



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME BİLİMLERİ ANABİLİM DALI

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA GASTROÖZEFAGEAL
REFLÜNÜN BESLENME ALIŞKANLIKLARI ÖFKE DÜZEYİ
VE ANKSİYETE DURUMU İLE İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sinem ŞAHİN

**Samsun
Aralık-2017**



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME BİLİMLERİ ANABİLİM DALI

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA GASTROÖZEFAGEAL
REFLÜNÜN BESLENME ALIŞKANLIKLARI ÖFKE DÜZEYİ
VE ANKSİYETE DURUMU İLE İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sinem ŞAHİN

Danışman

Prof. Dr. Nermin KILIÇ

Samsun

Aralık-2017

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

..... tarafından Yrd. Doç. Dr. /Doç. Dr. /Prof. Dr.
..... Danışmanlığında hazırlanan
..... başlıklı bu çalışma
jürimiz tarafından /.... /.... tarihinde yapılan sınav ile Anabilim
Dalında YÜKSEK LİSANS / DOKTORA Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan :
(Unvanı, Adı Soyadı, Üniversite)

Üye :
(Unvanı, Adı Soyadı, Üniversite)

Üye :
(Unvanı, Adı Soyadı, Üniversite)

Üye :
(Unvanı, Adı Soyadı, Üniversite)

Üye :
(Unvanı, Adı Soyadı, Üniversite)

ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

.... / /.....

(İmza Boşluğu, 2 satır)
Unvanı Adı SOYADI
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim boyunca değerli bilgi ve deneyimiyle çalışmamın planlanması, yürütülmesi ve değerlendirilmesi aşamalarında katkılarından dolayı tez danışmanım Sayın Prof.Dr.Nermin KILIÇ'a ve çalışmam boyunca tüm katkılarından dolayı Beslenme ve Diyetetik Bölüm Başkanı Sayın Doç.Dr.Pınar SÖKÜLMEZ KAYA'ya teşekkür ederim.

Ayrıca çalışmamın her aşamasında verdikleri destek, emek ve sabır için Fatih KURŞUN'a, Emel KURŞUN'a ve değerli bilgileriyle bana ışık tutan canım dostum Arş.Gör.Güleren SABUNCULAR'a,

Hayatımın her anında benden sevgilerini esirgemeyen ve hayattaki en büyük destekçilerim olan sevgili annem Tevhide ŞAHİN'e ve babam Necmi ŞAHİN'e,

Son olarak çalışmaya katılarak çalışmamın başarılı bir şekilde uygulanabilmesine katkıda bulunan sağlık çalışanlarına ve tez çalışmam boyunca bana destek olan herkese sonsuz teşekkürler.

Bu çalışma, PYO. SSY. 1904.15.006 proje numarası ile 19 Mayıs Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu tarafından desteklenmiştir.

ÖZET

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA GASTROÖZEFAGEAL REFLÜNÜN BESLENME ALIŞKANLIKLARI ÖFKE DÜZEYİ VE ANKSİYETE DURUMU İLE İLİŞKİSİ

Amaç: Bu çalışma en sık rastlanan işlevsel gastrointestinal sistem hastalığı olan gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH) ile beslenme alışkanlıkları, anksiyete ve öfke arasındaki ilişkisinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

Materyal ve Metot: Bu çalışma Samsun'da Sağlık Bakanlığı bünyesinde görev yapan gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden 172 kadın ve 79 erkek olmak üzere toplam 251 sağlık çalışanı arasında yapılmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen Anket Formu, Sürekli Öfke- Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler, SPSS 20.0 programında yüzdeler, aritmetik ortalama, standart sapma olarak verilmiş ve nitel veriler Pearson Ki-Kare testi, gruplar arası ortalama puan karşılaştırmaları (nicel) t-testi ve tek faktör varyans analizi (ANOVA) ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %68,5'i kadın %31,5'u erkek olup yaş ortalamaları $39,2 \pm 8,0$ yıldır. Rastgele seçilen örnekleme 53 bireyde (%21,1) GÖRH saptanmıştır. Reflü hastası bireylerin %81,0'ı kadın ve %18,9'u erkektir ($p < 0,05$). Çalışmaya katılanlar arasında sağlıklı olanların GÖRH olanlara göre gece yemek alışkanlıklarının daha fazla olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Bireylerin %52,8'i sürekli, %43,4'ü ise bazen stresli olduklarını belirtmiştir ($p < 0,05$). Çalışmaya katılan bireylerde GÖRH ile anksiyete durumu arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Çalışmaya katılan bireylerin gece yatmadan önce tükettikleri sağlıksız yiyeceklerin ve şekerli, gazlı vb. İçeceklerin içe yönelik öfke ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$).

Sonuç: GÖRH hastası bireylere hastalığa özgü beslenme planlaması yapılmalıdır. Stres ve anksiyete GÖRH ilişkili olduğundan yaşam tarzı değişiklikleri yapılmalıdır. Bireylere hem reflü gelişmesini önlemek hem de reflüsü olanların semptomlarını azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmak için diyetisyenler tarafından beslenme eğitimi verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: GÖRH; beslenme alışkanlıkları; anksiyete; öfke; stres.

Sinem ŞAHİN (Yüksek Lisans Tezi)

Ondokuz Mayıs Üniversitesi - Samsun, ARALIK-2017

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX WITH NUTRITION HABITS, ANGER LEVEL AND ANXIETY STATUS OF THE HEALTH WORKERS

Objective: This study was planned to investigate the relationship between gastroesophageal reflux disease (GERD) which is the most common functional gastrointestinal system disease, and eating habits, anxiety and anger.

Materials and Methods: This study was carried out among a total of 251 health care workers, including 172 women and 79 men who agreed to participate voluntarily in Samsun in Ministry of Health. Survey Form developed by the researcher, State-Trait Anger Expression Inventory (STAI) and Beck Anxiety Inventory (BAI) were used to collect the research data. The data obtained from the study were given as percentage, arithmetic mean and standard deviation using the SPSS 20.0 program and qualitative data were assessed using the Pearson Chi-square test, mean point comparison between groups (quantitative), t-test and single factor analysis of variance (ANOVA).

Results: 68.5% of the participants in the study were female and 31.5% were male and the average age was 39.22 ± 8.0 years. In the randomly selected sample, 53 (21.1%) were found to have GERD. In study, 81% of GERD patients were female and 18.9% were male ($p < 0.05$). Healthy individuals who participated in the study were found to have more night eating habits than the GER patients ($p < 0.05$). 52.8% of the individuals stated that they were stressful always and 43.4% stated that they were sometimes stressed ($p < 0.05$). There was a significant difference between GERD and anxiety status of the subjects participating in the study ($p < 0.05$). There was a significant relationship between internal anger, and unhealthy foods and sugary, fizzy drinks consumed by the participating individuals before bedtime ($p < 0.05$).

Conclusion: Individuals with GERD should be given specific nutritional plans. Since stress and anxiety are related to GERD, lifestyle changes must be made. Individuals should be given nutrition education by dieticians to prevent reflux and to reduce the symptoms of those with reflux and increase their quality of life.

Keywords: GERD; nutrition habits; anxiety; anger; stress.

Sinem SAHIN (Master Thesis)

Ondokuz Mayıs University - Samsun, DECEMBER-2017

SİMGE VE KISALTMALAR

Ark	:Arkadaşları
BKİ	:Beden Kütle İndeksi
GÖR	:Gastroözefageal Reflü
GÖRH	:Gastroözefageal Reflü Hastalığı
REM	:Hızlı Göz Hareketleri (Rapid Eye Movement)
ERH	:Eroziv Reflü Hastalığı
NERH	:Non Eroziv Reflü Hastalığı
AÖS	:Alt Özefageal Sfinkter
TLESR	:Alt Özefageal Sfinkterin Geçici Gevşemeleri (Transient lower esophageal sphincter relaxation)
Hp	:Helicobacter Pylori
MZ	:Monozigot
DZ	:Dizigot
GİS	:Gastrointestinal Sistem
SÖÖTÖ	:Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği
BAÖ	:Beck Anksiyete Ölçeği
yy	:Yüzyıl
mmHg	:Milimetre Civa
kg	:Kilogram
m	:Metre
cm	:Santimetre
sn	:Saniye
pH	:Hidrojen Gücü (Power of Hydrogen)

İÇİNDEKİLER

ÖZET	IV
ABSTRACT	V
SİMGE VE KISALTMALAR	VI
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Gastroözefageal Reflü Hastalığı	3
2.1.1. Epidemiyolojisi	3
2.2. Gastroözefageal Reflüye Yol Açan Etmenler	4
2.2.1. Alt Özefagus Sfinkteri	4
2.2.2. Hiatus Herni (Mide Fıtığı)	5
2.2.3. Reflü Materyalinin Toksisitesi	5
2.2.4. Özefageal Klirens Mekanizmasının Bozulması	6
2.2.5. Özefageal Doku Bariyerinin Hasar Görmesi	6
2.2.6. Mide Boşaltım Hızı	7
2.2.7. Helicobacter Pylori	7
2.3. Gastroözefageal Reflü Hastalığı Oluşumu İçin Risk Faktörleri	8
2.3.1. Demografik Faktörler	8
2.3.2. Yaşam Tarzı ve Çevresel Faktörler	8
2.3.3. Genetik Faktörler	10
2.4. Gastroözefageal Reflü Hastalığı Semptomları	10
2.5. Gastroözefageal Reflü Hastalığının Komplikasyonları	10
2.6. Gastroözefageal Reflü Hastalığı İçin Tanı Yöntemleri	11
2.7. Gastroözefageal Reflü Hastalığının Tedavisi	12
2.8. Gastroözefageal Reflü Hastalığı ve Beslenme İlişkisi	12
2.8.1. Enerji	12
2.8.2. Karbonhidrat	13
2.8.3. Protein	13
2.8.4. Yağ	13
2.8.5. Posa	14
2.8.6. Reflüjenik Gıdalar	14
2.8.7. Beslenme Alışkanlıkları	15

2.9. Gastroözefageal Reflü Hastalığı ve Psikolojik Faktörler İlişkisi	16
2.9.1. Gastroözefageal Reflü Hastalığı ve Anksiyete	16
2.9.2. Gastroözefageal Reflü Hastalığı ve Öfke.....	17
3. MATERYAL VE METOT	18
3.1. MATERYAL	18
3.1.1. Araştırmanın Örnekleme, Yapıldığı Yer ve Zaman	18
3.1.2. Etik Kurul Onayı.....	18
3.1.3. Araştırma Verilerinin Toplanması	18
3.1.4. Anket Formu	18
3.2. METOT.....	18
3.2.1. Antropometrik Ölçümler.....	18
3.2.2. Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği.....	19
3.2.3. Beck Anksiyete Ölçeği	19
3.2.4. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	19
3.2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	20
4. BULGULAR	21
4.1. Bireylerin Genel Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	21
4.2. Bireylerin Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular.....	23
4.3. Bireylerin Besin Tüketim Sıklıklarına İlişkin Bulgular.....	27
4.4. Bireylerin Hastalığa İlişkin Bulguları	33
4.5. Bireylerin GÖRH ile Beslenme Alışkanlığı, Öfke Düzeyi ve Anksiyete Durumu İlişkili Bulguları.....	37
5. TARTIŞMA	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	54
KAYNAKLAR.....	57
EKLER	68
ÖZGEÇMİŞ	78

1. GİRİŞ

Gastroözefageal reflü (GÖR) özellikle yemek sonrasındaki dönemlerde ve uykunun REM fazında (rapid eye movement) mide içeriğinin özefagusa geri kaçmasıyla oluşan fizyolojik bir olaydır. Gün içinde 10-50 kez olabilen fizyolojik GÖR kısa sürdüğü için farkına varılmaz veya çok hafif semptomlar oluşturabilir (Dobrucalı, 2007). Ancak GÖR, mide ve duodenum içeriğinin özefagus epiteli ile epitelin savunma mekanizmalarını yetersizliğe uğratabilecek sıklıkta tekrarlanıyor ve uzun sürüyorsa gastroözefageal reflü hastalığından (GÖRH) bahsedilir. Bu tablo genellikle uyku sırasında oluşmaktadır (Eraslan ve ark., 2005; Dobrucalı, 2007).

Yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen GÖRH, toplumun yaklaşık %20'sinde görülen yaygın bir üst gastrointestinal sistem hastalığıdır (Manterola ve ark., 2002; Dobrucalı, 2007). En tipik bulgusu retrosternal yanma hissi (heartburn) olup, hastalık daha önce yapılan çalışmalarda haftada bir kez retrosternal yanma hissi (heartburn) ve/veya asit regürjitasyonu olarak tanımlanmıştır. Bu bulguları yaşayan birçok kişinin hekime başvurmak yerine diyetlerinde değişiklik yaparak veya antiasit olarak geçici çözümler üretmesi sebebiyle toplumdaki yaygınlığının sanılandan daha fazla olduğu düşünülmektedir (Dobrucalı, 2007).

Çevresel faktörlerin GÖRH oluşumunda ana neden olduğu vücut ağırlığı, beslenme, alkol tüketimi, sigara, non-steroid anti-inflamatuar ilaç alımı ve uyku pozisyonu gibi çeşitli yaşam tarzı faktörlerinin hastalık semptomları ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Yapılan çoğu çalışma fazla kilolu hastaların özafajit riskinin arttığını göstermektedir. (Cameron ve ark., 2002; El-Serag ve ark.,2002; Fujiwara ve ark., 2005). Ayrıca reflü semptomlarının obezite ve sigara kullanımı ile ilişkisi açıkça bilinse de yapılan geniş tabanlı çalışmalar yetişkinlerde sıklıkla görülen anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik bozuklukların da reflü semptomlarıyla aralarında güçlü bir bağ olduğunu ortaya koymaktadır (Airaksinen, 2006; Jansson ve ark.,2007). Psikolojik faktörler ve psikiyatrik hastalıklarla ilişkisi bilinen GÖRH'ün daha ayrıntılı olarak incelenmesi gerekmektedir (Avidan ve ark., 2001).

Çalışmaya, “Beslenme alışkanlıklarının, öfkenin ve anksiyetenin gastroözafajial reflü semptomları ile ilişkili olduğu” hipotezinden yola çıkılarak başlanmıştır. Sağlık çalışanlarında yapılan bu çalışma kişilerin genel özellikleri, antropometrik ölçümleri, besin tüketim sıklıkları, anksiyete durumları ve öfke düzeylerini

belirleyerek, bu etmenler ile gastroözefageal reflü hastalığı arasındaki ilişkileri değerlendirmek amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gastroözefageal Reflü Hastalığı

Reflü kelimesi latince “re” ve “fluere” kelimelerinin bileşiminden oluşmakta ve “geriye akış” anlamını taşımaktadır. Gastroözefageal reflü (GÖR), mide içeriğinin özafagusa geri kaçmasıyla oluşan çok uzun sürmeyen ve genellikle yemekten sonra ve uykunun REM fazında (rapid eye movement) oluşan fizyolojik bir olaydır (Dobrucalı, 2007; Ergül, 2012). Tüm insanlarda gün boyunca toplam 1 saate varabilen sürelerde fizyolojik GÖR oluşmaktadır. Ancak özafagus mukozasında hasara sebep olmadığı için hissedilmez veya çok hafif semptomlar oluşturabilir (Dobrucalı, 2007).

Gastroözefageal reflü gün içinde sıklıkla tekrarlanıyor, yanma ve regürjitasyon gibi semptomlara ve/veya özafagusta mukozal yaralanmaya sebep oluyorsa bu klinik tabloda gastroözefageal reflü hastalığından (GÖRH) bahsedilmektedir (Dobrucalı, 2007). American College of Gastroenterology tarafından 2005 yılında yayınlanan kılavuzda GÖRH; mide içeriğin özefagusa anormal geçişi sonucunda ortaya çıkan tüm belirtiler ve komplikasyonlar, olarak tanımlanmıştır (DeVault ve ark., 2005).

Gastroözefageal reflü hastalığı Eroziv GÖRH (reflü özofajit, ERH), Non-eroziv GÖRH (NERH) ve Metaplazik GÖRH (Barret Özefagus) olmak üzere 3 gruba ayrılır. Endoskopik ve/veya histopatolojik yöntemlerle saptanabilen hasarlanmalara sebep olabilen durum reflü özafajitidir. Endoskopide özofajit bulgusuna rastlanmadığı halde 24 saatlik pH incelemesinin patolojik olduğu durum, NERH olarak adlandırılır (Kahrilas, 2008). Barret özefagusda; özefagusta bulunan çok katlı yassı epitelin yerini intestinal metaplazi almaktadır (Cameron ve Arora, 2002) .

