



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON
ANABİLİM DALI

ANESTEZİ TERCİHİ YÖNLENDİRİLEBİLİR Mİ?

UZMANLIK TEZİ

DR. ŞENGÜL BAKİLER ALKAZAN

DANIŞMAN

Prof. Dr. Feray GÜRSOY

AYDIN 2010

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON
ANABİLİM DALI

ANESTEZİ TERCİHİ YÖNLENDİRİLEBİLİR Mİ?

UZMANLIK TEZİ

DR. ŞENGÜL BAKİLER ALKAZAN

DANIŞMAN

Prof. Dr. Feray GÜRSOY

AYDIN 2010

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince yetişmemde emeği geçen bilgi ve deneyimlerini bizlerle paylaşan değerli hocalarımız Anabilim Dalı Başkanımız ve tez danışmanım Prof. Dr. Feray GÜRSOY'a, Doç.Dr. Osman Nuri AYDIN'a, Doç.Dr. İbrahim KURT'a, Doç.Dr. M. Nil KAAAN'a, Doç.Dr. Bakiye UĞUR'a, Doç.Dr Selda ŞEN'e, Yrd.Doç.Dr. Mustafa OĞURLU'ya teşekkürlerimi sunarım. Eğitim süresince beraber çalıştığım asistan arkadaşlarıma, ameliyathane ve yoğun bakım personeline teşekkür ederim. Ayrıca istatistik çalışmalarında bilgi ve deneyimlerini bizlerle paylaşan Doç. Dr. Mevlüt TÜRE'ye de teşekkür ederim.

Asistanlık eğitimim süresince bana güç veren, en zor günlerimde daima yanımda olan, maddi manevi her türlü yardımını ve desteğini benden esirgemeyen aileme ve sevgili eşim Burhan Alkazan'a heyecan, mutluluk kaynağım canım kızım Ceylin'e bana gösterdikleri sabır ve anlayıştan dolayı sonsuz teşekkür ederim.

Dr. ŞENGÜL BAKİLER ALKAZAN

2010

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR YAZISI	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLO DİZİNİ	iv
ŞEKİL DİZİNİ	v
EKLER DİZİNİ	vi
GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
GEREÇ VE YÖNTEM	15
BULGULAR	20
TARTIŞMA	30
SONUÇ	38
ÖZET	39
SUMMARY	40
KAYNAKLAR	41

TABLO DİZİNİ

Tablo 1: Hastaların anestezi yöntemi tercihini etkileyen faktörlerin sorgulanması	16
Tablo 2: Genel anestezi hakkında bilgilendirme	16
Tablo 3: Rejyonel anestezi hakkında bilgilendirme	17
Tablo 4: Hastaların demografik verilerinin dağılımı	20
Tablo 5: Tercih edilen yöntem hakkında bilgi ve deneyimlerin etkisinin dağılımı	26

ŒEKİL DİZİNİ

Œekil 1: Anestezi tercihinin cinsiyete göre dağılımlı	21
Œekil 2: Anestezi tercihinin yaŒ gruplarına göre dağılımlı	22
Œekil 3: Anestezi tercihinin eğitim durumuna göre dağılımlı	23
Œekil 4: Anestezi tercihinin medeni duruma göre dağılımlı	23
Œekil 5: Anestezi tercihinin meslek durumuna göre dağılımlı	24
Œekil 6: Anestezi tercihinin gelir durumuna göre dağılımlı	25
Œekil 7: Ki-Kare Otomatik EtkileŒim Detektörü	28
Œekil 8: Yazılı ve görsel materyal ile bilgilendirme sonrası anestezi tercihindeki deđiŒim	29

EKLER DİZİNİ

Ek 1: Demografik veri formu	48
Ek 2: Görsel materyel	49
Ek 1: Bilgilendirilmiş olur formu	52
Ek 2: Bilgilendirilmiş olur metni	53

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Bireyler yaşamları boyunca etkileri ve sonuçları farklı olan seçenekler arasından seçim yapmak ve karar vermek durumundadırlar. Karar vermek birçok alternatif arasından seçim yapmaktır. Karar vermede takip edilmesi gereken çeşitli basamaklar vardır. Bunlar, elde edilecek sonuçları belirlemek, alternatifleri değerlendirmek, alternatiflerin ihtiyaçları karşılayıp karşılamadığını incelemek ve global bir sonuç getirecek en iyi alternatifi bulmaktır. Tüm bu işlemler, kişisel ve çevresel değişkenlerden etkilenir (1).

Cerrahi olan veya olmayan girişimler için preoperatif değerlendirme anesteziistin sorumluluğundadır (2). Bu değerlendirme; hastanın fizik ve psikolojik durumunun değerlendirilmesini, farmakolojik ve terapötik hikayesini, uygulanacak anestezi yöntemini ve buna yönelik hazırlığı, anestezi riskinin belirlenmesini ve hastanın en uygun koşullarda girişime hazırlanmasını kapsar (3-5). Preoperatif vizitte hastaya uygulanacak anestezi yöntemi hakkında bilgi verilmeli, korku ve endişesi giderilmeli, her aşamada maksimal hasta konforu sağlanmalıdır. Anestezi yöntemine karar verirken çok dikkatli davranmak gerekir. Anestezi için seçilen anestezi tekniği ne kadar önemli ise, yapılan işleme ait komplikasyonlar ve bunların üstesinden nasıl gelineceğinin bilinmesi de o kadar önemlidir. Anestezi yöntemi seçimi operasyonun endikasyonuna, aciliyetine, hastanın ve anesteziistin isteğine göre değişmektedir (6).

Preoperatif değerlendirme hastanın hekimle tanışması ve hekimine olan güvenini sağlamak ve hasta-hekim ilişkisini güçlendirmek açısından da önem taşımaktadır (2). Tıpta bilgi ve teknoloji hızlı bir şekilde gelişip yenilenirken hekim-hasta ilişkisinde de önemli değişimler gözlenmektedir. Günümüzde hekim-hasta ilişkisinin geleneksel niteliğine yeni öğeler ilave olmaktadır. Bunlardan birisi hasta özerkliğine saygı ilkesidir. Bu ilke hekim karşısında, hastanın bireysel değerlerini öne çıkarmaktadır. Hasta tıbbi müdahaleler konusunda bilgilendirme yanında, kendi tercih ve kararını belirleme hakkına da sahiptir (7).

Anestezi yöntemi seçiminde etkili olan faktörlerin araştırıldığı pek çok klinik çalışma mevcuttur (8-10). Ancak hastaların preoperatif anestezi yöntemi hakkında bilgilendirilmelerinin ve bu bilgilendirme yöntemlerinin, anestezi tercihinine ne ölçüde etki ettiğini araştıran çalışmalara literatür de rastlamadık. Bu nedenle toplumumuzda hastaların anestezi yöntemi seçimine etki eden faktörleri, bilgilendirmenin önemini, anestezi yöntemleri

hakkında preoperatif bilgi vermenin karar vermeyi ne ölçüde etkilediğini ve anestezi tercihinin yönlendirilip yönlendirilemeyeceğini değerlendirmek amacıyla bu çalışmayı planladık.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Karar verme işleminin tanımlanması

İnsanlar yaşamları boyunca sürekli karar vermek durumundadırlar. Karar vermek özgür bir bilincin ve sorumluluğun göstergesidir. Karar vermek, yaşamın ve insan olmanın anlamını gösterir. Hayatımızı etkileyen, karar verebilme gücümüzdür. Başarılarımızın ve başarısızlıklarımızın da aldığımız kararların etkisi vardır (11,12).

Karar verme, en yalın biçimde, alternatifler arasından seçim ve tercih yapmaktır. Daha doğrusu etken olan eylemin seçimidir. Karar verilecek konuya ilişkin farklılık gösteren alternatifler arasında karşılaştırma yapıldıktan sonra, seçim işlemini yerine getirmek, karar verme aşamasını oluşturur. Kuşkusuz karar verme, bir sorunu çözme işlemidir. Karar verme, çok yönlü bir olay içinde bulunup seçim yapmayı ifade etmektedir (13). Orasanu ve Connolly (1993) karar vermeyi, “belli bir zaman ve mekanda çeşitli elementleri içeren bir seri bilişsel operasyonların yapılması” olarak tanımlamıştır. Norayan ve Corcoran-Perry (1997) “spesifik bir çevrede sorunu çözmeye çalışan biri ile çözülmesi gereken bir problem” olarak düşünmüşlerdir (14).

Karar verme, planlama sürecinin önemli bir parçasıdır. Ancak çeşitli alternatifler arasından en uygun bir tanesi seçildikten sonra plan yapılabilir. Bu en uygun alternatifin hangisi olduğunu ortaya çıkarmak da karar vermeyi gerektirir. Karar vermede hiçbir problemle karşılaşmamak için, bu alternatifler hakkında bütün bilgilere sahip olunması gereklidir. Ancak karar vermeyi etkileyen pek çok faktör vardır ve bunlar hakkında her zaman bilgi edinmek mümkün değildir. Karar vermek, izlenecek yolu mümkün olan en rasyonel biçimde seçmektir. Hiçbir zaman gelecekle ilgili tam, kusursuz bilgiye sahip olunamayacağı için, mümkün olan tabiri kullanılmaktadır. Buna aynı zamanda kısıtlı rasyonellik de denmektedir. Kısıtlı rasyonellik, elde edilebilen en iyi bilgilerle karar vermektir (15).

Karar sürecini meydana getiren çalışmalar esas olarak düşünseldir. Karar verme süreci (decision making) çeşitli alternatifler arasından seçim ve tercih yapmakla ilgili bedensel ve zihinsel çabaların toplamıdır. Konuyla ilgili fiziksel çalışmalar ise karar verilmesine yardımcı olacak bilgilerin toplanması ve işlenmesine ilişkin çabalardır. Yapılan tanımlara baktığımızda başlıca şu öğeleri kapsadığını görmekteyiz (15); bir amacın varlığı, seçilen araçlar, amaç ve araçların uygunluğunu sağlayan standartlar, sonuçların karşılaştırılması, davranışa geçme veya geçmeme konusunda bir istek ve iradenin belirlenmesidir.

Günde ortalama 100.000 karar veriyoruz. Yemek yemek, araba kullanmak, telefon etmek gibi işleri (hatta bazen hepsini aynı anda) gözümüz kapalı, üzerinde bile düşünmeden gerçekleştiriyoruz. Nörologlara göre beynimizin etkinliklerinin ancak yüzde 0,1'nin bilincine varıyoruz; eylemlerimizin % 99,9'u bilinçsiz olarak gerçekleşir. Bu durumda sağ kalmamız mucize diye düşünülebilir! Halbuki asıl şaşırtıcı olan hızla ve sezgisel olarak alınan kararların çoğu zaman, ince elenip sık dokunmuş olanlardan daha sağlıklı olmasıdır. Karar verme süreci kabaca üç aşamadan oluşur. Bilinçli düşünme; artı ve eksileri karşılaştırmak, öncelikle beyin korteksinin ve duygusal değerlendirmeler ise limbik sistemin görevidir. Ödüllandirme sistemi, emeğe karşılık olası ödülü hesaplıyor ki bu motivasyonu arttırmaktadır. Bilinçdışı süreçlerin büyük kısmı beyin sapında ve bazal gangliyonlarda gelişir. Hareketlerin öğrenilmesi gibi motor davranışlar, insiyatif, spontan, irade ve motivasyon gibi yürütme fonksiyonlarını etkiler. Bilinç dışı süreçler, duygusal tepkiler ve bilinçli düşünme gündelik hayatımızda bir bütündür. Karar kuramı üzerinde uzmanlaşmış Amerikalı bilişsel psikolog Gary Klein, göz ardı edilen bilinç dışı düşünmenin neden önemli olduğunu vurgulamıştır (16). Bilinçli düşünme eyleminden sorumlu beyin korteksi en fazla 40 ila 60 uyarımı işleyebilmekte, diğer uyarılar limbik sistemde bilinçdışı zihnimize akmaktadır. Biz farkında dahi olmadan pek çok bilgi kaydediliyor, depolanıyor ve değerlendiriliyor. Yıldırım hızıyla bilgiler önemli ve önemsiz diye sınıflandırılıyor. Bilinçdışının yetenekleri bununla sınırlı değildir. Bilgiler ayrıca olumlu ve olumsuz olarak ayrılıyor. Bu sınıflandırmada, benzer bir deneyimin bizim için geçmişte iyi duygularla mı yoksa olumsuz duygularla mı ilintili olduğu önemli bir kıstastır. Bilinçdışı bilgiler duygu diline çeviriliyor. Bu bilgiden yola çıkarak saliseler içinde, kararımızı etkileyen, basit ve sezgisel tavsiyeler üretiliyor. Bilinç dışı zihnimizin hak ettiği önemine kavuşması için uğraşan ünlü psikolog Gerd Gigerenzer “Beynimiz evrim sürecinde az sayıda bilgiden çarçabuk işe yarar sonuçlar çıkarma konusunda ustalaştı” diyor. Gigerenzer'e göre, doğru yargılara varmamızı engelledikleri sanılan duygular yoğunlaştırılmış bilgiden başka bir şey değildir. Bilinçdışı aklımız, bulgusal yöntemler izlenerek oluşturulmuş basit kurallara uyar, “zihinsel kestirmelere” başvurur. Sadece yıllar içinde edindiğimiz deneyimler değil, bir kere tecrübe ettiğimiz duygusal olaylar da genelleştirilir (16). Doğru kararlar alabilmek için ikinci yöntem; benzer tecrübelerin olmadığı ve olayın karmaşık görünmediği durumlarda bilincin devreye girmesidir. Alman beyin araştırmacısı Gerhard Roth bilinci, danışma kuruluna benzetiyor. Bilinç, bilinçdışımızın tek başına altından kalkamayacağı sorunları parçalara ayırıp masaya yatırıyor. Yeni durumlarla karşılaştığımızda, problem üzerinde düşünmek daha doğru

seçimler yapmamızı sağlar. Düşünme eylemini gerçekleştirdikten sonra kendimizi daha iyi hissederiz. Verileri derlemek, gözden geçirmek ve karşılaştırmak, daha doğru kararlar vermemize yaramayacak olsa bile kendimizi güvende hissetmemizi sağlar. Doğru kararlar vermek için ön koşul elimizdeki verilerin doğru olmasıdır. Karar vermenin bir boyutu yaşla ilgili, bir boyutu ise kültürle. Karar verme hem uzmanlık hem deneyim gerektirir. Tecrübe ile kazanılmış bilgi deposu, olayları algılamayı kolaylaştırır ve sonuç olarak daha doğru kararlar alınmasını sağlar (17).

Karar vermeyi engelleyen nedenler;

- Amaçların iyi anlaşılmaıışı,
- Bilgi eksikliği,
- Zaman eksikliği,
- Bedensel ve ruhsal hastalıklar,
- Aceleci kişilik yapısında olmak,
- Seçenekleri doğru değerlendirmemek,

Karar verme aşamasında doğru kararlar almamızı engelleyen nedenlere göz önünde bulundurmamız gerekir (18).

2.2. Karar verme süreci

İyi karar verebilmek için, karar verme sürecinin nasıl oluştuğunu, hangi evrelerden geçmek yoluyla karara ulaşıldığını bilmek gereklidir. Karar süreci aslında bir fikir meydana getirme, yani idrak ve yargılama sürecidir ve bu niteliğiyle de psikolojik yöne de sahiptir. Ancak, etkin ve verimli bir davranış biçimi seçebilmek için gerekli araştırmaları yapmak ve bilgileri toplamakta gereklidir (15).

Karar verme süreci; çok yönlü düşünmeyi, olasılıkları hesaplamayı, karardan etkilenecek kişilerin durumlarını dikkate almayı, grup görüşmelerine başvurmayı gerektirir. Karar verme sürecinde mevcut önyargılardan arınmak ve karar verme işlemi üzerine yoğunlaşmak suretiyle güvenilir ve başarılı kararlar alınabilir (12).

Karar alma sürecinde karar verme mekanizmasında bulunanlar çeşitli risklere sebep olabilecek şu hususları gözardı etmemelidirler: Karar alma sürecinde çok acele etmek veya çok geç hareket etmek, öncelikli sıralamasını göz ardı etmemek, yapılan hataların kabullenilmemesi ve karar alma mekanizmasında olanların kimseye danışılmaması gibi konular çeşitli riskli durumları meydana getirebilmektedir (15).

Karar alma süreci farklı yazarlar tarafından çeşitli şekillerde sistematize edilmiş olmasına rağmen en çok kabul gören aşağıdaki sistemdir (19,11).

