yöntemleri tercih edilmiştir. Ayrıca hasta grupları, değerlendirilmek istenen duruma göre çeşitlendirilmiştir.

Anketlerin uygulanması için ameliyat sonrasında görülen ödem, hissizlik, ağız açmada kısıtlılık gibi komplikasyonların genellikle geçmiş olduğu operasyon sonrası 6. ay ve daha sonrasındaki dönemler tercih edilmiştir. Bu durumun, bireyin sorulara verdiği yanıtlarda daha objektif olmasına yardımcı olacağı düşünülmüştür.

Buna göre Ortognatik Yaşam Kalitesi Anketi (Orthognathic Quality of Life Questionnaire) (95), Oral Sağlığın Günlük Yaşantıyı Etkilemesi İndeksi (The Oral Impact of Daily Performances Index), Dental Durumun Günlük Hayata Etkisi Anketi (Dental Impact on Daily Living)(96), Genel Ağız Sağlığı Değerlendirme İndeksi (General Oral Health Assessment Index)(97), Dental Etki Profili (Dental Impact Profile), Günlük Performansa Oral Durumların Etkisi (Oral Impacts on Daily Performance)(98), Ağız Sağlığı Etki Profili (Oral Health Impact Profile)(99) gibi anketler dental sağlığın bireyler üzerindeki etkisini değerlendirmek için çalışmacılar tarafından oluşturulmuş ve kullanılmıştır.

Çalışmamızda Türkçe güvenilirlik çalışması yapılmış ve klinik uygulamalarda uygulaması kolay, orijinal formu gibi güvenilir sonuçlar veren OHIP-14 anketi tercih edilmiştir.

Bireylerin sosyal görünüş kaygılarının değerlendirilmesi için ise literatürde sıkça tercih edilmiş olan ve Türkçe güvenilirlik çalışması yapılmış SGKA tercih edilmiştir (100,101).

Memnuniyet değerlendirilmesi için çeşitli anketler kullanılmaktadır. Çalışmamızda Kıyak ve ark., Tabakan ve ark., Finley ve ark. çalışmalarında kullanıkları memnuniyet anketlerinden esinlenilerek ve klinik içerisinde hastaların operasyon sonrası dönemde gözlemlenmesi sonucu belirlenmiş durumların değerlendirilmesi amaçlanarak tarafımızca oluşturulmuştur(74,75,77).

5.3. Bulguların Tartışılması

5.3.1. Demografik Bilgilerin Tartışılması

Çalışmamıza ortognatik cerrahi geçirmiş 48 kadın, 25 erkek birey; kontrol grubuna 25 kadın, 17 erkek birey dahil edilerek örneklem grubumuz oluşturulmuştur. Siow ve ark.'nın yapmış oldukları çalışma literatürde ortognatik cerrahi sonrası memnuniyetin değerlendirildiği çalışmaları örneklem grubunun büyüklüğü, tedavi sonrasında estetik görünümünden memnuniyet yüzdesi, çiğneme fonksiyonundan memnuniyet yüzdesi ve genel memnuniyet yüzdesi olarak sınıflandırmıştır(92). Çalışma içinde değerlendirilmiş makalelerde 25 birey ile 136 birey arasında örneklem grubunun büyüklüğünün değiştiği görülmüştür. Bizim çalışmamız da 115 birey ile tamamlanmıştır ve ortalamanın üzerinde birey çalışmamıza dahil edilmiştir.

Bireylerin ortognatik cerrahi aşamasına gelmeden önce ne kadar süre ortodontik tedavi gördükleri memnuniyet değerlendirilmesi için kabul edilen ana sorularla karşılaştırılmış ve bu sürenin memnuniyeti etkileyip etkilemediği değerlendirilmiştir. Çalışmaya kabul edilmiş 33 hastanın ortodontik tedavisine cerrahiden 24 ay veya daha fazla süre öncesinde; 22 hastanın 12-24 ay öncesinde; 12 hastanın 6-12 ay öncesinde; 3 hastanın 3-6 ay öncesinde başlamıştır ayrıca 3 hasta için önce cerrahi methodu tercih edilmiştir. Memnuniyetin değerlendirilmesi için seçilmiş olan sorulara verilen puantajlar, hastaların cerrahi tedavi öncesinde gördükleri ortodontik tedavi sürelerine göre gruplandırılmış ve değerlerin ortalaması alınmıştır. Ortodontik tedaviye 24 ay veya daha fazla süre önce başlamış olan hastaların puantaj ortalaması 5,64; 12-24 ay önce başlamış olan hastaların puantaj ortalaması 5,42; 6-12 ay önce başlamış olan hastaların puantaj ortalaması 5,35; 0-6 ay önce başlamış hastaların puantaj ortalaması 5,33; önce cerrahi methoduyla tedavi edilen hastaların puantaj ortalaması 6,33 olarak bildirilmektedir. Bu verilere göre en memnun hasta grubunu önce cerrahi methoduyla tedavi edilmiş hastalar oluşturmaktadır. Örneklem grubunun dar olması nedeniyle istatistiksel değerlendirme yerine sadece matematiksel değerlendirme yapılmış olup örneklem grubunun arttırılmasıyla daha doğru değerlendirmelerin yapılabileceği tarafımızca bildirilmektedir.

5.3.2. Hastaların Ortognatik Cerrahi Öncesi ve Sonrasına Göre ve Hastaların Ortognatik Cerrahi Sonrasıyla Kontrol Grubunun Sosyal Görünüş Kaygısının Karşılaştırılması

Literatürde yapılmış çoğu çalışma ortognatik cerrahi tedaviden sonra hastaların özgüvenlerinin olumlu yönde değişim gösterdiğini bildirmişlerdir (34,72,76,91,102,103).

Sosyal görünüş kaygısının değerlendirilmesi için tercih edilmiş olan anket soruları kişinin özgüvenini, başkalarının fikirlerinin kişinin kendi hakkındaki düşüncelerine etkisini, bireyin dış görünüşünün hayat içerisindeki olaylara etkisini, bireyin dış görünüşünün sosyal topluluklarla iletişimine etkisini, bireyin dış görünüşünün ikili ilişkilere etkisini değerlendirilmesine göre sınıflandırılmıştır.

Tüm sorulara ortognatik cerrahi öncesinde ve sonrasında verilen puantajlar istatistiksel ve matematiksel olarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel olarak tüm sorular için anlamlı değişim bildirilmektedir ($p<0,05$). Bu durum iskeletsel deformite tipi, yaş ve cinsiyetten bağımsız olarak tüm bireylerin cerrahi sonrasında sosyal görünüş kaygılarında azalma olduğu anlamına gelmektedir.

Schilbred ve ark. yaptıkları retrospektif çalışmaya mandibular prognatizmi olan ve mandibular geri alma operasyonu uygulanmış 36 hasta dahil etmişlerdir. Tedaviye dahil edilen hastalarda anlamlı şekilde özgüven artışı ve zorbalığa uğramada azalma bildirilmiştir(84). Siow ve ark. retrospektif çalışmalarında, tedaviye kabul edilen 21 kadın hastanın 17'sinin tedavi sonrasında özgüveninin arttığını bildirmişlerdir(92). Çalışmamızda tercih edilmiş olan SGKA'ya göre ortognatik cerrahi sonrasında bireylerin özgüvenleri artmış ve bireyler, kendi değerlerinin daha çok farkına varmışlardır.

Chen ve ark. 108 ortognatik cerrahi hastasında memnuniyetin değerlendirildiği çalışmalarında, çalışmaya dahil edilen hastaların tamamında kişilerarası duyarlılık, depresyon ve paranoid düşünce skorlarının toplumda bulunan diğer kişilere göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Bu durum kişilerin yüz estetiğinin sosyal hayat üzerindeki etkisinin açıklanmasına yardımcı olmuştur. Ayrıca çalışmacılar kişilerin kendilerini küçük gören, çekimser, karamsar ve depresif ruh hallerinde olduklarını; bireyin kişilerarası duyarlılık skoru yükseldikçe

ameliyattan memnuniyetinin azaldığını fakat bireyin kişilik durumunun ameliyat sonrası memnuniyetle ilişkili olmadığını bildirmişlerdir (104). Bizim çalışmamızda da cerrahi sonrasında hastalarımızın hayatta kendileri için uygun gördükleri yer daha olumlu bir hal almıştır. Hastaların, başka insanların fikirlerine verdikleri önem ve öncelik azalmış; kendi fikirleri ön plana çıkmıştır; başka insanların olumsuz düşüncelerinden etkilenme hali yok olmaya başlamıştır. Dış görünüşlerine bağlı olarak hayata karşı negatif düşünceleri azalmış; elde edilen fırsatların bu sebepten dolayı kaybedilme ihtimaline olan inanç körelmiştir. Sosyal bir canlı olarak diğer insanlarla olan ilişkilerinde dış görünüşlerinin etkisi azalmış; bu durum bireyin ikili ilişkilerini de olumlu yönde etkilemiştir.

Ortognatik cerrahi geçirmiş bireylerin sorulara verdikleri yanıtların puanajları kontrol grubunun yanıtlarının puanajlarıyla istatistiksel ve matematiksel olarak karşılaştırılmıştır. Bilindiği üzere sorulara verilen puanaj arttıkça ilgili konudaki kaygının arttığı anlaşılmaktadır. Kontrol grubunun, hasta grubuna göre tüm sorulara verdikleri puanaj daha fazla bulunmuştur. ‘Fotoğraf çekimi sırasında kendimi rahat hissedirim.’, ‘İnsanlar direkt bana baktıklarından rahatsız olurum.’, ‘İnsanlarla birlikte bulunmadığım zamanlarda, insanların benim hakkımda arkamdan konuşacaklarını düşünürüm.’, ‘Dış görünüşümün hayatımı zorlaştırmasından korkarım.’, ‘Diğer insanlar dış görünüşüm hakkında bir şey söylediklerinde rahatsızlık duyarım.’, ‘İnsanların dış görünüşümü olumsuz değerlendirmelerinden korkarım.’, ‘İnsanların dış görünüşüm hakkında bir sorunu farkettiklerini düşündüğümde rahatsızlık duyarım.’, ‘İnsanların dış görünüşümün iyi/ güzel olmadığını düşünmelerinden endişe duyarım.’ sorularına verilen yanıtlar karşılaştırıldığında kontrol grubunun bu konulardaki kaygısı hasta grubuna göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda kontrol grubu ve ortognatik cerrahi geçirmiş olan bireylerin operasyon sonrası düşünceleri değerlendirildiğinde, cerrahi geçirmemiş bireylerin, geçirmiş olanlara kıyasla sosyal yaşamda daha kaygılı oldukları görülmüştür. Ayrıca başkalarının kendileri hakkındaki düşüncelerini daha fazla önemsemeleri, fiziksel özelliklerindeki kusurların hayat döngülerindeki yerinin daha fazla olduğunu düşünmeleri dikkat çekicidir. Bu durumunun kişilerin hayat içerisindeki sosyokültürel durumlarına, psikolojilerine, ilk bakışta dikkat çekmeyecek bir

özelliklerine bağlı olarak stabil olmayan benlik saygılarına bağlı olduğu düşünülmektedir. Lazaridou ve ark.'nın 117 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, tüm parametrelerde bireyler anlamlı derecede olumlu değişim göstermişlerdir. Ayrıca çalışmanın bir parçası olarak 117 hasta, tedavi sırası bekleyen 39 hasta ve böyle bir tedaviye hiç ihtiyacı olmayan 92 bireyden oluşturulmuş 2 kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. Ortognatik cerrahi tedavi geçirmiş olan grubun çiğneme fonksiyonu, genel sağlık ve dış görünüş parametrelerinde tedavi sırası bekleyen ve tedaviye ihtiyaç duymayan gruptan istatistiksel olarak daha olumlu sonuçlar gösterdiği bildirilmiştir ($p<0,001$)(31).

Dentofasial deformiteli bireylerin ameliyat sonrasında yüzlerindeki hızlı değişim, bireylerin özgüvenlerinde hızlı bir artışa sebep olmuştur. Başkalarının düşüncelerini önemseme durumunun ve kendileri hakkındaki negatif düşüncelerin körelmeye başlamasını sağlamıştır. Özgüveni artmış olan bireylerin toplum tarafından kazanılması kolaylaşmıştır.

Kıyak ve ark.'nın yapmış oldukları çalışma dönem dönem ortognatik cerrahi sonrası hastaların benlik saygılarını değerlendirmiştir. Operasyon sonrası 4. ayda artış gösterildiği bildirmiş olan benlik saygısı, 24. ayda operasyondan önceki seviyesinden düşük bulunmuştur. Bizim çalışmamızda çalışmaya kabul edilmiş tüm hastalar, operasyon sonrasında farklı dönemlerde olmalarına rağmen tedavi öncesindeki benlik saygısı seviyelerine kıyasla daha olumlu bir tablo içerisinde olduklarını bildirmişlerdir(105).

5.3.3. Hastaların Ortognatik Cerrahi Öncesi ve Sonrasına Göre ve Hastaların Ortognatik Cerrahi Sonrasıyla Kontrol Grubunun Ağız Sağlığı Etki Profili Anketlerinin Karşılaştırılması

Literatürde yapılmış çoğu çalışma, ortognatik cerrahi sonrasında hastaların yaşam kalitelerinde artış bildirmiştir(106–110).

Lee ve ark. yaptıkları çalışmada OHIP ve daha spesifik sorular içeren 22 soruluk Ortognatik Hayat Kalitesi Anketini (OQOL) kullanmışlardır. Ortognatik cerrahi sonrasında yaşam kalitesinde olumlu yönde belirgin farklılık bildirmişlerdir. Ameliyat sonrasında erken dönemde (operasyon sonrası ilk 6 ay) iyilik halinde

belirgin artış olduğunu fakat sonrasında geçici bir bozulma meydana geldiğini kaydetmişlerdir. Yaptıkları çalışmayla OHIP ve özel durumlara yaklaşımlarda tercih edilen hayat kalitesi anketlerinin, yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde doğruluğunu ve gerekliliğini vurgulamışlardır(111).

Schilbred ve ark. yaptıkları retrospektif çalışmada, tedaviye kabul edilen hastalardan operasyondan 10-15 yıl sonrasında, tek seferde ve ilgili başlıklar altındaki soruları tedaviden öncesi ve sonrası şeklinde cevaplamalarını istemişlerdir. Çalışmaya dahil olarak kişilerin ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kaliteleri de değerlendirilmiştir. Hastaların %26'sı çalışmanın yapıldığı tarihten son 6 ay içinde sosyo-dental parametrelerin en az birinde olumlu gelişme bildirmişlerdir(93).

