



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI**

**GENEL CERRAHİ ANABİLİMDALINDA OPERE EDİLEN
HASTALARIN POSTOP SONUÇLARININ VE
MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN CİNSİYETE GÖRE
KARŞILAŞTIRILMASI**

**Dr. Nihal AYKUN
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğrt. Üyesi Abdullah ÜLKÜ**

ADANA-2020



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI**

**GENEL CERRAHİ ANABİLİMDALINDA OPERE EDİLEN
HASTALARIN POSTOP SONUÇLARININ VE
MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN CİNSİYETE GÖRE
KARŞILAŞTIRILMASI**

**Dr. Nihal AYKUN
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğrt. Üyesi Abdullah ÜLKÜ**

ADANA-2020

TEŞEKKÜRLER

Uzmanlık eğitimim süresince en iyi şekilde yetişebilmem için bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen, daima adil bir şekilde sorunlarımızı çözümlmeye çalışan değerli hocalarıma,

Tezimin hazırlanmasında her aşamada ve tüm uzmanlık eğitimim boyunca her zaman yardımlarını ve desteğini esirgemeyen, klinik bilgi ve tecrübelerini paylaşarak yetişmemde büyük emeği olan, mesleki ve insani değerlerini her zaman örnek alacağım, bana motivasyon kaynağı olan sevgili hocam Dr. Öğrt. Üyesi Abdullah ÜLKÜ'ye,

Ayrıca asistanlığım süresince bilgisi, etiği ve vizyonu ile kariyerime yön vermemde çok büyük katkısı olan Doç. Dr. Ahmet RENCÜZOĞULLARI ve Prof. Dr. Cem Kaan PARSAK'a,

Asistanlığım boyunca çalışmalarında bana destek olan uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum acı-tatlı birçok anıyı paylaştığım tüm uzman ve asistan arkadaşlarıma,

Her zaman olduğu gibi asistanlık yıllarımda da desteklerini esirgemeyen bugünlere gelmemde en büyük paya sahip olan hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan sevgili aileme,

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği ve Ameliyathane çalışanlarına,

Tez çalışmam boyunca ter türlü desteği sağlayan, bilimsel çalışma farkındalığı konusunda çok şey öğrendiğim Öğrt. Görevlisi Aslı BOZ ve Prof. Dr. Gülşah SEYDAOĞLU'na,

SONSUZ TEŞEKKÜRLERİMİ SUNARIM

Dr. Nihal AYKUN

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜRLER.....	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar LİSTESİ.....	IV
ŞEKİLLER LİSTESİ	V
KISALTMALAR LİSTESİ	VI
ÖZET	VII
ABSTRACT.....	VIII
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Cinsiyetin Sağlığa Etkileri	3
2.1.1. Terapötik Ajanlara Yanıt Olarak Cinsiyet Farklılıkları: Tanı ve Tedavi Uygulamaları	3
2.1.2. İlaç Emilim ve Metabolizma Süreçleri: Farklı Giriş Yolları İle Farmakolojik Ajanların Emilimi	4
2.1.2.1. Gastrointestinal Sistem	4
2.1.2.2. Deri	6
2.1.2.3. Solunum Sistemi	6
2.1.3. Protein Bağlanması	6
2.1.4. Vücut Kompozisyonu	7
2.1.5. Biyotransformasyon.....	7
2.1.5.1. Sitokrom P450	8
2.1.6. Ekskresyon.....	8
2.1.7. Farmakodinamik	10
2.1.8. Cinsiyetin Klinik Üzerine Etkisi.....	10
2.1.8.1. Yan Etkilerde Cinsiyet Farklılığı.....	10
2.1.8.2. İlaç Etki Düzeyinin Cinsiyete Göre Farklılığı	11
2.2. Metabolizma, Yaşam Tarzı ve Fiziksel Performans	11
2.2.1. Vücut Kompozisyonundaki Farklılıklar	12
2.2.2. Enerji Metabolizması ve Vücut Kompozisyonu	13
2.2.3. Obezite	13

2.2.4. Fiziksel Performans	16
2.2.5. Kemik Metabolizması ve Osteoporoz.....	16
2.3. Cinsiyet ve Ağrı	17
2.3.1. Genler, Nosisepsiyon ve Analjeziklere Duyarlılık	18
2.3.2. Analjezi Mekanizmaları, Seks Steroid Hormonları ve Sensitizasyon	19
2.4. Cerrahi Komplikasyon ve Cinsiyet İlişkisi	20
2.5. Cinsiyet ve Hasta Memnuniyeti.....	21
2.6. Toplumsal Cinsiyet ve Sağlık	23
3. MATERYAL ve METOD	25
3.1. Hasta Populasyonu-Örneklem	25
3.2. Dışlanma Kriterleri	25
3.3. Veri Toplama Araçları	25
3.4. Veri Toplama İşlemi	25
3.5. İstatistik Analiz	26
4. BULGULAR.....	27
4.1. Tanımlayıcı Özelliklere Ait Bulgular	27
4.2. Post-op İzlem Sonuçlarına Ait Bulgular	29
4.3. Memnuniyet Düzeylerine Ait Bulgular	31
4.4. Memnuniyet Puanları.....	34
5. TARTIŞMA	44
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	49
7. KAYNAKLAR	50

TABLÖLER LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Terapötik ajanlara yanıt olarak cinsiyet farklılıkları: tanı ve tedavi uygulamaları	3
Tablo 2. Clavien-Dindo cerrahi komplikasyon sınıflaması	21
Tablo 3. Demografik özelliklerin cinsiyete göre dağılımı	28
Tablo 4. Başvuru sırasında klinik özelliklerin cinsiyete göre dağılımı	29
Tablo 5. Cerrahi tanı ve tedavinin cinsiyete göre dağılımı	29
Tablo 6. Post op takip-izlem bulgularının cinsiyete göre dağılımı	30
Tablo 7. Fiziksel ortama ait sorulara verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımı	31
Tablo 8. Hekim ile ilgili sorulara verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımı	32
Tablo 9. İşlemler ve bilgilendirmeye ait sorulara verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımı	34
Tablo 10. Demografik özelliklere göre memnuniyet alt boyut puanlarının karşılaştırılması	35
Tablo 11. Klinik özelliklerin memnuniyet alt boyut puanları ile karşılaştırılması	37
Tablo 12. Memnun olma oranlarının cinsiyete göre dağılımı	38
Tablo 13. Demografik ve klinik özelliklere göre toplam memnun olma oranlarının karşılaştırılması	39
Tablo 14. Demografik ve klinik özelliklerin cinsiyet alt grubuyla memnuniyet karşılaştırılması	41
Tablo 15. Hastaların yatış süreleri ve ağrı skorlarına göre memnuniyet durumlarının karşılaştırılması	42
Tablo 16. Hastaların demografik ve klinik özelliklere göre çoklu regresyon analizine ait karşılaştırmalar	43

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 1. Ağrının değerlendirilmesi	18
Şekil 2. Ağrı yolları ve cinsiyet ilişkisi.....	20



KISALTMALAR LİSTESİ

AAG	: A1-Asit Glikoproteinine
CLCR	: Yüksek Kreatinin Klirensi
CYPs	: Sitokrom P450 ailesi
FDA	: ABD Gıda ve İlaç İdaresi
NIH	: Ulusal Sağlık Enstitüsü (National Institute of Health)
NMDA	: n-metil D-aspartat
Pgp	: p Glikoprotein
SED	: Sosyo-Ekonomik Durum
SPSS	: Statistical Program for Social Sciences
XX	: X Kromozomu
XY	: Y Kromozomu

ÖZET

Genel Cerrahi Anabilim Dalında Opere Edilen Hastaların Postop Sonuçlarının ve Memnuniyet Düzeylerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Giriş ve amaç: Kadın ve erkek cinsiyet tıbbi hastaların tanı ve tedavisinde fizyolojik farklılık olmaktan daha kapsamlı kavramlardır. Bu çalışmanın amacı; biyolojik olarak kadın ve erkek cinsiyet arasındaki farkların hastalık ya da iyilik haline katkı sağlayan faktörleri, hasta memnuniyetini ve memnuniyete etki eden unsurların cinsiyetle ilişkisini, genel cerrahi perspektifinde değerlendirmek aynı zamanda toplumsal cinsiyet tanımının sağlık hizmetinin bütüncül olarak her aşamasına yansımaları ortaya koymaktır.

Mateyal ve Metod: Bu çalışma prospektif izlem çalışması olarak tasarlandı. 1 Mart 2019 ile 30 Mayıs 2019 tarihleri arasında Genel Cerrahi Anabilim Dalında opere olan, (inguinal herni ve meme hastalıkları sebebiyle opere edilen hastalar çalışma dışı bırakıldı) 415 hastanın 362'si çalışmaya dahil edildi. Hastaların cinsiyeti ve memnuniyet düzeyleri, postop erken dönem sonuçları, hastaların sosyo-demografik özellikleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Araştırmaya dâhil edilen 362 hastanın % 52,5'i (190 kişi) kadın iken, % 47,5'i erkektir. Kadınlarda memnun olma oranı % 61,6 iken erkeklerde bu oran % 86 olarak saptandı. Kadın hastaların daha yüksek oranda ağrı duyması ve daha yüksek komplikasyon oranlarına sahip olmasına rağmen memnuniyet oranlarının etkilenmediği gözlemlendi. Kadın cinsiyete sahip olmanın tek başına memnuniyet düzeyini düşüren en önemli faktör olduğu izlendi.

Sonuç: Kadın ve erkek cinsiyetinin kromozomal boyuttaki farklılıktan çok bir bütün olarak fizyolojik ve psikolojik yönleriyle ele alınması gerçeği gün geçtikçe daha da önem kazanmaktadır. Son zamanlarda ilaç geliştirmeden cerrahi bilimlere kadar bir çok alanda, kadınların tamamen ayrıştırılmasa da erkeklerden farklı ve dikkate alınması gereken değişkenleri sağlık hizmetinin etkinliği ve kalitesi açısından kritik bir öneme sahip olduğu yadsınamaz bir gerçektir.

Anahtar kelimeler: Cerrahi, Cinsiyet, Memnuniyet.

ABSTRACT

Comparison of Postop Results and Satisfaction Levels of Patients Operated in General Surgery Department By Gender

Introduction and aim: male and female sex are more comprehensive concepts than physiological differences in diagnosis and treatment of patients. The aim of this study is to evaluate biologically the factors contributing to the health or well-being of women and men, the relationship between sex and the factors affecting patient satisfaction and satisfaction in the perspective of general surgery as well as to reveal the reflection of gender definition in all stages of health care.

Material and Method: This study was designed as a prospective follow-up study. May March 1, 2019 to May 30, 2019, 415 patients operated in the Department of General Surgery (Patients with inguinal hernia and breast diseases were excluded from the study), 362 of which were included in the study. The gender and satisfaction levels of the patients, early postop results and socio-demographic characteristics of the patients were compared.

Results: 52.5% (190 people) of the 362 patients included in the study were female, while 47.5% were male. The rate of satisfaction in women was 61.6%, while in men it was 86%. Although female patients had higher rates of pain and higher complication rates, satisfaction rates were not affected. It was observed that having female sex alone was the most important factor that lowered the level of satisfaction.

Conclusion: The fact that female and male sex as a whole are treated with physiological and psychological aspects rather than differences in chromosomal size is becoming more important every day. It is an undeniable fact that in many areas, from drug development to surgical sciences, women are different from men and their variables that need to be considered are of critical importance in terms of the effectiveness and quality of health care.

Keywords: Gender, Satisfaction, Surgery.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kadın ya da erkek olmak; hasta ya da sağlıklı olma durumunu etkileyen en önemli değişkenlerden biridir. Hastalık ya da sağlıktaki farklılıklar bireyin genetik ve fizyolojik yapısından etkilendiği gibi bireyin çevreyle ilişkisinden de etkilenir. Pek çok vakada, cinsiyet farklılıklarına bağlı değişkenler seks hormonlarının direkt ya da dolaylı etkileri ile ilişkilendirilse de, hastalıkların ve hastalığa cevabın klinik farklılığı sadece hormonlara dayandırılmaz. Bu nedenle, tüm alanlarda; biyomedikal ve sağlıkla ilgili araştırmaların her seviyesinde çalışmalar tasarlayıp, analiz yapılırken cinsiyet dikkate alınmalıdır.

Cinsiyet farklılıklarının incelenmesi günden güne daha çok önem kazanan bir bilim dalına dönüşmektedir. Cinsiyet farklılıklarının bilimsel açıdan doğrulamak ve sağlık ile ilgili hipotezlerin oluşturulmasına izin vermek için cinsiyet farklılıklarının biyolojik temeli hakkında yeterli bilgi bulunmaktadır. Bir sonraki adım, tanımlama aşaması baz alınarak deneysel aşamaya geçmek ve cinsiyet farklılıklarının mekanizmaları ve kökenleri hakkında bilimsel çalışmayı kolaylaştırmak ve teşvik etmek için gerekli koşulları oluşturmaktır. Cinsiyetin farklılaşması sürecinde doğal olarak gelişen varyasyonlar; cinsiyetler içinde temel farklılıklar ve benzerliklerin daha iyi anlaşılmasını sağlamak için benzersiz fırsatlar sağlayabilir. Sağlık ve hastalıkta cinsiyet farklılıkları hakkında bilginin ilerlemesinin önünde çeşitli engeller mevcut olup bunlar ortadan kaldırılmalıdır. Cinsiyet farklılıkları üzerine araştırma yapan bilim insanları, etik, finansal, sosyolojik ve bilimsel faktörler de dahil olmak üzere bir dizi engelle karşı karşıya kalmakta ve bu engellerin aşılması yeni gelişmelerin ortaya çıkmasında en önemli faktör olarak yerini korumaktadır.

Son on yılda biyolojik bilgi birikimindeki patlama, birçok normal fizyolojik fonksiyonun -ve birçok durumda patolojik fonksiyonların- cinsiyete dayalı farklılıklardan doğrudan veya dolaylı olarak etkilendiğini olarak ortaya koymaktadır.

Yine son yıllarda sosyal bilim araştırmacıları ve tıp insanları tarafından davranış biçimi, yaşam tarzı ve bunların biyolojik karşılığı hatta tüm sistem ve organizma üzerine etkileri büyük bir ilgi ile izlenmektedir. Bununla birlikte, bu farklılıkların temel hücresel ve moleküler seviyelerde doğrudan incelenmesine çok daha az ilgi gösterilmektedir. Cinsiyetin hastalık üzerine etkisine dair veriler, genellikle diğer

araştırma alanlarının bir yan ürünü olarak karşımıza çıkmaktadır. Tarihsel olarak bakılırsa araştırmacılar üreme sistemi dışında cinsiyet farklılığının önemsiz olduğunu ve kayda değer olmadığını düşünmüşlerdir. Fakat günümüzde bilim insanları tespit edilen bu farklılıkların köklerini ve mekanizmalarını ortaya koymak için bu alana daha fazla ilgi göstermeye başladılar. Bu, bilim adamlarının ve klinisyenlerin bu farklılıkların insan sağlığı için etkilerini anlamalarını sağlayacaktır. Cevaplanması gereken çok önemli iki soru şunlardır;

1. Cinsiyet farklılıkları hakkında bilgi hastalıktan korunma ve hastalığın, teşhis ve tedavi uygulamalarına nasıl çevrilebilir?
2. Biyolojik cinsiyet farklılıkları ve benzerlikleri hakkında yeni bilgi ve anlayış, insan sağlığını ve sağlık hizmetlerini iyileştirmek için en etkili şekilde nasıl kullanılabilir?

Bir birey başlangıçta belirli üreme organlarının varlığı ile karakterize edilebilse de, cinsiyet farklılıkları bundan çok daha fazlasını ifade eder. Çalışmalar, döllenmede iki X kromozomu (XX) veya bir X kromozomu ve bir Y kromozomunun (XY) bir arada olmasının sonucu olarak gelişen farklı anatomi ve fizyolojinin, bireyin sağlığı üzerinde, daha önce düşünüldünden çok daha geniş bir etkiye sahip olabileceğini göstermektedir.

Aynı zamanda toplumsal cinsiyet perspektifinde, sağlığı doğrudan veya dolaylı etkileyen her faktör, modern tıp uygulamalarında mutlaka dikkate alınması gereken unsurlar olarak önemini korumakta olup tasarlanan çalışmalar bu bilgiler ışığında daha etkin ve güvenli sonuçlar verecektir.

Bu çalışmanın amacı; biyolojik olarak kadın ve erkek cinsiyet arasındaki farkların hastalık ya da iyilik haline katkı sağlayan faktörleri, hasta memnuniyetini ve memnuniyete etki eden unsurların cinsiyetle ilişkisini, genel cerrahi perspektifinde değerlendirmek aynı zamanda toplumsal cinsiyet tanımının sağlık hizmetinin bütüncül olarak her aşamasına yansımalarını ortaya koymaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cinsiyetin Sağlığa Etkileri

Erkekler ve kadınlar farklı hastalık kalıplarına ve farklı yaşam sürelerine sahiptir, bu durum söz konusu farklılıkların biyolojik olarak nasıl belirlenebileceği konusunda önemli soruların cevaplanmasını gerektirir. Üreme sistemi dışındaki hastalıklar her iki cinsiyeti de etkiler, genellikle farklı frekanslarda ortaya çıkar ve farklı tedaviler gerektirebilir.

2.1.1. Terapötik Ajanlara Yanıt Olarak Cinsiyet Farklılıkları: Tanı ve Tedavi Uygulamaları

Farmakolojik ajanlar, insan hastalıklarını teşhis etmek, önlemek ve tedavi etmek için kullanılabilir. Bir ajanın tedavi dozunda ya da yan etki oluşturabilecek dozda olduğunun belirlenmesi o ajanın miktarı veya ajanın emilimi, dağılımı ve vücuttan atılım yollarına bağlı olarak değişir. Bu yollarda sık kullanılacak terimler Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Terapötik ajanlara yanıt olarak cinsiyet farklılıkları: tanı ve tedavi uygulamaları

Biyoyararlanım	Emilen ve biyotransformasyon ile değiştirilmemiş ajanın sistemik dolaşıma ulaşan dozun fraksiyonu.
Biyotransformasyon	Bileşiğin enzimatik dönüşümü, genellikle bileşiğin daha suda çözünür bir formuna dönüştürülmesi.
Doz-yanıt	Bir ilacın dozu ile cevabın büyüklüğü veya yoğunluğu arasındaki ilişki.
Farmakodinamik	Vücudun bir ilaca tepkisi.
Terapötik indeks	Bir ilacın istenen ve istenmeyen etkileri, yani fayda / risk oranı arasındaki ilişki.

Farmakokinetik ve farmakodinamik değişkenleri ölçülebilir olup kadın ve erkek arasında metabolizma ile ilişkili farkları gösterebilir.

Aynı bileşiğin aynı dozu verilen kadın ve erkeklerde, farmakokinetik ve farmakodinamik farklılıklar, aynı sonucun alınmamasına sebep olabilir. Bununla birlikte, cinsiyetler arasındaki farkların klinik olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek için kullanılacak veriler çok az olup ilaçların etkilerindeki cinsiyet farklılıklarını incelemek için kullanılan yöntemler, (uçucu organik kimyasallar da dahil olmak üzere) herhangi bir yabancı kimyasalın göreceli etkilerinin incelenmesi için bir şablon görevi

görebilir. Örneğin, insan için kanserojen olan benzenin standart ve fizyolojik olarak farmakokinetik modelleme ile yapılan çalışılmasında, kadınların benzen metabolizmasının daha yüksek seviyelerine sahip olduğunu gösterilmiştir.¹ Bu yöntemlerin daha fazla kullanılır hale getirilmesi, hem ilaç geliştirme, uygulama, dozaj belirlemede hem de çevresel maruziyetlerin değerlendirilmesinde cinsiyetin önemi ile ilgili çok kıymetli klinik veriler sağlayacaktır. Gelecekteki çalışmalarda, bir kadının adet döngüsünün aşamalarını tanımlamak, istatistiksel olarak anlamlı farklılıkları tespit etmek için yeterli donanımına sahip protokolleri kullanmak ve cinsiyetle ilgili olarak görülen farklılıkların klinik sonuçları etkileyip etkilemediğini belirlemek önemlidir. Birçok çalışma farmakokinetik dinamiklerinin cinsiyet farklılığından nasıl etkilendiğini göstermek için dizayn edilmiş olsa da farmakodinamik ve klinik sonuçlarla ilgili çok az çalışma bulunmaktadır.

