

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
AĞIZ DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ ANA BİLİM DALI

**ORTOGNATİK CERRAHİ UYGULANAN HASTALARDA
POSTOPERATİF MEMNUNİYETİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

DOKTORA TEZİ

Çise ÇAĞIN

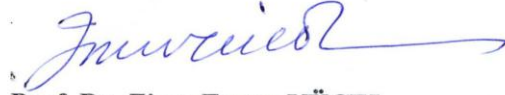
Tez Danışmanı
Prof. Dr. Ziver Ergun YÜCEL

ANKARA
2013

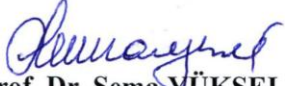
**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

**Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Ana Bilim Dalı Doktora Programı
çerçevesinde yürütölmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından
Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.**

Tez Savunma Tarihi : 07/10/2013



**Prof. Dr. Ziver Ergun YÜCEL
Gazi Üniversitesi
Jüri Başkanı**



**Prof. Dr. Sema YÜKSEL
Gazi Üniversitesi**



**Prof. Dr. Nuray ER
Hacettepe Üniversitesi**



**Prof. Dr. Erkan ERKMEN
Gazi Üniversitesi**



**Doç. Dr. Mustafa S. ATAÇ
Gazi Üniversitesi**

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	I
İçindekiler	I
Şekiller	IV
Tablolar	V
Kısaltmalar	VI
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Ortognatik Cerrahinin Tanımı ve Amacı	3
2.2. Ortognatik Cerrahinin Tarihçesi	3
2.2.1. Mandibuler Osteotomilerin Tarihçesi	3
2.2.2. Maksiller Osteotomilerin Tarihçesi	7
2.2.3. Çift Çene Cerrahisinin Tarihçesi	9
2.3. Ortognatik Cerrahi Teknikler	9
2.3.1. Sagittal Split Ramus Osteotomisi	9
2.3.2. Le Fort I Osteotomisi	12
2.3.3. Çift Çene Cerrahisi	16
2.4. Ortognatik Cerrahi Komplikasyonları	17
2.5. Ortognatik Cerrahide Hasta Memnuniyeti	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Veri Toplama	25
3.2. İstatistiksel Değerlendirme	26
4. BULGULAR	28

5. TARTIŞMA	39
6. SONUÇ	47
7. ÖZET	48
8. SUMMARY	49
9. KAYNAKLAR	50
10. EKLER	68
10.1. Demografik Özellikler ve Hasta Öykü Formu	68
10.2. PSPSQ Anket Formu	69
10.3. Etik Kurul Raporu.....	70
10.4. Hasta Onam Formu	71
10.5. Teşekkürler	77
11. ÖZGEÇMİŞ.....	79

ŞEKİLLER

Şekil 1:	Hullihen'in mandibuler subapikal osteotomisi ¹	3
Şekil 2:	Blair'in "body" osteotomisi ¹	4
Şekil 3:	Blair'in horizontal ramus osteotomisi ¹	4
Şekil 4A:	Limberg'in subkondiler posterior oblik ramus osteotomisi ¹	5
Şekil 4B:	Vertical Ramus Osteotomi ¹	5
Şekil 5:	L osteotomi ¹	6
Şekil 6:	C osteotomi ¹	6
Şekil 7:	Dalpont'un Sagital osteotomi modifikasyonu ¹	7
Şekil 8:	İnsizyon hattı	10
Şekil 9:	Flebin kaldırılması	10
Şekil 10:	Retraktörlerin yerleştirilmesi	10
Şekil 11:	Osteotomi hattı	11
Şekil 12:	Distal ve proksimal segmentler	11
Şekil 13:	Plak ve vida fiksasyonu	12
Şekil 14:	Entübasyon	13
Şekil 15:	Lokal anestezi	13
Şekil 16:	İnsizyon hattı	14
Şekil 17:	Osteotomi hattı	14
Şekil 18:	"Down fracture"	14
Şekil 19:	Kemik çıkıntılarının düzeltilmesi	15
Şekil 20:	MMF ve plak uygulaması	15
Şekil 21:	Ara splintle maksillanın rijit fiksasyonu	17

TABLÖLAR

Tablo 1:	Ortognatik cerrahi komplikasyonları (Mandibula).....	18
Tablo 2:	Ortognatik cerrahi komplikasyonları (Maksilla)	19
Tablo 3:	Gruplardaki olguların demografik özellikleri	28
Tablo 4:	Gruplardaki olguların eğitim düzeyi özellikleri	29
Tablo 5:	Yeniden karar verecek olsaydınız aynı cerrahi operasyonu tekrar geçirmek ister miydiniz?	30
Tablo 6:	Aynı cerrahi operasyonu hangi ölçüde diğer kişilere önerirsiniz?	31
Tablo 7:	Herşeyi değerlendirdiğinizde cerrahinin sonuçlarından şu an ne derece memnunsunuz?.....	32
Tablo 8:	Şu andaki kapanışınızdan(dişlerinizin)/ısırmanızdan ne derece memnunsunuz?	33
Tablo 9:	Şu andaki konuşmanızdan ne derece memnunsunuz?	34
Tablo 10:	Şu anki dudak duruşunuz ve dudak kapanışınızdan ne derece memnunsunuz?	35
Tablo 11:	Şu andaki solunumunuzdan/nefes alış verişinizden ne derece memnunsunuz?	36
Tablo 12:	Şu andaki Temporomandibular eklem/Fasiyal ağrı seviyesi ne derece kabul edilebilir?	37
Tablo 13:	Şu andaki alt dudak/çenenizde mevcut olan his seviyesi ne derece kabul edilebilir?	38

KISALTMALAR

TME : Temporomandibular Eklem

MMF : Maksillomandibular Fiksasyon

BSSRO : Bilateral Sagittal Split Ramus Osteotomisi X²

1. GİRİŞ

Ortognatik cerrahi konjenital ve kazanılmış dentofasiyal uyumsuzlukların düzeltilmesinde sıklıkla kullanılan bir yöntemdir². Ortognatik cerrahinin çiğneme fonksiyonunda gelişme³⁻⁵, yüz ağrılarında azalma⁶⁻⁸, şiddetli deformitelerde daha stabil sonuçlar^{9,10} ve yüz estetiğinde artış^{11,12} gibi pek çok faydası rapor edilmektedir. Bununla birlikte vasküler¹³⁻¹⁷ ve temporomandibuler eklemler (TME) problemleri,¹⁸⁻²³ sinir yaralanmaları²⁴⁻²⁸, enfeksiyon^{27,28} ve psikolojik²⁹ problemlerin yer aldığı çok sayıda komplikasyon da bildirilmiştir. Operasyon sonrası komplikasyon gelişsin ya da gelişmesin, arzu edilen estetik ve fonksiyonel sonuçlar elde edilse bile hastalar tedavinin sonucundan memnuniyet duymayabilirler.^{30,31} Bu durumun farkına varılmasıyla, daha önemsiz görülen hasta düşünce ve algısının önemi 90'lı yıllarda dramatik bir şekilde önem kazanmaya başlamış ve sağlık hizmetinin odak noktası patoloji kontrolünden sağlıklı ilişkili yaşam kalitesine yönelmiştir³².

Takip eden yıllarda yaşam kalitesi^{33,34}, hasta memnuniyeti^{30,35,36}, hasta beklenti ve algısı^{37,38} gibi ortognatik cerrahinin psikososyal etkileri üzerine pek çok çalışma yapılmıştır. Yapılan bu çalışmaların hedefi, hastaların sahip oldukları dentofasiyal problemleri nasıl algıladıklarını, tedaviye nasıl yanıt verdiklerini ve tedavi sonunda elde edilen sonuçlarla ilgili algılarının hangi faktörlerden etkilendiğini anlamaktır. Ortak amaçları ise durumun psikososyal unsurlarını değerlendirebilmek adına klinik ilkeler oluşturmak ve hastaları psikososyal yönden maksimum verim alacak şekilde tedavi edebilmektir³².

Çalışmamızın amacı dentofasiyal deformite şikayetiyle kliniğimize başvuran ve farklı ortognatik cerrahi teknikleriyle tedavi edilen hastaların operasyon sonrası memnuniyet seviyelerini belirleyerek;

kişilerin demografik bilgileri, uygulanan cerrahi işlemin tipi, elde edilen sonuçlar ve memnuniyet arasında herhangi bir ilişki olup olmadığını saptamak ve gelecek dönemdeki hastaların tedavisinden elde edilecek faydaları en yüksek düzeye çıkarabilmek adına gereken koşulları belirleyebilmektir.

2. GENEL BİLGİLER

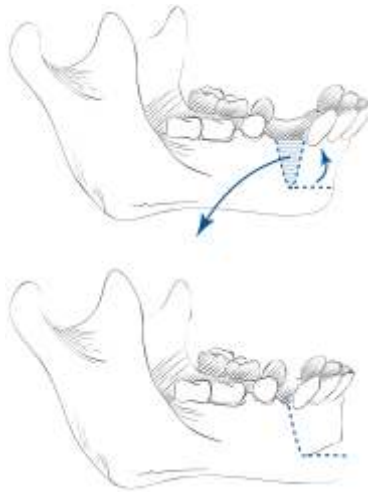
2.1. Ortognatik Cerrahinin Tanımı ve Amacı

Ortognatik cerrahi uygulamaları, yüzün iskelet ve diş yapılarındaki bozuklukların giderilmesi, uygun anatomik ve fonksiyonel ilişkinin yeniden elde edilmesi amacıyla uygulanan cerrahi işlemlerdir³⁹. Ortognatik cerrahinin amacı, çenelerin deformite ve fonksiyon bozukluklarının düzeltilmesi ve daha uyumlu fasiyal iskelet görünümünün elde edilmesidir³⁷.

2.2. Ortognatik Cerrahinin Tarihçesi

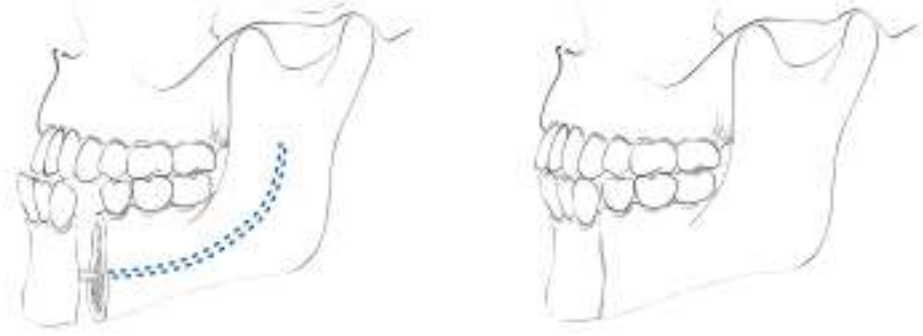
2.2.1. Mandibuler Osteotomilerin Tarihçesi

Mandibuler osteotomi ortognatik cerrahi amacıyla ilk kez 1849 yılında Hüllihen tarafından uygulanmış olup, günümüzde kullanılan anterior subapikal osteotomiye benzemektedir (Şekil 1)¹.

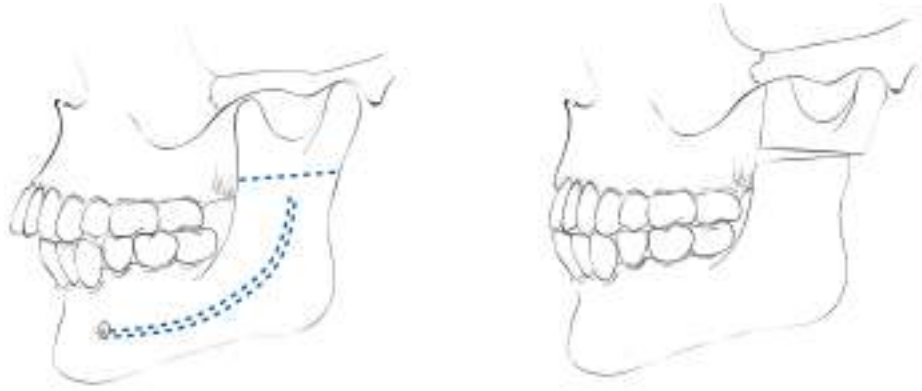


Şekil 1: Hüllihen'in mandibuler subapikal osteotomisi¹

1906 yılında Blair mandibuler “body” osteotomisini, 1907 yılında ise ekstraoral olarak horizontal ramus osteotomisini uygulamıştır (Şekil 2 ve 3)⁴⁰.



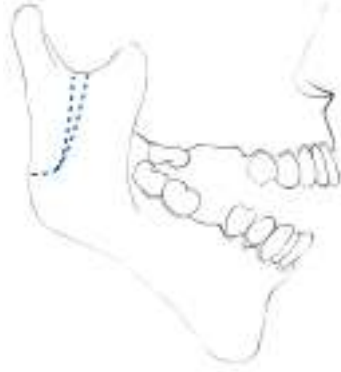
Şekil 2: Blair'in "body" osteotomisi¹



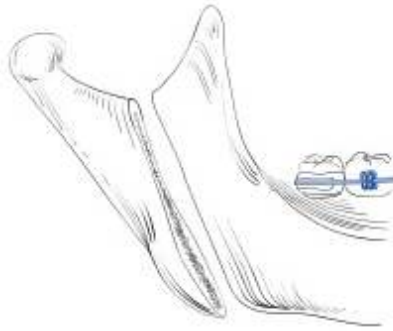
Şekil 3: Blair'in horizontal ramus osteotomisi¹

Limberg 1925 yılında subkondiler posterior oblik ramus osteotomisini ekstraoral yaklaşımla uygulamış (Şekil 4A), Caldwell ve Letterman 1954'te Limberg'in tekniği üzerinde yaptıkları modifikasyonla vertikal ramus osteotomisini tarif etmişlerdir (Şekil 4B)^{1,41,42}. Vertikal ramus osteotomisi, Hinds ve arkadaşları tarafından 1970 yılında intraoral

yaklaşımın uygulanmasının ardından günümüzde ileri derecede mandibuler prognatisi olan hastalarda hala geçerliliğini koruyan bir yöntem haline gelmiştir⁴².