2.1.1. Epidemiyolojisi

Gastroözefageal reflü hastalığının prevalansı hakkında yapılan epidemiyolojik çalışmalar, hastalığın en sık görülen semptomları olan pirozis ve regürjitasyona dayanmaktadır. Yapılan bir sistematik derlemede GÖRH prevalansının Batı dünyasında %10-20, oranında Asya’da ise daha düşük prevalansta olduğunu göstermektedir (Katz ve ark., 2013).

Batı toplumunda yapılan başka bir çalışmada GÖRH’nin oldukça yaygın bir hastalık olduğu, yetişkinlerin %17-38’inde haftada en az 1 kez pirozis ve asit regürjitasyonu semptomlarının görülürken %4-9’unda ise bu semptomların günlük olarak görüldüğü belirtilmiştir (Wang ve ark.,2004).

Gastroözefageal reflü hastalığı prevalansı, çalışmanın yapıldığı popülasyona göre farklılık göstermektedir. Örneğin; Asya'da; Amerika ve Avrupa'dan daha az görülmesinde Asya ülkelerinin genetik özellikleri, düşük beden kitle indeksleri ve obezite, düşük karbonhidratlı içecek, alkol ve sigara tüketimi etken olabilmektedir (Bor ve ark., 2005).

İtalya'da yapılan bir çalışmada reflü semptomlarının prevalansının %44.3 olduğu ve popülasyonun %23.7'sinde semptomların haftada 2 defadan fazla görüldüğü belirtilmiştir (Zagari ve ark., 2008)

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada 3 ay boyunca aylık olarak reflü semptomları sorgulanan kişilerin %44.9'unda ayda en az 1 defa reflü semptomu görüldüğü, en çok görülen semptomun pirozis olduğu belirtilmiştir (Camilleri ve ark., 2005).

Ülkemizde 32 farklı ilde birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran 7520 hasta arasında yapılan çalışmada GÖRH prevalansı %33.9 bulunmuştur. Çalışmaya katılan GÖR hastalarında en sık görülen semptomların pirozis (60.1) ve regürjitasyon (%59.1) olduğu belirtilmiştir (Oğuz ve ark., 2008). Ülkemizde 630 kişinin katıldığı başka bir GÖRH prevalans çalışmasında haftada en az 1 defa pirozis veya regürjitasyon görülme sıklığı %20 bulunmuştur. Çalışma düşük gelirli küçük bir bölgede yapılmasına rağmen gelişmiş ülkelerle benzer sonuçlar da bulunmuştur. Ancak semptom profillerinde farklılık olduğu, gelişmiş ülkelerde pirozis daha fazla görülürken ülkemizde regürjitasyonun daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Bor ve ark., 2005).

2.2. Gastroözefageal Reflüye Yol Açan Etmenler

Gastroözefageal reflü hastalığı mide asiti, pepsin, safra ve pankreas sıvısı ile mideyi reflüye karşı koruyan mekanizmalar arasındaki dengenin bozulmasıyla oluşmaktadır. Hastalık 20 yy'da ortaya çıkmış olup patogenezinde birçok faktör rol oynamaktadır (Dobrucalı, 2007).

2.2.1. Alt Özefagus Sfinkteri

Kas liflerinden oluşan alt özefagus sfinkter (AÖS) halka şeklindedir ve kapak görevi görmektedir. AÖS; özefagus lümenini mideden ayıran, özefagusun alt ucunda dinlenme esnasında tonik kasılmaları sağlayan 3-5 cm arasında yüksek basınçlı bölgeyi temsil etmektedir (Yüksel ve Başoğlu, 2002; Turk ve Little, 2006).

Sağlıklı kişilerde AÖS dinlenme basıncı 10-40 mmHg arasında değişmekte olup

yaklaşık 20 mmHg'dir. Gıdaların özefagustan mideye geçebilmesi için AÖS 10-12 sn kadar açık kalır ve basınç düşer ve 3-6 sn. içinde tekrar dinlenme basınç seviyesine ulaşır. Gastroözefageal reflüye karşı engel oluşturması için karın içi basıncının AÖS dinlenme basıncından 12mmHg düşük olması gerekmektedir. Alt özefagus sfinkter dinlenme basıncının 6 mmHg'den düşük olması GÖRH ile ilişkilendirilmektedir. Gastroözefageal reflü hastalığının ortaya çıkmasında farklı mekanizmaların sorumlu olması söz konusu olsa da genel görüş AÖS dinlenme basıncının sürekli düşük olmasından kaynaklandığı yönündedir (Tuncer, 2001; Vandelplus ve ark., 2002). Reflünün ön koşulu olan düşük AÖS basıncı, geçici alt özefageal sfinkter gevşemesi (Transient lower esophageal sphincter relaxation-TLESR) ile ilişkilendirilmektedir. Geçici alt özefageal sfinkter gevşemesi yutkunma ile ilgisi olmayan intragastrik basınç seviyesinde beklenmedik bir düşüş olarak tanımlanmaktadır (Davidson, 2003).

Yapılan bir çalışmada AÖS basıncını hiatal herni, diyet (çikolata, yağ, nane), tütün kullanımı, alkol kullanımı ve ilaç tüketimi gibi faktörlerin azalttığı belirtilmiştir (Öz ve ark., 2001).

2.2.2. Hiatus Herni (Mide Fıtığı)

Hiatus herni, midenin bir bölümünün diyaframda bulunan açıklıktan (hiatus) yukarı yönde göğüs boşluğuna doğru kaçmasıyla oluşmaktadır (Teke ve ark., 2009). Dört tip hiatus herni tanımlanmakta olup Tip-1 Kayan tipte (sliding) hiatus herni yaygın olarak (bütün tiplerin %80-90'ı) görülmektedir. Tip-1 hiatus herninin en tipik GÖRH semptomları olan pirozis ve regürjitasyona neden olduğu belirtilmektedir (Grandath ve ark., 2006).

Hiatal Herni, yetişkinlerde oldukça sık görülen bir bulgudur. Tahmini prevalansı %10-80 arasında değişmektedir. Her ne kadar reflüye eğilimi arttıran bulgu olarak görülse de asemptomatik kişilerde tesadüfî bir bulgu olarak da görülmektedir (Vandelplus ve ark., 2002). Yapılan bir çalışmada hiatus hernisi bulunan ve bulunmayan GÖR hastaları 24 saat boyunca izlenmiş ve çalışma sonucunda hiatus hernisi bulunanların özefaguslarının daha fazla asite maruz kaldığı belirtilmiştir (Van Herwaarden ve ark., 2000). Hiatal hernisinde asit hapsolmesiyle oluşan uzun asit maruziyeti, şiddetli özefageal hasara sebep olmaktadır (Vandelplus ve Hassal, 2002).

2.2.3. Reflü Materyalinin Toksisitesi

Reflü patojenitesi mide içeriğindeki asit, pepsin gibi bileşenlerin verdiği zarara

bağlı olup bunlar arasında en fazla zararı hidroklorik asit (HCl) vermektedir. HCl'nin mukozaya verdiği zarar HCl-pepsin kombinasyonu söz konusu olduğunda zararın daha fazla artmasına sebep olmaktadır. Reflü materyalinin içeriğine göre değişiklik gösteren mukoza hasarı materyale maruz kaldığı süre ile de ilişkilidir. Reflüsü olan çoğu hastanın gastrik Ph'nın normal olması reflü patogenezinde asiditeden çok reflü materyalinin volümünün rol oynadığını göstermektedir. Pepsin gibi bileşenlerin kendi çevrelerindeki yüzey epiteline direkt olarak zarar verirdikleri, safranın ise membranı daha geçirgen hale getirerek mukozal hasara sebep olabildiği belirtilmiştir (Dobrucalı, 2005; Khan ve Orenstein, 2006).

2.2.4. Özefageal Klirens Mekanizmasının Bozulması

Gastroözefageal reflü hastalığında mukozanın aldığı hasar, reflü materyalinin içeriğine ve reflü materyaline maruz kalma süresine bağlıdır. Özefageal klirens (temizleme) mekanizması, mukozanın reflü materyaline maruz kalma süresini kısaltarak daha az zarar görmesini sağlamaktadır. Sağlıklı bir kişide reflü atağından 3-5 dakika sonra özefagustaki mide içeriğinin klirensi tamamlanmaktadır. Özefageal klirensi; özefageal peristaltik hareketler, tükürük ve yerçekimi gibi en az üç faktörden etkilenmektedir. Peristaltik hareketler, özefagustaki gastrik sıvıları temizlerken tükürüğün yutulmasıyla tükürüğün içeriğinde bulunan bikarbonat, kalan asitleri nötralize etmektedir. Tükürük içinde bulunan epidermal büyüme faktörü ile epitel rejenerasyonunun hızlanması sağlamaktadır. Az sayıda çalışma yapılmasına rağmen yerçekiminin özefagusu temizlemeye yardımcı olduğu belirtilmekte, pozisyonel tedavi etkinliği yerçekimi ile ilişkilendirilmektedir (Vandelplus ve Hassal, 2002; Kahrilas, 2003).

2.2.5. Özefageal Doku Bariyerinin Hasar Görmesi

Gastroözefageal reflü hastalığı ve/veya özefajitin gelişimi için ana belirteç, yapısal ve fonksiyonel özellikleriyle reflünün oluşturacağı hasara karşı direnç gösteren özefagus mukozasının durumudur. Özefagus mukozasında direnci oluşturan preepitelyal, epitelyal ve postepitelyal olmak üzere üç ana mekanizma bulunmaktadır. Preepitelyal mekanizma, epitel yüzeyde bulunan bikarbonat, prostoglandin E2, müsin gibi özefagus sekresyonları ile H⁺ iyonlarının intersellüler aralığa difüzyonuna engel olmaktadır. Mide ve duodenumun aksine özefagus iyi tanımlanmış bir mukoza epiteline sahip olmadığından özefagusta preepitelyal mekanizmanın daha az etkili olduğu belirtilmiştir. Epitelyal mekanizma, özefagusta skuamöz epitel hücrelerinin fiziksel yapısından

etkilenmektedir. Asit ve pepsin difüzyonunu bloke eden hücre içi ve hücre dışı tampon sistemleri (proteinler, bikarbonat, fosfat, karbonik anhidraz enzimi), H⁺ iyonunun hücre dışına atılmasını sağlayan iyon değiştirici sistemler ve epitelin rejenerasyonu epitelyal direnç sistemleridir. Postepitelyal mekanizma, zararlı bileşenleri (H⁺ iyonları ve metabolik atıklar) uzaklaştıran ve tamir mekanizmaları için besin maddelerini sağlayan uygun mukozal kan akımını içermektedir (Castell ve ark., 2004; Boeckxstaens, 2007).

2.2.6. Mide Boşaltım Hızı

Mide boşaltım hızının yavaş olması, gastrik distansiyona ve dolayısıyla düşük özefageal sfinkterin dinlenme basıncındaki geçici rahatlamaya eğilimi arttırmaktadır. Bu da özefagusa zarar verme potansiyeli olan mide içeriğine daha uzun süre maruz kalınması demektir. Bu durumun teorik olarak GÖR artışına sebep olduğu belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda GÖR hastalarında mide boşaltım sürecinin %10-33 geciktiği ve GÖR hastalarının %28-56'sında katı gıdaların boşalımında gecikme olduğu rapor edilmiştir (Stacher ve ark., 2000; Emerenziani ve Sifrim, 2005).

2.2.7. Helicobacter Pylori

Helicobakter pylori (Hp) enfeksiyonu; gastrit, peptik ülser ve gastrik malignite gelişimi için önemli bir risk faktörüdür ancak GÖRH patogenezindeki rolü ile ilgili farklı görüşler bulunmaktadır. Yapılan çok sayıda çalışma olmasına rağmen ikisi arasındaki ilişki tam olarak açıklanamamaktadır (El Omar ve ark., 1995; Uemura ve ark., 2001). Çalışmalardan bazıları Hp enfeksiyonunun GÖRH ve onun komplikasyonlarına karşı koruyucu etkisi olduğunu belirtirken , bazıları ise bunun tam tersi bir etkisi olduğunu ileri sürmektedir (Matysiak-Budnic ve ark., 2006). Hp enfeksiyonunun GÖRH'na karşı koruyucu etkisi, bakteriye bağlı mide korpusunda gelişen gastrit nedeniyle asit sekresyonunun azalması olarak açıklanmaktadır. Duodenal ülseri olan , Hp eradikasyonu sağlanan ve Hp enfeksiyonu olan kontrol grubu arasında yapılan bir çalışmada 3 yıllık izlem sonucunda eradikasyon yapılan hastalarda endoskopi ile doğrulanmış reflü özafajiti %26 oranında görülürken, kontrol grubunda bu oran %13 bulunmuştur. Çok sayıda araştırmanın değerlendirildiği 4134 kişinin katılımıyla gerçekleşen başka bir çalışmada GÖRH olmayan bireylerde ise Hp prevalansı %49.5 iken GÖR hastalarında ortalama Hp prevalansı %38.2 bulunmuştur. Bu çalışmalar Hp'nin GÖRH'na karşı koruyucu etkisini desteklemektedir (Labenz ve ark., 1997; Delaney ve McColl 2005). Çalışmaların hepsi bu bulguları destekler nitelikte değildir. Prospektif ve kontrollü

yapılan bir çalışmada 1 yıllık takip sonrasında Hp varlığından bağımsız olarak GÖRH nüksünün %83 olduğu görülmüştür. Hp eradikasyonun başarılı bir şekilde yapıldığı daha ileri çalışmada ise bakteri eradikasyondan 24 saat sonra özafageal asit maruziyetinde hiçbir değişiklik saptanmamıştır (Telfera ve ark., 1999; Moayyedi ve ark., 2001).

2.3. Gastroözefageal Reflü Hastalığı Oluşumu İçin Risk Faktörleri

Hastalığın nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte yapılan epidemiyolojik çalışmalar, hastalığın patogenezi ve komplikasyonlarını, demografik, genetik ve çevresel faktörlerin belirlediğini göstermektedir (Moayyedi ve Talley, 2006; Khan ve Orenstein, 2006).

2.3.1. Demografik Faktörler

Reflü semptomlarının ortaya çıkmasının yaş ile birlikte arttığı varsayımı genellikle yetersiz bilimsel kanıtlara dayanmaktadır (Nilsson ve ark., 2004). Yaş ile reflü prevalansına ilişkin veriler sunan dört çalışmadan sadece birinde yaş arttıkça prevalans artmaktadır (Isolauri ve ark., 1995; Locke ve ark., 1997; Kennedy ve Jones, 2000; Louis ve ark., 2002). Norveç'te 65.363 yetişkinin katıldığı bir halk sağlığı araştırmasında reflünün kadınlardaki prevalansının yaşla birlikte arttığı, erkeklerde ise muhtemelen Barrett özefagusun gelişmesi sebebiyle prevalansın 50-70 yaşlarında doruğa çıktığı ve daha sonra düşüş gösterdiği saptanmıştır. Aynı çalışmada reflü semptomlarının yaş ile birlikte arttığı, ancak cinsiyetle ilişki kurulamadığı belirtilmiştir (Nilsson ve ark., 2004).

2.3.2. Yaşam Tarzı ve Çevresel Faktörler

Gastroözefageal reflü hastalığının patofizyolojisi ile ilgili yapılan çalışmalarda, hastalığın yaşam tarzı ve çevresel faktörlerle ilişkili olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır (Moayyedi ve Talley, 2006). Gastroözofageal reflü hastalığı patofizyolojisi multifaktöriyel olup geçici alt özefageal sfinkter gevşemesi ve diğer alt özefageal sfinkter basınç anormalliklerini içermektedir (Castell ve ark., 2004).

Obezite, GÖRH semptomlarının oluşması ve şiddetinin artması için önemli bir risk faktörüdür. Yüksek beden kütle indeksi (BKİ) ile intragastrik basınç tarafından intraabdominal basıncın artması ve alt özafageal sfinkterde geçici gevşemeler arasında önemli bir ilişki bulunmuştur (De Vries ve ark., 2008). Hemşirelerin Sağlık Çalışması'nda rastgele seçilen 10.545 kadın katılımcı arasında BKİ ve GÖRH semptomları arasındaki ilişki incelenmiş olup vücut ağırlığı arttıkça GÖRH semptomlarının da arttığı belirtilmiştir. Yapılan bu çalışmada BKİ, hem aşırı kilolu hem de normal kilolu kadınlarda

gastroözefageal reflü hastalığının semptomlarıyla ilişkili olduğu normal kilolu kadınlar arasında ılımlı kilo artışının bile reflü semptomlarına neden olabileceği veya semptomların şiddetlenebileceği ifade edilmiştir (Jacobson ve ark., 2006). Gastroözefageal reflü semptomlarının risk faktörlerinin değerlendirildiği başka bir çalışmada, semptomların görülmeye başlandığı ilk dönemlerde kilo vermenin semptomların oluşmasını önleyici önemli bir tedbir olduğunu belirtmektedir (Hallan ve ark., 2015). İspanya’da yapılan bir çalışmada beden kütle indeksinde her kg/m^2 artışta GÖRH riskinin de %7 arttığı hesaplanmıştır (Ponce ve ark., 2006). Beden kütle indeksi 35kg/m^2 ve üzeri olan obez kişiler ve beden kütle indeksi normal ($18.5- 24.9 \text{kg/m}^2$) olan kişiler arasında yapılan çalışmada obez kişilerin özefageal asit maruziyetinin daha fazla olduğu ve hiatal herni prevalansının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Lovino ve ark., 2006).