2.1.2. İlaç Emilim ve Metabolizma Süreçleri: Farklı Giriş Yolları İle Farmakolojik Ajanların Emilimi

Küçük organik moleküllerin emilimi genellikle pasif difüzyon ile olsa da, enerji gerektiren aktif bir süreç de içerebilir. Rektum hariç tüm gastrointestinal sistemin venöz kan dönüşü karaciğerdedir ki bu süreç ilk geçiş metabolizması olarak tanımlanır. Bu gözlem, üst gastrointestinal sistemde CYP3A4'ün yüksek prevalansı ve kolon ve rektumda bulunmaması ile açıklanabilir. Rektumdan (fitiller) ve mesaneden verilen ilaçlar ilk geçiş metabolizmasından geçmez.² İlginç bir şekilde, vajinaya uygulanan ilaçlar uterusu diğer yollarla verilenden daha fazla birikir; yani, “ilk-uterin-geçiş etkisi vardır”.^{3,4}

2.1.2.1. Gastrointestinal Sistem

İlaçların mideden emilimi çeşitli faktörlerden etkilenir, bunlardan en önemlisi mide boşaltım zamanıdır.

Yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, menstrüel siklusun fazı ve tüketilen yemek türü farklılıkları büyük değişikliklere yol açar. Kadınlarda katı yiyecekler için mide boşaltım süresinin erkeklere göre daha uzun olması çok az sayıdaki çalışma tarafından eleştirilmiştir.⁵⁻⁸ Sıvılar için mide boşalmasının kadınlarda erkeklerden daha yavaş olduğu bildirilmişse de arada farkın olmadığını söyleyen çalışma da vardır.⁹ Buna ek

olarak gençlerde mide boşaltım süresi yaşlılara göre daha kısadır.^{10,11} Katıların ve sıvıların ince bağırsak geçiş süresi cinsiyetler arasında farklılık göstermez iken yaşlı ve genç denekler arasında farklılıklar görülür.^{8,12} Kadınlarda daha yavaş gastrik boşalma, çoğu katı ilacın emilimini etkilemez, çünkü emilimin önemli bir kısmı ince bağırsakta gerçekleşir. Enterik kaplı formların emilimi daha geç olur.¹³ Dar terapötik indekslere sahip ilaçların, gastrik boşaltım süresi uzun olan kişilerde doz ayarlaması diğer kişilere göre daha zordur.¹⁴ Gastrik boşalmanın yavaş olması alkol emilimini de azaltır.

Progesteron, kadınlarda gastrik boşalmanın daha yavaş olmasından sorumlu olabilir.^{7,15-17} Kadınlar, muhtemelen otonomik tonusdaki farklılıklar nedeniyle, mide motilitesinin muskarinik blokajına erkeklerden daha az duyarlıdır.¹¹ Gastroparezisi olan diyabetik hastaların yüzde 80 ila 90'ının kadın olması oldukça ilgi çekicidir.⁹ Bazal asit salgısı, pH ve gastrin sekresyonu cinsiyetten ve yaştan bağımsızdır.¹⁸ Bununla birlikte, gastroözofageal reflü hastalığında, ortalama bazal asit seviyesi erkeklerde kadınlardan daha fazladır.¹⁹

Gastrointestinal sistem içindeki taşıma sistemlerinin ilaç emilimi üzerinde önemli etkileri olabilir. Örneğin, bağırsak ve karaciğerde aktif olarak rol alan p glikoprotein (Pgp), ilaçlar da dahil olmak üzere birçok bileşiği taşıyan bir transmembran proteindir.

Erkeklerde karaciğerden üretilen bu proteinin kadınlara oranla iki kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir.¹⁹ İleri çalışmalar gerekli olmasına rağmen erkeklerde ilaçların karaciğerden atılımı kadınlara göre daha hızlıdır, bu da erkeklerde ilaçların, biotransformasyona uğraması için daha kısa bir sürenin gerekli olduğu şeklinde yorumlanabilir. Bağırsak Pgp aktivitesinde cinsiyete göre olası bir farklılık birçok ilacın emilimi etkileyebilir ve böyle bir farklılığın olup olmadığını belirlemek farmakoterapi uygulamaları açısından çok kıymetli olacaktır. Rektumdan ilaç emilim oranları da cinsiyet bağımlı olabilir. Kadınlarda, ondansetron supozituarının (antiemetik) emilimi erkeklere göre daha iyidir.¹⁰ Adet döngüsünün özofagustaki motilite üzerinde veya gastrointestinal sistemdeki taşıma sistemleri üzerine gösterilmiş hiçbir etkisi yoktur.^{20,21} Bununla birlikte, gastrik boşalma üzerinde adet döngüsü etkisi için kanıtlar çelişkilidir.^{16,22,23}

2.1.2.2. Deri

Cilt yaralanmalarını takiben stratum corneumun iyileşme cevabı, epidermal bariyer ölçütü olarak, trasepidermal su kaybı erkekler ve kadınlar arasında farklılık göstermez.²⁴ Siyahiler de yara yeri iyileşmesi beyazlara göre daha hızlıdır. Hipertansiyon tedavisi için transdermal klonidinin antihipertansif etkisi, bir klinik çalışmada; ırk, etnik köken, cinsiyet ve yaştan bağımsız olarak saptanmıştır.²⁵ İn vitro, fentanil ve sufentanilin (analjezikler) transdermal emilimi ne yaş ne de cinsiyete bağımlı olarak saptanmıştır.²⁶

2.1.2.3. Solunum Sistemi

İlaçların pulmoner sistem yoluyla emilmesi solunum sayısı ve derinliğine (ventilasyona) göre değişir.²⁷ Progesteron bir solunum indükleyici olarak değerlendirilebilir. Kadınların dakikadaki ventilasyon sayısı erkeklerden daha fazla olup tidal volumü daha düşüktür. Ayrıca yüksek karbon dioksit seviyelerine ventilasyon yanıtı erkeklerde daha fazladır.¹⁹ Kadınlar luteal fazda menstrüel siklusun foliküler fazından daha yüksek solunum kapasitesine sahiptir.

2.1.3. Protein Bağlanması

Organik bileşikler sıklıkla albümin veya α 1-asit glikoproteinine (AAG), nadiren de alfa, beta ve gama globülinlere, lipoproteinlere veya eritrositlere bağlı olarak taşınırlar. AAG, temel ilaçlara yüksek bir afinite ile bağlanır. Albümin, ilacın bağlı ve bağlanmamış (serbest) fraksiyonlar arasında bir dengeyi korumak için kolayca asidik ilaçlara bağlanır. Proteine bağlanmamış serbest fraksiyon, reseptör fonksiyonu ile dengede tutulur. Böylece, ilaçların plazma proteinlerine bağlanma oranı, onların etki derecelerini etkileyebilir.²⁸

Enantiomerlerin (ayna görüntüsü bileşikleri) plazma proteini bağlanması rasemik karışımlarda (her iki enantiyomeri de içeren) farklılık gösterebilir ve enantiyomerlerin seçici bağlanması meydana gelir.²⁹

Akut faz reaktanı olan AGG seviyesi, enfeksiyon, kanser ve romatoid artritli hastalarda artar. Böbrek ve karaciğer fonksiyon bozukluğu, hipotiroidi, Crohn hastalığı,

miyokard enfarktüsü, kanser ve yanıkları olan hastalarda azalmış albümin seviyeleri veya artmış AAG seviyeleri ortaya çıkar.³⁰

Çok küçük bir çalışmada (her biri menstrual siklusunda olan 9 kadın muayenesinde), AGG konsantrasyonun adet 4. Günündeki ölçümü 12, 20 ve 28. gün ölçümlerine göre daha yüksekti.³¹ Menstrüel siklusun luteal fazında seks hormonu bağlayıcı globulin seviyesinin de arttığı bulunmuştur.³²

2.1.4. Vücut Kompozisyonu

Kadın ve erkeklerde yağ oranı farklılığı; hidrofilik ve lipofilik ilaçların cinsiyete göre dağılım çeşitliliğinin açıklamasında yararlı bilgiler verir.²³

Yaşla birlikte hücre içi su miktarının azalması sebebiyle toplamda vücuttaki su miktarı da azalır.^{33,34} Vücut kompozisyon modellemesini sadece cinsiyeti değil, aynı zamanda yaş ve vücut büyüklüğünü de göz önünde bulundurarak yapmak gerekir.^{33,34} Bununla birlikte, literatürde bildirilen farmakokinetikteki bazı cinsiyet farklılıklarının, ilacın aynı sabit dozunu alan erkekler ve kadınlar arasındaki ağırlıklarındaki farklılıkların bir sonucu olduğunu belirtmek önemlidir. Bu nedenle, farmakokinetik parametreler, bir cinsiyet farkının olduğu sonucuna varmadan önce ağırlık ile düzeltilmelidir.

2.1.5. Biyotransformasyon

Cinsiyet, karaciğerde metabolize edilen ilaçların farmakokinetiği üzerinde karmaşık bir etkiye sahiptir.³⁵ Temazepam ve Oksazepam- konjugasyon yoluyla metabolize olan benzodiazepinler- erkekler tarafından daha hızlı elimine edilir. Alprazolam ve diazepam oksidatif mekanizma ile metabolize edilmekle beraber kadınlar tarafından daha hızlı elimine edilir. Nitrazepam nitro grubunun redüksiyonu metabolize edilir ve metabolize edilmesinde cinsiyete bağlı farklılık izlenmemiştir. Böylece, şunu söylemek mümkündür; cinsiyet aynı farmakolojik sınıfa ve aynı farmakolojik yapıya sahip ilaçların metabolizmasını farklı etkiler.¹⁹

2.1.5.1. Sitokrom P450

Sitokrom P450 ailesi (CYPs) en az 17 adet izoenzimden oluşan ve ilaçların oksidatif metabolizmasını modüle eden ve karaciğerde bulunan enzim topluluğudur.³⁶ CYP1, CYP2 ve CYP3 isimli enzimlerin ilaçların hepatik metabolizmasından sorumlu olduğu düşünülmektedir. CYP3A4, karaciğerde CYP ailesinin en fazla bulunan üyesidir ve siklosporin, kinidin, eritromisin, dapsone ve lidokain metabolizmasından sorumludur.³⁵ En büyük CYP izoformu ve yenidoğan karaciğerinde bulunan CYP3A7'dir. CYP3A4'ün aktivitesi doğumdan önce çok düşüktür, ancak doğumda hızla artar ve 6 ila 12 ay arasında, yetişkinlerdeki seviyenin % 50'sine ulaşır. İlaçları metabolize eden enzimlerin bu matürasyonu, nonrenal ilaç klirensindeki yaşa bağlı değişiklikler için ana faktördür.³⁷

Tirilazad (antioksidan), eritromisin ve diazepam ile yapılan çalışmalar kadınlarda daha yüksek CYP3A4 aktivitesinin olduğunu ortaya koymuştur.^{38,19} CYP3A4 tarafından metabolize edilen ilaçların kadınlarda daha hızlı metabolize edilirken, diğer izozimler tarafından elimine edilen ilaçlar genellikle erkekler tarafından daha hızlı metabolize edilir. CYP3A4 aktivitesindeki cinsiyete özgü farklılıklar, CYP3A4'ün gen seviyesinde aktivitesini düzenleyen östrojen ve progesteron ile ilgilidir.³⁵ Bununla birlikte, sitokrom ailesine ait enzimler tarafından metabolize edilen ranitidin metabolizması cinsiyete bağlı farklılık göstermemektedir. Konjugasyon yoluyla atılan bazı ilaçların metabolizması cinsiyet farklılıkları gösterir.¹⁹

2.1.6. Ekskresyon

Böbrek, ilaçların vücuttan atılımında rol alan majör organdır. İlaçlar, böbrek glomerülleri ve tübüller boyunca non-iyonize formda difüzyon ile veya aktif tübüler taşıma sistemleri tarafından salgılanır ve yeniden geri emilirler. Gastrointestinal sistemden absorbe edilmeyen veya safra yolları aracılığıyla karaciğerden ekstrekte edilen ilaçlar dışkı yoluyla da elimine edilirler. İlaçların bir kısmı reabsorbsiyon sonrası enterohepatik dolaşıma girerler.

Erkeklerde serum ve idrarda daha yüksek kreatinin seviyeleri ve kadınlardan daha yüksek kreatinin klirensi (CLCR) oranları vardır. Fark, erkeklerin daha az yağ oranına sahip vücut kütlesi ile ilgilidir.³⁹ Genç ve yaşlı, erkekler ve kadınlar ile üç yönlü bir crossover çalışmasında, amantadinin renal klirensi sadece erkek deneklerde, kinin ve

kinidin tarafından önemli ölçüde inhibe edilmiş olup yaşa bağlı bir değişiklik gözlenmemiştir.⁴⁰ Bu etkileşimin mekanizması muhtemelen kinin ve kinidinin katyonların tübüler atılım hızı üzerindeki diferansiyel etkileri ile ilgilidir.¹⁹ Bir hekimin, influenza sebebiyle amantadin reçete edilen ve kas krampları olan yaşlı bir kadını kinidin ile tedavi ederken bu etkileşimi dikkate alması gerekmez; bununla birlikte, bir erkekte bu ilaç-ilaç etkileşimine dikkat edilmemesi, önemli bir advers reaksiyona neden olabilir.

CLCR, menstrual siklusun ilk haftasında daha düşüktür ve 4. haftada yüzde 20 oranında artar. Geceleri, 11 menstrual siklus boyunca haftada üç kez ölçülen CLCR, luteal fazda foliküler faza göre % 7,3 daha yüksek saptanmıştır. Benzer değişiklikler, glomerüler filtrasyon hızının daha doğru bir ölçüsü olan intravenöz krom 51 işaretli EDTA kullanıldığında da bulundu.⁴¹ Estradiol ve estriol, glomerüler filtrasyon hızını, idrar volümünü, böbrek plazma akımını veya tübüler reabsorpsiyonu etkilemez.^{42,43} Başka bir çalışmada CLCR sadece midluteal fazda biraz artmış bulundu.³⁴ Bununla birlikte, az miktardaki bu artış, kreatinin atılımındaki değişikliklere atfedilebilir ve klinik olarak önemli kabul edilmez.

Kashuba ve Nafziger (1998), yayınlanan çalışmaların çoğunun bir adet döngüsü içinde az sayıda kadın ve sınırlı sayıda adet döngüsü evresi ile yapıldığını bildirmiştir. Ek olarak, östrojen veya progesteronun böbrek klirensi üzerindeki etkileri ile ilgili çalışmalar sınırlıdır ve sonuçları çelişkilidir. Ayrıca, normal bir adet döngüsü sırasında “ilaçların emiliminde, dağılımında veya eliminasyonunda ortaya çıkan klinik olarak önemli değişiklikler gösterilmemiştir”, ilaçların renal klirensindeki cinsiyete bağlı farklılıkların genellikle sadece küçük bir öneminin olduğu sonucuna varılmıştır.³³

Ancak, 172 sağlıklı gönüllünün katıldığı, oral, tedavi dozunda verilen floxacin ile yapılan 10 çalışmanın meta-analizinde dağıtım/sistemik kullanılabilirlik oranı hacmi 20,4 litre olduğunu ifade etmişlerdir ki bu hesaplama sonucunda erkeklerde bu oran anlamlı olarak kadınlardan daha yüksek bulunmuştur.⁴⁴ Ayrıca klirens/sistemik kullanılabilirlik oranı dakika da 10.8 lt olarak saptanmıştır yine bu hesaplamada erkeklerde kadınlardan daha yüksek bir oranın hesaplandığından bahsetmek mümkündür.

2.1.7. Farmakodinamik

Reseptörler, bir ilacın etkisini başlatmak için hedef hücre membranında, stoplazmasında ya da çekirdeğinde bulunan makromoleküllerdir. Bir reseptörün sürekli uyarılması, downregülasyonuna veya duyarsızlaşmaya (refrakterlik) yol açabilir. Upregülasyon ise, genellikle antagonistlerin uzun süreli uyarımından kaynaklanır. Ayrıca ilaçlar enzimler için substrat görevi görebilir yada enzimleri yarışmalı veya yarışmasız olarak inhibe edebilir. Bireyler arasında dikkate değer varyasyonlar olmasına rağmen farmakodinamik olarak cinsiyete bağlı farklılıktan söz etmek mümkündür.⁴⁵

2.1.8. Cinsiyetin Klinik Üzerine Etkisi

Bazı farmakokinetik ve farmakodinamik cinsiyet farklılıkları ilaç etkinliğini etkileyebilir veya ciddi advers olayları daha olası hale getirebilir. Cinsiyet farkı, dar terapötik indekslere sahip ilaçları, geniş terapötik indekslere göre daha fazla etkileyecektir. İlacın doz veya doz aralığının ayarlanması, aradaki farkı düzeltmek için yeterli olabilir veya farklı bir ilaç veya tedavi yöntemi kullanmak gerekebilir. Dünya çapında ilaç gelişimine adanmış kaynakların miktarı göz önüne alındığında, klinik çalışmalarda, ilaçların reseptörler üzerindeki etkileri (veya reseptörlerin ve nörotransmitterlerin cinsel dimorfizmleri) ve tedavi yanıtlarının cinsel dimorfizmi ile ilgili cinsiyete özgü sorunları dikkate almak özellikle önemlidir.

2.1.8.1. Yan Etkilerde Cinsiyet Farklılığı

Antihistaminikler (terfenadin), antibiyotikler gibi çeşitli sınıflardan ilaçlar(eritromisin) ve antiaritmik ilaçlar potansiyel olarak torsades de pointes denilen ölümcül kalp ritmine neden olabilir.¹⁹

Bu ilaca bağlı komplikasyonun gelişme riski kadınlarda erkeklerden çok daha fazladır. Hipokalemi, hipomagnezemi, bradikardi ve başlangıçtaki QT aralığı ve QT uzama derecesi (elektrokardiyografik değişkenler) bu olaya duyarlılığı arttırmaktadır.⁴⁶ Kadınlar daha uzun bir ortalama elektrokardiyografik QT aralığına sahip olduklarından-kardiyak iyon kanalı fonksiyonundaki cinsiyet farklılıkları, kadınlarda daha sık rastlanma yüzdesi ile klinik olarak anlamlıdır. Klinik çalışmalarda, QT aralığının uzamasına neden olan bir ilaç olan kinidinin kadınlarda QT aralığının daha fazla

uzamasına sebep olduğu izlenmiştir.⁴⁷ Kadınlarla yapılan son çalışmalar, ilaca bağlı QT aralığının uzamasının adet döngüsünün fazından etkilenebileceğini göstermektedir.⁴⁸

Yan etkilerde cinsiyete bağlı diğer farklılıklar da kaydedilmiştir. Örneğin, kadınlarda anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörlerine bağlı görülen öksürük erkeklere göre 2 kat daha sıktır.⁴⁹

2.1.8.2. İlaç Etki Düzeyinin Cinsiyete Göre Farklılığı

5 HT3 antagonisti Alosetron'a terapötik yanıtta cinsiyet farklılıkları bildirilmiştir. FDA son zamanlarda Alosetron'u kadınlarda irritabl bağırsak sendromunun tedavisi için onayladı. Alosetron, erkeklerde etkisizdir, ancak bunun nedenleri bilinmemektedir.⁵⁰ Serotonerjik bir mekanizma ile hareket eden bir bileşiğe terapötik yanıtta cinsiyet farklılıklarının bir başka örneği Sertraline'dir. Travma sonrası stres bozukluğunun tedavisinde kullanılan iki çok merkezli kontrollü çalışma, kadınlarda etkinliğini göstermiş olup erkeklerde etkin bulunmadı.⁵¹ Bunun sonrasında, FDA kadınlarda travma sonrası stres bozukluğu tedavisi için Sertralin'i onayladı.

Kadın ve erkek gönüllülerinin beyinlerinde serotonin sentezi oranlarındaki farklılıklar pozitron emisyon tomografisi ile ölçülmüştür. Bu teknik, canlı beyindeki serotonin sentez hızının doğrudan ölçülmesine izin verir. Beyin serotonin sentezi oranı erkek deneklerde kadın deneklerden yüzde 52 daha fazla bulunmuştur. Araştırmacılar, serotonin sentez oranlarındaki bu belirgin farkın majör depresyon tanısı alan kadınlarda daha yüksek insidansa katkıda bulunabileceğini öne sürmektedir. Bununla birlikte, birkaç postmortem çalışmada, serotonin düzeylerinde anlamlı bir cinsiyet farkı bulunamamıştır.^{52,53}

2.2. Metabolizma, Yaşam Tarzı ve Fiziksel Performans

Erkek-kadın farklılıkları vücut büyüklüğü ve kompozisyonu açısından çok dikkat çekicidir. Bu cinsiyet farklılıkları üreme değişkenleri ile yakından bağlantılıdır. Ek olarak, bu farklılıklar hastalık oranlarının çeşitliliğine yol açan biyolojik ve sosyal (yaşam tarzı) çeşitliliğin kombinasyonu şeklinde karşımıza çıkabilir.⁵⁴ Somut bir örnek vermek gerekirse, obezite ve osteoporoz kadın ve erkekte farklı oranlarda farklı etyolojik sebeplerle ortaya çıkar. Hastalığın gelişmesinde ve prognozunda bazen sosyal

yaşamı çözümlmek gerekir. Örneğin, malign melanomada giyim tarzı-güneşle temasın değerlendirilmesinde- ve güneş kremi kullanım oranı çok önemli bilgiler verecektir.

