SYLWIA HNITECKA^{1, A–F}, MAREK NAHAJOWSKI^{1, A–F}, JÓZEF ANDRZEJ KOMORSKI^{2, F},
KAMIL NELKE^{2, A, C–F}

Leczenie ortognatyczne z perspektywy pacjenta – badanie ankietowe

Orthognathic Treatment: Patient's Perspective. A Survey Questionnaire

¹ Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław, Polska

² Katedra i Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław, Polska

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Streszczenie

Wprowadzenie. Wady twarzoczaszki są spowodowane nieprawidłowościami w budowie szkieletowej kości szczęki i żuchwy. Zabiegi ortognatyczne wykonuje się w celu przywrócenia prawidłowych proporcji twarzy, funkcji, estetyki. Pacjenci świadomi swojej wady gnatycznej starają się znaleźć jak najwięcej informacji dotyczących sposobów jej korygowania. Operacje wiążą się z dużą zmianą w życiu pacjenta na gruncie fizycznym i psychicznym. Informacje znalezione na forach internetowych często kształtują postępowanie pacjenta zarówno przed zabiegiem operacyjnym, jak i po nim.

Cel pracy. Analiza postrzegania wad gnatycznych oraz indywidualnej oceny wpływu zabiegów ortognatycznych u pacjentów operowanych i przygotowujących się do operacji na podstawie korelacji obaw i oczekiwań pacjentów przed zabiegiem z opiniami na temat rezultatów operacji wyrażonymi przez grupę osób po zabiegu.

Materiał i metody. Badane osoby były użytkownikami forum internetowego podejmującego zagadnienia różnych wad twarzoczaszki (www.progenia.org). Pacjentów podzielono na dwie grupy: I – pacjenci przed zabiegiem: 80 osób (69 K, 11 M) oraz II – pacjenci po zabiegu: 50 osób (43 K, 7 M). Do analizy wyników użyto elektronicznego, anonimowego badania ankietowego użytkowników internetowego forum, wykorzystującego autorskie kwestionariusze badawcze.

Wyniki. Najbardziej negatywnym skutkiem posiadania wady gnatycznej jest deformacja twarzoczaszki w obrębie piętra dolnego (56% K, 71% M z grupy II), co jest główną przyczyną skłaniającą do poddania się zabiegowi. Większość pacjentów z wadami gnatycznymi przyznaje, że jest przez to mniej pewna siebie (28% K, 39% M). Ankietowani (65% K, 64% M) twierdzą, że leczenie zmieni znacząco ich życie. Po zabiegu zwiększa się poczucie atrakcyjności, samoocena. Dochodzi do wielu zmian w układzie stomatognatycznym.

Wnioski. Pacjenci o swojej wadzie zgryzu dowiadują się głównie od lekarza. Od operacji oczekują poprawy wyglądu i funkcjonowania. Większość obawia się pooperacyjnych parestezji. Ponad 50% ankietowanych wskazuje na dobry przebieg rekonwalescencji. Oczekiwania odnośnie do zabiegu spełniły się u większości ankietowanych. Dominują pochlebne opinie na temat rezultatów leczenia. Aż 82% przyznaje, że warto było poddać się leczeniu i poleca je pacjentom z podobnymi wadami (*Dent. Med. Probl.* 2016, 53, 1, 89–102).

Słowa kluczowe: wady gnatyczne, chirurgia ortognatyczna, jakość życia, badanie ankietowe.

Abstract

Background. Dentofacial deformities are related with inappropriate skeletal structure of mandibular and maxillary bones. Orthognathic surgery is performed in order to improve proper facial proportions, as well as its function and aesthetics. Patients aware of their deformity seek information related to the potential choices of treatment. Surgeries influence both physical and mental aspects of patient's life. Information from internet forums often influences patients' behavior before and after surgery.

Objectives. The aim of this study was to analyze the perception of dentofacial deformities and individual impact of orthognathic surgery on patients operated and being prepared for surgery based on correlation of fears and expectations before surgery with opinions regarding the operation's effects expressed by post-operative participants.

Material and Methods. The study material consisted of participants from the internet forum for patients with dentofacial deformities (www.progenia.org) divided into 2 study groups: I – patients before surgery: 80 people (69 F, 11 M), II – 50 people (43 F, 7 M) after surgery. In the study, the authors used a self-designed anonymous survey questionnaire.

Results. The most negative aspect related with dentofacial deformity was noticed on the lower parts of the face (56% F, 71% M, group II), which was the main reason for participating in the surgery. A lot of patients with dentofacial deformities admit that they lack self-confidence (28% F, 39% M). Respondents (65% F, 64% M) conclude that this treatment might change their lives. The sense of attractiveness and self-assessment increases after surgery. Moreover, some changes in the stomatognathic system are noticed.

Conclusions. In most cases patients get information with regard to their dentofacial deformity from doctors. After surgery, the majority of patients expect changes in their appearance and better functioning. Respondents are afraid of post-surgical paresthesias. More than 50% of participants indicate a very good post-operative convalescence. In almost all cases surgical expectations came true. Many favorable opinions concerning surgical effects are noticed. About 82% of respondents conclude that it was worth to participate in treatment and they recommend this solution for other patients with similar deformities (**Dent. Med. Probl.** 2016, 53, 1, 89–102).

Key words: dentofacial deformities, orthognathic surgery, quality of life, survey questionnaire.

Chirurgia ortognatyczna rozwija się jako odrębna dyscyplina medyczna od ponad pół wieku. Jej celem jest leczenie wad i deformacji twarzowo-szczękowo-zębowych (gnatycznych), których podłoże jest związane z nieprawidłowościami budowy kości szczęki, żuchwy, a czasami twarzoczaszki jako całości. Obecnie zauważa się zwiększenie świadomości pacjentów na temat przeprowadzanych zabiegów, co może skutkować zredukowaniem lęku przed operacją, ale także bywa przyczyną nieuzasadnionych, wyolbrzymionych obaw (np. poważne komplikacje podczas zabiegu, powikłania zagrażające życiu). Choć zabiegi ortognatyczne zwykle są bezpieczne i nie prowadzą do poważnych powikłań, w znaczący sposób oddziałują na jakość życia (ang. Quality of Life, QOL). Wpływ chirurgii ortognatycznej na poprawę jakości życia pacjentów leczonych z powodu rozległych wad twarzowo-zgryzowych jest bardzo duży i obejmuje wiele sfer życia. Dostępne piśmiennictwo światowe podkreśla znaczący wzrost samooceny i akceptacji społecznej pacjentów po leczeniu chirurgicznym [1, 2]. Część badanych wskazuje jednak na brak rzetelnych informacji ze strony lekarza prowadzącego. Brak jednoznacznego określenia charakteru i rozległości zabiegu może doprowadzić do niepotrzebnych zaniechań pooperacyjnych, co odbija się na psychice i funkcjonowaniu pacjentów [2–4].

Większość przeprowadzanych operacji ortognatycznych ma na celu poprawę funkcjonalności oraz przywrócenie prawidłowej morfologii twarzy pacjenta. Odzyskanie właściwych proporcji twarzy, a co za tym idzie, jej estetyki, łączy ze sobą aspekt fizjologiczny i psychologiczny [2, 5–9]. Ocena wyniku leczenia w dużej mierze zależy od nastawienia pacjenta oraz sposobu postrzegania swojej wady [3, 10].