Beden kütle indeksi ve bel çevresi genişliği ile GÖRH arasında güçlü bir ilişki bulunurken, sigara ve alkol kullanımı, bazı yiyecek ve içeceklerin farmakolojik etkilerine bağlı olarak AÖS basıncının azaldığı belirtilmektedir (Wu ve ark., 2007). Sigara kullanımının AÖS basıncını azaltarak asit reflüsü oluşumuna, tükürük sekresyonunun azalmasına ve asit klirens mekanizmasının yavaşlayarak mukozanın daha uzun süre reflü materyaline maruz kalmasına sebep olarak GÖRH riskini arttırdığı yapılan çok sayıda çalışma sonucunda tespit edilmiştir (Locke ve ark., 1999; Ponce ve ark., 2006). Japonya’da 4095 erkek arasında yapılan kesitsel bir çalışmada sigara kullanımının ve kullanım süresinin GÖRH için önemli bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (Watanabe ve ark., 2003). Sigara gibi alkol kullanımı da AÖS basıncını düşürmektedir. Yapılan çalışmalarda alkol kullanımı ile özefageal peristaltik dalgalanmaların azaldığı ve 3,5 saat boyunca asit klirensini bozarak pH 3 veya 4’ün altında önemli bir asidik kaymaya sebep olduğu belirtilmiştir (Dore ve ark., 2008). Alkol ve sigara kullanımının AÖS basıncının düşürdüğünü belirtilen bazı çalışmalarda, kullanımlarının bırakıldığı durumda özefageal asit maruziyetinde düzelleme olmadığı tespit edilmiştir (Aladağ, 2008). Alkol ve GÖRH arasında istatistik olarak anlamlı ilişki saptanamayan çalışmalarda bulunmaktadır (Mungan ve ark., 1999).

Yaşam tarzı değişiklikleri, GÖRH için önerilen yaygın birinci basamak tedavi olmasına rağmen yapılan diyet müdahalelerinden sonra hastalığın düzeldiğine ait çok az kanıt bulunmaktadır. Yağ, karbonhidrat, lif, protein, çikolata, çay, kahve, nane, gazlı

içecekler ve baharatlı yiyeceklerin GÖRH ile ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada yağlı yiyeceklerin hastalık için zararlı bir faktör olduğu ancak tüm bu faktörlerin hastalıkta kesin ve koruyucu etkisi ile ilişkili olmadığı belirtilmiştir (Benamouzing ve Airinei, 2007). Sofra tuzu alımının GÖR belirtileri için risk faktörü olduğu saptanan bir çalışmada diyet lifi ve fiziksel aktivitenin reflüden koruyabildiği, ancak kahve ve çayın reflü için risk faktörü oluşturmadığı belirtilmiştir (Nilsson ve ark., 2004). Orta düzeyde fiziksel aktivitenin GÖRH için faydalı olabileceği, şiddetli fiziksel aktivitenin ise GÖR yatkınlığı olan bireylerde tehlikeli yaratabileceği saptanmıştır (Festi ve ark., 2009).

2.3.3. Genetik Faktörler

Gastroözefageal reflü hastalığı semptomları yönünden Monozigot (MZ) ve dizigot (DZ) ikizler arasında yapılan çalışmada MZ ikizlerin DZ ikizlere göre hastalığın semptomlarına daha uyumlu olduğu, bunun sonucunda genetik faktörlerin GÖRH için önemli bir faktör olduğunu belirtmektedir (Mohammed ve ark., 2003). Yapılan başka bir çalışmada da GÖRH için, MZ'de DZ ikiz çiftlerinden daha güçlü ilişki olduğu tespit edilmiş olup DZ ikiz çiftleri genlerinin yaklaşık %50'sini paylaşıırken, MZ ikiz çiftleri genlerinin %100'ünü paylaşarak hastalığın etiyolojisine daha fazla genetik katkı sağladığını düşündürmüştür (Lembo ve ark., 2007).

2.4. Gastroözefageal Reflü Hastalığı Semptomları

Gastroözefageal reflü hastalığının klasik semptomları pirozis (göğüs kemiği arkasındaki yanma hissi) ve regürjitasyondur (ağıza acı-ekşi su, sindirilmemiş besin parçalarının gelmesi). Bu semptomların prevalansı, incelenen nüfusa göre %9 ile %42 arasında değişmektedir (Nocon ve ark., 2006). Pirozis, genellikle öğünlerden sonraki 1 saat içinde oluşmakta olup egzersiz sonrası ve yattıktan sonra ortaya çıkmaktadır. Haftada 3 veya daha sık oluştuğunda kişinin yaşam kalitesinin bozulmasına neden olan pirozis, baş tarafı yüksek ve sola yatış pozisyonunda, gastrik asit sekresyonunu önleyen ilaç kullanıldığında azalmaktadır (Kahrilas ve ark., 2002). Regürjitasyon, bulantı ve kusma olmadan mide içeriğinin ağıza veya hipofarinkse geri gelmesi olarak tanımlanmaktadır (Sherman ve ark., 2009). Gastroözefageal reflü hastalığında pirozis ve regürjitasyon kadar sık olmasa da bulantı, kusma, hıçkırık, göğüs ağrısı, öksürük gibi semptomlar da görülebilmektedir (Locke ve ark., 1997).

2.5. Gastroözefageal Reflü Hastalığının Komplikasyonları

Gastroözefageal reflü hastalığının çok çeşitli komplikasyonları olup eroziv

özefajit, özefageal ülserasyon, peptik striktür (darlık), Barrett özafagusu ve özefagus kanseri sıklıkla görülmektedir. Barrett özefagusu; gastrik asit, pepsin ve duodonal içeriklerin kronik reflüsüne bağlı olarak distal özefagustaki normal skuamöz epitelin kolumnar epitelle yer değiştirmesi durumudur. (Vaezi ve Swoger, 2006). Barrett özefagusu, kanser potansiyeli olması nedeniyle GÖRH'ün en ciddi formudur. Hastalığın tanımlanmış bir tedavi protokolü olmadığı, yapılan medikal ve cerrahi tedavilerin kanser riskini değiştirmedeği belirtilmiştir (Hugl ve Hinder, 2006). Eroziv özefajitin gece asit klirens mekanizmasının yavaşlaması ve reflü süresinin artması sonucunda olduğu 24 saatlik pH izlem çalışmaları sonucunda tespit edilmiştir (Pisegna ve ark., 2004). Gastroözefageal reflü hastalarında ortalama %11 Barrett özefagusu oluşmakta olup peptik striktür varlığında bu oran %50'ye kadar çıkmaktadır. Gastroözefageal reflü hastalarında bazen distal özefagustaki özefajitle birlikte şiddetli kanamalara yol açan derin ülserler oluşmaktadır. Gastroözefageal reflü hastalarının %5'inden daha azında görülen ülserler genellikle tıbbi tedaviyle düzelmektedir. Kardiyoözefageal bileşkede veya özefagusun 1/3 alt kısmında oluşan peptik striktür özefagus çapı 12 mm'nin altına inmedikçe semptom vermemektedir. Gastroözefageal reflü hastaların ortalama %10'unda görülen peptik striktürün başlıca belirtisi disfajidir (Dobrucalı, 2007). Birçok çalışma GÖRH komplikasyonlarının birlikte ortaya çıkma eğilimi olduğunu göstermiştir. Her iki GÖRH komplikasyonunun birlikte ortaya çıkma olasılığının tek bir komplikasyonun ortaya çıkma olasılığından 10 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir. Eroziv özefajiti ve Barrett özefagus gibi komplikasyonların yaşla birlikte arttığı, 60 yaş üstü GÖRH hastalarında komplikasyonların oluşumu %81 iken gençlerde %47 olduğu tespit edilmiştir (Vaezi ve Swoger, 2006).

2.6. Gastroözefageal Reflü Hastalığı İçin Tanı Yöntemleri

Gastroözefageal reflü hastalığı, dikkatli alınan bir anamnezle tanı konulabilen nadir hastalıklardan biridir. Hastalığın tanısı için çok çeşitli testler bulunmasına rağmen bu testlerin her hastaya uygulanmasına ihtiyaç duyulmamaktadır (DeVault ve ark., 2005). Alınan anamnezle hastada GÖRH'ün tipik semptomları olan pirozis ve regürjitasyon görülüyorsa hastaya kolaylıkla tanı konulabilir. Disfaji, odinofaji, belirgin kilo kaybı, kanama, anemi gibi atipik semptomlar görülüyorsa ya da hasta tedaviye yanıt vermiyorsa bazı ilave testlerin uygulanması gerekmektedir (Wang ve ark., 2005; Galmiche, 2006). Reflü kişinin son 6 ayda haftada en az 1 kez olmak üzere pirozis veya asit regürjitasyonu

yaşaması olarak tanımlanmaktadır (Ercelep ve ark., 2012).

Endoskopi, GÖRH teşhisinde pratikte seçilen ilk yöntemdir. Bu yöntem özefagus mukozasının direkt olarak görülmesini sağlamakta olup özefajit şiddetinin derecesini de saptamaktadır. Semptomları görüldüğü halde endoskopide patolojik bulguya rastlanmayan hastaların teşhisinde ise 24 veya 48 saatlik pH izlemi testi kullanılır. pH izlemi testi uygulanan bir kişide özefagus içindeki pH değeri son 24 saat içinde toplam 1 saatten fazla pH 4'ün altına inmişse ve 5 dakikadan uzun süre reflü epizodu görülmüşse bu kişiye GÖRH tanısı koyulabilmektedir. Bu test tedaviye cevap vermeyen hastalarda tedavinin etkinliğinin araştırılması açısından da ayrı bir öneme sahiptir. Ayrıca GÖRH tanısı için baryumlu özefagus pasaj grafisi, özefageal impedans, Bernstein testi (asit perfüzyon testi), özefageal manometri gibi yöntemler de kullanılmaktadır (Dobrucalı, 2007).

2.7. Gasroözefageal Reflü Hastalığının Tedavisi

Gastroözefageal reflü hastalığının tedavisinde öncelikli amaç, semptomların hafifletilmesi olmalıdır. Başarılı bir tedavi ile uzun dönemde eroziv özofageal hasar, darlıklar ve kanserin önlenmesi sağlanmaktadır (Bytzer, 2003). Tedavi yaklaşımları; nonfarmakolojik, farmakolojik ve cerrahi tedaviler olmak üzere üç ana başlık altında toplanmaktadır. Gastroözefageal reflü oluşumuna sebep olan alışkanlıkların değiştirilmesine yönelik yapılan yaşam tarzı düzenlemesi nonfarmakolojik tedavi olarak adlandırılmaktadır. Bu tedavide, yatak başının yükseltilmesi, sol yana yatmak, kilo vermek, yemekten sonra en az 3 saat yatmamak, yağlı yiyeceklerden uzak durmak, reflüyü arttıran yiyecek ve içecekleri tüketmemek, alkol ve sigaranın bırakılması, ağır egzersizlerden kaçınmak gibi yaşam tarzında yapılabilecek olan değişiklikler önerilmektedir. Gastroözefageal reflünün farmakolojik tedavisinde antasitler, prokinetik ajanlar, histamin 2 reseptör antagonistleri veya proton pompa inhibitörleri kullanılmaktadır (Duman ve Kalaycı, 2002). Son yıllarda gastroözefageal sfinkter mekanizmalarının daha iyi anlaşılmasıyla cerrahi tedavi uygulamaları da giderek yaygınlaşmıştır (Zorluoğlu ve Özgüç, 2002).

2.8. Gastroözefageal Reflü Hastalığı ve Beslenme İlişkisi

2.8.1. Enerji

Obezite, alt özefagus sfinkter basıncının düşmesi, artmış karın içi basınç, alt özefagus sfinkter gevşeme sıklığı ve bunlara bağlı artmış özefageal asit miktarının

artması gibi faktörlerle GÖR'e neden olmaktadır (Nilsson ve ark., 2002). Yapılan çok sayıda çalışmada fazla kilo ve obezitenin GÖRH semptomları, eroziv özefajit ve özefageal kanser riskinde artışa sebep olduğu ve kilo arttıkça riskin daha da arttığı saptanmıştır (El-Serag ve ark., 2005; Hampel ve ark., 2005). Özefageal bozuklukların oluşmasında abdominal ve intraabdominal yağlanmanın, BKİ değerinden daha güçlü bir ilişkiye sahip olduğu belirtilmiştir (Lagergren, 2011). Gastroözefageal reflü hastalığında enerji yoğunluğunun yemekten sonra özefageal asit maruziyetinin ciddiyetini belirlediği saptanmıştır (Fox ve ark., 2007). Kilo kayıplarından sonra GÖR semptomlarında belirgin bir azalma tespit edilen bir çalışma sonucunda GÖR hastalarının aldıkları enerjiyi azaltarak ideal kilolarına ulaşmaları önerilmiştir (Fraser-Moodie ve ark., 1999).

2.8.2. Karbonhidrat

Karbonhidrat alımının GÖRH semptomları ile ilişkisinin incelendiği bir çalışmada GÖRH olan obez bireyler için çok düşük düzeyde karbonhidrat içeren diyet verilmiştir. Bu çalışma sonucunda düşük karbonhidratlı diyet (20 g/gün) verilen bireylerde özefagusun asite maruz kalma toplam süresinin kısaldığı ve GÖRH semptomlarının azaldığı tespit edilmiştir (Austin ve ark., 2006). Yapılan başka bir çalışmada ise glisemik indeksi yüksek gıdaların tüketiminin arttıkça özafagus kanseri riskinin de arttığı belirtilmiştir (Mulholland ve ark., 2009).

2.8.3. Protein

Alt özefageal sfinkter basıncının azalmasını önlemek için diyetin protein içeriğinin artırılması önerilmektedir (Baysal ve ark., 2008). Protein alımı ve GÖR arasındaki ilişkiyi inceleyen çok az sayıda çalışma bulunmasına rağmen mevcut çalışmalar, proteinin AÖS basıncını arttırdığı görüşünü desteklemektedir (Benamouzing ve Airinei, 2007).

2.8.4. Yağ

Diyetin yağ içeriği GÖR semptomlarının sıklığı üzerine önemli etkilere sahip olduğu bu nedenle GÖR hastalarında yağ ve yağlı besinlerin tüketiminin azaltılması gerekliliği belirtilmektedir (Fox ve ark., 2007; Baysal ve ark., 2008). Diyetle yağ alımının azalmasıyla özefageal asit maruziyetinin de azaldığını gösteren sayısız çalışma bulunmaktadır (DeVault ve ark., 2005). Yapılan bir çalışmada ise GÖR hastalarında özefageal asit maruziyetinin azaltılması için yiyeceklerin yağ içeriklerinden ziyade enerji yüklerinin azaltılmasına odaklanılması gerektiği görüşü savunulmuştur (Colombo ve

ark., 2002).

2.8.5. Posa

Diyette posa alımının , Barrett özefagusu ve özefageal kanser riski ile ters orantılı olduğu belirtilmiştir (Mulholland ve ark., 2009). Yapılan bir meta analizde tüm çalışmalar diyet posasının koruyuculuğu konusunda tutarlı olup diyet posası alımı arttıkça gastrik kanser riskinin azaldığı saptanmıştır (Zhizhong ve ark., 2013). Diyet posası, özefagus epitelinden özefagusta zarar gören hüceler ve/veya kanser yapan maddelerin uzaklaşmasını sağlayarak özefageal kanser riskini azaltmaktadır (Slavin, 2000). Bir GÖRH komplikasyonu olan özefageal kanserin prevalansı ile posa alımı arasındaki ters orantıyı destekleyen çok sayıda çalışma mevcuttur (Mayne ve ark., 2001; Wu ve ark., 2007).

2.8.6. Reflüjenik Gıdalar

Bazı gıdaların GÖRH semptomlarını uyardığı veya kötüleştirdiği konusunda yaygın bir görüş mevcuttur. Bu görüş, GÖRH semptomlarının en sık olarak postprandiyal dönemde bildirilmesinden dolayı semptomların uyarılmasında diyet bileşenlerinin rolü ile ilişkilendirilmiştir. Bu nedenle kliniğe başvuran hastalara bu gıdalardan kaçınmaları tavsiye edilmektedir. Bu gıdalar "reflüjenik gıdalar" olarak adlandırılmakta olup literatürde bu gıdalar ile ilgili farklı ve çelişkili sonuçlar bulunmaktadır (Festi ve ark., 2009).