Oral fonksiyonların değerlendirilmesi için literatürde farklı durumlarda sıkça kullanılan OHIP-14 anketi çalışmamızda tercih edilmiştir. Anket içerisindeki sorular fonksiyonel kısıtlılık, fiziksel ağrı, psikolojik huzursuzluk, fiziksel yetersizlik, sosyal uyumsuzluk ve engellilik durumlarının değerlendirilmesi için geliştirilmiştir. Tüm sorular istatistiksel ve matematiksel olarak değerlendirilmiştir. 'Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle tat alma hissinizin bozulduğunu hissediyor musunuz?', 'Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle ağzınızda ağrılı bir durum yaşadınız mı?', 'Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle fonksiyonlarınızı tümüyle yapamayacak duruma geldiniz mi?' sorularına hastalar tarafından operasyon sonrası dönemde tek seferde cerrahi işlem öncesinde ve sonrasında başlıkları altında verilen puantajlar değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Fakat matematiksel olarak puantajların azalmış olduğu görülmüştür.

Deformiteli hastaların uygun oklüzyona sahip olmadıkları için çiğneme fonksiyonlarının yetersiz olduğu fakat ameliyat sonrasında uygun kapanışa getirilmiş olan çenelerle çiğnemeyi daha doğru ve tatmin edici şekilde yaptıkları aşıkardır. Fakat deformite durumu, bireyin besinlerin tadını almasına engel değildir. Dolayısıyla tat alma hissinin değerlendirildiği soruda istatistiksel olarak anlamlı değişim görülmemesi normal karşılanmıştır. Ortognatik cerrahi sırasında damak ve dil de meydana gelebilecek nörosensoriyel hasarların tad duyusunda değişikliğe

sebeup olabileceği bilinmektedir. Fakat hastalarımız tam tersi şekilde istatistiksel olarak anlamlı olmasa da tat duyularında olumlu yönde değişim bildirmişlerdir.

Geleneksek ortodontik tedavi ile tedaviye başlayıp sonrasında ortognatik cerrahi olan hastaların uzun tedavi geçmişleri içerisinde ortodontik aygıtların yarattığı ağrılar, tedaviye bağlı ya da tedaviden bağımsız oluşan dental problemler nedeniyle bireyler oral ağrılı durumlara tanındıklarıdır. Hastaların ödem, ağrı, parestezi gibi operasyon sonrası olumsuz durumları geçirdikleri ilk 6 aylık dönem atlatıldıktan sonra çalışmaya dahil edilmiş olmaları göz önüne alındığında, hastaların cerrahiden önce ve cerrahiden sonra oral ağrılı durum değerlendirmeleri arasında istatistiksel fark bulunmaması normal karşılanmıştır.

Ortognatik cerrahi öncesinde hastaların cerrahi prosedür, işlem sonrası karşılaşılabilecek komplikasyonlar ve iyileşme dönemi konusunda bilgilendirilmeleri büyük önem arz etmektedir. Çalışmamızda memnuniyet anketi içerisinde komplikasyonlar açısından yeterli bilgilendirmenin işlem öncesinde yapılıp yapılmadığı da değerlendirilmiştir ve çalışmaya dahil edilmiş bireylerin 61 (%83,56)'i bu konunun yeteri kadar açıklandığını bildirmişlerdir. Bireylerin operasyondan en az 6 ay sonra çalışmaya dahil edildikleri de göz önünde bulundurulduğunda fonksiyon kaybı konusunda cerrahi işlem öncesi ve sonrasında istatistiksel olarak anlamlı değişim kaydedilmemiş olması beklenen bir durumdur.

Hastaların ortognatik cerrahiye başvurmalarının öncelikli sebepleri fonksiyonlarda ve yüz estetiğinde iyileşme yaşanmasıdır. Görünümü ve oral işlevleri iyileştirme arzusunun temelinde genellikle psikososyal refahı iyileştirme arzusu yatmaktadır(112). Psikolojik huzursuzluk başlığı altındaki 'Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle endişe duydunuz mu?', 'Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle gerginlik hissettiniz mi?', 'Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle utandığınız bir durum yaşadınız mı?' sorularının puantajında sırasıyla matematiksel olarak 3,0655 kat, 2,9843 kat ve 5,0620 kat azalma görülmüştür. Psikolojik yetersizliğin değerlendirildiği 'Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle rahatlamakta zorlandığınız oldu mu?' sorusunda puantaj 2,9997 kat azalmıştır. Sosyal uyumsuzluğun değerlendirildiği 'Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle diğer insanlara az da olsa

asabi davrandığınız oldu mu?’ sorusunda puantaj 2,8410 kat azalmıştır. Engelliliğin değerlendirildiği ‘Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle genelde hayatın daha az tatmin edici olduğu hissine kapıldınız mı?’ sorusunda puantaj 4,2995 kat azalmıştır. Bu veriler ve SGKA verileri göz önüne alındığında, hastaların operasyondan sonra benlik saygılarında gelişim ve özgüvenlerinde artış görüldüğü söylenebilmektedir. Literatürde yapılmış çalışmalar da ortognatik cerrahinin kişilerin özgüvenlerinde, kişisel gelişimlerinde, sosyal iletişimlerinde gelişim sağladığını desteklemektedir (34,112).

Rustemeyer ve ark. tarafından 30 ortognatik cerrahi hastası cerrahi öncesi ve sonrasında sefalometrik analizlerle objektif olarak, OHIP-14 anketiyle subjektif olarak değerlendirilmiştir. Psikolojik huzursuzluk ve sosyal uyumsuzluk başlıkları altındaki sorularda bizim çalışmamıza paralel olarak operasyon sonrası dönemde istatistiksel olarak anlamlı biçimde gelişme gördüklerini bildirmişlerdir(78). Rustemeyer ve ark. yaptığı başka bir memnuniyet çalışmasına 50 ortognatik cerrahi hastası dahil edilmiş ve OHIP anketi çalışmada tercih edilmiştir. Hastaların fonksiyonel kısıtlılık, fiziksel sakatlık, fiziksel ağrı ve çiğneme fonksiyonu gibi fonksiyonel alanlarda istatistiksel olarak anlamsız değişiklikler yaşadıkları bildirilmiştir. Çalışmacılar ortognatik cerrahi tedaviyle estetiğin, sosyal engelliliğin ve psikolojik sorunların istatistiksel olarak anlamlı azaldığını; yaşam kalitesinin ise istatistiksel olarak anlamlı artış gösterdiğini bildirmişlerdir(113,114).

Kontrol grubu ve ortognatik cerrahi sonrasında bireylerin OHIP-14 anketine verdikleri yanıtlar karşılaştırılmıştır. ‘Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle herhangi bir kelimeyi telaffuz etme sorunuz oldu mu?’, ‘Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle ağzınızda ağrılı bir durum yaşadınız mı?’, ‘Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle yemek yemeyi rahatsız edici bulduğunuz oldu mu?’, ‘Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle endişe duyduğunuz mu?’, ‘Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle gerginlik hissettiniz mi?’, ‘Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle utandığınız bir durum yaşadınız mı?’, ‘Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle diyetinizin tatmin edici olmadığı oldu mu?’, ‘Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle yemeğinizi yarıda bırakmak zorunda kaldınız mı?’, ‘Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle fonksiyonlarınızı tümüyle yapamayacak

duruma geldiniz mi?’, ‘Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle rahatlamakta zorlandığınız oldu mu?’, ‘Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle her zaman yapmakta olduğunuz işinizi yapmakla ilgili sorun yaşadınız mı?’, ‘Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeniyle genelde hayatın daha az tatmin edici olduğu hissine kapıldınız mı?’ sorularına verilmiş olan yanıtlarda kontrol grubunun puantajı ile hastaların ortognatik cerrahi sonrasını değerlendirdikleri puantajlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Dil seslerinin çıkartılışı sırasında ses organlarının yaptığı hareketlerin bütünü, kelimelerin ve seslerin boğumlanma hareketlerine bağlı söylenişi telaffuzun tanımını oluşturmaktadır. Dentofasial deformiteli bireylerde dil hareketlerinin kısıtlanmış olması ve çenelerin uzayın üç boyutunda uygun olmayan pozisyonda bulunmamasına bağlı olarak uygun dudak hareketlerinin yapılamıyor olması bu kişilerde telaffuz problemlerinin oluşmasına zemin hazırlayabilmektedir. Ortognatik cerrahi sonrasında istenen iskeletsel düzelme sağlansa bile yumuşak dokuların, dudak ve dil hareketlerinin buna uyum sağlaması zaman alacaktır. Ayrıca zaman içerisinde yerleşmiş olan telaffuz alışkanlıklarını kırmak da mümkün olmayabilmektedir. Dolayısıyla ortognatik cerrahi sonrasında hastaların, kontrol grubuna kıyasla telaffuz problemleri bildirmesi bu temellerle açıklanabilmektedir. Çalışmaya kabul edilmiş dentofasial deformiteli bireylerin işlemden önce ve sonrasında bu soruya verdikleri yanıtlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı değişim yaşadıkları görülmüştür fakat bu konuda işlemden sonrasında kontrol grubunun hala hastalardan daha az telaffuz problemleri yaşadıkları istatistiksel olarak bildirilmektedir.

Oral bölgede ağırlı sorunlar, yemek yemenin rahatsız edici bulunması, diyetin tatmin edici olmaması, beslenmeyi yarıda bırakmak, oral bölgeyle ilgili sorunlar sebebiyle endişe duymak, gerginlik hissetmek, utanmak, rahatlamada zorlanmak, günlük işleri yapmakta zorlanmak, hayattan tatmin olma duygusunun azalması parametreleri hastaların operasyon sonrası düşünceleri ile kontrol grubunun düşünceleri arasında karşılaştırıldığında istatistiksel olarak kontrol grubunun bu konularda daha fazla kaygı bildirdiği görülmüştür.

Ortognatik cerrahi aşamasına gelmeden önce geleneksel tedavi yöntemleriyle tedavi edilmiş hastaların ortodontik apareylerle aşına olduklarını söylemek mümkündür. Çalışmaya dahil edilmiş bireylerin ilgili deformiteyi ne zaman fark ettikleri, ailelerinde de bu tarz deformite sahibi birey olup olmadığı ve cerrahi tedavi aşamasından ne kadar zaman önce ortodontik tedavi gördükleri sorgulanmıştır. Hastaların 41 (%56,16) tanesi ilgili deformiteyi 12-18 yaş aralığı olan ergenlik döneminde; 15 (%20,54) tanesi 7-11 yaş aralığı olan ilkökul döneminde; 14 (%19,17) tanesi 19-24 yaş olan ilk gençlik döneminde; 3 (%4,10) tanesi 25-35 yaş aralığı olan gençlik döneminde farkettilerini; ayrıca bireylerin 50 (%68,50) tanesi ailelerinde de benzer deformitelere sahip bireyler olduğunu bildirmişlerdir. Hastaların 33 (%45,20) tanesi 24 ay veya daha fazla, 22 (%30,10) tanesi 12-24 ay, 12 (%16,40) tanesi 6-12 ay, 3 (%4,10) 3-6 ay öncesinde ortodontik tedaviye başlamışlardır ve 3 (%4,10) hastaya önce cerrahi methodu tercih edilmiştir. Bu veriler ışığında bireylerin cerrahi aşamasına gelmeden önce ortodontik apareyler ve aygıtlara aşına oldukları, süre içerisinde restoratif, endodontik, periodontal ve cerrahi başka tedaviler de gördükleri gözönüne alındığında oral ağrıya ve bu bölgeyle ilgili endişelere aşına olduğu düşünülmektedir. Fakat kontrol grubuna dahil bireylerin restoratif, endodontik ve periodontal problemler ile karşılaştıklarında daha önce deneyimlenmemiş bir ağrı ve rahatsızlık hissi hissettikleri düşünülebilir. Dolayısıyla bu parametrelerde kontrol grubunun puantajının yüksek olması bu alt yapıyla açıklanabilmektedir. Soruların daha özel ve ayrıntıyla sorulmamış olması hasta ve kontrol grubunun aynı paydada buluşmasını zorlaştırmıştır.

Çalışmamız hastaların yaşam kalitelerinde cerrahi işlemten öncesine göre ciddi gelişmeler olduğunu göstermiştir. Ayrıca çalışmamız, hastaların postoperatif dönemde fiziksel, işlevsel, duygusal, psikolojik gibi farklı açılardan olumlu yönde geliştiğini göstermiştir ve bu literatürdeki diğer çalışmalarla tutarlıdır (76,111,115–118).

5.3.4. Ortognatik Cerrahi Sonrasında Hastaların Memnuniyetlerinin Tartışılması

Dentofasial deformitesi olan kişiler, nüfusun geri kalanına göre daha az zeki, çekici ve popüler; daha zor istihdam edilebilir ve daha etkisiz olarak

nitelendirilmişlerdir(119). Dünyanın gelişmiş bölgelerinde toplum, alışılmış normlara uygun yüz yapısı açısından kişileri baskı altında bırakmaktadır(120). Bu gibi sebepler dikkate alındığında ortognatik cerrahi dentofasial deformitesi olan bireyler için sadece fonksiyonel ve estetik iyileşme sağlamaz. Aynı zamanda kişilerin toplumda kabulünün artışına, benlik saygılarında olumlu yönde gelişim kaydetmelerine ve temelde psikolojik iyileşme halinde olmalarına olanak tanır. Ameliyat motivasyonu olarak literatürde çiğnemenin iyileştirilmesi, yüz estetiğinin düzeltilmesi, gülüş estetiğinin sağlanması, TME problemlerinde iyileşme, baş ağrılarında azalma, telaffuzun iyileştirilmesi gibi sebepler çalışmacılar tarafından incelenmiştir.

Siow ve ark. 31 ortognatik cerrahi hastası üzerinde yaptıkları çalışmalarında, tedaviye kabul edilen hastaların %97'sinin öncelikli motivasyonlarının yüz estetiğinde düzelme olduğunu bildirmişlerdir. Çiğneme fonksiyonunda gelişim ve oklüzyonun iyileşmesi seçeneği ise erkek hastaların %78'i tarafından; kadın hastaların ise %59'u tarafından işaretlenmiştir(94).

Al-Asfour ve ark. 66 ortognatik cerrahi hastası ile yaptıkları çalışmalarında, çalışmaya kabul edilen hastaların %80,3'ü ısırmanın iyileştirilmesini; %75,8'i telaffuzun iyileştirilmesini; %37,9'u solumanın iyileştirilmesini ve %27,3'ü TME ağrılarının iyileştirilmesini temel cerrahi motivasyon olarak nitelendirdiklerini bildirmişlerdir(121).