Başka bir örnek olarak, erkeklerde osteoporozun daha az görülmesi muhtemelen artmış fiziksel aktivite ve direnç egzersiz yapmanın yanında moleküler ve hormonal farklılıkların bir kombinasyonudur.⁵⁵

Bununla birlikte, üreme sistemi dışındaki temel cinsiyet farklılıklarının altında yatan mekanizmaları ve bunların işleyiş ile ilgili etkileri konusunda sınırlı bir bilginiz mevcuttur. Cinsiyet farklılıklarının güç, dayanıklılık ve genel çalışma kapasitesi gibi fiziksel performans değişkenleriyle nasıl ilişkili olduğuna dair daha iyi bir veri ortaya koymak, ‘cinsiyete göre farklı tedavilerin ne zaman uygulanması gerekir?’ sorusunu ele almak için gereklidir.

2.2.1. Vücut Kompozisyonundaki Farklılıklar

Vücut kompozisyonundaki farklılıklar, seks hormonları ve davranıştaki cinsiyet farklılıkları üreme çağından sonra azalmaya eğilimlidir. Bu farklılıkların ergenlik çevresinde ortaya çıktığı düşünülmektedir; ancak, ergenlik başlangıcından önce vücut kompozisyonundaki cinsiyet farklılıkları da açıkça ortaya konmuştur.⁵⁶

Vücut yağ önemli bir enerji dengesinin bileşeni ve açıkça çeşitli hayvan türleri ve insanlarda enerji düzenleme ve üreme sistemi (ergenlik ve menarş), arasında bir ilişki var ancak bu ilişki bir zamanlar düşünüldüğü kadar basit değildir.^{57,58} Meme yağı ve gluteal-femoral yağ kadınlarda açlık koşullarında kullanılmak üzere korunur ve emzirme döneminde yakılır. Gıda alımı menstrual siklusa değişir, hamilelik sırasında hormonal değişiklikler iştahı arttırır. Hamilelik dönemi fetus ve plasenta ağırlığından daha fazla kilo alımına sebep olur, gebelik öncesi kiloya dönmek için doğum sonrası kilo kaybetmek gerekir. Menopoz, döneminde nispeten daha fazla yağlanmaya eğilim vardır ve bu yağlanma genellikle karın bölgesinde meydana gelir.

Yetişkin erkekler, ortalama olarak, yetişkin kadınlardan daha fazla kas kütlesine ve daha az yağ oranına sahiptir. Aynı zamanda ortalama olarak erkekler kadınlara göre daha uzun boyludur. Büyük kas kütlesi erkekler daha fazla fiziksel güç ile ilişkilidir. Erkekler de tipik olarak nispeten daha fazla karın yağı ve kadınlara göre daha az gluteal-femoral yağ mevcuttur.

2.2.2. Enerji Metabolizması ve Vücut Kompozisyonu

Yiyecekler ve içecekler enerjiye okside olabilen maddeler içerir (Isı, kalori cinsinden ölçülür),hayati işlemler ve fiziksel işlemler için yakıt olan bu maddeler; yağ (gram başına ~ 9 kilokalori), karbonhidrat (Gram başına ~ 4 kilokalori) ve proteinden.(gram başına ~ 4 kilokalori) oluşur. Alkollü içeceklerde etanol kalori sağlar (~ gram başına 7 kilokalori) aynı zamanda bir toksindir. Enerji kullanım verimliliğinin bireysel varyasyonları, (yiyecek birimi başına üretilen ısı miktarı) tüketilen enerji kısmen genetik olarak belirlenir ancak fiziksel aktivite, sigara içme ve alkol kullanımı gibi davranışsal faktörlerden etkilenebilir.⁵⁹

Vücut ağırlığı kemik, iç organ, iskelet ağırlığını. kas, yağ dokusu (hem karın içi hem de deri altı yağları), kan ve diğer vücut sıvıları yansıtır.⁶⁰ Yağ dokusu en fazla değişkenlik gösteren bileşendir. Günlük enerji gereksinimleri öncelikle bazal metabolik ihtiyaçlara, yani uyku sırasında veya dinlenme sırasında olduğu gibi temel işlevleri desteklemek için gereken enerji miktarına bağlıdır. Bazal veya dinlenme enerji harcamaları öncelikle vücut büyüklüğüne ve vücut kompozisyonu (yani, yağ ve yağsız doku oranları) göre belirlenir. Kas dokusu yağ dokusuna göre daha fazla enerji harcar. Böylece, aynı ağırlık ve yükseklikte, daha şişman bir birey nispeten daha az yağ oranına sahip olandan daha fazla enerji harcar. Enerji harcamasına diğer katkıda bulunanlar alınan besinlerin metabolize edilmesi ve enerji gerektiren egzersizlerdir. Enerji gereksinimlerini aşan enerji alımı tercihen ve öncelikle yağ olarak saklanır.

Enerji gereksinimlerindeki cinsiyet farklılıkları, vücut büyüklüğü, vücut kompozisyonu ve aktivite seviyelerinin cinsiyete göre değişmesinden kaynaklanır.⁵⁹ Ergenlikten sonra enerji gereksinimleri erkekler için daha yüksektir. Erkeklere nazaran kadınlarda kas oranı daha az olduğu için birim zamanda aynı çalışma sonrasında daha az enerji harcarlar ve bazal metabolizmaları daha düşüktür.

2.2.3. Obezite

Obezitenin gelişimi muhtemelen besin gereksiniminden daha fazla miktarda besin alınması, gereken fiziksel aktiviteden daha az aktivite yapılarak daha az kalori harcanması sonucu gelişen, enerji dengesizliğine sebep olan bir sürecin beklenen sonucudur.^{61,62}

Obezitenin yaygın olarak kullanılan tanımları göreceli boyun ağırlığa oranına dayanır fakat yağ oranını ya da yağlanmanın hangi bölgede olduğunu belirlemede etkin olarak kullanılamamaktadırlar. Bu nedenle, tanımlar, kadınlarda obeziteyi belirlemede erkeklere göre abartılı sonuçlara sebep olabilir. Obeziteye bağlı sağlık risklerinin abdominal obezite ile ilişkili olduğu bilinmekte olup obezite kriterleri içinde olup nonabdominal obezitesi olan kadın bireyler için hesaplanan sağlık riski gerçekleri yansıtmayacaktır. Obezite prevalansı ile ilgili veriler ayrıca kadınların obeziteye eğiliminin daha fazla olduğunu göstermektedir.¹⁹

Belirtmek gerekir ki, kadınlarda görülen daha sık görülmesinin yanında etnik, sosyoekonomik ve çevresel koşullara göre varyasyonları da mevcuttur. Bu, obezitede cinsiyet farklılıkları sorusunu daha karmaşık yapar; yani, altta yatan yatkınlığa sebep olan faktörler nelerdir? Hangi koşullar altında bu faktörler hastalığın ortaya çıkmasında etkin rol alır?

Kadınlarda obezite prevalansının daha fazla olmasının olası sebepleri şunlardır: (1) aşırı tüketim, yani, kadınları enerji ihtiyaçları ile ilgili olarak çok fazla yiyecek tüketmeye yatkın yeme davranışları, (muhtemelen fizyolojik olarak belirlenen iştah düzenleme bozukluklarını da kapsamakta) (2) metabolik verimlilik, örneğin, kadınların besin alımın miktarından bağımsız olarak depolamaya yatkınlık sağlayan fizyolojik faktörler (3) düşük enerji harcaması, yani rutin veya boş zamanda fiziksel aktivite yoluyla enerji alımını dengelemek için harcanan enerji miktarının davranışsal olarak cinsiyete göre farklılık göstermesi.

Bu açıklamalar kadınların pozitif enerji dengesine yatkınlığını tanımlamak için birleştirilebilir. Epidemiyolojik bir perspektiften bakıldığında, bu olasılıkların araştırılması etnisite ve sosyoekonomik durum ile kıyaslamasını yapmak gerekir. Örneğin, altta yatan biyolojik cinsiyet farklılıklarının olduğunu varsayarak obezitede belirleyiciler nispeten benzerdir, İspanyol olmayan Afrikalı-Amerikalı kadınlarda, İspanyol olmayan beyaz kadınlara göre daha yüksek oranda obezite saptanmasında Afrikalı-Amerikalı kadın nüfusunda davranışsal risk faktörlerinin (aşırı yeme, düşük aktivite seviyeleri, daha az etkili fiziksel aktivite) sıklığının artmış olması ile açıklanabilir.⁶³

Enerji metabolizmasındaki cinsiyet farklılıkları tüm türlerde görülmez, fakat metabolizma farklılığı saptanan toplumlarda kadınların daha obez olduğu gözlenmiştir.

Erkek ve kadınlar üzerindeki farklılaşmış evrimsel baskıların, kadınların daha küçük ve daha tasarruflu enerji kullanması ile sonuçlanan bir sürecin sonucu olabilir.⁶² Memelilerde, üreme rollerinde farklılaşma derecesine bağlı olarak vücut boyutundaki cinsiyet farklılıkları ortaya çıkmaktadır. Daha büyük boyut, genellikle erkekler tarafından yerine getirilen üreme rolleri (örneğin, bölge için rekabet, grubun savunması ve dişiler için rekabet) için daha büyük bir avantaj sağlar.

Enerji metabolizması ve obezitede cinsiyet farklılıklarının incelenmesine yönelik güncel yaklaşımlar, enerji regülasyonu, depolanması ve kullanımında fizyolojik olarak farklılıklar olduğu yönündedir. Karın ve gluteal-femoral bölgelerdeki yağ miktarları, türleri ve metabolik özellikleri gibi yağ dağılımındaki varyasyonlar bu teoriyi destekler niteliktedir.⁵⁴

Kadınlarda gluteal-femoral yağ depoları, erkeklerdekinden çok daha büyüktür ve lipid alımını ve β - adrenerjik aktiviteden daha fazla α -adrenerjik aktiviteye sahip, hücrelerde yağ depolanmasını teşvik eden lipoprotein lipaz enzim aktivitesi daha yüksektir. Bu yağ deposundaki hücrelerin lipid depolama kalıplarındaki; gebelik (artmış) veya menopoz (azalmış) ile gözlenen değişiklikler, kadın yağ birikimi ve yağ metabolizmasının bu yönünün üreme ile ilgili bir işleve sahip olduğu teorisine uygun olarak ile saptanmıştır.⁵⁴ Buna ek olarak, karın bölgesinde, kadınlarda subkutan yağda daha fazla lipolitik aktivite mevcutken, visseral yağ erkeklerde daha aktiftir. Bu farklılıklar menopozdan sonra geçerli değildir.

Yaş ve cinsiyete bağlı farklılıkların öncelikle tüketilen gıdaların hacminden ziyade enerji yoğunluğundaki değişikliklerden kaynaklandığı bulgusu iştah düzenlemesinde cinsiyet farklılıklarını ima eder.⁶⁴ İştah düzenlemesinde yer alan bir hormon olan leptin düzeylerindeki cinsiyet farklılıklarına ilişkin çalışmalar, iştah düzenlemesinde cinsiyet farklılıklarını da göstermektedir. Ancak, leptin düzeyleri ile ilişkili karın yağ düzeyleri ve insülin direnci artışı sadece erkeklerde gözlenmiştir. Bu çalışmalar, kızların leptin'in iştah bastırıcı etkilerine nispeten dirençli olduğunu göstermektedir. Serotonin (5-oh triptofan) iştah düzenleyici etkileri de cinsiyetler arasında farklılık gösterebilir.⁶⁵

2.2.4. Fiziksel Performans

Egzersiz ve fiziksel egzersiz sırasında performans ve enerji metabolizması çalışmaları, dinlenme koşullarında gözlemlenen enerji düzenlemesindeki cinsiyet farklılıklarından niteliksel olarak farklı olabilecek ilginç cinsiyete bağlı değişiklikler göstermektedir.⁵⁴ Evrimsel bir bakış açısıyla, fiziksel aktivite baz alınarak örnek vermek gerekirse, cinsiyet rolü farklılaşması ile uyumlu olarak, erkekler daha kısa sürede daha fazla enerji harcanarak yüksek performans seviyesine ulaşabilmekte olup kadınlar daha uzun sürede daha az enerji ile daha düşük performans gösterme eğilimindedirler.⁶² Aynı vasküler yapıda, farklı kas liflerinin oranlarındaki cinsiyet farklılıkları, kadın kaslarında oksidatif metabolizma için daha büyük bir potansiyel ile tutarlıdır. Bu durum, kas morfolojisindeki cinsiyet farklılıkların yapısal farklılıklar yerine davranıştan (aktivite ve egzersiz alışkanlıklarındaki çeşitlilikler sebebiyle) etkilendiğini yansıtabilir. Buna ek olarak, kas lifi bileşimindeki cinsel dimorfizmin menopozdan sonra gözlenmemesi bu oluşumda, seks hormonlarının çok önemli bir katkısının olduğunu düşündürmektedir.⁵⁴

2.2.5. Kemik Metabolizması ve Osteoporoz

Osteoporoz düşük kemik yoğunluğu ve kemik yapısında bozulmayla karakterize ve kemiğin kırılmaya eğiliminin artıran sistemik bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Birçok faktör kemik sağlığına katkıda bulunur. Tüm organizma ile ilgili olarak, hem vücut büyüklüğü hem de zayıflık, klinik osteoporozda önemli faktörlerdir: uzun boylu insanlar büyük kemiklere sahiptir ve kısa boylu insanlarda kemik kırığı olasılığı daha düşüktür. Kilolu insanlarda düşmeye bağlı travmasını absorbe eden için cilt altı yağ dokusu mevcuttur bu nedenle daha zayıf insanlara göre travmaya bağlı kırıklar daha az görülür. Yaşlı insanlarda nispeten yavaş refleksler ve daha fazla kas iskelet sistemi hastalıklarından dolayı genç insanlara göre daha sık kemik kırıkları gelişir.

Aşırı egzersiz, amenore ile sonuçlanan kemik kaybına neden olur.⁶⁶ Sigara içenler de osteoporoz gelişimi için yüksek risk altındadır.⁶⁷

Hormonlar kemikler için de önemlidir. Östrojen ve testosteron kemik kütlesi kazanımı ve korunması açısından kritik bir öneme sahiptir. Hem erkeklerde hem de kadınlarda seks hormonları veya büyüme hormonu eksikliği kemik kütlesini azaltır.⁶⁸

Kemikleri etkileyen durumlar arasında gebelik ve emzirme sayılabilir; hem gebelik hem de emzirme sürecinde kalsiyum annenin kemiklerinden bebeğe

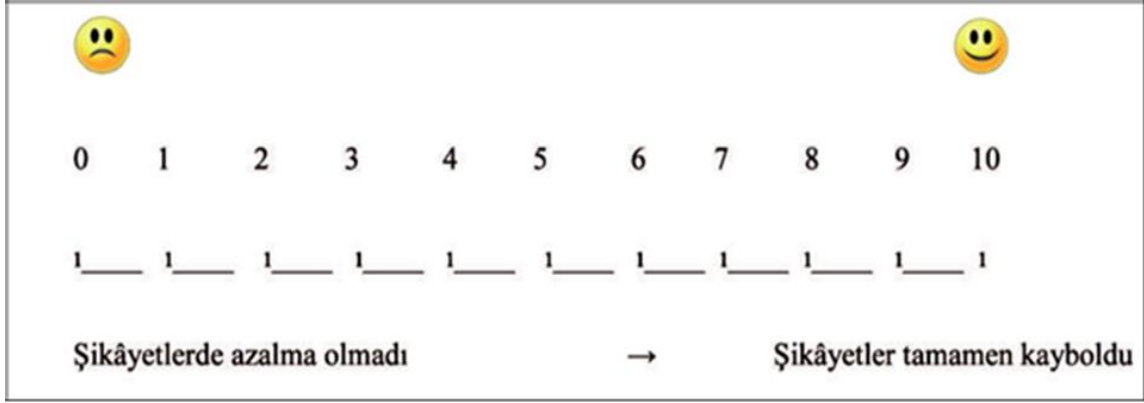
yönlendirilir; eğer anne kalsiyumunu kaybettiği kalsiyumu geri almazsa net bir kemik kütlesi kaybı yaşayacaktır.⁶⁹

Osteoporoz için en önemli risk faktörleri pozitif aile öyküsü, vücut kitle indeksinin düşük olması ve mevcut tütün kullanımı vardır. Rölatif risk faktörleri beyaz ırk, kadın cinsiyeti, 65'ten büyük yaş, postmenopozal durum, düşük kalsiyum alımı, alkolizm, sedanter yaşam tarzı ve kronik hastalıklardır.⁷⁰ İskelet sistemi sağlığı; genetik, hormonal, davranışsal ve çevresel bileşenlere sahiptir. Kadınlarda osteoporozun artmış sıklığına en çok katkıda bulunan faktörler menopozda östrojen kaybı, kadınlar arasında daha düşük egzersiz yapma oranı daha düşük güneşe maruz kalma süresi ve hamileliktir.

2.3. Cinsiyet ve Ağrı

Toplumsal epidemiyolojik çalışmalar kadınların erkeklere göre daha fazla, daha sık, vücudun daha çok bölgesinde ve daha uzun süren ağrı bildiriminde bulunduklarını göstermektedir.⁷¹ Yenidoğan kız bebekler, yüz skalası kullanılarak yapılan bir çalışmada kapiller ponksiyona erkek bebeklere göre yüzlerini daha fazla buruşturarak yanıt vermişlerdir.⁷² Kadınların daha şiddetli ve yaygın ağrı ile ilgili bildirimleri bazı araştırmacılar tarafından kadınların sağlıkları ile ilgili yardım isteme konusunda daha istekli olmalarına bağlanmış olsa da birçok faktörün ağrı ile ilgili cinsiyet farklılığına sebebiyet verebileceği düşünülmektedir.

Genel olarak, veriler sürekli olarak kadınların visseral organlarda meydana gelen ağrı da dahil olmak üzere nosiseptif uyarılara erkeklerden daha hassas olduğunu göstermektedir.⁷³ Cinsiyet bağımlı ağrı bildirimindeki farklılıklar; ağrıya sebep olan durumun, yaşın, ağrıyı kimin değerlendirdiğinin, hangi ağrının tariflendiğinin, üreme durumunun, genetik bilginin kümülatif sonucuna göre değişkenlik gösterir.



Şekil 1. Ağrının değerlendirilmesi

Vizüel analog skolası rakamsal olarak ölçülemeyen ağrı hissi derecesini sayılara çevirmek amacıyla kullanılır. VAS, kullanım kolaylığı ve basit yapısı nedeniyle ağrı değerlendirme araştırmalarında en yaygın kullanılan ağrı ölçüm araçlarından biridir. Hasta ağrısı tahminen skala üzerinde işaretler. Hastanın ağrı skoru tahminen işaretlediği yerin ± 13 mm civarındadır. Ağrıda oluşan değişikliği anlamlı sayabilmek için ise skalada 30 mm'lik bir yer değişikliği gerekmektedir. Hasta sayısal değerlendirme skalsında 1'den 10'a kadar olan aralıkta bir değer verir ya da biçimsel değerlendirme skalsında 'ağrı yok'tan 'dayanılmaz ağrı' a kadar ağrısını derecelendirir. Klinik olarak ağrının başladığı VAS skoru 4 olarak belirtilmiştir.

2.3.1. Genler, Nosisepsiyon ve Analjeziklere Duyarlılık

Ağrı dinamiklerini analiz eden testlerin sonuçları, günün saati, uyaran türü (mekanik ve termal), diyet, doğum öncesi ve doğum sonrası stres, konut (bir grupta izolasyona karşı), mevcut veya önceki yaralanma, kadınlarının üreme durumunun karşılaştırılması ve daha fazlası gibi birçok faktörden etkilenebilir.

Organizma değişkenlerinden birinin (genetik varyasyon, cinsiyet) ağrıya bağlı özellikler üzerindeki modulator etkisi ancak diğer değişkelerin varlığında anlaşılabilir. Yani, cinsiyet farklılıkları sadece belirli genetik arka plan ve genetik farklılıklar (suşlar arasında) bazen sadece bir cinsiyette gözlemlenebilir, diğerinde değil".⁷⁴ Genel anlamda kadın ve erkek arasındaki ağrıyı ifade etme farklılıkları, belirli bir genetik altyapıda – her zaman her türün aynı cinsiyete sahip bireylerinde görülmez-ve birden çok çevresel faktörden etkilenen bir tablodur.

