

**T.C.**  
**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ**  
**CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ**  
**İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**HASTANE ÇALIŞANLARINDA GASTROÖZOFAGİAL REFLÜ**  
**HASTALIĞININ SIKLIĞI**

**İÇ HASTALIKLARI UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Özlem BALVAN ERCELEP**

**Danışman: Prof. Dr. Ahmet Merih DOBRUCALI**

**İSTANBUL –2010**



**T.C.**  
**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ**  
**CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ**  
**İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**HASTANE ÇALIŞANLARINDA GASTROÖZOFAGİAL REFLÜ**  
**HASTALIĞININ SIKLIĞI**

**İÇ HASTALIKLARI UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Özlem BALVAN ERCELEP**

**Danışman: Prof. Dr. Ahmet Merih DOBRUCALI**

**İSTANBUL –2010**

## TEŐEKKÜR

Uzmanlık tezimi sunarken;

Uzmanlık eğitimim boyunca katkıda bulunan tüm değerli öğretim üyelerine;

Tez çalışmamın her aşamasında bana destek olan ve fikirleri ile yol gösteren değerli hocam Prof. Dr. Ahmet Merih Dobrucalı'ya;

Verilerin toplanmasında yardımcı olan asistan arkadaşlarım ve hemşirelere;

Bugünlere gelmemi sağlayan anne ve babama;

Uzmanlık eğitimim süresince ve tez yazım aşamalarında bana desteğini ve yardımlarını esirgemeyen eşim İlhan Ercelep'e

Teşekkürlerimi borç bilirim.

## KISALTMALAR

<b>AÖS</b>	Alt Özofagus Sfinkteri
<b>BKİ</b>	Beden Kütle İndeksi
<b>BMI</b>	Body Mass Index
<b>GER</b>	Gastroesophageal Reflux
<b>GERD</b>	Gastroesophageal Reflux Disease
<b>GÖR</b>	Gastroözofagial Reflü
<b>GÖRH</b>	Gastroözofagial Reflü Hastalığı
<b>H2RA</b>	Histamin-2 Reseptör Antagonisti
<b>İBS</b>	İrritabl Barsak Sendromu
<b>KOAH</b>	Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
<b>KOGA</b>	Kardiak Olmayan Göğüs Ağrısı
<b>M-W</b>	Mann-Whitney Testi
<b>NSAİİ</b>	Non-Steroid Anti-İnflamatuar İlaç
<b>OR</b>	Odds Ratio
<b>PPI</b>	Proton Pompa İnhibitörü

## İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	2
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	6
3.1. Çalışma Topluluğu ve Tasarım.....	6
3.2. Anket.....	6
3.3. İstatistiksel Değerlendirme .....	7
3.4. Etik Boyut .....	7
4. BULGULAR.....	8
4.1. Genel Bilgiler.....	8
4.2. Klinik Özellikler .....	8
4.3. Sosyo-Demografik Özellikler .....	19
4.4. Çevresel Özellikler ve Etiolojik Faktörler .....	24
5. TARTIŞMA .....	31
6. SONUÇ.....	38
7. ÖZET .....	39
8. İNGİLİZCE ÖZET.....	40
9. KAYNAKLAR .....	41
10. EKLER.....	50
EK-1 Anket.....	50

## ŞEKİLLER

Şekil 1 Gastroözofajial reflü hastalığında klasik ve atipik semptomlar - A.Dobrucalı'dan alınmıştır. .4	
Şekil 2 Heartburn şikayeti sıklığı.....8	8
Şekil 3 Regürjitasyon şikayeti sıklığı.....9	9
Şekil 4 GÖR hastalık kriterleri dağılımı ( haftada en az bir şikayet sıklığı ) .....10	10
Şekil 5 Göğüs ağrısı şikayeti ile hastalık arasındaki ilişki .....10	10
Şekil 6 GÖR hastalarının göğüs ağrısı dağılımı .....11	11
Şekil 7 Disfaji şikayeti ile hastalık arasındaki ilişki.....12	12
Şekil 8 Epigastrik ağrı şikayeti ile hastalık arasındaki ilişki .....12	12
Şekil 9 Sık geğirme şikayeti ile hastalık arasındaki ilişki .....13	13
Şekil 10 Mide bulantısı sıklığı ile hastalık arasındaki ilişki .....13	13
Şekil 11 Kusma sıklığı ile hastalık arasındaki ilişki.....14	14
Şekil 12 Yemeklerden sonra gelen veya gece uykudan uyandıran öksürük şikayeti ile hastalık arasındaki ilişki.....14	14
Şekil 13 Astım hastalığı ile hastalık arasındaki ilişki.....15	15
Şekil 14 Son 1 yıl içerisinde toplam süresi 3 ayı aşan ses kısıklığı şikayeti ile hastalık arasındaki ilişki .....16	16
Şekil 15 GÖR hastalarının doktora başvurma oranı.....16	16
Şekil 16 GÖR hastalarının ilaç kullanımı .....17	17
Şekil 17 Yaş (eşik=30) ile hastalık arasındaki ilişki .....19	19
Şekil 18 Yaş - Hastalık Oranı Tablosu.....20	20
Şekil 19 Öğrenim durumu hastalık dağılımı .....21	21
Şekil 20 Evin aylık toplam geliri hastalık dağılımı .....22	22
Şekil 21 BKİ (eşik=25) ile hastalık arasındaki ilişki.....24	24
Şekil 22 BKİ (eşik=30) ile hastalık arasındaki ilişki.....25	25
Şekil 23 BKİ - Hastalık Oranı Grafiği .....25	25
Şekil 24 İçilen sigara miktarı (eşik=1) ile hastalık arasındaki ilişki.....26	26
Şekil 25 İçilen çay miktarı (eşik=8) ile hastalık arasındaki ilişki.....27	27
Şekil 26 NSAİİ ve aspirin kullanımı ile hastalık arasındaki ilişki .....28	28

## TABLolar

Tablo 1 GÖRH ve Klinik Özellikler .....18	18
Tablo 2 GÖRH ve Demografik Faktörler .....23	23
Tablo 3 GÖRH Semptomlarına Çevresel Faktörlerin Etkisi .....28	28
Tablo 4 GÖRH ve Çevresel Faktörler.....29	29

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gastroözofagial reflü hastalığı (GÖRH) toplumda yaygın olarak görülen ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir hastalıktır<sup>1</sup>. GÖRH'nin batı toplumunda yetişkin nüfusun %20'sini etkilediği düşünülmektedir<sup>2</sup>.

Bu çalışmadaki amacımız Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi çalışanlarında Gastroözofagial reflü hastalığının sıklığını, semptomların dağılımını ve hastalığın beslenme, sosyo-demografik özellikler vb. ile olan ilişkisini saptamaktır. Çalışmanın Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesinde yapılmasının bazı avantajları olabileceği, hastane çalışanlarının farklı kültürlerden gelmeleri ve değişik sosyo-ekonomik düzeyleri temsil etmeleri nedeniyle toplumun değişik kesimlerini yansıtabilecekleri düşünülmüştür.



## 2. GENEL BİLGİLER

Gastroözofagial reflü (GÖR) mide içeriğinin özofagusa geri kaçmasıdır<sup>2</sup>. GÖR özellikle yemek sonrasındaki dönemlerde ve uykunun REM fazında olmak üzere gün içinde 10 ile 45 defaya kadar olabilen fizyolojik bir olaydır. 24 saatlik pH ölçümleri, kişilerde günde toplam 1 saate varabilen bir süre reflü olabileceğini göstermiştir<sup>3</sup>. Fizyolojik GÖR kısa sürdüğünden dolayı fark edilmez veya hafif semptomlar oluşturabilir<sup>4</sup>. Ancak GÖR gün içinde sık aralıklarla tekrarladığında veya uzun sürdüğünde, özellikle uyku sırasında oluştuğunda ve klinik ve histopatolojik bulgular oluşturduğunda gastroözofagial reflü hastalığından (GÖRH) bahsedilir<sup>5</sup>.

GÖRH'nin epidemiolojik çalışmaları, hastalığın tanımı hakkındaki konsensüs eksikliğinden dolayı sınırlıdır. GÖRH toplumda yaygın olarak görülen bir hastalıktır. GÖRH'nin insidans ve prevalansını saptamak için daha önce yapılan çalışmaların birçoğunda GÖRH en az haftada bir kez retrosternal yanma hissi (heartburn) ve/veya asit regürjitasyonu olarak tanımlanmıştır. GÖRH'nin en tipik bulgusu olan heartburn'ün toplumdaki sıklığı oldukça yüksektir. Batı ülkelerinde insanların %40'ının yılda en az bir kez, %25'inin ayda en az bir kez, %20'sinin haftada en az bir kez, %5'inin ise her gün heartburn tanımladıkları saptanmıştır. Heartburn sıklığı coğrafi bölgelere göre değişiklik gösterir. Hastalık batı dünyasında Asya'ya göre daha yaygındır ve prevalansa göre düşük olan insidans oranı onun kronikliğini yansıtır<sup>6</sup>.

Tipik GÖR hastalığında semptomlar uzun süreden beri var olup genellikle aralıklı bir seyir izler. GÖRH'nin klasik semptomları heartburn (pirozis) ve daha seyrek olarak görülebilen regürjitasyondur.

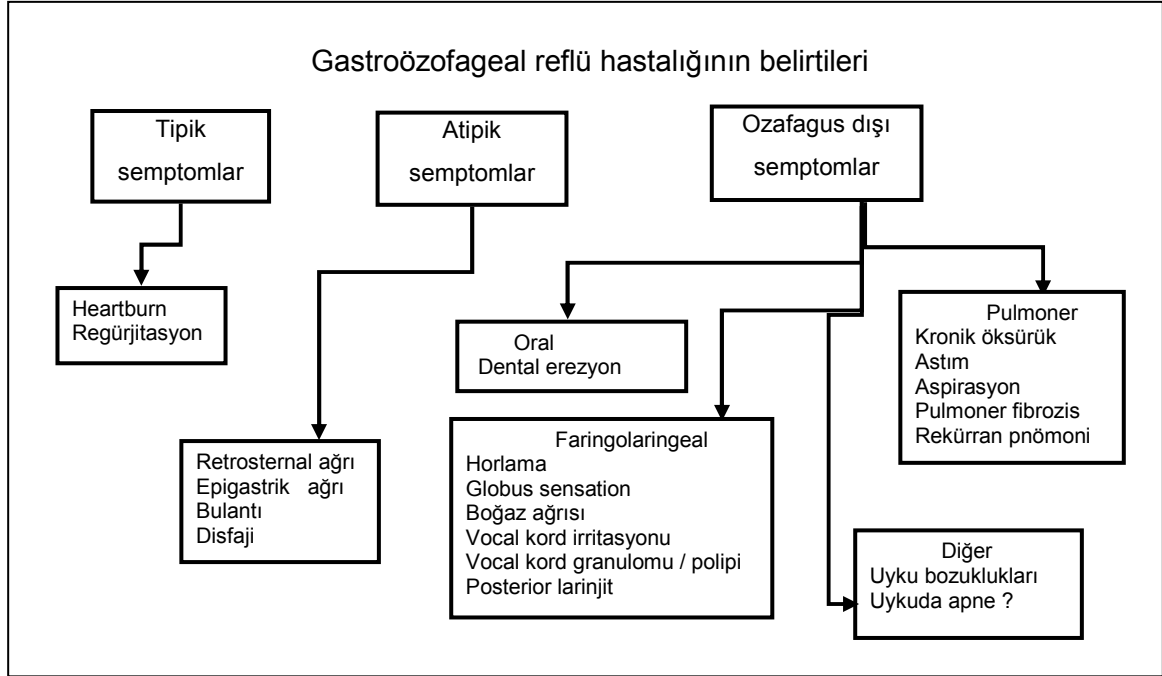
Heartburn retrosternal bölgede duyulan yanma ve rahatsızlık hissidir. Boyuna doğru yayılabilir ve sıklıkla yemek sonrası dönemlerde, öne eğilmekle veya sırt üstü yatma ile artar ve antasit alımı ile geçici olarak şiddetini kaybeder. Regürjitasyon bulantı, öğürme veya karın kaslarında kasılma gibi bir çaba olmaksızın, asidik mide içeriğinin ve birlikte az miktarda gıdanın ağız boşluğu ve farinkse ulaşmasıdır<sup>7</sup>. Regürjitasyon postüral karakter gösterebilir. Akalazyaya veya mekanik obstrüksiyonda görülenin aksine GÖR hastalığında regürjite olan materyal sindirilmiş gıdalar ve

mide asidinden oluşan acı-ekşi tattaki mide muhtevasıdır. Bazı hastalar pirozisle birlikte ağızlarının tuzlu ve berrak bir sekresyonla dolduğundan şikayetçi olabilirler. ‘*Waterbrash*’ olarak adlandırılan bu durumun özofagusa asit reflüsü sırasında refleks olarak tükürük sekresyonunun artmasından kaynaklandığı kabul edilmektedir. Ağrılı yutma (odinofaji) şiddetli özofajiti olan hastalarda görülebilirse de, infeksiyöz özofajitlerde ve ilaçlara bağlı özofajitte daha sık rastlanan bir bulgudur. Yutma zorluğu (disfaji) GÖR hastalığında seyrek görülen bir bulgudur. Bazen özofagusun motor fonksiyon bozuklukları GÖRH’na eşlik edebilir veya GÖR özofagusta spazm vb. motor fonksiyon bozuklukları oluşturabilir. Bu tür hastalarda disfaji hastalığın ilk dönemlerinden itibaren reflüye eşlik eden bir semptom olabilir. Ancak, uzun süreden beri reflü şikayetleri olan bir hastanın disfajiden şikayetçi olmaya başlaması peptik strüktür veya özofagus kanserini akla getirmelidir. Kanama seyrek olarak GÖRH’nın ilk bulgusu olabilirse de, daha çok kronik gizli kan kaybı şeklindedir ve demir eksikliği anemisine yol açabilir<sup>6</sup>.

Bu klasik semptomlar dışında GÖRH’nda bazı atipik semptomlar bulunabilir. GÖRH’nın atipik veya ekstra-özofageal belirtileri astım, larenjit, öksürük, ses kısıklığı ve kardiak olmayan göğüs ağrısıdır<sup>8</sup>. Ekstra-özofageal belirtilerin oluşmasında 2 teori kabul edilmektedir. Birinci teoriye göre; normal koruyucu mekanizmada düzeninin bozulması, gastrik içeriğin larinks ve hava yolu ile direkt temasına neden olarak ses kısıklığı ve öksürük gibi belirtilerin oluşmasına neden olur. İkinci teoriye göre; özofagus ve bronşiyal ağaç ortak embriyolojik orijine sahiptir ve vagal sinir yolu ile uyarılır. Distal özofagusun asidifikasyonu aside duyarlı reseptörleri uyarır ve kardiak olmayan göğüs ağrısı, öksürük, bronkokonstrüksiyon ve astım gibi semptomların ortaya çıkması ile sonuçlanır<sup>9</sup>. Atipik belirtiler gösteren hastalarda klasik reflü semptomları olmayabilir. Bu nedenle hastalığın teşhisi her zaman kolay değildir<sup>10</sup>.

Atipik semptomlar arasında solunum yollarına ait olanlar ve özellikle astım en sık görülenlerdir. Özellikle pediatrik yaş grubunda solunum yollarına ait semptomlar daha belirgindir. Astımlı bir hastada reflü semptomları olduğunda, astım alerjik bir nedene bağlanamıyorsa, gece gelen astım krizleri belirginse ve hastada klasik astım tedavisine yanıt alnamıyorsa etiolojide GÖRH düşünülmelidir. GÖR hastalığında rastlanabilecek diğer bir atipik semptom, kardiak olmayan göğüs

ağrısıdır. Anjina pektoris tipinde ağrı tanımlayan hastaların %25-30 kadarında, göğüs ağrısını açıklayacak bir sebep bulunamaz ve bu hastaların yarısından fazla bir kısmında, ağrıdan GÖR veya özofagusun motor fonksiyon bozukluğu sorumludur<sup>6</sup>.



**Şekil 1 Gastroözofageal reflü hastalığında klasik ve atipik semptomlar - A.Dobrucalı'dan alınmıştır. <sup>6</sup>**

GÖRH tanısı için en önemli ve en ucuz yöntem dikkatle alınan anamnezdır. Hastanın semptomlarının reflüye yönelik bir tedavi ile kısa sürede düzelmesi de teşhiste kullanılabilir diğer bir yöntemdir. Atipik semptomlar ve alarm semptomları (disfaji, odinofaji, belirgin kilo kaybı, kanama, anemi vb.) tanımlayan, tedaviye yanıt vermeyen ve semptomları en az 5 yıldan beri var olan hastalarda bazı ilave testlerin seçilerek uygulanması gerekir. Baryumlu özofagus pasaj grafisinde GÖR, hiatal herni ve peptik darlık gibi bulgular görülebilir, ancak özofajitin saptanmasında duyarlılığı endoskopiye göre düşüktür. Çift kontrastlı grafiler mukoza hasarlanmasının gösterilmesinde daha duyarlıdır, fakat bu yöntem de GÖRH'nin ciddi bir komplikasyonu olan Barrett metaplazisini göstermez. Endoskopi, özofagus mukozasının direkt olarak görülmesine ve gerektiğinde histopatolojik inceleme için doku örneği alınmasına imkan vermesi nedeniyle GÖRH teşhisinde en sık kullanılan yöntemdir. GÖRH düşündürülen semptomları olduğu halde endoskopide patoloji

saptanamayan hastalarda teŖhiste kullanılacak bir sonraki yöntem uzun süreli ambulator intrazofageal pH monitorizasyonu ve özofageal impedans ölçümüdür. Bu yöntemler teŖhiste altın standart olarak kabul edilir ve semptomlarla asit reflüsü arasındaki korelasyonu belirlememize yardımcı olurlar<sup>6</sup>.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Çalışma Topluluğu ve Tasarım

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi çalışanlarından ‘Hastane Çalışanlarında GÖRH’nin Sıklığı’ adlı yaklaşık 10 dakika süren bir anketi doldurmaları istenmiştir. Anketleri evde veya işyerinde doldurmaları kendilerine bırakılmıştır. Ayrıca isteyenlere anket, bizzat tarafımızca doldurulmuştur. Çalışanlara anket dağıtılırken tüm hastane çalışanlarında GÖRH’nin sıklığını ve ilişkili olduğu faktörlerin araştırıldığı söylenerek beraberinde sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

Onam vermeyenler ve çalışma saatlerinde kendilerine ulaşamayanlar çalışmaya alınmamıştır. Soruların tamamını doldurmamayanlar ve gebeler değerlendirmeye alınmamıştır.

#### 3.2. Anket

Çalışanlara dağıtılan GÖRH’nin sıklığı anketinde yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni hal, aylık gelir, evde yaşayan kişi sayısını içeren sosyo-demografik özelliklerle birlikte GÖRH semptomlarının varlığını, sıklığını, günlük yaşantıya olan etkilerini ve hastalığın çeşitli nedenlerle ilaç kullanımı, NSAİİ ve aspirin alımı, çay, sigara, kahve tüketimi, kişinin beden kütle indeksi (BKİ) ile olan ilişkisini sorgulayan sorular sorulmuştur. GÖRH semptomlarından retrosternal yanma ve regürjitasyon semptomlarından herhangi birinin haftada bir veya daha fazla olması GÖRH olarak kabul edilmiştir.