Ankiety i kwestionariusze badawcze są narzędziami pozwalającymi w obiektywny sposób ocenić różne parametry, w tym stopień satysfakcji z przeprowadzanego zabiegu [11–13]. Często zawarta w nich obiektywna opinia pacjenta dotycząca skutków leczenia jest bardziej wiarygodna niż subiektywne odczucia lekarzy. Okazuje się, że to własna ocena pacjenta świadczy o ostatecznym wyniku operacji [3, 12, 14]. Tego rodzaju badania bazują na zagadnieniach ważnych dla pacjentów. Wśród nich ocenia się przyczyny podjęcia decyzji o zabiegu, obawy, przebieg rekonwalescencji, bezpośrednio i pośrednio skutki operacji [1, 10, 14]. Anonimowość badań ankietowych oraz sformułowanie pytań dotyczących bezpośrednio pacjentów pozwala na uzyskanie wiarygodnych danych [10, 15]. Należy jednak zawsze brać pod uwagę emocjonalne i indywidualne podejście badanych do problemu, co może fałszować wyniki [3]. Obecnie dostrzega się również zmiany w postrzeganiu skutków zabiegu związane z upływem czasu [1, 16, 17].

Dotychczas przeprowadzono wiele badań oceniających wpływ operacji ortognatycznych na jakość życia pacjentów, a także komponenty funkcjonalne oraz psychologiczno-emocjonalne [1–4, 8, 10–14, 16–20]. Większość z nich koncentruje się na psychologicznych skutkach zabiegu, zarówno krótko-, jak i długoterminowych [1, 3, 16, 17] lub na przebiegu rekonwalescencji i ewentualnych powikłaniach [10, 13].

Poziom satysfakcji z podjętego leczenia był przedmiotem badań przeprowadzonych przez Kiyaka et al. [17] oraz Modiga et al. [11]. Porównali oni poziom satysfakcji z leczenia między grupami pacjentów z wadami gnatycznymi: nieleczoną, leczoną kamuflażem oraz leczoną zespołowo operacyjnie. U pacjentów nieleczonych na początku ocena jest wysoka z powodu braku jakichkolwiek

niedogodności, jednak konsekwentnie się obniża. Badania wskazują, iż pacjenci leczeni już w 2. dniu po zabiegu zaczynają dobrze oceniać podjętą decyzję. Jednak w wynikach odległych pacjentów leczeni zespołowo oceniają najlepiej osiągnięte wyniki (poprawa rysów twarzy, warunków zgryzowych) w porównaniu z pacjentami leczonymi jedynie kamuflażem ortodontycznym.

Po ocenie powyższych badań i przeanalizowaniu literatury światowej autorzy niniejszego opracowania podjęli próbę pierwszego w Polsce internetowego badania ankietowego pacjentów leczonych z powodu wad zgryzu. Użyto własnego kwestionariusza badawczego, który powstał na podstawie prac Finlaya et al. [3], Phillipsa et al. [4], Williamsa et al. [10] oraz Kiyaka et al. [17], a także opierał się na standaryzowanym kwestionariuszu OHIP – 14 (Oral Health Impact Profile).

Materiał i metody

Materiał badany stanowili użytkownicy internetowego forum progenia.org, którzy zgodzili się na wzięcie udziału w wypełnieniu elektronicznego anonimowego kwestionariusza badawczego. W badaniu nie uwzględniono ośrodka, gdzie pacjenci będą lub byli operowani, lecz jedynie odpowiedzi na pytania ankietowe, które dotyczyły oczekiwań pacjentów względem zabiegu, przebiegu ich rekonwalescencji, a także satysfakcji i obiektywnych skutków leczenia.

Po otrzymaniu zgody administratorów forum internetowego i komisji bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu przeprowadzono badanie ankietowe 130 internautów. Badanych podzielono na dwie grupy badawcze. W pierwszej grupie znaleźli się pacjenci oczekujący na zabieg ortognatyczny – 80 osób (69 K, 11 M, śr. = 24, min. = 18, maks. = 44, ME = 24). Drugą grupę stanowili pacjenci po przeprowadzonej już operacji w różnych ośrodkach w kraju – 50 osób (43 K, 7 M, śr. = 25,4, min. = 18, maks. = 40, ME = 25). Średnia wieku obu grup wynosiła 24 lata.

Kryterium włączenia do grup badanych było: miejsce zamieszkania na terenie Polski, korzystanie z jednego wspólnego internetowego polskiego forum pacjentów leczonych z powodu wad zgryzu (progenia.org) oraz dobrowolna i świadoma zgoda na przystąpienie do anonimowej elektronicznej ankiety badawczej, ukończone 18 lat, planowana operacja ortognatyczna w najbliższej przyszłości lub przebyty zabieg i leczenie ortognatyczne.

Kryterium wyłączenia z badania było: nieprzystąpienie do badania, nienadesłanie ankiety wypełnionej w całości, niepełnoletniość, brak zgody na upublicznianie wyniku badania, sprzeczność odpowiedzi na skojarzone ze sobą pytania, brak przebytej operacji lub brak sprecyzowanego planu leczenia w przyszłości (nieokreślony precyzyjnie termin planowanej operacji).

Do oceny opinii pacjentów posłużono się własnym kwestionariuszem badawczym. Pytania dotyczyły przyczyn skłaniających do poddania się zabiegowi, oczekiwań wobec operacji, postawy obcych ludzi względem pacjentów z widoczną wadą gnatyczną, postrzegania siebie oraz w przypadku ankiety dla pacjentów po operacji – wpływ zabiegu na aspekt psychologiczny.

Wykorzystano własne ankietowe narzędzie badawcze składające się z dwóch odrębnych ankiet. Pierwsza była przeznaczona dla badanych, u których stwierdzono wadę gnatyczną, lecz nie wykonano jeszcze zabiegu korygującego. Ankieta badawcza składała się z 8 pytań zamkniętych wielokrotnego wyboru i jednego pytania otwartego, podzielonych na 3 kategorie (tabele 1–3). Pierwsza seria pytań (2 pytania zamknięte wielokrotnego wyboru) dotyczyła wiedzy pacjentów na temat operacji (tabela 1). Druga część ankiety była związana z samooceną badanych, a także z postrzeganiem wady przez społeczeństwo (2 pytania zamknięte wielokrotnego wyboru) (tabela 2). Ostatnia seria obejmowała pytania odnośnie do oczekiwań i obaw względem zabiegu (4 pytania zamknięte, 1 pytanie otwarte) (tabela 3). W pytaniu o oczekiwania wobec zabiegu ankietowani mogli wybrać więcej niż jedną, ale nie więcej niż

Tabela 1. Ankieta skierowana do pacjentów oczekujących na zabieg – wiedza na temat zabiegu

Table 1. The questionnaire addressed to the patients waiting for surgery – knowledge about the procedure

Pytanie / Question	Możliwe odpowiedzi / Possible answers
1. O mojej wadzie dowiedziałam/-em się:	<ul style="list-style-type: none"> – od lekarza/lekarza stomatologa – z własnych obserwacji – z internetu, TV, książek – inne
2. Odnośnie wad szczękowo-twarzowych:	<ul style="list-style-type: none"> – wiem dużo z licznych źródeł, znam przyczyny, skutki – wiem tylko o wadzie, która mnie dotyczy – wiem, czym skutkuje nieleczona wada – nie interesuję się tym tematem, opieram się jedynie na opinii lekarza

Tabela 2. Ankieta skierowana do pacjentów oczekujących na zabieg – ocena własna i ze strony otoczenia**Table 2.** The questionnaire addressed to the patients waiting for surgery – self-assessment and other people's judgement

Pytanie / Question	Możliwe odpowiedzi / Possible answers
3. Jak postrzegają mnie ludzie?	<ul style="list-style-type: none"> – nie zwracają uwagi na moją wadę – widzę, że przyglądają się, ale nie komentują – przynajmniej raz słyszałam/em negatywny komentarz
4. Jak postrzegam siebie?	<ul style="list-style-type: none"> – nie podoba mi się kształt mojej twarzy – zupełnie mi nie przeszkadza wygląd mojej twarzy – jestem przez to mniej pewna/y siebie, – wstydę się wychodzić do ludzi – uważam, że moja wada poprawia wygląd mojej twarzy