Øland ve ark.'ın çalışmalarında, dental görüntü ve gülümseme estetiğinin tedavi motivasyonunda en önemli sebep olduğunu bildirmişlerdir(122).

Schilbred ve ark. yaptıkları retrospektif çalışmada, dentofasial deformite tipini sınırlandırmış; sadece mandibular prognatizmi olan hastaları çalışmaya dahil etmişlerdir. Bireylerin %69,4'ü çiğneme fonksiyonu ve oklüzyonda gelişme; %38,9'u yüz estetiğinde gelişme; %13,9'u baş ağrılarında azalma; %5,6'sı TME sorunlarında düzelme; %19,4'ü diğer sebeplerle tedavi arayışına girdiklerini belirtmişlerdir(93).

Torgersbråten ve ark. yaptıkları çalışmaya 60 adet uzun yüzülü iskeletsel sınıf II hasta dahil etmişlerdir. Bireylerin ameliyatı tercih sebeplerinin oral fonksiyonların ve yüz estetiğinin olumlu yönde gelişmesi olduğunu bildirmişlerdir(92).

Nurminen ve ark. 28 ortognatik cerrahi hastasında yaptıkları çalışmada bireylerin %68'inin çiğneme ve ısırma problemlerini temel motivasyon olarak belirttiklerini, bunu takiben %36 oranında cerrahi motivasyonun yüz estetiğinde olumlu gelişme kaydetme isteği olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmaya katılmış olan kadın hastaların yaklaşık yarısı (8/19) ve erkek katılımcılardan 2'si (2/9) yüz estetiklerinden operasyon öncesinde memnun olmadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca neredeyse tüm erkek katılımcılar çiğneme problemlerini dile getirmişken; kadın katılımcılar bu sorunu sıklıkla dile getirmemiştir. Çalışmacılar bu veri ışığında kadın hastaların öncelikli cerrahi motivasyonlarının yüz estetiklerinde iyileşme yaşanması olduğunu, erkek hastaların ise çiğneme fonksiyonlarında gelişme kaydetme olduğunu bildirmişlerdir(34).

Yukarıdaki çalışmalar gibi literatürdeki diğer çalışmalar da incelendiğinde hastaların ortognatik cerrahi tercih motivasyonu konusunda fikir birliği bulunmadığı görülmüştür. Sıklıkla çiğneme güçlüğü ve oklüzyon bozukluğunun düzeltilmesi(34,93,104,122,123) ayrıca yüz estetiğinde olumlu yönde gelişme isteği (33,92,115,123–128)ana cerrahi motivasyonlar olarak bildirilmiştir.

Çalışmamızda cerrahi tedavinin tercih edilmesinde öncelikli motivasyonun ne olduğu ve cerrahi tedavi seçiminde bireyin kendi düşüncesinin mi yoksa çevrenin tepkisiyle mi bu tedaviyi tercih ettiği araştırılmıştır. 67 (%91,80) birey cerrahi seçiminde en önemli faktörün kendi fikirleri olduğunu belirtmişlerdir. Öncelikli motivasyonun değerlendirildiği soruda ise 49(%67,10) (29(%39,70) kadın, 20(%27,40) erkek) birey yüz estetiğinde düzelme ve çiğnemenin düzeltilmesini tercih ederken, 24(%32,90) (19(%26) kadın, 5(%6,90) erkek) birey sadece estetiğin düzeltilmesi seçeneğini işaretlemiştir. Flanary ve ark. tedavi motivasyon sebebini çiğneme gibi fonksiyonel sorunlar olarak bildiren hastaların, tedaviden memnuniyetlerinin sıklıkla daha düşük olduğunu ve bu tür hastaların sadece cerrahiyle elde edilemeyecek motivasyonları olduğunu düşündüklerini bildirmişlerdir(73). Fakat çalışmamıza kabul edilmiş hiçbir katılımcının cerrahi tedavi motivasyonu olarak sadece çiğnemenin düzeltilmesini tercih etmemiş olması dikkat çekicidir. Lazaridou ve ark. yaptıkları retrospektif çalışmada, çalışmaya kabul edilen bireyler 10 yıl önce opere edilmiştir. Operasyondan önce, operasyondan sonra ve tedavi bitiminden 10 yıl sonrasında aynı anket soruları hastalara yöneltilmiştir. Bu

sorular için hastaların farklı dönemlerde verdikleri cevaplar genel olarak uyumlu görölse de tedavi motivasyon sebebinde anlamlı değışiklik olduğu bildirilmiştir. Operasyondan önce tedavi motivasyonunun değerdendirildiği sorulara hastalar tarafından verilen cevapların, anketin yeniden uygulandığı dönemdeki verilen cevaplarla karşılaştırılması yapılmış ve cerrahi motivasyon olarak çığneme ve oklüzyonun düzelmesi seçeneğine kıyasla estetik görüntünün düzelmesi seçeneğinin artmış şekilde işaretlendiği bildirilmiştir. Çalışmacılar bu durumu, hastaların tedavi kabul döneminde, estetik kaygılarını fonksiyonel kaygılarının önünde tuttuklarını meşru olarak bildirmelerinin çevreleri tarafından olumsuz değerdendirilmesinden çekindikleri şeklinde yorumlamışlardır(31). Bu çalışmanın yapılmış olduğu dönem ile günümüz kıyaslandığında, bireylerin kendi motivasyonlarını korkusuzca ortaya koymuş olabilecekleri çalışmamızda sadece çığnemenin düzeltilmesi seçeneğinin hiç tercih edilmemiş olmasını açıklayabilir niteliktedir.

Literatürde oklüzyon bozukluğunun öncelikli motivasyon olarak bildirildiği çalışmalar (34,93,104,122,123)incelendiğinde çalışmaların yapılmış olduğu yıllarla günümüzün şartları değışkenlik göstermektedir. Bireylerin sadece kendi çevrelerindeki insanlarla sınırlı kalmayıp ideal yüz şekline sahip insanları internet ve sosyal medya sayesinde sıklıkla görüyor olması, estetik algısında oluşın değışim, dış görünüşe verilen önemin ve önceliğin artması gibi sebeplerin hastaları kendi istekleri dahilinde öncelikli olarak yüz estetiğinde iyileşme amacıyla cerrahiye yönlendirdiği ve bu durumun dentofasial deformiteli bireylerin tedavi arayışlarında da artışa sebebiyet verdiği düşünölmektedir.

Literatürde yapılmış çalışmalar incelendiğinde ortognatik cerrahi tedavinin sıklıkla kadınlar tarafından tercih edildiği görölmüştür(129). Literature paralel olarak bizim çalışmamızda da çalışmaya kabul edilmiş ve ortognatik cerrahi tedavi görmüş 48 kadın, 25 erkek birey ayrıca kontrol grubu içerisinde de 25 kadın, 17 erkek birey bulunmaktadır. Bu durum kadınların estetik olgulara ilgilerinin fazla olması ve Siow ve ark. belirttikleri gibi yüz estetiği konusunda daha talepkar olmalarıyla açıklanabilmektedir(94).

Hasta memnuniyeti, yapılmış olan tüm tedavilerin ulaşmayı amaçladığı ana hedeftir. Memnuniyet, sürecin en az başlangıçta beklenen kadar iyi olduğuna dair bir değerlendirme olarak tanımlanmaktadır(92).

Literatürde yapılmış çoğu çalışma, ortognatik cerrahi hastalarının tedavi sonuçlarından memnun olduklarını bildirmektedir. Kişilerin, tekrardan tedaviyi tercih edeceklerini ve çevrelerindeki insanlara sıklıkla bu prosedürü önereceklerini belirten sonuçlar yapılmış çalışmalarda bildirmiştir(124).

Çalışmamızda memnuniyetin değerlendirilmesi için memnuniyet anketi içerisindeki 5(Ortognatik cerrahi, tedavi başlangıcındaki beklentilerimi tam olarak karşıladı ve işlemin sonuçlarından memnunum.), 6(Ortognatik cerrahi prosedürün hayatımı değiştirdiğini düşünüyorum.), 8(Yeniden karar verecek olsam aynı cerrahi operasyonu tercih ederdim.), 9(Bu operasyonu diğer kişilere ne derece önerirsiniz?) ve 10.(Her şeyi gözönünde bulundurduğunuzda cerrahinin sonuçlarından ne derece memnunsunuz?) sorular temel alınmıştır ve 6 ve 10. sorular ana memnuniyet soruları olarak belirlenmiştir. 7’li Likert sistemiyle değerlendirilmiş olan sorularda 5, 6, ve 7 puanları yüksek puantaj olarak nitelendirilmiştir.

Nurminen ve ark.’nın yaptıkları çalışmada tüm hastalar neredeyse ortognatik cerrahi sonuçlarından memnun olduklarını belirtmişlerdir. (27/28) 10 hastanın tedavi sonrası memnuniyeti beklediğinin çok üstünde, 17 hastanın memnuniyeti bekledikleri gibi olumlu olmuştur. Sadece 1 hasta tedavi sonuçlarından memnun olmadığını bildirmiştir(34).

Torgersbråten ve ark. yaptıkları çalışmaya 60 adet uzun yüzlü iskeletsel sınıf II hasta dahil etmişlerdir. Bu hastalardan %30’u tedavi sonuçlarından çok memnun olduğunu, %53,3’ü memnun olduğunu, %16,7’si memnun olmadığını belirtmiştir. 10 hastaya tekabül eden memnuniyetsiz hasta grubu içerisinde 6 tanesi oklüzyon ve çiğneme fonksiyonundan; 2 tanesi relapstan; 3 tanesi yüz estetik görünümünden ve 1 tanesi alt dudak hissizliğinden dolayı tedavi sonuçlarından memnuniyetsizlik bildirmişlerdir(92).

Schilbred ve ark. yaptıkları retrospektif çalışmaya mandibular prognatizmi olan ve mandibular geri alma uygulanmış 36 adet hasta dahil etmişlerdir. Tedaviye dahil edilen hastaların %61’i tedavi sonuçlarından çok memnun olduklarını; %39’u

kabuledilebilir derecede memnun olduklarını bildirmişlerdir. Ayrıca tekrar aynı tedavi tercih edip etmeyecekleri hastalaya yönettildiğinde %75'i tedaviyi tekrar kabul edeceğini; %3'ü kabul etmeyeceğini; %22'si emin olmadığını bildirmiştir(93).

Chen ve ark. 108 ortognatik cerrahi hastasında memnuniyetin değerlendirildiği çalışmalarında, çalışmaya dahil edilen hastaların %86,3'ü tedaviyi tekrar tercih edebileceklerini; %94,5'i tedavi sonuçlarından memnuniyet duyduklarını; %90,4'ü aynı tedaviyi çevrelerindeki kişilere önerebileceklerini belirtmişlerdir. Çalışmacılar bireylerin gerçek memnuniyetlerini tedaviyi tekrar kabul etmekteki isteklilikleriyle değerlendirmiştir(124).

Kıyak ve ark. 55 ortognatik cerrahi hastasıyla yaptıkları çalışmalarında 7'li Likert ölçeğiyle memnuniyetin değerlendirilmesi yapılmış ve memnuniyet skoru 5,35 olarak kaydedilmiş ayrıca hiçbir katılımcının skorunun 3'ün altında olmadığı belirtilmiştir. Çalışmacılar memnuniyetin en yüksek seviyede olduğu dönemi ameliyattan sonra yaklaşık 4.ay olarak bildirmiş; 9.aya doğru memnuniyetten azalma gözlemlemişlerdir. Süreç içinde memnuniyeti azalan grubun hala ortodontik tedavisi bitmemiş olan grup olmasını dikkat çekici olarak nitelendirmişlerdir(105).

Cheng ve ark. 139 ortognatik cerrahi hastası üzerinde yaptıkları çalışmada hastaların %90'ı tedavi sonuçlarından memnuniyet bildirmiştir(130).

Maurer ve ark. 121 ortognatik cerrahi hastasıyla yaptıkları çalışmalarında, tedaviye kabul edilen hastaların %96,1'inin tedavi sonuçlarından memnun olduklarını bildirmişlerdir(102).

Rustemeyer ve ark. 40 erkek, 37 kadın cinsiyette ortognatik cerrahi hastası dahil ettikleri çalışmalarında, bireylerin memnuniyetini VAS ile değerlendirmişlerdir ve memnuniyet skorlamasının +8,13 +/- 1,97 olduğunu bildirmişlerdir. Cerrahi sonuçlarını 'mükemmel' olarak değerlendiren hasta yüzdesinin 12,9 olduğu belirtilmiştir. Çalışmacılar, estetik gelişimin diğer faktörlere göre memnuniyeti daha fazla etkilediğini söylemişlerdir. Ayrıca operasyon sonrasında hipoestezi şikayeti olan hastaların estetik görüntülerinden memnun olma yüzdelерinin düşük olduğu söylenmiştir(113).

Al-Asfour ve ark. 66 ortognatik cerrahi hastası ile yaptıkları çalışmalarında, çalışmaya kabul edilen hastaların %93,9'u tedavi sonrasındaki durumlarını, tedavi

öncesi durumlarına kıyasladıklarında daha iyi olduklarını belirtmişlerdir. Memnuniyetin VAS ile değerlendirildiği bu çalışmada memnuniyet skoru %91,6 olarak belirlenmiştir. Uygulanmış olan cerrahi prosedürlerden Lefort I uygulanmış bireylerin memnuniyet skoru %95,8; BSSRO uygulanmış bireylerin memnuniyeti %94,0; çift çene cerrahisi uygulanmış bireylerin memnuniyet skoru %90,9 olarak belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p=0,681$)(121).

Çalışmamıza dahil edilen hastaların %73,97'si tedavinin beklentilerini karşıladığını ve işlemin sonuçlarından memnun olduklarını; %72,60'ı bu cerrahi prosedürün hayatlarını değiştirdiğini; %83,56'sı tekrar karar verecek olsalar aynı operasyonu tercih edeceklerini; %87,67'si bu operasyonu diğer insanlara da önereceklerini; %90,41'i her şeyi göz önünde bulundurdıklarında işlemin sonuçlarından memnun olduklarını bildirmişlerdir. Literatürde Chen ve ark. ve Al-Asfour ve ark.'nın bildirdikleri gibi bizim çalışmamızda da memnuniyet cinsiyet faktöründen etkilenmemiştir(121,124).