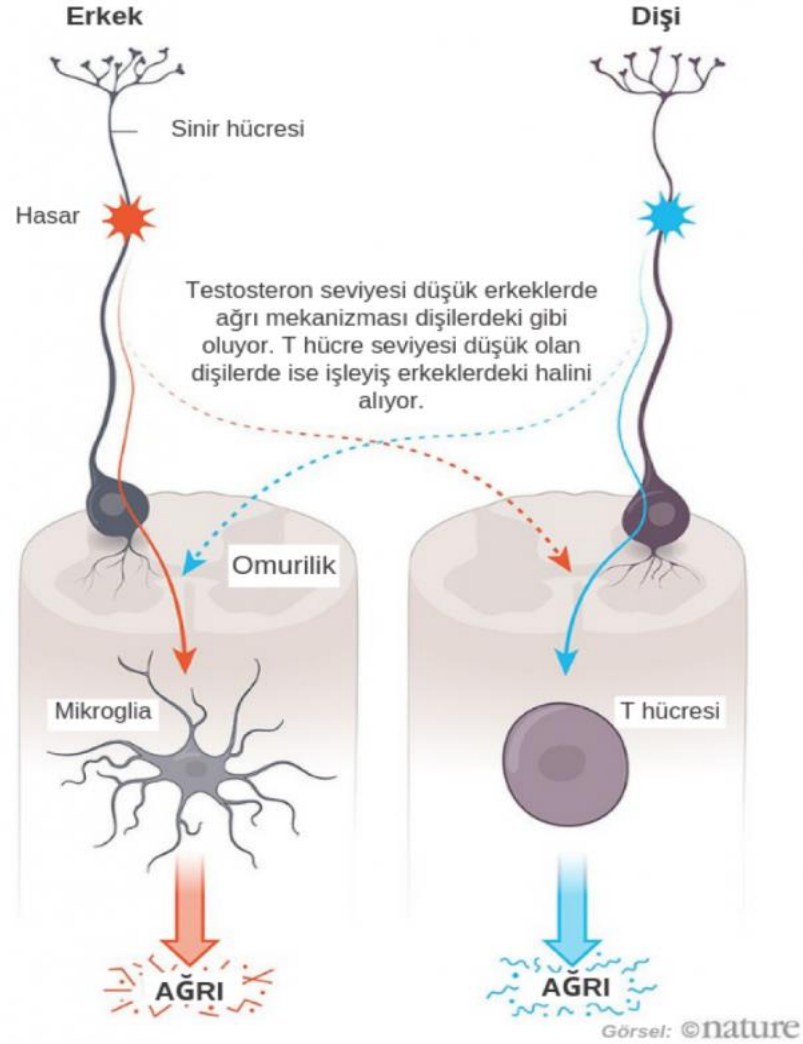
2.3.2. Analjezi Mekanizmaları, Seks Steroid Hormonları ve Sensitizasyon

Kemirgenlerle yapılan araştırmalardan elde edilen bir dizi bulgu göstermektedir ki; ağrı ifadesinde görülen cinsiyet farklılıkları, stres ve endojen analjezi arasındaki karmaşık etkileşimlerden ortaya çıkmasıdır. Başka bir deyişle, ağrı ve analjezi mekanizmalarında ölçülen ağrı davranışlarında, potansiyel olarak daha güçlü cinsiyet farklılıkları izlenebilir. Farklılıklar, seks steroid hormonlarının etkilerinin nasıl ortaya çıktığı ile ilgilidir.⁷⁵ Bu nedenle, stres, esas olarak erkeklerde bulunan, ancak ooforektomize veya neonatal olarak testosterona maruz kalmış olanlar kadınlarda da bulunan non-opioid, n-metil D-aspartat (NMDA) aracılı bir analjeziye yol açar. Stres ayrıca östrojene bağımlı, non-opioid, NMDA aracılı olmayan analjeziyi sağlar ki -hala mekanizması tam olarak bilinmemektedir.¹⁹

Bu bulgulardan bazıları, genç erişkin kadınlarda aynı cerrahi operasyonu geçiren (molar diş çekimi) genç yetişkin erkeklere göre κ -opioidlerin daha etkili analjezikler olduğunu göstermektedir.⁷⁶

AĞRI HİSSETMEYE ÇIKAN İKİ YOL

Çevresel sinir sistemindeki nöronlarda meydana gelen hasarlar ağrı hassasiyetinin artmasına neden olabilir. Verilecek tepkiyi, erkek ve dişi farelerde farklı hücreler belirliyor.



Şekil 2. Ağrı yolları ve cinsiyet ilişkisi

2.4. Cerrahi Komplikasyon ve Cinsiyet İlişkisi

1992 yılında Dr. Clavien tarafından tanımlanan cerrahi komplikasyonlar sınıflaması (Tablo 2), 2004 yılında modifiye edilmiş olup 'Clavien-Dindo' sınıflaması olarak günümüzde yaygın olarak kullanılmaktadır.

Tablo 2. Clavien-Dindo cerrahi komplikasyon sınıflaması

Grade	Tanım
Grade 1	Gelişen komplikasyon için ilaçla tedavi ya da cerrahi, endoskopik ve radyolojik girişim gerekmez. İzin verilen terapötik rejimler şunlardır: antiemetik, antipiretik, analjezikler, diüretikler, elektrolit içeren sıvılar ve fizyoterapi. Bu sınıf aynı zamanda yara yeri enfeksiyonlarını da içerir.
Grade2	Grade I komplikasyonları için izin verilen ilaçlar dışındaki farmakolojik tedavi gerektiren -kan transfüzyonu ve total parenteral nutrisyon da dahildir-komplikasyonlar
Grade3	Cerrahi, endoskopik veya radyolojik müdahale gerektiren komplikasyonlar
Grade 3a	Genel anestezi altında olmayan müdahale
Grade 3b	Genel anestezi altında müdahale
Grade 4	Hayatı tehdit eden komplikasyon (CNS komplikasyonları dahil)* YBÜ yönetimi gerektiren komplikasyonlar
Grade 4a	Tek organ disfonksiyonu (diyaliz dahil)
Grade 4b	Multiorgan disfonksiyonu
Grade 5	Ölüm ile

1977’de, ABD Gıda ve İlaç İdaresi (FDA), hayvan ve erken klinik çalışmalar sırasında yeterli güvenlik ve etkinlik bilgisi geliştirilene kadar “doğurganlık potansiyeli” olan kadınları klinik araştırmaya katılmaktan dışladı. Özellikle ilaç geliştirmeye odaklı çalışmalara kadınların dahil edilmemesi çalışma sonuçlarının kadın hastalara ait bilgi sahibi olma konusunda oldukça verimsiz bir bilimsel ortam oluşturmaya sebep olup, sonraki senelerde kontrollü olarak kadınların da çalışmalara dahil edilmesi ile aşılmaya çalışıldı.⁷⁷

Cerrahi araştırmalar da bu sorundan muaf değildir. Yakın zamanda, cerrahi biyomedikal araştırmalarında cinsiyet farklılıklarının mevcut olduğu olduğunu gösterilmiştir.⁷⁸ Bu çalışmanın sonuçlarına dayanarak, NIH (National Institute of Health), 2016 yılının Ocak ayından itibaren NIH tarafından finanse edilen tüm çalışmalarda cinsiyetin bir değişken olarak görülmesi gerektiğini açıkladı. Erkeklerde ve kadınlarda postoperatif sonuçlar, komplikasyon oranları ve geri kabul oranları farklı göstermekte olup, cinsiyete bağlı önyargı sorununun cerrahide yaygın olup olmadığını bilmek önemlidir.^{79,80,81}

2.5. Cinsiyet ve Hasta Memnuniyeti

Hasta memnuniyeti, son yıllarda sağlık hizmetleri kalitesinin belirlenmesinde yaygın olarak kullanılan kritik bir göstergedir. Hasta memnuniyetini sağlık hizmetleri ile değerlendirmek, sorunları belirleyerek sağlık hizmetinin kalitesinde bazı olumlu değişikliklere sebep olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalite; bir cerrahi girişim için bekleme süresinin kısaltılması, acil serviste gerçek acil bakımının verilmesi, klinik

uygulamalarda farklılıkların en aza indirilmesi, yeterli olmayan veya yanlış klinik uygulamaların elimine edilmesi, günün bilimsel doğrularının uygulanması ve günün teknolojisinden yararlanılması, hekim-hasta ilişkilerinin ve işgören-hasta ilişkilerinin belli bir düzeyde olması veya toplumun sağlığının iyileştirilmesi olarak kabul edilebilir.⁸²

Sağlık hizmeti perspektifinde hasta memnuniyeti değerlendirilirken dört olgu kriter olarak kabul edilir.⁸³

- Hastanın ihtiyaç duyduğu tıbbi müdahaleler,
- Diğer sağlık kuruluşlarında edindikleri deneyimler,
- Sosyo-ekonomik konumları ve psikolojik durumları,
- Hastanın beklediği kalite düzeyi,

Hastanın memnuniyet algısı, kişisel tecrübelerine dayanarak deneyimleri ve beklentilerinin karşılaştırılması sonucu gelişir. Hastanın aldığı sağlık hizmeti boyunca temasta olduğu sağlık personeli ile ilgili düşünceleri hasta memnuniyeti açısından çok kritik bir öneme sahiptir. Bunun yanında yapılan tıbbi müdahalenin hastanın iyilik haline katkısı memnuniyet açısından en önemli kriterlerden biridir.

Hasta memnuniyet araştırmalarının incelenmesi sonucu, literatürde aşağıdaki dokuz maddenin sıklıkla kullanıldığı izlenmiştir.

- a. Hasta-doktor ilişkisi,
- b. Hasta-hemşire ilişkisi,
- c. Hasta-diğer hastane işgörenleri davranışı,
- d. Bilgilendirme,
- e. Beslenme hizmetleri,
- f. Fiziksel ve çevresel koşullar,
- g. Bürokrasi,
- h. Güven,
- i. Ücret.

Alınan sağlık hizmeti değerlendirmesi ile ilgili olarak yapılan çalışmaların bir kısmında, memnuniyetin hastanın cinsiyeti ile ilgisi olmadığını bulmuştur.⁸⁴⁻⁸⁶ Bununla birlikte, bazı araştırmalar alınan tıbbi bakımından memnuniyet açısından kadınları erkeklerden biraz daha memnun olarak tanımlamıştır.⁸⁷⁻⁸⁹ Belirtmekte fayda var ki; erkek hastaların daha memnun olarak görüldüğü araştırmalarda mevcuttur.^{90,91} Erkek ve

kadın memnuniyeti karşılaştırıldığında, potansiyel olarak karıştırıcı değişkenlerin etkisi dikkate alınmalıdır. Sosyo-demografik değişkenlerden yaş ve eğitim incelenmiş olup, hasta memnuniyeti üzerindeki etkilerinin tutarlı bir resmi ortaya çıkmamıştır.^{92,84} Literatürde, hastanede kalış süresi ve hastanın hangi serviste tedavi gördüğü gibi bağlamsal faktörlerin, hastaların tıbbi bakımla olan memnuniyeti üzerindeki etkisine ilişkin benzer tutarsız sonuçlarla karşılaşmıştır.⁸⁴

Bununla birlikte, literatür, hastanın kendisi ile ilgili algıladığı; fiziksel sağlık ve psikolojik durumun iyi olması gibi kişi ile ilgili faktörlerle ilgili daha tutarlıdır. İyilik hali ve psikolojik değerlendirme ilgi olumlu değerlendirmeler, hasta memnuniyeti ölçekleri üzerinde olumlu geri bildirimlere sebep olmaktadır, aynı zamanda bunun tersi de geçerlidir. Genel çerçevede; cinsiyet bakılarak değerlendirilen hasta memnuniyeti literatürde tutarsız sonuçlarla karşımıza çıkmakta olup bu tutarsızlığın metodolojik olduğu düşünülmektedir.^{88,93}

2.6. Toplumsal Cinsiyet ve Sağlık

Toplumsal cinsiyet, kadın ve erkeklerin beklentilerini, değerlerini, imajlarını, davranışlarını, inanç sistemlerini ve rollerini tanımlayan fikirlerin sosyal yapılanmasıdır. Yeni doğan bir bebeğin biyolojik bir cinsiyeti olmasına rağmen toplumsal cinsiyeti yoktur. Çocuk büyürken toplum içindeki kurallar ve davranış modelleri ile şekillenir. Aile, arkadaş grupları, okul, sosyal çevre ve medya bu konuda zemini hazırlar. Toplumsal olarak modeller ve kurallar aracılığı ile öğrenme mekanizmaları da bulunmaktadır.

Sadece kadın ve erkek arasındaki değil, her gruptaki güç ilişkilerini ağır biçimde etkiler; bu da bir çok sosyal probleme neden olur. Bu problemler arasında iyilik halinin devam ettirilmesi ve hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilmesi konularının bütünü kapsayan sağlık hizmetleridir. Sağlık alanında “toplumsal cinsiyet eşitliği” toplumsal cinsiyet perspektifinin sağlık alanındaki tüm araştırma, politika, hizmet ve programlara entegre edilmesi anlamına gelmekte; günümüzde kadın ve erkek sağlığının gelişmesinde strateji olarak kullanılmaktadır.⁹⁴ Sağlık alanına toplumsal cinsiyet perspektifinden bakıldığında, toplumdan topluma farklılık göstermekle birlikte, genel olarak kadınların doğumda beklenen yaşam süresi daha uzundur.⁹⁵

Her ne kadar toplumsal cinsiyet perspektifinden bakıldığında, kadınlar daha zayıf olan cinsiyet olarak nitelendirilseler de biyolojik olarak birçok yönden daha güçlü olduklarına dair birçok kanıt sunulabilir. Irk'tan bağımsız, olarak erkek fetus için spontan abortus ihtimali daha yüksek olmakla birlikte premenapozal dönemdeki kadınlarda, osteoporozdan koroner arter hastalıklarına kadar geniş bir spektrumda biyolojik üstünlük söz konusudur.

Tıp ve sağlık alanında yapılan çalışmalara, NIH tarafından doğurganlık döneminde olan kadınların alınması 1977 yılında yasaklanmış olup bir çok araştırmada kadın ve erkek arasında fizyolojik farklılıkların tıbbi yaklaşımı değiştireceğinin izlenmesi üzerine 2016 yılında çalışmalara kadınların dahil olmasının bir gereklilik olduğu vurgulanmıştır.⁷⁹ Kadın ve erkeğin biyolojik cinsiyeti ve üremeye ilişkin fizyolojik fonksiyonlarının farklılığı ve getirdiği yüklerin yanı sıra, toplumun kendilerine biçtiği “toplumsal cinsiyet” rolünden kaynaklanan ve sağlıklarını olumsuz etkileyen faktörler mevcuttur.⁹⁶

Kadın ve erkek arasındaki eşitsizlik hastalık görülme sıklığı, şiddeti, risk faktörleri, bilgi, hizmet, eğitim ve teknolojilere ulaşma yönünden ayrı ayrı değerlendirmelidir. Kentleşme ve endüstrileşmenin daha yoğun olduğu bölgelerde yeni sağlık sorunları gelişmekte; bu sağlık sorunlarında yaş, cinsiyet, sınıf gibi değişkenler etkili olmaktadır. Örneğin, kadınlar erkeklerden çok daha fazla şistozomiyaz hastalığı riski ile karşı karşıyadır. Kadınların bu riskle daha fazla karşı karşıya olmalarının, çamaşır, bulaşık, temizlik gibi nedenlerle hastalığa neden olacak suyla daha fazla temas etmelerinden kaynaklanmakta olduğu bildirilmiştir.⁹⁷

Toplumsal cinsiyetten kaynaklanan ayırım, kadınların bazı insan haklarını kullanamamalarına neden olmakta, sağlık bilgisine erişim, yeterli beslenme, sağlık hizmetlerine ulaşım ve sağlık hizmetlerinden yararlanma gibi konularda eşitsizliklere yol açabilmektedir. Birçok toplumda kadının tek başına hastaneye veya sağlık hizmeti sunan yerlere gitmesi toplumsal olarak kabul görmediğinden, sınırlamalarla karşılaşılmaktadır. Bu nedenle, kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmasını etkileyen eğitim düzeyi veya sosyal olanakların kullanılmasında belirleyici olan toplumsal cinsiyet ayırımı da “sağlık” kavramı içerisinde incelenmesi gereken konular arasındadır.⁹⁶

3. MATERİYAL ve METOD

3.1. Hasta Populasyonu-Örneklem

Çalışma prospektif izlem çalışması olarak tasarlanmıştır. 1 Mart 2019 ile 30 Mayıs 2019 tarihleri arasında Genel Cerrahi Anabilim Dalında opere olan, postop en az 24 saat yatan, bilinci açık, 18 yaş üzerinde olan 415 hastanın 362'si çalışmaya dahil edilmiştir.

3.2. Dışlanma Kriterleri

İnguinal herni ve meme hastalıkları sebebiyle opere edilen hastalar cinsiyet ile ilişkili karşılaştırılma yapılmasına uygun olmayıp örneklemin dağılımını etkileyeceğinden ötürü çalışma dışı bırakılmıştır. Ameliyatlar Türk Tabipler Birliğinin Girişimsel İşlemler Yönergesine göre aynı zamanda topografik olarak da sınıflandırıldı. A, B, C grubu ameliyatlar çalışmaya dahil edilip D ve E grubu ameliyatların yatış süresi 24 saatten daha uzun olmadığı için çalışma dışı bırakıldı.

3.3. Veri Toplama Araçları

- Kişisel bilgi formu ve klinik bilgiler
- Post op takip-izlem bilgileri
- Memnuniyet anket formu

3.4. Veri Toplama İşlemi

1. Hastaların demografik ve klinik özellikleri operasyon öncesi kaydedilmiştir.
2. Operasyon sonrasındaki takip bilgileri dosyadan elde edilmiştir. Hastaların prognozu 3 farklı değişken ile değerlendirilmiştir;
 - a. Postop erken dönem komplikasyonu (Postop komplikasyonlar Calvien-Dindo cerrahi komplikasyon sınıflaması kullanılarak derecelendirilmiştir).
 - b. Ağrının klinik yönetimi (Ağrı yönetimi değerlendirilirken, VAS skoru kullanılmış olup postop 3 gün boyunca kaydedilen en yüksek skor dikkate alınmıştır)
 - c. Hastanede kalış süresi

3. Hastaların memnuniyet ve hizmete dair algıları hastalar taburcu edilirken hasta ile yüzyüze yapılan yapılandırılmış anket formu ile elde edilmiştir. Memnuniyeti ölçen anket formunda, hastanın çalışmaya dahil edileceğini belirten aydınlatılmış onam kısmı bulunmaktadır. Memnuniyet anketleri objektif değerlendirmeye izin vermesi açısından hastalar tarafından isim soyisim yazılmadan, numaralandırılarak doldurulmuştur. Memnuniyet anketi hastane kalite birimi tarafından kullanılan anket formları esas alınarak oluşturulmuş ve ağırlıklandırılmıştır.

Memnuniyet anketinde “Fiziksel ortam değerlendirmesi”, “hekim değerlendirmesi”, “bilgilendirme ve personel değerlendirme” ve “genel değerlendirme” başlıkları altında yer alan her bir soruya verilen yanıtlar toplanarak memnuniyet puanları elde edilmiştir. Memnuniyeti oluşturan 4 alt boyut için hastalara sorulan sorulardan elde edilen yanıtlar 100’lük puan sistemine dönüştürülmüştür. 100’lük sistemden elde edilen puanlar 0-70 ve 71-100 olarak 2 gruba ayrılmıştır. 0-70 arası puan alan hastalar memnun değil, 71-100 arası puan alan hastalar ise memnun olarak yeniden sınıflandırılmıştır.