Tabela 3. Ankieta skierowana do pacjentów oczekujących na zabieg – oczekiwania i obawy związane z operacją**Table 3.** The questionnaire addressed to the patients waiting for surgery – expectations and concerns caused by the operation

Pytanie / Question	Możliwe odpowiedzi / Possible answers
5. Moje zdanie odnośnie do operacyjnego leczenia wady:	<ul style="list-style-type: none"> – chcę poddać się zabiegowi, aby poprawić wygląd – chcę poddać się zabiegowi, bo wada przeszkadza mi w prawidłowym funkcjonowaniu – muszę poddać się zabiegowi, takie jest zalecenie lekarza – nie chcę poddać się zabiegowi – inne
6. Moje oczekiwania odnośnie do zabiegu (możliwe więcej niż 1, ale nie więcej niż 3 odpowiedzi):	<ul style="list-style-type: none"> – poprawa wyglądu – poprawa mowy – poprawa funkcji żucia – poprawa warunków zgryzowych – redukcja bólu stawu skroniowo-żuchwowego – inne
7. Proszę wybrać maksymalnie 2 przyczyny, które skłaniają Panią/Pana do zabiegu:	<ul style="list-style-type: none"> – problem z wymową – nieprawidłowe stykanie się zębów ze sobą – problem z żuciem – wygląd twarzy – ból w stawie skroniowo-żuchwowym, – inne
8. Obawy dotyczące zabiegu i rekonwalescencji:	PYTANIE OTWARTE
9. Czy po operacji zmieniłoby się Pani/Pana życie?	<ul style="list-style-type: none"> – tak – nie – nie wiem

3 odpowiedzi z możliwych 5 do wyboru, a także wpisać własną odpowiedź (inne).

Druga ankieta była skierowana do pacjentów po operacji i składała się z 20 pytań zamkniętych wielokrotnego wyboru i 2 pytań otwartych, pogrupowanych na 5 kategorii (tabele 4–8). Dotyczyły one, analogicznie jak w pierwszym kwestionariuszu, wiedzy pacjentów na temat zabiegu (4 pytania zamknięte wielokrotnego wyboru) (tabela 4) oraz oczekiwań i obaw wyrażanych przed operacją (3 pytania zamknięte wielokrotnego wyboru, 1 pytanie otwarte) (tabela 5), jak również koncentrowały się na skutkach zabiegu, biorąc pod uwagę zarówno ogólne wrażenie pacjenta (6 pytań zamkniętych, 1 pytanie otwarte) (tabela 6), jak i szczegółowe efekty społeczne (2 pytania zamknięte) (tabela 7) i fizjologiczne (5 pytań zamkniętych) (tabela 8).

Przeprowadzono także analizę statystyczną wyników za pomocą testu niezależności χ^2 dla poziomu istotności $p = 0,05$ ze względu na płeć badanych, jak i etap procedury zabiegowej (pacjenci przed operacją lub po niej).

Dzięki tak skonstruowanemu narzędziu badawczemu było możliwe uzyskanie przekrojowego badania obejmującego swym zasięgiem obszar całego kraju i ludzi wywodzących się z różnych środowisk i grup społecznych. Badanie określa ponadto aspekty psychologiczne i socjologiczne.

Wyniki

Analiza ankiet wskazuje na złożoność problemów pacjentów leczonych i przygotowywanych do zabiegu chirurgicznego. Wyniki przedstawio-

Tabela 4. Ankieta skierowana do pacjentów po zabiegu operacyjnym – wiedza na temat zabiegu**Table 4.** The questionnaire addressed to the patients after surgery – knowledge about the procedure

Pytanie / Question	Możliwe odpowiedzi / Possible answers
1. O mojej wadzie dowiedziałam/em się:	<ul style="list-style-type: none"> – od lekarza/lekarza stomatologa – z własnych obserwacji – z internetu, TV, książek – inne
2. Odnośnie wad szczękowo-twarzowych:	<ul style="list-style-type: none"> – wiem dużo z licznych źródeł, znam przyczyny, skutki – wiem tylko o wadzie, która mnie dotyczy – wiem, czym skutkuje nieleczone wada – nie interesuję się tym tematem, opieram się jedynie na opinii lekarza
3. Przed zabiegiem:	<ul style="list-style-type: none"> – dużo czytałam/em o zabiegach, powikłaniach – nie interesowałam/em się zabiegiem – uzyskiwałam/em informacje jedynie od lekarza
4. Postawa lekarza prowadzącego:	<ul style="list-style-type: none"> – dokładnie wszystko objaśnił – odpowiadał tylko na moje pytania – udzielał bardzo mało informacji – inne

Tabela 5. Ankieta skierowana do pacjentów po zabiegu operacyjnym – oczekiwania i obawy odnośnie do zabiegu**Table 5.** The questionnaire addressed to the patients after surgery – expectations and concerns caused by the operation

Pytanie / Question	Możliwe odpowiedzi / Possible answers
5. Moja wada przeszkadzała mi najbardziej w:	<ul style="list-style-type: none"> – estetycznym wyglądzie twarzy – mowie – żuciu i połykaniu – oddychaniu – prawidłowym funkcjonowaniu s.s.ż. – inne
6. Proszę wybrać maksymalnie 2 przyczyny, które zadecydowały o zgodzie Pani/Pana na zabieg:	<ul style="list-style-type: none"> – problem z wymową – nieprawidłowe stykanie się zębów ze sobą – problem z żuciem – wygląd twarzy – ból w stawie skroniowo-żuchwowym – inne
7. Moje oczekiwania odnośnie do zabiegu (możliwe więcej niż 1, ale nie więcej niż 3 odpowiedzi):	<ul style="list-style-type: none"> – poprawa wyglądu – poprawa mowy – poprawa funkcji żucia – poprawa warunków zgryzowych – redukcja bólu stawu skroniowo-żuchwowego – inne
8. Wiedząc o możliwych powikłaniach, obawiałam/em się:	PYTANIE OTWARTE

no i omówiono, uwzględniając zakres pytań i uzyskanych odpowiedzi.

Występujące wady gnatyczne skutkują pogorszeniem wielu aspektów życia codziennego. Najpierw ankietowani wskazywali na problem wywołany wadą gnatyczną, który najbardziej im przeszkadzał w życiu codziennym. Okazuje się, iż 56% kobiet i 71% mężczyzn z grupy II stwierdziło, że najbardziej przeszkadza im wygląd twarzoczaszki (ryc. 1).

Dyskomfort związany z żuciem i połykaniem zgłaszało 11 kobiet (25%) i 1 mężczyzna (14,5%). Jedynie po 2 kobiety (5%) zwróciły uwagę na zaburzenia funkcjonowania stawu skroniowo-żuchwowego i problemy z oddychaniem. Wśród odpo-

wiedzi „inne” badani mieli możliwość dopisania własnych odczuć (maks. 2 odpowiedzi). W większości podawali obawę przez przedwczesną utratą uzębienia, abrazję, a także stwierdzali, że wada nie jest uciążliwa, gdyż nie przeszkadza w codziennym funkcjonowaniu.

Kolejną analizowaną komponentą było zdanie badanych na temat przyczyn skłaniających do poddania się operacji korygującej wadę oraz na temat oczekiwań względem zabiegu. Badani obu grup wskazali 2 powody, które skłaniają do poddania się zabiegowi oraz 1–3 oczekiwań (ryc. 2).

