

**T.C.  
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**GASTROÖZOFAGEAL REFLÜSÜ OLAN  
HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Şeyma TRABZON**

**Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik**

**Tez Danışmanı: Dr. Öğretim Üyesi Havva SERT**

**NİSAN-2019**

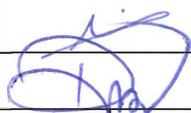
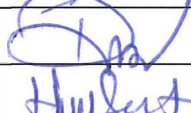
T.C.  
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GASTROÖZOFAGEAL REFLÜSÜ OLAN HASTALARIN  
YASAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ  
Şeyma TRABZON

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

“Bu tez 26/04/2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından oy birliği / oy çokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAAT	İMZA
Doc. Dr. Hicran YILDIR	Başarılı	
Doc. Dr. Dilek AYGIN	BAŞARILI	
Dr. Öğr. Üyesi Hava SEBİT	BASARILI	

## **BEYAN**

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 22/12/2016 tarihinde onay olarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

06/05/2019

Şeyma TRABZON

## TEŐEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans eğitim süresince fikir, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım ve bu araştırmanın planlanmasından yazım aşamasına kadar fikir ve görüşleriyle beni destekleyen değerli danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Havva SERT'e, çalışmanın verilerinin toplanması aşamasında Gastroenteroloji Polikliniğinde yardımcı olan, kolaylık sağlayan Uzm. Dr. Cengiz KARACAER'e, tezimin başlama ve bitiş aşamalarında çok desteği olan Dr. Öğr. Üyesi Ayla Eren ÖZDEMİR'e, Dr. Öğr. Üyesi Songül DOĞANAY'a, tezimin sonlanması için emek sarf eden Öğr. Gör. Seda GÖGER'e, varlıklarına şükrettiğim hayatımın her anında maddi ve manevi yanımda olan babam Ali TRABZON, annem Emine TRABZON'a ve kardeşlerime teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla.

# İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER .....	iii
KISALTMA VE SİMGELER.....	v
ŞEKİLLER.....	vi
TABLolar .....	vii
ÖZET.....	xii
SUMMARY .....	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. GASTROİNTESTİNAL SİSTEM ANATOMİ VE FİZYOLOJİSİ.....	3
2.2. GASTROÖZOFAGEAL REFLÜ HASTALIĞI.....	11
2.2.1. Gastroözofageal Reflü Hastalığı Fizyopatolojisi.....	12
2.2.2. Gastroözofageal Reflü Hastalığında Epidemiyoloji .....	14
2.2.3. Gastroözofageal Reflü Hastalığında Klinik Tablo.....	16
2.2.4. Gastroözofageal Reflü Hastalığında Komplikasyonlar .....	19
2.2.5. Gastroözofageal Reflü Hastalığında Tanı ve Tedavi.....	19
2.3. YAŞAM KALİTESİ.....	23
2.3.1. Gastroözofageal Reflü Hastalığı ve Yaşam Kalitesi.....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	26
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ .....	26
3.1.1. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular .....	26
3.2. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	26
3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN .....	27
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	27
3.4.1. Dahil Edilme Kriterleri .....	27
3.5. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ VE ARAÇLARI .....	28
3.5.1. Hasta Bilgi Formu (EK 4).....	28
3.5.2. Gastroözofageal Reflü Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği (GÖRH-YKÖ, Gastro-oesophageal Reflux Disease Quality of Life; GERD-QOL) (EK 5) ...	28
3.5.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) (EK 6).....	29
3.5.4. Gastrointestinal Semptom Anketi (EK 7).....	30

3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEM VE SÜRECİ.....	31
3.6.1. Gastroözofageal Reflü Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin (GERD-QOL) Geçerlik ve Güvenirlik Yöntemleri .....	32
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	33
4. BULGULAR.....	35
4.1. GASTROÖZOFAGEAL REFLÜ HASTALIĞI YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİNİN (GÖRH-YKÖ) TÜRKÇE-GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ.....	35
4.1.1. Kapsam Geçerliği .....	35
4.1.2. Gastroözofageal Reflü Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeğinin (GÖRH-YKÖ) Yapı Geçerliği.....	37
4.1.3 Güvenilirlik Analizi .....	40
4.2. SOSYO-DEMOGRAFİK, SAĞLIK/HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERE GÖRE HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	40
4.2.1. Tanımlayıcı Değişkenler Arasında Ölçek ve Alt Boyutlar Bakımından Farklılıkların ve İlişkilerin İncelenmesi .....	45
5. TARTIŞMA VE SONUÇ .....	107
5.1. GASTROÖZOFAGEAL REFLÜ HASTALIĞI YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ.....	107
5.1.1. Gastroözofageal Reflü Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Dil Eşdeğerliği .....	107
5.1.2. Gastroözofageal Reflü Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Geçerliği .	107
5.1.3. Gastroözofageal Reflü Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Güvenirliği .....	110
5.2. SOSYO-DEMOGRAFİK, SAĞLIK/HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERE GÖRE HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	111
KAYNAKLAR .....	131
EKLER.....	148
ÖZGEÇMİŞ .....	161

## KISALTMA VE SİMGELER

<b>ACG</b>	: American Collage of Gastroenterology
<b>AÖS</b>	: Alt Özofagus Sfinkteri
<b>BGOF</b>	: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
<b>BKİ</b>	: Beden Kitle İndeksi
<b>CFI</b>	: Comparative Fit Index
<b>D</b>	: Diyet
<b>DFA</b>	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>GA</b>	: Günlük Aktivite
<b>GERD-QOL</b>	: Gastro-oesophageal Reflux Disease Quality of Life
<b>GİS</b>	: Gastrointestinal Sistem
<b>GFI</b>	: Goodnessof Fit Index
<b>GÖR</b>	: Gastroözofageal Reflü
<b>GÖRH</b>	: Gastroözofageal Reflü Hastalığı
<b>GÖRH-YKÖ</b>	: Gastroözofageal Reflü Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği
<b>HCL</b>	: Hidroklorik Asit
<b>IFI</b>	: Incremental Fit Index
<b>KGİ</b>	: Kapsam Geçerlik İndeksi
<b>LFR</b>	: Laringofarengeal Reflü
<b>NNFI</b>	: Non-normed Fitindex
<b>Pİ</b>	: Psikolojik İyilik Hali
<b>PPI</b>	: Proton Pompa İnhibitörü
<b>RMSEA</b>	: Root Mean Square Error of Approximation
<b>SRMR</b>	: Standardized Root-Mean Square Residual
<b>SÖR</b>	: Supraözofageal Reflü
<b>TE</b>	: Tedavi Etkisi
<b>TLI</b>	: Turker-Lewis Index
<b>WHOQOL</b>	: World Health Organization Quality of Life
<b>YK</b>	: Yaşam Kalitesi
<b>YKÖ</b>	: Yaşam Kalitesi Ölçeği

## ŞEKİLLER

Şekil 1: Montreal sınıflamasında özofageal sendromlar.....	17
Şekil 2: Montreal sınıflamasında ekstraözofageal sendromlar.....	18
Şekil 3: Geçerlik- Güvenirlik Çalışması Akış Diyagramı.....	31
Şekil 4: 4 Alt Boyutlu 1. Dereceden DFA Modeli.....	37





## TABLULAR

Tablo 1:	GÖRH-YKÖ Puan Skorlaması.....	29
Tablo 2:	GÖRH-YKÖ Kapsam Geçerlik İndeksi Sonuçları.....	36
Tablo 3:	GÖRH-YK Ölçeği İfade Ortalamaları.....	36
Tablo 4:	DFA modelinin Uyum İndeksleri.....	38
Tablo 5:	Standart Regresyon Katsayıları.....	39
Tablo 6:	Alt Boyut ve Ölçek Güvenirlikleri.....	40
Tablo 7:	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri.....	41
Tablo 8:	Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler.....	43
Tablo 9:	Alt Boyut ve Ölçeklerin Tanımlayıcı İstatistikleri.....	45
Tablo 10:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Yaş Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	46
Tablo 11:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Cinsiyet Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	47
Tablo 12:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Medeni Durum Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	48
Tablo 13:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Aile Yapısı Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	49
Tablo 14:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Eğitim Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	51
Tablo 15:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Çalışma Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	53
Tablo 16:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Gelir Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	54
Tablo 17:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Sigara Kullanma Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi...	55
Tablo 18:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Alkol Kullanım Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi...	56
Tablo 19:	Ölçek ve Alt Boyutlar ile Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	57
Tablo 20:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından BKİ Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	59

Tablo 21:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Öğün Atlama Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	60
Tablo 22:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Yemek Yeme Hızları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	61
Tablo 23:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Yatmadan Önce Yemek Yeme Alışkanlıkları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	63
Tablo 24:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Uykudan Kalkıp Yemek Yeme Alışkanlıkları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	65
Tablo 25:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Tanı Konulan Başka Bir Hastalık Olma Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	66
Tablo 26:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Düzenli İlaç Kullanma Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi...	67
Tablo 27:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Düzenli Vitamin/Mineral/Besin Desteği Kullanma Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	68
Tablo 28:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Göğüste Yanma Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	70
Tablo 29:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Yiyeceklerin Ağıza Geri Gelmesi Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	71
Tablo 30:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Göğüs Ağrısı Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	72
Tablo 31:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Yutma Güçlüğü Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	73
Tablo 32:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Boğazda Yanma Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	74
Tablo 33:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Ses Kısıklığı Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	75

Tablo 34:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Boğuk Ses Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	76
Tablo 35:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Öksürük Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	77
Tablo 36:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Hıçkırık Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	78
Tablo 37:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Ağız Kokusu Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	79
Tablo 38:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Geçirme Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	80
Tablo 39:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Boğazda Yumru Olması Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	81
Tablo 40:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Bulantı Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	82
Tablo 41:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Kusma Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	83
Tablo 42:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Hastalığın Günlük Yaşamı Etkileme Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	84
Tablo 43:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Hastalığın İş Yaşantısını Etkileme Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	85
Tablo 44:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Hastalığın Arkadaşlarıyla İlişisini Etkileme Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	86
Tablo 45:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Hastalığın Aile İçi İlişkileri Etkileme Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	87
Tablo 46:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Baharatlı Yiyeceklerin Şikayeti Artırma Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	88

Tablo 47:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Kahvenin Şikayeti Artırma Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	89
Tablo 48:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Çayın Şikayeti Artırma Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	91
Tablo 49:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Yağlı Yiyeceklerin Şikayeti Artırma Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	92
Tablo 50:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Asit ve Gazlı İçeceklerin Şikayeti Artırma Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	93
Tablo 51:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Mayalı Yiyeceklerin Şikayeti Artırma Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	94
Tablo 52:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Sigaranın Şikayeti Artırma Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	95
Tablo 53:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Yemekten Sonra Uzanmanın Şikayeti Artırma Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	96
Tablo 54:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Tatlının Şikayeti Artırma Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	97
Tablo 55:	Gis Semptom Anketinin Tanımlayıcı İstatistikleri.....	98
Tablo 56:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından GİS Semtom Anketi Özofagus Semptom Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	99
Tablo 57:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Üst Dismotilite Semptom Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	100
Tablo 58:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından İshal Semptom Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	102

Tablo 59:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Kabızlık Semptom Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	103
Tablo 60:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Bağırsak Semptom Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	105
Tablo 61:	Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Gİ Semptom Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	106



## ÖZET

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Çalışma, Gastroözofageal Reflü Hastalığı Yaşam Kalitesi ölçeğinin (GERD-QOL) Türkçe geçerlik-güvenirliğini yapmak, hastaların yaşam kalitelerini değerlendirmek ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Metodolojik ve tanımlayıcı özellikte planlanan çalışmanın örneklemini Temmuz 2017- Ekim 2017 tarihleri arasında bir üniversite hastanesi gastroenteroloji polikliniğine başvuran GÖRH tanısı almış 161 hasta oluşturdu. Sosyodemografik özellikleri içeren hasta bilgi formu, Gastroözofageal Reflü Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği (GÖRH-YKÖ), SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Gastrointestinal Semptom Anketi kullanılarak toplanılan verilerin analizi, bilgisayar ortamında geçerlik ve güvenilirlik analizleri, yüzdeler, ortalama, bağımsız t testi, ANOVA, Pearson's korelasyon testleri kullanılarak yapıldı.

**BULGULAR:** GÖRH-YKÖ'nin dil geçerliği, kapsam geçerliliği ( $KGI > 0,80$ ), Cronbach's Alpha Güvenirlik Katsayısı ( $\alpha = 0,885$ ) ve doğrulayıcı faktör analizi ile yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonucuna göre geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu saptandı. Hastaların GÖRH-YKÖ'den aldıkları ortalama puanın  $46,58 \pm 25,56$ , SF 36 fiziksel ana boyut puan ortalamasının  $54,24 \pm 22,61$  ve Mental ana boyut puan ortalamasının  $50,42 \pm 21,38$  olduğu görüldü. İleri yaş, düşük eğitim seviyesi, gelir düzeyinin düşük olması, bekar olma, yüksek BKİ, yemek yeme hızı, uykudan kalkıp yemek yeme, doktor tarafından tanı koyulan başka bir hastalık varlığı ve düzenli ilaç kullanmanın GÖR hastalarının yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörler olduğu belirlendi. Sigara içme, alkol kullanma, öğün atlama ile yaşam kalitesi arasında anlamlı fark bulunmadı.

**SONUÇ:** GÖRH-YKÖ'nin, GÖRH teşhisi koyulan bireylerin yaşam kalitesini ölçebilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlendi. GÖRH'nin bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bulundu.

**Anahtar Kelimeler:** Gastroözofageal reflü, Geçerlik, Güvenirlik, Hasta, Ölçek, Yaşam Kalitesi.

## SUMMARY

### Evaluation Of Quality Of Life İn Patients With Gastroesophageal Reflux

**INTRODUCTION AND AIM:** The aim of the present study was to perform the validity-reliability of the Turkish version of the Gastroesophageal Reflux Disease Quality of Life (GERD-QOL) scale, to assess the quality of life of the patients, and to determine the influencing factors.

**MATERIALS AND METHODS:** 161 GERD patients who applied to the gastroenterology outpatient department of a university hospital between July 2017 and October 2017 constitute the sample of this study planned methodologically and with the descriptive characteristic. The data were collected by using the Patient Information Forms covering the socio-demographic characteristics, Quality of Life Scale for Gastroesophageal Reflux Disease (GERD-QOL), SF-36 Quality of Life Scale, and Gastrointestinal Symptom Questionnaire. The analysis of these data was made by using validity and reliability analysis, the percentage, the mean, independent samples t-test, ANOVA, and Pearson correlation analysis in the computer environment.

**RESULTS:** GERD-QOL scale was determined to be valid and reliable as the result of the study made for the validity and reliability with the language validity, content validity ( $CV > 0.80$ ), Cronbach's Alpha reliability coefficient ( $\alpha = 0.885$ ), and confirmatory factor analysis. It was observed that the mean score of the patients taken from the GERD-QOL was  $46.58 \pm 25.56$ ; the mean score of the SF 36 physical main dimension was  $54.24 \pm 22.61$ ; and the mean score of the mental main dimension was  $50.42 \pm 21.38$ . It was found that advanced age, low education level low-income level, single life, high BMI (body mass index), eating rate, sleep eating, the presence of another disease diagnosed by the doctor, and using regular medication were the factors that affect the quality of life of GERD patients. There was no statistically significant difference between the quality of life and smoking, alcohol use, skipping meals.

**CONCLUSION:** It was determined that GERD-QOL was a valid and reliable scale that could measure the quality of life of the GERD individuals. It was found that GERD adversely affected the quality of life of individuals.

**Keywords:** Gastroesophageal reflux, Validity, Reliability, Patient, Scale, Quality of Life.





# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gastroözefageal reflü hastalığı (GÖRH) tipik olarak mide ekşimesi ve mide içeriğinin özofagusa geri kaçmasıyla karakterize, üst gastrointestinal sistemin sık görülen hastalığıdır. GÖRH prevelansının Kuzey Amerika'da % 27,8, Avrupa'da %25,9, doğu Asya'da %7,8, Orta Doğu'da %33,1 olduğu son çalışmalarda belirtilmiştir. Ülkemizde ise GÖRH prevelansı %22,8'dir. GÖRH prevelansındaki artış yaş, erkek cinsiyeti, ırk, analjeziklerin alımı, bazı yiyecek ve içecek tüketimi, Helicobacter pylori enfeksiyonu prevelansında azalma, ailede GÖRH öyküsü, sigara içme, sınırlı fiziksel aktivite ve yüksek beden kitle indeksi gibi faktörlere bağlı olabilmektedir. Bu risk faktörleri çoğunlukla hastanın yaşam tarzı ile ilgilidir. ( Bor, Kitapçioğlu, Kasap 2017; Yamasaki, Hemond, Eisa, Ganocy, Fass 2018;). GÖRH'ında; pirozis disfaji, regürjitasyon, ağza acı su gelmesi, odinofaji, boğazda yumru olması, larenjit, astım, öksürük ve kalple ilgili olmayan göğüs ağrısı gibi semptomlar görülebilmektedir (Yurdakul 2004; Bredenoord, Weusten, Curvers, Timmer, Smout 2006; Katz, Gerson, Vela 2013; Madanick 2014) Bu semptomlar bireylerin günlük yaşamlarını da etkileyebilmektedir (Lee et al. 2014). Ayrıca GÖRH hastalarında, ülser, striktür, kanama, adenokanser, vokal kord granülomları, larenks kanseri, aspirasyon pnomonisi, astım bronşit ve Barrett özofagusu gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir (Yılmaz ve Soykan 2004). Hastaların yaşadığı belirtiler, belirtilerin şiddet düzeyi ve hastalarda gelişen komplikasyonlara bağlı olarak hastaların hareket etmede zorlandıkları, beslenme düzenlerinin değiştiği, sosyal ilişkilerin ve günlük yaşamın bozulduğu, uyku yoksunluğu görüldüğü, iş yaşamın etkilendiği ve bunların sonucunda da yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiği bildirilmektedir (Caviglia et al. 2005; Chassany et al. 2008; Lee et al. 2014). Bu nedenle GÖRH'nin yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi gerekmektedir. GÖRH semptomlarının hastaların sağlık durumu üzerindeki etkisinin değerlendirilmesinde hasta yaşam kalitesinin değerlendirilmesi giderek artan bir tıbbi sonuç göstergesi olarak kabul edilmesine rağmen, klinik çalışmalarda hasta yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, hastalığa özgü standart

değerlendirme aracı sayısının kısıtlı olması nedeniyle zor olmaktadır (Guan & Wang 2015). Genel yaşam kalitesi ölçekleri yanında hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleriyle de yaşam kalitesinin değerlendirilmesi önerilmektedir. Bu bağlamda çalışmada, hastalığa özgü bir ölçek olan, Chan ve arkadaşları (Chan et al. 2010) tarafından geliştirilen Gastroözefageal Reflü Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin (GERDQOL) Türkçe geçerlik ve güvenilirliğinin yapılması, GÖRH tanısı alan hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlandı.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. GASTROİNTESTİNAL SİSTEM ANATOMİ VE FİZYOLOJİSİ

Sindirim sistemi ağızda başlayıp anüs de sonlanan, yaklaşık 8-10 m uzunluğunda içi boşluklu bir sindirim kanalından oluşmuştur. Bu kanala gastrointestinal kanal da denir. (Aktümsek 2012) Enerji sağlayacak besinlerin, vücudun kullanabileceği enerji haline gelebilmesi için gastrointestinal sistemden emilip kana geçmesi gereklidir. (Yıldırım 2016) Gastrointestinal kanal vücuda elektrolitler, su, vitaminler ve besinleri sürekli olarak sağlar. (E.Hall & Guyton 2013) Sindirim kanalı organları ağız, yutak, yemek borusu, mide, ince bağırsaklar ve kalın bağırsaklardan oluşmuştur. Tükürük bezleri, karaciğer ve pankreas özel boşaltım kanalları ile sindirim kanalına bağlanmıştır (Yıldırım 2016).

Sindirim kanalı duvarı dört tabakadan oluşmuştur.

1. Mukoza (Tunica mucosa, muköz membran): En içteki tabakadır, üç katmandan meydana gelmiştir.

a. Epitelium: Besinlerin emildiği yer.

b. Lamina propria: Lenfosit ve lenf düğümleri içeren bağ dokusudur.

c. Muskularis mucosa: İki ince kas tabakasından oluşmuştur. Sinir ağları bulunmaktadır.

2. Submukoza (Tunica submucosa): Kas tabakası ve mukoza arasında bulunan damarlı bağ dokusudur.

3. Kas Tabakası (Tunica muscularis, muscularis externa): Asıl kas tabakasıdır. Çoğunlukla düz kastan oluşmuştur. Kas tabakalarından içte olanı halkasal (sirküler), dıştaki ise boyunadır (longitudinal). Midede ek olarak oblik tabaka da bulunur. Özofagusun üst kısımları ve anüsün sfinkterleri iskelet kas tellerinden meydana gelmiştir. Sindirim kanalı lümeni boyunca kas kontraksiyon dalgaları ile gerçekleşen besinlerin hareketine peristalsis denilmektedir.

4. Seroza ( Tunica serosa): En dış tabaka olup, ince bağ dokusundan meydana gelmiştir. Sindirim kanalının birçok yerinde bulunur. Epiteliumun eksik olduğu yerlerde adventisya olarak isimlendirilir. İç organlara bakan kısmına visseral peritoneum adı verilir. Bağırsakları dorsal abdominal duvara bağlayan seröz membrana da mezenter denilmektedir (Aktümsek 2012).

### **Ağız (Oris)**

Sindirim kanalının başlangıç yeridir. Sindirim enzimlerinin ilk salgılandığı yerdir. Yanakların iç yüzü keratinleşmemiş çok katlı yassı epitelle örtülüdür. Dudaklar yumuşak katmandır ve duyuusal sinirlerden zengindir. Keratinleşmemiştir ve ter, kıl folikülleri ve yağ bezleri yoktur. Yumuşak damağın arkasında küçük dil bulunur. Yumuşak damak ve küçük dil yutma esnasında üste doğru çekilerek nazofarenksi kapatır. (Aktümsek 2012).

### **Dil (Lingua)**

Müköz membranla kaplı iskelet kasından oluşmuştur. Dilin görevleri; besinleri karıştırmak, çiğnemeye yardımcı olmak, yutmaya hazırlamak, tat duyusunun alınması, sıcaklığın hissedilmesi, lingual lipaz enzimi ile mukus salınması ve konuşmaya yardımcı olmaktır. (Aktümsek 2012) Tat duyusu ile ilgili olan dilin, yutma ve konuşmada da önemi büyüktür. Dilin kasları intrensek ve ekstrensek olmak üzere iki grupta incelenir. Konuşma ve beslenme sırasında intrensek kasların önemli fonksiyonları vardır. İntrensek kaslar dili kendi eksenlerine paralel olarak kısaltarak şeklini değiştirir. (Sancak ve Cumhuriyet 2016)

### **Tükürük Bezleri (Glandula Salivariae)**

Tükürük salgısı üç bez tarafından salgılanır. Bu bezler; parotid bezi (gl.parotidea), submandibular bezler (gl. Submandibularis) ve sublingual bezlerdir (gl. Submandibularis). Çiğnenen besinlerin kayganlaştırılması, ağız duvarının nemlendirilmesi, ağzın temizlenmesi, besin artıklarının dişlere zarar vermesinin engellenmesi, besinlerden kaynaklanan asidik ortamın bikarbonatlar tarafından nötralize edilerek diş çürüklerinin oluşmasının önlenmesi ve tat tomurcukları

tarafından tadın alınabilmesi için besinlerin suda çözünebilmesini sağlamak tükürük salgısının görevlerindedir.

Tükürük salgısının % 99'u sudur ve günde bir litre veya daha fazla oluşturulur. Elektrolitler ve proteinler geriye kalan %1'lik kısmı oluştururlar. Karbonhidratların sindirimini başlatan enzim tükürük amilazı da bulunur. Tükürük salgısı tükürük bezlerinde sonlanan otonomik sinir sonlanmaları tarafından parasempatik sistemle uyarılır. Tükürük salgısı devamlı ve kendiliğinden gerçekleşir. Tükürük salgılanmasında hormonların rolü yoktur. Midede ve ağızda besin varlığı, çiğneme ve koklama, tatma, ses, görme ve besinle temas tükürük salgılanmasını uyarmaktadır (Aktümsek 2012).

### **Yutak (Pharynx)**

Sindirim ve solunum sisteminin ortak bölümü olan yutak; ağız boşluğu ve yemek borusu diğer taraftan da burun boşluğu ve gırtlak ile bağlantı kurmaktadır. Kafa tabanından altıncı boyun omuruna kadar uzanır boyu 12-14 cm'dir. Duvar yapısı fibromüskülerdir. Yutak, pars nasalis (nasopharynx), pars oralis (oropharynx) ve pars laryngea (laryngopharynx) olmak üzere üç bölüme ayrılır. (Yıldırım 2016) Pars nasalisin alt sınırı yumuşak damağın hizasındadır. Yumuşak damak ile yutağın arka duvarındaki açıklığa *isthmus pharyngeus* denir. Yutma sırasında yumuşak damağın yukarı kalkması ile *isthmus pharyngeus* kapanır. (Sancak ve Cumhuriyet 2016) Yutağın dış bağlantı sağlayan açıklıkları etrafında yer alan altı bademciğin oluşturduğu savunma halkası Waldeyer'in lenfatik halkası olarak isimlendirilir. (Yıldırım 2016)

### **Yemek Borusu ( Oesophagus)**

Mide ve yutak arasında 25- 30 cm uzunluğunda 1-2 cm iç çapında dar bir kaslı borudur. Oesophagus ( Gr. Oiso: ben taşıyım; phagein: besin) C6 düzeyi yutağın alt ucundan başlar, T11 hizasında sonlanır. Genellikle vertikal seyreden yemek borusu, boyunda sola doğru bir de göğüs boşluğunda sağa doğru kıvrım yapar. Yemek borusu pars cervicalis, pars thoracica ve pars abdominalis olmak üzere üç bölüme ayrılır.

Yemek borusu dört tabakadan oluşmuştur. Tunica mukosa; çok katlı yassı epitelle örtülüdür. Tela submukosa; tüm uzunluğunca gll. oesophageae içerir ve bu bezlerin yapmış olduğu mukus yemek borusunun içeriğini ıslanmasını sağlar. Tunica muscularis; dışta longitudinal içte sirküler kaslardan oluşmuştur. 1/3 üst bölümü çizgili kas, 1/3 alt bölümü düz kas, 1/3 orta bölümü karışık yapıdadır. Tunica adventitia; karın bölümü hariç gevşek bağ dokusundan yapılıdır. Sinirleri ve kan damarlarını içerir. Pars abdominalisin dış kısmı periton ile kaplıdır.

Yemek borusunun üç anatomik, üç fonksiyonel darlığı ve üç tane de genişliği vardır.

**Yemek Borusunun Anatomik Darlıkları;** Constrictio pharyngoesophagealis (üst darlık): Yutakla birleştiği yerde olup başlangıç darlığıdır. Yemek borusunun en dar yeridir, 1,4 cm'dir. Constrictio bronchoaortica (orta darlık): 1,5 ; 1,7 cm genişliğe sahiptir. Constrictio diaphragmatica (alt darlık): Yemek borusunun hiatus oesophagusu geçtiği yerdeki darlıktır. 1,6 ; 1,9 cm genişliğindedir

**Yemek Borusunun Fonksiyonel Darlıkları;** Faringo- özofageal darlık: Üst anatomik darlığa denktir. Aorto- özofageal darlık: Yemek borusunun arcus aortayı çaprazladığı yerdedir. T4 hizasında bulunur. Abdominal darlık: Yemek borusunun mideye girmeden önce iki santimetrelilik bölümüdür.

Üst ve alt olmak üzere yemek borusunun iki genişliği vardır. Üst genişlik, üst ve orta anatomik darlıklar arasındaki 1,9 cm'lik genişliktir. Alt genişlik, orta ve alt anatomik darlıklar arasındaki 2,2 cm'lik genişliktir. Alt genişlik midenin vestibulumu gibidir. Besin maddeleri alt genişlikte toplanır ve daha sonra mideye girer (Yıldırım 2016).

**Yutma İşlemi (Deglutasyon):** Yutmanın başlangıcı isteğe bağlıdır. Bir günde bir insan yaklaşık 2400 kez yutkunur. Ağızda biriken tükürüğün yutulması bilinç dışıdır. Yutma üç evrede gerçekleşir.

İstemli, oral (bukkal safha): Bolus yani ağızda çiğnenmiş ve tükürükle yuvarlatılmış besin damağa basınç yapınca başlar. Dil yardımıyla bolus yutağa itilir. (Aktümsek 2012) Bundan sonra yutma durdurulamaz. (E.Hall & Guyton 2013)

Farinks safhası: Yutma refleksi uvula ve palatal arklardaki tactile reseptörlerinin bolusun geçişine bağlı olarak uyarılmaları ile başlar. Yumuşak damak koanaları

kapatmak üzere yukarı çekilir, besinlerin buruna kaçması engellenmiş olur. Larenkte ses telleri birbirine yaklaştırılır ve besinlerin trakeye geçişini önlemek için larinks yukarıya kaldırılır ve epiglot glottisi kapatır. Epiglot besinlerin ses tellerine kadar gelmesine engel olur. Bu safhada solunum engellenmiş olur. Ses tellerinin hareketini sağlayan kasların harabiyete uğraması boğulmaya neden olabilir. Faringoözofagal sfinkterin gevşemesiyle besin arka yutaktan üst özofagusu kolayca geçer. Solunum sırasında havanın yemek borusuna gitmesini engellemek için Bu sfinkter yutma aralarında kuvvetle kasılır. Bu süreç iki saniyeden daha kısadır (Aktümsek 2012) (E.Hall & Guyton 2013).

Özofagus safhası: Yutak kaslarının kasılarak bolusu ittikleri istemsiz evredir. Yemek borusuna giren bolus peristaltik hareket ile mideye doğru ilerler ve alt özofagusun açılması ile mideye ulaşır.

Primer peristaltik hareketler sayesinde bolus dokuz saniyede mideye ulaşır. Sıvıların mideye ulaşması birkaç saniyeyi bulur. Bolusun daha az kaygan olmasından dolayı mideye ulaşması daha yavaş olacağından daha kuvvetli itilmesi gerekir. Bu durumda özofagus duvarındaki duyu reseptörleri tarafından sekonder peristaltik dalgalar başlatılır (Aktümsek 2012). Yemek borusunun peristaltik dalgası mideye yöneldiğinde peristaltizme gevşeme dalgası öncülük eder. Bu dalga yemek borusunun alt ucuna vardığında midede gevşeme başlar böylelikle aşağı itilen besinler mideye geçer (E.Hall and Guyton 2013).

### **Mide (Gaster)**

Özofagus ve duodenum arasında yer alan mide sindirim sisteminin en geniş organıdır. Şekli ve pozisyonu içerisindeki besin maddelerinin miktarına ve organların durumuna göre değişkenlik gösterir. Mide karın boşluğunun üst bölümünde diyaframın altında T7-L3 seviyesinde yer almıştır. Boş bir mide J harfi şeklinde tübüler bir yapıdadır, orta derecede dolu olan mide iki tarafından tutulmuş sarkık bir torbaya benzer (Sancak, Cumhuriyet 2016) (Aktümsek 2012).

Midenin üç temel motor işlevi vardır. Birincisi; besinin alt intestinal yolda işlenebilecek duruma gelene kadar depo edilmesi, ikincisi; besinlerin mide salgılarıyla karıştırılması ve kimus adı verilen yarı sıvı hale getirilmesi, üçüncüsü ise

ince bağırsaklarda sindirim ve emilim için yeterli süreyi sağlamak hedefiyle besinlerin yavaş bir şekilde mideden ince bağırsağa boşaltılmasıdır. (E.Hall and Guyton 2013)

Mide dört bölümde incelenir. Kardiak bölge, midenin üst bölgesidir yemek borusu ile bağlantılıdır. Fundus; üstte sola doğru kıvrım yapmış bölümdür. Mide cismi (corpus gastricum); midenin en geniş kısmıdır. Pilor bölümü; midenin duodenumla bağlantılı alt bölgesidir.

Midede üç tabakalı düz kas telleri vardır. En dıştaki longitudinaldir. Orta tabakada sirküler kas tabakası vardır. Bu tabaka mide corpusunu sarmıştır ve pilorik bölgede kalınlaşarak sfinkteri oluşturur. En içteki ise oblik kas tabakasıdır (Aktümsek 2012).

Midenin tüm yüzeyini kaplayan müküs salgılayan hücrelere ilave olarak mide mukozasında iki önemli tip tübüler bez vardır. Bunlar oksintik (mide bezleri) bezler ve pilor bezleridir. Oksintik (asit oluşturan) bezler hidroklorik asit, pepsinojen, intrinsek faktör ve müküs salgırlar. Pilor bezleri esas olarak pilor mukozasını mide asidinden koruyan *müküs* salgırlar. Bu bezler aynı zamanda gastrin hormonu da salgırlar (E.Hall and Guyton 2013).

Parietal hücrelerden intrinsek faktör ve hidroklorik asit (HCL) salgılanır. İntrinsik faktör vitamin B12'nin bağırsaklardan emilmesini kolaylaştırır. Mide ph 'nın yüksek olması önemlidir. Yüksek asidik ortam sayesinde mikroorganizmalar ölür, besinlerdeki enzimler ve proteinlerin çoğu denatüre edilir, pepsinin aktivasyonu sağlanır. Midenin önemli enzimi olan pepsin protein sindirimini başlatır. Pilorik kanaldaki bezler muköz salgırlar. Bu salgı mide duvarının asitten zarar görmesini engeller. Mide bezlerinin salgıları berrak ve renksizdir. Günde 1,5- 2 litre kadar üretilen bu sıvılara mide özsuyu denir (Aktümsek 2012) (E.Hall and Guyton 2013).

**Midenin Boşalması:** Midenin boşalması, mide antrumunun şiddetli peristaltik dalgaları ile başlar. Pilorun tonusu normal olduğunda, her güçlü peristaltik dalga birkaç mililitre kimusu duodenuma iter. Böylece peristaltik dalgalar "pilor pompası" diye isimlendirilen bir pompalama olayı gerçekleştirirler. Midenin boşalma hızı besin miktarının artmasına bağlıdır. Gastrin hormonu midenin motor bölümünün motor işlevlerini uyarır ve pilor pompasının aktivitesini artırır (E.Hall and Guyton 2013). Midenin boşalması kimus içerisindeki asit ve yağdan dolayı sinirsel veya hormonal yollarla duodenum tarafından baskılanır (Aktümsek 2012). İnce bağırsak içinde fazla



kimus bulunduğunda veya fazla asidik kimus ve çok fazla işlenmemiş yağ ya da protein içerdiği zaman duodenum boşalmayı yavaşlatabilir. Böylelikle ince bağırsağın işleme tabi tutabileceği kimus miktarına göre midenin boşalma hızı sınırlandırılmış olur (E.Hall and Guyton 2013).

### **İnce Bağırsak (İntestinum Tenue)**

Sindirim kanalının en uzun bölümü olan ince bağırsaklar pilordan ileoçekal birleşige kadar uzanırlar ve yaklaşık beş, yedi metre boyundadır. Besin maddelerinin kimyasal sindirimi ince bağırsaklarda tamamlandığı gibi büyük bir bölümünün de emilimi burada gerçekleşir. Duodenum, jejenum, ileum olmak üzere üç bölgeye ayrılır. Duodenum; mideden sonraki ilk bölümdür. C şeklinde pankreas başının etrafında yer alır. İnce bağırsakların en kısa, en geniş ve en sabit bölümüdür. Jejenum ve ileum; ince bağırsakların en kıvrımlı, en hareketli en uzun bölümüdür. Mezenter ismini alan periton oluşumları ile karın arka duvarına asılmıştır. Birbirinden ayrılması zor olan bu bölümlere jejunoileum adı verilmiştir. (Yıldırım 2016) Kalın bağırsakla birleştiği yerde ileoçekal valf adı verilen sfinkter bulunmaktadır. İleumda bağışıklık sistemde büyük öneme sahip lenf folikül toplulukları olan peyer plakları bulunur.

İnce bağırsak mukozasında sindirim ve emilim de rol oynayan üç farklı oluşum vardır. Bunlar; bağırsak öz suyunu sağlayan intestinal bezler, viluslar ve sirküler plikalardır. Sirküler plikalar, emilim için yüzey alanını artıran halka şeklindeki katlantılardır. Mukoza gerildiğinde bile şekilleri bozulmaz. Viluslar, emilim yüzeyini artıran parmak gibi olan yapılardır. Sirküler plikalar ve viluslar sayesinde ince barsağın emilim yüzeyleri hemen hemen 600 kat artmıştır. İntestinal bezler; makromoleküllerin sindirilmesini sağlayan enzimleri salgılayan tübüler bezlerdir. İnce bağırsak mukozasının ekzokrin bezleri her gün yaklaşık 1,5 litre salgı salgırlar. Ph'ı 7,6 olan bu salgıda su ve mukus bulunur ve kimusun asitliğini nötralize eder ve sulandırır. (Aktümsek 2012)

### **Kalın Bağırsak (İntestinum Crassum)**

Sindirim kanalının ileoçekal birleşikten anüse kadar uzanan 1,5-2 metre uzunluğunda ki bölümüdür. Caecum, colonlar, rektum ve canalis analis bölümlerine

ayrılır. İnce barsağın çevresinde çerçeve şeklinde yer alır. Abdominopelvik boşlukta ters U şeklinde yer almaktadır. Kalın bağırsakların çapı ince bağırsaklardan fazladır. (Yıldırım 2016) (Sancak, Cumhuriyet 2016)

Kalın bağırsakların işlevleri; klor, potasyum, sodyum ve su gibi elemanları reabsorbe etmek ve intestinal içeriği feçese dönüştürmek, içerisindeki gram negatif anaerob bakterilerin ürettikleri K vitamini ve B 12 vitamini, B7 ve B5 vitaminlerinin absorpsiyonunu gerçekleştirir. Ayrıca kalın bağırsaklar defekasyon öncesi feçesi depolar. (Aktümsek 2012)

Çekum (caecum); kalın barsağın kör kese şeklindeki ilk ve en geniş bölümüdür ve sağ fossa iliaca'da yer alır. Peritonla kaplıdır ve periton boşluğunda hareket edebilir. İleoçekal valf adı verilen sfinkter ileuma bağlandığı yerde bulunur. Bu sfinkter sayesinde bağırsak içeriği ileumdan çekuma tek yönlü geçiş yapar. Bu valfin yaklaşık iki cm aşağısında appendiks veya appendix vermiformis adı verilen solucan şeklinde lenfoid bir doku çıkıntısı bulunmaktadır. Zengin kan damarları ve histolojik farklanmasına bakıldığında appendiksin embriyolojik artıktan çok bir organ olduğu kabul edilmektedir (Sancak, Cumhuriyet 2016) (Yıldırım 2016) (Aktümsek 2012).

Kolonlar; kalın bağırsağın en geniş fakat en ince duvarlı kısmıdır. Kolon duvarlarında haustra adı verilen kese görünümünde katlanmalar bulunur. Haustralar kolonun genişlemesine ve uzamasına yardımcı olan yapılardır. Kolonlar dört bölüme ayrılır. Çıkan kolon (ascendens), enine kolon (transversum), inen kolon(descendens), sigmoid kolon ve rektum kolonların bölümleridir. Rektumun son kısmı anarektal kanal olarak adlandırılır. Anal kanal ve anüs yalnızca defekasyon sırasında açılır. Anüste internal ve eksternal olmak üzere iki sfinkter vardır. Bunlardan eksternal sfinkter istemli çalışır (Aktümsek 2012).

Kalın bağırsak mukozası ince bağırsak gibi villus içermez. Müküs salgılayan müköz hücreleri vardır. Müküsteki artış kolondaki peristaltik motilite artışı ile beraber görülür. Duygusal olaylara bağlı olarak gelişen aşırı parasempatik uyarı kalın bağırsakta çok fazla müküs salgısına neden olur. Bu sebeple bireyde, her 30 dakikada bir, çok az dışkı içeren ya da hiç içermeyen koyu bir mukuse bağlı bağırsak hareketleri gerçekleşir (Bozkurt 2017).

Kalın bağırsaktaki müküs bağırsak duvarını soyulmaya karşı korur ve ayrıca dışkıyı bir arada tutan yapışkan bir ortam oluşturur. Ayrıca dışkıdaki geniş bakteriyel içerikten bağırsak duvarını korur ve sekresyonun alkali olması feçeste oluşan asitlerin bağırsak duvarını tahriş etmesini engeller (E.Hall and Guyton 2013).

## 2.2. GASTROÖZOFAGEAL REFLÜ HASTALIĞI

Amerikan Gastroenteroloji Derneği (American Collage of Gastroenterology - ACG) yayınladığı klavuzda gastroözofageal reflü hastalığını “*gastrik içeriğin özofagus veya yukarısına, ağız boşluğuna (larenks dahil) veya akciğere geri akışından kaynaklanan semptomlar veya komplikasyonlar.*” olarak tanımlamaktadır (Katz et al. 2013).

Gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH), mide asidinin yemek borusu içine girmesi ile oluşan üst gastrointestinal sistem hastalıklarından en çok görülenidir (Căţinean,Neag,Pop 2017). GÖRH kronik ve oldukça yaygın görülen bir hastalıktır (Yamasaki et al. 2018). GÖRH'nin semptomları hakkında fikir birliğine varılması önemlidir. Gastrik içeriğin reflüsü ile ilgili etkilenen organlar; ağız boşluğu, özofagus ve akciğerdir. GÖRH endoskopik incelemede erozyon olmaksızın semptomların varlığı olarak da sınıflandırılabilir (non eroziv hastalık) ya da GÖRH semptomları ile erozyonlar saptanabilir (eroziv hastalık) (Katz et al. 2013). Gastroözofageal reflü hastalığının larenks ve farenks üzerine de olumsuz etkileri vardır. Bu durum laringofarengal reflü (LFR) veya supraözofageal reflü (SÖR) tanımlarını ortaya çıkarmıştır. Bazı astım ve kronik öksürük semptomlarının mide asidinin özofagusa geri kaçmasıyla ilişkisinin anlaşılmasıyla ekstraözofageal reflü tanımlaması da kullanılmaya başlanmıştır. GÖRH; özofagus, larenks, farenks ve solunum yollarına ait semptom ve bulguları içine alır (Civriz ve Palabıyıköğlü 2009). En önemli semptomu retrosternal yanmadır. Nadiren ölüm sebebidir ancak komplikasyonları nedeniyle önemli bir şekilde morbiditeye neden olmaktadır (Yılmaz ve Soykan 2004).

Fizyolojik reflü atakları genellikle yemek sonrası, kısa zamanlı, asemptomatiktir ve geceleri görülmez. Patolojik reflü ise mukoza hasarına ve enflamatuvar değişikliklere neden olur ve genellikle hastalarda semptomlar görülür (Stoller, Michota, Mandell 2014).

### 2.2.1.Gastroözofageal Reflü Hastalığı Fiziopatolojisi

Hastalığın oluşmasında birçok faktör etkili olmakla birlikte GÖRH'ün oluşmasındaki temel neden; normalde fazla miktarda reflü olmasını engelleyen anti-reflü bariyerde fonksiyon bozukluğu ve özofagusun mide içeriğinden hızla temizlenmesini sağlayan mekanizmalardaki bozukluktur (Menezes and Herbella 2017; Chen and Brady 2019). Özofagusu koruyan savunma faktörleri anti-reflü bariyer, luminal temizlenme ve doku direnci olmak üzere üçe ayrılmaktadır.

Anti-reflü bariyer; özofagusa geri kaçan içeriğin hem volümünü hem de reflü atakları sıklığını azaltarak özofagusu korur. Anti-reflü bariyerinin en önemli ögesi alt özofagus sfinkteri ve diyafragmanın krural kısmıdır. Alt özofagus sfinkteri (AÖS) 1-3,5 cm boyunda sirküler kas tabakasından oluşur. Mide içindeki basınçtan daha fazla bir basınç oluşturarak mide içeriğinin özofagusa kaçmasını engeller. AÖS'ü oluşturan kaslar özofagus gövdesindeki kaslardan farklıdır ve spontan gerilim gösterirler. AÖS'ün fonksiyon bozuklukları; alt özofagus sfinkterinin intrinsek zayıflığı, artmış abdominal basınca karşı yetersiz AÖS yanıtı ve spontan serbest reflüdür. Çoğunlukla reflü atakları geçici alt özofagus sfinkterin gevşemesi sırasında olur. Geçici alt özofagus sfinkter gevşemesi, farengeal bir uyarı olmadan oluşur ve özofagusun peristaltik hareketlerinden özerktir. Yutmaya bağlı oluşan AÖS gevşemesinden daha uzun sürer. AÖS istirahat basıncı sıfır ya da sıfıra yakın olduğu zaman reflüye karşı yeterli direnç oluşturamaz ve spontan serbest reflü ortaya çıkar. Abdominal basıncın ani arttığı öksürme veya ıkınma gibi durumlarda AÖS basıncı da hızla artar ve reflü atağı önlenmiş olur. Abdominal basıncın ani artması karşısında AÖS basıncı eşit oranda artmazsa reflü oluşur (Yılmaz ve Soykan 2004; Lee and Mccoll 2013; Chen and Brady 2019).

Gastroözofageal Reflü Hastalığında geçici alt özofagus sfinkter gevşemeleri en önemli reflü mekanizmasıdır. Primer peristaltik hareket yutma sonucu ortaya çıkar ve AÖS'ü gevşetir, gevşeyen AÖS lokmanın mideye geçebilmesi için 3-10 sn açık kalır. Geçici alt özofagus sfinkter gevşemeleri, yutmadan bağımsız olarak, peristaltik bir hareketi takip etmeksizin görülür. Mide fundusunun gerilmesi sonucu oluşan geçici alt özofagus sfinkter gevşemeleri, midedeki gazın dışarıya atılmasını sağlayan bir

ventilasyon mekanizmasıdır. Geçici alt özofagus sfinkter gevşemelerini atropin, morfin, serotonin gibi ajanlar inhibe eder. Normal bireylerde geçici AÖS gevşemeleri saatte iki, altı defa olurken, GÖRH olanlarda saatte üç, sekiz arasındadır (Yılmaz ve Soykan 2004; Herbella et al. 2018).

Gastroözofageal bileşkenin anatomik yapısını bozan oluşumlardan birisi de hiatus hernisidir. Hiatus hernisinde diyafragmatik sfinkter fonksiyonları dejenere olmuştur. Bu hastaların özofagus temizlenmesi bozulmuştur ve geçici AÖS sıklığı da artmıştır. Özofagus, diyafragmanın sağ krusunda var olan özofageal hiatus adı verilen açıklıktan geçer. Diyafragmanın krural kısmı kasıldığında kruslar bir araya gelir ve distal özofagusu sarar. Karın içi basıncın arttığı zaman ve inspirasyon esnasında krusların özofagusun alt ucunu kısıkaç gibi sarması reflüyü önleyen bariyer görevini sağlamış olur (Lee & Mccoll 2013; Menezes & Herbella 2017).

Krural diyafragma ve alt özofagus sfinkterine ek olarak, distal özofagustaki diğer anatomik oluşumlar da anti-reflü bariyeri olarak çalışırlar. Mide ve özofagusun birleşmesi ile oluşan dar aç (His açısı) ve distal özofagusun bir kısmının abdomen içinde bulunması bunlara örnektir (Tack and Pandolfino 2018).

Luminal Temizlenme; özofageal mukozada hasar oluşmaması için buradaki zararlı olabilecek materyal hızla temizlenmesi gerekmektedir. Mideden geri kaçan bu materyaller dört mekanizma ile uzaklaştırılır. Bunlar; yerçekimi etkisi, peristaltik aktivite, tükürük salgısı, özofageal bikarbonat sekresyonudur. Özofagus lümeninin temizlenmesi bozulduğu zaman gastroözofageal reflü hastalığı oluşabilir. Skleroderma teşhisli hastalarda peristaltik hareketlerin yetersizliği sonucu reflü görülmesi, yer çekimi etkisinin azalmasını ve tükürük salgısının yetersizliğine bağlı uyku esnasında reflü ataklarının görülmesi luminal temizlenmenin bozulmasına örnek olarak verilebilir (Yılmaz ve Soykan 2004; Civriz ve Palabıyıkoglu 2009; Herregods, Bredenoord, Smout 2015).

Doku Direnci; doku direnci mukozal yapılardan meydana gelmektedir. Bu yapılar özofagus mukozasını oluşturan epitelin anatomik komşuluklarına göre pre-epitelyal,

epitelyal ve post epitelyal savunma faktörleri olarak sınıflandırılır. Özofagustaki pre-epitelyal savunma faktörleri mukus tabakası, hareketsiz su tabakası ve yüzeyel bikarbonat iyonlarıdır. Mide ve duodenum ile karşılaştırıldığında özofagus daha zayıftır. Epitelyal savunma faktörleri de fiziksel ve fonksiyonel oluşumları içerir. Bu oluşumlar hidrojen iyonlarının hücreye ve hücreler arasına girmesini engeller. Post-epitelyal savunma faktörleri ise kan dolaşımı tarafından sağlanır. Kan dolaşımı karbondioksitin ve hidrojen iyonlarının bölgeden uzaklaştırılmasını sağlarken, doku için gereken besin maddelerini, oksijeni ve bikarbonatı getirerek savunma sağlar. Hücre yenilenmesi özofagusta çok yavaştır ve bu nedenle savunmada pek etkisi yoktur. Özofageal temizlenmesi normal, anti-reflü bariyeri sağlam kişilerin reflü özofajit olmasının nedeni epitelyal direncin yetersiz olmasıdır. Alkol, sigara, non-steroid anti enflamatuvar ilaçlar ve hipertonic solüsyonlar epitelyal direncin bozulmasına neden olur (Yılmaz ve Soykan 2004; Civriz ve Palabıykoğlu 2009).