- Sorunun tanımlanması,
- Çeşitli alternatiflerin geliştirilmesi,
- En uygun alternatifin seçilmesi,
- Kararın uygulamaya konulması ve sonuçların izlenmesi.

Sorun açıklıkla ortaya konduktan, uygun alternatifler tanımlandıktan ve her alternatifin olası sonuçları olanaklar ölçüsünde iyi bir biçimde tahmin edildikten sonra, son seçimin kolay olacağı sanılabilir. Durum böyle değildir. Genellikle her alternatif bir dizi sonuçlar ortaya çıkaracaktır ve bu sonuçlar, çeşitli zamanlarda, çeşitli derecelerde ve her derecede değişik olasılıklar bulunacak biçimde görünebilir. Bu sonuç dizileri arasından bir seçim yapmak için, karmaşık değerler sistemine gereksinim vardır. Karar verme işleminin bu evresinde karar verenin görevi; sadece bir dizi sonucun başka bir diziye yeğlenmesini kararlaştırmaktan ibarettir (20).

Etik karar verme, etik ilkeler doğrultusunda hareket etmeyi gerektirir. Etik ile ilgili durumlar, görevleri, zorunlulukları içerir. Adalet, haklar, dürüstlük, hakkaniyet ilkeleri etik karar vermeye ilgilidir. Etik karar verme, kişilerin kararlarımıza saygılı olmalarını istemek kadar onların kararlarına da saygılı olmayı gerektirir (12).

2004 yılında Türk Psikologlar Derneği etik karar verme sürecindeki aşamaları şu şekilde açıklamışlardır.

- 1- Etik sorunun ve gerçekleştiği bağlamın belirlenmesi,
- 2- Olası eylem seçeneklerinin belirlenmesi,
- 3- Bunların her birinin kısa ve uzun zamanlı yarar ve zararlarının belirlenmesi,
- 4- Tüm ilke ve kuralları değerlendirip, eylem olasılıklarından birinin seçilmesi,
- 5- Bu yönde harekete geçilmesi ve sonucun sorumluluğunun alınması,
- 6- Bu eylemin sonucunun değerlendirilmesi,
- 7- Eğer sorun çözülmemiş ise diğer olasılıkların devreye girmesi (12).

Etik karar vermede, etiği ilgilendiren boyut bir kişinin karar vermesi değil, bir ilişkide neye karar verdiği ve vardığı kararlar doğrultusunda gerçekte ne yaptığıdır. Kişinin vermiş olduğu karar onun hedefidir. Etik durumları içeren kararlar karmaşık ve çift yönlü durumlarda zor seçimleri gerektirebilir. Etik karar verirken; insanlara araç olarak değil amaç olarak bakılmalı, özgürce seçimlerine saygılı olunmalıdır.

2.3. Hasta hakları

Geleneksel hekim-hasta ilişkisinde; hekim aşırı karar verici konumdadır. Hekimlik mesleğinin bu çerçevesindeki geleneksel tıp uygulaması sırasında hekim, hastanın kişisel haklarını kullanmasına fırsat tanınmalı, onun kişisel değerlerine saygı göstermeli ve onu anlayabilmelidir. Başka bir ifade ile hekimin almış olduğu tıbbi karar içersinde, hastanın bu bağlamdaki görüş, karar ve onamının da bulunması gerekir (20).

Hasta hakları “sağlık hakkı ve sağlıklı yaşama hakkı” içinde yer alan hakların bir bölümünü anlatır. İnsanlar bu haklarının farkına, genellikle sağlıkları bozulduğunda vardıklarından, sağlık hakkı yerine “hasta hakları” kavramı daha çok öne çıkarılmaktadır. Aslında hak olarak ifade edilmesine karşın bunlar bir gereksinimdir. Bilgilenme, bilgilendirme, onay hakkı, bakım ve tedavi hakkı vb. her biri ayrı ayrı bazı gereksinimlerin yanıtını oluşturmaktadır (21).

Hastaların bedensel ve manevi kişiliğine ait hak ve değerlerin korunması; hekim-hasta ilişkisinin en önemli öğelerindendir. Hekim etik karar verme sürecine hastanın görüş ve isteklerini katmakla yükümlüdür. Bunun için de; tıbbi tanı, tedavi ve müdahale ile ilgili bilgileri, tanı ve tedavinin koşul ve niteliklerini, olasılıkları, sonuçlarını hastanın anlayabileceği biçimde tüm ayrıntılarıyla hastaya anlatmalıdır. Hastayı bilgilendirme sadece tıbbi bilgilerle sınırlı değildir. Hekim, tıbbi ve teknik bilgilerin yanısıra, hastayı etikle ilgili konularlada da bilgilendirmek, sahip oldukları haklar konusunda gerekli açıklamaları yapmak durumundadır (20).

Hasta hakları son yıllarda tüm dünyada sağlık hizmetleri tartışmaları içerisinde önemli bir yer tutmaya başlamıştır. İlk olarak 1981 yılında Dünya Tabipler Birliği tarafından kabul edilen " Lizbon Hasta hakları bildirgesi" ve ardından 1994 yılında Amsterdam’ da yapılan Dünya Sağlık Örgütü’nün düzenlediği toplantıda kabul edilen "Avrupa’da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi" ile hasta hakları uluslararası belgelerce ortaya konmuştur (21,22).

Günümüzde tüm dünyada hasta hakları ve hastanın her şekilde bilgilendirilmesi ile ilgili yasalar bulunmaktadır. İnsan hakları bildirelerinde, hastanın bilgilendirilmesi ana başlığı altında kullanılan cümleler şu şekildedir: " Hastanın yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra, önerilen tedaviyi kabul veya reddetme hakkı vardır", "Hastalar durumları ile ilgili tıbbi gerçekleri, önerilen tıbbi girişimleri ve her bir girişiminin potansiyel risk ve yararlarını, önerilen girişimlerin alternatiflerini, tedavisiz kalmanın sonuçlarını, prognoz ve tedavinin

gidiş konularını içerecek şekilde sağlık durumları konusunda tam olarak bilgilenme hakkına sahiptir" (22-24).

2.4. Hekim hasta etkileşimi ve etkileşim modelleri

Karar verme, insan davranışının en karmaşık yönlerinden birisini oluşturmaktadır. Bu durum, özellikle hasta ile hekim arasındaki etkileşim sırasında, geniş anlamda problemlerin tanımlandığı ve bunların çözümü ile idaresi için planların yapıldığı bir dönem olan konsültasyon sırasında yaşanmaktadır (22,25,26). Tıbbi sonuçlar ile ilgili belirsizlik, kanıtların yetersiz oluşu, insan faktörü ile tıbbi uygulamalar arasındaki önceden tahmin edilemeyen karmaşık etkileşimler, bununda ötesinde günümüzde insanın değer ve düşüncelerinin rolü, tıp alanında giderek artan etkiye sahip özellikler olarak ortaya çıkmıştır. Bilgiye ulaşım kolaylığının artması ve hastanın otonomisinin de önem kazanması gibi birçok faktör hastaları, karar verme sürecine katmıştır (22,27,28).

Hekim- hasta ilişkilerine bakıldığında; çeşitli modeller ileri sürülmekle birlikte yaygın olarak ifade edilen etkileşim tipleri şu şekilde tanımlanmaktadır (22,29,30).

- 1- Paternalistik model (Paternalism/Paternalistic model)
- 2- Bilgilendirme modeli (Informed model)
- 3- Paylaşım modeli (Shared model)

Paternalizm'in Türkçe karşılığı "(devletin, hükümetin, bir kuruluşun, patronun) kendine bağlı bireylere karşı babanın çocuğuna davrandığı gibi davranması" şeklindedir. Karar verme aşamasında sorumluluğun tamamen doktor tarafından üstlenilmesidir. Hasta doktorun tercih ettiği tedavi seçeneğini kabul ederek pasif olarak hekimin otoritesine boyun eğer.

Bilgilendirme modeli; hastanın tedavi seçenekleri ile ilgili bilgilendirilmesi ile karar verme sürecinde hekimin kendine geri çekmesi şeklindedir. Bu modelde hekim-hasta arasında ilişki bulunur ancak bilginin aktarımı safhası tek yönlü, doktordan hastaya olacak şekildedir. Hekim, tüm olası tedavi seçeneklerini, bunların yarar ve zararlarını anlatarak hastayı bilgilendirmektedir (29).

Paylaşım modeli; tıbbi kararın paylaşımı (Shared decision making) terimi, hekimlerin hastaları aktif olarak tıbbi karara varma sürecine sokmayı hedefledikleri konsültasyonlar için kullanılmakta ve giderek artan şekilde tıp çevresinde karar verme açısından ideal bir model olarak savunulmaktadır (25). Bilgilendirme modelinin aksine bu modeldeki temel özellik, hasta ile hekimin karar verme sürecinin her safhasında paylaşım

bulunduğu, karşılıklı etkileşimsel yapısıdır (31). Bir başka deyişle; bu modelde hekim danışmandır, hastaya arkadaş ya da öğretmen gibi davranır. Hekim yalnızca hastanın ne yapabileceğini belirtmekle kalmaz, aynı zamanda hasta ile hangi çeşit sağlık uygulamalarını kabul edeceği konusunda da tartışır (32).

Yapılan bir çalışmada, paylaşım modelinde, bayanların erkeklere göre, beyaz ırkın siyah ırka nazaran daha paylaşımcı olduğu tespit edilmiştir. Aynı cins, ırk ve etnik grupta olan hastalar ve hekimler daha çok kültürel inançları, değerleri paylaşırlar, toplumdaki deneyimleri paylaşırlar; bu da etkili iletişim kurmalarına ve kendilerini daha rahat hissetmelerine neden olur (33).

Ortak karara varma, hekim-hasta ilişkisi içersinde yeni bir boyut olmakla birlikte, hastanın karar verme sürecine aktif olarak katılmasını destekleyen ve karşı çıkan çeşitli çalışmalar bulunmaktadır.

Bilgilendirme ve kişiler arası yetenekler, kararları başarılı bir şekilde paylaşmak için gerekli olan ihtiyaçlardır. Hastaların sağlık durumları ile ilgili karar vermeden önce, alternatif tedavi seçenekleri ve bu seçenekler hakkında ayrıntılı bilgilendirilmelerinin, karar vermelerini kolaylaştırdığı saptanmıştır (34).

Yapılan tüm bu çalışmaları karşılaştıran bir çalışma sonucuna göre şu bulguların elde edildiği ifade edilmektedir (35). a) Hastalar alternatif tedavi seçenekleri açısından bilgilendirilmeyi istemektedir, b) Genelde hastalar birden fazla tedavi seçeneği mevcutsa, tedaviye katılma aşamasında katılmayı istemektedir, c) Hastanın bu aşamaya aktif olarak katılımının yararları araştırmalarda henüz açık olarak gösterilmemiştir.

Aynı çalışmada, genç kişilerin paternalistik yaklaşımdan ziyade, kendi tıbbi kararları ile ilgili daha çok aktif rol almak istedikleri; buna karşın bazı yaşlı ve ciddi rahatsızlıkları olan kişilerin kararı hekime bırakmayı tercih ettikleri gösterilmiştir.

2.5. Bilgilendirme

Hasta, kendisini dinleyen baba karşısındaki çocuk durumunda görmeyen, değer yargılarına, inançlarına saygı gösteren, anlattıklarını dinleyen ve sorduğu sorularına aydınlatma düzeyinde yanıt veren, anlattığı bilgileri anlayan hastasından yapacağı tedavi için "onamını (rızasını) alan" hekimler istemektedir (36).

Günümüzde insan haklarından olan "kendi kaderini belirleme hakkı" çok öncelikli bir konuma yerleşmiştir. Kendi kaderini belirleme hakkı, hastanın bilgilendirilerek, konu

hakkında aydınlatılarak, kendisine tanınan seçenekler arasından seçim yapabilmesine olanak tanımaktadır. Hastalar, 1998 yılında yürürlüğe giren “Hasta Hakları Yönetmeliği” ile, hasta sağlık durumu, kendisine uygulanan tıbbi işlemler, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü ve yazılı bilgi istemek hakkına sahiptir.

Bilgilendirme geniş kapsamlı olmalıdır. Hastanın durumu tam olarak ortaya konulduktan sonra, gerek tanıyı kesinleştirecek, gerekse tedavi için yapılacak işlemlerle ilgili tüm bilgiler verilmelidir. Hekim neyi, nasıl, ne kadar sürede yapacağını, risk ve tehlikelerini, yan etkilerini, başka seçenekler olup olmadığını, kendisinin bunları yapıp yapmadığını, uygulama için yeterli deneyimi bulunup bulunmadığını, mevcut koşul ve olanakların yeterli olup olmadığını, sonuçta nelerin meydana geleceğini, yaşamın bu süreçte nasıl etkileneceğini, başkalarının ve yakınlarının nasıl etkileneceğini, tüm işlemlerin maddi ve manevi karşılıklarının ne olabileceğini, hastanın yanıtlaması istediği soruların karşılıklarını, tüm ayrıntıları ile özel zaman ayırarak anlatmalıdır (21).

Bilgilendirme yapılmış olduğunun kabul edilebilmesi için ölçüt, bilinci ve ruhsal durumu sağlıklı olan hastanın, kendi eğitim düzeyine göre, durumuyla ve gelecekte olacaklarla ilgili aklının bir köşesinde en küçük bir soru işareti kalmayacak şekilde bilgilendirilmiş olmasıdır. Bilgilendirme anlaşılmalı sağlanmalıdır. Tıbbi terminoloji kullanılması sık karşılaşılan bir durum olup, aydınlatma görevi yerine getirilmiş sayılmaz. Doktor-hasta ilişkisinde dile ve davranışa dayalı iletişimsel sorunları belirlemeye yönelik 400 hastada yapılan bir anket çalışmasında, doktorların büyük bir oranı (%63,9) hasta ile kurdukları iletişimde mesleki (tıbbi) terminolojiyi tercih etmişlerdir. Doktorların hastalıkları ile verdikleri bilgileri anlayıp anlamadıklarına ilişkin, hiç anlamıyorum diyenlerin oranı %65,9 bulunmuştur. Hastaların %63,5’u ortaöğretim ve üniversite mezun olduğu bildirilmiştir. Tıbbi terminolojinin kullanılmasının doktor hasta iletişiminde önemli bir engel olduğu vurgulanmıştır (37).

Evrensel ilkelerden; "yaşama saygı", "kişiye ve insan onuruna saygı" tıpta "hastanın özerkliğine saygı" olarak yer almalıdır. Özerklik, hastanın, değer yargıları, inançları ve tercihleri yönünde, bedeni ve sağlığına yönelik tıbbi girişimlere izin verip vermeme hakkıdır. Özerkliğe saygı ilkesinin en önemli unsurlarından ilki, hastanın bilgilenebilmesi ya da bilgilendirilmesidir. Aktarılan bilgiler anlaşılır olmalı ve hasta hastalığı ile ilgili tedavi seçimini bilerek yapma olanağı verecek bilgilendirmeyi almalıdır. Özerkliğe saygı ilkesinin

ikinci önemli elemanı onam ve rızadır. Rıza; bilgilendirme, aydınlatma yapıldıktan sonra hastadan alınan onam olarak değer kazanmaktadır (36,38).

Zihinsel yeterliliği olan erişkin bir hasta herhangi bir tanı veya tedaviye yönelik girişimi onaylama veya kabul etmeme hakkına sahiptir. Hastadan onam alma, hastaya kendi hakkında karar verme hakkının tanınması olan, "kendi kaderini belirleme hakkı" temel insan haklarından olup, hastalığı, tanı ve tedavisi ile ilgili gerçekleri öğrenme ve kendisi hakkında son kararı verme hakkını sağlamaktır. Karar verme yeterliliği, kişinin hastalığı ve önerilen tıbbi girişimle ilgili bilgiyi anlayabilmesi; önerilen girişimi kabul ya da reddetmesi durumunda doğabilecek sonuçları değerlendirebilmesi; bu bilgi ve değerlendirmeler ışığında bir karara varabilmesi ve bunu ifade edebilmesidir (39).

Toplumun sağlıkla ilgili her konuda daha iyi bilgileneceğini arzu ettiği açıktır. Hasta hakları, bireyin kendi sağlığını koruyup geliştirmesi konusunda bilinçlendirilmesi ve kendi sağlığı ile ilgili anlayabileceği şekilde eksiksiz bilgi alma hakkı doğrultusunda hasta eğitimi hekimin temel görevleri arasındadır. Hastaya tedavinin planlanması aşamasında, alternatifler sıralanıp hastanın her birinin etki ve olası yan etkilerini anlaması ve uygulama zorlukları açısından da değerlendirip tedavi kararını paylaşması sağlanabilir (40).

