

T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ



**BİŞEKTOMİ UYGULANAN HASTALARIN RETROSPEKTİF
KLİNİK VE QOR- 40 TESTİ İLE İYİLEŞME KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dt. Adem Ali AKDERE

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Neşet AKAY

AĞIZ, DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ ANABİLİM DALI UZMANLIK TEZİ

AĞUSTOS 2020

BOLU

T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ DİŞ
HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ



BİŞEKTOMİ UYGULANAN HASTALARIN RETROSPEKTİF
KLİNİK VE QOR- 40 TESTİ İLE İYİLEŞME KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dt. Adem Ali AKDERE

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Neşet AKAY

AĞIZ, DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ ANABİLİM DALI UZMANLIK TEZİ

AĞUSTOS 2020

BOLU

ÖZET

Amaç: Bukkal yağ dokusu, yanakta yer alan ve çok sayıda fonksiyonel ve estetik klinik kullanım olanağı olan bir adipoz dokudur.

Son kırk yıldır üzerinde çalışılmıştır ve fasiyal estetik kazanımlarda sık kullanımı, bu konuyla ilgili araştırmaların sürdürülmesinin nedenidir. Bukkal yağ dokusu ile ilgili işlemler sadece estetik amaçlı değil aynı zamanda fonksiyonel nedenlerle de yapılmaktadır.

Çoğunlukla hastanın isteği ve memnuniyeti sebebiyle uygulanan bişektomi (bukkal yağ dokusu eksizyonu) işlemi; gerek yeni teknikler gerek yeni endikasyonlar açısından ayrıntılı bir veriye sahip değildir. PUBMED indeks taramasında çok az sayıda kaynak olmasından dolayı, kliniğimizde de uygulanan olan bişektomi vakalarının da verileri kullanılarak literatüre katkı sağlamak amaçlandı.

Bu çalışmada, bişektomi endikasyon sebebi ile hastaların ameliyat sonrası iyileşme memnuniyeti arasındaki ilişkiyi belirlemek, operasyonun hasta konforuna ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirerek literatüre katkı sağlamak hedeflenmektedir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmaya daha önce Abant İzzet Baysal Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesinde yaptıranlar başta olmak üzere diş hekimliği alanında uzman hekimlere bişektomi işlemi yaptıran gönüllü, herhangi bir mental ve sistemik hastalığı olmayan, genel veya lokal nedenlerle sistemik bir ilaç kullanmayan, oral bölgede lokal veya topikal herhangi bir ilaç kullanmayan, alkol yada uyuşturucu bağımlılığı öyküsü olmayan, Türkçe anlama düzeyleri yeterli olan, kooperasyon sıkıntısı olmayan sağlıklı bireyler dahil edilmiştir. Çalışmaya 50 hasta katılmış; bunlardan 27' si estetik 23' ü fonksiyonel amaçla bu işlemi yaptırmıştır. Bu hastalara bişektomi işlemi sonrası derlenme kalitelerinin ölçümü amacıyla, hasta derlenme 40 (QoR-40) testi uygulanmış ve istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı değerlendirilmiştir.

Sonuç: Uygulanan QoR 40 testi ile bişektomi işlemi sonrasında genel olarak hasta konforunun yüksek, komplikasyonların az olduğu ve işlemin hastalar tarafından kolaylıkla tolere edilebildiği sonuçları elde edilmiştir. QoR-40 Testi'nin 5 alt faktör düzeyi olan duygusal durum, fiziksel rahatlık, psikolojik destek, fiziksel bağımsızlık

ve ağrı faktörleri kendi içerisinde ayrı ayrı ve genel olarak değerlendirilmiş ve fiziksel rahatlık, psikolojik destek, fiziksel rahatsızlık alt faktörlerinde fonksiyonel amaçlı yaptırımlar lehine anlamlı sonuçlar bulunmuştur ($p^b=0,007$, $p^b=0,012$, $p^b=0,008$). Ağrı faktöründe ise diğer faktörlerle ters bir korelasyon olduğu görülmüştür. Diğer faktörlerdeki 1 puanlık artış ağrı faktöründe %90 azalmaya neden olmuştur.

Tartışma: Bişektomi işleminde hasta konforunun yüksek olduğu, komplikasyonların az olduğu ve hasta tarafından kolay tolere edildiği, iyileşme kalitesinin yüksek olduğu ve işlemin yaşam kalitesine olumlu yönde etki ettiği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bişektomi, Bukkal Yağ Dokusu, QoR 40

ABSTRACT

Objective: The buccal adipose tissue is a tissue located on the cheek, which provides numerous functional and aesthetic clinical uses.

It has been studied for the past forty years, and its frequent use in facial aesthetic gains is the reason for continuing research on this topic. This surgery is performed not only for aesthetic purposes, but also for functional reasons.

Bishectomy application, mostly performed due to the patient's desire and satisfaction; and it does not have detailed data in terms of both new techniques and new indications. Since there are very few sources in PUBMED index scanning, it was aimed to contribute to the literature by using the data of bichectomy cases, which are also applied in our clinic.

In this study, it is aimed to determine the relationship between the indication of bichectomy and the satisfaction of patients after surgery, and to contribute to the literature by evaluating the effect of the operation on patient comfort and quality of life.

Materials and Methods: Volunteers who had previously applied to the Abant İzzet Baysal University Faculty of Dentistry or dental specialists who have no mental or systemic disease, did not use a systemic drug for general or local reasons, do not use any local or topical drugs in the oral area, have no history of alcohol or drug addiction, who did not have a low level of understanding in Turkish, who have no cooperative difficulties were included. 50 patients participated in the study, 27 of them had this procedure for aesthetic reasons and 23 for functional purposes. In order to measure the recovery quality of these patients after bichectomy surgery, patient recovery 40 (Qor 40) test was applied and it was evaluated whether it was statistically significant.

Conclusion: In general, it was concluded that patient comfort is high, complications are low and it can be easily tolerated by patients. Emotional state, physical comfort, psychological support, physical independence and pain factors, which are the 5 sub-factor levels of the QoR-40 Test, were evaluated individually and in general and meaningful results in favor of those who had physical comfort,

psychological support, physical discomfort sub-factors($p^b=0,007$, $p^b=0,012$, $p^b=0,008$). It was found. It was observed that there was an inverse correlation with other factors in the pain factor. 1 point increase in other factors caused a 90% decrease in pain factor.

Discussion: It can be said that the patient comfort is high, the complications are low and easily tolerated by the patient, and the quality of recovery is high and has a positive effect on the quality of life.

Keywords: Bicectomy, Buccal Adipose Tissue, QoR 40



TEZ BİLDİRİMİ

Yapmış olduğum bu tez çalışmamdaki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edildiğini ve tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

Adem Ali AKDERE



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitim hayatım boyunca bilgi ve tecrübesiyle bölümümüze ve bana her zaman destek olan değerli hocam Prof. Dr. Derviş YILMAZ'a

Uzmanlık eğitimim ve klinik çalışmam boyunca bana her zaman destek olan ve yol gösteren değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Neşet AKAY'a ,

Uzmanlık ve klinik çalışma sürem boyunca bana yol gösteren ve her zaman yanımda olan değerli hocam Doç. Dr. Orçun TOPTAŞ'a

Bölümümüzün kıymetli hocaları Dr. Öğr. Üyesi Koray Onur ŞANAL, Dr. Öğr. Üyesi Deniz YAMAN'a

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, çok sevdiğim, yanımda olan ve uzmanlık tezimi bitirmemde bana destek olan değerli asistan arkadaşlarım, Arş. Gör. Sevim KOŞUMCU, Arş. Gör. Betül Cengiz DURAN, Arş. Gör. Tayfun T. ÇELİK, Arş. Gör. Büşra MEŞECİ, Arş. Gör. Alperen ERDAL, Arş. Gör. Mert CAN, Arş. Gör. Zübeyir BAŞ'a,

Bölümümüz hemşire ve çalışanlarına,

Beni bu günlere getiren, hep yanımda olan, desteklerini esirgemeyen, çok sevdiğim çok değerli annem Atike AKDERE ve babam Arif AKDERE'ye, kardeşim Nazlı AKDERE'ye

Teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	v
TEZ BİLDİRİMİ	vii
TEŞEKKÜR	viii
İÇİNDEKİLER	ix
ŞEKİLLER	xii
TABLolar	xiv
SİMGELER VE KISALTMALAR	xv
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi	4
2.2.Estetik.....	5
2.3.Altın Oran.....	7
2.4.Baş-boyun ve yüz anatomisi	9
2.4.1.Kafa kemikleri.....	10
2.4.2.Baş-boyun bölgesi vaskülarizasyonu	10
2.4.3.Baş-boyun bölgesi innervasyonu	13
2.4.5.Yüz kasları.....	14
2.5.Bukkal Yağ Yastığı	19
2.5.1.Bukkal yağ yastığının embriyolojisi	20
2.5.2.Bukkal yağ yastığının anatomisi	21
2.5.3.Bukkal yağ yastığının fonksiyonları	25
2.5.4.Bukkal yağ yastığı patolojileri	26

2.5.5.Bukkal yağ yastığının travmatik herniasyonları.....	26
2.5.6.Bukkal boşluk ve yağ yastığının onkolojik patolojileri	28
2.5.7.Bukkal yağ yastığının parotis kanalı ve facial bukkal dallarla ilişkisi	29
2.5.8.Bukkal yağ dokusunun kullanım alanları.....	32
2.6.Bişektomi	36
2.6.1.Bişektomi endikasyonları	37
2.6.2.Bişektomi tekniği	39
2.6.3.Bişektomi komplikasyonları	41
2.7.Yaşam Kalitesi	42
2.7.1.Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi	44
2.7.2.Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin önemi	45
2.8. Hasta Konforu	45
2.8.1. Gününbirlik cerrahi uygulamalarda konforun önemi.....	46
2.9.İyileşme Kalitesi.....	47
2.9.1.Estetik uygulama yapılan hastalarda iyileşme kalitesi.....	47
2.9.2.Fonksiyonel uygulama yapılan hastalarda iyileşme kalitesi	47
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	48
3.1.Hasta Derlenme Testi(QoR 40).....	48
3.2.Hasta Derlenme Testinin(QoR 40) Türkçe'ye çevrilmesi.....	48
3.3.Ölçeğin Uygulanması.....	49
3.4.Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:.....	49
3.5.Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:.....	49
3.6.İstatistiksel Metot ve Analizler	50

4. BULGULAR.....	51
4.1. QoR-40 Testi'ne Katılan Hasta Bireylerin Bişektomi Amacı Bulguları	51
4.2. QoR-40 Testine İlişkin Bulgular	51
4.2.1. QoR-40 testinin güvenilirliğine ilişkin bulgular	51
4.2.2. QoR-40 testi madde puan, faktör puan ve toplam puan ortalamalarına ilişkin bulgular	52
4.2.3. QoR-40 testi madde puan, faktör puan ve toplam puan ortalamalarına ilişkin bulgular	53
4.2.4. Qor-40 testi faktör düzeyleri arası ilişkiye ilişkin bulgular.....	62
4.2.5. Estetik ve fonksiyonel amaçlı bişektomi yapılan hastaların Qor-40 testi faktör düzeylerine göre karşılaştırılması	63
5. TARTIŞMA	65
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	74
7. KAYNAKLAR	76
8. EKLER.....	84
9. ÖZGEÇMİŞ.....	85

ŞEKİLLER

Şekil 2. 1 Baş ve boyun kemik anatomisi (31).....	10
Şekil 2. 2 Baş-boyun arteriyel dağılımı(32).....	12
Şekil 2. 3 Fasiyal arter dağılım ve seyri (32)	12
Şekil 2. 4 Fasiyal sinir hasarı açısından önemli tehlike bölgeleri (31)	14
Şekil 2. 5 Yüz bölgesi kas dağılımı(31).....	17
Şekil 2. 6 Temporal ve masseter kası anatomisi (37).....	18
Şekil 2. 7 Lateral(açık kırmızı) ve medial pterygoid(soluk kırmızı) kaslar	19
Şekil 2. 8 Bukkal yağ yastığının parotis kanalı, fasiyal arter, parotis bezi ve buccinator kas gibi yüzdeki önemli yerler ile ilişkisi ile temporal ve bukkal uzantılarla şematik temsili(44)	21
Şekil 2. 9 Bukkal yağ yastığının yüzün önemli simge yapılarıyla ilişkileri Deri, parotis kanalı,parotis bezi ve fasiyal sinirin dallarını açığa çıkaracak kadar az miktarda subkutan yağ ile birlikte lateral olarak diseke edilmiş ve bukkal yağ yastığının tespiti sağlanmıştır (44).....	22
Şekil 2. 10 Ön, arka ve ara loblar (44)	23
Şekil 2. 11 Bukkal yağ yastığının dış morfolojisi: bukkal, pterygoid, temporal ve pterygopalatin loblar (44).....	24
Şekil 2. 12 Yüz bukkal dalların ve parotis kanalının çapraz noktaları 30 mm yarıçaplı yarım daire içerisinde (57).....	29
Şekil 2. 13 A: bukkal yağ yastığına yüzeysel olarak geçen dallar (% 73.7) B:bukkal yağın bukkal uzantısından geçen iki dal (%26.3)(57).....	30
Şekil 2. 14 Parotis kanalı ile bukkal yağ yastığı arasındaki ilişki(57).	31
Şekil 2. 15 Oral kavite ve sert damak düzeyinde T2 MRG kesiti.Bukkal Yağ Dokusu, masseterin önünde belirgindir (44).	35
Şekil 2. 16 Oral kavite ve sert damak düzeyinde T1 MRG kesiti. Bukkal yağ dokusu, masseterin hemen önünde görülmektedir. Masseterin büyüklüğüyle ilişkili olarak bukkal yağ yastığının hacmi değişiklik göstermektedir (44).	35
Şekil 2. 17 Yanak mukozasındaki travmaya bağlı diş izleri (73)	38

Şekil 2. 18 A-F Anestezi (A)Anestezi yapılacak alanın belirlenmesi, (B – E) Fasiyal sinirin bukkal dalının farklı bloklarının anestezisi, medial alveoler sinir, üstün posterior alveoler sinir, inferior alveoler sinir ve (F) Bukkal yağ yastığını çevreleyen alanın anestezisi (73)..... 40

Şekil 2. 19 3A - F: Bichat'ın yağ yastığının çıkarılması için kullanılan cerrahi tekniğin sırası, (A) 1 cm yüzeysel bir kesi yapılması, (B) Dokuları derinleştirmeksizin incelemek, Bukkal yağ yastığını, karakteristik turuncu rengini tanımlamak, (C ve D) Bukkal yağ yastığı yan ve ön yönde hassas ve yavaş hareketlerle şped çekişi, (E) Doku eksizyonunun tamamlanması ve (F) Tek nokta sütür (73)..... 40



TABLÖLAR

Tablo 4. 1. QoR-40 Testi'ne katılan hasta bireylerin bişektomi yaptırma amacı özet istatistikleri.....	51
Tablo 4. 2. QoR-40 Testi elde edilen verilerin güvenilirlik analizi	51
Tablo 4. 3. Normal puanlanmış maddelerin aritmetik ortalama ve anlamları	52
Tablo 4. 4. Ters puanlanmış maddelerin aritmetik ortalama ve anlamları.....	52
Tablo 4. 5. QoR-40 Testi'ne katılan hasta bireylerin “Duygusal Durum” alt faktör düzeyine verdikleri yanıtların maddeleri puan ortalamaları ve standart sapmaları ...	53
Tablo 4. 6. QoR-40 Testine katılan hasta bireylerin “Fiziksel Rahatlık” alt faktör düzeyine verdikleri yanıtların maddeleri puan ortalamaları ve standart sapmaları ...	55
Tablo 4. 7. QoR-40 Testine katılan hasta bireylerin “Psikolojik Destek” alt faktör düzeyine verdikleri yanıtların maddeleri puan ortalamaları ve standart sapmaları ...	57
Tablo 4. 8. QoR-40 Testine katılan hasta bireylerin “Fiziksel Bağımsızlık” alt faktör düzeyine verdikleri yanıtların maddeleri puan ortalamaları ve standart sapmaları ...	58
Tablo 4. 9. QoR-40 Testine katılan hasta bireylerin “Ağrı” alt faktör düzeyine verdikleri yanıtların maddeleri puan ortalamaları ve standart sapmaları.....	60
Tablo 4. 10. QoR-40 Testine katılan hasta bireylerin faktör düzeyleri toplam puan ortalamaları ve tüm ölçeğin toplam puan ortalamaları ve standart sapmaları	61
Tablo 4. 11. QoR-40 Testi faktör düzeyleri normal dağılım testi.....	62
Tablo 4. 12. QoR-40 Testi alt faktör düzeyleri arasındaki ilişki durumu	63
Tablo 4. 13. QoR-40 Testine katılan bişektomi hastalarının bişektomi olma amaçlarına göre QoR-40 Testi alt faktör düzeylerinin normal dağılım testi	64
Tablo 4. 14. QoR-40 Testine katılan bişektomi hastalarının bişektomi olma amaçlarına göre QoR-40 Testi alt faktör düzeylerinin normal dağılım testi	64

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

QOR-40: Quality of recovery-40



1.GİRİŞ

Bukkal yağ dokusu ince bir kapsülle sınırlanmış yuvarlak bikonveks yağ yapısıdır. Yanağın orta üçte birinde bulunur ve üç lobdan oluşur. Anterior lob, masseter kasının ön sınırının önünde belirgindir. Orta lob masseter ve buksinatör kasları arasında uzanır ve arka lob temporal bölgede yer alır (1).

Bukkal yağ dokusunun çiğneme sistemi, fasial sinir ve parotis kanalıyla yakın bir ilişkisi vardır (1,2).

Bukkal yağ dokusu ilk olarak *Heister* tarafından 1732'de glandüler bir doku olarak tanımlandı. Sonrasında 1802 *Bichat*, yapıyı popülerleştirdi ve yağ dokusu olarak tanımladı (1-3).

Bukkal yağ dokusunun yüz estetiğinde önemli bir rolü vardır. Bukkal yağ dokusu fazla olan hastalar, yuvarlak yüz, büyük yanak veya başka bir tabirle bebek yüz görünümünden şikayet edebilirler (1,4,5).

Bu nedenle, bukkal yağ dokusunun çıkartılması başka bir isimle bişektomi, yüz açılarını şekillendirmek ve estetiği arttırmak için bir teknik olarak sunulmaktadır (4,5).

Bu ameliyat sadece estetik amaçlarla değil, aynı zamanda fonksiyonel nedenlerle de endikedir. Düzgün kullanıldığında, adipoz kök hücrelerine benzer bir fenotipe sahip olan bukkal yağ yastığı, maksiller sinüs membran perforasyonu, oroantral / oronasal ilişki, peri-implantit, ülser, oral mukozanın fibrozu, yumuşak doku rekonstrüksiyonu gibi durumlarda tedavi edici olarak kullanılabilir.

Konumu nedeniyle, klinik olarak önemli patolojilere yatkınlığının yanı sıra travmaya maruz kalmaya eğilimlidir. Ortodontik tedavi gören hastalarda braket ve tellerin yanağa batması, bruksizm veya parafonksiyonel alışkanlığı olan hastaların yanağını ısırması ve bukkal yağ dokusunun hacim fazlalığı nedeniyle yanak ısırması olan hastaların maruz kaldıkları travma bunun örnekleridir.

Hastalar genellikle estetik amaçlı veya yanak ısırması gibi bir nedenle bişektomi istemektedirler.

Yüz germe ile beraber yapılan ağız dışı yaklaşım ve ağız içi yaklaşım olmak üzere bişektominin iki yöntemi vardır. Literatüre göre en güvenli yöntem ağız içi insizyon ile yapmaktır (6).

En sık görülen komplikasyonlar kanama, ödem, ekimoz, hematoma, subkutan amfizem ve enfeksiyondur. En sık görüleni ise ödemdir; bu nedenle oluşumunu engellemek için mevcut tüm yönetim araçları kullanılmalıdır. Ayrıca, fasiyal sinir hasarı, yüz asimetrisi ve trismus rapor edilmiştir.

Günümüzde tıp biliminin hedefleri arasında, bireylerde oluşan ruhsal veya bedensel durumları ya da hastalıkları tedavi etmenin yanı sıra, bireyin yaşam kalitesinin de artırılması vardır. Bu sebeple sadece hastalık ve ölümün geciktirilmesi değil, aynı zamanda yaşamı keyifli ve kaliteli yaşayabilmesi bireylerin kendisini sağlıklı hissedebilmesi için önem arz etmektedir. Yapılan bir tıbbi girişimin ardından hastanın biran önce gündelik yaşantısına dönmesi ve bu sürecin en konforlu hale getirilmesi ile yüksek bir iyilik hali amaçlanmaktadır (7,8).

Operasyon sonrası iyilik halinin değerlendirilmesi amacıyla bazı testler kullanılmaktadır. Bunlardan bir tanesi de hasta derlenme (QoR 40) testidir. QoR 40 testi operasyon sonrası iyileşme kalitesini ölçmek için geliştirilmiş 5 uçlu likert tipi bir ölçektir. İyileşmenin çeşitli yönlerine göre 5 alt gruba ayrılmıştır. Duyusal durum ile ilgili 9, fiziksel rahatlık ile ilgili 12, psikolojik destek ile ilgili 7, fiziksel bağımsızlık ile ilgili 5 ve ağrı ile ilgili 7 madde olmak üzere toplam 40 madde vardır. Anket minimum 40 maksimum 200 olarak skorlanır. Puan artışı hastaların fiziksel ve duygusal iyilik durumlarının ameliyat sonrası beklenen düzeyde yani iyi olduğu anlamına gelmektedir. Düşük puan ise iyilik durumunun olumsuz etkilendiği anlamına gelmektedir (9).

Çalışmamızda beklediğimiz sonuçları ve amaçları maddeler halinde sıralayacak olursak;

- Bişektomi yaptıran hastaların iyileşme kalitelerinin QoR 40 testi ile değerlendirilmesi.
- Estetik ve fonksiyonel amaçlı bişektomi yapılan hastaların iyileşme kalitesi yönünden korelasyonun ortaya çıkarılması ve literatüre kazandırılması.

- Elde edeceğimiz veriler ışığında son dönemlerde popülerliğini arttıran bu işlemin komplikasyonlarının hasta üzerindeki etkilerini ortaya koyarak hasta konforunu ve yaşam kalitesini arttırmaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi

Son yıllarda tıp alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler birçok hastalığın tedavisinde yüz güldürücü sonuçların alınmasını sağlamıştır. Tedavide hasta beklentileri uygulanan girişim açısından önem taşımaktadır. Özellikle yüz bölgesinde oluşan şekil ve fonksiyon bozukluklarında bireyin hastalığı algılaması, sosyal çevresinde karşılaştığı tepkiler, yaşadığı estetik kaygılar hem ruhsal durumunu hem de yaşam kalitesini etkilemektedir.

Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi, diş hekimliğinin ağız, dişler ve çenelerle ilgili hastalıkların, deformitelerinin tanı ve tedavisi ile uğraşan özel bir alanıdır.

Dentoalveoler cerrahi (implant, protez veya diğer diş protezlerinin yerleştirilmesi için daha iyi anatomi sağlamak için gömülü dişlerin çekimi, zor diş çekimleri, tıbbi enfeksiyonu olan hastalarda ekstraksiyonlar, kemik törpüleme veya protez cerrahisi), kraniyofasiyal protezlerin ve kemik bağlantılı işitme cihazlarının takılması için osseointegre ve maksillofasiyal implantların yerleştirilmesi, kozmetik baş ve boyun cerrahisi (yüz germe, kaş kaldırma, blefaroplasti, otoplasti, rinoplasti, septoplasti, yanak büyütme, çene büyütme, genioplasti, oküloplastik, boyun liposuction, saç nakli, dudak geliştirme gibi enjektör kozmetik tedavileri botoks, dolgu maddeleri, trombosit açısından zengin plazma, kök hücreler, kimyasal soyma, mezoterapi), ortognatik cerrahi, dentofasiyal deformitelerin düzeltilmesi, yüz travması ve uyku apnesinin yönetimi, iyi huylu patolojiler (kistler, tümörler vb.) malign patolojiler (ağız, baş ve boyun kanseri) ile (ablatif ve rekonstrüktif cerrahi , mikro cerrahi) kutanöz malignite (cilt kanseri), dudak rekonstrüksiyonu yarık dudak ve damak gibi konjenital kraniyofasiyal malformasyonlar ve kraniyosinostoz gibi kraniyal malformasyonlar (kraniyofasiyal cerrahi) kronik yüz ağrısı bozuklukları, temporomandibular eklem bozuklukları, nonoklüzyon (yanlış oklüzyon) cerrahisi, ortognatik cerrahi , maksillomandibular ilerletme , yüz asimetrisinin cerrahi olarak düzeltilmesi, oral ve maksillofasiyal bölgenin yumuşak ve sert doku travması (çene kırıkları, yanak kemiği kırıkları, burun kırıkları, *Le Fort* kırığı , kafatası kırıkları ve göz yuvası kırıkları) çalışma alanlarındandır (10,11).

2.2.Estetik

Estetik, felsefenin sanatla, tatlarla ve g zellekle ilgilenen bir alanıdır. Estetik Latince “*Aisthesis*” sözcüğünden türeyerek günümüze ulaşmıştır. Duymak, algılamak anlamına gelmektedir. Estetiğın birincil amacı güzelliğın oluşturulması ve değerlendirilmesidir. En geniş tanımı ile sanat, kültür ve doğa üzerine eleştirel düşünce çalışmasıdır. Estetik konusu ilk çağdan beri düşünürlerce araştırılmıştır. *Platon*, *Aristoteles* ve daha sonra aydınlanma  ağı düşünürlerinden *Leonardo Da Vinci* estetik üzerine kafa yormuş düşünürlerdendir.

Eski  ağlardan bu yana insan bedenini sağlığına ve güzelliğine kavuşturmak amacıyla cerrahi girişimler yapıldığına ilişkin kanıtlar bulunmaktadır. M. . 1600 yıllarında yazılmış *Edwin Smith* Papirüsü’nde, yüz travmalarının, çene ve burun kırıklarının tedavilerinden bahsedilmektedir (12) .

Estetikte sadece güzel ve hoş olanın incelendiği  n yargısı estetiğın alanını oldukça daraltmaktadır. Bu sebeple birçok düşünür bu fıkre karşı çıkmıştır.

Güzel olan, güzellik değeri ve güzellik yargısı felsefe tarihinde her zaman değerlendirmelere konu olmuştur (13).

Estetik konusunda bulunan en eski dokümanlar ise eski mısır devrinden kalmaktadır. *Leonardo da Vinci* de yaşadığı on beşinci yüzyılda insanın oranlarını çizerek, yüzyıllar öncesinden bugünkü estetik anlayışına katkıda bulunmuştur (14).

İnsan, kadın veya erkek olsun varoluşundan bu yana sosyal yaşamda kabul gören güzelliğe sahip olmak istemiştir. Kendi tarihsel süreci içinde bedenini, gerek boyalarla, gerek takı ve kıyafetlerle ve güzel kokularla süsleyerek, kendi estetik algısını bedenine yansıtmaya çalışmıştır.

Estetik ve güzellik kavramları yıllar içinde değişikliğe uğradığı gibi toplumdan topluma da değişiklik gösteren bir olgudur (14-16).

Sosyal yaşamda ve iç yaşamında dış görünüşün yarattığı izlenim, her geçen gün önemini daha çok göstermektedir. İnsanı mutlu eden bir dış görünüş, kişinin öz güvenini ve sosyal ilişkilerini güçlendirmektedir.

Amerikan Estetik Plastik Cerrahisi Derneği ve Amerikan Plastik Cerrahları Derneği tarafından yapılan bir araştırmaya göre 2004'te yapılan cerrahi olan ve olmayan estetik prosedürlerin sayısı, yaklaşık olarak 11,9 milyon olarak belirtilmektedir (15,17,18) .

Yüz, dış görünümde fiziksel özellikler açısından en çok fark edilen ve estetik açıdan önem taşıyan bir bölgedir ve algılanması diğer bölgelere göre çok daha hızlıdır. Her insan, estetik olarak güzel görünümlü bir yüze sahip olmak ister. Yüzün şekil ve simetrisi, bireyin kendini hem psikolojik, hem de fiziksel yönden iyi hissetmesinde önemli bir yer tutmaktadır. Bu ahengin bozulması ya da estetik kaygı, bireyi fizyolojik ve psikolojik sorunlarla karşı karşıya bırakmaktadır (15,18-20).

Yüz Güzelliğinin dış biçimsel özellikleri de şunlardır:

Orantı ve simetri: Özellikle güzelliğin matematiksel olarak belirlenmesi sırasında karşımıza çıkan orantı büyük önem arz etmektedir. Güzel, unsurların orantılı olarak kaynaşmasıdır. Orantısız şey güzellikten uzaktır. İlk çağlardan beri tüm güzellikleri açıklayacak bir matematik formülü arayışı “altın kesit” orantısında bulunmuştur (19). Simetri yüz güzelliğinin bir başka belirleyicisidir ve bir orantıya bağlıdır. Güzel olan bir şeyde paydadan paya doğru gidildikçe ölçüye dayalı bir düzen olduğu görülür. Doğal güzellik algısında simetrinin rolü büyüktür. Beden sağ ve sol olarak simetrik iki bölümün bir araya gelmesiyle meydana gelir.

Harmoni (uyum): Bütün güzel bütünler için, küçük parçaların uyum içerisinde birleşmesi gerekmektedir. Uyum bütün bileşenlerde önem arz etmektedir. Gerçek yüz güzelliği bir yüzde karşıtların çatışmasına dayanan bir uyumdur. Harmonik bir yüzün temelinde yüzü oluşturan hareketli ve sabit anatomik bölümlerin birlikteliği ve uyumu vardır. Evrende her şey çok ve karmaşık gibidir. Ama bu karmaşıklıkta birlik sağlanınca bir uyum ve güzellik oluşur. Yüzün anatomik alanları da böyledir. Baş, burun, gözler, ağız ve kaş, yüz kemikleri, kemikleri destekleyen yağ ve kas dokular karmaşık bir yapı gibi görünür. Ama bunların bütünü arasındaki uyum güzelliği meydana getirir (21).