Ankietowani mieli do wyboru po 5 odpowiedzi (tabele 3 i 5) oraz, podobnie jak w pytaniu po-

Tabela 6. Ankieta skierowana do pacjentów po zabiegu operacyjnym – ogólne wrażenie po zabiegu i najistotniejsze efekty operacji

Table 6. The questionnaire addressed to the patients after surgery – general impression after the surgery and the most important results of the operation

Pytanie / Question	Możliwe odpowiedzi / Possible answers
9. Rekonwalescencja:	<ul style="list-style-type: none"> – była uciążliwa, bolesna, trwała bardzo długo – była gorsza niż się spodziewałam/em, ale nie uciążliwa – nie była taka straszna, jak myślałam/em – inne
10. Moje oczekiwania spełniły się:	<ul style="list-style-type: none"> – w 100% – w większości – w połowie – poniekąd – nie spełniły się – nie jestem zadowolona/y z efektów
11. Po zabiegu najlepszymi odczuwalnymi skutkami są:	PYTANIE OTWARTE
12. W aspekcie psychologicznym:	<ul style="list-style-type: none"> – czuję się bardziej atrakcyjna/y – nie zwracam większej uwagi na mój „nowy” wygląd – pozbyłam/-em się największego kompleksu – ludzie pochwalają mój „nowy” wygląd – ludzie z otoczenia twierdzą, że zmiana pogorszyła mój wygląd – chętniej wychodzę do ludzi, uśmiecham się, czuję się pewniej – nie wpłynęło to na moje relacje z ludźmi
13. Efekt operacji:	<ul style="list-style-type: none"> – jestem zachwycona/y rezultatem – zadowolona/y – trudno powiedzieć – niezadowolona/y – bardzo niezadowolona/y
14. Czy było warto?	<ul style="list-style-type: none"> – zdecydowanie było warto – raczej tak – nie polecam decydować się na zabieg – zdecydowanie odradzam
15. Czy zdecydowałaby/zdecydowałby się Pani/Pan jeszcze raz na taki zabieg?	<ul style="list-style-type: none"> – tak – nie – nie wiem

Tabela 7. Ankieta skierowana do pacjentów po zabiegu operacyjnym – relacje społeczne

Table 7. The questionnaire addressed to the patients after surgery – social relations

Pytanie / Question	Możliwe odpowiedzi / Possible answers
16. Czy wstydzi się Pani/Pan jeść ze znajomymi?	<ul style="list-style-type: none"> – teraz nie, przed operacją tak – ani przed operacją, ani po operacji nie wstydziłam/em się – zarówno przed operacją, jak i po operacji wstydę się – po operacji pojawił się wstyd
17. Relacje z rodziną i znajomymi po operacji:	<ul style="list-style-type: none"> – poprawiły się bardzo, łatwiej nawiązuję nowe znajomości – bez zmian – ludzie mnie chwalą, lecz nie przywiązuję do tego uwagi – słyszę komplementy, przez co jestem pewniejsza/y siebie – pogorszyły się – nie lubię o tym rozmawiać – inne

przednim, mogli wpisać własne opinie (maks. po 2 odpowiedzi). Wyniki procentowe dotyczą kobiet i mężczyzn z obu grup. Najczęściej wskazywaną odpowiedzią zarówno na pytanie o przyczyny, jak i oczekiwania była „chęć poprawy wyglądu” (przyczyny: 56% K i 44% M, oczekiwania:

32% K, 33% M). Również 44% mężczyzn poddaje się leczeniu przez nieprawidłową okluzję. Powód ten jest wskazywany także przez dużą liczbę kobiet (41 ze 112 = 46%). Ważną przyczyną, która skłania ludzi z wadami gnatycznymi do leczenia jest zaburzona funkcja żucia. Stwierdziło tak 38%

Tabela 8. Ankieta skierowana do pacjentów po zabiegu operacyjnym – szczegółowe efekty operacji**Table 8.** The questionnaire addressed to the patients after surgery – detailed results of the operation

Pytanie / Question	Możliwe odpowiedzi / Possible answers
18. Nowe kontakty zębów górnych i dolnych:	– zdecydowanie poprawiają funkcjonowanie – jest lepiej – nie zwracam na to uwagi – źle się z tym czuję
19. Czy poprawiła się zdolność żucia?	– tak – nie – nie wiem
20. Jak operacja wpłynęła na wymowę?	– znaczna poprawa – poprawa – nie zmieniła się – pogorszyła się – znacznie się pogorszyła
21. Ból w stawach skroniowo-żuchwowych:	– już nie odczuwam – nie odczuwałam/em i nie odczuwam – nie wiem – przed operacją nie odczuwałam/em, a teraz odczuwam
22. Ból, obrzęk, ewentualne zaburzenia czucia:	– większe, niż się spodziewałam/em – takie, jak uprzedzał lekarz – mniejsze, niż się spodziewałam/em – inne

Ryc. 1. Negatywne skutki posiadania wady gnatycznej. a – wygląd twarzoczaszki, b – dyskomfort żucia i połykania, c – zaburzenia stawu skroniowo-żuchwowego, d – problemy z mową, e – problemy z oddychaniem, f – inne**Fig. 1.** Negative effects of dentofacial deformities. a – facial appearance, b – chewing and swallowing discomfort, c – TMJ disorders, d – speech problems, e – breathing problems, f – other

K oraz 33% M. Liczne grono kobiet – 22 z 112 i niemalże co 7 mężczyzna przyznali, że od zabiegu korygującego oczekują poprawy okluzji oraz funkcji żucia. Ból w obrębie stawu skroniowo-żuchwowego to rzadziej wspomniana odpowiedź (przyczyna: po 6% K i M, oczekiwanie jego redukcji: 5% K i 12% M). Zaburzona wymowa skłania do poddania się leczeniu 12 kobiet i 3 mężczyzn. Chęć jej poprawy oczekuje 1 kobieta i 2 mężczyzn. Własne zdanie na temat przyczyn wyraziło 43% K i 56% M. Badani wskazywali: pragnienie zwiększenia sa-

mooceny i pewności siebie – 35 osób, rada lekarza – 12 osób, problemy w relacjach z innymi ludźmi – 4 osoby oraz rzadziej pojawiały się odpowiedzi, takie jak: silne bóle głowy, obawa przed paradontozą, znaczne starcie brzegów siecznych. Inne poza wymienionymi oczekiwaniami miało 18 kobiet i 3 mężczyzn. Wymieniali oni: zapobieganie skutkom nieliczenia – 12 osób, poprawa estetyki uśmiechu – 3 osoby, akceptacja siebie – 2 osoby, poprawa funkcji oddychania – 2 osoby oraz po 1 osobie udzieliło odpowiedzi: „zmniejszenie napięcia mięśni twarzy”, „inny odbiór charakteru mojej osoby”.

Ważnym problemem pacjentów leczonych z powodu wad zgryzu jest często niska samoocena, a przez to utrudnione kontakty z innymi ludźmi. Ankietowani z grupy pierwszej, osoby przed zabiegiem, oceniali, jak postrzegają siebie oraz jak są postrzegani przez społeczeństwo.

Duża liczba osób, niezależnie od płci ($p = 0,639$) przyznaje, że kształt twarzoczaszki związany z wadą zgryzu, którą leczą jest przyczyną ich niezadowolienia (53% K, 39% M), co sprawia, że są mniej pewni siebie (28% K, 39% M) (ryc. 3). Tylko 3 kobiety (4%) wskazały odpowiedź „wada nie stanowi problemu”. Dziesięć osób (8 K, 2 M) uważa jednak, iż wada gnatyczna poprawia wygląd twarzy.

Blisko połowa ankietowanych z grupy przed zabiegiem (47%) przynajmniej raz usłyszała negatywny komentarz pod ich adresem od osób trzecich z powodu wady twarzowo-szczękowo-zębowej, 30 osób (37%) twierdzi, że ludzie nie zwracają uwagi na ich wygląd, natomiast 16% przyznaje, że zauważa ludzi, którzy dokładnie im się przypatrują.