Lazaridou ve ark. 117 hasta üzerinde retrospektif olarak cerrahi öncesi, cerrahiden hemen sonra ve operasyondan 10 yıl sonra hastalara çiğneme fonksiyonu, genel sağlık durumu, dış görünüm ve sosyal hayat etkileşimi başlıklarını değerlendiren anket çalışması uygulamışlardır. Başlıkların yaş grupları içerisindeki gelişimini değerlendirmek amacıyla hastalar 26-32; 32-36 ve 36-68 yaş olacak şekilde gruplandırılmıştır. Beden imajı ve benlik kavramında yaş grupları arasında farklılık bildirilmemiştir. En çok memnuniyet bildiren grup 32-36 yaş (operasyon döneminde 20'li yaşlar) grubu olmuştur. En az memnuniyet bildiren ve şu anki görüntüsü hakkında kritik cevaplar veren grup ise 26-32 yaş (operasyon döneminde 14-20 yaş arası) grubu olmuştur(31).

Çalışmamızda memnuniyetin değerlendirilmesi için dahil edilmiş tüm sorular yaş parametresine göre incelenmiştir. Erikson'un psikososyal gelişim dönemlerine göre yaş sınıflaması(131) baz alınarak hastalar yaş gruplarına göre sınıflandırılmıştır (96). Buna göre 12-21 yaş (kimlik kazanmaya karşı kimlik karmaşası); 21-30 yaş (yakınlığa karşı yalıtılmışlık); 30-65 yaş (üretkenliğe karşı verimsizlik) olacak şekilde çalışmaya kabul edilen bireyler gruplandırılmıştır. Dahil edilme kriterlerine göre, bireylerin 18 yaş ve üzerinde olması gözönünde bulundurulmuştur; yaş sınıflarının orijinaline sadık kalınarak gruplar isimlendirilmiştir. 12-21 yaş grubunda

13 (%17,80) tedavi görmüş birey, 11 (%26,19) kontrol grubuna dahil edilmiş birey; 21-30 yaş grubunda 48 (%65,75) tedavi görmüş birey, 28 (%66,66) kontrol grubuna dahil edilmiş birey; 30-65 yaş grubunda 12 (%16,43) tedavi görmüş birey, 3 (%7,14) kontrol grubuna dahil edilmiş birey çalışmaya alınmıştır. 6. soru yaş parametresine bağlı incelendiğinde yüksek puan veren bireylerden 30(%41,1) tanesinin 21-30 yaş grubuna dahil oldukları görülmüştür. Ayrıca 10. soru yaş parametresine bağlı incelendiğinde yüksek puan veren bireylerden 39(%53,42) tanesinin 21-30 yaş grubuna dahil oldukları görülmüştür.

Lazaridou ve ark. çalışmasına paralel olarak bizim hasta gruplarımız içerisinde de en yüksek memnuniyete sahip olan grubun ameliyat döneminde 20li yaşlarında olanlardan oluştuğu bildirilmektedir(31).

Çalışmamızda hastalar iskeletsel deformite tiplerine göre sınıflandırılmışlardır ve memnuniyetin değerlendirilmesi için hastalara yöneltilmiş olan tüm sorular bu sınıflandırma göz önüne alınarak incelenmiştir. Tüm memnuniyet sorularına ait veriler istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Rustemeyer ve ark. 50 ortognatik cerrahi hastası dahil edilmiş olan çalışmalarında, bireylerin iskeletsel sınıflamasının (CII/ CIII) memnuniyeti etkilemediği bildirilmişlerdir(113). Bizim çalışmamızda da tüm hastaların tedaviden memnuniyetleri deformite tipinden bağımsız olarak yüksek bulunmuştur bununla birlikte istatistiksel olarak iskeletsel sınıf III hastalar, iskeletsel sınıf II hastalara kıyasla daha yüksek memnuniyet bildirmişlerdir.

Hastaların, cerrahi sonrası görülebilen komplikasyonlar konusunda yetersiz bilgilendirilmesi kişilerin kendi görüşlerinde beklenmedik sorunlarla karşılaşılması olarak algılanmaktadır ve bu durum tedaviden memnuniyeti olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Ameliyat sonrasında beklenen komplikasyonlar ödem, uzamış ağrı, parestezi, skar, limitli ağız açıklığı ve intermaksiller fiksasyon sürecinde beslenme güçlüğü olarak tanımlanmaktadır(94).

Çalışmamızda ‘Ameliyat prosedürü, ameliyat sırasında ve sonrasında karşılaşılabilecek komplikasyonlar operasyondan önce yeterli ayrıntıyla açıklandı.’ ve ‘Ameliyat sonrasında beklentim dışında bir durum yaşamadım.’ sorularına verilen yanıtlar değerlendirilmiştir ve hastaların komplikasyonlar açısından bilgilendirilmesinin önemi ölçülmeye çalışılmıştır. 61(%83,56) birey prosedürün ve

karşılaşılabilecek komplikasyonların yeterli ayrıntıyla açıklanmasını 7'li Likert sisteminde 5,6 ve 7 olarak değerlendirmiş ve tarafımızca yüksek seviyede hastaların bu konuda bilinçlendirildiği görülmüştür. Fakat 30 (%41,09) hastanın operasyondan sonra beklenen dışında bir durum yaşamadım sorusuna 1 puan vermiş olması dikkat çekicidir. Bu hastaların operasyondan ne kadar süre sonrasında çalışmaya dahil edildikleri incelenmiş ve sadece bir hastanın operasyonunun üzerinden 24 ay veya daha fazla geçtiği; diğer hastaların operasyon sonrası 6. aylarını yeni doldurdukları görülmüştür. Bu hastaların memnuniyetin değerlendirilmesi için seçilmiş sorulara verdikleri yanıtlarla bu veriler karşılaştırılmıştır. 'Ameliyat sonrasında beklentim dışında bir durum yaşamadım.' sorusuna 1 ve 2 puantajı veren bireylerin 5. soru olan 'Ortognatik cerrahi, tedaviden önceki beklentilerimi tam olarak karşıladı ve işlemin sonuçlarından memnunum.' ve 10. soru olan 'Her şeyi göz önünde bulundurduğunuzda cerrahinin sonuçlarından ne derece memnunsunuz?' sorularına verdikleri yanıtlar incelenmiştir. Sadece iki bireyin 5.soruya 1 ve 2 puan verdikleri diğer hastaların en düşük 5 puan verdikleri görülmüştür. 10. soruya ise verilen en düşük puantaj 4'tür. Chen ve ark. 108 ortognatik cerrahi hastasında memnuniyetin değerlendirildiği çalışmalarında, çalışmaya dahil edilen hastaların cerrahi sonrası ilk 10 gün ve 3 ay içinde ağrı ve ödem şikayetlerine bağlı olarak memnuniyetsizlik bildirdiklerini; cerrahiden sonra 6. ve 12. aylarda yapılan anketlerde bu şikayetlerinin geçmiş olmasıyla memnuniyetlerinin arttığını bildirmişlerdir(124). Zhou ve ark. 140 ortognatik cerrahi hastasıyla yaptıkları çalışmalarında, hastaların memnuniyetlerinin zaman içerisinde artış gösterdiğini; 12. aydan 24. aya kadar memnuniyette artış görüldüğünü bildirmişlerdir(72). Çalışmamıza dahil edilmiş hastaların 6. ayda uzamış komplikasyon belirtileri olacağı göz önüne alınarak ilerleyen dönemde bu hasta grubunun da memnuniyetinin daha da artacağı düşünülmüştür.

Bireylerin postoperatif dönemde karşılaşılabilecek komplikasyonlar yönünden işlem öncesinde bilgilendirilmelerine rağmen komplikasyonlarla karşılaşıldığında bunu beklenmedik bir durum olarak nitelendirdikleri elimizdeki veriler dahilinde söylenebilmektedir. Bu durum ameliyat öncesindeki bilgilendirmenin daha aydınlatıcı olmasının ve ameliyat sonrası dönemde hastaya refakat eden bireylerinde dahil edildiği bir seansta yapılmasının daha olumlu sonuçlara ortaya çıkaracağının bir göstergesidir.

Çalışmamızda hastaların operasyon sonrası komplikasyonlardan biri olan hissizlik durumuna karşı tutumları değerlendirilmek istenmiştir. Memnuniyet anketinin 11. sorusu olan ‘Cerrahiden sonra yüzünüz, çeneleriniz veya dişetlerinizde uyuşukluk hissediyor musunuz?’ ve 12. sorusu olan ‘Hissettiğiniz uyuşukluk yaşamınızı ve sizi ne kadar etkiliyor?’ hastalara bu amaçla yöneltmiştir. Hastalardan hiç, az, orta, yüksek şeklinde çoktan seçmeli olarak soruları cevaplandırmaları istenmiştir.

Kıyak ve ark. yaptıkları çalışmada hastaların erken dönem şikayetlerinin ve memnuniyetsizliklerinin sıklıkla uyuşukluk ve ağrı olduğunu bildirmişlerdir (74).

Torgersbråten ve ark. yaptıkları çalışmaya 60 adet high angle iskeletsel sınıf II hasta dahil etmişlerdir. Tedavi sonuçlarının 3 yıl sonra incelenmesi sırasında, 38 hasta ameliyat sonrası dönemde herhangi bir his değişikliği olmadığını veya bu süreç içerisinde his değişikliğinin normale döndüğünü belirtirken; 22 hasta kalıcı uyuşukluk hissettiğini belirtmiştir. Uyuşukluk hissi devam eden hastaların, tedavi memnuniyet skorlarının diğer hastalara kıyasla düşük olduğu bildirilmiştir(92). Fakat bunun yanı sıra Siow ve ark. 31 ortognatik cerrahi hastası üzerinde yaptıkları çalışmalarında, tedaviye kabul edilen hastaların 19 tanesinde uyuşukluk hissinin devam ettiğini öğrenmişlerdir, fakat hastalar bu durumun memnuniyetlerini azaltmadığını bildirmişlerdir(94). Aynı şekilde Maurer ve ark. 121 ortognatik cerrahi hastasıyla yaptıkları çalışmalarında, tedaviye kabul edilen hastaların uyuşukluk durumunun hastaların memnuniyetini zayıf bir korelasyonla etkilediğini belirtmişlerdir(102). Çalışmamıza dahil edilen hastaların %27,39’u hiç uyuşukluk hissetmediklerini fakat aynı şekilde %27,39’u ise yüksek miktarda uyuşukluk hissettiklerini bildirmişlerdir. Hiç uyuşukluk hissetmeyen hastaların 12. soruyu atlamaları sağlanmış ve 53 hastanın bu soruyu cevaplaması istenmiştir. Uyuşukluk hisseden hastaların %28,30’u bu durumun yaşamlarını hiç etkilemediğini; %7,54’ü yüksek miktardan etkilediğini bildirmişlerdir.

Yüksek miktarda uyuşukluk hisseden hastaların operasyon sonrası hangi dönemde oldukları ve bu durumun memnuniyetlerini etkileyip etkilemediği incelenmiştir. 11 hastanın operasyonu üzerinden 24 ay veya daha fazla süre geçtiği; 3 hastanın operasyonu üzerinden 12-24 ay geçtiği; 6 hastanın ise ilk 6 aylık döneminin

yeni tamamladığı görülmüştür. Operasyon sonrası ilk 6 aylık dönemi yeni tamamlamış hastaların uzamış komplikasyonlar yaşıyor olabilecekleri göz önüne alınmış ve uzun dönem uyuşukluk şikayeti olan hastaların memnuniyetleri değerlendirilmiştir. Bir hasta hariç tüm hastaların memnuniyet anketinin 5, 6, 8, 9 ve 10. sorularına verdikleri puanın en az 6 olduğu görülmüştür. Bizde çalışmamızda, Siow ve ark.'nın çalışmasını destekler nitelikte; hastaların uyuşukluk hissetmesinin memnuniyetlerinde azalmaya neden olmayacağını bildirmekteyiz(94).

Çalışmamızda memnuniyet anketi içerisinde cerrahi işleme dair duyulan kaygının sebebi araştırılmıştır. 7'li Likert sisteminde cerrahi risk için 2,5833; nihai estetik görüntü için 2,4929; maddiyat için 1,7222 ortalama puantaj olarak hastalar tarafından işaretlenmiştir. Üniversite hastanesi kapsamında tedavi edilmiş olan hastalarımızın süreç içinde en az kaygı duydukları konu maddiyat iken; prosedüre bağlı cerrahi risk ve komplikasyonların daha çok kaygı duyulan konular olduğu sayısal olarak bildirilmiştir.

Hastaların memnuniyetleri değerlendirilirken ana memnuniyet sorularının puantajlarının farklı alt başlıklardan ne derece etkilendiği regresyon analizi yapılarak ölçülmeye çalışılmıştır. Yedi farklı bağımsız değişkenin bu memnuniyeti ne kadar açıkladığı değerlendirilmiştir. 'Cerrahiye tamamlamış olan ekibe işlem öncesi ve sonrasında güveniyordum.', 'Aileniz ve arkadaşlarınız cerrahi operasyon konusunda sizi ne kadar destekledi?', 'Cerrahiden sonra yüzünüz, çeneleriniz ve dişetlerinizde uyuşukluk hissediyor musunuz?', 'Aileniz cerrahi işlemin sonuçlarını beğendi/ sonuçlardan memnun kaldı mı?', 'Arkadaşlarınız cerrahi işlemin sonuçlarını beğendi/ sonuçlardan memnun kaldı mı?', 'Partneriniz cerrahi işlemin sonuçlarını beğendi/ sonuçlardan memnun kaldı mı?', 'Yeni yüz görünümünüze alışmakta zorluk yaşadınız mı?' farklı değişkenler olarak hastalara yöneltilmiş ve 7'li Likert sistemiyle değerlendirilme yapılmıştır. 'Ortognatik cerrahi prosedürünün hayatımı değiştirdiğini düşünüyorum.' sorusu başlık alınmış ve Model 1 olarak isimlendirilmiştir. İlgili değişkenlerin bu soruyu ne kadar açıkladığı incelendiğinde cerrahi ekibe güven, aile ve arkadaşların cerrahi sonucunu beğenileri ve yeni yüz görüntüsüne alışma başlıklarının %54,9 oranında memnuniyeti oluşturduğu istatistiksel olarak bildirilmiştir. %45,1 oranında ankete dahil edilmemiş değişkenlerin memnuniyeti etkilediği gösterilmiştir. Aynı şekilde 'Her şeyi

gözönünde bulundurduğunuzda cerrahinin sonuçlarından ne derece memnunsunuz?’ sorusuna ilgili bağımsız değişkenlerle yapılan regresyon analizi ‘Model 2’ olarak isimlendirilmiştir. Cerrahi ekibe güven, aile ve partnerin cerrahi sonucu beğenileri başlıklarının %58,0 oranında memnuniyeti oluşturduğu istatistiksel olarak bildirilmiştir. Seçilmiş olan memnuniyet sorusu için %42 oranında başka değişkenlerin memnuniyetle ilişkilendirilebileceği söylenebilmektedir.