2.3.Altın Oran

Kişinin yüzü en belirgin tanımlanabilir özelliği ve dış görünüşündeki önemli bir belirteçdir. Yapılan araştırmalar bir bebeğin doğduktan hemen sonra gözlerinin ilk olarak yüze odaklandığını göstermiştir (22). İnsan yüzünün bölgeler ve cinsiyetler arasında farklılıklar gösterdiği bilinmektedir. Yüz dokuları, oran ve karşılıkları sanatçılar, cerrahlar, antropologlar tarafından irdelenmiştir. M.Ö. 5. yy. da Yunan heykeltıraş *Polycleitus* insan vücudunun detaylarını inceleyip bir oran ortaya koymuştur (19). Çalışmacılar ise cerrahi işlemler öncesinde rehber olması için çeşitli araştırmalar yapıp literatüre kazandırmışlardır (23). Bu çalışmalarda antropometre, fotometre, sefalometre ve bilgisayarlı tomografi görüntüleme gibi yöntemler kullanılmıştır (23).

Güzellik hoşlanma duygusunu kabartan bir özelliktir. Yüz güzelliğinin, kişiden kişiye değişebilmesi ve herkes için farklı duygular uyandırmasına rağmen ölçülebilir bir orana da sahiptir. Bu matematiksel oran, 1:1.608' e eşittir ve "altın oran" olarak isimlendirilir. Bu orantılara sahip bir insan başı boyunun 1:7.5i kadardır (21). Yüzde başka ortalama oranlar vardır. İki göz arası mesafe bir gözün genişliği miktarında ve bu genişlik burun genişliğine eşit olacak şekildedir. Enine baş ölçülerinin ise dört göz kadar olduğu bilinmektedir (21).

Kadın ve erkek yüzleri karşılaştırıldığında aralarında ciddi farklılıklar olduğu gösterilmiştir (24). Kadınlar, daha küçük yüz, oransal olarak daha büyük gözler, yüksek ve kavisli kaşlar, küçük burun ve ağız, kalın dudaklar, yuvarlak çene hatlarına sahiptir. Ressamlar da resimlerinde erkek yüz hatlarını daha köşeli çizerken, kadınlarda aynı hatları daha yuvarlak geçişli ve kavisli ele alırlar (24,25).

Aradaki farklılıklar ise kadının fiziksel yapısından, özellikle yüzün karakteristliğinde önem arz eden deri altı yağ dokusunun fazlalığından kaynaklanmaktadır. Erkeğin kemik ve kas yapısı daha ön plandadır. Örnek olarak bir erkeğin burnunun daha geniş ve iri olmasının nedeni; daha fazla oksijen gereksinimidir.

Herhangi bir orantısızlık yüzün estetik algısını değiştirir. Bu oransızlığın düzeltilmesi hastaya yönelik tedavi ve cerrahi uygulamalarla sağlanabilir (26). Yüz

üzerinde yapılan antropometrik çalışmalardan hem konjenital kraniofasiyal deformitelerin düzeltilmesinde hem de estetik girişimlerde yararlanılır (27).

Bazı çalışmacılar ölçümlerin güvenilirliğinin ne derece sağlandığını öğrenmek için fotoğraflar ve doğrudan yüz üzerinden alınan ölçümleri karşılaştıran bir araştırmaya imza atmışlardır. Bu çalışma sonucu elde edilen antropometrik ölçümleri kaydedip bir veri tabanında toplamış ve yüzden fazla oran belirleyerek bunların değerlendirmesini yapmışlardır. Ölçümler doğrusal uzaklıklar, eğimler ve açıları içermektedir (28). Çalışmacılar yüz karakteristiklerini, farklı morfolojik sınıflar içinde ayırmak için araştırmalarındaki ölçüleri kullanmış ve fotoğraflarda ölçümlerin kullanımını fotoantropometri olarak adlandırmıştır. Çalışmada kullanılacak olan ölçüler yüz üzerindeki farklı işaretlenmiş noktalardan oluşturulmaktadır. Her iki fotoğrafta da göze çarpan ve görünebilen farklı noktalar işaretlenmiştir. Araştırmacıya göre, genellikle standart noktalar kullanılmakta fakat iyi tanımlanmış ise diğer noktalar da kullanılabilir. Farklı ölçüler farklı noktalar arasından alınabilmekte (örneğin ağız genişliği ve uzunluğu) ve bu ölçülerden de farklı oranlar oluşturulabilmektedir.

Yüz, kişinin teşhisinde de faydalı olan değerli bir olgudur (1). Adli olaylarda ve faillerin tespitinde, kimlik tespiti için yüz özellikleri önem kazanmaktadır. Yüz, morfolojik ve fiziksel özellikler kullanılarak yanlış kimliklendirilen veya kayıpların bulunmasında kullanılabilir (28).

Burnun şekli ve uzunluğu (burun ucunun eğimi ve yüksekliği, burnun uzunluğu, burnun çıkıntılı olup olmadığı), dudakların şekli (üst ve alt dudakların birbirine uygunluğu, incelik ve kalınlıkları, üst dudağın düz veya kıvrık olup olmadığı), alt çenenin eni, boyu ve eğimi (eni; iki angulus mandibula arası mesafe, boyu; angulus mandibula ile çene ucu arası mesafe, eğimi; ramus mandibula ile corpus mandibula arasındaki açı) vücut şeklinin özelliklerinin belirlenmesi için kullanılan ve kayda geçirilmesi gereken özellikler içerisinde gösterilebilir (28).

Hrdlicka, isimli bir araştırmacı tüm vücut için oran ve ölçümleri belirlemiştir. *Hrdlicka*'ya göre yüz yüksekliğinin ölçümü; morfolojik yükseklik, menton-nasion arası ve fizyonomik yükseklik, menton-crinion arası olmak üzere iki ölçüm ile sağlanabilmektedir. Alın yüksekliği bu iki ölçüm arasındaki farklılıktır. Yüz genişliği iki zigoma arasında ölçülen en büyük değer olurken, bigonial çap iki gonion arasındaki

ölçülen değerdir. Burun ve ağız için yapılan ölçümler de burun yüksekliği, burun genişliği ve ağız genişliğini içermektedir (29).

2.4.Baş-boyun ve yüz anatomisi

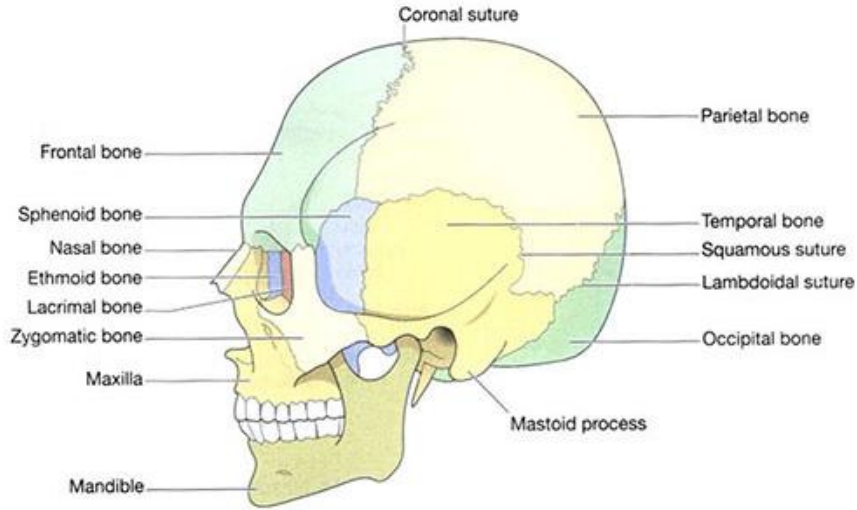
Günümüzde fonksiyonel cerrahiler, yaşlanma belirtilerinin azaltılması, deformite ve bozuklukların düzeltilmesi ve daha güzel daha estetik bir görünüm oluşturulabilmesi amacıyla yapılan cerrahi ve kozmetik uygulamaların kullanımı giderek artarak bir rutin haline gelmektedir.

Teknolojinin kullanımıyla doğru orantılı olarak uygulama teknik ve çeşitleri de artmaktadır. Fakat hekimlerin uygulama yapılacak bölgedeki anatomik özelliklere hakim olması yapılan işlemlerin başarılı bir şekilde sonuçlanması için temel gerekliliktir.

Yüz bölgesi anatomik açıdan oldukça karmaşık ve derinlikleri olan bir yapıdır. Yapılacak her türlü cerrahi ve kozmetik girişimde bölgenin kemik, kas, yağ dokusu, damar ve sinir paketlerinin dağılım özellikleri çok iyi bilinmelidir. Yapılacak işlem ve bölgenin anatomisi bir arada değerlendirilerek işleme başlanmalıdır. Bu yaklaşım işlem başarısını artırırken, olası komplikasyonları en alt seviyeye düşürmektedir.

Yüzün kas yapısı, damar ve sinir dağılımları, anatomik açıdan risk alanlarının bilinmesi başarılı cerrahi uygulamalar için birinci önceliktir. Öncelikle kafa kemikleri sonra sırasıyla vaskülarizasyonu, innervasyonu ve kas yapılarını inceleyerek baş boyun anatomisinden bahsedilecektir (30).

2.4.1.Kafa kemikleri



Şekil 2. 1 Baş ve boyun kemik anatomisi (31)

2.4.2.Baş-boyun bölgesinin vaskülarizasyonu

Baş-boyun bölgesi vaskülarizasyonunun kaynağı internal ve eksternal karotis arterlerdir (30). Yüz bölgesini besleyen ana damarlar eksternal karotis artere aittir. İnternal karotis arterin katkısı daha azdır (Şekil 2.2).

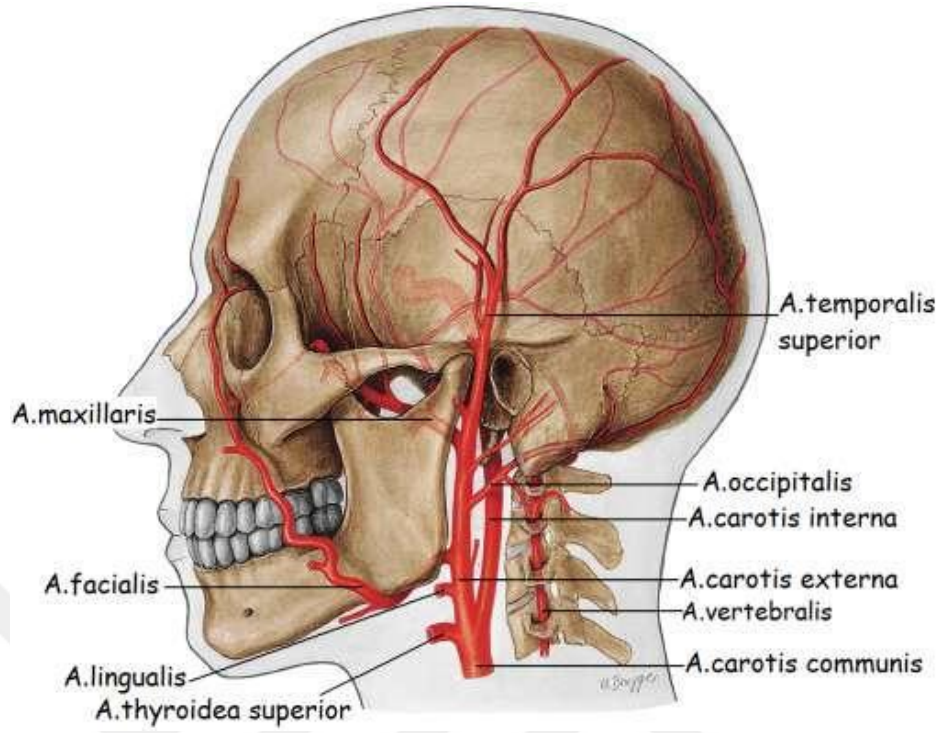
İnternal karotis arter, karotis kanalından kafa içine girer ve yukarı yönlü bir dönüş yaparak kavernoöz sinüse doğru seyrederek. Sonrasında oftalmik dallarını verir. Oftalmik arter, orbita içerisinde supraorbital ve supratrokleare olmak üzere iki dala ayrılır. Bu dallar frontal kasın derinlerinde seyrederek ve orbita medialis ile alın bölgesinin vaskülarizasyonunu sağlarlar.

Eksternal karotis arter mandibular bölgeyi döndükten sonra iki temel dala ayrılır. İlki yüzeysel temporal arterdir. Lateral kenarda ilerleyen dal önce subdermal seyrederek, daha sonra fasiyal kasların derinlerine iner ve supraorbital ve supratrokleare arterlerle anastomoz yapar. Yüzün lateral kısmında fasiyal siniri, fasiyal kasları ve deriyi, daha yukarıda verdiği dallarla da temporal bölgeyi, alını ve kafatası lateralini besler. İkinci dal ise internal maksiller arterdir. Mandibula arkasında ilerler inferior alveolar dalı verir ve daha sonra alt dudak, gingiva, oral kavite ve mandibulanın kanlanmasını sağladıktan sonra mental arter olarak sonlanır. Önemli bir diğer dal da infraorbital arterdir (30,32).

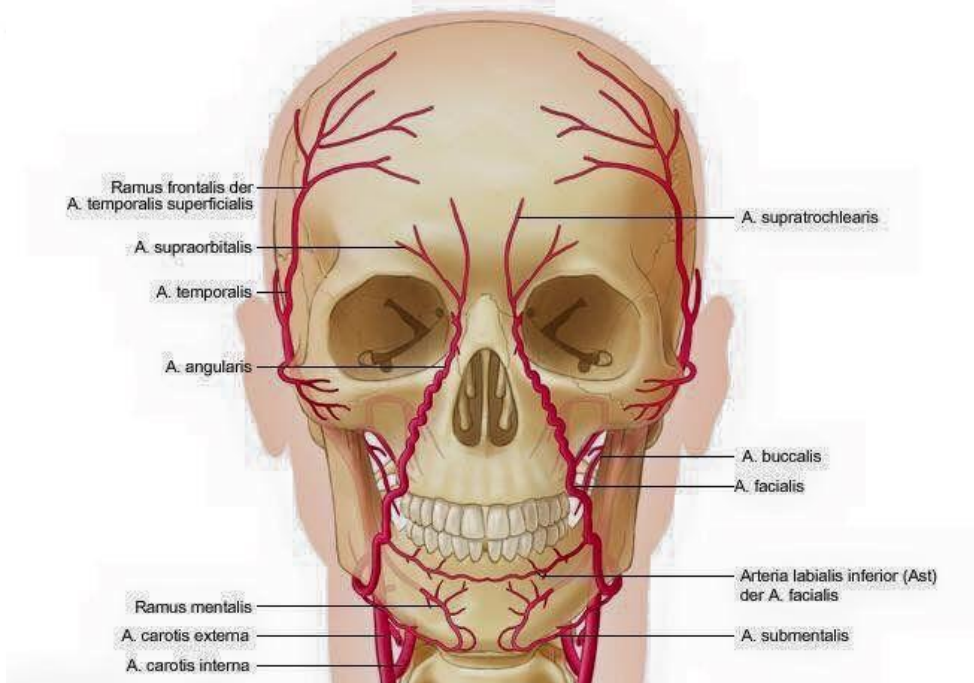
Fasiyal arter eksternal karotis arterin yüzü besleyen ana dalıdır ve mandibular köşede eksternal karotis arterden ayrılır, submandibular bezin arkasından dolanır ve masseter kasının önünden mandibulayı dönerek yüze gelir. Fasiyal artere fasiyal ven eşlik eder. Fasiyal arter masseter kasının yaklaşık 1 cm önünde mandibulayı döndükten sonra oldukça kıvrımlı bir seyir izleyerek göz iç kantusuna gelir. Dudak lateral kenarından yaklaşık 1,5 cm uzakta perioral kasların derinine iner ve yaklaşık 15 mm derinde seyreder (33). Burun kenarından da yaklaşık 0,5 cm uzaktan subkutan olarak geçer. Devam ederken ağız kenarında verdiği ilk dal inferior labial arterdir. Daha sonra dudak birleşiminde superior labial arter ve lateral nasal arteri verir. Superior ve inferior labial arterler orta hatta simetrileriyle birleşir, anastomoz oluşturur ve orbicularis oris kası içine çok sayıda küçük dal verirler. Superior labial arter vermillion hizasında mukozaya ile orbikularis oris kası arasında seyreder. Bu ana daldan kutanöz, mukozal ve vermillion dallar verir. İnferior labial arter derinde alveolar sınırda, orbikularis oris kasıyla dudak depresorlarının arasında seyreder (34). Lateral nazal arter burun ve yanak arasında seyreder superior ve inferior dallar vererek burnun beslenmesini sağlar (33). Lateral nazal arter nazolabial sulkus ve burun yan kenarından geçerek medial kantusda angüler arter olarak göze ulaşır. Seyri esnasında fasiyal arterle yüzeyel temporal arter ve maksiller arter arasında çok sayıda anastomoz gelişir. Anguler arter medial kantusdan 6-8 mm içeride yer alır, lakrimal beze 5 mm uzaklıktadır. Anguler arter supraorbital, supratroklear ve dorsal nazal arterlerle anastomozlar yapar (33,34) (Şekil 2.3).

Fasiyal arterin ileri derecede kıvrımlı seyri nedeniyle dallanma şekilleri ve yerleri kişiler arasında önemli varyasyonlar gösterebilir. Yüzün arteriyel sistem dağılımı Şekil 1 ve 2’de gösterilmiştir.

Fasiyal venöz sistem arteriyel dağılıma paralellik gösterir. Temporal ve alın lateral bölgesi yüzeyel temporal vene drene olur. Alın orta kısmı supraorbital ve supratroklear venlere drene olur ve bunlar da oftalmik venöz sistem ve anguler venle birleşirler. Anguler ven burnun yan kenarından ilerler ve daha sonra superior ve inferior labial venlerin drenajının da alarak anterior fasiyal veni oluşturur. Anterior fasiyal ven fasiyal arterin arkasında mandibulayı geçer ve internal juguler vene boşalır (32-34).



Şekil 2. 2 Baş-boyun arteryel dağılımı(32)



Şekil 2. 3 Fasiyal arter dağılım ve seyri (32)

2.4.3.Baş-boyun bölgesi innervasyonu

2.4.3.1.Fasiyal sinir

Fasiyal sinirin kafatasından çıkış yeri stilomastoid foramendir. İlk ekstrakranial dal posterior auriküler daldır. Daha sonra parotis bezinin muhafazası altında ilerler. Bu ilerleyişi esnasında temporal, zigomatik, bukkal, marginal mandibular ve servikal olarak beş ana dala ayrılır.

Bu dallar parotisten çıktıktan sonra kendi alanlarının innervasyonunu sağlarlar. Temporal dal parotis bezinin en üst kısmından çıkar ve zigomatik arkı yüzeyel olarak geçtikten sonra anterior ve superior aurikuler kasları, orbikularis okuli kasını, oksipitofrontal kasın ön kısmını, corrugator supercili kasını ve proserus kasını innerve eder (Şekil 2.4).Kozmetik uygulamalarda bu sinir hasarı en sık olanıdır. Bu komplikasyonda göz kapağında düşme ve göz kapağının tam olarak kapatılamaması görülür (32).

Zigomatik dal parotisten çıktıktan sonra göz alt kenarı doğrultusunda ilerlemesini sürdürür. Orbikularis okuli ve majör minör zigomatik kasları innerve eder. Hasarı ektropion oluşumuna, göz kırpmada zayıflamaya ve özellikle gülerken fasiyal asimetri oluşumunun sebebi olur (32).

Bukkal dal buksinatör, rizorius, orbikularis okuli kaslarını innerve eder. Bu dalın hasarı ısıklık çalma ve dudak büzme fonksiyonlarında zayıflamaya ve fasiyal asimetriye neden olur (32).

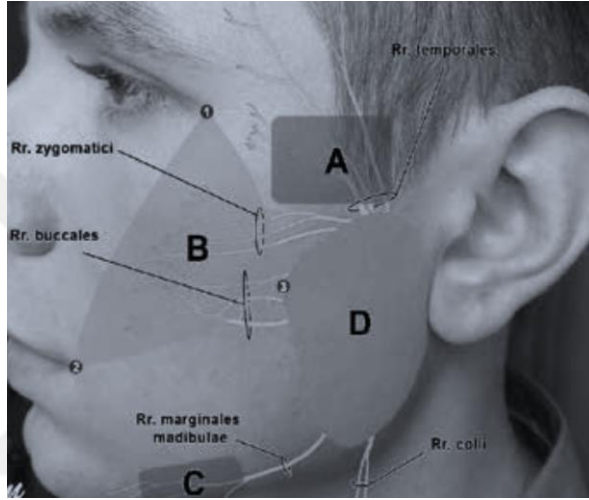
Marjinal mandibular dal ise parotis alt kenardan çıkar ve mandibula alt uca paralel seyreder. Depresor angulis oris, depresor labii inferioris ve mental kasları innerve eder. Bu sinirin hasarı konuşma ve gülme sırasında asimetriye neden olur. Servikal dal ise parotis alt ucundan çıkıp mandibula köşesinin arkasından aşağı inerek platismaya ulaşır (32).

2.4.3.2.Trigeminal sinir

Yüzün his olarak innervasyonundan sorumlu sinir trigeminal sinirdir. Trigeminal sinirin oftalmik dalının supraorbital ve supratroklear kısımları üst göz kapağı mediali ve alını innerve ederken, infratroklear dalı üst göz kapağı medial kısmı ve burun üzerini innerve eder. Maksiller dalın infraorbital dalı burun yan kenarlarını,

üst dudağı ve yanağı innerve ederken mandibular dalın mental dalı çene ve alt dudak lateralini, bukkal dalı yanağı, aurikülotemporal dalı kulak dış kısmı ve temporal bölgenin innervasyonunu sağlar (35).

Kozmetik uygulamalara bağılı sinir hasarları nadir de olsa vardır. Sinirlerin enjeksiyon sırasında iğneyle zedelenmesi veya şiddetli masaj nedeniyle basınca maruz kalması geçici duysal defektlere neden olabilir. Motor defektler özellikle tehlike zonlarında agresif cerrahi işlemler sırasında meydana gelir. Ancak sinir dağılım varyasyonlarının olabileceğı gerçeğı de atlanmamalıdır (35).



Şekil 2. 4 Fasiyal sinir hasarı açısından önemli tehlike bölgeleri (31)

- A. Rr. temporales için tehlike zonu
- B. Rr. zygomatici ve Rr. buccales için tehlike zonu
- C. Rr. marginales mandibula
- D. Parotis bezinin yüzdeki izdüşümü,
 - 1. Angulus oculi lateralis
 - 2. Commissura labiorum oris
 - 3. Parotis bezinin ön köşesi

2.4.5.Yüz kasları

2.4.5.1. Üst yüz kasları

Frontal kas: Oksipitofrontal kasın ön bölümüdür. Tek fonksiyonu kaşların yukarı kaldırılmasıdır. Bu hareket yüze şaşırma ifadesi verir ve alın çizgilerinin oluşmasına neden olur. Kas istirahat halindeyken kaşlar normal pozisyonlarını alırlar. Fasiyal sinirin temporal dalı tarafından innerve edilir (36).

Orbikülaris okuli: Bu kas göz kapaklarının altında göz küresini çevreler ve lateralde temporale doğru uzanır. Orbita lateralinde üst dudak ve yanak elevatörlerinin üzerinde seyrederek. Göz kapağı kapanması kasın farklı bölümlerinin çalışması ile ortaya çıkar. Fasiyal sinirin temporal ve zigomatik dalları innerve eder (36).

Korrugatör süpersili: Frontal kemiğin orta alt kenarından başlayıp üst laterale doğru açılarak devam eder. Frontal ve orbikülaris okuli kaslarının altında yer alır. Kasılması kaşları medial-aşağı çeker ve kaşlar arasındaki dikey çizgileri oluşturur. Fasiyal sinirin temporal dalıyla innerve olur (36).

Proserus: Nazal kemiğin orta üst kısmından başlar, vertikal olarak glabellada corrugatorların arasında ilerler. Bu kasın kasılması burun kökünde horizontal çizgilerin oluşmasına neden olur. Fasiyal sinirin temporal dalıyla innerve olur (36).

2.4.5.2.Orta yüz kasları

Orbikülaris oris: Ağız çevreler. Derin ve yüzeysel bölümleri vardır. Derin bölüm dudakların sıkıca kapanmasını sağlar. Yüzeysel bölüm ise yüzün mimik kaslarına katkıda bulunur ve alt dudağın retraksiyonunu sağlar. Fasiyal sinirin marginal mandibular ve bukkal dallarıyla innerve olur (30).

Zigomatik majör: Zigomatik kemikten başlar ve komissuraya kadar ulaşır. Ağız köşelerinin yukarı kalkmasını sağlar. Fasiyal sinirin bukkal ve zigomatik dallarıyla innerve eder (30).

Buksinatör: Çiğneme ve üfleme gibi hareketlerde yanakların azı dişlerine doğru yaklaştırılmasından sorumludur. Yanaktaki en işlevsel kastır. Fasiyal sinirin bukkal dalları innerve eder. Ağızın açısını geri çekerek ve çiğneme sırasında yanağın dişlere tutmasına yardımcı olarak yanak alanını düzleştirir. Bu eylem çiğneme esnasında, arka dişlerin oklüzal yüzeyine geri itilen yiyeceklerin tutulmasına yardımcı olur. Çiğneme sırasında yiyecekleri doğru pozisyonda tutarak, çiğneme kaslarına yardımcı olan bir kastır. Isık çalmak ve gülümsemek gibi eylemlerin yapılmasında yardımcı kas olarak görev alır. Bebeklerde emme hareketinden sorumludur (37).

Zigomatik minör: Zigomatik majörün medialinde yer alır. Zigomatik kemiğin lateralinden üst dudağın köşesine gelir ve üst dudağın yukarı yönlü hareketini

gerçekleştirir. Nazolabial sulkusu derinleştirir. Fasiyal sinirin bukkal ve zigomatik dalları innerve eder (37).

Levator labi superioris alaque nasi-Levator labii superioris: Maksillanın frontal çıkıntısından başlayıp burun kenarından üst dudağa inen iki kastır. Levator labii superior infraorbital foramenin üstünden başlar ve infraorbital damar ve sinirin üzerinde seyrederek. Üst dudağın yukarı kaldırılmasını sağlarlar. Levator labii superioris alaque nasi aynı zamanda burun deliklerinin genişlemesini sağlar. Fasiyal sinirin bukkal ve zigomatik dallarıyla innerve olurlar (37).

Levator anguli oris: İnfraorbital foramenin altından başlayıp dudak köşesine uzanır ve dudak köşesinin yukarı kalkmasını sağlar. Fasiyal sinirin bukkal ve zigomatik dallarıyla innerve olur (37).

Risorius: Dudak köşelerini yukarı çeken kaslardan biridir. Fasiyal sinirin bukkal dallarıyla innerve olur (37).

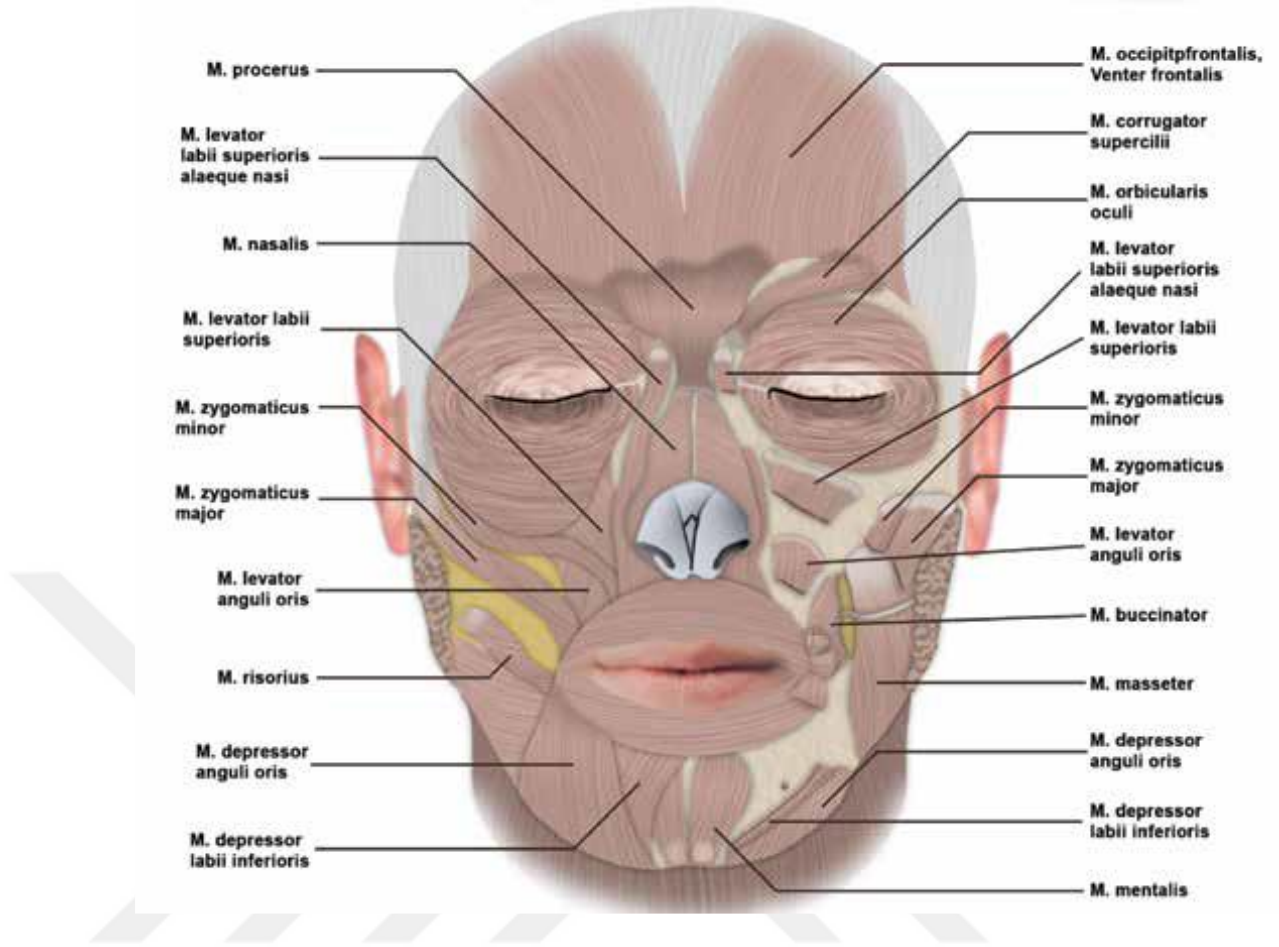
Nasalis: İki bölümden oluşur. Bir bölümü burun dorsumu üzerinde transvers seyrederek ve kompresyon sağlar. Diğer burun kanatlarında yer alır ve burun deliklerinin açılmasını sağlar (37).

