

T.C.
ANKARA UFUK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PLASTİK VE REKONSTRÜKTİF CERRAHİ ANABİLİM DALI

RİNOPLASTİ SONRASI HASTA MEMNUNİYETİNİN ÖZBİLDİRİM
YÖNTEMİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ: BİR TOPLUM
ARAŞTIRMASI

Dr. Süleyman ÖZER

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Sarper YILMAZ

ANKARA

2020

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitim sürecinde bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım ve mesleki gelişimime çok büyük katkıları olan *Prof. Dr. Erdem YORMUK*, *Prof. Dr. Sarper YILMAZ*'a, *Doç. Dr. A. Tolga ERYILMAZ*, *Op. Dr. Başar KAYA*, *Dr. Öğr. Üyesi Senem Özge TURAÇLI KARAGÜVEN*'e ;

Tez çalışmalarım sırasında bana destek ve yön vererek değerli yardımlarda bulunan başta *Prof. Dr. Sarper YILMAZ*'a, *Dr. Öğr. Üyesi Senem Özge TURAÇLI KARAGÜVEN*'e ;

Eğitimim boyunca desteklerini esirgemeyen başta *Cerrahi Tıp Bilimleri Başkanı Prof. Dr. Dikmen Akyürek ARIBAL* olmak üzere tüm Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri ve Genel Cerrahi Anabilim Dalı Arş. Gör.Dr arkadaşlarıma;

Çalışma arkadaşlarım olarak birlikte aynı ortamı, güzellikleri ve sıkıntıları paylaştığım tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma, serviste ve ameliyathanede beraber çalıştığım tüm hemşire ve hastane personeline;

Yoğun fedakârlıklarıyla her zaman yanımda olan, çalışmalarımın her aşamasında maddi manevi tüm desteğini her zaman yanımda hissettiren annem Rukiye ÖZER, babam Şeyh ALİ ÖZER, ağabeylerim Musa ÖZER, İbrahim Halil ÖZER, Yusuf ÖZER, ablam Zeynep ÖZER, kardeşim Dr. Yakup ÖZER'e;

Lise ve üniversite hayatım boyunca her an yanımda olan ve beraber kütüphanede yıllarımızı geçirdiğimiz Op. Dr. Enes ULUYARDIMCI'ya

Desteklerini esirgemeyen arkadaşlarım Yunus ACAR, Ali BUCAK'a

Teşekkür ederim...

Dr. Süleyman ÖZER

Ankara 2020

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Son yıllarda artan estetik beklentiler ile birlikte rinoplasti ameliyatı sıklığı da artış göstermektedir. Bu çalışmanın temel amacı rinoplasti operasyonu geçirmiş hastaların operasyon sonrası biyopsikososyal yaşamlarındaki değişiklikleri ortaya koymaktır. Çalışmanın ikinci amacı ise hastaları ameliyat olmaya iten etkenleri, ameliyat oldukları cerraha nasıl ulaştıklarını, cerrahları tarafından doğru bilgilendirme yapıp yapılmadığını, cerrahların hasta ile iletişimlerini ve memnun olmayan hastaların memnuniyetsizlik sebeplerini araştırmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmaya Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dr. Rıdvan Ege Hastanesi polikliniklerine burun estetiği harici bir taleple başvuran, daha önce rinoplasti ameliyatı geçirmiş 18-65 yaş arası 101 kişi dâhil edilmiştir. Katılımcılara literatüre uygun olarak hazırlanan anket ve ROE-T ölçeği uygulandı. Hastaların rinoplasti sonrası biyopsikososyal değişimleri, memnuniyet düzeyleri ve ilişkili faktörler incelendi.

BULGULAR: Çalışmaya 101 birey (91 kadın ve 10 erkek) dâhil edildi, yaş ortalaması $28,76 \pm 7,58$ (19 – 61) olarak saptandı. Katılımcıların %28,71’i ameliyat sonrası iş ve sosyal hayatının olumlu yönde değiştiğini belirtirken, %4,5’i ise ameliyat sonrası iş ve sosyal hayatının olumsuz yönde değiştiğini ifade etmiştir. Ameliyat sonrası sosyal medya paylaşımlarının arttığını söyleyenlerin oranı ise % 30,69’dur. Rinoplasti Sonuç Değerlendirme Anketi’nden elde edilen toplam puanların ortalaması $15,26 \pm 6,12$ (1 – 24) olarak saptandı. Katılımcıların memnuniyet düzeyinin burun ucu ve burun sırtı görünümü, nefes alma durumu, seçilen cerrah arasında ilişkili olduğu saptanmıştır.

SONUÇ: Rinoplasti ameliyatı genel olarak hastaların biyopsikososyal yaşamlarını olumlu etkilemektedir. Ameliyat sonrası memnuniyet düzeyi hasta beklentilerinden etkilenmektedir. Burun ucu ile ilgili en sık memnuniyetsizlik sebebi burun ucunun yetersiz rotasyonu iken; burun sırtı ile ilgili en sık memnuniyetsizlik sebebi ele gelen düzensizliktir. Nefes alma durumu olumlu etkilenen hastaların memnuniyet puanı anlamlı olarak yüksektir.

Hastaların yaklaşık %40'ı nazal aks eğriliğinin devam ettiğini ifade etti. Hasta beklentilerini anlamanın ve hastanın psikososyal özelliklerini iyi tanımının en etkili yolu hasta hekim arasındaki doğru iletişimidir.

Anahtar Kelimeler: Rinoplasti, rinoplasti sonrası hasta memnuniyeti, güzellik algısı



ABSTRACT

OBJECTIVE: The frequency of rhinoplasty surgery has increased with increasing aesthetic anxiety in recent years. The aim of this study was to determine the postoperative biopsychosocial changes in patients undergoing rhinoplasty. The second aim of the study was to investigate the causes of surgery, how to reach the surgeon, the correct information provided by the surgeons, the communication of surgeons with the patient and the reasons for dissatisfaction of the unsatisfied patients.

MATERIAL AND METHOD: The study included 101 patients aged between 18-65 years who had undergone rhinoplasty surgery at Ufuk University Ridvan Ege Hospital Plastic Surgery Outpatient Clinic. The questionnaire and the ROE-T scale were administered to the participants. Biopsychosocial changes, satisfaction levels and related factors after rhinoplasty were evaluated.

RESULTS: 101 individuals (91 females and 10 males) were included in the study and the mean age was 28.76 ± 7.58 (19 - 61). While 28.71% of the participants stated that postoperative work and social life changed positively, 4.5% stated that postoperative work and social life changed negatively. The rate of those who stated that post-operative social media sharing increased was 30.69%. The average of the total scores obtained from the Rhinoplasty Result Evaluation Questionnaire was found to be 15.26 ± 6.12 (1 - 24). Satisfaction level of the participants was found to be related between nasal tip and nasal ridge appearance, breathing status and selected surgeon.

CONCLUSION: Rhinoplasty surgery positively affects the biopsychosocial lives of individuals. Postoperative satisfaction level is influenced by patient expectations. While the most common reason for dissatisfaction with the nasal tip is the insufficient rotation; The most common reason for dissatisfaction with the back of the nose is the palpable irregularity. The satisfaction score of the patients whose breathing status is affected positively is significantly high. The most effective way to understand the patient's

expectations and to know the psychosocial characteristics of the patient is the correct communication between the patient and the physician.

Key Words: Rhinoplasty, patient satisfaction, rhinoplasty outcomes evaluation



İÇİNDEKİLER

	Sayfa numarası
ÖNSÖZ	i
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
ISAPS: Uluslararası Estetik Plastik Cerrahi Derneği	x
SIME: Estetik Tıbbi Derneği	x
ROE-T: Rinoplasti Sonuç Değerlendirme Ölçeği	x
TABLO LİSTESİ	xi
ŞEKİL LİSTESİ	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	13
1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	14
1.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	14
1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	15
2. GENEL BİLGİLER	15
2.1. RİNOPLASTİ.....	15
2.1.1. Rinoplasti Tanımı.....	15
2.2. RİNOPLASTİ TARİHÇESİ.....	17
2.2.1. “Plastik” Kelimesinin Etimolojisi.....	17
2.2.2. Rinoplastinin Tarihi.....	19
2.3. RİNOPLASTİ EPİDEMİYOLOJİSİ	24
2.4. RİNOPLASTİ KARARI.....	26
2.4.1. Anamnez	27

2.4.2.	Psikiyatrik muayene	27
2.5.	RİNOPLASTİNİN SOSYOLOJİK ÖRÜNTÜLERİ	29
2.5.1.	Estetik Kaygı	29
2.5.2.	Yüz Güzelliği	31
2.6.	RİNOPLASTİ VE TEKNİKLERİ	32
2.6.1.	PREOPERATİF HAZIRLIK	32
2.6.2.	RİNOPLASTİ TEKNİKLERİ	34
2.7.	RİNOPLASTİ BAŞARISI	37
2.8.	PREOPERATİF ANALİZ	38
2.9.	OPERASYON BAŞARISI	38
2.10.	REVİZYON RİNOPLASTİ	39
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	43
3.1.	ARAŞTIRMANIN DESENİ	43
3.2.	ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ	43
3.3.	ETİK KONULAR	44
3.4.	VERİ TOPLAMA ARACI	44
3.5.	VERİLERİN İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRİLMESİ	45
4.	BULGULAR	46
5.	TARTIŞMA	64
5.1.	Katılımcıların Ameliyat Sonrası Biyopsikososyal Değişimlerine İlişkin Bulguların Tartışılması	65
5.2.	Katılımcıların Ameliyat Sonrası Memnuniyet Düzeyleri Ve İlişkili Faktörlerin Tartışılması	66
6.	SONUÇ ve ÖNERİLER	73
7.	KAYNAKLAR	75

SİMGELER VE KISALTMALAR

ISAPS: Uluslararası Estetik Plastik Cerrahi Derneği

SIME: Estetik Tıbbı Derneği

ROE-T: Rinoplasti Sonuç Değerlendirme leđi



TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 1 Tardy'nin savunduğu karar tablosu	35
Tablo 2 Açık ve kapalı yaklaşımlı rinoplastinin üstünlükleri ve kısıtlılıkları (82)	36
Tablo 3 Katılımcıların cinsiyet ve sorulara verdikleri cevapların dağılımı	50
Tablo 4 Rinoplasti Sonuç Değerlendirme Anketi (ROE-T)'ne verilen cevapların dağılımı	55
Tablo 5 Rinoplasti Sonuç Değerlendirme Anketi Toplam Puanları	58

ŞEKİL LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 1. 2600 yıl öncesine ait atölye çalışmaları (33)	20
Şekil 2 Ekim 1794'te bakır levha üzerine işlenen Hint alın flep rinoplasti (Mazzola collection) (34)	22
Şekil 3 Doktor (cerrah) ile ilgili sorulara verilen cevapların dağılımı	60
Şekil 4 Burun ucundan memnun olma durumuna göre ROE-T toplam puanları	61
Şekil 5 Burun sırtından memnun olma durumuna göre ROE-T toplam puanları	61
Şekil 6. Nefes alma durumuna göre ROE-T toplam puanları.....	62
Şekil 7. Aynı cerraha tekrar ameliyat olma durumuna göre ROE-T toplam puanları.....	63

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Rinoplasti, burun fonksiyonunu, görünümünü ve yüz özelliklerinin dengesini geliştirmek için uzman cerrahlar tarafından gerçekleştirilen karmaşık bir cerrahi prosedürdür (1, 2). Son yıllarda oldukça popüler hale gelen rinoplasti, yüz bölgesinde yapılan ana estetik ameliyatlardan biridir. Operasyon öncesi ve esnasında burun estetiğini korumak adına kemik, kıkırdak, cilt özellikleri, kolumella-lobuler açı, nazofrontal açı, yatay ve dikey eksende burun ile yüz arasındaki oranlar, burun ucu yüksekliği, burun ucu-çene ucu arasındaki oranlar gibi parametreler dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. Rinoplasti ameliyatlarında burun görünümüyle ilgili düzenlemeler yapılırken, aynı zamanda kemik ve kıkırdak bozuklukları, konka hipertrofisi gibi burnu oluşturan iç yapı bozuklukları giderilerek, nefes alma bozukluklarına da çözüm getirilebilmektedir. Rinoplastinin estetik ve aynı zamanda fonksiyonel hedeflerinin olması yapılan ameliyatın önemini artırmaktadır (3, 4).

Rinoplasti sıklığı sosyal medyanın yaygın olarak kullanılmaya başlaması ve kişilerin güzellik algılarındaki değişimler nedeniyle her geçen yıl artmaktadır. Buna paralel olarak bu ameliyatla ilgili olarak internette yayılan bilgi miktarında önemli bir artış vardır. Rinoplasti operasyonlarının sonuçları değerlendirilirken klinik sonuçlara odaklanma eğilimi yaygındır. Komplikasyon gelişimi ve revizyon cerrahisi gerekliliği bunların en önemlilerindedir. Plastik cerrahi pratiğinde klinik açıdan operasyon başarısının değerlendirilmesinin yanı sıra, hastaların operasyon hakkındaki değerlendirmeleri de önem arz eder (5, 6). Literatürde hasta memnuniyetine etki eden faktörler en genel haliyle hastaların sosyal çevrelerinden aldıkları tepkiler; hastanın

operasyon öncesindeki görüntüsü; cerrahinin tipi ve kalitesi, cerrahın deneyimi; hastanın cinsiyet, yaş, kültürel ve eğitim durumu; ve hastanın beklenti düzeyidir (7, 8). Bu bağlamda hastaların beklentilerinin bilinmesi ve memnuniyetlerine etki eden faktörlerin belirlenmesi, yapılacak operasyonların kalitesini arttıracığı gibi sağlık hizmetlerinde kalitenin önemli bir parçası olan hasta memnuniyeti konusunda atılacak adımların netleştirilmesine katkı sunacaktır.

1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı rinoplasti operasyonu geçirmiş hastaların operasyon sonrası biyopsikososyal yaşamlarındaki değişiklikleri ortaya koymaktır. Çalışmanın ikinci amacı hastaları ameliyat olmaya iten durumları, ameliyat oldukları cerraha nasıl ulaştıkları, cerrahları tarafından doğru bilgilendirme yapılıp yapılmadığı hususlarını; cerrahların hasta ile iletişimlerini ve memnun olmayan hastaların memnuniyetsizlik sebeplerini araştırmaktır. Bu çalışmanın benzeri diğer çalışmalardan en büyük farkı, örneklem seçimidir. Literatürdeki çoğu çalışma, belli bir merkezde ameliyat edilen ve/veya tek cerrahın ameliyat ettiği, değerlendirmeyi de aynı cerrahın yaptığı çalışmalardır. Bu çalışmada farklı olarak kliniğimiz dışında opere olmuş hastaların memnuniyeti yine hastalar tarafından değerlendirilmiştir.

1.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Hipotez 1: Rinoplasti sonrası hastaların biyopsikososyal yaşamları olumlu etkilenmektedir.

Hipotez 2: Hastaların rinoplasti sonrası memnuniyet düzeyi yüksektir.

Hipotez 3: Rinoplasti ameliyatı için ilk başvuru merkez, ameliyatı yapan cerrah, cerrah seçme şekli, doktor-hasta ilişkisi ve hastaların ameliyat öncesi beklentileri hasta memnuniyetini etkilemektedir.

1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Bu çalışma örneklem seçimi nedeniyle ülkemizde yapılan diğer çalışmalardan farklılık göstermektedir. Burada örneklem diğer çalışmalara kıyasla çok daha geniş bir toplum kesiminden seçilmiştir. Sadece belli bir merkezde opere edilen, belli bir cerrahın opere ettiği klinik seri yerine, hastanemize burun estetiği talebi dışındaki tıbbi nedenlerle başvuran hastalar arasında rinoplasti ameliyatı geçirmiş olan hastalar çalışmaya dâhil edilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. RİNOPLASTİ

2.1.1. Rinoplasti Tanımı

Rinoplasti, halk dilinde kullanılmayan bir tanım olup Türk Dil Kurumu sözlüğünde de yer almamaktadır. Rhinoplasty: Yunanca rhis-burun kelimesi ve plassein-oluşturmak fiilinden türetilmiş birleşik bir kelimedir (9). Litaratürde kullanım sıklığından dolayı ve karşıladığı anlam itibari ile burun estetiği kavramı yerine rinoplasti kelimesi tercih edilmiştir.

Rinoplasti, burun fonksiyonlarını bozmadan ya da bozulmuş fonksiyonları düzeltme amacı ile yapılan şekillendirme ameliyatıdır. Operasyon öncesi ve esnasında burun estetiğini korumak adına kemik, kıkırdak, cilt özellikleri, kolumella-lobuler açığı, nazofrontal açığı, yatay ve dikey ekseninde burun ile yüz arasındaki oranlar, burun ucu yüksekliği, burun ucu-çene ucu arasındaki oranlar gibi parametreler hassas bir şekilde değerlendirilmelidir. Rinoplasti ameliyatlarında burun görünümüyle ilgili düzenlemeler yapılırken; aynı seansta kemik ve kıkırdak bozuklukları, konka hipertrofisi gibi burnu oluşturan içyapı bozuklukları giderilerek, nefes alma bozukluklarına da çözüm sağlanabilmektedir. Burnun yüz orta hatta konumlanması ve nefes almada etkin görev alması rinoplastiyi plastik cerrahinin özel ameliyatlarından kılmıştır. Bu nedenden ötürü burun estetiğinin sağlanması diğer plastik rekonstrüktif ve estetik cerrahi ameliyatlara göre cerrahın bilgi düzeyi, beceri ve deneyimine daha fazla bağlıdır. Rinoplasti, halk arasında bilinegelen; burundan kemik ve kıkırdak dokuların çıkartılıp burun boyutunun küçültülmesinden ibaret değildir. Bazı vakalarda kemik ve kıkırdak ilaveleri ile burun boyutu büyütülüp daha estetik ve sağlıklı bir yapı oluşturulabilir. Rinoplasti ameliyatları mutlaka burun gelişimi tamamlanması sonrası yapılmalıdır. Bu yaş aralığı kadınlarda 17. ve erkeklerde 18. yaşlara denk gelmektedir. Rinoplasti ameliyatları genel anestezi veya lokal anestezi altında yapılabilirken, cerrah ve hasta konforu göz önüne alınarak genellikle genel anestezi altında yapılması tercih edilir. Rinoplasti ameliyatları açık ve kapalı olmak üzere iki temel teknik esasa dayalıdır. Kapalı teknikte kesiler burun içinden yapılır, açık teknik ise burun içinden yapılan kesilere ek olarak burnun kolumellasından 2 mm uzunluklu bir kesi yardımıyla yapılmaktadır. Burun kanadı daraltma işlemleri yapılacaksa 5-6 mm uzunluğunda ek kesiler de uygulanabilmektedir (10).

