

ÇENE-YÜZ BÖLGESİ REKONSTRÜKTİF CERRAHİ İŞLEMLERİNE BAĞLI PSİKOLOJİK SORUNLAR

PSYCHOLOGICAL ISSUES BASED ON MAXILLOFACIAL RECONSTRUCTIVE SURGERY

¹*Kamil Serkan AĞAÇAYAK, ²Süleyman DEMİR, ¹Musa Can UÇAN, ³Yusuf ATALAY

¹Yrd. Doç. Dr. Dicle Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, DİYARBAKIR.

²Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, DİYARBAKIR.

³Yrd. Doç. Dr. Afyon Kocatepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, AFYON.

Özet

Çene-yüz bölgesini ilgilendiren birçok cerrahi işlem aynı zamanda hastaları psikolojik olarak da etkilemektedir. Çene-yüz yaralanmaları tedavileri, çene yüz kanseri cerrahi tedavileri ve ortognatik cerrahi işlemleri sonrasında hastaların psikolojik durumları etkilenmektedir. Hastaların operasyon sonrası memnuniyetini artırmak ve daha iyi bir yaşam kalitesi sağlamak için psikolojik durumları dikkate alınmalıdır. Depresyon, anksiyete, düşük benlik saygısı, zayıf sosyal ilişkiler ve vücut imajı değişiklikleri çene yüz bölgesi cerrahi işlemleri sonrası psikolojik sorunlar arasındadır. Çalışmamızda çene yüz cerrahi işlemleri sonrası karşılaşılabilecek psikolojik sorunlardan bahsedilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Psikolojik sorunlar, Oral cerrahi, Maksillofasiyal cerrahi.

Abstract

Maxillo-facial region's surgery procedures affect patients psychologically as well. After facial injury treatment, facial cancer surgery treatment, and orthognathic surgery procedures psychological statement of the patients are affected. Psychological conditions must be taken into account for to increase satisfaction and to ensure these patients post-operatively a better quality of life. Problems such as depression, anxiety, low self-esteem, poor social relationships, and changes in body image are considered. In this study, the psychological problems that can be fulfilled aftermaxillo-facial surgery procedures are discussed.

Key words: Psychological issues, Oral surgery, Maxillofacial surgery.

Giriş

Oral ve maksillofasiyal cerrahide; özellikle kozmetik cerrahide sıklıkla görülen psikolojik sorunlar hastanın motivasyonuna ve tedaviye olan cevabına bağlıdır. Ancak rekonstrüktif cerrahide, yalnızca kozmetik cerrahi işlemlere göre daha çok psikolojik sorunlar görülmektedir.¹ Kranyofasiyal bölgenin fasiyal yaralanmaları, fasiyal kanserleri ve ortognatik cerrahi işlemleri hastaların psikolojik durumlarını etkileyebilmektedir. Rekonstrüktif cerrahi hastaları tedavilerinin uzun dönem rehabilitasyonları ve belirsiz sonuçlarından dolayı genellikle eskisine kıyasla daha kötü sonuca giderler.² Bunun yanında kozmetik cerrahi işlemleri ise güzellik ve görünümü daha iyiye ulaştırmak amacıyla yapılmaktadır.³

*İletişim Adresi

Dr. Kamil Serkan AĞAÇAYAK
Dicle Üniversitesi
Diş hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi A.D.
21280 Diyarbakır

Tel: 0532 395 19 94

e-mail: serkanaqacayak@gmail.com

Tecrübeli oral ve maksillofasiyal cerrahi uzmanları hastalarının psikolojik beklentilerini nasıl ayırt edebileceğini bilmelidir. Bu çalışmamızda oral ve maksillofasiyal cerrahide karşılaşılan değişik psikolojik sorunların detaylı incelenmesi planlanmıştır.