Yapılan bir çalışmada reflü semptomlarının baharatlı gıdalar, yağlı yemekler, tatlılar, karbonatlı ve kafeinli içecekler ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu çalışmanın, reflüjenik gıdaların tüketilmesi ile özefageal asit maruziyetinde artış gösteren diğer fizyolojik çalışmalar ile tutarlılık gösterdiği belirtilmiştir (Song ve ark., 2011).

Gastroözefageal reflü semptomları standart ders kitaplarında kahve, portakal suyu, domates suyu ve alkol gibi çeşitli içeceklerle ilişkilendirilmiş olup GÖR hastalarına bu içeceklerin tüketilmemesi önerilmektedir. Bununla birlikte, bu içeceklerin GÖR semptomlarını ortaya çıkarma veya azaltma mekanizmaları net bir şekilde açıklanamamakta ve yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar ortaya çıkmaktadır (Brazer ve ark., 1994). Kahve içenler ve kahve içmeyenler arasında yapılan kesitsel bir çalışmada kahve içenlerde GÖR riskini arttıran belirtiler saptanmıştır. Ancak daha önceki kesitsel epidemiyolojik çalışmalarda kahve tüketiminin GÖRH için bir risk faktörü olduğuna dair bir bulguya rastlanamamıştır (Nilsson ve ark., 2004). Nüfusa dayalı yapılan başka bir

çalışmada reflü semptomları alkol tüketimi ile ilişkili bulunurken, kahve tüketimi ile ilişkisi saptanmamıştır (Locke ve ark., 1999). Gastroözefageal reflü hastalarında kahve tüketiminden sonra reflü semptomlarının arttığını belirten bir çalışmada hastalara kafeinsiz kahve tüketmeleri önerilmiştir (Pehl ve ark., 1997).

Çikolata kaynaklı reflü semptomlarının araştırıldığı geçmiş yıllara ait bir çalışmada GÖR hastalarında çikolata yedikten sonraki ilk saatte AÖS basıncının düştüğü ve özefageal asit maruziyetinde belirgin bir artış olduğu saptanmıştır. Bu nedenle GÖR hastalarının çikolata tüketiminden kaçınmaları gerektiği belirtilmiştir (Murphy ve Castell, 1988). Doğal nane yapraklarından elde edilen nane yağının ana bileşeni mentoldür. Naneyağı ile yapılan bir çalışmada nanenin AÖS gevşemesine neden olarak reflü oluşumuna yardımcı olduğu belirtilmiştir (Grigoleit ve Grigoleit, 2005). Gastroözefageal reflü hastası bireyler ve sağlıklı bireyler arasında yapılan bir çalışmada çoğu yemeğin ortak bir bileşeni olan soğanın, reflü semptomları üzerine olan etkisi incelenmiştir. Soğan tüketiminden 2 saat sonra pH metre ile yapılan ölçümlerde, pH'ın 4'ten az olduğu zamanın yüzdesi ve pirozis atakları karşılaştırılmıştır. Sağlıklı bireylerde değişkenlerden hiç biri artmazken reflüsü olan bireylerde önemli bir artış saptanmıştır. Bu nedenle soğanın reflü hastalarında güçlü bir reflüjenik ajan olabileceği belirtilmiştir (Allen ve ark., 1990). Sofra tuzu da GÖR için bir risk faktörü olarak değerlendirilmekte olup yapılan bir çalışmada yemeklerin üzerine tuz ilave edenlerde etmeyenlere göre riskin %70 oranında arttığı saptanmıştır (Nilsson ve ark., 2004).

2.8.7. Beslenme Alışkanlıkları

Gastroözefageal reflü hastalarının yemek yedikten hemen sonra yatar pozisyona geçmelerinin reflüyü arttıracığı belirtilmiş olup hastalara yemeklerden sonra en az 3 saat süre ile yatmamaları önerilmektedir. Yemek yedikten hemen sonra yapılan egzersizin de özofagusun daha uzun süre asite maruz kalmasına neden olduğu belirtilmiştir. Yapılan egzersizin türü de reflüyü etkilemekte olup sağlıklı bireyler arasında yapılan bir çalışmada koşu gibi tüm vücudu aktive eden sporların, bisiklete binme gibi daha hafif sporlara kıyasla reflüyü daha fazla arttırdığı tespit edilmiştir. Bu nedenle özellikle reflü hastalarına ağır egzersizlerden kaçınmaları ve egzersiz öncesi yemek yememeleri önerilmektedir (Duman ve Kalaycı, 2002).

Akşam yemeğini geç saatlerde yiyen özefajit veya hiatal herni hastalarında erken saatlerde yiyenlere kıyasla asit reflüsünün belirgin şekilde daha yüksek olduğu

belirtilmiştir. Bu bulgular, GÖRH hastalarına yapılan akşam yemeğini erken yeme önerilerini desteklemektedir (Piesman ve ark., 2007).

2.9. Gasroözefageal Reflü Hastalığı ve Psikolojik Faktörler İlişkisi

1977 yılında George Engel'in tıbbi hastalığı açıklamakta kullandığı "biyopsikososyal model" yaklaşımı tıbbi hastalıklara yeni bir bakış açısı getirmiştir. İnsanın sadece biyolojik değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal bir varlık olduğunu belirtmiş ve tedavisinde bu üç alanın birlikte ele alınması gerektiğini vurgulamıştır (Novack ve ark., 2007). Bu model gastrointestinal sistem (GİS) hastalıklarının tanı ve tedavisi için yeni bir yaklaşım getiren Roma Kriterleri'nin oluşturulmasında rol oynadığı için GİS hastalıkları için ayrı bir öneme sahiptir (Eraslan ve ark., 2005).

Gastroözofageal reflü hastalığı en yaygın GİS hastalıklarından biridir ve prevalansı giderek artmaktadır. Yapılan çalışmalar, GÖRH'ün psikolojik ve psikososyal faktörlerle ilişkili olduğunu ve son 20 yılda bu konuda yapılan çalışmaların hız kazandığını belirtmektedir. (Eraslan ve ark., 2005; Oh ve ark., 2009).

2.9.1. Gasroözefageal Reflü Hastalığı ve Anksiyete

Anksiyete (yaygın bunaltı bozukluğu) nedeni belli olmayan bir sıkıntı, korkuya benzeyen bir duygudur. Kişi bu duyguyu her an başına kötü bir şey gelecekmiş ya da kötü bir haber alacakmış endişesi olarak algılar ve tanımlar. Tanımın daha anlaşılır olabilmesi için şiddetli korkulu bir rüya gören kişinin uykudan uyanma anındaki durumu örnek olarak verilebilir. Uykudan uyanma ve bunun bir rüya olduğunu kavrama süresi arasında kısa bir süre yoğun korku ile kalbin göğüs kafesinden fırlarcasına çarptığı hissinin, kişinin uyanırken nedeni kişi tarafından açıklanamayan bir şekilde hissedilmesi durumudur. Anksiyete belli bir saplantılı düşünceye, yere ya da nesneye odaklanmadan çok hafif tedirginlik duygusundan panik derecesine kadar çeşitli derecelerde algılanan, uzun süren yaygın ruhsal ve fizyolojik belirtiler ile yaşanan bir bozukluktur (Öztürk, 2004).

Anksiyete yetişkin nüfusta yaygın olarak görülen psikolojik bozukluklardan biridir. Son yıllarda anksiyetenin kronik hastalıklarla arasındaki etkileşimi araştıran çalışmalara giderek daha fazla odaklanılmaktadır. Bu çalışmalarda anksiyetenin kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet gibi bir çok kronik hastalıklarla birlikte görülme riskinin arttığı saptanmış olup sık görülen bir GİS hastalığı olan GÖRH semptomlarının prevalansını arttırdığı ifade edilmiştir. Gastroözofageal reflü hastaları ve sağlıklı kişiler arasında yapılan bir çalışmada kişide anksiyete varlığının reflü riskini 3.2 kat arttırdığı

belirtilmiştir (Jansson ve ark., 2007). Yaygın GİS bozuklukları olan GÖRH, dispepsi ve irratabl bağırsak sendromu ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkinin incelendiği başka bir çalışmada, anksiyetenin 3 GİS bozukluğu için risk faktörü olduğu belirtilirken depresyon ile ilişkisi olmadığı saptanmıştır (Lee ve ark., 2009).

2.9.2. Gasroözefageal Reflü Hastalığı ve Öfke

Öfke; kişinin beklentilerinin tam olarak karşılanmadığı, hayal kırıklığına uğradığı ve istenmeyen sonuçlarla karşılaştığı zamanlarda verdiği son derece doğal, insani ve duygusal bir tepkidir. Kişi tarafından sağlıklı bir şekilde ifade edilen ve sınırlandırılabilen öfke duygusunun günlük hayatta etkin bir rolü olduğu belirtilmektedir. Kişiyi uyarıcı, koruyucu veya harekete geçirici işlevleri olan öfkenin zarar verici ve saldırgan tepkiler şeklinde ortaya çıkmaması için kişi tarafından kontrol edilmesi gerekmektedir. Aile içi şiddet olayları, çocuk istismarları, terör olayları, sokak kavgaları ve trafikte sıklıkla yaşanan olumsuzluklar kontrolsüz öfkenin günlük hayata yansıyan örnekleridir (Soykan, 2003). Kontrol edilemeyen, inkar ve bastırma yolu ile yok sayılan öfke duygusunun kişiler arası ilişkilerde sorunların oluşmasında, ruhsal ve fiziksel sorunların ortaya çıkmasında önemli bir etken olduğunu belirtilmektedir. Yapılan bir çok çalışma da bu görüşü desteklemekte olup özellikle kişide kronik kalp damar hastalıkları, baş ağrısı, yüksek tansiyon ve mide hastalıkları gibi ciddi sağlık sorunlarının oluşmasına sebep olduğu saptanmıştır (Soykan, 2003; Kaya ve Solmaz 2009). Öfke; bireylerde öfke içe vurumu, öfke dışı vurumu ve öfke kontrolü gibi değişik biçimlerde ortaya çıkmaktadır (Starner ve Peters, 2004; Bostancı ve ark., 2006). Öfke duygusunun sözel olarak veya davranışa dökülerek dışı aktarımı, öfkenin dışı vurumudur ve stresle başa çıkmada uyumsuz bir tepkidir. Kişilerin öfke yaratan düşünce ve duyguları gizleyerek bastırma eğilimi, öfkenin içe vurumu ve başkalarıyla ilişkilerinde öfkesini ne ölçüde kontrol ettiği veya ne ölçüde sakinleşme eğiliminde olduğu ise öfke kontrolüdür (Starner ve Peters, 2004).

3. MATERİYAL VE METOT

3.1. MATERİYAL

3.1.1. Araştırmanın Örnekleme, Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu çalışma, T.C. Sağlık Bakanlığı Samsun İl Sağlık Müdürlüğü, Samsun İl Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden alınan izinler doğrultusunda gerçekleştirilmiştir. Samsun İl Sağlık Müdürlüğü, Samsun İl Halk Sağlığı Müdürlüğü, Atakum Toplum Sağlığı Merkezi, İlkadım Toplum Sağlığı Merkezi, Tekkeköy Toplum Sağlığı Merkezi, Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde görev yapan, gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden 172 kadın ve 79 erkek olmak üzere toplam 251 sağlık çalışanı ile yapılan çalışma Haziran 2014- Haziran 2015 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.1.2. Etik Kurul Onayı

Çalışma, 15.01.2015 tarih ve B.30.2.ODM.0.20.08/1445 sayılı etik kurul onayı ile yapılmıştır (Ek-1).

3.1.3. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen sağlık çalışanlarının tanıtıcı özelliklerini kapsayan Anket Formu (Ek-2), Sürekli Öfke- Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ) (Ek-3) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) (Ek-4) olmak üzere 3 tip anket formu kullanılmıştır.

3.1.4. Anket Formu

Çalışmaya katılan bireylerin demografik özelliklerini, beslenme alışkanlıklarını, hastalık durumlarını saptamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan 37 sorudan oluşan bir anket formu uygulanmıştır. Anket formunda bireylerin demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek v.b.), antropometrik ölçümleri (boy uzunluğu, vücut ağırlığı, bel çevresi), beslenme alışkanlıklarına, GÖR hastalığına ilişkin sorulara yer verilmiştir. Anket araştırmacı tarafından ve yüz yüze görüşme yöntemi ile yapılmıştır.

3.2. METOT

3.2.1. Antropometrik Ölçümler

Araştırmacı tarafından gönüllü olan bireylerin boy uzunluğu, vücut ağırlığı ve bel çevresi ölçümleri yapılmıştır. Bireylerin vücut ağırlıkları, düzenli aralıklarla kalibre

edilen ± 0.1 kg'a duyarlı baskül ile ayakkabısız ve olabildiğince hafif giyisiler ile ölçülmüştür. Boy uzunluğu, ayaklar yan yana ve baş Frankfort düzlemde iken ve ayakkabısız ölçülmüştür. Beden kütle indeks değeri; "vücut ağırlığı (kg.) / boy uzunluğunun karesi (m^2)" formülü ile hesaplanmıştır. Hastaların bel çevresi ölçüsü, birey dik pozisyonda ve frankfort düzlemindeyken en alt kaburga kemiği ile iliak kemiği çıkıntısı ortasından yere paralel şekilde esnemez mezura ile ölçülmüştür.

3.2.2. Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği

Spielberg ve ark. tarafından 1983 yılında geliştirilen Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ) 1994 yılında Özer tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, "Sürekli Öfke" ve "Öfke Tarzı" olmak üzere 2 alt başlıktan oluşmaktadır. Sürekli Öfke alt ölçeği 10 madde içermektedir. Öfke Tarzı alt ölçeği ise "İçe Yönelik Öfke", "Dışa Yönelik Öfke" ve "Öfke Kontrolü" olmak üzere 3 bölümü içermekte ve her bir bölüm 8 maddeden oluşmaktadır. Toplamda 34 maddeden oluşan ölçek 4 dereceli likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Bireyler ölçekteki maddelerin onları ne kadar tanımladığı sorusuna karşılık hiç (1 puan), biraz (2 puan), oldukça (3 puan) ve tümüyle (4 puan) seçeneklerinden birisini işaretlemesi istenir. İlk 10 maddenin toplanmasıyla elde edilen "Sürekli Öfke" ölçeğinden alınan puanın yüksek olması öfke düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. "İçe Yönelik Öfke" ölçeğinden (13.15.16.20.23.26.27. maddelerin toplamı) alınan yüksek puan, öfkenin bastırılmış olduğunu; "Dışa Yönelik Öfke" ölçeğinden (12.17.19.22.24.29.32.33. maddelerin toplamı) alınan yüksek puan ise öfkenin kolayca ifade ediliyor olduğunu göstermektedir. "Öfke Kontrolü" ölçeğinden (11.14.18.21.28.30.34. maddelerin toplamı) alınan yüksek puan, öfkenin kontrol edilebildiğini göstermektedir (Özer, 1994).

3.2.3. Beck Anksiyete Ölçeği

Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılan Beck ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilen kendini değerlendirme ölçeğidir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği 1998 yılında yapılmıştır (Uğuz ve ark., 2004).

3.2.4. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Veriler Windows ortamında SPSS 20.0 istatistiksel paket programı kullanılarak kaydedilmiştir. Nitel ve nicel değişkenler için uygun betimsel değerler verilmiştir. Nicel

değişkenler ortalama±standart sapma (S), nitel değişkenler ise yüzde (%) olarak ifade edilmiştir. Gruplararası alınan puanlar arası ilişkiler Pearson'a göre değerlendirilmiştir. Gruplararası alınan ikili ortalama puan karşılaştırmalarında (nicel) t-testi uygulanmıştır. Çoklu ortalama karşılaştırmalarda tek faktör varyans analizi (ANOVA) yöntemi, F-testi ve önemli bulunan grupların ikili karşılaştırmaları ise bağımsız gruplar t- testi ile karşılaştırılmıştır. Nitel çapraz tablo verilerinde ise Pearson Ki-Kare (çapraz tablolar) testi uygulanmıştır. İstatistiksel olarak $p < 0.05$ düzeyinde anlamlı kabul edilmiştir.

3.2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, sadece Samsun ili merkez ilçe sağlık çalışanı personel ile sınırlıdır. Veriler, sadece burada çalışan personelle genellenebilir.