2.6. Genel Anestezi Tanımı

Genel anestezi, vital fonksiyonlarda bir değişiklik olmadan, geçici bilinç kaybı, refleks aktivitede azalma ve analjezi ile karakterizedir. Bu durum, genel anesteziye kullanılan ilaçların santral sinir sisteminde yaptığı, kortikal ve psişik merkezlerden başlayıp, bazal gangliyonlar, serebellum, medulla spinalis ve medüller merkezler sırasını izleyen inisiyatif bir depresyonun sonucudur. Bilinç kaybı ve reflekslerin baskılanması yanında, kas gevşemesi de genel anestezinin önemli bir komponenti olup üçü birlikte genel anestezinin triadı'nı oluşturmaktadır (41).

Genel anestezi, sıklıkla gaz veya buhar halinde inhale ettirilerek ve/veya intravenöz enjeksiyon ile uygulanır (42,43).

A-Genel Anestezi Endikasyonları (44)

- 1- Israrlı genel anestezi isteyenler
- 2- Geniş kapsamlı cerrahi girişimler (Toraks ve üst batin operasyonu)
- 3- Bebek ve çocuklar
- 4- Mental bozukluğu olanlar

5- Bölgesel anestezi yöntemlerinin süresini aşan uzunluktaki cerrahi girişimler

B-Genel Anestezi Komplikasyonları

Anesteziye bağlı minimal komplikasyonlar olabileceği gibi hipoksik beyin hasarı ve hatta ölüm gibi major komplikasyonlar da olabilir (45-48).

- 1- Solunum sistem komplikasyonları: Hava yolu obstrüksiyonu, hipoksi, hiperkapni, aspirasyon, boğaz ağrısı, disfaji, atelektazi, aspirasyon pnömonisi, abse, amfizem, pnömotoraks ve tromboembolik olay
- 2- Kardiyovasküler sistem komplikasyonları: Hematom, tromboz, tromboflebit, hipotansiyon, hipertansiyon, taşikardi, bradikardi, aritmiler, miyokard infarktüsü, ve kardiyak arrest
- 3- Gastrointestinal sistem komplikasyonları: Bulantı, kusma, regürjitasyon ve ileus
- 4- Nörolojik komplikasyonlar: Mental değişiklikler, bitkinlik, eksitasyon, hallusinasyonlar, konvülsiyon, santral antikolinergik sendrom, periferik sinir yaralanmaları
- 5- İmmun sistem komplikasyonları: Anestezik ilaçlara ve sıvılara karşı gelişen immunolojik reaksiyonlar ve immün sistemin baskılanması
- 6- Diğer komplikasyonlar: Diş ve yumuşak damak travmaları, titreme, oftalmolojik sorunlar, ısı değişiklikleri, akut adrenokortikal yetmezlik
- 7- Malign hipertermi (49,50).

2.7. Rejyonal anestezi

Rejyonal anestezi bilinç kaybına yol açmadan vücudun belirli bölgelerindeki sinir iletilisinin ve ağrı duyusunun geçici olarak ortadan kaldırılmasıdır. Spinal ve epidural bloklar nöroaksiyel anestezi olarak adlandırılır (51-56).

A- Rejyonal anestezinin avantajları;

- 1- Uygulama kolaylığı,
- 2- Anestezik gaz kirliliğinin olmaması,
- 3- Derin ven trombozu ve pulmoner emboli gibi komplikasyonların daha az görülmesi, (57-59)
- 4- Tekrarlanan uygulamalarda karaciğer fonksiyonlarını bozmaması,
- 5- Hastanın bilincinin yerinde olması,

- 6- Hava yolunun açık olması,
- 7- Postoperatif arteriyel oksijenizasyonda, özellikle yaşlı hastalarda olumlu etkilerinin olması,
- 8- Öksürük refleksi kaybolmadığı için mide içeriğinin aspirasyonu riskinin olmaması (60),
- 9- Cerrahi ve travmaya bağlı stres cevabın azalması,
- 10- Postoperatif analjezi sağlayabilmesi,
- 11- Hastanın daha kısa sürede mobilize olabilmesi,
- 12- Anestezi maliyetinin genel anesteziye göre çok daha düşük olması (61,62).

B- Rejyonel anestezinin dezavantajları ; (51,53)

- 1- Uygulama için deneyim ve zaman gerektirmesi,
- 2- Uygulama hatalarına bağlı girişim sonrası nörolojik sekel riskinin olması,
- 3- Lokal anestezi toksisitesi,
- 4- Tekniklere ait komplikasyonların olması,
- 5- Hasta ve cerrahın rejyonel anestezi hakkında yeterli bilgi sahibi olmamasıdır.

C- Rejyonel anestezi kontrendikasyonları (52,53,63,64)

1- Mutlak kontrendikasyonlar:

- Hastanın reddetmesi
- Enjeksiyon bölgesinde infeksiyonu
- Şok veya ağır hipovolemi
- Koagülopati ve diğer pıhtılaşma bozuklukları
- Artmış intrakraniyal basınç
- Ciddi aort ve mitral darlığı

2- Rölatif kontrendikasyonlar:

- Sepsis
- Kooperasyon kurulamayan hasta
- Önceden mevcut nörolojik defisit (Demyelinizan lezyonlar)
- Stenotik kalp hastalığı
- Ciddi spinal deformite

3-Tartışmalı kontrendikasyonlar

- Enjeksiyon yapılacak bölgede eski cerrahi uygulanmış olması
- Komplikasyonlu cerrahi işlem (uzun cerrahi süre, major kan kaybı, solunumu bozan manevralar).

D- Rejyonel anestezi komplikasyonları (52,53,63-71)

- 1- Sırt ağrısı
- 2- Baş ağrısı
- 3- Nörolojik komplikasyonlar
- 4- Yetersiz spinal anestezi
- 5- Yüksek veya total spinal anestezi
- 6- Bulantı ve kusma
- 7- Enfeksiyon
- 8- Kauda ekuina sendromu
- 9- Üriner retansiyon
- 10- Sistemik toksisite
- 11- Spinal veya epidural hematom.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Etik Kurulu'nun onayı alındıktan sonra ADÜTF Anesteziyoloji ve Reanimasyon Polikliniği'nde, 26 Kasım 2008–26 Mayıs 2009 tarihleri arasında 6 aylık sürede çalışma koşullarını sağlayan yüm hastalarda gerçekleştirildi.

Çalışma sonrasında yapılan güç analizinde; $\alpha = \%5 (0,05)$ ve güç = $\%95$ ve odds oranı = 1,57 olacak şekilde en az 300 örneklem alınması gerektiğini bulduk (Sıfır hipotezinde odds oranı 1 olarak alındı) (8).

Çalışma 18-80 yaş arası anestezi polikliniğimize başvuran elektif, rejyonal anestezi de alabilecek, çalışmaya katılmayı kabul eden 358 hastaya uygulandı.

Dışlama kriterleri:

- 1- 18 yaşından küçük ve 80 yaşından büyük hastalar,
- 2- İletişim kurulamayanlar,
- 3- Koagülasyon bozukluğu olanlar,
- 4- Israrla genel veya rejyonal anestezi isteyenler,
- 5- Uygulanacak anestezi yöntemi için kontrendikasyonu olan hastalar (örneğin genel anestezi için ileri derecede KOAH, rejyonal anestezi için uygulama bölgesinde enfeksiyon vb) çalışma dışı bırakılması planlandı.

Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar; yaş, cinsiyet, medeni durumu (evli, bekar, dul), eğitim (okur-yazar değil, ilkokul, ortaokul, lise, üniversite), gelir düzeyi (aylık eve giren gelir; <500, 500-1000, 1000-1500, >1500 TL olarak gruplandırıldı) ve olacağı ameliyat çeşidi kaydedildi (Ek 1). Hastalar genel anestezi ile mi, rejyonal anestezi ile mi ameliyat olmak istedikleri sorgulandı ve tercihleri T1 olarak kaydedildi. Daha sonra seçtikleri anestezi yöntemi hakkında tercihlerini etkilemiş olabilecek faktörlerle, bu konudaki bilgi ve deneyimlerini değerlendiren evet-hayır şeklinde işaretleyecekleri dokuz soruyu cevaplandırmaları istendi (Tablo 1).

Tablo 1: Hastaların anestezi yöntemi tercihini etkileyen faktörlerin sorgulanması

	Sorular	Tercihler	
1	Tercih ettiğiniz yöntem hakkında bilginiz var mı?	E	H
2	Daha önce tercih ettiğiniz yöntem ile ameliyat oldunuz mu?	E	H
3	Yakınlarınızdan tercih ettiğiniz yöntem ile ameliyat olan var mı?	E	H
4	Bu yöntem hakkında iyi şeyler duymak sizi etkiler mi?	E	H
5	Bu yöntem hakkında kötü şeyler duymak sizi etkiler mi?	E	H
6	Anestezi yöntemi hakkında cerrahınız size bilgi verdi mi?	E	H
7	Cerrahınızın tavsiyesi sizi etkiler mi?	E	H
8	Anestezi uzmanınızın tavsiyesi sizi etkiler mi?	E	H
9	Ameliyat sırasında uyanık olmak sizi etkiler mi?	E	H

Daha sonra her iki gruba da genel anestezi ve rejyonel anestezi hakkında halkın anlayabileceği dilde hazırladığımız yazılı materyel okutuldu (Tablo 2 ve 3). Tercih ettikleri anestezi yöntemi tekrar sorgulandı ve tercihleri T2 olarak kaydedildi.

Tablo 2: Genel anestezi hakkında bilgilendirme

Genel Anestezi	<p>Dışarıdan verilen ilaçlar yardımıyla hastanın bilinç durumunun ortadan kaldırılması, hastanın uyutulmasıdır. Önce damar yolu açılır, serum bağlanır ve anestezi ilaçları verilerek hasta uyutulur. Maske yardımıyla oksijen verilir. Damar yolu ile kas gevşetici verilir ve hastanın boğazına bir tüp takılır. Bu tüp yardımıyla anestezi gazı verilerek ameliyatın devamı sağlanır. Ameliyat boyunca hastanın kalp atım hızı, elektrosu tansiyonu, kandaki oksijen ve karbondioksit miktarı, solunum sayısı ve hacmi gibi yaşamsal belirtiler sürekli takip edilir. Ameliyat bitince anestezi gazları kesilir, kas gevşetici ilaçların etkisini ortadan kaldıran ilaçlar verilir. Hasta solumaya başlayınca boğazındaki tüp çıkartılır. Bilincinin açıldığı, reflekslerinin geri döndüğü, ağrılı uyarılar ve sorulara cevap verdiği görüldükten sonra uyanma odasında takip edilir.</p> <p>YAN ETKİLER: Mide bulantısı, kusma, kusmuğun akciğere kaçması, boğaz ağrısı, düşük kan basıncı, ameliyat sonrası solunum desteği gereksinimi, zor hava yolu, anormal kalp ritmi, yüksek tansiyon, uzun dönem oryantasyon bozukluğu ve şuur bulanıklığıdır. Çok nadir olarak genetik bir bozukluk sonucu</p>
----------------	---

	ölümcül yüksek ateş görülebilir.
--	----------------------------------

Tablo 3: Rejyonal anestezi hakkında bilgilendirme

Rejyonal Anestezi	<p>Uyumadan vücudun belirli bölgelerinin uyuşturularak ağrı duyusunun ortadan kaldırılması olarak tanımlanabilir. Kullanılan iki yöntem spinal ve epidural anestezi dir.</p> <p>Her iki yöntemle de hasta oturur veya yan yatar pozisyonda iken uygulanabilir. Önce bölge aseptik olarak temizlenir ve örtülür. İnce bir iğne ile lokal anestezi k solüsyon verilerek uyuşturulur. Özel bir spinal iğne ile beyin omurilik sıvısı içine lokal anestezi k madde verilir. Hasta 5–10 dakika içerisinde bel hizasının altında kalan bölgede bacaklarını hareket ettiremez ve ağrı duymaz hale gelir. Etkisi kullanılan ilaca bağlı olmak üzere saatlerce sürebilir. Bu yöntemin avantajları hastanın ameliyat sırasında uyanık olması sebebi ile uyutma uyandırma işlemlerine gerek kalmadan konforlu şekilde anestezi alması, ameliyat sonrasında iki saat içerisinde ağızdan beslenmeye başlayabilmesi, ameliyat sahasındaki dokuların daha hızlı iyileşmesidir. Spinal anestezi ile bel hizası altında kalan her türlü ameliyat yapılabilir.</p> <p>Epidural anestezi, spinal anesteziye benzer ancak burada hastanın bel bölgesine balık misinası kalınlığında ince bir katater yerleştirilerek işlem tamamlanır. Bu kataterin dışarıda kalan ucundan ilaç verilerek sağlanan ağrısızlık istenirse sadece ameliyat boyunca değil günlerce sürdürülebilir. Epidural anestezi de spinal anesteziye göre en önemli farklılık hastanın ağrı duymamakla birlikte</p>
-------------------	--

	<p>bacaklarını hareket ettirebilmesidir.</p> <p>YAN ETKİLER: Kan basıncının düşmesi, nadir olarak baş ağrısı, sırt ağrısı, girişim yerinde kanama, enfeksiyon görülebilir. Çok nadir olarak geçici veya kalıcı duyu ve güç kaybı görülebilir. Kullanılan lokal anestezi maddenin yüksek dozlarına bağlı olarak (damar içine verilmesi sonucu) kalp ritminde bozukluk, sinir etkilenmesine bağlı sara benzeri nöbet görülebilir.</p>
--	---

Genel ve rejyonel anestezinin nasıl yapıldığını içeren akış şeması görsel olarak gösterildi ve sözel olarak bilgi verildi (Ek 2). Son olarak hastalara tercih ettikleri anestezi yöntemi için son kararları sorgulandı ve tercihleri T3 olarak kaydedildi

İlk tercihlerine etki edebilecek demografik veriler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, operasyon çeşidi) ile daha önceki bilgi ve deneyimlerinin ve tavsiyelerin ilk tercihlerine olan etkisi ile bilgilendirmenin tercihlerini ne ölçüde değiştirdiğini araştırdık.

4-İSTATİKSEL DEĞERLENDİRME

Çalışmadaki istatistiksel analizler “SPSS 14.0 For Windows” (SPSS Inc. Chicago, Illinois) programı ile yapıldı.

Tanımlayıcı istatistikler sayı (%) olarak gösterildi. İkili karşılaştırmalarda χ^2 analizleri kullanıldı.

Yaş, boy ve kilonun normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Simirnov testi ile incelendi. Hiçbiri normal dağılım göstermediği için tanımlayıcı istatistikler median (%25-%75 percentil) olarak gösterildi ve gruplara göre karşılaştırmalarda Mann-Whitney U Testi kullanıldı.

İlk anestezi tercihine etki eden faktörlerin belirlenmesinde veri madenciliği yöntemlerinden birisi olan CHAID (Chi-Square Automatic Interaction Detectors) analizi kullanıldı.

Bilimsel çalışmalardaki önemli istatistiksel problemlerden biri, üzerinde durulan olayı önemli derecede etkileyen faktörleri veya bu faktörlerin hangi seviyesinde etkinin yüksek olduğunu belirlemektir. CHAID (Chi-squared Automatic Interaction Detection) analizi değişkenlerdeki etkileşim veya kombinasyonları bulan bir yöntem olarak geliştirilmiştir. Yöntem, bir popülasyonu; bağımlı değişkendeki varyasyonu gruplar içi minimum ve gruplar arası maksimum olacak şekilde farklı alt gruplara veya bölümlere tekrarlı olarak ayıran bir tekniktir (72,73).