Reflü oluşmasındaki diğer önemli faktörler mide boşalmasının yavaşlaması, gastrik içeriğin doğası ve hacmidir. Mide boşalmasının gecikmesi; mide hacmini artırıp alt AÖS'nin gevşemesini hızlandırarak ve gastroözofageal basınç farkını artırarak reflüyü kolaylaştırır. Gastrik içerikteki asitin rolü GÖRH'da önemli olmakla birlikte pepsinle ortak hareketi mukozal hasarın temel mekanizmasını oluşturmaktadır. Asitin fazla salgılanması yüksek özofajit prevalansına eşlik edebilir (Stacher et al. 2000; Dobrucalı 2007; Stoller et al. 2014; Wang et al. 2019).

### **2.2.2. Gastroözofageal Reflü Hastalığında Epidemiyoloji**

Gastroözofageal reflü semptomlarının sıklığı ve şiddeti toplumdan topluma değişmekle birlikte dünya genelinde sık görölmektedir (Dent, El-Serag, Wallander, Johanson 2005).

### **2.2.2.1. Dünya’da Gastroözofageal Reflü Hastalığı**

Ekonominin gelişmesiyle birlikte hızlanan yaşam tarzı, beslenme şeklinin değişmesi GÖRH insidansını her geçen yıl artırmaktadır (Chen, Xiong, Zeng, Wei, Tan 2018). GÖRH’nin en fazla görülen semptomları regürjitasyon ve mide yanması temel alınarak, bu hastalığın prevalansı hakkında epidemiyolojik çalışmalar yapılmıştır. Yapılan bir çalışmada batı ülkelerinde GÖRH prevalansının %10-20 olduğu, Asya prevalansının ise düşük olduğu tespit edilmiştir (Katz et al. 2013). El-Serag ve ark.nın yaptıkları sistematik derlemede; haftada bir kez mide yanması ve regürjitasyon olan GÖRH’nin görülme sıklığının; Kuzey Amerika’da %18,1-27,8, Güney Amerika’da %23, Avustralya’da %11,6 Avrupa’da ise %25,9 olduğu bildirilmiştir (El-Serag HB, Sweet S, Winchester CC 2014). İtalya’da 1033 kişinin katıldığı bir çalışmada 458 (% 44.3) kişi reflü semptomunun var olduğunu ve bu popülasyonun 245 (%23.7)’i semptomların haftada iki defadan fazla olduğunu belirtmiştir (Zagari et al. 2008). İsrail’de yapılan başka bir çalışmada da reflü semptomlarının haftada bir görülme oranının %12,5 olduğu belirtilmiştir (Moshkowitz, Horowitz, Halpern, Santo 2011).

### **2.2.2.2. Türkiye’de Gastroözofageal Reflü Hastalığı**

Ülkemizde 17 ilde yapılan 3214 kişinin katıldığı bir çalışmada GÖRH prevalansı %22,8 bulunmuştur ve erkeklerde %18,9, kadınlarda %26,2 oranında GÖRH saptanmıştır. Aynı çalışmada ülkemizin kuzeyinde GÖRH prevalansının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Bor, Kitapçioğlu, Kasap 2017). Yine ülkemizdeki 8143 kişinin katıldığı 20 ilde yapılan kesitsel bir çalışmada GÖRH’nin kadınlarda daha yaygın olduğu tespit edilmiştir (Mungan 2012). Aynı çalışmada son bir haftada pirozis semptomu olduğunu ifade eden 815 kişi (%10), regürjitasyon semptomunu gösteren 1089 (%13,4) kişi olduğu saptanmıştır (Mungan 2012). Ülkemizde 1188 kişinin katıldığı başka bir çalışmada ise GÖRH prevalansı %10,9 bulunmuştur. Yaş ve beden kitle indeksi ile GÖRH arasında ilişki tespit edilmiş ve reflü prevalansının batı ülkelerine benzediği saptanmıştır (Çakır ve ark 2018). Yine ülkemizde Orta Anadolu

bölgesinde yapılmış 1345 kişinin katıldığı bir prevelans çalışmasında GÖRH görülme oranı %19,3 olarak tespit edilmiştir (Yönem ve ark 2013).

Ülkemizde yapılan GÖRH yönelik epidemiyolojik araştırmalarında regürjitasyonun daha ön planda olduğu saptanmıştır. Türkiye, dünya coğrafyasında doğu ve batının ortasında yerleşmiş bir konumdadır ve GÖRH prevelansının her iki tarafa da benzediği görölmektedir (Bor ve Yüksel 2017).

### **2.2.3. Gastroözofageal Reflü Hastalığında Klinik Tablo**

Gastroözofageal reflü hastalığında klinik semptomlar tipik ve atipik olarak sınıflandırılır. Tipik semptomlar; pirozis, disfaji, regürjitasyon, water brash, odinofaji, globus sensation'dur. Atipik semptomlar ise; posterior larenjit, astım, öksürük, kalple ilgili olmayan göğüs ağrısıdır.

Pirozis; göğüs kemiğinin arkasında yanma hissi olarak tarif edilir. GÖRH'nin en çok görölen semptomudur. Yanma hissi epigastriumda, boyunda, boğazda hissedilebilir (Yurdakul 2004). Bazı yiyeceklerin (kızartmalar, mayalı hamur işi, baharatlar), bazı içeceklerin (kahve, mayalı alkol içeren içkiler) tüketilmesinden sonra veya yoğun sigara iimini takiben olabilir. Alt özofageal sfinkter gevşediği zaman hastaların bazısında yemekten sonra veya sırtüstü yattığında, baş aşağı eğildiğinde pirozis oluşabilir (Yılmaz, Soykan, Dağlı 2004).

Disfaji; En sık rastlanılan disfaji nedeni peptik darlıktır. GÖR periyodları uzun süren hastalarda önce katı gıdalara daha sonra sıvı gıdalara karşı disfaji gelişir. Özofagusun peristaltik hareketlerinin yavaşlaması, özofagus mukozasında iltihaba bağlı ödem nedeniyle oluşur. Peptik striktürün oluşması ciddi bir patolojidir. Reflü sebebiyle ülser varlığında disfaji görölebilir (Yurdakul 2004; Doğan 2009).

Regürjitasyon; bulantı ve öğürme olmaksızın mide veya özofagus içeriğinin hiç zorlanmadan farenkse gelmesidir. Hastalar genellikle sindirilmemiş gıda parçalarının bulunduğu yakıcı ve ekşi bir sıvının boğaza ve ağız içine dolduğunu ifade ederler.



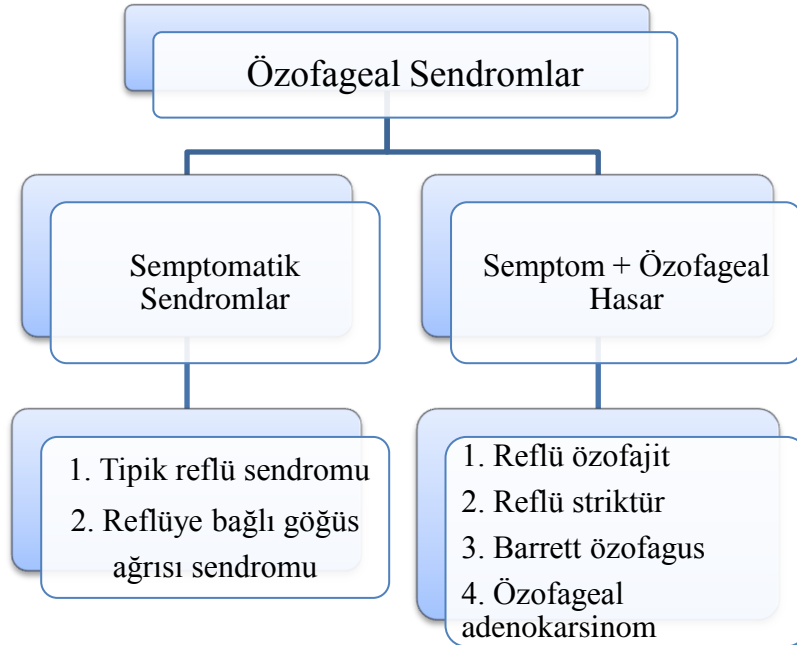
Regürjitasyonu kolaylaştıran eylemler; öne doğru eğilme, geçirme ve karın içi basıncını artıran hareketlerdir. (Bredenoord et al. 2006)

Water Brash; aniden ağıza gelen hafif tuzlu sıvıdır. Koruyucu bir refleks cevap olarak bol miktarda tükürük salgılanması ile asidik mide içeriğinin alkali tükürük salgısı sayesinde nötürleşmesi sağlanmaktadır.

Odinofaji: ağrılı yutma anlamına gelir. Özofagusta derin lezyon ve ülserler oluştuğunda görülür.

Globus Sensation; boğazda yutma işlevinin haricinde yumru gibi bir hissin ve dolgunluğun algılanmasıdır. (Yurdakul 2004)

Klinik olarak Gastroözofageal reflü hastalığı özofageal ve ekstraözofageal sendromlar olarak Montreal konsensusunda ikiye ayrılmıştır. GÖRH'na ait özofagus merkezli semptomlara sahip ama endoskopide mukozal lezyon bulunmayan hastalar semptomatik sendromlar olarak adlandırılmıştır (Şekil 1-2) Özofageal hasarlı sendrom ise endoskopide lezyon bulunan hastalara verilen tanımlamadır. (Vakil, Zanten, Kahrilas, Dent, Jones 2006)



**Şekil 1: Montreal sınıflamasında özofageal sendromlar (Vakil et al. 2006)**



**Şekil 2: Montreal sınıflamasında ekstraözofageal sendromlar (Vakil et al. 2006)**

Gastroözofageal reflü hastalığı özofagus dışı semptomlar ile de kendini belli edebilir. Bu semptomlar; göğüs ağrısı (sol kola çeneye, boyuna yayılan ve bası hissi veren göğüs ağrısı da görülebilir. Bu ağrının anti-asitlerle rahatlaması ve yemek sonrası olması anjina pektoristen ayırır), pulmoner yakınmalar (astım, bronşit, bronşektazi, aspirasyon pnomonisi, idiyopatik pulmoner fibrozis), kulak, burun, boğaz problemleri (ses kısıklığı, öksürük, globus, farenjit, otit larenjit, sinüzit, vokal kord granülomu, subglottik stenoz, larenks kanseri), dental erozyon ve uyku apnesidir (Doğan 2006; Madanick 2014; Lee et al. 2017). Bu hastalarda regürjitasyon veya retrosternal yanma bulguları hafiftir veya hiç yoktur (Stoller et al. 2014). Eroziv reflü hastalığı, noneroziv reflü hastalığı ve barrett özofagusta klinik tablo değişebilir. Eroziv reflüde tipik semptomlar vardır ve yemekle ilişkilidir. Tedaviye olumlu yanıt verir. Noneroziv reflü hastalığında semptomlar eroziv reflüdeki kadar şiddetlidir ve

yemekle ilişkisi tipik değildir. Barrett özofagusta ise erozyonlar her hastada görülür ve belirtiler şiddetlidir (Yılmaz et al. 2004).

#### **2.2.4. Gastroözofageal Reflü Hastalığında Komplikasyonlar**

Ülser, striktür, kanama, adenokanser, vokal kord granülomları, larenks kanseri, aspirasyon pnomonisi, astım bronşit ve Barrett özofagus GÖRH’de görülen komplikasyonlardır. Kanama ülser oluşumundan sonra görülür ve çoğunlukla gizli kanama şeklinde oluşur (Yılmaz et al. 2004).

Barrett Özofagusu GÖRH’nin en ciddi komplikasyonudur. Reflü sonrası oluşan normal skuamoz hücreli epitelin yerini kolumnar epitelin aldığı metaplazik mukozaya verilen isimdir. Biyopsi ile intestinal metaplazi tespit edilir. Barrett özofaguslu hastaların düzenli olarak adenokanser taraması için endoskopik takibi yapılır (Civriz ve Palabıyıkoglu 2009; Yılmaz et al. 2004). Gastroözofageal reflü komplikasyonlarından biri olan, özofageal ve özofagogastrik birleşme yerinde görülen adenokarsinomlar, kötü prognozlu (beş yıl hayatta kalma oranı % 20) ve erkeklerde görülme oranının daha yüksek olmasıyla karakterizedir. GÖRH’nin baş-boyun ve akciğer kanserleri de dahil olmak üzere bazı ekstraözofageal kanserler ile ilişkili olduğu da çalışmalarda belirtilmiştir (Shaheen and Ransohoff 2002; Taylor and Rubenstein 2010; Ness-jensen and Lagergren 2016).

#### **2.2.5. Gastroözofageal Reflü Hastalığında Tanı ve Tedavi**

*Tanı:* Gastroözofageal reflü hastalığının dikkatli bir semptomatik değerlendirme ile kesin olarak teşhis edileceğine inanılmaktadır. Tipik GÖRH semptomları mide ekşimesi ve mide içeriğinin özofagusa geri kaçmasıdır. Haftada iki veya daha fazla tipik semptomların varlığı, GÖRH’nin varsayımsal tanısını belirler. Tanı konulması için hastalara; teropatik deneme, semptom anketleri, endoskopi, özofageal manometri, özofagus pH monitorizasyonu, baryumlu özofagus pasaj grafisi, Katetersiz pH monitorizasyonu (bravo kapsülü), yüksek çözünürlük ve impedans manometri gibi testler yapılabilmektedir (Dobrucalı 2007; Patti 2016; Iga et al. 2016).

Teropatik Deneme; mide ekşimesi şikayetinde bulunan hastalara anti asit ilaçlar verilir ve iyi yanıt alınmasının reflü varlığını işaret ettiği kabul edilir. Bu durum Proton Pompa İnhibitörü (PPI) denemesi olarak isimlendirilir (Patti 2016). PPI'nın türü, dozu, süresi veya sonuç değerlendirmesi konusunda bir fikir birliği yoktur. Genellikle en az iki hafta süresince PPI tedavisi önerilir ve semptomların yarısı iyileşme belirtisi gösterdiğinde hastalık pozitif olarak kabul edilir. Bu yöntem kolay ve yaygın olsa da duyarlılığı ve özgüllüğü düşüktür (Iga et al. 2016).

Semptom Anketleri; GÖR hastalarını tanımlayan dökümanlardır, sıklıkla araştırma çalışmalarında kullanılırlar. Düşük hassasiyet ve özgüllük nedeniyle günlük pratikte kullanımları sınırlıdır (Iga et al. 2016).

Endoskopi; endoskopi, özofajit, striktür, Barret Özofagusu ve adenokarsinom gibi GÖRH komplikasyonlarının tespitinde kullanılır. GÖRH'ni düşündüren alarm özelliklerini gösteren hastalar ve diğer önemli üst gastrointestinal sistem hastalıklarında; disfaji, odinofaji, kanama ve kilo kaybında özellikle endoskopi tavsiye edilir. Konvensiyonel endoskopi non eroziv reflü hastalarında özofagus mukozasındaki değişikliklerin tanımlanmasını sağlar (Iga et al. 2016; Hunt et al. 2017).

Özofageal Manometri; Akalazyaya gibi motilite bozukluğunu ekarte etmek için kullanılan yöntemdir. PPI tedavisine yanıt vermeyen ve anti reflü cerrahisinden önce hastalara uygulanır (Patti 2016; Hunt et al. 2017)

Özofagus PH Monitorizasyonu; ambulatuvar PH izlemesi, GÖRH teşhisinde altın standart olarak kabul edilir. Asit maruziyetinin ölçülmesini, semptomlar ve reflü arasındaki ilişkinin belirlenmesini sağlamaktadır. Bu test hasta ilaç kullanmazken yapılır, H<sub>2</sub> bloke edici ajanların üç gün önceden ve PPI'nın yedi gün önceden kesilmesi gerekmektedir. PH'dan bağımsız olarak reflü türünü (asidik, zayıf asidik veya asidik olmayan) tespit etmek için de kullanılır (Patti 2016). Özofagus içi PH değeri sağlıklı kişilerde beşin üzerindedir (Türkyılmaz ve Aydın 2012).

Baryumlu Özofagus Pasaj Grafisi; GÖRH tanısında çok yararlı olmasa da Hiatal herninin varlığı, boyutu, çeşidi ve özofagus darlığının varlığı gibi anatomik yapı hakkında bilgi alınmasını sağlar (Patti 2016).

Yüksek Çözünürlük ve İmpedans Manometri; yüksek çözünürlüklü özofagus manometrisi, konvensiyonel manometrinin tanısal performansına göre daha üstündür. Özofagusun kontraktilesinin eş zamanlı olarak görüntülenmesini sağlayan, standartlaştırılmış, objektif bir ölçüm sistemidir. Anti-reflü ameliyatlarından sonra disfajinin değerlendirilmesinde kullanılır. Bir impedans çalışmasıyla birleştirildiğinde, GÖRH ile ilişkili regürjitasyon ile geviş getirme ayırt edilebilir ve GÖRH ile ilişkili geçirmeleri tespit eder (Iga et al. 2016).

Katetersiz Ph Monitorizasyonu (Bravo Kapsülü); Özofagus PH ölçümünün kablosuz sistemi (Bravo kapsülü), PH ekipmanı ve problemlerle karşılaştırıldığında, hasta tarafından daha iyi tolere edilir. Asit reflü tespitinde ve semptomlarla reflü ataklarının ilişkisinin kurulmasında daha fazla hassasiyete sahiptir. Maliyeti etkin değildir ve asit dışı reflüyü tespit edemez, göğüs ağrısına neden olur (Iga et al. 2016).

*Tedavi:* Tedavi GÖRH semptomlarının şiddetine bağlı olarak şekillenir. Tedavi; yaşam tarzı değişikliği, ilaçlar ve cerrahi tedaviden birini veya daha fazlasını içerebilir (Smith 2016).

Yaşam Tarzı Değişikliği ve Diyetin Düzenlenmesi; Reflü bağlantılı özofagus adenokanser riskinin diyetteki lifli gıdaların artırılmasıyla azaldığı tespit edilmiştir. Yavaş, sık ve düşük volümlü yemek yeme tavsiye edilmektedir. Gece yatak başının yükseltilmesi ve sol yanına yatılması semptomları hafifletmektedir. Yatmadan üç veya daha fazla saat önce yemek yenmesi reflü miktarını azaltacaktır. Sigara öksürüğü tetikleyerek reflü ataklarına neden olacaktır ve GÖRH semptomları için risk faktörüdür. Alkol mide asidi üretimini artırır, alt özofagus sfinkterini gevşetir ve regürjitasyona neden olur. Karın çevresine sıkıca saran kıyafetler özofagus alt sfinkterini zorlar ve mide içeriğinin özofagusa geçmesine neden olur. Obezite, GÖRH için risk faktörüdür ve karın içi basıncını artırarak regürjitasyona neden olur. GÖRH oluşumunda aşırı fiziksel aktivitenin de risk faktörü olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada karın solunumu yapmanın abdominal basıncı düşürüp reflü semptomlarını azaltacağı belirtilmiştir ve GÖRH hastalarına karın solunumu egzersizlerinin öğretilmesi tavsiye edilmiştir (Smith 2016; Dağlı ve Kalkan 2017; Eherer 2014). GÖR hastalarının; lifli gıda tüketmesi, uyurken sol tarafına yatması (Loots et al. (2013)'ın çalışmasında sağ ve sol yana yatma ile reflü atakları arasında

ilişki bulunamamıştır) ve yatak başını yükseltmesi, kilolu bireylerin zayıflaması, sigara kullanımının azaltılması veya bırakılması, stresten kaçınması, yatmadan en az iki saat önce yemek yemeyi ve alkol almayı bırakması, akşam yemeklerinde yağlı yemekten kaçınması, öğünlerden sonra uzanmaması, çok hızlı veya çok yemek yememesi ya da çok sıvı almaması GÖR semptomlarını azalttığı için önerilmektedir (Kaltenbach, Crockett, Gerson 2006; Dağlı ve Kalkan 2017; Kobayashi et al. 2017; Kroch and Madanick 2017;).

İlaç Tedavisi; yaşam tarzı değişikliklerine rağmen GÖRH semptomları devam eden hastalara tıbbi tedavi önerilmekte ve kullanılmaktadır. Tıbbi tedavi antiasitler, sodyum aljinat ve potasyum bikarbonat, histamin 2 reseptör antagonistler, proton pompası inhibitörleri, sükralfat ve gastrointestinal prokinetikleri içerir (Sandhu and Fass 2018).

Endoskopik Tedavi; alt özofagus sfinkterinin tonüsünü artırmak ve geçici gevşeyen kısımların sayısını azaltmak amacıyla özofagus ve midenin birleşme yerine radyofrekans enerjisinin verilmesi işlemidir. Anatomik defektleri tedavi etme yetisine sahip değildir, aktif ülseri olan ve stenozlu GÖRH hastalarında endike değildir. Perforasyon komplikasyonu vardır (Souza et al. 2018).

Cerrahi Tedavi; ilaç tedavisi ile semptomları tedavi edilemeyen hastalar, yetersiz alt özofagus sfinkteri nedeniyle gastrik içeriğin kalıcı reflüye sebep olması, PPI tedavisi sırasında komplikasyon yaşayan hastalar, yaşamlarının geri kalanında ilaç kullanmak istemeyen genç hastalar, GÖRH'nin büyük bir hiatal herni ile ilişkili olduğu hastalar, yaşam tarzı değişikliği ile kilo veremeyen morbid obez hastalar anti reflü cerrahisine aday hastalardır (Patti 2016). Nissen laporoskopik fundoplikasyon, minimal invaziv tedavi ile cerrahi de altın standart olarak kullanılmaktadır. Özofajeal hiatus kalibrasyonu ile ilgili fundoplikasyon; GÖRH'li hastalarda anti reflü bariyerini onarabilen, hastaların çoğunda tipik ve atipik semptomların ortadan kalkmasında ve yaşam kalitesinin iyileşmesinde etkilidir. Bu yöntem, alt özofagus sfinkterinin fonksiyonunu eski haline çevirir, asit ve non asit reflü, Barret Özofagus, adenokarsinom riskini azaltır, hiatus hernisi olan hastalarda gastroözefageal kavşak anatomisini geri kazandırır (Nicolau, Lobonaiu, Constantinou 2018).

### 2.3. YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesini, “*Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesi grubu (World Health Organization Quality of Life; WHOQOL) bireyin içinde yaşadığı kültür ve değerler ortamında, yaşamdaki hedefleri, beklentileri ve kaygılarını hesaba katarak kendi durumu ile ilgili algısı*” olarak tanımlamıştır (Eser ve ark 2018). Yaşam kalitesi hakkındaki tanımlamalar genellikle kişinin hayatıyla ilgili subjektif algısı hakkında olsa da yaşam kalitesi objektif ve subjektif olmak üzere araştırılmaktadır. Objektif yaşam kalitesi göstergeleri sağlık, eğitim, meslek, gelir, yaşanılan evin durumudur. Subjektif gösterge de bireyin sahip olduğu imkânlardan duyduğu doyumdur. Yaşam kalitesi göstergeleri; yaş, medeni durum, cinsiyet, yaşanılan konut ve özellikleri, sosyal destek, gelir, iş yaşamı, sağlık, eğitim, boş zaman aktiviteleridir (Boylu & Paçacıoğlu 2016).

Yaşam kalitesi çok boyutludur, dinamiktir, bireyler arasında değişebilir ve yaşamları boyunca bireylerin içindedir. Genellikle yaşam kalitesi şemsiye kavram olarak kullanılır ve sağlık hizmetlerinde esas olarak bedensel bileşenlere atıfta bulunulur, bazen psikolojik bir bileşenle genişletilir (Vanleerberghe, Witte, Claes, Schalock, Verte 2017). Yaşam kalitesi kavramının sağlık hizmetlerinde bir sonuç ölçümü olarak tanıtılması, tıbbi ilerleme bağlamında 1970’lerde ortaya çıkmıştır. Tıptaki bu gelişmeler sayesinde daha önceden ölümcül olabilen akut hastalıklar tedavi edilebilir olmuştur ve kronik hastalıklar verimli tedavi sayesinde kontrol edilebilmiştir. Sonuç olarak insanların bu ek yılları nasıl yaşadıklarını ölçmek büyük önem kazanmıştır. Yaşam kalitesi, sağlık durumu, fonksiyonel durum ve yetersizlik gibi biyolojik ve fonksiyonel kavramlarla kesişir, memnuniyet, mutluluk ve refah gibi sosyal ve psikolojik kavramlara dayalıdır. Yaşam kalitesi kavramı ile ilgili literatürde belirli bir fikir birliği yoktur. Yaşam kalitesi ve yaşam standardı kavramlarının birbirinden ayırmak önem taşımaktadır. Yaşam standardı objektif sosyoekonomik, demografik ve temel sağlık göstergelerini içerir. Yaşam kalitesi ise bir kişinin hayatının önemli yönleriyle ilgili öznel algılarını ifade eden, yaşam standardının nesnel göstergeleriyle uyuşmayacak veya çakışabilecek parametrelere dayanmaktadır (Panzini et al. 2017).

Yaşam kalitesi tanımında olduğu gibi değerlendirilmesinde kullanılan ölçeklerde de çeşitlilik vardır. Kuramsal ve yöntemsel dayanaklarına göre profil ölçekler ve seçmeye dayalı ölçekler, uygulandıkları evrene göre ise herkese yapılabilen genel yaşam kalitesi ölçekleri ve hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri olarak ayrılmaktadır (Sönmez ve ark 2007).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi göstergelerinden en önemli olanları; kişinin hangi durumda olursa olsun fiziksel dayanıklılık gerektiren aktiviteleri yani merdiven çıkma, yürüme, koşma, doğrulma, eğilme ile günlük yaşam aktivitelerini, ayrıca öz bakımını gerçekleştirebilmesi ve bunların yeterli seviyede olmasıdır. Kronik hastalıkların ve çeşitli fiziksel rahatsızlıkların yaşam kalitesini düşürdüğü, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümü yapan çalışmalarda tespit edilmiştir. Sağlıklı beslenme alışkanlıklarının ve aktif yaşam şeklinin yaşam kalitesini artırdığı yapılan subjektif yaşam kalitesi ölçümlerinde saptanmıştır (Boylu ve Paçacıoğlu 2016).

### **2.3.1. Gastroözefageal Reflü Hastalığı ve Yaşam Kalitesi**

Gastroözefageal reflü hastalığı (GÖRH) nüfusun çoğunluğunda yaygın olarak görülmektedir ( Vakil et al. 2006; Moennikes et al. 2013). Hayati tehlikesi olmaması ile birlikte GÖRH, yetişkin bireylerin, hipertansiyon ve anjina pektoris gibi diğer hastalıkları olan hastalara kıyasla sağlıkla ilgili yaşam kalitesini önemli ölçüde bozmaktadır (Kohata et al. 2016). GÖRH; yeme-içme kalitesini, fiziksel aktiviteleri ve dinlenme kalitesini bozarak yaşam kalitesini etkilemektedir. GÖRH da görülen ağrı, pirozis, disfaji, regürjitasyon ve rahatsızlık gibi semptomlara bağlı hareketsizlik, beslenme düzenlerinin, sosyal ilişkilerin ve günlük yaşamının bozulması, uyku yoksunluğu görülmesi, iş yaşamında verimliliğin düşmesi bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen önemli faktörlerdir (Caviglia et al. 2005). GÖRH'de anksiyete ve depresyonun sağlıklı bireylere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durumun GÖRH'nin bireyin duygusal ve zihinsel yönlerini etkileyerek yaşam kalitesini düşürebileceğini göstermektedir (Siahaan, Siyam, Simadibrata, Setiati 2017).



Yapılan bir çalışmada, GÖRH'li hastaların %33,9'unun mevcut durumundan memnun olmadığı, %1,7'sinin kendisini engelli olarak ifade ettiği belirlenmiştir (Cardoso et al. 2018) İran'da yapılan bir çalışmada GÖRH sıklığı ile yaşam kalitesinin düşmesi arasında ilişki olduğu ancak GÖRH'nin şiddeti ile Yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığı bulunmuştur (Masoumi et al. 2012). GÖRH'nin hastaların yaşam kalitesini önemli derecede olumsuz etkilediği ve günlük aktivitelerini bile bozabileceği çalışmalarda gösterilmiştir (Oh et al. 2009; Lee et al. 2011; Yang, Jiang, Hou, Song. 2015). GÖRH ve sağlıklı bireylerin yaşam kalitesine bakıldığı bir çalışmada, reflü özofajit ve noneroziv reflü hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesinin sağlıklı bireylerden daha düşük olduğu bulunmuştur (Yang et al. 2015). Birçok çalışmada yaşam kalitesinin GÖRH'li hastalarda genel popülasyona göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (Prasad, Rentz, Revicki 2003; Eslick and Talley 2009; Tomita et al. 2015). GÖRH semptomlarının iyileştirilmesiyle yaşam kalitesinin düzelmesinin ilişkili olduğu bildirilmiştir (Tomita et al. 2015).

Yaşam kalitesinin çeşitli hastalık vakalarında değerlendirilmesi tartışılmaz bir gerçektir. Yaşam kalitesi araştırmaları, hastanın hastalığı nasıl taşıdığını belirleme fırsatı verirken, diğer taraftan tedavi sırasında ortaya çıkan sorunların çözümü için çok önemlidir. Gastrointestinal sistem hastalıklarında özel bir bakım sisteminin geliştirilmesi planlanırken, hastalığın ve yaşam kalitesinin özgünlüğü dikkate alınmalıdır (Mirijanyan 2018). GÖRH semptomlarının hastaların sağlık durumu üzerindeki etkisinin değerlendirilmesinde hasta yaşam kalitesi giderek artan bir tıbbi sonuç göstergesi olarak kabul edilmesine rağmen, klinik çalışmalarda hasta yaşam kalitesini standart değerlendirme aracının olmayışı nedeniyle zor olmaktadır. (Guan and Wang 2015) bu nedenle çalışmada GÖRH özgü yaşam kalitesi ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması ve hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi planlandı (Siahaan et al. 2017).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ**

Çalışma; gastroözofageal reflüsü olan hastalarda yaşam kalitesini ölçen Gastroözofageal Reflü Hastalığı Yaşam Kalitesi ölçeğinin (GERD-QOL) Türkçe geçerlik-güvenilirliğini yapmak ve hastaların yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla metodolojik ve tanımlayıcı olarak yapıldı.

##### **3.1.1. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular**

- Gastroözofageal Reflü Hastalığı Yaşam Kalitesi ölçeği (GERD-QOL) Türk toplumu için uygun, geçerli ve güvenilir bir ölçek midir?
- GÖR hastalarının yaşam kalitesi olumsuz etkileniyor mu?
- Sosyo-demografik özelliklerin GÖR hastalarının yaşam kaliteleri üzerine etkisi var mıdır?
- GÖRH'na ilişkin özelliklerin hastalarının yaşam kaliteleri üzerine etkisi var mıdır?

#### **3.2. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ**

Araştırmanın uygulanmasında bilimsel ilkelerin yanı sıra evrensel etik ilkelere de uyulmuştur. Bu bağlamda çalışmada aydınlatılmış onam, gizlilik ve gizliliğin korunması, özerklik, hakkaniyet, zarar vermemek/yararlılık ilkeleri göz önünde tutuldu.

Araştırmaya başlamadan önce GERD-QOL'yi geliştiren Justin Wu'dan izin alındıktan sonra (EK 1), çalışmanın yapıldığı T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu Sakarya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden kurum izni (EK 2) alındı. Kurum izni alındıktan sonra Sakarya Üniversitesi Tıp

Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul onayı (EK 3) (Etik Kurul Onay Numarası: 71522473/050.01.04/13-22.12.16) alındı. Çalışmaya katılmada gönüllülük ilkesine dikkat edilerek araştırma öncesi hastalara, çalışmanın amacı ve yararı sözlü olarak açıklandıktan sonra Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF)'nu imzalayan hastalar çalışmaya alındı. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere kendilerinden alınan bilgilerin yalnızca anketi uygulayan kişi tarafından değerlendirileceği, başka birisi tarafından incelenmeyeceği ve bilimsel amaçla kullanılacağı açıklandı.

### **3.3. ARAşTIRMANIN YAPILDIğI YER VE ZAMAN**

Araştırma Sakarya il merkezinde Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Korucuk Kampüsü Gastroenteroloji Polikliniğinde Temmuz 2017- Ekim 2017 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

### **3.4. ARAşTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırmanın evrenini; Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Korucuk Kampüsü Gastroenteroloji Polikliniğine Temmuz 2017- Ekim 2017 tarihleri arasında başvuran hastalar oluşturdu.

Araştırmanın örneklemini ise poliklinik hekimi tarafından Gastroözefageal Reflü hastalığı tanısı koyulmuş ve çalışmaya katılmayı kabul eden iletişim sorunu olmayan hastalar oluşturdu. Ölçek geçerlik güvenilirlik çalışmalarında örnekleme büyüklüğünün, validasyonu yapılacak ölçeğin madde sayısının en az beş katı veya on katı olması gerektiği belirtildiğinden (Küçükgüçlü ve ark 2009) madde sayısı 16 olan ölçeğin 10 katı 160 hastanın araştırmanın örneklemini oluşturacağı düşünöldü. 161 hasta çalışmaya katıldı.

#### **3.4.1. Dahil Edilme Kriterleri**

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması
- 18 yaş ve üzerinde olması

- Gebe olmaması
- Bilişsel ve mental rahatsızlığı olmaması
- İletişim sorunu olmaması
- Hekim tarafından GÖRH tanısı koyulması

### **3.5. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ VE ARAÇLARI**

Araştırmada veriler; Hasta Bilgi Formu (EK 4), Gastrozofageal Reflü Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği [(GÖRH-YKÖ)- (GERD-QOL)] (EK 5), Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) (EK 6), Gastrointestinal Semptom Anketi (EK 7) ile toplandı.

#### **3.5.1. Hasta Bilgi Formu (EK 4)**

Araştırmacılar tarafından güncel literatür bilgisi kullanılarak oluşturulan Hasta Tanılama Formu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm bireylere ilişkin tanımlayıcı bilgileri içermektedir. Bu bölümde; yaş, cinsiyet, aylık gelir, sigara kullanma durumu, kronik hastalıklar ve tedavileri, ailevi ve şahsi tıbbi hikayelerini içeren toplam 25 soru bulunmaktadır. İkinci bölümde ise beslenme alışkanlıkları hakkında yedi soru bulunmaktadır. Hasta tanılama formu toplam 32 sorudan oluşmaktadır.

#### **3.5.2. Gastrozofageal Reflü Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği (GÖRH-YKÖ, Gastro-oesophageal Reflux Disease Quality of Life; GERD-QOL) (EK 5)**

Chan ve arkadaşları (Chan et al. 2010) tarafından 2009 yılında oluşturulan ölçek 16 maddedir ve 4 alt boyuttan oluşmuştur. Günlük aktivite (GA) alt boyutunda; uyku, egzersiz, dinlenme, iş ve sosyal etkiler ele alınmıştır ve sekiz madde bu bölüme aittir. Tedavi etkisi (TE) alt boyutunda; ilaç tedavisinin neden olduğu rahatsızlığı veya yan etkilerini değerlendirilmektedir ve bu bölümde üç madde vardır. Diyet (D) alt boyutunda üç madde vardır ve diyet bozukluğuna odaklanmıştır. Hastanın endişelerini ve kaygılarını ölçen iki madde de psikoloji iyilik hali (Pİ) alt boyutuna girmektedir. Beşli likert sisteminden oluşan ölçekte dört puan tamamen katılmıyorum, üç puan kısmen katılmıyorum, iki puan kararsızım, bir puan kısmen

katılıyorum, sıfır puan ise tamamen katılıyorum şeklinde değerlendirilir. Her madde son yedi gün içerisinde baskın reflü semptomlarına ait deneyimlerinin hatırlanmasına dayanarak sorulur. Tek alt boyutun skorlaması 0-100 aralığındadır, 4 alt boyutun toplam skoru 0 ile 400 aralığında değişmektedir. Puanın düşük olması yaşam kalitesinin de düştüğünü göstermektedir (Tablo 1). Skor ne kadar yüksek olursa GÖRH'nin hasta üzerinde etkisi o kadar az olacaktır. GÖRH-YKÖ, GÖRH'nin tıbbi tedavi öncesinde ve sonrasında hastaların yaşam kalitesi üzerinde etkisini değerlendiren bir ölçektir.

**Tablo 1: GÖRH-YKÖ Puan Skorlaması (Chan et al. 2010)**

Alt Boyutlar	Denklem	En Düşük Puan (Kötü Yaşam Kalitesi)	En yüksek Puan (İyi Yaşam Kalitesi)
Günlük Aktivite (GA)	(Maddelerin seçenek puanlarının toplamı 2,4,5,8,10,11,12,13) *100/32	0	100
Tedavi Etkisi (TE)	(Maddelerin seçenek puanlarının toplamı 3,7,14)*100/12	0	100
Diyet (D)	(Maddelerin seçenek puanlarının toplamı 1, 6, 9)*100/12	0	100
Psikoloji İyilik Hali (Pİ)	(Maddelerin seçenek puanlarının toplamı 15,16)*100/8	0	100
<b>Toplam</b>	<b>GA+TE+D+Pİ</b>	<b>0</b>	<b>400</b>

### 3.5.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) (EK 6)

Kısa form 36 (Short Form 36) Yaşam Kalitesi Ölçeği Ware ve arkadaşları tarafından 1992 yılında geliştirilmiştir ve yaşam kalitesi ölçekleri içerisinde hastalığa özgü olmayan ve geniş açılı ölçüm sağlayan bir araçtır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini 1999 yılında Koçyiğit ve ark. tarafından yapılmıştır. (Koçyiğit, Aydemir, Fişek, Ölmez, Memiş 1999) Ölçek; fiziksel ve mental olmak üzere 2 ana boyuttan oluşmuştur. Fiziksel ana boyutun içerisindeki alt boyutlar; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı ve genel sağlık algısı vardır. Mental ana boyutun alt boyutları ise; zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyon, mental sağlık, emosyonel rol fonksiyondur. Ölçek kapsamında Fiziksel Ana boyut başlığı altında;

- Fiziksel rol güçlüğü alt boyutuna ait 4 madde; 4a, 4b, 4c,4d

- Genel sağlık algısı alt boyutuna ait 5 madde; 1,11a, 11b, 11c, 11d
- Ağrı alt boyutuna ait 2 madde; 7,8
- Fiziksel Fonksiyon alt boyutuna ait 10 madde; 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, 3j

Mental Ana boyut başlığı altında;

- Mental sağlık alt boyutuna ait 5 madde; 9b, 9c, 9d, 9f, 9h
- Emosyonel rol fonksiyon alt boyutuna ait 3 madde; 5a, 5b, 5c
- Zindelik/yorgunluk alt boyutuna ait 4 madde; 9a, 9e, 9g, 9i
- Sosyal fonksiyon alt boyutuna ait 2 madde; 6, 10

olmak üzere toplam 8 alt boyuttan ve 36 sorudan oluşmaktadır. Ölçek tek bir toplam puan vermemekte olup her bir alt ölçek için ayrı ayrı puan hesaplanmaktadır. Ölçek puanları 0-100 arasında değişmektedir. Artan puan yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir. (Koçyiğit ve ark. 1999; Sarıyıldız ve ark. 2013; Gün ve Korkmaz 2014)

#### **3.5.4. Gastrointestinal Semptom Anketi (EK 7)**

Gastrointestinal Semptom Anketi 16 maddeden oluşmuştur ve son üç ay içerisinde görülen gastrointestinal semptomları sorgulamaktadır. Bu semptomlar; karın ağrısı, Özofagus belirtileri; yutma güçlüğü, mide ekşimesi, Üst dismolite belirtileri; erken tokluk hissi, yemek sonrası şişkinlik, karın şişkinliği, bulantı, kusma, Bağırsak belirtileri; ishal/kabızlık, günlük üçten fazla dışkılama olması, bol ya da sulu dışkılama, acilen dışkılama ihtiyacı hissetme, haftada üçten az dışkılama, sert ya da topak topak dışkılama, anal tıkanma, dışkı tutamamadır. Ankete verilen cevaplar Asla (sıfır puan), nadiren (bir puan), bazen (iki puan), sık sık ( üç puan), çok sık (dört puan) şeklinde beşli likert tipiyle değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan tam puan yoktur. Çok sık veya sık sık yanıtı verenlerin oranı semptom varlığını göstermektedir (Çam ve Nur 2015; Babaoğlu ve Özdenk 2017).

### 3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEM VE SÜRECİ



**Şekil 3: Geçerlik- Güvenirlik Çalışması Akış Diyagramı**

Veri toplama süreci GERD-QOL'nin kültürel ve dil uyarlamasının yapılması ve GÖRH'nin yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi olmak üzere iki aşamada gerçekleştirildi.

### 3.6.1. Gastroözofageal Reflü Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin (GERD-QOL) Geçerlik ve Güvenirlik Yöntemleri

Gastroözofageal Reflü Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türk hastalarına uyarlanması ve bu amaçla geçerlik güvenirliliğin belirlenmesi için birinci aşamada dil geçerliğine yönelik çalışmalar yapıldı. Çalışmaya başlamadan önce ölçeği geliştiren Justin WU'dan elektronik mail aracılığı ile izin alındı. Ölçek çevirisi için geri çeviri yöntemi kullanıldı. Orijinal ölçek İngilizce ve Türkçeyi iyi bilen 5 uzman (EK 8) tarafından ayrı ayrı Türkçeye çevirildi. Çevirisi yapılan ölçeğin orijinal forma uygunluğuna bakılarak en uygun ifadeler seçildi ve Türkçe formu oluşturuldu. Kapsam geçerliği için 13 uzmana (EK 8) gönderilen ölçeğin Türkçe çevirisinin orijinal formuna uygun olup olmadığını da değerlendirmeleri istendi. Gelen geribildirimler ve öneriler doğrultusunda ölçekte gerekli görülen değişiklikler yapıldı ve Türkçe formuna son şekli verildi. Ölçeğin Türkçe formatının dil bilgisi ve anlatım yönünden değerlendirmeleri için Türk Dili alanında uzman iki hocaya (EK 9) gönderildi ve tavsiyeleri üzerine gerekli düzenlemeler yapıldı. Daha sonra ölçeğin İngilizce formatı gösterilmeden ana dili Türkçe olan ve ölçek hakkında bilgisi olmayan yabancı dil okutmanına ölçek yeniden İngilizceye çevirildi. İngilizce çeviri ve ölçek ifadeleri karşılaştırılarak son hal verildi. İngilizce son hali verilen ölçek Justin Wu'ya gönderilerek onayına sunuldu ve istediği düzeltmeler yapıldı (Şekil 3).

Ölçeğin orijinal dilinde ve kültüründe yer alan maddelerin ölçtüğü özelliğin, ölçeğin uyarlandığı kültürde de aynı anlamı ifade edip etmediğini belirlemek için kapsam geçerliği aşaması önem arz etmektedir. Kapsam geçerliğinde en çok uygulanan teknik Lawshe tekniğidir fakat başka teknikler de geliştirilmiştir. Bunlardan biri de Davis tekniğidir ve uzman görüşlerini (a) 'Uygun', (b) 'Madde hafifçe gözden geçirilmeli', (c) 'Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli', (d) 'Madde uygun değil' şeklinde derecelendirilmektedir. Davis tekniğinde (a) ve (b) seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek o maddeye ilişkin 'kapsam geçerlik indeksi (KGİ)' hesaplanmaktadır ve bu değer istatistiksel bir ölçütle karşılaştırılmadan 0,80 değeri ölçüt olarak kabul edilir (Yurduğül 2005; Karakoç & Dönmez 2014). Çalışmada GÖRH-YKÖ 13 uzmana (EK 8) gönderildi ve Davis tekniğine göre kapsam geçerliği hesaplandı (Şekil 3). Ölçek maddelerinde KGİ 0,84-



0,92 arasında değiştiği belirlendi. Hiçbir madde 0,80'nin altında kalmadığı için ölçekten madde çıkarılmadı.

Doğrulamayı faktör analizinin birincil amacı, daha önce tanımlanmış olan bir faktörün gözlenen veri setiyle uyuşma yeteneğini saptamaktır. Geçmişte geliştirilen bir ölçümün farklı bir toplumda kullanımı için uygun olup olmadığı test edilirken önemlidir. (Erkorkmaz ve ark. 2013; Yaşlıoğlu 2017) Yabancı bir dilden Türkçeye ölçek uyarlamada sadece doğrulamayı faktör analizi yapmak yeterli olabilir (Esin 2014). Bu çalışmada da geçerliğin değerlendirilmesinde doğrulamayı faktör analizi yöntemi kullanıldı (Şekil 3).

Güvenirlik, bir ölçme aracıyla aynı şartlarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen skorların kararlılığının göstergesidir (Ercan ve Kan 2004). İç tutarlılık, belli bir alanı ölçtüğü varsayılan bir ölçütün sorularının kendi aralarında ne kadar homojen olduğunun, soruların sadece istenen kavramı ölçüp ölçmediğinin hesaplanmasıdır. İç tutarlılığı ölçmede kullanılan yöntemlerden biri de Cronbach Alpha katsayısıdır (Karakoç ve Dönmez 2014). Bu nedenle GÖRH-YKÖ ölçeğinin güvenilirlik analizinde Cronbach Alpha katsayısına bakıldı (Şekil 3).

### **3.7. VERİLERİN DEğERLENDİRİLMESİ**

Çalışma 161 hasta üzerinden gerçekleştirilmiştir. Veriler IBM SPSS Statistics 23 ve IBM SPSS AMOS 23 programlarına aktararak tamamlanmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken sayısal değişkenler, “Büyük Sayılar Yasası’na göre  $n \rightarrow \infty$  için, örneklem ortalamasının dağılımı normal dağılıma yaklaşır” (İnal ve Günay, 2002) nedeniyle verilerin normal dağılıma uygun olduğu kabul edilerek parametrik testlerden yararlanıldı.

Çalışmada;

- Ölçeğin dil geçerliğinin ölçülmesi için çeviri-tekrar çeviri metodu,
- Kapsam geçerliği için uzmanlardan görüş alınması metodu,
- İç tutarlılığı belirlemek için Cronbach's Alpha katsayısı hesaplaması,

- Ölçeğin geçerliğini saptamak için Doğrulayıcı Faktör Analizi yöntemi kullanıldı.

Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımı, sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) verilmiştir. İki gruba sahip kategorik değişkenler arasındaki farkın incelenmesinde “iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi” (bağımsız t testi), grup sayısı ikiden fazla ise “tek yönlü varyans analizi” (ANOVA) ile test edildi. Analiz sonucunda öncelikle varyans homojenliği için Levene testine, ardından farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı “çoklu karşılaştırma testi”(Bonferonni ya da Tamhane’s T2) ile kontrol edildi. Varyans homojenliğini sağlayan değişkenlerde gruplar arasındaki fark incelemesi için Bonferonni, varyans homojenliğini sağlamayan değişkenlerde gruplar arasında fark incelemesi için Tamhane’s T2 testine bakıldı. İki sayısal değişken arasındaki ilişkinin incelenmesinde pearson korelasyon analizinden yararlanıldı ve sonuçlar tablolar halinde verildi.

## 4. BULGULAR

Bulgular; GÖRH-YK ölçeğinin Türkçe Geçerlik-Güvenirliği, sosyo-demografik, sağlık/hastalığa ilişkin özelliklere göre hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi olmak üzere iki başlıkta sunulmuştur.

### 4.1. GASTROÖZOFAGEAL REFLÜ HASTALIĞI YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİNİN (GÖRH-YKÖ) TÜRKÇE-GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

#### 4.1.1. Kapsam Geçerliği

Veri toplama yönteminde belirtilen dil eşdeğerlilik çalışmaları tamamlanan ölçeğin kapsam geçerliğini belirlemek için Davis tekniği kullanıldı. Alanında uzman 13 kişiye gönderilerek KGİ hesaplanan ölçek maddelerinin KGİ 0,84-0,92 arasında değiştiği belirlendi (Tablo 2). Hiçbir madde 0,80'nin altında kalmadığı için ölçekten madde çıkarılmadı. GÖRH-YKÖ maddelerinin aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 3'de sunulmaktadır.

**Tablo 2: GÖRH-YKÖ Kapsam Geçerlik İndeksi Sonuçları**

Ölçek Maddesi	Çok Uygun (a)	Toplam Uzman Sayısı	Kapsam Geçerlik İndeksi
	Az Düzeltilmesi Gerekir(b) a+b		
Madde 1	9+3	13	12/13= 0,92
Madde 2	9+3	13	12/13= 0,92
Madde 3	5+7	13	12/13= 0,92
Madde 4	8+4	13	12/13= 0,92
Madde 5	10+2	13	12/13= 0,92
Madde 6	9+3	13	12/13= 0,92
Madde 7	5+7	13	12/13= 0,92
Madde 8	8+4	13	12/13= 0,92
Madde 9	9+3	13	12/13= 0,92
Madde 10	8+4	13	12/13= 0,92
Madde 11	9+3	13	12/13= 0,92
Madde 12	5+7	13	12/13= 0,92
Madde 13	8+4	13	12/13= 0,92
Madde 14	3+8	13	11/13= 0,84
Madde 15	7+5	13	12/13= 0,92
Madde 16	9+2	13	11/13= 0,84

**Tablo 3: GÖRH-YK Ölçeği İfade Ortalamaları**

	Ortalama	Std. Sapma	Minimum	Maximum
GÖRH-YKÖ1	1,90	1,685	0,0	4,0
GÖRH-YKÖ2	1,43	1,560	0,0	4,0
GÖRH-YKÖ3	2,24	1,654	0,0	4,0
GÖRH-YKÖ4	2,10	1,629	0,0	4,0
GÖRH-YKÖ5	2,39	1,597	0,0	4,0
GÖTH-YKÖ6	1,67	1,669	0,0	4,0
GÖRH-YKÖ7	2,49	1,538	0,0	4,0
GÖRH-YKÖ8	1,68	1,719	0,0	4,0
GÖRH-YKÖ9	1,62	1,628	0,0	4,0
GÖRH-YKÖ10	1,60	1,686	0,0	4,0
GÖRH-YKÖ11	2,27	1,609	0,0	4,0
GÖRH-YKÖ12	<b>2,94</b>	<b>1,340</b>	0,0	4,0
GÖRH-YKÖ13	2,15	1,633	0,0	4,0
GÖRH-YKÖ14	2,16	1,683	0,0	4,0
GÖRH-YKÖ15	<b>1,27</b>	<b>1,593</b>	0,0	4,0
GÖRH-YKÖ16	1,44	1,608	0,0	4,0

Tablo 3 incelendiğinde ölçek maddelerinin ortalamalarının  $1,27 \pm 1,59$  ile  $2,94 \pm 1,34$  arasında değiştiği görülmektedir.