Kranyofasiyal Deformite ve Psikolojik Sorunlar

Konuşmanın düzenlenmesi, çiğneme kabiliyeti tamiri, görme, duyma, çene ve yüz onarımı ile ilgili cerrahi işlemlerin daima yaşamın erken döneminde yapılması tercih edilmektedir. Çene-yüz rehabilitasyonu klinisyenler için geniş bir uzmanlık gerektiren, belirsiz sonuçlar veren ve uzun vadeli bir süreçtir.⁴ Kranyofasiyal deformitesi olan çocuklar değişik davranışsal ve emasyonel sorunlara sahiptir. Bunlar agresif davranışlar, karşıt olma karşıt gelme davranışları, davranım bozuklukları, hiperaktivite, anksiyete, depresyon, sosyal inhibisyon ve somatoform bozukluklar olabilir.⁴

Kranyofasiyal deformitesi olan çocuklarda sosyal inhibisyon ve içe kapanıklık

yaygındır.⁵ Bu tür çocuklar akranları arasında alay etme, gruptan dışlama, yalnız bırakılma ve sosyal iletişim sorunlarından dolayı yalnızlığı grup içinde olmaya tercih ederler.⁶ Sosyal inhibisyon ve içe dönüklük diğer davranışsal ve duygusal bozukluklarla birlikte sık görülür. Gruptan uzak durma eylemi; agresiflik, aşırı savunmacılık veya utangaçlığa yol açar.⁶ Bu çocuklar normal çocuklara göre iki ya da üç kez daha fazla öğrenme gücünü çekerler.⁷ Böylece fiziksel, sosyal, duygusal ve bilişsel olarak etkilenmektedirler.⁸ Kranyofasiyal deformitesi olan yetişkinlere yönelik gözlemlerde sosyal zorluklar, geç evlilik, kişiler arası sosyal ilişkilerde zorluklar, anksiyete, depresyon (kadınlarda erkeklerden daha fazla) ve panik atak rapor edilmiştir.⁹ Yetişkin hastalar görünümünün meslek seçimlerini, kendilerine olan saygılarını, yaşam kalitesini ve kendilerine karşı negatif ayrımcılığı etkilediğini düşünmektedirler.¹⁰

Yüz yapısı ve beğenilme diğer insanların yargı ve tepkilerini etkilemektedir. Fiziksel olarak beğenilen insanlar daha az beğenilenlere göre daha pozitifdir.¹¹ Çalışmalar göstermiştir ki çene-yüz yapısı insana karşı oluşan yargıyı ciddi bir şekilde etkilemektedir.¹¹ Ergenler ve yetişkinler, kendi görünümünü okul öncesi veya okul çağındaki çocuklara göre daha negatif değerlendirmektedirler.¹² Ebeveynler çocuklarının çene-yüz farklılığından dolayı akranları tarafından alaycı ve kötü bir şekilde davranılacağından endişe duymaktadırlar.¹² 4-12 yaş grubunda bu tür alaycılık çok yaygındır.¹³

Yarık dudak veya damak tedavisi yapılacak bir hasta için multidisipliner çalışma grubunda ruh sağlığı uzmanı da görev almalıdır.¹⁴ Ailelere mükemmel sonuca ulaşmak için gidilecek yollardan bahsedilmeli ve bütün aile bireylerinin rahatlık duyabileceği esnek bir protokol uygulanmalıdır. Operasyonlar bütün aileyi etkileyeceği için zaman olarak bütün ailenin uyum sağlayacağı biçimde güven ve özveri içinde planlanmalıdır. Ebeveynler yapılacak operasyon ve uygun şekilde hasta bakımı için eğitilmelidirler. Ailenin hayatını bölmek, çocuğun akranları ile ilişkisini, okul ve diğer sportif aktivitelerini bölmek amacıyla zamanlama çok önemlidir. Multidisipliner operasyon takımı çocuğun kendine olan güvenini ve benliğini güçlendirmelidirler.¹⁵ Ebeveynler ve çocukları tedavi sürecinde

ihtiyaç olabilecek her şeyi gözden geçirmelidirler.¹⁵

Çene-Yüz Bölgesin Travmaları Sonrası Psikolojik Sorunlar

Travma veya hastalık nedeniyle çene-yüz bölgesindeki değişikliklerden dolayı derin adaptasyon ve uyum problemleri yaşanmaktadır.¹⁶ Maalesef bu tür hastalar için tedavi olabilecekleri çok az sayıda tedavi merkezi vardır. Yüz görünümü olarak değişikliğe uğrayan travma hastaları; çene-yüz kanseri hastaları gibi benzer psikolojik sorunlar yaşamaktadır. Çene-yüz yaralanmaları nedeni ile psikolojik sorun yaşayan hastaların psikososyal problemleri mutlaka belirlenmelidir.¹⁷ Fasiyal yaralanmaların sonucu olarak kişiler önceki sosyal yaşamlarına dönmekte zorluk yaşamaktadırlar.¹⁷ Bu tür hastalar evlilikle ilgili sorunlar, depresyon, anksiyete, bağımlılık, vücut görünümünü beğenmeme, travma sonrası stres bozuklukları ve hayatından memnuniyetsizlik yaşamaktadırlar.¹⁸ Bazı çalışmalara göre yaralanmaların ve kalan skarın derecesi ile sosyal anksiyete arasında doğrudan ilişki tespit edilmiştir.¹⁹