Çalışmada kullanılan gastroözofagial reflü hastalığının sıklığı anketinin benzeri Mayo Klinikte Locke ve arkadaşları tarafından 1994’de hazırlanmış<sup>11</sup> ve aynı anket 2005 yılında Ege Üniversitesi’nin yaptığı bir çalışmada Türk toplumuna uyarlanarak kullanılmıştır<sup>12</sup>. Her iki anketin de geçerliliği onaylanmıştır. Biz de iki anketi birlikte değerlendirerek 61 sorudan oluşan gastroözofagial reflü anketini düzenledik. (bakınız EK-1 Anket)

### **3.3. İstatistiksel Değerlendirme**

Tüm veriler öncelikle Microsoft Access veritabanına girilmiş, Microsoft Excel programıyla genel sonuçlar elde edilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirmesi ise SPSS 18.0 paket programı ile yapılmıştır.

İstatistiksel değerlendirmeler şu çalışmalar ile tamamlanmıştır. Tüm sayısal değerlerin normal dağılıma uyup uymadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiş ve bu test sonucunda normal dağılıma uymadığı tespit edilmiştir. Bunun neticesinde sayısal değer analizlerinde parametrik olmayan Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değerlerin anlamlılık analizleri çapraz tablolarda Chi-Square testi ile değerlendirilmiş, beklenen değerlerin beşten küçük olduğu durumlarda ise Fischer's Exact testi kullanılmıştır. Bu testlerde anlamlı bulunan ve iki kategorili değerlerin arasındaki beklenti analizleri ise Mantel-Haenszel Common Odds Ratio yöntemiyle hesaplanmıştır.

### **3.4. Etik Boyut**

Çalışma, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. ( tarih: 3 haziran 2008 ve sayı:16057 )

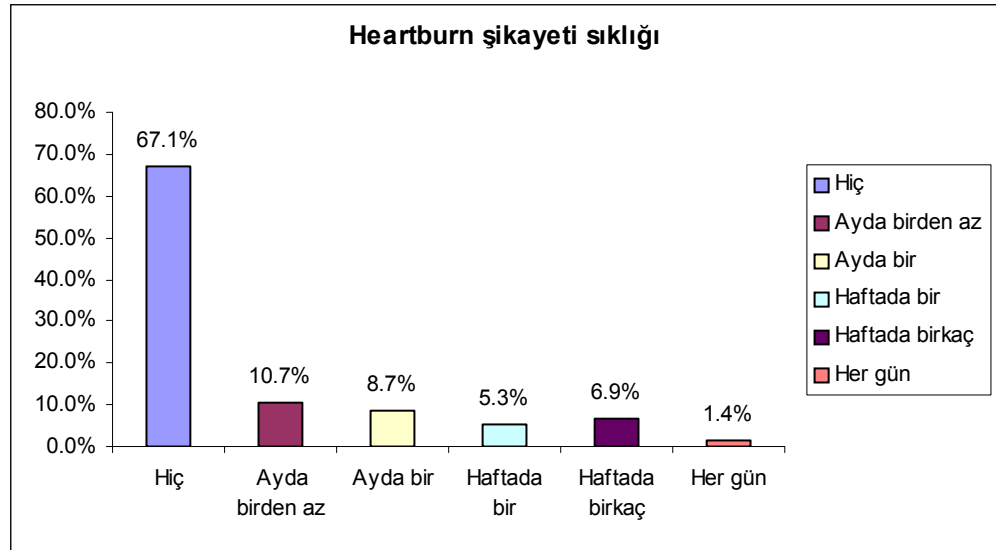
## 4. BULGULAR

### 4.1. Genel Bilgiler

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi hastanesi çalışanlarından toplam 2037 kişi 61 soruluk anketi eksiksiz olarak doldurup teslim etmiştir. Anket sorularını eksik dolduran ve bütün sorulara cevap vermek istemeyenler değerlendirmeye alınmamıştır. Değerlendirmeye alınan 2037 kişiden 442'si (%21.7) heartburn ve/veya regürjitasyon varlığını araştıran soruların haftada bir ve/veya daha fazla olması şıklarına evet dediğinden hasta olarak kabul edilmiştir.

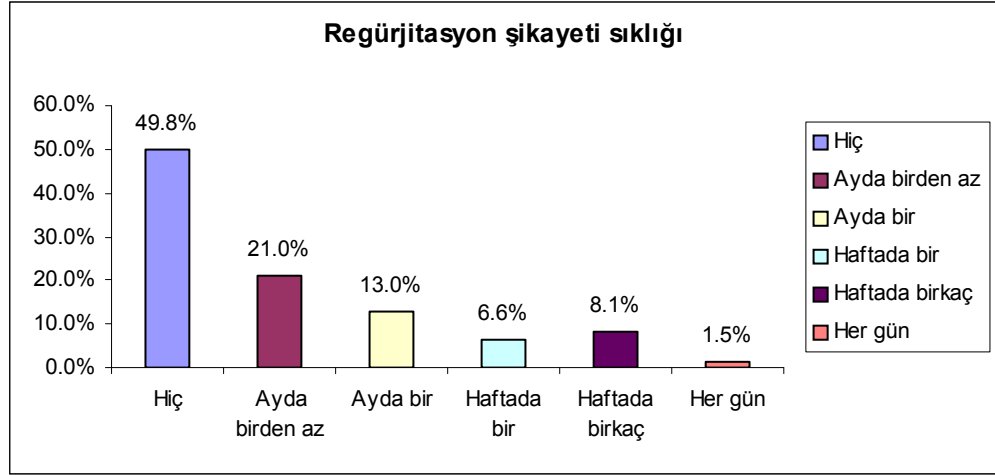
### 4.2. Klinik Özellikler

Ankete katılan tüm katılımcılarda GÖRH'nın ana semptomları olan heartburn'ün son 1 yıl içinde olup olmadığı sorusuna evet diyenlerin oranı %32.9, ayda bir %8.7, haftada bir %5.3, haftada birkaç %6.9, her gün %1.4 olarak bulunmuştur. (Şekil 2)



Şekil 2 Heartburn şikayeti sıklığı

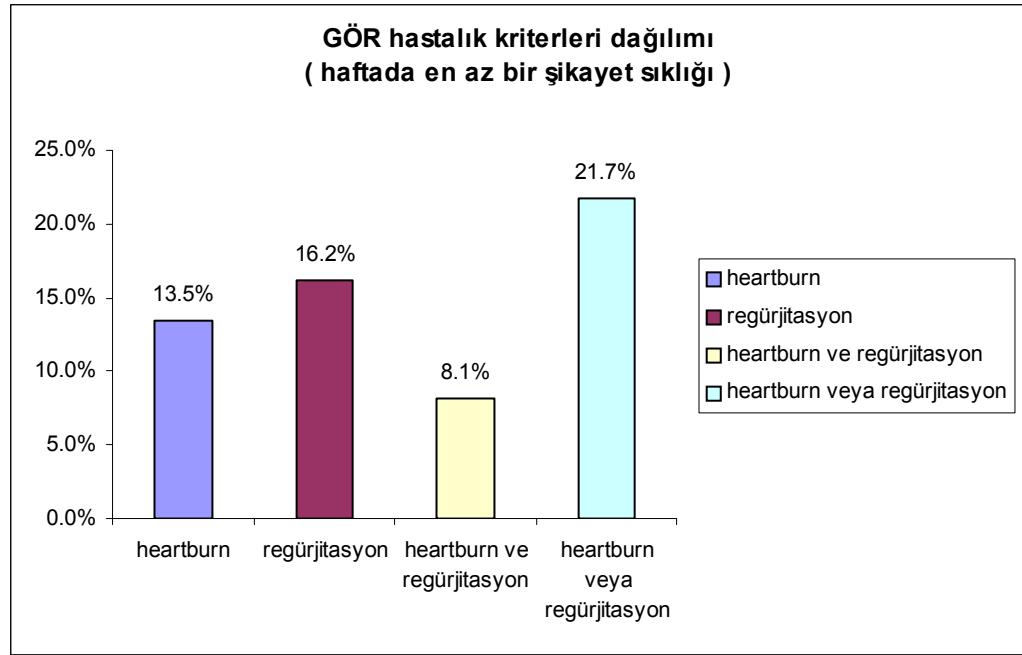
Yine tüm katılımcılarda GÖRH'nın ana semptomlarından bir diğeri olan regürjitasyonun bir yıl içinde olup olmadığı sorusuna evet diyenlerin oranı %50.2, ayda bir %13.0, haftada bir %6.6, haftada birkaç %8.1, her gün %1.5 olarak bulunmuştur. Regürjitasyon semptomu heartburn'e göre daha sık bulunmuştur. (Şekil 3)



**Şekil 3 Regürjitasyon şikayeti sıklığı**

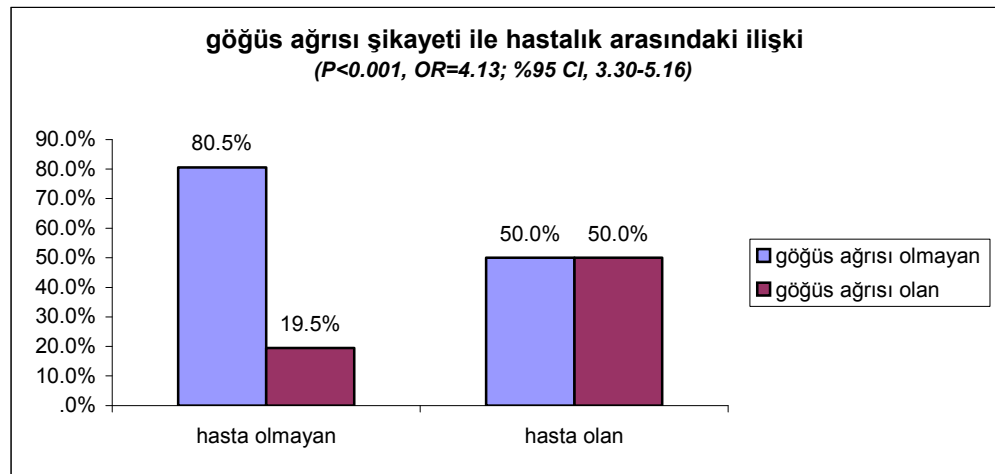
Tüm katılımcılarda haftada en az bir kez heartburn semptomunun görülme sıklığı %13.5, haftada en az bir kez regürjitasyon semptomunun görülme sıklığı %16.2, her iki şikayetin de birlikte haftada en az bir görülme sıklığı %8.1, iki şikayetin en az birisinin haftada en az bir kez görülme sıklığı %21.7 olarak bulunmuştur. (Şekil 4)





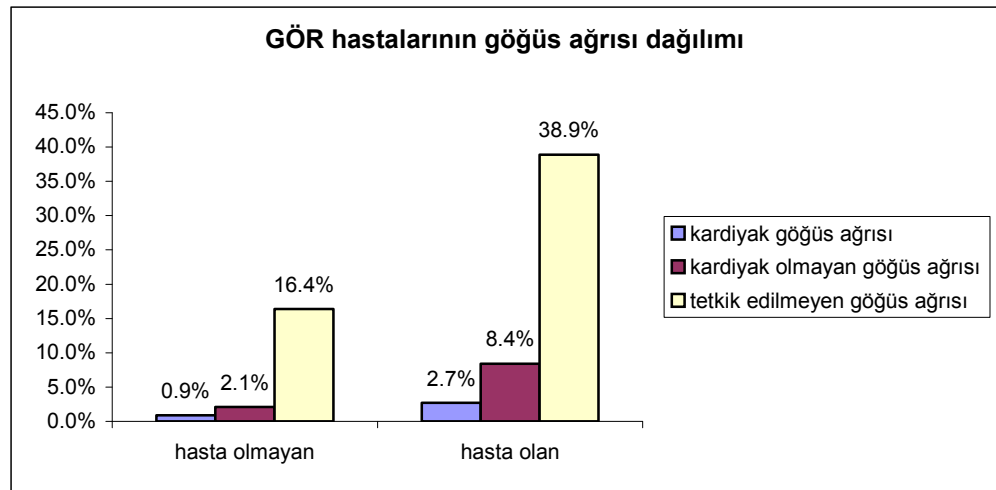
**Şekil 4 GÖR hastalık kriterleri dağılımı ( haftada en az bir şikayet sıklığı )**

GÖRH'nın atipik semptomlarından olan göğüs ağrısı sorusuna evet diyenlerin oranı tüm katılımcılarda %26.1, hasta olan grupta %50, hasta olmayan grupta %19.5 olarak bulunmuş ve hasta olan grupta hasta olmayan gruba göre göğüs ağrısı semptomunun anlamlı olarak daha yüksek görüldüğü saptanmıştır. ( $P<0.001$ ,  $OR=4.13$ ; %95 CI, 3.30-5.16) (Şekil 5)



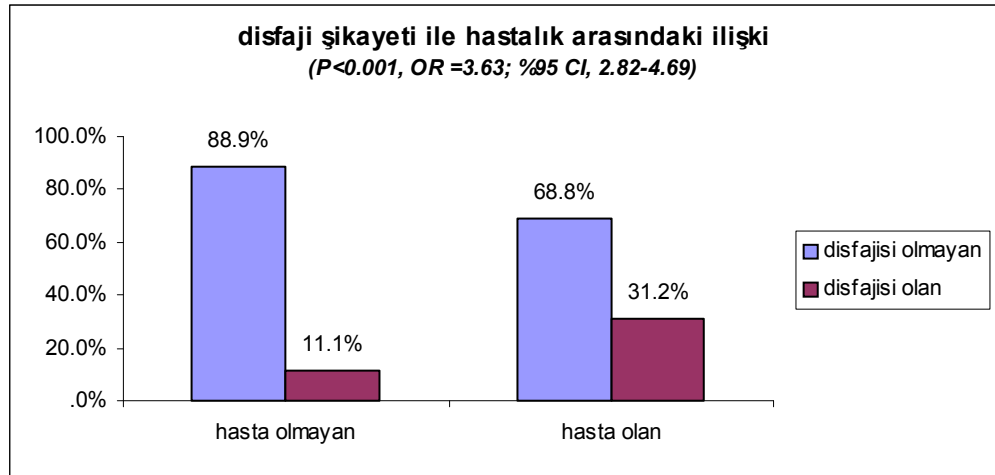
**Şekil 5 Göğüs ağrısı şikayeti ile hastalık arasındaki ilişki**

GÖR hastalarında göğüs ağrısı yakınması ile doktora başvurup tetkikler yapılması sonucunda %8.4'ünde kardiyak nedenli olmayan göğüs ağrısı, %2.7'sinde kardiyak nedenli göğüs ağrısı olduğu bulunmuş, %38.9'unun ise göğüs ağrısı yakınması ile doktora başvurmadığı sonuçları elde edilmiştir. Hasta olmayan gruba bakıldığında %2.1'inde kardiyak nedenli olmayan göğüs ağrısı, %0.9'unda kardiyak nedenli göğüs ağrısı olduğu saptanmış, %16.4'ünün ise göğüs ağrısı yakınması ile doktora başvurmadığı ve herhangi bir tetkik yaptırmadığı sonuçları elde edilmiştir. (Şekil 6)



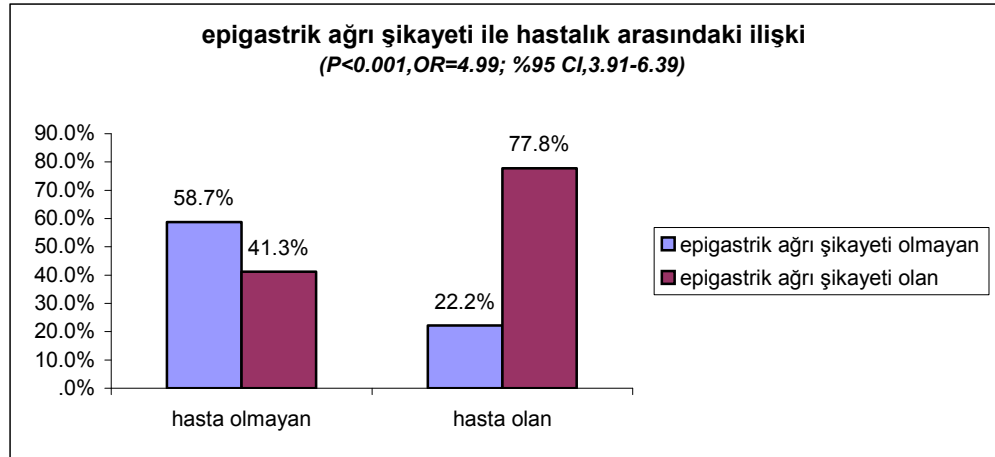
**Şekil 6 GÖR hastalarının göğüs ağrısı dağılımı**

GÖRH'nin atipik semptomlarından bir diğeri olan disfaji sorusuna evet diyenlerin oranı tüm katılımcılarda %15.5, hasta olan grupta %31.2, hasta olmayan grupta %11.1 olarak bulunmuş ve hasta olan grupta hasta olmayan gruba göre disfaji ve odinofaji semptomunun anlamlı olarak daha yüksek görüldüğü saptanmıştır. ( $P<0.001$ ,  $OR = 3.63$ ; %95 CI, 2.82-4.69) (Şekil 7)



**Şekil 7 Disfaji şikayeti ile hastalık arasındaki ilişki**

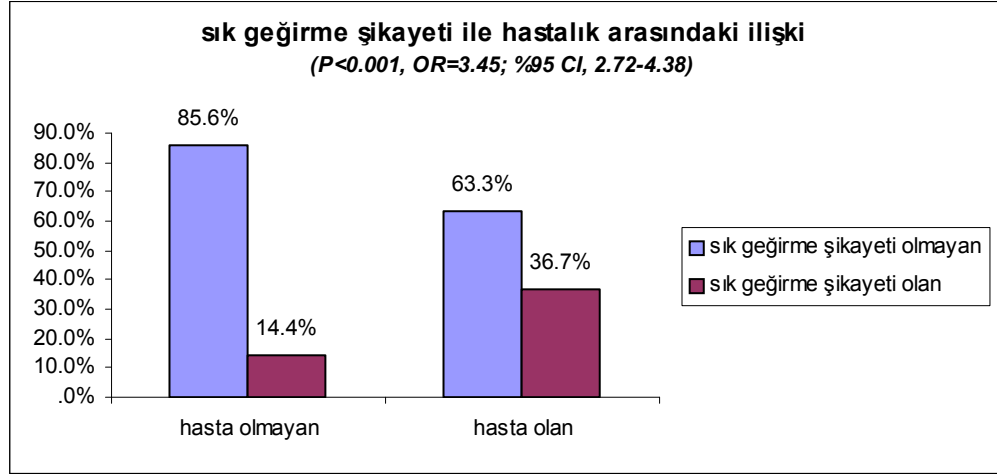
GÖRH ile birlikte olabilen epigastrik ağrı semptomuna evet diyenlerin oranı tüm katılımcılarda %49.2, hasta olan grupta %77.8, hasta olmayan grupta %41.3 olarak bulunmuştur. Epigastrik ağrı semptomunun varlığı hasta olan ve olmayan grupta incelendiğinde hasta olan grupta epigastrik ağrının anlamlı olarak daha sık olduğu saptanmıştır. ( $P < 0.001$ ,  $OR = 4.99$ ; %95 CI, 3.91-6.39) (Şekil 8)