2.4.5.3.Alt yüz kasları

Depressor anguli oris: Dudak yan kenarlarını aşağı çeker ve alt dudağın eversiyonunda görev alır (37).

Depressor labii inferior: Alt dudağın aşağı ve dışa doğru hareketini sağlar. Fasiyal sinirin marginal mandibular dalıyla innerve olur (37).

Platizma: Subkutan yerleşimli ince bir kasdır. Boyunda yer alır ve herhangi bir kemikle ilişkili değildir. Alt dudağı, mandibulayı ve ağız kenarlarını aşağı ve yana doğru çeker. Fasiyal sinirin servikal dalıyla innerve olur (37).



Şekil 2. 5 Yüz bölgesi kas dağılımı(31)

2.4.5.4.Çiğneme kasları

Yüzün yan kenarlarında yer alırlar. Bu kaslar temporal, masseter, medial ve lateral pterygoid kaslarıdır. Abdüksiyon hareketi yapan lateral pterygoid kası dışındaki tüm çiğneme kasları çenede addüksiyon hareketini gerçekleştirir. Yüzdeki diğer kasların aksine bu kasları trigeminal sinirin mandibuler kolları inerve eder.

Bu 4 kas arasında bulunmamasına ve mylohyoid kemik ile ilişkilendirilmesine rağmen mylohyoid kas da lateral pterygoid kas ile tersinir çalışarak çenenin açılmasına katkı sağlar (37).

Masseter kası: Masseter kası nervus massetericus tarafından inerve edilen, arcus zygomaticus'un alt kenarı ve medial yüzünden başlayan, alt çenenin (mandibula) processus coronoideus mandibulae'si ile ramus mandibula'nın lateral yüzüne tutunan en büyük ve belirgin çiğneme kasıdır. Kasın tek taraflı kasılması alt çeneyi kendine çekerken, çift taraflı kasılma (bilateral) alt çenenin yukarı kalkmasını ve ağzın kapanmasını sağlar.

Sadece memelilerde bulunan kas, bitkisel maddelerinin çiğnenmesini kolaylaştırmak için otoburlarda özellikle güçlüdür.

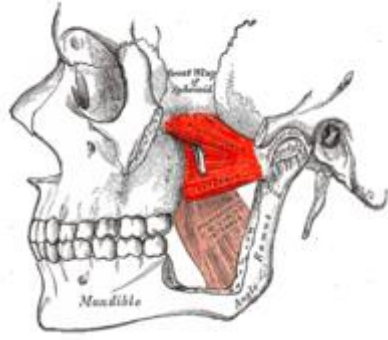
Temporal kas: Temporal kas (Musculus temporalis), nervi temporales profundi tarafından inerve edilir. Şekli yelpazeyi andırır. Bu kas, linea temporalis inferior, fossa temporalis'in döşemesi ve fascia temporalis'in iç yüzünden başlar, processus koronoideus ve ramus mandibula'nın ön kenarına tutunarak sonlanır. Çiğneme kaslarının en kuvvetlisidir. Çift taraflı kasılması mandibula'yı kaldırarak ağzı kapatır, tek taraflı kasılması ise mandibula'yı kendine doğru çeker.



Şekil 2. 6 Temporal ve masseter kası anatomisi (37)

Pterygoid kaslar: Lateral pterygoid kas, kalın ve kısadır. Superior ve inferior olmak üzere iki dalı vardır. İki dal arasından nervus bukkalis ve arteria maksillaris geçer. Mandibuler sinirin bir dalı olan nervus pterygoideus lateralis tarafından inerve edilir. Kasın çift taraflı kasılması mandibula'yı öne ve aşağıya çeker ve ağzı açar ve bu sayede çenenin sağa ve sola doğru hareket etmesini sağlayarak öğütme işlemini gerçekleştirir. Ağzı açan tek çiğneme kasıdır.

Medial pterygoid kas, kalın ve dikdörtgen şeklinde olup, kasın lateral yüzü ramus mandibula ile komşuluk eder. Mandibuler sinirin bir dalı olan nervus pterygoideus medialis tarafından inerve edilir. Çift taraflı kasılırsa mandibula'yı yukarı kaldırır ve ağzı kapatır. Tek taraflı kasılırsa mandibula'yı kendine çeker. M.pterygoideus lateralis ile mandibula'yı öne çeker (37).



Şekil 2. 7 Lateral(açık kırmızı) ve medial pterygoid(soluk kırmızı) kaslar

2.5.Bukkal Yağ Yastığı

Bukkal yağ yastığı, yanakta bulunan ve sayısız fonksiyonel ve estetik klinik kullanımı olan üç parçalı bir yağ dokusudur. Bu yağ dokusu son yirmi yıl içinde kapsamlı bir şekilde incelenmiştir. Oral kusurların onarımında, estetiğin gelişmesinde kullanılması bu konuda devam eden araştırmaların güdüsü olmuştur.

Yüzyıllar boyunca birçok anatomist, doktor ve patolog yüzün yağ pedlerini incelemiştir. Bukkal yağ yastığının hem anatomiye hem de işleve ilişkin karmaşık doğası son zamanlarda ilgi çekmiştir. Bu yağ yapıları, yeni doğanlardan yetişkinlere kadar her yaştan insanın yüz estetiğinde önemli bir rol oynamaktadır. Bukkal yağ yastığı yeri nedeniyle, lipom, herniasyon ve psödohernernasyon gibi klinik olarak önemli patolojilere maruz kalmaya eğilimlidir. Bununla birlikte, lokasyonu konjenital palatal defektler ve sayısız neoplastik lezyon dahil olmak üzere sayısız oral defekt ve lezyona kolay erişim sağlar.

2.5.1.Bukkal yağ yastığının embriyolojisi

İnsan yağ dokusunun prenatal morfogenezile ilgili bilginin çoğu 1980'lerde yapılan çalışmalardan elde edilmiştir. Erken gebelik sırasında yağ dokusunun büyümesini ve gelişmesini incelemişler ve bukkal yağ yastığını model bir sistem olarak seçmişlerdir (38).

805 insan embriyo ve fetüsü üzerinde ışık mikroskopisi ve yağ lobül boyutunun kantitatif analizi yapılmış ve yağ dokusunun ikinci trimesterde 14-16. Haftalar arasında farklılaştığını gösterilmiştir (38). Ek olarak, 23. gebelik haftasından sonra, yağ lobüllerinin sayısı yaklaşık olarak sabit kalırken, bu lobüllerin boyutu 29. haftaya kadar artar, 14. ila 23. haftaların hassas bir yağ lobül gelişimi dönemi olduğunu düşündürmektedir.

Yağ yapılarının histolojik preparatlarında vaskülarizasyon başlangıcı ile yağ hücrelerinin ilk görünümü arasındaki morfojenik bağlantı görülmüştür. Yazarlar, bu hassas yağ gelişimi döneminde meydana gelen rahatsızlıkların, obezitenin gelecekteki gelişiminde potansiyel olarak rol oynayabileceğini öne sürmüşlerdir.

14. gebelik haftasından sonra yanak, yağ dokusunun geliştiği yüzdeki ilk yerdir ve bunu derinden yüzeysel hale getirir. Yağ, sklera ile yörünge duvarı arasında 18. haftadan sonra optik vezikül çevresinde gelişir (38). Bukkal yağ yastığı, yenidoğan ve bebeklerin yanak oluşumunda büyük bir rol oynar.

Yağ yastığı prematüre fetüste iyi gelişmiştir ve ilk gelişen fetal yağlardan biridir. Lipit içeriğinin bileşenlerini bilmek, gebelik ve infantil yıllar boyunca yüzdeki bukkal yağ yastığının gelişimini anlamak için zorunludur.

Gaz-sıvı kromatografisi ve ince tabaka kromatografisi ile karşılaştırma için, hem bukkal yağ yastığı hem de karın subkutan dokusundan yağ dokusunun yağ asidi kompozisyonu ölçülmüş ve tablolanmıştır (39).

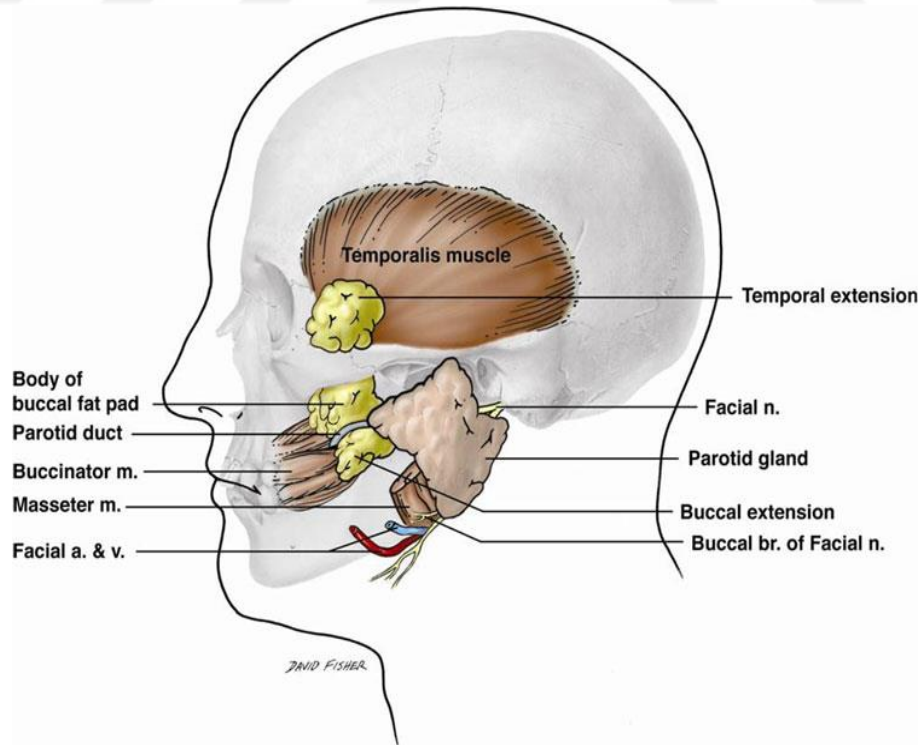
Yazarlar erken doğmuş bebeklerin maternal deneklere benzer yağ dokusu depoları gösterdiğini bulmuşlardır. Bununla birlikte, gebeliğin üçüncü trimesterinde, bukkal yağ pedinde anneye kıyasla yağ asidi kompozisyonunda belirgin değişiklikler buldular. Bu farklılıklar yüksek karbonhidrat diyetinden kaynaklanan lipogenez ile uyumluydu (39). Ayrıca son trimesterde vücut yağında büyük (12 kat) bir artış vardı.

2.5.2. Bukkal yağ yastığının anatomisi

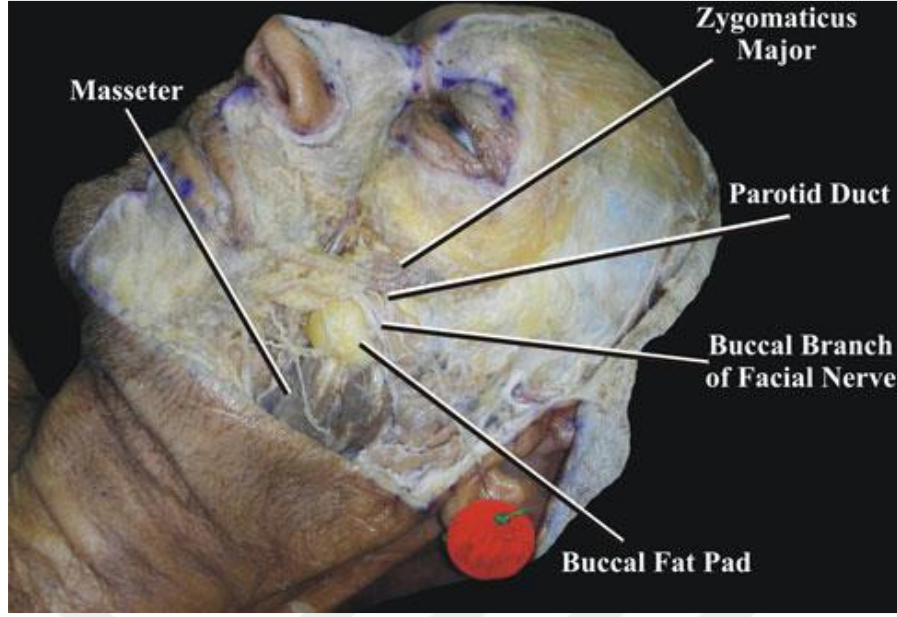
Bukkal yağ yastığı, bukkal boşlukta sınırlı olan bir bölmedir. Bu kompartımanın sınırları medialde buccinator kas, derin servikal fasya, anterolateral sınırları mimik kaslarını ve masticator boşluğunu ve arka sınırında ise parotis bezini içerir (40).

Bukkal boşluğun içeriği arasında yağ yastığı, parotis kanalı, tükürük bezleri, fasiyal arter ve ven, bukkal arter, lenfatik kanallar, fasiyal ve mandibular sinirlerin dalları yer alır (41,42).

Bukkal yağ yastığı, orta yüz bölgesinde belli bir şekle sahip olan tübüler şekilli bir yağ dokusudur. Özellikle bebeklerde emmeye, çiğnemeye, nörovasküler demetlerin korunmasına ve yastıklanmasına katkıda bulunma, çiğneme kaslarını birbirinden ayırma ve estetik dahil olmak üzere sayısız varsayılan işlevi vardır. Bebekte bukkal yağ yastığı, emme sırasında yanakların çizilmesini önlerken, kaslar arası hareketi artırır. Bukkal yağ yastığının şekli ve işlevi, yaşla birlikte büyük ölçüde değişmektedir, çünkü sindirim işlevi ve çevre yapılara göre önemi zamanla azalmaktadır (43).



Şekil 2. 8 Bukkal yağ yastığının parotis kanalı, fasiyal arter, parotis bezi ve buccinator kas gibi yüzdeki önemli yerler ile ilişkisi ile temporal ve bukkal uzantılarla şematik temsili(44)



Şekil 2. 9 Bukkal yağ yastığının yüzün önemli simge yapılarıyla ilişkileri Deri, parotis kanalı, parotis bezi ve fasiyal sinirin dallarını açığa çıkaracak kadar az miktarda subkutan yağ ile birlikte lateral olarak diseke edilmiş ve bukkal yağ yastığının tespiti sağlanmıştır (44).

Bukkal yağ yastığının anatomisini, ilk olarak 1802'de tanımlayan Fransız anatomist *Bichat*'tır. Sonrasında birçok anatomist ve fizyolog tarafından kapsamlı bir şekilde araştırılmıştır (43). Bukkal yağ yastığının ayrıntılı bir açıklaması 1957'de *Gaughran* tarafından sağlandı; daha sonra *Sicher*, *Tideman* ve *Dubin* tarafından anatomik keşifler yapıldı (1,36,44,45).

Hem yetişkinlerde hem de fetüslerde bukkal yağ yastığının anatomisi incelenirken, yapısal ve fonksiyonel önemini ayrıntılı olarak tarif edilmiştir (46). Fetüslerde bukkal yağ yastığı göze çarpan, küresel şekilli ve iyi sınırlıdır. Masseterin ön sınırının altında, buccinatorde bulunur (46). Yaşla birlikte anteromalar, pterygomaxiller ve posterotemporal olarak adlandırılan bukkal yağ yastığının üç uzaması gelişir. Ayrıca bukkal yağ yastığının vasküler innervasyonunun üç kaynaktan karşılandığını düşünülür. Bunlar anterior derin temporal, bukkal ve posterior superior alveoler arterler (46).

Taze kadavra diseksiyonları gerçekleştirilen bir çalışmada ve koronoid proçese yerleştirilen zigomatik ark ve temporalis kasının altındaki bukkal yağ yastığının temporal / kranyal genişlemesi doğrulandı (1). Oysa bazı çalışmacılar temporal bölgedeki yağ yastığını bukkal yağ yastığının kranyal bir uzantısı olarak kabul

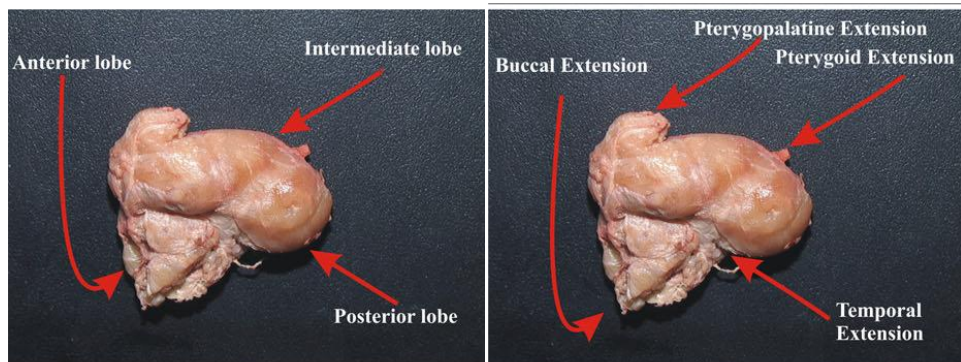
etmişlerdir. Bazı araştırmacılar ise temporal bölgede, aslında herkeste olmayan yüzeysel ve derin yağ pedleri gözlemlediler (1).

Yüzeysel temporal yağ yastığı hem morfolojik hem vasküler dallanma olarak farklılık gösterirken, derin yağdan derin temporal fasya ile ayrılır, temporal bölgedeki derin yağ yastığıdır. Bukkal yağ yastığının anatomisi ve klinik uygulamaları hakkındaki literatürü gözden geçirdiğimizde, bunun en ayrıntılı şekilde görmekteyiz (47).

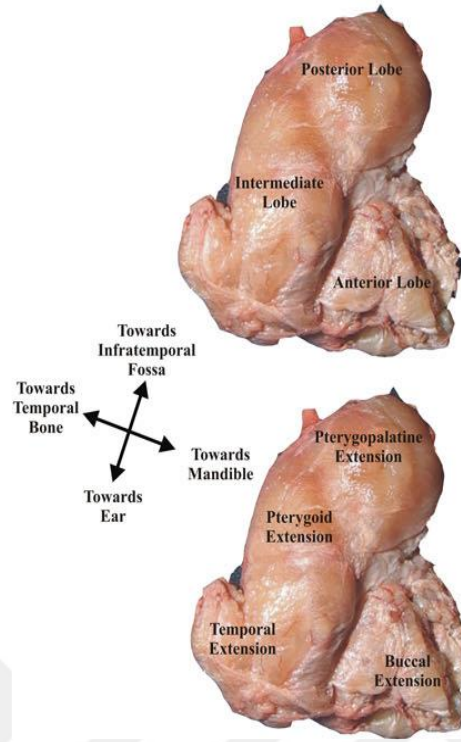
Yazarlar, önceki anatomistlerin aksine, bukkal yağ yastığının gövdesini üç loblara ayırdı: anterior, posterior ve yeni ara lob (Şekil 2.11). Bu lobların her biri bağlarla sabitlenen ve farklı arter kaynakları tarafından beslenen bağımsız bir zar tarafından kapsülленir (47). Ön lob üçgen şeklindedir, zigomanın altına yerleşir, ön taraf buccinator'a uzanır. Ön lobun kapsülünün üzerine doğru uzanan yüz sinir dalları vardır ve bağ doku ile infraorbital damarları içeren daha küçük kitlelere ayrılır.

Önceki raporlarda görülmeyen ara lob, yetişkinlerde ince, çocuklarda büyüktür. Ara lob ön ve arka loblar arasındaki lateral maksilla çevresindeki boşlukta bulunur (39,44,45,47,48). Çiğneme boşluğunda ve çevresindeki bölgelerde, infraorbital fissür ve temporal kas çevresindeki boşluk, mandibular gövdenin üst kenarına doğru uzandığı tanımlanmıştır (37).

Arka lobun dört uzantısı vardır: bunlar bukkal uzantı (parotis kanalının altındaki en yüzeysel uzantı), pterygopalatin uzantı (pterygopalatin fossaya uzanır ve pterygopalatin damarları sarar), pterygoid uzantı (pterygoid boşlukta kalır), ve bir süperfisiyal derin sürecine ayrılan temporal uzantıdır (47).



Şekil 2. 10 Ön, arka ve ara loblar (44)



Şekil 2. 11 Bukkal yağ yastığının dış morfolojisi: bukkal, pterygoid, temporal ve pterygopalaatin loblar (44).

Spesifik olarak, erkeklerde bukkal yağ yastığının ortalama hacmi 10.2 ml (7.8-11.2) iken, kadınlarda ortalama hacim 8.9 ml (7.2-10.8) dir. Ek olarak, bukkal yağ yastığının ortalama kalınlığı 6 mm ve ortalama ağırlığı 9.7 gr'dır (49). Tanımlanan 6 ligament, bukkal yağ yastığını diğer yapılara bağladığı ve damarların bukkal yağ yastığına giriş noktalarını oluşturduğu için hem anatomik hem de klinik anlamda önemlidir. Bu bağlar; maksiller, posterior zigomatik, medial ve lateral infraorbital, temporalis ve buccinator ligamenttir (47). Ayrıca, önceki anatomistlerin aksine, yağ yastığını besleyen çok sayıda kan damarı listeleyen araştırmacılar da vardır.

Bukkal yağ yastığını ortaya çıkarmak ve erişmek için iki yaklaşım kullanılabilir (50). Daha güvenli yöntem, üçüncü molar dişin tüber hizasında yanak sulkusunda intraoral bir insizyonla yaklaşımdır. Diğer bir yaklaşım, yüz germe işlemi sırasında yapılan yaklaşımdır. Bu yaklaşımda fasiyal sinirin dallarının masseterin dalları arasındaki ince fasyada bir boşluk açılırsa, bukkal yağ yastığı ortaya çıkar (50).

Ayrıca bukkal yağ yastığının bir kısmına erişmek veya rezeksiyon yapmak için başka yaklaşımlar da kullanılmıştır, Üst çene birinci molar diş eti bukkal mukozada 1 cm insizyon ve künt olarak diseksiyon yapılarak ulaşmak bunlardan biridir (47).

2.5.3.Bukkal yağ yastığının fonksiyonları

Bukkal yağ yastığının birçok fonksiyonu olduğunu düşünmüştür (51). Bukkal yağ yastığının fetuslarda ve yenidoğanlarda bu kadar belirgin olmasının nedeninin emmek olduğunu, doğumdan sonra ise çiğnemeye yardımcı olan çiğneme sürecinin aksesuar organı haline geldiğini belirtmişlerdir (51). Ayrıca, yağ yastığının üfleme ve aspirasyonda rol oynadığını öne sürdüler. Ön ve arka loblar başta olmak üzere pterygoid ve bukkal çıkıntıların da çocuklarda daha büyük olduğu düşünülmüştür (47).

Birçok yazar çiğneme ve emmenin çiğneme sürecindeki yeri nedeniyle bukkal yağ yastığının ana işlevleri olduğunu söylemiştir (6,38,52). Ancak bukkal yağ yastığının çok sayıda başka fonksiyonu olduğunu söyleyen bir takım çalışma mevcuttur (4,6,46,47,52).

Çiğneme ve mimik kaslarının lifleri, kas kasılması sırasında bukkal yağ yastığı lobları arasında kayma işlemi yaparlar. Yağ yastığı ayrıca kas kasılması nedeniyle oluşan veya dış kaynaklı travmanın neden olduğu yaralanmalara karşı yüz nörovasküler demetlerini koruyan bir yastık görevi görür. Estetik ile ilgili olarak, Yousif ve ark. tarafından gösterildiği gibi bukkal yağ yastığının ön lobunun dolgunluğu, yaşlanma ile ilişkili olan nazolabial katın derinleşmesine ve mimik kaslarının gevşemesine neden olabilir (52).

Ek olarak, bukkal dolgunluğu oluşturan birincil faktör bukkal yağ yastığının anteroinferior çıkıntısı olarak açıklanmıştır (4,6,46). Bununla birlikte, bu dolgunluğun diğer nedenleri, mimik kaslarının gevşemesi, ligamentlerin zayıflaması ve bukkal yağ yastığı kapsülünün yırtılmasıdır (47). Ek olarak, bu faktörler ağız boşluğuna veya subkutan tabakaya bukkal prolapsus olasılığını artırır.

Bazı araştırmacılar bukkal ve prafaringeal yağ pedleri dahil olmak üzere yüzün derin yağ dokularının anatomik, histolojik ve görüntüleme çalışmalarını üstlenmiştir (53). Bukkal yağ yastığının histolojik preparatlarında “damarların geçtiği çok lifli trabeküller yapıda saf beyaz yağ” gözlemlendi (44). Yüzeyel temporal genişlemenin

yanı sıra bukkal yağ yastığının gövdesini köprüleyen dar bir bağlantının olduğuna dair yayınlar da sunulmuştur (53).

Ayrıca yüzeysel ve derin temporal ligamentlerin temporal fasya tarafından ayrıldığını temporal yağ pedinden ayrı olduğunu gösterdiler. Bu yazarlar, yağ yastığının, çiğneme kasları arasında yer aldığını ve eylemleri sırasında bu kasların birbiri üzerinde kaymasına izin vererek fonksiyonlarını kolaylaştırdığını ileri sürmüşlerdir (53).

BT taramasındaki vücutta bulunan serbestçe hareket eden yağlardan daha düşük yoğunluğu, bukkal yağ yastığının vücuttaki diğer yağlar gibi bir lipit metabolizması olmadığını gösterir. Histolojik preparatlar bu bulguyu, dokunun daha az metabolizma geçiren dokunun göstergesi olan daha az vezikül ve daha küçük mitokondrilere sahip olmasıyla desteklemektedir. Ayrıca, çenenin alveoler veya palatinalindeki defektleri onarmak için kullanmıştır (53).

2.5.4.Bukkal yağ yastığı patolojileri

Yapılan çalışmalara göre, özellikle derin dokudaki yağ dokusu selülit ve apse oluşumu başta olmak üzere çeşitli patolojilere elverişlidir. BT'de kas ve yağ erimesi ile anaerobik organizmaların neden olduğu amfizem görülmüştür. Yağ dokusunun herniasyonuna (ağız ortamına çıkmasına)sebeplere olan yüz travması, enfeksiyöz patolojinin kafadaki infratemporal fossa gibi çeşitli alanlara ulaşmasına neden olabilir (53).

2.5.5.Bukkal yağ yastığının travmatik herniasyonları

Bukkal yağ yastığının travmatik herniasyonu sıklıkla lipom ile karıştırılır. Bu durum travmatik herniasyonun tedavi edilmemesi sonucu zamanla lipoma differansiye olmasından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle travmatik psödoherniasyon terimi 1970'lerden beri kullanılmaktadır. Bukkal yağ yastığının ceviz büyüklüğünde bir kitle olarak dışarı doğru yer değiştirmesiyle anormal şekilde konumlandığı psödoherniasyon *Matarasso* tarafından "sincap yanak" diye isimlendirilmiştir (4).

Bu, hem buksinatör kasın hem de oral mukozanın perfore olduğu bukkal yağ yastığının intraoral herniasyonu travmatik psödolipomadan farklıdır. Bir çalışmacının yayınlamış olduğu yüzünü sandalyeye çarpan, ağızda kanamaya ve yanağın iç yüzünde

şışmeye neden olan iki buçuk yaşında bir çocuk olgusunda, çocuk molar dişlerin etrafında pıhtıdan tıkanmış ve yanak mukozasının pediküllü, grimsi sarı, yumuşak, düzensiz şişlik ile başvurmuştur (54). Tedavisinde ise genel anestezi altında künt diseksiyon yapıp ve sutürlerle kapatılmıştır.

Histolojik incelemede, ağız boşluğuna yağ dokusu ile birlikte çok sayıda polimorfonükleer lökositler izlenmiş. Bazı araştırmacılar hastanın hem mukoza hem de buksinatör kası ısırıldığını böylece bukkal yağ yastığının herniasyonuna izin verdiğini varsaydılar (54).

Anamnez alınmamış olsaydı, klinik bulgular çok benzer olduğu için yanlış teşhis olarak lipom tanısı koyulabilirdi. Nadiren de olsa benzer travmatik herniasyon vakaları gözlenmiştir.

Literatürün gözden geçirilmesi çoğu vakanın 5 yaşın altındaki çocuklarda görüldüğünü göstermektedir.

Bu gerçek birçok nedenden kaynaklanabilir:

1. Bukkal yağ yastığı çocuklarda yetişkinlere göre daha belirgindir.
2. Çocuklar ağızlarına yabancı cisimler yerleştirme eğilimindedir bu da bukkal mukozanın kolayca yırtılmasına neden olabilir.
3. Yenidoğanların ve bebeklerin emme aktivitesi mukozal defekt yoluyla herniasyonu artırabilir.

Enflamatuvar hiperplazi, travmatik nöroma, lipom, hemanjiyom ve tükürük bezi neoplazmlarını içerir (55). Bukkal yağ yastığının psödoherniasyonu, en alt kısımlarının dışı doğru yer değiştirmesine sebep olan klinik bir sendromdur. Bu genellikle bukkal boşluğa dönüşen yumuşak, hassas olmayan ceviz büyüklüğünde bir kitle olarak görülür (4).

Genellikle ağrısız şişlik olarak bulgu verirler. Benzer bulguları olan tükürük bezi tümörleri, iyi huylu lezyonlar, dilate parotis kanalı, lenfadenopati, yumuşak doku maligniteleri veya apseleri ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gereken patolojilerdir.

Gözlemlenen yedi olguda psödohernasyonun meydana geldiği durumlar travma, cerrahi (yüzplasti veya liposuction), kortikosteroid kullanımı, idiyopatik veya konjenital yatkınlıktır (4).