Yazılı ve görsel materyal ile bilgilendirme öncesi ve sonrası arasındaki fark McNemar testi ile incelendi. $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

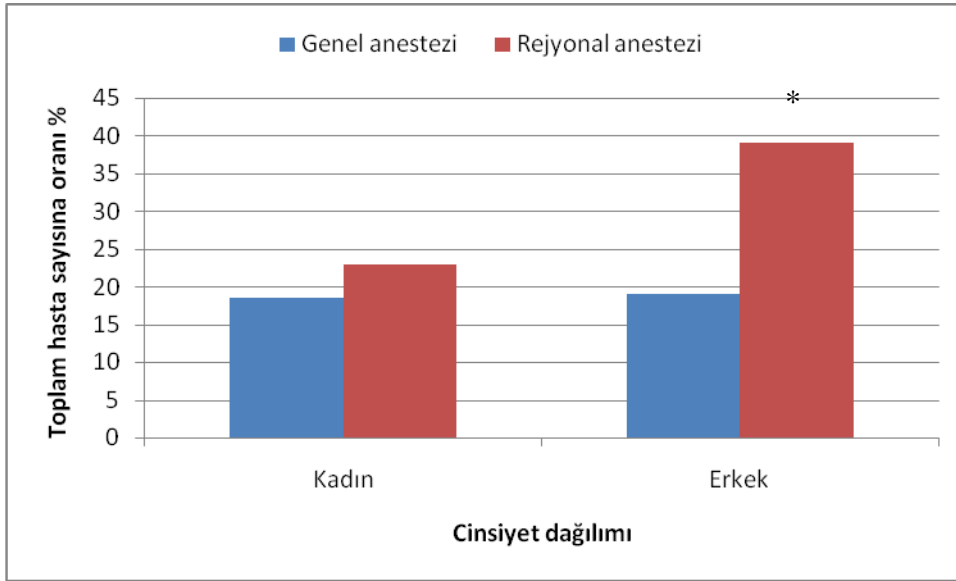
5-BULGULAR

Araştırmaya 150 kadın ve 208 erkek olmak üzere 358 olgu katıldı. Katılanların demografik özellikleri Tablo 3’de gösterilmektedir.

Tablo 4: Hastaların demografik verilerinin dağılımı

		Sayı	%
Cins	Kadın/Erkek	150/208	41,9/58,1
Yaş	18- 45	136	37,9
	46- 65	120	33,6
	66↑	102	28,5
Eğitim	Okur-yazar değil	39	10,9
	İlkokul	174	48,6
	Ortaokul	26	7,3
	Lise	53	14,8
	Üniversite	66	18,4
Medeni durum	Evli	306	85,5
	Bekar	31	8,7
	Dul	21	5,9
Meslek	Emekli	123	34,4
	Ev hanımı	105	29,3
	İşçi	35	9,8
	Memur	35	9,8
	Serbest	60	16,8
Gelir düzeyi	500↓	137	38,26
	500-1000	159	44,41
	1000-1500	32	8,93
	1500↑	30	8,37
Operasyon çeşidi	Genel cerrahi	68	19,0
	Kalp damar cerrahisi	2	0,6
	Kadın hastalıkları ve doğum	49	13,7
	Ortopedi	66	18,4
	Üroloji	173	48,3

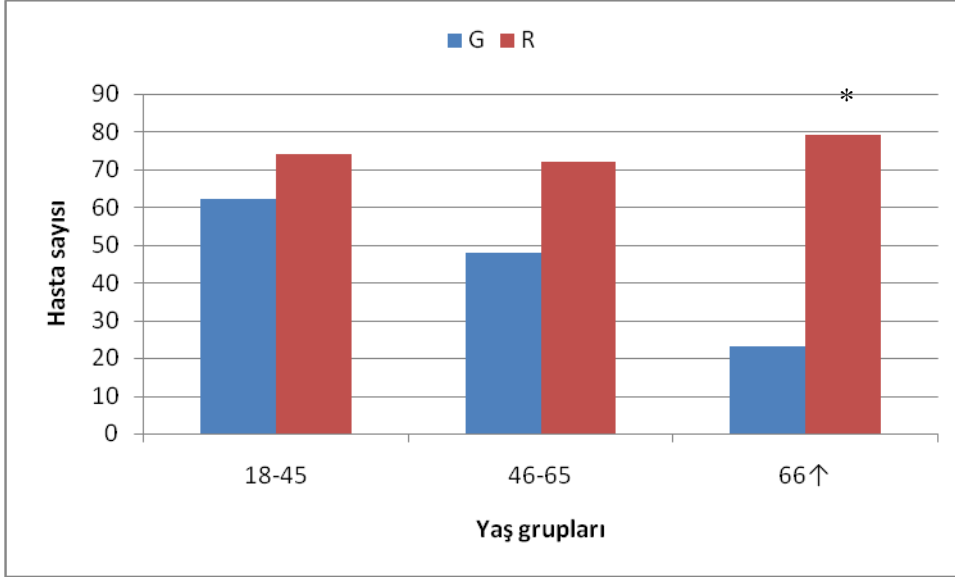
Çalışmaya dahil edilen toplam 358 hastadan 150'si kadın, 208'i erkek idi. Kadınların 66'sı (%18,43) genel anesteziyi tercih ederken, 84'ü (%23,46) rejyonel anesteziyi tercih etti. Erkeklerin 67'i (%18,71) genel anesteziyi tercih ederken, rejyonel anesteziyi tercih edenlerin sayısı ise 141 (%39,58) idi. Anestezi tercihinde cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0,023$) (Şekil 1)



Şekil 1: Anestezi tercihinin cinsiyete göre dağılımı

*: $p=0,023$

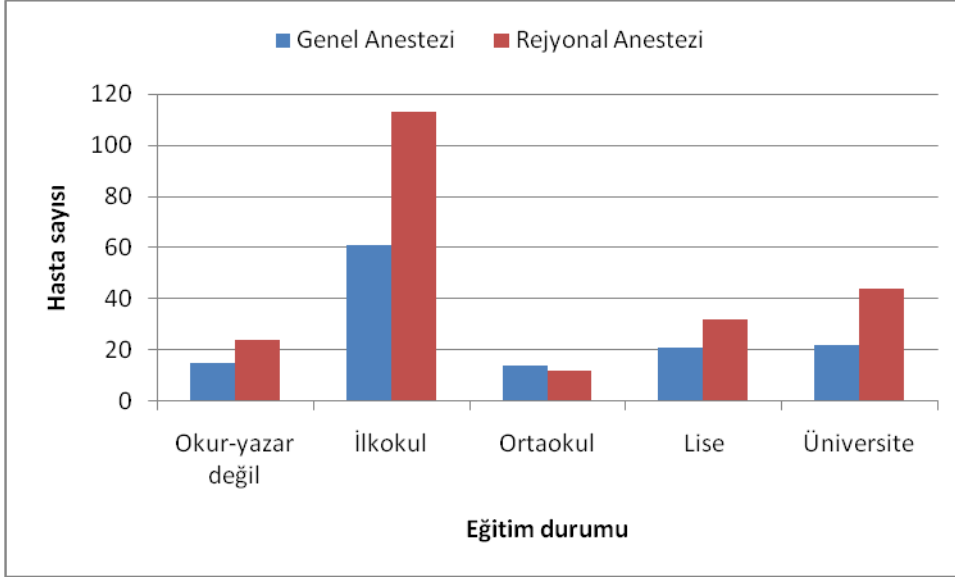
Çalışmaya katılan hastaların 136'sı 18-45 yaş grubunda yer alıyordu. Bunlardan 74'ü (%20,67) rejyonel anesteziyi tercih ederken, 62'si (%17,31) genel anesteziyi tercih etti. 120 (%33,51) hasta 46-65 yaş grubundaydı. Bu yaş grubundaki 72 (%20,11) hasta rejyonel, 48'i (%13,40) ise genel anesteziyi tercih etmiştir. 66 yaş ve üstündekilerin 79'u (%22,06) rejyonel, 23'ü (%6,42) genel anesteziyi tercih etmiştir. Anestezi tercihinde yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,001$) (Şekil 2).



Şekil 2: Anestezi tercihinin yaş gruplarına göre dağılımı

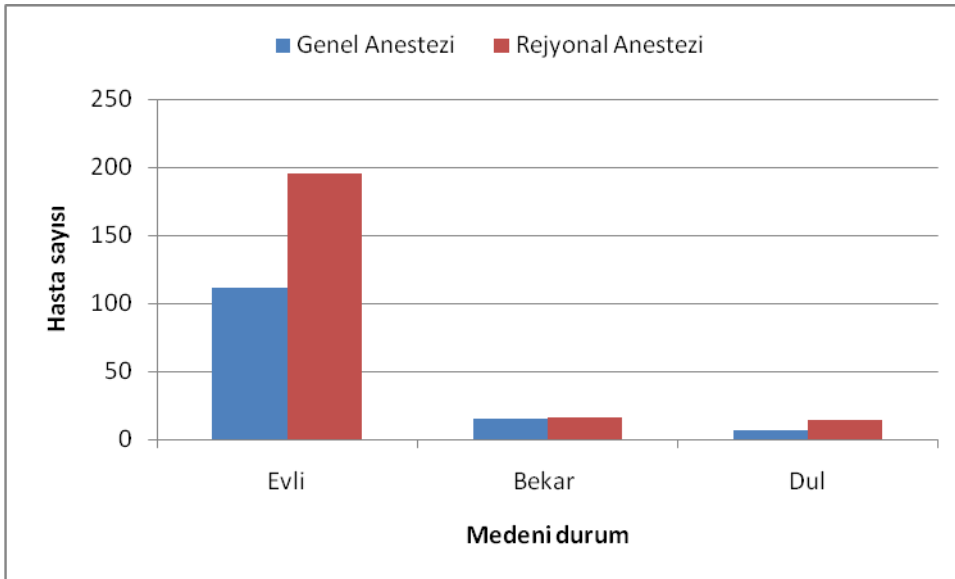
*: $p < 0,001$

Çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların eğitim düzeylerine bakıldığında 39'u (%10,89) okur-yazar değildi. Bunlardan 15'i (%4,18) genel anesteziyi, 24'ü (%6,70) rejyonal anesteziyi tercih etti. İlkokul mezunu 174 (%48,60) hastanın 61'i (%17,03) genel anestezi, 113'ü (%31,56) rejyonal anesteziyi tercih etti. Ortaokul mezunu olan 26 (%7,26) hastanın 14'ü (%3,91) genel anesteziyi, 12'i (%3,35) rejyonal anesteziyi tercih etti. Lise mezunu olan 53 (%14,80) hastanın 21'i (%5,86) genel anesteziyi, 32'si (%8,93) rejyonal anesteziyi tercih etti. Üniversite mezunu olan 66 (%18,43) hastanın ise 22'si (%6,14) genel anesteziyi, 44'ü (%12,29) rejyonal anesteziyi tercih etti. Anestezi tercihinde hastaların eğitim düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0,405$) (Şekil 3)



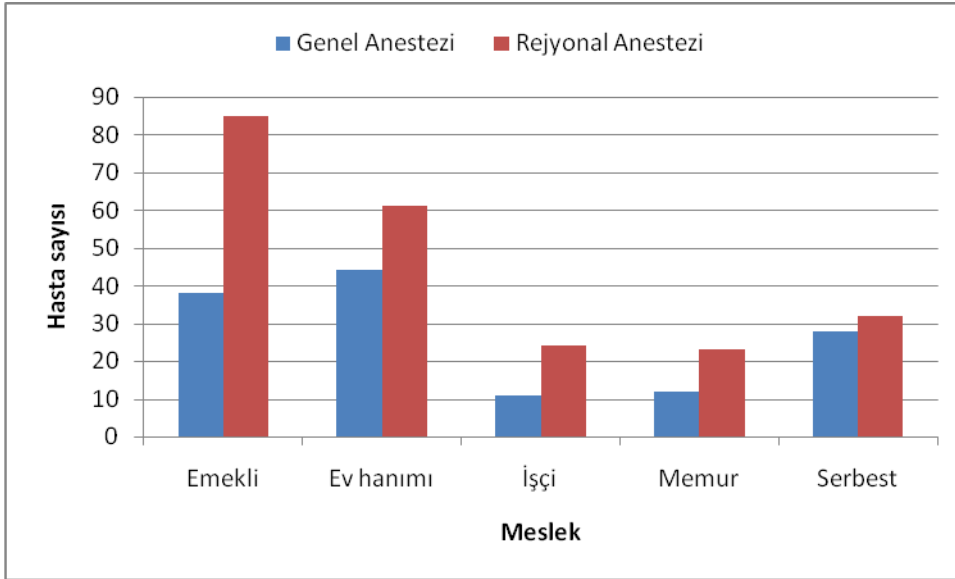
Şekil 3: Anestezi tercihinin eğitim durumuna göre dağılımı

Çalışmaya dahil edilen hastaların medeni durumları ile anestezi tercihi arasındaki ilişkiye bakıldığında; evli olan 306 (%85,47) hastanın 111'i (%31) genel anesteziyi, 195'i (%54,46) rejyonel anesteziyi tercih etti. Bekar olan 31 (%8,65) hastanın 15'i (%4,18) genel anesteziyi, 16'sı (%4,46) rejyonel anesteziyi tercih etti. Dul olan 21 (%5,86) hastanın ise 7 tanesi (%1,95) genel anesteziyi, 14 tanesi (%3,91) rejyonel anesteziyi tercih etti. Medeni durum ile anestezi tercihi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0,385$) (Şekil 4).



Şekil 4: Anestezi tercihinin medeni duruma göre dağılımı

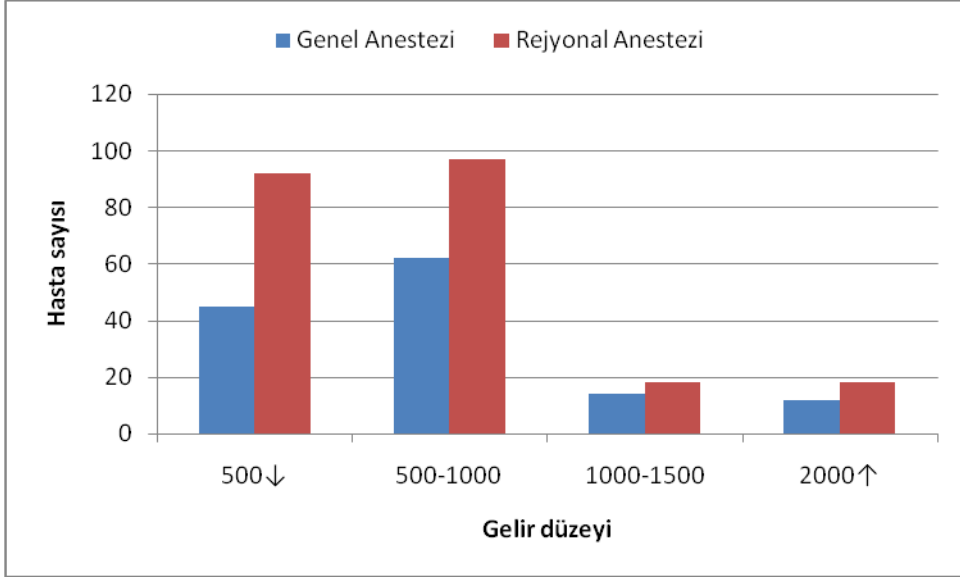
Çalışmaya dahil edilen hastaların meslek gruplarına bakıldığında emekli olan 123 (%34,35) hastanın 38'i (%10,61) genel anesteziyi, 85'i (%23,74) rejyonel anesteziyi tercih etti. Ev hanımı olan 105 (%29,32) hastanın 44'ü (%12,29) genel anesteziyi, 61'i (%17,03) rejyonel anesteziyi tercih etti. İşçi olan 35 (%9,77) hastanın 11'i (%3,07) genel anesteziyi, 24'ü (%6,70) rejyonel anesteziyi tercih etti. Memur olan 35 (%9,77) hastanın 12'si (%3,35) genel anesteziyi, 23'ü (%6,42) rejyonel anesteziyi tercih ederken, serbest meslek sahibi olan 60 (%16,75) hastanın ise 28'i (%7,82) genel anesteziyi, 32'si (%8,93) rejyonel anesteziyi tercih etti. Anestezi tercihinde meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0,568$) (Şekil 5).



Şekil 5: Anestezi tercihinin meslek durumuna göre dağılımı

Çalışmaya katılan hastalar gelirlerine göre 4 gruba ayrıldı. Birinci gruba dahil olan 137 (%38,26) hastanın 45'i (%12,56) genel anesteziyi, 92'si (%25,69) rejyonel anesteziyi tercih etti. İkinci gruptaki 159 (%44,41) hastanın 62'si (%17,31) genel anesteziyi, 97'si (%27,09) rejyonel anesteziyi tercih etti. Üçüncü gruba dahil olan 32 (%8,93) hastanın 14'ü (%3,91) genel anesteziyi, 18'i (%5,02) rejyonel anesteziyi tercih etti. Dördüncü gruptaki 30 (%8,37) hastanın ise 12'si (%3,35) genel anesteziyi, 18'i (%5,02) rejyonel anesteziyi tercih

etti. Gelir dağılımlarına göre anestezi tercihi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0,568$) (Şekil 6).