Auerbach ve ark. çalışmalarında hastaların tedaviden memnuniyetlerinin operasyonu yapan cerrahın yetenekleriyle ilişkili olarak anlamlı fark göstermediğini fakat cerrah-hasta iletişiminin, hastanın memnuniyetsizliğiyle yakından ilişkili olduğunu bildirmişlerdir(132). Türker ve ark., hastaların cerrahi ekibe güvenleri arttıkça tedavi sonrası memnuniyetlerinin arttığını belirtmişlerdir(76). Barbosa ve ark. 43 ortognatik cerrahi tedavi geçirmiş hasta ile yaptıkları çalışmada hastaların ortognatik cerrahi tedaviden memnuniyetsizlik bildirmelerinin sebebinin sıklıkla tedavi sonuçlarının ve tedaviye bağlı komplikasyonların, hastaya yeterince açık ve anlayabilecekleri şekilde anlatılmaması veya hastanın tedaviden beklentisinin gerçekçi olmaması olabileceğini bildirmişlerdir. Ayrıca çalışmaya dahil edilen bireylerin sadece 2 tanesinin cerrahi sonuçlarından memnun olmadıklarını belirtmişlerdir(133). Bizim çalışmamızda da literatürdeki diğer çalışmalara paralel olarak cerrahi ekibe güvenilmesi memnuniyetin temin edilmesini sağlayan unsurlardan biridir.

Rustemeyer ve ark. 40 erkek, 37 kadın cinsiyette ortognatik cerrahi hastası dahil ettikleri çalışmalarında, bireylerin memnuniyetini VAS ile değerlendirmişlerdir. Tedavi sonuçları ailesi ve çevresi tarafından beğenilen bireylerin memnuniyetlerinin diğer hastalara kıyasla daha yüksek skorlandığı bildirilmiştir(114). Siow ve ark. 31 ortognatik cerrahi hastası üzerinde yaptıkları çalışmalarında, tedaviye kabul edilen hastaların %77’si tedavi sonrası görünümünün arkadaşları tarafından; %87’si tedavi sonrası görünümünün aile bireyleri tarafından oldukça iyi kabul edildiğini ve beğenildiğini bildirmişlerdir. Çalışmaya kabul edilen hastalardan 2 tanesinin ameliyat sonrası sonuçları hekimler tarafından tatmin edici bulunmamıştır fakat buna rağmen bireylerin çevreleri tarafından yeni yüz estetiklerinin beğenilmesi tedavi sonuçlarından memnun olmaları için yeterli temeli oluşturmuştur(94). Chen ve ark. 108 ortognatik cerrahi hastasında

memnuniyetin değerlendirildiği çalışmalarında, çalışmaya dahil edilen hastaların %87'sinin aileleri ve yakın çevreleri tarafından tedaviye karar sürecinde ve tedavi sırasında desteklendiğini, bununla birlikte %83,3'ünün tedavi tercihin kendi kararları olduğu bildirmiştir. Çalışmacılar cerrahiden hemen sonraki iyileşme döneminde yani bireyin çevresindeki kişilerin bakımına ihtiyaç duyduğu dönemde, bu kişilerin ameliyat hakkındaki görüşlerinin ve tepkilerinin bireyin memnuniyetini oluşturan düşüncelere zemin hazırlayabileceğini söylemişlerdir. Ayrıca cerrahi sonrası dönem içinde hastaların memnuniyet artışı ile çevrelerindeki kişilerin cerrahi sonuçlarını beğenileri arasında pozitif korelasyon bildirilmiştir. Çalışma, ileri derecede kişilerarası duyarlılığı olan, çevresindeki kişiler tarafından ameliyat desteği görmeyen veya ameliyatı pasif olarak kabul eden hastaların tedavi sonuçlarından daha az memnuniyet duyduğunu; uzun vadede tedavi sonuçlarından gerçekçi beklentileri olan hastalarinsa tedavi sonuçlarından daha fazla memnuniyet duyduğunu belirtmiştir(124). Çalışmacılar tarafından hastaların aile ve sosyal çevre desteğini alamamasının sebebi olarak kozmetik cerrahi prosedürlerin bazı toplumlar tarafından desteklenmemesi ve karakteristik yüz özelliklerinin değiştirilmesinin hoş karşılanmaması olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca çalışmacılar tedavi süreci içerisinde aile bireylerinin de hasta gibi prosedüre hazırlanması ve dahil edilmesi gerektiğini bildirmişlerdir. Böylece cerrahi komplikasyonların ve cerrahi sonrası sürecin beklenildiği gibi ilerlemesi sağlanmış olacaktır. Hastanın çevresindeki kişiler de prosedüre tanıdık olduklarında ameliyattan memnuniyetleri artacaktır ve bunu hastaya da yansıtacaklardır(124). Literatürdeki bu çalışmalara paralel olarak bizim çalışmamızda da ailenin cerrahi sonuçlarından memnuniyetinin kişinin memnuniyetini desteklediği istatistiksel olarak bildirilmektedir.

Ortodontik tedaviye bağlı yüz değişimleri büyüme ve gelişimin kontrolüyle zaman içerisinde oluşurken; ortognatik cerrahiye bağlı yüz değişimleri hızlıca ve dramatik şekilde olur. Bu durum kişilerin yeni yüz estetiklerine uyumu zorlaştırabilir(134). Nurminen ve ark. yaptıkları çalışmada 3 hastanın yeni yüz görüntüsüne alışma güçlüğü bildirdiğini söylerken; 25 hastanın herhangi bir uyum sorunu yaşamadığını bildirmişlerdir(34).

Çalışmamızda hastalarımızın sahip oldukları yeni yüz estetiklerine alışmakta güçlük yaşayıp yaşamadıkları değerlendirilmiştir. Hastaların %41,09'u yeni yüz

estetiklerine alışmakta hiç zorluk yaşamadıklarını bildirirken; %12,32'si yeni yüz estetiklerine alışmakta zorluk yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Chen ve ark. 108 ortognatik cerrahi hastasında memnuniyetin değerlendirildiği çalışmalarında, bireylerin yeni yüz estetiğine alışmalarının bir süreç olduğunu ve bu sürecin diğer kişilerin bireyin yeni görünümüne olan tepkileri ve bireyin beden imajındaki değişikliklerinin psikolojik entegrasyonu temelinde şekillendiğini belirtmişlerdir. Çalışmacılar hastanın görünüşünden memnuniyetinin, diğer kişilerin görünüşü hakkındaki tepkilerine ve tutumlarına bağlı olduğunu gözlemlemişlerdir(124).

Çalışmamızda hastalardan artikülasyon, oklüzyon, gülümseme estetiği, çiğneme kabiliyeti, yüzün estetik görüntüsü, kendine güven hissi ve dudak pozisyonu başlıkları altında sübjektif olarak ameliyat öncesi durumlarını, ameliyattan beklentilerini ve ameliyat sonrası durumlarını 7'li Likert sistemiyle değerlendirmeleri istenmiştir. Hastaların ameliyat öncesinde bu başlıklardan ne kadar beklenti içerisinde oldukları ve tedavi sonrası beklentilerinin ne kadar karşılanabildiği istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

Literatürde yapılmış çalışmalarda sıklıkla dudak damak yarıklı hastaların telaffuz ve artikülasyonlarıyla ilgilenmiştir (Saitoh, 2004, Eggensperger ve diğerleri, 2005, Kawakami ve diğerleri, 2005, Jakobson ve diğerleri, 2010, Park ve diğerleri, 2010). Ortognatik cerrahi sonrasında dişler, dudaklar, dil ve yanakların pozisyonlarındaki değişime bağlı olarak telaffuzda değişiklikler beklenmektedir. Ahn ve ark. mandibular prognatizmli hastalara BSSRO uygulaması sonrasında formant yöntemini kullanarak kas iskelet sistemindeki değişikliklerle ünlü harflerin telaffuzundaki değişimi incelemişlerdir. Ameliyattan sonra sesli harflerin alanındaki değişimin dramatik olduğunu ve %86,46 oranında iyileşme görüldüğünü bildirmişlerdir. Fakat bu değişime rağmen ortognatik cerrahi sonrasında dil terapisti ve fizik tedavisini önermektedirler(135). Sahoo ve ark. SSRO ile mandibular geri alma uyguladıkları hastalarında orofarengeal ve oral açıklıkların enine ve dikey değişiklikleriyle hastaların akustik niteliklerinde anlamlı değişim görüldüğünü bildirmişlerdir(136).

Çalışmamızda hastaların artikülasyonu değerlendirildiğinde tedaviden önceki durumlarıyla beklentileri arasında ve tedaviden önceki ve sonraki durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bildirilirken, hastaların tedaviden beklenti ve tedavi sonrası düşünceleri hakkında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bildirilmemiştir. Bu veri hastaların subjektif yargılarıyla artikülasyon konusunda gelişme görme isteğiyle cerrahiyi tercih ettiği ve beklentilerinin karşılanmış olduğunu göstermektedir. OHIP anketi içerisindeki ‘Dişleriniz ve ağzınızla ilgili problemler nedeniyle herhangi bir kelimeyi telaffuz etme sorunuz oldu mu?’ sorusuna verilen yanıtlar da göz önünde bulundurulduğunda bu konuda gelişme kaydedilmiş olmasına rağmen kontrol grubuyla aynı telaffuz seviyesine ulaşamadığı görülmüştür.

Ortognatik cerrahinin ulaşmayı amaçladığı temel gayelerden biri iyi bir oklüzyon ve çiğneme fonksiyonudur. Kıyak ve ark. 55 ortognatik cerrahi hastasıyla yaptıkları çalışmalarında, hastalara cerrahiden önce ve cerrahiden sonraki 4-9 aylık period içerisinde bireylerin kendi doldurdıkları anketleri uygulamışlardır. Tedaviye kabul edilen hastaların %78,6’sı oklüzyonda; %56,1’i çiğneme fonksiyonunda; %92’si konuşmada olumlu gelişme; %73,7’si eklem seslerinde azalma bildirmişlerdir(74). Posnick ve ark. 42 ortognatik cerrahi hastası üzerinde yaptıkları anket çalışmasında, çalışmaya kabul edilen hastaların %86’sının tedavi sonrasındaki çiğneme fonksiyonundan; %80’inin tedavi sonrasındaki artikülasyondan memnun olduklarını bildirmişlerdir(129). Øland ve ark. yaptıkları çalışmada 118 ortognatik cerrahi hastası bireylerin kendi doldurdıkları anketler ile tedaviden sonra bireylerin %72,9’u telaffuzlarının; %23,7’si çiğneme yeteneklerinin olumlu yönde değiştiğinden bahsetmişlerdir (104).

Çalışmamızda hastaların oklüzyonları ve çiğneme kabiliyetleri konusundaki subjektif fikirleri tedaviden beklentileri, tedaviden önceki durumları ve sonraki durumları olacak şekilde 7’li Likert sistemiyle değerlendirilmiştir. Her iki başlıkta da bireylerin tedaviden önceki durumları ve beklentileri ve tedaviden önceki durumları ve sonraki durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülürken; beklentileri ve tedaviden sonraki durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir. Bu veri bireylerin tedaviyi tercihlerinde bu konunun etken olduğunu, tedavi sonrasında gelişim kaydettiklerini ve beklentilerin karşılanmış olduğunu göstermektedir.

Gülümseme, kesici dişlerin dudaklarla olan ilişkileri, dişeti görünümü, bukkal karanlık koridorların miktarı, interdental boşluklar, ön ve arka segmentleri uyumu, çenelerin birbirleri ve diğer yüz kemikleriyle uyumu gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Hastalara uygulanan ortognatik cerrahi ve ortodontik tedavi bu dengeli gülümsemeyi sağlamayı amaçlamaktadır. Çalışmamızda hastaların subjektif değerlendirmeleriyle bu konu hakkında tedavi öncesi durumları, tedaviden beklentileri ve tedaviden sonraki durumları karşılaştırılmıştır. Tedaviden önceki durumları ve beklentileri; tedaviden önceki durumları ve tedaviden sonraki durumları için tercih edilmiş puantajlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık bulunmuştur. Tedaviden sonraki durumları ve beklentileri için verdikleri puantajlar karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. Bu veri ışığında hastaların bu tedaviyi etkin bir gülümseme estetiğine sahip olmak için tercih ettiklerini ve beklentilerinin tedavi sayesinde karşılandığını söyleyebiliriz.

Çenelerin ve dişlerin birbirlerine uyumlu pozisyonda olmaları fonksiyonel açıdan etkili çiğneme yapılmasına olanak tanır. Al-Asfour ve ark. 66 ortognatik cerrahi hastası ile yaptıkları çalışmalarında, tedavi öncesinde bireylerin %34,8'i yüz görünümünde; %50'si dental görünümünde; %19,7'si çiğnemelerinde; %25,8'i yemek yeme fonksiyonlarında sorun olduğunu bildirmişlerdir. Tedavi sonrasında hastaların en sık memnuniyet bildirdiği başlık yüz görünümü (%91,3) ve dental görünümü (%97) olmuştur. Çalışmamızda bireylerin bu konu hakkındaki subjektif yanıtları istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Hastaların tedaviden önceki durumları ve beklentileri; tedaviden önceki durumları ve tedaviden sonraki durumları için verdikleri puanlarda istatistiksel olarak anlamlı değişim bildirilirken, tedaviden beklenti ve tedaviden sonraki durumları için istatistiksel olarak anlamlı değişim bildirilmemektedir. Bu veri, bireylerin tedavi tercih sebebi olarak gülümseme estetiğini gözönüne aldıklarını ve beklentilerinin tedavi sonrasında karşılandığını göstermektedir.