Bukkal yağ kütlesinin konumu ve büyüklüğü, gülümseme ve yüzünü eşitleme gibi farklı yüz ifadeleriyle değişebilir. Manyetik rezonans görüntüleme bu durumu incelemek için en iyi yöntemdir ve yağ dokusu hakkında önemli özellikler gösterilebilir. Literatürde de belirtildiği üzere bukkal yağ yastığının psödohernasyonunun nedenleri arasında parotido masseterik fasyanın zayıflığı veya fasiyal ekspresyon kaslarını içine alan ön kenar ile arka taraf arasındaki bağların zayıflığı sayılabilir (4).

Tekrarlayan kas aktivitesi veya bağ desteği kaybı bukkal yağ yastığının nihai olarak yer değiştirmesine yol açabilir(3).Bukkal yağ yastığı psödohernasyonunun en hızlı ve etkili tedavisi yer değiştirmiş yağ pedinin repoze edilmesi veya eksizyonudur. Yazarlar travma sonrası kraniyofasiyal yağ kitleleri (bukkal yağ yastığı ve yağ tümörlerinin herniasyonu), sınıflandırma sistemi için bir sınıflandırma önermişlerdir:

I, bukkal yağ yastığının intraoral travmatik herniasyonu;

II, bukkal yağ yastığının antral travmatik herniasyonu;

III, bukkal yağ yastığının içe psödoherniasyonu;

IV, bukkal yağ pedinin dışa psödoherniasyonu;

V, travma sonrası psödolipom; ve

VI, travma sonrası lipomdur.

2.5.6.Bukkal boşluk ve yağ yastığının onkolojik patolojileri

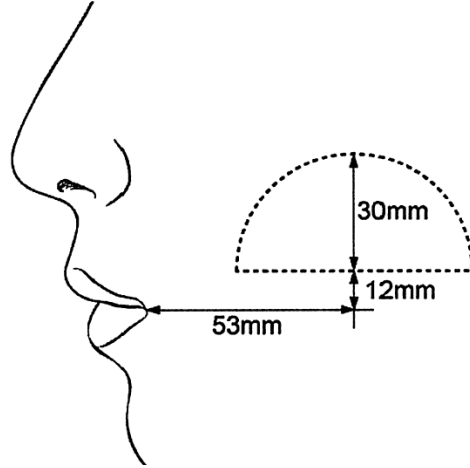
Bukkal yağ yastığının klinik önemini, tümör invazyonunda erken tanı verebilmesinde görmekteyiz (40,53,56). Tümörlerin yaygın morfolojik özellikleri arasında yağ dokusuna infiltre olabilmesi ve çevresindeki yağ dokusunu sıkıştırması yer alır. Bazı vasküler malformasyonlar bukkal yağ yastığını istila edebilir (53). Örneğin, zigomatik arkın altındaki lateral orbital duvarın içinden geçen bukkal yağ yastığının temporalis kası ve bukkal temporalis uzantısında arteriyovenöz malformasyonun olduğu bir olgu bildirilmiştir (1).

Bu malformasyon öncelikle fasiyal arterin infraorbital ve enine dallarından beslenmiştir. Zigomatik arkın bir kısmının çıkarılması, kalan bukkal yağ pedinin arteriyovenöz malformasyon ile tamamen yer değiştirdiğini gösterdi (1). Tedavisi vasküler lezyonun rezeke edilmesini ve zigomatik arkın normal pozisyonuna getirilmesidir. Bukkal boşluğundaki yapıların sayısı göz önüne alındığında, birden fazla lezyonun ortaya çıkması beklenebilir.

Bukkal yağ yastığında malign tümörler (adenoid kistik karsinom, asinik hücre karsinomu, fibrosarkom, rabdomiyosarkom, lenf nodu metastazı), benign tümörler (hemanjiyom, lenfanjiyom, pleomorfik adenoma, lipom) ve dokuz tane neoplastik olmayan inflamasyon olgusu taranmıştır(40). Bazı lezyonlar iyi tanımlanmış, diğerleri ise kas, kemik yıkımı ve ödem içine sızma göstermiştir. Bu nedenle, bukkal boşluk lezyonlarının ayırıcı tanısı, glandüler, vasküler, lenfatik, bağ doku, kas dokusu, duktal veya nöral kökenli tümörler ile yapılmalıdır (40).

2.5.7. Bukkal yağ yastığının parotis kanalı ve facial bukkal dallarla ilişkisi

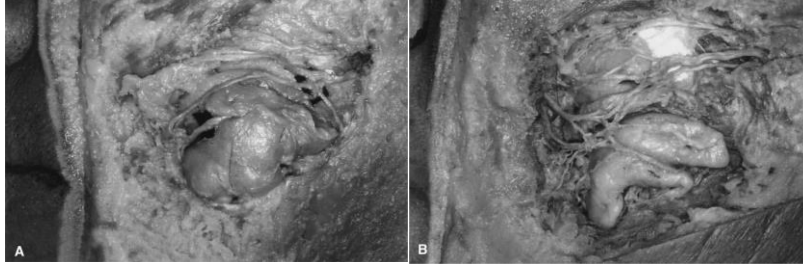
Fasiyal sinir dalları bukkal yağ yastığının manipülasyonu sırasında savunmasızdır (47). Fasiyal sinir ve parotis kanalının ilişkisini belirlemek için yapılan bir çalışmada fasiyal sinirin ortalama 3.6 bukkal dalı bulunmuştur (57).



Şekil 2. 12 Yüz bukkal dalların ve parotis kanalının çapraz noktaları 30 mm yarıçaplı yarım daire içerisindedir (57).

Taban (çap), ağız köşesini geçen yatay bir çizgiye paraleldir ve 12 mm yukarıdadır. Merkezi ağız köşesine 53 mm yanal olarak yerleştirilmiştir.

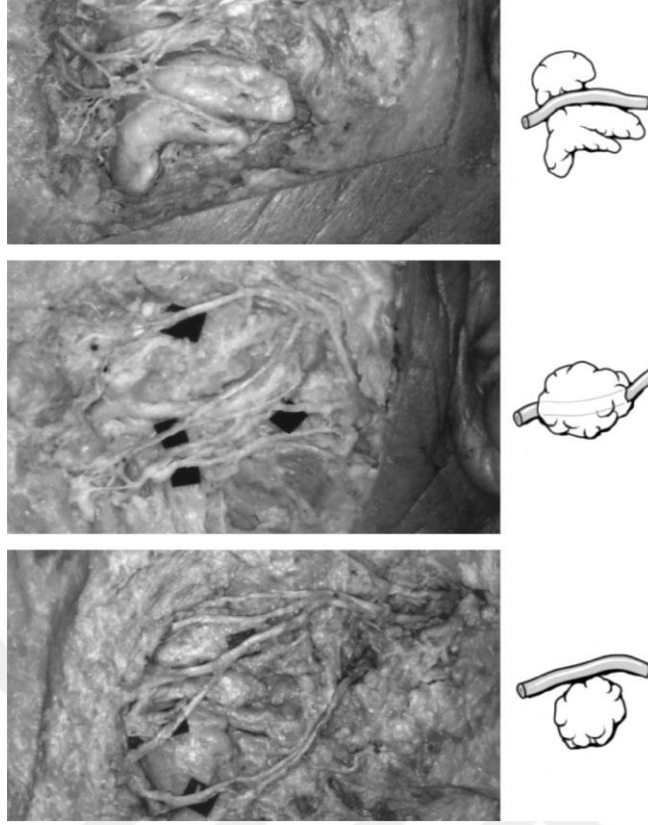
Fasiyal sinirin bukkal dallarının bukkal yağ yastığıyla iki farklı ilişkisi vardır. İlki, yüzeysel olarak bukkal yağ yastığından geçen dallar (% 73.7), ikincisi bu dalların (% 26.3) bukkal yağ yastığının bukkal uzantısının içinden geçen dallardır (57).



Şekil 2. 13 A: bukkal yağ yastığına yüzeysel olarak geçen dallar (% 73.7) B: bukkal yağın bukkal uzantısından geçen iki dal (%26.3)(57).

Parotis kanalı ve bukkal yağ yastığı arasındaki ilişki aşağıdaki gibidir:

Örneklerin % 42.1 inde parotis kanalı yüzeysel geçer, % 26.3 oranda bukkal yağ dokusunun bukkal uzantısını derinlemesine geçer ve % 31.6 oranda bukkal yağ dokusunun bukkal uzamasının üst sınırı boyunca uzanarak geçer (57).



Şekil 2. 14 Parotis kanalı ile bukkal yağ yastığı arasındaki ilişki(57).

(Üst) Tip A: yüzeysel olarak bukkal yağ yastığının bukkal uzantısını geçen parotis kanalı

(Orta) Tip B: bukkal yağ yastığının bukkal uzamasının derinliklerine geçen parotis kanalı

(Alt) Tip C: bukkal yağ yastığının bukkal uzantısının üst sınırı boyunca uzanan parotis kanalı

Bukkal yağ yastığının dikkatli bir şekilde manipüle edildiğini varsaysak bile,fasial sinir %26.3 oranda bukkal yağ dokusunun içinden geçtiği için yüzdeki bukkal dalın yaralanması vakaların% 26.3'ünde kaçınılmaz olabilir.

Bu nedenle, yüz kaslarının bazı işlevleri bir dereceye kadar engellenebilir, ancak fasiyal sinirin başka uzantılarıyla bu sorun aşılabılır. Parotis kanalı vakaların % 26.3'ünde bukkal yağ yastığının bukkal uzamasının derinliklerine uzanır. Bukkal yağ yastığının künt diseksiyonu sadece yüzdeki bukkal dalın yaralanmasına değil, aynı zamanda parotis kanalının zedelenmesine ve hematom oluşumuna neden olur.

2.5.8.Bukkal yağ dokusunun kullanım alanları

2.5.8.1.Oronasal ve oroantral ilişkinin kesilmesi

Bukkal yağ dokusu oroantral fistüllerin kapatılması için tatmin edici sonuçlarla kullanılabilmektedir (58,59). Bazı araştırmacılar bukkal yağ pedikülü kullanılarak oroantral iletişimin tamamen kapanmasını sağlamıştır(59). Postoperatif acil komplikasyonlar arasında ağrı (% 37.5), inflamasyon (% 37.5), ödem (% 32.5), trismus (% 37.5), ağız kokusu (% 14.3), süpürasyon (% 12.5) ve rinore (% 12.5) vardı. Yazarlar bunun oroantral fistüller için iyi bir seçenek olduğu sonucuna vardı.

2.5.8.2.Yüz Konturunun ve estetiğinin düzenlenmesi

Bukkal yağ dokusunun hacmi, değişen vücut ağırlığı ve vücut kitle indeksine rağmen, hem erkekler hem de kadınlar için nispeten sabittir. Aslında, bukkal yağ dokusu, kilo kaybına ve deri altı yağ kaybına rağmen, bir dereceye kadar kendisini korur. Oral lipodistrofisi olan bazı hastalarda yüz konturunu iyileştirmek ve yağ yastığının oral psödoherniasyonunu tedavi etmek için bukkal yağ dokusunun eksizyonu gerçekleştirmiştir. Bu yazar ağız içi bir yaklaşım önermektedir (4).

Bazı araştırmacılara göre bukkal yağ dokusunun rezeksiyonu için ideal hastanın, zigomatik arkı gizleyecek büyüklüte yanaklara sahip olan hastalar olduğu ileri sürülmüştür (60). Bukkal yağ yastığının rezeksiyonundan sonra, zigomatik ark daha belirginleşir.

Sonuç, şekillendirilmiş bir yüz görünümüdür. Bukkal yağ dokusu, az gelişmiş zigoması olan hastalarda çıkarılmamalıdır, çünkü beklenen estetik sonuçları göstermeyecektir. Bununla birlikte, 4 ila 5 gm (ağırlık / gram) bir azalma, estetik görünümde belirgin bir değişikliğe neden olabilir. Bukkal yağ dokusunun (parotis kanalı) üst kısmı çiğneme sırasında bukkal, masseter ve temporal kaslar arasında önemli bir kayma fonksiyonuna sahiptir. Bununla birlikte, alt yarımının rezeksiyonu herhangi bir fonksiyonel bozukluk yaratmaz (60). Bu alt yarımın çıkarılması yüz konturu için cerrahi prosedürlerin bir parçasıdır (61).

2.5.8.3.Doku mühendisliği

Kök hücreler doku mühendisliği için mucize sayılabilecek fayda sağlar. Ancak klinik uygulamalar donör bölgenin morbiditesi ve hasat edilen az sayıda hücre nedeniyle sınırlıdır.

Son çalışmalar, deri altı yağ dokusunda bol miktarda kök hücre kaynağı tespit etmiştir. Bukkal yağ yastığının, subkütanöz abdominal yağ dokusundan adipoz kök hücrelerle benzer bir fenotipi olduğunu ve aynı zamanda kondrojenik, adipojenik ve osteojenik hücreler olarak ayrılabilirdiği gösterilmiştir (62).

Bu sonuçlar, bukkal yağ yastığını, doku mühendisliği amaçları için yeni, zengin ve erişilebilir bir kök hücre kaynağı olarak tanımlamıştır.

2.5.8.4.Oral mukoza ülserleri ve fibrozis

Travmatik ülserler oral yumuşak dokularda en sık görülen lezyonlardan biridir. Bunlar travmatik kabul edilir, çünkü mekanik, kimyasal, elektriksel veya termal tahriş ile meydana gelirler. Uygun tedavi planı oluşturmak için doğru bir ayırıcı tanı gereklidir. Oral mukoza fibrozisi genellikle kısa ve ağrılı ataklarla karakterizedir.

Oral mukoza fibrozuna Hindistan'da oldukça fazla rastlanmıştır. Etiyolojisi bilinmeyen, çeşitli belirti ve bulguları olan bir hastalıktır. Her yaşta ortaya çıkabilir, ancak en çok 16 ila 35 yaş arasındaki ergenlerde ve yetişkinlerde görülür. Ağız açıklığı 16 mm'den az olan 20 hastada yapılan oral mukozal fibrotik dokunun eksizyonu için çeşitli cerrahi tedavi yöntemler değerlendirilen bir çalışma yapılmıştır (63).

Cerrahi prosedür fibrotik doku eksizyonu, üçüncü molar ekstraksiyonu, koronoidektomi ve ardından eksize edilen alandaki kusurun bukkal yağ dokusu ile rekonstrüksiyonunu içermiştir. Bukkal yağ dokusunun estetik sonuçlarla etkili bir şekilde kullanılabileceği sonucuna varmışlardır.

2.5.8.5.Sinüs membran perforasyonu

Bukkal yağ dokusunun kullanımı biyolojik özellikleri nedeniyle her geçen gün artmaktadır. Maksiller sinüsün yükselmesi sırasında oluşabilecek sinüs membran perforasyonunun kapatılması gibi prosedürlerde kullanılabilmektedir.

Lateral pencere yaklaşımı kullanılarak yapılan bir sinüs yükseltme prosedüründe perfore olan schneiderian membranın altında kemik oluşumunu değerlendirmiştir (64).

Bir çalışmada altı hastaya (24 dental implant) sinüs yükseltme uygulanıp sinüs mukozasının membranı altındaki implantların etrafı bukkal yağ dokusu ile doldurulmuştur. Sinüs yükseltme işleminden ortalama 7.2 ay sonra maksiller sinüste kemik konsolidasyonu radyolojik ve histolojik olarak gözlenmiştir.

Histomorfometrik verilere göre, örneklem büyüklüğü sınırlamasına rağmen % 62.8 ± 13.1 vital kemik oluşumu gözlemlendi. Bukkal yağ yastığının otogen kemik greft materyali olarak kabul edilebileceği sonucuna varılabilir.

2.5.8.6.Yumuşak doku yönetimi

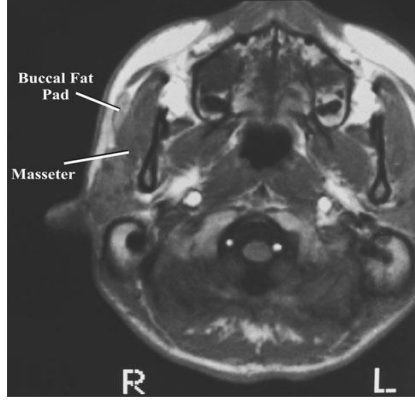
Dişeti çekilmesi, kök hassasiyeti, ağrı, çürük, plak tutulumu,estetik kaybı ve diş kaybına ile sonuçlanabilen bir durumdur. Miller'in III. ve IV. sınıflamasında dişeti çekilme bölgeleri, mevcut tekniklerle prognozu çok zayıf olduğundan cerrahi kök kapama teknikleriyle tedavi için uygun değildir. Bukkal yağ yastığının, III. Sınıf dişeti çekilmesi olan bölgelerde kök yüzeyini kapatmak için subepitelyal bir greft olarak kullanıldığını bildirmiştir (65).

Bukkal yağ dokusunun kök yüzeyinin örtülmesi için güvenilir bir alternatif olabileceği sonucuna varılmıştır. Ayrıca, atrofik maksilla hastalarında zigomatik implant cerrahisi sonrası oroantral açıklık oluşumu gibi komplikasyonları önlemek için bukkal yağ dokusunun kullanımı değerlendirilmiştir (66).

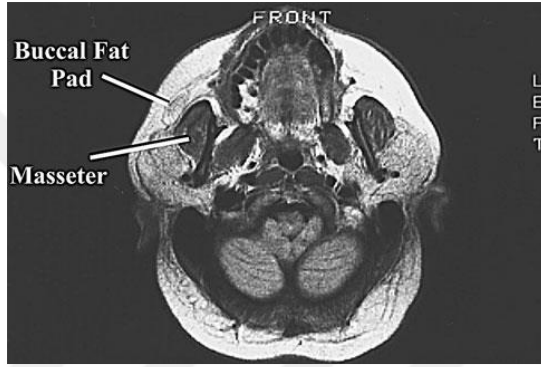
Yazarlar implantı bukkal yağ dokusu ile kaplamanın yüksek bir başarı oranı sunduğunu, komplikasyonları önlemek ve tedavi etmek için uygulanabilir ve öngörülebilir bir tedavi seçeneği olduğu sonucuna varmışlardır.

2.5.8.7.Kemik defektleri / peri-implant ve peri-implantit tedavisi

Bukkal yağ dokusu bildiğimiz üzere oral kusurların tedavisinde kullanılmıştır. Sadece son on yılda, MRG ve BT incelemelerinin kullanılmasıyla, bukkal yağ yastığının tümör çıkarılması veya diğer oral lezyonlardan sonra oral rekonstrüksiyon için flep olarak kullanıldığı birçok vaka olmuştur (Şekil 2.15,Şekil 2.16).



Şekil 2. 15 Oral kavite ve sert damak düzeyinde T2 MRG kesiti. Bukkal Yağ Dokusu, masseterin önünde belirgindir (44).



Şekil 2. 16 Oral kavite ve sert damak düzeyinde T1 MRG kesiti. Bukkal yağ dokusu, masseterin hemen önünde görülmektedir. Masseterin büyüklüğüyle ilişkili olarak bukkal yağ yastığının hacmi değişiklik göstermektedir (44).

Örneğin bir çalışmada, 32 hastada tümör çıkarılmasının neden olduğu oral defektleri yeniden yapılandırmak için pediküllü bukkal yağ yastığı flebi kullanıldı (16'sı damağa lokalize, 6'sı bukkal mukozada, 7'si retromolar trigonda ve 3'ü lateral faringeal duvarda). Tüm hastalarda defektler yeterince onarılmıştır(67). Bukkal yağ yastığı, alveolar kret, maksilla, sert ve yumuşak damak, yarık, mandibula retromolar bölgesi ve vestibüler sulkus gibi maksiller defektler için çizgisiz pediküllü greft olarak başarılı bir şekilde kullanılmıştır (68).

Posterior maksillaya yerleştirilen implantların peri-implant kemik defektlerinin rejenerasyonunda bukkal yağ yastığının kemik greft materyali olarak kullanımını değerlendirdi(69). Protez yüklemesinden 12 ay sonra implant sağ kalımı ve başarı oranları% 97.6 ve ortalama marjinal kemik kaybı 0.58 ± 0.27 mm olarak bulundu. Peri-

implantit yaygın bir durumdur, ancak hiçbir spesifik tedavi protokolünün kesin etkili olduğu gösterilmemiştir.

Peri-implant tedavisinde de bukkal yağ dokusunun kullandığı bildirilmiştir (70). Bukkal yağ dokusu sekiz hastada çıkarıldı ve 22 peri-implant lezyonunu tedavi etmek için kemik greftleriyle birlikte kullanıldı. İmplant yüzeyinin mekanik debridmanı ve granülasyon dokusunun çıkarılması küretler veya erbium katkılı itriyum alüminyum garnet lazeri ile yapılmış.

Takip süresi boyunca plak indeksi, sondlamada kanama, cep derinliği, dişeti çekilmesi ve adherans gibi klinik parametreler kaydedildi. Periimplantit tedavisinde bukkal yağ dokusu kullanımının kalan kemik dokusunu koruduğu ve yumuşak dokuyu artırdığı sonucuna varılmıştır. Serbest oral yağ grefti, fibrozise neden olarak, yumuşak dokunun implantların etrafına yapışmasını önleyerek implant sağ kalım oranını arttırmıştır. Ortalama takip süresi 12 ay olup peri implantit nüksü olmayan, mükemmel, fonksiyonel ve estetik sonuçlar elde edilmiştir.

2.6.Bişektomi

Bişektomi veya bukkal yağ yastığının çıkarılması, yüzün orta üçte birinde (elmacık kemikleri / zigomun altında) aşırı hacim olduğunda veya yanak mukozası ağız içi travmaya maruz kaldığında uygulanan cerrahi bir prosedürdür.

İdeal adaylar, bu alanda daha ince bir yüz görünümü elde etmek isteyen ve kronik yanak ısırması olan hastalardır. Ekstra oral fotoğraflar preoperatif klinik değerlendirmenin bir parçasıdır ve yüz konturu ve hacim azalmasının izleneceği postoperatif (işlemden hemen sonra, 15 gün, 45 gün sonra ve 4 ay sonra son değerlendirme) alınan fotoğraflarla karşılaştırılır.

Ameliyat öncesi klinik değerlendirmenin bir diğer önemli kısmı, prosedürün geri dönüşümsüzlüğü ve nihai sonuçları konusunda hasta beklentilerini yönetmektir. Bukkal yağ yastığı çıkarılması en çok yuvarlak, oval ve kare yüz şekillerinde endikedir. İşlemden önce iki yapı değerlendirilmelidir: Bunlardan ilki zigomatik kemiğin boyutudur. Zigomatik kemik çok küçükse, bişektomiden birkaç ay sonra bir

dolgu gerekebilir. Değerlendirilmesi gereken ikinci yapı ise masseter kasıdır. Hipertrofik masseter kasları, yağ yastığı çıkarıldıktan sonra daha belirgin hale gelir.

Bukkal yağ yastıkları ilk kez 1902'de Fransız Anatomist ve Biyolog *Marie François Xavier Bichat* tarafından, yanakta, zigomatik kemiğin altında ve çene çizgisinin üzerinde bulunan ve birkaç uzantısı olan kapsüllenmiş bir yağ kütlesi olarak tanımlandı (71). Bişektomi işleminde ortalama olarak, maksimum 6 ml hacim ile prosedür sırasında 3 ila 4 ml yağ çıkarılır.

Bukkal yağ yastığı, toplam hacmin %40'ını içeren grubun en büyük yağ yastığıdır. Bichat yağ yastığının birincil işlevi mekaniktir. Buksinatör kas ve masseter arasındaki konumu nedeniyle, bebeklerde çiğnemeyi ve emmeyi kolaylaştırır.

Yağ yastıkları artık yağdan yapılır, bu da hastalar ideal kiloda olsalar bile aşırı yüz yuvarlaklığı ile aşırı kilolu olmak gibi yanlış izlenimler verilmesine sebep olur. Bu durum, çoğu kendini hor gören ve düşük özgüvenli hastalarda, zihinsel durumlarını ve mutluluklarını etkileyen bir memnuniyetsizliğe neden olur.

Yüzün daha küçük bir üçte birine sahip olmanın 'geçen bir heves' olduğuna inanmıyorum. Sonuçta, yuvarlak yüzlü bir kahraman veya güzellik sembolü hiç olmamıştı. En iyi örnek, çene hattı ile göze çarpan ve hala bir güzellik sembolü olarak kabul edilen Mısır kraliçesi Nefertiti'dir (72).

2.6.1.Bişektomi endikasyonları

Bukkal yağ yastığının çıkarılmasının endikasyonu hastaya özel olarak değişebilmektedir. Bu ameliyat sadece estetik amaçlarla değil, aynı zamanda fonksiyonel nedenlerle de endikedir.

Düzgün kullanıldığında, bukkal yağ yastığı, adipoz kök hücrelerine benzer bir fenotipe sahip olan, maksiller sinüs membran perforasyonu, oroantral / oronasal ilişkinin kapatılması, peri-implantit, ülser tedavisi, oral mukozanın fibrozu, yumuşak doku rekonstrüksiyonu gibi presedürlerde kullanılabilir.

Konumu nedeniyle, klinik olarak önemli patolojilerin yanı sıra sürekli travmaya maruz kalmaya eğilimlidir. Çiğneme fonksiyonu sırasında dişlerin neden olduğu yanaklarda sürekli travma olduğunda, bukkal yağ yastığı çıkarılabilir.

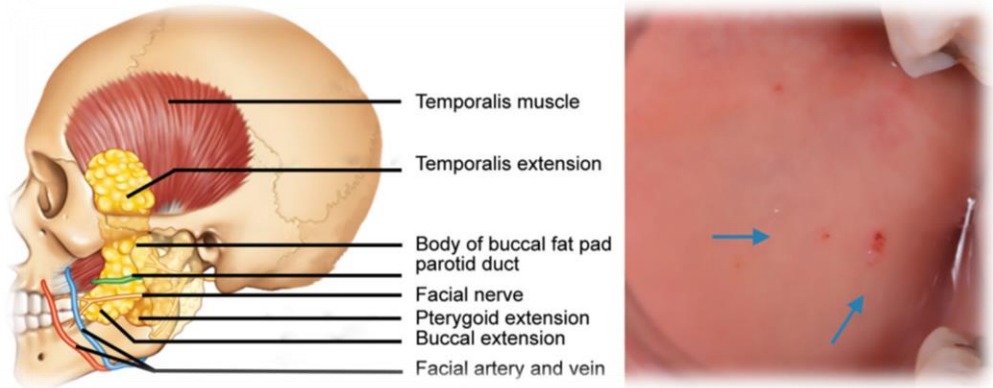
Özellikle Hindistan’da rastlanan oral submuköz fibroziste bukkal yağ yastığı, iyi fonksiyonel ve estetik sonuçlarla oral submuköz fibrozun cerrahi tedavisinde çıkarılabilir veya kullanılabilir.

Bu nedenle, endikasyonu standartlaştırmak ve oral cerrahlara alternatifler sunmak amacıyla, bukkal yağ yastığı ekstraksiyonunun sadece estetik değil aynı zamanda fonksiyonel klinik uygulamalarını da anlatmaya ihtiyaç vardır.

Hastalar başlangıçta, üçüncü azı dişleri veya maloklüzyonu olmasa bile çiğneme fonksiyonu sırasında sık sık yırtılmalarla (Şekil 2.17.) oral mukozada rahatsızlık bildirdiler ve ayrıca dış yüz morfolojisini iyileştirmek istediler.

Bişektomiden sonra azalmış nazolabial hat derinliği, dolgun dudaklar, yanak altında gözle görülür gölge çizgisi (allık etkisi), daha belirgin elmacık kemiği, gülümserken daha iyi diş görünümü, gülümserken daha belirgin gözler, daha belirgin bir çene hattı ve azalmış yanak hacmi gibi değişiklikler gözlenir.

Bu prosedür için ideal hastalar nihai sonuçtan memnun olur. Kendilerini daha mutlu, daha güvenli, daha seksi hissederler ve özgüvenleri yükselir. Bu nedenle sadece fiziksel sonuçlar getiren bir prosedür değil, aynı zamanda psikolojik sonuçlar da getiren bir prosedürdür.



Şekil 2. 17 Yanak mukozasındaki travmaya bağlı diş izleri (73)

2.6.2.Bişektomi tekniği

Öncelikle hasta, onam formunu imzalamadan önce, hastalar işlem protokolü ve postoperatif takip sırasında beklenen değişiklikler hakkında bilgilendirilir. Yüz gerdirme prosedürü sırasında yapılan ekstraoral yaklaşım ve ağız içi yaklaşım olmak üzere bukkal yağ yastığının çıkarılmasını gerçekleştirmenin iki yöntemi vardır. Literatüre göre en güvenli yöntem intraoral insizyon ile yapmaktır (6).

İntraoral yaklaşım için öncelikle anestezi ile başlayarak cerrahi planlama yapılır. Fasiyal sinirin bukkal dalı, medial alveoler sinir, üst posterior alveoler sinir, inferior alveoler sinirin anestezisi hem bukkal yağ yastığına ulaşımı kolaylaştıracak hem de ağrısız bir işlem için kolaylık sağlayacaktır. Bukkal yağ yastığına ulaşım; bu durumda, Stenon kanalına göre daha süperiordan olacaktır (Şekil 2.18.).

Stenon kanalının parotis bezinden çıkışını belirledikten sonra, Bisturi veya lazer ışını ile, üçüncü veya ikinci üstün azı dişinin ucundan başlayarak ve parotis kanalının ağız içine açıldığı yer olan stenondan başlayarak kanal yönünde, vestibüler kat arasında 1 ile 1.5 cm arasında değişen bir insizyon yapılır (3,74). Doku, mukoza, buksinatör kas ve bukkal yağ yastığının ince kapsülü olacak şekilde sırayla kesilir.