4. BULGULAR

4.1. Bireylerin Genel Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan 251 sağlık çalışanının demografik özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 1’de ve antropometrik ölçümlerine ait bilgiler Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 1. Bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek gruplarına göre dağılımları

		n	%
Cinsiyet	Kadın	172	68.5
	Erkek	79	31.5
Medeni Durum	Evli	208	82.9
	Bekar	43	17.1
Eğitim Durumu	İlkokul	6	2.4
	Ortaokul	6	2.4
	Lise	51	20.3
	Üniversite	159	63.3
	Yüksek Lisans	19	7.6
	Doktora	10	4.0
	Doktor	10	4.0
Meslek	Hemşire/Ebe	102	40.6
	Diyetisyen	3	1.2
	Psikolog	5	2.0
	Sosyal Çalışmacı	6	2.4
	Tıbbi Sekreter	14	5.6
	Sağlık Memuru	30	12.0
	Hizmetli Personel	20	8.0
	Diğer Yardımcı Sağlık Personeli ve Teknik Hizmet Personeli	61	24.3

Çalışmaya katılan bireyler, 20-58 yaş aralığında olup ortalama yaşları 39.2 ± 8.0 yaş olarak saptanmıştır. Bireylerin %68.5’i kadın ve %31.5’i erkektir. Çalışmada %82.9’u evli olan bireylerin eğitim durumları incelendiğinde, %63.3’ünün üniversite mezunu, %20.3’ünün ise lise mezunu olduğu saptanmıştır. Çalışmaya ez az ilkokul

mezunlarının (%2.4) ve ortaokul mezunlarının (%2.4) katıldığı bulunmuştur. Meslek dağılımları incelendiğinde çoğunluğu (%40.6) hemşire/ebe grubunun oluşturduğu bunu diğer yardımcı sağlık hizmet personeli ve teknik hizmet personeli (tıbbi teknolog, çevre sağlık teknisyeni, sosyolg, biyolog, laborant, istatistikçi ve teknik hizmet personeli) grubunun (%24.3) izlediği saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 2. Bireylerin antropometrik ve bel çevresi ölçüm dağılımı

n=251	X±Sd	Min-Max
BKİ	25.86±4.14	17.53-38.97
Bel Çevresi Ölçümü	88.48±13.65	60.0-123.0

Çalışmaya katılan bireylerin boy, vücut ağırlığı ve bel çevresi ölçümleri yapılmıştır. Çalışmada en düşük BKİ değeri 17.53 kg/m² en yüksek BKİ değeri 38.97 kg/m² olarak belirtilmiş olup bireylerin ortalama BKİ değeri 25,8 kg/m² bulunmuştur. Bireylerin bel çevre ölçümleri yapılmış olup en düşük 60 cm ve en yüksek 123 cm bulunmuştur. Ortalama bel çevresi değeri 88.48 cm olarak bulunmuştur (Tablo 2).

4.2. Bireylerin Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan bireylerin sigara, alkol, çay ve kahve alışkanlıkları sorgulanmış ve Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3. Bireylerin sigara ve alkol kullanım dağılımları

		n	%
Sigara Kullanma Durumu	Kullanıyor	70	28.0
	Kullanmıyor	160	64.0
	Bırakmış	20	8.0
Sigara Kullanma Süresi (Yıl)	< 1	1	1.4
	1-2	3	4.3
	3-4	1	1.4
	5 ≥	65	92.9
Bir Günde Kullanılan Ortalama Sigara Sayısı	< 10	17	24.3
	10-20	38	54.3
	20-<40	5	7.1
	40 ≥	1	1.4
	Bazen kullananlar	9	12.9
Alkol Kullanma Durumu	Kullanıyor	25	10.0
	Kullanmıyor	216	86
	Bırakmış	10	4.0
Alkol Kullanma Sıklığı	Her gün	2	8
	1-2 gün/hafta	4	16
	2/ay	3	12
	Daha seyrek	17	64

Bireylerin %60.0'ı sigara kullanmadığını, %28.0'ı kullandığını ve %8.0'ı geçmişte kullanıp daha sonra bıraktığını belirtmiştir. Sigara içen bireylerin ne kadarsüredir içtikleri sorgulanmış ve çoğunluğun (%92.9) 5 yıl ve daha fazla süredir sigara içtiği tespit edilmiştir. Çalışmada sigara içen bireylerin günlük içtikleri sigara miktarı da değerlendirilmiştir. Sigara içenlerin %54.3'ü günde 10-20 adet içtiklerini, %24.3'ü ise günde 10 adetten az içtiklerini belirtirken %12.9'u ara sıra içtiklerini belirtmiştir. Bireylerin sadece %10.0'ı alkol kullanmaktadır. Alkol kullananların çoğunluğu (%64) 15 günde 1'den daha seyrek tükettiğini belirtmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Bireylerin kahve ve çay tüketim dağılımları

		n	%
Kahve Tüketme Durumu	İçiyor	126	50.2
	İçmiyor	37	14.7
	Bazen	88	35.1
Bir Günde Tüketilen Ortalama Kahve Miktarı (Fincan)	1	110	87.3
	2	14	11.1
	3	1	0.8
	4≥	1	0.8
Çay Tüketme Durumu	İçiyor	237	94.4
	İçmiyor	2	0.8
	Bazen	12	4.8
Günlük Çay Tüketimi (Çay bardağı)	1	5	2.1
	2	23	9.7
	3	46	19.4
	4≥	163	68.8

Çay ve kahve tüketimi değerlendirilen bireylerin %94.4'ü çay içtiğini, %50.2'si ise kahve içtiğini belirtmiştir. Günlük tüketim miktarlarının da incelendiği çalışmada çay içenlerin %68.8'i günde 4 çay bardağı veya daha fazla çay içerken, kahve içenlerin çoğunluğunun (%87.3) günde 1 fincan içtikleri saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 5. Bireylerin yemeklerinde yağ ve baharat kullanım dağılımları

		N	%
Zeytinyağ/ Fındıkyag	Kullanıyor	146	58.2
	Kullanmıyor	105	41.8
Mısırözü Yağı/ Ayçicek Yağı	Kullanıyor	200	79.7
	Kullanmıyor	51	20.3
Tereyağ/ Margarin	Kullanıyor	184	73.3
	Kullanmıyor	67	26.7
Baharat Tüketimi	Kullanıyor	231	92
	Kullanmıyor	20	8

Çalışmaya katılan bireylerin yemeklerinde tercih ettikleri yağlar sorgulanmış ve yağ asit türlerine göre gruplandırılmıştır. Bireylerin %58.2'si yemeklerinde zeytinyağ ve fındıkyag (tekli doymamış yağlar) kullanırken %41.8'i bu yağları hiç kullanmadığını belirtmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin yemeklerinde çoğunlukla (%79.7) mısırözü yağı ve ayçicek yağı (çoklu doymamış yağlar) tercih ettikleri saptanmış olup tereyağ ve margarin (doymuş yağ) tüketiminin de oldukça yüksek (%73.3) olduğu saptanmıştır. Bireylerin çoğunlukla (%92.0) yemeklerinde baharat kullanmayı tercih ettikleri saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 6. Bireylerin gün içinde öğün atlama, atladıkları öğün, gece yemek yeme ve tercih ettikleri yiyecek ve içecek türleri dağılımları

		N	%
Öğün Atlama Durumu	Atlıyor	125	49.8
	Atlamıyor	126	50.2
Atlanılan Öğün	Kahvaltı	30	24.0
	Öğle yemeği	39	31.2
	Akşam yemeği	6	4.8
	Ara öğünler	50	40.0
Gece Yiyecek İçecek Tüketimi	Tüketiyor	223	88.8
	Tüketmiyor	28	11.2
Sağlıksız Atıştırma Tüketimi	Tüketiyor	86	38.6
	Tüketmiyor	137	61.4
Sağlıklı Atıştırma Tüketimi	Tüketiyor	193	86.5
	Tüketmiyor	30	13.5
Gazlı, Şekerli vb. İçecek Tüketimi	Tüketiyor	173	77.6
	Tüketmiyor	50	22.4

Çalışmada bireylerin %49.8'i gün içinde öğün atladığını ve en çok atlanılan öğünün ara öğünler (%40.0) olduğunu belirtmiştir. Ana öğünler arasında en fazla öğle öğününün (%31.2) atlandığı, bunu kahvaltı öğününün (%24.0) takip ettiği ve en az akşam öğününün (%4.8) atlandığı saptanmıştır (Tablo 6).

Bireylerin gece yatmadan önce yemek yeme ve seçtikleri yiyecek içecek türleri de sorgulanmıştır. Bireylerin %88.8'i akşam yemeğinden sonra gece yatıncaya kadar olan sürede yiyecek ve içecek tükettiklerini belirtmişlerdir. Tüketilen yiyecek ve içecekler; sağlıklı yiyecekler (süt/yoğurt, taze sebze/meyve, kuruyemişler), sağlıksız yiyecekler (şeker, çikolata, kek, poğaç, bisküvi, cips vb) ve şekerli, gazlı vb. içecekler (hazır meyve suları, gazlı içecekler vb) olarak sınıflandırılıp tüketim durumları değerlendirilmiştir. Bireylerin %86.5'i gece sağlıklı yiyecekleri tükettiklerini belirtmiştir. Sağlıksız yiyecek tercih etmediklerini belirten bireylerin oranı %38.6'dır. Şekerli, gazlı vb. içeceklerin de çoğunlukla (%77.6) tercih edildiği saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 7. Bireylerin yemek yeme hızlarına göre dağılımı

Yemeklerin Tüketim Hızlarına Göre Dağılımı	N	%
Hızlı	72	28.7
Yavaş	34	13.5
Normal	145	57.8

Bireylerin yemekleri tüketim hızları sorgulanmış ve çoğunluğu (%57.8) yemeklerini normal hızda yediğini belirtmiştir. Bireylerin %28.7'si yemekleri hızlı tüketmekte olduğunu ve %13.5'u yavaş tükettiğini belirtmiştir (Tablo 7).

4.3. Bireylerin Besin Tüketim Sıklıklarına İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan sağlıklı ve GÖR hastası bireylere farklı gruplardan besinlerin tüketim sıklıkları sorgulanmış (her öğün, her gün, gün aşırı, haftada 1-2, 15 günde 1, daha seyrek ve hiç tüketmem) ve Tablo 4.3.1. ve Tablo 4.3.2.'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Sağlıklı bireylerin besinleri tüketim sıklıkları (n=198)

Besin		Her Öğün	Her Gün	Gün Aşırı	Haftada 1-2	15 Günde 1	Daha Seyrek	Hiç
Süt	Sayı	0.0	11	13	66	15	67	38
	%	0.0	0.0	6.2	31.4	7.1	31.9	18.1
Yoğurt	Sayı	14	70	53	60	6	7	0
	%	6.7	33.3	25.2	28.6	2.9	3.3	0.0
Kırmızı Et	Sayı	4	16	41	105	27	14	3
	%	1.9	7.6	19.5	50.0	12.9	6.7	1.4
Tavuk	Sayı	0	5	18	110	42	29	6
	%	0.0	2.4	8.6	52.4	20.0	13.8	2.9

Tablo 8. Sağlıklı bireylerin besinleri tüketim sıklıkları (devam) (n=198)

Besin		Her Öğün	Her Gün	Gün Aşırı	Haftada 1-2	15 Günde 1	Daha Seyrek	Oran
Balık	Sayı	0	0	7	51	59	87	6
	%	0.0	0.0	3.3	24.3	28.1	41.5	2.9
Bulgur	Sayı	0	1	7	71	69	55	7
	%	0.0	0.5	3.3	33.8	32.9	26.2	3.3
Kurubaklagiller	Sayı	2	3	12	109	63	20	1
	%	1.0	1.4	5.7	51.9	30.0	9.5	0.5
Beyaz Ekmek	Sayı	72	84	13	13	0	12	16
	%	34.3	40.0	6.2	6.2	0.0	5.7	7.6
Kepek Ekmeği	Sayı	17	36	13	28	12	64	40
	%	8.1	17.1	6.2	13.3	5.7	30.5	19.0
Sebze Yemekleri	Sayı	11	97	57	41	3	0	1
	%	5.2	46.2	27.1	19.5	1.4	0.0	0.5
Salata	Sayı	17	115	47	24	5	2	1
	%	8.1	54.8	22.4	11.4	2.4	1.0	0.5
Yumuruncular	Sayı	5	41	46	76	15	25	2
	%	2.4	19.5	21.9	36.2	7.1	11.9	1.0
Diğer Meyveler	Sayı	12	88	48	47	5	9	1
	%	5.7	41.9	22.9	22.4	2.4	4.3	0.5
Şeker, Bal, Pekmez	Sayı	9	76	25	43	15	25	17
	%	4.3	36.2	11.9	20.5	7.1	11.9	8.1
Unlu Ürünler	Sayı	0	8	12	62	39	74	15
	%	0.0	3.8	5.7	29.5	18.6	35.2	7.1
Pirinç, Makarna	Sayı	1	16	39	95	28	27	4
	%	0.5	7.6	18.6	45.2	13.3	12.6	1.9
Sütlü İçecekler	Sayı	1	1	8	69	56	67	8
	%	0.5	0.5	3.8	32.9	26.7	31.9	3.8
Şerbetli Hamur Tatlısı	Sayı	0	0	4	26	47	110	23
	%	0.0	0.0	1.9	12.4	22.4	52.4	11.0

Tablo 8. Sağlıklı bireylerin besinleri tüketim sıklıkları (devam) (n=198)

Besin		Her Öğün	Her Gün	Gün Aşırı	Haftada 1-2	15 Günde 1	Daha Seyrek	Oran
Kızartma	Sayı	2	4	11	77	52	55	9
	%	1.0	1.9	5.2	36.7	24.8	26.2	4.3
Kola, Gazoz vb	Sayı	2	4	8	21	21	65	89
	%	1.0	1.9	3.8	10.0	10.0	31.0	42.4
Alkollü İçecekler	Sayı	2	4	1	3	5	15	186
	%	1.0	1.9	0.5	1.4	2.4	7.1	88.6
Hazır Meyve Suları	Sayı	2	2	3	19	15	70	101
	%	1.0	1.0	1.4	9.0	7.1	33.3	48.1

Süt ve süt ürünleri grubunda yer alan besinlerden süt ve yoğurt tüketim sıklığı değerlendirilmiştir. Sütün çoğunlukla (% 31.9) 15 günde 1'den daha seyrek tüketimi tercih edilirken yoğurdun çoğunlukla (%33.3) her gün tüketimi tercih edilmiştir. Bireyler çoğunlukla kırmızı eti (%50) ve tavuğu (%52.4) haftada 1-2 kez, balığı çoğunlukla (%41.5) 15 günde 1'den daha seyrek tükettiklerini belirtmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin ekmek ve tahıl grubu besinlerin tüketim sıklıkları incelenmiştir. Bireylerin çoğunluğunun (%40) her gün beyaz ekmek tükettiği belirtilmiş olup her gün kepek ekmeği tüketenlerin oranı %17.1'dir. Kepek ekmeği tüketiminin çoğunlukla (%30.5) 15 günde 1'den daha seyrek olduğu bulunmuştur. Bireyler genellikle tahıl grubundan haftada 1-2 kez makarna-pirinç (%45.2) ve bulgur (%33.8) tüketmektedir. Kurubaklagiller daha çok haftada 1-2 kez (%51.9) ve 15 günde 1 kez (%30) tercih edilmiştir. Bireylerin sebze ve meyve tüketim sıklıkları incelendiğinde, çoğunlukla her gün salata (%54.8) ve sebze yemeği (%46.2) tüketildiği saptanmıştır. Her gün meyve (%41.9) tüketenlerin oranı haftada 1-2 kez (%22.9) ve 15 günde 1 (%22.4) tüketenlerden fazla olup turunçgillerin tüketiminin çoğunlukla haftada 1-2 kez (%36.2) olduğu saptanmıştır. Çalışmada bireylerin şekerli, tuzlu ve yağlı yiyecek tüketim sıklıkları değerlendirilmiştir. Bireylerin çoğunluğunun (%36.2) her gün bal, reçel veya pekmezden birini tükettiği saptanmıştır. Sütlü tatlılar çoğunlukla (%32.9) haftada 1-2 kez tercih edilirken şerbetli hamur tatlıların çoğunlukla (%52.4) 15 günde 1'den daha seyrek tercih edildiği saptanmıştır. Bireylerin

%35.2'si 15 günde 1'den daha seyrek turşu tüketmekte olup bireylerin %29.5'i haftada 1-2 kez tükettiğini belirtmiştir. Kızartılmış yiyecekler genellikle haftada 1-2 kez (%36.7), 15 günde 1 kez (%24.8) ve 15 günde 1'den daha seyrek (%26.2) tüketilmektedir. Asitli içecekler, hazır meyve suları ve alkollü içecek tüketimleri incelenen bireyler çoğunlukla (sırayla %42.0, %48.0, %88.6) hiç içmediklerini belirtmişlerdir. Asitli içecekleri ve hazır meyve sularını tüketenlerin çoğunlukla 15 günde 1'den daha seyrek (sırasıyla %31.0, %33.3) tükettiği bulunmuştur (Tablo 8).