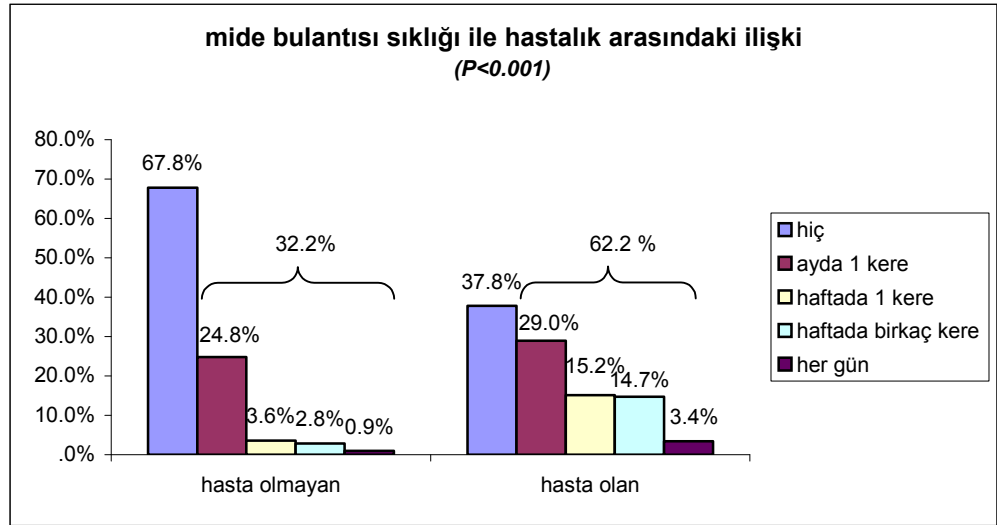
**Şekil 8 Epigastrik ağrı şikayeti ile hastalık arasındaki ilişki**

GÖRH ile birliktelik gösterebilecek dispeptik yakınmalardan bulantı, kusma ve sık geğirme şikayetleri hasta olan grupta hasta olmayan gruba göre anlamlı olarak

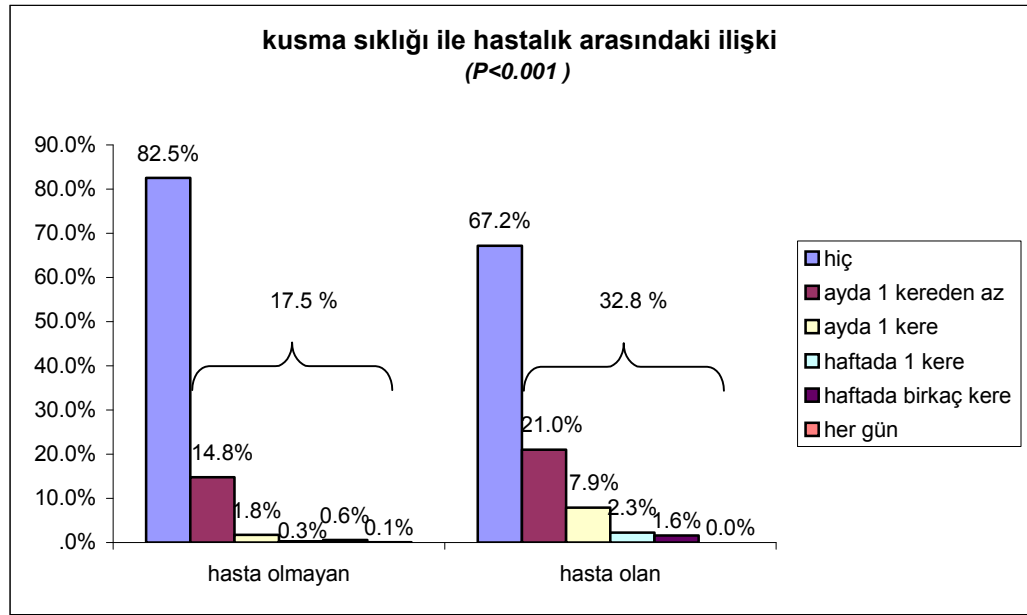
fazla bulunmuştur. (Şekil 9, Şekil 10, Şekil 11) ( $P<0.001$ ) Bunlardan sık geğirme ile ilgili sonuç Şekil 9’da görülmektedir. ( $P<0.001$ ,  $OR=3.45$ ; %95 CI, 2.72-4.38)



Şekil 9 Sık geğirme şikayeti ile hastalık arasındaki ilişki

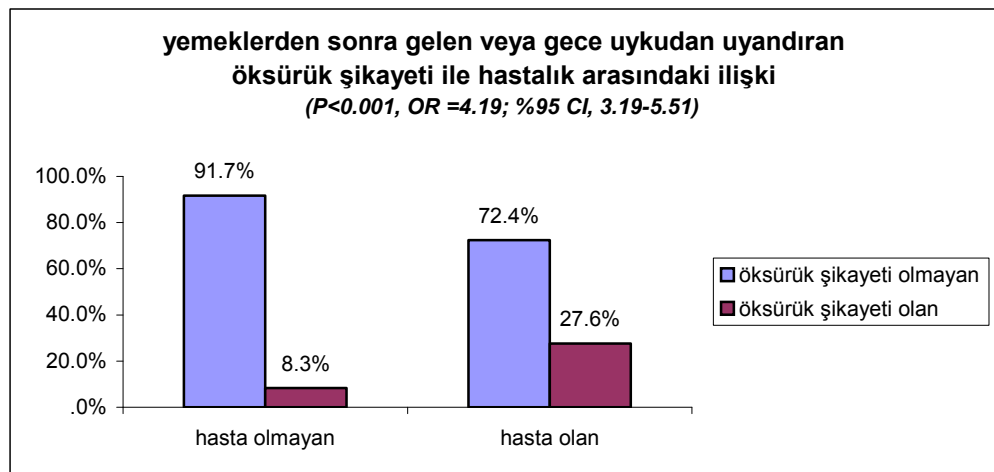


Şekil 10 Mide bulantısı sıklığı ile hastalık arasındaki ilişki



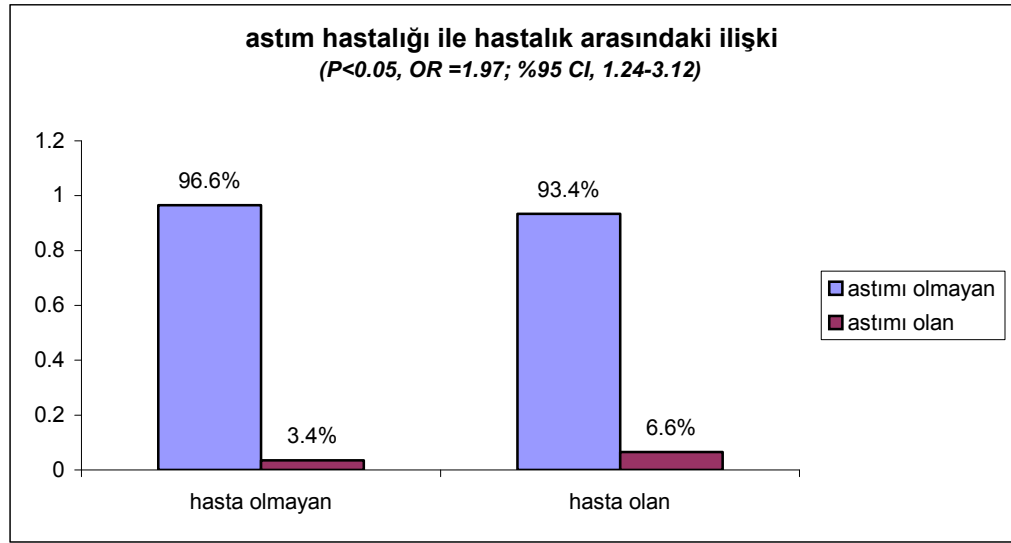
**Şekil 11 Kusma sıklığı ile hastalık arasındaki ilişki**

GÖRH'nın atipik semptomlarından olan ve yemeklerden sonra gelen veya gece uykudan uyandıran öksürük sorusuna evet diyenlerin oranı tüm katılımcılarda %12.5, hasta olan grupta %27.6, hasta olmayan grupta %8.3 bulunmuş ve öksürük semptomu hasta olan grupta hasta olmayan gruba göre anlamlı olarak fazla bulunmuştur. ( $P < 0.001$ ,  $OR = 4.19$ ; %95 CI, 3.19-5.51) (Şekil 12)



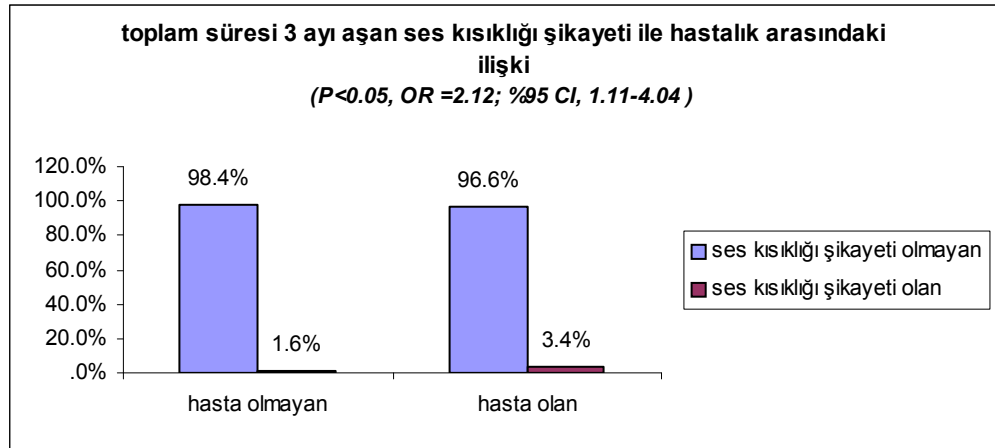
**Şekil 12 Yemeklerden sonra gelen veya gece uykudan uyandıran öksürük şikayeti ile hastalık arasındaki ilişki**

GÖRH'nın atipik belirtilerinden bir diğeri olan astım vb. solunum sistemi şikayetlerinin varlığını araştırmaya yönelik sorulara evet diyenlerin oranı tüm katılımcılarda %4.1, hasta olan grupta %6.6, hasta olmayan grupta %3.4 bulunmuş, bu semptomların hasta olanlarda olmayanlara göre anlamlı olarak daha sık olduğu bulunmuştur. ( $P<0.05$ ,  $OR=1.97$ ; %95 CI, 1.24-3.12) (Şekil 13)



**Şekil 13 Astım hastalığı ile hastalık arasındaki ilişki**

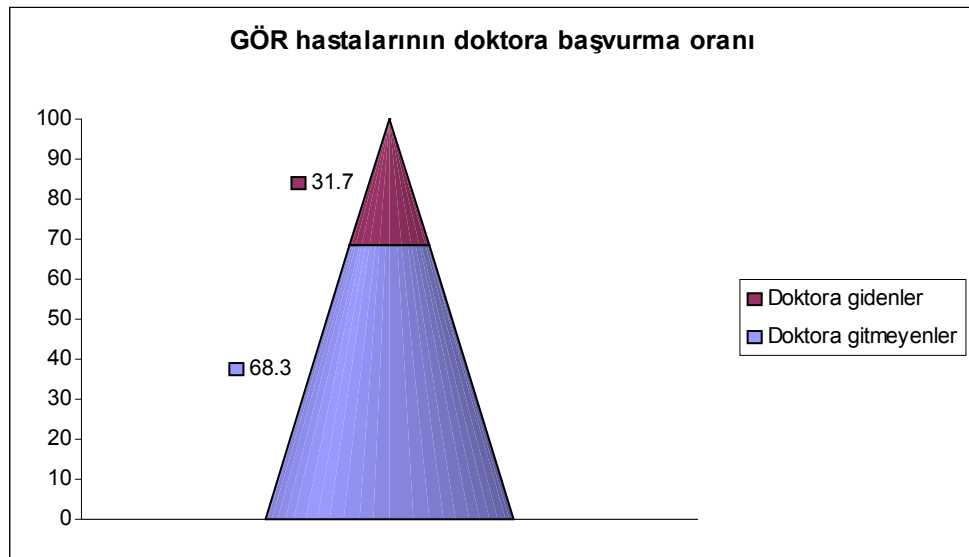
GÖRH'nın atipik belirtilerinden olan, “son 1 yıl içinde toplam süresi 3 ayı aşan ses kısıklığınız oldu mu?” sorusuna evet diyenlerin oranı tüm katılımcılarda %2.0, hasta olan grupta %3.4, hasta olmayan grupta %1.6 bulunmuş, ses kısıklığı hasta olanlarda hasta olmayanlara göre anlamlı derecede fazla bulunmuştur. ( $P<0.05$ ,  $OR =2.12$ ; %95 CI, 1.11-4.04) (Şekil 14)



**Şekil 14** Son 1 yıl içerisinde toplam süresi 3 ayı aşan ses kısıklığı şikayeti ile hastalık arasındaki ilişki

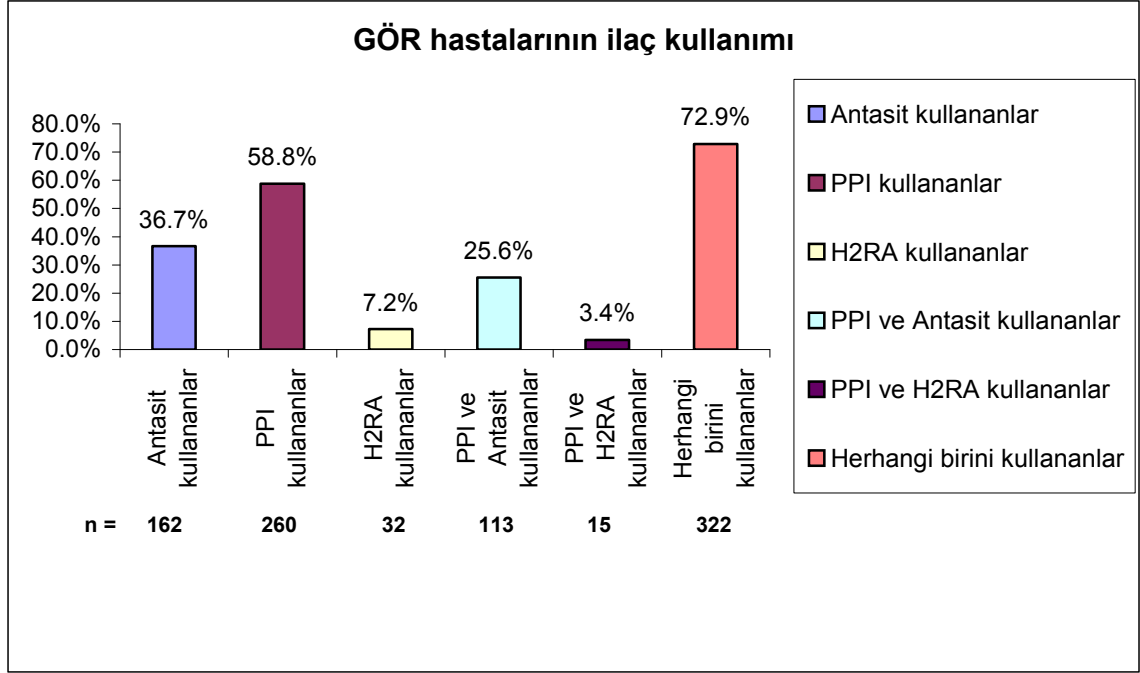
GÖRH'nın atipik belirtilerinden bir diğeri olan “son 1 yıl içinde toplam süresi 3 ayı aşan hıçkırık oldu mu?” sorusuna evet diyenlerin oranı tüm katılımcılarda %0.5, hasta olan grupta %0.9, hasta olmayan grupta %0.4 bulunmuş, her iki grup arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır. ( $P > 0.05$ )

GÖRH olan kişilerin bu hastalığın semptomları ile doktora başvurma oranı %31.7 olarak bulunmuştur (Şekil 15). GÖR hastalarının %43.2'sinin doktora gitmediği halde GÖRH'nın tedavisine yönelik ilaç kullandığı saptanmıştır.