Ortodontik tedaviye bağlı yüz değişimleri büyüme ve gelişimin kontrolüyle zaman içerisinde oluşurken; ortognatik cerrahiye bağlı yüz değişimleri hızlıca ve dramatik şekilde olmaktadır(134). Siow ve ark. 31 ortognatik cerrahi hastası üzerinde yaptıkları retrospektif çalışmalarında, tedaviye kabul edilen hastaların %94'ünün genel anlamda tedavi sonuçlarından; %100'ünün tedavi sonrası yüz estetiklerinden

memnun olduklarını bildirmişlerdir(94). Cheng ve ark. 139 ortognatik cerrahi hastası üzerinde yaptıkları çalışmada, bireylerin ilgili başlıkların değerlendirmesini Visual Analog Skala(VAS) üzerinden yapmalarını istemişlerdir. Tedavi sonrası dönemde yüz gelişiminde +6,78; çiğneme fonksiyonunda +7,24'lük skor artışı kaydetmişlerdir. Her iki alanda da hastaların olumlu anlamda gelişim göstermesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Tedaviye kabul edilen hastaların %90'ı tedavi sonuçlarından memnuniyet bildirmiştir(130). Maurer ve ark. 121 ortognatik cerrahi hastasıyla yaptıkları çalışmalarında, tedaviye kabul edilen hastaların %96,1'i tedavi sonuçlarından memnun olduklarını; %75'inin yüz görünümünde olumlu gelişme kaydettiklerini; %50'sinin çiğneme fonksiyonunda olumlu gelişme kaydettiklerini bildirmişlerdir(102). Turker ve ark. 30 adet kadın ortognatik cerrahi hastasında yaptıkları çalışmalarında, tedaviye kabul edilen hastaların %90'ının yüz estetiğinde olumlu gelişme kaydettiklerini bildirmişlerdir(76).

Çalışmamızda yüzün estetik görüntüsü başlığı altında, tedaviden önceki durumun, tedaviden beklentinin ve tedaviden sonraki durumun hastaların subjektif fikirleriyle değerlendirilmesi için 7'li Likert sistemi kullanılmıştır. Tedaviden önceki durum ve tedaviden beklenti, tedaviden önceki durum ve tedaviden sonraki durum, tedaviden beklenti ve tedaviden sonraki durum için verilmiş olan puantajlar istatistiksel olarak değerlendirilmiştir ve değerlendirme başlıklarının hepsinde anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu veriler ile bireylerin bu alanda gelişim görme isteğiyle tedaviye başvurduğunu, tedaviden önceki durumlarıyla sonraki durumları arasında olumlu farklılık gördüklerini fakat tedaviden beklentilerinin çok daha üst düzeyde olduğu çıkarımının yapılmasını sağlamıştır. Tedaviden memnuniyetin sağlanmasının temelinde hastanın ulaşılabilir isteklerle tedaviye başvurmuş olması ve beklentilerinin bu yönde şekillenmiş olması önem arz etmektedir. Literatürde yapılmış çalışmalar göstermektedir ki eğer tedaviye başvuran hastalar gerçekçi beklentilere sahipse, sıklıkla tedavi sonuçlarından memnuniyet duymaktadırlar(93). Rustemeyer ve ark. 40 erkek, 37 kadın cinsiyette ortognatik cerrahi hastası dahil ettikleri çalışmalarında, bireylerin memnuniyetini VAS ile değerlendirmişlerdir. Çalışmacılar, estetik gelişimin diğer faktörlere göre memnuniyeti daha fazla etkilediğini söylemişlerdir(113).

Puantajlar incelendiğinde 12 bireyin tedavi sonrası durumları için 1 ve 2 puanlarıyla değerlendirme yaptığı görülmüştür. Bireylerin memnuniyet sorularına verdikleri yanıtlar incelenmiştir ve 2 bireyin memnuniyet sorularına da az (1, 2) veya orta (3, 4) değerde puanlar verdikleri görülmüştür. Bu alanda beklentilerinin karşılanamamış olmasının hastaların memnuniyetlerini de oldukça düşürdüğü tarafımızda bildirilmektedir.

Eleştiriler

Literatürde bu çalışmaya benzer yapılmış olan çalışmalar göz önüne alındığında yeterli örneklem sayısına sahip olduğumuz görülmektedir. Fakat örneklem sayısının arttırılması daha ayrıntılı ve anlamlı sonuçlar elde etmek için şarttır.

Literatürde yapılmış çoğu çalışma cerrahi tedaviden sonra kişilerin özgüvenlerinin arttığını bildirmişlerdir. Fakat çalışmacılar sıklıkla bu yargıya hastaların öz bildirimleriyle varmış olup; hastaların cerrahiden önceki özgüven ve benlik saygılarını değerlendirebilecekleri herhangi bir indikatör kullanmamışlardır. Bizim çalışmamızda ise bireylerden, SGKA indikatörleri cerrahiden önce ve sonra olmak üzere iki aşamada cevaplanması istenmiştir. Dolayısıyla kişilerin cerrahi sonrası öz saygılarında, özgüvenlerinde ve benlik saygılarındaki artış rasyonel olarak değerlendirilebilinmiştir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Retrospektif çalışmaların en büyük handikabı zaman içinde anılarda değişiklik oluşmasıdır ve bu durum yanlışlık riski taşımaktadır. Fakat ortognatik cerrahi tedavi, hastanın hayatında ortodontik tedavi, cerrahi dönemi ve cerrahiden sonraki iyileşme periyodu gibi uzun ve hatırlanır bir dönem kapsadığı için kişinin anılarının taze ve doğru olduğu kabul edilmektedir(93).

Hastaların ve hasta yakınlarının tedavi prosedürü hakkında yeterli bilgilendirilmesi kişilerin beklentilerinin gerçekçi olmasını sağlamanın yanı sıra ameliyat sırasında ve sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar konusuna da tanidik olmalarını sağlayacaktır. Hekim-hasta ilişkisi sözlü olarak sağlam temellerle kurulduktan sonra ameliyat limitasyonları, komplikasyonları açıklanıp hastanın istekleri göz önünde bulundurularak prosedür çizelgesi oluşturulmalıdır. Fakat tüm bunlardan sonra hastalara bunların yazılı olarak da bildirildiği bir broşür verilmesi kişilerin ve yakınlarının durumu daha net kavramasına yardımcı olacaktır. Hastaların ve yakınlarının beklentileri bu yönde şekillenmesi tedavi sonrası memnuniyetlerinin de artışıını sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

1. Prokopakis EP, Vlastos IM, Picavet V, Trenité GN, Thomas R, Cingi C, et al. The golden ratio in facial symmetry. *Rhinology*. 2013
2. Proffit W, Fields H, Sarver D. Contemporary orthodontics. 4th ed. Vol. 3. ST. Louis: Elsevier/Mosby; 2007. 93–97 p.
3. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*. 1995 Nov 1;41(10):1403–9.
4. Naini F. Facial Aesthetics Concepts & Clinical Diagnosis. 2013. 14–46 p.
5. Eslamipour F, Najimi A, Tadayonfard A, Azamian Z. Impact of Orthognathic Surgery on Quality of Life in Patients with Dentofacial Deformities. *International Journal of Dentistry*. 2017
6. Zamboni R, Reis De Moura FR, Camara Brew M, Gomes Rivaldo E, Arruda Braz M, Grossmann E, et al. Impacts of Orthognathic Surgery on Patient Satisfaction, Overall Quality of Life, and Oral Health-Related Quality of Life: A Systematic Literature Review. 2019.
7. Reyneke JP. Essentials of orthognathic surgery. 2010;272.
8. Naini FB, Gill DS. Orthognathic surgery: principles, planning and practice.
9. Zaroni FM, Cavalcante RC, João da Costa D, Kluppel LE, Scariot R, Rebellato NLB. Complications associated with orthognathic surgery: A retrospective study of 485 cases. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*. 2019 Dec 1;47(12):1855–60.
10. Hernández-Alfaro F, Guijarro-Martínez R. On a definition of the appropriate timing for surgical intervention in orthognathic surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2014;43(7):846–55.
11. Kim YK. Complications associated with orthognathic surgery. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg*. 2017 Feb 1;43(1):3–15.
12. Bertossi D, Malchiodi L, Shideh E, Albanese M, Portelli M, Lucchese A, et al. Delayed progressive haematoma after Le Fort I osteotomy: A possible severe complication in orthognathic surgery. *Dental Research Journal [Internet]*. 2012 [cited 2022 Jan 3];9(Suppl2):S246.
13. Panula K, Finne K, Oikarinen K. Incidence of complications and problems related to orthognathic surgery: a review of 655 patients. *J Oral Maxillofac Surg*. 2001;59(10):1128–36.
14. Lin S, Chen C, Yao CF, Chen YA, Chen YR. Comparison of different hypotensive anaesthesia techniques in orthognathic surgery with regard to intraoperative blood loss, quality of the surgical field, and postoperative nausea and vomiting. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2016;45(12):1526–30.

15. Veras RB, Kriwalsky MS, Hoffmann S, Maurer P, Schubert J. Functional and radiographic long-term results after bad split in orthognathic surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2008 Jul;37(7):606–11.
16. Verweij JP, Houppermans PNWJ, Gooris P, Mensink G, van Merkesteyn JPR. Risk factors for common complications associated with bilateral sagittal split osteotomy: A literature review and meta-analysis. *J Craniomaxillofac Surg.* 2016;44(9):1170–80.
17. Al-Nawas B, Kämmerer PW, Hoffmann C, Moergel M, Koch FP, Wriedt S, et al. Influence of osteotomy procedure and surgical experience on early complications after orthognathic surgery in the mandible. *J Craniomaxillofac Surg.* 2014;42(5).
18. Kriwalsky MS, Maurer P, Veras RB, Eckert AW, Schubert J. Risk factors for a bad split during sagittal split osteotomy. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2008 Apr;46(3):177–9.
19. Yang HJ, Hwang SJ. Postoperative stability following maxillary downward movement with Le Fort I inclined osteotomy at the lateral nasal cavity wall. *J Craniomaxillofac Surg.* 2012 Dec;40(8):793–8.
20. Xi T, de Koning M, Bergé S, Hoppenreijts T, Maal T. The role of mandibular proximal segment rotations on skeletal relapse and condylar remodelling following bilateral sagittal split advancement osteotomies. *J Craniomaxillofac Surg.* 2015 Nov 1;43(9):1716–22.
21. Thiem DGE, Schneider D, Hammel M, Saka B, Frerich B, Al-Nawas B, et al. Complications or rather side effects? Quantification of patient satisfaction and complications after orthognathic surgery-a retrospective, cross-sectional long-term analysis. *Clin Oral Investig.* 2021;25(5):3315–27.
22. Phillips C, Essick G. Inferior alveolar nerve injury following orthognathic surgery: a review of assessment issues. *J Oral Rehabil.* 2011;38(7):547–54.
23. McLeod NMH, Bowe DC. Nerve injury associated with orthognathic surgery. Part 3: lingual, infraorbital, and optic nerves. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2016 May;54(4):372–5.
24. McLeod NMH, Bowe DC. Nerve injury associated with orthognathic surgery. Part 2: inferior alveolar nerve. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2016 May 1;54(4):366–71.
25. Hernández-Alfaro F, Guijarro-Martínez R, Molina-Coral A, Badía-Escriche C. “Surgery first” in bimaxillary orthognathic surgery. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011 Jun;69(6).
26. Agbaje JO, van de Castele E, Hiel M, Verbaanderd C, Lambrichts I, Politis C. Neuropathy of Trigeminal Nerve Branches After Oral and Maxillofacial Treatment. *Journal of Maxillofacial & Oral Surgery.* 2016;15(3):321.
27. Yen CY, Kuo CL, Liu IH, Su WC, Jiang HR, Huang IG, et al. Modified alar base cinch suture fixation at the bilateral lower border of the piriform rim after a maxillary Le Fort I osteotomy. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2016 Nov 1;45(11):1459–63.

28. van Sickels JE, Tucker MR. Management of delayed union and nonunion of maxillary osteotomies. *J Oral Maxillofac Surg.* 1990;48(10):1039–44.
29. Soydan SS, Bayram B, Akdeniz BS, Kayhan Z, Uckan S. Changes in difficult airway predictors following mandibular setback surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2015 Nov 1;44(11):1351–4.
30. Hasebe D, Kobayashi T, Hasegawa M, Iwamoto T, Kato K, Izumi N, et al. Changes in oropharyngeal airway and respiratory function during sleep after orthognathic surgery in patients with mandibular prognathism. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2011 Jun;40(6):584–92.
31. Lazaridou-Terzoudi T, Kiyak HA, Moore R, Athanasiou AE, Melsen B. Long-term assessment of psychologic outcomes of orthognathic surgery. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2003 May 1;61(5):545–52.
32. Laufer D, Glick D, Gutman D, Sharon A. Patient motivation and response to surgical correction of prognathism. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1976;41(3):309–13.
33. Yu D, Wang F, Wang X, Fang B, Shen SG. Presurgical motivations, self-esteem, and oral health of orthognathic surgery patients. *J Craniofac Surg.* 2013 May;24(3):743–7.
34. Nurminen L, Pietilä T, Vinkka-Puhakka H. Motivation for and satisfaction with orthodontic-surgical treatment: a retrospective study of 28 patients. *Eur J Orthod.* 1999 ;21(1):79–87.
35. Scheuer C, Boot E, Carse N, Clardy A, Gallagher J, Heck S, et al. Dentofacial disharmony: motivations for seeking treatment. G. Balint, Antala B, Carty C, Mabieme JMA, Amar IB, Kaplanova A, editors. *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg.* 1997;12(1):7–15.
36. Williams AC, Shah H, Sandy JR, Travess HC. Patients' motivations for treatment and their experiences of orthodontic preparation for orthognathic surgery. *J Orthod.* 2005 Sep;32(3):191–202.
37. Broder HL, Phillips C, Kaminetzky S. Issues in decision making: Should i have orthognathic surgery?. 2000;6(4):249–58.
38. Jacobson A. Psychological aspects of dentofacial esthetics and orthognathic surgery. *The Angle Orthodontist.* 1984 Jan 1;54(1):18–35.
39. Wictorin L, Hilleström K, Sörensen S. Biological and psycho-social factors in patients with malformation of the jaws. I. A study of 95 patients prior to treatment. *Scand J Plast Reconstr Surg.* 1969;3(2):138–43.
40. Bell R, Kiyak HA, Joondeph DR, McNeill RW, Wallen TR. Perceptions of facial profile and their influence on the decision to undergo orthognathic surgery. *Am J Orthod.* 1985;88(4):323–32.
41. Edgerton MT, Knorr NJ. Motivational patterns of patients seeking cosmetic (esthetic) surgery. *Plast Reconstr Surg.* 1971;48(6):551–7.
42. Barofsky I. Patients' rights, quality of life, and health care system performance. *Quality of Life Research* 2003 12:5. 2003 Aug ;12(5):473–84.