2.2. RİNOPLASTİ TARİHÇESİ

2.2.1. “Plastik” Kelimesinin Etimolojisi

“Plastik” kelimesi, eski Yunanca “plastikos” (“αλαστικός,” “kalıplamaya uygun”) anlamında olan “plastike” sıfatından gelmektedir (11). Yunanca “plastike” kelimesinin sanatla ilgili ilk yazılı kaydı Platon'un (M.Ö. 428–347) “Yasalar” adlı eserine dayanmaktadır (12, 13). Daha sonraları Vitruvius (M.Ö. 80-15) ve Pliny (M.S. 23-79) bu latince kökenli kelimeyi kullanan yazarlar olmuştur (14). Romalı mimar Vitruvius “De architectura” kitabında mimar ve heykeltıraş mesleklerinin ortak bir özelliğini belirtmek için "plasticae" kelimesini kullanmıştır (15). Pliny'in "Naturalis historia" adlı eserinde, antik Yunan kil ve pişmiş toprak modelleme sanatının başlığı olarak "plastik" kelimesinin vurgulanması önemli bir olay olmuştur (16). Daha sonra Yunanlı Philostratus (M.S. 190-230) tüm figür sanatlarını "plastike" adı altında toplamıştır (17). Rönesans ve modern çağa gelindiğinde G. Tagliacozzi "De curtorum chirurgia" adlı eserinde plastik sanatlar ve heykel sanatları gibi cerrahinin de bir plastik sanat yönü olduğunu vurgulamıştır (18). 19. yüzyılın ilk yarısında “plastik” kelimesinin sanatsal materyalist çağrışımındaki çeşitlenme eğilimi; cerrahi prosedürlerin “rinoplasti” gibi birçok yeni terimin tıp literatürüne kazanımını sağlamıştır (19, 20). "Plastik" kelimesi 1930'larda yapay sentetik malzemeler için genel bir isim olarak kullanılmaya başlanmıştır (21). 20. yüzyılın ilk yarısında plastik sanatçılar, plastik cerrahlar ve plastik uzmanları tarafından paylaşılan meslek unvanı olan “plastikçi” kavramı ortaya çıkmıştır (11). Plastik kelimesinin figüratif kökeni Yunan mitolojisinde tanrıların ölümlüleri şekillendirilmesi tasvirinde Yunanca şekil vermek anlamına gelen "plassein" kelimesinin kullanımı ile ilişkilendirilmiştir (22). Yunanca İncil

metinlerinde de insan yaratılışı ile ilgili "plassein" kelimesinin kullanımı vardır (23). Platon'un "Metaforlar" kitabında bu kelime "eğitim veya öğretimle biçim vermek" ve "zihinde biçimlendirmek" olarak tercüme edilir (13). 19. yüzyılın başlarından bu yana "plastik" ve "plastisite", C. Darwin'in "Türlerin Kökeni Üzerine" adlı metninde biyolojik dönüşümü tanımlamak için kullanılmıştır (24). Kısa bir süre sonra, J. C. Carpué 1816'da "İki burun ameliyatının Hesabı" adlı çalışmasını yayınlamak üzere Avrupa'da rekonstrüktif cerrahiye yeniden canlandırdı. Bir edebiyat eleştirmeni bu yayını "plastik süreç" olarak adlandırdı (25). Aynı yıl bir Alman tıp sözlüğü "Anatomische Plastik" tanımını yayınlamak üzere "balmumundan vücut parçaları modelleme" şeklinde bir tanım yaptı (26). J. W. Goethe, 1829 yılında vizyoner bir plastik anatomistin tasvirleriyle tıp eğitiminde kullanmak üzere organ heykellerinin tasarlanması için çalışmalar yaptı; hatta 1832 yılında bir "Plastik Anatomie Enstitüsü" kurmak için çabaladı (27).

"Rinoplastik" in sanatsal "plastik" kavramıyla ilişkisi çok açıktır. 1818 yılında Graefe, hasar gören burun kısımların balmumu ile ölçüsünü alarak, alın ve koldan pediküllü fleplerle onarımını sağlayan teknikler geliştirmiştir. En uygun burun ölçü ve oranları için, G. Audran, G. Lairesse ve A. Dürer tarafından olağanüstü antik insan heykelleri çizimlerinden yararlanmıştır. Burada ilgi çeken başka bir detay da Graefe'nin tezinde "rinoplasti" ifadelerine ek olarak "rinoplasti operasyonu" "rinoplasti operasyon metodları" gibi kelime kalıplarını kullanmış olmasıdır. Kendisi çalışmasının önsözünde dipnot olarak "plassein" ile "plastik" kelimelerini ilişkilendirmişti. Graefe'nin tezinin kısa önsözü rekonstrüktif estetik cerrahinin ilk felsefi yansımalarından biri olarak önem taşımaktadır. (28, 29).

“Plastik cerrahi” kavramı yukardaki tanım ve süreçler de göz önüne alınıp değerlendirildiğinde, bu bilim dalı için daha iyi bir başlık olamayacağı görülmektedir. Plastik cerrahinin; şekil alarak, şekil vererek ve parçalayarak üç aşamalı bir dönüşüm süreci ile plastisite olgusu ile kavramsal bir uyum içinde olduğu görülmektedir (30).

Klinik zorlukların karmaşıklığı, plastik cerrahları Galen'in “iyi doktor aynı zamanda bir filozoftur” fikrini takip etmek zorundadır(31). Plastik cerrahi sanatı ve bilimi arasındaki yakınlık üzerine devam eden tartışmalara rağmen; halk, ağırlıklı olarak güzellik sanatı perspektifinden görmektedir(32). Bu duygu, sanatın zanaatın ustalığı olarak anlaşıldığı uzun zamandan beri profesyoneller tarafından bilinçsizce teşvik edilmiştir. Bazı ortak özellikleri taşımasına rağmen, cerrahi ve sanat aslında farklı dallardır. Ameliyat sonrası bir resim bir cerrah için muhteşem görünebilir; ama meslekten olmayan biri için bu hoş bir görüntü olmayabilir. Cerrahın ifade özgürlüğü kanıta dayalı tıbbın kurallarıyla sınırlıdır. Yine de cerrahi özel bir tür sanattır, denilebilir. Bu sanatın takdir görmesi de ancak profesyonel bir akademik ve klinik bakış açısı geliştirmekle mümkündür.

2.2.2. Rinoplastinin Tarihi

Eski Hint medeniyetinde hastalık tedavileri dini ritüeller çerçevesinde yapılırken ‘‘cerrahi’’ bir sanat dalı olarak görülüyordu. Kaydedilen tarihin en eski cerrahlarından biri olan (M.Ö. 600) Sushruta'nın plastik cerrahiye tanımlayan ilk kişi olduğu düşünülüyor. Hipokrat'tan yaklaşık 150 yıl önce yaşamış olan Sushruta, plastik cerrahinin temel prensiplerini MÖ 600 yıllarında yayınladığı ünlü antik eseri 'Sushruta Samhita I-II'de açık bir şekilde tarif etmiştir. Sushruta kitabında; cerrahi tekniklerden, yapmış olduğu plastik

ameliyatlardan, yüzün üzerinde kullandığı cerrahi aletlerden ve sanatının inceliklerinden bahsetmişti. İyi bir anatomi bilgisi edinmek isteyen bir hekimin, bir kadavra üzerinde çalışmasını ve dikkatlice tüm parçalarını incelemesini tavsiye ediyordu. Sushruta; bir kadavranın nasıl hazırlanması gerektiğinden, suya batırılan cesedin belli zaman aralıkları içinde nasıl katman katman incelenmesi gerektiğine kadar birçok anatomik çalışmayı anlatıyordu. Sushruta, cerrahi tecrübenin ve tıp bilgisinin iyi bir hekim olmak için gerekli olduğuna inanıyordu. Bunun aksinin “sadece tek kanadı olan bir kuş gibi” olacağını vurgulamıştır. Yetiştirdiği öğrencilerin en az 6 yıl yanında çalışması gerekiyordu. Eğitim sonrası eğer bu sanatı uygulayacaksa öğrencisine “hipokrat yemini” benzeri bir yemin ettiriyordu. Öğrencilerine karpuz, kabak, salatalık gibi çeşitli modüller üzerinde birçok cerrahi kesim teknikleri öğretiyordu(33). (Şekil 1)



Şekil 1. 2600 yıl öncesine ait atölye çalışmaları (33)

Sanskritçe olan bu ana kitap yüzyıllarca korunmuş halde kalmıştır. Orijinal metnin MS 3. yüzyılda Budist bilgin Vasubandhu tarafından revize edildiği düşünülüyor. MS 753-774 yılları arasında Sushruta Samhita, Halife Mansur tarafından Kitab-i-Susrud olarak Arapça'ya çevrilmiştir. 'Sushruta Samhita'nın ilk Avrupa çevirisi ise 19. yüzyılın başlarında Hessler tarafından Latince ve Muller tarafından Almanca olarak yayınlanmıştır (33).

Sushruta'nın ameliyatlarından en ilgi çekici olanlarından biri de rinoplasti ameliyatlarıydı. Sushruta, yeni bir burnun yapımı konusunda günümüz tıp dünyasının hayal gücünü yakalamıştı. Hatta ünlü “Hint Rinoplasti” tekniği, Sushruta tarafından tarif edilen eski rinoplastinin bir modifikasyonudur. Bugün bile “pediküllü alın flebi” uygulaması, “Hint Flep” olarak adlandırılır (33). (Resim 2)'de görüldüğü gibi cerrahi uygulama adım adım çizilerek anlatılmıştır.



of the Italian Faculty of Physicians, published in the October 1794 issue of the Gentleman's Magazine.

Şekil 2 Ekim 1794'te bakır levha üzerine işlenen Hint alın flep rinoplasti (Mazzola collection) (34)

Romalı şair Marcus Valerius Martialis (MS 40-103), döneminde bazı kölelerin dağlama yoluyla damgalandıklarını ve bu damgaların cerrahlar tarafından yok edilmeye çalışıldığını anlatmış, gladyatörlerin kopan burun ve kulaklarının cerrahlar tarafından tedavi edilmeye çalışıldığından söz etmiştir (35).

Oribasius, 4. yüzyılda yaşayan ünlü bir Bizans doktoruydu. Tıp tarihine en büyük katkısı, 'Synagoge Medicae' adlı, zamanının tüm önemli tıbbi çalışmalarının antolojisiydi. Oribasius kitabının 25. ve 26. bölümleri estetik cerrahi için özel bir öneme sahiptir. Çünkü bunlar yüzdeki kusurların onarımı ile ilgilidir. Bu bölümlerde kaş, alın, yanak, burun ve kulaklardaki kusurlar için rekonstrüktif prosedürler açıklanmaktadır. Bu metinlerden, Yunan, Roma ve Bizans cerrahlarının yüz ve burnun birkaç rekonstrüktif prosedürünü gerçekleştirecek bilgi ve deneyime sahip oldukları anlaşılmaktadır. Bu bilgiler 15. yüzyılda Araplara ve ardından Batı Avrupa'ya aktarıldı ve modern plastik cerrahi temelinin bir parçası haline geldi (36, 37).

Tarihte herhangi bir hekim tarafından verilen burun kırığı yönetiminin en kesin tanımı Aeginalı Paul'a (MS 625-690) aittir. Yaralı burun restorasyonunda uygulanan tedavileri ve teknikleri zamanının tıp ansiklopedisi olan ve 7 kitaptan oluşan Epitom'da ele almıştır. Her bir yaralanma şekli için Paul'un kendine has tedavi şekilleri ve cerrahi yönetimi kendinden sonraki hekimlerce kabul görmüş ve günümüzde burun kırıklarının yönetimiyle şaşırtıcı şekilde özdeş bir yönetim olan Avrupa tıbbını etkilemiştir (38).

15. yüzyılda Heinrich von Pfalzpaint, bir köpeğin kopardığı insan burnunu hastanın kolundan aldığı deri parçasıyla nasıl tedavi ettiğini tasvir etmiştir (39). Aynı

yüzyılda ünlü matematikçi ve astroloji bilgini Tycho Brahe, burnunun bir parçasını bir kazada kaybetmiş, kendi ürettiği metal ve balmumu karışımından oluşan bir protez ile burnunu tedavi etmeye çalışmıştır (40). Yine aynı yüzyılda Türk-İslam literatürlerine bakıldığında Sabuncuoğlu Şerafettin, yazdığı cerrahi kitaplarında ilk plastik cerrahi örneklerini sunmuştur. “Cerrahiyetül Haniyye” kitabında burun tamponu içine bir boru yerleştirip hava pasajını açık tutmuş ve hastanın rahat nefes almasını sağlamıştır (41).

Estetik cerrahi, ABD’de; ülke, İkinci Dünya Savaşı’nın sonuçlarından az etkilendiğinden hızlı gelişim göstermiştir. Birey anlayışının gelişmiş ve modern refah düzeyi yüksek olmasından dolayı bu ilerleme mümkün olmuştur (42). Tıbbın gelişmesi, anestezi tekniklerindeki gelişmeler ve enfeksiyondan korumalı müdahaleler estetik cerrahinin yaygınlaşmasını sağlamıştır. Birçok estetik cerrahi tekniklerinin keşfi anestezinin yaygın kullanımı sonrası gerçekleşmiştir. İlk estetik cerrahi derneği 1921 yılında ABD’de kurulmuştur. Estetik cerrahinin, plastik cerrahinin alt dalı olduğu vurgulanmıştır. 1961 yılında ise Türk Plastik Cerrahi Derneği kurulmuştur (43).

2.3. RİNOPLASTİ EPİDEMİYOLOJİSİ

Estetik ve rekonstrüktif cerrahinin gelişiminde Birinci ve İkinci Dünya Savaşlarında yaralanan askerlere yapılan müdahalelerin büyük rolü vardır. Savaş yıllarında estetik cerrahi ile rekonstrüktif cerrahi arasında ayırım yapılmıyordu. Sonraki yıllarda bu ayırım baş göstermiştir (44) Rekonstrüktif cerrahi, normale dönme adına yapılırken; estetik cerrahi normalin ötesine geçmek amacı ile uygulanır(45). Birinci

Dünya Savaşı'nda burun travması geçiren askerlere rekonstruktif müdahaleler yapılmıştır. Burun rekonstrüksiyonundan burun estetiğine geçiş serüveninde İkinci Dünya Savaşı ve öncesi önemli yer tutar. Burun estetiği üzerine ilk denemeler "Jewish nose" fenomeni üzerinden gerçekleşmiştir. Yahudileri Nazilerden korumak amaçlı birçok operasyonlar yapılmıştır. Böylelikle birçok Yahudi, Nazilerin tanımaması için irksal morfolojik özellikler taşıyan burunlarını ameliyatla değiştirmişlerdir (46).

1948 yılında ABD'de estetik cerrahi geçiren hasta sayısı sayısı 15000'e yakınken; 10 yıl sonra bu sayı 130.000'e yaklaşmıştır (47). Estetik cerrahi geçiren kişilerin cinsiyet dağılımına baktığımızda; ABD'de 2007 yılında estetik cerrahi operasyon geçiren kişilerin %91'i kadın, %8'i erkek, %1 ise kadın-erkek olarak gerçekleşmiştir (42). Uluslararası Estetik Plastik Cerrahi Derneği (ISAPS)'in 2015 yılında 92 ülke genelinde yapmış olduğu uluslararası çalışma sonucuna göre, estetik cerrahi operasyonların sayısı 9.641.253 ve kozmetik estetik operasyonlarının sayısını 12,055,418 olarak açıklamıştır. 21 milyona yakın vakanın %85,6'sını kadınlar %14,4'ünü ise erkekler oluşturuyordu (48).

Amerikan Estetik Plastik Cerrahi Derneği'ne göre, 2008 yılında hem cerrahi hem de cerrahi olmayan estetik girişim sayısı 1997 yılına göre %162 oranında artış göstermiştir. Toplam vaka sayısında kadın hastaların oranı %92 idi. 2008 yılında toplam 10 milyon civarı olan vaka sayısı 2007 ye göre %12 düşüş göstermiştir. Bu düşüşün vaka sınırına ulaşılmasına ve/veya Mortgage Krizi nedeniyle ekonomide yaşanan durgunlukla bağlantılı olarak işsizliğin artması ve satın alma gücünün düşmesine bağlı olduğu düşünülmektedir (49). British Association for Aesthetic Plastic Surgeons (BAAPS)'in

hazırladığı raporda 2008 yılında yapılan estetik ve rekonstruktif cerrahi operasyonların bir önceki yıla göre %5 artışla 34.100 olduğu raporlanmıştır. Aynı raporda 2008 verilerinin 2003 yılına oranla %300 arttığı vurgulanmıştır. Ayrıca toplam vaka sayısının %90'ını kadınların oluşturduğu bildirilmiştir (49). Amerikan Plastik Cerrahlar Derneği'ne göre, 2016 yılında 223.018 rinoplasti operasyonu yapıldığı bildirilmiştir. Bu hastaların 31.255'ini 13-19 yaş arası ergenler oluşturmaktaydı. Bu yaş grubunda estetik ve rekonstruktif cerrahi geçiren çocukların %47.11'ini rinoplasti operasyonu geçiren hastalar oluşturmaktaydı (50).

Estetik cerrahi; artan toplum refahı, toplumun birçok kesimince kabul görülüp yaygınlaşması, bireyin bedenini kontrol etme ve işleme arzusu sonucu gelişen modern beden algısının bir parçası olarak karşımıza çıkmaktadır (51). Estetik cerrahi, 21. yüzyıl başlarında şimdiye göre daha pahalı bir tedavi yöntemi iken, günümüzde orta gelir düzeyine sahip bireylere de hitap edebilen bir tedavi yöntemi olmuştur (49).

2.4. RİNOPLASTİ KARARI

Rinoplastide amaç, hasta ve hekimi mutlu edecek bir estetik sonuç elde etmektir. Preoperatif dönemde hastanın şikayetleri iyi analiz edilmeli ve hastanın burun anatomisindeki anormallikler detaylı bir şekilde saptanmalıdır. Hastanın preoperatif değerlendirilmesi en az operasyon kadar önemli bir basamaktır. Doğru cerrahi teknik seçimi, yapılacak müdahalelerin düzenlenmesi ve yüzün estetik analizinin yapılması titizlikle yapılmalıdır. Bunun için hekim burun ve yüz anatomisine hakim olmalı ve kılavuz noktalar hakkında yeterli bilgi birikimine sahip olmalıdır (52). Preoperatif hasta değerlendirilmesinde mutlak surette operasyon ve anatomik plan kesinleştirilmelidir.

Hastaya operasyondan beklentileri sorulmalı ve hastanın burnu ile olan şikâyeti kendi ağzından dinlenmelidir. Hasta görüşmesi sonrası hastanın şikayetine yönelik operasyonel değerlendirme ve fasiyal estetik analiz planlanır (53).