Şekil 6: Anestezi tercihinin gelir durumuna göre dağılımı

Araştırmaya katılan hastaların, genel anestezi ve rejyonel anestezi için; tercih ettikleri yöntem ile ilgili bilgi ve deneyimlerini değerlendiren soruların dağılımı tablo 5 de verilmiştir.

Tablo 5: Tercih edilen yöntem hakkında bilgi ve deneyimlerin etkisinin dağılımı

					p
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Tercih ettiğiniz yöntem hakkında bilginiz var mı?	203	56,70	155	43,29	0,184
Tercih ettiğiniz yöntem ile önceki deneyiminiz var mı?	212	59,21	146	40,78	<0,001
Tercih ettiğiniz yöntem ile yakınlarınızın önceki deneyimi var mı?	132	36,87	226	63,12	<0,001
Tercih ettiğiniz yöntem ile ilgili olumlu şeyler duymak etkiler mi?	299	83,51	59	16,48	<0,001
Tercih ettiğiniz yöntem ile ilgili olumsuz şeyler duymak etkiler mi?	285	79,60	73	20,39	<0,001
Cerrahınız anestezi yöntemi hakkında bilgi verdi mi?	108	30,16	247	68,99	<0,001
Cerrahınızın tavsiyesi etkiler mi?	305	85,19	50	13,96	<0,001
Anestezi uzmanının tavsiyesi etkiler mi?	344	96,08	11	3,07	<0,001
Operasyon sırasında uyanık olmak sizi etkiler mi?	133	37,15	222	62,01	<0,001

CHAID : Chi-Square Automatic Interaction Detectors (Ki-Kare Otomatik Etkileşim Detektörü)

Chaid analizinde tercihi belirleyen en önemli faktör operasyon sırasında uyanık olmak sizi etkiler mi? (Soru 10) sorusudur. İkinci önemli olan; tercih ettiğiniz yöntem ile yakınlarınızın deneyimi var mı? (soru 4) ve tercih ettiğiniz yöntem ile önceki deneyiminiz var mı? (soru 3) tür. Üçüncü önemli faktör ise cinsiyet olarak bulunmuştur.

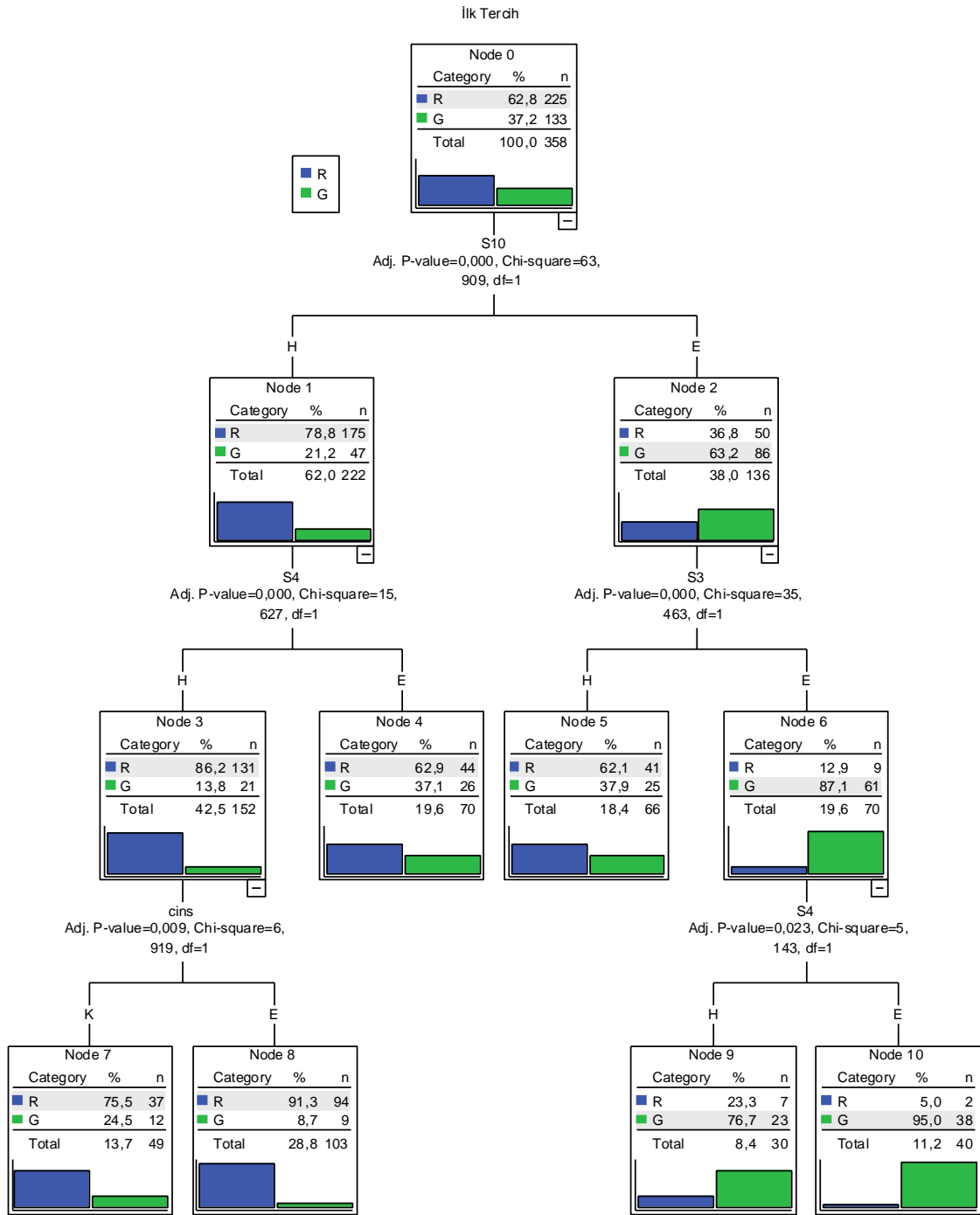
Operasyon sırasında uyanık olmak sizi etkiler mi? (Soru10)' a hayır diyen ve tercih ettiğiniz yöntem ile yakınlarınızın deneyimi var mı? (Soru 4)' e hayır diyen kadınların (node 7) 37'si (%75,5) rejlional anesteziyi, 12'si (%24,5) genel anesteziyi tercih ederken, erkeklerin (node 8) 94' ü (%91,3) rejlional anesteziyi, 9'u (% 8,7) ise genel anesteziyi tercih etmektedir.

Operasyon sırasında uyanık olmak sizi etkiler mi? (Soru10)' a hayır diyen ve tercih ettiğiniz yöntem ile yakınlarınızın deneyimi var mı? (Soru 4)' e evet diyenlerin (node 4) 44'ü (62,9) rejlional anesteziyi, 26' sı (%37,1) genel anesteziyi tercih etmektedir. Operasyon sırasında uyanık olmak sizi etkiler mi? (Soru10)' a evet diyen ve tercih ettiğiniz yöntem ile önceki deneyiminiz var mı? (soru 3)' e hayır diyenlerin (node 5) 41' i (%62;1) rejlional anesteziyi, 25'i (%37,9) genel anesteziyi tercih etmektedir.

Operasyon sırasında uyanık olmak sizi etkiler mi? (Soru10)' a evet diyen, tercih ettiğiniz yöntem ile önceki deneyiminiz var mı? (soru 3)' e evet diyen ve tercih ettiğiniz yöntem ile yakınlarınızın deneyimi var mı? (Soru 4)' e hayır diyenlerin (node 9) 7' si (%23,3) rejlional anesteziyi, 23' ü (%76,7) genel anesteziyi tercih ederken, tercih ettiğiniz yöntem ile yakınlarınızın deneyimi var mı? (Soru 4)' e evet diyenlerin (node 10) 2'si (%5) rejlional anesteziyi, 38' i (%95) genel anesteziyi tercih etmektedirler (Şekil 7: Chaid).

Bulunan Chaid modeline göre rejlional anesteziyi tercih edenlerin %96' sı, genel aneteziyi tercih edenlerin %45,9' u tanımlanabilmektedir.

Yani bu modelin duyarlılığı %96 özgülüğü %45,9 olup, genel doğruluk oranı %77,4 tür.

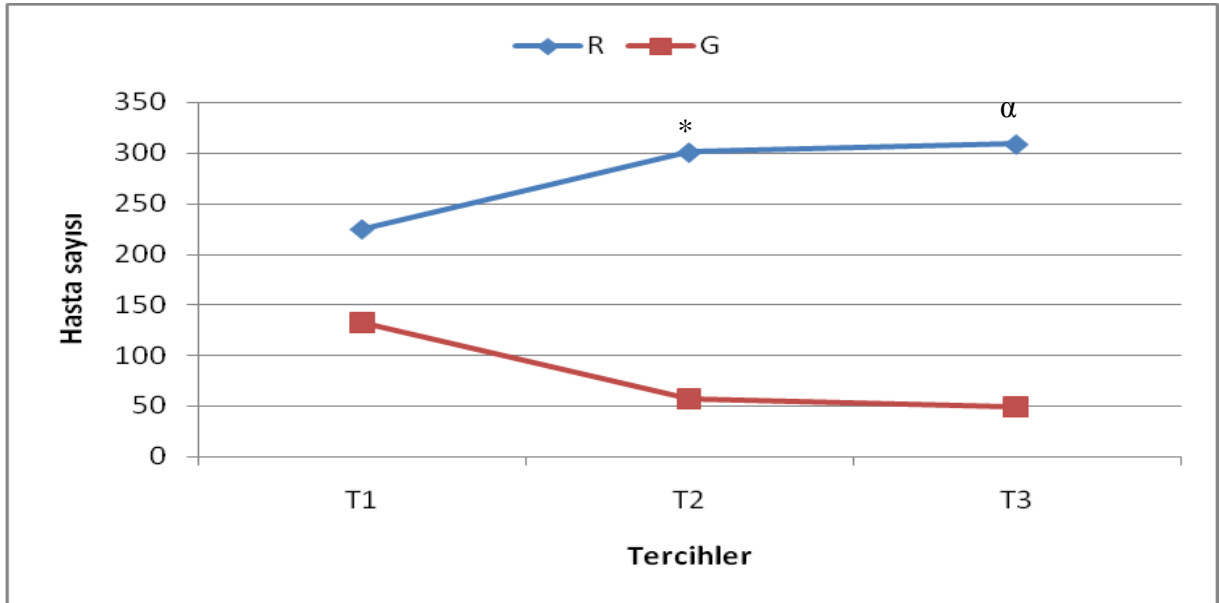


Şekil 7: Ki-Kare Otomatik Etkileşim Detektörü

Çalışmamızda yazılı bilgilendirme öncesi ve sonrası arasındaki farkı değerlendirmek için Mc- Nemar testi kullanıldı. İlk tercihinde rejyonel anesteziyi kabul eden 225 hastadan bilgilendirme sonrası genel anestezi'yi tercih eden hasta olmamıştır. İlk tercihinde genel anesteziyi tercih eden 133 hastadan 76'sı (%57) bilgilendirme sonrası rejyonel anesteziyi kabul etmiştir. Çalışmaya katılan 358 hastadan 301'i (%84) rejyonel anestezi ile opere olmak istemişlerdir. Bilgilendirme ile anestezi yöntem tercih arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Bilgilendirme sonrasında tercihlerde önemli bir değişim olmuştur. Bu değişim genelden regionale doğrudur ($p=0,001^a$) (Şekil 8).

Bilgilendirmeden sonra rejyonel anesteziyi tercih eden 301 hastadan görsel materyalle bilgilendirme sonrası genel anesteziyi tercih eden olmadı. Bilgilendirmeden sonra genel anestezi tercihinde kararlı olan 57 hastanın 8'i (%14) rejyonel anestezi'yi tercih etti. Görsel materyellerle bilgilendirmenin anestezi yöntem tercihi ile arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p=0,001^a$) (Şekil 8).

İlk tercih'in (T1), yazılı materyal sonrası (T2) ve görsel materyal sonrası (T3) değişimi şekil 8 de gösterilmiştir.



Şekil 8: Yazılı ve görsel materyal ile bilgilendirme sonrası anestezi tercihindeki değişim

(T1: Hastaların ilk anestezi tercihi, T2: Hastaların yazılı materyal ile bilgilendirme sonrası anestezi tercihi, T3: Hastaların görsel materyal ile bilgilendirme sonrası anestezi tercihi)

T1'e göre *: $p=0,001^a$ (T2 ile) α : $p=0,001^a$ (T3 ile)

6-TARTIŞMA

Çalışmamızda yaşlı hastaların ve erkek hastaların rejyonel anesteziyi daha fazla tercih ettiğini, bu tercihlerinde ameliyat sırasında uyanık olmalarının, kendi ve yakınlarının daha önceki deneyimlerinin önemli rol oynadığı, bilgilendirme arttıkça hasta tercihinin genel anesteziye rejyonel anesteziye kaydığını saptadık.

Lizarraga ve ark. (14), cinsiyet ve yaşın karar vermeyi etkileyen en önemli değişkenler olduğunu bildirmektedirler. Kadınların çevreden daha fazla etkilendiğini, karar vermek için daha fazla zaman harcadığını ve kararsızlık dinamiklerinden daha çok etkilendiklerini, buna karşın erkeklerin dış faktörlerden daha az etkilenip bilgi analizine daha çok önem verdiklerini saptamışlardır. Erkeklerin en çok operasyon sırasında ve sonrasında ağrıdan endişe etmeleri nedeniyle gerek operasyon sırasında, gerekse postoperatif analjezik etkinliği üstün olan rejyonel anesteziyi daha fazla tercih ettikleri ileri sürülmektedir (74). Başka bir çalışmada ise, kadınların endişe düzeylerinin daha yüksek olması nedeniyle ameliyat sırasında etrafında olan biteni görmemek ve duymamak için daha çok genel anesteziyi tercih ettikleri bildirilmektedir (75). Memtsoudis ve ark. (76) 5810 hasta üzerinde gerçekleştirdikleri retrospektif kohort çalışmalarında inguinal herni onarımında, hastaların anestezi tercihine ırk, cinsiyet ve gelir düzeyinin etkilerini araştırmışlar ve kadınların erkeklerden daha az oranda epidural anesteziyi tercih ettiklerini bildirmişlerdir (OR 0.5, 95% CI 0.3-0.85). Buna karşın Ochroch ve ark. (8), perioperatif epidural analjezi kabulüne etki eden faktörleri araştırdıkları 1193 hastanın katıldığı anket çalışmasında cinsiyetin anestezi tercihini etkilemediğini belirtmektedirler (OR 1.05, 95% CI 0.83,1.32 p:0.682). Pelinka ve ark.'nın (9) ortopedi ve travma cerrahisinde hastaların neden rejyonel anesteziyi seçtikleriyle ilgili çalışmalarında, rejyonel anesteziyi seçen erkek hastaların sayısı 133 iken bayan hastaların sayısı 105 olup, her iki cinsin benzer nedenlerle rejyonel anesteziyi tercih ettikleri bildirilmiştir. Çalışmamızda her iki cins genel anesteziyi benzer şekilde tercih ederken, rejyonel anestezi daha çok erkekler tarafından tercih edilmiştir. Bu bulgularımız mevcut literatür ile uyumlu olup, bu konudaki yorumlarımız literatüre benzerdir.

Çalışmamızda 18-45 yaş grubunda rejyonel ve genel anestezi tercihleri birbirine yakınken, yaş arttıkça bu fark rejyonel anestezi lehine artmıştır. Her yaş grubunda rejyonel anestezi daha fazla tercih edilirken, 65 yaş üzerinde rejyonel anestezi yaklaşık 3 kat daha fazla tercih edilmiştir. Yapılan çalışmalarda tıbbi tedavileri ile ilgili karar vermede yetişkin ve yaşlıların bilgi ve deneyim sahibi olmalarının karar vermeyi kolaylaştırdığı bulunmuştur (14).