43. Levine RJ. Quality of life assessments in clinical trials: an ethical perspective. 2nd ed. Spilker B, editor. Vol. 51. Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers; 1996. 489–495 p.
44. Marquis P, Marrel A, Jambon B. Quality of life in patients with stomas: the Montreux Study. 2003.
45. Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997;104(12):1374–9.
46. Üneri Ö, Memik NÇ. Concept of Quality Of Life In Children and Review Inventories About Quality Of Life. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*. 2007;14:48–56.
47. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res*. 2011 Nov;90(11):1264–70.
48. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1997 Aug 1;25(4):284–90.
49. Patrick DL, Bergne M. MEASUREMENT OF HEALTH STATUS IN THE 1990s Further ANNUAL REVIEWS. *Annu Rev Public Health*. 1990;11:165–83.
50. Heydecke G, Locker D, Awad MA, Lund JP, Feine JS. Oral and general health-related quality of life with conventional and implant dentures. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003 Jun;31(3):161–8.
51. Mumcu G, Inanc N, Ergun T, Ikiz K, Gunes M, Islek U, et al. Oral health related quality of life is affected by disease activity in Behçet's disease. *Oral Dis*. 2006 Mar;12(2):145–51.
52. Kilinc A, Ertas U. An Assessment of the Quality of Life of Patients with Class III Deformities Treated with Orthognathic Surgery. *J Oral Maxillofac Surg*. 2015 Jul 1;73(7):1394.e1-1394.e5.
53. Hegarty AM, McGrath C, Hodgson TA, Porter SR. Patient-centred outcome measures in oral medicine: are they valid and reliable? *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2002;31(6):670–4.
54. McGrath C, Comfort MB, Lo ECM, Luo Y. Patient-centred outcome measures in oral surgery: validity and sensitivity. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2003;41(1):43–7.
55. Allen F, Locker D. A modified short version of the oral health impact profile for assessing health-related quality of life in edentulous adults. 2002.
56. McGrath C, Hegarty AM, Hodgson TA, Porter SR. Patient-centred outcome measures for oral mucosal disease are sensitive to treatment. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2003;32(3):334–6.
57. McGrath C, Comfort MB, Lo ECM, Luo Y. Can third molar surgery improve quality of life? A 6-month cohort study. *J Oral Maxillofac Surg*. 2003 Jul 1;61(7):759–63.

58. Leary MR, Kowalski RM, Campbell CD. Self-presentational concerns and social anxiety: The role of generalized impression expectancies. *Journal of Research in Personality*. 1988;22(3):308–21.
59. Oktan V, ŞAHİN M. Kız ergenlerde beden imajı ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2010;7(2).
60. Ozcan H, Subasi B, Budak B, Celik M, Gurel S, Yildiz M. Relationship between self-esteem, social appearance anxiety, depression and anxiety in adolescent and young adult women. *Journal of Mood Disorders*. 2013;3(3):107.
61. Harter S. Handbook of child psychology: Socialization, personality and social development. Developmental perspectives on the self- system. In Heatherington EM, editor. New York: Wiley; 1983. 275–386 p.
62. Hart TA, Flora DB, Palyo SA, Fresco DM, Holle C, Heimberg RG. Development and examination of the social appearance anxiety scale. *Assessment*. 2008 Mar;15(1):48–59.
63. Gümüş AE. Üniversite Öğrencilerinin Yalnızlık ve Beden İmgelerinden Doyum Sosyal Kaygı Düzeyleri ile İlişkisinin İncelenmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2000 Mar 1;33(1):001–10.
64. Arıcıoğulları Z. Orta öğretim öğrencilerinde sosyal fobi ve benlik saygısı arasındaki ilişki ve bunları etkileyen faktörler. 2001.
65. Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment. Rumination and Negative Appraisal In Social Phobia. Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR, editors. New York: Guilford Press; 1995. 143–159 p.
66. Alden LE, Mellings TMB, Ryder AG. Social anxiety, social phobia, and the self. In Textbook of Social Phobia: Multiple Perspectives. The Essential Handbook of Social Anxiety for Clinicians. Hofmann SG, DiBartolo PM, editors. Needham Hill, MA: Allyn & Bacon; 2001. 32–56 p.
67. Doğan T. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği'nin (SGKÖ) Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2010 Jun 1;39(39):151–9.
68. Choi WS, Lee S, McGrath C, Samman N. Change in quality of life after combined orthodontic-surgical treatment of dentofacial deformities. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2010 Jan 1;109(1):46–51.
69. Kufta K, Peacock ZS, Chuang SK, Inverso G, Levin LM. Components of Patient Satisfaction After Orthognathic Surgery. *J Craniofac Surg*. 2016;27(1):e102–5.
70. Rittersma J, Casparie AF, Reerink E. Patient information and patient preparation in orthognathic surgery: a medical audit study. *J Maxillofac Surg*. 1980;8(3):206–9.
71. Peterson JL, Topazian RG. The preoperative interview and psychological evaluation of the orthognathic surgery patient. *J Oral Surg*. 1974 Aug;32:583–8.

72. Zhou YH, Hagg U, Rabie AB. Patient satisfaction following orthognathic surgical correction of skeletal Class III malocclusion. *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg*. 2001;16(2):99–107.
73. Flanary CM, Barnwell GM, Alexander JM. Patient perceptions of orthognathic surgery. *Am J Orthod*. 1985;88(2):137–45.
74. Kiyak HA, Hohl T, West RA, McNeill RW. Psychologic changes in orthognathic surgery patients: a 24-month follow up. *J Oral Maxillofac Surg*. 1984;42(8):506–12.
75. Tabakan I, Kokacya O, Kesiktas E, Eser C, Gencel E. Assessment of long term patient satisfaction in orthognathic surgery. *Medical Science and Discovery*. 2016 Apr 15;3(4):171–7.
76. Türker N, Varol A, Ögel K, Basa S. Perceptions of preoperative expectations and postoperative outcomes from orthognathic surgery: part I: Turkish female patients. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2008 Aug;37(8):710–5.
77. Finlay PM, Moos SF, Atkinson JM. Orthognathic surgery: patient expectations; psychological profile and satisfaction with outcome. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 1995;33(1):9–14.
78. Rustemeyer J, Martin A, Gregersen J. Changes in quality of life and their relation to cephalometric changes in orthognathic surgery patients. *Angle Orthod*. 2012 Mar;82(2):235–41.
79. Hair JF, Black WC, Barbin BJ, Anderson RE. *Multivariate Data Analysis: Pearson Education Limited*. 7th ed. Pearson Education Limited; 2013.
80. Tabachnick B, Fidell L. *Using Multivariate Statistics*. 6th ed. Boston: Pearson Education; 2013.
81. George D, Mallery P. *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*. 10th ed. Vol. 17.0. Boston: Pearson Education; 2010.
82. Naran S, Steinbacher DM, Taylor JA. Current Concepts in Orthognathic Surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2018 Jun 1;141(6):925e–36e.
83. Marques LS, Ramos-Jorge ML, Paiva SM, Pordeus IA. Malocclusion: esthetic impact and quality of life among Brazilian schoolchildren. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2006 Mar;129(3):424–7.
84. Eiser C, Morse R. The measurement of quality of life in children: past and future perspectives. *J Dev Behav Pediatr*. 2001;22(4):248–56.
85. Al-Ahmad HT, Al-Sa'di WS, Al-Omari IK, Al-Bitar ZB. Condition-specific quality of life in Jordanian patients with dentofacial deformities: a comparison of generic and disease-specific measures. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2009 Jan;107(1):49–55.
86. Lorenzo GL, Biesanz JC, Human LJ. What Is Beautiful Is Good and More Accurately Understood. *Psychological Science*. 2010 Dec 4;21(12):1777–82.
87. Mills J, Aronson E. Opinion change as a function of the communicator's attractiveness and desire to influence. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1965;1(2):173–7.

88. DeMeis DK, Turner RR. Effects of students' race, physical attractiveness, and dialect on teachers' evaluations. *Contemporary Educational Psychology*. 1978 Jan;3(1):77–86.
89. Helm S, Kreiborg S, Solow B. Psychosocial implications of malocclusion: A 15-year follow-up study in 30-year-old Danes. *American Journal of Orthodontics*. 1985 Feb;87(2):110–8.
90. Shaw WC, Meek SC, Jones DS. Nicknames, Teasing, Harassment and the Salience of Dental Features among School Children. *British Journal of Orthodontics*. 1980 Apr 5;7(2):75–80.
91. Al-Ahmad HT, Al-Omari IK, Eldurini LN, Suleiman AA. Factors affecting satisfaction of patients after orthognathic surgery at a University Hospital. *Saud Med J* . 2008;29(7):998–1003.
92. Torgersbråten N, Stenvik A, Espeland L. Patient satisfaction after orthognathic surgery: a 3 years follow-up of 60 high-angle Class II individuals. *Eur J Orthod*. 2021 Apr 1;43(2):215–21.
93. Schilbred Eriksen E, Moen K, Wisth PJ, Løes S, Klock KS. Patient satisfaction and oral health-related quality of life 10-15 years after orthodontic-surgical treatment of mandibular prognathism. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2018 Aug 1;47(8):1015–21.
94. Siow KK, Ong ST, Lian CB, Ngeow WC. Satisfaction of orthognathic surgical patients in a Malaysian population. *J Oral Sci*. 2002;44(3–4):165–71.
95. Saghafi H, Benington P, Ayoub A. Impact of orthognathic surgery on quality of life: a comparison between orthodontics-first and surgery-first approaches. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2020 Apr 1;58(3):341–7.
96. Trovik TA, Wisth PJ, Tornes K, Bøe OE, Moen K. Patients' perceptions of improvements after bilateral sagittal split osteotomy advancement surgery: 10 to 14 years of follow-up. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 2012 Feb;141(2):204–12.
97. Deepan Kumar C, Mohamed S, Janakiram C, Joseph J. Validation of dental impact on daily living questionnaire among tribal population of India. *Contemporary Clinical Dentistry*. 2015;6(6):235.
98. Bettie N, Ramachandiran H, Anand V, Sathiamurthy A, Sekaran P. Tools for evaluating oral health and quality of life. *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences*. 2015;7(6):414.
99. Campos LA, Peltomäki T, Marôco J, Campos JADB. Use of Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14) in Different Contexts. What Is Being Measured? *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021 Dec 20;18(24):13412.
100. Claes L, Hart TA, Smits D, van den Eynde F, Mueller A, Mitchell JE. Validation of the Social Appearance Anxiety Scale in Female Eating Disorder Patients. *European Eating Disorders Review*. 2012 Sep;20(5):406–9.

101. Levinson CA, Rodebaugh TL. Validation of the Social Appearance Anxiety Scale: Factor, Convergent, and Divergent Validity. *Assessment*. 2011 Sep 5;18(3):350–6.
102. Maurer P, Otto C, Bock JJ, Eckert AW, Schubert J. [Patient satisfaction with the outcome of surgical orthodontic intervention and effect of esthetic and functional criteria]. *Mund Kiefer Gesichtschir*. 2002;6(1):15–8.
103. Espeland L, Høgevold HE, Stenvik A. A 3-year patient-centred follow-up of 516 consecutively treated orthognathic surgery patients. *Eur J Orthod*. 2008 Feb;30(1):24–30.
104. Øland J, Jensen J, Papadopoulos MA, Melsen B. Does skeletal facial profile influence preoperative motives and postoperative satisfaction? A prospective study of 66 surgical-orthodontic patients. *J Oral Maxillofac Surg*. 2011 Jul;69(7):2025–32.
105. Kiyak HA, West RA, Hohl T, McNeill RW. The psychological impact of orthognathic surgery: a 9-month follow-up. *Am J Orthod*. 1982;81(5):404–12.
106. Pahkala RH, Kellokoski JK. Surgical-orthodontic treatment and patients' functional and psychosocial well-being. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2007 Aug;132(2):158–64.
107. Williams RW, Travess HC, Williams AC. Patients' experiences after undergoing orthognathic surgery at NHS hospitals in the south west of England. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2004 Oct;42(5):419–31.
108. Kurabe K, Kojima T, Kato Y, Saito I, Kobayashi T. Impact of orthognathic surgery on oral health-related quality of life in patients with jaw deformities. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2016 Dec 1;45(12):1513–9.
109. Soh CL, Narayanan V. Quality of life assessment in patients with dentofacial deformity undergoing orthognathic surgery- a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2013;42(8):974–80.
110. Alanko O, Tuomisto MT, Peltomäki T, Tolvanen M, Soukka T, Svedström-Oristo AL. A longitudinal study of changes in psychosocial well-being during orthognathic treatment. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2017 Nov 1;46(11):1380–6.
111. Lee S, McGrath C, Samman N. Quality of life in patients with dentofacial deformity: a comparison of measurement approaches. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2007 Jun;36(6):488–92.
112. Motegi E, Hatch JP, Rugh JD, Yamaguchi H. Health-related quality of life and psychosocial function 5 years after orthognathic surgery. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2003 Aug 1;124(2):138–43.
113. Rustemeyer J, Gregersen J. Quality of Life in orthognathic surgery patients: post-surgical improvements in aesthetics and self-confidence. *J Craniomaxillofac Surg*. 2012 Jul;40(5):400–4.
114. Rustemeyer J, Eke Z, Bremerich A. Perception of improvement after orthognathic surgery: the important variables affecting patient satisfaction. *Oral Maxillofac Surg*. 2010;14(3):155–62.