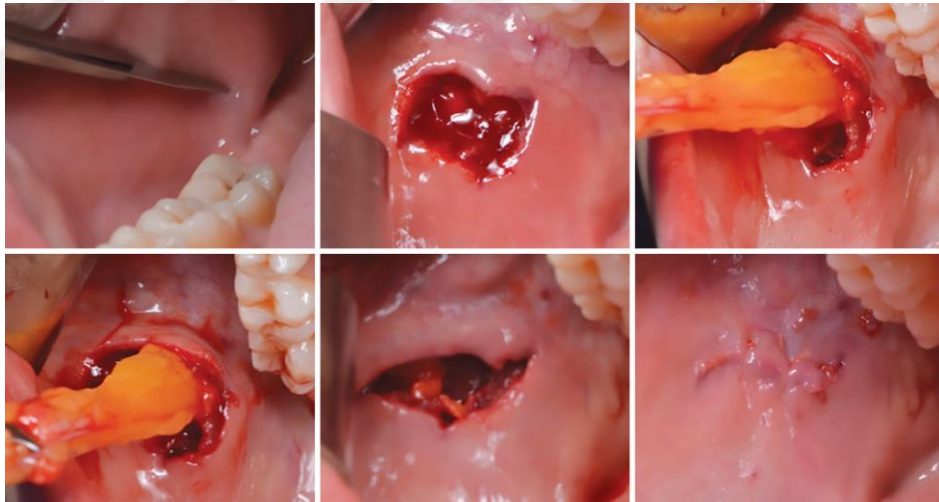
Dokular ve buksinatör kas Kelly klempile diseke edilerek yağ yastığı dikkatlice ağız boşluğuna çekilir ve ped pervazına zarar vermemek için özel pens yardımıyla kaydırılır, böylece pedi tek bir parça halinde çıkarmak mümkündür. Daha sonra, yağ dokusunu bir Allis pensiyle tuttuktan sonra, serbestleştirildiğinden emin olunur ve tam serbestleştirildiği garantiye alınır. Yağ dokusu kapsülü çıkarılmaz. Yumuşak doku sınırları yeniden kesilmiş ve emilebilen tek emilebilir sütürlerle dikilir (3,75).

İşlemden hemen sonra, terapötik lazer uygulanabilir, ardından ödem riskini en aza indirmek için kriyoterapi ve bandaj uygulanır. Ağrı kesici ilaç, kortikosteroidler ve antibiyotikler reçete edilebilir.

Prosedürden sonraki 15 gün içinde sonuçlar fark edilmeye başlayabilir.45 gün içinde güzel sonuçlar alınmaya başlanabilir ama nihai sonuç,4 ay sonra yüz hacminin azaltılmasının fotoğraflarda da görülebildiği zamandır.



Şekil 2. 18 A-F Anestezi (A)Anestezi yapılacak alanın belirlenmesi, (B – E) Fasiyal sinirin bukkal dalının farklı bloklarının anestezisi, medial alveoler sinir, üstün posterior alveoler sinir, inferior alveoler sinir ve (F) Bukkal yağ yastığını çevreleyen alanın anestezisi (73)



Şekil 2. 19 3A - F: Bichat'ın yağ yastığının çıkarılması için kullanılan cerrahi tekniğin sırası, (A) 1 cm yüzeysel bir kesi yapılması, (B) Dokuları derinleştirmeksizin incelemek, Bukkal yağ yastığını, karakteristik turuncu rengini tanımlamak, (C ve D) Bukkal yağ yastığı yan ve ön yönde hassas ve yavaş hareketlerle şped çekişi, (E) Doku eksizyonunun tamamlanması ve (F) Tek nokta sütür (73)

2.6.3.Bişektomi komplikasyonları

En sık görülen komplikasyonlar kanama, ödem, ekimoz, hematoma, subkutan amfizem ve enfeksiyondur. En sık görülen komplikasyon ödemdir; bu nedenle oluşumunu engellemek için mevcut tüm yönetim araçlarını kullanmalıyız

Ayrıca, fasiyal sinir hasarı, yüz asimetrisi ve trismus rapor edildi. Sadece olgu serileri analiz edildiğinde 71 hastadan bukkal yağ dokusu çıkarıldığında altısında (% 8,45) trismus, yüz asimetrisi ve kanama gibi komplikasyonlar görülmüştür (3,76).

Bildirilen sonuçlar göz önüne alındığında, dahil edilen çalışmaların komplikasyon oranı, tedavi edilen hastaların% 8,45'i kadardır. Bukkal yağ pedinin çıkarılması, özellikle bruksizmden muzdarip hastalarda, masseter ve buksinatör kasları arasında, sürtünmeyi artırıp trismusa neden olabilir. Bu durumda postopun ilk günlerinde kas gevşetici reçetesi trismus'u kontrol etmek için yeterlidir.

Bu liste kanama, yüz asimetrisi ve trismus'u içeriyordu. Bildirilen komplikasyonlar minör sayılsa da, parotis kanalında ve fasiyal sinirde de yaralanmalar görülebilir (3,50).

Bazı çalışmalarda intraoral olarak bukkal yağ dokusu çıkarıldıktan sonra internal maksiller arterin kanadığı bildirilmiştir (61).

Komplikasyonlar hakkında bilgi eksikliği, tekniğin potansiyel komplikasyonlarını tanımlamak için prospektif klinik çalışmaların yapılması gerektiğini göstermektedir. İntraoral yaklaşım ve yüz germe prosedürü arasındaki farkları vurgulamak önemlidir. İki teknikte anestezi rejiminin yanı sıra cerrahi anatomi de tamamen farklıdır. Komplikasyonların çoğu, Bukkal yağ dokusunun çıkarılmasının kendisi ile değil, seçilen yaklaşımla ilgilidir. Kesi çevresinde bulunan ve uygun teknikle kaçınılması gereken önemli yapılar: parotis bezi kanalları, fasiyal ven, fasiyal arter ve fasiyal sinirdir. Yüz germe sırasında, bukkal ve zigomatik dallarda büyük komplikasyonların meydana geldiği görülmüştür. Bu komplikasyonlar fasiyal yaklaşımda yer alan yapılara verilen hasar nedeniyle meydana gelmiştir (3). İntraoral yaklaşımla ilgili en önemli yapı parotis kanalıdır. Bildirildiği gibi, bu yapıya zarar vermemek için, insizyon stenonun üstünden (maksiller gingivobuccal sulkus) veya altından kontrollü olarak yapılır. Genel olarak, çok az şikayet bildirilmiştir.

Tıbbi çalışmalar, gençken Bukkal yağ dokusu çıkarılan hastalarda bu prosedür için orta ve uzun vadeli sonuçlar ortaya koymaktadır, şimdiye kadar sonuçlar umut vericidir. Dokunun son halini alması ve sikatrizasyon, çevresel dokuları etkilemez, tedavi tüm işlevselliğini ve uzun ömürlülüğünü korur.

2.7.Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, bireyin dış görünüş, bedensel ve ruhsal iyilik durumudur. Birçok faktör yaşam kalitesini etkileyebilir.

Hayatın "iyi" devam etmesi, kişinin mutluluğu ve tek başına günlük yaşamına idame ettirerek yaşamın keyfini çıkarması bu faktörlerden bazılarıdır. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, sağlıktaki bozulmalar ve bunların tedavisiyle etkilenebilen durumları kapsamaktadır.

Örneğin, ,günlük etkinliklerde başkalarının yardımını gerektirecek sağlıksız bir ağrı ve ağrının yaşamı olumsuz etkisi, hastanın yaşam kalitesini düşürür. Yaşam kalitesi ilk kez bir sosyal bilimci olan Thorndike (1939) tarafından "sosyal çevrenin bireye yansıyan tepkisi" olarak tanımlanmış olup, sosyal çevrenin önemi üzerinde durulmuştur. Tarihsel süreç incelendiğinde; yaşam kalitesinin öncelikle ekonomi bilimlerinde kullanıldığı görülmektedir. Daha sonra sosyologlar ve psikologlar tarafından sosyal bilimlerde kullanılmaya başlamıştır.

Yaşam kalitesi, tanımı ve ölçülmesi güç bir kavramdır (77). Mutlu olma ve yaşamdan zevk almayı bilme durumu olarak tanımlanan yaşam kalitesi DSÖ tarafından "kişinin kendi durumunu, kültür ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi" olarak tarif edilmektedir. Bu bağlamda yaşam kalitesi, kişisel iyilik halinin bir anlatımı ve yaşamın farklı alanlarında mutlu olma gayeti olarak da tanımlanabilir. Hayatın birçok alanını ve kişiden kişiye farklılık gösteren yaşam kalitesi kişilere, topluluklara ve tarih dönemlerine göre farklılık gösterir (15,77-79).

"Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?" sorusu net bir sonuca ulaştırmasa da yaşam kalitesini ölçmek için basit bir uygulamadır. Son zamanlarda yapılan çalışmalar yaşam kalitesini ölçmek için genellikle anket kullanıldığı görülür. Bu anketler ile hastadaki fiziksel ve ruhsal durumlar, ağrı ve gündelik hayat etkinlikleri gibi konular hakkında

bilgi edinmeye çalışılır. Kişinin yakalandığı hastalığın yada herhangi bir tıbbi girişimin bireyde ne tür etkiler yarattığını görmemize katkı sağlar.

Yaşam kalitesiyle ilgili ankette verilen yanıtlar, yaşam kalitesini yükseltmek için çaba sarf edilmesi gereken alanların tespit edilmesine yardımcı olabilir. Yaşam kalitesiyle ilgili temel sorunun ameliyat sonrası sürekli ağrı olduğu varsayıldığında, ağrının daha iyi kontrol edilebilmesi için, hastanın ağrı yönünden değerlendirilmesi, tedavi seçeneklerinin buna göre düzenlenmesi gerekir. Ayrıca ameliyat döneminde ağrı gelişmesinin engellenmesi gibi araştırmalar yapılabilir.

Teknolojinin ilerlemesi ile birlikte sağlıkta başarılı adımlar atılmış ve hastalıkların tedavisinde önemli bir yol alınmıştır. Buna bağlı olarak yaşam süresi uzamış ve kronik hastalıklar ile daha uzun süre mücadele gerekliliği ortaya çıkmıştır.. Hastalıkların biyolojik yönden tedavisinde bu gelişmeler sağlanırken, hastaların psikososyal sorunları ile daha fazla ilgilenme zorunluluğu gereklilik olarak karşımıza çıkmıştır. Ek olarak, hastalıklar için etkili ilaçlar piyasaya çıktıkça, bu ilaçlar arasındaki farkı da belirleyen hastanın tedavi sırasındaki rahatı olmuştur. Bütün bunlar yaşam kalitesini giderek daha önemli bir duruma getirmiştir.

Yaşam kalitesi, yaşam doyumu, öznel iyi olma, mutluluk, işlevsel yeterlilik, sosyal iyilik bileşenlerinin bir araya gelmesiyle sağlanmaktadır (80,81).

Yaşam kalitesinin en geniş tanımını yapacak olursak “yaşam koşulları içinde elde edilebilecek kişisel doyumun düzeyini etkileyen hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren bir kavramdır” diyebiliriz. Bu tanım kültür, değer yargılar, kişinin konumu ve amaçlarını içinde bulundurur (82,83). Ancak bu kavram genellikle gözardı edilmektedir. Çeşitli tedavi çalışmalarında %30-50 oranında yaşam kalitesinin sağlandığından söz edilirken, uygulamada yaşam kalitesi ölçeği kullanma gereksinimi yalnızca %2-7 oranındadır (81).

Bunun dışında klinisyenlerin yaşam kalitesi konusunda olumlu görüş bildirdikleri bilinirken, pratikte çok kullandıkları bir ölçüt olmadığı da bilinmektedir (84).

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 1948’de, sağlığı sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik olma hali olarak tanımlamasından sonra yaşam kalitesi konusu sağlık bakım uygulamalarında ve araştırmalarında önem

kazanmaya başlamıştır. 1973 yılında popüler olmaya başlayan ve o günden beri birçok klinik araştırmada konu olan yaşam kalitesi kavramının çalışmalarının sayısı her geçen gün artmaktadır (85,86).

Yaşam kalitesinin daha sadeleşmiş bir varyantı olan “Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi-SİYK” kavramı fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda bireyin deneyimleri, inançları, beklentileri ve algılamalarıyla değişkenlik gösteren sağlık algılarını konu edinmektedir (87).

2.7.1.Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, ilişkisi doğrudan olan veya olmayan birçok faktörü içeren bir görüştür. Yaşam kalitesi tanımında olduğu gibi, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin tek ve net bir tanımı olamaz (85).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bileşenleri ilk kez, 1948 Dünya Sağlık Örgütü anayasasında yer alan sağlığın tanımı içinde tanımlanmıştır. DSÖ; sağlığı sadece hastalık yada sakatlığın olmayışı değil, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır (85).

Bu bileşenler daha sonraki yıllarda yapılan sağlıkla ilgili yaşam kalitesi tanımlamalarının hemen hepsine temel olmuştur. Engquist ve arkadaşlarına göre; kişilerin kendi amaçlarına uygun olarak entelektüel ve fiziksel yeteneklerini kullanabilmeleri için, kendine güven ve fırsatları kullanabilme koşullarını sağlama düzeyidir (88).

Bir araştırmacı ise daha önce de bahsedildiği gibi; fiziksel, psikolojik, sosyal yaşam, aktivite, maddi ve temel ihtiyaçlar konularında kişisel doyum derecesi olarak tanımlamaktadır. Buna kısaca mutluluk demiştir (89).

1990 yılında bir araştırmacının yapmış olduğu tanımda ise sağlıkla ilgili yaşam kalitesi; kişinin bir hastalık ve bu hastalığı iyileştirmek için yapılan tedaviye karşı bedensel, ruhsal ve sosyal cevabının öğretici, fonksiyonel bir dışı vurumudur (90).

DSÖ sağlıkla ilgili yaşam kalitesini; içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması olarak tanımlamaktadır (85).

2.7.2.Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin önemi

İnsan yaşantısında mutlu olmak ister. Mutluluk ise bazı yazarlara göre, gerçekleşmesi anlamlı etkinlik ve etkileşimle ulaşılabilecek bir ideal olan yetkin bir doyum durumu, arzu ve isteklerin tümüyle karşılanması olarak tanımlamıştır (91). Yaşama anlam katan değerlerin zirvesinde sağlık yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinin amacı ise, yaşama anlam katan bu değerın muhafazası ve yükseltilmesidir. Kişi bazı bakıldığında hastalara uygulanan tedavinin üç temel amacı mevcuttur. Yapılan müdahaleler sonunda, hastaların yaşam sürelerinin uzaması, ileride sağlık durumlarının bozulmasının önlenmesi ve onların kendilerini daha iyi hissetmelerinin sağlanması amaçlanır. Bu üç amaçtan ilk ikisine ne kadar ulaştığımızı ölçmek nispeten kolaydır. Ancak tıbbi işlemlerdeki hedeflerimiz bir bütün olarak incelediğimizde bu tip bir değerlendirmenin eksik olacağı açıkça anlaşılmaktadır. Bu nedenle kişilerin rahatsızlık nedeniyle uygulanan tedavi veya kişisel sebeplerle yapılan çeşitli müdahaleler sonrası kişilerin nasıl hissettikleri, günlük yaşam aktivitelerini yapabilme derecelerinin de değerlendirilmesi gerekmektedir (91).

2.8. Hasta Konforu

Günlük yaşantıda sıklıkla kullanılan konfor, rahatlık, rahatlama ve rahatlatma temel bir insan ihtiyacının kuramsal karşılığıdır. Birçok yazar yazılarında hem fiziksel hem de mental konfordan söz etmişlerdir. Fakat bu kavramı bugünkü anlamda tanımlayan araştırmacı *Katharina Kolcaba* 'dır (92).

Konfor kuramı temel fonksiyonlarından olan rahatlatma işlevi üzerinden gelişmektedir(92). Konfor kavramı analizi çalışmaları sonucunda konforun üç teknik yönünü önce durum(state), ferahlama(relief) ve yenilenme(renewal), daha sonra ise aynı sınıflamayı rahatlama(ease), ferahlama(relief) ve üstünlük(transdence) olarak ortaya konmuştur. Bundan sonra aşamaları ferahlama, rahatlama ve üstünlük olarak sıralamıştır. Daha sonra ise yine Kolcaba holistik konfor kuramı yayınlanmış ve iki boyutta açıklanmıştır. Birinci boyut ferahlama(belirli bir gereksinimi karşılanan hastanın durumu), rahatlama(dinginlik veya memnuniyet, gönül hoşluğu durumu) ve üstünlük(birinin kendi sorunlarının ya da ağrısının üstesinden geldiği durum) aşamaları oluşturur. İkinci boyutu ise fiziksel(bedensel duyularla ilgili), psikosprütüel(bireyin yaşamındaki saygı, benlik kavramı, cinsellik kavramlarını içeren

kendi iç farkındalığıyla ilgili), çevresel(dış ortam, koşul ve etkenlerle ilgili) bileşenler oluşturur (92,93) .

Sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlar 1975 yılında sentezlenerek içsel davranışlar, dışsal davranışlar ya da huzur içinde ölüm olarak ele alınmıştır. *Kolcaba* konfor ve sağlığı geliştirmeye yönelik uygulamalar arasındaki ilişkinin çok yüksek olduğunu, sağlığı geliştirmeye yönelik uygulamaların konforu arttırabileceğini düşünmüş ve konfor ile beraber sağlığı geliştirmeye yönelik uygulamalar arasındaki ilişkiyi savunmuştur (94) (92,95).

2.8.1. Günübirlik cerrahi uygulamalarda konforun önemi

Tüm cerrahi girişimlerde olduğu gibi günübirlik cerrahinin de hasta konforuna olumsuz yönde etkisi olabilmektedir (96) . Hastanede yatma ve cerrahi girişim ve buna ilişkin ameliyat öncesi hazırlıklar, malignite varlığı veya şüphesi, hastanın dış görünüşüyle ilgili kaygıları hastalarda anksiyeteye sebep olan durumlar arasındadır (97).

Hastanede yatmak ve cerrahi girişimi beklemek hastada kaygı ve korkuya neden olur. Fakat ameliyatın hasta için taşıdığı anlam, ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında yaşanabilecek sorunlara yönelik bilgi yetersizliği, olası olumsuz sonuçlar, ameliyat sonrası ağrı, günlük işlerin kesintiye uğraması, kontrol kaybı, yabancı ve aileden uzak bir çevrede bulunmak ve çeşitli tıbbi uygulamalar anksiyete nedenleri arasında yer almaktadır. Fazla anksiyete de hasta konforu üzerinde olumlu etkilere sahip değildir (98).

Bazı çalışmalarda hastalara sağladığı avantajlara rağmen hastaların günübirlik olarak yapılabilen cerrahi girişimlere bu avantajlardan yeterince faydalanacak kadar iyi hazırlanamadıkları ve sonuçta önemli düzeyde anksiyete yaşadıkları bildirilmiştir (98). Günübirlik cerrahide hasta konforunu sağlamak hekim ve yardımcı sağlık personelinin görevidir. Günümüzde her geçen gün sıklığı artan günübirlik cerrahi uygulamalarda yaşam ve iyileşme kalitelerinin arttırılması için hasta konforunun üzerinde düşünülmesi ve geliştirilmesi için çaba sarfedilmesi gerekmektedir.

2.9.İyileşme Kalitesi

Günümüzde tıp biliminin hedefleri arasında, bireylerde oluşan ruhsal veya bedensel durumları ya da hastalıkları tedavi etmenin yanı sıra, bireyin yaşam kalitesinin de artırılması vardır. Bu sebeple sade hastalık ve ölümün geciktirilmesi değil, aynı zamanda yaşamı keyifli ve kaliteli yaşayabilmesi bireylerin kendisini sağlıklı hissedebilmesi için önem arz etmektedir. Yapılan bir tıbbi girişimin ardından hastanın biran önce gündelik yaşantısına dönmesi ve bu sürecin en konforlu hale getirilmesi ile yüksek bir iyilik hali amaçlanmaktadır (7,8,99).

2.9.1.Estetik uygulama yapılan hastalarda iyileşme kalitesi

Son yıllarda gelişen teknoloji nedeniyle, görsellik, göze hitap ve güzellik önceki dönemlere göre önem kazanmıştır. Daha çekici görünmek ve güzelleşmek için yüzyıllardan bu yana kozmetik maddeleri kullanan insanoğlu günümüzde bilimselliğin artması, teknolojinin inanılmaz olanaklar sağlaması nedeni ile cerrahi girişimlere yönelmiştir. Artan talebi karşılamak için hekimler kendi alanlarında farklı estetik uygulamalar geliştirerek hastalara faydalı olmayı amaçlamışlardır. Bu uygulamalar hastaların çoğu tarafından kabul görmüş ve uygulamaların sayısı ve çeşitliliği artmıştır. Estetik kaygılarıyla başvuran hastaların istekleri, beklentileri beklendiği gibi daha çok dış görünüşle ilgili olmaktadır. Konforu, iyileşme sürecindeki beklentileri daha çok estetik kaygıları üzerinedir. Bazen ağrıları ödemleri kanamaları hoş görebilirken bazen aşırı sorun haline getirebilmektedirler (15,100,101).

2.9.2.Fonksiyonel uygulama yapılan hastalarda iyileşme kalitesi

Fonksiyonel cerrahinin uygulanması ve hastaya fonksiyonel ve estetik açıdan kabul edilebilir bir beden bütünlüğünün sağlanması, birey için psikososyal açıdan önem taşımaktadır. Yüz bölgesi rekonstrüksiyonlarında da hastaların beklentileri, yaşam tarzı ve yaşa göre değişim göstermektedir. Pek çok hasta, kendisine uygulanan cerrahiden sonra kendilerini çok daha iyi hissederken, bazı hastalar ise hiçbir girişimin uygulanmamasını tercih edebilmektedir. Herhangi bir rahatsızlığı, kusuru ve problemi tedavi ettirmek için başvuran hastalar birincil olarak problemlerini gidermek isterler. Herkes gibi iyileşme döneminde konforun yüksek olmasını, operasyon yaptırdıkları amaca bir an önce erişmek isterler (15,18,100,101).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmaya Abant İzzet Baysal Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine başvuranlar aynı cerrahi ekibine ve aynı teknikle bişektomi yaptıran gönüllü hastalar dahil edilmiştir. Bu hastalar arasından herhangi bir mental ve sistemik hastalığı olmayan, Türkçe anlama düzeyleri düşük olmayan genel veya lokal nedenlerle sistemik bir ilaç kullanmayan kooperasyon sıkıntısı olmayan, oral bölgede lokal veya topikal herhangi bir ilaç kullanmayan, alkol yada uyuşturucu bağımlılığı öyküsü olmayan sağlıklı bireyler dahil edilmiştir. Uygulanan tedavi sonrası kendilerini nasıl hissettiklerinin, günlük yaşam aktivitelerini ne derece yapabildiklerinin de değerlendirilmesi için bu hastalara bişektomi işlemi sonrası derlenme kalitelerinin ölçümü amacıyla hasta derlenme 40 (Qor 40) testi uygulanmıştır.

3.1.Hasta Derlenme Testi(QoR 40)

P.S Myles tarafından geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Operasyon sonrası iyileşme kalitesini ölçmek için geliştirilmiş 5 uçlu likert tipi bir ölçektir. İlk aşamada 50 maddeden oluşan anket iyileşme kalitesi ile korelasyon göstermeyen 10 maddenin kaldırılmasıyla 40 maddeye indirgenmiştir. Bu maddeler iyileşmenin çeşitli yönlerine göre 5 alt gruba ayrılmıştır. duysal durum ile ilgili 9, fiziksel rahatlık ile ilgili 12, psikolojik destek ile ilgili 7, fiziksel bağımsızlık ile ilgili 5 ve ağrı ile ilgili 7 madde olmak üzere toplam 40 madde vardır. Anket minimum 40 maksimum 200 olarak skorlanır. Anketin uygulanması için özel bir eğitim gerekmez. Hastanın anketi kendi başına yapabilmesi ve kısa sürede yapılabilmesi önemli avantaj sağlar. Puan artışı hastaların fiziksel ve duygusal iyilik durumlarının ameliyat sonrası beklenen düzeyde yani iyi olduğu anlamına gelmektedir. Düşük puan ise iyilik durumunun olumsuz etkilendiği anlamına gelmektedir (9).

Araştırma sonucunda bişektomi yapılan hastalardan elde edilen veriler, SPSS bilgisayar programı kullanılarak değerlendirildi.

3.2.Hasta Derlenme Testinin(QoR 40) Türkçe'ye çevrilmesi

Öncelikle Türkçe'ye kazandırılma aşamalarından önce geliştiricisinden testi kullanmak için gerekli izinler alındı.

Söz konusu ölçeğin Türkçe çeviri işlemi daha önceden belirlenmiş bir metodolojiye göre yapıldı. Öncelikle, ölçeğin Türkçe'ye çevirisi iki ayrı diş hekimi

tarafından yapıldı, her iki çevirmen de birbirinin çevirisinden habersizdi. Daha sonra iyi düzeyde İngilizce bilen iki ayrı diş hekimi tarafından çeviri metinlerinden ortak bir metin oluşturuldu, bu metin daha sonra orijinal metinle bağımsız bir gözlemci tarafından karşılaştırıldı, bu aşamada İngilizce bir sorunun Türkçe'deki kavramsal karşılığı arasındaki fark üzerine bazı sorular yeniden düzenlendi. Testteki her bir soru Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine başvuran herhangi 3 farklı hastaya uygulandı ve “siz olsaydınız bu soruyu nasıl sorardınız?” şeklinde hastalara soruldu. Bu hastalar çalışma kapsamına alınacak hasta grubundan değildi. Son düzenlemelerden sonra çeviri işlemi sonlanmıştır.

3.3.Ölçeğin Uygulanması

QoR 40 ölçeği Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne başvuran hastalar başta olmak üzere diş hekimliği alanında uzman olan hekimlerce bişektomi yapılan hastalara, online olarak uygulandı. Hastaların tümü okuma yazma bildikleri için anketi kendileri doldurdular.

3.4.Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- 1-Gönüllülük onayı almak
- 2-Daha önce aynı ameliyatı geçirmemiş olmak
- 3-Sistemik ve mental herhangi bir rahatsızlığı olmamak
- 4- Oral bölgede lokal veya topikal herhangi bir ilaç kullanmamak
- 5-18-25 yaş arasında olmak

3.5.Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:

- 1-Aile ve kendi onayı olmayan hastalar,
- 2-Mental gelişim geriliği ve sistemik bir rahatsızlığın bulunması
- 3-Koopere olmayan hastalar
- 4-Türkçe anlama düzeyi düşük olan hastalar
- 5- Alkol ya da uyuşturucu bağımlılığı öyküsü olan hastalar

3.6.İstatistiksel Metot ve Analizler

Araştırmada kullanılan anket uygulamaları ile toplanan verilerin analize hazırlanma ve kontrolünden sonra analiz aşamasına geçilmiştir. Verilerin analizi IBM SPSS v25 paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Gerçekleştirilen analizlerin ilk aşamasında, kullanılan ölçeğin güvenirlik analizi gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin güvenirliği bir iç tutarlılık katsayı tekniği olan Cronbach's Alpha tekniği kullanılarak değerlendirilmiştir.

Kategorik değişkenler için tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde olarak sunulmuştur. Nümerik değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu “Shapiro-Wilk Testi” gibi analitik yöntemler kullanılarak incelenmiştir.

Nümerik değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri normal dağılım gösterenler için ortalama ($\pm$) standart sapma, normal dağılmayanlar için ise minimum – maksimum ve ortanca değerleri verilmiştir. Aritmetik ortalamalara göre yapılan değerlendirmelerde ortalamanın ($\bar{X}$) aralıkları “4,20-5,00 için bulunma düzeyi tam”, “3,40-4,19 için bulunma düzeyi çok”, “2,60-3,39 için bulunma düzeyi orta”, “1,80-2,59 için bulunma düzeyi az”, “1,00-1,79 için bulunma düzeyi hiç” olarak kullanılmıştır (102).

Kategorik değişkenlere göre nümerik değişkenlerin anlamlılığı analizinde normal dağılmadığı için 2 grup arasındaki anlamlılığın analizi için “Mann-Whitney U Testi” uygulanmıştır.

Normal dağılıma uymadığı saptanan iki nümerik değişkenin analizinde “Spearman Rho Sıra Korelasyonu Katsayısı” kullanılmıştır. Korelasyon katsayısının yorumunda “< 0,2 ise çok zayıf ilişki ya da korelasyon yok”, “0,2 - 0,4 arasında ise zayıf korelasyon”, “0,4 – 0,6 arasında ise orta şiddette korelasyon”, “0,6 – 0,8 arasında ise yüksek korelasyon”, “0,8 > ise çok yüksek korelasyon” kriterleri kullanılmıştır. Araştırmada anlamlılık düzeyi $p < 0,05$; $p < 0,01$ olarak alınmış ve hipotezler çift yönlü olarak kurulmuştur.

4. BULGULAR

Bu bölümde yapılan araştırmanın problem durumuna göre oluşturulan alt problemlerine ilişkin elde edilen bulgular ve yorumlar değerlendirilmiştir.

4.1. QoR-40 Testi'ne Katılan Hasta Bireylerin Bişektomi Amacı Bulguları

Ankete katılan hasta bireylerin bişektomi yaptırma amacı özet istatistikleri Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4. 1. QoR-40 Testi'ne katılan hasta bireylerin bişektomi yaptırma amacı özet istatistikleri

		N	%
Amacı	Bişektomi	27	54,0
	Fonksiyonel	23	46,0

QoR-40 testine katılan hasta bireylerin bişektomi olma amacı özet istatistikleri incelendiğinde, Estetik amaçlı bişektomi yapılan hastaların oranının %54 (27 kişi) olduğu, Fonksiyonel amaçlı bişektomi yapılan hastaların oranının ise %46 (23 kişi) olduğu görülmektedir (Tablo 4.1).