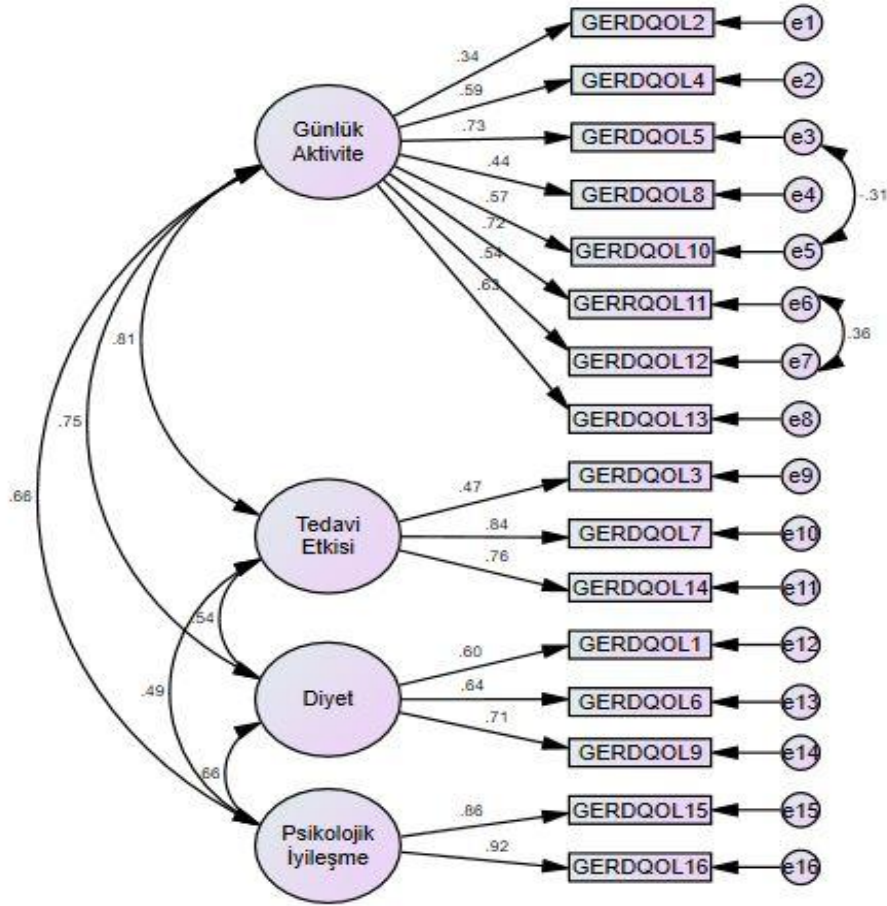
#### **4.1.2. Gastroözofageal Reflü Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeğinin (GÖRH-YKÖ) Yapı Geçerliliği**

##### **4.1.2.1. Doğrulayıcı Faktör Analizi (GÖRH-YK Ölçeği)**

161 denek sayısına sahip veri setine doğrulayıcı faktör analizi IBM SPSS AMOS 22 programı ile uygulandı.

İlk aşamada, 4 faktör-boyutun gizil değişken (Günlük Aktivite, Tedavi Etkisi, Diyet, Psikolojik İyileşme) bu faktörleri oluşturan ifadelerin de gösterge değişken olarak yer aldığı 1. dereceden DFA modeli Şekil 4’de oluşturuldu. Metrik olmayan gizil değişkenlerin parametre değerlerini tahmin edebilmek için gizil değişkenlerden, gösterge (gözlenen) değişkenlere doğru çizilen yollardan birinde faktör yükünün 1’e eşitlenmesi veya gizil değişkenin varyansına bir değer atanması (genelde 1) gereklidir (Hair et al. 2005).

Doğrulayıcı faktör analizinin ikinci aşamasında, model tahminlenirken verilerin normal dağılmadığı durumlarda bile güvenilir sonuçlar veren ve yapısal eşitlik modellerinde sıklıkla kullanılan *maximum likelihood* yöntemi kullanıldı. Bu şekilde, GA, TE, D, ve Pİ (gizil değişken)’nin varyansları, gizil değişkenlerden gözlenen değişkenlere doğru çizilen yollara ilişkin regresyon katsayıları ve gözlemlenen değişkenlerin hatalarını kapsayan parametrelerin tahmin edilebilmesi hedeflendi. Uyum indekslerinin iyileştirilmesi için en yüksek modifikasyon indeksi (uyum indeksi) değerine sahip olan GÖRH-YK (GERDQOL) ölçeğindeki “GÖRH-YKÖ5 (GERDQOL5)” ve “GÖRH-YKÖ10 (GERDQOL10)”, “GÖRH-YKÖ11 (GERDQOL11)” ve “GÖRH-YKÖ12 (GERDQOL12)” sorularının hata terimleri arasında çift yönlü ilişki kuruldu. Bununla birlikte, boyutlar arasındaki beklenen kovaryansın belirlenebilmesi için boyutlar arasında ilişki kurularak yapıldı. Boyutlar arasındaki ilişki Şekil 4’de gösterildi.



**Şekil 4: 4 Alt Boyutlu 1. Dereceden DFA Modeli**

Son aşamada ise dört boyutlu birinci dereceden oluşturulan DFA modeli için uyum indeksleri değerlendirildi. Sonuçlar incelendiğinde, GERDQOL ölçeğinin 16 ifadeden oluşan 4 faktörlü yapısının genel olarak iyi uyum sağladığı belirlendi.

**Tablo 4: DFA modelinin Uyum İndeksleri**

$\chi^2/df$	GFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA	SRMR
<b>1,903</b>	0,869	<b>0,911</b>	0,886	<b>0,909</b>	<b>0,075</b>	<b>0,0684</b>

Tablo 4'deki uyum değerlerine bakıldığında, Kikare/serbestlik derecesi (Chi-square/degree of Freedom;  $\chi^2/df$ ), Fazlalık Uyum İndeksi (Incremental Fit Index; IFI), Karşılaştırmalı Uyum İyiliği (Comparative Fit Index; CFI), Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation; RMSEA) ve Standardize Ortalam Hataların Karekökü (Standardized Root-Mean Square Residual; SRMR) değerlerinin iyi, Uyum İyiliği İndeksi (Goodness of Fit Index; GFI) ve

Türker ve Lewis İndeksi (Turker-Lewis Index;TLI) değerlerinin ise kabul edilemez olduğu (Meydan ve Şeşen, 2011; Hu ve Bentler, 1999; Tabachnick ve Fidell, 2001) görülmektedir. Genel olarak uyum indeksleri değerlendirildiğinde GÖRH-YKÖ ölçeğinin kabul edilebilir olduğu söylenebilir.

**Tablo 5: Standart Regresyon Katsayıları**

			<b>Standart Regresyon Katsayıları</b>
GÖRH-YKÖ2	←	Günlük Aktivite	<b>0,338***</b>
GÖRH-YKÖ4	←	Günlük Aktivite	<b>0,591***</b>
GÖRH-YKÖ5	←	Günlük Aktivite	<b>0,734***</b>
GÖRH-YKÖ8	←	Günlük Aktivite	<b>0,440***</b>
GÖRH-YKÖ10	←	Günlük Aktivite	<b>0,572***</b>
GÖRH-YKÖ11	←	Günlük Aktivite	<b>0,723***</b>
GÖRH-YKÖ12	←	Günlük Aktivite	<b>0,538***</b>
GÖRH-YKÖ13	←	Günlük Aktivite	<b>0,626***</b>
GÖRH-YKÖ3	←	Tedavi Etkisi	<b>0,466***</b>
GÖRH-YKÖ7	←	Tedavi Etkisi	<b>0,835***</b>
GÖRH-YKÖ14	←	Tedavi Etkisi	<b>0,763***</b>
GÖRH-YKÖ1	←	Diyet	<b>0,595***</b>
GÖRH-YKÖ6	←	Diyet	<b>0,639***</b>
GÖRH-YKÖ9	←	Diyet	<b>0,705***</b>
GÖRH-YKÖ15	←	Psikolojik İyileşme	<b>0,538***</b>
GÖRH-YKÖ16	←	Psikolojik İyileşme	<b>0,626***</b>

\*: $p<0,05$  \*\*: $p<0,01$  \*\*\*: $p<0,001$

Gizil değişkenlerin gözlenen değişkenler tarafından açıklanıp açıklanmadığını ve etki düzeylerini göstermek amacıyla yapılan standardize regresyonda gizil değişkenlerle gözlenen değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olduğu belirlendi (Tablo 5)

### 4.1.3 Güvenilirlik Analizi

**Tablo 6: Alt Boyut ve Ölçek Güvenirlikleri**

	Sorular	Madde- Toplam Korelasyon	Cronbach's Alpha	
GÖRH-YK Ölçeği	GÖRH-YKÖ2	0,367	0,791	
	GÖRH-YKÖ4	0,553		
	GÖRH-YKÖ5	0,618		
	GÖRH-YKÖ8	0,429		
	GÖRH-YKÖ10	0,517		
	GÖRH-YKÖ11	0,632		
	GÖRH-YKÖ12	0,484		
	GÖRH-YKÖ13	0,557		
	Tedavi etkisi alt boyutu	GÖRH-YKÖ3	0,417	0,724
		GÖRH-YKÖ7	0,601	
		GÖRH-YKÖ14	0,570	
	Diyet alt boyutu	GÖRH-YKÖ1	0,479	0,694
		GÖRH-YKÖ6	0,497	
		GÖRH-YKÖ9	0,601	
	Psikolojik iyilik hali alt boyutu	GÖRH-YKÖ15	0,606	0,882
		GÖRH-YKÖ16	0,647	

Ölçek güvenilirliğini belirlemek amacıyla yapılan iç tutarlık analizinde Cronbach's alpha alfa değeri hesaplandı. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach's alpha değerlerinin 0.694-0.882 arasında olduğu, ölçeğin bütününde ise bu değer 0,885 olduğu saptandı (Tablo 6).

## 4.2. SOSYO-DEMOGRAFİK, SAĞLIK/HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERE GÖRE HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo 7'de hastaların tanıtıcı özellikleri sunuldu.



**Tablo 7: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri**

<b>ÖZELLİKLER</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>	20-40 yaş	71	44,1
	41-60 yaş	61	37,9
	61-80 yaş	29	18,0
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	50	31,1
	Kadın	111	68,9
<b>Medeni durum</b>	Evli	123	76,4
	Bekar	28	17,4
	Dul	10	6,2
<b>Aile yapısı</b>	Çekirdek	135	83,9
	Geniş aile	26	16,1
<b>Eğitim</b>	Okuryazardeğil	7	4,3
	İlkokul	67	41,6
	Ortaokul	15	9,3
	Lise	26	16,1
	Üniversite	36	22,4
<b>Meslek</b>	Lisans üstü	10	6,2
	Çalışmıyor	101	65,7
<b>Aylık gelir</b>	Çalışıyor	60	37,3
	Gelir giderden az	68	42,2
	Gelir gidere eşit	71	44,1
	Gelir giderden fazla	22	13,7
<b>Sigara kullanımı</b>	Evet	37	23,0
	Hayır	90	55,9
	Bazen	7	4,3
	Bıraktım	27	16,8
<b>Günlük Sigara sayısı (adet)</b>		12,37±7,81	
<b>Sigara İçilen Süre (yıl)</b>		20,2±10,46	
<b>Sigara Bırakılan Süre (ay)</b>		128,57±93,57	
<b>Alkol kullanımı</b>	Evet	11	6,8
	Hayır	150	93,2
<b>BKİ</b>	Zayıf/Normal	57	35,4
	Kilolu	53	32,9
	Obez	51	31,7
<b>Ana Öğün Sayısı</b>		2,55±0,61	
<b>Öğün Atlama Durumu</b>	Evet	70	43,5
	Hayır	22	13,7
	Bazen	69	42,9
<b>Yemek Yeme Hızı</b>	Yavaş	37	23,0
	Orta	66	41,0
	Hızlı	42	26,1
	Çok Hızlı	16	9,9
<b>Yatmadan Önce Yemek Yeme</b>	Evet	27	16,8
	Hayır	81	50,3
	Bazen	53	32,9
<b>Uykudan Kalkıp Yemek Yeme</b>	Evet	11	6,8
	Hayır	137	85,1
	Bazen	13	8,1

Hastaların %44,1'i 20-40 yaş aralığında, %76,4'ü evli, %83,9'u çekirdek aileye sahip, %41,6'sı ilkokul mezunu, %65,7'si çalışmıyor, %44,1'inin geliri giderine eşit, %55,9'u sigara, %93,2'si alkol kullanmamaktadır. Günlük ortalama içilen sigara sayısı  $12,37 \pm 7,81$  adet olup sigara içilen süre  $20,2 \pm 10,46$  yıldır. Sigarayı bırakma süresi ise  $128,57 \pm 93,57$  aydır. BKİ'değerlendirilen hastaların %32,9'unun kilolu %31,7'sinin ise obez olduğu belirlendi. Hastaların beslenme alışkanlıkları değerlendirildiğinde öğün sayısı ortalamasının  $2,55 \pm 0,61$  olduğu, %43,5'inin öğün atladığı, %41'inin orta hızda %26,1'inin hızlı yemek yediği, %16,8'inin gece yemek yatmadan önce yemek yediği, %6,8'inin ise gece uykudan uyanıp yemek yediği saptandı (Tablo 7).

Tablo 8'de görüldüğü gibi hastaların reflü tanısı alma süresi  $61,61 \pm 74,78$  ay olup, %51,6'sında GÖRH dışında hekim tarafından tanı konulmuş başka bir hastalığı vardır. Bu hastalıklardan en sık görüleni hipertansiyon (%23,0), diyabet (%11,8), guatr (%8,7) ve kalp damar rahatsızlığıdır (%8,1), (Tabloda verilmemiştir). Hastaların %88,1'inin ilaç kullandığı ve büyük çoğunluğunun (%80,2) ilaçlarını düzenli içtiği, sadece %11,2'sinin düzenli vitamin/mineral/besin desteği kullandığı belirlendi. Hastaların %54,0'ünde göğüste yanma, %73,9'unda ağıza geri gelme, %41,6'sında göğüs ağrısı, %34,2'sinde yutmada güçlük, %55,3'ünde boğazda yanma, %41,0'inde ses kısılması, %31,7'sinde boğuk ses, %38,5'inde öksürük, %10,6'sında geviş getirme, %26,1'sinde hıçkırık, %36,6'sında ağız kokusu, %8,7'sinde koah/astım, %52,8'sinde geğirme, %37,3 boğazda yumru oluşması, %28,6'sında tükürük salgısında artma, %56,5'inde bulantı, %25,5'inde kusma ve %39,1'inde geniz akıntısı şikayetleri bulunmaktadır.

**Tablo 8: Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler**

<b>ÖZELLİKLER</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>GÖRH Tanı Süre (Ort± SS ay)</b>		61,61±74,78	
<b>Tanı Konulan Başka Bir Hastalık Olma Durumu</b>	Yok	78	48,4
	Var	83	51,6
<b>İlaç Kullanma</b>	Evet	96	88,1
	Hayır	13	11,9
<b>İlaçları Düzenli Kullanma</b>	Evet	77	80,2
	Hayır	19	19,8
<b>Düzenli Vitamin/mineral/besin Desteği Kullanma</b>	Evet	18	11,2
	Hayır	143	88,8
<b>REFLÜYE İLİŞKİN YAKINMALAR</b>			
<b>Göğüste yanma</b>	Var	87	54,0
	Yok	74	46,0
<b>Ağza geri gelme</b>	Var	119	73,9
	Yok	42	26,1
<b>Göğüs ağrısı</b>	Var	67	41,6
	Yok	94	58,4
<b>Yutmada güçlük</b>	Var	55	34,2
	Yok	106	65,8
<b>Boğazda yanma</b>	Var	89	55,3
	Yok	72	44,7
<b>Ses kısılması</b>	Var	66	41,0
	Yok	95	59,0
<b>Boğuk ses</b>	Var	51	31,7
	Yok	110	68,3
<b>Öksürük</b>	Var	62	38,5
	Yok	99	61,5
<b>Hıçkırık</b>	Var	42	26,1
	Yok	119	73,9
<b>Ağız kokusu</b>	Var	59	36,6
	Yok	102	63,4
<b>Koah/astım</b>	Var	14	8,7
	Yok	147	91,3
<b>Geğirme</b>	Var	85	52,8
	Yok	76	47,2
<b>Boğazda yumru olması</b>	Var	60	37,3
	Yok	101	62,7
<b>Bulantı</b>	Var	91	56,5
	Yok	70	43,5
<b>Kusma</b>	Var	41	25,5
	Yok	120	74,5

**Tablo 8: Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler (devam)**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Günlük yaşamı etkileme</b>	Evet	99	61,5
	Hayır	62	38,5
<b>İş yaşamını etkileme</b>	Evet	39	24,2
	Hayır	122	75,8
<b>Arkadaş ilişkilerini etkileme</b>	Evet	26	16,1
	Hayır	135	83,9
<b>Aile içi ilişkileri etkileme</b>	Evet	35	21,7
	Hayır	126	78,3
<b>ŞİKAYETLERİ ARTIRAN BESİNLER</b>			
<b>Baharatlı yiyecek</b>	Var	105	65,2
	Yok	56	34,8
<b>Kahve</b>	Var	51	31,7
	Yok	110	68,3
<b>Çay</b>	Var	47	29,2
	Yok	114	70,8
<b>Yağlı yiyecek</b>	Var	102	63,4
	Yok	59	36,6
<b>Asit ve gazlı içecekler</b>	Var	79	49,1
	Yok	82	50,9
<b>Mayalı yiyecekler</b>	Var	75	46,6
	Yok	86	53,4
<b>Sigara</b>	Var	20	12,4
	Yok	141	87,6
<b>Yemekten sonra uzanma</b>	Var	64	39,8
	Yok	97	60,2
<b>Tatlı yiyecekler</b>	Var	25	15,5
	Yok	136	84,5

Hastalıkları nedeniyle hastaların %61,5'inin günlük yaşamının, %24,2'sinin iş yaşamının %16,1'inin arkadaş ilişkilerinin ve %21,7'sinin aile içi ilişkilerinin etkilendiği belirlendi. Hastalığına bağlı yaşadıkları şikayetleri artıran besinler sorgulandığında; %65,2'si baharatlı yiyeceklerin, %31,7'si kahvenin, %29,2'si çayın, %63,4'ü yağlı yiyeceklerin, %49,1'i asit ve gazlı içeceklerin, %46,6'sı mayalı yiyeceklerin, %12,4'ü sigaranın ve %15,5'i tatlı yiyeceklerin şikayetlerini artırdığını bildirdi (Tablo 8 Devam). %39,8'i ise yemekten sonra uzanma ile şikayetlerinin arttığını ifade etti (Tabloda verilmemiştir).

**Tablo 9: Alt Boyut ve Ölçeklerin Tanımlayıcı İstatistikleri**

ÖLÇEKLER	Ortalama	Std. Sapma	Minimum	Maximum
<b>GÖRH-YKÖ</b>				
Günlük aktivite	51,73	25,481	0,0	100,0
Tedavi etkisi	57,40	32,623	0,0	100,0
Diyet	43,27	32,696	0,0	100,0
Psikolojik iyilik hali	33,93	37,848	0,0	100,0
GÖRH-YKÖ toplam	46,58	25,566	3,1	100,0
<b>SF 36 YKÖ</b>				
Fiziksel fonksiyon	62,61	28,848	0,0	100,0
Fiziksel rol güçlüğü	42,86	46,639	0,0	100,0
Emosyonel rol güçlüğü	39,54	46,578	0,0	100,0
Enerji canlılık vitalite	41,30	20,905	0,0	100,0
Ruhsal sağlık	60,67	17,957	12,0	100,0
Sosyal işlevsellik	60,17	27,393	0,0	100,0
Ağrı	60,42	21,737	10,0	100,0
Genel sağlık algısı	51,06	22,266	0,0	95,0
Fiziksel ana boyut	54,24	22,614	13,13	98,75
Mental ana boyut	50,42	21,380	4,25	100,0

Hastaların GÖRH-YKÖ'ünün genelinden aldığı toplam puan ortalaması  $46,58 \pm 25,56$  olup, GÖRH-YKÖ alt boyut puan ortalamaları  $33,93 \pm 37,848$  ile  $57,40 \pm 32,623$  arasında değişmektedir. SF 36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; Fiziksel ana boyut puan ortalamasının  $54,24 \pm 22,61$ , Mental ana boyut puan ortalamasının  $50,42 \pm 21,38$  olduğu alt boyut puan ortalamalarının  $39,54 \pm 46,57$  ile  $62,61 \pm 28,84$  arasında değiştiği görülmektedir (Tablo 9).

#### 4.2.1. Tanımlayıcı Değişkenler Arasında Ölçek ve Alt Boyutlar Bakımından Farklılıkların ve İlişkilerin İncelenmesi

Hastaların yaşının GÖRH YKÖ toplam ve alt boyutlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği ( $p > 0,05$ ) ancak SF 36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü alt boyut ve fiziksel ana boyut puan ortalamalarını anlamlı düzeyde etkilediği belirlendi ( $p < 0,05$ ). Anlamlı farkı ortaya çıkarmak için yapılan ileri analizde 20-40 yaş grubunda olanların 41-60 yaş ve 61-80 yaş aralığında olanlara göre fiziksel fonksiyon puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görüldü. 20-40 yaş aralığında olanların 61-80 yaş aralığında olanlara göre fiziksel rol güçlüğü ve fiziksel ana boyut puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (Tablo 10).

**Tablo: 10 Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Yaş Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		n	Ortalama	Std. Sapma	F	p	Fark
<b>GÖRH-YKÖ</b>							
Günlük Aktivite	20-40 yaş	71	50,52	25,655	2,224	0,112	-
	41-60 yaş	61	48,92	26,674			
	61-80 yaş	29	60,56	20,936			
Tedavi Etkisi	20-40 yaş	71	56,45	29,953	0,829	0,438	-
	41-60 yaş	61	55,19	35,393			
	61-80 yaş	29	64,36	33,026			
Diyet	20-40 yaş	71	42,48	31,690	1,460	0,235	-
	41-60 yaş	61	39,89	33,093			
	61-80 yaş	29	52,29	33,769			
Psikolojik iyilik hali	20-40 yaş	71	32,74	37,994	2,812	0,063	-
	41-60 yaş	61	28,48	34,013			
	61-80 yaş	29	48,27	42,615			
GÖRH-YK Ölçeği	20-40 yaş	71	45,55	25,764	2,806	0,063	-
	41-60 yaş	61	43,12	25,581			
	61-80 yaş	29	56,37	23,347			
<b>SF 36 YKÖ</b>							
Fiziksel fonksiyon	20-40 yaş	71	73,16	24,931	13,833	<b>0,000***</b>	1-2, 1-3
	41-60 yaş	61	59,75	27,890			
	61-80 yaş	29	42,75	28,741			
Fiziksel rol güçlüğü	20-40 yaş	71	52,11	47,008	3,534	<b>0,032*</b>	2-3
	41-60 yaş	61	40,16	46,609			
	61-80 yaş	29	25,86	41,448			
Emosyonel rol güçlüğü	20-40 yaş	71	34,74	44,162	1,456	0,236	-
	41-60 yaş	61	47,54	48,860			
	61-80 yaş	29	34,48	46,703			
Enerji canlılık vitalite	20-40 yaş	71	42,95	19,650	1,312	0,272	-
	41-60 yaş	61	42,04	21,551			
	61-80 yaş	29	35,68	22,269			
Ruhsal sağlık	20-40 yaş	71	58,36	17,819	1,857	0,159	-
	41-60 yaş	61	64,13	19,224			
	61-80 yaş	29	59,03	14,644			
Sosyal işlevsellik	20-40 yaş	71	60,56	26,019	2,850	0,061	-
	41-60 yaş	61	64,54	28,153			
	61-80 yaş	29	50,00	27,345			
Ağrı	20-40 yaş	71	64,33	21,317	2,127	0,123	-
	41-60 yaş	61	57,78	23,126			
	61-80 yaş	29	56,37	18,631			
Genel sağlık algısı	20-40 yaş	71	51,19	22,873	0,010	0,990	-
	41-60 yaş	61	51,14	21,782			
	61-80 yaş	29	50,51	22,533			
Fiziksel ana boyut	20-40 yaş	71	60,20	21,795	6,126	<b>0,003**</b>	2-3
	41-60 yaş	61	52,21	22,820			
	61-80 yaş	29	43,87	20,206			
Mental ana boyut	20-40 yaş	71	49,15	21,163	2,310	0,103	-
	41-60 yaş	61	55,56	22,218			
	61-80 yaş	29	44,80	18,977			

\*:p<0,05 \*\*:p<0,01 \*\*\*:p<0,001

**Tablo:11 Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Cinsiyet Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		n	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük aktivite	Erkek	50	55,63	26,622	1,305	0,194
	Kadın	111	49,97	24,874		
Tedavi etkisi	Erkek	50	59,50	33,966	0,547	0,585
	Kadın	111	56,46	32,112		
Diyet	Erkek	50	52,67	33,352	2,486	<b>0,014*</b>
	Kadın	111	39,04	31,642		
Psikolojik iyilik hali	Erkek	50	40,25	39,390	1,427	0,156
	Kadın	111	31,08	36,961		
GÖRH-YK Ölçeği	Erkek	50	52,01	27,028	1,821	0,070
	Kadın	111	44,14	24,615		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Erkek	50	71,50	27,558	2,675	<b>0,008**</b>
	Kadın	111	58,60	28,637		
Fiziksel rol güçlüğü	Erkek	50	55,00	47,649	2,245	<b>0,026*</b>
	Kadın	111	37,39	45,336		
Emosyonel rol güçlüğü	Erkek	50	47,33	48,135	1,429	0,155
	Kadın	111	36,04	45,646		
Enerji canlılık vitalite	Erkek	50	46,30	21,209	2,055	<b>0,041*</b>
	Kadın	111	39,05	20,466		
Ruhsal sağlık	Erkek	50	63,76	16,171	1,470	0,143
	Kadın	111	59,28	18,608		
Sosyal işlevsellik	Erkek	50	62,50	26,123	0,723	0,471
	Kadın	111	59,12	27,999		
Ağrı	Erkek	50	65,30	20,414	1,928	0,056
	Kadın	111	58,22	22,044		
Genel sağlık algısı	Erkek	50	54,60	20,723	1,359	0,176
	Kadın	111	49,46	22,837		
Fiziksel ana boyut	Erkek	50	61,60	22,754	2,834	<b>0,005**</b>
	Kadın	111	50,92	21,850		
Mental ana boyut	Erkek	50	54,97	21,778	1,826	0,070
	Kadın	111	48,37	20,975		

\*:p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*:p<0,001

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, mental ana boyut, GÖRH-YKÖ, günlük aktivite, tedavi etkisi ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken (p>0,05) fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, vitalite, fiziksel ana boyut ve diyet alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Buna göre, erkeklerin fiziksel fonksiyon,

fiziksel rol güçlüğü, vitalite, fiziksel ana boyut ve diyet alt boyut puan ortalamaları kadınlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 11).

**Tablo 12: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Medeni Durum Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük aktivite	Evli	123	53,99	25,677	2,046	<b>0,042*</b>
	Bekar	38	44,41	23,701		
Tedavi etkisi	Evli	123	61,31	32,207	2,796	<b>0,006*</b>
	Bekar	38	44,74	31,085		
Diyet	Evli	123	43,90	33,877	0,440	0,661
	Bekar	38	41,23	28,864		
Psikolojik iyilik hali	Evli	123	35,77	38,154	1,113	0,267
	Bekar	38	27,96	36,696		
GÖRH-YK Ölçeği	Evli	123	48,74	25,331	1,947	0,053
	Bekar	38	39,58	25,393		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Evli	123	61,50	28,189	-0,873	0,384
	Bekar	38	66,18	31,006		
Fiziksel rol güçlüğü	Evli	123	42,28	46,730	-0,283	0,777
	Bekar	38	44,74	46,918		
Emosyonel rol güçlüğü	Evli	123	44,17	48,001	2,581	<b>0,012*</b>
	Bekar	38	24,56	38,504		
Enerji canlılık vitalite	Evli	123	41,18	21,069	-0,137	0,892
	Bekar	38	41,71	20,641		
Ruhsal sağlık	Evli	123	61,53	17,944	1,091	0,277
	Bekar	38	57,89	17,955		
Sosyal işlevsellik	Evli	123	61,18	27,246	0,839	0,403
	Bekar	38	56,91	27,981		
Ağrı	Evli	123	61,36	22,196	0,990	0,324
	Bekar	38	57,37	20,159		
Genel sağlık algısı	Evli	123	52,76	21,350	1,763	0,080
	Bekar	38	45,53	24,489		
Fiziksel ana boyut	Evli	123	54,48	22,747	0,243	0,808
	Bekar	38	53,45	22,460		
Mental ana boyut	Evli	123	52,01	21,669	1,793	0,077
	Bekar	38	45,27	19,817		

\*:p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*:p<0,001

Yapılan analizler sonucunda; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, GÖRH-YKÖ, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından medeni durum grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken (p>0,05) emosyonel rol güçlüğü, günlük aktivite ve tedavi etkisi



alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre, evlilerin emosyonel rol güçlüğü, günlük aktivite ve tedavi etkisi alt boyut puan ortalamaları bekarlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 12).

**Tablo 13: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Aile Yapısı Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		n	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük Aktivite	çekirdek	135	52,99	25,136	1,433	0,154
	geniş aile	26	45,19	26,755		
Tedavi Etkisi	çekirdek	135	58,95	31,914	1,377	0,171
	geniş aile	26	49,36	35,662		
Diyet	çekirdek	135	44,44	32,769	1,038	0,301
	geniş aile	26	37,18	32,252		
Psikolojik iyilik hali	çekirdek	135	36,57	38,319	2,277	<b>0,028*</b>
	geniş aile	26	20,19	32,611		
GÖRH-YK ölçeği	çekirdek	135	48,24	25,198	1,888	0,061
	geniş aile	26	37,98	26,234		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	çekirdek	135	60,30	29,051	-2,350	<b>0,020*</b>
	geniş aile	26	74,62	24,977		
Fiziksel rol güçlüğü	çekirdek	135	41,67	46,521	-0,737	0,462
	geniş aile	26	49,04	47,687		
Emosyonel rol güçlüğü	çekirdek	135	40,74	47,258	0,788	0,436
	geniş aile	26	33,33	43,205		
Enerji canlılık vitalite	çekirdek	135	41,00	20,875	-0,420	0,675
	geniş aile	26	42,88	21,409		
Ruhsal sağlık	çekirdek	135	60,77	17,771	0,160	0,873
	geniş aile	26	60,15	19,249		
Sosyal işlevsellik	çekirdek	135	60,56	27,141	0,405	0,686
	geniş aile	26	58,17	29,142		
Ağrı	çekirdek	135	60,83	21,709	0,550	0,583
	geniş aile	26	58,27	22,190		
Genel sağlık algısı	çekirdek	135	51,89	20,786	0,869	0,392
	geniş aile	26	46,73	28,877		
Fiziksel ana boyut	çekirdek	135	53,67	22,628	-0,720	0,473
	geniş aile	26	57,16	22,751		
Mental ana boyut	çekirdek	135	50,77	20,882	0,464	0,643
	geniş aile	26	48,64	24,170		

\*: $p<0,05$  \*\*: $p<0,01$  \*\*\*: $p<0,001$

Tablo 13’de görüldüğü gibi, emosyonel rol güçlüğü, fiziksel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, mental ana boyut, fiziksel ana boyut, GÖRH-YKÖ, günlük aktivite, tedavi etkisi ve diyet alt boyut puan

ortalamları bakımından aile yapısı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ( $p>0,05$ ) fiziksel fonksiyon ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre, geniş ailelerde fiziksel fonksiyon alt boyut puan ortalaması çekirdek ailelere göre anlamlı derecede daha yüksek iken çekirdek ailelerde ise psikolojik iyilik hali alt boyut puan ortalaması geniş ailelere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Uygulanan One-way ANOVA testi sonucunda, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, genel sağlık algısı, mental ana boyut, GÖRH-YKÖ, günlük aktivite, tedavi etkisi, diyet, psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından eğitim durum grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ( $p>0,05$ ) fiziksel fonksiyon, vitalite, ağrı ve fiziksel ana boyut alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre, ilkokul ve altı mezunlarının fiziksel fonksiyon alt boyut puan ortalaması lise ve üzeri mezunlarına göre anlamlı derecede daha düşük iken ilkokul ve altı mezunlarının vitalite alt boyut puan ortalaması üniversite ve üzeri mezunlarına göre anlamlı derecede daha düşük ve ilkokul ve altı mezunlarının ağrı ve fiziksel ana boyut alt boyut puan ortalamaları lisansüstü mezunlarına göre anlamlı derecede daha düşüktür (Tablo 14).

**Tablo 14: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Eğitim Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		n	Ortalama	Std. Sapma	F	p	Fark
<b>GÖRH-YKÖ</b>							
Günlük aktivite	İlkokul ve altı	74	51,14	27,500	1,217	0,306	-
	Ortaokul	15	52,50	21,430			
	Lise	26	60,70	23,819			
	Üniversite	36	46,44	22,795			
	Lisans üstü	10	50,63	27,354			
Tedavi etkisi	İlkokul ve altı	74	59,80	35,014	0,574	0,682	-
	Ortaokul	15	52,22	34,713			
	Lise	26	61,54	29,635			
	Üniversite	36	54,17	30,829			
	Lisans üstü	10	48,33	26,294			
Diyet	İlkokul ve altı	74	41,22	33,784	0,489	0,744	-
	Ortaokul	15	37,78	36,848			
	Lise	26	48,72	31,596			
	Üniversite	36	43,75	31,268			
	Lisans üstü	10	50,83	28,720			
Psikolojik iyilik hali	İlkokul ve altı	74	35,47	40,440	1,229	0,301	-
	Ortaokul	15	23,33	24,489			
	Lise	26	33,65	39,492			
	Üniversite	36	29,51	37,220			
	Lisans üstü	10	55,00	27,764			
GÖRH-YK Ölçeği	İlkokul ve altı	74	46,91	26,635	0,570	0,685	-
	Ortaokul	15	41,46	21,741			
	Lise	26	51,15	25,270			
	Üniversite	36	43,47	25,471			
	Lisans üstü	10	51,20	25,808			
<b>SF 36 YKÖ</b>							
Fiziksel fonksiyon	İlkokul ve altı	74	52,50	29,785	5,124	<b>0,001**</b>	1-3,4,5
	Ortaokul	15	62,67	30,698			
	Lise	26	71,54	19,635			
	Üniversite	36	73,19	27,650			
	Lisans üstü	10	76,00	19,264			
Fiziksel rol güçlüğü	İlkokul ve altı	74	33,11	44,971	1,991	0,099	-
	Ortaokul	15	53,33	48,058			
	Lise	26	55,77	47,068			
	Üniversite	36	43,75	47,198			
	Lisans üstü	10	62,50	44,488			
Emosyonel rol güçlüğü	İlkokul ve altı	74	33,78	45,662	0,635	0,639	-
	Ortaokul	15	51,11	50,185			
	Lise	26	43,59	49,683			
	Üniversite	36	41,67	46,033			
	Lisans üstü	10	46,67	44,997			
Enerji canlılık vitalite	İlkokul ve altı	74	35,61	20,772	5,118	<b>0,001**</b>	1-4,5
	Ortaokul	15	41,33	22,871			
	Lise	26	39,23	20,381			
	Üniversite	36	49,58	17,336			
	Lisans üstü	10	59,00	15,239			
Ruhsal sağlık	İlkokul ve altı	74	58,11	17,495	1,610	0,175	-
	Ortaokul	15	61,60	16,754			
	Lise	26	60,77	21,407			
	Üniversite	36	62,11	17,037			
	Lisans üstü	10	72,80	13,571			

**Tablo 14: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Eğitim Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (devam)**

		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p	Fark
Sosyal işlevsellik	İlkokul ve altı	74	57,43	29,546	1,768	0,138	-
	Ortaokul	15	56,67	29,454			
	Lise	26	65,87	25,631			
	Üniversite	36	57,99	24,119			
	Lisans üstü	10	78,75	15,646			
Ağrı	İlkokul ve altı	74	55,81	21,633	2,578	<b>0,040*</b>	1-5
	Ortaokul	15	65,00	18,151			
	Lise	26	65,77	24,625			
	Üniversite	36	60,14	19,793			
	Lisans üstü	10	74,75	19,056			
Genel sağlık algısı	İlkokul ve altı	74	48,99	22,634	1,638	0,168	-
	Ortaokul	15	50,33	17,674			
	Lise	26	50,96	24,291			
	Üniversite	36	50,97	22,954			
	Lisans üstü	10	68,00	11,353			
Fiziksel ana boyut	İlkokul ve altı	74	47,60	22,329	3,940	<b>0,004*</b>	1-5
	Ortaokul	15	57,83	22,637			
	Lise	26	61,01	21,166			
	Üniversite	36	57,01	22,087			
	Lisans üstü	10	70,31	16,568			
Mental ana boyut	İlkokul ve altı	74	46,23	21,145	2,025	0,094	-
	Ortaokul	15	52,68	23,438			
	Lise	26	52,36	23,295			
	Üniversite	36	52,84	18,938			
	Lisans üstü	10	64,30	18,487			

\*:p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*:p<0,001

Hastaların; fiziksel rol güçlüğü, ruhsal sağlık, genel sağlık algısı, GÖRH-YKÖ, günlük aktivite, tedavi etkisi, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyut puan ortalamaları bakımından çalışma grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ( $p>0,05$ ) fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, sosyal işlevsellik, ağrı, mental ana boyut ve fiziksel ana boyut alt boyutları puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre, çalışmayanlarda fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, sosyal işlevsellik, ağrı, mental ana boyut ve fiziksel ana boyut alt boyutları puan ortalamaları çalışanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 15).

**Tablo 15: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Çalışma Durumu Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		n	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük Aktivite	Çalışmıyor	101	52,88	24,921	0,742	0,459
	Çalışıyor	60	49,79	26,497		
Tedavi Etkisi	Çalışmıyor	101	59,82	33,383	1,221	0,224
	Çalışıyor	60	53,33	31,150		
Diyet	Çalışmıyor	101	42,49	32,798	-0,391	0,696
	Çalışıyor	60	44,58	32,757		
Psikolojik iyilik hali	Çalışmıyor	101	32,43	38,697	-0,653	0,515
	Çalışıyor	60	36,46	36,555		
GÖRH-YK ölçeği	Çalışmıyor	101	46,90	25,176	0,206	0,837
	Çalışıyor	60	46,04	26,416		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
fiziksel fonksiyon	Çalışmıyor	101	56,29	29,100	-3,752	<b>0,000***</b>
	Çalışıyor	60	73,25	25,258		
fiziksel rol güçlüğü	Çalışmıyor	101	32,92	44,851	-3,639	<b>0,000***</b>
	Çalışıyor	60	59,58	45,120		
emosyonel rol güçlüğü	Çalışmıyor	101	36,30	46,928	-1,147	0,253
	Çalışıyor	60	45,00	45,855		
enerji canlılık vitalite	Çalışmıyor	101	36,14	20,210	-4,283	<b>0,000***</b>
	Çalışıyor	60	50,00	19,244		
ruhsal sağlık	Çalışmıyor	101	59,25	18,055	-1,308	0,193
	Çalışıyor	60	63,07	17,681		
sosyal işlevsellik	Çalışmıyor	101	56,56	29,506	-2,354	<b>0,020*</b>
	Çalışıyor	60	66,25	22,349		
ağrı	Çalışmıyor	101	57,50	22,206	-2,238	<b>0,027*</b>
	Çalışıyor	60	65,33	20,161		
genel sağlık algısı	Çalışmıyor	101	48,56	23,520	-1,948	0,053
	Çalışıyor	60	55,25	19,451		
fiziksel ana boyut	Çalışmıyor	101	48,82	22,152	-4,138	<b>0,000***</b>
	Çalışıyor	60	63,35	20,501		
mental ana boyut	Çalışmıyor	101	47,06	21,800	-2,635	<b>0,009**</b>
	Çalışıyor	60	56,08	19,550		

\*:p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*:p<0,001

**Tablo 16: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Gelir Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		n	Ortalama	Std. Sapma	F	p	Fark
<b>GÖRH-YKÖ</b>							
Günlük Aktivite	Gelir giderden az	68	55,65	25,657	1,625	0,200	-
	Gelir gidere eşit	71	49,82	24,292			
	Gelir giderden fazla	22	45,74	27,927			
Tedavi Etkisi	Gelir giderden az	68	62,38	32,848	4,179	<b>0,017*</b>	1-3
	Gelir gidere eşit	71	58,10	31,747			
	Gelir giderden fazla	22	39,77	29,984			
Diyet	Gelir giderden az	68	43,14	34,523	0,059	0,943	-
	Gelir gidere eşit	71	44,01	31,282			
	Gelir giderden fazla	22	41,29	32,781			
Psikolojik iyilik hali	Gelir giderden az	68	36,03	40,836	0,260	0,772	-
	Gelir gidere eşit	71	31,51	36,034			
	Gelir giderden fazla	22	35,23	35,067			
GÖRH-YK Ölçeği	Gelir giderden az	68	49,30	26,367	1,034	0,358	-
	Gelir gidere eşit	71	45,86	24,649			
	Gelir giderden fazla	22	40,51	25,928			
<b>SF 36 YKÖ</b>							
Fiziksel fonksiyon	Gelir giderden az	68	55,66	30,394	3,941	<b>0,021*</b>	1-2
	Gelir gidere eşit	71	69,15	26,819			
	Gelir giderden fazla	22	62,95	26,352			
Fiziksel rol güçlüğü	Gelir giderden az	68	34,56	44,894	2,616	0,076	-
	Gelir gidere eşit	71	52,11	47,386			
	Gelir giderden fazla	22	38,64	46,115			
Emosyonel rol güçlüğü	Gelir giderden az	68	33,82	45,527	0,940	0,393	-
	Gelir gidere eşit	71	44,60	47,121			
	Gelir giderden fazla	22	40,91	48,175			
Enerji canlılık vitalite	Gelir giderden az	68	37,65	22,201	2,015	0,137	-
	Gelir gidere eşit	71	44,72	18,456			
	Gelir giderden fazla	22	41,59	23,217			
Ruhsal sağlık	Gelir giderden az	68	58,47	18,724	0,989	0,374	-
	Gelir gidere eşit	71	61,80	17,602			
	Gelir giderden fazla	22	63,82	16,584			
Sosyal işlevsellik	Gelir giderden az	68	56,25	28,773	1,717	0,183	-
	Gelir gidere eşit	71	64,61	24,909			
	Gelir giderden fazla	22	57,95	29,767			
Ağrı	Gelir giderden az	68	60,66	19,545	3,148	<b>0,046*</b>	2-3
	Gelir gidere eşit	71	63,35	21,827			
	Gelir giderden fazla	22	50,23	25,599			
Genel sağlık algısı	Gelir giderden az	68	50,44	22,704	0,744	0,477	-
	Gelir gidere eşit	71	53,03	21,154			
	Gelir giderden fazla	22	46,59	24,611			
Fiziksel ana boyut	Gelir giderden az	68	50,33	22,754	3,436	<b>0,035*</b>	1-2
	Gelir gidere eşit	71	59,41	21,450			
	Gelir giderden fazla	22	49,60	23,414			
Mental ana boyut	Gelir giderden az	68	46,55	22,557	2,113	0,124	-
	Gelir gidere eşit	71	53,93	19,631			
	Gelir giderden fazla	22	51,07	21,998			

\*:p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*:p<0,001

Uygulanan One-way ANOVA testi sonucunda, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, genel sağlık algısı, mental ana boyut, GÖRH-YKÖ, günlük aktivite, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından gelir durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı

bir farklılık bulunmamakta iken ( $p>0,05$ ) fiziksel fonksiyon, ağrı, fiziksel ana boyut ve tedavi etkisi alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre, geliri gidere eşit olanların fiziksel fonksiyon ve fiziksel ana boyut alt boyut puan ortalaması gelir giderden az olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek iken gelir gidere eşit olanların ağrı alt boyut puan ortalaması geliri giderden fazla olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek ve geliri giderden az olanların tedavi etkisi alt boyut puan ortalaması geliri giderden fazla olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 16).

**Tablo 17: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Sigara Kullanma Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		n	Ortalama	Std. Sapma	F	p	Fark
<b>GÖRH-YKÖ</b>							
Günlük Aktivite	Evet	44	46,88	26,713	1,119	0,329	-
	Hayır	90	53,30	24,438			
	Bıraktım	27	54,40	26,746			
Tedavi Etkisi	Evet	44	54,36	34,686	0,270	0,764	-
	Hayır	90	58,33	31,529			
	Bıraktım	27	59,26	33,679			
Diyet	Evet	44	37,88	30,892	1,058	0,350	-
	Hayır	90	44,17	32,706			
	Bıraktım	27	49,07	35,381			
Psikolojik iyilik hali	Evet	44	30,97	40,121	0,191	0,826	-
	Hayır	90	35,28	37,175			
	Bıraktım	27	34,26	37,435			
GÖR-YK Ölçeği	Evet	44	42,52	28,657	0,797	0,452	-
	Hayır	90	47,77	23,876			
	Bıraktım	27	49,25	25,934			
<b>SF 36 YKÖ</b>							
Fiziksel fonksiyon	Evet	44	67,84	22,293	2,037	0,134	-
	Hayır	90	62,72	29,927			
	Bıraktım	27	53,70	33,241			
Fiziksel rol güçlüğü	Evet	44	44,32	45,066	0,123	0,885	-
	Hayır	90	43,33	47,670			
	Bıraktım	27	38,89	47,197			
Emosyonel rol güçlüğü	Evet	44	32,58	43,425	0,889	0,413	-
	Hayır	90	43,70	47,311			
	Bıraktım	27	37,04	49,210			
Enerji canlılık vitalite	Evet	44	39,55	18,070	0,287	0,751	-
	Hayır	90	41,56	22,878			
	Bıraktım	27	43,33	18,657			
Ruhsal sağlık	Evet	44	58,36	17,854	0,497	0,609	-
	Hayır	90	61,51	18,497			
	Bıraktım	27	61,63	16,539			
Sosyal işlevsellik	Evet	44	62,22	20,261	0,307	0,736	-
	Hayır	90	60,14	30,034			

	Bıraktım	27	56,94	28,868			
Ağrı	Evet	44	58,64	20,263	0,412	0,663	-
	Hayır	90	61,81	22,809			
	Bıraktım	27	58,70	20,806			
Genel sağlık algısı	Evet	44	50,11	21,687	0,277	0,759	-
	Hayır	90	52,17	23,548			
	Bıraktım	27	48,89	19,081			
Fiziksel ana boyut	Evet	44	55,23	19,184	0,555	0,575	-
	Hayır	90	55,01	23,680			
	Bıraktım	27	50,05	24,431			
Mental ana boyut	Evet	44	48,18	17,662	0,422	0,657	-
	Hayır	90	51,73	23,115			
	Bıraktım	27	49,74	21,286			

Sigara kullanma değişkeni ile, GÖRH-YKÖ bütünü ve tüm alt boyutları, SF36 YK ölçeğinin ana boyutları ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 17).

**Tablo 18: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Alkol Kullanım Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		n	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük aktivite	Evet	11	44,89	24,055	-0,922	0,358
	Hayır	150	52,23	25,586		
Tedavi etkisi	Evet	11	55,30	30,109	-0,220	0,826
	Hayır	150	57,56	32,888		
Diyet	Evet	11	31,82	28,338	-1,205	0,230
	Hayır	150	44,11	32,919		
Psikolojik iyilik hali	Evet	11	37,50	40,311	0,323	0,747
	Hayır	150	33,67	37,791		
GÖRH-YK Ölçeği	Evet	11	42,38	22,464	-0,564	0,574
	Hayır	150	46,89	25,819		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Evet	11	63,18	32,808	0,068	0,946
	Hayır	150	62,57	28,660		
Fiziksel rol güçlüğü	Evet	11	36,36	50,452	-0,477	0,634
	Hayır	150	43,33	46,493		
Emosyonel rol güçlüğü	Evet	11	39,39	49,031	-0,011	0,991
	Hayır	150	39,56	46,565		
Enerji canlılık vitalite	Evet	11	35,45	14,740	-0,961	0,338
	Hayır	150	41,73	21,261		
Ruhsal sağlık	Evet	11	55,27	16,859	-1,033	0,303
	Hayır	150	61,07	18,024		
Sosyal işlevsellik	Evet	11	50,00	28,504	-1,278	0,203
	Hayır	150	60,92	27,259		
Ağrı	Evet	11	56,82	23,772	-0,568	0,571
	Hayır	150	60,68	21,644		
Genel sağlık algısı	Evet	11	44,09	22,674	-1,075	0,284
	Hayır	150	51,57	22,226		
Fiziksel ana boyut	Evet	11	50,11	23,003	-0,625	0,533
	Hayır	150	54,54	22,633		
Mental ana boyut	Evet	11	45,03	16,981	-0,866	0,388
	Hayır	150	50,82	21,661		



\*: $p<0,05$  \*\*: $p<0,01$  \*\*\*: $p<0,001$

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite, tedavi etkisi, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından alkol kullanım durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 18).