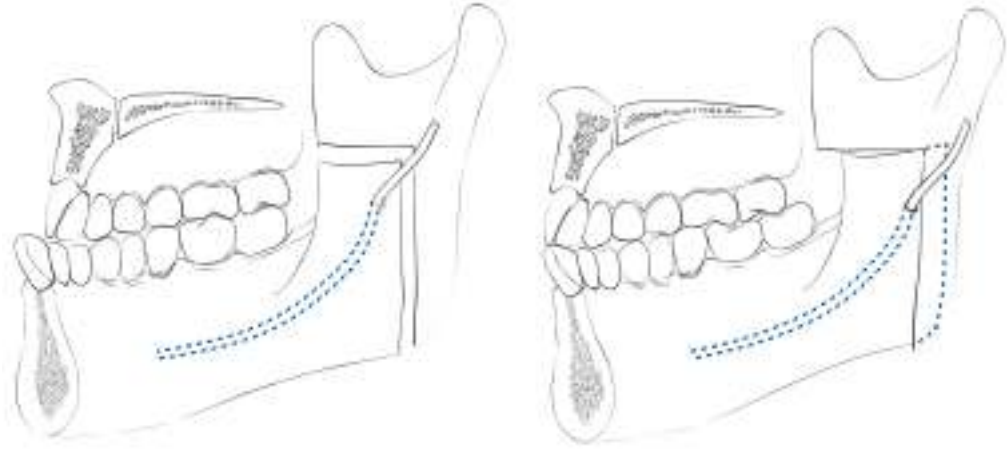


Şekil 4A: Limberg'in subkondiler posterior oblik ramus osteotomisi¹

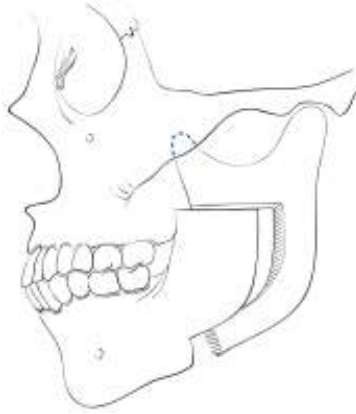


Şekil 4B: Vertical Ramus Osteotomi¹

1927 yılında Wassmund tarafından “ters L osteotomisi” tariflenmiştir (Şekil 5). 1968 yılında Caldwell ve arkadaşları mandibula alt kenarına horizontal bir kesi hattı eklemek koşuluyla ters L osteotomisini modifiye etmişler ve “C osteotomisi” olarak adlandırmışlardır (Şekil 6). Böylece greft ihtiyacı ortadan kalkmıştır¹.



Şekil 5: L osteotomi¹



Şekil 6: C osteotomi¹

1957'de Hugo Obwegeser ve Richard Trauner sagittal split ramus osteotomisini tarif ederek ortognatik cerrahide önemli bir aşamayı gerçekleştirmişlerdir. Bu yöntemle osteotomi sonrası segmentler arası temas artırılarak iyileşmenin daha hızlı gerçekleşmesi ve greft ihtiyacının büyük oranda ortadan kalkması sağlanmış oldu⁴². Bu büyük gelişmeyi takiben, sırasıyla 1961'de Dalpont ve 1968'de Hunsunk yaptıkları modifikasyonlarla temas yüzeyini daha da artırarak operasyonu daha kolay ve güvenli hale getirmişlerdir (Şekil 7)^{42,43}.



Şekil 1: Dalpont'un Sagital osteotomi modifikasyonu¹

Obwegeser ve Trauner'in tanıttığı, Dalpont'un modifiye ettiği BSSRO günümüzde mandibuler prognatizmin tedavisinde çoğunlukla kullanılan bir yöntemdir⁴⁴.

2.2.2. Maksiller Osteotomilerin Tarihçesi

Le Fort I osteotomisi ilk kez 1859 yılında Bernhard von Langenbeck tarafından tanımlanmıştır. Le Fort I kırık hattı boyunca maksillanın hareketlendirilmesi 1867 yılında Cheever tarafından tekrar eden epistaksis nedeniyle oluşan nasal tıkanıklığın ortadan kaldırılması amacıyla uygulanmıştır⁴⁵⁻⁴⁷. 1901 yılında Rene Le Fort maksilla kırıklarının sınıflamasını yapmış, 1905 yılında Loewe damak yarığı rekonstrüksiyonu için maksiller osteotomi kullanmış ve kanamayı güçlükle kontrol altına almıştır^{40,43,47}.

Le Fort I osteotomi ortognatik cerrahi düzeltme amacıyla ilk olarak 1927 yılında Wassmund tarafından orta yüz deformitelerinin ve post

travmatik maloklüzyonun düzeltilmesinde kullanılmıştır^{45,47}. Wassmund kemiğin beslenmesinin bozulacağı endişesiyle osteotomiden sonra maksillayı serbestleştirmemiş ve postoperatif dönemde maksillayı pozisyonlandırabilmek adına ortopedik traksiyon kullanmıştır^{39,48}.

Wassmund'un öğrencisi olan Auxhausen, maksillanın tekrar pozisyonlandırılmasıyla birlikte tam hareketini sağlayan ilk cerrahdır. Auxhausen 1934 yılında "open bite" deformitesi olan bir hastanın tedavisi için maksillanın hareketlendirilmesini gerçekleştirmiştir^{45,48}.

1942'de Schuchardt maksillanın hareketlendirilmesi için pterigomaksiller çıkıntıyı ayırmış ve eksternal traksiyon yöntemi ile iki aşamalı bir cerrahi girişim denemiştir. 1949'da ise Moore ve Ward maksillayı daha da serbestleştirmek adına pterigoid çıkıntıların horizontal düzlemde kesilmesini önermişlerdir^{39,45,47}.

Hugo Obwegeser 1965 yılında maksillanın tek seferde tam olarak ayrılmasını sağlayarak istenilen şekilde tekrar pozisyonlandırılmasını sağlamıştır^{39,43,45}. Diğer yeni gelişme ise Bell'in Le Fort I "down fracture" tekniğinin ilk kez bilimsel bir temele dayandırıldığı çalışmasıdır. Bu çalışma, palatinal arterin ilişkisinin kesilmesine rağmen maksillayı besleyecek yeterli kan kaynağının mevcut olduğunu göstermiştir. Bell ve arkadaşları total maksiller osteotomiye takiben revaskülarizasyon fenomenini ve osseöz iyileşmeyi demostre etmişlerdir^{43,45,47}.

Le Fort I osteotomi tekniği günümüzde en sık ve en güvenilir yöntem olarak kullanılmaya devam edilmektedir.

2.2.3. Çift Çene Cerrahisinin Tarihçesi

Ortognatik cerrahi uygulanan hastalarda hem maksilla hem de mandibulanın hareket ettirilerek tedavi edilmesi 1980'li yılların ilk dönemlerine rastlamaktadır. İskeletsel deformitelerin karmaşıklığı anlaşıldıkça, çeşitli araştırmacılar daha ileri fonksiyonel ve estetik sonuçlar elde edebilmek için her iki çenenin de hareket ettirilerek hastaların tedavi edilmesi gerektiğini belgelemiştir⁴⁹.

2.3. Ortognatik Cerrahi Teknikler

2.3.1. Sagittal Split Ramus Osteotomisi

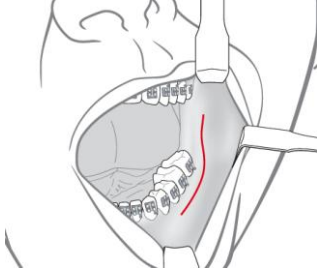
SSRO, oral ve maksillofasiyal cerrahide mandibuler deformitelerin düzeltilmesinde sıklıkla kullanılan standart ve başarılı bir cerrahi işlemdir^{50,51}.

2.3.1.1. Cerrahi Teknik

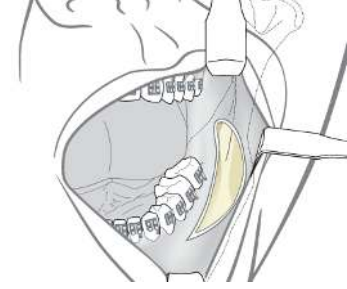
Hasta genel anestezi altında nazotrakeal olarak entübe edilir ve sterilizasyon kurallarına uygun şekilde örtülür. Bölgenin vazokonstrüksiyonunu sağlamak amacıyla lokal anestezi enjeksiyonu yapılır.

İnsizyon ramusun ön yüzünde, midramus yakınlarından başlayarak eksternal oblik kenar üzerinden vestibül yüze doğru kıvrılır ve yaklaşık olarak 1. molar bölgesinde sonlanır (Şekil 8). Periost lateralde, korpusun üzerinden başlayarak 2. molar diş bölgesinde inferior kenara

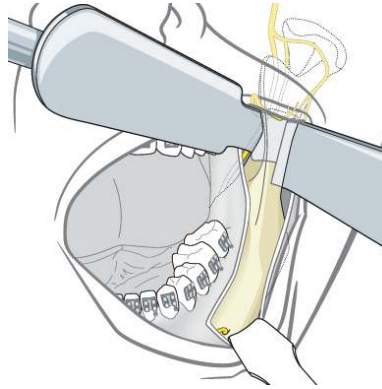
oradan posteriora doğru ramusun antero-superior yüzüne doğru kaldırılır ve temporal kas yapışıklığı serbestleştirilerek sonlandırılır⁵² (Şekil 9).



Şekil 8: İnsizyon hattı



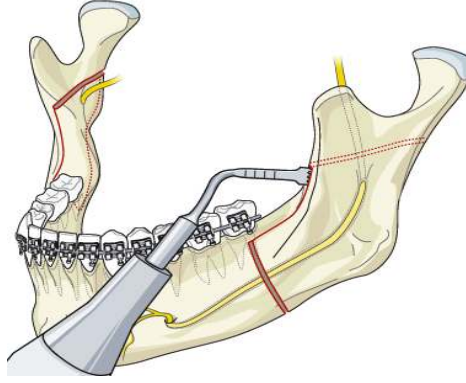
Şekil 9: Flebin kaldırılması



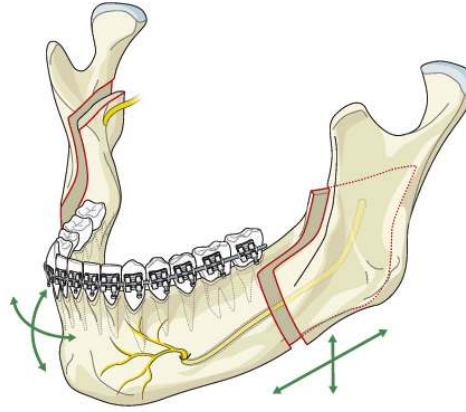
Şekil 10: Retraktörlerin yerleştirilmesi

Osteotomi hattı sadece kortikal kemiği içerecek şekilde medialde lingulanın üst kısmından başlayarak ramusun anterior yüzüne oradan mandibula gövdesinin süperior yüzüne doğru uzanır. 1. molar dişin distal kısmında vertikal insizyonla birleştirilen insizyon hattı mandibulanın

inferior kenarında sonlandırılır (Şekil 11). Kesi işlemini takiben osteotomlar yardımıyla mandibula distal ve proksimal segmentlere ayrılır⁵² (Şekil 12).



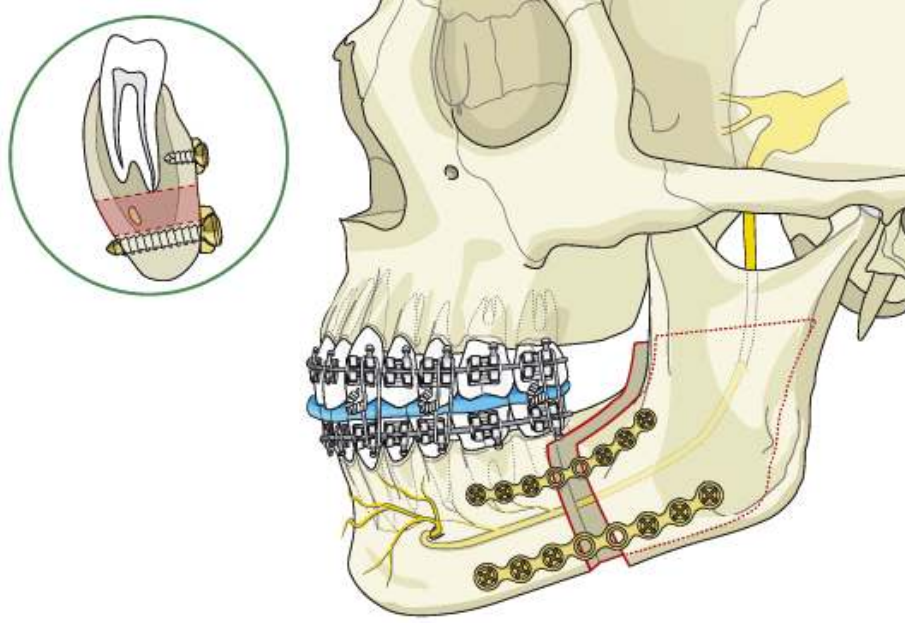
Şekil 11: Osteotomi hattı



Şekil 12: Distal ve proksimal segmentler

Önceden hazırlanan okluzal splint yerleştirilerek MMF uygulanır. Bu sırada uygun kondil pozisyonunu elde edebilmek adına proksimal segment nazikçe pozisyonlandırılır ve bir alet yardımıyla stabilize edilir. Tüm bunlardan sonra pasifçe birbirine temas eden

segmentlerin tel osteosentezi, plak vb. yöntemlerden biriyle fiksasyonu gerçekleştirilir⁵² (Şekil 13).



Şekil 13: Plak ve vida fiksasyonu

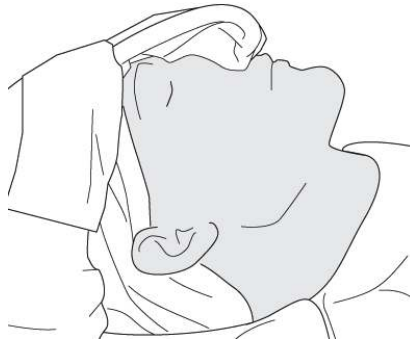
2.3.2. Le Fort I Osteotomisi

Le Fort I osteotomi çeşitli dento-midfasiyal deformitelerin cerrahi olarak düzeltilmesinde en sık kullanılan tekniktir⁵³.

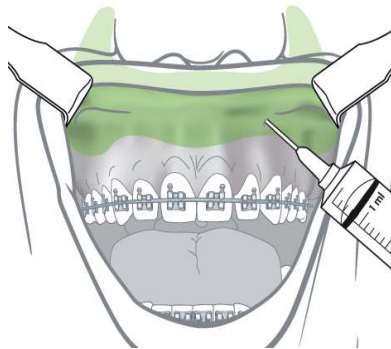
2.3.2.1. Cerrahi Teknik

Lokal anestezi, bölgenin anestezi ve hemostazını sağlamak adına 1. molar bölge arasında labial sulkusa enjekte edilir (Şekil 15). Horizontal insizyon bukkal vestibülde 1. molar dişler arasında mukogingival bileşimin 2-3mm apikalinden yapılır (Şekil 16). Osteotomi

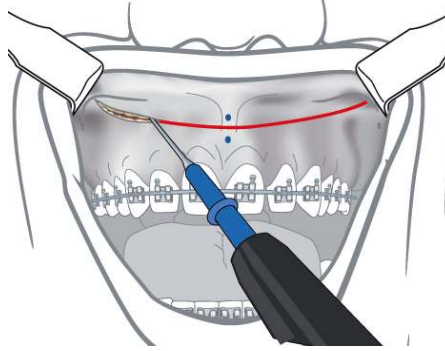
kesileri okluzal düzleme paralel olacak şekilde, lateral duvar, medial sinüs duvarı, nasal septum boyunca yapılır ve pterygomaksiller bileşimde sonlandırılır (Şekil 17). Anterior maksillaya uygulanan parmak basıncıyla maksillanın “down fracture” u gerçekleştirilir (Şekil 18). Bunu takiben maksilla forsepsler yardımıyla iyice hareketlendirilir. Tüm kemik çıkıntıları ve prematür temaslar ortadan kaldırılmalıdır (Şekil 19).