4.2. QoR-40 Testine İlişkin Bulgular

4.2.1. QoR-40 testinin güvenilirliğine ilişkin bulgular

Ölçme araçlarının taşınması gereken en önemli özelliklerden birisi olan güvenilirlik, bir ölçme aracıyla aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığının bir göstergesidir(103). Ölçeklerin güvenilirliği farklı yollarla incelenmektedir. Cronbach (1951) tarafından geliştirilen alfa katsayısı yöntemi, özellikle likert derecelendirilen ölçeklerin iç tutarlılığını tahmin etmekte sıklıkla kullanılan bir tekniktir. Araştırmada kullanılan QoR-40 Testinin 50 hasta bireye uygulanması ile elde edilen verilerin güvenilirlik analizi incelenmiş ve Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4. 2. QoR-40 Testi elde edilen verilerin güvenilirlik analizi

Cronbach's Alpha Değeri	N (madde)
0,918	40

40 ifadenin yer aldığı QoR-40 Testinin güvenilirlik analizi Myles ve ark. tarafından yapılmış ve güvenilirlik analizi sonucu Cronbach's Alpha değeri 0,93 olarak bulunmuş ve ölçeğin oldukça güvenilir olduğu kanaatine varılmıştır. Bu çalışmada ise

QoR-40 Testinin güvenilirliği veriler üzerinden yapılmış ve 0.918 olarak bulunmuş (Tablo 4.2) ve ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermiştir(104).

4.2.2. QoR-40 testi madde puan, faktör puan ve toplam puan ortalamalarına ilişkin bulgular

Araştırmada kullanılan QoR-40 Testinin 50 hasta bireye uygulanması ile elde edilen verilerin analiz bulgularına bu kısımda yer verilmiştir. Aritmetik ortalamalara göre yapılan değerlendirmelerde Tablo 4.3 ve Tablo 4.4’de gösterilen aralıklar kullanılmıştır (102).

Tablo 4. 3. Normal puanlanmış maddelerin aritmetik ortalama ve anlamları

$\bar{X}$	Bulunma Düzeyi
4,20 -5,00	Her zaman
3,40-4,19	Çoğu zaman
2,60-3,39	Genellikle
1,80-2,59	Bazen
1,00-1,79	Hiçbir zaman

Tablo 4.3 ’de görüldüğü gibi araştırmaya katılanların ortalamaları 4,20 - 5,00 olanlar, yargıya “Her zaman” olarak katıldıklarını; 3,40 - 4,19 olanlar, yargıya “Çoğu zaman” olarak katıldıklarını; 2,60 - 3,39 olanlar, yargıya “Genellikle” olarak katıldıklarını; 1,80 - 2,59 olanlar, yargıya “Bazen” olarak katıldıklarını; 1,00 - 1,79 olanlar, yargıya “Hiçbir zaman” katılmadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4. 4. Ters puanlanmış maddelerin aritmetik ortalama ve anlamları

$\bar{X}$	Bulunma Düzeyi
4,20 -5,00	Hiçbir zaman
3,40-4,19	Bazen
2,60-3,39	Genellikle
1,80-2,59	Çoğu zaman
1,00-1,79	Her zaman

Tablo 4.4 ’de görüldüğü gibi araştırmaya katılanların ortalamaları 4,20 - 5,00 olanlar, yargıya “Hiçbir zaman” katılmadıklarını; 3,40 - 4,19 olanlar, yargıya “Bazen” olarak katıldıklarını; 2,60 - 3,39 olanlar, yargıya “Genellikle” olarak katıldıklarını; 1,80 - 2,59 olanlar, yargıya “Çoğu zaman” olarak katıldıklarını; 1,00 - 1,79 olanlar, yargıya “Her zaman” katılmadıklarını belirtmişlerdir.

4.2.3. QoR-40 testi madde puan, faktör puan ve toplam puan ortalamalarına ilişkin bulgular

QoR-40 Testine katılan hasta bireylerin test maddelerine verdikleri yanıtların puan ortalamaları, faktör düzeyi ortalamaları ve toplam puan ortalamaları Tablo 4. 5.'da verilmiştir.

Tablo 4. 5. QoR-40 Testi'ne katılan hasta bireylerin “Duygusal Durum” alt faktör düzeyine verdikleri yanıtların maddeleri puan ortalamaları ve standart sapmaları

	Estetik	Fonksiyonel
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Genel olarak kendimi iyi hissediyorum	4,11±0,70	4,48±0,73
Kendime hakimim	4,30±0,78	4,74±0,45
Kendimi rahat hissediyorum	4,19±0,74	4,48±0,73
Kötü rüya görme	4,70±0,47	4,83±0,39
Kaygılı hissetme	4,30±0,91	4,78±0,42
Öfkeli hissetme	4,67±0,55	4,83±0,49
Depresif (ruhsal sıkıntılı) hissetme	4,63±0,84	5,00±0,00
Kendini yalnız hissetme	4,41±1,28	4,96±0,21
Uykuya dalmakta güçlük çekme	4,41±0,75	4,70±0,56

QoR-40 Testi “Duygusal Durum” alt faktörü incelendiğinde ilk 3 madde olan “Genel olarak kendimi iyi hissediyorum, Kendime hakimim, Kendimi rahat hissediyorum” maddeleri “1 – Hiçbir zaman, 2 – Bazen, 3 – Genellikle, 4 – Çoğu zaman, 5 – Her zaman” olarak kodlanmış olup, diğer maddeler ise “5 – Hiçbir zaman, 4 – Bazen, 3 – Genellikle, 2 – Çoğu zaman, 1 – Her zaman” olarak kodlanmıştır. Buradan hareketle QoR-40 Testine katılan hasta bireylerin “Duygusal Durum” alt faktörüne verdikleri yanıtların ortalama ve standart sapmaları incelendiğinde, Estetik amaçlı bişektomi yapılan hastaların “Genel olarak kendimi iyi hissediyorum” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının 4,11±0,70 olduğu, “Kendime hakimim” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının 4,30±0,78 olduğu ve “Kendimi rahat hissediyorum” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının 4,19±0,74 olduğu görülmektedir. Ortalamalar incelendiğinde Estetik amaçlı bişektomi yapılan hastaların “Kendime hakimim” maddesine “Her zaman” katıldıklarını, “Genel olarak kendimi iyi hissediyorum ve Kendimi rahat hissediyorum” maddelerine ise “Çoğu zaman” katıldıkları saptanmıştır (Tablo 4.5). Estetik amaçlı bişektomi yapılan hastaların “Kötü rüya görme” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının 4,70±0,47 olduğu, “Kaygılı hissetme” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının 4,30±0,91 olduğu, “Öfkeli hissetme” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının 4,67±0,55 olduğu,

“Depresif (ruhsal sıkıntılı) hissetme” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,63\pm0,84$ olduğu, “Kendini yalnız hissetme” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,41\pm1,28$ olduğu ve “Uykuya dalmakta güçlük çekme” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,41\pm0,75$ olduğu görülmektedir. Ortalamalar incelendiğinde Estetik amaçlı bişektomi yapılan hastaların tüm maddelere “Hiçbir zaman” katılmadıkları saptanmıştır (Tablo 4.5).

QoR-40 Testine katılan Fonksiyonel amaçlı bişektomi yapılan hastaların “Genel olarak kendimi iyi hissediyorum” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,48\pm0,73$ olduğu, “Kendime hakimim” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,74\pm0,45$ olduğu ve “Kendimi rahat hissediyorum” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,48\pm0,73$ olduğu görülmektedir. Ortalamalar incelendiğinde Fonksiyonel amaçlı bişektomi yapılan hastaların tüm maddelere “Her zaman” katıldıkları saptanmıştır (Tablo 4.5). Fonksiyonel amaçlı bişektomi yapılan hastaların “Kötü rüya görme” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,83\pm0,39$ olduğu, “Kaygılı hissetme” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,78\pm0,42$ olduğu, “Öfkeli hissetme” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,83\pm0,49$ olduğu, “Depresif (ruhsal sıkıntılı) hissetme” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $5,00\pm0,00$ olduğu, “Kendini yalnız hissetme” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,96\pm0,21$ olduğu ve “Uykuya dalmakta güçlük çekme” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,70\pm0,56$ olduğu görülmektedir. Ortalamalar incelendiğinde Fonksiyonel amaçlı bişektomi yapılan hastaların tüm maddelere “Hiçbir zaman” katılmadıkları saptanmıştır (Tablo 4.5).

Tablo 4. 6. QoR-40 Testine katılan hasta bireylerin “Fiziksel Rahatlık” alt faktör düzeyine verdikleri yanıtların maddeleri puan ortalamaları ve standart sapmaları

	Estetik	Fonksiyonel
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Rahatça nefes alıp verebiliyorum	4,67±0,62	4,83±0,49
İyi bir uyku uyudum	4,11±0,80	4,52±0,79
Yediklerimden tat alabiliyorum	4,00±0,88	4,30±0,76
Kendimi dinlenmiş hissediyorum	3,93±0,92	4,48±0,85
Bulantı	4,48±0,58	4,70±0,47
Kusma	4,93±0,27	5,00±0,00
Öğürme	4,63±0,79	4,87±0,34
Huzursuzluk hissetme	4,19±0,83	4,74±0,54
Sallanma ya da seğirme	4,78±0,51	5,00±0,00
Titreme	4,81±0,40	4,96±0,21
Üşüdüğünü hissetme	4,70±0,54	4,96±0,21
Baş dönmesi hissetme	4,59±0,50	4,61±0,58

QoR-40 Testi “Fiziksel Rahatlık” alt faktörü incelendiğinde ilk 4 madde olan “Rahatça nefes alıp verebiliyorum, İyi bir uyku uyudum, Yediklerimden tat alabiliyorum ve Kendimi dinlenmiş hissediyorum” maddeleri “1 – Hiçbir zaman, 2 – Bazen, 3 – Genellikle, 4 – Çoğu zaman, 5 – Her zaman” olarak kodlanmış olup, diğer maddeler ise “5 – Hiçbir zaman, 4 – Bazen, 3 – Genellikle, 2 – Çoğu zaman, 1 – Her zaman” olarak kodlanmıştır. Buradan hareketle QoR-40 Testine katılan hasta bireylerin “Fiziksel Rahatlık” alt faktörüne verdikleri yanıtların ortalama ve standart sapmaları incelendiğinde, Estetik amaçlı bişektomi yapılan hastaların “Rahatça nefes alıp verebiliyorum” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının 4,67±0,62 olduğu, “İyi bir uyku uyudum” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının 4,11±0,80 olduğu, “Yediklerimden tat alabiliyorum” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının 4,00±0,88 olduğu ve “Kendimi dinlenmiş hissediyorum” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının 3,93±0,92 olduğu görülmektedir. Ortalamalar incelendiğinde Estetik amaçlı bişektomi yapılan hastaların “Rahatça nefes alıp verebiliyorum” maddesine “Her zaman” katıldıklarını, “İyi bir uyku uyudum, Yediklerimden tat alabiliyorum ve Kendimi dinlenmiş hissediyorum” maddelerine ise “Çoğu zaman” katıldıkları saptanmıştır (Tablo 4.6). Estetik amaçlı bişektomi yapılan hastaların “Bulantı” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının 4,48±0,58 olduğu, “Kusma” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının 4,83±0,27 olduğu, “Öğürme” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının 4,63±0,79 olduğu, “Huzursuzluk hissetme” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının 4,19±0,83 olduğu, “Sallanma

ya da seğirme” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,78\pm0,51$ olduğu, “Titreme” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,81\pm0,40$ olduğu, “Üşüdüğünü hissetme” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,70\pm0,54$ ve “Baş dönmesi hissetme” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,59\pm0,50$ olduğu görülmektedir. Ortalamalar incelendiğinde Estetik amaçlı bişektomi yapılan hastaların “Huzursuzluk hissetme” maddesine “Bazen” katıldıklarını, diğer tüm maddelere “Hiçbir zaman” katılmadıkları saptanmıştır (Tablo 4.6).

QoR-40 Testine katılan Fonksiyonel amaçlı bişektomi yapılan hastaların “Fiziksel Rahatlık” alt faktörüne verdikleri yanıtların ortalama ve standart sapmaları incelendiğinde, Fonksiyonel amaçlı bişektomi yapılan hastaların “Rahatça nefes alıp verebiliyorum” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,83\pm0,49$ olduğu, “İyi bir uyku uyudum” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,52\pm0,79$ olduğu, “Yediklerimden tat alabiliyorum” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,30\pm0,76$ olduğu ve “Kendimi dinlenmiş hissediyorum” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,48\pm0,85$ olduğu görülmektedir. Ortalamalar incelendiğinde Fonksiyonel amaçlı bişektomi yapılan hastaların tüm maddelere “Her zaman” katıldıkları saptanmıştır (Tablo 4.6). Fonksiyonel amaçlı bişektomi yapılan hastaların “Bulantı” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,70\pm0,47$ olduğu, “Kusma” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $5,00\pm0,00$ olduğu, “Öğürme” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,87\pm0,34$ olduğu, “Huzursuzluk hissetme” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,74\pm0,54$ olduğu, “Sallanma ya da seğirme” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $5,00\pm0,00$ olduğu, “Titreme” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,96\pm0,21$ olduğu, “Üşüdüğünü hissetme” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,96\pm0,21$ ve “Baş dönmesi hissetme” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,61\pm0,58$ olduğu görülmektedir. Ortalamalar incelendiğinde Fonksiyonel amaçlı bişektomi yapılan hastaların tüm maddelere “Hiçbir zaman” katılmadıkları saptanmıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4. 7. QoR-40 Testine katılan hasta bireylerin “Psikolojik Destek” alt faktör düzeyine verdikleri yanıtların maddeleri puan ortalamaları ve standart sapmaları

	Estetik	Fonksiyonel
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Hastane personeliyle iletişim kurabiliyorum (hastanedeyken)	4,41±0,75	4,78±0,52
Ailem ve arkadaşlarımla iletişim kurabiliyorum	4,41±0,75	4,74±0,54
Hastanedeki doktorlardan destek alabiliyorum	4,30±1,07	4,74±0,62
Hastanedeki hemşirelerden destek alabiliyorum	4,22±1,22	4,70±0,76
Ailem veya arkadaşlarımdan destek alabiliyorum	4,56±0,70	4,74±0,62
Komutları ve tavsiyeleri anlayabiliyorum	4,59±0,75	4,74±0,62
Kafası karışık hissetme	4,33±0,62	4,83±0,49

QoR-40 Testi “Psikolojik Destek” alt faktörü incelendiğinde ilk 6 madde olan “Hastane personeliyle iletişim kurabiliyorum (hastanedeyken), Ailem ve arkadaşlarımla iletişim kurabiliyorum, Hastanedeki doktorlardan destek alabiliyorum, Hastanedeki hemşirelerden destek alabiliyorum, Komutları ve tavsiyeleri anlayabiliyorum” maddeleri “1 – Hiçbir zaman, 2 – Bazen, 3 – Genellikle, 4 – Çoğu zaman, 5 – Her zaman” olarak kodlanmış olup, diğer maddeler ise “5 – Hiçbir zaman, 4 – Bazen, 3 – Genellikle, 2 – Çoğu zaman, 1 – Her zaman” olarak kodlanmıştır. Buradan hareketle QoR-40 Testine katılan hasta bireylerin “Psikolojik Destek” alt faktörüne verdikleri yanıtların ortalama ve standart sapmaları incelendiğinde, Estetik amaçlı bişektomi yapılan hastaların “Hastane personeliyle iletişim kurabiliyorum (hastanede)” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının 4,41±0,75 olduğu, “Ailem ve arkadaşlarımla iletişim kurabiliyorum” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının 4,41±0,75 olduğu, “Hastanedeki doktorlardan destek alabiliyorum” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının 4,30±1,07 olduğu, “Hastanedeki hemşirelerden destek alabiliyorum” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının 4,22±1,22 olduğu, “Ailem veya arkadaşlarımdan destek alabiliyorum” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının 4,56±0,70 ve “Komutları ve tavsiyeleri anlayabiliyorum” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının 4,59±0,75 olduğu görülmektedir. Ortalamalar incelendiğinde Estetik amaçlı bişektomi yapılan hastaların tüm maddelere “Her zaman” katıldıkları saptanmıştır (Tablo 4.7). Estetik amaçlı bişektomi yapılan hastaların “Kafası karışık hissetme” maddesine verdikleri yanıtların

ortalamasının $4,33 \pm 0,62$ olduğu görülmekte ve ortalamalar incelendiğinde Estetik amaçlı bişektomi yapılan hastaların “Kafası karışık hissetme” maddesine “Hiçbir zaman” katılmadıkları saptanmıştır (Tablo 4.7).

QoR-40 Testine katılan hasta bireylerin “Psikolojik Destek” alt faktörüne verdikleri yanıtların ortalama ve standart sapmaları incelendiğinde, Fonksiyonel amaçlı bişektomi yapılan hastaların “Hastane personeliyle iletişim kurabiliyorum (hastanede)” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,78 \pm 0,52$ olduğu, “Ailem ve arkadaşlarımla iletişim kurabiliyorum” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,74 \pm 0,54$ olduğu, “Hastanedeki doktorlardan destek alabiliyorum” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,74 \pm 0,62$ olduğu, “Hastanedeki hemşirelerden destek alabiliyorum” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,70 \pm 0,76$ olduğu, “Ailem veya arkadaşlarımdan destek alabiliyorum” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,74 \pm 0,62$ ve “Komutları ve tavsiyeleri anlayabiliyorum” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,74 \pm 0,62$ olduğu görülmektedir. Ortalamalar incelendiğinde Fonksiyonel amaçlı bişektomi yapılan hastaların tüm maddelere “Her zaman” katıldıkları saptanmıştır (Tablo 4.7). Fonksiyonel amaçlı bişektomi yapılan hastaların “Kafası karışık hissetme” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,83 \pm 0,49$ olduğu görülmekte ve ortalamalar incelendiğinde Fonksiyonel amaçlı bişektomi yapılan hastaların “Kafası karışık hissetme” maddesine “Hiçbir zaman” katılmadıkları saptanmıştır (Tablo 4.7).

Tablo 4. 8. QoR-40 Testine katılan hasta bireylerin “Fiziksel Bağımsızlık” alt faktör düzeyine verdikleri yanıtların maddeleri puan ortalamaları ve standart sapmaları

	Estetik	Fonksiyonel
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Normal konuşabiliyorum	$4,48 \pm 0,75$	$4,70 \pm 0,47$
Yüzümü yıkayabiliyorum, dişlerimi fırçalayabiliyorum, tıraş olabiliyorum	$3,93 \pm 1,14$	$4,00 \pm 1,00$
Kendi görünümümü kendim düzeltebiliyorum	$4,33 \pm 0,88$	$4,43 \pm 0,90$
Yazı yazabiliyorum	$4,93 \pm 0,27$	$4,74 \pm 0,54$
İşime dönebilirim ya da gündelik hayatta yaptığım işleri yapabiliyorum	$3,93 \pm 1,27$	$4,22 \pm 1,20$

QoR-40 Testi “Fiziksel Bağımsızlık” alt faktörü incelendiğinde tüm maddelerin “1 – Hiçbir zaman, 2 – Bazen, 3 – Genellikle, 4 – Çoğu zaman, 5 – Her zaman” olarak kodlanmıştır. Buradan hareketle QoR-40 Testine katılan hasta bireylerin “Fiziksel Bağımsızlık” alt faktörüne verdikleri yanıtların ortalama ve

standart sapmaları incelendiğinde, Estetik amaçlı bişektomi yapılan hastaların “Normal konuşabiliyorum” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,48 \pm 0,75$ olduğu, “Yüzümü yıkayabiliyorum, dişlerimi fırçalayabiliyorum, tıraş olabiliyorum” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $3,93 \pm 1,14$ olduğu, “Kendi görünümümü kendim düzeltebiliyorum” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,33 \pm 0,88$ olduğu, “Yazı yazabiliyorum” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,93 \pm 0,27$ olduğu ve “İşime dönebilirim ya da gündelik hayatta yaptığım işleri yapabiliyorum” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $3,93 \pm 1,27$ olduğu görülmektedir. Ortalamalar incelendiğinde Estetik amaçlı bişektomi yapılan hastaların “Normal konuşabiliyorum, Kendi görünümümü kendim düzeltebiliyorum ve Yazı yazabiliyorum” maddelerine “Her zaman” katıldıkları, “Yüzümü yıkayabiliyorum, dişlerimi fırçalayabiliyorum, tıraş olabiliyorum ve İşime dönebilirim ya da gündelik hayatta yaptığım işleri yapabiliyorum” maddelerine ise “Çoğu zaman” katıldıkları saptanmıştır (Tablo 4.8).

QoR-40 Testine katılan hasta bireylerin “Fiziksel Bağımsızlık” alt faktörüne verdikleri yanıtların ortalama ve standart sapmaları incelendiğinde, Fonksiyonel amaçlı bişektomi yapılan hastaların “Normal konuşabiliyorum” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,70 \pm 0,47$ olduğu, “Yüzümü yıkayabiliyorum, dişlerimi fırçalayabiliyorum, tıraş olabiliyorum” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,00 \pm 1,00$ olduğu, “Kendi görünümümü kendim düzeltebiliyorum” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,43 \pm 0,90$ olduğu, “Yazı yazabiliyorum” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,74 \pm 0,54$ olduğu ve “İşime dönebilirim ya da gündelik hayatta yaptığım işleri yapabiliyorum” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının $4,22 \pm 1,20$ olduğu görülmektedir. Ortalamalar incelendiğinde Fonksiyonel amaçlı bişektomi yapılan hastaların “Yüzümü yıkayabiliyorum, dişlerimi fırçalayabiliyorum, tıraş olabiliyorum” maddesine “Çoğu zaman” katıldıkları, diğer tüm maddelere ise “Her zaman” katıldıkları saptanmıştır (Tablo 4.8).

Tablo 4. 9. QoR-40 Testine katılan hasta bireylerin “Ağrı” alt faktör düzeyine verdikleri yanıtların maddeleri puan ortalamaları ve standart sapmaları

	Estetik	Fonksiyonel
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Şiddetli ağrı	4,59±0,57	4,87±0,46
Baş ağrısı	4,48±0,58	4,70±0,47
Kas ağrısı	4,63±0,84	4,83±0,49
Sırt ağrısı	4,89±0,42	4,91±0,29
Boğaz ağrısı	4,63±0,63	4,74±0,45
Ağızda yaraya bağlı ağrı	4,30±0,87	4,09±1,00

QoR-40 Testi “Ağrı” alt faktörü incelendiğinde tüm maddeler “5 – Hiçbir zaman, 4 – Bazen, 3 – Genellikle, 2 – Çoğu zaman, 1 – Her zaman” olarak kodlanmıştır. Buradan hareketle QoR-40 Testine katılan hasta bireylerin “Ağrı” alt faktörüne verdikleri yanıtların ortalama ve standart sapmaları incelendiğinde, Estetik amaçlı bişektomi yapılan hastaların “Şiddetli ağrı” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının 4,59±0,57 olduğu, “Baş ağrısı” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının 4,48±0,58 olduğu, “Kas ağrısı” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının 4,63±0,84 olduğu, “Sırt ağrısı” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının 4,89±0,42 olduğu, “Boğaz ağrısı” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının 4,63±0,63 ve “Ağızda yaraya bağlı ağrı” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının 4,30±0,87 olduğu görülmektedir. Ortalamalar incelendiğinde Estetik amaçlı bişektomi yapılan hastaların tüm maddelere “Hiçbir zaman” katılmadıkları saptanmıştır (Tablo 4.9).

QoR-40 Testine katılan hasta bireylerin “Ağrı” alt faktörüne verdikleri yanıtların ortalama ve standart sapmaları incelendiğinde, Fonksiyonel amaçlı bişektomi yapılan hastaların “Şiddetli ağrı” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının 4,87±0,46 olduğu, “Baş ağrısı” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının 4,70±0,47 olduğu, “Kas ağrısı” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının 4,83±0,49 olduğu, “Sırt ağrısı” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının 4,91±0,29 olduğu, “Boğaz ağrısı” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının 4,74±0,45 ve “Ağızda yaraya bağlı ağrı” maddesine verdikleri yanıtların ortalamasının 4,09±1,00 olduğu görülmektedir. Ortalamalar incelendiğinde Fonksiyonel amaçlı bişektomi yapılan hastaların “Şiddetli ağrı, Baş ağrısı, Kas ağrısı,

Sırt ağrısı ve Boğaz ağrısı” maddelerine “Hiçbir zaman” katılmadıkları, “Ağızda yaraya bağlı ağrı” maddesine ise “Bazen” katıldıkları saptanmıştır (Tablo 4.9).

Tablo 4. 10. QoR-40 Testine katılan hasta bireylerin faktör düzeyleri toplam puan ortalamaları ve tüm ölçeğin toplam puan ortalamaları ve standart sapmaları

	Estetik	Fonksiyonel
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Duygusal durum	4,41±0,50	4,75±0,27
Fiziksel rahatlık	4,48±0,40	4,75±0,26
Psikolojik destek	4,40±0,66	4,75±0,50
Fiziksel bağımsızlık	4,32±0,65	4,42±0,65
Ağrı	4,46±0,46	4,55±0,47
QoR-40 Testi Toplam Puan	4,43±0,35	4,67±0,30

QoR-40 testinin 5 alt faktör düzeyi olup bunlar “Duygusal durum, Fiziksel rahatlık, Psikolojik destek, Fiziksel bağımsızlık ve Ağrı” faktörleridir. Faktör bazlı inceleme yapıldığında testin likert tipli olduğu ve 1-5 arası sıralandığı bilinmektedir. Buradan hareketle “Duygusal durum” alt faktöründe 9 maddenin olduğu görülmekte ve bu faktör düzeyinden alınabilecek min-max puan 9-45 arası, “Fiziksel rahatlık” alt faktöründe 12 maddenin olduğu görülmekte ve bu faktör düzeyinden alınabilecek min-max puan 12-60 arası, “Psikolojik destek” alt faktöründe 7 maddenin olduğu görülmekte ve bu faktör düzeyinden alınabilecek min-max puan 7-35 arası, “Fiziksel bağımsızlık” alt faktöründe 5 maddenin olduğu görülmekte ve bu faktör düzeyinden alınabilecek min-max puan 5-25 arası ve “Ağrı” alt faktöründe ise 7 madde olduğu görülmekte ve bu faktör düzeyinden alınabilecek min-max puan 7-35 arası olduğu bilinmektedir.

QoR-40 testinin faktör düzeylerinin madde toplam puan ortalamaları ve QoR-40 testi toplam puan ortalaması değerlendirilmiş olup, Estetik amaçlı bişektomi yaptıran hastaların “Duygusal durum” alt faktörü toplam puan ortalamasının 4,41±0,50 olduğu, “Fiziksel rahatlık” alt faktörü toplam puan ortalamasının 4,48±0,40 olduğu, “Psikolojik destek” alt faktörü toplam puan ortalamasının 4,40±0,66 olduğu, “Fiziksel rahatlık” alt faktör toplam puan ortalamasının 4,32±0,65, “Ağrı” alt faktörü toplam puan ortalamasının 4,46±0,46 olduğu ve QoR-40 testi toplam puan ortalamasının ise 4,43±0,35 olduğu görülmektedir. Bu sonuçlardan hareketle Estetik amaçlı bişektomi yaptıran hastaların QoR-40 testi toplam puan

ortalaması ve QoR-40 testi alt faktör düzeyleri madde toplam puan ortalamalarının “Her zaman” katılma düzeyinde oldukları saptanmıştır (Tablo 4.10).

QoR-40 testinin faktör düzeylerinin madde toplam puan ortalamaları ve QoR-40 testi toplam puan ortalaması değerlendirilmiş olup, Fonksiyonel amaçlı bişektomi yaptıran hastaların “Duygusal durum” alt faktörü toplam puan ortalamasının $4,75 \pm 0,27$ olduğu, “Fiziksel rahatlık” alt faktörü toplam puan ortalamasının $4,75 \pm 0,26$ olduğu, “Psikolojik destek” alt faktörü toplam puan ortalamasının $4,75 \pm 0,50$ olduğu, “Fiziksel rahatlık” alt faktör toplam puan ortalamasının $4,42 \pm 0,65$, “Ağrı” alt faktörü toplam puan ortalamasının $4,55 \pm 0,47$ olduğu ve QoR-40 testi toplam puan ortalamasının ise $4,67 \pm 0,30$ olduğu görülmektedir. Bu sonuçlardan hareketle Fonksiyonel amaçlı bişektomi yaptıran hastaların QoR-40 testi toplam puan ortalaması ve QoR-40 testi alt faktör düzeyleri madde toplam puan ortalamalarının “Her zaman” katılma düzeyinde oldukları saptanmıştır (Tablo 4.10).

4.2.4. Qor-40 testi faktör düzeyleri arası ilişkiye ilişkin bulgular

QoR-40 testi faktör düzeyleri arasındaki ilişki ve bu ilişkilere dair yorumlar bu bölümde verilmiştir. QoR-40 testi faktör düzeylerinin normal dağılımlı olup olmadığı “Shapiro-Wilk Testi” ile incelenmiş olup sonuçlar Tablo 4.11’de verilmiştir.

Tablo 4. 11. QoR-40 Testi faktör düzeyleri normal dağılım testi

	Shapiro-Wilk Testi		
	İstatistik Değeri	N	P değeri
Duygusal durum	,839	50	,000
Fiziksel rahatlık	,870	50	,000
Psikolojik destek	,734	50	,000
Fiziksel bağımsızlık	,867	50	,000
Ağrı	,862	50	,000

*p>0,05

Bişektomi yapılan hastaların QoR-40 testi alt faktörlerinin normalliğine bakılmış ve tüm alt faktörlerin normal dağılmadığı görülmüştür ($p < 0,05$) (Tablo 4.11). Bundan dolayı normal dağılmayan nicel değişkenler arası ilişki olup olmadığının analizi “Spearman’s Rho Sıra Farkları Korelasyon Katsayısı” ile incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.12’de verilmiştir. Korelasyon katsayısının yorumunda “ $< 0,2$ ise çok zayıf dereceli ilişki ya da korelasyon yok”, “ $0,2-0,4$ arasında ise zayıf dereceli korelasyon”,

“0,4-0,6 arasında ise orta şiddette korelasyon”, “0,6-0,8 arasında ise yüksek korelasyon”, “0,8> ise çok yüksek korelasyon” kriterleri kullanılmıştır.