115. Proothi M, Drew SJ, Sachs SA. Motivating factors for patients undergoing orthognathic surgery evaluation. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010 Jul;68(7):1555–9.
116. Baherimoghaddam T, Tabrizi R, Naseri N, Pouzesh A, Oshagh M, Torkan S. Assessment of the changes in quality of life of patients with class II and III deformities during and after orthodontic-surgical treatment. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2016 Apr 1;45(4):476–85.
117. Silva I, Cardemil C, Kashani H, Bazargani F, Tarnow P, Rasmusson L, et al. Quality of life in patients undergoing orthognathic surgery - A two-centered Swedish study. *J Craniomaxillofac Surg.* 2016 Aug 1;44(8):973–8.
118. Cunningham SJ, Garratt AM, Hunt NP. Development of a condition-specific quality of life measure for patients with dentofacial deformity: I. Reliability of the instrument. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2000;28(3):195–201.
119. Rankin M, Borah GL. Perceived functional impact of abnormal facial appearance. *Plast Reconstr Surg.* 2003 Jun;111(7):2140–6.
120. Kiyak HA, Hohl T, Sherrick P. Sex differences in motives for and outcomes of orthognathic surgery. *J Oral Surg.* 1981;39(10):757–64.
121. Al-Asfour A, Waheedi M, Koshy S. Survey of patient experiences of orthognathic surgery: health-related quality of life and satisfaction. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2018 Jun;47(6):726–31.
122. Øland J, Jensen J, Elklit A, Melsen B. Motives for surgical-orthodontic treatment and effect of treatment on psychosocial well-being and satisfaction: a prospective study of 118 patients. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011 Jan;69(1):104–13.
123. Trovik TA, Wisth PJ, Tornes K, Bøe OE, Moen K. Patients' perceptions of improvements after bilateral sagittal split osteotomy advancement surgery: 10 to 14 years of follow-up. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2012 Feb;141(2):204–12.
124. Chen B, Zhang Z kang, Professor D, Wang X. Factors influencing postoperative satisfaction of orthognathic surgery patients. *Int J Adult Orthod Orthognath Surg.* 2002;17:217–22.
125. Athanasiou AE, Melsen B, Eriksen J. Concerns, motivation and experience of orthognathic surgery patients: a retrospective study of 152 patients. *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg.* 1989;4(1):47–455.
126. Stirling J, Latchford G, Morris DO, Kindelan J, Spencer RJ, Bekker HL. Elective orthognathic treatment decision making: a survey of patient reasons and experiences. *J Orthod.* 2007 Jun;34(2):113–27.
127. Pereira RMA, de Souza GMM, de Castro Rocha VA, Morimoto S, Tedesco TK, Mello-Moura ACV. Evaluation of the Post Orthognathic Surgery Satisfaction: a Comparative Cross-Sectional Study of Patients Class II and III. *J Craniofac Surg.* 2017 Oct 1;28(7):1833–6.

128. Modig M, Andersson L, Wårdh I. Patients' perception of improvement after orthognathic surgery: pilot study. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2006 Feb;44(1):24–7.
129. Posnick JC, Wallace J. Complex orthognathic surgery: assessment of patient satisfaction. *J Oral Maxillofac Surg*. 2008 May;66(5):934–42.
130. Cheng LHH, Roles D, Telfer MR. Orthognathic surgery: the patients' perspective. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 1998;36(4):261–3.
131. Arslan E, Ari R. ERİKSON'UN PSİKOSOSYAL GELİŞİM DÖNEMLERİ ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE'YE UYARLAMA, GÜVENİRLİK VE GEÇERLİK ÇALIŞMASI.
132. Auerbach SM, Meredith J, Alexander JM, Mercuri LG, Brophy C. Psychological factors in adjustment to orthognathic surgery. *J Oral Maxillofac Surg*. 1984;42(7):435–40.
133. Barbosa AL, Marcantonio E, Barbosa CE, Gabrielli MF, Gabrielli MA. Psychological evaluation of patients scheduled for orthognathic surgery. *J Nihon Univ Sch Dent*. 1993;35(1):1–9.
134. Soheilifar S, Soheilifar S, Bidgoli M, Sadat E, Razavi E, Soheilifar S. Patients' Satisfaction after Orthognathic Surgery: A Systematic Review. *Journal of Advances in Medicine and Medical Research*. 2015 Jun 11;9(1):1–11.
135. Ahn J, Kim G, Kim YH, Hong J. Acoustic analysis of vowel sounds before and after orthognathic surgery. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*. 2015 Jan;43(1):11–6.
136. Sahoo NK, Roy ID, Kulkarni V. Mandibular setback and its effects on speech. *Oral and Maxillofacial Surgery Cases*. 2019 Mar;5(1):100079.

EKLER

Ek 1. Demografik Bilgiler

1. Yaşınız: _____
2. Cinsiyetiniz: Kadın/ Erkek
3. İskeletsel deformite tipi? İskeletsel sınıf I/ İskeletsel sınıf II/ İskeletsel sınıf III
4. Uygulanmış olan cerrahi prosedür tipi? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)
SSRO/ Lefort 1/ Genioplasti
5. Ortognatik cerrahi geçirdiğiniz yıl? _____
6. Ortodontik tedavi ile anket uygulanması arasında geçen süre ne kadardır? 24 ay
yada daha fazla/ 12-24 ay/ 6-12 ay
7. Ortodontik tedaviye başlama vaktiniz ile cerrahi operasyon geçirmeniz
arasındaki süre nedir? 24 ay yada daha fazla/ 12-24 ay/ 6-12 ay/ 3-6 ay/ Önce
cerrahi
8. Ailenizde aynı/ benzer dentofasial problemler yaşayan birey var mı? Evet/ Hayır
9. İlgili sorunun sizin yada aileniz tarafından farkedildiği dönemi işaretleyiniz. 7-
11 yaş/ 12-18 yaş/ 19-24 yaş/ 25-35 yaş

Ek 2. SGKA

Dış görünüşümle ilgili kendimi rahat hissederim.

Cerrahiden önce: 0-1-2-3-4

Cerrahiden sonra: 0-1-2-3-4

Fotograf çekimi sırasında kendimi rahat hissederim.

Cerrahiden önce: 0-1-2-3-4

Cerrahiden sonra: 0-1-2-3-4

İnsanlar direkt bana baktıklarında rahatsız olurum.

Cerrahiden önce: 0-1-2-3-4

Cerrahiden sonra: 0-1-2-3-4

İnsanların dış görünüşümden dolayı benden hoşlanmayacaklarını düşünürüm.

Cerrahiden önce: 0-1-2-3-4

Cerrahiden sonra: 0-1-2-3-4

İnsanlarla birlikte bulunmadığım zamanlarda, insanların benim arkamdan konuşacaklarını düşünürüm.

Cerrahiden önce: 0-1-2-3-4

Cerrahiden sonra: 0-1-2-3-4

Dış görünüşümden dolayı insanların benimle vakit geçirmek istemeyeceklerini düşünürüm.

Cerrahiden önce: 0-1-2-3-4

Cerrahiden sonra: 0-1-2-3-4

İnsanların beni etkileyici bulmamalarından korkarım.

Cerrahiden önce: 0-1-2-3-4

Cerrahiden sonra: 0-1-2-3-4

Dış görünüşümün hayatımı zorlaştırmasından korkarım.

Cerrahiden önce: 0-1-2-3-4

Cerrahiden sonra: 0-1-2-3-4

Elde ettiğim fırsatları dış görünüşümden dolayı kaybetmekten endişelenirim.

Cerrahiden önce: 0-1-2-3-4

Cerrahiden sonra: 0-1-2-3-4

İnsanlarla konuşurken dış görünüşümden dolayı gerilirim.

Cerrahiden önce: 0-1-2-3-4

Cerrahiden sonra: 0-1-2-3-4

Diğer insanlar dış görünüşüm hakkında bir şey söylediklerinde rahatsızlık duyarım.

Cerrahiden önce: 0-1-2-3-4

Cerrahiden sonra: 0-1-2-3-4

Dış görünüşümle ilgili başkalarının beklentilerini karşılayamamaktan endişelenirim.

Cerrahiden önce: 0-1-2-3-4

Cerrahiden sonra: 0-1-2-3-4

İnsanların dış görünüşümü olumsuz olarak değerlendirmelerinden korkarım.

Cerrahiden önce: 0-1-2-3-4

Cerrahiden sonra: 0-1-2-3-4

İnsanların dış görünüşüm hakkında bir sorunu farkettilerini düşündüğümde rahatsızlık duyarım.

Cerrahiden önce: 0-1-2-3-4

Cerrahiden sonra: 0-1-2-3-4

Sevdiğim kişinin dış görünüşümden dolayı beni terk edeceğinden endişe duyarım.

Cerrahiden önce: 0-1-2-3-4

Cerrahiden sonra: 0-1-2-3-4

İnsanların dış görünüşümün iyi/ güzel olmadığını düşünmelerinden endişe duyarım.

Cerrahiden önce: 0-1-2-3-4

Cerrahiden sonra: 0-1-2-3-4



Ek 3. OHIP-14

Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeni ile herhangi bir kelimeyi telaffuz etme sorunuzu oldu mu?

Cerrahiden önce: 0-1-2-3-4

Cerrahiden sonra: 0-1-2-3-4

Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeni ile tat alma hissinizin bozulduğunu hissediyor musunuz?

Cerrahiden önce: 0-1-2-3-4

Cerrahiden sonra: 0-1-2-3-4

Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeni ile ağzınızda ağrılı bir durum yaşadınız mı?

Cerrahiden önce: 0-1-2-3-4

Cerrahiden sonra: 0-1-2-3-4

Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeni ile yemek yemeyi rahatsız edici buldunuz mu?

Cerrahiden önce: 0-1-2-3-4

Cerrahiden sonra: 0-1-2-3-4

Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeni ile endişe duydunuz mu?

Cerrahiden önce: 0-1-2-3-4

Cerrahiden sonra: 0-1-2-3-4

Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeni ile gerginlik hissettiniz mi?

Cerrahiden önce: 0-1-2-3-4

Cerrahiden sonra: 0-1-2-3-4

Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeni ile utandığınız bir durum oldu mu?

Cerrahiden önce: 0-1-2-3-4

Cerrahiden sonra: 0-1-2-3-4

Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeni ile diyetinizin tatmin edici olmadığı oldu mu?

Cerrahiden önce: 0-1-2-3-4

Cerrahiden sonra: 0-1-2-3-4

Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeni ile yemeğinizi yarıda bırakmak zorunda kaldınız mı?

Cerrahiden önce: 0-1-2-3-4

Cerrahiden sonra: 0-1-2-3-4

Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeni ile fonksiyonlarınızı tümüyle yapamayacak duruma geldiniz mi?

Cerrahiden önce: 0-1-2-3-4

Cerrahiden sonra: 0-1-2-3-4

Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeni ile diğer insanlara az da olsa asabi davrandığınız oldu mu?

Cerrahiden önce: 0-1-2-3-4

Cerrahiden sonra: 0-1-2-3-4

Dişleriniz veya ağzınız ile ilgili problemler nedeni ile her zaman yaptığınız işinizi yapmada herhangi bir zorluk yaşadınız mı?

Cerrahiden önce: 0-1-2-3-4

Cerrahiden sonra: 0-1-2-3-4

Dişleriniz veya ağınız ile ilgili problemler nedeni nedeni ile genelde hayatın daha az tatmin edici olduğu hissine kapıldınız mı?

Cerrahiden önce: 0-1-2-3-4

Cerrahiden sonra: 0-1-2-3-4



Ek 4. Cerrahi Sonrası Memnuniyet Anketi

Cerrahi tedavi tercihindeki öncelikli motivasyon hangisiydi? Estetik görünümde düzelme/ Çiğnemenin düzelmesi/ Her ikisinde/ Hiçbiri

Cerrahi tedavi seçeneğinde en etkili faktör hangisiydi? Kendi düşüncelerim-kendi isteğim/ Çevrenin tepkisi- çevrenin isteği

Ameliyat öncesinde prosedür ve sonrasında karşılaşılabilecek durumlar bana yeterli ayrıntıyla açıklandı. 1-2-3-4-5-6-7

Ameliyat sonrasında beklentim dışında bir durum yaşamadım. 1-2-3-4-5-6-7

Cerrahi tedaviyi tamamlamış olan ekibe, işlem öncesinde ve sonrasında güveniyordum. 1-2-3-4-5-6-7

Ortognatik cerrahi, tedaviden önceki beklentilerimi tam olarak karşıladı ve işlemin sonuçlarından memnunum. 1-2-3-4-5-6-7

Ortognatik cerrahi prosedürün hayatımı değiştirdiğini düşünüyorum. 1-2-3-4-5-6-7

Yeniden karar verecek olsam aynı cerrahi operasyonu tercih ederdim. 1-2-3-4-5-6-7

Bu operasyonu diğer kişilere ne derece öneririsiniz? 1-2-3-4-5-6-7

Her şeyi göz önünde bulundurduğumda, cerrahinin sonuçlarından ne derece memnunsunuz? 1-2-3-4-5-6-7

Cerrahiden sonra yüzünüz, çeneleriniz veya dişetlerinizde uyuşukluk hissediyor musunuz? Hiç/ Az/ Orta Yüksek (Hiç cevabını verdiyseniz lütfen bir sonraki soruyu atlayınız.)

Hissettiğiniz uyuşukluk yaşamınızı ve sizi ne kadar etkiliyor? Hiç/ Az/ Orta Yüksek

Yeni yüz görünümünüze alışmakta zorluk yaşadınız mı? Hiç/ Az/ Orta Yüksek

Cerrahiyi tamamlamış olan ekibe işlem öncesi ve sonrasında güveniyordum.
1-2-3-4-5-6-7

Aileniz ve arkadaşlarınız cerrahi operasyon konusunda sizi ne kadar destekledi? 1-2-3-4-5-6-7

Aileniz cerrahi işlemin sonuçlarını beğendi/ memnun kaldı mı? 1-2-3-4-5-6-7

Arkadaşlarınız cerrahi işlemin sonuçlarını beğendi / memnun kaldı mı? 1-2-3-4-5-6-7

Partnerinizin/ eşiniz cerrahi işlemin sonuçlarını beğendi/ memnun kaldı mı?
1-2-3-4-5-6-7

Konuşma yetisi (artikülasyon)

Tedavi öncesi durum: 1-2-3-4-5-6-7

Tedaviden beklenti: 1-2-3-4-5-6-7

Tedavi sonrası durum: 1-2-3-4-5-6-7

Dişleri karşılıklı olarak birbirine kenetleme (oklüzyon)

Tedavi öncesi durum: 1-2-3-4-5-6-7

Tedaviden beklenti: 1-2-3-4-5-6-7

Tedavi sonrası durum: 1-2-3-4-5-6-7

Dişlerin görünümü (gülümseme estetiği)

Tedavi öncesi durum: 1-2-3-4-5-6-7

Tedaviden beklenti: 1-2-3-4-5-6-7

Tedavi sonrası durum: 1-2-3-4-5-6-7

Çiğneme kabiliyeti

Tedavi öncesi durum: 1-2-3-4-5-6-7

Tedaviden beklenti: 1-2-3-4-5-6-7

Tedavi sonrası durum: 1-2-3-4-5-6-7

Yüzün estetik görüntüsü

Tedavi öncesi durum: 1-2-3-4-5-6-7

Tedaviden beklenti: 1-2-3-4-5-6-7

Tedavi sonrası durum: 1-2-3-4-5-6-7

Çene ekleminde (temporomandibular eklem) ses/ ağrı

Kendine güven hissi

Tedavi öncesi durum: 1-2-3-4-5-6-7

Tedaviden beklenti: 1-2-3-4-5-6-7

Tedavi sonrası durum: 1-2-3-4-5-6-7