Pelinka ve ark. yaptıkları çalışmada (9), hastaları 50 yaş üzeri (n=128) ve 50 yaş altı (n=110) olmak üzere iki benzer gruba ayırmışlar ve 50 yaş üzeri hastaların rejyonel anesteziyi daha güvenli olduğu için tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Salomons ve ark. (10), sadece kadın hastalar üzerinde klinik bir araştırmaya katılmayı reddetme nedenlerini araştırdıkları çalışmalarında, sadece epidural uygulaması nedeniyle çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastaların daha genç olduklarını belirtmektedirler. Sheiner ve ark. (77) çalışmalarında doğum için epidural anestezinin genç hastalara daha fazla önerildiğini, ancak epidural anesteziyi yaşça daha büyük kadınların tercih ettiğini saptamışlardır. Stark'ın (78) doğum için epidural anestezi tercihi ile ilgili çalışmasında ise yaşın tercih üzerine etkisinin olmadığı belirtilmektedirler. Bu iki çalışmada da hastaların yaşları bizim çalışmamızdaki genç grubun içindedir. Bu yönden bakıldığında bulgularımız literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda eğitimin anestezi tercihinin etkisi olmadığı bulunmuştur. Ochroch ve ark.(8) perioperatif epidural analjezi kabulüne etki eden faktörleri araştırdıkları çalışmada, epidural analjeziyi kabul edenlerin kolej mezunu olduklarını saptamışlardır. Sheiner ve ark. (77) intrapartum epidural analjezinin kabulü ile ilgili çalışmalarında, eğitim düzeyi yüksek olanların daha çok epidural analjeziyi tercih ettiklerini saptamışlardır. Namal ve ark.(79) hastaların eğitim düzeyi arttıkça, tedaviye karar verme yüzdelerinin arttığını bildirmektedirler. Literatürden olan bu farklılığımızın, çalışmamıza katılan hastaların yaklaşık %70'inin (%11'i okur- yazar değil, %49'u ilkökul ve %7'sinin ortaokul mezunu) lise eğitiminden daha düşük bir eğitim düzeyinde olmasından kaynaklandığı kanatındeyiz.

Ochroch ve ark. (8) perioperatif epidural analjezi kabulüne etki eden faktörleri araştırdıkları çalışmada, hastaların medeni hallerinin anestezi tercihlerine etkisi olmadığını saptamışlardır. Sheiner ve ark.'nın da yaptıkları çalışmada (77) doğum için epidural anestezinin önerilmesi ve kabul edilmesine, hastaların medeni hallerinin etkisi olmadığını bildirmektedirler. Çalışmamızda da yukarıdaki literatür bilgilerine uygun şekilde hastaların medeni durumları ile anestezi tercihi arasında ilişki bulunmamıştır.

Ochroch ve ark.'nın (8) perioperatif epidural analjezi kabulüne etki eden faktörleri araştırdıkları çalışmada, hastaların iş durumlarının epidural anesteziyi tercih etmelerinde etkisi olduğunu (p<0.004), özellikle tam veya yarı zamanlı çalışanların epidural anesteziyi daha kolay kabul ettikleri saptanmıştır. Mevcut literatürün aksine çalışmamızda, anestezi tercihinin iş durumunun etkisi olmadığı saptanmış olup, bunun hastalarımızın yaklaşık % 65'inin emekli ve evhanımlarının oluşturmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Ochroch ve ark.'nın (8) perioperatif epidural analjezi kabulüne etki eden faktörleri araştırdıkları çalışmalarında, hastaların gelir düzeylerinin anestezi tercihlerini etkilediğini ($p<0.037$), özellikle yıllık geliri 50.001/yıl doların üstünde olan hastaların daha çok epidural analjeziyi tercih ettiklerini bildirmişlerdir. Namal ve ark. (79) diş kliniğine başvuran 2183 bireyin tedaviye karar vermelerini etkileyen faktörleri araştırdıkları çalışmalarında, bireylerin sosyoekonomik düzeylerinin yüksek olmasının tedaviye karar vermeyi arttırdığını saptamışlardır. Çalışmamızda gelir dağılımının anestezi tercihinin etkisi olmadığı görülmüştür. Bu sonucumuza polikliniğimize başvuran hastaların %80'inin gelir düzeyinin düşük olmasının neden olduğu düşüncesindeyiz.

Çalışmamızda hastaların tercih ettikleri yöntem hakkında bilgi ve deneyimlerini sorguladığımız ankette; ilk yöneltilen “Tercih ettiğiniz yöntem hakkında bilginiz var mı?” sorusunun hastaların ilk anestezi tercihlerine etkisinin olmadığını, diğer sorularda sorgulanan parametrelerin ilk tercihi etkilediğini gözlemledik. Bu sorulardan “Ameliyat sırasında uyanık olmak sizi etkiler mi?” en fazla olmak üzere, daha sonra sırasıyla “Daha önce tercih ettiğiniz yöntem ile ameliyat oldunuz mu?” ve “Yakınlarınızdan tercih ettiğiniz yöntem ile ameliyat olan var mı?” sorularının ilk tercihe etkisi olduğunu CHAID analizi ile saptadık. Ochroch ve ark. çalışmalarında (8) perioperatif epidural analjezi kabulüne etki eden faktörleri araştırmışlardır. Buna göre epidural anestezi, anesteziist tarafından tavsiye edilirse olguların % 64'nün, eğer hem cerrah hem anesteziist tarafından tavsiye edilirse olguların %78,5'nin epidural anesteziyi kabul ettiklerini, tercihlerini epidural yönünde kullanan hastaların daha önce epidural tedavi görmüş ya da epiduralin ne olduğunu bilen hastalar olduğunu saptamışlardır. Ayrıca aynı çalışmada hastaların kendilerinin veya yakınlarının yaşadıkları daha önceki epidural anestezi deneyimlerinin kabul etme veya etmeme kararlarını önemli derecede etkilediğini bulmuşlardır. “Epidural hakkında hiç bir kaynaktan kötü bir şey duymadım” ifadesi bu anestezi yöntemini daha kolay tercih etmelerini sağlarken, “Epidural hakkında hiç bir kaynaktan iyi bir şey duymadım” ifadesinin ise bu yöntemi tercih etmemelerine neden olduğunu bildirmektedirler (8). Wu ve ark. (80) yaptıkları çalışmada hastaların %25'nin rejyonal anestezi kararlarını cerrahları ile birlikte aldıkları ve önceki rejyonal anestezi deneyimlerinin gelecekteki anestezi tercihlerini de aynı yönde etkilediği, daha önce deneyimi olmayan hastaların ise tercihlerini genel anestezi yönünde kullandıklarını saptamışlardır. Daha önceki deneyimlerin, duyuların anestezi tercihinin etkileri her iki çalışmada da benzer olduğu görülmektedir. Salomons ve ark. (10) yaşları 19-75 arasında

değişen kadın hastalar üzerinde, klinik bir araştırmaya katılmayı reddetme nedenlerini araştırdıkları epidural anestezinin uygulanacağı çalışmalarında, daha önce bir medikal tecrübesi olanların daha yüksek oranda bu çalışmaya katılmayı kabul ettiklerini saptamışlardır. Aynı çalışmada bir ameliyat geçirmenin katılma oranını arttırdığı, olumsuz şeyler yaşayanlarda katılma oranının azaldığı tespit edilmiştir. Yine bu çalışmada, daha genç yaştakilerin, sistemik bir hastalığı olanların, karın bölgesi ya da sırt ağrısı olanların çalışmaya katılmaya daha gönüllü oldukları görülmüştür. Çalışmamızın bulguları, bu üç çalışmanın bulgularıyla benzerlik gösterirken, Tekin ve ark. (81), sezeryan operasyonu geçirmiş 304 olguda anestezi yöntem seçimi ile ilgili görüşleri değerlendirdikleri çalışmada, önceki deneyimleri yönlendirici bulmamışlardır. Bu farklı sonucun çalışmanın doğurganlık yaş grubundaki kadınlarda yapılmasıyla ilgili olabileceğini düşünmekteyiz. Yine bu çalışmada anestezi ve obstetrisyenlerin, yöntem seçimini en çok etkileyen kişiler oldukları ve rejyonel anesteziyi önerdikleri görülmüştür. Aynı operasyonu geçirmiş diğer hastaların görüş ve önerilerinin ve konu ile ilgili yazılı kaynakların da, yöntem seçiminde etkili olduğu ortaya konulmuştur ki, anestezi ve cerrahların yöntem seçimindeki önemi bizim çalışmamızla aynıdır (81). Oldman ve ark.'nın (82) Kanadalı ortopedi cerrahları arasında, rejyonel anestezi hakkında cerrahi davranışlarını ve tercihlerini belirlemek için yaptıkları anket sonuçlarına göre, cerrahların hastalarını rejyonel anestezi için yönlendirdiği belirtilmiştir. Gajraj ve ark. çalışmalarında (83), başlangıçta rejyonel anesteziyi reddeden hastaların anestezi ile konuyu görüşünce fikirlerini değiştirdiğini bildirmektedirler. Bizim çalışmamızda da hastaların anestezi yöntemi seçiminde cerrahlar ve anestezi uzmanları tarafından yönlendirilebileceği saptanmıştır. Cerrahlar hastaları başından beri takip ettikleri için, hastanın seçimini etkileyebilmektedirler, anestezi uzmanları hastayı yeterli ve uygun bilgilendirdikleri takdirde hastanın güvenini kazanarak, hastaların anestezi tercihleri üzerinde etkileri olduklarını düşünmekteyiz.

Genel ve spinal anestezi birçok cerrahi işlemde kullanılmaktadır. Hastaların kendileri için, hangi anestezi yöntemini tercih edeceklerini inceleyen çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Gajraj ve ark. (83) kendi merkezlerinde obstetrik hastalara %78 oranında rejyonel anestezi uygulandığını saptamışlardır. Hastaların genel anesteziyi tercih etmelerinde bel ağrısı ve iğne acısından korkma, cerrahi sırasında bir şeyler görme ve duyma endişesinin rol oynadığını saptamışlardır. Kee ve ark.'nın (75) çalışmasında ise, hastaların cerrahi sırasında acı hissedecekleri düşüncesiyle rejyonel anesteziyi reddettiğini, anestezi seçimini yapmak ve

kendi durumları hakkında tartışacak uygun fırsatlar olmadığından yakındıklarını belirtmişlerdir. Başka bir çalışmada sezeryan operasyonlarında bebeğin doğum anını görmek isteyen, ancak yüzeysel bilgileri ve endişeleri nedeniyle rejyonel anesteziden kaçınan pek çok anne adayının, anestezi ve obstetrisyenlerin açıklamalarıyla rejyonel anesteziyi seçeceğini düşündüklerini bildirmişler ve yazılı kaynakların etkinliğinden olabildiğince yararlanılması, hasta broşürleri ile anestezi yöntemlerinin açıklanması ve uygulamaların özenli ve başarılı olmasının da rejyonel anesteziyi hızla yaygınlaştırabileceğini ileri sürmüşlerdir (81). Hastaları rejyonel anesteziden uzaklaştıran en önemli etkenlerin, cerrahi sırasında bir şeyler görme, duyma ve ağrı hissetme endişesi, felç olma endişesi, iğne ve bel ağrısı, bacaklarda duyu kaybı, kontrolünü kaybetme ve baş ağrısı olduğu yapılan çeşitli çalışmalarda gözlenmiştir (75,81,83). Çalışmamızda anestezi yöntemi hakkında bilgilendirilmenin tercihi yönlendirdiği sonucu literatürle uyumludur. Bu durum bize olguların rejyonel anestezi hakkında yüzeysel bilgilere sahip olduğunu, yeterli bilgilendirme yapıldığı takdirde kararlarını daha doğru verebileceklerini düşündürmektedir. Operasyon öncesinde hasta ile anestezi arasında kurulan iyi bir diyalog hastanın anksiyetesini azaltmaktadır. Ayrıca anestezi uygulaması hakkında hastaları bilgilendirme, onların anestezide bakış açılarını değiştirmekte ve daha sağlıklı karar vermelerini sağlamaktadır.

Shevde ve ark.'nın (74) 800 hastanın anestezi ile ilgili kaygı, tavır ve bilgilendirilmeleri ile ilgili yaptıkları anket çalışmasında; hastaların % 69'u hiçbir şey görmemek, hissetmemek ya da spinal anestezinin tehlikeli olacağını düşündükleri için genel anesteziyi tercih ederken, lokal ve rejyonel yöntemleri seçenler ise girişim sırasında uyanık olmak ve genel anestezinin olası yan etkilerinden sakınmak için bu yöntemi tercih ettiklerini ve kadınlar postoperatif uyanamamaktan, erkekler ise daha çok postoperatif ağrıdan çekindiklerini belirtmişlerdir. Afhami ve ark. (84) da spinal anestezi uyguladıkları 100 sağlıklı hastanın sezeryanında hastalarının %80'ninin cerrahi sırasında anesteziden uyanamama korkusu nedeniyle uyanık olmak istediklerini bildirmektedirler. Çalışmamızda hastaların ilk tercihlerine etki eden düşünceler literatürle uyumludur.

Birçok çalışmada, anestezi ameliyatın cinsine göre hastalarına uyanık olmak mı (bölgesel anestezi), yoksa uyumak mı (genel anestezi) istediklerini sorguladığı bildirilmektedir. Bu çalışmada perioperatif sağlık hizmetinde amacının, hastaların değer verdikleri şeyleri bulmak, sonra da hastaların isteklerine anestezi tekniğini uyarlamak olması gerektiğini önermişlerdir. Medikal kararların, hasta memnuniyetinin ve klinik sonuçların

kalitesinin artırılmasının hastaların kendileri ile ilgili kararlara katılmasının sağlanmasıyla olabileceğini, sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirmek için hastalara tercih sunmak ve ihtiyaçlara göre hizmetleri uyarlamak gerektiğini ileri sürmektedirler (85,86). Hastaların anestezi yöntemleri ve anesteziğin perioperatif rolü hakkındaki bilgi eksiklikleri preoperatif ziyaretlerle, eğitimle giderilmesi gerektiğini, hastaların öncelik verdiği konuları ve sonuçlarını bilmek, anestezi uzmanına hizmeti sunmada yardımcı olacağı ve hastaların kendilerine uygulanacak anestezi yöntemi hakkındaki karara katılmalarının da sunduğumuz hizmetin kalitesini arttıracığı düşüncesindeyiz.

Pelinka ve ark. (9) hastaların bölgesel ve spinal anesteziyi, yapılacak işlemi merak etme, genel anestezinin yan etkilerinden kaçınmak isteme ve bölgesel anesteziyi daha güvenilir bulma nedeniyle tercih ettiklerini saptamışlardır. Bu tercihlerinde yaş, sağlık durumları ve ameliyat çeşidinin de etkili olduğu gözlenmiştir. Yaşlı ve sağlık durumu riskli olan hastalar, daha güvenli olduğunu düşündükleri için rejyonel anesteziyi tercih etmişlerdir. Ancak hastaların bölgesel anestezinin daha güvenli olduğunu düşünmelerinin bu konuda bilgilendirilmeden sonra olduğunu belirtmeleri bizim çalışmamızın bilgilendirme sonrası hastaların anestezi tercihinin değiştiği sonucuyla benzerdir. Karşılıklı olarak kabul edilebilir bir anestezi planlamak için, anesteziğin hastaların anesteziye karşı tutumunu bilmesi gerektiğini düşünüyoruz. Gebelerin spinal anestezi karşısındaki davranışlarını anlamak ve hastaların spinal anesteziye karşı bilgi ve şikayetlerini değerlendirmek amacıyla 100 kişilik sezeryan adayları olan grupta yapılan bir çalışmada, operasyondan önce yeterli ve uygun bilgi sağlamanın ve uygun teknik ve prensiplerle spinal anestezi uygulamanın rejyonel anesteziye karar vermeyi kolaylaştırabileceği ileri sürülmektedir (84). Sheiner ve ark. (77) yaptıkları çalışmada, hastalara iki analjezi seçeneği hakkında (epidural anestezi veya IV opioid) bilgi vermişlerdir. Epidural anestezi ile ilgilenenlere bu yöntemi anlatan yazılı bilgi okutulmuş, daha fazla bilgi sağlanması için bir anestezi uzmanı çağırılmıştır. Ayrıca antenatal derslere katılmak bu iki tekniğin risklerini ve yararlarını anlaşılır kılmıştır. Derslere katılanların daha fazla epidural anesteziyi tercih ettikleri gözlenmiştir. Hastaların anestezi hakkındaki bilgi ve endişelerinin ortaya konulması amacıyla yapılan bir anket çalışmasında, hastaların anestezi doktorunun işlevleri, görev yerleri, anestezi yöntemleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları saptanmıştır. Hastalara daha çok zaman ayırarak sözel veya yazılı bilgilendirme yapılmasının doğru olacağının kanaatine varılmıştır (87). Çalışmamızda preoperatif değerlendirmede, hastalarımızın %62,8' i ilk tercihlerinde rejyonel anesteziyle opere olmayı

tercih ettiler. Hastalara anlayabileceği dilde hazırladığımız rejyonal ve genel anestezi hakkında bilgi içeren yazılı materyel okutulduktan sonra genel anesteziyi tercih eden hastaların % 57,1'i tercihlerini rejyonal anestezi yönünde değiştirdiler. Daha sonra hastalara rejyonal ve genel anestezi hakkında görsel materyal eşliğinde sözel olarak bilgi verildi ve ikinci tercihlerinde de genel anestezi ile opere olmak isteyen 67 hastanın %14' ü tercihlerini rejyonal anestezi yönünde kullandılar. Çalışmamızda da olduğu gibi hastaların bilgilendirilmesi ile tercihlerin rejyonal anestezi lehine kullanmaları mevcut literatürle uyumludur.