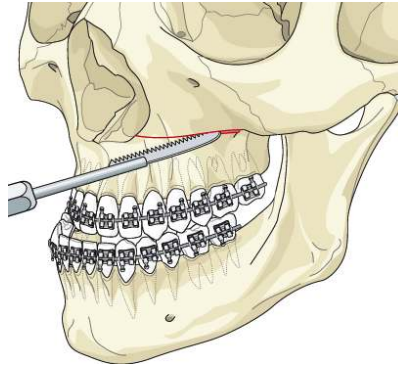
Şekil 14: Entübasyon



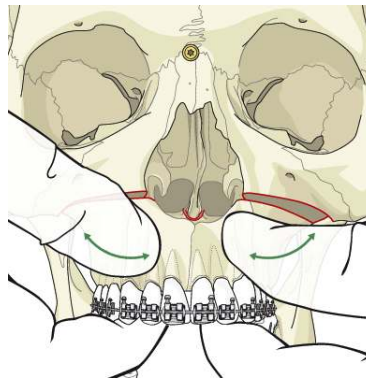
Şekil 15: Lokal anestezi



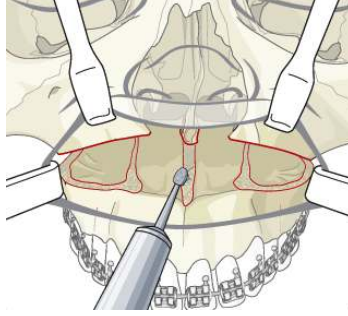
Şekil 16: İnsizyon hattı



Şekil 17: Osteotomi hattı

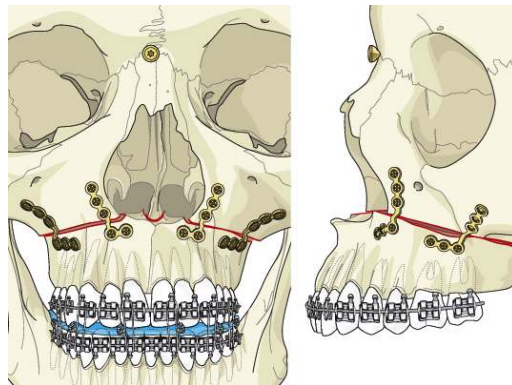


Şekil 18: "Down fracture"



Şekil 19: Kemik çıkıntılarının düzeltilmesi

Serbestleştirilmiş olan maksilla önceden hazırlanan splinte yerleştirilerek intermaksiller fiksasyon uygulanır (Şekil 20). Bu aşamada cerrah kondilin fossa içerisindeki pozisyonuna dikkat etmelidir. Maksilla, planlanan anterior-posterior, vertikal ve transvers pozisyona getirildiğinde çeşitli fiksasyon araçları maksillayı yeni pozisyonunda sabitlemek için kullanılabilir⁴⁵.



Şekil 20: MMF ve plak uygulaması

2.3.3. Çift Çene Cerrahisi

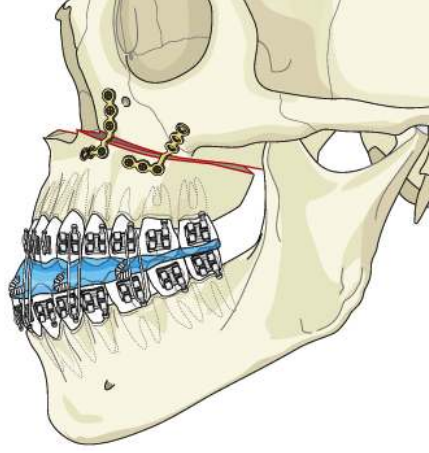
Tek çene cerrahisinin yetersiz kaldığı şiddetli deformitelerin tedavisinde kullanılan hem maksilla hem de mandibulanın hareket ettirildiği kombine bir tekniktir⁵⁴.

2.3.3.1. Cerrahi Teknik

Çift çene cerrahisinin hangi sıra ile yapılacağı temel olarak iki şekilde açıklanabilir: ilk olarak maksilla ya da mandibula hareket ettirilir. Her iki teknik de, karşıt hareketli üniteyi fikse etmeden önce onunla ilişkilendirilecek stabil bir kaide oluşturmaya dayanmaktadır⁴⁹.

Bu kombinasyonda en sık kullanılan operasyon teknikleri LeFort I ve bilateral sagittal split ramus osteotomisidir (BSSRO)⁵⁵.

Bilateral sagittal split ramus osteotomisi için yumuşak doku insizyonları ve başlangıç kemik kesileri yapılır ve proksimal kondiler segmentle dişlerin bulunduğu segment ayrılmadan bekletilir. Hemoraji kontrolü için yara yerlerine spanç yerleştirilir ve Lefort I osteotomisine geçilir. Lefort I osteotomisi tamamlandıktan sonra ilk aşamada kullanılacak okluzal splint yerleştirilir ve maksillomandibuler fiksasyon yapılır (Şekil 21). Böylelikle maksilla yeni pozisyonuna getirilmiş olup rijit internal fiksasyon ile sabitlenir.



Şekil 21: Ara splintle maksillanın rijit fiksasyonu

Bu noktada MMF çözülür. Sagittal split osteotomiler çift taraflı olarak tamamlanır ve dişleri içeren distal segment final okluzal splint rehberliğinde yeni pozisyonuna getirilir. Tekrardan MMF yapılarak mandibuler osteotomi bölgeleri rijit internal fiksasyon ile sabitlenir⁵⁵.

2.4. Ortognatik Cerrahi Komplikasyonları

Tüm cerrahi işlemlerde olduğu gibi ortognatik cerrahi uygulamalarda da intraoperatif ve postoperatif komplikasyonlarla karşılaşılmalıdır^{2,56,57}. Mandibula ve maksillada uygulanan ortognatik cerrahilerde karşılaşılabilen intra ve postoperatif komplikasyonlar tablolarda belirtildiği gibidir (Tablo 1 ve Tablo 2).

Tablo 1: Ortognatik cerrahi sonrası mandibulada görülebilecek komplikasyonlar^{2,56,57}

MANDİBULA	İntra-operatif Komplikasyonlar	Post-operatif Komplikasyonlar
	1. Beklenmedik kanamalar 2. Uygun olmayan ayrılmalar,kırıklar 3. Sinir yaralanmaları 4. Segmentlerin pozisyonlandırılması yanlış	1. Bulantı,kusma ve dehidratasyon 2. Şiddetli ödem 3. Hemoraji ve hematoma 4. Enfeksiyon 5. Nörolojik disfonksiyon 6. TME disfonksiyonu 7. Dental ve periodontal problemler 8. Fibröz iyileşme(Nonunion) 9. Yanlış iyileşme(Malunion) 10. Uzun süreli fiksasyon süresi veya fiksasyon başarısızlığı 11. Okluzal uyumsuzluklar 12. Kondil rezorpsiyonu 13. Vaskülarite ve segment kaybı 14. Relaps

Tablo 2: Ortognatik cerrahi sonrasında maksillada karşılaşılabilecek komplikasyonlar^{2,56,57}

MAKSİLLA	İntra-operatif Komplikasyonlar	Post-operatif Komplikasyonlar
	1. Beklenmedik kanamalar 2. Uygun olmayan ayrılmalar,kırıklar 3. Sinir yaralanmaları 4. Antral veya nazal fistül 5. Segmentlerin yanlış pozisyonlandırılması	1. Bulantı,kusma ve dehidratasyon 2. Şiddetli ödem 3. Hemoraji ve hematom 4. Epifora 5. Nazal form bozuklukları 6. Enfeksiyon 7. Nörolojik disfonksiyon 8. TME disfonksiyonu 9. Dental ve periodontal problemler 10. Sinüs semptomları 11. Fibröz iyileşme(Nonunion) 12. Yanlış iyileşme(Malunion) 13. Uzun süreli fiksasyon süresi veya fiksasyon başarısızlığı 14. Okluzal uyumsuzluklar 15. Vaskülarite ve segment kaybı 16. Relaps

2.5. Ortognatik Cerrahide Hasta Memnuniyeti

Ortognatik cerrahi için uygun bulunan hastaların yüz yapılarında idealden uzak çeşitli ölçülebilir sapmalar bulunabilmektedir. Ortodontistler ve maksillofasiyal cerrahlar bu deviasyonların onarımının fasiyal görünüm ve fonksiyonda gelişim ve dolayısıyla hasta memnuniyetiyle sonuçlanacağını varsaymaktadırlar. Bu varsayım estetik

ve fonksiyondaki arzu edilen gelişmelere rağmen her zaman doğru değildir^{30,31}.

Çeşitli faktörler ortognatik cerrahi sonrası hasta memnuniyetini etkileyebilmektedirler. Birtakım çalışmalar cerrahi sonrası gelişen olaylar üzerine yoğunlaşmışlardır. Postoperatif ağrı, ödem ve his kaybı^{30,58,59} hasta beklentileriyle operasyon sonucu arasındaki fark^{58,60,61} ve postoperatif konuşma sorunları³⁰; tüm bunlar düşük memnuniyetin belirtileridir.

Ortognatik cerrahiye yönelen hastalarda hastaların beklentileri, cerrahinin sonuçlarından duydukları memnuniyetle ilişkili önemli faktörlerdir³⁶. Örneğin Kıyak⁶², erkeklerin sadece görünüşlerinde değil çiğneme fonksiyonlarında da gelişme beklediklerini, kadınların ise estetik gelişim umuduyla daha motive olduklarını bildirmiştir.

Diğer çalışmalar ise hastanın cerrahi için motivasyonu^{30,31,63-65}, hastanın psikolojik durumu ve kişilik özellikleri^{31,66-69} gibi tedaviden önce halihazırda mevcut olan faktörleri incelemişlerdir.

Hastaların cerrahi öncesi sağlıkla ilgili inanç ve düşünceleri, kendi sağlıklarıyla ilgili gösterdikleri çabaların başarıya ulaşmasındaki isteklerinde belirleyicidir^{62,70,71}. Peterson ve Topazian'a³¹ göre cerrahi öncesi dental fonksiyon, cerrah ve hasta arasındaki iletişim ve hazırlık ve hasta beklentileri cerrahinin sonuçları ve memnuniyetin derecesi için önemli belirleyicilerdir.

Kıyak ve arkadaşları^{30,59,62,68}, Peterson ve Topazian'ı³¹ onaylarken cerrahi öncesi anksiyete, karamsarlık ve zayıf sosyal destek

sisteminin cerrahi sonrası komplikasyonlar, sinir hasarı ve memnuniyetsizlik için ilave risk faktörleri olduğunu belirtmişlerdir.

Holman ve arkadaşlarının araştırmasına⁷² göre ortognatik cerrahi uygulamasını seçme nedenlerinden bağımsız olarak iyimser hastalar genellikle operasyon sonrası memnuniyet, oral fonksiyon ve sosyal yaşamda gelişim rapor etmişlerdir. Tam tersine kaygılı hastalar, operasyonu seçme nedenlerinden bağımsız olarak postoperatif komplikasyonlar açısından daha büyük risk altındadırlar^{61,62,72-74}.

Klinisyenler uygulanan cerrahi prosedürün başarısını objektif bir şekilde ölçmek için bir kaç araca sahiptirler⁷⁵. Çoğunlukla, postoperatif oklüzyon ve sefalometrik parametreler cerrahi başarının belirlenmesinde “altın standart” olarak kabul edilirler⁷⁶. Hastalar oklüzyonu başarının önemli bir parçası olarak değerlendirirler de tüm sonuç göz önüne alındığında arzu edilen sonuçların elde edilebilmesi adına diğer faktörler göz ardı edilmemelidir^{37,60,75,77-80}.

Bunu yapmak için durumun sadece fiziksel özelliklerinin değil hastanın duygu ve algısının yarattığı etkinin de değerlendirilmesi gerekmektedir³².

Anket çalışmaları klinisyenler için hasta memnuniyetinin subjektif değerlendirilmesini daha objektif şekilde açıklayabilecek araçlardır^{37,75,81}.

Çalışmamızda kullanılan, Kıyak ve arkadaşları³⁰ tarafından geliştirilen, Cerrahi Sonrası Hasta Memnuniyet anketi³⁶, her hastanın cerrahi işlemle ilgili nihai memnuniyetini, fonksiyonel gelişimini ve

prosedürün negatif etkileriyle ilgili algısını değerlendirmek için şekillendirilmiştir³⁵.

Ortognatik cerrahi sonrası elde edilen sonuç, hasta tarafından daha olumlu değerlendirilirken cerrah veya ortodontist tarafından tatmin edici bulunmaması beklenmedik bir durum değildir⁸². Tıpkı, tedaviyi yapan klinisyen elde edilen sonucun başarılı olduğunu hissederken hastanın estetik beklentilerinin karşılanmadığını hissetmesi gibi^{37,68,82,83}.

Bennett ve Philips⁸⁴ yaptıkları çalışmada hastaların ve doktorların elde edilen sonuçları değerlendirirken arada oluşan farkın öneminden bahsetmişlerdir. Operasyon sonrası elde edilen sonuçlarla ilgili klinisyenin algısına bel bağlamaktansa, hastanın cerrahi sonuçlarla ilgili algısının uygun şekilde değerlendirilebilmesini sağlamak adına anket çalışması hastanın kendisi tarafından cevaplandırılmalıdır.

Uzun dönemde önem arz edecek olan tedavi süreci ve tedavinin sonuçlarını doktorların değil, hastaların nasıl algıladığıdır. Psikolojik ve sosyal faktörlerin, dentofasiyal problemlerin tedavisinin her aşamasında hastanın değerlendirme ve idamesine dahil edilmesi zorunluluktur. Biyomedikal ve psikososyal iletişim dengesine sahip klinisyen-hasta ilişkisi hastalar tarafından tercih edilmektedir. “Sadece klinisyenlerin hastaya söylemekte yetersiz kaldığı durumlar değil, hastaların klinisyenlere söylemekte yetersiz kaldıkları durumlar da” hastanın derlenme ve memnuniyetini negatif etkileyebilmektedir. Tedavinin psikososyal yönünün uygun yönetilmesi hasta yararını en üst düzeye çıkartacaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmamızda, Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalında gelişimsel maloklüzyon sebebiyle ortognatik cerrahi uygulanan 36 hasta retrospektif olarak incelenmiştir.

Kliniğimizde ortognatik cerrahi uygulanan 61 hastanın poliklinik ve ortodonti dosyaları taranmıştır. Bu hastaların 36'sına ulaşılarak çalışmaya dahil edilmiştir. Bu 36 hastanın 20'si kadın 16'sı erkek olup ortalama yaşları 24.58 ± 4.97 dir.