Beden disformik bozukluğu olan hastalar estetik cerrahi hastalarının % 7-10'unu oluşturmaktadır (54). Bu hastalar titizlikle tespit edilmeli ve beden disformik bozukluğu olan hastalara tartışma konusu olsa da bir operasyon planı önermekten kaçınılmalıdır (55). Ameliyat öncesi davranışsal terapi veya SSRI tedavisi yine tartışmalı konulardan biridir (54).

2.4.1. Anamnez

Hasta değerlendirme iyi bir anamnez ile başlar. Operasyon öncesi alınan anamnez ile hastanın rinoplasti için uygun bir hasta olup olmadığı hakkında bilgiler elde edilir. Hastanın makul beklenti içinde olup olmadığı ve motivasyon düzeyi değerlendirilmeli, psikolojik muayenesi özenle yapılmalıdır. Rinoplasti ameliyatlarının başarısını etkileyen en önemli faktör doğru hasta seçimini yapmaktır. Hastanın, burnu ile ilgili küçük bir estetik bozukluğu abartılı bir şekilde yansıtması, olası psikolojik problemleri akla getirmeli ve hasta bu noktada daha hassas değerlendirilmelidir. Aksi takdirde bu denli küçük bir bozukluğu fazla büyüten veya yüksek beklentili sonuç isteği olan hastalar operasyon sonrası da büyük olasılıkla sonuçtan mutlu olmayacaktır. Böyle hastalara operasyon planlanmaması en mantıklı karar olacaktır (53).

2.4.2. Psikiyatrik muayene

Hasta-Hekim ilişkisini en çok etkileyen konu hastanın psikolojik durumudur. Her burun estetiği talep eden hasta için psikiyatri konsültasyonu istemek yanlış olduğu gibi

anamnez sırasında çarpıtılmış düşünceler, büyük beklentiler, olası ailevi sorunlar gibi riskler de göz önünde bulundurularak gerekli hastalarda psikiatri konsultasyonu istenmelidir (56).

Hastalar burun estetiği yaptırmak için birçok neden sıralarlar. Bunların bazıları gerçekçi, bazıları ise gerçekçi olmayan nedenlerdir. En uygun olanı hastanın operasyon üzerine düşünerek gerçekçi, çarpıtılmamış gerekçeler ve makul beklenti düzeyi ile operasyon kararı vermesidir. Bu doğru hasta seçimi hem başarılı bir estetik operasyonun hem de hastaya artmış bir özgüven kazandırmanın anahtarını oluşturmaktadır. Başkasının mutluluğu için ya da iş hayatı ve kişisel ilişkilerindeki sorunları çözmek için operasyon geçirmek isteyen kişiler rinoplasti için uygun adaylar değildirler (56, 57).

Hastanın beklentilerinin tıbbi cevap verilebilir ve gerçekçi olması çok önemlidir. Gerçekçi beklentileri doğru anlatmak adına hasta-hekim iletişimi büyük önem taşımaktadır. Rinoplasti ameliyatlarında kişinin önceki burun yapısında meydana gelmesi beklenen olası değişiklikler hastanın anlayacağı bir dille anlatılmalıdır. Operasyonda dorsal hump rezeksiyonu yapılacaksa ortaya çıkabilecek yeni burun görüntüsü ile ilgili bilgi verilmelidir (53).

Rinoplasti talebiyle başvuran bazı hastalar psikolojik rahatsızlıkları nedeni ile yüksek riskli hasta grubu arasındadır. Bu hastalara uygulanacak operasyon konusu daha titiz bir şekilde ele alınmalıdır. Bu tür hastaların ameliyat sonrası rahatsızlıklarında dalgalanmalar görülebilir. Doğru seçilmiş rinoplasti adayları ile somatik bozukluğu olan gerçeklik algısı bozulmuş kişiler ayırt edilmelidir. Kişilik bozukluğu olan, majör depresif

bozukluk yaşıyan ve gerçeklik algısı etkilenen psikiyatri takipli hastalardan gerek görüldüğünde psikiyatri konsültasyonu istenmelidir. Rinoplasti kararı verilirken “SIMON” ve “SYLVIA” kısaltmalarından oluşan hasta değerlendirme ölçekleri kullanılabilir.

SIMON; S-ingle(bekar), I-mmature (gelişmemiş), M-ale (erkek), O-verly expectant (Yüksek beklentili), N-arsistic (narsist) komplikasyon oranları yüksek hasta gruplarıdır. Başarılı operasyon sağlansa bile hasta memnuniyetsizliği ön plandadır. Bu hasta gruplarından psikiyatri konsültasyonu istenmelidir. Hekim kararı ile psikolojik kontrendikasyon kararı alınabilir (58).

SYLVIA; S-ecure (kendinden emin), Y-oung (genç), L-isten (dinleyen), V-erbal (kendini ifade edebilen), İ-ntelligent (akıllı), A-ttractive (çekici) hastalar ise daha az komplikasyon izlenen hasta gruplarıdır (58).

2.5. RİNOPLASTİNİN SOSYOLOJİK ÖRÜNTÜLERİ

2.5.1. Estetik Kaygı

İnsanlık tarihi boyunca daha estetik bir yüze sahip olma arzusu insanları riskli uygulamalar almaya itecek kadar güçlü bir duygu oluşturmuştur. Antik Yunan çağına bakıldığında kadınlar daha güzel görünmek için geçici görme kaybı riskine rağmen gözlerine atropin damlatmışlardır (59). Estetik cerrahi de daha güzel bir bedene kavuşma arzusunu olabildiğince risksiz bir şekilde uygulamaya koymak adına gelişen bir tıp dalıdır.

Bireyde estetik değişim isteği uyandıran motivasyonlardan bazıları şunlardır: Daha erkeksi veya kadınsı görünme, daha az kilolu görünme, daha genç yaşta görünme,

daha güzel yüzlü olma, daha az fark edilir bedene sahip olma, kendi beğenisine uygun bir vücuda sahip olma, iş hayatında kazanım sağlayacak bir vücuda sahip olma, kozmetik uygulamalarla elde edemediği sonuçları görme isteği, çevresindeki insanlar tarafından takdir edilme isteği, karşı cinsi etkileme arzusu, güzel bir bedenin psikolojik rahatlama sağlayacağına inanma, seçkin bir duruş kazanma arzusu, sosyal hayatta kabul görme isteği, etnik beden özelliklerinden kaçma, damgalamadan kurtulma vb. (60)

Kültürlere ve bireylere göre güzellik algısı, zaman ve mekana göre bir miktar farklılıklar gösterse de farklı kültürlerdeki güzellik kriterlerinin çoğunun ortak olduğu görülmektedir (61). Estetik cerrahi talebiyle gelen kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmaya göre kadınlar; genellikle kocalarının, sevgililerinin, erkek kardeşlerinin, babalarının tavsiyesiyle operasyon kararı veriyorlar (62). Toplumsal cinsiyet algısı üzerinden düşünüldüğünde kadınların estetik cerrahiye başvuru nedenlerinde “erkek” faktörü dikkat çekmektedir. Yapılan başka bir çalışmada kadınlar arasında konuşulan konuların başında dış görünüşün önemli yer tuttuğu, bununla birlikte kadınların kendi çekici özellikleriyle ilgili olarak erkeklerden çok kadınların fikrini merak ettikleri vurgulanmıştır (63)

Güzel görünmek ve güzel bulunmak, bireyin özgüvenini canlı tutması ve sosyal hayatının şekillenmesine yaptığı olumlu sonuçlar nedeniyle önemlidir (64). Çevresi tarafından güzel bulunan insanların diğer bireysel özellikleri itibari ile de olumlu karşılandıkları bir diğer gerçektir. Yapılan bir çalışmada güzel yüze sahip insanların başkaları tarafından daha mutlu algılandıkları bildirilmiştir (65). Yüz güzelliği üzerine yapılan bir meta analiz çalışmasında yüz güzelliği olan kişilerin toplum tarafından daha ahlaklı, fedakar, yardımsever ve zeki bireyler olarak değerlendirildiği görülmüştür (66).

Eş seçiminin “güzel” bulunan özellikler üzerinde yürütülmesi Charles Darwin’den bu yana bilinen cinsel seçilimin temel öğelerinden biri olmuştur. Cinsel seçim, seçilen tarafın seçiciyi etkilemek adına bir avantaj ortaya koyması şartına bağlıdır (67). Rakiplerini eleyecek boynuz, diş benzeri silahlar geliştirmek veya genlerinin kalitesini ortaya çıkaran güzel vücut özelliklerini sergilemek gibi davranışlar hemcinsler arasından sıyrılmayı kolaylaştıran faktörler olmuştur. Güzel olma arzusu da bu cinsel seçim mekanizması sonucu ortaya çıkmıştır (68).

İtalya’da, 2015 yılında İtalyan Estetik Tıbbı Derneği (SIME) tarafından yapılan çalışmaya göre, her iki gençten birinin (% 49,2) estetik tıbbi müdahaleye hazır olduğu bildirilmiştir [39]. 13-18 yaş arası 2265 ergeni kapsayan beden algısı üzerine yapılan bir çalışmada, (%38,9 erkek ve %61,1 kadın) kadınların % 78’i ve erkeklerin % 54’ünün bedenlerinden memnun olmadığı görülmüştür.(69)

2.5.2. Yüz Güzelliği

İnsanlar ve birçok hayvan türleri simetriyi hemen algılama potansiyeline sahiptir (70). Hayvan çalışmalarında simetrik vücut yapısı ile gen kalitesi arasında ilişki bulunduğu, asimetric vücut yapılanmasının gen kalitesizliği ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Asimetric vücut yapısına sahip olan hayvanlar; üreme hastalıkları, mutasyon varlığı, hayatın ilk yıllarında gelişimin sağlıklı olmayışı, artmış paraziter enfeksiyon riski gibi birçok sağlık sorunları yaşamakta ve bundan dolayı cinsel seçimde tercih edilmeme riski taşımaktadırlar (70). Bu evrimsel bakış açısıyla düşünüldüğünde insanlar, yüz simetrisini bozan burun şekil bozukluklarını estetik kaygılarla daha simetrik hale getirmek için cerrahi operasyon talebinde bulunuyor diyebiliriz.

İnsanların simetrik yüze sahip olan kişileri daha çekici bulduklarını gösteren birçok çalışma mevcuttur (71, 72). Bilgisayar üzerinde simetrisi ile oynanan yüzler üzerine yapılan bir çalışmada daha simetrik olan yüzler katılımcılar tarafından daha çekici bulunmuştur (73).

Ocak 2004 ve Mayıs 2017 aylarını kapsayan bir çalışmada Google arama motorunda “rhinoplasty” kelimesinin arama sıklığı incelenmiş, ocak/aralık ayları ile haziran/temmuz aylarında arama sayısının diğer aylara göre anlamlı oranda arttığı görülmüş ve bu artışın Amerikan Plastik Cerrahlar Derneği'nin rinoplasti vakalarının yapılma zamanıyla korelasyon gösterdiği tespit edilmiştir. Bu mevsimsel etkinin öğrencilerin yaz veya kış tatili zamanlarından kaynaklandığı düşünülmüştür (50).

2.6.RİNOPLASTİ VE TEKNİKLERİ

2.6.1. PREOPERATİF HAZIRLIK

Rinoplasti üzerine ders kitaplarının çoğu, genellikle çekici bir burnun ölçü ve oranları ile cerrahi hedef verileri sunmaktadır. Leonardo da Vinci ve Albrecht Durer, yüzü estetik ilkelere göre ayırdı. Bu kavram 1984'te Powell ve Humphreys tarafından genişletildi (74). Cerrahinin planlanmasına yardımcı olmak için ideal burun uzunluğu ve burun ucu projeksiyonunun analiz edilmesi önerilmiştir (75). Ancak çoğu cerrah, kadın ve erkek hastalar için nasolabial açının sırasıyla 100 ° ve 90 ° 'dan daha büyük olması gerektiği ve profilde, kolumella burun deliğinin alt kenarının 2-3 mm altında olması yönünde basit teknikler üzerinden operasyonlarını yönetmektedir. Bu yaklaşım, evrensel bir estetik oran standardının bulunmadığı ve burnun şeklinin öncelikle bireysel fizyonomi,

cinsiyet ve karakter ile uyumlu hale getirilmesi gerektiği fikrine saygı temeline dayanmaktadır (76).

Burunun görsel analizi, cerrahın hasta şikayetinin gerçekçi veya kabul edilebilir olup olmadığının anlaşılması bakımından önemlidir. Hastanın beklentilerinin cerrahi seçeneklerle eşleştirmesini sağlama bakımından da görsel analiz yapmak cerrah için yapılması gereken bir çalışmadır. Dikkatli palpasyon, yumuşak doku ve cilt kalınlığı ile rijitidesinin değerlendirilmesi, burun kemiklerinin uzunluk ölçümleri de diğer önemli noktalar. Burun ucunun deri kalınlığı göz ardı edilmemelidir; çünkü kalın deri, burun ucunun daralma derecesini önemli ölçüde azaltır (77). Sert alar kıkırdak üzerindeki ince cilt, ideal olarak sütur teknikleriyle ucun daralmasına neden olurken görünür asimetri veya düzensizlik riskini arttıran önemli bir faktördür. Yağlı cilt yapısı ile deri altı dikişleri, enfeksiyon ve kalıcı iz riskini arttıran faktörlerdendir. Kısa nazal kemikler osteotomiler için zorlu bir anatomik güçlük olarak görülmelidir. Tamamen estetik endikasyon olsa bile, burun boşluğu inflamasyon ve obstruksiyon açısından değerlendirilmelidir. Operasyon öncesi direkt grafi veya bilgisayarlı tomografisinin sinüs patolojilerini ekarte etmek için rutin bir inceleme olarak önerildiği çalışmalar vardır (55).

Başarılı bir rinoplasti, burun ucu ve etrafındaki yüz özelliklerinin kapsamlı bir incelemesini içeren preoperatif hazırlıklara bağlıdır. Hastanın yaşı, cinsiyeti, etnik kökeni, cilt yapısı gibi çeşitli değişkenler göz önünde bulundurulmalıdır (78). Preoperatif rinoplasti taramasının önemli bir kısmı görüntüleme yöntemidir. Bazal, frontal, sağ eğik, sol eğik, sağ lateral ve sol lateral olmak üzere yaygın olarak kullanılan altı görüntüleme açısı vardır. Üst kulağın ve göz altı hattının yatay olduğu Frankfort yatay konumu, ön,

eğik ve yanal görünümüleri almak için kullanılır. Aydınlatmanın, burnun ayrıntılı görüntüsünü verecek kadar parlak olması, ancak cildin kalitesini gizlememesi veya gölgelenmeye sebep olmaması önemlidir (79). Preoperatif analiz rinoplasti için çok önemli bir adımdır. Cerrahın patolojiyi anlamasına yardımcı olur. Bunun ötesinde hastanın sorununu çözmek için cerrahi adımların planlanmasında yol göstericidir. Cerrah ve hasta arasında daha iyi iletişim ve anlayış sağlamak için preoperatif analizlere bilgisayar simülasyonları ile devam edebilir.

2.6.2. RİNOPLASTİ TEKNİKLERİ

Burun estetiği olmak isteyen hastaların karşılaştığı ortak bir problem, kapalı ve açık bir prosedür seçeneğidir. Burun köprüsünde meydana gelen değişiklikler dış burun görünümünü etkilediğinden, kullanılan cerrahi yöntemin rinoplastik cerrahi kalitesine doğrudan etkisi vardır (80). Kapalı yaklaşımda (endonazal rinoplasti) tüm insizyonlar, dış yara izini azaltan burun deliği içinde yapılır. Bu tekniğin dikkat çeken yanları; bu prosedürle burun derisinin yeniden konumlandırılmasının zor olması ve cerrahi konforun dar insizyonlarla sınırlandırılmasıdır (80). Açık yöntem, sağ ve sol burun deliğinin insizyonlarını birleştirmek için transkollumellar insizyonu gerektirir. Preoperatif analiz ile cerrah uygun tekniği belirlemelidir. Tardy 'nin karar tablosu bu noktada yol gösterici olabilir (81). (Tablo 1)

Tablo 1 Tardy'nin savunduğu karar tablosu

Yaklaşım	İnsizyon	Endikasyon
Kapalı/nondelivery	-transkartilajinöz veya –hafif bulbözite -interkartilajinöz minimal tip rotasyonu	
Kapalı/delivery	-interkartilajinöz ve marjinal	-orta derecede bulbözite -ekstra tip rotasyonu -bifidite -asimetri
Açık	-kolumellar ve marjinal	-konjenital deformateler -kapsamlı revizyonlar -şiddetli nazal travma -ince redüksiyon ve - augmentasyon -shield greft -kolumellar strut

Tablo 2 Açık ve kapalı yaklaşımlı rinoplastinin üstünlükleri ve kısıtlılıkları (82)

Açık Yaklaşım
Üstünlükleri
<ul style="list-style-type: none"> • Müdahale alanına kolay erişim ve görünürlük sağlama • Malformasyonları açık bir şekilde değerlendirme imkanı • Her iki elin kullanımına izin vermesi • Malformasyonları Doğru tanımlama ve müdahale imkanı • Elektrokoter ile doğrudan kanama kontrolü sağlama • Orijinal doku ve kıkırdak ile greft kullanım imkanı • Greftlerin sütür bakımı
Kısıtlılıkları
<ul style="list-style-type: none"> • Transkollumellar skar (dış insizyon) • Uzun prosedür süresi • Burun ucunun uzamış ödem zamanı • Kolumella insizyonunun ayrılması • Yara iyileşmesinin uzaması
Kapalı Yaklaşım
Üstünlükleri
<ul style="list-style-type: none"> • Yara izi yok (dış) • Diseksiyon hattının sınırlı olması • Greft malzemesinin tam oturması için cep oluşturma imkanı • Büyük cepler yapıldığında, perkütan sabitleme imkanı • Vasküler yapıların korunması sonucu hızlı iyileşme süreci • Cerrahi sonrası minimal ödem • Preoperatif planlama ve tanı doğruluğu • Azalmış operasyon zamanı
Kısıtlılıkları
<ul style="list-style-type: none"> • Preoperatif analiz sonucuna bağımlı olma • Cerrahi alanın azaltılmış görünürlüğü • Burun anatomisine sınırlı hakimiyet • Alar kıkırdakların diseksiyonunun zor olması • Malpozisyon sonucu kısıtlı cerrahi müdahale alanı

2.7. RİNOPLASTİ BAŞARISI

İnsan vücudunun diğer bölümlerinin çoğunda olduğu gibi burun estetiği normal anatomi ve fizyoloji ile sağlanır. Önceki yıllarda yapılagelen “burun küçültme”, “ince görünümlü burun” ve “zarif uçlu burun” denemeleri rinoplastinin mutlak başarılar elde etmesini sağlayamamıştır. Restoratif veya rekonstrüktif yaklaşımı rinoplastinin ilk yıllarında sert bir şekilde savunan ilk cerrah Sheen idi (83). Günümüzde doğal görünümlü bir burun başarılı bir rinoplasti için anahtar olarak kabul edilmektedir. Bu görünüme ancak burun çerçevesini doğru bir şekilde yeniden inşa ederek ve optimum dorsal estetik ile kendini gösteren nazal hava akımı fizyolojisine uygun bir cerrahi ile ulaşılabilir. Bu da operasyonların kişiye göre planlanmasını gerekli kılar. Burun sırtı, orbital konturları alar sırtlara ve burun ucuna bağlayan bikonkav şeklinde bir viyadük olarak düşünülebilir (84). Alar sırtlar, alt lateral kırırdağın sefalik sınırları şeklinde tanımlanabilir. Bu fenomen en önden belirgindir ve ışığın kırılmasından kaynaklanan doğrusal bir gölge olarak görünür. Bunlara dorsal estetik çizgiler denir (85). Bu çizgiler suprasilier sırtların ince eğrisini takip ederek, medial kanthus düzeyinde birleşirler.