Yetişkin travma hastalarının %20 ila %30 arasında travma sonrası stres bozukluğuna sahip oldukları tespit edilmiştir.²⁰ Aynı oranlar çocuk travma hastaları için de geçerlidir.²⁰ Huzursuz edici düşünceler, yeniden travmanın başlayacağı düşüncesi, yaralanma ile ilgili durumlardan kaçınma düşüncesi, uyku sorunları, aşırı uyarılma, sinirlilik, gerginlik ve abartılı tepkiler bu tür hastalarda görülebilmektedir. Kadınlarda ve yaşlı bireylerde yaralanmadan oluşan ağrı, travma sonrası stres bozukluğu oluşma riskini artırmaktadır.²¹ Bu tür semptomların tespiti teşhisi konulmamış depresyonu önceden belirlemek için önemlidir.

Ciddi çene-yüz yaralanması olan bireylerde, sinir sistemini etkileyen beyin yaralanması da eşlik edebilmektedir. Çene-yüz yaralanmaları esnasında oluşan ciddi sarsıntılar beyin yaralanması ile birlikte emasyonel ve davranışsal bozukluklara yol açabilir.²² Bu yüzden fasiyal travmayı değerlendirmek için kurulan ekipte nörologlar, beyin cerrahisi uzmanları ve psikiyatrisler de olmalıdır.

Çene-Yüz Kanserlerine Bağlı Psikolojik Sorunlar

Psikolojik olarak aynı yıkıcı etkiye sahip olmasına rağmen çene-yüz kanserlerine bağlı psikolojik sorunlarda, fasiyal travmalı hastaların psikolojik sorunlarına verilen önem gösterilmemektedir.²³ Yapılan bir çalışmaya göre; fasiyal yaralanma ve çene-yüz kanserleri nedeniyle rekonstrüktif cerrahi işlem yapılan hastalar psikolojik olarak kıyaslandığında; kanser hastaları daha az anksiyete, depresyon, sosyal bozukluk ve görünüme bağlı kaygı yaşadığı tespit edilmiştir.²⁴

Bazı çene-yüz bölgesi kanseri olan hastaların hastalıktan önce kişisel sorunları olduğu ve alkol bağımlılığı ile birlikte kötü bir hayat standardına sahip oldukları rapor edilmiştir.²⁵ Hastaların kişisel mücadele yeteneği, sosyal çevre ve aile desteğinin çokluğu, ağrı derecesi, hastanede kalma süresi, işini kaybetmesi, anksiyete şiddeti ve fiziksel görünüm kaygısı gibi faktörler çene-yüz kanserinin psikolojik etkilerini şekillendiren etkenlerdir.²⁵ Çene-yüz bölgesi kanseri olan kadın hastaların yüzlerindeki estetik kayıpları kabullenmeleri uzun süre almaktadır ve bu kadın hastalarda yüksek oranda depresyon görülmektedir.²⁶

Yüz görünümünün bozulmasından kaynaklı sosyal etkiye karşı dirençli ve metanetli olma zaman almaktadır ve bu istenmeyen durum genellikle hastaların yaşam kalitelerini negatif olarak değiştirmektedir.^{19,27} Bu tür hastalarda depresyon ve alkolle ilişkili problemler yaygın olarak rastlanmaktadır. Ruh sağlığı uzmanlarının bu tür hastaları gözlemleyerek tedavilerini bütünüyle takip etmeleri, tanılarını gecikmeden korunması için önemlidir.