Ryc. 2. Porównanie przyczyn skłaniających się do poddania się zabiegowi z oczekiwaniami względem operacji – pacjenci przed i po zabiegu. a – inne, b – ból w obrębie SSŻ, c – chęć poprawy wymowy, d – chęć poprawy funkcji żucia, e – chęć uzyskania prawidłowej okluzji, f – chęć poprawy wyglądu

Fig. 2. Comparison of reasons to undergo treatment with expectations from surgery – patients before and after surgery. a – others, b – pain of TMJ, c – a desire to improve speech, d – a desire to improve chewing, e – a desire to obtain a correct occlusion, f – a desire to improve appearance

Ryc. 3. Zdanie badanych na temat wad gnatycznych. a – wada poprawia wygląd twarzy, b – wada nie stanowi problemu, c – wstyd przed innymi ludźmi, d – mniejsza pewność siebie, e – niezadowolenie z kształtu twarzy

Fig. 3. Surveyed's opinion about dentofacial deformities. a – deformity improves the appearance of face, b – deformity is not a problem, c – being embarrassed with the people watching, d – less self-confidence, e – dissatisfaction with the shape of a face

Zabieg chirurgiczny wpływa znacząco na wygląd twarzy i wzajemne relacje kości szczęk. Ankietyowanych z grupy I zapytano, czy operacja znacząco wpłynie na ich życie. Odpowiedzi pozytywnej udzieliło 65% kobiet i 64% mężczyzn. Zaprzeczyło jedynie 6% kobiet, natomiast 24 osoby (29% K, 36% M) wskazały odpowiedź: „nie wiem”.

Ryc. 4. Chęć poddania się zabiegowi – przyczyny. a – tak – aby poprawić wygląd, b – tak – aby poprawić funkcjonowanie, c – konieczność leczenia, d – nie – brak chęci, e – inne

Fig. 4. Willingness to undergo surgery – reason. a – yes – to improve the appearance, b – yes – to improve functioning, c – necessary to treat, d – no – unwillingness, e – other

Zaledwie 2 ankietowanych z grupy osób przed zabiegiem świadomych swojej wady nie zechciało poddać się zabiegowi (ryc. 4). Jedynie 5 kobiet zrobi to z konieczności, najczęściej z polecenia lekarza, większość ankietowanych obu płci wyraża natomiast chęć leczenia z powodu pragnienia poprawy funkcjonowania (55%). Co 3 kobieta i co 3 mężczyzna podda się zabiegowi z powodu chęci poprawy wyglądu.

Zabieg chirurgiczny u ankietowanych przed leczeniem (42% K i 29% M) spowodował zredukowanie wstydu towarzyszącego spożywaniu posiłków razem ze znajomymi, podczas gdy u zale-

Ryc. 5. Psychicznie odczuwane skutki zabiegu (odsetek kobiet i mężczyzn wskazujących na daną odpowiedź).

a – negatywne komentowanie wyglądu, b – brak poczucia zmiany, c – brak wpływu na relacje z ludźmi, d – częstsze uśmiechanie się, e – radość ze słyszenia komplementów, f – pozbycie się największego kompleksu, g – wzrost poczucia atrakcyjności

Fig. 5. Mental effects of the treatment (the percentage of women and men indicating a particular answer). a – negative comments about appearance, b – no sense of change, c – no influence on relationship with people, d – more frequent smiling, e – the joy of hearing compliments, f – getting rid of the largest complex, g – increased sense of attractiveness

dwie 5 osób (9% K, 14% M) wstyd się pojawił po leczeniu. Dominującą odpowiedzią było: „brak wstydu przed i po operacji”, ponieważ udzieliło jej 47% K i 57% M. Tylko u jednej kobiety nie doszło do ograniczenia wstydu odczuwanego przed zabiegiem.

Wśród badanych z grupy II 65% kobiet i 57% mężczyzn wskazuje na brak zmian w relacjach z rodziną. Duża liczba osób zauważyła poprawę relacji z innymi osobami (8/48 K, 2/7 M), 6 osób (5 K i 1 M) odczuło ponadto poprawę humoru dzięki pochwałom od osób trzecich. Jedynie 1 kobieta unika rozmowy o swojej wadzie. Również 1 kobieta (2%) jest obojętna wobec komplementów na temat swojego nowego wyglądu. Żadna osoba z badanej grupy nie zauważyła pogorszenia relacji.

Zabieg chirurgiczny wpłynął w znaczący sposób na atrakcyjność i samoocenę ankietowanych, ponieważ 70% kobiet i 57% zauważyło „wzrost poczucia atrakcyjności”. Prawie połowa kobiet i mężczyzn „pozbycie się największego kompleksu” – 27 osób (56% K, 43% M) (ryc. 5). Ankietowani przyznali, że cieszą się z komplementów (24 K, 2 M), częściej się uśmiechają (23 K, 3 M). Brak wpływu leczenia na relacje z ludźmi odczuło 14 badanych (12 K, 2 M). Jedynie 8 osób stwierdziło, że operacja nie zmieniła nic w aspekcie psychologicznym, jednak było wśród nich 4 mężczyzn, co stanowi 57% M. Ta różnica, choć nieistotna statystycznie ($p = 0,067$) jest warta podkreślenia.

Wszyscy ankietowani określali także swój stan wiedzy na temat wad twarzowo-szczękowo-zębowych, zainteresowanie informacjami na temat sposobów leczenia oraz wskazywali źródło, z którego dowiedzieli się o swojej wadzie.

Głównym źródłem, z którego pacjenci dowiadują się o swojej wadzie jest lekarz, nie tylko stomatolog (55%). Duża liczba ankietowanych (36%)

zgłosiła się do lekarza już po tym, jak sami zauważyli dysproporcje. Internet, książki, fachowe czasopisma wskazało 2% osób, a wśród odpowiedzi „inne” (7%) badani wskazywali na osoby trzecie.

Pacjenci uświadomieni o posiadaniu wady gnatycznej starają się uzyskiwać jak najwięcej informacji nie tylko na temat tych konkretnych, które ich dotyczą. Także znaczna większość pacjentów będących już po zabiegu przyznała, że przed operacją starała się jak najwięcej dowiedzieć o leczeniu z różnych źródeł (54% z gr. I, 81% z gr. II). Zainteresowanie jedynie swoją wadą wyraziło 35% gr. I i 3% gr. II, co potwierdza istotne różnice wykazane statystycznie ($p = 0,000005$). Jedynie na opinii lekarza opierało się 11% gr. I i 14% gr. II, a brak zainteresowania leczeniem wykazało tylko 2% ankietowanych z grupy pozabiegowej.

Obawy dotyczące zabiegu i rekonwalescencji wśród pacjentów oczekujących na operację dotyczyły przede wszystkim miejscowej utraty czucia (71%, 46 K, 11 M). Co trzeci badany (36%, 22 K, 7 M) obawiał się konieczności poddania kolejnym zabiegom chirurgicznym z powodu nawrotu wady lub operacji z innych przyczyn. Niewiele, ponad ¼, pacjentów (28%, 20 K, 3 M) wskazywało na możliwość wystąpienia długotrwałych dolegliwości bólowych, a około 1/5 (22%, 17 K, 1 M) wyrażało obawę przed pogorszeniem wyglądu w wyniku operacji. Nieco mniejszy odsetek ankietowanych (18%, 12 K, 2 M) przyznało, że niepokoi się ewentualnymi trudnościami z przyzwyczajaniem się do nowego wzajemnego ustawienia szczęki i żuchwy. Również dla 18% (12 K, 2 M) problemem byłby utrzymujący się obrzęk w obrębie twarzy, a dla 15% (10 K, 2 M) konieczność ewentualnego dalszego leczenia.