**Şekil 15** GÖR hastalarının doktora başvurma oranı

GÖR hastalarının %72.9'unun herhangi bir mide ilacı kullandığı, %36.7'sinin antasit, %58.8'inin PPI, %7.2'sinin H2RA, %25.6'sının PPI ve antasit, %3.4'ünün ise PPI ve H2RA kullandığı saptanmıştır. (Şekil 16)



Şekil 16 GÖR hastalarının ilaç kullanımı



Tablo 1 GÖRH ve Klinik Özellikler

		<i>GÖRH</i>		<i>Tümü</i>		
		<i>yok</i>	<i>var</i>		<i>P</i>	<i>OR</i>
		<i>n=1595</i>	<i>n=442</i>	<i>n=2037</i>		
<b>Göğüs ağrısı</b>	Evet	311 (%19.5)	221 (%50.0)	532 (%26.1)	<b>&lt;0.001</b>	<b>4.13; %95 CI, 3.30-5.16</b>
<b>Disfaji</b>	Evet	177 (%11.1)	138 (%31.2)	315 (%15.5)	<b>&lt;0.001</b>	<b>3.63; %95 CI, 2.82-4.69</b>
<b>Epigastrik Ağrı</b>	Evet	658 (%41.3)	344 (%77.8)	1002 (%49.2)	<b>&lt;0.001</b>	<b>4.99; %95 CI, 3.91-6.39</b>
<b>Sık Geğirme</b>	Evet	229 (%14.4)	162 (%36.7)	391 (%19.2)	<b>&lt;0.001</b>	<b>3.45; %95 CI, 2.72-4.38</b>
<b>Mide Bulantısı</b>	Hiç	1082 (%67.8)	167 (%37.8)	1249 (%61.3)	<b>&lt;0.001</b>	
	Ayda bir kere	396 (%24.8)	128 (%29.0)	524 (%25.7)		
	Haftada bir kere	57 (%3.6)	67 (%15.2)	124 (%6.1)		
	Haftada birkaç kere	45 (%2.8)	65 (%14.7)	110 (%5.4)		
	Her gün	15 (%.9)	15 (%3.4)	30 (%1.5)		
<b>Kusma</b>	Hiç	1316 (%82.5)	297 (%67.2)	1613 (%79.2)	<b>&lt;0.001</b>	
	Ayda bir kereden az	236 (%14.8)	93 (%21.0)	329 (%16.2)		
	Ayda bir kere	28 (%1.8)	35 (%7.9)	63 (%3.1)		
	Haftada bir kere	5 (%.3)	10 (%2.3)	15 (%.7)		
	Haftada birkaç kere	9 (%.6)	7 (%1.6)	16 (%.8)		
	Her gün	1 (%.1)	0 (%.0)	1 (%.0)		
<b>Yemeklerden sonra gelen ve/veya gece uykudan uyandıran öksürük</b>	Evet	133 (%8.3)	122 (%27.6)	255 (%12.5)	<b>&lt;0.001</b>	<b>4.19; %95 CI, 3.19-5.51</b>
<b>Astım</b>	Evet	55 (%3.4)	29 (%6.6)	84 (%4.1)	<b>&lt;0.05</b>	<b>1.97; %95 CI, 1.24-3.12</b>
<b>Üç ayı aşan ses kısıklığı</b>	Evet	26 (%1.6)	15 (%3.4)	41 (%2.0)	<b>&lt;0.05</b>	<b>2.12; %95 CI, 1.11-4.04</b>
<b>Üç ayı aşan hıçkırık</b>	Evet	7 (%.4)	4 (%.9)	11 (%.5)	<b>&gt;0.05</b>	

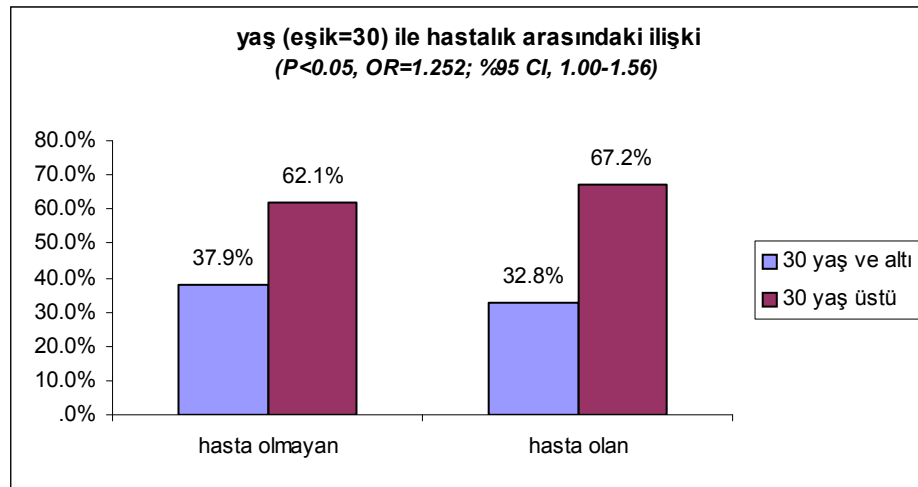
### 4.3. Sosyo-Demografik Özellikler

Cinsiyet :

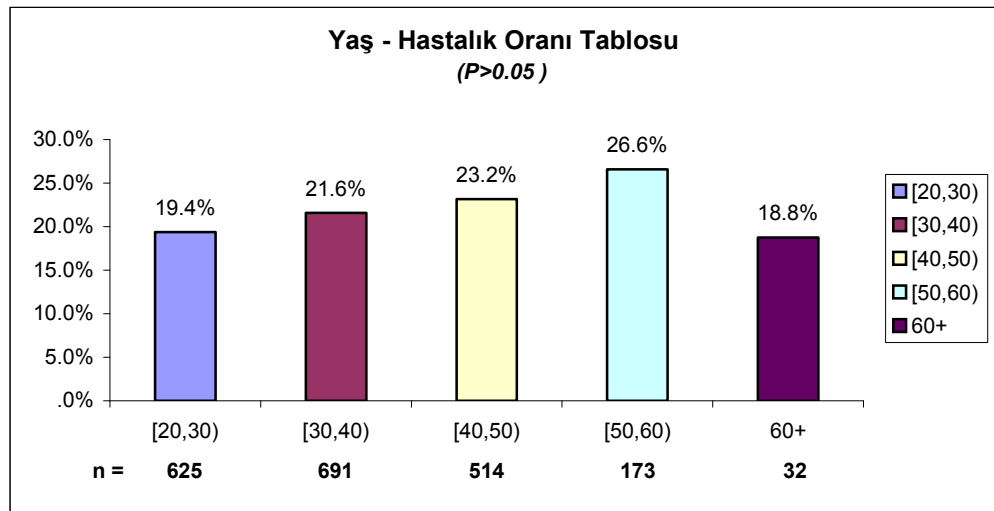
Ankete katılanların cinsiyet dağılımına bakıldığında kadınların oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. (E: %38.8 (791), K: %61.2 (1246)) Cinsiyete göre hasta olma oranlarına bakıldığında kadınların hastalık oranı %22.9, erkeklerin hastalık oranı %19.6 olarak bulunmuştur. Kadınlarda daha fazla olmasına rağmen cinsiyet açısından hastalık olma oranında anlamlı fark bulunmamıştır. ( $P=0.067$ )

Yaş :

Yaş dağılımına bakıldığında (19-73) hasta olan grubun yaş ortalaması (36.8), hasta olmayan grubun yaş ortalaması (35.9) ve ankete katılanların tümünün yaş ortalaması ( $36.1 \pm 9.7$ ) olarak bulunmuştur. Yaş dağılımı hasta olan ve olmayan gruplar arasında farklılık göstermektedir ( $P<0.05$ ). Değişik yaş gruplarının karşılaştırılmasıyla yapılan değerlendirmede 30 yaş üstü ile 30 yaş ve altındaki hasta olma dağılımları arasında anlamlı farklar bulunmuştur. 30 yaş üstü insanların hasta olma beklentisinin diğerlerine kıyasla 1.25 kat fazla olduğu bulunmuştur. ( $P<0.05$ ,  $OR=1.252$ ; %95 CI, 1.00-1.56) Yaşın 10'ar yıllık aralıklar halinde gruplandırılmasıyla yapılan hasta olma oranları değerlendirilmesinde, hastalık oranının en fazla 50-60 yaş arasındaki grupta olduğu; ancak gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. (Şekil 17)



Şekil 17 Yaş (eşik=30) ile hastalık arasındaki ilişki



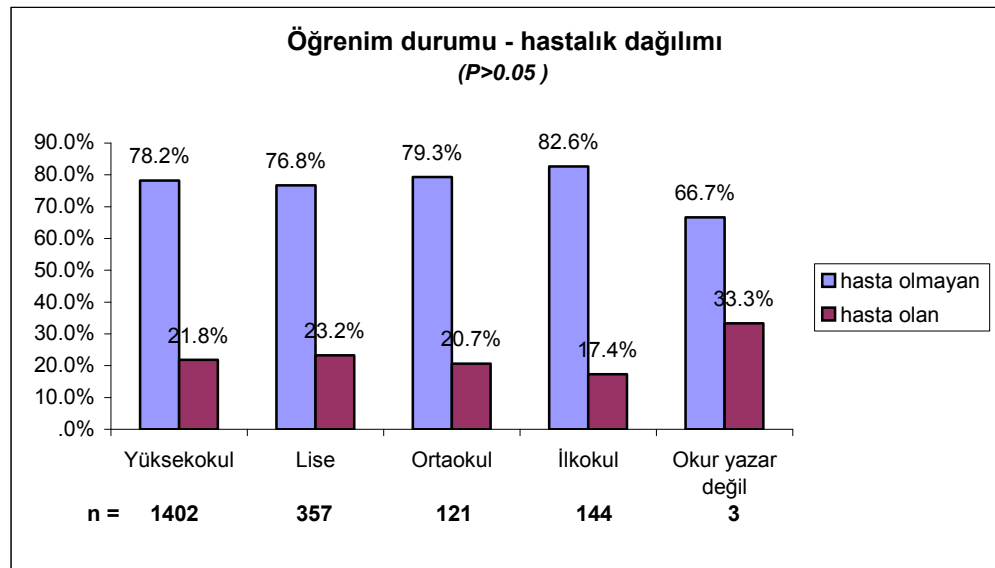
**Şekil 18 Yaş - Hastalık Oranı Tablosu**

#### Medeni Hal :

Ankete katılanların medeni hal dağılımına bakıldığında %56.3'ünün evli, %40.6'sının bekar, %3.1'inin dul olduğu; medeni duruma göre GÖRH oranları değerlendirildiğinde, bu oranlar evli olanlarda %22.3, bekar olanlarda %20, dul olanlarda %32.3 bulunmuştur. Hastalık olma oranları açısından bu gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. ( $P=0.059$ )

#### Öğrenim Durumu :

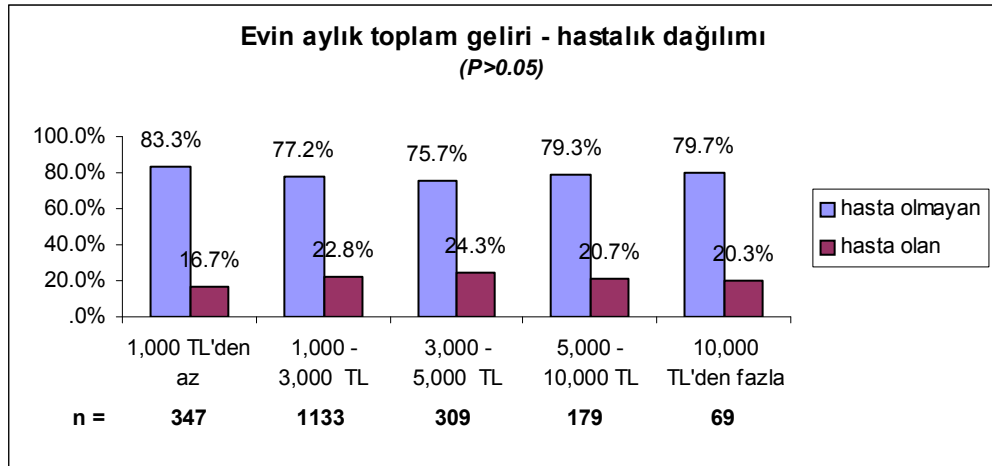
Öğrenim durumu dağılımına bakıldığında ankete katılanların %69.3'ü yüksek okul, %17.5'i lise, %5.9'u ortaokul, %7.1'i ilkokul mezunu olup, %0.1'i okur yazar değildir. Öğrenim durumlarına göre GÖRH oranları değerlendirildiğinde; bu oranlar yüksek okul mezunlarında %21.8, lise mezunlarında %23.2, ortaokul mezunlarında %20.7, ilkokul mezunlarında %17.4, okur yazar olmayanlarda %33.3 bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. ( $P>0.05$ ) (Şekil 19)



**Şekil 19 Öğrenim durumu hastalık dağılımı**

Aynı evde yaşayan kişi sayısının ortalamasına bakıldığında hasta olanlarda (3.35), hasta olmayanlarda (3.26), tümünde (3.28) olarak bulunmuştur. Aynı evde yaşayan kişi sayısı dağılımında hasta olan ve olmayan grupta anlamlı bir fark bulunmamıştır. ( $P>0.05$ ) (Şekil 19)

Evin aylık toplam gelir düzeyi dağılımına bakıldığında ankete katılanların %17'sinin gelir düzeyinin 1000 TL'den az, %55.6'sının gelir düzeyinin 1000-3000 TL arası, %15.2'sinin 3000-5000 TL, %8.8'inin 5000-10000 TL, %3.4'ünün aylık gelir düzeyinin 10000 TL'den fazla olduğu bulunmuştur. Evin aylık gelir düzeyinin hastalığa olan etkisine bakıldığında aylık gelir düzeyi 1000 TL'den az olan kesimde hastalık oranı %16.7, 1000-3000 TL olanlarda hastalık oranı %22.8, 3000-5000 TL olanlarda hastalık oranı %24.3, 5000-10000 TL olanlarda hastalık oranı %20.7, 10000 TL'den fazla olanlarda hastalık oranı %20.3 olarak bulunmuş, aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. ( $P>0.05$ ) (Şekil 20)



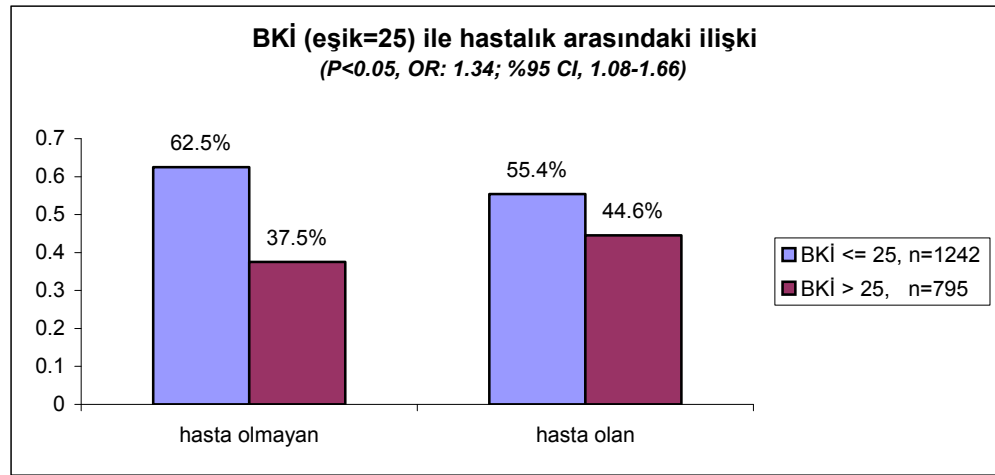
**Şekil 20 Evin aylık toplam geliri hastalık dağılımı**

Tablo 2 GÖRH ve Demografik Faktörler

	<b>GÖRH</b>		<b>Tümü</b>	<b>P</b>	<b>OR</b>
	<b>yok</b> <b>n=1595</b>	<b>var</b> <b>n=442</b>	<b>n=2037</b>		
<b>Cinsiyet</b>					
Erkek	636 (%40.0)	155 (%35.0)	791 (%39.0)		
Kadın	959 (%60.0)	287 (%65.0)	1246 (%61.0)	0.67	
<b>Yaş</b>	35.9**	36.8**	36.1**	<b>&lt;0.05*</b>	
<b>Medeni Hal</b>					
Evlü	891 (%55.9)	256 (%57.9)	1147 (%56.3)		
Bekar	662 (%41.5)	166 (%37.6)	828 (%40.6)		
Dul	42 (%2.6)	20 (%4.5)	62 (%3.1)	0.059	
<b>Öğrenim Durumu</b>					
Yüksekokul	1104 (%69.2)	308 (%69.7)	1412 (%69.3)		
Lise	274 (%17.2)	83 (%18.8)	357 (%17.5)		
Ortaokul	96 (%6.0)	25 (%5.7)	121 (%5.9)		
İlkokul	119 (%7.5)	25 (%5.7)	144 (%7.1)		
Okur-yazar	0 (%.0)	0 (%.0)	0 (%.0)		
Okur-yazar değil	2 (%.1)	1 (%.2)	3 (%.1)		
<b>Evde yaşayan kişi sayısı</b>	3.26**	3.36**	3.28**	0.16	
<b>Evin aylık toplam geliri</b>					
1,000 TL'den az	289 (%18.1)	58 (%13.1)	347 (%17.0)		
1,000 - 3,000 TL	875 (%54.9)	258 (%58.4)	1133 (%55.6)		
3,000 - 5,000 TL	234 (%14.7)	75 (%17.0)	309 (%15.2)		
5,000 - 10,000 TL	142 (%8.9)	37 (%8.4)	179 (%8.8)		
10,000 TL'den fazla	55 (%3.4)	14 (%3.2)	69 (%3.4)	0.12	
<b>* M – W Test</b>					
<b>** Ortalama</b>					

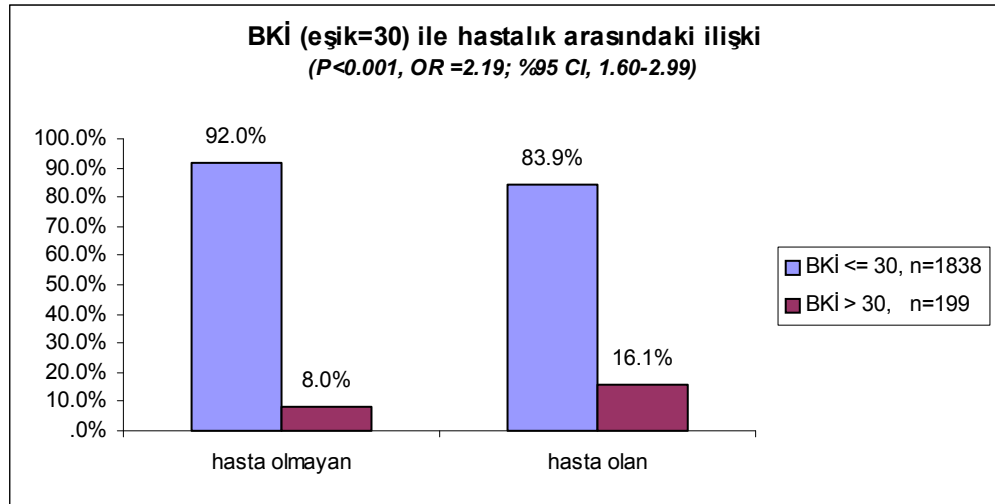
#### 4.4. Çevresel Özellikler ve Etiolojik Faktörler

Ankete katılanların ortalama BKİ  $24.4 \text{ kg/m}^2$ , hasta olanların  $25.1 \text{ kg/m}^2$ , hasta olmayanların  $24.2 \text{ kg/m}^2$ 'dir. Hasta olanlarla olmayanların BKİ dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur. ( $p < 0.001$ )<sup>M-W</sup> BKİ'lerine göre  $25 \text{ kg/m}^2$ 'nin altı ile  $25 \text{ kg/m}^2$  ve üzeri olarak iki gruba ayrıldığında  $25 \text{ kg/m}^2$  ve üzerinde BKİ olanların hasta olma oranları  $25 \text{ kg/m}^2$ 'in altında olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. ( $P < 0.05$ ,  $OR: 1.34$ ; %95 CI, 1.08-1.66) (Şekil 21)



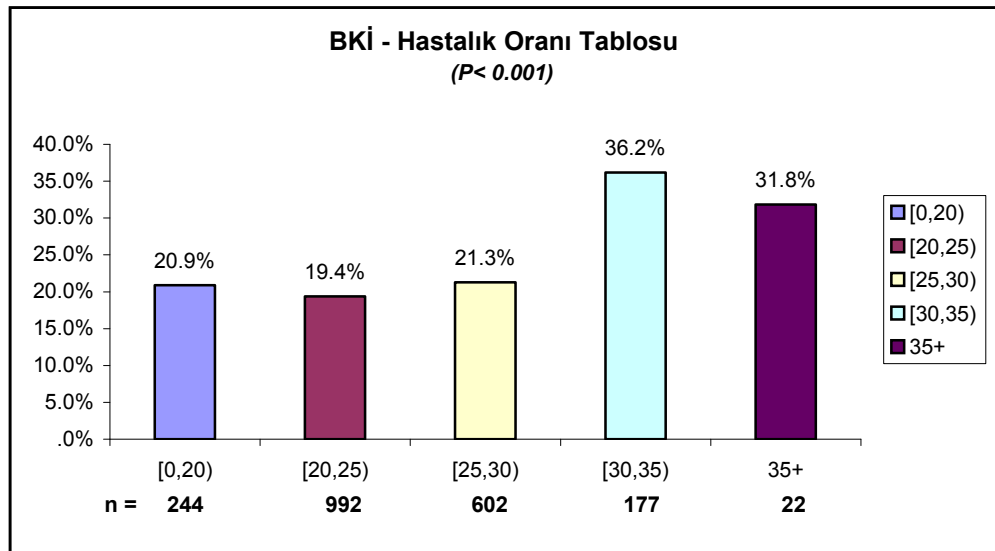
Şekil 21 BKİ (eşik=25) ile hastalık arasındaki ilişki