Tablo 4. 12. QoR-40 Testi alt faktör düzeyleri arasındaki ilişki durumu

			İlişki Katsayısı	p değeri
Sperman's rho	Duygusal durum	Fiziksel rahatlık	0,747	p^a=0,000**
		Psikolojik destek	0,423	p^a=0,002**
		Fiziksel bağımsızlık	0,479	p^a=0,000**
		Ağrı	0,507	p^a=0,000**
	Fiziksel rahatlık	Psikolojik destek	0,449	p^a=0,001**
		Fiziksel bağımsızlık	0,573	p^a=0,000**
		Ağrı	0,687	p^a=0,000**
	Psikolojik destek	Fiziksel bağımsızlık	0,308	p^a=0,030*
		Ağrı	0,229	p ^a =0,109

*p<0,05; **p<0,01, ^aİki grup arası ilişki Spearman's Rho Sıra Farkları Korelasyon Katsayısı ile değerlendirilmiştir.

QoR-40 testi faktör düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde, “Duygusal Durum” alt faktörü ile “Fiziksel rahatlık” alt faktörü arasında %74,7’lik pozitif yönde yüksek korelasyon, “Psikolojik destek, Fiziksel bağımsızlık ve Ağrı” alt faktörleri arasında ise sırasıyla %42,3, %47,9 ve %50,7’lik pozitif yönde orta şiddette korelasyon olup istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0,01) (Tablo 4.12). “Fiziksel rahatlık” alt faktörü ile “Psikolojik destek ve “Fiziksel bağımsızlık” alt faktörleri arasında sırasıyla %44,9 ve %57,3’lük pozitif yönde orta şiddette korelasyon, “Ağrı” alt faktörü arasında ise %68,7’lik pozitif yönde yüksek korelasyon olup istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0,01) (Tablo 4.12). “Psikolojik destek” alt faktörü ile “Fiziksel bağımsızlık” alt faktörü arasında %30,8’lik pozitif yönde zayıf dereceli korelasyon olup istatistiksel olarak anlamlı olduğu (p<0,05), “Ağrı” alt faktörü arasında ise %22,9’luk pozitif yönde zayıf dereceli korelasyon olup istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0,05) (Tablo 4.12).

4.2.5. Estetik ve fonksiyonel amaçlı bişektomi yapılan hastaların Qor-40 testi faktör düzeylerine göre karşılaştırılması

QoR-40 testine katılan bişektomi yapılan hastaların bişektomi yaptırma amaçlarına göre QoR-40 testi alt faktör düzeylerinin ortalama ve standart sapmaları Tablo 4.10’da verilmiş ve yorumlaması yapılmıştır. QoR-40 testi yapılan bişektomi hastalarının bişektomi olma amaçlarına göre QoR-40 testi alt faktör düzeylerinin normal dağılıp dağılmadığı “Shapiro-Wilk Testi” ile analiz edilmiş ve Tablo 4.13’de verilmiştir.

Tablo 4. 13. QoR-40 Testine katılan bişektomi hastalarının bişektomi olma amaçlarına göre QoR-40 Testi alt faktör düzeylerinin normal dağılım testi

	Bişektomi Amacı	Shapiro-Wilk Testi		
		İstatistik değeri	SD	p değeri
Duygusal durum	Estetik	,894	27	,010
	Fonksiyonel	,816	23	,001
Fiziksel rahatlık	Estetik	,876	27	,004
	Fonksiyonel	,877	23	,009
Psikolojik destek	Estetik	,826	27	,000
	Fonksiyonel	,568	23	,000
Fiziksel bağımsızlık	Estetik	,890	27	,008
	Fonksiyonel	,830	23	,001
Ağrı	Estetik	,893	27	,009
	Fonksiyonel	,825	23	,001

*p>0,05

Bişektomi yapılan hastaların QoR-40 testine katılan bişektomi yapılan hastaların bişektomi olma amaçlarına göre alt faktörlerinin normalliğine bakılmış ve tüm alt faktörlerin normal dağılmadığı görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 4.13). Bundan dolayı normal dağılmayan iki bağımsız değişken arası fark analizi “Mann-Whitney U Testi” ile incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.14’de verilmiştir.

Tablo 4. 14. QoR-40 Testine katılan bişektomi hastalarının bişektomi olma amaçlarına göre QoR-40 Testi alt faktör düzeylerinin normal dağılım testi

	Estetik	Fonksiyonel	p değeri
	Ortanca (min-max)	Ortanca (min-max)	
Duygusal durum	4,56 (3,33-5,00)	4,78 (3,89-5,00)	p^b=0,007**
Fiziksel rahatlık	4,58 (3,17-5,00)	4,83 (4,08-5,00)	p^b=0,012*
Psikolojik destek	4,71 (2,86-5,00)	5,00 (3,29-5,00)	p^b=0,008**
Fiziksel bağımsızlık	4,60 (2,60-5,00)	4,60 (2,40-5,00)	p ^b =0,521
Ağrı	4,57 (3,29-5,00)	4,71 (3,29-5,00)	p ^b =0,356

*p<0,05; **p<0,01, ^bİki grup arası fark Mann-Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir.

QoR-40 testine katılan bişektomi hastalarının bişektomi yaptırma amaçlarına göre QoR-40 testi alt faktör düzeylerinin ortancalar yönünden karşılaştırılması yapılmış ve “Duygusal durum, Fiziksel rahatlık ve Psikolojik durum” alt faktörleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmış ($p<0,05$; $p<0,01$), “Fiziksel bağımsızlık ve Ağrı” alt faktörleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.14). Hastaların bişektomi yaptırma amaçlarına göre “Duygusal durum, Fiziksel rahatlık ve Psikolojik destek” alt faktörleri incelendiğinde aralarındaki farkın, Fonksiyonel amaçlı bişektomi yaptıran hastaların ortancalarının Estetik amaçlı bişektomi yaptıran hastaların ortancalarından daha fazla olmasından kaynaklandığı söylenebilir (Tablo 4.14).

5. TARTIŞMA

Bukkal yağ yastıkları ilk kez 1902'de Fransız Anatomist ve Biyolog Marie François Xavier Bichat tarafından, yanakta, zigomatik kemiğin altında ve çene çizgisinin üzerinde bulunan ve birkaç uzantısı olan kapsüllenmiş bir yağ kütlesi olarak tanımlanmış ve çeşitli amaçlar için kullanılmış ve çalışmalar yapılmıştır (71). Bu yağ dokusunun çıkartılması günümüzde yüz estetiğine katkı sağlamakta ve yanak ısırmaları gibi durumlarda tedavi amaçlı olarak sıklıkla kullanılmaktadır.

Moura ve ark. bişektominin yüz estetiğine katkısı ve tekniğiyle ilgili bir çalışma yapmıştır (75). Çalışmasında 220 makale taramış bişektomi tekniği komplikasyonları, sonuçları gibi verilerin yanı sıra, bişektomi yaptıran hastaların yaş, cinsiyet gibi demografik bilgilerini de araştırmıştır. Bu çalışmaya göre yaş 18 ile 60 arasında değişmekte olup, hastaların çoğunun 30 yıl civarında olduğunu düşünülmektedir. Bu çalışma erkek / kadın oranının 1: 3 olduğunu göstermiştir. En çok kullanılan tekniğin lokal anestezi ve intraoral girişim olduğu fakat farklı girişimler de uygulanacaksa ekstraoral yaklaşım ve genel anestezi tercih edilebildiği görülmüştür.

Xu ve Yu, masseter kas dekolmanına eşlik eden bir bişektomi vaka serisi sundu. Bu seride kapanış seviyesinde yapılan insizyon tercihi göze çarpmıştır (76). Krupp, bişektomiyle ilişkili ciddi bir kilo kaybının yanakta derin oyuklarla sonuçlanabileceğini savunmuş fakat destek görememiştir (74).

Komplikasyon olarak kanama, hematoma, fasiyal sinir bozukluğu, yüz asimetrisi ve trismus rapor edilmiştir. 71 hastaya BFP çıkarılmasına ve sadece altısında (% 8,45) trismus, yüz asimetrisi ve kanama gibi komplikasyonlar gösterilmiştir. Bu komplikasyonlar bizim çalışmamızda da kısmen değerlendirilmiş olup oranının düşük olduğu ve post op iyileşmeye olumsuz bir etkisinin olmadığı görülmüştür. Sonuç olarak, tüm çalışmalar bukkal yağ dokusunun çıkarılmasının yüz estetiğini olumlu yönde etkilediğini bildirmiştir. Sunulan komplikasyon oranları düşüktür, ciddi hasar bildirilmemiştir. Bununla birlikte, ameliyat öncesi görüntü muayenesi ihtiyacı, yüz yaşlanmasında uzun süreli etkiler ve ağız içi teknikler arasındaki fark net değildir (75).

Yousuf ve ark. Bukkal yağ yastığının anatomisi, fonksiyonları, patolojisi ve klinik kullanımlarının gözden geçirilmesi isimli bir çalışma yapmış ve bukkal yağ

yastığının lokasyon ve morfolojik yapısı sebebiyle konjenital palatinal defektler ve neoplastik lezyonlar dahil olmak üzere oral defekt ve lezyonları tedavi edebilecek şekilde kullanılabileceği sonucuna varmıştır (44). Fonksiyonel amaçlı bişektomi yaptıran hastalarda da görüldüğü üzere bukkal yağ dokusu çok amaçlı kullanılabilmektedir.

Baldin ve ark yaptıkları bir çalışmada literatürde de istisna olarak bildirilen bir olgu sunumu yapmışlardır. İntraoral yaklaşımla alınan bukkal yağ dokusuna invaze 2 vasküler anomalisi olan hasta sunmuş ve mevcut literatüre katkıda bulunmuşlardır (105). Nadir de olsa bu anomali bişektomi sırasında karşımıza kanama olarak ortaya çıkarak, hematoma oluşma ihtimalini arttırıp iyileşme kalitesini ve hasta konforunu olumsuz yönde etkileyebilir.

Montero ve ark “Bichat’ın Yağ Pad’inin Çok Yönlülüğü ve Diş Hekimliğinde Önemi: Oklüzal Travmada Kullanımına İlişkin Vaka Raporları” isimli çalışma yapmış ve bukkal yağ dokusunun sadece estetik için değil fonksiyonel amaçlı da kullanılabileceğini belirtmişlerdir. Adipoz kök hücrelerine benzer bir fenotipe sahip olmaları sebebiyle, maksiller sinüs membran perforasyonu, oroantral / oronasal ilişki, peri-implantit, ülser, oral mukozanın fibrozu, yumuşak doku rekonstrüksiyonu gibi bir çok durumda kullanılabilmektedir (73). Montero ve ark. çiğneme fonksiyonu sırasında diş travması nedeniyle sürekli mukozal yaralanma geçiren hastalarda alternatif olarak bukkal yağ yastığı çıkarılmasının değerlendirilmesi gerektiğini düşünmüş ve oklüzal travmaların neden olduğu mukozada ağrı ve rahatsızlık bildiren iki hastada bişektomi işlemi uygulamış ve post operatif dönemde olumlu sonuçlar almışlardır (73).

Hwang ve ark bukkal yağ yastığının parotis ve facial bukkal dallarla ilişkisini incelemiştir (57). Bişektomi sırasında künt diseksiyonun fasial sinir dalları ve parotis kanalına zarar verebileceği anlaşılmıştır. Fasiyal sinir hasarında yüz kaslarının bazı işlevleri bir dereceye kadar engellenebileceğini ancak fasiyal sinirin başka bir anastomozuyla aşılabileceğini düşünmüşlerdir. Parotis kanalına gelen zararlarda ise kanama ile önlenabilir hematoma oluşabilir (57).

Klüpper ve ark. da bişektomi komplikasyonları ile ilgili bir çalışma yapmış, fasiyal sinir bukkal dallarının lezyonu, morluklar ve ödem, enfeksiyon, parotis

kanalının travmatik lezyonu ve fasiyal damarlarının rüptürü gibi komplikasyonlara neden olabileceğini açıklamışlardır (106).

Yaptığımız bu çalışmada bişektomi yaptıran hastaların iyileşme kalitelerini ölçmek için QoR 40 Testi uyguladık. Bişektomi yaptırmış 50 hastaya uygulanan QoR 40 testine katılan bireylerin bişektomi olma amacı özet istatistikleri incelendiğinde, Estetik amaçlı bişektomi yapılan hastaların oranının %54 ile 27 kişi, fonksiyonel amaçlı bişektomi yapılan hastaların oranının ise %46 ile 23 kişi olduğu görülmektedir.

Duygusal durum, fiziksel rahatlık ve psikolojik durum, fiziksel bağımsızlık ve ağrı olmak üzere 5 ana faktör düzeyinde toplamda 40 soru yöneltilmiş ve hastaların vermiş olduğu cevaplarla analizler yapılarak çeşitli veriler elde edilmiştir. “Her zaman”, “Çoğu zaman”, “Genellikle”, “Bazen”, “Hiçbir zaman” olmak üzere farklı 5 yargıya katılma düzeyleri 5 ile 1 arasında skorlanmış, bazı sorularda tersine skorlanma yapılmıştır.

Araştırmaya katılanların ortalamaları 4,20 - 5,00 olanlar, yargıya “her zaman” olarak katıldıklarını; 3,40 - 4,19 olanlar, yargıya “çoğu zaman” olarak katıldıklarını; 2,60 - 3,39 olanlar, yargıya “genellikle” olarak katıldıklarını; 1,80 - 2,59 olanlar, yargıya “bazen” olarak katıldıklarını; 1,00 - 1,79 olanlar, yargıya “hiçbir zaman” katılmadıklarını belirtmişlerdir.

Duygusal durum alt faktörüne ait genel olarak kendimi iyi hissediyorum, kendime hakimim, kendimi rahat hissediyorum, kötü rüya görme, kaygılı hissetme, öfkeli hissetme, depresif (ruhsal sıkıntılı) hissetme, kendini yalnız hissetme, uykuya dalmakta güçlük çekme olmak üzere toplamda 9 soru yöneltilmiştir. Bunlardan ilk 3 tanesi normal kodlanırken kalan 6 soru tersine kodlanmıştır. Ortalamalar incelendiğinde Estetik amaçlı bişektomi yapılan hastaların “Kendime hakimim” maddesine “Her zaman” katıldıklarını, “Genel olarak kendimi iyi hissediyorum ve Kendimi rahat hissediyorum” maddelerine ise “Çoğu zaman” katıldıkları görülmektedir. Diğer maddelere ise “Hiçbir zaman” katılmadıkları saptanmıştır. Fonksiyonel amaçlı bişektomi yaptıranlarda ise ilk 3 soruya “Her zaman” katıldıklarını, diğer maddelere ise “hiçbir zaman” katılmadıklarını belirtmişlerdir. Genel olarak duygusal durumlarının yüksek olduğu ama fonksiyonel amaçlı bişektomi yaptıran hastaların ortancalarının yüksek olması dolayısıyla arada anlamlı bir farkın

bulunduğu ve fonksiyonel amaçlı bişektomi yaptıranların duygusal durumlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Fiziksel rahatlık alt faktörüne ait rahatça nefes alıp verebiliyorum, iyi bir uyku uyudum, yediklerimden tat alabiliyorum ve kendimi dinlenmiş hissediyorum, bulantı, kusma, öğürme, huzursuzluk hissetme, sallanma ya da seğirme, titreme, üşüdüğünü hissetme, baş dönmesi hissetme olmak üzere 12 soru yöneltilmiştir. Bunlardan ilk 4 tanesi normal kodlanırken 8 soru tersine kodlanmıştır. Estetik amaçlı bişektomi yapılan hastaların “Rahatça nefes alıp verebiliyorum” maddesine “Her zaman” katıldıklarını, “İyi bir uyku uyudum, Yediklerimden tat alabiliyorum ve Kendimi dinlenmiş hissediyorum” maddelerine ise “Çoğu zaman” katıldıkları saptanmıştır. “Huzursuzluk hissetme” maddesine “Bazen” katıldıklarını, diğer tüm maddelere “Hiçbir zaman” katılmadıkları saptanmıştır. Fonksiyonel amaçlı bişektomi yapılan hastaların tüm maddelere “Her zaman” katıldıkları, diğer tüm maddelere “Hiçbir zaman” katılmadıkları saptanmıştır. Bu veriler doğrultusunda fonksiyonel amaçlı bişektomi yaptıranların fiziksel rahatlık düzeylerinin estetik amaçlı yaptıranlara göre yüksek olduğu, istatistiki veriler de incelendiğinde aralarında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür.

Psikolojik Destek alt faktörüne ait hastane personeliyle iletişim kurabiliyorum (hastanedeyken), ailem ve arkadaşlarımla iletişim kurabiliyorum, hastanedeki doktorlardan destek alabiliyorum, hastanedeki hemşirelerden destek alabiliyorum, komutları ve tavsiyeleri anlayabiliyorum, kafası karışık hissetme olmak üzere 7 soru yöneltilmiş bunlardan ilk dört tanesi normal, kafası karışık hissetme ters kodlanmıştır. Ortalamalar incelendiğinde Estetik amaçlı bişektomi yapılan hastaların tüm maddelere “Her zaman” katıldıkları saptanmıştır. Estetik amaçlı bişektomi yapılan hastaların “Kafası karışık hissetme” maddesine “Hiçbir zaman” katılmadıkları saptanmıştır. Ortalamalar incelendiğinde Fonksiyonel amaçlı bişektomi yapılan hastaların tüm maddelere “Her zaman” katıldıkları saptanmıştır. Fonksiyonel amaçlı bişektomi yapılan hastaların “Kafası karışık hissetme” maddesine “Hiçbir zaman” katılmadıkları saptanmıştır. Bu faktörde de genel olarak yüksek bir katılma düzeyi olduğu ortaya çıkmaktadır. Ama ortancalar incelendiğinde fonksiyonel amaçlı bişektomi yaptıranlar lehine anlamlı bir yükseliş görülmektedir.

Fiziksel bağımsızlık alt faktörüne ait normal konuşabiliyorum, yüzümü yıkayabiliyorum, dişlerimi fırçalayabiliyorum. tıraş olabiliyorum, kendi görünümümü kendim düzeltebiliyorum, yazı yazabiliyorum, işime dönebilirim ya da gündelik hayatta yaptığım işleri yapabiliyorum olmak üzere 5 tane soru sorulmuş bunların hepsi normal kodlanmıştır. Ortalamalar incelendiğinde Estetik amaçlı bişektomi yapılan hastaların “Normal konuşabiliyorum, kendi görünümümü kendim düzeltebiliyorum ve yazı yazabiliyorum” maddelerine “Her zaman” katıldıkları, yüzümü yıkayabiliyorum, dişlerimi fırçalayabiliyorum, tıraş olabiliyorum ve işime dönebilirim ya da gündelik hayatta yaptığım işleri yapabiliyorum” maddelerine ise “Çoğu zaman” katıldıkları saptanmıştır. Fonksiyonel amaçlı bişektomi yapılan hastaların ise yüzümü yıkayabiliyorum, dişlerimi fırçalayabiliyorum, tıraş olabiliyorum” maddelerine “Çoğu zaman” katıldıkları, diğer tüm maddelere ise “Her zaman” katıldıkları saptanmıştır. Fiziksel bağımsızlık faktör düzeylerinin estetik veya fonksiyonel fark etmeksizin ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür. İstatistiki veriler incelendiğinde ise anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Ağrı alt faktörüne ait şiddetli ağrı, baş ağrısı, kas ağrısı, sırt ağrısı, boğaz ağrısı, ağızda yaraya bağlı ağrı olmak üzere 6 soru sorulmuş ve bu soruların katılma düzeyleri ters kodlanmıştır. Estetik amaçlı bişektomi yapılan hastaların tüm maddelere “Hiçbir zaman” katılmadıkları, fonksiyonel amaçlı bişektomi yapılan hastaların şiddetli ağrı, baş ağrısı, kas ağrısı, sırt ağrısı ve boğaz ağrısı maddelerine “hiçbir zaman” katılmadıkları, ağızda yaraya bağlı ağrı maddesine ise “bazen” katıldıkları saptanmıştır. Ağrı düzeyleri gayet düşük olduğu görülen estetik ve fonksiyonel amaçlı bişektomi yaptıran hastalar karşılaştırıldığında anlamlı bir fark görülmemiştir. Fakat diğer alt faktörler ile ağrı düzeyleri arasındaki korelasyon incelendiğinde ters bir ilişki olduğu saptanmıştır. Diğer alt faktörler bir birim arttığında ağrı faktörü aynı oranda azalmıştır.

Ağrı kişinin yaşam kalitesini, iyileşme kalitesini ve konforunu en çok etkileyen etmenlerden biridir (107).

Sağlık alanında yaşam kalitesi kuramı kişinin bedensel, ruhsal ve sosyal yetenekleri, kendine özgü beklenti ve algıları olarak tanımlanmaktadır. Bireyin kendi

yaşamına has doyumunu ve mutluluk durumunu ifade etmektedir. Yaşam kalitesini değerlendirirken kişinin kendi yanıtları önem arz etmektedir. Bu iyilik hali sadece fiziksel değil aynı zamanda ruhsal iyilik durumlarını da içermektedir. Ayrıca kendini değerli hissetmeyi de gerektirmektedir. Yaşam insanın biyolojik ve fizyolojik, güvenlik, bir gruba ait olma, aile kurabilme, toplumda saygın ve başarılı bir birey olabilme ve sevgi gereksinimlerinin, güzellik ve sanatsal zenginlik olarak algılanan estetik gereksinimlerinin ve zihinsel gereksinimlerinin karşılanması gibi birçok alanı içermektedir (108).

Günümüzde tıp biliminin hedefleri arasında, bireylerde oluşan ruhsal veya bedensel durumları ya da hastalıkları tedavi etmenin yanı sıra, bireyin yaşam kalitesinin de artırılması vardır. Bu sebeple sade hastalık ve ölümün geciktirilmesi değil, aynı zamanda yaşamı keyifli ve kaliteli yaşayabilmesi bireylerin kendisini sağlıklı hissedebilmesi için önem arz etmektedir. Hastalığa olan direnci arttırmak, yaşam kalitesini geliştirmek ve yaşam süresini uzatmak ile yüksek bir iyilik hali ile amaçlanmaktadır (7,8,99).

Estetiğin temeli, uyum ve güzelliştir. Güzellik; insana, yaşa, çağa, mesleğe, topluma, içinde bulunan sosyal ve psikolojik duruma göre değişen bir durumdur. Sanatçılar ve filozoflar yüzyıllardır güzelliğin ne olduğunu açıklığa kavuşturmaya çalışmış ve insan güzelliği için gençlik ve çekiciliği ön planda tutarak beden algısı kavramı üzerinde durmuşlardır (14,19,100).

Son yıllarda gelişen teknoloji nedeniyle, görsellik, göze hitap ve güzellik önceki dönemlere göre önem kazanmıştır. Daha çekici görünmek ve güzelleşmek için yüzyıllardan bu yana kozmetik maddeleri kullanan insanoğlu günümüzde bilimselliğin artması, teknolojinin inanılmaz olanaklar sağlaması nedeni ile cerrahi girişimlere yönelmiştir. Amerikan Estetik ve Plastik Cerrahi Derneği'nin 2004 yılı verilerine göre Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan kozmetik işlemlerin sayısı son yedi yılda %400 oranda artma göstermiştir. Türkiye'de net sayı elde edilememesine karşın estetik cerrahi girişimlerin arttığı bilinmektedir (14,17-19,77,109,110).

Beden sağlığı, güzellik ve gençlik gibi kavramlar günümüzde de özel bir güce sahip olup, fiziksel ve ruhsal yeterliliğin değerlendirilmesi için birer ölçüt oluşturmaktadır. Dış görünüşünden memnun olan kişinin özgüveni genellikle yüksektir ve işinde, sosyal ve cinsel yaşamında daha başarılı bir kişilik

sergilemektedir. Birey dış görünüşünden memnun olmadığında ise fiziksel, sosyal ve ruhsal sorunlarla karşı karşıya kalma ihtimali doğmaktadır. Bu bağlamda estetik işlemler; bedenin daha güzel algılanmasını ve en iyiye ulaştırılmasını sağlamaya çalışarak kişinin kendine olan güvenini ve yaşam kalitesini arttırmaya çalışmaktadır (19,100,109).

Hastalarda estetik girişimlerin isteğini inceleyen bazı araştırmalar, bu girişimin isteğini psikolojik nedenlere bağlarken bazı araştırmalar toplumsal ve kültürel nedenlerle ilişkili olduğunu savunmaktadır. Bireyin ameliyat sonrası yaşam kalitesini arttırmak için bu girişime başvurma nedeni, girişim öncesi bireyin estetik cerrahiye başvurma nedenlerini ve cerrahiden beklentilerinin gerçekçi olup olmadığını bilmek gerekmektedir. Yapılan çalışmalar girişim öncesi hasta beklentilerinin gerçekçi olmasının, girişim sonrası hasta memnuniyetini arttırdığı belirtilmektedir (14,111,112).

İnsanın çevresiyle iletişimi, günlük hayattaki başarısı ve cinselliği açısından beden algısı büyük önem arz etmektedir. İnsanın doğası gereği sağlıklı bir biçimde yaşamını sürdürebilmesi için ruhsal, fiziksel, duygusal, sosyal, kültürel boyutta gereksinimleri vardır. Bu gereksinimlerin karşılanamaması ya da beden algısını etkileyen en ufak bir değişikliğin olması bireyin tüm yaşantısını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (14,113,114).

Günümüzde travma ya da tümör cerrahisi veya doğumsal kaynaklı oluşan şekil ve fonksiyon bozukluğunun giderilmesi kişilerin yaşam kalitesini arttırmaktadır(115). Birey için beden algısında hissedilen kaygı, bireyin etkilenen beden bölümüne verdiği değere göre daha da fazla önem taşımaktadır. Fiziksel görünümdeki bu değişiklikler özellikle yüz bölgesi gibi gizlenmesi güç bölgelerde olduğu zaman beden algısında ki değişiklik, çoğu zaman bireyler tarafından kabul edilememektedir (18,116).

Yüz bireysel özellikleri yansıtması ve sosyal ilişkilerde başkalarını etkileme ve bireyi temsil etme aracı olmasından dolayı çok önem taşımaktadır. Birey için yüz bölgesinde travma nedeniyle ortaya çıkan dış görünüm, hastaların yaşamını olumsuz etkileyecek psikososyal sorunlara zemin oluşturabilmektedir. Travma beklenmedik bir olaydır ve ani bir şekilde bireyin yaşantısına girer. Bu nedenle rekonstrüktif cerrahinin uygulanması ve hastaya fonksiyonel ve estetik açıdan kabul edilebilir bir beden bütünlüğünün sağlanması, birey için psikososyal açıdan önem taşımaktadır. Yüz

bölgesi rekonstrüksiyonlarında da hastaların beklentileri, yaşam tarzı ve yaşa göre değişim göstermektedir. Pek çok hasta, kendisine uygulanan rekonstrüktif cerrahiden sonra kendilerini çok daha iyi hissederken, bazı hastalar ise hiçbir girişimin uygulanmamasını tercih edebilmektedir

Beden algısı bozulan hasta, hiçbir zaman fiziksel olarak bir bütün olamayacağını düşünmektedir. Özellikle yapılan çalışmalarda baş boyun bölgesi gibi saklanması olanaksız bölgelerde kanser tanısı almış hastaların ameliyat öncesi beden algısı doyum düzeyleri, ameliyat sonrasına oranla düşük bulunmuş, bu durumun bireyde öz güven ve öz saygıda yetersizliğe neden olduğu belirtilmiştir (101,117).

Fiziksel görünüm, bireyin kendini değerlendirmesi kadar sosyal çevrenin değerlendirmesi açısından da önem taşımaktadır. Hastalık ya da diğer nedenlere bağlı beden bölgelerindeki ani değişiklikler, fonksiyon kaybı, yalnızlık ve dışlanmışlık duygusuna bağlı oluşan anksiyete olumsuz beden algısına neden olmaktadır. Beden algısında meydana gelen değişime uyum sağlayamama durumu ise hastanın anksiyetesinin artmasına, büyük ruhsal gerginliklere ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine zemin hazırlamakta, bu nedenle de tüm yaşlarda rehabilitasyona gereksinim duyulmaktadır (18,118,119).

Baş boyun kanserli hastaların yaşam kalitesine ilişkin çalışmalarda, olguların duygusal olarak kendilerini kötü hissettikleri, fiziki kısıtlılıklardan ve beden algısındaki olumsuz değişikliklerden dolayı sosyal ilişkilerinin zedelendiği belirtilmektedir. Rehabilitasyon sonrası yaşam kalitesi algılarına yönelik çalışmalar ise sınırlıdır (119).

Bu amaçla uygulanan estetik ve fonksiyonel cerrahinin tümü, bütüncü bir yapıya sahip olan insanın, beden algısında değişikliklere yol açmaktadır. Estetik ve fonksiyonel cerrahi ile bireylerin yaşamlarında psikolojik ve fizyolojik beklentiler artmaktadır (115,120-122).

Bu bağlamda bireyin hem estetik cerrahide hem de fonksiyonel amaçla yapılan cerrahide hedeflerinin, beklentilerinin, umutlarının ve düşlerinin gerçekçi olması, geçireceği girişimler için büyük önem taşımakta ve yaşam kalitesini yükseltmektedir.