Tablo 9. GÖRH Bireylerin besinleri tüketim sıklıkları (n=53)

Besin		Her	Her	Gün	Haftada 1-	15 Günde	Daha	Oran
		Öğün	Gün	Aşırı	2	1	Seyrek	
Süt	Sayı	1	1	3	13	5	10	8
	%	2.4	2.4	7.3	31.7	12.2	24.4	19.5
Yoğurt	Sayı	4	13	12	7	1	4	0
	%	9.8	31.7	29.3	17.1	2.4	9.8	0.0
Kırmızı Et	Sayı	0	3	8	18	8	3	1
	%	0.0	7.3	19.5	43.9	19.5	7.3	2.4
Tavuk	Sayı	0	3	7	15	6	9	1
	%	0	7.3	17.1	36.6	14.6	22.0	2.4
Balık	Sayı	0	0	2	9	10	19	1
	%	0.0	0.0	4.9	22.0	24.4	46.3	2.4
Bulgur	Sayı	0	0	2	13	13	13	0
	%	0.0	0.0	4.9	31.7	31.7	31.7	0
Kurubaklagil	Sayı	0	3	0	17	12	9	0
	%	0.0	7.3	0.0	41.5	29.3	22.0	0
Beyaz Ekmek	Sayı	17	10	5	3	1	1	4
	%	41.5	24.4	12.2	7.3	2.4	2.4	9.8
Kepek Ekmek	Sayı	3	8	1	4	4	16	5
	%	7.3	19.5	2.4	9.8	9.8	39.0	12.2

Tablo 9. GÖRH Bireylerin besinleri tüketim sıklıkları (devam) (n=53)

Besin		Her	Her	Gün	Haftada 1-	15 Günde	Daha	Oran
		Öğün	Gün	Aşırı	2	1	Seyrek	
Süt	Sayı	1	1	3	13	5	10	8
	%	2.4	2.4	7.3	31.7	12.2	24.4	19.5
Yoğurt	Sayı	4	13	12	7	1	4	0
	%	9.8	31.7	29.3	17.1	2.4	9.8	0.0
Kırmızı Et	Sayı	0	3	8	18	8	3	1
	%	0.0	7.3	19.5	43.9	19.5	7.3	2.4
Tavuk	Sayı	0	3	7	15	6	9	1
	%	0	7.3	17.1	36.6	14.6	22.0	2.4
Balık	Sayı	0	0	2	9	10	19	1
	%	0.0	0.0	4.9	22.0	24.4	46.3	2.4
Bulgur	Sayı	0	0	2	13	13	13	0
	%	0.0	0.0	4.9	31.7	31.7	31.7	0
Kurubaklagil	Sayı	0	3	0	17	12	9	0
	%	0.0	7.3	0.0	41.5	29.3	22.0	0
Beyaz Ekmek	Sayı	17	10	5	3	1	1	4
	%	41.5	24.4	12.2	7.3	2.4	2.4	9.8
Kepek Ekmek	Sayı	3	8	1	4	4	16	5
	%	7.3	19.5	2.4	9.8	9.8	39.0	12.2
Sebze Yemekleri	Sayı	4	17	9	9	1	1	0
	%	9.8	41.5	22.0	22.0	2.4	2.4	0.0
Salata	Sayı	8	19	9	4	1	0	0
	%	19.5	46.3	22.0	9.8	2.4	0.0	0.0
Turunçgiller	Sayı	0	3	15	13	5	5	0
	%	0.0	7.3	36.6	31.7	12.2	12.2	0.0
Diğer Meyveler	Sayı	2	16	11	9	2	1	0
	%	4.9	39.0	26.8	22.0	4.9	2.4	0.0
Şeker, Bal, Pekmez	Sayı	4	10	6	5	3	9	4
	%	9.8	24.4	14.6	12.2	7.3	22.0	9.8

Tablo 9. GÖRH Bireylerin besinleri tüketim sıklıkları (devam) (n=53)

Besin		Her Öğün	Her Gün	Gün Aşırı	Haftada 1-2	15 Günde 1	Daha Seyrek	Oran
Turşu	Sayı	0	2	1	12	5	13	8
	%	0.0	4.9	2.4	29.3	12.2	31.7	19.5
Pirinç, Makarna	Sayı	1	3	8	16	8	5	0
	%	2.4	7.3	19.5	39.0	19.5	12.2	0.0
Sütlü Tat.	Sayı	1	0	3	11	14	11	1
	%	2.4	0.0	7.3	26.8	34.1	26.8	2.4
Şerbetli Hamur Tatlısı	Sayı	1	0	1	5	9	20	6
	%	2.4	0.0	2.4	12.2	22.0	48.8	14.6
Kızartma	Sayı	0	1	2	13	9	14	2
	%	0.0	2.4	4.9	31.7	22.0	34.1	4.9
Kola,Gazoz vb.	Sayı	0	1	0	0	5	10	25
	%	0.0	2.4	0.0	0.0	12.2	24.4	61.0
Alkollü İçecekler	Sayı	0	0	0	0	0	5	36
	%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	12.2	87.8
Hazır Meyve Suları	Sayı	0	0	2	0	2	14	23
	%	0.0	0.0	4.9	0.0	4.9	34.1	56.1

Süt ve süt ürünleri grubunda yer alan besinlerden süt ve yoğurt tüketim sıklığı değerlendirilmiştir. Bireylerin çoğunluğu (%31.7) her gün yoğurt tüketirken her gün süt tüketenlerin oranı %2.7'dir. Sütün çoğunlukla haftada 1-2 kez (%31.7) ve 15 günde 1'den daha seyrek tüketildiği belirtilmiştir. Bireyler çoğunlukla kırmızı eti (%43.9) ve tavuğu (%36.6) haftada 1-2 kez, balığı çoğunlukla (%46.3) 15 günde 1'den daha seyrek tükettikleri belirtilmiştir. Bireylerin çoğunluğunun (%41.5) her gün beyaz ekmeği tükettiği belirtilmiş olup her gün kepek ekmeği tüketenlerin oranı %7.3'tür. Kepek ekmeği tüketiminin çoğunlukla (%39.0) 15 günde 1'den daha seyrek olduğu bulunmuştur. Bireyler genellikle tahıl grubundan haftada 1-2 kez makarna-pirinç (%39.0) ve bulgur (%31.7) tüketmektedir. Kurubaklagiller daha çok haftada 1-2 kez (%41.5) ve 15 günde 1 kez (%29.3) tercih edilmiştir. Bireylerin sebze ve meyve tüketim sıklıkları

incelendiğinde, çoğunlukla her gün salata (%46.3) ve sebze yemeği (%41.5) tüketildiği saptanmıştır. Her gün meyve (%39) tüketenlerin oranı haftada 1-2 kez (%26.8) ve 15 günde 1 (%22) tüketenlerden fazla olup turunçgillerin tüketiminin çoğunlukla haftada 1-2 kez (%31.7) olduğu saptanmıştır. Çalışmada katılan bireylerin çoğunluğunun (%24.4) her gün bal, reçel veya pekmezden birini tükettiği saptanmıştır. Sütlü tatlılar çoğunlukla (%34.1) 15 günde 1 kez tercih edilirken şerbetli hamur tatlıların çoğunlukla (%48.8) 15 günde 1'den daha seyrek tercih edilmiştir. Bireylerin %31.7'si 15 günde 1'den daha seyrek turşu tüketmekte olup bireylerin %29.3'ü haftada 1-2 kez tükettiğini belirtmiştir. Kızartılmış yiyecekler, genellikle 15 günde 1'den daha seyrek (%34.1) ve haftada 1-2 kez (%31.7) tüketilmektedir. Asitli içecekler, hazır meyve suları ve alkollü içecek tüketimleri incelenen bireyler, çoğunlukla (sırayla %61.0, %56.0, %87.8) hiç içmediklerini belirtmişlerdir. Asitli içecekleri ve hazır meyve sularını tüketenlerin çoğunlukla 15 günde 1'den daha seyrek (sırasıyla %24.4 ve %34.1) tükettiği bulunmuştur (Tablo 9).

4.4. Bireylerin Hastalığa İlişkin Bulguları

Tablo 10. Bireylerin yaşam biçimi, kronik hastalık durumu ve düzenli ilaç kullanımı dağılımları

		n	%
Yaşam Biçimi Durumu	Stresli	81	32.3
	Stressiz	18	7.2
	Bazen	152	60.6
Kronik hastalık durumu	Var	60	23.9
	Yok	191	76.1
Düzenli İlaç Kullanım Durumu	Kullanıyor	65	25.9
	Kullanmıyor	186	74.1

Çalışmaya katılan bireyler yaşantılarının çoğunlukla (%60.6) bazen stresli olduğunu belirtirken yaşantılarının stresli olduğunu belirtenlerin oranı %32.3'tür. Bireylerin %7.2'si de stressiz bir yaşantıları olduğunu belirtmiştir (Tablo 10).

Bireylerin %76.1'inin herhangi bir kronik hastalığı bulunmadığı saptanmış ve %74.1'inin düzenli olarak kullandıkları bir ilaç olmadığını belirtmiştir (Tablo 10).

Tablo 11. Bireylerde görülen GÖRH semptomlarının görülme durumu ve sıklık dağılımı

		n	%
Son 1 Yıl İçinde Göğüs Arkasında Yanma ve Ağrı Görülme Dağılımı	Var	39	15.5
	Yok	212	84.5
Göğüs Arkasında Yanma ve Ağrı Şikâyeti Görülme Süresi Dağılımı	6 ay	10	25.6
	1 yıl	13	33.4
	2 yıl	3	7.7
	5 yıl	5	12.8
	10 yıl ve üzeri	8	20.5
Son 1 Yılda Göğüs Arkasında Yanma ve Ağrı Şikâyeti Görülme Sıklığı	Ayda 1'den az	16	41.0
	Ayda 1 kez	8	20.4
	Haftada 1 kez	7	18.0
	Haftada birkaç kez	7	18.0
	Her gün	1	2.6
Son 1 yıl İçinde Ağıza Acı ve Ekşi Su Gelme Dağılımı	Evet	101	40.2
	Hayır	150	59.8
Ağıza Acı ve Ekşi Su Gelme Süresi Dağılımı	6 ay	20	19.8
	1 yıl	22	21.8
	2 yıl	16	15.8
	5 yıl	28	27.7
Son 1 Yılda Ağıza Acı ve Ekşi Su Gelme Sıklığı	10 yıl ve üzeri	15	14.9
	Ayda 1'den az	47	46.5
	Ayda 1 kez	17	16.8
	Haftada 1 kez	11	10.9
	Haftada birkaç kez	22	21.8
	Her gün	4	4.0

Çalışmaya katılan bireylerin %15,5'i son bir yıl içinde göğüs arkasında yanma ve ağrı şikâyeti olmuş ve bu şikâyeti çoğunlukla son 1 yıl (%33.4) ve son 6 aydır (%25.6)

yaşadığı saptanmıştır. Şikâyetlerin görüldüğü bireyler bu şikâyetleri haftada 1 (%18.0) ve haftada birkaç kez (%18.0) yaşamaktadır. Bireylerin %40.2'sinde son bir yıl içinde ağızlarına acı ve ekşi su gelme şikâyeti görüldüğü saptanmıştır. Şikâyetin çoğunlukla (%27.7) son 5 yıldır yaşandığı saptanmıştır. Şikâyetlerin görüldüğü bireylerin %46.5'i şikâyeti ayda 1'den az yaşadıklarını belirtirken %21.8'i haftada 1-2 kez yaşadıklarını belirtmiştir (Tablo 11).

Tablo 12. Bireylerin GÖRH görülme dağılımı

		n	%
Tanımlı Reflü Hasta Dağılımı	Evet	41	16.3
	Hayır	210	83.7
Tanı Almamış Reflü Hasta Dağılımı	Evet	12	4.8
	Hayır	239	95.2
Toplam Reflü Hasta Dağılımı	Evet	53	21.1
	Hayır	198	78.9

Çalışmaya katılan bireylerin %21.1'inde GÖRH bulunmaktadır. Gastroözefageal reflü hastası bireylerin %16.3'üne hekim tarafından hastalığın tanısı koyulmuştur. Hekim tarafından tanı koyulmamış ancak hastalık semptomları ve semptomların görülme sıklığı değerlendirilmesi sonucu bireylerin %4.8'inin tanı almamış GÖR hastası olduğu saptanmıştır (Tablo 12).

Tablo 13. Gastroözefageal reflü hastalığı tanısı almış bireylerin beslenme tedavisi, tedaviyi nereden aldıkları, değişen yeme alışkanlıkları ve hastalığın önem durumuna yönelik dağılımları

		n	%
Beslenme Tedavisi Alma Durumu	Evet	24	58.5
	Hayır	17	41.5
Beslenme Tedavisinin Alındığı Yer Dağılımı	Diyetisyen	3	12.0
	Doktor	21	84.0
	TV, gazete, internet	1	4.0
Yeme Alışkanlığının Değişme Durumu	Evet	23	56.1
	Hayır	18	43.9
Hastalığın Önem Durumu	Evet	35	85.4
	Hayır	6	14.6

Çalışmada hekim tarafından GÖRH tanısı almış bireyler arasında beslenme tedavisi alıp almadıkları, tedaviyi nereden aldıkları, tedavinin alındığı kişi/yer, yeme alışkanlığının değişip değişmediği ve hastalığın önemli olup olmadığı sorgulanmıştır. Yapılan değerlendirme sonucunda GÖR hastalarının çoğunluğunun (%58.5) bir beslenme tedavisi uyguladığı saptanmıştır. Uygulanan beslenme tedavisinin %84.0'ı hekimlerden, %12.0'ı diyetisyenlerden ve %4.0'ı TV, gazete ve internetten alındığı saptanmıştır. Gastroözefageal reflü hastalarının çoğunluğu (%56.1) hastalık tanısı aldıktan sonra yeme alışkanlıklarını değiştirdiğini ve %85.4'ü GÖRH önemli bir hastalık olduğunu belirtmiştir (Tablo 13).

4.5. Bireylerin GÖRH ile Beslenme Alışkanlığı, Öfke Düzeyi ve Anksiyete Durumu İlişkili Bulguları

Tablo 14. Bireylerin GÖRH olma durumunun yaşlara, BKİ değerlerine ve bel çevresi ölçülerine göre dağılımı

		n	$\bar{T} \pm Sd$	t	p
Yaş	Reflü Olanlar	53	39.0±6.5	-0.054	0.957
	Reflü Olmayanlar	198	39.0±8.3		
BKİ	Reflü Olanlar	53	26.4±4,2	1.071	0.285
	Reflü Olmayanlar	198	25.7±4.1		
Bel Çevresi	Reflü Olanlar	44	89.46±13.3	0.535	0.593
	Reflü Olmayanlar	173	88.23±13.7		

p<0.05

Çalışmada bireylerin GÖRH olup olmama durumları yaşlarına göre değerlendirilmiş ve her iki grubun ortalama yaşı 39 bulunmuştur. Hastalığın yaşa göre farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0.05) (Tablo 14).

Çalışmada GÖR hastası olan bireylerin sağlıklı bireylerle BKİ değerleri ortalaması değerlendirilmiştir. Sağlıklı bireylerin BKİ ortalaması 25,7 kg/m², GÖR hastası olan bireylerin BKİ ortalaması 26,4 kg/m² bulunmuştur. Hastalığın BKİ değeriyle anlamlı bir ilişkisi saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 14).

Çalışmada GÖR hastası olan bireylerin sağlıklı bireylerle ortalama bel çevresi değerleri karşılaştırılmıştır. Sağlıklı bireylerin bel çevresi ortalaması 88cm, GÖR hastası olan bireylerin ortalama bel çevresi 89.5 cm bulunmuştur. Hastalığın bel çevresi değeriyle anlamlı bir ilişkisi saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 14). Çalışmaya katılan 34 kişi bel çevresi ölçümü için izin vermemiştir

Tablo 15. Bireylerin GÖRH olma durumunun cinsiyet ve medeni duruma göre dağılımı

		Reflü Olanlar		Reflü Olmayanlar		
		n	%	n	%	p
Cinsiyet	Kadın	43	81.1	129	65.2	0.026
	Erkek	10	18.9	69	34.8	
Medeni Durum	Evli	44	83	164	82.8	0.974
	Bekar	9	17	34	17.2	

$p < 0.05$

Çalışmada bireylerin reflü olup olmama durumları cinsiyete göre farklılık göstermiştir ($p < 0.05$). Kadınlarda reflü görülme oranı (%81.1) erkeklere oranla (%18.9) daha yüksektir. Çalışmada bireylerin GÖRH olup olmama durumlarının medeni duruma göre farklılık göstermediği saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 15).