BKİ'lerine göre  $30 \text{ kg/m}^2$ 'nin altı ile  $30 \text{ kg/m}^2$  ve üzeri olarak iki gruba ayrıldığında ise anlamlılık oranı artmıştır. ( $P < 0.001$ ,  $OR=2.19$ ; %95 CI, 1.60-2.99) (Şekil 22)



Şekil 22 BKİ (eşik=30) ile hastalık arasındaki ilişki

BKİ'si 5'erlik gruplar halinde gruplandırıldığında hastalık oranının BKİ'si 30 kg/m<sup>2</sup> ile 35 kg/m<sup>2</sup> arası olan grupta en fazla olduğu saptanmıştır. (Şekil 23)



Şekil 23 BKİ - Hastalık Oranı Grafiği

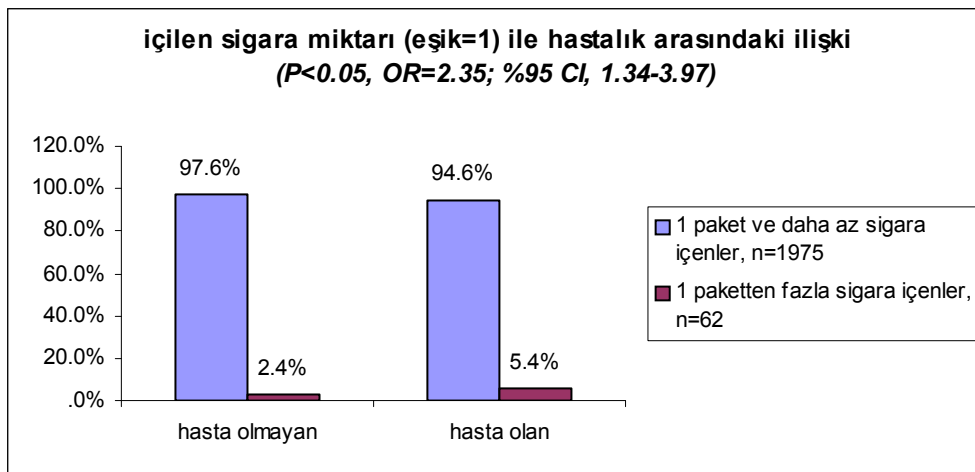
Sigara :

Ankete katılanların %36.1'i hayatlarının bir döneminde düzenli sigara kullandığını belirtmiş, hasta olan grupta sigara kullanım oranı %39.8, hasta olmayan



grupta %35 bulunmuştur. Halen düzenli sigara içme oranlarına baktığımızda tüm katılımcıların %29'u, hasta olanların %32.4'ü, hasta olmayanların %28.3'ü sigara içmektedir. Halen sigara içen ve içmeyen grup karşılaştırıldığında hasta olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. ( $P=0.095$ ) İçilen sigara miktarını karşılaştırdığımızda 0.5 paket ve altı ile 0.5 paket üstünde sigara içenler arasında yine hasta olma oranları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. ( $P=0.096$ )

1 paketin üzerinde sigara içenlerde 1 paket ve altında sigara içenlere göre hastalık oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. ( $P<0.05$ ,  $OR=2.35$ ; %95 CI, 1.34-3.97) (Şekil 24)



**Şekil 24 İçilen sigara miktarı (eşik=1) ile hastalık arasındaki ilişki**

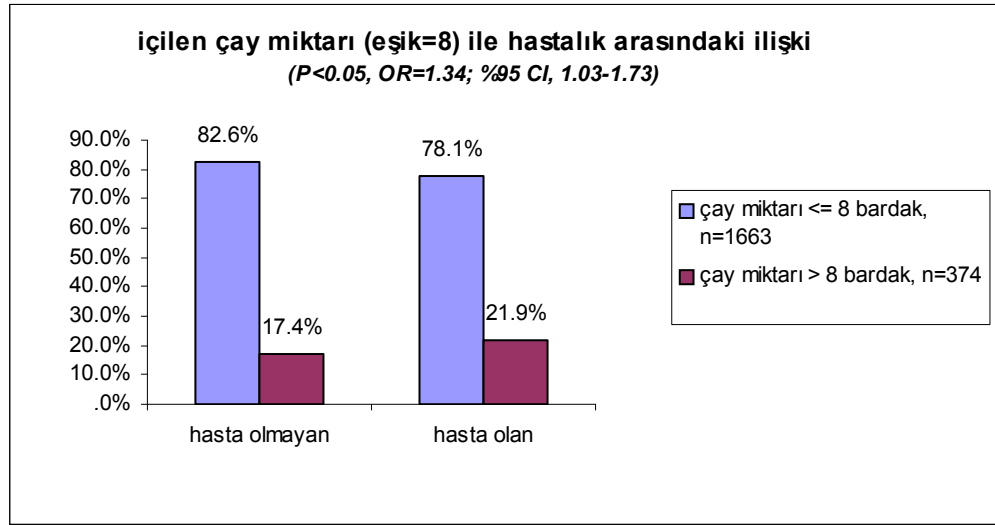
**Alkol :**

Alkol alımına baktığımızda ankete katılan tüm grupta alkol alımı %30.7, hasta olan grupta alkol alımı %31.9, hasta olmayan grupta %30.3 bulunmuş, aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. ( $P=0.53$ ) Alkol alım miktarı ile hastalık arasındaki dağılım arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. ( $P=0.102$ )

**Çay :**

Çay içme alışkanlığı değerlendirildiğinde tüm grupta çay içme oranı %93.2, hasta olan grupta %94.1, hasta olmayan grupta %92.9 olarak tespit edilmiş ve

aralarında anlamlı fark bulunmamıştır. ( $P=0.375$ ) Hasta olan ve olmayan grupta çay içme miktarları açısından anlamlı fark olmamakla birlikte ( $P=0.267$ ), içilen çay miktarı (eşik=8) ile hastalık arasındaki ilişki değerlendirildiğinde “günde 8 bardağın üzerinde çay içen” insanların “8 bardak ve altında çay içen” insanlara göre hasta olma oranları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $P<0.05$ ,  $OR=1.34$ ; %95 CI, 1.03-1.73). Daha düşük eşik değerlerinde anlamlı fark bulunamamıştır. (Şekil 25)



Şekil 25 İçilen çay miktarı (eşik=8) ile hastalık arasındaki ilişki

Kahve :

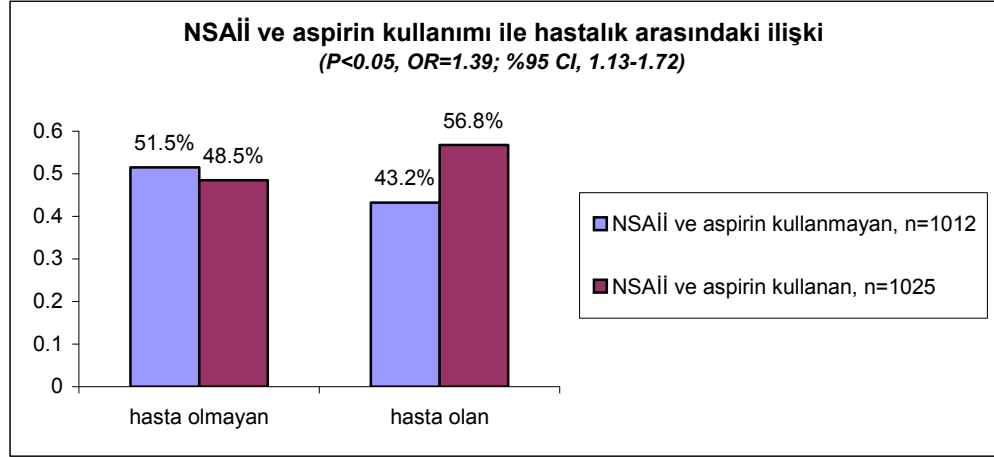
Kahve içme alışkanlığı karşılaştırıldığında tüm grupta kahve içme oranı %62.3, hasta olan grupta %60.6, hasta olmayan grupta %62.8 bulunmuş, aralarında anlamlı fark bulunmamıştır ( $P=0.415$ ). İçilen kahve miktarına göre hastalık olma oranları açısından fark saptanmamıştır. ( $P=0.698$ )

NSAİİ ve Aspirin :

Non-steroid anti inflamatuvar ilaç (NSAİİ) ve aspirin kullanımının hasta olan ve olmayan gruplardaki dağılımına baktığımızda tüm katılımcı grupta ilaç kullanma oranı %50.3, hasta olan grupta ilaç kullanım oranı %56.8, hasta olmayan grupta ilaç kullanım oranı %48.5 olarak bulunmuştur. Hasta olan ve olmayan grup arasında

aspirin ve NSAİİ ilaç kullanımı açısından anlamlı fark bulunmuştur. ( $P<0.05$ ,  $OR=1.39$ ; %95 CI, 1.13-1.72) (Şekil 26)

Sadece aspirin kullanım miktarına göre değerlendirdiğimizde hasta olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. ( $P=0.282$ )



Şekil 26 NSAİİ ve aspirin kullanımı ile hastalık arasındaki ilişki

GÖRH'nın ana semptomları olan heartburn ve regürjitasyona çeşitli beslenme faktörleri ve stresin etkilerini sorguladığımızda hasta olanların verdikleri yanıtlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 3 GÖRH Semptomlarına Çevresel Faktörlerin Etkisi

	Artırır	Azaltır	Değişmez	Kullanmam
<b>Kahve-Çay</b>	%51.8	%0.7	%45.9	%1.7
<b>Kolalı içecekler</b>	%52.2	%0.9	%34.5	%12.3
<b>Alkol</b>	%20.3	%0.7	%16.1	%62.9
<b>Baharatlı, acılı, ekşili besinler</b>	%72.3	%0.0	%24.1	%3.5
<b>Yağlı veya kızartma türü besinler</b>	%69.5	%0.5	%27.2	%2.8
<b>Ağır tatlılar</b>	%52.0	%1.2	%41.1	%5.7
<b>Belirgin stresler, gerginlikler</b>	%77.5	%1.7	%20.8	%0.0

Tablo 4 GÖRH ve Çevresel Faktörler

	GÖRH		Tümü n=2037	P	OR
	yok n=1595	var n=442			
<b>Hayatları boyunca en az bir kere düzenli sigara kullanmış olanlar</b>					
Evet	266 (%20.4)	176 (%23.9)	442 (%21.7)	0.065	
<b>Sigara içenler</b>					
Evet	299 (%20.7)	143 (%24.1)	442 (%21.7)	0.095	
<b>Sigara içme miktarı</b>				0.054*	
<b>1/2 paketten fazla sigara içenler</b>					
Evet	342 (%20.9)	100 (%24.8)	442 (%21.7)	0.096	
<b>1 paketten fazla sigara içenler</b>					
Evet	418 (%21.2)	24 (%38.7)	442 (%21.7)	<0.05	<b>2.35; %95 CI, 1.34-3.97</b>
<b>Çay içenler</b>					
Evet	1482 (%92.9)	416 (%94.1)	1898 (%93.2)	0.375	
<b>Çay içme miktarı</b>				0.267*	
<b>3 bardaktan fazla çay içenler</b>					
Evet	908 (%56.9)	251 (%56.8)	1159 (%56.9)	0.958	
<b>5 bardaktan fazla çay içenler</b>					
Evet	512 (%32.1)	163 (%36.9)	675 (%33.1)	0.059	
<b>8 bardaktan fazla çay içenler</b>					
Evet	277 (%17.4)	97 (%21.9)	374 (%18.4)	<0.05	<b>1.34; %95 CI, 1.03-1.73</b>
<b>Kahve içenler</b>					
Evet	1001 (%62.8)	268 (%60.6)	1269 (%62.3)	0.415	
<b>Kahve içme miktarı</b>				0.698*	
<b>3 fincandan fazla kahve içenler</b>					
Evet	78 (%4.9)	25 (%5.7)	103 (%5.1)	0.517	
<b>5 fincandan fazla kahve içenler</b>					
Evet	16 (%1.0)	6 (%1.4)	22 (%1.1)	0.525	
<b>8 fincandan fazla kahve içenler</b>					
Evet	3 (%.2)	2 (%.5)	5 (%.2)	0.321	
<b>Alkol kullananlar</b>					
Evet	484 (%30.3)	141 (%31.9)	625 (%30.7)	0.53	
<b>Alkol miktarı</b>					
Kullanmıyor	1104 (%69.2)	299 (%67.6)	1403 (%68.9)		
Haftada 1'den az	284 (%17.8)	88 (%19.9)	372 (%18.3)	0.102	
Haftada 1-2	166 (%10.4)	42 (%9.5)	208 (%10.2)		
Haftada 3-6	25 (%1.6)	13 (%2.9)	38 (%1.9)		
Haftada 7-10	9 (%.6)	0 (%.0)	9 (%.4)		
Haftada 10'dan fazla	7 (%.4)	0 (%.0)	7 (%.3)		
<b>BKİ</b>	24.2**	25.1**	24.4**	<0.001*	
<b>BKİ'si 20'den fazla olanlar</b>					
Evet	1398 (%87.6)	391 (%88.5)	1789 (%87.8)	0.644	

	<b>GÖRH</b>		<b>Tümü</b>	<b>P</b>	<b>OR</b>
	<b>yok</b>	<b>var</b>			
	<b>n=1595</b>	<b>n=442</b>	<b>n=2037</b>		
<b>BKİ 25'den fazla olanlar</b>					
Evet	598 (%37.5)	197 (%44.6)	795 (%39.0)	<0.05	1.34; %95 CI, 1.08-1.66
<b>BKİ'si 30'dan fazla olanlar</b>					
Evet	128 (%8.0)	71 (%16.1)	199 (%9.8)	<0.001	2.19; %95 CI, 1.60-2.99
<b>Aspirin veya ağrı kesici kullananlar</b>					
Evet	774 (%48.5)	251 (%56.8)	1025 (%50.3)	<0.05	1.39; %95 CI, 1.13-1.72
<b>Aspirin kullanım miktarı</b>					
Kullanmıyor	1382 (%86.6)	380 (%86.0)	1762 (%86.5)	0.282	
Ayda 1'den az	78 (%4.9)	13 (%2.9)	91 (%4.5)		
Ayda 1 kere	44 (%2.8)	15 (%3.4)	59 (%2.9)		
Haftada 1 kere	26 (%1.6)	10 (%2.3)	36 (%1.8)		
Haftada birkaç kere	27 (%1.7)	8 (%1.8)	35 (%1.7)		
Her gün	38 (%2.4)	16 (%3.6)	54 (%2.7)		
<b>Evde yaşayan kişi sayısı</b>	3.2**	3.3**	3.2**	0.167*	
<b>* M-W Test</b>					
<b>** Ortalama</b>					

## 5. TARTIŞMA

Gastroözofagial reflü hastalığı belirtileriyle temel pratikte çok sık karşılaşılır. Bildirilen belirtiler bu hastalığın gerçek prevalansının altındadır, çünkü birçok hasta tedavi talep etmemektedir ve birçok hekim muayene sırasında hastalığın belirtileri hakkında ayrıntılı soru sormamaktadır. Hastaların çoğu basit diyet değişiklikleriyle veya antasitlerle sağladıkları geçici semptomatik düzelme nedeniyle hekime müracaat etmezler. Bu nedenle klasik kitaplarda GÖRH'nın toplumdaki yeri bir buzdağına benzetilmiştir. Hekime müracaat eden vakaların tüm hastaların ancak %10-15'ini oluşturduğu düşünülmektedir<sup>6</sup>. Bizim çalışmamızda da GÖRH'ni düşündüren yakınmaları olanların %32'sinin hekime başvurduğu ve tetkik yaptırdığı, %43'ünün ise doktora başvurmadan GÖRH tedavisine yönelik ilaç kullandığı saptanmıştır. Çalışmamızda bu oranın biraz daha yüksek çıkmasının nedeni, çalışmanın hekimlere ulaşabilirliği nispeten kolay olan hastane çalışanları üzerinde yapılmasından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca ankete katılanların bir kısmının doktor olması ve kendi kendilerini tedavi edebilmeleri nedeniyle başka bir doktora başvurmaya gerek duymamaları, bu oranın toplumun gerçek değerini yansıtmayabileceğini düşündürmektedir.

Batı toplumunda yapılan değişik çalışmalarda heartburn ve/veya regürjitasyon semptomunun haftada en az bir kez görülme prevalansı %17-38, günlük prevalansı %4-9 olarak bulunmuştur<sup>13</sup>. 2008 yılında Avustralya'da yapılan bir çalışmada<sup>14</sup> ayda en az bir kez heartburn sıklığı %21.2 olarak bildirilirken Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmalarda<sup>15,16</sup> toplumun ortalama %7'sinde günde en az bir kez reflü olduğu saptanmıştır. GÖRH prevalansı dünyanın farklı bölgelerinde değişkendir, Asya'da, değişken olmakla birlikte genel olarak batı toplumundan daha az sıklıkla görülmektedir<sup>17</sup>.

Türkiye'deki GÖRH prevalansı ile ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır. Ülkemizde GÖRH'nın sıklığı ile ilgili Ege Üniversitesi tarafından İzmir'in Menderes ilçesinde düşük sosyoekonomik düzeyi olan 630 kişide yapılan anket çalışmasında<sup>18</sup> GÖRH'nın sıklığı (hastalık kriteri haftada en az bir heartburn ve/veya regürjitasyon) %20 bulunmuştur. GÖRH'nın sıklığını, semptomların dağılımını ve bunları etkileyen faktörleri araştırdığımız bu çalışmada, haftada en az bir kez rahatsız edici heartburn

ve/veya regürjitasyon tanı kriteri olarak değerlendirildiğinde GÖRH'nın sıklığı %21.7 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda cinsiyet, öğrenim durumu, gelir düzeyi, aynı evde yaşayan kişi sayısı gibi demografik özellikler ile hastalık sıklığı arasında ilişki saptanmamıştır. Yaş ile ve çevresel faktörlerden BKİ ile hastalık arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yine çevresel faktörlerden NSAİİ alımı ile ve belli miktarların üzerinde çay ve sigara içilmesi ile pozitif ilişki saptanırken, kahve ve alkol ile GÖRH arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Yaşın reflü hastalığının sıklığı üzerindeki etkileri konusundaki literatür bilgileri çelişkilidir<sup>19</sup>. Bazı çalışmalar GÖRH'nın belirtilerinin yaşlı nüfusta daha yaygın olduğunu göstermekle birlikte<sup>20,21</sup> başka araştırmalarda elde edilen sonuçlar farklılık göstermektedir<sup>22</sup>. Hatta bazı araştırmacılar GÖRH ile yaş arasında negatif ilişki olduğunu, yani daha genç hastaların daha ciddi semptomlar gösterdiklerini bulmuşlardır. Agreus ve arkadaşları<sup>23</sup> İsveç'te 1290 kişi üzerinde 7 yıl süren 3 ayrı anket çalışması sonucunda 7 yıl boyunca reflü semptomlarında artış olmadığını ve 0, 1 ve 7. yıllarda görülen reflü semptom sıklığının anlamlı olarak değişiklik göstermediğini (sırasıyla %5.3, %6.7 ve %6.4) saptamışlardır. Çalışmamızda ise yaşı 30'un üzerinde olan grupta, yaşı 30 ve altında olan gruba göre daha yüksek oranda GÖRH varlığı saptanmıştır ( $P<0.05$ ,  $OR=1.252$ ; %95 CI, 1.00-1.56). Ayrıca yaşı 10'arlık gruplar halinde ayırdığımızda hastalık görülme sıklığının 50-60 yaş arasındaki grupta en yüksek seviyede olduğu, ancak gruplar arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür ( $P>0.05$ ) (Şekil 17, Şekil 18).