Çalışmamızda fonksiyonel cerrahi amaçla operasyon geçiren hasta beklentilerinin estetik cerrahi geçirenlere göre daha farklı olmasının da etkisiyle daha iyi bir iyileşme gösterdiği anlaşılmıştır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bişektomi yapılan hastaların retrospektif klinik ve QoR- 40 testi ile iyileşme kalitesinin değerlendirildiği bu çalışmada 50 hastaya QoR-40 testi uygulanmıştır. Çalışmamız sonucunda:

- Genel olarak duygusal durumlarının yüksek olduğu ama fonksiyonel amaçlı bişektomi yaptıran hastaların ortancalarının yüksek olması dolayısıyla arada anlamlı bir farkın bulunduğu ve fonksiyonel amaçlı bişektomi yaptıranların duygusal durumlarının daha yüksek olduğu görülmüştür ($p^b=0,007$).
- Fonksiyonel amaçlı bişektomi yaptıranların fiziksel rahatlık düzeylerinin estetik amaçlı yaptıranlara göre yüksek olduğu, istatistiki veriler de incelendiğinde aralarında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p^b=0,012$).
- Psikolojik Destek faktörüne baktığımızda genel olarak yüksek bir katılma düzeyi olduğu ortaya çıkmaktadır. Ama ortancalar incelendiğinde fonksiyonel amaçlı bişektomi yaptıranlar lehine anlamlı bir yükseliş görülmektedir ($p^b=0,008$).
- Fiziksel bağımsızlık faktör düzeylerinin estetik veya fonksiyonel fark etmeksizin ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür. İstatistiki veriler incelendiğinde ise anlamlı bir fark bulunamamıştır($p^b=0,521$).
- Ağrı düzeyleri karşılaştırıldığında estetik ve fonksiyonel amaçlı bişektomi yaptıran hastalarda anlamlı bir fark görülmemiştir. Genel olarak ağrı düzeyleri düşüktür($p^b=0,356$, Qor skoru $4,50 \pm 0,47$).
- Diğer alt faktörler ile ağrı düzeyleri arasındaki korelasyon incelendiğinde ters bir ilişki olduğu saptanmıştır. Diğer alt faktörler bir birim arttığında ağrı faktörü aynı oranda azaldığı görülmüştür.
- Faktör düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde, “Duygusal Durum” alt faktörü ile “Fiziksel rahatlık” alt faktörü arasında %74,7’lik pozitif yönde yüksek korelasyon, “Psikolojik destek, Fiziksel bağımsızlık ve Ağrı” alt faktörleri arasında ise sırasıyla %42,3, %47,9 ve %50,7’lik pozitif yönde orta şiddette korelasyon olup istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). “Fiziksel rahatlık” alt faktörü ile “Psikolojik destek ve “Fiziksel bağımsızlık” alt faktörleri arasında sırasıyla %44,9 ve %57,3’lük pozitif yönde orta şiddette korelasyon, “Ağrı” alt faktörü arasında ise %68,7’lik pozitif yönde yüksek korelasyon olup istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,01$) (Tablo 4.12). “Psikolojik destek” alt faktörü ile “Fiziksel bağımsızlık” alt faktörü arasında %30,8’lik pozitif yönde zayıf dereceli korelasyon olup istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$), “Ağrı” alt faktörü arasında ise %22,9’luk pozitif

yönde zayıf dereceli korelasyon olup istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$)

Yapılan bu çalışmada ne amaçla yapılırsa yapılsın bişektomi işleminin hasta tarafından rahatlıkla tolare edilebilir bir iyileşme sürecinin olduğu, komplikasyon ve ağrı düzeylerinin düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Fakat yeni trend olarak sıklıkla yapılan bu işlemin hasta sonuçlarını tam olarak belirleyebilmek için daha fazla sayıda ve uzun takip gerektiren çalışmalara ihtiyaç vardır.



7. KAYNAKLAR

1. **Dubin B, Jackson IT, Halim A, Triplett W, Ferreira M.** Anatomy of the buccal fat pad and its clinical significance. *Plastic and reconstructive surgery* **1989**; 83(2):257-264.
2. **Tapia A, Ruiz-de-Erenchun R, Rengifo M.** Combined approach for facial contour restoration: treatment of malar and cheek areas during rhytidectomy. *Plastic and reconstructive surgery* **2006**; 118(2):491-497.
3. **Matarasso A.** Pseudoherniation of the buccal fat pad: a new clinical syndrome. *Plastic and reconstructive surgery* **1997**; 100(3):723-730; discussion 731-726.
4. **Matarasso A.** Pseudoherniation of the buccal fat pad: a new clinical syndrome. *Plastic and reconstructive surgery* **2003**; 112(6):1716-1718.
5. **Thomas M, D'Silva J, Borole A.** Facial sculpting: Comprehensive approach for aesthetic correction of round face. *Indian journal of plastic surgery: official publication of the Association of Plastic Surgeons of India* **2012**; 45(1):122.
6. **Stuzin JM, Wagstrom L, Kawamoto HK, Baker TJ, Wolfe SA.** The anatomy and clinical applications of the buccal fat pad. *Plastic and reconstructive surgery* **1990**; 85(1):29-37.
7. **Besiroglu L, Uguz F, Saglam M, Yilmaz E, Agargün MY, Askin R.** Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler/Factors associated with quality of life in obsessive compulsive disorder. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* **2007**; 8(1):5.
8. **Yolaç Yarpuz A, Demirci Saadet E, Erdi Şanlı H, Devrimci Özgüven H.** Akne Vulgaris Hastalarında Sosyal Kaygı Düzeyi ve Bunun Klinik Değişkenler İle İlişkisi. *Türk psikiyatri dergisi* **2008**; 19(1).
9. **Karaman S, Arici S, Dogru S, Karaman T, Tapar H, Kaya Z, Suren M, Balta MG.** Validation of the Turkish version of the Quality of Recovery-40 questionnaire. *Health and quality of life outcomes* **2014**; 12(1):8.
10. **Gigliotti J, Makhoul N.** Demographics, training satisfaction, and career plans of Canadian oral and maxillofacial surgery residents. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* **2015**; 73(9):e32-e33.
11. **<https://www.iaoms.org/>.**
12. **Demir Z, Öktem F, Velidedeoğlu H, Çelebioğlu S.** Maksillofasial kırığı olan 121 olgunun değerlendirilmesi ve literatürle karşılaştırılması. **2008**. p 85-90.
13. **Rajiv A, Juhi Y.** Golden proportions as predictors of attractiveness and malocclusion. *Indian journal of dental research : official publication of Indian Society for Dental Research* **2014**; 25(6):788-793.
14. **Ergenekon B.** Estetik Cerrahiye Başvurmanın Kültüre Bağlı Nedenleri–Kendi İstekleriyle Ameliyat Olan Bireyler Üzerine Sosyal Antropolojik İnceleme. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Antropoloji Anabilim Dalı, Ankara **2006**.
15. **Başaran S, Güzel R, Sarpel T.** Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. **2005**.

16. **Kurt E.** Romatoid artrit'li hastalarda beden imajı ve benlik saygısı: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; **2010**.
17. **Eşel E.** Güzelliğin algılanması ve cinsel çekicilik. Türkiye'de Psikiyatri **2007**; 9:124-134.
18. **Cevher FN, Buluş M.** Benlik kavramı ve benlik saygısı: önemi ve geliştirilmesi. Akademik Dizayn Dergisi **2007**; 2(1):52-64.
19. **Barker D, Barker M.** The body as art. Journal of cosmetic dermatology **2002**; 1(2):88-93.
20. **Castle DJ, Honigman RJ, Phillips KA.** Does cosmetic surgery improve psychosocial wellbeing? The Medical journal of Australia **2002**; 176(12):601-604.
21. **ECO U.** Güzelliğin Tarihi (Storia della Bellezza). Çeviren: AC Akkoyunlu İstanbul: Doğan Egmont Yayıncılık **2006**.
22. **Arnett GW, Bergman RT.** Facial keys to orthodontic diagnosis and treatment planning. Part I. American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics **1993**; 103(4):299-312.
23. **Arnett GW, Jelic JS, Kim J, Cummings DR, Beress A, Worley Jr CM, Chung B, Bergman R.** Soft tissue cephalometric analysis: diagnosis and treatment planning of dentofacial deformity. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics **1999**; 116(3):239-253.
24. **Bahadıroğlu S, Büyükberber SG, Güçlü S, Gürbüz S, Karshoğlu A.** Alt yüz (üst dudak, alt dudak ve çene) yükseklik oranlarının cinsiyete bağlı olarak değerlendirilmesi. Sempozyum Sunumu: XV Öğrenci Sempozyumu **2013**:14-16.
25. **Budai M, Farkas LG, Tompson B, Katic M, Forrest CR.** Relation between anthropometric and cephalometric measurements and proportions of the face of healthy young white adult men and women. The Journal of craniofacial surgery **2003**; 14(2):154-161; discussion 162-153.
26. **Kurkcuoglu A, Buyukberber SG, Guclu S, Gurbuz S, Pelin C.** Evaluation of lower face heights and ratios according to sex. 213 Evaluación de las alturas y proporciones de la parte inferior de la cara en relación al sexo. Revista Argentina de Anatomía Clínica **2013**; 5(3):213-221.
27. **Farkas LG, Bryson W, Klotz J.** Is photogrammetry of the face reliable? Plastic and reconstructive surgery **1980**; 66(3):346-355.
28. **Farkas LG, Hajnis K, Posnick JC.** Anthropometric and anthroposcopic findings of the nasal and facial region in cleft patients before and after primary lip and palate repair. The Cleft palate-craniofacial journal : official publication of the American Cleft Palate-Craniofacial Association **1993**; 30(1):1-12.
29. **Fernandez-Riveiro P, Suarez-Quintanilla D, Smyth-Chamosa E, Suarez-Cunqueiro M.** Linear photogrammetric analysis of the soft tissue facial profile. American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics : official publication of the American Association of Orthodontists, its constituent societies, and the American Board of Orthodontics **2002**; 122(1):59-66.
30. **Bentsianov B, Blitzer A.** Facial anatomy. Clinics in dermatology **2004**; 22(1):3-13.
31. **Koçyigit P, Güner MA.** Kozmetik ve Cerrahi Uygulamalar için Yüz Anatomisi/Facial Anatomy for Cosmetic and Surgical Procedures. Turk Dermatoloji Dergisi **2015**; 9(3):115.
32. **Marur T, Tuna Y, Demirci S.** Facial anatomy. Clinics in dermatology **2014**; 32(1):14-23.

33. **Phumyoo T, Tansatit T, Rachkeaw N.** The soft tissue landmarks to avoid injury to the facial artery during filler and neurotoxin injection at the nasolabial region. *The Journal of craniofacial surgery* **2014**; 25.
34. **Lee SH, Lee M, Kim HJ.** Anatomy-based image processing analysis of the running pattern of the perioral artery for minimally invasive surgery. *The British journal of oral & maxillofacial surgery* **2014**; 52(8):688-692.
35. **Roostaeian J, Rohrich RJ, Stuzin JM.** Anatomical considerations to prevent facial nerve injury. *Plastic and reconstructive surgery* **2015**; 135(5):1318-1327.
36. **El D.** Sicher's oral anatomy. St Louis: CV Mosby **1980**.
37. **Fehrenbach MJ, Herring SW.** Illustrated Anatomy of the Head and Neck-E-Book: Elsevier Health Sciences. **2015**.
38. **Poissonnet CM, Burdi AR, Bookstein FL.** Growth and development of human adipose tissue during early gestation. *Early human development* **1983**; 8(1):1-11.
39. **Bagdade JD, Hirsch J.** Gestational and dietary influences on the lipid content of the infant buccal fat pad. *Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine Society for Experimental Biology and Medicine (New York, NY)* **1966**; 122(2):616-619.
40. **Kurabayashi T, Ida M, Tetsumura A, Ohbayashi N, Yasumoto M, Sasaki T.** MR imaging of benign and malignant lesions in the buccal space. *Dentomaxillofacial Radiology* **2002**; 31(6):344-349.
41. **Gallia L, Rood SR, Myers EN.** Management of buccal space masses. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery* **1981**; 89(2):221-225.
42. **Tart RP, Kotzur IM, Mancuso AA, Glantz MS, Mukherji SK.** CT and MR imaging of the buccal space and buccal space masses. *Radiographics* **1995**; 15(3):531-550.
43. **Brucoli M, Arcuri F, Borello G, Benech A.** Surgical technique of the transoral approach to remove a lipoma of the buccal fat pad. *The Journal of craniofacial surgery* **2011**; 22(6):2415-2418.
44. **Yousuf S, Tubbs RS, Wartmann CT, Kapos T, Cohen-Gadol AA, Loukas M.** A review of the gross anatomy, functions, pathology, and clinical uses of the buccal fat pad. *Surgical and radiologic anatomy* **2010**; 32(5):427-436.
45. **Tideman H, Bosanquet A, Scott J.** Use of the buccal fat pad as a pedicled graft. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* **1986**; 44(6):435-440.
46. **Racz L, Maros T, Seres-Sturm L.** Structural characteristics and functional significance of the buccal fat pad (corpus adiposum buccae). *Morphologie et embryologie* **1989**; 35(2):73-77.
47. **Zhang H-M, Yan Y-P, Qi K-M, Wang J-Q, Liu Z-F.** Anatomical structure of the buccal fat pad and its clinical adaptations. *Plastic and reconstructive surgery* **2002**; 109(7):2509-2518; discussion 2519-2520.
48. **Browne WG.** Herniation of buccal fat pad. *Oral surgery, oral medicine, and oral pathology* **1970**; 29(2):181-183.
49. **Loukas M, Kapos T, Louis RG, Jr., Wartman C, Jones A, Hallner B.** Gross anatomical, CT and MRI analyses of the buccal fat pad with special emphasis on volumetric variations. *Surgical and radiologic anatomy : SRA* **2006**; 28(3):254-260.

50. **Jackson IT.** Anatomy of the buccal fat pad and its clinical significance. *Plastic and reconstructive surgery* **1999**; 103(7):2059-2060; discussion 2061-2053.
51. **Racz L, Maros TN, Seres-Sturm L.** Structural characteristics and functional significance of the buccal fat pad (corpus adiposum buccae). *Morphol Embryol (Bucur)* **1989**; 35(2):73-77.
52. **Yousif NJ, Gosain A, Matloub HS, Sanger JR, Madiedo G, Larson DL.** The nasolabial fold: an anatomic and histologic reappraisal. *Plastic and reconstructive surgery* **1994**; 93(1):60-69.
53. **Kahn J, Wolfram-Gabel R, Bourjat P.** Anatomy and imaging of the deep fat of the face. *Clinical anatomy* **2000**; 13(5):373-382.
54. **Brooke R, MacGregor A.** Traumatic pseudolipoma of the buccal mucosa. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology* **1969**; 28(2):223-225.
55. **Wolford DG, Stapleford RG, Forte RA, Heath M.** Traumatic herniation of the buccal fat pad: report of case. *The Journal of the American Dental Association* **1981**; 103(4):593-594.
56. **Amin MA, Bailey BM, Swinson B, Witherow H.** Use of the buccal fat pad in the reconstruction and prosthetic rehabilitation of oncological maxillary defects. *The British journal of oral & maxillofacial surgery* **2005**; 43(2):148-154.
57. **Hwang K, Cho HJ, Battuvshin D, Chung IH, Hwang SH.** Interrelated buccal fat pad with facial buccal branches and parotid duct. *Journal of Craniofacial Surgery* **2005**; 16(4):658-660.
58. **Egyedi P.** Utilization of the buccal fat pad for closure of oro-antral and/or oro-nasal communications. *Journal of maxillofacial surgery* **1977**; 5(4):241-244.
59. **Gallegos MA, Figueiredo R, Baeza AR, Gay-Escoda C.** Use of Bichat's buccal fat pad for the sealing of orosinus communications. A presentation of 8 cases. *Medicina oral, patología oral y cirugía bucal Ed inglesa* **2011**; 16(2):17.
60. **Hasse F, Lemperle G.** Resection and augmentation of Bichat's fat pad in facial contouring. *European Journal of Plastic Surgery* **1994**; 17(5):239-242.
61. **Altman K.** Facial feminization surgery: current state of the art. *International journal of oral and maxillofacial surgery* **2012**; 41(8):885-894.
62. **Farre-Guasch E, Marti-Page C, Hernandez-Alfaro F, Klein-Nulend J, Casals N.** Buccal fat pad, an oral access source of human adipose stem cells with potential for osteochondral tissue engineering: an in vitro study. *Tissue engineering Part C, Methods* **2010**; 16(5):1083-1094.
63. **Lambade P, Dawane P, Thorat A.** Efficacy of buccal fat pad in the surgical management of oral submucous fibrosis: a prospective study. *Oral and maxillofacial surgery* **2016**; 20(2):167-170.
64. **Falah M, Srouji S.** Use of Buccal Fat Pad for Closure of Perforation and Graft Material in a Maxillary Sinus Elevation Procedure: A Preliminary Study. *The International journal of oral & maxillofacial implants* **2016**; 31(4):842-848.
65. **Panda S, Del Fabbro M, Satpathy A, Das AC.** Pedicled buccal fat pad graft for root coverage in severe gingival recession defect. *Journal of Indian Society of Periodontology* **2016**; 20(2):216.

66. **de Moraes EJ.** The buccal fat pad flap: an option to prevent and treat complications regarding complex zygomatic implant surgery. Preliminary report. *International Journal of Oral & Maxillofacial Implants* **2012**; 27(4).
67. **Dean A, Alamillos F, Garcia-Lopez A, Sanchez J, Penalba M.** The buccal fat pad flap in oral reconstruction. *Head & neck* **2001**; 23(5):383-388.
68. **Baumann A, Ewers R.** Application of the buccal fat pad in oral reconstruction. *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* **2000**; 58(4):389-392; discussion 392-383.
69. **Peñarrocha-Diago M, Alonso-González R, Aloy-Prósper A, Peñarrocha-Oltra D, Camacho F, Peñarrocha-Diago M.** Use of buccal fat pad to repair post-extraction peri-implant bone defects in the posterior maxilla. A preliminary prospective study. *Medicina oral, patología oral y cirugía bucal* **2015**; 20(6):e699.
70. **Kablan F.** The use of Buccal fat pad free graft in regenerative treatment of peri-implantitis: A new and predictable technique. *Annals of maxillofacial surgery* **2015**; 5(2):179.
71. **Bichat MFX.** Anatomie descriptive: Gabon, Libraire. **1829**.
72. **De Luccas S.** Bichectomy: Achieving Aesthetic, Functional and Psychological Results with a Simple Intraoral Surgical Procedure. *EC Dental Science* **2017**; 13:116-117.
73. **Montero J, Martins M, Oliveira M, Benfatti C.** Versatility and Importance of Bichat's Fat Pad in Dentistry: Case Reports of Its Use in Occlusal Trauma. *The journal of contemporary dental practice* **2018**; 19(7):888-894.
74. **Krupp S.** Buccal lipectomy—reappraisal and case report. *European Journal of Plastic Surgery* **1986**; 9(1):40-42.
75. **Moura L-B, Spin J-R, Spin-Neto R, Pereira-Filho V-A.** Buccal fat pad removal to improve facial aesthetics: an established technique? *Medicina oral, patología oral y cirugía bucal* **2018**; 23(4):e478.
76. **Xu J, Yu Y.** A modified surgical method of lower-face recontouring. *Aesthetic plastic surgery* **2013**; 37(2):216-221.
77. **Eser E.** Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. *Sağlıkta Birikim* **2006**; 1(2):1-5.
78. **Friedman CD.** Plastic & reconstructive surgery committee: facelift surgery 2004: what works and how to optimize results. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* **2004**; 131(2):P89.
79. **Şahin H.** Eski bir kavram yeni bir ölçüt: Yaşam kalitesi. *Toplum ve Hekim* **1997**; 12(77):40-46.
80. **Aksoy Y, Çankaya S, Tasmektepligil MY.** The Effects of Participating in Recreational Activities on Quality of Life and Job Satisfaction. *Universal Journal of Educational Research* **2017**; 5(6):1051-1058.
81. **Edgar A.** Bowling, A.: 1997, *Measuring Health; a Review of Quality of Life Measurement Scales*. *Medicine, Health Care, and Philosophy* **1998**; 1(2):181.
82. **Benner P.** Quality of life: a phenomenological perspective on explanation, prediction, and understanding in nursing science. *Advances in nursing science* **1985**.

83. **Berg RL, Hallauer DS, Berk SN.** Neglected aspects of the quality of life. Health services research **1976**; 11(4):391.
84. **Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D.** Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. Bmj **1992**; 305(6861):1074-1077.
85. **Organization WH.** The first ten years of the World Health Organization: World Health Organization. **1958**.
86. **Fries J, Singh G.** Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. The hierarchy of patient outcomes (p. 33). Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; **1996**.
87. **Ware Jr JE.** The status of health assessment 1994. Annual review of public health **1995**; 16(1):327-354.
88. **Bodurka-Bervers D, Basen-Engquist K, Carmack CL, Fitzgerald MA, Wolf JK, De Moor C, Gershenson DM.** Depression, anxiety, and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. Gynecologic oncology **2000**; 78(3):302-308.
89. **Hörnquist JO.** Quality of life: concept and assessment. Scandinavian Journal of Social Medicine **1990**; 18(1):69-79.
90. **Schipper H.** Quality of life: principles of the clinical paradigm. Journal of Psychosocial Oncology **1990**; 8(2-3):171-185.
91. **Tüzün E, Eker L.** Sağlık değerlendirme ölçütleri ve yaşam kalitesi. Sağlık ve Toplum **2003**; 13(2):3-8.
92. **Kolcaba KY.** A taxonomic structure for the concept comfort. Image: The Journal of Nursing Scholarship **1991**; 23(4):237-240.
93. **Peterson SJ, Bredow TS.** Middle range theories: Application to nursing research: Lippincott Williams & Wilkins. **2009**.
94. **Kakande I, Nassali G, Kituuka G.** Day care surgery: the norm for elective surgery. East and Central African Journal of Surgery **2005**; 10(2):1-4.
95. **Ocakçı A, EŞ A.** Hemşirelik Kavram, Kuram ve Model Örnekleri, İstanbul Tıp Kitabevi, 1. Baskı, İstanbul **2013**:39-57.
96. **Wetsch WA, Pircher I, Lederer W, Kinzl J, Traweger C, Heinz-Erian P, Benzer A.** Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery. British journal of anaesthesia **2009**; 103(2):199-205.
97. **Caddick J, Jawad S, Southern S, Majumder S.** The power of words: sources of anxiety in patients undergoing local anaesthetic plastic surgery. Annals of the Royal College of Surgeons of England **2012**; 94(2):94.
98. **FINDIK Ü, Topçu S.** Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi **2015**; 19(2):22-33.
99. **Arslandaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C.** Eskişehir Mahmudiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. Osmangazi Tıp Dergisi **2006**; 28(2):81-89.
100. **Çetin E.** Çalışma yaşamında bedenin değişen görünümü. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi **2009**; 6(1):73-83.

101. **EROL B, GÖRGÜN B, ÖZER N, TANRIKULU R, ATAY Ç.** Oral ve Maksillofasiyal Tümörler: 514 Olguda Retrospektif ve Klinikopatolojik Bir Çalışma. Türkiye Klinikleri Journal of Dental Sciences **2001**; 7(2):53-58.
102. **Balci A.** Etkili okul ve okul geliştirme [effective school and school development]. Pegem Yayınları, Ankara **2001**.
103. **Öncü H.** Eğitimde ölçme ve değerlendirme. Ankara: Master Basım 1994.
104. **Myles P, Weitkamp B, Jones K, Melick J, Hensen S.** Validity and reliability of a postoperative quality of recovery score: the QoR-40. British journal of anaesthesia **2000**; 84(1):11-15.
105. **Baldin AV, Tarriba JET, Zabaleta EV, Campo AA, Wagner RM, Cardenas-Mejía A.** Surgical Resection of Vascular Lesions Involving the Buccal Fat Pad. Journal of Craniofacial Surgery **2018**; 29(5):e459-e461.
106. **KLÜPPEL L, MARCOS RB, SHIMIZU IA, SILVA MADd, SILVA RDd.** Complications associated with the bichectomy surgery. RGO-Revista Gaúcha de Odontologia **2018**; 66(3):278-284.
107. **KOÇ F.** Ağrı ve Yaşam Kalitesi. Türkiye Klinikleri Nöroloji-Özel Konular **2010**; 3(4):62-66.
108. **ÖĞRETMEN Z, GÜVEN F, AYDIN O, BOZDAĞ KE, BİLGİN İ, BIÇAKÇI C, YILMAZ G.** İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği Prick Test sonuçları. Türkiye Klinikleri Journal of Dermatology **2005**; 15(3):125-128.
109. **Babuçcu O, Kargı E, Hoşnüter M, Babuçcu B.** Beden İmgesi: İkinci Bedenimiz Ya Da Aynanın Arka Yüzü. Türk Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi (Turk J Plast Surg) **2002**; 10(3):180-185.
110. **Kökden A, Türker M.** Oral ve Maksillofasiyal Cerrahide Kullanılan Kemik Greftleri ve Biyomateriyaller. CÜ DisHek Fak Derg 1999, 2 (2): 134 **1999**; 140.
111. **Arkar H, Sari Ö, Fidaner H.** Relationships between quality of life, perceived social support, social network, and loneliness in a turkish sample. **2004**. Cerrahpasa Tıp Fakultesi Psikiyatri Kliniği Vakfı.
112. **Hamilton GS, Carrithers JS, Karnell LH.** Public perception of the terms cosmetic, plastic, and reconstructive surgery. Archives of facial plastic surgery **2004**; 6(5):315-320.
113. **Marsh M, Elliott S, Anand R, Brennan P.** Early postoperative care for free flap head & neck reconstructive surgery-a national survey of practice. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery **2009**; 47(3):182-185.
114. **Ağaoğlu G, Külahçı Y, Siemionow M.** Yüz transplantasyonu: dünü bugünü ve yarını. Türk Plastik Rekonstrüktif Cerrahi Dergisi **2006**; 14(1):8-13.
115. **Genden EM, Okay D, Stepp MT, Rezaee RP, Mojica JS, Buchbinder D, Urken ML.** Comparison of functional and quality-of-life outcomes in patients with and without palatomaxillary reconstruction: a preliminary report. Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery **2003**; 129(7):775-780.
116. **Çeliköz B, Deveci M, Duman H, Nişancı M.** Reconstruction of facial defects and burn scars using large size freehand full-thickness skin graft from lateral thoracic region. Burns **2001**; 27(2):174-178.

117. **Bektaş Ha, Akdemir N.** Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences **2006**; 26(5):488-499.
118. **Cimilli C.** Cerrahide anksiyete. Klinik Psikiyatri Dergisi **2001**; 4(3):182-186.
119. **Şenol Y.** Türkay M. Yaşam kalitesi ölçütlerinde taraf tutma: cevap kayması TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni **2006**; 5:382-389.
120. **Tunçbilek G, Özgür F.** Geriatrik hastalarda gerçekleştirilen plastik ve rekonstrüktif cerrahi işlemlerinin incelenmesi.
121. **Palmer JA.** Nursing implications for older adult patient education. Plastic Surgical Nursing **2006**; 26(4):189-192.
122. **Honigman RJ, Phillips KA, Castle DJ.** A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery. Plastic and reconstructive surgery **2004**; 113(4):1229.



8. EKLER

Ek 1. QoR 40 Hasta Anketi

KISIM A Son 24 saattir kendinizi nasıl hissediyorsunuz? (1'le 5 arasında puanlayınız: 1 = Çok kötü, 5 = Mükemmel)	Hiçbir zaman	Bazen	Genellikle	Çoğu zaman	Her zaman
Rahatlık					
Rahatça nefes alıp verebiliyorum	1	2	3	4	5
İyi bir uyku uyudum	1	2	3	4	5
Yediklerimden tad alabiliyorum	1	2	3	4	5
Kendimi dinlenmiş hissediyorum	1	2	3	4	5
Duygular					
Genel olarak kendimi iyi hissediyorum	1	2	3	4	5
Kendime hakimim	1	2	3	4	5
Kendimi rahat hissediyorum	1	2	3	4	5
Son 24 saatte aşağıdakilerden birini yaşadınız mı?					
Hareket özgürlüğü					
Normal konuşabiliyorum	1	2	3	4	5
Yüzümü yıkayabiliyorum, dişlerimi fırçalayabiliyorum, tıraş olabiliyorum	1	2	3	4	5
Kendi görünümümü kendim düzeltebiliyorum	1	2	3	4	5
Yazı yazabiliyorum	1	2	3	4	5
İşime dönebilirim yada gündelik hayatta yaptığım işleri yapabiliyorum	1	2	3	4	5
Hasta Desteği					
Hastane personeliyle iletişim kurabiliyorum (hastanedeyken)	1	2	3	4	5
Ailem ve arkadaşlarımla iletişim kurabiliyorum	1	2	3	4	5
Hastanedeki doktorlardan destek alabiliyorum	1	2	3	4	5
Hastanedeki hemşirelerden destek alabiliyorum	1	2	3	4	5
Ailem veya arkadaşlarımdan destek alabiliyorum	1	2	3	4	5
Komutları ve tavsiyeleri anlayabiliyorum	1	2	3	4	5
KISIM B Son 24 saattir aşağıdakilerden birini yaşadınız mı? (1'den 5'e kadar: 1 = Çok kötü ve 5 = Mükemmel)	Hiçbir zaman	Bazen	Genellikle	Çoğu zaman	Her zaman
Rahatlık					
Bulantı	5	4	3	2	1
Kusma	5	4	3	2	1
Öğürme	5	4	3	2	1
Huzursuzluk hissetme	5	4	3	2	1
Sallanma yada seğirme	5	4	3	2	1
Titreme	5	4	3	2	1
Üşüdüğünü hissetme	5	4	3	2	1
Baş dönmesi hissetme	5	4	3	2	1
Duygular					
Kötü rüya görme	5	4	3	2	1
Kaygılı hissetme	5	4	3	2	1
Öfkeli hissetme	5	4	3	2	1
Depresif (ruhsal sıkıntılı) hissetme	5	4	3	2	1
Kendini yalnız hissetme	5	4	3	2	1
Uykuya dalmakta güçlük çekme	5	4	3	2	1
Hasta desteği					
Kafası karışık hissetme	5	4	3	2	1
Ağrı					
Orta şiddette ağrı	5	4	3	2	1
Şiddetli ağrı	5	4	3	2	1
Baş ağrısı	5	4	3	2	1
Kas ağrısı	5	4	3	2	1
Sırt ağrısı	5	4	3	2	1
Boğaz ağrısı	5	4	3	2	1
Ağızda yaraya bağlı ağrı	5	4	3	2	1

9. ÖZGEÇMİŞ

Adem Ali AKDERE 02.01.1993 tarihinde Adana’da doğdu. İlköğrenimini İstanbul Gazikent İlköğretim okulunda tamamlamıştır. Lise eğitimini ise sırasıyla Elazığ Ahmet Kabaklı Anadolu Öğretmen Lisesi’nde tamamlamıştır. 2010 yılında İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi’ne girmiş 2015 yılında mezun olmuştur. Uzmanlık eğitimine 2017 yılında Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi’nde Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalında Araştırma Görevlisi olarak başlamıştır ve halen devam etmektedir.