Dorsal estetik çizgileri, cinsiyet dimorfizmi sergiler. Kadın çizgileri görünüşte ince bir eğim sergilerken erkek dorsal estetik burunları daha belirgindir. İdeal olarak, dorsal estetik çizgilerin genişliği ya philtrum genişliğine ya da burun ucu genişliğine uymalıdır (85). Ayrıca nazal profil, radik ve supratip bölge arasında tam hizalı ve düz bir dorsum yapısı sergilemelidir (84). Kadın burunlarında açılanmaya neden olan supratip lobülün profilden kalkması istenebilir. Erkeklerde, dorsum radix ucuna doğru çizilmiş düz bir

çizgi ile uyumlu olmalıdır. Kadınlarda dorsum birkaç milimetre daha düşük olabilir (85). Bununla hafifçe kavisli bir görünüm elde edilebilir.

2.8. PREOPERATİF ANALİZ

Her başarılı rinoplasti operasyonu için ayrıntılı bir değerlendirme gereklidir. Hasta değerlendirmesinin ilk adımı; yaş, önceki travma, önceki ameliyat, kişisel istek, şikayet ve bu özel şikayet ve problemlere bakış açısını içeren hasta öyküsüdür. Burun değerlendirmesinde üst yan kıkırdakların simetrisi, toplam genişlik ve septal sapmaların yanı sıra dorsal estetik çizgiler göz önünde bulundurulmalıdır (85, 86). Önden görünüşün bir diğer önemli değerlendirmesi, nazal dorsumun taban genişliğidir. İdeal olarak, burun dorsumunun genişliği, alar tabanının genişliğinin yaklaşık % 80'i olmalıdır. Bu genişliğin bu sınırı önemli ölçüde aşması durumunda, lateral osteotomiler planlanabilir (85). Lateral görünümde dorsal düzensizlikler, düzlük, toplam yükseklik, supratip kırılması ve gölgelenme değerlendirilir (86). Dorsal kemik ve kıkırdak bozuklukları, eyer deformasyonları ve uyumsuzluklar en iyi lateral olarak değerlendirilir. Hastanın dikkatlice değerlendirilmesinden sonra, bir sonraki adım mevcut tedavi seçeneklerini göz önünde bulundurarak bir strateji planlanmasıdır.

2.9. OPERASYON BAŞARISI

Dikey ve yatay eksenindeki simetrinin ana bir bileşeni olan burun çatısına ait müdahaleler başarılı bir rinoplasti ameliyatının statik omurgasını da oluşturur. Estetik açıdan hoş bir nazal profilin yanı sıra ince ve uyumlu dorsal estetik çizgiler, operasyonun bu aşamasında yapılan manevralarla sağlanır. Ayrıca, internal nazal valv ve perinazal kasları taşıyan nazal çatı, dinamik, doğal ve fonksiyonel bir rinoplasti sonucu için de kritik

öneme sahiptir (87, 88) Titiz bir cerrahi teknik ve nazal anatomi hakkında ayrıntılı bilgi önemlidir; ancak başarılı bir rinoplasti ameliyatı için yeterli değildir. Bu görevi ancak, hava yolunun en dar olduğu nazal valv sistemlerinin hassas dinamik hava akımı karakteristiklerini ve fizyolojisini koruyarak başarabiliriz (89). Tüm üst hava yolunun en dar kesiti olan internal nazal valv bölgesi, solunum sisteminin bekçisidir. Bu bölgedeki belirgin hava akımı özellikleri, solunan havayı şartlandırmamızı ve ses tellerinde üretilen sesleri rezonans etmemizi sağlar (90). Burun çatısı türbülanslı ancak sabit hava akımı oluşumu sağlayarak sağlıklı bir koku almaya da katkıda bulunur. Revizyon rinoplastilerden sonra karşılaşılan en yaygın sorunlardan bazıları bu bölgede ortaya çıkmaktadır. Bu nedenlerden dolayı, burun çatısı çevresindeki fonksiyonel anatomi ve cerrahi dinamiklerin tam olarak anlaşılması ve bilinmesi başarılı bir rinoplasti cerrahisi için zorunludur.

2.10. REVİZYON RİNOPLASTİ

Revizyon rinoplasti yüz plastik cerrahi alanında en zor ameliyatlardan biri olarak kabul edilir. Revizyon rinoplasti, daha önce ameliyat edilen bir burundaki çeşitli deformasyonların düzeltilmesini tanımlamak için kullanılan genel bir terimdir. Revizyon rinoplasti tanımı bazı plastik cerrahlara göre sekonder rinoplastiden farklıdır (91). Bu cerrahlara göre, sekonder rinoplasti daha önce bir cerrah tarafından ameliyat edilen bir burnun yeniden ameliyatı iken revizyon rinoplasti aynı cerrah tarafından yeniden yapılandırılmasıdır. Revizyon rinoplasti, küçük düzensizliklerin ele alınmasından tamamen çarpık bir burnun düzeltilmesine kadar değişebilir. Revizyon cerrahisinin nihai amacı; fonksiyonel, dengeli ve estetik açıdan hoş bir cerrahi sonuç elde etmektir. Hastayla

yapılan preoperatif görüşme, hasta anatomisinin sınırlamaları göz önüne alındığında, elde edilebilecek sonuçlarla ilgili beklentilerin belirlenmesi için çok önemlidir. Bu nedenle, sadece burnun yapısal ve fonksiyonel anatomisini anlamak değil, aynı zamanda hastanın revizyon cerrahisinin sınırlamaları ile başa çıkabilmesi için psikolojik durumunu anlamak da çok önemlidir.

Literatürde rinoplasti revizyon oranı % 5.0 ile % 15.5 arasında değişmektedir (92). Revizyon ameliyatı isteyen çoğu hasta, primer ameliyatı nedeniyle hayal kırıklığına uğramaktadır. Hastaların endişelerini tam olarak anlamak için eksiksiz bir hasta konsültasyonu son derece önemlidir. Önceki rinoplastide hangi düzenlemelerin hastanın şikâyetine sebep verdiğini anlamak çok önemlidir. Yakın tarihli bir çalışmada cerrah, hastaların şikâyet ettiği deformitelerden yaklaşık %40 daha fazla burun deformite tanımlamıştır (93). Revizyon rinoplastisinden sonra hem mutlu bir cerrah hem de mutlu bir hastaya sahip olmak için, cerrahın hastayla ilgili olmayan diğer anatomik sorunlara ek olarak hastaların endişelerini tam olarak ele alması gerekir. Postoperatif komplikasyonların retrospektif olarak gözden geçirilmesinde, önceki nazal operasyon veya yüz kırığı öyküsü, anatomik düzeltme eksikliği ve postoperatif komplikasyonların ortaya çıkması hem revizyon hem de memnuniyetsizlik ile ilişkili bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada primer rinoplasti sırasında burun ucuna müdahale edilmemesi, daha yüksek bir memnuniyetsizlik düzeyi ile ilişkili bulunmuştur (92). Prospektif olarak yapılan başka bir çalışmada, rinoplasti yapılan septum deviasyonu bulunan hastaların düz burunlu hastalara göre memnuniyet oranının azaldığı ve ameliyat sonrası yaşam kalitesinin kötü olduğu gösterilmiştir (94). Bu veriler preoperatif deformitesi daha yüksek olan hastaların

mutsuz olma ihtimalinin daha fazla olduğunu ve revizyon cerrahisi aradıklarını göstermektedir. İlk konsültasyon, hastanın revizyon cerrahisi için iyi bir aday olup olmadığını belirlemek için çok önemlidir. Cerrah, hastanın revizyon rinoplasti ile gerçekçi beklentileri olup olmadığını değerlendirmelidir. Hastaya burun yapısıyla ilgili bozukluklar nedeniyle revizyon cerrahisinin sınırlı olacağı iyi anlatılmalıdır. Daha önce hangi ameliyatların yapıldığını daha iyi anlamak için, cerrahın ameliyat öncesi notlarını araştırması gerekir.

Cerrah hastanın endişelerini anlıyorsa ve hastanın ameliyat hakkında gerçekçi beklentileri varsa, revizyon ameliyatı düşünülebilir. Cerrahın, hastanın estetik ve fonksiyonel kaygılarını anladıktan sonra, burnun dış ve iç anatomisini ayrıntılı bir şekilde incelemesi gerekir. Revizyon cerrahisinde cerrah, primer rinoplastiyle değiştirilmiş burun anatomisini iyi çözümlenmiş olmalıdır; çünkü ameliyat edilen bir burnun anatomisi, ameliyat edilmemiş bir burnun anatomisinden oldukça farklıdır. Burun cildi, iyileşme süreci nedeniyle ameliyattan sonraki ilk yılda oldukça farklı olabilir. Yaşlanan burnun farkına varmak da önemlidir. Burun subkutan yağı yaşlanma ile incelik ve genç bir hastanın burnuna yerleştirilen greftler hasta yaşlandıkça çok daha belirgin olabilir. Primer rinoplasti sonrası, cilt daha fazla gerilme ve büzölmeye sahiptir. Bu durum revizyon cerrahisi sırasında diseksiyonu oldukça zorlaştırabilir. Cilt muayenesinden sonra, cilt altı izlerin veya adezyonların olup olmadığı not edilmelidir. Cilt altı izleri, önceki cerrahi manipölasyonlarına bağlı olmuş olabileceği gibi yara iyileşme sürecinin bir sonucu olabilir (95). Nazal septum ile birlikte kemik ve kıkırdak dokular ilk ameliyatta sıklıkla manipüle edilir. Ek olarak, otogreftler ve alloplastik malzemeler primer rinoplastide

yaygın olarak kullanılır. Bu nedenle cerrah, normal bir burunda görülmeyen anatomik veya yapısal değişikliklerin farkında olmalıdır (95). Cerrahın, hastanın düzenlenmiş anatomisini iyi analiz etmesi ve primer rinoplastinin sonucu olan eksiklikleri kaydetmesi önemlidir. Bu değerlendirmeye, burna kazandırılacak yeni görünüm ve fonksiyonlar için gerekli olacak bileşenler kolayca belirlenebilir (96). Revizyon rinoplasti yapılan hastalarda sık görülen şikâyet ve bulguları tanımlayan bir çalışmada revizyon rinoplasti hastalarının şikayetleri ve bulguları; dirençli deviasyon, burun tıkanıklığı, bülböz tip burun, büyük burun, asimetri, burun eğriliği, geniş burun delikleri, bozuk kolumellar görüntü ve alar retraksiyon olarak saptanmıştır [9]. Revizyon rinoplastide yaygın olarak yapılan uygulamalar; septoplasti (% 71), alar rim grefti (% 67), dorsal greft (% 63), osteotomiler (% 60) ve dorsal kambur düzeltme uygulamaları (% 46) olarak sıralanmıştır (93).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN DESENİ

Bu araştırma, Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dr. Rıdvan Ege Hastanesi polikliniklerine burun estetiği harici bir nedenle başvuran, daha önce rinoplasti ameliyatı geçirmiş 18-65 yaş arası sağlıklı kişilerin rinoplasti sonrası hasta memnuniyetini özbildirim yöntemi ile değerlendirmeye yönelik olarak planlanmış kesitsel bir çalışmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemi, 01/01/2019 – 31/12/2019 tarihleri arasında Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dr. Rıdvan Ege Hastanesi polikliniklerine burun estetiği harici bir nedenle başvuran, daha önce rinoplasti ameliyatı geçirmiş, 18-65 yaş arası sağlıklı kişiler olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri; daha önce rinoplasti geçirmiş olmak, 18 yaşından büyük olmak, rinoplastiden sonra en az 1 yıl geçmiş olması, soruları okuyup anlayabilecek kadar okur yazar olmak, soruları anlamasına engel olacak ruhsal veya mental rahatsızlığın olmaması, çalışmaya katılmaya gönüllü olmak olarak belirlendi.

Araştırmaya, 18 yaşından küçük kişiler, rinoplasti sonrası 1 yıldan az süre geçmiş olan kişiler, birden fazla kez rinoplasti geçirmiş kişiler, çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan kişiler, okur-yazar olmayan kişiler dahil edilmemiştir.

Araştırmaya son verme kriteri, yeterli vaka sayısına ulaşılması olarak belirlenmiştir. Bu araştırmanın örneklemi "Raosoft" (www.raosoft.com) programı kullanılarak hesaplanmıştır. %90 güven aralığı, %5 hata payı ve mevcut literatür

kullanılarak belirlenen %10 memnuniyetsizlik oranı ile yapılan hesaplamada en az 99 kişinin çalışmaya alınması gerektiği belirlenmiştir.

3.3. ETİK KONULAR

Bu araştırmanın etik kurul onayı TOBB Üniversitesi Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'u tarafından 19.02.2020 tarih 061 sayılı olarak verilmiştir. Çalışmaya başlamadan önce çalışma ile ilgili kişilere bilgi verilmiş, sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Çalışmanın yürütülmesi sırasında İyi Klinik Uygulamalar Rehberi ve Helsinki Bildirgesi'ndeki ilkelere uygun davranılmıştır.

3.4. VERİ TOPLAMA ARACI

Belirlenen dahil etme ve çıkarma kriterlerine göre 101 hasta ile görüşmeler sağlanıp literatüre uygun olarak oluşturulan veri toplama aracı (anket) dolduruldu. Anket formu Dr Süleyman ÖZER tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile dolduruldu. Anket formunda yaş, cinsiyet, medeni durum, operasyon tarihi, ameliyatın yapıldığı yer, operasyonun hastanın sosyal ve iş hayatını nasıl etkilediği, hastanın opere olacağı hekimi nasıl bulduğu, operasyon memnuniyeti, hastanın cerrah ile iletişim düzeyi ile ilgili sorular bulunmaktadır.

Anket formunda ayrıca Rinoplasti Sonuç Değerlendirme Ölçeği (ROE-T) bulunmaktadır. ROE-T ölçeğinin orijinali olan ROE, Alsarraf ve arkadaşları tarafından 2000 yılında geliştirilen bir dizi ölçeğin hasta memnuniyetini değerlendiren bölümüdür. Ölçeğin İngilizce'den birçok dile ve kültüre adaptasyon çalışması yapılmış olup Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması 2018 yılında Çelik ve arkadaşları tarafından yapılmıştır

(97). Altı sorudan (burun şekli hakkında 5 ve burun solunumu hakkında 1 soru) oluşan ROE ölçeğinde, her bir soru 0 ila 4 arasında puanlanmış olup; burada 0 en negatif ve 4 en pozitif değerlendirmedir. Her sorudan alınan puan toplanır ve toplam 24'e bölünerek 100 ile çarpılır (0 = minimum memnuniyet, 100 = maksimum memnuniyet). Skor yüzdesinin yükselmesi memnuniyet düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Anket örneği Ek-2'de sunulmuştur.

3.5. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRİLMESİ

Tüm analizler SPSS v21 programında yapıldı. (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Sürekli sayısal verilerin normal dağılıma uygunluk kontrolü Kolmogorov-Smirnov testi ile yapıldı. Rinoplasti Sonuç Değerlendirme Anketi toplam puanları ile ilgili analizler grup sayısına göre Mann Whitney U testi veya Kruskal Wallis testi ile yapıldı. Yaş ve toplam puanlar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Spearman Korelasyon Katsayısı'ndan faydalanıldı. $P < 0,05$ değerleri istatistiksel olarak önemli kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmaya 101 birey (91 kadın ve 10 erkek) dahil edildi, yaş ortalaması $28,76 \pm 7,58$ (19 – 61) olarak saptandı. Araştırma grubunun 71’i bekarken 30’u evliydi. Araştırma grubunda evli olanlarla bekar olanlara arasında ROE-T puan toplam ortalamaları karşılaştırıldığında iki grubun ortalamalarının benzer olduğu tespit edildi ($p=0,053$).

Katılımcıların %34,65’i 1 yıl önce, %21,78’i 2 yıl önce, %18,81’i 3 ila 4 yıl önce, %9,90’ı 4 ila 6 yıl önce ve %14,85’i ise daha uzun bir süre önce ameliyat olmuş idi. Ameliyat sonrası bir kez kontrole gidenlerin oranı %20,79 iken, %27,72’si 2 kez, %31,68’ü 3 ila 4 kez, %12,87’si 4 ila 6 kez ve %6,93’ü daha fazla kontrole gitmiş. Katılımcıların %37,62’si ilk olarak üniversite hastanesine başvururken, %29,70’i özel muayenehaneye, %23,76’sı özel hastaneye ve %8,91’i devlet hastanesine başvurmuştu.

“Burnunuzdan memnun musunuz?” sorusuna %38,61 oranında “kesinlikle katılıyorum” cevabı verilirken, %29,70 oranında “katılıyorum”, %14,85 “kararsızım”, %5,94 “katılmıyorum” ve %10,89 “kesinlikle katılmıyorum” cevabı verildi.

“Ameliyat sonrası sosyal medya paylaşımlarınız arttı mı?” sorusuna %30,69 oranında “kesinlikle katılıyorum” cevabı verilirken, %24,75 “katılıyorum”, %11,88 “kararsızım”, %21,78 “katılmıyorum” ve %10,89 “kesinlikle katılmıyorum” cevabı verildi.

“Burun ameliyatının sosyal ve iş hayatınızı olumlu etkilediğini düşünüyor musunuz?” sorusuna %28,71 oranında “kesinlikle katılıyorum” cevabı verilirken, %37,62

“katılıyorum”, %16,83 “kararsızım”, %13,86 “katılmıyorum” ve %2,97 “kesinlikle katılmıyorum” cevabı verildi.