Cinsiyetin reflü hastalığının oluşmasındaki rolü halen belirsizdir. Birçok çalışmada cinsiyet ile GÖRH semptomları arasında bir ilişki bulunamadığı<sup>24-27</sup> gösterilirken, daha az sayıda bazı çalışmada hastalığın kadınlarda biraz daha sık görüldüğü saptanmıştır<sup>28</sup>. Çalışmamızda da kadınlarda biraz daha fazla görülmesine rağmen (kadınlarda %22.9, erkeklerde %19.6) cinsiyet ile GÖRH sıklığı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. ( $P=0.067$ )

Çalışmamızda beslenme ve çevresel faktörlerinin GÖRH semptomlarına olan etkileri değerlendirildiğinde, ankete katılanlar baharatlı, acılı, ekşili besinler, yağlı ve kızartma türü besinler ve belirgin stres ve gerginliklerin heartburn ve regürjitasyon semptomlarını arttırdığını belirtmişlerdir. (Tablo 3)

Bazı epidemiolojik çalışmalarda<sup>13,29</sup> kahve alımı ile GÖRH arasında bir ilişki olmadığı görülmüştür. Norveç'te 2004 yılında yapılan bir çalışmada kahve içimi ile GÖRH arasında negatif bir ilişki olduğu belirtilmiştir<sup>30</sup>. Çalışmamızda da kahve içimi ile bir ilişki saptanamaması bu sonuçları desteklemektedir. ( $P>0.05$ )

Yapılan birçok çalışmada sigara kullanımı ile GÖRH arasındaki ilişki incelenmiş ve sigara kullanım süresi ile artan reflü semptomları arasında ilişki bulunmuştur<sup>31</sup>. 20 yıldan fazla süre sigara kullananlarda, bir yıldan daha az süre sigara kullananlara göre reflü semptomlarının görülme olasılığının 1.7 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Sigara kullanımının özofagusdaki asit klirens süresini uzattığı ve bazal alt özofagus sfinkter basıncını azalttığı gösterilmekle birlikte<sup>12,32,33</sup> sigara içiminin distal özofagus pH'sı üzerindeki etkilerinin anlaşılmasına yönelik çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Toplam 30 sağlıklı gönüllü (15 sigara kullanan, 15 kullanmayan, sigara kullananların 10'u GÖRH hastası) üzerinde yapılan bir çalışmada<sup>34</sup> 24 saat süresince sigara kullanımına ara vermenin özofagusun pH'sının 4'ün altında kaldığı süreyi azaltmadığı bildirilmiştir. Başka bir çalışma<sup>35</sup> bir günlük sigara kullanımına ara vermenin günlük reflü tekrarlarını azaltmakla birlikte özofagusun aside maruz kalma süresini kayda değer bir şekilde azaltmadığını tespit etmiştir. Bunlara karşılık, Kadakia ve arkadaşlarının<sup>36</sup> sigara kullanan fakat 48 saat buna ara veren GÖR hastaları üzerinde yaptığı bir çalışmada sigara kullanmanın distal özofagusun aside maruz kalma süresini ciddi şekilde arttırdığı gösterilmiştir. Sigara tüketimine son vermenin GÖRH üzerinde iyileşmeye yol açtığı yönünde henüz bir kanıt mevcut değildir. Çalışmamızda, günlük bir paketin üzerinde sigara içiminin reflüyü arttırdığı yönünde sonuçlar elde edilmiştir. ( $P<0.05, OR=2.35; \%95 CI, 1.34-3.97$ ) (Şekil 24)

Alkol alımı ile GÖRH'nın artmış prevalansı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Alkolün gastrin sekresyonunu artırarak mide asit sekresyonunu arttırdığı, alt özofagus sfinkter basıncını azalttığı, spontan alt özofagus sfinkter gevşemelerini artırdığı, özofagus motilitesini ve mide boşalmasını yavaşlattığı bilinmektedir<sup>37</sup>. Bir çalışmada<sup>13</sup> haftada 210 gr ve üstü alkol alanların %43 ünde GÖRH görülürken, içmeyenlerde bu oran %16 olarak bulunmuştur. Fakat Amerika ve Avrupa kaynaklı çalışmalarda benzer sonuçlar çıkmamıştır<sup>38</sup>. Çalışmamızda da alkol tüketimi ile reflü varlığı ve sıklığı arasında anlamlı olabilecek bir ilişki



bulunmamıştır. Ancak çalışmanın yapıldığı popülasyonda düzenli alkol alan kişi sayısının az olması böyle bir sonuç alınmasına yol açmış olabilir.

NSAİİ kullanımı ile GÖRH arasındaki ilişki ile ilgili veriler sınırlıdır ve tartışmalıdır. Bazı çalışmalarda<sup>39</sup> NSAİİ kullanımının asit reflüsüne maruz kalma zamanını artırdığı belirtilmişse de, bunun hangi mekanizmayla GÖRH'na sebep olduğu yönünde bilgiler yetersizdir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 163,000 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada<sup>40</sup>, göreceli GÖRH riskinin NSAİİ kullanan hastalarda kullanmayanlara göre 2.11 kat fazla olduğu, İngiltere'de yapılan geniş toplumsal bir çalışmada<sup>41</sup> da GÖRH semptomlarının NSAİİ kullananlar arasında daha yaygın görüldüğü saptanmıştır. Benzer şekilde, başka bir çalışmada da özofajit riskinin NSAİİ kullanan romatoid artritli hastalarda kullanmayanlara göre yaklaşık iki kat daha fazla olduğu belirtilmiştir<sup>42</sup>. Fransa'da 10,000 kişi üzerinde yapılan bir araştırmada<sup>43</sup> NSAİİ kullanımının GÖRH semptomları oluşma riskini %60 oranında arttırdığı belirlenmiştir. Bu çalışma NSAİİ veya aspirin kullanımının GÖRH semptomları için kayda değer bir risk faktörü olduğunu göstermiştir. Çalışmamızda da NSAİİ kullananlarda GÖRH'nın daha fazla görüldüğü saptanmıştır ( $P<0.05, OR=1.39; \%95 CI, 1.13-1.72$ ), ancak aspirin kullanımı ile hastalık arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir. (Şekil 26)

Obezitenin reflü semptomlarına neden olma mekanizması tam olarak anlaşılammıştır. Artmış karın içi basıncı, artmış hiatal herni prevalansı, hormonal faktörler, gıda alımı veya diğer faktörler etkili olabilir<sup>19,44</sup>. Bazı çalışmalarda obezitenin cinsiyete bağlı olarak değişken etkisinin olabileceği, şişman kadınlarda reflü semptomları görülürken, şişman erkeklerde böyle bir etkinin söz konusu olmadığıdır<sup>45</sup>. Morbid obezlerde, asemptomatik ve semptomatik reflü oranı yüksektir ve vücut ağırlığı ile reflü semptomları arasında direkt bir ilişki bulunur<sup>46,47</sup>. Bu konuda yapılan toplum temelli çalışmaların sonuçları da bu yöndedir ve uzun süreli reflü semptomları gösterenlerin asit süpresif tedaviye olan ihtiyaçları vücut ağırlığı ile orantılı olarak artmaktadır<sup>48</sup>. Kanada'da 2005 yılında yapılan bir çalışmada<sup>49</sup> obez olanlarda (BKİ >30), normal kiloda olanlara (BKİ <25) göre GÖRH semptomlarının 2.5 kat daha fazla görüldüğü saptanmış ve kilo alımı ile reflü semptomları arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür. Benzer bir şekilde, Tahran'da 2008 yılında yapılan başka bir araştırmada<sup>50</sup> BKİ'nin 30'un üzerinde olmasının GÖRH oluşumunu

artırdığı belirtilmiş, 2009 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan başka bir çalışmada ise BKİ ile artan özofageal aside maruz kalma arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur<sup>51</sup>. Benzer olarak, bazı çalışmalar obezlerde kilo kaybının reflü semptomlarına olumlu etkisi olduğunu göstermiştir<sup>52,53</sup>. Bununla birlikte morbid obezlerde özofagusun aside maruz kalma süresinde ve semptomlarda kontrol topluluğundan kayda değer bir fark göstermediğini<sup>44,54</sup> ve kilo kaybının reflü tekrarlarını azaltmadığını ileri süren bazı yayınlar da mevcuttur<sup>55</sup>. Çalışmamızda da BKİ 25'in üzerinde olanlarda anlamlı olarak fazla reflü olduğu bulunmuş ( $P<0.05, OR=1.34; \%95 CI, 1.08-1.66$ ), BKİ 30'un üzerinde olanlarda ise anlamlılığın belirgin şekilde arttığı görülmüştür ( $P<0.001, OR=2.19; \%95 CI, 1.60-2.99$ ). BKİ 30-35 arasında olan grupta reflü oranı en yüksek bulunmuştur. ( $P<0.005$ ) BKİ 35'in üzerinde olan grupta hasta olma oranı 30-35 arasında olan gruba göre daha az bulunmasının nedeni BKİ'si 35'in üzerinde olan kişi sayısının az olmasından kaynaklanıyor olabilir. (Şekil 21, Şekil 22)

Çalışmamızda GÖRH olanlarda GÖRH'nin atipik semptomlarından olan göğüs ağrısı, disfaji, uykudan uyandıran öksürük, ses kısıklığı ve astım semptomlarının hasta olmayan gruba göre anlamlı olarak daha sık görüldüğü saptanmıştır.

Bronşiyal astım, GÖRH ile güçlü ilişkisi olan ekstra-özofageal belirtilerden biridir<sup>56</sup>. Solunum yollarına ait birçok hastalık GÖRH ile ilişkilendirilmiş olmakla birlikte en güçlü ilişki astım iledir<sup>57,58</sup>. Astım ile GÖRH arasında sebep sonuç ilişkisini bulmak zordur, çünkü biri diğerini tetikleyebilir. Astım atakları negatif intratorasik basınç oluşturarak gastrik içeriğin özofagusa reflüsüne neden olabilir. Ayrıca astım tedavisinde kullanılan ilaçlar (teofilin, beta 2 agonist ve steroidler) da gastroözofagial reflüyü artırıcı etki gösterebilirler<sup>59</sup>. GÖRH ise ya direkt olarak mikro-aspirasyonlar yoluyla veya indirekt olarak vagal refleks vasıtasıyla bronkospazm ve astım benzeri bir tablonun oluşmasına neden olabilir<sup>57</sup>. GÖRH ile bronşiyal astım arasındaki ilişkinin araştırılmasına yönelik çok sayıda çalışmada GÖRH'nin astımlı hastalardaki prevalansı %22.1 ile %75.6 arasında bulunmuştur<sup>60-66</sup>. Benzer şekilde astım hastalarına uygulanacak PPI tedavisinin pulmoner fonksiyonlarda ve astım semptomlarında fayda sağladığı gösterilmiştir<sup>64</sup>. Çalışmamızda da GÖRH ile astım arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Astım

hastalığının sıklığı GÖRH olan grupta %6.6, GÖRH olmayan grupta ise %3.4 bulunmuştur. ( $P<0.05, OR=1.97; \%95 CI, 1.24-3.12$ ) (Şekil 13)

GÖRH ile ilişkili öksürüğü olan bir çok vakada heartburn ve regürjitasyon gibi tipik reflü bulgularının olmaması nedeniyle GÖRH çoğu kez klinik olarak arka planda kalmıştır. Günümüzde GÖRH, astım ve sinüs problemlerinin ardından kronik öksürüğe yol açan en önemli üçüncü faktör olarak değerlendirilmektedir<sup>67,68</sup>. Bizim çalışmamızda da GÖRH olan grupta (%27.6) olmayan gruba (%8.3) göre daha fazla gece uykudan uyandıran öksürük semptomu tespit edilmiştir. ( $P<0.001, OR=4.19; \%95 CI, 3.19-5.51$ ) (Şekil 12)

Kardiyak olmayan göğüs ağrısı (KOGA) sintigrafi veya arteriyografi gibi yöntemlerle gösterilebilen koroner vasküler bozuklukları olmaksızın yaşanan anjina benzeri ağrı olarak tanımlanabilir<sup>69</sup>. KOGA yaygın bir sorundur ve Amerika Birleşik Devletleri nüfusunun %23'ünü etkilemektedir<sup>70</sup>. GÖRH, KOGA'nın en sık karşılaşılan nedenidir, prospektif çalışmalar KOGA'lı hastaların %44'ünde altta yatan sebebin GÖRH olduğunu göstermiştir<sup>69</sup>. Reflü ve reflü dışı nedenlere bağlı KOGA'da klinik benzer olduğundan, hastaların öyküsünde heartburn veya regürjitasyon semptomlarının varlığı reflü sebepli KOGA tanısı için yol gösterici bir bulgudur. Bu hastalarda her ne kadar kardiyak hastalık ihtimali kayda değer şekilde dışlanmış olsa da, kendilerinde kalp hastalığı olduğuna inanarak oldukça kısıtlı bir yaşam sürmektedirler<sup>71</sup>. Özofageal uyarının bazı hastalarda heartburn'e, bazılarında ise göğüs ağrısına sebep olması ile alakalı mekanizma henüz yeterli bir şekilde anlaşılammıştır<sup>72</sup>. Fass, özofagusdaki longitudinal kasların sürekli kasılması ile göğüs ağrısı arasında zamana ilişkin bir korelasyon bulunduğunu, uzun süren reflü atakları sonrasında özofagusdaki kontraksiyonlara veya motor fonksiyon bozukluklarına bağlı olarak retrosternal ağrı oluşabileceğini göstermiştir<sup>73,74</sup>. 2209 Çinli üzerinde KOGA ve GÖRH epidemiolojisini tespit etmek amacıyla yapılan bir çalışmada<sup>75</sup>, 307 bireyde (%13.9) KOGA tespit edilmiş, KOGA tespit edilen vakaların %51'inde GÖRH olduğu saptanmış ve %34'ünün de göğüs ağrısı için bir doktora müracaat ettiği tespit edilmiştir. Çalışmamızda da GÖRH'ı olanlarda olmayanlara göre kardiyak göğüs ağrısı, kardiyak olmayan göğüs ağrısı ve tetkik edilmeyen göğüs ağrısı semptomu daha fazla bulunmuştur. ( $P<0.001, OR=4.19; \%95 CI, 3.19-5.51$ ) (Şekil 6, Şekil 7)

Disfaji, yiyeceğin boğazda veya sternum arkasında takılma hissidir. GÖRH ile birlikte olabilen disfajinin prevalansını belirlemeye yönelik çalışmalarda prevalansın %16 ile %22 arasında olduğu saptanmıştır<sup>76-79</sup>. GÖRH'nin indüklediği disfajinin mekanizması tam olarak anlaşılamamıştır. Özofageal peristaltizmdeki anormallikler, peptik striktür gelişimi, şiddetli özofajit ve geniş hiatal herniden kaynaklanabileceği düşünülmektedir<sup>80-82</sup>. Avustralya'nın Sidney kentinde oturanlarda yapılan bir çalışmada<sup>83</sup> rasgele 1000 kişiye kendilerinin doldurabileceği bir disfaji anketi gönderilmiş ve disfaji sıklığı %16 olarak bulunmuştur. Çalışma sonucunda GÖR hastalarında disfajinin 2.9 kat ve odinofajinin 3.4 kat daha sık görüldüğü tespit edilmiştir. Çalışmamızda da GÖRH olanlarda %31.2, GÖRH olmayanlara %11.1 göre disfaji semptomunun daha sık olduğu görülmüştür. ( $P<0.001, OR=3.63; \%95 CI, 2.82-4.69$ ) (Şekil 7)

Dispepsi, üst karın bölgesinde seyreden ağrı veya rahatsızlık hissi olarak tanımlanabilir<sup>84,85</sup>. Dispepsi hastalarının %60'ında altta yatan organik bir sebep ve ayırt edici laboratuvar bulgusu yoktur ve bu grup fonksiyonel dispepsi olarak sınıflandırılır<sup>86</sup>. Bazı dispeptik hastalarda yemek sonrasında şişkinlik, erken doyma hissi, ülser benzeri epigastrik ağrı veya yanma şikayetleri yanında GÖR düşündürülen yakınmalar belirgin olabilir ve bu grup daha önce reflü benzeri dispepsi olarak adlandırılmıştır. Tipik olarak bu gruptaki hastalarda pH monitorizasyonu genellikle normaldir, semptom indeksleri düşüktür ve medikal ve/veya cerrahi tedaviye yanıt klasik GÖR hastalarına göre daha az yüz güldürücüdür. Rasgele seçilen 1443 Koreli üzerinde yapılan bir anket çalışmasında<sup>87</sup> dispepsi ve irritabl bağırsak sendromu (İBS) değerlendirilmiş, GÖRH, dispepsi ve İBS sıklığı sırasıyla %8.5, %9.5 ve %9.6 olarak bulunmuştur. GÖRH hastalarının %24'ünde dispepsi, %27'sinde İBS saptanmıştır. GÖR, dispepsi ve İBS hastalıklarının toplumda görülme sıklığı çok yaygındır ve yaşam kalitesini ciddi olarak etkiledikleri bilinmektedir. GÖRH ile sık birliktelik gösteren dispepsi semptomlarından epigastrik ağrı semptomunun sıklığı çalışmamızda hasta olanlarda %77.8, hasta olmayanlarda %41.3; bulantı semptomunun sıklığı hasta olanlarda %62.2, hasta olmayanlarda %32.2; sık geğirme semptomunun sıklığı hasta olanlarda %36.7, hasta olmayanlarda %14.4 bulunmuş ve bu semptomların GÖRH ile yüksek oranda birliktelik gösterdiği saptanmıştır. (Şekil 9, Şekil 10, Şekil 11, Şekil 11)

## 6. SONUÇ

GÖRH erişkin popülasyonda yaygın ve önemli bir sağlık problemidir. Türkiye'deki GÖRH prevalansı batı toplumundakilerle benzerdir. Farklı olarak regürjitasyon semptomu heartburn'e göre daha yüksek oranda görülmektedir. GÖRH'nın cinsiyet, öğrenim durumu, gelir düzeyi, aynı evde yaşayan kişi sayısı gibi demografik özelliklerle, kahve ve alkol alımı gibi çevresel faktörlerle anlamlı bir ilişki göstermediği saptanmıştır. Buna karşılık yaş, çay ve sigara içilmesi, BKİ, NSAİİ kullanımı ile GÖRH arasında pozitif ilişki olduğu görülmüştür.