**Tablo 19: Ölçek ve Alt Boyutlar ile Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		BKİ	Günlük Sigara Sayısı	Sigara Bırakılan Süre	Sigara İçilen Süre	Ana Öğün Sayısı
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük aktivite	r	-0,013	0,141	0,099	0,078	0,142
	p	0,873	0,405	0,617	0,612	0,072
Tedavi etkisi	r	0,093	0,231	0,263	-0,053	<b>0,172</b>
	p	0,239	0,168	0,176	0,729	0,029
Diyet	r	0,032	0,017	<b>0,396</b>	0,026	<b>0,193</b>
	p	0,689	0,918	0,037	0,866	0,014
Psikolojik iyilik hali	r	0,067	0,052	0,129	0,011	0,146
	p	0,398	0,760	0,512	0,942	0,065
GÖRH-YK ölçeği	r	0,062	0,124	0,291	0,015	<b>0,206</b>
	p	0,437	0,464	0,133	0,920	0,009
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	r	<b>0,329</b>	-0,087	-0,020	-0,280	0,000
	p	0,000	0,608	0,918	0,063	0,998
Fiziksel rol güçlüğü	r	-0,128	-0,037	0,126	-0,248	-0,027
	p	0,104	0,830	0,522	0,100	0,738
Emosyonel rol güçlüğü	r	-0,009	-0,072	0,115	-0,101	<b>0,194</b>
	p	0,910	0,674	0,559	0,508	0,013
Enerji canlılık vitalite	r	-0,096	<b>-0,328</b>	0,060	-0,116	0,115
	p	0,227	0,047	0,761	0,447	0,147
Ruhsal sağlık	r	0,002	-0,299	0,157	-0,120	0,123
	p	0,977	0,072	0,425	0,430	0,119
Sosyal işlevsellik	r	0,002	-0,015	-0,060	0,136	0,025
	p	0,985	0,929	0,763	0,372	0,751
Ağrı	r	-0,049	-0,196	0,155	-0,270	0,091
	p	0,539	0,244	0,430	0,073	0,252
Genel sağlık algısı	r	-0,034	-0,136	0,119	-0,180	0,045
	p	0,668	0,424	0,548	0,238	0,575
Fiziksel ana boyut	r	<b>-0,191</b>	-0,133	0,111	<b>-0,315</b>	0,019
	p	0,015	0,433	0,576	0,035	0,810
Mental ana boyut	r	-0,027	-0,210	0,091	-0,070	<b>0,168</b>
	p	0,731	0,212	0,647	0,648	0,033

Hastaların BKİ ile fiziksel fonksiyon alt boyutu ortalaması arasında pozitif yönde yüksek seviyede, fiziksel ana boyut alt boyutu ortalaması arasında negatif yönde düşük seviyede bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Günlük tüketilen sigara sayısı ile vitalite alt boyutu ortalaması arasında negatif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Sigara bırakılan süre ile diyet alt boyutu ortalaması arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Sigara içilen süre ile fiziksel ana boyut alt boyutu ortalaması arasında negatif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Ana öğün sayısı ile emosyonel rol güçlüğü, mental ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, tedavi etkisi ve diyet alt boyutları ortalamaları arasında pozitif yönde düşük seviyede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). (Tablo 19).

Uygulanan One-way ANOVA testi sonucunda, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, mental ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite, tedavi etkisi, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından BKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ( $p>0,05$ ) fiziksel fonksiyon ve fiziksel ana boyut alt boyutları puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre, zayıf/normal ya da kilolu olanların fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalaması obez olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek iken kilolu olanların fiziksel ana boyut alt boyutu puan ortalaması obez olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 20).

**Tablo 20: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından BKİ Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p	Fark
<b>GÖRH-YKÖ</b>							
Günlük Aktivite	Zayıf/Normal	57	50,71	22,325	0,127	0,880	-
	Kilolu	53	53,13	25,030			
	Obez	51	51,41	29,404			
Tedavi Etkisi	Zayıf/Normal	57	52,63	29,679	0,978	0,378	-
	Kilolu	53	60,85	35,074			
	Obez	51	59,15	33,135			
Diyet	Zayıf/Normal	57	43,57	28,479	0,005	0,995	-
	Kilolu	53	42,92	33,628			
	Obez	51	43,30	36,554			
Psikolojik iyilik hali	Zayıf/Normal	57	30,92	34,967	0,570	0,567	-
	Kilolu	53	32,78	38,232			
	Obez	51	38,48	40,762			
GÖRH-YK ölçeği	Zayıf/Normal	57	44,46	23,026	0,311	0,733	-
	Kilolu	53	47,42	25,231			
	Obez	51	48,09	28,767			
<b>SF 36 YKÖ</b>							
Fiziksel fonksiyon	Zayıf/Normal	57	71,49	26,826	7,588	<b>0,001**</b>	1,2-3
	Kilolu	53	64,34	28,421			
	Obez	51	50,88	27,995			
Fizikse rol güçlüğü	Zayıf/Normal	57	45,61	46,321	2,258	0,108	-
	Kilolu	53	50,47	46,897			
	Obez	51	31,86	45,574			
Emosyonel rolgüçlüğü	Zayıf/Normal	57	38,60	46,628	0,198	0,820	-
	Kilolu	53	42,77	47,311			
	Obez	51	37,25	46,498			
Enerji canlılık vitalite	Zayıf/Normal	57	42,11	20,765	1,182	0,309	-
	Kilolu	53	43,87	18,853			
	Obez	51	37,75	22,920			
Ruhsal sağlık	Zayıf/Normal	57	59,23	19,264	1,577	0,210	-
	Kilolu	53	64,23	16,704			
	Obez	51	58,59	17,487			
Sosyal işlevsellik	Zayıf/Normal	57	56,14	26,424	1,941	0,147	-
	Kilolu	53	66,04	26,896			
	Obez	51	58,58	28,448			
ağrı	Zayıf/Normal	57	59,91	20,648	0,638	0,530	-
	Kilolu	53	63,02	24,136			
	Obez	51	58,28	20,411			
Genel sağlık algısı	Zayıf/Normal	57	49,04	22,667	1,244	0,291	-
	Kilolu	53	55,00	20,639			
	Obez	51	49,22	23,310			
Fiziksel ana boyut	Zayıf/Normal	57	56,51	21,734	3,429	<b>0,035*</b>	2-3
	Kilolu	53	58,21	22,393			
	Obez	51	47,56	22,755			
Mental ana boyut	Zayıf/Normal	57	49,02	21,320	1,282	0,280	-
	Kilolu	53	54,22	20,663			
	Obez	51	48,04	22,051			

\*:  $p < 0,05$  \*\*:  $p < 0,01$  \*\*\*:  $p < 0,001$

**Tablo 21: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Öğün Atlama Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		n	Ortalama	Std. Sapma	F	p	Fark
<b>GÖRH-YKÖ</b>							
Günlük aktivite	Evet	70	52,05	24,071	0,102	0,903	-
	Hayır	22	49,43	27,761			
	Bazen	69	52,13	26,454			
Tedavi etkisi	Evet	70	57,98	32,490	0,041	0,960	-
	Hayır	22	55,68	35,110			
	Bazen	69	57,37	32,418			
Diyet	Evet	70	45,83	33,235	0,705	0,496	-
	Hayır	22	46,21	32,093			
	Bazen	69	39,73	32,469			
Psikolojik iyilik hali	Evet	70	33,93	40,274	1,275	0,282	-
	Hayır	22	22,73	34,854			
	Bazen	69	37,50	35,999			
GÖRH-YK ölçeği	Evet	70	47,45	24,282	0,197	0,821	-
	Hayır	22	43,51	27,551			
	Bazen	69	46,68	26,484			
<b>SF 36 YKÖ</b>							
Fiziksel fonksiyon	Evet	70	66,50	27,706	1,384	0,254	-
	Hayır	22	63,41	27,316			
	Bazen	69	58,41	30,250			
Fiziksel rol güçlüğü	Evet	70	42,50	48,594	0,013	0,987	-
	Hayır	22	44,32	44,274			
	Bazen	69	42,75	45,998			
Emosyonel rol güçlüğü	Evet	70	41,43	48,300	0,100	0,904	-
	Hayır	22	37,88	46,343			
	Bazen	69	38,16	45,473			
Enerji canlılık vitalite	Evet	70	40,14	19,652	0,349	0,706	-
	Hayır	22	40,00	25,071			
	Bazen	69	42,90	20,924			
Ruhsal sağlık	Evet	70	57,89	18,434	2,085	0,128	-
	Hayır	22	66,36	21,297			
	Bazen	69	61,68	15,947			
Sosyal işlevsellik	Evet	70	61,43	27,480	0,149	0,862	-
	Hayır	22	60,23	32,421			
	Bazen	69	58,88	25,912			
Ağrı	Evet	70	59,07	20,665	0,744	0,477	-
	Hayır	22	57,39	27,737			
	Bazen	69	62,75	20,749			
Genel sağlık algısı	Evet	70	51,50	22,007	0,415	0,661	-
	Hayır	22	47,05	25,292			
	Bazen	69	51,88	21,712			
Fiziksel ana boyut	Evet	70	54,89	21,715	0,065	0,937	-
	Hayır	22	53,04	24,378			
	Bazen	69	53,95	23,244			
Mental ana boyut	Evet	70	50,22	21,633	0,015	0,986	-
	Hayır	22	51,12	25,451			
	Bazen	69	50,41	20,010			

\*:  $p < 0,05$  \*\*:  $p < 0,01$  \*\*\*:  $p < 0,001$

Hastaların öğün atlama durumu ile her iki yaşam kalitesi ölçeği ana/alt boyut ve toplamı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 21).

**Tablo 22: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Yemek Yeme Hızları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p	Fark
<b>GÖRH-YKÖ</b>							
Günlük aktivite	Yavaş	37	43,50	27,701	1,699	0,169	-
	Orta	66	53,93	23,782			
	Hızlı	42	54,61	24,512			
	Çok hızlı	16	54,10	27,804			
Tedavi etkisi	Yavaş	37	44,14	34,687	2,939	<b>0,035*</b>	1-3
	Orta	66	61,24	30,082			
	Hızlı	42	63,49	31,286			
	Çok hızlı	16	56,25	35,551			
Diyet	Yavaş	37	28,83	31,155	4,839	<b>0,003**</b>	1-2,4
	Orta	66	46,84	30,479			
	Hızlı	42	43,06	31,230			
	Çok hızlı	16	62,50	37,639			
Psikolojik iyilik hali	Yavaş	37	27,03	35,172	0,707	0,549	-
	Orta	66	34,47	37,982			
	Hızlı	42	36,01	37,774			
	Çok hızlı	16	42,19	44,224			
GERDQOL ölçeği	Yavaş	37	35,87	26,987	3,073	<b>0,029*</b>	1-2
	Orta	66	49,12	22,702			
	Hızlı	42	49,29	24,851			
	Çok hızlı	16	53,76	30,264			

Uygulanan One-way ANOVA testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, sosyal işlevsellik, genel sağlık algısı, mental ana boyut, günlük aktivite ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından yemek yeme hızları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ( $p>0,05$ ) fiziksel rol güçlüğü, ruhsal sağlık, ağrı fiziksel ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, tedavi etkisi, diyet alt boyutları puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre, orta hızda yemek yiyenlerin fiziksel rol güçlüğü, ruhsal sağlık, ağrı fiziksel ana boyut, GÖRH-YK ölçeği puan ortalamaları yavaş hızda yemek yiyenlere göre anlamlı derecede daha yüksek iken hızlı yemek yiyenlerin tedavi etkisi alt boyutu puan ortalaması yavaş hızda yemek yiyenlere göre anlamlı derecede daha yüksek ve orta ya da çok hızlı yemek yiyenlerin diyet alt boyutu puan ortalaması yavaş hızda yemek yiyenlere göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 22).

**Tablo 22: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Yemek Yeme Hızları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (devamı)**

SF 36 YKÖ		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p	Fark
Fiziksel fonksiyon	Yavaş	37	53,65	29,146	2,148	0,096	-
	Orta	66	68,41	27,931			
	Hızlı	42	61,43	29,493			
	Çok hızlı	16	62,50	27,019			
Fiziksel rol güçlüğü	Yavaş	37	26,35	36,773	2,761	<b>0,044*</b>	1-2
	Orta	66	50,76	48,431			
	Hızlı	42	39,88	46,871			
	Çok hızlı	16	56,25	51,235			
Emosyonel rol güçlüğü	Yavaş	37	30,63	43,304	0,649	0,585	-
	Orta	66	43,94	47,198			
	Hızlı	42	40,48	48,015			
	Çok hızlı	16	39,58	49,018			
Enerji canlılık vitalite	Yavaş	37	35,14	22,032	1,406	0,243	-
	Orta	66	43,11	20,414			
	Hızlı	42	43,10	21,891			
	Çok hızlı	16	43,44	16,095			
Ruhsal sağlık	Yavaş	37	57,08	18,539	2,763	<b>0,044*</b>	1-2
	Orta	66	65,45	17,690			
	Hızlı	42	57,90	17,272			
	Çok hızlı	16	56,50	16,452			
Sosyal işlevsellik	Yavaş	37	53,38	22,755	2,557	0,057	-
	Orta	66	66,86	28,292			
	Hızlı	42	58,33	29,820			
	Çok hızlı	16	53,13	22,127			
Ağrı	Yavaş	37	53,85	20,930	2,662	<b>0,050*</b>	1-2
	Orta	66	65,72	22,100			
	Hızlı	42	58,87	23,179			
	Çok hızlı	16	57,81	12,645			
Genel sağlık algısı	Yavaş	37	44,73	21,633	1,790	0,151	-
	Orta	66	54,47	23,828			
	Hızlı	42	49,64	20,314			
	Çok hızlı	16	55,31	20,039			
Fiziksel ana boyut	Yavaş	37	44,65	20,407	4,016	<b>0,009*</b>	1-2
	Orta	66	59,84	23,577			
	Hızlı	42	52,46	21,729			
	Çok hızlı	16	57,97	19,161			
Mental ana boyut	Yavaş	37	44,06	19,963	2,144	0,097	-
	Orta	66	54,84	22,998			
	Hızlı	42	49,95	20,836			
	Çok hızlı	16	48,16	15,775			

\*:  $p < 0,05$  \*\*:  $p < 0,01$  \*\*\*:  $p < 0,001$

**Tablo 23: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Yatmadan Önce Yemek Yeme Alışkanlıkları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p	Fark
<b>GÖRH-YKÖ</b>							
Günlük aktivite	Evet	27	52,55	24,191	1,024	0,361	-
	Hayır	81	54,09	27,053			
	Bazen	53	47,70	23,531			
Tedavi etkisi	Evet	27	55,56	33,652	2,699	0,070	-
	Hayır	81	62,96	33,850			
	Bazen	53	49,84	28,936			
Diyet	Evet	27	49,38	32,186	2,254	0,108	-
	Hayır	81	46,19	35,085			
	Bazen	53	35,69	28,040			
Psikolojik iyilik hali	Evet	27	32,87	40,896	0,089	0,914	-
	Hayır	81	35,19	38,074			
	Bazen	53	32,55	36,554			
GÖRH-YK ölçeği	Evet	27	47,59	25,915	1,672	0,191	-
	Hayır	81	49,61	26,463			
	Bazen	53	41,45	23,585			
<b>SF 36 YKÖ</b>							
Fiziksel fonksiyon	Evet	27	61,48	30,629	4,336	<b>0,015*</b>	2-3
	Hayır	81	57,04	30,298			
	Bazen	53	71,70	23,369			
Fiziksel rol güçlüğü	Evet	27	39,81	46,647	0,928	0,398	-
	Hayır	81	39,20	46,256			
	Bazen	53	50,00	47,282			
Emosyonel rol güçlüğü	Evet	27	30,86	45,221	0,582	0,560	-
	Hayır	81	41,98	47,369			
	Bazen	53	40,25	46,390			
Enerji canlılık vitalite	Evet	27	43,70	24,675	3,688	<b>0,027*</b>	2-3
	Hayır	81	37,04	17,280			
	Bazen	53	46,60	22,824			
Ruhsal sağlık	Evet	27	59,56	18,542	0,811	0,446	-
	Hayır	81	59,36	18,193			
	Bazen	53	63,25	17,348			
Sosyal işlevsellik	Evet	27	62,04	27,404	0,500	0,608	-
	Hayır	81	58,02	29,068			
	Bazen	53	62,50	24,880			
Ağrı	Evet	27	57,78	24,713	1,635	0,198	-
	Hayır	81	58,43	21,482			
	Bazen	53	64,81	20,226			
Genel sağlık algısı	Evet	27	55,74	24,912	1,094	0,337	-
	Hayır	81	48,77	20,608			
	Bazen	53	52,17	23,257			
Fiziksel ana boyut	Evet	27	53,70	24,832	2,487	0,086	-
	Hayır	81	50,86	21,651			
	Bazen	53	59,67	22,271			
Mental ana boyut	Evet	27	49,04	22,751	0,640	0,529	-
	Hayır	81	49,10	20,307			
	Bazen	53	53,15	22,404			

\*:  $p < 0,05$  \*\*:  $p < 0,01$  \*\*\*:  $p < 0,001$

Uygulanan One-way ANOVA testi sonucunda, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite, tedavi etkisi, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından gece yatmadan önce yemek yeme alışkanlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ( $p>0,05$ ) fiziksel fonksiyon, vitalite alt boyutları puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre, gece yatmadan önce bazen yemek yiyenlerin fiziksel fonksiyon, vitalite puan ortalamaları gece yatmadan önce yemek yemeyenlere göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 23).

Uygulanan One-way ANOVA testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, tedavi etkisi ve diyet alt boyutları puan ortalamaları bakımından gece yatmadan önce yemek yeme alışkanlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ( $p>0,05$ ) GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite, psikolojik iyilik hali alt boyutu puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre, gece uykudan kalkıp yemek yemeyenlerin GÖRH-YK ölçeği puan ortalaması gece uykudan uyanıp bazen yemek yiyenlere göre anlamlı derecede daha yüksek iken gece uykudan kalkıp yemek yemeyenlerin günlük aktivite ve psikolojik iyilik hali alt boyutu puan ortalaması gece uykudan uyanıp sık sık ya da bazen yemek yiyenlere göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 24).



**Tablo 24: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Uykudan Kalkıp Yemek Yeme Alışkanlıkları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p	Fark
<b>GÖRH-YKÖ</b>							
Günlük aktivite	Evet	11	34,09	26,643	6,182	<b>0,003**</b>	2-1,3
	Hayır	137	54,58	25,351			
	Bazen	13	36,54	12,394			
Tedavi etkisi	Evet	11	54,55	34,433	0,367	0,693	-
	Hayır	137	58,27	33,203			
	Bazen	13	50,64	25,336			
Diyet	Evet	11	40,91	42,074	0,995	0,372	-
	Hayır	137	44,59	32,395			
	Bazen	13	31,41	26,604			
Psikolojik iyilik hali	Evet	11	9,09	26,274	3,723	<b>0,026*</b>	2-1,3
	Hayır	137	37,14	39,147			
	Bazen	13	21,15	17,218			
GERDQOL ölçeği	Evet	11	34,66	21,961	3,068	<b>0,049*</b>	2-3
	Hayır	137	48,64	26,084			
	Bazen	13	34,94	16,629			
<b>SF 36 YKÖ</b>							
Fiziksel fonksiyon	Evet	11	49,09	32,773	1,391	0,252	-
	Hayır	137	63,91	28,367			
	Bazen	13	60,38	29,823			
Fiziksel rol güçlüğü	Evet	11	47,73	50,565	0,073	0,929	-
	Hayır	137	42,34	46,531			
	Bazen	13	44,23	48,038			
Emosyonel rol güçlüğü	Evet	11	9,09	30,151	2,693	0,071	-
	Hayır	137	42,34	47,400			
	Bazen	13	35,90	41,859			
Enerji canlılık vitalite	Evet	11	38,18	19,909	0,370	0,691	-
	Hayır	137	41,17	20,804			
	Bazen	13	45,38	23,758			
Ruhsal sağlık	Evet	11	56,00	20,552	1,753	0,177	-
	Hayır	137	61,75	17,920			
	Bazen	13	53,23	14,641			
Sosyal işlevsellik	Evet	11	48,86	27,073	1,376	0,256	-
	Hayır	137	61,59	27,646			
	Bazen	13	54,81	23,683			
Ağrı	Evet	11	50,23	18,823	1,968	0,143	-
	Hayır	137	61,79	22,439			
	Bazen	13	54,62	12,070			
Genel sağlık algısı	Evet	11	46,82	25,424	2,511	0,084	-
	Hayır	137	52,55	21,575			
	Bazen	13	38,85	24,337			
Fiziksel ana boyut	Evet	11	48,47	26,221	0,749	0,474	-
	Hayır	137	55,15	22,422			
	Bazen	13	49,52	21,991			
Mental ana boyut	Evet	11	38,03	14,706	2,267	0,107	-
	Hayır	137	51,71	21,790			
	Bazen	13	47,33	19,060			

\*:  $p < 0,05$  \*\*:  $p < 0,01$  \*\*\*:  $p < 0,001$

**Tablo 25: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Tani Konulan Başka Bir Hastalık Olma Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük aktivite	Yok	78	51,04	25,130	-0,330	0,742
	Var	83	52,37	25,943		
Tedavi etkisi	Yok	78	56,30	30,778	-0,413	0,680
	Var	83	58,43	34,421		
Diyet	Yok	78	43,80	31,738	0,200	0,842
	Var	83	42,77	33,757		
Psikolojik iyilik hali	Yok	78	31,25	35,570	-0,870	0,386
	Var	83	36,45	39,922		
GÖRH-YK Ölçeği	Yok	78	45,60	24,074	-0,472	0,638
	Var	83	47,51	27,007		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Yok	78	75,71	24,171	6,204	<b>0,000***</b>
	Var	83	50,30	27,545		
Fiziksel rol güçlüğü	Yok	78	54,49	47,115	3,144	<b>0,002**</b>
	Var	83	31,93	43,707		
Emosyonel rol güçlüğü	Yok	78	48,29	47,642	2,336	<b>0,021*</b>
	Var	83	31,33	44,280		
Enerji canlılık vitalite	Yok	78	48,27	18,998	4,318	<b>0,000***</b>
	Var	83	34,76	20,599		
Ruhsal sağlık	Yok	78	64,36	17,551	2,570	<b>0,011*</b>
	Var	83	57,20	17,743		
Sosyal işlevsellik	Yok	78	65,54	25,892	2,451	<b>0,015*</b>
	Var	83	55,12	27,953		
Ağrı	Yok	78	65,10	21,620	2,698	<b>0,008*</b>
	Var	83	56,02	21,040		
Genel sağlık algısı	Yok	78	57,37	21,573	3,619	<b>0,000***</b>
	Var	83	45,12	21,370		
Fiziksel ana boyut	Yok	78	63,17	21,199	5,244	<b>0,000***</b>
	Var	83	45,84	20,705		
Mental ana boyut	Yok	78	56,62	21,079	3,702	<b>0,000***</b>
	Var	83	44,60	20,097		

\*:  $p < 0,05$  \*\*:  $p < 0,01$  \*\*\*:  $p < 0,001$

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite, tedavi etkisi, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından tani konulan başka bir hastalık olma durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ( $p > 0,05$ ) fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut ve mental ana boyut alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p < 0,05$ ). Buna göre, tani konulan başka bir hastalığı olmayanların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut alt boyut

puan ortalamaları doktor tanısı olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 25).

**Tablo 26: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Düzenli İlaç Kullanma Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük aktivite	Evet	77	53,21	25,428	1,543	0,126
	Hayır	19	43,09	26,261		
Tedavi etkisi	Evet	77	56,39	34,621	0,571	0,569
	Hayır	19	51,32	34,724		
Diyet	Evet	77	42,97	31,964	-0,429	0,669
	Hayır	19	46,49	32,432		
Psikolojik iyilik hali	Evet	77	33,12	38,301	0,779	0,441
	Hayır	19	26,97	28,645		
GÖRH-YK Ölçeği	Evet	77	46,42	26,363	0,666	0,507
	Hayır	19	41,97	24,842		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Evet	77	50,52	28,661	-5,091	<b>0,000***</b>
	Hayır	19	79,21	20,018		
Fiziksel rol güçlüğü	Evet	77	31,82	43,422	-2,069	<b>0,041*</b>
	Hayır	19	55,26	47,565		
Emosyonel rol güçlüğü	Evet	77	36,36	45,941	-1,077	0,284
	Hayır	19	49,12	47,620		
Enerji canlılık vitalite	Evet	77	35,13	21,073	-2,373	<b>0,020*</b>
	Hayır	19	47,37	15,579		
Ruhsal sağlık	Evet	77	59,48	17,319	-0,267	0,790
	Hayır	19	60,63	14,622		
Sosyal işlevsellik	Evet	77	54,38	27,563	-2,030	<b>0,045*</b>
	Hayır	19	68,42	24,427		
Ağrı	Evet	77	54,22	19,811	-2,424	<b>0,017*</b>
	Hayır	19	66,45	19,190		
Genel sağlık algısı	Evet	77	45,45	19,854	-0,469	0,640
	Hayır	19	47,89	22,131		
Fiziksel ana boyut	Evet	77	45,50	20,609	-3,196	<b>0,002**</b>
	Hayır	19	62,20	19,480		
Mental ana boyut	Evet	77	46,34	20,447	-1,908	0,059
	Hayır	19	56,39	21,031		

\*: $p<0,05$  \*\*: $p<0,01$  \*\*\*: $p<0,001$

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık, genel sağlık algısı, mental ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite,

tedavi etkisi, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından düzenli ilaç kullanma durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ( $p>0,05$ ) fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, vitalite, sosyal işlevsellik, ağrı ve fiziksel ana boyut alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre, düzenli ilaç kullanmayanların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, vitalite, sosyal işlevsellik, ağrı ve fiziksel ana boyut alt boyut puan ortalamaları düzenli ilaç kullananlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 26).

**Tablo 27: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Düzenli Vitamin/Mineral/Besin Desteği Kullanma Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük aktivite	Evet	18	41,32	25,423	-1,853	0,066
	Hayır	143	53,04	25,273		
Tedavi etkisi	Evet	18	56,48	33,279	-0,127	0,899
	Hayır	143	57,52	32,656		
Diyet	Evet	18	37,04	38,901	-0,858	0,392
	Hayır	143	44,06	31,903		
Psikolojik iyilik hali	Evet	18	22,92	29,158	-1,632	0,115
	Hayır	143	35,31	38,665		
GÖRH-YK Ölçeği	Evet	18	39,44	24,579	-1,260	0,209
	Hayır	143	47,48	25,629		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Evet	18	51,67	26,513	-1,718	0,088
	Hayır	143	63,99	28,922		
Fiziksel rol güçlüğü	Evet	18	26,39	40,649	-1,790	0,087
	Hayır	143	44,93	47,058		
Emosyonel rol güçlüğü	Evet	18	33,33	45,733	-0,599	0,550
	Hayır	143	40,33	46,783		
Enerji canlılık vitalite	Evet	18	29,72	18,979	-2,536	<b>0,012*</b>
	Hayır	143	42,76	20,741		
Ruhsal sağlık	Evet	18	56,00	15,154	-1,172	0,243
	Hayır	143	61,26	18,240		
Sosyal işlevsellik	Evet	18	40,97	23,797	-3,248	<b>0,001**</b>
	Hayır	143	62,59	26,928		
Ağrı	Evet	18	50,42	26,336	-2,093	<b>0,038*</b>
	Hayır	143	61,68	20,859		
Genel sağlık algısı	Evet	18	39,17	23,717	-2,441	<b>0,016*</b>
	Hayır	143	52,55	21,704		
Fiziksel ana boyut	Evet	18	41,91	20,429	-2,493	<b>0,014*</b>
	Hayır	143	55,79	22,462		
Mental ana boyut	Evet	18	40,01	20,342	-2,220	<b>0,028*</b>
	Hayır	143	51,73	21,214		

\*: $p<0,05$  \*\*: $p<0,01$  \*\*\*: $p<0,001$

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite, tedavi etkisi, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından düzenli vitamin/mineral/besin desteği kullanma durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ( $p>0,05$ ) vitalite, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, mental ana boyut ve fiziksel ana boyut alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre, düzenli vitamin/mineral/besin desteği almayanların vitalite, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, mental ana boyut ve fiziksel ana boyut alt boyut puan ortalamaları vitamin desteği alanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 27).

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, , ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, genel sağlık algısı, mental ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite, tedavi etkisi, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından göğüste yanma durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ( $p>0,05$ ) fiziksel fonksiyon, ağrı ve fiziksel ana boyut alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre, göğüste yanma olmayanlarda fiziksel fonksiyon, ağrı ve fiziksel ana boyut alt boyut puan ortalamaları göğüs arkasında yanma olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 28).

**Tablo 28: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Göğüste Yanma Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük aktivite	Var	87	50,25	26,607	-0,796	0,427
	Yok	74	53,46	24,154		
Tedavi etkisi	Var	87	53,83	35,374	-1,537	0,126
	Yok	74	61,60	28,729		
Diyet	Var	87	40,80	34,804	-1,038	0,301
	Yok	74	46,17	30,005		
Psikolojik iyilik hali	Var	87	34,91	39,627	0,360	0,719
	Yok	74	32,77	35,878		
GÖRH-YK ölçeği	Var	87	44,95	28,261	-0,895	0,372
	Yok	74	48,50	22,017		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Var	87	58,45	29,818	-2,003	<b>0,047*</b>
	Yok	74	67,50	27,050		
Fiziksel rol güçlüğü	Var	87	37,36	46,046	-1,631	0,105
	Yok	74	49,32	46,812		
Emosyonel rol güçlüğü	Var	87	37,93	47,188	-0,475	0,635
	Yok	74	41,44	46,099		
Enerji canlılık vitalite	Var	87	39,43	20,957	-1,239	0,217
	Yok	74	43,51	20,768		
Ruhsal sağlık	Var	87	60,97	18,552	0,225	0,822
	Yok	74	60,32	17,351		
Sosyal işlevsellik	Var	87	56,47	28,712	-1,876	0,063
	Yok	74	64,53	25,258		
Ağrı	Var	87	56,15	21,291	-2,758	<b>0,007**</b>
	Yok	74	65,44	21,315		
Genel sağlık algısı	Var	87	47,99	22,702	-1,911	0,058
	Yok	74	54,66	21,331		
Fiziksel ana boyut	Var	87	49,99	23,464	-2,633	<b>0,009**</b>
	Yok	74	59,23	20,624		
Mental ana boyut	Var	87	48,70	22,125	-1,111	0,268
	Yok	74	52,45	20,431		

\*: $p < 0,05$  \*\*: $p < 0,01$  \*\*\*: $p < 0,001$

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, mental ana boyut ve tedavi etkisi alt boyutları puan ortalamaları bakımından yiyeceklerin ağza geri gelmesi durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ( $p > 0,05$ ) vitalite, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p < 0,05$ ). Buna göre, yiyecekler ağzına geri gelmeyenlerin vitalite, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite, diyet ve psikolojik

iyilik hali alt boyut puan ortalamaları yiyecekler ağızına geri gelenlere göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 29).

**Tablo 29: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Yiyeceklerin Ağıza Geri Gelmesi Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük aktivite	Var	119	48,37	24,710	-2,876	<b>0,005**</b>
	Yok	42	61,24	25,519		
Tedavi etkisi	Var	119	55,32	32,288	-1,365	0,174
	Yok	42	63,29	33,235		
Diyet	Var	119	39,71	31,792	-2,362	<b>0,019*</b>
	Yok	42	53,37	33,488		
Psikolojik iyilik hali	Var	119	28,89	35,346	-2,700	<b>0,009*</b>
	Yok	42	48,21	41,372		
GÖRH-YK ölçeği	Var	119	43,07	24,129	-3,006	<b>0,003**</b>
	Yok	42	56,53	27,165		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Var	119	61,01	29,137	-1,186	0,237
	Yok	42	67,14	27,853		
Fiziksel rol güçlüğü	Var	119	40,13	45,823	-1,253	0,212
	Yok	42	50,60	48,605		
Emosyonel rol güçlüğü	Var	119	36,41	45,719	-1,440	0,152
	Yok	42	48,41	48,390		
Enerji canlılık vitalite	Var	119	39,12	20,663	-2,263	<b>0,025*</b>
	Yok	42	47,50	20,579		
Ruhsal sağlık	Var	119	59,33	18,169	-1,605	0,110
	Yok	42	64,48	16,975		
Sosyal işlevsellik	Var	119	59,98	28,308	-0,149	0,882
	Yok	42	60,71	24,935		
Ağrı	Var	119	58,26	21,109	-2,149	<b>0,033*</b>
	Yok	42	66,55	22,571		
Genel sağlık algısı	Var	119	48,74	21,748	-2,250	<b>0,026*</b>
	Yok	42	57,62	22,665		
Fiziksel ana boyut	Var	119	52,03	21,861	-2,103	<b>0,037*</b>
	Yok	42	60,48	23,796		
Mental ana boyut	Var	119	48,71	21,112	-1,722	0,087
	Yok	42	55,28	21,641		

\*:p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*:p<0,001

**Tablo 30: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Göğüs Ağrısı Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük aktivite	Var	67	44,59	24,398	-3,079	<b>0,002**</b>
	Yok	94	56,82	25,134		
Tedavi etkisi	Var	67	51,99	35,298	-1,789	0,075
	Yok	94	61,26	30,175		
Diyet	Var	67	40,80	35,150	-0,810	0,419
	Yok	94	45,04	30,899		
Psikolojik iyilik hali	Var	67	26,87	37,072	-2,018	<b>0,045*</b>
	Yok	94	38,96	37,784		
GÖRH-YK ölçeği	Var	67	41,06	26,673	-2,346	<b>0,020*</b>
	Yok	94	50,52	24,124		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Var	67	59,03	31,094	-1,332	0,185
	Yok	94	65,16	27,015		
Fiziksel rol güçlüğü	Var	67	37,69	46,745	-1,189	0,236
	Yok	94	46,54	46,461		
Emosyonel rol güçlüğü	Var	67	39,80	46,868	0,059	0,953
	Yok	94	39,36	46,621		
Enerji canlılık vitalite	Var	67	38,43	18,914	-1,477	0,142
	Yok	94	43,35	22,087		
Ruhsal sağlık	Var	67	58,27	17,550	-1,438	0,152
	Yok	94	62,38	18,140		
Sosyal işlevsellik	Var	67	56,34	28,980	-1,503	0,135
	Yok	94	62,90	26,018		
Ağrı	Var	67	54,93	22,458	-2,763	<b>0,006**</b>
	Yok	94	64,34	20,439		
Genel sağlık algısı	Var	67	46,19	21,393	-2,373	<b>0,019*</b>
	Yok	94	54,52	22,337		
Fiziksel ana boyut	Var	67	49,46	22,717	-2,292	<b>0,023*</b>
	Yok	94	57,64	22,032		
Mental ana boyut	Var	67	48,21	20,702	-1,109	0,269
	Yok	94	52,00	21,823		

\*:p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*:p<0,001

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, mental ana boyut, tedavi etkisi, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından göğüs ağrısı durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken (p>0,05) ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite ve psikolojik iyilik hali alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Buna göre, göğüs ağrısı olmayanlarda ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite ve psikolojik iyilik hali alt boyut puan ortalamaları göğüs ağrısı olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 30).



**Tablo 31: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Yutma Güçlüğü Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük aktivite	Var	55	41,93	24,925	-3,646	<b>0,000***</b>
	Yok	106	56,81	24,362		
Tedavi etkisi	Var	55	47,42	33,135	-2,857	<b>0,005**</b>
	Yok	106	62,58	31,270		
Diyet	Var	55	35,30	33,830	-2,256	<b>0,025*</b>
	Yok	106	47,41	31,463		
Psikolojik iyilik hali	Var	55	19,77	32,693	-3,724	<b>0,000***</b>
	Yok	106	41,27	38,389		
GÖRH-YK ölçeği	Var	55	36,11	23,478	-3,908	<b>0,000***</b>
	Yok	106	52,02	25,004		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Var	55	58,09	30,054	-1,436	0,153
	Yok	106	64,95	28,060		
Fiziksel rol güçlüğü	Var	55	37,27	44,324	-1,121	0,264
	Yok	106	45,75	47,743		
Emosyonel rol güçlüğü	Var	55	31,52	44,174	-1,619	0,108
	Yok	106	43,71	47,445		
Enerji canlılık vitalite	Var	55	38,36	19,222	-1,288	0,200
	Yok	106	42,83	21,658		
Ruhsal sağlık	Var	55	59,42	17,117	-0,636	0,525
	Yok	106	61,32	18,423		
Sosyal işlevsellik	Var	55	51,82	27,787	-2,848	<b>0,005**</b>
	Yok	106	64,50	26,285		
Ağrı	Var	55	55,50	19,504	-2,090	<b>0,038*</b>
	Yok	106	62,97	22,475		
Genel sağlık algısı	Var	55	50,91	22,050	-0,060	0,952
	Yok	106	51,13	22,480		
Fiziksel ana boyut	Var	55	50,44	22,840	-1,539	0,126
	Yok	106	56,20	22,350		
Mental ana boyut	Var	55	45,28	21,026	-2,226	<b>0,027*</b>
	Yok	106	53,09	21,169		

\*: $p<0,05$  \*\*: $p<0,01$  \*\*\*: $p<0,001$

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, genel sağlık algısı ve fiziksel ana boyut alt boyutları puan ortalamaları bakımından yutma güçlüğü durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ( $p>0,05$ ) sosyal işlevsellik, ağrı, mental ana boyut, GÖRH-YKÖ ölçeği, günlük aktivite, tedavi etkisi, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre, yutma güçlüğü yaşamayanlarda sosyal işlevsellik, ağrı, mental ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite, tedavi etkisi, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyut puan

ortalamları yutma güçlüğü yaşayanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 31).

**Tablo 32: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Boğazda Yanma Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük aktivite	Var	89	48,84	24,904	-1,606	0,110
	Yok	72	55,30	25,906		
Tedavi etkisi	Var	89	54,12	31,436	-1,424	0,156
	Yok	72	61,46	33,812		
Diyet	Var	89	42,88	33,228	-0,167	0,868
	Yok	72	43,75	32,252		
Psikolojik iyilik hali	Var	89	29,07	36,820	-1,823	0,070
	Yok	72	39,93	38,493		
GÖRH-YK ölçeği	Var	89	43,73	24,963	-1,581	0,116
	Yok	72	50,11	26,034		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Var	89	60,22	29,942	-1,167	0,245
	Yok	72	65,56	27,355		
Fiziksel rol güçlüğü	Var	89	46,91	47,795	1,228	0,221
	Yok	72	37,85	44,995		
Emosyonel rol güçlüğü	Var	89	38,20	46,480	-0,405	0,686
	Yok	72	41,20	46,972		
Enerji canlılık vitalite	Var	89	40,06	21,631	-0,842	0,401
	Yok	72	42,85	20,015		
Ruhsal sağlık	Var	89	58,38	18,952	-1,811	0,072
	Yok	72	63,50	16,334		
Sosyal işlevsellik	Var	89	59,41	27,969	-0,391	0,697
	Yok	72	61,11	26,830		
Ağrı	Var	89	59,24	21,448	-0,763	0,446
	Yok	72	61,88	22,154		
Genel sağlık algısı	Var	89	51,18	22,651	0,078	0,938
	Yok	72	50,90	21,937		
Fiziksel ana boyut	Var	89	54,39	23,233	0,096	0,924
	Yok	72	54,05	21,985		
Mental ana boyut	Var	89	49,01	21,559	-0,930	0,354
	Yok	72	52,17	21,176		

\*:p<0,05 \*\*:p<0,01 \*\*\*:p<0,001

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite, tedavi etkisi, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından boğazda yanma durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05) (Tablo 32).

**Tablo 33: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Ses Kısıklığı Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		n	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük aktivite	Var	66	50,66	27,580	-0,441	0,660
	Yok	95	52,47	24,038		
Tedavi etkisi	Var	66	54,42	36,638	-0,930	0,354
	Yok	95	59,47	29,541		
Diyet	Var	66	40,40	34,815	-0,927	0,355
	Yok	95	45,26	31,172		
Psikolojik iyilik hali	Var	66	26,33	35,160	-2,188	<b>0,030*</b>
	Yok	95	39,21	38,919		
GÖRH-YK ölçeği	Var	66	42,95	27,174	-1,507	0,134
	Yok	95	49,10	24,213		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Var	66	58,86	29,073	-1,377	0,171
	Yok	95	65,21	28,555		
Fiziksel rol güçlüğü	Var	66	37,12	47,077	-1,304	0,194
	Yok	95	46,84	46,161		
Emosyonel rol güçlüğü	Var	66	33,33	45,667	-1,415	0,159
	Yok	95	43,86	46,955		
Enerji canlılık vitalite	Var	66	36,82	20,730	-2,300	<b>0,023*</b>
	Yok	95	44,42	20,562		
Ruhsal sağlık	Var	66	59,76	17,084	-0,537	0,592
	Yok	95	61,31	18,602		
Sosyal işlevsellik	Var	66	57,20	29,259	-1,149	0,252
	Yok	95	62,24	25,977		
Ağrı	Var	66	55,87	20,487	-2,240	<b>0,026*</b>
	Yok	95	63,58	22,123		
Genel sağlık algısı	Var	66	45,76	22,519	-2,560	<b>0,011*</b>
	Yok	95	54,74	21,442		
Fiziksel ana boyut	Var	66	49,40	21,467	-2,290	<b>0,023*</b>
	Yok	95	57,59	22,891		
Mental ana boyut	Var	66	46,78	20,690	-1,817	0,071
	Yok	95	52,96	21,592		

\*: $p<0,05$  \*\*: $p<0,01$  \*\*\*: $p<0,001$

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, mental ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite, tedavi etkisi ve diyet alt boyutları puan ortalamaları bakımından ses kısıklığı durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ( $p>0,05$ ) vitalite, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre, ses kısıklığı yaşamayanlarda vitalite, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları ses kısıklığı yaşayanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 33).

**Tablo 34: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Boğuk Ses Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		n	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük aktivite	Var	51	48,65	25,543	-1,043	0,298
	Yok	110	53,15	25,442		
Tedavi etkisi	Var	51	53,10	32,701	-1,139	0,256
	Yok	110	59,39	32,542		
Diyet	Var	51	40,36	35,799	-0,768	0,443
	Yok	110	44,62	31,233		
Psikolojik iyilik hali	Var	51	29,41	36,213	-1,031	0,304
	Yok	110	36,02	38,564		
GÖRH-YK ölçeği	Var	51	42,88	25,532	-1,253	0,212
	Yok	110	48,30	25,516		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Var	51	55,00	29,917	-2,309	<b>0,022*</b>
	Yok	110	66,14	27,774		
Fiziksel rol güçlüğü	Var	51	31,37	45,509	-2,151	<b>0,033*</b>
	Yok	110	48,18	46,396		
Emosyonel rol güçlüğü	Var	51	35,29	46,862	-0,787	0,432
	Yok	110	41,52	46,528		
Enerji canlılık vitalite	Var	51	33,33	19,227	-3,401	<b>0,001**</b>
	Yok	110	45,00	20,699		
Ruhsal sağlık	Var	51	56,94	18,393	-1,807	0,073
	Yok	110	62,40	17,567		
Sosyal işlevsellik	Var	51	50,49	30,512	-3,136	<b>0,002**</b>
	Yok	110	64,66	24,703		
Ağrı	Var	51	51,08	18,949	-3,871	<b>0,000***</b>
	Yok	110	64,75	21,660		
Genel sağlık algısı	Var	51	44,12	21,017	-2,747	<b>0,007**</b>
	Yok	110	54,27	22,184		
Fiziksel ana boyut	Var	51	45,39	21,286	-3,495	<b>0,001**</b>
	Yok	110	58,34	22,119		
Mental ana boyut	Var	51	44,01	20,474	-2,637	<b>0,009**</b>
	Yok	110	53,39	21,226		

\*: $p<0,05$  \*\*: $p<0,01$  \*\*\*: $p<0,001$

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite, tedavi etkisi, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından boğuk ses durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ( $p>0,05$ ) fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, vitalite, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut ve mental ana boyut alt boyutları puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre, boğuk ses problemi olmayanların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, vitalite, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut ve mental ana boyut alt

boyutları puan ortalamaları boğuk ses problemi olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 34).

**Tablo 35: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Öksürük Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük aktivite	Var	62	47,93	23,542	-1,501	0,135
	Yok	99	54,10	26,463		
Tedavi etkisi	Var	62	49,73	32,746	-2,396	<b>0,018*</b>
	Yok	99	62,21	31,773		
Diyet	Var	62	40,46	33,736	-0,864	0,389
	Yok	99	45,03	32,075		
Psikolojik iyilik hali	Var	62	29,44	37,198	-1,194	0,234
	Yok	99	36,74	38,167		
GÖRH-YK ölçeği	Var	62	41,89	25,500	-1,857	0,065
	Yok	99	49,52	25,293		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Var	62	61,13	28,764	-0,514	0,608
	Yok	99	63,54	29,008		
Fiziksel rol güçlüğü	Var	62	36,29	45,870	-1,418	0,158
	Yok	99	46,97	46,876		
Emosyonel rol güçlüğü	Var	62	29,03	42,885	-2,354	<b>0,020*</b>
	Yok	99	46,13	47,787		
Enerji canlılık vitalite	Var	62	38,15	19,861	-1,524	0,130
	Yok	99	43,28	21,395		
Ruhsal sağlık	Var	62	59,94	17,481	-0,410	0,682
	Yok	99	61,13	18,322		
Sosyal işlevsellik	Var	62	57,26	26,449	-1,068	0,287
	Yok	99	61,99	27,946		
Ağrı	Var	62	55,81	20,334	-2,155	<b>0,033*</b>
	Yok	99	63,31	22,186		
Genel sağlık algısı	Var	62	48,95	21,002	-0,949	0,344
	Yok	99	52,37	23,028		
Fiziksel ana boyut	Var	62	50,54	21,348	-1,648	0,101
	Yok	99	56,55	23,178		
Mental ana boyut	Var	62	46,09	19,660	-2,054	<b>0,042*</b>
	Yok	99	53,13	22,054		

\*: $p<0,05$  \*\*: $p<0,01$  \*\*\*: $p<0,001$

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından öksürük durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ( $p>0,05$ ) emosyonel rol güçlüğü, ağrı, mental ana boyut ve tedavi etkisi alt boyutları puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre, öksürük

problemi olmayanların emosyonel rol güçlüğü, ağrı, mental ana boyut ve tedavi etkisi alt boyutları puan ortalamaları öksürük problemi olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 35).

**Tablo 36: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Hıçkırık Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		n	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük aktivite	Var	42	45,54	23,731	-1,845	0,067
	Yok	119	53,91	25,812		
Tedavi etkisi	Var	42	50,60	36,319	-1,580	0,116
	Yok	119	59,80	31,022		
Diyet	Var	42	32,34	30,310	-2,563	<b>0,011*</b>
	Yok	119	47,13	32,753		
Psikolojik iyilik hali	Var	42	25,30	33,642	-1,854	0,067
	Yok	119	36,97	38,900		
GÖRH-YK ölçeği	Var	42	38,44	23,486	-2,437	<b>0,016*</b>
	Yok	119	49,46	25,743		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Var	42	56,67	29,085	-1,560	0,121
	Yok	119	64,71	28,592		
Fiziksel rol güçlüğü	Var	42	22,02	39,894	-3,757	<b>0,000***</b>
	Yok	119	50,21	46,770		
Emosyonel rol güçlüğü	Var	42	19,05	38,356	-3,782	<b>0,000***</b>
	Yok	119	46,78	47,204		
Enerji canlılık vitalite	Var	42	36,79	20,207	-1,638	0,103
	Yok	119	42,90	20,997		
Ruhsal sağlık	Var	42	54,86	16,369	-2,479	<b>0,014*</b>
	Yok	119	62,72	18,107		
Sosyal işlevsellik	Var	42	57,74	26,760	-0,668	0,505
	Yok	119	61,03	27,674		
Ağrı	Var	42	51,37	22,177	-3,230	<b>0,002**</b>
	Yok	119	63,61	20,745		
Genel sağlık algısı	Var	42	44,76	20,481	-2,155	<b>0,033*</b>
	Yok	119	53,28	22,525		
Fiziksel ana boyut	Var	42	43,71	19,253	-3,642	<b>0,000***</b>
	Yok	119	57,95	22,610		
Mental ana boyut	Var	42	42,11	17,968	-3,005	<b>0,003**</b>
	Yok	119	53,36	21,779		

\*: $p < 0,05$  \*\*: $p < 0,01$  \*\*\*: $p < 0,001$

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, sosyal işlevsellik, günlük aktivite, tedavi etkisi ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından hıçkırık durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ( $p > 0,05$ ) fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, GÖRH-YK ölçeği ve diyet alt boyutları puan ortalamaları bakımından

istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre, hıçkırık problemi olmayanların fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, GÖRH-YK ölçeği ve diyet alt boyutları puan ortalamaları hıçkırık problemi olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 36).

**Tablo 37: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Ağız Kokusu Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		n	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük aktivite	Var	59	47,93	27,048	-1,441	0,151
	Yok	102	53,92	24,396		
Tedavi etkisi	Var	59	54,38	34,649	-0,894	0,373
	Yok	102	59,15	31,433		
Diyet	Var	59	41,38	33,725	-0,556	0,579
	Yok	102	44,36	32,204		
Psikolojik iyilik hali	Var	59	26,91	36,614	-1,803	0,073
	Yok	102	37,99	38,131		
GÖRH-YK ölçeği	Var	59	42,65	26,512	-1,490	0,138
	Yok	102	48,86	24,851		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Var	59	56,78	29,664	-1,967	0,051
	Yok	102	65,98	27,959		
Fiziksel rol güçlüğü	Var	59	39,83	47,142	-0,625	0,533
	Yok	102	44,61	46,489		
Emosyonel rol güçlüğü	Var	59	40,68	47,973	0,234	0,815
	Yok	102	38,89	45,979		
Enerji canlılık vitalite	Var	59	37,46	22,674	-1,788	0,076
	Yok	102	43,53	19,582		
Ruhsal sağlık	Var	59	59,12	20,411	-0,787	0,433
	Yok	102	61,57	16,412		
Sosyal işlevsellik	Var	59	59,32	30,583	-0,284	0,777
	Yok	102	60,66	25,514		
Ağrı	Var	59	63,05	21,681	1,170	0,244
	Yok	102	58,90	21,731		
Genel sağlık algısı	Var	59	47,97	24,409	-1,343	0,181
	Yok	102	52,84	20,843		
Fiziksel ana boyut	Var	59	51,91	22,294	-0,994	0,322
	Yok	102	55,58	22,797		
Mental ana boyut	Var	59	49,14	23,032	-0,576	0,566
	Yok	102	51,16	20,445		

\*: $p<0,05$  \*\*: $p<0,01$  \*\*\*: $p<0,001$

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite, tedavi etkisi, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları

bakımından ağız kokusu durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 37).