Bireyler, aşağıdaki kriterler göz önünde bulundurularak seçilmiştir:

- 18 yaşından büyük olması,
- Daha önce ortognatik cerrahi veya temporomandibuler eklem cerrahisi geçirmemiş olması,
- Herhangi bir konjenital anomalisi (dudak-damak yarığı, sendrom vb...) olmaması,
- Daha önce baş-boyun bölgesinde mevcut malignansi sebebi ile rezeksiyon uygulanmamış olması,
- Geçirilmiş radyasyon terapisi hikayesi bulunmaması,
- Ortognatik cerrahi sırasında veya sonrasında genioplasti, rinoplasti veya augmentasyon gibi ilave cerrahi girişimlerin yapılmamış olması,
- Geçirilmiş açık veya kapalı fiksasyon gerektirecek fasiyal kırık hikayesinin bulunmaması

Ortognatik cerrahi sonrası ortodontik tedavileri tamamlanmış hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırmanın yürütülebilmesi için Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 28.02.2013 tarihli 44 kayıt numaralı etik kurul raporu alındı. Hastaların hepsinden onay alınarak aydınlatılmış onam formu imzalatıldı.

Hastalar uygulanan cerrahi teknik göz önünde bulundurularak 3 gruba ayrılmıştır. Hastaların 15'ine (41,7%) Lefort I osteotomisi (Grup 1),15'ine (41,7%) BSSRO operasyonu(Grup 2),6'sına (16,6%) da çift çene operasyonu(Grup 3) yapılmıştır. Hastaların operasyonları iki farklı cerrah tarafından yapılmış olup cerrahi öncesi ve sonrası ortodontik tedavi ve takipleri farklı ortodontistler tarafından sürdürülmüştür.

Genel anestezi altında nazal entübasyon ile opere edilen hastaların daha önce anlatılan tekniklere uygun olarak osteotomileri yapıldı. Ortodonti ekibinin ameliyat öncesi hazırladığı splintler yardımı ile planlanan oklüzyonda MMF uygulandı ve osteotomi hatlarının fiksasyonu bir kısım hastada tel osteosentezi yardımı ile semi rijit,bir kısım hastada ise mini plak ve vida aracılığıyla rijit uygulandı. Fiksasyon sonrası kondil pozisyonu palpasyonla kontrol edildi. Lefort I osteotomi hatlarında ihtiyaç duyulduğu takdirde cerrahın tercihine göre (otojen) kemik grefti ya da hayvansal kaynaklı greft materyali yerleştirildi. Çift çene cerrahisi yapılan hastalara ise öncelikle maksiller osteotomiler yapılarak ara splint yardımı ile maksillaya rijit fiksasyon uygulandı. Takiben ara splint çıkarılarak mandibuler osteotomi gerçekleştirildi. Planlanan oklüzyonu sağlayacak final splint yerleştirilerek mandibulanın fiksasyonu sağlandı.

MMF tüm hastalarda ekstübasyondan önce sonlandırıldı. Hastalara ilaç rejimi olarak operasyon sırasında 2mg/kg Prednol,50mg. Ulcuran,20 mg.Oksamen ve allerji durumu göz önünde bulundurularak seçilen antibiyotik rutin olarak uygulandı. Cerrahiyi takip eden ilk 4 saatte oral beslenmeye başlanmadı. Bu 4 saatin ardından sıvı beslenmeye geçildi. Postoperatif antibiyotik, analjezik ve kortikosteroid uygulaması rutin olarak yapıldı. Tel osteosentezi uygulanan hastalarda postoperatif 24 saat sonra splint yardımıyla MMF yapıldı. İlk 4 hafta rijit şekilde kullanıldıktan sonra egzersiz lastikleri takıldı. MMF uygulaması toplam 6 hafta sürdü. Plak aracılığıyla rijit fiksasyon uygulanan hastalar da ise MMF uygulaması yapılmayıp sadece egzersiz lastikleri yerleştirildi.

3.1. Veri Toplama

Veri toplama aracı olarak, ilk bölümü araştırmacı tarafından geliştirilen “Demografik Özellikler ve Operasyon Bilgileri anket formu” kullanılmıştır.

Anketin bu ilk bölümü; hastaların yaş, cinsiyet, doğum yeri, eğitim durumu, meslek, uygulanan cerrahi işlemin türü, operasyon tarihi, operasyon sonrası geçen süre ile ilgili bilgi toplamak adına oluşturulan sorulardan oluşmaktadır. Araştırmada kullanılan anket formu Ek1’de yer almaktadır.

Anketin ikinci bölümü ise, Cerrahi Sonrası Hasta Memnuniyet Anketi’nden oluşmaktadır. Cerrahi Sonrası Hasta Memnuniyet Anketi, Kiyak ve arkadaşları³⁰ tarafından cerrahinin sonuçlarıyla ilişkili hasta memnuniyetini değerlendirmek adına geliştirilmiştir³⁶. Ankette, soruları cevaplandıran kişinin her soruyla ilişkili memnuniyet seviyesini derecelendirebilmesi için 7-nokta Likert skalası kullanılmaktadır³⁵.

Anket, nicelikle ve nitelikle ilgili ucu açık soru bölümleri olacak şekilde ikiye ayrılmaktadır. Anketin ilk bölümünde hastalar, tekrar ortognatik cerrahi operasyon geçirmekle ilgili isteklilikleri, operasyonu bir başkasına önermekle ilgili düşünceleri ve uygulanan cerrahiyle ilgili sahip oldukları memnuniyetle ilişkili üç maddeyi 7-nokta Likert skalası üzerinde derecelendirirler³⁶.

Anketin ikinci bölümünde ise, hastaya ortognatik cerrahinin negatif ve pozitif sonuçlarını listelemesini hedefleyen ucu açık sübjektif sorular sorulmaktadır³⁶. Hastalar; kapanışlarından, konuşmalarından, dudak duruşları ve dudak kapanışlarından ve solunumlarından ne derece memnun olduklarıyla ve TME veya fasiyal ağrı ve alt dudak veya çenelerindeki his seviyesinin ne derece kabul edilebilir olduğuyla ilgili soruları 7-nokta Likert skalası üzerinde derecelendirirler.

Veri analizi yapılırken,1,2 veya 3'ü işaretleyen hastalar cerrahinin/ortodontinin sonuçlarıyla ilgili olumsuz yanıt vermiş olarak değerlendirilmişlerdir. 4'ü işaretleyen hastalar nötr olarak kabul edilmiş,5,6 veya 7'yi işaretleyen hastalar ise cerrahinin/ortodontinin sonuçlarıyla ilgili olumlu yanıt vermiş olarak değerlendirilmişlerdir³⁵.

3.2. İstatistiksel Değerlendirme

İstatistiksel değerlendirme SPSS 20,0 paket programında aşağıda sıralanan testler kullanılarak gerçekleştirildi. İstatistiksel analiz verileri [ortalama $\pm$ standart sapma, Ortanca (%25-%75),(En az-En çok),n (%)] olarak sunuldu. Yapılan tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık sınırı olarak $p<0,05$ değeri anlamlı kabul edildi.

Ölçülebilen parametrelere Shapiro-Wilk testi uygulanarak dağılımın normal ya da anormal olup olmadığı belirlendi. Normal dağılım gösteren veriler ortalama $\pm$ standart sapma, normal dağılım göstermeyen veriler ise ortanca (%25-%75) olarak sunuldu.

Sayısal eşitliğin sağlanamadığı veriler ve normal dağılım göstermeyenlerde gruplar arasında fark olup olmadığını belirlemede bağımsız gruplarda Kruskal-Wallis testi değerlendirildi. Farklılık olması durumunda gruplar arası Mann-Whitney U testi ile karşılaştırma yapıldı.

Cinsiyet, eğitim düzeyi ve çalışmada sorulan sorulara cevap verilerin değerlendirmesi Chi-square veya Fisher'in kesin Chi-square testleri yapıldı.

4. BULGULAR

Tablo 3: Gruplardaki olguların demografik özellikleri [Ort±SS, Ortanca (%25-%75),(Min-Maks),n]

	Grup1 (n=15)	Grup2 (n=15)	Grup3 (n=6)	p
Yaş (yıl)	22.60±3.70 (18-35)	22.95±4.11 (18-30)	22.60±4.37 (18-34)	0.357
Cinsiyet (E/K)	7/8	6/9	3/3	0.405
Post op takip (ay)	15 (9-22) (7-47)	33 (27-36) (5-39)	19.5 (7.25-64.75) (5-157)	0.176

Tablo 1’de çalışma gruplarını oluşturan 36 hastanın demografik özelliklerine göre dağılımları verilmiştir.

Hastaların yaşlarına göre dağılımları incelendiğinde, Grup 1’de yer alan 15 hastanın 18-35 yaş arasında olduğu, Grup 2’de yer alan 15 hastanın 18-30 yaş arasında olduğu ve grup 3’de yer alan 6 hastanın 18-34 yaş arasında olduğu ve yaş ortalamalarının sırasıyla 22.60±3.70,22.95±4.11 ve 22.60±4.37 olduğu görülmektedir.

Hastaların cinsiyetine göre dağılımları incelendiğinde, Grup 1’de yer alan 15 hastanın 7’sinin erkek 8’inin kadın, Grup 2’de yer alan 15 hastanın 6’sının erkek 9’unun kadın ve Grup 3’de yer alan 6 hastanın 3’ünün erkek 3’ünün kadın olduğu görülmektedir.

Hastaların operasyon sonrası takip edilme sürelerine göre dağılımları incelendiğinde, Grup 1’deki hastaların takip aralığının 7-

47ay,ortanca değerinin 15 ay olduğu, Grup 2'deki hastaların takip aralığının 5-39 ay, ortanca değerinin 33 ay olduğu ve Grup 3'deki hastaların takip aralığının 5-157 ay, ortanca değerinin 19.5 ay olduğu görölmektedir.

Çalışmamıza dahil edilen hasta grupları arasındaki demografik özellikler açısından istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

Tablo 4: Gruplardaki olguların eğitim düzeyi özellikleri [n(%)]

	Grup1 (n=15)	Grup2 (n=15)	Grup3 (n=6)	p
İlkokul	0	1 (6.7)	0	$\chi^2= 10.781$ p=0.095
ortaokul	2 (13.3)	0	2 (33.3)	
Lise	5 (33.3)	3 (20)	0	
Lisans	8 (53.3)	11 (73.3)	4 (66.7)	

Hasta gruplarının eğitim düzeyine göre dağılımları incelendiğinde; Grup 1'de yer alan 15 hastanın 2'sinin (%13.3) ortaokul,5'inin (%33.3) lise,8'inin (%53.3) lisans düzeyinde olduğu ve ilkokul düzeyinde hasta bulunmadığı, Grup 2 'de yer alan 15 hastanın 1'inin (%6.7) ilkokul,3'ünün (%20) lise,11'inin (%73.3) lisans düzeyinde olduğu ve ortaokul düzeyinde hasta bulunmadığı, Grup 3'de yer alan 6 hastanın 2'sinin (%33.3) ortaokul,4'ünün (%66.7) lisans düzeyinde olduğu ve ilkokul ve lise düzeyinde hasta bulunmadığı görölmüştür.

Çalışmamıza dahil edilen hasta grupları arasındaki eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

Tablo 5: Yeniden karar verecek olsaydınız aynı cerrahi operasyonu tekrar geçirmek ister miydiniz? [n(%)]

Soru	Grup 1 (n=15)	Grup 2 (n=15)	Grup 3 (n=6)	p
1	1 (6.7)	-	-	$X^2= 1.791$ $p=0.408$
2	-	-	-	
3	14 (93.3)	15 (100)	6 (100)	

Hastaların “Yeniden karar verecek olsaydınız aynı cerrahi operasyonu tekrar geçirmek ister miydiniz?” sorusuna verdikleri yanıtlara göre dağılımları incelendiğinde, Grup 1’de yer alan hastaların 1’inin (%6.7) olumsuz 14’ünün (%93.3) olumlu yanıt verdiği, Grup 2’de yer alan 15 (%100) ve Grup 3’de yer alan 6 (%100) hastanın tamamının olumlu yanıt verdiği görülmüştür.

“Yeniden karar verecek olsaydınız, aynı cerrahi operasyonu tekrar geçirmek ister miydiniz?” sorusuna verilen cevaplarda gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.408$).

Tablo 6: Aynı cerrahi operasyonu hangi ölçüde diğer kişilere önerirsiniz? [n(%)]

Soru	Grup 1 (n=15)	Grup 2 (n=15)	Grup 3 (n=6)	p
1	1 (6.7)	1 (6.7)	-	$X^2= 0.752$ $p=0.686$
2	-	-	-	
3	14 (93.3)	14 (93.3)	6 (100)	

Hastaların “Aynı cerrahi operasyonu hangi ölçüde diğer kişilere önerirsiniz?” sorusuna verdikleri yanıtlara göre dağılımları incelendiğinde, Grup 1 ve Grup 2’de yer alan hastaların 1’inin (%6.7) olumsuz, 14’ünün (%93.3) olumlu yanıt verdiği ve Grup 3’de yer alan 6 (%100) hastanın tamamının olumlu yanıt verdiği görülmüştür.

“Aynı cerrahi operasyonu hangi ölçüde diğer kişilere önerirsiniz?” sorusuna verilen cevaplarda gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.686$).

Tablo 7: Herşeyi değerlendirdiğinizde cerrahinin sonuçlarından şu an ne derece memnunsunuz? [n(%)]

Soru	Grup 1 (n=15)	Grup 2 (n=15)	Grup 3 (n=6)	p
1	1 (6.7)	-	-	$X^2 = 1.791$ $p = 0.408$
2	-	-	-	
3	14 (93.3)	15 (100)	6 (100)	

Hastaların “Herşeyi değerlendirdiğinizde cerrahinin sonuçlarından şu an ne derece memnunsunuz?” sorusuna verdikleri yanıtlara göre dağılımları incelendiğinde, Grup 1’de yer alan hastaların 1’inin (%6.7) olumsuz 14’ünün (%93.3) olumlu yanıt verdiği, Grup 2’de yer alan 15 (%100) ve Grup 3’de yer alan 6 (%100) hastanın tamamının olumlu yanıt verdiği görülmüştür.

“Her şeyi değerlendirdiğinizde, cerrahinin sonuçlarından şu an ne derece memnunsunuz?” sorusuna verilen cevaplarda gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p = 0.408$).

Tablo 8: Şu andaki kapanışınızdan(dişlerinizin)/ısırmanızdan ne derece memnunsunuz?
[n(%)]

Soru	Grup 1 (n=15)	Grup 2 (n=15)	Grup 3 (n=6)	p
1	1 (6.7)	1 (6.7)	-	$X^2= 4.482$ $p=0.345$
2	2 (13.3)	-	-	
3	12 (80)	14 (93.3)	6 (100)	

Hastaların “Şu andaki kapanışınızdan (dişlerinizin)/ısırmanızdan ne derece memnunsunuz?” sorusuna verdikleri yanıtlara göre dağılımları incelendiğinde, Grup 1’de yer alan hastaların 1’inin (%6.7) olumsuz,2’sinin(%13.3) nötr ve 12’sinin (%80) olumlu yanıt verdiği, Grup 2’de yer alan hastaların 1’inin (%6.7) olumsuz,14’ünün (%93.3) olumlu yanıt verdiği ve Grup 3’de yer alan 6 (%100) hastanın tamamının olumlu yanıt verdiği görülmüştür.