“Burun ameliyatının iş ve sosyal hayatınızı olumsuz etkilediğini düşünüyor musunuz?” sorusuna %4,95 oranında “kesinlikle katılıyorum” cevabı verilirken, %6,93 “katılıyorum”, %10,89 “kararsızım”, %35,64 “katılmıyorum” ve %41,58 “kesinlikle katılmıyorum” cevabı verildi.

Burun ucundan memnun olanların oranı %58,42 iken, %19,80’lik bir kesim ameliyattan sonra burun ucunun düştüğünü, %18,81 burun ucunun yeterince kalkık olmadığını ve %2,97’lik kesim ise burun ucunun aşırı kalkık olduğunu beyan etti.

Burun sırtından memnun olanların oranı %70,30 iken, %4,95’lik bir kesim kemer kaldığını, %5,94’lük bir kesim aşırı çukur olduğunu ve %18,81’lik kesim ise düzensizlik olduğunu beyan etti.

“Burnunuzda eğrilik var mı?” sorusuna %14,85 oranında “kesinlikle katılıyorum” cevabı verilirken, %22,77 “katılıyorum”, %9,90 “kararsızım”, %23,76 “katılmıyorum” ve %28,71 “kesinlikle katılmıyorum” cevabı verildi.

Katılımcıların %53,47’si ameliyattan sonra daha iyi nefes aldığını beyan ederken, %16,83’ü daha kötü nefes aldığını ve %29,70’i nefes almada herhangi bir değişiklik hissetmediğini beyan etti.

Katılımcıların %75,25’i arkadaş önerisi ile doktorunu seçerken, %16,83’ü sosyal medya aracılığı ile ve %7,92’si internet sitesi aracılığı ile doktoruna karar vermişti.

Katılımcıların %65,35'i ameliyat öncesine geri dönebilseydi bile yine aynı cerrahı tercih edeceğini beyan ederken, %31,68'i başka bir cerrahı tercih edeceğini beyan etti. Üç kişi (%2,97) ise ameliyat olmayacağını söyledi. Katılımcıların %47,52'si cerrahı ile ilişkisini "çok iyi" olarak tanımlarken %35,64 "iyi", %8,91 "orta", %4,95 "zayıf" ve %2,97 ise "çok zayıf" olarak tanımladı.

"Cerrahınızın ameliyat öncesi sizi yeterince bilgilendirdiğini düşünüyor musunuz?" sorusuna %40,59 oranında "kesinlikle katılıyorum" cevabı verilirken, %35,64 "katılıyorum", %13,86 "kararsızım", %6,93 "katılmıyorum" ve %2,97 "kesinlikle katılmıyorum" cevabı verildi.

"Doktorunuz tarafından yeterince bilgilendirildiğinizi düşünüyor musunuz?" sorusuna %42,57 oranında "kesinlikle katılıyorum" cevabı verilirken , %34,65 "katılıyorum", %13,86 "kararsızım", %5,94 "katılmıyorum" ve %2,97 "kesinlikle katılmıyorum" cevabı verildi.

"Doktorunuzun sizinle yeterince ilgilendiğini düşünüyor musunuz?" sorusuna %44,55 oranında "kesinlikle katılıyorum" cevabı verilirken, %34,65 "katılıyorum", %14,85 "kararsızım", %1,98 "katılmıyorum" ve %3,96 "kesinlikle katılmıyorum" cevabı verildi.

"Doktorunuzun sizi yeterince anladığımı düşünüyor musunuz?" sorusuna %44,55 oranında "kesinlikle katılıyorum" cevabı verilirken, %25,74 "katılıyorum", %13,86 "kararsızım", %10,89 "katılmıyorum" ve %4,95 "kesinlikle katılmıyorum" cevabı verildi. "Doktorunuzun durumunuzu anlamanızı sağladığını düşünüyor musunuz?" sorusuna

%35,64 oranında “kesinlikle katılıyorum” cevabı verilirken, %34,65 “katılıyorum”, %14,85 “kararsızım”, %10,89 “katılmıyorum” ve %3,96 “kesinlikle katılmıyorum” cevabı verildi.

“Doktorunuzun size yeterince zaman ayırdığını düşünüyor musunuz?” sorusuna %40,59 oranında “kesinlikle katılıyorum” cevabı verilirken, %37,62 “katılıyorum”, %11,88 “kararsızım”, %4,95 “katılmıyorum” ve %4,95 “kesinlikle katılmıyorum” cevabı verildi.

“Yine aynı doktora ameliyat olur muydunuz?” sorusuna %46,53 oranında “kesinlikle katılıyorum” cevabı verilirken, %19,80 “katılıyorum”, %10,89 “kararsızım”, %8,91 “katılmıyorum” ve %13,86 “kesinlikle katılmıyorum” cevabı verildi (Tablo 1).

Tablo 3 Katılımcıların cinsiyet ve sorulara verdikleri cevapların dağılımı

Cinsiyet	
Kadın	91 (90,10%)
Erkek	10 (9,90%)
Medeni durum	
Bekar	71 (70,30%)
Evli	30 (29,70 %)
1) Kaç yıl önce ameliyat oldunuz	
1	35 (34,65%)
2	22 (21,78%)
3-4	19 (18,81%)
4-6	10 (9,90%)
6'dan fazla	15 (14,85%)
2) Ameliyattan sonra 1 yıl içinde kaç kez kontrole gittiniz?	
1	21 (20,79%)
2	28 (27,72%)
3-4	32 (31,68%)
4-6	13 (12,87%)
6'dan fazla	7 (6,93%)
3) Ameliyat olmak için ilk başvurduğunuz yer neresi idi?	
Muayenehane	30 (29,70%)
Özel hastane	24 (23,76%)
Devlet hastanesi	9 (8,91%)
Üniversite hastanesi	38 (37,62%)
4) Burnunuzdan memnun musunuz?	
Kesinlikle katılıyorum	39 (38,61%)
Katılıyorum	30 (29,70%)
Kararsızım	15 (14,85%)
Katılmıyorum	6 (5,94%)
Kesinlikle katılmıyorum	11 (10,89%)

5) Ameliyat sonrası sosyal medya paylaşımlarınız arttı mı?

Kesinlikle katılıyorum	31 (30,69%)
Katılıyorum	25 (24,75%)
Kararsızım	12 (11,88%)
Katılmıyorum	22 (21,78%)
Kesinlikle katılmıyorum	11 (10,89%)

6) Burun ameliyatından sonra sosyal ve iş hayatınızı olumlu etkilediğini düşünüyor musunuz?

Kesinlikle katılıyorum	29 (28,71%)
Katılıyorum	38 (37,62%)
Kararsızım	17 (16,83%)
Katılmıyorum	14 (13,86%)
Kesinlikle katılmıyorum	3 (2,97%)

7) Burun ameliyatının iş ve sosyal hayatınızı olumsuz etkilediğini düşünüyor musunuz?

Kesinlikle katılıyorum	5 (4,95%)
Katılıyorum	7 (6,93%)
Kararsızım	11 (10,89%)
Katılmıyorum	36 (35,64%)
Kesinlikle katılmıyorum	42 (41,58%)

8) Burun ucunuzdan memnun musunuz?

Evet	59 (58,42%)
Ameliyattan sonra düştü	20 (19,80%)
Yeterince kalkık değil	19 (18,81%)
Aşırı kalkık	3 (2,97%)

9) Burun sırtınızdan (kemer) memnun musunuz?

Evet	71 (70,30%)
Kemer kaldı	5 (4,95%)
Aşırı çukur oldu	6 (5,94%)
Düzensizlik var	19 (18,81%)

10) Burnunuzda eğrilik var mı?

Kesinlikle katılıyorum	15 (14,85%)
Katılıyorum	23 (22,77%)
Kararsızım	10 (9,90%)
Katılmıyorum	24 (23,76%)
Kesinlikle katılmıyorum	29 (28,71%)

11) Ameliyattan sonra nefes almanız...

Daha iyi	54 (53,47%)
Daha kötü	17 (16,83%)
Değişiklik yok	30 (29,70%)

12) Ameliyat olmaya karar verdiğinizde doktorunuzu nasıl seçtiniz?

Sosyal medya	17 (16,83%)
İnternet sitesi	8 (7,92%)
Arkadaş önerisi	76 (75,25%)

13) Ameliyat olduğunuz güne geri dönebileseydiniz...

Aynı cerraha olurum	66 (65,35%)
Başka cerraha olurum	32 (31,68%)
Ameliyat olmazdım	3 (2,97%)

14) Size göre cerrahımız ile iletişiminiz nasıldı?

Çok iyi	48 (47,52%)
İyi	36 (35,64%)
Orta	9 (8,91%)
Zayıf	5 (4,95%)
Çok zayıf	3 (2,97%)

15) Cerrahımızın ameliyat öncesi sizi yeterince bilgilendirdiğini düşünüyor musunuz?

Kesinlikle katılıyorum	41 (40,59%)
Katılıyorum	36 (35,64%)
Kararsızım	14 (13,86%)
Katılmıyorum	7 (6,93%)
Kesinlikle katılmıyorum	3 (2,97%)

A) Doktorunuz tarafından yeterince bilgilendirildiğinizi düşünüyor musunuz?

Kesinlikle katılıyorum	43 (42,57%)
Katılıyorum	35 (34,65%)
Kararsızım	14 (13,86%)
Katılmıyorum	6 (5,94%)
Kesinlikle katılmıyorum	3 (2,97%)

B) Doktorunuzun sizinle yeterince ilgilendiğini düşünüyor musunuz?

Kesinlikle katılıyorum	45 (44,55%)
Katılıyorum	35 (34,65%)
Kararsızım	15 (14,85%)
Katılmıyorum	2 (1,98%)
Kesinlikle katılmıyorum	4 (3,96%)

C) Doktorunuzun sizi yeterince anladığını düşünüyor musunuz?

Kesinlikle katılıyorum	45 (44,55%)
Katılıyorum	26 (25,74%)
Kararsızım	14 (13,86%)
Katılmıyorum	11 (10,89%)
Kesinlikle katılmıyorum	5 (4,95%)

D) Doktorunuzun durumunuzu anlamanızı sağladığını düşünüyor musunuz?

Kesinlikle katılıyorum	36 (35,64%)
Katılıyorum	35 (34,65%)
Kararsızım	15 (14,85%)
Katılmıyorum	11 (10,89%)
Kesinlikle katılmıyorum	4 (3,96%)

E) Doktorunuzun size yeterince zaman ayırdığını düşünüyor musunuz?

Kesinlikle katılıyorum	41 (40,59%)
Katılıyorum	38 (37,62%)
Kararsızım	12 (11,88%)
Katılmıyorum	5 (4,95%)
Kesinlikle katılmıyorum	5 (4,95%)

F) Yine aynı doktora ameliyat olur muydunuz?

Kesinlikle katılıyorum	47 (46,53%)
Katılıyorum	20 (19,80%)
Kararsızım	11 (10,89%)
Katılmıyorum	9 (8,91%)
Kesinlikle katılmıyorum	14 (13,86%)

Veriler sıklık (yüzde) olarak özetlenmiştir.

Rinoplasti Sonuç Değerlendirme Anketi'nde (ROE-T) "Burnunuzun görüntüsünü seviyor musunuz?" sorusuna %7,92 oranında "kesinlikle hayır" cevabı verilirken, %10,89 "biraz", %27,72 "az çok", %26,73 "çok fazla" ve %26,73 "kesinlikle evet" cevabı verildi.

"Burnunuzdan iyi nefes alıyor musunuz?" sorusuna %16,83 oranında "kesinlikle hayır" cevabı verilirken, %11,88 "biraz", %15,84 "az çok", %20,79 "çok fazla" ve %34,65 "kesinlikle evet" cevabı verildi.

"Arkadaşlarınızın veya sevdiklerinizin burnunuzu beğendiğini düşünüyor musunuz?" sorusuna %7,92 oranında "kesinlikle hayır" cevabı verilirken, %13,86 "biraz", %12,87 "az çok", %26,73 "çok fazla" ve %38,61 "kesinlikle evet" cevabı verildi.

"Burnunuzun şimdiki görüntüsünün sosyal veya profesyonel aktivitelerinizi engellediğini düşünüyor musunuz?" sorusuna %1,98 oranında "her zaman" cevabı verilirken, %6,93 "sıklıkla", %15,84 "bazen", %8,91 "nadiren" ve %66,34 "asla" cevabı verildi.

"Burnunuzun olabildiğince iyi görüldüğünü düşünüyor musunuz?" sorusuna %13,86 oranında "kesinlikle hayır" cevabı verilirken, %7,92 "biraz", %25,74 "az çok", %19,80 "çok fazla" ve %32,67 "kesinlikle evet" cevabı verildi.

"Burnunuzun görüntüsünü değiştirmek veya nefes almanızı geliştirmek için ameliyat olur muydunuz?" sorusuna %31,68 oranında "kesinlikle evet" cevabı verilirken, %13,86 "büyük ihtimalle evet", %18,81 "muhtemelen evet", %20,79 "muhtemelen hayır" ve %14,85 "kesinlikle hayır" cevabı verildi (Tablo 2).

Tablo 4 Rinoplasti Sonuç Değerlendirme Anketi (ROE-T)'ne verilen cevapların dağılımı

1) Burnunuzun görüntüsünü seviyor musunuz?	
Kesinlikle hayır	8 (7,92%)
Biraz	11 (10,89%)
Az çok	28 (27,72%)
Çok fazla	27 (26,73%)
Kesinlikle evet	27 (26,73%)
2) Burnunuzdan iyi nefes alıyor musunuz?	
Kesinlikle hayır	17 (16,83%)
Biraz	12 (11,88%)
Az çok	16 (15,84%)
Çok fazla	21 (20,79%)
Kesinlikle evet	35 (34,65%)
3) Arkadaşlarınızın veya sevdiklerinizin burnunuzu beğendiğini düşünüyor musunuz?	
Kesinlikle hayır	8 (7,92%)
Biraz	14 (13,86%)
Az çok	13 (12,87%)
Çok fazla	27 (26,73%)
Kesinlikle evet	39 (38,61%)
4) Burnunuzun şimdiki görüntüsünün sosyal veya profesyonel aktivitelerinizi engellediğini düşünüyor musunuz?	
Her zaman	2 (1,98%)
Sıklıkla	7 (6,93%)
Bazen	16 (15,84%)
Nadiren	9 (8,91%)
Asla	67 (66,34%)
5) Burnunuzun olabildiğince iyi göründüğünü düşünüyor musunuz?	
Kesinlikle hayır	14 (13,86%)
Biraz	8 (7,92%)
Az çok	26 (25,74%)
Çok fazla	20 (19,80%)
Kesinlikle evet	33 (32,67%)

6) Burnunuzun görüntüsünü değiştirmek veya nefes almanızı geliştirmek için ameliyat olur muydunuz?

Kesinlikle evet	32 (31,68%)
Büyük ihtimalle evet	14 (13,86%)
Muhtemelen evet	19 (18,81%)
Muhtemelen hayır	21 (20,79%)
Kesinlikle hayır	15 (14,85%)

Veriler sıklık (yüzde) olarak özetlenmiştir.

Rinoplasti Sonuç Değerlendirme Anketi'nden elde edilen toplam puanların ortalaması $15,26 \pm 6,12$ (1 – 24) olarak saptandı. Yaş ile toplam puanlar arasında istatistiksel olarak önemli korelasyon saptanmadı ($r=-0,121$ $p=0,227$). Cinsiyet açısından toplam puanlar arasında istatistiksel farklılık izlenmedi ($p=0,538$). Burun ucundan memnun olan bireylerin toplam puanları olmayanlara göre istatistiksel olarak önemli derecede yüksek olarak saptandı ($p<0,001$). Yine aynı şekilde burun sırtından memnun olan bireylerin toplam puanları olmayanlara göre istatistiksel olarak önemli derecede yüksek olarak saptandı ($p<0,001$). Ameliyattan sonra daha iyi nefes aldığını beyan eden bireylerin toplam puanları daha kötü nefes aldığını beyan edenlere ($p<0,001$) ve herhangi bir değişiklik olmadığını beyan eden bireylere göre ($p=0,017$) daha yüksek olarak saptandı. Daha kötü nefes aldığını beyan eden ve değişiklik olmadığını beyan eden bireyler arasında toplam puanlar açısından istatistiksel olarak önemli farklılık gözlenmedi ($p=0,070$). Ameliyat olduğu güne geri dönebilse “aynı cerraha ameliyat olurum” diyen bireylerin toplam puanları “başka cerraha olurum” diyenlere göre istatistiksel olarak önemli derecede yüksek olarak bulundu ($p<0,001$). İlk başvurulan yer ($p=0,297$), ameliyat

sayısı ($p=0,204$) ve doktoru seçme şekli ($p=0,896$) değişkenleri açısından toplam puanlar arasında istatistiksel olarak önemli farklılık bulunmadı (Tablo3)



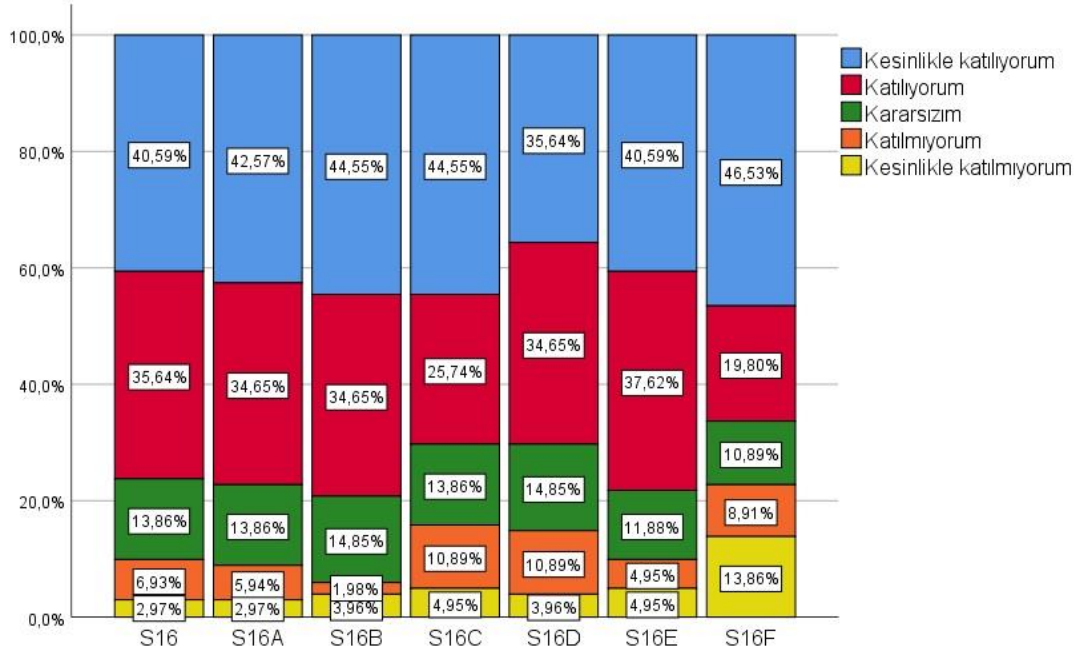
Tablo 5 Rinoplasti Sonuç Değerlendirme Anketi Toplam Puanları

	n	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	En küçük	En büyük	p
Toplam	101	15,26	6,12	16,00	1,00	24,00	N.A
Cinsiyet							
Kadın	91	15,33	6,23	16,00	1,00	24,00	0,538
Erkek	10	14,60	5,27	15,50	5,00	24,00 ⁽¹⁾	
Medeni Durum							
Bekar	71	15,99	6,06	17,00	2,00	24,00	0,053
Evli	30	13,53	6,00	14,50	1,00	24,00	
3) Ameliyat olmak için ilk başvurduğunuz yer neresi idi?							
Muayenehane	30	15,13	5,37	16,00	4,00	24,00	
Özel hastane	24	15,42	6,60	16,50	2,00	24,00	
Devlet hastanesi	9	18,67	4,69	20,00	9,00	24,00 ⁽²⁾	0,297
Üniversite hastanesi	38	14,45	6,58	15,50	1,00	24,00	
4) Kaç kere ameliyat oldunuz?							
1	82	15,74	5,70	16,50	2,00	24,00	0,204
2 ve daha fazla	19	13,16	7,49	15,00	1,00	24,00 ⁽¹⁾	
9) Burun ucunuzdan memnun musunuz?							
Evet	59	18,14	4,97	20,00	1,00	24,00	