**Tablo 38: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Geçirme Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		n	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük aktivite	Var	85	51,65	24,472	-0,038	0,969
	Yok	76	51,81	26,728		
Tedavi etkisi	Var	85	52,65	34,460	-1,990	<b>0,048*</b>
	Yok	76	62,72	29,767		
Diyet	Var	85	41,18	32,053	-0,859	0,392
	Yok	76	45,61	33,457		
Psikolojik iyilik hali	Var	85	30,44	34,689	-1,227	0,222
	Yok	76	37,83	40,976		
GÖRH-YK ölçeği	Var	85	43,98	24,190	-1,370	0,173
	Yok	76	49,49	26,884		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Var	85	61,18	30,165	-0,665	0,507
	Yok	76	64,21	27,411		
Fiziksel rol güçlüğü	Var	85	38,82	46,050	-1,162	0,247
	Yok	76	47,37	47,184		
Emosyonel rol güçlüğü	Var	85	42,75	47,868	0,922	0,358
	Yok	76	35,96	45,138		
Enerji canlılık vitalite	Var	85	42,12	20,301	0,521	0,603
	Yok	76	40,39	21,660		
Ruhsal sağlık	Var	85	61,60	17,795	0,693	0,489
	Yok	76	59,63	18,198		
Sosyal işlevsellik	Var	85	62,94	28,047	1,361	0,176
	Yok	76	57,07	26,484		
Ağrı	Var	85	61,38	22,748	0,593	0,554
	Yok	76	59,34	20,645		
Genel sağlık algısı	Var	85	53,12	21,602	1,245	0,215
	Yok	76	48,75	22,907		
Fiziksel ana boyut	Var	85	53,63	21,908	-0,361	0,718
	Yok	76	54,92	23,505		
Mental ana boyut	Var	85	52,35	20,898	1,212	0,227
	Yok	76	48,27	21,842		

\*: $p<0,05$  \*\*: $p<0,01$  \*\*\*: $p<0,001$

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından geçirme durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ( $p>0,05$ ) tedavi etkisi alt boyutu puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre, geçirme



problemi olmayanların tedavi etkisi alt boyutu puan ortalaması geçirme problemi olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 38).

**Tablo 39: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Boğazda Yumru Olması Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		n	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük aktivite	Var	60	42,97	25,222	-3,476	<b>0,001**</b>
	Yok	101	56,93	24,293		
Tedavi etkisi	Var	60	51,67	35,746	-1,730	0,086
	Yok	101	60,81	30,289		
Diyet	Var	60	38,61	34,272	-1,398	0,164
	Yok	101	46,04	31,570		
Psikolojik iyilik hali	Var	60	24,58	36,241	-2,452	<b>0,015*</b>
	Yok	101	39,48	37,862		
GÖRH-YK ölçeği	Var	60	39,46	27,118	-2,782	<b>0,006**</b>
	Yok	101	50,81	23,735		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Var	60	59,17	29,345	-1,168	0,244
	Yok	101	64,65	28,498		
Fiziksel rol güçlüğü	Var	60	35,00	45,380	-1,657	0,100
	Yok	101	47,52	46,971		
Emosyonel rol güçlüğü	Var	60	35,56	46,280	-0,837	0,404
	Yok	101	41,91	46,822		
Enerji canlılık vitalite	Var	60	37,00	20,047	-2,033	<b>0,044*</b>
	Yok	101	43,86	21,082		
Ruhsal sağlık	Var	60	58,27	17,573	-1,312	0,191
	Yok	101	62,10	18,116		
Sosyal işlevsellik	Var	60	56,46	29,337	-1,329	0,186
	Yok	101	62,38	26,071		
Ağrı	Var	60	57,04	21,528	-1,526	0,129
	Yok	101	62,43	21,718		
Genel sağlık algısı	Var	60	49,25	21,069	-0,792	0,429
	Yok	101	52,13	22,982		
Fiziksel ana boyut	Var	60	50,11	23,197	-1,794	0,075
	Yok	101	56,68	22,011		
Mental ana boyut	Var	60	46,82	21,323	-1,657	0,100
	Yok	101	52,56	21,229		

\*:  $p < 0,05$  \*\*:  $p < 0,01$  \*\*\*:  $p < 0,001$

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, tedavi etkisi ve diyet alt boyutları puan ortalamaları bakımından boğazda yumru olması durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ( $p > 0,05$ ) vitalite, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p < 0,05$ ). Buna

göre, boğazda yumru problemi olmayanların vitalite, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları boğazda yumru problemi olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 39).

**Tablo 40: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Bulantı Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		n	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük aktivite	Var	91	48,73	23,634	-1,680	0,095
	Yok	70	55,63	27,381		
Tedavi etkisi	Var	91	54,03	33,156	-1,501	0,135
	Yok	70	61,79	31,613		
Diyet	Var	91	38,55	33,854	-2,110	<b>0,036*</b>
	Yok	70	49,40	30,274		
Psikolojik iyilik hali	Var	91	28,02	35,811	-2,287	<b>0,023*</b>
	Yok	70	41,61	39,283		
GÖRH-YK ölçeği	Var	91	42,33	24,553	-2,441	<b>0,016*</b>
	Yok	70	52,11	25,972		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Var	91	59,07	29,192	-1,789	0,076
	Yok	70	67,21	27,932		
Fiziksel rol güçlüğü	Var	91	39,01	45,827	-1,195	0,234
	Yok	70	47,86	47,538		
Emosyonel rol güçlüğü	Var	91	36,26	45,717	-1,019	0,310
	Yok	70	43,81	47,665		
Enerji canlılık vitalite	Var	91	39,29	21,738	-1,401	0,163
	Yok	70	43,93	19,614		
Ruhsal sağlık	Var	91	59,16	18,277	-1,215	0,226
	Yok	70	62,63	17,467		
Sosyal işlevsellik	Var	91	56,87	28,214	-1,756	0,081
	Yok	70	64,46	25,858		
Ağrı	Var	91	57,34	22,035	-2,074	<b>0,040*</b>
	Yok	70	64,43	20,822		
Genel sağlık algısı	Var	91	47,14	22,499	-2,587	<b>0,011*</b>
	Yok	70	56,14	21,045		
Fiziksel ana boyut	Var	91	50,64	21,681	-2,333	<b>0,021*</b>
	Yok	70	58,91	23,096		
Mental ana boyut	Var	91	47,90	21,327	-1,720	0,087
	Yok	70	53,71	21,150		

\*:  $p < 0,05$  \*\*:  $p < 0,01$  \*\*\*:  $p < 0,001$

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, mental ana boyut, günlük aktivite ve tedavi etkisi alt boyutları puan ortalamaları bakımından bulantı durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ( $p > 0,05$ ) ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından

istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre, bulantı problemi olmayanların ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bulantı problemi olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 40).

**Tablo 41: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Kusma Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		n	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük aktivite	Var	41	43,45	23,674	-2,448	<b>0,015*</b>
	Yok	120	54,56	25,552		
Tedavi etkisi	Var	41	49,39	30,069	-1,835	0,068
	Yok	120	60,14	33,126		
Diyet	Var	41	29,27	32,174	-3,271	<b>0,001**</b>
	Yok	120	48,06	31,603		
Psikolojik iyilik hali	Var	41	19,51	28,784	-3,360	<b>0,001**</b>
	Yok	120	38,85	39,389		
GÖRH-YK ölçeği	Var	41	35,40	22,635	-3,344	<b>0,001**</b>
	Yok	120	50,40	25,472		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Var	41	65,24	27,725	0,676	0,500
	Yok	120	61,71	29,281		
Fiziksel rol güçlüğü	Var	41	39,02	45,432	-0,608	0,544
	Yok	120	44,17	47,160		
Emosyonel rol güçlüğü	Var	41	36,59	46,431	-0,470	0,639
	Yok	120	40,56	46,779		
Enerji canlılık vitalite	Var	41	42,68	18,745	0,488	0,626
	Yok	120	40,83	21,648		
Ruhsal sağlık	Var	41	61,95	17,067	0,528	0,598
	Yok	120	60,23	18,299		
Sosyal işlevsellik	Var	41	56,40	26,089	-1,020	0,309
	Yok	120	61,46	27,813		
Ağrı	Var	41	60,00	20,999	-0,143	0,887
	Yok	120	60,56	22,069		
Genel sağlık algısı	Var	41	47,44	21,798	-1,207	0,229
	Yok	120	52,29	22,378		
Fiziksel ana boyut	Var	41	52,93	20,430	-0,428	0,669
	Yok	120	54,68	23,377		
Mental ana boyut	Var	41	49,41	19,061	-0,352	0,725
	Yok	120	50,77	22,181		

\*: $p<0,05$  \*\*: $p<0,01$  \*\*\*: $p<0,001$

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut ve tedavi etkisi alt boyutları puan ortalamaları bakımından kusma durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ( $p>0,05$ ) GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite, diyet

ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre, kusma problemi olmayanların GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları kusma problemi olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 41).

**Tablo 42: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Hastalığın Günlük Yaşamı Etkileme Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		n	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük aktivite	Evet	99	45,74	23,646	-3,935	<b>0,000***</b>
	Hayır	62	61,29	25,566		
Tedavi etkisi	Evet	99	53,03	33,681	-2,173	<b>0,031*</b>
	Hayır	62	64,38	29,805		
Diyet	Evet	99	38,38	32,315	-2,433	<b>0,016*</b>
	Hayır	62	51,08	32,026		
Psikolojik iyilik hali	Evet	99	25,88	33,084	-3,350	<b>0,001*</b>
	Hayır	62	46,77	41,546		
GÖRH-YK ölçeği	Evet	99	40,76	23,652	-3,802	<b>0,000***</b>
	Hayır	62	55,88	25,938		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Evet	99	59,34	29,534	-1,828	0,069
	Hayır	62	67,82	27,140		
Fiziksel rol güçlüğü	Evet	99	38,89	44,924	-1,341	0,182
	Hayır	62	49,19	48,958		
Emosyonel rol güçlüğü	Evet	99	36,70	46,290	-0,979	0,329
	Hayır	62	44,09	47,053		
Enerji canlılık vitalite	Evet	99	39,90	20,178	-1,078	0,282
	Hayır	62	43,55	21,998		
Ruhsal sağlık	Evet	99	60,32	17,913	-0,309	0,757
	Hayır	62	61,23	18,159		
Sosyal işlevsellik	Evet	99	57,95	27,226	-1,300	0,195
	Hayır	62	63,71	27,508		
Ağrı	Evet	99	56,89	21,961	-2,649	<b>0,009**</b>
	Hayır	62	66,05	20,303		
Genel sağlık algısı	Evet	99	47,17	22,758	-2,859	<b>0,005**</b>
	Hayır	62	57,26	20,116		
Fiziksel ana boyut	Evet	99	50,57	20,791	-2,551	<b>0,012*</b>
	Hayır	62	60,08	24,298		
Mental ana boyut	Evet	99	48,72	20,324	-1,280	0,202
	Hayır	62	53,14	22,872		

\*:  $p<0,05$  \*\*:  $p<0,01$  \*\*\*:  $p<0,001$

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, mental ana boyut puan ortalamaları bakımından hastalığın günlük yaşantısını etkileme durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ( $p>0,05$ ) ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite, tedavi etkisi, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre, hastalığı

günlük yaşamını etkilemeyenlerin ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite, tedavi etkisi, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları hastalığı günlük yaşamını etkileyenlere göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 42).

**Tablo 43: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Hastalığın İş Yaşantısını Etkileme Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük aktivite	Evet	39	42,55	24,571	-2,632	<b>0,009**</b>
	Hayır	122	54,66	25,162		
Tedavi etkisi	Evet	39	52,14	30,810	-1,159	0,248
	Hayır	122	59,08	33,126		
Diyet	Evet	39	36,97	32,263	-1,388	0,167
	Hayır	122	45,29	32,707		
Psikolojik iyilik hali	Evet	39	23,08	31,484	-2,324	0,023
	Hayır	122	37,40	39,151		
GÖRH-YK ölçeği	Evet	39	38,68	24,011	-2,245	<b>0,026*</b>
	Hayır	122	49,11	25,626		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Evet	39	61,67	31,713	-0,234	0,816
	Hayır	122	62,91	28,004		
Fiziksel rol güçlüğü	Evet	39	30,13	40,628	-2,149	<b>0,035*</b>
	Hayır	122	46,93	47,844		
Emosyonel rol güçlüğü	Evet	39	25,64	40,074	-2,371	<b>0,020*</b>
	Hayır	122	43,99	47,772		
Enerji canlılık vitalite	Evet	39	40,51	18,524	-0,271	0,787
	Hayır	122	41,56	21,676		
Ruhsal sağlık	Evet	39	57,03	15,993	-1,461	0,146
	Hayır	122	61,84	18,450		
Sosyal işlevsellik	Evet	39	54,81	21,193	-1,650	0,102
	Hayır	122	61,89	28,965		
Ağrı	Evet	39	52,69	18,276	-2,595	<b>0,010*</b>
	Hayır	122	62,89	22,238		
Genel sağlık algısı	Evet	39	48,72	17,003	-0,890	0,376
	Hayır	122	51,80	23,715		
Fiziksel ana boyut	Evet	39	48,30	18,492	-2,147	<b>0,035*</b>
	Hayır	122	56,13	23,534		
Mental ana boyut	Evet	39	44,50	15,638	-2,416	<b>0,018*</b>
	Hayır	122	52,32	22,643		

\*:  $p < 0,05$  \*\*:  $p < 0,01$  \*\*\*:  $p < 0,001$

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, genel sağlık algısı, tedavi etkisi, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından hastalığın iş yaşantısını etkileme durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ( $p > 0,05$ ) fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, ağrı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite alt boyutları puan ortalamaları

bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre, hastalığı iş yaşantısını etkilemeyenlerin fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, ağrı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite alt boyutları puan ortalamaları hastalığı iş yaşantısını etkileyenlere göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 43).

**Tablo 44: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Hastalığın Arkadaşlarıyla İlişisini Etkileme Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		n	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük aktivite	Evet	26	37,50	24,890	-3,198	<b>0,002**</b>
	Hayır	135	54,47	24,756		
Tedavi etkisi	Evet	26	48,08	35,222	-1,599	0,112
	Hayır	135	59,20	31,924		
Diyet	Evet	26	32,37	31,120	-1,871	0,063
	Hayır	135	45,37	32,684		
Psikolojik iyilik hali	Evet	26	25,00	33,541	-1,317	0,190
	Hayır	135	35,65	38,498		
GÖRH-YK ölçeği	Evet	26	35,74	25,183	-2,397	<b>0,018*</b>
	Hayır	135	48,67	25,197		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Evet	26	58,65	32,697	-0,762	0,447
	Hayır	135	63,37	28,118		
Fiziksel rol güçlüğü	Evet	26	33,65	44,126	-1,149	0,258
	Hayır	135	44,63	47,058		
Emosyonel rol güçlüğü	Evet	26	26,92	40,021	-1,701	0,097
	Hayır	135	41,98	47,484		
Enerji canlılık vitalite	Evet	26	36,73	17,085	-1,220	0,224
	Hayır	135	42,19	21,507		
Ruhsal sağlık	Evet	26	55,69	16,275	-1,551	0,123
	Hayır	135	61,63	18,162		
Sosyal işlevsellik	Evet	26	47,12	25,077	-2,706	<b>0,008**</b>
	Hayır	135	62,69	27,189		
Ağrı	Evet	26	49,90	17,356	-2,748	<b>0,007**</b>
	Hayır	135	62,44	21,964		
Genel sağlık algısı	Evet	26	42,50	19,660	-2,164	<b>0,032*</b>
	Hayır	135	52,70	22,425		
Fiziksel ana boyut	Evet	26	46,18	21,869	-2,003	<b>0,047*</b>
	Hayır	135	55,79	22,502		
Mental ana boyut	Evet	26	41,62	16,345	-2,826	<b>0,007**</b>
	Hayır	135	52,12	21,863		

\*:  $p<0,05$  \*\*:  $p<0,01$  \*\*\*:  $p<0,001$

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, tedavi etkisi, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından hastalığın arkadaşlarıyla ilişkisini etkileme durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ( $p>0,05$ ) sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite alt boyutları

puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre, hastalığı arkadaşlarıyla ilişkisini etkilemeyenlerin sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite alt boyutları puan ortalamaları hastalığı arkadaşlarıyla ilişkisini etkileyenlere göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 44).

**Tablo 45: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Hastalığın Aile İçi İlişkileri Etkileme Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		n	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük aktivite	Evet	35	41,43	26,574	-2,758	<b>0,006**</b>
	Hayır	126	54,59	24,516		
Tedavi etkisi	Evet	35	46,90	32,343	-2,177	<b>0,031*</b>
	Hayır	126	60,32	32,222		
Diyet	Evet	35	28,57	29,169	-3,086	<b>0,002**</b>
	Hayır	126	47,35	32,552		
Psikolojik iyilik hali	Evet	35	22,14	29,872	-2,452	<b>0,017*</b>
	Hayır	126	37,20	39,258		
GÖRH-YK ölçeği	Evet	35	34,76	23,769	-3,179	<b>0,002**</b>
	Hayır	126	49,87	25,159		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Evet	35	53,29	31,294	-2,187	<b>0,030*</b>
	Hayır	126	65,20	27,708		
Fiziksel rol güçlüğü	Evet	35	31,43	43,447	-1,726	0,090
	Hayır	126	46,03	47,161		
Emosyonel rol güçlüğü	Evet	35	26,67	42,626	-1,973	0,053
	Hayır	126	43,12	47,153		
Enerji canlılık vitalite	Evet	35	35,86	20,810	-1,754	0,081
	Hayır	126	42,82	20,761		
Ruhsal sağlık	Evet	35	57,60	17,031	-1,145	0,254
	Hayır	126	61,52	18,179		
Sosyal işlevsellik	Evet	35	50,00	22,071	-2,892	<b>0,005**</b>
	Hayır	126	63,00	28,125		
Ağrı	Evet	35	50,14	20,400	-3,255	<b>0,001**</b>
	Hayır	126	63,27	21,304		
Genel sağlık algısı	Evet	35	46,57	17,978	-1,350	0,179
	Hayır	126	52,30	23,226		
Fiziksel ana boyut	Evet	35	45,36	21,950	-2,676	<b>0,008**</b>
	Hayır	126	56,70	22,256		
Mental ana boyut	Evet	35	42,53	16,998	-2,899	<b>0,005**</b>
	Hayır	126	52,61	22,005		

\*:  $p<0,05$  \*\*:  $p<0,01$  \*\*\*:  $p<0,001$

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık ve genel sağlık algısı alt boyutları puan ortalamaları bakımından hastalığın aile içi ilişkisini etkileme durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ( $p>0,05$ ) fiziksel fonksiyon, sosyal

işlevsellik, ağrı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite, tedavi etkisi, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre, hastalığı aile içi ilişkisini etkilemeyenlerin fiziksel fonksiyon, sosyal işlevsellik, ağrı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite, tedavi etkisi, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları hastalığı aile içi ilişkisini etkileyenlere göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 45).

**Tablo 46: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Baharath Yiyeceklerin Şikayeti Artırma Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		n	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük aktivite	Var	105	48,84	25,255	-1,987	<b>0,049*</b>
	Yok	56	57,14	25,238		
Tedavi etkisi	Var	105	52,86	32,519	-2,458	<b>0,015*</b>
	Yok	56	65,92	31,353		
Diyet	Var	105	39,76	31,186	-1,880	0,062
	Yok	56	49,85	34,688		
Psikolojik iyilik hali	Var	105	30,36	36,807	-1,648	0,101
	Yok	56	40,63	39,186		
GÖRH-YK ölçeği	Var	105	42,95	25,731	-2,506	<b>0,013*</b>
	Yok	56	53,39	24,026		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Var	105	62,81	28,096	0,121	0,904
	Yok	56	62,23	30,465		
Fiziksel rol güçlüğü	Var	105	41,90	45,533	-0,346	0,730
	Yok	56	44,64	49,016		
Emosyonel rol güçlüğü	Var	105	36,19	45,082	-1,221	0,225
	Yok	56	45,83	49,057		
Enerji canlılık vitalite	Var	105	41,52	20,987	0,182	0,856
	Yok	56	40,89	20,935		
Ruhsal sağlık	Var	105	60,50	17,121	-0,169	0,866
	Yok	56	61,00	19,585		
Sosyal işlevsellik	Var	105	59,64	26,474	-0,334	0,739
	Yok	56	61,16	29,260		
Ağrı	Var	105	59,64	20,975	-0,619	0,537
	Yok	56	61,88	23,224		
Genel sağlık algısı	Var	105	49,19	20,941	-1,461	0,146
	Yok	56	54,55	24,370		
Fiziksel ana boyut	Var	105	53,39	21,606	-0,651	0,516
	Yok	56	55,83	24,515		
Mental ana boyut	Var	105	49,46	20,312	-0,779	0,437
	Yok	56	52,22	23,336		

\*: $p<0,05$  \*\*: $p<0,01$  \*\*\*: $p<0,001$



Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından baharatlı yiyeceklerin şikayeti artırma durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ( $p>0,05$ ) GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite ve tedavi etkisi alt boyutları puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre, baharatlı yiyeceklerin şikayetlerini artırmadığını söyleyenlerin GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite ve tedavi etkisi alt boyutları puan ortalamaları baharatlı yiyeceklerin şikayeti artırdığını ifade edenlere göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 46).

**Tablo 47: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Kahvenin Şikayeti Artırma Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		n	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük aktivite	Var	51	47,98	25,798	-1,274	0,205
	Yok	110	53,47	25,261		
Tedavi etkisi	Var	51	53,92	32,675	-0,921	0,358
	Yok	110	59,02	32,621		
Diyet	Var	51	35,13	28,201	-2,331	<b>0,021*</b>
	Yok	110	47,05	34,044		
Psikolojik iyilik hali	Var	51	28,68	36,426	-1,201	0,232
	Yok	110	36,36	38,408		
GÖRH-YK ölçeği	Var	51	41,43	24,744	-1,754	0,081
	Yok	110	48,97	25,698		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Var	51	72,25	26,801	2,958	<b>0,004**</b>
	Yok	110	58,14	28,782		
Fiziksel rol güçlüğü	Var	51	44,61	48,558	0,323	0,747
	Yok	110	42,05	45,927		
Emosyonel rol güçlüğü	Var	51	42,48	46,226	0,544	0,587
	Yok	110	38,18	46,888		
Enerji canlılık vitalite	Var	51	44,80	18,137	1,451	0,149
	Yok	110	39,68	21,960		
Ruhsal sağlık	Var	51	60,31	16,470	-0,171	0,864
	Yok	110	60,84	18,676		
Sosyal işlevsellik	Var	51	63,73	26,723	1,122	0,264
	Yok	110	58,52	27,664		
Ağrı	Var	51	61,13	19,952	0,281	0,779
	Yok	110	60,09	22,598		
Genel sağlık algısı	Var	51	53,82	22,552	1,074	0,284
	Yok	110	49,77	22,117		
Fiziksel ana boyut	Var	51	57,95	22,087	1,425	0,156
	Yok	110	52,51	22,747		
Mental ana boyut	Var	51	52,83	18,923	0,973	0,332
	Yok	110	49,31	22,422		

\*: $p<0,05$  \*\*: $p<0,01$  \*\*\*: $p<0,001$

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite, tedavi etkisi ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından kahvenin şikayeti artırma durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ( $p>0,05$ ) fiziksel fonksiyon ve diyet alt boyutları puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre, kahvenin şikayeti artırmadığını söyleyenlerin fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalaması kahvenin şikayeti artırdığını söyleyenlere göre anlamlı derecede daha düşük iken kahvenin şikayeti artırmadığını söyleyenlerin fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalaması kahvenin şikayeti artırdığını söyleyenlere göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 47).

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, tedavi etkisi ve diyet alt boyutları puan ortalamaları bakımından çayın şikayeti artırma durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ( $p>0,05$ ) günlük aktivite ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre, çayın şikayeti artırmadığını söyleyenlerin günlük aktivite ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları çayın şikayeti artırdığını söyleyenlere göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 48).

**Tablo 48: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Çayın Şikayeti Artırma Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		n	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük aktivite	Var	47	44,81	25,070	-2,238	<b>0,027*</b>
	Yok	114	54,58	25,207		
Tedavi etkisi	Var	47	50,18	33,983	-1,817	0,071
	Yok	114	60,38	31,719		
Diyet	Var	47	42,20	33,033	-0,267	0,790
	Yok	114	43,71	32,692		
Psikolojik iyilik hali	Var	47	25,00	34,083	-2,047	<b>0,043*</b>
	Yok	114	37,61	38,840		
GÖRH-YK ölçeği	Var	47	40,55	25,715	-1,940	0,054
	Yok	114	49,07	25,197		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Var	47	61,06	30,395	-0,435	0,664
	Yok	114	63,25	28,300		
Fiziksel rol güçlüğü	Var	47	39,36	46,551	-0,609	0,543
	Yok	114	44,30	46,804		
Emosyonel rol güçlüğü	Var	47	36,88	44,632	-0,465	0,643
	Yok	114	40,64	47,506		
Enerji canlılık vitalite	Var	47	42,87	20,343	0,610	0,543
	Yok	114	40,66	21,187		
Ruhsal sağlık	Var	47	62,21	17,826	0,698	0,486
	Yok	114	60,04	18,050		
Sosyal işlevsellik	Var	47	59,04	22,827	-0,335	0,738
	Yok	114	60,64	29,149		
Ağrı	Var	47	59,79	22,011	-0,236	0,814
	Yok	114	60,68	21,716		
Genel sağlık algısı	Var	47	52,13	19,046	0,391	0,696
	Yok	114	50,61	23,529		
Fiziksel ana boyut	Var	47	53,09	22,834	-0,413	0,680
	Yok	114	54,71	22,607		
Mental ana boyut	Var	47	50,25	18,768	-0,070	0,944
	Yok	114	50,49	22,446		

\*:p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*:p<0,001

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, günlük aktivite ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından yağlı yiyeceklerin şikayeti artırma durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken (p>0,05) GÖRH-YK ölçeği, diyet ve tedavi etkisi alt boyutları puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Buna göre, yağlı yiyeceklerin şikayeti artırmadığını söyleyenlerin GÖRH-YK ölçeği, diyet ve tedavi etkisi alt boyutları puan ortalamaları yağlı yiyeceklerin şikayeti artırdığını ifade edenlere göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 49).

**Tablo 49: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Yağlı Yiyeceklerin Şikayeti Artırma Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		n	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük aktivite	Var	102	49,51	25,195	-1,457	0,147
	Yok	59	55,56	25,731		
Tedavi etkisi	Var	102	52,70	31,513	-2,444	<b>0,016*</b>
	Yok	59	65,54	33,170		
Diyet	Var	102	38,48	31,159	-2,484	<b>0,014*</b>
	Yok	59	51,55	33,885		
Psikolojik iyilik hali	Var	102	30,64	35,947	-1,409	0,162
	Yok	59	39,62	40,614		
GÖRH-YK ölçeği	Var	102	42,83	24,949	-2,487	<b>0,014*</b>
	Yok	59	53,07	25,527		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Var	102	61,72	29,345	-0,515	0,607
	Yok	59	64,15	28,149		
Fiziksel rol güçlüğü	Var	102	42,89	46,456	0,012	0,990
	Yok	59	42,80	47,355		
Emosyonel rol güçlüğü	Var	102	41,18	46,948	0,583	0,560
	Yok	59	36,72	46,194		
Enerji canlılık vitalite	Var	102	40,83	20,718	-0,375	0,708
	Yok	59	42,12	21,379		
Ruhsal sağlık	Var	102	59,18	17,570	-1,392	0,166
	Yok	59	63,25	18,472		
Sosyal işlevsellik	Var	102	59,07	27,654	-0,670	0,504
	Yok	59	62,08	27,066		
Ağrı	Var	102	58,92	22,481	-1,151	0,252
	Yok	59	63,01	20,314		
Genel sağlık algısı	Var	102	49,46	21,651	-1,197	0,233
	Yok	59	53,81	23,218		
Fiziksel ana boyut	Var	102	53,25	22,831	-0,728	0,468
	Yok	59	55,94	22,323		
Mental ana boyut	Var	102	50,06	21,153	-0,279	0,780
	Yok	59	51,04	21,936		

\*: $p < 0,05$  \*\*: $p < 0,01$  \*\*\*: $p < 0,001$

**Tablo 50: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Asit ve Gazlı İçeceklerin Şikayeti Artırma Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		n	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük aktivite	Var	79	51,50	24,117	-0,109	0,913
	Yok	82	51,94	26,876		
Tedavi etkisi	Var	79	57,28	32,532	-0,047	0,963
	Yok	82	57,52	32,909		
Diyet	Var	79	45,04	31,138	0,673	0,502
	Yok	82	41,57	34,234		
Psikolojik iyilik hali	Var	79	34,18	37,804	0,082	0,935
	Yok	82	33,69	38,122		
GÖRH-YK ölçeği	Var	79	47,00	25,252	0,203	0,839
	Yok	82	46,18	26,014		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Var	79	69,49	28,189	3,048	<b>0,003**</b>
	Yok	82	55,98	28,070		
Fiziksel rol güçlüğü	Var	79	46,20	46,528	0,893	0,373
	Yok	82	39,63	46,804		
Emosyonel rol güçlüğü	Var	79	45,57	46,586	1,619	0,107
	Yok	82	33,74	46,109		
Enerji canlılık vitalite	Var	79	44,24	20,787	1,761	0,080
	Yok	82	38,48	20,753		
Ruhsal sağlık	Var	79	60,20	18,047	-0,324	0,746
	Yok	82	61,12	17,969		
Sosyal işlevsellik	Var	79	61,71	24,947	0,698	0,486
	Yok	82	58,69	29,638		
Ağrı	Var	79	64,56	18,448	2,417	<b>0,017*</b>
	Yok	82	56,43	23,934		
Genel sağlık algısı	Var	79	50,38	20,890	-0,377	0,707
	Yok	82	51,71	23,625		
Fiziksel ana boyut	Var	79	57,66	21,312	1,901	0,059
	Yok	82	50,94	23,459		
Mental ana boyut	Var	79	52,93	20,555	1,466	0,145
	Yok	82	48,01	22,000		

\*:p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*:p<0,001

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite, tedavi etkisi, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından asit ve gazlı içeceklerin şikayeti artırma durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken (p>0,05) fiziksel fonksiyon ve ağrı alt boyutları puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Buna göre, asit ve gazlı içeceklerin şikayeti artırmadığını ifade edenlerin

fiziksel fonksiyon ve ağrı alt boyutları puan ortalamaları asit ve gazlı içeceklerin şikayeti artırdığını söyleyenlere göre anlamlı derecede daha düşüktür (Tablo 50).

**Tablo 51: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Mayalı Yiyeceklerin Şikayeti Artırma Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		n	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük aktivite	Var	75	49,67	26,559	-0,958	0,339
	Yok	86	53,52	24,516		
Tedavi etkisi	Var	75	53,67	33,340	-1,360	0,176
	Yok	86	60,66	31,820		
Diyet	Var	75	41,00	32,122	-0,822	0,412
	Yok	86	45,25	33,248		
Psikolojik iyilik hali	Var	75	30,50	37,174	-1,074	0,284
	Yok	86	36,92	38,392		
GÖRH-YK ölçeği	Var	75	43,71	26,600	-1,335	0,184
	Yok	86	49,09	24,510		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Var	75	61,00	29,989	-0,660	0,510
	Yok	86	64,01	27,916		
Fiziksel rol güçlüğü	Var	75	38,67	45,451	-1,065	0,288
	Yok	86	46,51	47,614		
Emosyonel rol güçlüğü	Var	75	40,00	45,849	0,116	0,908
	Yok	86	39,15	47,470		
Enerji canlılık vitalite	Var	75	41,73	20,787	0,242	0,809
	Yok	86	40,93	21,123		
Ruhsal sağlık	Var	75	60,48	17,236	-0,126	0,900
	Yok	86	60,84	18,662		
Sosyal işlevsellik	Var	75	59,33	24,496	-0,361	0,718
	Yok	86	60,90	29,815		
Ağrı	Var	75	60,17	18,836	-0,140	0,889
	Yok	86	60,64	24,093		
Genel sağlık algısı	Var	75	50,00	24,120	-0,561	0,576
	Yok	86	51,98	20,612		
Fiziksel ana boyut	Var	75	52,46	22,376	-0,931	0,353
	Yok	86	55,78	22,836		
Mental ana boyut	Var	75	50,39	20,126	-0,020	0,984
	Yok	86	50,45	22,534		

\*:p<0,05 \*\*:p<0,01 \*\*\*:p<0,001

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite, tedavi etkisi, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından mayalı yiyeceklerin şikayeti artırma durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05) (Tablo 51).

**Tablo 52: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Sigaranın Şikayeti Artırma Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		n	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük aktivite	Var	12	36,19	26,698	-1,656	0,105
	Yok	32	50,87	26,003		
Tedavi etkisi	Var	12	45,13	24,735	-1,301	0,203
	Yok	32	57,81	37,503		
Diyet	Var	12	29,86	28,528	-1,056	0,297
	Yok	32	40,88	31,634		
Psikolojik iyilik hali	Var	12	29,16	39,648	-0,180	0,858
	Yok	32	31,64	40,905		
GÖRH-YK ölçeği	Var	12	35,09	26,634	-1,054	0,298
	Yok	32	45,30	29,292		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Var	12	60,00	29,695	-1,447	0,155
	Yok	32	70,78	18,539		
Fiziksel rol güçlüğü	Var	12	43,75	50,141	-0,051	0,960
	Yok	32	44,53	43,872		
Emosyonel rol güçlüğü	Var	12	36,11	48,112	0,327	0,745
	Yok	32	31,25	42,280		
Enerji canlılık vitalite	Var	12	35,83	20,871	-0,831	0,410
	Yok	32	40,93	17,059		
Ruhsal sağlık	Var	12	60,66	20,807	0,520	0,606
	Yok	32	57,50	16,901		
Sosyal işlevsellik	Var	12	55,20	18,042	-1,421	0,163
	Yok	32	64,84	20,683		
Ağrı	Var	12	57,70	23,146	-0,184	0,855
	Yok	32	58,98	19,467		
Genel sağlık algısı	Var	12	50,41	21,155	0,056	0,956
	Yok	32	50,00	22,215		
Fiziksel ana boyut	Var	12	52,96	24,606	-0,402	0,693
	Yok	32	56,07	17,115		
Mental ana boyut	Var	12	46,95	19,329	-0,278	0,783
	Yok	32	48,63	17,301		

\*Sadece sigara kullananlar değerlendirilmiştir. \*\*: $p<0,05$  \*\*\*: $p<0,01$  \*\*\*\*: $p<0,001$

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite, tedavi etkisi, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından sigaranın şikayeti artırma durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 52).

**Tablo 53: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Yemekten Sonra Uzanmanın Şikayeti Artırma Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		n	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük aktivite	Var	64	45,17	23,857	-2,706	<b>0,008**</b>
	Yok	97	56,06	25,709		
Tedavi etkisi	Var	64	52,99	33,147	-1,396	0,165
	Yok	97	60,31	32,112		
Diyet	Var	64	37,89	31,213	-1,706	0,090
	Yok	97	46,82	33,321		
Psikolojik iyilik hali	Var	64	26,56	32,846	-2,111	<b>0,036*</b>
	Yok	97	38,79	40,242		
GÖRH-YK ölçeği	Var	64	40,65	23,911	-2,426	<b>0,016*</b>
	Yok	97	50,49	25,986		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Var	64	64,53	27,512	0,686	0,494
	Yok	97	61,34	29,769		
Fiziksel rol güçlüğü	Var	64	49,61	48,692	1,473	0,143
	Yok	97	38,40	44,934		
Emosyonel rol güçlüğü	Var	64	38,02	47,091	-0,336	0,737
	Yok	97	40,55	46,455		
Enerji canlılık vitalite	Var	64	43,13	21,922	0,897	0,371
	Yok	97	40,10	20,233		
Ruhsal sağlık	Var	64	60,56	18,841	-0,062	0,951
	Yok	97	60,74	17,448		
Sosyal işlevsellik	Var	64	61,33	28,323	0,434	0,665
	Yok	97	59,41	26,884		
Ağrı	Var	64	60,04	21,070	-0,180	0,858
	Yok	97	60,67	22,272		
Genel sağlık algısı	Var	64	48,91	21,776	-0,995	0,321
	Yok	97	52,47	22,582		
Fiziksel ana boyut	Var	64	55,77	21,523	0,699	0,486
	Yok	97	53,22	23,360		
Mental ana boyut	Var	64	50,76	21,541	0,162	0,872
	Yok	97	50,20	21,382		

\*:p<0,05 \*\*:p<0,01 \*\*\*:p<0,001

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, tedavi etkisi ve diyet alt boyutları puan ortalamaları bakımından yemekten sonra uzanmanın şikayeti artırma durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken (p>0,05) GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Buna göre, yemekten sonra uzanmanın şikayeti artırmadığını ifade



edenlerin GÖRH-YK ölçeği, tedavi etkisi ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları yemekten sonra uzanmanın şikayeti artırdığını düşünenlere göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 53).

**Tablo 54: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Tatlının Şikayeti Artırma Durumu Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		n	Ortalama	Std. Sapma	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük aktivite	Var	25	42,00	25,707	-2,099	<b>0,037*</b>
	Yok	136	53,52	25,125		
Tedavi etkisi	Var	25	40,33	34,917	-2,912	<b>0,004**</b>
	Yok	136	60,54	31,316		
Diyet	Var	25	41,67	34,778	-0,266	0,790
	Yok	136	43,57	32,425		
Psikolojik iyilik hali	Var	25	23,00	33,595	-1,729	0,092
	Yok	136	35,94	38,353		
GÖRH-YK ölçeği	Var	25	36,75	26,105	-2,115	<b>0,036*</b>
	Yok	136	48,39	25,146		
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Var	25	66,60	22,855	0,902	0,372
	Yok	136	61,88	29,832		
Fiziksel rol güçlüğü	Var	25	52,00	46,726	1,067	0,288
	Yok	136	41,18	46,600		
Emosyonel rol güçlüğü	Var	25	45,33	47,997	0,675	0,501
	Yok	136	38,48	46,415		
Enerji canlılık vitalite	Var	25	45,40	22,727	1,066	0,288
	Yok	136	40,55	20,554		
Ruhsal sağlık	Var	25	64,32	16,163	1,106	0,270
	Yok	136	60,00	18,243		
Sosyal işlevsellik	Var	25	64,00	22,044	0,759	0,449
	Yok	136	59,47	28,280		
Ağrı	Var	25	59,20	18,940	-0,304	0,761
	Yok	136	60,64	22,269		
Genel sağlık algısı	Var	25	49,60	23,889	-0,355	0,723
	Yok	136	51,32	22,037		
Fiziksel ana boyut	Var	25	56,85	20,438	0,628	0,531
	Yok	136	53,75	23,029		
Mental ana boyut	Var	25	54,76	21,603	1,105	0,271
	Yok	136	49,62	21,323		

\*:p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*p<0,001

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından tatlının şikayeti artırma durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken (p>0,05) GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite ve tedavi etkisi alt boyutları puan ortalamaları

bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre, tatlının şikayeti artırmadığını ifade edenlerin GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite ve tedavi etkisi alt boyutları puan ortalamaları tatlının şikayeti artırdığını söyleyenlere göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 54).

**Tablo 55: Gis Semptom Anketinin Tanımlayıcı İstatistikleri**

	Semptom yok		1-2 Semptom		2'den fazla semptom	
	N	%	N	%	N	%
Özofagus semptomları	86	53,4	75	46,6	0	0,0
Üst dismotilite semptomları	49	30,4	55	34,2	57	35,4
İshal	120	74,5	29	18,0	12	7,5
Kabızlık	119	73,9	33	20,5	9	5,6
Bağırsak semptomları	66	41,0	61	37,9	34	21,1
Gİ semptomlar	25	15,5	30	18,6	106	65,8

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel rol güçlüğü alt boyut puan ortalaması bakımından özofagus semptom grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ( $p>0,05$ ) fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite, tedavi etkisi, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre, özofagus semptomu olmayanların fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite, tedavi etkisi, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları 1-2 semptomu olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 56).

**Tablo 56: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından GİS Semptom Anketi Özofagus Semptom Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

Ölçekler Semptomları	Özofagus	Ort.	S.S.	t	p
<b>GÖRH-YKÖ</b>					
Günlük aktivite	Semptom yok	58,58	24,490	3,802	<b>0,000***</b>
	1-2 Semptom	43,88	24,453		
Tedavi etkisi	Semptom yok	65,79	29,429	3,626	<b>0,000***</b>
	1-2 Semptom	47,78	33,623		
Diyet	Semptom yok	48,06	32,406	2,010	<b>0,046*</b>
	1-2 Semptom	37,78	32,372		
Psikolojik iyilik hali	Semptom yok	43,17	40,478	3,484	<b>0,001**</b>
	1-2 Semptom	23,33	31,658		
GÖRH-YK ölçeği	Semptom yok	53,90	24,352	4,074	<b>0,000***</b>
	1-2 Semptom	38,19	24,464		
<b>SF 36 YKÖ</b>					
Fiziksel fonksiyon	Semptom yok	67,03	27,869	2,107	<b>0,037*</b>
	1-2 Semptom	57,53	29,298		
Fiziksel rol güçlüğü	Semptom yok	47,97	47,000	1,494	0,137
	1-2 Semptom	37,00	45,833		
Emosyonel rol güçlüğü	Semptom yok	50,00	47,348	3,154	<b>0,002**</b>
	1-2 Semptom	27,56	42,931		
Enerji canlılık vitalite	Semptom yok	46,10	19,500	3,209	<b>0,002**</b>
	1-2 Semptom	35,80	21,230		
Ruhsal sağlık	Semptom yok	64,28	17,112	2,787	<b>0,006**</b>
	1-2 Semptom	56,53	18,121		
Sosyal işlevsellik	Semptom yok	67,30	26,021	3,669	<b>0,000***</b>
	1-2 Semptom	52,00	26,797		
Ağrı	Semptom yok	65,96	21,829	3,589	<b>0,000***</b>
	1-2 Semptom	54,07	19,944		
Genel sağlık algısı	Semptom yok	55,12	22,175	2,519	<b>0,013*</b>
	1-2 Semptom	46,40	21,585		
Fiziksel ana boyut	Semptom yok	59,02	22,880	2,942	<b>0,004**</b>
	1-2 Semptom	48,75	21,148		
Mental ana boyut	Semptom yok	56,92	20,779	4,355	<b>0,000***</b>
	1-2 Semptom	42,97	19,673		

\*:p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*:p<0,001

**Tablo 57: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Üst Dismotilite Semptom Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		Ort.	S.S.	F	p	Fark
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük Aktivite	Semptom yok	61,54	25,381	6,233	<b>0,002**</b>	1-2,3
	1-2 Semptom	50,17	21,920			
	2'den fazla semptom	44,79	26,532			
Tedavi Etkisi	Semptom yok	66,33	31,548	2,712	0,069	-
	1-2 Semptom	52,88	31,395			
	2'den fazla semptom	54,09	33,708			
Diyet	Semptom yok	52,21	30,228	3,676	<b>0,028*</b>	1-3
	1-2 Semptom	43,64	33,332			
	2'den fazla semptom	35,23	32,619			
Psikolojik iyilik hali	Semptom yok	48,21	39,938	5,542	<b>0,005**</b>	1-2,3
	1-2 Semptom	25,23	35,395			
	2'den fazla semptom	30,04	35,344			
GÖRH-YK ölçeği	Semptom yok	57,07	25,764	6,419	<b>0,002**</b>	1-2,3
	1-2 Semptom	42,98	21,730			
	2'den fazla semptom	41,04	26,512			
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Semptom yok	70,00	26,790	2,409	0,093	-
	1-2 Semptom	58,45	29,421			
	2'den fazla semptom	60,26	29,283			
Fiziksel rol güçlüğü	Semptom yok	60,20	46,188	6,170	<b>0,003**</b>	1-3
	1-2 Semptom	41,36	46,948			
	2'den fazla semptom	29,39	42,553			
Emosyonel rol güçlüğü	Semptom yok	65,31	45,623	13,605	<b>0,000***</b>	1-2,3
	1-2 Semptom	34,55	45,344			
	2'den fazla semptom	22,22	39,002			
Enerji canlılık vitalite	Semptom yok	50,92	20,506	8,552	<b>0,000***</b>	1-2,3
	1-2 Semptom	38,82	20,045			
	2'den fazla semptom	35,44	19,463			
Ruhsal sağlık	Semptom yok	66,78	17,033	6,028	<b>0,003**</b>	1-3
	1-2 Semptom	61,09	17,426			
	2'den fazla semptom	55,02	17,733			
Sosyal işlevsellik	Semptom yok	69,90	24,329	5,576	<b>0,005**</b>	1-3
	1-2 Semptom	59,32	29,089			
	2'den fazla semptom	52,63	26,064			
Ağrı	Semptom yok	70,82	22,508	12,138	<b>0,000**</b>	1,2-3
	1-2 Semptom	60,64	20,220			
	2'den fazla semptom	51,27	18,487			
Genel sağlık algısı	Semptom yok	60,51	20,368	6,811	<b>0,001**</b>	1-2,3
	1-2 Semptom	46,91	23,003			
	2'den fazla semptom	46,93	20,933			
Fiziksel ana boyut	Semptom yok	65,38	22,318	10,277	<b>0,000***</b>	1-2,3
	1-2 Semptom	51,84	21,914			
	2'den fazla semptom	46,96	20,072			
Mental ana boyut	Semptom yok	63,22	20,882	17,016	<b>0,000***</b>	1-2,3
	1-2 Semptom	48,44	19,993			
	2'den fazla semptom	41,33	17,758			

\*:p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*p<0,001

Uygulanan One-way ANOVA testi sonucunda, fiziksel fonksiyon ve tedavi etkisi alt boyut puan ortalamaları bakımından üst dismotilite semptom grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ( $p>0,05$ ) fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre, semptom olmayanların fiziksel rol güçlüğü, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik ve diyet alt boyut puan ortalamaları 2'den fazla semptomu olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek iken semptom olmayanların emosyonel rol güçlüğü, vitalite, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları semptomu olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek ve semptomu olmayan ya da 1-2 semptomu olanların ağrı alt boyut puan ortalaması 2 den fazla semptomu olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 57).

Uygulanan One-way ANOVA testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite, tedavi etkisi, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından ishal semptom grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ( $p>0,05$ ), emosyonel rol güçlüğü ve genel sağlık algısı alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre, semptomu olmayanların emosyonel rol güçlüğü alt boyut puan ortalaması 1-2 semptomu olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek iken semptomu olmayanların genel sağlık algısı alt boyut puan ortalaması 2'den fazla semptomu olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 58).