“Şu anki kapanışınızdan(dişlerinizin)/ısırmanızdan ne derece memnunsunuz?” sorusuna verilen cevaplarda gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.345$).

Tablo 9: Şu andaki konuşmanızdan ne derece memnunsunuz? [n(%)]

Soru	Grup 1 (n=15)	Grup 2 (n=15)	Grup 3 (n=6)	p
1	-	1 (6.7)	-	$X^2= 1.791$ $p=0.408$
2	-	-	-	
3	15 (100)	14 (93.3)	6 (100)	

Hastaların “Şu andaki konuşmanızdan ne derece memnunsunuz?” sorusuna verdikleri yanıtlara göre dağılımları incelendiğinde, Grup 1’de yer alan hastaların 15’inin (%100) olumlu yanıt verdiği, Grup 2’de yer alan hastaların 1’inin (%6.7) olumsuz, 14’ünün (%93.3) olumlu yanıt verdiği ve Grup 3’de yer alan 6 (%100) hastanın tamamının olumlu yanıt verdiği görülmüştür.

“Şu anki konuşmanızdan ne derece memnunsunuz?” sorusuna verilen cevaplarda gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.408$).

Tablo 10: Şu anki dudak duruşunuz ve dudak kapanışınızdan ne derece memnunsunuz? [n(%)]

Soru	Grup 1 (n=15)	Grup 2 (n=15)	Grup 3 (n=6)	p
1	1 (6.7)	-	-	$X^2 = 1.791$ $p=0.408$
2	-	-	-	
3	14 (93.3)	15 (100)	6 (100)	

Hastaların “Şu andaki dudak duruşunuz ve dudak kapanışınızdan ne derece memnunsunuz?” sorusuna verdikleri yanıtlara göre dağılımları incelendiğinde, Grup 1’de yer alan hastaların 1’inin (%6.7) olumsuz, 14’ünün (%93.3) olumlu yanıt verdiği, Grup 2’de yer alan 15 (%100) hastanın ve Grup 3’de yer alan 6 (%100) hastanın tamamının olumlu yanıt verdiği görülmüştür.

“Şu anki dudak duruşunuz ve dudak kapanışınızdan ne derece memnunsunuz?” sorusuna verilen cevaplarda gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.408$).

Tablo 11: Şu andaki solunumunuzdan/nefes alış verişinizden ne derece memnunsunuz? [n(%)]

Soru	Grup 1 (n=15)	Grup 2 (n=15)	Grup 3 (n=6)	p
1	1 (6.7)	1 (6.7)	-	$X^2 = 0.0752$ $p = 0.686$
2	-	-	-	
3	14 (93.3)	14 (93.3)	6 (100)	

Hastaların “Şu andaki solunumunuz/nefes alış verişinizden ne derece memnunsunuz?” sorusuna verdikleri yanıtlara göre dağılımları incelendiğinde, Grup 1’de yer alan hastaların 1’inin (%6.7) olumsuz, 14’ünün (%93.3) olumlu yanıt verdiği, aynı şekilde Grup 2’de yer alan hastaların 1’inin (%6.7) olumsuz, 14’ünün (%93.3) olumlu yanıt verdiği ve Grup 3’de yer alan 6 (%100) hastanın tamamının olumlu yanıt verdiği görölmüştür.

“Şu anki solunumunuzdan/nefes alış verişinizden ne derece memnunsunuz?” sorusuna verilen cevaplarda gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p = 0.686$).

Tablo 12: Şu andaki Temporomandibular eklem/Fasiyal ağrı seviyesi ne derece kabul edilebilir? [n(%)]

Soru	Grup 1 (n=15)	Grup 2 (n=15)	Grup 3 (n=6)	p
1	-	1 (6.7)	-	$X^2= 4.451$ $p=0.348$
2	3 (20)	1 (6.7)	-	
3	12 (80)	13 (86.7)	6 (100)	

Hastaların “Şu andaki Temporomandibular eklem/Fasiyal ağrı seviyesi ne derece kabul edilebilir?” sorusuna verdikleri yanıtlara göre dağılımları incelendiğinde, Grup 1’de yer alan hastaların 3’ünün (%20) nötr, 12’sinin (%80) olumlu yanıt verdiği, Grup 2’de yer alan hastaların 1’inin (%6.7) olumsuz, 1’inin (%6.7) nötr ve 13’ünün (%86.7) olumlu yanıt verdiği ve Grup 3’de yer alan 6 (%100) hastanın tamamının olumlu yanıt verdiği görülmüştür.

“Şu anki Temporomandibular eklem/Fasiyal ağrı seviyeniz ne derece kabul edilebilir?” sorusuna verilen cevaplarda gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.348$).

Tablo 13: Şu andaki alt dudak/çenenizde mevcut olan his seviyesi ne derece kabul edilebilir? [n(%)]

Soru	Grup 1 (n=15)	Grup 2 (n=15)	Grup 3 (n=6)	p
1	-	2 (13.3)	-	$X^2= 4.482$ $p=0.345$
2	1 (6.7)	1 (6.7)	-	
3	14 (93.3)	12 (80)	6 (100)	

Hastaların “Şu andaki alt dudak/çenenizdeki his seviyesi ne derece kabul edilebilir?” sorusuna verdikleri yanıtlara göre dağılımları incelendiğinde, Grup 1’de yer alan hastaların 1’inin (%6.7) nötr,14’ünün (%93.3) olumlu yanıt verdiği, Grup 2’de yer alan hastaların 2’sinin (%13.3) olumsuz,1’inin (%6.7) nötr ve 12’sinin (%80) olumlu yanıt verdiği ve Grup 3’de yer alan 6 (%100) hastanın tamamının olumlu yanıt verdiği görülmüştür.

“Şu anki alt dudak/çeneniz de mevcut olan his seviyesi ne derece kabul edilebilir?” sorusuna verilen cevaplarda gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.348$).

5. TARTIŞMA

Ortognatik cerrahi, arzu edilen estetik ve fonksiyonel sonuçlar elde edilmesine karşın her zaman hasta memnuniyetiyle sonuçlanmamaktadır. Hasta memnuniyeti, hastanın beklentileri, motivasyonu, sağlıkla ilgili inanç ve düşünceleri, kişiliği, psikolojik durumu, eğitim seviyesi ve hasta-hekim ilişkisinin durumu gibi cerrahi öncesinde mevcut olan hastaya bağlı faktörlerden etkilenebildiği gibi; ödem, his kaybı, ağrı, konuşma bozukluğu ve operasyon sonrasında elde edilen sonuçla hasta beklentileri arasındaki farklılıktan da etkilenebilmektedir.

Yapılan bu çalışmanın amacı, ortognatik cerrahi uygulanan hastalarda operasyon sonrası hasta memnuniyet seviyesini belirleyerek; hastanın demografik bilgileri, uygulanan cerrahi prosedürün tipi, elde edilen sonuçlar ve memnuniyet arasında herhangi bir ilişki olup olmadığını saptamaktır.

Dentofasiyal problemlerin tedavisinin ana nedeni bireyin yaşam kalitesini arttırmaktır. Cerrah ve ortodontistler için estetik, fonksiyon ve özellikle oklüzyon başarı için altın standart kabul edilse de, tedavi sürecini ve sonuçlarını hastanın nasıl algılayacağı uzun dönemde daha fazla önem arz etmektedir.

Tedavinin psikososyal yönünün daha uygun şekilde yönetilmesi hastaya sağlanacak faydayı maksimuma çıkaracaktır. Bu nedenle fiziksel verilerin yanında hasta memnuniyetinin de göz önünde bulundurulması, hekime hastayla empati yapma olanağı tanıyarak sonuçları tüm yönleriyle kavrama imkanı vermekte ve bu sayede cerrahi işlemin yanlış ya da eksiklerinin giderilmesiyle daha tatmin edici sonuçlar elde edilmesini sağlamaktadır.

Birçok hasta memnuniyeti çalışmasına benzer olarak hastalar çalışmaya dahil edilirken daha önce herhangi bir ortognatik veya temporomandibular eklem cerrahisi geçirmemiş olmasına, herhangi bir baş-boyun malignansisi veya damak-dudak yarığı gibi konjenital bir sendromunun olmamasına önem gösterilmiştir. Ayrıca hastaların cerrahi operasyonlarının üzerinden en az 6 ay geçmiş olmasına, ortodontik tedavilerinin sonlandırılmış ve tüm restoratif ve protetik işlemlerinin tamamlanmış olmasına da dikkat edilmiştir.

Literatüre bakıldığında ortognatik cerrahiyi değerlendirmek adına geçmişte pek çok araç kullanılmıştır; The Eysenk Personality Inventory (EPI)^{36,72,85-87}, the revised symptom check list-90 (SCL-90-R)^{36,88,89}, the Sickness Impact Profile (SIP)^{89,90}, Oral Health Status Questionnaire (OHSQ)'dan 5 skala^{36,88,89}, Oral Health Impact Profile 49 (OHIP)^{37,91,92} ve Orthognathic Quality of Life Questionnaire (OQLQ)^{76,93}. Bu çalışmalarda çeşitli soru teknikleri ve farklı ölçekler kullanılmıştır.

Bu çalışmamızda Kiyak ve arkadaşlarının geliştirdiği Post Surgical Patient Satisfaction Questionnaire (PSPSQ) (Cerrahi Sonrası Hasta Memnuniyet Anketi) tercih edilmiş olup hastaların prosedürle ilgili memnuniyeti, fonksiyonel gelişimleri ve prosedürün negatif etkileriyle ilgili farkındalıkları değerlendirilmek istenmiştir.

Literatür incelendiğinde, çalışmada yer alan bireylerin demografik bilgileriyle ortognatik cerrahi sonrası hasta memnuniyetinin değerlendirildiği pek çok çalışma olduğu görülmektedir. Oland ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların büyük çoğunluğu memnuniyet belirtirken, erkek hastalar kadın hastalara oranla daha yüksek memnuniyet rapor etmişlerdir (90,6%-79,4%). Erkek hastalar en çok tedavinin sonucundan memnun olma eğilimindeyken, kadın hastalar ise en çok elde

edilen fasiyal profilden memnun olma eğilimindedirler⁹⁴. Önceki çalışmalar kadınların estetik beklentilerinin erkeklere oranla daha yüksek olduğunu göstermektedir^{60,63,65,95}. Buna karşın, Nurminen ve arkadaşlarının⁹⁶ çalışmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Kıyak ve arkadaşları⁹⁷ ortognatik cerrahi uygulanan kadınların daha sıklıkla estetik yönde düzelme ümidiyle motive olduklarını buna karşın erkeklerin oklüzyon ve çiğneme fonksiyonlarında iyileşme beklediklerini rapor etmişlerdir. Çalışmamızda örneklem sayısının yeterli olmaması sebebiyle gruplarda yer alan hastalar cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi gibi alt gruplara bölünememiş ve bu sebeple bireylerin demografik özelliklerinin cerrahi sonrası duyulan memnuniyetle ilişkisi istatistiksel olarak incelenememiştir.

Literatür araştırıldığında ortognatik cerrahi sonrası hasta memnuniyetinin yüksek olduğu rapor edilmiş ve hastalar seçmek durumunda olsalar aynı cerrahi operasyonu tekrar geçirmeyi seçeceklerini belirtmişlerdir^{98,99}. Nurminen ve arkadaşlarının⁹⁶ çalışmasında yer alan 27 hastanın 17'si tekrar aynı durumda olsalar cerrahi tedaviyi tercih edeceklerini belirtirken, 10 hasta belirsizlik yaşamaktadır. Türker ve arkadaşlarının³⁸ ortognatik cerrahi uygulanan 30 kadın hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların 63%'ü tekrar opere olmayı kabul ederken, 17%'si kararsız olduklarını ve 20%'si ise yeniden opere olmayı tercih etmeyeceklerini belirtmişlerdir. Benzer sonuçlar bizim çalışmamızda da elde edilmiştir. Çalışmamızda yer alan 36 hastaya “Yeniden karar verecek olsaydınız aynı cerrahi operasyonu tekrar geçirmek ister miydiniz?” soru sorulmuş ve 97,2%'si olumlu yanıt vermiştir.

Çalışmamızın sonuçları incelendiğinde; hastaların “Aynı cerrahi operasyonu hangi ölçüde diğer kişilere önerirsiniz?” sorusuna 94.4% olumlu yanıt verdiği görülmektedir. Türker ve arkadaşlarının³⁸ çalışmasında ise olumlu yanıt veren hasta yüzdesi 70%olarak rapor edilmektedir. Çalışmaya dahil edilen hastaların 13%’ü kararsız olduğunu ifade ederken yine 13%’ü de olumsuz yanıt vermiştir.

Çalışmamızda yer alan hastalara sonuçtan duydukları memnuniyeti değerlendirmek adına “Herşeyi değerlendirdiğinizde cerrahinin sonuçlarından şu an ne derece memnunsunuz?” sorusu sorulmuş ve 36 hastanın 35 inden(97.2%) olumlu yanıt alınmıştır. Nurminen ve arkadaşlarının⁹⁶ çalışmasında da hastaların büyük bir çoğunluğunun (27/28) tedavinin sonucundan oldukça memnun oldukları görülmektedir. 10 hasta elde edilen tedavi sonucunun beklediğinden daha iyi olduğunu ifade ederken,17 hasta sonucun beklediği kadar iyi olduğunu rapor etmişlerdir.

Oland ve arkadaşlarının⁹⁴ çalışmasında ise hastaların büyük çoğunluğu(84,9%) tedavinin sonucundan memnun olduklarını rapor ederlerken,66 hastanın 3’ü memnun olmadığını belirtmiş,7’si nötr ve 56’sı ise memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca tedaviden duyulan memnuniyetin ne başlangıç ne de final fasiyal profille ilişkili olmadığı belirtilmiştir⁹⁴. Moding ve arkadaşlarının çalışmasında, ortognatik cerrahi uygulanan hastaların genel olarak sonuçtan memnun olduğu (91%) ve bunun beklenen bir sonuç olduğu belirtilmiştir^{59,64,100,101}.

Posnick ve arkadaşlarının³⁵ çalışması bimaksiller ortognatik cerrahiyle eş zamanlı uygulanan intranasal operasyon la birlikte yapılan bazı ek operasyonların (3. molar diş çekimi, liposakşın vs.) yüksek hasta memnuniyetiyle (hastaların 89%’u) birlikte uygulanabileceğini açıkça

göstermektedir. Bizim çalışmamızda bimaxiller cerrahi uygulanan grupta bu oran 100%'dür.