Podobne pytanie zadano pacjentom będącym już po operacji (grupa 50 osób: 43 kobiety i 7 męż-

Ryc. 6. Obawy dotyczące zabiegu i rekonwalescencji wśród pacjentów przed i po zabiegu. a – utrata czucia, b – ewentualne kolejne operacje, c – długotrwały ból, d – nieatrakcyjny wygląd po operacji, e – problemy z przyzwyczajeniem się do nowej okluzji, f – długotrwały obrzęk, g – konieczność ewentualnego dalszego leczenia, h – inne, i – brak obaw

Fig. 6. Concerns about the treatment and recovery of patients before and after surgery. a – loss of sensation, b – potential subsequent operations, c – long-lasting pain, d – unattractive appearance after surgery, e – problems getting used to a new occlusion, f – long-lasting swelling, g – the necessity of any further treatment, h – other, i – no fears

czyn). Wyniki okazały się zbliżone. Spośród ankietowanych 70% (28 kobiet i 7 mężczyzn) odczuwało lęk związany z możliwością utraty czucia, 22% (10 kobiet, 1 mężczyzna) obawiało się niepowodzenia zabiegu (warto jednak podkreślić, że obawy dotyczyły przede wszystkim samego przebiegu operacji – problemów z wybudzeniem z narkozy, śmierci na stole operacyjnym, a nie negatywnych zmian po leczeniu). Dla 12% osób (6 kobiet) problemem byłby utrzymujący się ból pooperacyjny, 4 kobiety (8%) nie obawiały się natomiast żadnych powikłań (ryc. 6).

Pacjenci wyrażali swoje zdanie na temat rekonwalescencji zarówno bezpośredniej po zabiegu, jak i tej po dłuższym czasie, powikłań po operacji, wpływu leczenia na wymowę, kontakty zębów, zdolność żucia, stan stawów skroniowo-żuchwowych oraz określali, jakie są według nich najlepsze odczuwalne skutki zabiegu. Stwierdzali ponadto, czy ich zdaniem warto było poddać się operacji oraz w jakim stopniu spełniły się ich oczekiwania.

Pacjentom, którzy przeszli zabieg ortognatyczny zadano pytania o przebieg rekonwalescencji i odczuwalne krótko- i długoterminowe skutki operacji. Połowa ankietowanych (50%, 22 K, 3 M) przyznała, że faktyczne niedogodności okazały się mniej uciążliwe niż oczekiwane. Znacznie mniejsza grupa (16%, 4 K, 4 M) ubolewała nad przebiegiem rekonwalescencji, natomiast 8% (4 K) stwierdziło, że choć nie odczuwało poważnego dyskomfortu, spodziewało się łagodniejszych objawów. Pozostała blisko 1/4 badanych (26%, 13 K) nie była w stanie sprecyzować odpowiedzi na pytanie (uwzględniono możliwość sformułowania odpowiedzi otwartej), zaliczono ich zatem do katego-

Ryc. 7. Przebieg rekonwalescencji. a – uciążliwa, b – gorsza niż przewidywana, ale nieuciążliwa, c – łagodniejsza niż przewidywana, d – inne

Fig. 7. Course of convalescence. a – obtrusive, b – worse than expected, but unobtrusive, c – milder than expected, d – other

rii „inne”. Biorąc pod uwagę płeć pacjentów, zauważa się istotne różnice ($p = 0,009$) – mianowicie niemal 60% mężczyzn uznało rekonwalescencję za uciążliwą, podczas gdy wśród kobiet takiej odpowiedzi udzieliło 9% (ryc. 7).

Jako najczęstsze powikłania pacjenci wskazywali parestezje (70%: 32 K, 3 M), niewielka grupa (6%: 2 K i 1 M) cierpiała na krwawienie z nosa. Mimo powyższych niedogodności większość (38 K, 5 M, co stanowiło 86%) ankietowanych była zadowolona ze skutków leczenia, 8% (2 K, 2 M) wybrało odpowiedź „spełniła się około połowa oczekiwań”, z kolei 6% (3 K) było częściowo lub całkowicie niezadowolonych z przeprowadzonej operacji (ryc. 8).

Ankietowani odpowiadali na szczegółowe pytania o różne skutki zabiegu. Zdecydowaną poprawę warunków zgryzowych dostrzegło u siebie

Ryc. 8. Spełnienie oczekiwań pacjentów. a – nie spełniły się, b – poniekąd, c – w połowie, d – w większości, e – w 100%

Fig. 8. Fulfillment of patients' expectations. a – not fulfilled, b – partly, c – half, d – mostly, e – 100%

Ryc. 9. Zmiana warunków zgryzowych. a – pogorszenie, b – brak zauważalnych zmian, c – zmiana na lepsze, d – zdecydowana poprawa

Fig. 9. Change of occlusion. a – deterioration, b – unnoticeable changes, c – upturn, d – definite improvement

niemal 3 na 4 pacjentów niezależnie od płci (72%: 32 K, 4 M, $p = 0,387$), częściowe pozytywne zmiany – co 5 badany (20%: 7 K, 3 M), 6% (3 K) przyznało, że nie zauważyło istotnych zmian, z kolei 2% (1 kobieta spośród 50 ankietowanych) uznało swój nowy zgryz za niekomfortowy (ryc. 9).

Poprawę zdolności żucia stwierdziło u siebie niemal $\frac{3}{4}$ badanych (70%), z czego 32 stanowiły kobiety, a pozostałe 3 mężczyźni. Negatywnie odpowiedziały 3 osoby (6%: 1 K, 2 M). Znaczna grupa, bo aż $\frac{1}{4}$ ankietowanych (24%: 10 K, 2 M) nie potrafiła wyrazić jednoznacznej opinii. W tym przypadku płeć badanych miała znaczenie ($p = 0,020$): blisko $\frac{1}{3}$ mężczyzn udzieliła odpowiedzi „nie”, a wśród kobiet było to zaledwie 2% (ryc. 10).

Na pooperacyjny ból w stawach skroniowo-żuchwowych skarżyła się ponad $\frac{1}{3}$ ankietowanych (36%: 16 K, 2 M), u połowy z nich (9 K) był on krótkotrwały, jednak u pozostałych 18% (7 K, 2 M) utrzymywał się w czasie przeprowadzania badania. Należy zaznaczyć, że 30 pacjentów (60%: 25 K,

Ryc. 10. Poprawa zdolności żucia. a – tak, b – nie, c – nie wiem

Fig. 10. Improvement of the ability of chewing. a – yes, b – no, c – don't know

Ryc. 11. Pooperacyjny ból w SSŻ. a – brak bólu przed operacją, ból po operacji, b – inne, c – brak zmian – brak bólu przed i po zabiegu, d – ból przed operacją, brak bólu po operacji

Fig. 11. Postoperative pain of TMJ. a – no pain before the operation, pain after operation, b – other, c – no changes – no pain before and after the surgery, d – pain before operation, no pain after operation

5 M) nie odczuwało żadnych problemów z tego zakresu (ryc. 11).

Według niemal połowy (48%: 20 K, 4 M) ankietowanych powikłania bólowe i ewentualne obrzęki były zgodne z ich oczekiwaniami wynikającymi z informacji otrzymanych od lekarza prowadzącego lub mniej uciążliwe niż spodziewane (32%: 14 K, 2 M). Co 6 osoba (16%: 7 K, 1 M) uznała powikłania za poważniejsze niż przewidywane, pozostali (4%: 2 K) nie byli w stanie wyrazić jednoznacznej opinii (ryc. 12).

Ostatni etap badania ankietowego dotyczył celowości poddania się zabiegowi chirurgicznemu. Zdecydowana większość (82%: 36 K, 5 M) wyraziła głębokie przekonanie co do słuszności wykonania zabiegu. Tylko co 8 osoba (12%: 4 K, 2 M) wybrała wersję „raczej tak”, zaledwie 6% ankietowanych (3 K) miało natomiast negatywne bądź mieszane odczucia co do przeprowadzonej operacji.

Ryc. 12. Powikłania pooperacyjne. a – większe niż spodziewane, b – zgodne z uprzedzeniami lekarza, c – mniejsze niż spodziewane, d – inne

Fig. 12. Postoperative complications. a – greater than expected, b – in line with the doctor's prejudice, c – less than expected, d – other

Chęć poddania się podobnemu leczeniu w przyszłości wyraziło 90% osób (39 K, 6 M), 4% (1 K, 1 M) nie zdecydowałoby się na kolejną operację, a 6% (3 K) nie wyraziło swojego zdania.