3.5. İstatistik Analiz

Sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında student t testi, ANOVA testi, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Ki Kare testi kullanılmıştır. Bağımlı değişkeni etkileyen bağımsız değişkenlerin saptanması için ise regresyon analizi uygulanmıştır. Veriler ortalama $\pm$ SS, medyan (min-maks), n ve % olarak özetlenmiştir. P değerinin <0.05 altında olması anlamlı olarak kabul edilmiştir. Elde edilen veriler bilgisayarda Statistical Program for Social Sciences (SPSS) programı kullanılarak analiz edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Özelliklere Ait Bulgular

Araştırmaya dâhil edilen 362 hastanın % 52,5'i (190 kişi) kadın iken, % 47,5'i erkektir. Araştırmaya katılan bu hastaların demografik özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 3'te verilmiştir. Yaş, eğitim durumu, sosyo-ekonomik durum, çalışma durumu, sosyal güvence, servise başvuru il, yaşanan yer ve hanedeki birey sayısı değişkenlerinin cinsiyete göre dağılımları incelenmiştir. Hastaların yaş grupları 4 grup olarak değerlendirilmiştir; 18-35, 36-55, 56-65 ve 65 ve üzeri olarak ayrılan yaş değişkeni incelendiğinde; kadınlarda ve erkeklerde en yüksek dağılımın 36-55 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Bu oranlar sırasıyla; % 45,8 ve % 43,6 şeklindedir. Yaş değişkeni açısından erkek hastaların yaş grupları benzerdir ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Eğitim durumu incelendiğinde; kadınların % 11,6'sı okur-yazar değil iken, erkeklerde bu oran sadece % 2,3'tür, kadınlarda en yüksek oran (% 39,5) ile ilköğretim grubunda iken benzer şekilde erkeklerde de % 37,2 ile ilköğretim grubundadır. Üniversite ve üzeri eğitim oranı da kadın ve erkeklerde benzerdir (% 27,9 ve % 30,8). Kadınlar ve erkeklerin eğitim düzeyleri arasında anlamlı fark ($p=0,003$) saptanmıştır. Farkı yaratan grup eğitimsiz grup oranlarıdır. Düşük, Orta, İyi ve Çok İyi diye gruplandırılan sosyo-ekonomik durum (SED) incelendiğinde kadınlarla erkeklerin arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Çalışmayan birey oranı incelendiğinde; kadınlarda en yüksek dağılım % 61,6 ile kadınlardayken, çalışmayan erkeklerin oranı sadece % 8,7'dir. Çalışma durumu açısından kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,0001$). Sağlık güvencesi olmayanlar ve yeşil karta sahip olanlar güvencesi yok, SSK'ya bağlı olanlar 4a, bağkurlular 4b ve son olarak emekli sandığına bağlı olanlar 4c şeklinde 5 grup altında toplanan sosyal güvence değişkeni için kadınların % 46,3'ü ile erkeklerin % 48,8'i 4a iken, her 10 kadın ve erkekten 1'nin sosyal güvencesi yoktur (sırasıyla; % 11,1 ve % 9,9). Sosyal güvence açısından kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmektedir ($p=0,003$). İncelenen diğer değişkenler; hastanın servise başvuru yeri, yaşadığı yer ve hanedeki birey sayısı açısından kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark

gözlenmemiştir ($p>0,05$). Her iki cinsiyet içinde hastaların çoğu servise Adana ilinden başvurmuş ve büyükşehirde yaşamaktadır (Tablo 3).

Tablo 3. Demografik özelliklerin cinsiyete göre dağılımı

		Cinsiyet		p
		Kadın	Erkek	
		n(%)		
Yaş	18-35	33(17,4)	30(17,4)	0,915
	36-55	87(45,8)	75(43,6)	
	56-65	43(22,6)	38(22,1)	
	66+	27(14,2)	29(16,9)	
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	22(11,6)	4(2,3)	0,003
	İlköğretim	75(39,5)	64(37,2)	
	Lise	40(21,1)	51(29,7)	
	Üniversite ve üstü	53(27,9)	53(30,8)	
Sosyo-Ekonomik Durum	Düşük	35(18,4)	33(19,2)	0,826
	Orta	82(43,2)	66(38,4)	
	İyi	48(25,3)	48(27,9)	
	Çok İyi	25(13,2)	25(14,5)	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	117(61,6)	15(8,7)	0,0001
	Çalışıyor	58(30,5)	131(76,2)	
	Emekli	15(7,9)	26(15,1)	
Sosyal Güvence	Güvence Yok	21(11,1)	17(9,9)	0,003
	4a	88(46,3)	84(48,8)	
	4b	15(7,9)	33(19,2)	
	4c	66(34,7)	38(22,1)	
Başvurulan Yer	Adana	125(65,8)	124(72,1)	0,196
	Adana Dışı	65(34,2)	48(27,9)	
Yaşanılan Yer	Köy	9(4,7)	15(8,7)	0,355
	İlçe	46(24,2)	47(27,3)	
	Şehir	18(9,5)	16(9,3)	
	Büyükşehir	117(61,6)	94(54,7)	

Araştırmaya katılan hastaların klinik özellikleri incelendiğinde mevcut tanıya kronik hastalığın eşlik etme oranı kadınlarda % 50,0 iken erkeklerde % 41,9'dur. ($p>0,121$). Bunun yanı sıra eşlik eden hastalık sayısı kadın ve erkekler arasında farklı değildir. Kronik hastalığı olan kadınların % 20'si 11 yıldan daha uzun süredir kronik bir hastalığa sahipken, erkeklerde bu oran % 14,5'tir. Kronik hastalık süresine bakıldığında kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. ($p>0,05$) (Tablo 4).

Tablo 4. Başyuru sırasında klinik özelliklerin cinsiyete göre dağılımı

		Cinsiyet		p
		Kadın	Erkek	
		n(%)		
Kronik Hastalık Olma Durumu	Evet	95(50,0)	72(41,9)	0,121
	Hayır	95(50,0)	100(58,1)	
Kronik-Komorbidite hastalık sayısı	0	96(50,5)	100(58,1)	0,377
	1	67(35,3)	47(27,3)	
	2	25(13,2)	22(12,8)	
	3	2(1,1)	3(1,7)	
Kronik Hastalık Süresi	0	96(50,5)	103(59,9)	0,234
	1-5	32(16,8)	29(16,9)	
	6-10	24(12,6)	15(8,7)	
	11+	38(20,0)	25(14,5)	
Daha Önce Psikolojik Destek Alma Durumu	Evet	50(26,3)	18(10,5)	0,0001
	Hayır	140(73,7)	154(89,5)	
Şuan Psikolojik Destek Alma Durumu	Evet	27(14,2)	6(3,5)	0,0001
	Hayır	127(66,8)	153(89,0)	
	Almam Gerekli	36(18,9)	13(7,6)	

Kadın hastaların % 70'inin tanısı benign iken erkeklerin % 68,6'sı benignir. Uygulanan cerrahi işlemlerin dağılımına bakıldığında kadın hastaların %75,8'i abdominal, %8,9'u perianal ve %15,9'u boyun, P.Sinüs, Aksilla cerrahisi geçirirken, erkeklerin ise %73,3'ü abdominal, %16,3'ü perianal ve %10,5'i boyun, P.Sinüs, Aksilla operasyonu geçirmiştir. Her iki değişken için de (tanı ve işlem), kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 5).

Tablo 5. Cerrahi tanı ve tedavinin cinsiyete göre dağılımı

		Cinsiyet		p
		Kadın	Erkek	
		n(%)		
Tanı	Benign	133(70,0)	118(68,6)	0,774
	Malign	57(30,0)	54(31,4)	
İşlem-Tedavi	Abdominal Cerrahi	144(75,8)	126(73,3)	0,061
	Perianal Cerrahi	17(8,9)	28(16,3)	
	Boyun Cerrahisi + P.Sinüs+Aksilla	29(15,3)	18(10,5)	
Servis Ekip	X	38(20,0)	33(19,2)	0,859
	Y	60(31,6)	61(35,5)	
	Z	54(28,4)	48(27,9)	
	T	38(20,0)	30(17,4)	

4.2. Post-op İzlem Sonuçlarına Ait Bulgular

Cerrahi işlem geçiren kadın hastaların % 26,8'inde erkeklerin ise % 15,7'sinde operasyon sonrası komplikasyon gelişmiştir. Clevian-Dindo sınıflamasına göre gruplanan komplikasyon değişkeni incelendiğinde; kadın hastalarda operasyon sonrası

gelişen komplikasyonun % 16,3'ü Grade 1, % 3,2'si Grade 2, % 3,7 Grade 3a ve 3b iken, erkek hastalarda ise % 7,6'sı Grade 1, % 2,9 Grade 2 ve 3a ve % 2,3'ü Grade 3b olarak gözlemlenmektedir. Komplikasyon değişkeni için kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmışken, komplikasyon grade'i için her iki cinsiyet arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Y servisinde görev yapan hekimler kadın ve erkek hastalarda en çok cerrahi işlem gerçekleştiren (sırasıyla % 31,6 ve % 35,5) hekimlerdir. Operasyon sonrası 3 gün boyunca takip edilen VAS skoru ve cinsiyet karşılaştırıldığında kadın hastaların VAS skorlarının daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,005$). Kadınlar erkeklere göre daha yüksek ağrı hissettikleri geri bildiriminde bulunmuşlardır. Yine benzer şekilde postoperatif 3 gün boyunca hastaların analjezik ihtiyacı, verilen analjezik türü ve cinsiyet karşılaştırıldığında hem analjezik ihtiyacı hem de narkotik analjezik kullanımı kadın hastalarda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu görülmüştür ($p<0,005$). Yatış süresi ve cinsiyet karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6. Post op takip-izlem bulgularının cinsiyete göre dağılımı

		Cinsiyet		p
		Kadın	Erkek	
		n(%)		
Komplikasyon	Yok	139(73,2)	145(84,3)	0,010
	Var	51(26,8)	27(15,7)	
Komplikasyon Grade	Yok	139(73,2)	145(84,3)	0,097
	Grade 1	31(16,3)	13(7,6)	
	Grade 2	6(3,2)	5(2,9)	
	Grade 3a	7(3,7)	5(2,9)	
	Grade 3b	7(3,7)	4(2,3)	
Postop 1. Gün Analjezik	Ağrı Kesici Almadı	0(0)	0(0)	0,0001
	Antipretik	6(3,2)	9(5,2)	
	NSAII	117(61,6)	146(84,9)	
	Narkotik Analjezik	67(35,3)	17(9,9)	
Postop 2. Gün Analjezik	Ağrı Kesici Almadı	4(2,1)	13(7,6)	0,0001
	Antipretik	6(3,2)	9(5,2)	
	NSAII	146(76,8)	147(85,5)	
	Narkotik Analjezik	34(17,9)	3(1,7)	
Postop 3. Gün Analjezik	Ağrı Kesici Almadı	59(31,1)	55(32,0)	0,025
	Antipretik	5(2,6)	14(8,1)	
	NSAII	119(62,6)	102(59,3)	
	Narkotik Analjezik	7(3,7)	1(,6)	
Postop 1. Gün VAS	Ort±SS	5,1±1,7	1,4±1,8	0,0001
	Med(Min-Maks)	6(0-10)	4(0-8)	
Postop 2. Gün VAS	Ort±SS	3,3±1,8	2,7±1,7	0,0001
	Med(Min-Maks)	4(0-8)	2(0-8)	

Tablo 6'nın devamı

Postop 3. Gün	Ort±SS	2,7±1,7	1,7±1,6	0,0001
VAS	Med(Min-Maks)	2(0-8)	2(0-8)	
Yatış Süresi	Ort±SS	6,2±6,0	5,2±5,6	0,066
	Med(Min-Maks)	4(1-36)	4(1-24)	

4.3. Memnuniyet Düzeylerine Ait Bulgular

Fiziksel ortam ve alt başlıklarına ait sorulara verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımı Tablo 7'de verilmektedir. Hastane/servise olan ulaşım, servis ve tuvalet temizliği olmak üzere 3 alt başlıktan oluşan fiziki ortamın her 3 alt başlığı için kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,0001$). Araştırmaya katılan kadın hastaların % 71,1'i erkeklerin ise % 89,0'ı hastaneye ulaşımın kolay olduğunu belirtmektedir. Servis ve tuvalet temizliğini erkekler hastalar kadın hastalardan daha yeterli bulmaktadır.

Tablo 7. Fiziksel ortama ait sorulara verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımı

		Kadın	Erkek	p
		n(%)		
Fiziksel Ortam	Ulaşım	Hayır zor oldu	18(9,5)	0,0001
		Yönlendirme eksik	37(19,5)	
		Evet kolay ulaşıyor	135(71,1)	
	Servis Temizliği	Kirli	32(16,8)	0,0001
		Fena değil	60(31,6)	
		Temiz	76(40,0)	
		Çok temiz	22(11,6)	
	Tuvalet Temizliği	Kirli	35(18,4)	0,0001
		Fena değil	67(35,3)	
		Temiz	67(35,3)	
		Çok temiz	21(11,1)	

Hekim ile ilgili sorulara verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımı Tablo 8'de verilmektedir. Toplam 7 alt başlıktan oluşan hekim ile ilgili sorulara verilen cevaplar incelendiğinde hekim muayene süresi kadın ve erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı olup ($p=0,001$), erkeklerin muayene süresi kadınlara göre daha fazladır. “Açıklama” olarak isimlendirilen “Taburcu olurken hekim tarafından, size verilen tedavi veya yapacağınız egzersizler veya durumunuz için anlayacağınız şekilde açıklama yapıldı mı?” sorusuna yanıt veren kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=0,007$) ve erkeklere kadınlara yapılanda daha çok açıklama yapılmaktadır (sırasıyla; % 83,1 ve % 68,9). “Dineleme” olarak isimlendirilen “Hekim şikayetlerinizi dinleyip, hastalığınızla ilgili sorularınıza anlayacağınız şekilde yanıt

verdi mi?” soruna kadın ve erkeklerin yanıtları incelendiğinde hekim tarafından şikayetlerim dinlendi diyen erkeklerin kadınlardan daha çok olduğu görülmektedir (sırasıyla; % 73,7 ve % 90,7). Dinleme alt boyutu için kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=0,0001$). “Muayene” olarak adlandırılan “Aynı rahatsızlıktan dolayı başka bir hekime muayene olmayı düşünür müsünüz?” sorusuna yanıt veren kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=0,001$). Soruya evet yanıtını veren kadınların oranı erkeklerden yaklaşık 3 kat daha fazladır (sırasıyla; % 17,9 ve % 6,4). “İlgi” olarak adlandırılan ve “Hekimler size karşı yeterince ilgili ve nezaketli miydi?” sorusuna yanıtlar incelendiğinde erkek hastalar hekimleri kadın hastalardan daha ilgili bulmaktayken, ilgi alt boyutu için kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0,006$). “Mahremiyet” olarak adlandırılan ve “Hastalığınızla ilgili sizinle yapılan görüşmelerde mahremiyete dikkat edildi mi?” sorusuna kadın hastaların % 2,6’sı hayır yanıtını vermiş iken, hayır yanıtını veren erkeklerin oranı % 0,6’dır. Mahremiyet alt boyutu için kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=0,033$). Hekim başlığının son alt boyutu olan ve “seçim” olarak adlandırılan “Hekiminizi kendiniz seçebildiniz mi?” kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakta iken ($p>0,153$), kadınların % 78,4’ünün erkeklerin ise % 84,3’ü evet yanıtını verdiği gözlemlenmektedir (Tablo 8).

Tablo 8. Hekim ile ilgili sorulara verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımı

		Kadın	Erkek	p
		n(%)		
Hekim	Hekim Muayene Süresi	5dk	46(24,2)	0,001
		6-10dk	52(30,2)	
		11-15dk	33(19,2)	
		16-20dk	69(40,1)	
	Açıklama	Hayır	13(6,8)	0,007
		Evet Kısmen	23(13,4)	
		Evet Tamamıyla	143(83,1)	
	Dinleme	Hayır	6(3,5)	0,0001
		Evet Kısmen	10(5,8)	
		Evet Tamamıyla	156(90,7)	
	Muayene	Hayır	155(90,1)	0,001
		Kısmen	6(3,5)	
		Evet	11(6,4)	
	İlgi	Hayır	1(0,6)	0,006
		Kısmen	7(4,1)	
		Evet	164(95,3)	

Tablo 8'in devamı

Mahremiyet	Hayır	9(4,7)	3(1,7)	0,033
	Evet Kısmen	28(14,7)	14(8,1)	
	Evet Kesinlikle	153(80,5)	155(90,1)	
Seçim	Hayır	41(21,6)	27(15,7)	0,153
	Evet	149(78,4)	145(84,3)	

İşlemler ve bilgilendirmeye ait sorular ve alt boyutlarına verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımı Tablo 9'da incelenmektedir. “Bilgilendirme 1” olarak adlandırılan alt boyutta; “Ameliyat öncesinde durumunuz ve tedaviniz hakkında yeterli bilgi verildi mi?”, “Bilgilendirme 2” olarak adlandırılan alt boyutta; “Hekiminiz tarafından, eve gittiğinizde (hastaneden ayrıldıktan sonra) hastalığınızın tedavisi boyunca yaşanabilecek durumlar için bilgi verildi mi?”, “Bilgilendirme 3” olarak adlandırılan alt boyutta ise “Durumunuzun kötüleşmesi halinde veya endişeye kapıldığınız anda hastaneden iletişime geçebileceğiniz bir telefon- iletişim adresi verildi mi?” sorularına yanıt aranmaktadır. Bilgilendirme 1 ve 2 için kadın ve erkeklerin verdiği yanıtlar incelendiğinde cinsiyetler arası istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamışken ($p>0,05$), Bilgilendirme 3 alt boyutu için kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttur ($p=0,003$). Kısaca “DMG” olarak adlandırılan “Diğer Meslek Grupları” ile ilgili sorular için “DMG 1” alt boyutunda “Sizinle ilgilenen personel, önemli olduğunu düşündüğünüz bir soruya anlayacağınız şekilde yanıt verdi mi?”, “DMG 2” alt boyutu ise, “Sizinle ilgilenen personel yeterince ilgili ve nezaketli miydi?” sorularına yanıtlar aranmıştır. Her iki soru için de evet yanıtı oranı erkek hastalarda kadın hastalardan daha yüksek bulunmuştur. Kadın ve erkek hastalar arasında DMG 1 için istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaz iken ($p>0,05$), DMG 2 alt başlığı için istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,005$). “Hastaneye geldikten sonra muayene olmak için bürokratik işlemlere (hasta kabul, kayıt vb.) harcadığınız toplam süre ne kadardı?” sorusuna verilen yanıtlar “Bürokratik İşlemler” olarak adlandırılan alt boyutta incelenmiş ve kadın ile erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bulunmamıştır ($p>0,05$). Her iki grup için bürokratik işlemlere harcanan süre için en yüksek dağılımın 0-20 dk arasında olduğu görülmektedir (sırasıyla; 546,8 ve % 43,6). Kadın ve erkek hastalar kendilerini taburcu eden hekimlerin adlarını sırasıyla; % 84,7 ve % 82,6 oranında bilirken, hemşirelerin adlarını bilen kadın ve erkeklerin oranı sırasıyla % 33,7 ve % 36’dır. Her iki alt boyut için de kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

(p=0,003). “Muayeneniz sırasında sizinle ilgilenen görevlilerin kendilerini tanıtan yaka kartı var mıydı?” sorusu yöneltilen hastaların yanıtları “yaka kartı” alt boyutunda incelenmiştir ve bu alt boyut için kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkı olduğu Tablo 9’da görülmektedir (p=0,0001).

Tablo 9. İşlemler ve bilgilendirmeye ait sorulara verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımı

		Kadın	Erkek	P
		n(%)		
İşlemler ve Bilgilendirme	Bilgilendirme 1	Hayır Bilgi Verilmedi	5(2,6)	0,575
		Yeterli Bilgi Verilmedi	40(21,1)	
		Yeterli Bilgi Verildi	145(76,3)	
	Bilgilendirme 2	Hayır	15(7,9)	0,638
		Evet Kısmen	39(20,5)	
		Evet Tamamen	136(71,6)	
	Bilgilendirme 3	Hayır	82(43,2)	0,003
		Evet	108(56,8)	
	DMG 1	Hayır	18(9,5)	0,629
		Evet Kısmen	39(20,5)	
		Evet Tamamıyla	133(70,0)	
	DMG 2	Hayır	16(8,4)	0,005
		Evet Kısmen	32(16,8)	
		Evet Tamamıyla	142(74,7)	
	Bürokratik İşlemler	60+	28(14,7)	0,121
		41-60dk	17(8,9)	
		21-40dk	56(29,5)	
		0-20dk	89(46,8)	
	Takip Eden Hekimin adını biliyor musunuz?	Hayır	29(15,3)	0,003
		Evet	161(84,7)	
	Taburcu Eden Hemşirenin Adını biliyor musunuz?	Hayır	126(66,3)	0,003
		Evet	64(33,7)	
	Personelin yaka kartı mevcut mu?	Hiçbirinin yoktu	29(15,3)	0,0001
		Bir kısmının vardı	75(39,5)	
		Hepsinin vardı	86(45,3)	

4.4. Memnuniyet Puanları

Memnuniyet anketinde “Fiziksel ortam değerlendirmesi”, “hekim değerlendirmesi”, “bilgilendirme ve personel değerlendirme” ve “genel değerlendirme” başlıkları altında yer alan her bir soruya verilen yanıtlar toplanarak memnuniyet puanları elde edilmiştir. Toplam 362 hastanın memnuniyet puan ortalaması $75,2 \pm 13,3$ ’dir. Ancak toplam memnuniyet puan ortalamaları cinsiyete göre analiz edildiğinde kadınlar kadınlarda $71,2 \pm 14,8$ ve erkekler $79,8 \pm 9,6$ ’tır ve 2 cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,0001). Ek olarak, yine tüm alt başlıklarda puan ortalaması kadınlarda erkeklerden daha düşük olduğu saptanmıştır.