Hastalar ortognatik cerrahi sonrasında dental oklüzyon ve çiğneme ve yemek yeme kabiliyetlerinde gelişme beklerler ve neredeyse her zaman bunu elde ederler. Ortognatik cerrahi tedavinin oral fonksiyonda gelişme sağlama potansiyeli çeşitli çalışmalarda rapor edilmiştir^{3,6,94,102,103}. Moding ve arkadaşlarının 32 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, hastalara çiğneme fonksiyonları sorulduğunda 91%'i ameliyat öncesine göre daha iyi çiğnediklerini rapor etmişlerdir³⁷. Oland ve arkadaşları 2001 yılında ortognatik cerrahi hastaları üzerinde bir dizi prospektif takip çalışması başlatmış ve tedavinin oral fonksiyon üzerinde genel olarak pozitif etkisi olduğunu bulmuşlardır¹⁰⁴. Nurminen ve arkadaşlarının⁹⁶ çalışmasında hastaların büyük kısmı cerrahi sonrası çiğneme fonksiyonunda gelişim gözlemlemiştir. Bu sonuç 40%ile 80%arasında değişen sonuçlar rapor eden geçmişteki çalışmaları doğrular niteliktedir^{30,59,63,105-108}.

Posnick ve arkadaşlarının³⁵ çalışmasında 42 hastanın 5'i (12%) elde edilen oklüzyondan tamamıyla memnun değilken, bu 42 hastanın sadece 2'si yaşadığı ortodontik tedavi ve ortognatik cerrahi operasyon tecrübesi sonucunda memnuniyetsizlik rapor etmektedir. Bu durum bize hastanın cerrahi başarı ya da başarısızlığı değerlendirirken oklüzyonu tek başına önemli bir faktör olarak görmediğini açıkça göstermektedir. Bizim çalışmamızda alınan sonuçlar da literatürü destekler niteliktedir. Hastalara elde edilen oklüzyonla ilgili memnuniyet derecelerini belirlemek adına "Şu andaki kapanışınızdan/ısırmanızdan ne derece memnunsunuz?" sorusu sorulmuş ve hastaların 88.8%'inin elde edilen oklüzyon ve çiğneme fonksiyonlarından memnun olduklarını görülmüştür.

Arzu edilen sonuçlar elde edilmek isteniyorsa ortognatik cerrahi hastalarının kendini doğrulama ihtiyaçları göz ardı edilmemesi gereken önemli faktörlerden biridir. Ortognatik cerrahi sonrası tipik kendini doğrulama ihtiyaçlarından birisi “normal” oklüzyondur. Bireyin kendisini tedavi eden klinisyenlerden oklüzyonla ilgili alacağı geri dönüşün memnuniyet seviyelerini etkileyeceği beklenmektedir³⁵.

Bazı hastalar konuşma fonksiyonunun ortognatik cerrahi uygulaması sebebiyle etkileneceğini düşünseler de bu oldukça nadir görülen bir durumdur. Operasyonun hemen sonrasındaki ödem periyodu boyunca belirgin his kaybı yaşayan hastalarda bile esasen konuşma değişmemektedir³². Moding ve arkadaşlarının³⁷ çalışmasında hastaların 19%’u operasyon öncesine göre daha iyi konuştuğunu belirtirken, 66%’ı konuşma fonksiyonlarını değerlendiremediklerini rapor etmişlerdir. Posnick ve arkadaşlarının³⁵ 42 hasta üzerinde yaptıkları çalışmanın sonuçları, hastaların 80%’inin operasyon sonrası konuşma fonksiyonlarından memnun olduklarını gösterirken, 10%’unun herhangi bir değerlendirmede bulunamadığını, yine 10%’unun ise tedavi sonu konuşma fonksiyonundan tam olarak memnun olmadığını göstermektedir.

Bizim Çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edilmiş ve çalışmaya dahil edilen bireylerin konuşmayla ilgili memnuniyetlerini değerlendirmek adına “Şu andaki konuşmanızdan ne derece memnunsunuz?” sorusu sorulmuştur. 36 hastanın 35 i memnun olduğunu belirtirken, 1 hasta olumsuz yanıt vermiştir.

Literatür incelendiğinde ortognatik cerrahi sonrası elde edilen dudak postürü ve dudak kapanışıyla, hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi değerlendiren pek çalışma bulunmadığı görülmektedir. Posnick ve arkadaşlarının³⁵ çalışmasında hastaların 86%'sı dudak postürleri ve dudaklarını aktif bir şekilde kapatabilme yetilerinden memnun olduklarını ifade ederken, olumsuz yanıt veren 12%'si ise dudaklarını kontrol etme yetilerinin tam anlamıyla normal olmadığını belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda ise neredeyse tüm hastalar(97,2%) dudak postürleri ve dudak kapanışlarıyla ilgili memnuniyet belirtmişlerdir.

Çalışmamızda hastaların 94,4%'ü tedavi sonrası solunumlarından memnunken,5,6%'sı memnuniyetsizlik ifade etmişlerdir. Benzer sonuçlar Posnick ve arkadaşlarının³⁵ yaptıkları çalışmada da görülmektedir. Çalışmaya dahil edilen hastaların 90%'ının operasyon sonrası solunumlarından memnunken,5%'inin solunumlarının bazı yönlerinden memnun olmadıklarını rapor etmektedirler.

Çalışmamızın sonuçları incelendiğinde TME fonksiyonu ve yüz bölgesindeki ağrının kabul edilebilirliğini anlamak adına hastalara “Şu andaki TME/fasiyal ağrı seviyeniz ne derece kabul edilebilir?” sorusu soruldu. Hastaların 86,1%'i TME fonksiyonu ve yüz bölgesindeki ağrının kabul edilebilir olduğunu belirtirken,11,1%'i nötr ve 2,8'i ise kabul edilemez olduğunu belirtmiştir. Benzer şekilde Posnick ve arkadaşlarının³⁵ çalışmasında hastaların 88%'i mevcut TME fonksiyonunun ve yüz bölgesinde mevcut olan ağrının derecesinin kabul edilebilir olduğunu belirtirken,7%'si TME disfonksiyonunun ve/veya yüz bölgesindeki ağrının derecesinin tam olarak kabul edilebilir olmadığını belirtmişlerdir. Nemeth ve arkadaşlarının¹⁰⁹ çalışmasında da hastaların 20%'den daha az bir kısmında cerrahiden kısa süre sonra çene eklemünde ağrı hissi rapor edilmiştir.

Mandibular ramus cerrahisinden sonra tüm hastalar inferior alveolar sinirin travmatize olması sebebiyle dişlerin, diş etinin ve dudakların en azından belli bir süre hissiz olduğu bir dönem geçirirler. Genellikle his duyusu birkaç hafta içinde geri dönmeye başlar. Fakat objektif testler herhangi bir bozulma olmadığını gösterebilir de bazı hastalar halen his seviyesinde azalma rapor etmektedirler^{32,110}. Kuzey Carolina Üniversitesinde yapılan çalışmada hastalara operasyon sonrası hissetmekle ilgili mevcut veya son 2 hafta içerisinde herhangi bir problem olup olmadığı sorulmuştur. Hastaların neredeyse 4'te 3'ü operasyonun üzerinde 2 yıl geçmesine rağmen özellikle çene ve dudaklarda histe azalma rapor etmişlerdir³².

Posnick ve arkadaşlarının³⁵ yaptığı araştırmada çalışma gruplarında yer alan hastaların 21%'inin alt dudak ve çenedeki his kaybının düzelme derecesinden memnun olmamasına karşın, cerrahi sonrası sonuçtan memnun olmayan hasta oranı sadece 5%'tir. Harvey³² ve Lemke'nin¹¹¹ çalışmaları Posnick ve arkadaşlarını doğrular niteliktedir. Çalışmalarında yer alan ve duyuşal değişimler rapor eden hastaların neredeyse tümü tedavinin sonucundan memnun olduklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızın sonuçları literatürü destekler niteliktedir. Çalışmadan elde edilen sonuçlar incelendiğinde alt çenesine cerrahi işlem uygulanan Grup 2 ve Grup 3'teki hastaların alt dudak/alt çenelerindeki his seviyesinin 85,7%'si tarafından kabul edilebilir olarak değerlendirildiği görülmektedir. Hastaların 9,5%'inin mevcut his seviyesinin kabul edilemez olduğunu belirtmesine karşın, hastaların tamamı tedavinin sonucundan memnundur.

6. SONUÇ

Ortognatik cerrahi uygulanan hastaların operasyon sonrası memnuniyetlerinin değerlendirildiği bu çalışmamızda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Demografik özellikler ve eğitim düzeyi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak bir fark görülmemiştir.
- Hastaların 97.2%'si tercih etmek zorunda olsalar aynı operasyonu tekrar geçirebileceklerini ifade etmişlerdir.
- Hastaların 94.4%'ü geçirdikleri operasyonu başka kişilere önerebileceklerini belirtmişlerdir.
- Hastaların büyük çoğunluğunda operasyon sonrası memnuniyetin yüksek olduğu görülmüştür.
- Operasyonun fonksiyonel sonuçları değerlendirildiğinde hastalarının büyük çoğunun memnun olduğu görülmüştür.

Çalışmamız sonucunda hastaların büyük çoğunluğunun ortognatik cerrahi tedavinin fonksiyonel ve psikososyal sonuçlarından memnun kaldığı görülmüştür; ancak çalışmaya dahil edilen birey sayısının azlığı ve operasyon sonrasında geçen sürenin standardize edilememesi gibi kısıtlılıklar mevcuttur. Ortognatik cerrahi sonrası memnuniyetin; yaş, cinsiyet, eğitim gibi demografik özellikler, deformitenin şiddeti, kullanılan fiksasyon tekniği gibi alt gruplara bölünerek ayrıntılı olarak değerlendirilebilmesi için daha fazla bireyin dahil edildiği ileri çalışmalar gerekmektedir.

7. ÖZET

ORTOGNATİK CERRAHİ UYGULANAN HASTALARDA POSTOPERATİF MEMNUNİYETİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu araştırmanın amacı Gazi Üniversitesi Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Kliniği'ne dentofasiyal deformite onarımı için başvuran ve ortognatik cerrahi uygulanmış hastalarda postoperatif hasta memnuniyetinin değerlendirilmesidir.

Çalışmaya en az 6 ay önce cerrahi tedavi uygulanmış, ortodontik tedavisi tamamlanmış ve herhangi bir sendromu olmayan 20'si kadın 16'sı erkek toplam 36 birey dahil edildi. Hastalar uygulanan cerrahi teknik göz önüne alınarak; Lefort I osteotomisi (Grup 1), BSSRO operasyonu (Grup 2) ve çift çene operasyonu (Grup 3) olarak 3 ayrı gruba bölündü ve hastalara; ilk bölümü demografik bilgiler ve hasta öyküsünden oluşan, ikinci bölümü ise operasyon sonrası hasta memnuniyetini ölçmek için kullanılan PSPSQ (Post Surgical Patient Satisfaction Questionnaire) anketini içeren bir form doldurtuldu. Çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS 20,0 paket programında yapıldı ve $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edildi.

Hastaların ortognatik cerrahinin fonksiyonel ve psikososyal sonucundan duyduğu postoperatif memnuniyetin oldukça yüksek olduğu; fakat gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü. Çalışmanın, dahil edilen birey sayısının azlığı ve operasyon sonrasında geçen sürenin standardize edilememesi gibi kısıtlılıkları mevcuttur. Ortognatik cerrahi sonrası memnuniyetin; yaş, cinsiyet, eğitim gibi demografik özellikler, deformitenin şiddeti, kullanılan fiksasyon tekniği gibi alt gruplara bölünerek ayrıntılı olarak değerlendirilebilmesi için daha fazla bireyin dahil edildiği ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Ortognatik cerrahi, PSPSQ, hasta memnuniyeti

8. SUMMARY

EVALUATION OF POSTOPERATIVE PATIENT SATISFACTION AFTER ORTHOGNATHIC SURGERY

The aim of this study was to evaluate the postoperative satisfaction of the patients who attended to Gazi University Oral and Maxillofacial Surgery Clinic for dentofacial deformity correction and underwent orthognatic surgery.

36 subjects (20 female,16 male) without any syndromes who received orthognatic surgery at least 6 months ago and whose orthodontic treatment were finished,were included in this study. Patients were divided into three groups as Lefort I osteotomy (Group1),BSSRO (Group 2) and bimaxillary surgery (Group 3) according to surgical technique. Patients were asked to complete a form including demographic information, anamnesis and Post Surgical Patient Satisfaction Questionnaire (PSPSQ),a questionnaire which is used to assess patient satisfaction after surgical operation. The statistical analysis was performed with SPSS 20,0 with a significance level of $p<0,05$.

In all groups,a high postoperative satisfaction was found when the functional and psychological outcomes of the orthognatic surgery were evaluated but there was no significant difference among the groups. There are some limitations of this study: the sample size was small and postoperative questionnaire application time couldn't be standardised. Future large scale research is needed in order to assess satisfaction in subgroups of age,sex,education level,severeness of the deformity and fixation techniques.

Key Words: Orthognatic surgery,PSPSQ,patient satisfaction

9. KAYNAKLAR

1. Bloomquist DS, Lee JJ. Principles of mandibular orthognathic surgery In: Miloro M, editor. Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery 2nd Edition. Ontario, Canada: BC Decker Inc.; 2004.
2. Panula K, Finne K, Oikarinen K. Incidence of complications and problems related to orthognathic surgery: a review of 655 patients. J Oral Maxillofac Surg 2001;59(10):1128-36
3. Karabouta I, Martis C. The TMJ dysfunction syndrome before and after sagittal split osteotomy of the rami. J Maxillofac Surg 1985;13(4):185-8.
4. White CS, Dolwick MF. Prevalence and variance of temporomandibular dysfunction in orthognathic surgery patients. Int J Adult Orthodon Orthognath Surg 1992;7(1):7-14.
5. Zarrinkelk HM, Throckmorton GS, Ellis E 3rd, Sinn DP. Functional and morphologic changes after combined maxillary intrusion and mandibular advancement surgery. J Oral Maxillofac Surg 1996;54(7):828-37.
6. Magnusson T, Ahlborg G, Finne K, Nethander G, Svartz K. Changes in temporomandibular joint pain-dysfunction after surgical correction of dentofacial anomalies. Int J Oral Maxillofac Surg 1986;15(6):707-14.
7. Magnusson T, Ahlborg G, Svartz K. Function of the masticatory system in 20 patients with mandibular hypo- or hyperplasia after correction by a sagittal split osteotomy. Int J Oral Maxillofac Surg 1990;19(5):289-93.