## 7. ÖZET

Gastroözofageal reflü (GÖR) mide içeriğinin özofagusa geri kaçmasıdır. GÖR'nün özofagus mukozasında değişik derecelerde olabilen hasarlanma ve çeşitli semptomlarla birlikte olması durumunda gastroözofageal reflü hastalığından (GÖRH) bahsedilir. GÖRH batı ülkelerinde yetişkin popülasyonun %20'sinde görülmektedir.

Bu çalışmada toplumun değişik kesimlerini yansıttığı düşünülerek Cerrahpaşa Tıp Fakültesi hastanesi çalışanlarında gastroözofageal reflü hastalığının sıklığının, semptomatik özelliklerinin, beslenme ve sosyo-demografik özellikler ile olan ilişkisinin saptanması amaçlandı. Bu amaçla Cerrahpaşa tıp fakültesi hastanesi çalışanlarından "Hastane Çalışanlarında GÖRH'nin Sıklığı" adlı yaklaşık on dakika süren bir anketi doldurmaları istendi.

Toplam 2037 anket değerlendirmeye alındı. Haftada en az bir heartburn ve /veya regürjitasyon semptomu hastalık kriteri olarak alındığında, GÖRH'nin sıklığı %21,7 olarak bulundu. GÖRH'nin atipik belirtileri olan astım, gece gelen öksürük, ses kısıklığı, kardiyak olmayan göğüs ağrısı, disfaji ve dispeptik yakınmalar hasta olanlarda anlamlı olarak fazla bulundu. Hastalığın her iki cinsten eşit oranda görüldüğü, yaş dağılımında fark olduğu, 30 yaş üzerinde hastalığın daha fazla görüldüğü belirlendi. Medeni hal, öğrenim durumu, gelir düzeyi, aynı evde yaşayan kişi sayısı ile hastalık arasında bir ilişki bulunmadı. BKİ'nin 25'in üzerinde olmasıyla hasta olma oranının arttığı, BKİ'si 30-35 arasında olanlarda hasta olma oranının en fazla olduğu saptandı. Günde 1 paketin üzerinde sigara içimi ile günde 8 bardak üzerinde çay içiminin hasta olma oranını arttığı saptanırken, kahve ve alkol alımının hasta olma oranlarını etkilemediği saptandı. NSAİİ kullanımının da hasta olma oranını arttırdığı görüldü.

GÖRH ülkemizde de batı toplumunda olduğu gibi yaygındır ve önemli bir sağlık sorunudur. Beslenme ve sosyo-demografik özellikler bakımından ülkemizdeki GÖRH özellikleri batı toplumundakinden farklılık göstermemektedir.

## 8. İNGİLİZCE ÖZET

### THE PREVALENCE OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AMONG HOSPITAL EMPLOYEES

Gastroesophageal reflux (GER) is a condition where stomach content refluxes backwards into the esophagus. In the case where the reflux causes various degrees of esophageal mucosal injury accompanied by several symptoms, the presence of gastroesophageal reflux disease (GERD) should be considered. In the western countries, 20% of the adult population are believed to have GERD.

In this study, assuming that the Cerrahpaşa Medical Faculty employees reflect different segments of the Turkish society, we aimed to find the frequency of GERD, its symptomatic features, its relation with nutrition and socio-demographics among the employees. For this purpose, the employees were asked to fill a self administered questionnaire form.

A total of 2037 collected forms were assessed. Considering at least weekly heartburn and/or regurgitation symptoms to be the disease criteria, the prevalence of GERD is found to be 21,7 %. The atypical symptoms of GERD, such as asthma, night cough, hoarseness, non cardiac chest pain, dysphagia and dyspeptic complaints are found to be significantly higher among GERD patients. While no difference were found between gender, the age distributions were significantly different, and the presence of GERD among adults older than 30 were found to be significantly higher. Marital status, income level and family size were not meaningfully different between the patients and healthy participants. The prevalence of GERD is higher among employees with body mass index (BMI) over 25. It was found that the prevalence is highest among employees with BMI in the range 30 and 35. It was found that smoking more than 1 pack of cigarettes a day and intake of more than 8 glasses of tea a day significantly increase the risk of GERD, but no such finding related to coffee and alcohol intake. Another finding was that NSAII medication increase the risk of GERD.

GERD is a common health problem in Turkey and its prevalence is similar to western populations. The dietary and socio-demographic factors on GERD are not different than the western populations.

## 9. KAYNAKLAR

---

- <sup>1</sup> Manterola C, Munoz S, Grande L, Bustos L, Initial validation of a questionnaire for detecting gastroesophageal reflux disease in epidemiological settings, *Journal of Clinical Epidemiology* 2002;55:1041-1045
- <sup>2</sup> Colwell H, Mathias S, Pasta D, Henning J, Hunt R, Development of a health related quality of life questionnaire for individuals with gastroesophageal reflux disease, *Digestive Diseases and Sciences* 1999;44(7): 1376-1383
- <sup>3</sup> Johnsson LF, Demeester TR. Twenty-four hour pH monitoring of the distal esophagus. A quantitative measure of gastroesophageal reflux, *AM J Gastroenterology* 1974;62:325-32
- <sup>4</sup> Richter JE, Typical and atypical presentation of gastroesophageal reflux disease, *Gastroenterology Clin North Am* 1996;25:75-102
- <sup>5</sup> Richter JE, Gastroesophageal reflux disease, In management of gastrointestinal disease, Ed. SJ Winaver, Gower Med Pub 1992;1-42
- <sup>6</sup> A.Dobrucalı, Özofagus hastalıkları, *Cerrahpaşa İç Hastalıkları* 2005, Ed: Yazıcı H, Hamuryudan V, Sonsuz A; 751-762
- <sup>7</sup> Flook N, Jones R, Vakıl N, Approach to gastroesophageal reflux disease in primary care, *Can Fam Physician* 2008;54(5):701-705
- <sup>8</sup> Poelmans J, Tack J, Recent advances in Clinical practice, Extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux, *Gut* 2005;54:1492-1499
- <sup>9</sup> Issing W, Karkos P, Atypical manifestations of gastro-esophageal reflux, *J R Soc Med* 2003;96:477-480
- <sup>10</sup> Vaezi M, Atypical Manifestations of Gastroesophageal Reflux Disease, *MedGenMed.* 2005; 7(4): 25
- <sup>11</sup> Locke R, Talley N, Weaver A, Zinsmeister A, A new questionnaire for gastroesophageal reflux disease, *Mayo Clin Proc* 1994;69:539-547



- 
- <sup>12</sup> Bor S, Mandiracioglu A, Kitapcioglu G, Caymaz-Bor C, Gilbert R, Gastroesophageal Reflux Disease in a Low-Income Region in Turkey, *Am J Gastroenterol* 2005;100:759–765
- <sup>13</sup> Wang J, Luo J, Dong L, Gong J, Tong M, Epidemiology of gastroesophageal reflux disease: A general population-based study in Xi'an of Northwest China, *World J Gastroenterol* 2004;10(11):1647-1651
- <sup>14</sup> Watson D, Lally C, Prevalence of symptoms and use of medication for gastroesophageal reflux in an Australian community, *World J Surg* 2009; 33:88–94
- <sup>15</sup> Kaltenbach T, Crockett S, Gerson L, Are lifestyle measures effective in patients with gastroesophageal reflux disease? An evidence-based approach, *Arch Intern Med* 2006; 166(9):965–71
- <sup>16</sup> Nebel OT, Fornes MF, Castell DO. Symptomatic gastroesophageal reflux: incidence and precipitating factors. *Am J Dig Dis.* 1976;21:953-956.
- <sup>17</sup> Yamagishi H, Koike T, Ohara S, Kobayashi S, Ariizumi K, Abe Y, Iijima K, Imatani A, Inomata Y, Kato K, Shibuya D, Aida S, Shimosegawa T, Prevalence of gastroesophageal reflux symptoms in a large unselected general population in Japan, *World J Gastroenterol* 2008; 14(9):1358–1364.
- <sup>18</sup> Kitapcioglu G, Mandiracioglu A, Bor C, Bor S, Overlap of symptoms of dyspepsia and gastroesophageal reflux in the community, *Turk J Gastroenterol* 2007;18(1):14-19
- <sup>19</sup> Shaheen N, Provenzale D, The epidemiology of gastroesophageal reflux disease, *Am J Med Sci* 2003; 326(5): 264–273
- <sup>20</sup> Wienbeck M, Barnert J. Epidemiology of reflux disease and reflux esophagitis. *Scand J Gastroenterol Suppl* 1989;156:7–13
- <sup>21</sup> Mold JW, Reed LE, Davis AB, et al. Prevalence of gastroesophageal reflux in elderly patients in a primary care setting. *Am J Gastroenterol* 1991;86:965–70
- <sup>22</sup> Locke GR, Talley NJ, Fett SL, et al. Prevalence and clinical spectrum of gastroesophageal reflux: a population based study in Olmsted County, Minnesota, *Gastroenterology* 1997;112:1448–56

- 
- <sup>23</sup> Agreus L, Svardsudd K, Talley NJ, et al. Natural history of gastroesophageal reflux disease and functional abdominal disorders: a population-based study. *Am J Gastroenterol* 2001;96:2905–14
- <sup>24</sup> Nebel OT, Fornes MF, Castell DO. Symptomatic gastroesophageal reflux: incidence and precipitating factors. *Am J Dig Dis* 1976;21:953–6
- <sup>25</sup> Isolauri J, Laippala P. Prevalence of symptoms suggestive of gastro-oesophageal reflux disease in an adult population. *Ann Med* 1995;27:67–70
- <sup>26</sup> Kennedy T, Jones R. The prevalence of gastro-oesophageal reflux symptoms in a UK population and the consultation behaviour of patients with these symptoms. *Aliment Pharmacol Ther* 2000;14:1589–94
- <sup>27</sup> Agreus L, Svardsudd K, Talley NJ, et al. Natural history of gastroesophageal reflux disease and functional abdominal disorders: a population-based study. *Am J Gastroenterol* 2001;96:2905–14
- <sup>28</sup> Louis E, DeLooze D, Deprez P, et al. Heartburn in Belgium: prevalence, impact on daily life, and utilization of medical resources. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2002;14:279–84
- <sup>29</sup> Stanghellini V. Relationship between upper gastrointestinal symptoms and lifestyle, psychosocial factors and comorbidity in the general population: results from the Domestic/International Gastroenterology Surveillance Study (DIGEST). *Scand J Gastroenterol Suppl.* 1999;231:29-37
- <sup>30</sup> Nilsson M, Johnsen R, Ye W, Hveem K, Lagergren J. Lifestyle related risk factors in the aetiology of gastro-oesophageal reflux. *Gut.* 2004; 53:1730-1735
- <sup>31</sup> Nilsson M, Johnsen R, Ye W, Hveem K, Lagergren J. Lifestyle related risk factors in the aetiology of gastro-oesophageal reflux. *Gut.* 2004; 53:1730-1735
- <sup>32</sup> Kahrilas PJ, Gupta RR. The effect of cigarette smoking on salivation and esophageal acid clearance. *J Lab Clin Med.* 1989;114:431-438
- <sup>33</sup> Dua K, Bardan E, Ren J, Sui Z, Shaker R. Effect of chronic and acute cigarette smoking on the pharyngo-upper oesophageal sphincter contractile reflex and reflexive pharyngeal swallow. *Gut.* 1998;43:537-541

- 
- <sup>34</sup> Schindlbeck NE, Heinrich C, Dendorfer A, Pace F, Muller-Lissner SA. Influence of smoking and esophageal intubation on esophageal pH-metry. *Gastroenterology*. 1987;92:1994-1997
- <sup>35</sup> Waring JP, Eastwood TF, Austin JM, Sanowski RA. The immediate effects of cessation of cigarette smoking on gastroesophageal reflux. *Am J Gastroenterol*. 1989;84:1076-1078.
- <sup>36</sup> Kadakia SC, Kikendall JW, Maydonovitch C, Johnson LF. Effect of cigarette smoking on gastroesophageal reflux measured by 24-h ambulatory esophageal pH monitoring. *Am J Gastroenterol*. 1995;90:1785-1790
- <sup>37</sup> Bujanda L. The effects of alcohol consumption upon the gastrointestinal tract. *Am J Gastroenterol*, 2000; 95: 3374-3382.
- <sup>38</sup> Stanghellini V. Relationship between upper gastrointestinal symptoms and lifestyle, psychosocial factors and comorbidity in the general population: results from the Domestic/International Gastroenterology Surveillance Study (DIGEST). *Cand J Gastroenterol Suppl*. 1999;231:29-37
- <sup>39</sup> Cryer B, Spechler SJ. Effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs on acid reflux in patients with gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology* 2000; 4(Suppl. 2): A862
- <sup>40</sup> Kotzan J, Wade W, Yu HH. Assessing NSAID prescription use as a predisposing factor for gastroesophageal reflux disease in a Medicaid population. *Pharm Res* 2001; 18: 1367-72.
- <sup>41</sup> Harvey RF, McCune A, Lane A, et al. Effect of NSAIDs and aspirin on heartburn and gastro-oesophageal reflux in the community: the Bristol Helicobacter Project. *Gut* 2003; 52(Suppl. 6): A15
- <sup>42</sup> Singh G, Ramey DR, Terry R, Khraishi M, Triadafilopoulos G. NSAID-related effects on the GI tract: an ever widening spectrum. *Arthritis Rheum* 1997; 40(Suppl. 9): S93

- 
- <sup>43</sup> Ruzsniwski P, Soufflet C, Barthelemy P, Nonsteroidal anti-inflammatory drug use as a risk factor for gastro-oesophageal reflux disease: an observational study, *Aliment Pharmacol Ther* 2008; 28(9):1134–1139
- <sup>44</sup> Lundell L, Ruth M, Sandberg N, et al. Does massive obesity promote abnormal gastroesophageal reflux? *Dig Dis Sci* 1995;40:1632–5
- <sup>45</sup> Nilsson M, Lundegardh G, Carling L, et al. Body mass and reflux oesophagitis: an oestrogen-dependent association? *Scand J Gastroenterol* 2002;37:626–30
- <sup>46</sup> Fisher BL, Pennathur A, Mutnick JL, et al. Obesity correlates with gastroesophageal reflux. *Dig Dis Sci* 1999;44: 2290–4
- <sup>47</sup> Ruhl CE, Everhart JE. Overweight, but not high dietary fat intake, increases risk of gastroesophageal reflux disease hospitalization: the NHANES I Epidemiologic Followup Study. First National Health and Nutrition Examination Survey. *Ann Epidemiol* 1999;9:424–35
- <sup>48</sup> McDougall NI, Johnston BT, Collins JS, et al. Three- to 4.5-year prospective study of prognostic indicators in gastroesophageal reflux disease. *Scand J Gastroenterol* 1998;33: 1016–22
- <sup>49</sup> El-Serag H, Graham D, Satia J, Rabeneck L, Obesity is an independent risk factor for gerd symptoms and erosive esophagitis, *Am J Gastroenterol* 2005;100:1243–1250
- <sup>50</sup> Nasser-Moghaddam S, Mofid A, Ghotbi MH, Razjouyan H, Nourai M, Ramard A, Zaer-Rezaie H, Habibi R, Rafat-Zand K, Malekzadeh R, Epidemiological study of gastro-oesophageal reflux disease: reflux in spouse as a risk factor, *Aliment Pharmacol Ther* 28, 144–153
- <sup>51</sup> Ayazi S, Hagen J, Chan L, DeMeester S, Lin M, Ayazi A, Leers J, Ozcelik A, Banki F, Lipham J, DeMeester T, Crookes P, Obesity and gastroesophageal reflux: Quantifying the association between body mass index, esophageal acid exposure, and lower esophageal sphincter status in a large series of patients with reflux symptoms, *J Gastrointest Surg* 2009;13:1440–1447

- 
- <sup>52</sup> Frezza EE, Ikramuddin S, Gourash W, et al. Symptomatic improvement in gastroesophageal reflux disease (GERD) following laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Endosc* 2002;16:1027–31
- <sup>53</sup> Smith SC, Edwards CB, Goodman GN. Symptomatic and clinical improvement in morbidly obese patients with gastroesophageal reflux disease following Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg* 1997;7:479–84
- <sup>54</sup> Lagergren J, Bergstrom R, Nyren O. No relation between body mass and gastroesophageal reflux symptoms in a Swedish population based study. *Gut* 2000;47:26–9
- <sup>55</sup> Kjellin A, Ramel S, Rossner S, et al. Gastroesophageal reflux in obese patients is not reduced by weight reduction. *Scand J Gastroenterol* 1996;31:1047–51
- <sup>56</sup> Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R, Global Consensus Group. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol*. 2006;101:1900–20
- <sup>57</sup> Sontag SJ. Gastroesophageal reflux disease and asthma. *J Clin Gastroenterol*. 2000;30:S9–S30.
- <sup>58</sup> Harding SM. Recent clinical investigations examining the association of asthma and gastroesophageal reflux. *Am J Med*. 2003;115:S39–S44.
- <sup>59</sup> Lazenby JP, Guzzo MR, Harding SM, et al. Oral corticosteroids increase esophageal acid contact times in patients with stable asthma. *Chest*. 2002;121:625–634.
- <sup>60</sup> Fujiwara Y, Arakawa T, Epidemiology and clinical characteristics of GERD in the Japanese population, *J Gastroenterol* 2009;44:518–534
- <sup>61</sup> Petersen H, Johannessen T, Sandvik AK, et al. Relationship between endoscopic hiatus hernia and gastroesophageal reflux symptoms. *Scand J Gastroenterol* 1991;26:921–26
- <sup>62</sup> Suzuki J, Sasaki K, Adachi T, Sadaoka K, Kanai T, Seki H, et al. A study of gastroesophageal reflux by 24-h esophageal pH monitoring in patients with bronchial asthma (in Japanese). *Nippon Shokakibyō Gakkai Zasshi*. 1997;94:519–25.