Aktekin ve ark.'nın (88) genel ve rejyonal anestezi hakkında bilgisi, kullanma ve gözlem şansları olan anesteziist ve cerrahlara, bu uygulamaların kendilerine yapılması gerektiğinde hangi yöntemi tercih edeceklerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, randomize seçilmiş 50 cerrah ve 50 anesteziiste bir anket formu doldurtulmuştur. Cerrahlar genel anesteziyi, anesteziistler ise spinal anesteziyi tercih etmişlerdir. Genel anesteziyi seçenler uyumak istediklerini, yapılan ameliyatı görmek istemediklerini belirtmişlerdir. Spinal anesteziyi seçenler, uyanık olmak istediklerini ve entübe edilmek istemediklerini, ameliyat sonrası ağrının daha az olduğunu belirtmişlerdir. Her iki grup da seçtikleri anestezi türünün daha az komplikasyonlu, daha fazla konforlu ve güvenli olduğunu ileri sürmüşlerdir. Hastaların yaşı 60'ı geçtiğinde ve eşlik eden hastalık eklendiğinde, cerrahların anestezi uzmanlarına göre genel anesteziyi spinal anesteziye tercih etmeleri değişmemiştir. Cerrahların ve anesteziistlerin kendileri için tercih ettikleri anestezi yöntemi ile ve hastalara önerdikleri arasında fark bulunmamıştır. Uygulanacak anestezi türünün seçiminde en önemli unsurun, hem cerrah hemde anesteziistler için cerrahi girişimin tipi olduğu tespit edilmiştir. Hastanın tıbbi özgeçmişi ve anesteziistin bilgi ve deneyiminin de seçimi etkilediği görülmüştür. Akçaboy ve ark.'nın (89) ortopedistlerin rejyonal anestezi ile ilgili tutum ve bilgilerinin değerlendirilmesi amacıyla yaptıkları anket çalışmasına 52 ortopedist katılmıştır. Rejyonal anesteziyi en çok tercih etme nedenleri, daha az postoperatif sedasyon ve konfüzyon yapması, güvenli olması ve komplikasyonlarının az olması iken, rejyonal anesteziyi tercih etmeme nedenleri ise, işlemin uzun süre alması ve hasta anksiyetesi oluşturması olarak bulunmuştur. Ortopedistlerin rejyonal anestezinin birçok avantajının farkında oldukları görülmesine karşın, kan transfüzyonu ve derin ven trombozu gibi konularda rejyonal anestezinin yararına dair bilgilerinin olmadığı saptanmıştır. Her iki çalışmada da cerrahların hastaların anestezi yöntem seçimlerini yönlendirdikleri düşünüldüğünde göz önüne alınması gereken bir durumdur. Bu

nedenle anestezi konusunda sadece hastaların değil aynı şekilde cerrahlarında bilgilendirilmeleri gerektiğini düşünmekteyiz.

7. SONUÇ

Hastaların genel yada rejyonal anestezi tercihlerini belirlemede preoperatif dönemde yazılı ve görsel bilgilendirmenin kararlarını nasıl etkilediğini inceleyen araştırmamızda yaş ve cinsiyet gibi demografik verilerin etkili olduğunu saptadık. Genel anestezi tercihinde kadın ve erkek hastaların oranları birbirine yakın iken, yaş arttıkça erkek hastalar rejyonal anesteziyi daha çok tercih etmişlerdir. Hastaların ilk tercihlerine anestezi yöntemleri hakkındaki kendi bilgileri dışında, kendilerinin ve yakınlarının önceki anestezi deneyimleri, tercih ettikleri anestezi yöntemi hakkında yakınlarından iyi veya kötü yönde duyular, cerrahın bilgilendirmesi, anesteziistin ve cerrahın tavsiyesi ve operasyonda uyanık olmak istemeleri etkili bulunmuştur. Bunlar içerisinde CHAID analizine göre uyanık olmak ve kendi ve yakınlarının deneyimleri anestezi tercihine en çok etki eden faktörlerdir. Hastaların bilgilendirme arttıkça tercihlerinin genel anesteziden rejyonal anesteziye kaydığı saptandı.

Hastaların preoperatif olarak gerek yazılı gerekse görsel materyal ve sözel olarak ayrıntılı bir şekilde bilgilendirilmelerinin, uygulanımı kolay, daha az komplikasyona yol açan ve postoperatif analjezik etkinliği olan rejyonal anestezi kullanımını arttırdığı kanısına vardık. Hastaların anestezi yöntemleri ve anesteziistin perioperatif rolü hakkındaki bilgi eksiklikleri preoperatif visitlerle, eğitimle giderilmesi gerektiğini, hastaların öncelik verdiği konuları ve sonuçlarını bilmek anestezi uzmanına hizmeti sunmada yardımcı olacağını ve hastaların kendilerine uygulanacak anestezi yöntemi hakkındaki karara katılmalarının da sunduğumuz hizmetin kalitesini arttıracığı düşüncesindeyiz.

8. ÖZET

ANESTEZİ TERCİHİ YÖNLENDİRİLEBİLİR Mİ?

Anestezi yöntem seçimine etki eden faktörleri, bilgilendirmenin önemini ve anestezi yöntemleri hakkında bilgilendirmenin karar vermeyi ne ölçüde etkilediğini göstermek amacıyla planladığımız çalışma 26.11.2008-26.05.2009 tarihleri arasında 18- 80 yaş arası elektif, rejyonal anestezi de alabilecek, 358 hastada gerçekleştirildi.

Hastaların demografik verileri kaydedildi. Hastaların anestezi tercihleri sorgulanarak T1 olarak kaydedildi. Tercihlerini etkileyebilecek, bu konudaki bilgi ve deneyimlerini değerlendiren evet-hayır şeklinde cevaplandıracakları 9 soruluk anket verildi. Her iki gruba da genel ve rejyonal anestezi hakkında hazırladığımız bilgiler okutuldu ve anestezi tercihleri sorgulanarak T2 olarak kaydedildi. Anestezi yöntemleriyle ilgili resimleri içeren görsel materyelle birlikte sözel bilgi verildikten sonra son olarak anestezi tercihleri sorgulanarak T3 olarak kaydedildi.

Hastaların anestezi yöntemleri hakkında bilgileri arttıkça tercihleri genelden rejyonale kaydı [yazılı materyal sonrası ($p<0,001$) ve görsel materyal sonrası ($p=0,008^a$)]. Erkekler kadınlara ($p=0,023$), yaşlılar gençlere ($p<0,001$) göre daha yüksek oranda rejyonal anesteziyi tercih ettiler. Eğitim, gelir düzeyi ve operasyon çeşidinin anestezi yöntem seçimini etkilemediğini gözlemledik. Hastaların ilk tercihlerine anestezi yöntemleri hakkında kendi bilgileri dışında ($p=0,184$), kendilerinin ve yakınlarının önceki anestezi deneyimleri, tercih ettikleri anestezi yöntemi hakkında yakınlarından iyi veya kötü yönde duyular, cerrahın bilgilendirmesi, anestezistin, cerrahın tavsiyesi ve operasyon sırasında uyanık olmak istemelerinin etkili olduğunu tespit ettik ($p<0,001$). Bunlar içerisinde uyanık olmak, kendi ve yakınlarının deneyimleri anestezi tercihinin en çok etki eden faktörler olarak saptadık.

Anestezi yöntem seçimi konusunda hastaların eğitilmesinin rejyonal anestezi kullanımını arttıracığı, hastaların cerrahların tavsiyelerinden etkilendiği gözönüne alındığında, cerrahların eğitiminin gerekli olduğu düşüncesindeyiz. Hastaların öncelik verdiği konularla sonuçlarını bilmek anestezi uzmanına yardımcı olacağını ve hastaların anestezi yöntemi hakkındaki karara katılmalarının hizmetin kalitesini arttıracığı kanısındayız.

Anahtar kelimeler: Rejyonal anestezi, hasta tercihi, karar verme, bilgilendirme

İletişim adresi: bakiler@yahoo.com

9. SUMMARY

MAY THE DECISION MAKING OF ANAESTHESIA CHOICE BE DIRECTED

This study which is planned to show how the factors that effect anaesthesia method choice, the importance of giving information and information about the anaesthetic methods effect the decision making is done at 358 patients, age between 18-80, who can take elective regional anaesthesia between 26.11.2008-26.05.2009.

The demographic data of patients were recorded. The anaesthetic choices of patients were asked and recorded as T1. A 9 questions of questionnaire that evaluates the information that can be effect the choices is given to be answered "Yes- no" informations about regional anaesthesia were readen to both group and the choices are asked and recorded as T2. After verbal information and visual materials that shows the anaesthesia methods; final the choices were recrded as T3.

While the knowledge of patients about anaesthetic methods increase the choice was usually regional ($p < 0,001$). Men and older patients choice regional anaesthesia more than women ($p = 0,023$) and younger patients ($p < 0,001$). Education, type of operation and Money do not effect the choice. We found that the knowledge of patients about the anaesthesia method was effected by their past experiences, what they heard bad or good, about it the surgeons' information, anaesthesiologists and surgeons orders and if they want to be awake during the operation ($p < 0,001$). Between these; the situation to be awake and the experiences (that they or their relatives lived) most effected the choice.

We think that education of patients about choosing the anaesthetic method will increase to choose regional anaesthesia and the education of surgens is needed. For patients to know the results of the facts that they pay attention helps the anaesthesiologist and improves the quality of work.

Key words: Regional anaesthesia, patient choice, decision-making, knowledge.

Correspondence to: bakiler@yahoo.com

10. KAYNAKLAR

1. Lizarraga MLSA, Baquedeno MTSA, Cardelle-Elawar M. Factors that affect decision making: gender and age differences. *Intern J Psyc Psychol Ther* 2007; 7: 381-91.
2. Garcia-Miguel FJ, Serrano-Aguilar PG, Lopez-Bastida J. Preoperative assessment. *Lancet* 2003; 362: 1749-57.
3. King MS. Preoperative evaluation. *Am Fam Physician* 2000; 62: 387-96.
4. Macpherson DS, Lofgren RP. Outpatient internal medicine preoperative evaluation: a randomized clinical trial. *Med Care* 1994; 32: 498-507.
5. Lau L, Jan G, Chan TF. Preoperation of patients for anaesthesia-achieving quality care. *Hong Kong Med J* 2002; 8:99-105.
6. Göktuğ A, Özayar E, Oba Ş, Uysalel A. Sezeryan olgularında uygulanan rejyonal anestezi tekniklerinin yan etkilerinin sonuçları. *Türk Anest Rean Dergisi* 2007; 35: 145-51.
7. Aydın E. Tıp etiğinde hasta özerkliğine saygı ilkesi. *Erciyes Tıp Dergisi* 2003; 25: 92-7.
8. Ochroch EA, Troxel AB, Frogel JK, Farrar JT. The influence of race and socioeconomic factors on patient acceptance of perioperative epidural analgesia. *Anesth Analg* 2007; 105: 1787-92.
9. Pelinka LE, Pelinka H, Leixnering M, Mauritz W. Why patients choose regional anesthesia for orthopedic and trauma surgery. *Arch Orthop Trauma Surg* 2003; 123: 164-7.
10. Salomons TV, Wowk AA, Fanning A, Chan V, Katz J. Factors associated with refusal to enter a clinical trial: epidural anesthesia is a deterrent to participation. *Can J Anesth* 2002; 49: 583-7.
11. Özden S. Hayatın temeli kararlardır. *Somuncu Baba* 2008; 97: 55-7.
12. Kıranlı S, Ilgan A. Eğitim örgütlerinde karar verme sürecinde etik. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2008; 1: 150-62.
13. Begeç S. Karar verme süreçleri ve veteriner fakültelerinde yapılan bir araştırma. *Review of Social, Economic & Business Studies* 2006; 7: 255-92.
14. Lizarraga MLSA, Baquedeno MTSA, Cardelle-Elawar M. Factors that affect decision making: gender and age differences. *Int J Psych Psychol Ther* 2007; 7(3): 381-91.

15. Emhan A. Karar verme süreci ve bu süreçte bilişim sistemlerinin kullanılması. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi www.e-sosder.com 2007; 21: 212-24.
16. Willenbrock H. Doğru karar vermenin sırrı. GEO 2009;8: 47-64.
17. Horn C. How experience affects perception in expert decision-making. <http://www.beefstew.net/downloads/Experience%20in%20Problem%20Solving%20rev2.pdf> 06.10.2009
18. Karar verme becerileri. <http://www.pdrm.anadolu.edu.tr>. 12.12.2009
19. Çar S. Karar verme becerileri. www.bahçeşehir.edu.tr. 06.10.2009
20. Aydın E, Ersoy N. Klinikte etik karar verme süreci. T Klin Tıbbi Etik 1995; 1: 12-6.
21. Hasta, hasta yakını ve hekim ilişkileri. Arch Turk Soc Cardiol 2009; 37 (3): 3-14.
22. Özçakır A. Hekim-hasta ilişkisi: karar verme sürecinde hastanın yeri. T Klin J Med Sci 2004; 24: 411-5.
23. Hasta hakları. Dünya Tabipler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi, Lizbon; 1981. http://www.ato.org.tr/toplumsalaglık/hastahaklari/hasta_haklari_4.shtml. 06.10.2009
24. Hasta hakları. II. Avrupa'da Hasta Hakları Geliştirilmesi Bildirgesi, Amsterdam; 1994. http://www.ato.org.tr/toplumsalaglik/hastahaklari/hasta_haklari_6.shtml 06.10.2009
25. Elwayn G. Shared decisions making and patient involvement in clinical practice: an introduction. In: Elwayn G, editor. Shared decisions making; Patient involvement in clinical practice. Nijmegen: Wok; 2001;10-1.
26. Schneider CE. The practice of autonomy: patients, doctors, and medical decisions. New York: Oxford University Press; 1998: 58-61.
27. Sullivan FM, Mac Naughton RJ. Evidence in consultations: interpreted and individualised. Lancet 1996; 348: 941-3.
28. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. Br J Gen Pract 1999; 49: 477-82.
29. Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? BMJ 1999; 319: 780-2.
30. Özlü T. Hasta hakları perspektifinden hekim-hasta ilişkisi. <http://hhp.ktu.edu.tr> ve <http://meds.ktu.edu.tr> 12.12.2009.
31. Charles C, Gafni A, Whalen T. Decision making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision making model. Soc Sci Med 1999; 49: 651-61.

32. Murray E, Pollack L, White M, Lo B. Clinical decision-making: physicians' preferences and experiences. *BMC Family Practice* 2007; 8: 1-10.
33. Cooper-Patrick LJ, Gallo JJ, Gonzales J. Race, gender, and partnership in the patient-physician relationship. *Jama* 1999; 282: 583-89.
34. Elwayn G, Edwards A, Kinnesley P, Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 892-7.
35. Guadagnoli E, Ward P. Patient participation in decision-making. *Soc Sci Med* 1998; 47: 329-39.
36. Güzeldemir ME. Hasta bilgilendirmenin (aydınlatmanın) önemi. <http://www.gata.edu.tr/cerrahibilimler/anestezi/Metin/Hastabilgilendirmenin%C3%B6nemi.doc> 12.12.2009.
37. Yağbasan M, Çakar F. Doktor-hasta ilişkisinde dile ve davranışa dayalı iletişimsel sorunları belirlemeye yönelik bir alan araştırması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2006; 15: 609-29.
38. Günay Y, Elçioğlu Ö, Koç S. Hasta ve hekim hakları açısından hasta rızası. *T Klin Tıp Etiği* 2000; 8: 46-50.
39. Kalaca C. Tıbbi girişimi reddeden hastanın karar verme yeterliğinin değerlendirilmesi. *Uzmanlık Tezi, Ankara: Aile hekimliği, 1994.*
40. Ergün U.GÖ, Çifçili S. Hasta eğitimi. www.kilissaglik.gov.tr; 20.10.2009.
41. Kayhan Z. Anesteziyolojinin tarihsel gelişimi ve geleceği. Kayhan Z. *Klinik Anestezi. Üçüncü Baskı. İstanbul: Logos Yayıncılık, 2004: 1-15.*
42. Morgan GE, S. Mikhail Jr. M, J. Murray M, Tulunay M, Cuhruk H. (Çeviri editörleri) *Klinik anesteziyoloji. 4. Baskı Ankara: Güneş kitabevi, 2008:1-17*
43. Fiedler SO. Volatil anestezikler. In: Duke J,editor. *Anesteziğin sırları. İkinci Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2006: 43- 7.*
44. Kayhan Z. Genel anestezi. Kayhan Z. *Klinik Anestezi. Üçüncü Baskı. İstanbul: Logos Yayıncılık, 2004: 65- 125.*
45. Özyürek EŞ, Ozan H, Özdil M, Cankılıç H, Gurbet A. Sezeryan doğumlara bağlı kanama miktarları üzerine spinal, kombine spinal-epidural ve genel anestezi etkilerinin karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2007; 17: 81- 8.