**Tablo 58: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından İshal Semptom Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		Ort.	S.S.	F	p	Fark
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük Aktivite	Semptom yok	51,46	25,893	0,031	0,970	-
	1-2 Semptom	52,26	24,291			
	2'den fazla semptom	53,13	26,180			
Tedavi Etkisi	Semptom yok	58,61	32,409	1,662	0,193	-
	1-2 Semptom	59,20	31,915			
	2'den fazla semptom	40,97	34,717			
Diyet	Semptom yok	43,19	32,211	0,904	0,407	-
	1-2 Semptom	39,08	34,654			
	2'den fazla semptom	54,17	33,048			
Psikolojik iyilik hali	Semptom yok	35,52	38,177	0,419	0,658	-
	1-2 Semptom	28,88	36,916			
	2'den fazla semptom	30,21	38,604			
GÖRH-YK ölçeği	Semptom yok	47,20	25,573	0,135	0,874	-
	1-2 Semptom	44,85	25,551			
	2'den fazla semptom	44,62	27,470			
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Semptom yok	64,88	28,451	1,621	0,201	-
	1-2 Semptom	57,59	31,527			
	2'den fazla semptom	52,08	23,975			
Fiziksel rol güçlüğü	Semptom yok	44,17	47,160	0,491	0,613	-
	1-2 Semptom	35,34	44,580			
	2'den fazla semptom	47,92	48,216			
Emosyonel rol güçlüğü	Semptom yok	45,00	47,858	3,400	<b>0,036*</b>	1-2
	1-2 Semptom	21,84	37,028			
	2'den fazla semptom	27,78	44,571			
Enerji canlılık vitalite	Semptom yok	42,67	21,252	2,470	0,088	-
	1-2 Semptom	40,86	19,914			
	2'den fazla semptom	28,75	16,394			
Ruhsal sağlık	Semptom yok	62,37	17,164	2,142	0,121	-
	1-2 Semptom	55,45	18,995			
	2'den fazla semptom	56,33	21,470			
Sosyal işlevsellik	Semptom yok	61,15	27,443	0,404	0,668	-
	1-2 Semptom	56,03	26,647			
	2'den fazla semptom	60,42	30,073			
Ağrı	Semptom yok	61,90	22,899	1,103	0,334	-
	1-2 Semptom	56,47	15,776			
	2'den fazla semptom	55,21	21,728			
Genel sağlık algısı	Semptom yok	53,63	21,943	3,358	<b>0,037*</b>	1-3
	1-2 Semptom	44,66	18,024			
	2'den fazla semptom	40,83	29,683			
Fiziksel ana boyut	Semptom yok	56,14	23,114	1,689	0,188	-
	1-2 Semptom	48,51	20,577			
	2'den fazla semptom	49,01	20,620			
Mental ana boyut	Semptom yok	52,79	21,563	2,973	0,054	-
	1-2 Semptom	43,55	19,254			
	2'den fazla semptom	43,32	20,827			

\*:p<0,05 \*\*;p<0,01 \*\*\*;p<0,001

**Tablo 59: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Kabızlık Semptom Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		Ort.	S.S.	F	p	Fark
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük Aktivite	Semptom yok	52,94	25,927	1,136	0,324	-
	1-2 Semptom	50,57	23,946			
	2'den fazla semptom	39,93	24,346			
Tedavi Etkisi	Semptom yok	58,61	33,031	0,336	0,715	-
	1-2 Semptom	54,55	32,682			
	2'den fazla semptom	51,85	28,801			
Diyet	Semptom yok	45,38	32,901	2,712	0,069	-
	1-2 Semptom	42,17	29,752			
	2'den fazla semptom	19,44	34,106			
Psikolojik iyilik hali	Semptom yok	34,98	37,379	0,477	0,621	-
	1-2 Semptom	33,33	41,063			
	2'den fazla semptom	22,22	33,528			
GÖRH-YK ölçeği	Semptom yok	47,98	25,498	1,440	0,240	-
	1-2 Semptom	45,15	25,515			
	2'den fazla semptom	33,36	25,385			
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Semptom yok	62,98	28,791	0,068	0,934	-
	1-2 Semptom	62,12	30,517			
	2'den fazla semptom	59,44	26,034			
Fiziksel rol güçlüğü	Semptom yok	43,49	46,992	0,504	0,605	-
	1-2 Semptom	44,70	47,908			
	2'den fazla semptom	27,78	38,415			
Emosyonel rol güçlüğü	Semptom yok	43,14	47,608	2,272	0,106	-
	1-2 Semptom	34,34	45,250			
	2'den fazla semptom	11,11	23,570			
Enerji canlılık vitalite	Semptom yok	42,86	21,159	1,805	0,168	-
	1-2 Semptom	38,64	20,359			
	2'den fazla semptom	30,56	16,853			
Ruhsal sağlık	Semptom yok	61,61	17,716	0,669	0,514	-
	1-2 Semptom	57,58	19,671			
	2'den fazla semptom	59,56	14,757			
Sosyal işlevsellik	Semptom yok	60,50	27,230	0,893	0,412	-
	1-2 Semptom	62,12	28,724			
	2'den fazla semptom	48,61	24,562			
Ağrı	Semptom yok	61,43	22,435	0,493	0,612	-
	1-2 Semptom	57,73	19,328			
	2'den fazla semptom	56,94	21,751			
Genel sağlık algısı	Semptom yok	51,68	22,354	0,447	0,640	-
	1-2 Semptom	50,61	23,742			
	2'den fazla semptom	44,44	15,298			
Fiziksel ana boyut	Semptom yok	54,89	23,089	0,495	0,610	-
	1-2 Semptom	53,79	22,331			
	2'den fazla semptom	47,15	17,484			
Mental ana boyut	Semptom yok	52,03	22,399	2,206	0,114	-
	1-2 Semptom	48,17	18,248			
	2'den fazla semptom	37,46	12,689			

\*:p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*:p<0,001

Uygulanan One-way ANOVA testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite, tedavi etkisi, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından kabızlık semptom grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 59).

Uygulanan One-way ANOVA testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite, tedavi etkisi, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları bakımından bağırsak semptom grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ( $p>0,05$ ) emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık ve mental ana boyut alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre, semptomu olmayanların emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık ve mental ana boyut alt boyut puan ortalamaları 2den fazla semptomu olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 60).

Uygulanan One-way ANOVA testi sonucunda, fiziksel rol güçlüğü, günlük aktivite, tedavi etkisi ve diyet alt boyutları puan ortalamaları bakımından Gİ semptom grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ( $p>0,05$ ) fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, GÖRH-YK ölçeği ve psikolojik iyilik hali alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre, semptom olmayanların emosyonel rol güçlüğü, sosyal işlevsellik, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, GÖRH-YK ölçeği ve psikolojik iyilik hali alt boyut puan ortalamaları 2'den fazla semptomu olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek iken semptom olmayanların vitalite, ruhsal sağlık, ağrı ve mental ana boyut alt boyutları puan ortalamaları semptomu olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 61).



**Tablo 60: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Bağırsak Semptom Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		Ort.	S.S.	F	p	Fark
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük Aktivite	Semptom yok	53,36	26,182	0,526	0,592	-
	1-2 Semptom	52,10	23,825			
	2'den fazla semptom	47,89	27,294			
Tedavi Etkisi	Semptom yok	62,88	32,495	2,071	0,130	-
	1-2 Semptom	56,01	31,333			
	2'den fazla semptom	49,26	34,105			
Diyet	Semptom yok	44,95	31,652	0,564	0,570	-
	1-2 Semptom	44,40	32,551			
	2'den fazla semptom	37,99	35,307			
Psikolojik iyilik hali	Semptom yok	37,31	37,371	0,447	0,641	-
	1-2 Semptom	31,35	37,613			
	2'den fazla semptom	31,99	39,790			
GÖRH-YK ölçeği	Semptom yok	49,63	25,158	1,086	0,340	-
	1-2 Semptom	45,97	23,638			
	2'den fazla semptom	41,78	29,386			
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Semptom yok	68,03	28,133	2,312	0,102	-
	1-2 Semptom	57,13	31,138			
	2'den fazla semptom	61,91	24,464			
Fiziksel rol güçlüğü	Semptom yok	50,00	47,838	1,331	0,267	-
	1-2 Semptom	37,30	46,012			
	2'den fazla semptom	38,97	44,887			
Emosyonel rol güçlüğü	Semptom yok	51,01	49,344	3,719	<b>0,026*</b>	1-3
	1-2 Semptom	33,88	44,925			
	2'den fazla semptom	27,45	39,756			
Enerji canlılık vitalite	Semptom yok	46,21	21,609	3,557	<b>0,031*</b>	1-3
	1-2 Semptom	39,26	20,612			
	2'den fazla semptom	35,44	18,314			
Ruhsal sağlık	Semptom yok	65,45	16,224	4,238	<b>0,016*</b>	1-2
	1-2 Semptom	56,72	18,826			
	2'den fazla semptom	58,47	17,916			
Sosyal işlevsellik	Semptom yok	62,69	27,517	0,697	0,499	-
	1-2 Semptom	59,84	28,055			
	2'den fazla semptom	55,88	26,154			
Ağrı	Semptom yok	64,36	24,386	2,424	0,092	-
	1-2 Semptom	59,43	19,221			
	2'den fazla semptom	54,56	19,487			
Genel sağlık algısı	Semptom yok	54,02	22,140	1,296	0,277	-
	1-2 Semptom	50,33	20,471			
	2'den fazla semptom	46,62	25,248			
Fiziksel ana boyut	Semptom yok	59,10	23,651	2,648	0,074	-
	1-2 Semptom	51,05	22,517			
	2'den fazla semptom	50,51	19,374			
Mental ana boyut	Semptom yok	56,34	22,817	4,728	<b>0,010*</b>	1-3
	1-2 Semptom	47,42	20,050			
	2'den fazla semptom	44,31	18,295			

\*:p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*:p<0,001

**Tablo 61: Alt Boyut ve Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Gİ Semptom Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

ÖLÇEKLER		Ort.	S.S.	F	p	Fark
<b>GÖRH-YKÖ</b>						
Günlük Aktivite	Semptom yok	58,50	27,915	2,891	0,058	-
	1-2 Semptom	58,23	22,059			
	2'den fazla semptom	48,29	25,337			
Tedavi Etkisi	Semptom yok	66,00	31,998	1,999	0,139	-
	1-2 Semptom	63,06	34,022			
	2'den fazla semptom	53,77	32,062			
Diyet	Semptom yok	57,00	29,822	3,008	0,052	-
	1-2 Semptom	45,00	34,575			
	2'den fazla semptom	39,54	32,184			
Psikolojik iyilik hali	Semptom yok	54,50	39,837	4,680	<b>0,011*</b>	1-3
	1-2 Semptom	32,92	33,069			
	2'den fazla semptom	29,36	37,363			
GÖRH-YK ölçeği	Semptom yok	59,00	26,703	4,578	<b>0,012*</b>	1-3
	1-2 Semptom	49,80	23,453			
	2'den fazla semptom	42,74	25,031			
<b>SF 36 YKÖ</b>						
Fiziksel fonksiyon	Semptom yok	75,20	27,819	3,138	<b>0,046*</b>	1-3
	1-2 Semptom	63,50	25,534			
	2'den fazla semptom	59,39	29,372			
Fiziksel rol güçlüğü	Semptom yok	60,00	47,324	2,473	0,088	-
	1-2 Semptom	46,67	46,300			
	2'den fazla semptom	37,74	45,935			
Emosyonel rol güçlüğü	Semptom yok	73,33	43,033	10,821	<b>0,000***</b>	1-3
	1-2 Semptom	47,78	47,693			
	2'den fazla semptom	29,25	43,083			
Enerji canlılık vitalite	Semptom yok	58,20	19,305	13,273	<b>0,000***</b>	1-2,3
	1-2 Semptom	44,67	21,332			
	2'den fazla semptom	36,37	18,955			
Ruhsal sağlık	Semptom yok	73,28	16,195	8,626	<b>0,000***</b>	1-2,3
	1-2 Semptom	61,47	15,739			
	2'den fazla semptom	57,47	17,737			
Sosyal işlevsellik	Semptom yok	74,50	24,601	5,166	<b>0,007**</b>	1-3
	1-2 Semptom	63,33	25,624			
	2'den fazla semptom	55,90	27,452			
Ağrı	Semptom yok	77,80	21,119	13,224	<b>0,000***</b>	1-2,3
	1-2 Semptom	64,25	23,481			
	2'den fazla semptom	55,24	19,041			
Genel sağlık algısı	Semptom yok	62,80	18,989	6,285	<b>0,002**</b>	1-3
	1-2 Semptom	55,67	24,131			
	2'den fazla semptom	46,98	21,366			
Fiziksel ana boyut	Semptom yok	68,95	23,613	8,312	<b>0,000***</b>	1-3
	1-2 Semptom	57,52	22,444			
	2'den fazla semptom	49,83	20,940			
Mental ana boyut	Semptom yok	69,83	19,170	17,535	<b>0,000***</b>	1-2,3
	1-2 Semptom	54,31	20,660			
	2'den fazla semptom	44,75	19,187			

\*:  $p < 0,05$  \*\*:  $p < 0,01$  \*\*\*:  $p < 0,001$

## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bulgular “GÖRH-YKÖ’nin geçerlik-güvenirliliği” ve “sosyo-demografik, sağlık/hastalığa ilişkin özelliklere göre hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi” olmak üzere iki başlık altında tartışılmıştır.

### 5.1. GASTROÖZOFAGEAL REFLÜ HASTALIĞI YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ’NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

#### 5.1.1. Gastroözofageal Reflü Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin Dil Eşdeğerliği

Ölçek orijinal halinden başka bir dile çevriliyorsa ölçek maddeleri çevrildiği dilde anlamlı ifadeler içermelidir. Maddeler basit ve açık anlamlı çevrilmeye çalışılmalıdır. Hedef nüfusun anlamakta zorlanacağı terimlerin, deyimlerin kullanımından kaçınılmalıdır. Ölçeğin başka bir kültüre uyarlanması sürecinde çeviriler; geri çeviri, tek yönlü çeviri, grup çevirisi olarak üç yöntemle çevirilebilir (Esin 2014; Çapık ve ark 2018). GÖRH-YKÖ’nin Türkçe’ye çevirisinde bu yöntemlerden biri olan geri çeviri yöntemi kullanıldı. GÖRH-YKÖ’nin orijinal hali ana dili Türkçe olan beş uzman tarafından Türkçeye çevirildi ve orijinal haline uygunluğuna bakılarak ölçeğin Türkçe formu oluşturuldu. Bu form anlatım bozukluğu yönünden değerlendirilmesi için iki Türk dili uzmanına gönderildi ve bunun sonunda ana dili Türkçe olan yabancı dil okutmanı tarafından tekrar İngilizce’ye çevirildi. İngilizceye yeniden çevirilen GÖRH-YKÖ, ölçeği geliştiren Justin Wu’ya gönderilerek onayı alındı. Bu süreç sonunda; GÖRH-YKÖ’nin dil eşdeğerliğinin, dil ve kültüre uygun olduğu düşünüldü.

#### 5.1.2. Gastroözofageal Reflü Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin Geçerliği

Geçerlik, “bir ölçme aracının ölçmeyi hedeflediği özelliği, diğer herhangi bir özellikte karıştırmadan, doğru ölçebilme niteliğidir”. Geçerlik bir ölçeğin kullanıldığı amaca yönelik olduğundan, ölçekten elde edilecek sonuçlar hangi amaçla kullanılacaksa ölçme geçerliği de o amaca, uygulama biçimine, uygulandığı gruba

göre değişebilir. Geçerlik katsayısının hesaplanmasıyla, geçerlik düzeyi anlaşılır ve geçerlik katsayısı -1.00 ve +1.00 arasında değer alır. İlişki katsayısı yükseldikçe ölçeğin amaca hizmetinin iyi olduğu anlaşılır (Ercan ve Kan 2004; Karakoç ve Dönmez 2014). Geçerliği sağlamak için birçok yöntem vardır. Bunlar; kapsam geçerliği, ölçüt bağımlı geçerlik ve yapı geçerliğidir. Bu çalışmada; kapsam geçerliği ve yapı geçerliği (doğrulatoryıcı faktör analizi) yöntemleri kullanıldı.

Kapsam geçerliğinde; ölçekteki maddelerin ve bir bütün olarak ölçeğin ölçülmek istenen kavramı ölçüp ölçmediği, amaca ne kadar hizmet ettiği değerlendirilmektedir (Ercan ve Kan 2004; Esin 2014). Ölçek maddelerinin içerik geçerliğinin sayısal değerlerle kanıtlanması ve uzman görüşlerinin değerlendirilmesi için Lawshe, Davis ve Content Validity Index teknikleri kullanılmaktadır (Esin 2014). Davis tekniğinde uzman görüşleri (a) 'Uygun', (b) 'Madde hafifçe gözden geçirilmeli', (c) 'Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli', (d) 'Madde uygun değil' şeklinde derecelendirilmektedir. Bu teknikte kapsam geçerlik indeksi (KGİ), (a) ve (b) şıklarını işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek hesaplanmaktadır. Bu değerin kabul edilebilir olması için 0,80 olması gerekmektedir (Yurdugül 2005; Karakoç ve Dönmez 2014). Bu çalışmada Davis tekniği kullanıldı ve ölçeğin Türkçe formu 13 uzmana gönderildi (EK 8). GÖRH-YKÖ'nin tüm maddelerinin KGİ 0,80 üzerinde olması sebebiyle kapsam geçerliğinin sağlandığı belirlendi (Tablo 2).

Yapı Geçerliği, geçerliği yapılan ölçek maddelerinin ölçülmesi istenen özellikleri ne derece doğru ölçebildiği değerlendirilmek için hesaplanır. Faktör analizi (açıklayıcı, doğrulatoryıcı), zıt veya bilinen gruplar karşılaştırılması, hipotez sınaması ve çok değişkenli-çok yöntemli matris yaklaşımı olmak üzere yapı geçerliğini belirlemek için kullanılan dört yöntem vardır (Karakoç ve Dönmez 2014; Esin 2014). Çalışmada faktör analizi yöntemi kullanıldı. Faktör Analizi; ölçeğin uygulanacağı hedef kitlenin, ölçekteki maddelere verdiği tepkiler arasında belirli bir düzen olup olmadığını belirlemek için kullanılan bir yapı geçerliği yöntemidir (Karakoç ve Dönmez 2014). Yeni bir ölçek geliştirirken doğrulatoryıcı faktör analizinden önce açıklayıcı faktör analizi yapılması gerekmektedir. Yabancı bir dilden Türkçe'ye uyarlama yapılırken doğrulatoryıcı faktör analizi yapmak yeterlidir (Esin 2014). Bu

çalışmada ölçek uyarlaması yapıldığı için doğrulayıcı faktör analizi kullanıldı. Mevcut çalışmada, Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucuna göre ilk aşamada birinci dereceden DFA modeli oluşturuldu (Şekil 4). İkinci aşamada ise model tahminlenirken *maximum likelihood* yöntemi kullanıldı. Bununla birlikte, boyutlar arasındaki beklenen kovaryansın belirlenebilmesi için boyutlar arasında ilişki kurularak yapıldı (Şekil 4). Yapı geçerliği amacıyla yapılan doğrulayıcı faktör analizinin Uyum İyiliği İstatistiklerinin belirlenen düzeyde olması yapı geçerliğinin sağlanması için gereklidir (Esin 2014).

- *Ki-kare/Serbestlik Derecesi ( $\chi^2/df$ ):* Ki-kare değeri serbestlik derecesine bölünerek oran hesaplanır. Modelin kabul edilebilir uyum iyiliğine sahip olduğu bu oranın beş ve beşin altında olması ile anlaşılır (Erkorkmaz ve ark. 2013; Esin 2014).
- *Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA-Root Mean Square Error of Approximation):* Kötü uyum indeksi olarak bilinen RMSA'nın 0,08'e eşit olması veya küçük olması ve 0,05'den küçük olan p değerinin uyumun iyi olduğunu gösterir fakat 0,10'a eşit veya küçük olması zayıf bir uyumu gösterir (Erkorkmaz et al. 2013; Esin 2014).
- *Standardize Ortalama Hataların Karekökü (SRMR- Standardized Root-Meansquare Residual):* SRMR'nin 0,10'dan küçük olması iyi uyumu gösterir ve sıfıra yaklaştıkça uyum artar (Erkorkmaz et al. 2013; Esin 2014).
- *Karşılaştırmalı Uyum İyiliği (CFI-Comparative Fit Index):* Bu ölçümde iyi uyumun göstergesi CFI değerinin 0,90'a eşit veya yüksek olmasıdır (Esin 2014).
- *Non-normed fitindex (NNFI):* NNFI değerinin 0,90'a eşit veya üstünde olması uyum olduğunu belirtir (Esin 2014).
- *Uyum iyiliği indeksi (GFI-Goodness of Fit Index):* GFI değerinin 0,90 ve üzerinde olması halinde uyum olduğundan söz edilir (Esin 2014).
- *Artan Uyum İndeksi (IFI-Incremental Fit Index):* IFI değerinin 0,90 üzerinde olması kabul edilebilir uyum olduğunu gösterir (Erkorkmaz ve ark. 2013).
- *Ölçeklendirilmemiş Uyum İndeksi (TLI- Tucker Lewis Index):* Bu testten elde edilen değerin 0,95 üzeri olması iyi bir uyumun varlığını gösterirken,

0,90 üzeri olması kabul edilebilir uyum olduğunu göstermektedir (Erkorkmaz ve ark. 2013).

Literatür bilgileri doğrultusunda bu çalışmadaki uyum iyiliği verilerine bakıldığında;  $\chi^2/df$ , IFI, CFI, RMSEA ve SRMR değerlerinin iyi, GFI ve TLI değerlerinin kabul edilebilir sınırlarda olmadığı görülmektedir (Tablo 4). Genel olarak uyum indeksleri değerlerine bakıldığında Gasroözofageal Reflü Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin kabul edilebilir olduğu ve 16 madde içeren dört faktörde toplanan yapısının iyi uyum sağladığı tespit edildi.

### **5.1.3. Gastroözofageal Reflü Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Güvenirliği**

Güvenirlik, “*bir ölçme aracının ölçmek istediği değişkeni ne tutarlılıkla ölçtüğünün ya da ölçme sonuçlarının hatalardan arınmış olmasının derecesidir*” (Karakoç ve Dönmez 2014) Bir ölçekle aynı şartlarda tekrarlanan ölçümlerde hesaplanan ölçüm değerinin değişmezliğine güvenilirlik denir (Ercan ve Kan 2004). Güvenirliği olmayan ya da güvenirliği düşük olan bir ölçeğin, bilimsel değerinin düşük olduğu kabul edilir. Bir ölçeğin güvenirligini hesaplamada kullanılan yöntemler; test-tekrar test yöntemi, paralel form güvenirligi, bağımsız gözlemciler arası/içi uyum, iç tutarlılık analizidir (Esin 2014).

*İç tutarlık*; bir ölçeğin sorularının kendi aralarında ne kadar homojen olduğunun, sadece istenen kavramı ölçüp ölçmediğinin göstergesidir. İç tutarlık hakkındaki temel görüş, bir ölçme aracının belli bir hedefi gerçekleştirmek için birbirinden özerk oluşturulmuş ölçek maddelerinin bütün içinde, bilinen ve birbirlerine eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımdır (Karakoç ve Dönmez 2014). İç tutarlığı hesaplamak için yaygın olarak kullanılan dört yöntem vardır; Yarıya Bölme Yöntemi, Cronbach's Alfa Güvenirlik Katsayısı, Kuder-Richerdson 20-21 Güvenirlik Katsayısı, Madde-Toplam Puan Güvenirligi Kapa Uyum Katsayısı. Mevcut çalışmada Cronbach's Alfa Güvenirlik Katsayısı hesaplandı.

*Cronbach's Alpha Güvenirlik Katsayısı*; ölçekteki her bir maddenin kendi içinde aynı tutumu ölçtüğünün hesaplanmasıdır (Esin 2014). “*Ölçekte yer alan k maddenin varyanslarının toplamının genel varyansa bölünmesi ile hesaplanan bir ağırlıklı*

*standart değişim ortalamasıdır*” (Karakoç ve Dönmez 2014) Cronbach’s Alpha katsayısı 1’e yaklaştıkça maddelerin iç tutarlığının yüksek olduğu anlaşılır ancak genellikle katsayının 0,60 ile 0,70 arasında olması ölçeğin yeterli güvenilirlik düzeyine sahip olduğunu 0,70 ile 0,90 arasında olaması ise yüksek güvenilirlik düzeyine sahip olduğunu gösterir (Karakoç & Dönmez 2014; Özdamar 2015; Kartal ve Dirlik 2016).

Mevcut çalışmada GÖRH-YKÖ ve alt boyutlarının Cronbach’s Alfa Güvenirlik Katsayısı hesaplandı. Elde edilen sonuçlara göre; ölçeğin alt boyutlarının Cronbach’s alpha değerlerinin 0.694-0.882 arasında olduğu, ölçeğin bütününde ise bu değerin 0,885 olduğu saptandı (Tablo 6). Bu sonuçlar doğrultusunda ölçekteki tüm maddelerin aynı özelliği ölçtüğü ifade edilebilir. GÖRH-YKÖ’nin ölçtüğü özellik homojendir ve bu doğrultuda GÖRH-YKÖ güvenilir bir ölçüm aracıdır.

Sonuç olarak; Cronbach’s Alfa Güvenirlik Katsayısı ile dil eşdeğerliği, kapsam geçerliği ve yapı geçerliği sonuçları bir bütün olarak değerlendirildiğinde GÖRH-YKÖ’nin gastroözefageal reflülü hastalar için güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu kanaatine varılmıştır.

## **5.2. SOSYO-DEMOGRAFİK, SAğLIK/HASTALIğA İLİŞKİN ÖZELLİKLERE GÖRE HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNİN DEğERLENDİRİLMESİ**

Gastroözofageal reflü hastalığı, gastrik içeriğin özofagusa geri kaçmasıyla oluşan, doku lezyonlarıyla ilişkili veya lezyonlarla ilişkili olmayan semptom ve bulgulara neden olan, yaşam kalitesini düşüren kronik bir durumdur (Cardoso et al. 2018). GÖRH’nin Dünya’da görölme oranlarına bakıldığında Orta Amerika’da % 19,6, Asya ülkelerinde %10, Güneydoğu Asya Ülkelerinde ise %7,4 olduğu bir metaanaliz çalışmasında bildirilmiştir (Eusebi et al. 2018). Ülkemizde yapılan prevelans çalışmalarında %19,3 (Yönem et al. 2013), % 22,8 (Bor et al. 2017), %24,7 (Mungan 2012) oranları bulunmuştur (Bor & Yüksel 2017). Reflü semptomlarının sıklığının ve şiddetinin artması iyilik/refah üzerinde olumsuz etkiye neden olur ve GÖRH’nin semptomlarının hafifletilmesi sağlıkla ilgili yaşam kalitesini olumlu yönde etkiler (Gong et al. 2017). GÖRH’li hastaların yaşam kalitelerinin endoskopik lezyonlarla

ilişkili olmadığı tespit edilmiştir ve bu nedenle hastaların semptomlarının şiddetini ve yaşam kalitelerini nicel olarak ölçebilmek için bir araca ihtiyaç vardır (Chan et al. 2010). Uluslararası ve çok merkezli çalışmaların yapıldığı çağda, GÖRH hastalarının yaşam kalitesini ölçen bir aracın; kültür, dil ve sosyal geleneklerle ilgili olarak çalışılan topluma uygun olması gerekir. İyi bir ölçekte olması gereken kriterler; bir hastalığı teşhis etmede duyarlı olması, kolayca skorlanabilmesi, kolayca anlaşılabilmesi, yerel dillere kolayca çevrilebilmesi, tipik ve atipik semptomlar dahil olmak üzere hastalığı kapsamlı değerlendirebilmesi, hastaların kendisinin uygulayabilmesi, geçerliği ve güvenilirliğinin yapılabilmesidir (Siahaan et al. 2017). Gastroözofageal Reflü Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin yapılan geçerlik ve güvenilirlik testlerinden sonra ülkemizdeki GÖRH'li hastaların yaşam kalitelerini ölçmek için uygun bir araç olduğu tespit edildi. Bu çalışmada hastaların GÖRH-YKÖ ölçeği puan ortalamasının  $46,58 \pm 25,56$  olduğu ve GÖRH'nin kişilerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bulundu (Tablo 9). Ölçeğin alt boyutlarına göre alınan puan ortalamalarına bakıldığında; hastaların en düşük puanları psikolojik iyilik hali ( $33,93 \pm 37,84$ ) diyet ( $43,27 \pm 32,69$ ) alt boyutundan aldığı görüldü (Tablo 9). GÖRH'nin kişilerin psikolojik iyilik hali ve beslenme durumunu olumsuz yönde etkilediği belirlendi. Aynı ölçeğin kullanıldığı Çin'deki çalışmada toplam puan ortalamalarının  $34,2 \pm 21,1$  ile GÖRH'nin yaşam kalitelerini ülkemizden daha çok etkilediği görülmüştür (Chan et al. 2010). GÖRH'nin yaşam kalitesine etkisini ölçen başka bir ölçek ile yapılan bir çalışmada da hastaların yaşam kalitelerinin düşük olduğu tespit edilmiştir (Liu, Zhang, Li, Chen, Wang 2011). Amouretti ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada şiddetli reflü semptomu gösteren hastaların yaşam kalitesinin düşük olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar mevcut çalışmanın literatür ile uyumlu olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada hastaların yaşının GÖRH YKÖ toplam ve alt boyutlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği, ancak SF 36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü alt boyut ve fiziksel ana boyut puan ortalamalarını anlamlı düzeyde etkilediği belirlendi. Anlamlı farkı ortaya çıkarmak için yapılan ileri analizde 20-40 yaş grubunun yaşam kalitelerinin diğer gruplarla kıyaslandığında daha iyi olduğu belirlendi. (Tablo 10). Literatür bilgileri genellikle yaş ilerledikçe reflü semptomlarının arttığı yönündedir (Mungan 2012; Sevindir et al. 2014;).



GÖRH semptomları için yaşlanma yüksek risk olarak kabul edilmiştir. Yaşın ilerlemesi ile birlikte özofagusun peristaltizmi azalabilir ve özofagus asidine maruz kalma ve özofagogastrik bileşkenin anatomik yapısının bozulması artabilir. (Yamasaki et al. 2018) Bir metaanalizde GÖRH sıklığı 50 yaş ve üzeri bireylerde daha yüksek olduğu belirtilmiştir. (Eusebi et al. 2018) Cardoso ve arkadaşlarının (2018) öğrenciler üzerinde reflü yaşam kalitesi üzerine yaptıkları çalışmada yaş ortalamasının 24,5 olduğu ve reflünün günlük aktiviteyi sınırlamasından dolayı gençlerin yaşam kalitesini bozduğunu belirlemiştir. Cruz et al (2013) çalışmasında yaş arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü belirtmiştir. Yaşın özellikle fiziksel alt boyutuna etkisi olduğu bir çalışmada (Özdemir, Hocaoglu, Koçak, Ersöz 2011) gösterilmiştir. Kalantar-Zadeh et al. (2001)'in çalışmasında yaş ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmamıştır. Yaş ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olmayan çalışmalar mevcuttur (Gülmez 2013; Üstündağ ve Gül 2016; Akyüz, Yaşartürk, Aydın, Zorba, Türkmen 2017). Çalışma sonuçları literatürle uyumlu olduğu söylenebilir.

Cinsiyet değişkenine göre yaşam kalitesine baktığımızda kadınların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, vitalite, fiziksel ana boyut ve GÖRH-YK ölçeğinin diyet alt boyut puan ortalamalarının erkeklere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu çalışmada tespit edildi (Tablo 11). Cinsiyet farklılığının reflü insidansına etkisinin bakıldığı bir çalışmada kadınlarda reflü teşhisinin daha fazla görülmesinin nedeni GÖRH'nin erkeklerden daha şiddetli olması ve bu nedenle kadınların hekime başvurduğu belirtilmiştir (Jiang et al. 2016). Yine Mungan'ın (2012) yapmış olduğu 8143 katılımcının yer aldığı GÖRH prevelans çalışmasında kadınların daha fazla GÖRH teşhisi aldığını tespit etmiştir ve sebebini de kadınların doktora başvurma oranlarının daha fazla olmasına bağlamıştır. Yaşam kalitesi ölçümlerine cinsiyet değişkeni açısından bakıldığında çalışmaların farklı sonuçlar verdiği görülmektedir. Bunun sebebi ise çalışmaların farklı yaş grubu, farklı sosyo-ekonomik düzey ve farklı bölgelerde yapılmış olmasıdır (Boylu ve Paçacıoğlu 2016). Vural ve arkadaşlarının (2010) yapmış olduğu 313 kişinin katıldığı yaşam kalitesinin ölçmek için SF 36'nın kullanıldığı çalışmada erkeklerin yaşam kalitesi tüm alt boyut ortalamalarının kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. WHOQOL ölçeğinin kullanıldığı bir çalışmada kadınların yaşam kalitesinin erkeklerden daha fazla olduğu

görülmüştür (Gülmez 2013). Bu çalışmanın cinsiyetin yaşam kalitesine etkisinin sonuçlarına benzer sonuçlar çalışmalarda mevcuttur ( Burström et al. 2001; Li et al. 2003; Prasad et al. 2003; Guallar-Castillón et al. 2005; Erdem ve Ergüney 2005; Li et al. 2005; Aydemir ve ark 2005; Çalıştır ve ark. 2006; Acree et al. 2006; Yurdakul ve ark 2007; Sönmez ve ark. 2007; Shibata et al. 2007; Göçgeldi ve ark. 2008; Koçoğlu ve Akın 2009; Ponce et al. 2009; Vural ve ark 2010; Genç ve ark. 2011; Monnikes 2011; Özdemir ve ark. 2011; Topçu ve Bölüktaş 2012; Cruz et al. 2013; Yöner ve ark. 2013; Bardage and Isacson 2014; Gün ve Korkmaz 2014; Gürsel ve ark 2016; İlhan ve ark. 2016; Yeşil ve ark. 2016) Cinsiyet ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir farklılık bulunmayan çalışmalar da mevcuttur. ( Wang et al. 2000; Avcı ve Pala 2004; Ergen, Kumbasar, Aslan, Atmaca 2011; Akbolat, Turgut, Över 2015; Gülmez 2013; Chung et al. 2013;) Çalışma sonuçları literatürün büyük çoğunluğuyla uyumludur.

Çalışmamızda evli bireylerin GÖRH-YKÖ alt boyutlarından günlük aktivite, tedavi etkisi ve SF 36 YKÖ alt boyutu emosyonel rol güçlüğü bekarlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu (Tablo 12). Avcı ve Pala (2004)'nın WHOQOL-BREF ölçeğini kullandığı çalışmasında evlilerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. SF 36 YKÖ'nin kullanıldığı bir çalışmada evliliğin emosyonel rol güçlüğü üzerine koruyucu etki yaptığı bildirilmiştir (Sherman et al. 2003). Sönmez ve ark (2007)'nin çalışması da benzer sonuçlar vermiştir. Medeni durum değişkeninin yaşam kalitesini etkilemediği çalışmalar da mevcuttur (Kaya 2004; Gülmez 2013; Durmuş et al. 2018).

Aile yapısı değişkeni ile ölçekler arasındaki ilişkiye bakıldığında çekirdek aileye sahip bireylerin GÖRH-YKÖ psikolojik iyilik hali alt boyutu geniş aileye göre daha yüksek ve geniş aileye sahip bireylerin fiziksel fonksiyon alt boyut ortalamasının çekirdek aileden daha yüksek olduğu çalışmamızda bulundu (Tablo 13). Acaray ve Pınar (2004)'ın ve Tel, Demirkol, Kara, Aydın (2012)'in çalışmasında aile türü ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Mevcut çalışmada çekirdek ailede psikolojik iyilik halinin yüksek çıkması ise ailedeki birey sayısının arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yerine getirmede zorluk olması, kişinin daralan yaşam alanı ve kendilerine ayırdıkları zamanın azalması ile bağdaştırılmıştır, geniş

ailedeki fiziksel fonksiyon alt boyutunun yüksek çıkması ise bireylere destek olacak hayat tecrübesi yüksek kişilerin olması ve aile içi rollerin paylaşılması ile ilişkilendirildi.

Kişilerde sağlık bilinci oluşturmak ve davranış değişikliği geliştirmek eğitim sayesinde mümkün olabilmektedir. Eğitim düzeyi yüksek bireylerin sağlık davranışlarını daha fazla benimsedikleri bildirilmektedir (Türkkan 2010). Eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesinin yükseldiği de çalışmalarda gösterilmiştir (Göçgeldi ve ark. 2008; Bulut ve Deveci 2017;). Kitaoka et al (2016)'nın 1117 katılımcıya uyguladığı SF 36 YKÖ ölçeği ile yapmış olduğu çalışmasında öğrenim durumunun zindelik/yorgunluk ve mental sağlık alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılığa neden olduğu bildirilmiştir. Mevcut çalışmada eğitim düzeyinin, SF36 YKÖ fiziksel fonksiyon, vitalite, ağrı alt boyutu ve fiziksel ana boyutunu etkilediği, GÖRH-YKÖ puanlarını ise etkilemediği belirlendi (Tablo 14). Jang, Ryu,Choi, Lee (2016)'ın çalışmasında GÖRH hastalarının eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitelerinin yükseldiği belirtilmiştir. Çalışma bulgularının literatürle paralel olduğu söylenebilir ( Li et al. 2003; Acaray ve Pınar 2004; Guallar-Castillón et al. 2005; Erdem ve Ergüney 2005; Yurdakul ve ark 2007; Göçgeldi ve ark 2008; Küçükberber, Özdilli, Yotulmaz 2011; Tel et al. 2012; Bardage and Isacson 2014; Yeşil, Ulusoy, Kotkmaz 2016; Yılmaz ve Çağlayan 2018).

Mevcut çalışmada çalışmayanlarda fiziksel fonksiyon, emosyonel rol gücüğü, vitalite, sosyal işlevsellik, ağrı, mental ana boyut ve fiziksel ana boyut alt boyutları puan ortalamaları çalışanlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edildi. GÖRH-YKÖ ile çalışma değişkeni arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 15). Bireylerin çalışma hayatında karşılaştığı başarı veya başarısızlıklar, sosyalleşme veya dışlanma, olumlu ve olumsuz durumların yaşam kalitesi üzerinde doğrudan etkisi olmaktadır (Boylu ve Paçacıoğlu 2016). Yeşil ve ark (2010)'ın çalışanlar için yaşam kalitesinin ölçüldüğü çalışmasında yaşam kalitesi puan ortalamalarının düşük olduğu belirtilmiştir. Çalışanların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (Ertem 2010; Altay, Gönener, İslam, Göv 2010; Küçükberber et al. 2011; Bozbaş, Özyürek, Ulubay 2011;) Çalışanların yaşam kalitelerinin düşük

olmasının iş yaşamındaki stres faktörünün yüksek olmasından kaynaklandığı düşünüldü.

Bu çalışmada, gelir düzeyi değişkenin GÖRH-YK ölçeğinin tedavi etkisi alt boyutu ve SF36 YKÖ fiziksel fonksiyon alt boyutu ile fiziksel ana boyutunu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği belirlendi (Tablo 16). Yaşam kalitesi fiziksel ana boyut ile gelir durumu arasında Onat (2013)'ın çalışmasında anlamlı fark bulunmuştur. Koçoğlu ve Akın (2009)'ın çalışmasında aylık gelir ile fiziksel sağlık ve mental sağlık ana boyutlarında anlamlı fark olduğunu bildirmiştir. Gelir düzeyi yüksek olanların yaşam kalitelerinin de yüksek olduğu çalışmalarda belirtilmiştir. (Kalantar-Zadeh, Koople, Block, Humphreys 2001; Acaray ve Pınar 2004; Şen ve ark. 2008; Hacialioglu, Özer, Yılmaz, Erdem, Erci 2010; Gülmez 2013; Aylaz ve Aydın 2014; Ilhan, Arpacı, Havaoğlu, Kalyoncuoğlu, Sarı 2016; Yeşil ve ark. 2016; Akyüz ve ark 2017; Durmuş, Gerçek, Çiftçi 2018).

Bu çalışmada sigara değişkeni ile her iki yaşam kalitesi ölçeği arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 17). Ancak sigara içilen süre arttıkça fiziksel ana boyut puan ortalamalarının, günlük tüketilen sigara sayısı arttıkça da vitalite alt boyutu puan ortalamalarının anlamlı düzeyde azaldığı belirlendi (Tablo 19). Onat (2013)'ın SF 36 YKÖ'ni kullandığı çalışmasında da sigaranın yaşam kalitesi üzerine etkisi olmadığı belirlenmiştir. Şen ve ark (2008)'ın yaşam kalitesi ölçeği olarak WHOQOL-BREF'i kullandığı çalışmasında sigaranın yaşam kalitesini düşürdüğü tespit edilmiştir. Zahran, Zack, Vernon, Hertz (2007) yapmış olduğu çalışmada sigara sayısı arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü tespit edilmiştir. Winjhoven et al (2001) çalışmasında sigaranın yaşam kalitesini etkilediğini, sigara içenlerin yaşam kalitesinin daha iyi olduğu görülmektedir. Sigaranın yaşam kalitesini etkilemediği gösteren çalışmalar (Ergen ve ark. 2011; Özcan ve ark. 2013; Chung et al. 2013; Onat 2013; Ilhan ve ark 2016) olduğu kadar olumsuz veya olumlu etkilediğini bildiren çalışmalar (Mert, Mert, Dural, Ünalır 2016; Yurdakul et al. 2007; Fallahi et al. 2013; Kim et al. 2013) da bulunmaktadır. Bu nedenle sigaranın gerçek etkisinin ortaya konulması için daha fazla çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır. Mevcut çalışmada sigara bırakılan süre ile GÖRH-YKÖ diyet alt boyutu arasında pozitif bir ilişki olduğu, sigara bırakılma süresi arttıkça diyet alt boyut puan ortalamalarının da arttığı belirlendi. Kohata et al

(2016)'ın sigara bırakma kliniğinde bir yıl boyunca takip ettiği GÖRH'li hastaların sigarayı bırakmayı başaranların GÖRH semptomlarının sigara bırakmayı başaramayan bireylerden daha fazla gerilediğini ve yaşam kalitelerinin de olumlu etkilendiği bildirmiştir.

Alkol tüketimi ( $\geq 16$ ml/gün) ile GÖRH arasında ilişki olduğu Watanabe et al (2003) çalışmasında bildirmiştir. Avidan et al (2001)'in çalışmasında ise alkol tüketimi ile GÖRH arasında ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızda alkol değişkeni ile ölçekler arasında anlamlı ilişki saptanmadı (Tablo 18). Çalışma grubumuzda alkol tüketen birey sayısının azlığından (%6,8) dolayı anlamlı fark görülmediği düşünülmektedir.

Beden kitle indeksinin GÖRH'nı semptomlarını artırdığına yönelik çalışmalar vardır (Yönem et al. 2013; Kobayashi et al. 2017; Dağlı ve Kalkan 2017) Aşırı kilolu ve obez kişilerde GÖRH belirtilerinin normal kilolu bireylere göre 1.5-2 kat daha fazla olduğu bir metaanaliz çalışmasında gösterilmiştir. (Hampel, Abraham, El-Serag 2005). Literatürde GÖRH ile BKİ arasında ilişki olmadığını belirten çalışmalar da vardır (Sevindir ve ark 2014; Zagari et al. 2008) Çalışmamızda BKİ ile GÖRH-YKÖ arasında anlamlı bir fark bulunmadı, SF 36 YKÖ fiziksel fonksiyon alt boyutu ile fiziksel ana boyut arasında ise anlamlı ilişki bulundu (Tablo 20). Vural ve ark (2010)'ın çalışmasında BKİ ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Gülmez (2013)'in çalışmasında da BKİ ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmadığı belirtilmiştir.

Mevcut çalışmada ana öğün sayısı ile GÖRH-YKÖ ve alt boyutlarından; tedavi etkisi, diyet, SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin mental ana boyutu ve emosyonel rol güçlüğü alt boyutu ile anlamlı ilişki ortaya çıkmıştır (Tablo 19). Bireyler aralıklı beslendiğinde bir öğünde alınan besin miktarı artınca midenin gerginliğinin arttığı ve besinlerin mideyi daha yavaş terk ettiği bildirilmektedir (Tai, Castio, Pi-Sunyer 1991). Mide distansiyonun yüksek olması ve besinlerin mideyi geç boşaltması özofagusun gastrik içeriğe maruz kalma süresini uzattığı (Lee ve Mccoll 2013) için GÖRH ve öğün sayısı arasında ilişki olduğu söylenebilir. Vakhshoori et al (2018)'in çalışmasında öğün sayısı arttıkça kadın hastaların GÖRH semptomlarının azaldığını belirtmiştir.

Birçok faktör GÖRH fizyopatolojisinde rol oynar ve bunlardan en çok dikkat çeken ise beslenme özellikleridir. Öğün miktarının fazla olması, geç akşam yemekleri, yeme hızı, öğün alışkanlığının düzensizliği GÖRH ile ilişkilendirilmiştir (Vakhshoori et al. 2018). Hızlı yemek yiyen bireylerin, normal hızda yemek yiyen bireylere göre GÖRH görülme sıklığının arttığı bildirilmiştir (Esmailzadeh et al. 2013). Çalışmamızda yemek yeme hızlarını yavaş (n:37), orta (n:66), hızlı (n:42), çok hızlı (n:16) olarak sınıflandırıldı. GÖRH yaşam kalitesi ölçeğinde orta hızda yemek yiyenlerin ortalaması yavaş yemek yiyenlerden daha yüksek olduğu; hızlı yemek yiyenlerin tedavi etkisi alt boyutu puan ortalaması yavaş yemek yiyenlerden anlamlı derecede daha yüksek ve diyet alt boyutu puan ortalaması ise orta hızda yemek yiyenlerin yavaş hızda yiyenlerden anlamlı ölçüde daha yüksek bulundu (Tablo 22). Hızlı yiyenlerin reflü semptomlarının şiddetlenmesinden çekinmediği ve reflü semptomlarını baskılamak için ilaç kullanmaktan çekinmediği tespit edildi. SF 36 YKÖ'nde ise fiziksel rol güçlüğü, ruhsal sağlık, ağrı alt boyutları ile fiziksel ana boyutta orta hızda yiyenlerin puan ortalamaları yavaş yiyenlere göre daha yüksek bulundu. GÖR'lü 147 hastanın katıldığı bir çalışmada hastaların akşam yemeklerini yatmadan önce saat kaçta yedikleri sorgulanmıştır, kontrol grubuna göre GÖR hastalarının akşam yemeği ile yatma saatleri arasının daha kısa olduğu, yatmadan 3 saat önce yemek yiyenlerin yatmadan 4 saat önce yemek yiyenlerden GÖRH riskinin 7.45 kat fazla olduğu bildirilmiştir (Fujiwara et al. 2005). GÖRH'li hastalarda geç akşam yemeğinin etkisini araştıran bir çalışmada; 20 hastaya bir gece geç akşam yemeği, diğer gece akşam yediden önce akşam yemeği verilmiş ve özofageal PH ölçümü yapılmıştır. Çalışma sonucunda iki gece arasında asit maruziyeti açısından anlamlı fark bulunmamıştır (Kaltenbach et al. 2006). Yatmadan önce yemeklerden kaçınmak sırtüstü reflü miktarını azaltabilir fakat GÖRH semptomları üzerinde yararlı bir etkisi kanıtlanamamıştır (Kroch and Madanick 2017). Bu çalışmada GÖRH-YK ölçeği ile yatmadan önce yemek yeme değişkeni arasında anlamlı ilişki saptanmadı (Tablo 23) fakat uykudan kalkıp yemek yeme değişkeni ile GÖRH-YKÖ ölçeğinin günlük aktivite ve psikolojik iyilik hali arasında anlamlı fark bulundu (Tablo 24). Gece uykudan kalkıp yemek yemeyenlerin gece uykudan uyanıp bazen yemek yiyenlere göre GÖRH-YK ölçeği puan ortalaması daha yüksek ve gece uykudan kalkıp yemek yemeyenlerin günlük aktivite ve psikolojik iyilik hali alt

boyutu puan ortalaması gece uykudan uyanıp sık sık ya da bazen yemek yiyenlere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü. Bu sonuçlara göre GÖRH, uykudan uyanıp yemek yemeyen bireylerin günlük yaşamını etkilemediği ve reflünün kötü bir hastalığa dönüşmesinden endişe duymadığı belirlenmiş oldu. İspanya’da birinci basamak sağlık kuruluşunda yapılan bir çalışmada katılımcıların %60’ı semptomların sadece gece veya gündüz ve gece boyunca olduğunu ifade etmiştir. Dinlenme süresi boyunca (gece) semptomların varlığı, sadece bireylerin dinlenme süresinin geri kalanını etkilemesinden değil aynı zamanda takip eden günlük durumunu, verimliliğini ve genel yaşam kalitesini etkilediği için hastalık üzerinde daha olumsuz etkiye yol açmaktadır (Ponce et al. 2009). Diyet düzenlerinin analizi diyet-hastalık ilişkilerini incelemek için değerli bir araç haline gelmiştir fakat yaşam kalitesi üzerine etkileri hakkında çok az şey bilinmektedir (Ruano et al. 2013). Bu nedenle kanıta dayalı çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Mevcut çalışmada katılımcılara doktor tarafından tanı koyulan başka bir hastalığının varlığını sorguladığımızda hastaların çoğunluğu (%51) kronik hastalığının olduğunu ifade etti. Kronik hastalık, kişinin fonksiyonel kapasitesinin düşmesine, çalışma performansının azalmasına ve yaşam kalitesinin bozulmasına yol açmaktadır (Kumsar ve Yılmaz 2014). Bu çalışmada doktor tarafından başka bir tanı almayan hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut alt boyut puan ortalamaları doktor tanısı olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 25). Çalışma sonuçları literatür ile uyumlu olup kronik hastalığa sahip bireylerin yaşam kalitesi puanları düşük olduğu bir çok çalışmada bildirilmiştir (Altay ve ark 2010; Pehlivan ve ark. 2010; Gülmez 2013; Ilhan ve ark 2016; Yılmaz ve Çağlayan 2018;). Çalışmada ilaç kullanan katılımcıların %80,2’si ilaçlarını düzenli aldığını ifade etti (Tablo 8). Kronik hastalığa sahip bireylerin sürekli ilaç kullanma durumlarının yaşam kalitesine etkisini gösteren bir nitel çalışmada bazı hastalar yaşam kalitesini sürekli ilaç kullanmamak olarak tanımlamışlardır. Aynı çalışmada araştırmaya katılan 7 birey ilaç kullanmanın yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilediğini belirtmiştir (Altuntaş ve ark. 2015). Mevcut çalışmada düzenli ilaç kullanmayanların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, vitalite, sosyal işlevsellik, ağrı ve fiziksel ana boyut alt boyut puan ortalamaları

düzenli ilaç kullananlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 26). Altuntaş ve ark (2015)'in belirttiğine göre Gries et al. (1987)'nin yaptığı çalışmada günlük düzenli ilaç kullanımı zorunluluğunun yaşam kalitesini bozduğunu ifade etmiştir. Bireyler yeterli ve dengeli beslenmediği dönemlerde günlük yaşam kalitesini artırmak için doktor tavsiyesi ile vitamin kullanabilirler (Çoşkun ve Turhan 2010). Çalışmamızda vitamin desteği almayanların vitalite, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, mental ana boyut ve fiziksel ana boyut alt boyut puan ortalamaları vitamin desteği alanlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Tablo 27). Vitamin kullanan birey sayısının az olmasından (%11,2) dolayı sonuçların literatürden farklı olduğu düşünüldü.