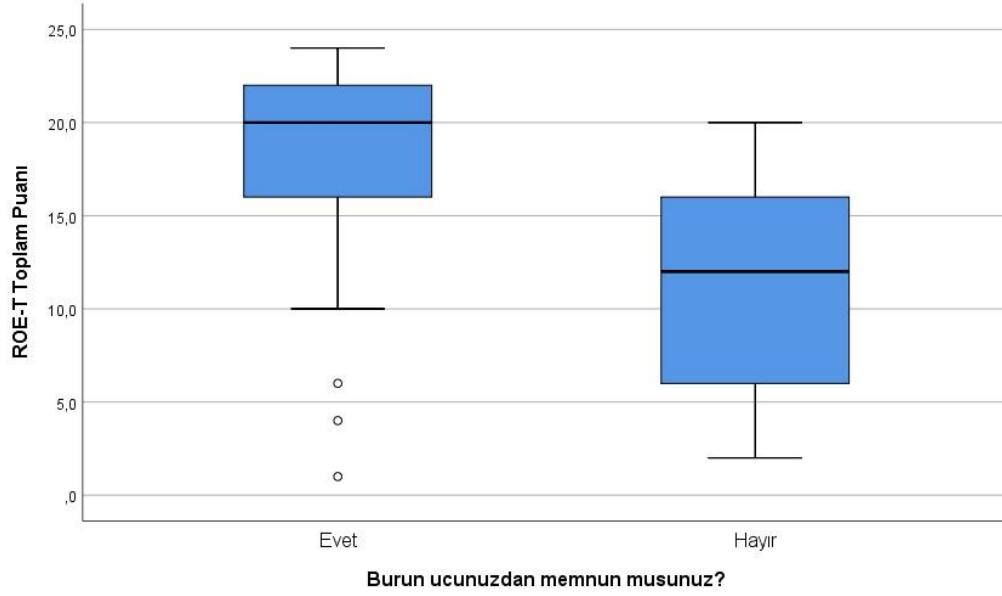
							<0,001
Hayır	42	11,21	5,27	12,00	2,00	20,00 ⁽¹⁾	
10) Burun sırtınızdan (kemer) memnun musunuz?							
Evet	71	17,07	5,48	18,00	2,00	24,00	<0,001
Hayır	30	10,97	5,44	10,50	1,00	21,00 ⁽¹⁾	
12) Ameliyattan sonra nefes almanız...							
Daha iyi	54	17,89	4,36	18,00	4,00	24,00	
Daha kötü	17	9,18	5,66	6,00	2,00	19,00	<0,001
Değişiklik							⁽²⁾
yok	30	13,97	6,36	15,00	1,00	24,00	
13) Ameliyat olmaya karar verdiğinizde doktorunuzu nasıl seçtiniz?							
Sosyal medya							
ve İnternet	25	15,28	5,91	16,00	3,00	24,00	0,896
Arkadaş							⁽¹⁾
önerisi	76	15,25	6,22	16,00	1,00	24,00	
14) Ameliyat olduğunuz güne geri dönebilseydiniz...							
Aynı cerraha							
olurdum	66	18,08	4,21	18,00	4,00	24,00	<0,001
Başka cerraha							⁽¹⁾
olurdum	32	10,00	5,72	9,50	1,00	21,00	

(1) Mann Whitney U testi

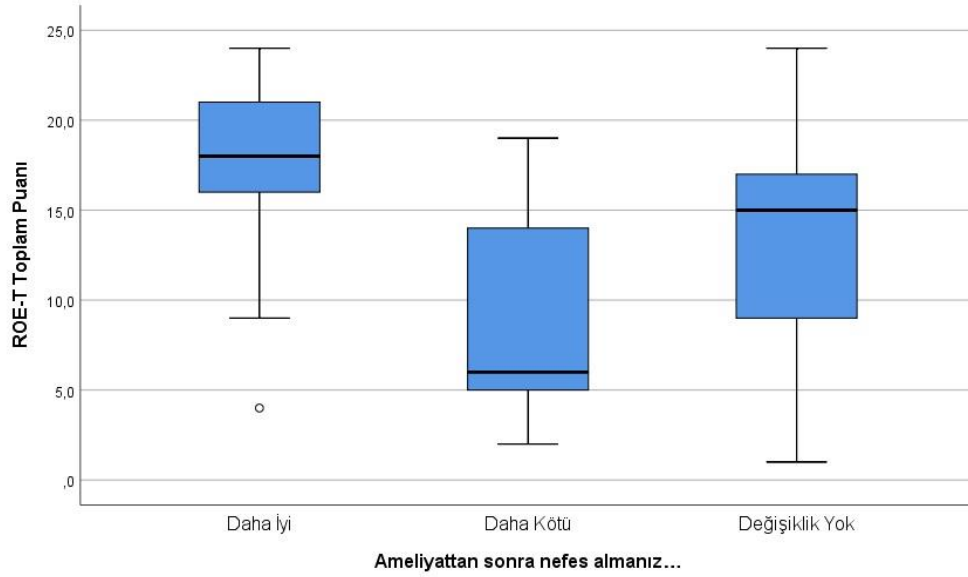
(2) Kruskal Wallis testi



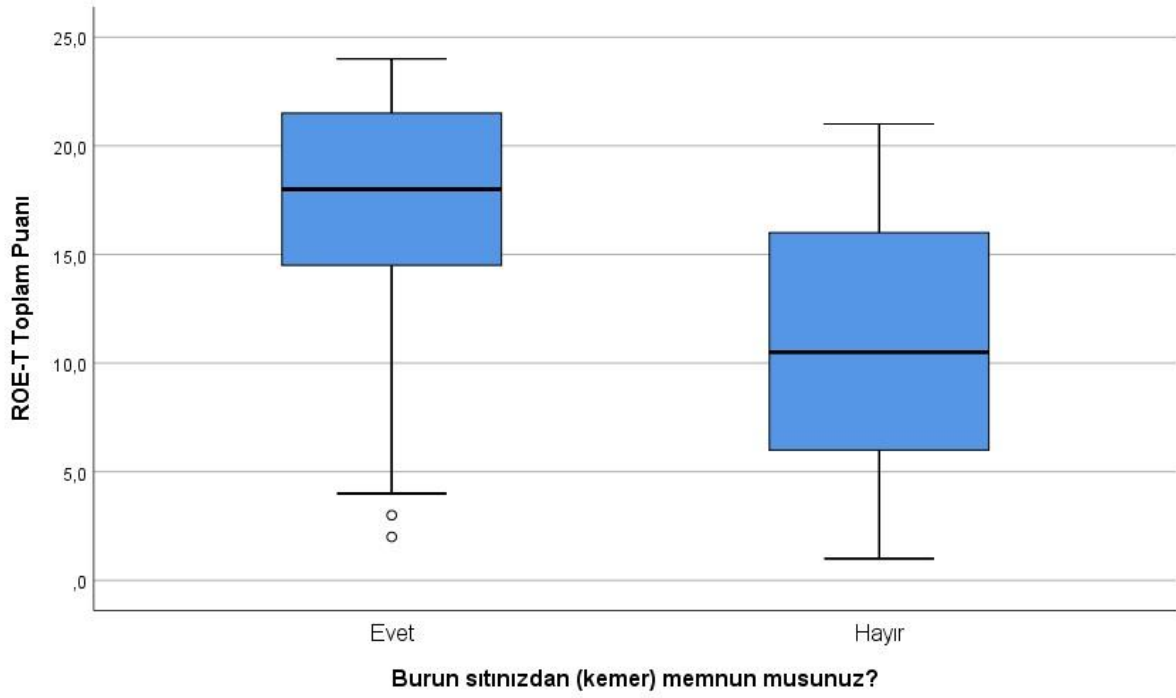
Şekil 3 Doktor (cerrah) ile ilgili sorulara verilen cevapların dağılımı



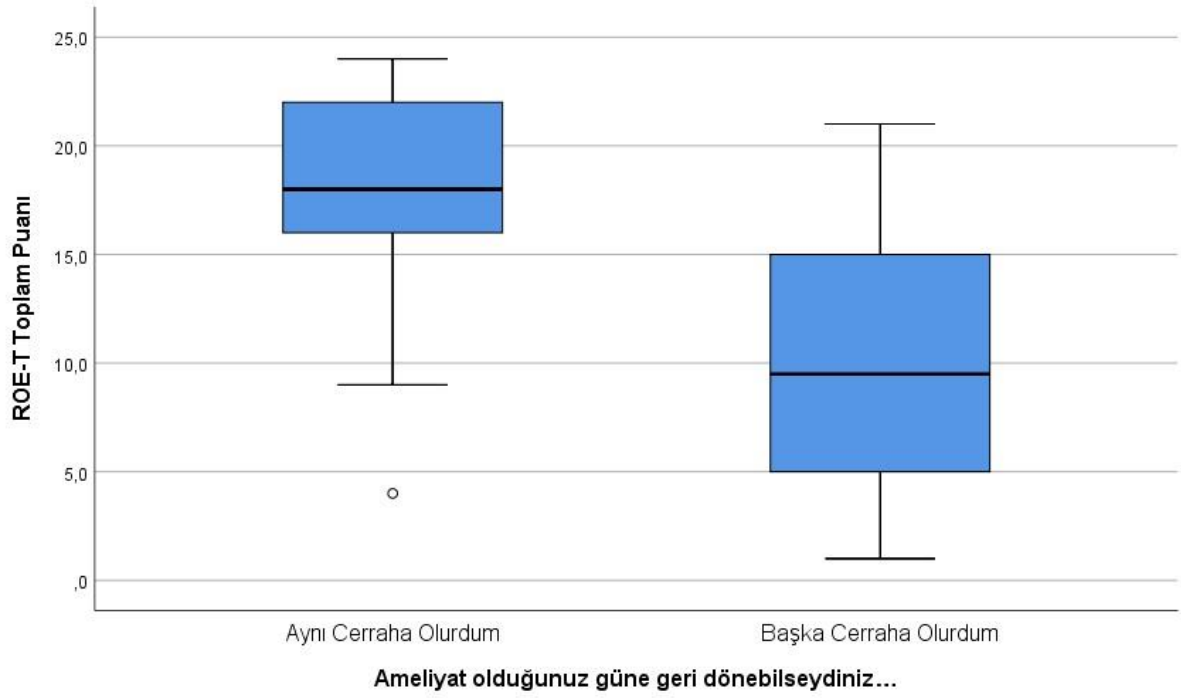
Şekil 4 Burun ucundan memnun olma durumuna göre ROE-T toplam puanları



Şekil 5 Burun sırtından memnun olma durumuna göre ROE-T toplam puanları



Şekil 6. Nefes alma durumuna göre ROE-T toplam puanları



Şekil 7. Aynı cerraha tekrar ameliyat olma durumuna göre ROE-T toplam puanları

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın ana amacı rinoplasti operasyonu geçirmiş hastaların operasyon sonrası biyopsikososyal yaşamlarındaki değişiklikleri ortaya koymaktır. Çalışmanın ikincil amacı ise hastaları ameliyat olmaya iten etkenlerin, ameliyat oldukları cerraha nasıl ulaştıklarının, cerrahları tarafından doğru bilgilendirme yapıp yapılmadığının, cerrahların hasta ile iletişimleri ve memnun olmayan hastaların memnuniyetsizlik sebeplerinin araştırılması olmuştur. Ulusal bilimsel yazın tarandığında, rinoplasti yapılan hastalardaki memnuniyet düzeylerine ilişkin yapılmış geniş katımlı ve farklı merkezleri içeren çalışmaların çok sınırlı olduğu görülmüştür. Bu araştırmanın yalnızca Ankara ilinde yapılmış olması sebebiyle genellenebilirliği sınırlı olmakla birlikte farklı merkez ve doktora başvuran hastaları içermesi bakımından elde edilen sonuçlar önemlidir. Bu çalışma konuyla ilgili gelecekte yapılacak araştırmalara yol gösterici olacaktır.

Çalışmaya dahil edilen 101 katılımcının %37,62'si ilk olarak üniversite hastanesine başvururken, %29,70'i muayenehaneye, %23,76'sı özel hastaneye ve %8,91'i devlet hastanesine başvurmuştu.

Bu araştırma kesitsel anket çalışmasıdır. Anket formu oluşturulurken daha önce bilimsel yazına geçmiş anketlerden faydalanılmıştır (98). Anket formunda ayrıca Rinoplasti Sonuç Değerlendirme Ölçeği (ROE-T) bulunmaktadır. Bu ölçeğin geçerlilik güvenilirlik çalışması 2018 yılında Çelik ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (97).

5.1. Katılımcıların Ameliyat Sonrası Biyopsikososyal Değişimlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Yapılan çalışmalar son yıllarda iyi bir fiziksel görüntünün giderek daha önemli hale geldiğini ve fiziksel görüntüsünden memnun olmayanların sayısının giderek arttığını göstermektedir. Bu durum kişinin gerek sosyal hayattaki konumu gerekse özsaygısı için gereklilik haline gelmiştir (99, 100). Burnun, yüz orta hatta konumlanması ve yüz görüntüsünü önemli oranda etkilemesi de son yıllarda giderek artan estetik kaygıyla birlikte rinoplasti ameliyatlarında artışa neden olmaktadır (3).

Kadınların erkeklere oranla daha fazla estetik kaygı taşıdıkları ve estetik cerrahiye daha fazla başvurdukları bilinmekte (101-103) ve hem ulusal hem uluslararası literatürle uyumlu olarak kadın cinsiyetin bu çalışmada da sayıca üstün olduğu bulunmuştur. Rinoplasti ameliyatı için yaş ortalaması 18 ila 30 yaş arasında bildirilmiş olup çalışma ile uyumludur. Bu da gösteriyor ki rinoplasti, yaşlanma karşıtı bir operasyon olmayıp estetik değişim arzusu ile talep edilen bir prosedürdür. (101, 104-106).

Bu çalışmada katılımcıların %38,61'i ameliyat sonrası burnundan memnun olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların %28,71'i ameliyat sonrası iş ve sosyal hayatının olumlu yönde değiştiğini belirtirken, %4,5'i ise ameliyat sonrası iş ve sosyal hayatının olumsuz yönde değiştiğini ifade etmiştir. Yapılan pek çok çalışma estetik cerrahi başvurularının kişilerin çalışma durumu, medeni hali, aile yapısı, ekonomik durumu, yaşanılan yer, eğitim durumu, meslek durumu gibi birçok faktörle ilişkili olduğunu göstermiştir (101, 107-110). Yıldız ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada katılımcıların estetik cerrahi başvurularının başlıca nedenleri arasında %28 oranında çevrelerindeki

insanların tepkisi ve %44 oranında sosyal ilişkilerinin olumsuz etkilenmeleri yer almıştır. Estetik operasyon öncesi ve sonrasında katılımcıların sosyal, fiziksel ve emosyonel rol fonksiyonlarında anlamlı değişiklik olduğu saptanmıştır (111). Son yıllarda artan sosyal medya kullanımı estetik cerrahi sonrası hasta memnuniyeti veya memnuniyetsizliğini belirlemede de etkili bir araç haline gelmiştir. Kişilerin ameliyat sonrası sosyal medya üzerinden yapılan fotoğraf paylaşımlarının artması veya ameliyat öncesi fotoğrafların kaldırılması gibi ifade biçimlerine rastlanmaktadır (110). Suudi Arabistan’da yapılan bir çalışmada katılımcıların %54,1’i özçekimlerde daha iyi görünmek için kozmetik cerrahiye başvurduğunu ifade etmiştir (112). Yakın tarihli bir başka çalışmada ise katılımcıların %55’inin, özçekimlerde daha iyi görünmek istemenin, plastik cerrahi geçirme kararının ana belirleyicisi olduğu bildirilmiştir (113). Bununla birlikte sosyal medyanın hasta memnuniyetini değerlendirme aracı olarak da kullanıldığı çalışmalar mevcuttur (103, 114).

5.2. Katılımcıların Ameliyat Sonrası Memnuniyet Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin Tartışılması

Rinoplasti ameliyatının sonuçlarını değerlendirmek için ölçekler, antropometrik ölçümler ve kozmetik sonuç derecelendirmeleri gibi çeşitli yöntemler mevcuttur (115). Ancak estetik ve fonksiyonel hedefleri olması sebebiyle cerrahi sonuçlarını hasta perspektifinden değerlendirmek plastik cerrahinin başarısı için kilit rol oynamaktadır (116). Bu çalışmada ROE-T Anketi kullanıldı ve elde edilen toplam puanların ortalaması $15,26 \pm 6,12$ olarak saptandı. Buna göre “Burnunuzun görüntüsünü seviyor musunuz?” sorusuna katılımcıların %26,73’ü “kesinlikle evet” cevabı verirken, “Burnunuzdan iyi

nefes alıyor musunuz?” %34,65 “kesinlikle evet” cevabı vermiştir. Ameliyat sonrası katılımcıların, %19,80’i ameliyattan sonra burun ucunun düştüğünü, %18,81’i burun ucunun yeterince kalkık olmadığını ve %2,97’si ise burun ucunun aşırı kalkık olduğunu beyan etti.