Memnuniyet toplam ve alt başlık puanlarının demografik özelliklere göre karşılaştırılması Tablo 10'da verilmiştir. 4 gruba ayrılan yaş değişkeni incelendiğinde Tüm memnuniyet alt başlık puanları ve toplam memnuniyet puanı için gruplar arası(yaş) istatistiksel olarak anlamlı olarak bir fark olduğu görülmekteyken ($p<0,05$), en düşük memnuniyet puan ortalamaları 36-55 yaş grubundadır. Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumları ile memnuniyet puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yokken ($p>0,05$), memnuniyet puan ortalaması en düşük grubun eğitim durumu üniversite ve üzeri olan grup olduğu saptanmıştır. Memnuniyet puan ortalamaları ile Sosyo-ekonomik durum ve çalışma durumu grupları arası istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Sadece memnuniyet puanı işlemler ve bilgilendirme alt başlığı ile sosyal güvence grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmekte iken ($p=0,038$), memnuniyet puanları en düşük hastalar sosyal güvencesi 4c; emekli sandığı olan hastalardır ($73,1\pm15,1$) (Tablo 10).

Tablo 10. Demografik özelliklere göre memnuniyet alt boyut puanlarının karşılaştırılması

		Memnuniyet Puanları			
		Fiziki Ortam	Hekim	İşlemler ve Bilgilendirme	Toplam
		Ort±SS			
Cinsiyet	Kadın	62,5±24,2	74,8±15,7	73,7±17,6	70,4±15,7
	Erkek	78,9±17,9	81,4±10,8	80,3±13,9	80,2±9,9
	P	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
Yaş	18-35	70,9±21,6	81,5±11,8	78,9±13,7	77,1±12,2
	36-55	66,2±24,3	75,8±15,1	74,8±17	72,3±15,1
	56-65	74,7±22,1	79,2±12,7	80±15,4	78±13,2
	66+	75,3±19,2	78,4±13,6	75,7±17	76,5±13,6
	P	0,012	0,034	0,073	0,008
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	69,8±19,7	79,4±12,4	75,9±15	75±9,8
	İlköğretim	71,8±21,6	77,2±12,7	77,4±16,1	75,4±13
	Lise	72,8±22,9	79,9±14,2	78,4±15,1	77±13,9
	Üniversite ve üzeri	66,4±25	77±15,6	75,1±17,5	72,8±16,4
	P	0,190	0,402	0,502	0,210
Sosyo-Ekonomik Durum	Düşük	68,3±24,8	78,3±14,5	74,3±17,1	73,6±12,7
	Orta	71,4±21,2	78,5±12	78±16,5	76±13,2
	İyi	69,5±24,2	76,1±15,8	75,5±16,4	73,7±16,2
	Çok İyi	71,3±23,1	79,4±14,8	79,4±13,7	76,7±14,4
	P	0,778	0,484	0,237	0,417
Sosyal Güvence	Güvence Yok	74,4±18,4	79,7±12,2	78,5±15,6	77,5±10,3
	4a	69,8±23,6	77,8±13,8	79±14,5	75,5±14,1
	4b	73,1±24	79,1±12,8	74,1±18,9	75,4±14,4
	4c	68,4±22,7	77,1±15,4	73,9±17,4	73,1±15,1
	P	0,434	0,714	0,038	0,342

Klinik özelliklerin memnuniyet alt başlığı puanları ile karşılaştırılması Tablo 11’de verilmiştir. Kronik hastalığı olan ve olmayan hastaların puan ortalamaları birbirine çok yakın olmak ile birlikte kronik hastalığı olan hastaların memnuniyet puan ortalamaları kronik hastalığı olmayan hastalara göre daha düşük bulunmuştur. Kronik hastalık olma durumu ile memnuniyet puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir ($p>0,05$). Ek olarak hastanın komorbid hastalığının olması ve tanının benin yada malign olması hasta memnuniyetini değiştirmeyen faktörlerdir. Fiziksel ortam memnuniyet puanları ile işlem grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcutken ($p=0,005$), hekim, işlemler ve bilgilendirme ile toplam memnuniyet puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildir ($p>0,05$). Komplikasyon gelişen hastaların fiziksel ortam memnuniyet puanları komplikasyon gelişmeyen hastalardan daha düşük iken, komplikasyon olma durumu olmama durumuna göre hekim, işlem ve bilgilendirme ile toplam memnuniyet ortalamalarını değiştirmemektedir. Komplikasyon grade grupları ile memnuniyet puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir ($p>0,05$). Aynı şekilde hastaya cerrahi işlem uygulayan servis ekip grup ortalamaları ile memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildir ($p>0,05$). Daha önce psikolojik destek almayan grubun alan gruba göre fiziksel ortam ve toplam memnuniyet puan ortalamaları alan gruba göre daha yüksek bulunmuştur ve psikolojik destek alma durumu puan ortalamaları ile bu iki memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=0,035$). Ek olarak, şuan psikolojik destek alma durumu ile ilgili memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Post-op 1 ve 2. gün analjezik grubu incelendiğinde en düşük memnuniyet ortalamalarının Narkotik Analjezik verilen grupta olduğu görülmektedir. Gruplar ile işlemler-bilgilendirme memnuniyet puan ortalaması dışında diğer memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ($p>0,05$). Üçüncü gün analjezik grubu ile memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 11. Klinik özelliklerin memnuniyet alt boyut puanları ile karşılaştırılması

			Memnuniyet Puanları		
			Fiziki Ortam	Hekim	İşlemler ve Bilgilendirme
			Ort±SS		
Kronik Hastalık Olma Durumu	Evet		69,6±22,7	77,7±13,8	76,4±17,3
	Hayır		70,9±23,1	78,1±14,1	77,2±15,3
	P		0,606	0,780	0,669
Tanı	Benign		70,3±23,1	77,3±13,5	76,1±16,1
	Malign		70,2±22,5	79,4±14,9	78,5±16,4
	P		0,957	0,174	0,202
Ameliyat bölgesi	Abdominal cerrahi		71,1±23,5	77,5±14,7	76,8±16,6
	Perianal cerrahi		60,6±23,4	79,9±11,8	76,8±18
	Boyun cerrahisi + P.Sinüs+Aksilla		75,1±15,9	78,3±11,3	77,1±12,1
	P		0,005	0,559	0,995
Komplikasyon	Yok		71,6±21,9	78,6±13,1	76,6±16,3
	Var		65,8±26	75,5±16,6	77,6±16
	P		0,037	0,082	0,424
Komplikasyon Grade	Yok		71,6±21,9	78,6±13,1	76,6±16,3
	Grade 1		64,8±26,7	75,1±17,6	76,8±15,1
	Grade 2		69,5±24,1	76,2±15,8	79,3±16,1
	Grade 3a		66,1±29,2	75,9±16	76,9±18,5
	Grade 3b		65,6±24,3	76,2±16,6	80,3±18,1
	P		0,368	0,537	0,939
Hastanın takip edildiği servis	X		66,3±27,4	74,4±14,4	76,4±18,9
	Y		68,7±21,9	79,8±13,9	77,3±14,7
	Z		72,1±22,8	77,8±14,3	77,3±16,4
	T		74,6±18,9	78,5±12,5	75,8±15,9
	P		0,123	0,081	0,917
Daha Önce Psikolojik Destek Alma Durumu	Evet		65±23,2	76,1±14,5	74,2±16,8
	Hayır		71,5±22,7	78,4±13,8	77,5±16,1
	P		0,035	0,235	0,134
Şuan Psikolojik Destek Alma Durumu	Hayır		73,3±21,6	79,2±12,6	78,4±15,5
	Evet		62,3±25,4	73,2±16,2	68,4±19,4
	Almam Gerekli		58,5±23,9	73,7±17,8	73,5±16,3
	P		0,0001	0,004	0,001
Postop 1. Gün Verilen Analjezik	Antipretik		78,1±17	80,5±11,9	80,7±15,8
	NSAII		73,2±21,5	79,5±12,4	77,8±15,9
	Narkotik Analjezik		59,9±25,1	72,6±17,2	73,2±16,9
	P		0,0001	0,005	0,051
Postop 2. Gün Verilen Analjezik	Ağrı Kesici Almadı		71±24,9	76,3±13,2	74,8±20
	Antipretik		78,6±20,2	78,8±13,3	78,5±16,8
	NSAII		71,9±21,6	78,9±13,2	77,7±15,4
	Narkotik Analjezik		54,1±26,9	70,4±17,9	70,3±19,5
	P		0,0001	0,005	0,062
Postop 3. Gün Verilen Analjezik	Ağrı Kesici Almadı		72,2±22,1	77,7±13	75,6±17,2
	Antipretik		77,4±19,5	76,8±16	81,6±18,8
	NSAII		69,2±23,2	78,1±14,5	77,1±15,6
	Narkotik Analjezik		57,1±28,8	80,8±5,5	75,7±12,9
	P		0,119	0,916	0,505

Memnuniyeti oluşturan 4 alt boyut için hastalara sorulan sorulardan elde edilen yanıtlar 100'lük puan sistemine dönüştürülmüştür. 100'lük sistemden elde edilen

puanlar 0-70 ve 71-100 olarak 2 gruba ayrılmıştır. 0-70 arası puan alan hastalar memnun değil, 71-100 arası puan alan hastalar ise memnun olarak yeniden sınıflandırılmıştır. Fiziksel ortam, hekim, işlemler ve bilgilendirme ile toplam memnun olma oranları cinsiyete göre Tablo 9’da verilmiştir. Fiziki ortam, hekim, işlemler ve bilgilendirme memnun olma oranları kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir ($p=0,0001$). Tüm memnuniyet boyutlarında oranlara bakıldığında kadın hastaların erkek hastalara göre daha az memnun olduğu görülmektedir. Toplam memnun olma durumu incelendiğinde yaklaşık her 10 kadından 4’ü memnun değil iken her 10 erkekten 1’i memnun olmadığı saptanmıştır (Tablo 12).

Tablo 12. Memnun olma oranlarının cinsiyete göre dağılımı

		Cinsiyet		p
		Kadın	Erkek	
		n(%)		
Fiziki Ortam	Memnun	90(47,4)	132(76,7)	0,0001
	Memnun değil	100(52,6)	40(23,3)	
Hekim Memnuniyeti	Memnun	124(65,3)	142(82,6)	0,0001
	Memnun değil	66(34,7)	30(17,4)	
İşlemler ve Bilgilendirme	Memnun	117(61,6)	141(82,0)	0,0001
	Memnun değil	73(38,4)	31(18,0)	
Toplam Memnuniyet	Memnun	117(61,6)	148(86,0)	0,0001
	Memnun değil	73(38,4)	24(14,0)	

Memnun olma durumunun demografik ve klinik özelliklere göre karşılaştırıldığı tablo incelendiğinde eğitim, komorbidite, hastanın takip edildiği servis, yapılan cerrahi işlemin sınıfı ve sonrasında gelişen komplikasyon olup olmadığının karşılaştırıldığında anlamlı istatistiksel farkın olmadığı gözlemlenmiştir. Toplam memnun olma durumu ile cinsiyet karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur ($p<0,001$). Kadınlarda memnun olma oranı % 61,6 iken erkeklerde bu oran % 86’dır. Toplam memnun olma durumu ve 4 grupta incelenen yaş değişkeni karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,0001$). Kadınlar arasında en yüksek memnuniyet oranı 36-55 yaş aralığında görülürken erkeklerde en yüksek memnuniyet yaş aralığı 18-35’tir. Toplam memnun olma durumu ile cerrahi tedavi sırasında psikolojik destek alma durumuna göre oluşturulan gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık vardır ($p<0,002$). Psikolojik destek alanların memnun olma oranı almayanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Malig ve benign alt gruplaması ile değerlendirilen tanı ve toplam memnun olma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş

olup ($p<0,024$) malign hastalıklar sebebiyle opere edilen hastaların memnuniyet oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ağrı değerlendirilmesi için kullanılan VAS skorunun postop 1. Gün hesaplanması ile toplam memnuniyet oranı karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ($p<0,002$), VAS skoru 5-10 aralığında ölçülen hastaların memnuniyet oranı 0-4 arasında ölçülenlere göre daha düşük izlenmiştir (Tablo 13).

Tablo 13. Demografik ve klinik özelliklere göre toplam memnun olma oranlarının karşılaştırılması

		Memnuniyet		p
		Memnun Değil	Memnun	
		n(%)		
Cinsiyet	Kadın	73(38,4)	117(61,6)	0,0001
	Erkek	24(14,0)	148(86,0)	
Yaş	18-35	12(19,0)	51(81,0)	0,040
	36-55	55(34,0)	107(66,0)	
	56-65	16(19,8)	65(80,2)	
	66+	14(25,0)	42(75,0)	
Eğitim durumu	İlköğretim	41(24,8)	124(75,2)	0,124
	Lise	20(22,0)	71(78,0)	
	Üniversite	36(34,0)	70(66,0)	
Komplikasyon	Yok	76(26,8)	208(73,2)	0,977
	Var	21(26,9)	57(73,1)	
Komorbidite	Evet	49(29,3)	118(70,7)	0,312
	Hayır	48(24,6)	147(75,4)	
Tanı sınıflaması	Benign	76(30,3)	175(69,7)	0,024
	Malign	21(18,9)	90(81,1)	
Hastanın takip edildiği servis	X	24(33,8)	47(66,2)	0,453
	Y	30(24,8)	91(75,2)	
	Z	24(23,5)	78(76,5)	
	T	19(27,9)	49(72,1)	
Tedavi alırken psikolojik destek alma durumu	Evet	15(45,5)	18(54,5)	0,001
	Hayır	62(22,1)	218(77,9)	
	Almam Gerekli	20(40,8)	29(59,2)	
Operasyon Sınıfı	A	26(20,6)	100(79,4)	0,113
	B	41(28,3)	104(71,7)	
	C	30(33,0)	61(67,0)	
1. Gün VAS skoru	0-4	41(20,3)	161(79,7)	0,002
	5-10	56(35,0)	104(65,0)	

Demografik ve klinik özelliklerin cinsiyet alt grubuyla memnun olma durumu karşılaştırılırken kullanılan yaş değişkeni için sadece 18-35 aralığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ($p<0,271$) saptanmamış olup diğer tüm yaş gruplarında anlamlı fark mevcuttur. Hem kadın hem de erkeklerde en yüksek memnuniyet oranı 56-65 yaş aralığındadır. Eğitim durumunun cinsiyete göre memnuniyet karşılaştırılması yapıldığında ilköğretim grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark ($p<0,154$)

saptanmazken lise ($p<0,008$) ve üniversite ($p<0,0001$) grubunda cinsiyete göre memnun olma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. İlköğretim mezunu hastalarda memnun olma durumu kadın ve erkek arasında benzer iken, hem lise hem de üniversite mezunu hastalarda erkek hastaların memnuniyet oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastalıkların cinsiyet alt grubuyla memnuniyet karşılaştırılması yapıldığında hem benign ($p<0,0001$) hem de malign ($p=0,041$) hastalıklarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Her iki grupta da kadın hastaların memnuniyet oranlarının erkek hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Hastaların takip edildiği servislerin cinsiyet alt grubuyla memnuniyet oranları bakıldığında sadece T servisinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış ($p=0,195$) olup diğer servislerde istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur. T servisi hariç diğer bütün servislerde kadın hastaların memnuniyet oranları erkek hastalara göre daha düşük saptanmıştır. Psikolojik destek alma durumunun cinsiyet alt grubuyla memnuniyet karşılaştırılmasında psikolojik tedavi gören hastalarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken ($p=0,117$) diğer gruplarda fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Psikolojik tedavi alan kadınların memnuniyet oranı erkeklerle benzer iken, psikolojik tedavi almayan yada almadığı halde psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu düşünen kadın hastaların memnuniyet oranlarının erkek hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Operasyon sınıfının cinsiyet alt grubu ile memnuniyet oranlarının karşılaştırılmasında tüm alt gruplarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bütün ameliyat gruplarında kadınların memnuniyet oranlarının erkeklere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Post-op 1.gün hesaplanan VAS skorunun cinsiyet alt grubuyla memnuniyet karşılaştırılmasında VAS skoru 0-4 arasında olan kadınların memnuniyet oranının daha düşük olduğu saptanmıştır. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,007$). Yine VAS skoru 5-10 arasında hesaplanan hastaların memnuniyet oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,0001$) saptanmış olup kadın hastaların memnuniyet oranı daha düşük saptanmıştır.

Komplikasyon ile memnuniyetin cinsiyet alt grubuyla karşılaştırılması sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınlarda komplikasyon gelişmesi halinde memnuniyet oranı düşmez iken erkeklerde komplikasyon gelişmesi halinde memnuniyet oranı bir miktar daha yüksek bulunmuştur. Komorbidite değişkeni ile memnuniyetin cinsiyet alt grubuyla karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı

fark mevcuttur ($p<0,05$). Komorbiditesi olan kadın ve erkeklerde memnuniyet oranının olmayanla grupta yakın olduğu gözlenmiştir fakat komorbiditesi olan kadınların erkeklere göre memnuniyet oranı daha düşük bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 14. Demografik ve klinik özelliklerin cinsiyet alt grubuyla memnuniyet karşılaştırılması

			Memnuniyet		p	
			Memnun Değil	Memnun		
			n(%)			
Yaş	18-35	Kadın	8(24,2)	25(75,8)	0,271	
		Erkek	4(13,3)	26(86,7)		
	36-55	Kadın	43(49,4)	44(50,6)	0,0001	
		Erkek	12(16,0)	63(84,0)		
	56-65	Kadın	12(27,9)	31(72,1)	0,050	
		Erkek	4(10,5)	34(89,5)		
	66+	Kadın	10(37,0)	17(63,0)	0,045	
		Erkek	4(13,8)	25(86,2)		
Eğitim durumu	İlköğretim	Kadın	28(28,9)	69(71,1)	0,154	
		Erkek	13(19,1)	55(80,9)		
	Lise	Kadın	14(35,0)	26(65,0)	0,008	
		Erkek	6(11,8)	45(88,2)		
	Üniversite	Kadın	31(58,5)	22(41,5)	0,0001	
		Erkek	5(9,4)	48(90,6)		
	Komorbidite	Evet	Kadın	38(40,0)	57(60,0)	0,001
			Erkek	11(15,3)	61(84,7)	
Hayır		Kadın	35(36,8)	60(63,2)	0,0001	
		Erkek	13(13,0)	87(87,0)		
Komplikasyon	Yok	Kadın	54(38,8)	85(61,2)	0,0001	
		Erkek	22(15,2)	123(84,8)		
	Var	Kadın	19(37,3)	32(62,7)	0,005	
		Erkek	2(7,4)	25(92,6)		
Tanı	Benign	Kadın	58(43,6)	75(56,4)	0,0001	
		Erkek	18(15,3)	100(84,7)		
	Malign	Kadın	15(26,3)	42(73,7)	0,041	
		Erkek	6(11,1)	48(88,9)		
Hastanın takip edildiği servis	X	Kadın	21(55,3)	17(44,7)	0,0001	
		Erkek	3(9,1)	30(90,9)		
	Y	Kadın	22(36,7)	38(63,3)	0,003	
		Erkek	8(13,1)	53(86,9)		
	Z	Kadın	17(31,5)	37(68,5)	0,045	
		Erkek	7(14,6)	41(85,4)		
	T	Kadın	13(34,2)	25(65,8)	0,195	
		Erkek	6(20,0)	24(80,0)		
Tedavi alırken psikolojik destek alma durumu	Evet	Kadın	14(51,9)	13(48,1)	0,117	
		Erkek	1(16,7)	5(83,3)		
	Hayır	Kadın	41(32,3)	86(67,7)	0,0001	
		Erkek	21(13,7)	132(86,3)		
	Almam Gerekli	Kadın	18(50,0)	18(50,0)	0,030	
		Erkek	2(15,4)	11(84,6)		

Tablo 14'ün devamı

Operasyon Sınıfı	A	Kadın	19(29,7)	45(70,3)	0,011
		Erkek	7(11,3)	55(88,7)	
	B	Kadın	34(40,0)	51(60,0)	0,001
		Erkek	7(11,7)	53(88,3)	
	C	Kadın	20(48,8)	21(51,2)	0,004
		Erkek	10(20,0)	40(80,0)	
1. Gün VAS skoru	0	Kadın	24(29,6)	57(70,4)	0,007
		Erkek	17(14,0)	104(86,0)	
	1	Kadın	49(45,0)	60(55,0)	0,0001
		Erkek	7(13,7)	44(86,3)	

Tablo 15'te yatış süresinin cinsiyet alt grubuyla memnuniyet düzeyi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p<0,05$). Hem kadın hem de erkeklerde ortalama yatış süresi eşit dağılımda olup memnun olan kadınlar ve erkekler ile memnun olmayan kadınlar ve erkekler arasında yatış süresinin uzamadığı gözlenmiştir.