Bu çalışmada katılımcıların GÖRH semptomları ile GÖRH-YKÖ ve SF36 YKÖ arasındaki ilişkileri inceledik. Boğazda yanma, ağız kokusu değişkenleri ile GÖRH-YK ve SF 36 YK ölçeklerinin ana ve alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 32-37). GÖRH, kişilerin günlük yaşantıları üzerinde önemli etkisi olan ve fiziksel aktiviteye müdahale eden, sosyal işlevselliği ve uykuyu bozan, işyerinde verimliliği azaltan kronik bir hastalıktır (Lee et al. 2011). GÖR hastalığı semptomları bireyin günlük yaşamının fiziksel, sosyal ve duygusal yönleri üzerindeki etkileri ile sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Wiklund 2004). Mevcut çalışmada göğüs arkasında yanma değişkeni ile GÖRH-YKÖ arasında anlamlı bir farklılık bulunmamakta, SF 36 YKÖ fiziksel fonksiyon, ağrı alt boyutları ve fiziksel ana boyut arasında anlamlı fark bulunmaktadır (Tablo 28). Göğüs arkasında yanma olmayanların fiziksel fonksiyon, ağrı ve fiziksel ana boyut puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 28). GÖRH'li hastalara yapılan bir çalışmada göğüste yanma ve regürjitasyon semptomu gösterenlerin SF 36 YKÖ puanlarının düşük olduğu bulunmuştur (Lee et al. 2014). Yiyeceklerin ağıza geri gelmesi değişkeni ile iki ölçek arasında da anlamlı fark saptandı (Tablo 29). Yediği yiyecekleri ağıza geri gelmeyenlerin, GÖRH-YKÖ toplam puanı ve günlük aktivite, diyet, psikolojik iyilik hali alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü. SF 36 YKÖ enerji canlılık vitalite, ağrı, genel sağlık algısı alt boyutları ve fiziksel ana boyut puan ortalamalarının da yiyecekleri ağıza geri gelmeyen hastalarda daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 29). Çalışma sonuçları literatür ile uyumludur (Lee et al.2014).



Bu çalışmada göğüs ağrısı değişkeni ile GÖRH-YKÖ toplam puanı ve günlük aktivite ve psikolojik iyilik hali alt boyutları, SF 36 YKÖ'nin ise ağrı, genel sağlık algısı alt boyutları ve fiziksel ana boyut puanları arasında anlamlı fark saptandı. Göğüs kemiği arkasında ağrısı olmayan hastaların yaşam kalitesi daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 30). GÖRH'li 6000' den fazla hastanın katıldığı bir çalışmada reflü hastalığı olan bireylerin yaşam kalitelerinin genel nüfusa göre anlamlı derecede düşük olduğu belirtilmiştir. GÖR hastalarının yaşam kalitesi akut koroner olaylardan muzdarip olanlara benzer ve GÖR hastalarında SF 36 mental ana boyut skoru kanser, diyabet gibi daha şiddetli hastalardan daha düşük olduğu gösterilmiştir (Kulig et al. 2004). Ağrının yaşam kalitesini etkileyen bir parametre olduğu düşünüldüğünde göğüs kemiği arkasında ağrısı olanların yaşam kalitesinin daha düşük olması beklenen bir sonuçtur.

Fonksiyonel sağlık durumu; bireyin temel ihtiyaçlarını karşılamak, sağlıklarını ve iyiliklerini korumak için gerekli günlük rollerini ve etkinliklerini yerine getirme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Jones et al. 2017). Disfajinin altta yatan sebebi ne olursa olsun sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ve fonksiyonel sağlık durumunu olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Finizia, Rudberg, Bergqvist, Ryden 2012; Pinchot et al. 2012; Pierce et al. 2016; Simpelaere et al. 2017; Jones et al. 2017). Jones et al. (2017)'ın yaptıkları sistematik derlemede, disfaji şiddetinin artmasının sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin düşmesine neden olduğu ifade edilmiştir. Ancak sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin disfaji sebebiyle mi yoksa disfajiye sebep olan hastalıklar sebebi ile mi düştüğünün tartışma konusu olduğunu ifade etmiştir. Mevcut çalışmada yutma güçlüğü (disfaji) değişkeninin, GÖRH-YKÖ günlük aktivite, tedavi etkisi, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyut puan ortalamalarını, SF 36 YKÖ'nin ise sosyal işlevsellik, ağrı alt boyutları ve mental ana boyut puan ortalamalarını anlamlı düzeyde etkilediği belirlendi. Yutma güçlüğü yaşamayanların yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 31).

Ses kısıklığı değişkeni ile GÖRH-YKÖ'nin psikolojik iyilik hali alt boyutu, SF 36 YKÖ'nin enerji canlılık vitalite, ağrı, genel sağlık algısı alt boyutu ile fiziksel ana boyut puanları arasında anlamlı fark bulundu. Ses kısıklığı yaşamayanların yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 33). Boğuk ses değişkeni

ölçekler arasındaki ilişkiye baktığımızda GÖRH-YKÖ ile bir anlamlılık tespit edilmedi. SF 36 YKÖ fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, vitalite, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut ve mental ana boyut alt boyutları puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu. Bu sonuçlara göre boğuk sesi olmayan bireylerin yaşam kalitelerinin yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 34). Literatürde ses kısılması semptomu çoğunlukla reflü ile ilişkilendirilmiş ve reflü ilaçları ile tedavi edilmiştir (Schneider, Vaezi, Francis 2016). Ses kısıklığı veya boğuk ses varlığı reflüye bağlı ses tellerinin etkilendiğini göstermektedir ve hastalıkta hastaların daha fazla etkilendiğinin bir göstergesidir bu nedenle ses kısıklığı veya boğuk ses şikayeti yaşayanların yaşam kalitesi daha düşük çıkmış olabilir.

Mevcut çalışmada öksürük değişkeni ile SF 36 YKÖ emosyonel rol güçlüğü, ağrı, mental ana boyut ile GÖRH-YKÖ tedavi etkisi alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Bu sonuçlara göre öksürük problemi olmayanların yaşam kalitesi puanları daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 35). Astım veya kronik öksürük gibi GÖRH'nin ekstra özofageal sonuçlarının da sağlıkla ilgili yaşam kalitesini doğrudan etkilediği bildirilmektedir (Wiklund 2004). Bu nedenle öksürüğü olanların yaşam kaliteleri daha düşük bulunmuş olabilir.

Çalışmada hıçkırık değişkeni ile ölçekleri karşılaştırdığımızda GÖRH-YK ölçeği ve diyet alt boyutları puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu. SF 36 YKÖ'da ise fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut puan ortalamaları ile anlamlı fark bulundu (Tablo 36). Hıçkırık problemi olmayanların yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulundu. Hıçkırık alt özofagus sfinkterinin yetersizliği ve özofagus peristalsizminin engellenmesi ile ilişkilendirilir. Literatürde hıçkırığın reflü sonucu olduğu bilgisi olmakla birlikte yapılan bir çalışmada hıçkırık olmadığında alt özofagus sfinkter parametrelerinin ve özofagus gövde peristaltizminin normale döndüğü belgelendirilmiş ve hıçkırık sebebiyle reflü olduğu ifade edilmiştir (Greene, Oh, Worrell, Hagen 2016). Çalışmaya katılan hastaların %26,1'i hıçkırık varlığından söz etmiştir. Hıçkırık şikayetinin olması bireyi hem

fiziksel hem de sosyal açıdan etkileyeceği için yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilenmiş olabileceği söylenebilir.

Bu çalışmada geğirme değişkeni ile GÖRH-YK ölçeği tedavi etkisi alt boyutu arasında anlamlı fark bulundu (Tablo 38). Geğirme problemi olmayanların tedavi etkisi alt boyut puanlarının yüksek olduğu belirlendi. Hastaların %52,8'i geğirme varlığından söz etmektedir (Tablo 8). Bir sistematik derlemede GÖRH'li hastaların geğirme semptomunun görülme sıklığının %40-49 olduğu rapor edilmiştir ve GÖRH'li hastalarda supragastrik geğirmenin reflü ataklarına neden olduğu gösterilmiştir (Kessing et al. 2014). Bu nedenle yaşam kalitelerinin etkilenmesi beklenen bir durumdur.

Mevcut çalışmada boğazda yumru olması (globus sensation) değişkeni ile GÖRH-YKÖ toplam puanı ile günlük aktivite, psikolojik iyilik hali alt boyutları, SF36 YKÖnin enerji/canlılık/vitalite alt boyutu arasında anlamlı fark saptandı. Boğazda yumru semptomu olmayanların günlük aktivite, psikolojik iyilik hali, enerji/canlılık/vitalite puanlarının daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 39). GÖRH'de ortaya çıkan globus sensationun oluşma sebebi; reflü sebebiyle oluşan laringofarengeal irritasyon ve enflamasyon, özofagusun asitleşmesi ve gerginliğinin neden olduğu üst özofagus sfinkterinin vagovagal refleks hipertonisitesidir. GÖRH'li hastalarda globus %23-68 oranında görüldüğü ifade edilmiştir (Tang et al. 2017). Çalışmamızda katılımcıların %37,3'ü boğazda yumru hissi olduğunu ifade etmiştir. Boğazda yumru olası Reflü hastaları özellikle fiziksel ve psikolojik yönden etkileyen önemli bir semptom olduğu için yaşam kaliteleri olumsuz olarak etkilenmiş olabilir.

Çalışmada bulantı değişkeni ile GÖRH-YKÖ toplam puanı, diyet, psikolojik iyilik hali alt boyutlarında anlamlı farklılık bulundu. SF36 YKÖ ağrı, genel sağlık algısı alt boyutu ve fiziksel ana boyut arasında anlamlı fark bulundu. Bulantı semptomunu gösteren bireylerin ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptandı (Tablo 40). Kusma değişkeni ile GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları ile anlamlı farklılık bulundu. Kusma problemi olanların GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptandı (Tablo 41).

Kusma semptomu gösteren hastaların reflü semptomlarının günlük yaşantılarını daha çok etkilediği görüldü. GÖRH, mide ekşimesi ve regürjitasyon gibi belirgin semptomlar ile karakterize ve sık sık mide bulantısı, kusma, erken doyma, şişkinlik, geğirme gibi dispepsi benzeri semptomların eşlik ettiği yaygın görülen bir hastalıktır. GÖR hastalarında sık görülen bu dispeptik semptomlar sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ve hastalık yükünü etkilemektedir (Gerson, Kahrilas, Fass 2011).

Bu çalışmada hastalara reflü hastalıklarının günlük ve iş yaşantılarını, aile ve arkadaş ilişkilerini etkileyip etkilemediğini sorgulandı. Hastalığın günlük yaşamı etkileme durumu değişkeni ile GÖRH-YKÖ günlük aktivite, tedavi etkisi, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları, SF 36 YKÖ ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu görüldü (Tablo 42). Reflü hastalığı nedeniyle günlük yaşamı etkilenen bireylerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bulundu. Hastanın, hastalığını günlük yaşamını etkilediğini tarif etmesi, semptomlarının ciddiyetini ve sıklığını doğru bir şekilde gösterdiği belirtilmektedir (Wiklund 2004). GÖRH semptomları hastaların günlük aktivitelerini ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği ve sağlık sistemlerine önemli bir maliyet getirdiği bildirilmiştir ( Farup et al. 2001; Panahi et al. 2015). Bu nedenle günlük yaşamı etkilenenlerin yaşam kalitelerinin etkilenmesi doğal bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır.

İş yaşantısını etkileme durumu değişkeni ile GÖRH-YKÖ toplam puanı ve günlük aktivite alt boyutu, SF 36 YKÖ fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, ağrı alt boyutları, fiziksel ve mental ana boyutları anlamlı fark görüldü. (Tablo 43). İş yaşantısını etkilenen bireylerin yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu belirlendi. Ağrılı ve sıklıkla engelleyici semptomların neden olduğu reflü hastalığı olan bireylerde görülen yaşam kalitesinde azalma hem işi hem de iş verimliliğini etkilemektedir. Reflünün sebep olduğu mide ekşimesi zaman zaman işe konsantre olmada, aile aktivitelerinde, egzersizde, sosyalleşmede ve seyahat etmede etkili olmuştur (Wiklund 2004).Yapılan çalışmalarda hastalıkları nedeniyle iş yaşamının etkilenmesinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini gösteren çalışmalar olduğu görülmektedir (Wahlqvist 2001; Dubois et al. 2007; Chassany et al. 2008) Çalışma bulgusunun literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Reflü sebebiyle arkadaş ilişkileri etkilenen bireylerin GÖRH-YKÖ toplam puanı ve günlük aktivite alt boyutunun, SF 36-YKÖ sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut puan ortalamalarının anlamlı oranda daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 44). Aile içi ilişkileri etkileme değişkeni ile GÖRH-YKÖ günlük aktivite, tedavi etkisi, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları, SF 36 YKÖ fiziksel fonksiyon, sosyal işlevsellik, ağrı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulundu. (Tablo 45). Reflü hastalığı sebebiyle aile içi ilişkileri bozulan hastaların yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu tespit edildi. Literatürde de aile, arkadaş ve iş yaşamının etkilenme durumunun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (Farup et al. 2001; Wiklund 2004; Panahi et al. 2015;).

Çalışmamızda şikayeti artıran besinler sorgulandı ve yaşam kalitesi ölçekleri ile ilişkilerine bakıldı. Baharatlı yiyeceklerin reflü şikayetini artırma ile GÖRH-YKÖ GÖRH-YK ölçeği arasında, günlük aktivite ve tedavi etkisi alt boyutları puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu (Tablo 46). Baharatlı yiyeceklerin şikayeti artırdığını ifade edenlerin puanlarının daha düşük olduğu saptandı ve bu kişilerin reflü için ilaç almaktan sıkıldığı ve hastalıklarının günlük yaşantılarını etkilediği tespit edildi. Alsulobi et al (Alsulobi et al. 2017)'nin çalışmasında baharatlı yiyeceklerin GÖR için risk faktörü olduğu ve GÖRH hastalarının %58,1'inin baharatlı yiyecek tükettiğini bildirmişlerdir. Yang ve ark (2006)'nın 52 GÖRH'li hasta ve 23 sağlıklı kontrol grubuyla yaptığı çalışmada diyetin GÖRH'li hastaların yaşam kalitesine etkisini araştırmış ve hastaların kontrol grubuyla karşılaştığında sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde azalma olduğu görülmüştür. Mevcut çalışmada mayalı yiyeceklerin reflü semptomlarını artırdığını ifade edenlerin yaşam kalitelerinin etkilenmediği belirlendi (Tablo 51). GÖRH'li hastaların kolesterol ve doymuş yağ asiti tüketimi özofagus asit reflüsü ile ilişkilendirilmektedir (Nam et al. 2017) fakat mayalı yiyecekler ile yaşam kalitesi ilişkisini gösteren literatür bulgusuna rastlanmamıştır. Çalışmamızda kahve içenlerin GÖRH-YKÖ diyet alt boyutunda ve SF 36 YKÖ fiziksel fonksiyon alt boyutunda anlamlı farklılık saptandı (Tablo 47). Çay içenler ile GÖRH-YKÖ günlük aktivite ve psikolojik iyilik hali alt boyutunda anlamlı fark saptandı (Tablo 48). Çay ve kahve içmenin reflü semptomlarını arttırdığını ifade edenlerin GÖRH yaşam kalitesi

puanlarının düşük olduğu bulundu. Nilsson et al (2004) GÖRH görülme sıklığı ile kahve arasında olumsuz etki olduğunu belirtmiş ve alkol çay tüketiminin reflü risk faktörü olmadığı bildirilmiştir. Bu çalışmanın aksine Kore’de yapılan besinlerin GÖRH üzerine etkisini araştıran bir çalışmada kafeinli içeceklerin reflü semptomlarını artırdığını göstermişlerdir (Song et al. 2011). Yağlı yiyeceklerin GÖRH semptomlarını artırdığını belirten hastaların GÖRH-YKÖ toplam puanı ve tedavi etkisi, diyet alt boyutu puanlarının düşük olduğu saptandı (Tablo 49). Kubo et al (2014)’ın 316 GÖRH, 317 Barrett Özofagus ve Reflüsü olmayan kişilerden oluşan kontrol grubuyla yaptığı çalışmasında reflü semptomları şiddetli ve sık olan hastaların çay, asitli içecek ve yağ tüketiminin fazla olduğunu bildirmiştir ve reflü semptomunun sıklığı ile yağlı yiyecekler arasında ilişki olduğunu, kızartma yiyenlerin reflü semptomlarının sık olduğunu tespit etmişlerdir ve asitli içeceklerin alt özofagus sfinkter basıncında geçici düşmeye neden olduğunu belirtmiştir. Fass et al (2005)’in 15699 kişinin katıldığı çok merkezli kohort çalışmasında gazlı içecek tüketiminin nokturnal reflü semptomlarını artırdığını ifade etmişlerdir. Araştırmamızda asit ve gazlı içeceklerin şikayetini artırdığını ifade edenlerin (%49,1) SF 36 YKÖ fiziksel fonksiyon ve ağrı alt boyutları puan ortalamaları, şikayeti artırmadığını söyleyenlere göre anlamlı derecede daha düşük olduğu, GÖRH-YKÖ puanlarını ise etkilemediği belirlendi (Tablo 50). Araştırmamızda sigara içen hastalardan (n:44), sigaranın reflü semptomlarını artırdığını ifade edenler (n:12) ile yaşam kalitesi ölçekleri arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 52). Onat (2013)’ın SF 36 YKÖ’ni kullandığı çalışmasında sigaranın yaşam kalitesi üzerine etkisi bulunmamıştır. Mevcut çalışmada yemekten sonra uzanmanın reflü şikayetini artırdığını ifade eden bireylerin GÖRH-YKÖ toplam puanı, günlük aktivite ve psikolojik iyilik hali alt boyutları arasında anlamlı fark bulundu (Tablo 53). GÖRH’li hastalarda yemek sonrası reflü yaygın görülmektedir (Kaltenbach et al. 2006). Normal bireylerde farklı yaşlanma pozisyonlarının yemek sonrası oluşan gastroözofageal reflü üzerine etkisini araştıran bir çalışmada reflü ataklarının sağ yan yatma pozisyonunda arttığı ve bu durumun alt özofagus sfinkterinin geçici gevşemelerinin artmasından kaynaklandığı bildirilmiştir (Van Herwaarden et al. 2000). GÖRH ile ileri yaş, beden kitle indeksi, son bir sene içerisinde stres altında

kalma ve yemeklerden sonra iki saat içerisinde uzanma arasında ilişki olduğu bulunmuştur (Yönem ve ark 2013).

Mevcut çalışmada tatlının reflü şikayetlerini artırdığını ifade eden bireylerin (%15,52) GÖRH-YKÖ toplam puanı, günlük aktivite ve tedavi etkisi alt boyutlarının anlamlı düzeyde düşük olduğu, yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiği saptandı (Tablo 54). Diyet faktörünün GÖRH için risklerinin araştırıldığı bir çalışmada yağlı, kızartılmış, baharatlı veya ekşi ve tatlı yiyeceklerin reflü semptomlarını artırdığı belirlenmiştir (Jarosz and Taraszewska 2014). GÖRH’li hastaların yaşam tarzını belirlemek üzere yapılan bir çalışmada; hızlı yemek yeme, aşırı yemek yeme, baharat tercihli diyet, tatlı tercihli diyet, çorba tercihli diyet, yüksek yağlı diyet, sıcak yeme ve anksiyete GÖRH ile ilişkilendirilmiştir (Yuan 2017).

Bu çalışmada GÖRH’li bireylerin son üç ay içerisinde tanımlayabildiği sindirim sistemi ile ilgili semptomları GİS semptom anketiyle (özofagus belirtileri, üst dismotilite semptomları, ishal, kabızlık, bağırsak semptomları) değerlendirilmiştir. GÖRH’li bireylerin %46,6 (nadiren-bazen) özofagus belirtileri gösterdiği, %35,4’ünün (sık sık-çok sık) üst dismotilite semptomları gösterdiği, %7,5’inin (sık sık-çok sık) ishal semptomunu gösterdiği, %5,6’sının (sık sık-çok sık) kabızlık semptomunu gösterdiği, %21,1’isini (sık sık-çok sık) bağırsak semptomları gösterdiği belirlendi. Çalışmada en çok üst dismotilite ve bağırsak semptomlarının görüldüğü tespit edildi (Tablo 55). Yapılan bir çalışmada gastrointestinal semptomların en yaygın türünün üst dismotilite semptomları olduğu bildirilmiştir (Okumura, Tanno, Ohhira 2010). Özofagus semptomu (yutma güçlüğü-mide ekşimesi) ile yaşam kalitesi ölçeklerini karşılaştırdığımızda anlamlı sonuçlar elde edildi. GÖRH-YKÖ günlük aktivite, tedavi etkisi, diyet ve psikolojik iyilik hali alt boyutları ve SF 36 YKÖ fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut toplam puanları özofagus semptomunu (nadiren-bazen) gösterenlerin semptomu olmayanlara göre anlamlı derecede düşüktür (Tablo 56). Yutma güçlüğü ve mide ekşimesi semptomlarının yaşam kalitesini düşürdüğüne dair çalışmalar mevcuttur (Lee et al. 2014; Jones et al. 2017).

Araştırmamızda üst dismotilite semptom grupları (erken tokluk hissi, yemek sonrası şişkinlik, karın şişkinliği, bulantı, kusma) ile yaşam kalitesi ölçekleri arasında anlamlı fark bulundu. Semptom olmayanların fiziksel rol güçlüğü, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik ve diyet alt boyut puan ortalamaları 2'den fazla semptomu olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek iken semptom olmayanların emosyonel rol güçlüğü, vitalite, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, GÖRH-YK ölçeği, günlük aktivite ve psikolojik iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları semptomu olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek ve semptomu olmayan ya da 1-2 semptomu olanların ağrı alt boyut puan ortalaması 2 den fazla semptomu olanlara göre anlamlı derecede daha yüksekti (Tablo 57). Rasmussen et al. (2015)'in yaptığı çalışmada genel popülasyonda gastroözofageal reflü hastalığı, dispepsi ve irritabl bağırsak sendromu semptomlarının kesişmesini araştırmışlar ve GÖRH teşhisli hastaların %1,9'unun fonksiyonel dispepsi semptomunu gösterdiğini belirtmişlerdir. GÖRH; mide bulantısı, kusma, erken doyma, şişkinlik, geğirme gibi dispepsi benzeri semptomların eşlik ettiği yaygın görülen bir hastalıktır ve GÖR hastalarında sık görülen bu dispeptik semptomlar sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ve hastalık yükünü etkilemektedir (Gerson et al. 2011). Gastroözofageal reflü hastalığı ile ilişkili gastrointestinal semptomlar hakkında yapılan bir sistematik derlemede GÖR hastalarının kronik şişkinlik, kronik kabızlık, irritable bağırsak sendromu ve fonksiyonel kabızlık görülme oranları GÖR olmayan hastalardan daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Hosseini, Salar, Shariatmaghani, Birjandi 2017). Çalışmamızda kabızlık semptom grupları ile yaşam kalitesi ölçekleri arasında anlamlı ilişki saptandı (Tablo 59). İshal semptom grupları ile SF 36 YKÖ arasında anlamlı ilişki bulundu. İshal semptomu olmayanların emosyonel rol güçlüğü alt boyut puan ortalaması 1-2 semptomu olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek iken semptomu olmayanların genel sağlık algısı alt boyut puan ortalaması 2'den fazla semptomu olanlara göre anlamlı derecede daha yüksekti (Tablo 58). Şişkinlik ve ishal semptomu bireylerde özgüven eksikliğine ve bu sebeple sosyal yaşamdan kaçınmaya sebep olmaktadır. Bireylerin günlük işlevlerini, yaşam ve çalışma tarzını etkilemekte, uyku bölünmeleri sebebiyle yorgunluğun artmasına neden olmaktadır (Kılıç ve ark. 2017). Bu nedenle de hastaların yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmiş olabilir.



Bağırsak semptom grupları ile yaşam kalitesi ölçekleri arasında sadece SF 36 YKÖ ölçeği emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık alt boyutları ve mental ana boyut puanları arasında anlamlı fark bulundu. Bağırsak semptomu göstermeyenlerin puan ortalamaları 2'den fazla semptomu olanlara göre anlamlı derecede daha yüksekti (Tablo 60). İrritable bağırsak sendromu olan bireylerin gastroözofageal reflü hastalığı, diyabet, son dönem böbrek hastalığı ve enflamatuar bağırsak hastalığı gibi diğer yaygın hastalıkları olan hastalara benzer veya daha az sağlıkla ilgili yaşam kalitesi puanları olduğu belirtilmiştir (Monnikes 2011). Çalışmada gastrointestinal semptom grupları ile yaşam kalitesi ölçekleri arasında anlamlı fark bulundu. GÖRH-YKÖ toplam puanı ve psikolojik iyilik hali alt boyut puan ortalamaları ve SF 36 YKÖ fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut puan ortalamaları semptomu olmayanların 2'den fazla semptomu olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 61). Hollanda'da yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada gastrointestinal semptomları olan kişilerin, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu bildirilmiştir (Tielemans et al. 2013). Jeong et al. (2008)'ın kronik gastrointestinal semptomların yaşam kalitesine etkisini belirlemek için yaptığı çalışmada, kronik semptomları (GÖRH-İBS-Dispepsi) olan bireylerin sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği bildirilmiştir. Çalışma sonuçlarının literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Gastroözofageal Reflü Hastalığının yaşam kalitesine etkisini ölçmek ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada bulunan temel sonuçlar şunlardır:

- Araştırma GERG-QOL'nin Türkçe versiyonunun (Gastroözofageal Reflü Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği; Gastroözofageal reflü hastalığı teşhisi koyulmuş Türk hastalarda yaşam kalitesini ölçen geçerli ve güvenilir bir ölçektir.
- GÖRH'nın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bulundu.
- Sosyodemografik verilerden GÖRH yaşam kalitesini etkileyen parametlerin yaş, medeni durum, aile yapısı, eğitim durumu, gelir durumu, BKİ, yemek

yeme hızı, uykudan kalkıp yemek yeme, doktor tarafından tanı koyulan başka bir hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanma olduğu belirlendi.

- GÖRH hastalığına dair semptomların yaşam kalitesine etkisine baktığımızda; göğüste yanma, yiyeceklerin ağıza geri gelmesi, göğüs ağrısı, yutma güçlüğü, ses kısıklığı, boğuk ses, öksürük, hıçkırık, geğirme, boğazda yumru olması, bulantı ve kusmanın yaşama kalitesini olumsuz etkilediği belirlendi.
- GÖRH'nin bireylerin günlük yaşantısını, arkadaş ilişkilerini, aile yaşantısını, iş yaşamını olumsuz etkilediğinden dolayı yaşam kalitesini azalttığı saptandı.
- GÖRH hastalığı teşhisi almış bireylerin baharatlı yiyecekler, kahve, çay, yağlı yiyecekler, tatlı yiyeceklerin tüketiminin, yemekten sonra uzanmanın reflü semptomunu artırdığı ve bu sebepten dolayı yaşam kalitelerinin azaldığı tespit edildi.
- GİS semptom şiddeti, semptom görülme sıklığı arttıkça yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Gastroözefageal Reflü Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği (GÖRH-YKÖ), GÖRH teşhisi koyulan bireylerin yaşam kalitesini ölçmek amacıyla kullanılabilir. Bu nedenle GÖRH'nin yaşam kalitelerinin gerek bu ölçek gerekse diğer yaşam kaliteleri ölçekleriyle mutlaka değerlendirilmesi,
- Daha büyük örnekleme sahip çok merkezli çalışmalar yapılması,
- Hastaların Yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik planlamaların yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Acaray, A. & Pınar, R., 2004. Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 8(1), pp.1–11.
- Acree LS, Longfors J, Fjeldstad A.S., Fjeldstad C., Schank B., Nickel K.J., Montgomery P.S., Gardner A.W., 2006. Physical activity is related to quality of life in older adults. *Health and quality of life outcomes*, 4, p.37.
- Akbolat, M., Turgut, M. & Över, G., 2015. Hemşirelerin Yaşam Kalitesi Algılarının Motivasyonlarına Etkisi: Bir Kamu Hastanesi Örneği. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 4(2), pp.65–82.
- Aktümsek, A., 2012. *Anotomi ve Fizyoloji-İnsan Biyolojisi* 7. baskı. K. Mehmet, ed., Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Akyüz H, Yaşartürk F, Aydın İ, Zorba E, Türkmen M., 2017. Üniversite Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi ve Mutluluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi The Investigation of the Relationship between University Students ' Levels of Life Quality and Happiness. *International Journal of Cultural and Social Studies*, 3(December), pp.253–262.
- Alsulobi AM, El-Fetoh NMA, Alenezi SGE, Alanazi RA, Alenazy RHS, Alenzy F.A.L., Alanzy A.A., Hazmy A.M.A., Albathaly K.O., Alruwaily R.J.F., Alanazi İ.M., Ali E.A., Alanazy M.S., Aienzy N.O., 2017. Gastroesophageal reflux disease among population of Arar City, Northern Saudi Arabia. *Electron Physician*, 9(10), pp.5499–5505.
- Altay B, Gönener HD, İslam K, Göv P., 2010. Fizik Tedavi Alan Hastaların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 16(2), pp.29–35.
- Altuntaş, O., Akı, E. & Huri, M., 2015. Kronik Hastalıklarda İlaç Kullanımının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Katılıma Etkisi Üzerine Nitel Bir Çalışma. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 3(2), pp.79–86.
- Amouretti M, Nalet B, Robaszkievicz M, Wainsten JP, Loge C de la, Benmedjahed K, Baraosa C.D., Brin S., Schatz B., 2005. Validation of the short-form REFLUX-QUAL ® (RQS ® ), a gastro-esophageal reflux disease (GERD) specific quality of life questionnaire. *Gastroenterol Clin Biol*, 29, pp.793–801.
- Avcı, K. & Pala, K., 2004. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(2), pp.81–85.
- Avidan B, Sonnenberg A, Schnell TG, Sontag SJ., 2001. Risk Factors for Erosive Reflux Esophagitis : A Case-Control Study. *The American Journal of Gastroenterology*, 96(1), pp.41–46.

- Aydemir, O., Ozdemir, C. & Koroglu, E., 2005. The impact of co-morbid conditions on the SF-36: A primary-care-based study among hypertensives. *Archives of Medical Research*, 36(2), pp.136–141.
- Aylaz, R. & Aydın, S., 2014. Acil Ve Diğer Servislerde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Vardiyalı Çalışmasının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*, 2(3).
- Babaoğlu, Ü.T. & Özdenk, S., 2017. Algılanan Stres İle Gastrointestinal Semptom Arasındaki İlişkinin İncelenmesi : Tanımlayıcı Araştırma. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3, pp.138–145.
- Bardage, C. & Isacson, D.G.L., 2014. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *Journal of Hypertension*, 22, pp.172–181.
- Bor, S., Kitapcioglu, G. & Kasap, E., 2017. Prevalence of gastroesophageal reflux disease in a country with a high occurrence of Helicobacter pylori. *World J Gastroenterol*, 23(3), pp.525–532.
- Bor, S. & Yüksel, E.S., 2017. Gastroözofageal reflü hastalığı prevalansı , insidansı ve komplikasyonlarının ( striktür / özofajit / Barrett / karsinom ) sıklığı dünyanın değişik coğrafi bölgeleriyle karşılaştırıldığında nasıldır ? *Turkish Journal of Gastroenterology*, 28(Suppl 1), pp.4–9.
- Boylu, A.A. & Paçacıoğlu, B., 2016. Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri Quality of Life and Indicators. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 8(15), pp.137–150.
- Bozbaş, Ş.S., Özyürek, B.A. & Ulubay, G., 2011. Relation Between Disease Control and Demographic Variables, Life Quality and Emotional Status in Asthma. *Turkish Thoracic Journal/Turk Toraks Dergisi*, 12(4), pp.139–144.
- Bozkurt, A., 2017. Gastrointestinal Fizyoloji. In E. Açar, M. Ayyıldız, & M. Yıldırım, eds. *Tıbbi Fizyoloji Klinik Tıbbın Temelleri*. İstanbul Medikal Yayıncılık, p. 499.
- Bredenoord AJ, Weusten BLAM, Curvers WL, Timmer R, Smout AJPM., 2006. Determinants of perception of heartburn and regurgitation. *Gut*, 55, pp.313–318.
- Bulut, İ. & Deveci, S.E., 2017. Kadınların Yaşam Kaliteleri ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 31(2), pp.61–69.
- Burström, K., Johannesson, M. & Diderichsen, F., 2001. Health-related quality of life by disease and socio-economic group in the general population in Sweden. *Health Policy*, 55(1), pp.51–69.
- Çakır Ö.Ö., Çizmecioğlu A., Bıyık M., Çiftçi S., Ataseven H., Hakkı P., Demir A., 2018. Konya İl Merkezinde Gastroözofageal Reflü Hastalığı Prevalansı. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, 17(1), pp.2–11.
- Çalıştır B, Dereli F, Ayan H, Cantürk A., 2006. Muğla İl Merkezinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9(1),

pp.30–33.

- Çam, H.H. & Nur, N., 2015. Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinde algılanan stres ile gastrointestinal semptomlar arasındaki ilişki. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 14(6), pp.475–483.
- Çapık, C., Gözüm, S. & Aksayan, S., 2018. Kültürlerarası Ölçek Uyarlama Aşamaları , Dil ve Kültür Uyarlaması : Güncellenmiş Rehber. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(3), pp.199–210.
- Cardoso AL, Figueiredo AGA, Sales LGD, Adozina M Souza Neta İDCB, Trindade LMDF., 2018. Gastroesophageal Reflux Disease: Prevalence and Quality of Life of Health Science Undergraduate Students. *Acta Gastroenterol Latinoam*, 48(3), pp.197–205.
- Cătinean, A., Neag, M.A. & Pop, D., 2017. Different presentations of gastroesophageal reflux disease. *Human & Veterinary Medicine International Journal of the Bioflux Society*, 9(4), pp.111–116.
- Caviglia R., Ribolsi M., Maggiano N, Gabbrielli A.M., Emerenziani S., Pier M., Guarino L., Carotti S., Habib I., Rabitti C., 2005. Dilated Intercellular Spaces of Esophageal Epithelium in Nonerosive Reflux Disease Patients with Physiological Esophageal Acid Exposure. *American Journal of Gastroenterology*, 100, pp.543–548.
- Chan Y., Chinng J.Y., Cheung C.M., Tsoi K.K., Polder-Verkiel S, Pang S.H., Quan W.L., Kee K.M., Chan F.K., Sung J.J., 2010. Development and validation of a disease-specific quality of life questionnaire for gastro-oesophageal reflux disease : the GERD-QOL questionnaire Questionnaire development. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics* 31(3), pp.452–461.
- Chassany O., Holtmann G., Malagelada J., Gebauer U., Doerfler H., Devault K., 2008. Systematic review: Health-related quality of life (HRQOL) questionnaires in gastro-oesophageal reflux disease. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 27(11), pp.1053–1070.
- Chen, J. & Brady, P., 2019. Gastroesophageal Reflux Disease. *Gastroenterology Nursing*, 42(1), pp.20–28.
- Chen Y, Xiong L, Zeng J, Wei Y, Tan Y., 2018. Gastroesophageal reflux disease is associated with high risk of obstructive sleep apnea syndrome. *Zhonghua Nei Ke Za Zhi.*, 57(11), pp.824–829.
- Chung JO, Cho DH, Chung DJ, Chung MY., 2013. Assessment of Factors Associated with the Quality of Life in Korean Type 2 Diabetic Patients. *Internal Medicine*, 52(2), pp.179–185.
- Civriz, S. & Palabıyıkoglu, M., 2009. Barrett Özofagus. In H. Özkan, ed. *Gastroözofageal Reflü Hastalığı & Gastrit ve Peptik Ülser*. İstanbul, pp. 87–92.

- Çoşkun, F. & Turhan, H., 2010. İstanbul'da Vitamin Kullanım Alışkanlıkları Ve Bu Alışkanlıkları Etkileyen Faktörler Üzerine Bir Araştırma. *Marmara Eczacılık Dergisi*, 14, pp.21–28.
- Cruz L.N., Fleck MP de A, Oliveira MR, Camey S.A., Hoffmann uliana F., Bagattini Â.M., Polanczyk C.A., 2013. Health-related quality of life in Brazil : normative data for the SF-36 in a general population sample in the south of the country. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), pp.1911–1922.
- Dağlı, Ü. & Kalkan, İ.H., 2017. Reflü tedavisinde yaşam tarzı değişikliklerinin yeri. *Turk J Gastroenterol*, 28(Suppl 1), pp.33–37. Available at: [www.turkjgastroenterol.org](http://www.turkjgastroenterol.org).
- Dent J, El-Serag H, Wallander M, Johansson S., 2005. Epidemiology Of Gastro-Oesophageal Reflux Disease : A Systematic Review. *Gut*, 54, pp.710–717.
- Dobrucalı, A., 2007. Gastroözofajial Reflü Hastalığı ve Teşhis ve Tedavide Karşılaşılan Sorunlar. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi No:58*, pp.9–30.
- Doğan, İ., 2009. Gastroözofageal Reflü Hastalığı: Epidemiyoloji ve Klinik. *Güncel Gastroenteroloji*, pp.77–80. Available at: [guncel.tgv.org.tr](http://guncel.tgv.org.tr).
- Dubois R.W., Aguilar D., Fass R., Orr W.C., Elfant A.B., Dean B.B., Harper A.S., Yu H.T., Melmet G.Y., Lynn R., Singh A., Tedeschi M., 2007. Consequences of frequent nocturnal gastro-oesophageal reflux disease among employed adults: Symptom severity, quality of life and work productivity. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 25(4), pp.487–500.
- Durmuş, M., Gerçek, A. & Çiftçi, N., 2018. Hemşirelerin Yaşam Kaliteleri İle Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(2), pp.279–286.
- E.Hall, J. & Guyton, A.C., 2013. *Guyton ve Hall Tıbbi Fizyoloji* 12. Baskı. B. Ç. Yeğen, ed., İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Eherer, A., 2014. Management of Gastroesophageal Reflux Disease : Lifestyle Modification and Alternative Approaches. *Karger*, 32, pp.149–151.
- El-Serag HB, Sweet S, Winchester CC, D.J., 2014. Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut*, 63(6), pp.871–880.
- Ercan, İ. & Kan, İ., 2004. Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3), pp.211–216.
- Erdem, N. & Ergüney, S., 2005. Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(3), pp.1–9.
- Ergen A, Kumbasar A, Arslan E, Atmaca D., 2011. Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesi Üzerine Kesitsel Bir Çalışma. *Haseki Tıp Bülteni*, 49, pp.14–20.

- Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, Sanisoğlu SY., 2013. Confirmatory Factor Analysis and Fit Indices : Review Doğrulatoryı Faktör Analizi ve Uyum İndeksleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 33(1), pp.210–223.
- Ertem, G., 2010. Kadınların Menopoz Sonrası Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(1), pp.473–482.
- Eser E., Aydemir Ö., Özyurt B.C., Akar A., Deveci S., Eser S., Ayık C., 2018. Dünya Sağlık Örgütü Engellilerde Yaşam Kalitesi Modülü Türkçe Sürümünün ( WHOQOL-DIS-TR ) Türk Toplumundaki Psikometrik Özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 29(1), pp.36–46.
- Esin, M.N., 2014. Veri Toplama Yöntem ve Araçları & Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik ve Geçerliği. In S. Erdoğan, N. Nahcivan, & M. N. Esin, eds. *Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, pp. 193–233.
- Eslick, G.D. & Talley, N.J., 2009. Gastroesophageal Reflux Disease ( GERD ) Risk Factors , and Impact on Quality of Life — A Population-based Study. *J Clin Gastroenterol*, 43(2), pp.111–117.
- Esmailzadeh A, Keshteli H, A F, F Z, Feinle-bisset C, Adıbı P., 2013. Patterns of diet-related practices and prevalence of gastro-esophageal reflux disease. *Neurogastroenterology & Motility*, 25, pp.831–841.
- Eusebi LH, Ratnakumaran R, Yuan Y, Solaymani-Dodaran M, Bazzoli F, Ford AC., 2018. Global prevalence of, and risk factors for, gastro-oesophageal reflux symptoms: a meta-analysis. *Gut*, 67(3), pp.430–440.
- Fallahi S, Jamshidi AR, Gharibdoost F, Mahmoudi M, Ahmadzadeh N, Nichnam MH., 2013. The Correlation between Pack-Years of Smoking and Disease Activity, Quality of Life, Spinal Mobility, and Sacroiliitis Grading in Patients with Ankylosing Spondylitis. *Turkish Journal of Rheumatology*, 28(3), pp.181–188.
- Farup C, Kleinman L, Sloan S, Ganoczy D, Chee E, Lee C, Revicki D., 2001. Independent factors associated with the impact of gastroesophageal reflux disease on health-related quality of life. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 161(1), pp.45–52.
- Fass R, Quan SF, O'Connor GT, Ervin A, Iber C., 2005. Predictors of heartburn during sleep in a large prospective cohort study. *Chest*, 127(5), pp.1658–1666.
- Finizia C, Rudberg I, Bergqvist H, Rydén A., 2012. A cross-sectional validation study of the swedish version of SWAL-QOL. *Dysphagia*, 27(3), pp.325–335.
- Fujiwara Y, Machida A, Watanabe Y, Shiba M, Tominaga K, Watanabe T., 2005. Association Between Dinner-to-Bed Time and Gastro-Esophageal Reflux Disease. *American Journal of Gastroenterology*, 100(7), pp.2633–2636.

- Genç A, Şener Ü, Karabacak H, Üçok K, Kocatepe A, Tıp Ü, 2011. Kadın ve Erkek Genç Erişkinler Arasında Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi Farklılıklarının Araştırılması. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 12, pp.145–150. Available at: [http://www.kocatepetipdergisi.aku.edu.tr/PDF/Eylul 2011/4- Kadın ve Erkek Genc Eriskinler Arasinda Fiziksel Aktivite ve Yasam Kalitesi Farkliliklarinin Arastirilmesi.pdf](http://www.kocatepetipdergisi.aku.edu.tr/PDF/Eylul%202011/4-Kadin%20ve%20Erkek%20Genc%20Eriskinler%20Arasinda%20Fiziksel%20Aktivite%20ve%20Yasam%20Kalitesi%20Farkliliklarinin%20Arastirilmesi.pdf).
- Gerson, L.B., Kahrilas, P.J. & Fass, R., 2011. Insights into gastroesophageal reflux disease-associated dyspeptic symptoms. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 9(10), pp.824–833.
- Göçgeldi E, Mustafa Alparslan Babayiğit HH, Açikel CH, Taşçı İ, Ceylan S., 2008. Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50, pp.172–179.
- Gong EJ, Choi KD, Jung H, Youn YH, Song KH, Huh KC., 2017. Quality of life, patient satisfaction, and disease burden in patients with gastroesophageal reflux disease with or without laryngopharyngeal reflux symptoms. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 32(7), p.1336-.
- Greene CL, Oh DS, Worrell SG, Hagen JA., 2016. Hiccups and gastroesophageal reflux disease as seen on high resolution esophageal manometry. *Diseases of the Esophagus*, 29(7), pp.883–884.
- Guallar-Castillón P, Redondo Sendino Á, Banegas JR, López-García E, Rodríguez-Artalejo F., 2005. Differences in quality of life between women and men in the older population of Spain. *Social Science and Medicine*, 60(6), pp.1229–1240.
- Guan, X. & Wang, H., 2015. ScienceDirect Quality of life scales for patients with gastroesophageal reflux disease : A literature review. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(1), pp.110–114.
- Gülmez, H., 2013. Çalışanların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(4), pp.74–82.
- Gün, Y. & Korkmaz, M., 2014. Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi \*. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(2), pp.98–108.
- Gürsel, N., Özbey, S. & Güzel, P., 2016. Öğretim Elemanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi. *International Journal of Social Science Research*, 5(2), pp.10–25.
- Hacıoğlu N., Özer N., 2010. The quality of life of family caregivers of cancer patients in the East of Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(3), pp.211–217.
- Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. (2005). *Multivariate data analysis*. New Jersey: Prentice-Hall.



- Hampel, H., Abraham, N.S. & El-serag, H.B., 2005. Review Meta-Analysis : Obesity and the Risk for Gastroesophageal Reflux. *Ann Intern Med.*, 143(3), pp.199–211.
- Herbella, F.A.M., Schlottmann, F. & Patti, M.G., 2018. Pathophysiology of gastroesophageal reflux disease : how an antireflux procedure works ( or does not work ). *Italian Society of Surgery*, 70(3), pp.343–347.
- Herregods, T.V.K., Bredenoord, A.J. & Smout, A.J.P.M., 2015. Pathophysiology of Gastroesophageal Reflux Disease : new understanding in a new era. *Neurogastroenterology & Motility*, 27(9), pp.1202–1213.
- Hu LT, Bentler PM. (1999). Cutoff Criteria For Fit Indexes in Covariance Structural Analysis: Conventional Criteria Versus New Alternatives. *Structural Equation Modeling*, doi: 10.1080/10705519909540118.
- Van Herwaarden MA, Katzka DA, Smout AJPM, Samsom M, Gideon M, Castell DO., 2000. Effect of different recumbent positions on postprandial gastroesophageal reflux in normal subjects. *American Journal of Gastroenterology*, 95(10), pp.2731–2736.
- Hosseini M, Salari R, Shariatmaghani S, Birjandi B, Salari M., 2017. Gastrointestinal symptoms associated with gastroesophageal reflux disease, and their relapses after treatment with proton pump inhibitors: A systematic review. *Electronic Physician*, 9(6), pp.4306–4311.
- Hunt R, Armstrong D, Katelaris P, Afihene M, Bane A, Bhatia S, Chen M., Choi M.G., Ford A., Hongo M., Khan A., 2017. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines. *J Clin Gastroenterol*, 51(6), pp.467–478.
- Iga FH., Bielsa F.M.V., Troche J.M.R., Díaz M.A.V., Cuesta T la JL., 2016. Diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease : recommendations of the Asociación Mexicana. *Revista de Gastroenterología de México*, 81(4), pp.15–27.
- Ilhan N, Arpacı S, Havaoglu D, Kalyoncuoglu H, Sari P., 2016. Quality of Life and Factors Affecting the Quality of Life of Elderly Nursing Home Residents. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 6(2), pp.56–65.
- İnal HC, Günay S. (2002). *Olasılık ve Matematiksel İstatistik*. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.
- Jang SH, Ryu HS, Choi SC, Lee SY., 2016. Psychological factors influence the gastroesophageal reflux disease (GERD) and their effect on quality of life among firefighters in South Korea. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 22(4), pp.315–320.
- Jarosz, M. & Taraszewska, A., 2014. Risk factors for gastroesophageal reflux disease: The role of diet. *Przegląd Gastroenterologiczny*, 9(5), pp.297–301.

- Jeong JJ, Choi MG, Cho YS, Lee SG, Oh JH, Park J.M., Cho Y.K., Lee I.S., Kim S.W., Han S.W., Choi K.Y., Chung I.S., 2008. Chronic gastrointestinal symptoms and quality of life in the Korean population. *World Journal of Gastroenterology*, 14(41), pp.6388–6394.
- Jiang J, Icitovic N, Crane MA, Dasaro CR, Kaplan JR, Lucchini RG, Luft B.J., Moline J.M., Pendem L., Shapiro M., Udasin I.G., Todd A.C., Teitelbaum S.L., 2016. Sex Differences in Asthma and Gastroesophageal Reflux Disease Incidence Among the World Trade Center Health Program General Responder Cohort. *American Journal of Industrial Medicine*, 59(9), pp.815–22.
- Jones E, Speyer R, Kertscher B, Denman D, Swan K, Cordier R., 2017. Health-Related Quality of Life and Oropharyngeal Dysphagia: A Systematic Review. *Dysphagia*, 33(2), pp.141–172.
- Kalantar-Zadeh K, Kopple JD, Block G, Humphreys MH., 2001. Association among SF36 quality of life measures and nutrition, hospitalization, and mortality in hemodialysis. *Journal of the American Society of Nephrology : JASN*, 12(12), pp.2797–806.
- Kaltenbach, T., Crockett, S. & Gerson, L.B., 2006. Are Lifestyle Measures Effective in Patients With Gastroesophageal Reflux Disease? *Arch Intern Med*, 166, pp.965–971.
- Karakoç, F.Y. & Dönmez, L., 2014. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, (40), pp.39–49.
- Kartal, S.K. & Dirlik, E.M., 2016. Geçerlik Kavramının Tarihsel Gelişimi ve Güvenirlikte En Çok Tercih Edilen Yöntem: Cronbach Alfa Katsayısı. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 16(4), pp.1865–1879.
- Katz, P.O., Gerson, L.B. & Vela, M.F., 2013. Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *The American Journal of Gastroenterology*, 108(3), pp.308–328.
- Kaya, M., 2004. Ankara’da 112 acil yardım hizmetleri sağlık çalışanlarının öznel yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 14(4), pp.9–18.
- Kessing, B.F., Bredenoord, A.J. & Smout, A.J.P.M., 2014. The pathophysiology, diagnosis and treatment of excessive belching symptoms. *American Journal of Gastroenterology*, 109(8), pp.1196–1203.
- Kim M-J, Jeon DS, Gwon H-C, Kim S-J, Chang K, Kim H-S, Tahk S.J., 2013. Health-Related Quality-of-Life after Percutaneous Coronary Intervention in Patients with UA/NSTEMI and STEMI: the Korean Multicenter Registry. *Journal of Korean Medical Science*, 28(6), p.848.
- Kitaoka M, Mitoma J, Asakura H, Anyenda OE, Nguyen TTT, Hamagishi T, Hori D., Suzuki F., Sehibata A., Horii M., Tesujiguchi H., Hibino Y., Nakamura H., Kambayashi Y., Hitomi Y., Sehkura N., 2016. The relationship between hypertension and health-related quality of life : adjusted by chronic pain ,

chronic diseases , and life habits in the general middle-aged population in Japan. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 21(4), pp.193–214.