Katılımcıların sadece %2,97’sinin fazla rotasyondan dolayı memnuniyetsizlik belirtmiş olması, buna karşın %38,61’inin burun ucu rotasyonunun yetersiz olduğunu düşünmesi, burun ameliyatı sonrası burun ucunun düşmesine karşı önlem alınması gerektiğini göstermektedir. Ayrıca hastaya ameliyat öncesinde burun ucu rotasyonundaki değişimin; gerekiyorsa görsel araçların kullanılarak anlatılması ve hastanın beklentisine göre burun ucu kalkıklığının sağlanması hastalarda daha yüksek memnuniyet sağlayabileceği sonucu çıkartılabilir.

Rinoplasti sonrası nazal dorsumdaki düzensizlikler hump rezeksiyon tekniklerine bağlı sık görülen bir komplikasyondur ve sekonder rinoplastilerin en sık sebeplerindendir (117).

Bu çalışmada hastaların %18,81’inin burun sırtında düzensizliklere bağlı memnuniyetsizliği, ameliyat sırasında anatominin korunmasının ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Ancak kompleks bir anatomiye sahip olan keystone geçiş bölgesi burun kemerinin rezeksiyonu sonrası dikkatli bir şekilde yeniden şekillendirilmeli ve gerekirse yumuşak doku kalınlığı artırılarak olası düzensizlikler kamufle edilmelidir. Bu anatominin yeniden şekillendirilmesinin zorluğu nedeniyle son zamanlarda kısmi

rezeksiyonlardan push down gibi blok rezeksiyonlara geçiş, olası problemlere çözüm arayışı sonrası tekrar gündeme gelmiştir (118).

Eğri burun deformiteleri her zaman cerrahi bir zorluk olmuştur. Eğri burun deformitesi ile başvuran hastaların ameliyat öncesinde dikkatlice değerlendirilmesi, problemin nereden kaynaklandığının belirlenerek cerrahi bir planlama yapılması ile başarılı bir sonuç elde edilmeye çalışılmaktadır. Ancak dikkatlice yapılan değerlendirme ve birçok cerrahi tekniğin bu deformiteyi düzeltmek için uygulanmasına rağmen, ameliyat sonrasında burundaki eğrilik devam edebilmektedir. Bu çalışmada da katılımcıların %35,62'si ameliyat sonrası burnunda eğrilik probleminin devam ettiğini belirtmiştir. Tecrübe gerektiren bu deformitenin düzeltilmesindeki zorlukların ve mevcut olan eğriliğin devam edebileceğinin hastayla ameliyat öncesinde paylaşılması çok önemlidir. Ülkemizde Özmen ve ark. tarafından septorinoplasti yapılan hastaların değerlendirildiği bir çalışmada ise hastaların %40'ı burun şeklini 'çok iyi' olarak değerlendirmiş ve %48'i 'daha iyi' nefes aldığını belirtmiştir. Bununla birlikte aynı çalışmada muayenesi sırasında burun pasajının ameliyat öncesi ile aynı olduğu görülen bir hasta ameliyat sonrası daha iyi nefes aldığını, burun şeklini kötü olarak tanımlayan iki hastanın ise biri cerrahi tarafından orta, diğeri iyi olarak değerlendirilmiştir (58). Bu da estetik ameliyat sonuçlarının değerlendirilmesinin ne kadar sübjektif olabileceğini gösteriyor. Köybaşı ve ark. nın yaptıkları bir başka çalışmada ise rinoplasti sonrası hasta memnuniyeti ve cerrah memnuniyeti birlikte değerlendirilmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre hasta memnuniyetinin fonksiyonel sonuçla ilişkili olduğu ancak cerrah memnuniyeti ile ilişkili olmadığı gösterilmiştir (104). Bu sonuçlar ameliyat başarısını değerlendirirken hastanın

beklentilerini ya da problem algısını dikkate almak gerektiğini desteklemektedir. Eşlik eden narsistik kişilik bozukluğu, evlilik problemleri gibi psikososyal sorunlar hastanın ameliyat sonrası şikâyetlerini etkileyecektir. Literatürde yapılan çok sayıda çalışma alkol alımı, kötü sosyal ilişkilere sahip olma, vücut dismorfik bozukluğu tanısı gibi etkenlerin rinoplasti ameliyatı sonrası hasta şikâyetlerini etkilediğini göstermiştir (8, 119). Bu nedenle rinoplasti ameliyatı öncesi psikiyatri konsültasyonunun yapılması önerilmektedir (120). Son yıllarda yapılan bir meta analizde ROE ölçeği kullanılarak rinoplasti sonrası hasta memnuniyetinin değerlendirildiği sekiz çalışma incelenmiş ve bu çalışmalardan elde edilen ortalama ROE skorları verilmiştir. Buna göre ameliyat öncesi, ROE ile ölçülen preoperatif hasta memnuniyeti skorları 4.73 ile 45.3 arasında değişmekteyken, ameliyat sonrası skorlar 18.02 ile 82.59 arasında bulunmuştur. Dahil edilen çalışmaların hepsinde ameliyat sonrası hasta memnuniyetinde artış saptanmıştır. Kozmeto-fonksiyonel rinoplasti sonrası 2 ay ve daha uzun süre boyunca, ROE skorlarında iyileşmeyle birlikte hastaların yaşam kalitesini de iyileştirdiği sonucuna varılmıştır. Bununla birlikte, tüm çalışmaların ölçeğin her sorusu için bireysel puanlar bildirmemesi nedeniyle, ameliyat öncesi ve sonrası hasta memnuniyetinin parametrik değerlendirmesi yapılamamış ve yalnızca ROE puanının iyileştirilmesine ilişkin veriler sunulmuştur (5).

Bu çalışmada katılımcıların %75,25'i arkadaş önerisi ile doktorunu seçerken, %24,75'i sosyal medya ve internet aracılığı ile doktoruna karar vermiştir. Özellikle son yıllarda plastik cerrahların sosyal medya paylaşımı yapmalarının çok arttığını görmekteyiz. Ancak bu çalışmanın sonucunda da görüldüğü üzere halen hekim seçmekte en önemli kriter; hekimin, hastanın güvendiği biri (arkadaş, aile bireyi, vb.) tarafından

önerilmesidir. Katılımcıların %65,35'i ameliyat öncesine geri dönebilseydi yine aynı cerrahı tercih edeceğini, %47,52'si cerrahı ile ilişkisini “çok iyi” olarak tanımlamıştır. “Cerrahınızın ameliyat öncesi sizi yeterince bilgilendirdiğini düşünüyor musunuz?” sorusuna %40,59 oranında “kesinlikle katılıyorum” cevabı verilmiştir. Estetik cerrahide hasta hekim ilişkisinin hasta memnuniyetine direkt etkisi bu çalışmada da görülmüştür. Hasta memnuniyetinin artması için bu oranın daha fazla olması; bunun için de estetik cerrahi özelinde hasta- hekim ilişkisi üzerinde kongre ve toplantılarda daha fazla durulması gerektiğini göstermektedir. Bu çalışmaya benzer şekilde Özmen ve ark. nın çalışmasında hastaların yarısından fazlası sosyal çevresi tarafından ameliyata yönlendirildiğini bildirirken, hastaların %80'den fazlası doktoru tarafından ameliyat öncesi iyi bilgilendirildiğini belirtmiştir (58). Yapılan çalışmalara göre, hastalar doktorları tarafından önemsenmelerini, onların anlayışlı, dürüst ve ulaşılabilir olmalarını, kendilerine zaman ayırmalarını beklemektedirler. Hastaların doktorlarıyla iletişimde en çok önemsedikleri iki unsurun doktora soru sorabilmek ve kendilerine zaman ayrılması olduğu görülmüştür (121, 122). Hastalar ameliyat öncesi dönemde ağrı, yaşam kalitesinde değişme, yüz görünümündeki değişikliğin nasıl olacağı, ameliyatın yan etkileri ve komplikasyonlarının neler olabileceği gibi birçok konuda kaygı taşımaktadırlar. Hasta, taşıdığı bu kaygılara cevap bulamadığı takdirde ameliyat sonrası memnuniyetsizlik ortaya çıkabilir. Dolayısıyla bu sorunu gidermenin en temel yolu doktor- hasta arasındaki sağlıklı iletişimidir (123, 124). Bu çalışmada da katılımcılardan, ameliyat olduğu güne geri dönebilse “aynı cerraha ameliyat olurum” diyenlerin ROE-T toplam puanları “başka cerraha olurum” diyenlere göre istatistiksel olarak önemli derecede yüksek olarak bulunmuştur. Hastaların doktor ve ameliyat olacağı merkez seçiminde internet ve arkadaş

tavsiyesini ağırlıklı olarak kullanmaları hem bu çalışmada hem de literatürdeki diğer çalışmalarda yaygın olarak gösterilmiştir. Bu durum, gelişen teknolojinin bir sonucu olarak görülse de yanlış bilgilendirilmeye ve konu ile ilgili yetkisiz kişi ya da kurumlara başvurulmasına sebep olabilir. Ancak denetimli bir internet bilgi ağının hem hasta-hekim ilişkisine hem de doğru bilginin daha geniş kitlelere yayılmasına katkı sağlayacağı da bilinmektedir (125, 126).

Ergen ve ark. nın rekonstrüktif ve estetik cerrahi için özel ve kamu hastanelerine başvuran hastaları karşılaştırdıkları çalışmada; özel hastanede plastik rekonstrüktif ve estetik cerrahisi uygulanan hastaların daha genç yaş ortalamasına sahip; kadın, üniversite mezunu oldukları ve estetik amaçlı hastaneye başvurdıkları belirlenmiştir. Kamu hastanesine başvuran hastalar, çoğunlukla sağlık problemlerine bağlı ameliyat olurken, özel hastaneye başvuran hastaların dış görünümlelerinden rahatsız oldukları için başvurdıkları bulunmuştur. Özel hastanede estetik ya da rekonstrüktif cerrahi uygulanan hastaların ameliyat sonrası aile ve iş yaşamı, beden imgesi üzerindeki etkilerine bakıldığında, sadece beden imgesi ve sağlık sorunlarının çözülmesinde olumlu etki oluşturduğu saptanmıştır. Hem kamu hastanesine başvuranlarda hem de özel hastaneye başvuranlarda memnuniyet düzeyi benzer oranda bulunmuştur (127). Bizim çalışmamızda da katılımcıların %37,62'si ilk olarak üniversite hastanesine başvururken, %29,70'i muayenehaneye, %23,76'sı özel hastaneye ve %8,91'i devlet hastanesine başvurmuş idi. Hastaların ilk başvurdıkları merkez ile memnuniyet düzeyleri arasında ise anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Çalışmamızda burun sırtından memnun olan bireylerin ROE-T toplam puanları olmayanlara göre daha yüksek, ameliyattan sonra daha iyi nefes aldığını beyan eden bireylerin toplam puanları, daha kötü nefes aldığını beyan edenlere ve herhangi bir değişiklik olmadığını beyan edenlere göre daha yüksek olarak saptandı. Daha iyi nefes alan kişilerin memnuniyet puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü. Burun görüntüsü kadar fonksiyonel sonuç da hasta memnuniyetini etkileyen temel faktörlerden biridir. Burun estetiği kadar konka ve septum cerrahisinde cerrahın yetkin olması gerekir. Bununla birlikte yaş, cinsiyet, ameliyat için ilk başvuru yeri, ameliyat sayısı ve doktoru seçme şekli ile toplam puanlar arasında istatistiksel olarak önemli farklılık bulunmadı. Khansa ve ark. tarafından rinoplasti ameliyatı olmuş hastalarda sosyal medya üzerinden ameliyat sonrası hasta memnuniyeti üzerine yapılan çalışmada ameliyat sonrası kadınların memnuniyet düzeyi erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. Hem erkek hem de kadınlarda memnuniyetsizliğin en yaygın nedenleri burun sırtındaki kambur, burun ucunun şekli olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da burun sırtı ve burun ucu memnuniyeti en çok etkileyen faktörler olarak bulundu. Çalışmanın dikkat çekici bir diğer sonucu ise erkeklerin memnuniyetsizliklerini dile getirme oranlarının kadınlardan daha az bulunması olmuştur. Bununla birlikte memnun olmayan kadın hastalar, farklı bir kişiye benzemekten ve cerrahlarının zayıf iletişim becerilerine sahip olduğundan şikâyet etmişlerdir (103). Hastaların ameliyat sonrası beklentilerinin karşılanmaması, birçok çalışmada ikincil rinoplasti için en yaygın motivasyon kaynağı olarak bildirilmişse de revizyon gereksiniminin birincil deformitenin kalıcılığından daha çok ameliyata bağlı gelişen yeni deformiteler sebebiyle ortaya çıkması ilgi çekici bir noktadır (128, 129). Bu sonuçlar bir hastaya rinoplasti planlarken aydınlatılmış onam sürecinin ve beklenti yönetiminin

önemini vurgulamaktadır. İyi iletişim kurulamayan ve hasta beklentilerinin tam olarak anlaşılmadığı vakalarda ameliyattan kaçınmak da ameliyat olanlarda memnuniyet oranını arttıracaktır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

- Son yıllarda artan estetik beklenti ile birlikte rinoplasti ameliyatı sıklığı hem erkeklerde hem de kadınlarda artış göstermektedir.
- Hastaların ameliyat sonrası biyopsikososyal yaşamları genel olarak olumlu etkilenmiştir.
- Özellikle iş ve sosyal ortamlarında katılımcıların yarıdan fazlası olumlu bir değişim olduğunu belirtmiştir.
- Çalışmamızda hastaların memnuniyet düzeyi nefes alma durumu, burun sırtı ve burun ucunun şekli ile ilişkili bulunmuştur
- Katılımcılar doktor seçimine karar verirken bilgi kaynağı olarak en çok arkadaş çevresi ve interneti kullanmışlardır.
- Son yıllarda yaygın internet kullanımıyla birlikte rinoplasti sonrası beklentiler üzerinde sosyal medya paylaşımlarının etkisi vardır.
- Sadece özel kliniklerde değil; devlet hastaneleri ve üniversite hastanelerinde de başarılı bir şekilde rinoplasti operasyonunu yapılmaktadır.
- Katılımcıların memnuniyet düzeyi ile; yaş, cinsiyet, medeni durum, ilk başvuru merkezi, doktor seçme şekli, ameliyat sayısı arasında bir ilişki bulunmamıştır.

- Hasta beklentilerini anlamanın ve hastanın psikososyal özelliklerini iyi tanımanın en etkili yolu hasta hekim arasındaki doğru iletişimdir.
- Hasta memnuniyeti sadece görüntüye değil aynı zamanda fonksiyonel başarıya da bağlıdır. Burnun kozmetik görüntüsü kadar operasyon sırasında fonksiyonel yapıların uygun şekilde rekonstrüksiyonu da önemlidir.
- Hem ameliyat öncesi bilgi edinme kaynağı olarak hem de ameliyat sonrası paylaşımların ve geri bildirimlerin etkisi göz ardı edilmemelidir.
- Ameliyat sırasında nazal dorsumda düzensizlik olmaması için azami dikkat gösterilmelidir.
- Ameliyat sırasında nazal tip rotasyonunun yeterli olmasına ve uzun dönemde pozisyonunu koruyacak şekilde rekonstrüksiyonun sağlanmasına azami dikkat gösterilmelidir.
- Rinoplasti operasyonu yapan cerrahlar fonksiyonel anatomiye hâkim olmalıdır.
- Konu ile ilgili daha geniş kapsamlı, doktor ve hasta memnuniyetinin birlikte değerlendirildiği çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKLAR

1. Kim YJ, Park JW, Kim JM, Park SH, Hwang JH, Kim KS, et al. The functionality of facial appearance and its importance to a Korean population. *Archives of plastic surgery*. 2013;40(6):715.
2. Little AC, Jones BC, DeBruine LM. Facial attractiveness: evolutionary based research. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 2011;366(1571):1638-59.
3. Koca ÇF. Health-related quality of life after rhinoplasty: A review article. *Medical Research Archives*. 2017;5(8).
4. Babuccu O, Latifoglu O, Atabay K, Oral N, Cosan B. Sociological aspects of rhinoplasty. *Aesthetic Plastic Surgery*. 2003;27(1):44.
5. Yang F, Liu Y, Xiao H, Li Y, Cun H, Zhao Y. Evaluation of preoperative and postoperative patient satisfaction and quality of life in patients undergoing rhinoplasty: A systematic review and meta-analysis. *Plastic and reconstructive surgery*. 2018;141(3):603-11.
6. Barone M, Cogliandro A, Di Stefano N, Tambone V, Persichetti P. A systematic review of patient-reported outcome measures after rhinoplasty. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2017;274(4):1807-11.
7. Chauhan N, Alexander AJ, Sepehr A, Adamson PA. Patient complaints with primary versus revision rhinoplasty: analysis and practice implications. *Aesthetic surgery journal*. 2011;31(7):775-80.
8. Hessler JL, Moyer CA, Kim JC, Baker SR, Moyer JS. Predictors of satisfaction with facial plastic surgery: results of a prospective study. *Archives of facial plastic surgery*. 2010;12(3):192-6.
9. Critchley M, Arthur Salusbury S. *Butterworths medical dictionary*: Butterworth; 1980
10. Dal KA, Vakf BBC. Prof. Dr. H. Halis Ünlü. 2009.
11. Brown L, Trumble WR, Stevenson A. *Shorter Oxford English dictionary on historical principles*: Oxford University Press; 2002.
12. Fowler HN, Lamb WRM, Bury RG, Shorey P. *Plato: Laws, bks. I-VI*: Harvard University Press; 1984.
13. Liddell HG, Scott R. *A greek-english lexicon*: New York: American Book Company; 1897.
14. Freund W. *Harpers' Latin Dictionary: A New Latin Dictionary Founded on the Translation of Freund's Latin-German Lexicon*: Harper & bros.; 1884.
15. Vitruvius. *On architecture*. In: Page TE CE, Rouse WHD, editors., editor. London: Heinemann W Ltd; 1931.
16. Strong E. *The elder Pliny's chapters on the history of art*: Macmillan; 1896.
17. Fairbanks A. *Philostratus the Elder Imagines; Philostratus the Younger, Imagines; Callistratus, Descriptions*. 1932.
18. Tagliacozzi G, Troschel M. *De curtorum chirurgia*: Рипол Классик; 1831.