Tablo 15. Hastaların yatış süreleri ve ağrı skorlarına göre memnuniyet durumlarının karşılaştırılması

		Memnuniyet		p
		Memnun değil	Memnun	
		Ort±SS		
Yatış Süresi	Kadın	5,71±5,6	6,56±6,3	0,344
	Erkek	5,08±4,4	5,20±4,7	0,908
VAS 1	Kadın	5,51±1,6	4,82±1,8	0,007
	Erkek	4,17±1,4	4,06±1,8	0,785
VAS 2	Kadın	3,47±1,6	3,19±2,0	0,315
	Erkek	2,38±1,5	2,37±1,8	0,972
VAS 3	Kadın	3,00±1,5	2,72±1,8	0,154
	Erkek	1,31±1,5	1,72±1,6	0,343

Memnun olma durumunu etkileyen bağımsız risk faktörlerini bir arada incelemek için yapılan çoklu logistic regresyon analiz sonucu Tablo 16'da sunulmuştur. Çoklu regresyon modelinde; cinsiyet, eğitim durumu, psikolojik destek alma durumu, komorbidite, operasyon çeşidi, tanı, komplikasyon, VAS, hastanın hangi serviste takip edildiği gibi ikili analizlerde (univariate analizlerde) önemli bulunan ($p<0,20$ 'nin altında olan veya klinik olarak önemli olan) sadece cinsiyet değişkeni istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Cinsiyeti kadın olanların erkeklere oranla memnun olmama riski 3,2 kat artmıştır (OR=3,2, %95 GA: 1,8-5,7, $p=0,0001$) Yani kadın cinsiyet diğer değişkenlerden bağımsız olarak tek başına düşük memnuniyet düzeyi için yeterli bir risk faktörüdür.

Tablo 16. Hastaların demografik ve klinik özelliklere göre çoklu regresyon analizine ait karşılaştırmalar

	B	S.E.	Wald	df	p	OR	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Cinsiyet (K)	1,179	,294	16,049	1	,000	3,253	1,827	5,792
Yaş	,005	,011	,245	1	,621	1,005	,984	1,027
Eğitim Durumu(ilköğretim)			3,390	2	,184			
Eğitim Durumu(lise)	,183	,359	,259	1	,611	1,201	,594	2,428
Eğitim Durumu(üniversite)	-,441	,318	1,925	1	,165	,643	,345	1,200
Şuan Psikolojik Destek Alma Durumu(evet)			4,669	2	,097			
Şuan Psikolojik Destek Alma Durumu (hayır)	,727	,418	3,021	1	,082	2,069	,911	4,695
Şuan Psikolojik Destek Alma Durumu (almam gerekli)	,162	,491	,109	1	,741	1,176	,449	3,079
Komorbidite	,213	,292	,532	1	,466	1,237	,698	2,193
Operasyon Sınıfı(A)			1,952	2	,377			
Operasyon Sınıfı (B)	,551	,440	1,570	1	,210	1,736	,733	4,113
Operasyon Sınıfı(C)	,381	,339	1,262	1	,261	1,464	,753	2,845
Tanı	,485	,407	1,425	1	,233	1,625	,732	3,604
Komplikasyon (1)	,144	,352	,167	1	,683	1,155	,579	2,304
1.Gün VAS skoru	-,505	,284	3,161	1	,075	,604	,346	1,053
Servis Ekip (X)			3,735	3	,292			
Servis Ekip(Y)	,602	,368	2,674	1	,102	1,825	,887	3,754
Servis Ekip(Z)	,683	,384	3,159	1	,076	1,980	,932	4,207
Servis Ekip(T)	,488	,429	1,292	1	,256	1,629	,702	3,781
Constant	-1,021	,804	1,615	1	,204	,360		

a. Variable(s) entered on step 1: Cinsiyet, Eğitim Durumu, Kronik Hastalık Olma Durumu, Şuan_Psikolojik_Destek, Operasyon_Sınıfı, Vas_1_gr, Yaş, Servis_Ekip, Tanı_gr, Komp.

5. TARTIŞMA

Hasta memnuniyeti çalışmaları 1960 yılından itibaren literatürde kendine yer bulmuş olup birçok metodolojik varyasyon içermektedir. Memnuniyet değerlendirilmesi objektif olarak hekim hasta, diğer sağlık personel- hasta ilişkisi gibi subjektif kavramlar içerse de verilen tıbbi ve cerrahi bakımın kalitesi, fiziksel ortamın yeterliliği gibi oldukça objektif taraflara da sahiptir. Bugüne kadar yapılan hasta memnuniyetine yönelik çalışmalar hala hasta beklentisi ve tatmin olma durumu arasındaki ilişkiyi net olarak ortaya koyamamış olup, hayal kırıklığı yaratan, karşılanmamış beklentilerin memnuniyetsizlik üzerine genel etkisinin nasıl değiştirileceği belirsizdir.⁹⁸

Cinsiyet son yıllarda kadınların klinik çalışmalara dahil edilmesiyle daha çok önem kazanmakta olup cinsiyet ve hastalığın kombine edilerek planlanmayan tedavi protokollerinin tekrardan gözden geçirilmesi gerekeceği öngörülmektedir.

Sağlıklı olma haline katkı sağlayan hastanın cinsiyeti, sosyo- ekonomik düzeyi, sosyo-kültürel çevresi gibi daha önce biyolojik çevre dışında kaldığı için hiç göz önünde bulundurulmamış psikososyal ve fiziksel faktörlerin önemi gittikçe artmaktadır.

Toplumsal demografik özelliklere paralel olarak; bu çalışmada memnuniyet derecesinin hasta ile ilişkili değişkenlerini ortaya koymak için değerlendirilen bilgilerde erkeklerle eşit yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik durum dağılımı olan fakat erkeklere göre daha eğitimsiz kadınlardan oluştuğu izlenmektedir.

Cinsiyet konusunda da araştırmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Araştırmaların bir kısmında kadınların bir kısmında erkeklerin daha memnun oldukları saptanmış iken cinsiyet ile memnuniyet arasında ilişki olmadığına işaret eden çalışmalar da mevcuttur.^{90,91,99-101} Bu çalışmada cinsiyetin diğer değişkenlerden bağımsız olarak memnuniyeti etkilediği ve yapılan çoklu regresyon analizinde bağımsız faktör olduğu bulunmuştur. Bu analizde tek başına kadın cinsiyete sahip olmanın memnun olmama olasılığını yaklaşık 3,2 kat arttırmakta olduğu saptanmıştır.

Hasta memnuniyeti ve yaş ilişkisine bakılan çalışmaların bazılarında yaşla artan memnuniyet düzeyi saptanmış iken bazılarında daha genç hastaların daha memnun olduğu gözlenmiştir.^{86,102} Bu çalışmada hem kadın hem erkek cinsiyette memnuniyet düzeyi yaşla doğrusal bir ilişkide olmayıp 35-56 yaş arası hastaların ve 55 yaş üstü hastaların memnuniyeti düzeyi belirgin daha düşük bulunmuştur. Cinsiyet faktörü göz

önünde bulundurularak yaş değişkenine bakılırsa memnuniyet düzeyi yine bimodal dağılım göstermiştir. Literatürde memnuniyet ve eğitim düzeyi konusunda da tutarlı olmayan sonuçlar bulunmaktadır. Eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha yüksek standart beklediklerinden dolayı daha az memnun olabileceklerini belirten çalışmalar olsa da yüksek olan eğitim düzeyinin hasta memnuniyetini olumlu etkilediğini söyleyen çalışmalarda mevcuttur.^{92,103,104} Bu çalışmanın hasta popülasyonuna bakıldığında memnuniyetin eğitimle ilişkili olduğu saptanmıştır. İlköğretim mezunu ve daha düşük eğitim seviyesi mevcut olan hastalarda hem genel toplamda hem de kadın ve erkek ayrı ayrı değerlendirildiğinde fark bulunamamıştır. Bahsedilen hasta grubu; toplam kadın popülasyonunun yarısını oluşturmakta olup düşük eğitim seviyesine sahip kadınların daha yüksek eğitim seviyesine sahip olanlara göre memnuniyet oranı daha yüksektir. Memnuniyet düzeyi arasındaki bu farkın daha eğitimsiz kadınların daha düşük beklenti seviyesine sahip oldukları ve bu beklentilerinin karşılanmamış olsa bile memnuniyet düzeylerinin değişmemesi; daha eğitimsiz popülasyonun olanı kabul etme, daha fazlasını istemekten çekinme eğilimleriyle ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Ruh sağlığı, hasta memnuniyetinin önemli değişkeni olarak değerlendirilir. Alınan hizmetini kalitesinin değerlendirilmesi ve beklentilerin normal aralıkta kalabilmesi için hastaların psikolojik olarak iyilik halinde olmaları önem taşımaktadır. Yapılan hasta memnuniyeti çalışmalarında psikolojik yardım alma durumunun hasta memnuniyetini düşürdüğü gözlenmiştir.^{86,105,106} Bu çalışmada cinsiyet bakılmaksızın psikolojik destek almanın literatürle paralel olarak memnuniyet düzeyine negatif etki ettiği saptanmış olup cinsiyet karşılaştırılması yapıldığında kadın hastaların daha fazla psikoloji destek alma ihtiyacı duyduğu da gözlenmiştir. Psikolojik yardım (anksiyete, depresyon gibi nevrotik hastalıklar sebebiyle tedavi) almanın memnuniyet düzeyini düşürmesi; hayattan keyif almama yada sürekli endişeli bir duygu durumuna sahip olmak ayrıca keyif, memnuniyet ve haz kavramlarının değerlendirilmesinde patolojik bir sürecin sonucunda ortaya çıkan, hastanın kendisi ve hayatı ile ilgili genel memnuniyetsizlik halini sağlık hizmetine de yansıtma olasılığının daha yüksek olmasına bağlanmıştır. Genel memnuniyet düzeyi toplamında kadınların daha az memnun olmasına katkıda bulunan faktörlerden birinde psikolojik destek alma durumu olarak değerlendirilebilir.

Hastanın aldığı tıbbi tedavinin ciddiyeti memnuniyet çalışmalarında en önemli faktörlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır.¹⁰⁷⁻¹⁰⁹ Fakat çalışmamızda hastalığın

ciddiyeti veya ameliyatın morbiditesinin yüksek olmasının memnuniyet üzerinde etkili bir faktör olmadığı tespit edilmiştir. Postoperatif gelişen komplikasyonun gelişmesinin memnuniyet düzeyi üzerindeki etkisine bakıldığında komplikasyon varlığının tek başına memnuniyet düzeyinin düşmesinde etkili olmadığı saptanmış olup ayrıca cinsiyetle ilişkili olarak da anlamlı bir farklılığa sebep olmamıştır. Kadınlarda totalde daha çok komplikasyon görülmesine rağmen komplikasyon gelişmesinin memnuniyet düzeyini düşürmemesi kadınların erkeklere oranla olumsuz gelişmelere daha toleranslı olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Ağrının memnuniyet üzerine etkilerini inceleyen çalışmalarda ciddi ağrı hisseden hastaların memnuniyet oranları düşük bulunmuştur.¹⁰⁹ Bu çalışmada postop 3 gün boyunca ölçülen VAS skoru kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek saptanmış olup VAS skoru 4'ün üzerinde olan kadınların memnuniyet düzeyi yüksek iken erkeklerin memnuniyet düzeyi düşüktür. Akut postoperatif ağrının cinsiyete göre değerlendirilmesini amaçlayan bir çalışmada kadınların erkeklere göre baş ağrısı, boğaz ağrısı ve sırt ağrısı gibi minör ağrıları daha çok hissettikleri gösterilmiştir.¹¹⁰ Bu fark, anestezi sırasında kullanılan bazı ilaçların (süksinilkolinin) kadınlarda erkeklerden daha fazla kas ağrısına neden olması, postoperatif analjezik seçimine veya kadın hastalarda geri ağrı bildiriminin daha fazla olmasına bağlı ortaya çıkabilir.⁸³ Bu çalışmada kadınlarda VAS skorunun daha yüksek olması ve daha etkili analjezik ihtiyacı erkeklere göre daha çok ağrı hissettikleri ve ağrı bildirimlerinin daha fazla olduğunu göstermektedir. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişen kadın hastalarda, komplikasyon gelişmeyen kadın hastalara göre daha fazla ağrı hissedilmesine rağmen, memnuniyet düzeyinin düşmemiş olması; kadın hastalarda tedavi sürecinde ortaya çıkabilecek olan olumsuzluklara karşı hoşgörü ve toleransın daha yüksek olduğu ile açıklanabileceği gibi kadınlarda eğitim seviyesinin düşük olması ve buna bağlı beklentinin düşük olması da etkili olabilir.

Fiziksel ortam özellikleri literatürde hastanın memnuniyetini belirleyen en önemli değiştirilebilir faktörlerden biri olarak gösterilmektedir. Fiziksel ortamın temiz olması ile memnuniyet düzeyi doğru orantılı olarak artmaktadır Yapılan bir çalışma erkek hastaların tıbbi bakım ve otelecilik hizmeti aldıkları hastaneyi kadınlara göre daha temiz bulduklarını göstermiştir.¹¹¹ Bu çalışmada da cinsiyetle ilişkili olarak fiziksel ortam ve memnuniyet düzeyi karşılaştırıldığında kadınlar hem servisi hem de tuvaletleri

erkeklere göre daha kirli bulmuş olup, servise ulaşma konusunda da erkeklere göre daha zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Toplumda erkeklerin ‘temizleyen kişiden’ çok ‘temizliği yapılan kişi’ rolü servislerde temizlikle ilgili farklı değerlendirmenin sebebini açıklayabilir.

Hasta-hekim ilişkisi hastanın memnuniyet algısının temel faktörlerinden biri olup bu ilişkinin iletişimden verilen tıbbi tedavinin etkinliğine kadar birçok değişkeni bulunmaktadır. Sağlık profesyonellerinin algılanan yetkinliği, bu değişkenlerden hasta memnuniyetine etki eden en önemli faktör olarak belirlenmiştir.¹¹²⁻¹¹⁵ Aynı zaman da şunu da belirtmek gerekir ki teknik kaliteyi değerlendirmek için hastanın yeterli bilgisinin bulunması elzemdir. Hastaların daha sıcakkanlı, kendilerini dinleyip, açıklama yapan, kendilerine ‘vaka’ değil ‘hasta bir insan’ gibi davranan hekimlerden daha yüksek oranda memnun olduğu saptanmıştır.¹¹⁶ Buda çoğu hastanın hekim yada diğer sağlık çalışanlarının tutum ve davranışlarını baz alarak değerlendirme yaptığını gösterir.^{86,117,108} Literatürde kadınlar ve erkekler arasında alınan tıbbi hizmet memnuniyetinin hekimle ilişkisi kadın ve erkek cinsiyete göre farklılık göstermediği belirtilse de bu çalışmada kadın hastaların hekimin ilgi, dinleme, sorularına cevap alma değişkenlerine bakılarak daha memnuniyetsiz oldukları saptanmıştır.¹¹⁹ Ayrıca kadın hastaların hekimin muayene süresi ile ilgili sorulan soruya verdikleri cevaplar erkeklere göre daha kısa sürede muayene edildikleri yönündedir. Tüm bu bilgiler ışığında kadın hastaların erkek hastalara göre hekim –hasta ilişkisi memnuniyetinin daha düşük olması beklediğimiz bir sonuçtur. Düşük olan memnuniyet düzeyi kadın hastaların başka bir hekimin kendini değerlendirmesini ve takip etmesi isteği ile de sonuçlanmıştır. Mahremiyete önem kadın ve erkek hastalar arasında değişmemiş, hekimlerin her iki cinsiyet için de mahremiyeti korudukları saptanmıştır.

Hasta memnuniyetinin önemli bir kısmını hekim dışındaki diğer sağlık profesyonellerin hastaya verdiği tıbbi bakım neticesindeki değerlendirmeler oluşturmaktadır. Hastanın tedavi gördüğü zaman dilimin önemli bir kısmını hemşire ve hasta bakıcı ile geçirdiği zaman doldurmakta olup yardımcı sağlık personelinin hastayla iletişimi, hastaya davranış biçimi hasta memnuniyetini önemli ölçüde etkilemektedir.¹¹⁹ Çalışmamızda hasta bakıcı ve hemşire tarafından hastanın tıbbi durumu ile ilgili yapılan bilgilendirmenin hem kadın hem erkekler tarafından yeterli bulunduğu fakat bunun nezaket ve ilgi açısından kadınları yeterince tatmin etmediği ortaya konmuştur. Aynı

şekilde hekimler içinde nezaket ve ilgi bakımından kadınların daha az memnun olması karşılanmayan beklenti ile ilintili olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Dünya’da ve Türkiye’de toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin ortadan kaldırılması toplumsal ve insani gelişmişlikle, yaşamın her alanında eşitlik ve özgürlüğün sağlanabileceği katılımcı toplumsal örgütlenme biçimleriyle olanaklıdır. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin engellenmesinde ve var olan etkilerinin ortadan kaldırılmasında temel hedef hiç kimsenin dezavantajlı olmadığı, herkesin eşit olduğu toplum yapısına ulaşmak olmalıdır. Kadını merkeze alan ve onu birey olarak gören bakış açısı geliştirilmediği, tüm politika, söylem ve uygulamalara yansımadağı sürece eşitsizlikler pek çok temel alanda kendini göstermeye ve kadın sağlığı üzerinde de yarattığı olumsuz sonuçlarıyla karşımıza çıkmaya devam edecektir. Öncelikli hedefimiz insana değer veren, eşitlikçi bir bakış açısı geliştirmek ve bu doğrultuda hareket etmektir. Kadına gereken değeri veren toplum yapısı bunun doğal bir sonucu olarak zaman içinde oluşacak ve yaşamın her alanında yer edinmeye başlayacaktır.

Genel memnuniyet perspektifinde cinsiyet farkı gözetilerek bir değerlendirme yapmak gerekirse beklenti ve karşılanan beklenti oranının kadınlarda daha yüksek olduğundan bahsetmek mümkün iken tedavi süresince ağrı ve komplikasyonunun kadın cinsiyette daha fazla görülmesine rağmen görülmeyen gruba yakın memnuniyet oranları kadınların süreçte daha tolerans ve daha hoşgörü sahibi olduklarının işareti olduğu yönünde değerlendirilmiştir. Kadın ve erkek cinsiyetinin kromozomal boyuttaki farklılıktan çok bir bütün olarak fizyolojik ve psikolojik yönleriyle ele alınması gerçeği gün geçtikçe daha da önem kazanmaktadır. Son zamanlarda ilaç geliştirmeden cerrahi bilimlere kadar birçok alanda, kadınların tamamen ayrıştırılmasa da erkeklerden farklı ve dikkate alınması gereken değişkenleri sağlık hizmetinin etkinliği ve kalitesi açısından kritik bir öneme sahiptir.

7. KAYNAKLAR

1. **Brown EA, Shelley ML, Fisher JW.** *A Pharmacokinetic Study of Occupational and Environmental Benzene Exposure with Regard to Gender.* **1998**;18.
2. **Buyse G, Waldeck K, Verpoorten C, Björk H, Casaer P, Andersson KE.** Intravesical oxybutynin for neurogenic bladder dysfunction: Less systemic side effects due to reduced first pass metabolism. *J Urol.* **1998**; 160(3 I):892-896.
3. **Bulletti C, De Ziegler D, Giacomucci E, et al.** Vaginal drug delivery: The first uterine pass effect. *Ann N Y Acad Sci.* **1997**; 828:285-290.
4. **Mizutani T, Nishiyama S, Amakawa I, Watanabe A, Nakamuro K, Terada N.** Danazol concentrations in ovary, uterus, and serum and their effect on the hypothalamic-pituitary-ovarian axis during vaginal administration of a danazol suppository. *Fertil Steril.* **1995**; 63(6):1184-1189.
5. **Bennink R, Peeters M, Van Den Maegdenbergh V, et al.** Evaluation of small-bowel transit for solid and liquid test meal in healthy men and women. *Eur J Nucl Med.* **1999**; 26(12):1560-1566.
6. **Grybäck P, Näslund E, Hellström PM, Jacobsson H, Backman L.** Gastric emptying of solids in humans: Improved evaluation by Kaplan-Meier plots, with special reference to obesity and gender. *Eur J Nucl Med.* **1996**; 23(12):1562-1567.
7. **Hutson WR, Roehrkasse RL, Wald A.** Influence of gender and menopause on gastric emptying and motility. *Gastroenterology.* **1989**; 96(1):11-17.
8. **Madsen JL.** Effects of gender, age, and body mass index on gastrointestinal transit times. *Dig Dis Sci.* **1992**; 37(10):1548-1553.
9. **Bennink R, Peeters M, Van Den Maegdenbergh V, et al.** Comparison of total and compartmental gastric emptying and antral motility between healthy men and women. *Eur J Nucl Med.* **1998**; 25(9):1293-1299.
10. **Jann MW, ZumBrunnen TL, Tenjarla SN, Ward ES, Weidler DJ.** Relative bioavailability of ondansetron 8-mg oral tablets versus two extemporaneous 16-mg suppositories: Formulation and gender differences. *Pharmacotherapy.* **1998**; 18(2):288-294.
11. **Teff KL, Alavi A, Chen J, Pourdehnad M, Townsend RR.** Muscarinic blockade inhibits gastric emptying of mixed-nutrient meal: Effects of weight and gender. *Am J Physiol - Regul Integr Comp Physiol.* **1999**; 276(3):707-714.
12. **Horowitz M, Maddern GJ, Chatterton BE, Collins PJ, Harding PE, Shearman DJ.** Changes in gastric emptying rates with age. *Clin Sci.* **1984**; 67(2):213-218.