- 
- <sup>63</sup> Nakase H, Itani T, Mimura J, Kawasaki T, Komori H, Tomioka H, et al. Relationship between asthma and gastro-oesophageal reflux: significance of endoscopic grade of reflux oesophagitis in adult asthmatics. *J Gastroenterol Hepatol.* 1999;14:715–22
- <sup>64</sup> Tsugeno H, Mizuno M, Fujiki S, Okada H, Okamoto M, Hosaki Y, et al. A proton-pump inhibitor, rabeprazole, improves ventilatory function in patients with asthma associated with gastroesophageal reflux. *Scand J Gastroenterol.* 2003;38:456–61
- <sup>65</sup> Shimizu Y, Dobashi K, Kobayashi S, Ohki I, Tokushima M, Kusano M, et al. High prevalence of gastroesophageal reflux disease with minimal mucosal change in asthmatic patients. *Tohoku J Exp Med.* 2006;209:329–36
- <sup>66</sup> Shimizu Y, Dobashi K, Kobayashi S, Ohki I, Tokushima M, Kusano M, et al. A proton pump inhibitor, lansoprazole, ameliorates asthma symptoms in asthmatic patients with gastroesophageal reflux disease. *Tohoku J Exp Med.* 2006;209:181–9
- <sup>67</sup> Irwin RS, Madison JM. Anatomic diagnostic protocol in evaluating chronic cough with specific reference to gastroesophageal reflux disease. *Am J Med* 2000;108(suppl 4A):126S–130S
- <sup>68</sup> D’Urzo A, Jugovic P. Chronic cough. Three most common causes. *Can Fam Physician* 2002;48:1311–16
- <sup>69</sup> Shrestha S, Pasricha P, Update on Noncardiac Chest Pain, *Dig Dis* 2000;18:138–146
- <sup>70</sup> Locke GR, Talley NJ, Fett SL, Zinsmeister AR, Melton LJ. Prevalence and clinical spectrum of gastroesophageal reflux: a population-based study in Olmsted County, Minnesota. *Gastroenterology* 1997; 112: 1448-1456
- <sup>71</sup> Mousavi S, Tosi J, Eskandarian R, Zahmatkesh M, Role of clinical presentation in diagnosing reflux-related noncardiac chest pain, *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2007; 22:218–221
- <sup>72</sup> Orlando RC. Esophageal perception and noncardiac chest pain. *Gastroenterol. Clin. North Am.* 2004; 33: 25–33
- <sup>73</sup> Fass R. Sensory testing of the esophagus. *J. Clin. Gastroenterol.* 2004; 38: 628–41

- 
- <sup>74</sup> Fass R, Fennerty MB, Johnson C, Camargo L, Sampliner RE. Correlation of ambulatory 24-h esophageal pH monitoring results with symptom improvement in patients with noncardiac chest pain due to gastroesophageal reflux disease. *J. Clin. Gastroenterol.* 1999; 28: 36–9
- <sup>75</sup> Wong MW, Lam KF, Cheng C, Hui WM, Xia HHX, Lai KC, Hu WHC, Huang JQ, Lam CLK, Chan CK, Chan AOO, Lam SK, Wong BCY, Population based study of noncardiac chest pain in southern Chinese: Prevalence, psychosocial factors and health care utilization, *World J Gastroenterol* 2004;10(5):707-712
- <sup>76</sup> Lindgren S, Jazon L. Prevalence of swallowing complaints and clinical findings among 50–70 year old men and women in an urban population. *Dysphagia* 1991; 6: 187–92
- <sup>77</sup> Talley NJ, Weaver AL, Zinsmeister AR, Melton J III. Onset and disappearance of gastrointestinal symptoms and functional gastrointestinal disorders. *Am J Epidemiol* 1992; 136: 165–77
- <sup>78</sup> Kjellen G, Tibbling L. Manometric oesophageal function, acid perfusion test and symptomatology in a 55-year old general population. *Clin Physiol* 1981; 1: 405–15
- <sup>79</sup> Bloem BR, Lagaay AM, van Beek W, Haan J, Roos RAC, Wintzen AR. Prevalence of subjective dysphagia in community residents aged over 87. *Br Med J* 1990; 300: 721–2.
- <sup>80</sup> Marks RD, Richter JE, Peptic strictures of the esophagus. *Am J Gastroenterol* 1993;88:1160–1173
- <sup>81</sup> Wetscher GJ, Glaser K, Gadenstätter M, Wieschemeyer T, Profanter C, Klingler P, Laparoscopic partial posterior fundoplication improves poor oesophageal contractility in patients with gastroesophageal reflux disease. *Eur J Surg* 1998;164:679–684
- <sup>82</sup> Kahrilas PJ, Wu S, Lin S, Poudroux P, Attenuation of esophageal shortening during peristalsis with hiatus hernia. *Gastroenterology* 1995;109:1818–1825
- <sup>83</sup> Eslick G.D, Talley N.J, Dysphagia: epidemiology, risk factors and impact on quality of life - a population-based study, *Aliment Pharmacol Ther* 27, 971–979

- 
- <sup>84</sup> Talley Colin-Jones NJD, Koch KL, Koch M, et al. Functional dyspepsia: A classification with guidelines for diagnosis and management. *Gastroenterol Int* 1991;4:145–60
- <sup>85</sup> Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, et al. Functional gastroduodenal disorders. *Gut* 1999;45 (Suppl 2):II37–II42
- <sup>86</sup> Veldhuyzen van Zanten SJ. A systematic overview (metaanalysis) of outcome measures in *Helicobacter pylori* gastritis trials and functional dyspepsia. *Scand J Gastroenterol Suppl* 1993;199:40–3
- <sup>87</sup> Lee SY, Lee KJ, Kim SJ, Cho SW, Prevalence and risk factors for overlaps between gastroesophageal reflux disease, dyspepsia, and irritable bowel syndrome: a population-based study, *Digestion* 2009;79:196–201



## 10. EKLER

### EK-1 Anket

- 1) Yaş:
- 2) Cinsiyet :
- Erkek :
- Kadın :
- 3) Bilinen bir hastalığınız var mı?
- 1.Hayır
- 2.Evet(belirtiniz.....)
- 4) Son bir yıl içinde göğüsünüzün arkasında yanma veya ağrı oldu mu?
- 1.Hayır 9. Soruya gidiniz
- 2.Evet Devam ediniz
- 5) Bu şikayetiniz ne zamandır var?
1. 6 aydan beri
2. 1 yıl
3. 2 yıl
4. 5 yıl
5. 10 yıl
6. 20 yıl
7. 20 yıldan fazla
- 6) Son bir yıl içinde bu şikayetiniz hangi sıklıkla oldu?
- 1.Ayda birden az
- 2.Ayda bir
- 3.Haftada bir
- 4.Haftada birkaç kere
- 5.Her gün
- 7) Göğüs kemiğinin arkasında yanma veya ağrı şikayetiniz günlük yaşantınızı ne kadar etkiliyor?
- 1.*HAFİF* Aklıma gelmezse fark etmem
- 2.*ORTA* Rahatsız ediyor ama günlük yaşantımı etkilemiyor
- 3.*AĞIR* Günlük yaşantımı etkiliyor
- 4.*OLDUKÇA AĞIR* Günlük yaşantımı çok fazla etkiliyor
- 8) Son bir yıl içinde bu şikayetiniz sizi uykudan uyandırdı mı?
- 1.Hayır
- 2.Evet
- 9) Son bir yıl içinde hiç ağzınıza acı, ekşi su veya yedikleriniz geldi mi ?
- 1.Hayır 14 .soruya geçiniz
- 2.Evet
- 10) Bu şikayetiniz ne zamandır var?
1. 6 aydan beri
2. 1 yıl
3. 2 yıl
4. 5 yıl
5. 10 yıl
6. 20 yıl
7. 20 yıldan fazla
- 11) Son bir yıl içinde bu şikayetiniz hangi sıklıkla oldu?
- 1.Ayda birden az
- 2.Ayda bir
- 3.Haftada bir

4.Haftada bir kaç kere

5.Her gün

**12)** Bu şikayetiniz günlük yaşantınızı etkiliyor mu?

1.*HAFİF* Aklıma gelmezse fark etmem

2.*ORTA* Rahatsız ediyor ama günlük yaşantımı etkilemiyor.

3.*AĞIR* Günlük yaşantımı etkiliyor.

4.*OLDUKÇA AĞIR* Günlük yaşantımı çok fazla etkiliyor

**13)** Ağızınıza acı, ekşi su gelme şikayetiniz sizi hiç uykudan uyandırdı mı?

1.Hayır

2.Evet

**14)** Son bir yıl içinde göğüs kemiğinizin arkasında yanma veya rahatsızlık veya ağızınıza acı su ,ekşi su gelmesi yakınmaları nedeni ile doktora gittiniz mi?

1.Hayır 16.soruya gidiniz

2.Evet Kaç kere :

1. 1-2 defa

2. 3-5 defa

3. 6-10 defa

4. 10 defadan fazla

**15)** Gittiğiniz doktor bu yakınmalarınızı teşhis etmek için herhangi bir test ya da işlem yaptı mı? (Röntgen, endoskopi, manometri, pH testi gibi)

1.Hayır

2.Evet (Belirtiniz .....)

**16)** Son Bir Yıl İçinde Hiç Göğsünüzde Ağrı Oldu Mu?

1.Hayır 24. soruya gidiniz

2.Evet Devam ediniz

**17)** Bu şikayetiniz ne zamandır var?

1. 6 aydan beri

2. 1 yıl

3.2 yıl

4. 5 yıl

5. 10 yıl

6. 20 yıl

7. 20 yıldan fazla

**18)** Son bir yıl içinde göğüs ağrısı şikayetiniz hangi sıklıkta oldu ?

1.Ayda birden az

2.Ayda bir

3.Haftada bir

4.Haftada bir kaç kere

5. Her gün

**19)** Göğüs ağrısı şikayetiniz günlük yaşantınızı etkiliyor mu?

1.*HAFİF* Aklıma gelmezse fark etmem

2.*ORTA* Rahatsız ediyor ama günlük yaşantımı etkilemiyor

3.*AĞIR* Günlük yaşantımı etkiliyor

4.*OLDUKÇA AĞIR* Günlük yaşantımı çok fazla etkiliyor

**20)** Göğüs ağrısı şikayetiniz genellikle ne kadar sürer ?

1. 1 dakikadan az

2. 1 ile 10 dakika arasında

3. 10 dakika ile 1 saat arasında

4. 1 saatten fazla

**21)** Göğüs ağrınızın eforla ( yol yürümekle merdiven çıkmakla ) veya derin nefes almakla ilgisi var mı?

1.Hayır

2.Evet

**22)** Son bir yıl göğüs ağrısı yakınması nedeni ile doktora gittiniz mi?

1.Hayır

2.Evet (efor testi, anjiografi vs. yapıldıysa belirtiniz .....)

**23)** Doktor bu göğüs ağrısının kalbinizle ilgili olduğunu söyledi mi?

1.Hayır

2.Evet

**24)** Son bir yıl içinde yemek yerken lokmalar boğazınıza takıldı mı veya yutmanızda güçlük oldu mu?

1.Hayır 32 .soruya gidiniz

2.Evet Devam ediniz

**25)** Bu şikayetiniz ne zamandır var ?

1. 6 aydan beri

2. 1 yıl

3. 2 yıl

4. 5 yıl

5. 10 yıl

6. 20 yıl

7. 20 yıldan fazla

**26)** Son bir yıl içinde yutma güçlüğü şikayetiniz hangi sıklıkla oldu?

1. Ayda birden az

2. Ayda bir

3. Haftada bir

4. Haftada bir kaç kere

5. Her gün

**27)** Yutma güçlüğü şiddetiniz günlük yaşantınızı etkiliyor mu?

1. *HAFİF* Aklıma gelmezse fark etmem

2. *ORTA* Rahatsız ediyor ama günlük yaşantımı etkilemiyor

3. *AĞIR* Günlük yaşantımı etkiliyor

4. *OLDUKÇA AĞIR* Günlük yaşantımı çok fazla etkiliyor

**28)** Yemeği yutarken ağrı oluyor mu?

1.Hayır

2.Evet

**29)** Hangi gıdaları yutmakta güçlük çekiyorsunuz?

1. katı gıdaları

2. sıvı gıdaları

3. hem katı hem de sıvı gıdaları

**30)** Son bir yıl içinde yutma güçlüğüünüz kötüleşti mi?

1.Evet,hızla kötüleşti

2.Evet, yavaş yavaş kötüleşti

3.Hayır, kötüleşmedi

**31)** Yutma güçlüğüünüzün tamamen kaybolduğu ve yeniden başladığı olur mu?

1.Hayır

2.Evet

**32)** Son bir yıl içinde mide ağrısı şikayetiniz oldu mu?

1.Hayır 36. soruya gidiniz

2.Evet Devam ediniz

**33)** Bu şikayetiniz ne zamandır var?

1. 6 aydan beri
2. 7 ay - 1 yıl
3. 1 - 2 yıl
4. 2 - 5 yıl
5. 5 - 10 yıl
6. 10 - 20 yıl
7. 20 yıldan fazla

**34)** Son bir yıl içinde mide ağrısı şikayetiniz hangi sıklıkta oldu?

1. Ayda bir den az
2. Ayda bir
3. Haftada bir
4. Haftada bir kaç
5. Her gün

**35)** Bu ağrı şikayetiniz günlük yaşantınızı etkiliyor mu?

1. *HAFİF* Aklıma gelmezse fark etmem
2. *ORTA* Rahatsız ediyor ama günlük yaşantımı etkilemiyor
3. *AĞIR* Günlük yaşantımı etkiliyor
4. *OLDUKÇA AĞIR* Günlük yaşantımı çok fazla etkiliyor.

**36)** Aşağıdaki sayacaklarımdan hangisi sizi daha çok rahatsız ediyor?

1. Göğüste göğüs kemiğinizin arkasında yanma veya rahatsızlık hissi
2. Ağzınıza acı su, ekşi su veya yedikleriniz gelmesi
3. Göğüs ağrısı
4. Mide ağrısı
5. Hepsinden aynı derecede şikayetçiyim
6. Böyle yakınmalarım yok

**37)** Sık geçirme şikayetiniz var mı?

1. Hayır
2. Evet

**38)** Son bir yıl içinde hangi sıklıkta mideniz bulandı ?

1. Hiç
2. Ayda bir kere
3. Haftada bir kere
4. Haftada birkaç kere
5. Her gün

**39)** Son bir yıl içinde hangi sıklıkla gerçekten kustunuz?

1. Hiç
2. Ayda bir kereden az
3. Ayda bir kere
4. Haftada bir kere
5. Haftada birkaç kere
6. Her gün

**40)** Son bir yıl içinde parlak kırmızı renkte kan kusma veya siyah-katran rengi dışkılama oldu mu?

1. Hayır
2. Evet

**41)** Son bir yıl içinde yemeklerden sonra gelen veya gece uykudan uyandıran öksürük oldu mu?

1. Hayır
2. Evet

**42)** Son bir yıl içinde öksürdüğünüz günlerin toplamı üç ayı aşar mı?

1. Hayır
2. Evet Günde kaç kez öksürüyorsunuz? .....

**43)** Size hiç doktor tarafından astım hastalığınız bulunduğu söylendi mi?

1. Hayır (46. soruya geçiniz)
2. Evet

- 44) Ne zaman başladı ? ..... yaşında
- 1.Hayır  
2.Evet
- 45) Halen astımınız var mı?
- 1.Hayır  
2.Evet
- 46) Son bir yıl içinde toplam süresi 3 ayı aşan ses kısıklığınız oldu mu?
- 1.Hayır  
2.Evet
- 47) Son bir yıl içinde toplam süresi 3 ayı aşan hıçkırığınız oldu mu?
- 1.Evet  
2.Hayır

- 48) Son bir yıl içinde herhangi bir mide ilacı kullandınız mı?
- 1.Hayır  
2.Evet (lütfen tablodan sıklığınızı belirtiniz)

<u>Lütfen ilaç kullanım sıklığınızı</u>	ayda bir	ayda bir	haftada bir	haftada	
<u>işaretleyiniz</u>	kereden az			birkaç	hergün
Talcid, Rennie	1	2	3	4	5
Gaviscon	1	2	3	4	5
Omepröl, Prosek	1	2	3	4	5
Lansor, Lansoprol,	1	2	3	4	5
Degastrol, Lanzedin	1	2	3	4	5
Lansazol, Aprazol	1	2	3	4	5
Helicol, Zoprol	1	2	3	4	5
Panto,Pantheç, Pantpas	1	2	3	4	5
Pulçet, Ulcorex	1	2	3	4	5
Pariet	1	2	3	4	5
Nexium	1	2	3	4	5
Helipac	1	2	3	4	5
Diğer:.....	1	2	3	4	5
Diğer:.....	1	2	3	4	5

Yukarıdaki ilaçları kullanırken yarar görüp, yakınmalarınızı belirgin azaltanları lütfen yazınız.

.....

49) Aspirin veya ağrı kesici ilaçlardan aldınız mı?

1.Hayır

2.Evet (lütfen tablodan sıklığını belirtiniz)

	Ayda bir kereden az	Ayda bir kere	Haftada bir kere	Haftada birkaç kere	Her gün
Aspirin	1	2	3	4	5
Tilcotil	1	2	3	4	5
Voltaren	1	2	3	4	5
Brufen	1	2	3	4	5
Felden	1	2	3	4	5
Mesulid	1	2	3	4	5
Endol	1	2	3	4	5
Aprol	1	2	3	4	5
Apranax	1	2	3	4	5
Diğer	1	2	3	4	5
.....	1	2	3	4	5
.....	1	2	3	4	5

(Aspirin, aspirin plus C, coraspirin, ecopirin, dispril, bebek aspirini)

50) Son bir yıl içinde bunların dışında düzenli ilaç kullandınız mı? (Doğum kontrol hapı dahil)

1.Hayır

2.Evet

Neden ilaç kullandınız? .....

51) Hiç düzenli sigara içtiniz mi? (1 ay boyunca günde en az bir sigara)

1.Hayır

2.Evet

Kaç yaşında başladınız?.....

Şu anda günde kaç paket içiyorsunuz? .....

Bıraktıysanız kaç yaşında bıraktınız? .....

Günde kaç paket içiyordunuz? .....

52) Alkol alır mısınız?

1.Hayır 54 .soruya geçiniz

2.Evet

53) Son bir yıl içinde haftada ortalama kaç kere alkollü içecek içtiniz?

(Bir birim alkol: Bir şişe veya kutu bira = Bir bardak şarap = Bir kadeh yüksek alkollü içecek)

1.Hiç veya haftada 1'den az

2.Haftada 1-2

3.Haftada 3-6

4.Haftada 7-10

5.Haftada 10 kereden fazla

**54) Çay içer misiniz?**

1.Hayır

2.Evet

Günde kaç çay bardağı  
içersiniz? .....

**55) Kahve içer misiniz?**

1.Hayır

2.Evet

Günde kaç fincan içersiniz? .....

**56) Lütfen aşağıda belirtilen yiyeceklerle göğüs kemiğinizin arkasında yanma veya rahatsızlık hissi veya ağzınıza acı su,ekşi su gelmesi yakınmalarının ilişkisini belirtiniz.**  
(önceden pirozis tanımlıyorsa 7 veya 10'a evet diyenlere sorulacak)

	ARTTIRIR	AZALTIR	DEĞİŞMEZ	KULLANMAM
Kahve-çay				
Kolalı içecekler				
Alkol				
Baharatlı, acılı, ekşili besinler				
Yağlı veya kızartma türü besinler				
Ağır tatlılar				
Belirgin stresler, gerginlikler				

**57) Lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız :**

Boyunuz kaç cm .....

Kilonuz kaç kg .....

Son bir yıl içinde kilonuz :

1.Arttı

2.Azaldı

3.Değişmedi

**58) Şu anki medeni durumunuz**

1.Evli

2.Bekar

3.Dul

**59) Öğrenim durumunuz nedir?**

1.Yüksek okul

2.Lise

3.Orta okul

4.İlkokul

5.Okur yazar

**60) Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?**

..... kişi

**61) Evinizin aylık toplam geliri nedir?**

1. 1,000 TL'den az

2. 1,000 – 3,000 TL

3. 3,000 – 5,000 TL

4. 5,000 – 10,000 TL

5. 10,000 TL'den fazla