8. Rodrigues-Garcia RC,Sakai S,Rugh JD,et al. Effects of major Class II occlusal corrections on temporomandibular signs and symptoms. *J Orofac Pain* 1998;12(3):185-92.
9. Cassidy DW,Jr.,Herbosa EG,Rotskoff KS,Johnston LE,Jr. A comparison of surgery and orthodontics in "borderline" adults with Class II,division 1 malocclusions. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1993;104(5):455-70.
10. Proffit WR,Phillips C,Tulloch JF,Medland PH. Surgical versus orthodontic correction of skeletal Class II malocclusion in adolescents: effects and indications. *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg* 1992;7(4):209-20.
11. Cheng LH,Roles D,Telfer MR. Orthognathic surgery: the patients' perspective. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1998;36(4):261-3.
12. Tucker MR. Orthognathic surgery versus orthodontic camouflage in the treatment of mandibular deficiency. *J Oral Maxillofac Surg* 1995;53(5):572-8.
13. Christiansen RL,Soudah HP. Disseminated intravascular coagulation following orthognathic surgery. *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg* 1993;8(3):217-24.
14. Hes J,de Man K. Carotid-cavernous sinus fistula following maxillofacial trauma and orthognathic surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1988;17(5):295-7.
15. Lanigan DT,Hey JH,West RA. Hemorrhage following mandibular osteotomies: a report of 21 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1991;49(7):713-24.

16. Lanigan DT,Hey JH,West RA. Major vascular complications of orthognathic surgery: false aneurysms and arteriovenous fistulas following orthognathic surgery. J Oral Maxillofac Surg 1991;49(6):571-7.
17. Mehra P,Cottrell DA,Caiazzo A,Lincoln R. Life-threatening, delayed epistaxis after surgically assisted rapid palatal expansion: a case report. J Oral Maxillofac Surg 1999;57(2):201-4.
18. Bouwman JP,Kerstens HC,Tuinzing DB. Condylar resorption in orthognathic surgery. The role of intermaxillary fixation. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1994;78(2):138-41.
19. Cutbirth M, Van Sickels JE, Thrash WJ. Condylar resorption after bicortical screw fixation of mandibular advancement. J Oral Maxillofac Surg 1998;56(2):178-82
20. De Clercq CA, Neyt LF, Mommaerts MY, Abeloos JV, De Mot BM. Condylar resorption in orthognathic surgery: a retrospective study. Int J Adult Orthodon Orthognath Surg 1994;9(3):233-40.
21. Hoppenreijns TJ, Freihofer HP, Stoelinga PJ, Tuinzing DB, van't Hof MA. Condylar remodelling and resorption after Le Fort I and bimaxillary osteotomies in patients with anterior open bite. A clinical and radiological study. Int J Oral Maxillofac Surg 1998;27(2):81-91.
22. Merckx MA, Van Damme PA. Condylar resorption after orthognathic surgery. Evaluation of treatment in 8 patients. J Craniomaxillofac Surg 1994;22(1):53-8.
23. Nitzan DW, Dolwick MF. Temporomandibular joint fibrous ankylosis following orthognathic surgery: report of eight cases. Int J Adult Orthodon Orthognath Surg 1989;4(1):7-11.

24. Jacks SC,Zuniga JR,Turvey TA,Schalit C. A retrospective analysis of lingual nerve sensory changes after mandibular bilateral sagittal split osteotomy. J Oral Maxillofac Surg 1998;56(6):700-4
25. Jones JK, Van Sickels JE. Facial nerve injuries associated with orthognathic surgery: a review of incidence and management. J Oral Maxillofac Surg 1991;49(7):740-4.
26. Westermarck A, Bystedt H, von Konow L. Inferior alveolar nerve function after sagittal split osteotomy of the mandible: correlation with degree of intraoperative nerve encounter and other variables in 496 operations. Br J Oral Maxillofac Surg 1998;36(6):429-33.
27. Gallagher DM, Epker BN. Infection following intraoral surgical correction of dentofacial deformities: a review of 140 consecutive cases. J Oral Surg 1980;38(2):117-20.
28. Martis C, Karabouta I. Infection after orthognathic surgery, with and without preventive antibiotics. Int J Oral Surg 1984;13(6):490-4.
29. Stewart TD, Sexton J. Depression: a possible complication of orthognathic surgery. J Oral Maxillofac Surg 1987;45(10):847-51.
30. Kiyak HA, Hohl T, West RA, McNeill RW. Psychologic changes in orthognathic surgery patients: a 24-month follow up. J Oral Maxillofac Surg 1984;42(8):506-12.
31. Peterson LJ, Topazian RG. Psychological considerations in corrective maxillary and midfacial surgery. J Oral Surg 1976;34(2):157-64.
32. Phillips C, Proffit WR. Psychosocial Aspects of Dentofacial Deformity and Its Treatment. In: Proffit WR, Sarver DM., editor. Contemporary Treatment of Dentofacial Deformity. St. Louis, Missouri: Mosby, Inc.; 2003.

33. Khadka A,Liu Y,Li J,et al. Changes in quality of life after orthognathic surgery: a comparison based on the involvement of the occlusion. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011;112(6):719-25.
34. Rustemeyer J,Gregersen J. Quality of Life in orthognathic surgery patients: post-surgical improvements in aesthetics and self-confidence. *J Craniomaxillofac Surg* 2012;40(5):400-4.
35. Posnick JC,Wallace J. Complex orthognathic surgery: assessment of patient satisfaction. *J Oral Maxillofac Surg* 2008;66(5):934-42.
36. Scott AA,Hatch JP,Rugh JD,et al. Psychosocial predictors of satisfaction among orthognathic surgery patients. *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg* 2000;15(1):7-15.
37. Modig M,Andersson L,Wardh I. Patients' perception of improvement after orthognathic surgery: pilot study. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2006;44(1):24-7.
38. Turker N,Varol A,Ogel K,Basa S. Perceptions of preoperative expectations and postoperative outcomes from orthognathic surgery: part I: Turkish female patients. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2008;37(8):710-5.
39. Patel PK Orthognathic Surgery. 2012.
["http://emedicine.medscape.com/article/1279747-overview.](http://emedicine.medscape.com/article/1279747-overview)
 Accessed 24/05 2013.
40. Hausamen JE. The scientific development of maxillofacial surgery in the 20th century and an outlook into the future. *J Craniomaxillofac Surg* 2001;29(1):2-21.

41. Caldwell JB, Letterman GS. Vertical osteotomy in the mandibular ramus for correction of prognathism. *J Oral Surg (Chic)* 1954;12(3):185-202.
42. Rosen HM. Aesthetic orthognathic surgery. In: JM. M, editor. *Plastic Surgery*. China: Saunders; 2006.
43. Stearns JW, Fonseca JR, Saker M. Revascularization and healing of orthognathic surgical procedures. In: Fonseca RJ BN, Turvey TA, editor. *Oral and Maxillofacial Surgery*. Philadelphia: Saunders; 2000.
44. Bailey LT, Proffit WR, White RP, Jr. Trends in surgical treatment of Class III skeletal relationships. *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg* 1995;10(2):108-18.
45. Lee JJ. Maxillary Osteotomies: Le Fort I Osteotomy. In: Fonseca RJ MR, Turvey TA, editor. *Oral and Maxillofacial Surgery*. Philadelphia: Saunders; 2008.
46. Moloney F, Worthington P. The origin of the Le Fort I maxillary osteotomy: Cheever's operation. *J Oral Surg* 1981;39(10):731-4.
47. Perciaccante VJ, Bays RA. Maxillary Orthognathic Surgery. In: M. M, editor. *Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery 2nd Edition*. Ontario, Canada: BC Decker Inc.; 2004.
48. Turvey TA, White RP, Jr. Maxillary Surgery. In: Proffit WR, Sarver DM, editor. *Contemporary Treatment of Dentofacial Deformity*. St. Louis, Missouri: Mosby, Inc.; 2003.
49. Van Sickels JE. Combined Maxillary and Mandibular Osteotomies. In: Fonseca RJ MR, Turvey TA, editor. *Oral and Maxillofacial Surgery*. Philadelphia: Saunders; 2008.

50. Erkmen E, Simsek B, Yucel E, Kurt A. Comparison of different fixation methods following sagittal split ramus osteotomies using three-dimensional finite elements analysis. Part 1: advancement surgery-posterior loading. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2005;34(5):551-8.
51. Maurer P, Holweg S, Knoll WD, Schubert J. Study by finite element method of the mechanical stress of selected biodegradable osteosynthesis screws in sagittal ramus osteotomy. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2002;40(1):76-83.
52. Blakey GH, White RP, Jr. Mandibular Surgery. In: Proffit WR, Sarver DM., editor. *Contemporary Treatment of Dentofacial Deformity*. St. Louis, Missouri: Mosby, Inc.; 2003.
53. Hoffman GR, Islam S. The difficult Le Fort I osteotomy and downfracture: a review with consideration given to an atypical maxillary morphology. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2008;61(9):1029-33.
54. Ayoub AF, Trotman CA, Stirrups DR, Wilmot JJ. Stability of bimaxillary osteotomy following surgical correction of class II skeletal deformities: a two-centre study. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1997;35(2):107-15.
55. Tucker MR, White RP, Jr. Combining Surgical Procedures In The Mandible and Maxilla. In: Proffit WR, Sarver DM., editor. *Contemporary Treatment of Dentofacial Deformity*. St. Louis, Missouri: Mosby, Inc.; 2003.
56. Thomas PM, Sarver DM, Tucker MR. Prevention and Management of Complications. In: Proffit WR, Sarver DM., editor. *Contemporary Treatment of Dentofacial Deformity*. St. Louis, Missouri: Mosby, Inc.; 2003.

57. O'ryan F,Alessandro S. Complications with Orthognatic Surgery. In: Fonseca RJ MR,Turvey TA.,editor. Oral and Maxillofacial Surgery. Philadelphia: Saunders; 2008.
58. Flanary CM,Alexander JM. Patient responses to the orthognathic surgical experience: factors leading to dissatisfaction. J Oral Maxillofac Surg 1983;41(12):770-4.
59. Kiyak HA,West RA,Hohl T,McNeill RW. The psychological impact of orthognathic surgery: a 9-month follow-up. Am J Orthod 1982;81(5):404-12.
60. Flanary CM,Barnwell GM,Jr.,Alexander JM. Patient perceptions of orthognathic surgery. Am J Orthod 1985;88(2):137-45.
61. Kiyak HA,Vitaliano PP,Crinean J. Patients' expectations as predictors of orthognathic surgery outcomes. Health Psychol 1988;7(3):251-68.
62. Kiyak HA. Psychological aspects of orthognathic surgery. Psychol Health 1993;8(2-3):197-212.
63. Athanasiou AE,Melsen B,Eriksen J. Concerns,motivation,and experience of orthognathic surgery patients: a retrospective study of 152 patients. Int J Adult Orthodon Orthognath Surg 1989;4(1):47-55.
64. Hutton CE. Patients' evaluation of surgical correction of prognathism: survey of 32 patients. J Oral Surg 1967;25(3):225-8.
65. Kiyak HA,Hohl T,Sherrick P,et al. Sex differences in motives for and outcomes of orthognathic surgery. J Oral Surg 1981;39(10):757-64.

66. Auerbach SM, Meredith J, Alexander JM, Mercuri LG, Brophy C. Psychological factors in adjustment to orthognathic surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 1984;42(7):435-40.
67. Flanary CM, Barnwell GM, VanSickels JE, Littlefield JH, Rugh AL. Impact of orthognathic surgery on normal and abnormal personality dimensions: a 2-year follow-up study of 61 patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1990;98(4):313-22.
68. Kiyak HA, McNeill RW, West RA, et al. Predicting psychologic responses to orthognathic surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 1982;40(3):150-5.
69. Kiyak HA, McNeill RW, West RA, Hohl T, Heaton PJ. Personality characteristics as predictors and sequelae of surgical and conventional orthodontics. *Am J Orthod* 1986;89(5):383-92.
70. Boldero J, Moore S, Rosenthal D. Intention, context, and safe sex: Australian adolescents' responses to AIDS. *J Appl Soc Psychol* 1992;22(17):1374-96.
71. Boyd B, Wandersman A. Predicting undergraduate condom use with the Fishbein and Ajzen and the Triandis attitude-behavior models: Implications for public health interventions. *J Appl Soc Psychol* 1991;21(22):1810-30.
72. Holman AR, Brumer S, Ware WH, Pasta DJ. The impact of interpersonal support on patient satisfaction with orthognathic surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 1995;53(11):1289-97
73. George JM, Scott DS, Turner SP, Gregg JM. The effects of psychological factors and physical trauma on recovery from oral surgery. *J Behav Med* 1980;3(3):291-310.

74. Krohne HW, Slangen K, Kleemann PP. Coping variables as predictors of perioperative emotional states and adjustment. *Psychol Health* 1996;11(3):315-30.
75. Travess HC, Newton JT, Sandy JR, Williams AC. The development of a patient-centered measure of the process and outcome of combined orthodontic and orthognathic treatment. *J Orthod* 2004;31(3):220-34
76. Cunningham SJ, Garratt AM, Hunt NP. Development of a condition-specific quality of life measure for patients with dentofacial deformity: II. Validity and responsiveness testing. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002;30(2):81-90.
77. Forssell H, Finne K, Forssell K, Panula K, Blinnikka LM. Expectations and perceptions regarding treatment: a prospective study of patients undergoing orthognathic surgery. *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg* 1998;13(2):107-13.
78. Juggins KJ, Nixon F, Cunningham SJ. Patient- and clinician-perceived need for orthognathic surgery. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2005;128(6):697-702.
79. Williams AC, Shah H, Sandy JR, Travess HC. Patients' motivations for treatment and their experiences of orthodontic preparation for orthognathic surgery. *J Orthod* 2005;32(3):191-202.
80. Zhou Y, Hagg U, Rabie AB. Severity of dentofacial deformity, the motivations and the outcome of surgery in skeletal Class III patients. *Chin Med J (Engl)* 2002;115(7):1031-4.
81. Herbelein TA, Baumgartner R. Factors affecting response rates to mailed questionnaires: A quantitative analysis of the published literature. *Am Sociol Rev* 1978;43:447-62.

82. Burke L,Croucher R. Criteria of good dental practice generated by general dental practitioners and patients. *Int Dent J* 1996;46(1):3-9.
83. Newton JT,Minhas G. Exposure to 'ideal' facial images reduces facial satisfaction: an experimental study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005;33(6):410-8.
84. Bennett ME,Phillips CL. Assessment of health-related quality of life for patients with severe skeletal disharmony: a review of the issues. *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg* 1999;14(1):65-75.
85. Finlay PM,Atkinson JM,Moos KF. Orthognathic surgery: patient expectations; psychological profile and satisfaction with outcome. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1995;33(1):9-14.
86. Hatch JP,Rugh JD,Bays RA,et al. Psychological function in orthognathic surgical patients before and after bilateral sagittal split osteotomy with rigid and wire fixation. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1999;115(5):536-43.
87. Peterson LJ,Topazian RG. The preoperative interview and psychological evaluation of the orthognathic surgery patient. *J Oral Surg* 1974;32(8):583-8.
88. Hatch JP,Rugh JD,Clark GM,et al. Health-related quality of life following orthognathic surgery. *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg* 1998;13(1):67-77.
89. Motegi E,Hatch JP,Rugh JD,Yamaguchi H. Health-related quality of life and psychosocial function 5 years after orthognathic surgery. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2003;124(2):138-43.