Omówienie

Wady gnatyczne sprawiają, że pacjenci odczuwają znaczący dyskomfort podczas żucia, oddychania, ale również stanowią problem natury psychologicznej. Zarówno większość kobiet (56%: 24 z 43), jak i mężczyzn (71%: 5 z 7) wskazała niezadowolenie z wyglądu twarzoczaszki jako najbardziej negatywny skutek posiadania wady.

Ankietowani przyznali, że głównymi powodami, dla których chcą poddać się leczeniu chirurgicznemu są: chęć poprawy wyglądu (56% K, 44% M), funkcji żucia (38% K, 33% M), a także uzyskanie prawidłowego kontaktu zębów przeciwstawnych (46% K, 44% M). 52 z 80 badanych przed operacją jest przekonanych, że zabieg zmieni ich życie. Smutnym faktem jest to, że wielu pacjentów doświadczyło przynajmniej raz w życiu przykrości ze strony osób trzecich z powodu posiadania wady gnatycznej (47% gr. I). Wszystkie te negatywne czynniki sprawiają, że ludzie chcą poddać się leczeniu, aby zniwelować zarówno dyskomfort fizyczny, jak i psychiczny. Osoby z grupy pooperacyjnej przyznają, że po zabiegu dochodzi do zmniejszenia wstydu towarzyszącego spożywaniu posiłków ze znajomymi (20/50 osób), poprawiają się relacje z rodziną (8/43 K, 2/7 M), wzrasta samoocena (70% K, 57% M). W badaniach innych autorów ponad 13% osób deklarowało zwiększenie poczucia własnej wartości [21]. Wyniki ankiet pokazują, że głównym źródłem, z którego pacjenci dowiadują się o swojej wadzie jest lekarz (55%),

badania prowadzone przez Barbosa et al. [22] ukazują jednak, iż często pacjenci nie rozumieją pewnych kwestii związanych z leczeniem mimo wyjaśnień lekarza, co może być związane z używaniem zbyt fachowego słownictwa. Podkreśla to rolę specjalistów zarówno w diagnostyce tego typu problemów, jak i w uświadamianiu ludzi, a także udzielaniu im wyczerpujących informacji na temat możliwych skutków, metod leczenia, gdyż bardzo duża część osób przyznaje, że chce dowiedzieć się jak najwięcej.

Obawy dotyczące zabiegu i rekonwalescencji były zbliżone w obu grupach – dotyczyły przede wszystkim możliwości utraty czucia, ewentualnych kolejnych operacji i długotrwałego bólu po zabiegu. Gdy konfrontuje się obawy pacjentów z oceną rzeczywistych niedogodności przez ankietowanych po operacji, nasuwają się interesujące wnioski. Otóż wśród ankietowanych mężczyzn aż 57% (4 z 7) uznało rekonwalescencję za uciążliwą, podczas gdy podobne zdanie miało jedynie 9% (4 z 43) kobiet. Może to świadczyć o większych oczekiwaniach mężczyzn wobec zabiegu i chęci do odzyskania pełnej sprawności natychmiast po operacji. Mimo powyższych różnic większość ankietowanych była zadowolona z zabiegu (88% K: 38 z 43; 71% M: 5 z 7). Stwierdzali oni u siebie poprawę warunków zgryzowych (90% K: 39 z 43; 100% M), natomiast polepszenie zdolności żucia deklarowały głównie kobiety (74% K: 32 z 43; 43% M: 3 z 7). Pewna grupa (37% K: 16 z 43; 29% M: 2 z 7) skarżyła się na pooperacyjny, krótko- lub długotrwały ból w stawach skroniowo-żuchwowych.

Należy w tym miejscu wspomnieć o istotnym fakcie nierównomiernego rozkładu płciowego w obu badanych grupach. Zarówno wśród pacjentów przygotowujących się do zabiegu (69 K, 11 M), jak i tych, którzy przebyli operację (43 K, 7 M) zdecydowanie dominowały kobiety. Liczna grupa kobiet w obu przypadkach może świadczyć o większej częstotliwości przeprowadzania u nich zabiegów chirurgii ortognatycznej, ale także powodem takiej sytuacji mogła być niechęć pacjentów płci męskiej do dzielenia się swoimi intymnymi przeżyciami i obawami, nawet za pośrednictwem anonimowej ankiety. Niezależnie od przyczyn liczna grupa kobiet pozwala na uzyskanie dość rzetelnych wyników badania, czego nie można powiedzieć o grupie mężczyzn (1 M = 14% wszystkich mężczyzn), gdzie nawet niewielkie różnice liczbowe przy odpowiedzi na pytania ankietowe przekładają się na znaczne zmiany procentowe. Powyższy problem nie wpływa bardzo istotnie na uzyskane wnioski, co wynika z braku związku udzielanych odpowiedzi z płcią badanych w przypadku większości pytań ($p > 0,05$). Inter-

sujące wydaje się jednak przeprowadzenie w przyszłości badania dla bardziej reprezentatywnych pod względem płci grup i skonfrontowanie wyników z otrzymanymi powyżej.

Warto podkreślić ważną rolę lekarza prowadzącego w przygotowaniu do zabiegu, a także uprzedzaniu o ewentualnych powikłaniach. Z badania wynika, że większość ankietowanych (80% K: 34 z 43; 86% M: 6 z 7) uznało swoje objawy pooperacyjne za zgodne z przewidywaniami lekarza (47% K: 20 z 43; 57% M: 4 z 7) lub mniej poważne (33% K: 14 z 43; 29% M: 2 z 7). Z pewnością pozwoliło to pacjentom na mniej uciążliwą rekonwalescencję pod względem psychologicznym.

Mimo wspomnianych powikłań i dolegliwości pooperacyjnych przeważająca część badanych była przekonana o słuszności przeprowadzenia zabiegu (93% K: 40 z 43; 100% M) i gotowa do poddania się podobnemu leczeniu w przyszłości (91% K: 39 z 43; 86% M: 6 z 7).

Według ankietowanych głównym powodem, dla którego warto poddać się leczeniu jest poprawa wyglądu twarzoczaszki. Taką odpowiedź wskazało 56% kobiet i 44% mężczyzn. Według autorów innych prac [11] najistotniejszą przyczyną jest chęć poprawy żucia. Funkcjonowanie w społeczeństwie poprawia się po zabiegu [23], gdyż przed operacją duża liczba pacjentów czuje wstyd i dyskomfort psychiczny związany z obecnością wady [24], co pokrywa się z wynikami przedstawionymi w tej pracy. Zmiana wyglądu twarzoczaszki jest dla wielu ludzi (56% K, 43% M) pozbyciem się największego kompleksu, w związku z czym dochodzi do polepszenia relacji międzyludzkich, podobnie jak u pacjentów biorących udział w innych tego typu badaniach [1].

Dość niska wartość ($p = 0,077$) związana z niezależnością określania powodów lub oczekiwań odnośnie do operacji przez kobiety należące do pierwszej bądź drugiej grupy badanej skłania do wnioskowania o nieistotnej statystycznie,

ale jednak zauważalnej różnicy poglądów. Otóż wśród kobiet przygotowujących się do zabiegu zdecydowanie przeważa pragnienie poprawy wyglądu twarzoczaszki (51 na 69 kobiet), natomiast w grupie pooperacyjnej chęć poprawy wyglądu, choć nadal pozostaje głównym oczekiwaniem, jest niewiele ważniejsza od dążenia do uzyskania prawidłowej okluzji i poprawy funkcji żucia (ryc. 2).