Tablo 16. Bireylerin GÖRH olma durumunun eğitim durumuna göre dağılımı

	Reflü olanlar		Reflü Olmayanlar		
	n	%	n	%	p
İlkokul	1	1.9	5	2.5	0.746
Ortaokul	2	3.8	4	2.0	
Lise	11	20.8	40	20.2	
Üniversite	32	60.4	127	64.1	
Yüksek Lisans	6	11.3	13	6.6	
Doktora	1	1.9	9	4.5	

$p < 0.05$

Çalışmada bireylerin GÖRH olup olmama durumlarının eğitim durumlarına göre farklılık göstermediği saptanmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 16).

Tablo 17.Bireylerin GÖRH olma durumunun meslek gruplarına göre dağılımı

	Reflü olanlar		Reflü Olmayanlar		p
	n	%	n	%	
Doktor	1	1.9	9	4.5	0.613
Hemşire/Ebe	26	49.1	76	38.4	
Diyetisyen	0	0.0	3	1.5	
Psikolog	1	1.9	4	2.0	
Fizyoterapist	0	0.0	0	0.0	
Eczacı	0	0.0	0	0.0	
Sosyal Çalışmacı	0	0.0	6	3.0	
Tıbbi Sekreter	3	5.7	11	5.6	
Sağlık Memuru	4	7.5	26	13.1	
Hizmetli Personel	3	5.7	17	8.6	
Diğer Yardımcı Sağlık					
Personeli ve Teknik	15	28.3	46	23.2	
Hizmet Personeli					

p<0.05

Çalışmada bireylerin GÖRH olup olmama durumlarının meslek gruplarına göre dağılımı incelenmiş ve farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0.05) (Tablo 17).

Tablo 18. Bireylerde GÖRH ile sigara/alkol kullanım ve çay/kahve tüketim durumlarının dağılımları

		Reflü Olanlar %	Reflü Olmayanlar %	χ^2	p
Sigara	Kullanıyor	37.7	25.4	3.312	0.191
	Kullanmıyor	56.6	66		
	Bırakmış	5.7	8.6		
Alkol	Kullanıyor	7.5	10.6	0.454	0.797
	Kullanmıyor	87.7	85.4		
	Bırakmış	3.8	4.0		
Çay	İçenler	94.3	94.4	0,644	0,725
	İçmeyenler	0.0	1.0		
	Bazen İçenler	5.7	4.5		
Kahve	İçenler	60.4	47.5	3.518	0.172
	İçmeyenler	15.1	14.6		
	Bazen İçenler	24.5	37.9		

p<0.05

Çalışmaya katılan bireylerin sigara kullanma alışkanlığının reflü hastalığı ile ilişkisi değerlendirilmiş ve farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo18).

Çalışmaya katılan bireylerin alkol kullanma ve reflü hastalığı arasındaki ilişki değerlendirilmiş ve farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 18).

Çalışmaya katılan bireylerin çay tüketme ve reflü hastalığı arasındaki ilişki değerlendirilmiş ve farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 18).

Çalışmaya katılan bireylerin kahve tüketme ve reflü hastalığı arasındaki ilişki değerlendirilmiş ve farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 18).

Tablo 19. Bireylerin tükettikleri yağ çeşitlerine göre GÖRH görülme durumu

		Reflü Olan %	Reflü Olmayan %	χ^2	P
Zeytinyağ/ Fındıkyag	Kullanalar Kullanmayanlar	58.5 41.5	58.1 41.9	0.003	0.957
Ayçiçek Yağı/ Mısırözü Yağı	Kullanalar Kullanmayanlar	79.2 20.8	79.8 20.2	0.008	0.929
Tereyağ/ Margarin	Kullanalar Kullanmayanlar	67.9 32.1	74.7 25.3	0.995	0.319

p<0.05

Çalışmaya katılan bireylerin yemeklerinde kullandıkları yağlar sorgulanmıştır. Kullanılan yağlar, yağ asit çeşitlerine göre sınıflandırılmıştır. Yemeklerinde kullandıkları tekli doymamış yağlar, çoklu doymamış yağlar ve doymuş yağların GÖRH arasındaki ilişkisi değerlendirilmiş ve farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0.05) (Tablo 19).

Tablo 20. Bireylerde baharat tüketimi ve GÖRH görülme durumu

	Reflü Olanlar %	Reflü Olmayanlar %	χ^2	p
Kullanıyor	94.3	90.9		
Kullanmıyor	3.8	9.1	1.612	0.204

p<0.05

Çalışmaya katılan bireylerin yemeklerinde baharat kullanımı ile GÖRH arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Yemelerde tüketilen baharat ile GÖRH farklılık göstermediği saptanmıştır. (p>0.05) (Tablo 20).

Tablo 21. Bireylerin öğün atlama ve GÖRH görülme durumu

	Reflü Olanlar %	Reflü Olmayanlar %	χ^2	p
Öğün Atlıyor	56.6	48.0		
Öğün Atlamıyor	43.4	52.0	1.244	0.265

p<0.05

Çalışmaya katılan bireylerde öğün atlama ile GÖRH arasındaki ilişki değerlendirilmiştir ve farklılık göstermediği saptanmıştır. ($p>0.05$) (Tablo 21).

Tablo 22. Bireylerin atladıkları öğün ve GÖRH görülme durumu

	Reflü Olanlar	Reflü Olmayanlar	χ^2	p
	%	%		
Kahvaltı	32.3	25.4		
Öğle	32.3	66.0		
Akşam	6.5	8.6	3.353	0.340
Ara Öğünler	29.0	8.6		

p<0.05

Çalışmaya katılan bireylerin atladıkları öğün ile GÖRH arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. GÖRH açısından atlanılan öğünün farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 22).

Tablo 23. Bireylerin gece yemek yeme ve GÖRH görülme durumu

	Reflü Olanlar	Reflü Olmayanlar	χ^2	p
	%	%		
Gece Yemek Yiyenler	81.1	90.9		
Gece Yemek Yemeyenler	18.9	9.1	4.032	0.045

p<0.05

Çalışmaya katılan bireylerin gece yemek yemeleri ile GÖRH arasındaki ilişki değerlendirilmiş ve anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Gece yemek yeme durumu reflülü bireylerde %81.1, sağlıklı bireylerde %90.9 olarak bulunmuştur (Tablo 23).

Tablo 24. Bireylerin gece tükettikleri yiyecek/içecekler ve GÖRH görülme durumu

		Reflü Olan %	Reflü Olmayan %	χ^2	P
Sağlıklı Besinler	Tüketenler	83.7	87.2	0.365	0.545
	Tüketmeyenler	16.3	12.8		
Sağlıksız Atıştırma	Atıştıranlar	34.9	39.4	0.305	0.581
	Atıştırmayanlar	65.1	60.6		
Şekerli,Gazlı vb İçecekler	İçenler	79.1	77.2	0.068	0.794
	İçmeyenler	20.9	22.8		

p<0.05

Bireylerin gece tükettikleri yiyecek/içeceklerin GÖRH görülme durumu ile ilişkisi değerlendirilmiştir. Hastalığın görülmesinde tüketilen yiyecek ve içecek çeşitleri önemli bir farklılık göstermemiştir (Tablo 24).

Tablo 25. Bireylerin yemek yeme hızları ve GÖRH görülme durumu

	Reflü Olanlar %	Reflü Olmayanlar %	χ^2	p
Hızlı	28.3	28.8	1.077	0.584
Yavaş	9.4	14.6		
Normal	62.3	56.6		

p<0.05

Bireylerin yemek yeme hızlarının GÖRH görülme durumu ile ilişkisi değerlendirilmiştir. Yemekleri hızlı yiyen sağlıklı bireyler (%28.8) ve GÖR hastası bireyler (%28.3) arasında önemli bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05). Çalışmada yemekleri yavaş tüketen grubun hem sağlıklı bireyler (%14.6) hem GÖR hastası bireyler (%9.4) arasında en düşük oranlarda olduğu saptanmıştır (Tablo 25).

Tablo 26. Bireylerin yaşam biçimleri ve GÖRH görülme durumu

	Reflü Olanlar	Reflü Olmayanlar	χ^2	p
	%	%		
Stresli	52.8	26.8		
Stressiz	3.8	8.1	13.149	0.001
Bazen Stresli	43.4	65.2		

p<0.05

Bireylerin yaşam biçimleri hakkındaki görüşlerinin GÖRH görülme durumu ile ilişkisi değerlendirilmiştir. Gastroözefageal reflü hastaları çoğunlukla stresli ve bazen stresli (sırasıyla %52.8, %43.4) bir yaşam biçimine sahip olduklarını belirtmiştir. Çalışmada yaşam biçimi GÖRH hastalığı açısından anlamlı bir farklılık göstermektedir (p<0.05). Gastroözefageal reflü hastalarının çoğunluğu (%52.8) stresli bir yaşam biçimine sahip olduklarını belirtmiştir (Tablo 26).

Tablo 27. Bireylerde GÖRH ile öfke düzeyi ve anksiyete durumu dağılımı

	Reflü	Reflü Olmayan	t	p
	$\bar{x} \pm Sd$	$\bar{x} \pm Sd$		
Sürekli Öfke	20.77±4.25	19.59±4.26	1.805	0.072
İçer Dönük Öfke	17.57±2.74	16.87±3.11	1.476	0.116
Dışa Dönük Öfke	14.92±2.49	14.69±3.55	0.458	0.648
Öfke Kontrolü	22.23±5.0	22.08±4.61	0.208	0.836
Anksiyete	14.74±11.91	8.82±8.21	4.200	0.001

p<0.05

Çalışmaya katılan bireylerde GÖRH görülme durumu ile öfke düzeyi ve anksiyete durumu sorgulanmıştır. Sürekli öfke ve öfke ifade tarzları olan; kontrol altına alınmış öfke, dışa vurulan öfke, içte tutulan öfke tarzları ile GÖRH arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05). Çalışmada anksiyete GÖRH açısından anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 27).

Tablo 28. Gece tüketilen sağlıksız atıştırmalar ile öfke düzeyi ve anksiyete durumu dağılımı

		$\bar{X} \pm Sd$	t	p
Sürekli Öfkeli Olma	Tüketiyor	19.98±0.44		
	Tüketmiyor	19.81±0.38	0.281	0.779
İçe Yönelik Öfke	Tüketiyor	17.57±0.36		
	Tüketmiyor	16.69±0.23	2.130	0.034
Dışa Yönelik Öfke	Tüketiyor	14.77±0.32		
	Tüketmiyor	14.70±0.31	0.142	0.887
Öfke Kontrolü	Tüketiyor	22.44±0.48		
	Tüketmiyor	21.96±0.41	0.744	0.458
Anksiyete	Tüketiyor	10.19±0.91		
	Tüketmiyor	9.42±0.74	0.645	0.520

p<0.05

Çalışmaya katılan bireylerin gece yatmadan önce tükettikleri sağlıksız yiyeceklerin (şeker, çikolata, kek, poğaç, bisküvi, cips vb), öfke düzeyi ve anksiyete durumu ile ilişkisi sorgulanmıştır. Sürekli öfke, kontrol altına alınmış öfke, dışa vurulan öfke, anksiyete ile gece yatmadan önce tüketilen sağlıksız yiyecekler açısından anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0.05). İçe yönelik öfke ve gece yatmadan önce tüketilen sağlıksız yiyecekler açısından anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 28).

Tablo 29. Gece tüketilen sağlıklı atıştırmalar ile öfke düzeyi ve anksiyete durumu dağılımı

	Yiyecek-İçecek Grupları	$\bar{X} \pm Sd$	t	p
Sürekli Öfkeli Olma	Tüketiyor	19.77±0.30		
	Tüketmiyor	20.57±0.89	-0.949	0.344
İÇE YÖNELİK ÖFKE	Tüketiyor	17.03±0.22		
	Tüketmiyor	17.03±0.54	-0.004	0.997
Dışa Yönelik Öfke	Tüketiyor	14.62±0.24		
	Tüketmiyor	15.4±0.69	-1.165	0.245
ÖFKE KONTROLÜ	Tüketiyor	22.39±0.33		
	Tüketmiyor	20.60±0.92	1.964	0.051
ANKSİYETE	Tüketiyor	9.63±0.6		
	Tüketmiyor	10.30±1.8	-0.399	0.691

p<0.05

Çalışmaya katılan bireylerin gece yatmadan önce tükettikleri sağlıklı yiyeceklerin (süt/yoğurt, taze sebze/meyve, kuruyemişler), öfke düzeyi ve anksiyete durumu ile ilişkisi sorgulanmıştır. Sürekli öfke, kontrol altına alınmış öfke, dışa yönelik öfke, içe yönelik öfke, anksiyete ile gece yatmadan önce tüketilen sağlıklı yiyecekler açısından anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 29).

Tablo 30. Gece tüketilen şekerli, gazlı vb. İçecekler ile öfke düzeyi ve anksiyete durumu dağılımı

Yiyecek-İçecek Grupları		$\bar{X} \pm Sd$	t	p
Sürekli Öfkeli Olma	Tüketiyor	19.91±0.31		
	Tüketmiyor	19.76±0.70	0.214	0.831
İçe Yönelik Öfke	Tüketiyor	17.25±0.23		
	Tüketmiyor	16.26±0.39	2.070	0.04
Dışa Yönelik Öfke	Tüketiyor	14.83±0.25		
	Tüketmiyor	14.38±0.54	0.816	0.416
Öfke Kontrolü	Tüketiyor	22.16±0.35		
	Tüketmiyor	22.12±0.68	0.048	0.982
Anksiyete	Tüketiyor	9.95±0.64		
	Tüketmiyor	8.90±1.29	0.763	0.446

$p<0.05$

Çalışmaya katılan bireylerin gece yatmadan önce tükettikleri şekerli, gazlı vb. içeceklerin (hazır meyve suları, gazlı içecekler vb.) öfke düzeyi ve anksiyete durumu ile ilişkisi sorgulanmıştır. Sürekli öfke, kontrol altına alınmış öfke, dışa vurulan öfke, anksiyete ile gece yatmadan önce tüketilen sağlıksız yiyecekler açısından anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). İçe yönelik öfke ve gece yatmadan tüketilen şekerli, gazlı vb. içecekler açısından anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 30).

5. TARTIŞMA

Samsun İli Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumlarında çalışan sağlık çalışanları arasında yapılan gastroözefageal reflü hastalığının beslenme alışkanlıkları, öfke düzeyi ve anksiyete durumu ile ilişki araştırıldığı bu çalışmada elde edilen bulgular bu bölümde tartışılmıştır.

Bu çalışmanın bulguları incelendiğinde; GÖRH ve yaş faktörü arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Nilsson ve ark. (2004) tarafından GÖR semptomlarının yaş ile ilişkisinin araştırıldığı çalışmada reflü semptom prevalansının kadınlarda yaş ile beraber arttığı, erkeklerde ise 50-60 yaşlarına kadar artış görülürken 70 yaşından sonra azaldığı saptanmıştır. Lee ve ark. (2007)'nin 15-92 yaş aralığında ortalama yaşları 49 olan 1307 GÖR hastası arasında yaptığı çalışmada yaş ile özefageal asit maruziyeti arasında ilişki bulunmuş olup yaşlılarda GÖRH şiddetinin artması, gastroözefageal bileşkenin bozulması ve özefageal klirensin bozulması ile ilişkilendirilmiştir. Locke ve ark. (1999) ve Diaz-Rubio ve ark. (2004) tarafından yapılan çalışmalarda ise GÖRH ve yaş arasında anlamlı bir ilişki gözlemlenmemiş olup bu çalışma sonuçlarını desteklemektedir.

Bu çalışmada, olguların BKİ değerleri ve GÖRH arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Lagergren ve ark. (2000) ve Zagari ve ark. (2008) tarafından yapılan çalışmalarda da bu çalışma da olduğu gibi BKİ ve GÖR semptomları arasında bir ilişki gözlemlenmemiştir. Ancak Jacobson ve ark. (2006), Ronkainen ve ark. (2005), Nilsson ve ark. (2003) ve Hampel ve ark. (2005) tarafından yapılan çalışmalarda yüksek BKİ değerleri ile GÖRH arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Hajar ve ark. (2012) tarafından yapılan çalışmada ise reflü semptom sıklığı obez bireylerde, normal ve fazla kilolu bireylere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu araştırmaya göre çalışmamızda reflülü ve sağlıklı bireylerin ortalama BKİ değerlerininin (sırasıyla 26.4±4.2 kg/m², 25.7±4.1) birbirine yakın ve obez aralığında olmaması BKİ ve GÖRH arasından anlamlı bir ilişki bulunamamasıyla ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda, olguların cinsiyetleri ile GÖRH arasındaki ilişki incelendiğinde; hastalığın kadınlarda erkeklere göre görülme riski anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Nilsson ve ark. (2003) tarafından yapılan çalışmada reflü görülme riski erkeklerde 3.3 iken kadınlarda 6.3 oranında olduğu saptanmış, özellikle premenopozal dönemde hormon kullanımının reflü ile ilişkiyi güçlendirdiği ve buna bağlı olarak östrojenin GÖRH etiolojisinde önemli rol oynadığı belirtilmiştir. Bor ve ark. (2005) ve Oğuz ve ark. (2008)

tarafından ülkemizde yapılan çalışmalarda GÖR prevalansı kadınlarda erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek görülmüş olup çalışmamız da (%81.1 kadın, %18.9 erkek) bu görüşü desteklemektedir.