90. Phillips C, Kiyak HA, Bloomquist D, Turvey TA. Perceptions of recovery and satisfaction in the short term after orthognathic surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 2004;62(5):535-44.
91. Slade GD. Assessing change in quality of life using the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998;26(1):52-61.
92. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health* 1994;11(1):3-11.
93. Cunningham SJ, Garratt AM, Hunt NP. Development of a condition-specific quality of life measure for patients with dentofacial deformity: I. Reliability of the instrument. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000;28(3):195-201.
94. Oland J, Jensen J, Papadopoulos MA, Melsen B. Does skeletal facial profile influence preoperative motives and postoperative satisfaction? A prospective study of 66 surgical-orthodontic patients. *J Oral Maxillofac Surg* 2011;69(7):2025-32.
95. Pepersack WJ, Chausse JM. Long term follow-up of the sagittal splitting technique for correction of mandibular prognathism. *J Maxillofac Surg* 1978;6(2):117-40.
96. Nurminen L, Pietila T, Vinkka-Puhakka H. Motivation for and satisfaction with orthodontic-surgical treatment: a retrospective study of 28 patients. *Eur J Orthod* 1999;21(1):79-87.
97. Kiyak HA, McNeill RW, West RA. The emotional impact of orthognathic surgery and conventional orthodontics. *Am J Orthod* 1985;88(3):224-34.

98. Cunningham SJ, Hunt NP, Feinmann C. Psychological aspects of orthognathic surgery: a review of the literature. *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg* 1995;10(3):159-72.
99. Lazaridou-Terzoudi T, Kiyak HA, Moore R, Athanasiou AE, Melsen B. Long-term assessment of psychologic outcomes of orthognathic surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 2003;61(5):545-52.
100. Crowell NT, Sazima HJ, Elder ST. Survey of patients' attitudes after surgical correction of prognathism: study of 33 patients. *J Oral Surg* 1970;28(11):818-22.
101. Williams RW, Travess HC, Williams AC. Patients' experiences after undergoing orthognathic surgery at NHS hospitals in the south west of England. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2004;42(5):419-31.
102. Gaggl A, Schultes G, Karcher H. Aesthetic and functional outcome of surgical and orthodontic correction of bilateral clefts of lip, palate, and alveolus. *Cleft Palate Craniofac J* 1999;36(5):407-12.
103. Upton LG, Scott RF, Hayward JR. Major maxillomandibular malrelations and temporomandibular joint pain-dysfunction. *J Prosthet Dent* 1984;51(5):686-90.
104. Oland J, Jensen J, Melsen B. Factors of importance for the functional outcome in orthognathic surgery patients: a prospective study of 118 patients. *J Oral Maxillofac Surg* 2010;68(9):2221-31.
105. Jacobson A. Psychological aspects of dentofacial esthetics and orthognathic surgery. *Angle Orthod* 1984;54(1):18-35.
106. Nagamine T, Kobayashi T, Hanada K, Nakajima T. Satisfaction of patients following surgical-orthodontic correction of skeletal Class III malocclusions. *J Oral Maxillofac Surg* 1986;44(12):944-8.

107. Rittersma J,Casparie AF,Reerink E. Patient information and patient preparation in orthognathic surgery: a medical audit study. J Maxillofac Surg 1980;8(3):206-9.
108. Kiyak HA BR. Psychosocial considerations in surgery and orthodontics. In: Proffit WR WR,editor. Surgical-orthodontic treatment. St. Louise: Mosby Year Book; 1991. p. 71-92.
109. Nemeth DZ,Rodrigues-Garcia RC,Sakai S,et al. Bilateral sagittal split osteotomy and temporomandibular disorders: rigid fixation versus wire fixation. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2000;89(1):29-34.
110. Cunningham LL,Tiner BD,Clark GM,et al. A comparison of questionnaire versus monofilament assessment of neurosensory deficit. J Oral Maxillofac Surg 1996;54(4):454-9
111. Lemke RR,Clark GM,Bays RA,Tiner BD,Rugh JD. Effects of hypesthesia on oral behaviors of the orthognathic surgery patient. J Oral Maxillofac Surg 1998;56(2):153-7

10. EKLER

10.1. Demografik Özellikler ve Hasta Öykü Formu

ORTOGNATİK CERRAHİ SONRASI MEMNUNİYET ANKETİ

Hastanın;

Adı-Soyadı :

Yaşı :

Cinsiyeti :

Doğum yeri :

Eğitim durumu :

Meslek :

Uygulanan cerrahi işlem :

Operasyon Tarihi :

Operasyon sonrası geçen süre :

İletişim Bilgisi :

10.2. PSPSQ Anket Formu

Tedavi sonrası anket

(Lütfen her soru için cevabınızı daire içine alınız)

Yeniden karar verecek olsaydınız, aynı cerrahi operasyonu tekrar geçirmek ister miydiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Hiç Nötr Kesinlikle

Aynı cerrahi operasyonu hangi ölçüde diğer kişilere önerirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Hiç Nötr Kesinlikle

Herşeyi değerlendirdiğinizde, cerrahinin sonuçlarından şu an ne derece memnunsunuz?

1 2 3 4 5 6 7

Hiç Nötr Kesinlikle

Şu anki kapanışınızdan(dışlerininzin)/ısırmanızdan ne derece memnunsunuz?

1 2 3 4 5 6 7

Hiç Nötr Kesinlikle

Şu anki konuşmanızdan ne derece memnunsunuz?

1 2 3 4 5 6 7

Hiç Nötr Kesinlikle

Şu anki dudak duruşunuz ve dudak kapanışınızdan ne derece memnunsunuz?

1 2 3 4 5 6 7

Hiç Nötr Kesinlikle

Şu anki solunumunuzdan/nefes alış verişinizden ne derece memnunsunuz?

1 2 3 4 5 6 7

Hiç Nötr Kesinlikle

Şu anki Temporomandibular eklem/Fasiyal ağrı seviyeniz ne derece kabul edilebilir?

1 2 3 4 5 6 7

Hiç Nötr Kesinlikle

Şu anki alt dudak/çeneniz de mevcut olan his seviyesi ne derece kabul edilebilir?

1 2 3 4 5 6 7

Hiç Nötr Kesinlikle

10.3. Etik Kurul Raporu

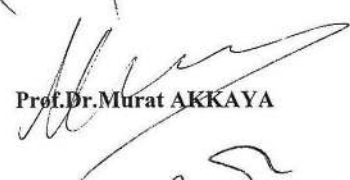
**ANKARA ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ARAŞTIRMA ETİK KURULU KARARLARI**

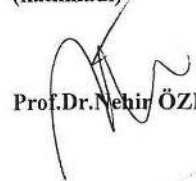
Karar Tarihi : 28.02.2013
Toplantı Sayısı : 44

6- Prof.Dr.Ziver Ergün YÜCEL başkanlığında yürütülecek olan “Ortognatik cerrahi hastalarında postoperatif memnuniyetin değerlendirilmesi” konulu araştırmanın, etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.


Prof. Dr. Tamer YILMAZ
Başkan

Prof.Dr.Erdal ERDEM
(katılmadı)

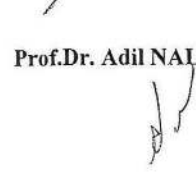

Prof.Dr.Murat AKKAYA

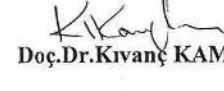

Prof.Dr.Nehir ÖZDEN


Prof.Dr.Fatma ZİRAMAN


Prof.Dr.Sazibe SARI


Prof.Dr. Hatice GÖKALP


Prof.Dr. Adil NALÇACI


Doç.Dr.Kıvanç KAMBUROĞLU

10.4. Hasta Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

“Ortognatik Cerrahi Hastalarında Postoperatif Memnuniyetin Değerlendirilmesi” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini, olası yararlarını, risklerini ve rahatsızlıklarını bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırın ve bu bilgileri ailenizle ve/veya doktorunuzla tartışın. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

Çalışmanın amaçları nelerdir ve benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Daha önce yapılan çalışmalar incelendiğinde, ortognatik cerrahi ameliyatı (çene kemiklerinin cerrahi ile düzeltilmesi) sonrasında hasta memnuniyetini ve yaşam kalitesini değerlendiren çalışmaların oldukça yetersiz olduğu görülmüştür. Amacımız, kliniğimizde ortognatik cerrahi ameliyatı geçiren hastaların operasyon sonrası memnuniyet ve yaşam kalitesini değerlendirerek verdiğimiz hizmeti daha iyi bir boyuta taşımaktır. Çalışmamıza toplam 100 hasta dahil edilecektir.

Ne yapmam gerekiyor?

Araştırmayı ben, Dt. Çise ÇAĞIN danışman hocam Prof. Dr. Ergun YÜCEL'in gözetimi altında yürüteceğim. Eğer bu araştırmaya katılmayı isterseniz ameliyatınızdan sonra bir anket doldurmanızı talep edeceğiz. Size başka herhangi bir işlem uygulanmayacaktır

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları nelerdir, göreceğim bir zarar durumunda neler yapılacaktır?

Size risk taşıyan herhangi bir işlem uygulanmayacaktır.

Çalışmada yer almanın yararları nelerdir?

Ameliyat ve sonrasına ilişkin sıkıntı, şikayet ve önerileriniz değerlendirilerek yaşam kalitenizin artırılmasına çalışılacak, verdiğimiz hizmet ve tedavi değerlendirilecektir.

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal bir yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır; ancak kimlik bilgileriniz çalışma boyunca hekiminiz tarafından gizli tutulacaktır. Çalışmanın sonunda, bu

bilgiler hakkında bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?

Çalışmayla ilgili bir sorunuz olduğunda ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI SOYADI : Dt Çise ÇAĞIN

GÖREVİ : G.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Doktora Öğrencisi

TLF : 0-312-203 43 36

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gerek bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu Klinik Araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

(Katılımcının / Hastanın Beyanı)

G.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı'nda Dt. Çise ÇAĞIN tarafından bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya 'katılımcı' olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda herhangi bir saatte Dt. Çise ÇAĞIN'a 0-312-203 43 36 G.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı'ndan arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün:

Adı-Soyadı:

Adresi :

Tel.no:

İmzası:

Tarih:

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli yada vasisinin:

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.no:

İmzası:

Tarih:

Açıklamaları yapan araştırmacının:

Adı-Soyadı, Unvanı: Dt. Çise ÇAĞIN, Doktora Öğrencisi

Adresi: G.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene
Cerahisi ABD, Emek,06450 ANKARA

Tel.no: 0-312-203 43 36

İmzası:

Tarih:

10.5. Teşekkürler

Doktora eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen, sabrı ve anlayışını cömertçe hissettiğim değerli hocam Sayın Prof. Dr. Ergun YÜCEL'e,

Tezimin oluşması ve sürdürülmesindeki katkılarının yanı sıra mesleki katkılarından ötürü Sayın Doç. Dr. Mustafa SANCAR ATAÇ'a,

Tezimde benden desteğini esirgemeyen Prof. Dr. Mustafa ARSLAN'a,

Sadece dün ve bugünümde değil yarınımda da hem iyi bir hekim hem de iyi bir insan olma yolunda önümü aydınlatan vizyonlarından ötürü Sayın Prof. Dr. Şule YÜCETAŞ'a ve Sayın Doç. Dr. Berrin IŞIK'a,

Bana kendine güvenen, ne yaptığını bilen, iyi bir cerrah olmayı öğretmeye çalışmaktan hiç yorulmayan, desteğini hep hissettiğim ve hissedeceğim Dr. Süleyman BOZKAYA'ya,

Desteğini hep hissettiğim Dr. Esmâ BOYSAN ÖZTÜRK'e

Bana Ankara'da Aile sıcaklığını ve şefkatini hissettiren SİPAHİ ve ÇAKIR ailelerine,

Burada geçirdiğim süre boyunca varlıklarıyla hayatımı kolaylaştıran, hayatıma renk katan ve ailem gibi hissettiğim Fatma ŞENDENİZ'e, Elif AKYOL İLKAR'a, Burhan ALTINEL'e, Safiye SATILMIŞ'a ve Nizam TAŞKIN'a,

Bu süreçte sevgi ve desteklerini hep hissettiğim değerli arkadaşlarım Mehmet EMİN TOPRAK'a, Ezgi KARAÇELEBİ'ye ve Merve DOĞAN'a,

Tezimi kendi tezinden ayırmayıp kıymetli vaktini ayıran ve çokça emek veren sevgili arkadaşım Erkan ÇIRAK'a,

Tanıdığım ilk günden itibaren yanımdan bir an olsun ayrılmayan, iyi günde beraber sevindiğim, kötü günde beraber üzüldüğüm canım dostum, kardeşim Merve ÇAKIR'a,

Onu tanıdığım kısacık zamanda bana gösterdiği sonsuz sevgi, koşulsuz destek ve can yoldaşlığı için Duygu SİPAHİ'ye,

Uzakta olsalar bile bana olan güvenlerini, sevgilerini en önemlisi de inançlarını hep kalbimde hissettiğim biricik annem Feride ÇAĞIN'a, babam Adnan ÇAĞIN'a ve ablam Selen ÇAĞIN BAYBARS'a teşekkürü bir borç bilirim.

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Çise ÇAĞIN

Doğum Tarihi : 02.10.1986

Doğum Yeri : Lefkoşa, K.K.T.C

Telefon : 0 532 552 53 38

E-mail : cise_cagin@windowslive.com

Adres : Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı
8.Cd. 82.Sk. No:4 06510 Emek-ANKARA

EĞİTİM BİLGİLERİ

Yıl	Derece	Okul/Üniversite	Saha
1992-1997		Polatpaşa İlkokulu,K.K.T.C	İlkokul
1997-2000		Gazi Magosa Türk Maarif Koleji,K.K.T.C	Ortaokul
2000-2003		Gazi Magosa Türk Maarif Koleji,K.K.T.C	Lise
2003-2008	Lisans	Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi,Ankara	Üniversite
2008-	Doktora	Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi,Ağız,Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı	Ağız,Diş ve Çene Cerrahisi

BİLİMSEL KURULUŞLARA ÜYELİKLER

1.TAOMS Türk Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Derneği

2008-Halen Üye

2. International Team for Implantology (ITI)

2009-Halen Üye

KONGRE-SEMPOZYUM KATILIMI

1. TAOMS 15. Uluslararası Kongresi,29 Ekim-2 Kasım 2008,Kemer-Antalya
2. TAOMS 16. Uluslararası Kongresi,3-8 Kasım 2009,Ürgüp-Nevşehir
3. Astra Tech 2. Bilimsel Sempozyumu,4-5 Aralık 2009,Ankara
4. TAOMS 17. Uluslararası Kongresi,14-17 Ekim 2010,İstanbul
5. ITI Turkish Section Sempozyumu,29-31 Ekim 2010,Antalya
6. TAOMS 18. Uluslararası Kongresi,2-6 Ekim 2011,Antalya
7. ITI V. Türkiye Kongresi,21-22 Mayıs 2011 İstanbul
8. HITAOMS 2nd International Congress,1-3 June 2012,Kos Island,Greece