Spośród ankietowanych 86% było zadowolonych z zabiegu, co pokrywa się z wynikami Finlaya et al. [3], a także Sadeka i Salema [25]. Również odsetek pacjentów, dla których rekonwalescencja była bardziej uciążliwa niż spodziewana jest porównywalny z poprzednimi badaniami [10]. Poprawę zdolności żucia odczuło około 70% badanych, co stanowi słaby wynik w porównaniu z wcześniejszymi badaniami [11], jednak znaczna liczba pacjentów wyrażających niejednoznaczną opinię w tej kwestii (24%) pozwala sądzić, iż sam zabieg miał niewielkie znaczenie dla powyższej funkcji układu stomatognatycznego u analizowanej grupy.

Potwierdza to wynik jeszcze niższy, na poziomie 60%, w badaniu Pahkali et al. [26]. Przekonanie o słuszności przeprowadzonego zabiegu wyraziło 93% pacjentów, co potwierdza rezultaty uzyskane przez Al Kharafiego et al. [27]. Gotowość do przejścia podobnych operacji w przyszłości potwierdza wnioski innych autorów [11]. Dość znaczna grupa ankietowanych (70%) odczuwała parestezje w okresie rekonwalescencji, ze względu na różny odstęp czasowy badania od przeprowadzenia operacji trudno jednak wyciągnąć jednoznaczne wnioski. Interesującym problemem mogłaby być analiza zmian opinii pacjentów odnośnie do zabiegu i rekonwalescencji wraz z upływem czasu, bowiem przeprowadzane badania [1, 7, 13, 16, 17] świadczą o dynamicznych zmianach poglądów związanych ze stopniowym wzrostem satysfakcji z leczenia w kolejnych miesiącach od zabiegu.

Piśmiennictwo

- [1] LAZARIDOU-TERZOUDI T., KİYAK H.A., ATHANASIOU A.E., MELSEN B.: Long – term assessment of psychologic outcomes of orthognathic surgery. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 2003, 61, 545–552.
- [2] CUNNINGHAM S.J., HUNT N.P., FEINMANN C.: Psychological aspects of orthognathic surgery: a review of the literature. *Int. J. Adult Orthod. Orthognath. Surg.* 1995, 10, 159–172.
- [3] FINLAY P.M., ATKINSON J.M., MOSS K.F.: Orthognathic surgery: patient expectations; psychological profile and satisfaction with outcome. *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.* 1995, 33, 9–14.
- [4] PHILLIPS C., KİYAK H.A., BLOOMQUIST D., TURVEY T.A.: Perceptions of recovery and satisfaction in the short term after orthognathic surgery. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 2004, 62, 535–544.
- [5] MIGUEL J.A., PALOMARES N.B., FEU D.: Life-quality of orthognathic surgery patients: the search for an integral diagnosis. *Dental Press J. Orthod.* 2014, 19, 123–137.
- [6] STEENEN S.A., VAN TEESELING R.A., VULINK N.C., BECKING A.G.: Psychological aspects of orthognathic surgery. *Ned. Tijdschr. Tandheelkd.* 2014, 121, 446–452.
- [7] FLANARY C.M., BARNWELL G.M., ALEXANDER J.M.: Patient perceptions of orthognathic surgery. *Am. J. Orthod.* 1985, 88, 137–145.

- [8] HUNT O.T., JOHNSTON C.D., HEPPER P.G., BURDEN D.J.: The psychosocial impact of orthognathic surgery: a systematic review. *Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.* 2001, 120, 490–497.
- [9] FORSSELL H., FINNE K., FORSSELL K., PANULA K., BLINNIKA L-M.: Expectations and perceptions regarding treatment: a prospective study of patients undergoing orthognathic surgery. *Int. J. Adult Orthod. Orthognath. Surg.* 1998, 13, 107–113.
- [10] WILLIAMS R.W., TRAVESS H.C., WILLIAMS A.C.: Patients' experiences after undergoing orthognathic surgery at NHS hospital in the south west of England. *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2004, 42, 419–431.
- [11] MODIG M., ANDERSSON L., WARDH I.: Patients' perception of improvement after orthognathic surgery: Pilot study. *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2006, 44, 24–27.
- [12] POSNICK J.C., WALLACE J.: Complex orthognathic surgery: assessment of patient satisfaction. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 2008, 66, 934–942.
- [13] TRAVESS H.C., CUNNINGHAM S.J., NEWTON J.T.: Recovery of sensation after orthognathic treatment: Patients' perspective. *Am. J. Orthod. Dentofacial. Orthop.* 2008, 134, 251–259.
- [14] RUSTEMEYER J., EKE Z., BREMERICH A.: Perception of improvement after orthognathic surgery: the important variables affecting patient satisfaction. *Oral Maxillofac. Surg.* 2010, 14, 155–162.
- [15] HERBELEIN T.A., BAUMGARTNER R.: Factors affecting response rates to mailed questionnaires: a quantitative analysis of the published literature. *Am. Sociol. Rev.* 1998, 43, 447–462.
- [16] MOTEGI E., HATCH J.P., RUGH J.D., YAMAGUCHI H.: Health – related quality of life and psychological function 5 years after orthognathic surgery. *Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.* 2003, 124, 138–143.
- [17] KIYAK H.A., HOHL T., WEST R.A., MCNEILL R.W.: Psychologic changes in orthognathic surgery patients: a 24-month follow up. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 1984, 42, 506–512.
- [18] LEE S., MCGRATH L., SAMMAN N.: Impact of orthognathic surgery on quality of life. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 2008, 66, 1194–1199.
- [19] PROOTHI M., DREW S.J., SACHS S.A.: Motivating factors for patients undergoing orthognathic surgery evaluation. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 2010, 68, 1555–1559.
- [20] HELDT L., HAFFKE E.A., DAVIS L.F.: The psychological and social aspects of orthognathic treatment. *Am. J. Orthod.* 1982, 82, 318–328.
- [21] ALVES E SILVA A.C., CARVALHO R.A., SANTOS TDE S., ROCHA N.S., GOMES A.C., DE OLIVEIRA E SILVA E.D.: Evaluation of life quality of patients submitted to orthognathic surgery. *Dental Press J. Orthod.* 2013, 18, 107–114.
- [22] BARBOSA A.L., MARCANTONIO E., BARBOSA C.E., GABRIELLI M.F., GABRIELLI M.A.: Psychological evaluation of patients scheduled for orthognathic surgery. *J. Nihon Univ. Sch. Dent.* 1993, 35, 1–9.
- [23] SIOW K.K., ONG S.T., LIAN C.B., NGEOW W.C.: Satisfaction of orthognathic surgical patients in a Malaysian population. *J. Oral Sci.* 2002, 44, 165–171.
- [24] RUSTEMEYER J., GREGERSEN J.: Quality of Life in orthognathic surgery patients: Post – surgical improvements in aesthetics and self – confidence. *J. Craniomaxillofac. Surg.* 2002, 40, 400–404.
- [25] SADEK H., SALEM G.: Psychological aspects of orthognathic surgery and its effect on quality of life in Egyptian patients. *East Mediterr. Health J.* 2007, 13, 150–159.
- [26] PAHKALA R.H., KELLOKOSKI J.K.: Surgical-orthodontic treatment and patients' functional and psychosocial well-being. *Am. J. Orthod Dentofacial. Orthop.* 2007, 132, 158–164.
- [27] AL KHARAFI L., AL. HAJERY D., ANDERSSON L.: Orthognathic surgery: pretreatment information and patient satisfaction. *Med. Princ Pract.* 2014, 23, 218–224.

Adres do korespondencji:

Sylwia Hnitecka
ul. Kwiatowa 4
55-020 Stary Śleszów
tel.: +48 663 082 842
e-mail: sylwia.hn94@gmail.com

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 28.07.2015 r.

Po recenzji: 13.09.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 11.10.2015 r.

Received: 28.07.2015

Revised: 13.09.2015

Accepted: 11.10.2015