Ortognatik Cerrahiye Bağlı Psikolojik Sorunlar

Ortognatik cerrahide bazı hastalar estetik amaçla tedavi edilmektedir. Bir çok hastada sadece ortodontik tedavi yeterli olmadığı için cerrahi tedavi de uygulanmaktadır. Bazı araştırmalara göre cerrahi ve ortodontik tedaviler sonrası 1-3 yıl arasında devam eden rehabilitasyon prosedürleri sürecinde ciddi psikolojik ve psikososyal problemler mevcuttur. Görünüme bağlı bu problemler yaygın olarak düşük benlik saygısı ve azalmış iç huzuru

olarak sayılabilir.²⁸ Bayanların yüz görünümünden erkeklere göre daha az memnuniyet gösterdikleri ancak erkeklerin operasyon sonrası duruma uyumu daha geç olduğu bildirilmiştir.²⁹ Retrognatik hastalar prognatik hastalara göre tedavinin estetik sonuçlarından daha az memnun olmaktadır.³⁰

Yaş olarak küçük olan hastalar ortognatik cerrahi tedaviden dolayı daha fazla üzüntü ve stres yaşamaktadırlar.³¹ Herhangi bir ortognatik tedavi uygulanacak hastaya tedavi öncesi mutlaka psikiyatrik konsültasyon yapılmalıdır. Ancak bildiğimiz kadarıyla bu tür hastaların ruhsal durumu, anksiyete düzeyi ve somatoform belirtilerini ele alan bir çalışma yoktur.³²

Kolay iş bulma, özgüven, daha iyi diş ve yüz görünümüne sahip olma, daha iyi sosyal ilişkiler ve yüksek derecede kendine saygı gibi özelliklerin gelişmesi ortognatik cerrahiden sonra oluşabildiği rapor edilmiştir.³³ Hastaların ortalama %75-90'ı ortognatik cerrahiden 5 yıl sonraki çene-yüz estetiğinden memnun olmaktadır.³⁴

Oral ve maksillofasiyal cerrahi kolay ulaşılabilir ancak Türkiye'de pahalıdır. Yapılacak cerrahi tedavinin yararları hakkında bilgi seviyesi insanlar arasında oldukça düşüktür ve bu da yararlanmayı negatif etkiler. Aile bağları ve kültürel faktörler bu gruptaki hastaların uzun dönem aile desteğini artırmaktadır. Ancak oluşabilecek psikolojik sorunlarla mücadele için tedavi planlaması yapan profesyonellerin ekip halinde çalışması gerekmektedir.

Hastanın cerrahi tedavi öncesi ve sonrası psikolojik olarak değerlendirilmesi, postoperatif memnuniyet ve rehabilitasyonu sağlamada temel yardımcı olacaktır. Bu aşamada hasta ve doktoru arasında iletişimi artırmak faydalı olacaktır. Bazı merkezlerde tedavi ile ilgili bilgiler hastaya veriliyor olsa da, olası psikolojik sorunlara profesyonel yaklaşım henüz tam manasıyla sözlü ve yazılı şekilde sağlanmamaktadır. Psikolojik açıdan değerlendirme yapan profesyonellerin tedavi ekibine katılmaları postoperatif hasta memnuniyetini ve yaşam kalitesini artırmış olacaktır.