13. **Mojaverian P, Rocci ML, Conner DP, Abrams WB, Vlasses PH.** Effect of food on the absorption of enteric-coated aspirin: Correlation with gastric residence time. *Clin Pharmacol Ther.* **1987**; 41(1):11-17.
14. **Greiff JMC, Rowbotham D.** Pharmacokinetic Drug Interactions with Gastrointestinal Motility Modifying Agents. *Clin Pharmacokinet.* **1994**; 27(6):447-461.
15. **Gill RC, Bowes KL, Kingma YJ.** Effect of progesterone on canine colonic smooth muscle. *Gastroenterology.* **1985**; 88(6):1941-1947.
16. **Gill RC, Murphy PD, Hooper HR, Bowes KL, Kingma YJ.** Effect of the menstrual cycle on gastric emptying. *Digestion.* **1987**; 36(3):168-174.
17. **Mathias JR, Clench MH.** Relationship of Reproductive Hormones and Neuromuscular Disease of the Gastrointestinal Tract. *Dig Dis.* **1998**; 16(1):3-13.
18. **Dressman JB, Berardi RR, Dermentzoglou LC, et al.** Upper Gastrointestinal (GI) pH in Young, Healthy Men and Women. *Pharm Res An Off J Am Assoc Pharm Sci.* **1990**; 7(7):756-761.
19. **Institute of Medicine (U.S.).** Committee on Understanding the Biology of Sex and Gender Differences., Witzemann TM, Pardue ML. *Exploring the Biological Contributions to Human Health: Does Sex Matter?* National Academy Press; **2001**.
20. **Mohiuddin MA, Pursnani KG, Katzka DA, Castell JA, Castell DO.** Effect of cyclic hormonal changes during normal menstrual cycle on esophageal motility. *Dig Dis Sci.* **1999**; 44(7):1368-1375.
21. **Kamm MA, Farthing MJG, Lennard-Jones JE.** Bowel function and transit rate during the menstrual cycle. *Gut.* **1989**; 30(5):605-608.
22. **Horowitz M, Maddern GJ, Chatterton BE, et al.** The normal menstrual cycle has no effect on gastric emptying. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* **1985**; 92(7):743-746.
23. **Petricing O, Flachs H.** Inter-and intrasubject variability of gastric emptying in healthy volunteers measured by scintigraphy and paracetamol absorption. *Br J Clin Pharmacol.* **1990**; 29(6):703-708.
24. **Reed JT, Ghadially R, Elias PM.** Skin Type, but Neither Race nor Gender, Influence Epidermal Permeability Barrier Function. *Arch Dermatol.* **1995**; 131(10):1134-1138.
25. **Dias VC, Tendler B, Oparil S, Reilly PA, Snarr P, White WB.** Clinical experience with transdermal clonidine in African-American and Hispanic-American patients with hypertension: evaluation from a 12-week prospective, *Open-Label Clinical Trial in Community-Based Clinics.* **1999**; (6):19-24.

26. **Roy SD, Flynn GL.** Transdermal Delivery of Narcotic Analgesics: pH, Anatomical, and Subject Influences on Cutaneous Permeability of Fentanyl and Sufentanil. *Pharm Res An Off J Am Assoc Pharm Sci.* **1990**; 7(8):842-847.
27. **Gonda I.** The ascent of pulmonary drug delivery. *J Pharm Sci.* **2000**; 89(7):940-945.
28. **Gillette JR.** Overview of Drug-Protein Binding. *Ann N Y Acad Sci.* **1973**; 226(1):6-17.
29. **Walle UK, Ph R, Walle T, et al.** Stereoselective binding of propranolol to human plasma, alpha1-acid glycoprotein, and albumin. **1983**:718-723.
30. **Reidenberg MM, Affrime M.** Influence of Disease on Binding of Drugs To Plasma Proteins. *Ann N Y Acad Sci.* **1973**; 226(1):115-126.
31. **Parish R, Spivey C.** Influence of menstrual cycle phase on serum concentrations of alpha 1- acid glycoprotein. *Br J Clin Pharmacol.* **1991**; 31(2):197-199.
32. **Plymate SR, Moore DE, Cheng CY, Bardin CW, Southworth MB, Levinski MJ.** Sex hormone-binding globulin changes during the menstrual cycle. *J Clin Endocrinol Metab.* **1985**; 61(5):993-996.
33. **Kashuba ADM, Nafziger AN.** Physiological Changes During the Menstrual Cycle and Their Effects on the Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Drugs. **1998**; 34(3):203-218.
34. **Phipps WR, Duncan AM, Merz BE, Kurzer MS.** Effect of the menstrual cycle on creatinine clearance in normally cycling women. *Obstet Gynecol.* **1998**; 92(4):585-588.
35. **Harris RZ, Benet LZ, Schwartz JB.** Gender Effects in Pharmacokinetics and Pharmacodynamics. *Drugs.* **1995**; 50(2):222-239.
36. **Wrighton SA, Stevens JC.** The human hepatic cytochromes p450 involved in drug metabolism. *Crit Rev Toxicol.* **1992**; 22(1):1-21.
37. **De Wildt SN, Kearns GL, Leeder JS, Van Den Anker JN.** Cytochrome P450 3A. Ontogeny and drug disposition. *Clin Pharmacokinet.* **1999**; 37(6):485-505.
38. **Watkins PB, Wrighton SA, Maurel P, et al.** Identification of an inducible form of cytochrome P-450 in human liver. *Proc Natl Acad Sci USA.* **1985**; 82(18):6310-6314.
39. **James GD, Sealey JE, Alderman M, et al.** A Longitudinal Study of Urinary Creatinine and Creatinine Clearance in Normal Subjects. **1988**:124-131.
40. **Gaudry SE, Sitar DS, Smyth DD, Mckenzie JK, Aoki FY.** Gender and age as factors in the inhibition of renal clear & ce of amantadine by quinine and quinidine. **1993**.

41. **Paaby P, Brochner-Mortensen, Jensfeldborg P, Raffn W, Larsen CE, Moller-Petersen J.** Endogenous Overnight Creatinine Clearance Compared with 51 Cr-EDTA Clearance during the Menstrual Cycle. *Acta Med Scand.* **1987**; 222(3):281-284.
42. **Christy NP, Shaver JC.** Estrogens and the kidney. *Kidney Int.* **1974**; 6(5):366-376.
43. **Davison JM.** Overview: Kidney Function in Pregnant Women. *Am J Kidney Dis.* **1987**; 9(4):248-252.
44. **Welker HA, Pharmacology C.** Factors Influencing Elimination and Distribution of Fleroxacin : Metaanalysis of Individual Data from 10 Pharmacokinetic Studies. **1996**; 40(3):575-580.
45. **Levy G.** Concentrations for Individual Patients Determinants of Pharmacodynamic Variability. **1998**; 34(4):323-333.
46. **Napolitano C, Priori SG, Schwartz PJ.** Torsade de Pointes. **1994**; 47(1):51-65.
47. **Benton RE, Sale M, Flockhart DA, Woosley RL.** Greater quinidine-induced QTc interval prolongation in women. *Clin Pharmacol Ther*, **2000**; 413-418.
48. **Rodriguez I, Kilborn MJ, Woosley RL.** Drug-Induced QT Prolongation in Women During the Menstrual Cycle. **2001**; 285(10):1322-1326.
49. **Kubota K, Kubota N.** PGL. ACE-inhibitor-induced cough, an adverse drug reaction unrecognised for several years: studies in Prescription-Event Monitoring. **1996**:431-437.
50. **Camilleri M, Northcutt AR, Kong S, Dukes GE, McSorley D, Mangel AW.** Efficacy and safety of alosetron in women with irritable bowel syndrome: A randomised, placebo-controlled trial. *Lancet.* **2000**; 355(9209):1035-1040.
51. **Jane E, Henney M.** News From the Food and Drug Administration. **2000**; 283(9):20857.
52. **Dean B, Opeskin K, Pavay G, et al.** [3H]Paroxetine Binding Is Altered in the Hippocampus but Not the Frontal Cortex or Caudate Nucleus from Subjects with Schizophrenia. *J Neurochem.* **1995**; 64(3):1197-1202.
53. **Nishizawa S, Benkelfat C, Young SN, et al.** Differences between males and females in rates of serotonin synthesis in human brain. *Proc Natl Acad Sci U S A.* **1997**; 94(10):5308-5313.
54. **Bjorntorp PA.** Sex differences in the regulation of energy balance with exercise. *Am J Clin Nutr.* **1989**; 49(5):958-961.
55. **Damien E, Price JS, Lanyon LE.** Mechanical strain stimulates osteoblast proliferation through the estrogen receptor in males as well as females. *J Bone Miner Res.* **2000**; 15(11):2169-2177.

56. **Taylor RW, Gold E, Manning P, Goulding A.** Gender differences in body fat content are present well before puberty. *Int J Obes.* **1997**; 21(11):1082-1084.
57. **Caprio M, Fabbrini E, Isidori AM, Aversa A, Fabbri A.** Leptin in reproduction. *Trends Endocrinol Metab.* **2001**; 12(2):65-72.
58. **Schneider JE, Zhou D, Blum RM.** Leptin and metabolic control of reproduction. *Horm Behav.* **2000**; 37(4):306-326.
59. **Goran MI.** Energy metabolism and obesity. *Med Clin North Am.* **2000**; 84(2):347-362.
60. **Heymsfield BS, Wang Z, Baumgartner RN, Ross R.** Human Body Composition: Advances in Models and Methods. *Annu Rev Nutr.* **1997**; 17(1):527-558.
61. **Hill JO, Peters JC.** Contributions to the Obesity Epidemic. *Science (80-).* **1998**; 280:1371-1374.
62. **Hoyenga KB, Hoyenga KT.** Gender and energy balance: Sex differences in adaptations for feast and famine. *Physiol Behav.* **1982**; 28(3):545-563.
63. **Kumanyika SK.** Obesity in African Americans: biobehavioral consequences of culture. *Ethn Dis.* **1998**.
64. **Martí-Henneberg C, Capdevila F, Arija V, et al.** Energy density of the diet, food volume and energy intake by age and sex in a healthy population. *Eur J Clin Nutr.* **1999**; 53(6):421-428.
65. **Roca P, Proenza AM, Palou A.** Sex differences in the effect of obesity on human plasma tryptophan/large neutral amino acid ratio. *Ann Nutr Metab.* **1999**; 43(3):145-151.
66. **Drinkwater BL, Nilson K, Chesnut CH, Bremner WJ, Shainholtz SSM.** Bone mineral content of amenorrheic and eumenorrheic athletes. *N Engl J Med.* **1974**; 290(22):1213-1216.
67. **Kato I, Toniolo P, Zeleniuch-Jacquotte A, et al.** Diet, smoking and anthropometric indices and postmenopausal bone fractures: A prospective study. *Int J Epidemiol.* **2000**; 29(1):85-92.
68. **Braidman I, Baris C, Wood L, et al.** Preliminary evidence for impaired estrogen receptor- α protein expression in osteoblasts and osteocytes from men with idiopathic osteoporosis. *Bone.* **2000**; 26(5):423-427.
69. **Horst RL, Goff JP, Reinhardt TA.** Calcium and vitamin D metabolism during lactation. *J Mammary Gland Biol Neoplasia.* **1997**; 2(3):253-263.
70. **Huopio J, Kröger H, Honkanen R, Saarikoski S, Alhava E.** Risk factors for perimenopausal fractures: A prospective study. *Osteoporos Int.* **2000**; 11(3):219-227.

71. **Unruh AM.** Gender variations in clinical pain experience. *Pain.* **1996;** 65(2-3):123-167.
72. **Guinsburg R, Peres CDA, Branco De Almeida MF, et al.** Differences in pain expression between male and female newborn infants. *Pain.* **2000;** 85(1-2):127-133.
73. **Giamberardino MA, Affaitati G, Lerza R, Vecchiet L.** Pre-emptive analgesia in rats with artificial ureteric calculosis: Effects on visceral pain behavior in the post-operative period. *Brain Res.* **2000;** 878(1-2):148-154.
74. **Mogil JS.** Sex, Gender, and Pain. *Senses A Compr Ref.* **2008;** 5:253-257.
75. **Gupta DS, Gintzler AR.** Erratum: Influence of ovarian sex steroids on spinal methionine-enkephalin release: Comparison with dynorphin reveals asymmetrical regulation *J Pharmacol Exp Ther.* **2003;** 304(3):738-744.
76. **Gear RW, Miaskowski C, Gordon NC, Paul SM, Heller PH, Levine JD.** The kappa opioid nalbuphine produces gender- and dose-dependent analgesia and antianalgesia in patients with postoperative pain. *Pain.* **1999;** 83(2):339-345.
77. **Pinnow E, Sharma P, Parekh A, Gevorkian N, Uhl K.** Increasing Participation of Women in Early Phase Clinical Trials Approved by the FDA. *Women's Heal Issues.* **2009;** 19(2):89-93.
78. **Yoon DY, Mansukhani NA, Stubbs VC, Helenowski IB, Woodruff TK, Kibbe MR.** Sex bias exists in basic science and translational surgical research. *Surg (United States).* **2014;** 156(3):508-516.
79. **Tannenbaum C, Schwarz JM, Clayton JA, De Vries GJ, Sullivan C.** Evaluating sex as a biological variable in preclinical research: The devil in the details. *Biol Sex Differ.* **2016;** 7(1).
80. **Otto W, May M, Fritsche HM, et al.** Analysis of sex differences in cancer-specific survival and perioperative mortality following radical cystectomy: Results of a large german multicenter study of nearly 2500 patients with urothelial carcinoma of the bladder. *Gend Med.* **2012;** 9(6):481-489.
81. **Moghavem N, Morrison D, Ratliff JK, Hernandez-Boussard T.** Cranial neurosurgical 30-day readmissions by clinical indication. *J Neurosurg.* **2015;** 123(1):189-197.
82. **Akalın H.** Sağlık hizmetlerinde kalite mi? Sürekli kalite iyileştirme kavramı mı? *Tıp Teknol Derg.* **2000.**
83. **Şahin TK, Gunel E.** Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Servisinde yatan hasta yakınlarının memnuniyetinin araştırılması. *Genel Tıp Derg* **2015;** 15(4):137-142.
84. **Carmel S.** *Satisfaction with Hospitalization: A Comparative Analysis of Three Types of Services.* **1985:**21.

85. **Hall JA, Dornan MC.** Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis. *Soc Sci Med.* **1990**; 30(7):811-818.
86. **Sitzia J, Wood N.** *Patient Satisfaction: A Review of Issues and Concepts.* **1997**:45.
87. **Fox JG, Storms DM.** Approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care, *Social Science Medicine*, **1981**; 15(5):557-564.
88. **Pascoe GC.** *Patient Satisfaction in Primary Health Care: A Literature Review and Analysis.* **1983**; 6.
89. **Weiss GL.** *Patient Satisfaction with Primary Medical Care: Evaluation of Sociodemographic and Predispositional Factors.* **1988**:26.
90. **Danielsen K, Bjertnæs ØA, Garratt AM, Pettersen KI.** Patient experiences in relation to respondent and health service delivery characteristics: A survey of 26,938 patients attending 62 hospitals throughout Norway. *Scand J Public Health.* **2007**; 35(1):70-77.
91. **Hekkert KD, Cihangir S, Kleefstra SM, van den Berg B, Kool RB.** Patient satisfaction revisited: A multilevel approach. *Soc Sci Med.* **2009**; 69(1):68-75.
92. **Hall JA, Dornan MC.** *Patient Sociodemographic Characteristics as Predictors of Satisfaction with Medical Care: A Meta-Analysis.* **1990**;30.
93. **Wilde B, Larsson G, Larsson- M, Starrin B.** *Quality of Care from the Elderly Person's Perspective: Subjective Importance and Perceived Reality.* **1995**:7.
94. **Türmen T.** *Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı. Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın İçinde.;* **2003**.
95. **Pollard TM, Hyatt SB.** *Sex, Gender and Health. Cambridge Univ Press.* **1999**.
96. **Sezgin D.** Toplumsal Cinsiyet Perspektifinde Sağlık ve Tıbbileştirme. *Sosyol Araştırmaları Derg.* **2015**; 18(1):153-186.
97. **Manderson L.** Social meanings and sexual bodies: gender, sexuality and barriers to women's health care. *Sex, Gend Heal.* **2009**; 75-93.
98. **Williams B.** *Patient Satisfaction: A Valid Concept!* **1994**:38.
99. **Wilde Larsson B, Larsson G, Starrin B.** Patients' views on quality of care: A comparison of men and women. *J Nurs Manag.* **1999**; 7(3):133-139.

100. **Bikker AP, Thompson AGH.** Predicting and comparing patient satisfaction in four different modes of health care across a nation. *Soc Sci Med.* **2006;** 63(6):1671-1683.
101. **Butler D, Oswald SL, Turner DE.** The effects of demographics on determinants of perceived health-care service quality the case of users and observers. *J Manag Med,* **1996;** 10(5):8-20.
102. **Footman K, Roberts B, Mills A, Richardson E, McKee M.** Public satisfaction as a measure of health system performance: A study of nine countries in the former Soviet Union. *Health Policy (New York).* **2013;** 112(1-2):62-69.
103. **Abrahamsen Grøndahl V, Hall-Lord ML, Karlsson I, Appelgren J.** Exploring patient satisfaction predictors in relation to a theoretical model. *Int J Health Care Qual Assur.* **2013;** 26(1):37-54.
104. **Larsson G, Wilde-Larsson B.** Quality of care and patient satisfaction: A new theoretical and methodological approach. *Int J Health Care Qual Assur.* **2010;** 23(2):228-247.
105. **Al-Mandhari AS, Hassan AA, Haran D.** Association between perceived health status and satisfaction with quality of care: Evidence from users of primary health care in Oman. *Fam Pract.* **2004;** 21(5):519-527.
106. **Rahmqvist M.** Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units. *Int J Qual Health Care,* **2001;** 13(5):385-90.
107. **Koné Péfoyo AJ, Wodchis WP.** *Organizational performance impacting patient satisfaction in ontario hospitals: a multilevel analysis.*; **2013.** <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/6/509>.
108. **Jackson JL, Kroenke K.** *Difficult Patient Encounters in the Ambulatory Clinic Clinical Predictors and Outcomes.* <http://archinte.jamanetwork.com/>.
109. **Cohen G.** Age and health status in a patient satisfaction survey. *Soc Sci Med,* **1996;** 42(7):1085-93.
110. **Myles PS, Hunt JO, Moloney JT.** Postoperative “minor” Complications Comparison between Men and Women, *Anaesthesia,* **1997;** 52(4):300-6.
111. **Qatari G AL, Haran D.** Determinants of users’ satisfaction with primary health care settings and services in saudi arabia. **1999;** 11(6):523-31.
112. **Cheng SH, Yang MC, Chiang TL.** Patient satisfaction with and recommendation of a hospital: Effects of interpersonal and technical aspects of hospital care. *Int J Qual Heal Care.* **2003;** 15(4):345-355.
113. **Saad Andaleeb S.** Determinants of customer satisfaction with hospitals: a managerial model. *Int J Health Care Qual Assur.* **1998;** 11(6):181-187.

- 114. Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R.** A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. part 1: description of the research domain, *Soc Sci Med*, **1998**; 47(10):1573-88.
- 115. Badri MA, Attia S, Ustadi AM.** Healthcare quality and moderators of patient satisfaction: Testing for causality. *Int J Health Care Qual Assur.* **2009**; 22(4):382-410.
- 116. Ben-Sira Z.** The function of the professional's affective behavior in client satisfaction: a revised approach to social interaction theory. *J Health Soc Behav.* **1976**; 17(1):3-11.
- 117. Saad Andaleeb S.** Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country. *Soc Sci Med*, **2001**; 52(9):1359-70.
- 118. Bodil B, Wilde W, Larsson L.** Patients' views on quality of care and attitudes towards re-visiting providers, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, **2009**; 22(6):600-11.
- 119. Merkouris A, Papathanassoglou EDE, Lemonidou C.** Evaluation of patient satisfaction with nursing care: Quantitative or qualitative approach? *Int J Nurs Stud.* **2004**; 41(4):355-367.