19. Zeis E. Handbuch der plastischen Chirurgie. Nebst einer Vorrede von JF Dieffenbach: Reimer; 1838.
20. Rust JN. Theoretisch-praktisches Handbuch der Chirurgie: mit Einschluss der syphilitischen und Augen-Krankheiten; in alphabetischer Ordnung: TCF Enslin; 1834.
21. Kimmel L. Baekeland L. The encyclopedia of the industrial revolution in world history. In: Hendrickson KE III, editor., editors. Lanham: MD: Rowman & Littlefield; ; 2015.
22. Cassin B, Apter E, Lezra J, Wood M. Dictionary of untranslatables: A philosophical lexicon: Princeton University Press; 2014.
23. Hart T. Between the Image and the Word: Theological Engagements with Imagination, Language and Literature: Routledge; 2016.
24. Darwin C. On the Origin of Species by Means of Natural Selection Or the Preservation of Favoured Races in the Struggle for Life: H. Milford; Oxford University Press; 1859.
25. Carpue JC. An Account of Two Successful Operations for Restoring a Lost Nose Including Description of the Indian and Italian Methods. London: Longman; 1816.
26. Pierer JF. Medizinisches Realwörterbuch zum Handgebrauch practischer Aerzte und Wundärzte und zu belehrender Nachweisung für gebildete Personen aller Stände: Brockhaus; 1823.
27. Hopwood N. Artist versus anatomist, models against dissection: Paul Zeiller of Munich and the revolution of 1848. *Medical history*. 2007;51(3):279-308.
28. Dürer A. Vier Bücher von menschlicher proportion: Verlag Bibliophile Drucke von Josef Stocker Dietikon; 1969.
29. Audran G. Les proportions du corps humain: mesurées sur les plus belles figures de l'antiquité: Bance; 1785.
30. Shread C. Catherine Malabou's Plasticity in Translation. *TTR: Traduction, terminologie, rédaction*. 2011;24(1):125-48.
31. Brain P. Galen on the ideal of the physician. *South African Medical Journal*. 1977;52(23):936-8.
32. Fraser S, Al Youha S, Rasmussen P, Williams J. Medical student perception of plastic surgery and the impact of mainstream media. *Plastic Surgery*. 2017;25(1):48-53.
33. Saraf S, Parihar RS. Sushruta: the first plastic surgeon in 600 BC. *Int J Plast Surg*. 2007;4(2).
34. Urban S. The gentleman's magazine and historical chronicle. From january to june 1833. London 1833.
35. Martialis MV. Epigrams: Book Two: Oxford University Press on Demand; 2004.
36. Marketos SG, Lascaratos J, Malakates S. The first record of lithotripsy, in the early Byzantine era. *British journal of urology*. 1994;74(4):405-8.
37. Lascaratos J, Poulakou-Rebelakou E. Oribasius (fourth century) and early Byzantine perinatal nutrition. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*. 2003;36(2):186-9.
38. Skoulakis CE, Manios AG, Theos EA, Papadakis CE, Stavroulaki PS. Treatment of nasal fractures by Paul of Aegina. *Otolaryngology—Head and Neck Surgery*. 2008;138(3):279-82.

39. Greig A, Gohritz A, Geishauser M, Mühlbauer W. Heinrich von Pfalzpaint, pioneer of arm flap nasal reconstruction in 1460, more than a century before Tagliacozzi. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2015;26(4):1165-8.
40. Lee DC. Tycho Brahe and his sixteenth century nasal prosthesis. *Plastic and reconstructive surgery*. 1972;50(4):332-7.
41. Naderi S, Acar F, Arda MN. History of spinal disorders and Cerrahiyetül Haniye (Imperial Surgery): A review of a Turkish treatise written by Şerefeddin Sabuncuoğlu in the 15th century. *Journal of Neurosurgery: Spine*. 2002;96(3):352-6.
42. Heyes CJ, Jones M. *Cosmetic surgery in the age of gender*. *Cosmetic Surgery: Routledge*; 2016. p. 17-34.
43. Ergenekon B. Estetik Cerrahiye Başvurmanın Kültüre Bağlı Nedenleri–Kendi İstekleriyle Ameliyat Olan Bireyler Üzerine Sosyal Antropolojik İnceleme. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Antropoloji Anabilim Dalı, Ankara. 2006.
44. Sevim S, Aydın Sevim B. 21. Yüzyılın ilk on yılında estetik cerrahinin yükselişi: ABD örneği. *SSTB International Refereed Academic Journal of Sports, Health & Medical Sciences*. 2014;10(4).
45. Jones MS. *An Anatomy of Cosmetic Surgery*: Oxford: Berg; 2008.
46. Schrank B. "Cutting Off Your Nose to Spite Your Race": Jewish Stereotypes, Media Images, Cultural Hybridity. *Shofar*. 2007;25(4):18.
47. Brooks A. "Under the knife and proud of it:"* an analysis of the normalization of cosmetic surgery. *Critical Sociology*. 2004;30(2):207-39.
48. *Surgery ISoAP. ISAPS International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2015*. 2016.
49. Featherstone M. Body, image and affect in consumer culture. *Body & society*. 2010;16(1):193-221.
50. Ward B, Ward M, Paskhover B. Google trends as a resource for informing plastic surgery marketing decisions. *Aesthetic plastic surgery*. 2018;42(2):598-602.
51. Odabaş S. Güzelliğin On Para Etmez Şu Estetik Cerrahlar Olmasa: Medyada Beden Politikalarının Temsili. *Kültür ve İletişim*. 2008;11(1):53-72.
52. Larrabee W. Facial analysis for rhinoplasty. *Otolaryngol Clin North Am*. 1987;20(4):653-74.
53. Cummings C, Flint P, Haughey B, Robbins K, Thomas J, Harker L, et al. Cummings otolarinoloji baş ve boyun cerrahisi. Çev: Koç C. 2007;4.
54. Crerand CE, Phillips KA, Menard W, Fay C. Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*. 2005;46(6):549-55.
55. Behrbohm H, Tardy E. *Funktionell-ästhetische Chirurgie der Nase: Septorhinoplastik*: Georg Thieme Verlag; 2003.
56. Bradley DT, Park SS. Preoperative analysis and diagnosis for rhinoplasty. *Facial Plastic Surgery Clinics*. 2003;11(3):377-90.
57. Çelik O. Kulak burun boğaz hastalıkları ve baş boyun cerrahisi: Asya Tıp Kitabevi; 2007.
58. Özmen A, Dokuzlar U, Özdemircan T, Kasapoğlu F, Coşkun H, Basut O, et al. Septorinoplasti sonrası hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2009;35(3):119-22.

59. Al B. The source-synthesis-history and use of atropine. *Journal of Academic Emergency Medicine*. 2014;13(1):2.
60. Keskin B. Estetik operasyon geçirmiş bireylerde beden algısı ve sosyal kaygı arasındaki ilişki: Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2018.
61. Campbell A. Female competition: Causes, constraints, content, and contexts. *Journal of sex research*. 2004;41(1):16-26.
62. Morgan KP. Women and the knife: Cosmetic surgery and the colonization of women's bodies,'. *Cosmetic surgery: A feminist primer*. 2009:49-77.
63. Martin R. "Girls don't talk about garages!": Perceptions of conversation in same- and cross-sex friendships. *Personal Relationships*. 1997;4(2):115-30.
64. Little AC. Facial attractiveness. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*. 2014;5(6):621-34.
65. Golle J, Mast FW, Lobmaier JS. Something to smile about: The interrelationship between attractiveness and emotional expression. *Cognition & emotion*. 2014;28(2):298-310.
66. Langlois JH, Kalakanis L, Rubenstein AJ, Larson A, Hallam M, Smoot M. Maxims or myths of beauty? A meta-analytic and theoretical review. *Psychological bulletin*. 2000;126(3):390.
67. Grammer K, Fink B, Møller AP, Thornhill R. Darwinian aesthetics: sexual selection and the biology of beauty. *Biological Reviews*. 2003;78(3):385-407.
68. Cornwell RE, Boothroyd L, Burt DM, Feinberg DR, Jones BC, Little AC, et al. Concordant preferences for opposite-sex signals? Human pheromones and facial characteristics. *Proceedings of the Royal Society of London Series B: Biological Sciences*. 2004;271(1539):635-40.
69. Parisi P. [Cosmetic surgery and discomfort among young people][Article in Italian]• *Chirurgia estetica e disagio giovanile*. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine (JPNIM)*. 2018;7(2):e070208.
70. Zaidel DW, Cohen JA. The face, beauty, and symmetry: perceiving asymmetry in beautiful faces. *International journal of neuroscience*. 2005;115(8):1165-73.
71. Muñoz-Reyes JA, Iglesias-Julios M, Pita M, Turiegano E. Facial features: what women perceive as attractive and what men consider attractive. *PloS one*. 2015;10(7):e0132979.
72. Scheib JE, Gangestad SW, Thornhill R. Facial attractiveness, symmetry and cues of good genes. *Proceedings of the Royal Society of London Series B: Biological Sciences*. 1999;266(1431):1913-7.
73. Perrett DI, Burt DM, Penton-Voak IS, Lee KJ, Rowland DA, Edwards R. Symmetry and human facial attractiveness. *Evolution and human behavior*. 1999;20(5):295-307.
74. Powell N, Humphreys B. Proportions of the aesthetic face: Thieme medical pub; 1984.
75. Gunter JP, Rohrich RJ, Adams WP. Dallas rhinoplasty: nasal surgery by the masters: Quality Medical Pub; 2002.
76. Trenité GN. Rhinoplasty: A Practical Guide to Functional and Aesthetic Surgery of the Nose;[book without Interactive DVD]: Kugler Publications; 2005.

77. Tasman A-J, Helbig M. Sonography of nasal tip anatomy and surgical tip refinement. *Plastic and reconstructive surgery*. 2000;105(7):2573-9.
78. Cakmak O, Akkuzu G. Primary tip rhinoplasty and suture techniques. 2015.
79. Galdino GM, Gunter J. Digital photography for rhinoplasty. *Plastic and reconstructive surgery*. 2002;109(4):1421-34.
80. Aksoy MA, Cingi C, Pastorek N. Endonasal and External Approaches in Rhinoplasty. *All Around the Nose: Springer*; 2020. p. 789-96.
81. GJN T. Rhinoplasty. Kugler Publications, editor. The Netherlands: The Hague; 1998.
82. Janis JE RR, Thorne CH, editor. *Grabb and Smith's plastic surgery*,. Thorne CH e, editor. Philadelphia,: Lippincott Williams & Wilkins,; 2007.
83. Sheen JH. Rhinoplasty: personal evolution and milestones. 2000.
84. Kutubidze A. Nasal dorsal aesthetic lines and rhinoplasty technical tricks. *Plast Aesthet Res*. 2015;2:315-9.
85. Rohrich RJ, Muzaffar AR, Janis JE. Component dorsal hump reduction: the importance of maintaining dorsal aesthetic lines in rhinoplasty. *Plastic and reconstructive surgery*. 2004;114(5):1298-308.
86. Park SS. Fundamental principles in aesthetic rhinoplasty. *Clinical and experimental otorhinolaryngology*. 2011;4(2):55.
87. Berkowitz RL, Gruber RP. Management of the nasal dorsum: construction and maintenance of a barrel vault. *Clinics in plastic surgery*. 2016;43(1):59-72.
88. Mojallal A, Ouyang D, Saint-Cyr M, Bui N, Brown SA, Rohrich RJ. Dorsal aesthetic lines in rhinoplasty: A quantitative outcome-based assessment of the component dorsal reduction technique. *Plastic and reconstructive surgery*. 2011;128(1):280-8.
89. Strohl KP, Butler JP, Malhotra A. Mechanical properties of the upper airway. *Comprehensive Physiology*. 2012;2(3):1853-72.
90. Suratt PM, Wilhoit SC, Cooper K. Induction of airway collapse with subatmospheric pressure in awake patients with sleep apnea. *Journal of applied physiology: respiratory, environmental and exercise physiology*. 1984;57(1):140-6.
91. Gruber RP WSJ, Kaufman DL, Kahn DM. . Secondary rhinoplasty. PC N, editor. Philadelphia,: Elsevier; ; 2013.
92. Neaman KC, Boettcher AK, Do VH, Mulder C, Baca M, Renucci JD, et al. Cosmetic rhinoplasty: revision rates revisited. *Aesthet Surg J*. 2013;33(1):31-7.
93. Lee M, Zwiebel S, Guyuron B. Frequency of the preoperative flaws and commonly required maneuvers to correct them: a guide to reducing the revision rhinoplasty rate. *Plast Reconstr Surg*. 2013;132(4):769-76.
94. Cingi C, Eskiizmir G. Deviated nose attenuates the degree of patient satisfaction and quality of life in rhinoplasty: a prospective controlled study. *Clinical otolaryngology : official journal of ENT-UK ; official journal of Netherlands Society for Oto-Rhino-Laryngology & Cervico-Facial Surgery*. 2013;38(2):136-41.
95. Bohluli B BS. Revision rhinoplasty. Bagheri SC ea, editor. Louis: Elsevier; ; 2012.
96. Daniel RK BK. Aesthetic plastic surgery. In: Aston SJ ea, editor. Philadelphia, PA.: Elsevier; ; 2009.

97. Çelik M, Altıntaş A. Cite this article as.
98. Hassan Y, Leveille CF, Gallo L, Santos J, Thoma A, McRae MH, et al. Reporting outcomes and outcome measures in open rhinoplasty: a systematic review. *Aesthetic surgery journal*. 2019.
99. Castle DJ, Molton M, Hoffman K, Preston NJ, Phillips KA. Correlates of dysmorphic concern in people seeking cosmetic enhancement. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2004;38(6):439-44.
100. Haas CF. Motivating factors for seeking cosmetic surgery: a synthesis of the literature. *Plastic Surgical Nursing*. 2008;28(4):177-82.
101. Fındıkçioğlu K, Fındıkçioğlu F, Özmen S, Çelebi MC. Kliniğimizde yatarak tedavi gören estetik ve rekonstrüktif hasta profili. *Gazi Medical Journal*. 2005;16(2).
102. Honigman RJ, Phillips KA, Castle DJ. A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery. *Plastic and reconstructive surgery*. 2004;113(4):1229.
103. Khansa I, Khansa L, Pearson GD. Patient satisfaction after rhinoplasty: a social media analysis. *Aesthetic surgery journal*. 2015;36(1):NP1-NP5.
104. Koybasi S, Bicer YO, Seyhan S, Kesgin S. Satisfaction in rhinoplasty: the possible impact of anxiety and functional outcome. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2018;275(3):729-33.
105. Sgrillo DP, Kunz S. Medical-Legal Issues in Plastic Surgery: Patient Selection Criteria. *Plastic Surgical Nursing*. 2007;27(1):54.
106. Zahiroddin AR, Shafiee-Kandjani AR, Khalighi-Sigaroodi E. Do mental health and self-concept associate with rhinoplasty requests? *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 2008;61(9):1100-3.
107. Castle DJ, Honigman RJ, Phillips KA. Does cosmetic surgery improve psychosocial wellbeing? *Medical Journal of Australia*. 2002;176(12):601-4.
108. Çetin E. Çalışma yaşamında bedenini değişen görünümü. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2009;6(1):73-83.
109. Cevher FN, Buluş M. Benlik kavramı ve benlik saygısı: önemi ve geliştirilmesi. *Akademik Dizayn Dergisi*. 2007;2:52-64.
110. Durmuş M. Güncel bireysel anlatılar üzerinden burun estetiği hevesini anlamak ve anlamlandırmak: 21. yüzyıl dönemecinde burun buruna gelen toplum ve rinoplasti: Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2015.
111. YILDIZ T, ŞELİMEN DD. Yüz bölgesinde uygulanan estetik ve rekonstrüktif cerrahinin yaşam kalitesi üzerine etkisi. 2009.
112. Aldosari BF, Alkarzae M, Almuhaya R, Aldahri R, Alrashid H. Effect of Media on Facial Plastic Surgery in Saudi Arabia. 2019.
113. Rajanala S, Maymone MB, Vashi NA. Selfies—living in the era of filtered photographs. *JAMA facial plastic surgery*. 2018;20(6):443-4.
114. Domanski MC, Cavale N. Self-reported “worth it” rating of aesthetic surgery in social media. *Aesthetic plastic surgery*. 2012;36(6):1292-5.
115. Niehaus R, Kovacs L, Machens H-G, Herschbach P, Papadopulos NA. Quality of Life—Changes after Rhinoplasty. *Facial Plastic Surgery*. 2017;33(05):530-6.
116. Klassen AF, Cano SJ, East CA, Baker SB, Badia L, Schwitzer JA, et al. Development and psychometric evaluation of the FACE-Q scales for patients undergoing rhinoplasty. *JAMA facial plastic surgery*. 2016;18(1):27-35.

117. Rettinger G. Risks and complications in rhinoplasty. *GMS current topics in otorhinolaryngology, head and neck surgery*. 2007;6.
118. Saban Y, Daniel RK, Polselli R, Trapasso M, Palhazi P. Dorsal preservation: the push down technique reassessed. *Aesthetic surgery journal*. 2018;38(2):117-31.
119. Swanson E. Preoperative symptoms of body dysmorphic disorder determine postoperative satisfaction and quality of life in aesthetic rhinoplasty. *Plastic and reconstructive surgery*. 2014;133(1):60e-2e.
120. Spörri S, Simmen D, Briner HR, Jones N. Objective assessment of tip projection and the nasolabial angle in rhinoplasty. *Archives of facial plastic surgery*. 2004;6(5):295-8.
121. Parker PA, Davison BJ, Tishelman C, Brundage MD. What do we know about facilitating patient communication in the cancer care setting? *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 2005;14(10):848-58.
122. Güner-Küçükkaya P. Estetik Cerrahinin Psikososyal Etkileri ve Hemşirelik Girişimi. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*. 2011;13(3).
123. Sykes JM. Managing the psychological aspects of plastic surgery patients. *Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery*. 2009;17(4):321-5.
124. Rankin M, Mayers PM. Core curriculum for plastic surgical nursing: psychosocial care of the plastic surgical patient. *Plastic Surgical Nursing*. 2008;28(1):12-24.
125. Holeman I, Cookson TP, Pagliari C. Digital technology for health sector governance in low and middle income countries: a scoping review. *Journal of global health*. 2016;6(2).
126. Sorice SC, Li AY, Gilstrap J, Canales FL, Furnas HJ. Social media and the plastic surgery patient. *Plastic and reconstructive surgery*. 2017;140(5):1047-56.
127. Ergen OG. Plastik rekonstrüktif ve estetik cerrahisi için başvuran hasta profilinin incelenmesi: Özel ve kamu hastanelerinin karşılaştırması. İstanbul: Bahçeşehir Üniversitesi; 2017.
128. Constantian MB. What motivates secondary rhinoplasty? A study of 150 consecutive patients. *Plastic and reconstructive surgery*. 2012;130(3):667-78.
129. Nassab R, Matti B. Presenting concerns and surgical management of secondary rhinoplasty. *Aesthetic surgery journal*. 2015;35(2):137-44.