Kaynaklar

1. Goin JM, Goin MK. Changing the body. In: Psychological effects of plastic surgery. Baltimore: William and Wilkins; 1981.
2. Georgiade NG, Georgiade GS, Riefkohl R, Barwick WJ, editors. Essentials of plastic, maxillofacial and reconstructive surgery. Baltimore: Williams and Wilkins; 1987.
3. Avinash DS. Psychological issues in oral and maxillofacial reconstructive surgery. *British J Oral and Maxillofac Surg* 2008;46:661-4
4. Pope AW, Ward J. Self perceived facial appearance and psychosocial adjustment in preadolescents with craniofacial anomalies. *Cleft Palate Craniofac J* 1997;34:396-401.
5. Kapp-Simon K. Self-concept of primary-school-age children with cleft lip, cleft palate, or both. *Cleft Palate J* 1986;23:24-7.
6. Speltz ML, Morton K, Goodell EW, Clarren SK. Psychological functioning of children with craniofacial anomalies and their mothers: follow-up from late infancy to school entry. *Cleft Palate Craniofac J* 1993;30:482-9.
7. Broder HL, Richman LC, Matheson PB. Learning disabilities, school achievement, and grade retention among with children with cleft: a twocenter study. *Cleft Palate Craniofac J* 1998;35:127-31.
8. Robinson E, Rumsey N, Partridge J. Anevaluation of the impact of social interaction skills training for facially disfigured people. *Br J Plast Surg* 1996;49:281-9.
9. Ramstad T, Ottem E, Shaw WC. Psychosocial adjustment in Norwegian adults who had undergone standardised treatment of complete cleft lip and palate. II. Self-reported problems and concerns with appearance. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 1995;29:329-36.
10. Maner JK, Kenrick DT, Becker DV, et al. Sexually selective cognition: beauty captures the mind of the beholder. *J Pers Soc Psychol* 2003;85:1107-20.
11. Sarwer DB, Bartlett SP, Whitaker LA, Paige KT, Pertschuk MJ, Wadden TA. Adult psychological functioning of individuals born with craniofacial anomalies. *Plast Reconstr Surg* 1999;103:412-8.
12. Reed J, Robathan M, Hockenhull A, Rostill H, Perrett D, Lees A. Children's attitudes towards interacting with peers with different craniofacial anomalies. *Cleft Palate Craniofac J* 1999;36:441-7.
13. Rankin M, Borah GL. Perceived functional impact of abnormal facial appearance. *Plast Reconstr Surg* 2003;111:2140-6.
14. Wyszynski DF, editor. Cleft lip and palate: from origin to treatment. Oxford: Oxford University Press; 2002.
15. Nash P. Living with disfigurement: psychosocial implications of being born with cleft lip and palate. Aldershot: Avebury; 1995.
16. Shetty V, Dent DM, Glynn S, Brown KE. Psychosocial sequelae and correlates of orofacial injury. *Dent Clin North Am* 2003;47:141-57.
17. Lento J, Glynn S, Shetty V, Asarnow J, Wang J, Belin TR. Psychologic functioning and needs of indigent patients with facial injury: a prospective controlled study. *J Oral Maxillofac Surg* 2004;62:925-32.
18. Pitak-Arnop P, Coffin JC, Dhanuthai K, Bertrand JC, Meningaud JP. Psychological care for maxillofacial trauma patients: A preliminary survey of oral and maxillofacial surgeons. *J Cranio-Maxillofac Surg* 2011;39:515-8
19. Glynn SM, Asarnow JR, Asarnow R, et al. The development of acute post-traumatic stress disorder after orofacial injury: a prospective study in a large urban hospital. *J Oral Maxillofac Surg* 2003;61: 785-92.
20. Phillips C, Bennett ME, Broder HL. Dentofacial disharmony: motivations for seeking treatment. *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg* 1997;12:7-15.
21. Ozolins M, Parsons O, Ozolins D, Hunter PD. Postconcussive symptoms in craniofacial trauma. *J Craniomaxillofac Trauma* 1996;2:8-13.
22. Bisson JI, Shepherd JP, Dhutia M. Psychological sequelae of facial trauma. *J Trauma* 1997;43:496-500.
23. Rusch MD, Grunert BK, Sanger JR, Dzwierzynski WW, Matloub HS. Psychological adjustment in children after traumatic disfiguring injuries: a 12-month follow-up. *Plast Reconstr Surg* 2000;106:1451-8.
24. Grealy L. *Autobiography of a Face*. New York: Houghton Mifflin; 1994.
25. Humphris GM, Rogers S, McNally D, Lee-Jones C, Brown J, Vaughan D. Fear of recurrence and possible cases of anxiety and depression in orofacial cancer patients. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2003;32:486-91.
26. Cheng YS, Li WL, Xu L, Xu ZF, Liu FY, Sun CF. Assessment of quality of life of oral cancer patients after reconstruction with radial forearm free flaps. *Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi*. 2013 Mar;48(3):161-4.
27. Cash TF, Pruzinsky T, editors. *Body Image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press; 2002.
28. Helm S, Kreiborg S, Solow B. Psychosocial implications of malocclusion: a 15-year follow-up study in 30-year-old Danes. *Am J Orthod* 1985;87:110-8.
29. 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;61:545-52.
30. Sinobad V, Dodić S, Strajnić L, Vukadinović M. The effects of orthognathic surgery on mandibular movements in patients with mandibular prognathism. *Srp Arh Celok Lek* 2012;140(11-12):704-10.
31. van Steenberghe E, Litt MD, Nanda R. Presurgical satisfaction with facial appearance in orthognathic surgery patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1996;109:653-9.
32. Pogrel MA, Scott P. Is it possible to identify the psychologically "bad risk" orthognathic surgery patient preoperatively? *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg* 1994;9:105-10.
33. Tebble NJ, Thomas DW, Price P. Anxiety and self-consciousness in patients with minor facial lacerations. *J Adv Nurs* 2004;47:417-26.
34. Flanary CM, Barnwell Jr GM, Alexander JM. Patient perceptions of orthognathic surgery. *Am J Orthod* 1985;88:137-45.