- Kılıç, S.P., Ovayolu, N. & Koruk, M., 2017. İrritabl Barsak Sendromlu Hastalarda Yaşam Kalitesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), pp.27–32. Available at: <http://dergipark.gov.tr/ikcusbfd/issue/30755/288340>.
- Kobayashi R, Tsunoda K, Ueha R, Fujimaki Y, Nito T, Yamasoba T., 2017. Role of lifestyle modifications for patients with laryngeal granuloma caused by gastroesophageal reflux : comparison between conservative treatment and the surgical approach. *Acta Oto-Laryngologica*, 137(3), pp.306–309.
- Koçoğlu, D. & Akın, B., 2009. Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2(4), pp.145–154.
- Koçyiğit H, Aydemir O, Fişek G, Ölmez N, Memiş A., 1999. Kısa Form-36 (SF-36)' nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12(2), pp.102–106.
- Kohata Y, Fujiwara Y, Watanabe T, Kobayashi M, Takemoto Y, Kamata N, Yamagami Y., Tanigawa T., Sehiba M., Watanabe T., Tominaga K., Shuto T., Arakawa T., 2016. Long-Term Benefits of Smoking Cessation on Gastroesophageal Reflux Disease and Health- Related Quality of Life. *PLoS One*, 11(2), pp.1–12.
- Kroch, D.A. & Madanick, R.D., 2017. Medical Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease. *World Journal of Surgery*.
- Kubo A, Block G, Quesenberry CP, Buffler P, Corley DA., 2014. Dietary guideline adherence for gastroesophageal reflux disease. *BMC Gastroenterology*, 14(1), pp.1–9.
- Küçükberber, N., Özdilli, K. & Yorulmaz, H., 2011. Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi/The Anatolian Journal of Cardiology*, 11, pp.619–626.
- Küçükgüçlü, Ö., Esen, A. & Yener, G., 2009. Bakımverenlerin Yükü Envanterinin Türk Toplumunu İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. *Journal of Neurological Sciences*, 26(1), pp.60–73.
- Kulig M, Leodolter A, Vieth M, Schulte E, Jaspersen D, Labenz J, Lind T., Meyer-sabellek W., Malfertheiner P., Stol T., Willich S.N., 2004. Quality of life in relation to symptoms in patients with gastro-oesophageal reflux disease - an analysis based on the ProGERD initiative. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 18(8), pp.767–776.
- Kumsar, A.K. & Yılmaz, F.T., 2014. Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesine Genel Bakış. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), pp.62–70.

- Lee S, Chang C, Chang C, Kao A, Chou M., 2011. Comparison of presentation and impact on quality of life of gastroesophageal reflux disease between young and old adults in a Chinese population. *World Journal of Gastroenterol*, 17(41), pp.4614–4618.
- Lee S, Lien H, Lee T, Yang S, Yeh H, Chang C, Lee S., Lien H., Lee T., 2014. Heartburn and Regurgitation Have Different Impacts on Life Quality of Patients with Gastroesophageal Reflux Disease. *World J Gastroenterol*, 20(34), pp.12277–12282.
- Lee, Y.Y. & Mccoll, K.E.L., 2013. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology Pathophysiology of Gastroesophageal Reflux Disease. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 27, pp.339–351.
- Li, L., Wang, H.M. & Shen, Y., 2003. Chinese SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation, validation, and normalisation. *J Epidemiol Community Health*, 57, pp.259–263.
- Li W, Liu L, Puente JG, Li Y, Jiang X, Jin S, Ma H., Kong L., Ma L., He X., Ma S., Chen C., 2005. Hypertension and health-related quality of life: An epidemiological study in patients attending hospital clinics in China. *Journal of Hypertension*, 23(9), pp.1667–1676.
- Liu H, Zhang J, Li J, Chen X, Wang W., 2011. Improvement of clinical parameters in patients with gastroesophageal reflux disease after radiofrequency energy delivery. *World Journal of Gastroenterology*, 17(39), pp.4429–4433.
- Loots C, Smits M, Omari T, Bennink R, Benninga M, Van Wijk M, 2013. Effect of lateral positioning on gastroesophageal reflux (GER) and underlying mechanisms in GER disease (GERD) patients and healthy controls. *Neurogastroenterology and Motility*, 25(3), pp.222-230.
- Madanick, R.D., 2014. Extraesophageal Presentation GERD: Where is the Science? *Gastroenterol Clin North Am*, 43(1), pp.105–120.
- Masoumi SJ, Famaz Khademolhosseini DM, Moradi F, Mostaghni AA, Zare N, Montazeri A, Saberi-Firoozi M., 2012. Correlation of Quality of Life with Gastroesophageal Reflux Disease amongst Qashqai Nomads in Iran. *Archives of Iranian Medicine*, 15(12), pp.747–750.
- Menezes, M.A. & Herbella, F.A.M., 2017. Pathophysiology of Gastroesophageal Reflux Disease. *World Journal of Surgery*, 41, pp.1666–1671.
- Mert KU, Mert GÖ, Dural M, Ünaler A., 2016. Akut ST Elevasyonlu Miyokard Enfarktüsü Sonrası Yaşam Kalitesi (EQ5D). *MN Kardiyoloji*, 23(4), pp.182–191.
- Meydan CH, Şeşen H. (2011). Yapısal Eşitlik Modellemesi AMOS Uygulamaları. Detay Yayıncılık, Ankara.

- Mirijanyan, G., 2018. Peculiarities Of Quality Of Life In Patients With Gastroesophageal Reflux Disease. *Georgian Med News*, 1(274), pp.88–92.
- Moennikes H., Schwan T., van Rensburg C., Straszak A., 2013. Possible Etiology of Improvements in Both Quality of Life and Overlapping Gastroesophageal Reflux Disease by Proton Pump Inhibitor Treatment in a Prospective Randomized Controlled Trial. *BMC Gastroenterology*, 13(1), pp.2–10.
- Monnikes, H., 2011. Quality of Life in Patients With Irritable Bowel Syndrome. *J Clin Gastroenterol*, 45, pp.98–101. Available at: [www.jcge.com](http://www.jcge.com).
- Moshkowitz M, Horowitz N, Halpern Z, Santo E., 2011. Gastroesophageal reflux disease symptoms : Prevalence , sociodemographics and treatment patterns in the adult Israeli population. *World Journal of Gastroenterology*, 17(10), pp.1332–1335.
- Mungan, Z., 2012. Prevalence and demographic determinants of gastroesophageal reflux disease ( GERD ) in the Turkish general population : A population-based cross-sectional study. *Turk J Gastroenterol*, 23(4), pp.323–332.
- Nam SY, Park BJ, Cho YA, Ryu KH, Choi IJ, Park S, Kim Y.W., 2017. Different effects of dietary factors on reflux esophagitis and non-erosive reflux disease in 11,690 Korean subjects. *Journal of Gastroenterology*, 52(7), pp.818–829.
- Ness-jensen E, Gottlieb-vedi E, Wahlin K, Lagergren J., 2016. All-cause and cancer-specific mortality in GORD in a population-based cohort study ( the HUNT study ). *Gut*, 0, pp.1–7.
- Nicolau, A.E., Lobonăiu, A. & Constantinoiu, S., 2018. New Minimally Invasive Endoscopic and Surgical Therapies for Gastroesophageal Reflux Disease ( GERD ). *Chirurgia*, 113(1), pp.70–82.
- Oh J, Kim T, Choi M, Lee H, Jeon E, Choi S., 2009. Relationship between Psychological Factors and Quality of Life in Subtypes of Gastroesophageal Reflux Disease. *Gut and Liver*, 3(4), pp.259–265.
- Okumura T, Tanno S, Ohhira M, Tanno S., 2010. Prevalence of functional dyspepsia in an outpatient clinic with primary care physicians in Japan. *Journal of Gastroenterology*, 45(2), pp.187–194.
- Onat, Ş.Ş., 2013. Yaşlı Bireylerde Sosyodemografik Özellikler ve Kognitif Fonksiyonların Yaşam Kalitesine Etkisi. *Türk Osteoporoz Dergisi*, 19, pp.69–73.
- Özcan DS, Aras M, Köseoğlu BF, Güven ŞŞ., 2013. Quality of life and associated conditions in women with fibromyalgia syndrome. *Türk Osteoporoz Dergisi*, 19(2), pp.42–47.
- Özdamar, K., 2015. *Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi-1* 10.Baskı., Ankara: Nisan Kitabevi.

- Özdemir I, Hocaoglu Ç, Koçak M, Ersöz HÖ., 2011. Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Ruhsal Belirtiler. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24, pp.128–138.
- Panahi Y, Khedmat H, Valizadegan G, Mohtashami R, Sahebkar A., 2015. Efficacy and safety of Aloe vera syrup for the treatment of gastroesophageal reflux disease: a pilot randomized positive-controlled trial. *Journal of Traditional Chinese Medicine*, 35(6), pp.632–636.
- Panzini RG, Mosqueiro BP, Zimpel RR, Bandeira R, Rocha NS, Fleck MP, Gehrek R., Mosqueiro B.P., Zimpel R.R., 2017. Quality-of-life and spirituality. *International Review of Psychiatry*, 29(3), pp.263–282.
- Patti, M.G., 2016. An Evidence-Based Approach to the Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease. *JAMA Surgery*, 151(1), pp.73–78.
- Pehlivan S, Ovayolu Ö, Ovayolu N, Pehlivan Y, Onat AM., 2010. Romatolojik Sorunu Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Bazı Semptomlarla İlişkisi. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 16(1), pp.10–14.
- Pierce JL, Tanner K, Merrill RM, Miller KL, Kendall KA, Roy N., 2016. Swallowing Disorders in Sjögren’s Syndrome: Prevalence, Risk Factors, and Effects on Quality of Life. *Dysphagia*, 31(1), pp.49–59.
- Pinchot S n., Youngwirth L, Rajamanickam V, Schaefer S, Sippel R, Chen H., 2012. Changes in Swallowing-Related Quality of Life after Parathyroidectomy for Hyperparathyroidism: A Prospective Cohort Study. *The Oncologist*, 17, pp.1271–1276.
- Ponce J, Beltran B, Ponce M, Zapardiel J, Ortiz V, Vegazo O, Nuevo J., 2009. Impact of gastroesophageal reflux disease on the quality of life of Spanish patients: The relevance of the biometric factors and the severity of symptoms. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 21(6), pp.620–629.
- Prasad, M., Rentz, A.M. & Revicki, D.A., 2003. The Impact of Treatment for Gastro-Oesophageal Reflux Disease on Health-Related Quality of Life A Literature Review. *Pharmacoeconomics*, 21(11), pp.769–790.
- Prof. Dr.Uğur Yılmaz, Prof. Dr. İrfan Soykan, P.D.Ü.D., 2004. *Gastroözofageal Reflü Hastalığı* P. D. Ü. D. Prof. Dr.Uğur Yılmaz, Prof. Dr. İrfan Soykan, ed., Ankara.
- Rasmussen S, Jensen TH, Henriksen SL, Haastrup PF, Larsen PV, Søndergaard J, Jarbol D. E., 2015. Overlap of symptoms of gastroesophageal reflux disease, dyspepsia and irritable bowel syndrome in the general population. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 50(2), pp.162–169.
- Ruano C, Henriquez P, Martinez-Gonzalez MA, Bes-Rastrollo M, Ruiz-Canela M, Sanchez-Villegas A., 2013. Empirically Derived Dietary Patterns and Health-

- Related Quality of Life in the SUN Project. *PLoS One*, 8(5), pp.1–10.
- Sancak, B. & Cumhuri, M., 2016. *Fonksiyonel Anatomi* B. Sancak & M. Cumhuri, eds., Ankara: ODTÜ Yayıncılık.
- Sandhu, D.S. & Fass, R., 2018. Current Trends in the Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Gut and Liver*, 12(1), pp.7–16.
- Sarıyıldız MA, Batmaz İ, Budulgan M, Bozkurt M, Yazmalar L, Okçu M, Ulu M.A., 2013. Sistemik sklerozlu hastalarda depresif semptomlar : Klinik değişkenler, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Dicle Tıp Dergisi*, 40(1), pp.62–67.
- Schneider, G.T., Vaezi, M.F. & Francis, D.O., 2016. Reflux and Voice Disorders: Have We Established Causality? *Current Otorhinolaryngology Reports*, 4(3), pp.157–167.
- Şen N, Arslan GG, Çoban A, Güngör N, Kulbakan S, Solar M., 2008. Sigara İçme Durumunun Üniversite Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi. *Toraks Dergisi*, 9(2), pp.68–73.
- Sevindir İ., Keskin F.E , Ertürk K ., Yaşar N., 2014. Vücut Kitle İndeksi Artışı Gastroözofagial Reflü Hastalığını Ağırlaştırır mı ? *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 5(1), pp.35–38.
- Shaheen, N. & Ransohoff, D.F., 2002. Gastroesophageal Reflux, Barrett Esophagus, and Esophageal Cancer. *Journal American Medical Association*, 287(15), pp.1982–86.
- Sherman A.M., Shumaker S.A., Kancler C., Zheng B., Reboussin D.M., Legault C., Herrington D.M., 2003. Baseline Health-Related Quality of Life in Postmenopausal Women with Coronary. *Journal of Women's Health*, 12(4), pp.351–362.
- Shibata A, Oka K, Nakamura Y, Muraoka I., 2007. Recommended level of physical activity and health-related quality of life among Japanese adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, pp.1–8.
- Siahaan LA, Syam AF, Simadibrata M, Setiati S., 2017. The Validity and Reliability Test of the Indonesian Version of Gastroesophageal Reflux Disease Quality of Life ( GERD- QOL ) Questionnaire. *Acta Medica Indonesiana*, 49(1), pp.3–10.
- Simpelaere IS, Van Nuffelen G, De Bodt M, Vanderwegen J, Hansen T., 2017. Validation of the Dutch version of the Swallowing Quality-of-Life Questionnaire (DSWAL-QoL) and the adjusted DSWAL-QoL (aDSWAL-QoL) using item analysis with the Rasch model: a pilot study. *Health and quality of life outcomes*, 15(1), p.66.
- Smith, H., 2016. Heartburn , Gastro-oesophageal Reflux Disease and Non-erosive Reflux Disease. *South African Family Practice*, 58(5), pp.44–47.

- Song J.H., Chung SJ, Lee JH, Kim Y-H, Chang DK, Son H.J., Kim J.J., Rhee J.C., Rhee P.L., 2011. Relationship Between Gastroesophageal Reflux Symptoms and Dietary Factors in Korea. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 17(1), pp.54–60.
- Sönmez Y, Uçku R, Kitay Ş, Korkut H, Sürücü S, Sezer M, Çalik E., Kayali D., Yetiş Ç., Şentürk E., Kuralay M., Gülcan M. A., 2007. Araştırma İzmir ' de Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 75 Yaş Ve Üzeri Bireylerde Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Etmenler. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 21(3), pp.145–153.
- Souza TF De, Grecco E, Quadros LG De, Albuquerque YD De, Azôr FO, Neto MG., 2018. Short-term results of minimally invasive treatment of gastroesophageal reflux disease by radiofrequency ( Stretta ): first Brazilian series of cases. *Arquivos de Gastroenterologia*, 55(Spl), pp.52–55.
- Stacher G, Lenglinger J, Bergmann H, Schneider C, Hoffmann M V, Wöfl G, G-Stacher J., 2000. Gastric emptying : a contributory factor in gastro-oesophageal reflux activity ? *Gut*, 47, pp.661–666.
- Stoller J K, Michota FA, M.B., 2014. *Cleveland Klinik İç Hastalıkları* 5. Baskı. D. A.Muzzaffer, ed., İstanbul Tıp Kitabevi.
- Tack, J. & Pandolfino, J.E., 2018. Pathophysiology of Gastroesophageal Re fl ux Disease. *Gastroenterology*, 154(2), pp.277–288.
- Tai, M.M., Castiio, P. & Pi-Sunyer, F.X., 1991. Meal size and frequency : Effect on the thermic effect of food Meal size and frequency : thermic effect of food1 ' 2. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 54, pp.783–7.
- Tabachnick BG, Fidel LS. (2001). *Using Multivariate Statistics*. (Fourth Edition). MA: Allyn & Bacon, Inc.
- Tang Y, Huang J, Zhu Y, Qian A, Xu B, Yao W., 2017. Comparison of esophageal motility in gastroesophageal reflux disease with and without globus sensation. *Revista Espanola de Enfermedades Digestivas*, 109(12), pp.850–855.
- Taylor, J.B. & Rubenstein, J.H., 2010. Meta-Analyses of the Effect of Symptoms of Gastroesophageal Refl ux on the Risk of Barrett ' s Esophagus. *The American Journal of Gastroenterology*, 105(March), pp.1730–1738.
- Tel H, Demirkol D, Kara S, Aydin D., 2012. Care Burden and Quality of Life Among the Caregivers of Patients with COPD. *Turkish Thoracic Journal/Turk Toraks Dergisi*, 13(3), pp.87–92.
- Tielemans MM, Focks JJ, Rossum LGM van, Eikendal T, Jansen JBMJ, Laheij RJF, Oijen M.G.H., 2013. Gastrointestinal Symptoms are Still Prevalent and Negatively Impact Health-Related Quality of Life: A Large Cross-Sectional Population Based Study in The Netherlands. *PLoS ONE*, 8(7), pp.1–7.



- Tomita T, Yasuda T, Oka H, Terao S, Arai E, Oshima T., 2015. Atypical Symptoms and Health-Related Quality of Life of Patients with Asymptomatic Reflux Esophagitis. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 30(January 2010), pp.19–24.
- Topçu, S. & Bölüktaş, R.P., 2012. İnmeli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Sosyal Desteğin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 29(3), pp.159–164.
- Türkkan, A., 2010. Tıp Fakültesi Dergileri: Sosyoekonomik Durum Göstergeleri. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(2), pp.31–34.
- Türkyılmaz A, Aydın Y, 2012. Özofagus Hastalıklarında Tanısal Teknikler. *Toraks Cerrahisi Bülteni*, pp. 242-253.
- Üstündağ, H. & Gül, A., 2016. Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(6), pp.117–126.
- Vakhshoori M, Keshteli · Ammar Hassanzadeh, Sane'i P, Esmailzadeh A, Adibi P., 2018. Relationship Between Meal Frequency and Gastroesophageal Reflux Disease ( GERD ) in Iranian Adults. *Digestive Diseases and Sciences*, 63(11), pp.2998–3008.
- Vakil N, Zanten SV Van, Kahrilas P, Dent J, Jones R., 2006. The Montreal Definition and Classification of Gastroesophageal Reflux Disease : A Global Evidence-Based Consensus. *American Journal of Gastroenterology*, 101, pp.1900–1921.
- Vanleerberghe P, Witte N, Claes C, Schalock RL, Verte D., 2017. The quality of life of older people aging in place : a literature review. *Quality of Life Research*, 26(11), p.2899, 9 p.
- Vural, Ö., Eler, S. & Güzel, N.A., 2010. Masa Başlı Çalışanlarda Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 7(2), pp.69–75.
- Wahlqvist, P., 2001. Symptoms of gastroesophageal reflux disease, perceived productivity, and health-related quality of life. *American Journal of Gastroenterology*, 96(8 SUPPL.), pp.57–61.
- Wang K-Y, Chen Y-W, Wang T-N, Hsu W-H, Wu I-C, Yu F-J, Hu H.M. Wu J.Y., Kuo C.H., Lu C.Y., Wu D. C., Su Y.C., 2019. Predictor of Slower Gastric Emptying in Gastroesophageal Reflux Disease—Survey of An Asian-Pacific Cohort. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*.
- Wang X, Matsuda N, Ma H, Shinfuku N., 2000. Comparative study of quality of life between the Chinese and Japanese adolescent populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 54(2), pp.147–152.

- Watanabe Y, Fujiwara Y, Shiba M, Watanabe T, Tominaga K, Oshitani N, Matsumoto T., Nisikawa H., Higuchi K., Arakawa T., Clinic N., Higuchi K., 2003. Cigarette Smoking and Alcohol Consumption Associated with Gastro-Oesophageal Reflux Disease in Japanese Men. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 38(8), pp.807–11.
- Wijnhoven HAH, Kriegsman DMW, Hesselink AE, Penninx BWJH, Haan M de., 2001. Determinants of Different Dimensions of Disease Severity in Asthma and COPD \* Pulmonary Function and Health-Related Quality. *Chest Journal*, 119(4), pp.1034–1042.
- Wiklund, I., 2004. Review of the quality of life and burden of illness in gastroesophageal reflux disease. *Digestive Diseases*, 22(2), pp.108–114.
- Yamasaki T, Hemond C, Eisa M, Ganocy S, Fass R., 2018. The Changing Epidemiology of Gastroesophageal Reflux Disease: Are Patients Getting Younger? *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 24(4), pp.559–569.
- Yang X, Jiang H, Hou X, Song J., 2015. Anxiety and depression in patients with gastroesophageal reflux disease and their effect on quality of life. *World J Gastroenterol*, 21(14), pp.4302–4309.
- Yaşlıoğlu, M.M., 2017. Sosyal Bilimlerde Faktör Analizi ve Geçerlilik : Keşfedici ve Doğrulayıcı Faktör Analizlerinin Kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 46(Özel Sayı), pp.74–85.
- Yeşil A, Ergün Ü, Amasyalı C, Er F., Olgun NN, Aker A.T., 2010. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Uyarlaması Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 48(3), pp.1–1.
- Yeşil, T., Uslusoy, E.Ç. & Korkmaz, M., 2016. Kronik Hastalığı Olanlara Bakım Verenlerin Bakım Yükü Ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), pp.54–66.
- Yıldırım, M., 2016. *Resimli Sistemik Anatomi 2*. Baskı., İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Yılmaz, F. & Çağlayan, Ç., 2018. The effects of healthy lifestyle on the quality of life among elderly. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 20(4), pp.129–140.
- Yılmaz, U., Soykan, İ. & Dağlı, Ü., 2004. *Gastroözofageal Reflü Hastalığı Türk Gastr. U.* Yılmaz, İ. Soykan, & Ü. Dağlı, eds., Ankara: Türk Gastroenteroloji Vakfı.
- Yönem Ö, Sivri B, Özdemir L, Nadir I, Yüksel S, Uygun Y., 2013. Gastroesophageal reflux disease prevalence in the city of Sivas. *Turkish Journal of Gastroenterology*, 24(4), pp.303–310.

- Yurdakul, İ., 2004. Gastroözefageal Reflüks Hastalığı. In G. E. Yurdakul İ, Şentürk H, Tuncer MM, ed. *Gastroenterolojide Klinik Yaklaşım*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Komisyonu, pp. 43–48.
- Yurdakul, M., Eker, A. & Kaya, D., 2007. Menopozal Dönemdeki Kadınların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(5), pp.187–193.
- Yurdugül, H., 2005. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği için Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması. *XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi*, pp.1–6.
- Zagari RM, Fuccio L, Wallander M, Johansson S, Fiocca R, Casanova S, Farahmand B.Y., Winchester C.C., Roda E., Bazolli F., 2008. Gastro-oesophageal reflux symptoms , oesophagitis and Barrett ’ s oesophagus in the general population : the Loiano – Monghidoro study. *Gut*, 57, pp.1354–1359.
- Zahran HS, Zack MM, Vernon-Smile ME, Hertz MF., 2007. Health-Related Quality of Life and Behaviors Risky to Health among Adults Aged 18 – 24 Years in Secondary or Higher Education — United States , 2003 – 2005. *Journal of Adolescent Health*, 41, pp.389–397.

# EKLER

## EK 1. GERD-QOL Yazarı Justin Wu'dan İzin Talebi Yazışması

The screenshot shows an email interface with the following content:

**Permission request** Gelen Kutusu x

**ŞEYMA TRABZON** <seymatrabzon@sakarya.edu.tr>  
Alıcı: justinwu  
8 Eyl 2016 Per 14:17

Dear Justin Wu,

I am a master student at Sakarya University in Turkey. I would like to use your "Gastro-oesophageal reflux disease quality of life (GERD-QOL) test" for master thesis and if you permission, I want to translate turkish version (validity and reliability).

Looking forward to hearing from you  
Yours sincerely...

**Justin Wu** <justinwu@cuhk.edu.hk>  
Alıcı: ben\_justinwu  
8 Eyl 2016 Per 18:19

İngilizce > Türkçe > İletiyi çevir İngilizce için kapat x

Yes. You are most welcome. Thanks for your interest.  
Regards,  
Justin

Quoting ŞEYMA TRABZON <seymatrabzon@sakarya.edu.tr>:

- > Dear Justin Wu,
- >
- > I am a master student at Sakarya University in Turkey. I would like to use
- > your "Gastro-oesophageal reflux disease quality of life (GERD-QOL) test"
- > for master thesis and if you permission, I want to translate turkish
- > version (validity and reliability).
- >
- > Looking forward to hearing from you
- > Yours sincerely...
- >
- > --
- > \*Öğr. Gör. Şeyma TRABZON\*
- > \*Sakarya Üniversitesi\*
- > \*Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu\*
- > \*+90.264.295.38.75\*
- >

**EK 2. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu Sakarya İli  
Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kurum İzni**



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
Sakarya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

SAKARYA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL  
SEKRETERLİĞİ - SAKARYA İLİ KAMU HASTANELERİ  
BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ  
03/02/2017 12:16 - 23916764 - 702.99 - E.236



Sayı : 23916764-702.99  
Konu : Araştırma Hk.

SAĞLIK BAKANLIĞI SAKARYA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

İlgi:01/02/2017 tarihli ve 23916764-702.99-211 sayılı olur yazımız;

Genel Sekreterliğimizin ilgi tarihli olur yazısına istinaden Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü yüksek lisans öğrencisi olan Şeyma TRABZON' un dilekçesi üzerine "Gastroözefageal Reflüsü Olan Hastaların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" isimli çalışmasını hastanenizde gerçekleştirmesi için alınan olur ekte sunulmuş olup yapılacak olan çalışmaya gerekli yardımın sağlanması hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Op. Dr. Özcan ÖKTEM  
Genel Sekreter a.  
Tıbbi Hizmetler Başkanı

**EKLER:**  
Olur Yazısı (1 Sayfa)

İstiklal Mah. Muhsin Yazıcıoğlu Bulvarı No:3 Serdivan / SAKARYA Tel: 444 54 01  
Dahili: 1218 Faks: 0(264) 2751142  
Faks No:

e-Posta:halilibrahim.uster@saglik.gov.tr İnt.Adresi: 1254

Bilgi için:Halil İbrahim ÜSTER

Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No:4445401

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 058e5548-56e4-419c-938b-4e2f0f827dec kodu ile erişebilirsiniz.

### EK 3. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 29/12/2016-E.17927



T.C.  
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 71522473/050.01.04/13  
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul  
Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Yrd. Doç. Dr. Havva SERT  
Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu  
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İlgi : 22/12/2016 tarihli 207 sayılı başvurunuz

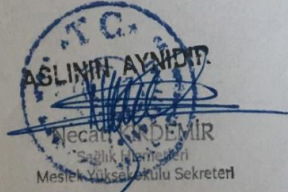
Destekleyicisi olduğunuz "Gastroözefageal Reflüsü Olan Hastaların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER  
Etik Kurulu Başkanı

Yücel DEMİR  
Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Elektronik  
İmzalı Aslı İle Aynıdır.  
29...12/2016..



Evrakı Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelegeDogrulama.aspx?V=BEL53RH1M>

Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk, Adapazarı/Sakarya  
Tel:264 295 6630 Faks:264 295 6629  
E-Posta :tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ :www.tip.sakarya.edu.tr



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## EK 4. Hasta Bilgi Formu

### HASTA BİLGİ FORMU

Anket No:.....

Tarih:.....

#### BİREYLERE İLİŞKİN TANIMLAYICI BİLGİLER

1.Yaş:            Boy:            Kilo:

2. Medeni durum: Evli ( ) Bekar ( ) Dul ( )

3. Aile Yapısı: Çekirdek ( ) Geniş Aile ( )

Yalnız Yaşıyorum ( ) Ailemle Yaşıyorum ( )

4.Cinsiyet: Erkek ( ) Kadın ( )

Kadın ise; Doğum sayısı:            Düşük sayısı:            Kürtaj sayısı:

#### 5.Eğitim Durumu:

Okur yazar değil	
İlkokul	
Ortaokul	
Lise	
Üniversite	
Lisansüstü (yükseklisans/doktora)	

#### 6.Meslek:

Ev Hanımı ( ) Memur ( ) Sigortalı işçi ( ) Serbest meslek ( ) Diğer .....

#### 7.Evinizin aylık toplam geliri nedir?

Gelir giderden az	
Gelir Gidere Eşit	
Gelir giderden Fazla	

#### 8. Düzenli olarak sigara içtiniz mi/içiyor musunuz?

Evet ( ) (.....adet/.....(gün/hafta/yıl)            Hayır ( )            Bazen ( )

(.....adet/gün) Bıraktım ( )

(Evet/bazen ise) Sigaraya ilk başlama yaşıınız? .....

(Bıraktı ise) Sigara içmeyi bırakalı ne kadar zaman geçti?    Hafta:.....    Ay:.....

Yıl:.....

Toplam kaç yıl süre ile sigara içtiniz/içiyorsunuz? .....

#### 9.Alkollü içecek tüketiyor musunuz? Evet ( ) Hayır ( )

Evet ise; Alkollü içecek tüketimine ilk başlama yaşıınız?.....

#### 10.Doktor tarafından tanısı konmuş başka bir hastalığınız var mı?

Hastalık	Süresi	Hastalık	Süresi	Hastalık	Süresi
1- Yok		6- Astım		11- Psikiyatrik	
2- Hipertansiyon		7- Guatr		12- Nörolojik	
3- Kalp damar		8- Anemi		13- Kanser	
4- Felç		9- Obezite		14- Diğer	
5- Diyabet		10- Böbrek Hastalığı			

#### EK 4. Hasta Bilgi Formu (devam)

11. Düzenli olarak kullandığınız ilaç var mı? Varsa isimleri neler?

Evet ( ) (1..... 2..... 3..... 4.....) Hayır ( )

İlaçlarınızı Düzenli Kullanıyor musunuz? Evet ( ) Hayır ( )

12. Düzenli olarak kullandığınız vitamin/mineral veya besin/bitki desteği var mı? Varsa isimleri neler?

Evet ( ) (1.....2.....3.....) Hayır ( )

13. Gastroözefageal reflü hastalığına dair yakınmalarınız neler? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

Göğüs arkasında yanma	Boğuk ses	Geğirme	
Yiyeceklerin ağza geri gelmesi	Öksürük	Bulantı	
Göğüs ağrısı	Boğazda yumru olması	Kusma	
Yutma güçlüğü	Hıçkırık		
Boğazda yanma	Ağız kokusu		
Ses kısıklığı	Astım		

14. Şikayetleriniz ne zamandır var?.....

15. Gastroözefageal reflü tanısı alalı ne kadar süre oldu?.....

16. Şikayetlerinizi artıran yiyecekler nelerdir? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

1-Alkol		6-Asit ve gazlı içecekler	
2-Baharatlı yiyecek		7-Mayalı yiyecekler	
3-Kahve		8-Sigara	
4-Çay		9-Yemekten sonra uzanma	
5-Yağlı yiyecek		10-Tatlı	

17. Hastalığınız günlük yaşamınızı etkiledi mi? Evet ( ) Hayır ( )

18. Hastalığınız iş yaşantınızı etkiledi mi? Evet ( ) Hayır ( )

19. Hastalığınız arkadaşlarınızla ilişkilerinizi etkiledi mi? Evet ( ) Hayır ( )

20. Hastalığınız aile içi ilişkilerinizi etkiledi mi? Evet ( ) Hayır ( )

#### 2.BESLENME ALIŞKANLIKLARI

1.Günlük ana öğün sayısı: ..... Günlük ara öğün sayısı: .....

2. Öğün atlama durumu: Evet ( ) Hayır ( ) Bazen ( )

3. Genellikle yemek yeme hızınız sizce nasıldır?

Yavaş ( ) Orta ( ) Hızlı ( ) Çok hızlı ( )

4. Tükettiğiniz yemeklerin ısısı sizce nasıldır?

Çok sıcak ( ) Sıcak ( ) Ilık ( ) Soğutarak ( )



**EK 4. Hasta Bilgi Formu (devam)**

**5. Gece yatmadan önce yemek yeme alışkanlığınız var mı?**

Evet ( ) Hayır ( ) Bazen ( )

**6. Gece uykudan kalkıp yemek yeme alışkanlığınız var mı?**

Evet ( ) Hayır ( ) Bazen ( )



## EK 5. Gastroözefageal Reflü Yaşam Kalitesi Ölçeği (GERD-QOL)

	Aşağıdaki cümleler asit reflüsü (mide asidinin yemek borusuna gelmesi/ağıza acı ekşi su gelmesi) ve midede/göğüste yanma (göğüs kemiği arkasında yanma ) belirtilerinin (ya da hastalığının) <u>son 7 gün içerisinde</u> günlük hayatınızı nasıl etkilediğini tanımlamaya çalışmaktadır.	Tamamen Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Asit reflüsü ve midede yanma belirtileri yüzünden yemek yemekten korktum.	4	3	2	1	0
2	Asit reflüsü ve midede yanma belirtileri yüzünden geceleri iyi uyuyamadım.	4	3	2	1	0
3	Asit reflüsü ve midede yanma belirtileri yüzünden düzenli olarak ilaç kullanmak zorunda olmayı rahatsız edici/sakıncalı buldum.	4	3	2	1	0
4	Asit reflüsü ve midede yanma belirtileri yüzünden, egzersiz yaparken kendimi rahatsız hissettim.	4	3	2	1	0
5	Asit reflüsü ve midede yanma belirtileri yüzünden sosyal aktivitelerimi azalttım.	4	3	2	1	0
6	Asit reflüsü ve midede yanma belirtileri yüzünden çok fazla yemek yemekten korktum.	4	3	2	1	0
7	Asit reflüsü ve midede yanma belirtileri yüzünden uzun dönem ilaç tedavisi almak zorunda kaldım ve bu tedavinin yan etkilerinden rahatsız oldum.	4	3	2	1	0
8	Asit reflüsü ve midede yanma belirtileri yüzünden aşırı eğilmekten kaçınmam gerekti.	4	3	2	1	0
9	Asit reflüsü ve midede yanma belirtileri yüzünden çok sevdiğim yiyecek ve içecekleri almaktan korktum.	4	3	2	1	0
10	Asit reflüsü ve midede yanma belirtileri yüzünden uyku pozisyonuma dikkat etmem gerekti.	4	3	2	1	0
11	Asit reflüsü ve midede yanma belirtileri yüzünden işime konsantre olamadım.	4	3	2	1	0
12	Asit reflüsü ve midede yanma belirtileri eşimle/partnerimle olan cinsel yaşamımı etkiledi. (Uygun ise/Cinsel yaşamı varsa)	4	3	2	1	0
13	Asit reflüsü ve midede yanma belirtileri, yemek sonrası aktivitelerimi ya da dinlenmemi olumsuz etkiledi.	4	3	2	1	0
14	Asit reflüsü ve midede yanma belirtileri için sık sık ilaç almaktan gerildim/bıktım/sinirlerim bozuldu.	4	3	2	1	0
15	Asit reflüsü ve midede yanma belirtilerinin ciddi bir hastalığa dönüşmesinden endişe ettim/duydum.	4	3	2	1	0
16	Reflü ve midede yanma belirtileri beni endişeli ve sıkıntılı yaptı.	4	3	2	1	0

## EK 6. Yaşam Kalitesi (SF36) Formu

### YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU

#### 1. Genel sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

#### 2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığınızı şu an için nasıl değerlendirirsiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

#### 3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

#### 4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İstediginizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

**EK 6. Yaşam Kalitesi (SF36) Formu (Devam)**

**5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sınırlı hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ? Bir tanesini yuvarlak içine alınız**

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ?	1	2
b. İstediginizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

**6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız**

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

**7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız**

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

**8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız**

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

## EK 6. Yaşam Kalitesi (SF36) Formu (Devam)

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

*Bir tanesini yuvarlak içine alınız*

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- Her zaman 1  
Çoğu zaman 2  
Bazı zamanlarda 3  
Çok az zaman 4  
Hiçbir zaman 5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamam en Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilm iyoru m	Çoğunluk la Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

## EK 7. Gastrointestinal Semptom Anketi

### Gastrointestinal Semptom Anketi

**Son üç ay içerisinde görülen belirtileri işaretleyiniz.**

	Asla	Nadiren	Bazen	Sık sık	Çok sık
1. Karın ağrısı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Özofagus belirtileri</b>					
2. Yutma güçlüğü	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Mide ekşimesi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Üst dismotilite belirtileri</b>					
4. Erken tokluk hissi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Yemek sonrası şişkinlik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Karın şişkinliği	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Bulantı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Kusma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Bağırsak belirtileri</b>					
9. İshal\Kabızlık	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Günlük dışkılama sayısı > 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Bol ya da sulu dışkılama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Acilen dışkılama ihtiyacı hissetme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Haftalık dışkılama sayısı < 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Sert veya topak topak dışkılama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Anal tıkanma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Dışkı tutamama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## EK 8. Görüşlerine Başvurulan Uzmanların Listesi

### İNGİLİZCEDEN TÜRKÇEYE ÇEVİRİ

ADI-SOYADI	ÇALIŞTIĞI KURUM
1- Dr. Öğr. Üyesi Songül DOĞANAY	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji ABD
2- Ar.Gör. Dr. Umut POLAT	Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları ABD
3-Derya AKSAKAL	Cumhuriyet Anadolu Lisesi İngilizce Öğretmeni
4- Gülsüm KAYA	Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
5- Mehmet KERİM	Sakarya Üniversitesi Öğrenci

### TÜRKÇEDEN İNGİLİZCEYE ÇEVİRİ

ADI-SOYADI	ÇALIŞTIĞI KURUM
1- Okt. Özlem ŞİMŞEK	Sakarya Üniversitesi Yabancı Diller Bölüm Başkanlığı

### TÜRKÇE ÇEVİRİYİ KONTROL

ADI-SOYADI	ÇALIŞTIĞI KURUM
1- Araş. Gör. Emine Neşe DEMİRDELER	Sakarya Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Yeni Türk Edebiyatı ABD
2- Pınar ALPASLAN	Arifiye İmam Hatip Ortaokulu- Türkçe Öğretmeni

## EK 8. Görüşlerine Başvurulan Uzmanların Listesi (Devam)

UZMAN ADI SOYADI	ÇALIŞTIĞI KURUM VE BÖLÜM
1- Prof. Dr. Mustafa İhsan USLAN	Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları ABD- Gastroenteroloji Bilim Dalı
2- Doç Dr. Dilek AYGİN	Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD
3- Doç Dr. Hicran YILDIZ	Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği AD
4- Doç Dr. Neriman ZENGİN	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü
5- Doç Dr. Ayşe Çil AKINCI	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu İç Hastalıkları Hemşireliği AD
6- Dr. Öğr. Üyesi Azime KARAKOÇ KUMSAR	Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD
7- Dr. Öğr. Üyesi Feride TAŞKIN YILMAZ	Cumhuriyet Üniversitesi Suşehri Sağlık Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği AD
8- Dr. Öğr. Üyesi Afitap ÖZDELİKARA	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD
9- Uzm. Dr. Cengiz KARACAER	Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları
10- Dr. Öğr. Üyesi Nurhan ÖZPANCAR	Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği AD
11- Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KURTULUŞ TOSUN	Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği AD
12- Dr. Öğr. Üyesi Zeynep ERDOĞAN	Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Ahmet Erdoğan SHMYO
13- Dr. Öğr. Üyesi Özlem YAZICI	Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü



# ÖZGEÇMİŞ

## I- Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı : Şeyma TRABZON  
Doğum yeri ve tarihi : Adapazarı/ 13 Ekim 1989  
Uyruğu : TC  
Medeni durumu : Bekar  
İletişim adresi ve telefonu : SAÜ SMYO /02642953875  
Yabancı dili : İngilizce

## II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

Yüksek Lisans	Hemşireli AD	Sakarya Üniversitesi	2013-
	Eğitim Fakültesi Pedagojik Formasyon	Sakarya Üniversitesi	2011-2012
Lisans	Hemşirelik	Sakarya Üniversitesi	2007-2011

## III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

Öğr. Gör.	Sakarya Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO	2016-
Araş.Gör.	Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2015-2016
Hemşire	Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2015
Hemşire	Sakarya Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi	2007-2015

#### IV- Mesleki Deneyimi

Öğr. Gör.	Sakarya Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO	2016-
Araş.Gör.	Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2015-2016
Hemşire	Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Gastroenteroloji Kliniği)	2015
Hemşire	Sakarya Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi- (Septik Servisi-Kadın Cerrahi/Lohusa Servisi-Çocuk Yoğun Bakım)	2007-2015

#### V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

#### VI- Bilimsel İlgi Alanları

##### A- Uluslararası hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

**A1.** Atasoy I., Kaya G., Trabzon Ş., “Obstacles Faced by Nurses Employed in Sakarya Province Public Hospitals in Doing Research and Using Research Results in Patient Care”, IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS), e-ISSN: 2320–1959.p- ISSN: 2320–1940 Volume 5, Issue 6 Ver. IV (Nov. - Dec. 2016), PP 21-27, DOI: 10.9790/1959-0506042127

**A2.** Doğanay S., Özdemir A.E., Trabzon Ş., “Nicotine Dependence Level Of University Students Relating To Type Of Education And Gender”, International J. of Health Services Research and Policy (2017) 2(2): 38 – 43

##### B. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında (proceedings) basılan bildiriler :

**B1- Trabzon Seyma, Doğanay Songül, Eren Özdemir Ayla (2018).** The Relationship Of Depression And Anxiety With The Nicotine Dependency Level Of University Students. International Conference on Multidisciplinary, Science, Engineering and Technology (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:4665514)

**B2-** Doganay Songül,**Trabzon Seyma**,Sert Havva,Altındis Selma (2018). The Relationship Between The Nicotine Dependence And Quality of Life of Vocational Health School Students.. International Conference on Multidisciplinary, Science, Engineering and Technology (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:4665459)

**B3-** Kaya Gülsüm,Halıcı Rasime Öznur,Kayın Arzu,Çoban Metin,**Trabzon Seyma**,Altındis Selma (2018). İlköğretim Okullarında Okuyan Öğrencilerin Ailelerinin Dis Sağlığına Yönelik Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi: Pilot Çalışma. 1. INTERNATIONAL CONGRESS of DENTAL and ORAL INFECTIONS (Tam Metin Bildiri/Poster)(Yayın No:4786563)

**B4-** Kaya Gülsüm,Halıcı Rasime Öznur,Çoban Metin,**Trabzon Seyma**,Altındis Selma (2018). Uygulamalı Ünit Temizlik-Dezenfeksiyon Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi:Sakarya Ağız ve Dis Sağlığı Hastanesi. 1. INTERNATIONAL CONGRESS of DENTAL and ORAL INFECTIONS (Tam Metin Bildiri/Poster)(Yayın No:4786467)

**B5-** Halıcı Rasime Öznur,Kaya Gülsüm,Çoban Metin,Yazıcı Bılgehan,**Trabzon Seyma**,Altındis Selma (2018). Ağız ve Dis Sağlığı Merkezinde Tekrar Protez Oranlarının Değerlendirilmesi. 1. INTERNATIONAL CONGRESS of DENTAL and ORAL INFECTIONS (Tam Metin Bildiri/Poster)(Yayın No:4786531)

**B6-** Halıcı Rasime Öznur,Kaya Gülsüm,Çoban Metin,Yazıcı Bılgehan,**Trabzon Seyma**,Altındis Selma (2018). Ağız ve Dis Sağlığı Merkezinde Ölçü Tekrar ve Ölçü Red Nedenlerinin Değerlendirilmesi. 1. INTERNATIONAL CONGRESS of DENTAL and ORAL INFECTIONS (Tam Metin Bildiri/Poster)(Yayın No:4786494)

**B7-** Sert Havva,**Trabzon Seyma**,Çetinkaya Serap,Seven Ahmet,Pelın Meryem (2018). Personal Innovativeness Levels of Students Receiving Education At Healthcare Services Vocational High School. 1. Uluslararası Inovatif Hemsirelik Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:4786347)

**B8.** Doğanay S., **Trabzon Ő.**, Özdemir AE., “The Relationship Of The Nicotine Dependence Level With The Gender And The Education Type For Health Services Vocational School Students”, **Oral Presentation**, International Natural and Health Science Conferences (INHSC), Antalya, 18-21 Ekim, 2017

**B9.** **Trabzon Ő.**, Doğanay S., Sert H., Güzel D., “Investigation Of The Effects Of The Socio-Demographic Characteristics On The Quality Of Life İn Young Adults”, **Oral Presentation**, International Natural and Health Science Conferences (INHSC), Antalya, 18-21 Ekim, 2017

**B10.** Kaya G., **Trabzon Ő.**, Doğanay S., Altındış S., “Sağlık hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Öğrencilerine Verilen el Hijyeni Eğitiminin Etkinliğinin değerlendirilmesi” **Poster Presentation**, PS-72., 10.uluslararası DAS Kongresi, Antalya Türkiye, 29 kasım-3 Aralık 2017

**B11.** Çetinkaya S., **Trabzon Ő.**, Seven A., Pelin M., Sert H., “Yaşlı Bakım Programı Öğrencilerinin Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin Tutumları: Pilot Çalışma “**Oral Presentation**, International Conference on Quality in Higher Education, Sakarya,7-8 Aralık, 2017

**B12.** Karabay o., Kaya G., Öğütlü A., Güçlü E., **Trabzon Ő.**, “Balık Kılıçlı Yöntemi İle Salgın Analizi: Bir Cerrahi Alan Enfeksiyonu Salgınındaki Deneyimimiz” **Poster Presentation**, PS-65., 10.uluslararası DAS Kongresi, Antalya Türkiye, 29 kasım-3 Aralık 2017.

**B13.** Çelik M., Kaya G., **Trabzon Ő.**, Oksay Y., Bayar A., Oskay P., “Ameliyathane Çalışanlarının Radyasyondan Korunma Konusunda Bilgi Ve Davranışları” **Poster Presentation**, PS-22, 10.uluslararası DAS Kongresi, Antalya Türkiye, 29 kasım-3 Aralık 2017.

**B14.** Kaya G, Çelik M., **Trabzon Ő.**, Gazioğlu EÖ., Bayar A., Oksay Y., “ Ameliyathane ve Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını Önlemeye İlişkin Bilgi Düzeyleri”, **Poster Presentation**, 2. Uluslararası ve 10.Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Antalya, Türkiye, 2-5 Kasım, 2017

**B15.** Kaya G, Çelik M., **Trabzon Ő.**, Bayar A., Özger E., Yoldaş E., “Ameliyathane ve Cerrahi Kliniklerde Meydana Gelen Delici-Kesici Alet Yaralanmaları ve Vücut Sıvılarına Maruziyet Sıklığı ve Nedenlerinin İncelenmesi”, **Poster Presentation**, 2. Uluslararası ve

10.Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Antalya, Türkiye, 2-5 Kasım, 2017

**B16.** Durat G., Kaya G., **Trabzon Ş.**, “Zihinsel Engelli Çocukların Ailelerinde Benlik Saygısı Ve Depresif Belirti Düzeylerinin İncelenmesi”, **Poster Presentation**, 1. Uluslar arası 5. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, İstanbul Türkiye, 22-24 Eylül 2011

**B17.** Aygin D., Kaya G., **Trabzon Ş.**, Bayrak E., Ellibeşoğlu K., “Yaşlı Bireylerde Mobilite Sorunlarının Değerlendirilmesi: Bir Huzurevi Örneği” **Poster Presentation**,10. Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrenciler Kongresi, Gaziantep Türkiye, 28-30 Nisan 2011

**B18.** Aygin D., Kaya G., **Trabzon Ş.**, Bayrak E., Ellibeşoğlu K., Altınkaynak S., Cengiz H., “Çocuk Acil Ünitesine Başvuran 0-18 Yaş Arası Zehirlenme Olgularının İncelenmesi” **Poster Presentation**,10. Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrenciler Kongresi, Gaziantep Türkiye, 28-30 Nisan 2011

**B19.** Aygin D., Bayrak E., Ellibeşoğlu K., Kaya G., **Trabzon Ş.**, “Üniversite Öğrencilerinin İnternet Kullanımı Hakkındaki Düşünceleri ve Yaşadıkları Sorunlar” **Poster Presentation**, 10. Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrenciler Kongresi, Gaziantep Türkiye, 28-30 Nisan 2011

**B20.** Aygin D., Ellibeşoğlu K., Bayrak E., Kaya G., **Trabzon Ş.**, “Kız Öğrencilerin Cinsel Mitler ile İlgili Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi” **Poster Presentation**, 10. Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrenciler Kongresi, Gaziantep Türkiye, 28-30 Nisan 2011

### **C. Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler**

**C1.** Karabay O., Kaya G., **Trabzon Ş.**, Güçlü E., “Kan Kültürü Örneği Alımında Klorheksidin Ve Alkolün Kontaminasyon Oranına Etkisinin İncelenmesi”, *Mediterr J Infect Microb Antimicrob* 2016, Supplement 1:1-169, 6. Türkiye Ekmud Kongresi 2016, **PS-332**, Antalya Türkiye, 11-15 Mayıs 2016.

**C2.** Kaya G., Han G., Çelik M., **Trabzon Ş.**, Bayar A., “Üroloji Kliniğinde Preop Hastaların Kaygı Düzeyleri” 9. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, **PS-023**, Muğla Türkiye, 12-15 Kasım 2015.

**C3.** Kaya G., Çelik M., **Trabzon Ş.**, Bayar A., “Ameliyathanede Kesici-Delici Alet Yaralanmalarının Değerlendirilmesi: Son 6 yıl” 9. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane

Hemşireliği Kongresi, **PS-081**, Muğla Türkiye, 12-15 Kasım 2015.

**C4.** Kaya G., Çelik M., **Trabzon Ş.**, Bayar A., “Ameliyathane Hemşirelerinde Meslekte Dayanışma” 9. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, **PS-126**, Muğla

#### **VII- Bilimsel Etkinlikleri**

**1-** 10. Ulusal Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi 2011 (Gaziantep)

**2-** 1. Kartal Enfeksiyon Kontrol Hemşireleri Sempozyumu (İstanbul)-2013

**3-** International Natural and Health Science Conferences (INHSC), Antalya, Ekim, 2017

**4-** International Conference on Multidisciplinary, Science, Engineering and Technology (IMESET), Dubai, Ekim, 2018

#### **VIII- Diğer Bilgiler**

##### **D.Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri**

**D1-** Sakarya Üniversitesi Deney Hayvanları Kullanım Sertifikası- 2018

**D2-** Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Makale Yazım Kursu I-2014

**D3-** Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü “Veriden Yayına” Makale Yazım Kursu II- 2015

**D4-** Acil Obstetrik Ve Yenidoğan Bakım Destek Personel Uyum Eğitimi (Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü)- 2010

**D5-** Bilgisayar Kullanım Kursu ( 160 saat-MEB Çıraklık ve Yaygın Eğitim Genel Müdürlüğü)- 2007