46. Hager RM, Daltveit AK, Hofoss D, et al. Complications of cesarean deliveries: Rates and risk factors. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: 428- 34.
47. Morgan GE, Mikhail Jr. MS, Murray MJ, Tulunay M, Cuhruk H (Çeviri editörleri). *Klinik anesteziyoloji*. 4. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi, 2008: 91-116.
48. Morgan GE, Mikhail Jr. MS, Murray MJ, Tulunay M, Cuhruk H (Çeviri editörleri). *Klinik Anesteziyoloji*. 4. Baskı Ankara: Güneş Kitabevi, 2008: 959-79.
49. Kayhan Z. Anestezi sırası ve sonrasında gelişen sorun ve komplikasyonlar. Kayhan Z. *Klinik Anestezi*. Üçüncü Baskı. İstanbul: Logos Yayıncılık, 2004: 590-654
50. McLeod G, Altunkaya H. Rejyonal anestezi. In: Davies NJH, Cashman JN, Turan Özkoçak I (eds). *Lee's synopsis of anasthesia*. 13. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, Öncü Basımevi, 2008: 331-69.
51. Erdine S. Sinir Blokları. 1. Baskı İstanbul: Emre Matbaacılık, 1993: 49-230.
52. Morgan GE, Mikhail Jr. MS, Murray MJ, Tulunay M, Cuhruk H (Çeviri editörleri). *Klinik anesteziyoloji*. 4. Baskı Ankara: Güneş Kitabevi, 2008: 289-413.
53. Kayhan Z. Lokal/bölgesel anestezi yöntemleri. Kayhan Z. *Klinik anestezi*. Üçüncü Baskı. İstanbul: Logos Yayıncılık, 2004: 524-89.
54. Hawkins JL. MD. Epidural analjezi anestezi. In: Duke J (ed). *Anestezinin sırları*. İkinci baskı: İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2006: 357-64.
55. Erdine S. Santral sinir blokları. In: Erdine S, Özyalçın SN, Raj PP, Heavner J, Aldemir T, Yücel A. *Rejyonal anestezi*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2005: 135-91.
56. Murphy MT. Spinal epidural and caudal anesthesia In: Miller RD, Alfrey DD, All HH, Benumof JL, Clark NJ, Covino BG, Egbert LD, Murphy TM, Savarese JJ, Standaert FG, Stanley TH, Trevor AJ, Way WL. *Anaesthesia*. 2th ed. Newyork: Churchil Livingston 1986: 1061-103.
57. Çolak A, İnal MT, Arar C, Oğuzhan N, Pamukçu Z. Yüksek kardiyak riskli hastada sürekli spinal anestezi uygulaması: olgu sunumu. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2007; 24: 150-52.
58. Urwin SC, Parker MJ, Griffiths R. General versus regional anaesthesia for hip fracture surgery: a meta-analysis of randomized trials. *Br J Anaesth* 2000; 84: 450-5.
59. Kurt N, Tolunay M, Aslan BY. Total kalça protezi operasyonlarında postoperatif venöz yetmezlik ve derin ven trombozu genel ve epidural anestezinin etkileri. *Artroplastik Artroskopik Cerrahi* 2002; 13: 215-220.

60. Gomar C, Fernandez C. Epidural analgesia and anaesthesia in obstetrics. *Eur J Anaesth* 2000; 17: 542-58.
61. Gül R, Göksu S, Mızrak A, Koruk S, Öner Ü. Günübirlık cerrahi ünitemizde ilk sekiz aylık uygulamalarımız. *Gaziantep Tıp Dergisi* 2008; 14: 23-7.
62. Sungurtekin H, Sungurtekin U, Ergun H. Local anesthesia and midazolam versus spinal anesthesia in ambulatory pilonidal surgery. *J Clin Anesth* 2003; 15: 201-5.
63. Spinal ve epidural anestezi. Ezekiel MR, Erbay HR (ed.). *Anesteziyoloji el kitabı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2006: 179-85.
64. Turan Özkoçak I, Hill S, Özer Y, Magee P, Venn P, Scott R, Pearce A, Davies N, Gill R, Nightingale P, Deakin C, Mercanoğlu E, Ayoğlu T. Genel anestezi. Davies NJH, Cashman JN, Turan Özkoçak I (eds). *Lee's synopsis of anaesthesia*. 13. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri 2008: 81-275.
65. Koltka AK, Özyalçın SN. Lokal anestezikler. Önal A, Yücel A, Atmaca DG, Topsakal C, Yalçın O, Tezcan E, Yiğiter R, Yoldaş T, Kartal F, Özyalçın SN (editörler). *Algoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri 2004: 99-123.
66. Brown DL. Spinal blok, epidural blok. Brown DL, Özyalçın SN, Dinçer S (Çeviri editörleri). *Rejyonel anestezi atlası*. Üçüncü baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2008: 375-409.
67. Gaiser R. Postdural puncture headache. *Curr Opin Anaesthesiol* 2006; 19: 249-53.
68. Erk G. Rejyonel anestezi ve nörolojik komplikasyonlar. *Türkiye Klinikleri J Anest Reanim* 2007; 5: 87-97.
69. Orendacova J, Cizkova D, Kafka J, Lukacova N, Marsala J, Katsube N. Cauda equina syndrome. *Prog Neurobiol* 2001; 64 (6): 613-37.
70. Bin MA, Hong WU, Lian-shun JIA, Wen Y, Guo-dong SHI, Jian-gang SHI. Cauda equina syndrome: a review of clinical progress. *Chin Med J* 2009; 122 : 1214-22.
71. Baran İ, Dinçer S. Akut ağrı kontrolünde rejyonel anestezi uygulamaları. Özyalçın SN. *Akut ağrı*. Ankara: Güneş Kitabevi, 2005: 89-103.
72. Doğan N, Özdamar K. chaid analizi ve aile planlaması ile ilgili bir uygulama. *T Klinikleri Tıp Bilimleri* 2003; 23: 392-97.
73. Kayri M, Boysan M. Araştırmalarda chaid analizinin kullanımı ve baş etme stratejileri ile ilgili bir uygulama. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2007; 40: 133-49.

74. Shevde K, Panagopoulos G. A survey of 800 Patients' knowledge, attitudes, and concerns regarding anesthesia. *Anesth Analg* 1991; 73: 190-8.
75. Kee WDN, Hung VYS, Roach VJ, Lau TK. A survey of factors influencing patients' choice of anaesthesia for caesarean section. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1997; 37: 300-3.
76. Memtsoudis SG, Besculides MC, Swamidoss CP. Do race, gender, and source of payment impact on anesthetic technique for inguinal hernia repair? *J Clin Anesth* 2006; 18 : 328-33.
77. Sheiner E, Sheiner EK, Shoham-Vardi I, Gurman GM, Press F, Mazor M, Katz M. Predictors of recommendation and acceptance of intrapartum epidural analgesia. *Anesth Analg* 2000; 90: 109-13.
78. Stark MA. Exploring women's preferences for labor epidural analgesia. *J Perinat Educ* 2003; 12 : 16-21.
79. Namal N, Vehid S, Can G, Köksal S. İstanbul Bayrampaşa'da ücretsiz ağız-diş sağlığı taraması kapsamında bir diş kliniğine başvuran bireylerin tedaviye karar vermelerini etkileyen faktörler. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2006; 25 :23-6.
80. Wu CL, Nagibuddin M, Fleisher LA. Measurement of patient satisfaction as an outcome of regional anesthesia and analgesia: A systematic review. *Reg Anesth Pain Med* 2001; 26 : 196-208.
81. Tekin İ, Laçın S, Arıcan İ, Ok G. Sezeryan operasyonu geçirmiş olguların "Anestezi yöntemi"nin seçimi üzerine etkileri. *Türkiye Klinikleri J Anest Reanim* 2005; 3: 1-6.
82. Oldman M, McCartney C.J.L, Leung A, Rawson R, Perlas A, Gadsden J, Chan VWS. A survey of orthopedic surgeons' attitudes and knowledge regarding regional anesthesia. *Anesth Analg* 2004; 98: 1486-90.
83. Gajraj NM, Sharma S.K, Souter AJ, Pole Y, Sidawi JE. A survey of obstetric patients who refuse regional anaesthesia. *Anaesthesia* 1995; 50: 740-1.
84. Afhami MR, Salmasi PS, Panahea JR. Predictors of attitude of parturients selected for cesarean section toward spinal anesthesia. *Acta Medica Iranica* 2004; 42: 424-6.
85. Macario A, Weigner M, Carney S, Kim A. Which clinical anesthesia outcomes are important to avoid? The perspective of patients. *Anesth Analg* 1999; 89: 652-8.
86. Jenkins K, Grady D, Wong J, Correa R, Armanious A, Chung F. Postoperative recovery: day surgery patient's preferences. *Br J Anaesth* 2001; 86: 272-4.

87. Demir A, Turan S, Balaban F, Karadeniz Ü, Erdemli Ö. Anestezi uygulamaları ile ilgili olarak preanestezik değerlendirme sırasında hastalarda yapılan anket çalışması. Turk Anest Der Dergisi 2009; 37: 225-33.
88. Aktekin A, Gandur MAD, Gürleyik G, Sağlam A. Cerrah ve anestezi uzmanlarının kendileri ve hastaları için anestezi tercihleri. Türk Aile Hek Derg 2006; 10: 60-3.
89. Akçaboy EY, Akçaboy ZN, Ekren D, Göğüş N. Bir eğitim ve araştırma devlet hastanesinde ortopedistlerin rejyonel anestezi ile ilgili tutum ve bilgilerinin değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Anest Reanim 2009;7:143-7.

Ek 1: Demografik veri formu

Protokol No:

Tarih:

Ad-Soyad:

Yaş:

Cinsiyet:

Kilo:

Boy:

Doğum Yeri :

Telefon:

Adres:

Öğrenim Durumu:

Okur-yazar değil: **İlkokul:** **Ortaokul:** **Lise:** **Üniversite :**

Medeni Durumu:

Evli: **Bekar:** **Dul:** **Boşanmış:**

Meslek:

Memur: **İşçi:** **Emekli:** **Ev Hanımı:** **Öğrenci:** **İşsiz:**
Serbest:

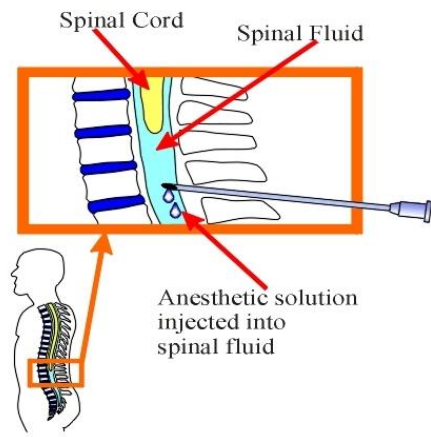
Gelir Düzeyi:

500 YTL'den az: **500-1000 YTL:** **1000-1500YTL:**

1500YTL'den fazla:

Ameliyat çeşidi:

Ek 2: Görsel materyel



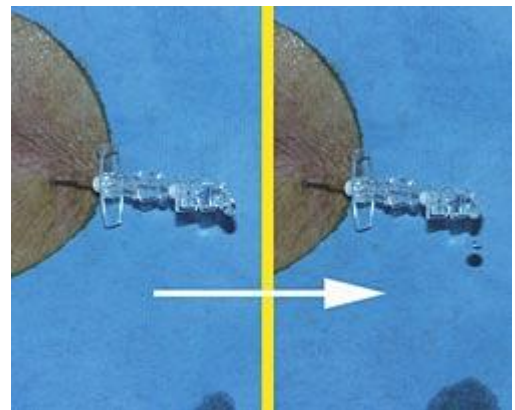
Resim 1



Resim 2



Resim 3



Resim 4



Resim 5



Resim 6



Resim 7



Resim 8



Resim 9



Resim 11



Resim 10

Resim 12



Ek 3: Bilgilendirme olur formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

1. Aşağıda imzası olan ben “*Anestezi tercihi yönlendirilebilir mi?*” başlıklı çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.
2. Bu çalışmayı yürüten Prof.Dr.Feray Gürsoy ve Dr. Şengül Bakiler Alkazan çalışmanın yapısı, amacı ve muhtemel süresi, ne yapmam istendiği ve yan etkilerle karşılaşsam ne yapmam gerektiği hakkında ayrıntılı sözlü ve yazılı bilgi verdi.
3. Prof.Dr.Feray Gürsoy ve Dr. Şengül Bakiler Alkazan’a çalışmasıyla ilgili her soruyu sorma fırsatını buldum. Cevapları ve bana verilen bilgiyi anladım.
4. Prof.Dr.Feray Gürsoy ve Dr. Şengül Bakiler Alkazan’a hastalığımızın geçmişini ve kullandığım ilaçları anlattım ve onu bu bilgilerin ayrıntılarını açıklamaya, hasta ve doktor arasındaki sırları koruması şartıyla yetkili kılıyorum.
5. Çalışma boyunca tüm kurallara uyacağıma, Prof.Dr.Feray Gürsoy ve Dr. Şengül Bakiler Alkazan ile tam bir uyum içinde çalışacağıma ve sağlığımla ilgili herhangi bir sorun çıktığında hemen onu arayacağıma kabul ediyorum.
6. Bu çalışmanın sonuçlarının kullanılmasını kısıtlamayacağıma ve özellikle dünya çapında tıp yetkililerine verebileceğini kabul ediyorum.
7. Bu çalışmadan istediğim zaman çıkabileceğimi anladım.

OKUDUM VE ONAYLADIM.

Hastanın adı, soyadı, adresi .

İmza, tarih :

Doktorun adı, soyadı, adresi :

İmza, tarih :

Tanığın adı, soyadı, adresi :

İmza, tarih :

Ek 4: Bilgilendirme olur metni

GÖNÜLLÜLER İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR METNİ

Gönüllü numarası.....

Bu çalışmaya katılmaya karar vermeden önce sizi bilgilendirecek olan bu belgeyi incelemeniz önemlidir. Yine de bu konu ile ilgili sorularınızı doktorunuza sorabilirsiniz. Çalışmaya katılıp katılmamak sizin isteğinize bağlıdır.

Ameliyat olabilmeniz için size genel anestezi veya rejyonal anestezi uygulamamız gerekmektedir. Biz bu çalışmada anestezi yöntemi tercih etmesinde etkili olan faktörleri araştırmayı amaçladık. Çalışmaya katıldığınız veya katılmadığınız takdirde size ameliyatınız için uygulanacak anestezi protokolünde ve ilaçlarda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Çalışmaya katıldığımız takdirde kişisel bilgileriniz, genel ve rejyonal anestezi ile ilgili bilgi ve deneyimleriniz kayıt edilecektir. Bu verilerinizin kullanılmasına izin verdiğiniz takdirde size herhangi bir ücret verilmeyecek ve sizden para istenmeyecektir.

Çalışmaya katılmaya karar verirseniz kimliğinizin gizli kalması koşuluyla bu araştırmadan elde edilen bilgi ve bulguların istendiğinde ilgili makamlara verilebileceğini ve yayınlanabileceğini önceden kabul etmek durumundasınız.

Gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bunlar hakkında bana sözlü ve yazılı açıklama yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmayı kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmadan katılmayı kabul ediyorum. Bu formun bir nüshası bana verilmiştir.

Gönüllünün;
Adı-Soyadı:
Adresi:
Telefon/Fax:
Tarih:

İmzası

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için;
Adı-Soyadı:
Adresi:
Telefon/Fax:
Tarih:

İmzası

Açıklamayı yapan araştırmacının;
Adı-Soyadı:
Tarih:

İmzası

Rıza alınma işleminde başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin;

Adı-Soyadı:
Görevi:

İmzası