Çalışmada, olguların bel çevresi değerleri ve GÖRH arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Tüm dünyada hızla artmakta olan şişmanlığın bel çevresine göre sınıflandırması, erkekte 93 cm, kadında 80 cm üstü hafif şişman; erkekte 102 cm, kadında 88 cm üstü şişman-obeze olarak değerlendirilmektedir (Baysal ve ark., 2008). Corley ve ark. (2007) tarafından yapılan çalışmada artan bel çevresi değeri ile GÖRH ve Barrett Özefagus oluşumu arasında ilişki saptanmıştır. Yasuhara ve ark. (2010)'nın Japonyada yaptıkları çalışmada reflü özefajiti görülmesinde abdominal obezitenin erkeklerde kadınlara göre daha güçlü bir risk faktörü olduğu ancak BKİ değeri düşük bir popülasyonda reflü özefajiti oluşumu için abdominal obezitenin ana risk faktörü olmayabileceği belirtilmiştir. Çalışmamıza katılan reflülü ve sağlıklı bireylerin ortalama bel çevresi değerleri (sırasıyla 89.46±13.3 cm ve 88.23±13.7 cm) birbirine çok yakın ve obez sınıfının alt sınırında bulunmuştur. Çalışmamızdaki bireylerin bel çevresi ortalaması, Yasuhara ve ark. (2010)'nın çalışmasına göre değerlendirildiğinde GÖRH için risk faktörü oluşturmadığı saptanmıştır.

Çalışma bulgularımız incelendiğinde; bireylerin medeni durumları ile GÖRH arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ruhl ve ark. (1999) tarafından yapılan bir çalışmada boşanmış kişiler ile Hiatus Herni arasında anlamlı bir ilişki bulunurken özefajit ile arasında ilişki bulunmamıştır. Bor ve ark. (2005)'nin ülkemizde yaptığı araştırmada evli kadınların pirozis riski anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ülkemizde Oğuz ve ark. (2008) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise medeni durum ile GÖRH arasında anlamlı bir farklılık bulunmamış olup çalışmamız bu görüşü desteklemektedir.

Eğitim durumu ve meslek grupları ile GÖRH arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmada anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Sosyoekonomik düzeyin hastalıklarla ilişkili olma durumu konusunda farklı görüşler bulunmakta olup Nocon ve ark. (2006) tarafından yapılan çalışmada reflü semptomlarının düşük ve orta sosyoekonomik sınıfta yüksek sosyoekonomik sınıfa göre iki kat daha fazla bulunduğu belirtilmiştir. Cehn ve ark. (2005)'nin yaptığı çalışmada reflünün eğitim seviyesi ile anlamlı bir ilişkisinin bulunmadığı belirtilirken ülkemizde Oğuz ve ark. (2008) tarafından yapılan çalışmada ise eğitim düzeyi arttıkça reflü semptomlarının da arttığı gözlemlenmiştir. Çalışmamız

katılan bireyler çoğunlukla (%63.3) üniversite mezunu ve çoğunlukla (%40.6) hemşire/ebedir. Çalışmamız sağlık çalışanları arasında yapıldığı için reflülü grup ve sağlıklı grup benzer eğitim durumları ve meslek gruplarında yer almaktadır. Bu durumda farklılığın oluşmama nedeni olarak düşünülebilir.

Çalışma bulguları incelendiğinde; bireylerin kahve ve çay tüketim alışkanlıkları ile GÖRH arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Wang ve ark. (2004) ve Nilsson ve ark. (2004) tarafından yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiş olup, kahve tüketiminin reflü semptomları ile ilişkili olabileceği ancak çay tüketiminin reflü semptomları ile arasında herhangi bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir. Locke ve ark. (1999) ve Boekema ve ark. (1999) tarafından yapılan çalışmalarda da kahve tüketimi ve GÖRH arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmamız da bu görüşü desteklemektedir.

Bu çalışmada, bireylerin sigara kullanımı ile GÖRH arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Locke ve ark. (1999), Smit ve ark. (2001) ve Nilsson ve ark. (2004) tarafından yapılan çalışmalarda sigara kullanımının AÖS basıncını düşürdüğü ve asit klirens süresinin artmasıyla reflü riskini arttırdığı belirtilmiştir. Nandurkar ve ark. (2004) tarafından GÖRH risk faktörlerinin incelendiği çalışmada ve ülkemizde yapılan Bor ve ark. (2005) ve Oğuz ve ark. (2008) tarafından yapılan çalışmalarda sigara kullanımı ile GÖRH arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Çalışmamızda GÖRH ile sigara kullanımı arasındaki ilişki, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte reflüsü olan bireylerin sigara kullanım oranı (%37.7) sağlıklı bireylerin sigara kullanım oranına (%25.4) göre daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda bireylerin alkol alışkanlığı ile GÖRH arasında ilişki incelendiğinde; anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Dore ve ark. (2008) tarafından yapılan çalışmada alkol tüketiminin AÖS basıncını azalttığı ve özefageal peristaltik dalgalanmaları azaltarak özefagusun daha uzun süre asite maruz kalmasına sebep olduğu belirtilmiştir. Locke ve ark. (1999), Watanabe ve ark. (2003) ve Wu ve ark. (2007) tarafından yapılan çalışmalarda da alkol tüketimi ile GÖRH arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yapılan çok sayıda çalışmada ise alkol tüketiminin reflü riskini etkilemediği belirtilmiştir (Nilsson ve ark., 2004; Nandurkar ve ark., 2004; Bor ve ark., 2005; Oğuz ve ark., 2008). Çalışmamıza katılan bireylerin %86'sı alkol kullanmadığını, %4'ü ise daha önce kullanıp bıraktığını belirtmiştir. Alkol kullanan bireyler popülasyonun sadece

%10'unu oluştururken, alkol kullananların çoğunluğu (%64.0) çok seyrek olarak kullandıklarını belirtmiştir. Çalışmamızda reflü ile alkol kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olmaması katılımcılar arasında alkol kullanım oranının çok düşük olması ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmaya katılan bireylerin baharat kullanımı ve yemeklerinde kullandıkları yağ türleri (tekli doymamış, çoklu doymamış ve doymuş yağlar) incelenmiş ve GÖRH ile anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Song ve ark. (2011) tarafından Kore'de yapılan bir çalışmada baharatlı ve yağlı yiyeceklerin reflü semptomlarıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir. El-Serag ve ark. (2005) tarafından yapılan çalışmada toplam yağ ve doymuş yağ alımının GÖRH için risk faktörü olmadığı belirtilmiştir. Terry ve ark. (2000)'nin 608 özefagus adenokarsinom, özefagus skuamoz hücreli kanser ve mide kanseri olan birey ile 815 kontrol grubunda yaptığı çalışmada ise daha önce reflü semptomları ile ilişkilendirilen yağlı ve baharatlı yiyecek tüketiminin kronik reflü ile ilişkisi olmadığı saptanmıştır.

Çalışmada reflülü bireyler ile sağlıklı bireylerin süt ve süt ürünleri grubu, et yumurta kurubaklagil grubu, sebze ve meyve grubu, ekmek ve tahıl grubunda bulunan besinlerin ve bazı yiyecek-içeceklerin (şeker-bal-pekmez, turşu, kızartılmış yiyecekler, tatlılar, hazır meyve suları, asitli-alkollü içecekler) tüketim sıklıkları değerlendirilmiş ve GÖRH ile bu besinler arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Gastroözefageal reflü hastaları ve hekimlerin çoğu reflü semptomlarını spesifik diyet faktörleri ile ilişkilendirmektedir (Oliveria ve ark., 1999; Bolin ve ark., 2000).

Çalışma bulguları incelendiğinde; bireylerin gün içinde öğün atlama durumu, atladıkları öğün ve yemek yeme hızları ile GÖRH arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Gastroözefageal reflü hastalığı beslenme tedavisinde volüm ve mide gerilimini azaltmak için; öğünler sık aralıklı olmalı ve bir öğünde fazla yemek yenilmemesi önerilmektedir (Baysal ve ark., 2008). Jarosz ve Taraszewska (2014) tarafından 513 kişi arasında yapılan çalışmada gün içinde az sayıda yemek yeme (1-2 öğün) ile GÖRH semptomlarının daha sık görüldüğü saptanmış olup bu durum 1-2 öğünde yenilen yemeğin büyük volümlü olması ile ilişkilendirilmiştir. Salvia ve ark. (2001) tarafından yapılan bir çalışmada yüksek volüm ve osmolariteli yemek tüketenlerde mide duvarlarının gerilerek AÖS işlevlerini düzenleyen mekanizmaların zayıflamasına sebep olabileceği ve GÖRH semptomlarının artabileceği belirtilmiştir. Bu nedenle genel

beslenme prensiplerinde GÖRH hastalarına da günde en az 3 öğün, ama en idealinin günde 4 öğün veya 5 öğün yemek olduğu önerilmiştir (Jarosz ve Taraszewska, 2014). Wildi ve ark. (2004) tarafından sağlıklı bireyler arasında yapılan hızlı yemek yemenin GÖRH semptomları ile ilişkisinin incelendiği çalışmada yemeklerini 5 dakikada ve 30 dakikada tüketen kişilerin reflü atakları 2 saat boyunca izlenmiştir. İzlem sonunda yemeklerini 30 dakikada tüketenlerin 10 kez reflü atağı yaşarken yemeklerini 5 dakikada tüketenlerin 14 kez reflü atağı yaşadığı saptanmış, hızlı yemek yemenin GÖR sıklığını arttırdığı belirtilmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda GÖRH semptomları ile hızlı ve düzensiz yemek yeme, volümlü yemek yeme ve ara öğün tüketiminin ilişkili olmadığını belirtmektedir (Orr ve Harnish, 1998; Song ve ark., 2011). Bu çalışma da bu görüşü desteklemekte olup hem reflü grup hem sağlıklı grup katılımcıların çoğunlukla (sırasıyla %62.3, %56.6) yemeklerini normal hızda tükettiğini saptanmıştır.

Çalışmamızda, bireylerin gece yemek yeme ve gece yemeyi tercih ettikleri yiyecek/içecek türü ile GÖRH arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Gastroözefageal reflü hastalığı ile gece yemek yeme arasında anlamlı bir ilişki bulunurken ($p<0.05$), tercih edilen yiyecek/içecek türü ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Piesman ve ark. (2007) tarafından reflü hastaları arasında yapılan bir çalışmada gece yatmadan 2 saat ve 6 saat önce standart bir yemek yiyen katılımcıların asit maruziyet sıklığı ve şiddeti ölçülmüş, 2 saat önce yemek yiyen GÖR hastalarının özefageal asit maruziyeti anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Fujiwara ve ark. (2005) tarafından GÖRH ve akşam yemeği ile yatma zamanı arasındaki süre ilişkisinin incelendiği bir çalışmada yatmadan 3 saat ve daha kısa süre önce yenen akşam yemeğinin yatmadan 4 saat ve daha öncesinde yenen akşam yemeğine göre GÖRH riskini 7.45 oranında arttırdığı saptanmıştır. Çalışmamızda gece yemek yeme oranı sağlıklı bireylerde (%90.9) reflülü bireylere (%81.0) göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın örnekleme rastgele seçildiği için reflülü bireylerin hastalık öncesi beslenme alışkanlıkları sorgulanmamış şimdiki beslenme alışkanlıkları değerlendirilmiştir. Reflü bireylerde gece yemek yeme oranının daha düşük bulunması bireylerin oluşabilecek reflü semptomlarına karşı aldıkları bir önlem olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda bireylerin stresli yaşam biçimleri ile GÖRH durumu incelendiğinde anlamlı bir fark saptanmıştır. Stress faktörlerinin özefagusta asit değişikliklerine sebep olmadığını belirten geçmiş yıllara ait çalışmalar bulunmaktadır

(Bradley ve ark., 1993; Johnston ve ark., 1996). Bennett ve ark. (1998) ve Levenstein ve ark. (2000) tarafından yapılan çalışmalarda ise gastrointestinal sistemin çeşitli fonksiyonel bozukluklarında stresin semptomları şiddetlendirdiği belirtilmiştir. Ayrıca yapılan çok sayıda çalışmada belirli stres koşullarında GÖRH semptom sıklığının arttığı belirtilmiştir (Fass ve ark., 2008). Stresin pirozise olan etkisinin araştırıldığı çalışmalarda stresin pirozis semptomunun şiddetini arttırabileceği saptanmıştır (Naliboff ve ark, 2004; Levy ve ark., 2006). Song ve ark. (2013) tarafından Kore’de yapılan bir çalışmada stress düzeyi yüksek kişilerde reflü özefajit prevalansının yüksek olduğu saptanmıştır. Corneille ve ark. (2011) yaptığı bir çalışmada pirozisi bulunan bireylerin %64.0’ı stresin semptomlarını arttırdığını belirtmiştir. Çalışmamız da son yıllarda yapılan bu çalışmaları desteklemektedir. Bireylerin nasıl bir yaşam tarzına sahip oldukları kendi beyanlarına göre değerlendirilen çalışmamızda reflüsü bulunan bireyler çoğunlukla stresli ve bazen stresli (sırasıyla %52.8, %43.4) olduklarını belirtirken sadece %3.8’i stressiz bir yaşantısı olduğunu belirtmiştir.

Çalışmamızda GÖRH ve psikolojik faktörlerin ilişkisi incelenmiş ve katılımcılara öfke düzeylerini ve anksiyete durumlarını değerlendiren ölçekler uygulanmıştır. Katılımcıların öfke düzeyi, Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeği ile belirlenmiş olup Sürekli Öfke, İçe Yönelik Öfke, Dışa Yönelik Öfke ve Öfke Kontrolü alt ölçekleri sonuçları incelendiğinde; GÖRH ile öfke arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Katılımcılara uygulanan Beck Anksiyete Ölçeği ile anksiyete durumu belirlenmiş ve GÖRH ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Jansson ve ark. (2007) tarafından Norveç’te yapılan psikiyatrik ve psikolojik faktörler ile reflü semptomları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada anksiyete varlığının reflü riskini 3.2 kat arttırdığı, depresyon varlığının reflü riskini 1.7 kat arttırdığı her ikisinin varlığının ise reflü riskini 2.8 kat arttırdığı saptanmıştır. Oh ve ark. (2009) tarafından GÖR hastalarının ve sağlıklı bireylerin katıldığı 769 kişi arasında yapılan bir çalışmada anksiyete ve depresyonun reflülü bireylerde sağlıklı bireylere göre daha yüksek görüldüğü belirtilmiştir. Gastroözofageal reflü hastalığı semptomları ile psikolojik semptomların ilişkisini inceleyen, 20-93 yaşları arasında 1084 kadın arasında yapılan bir çalışmada duygudurum ve anksiyete bozukluklarının GÖRH semptomlarını arttırdığı saptanmıştır (Sanna ve ark., 2013). Yang ve ark. (2015)’nin GÖR hastalığında psikolojik faktörlerin rolü ve GÖR hastalarının yaşam kalitesine etkisini araştırdıkları çalışma tipik

GÖRH semptomları olan bireyler ve sağlıklı bireyler arasında yapılmış olup çalışmada anksiyetenin ve depresyonun GÖRH'ün ortaya çıkmasında önemli rol oynadığı ve GÖR hastalarının yaşam kalitelerinin anksiyete ve depresyon ile azaldığı belirtilmiştir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar şöyle özetlenebilir;

- Araştırmaya 251 sağlık çalışanı katılmıştır.
- Rastgele seçilen örneklemede 53 kişinin (%21.1) GÖRH olduğu saptanmıştır.
- Katılımcıların yaşları 20-58 yıl arasında değişmekte olup ortalama 39 yıldır.
- Katılımcıların % 68.5'i kadın ve % 31.5'i erkektir.
- Çalışmada GÖR hastası bireylerin %81.0'ı kadın ve %18.9'u erkektir. Bireylerin GÖRH olup olmama durumları cinsiyete göre farklılık göstermiştir ($p<0.05$).
- Katılımcıların %82.9'u evli, %17.1'i bekârdır. Çalışmada bireylerin GÖRH olup olmama durumlarının medeni duruma göre farklılık göstermediği saptanmamıştır ($p>0.05$).
- Katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde, en yüksek çoğunluğu (%63.3) üniversite mezunlarının oluşturduğu ve bunu lise mezunlarının (%20.3) izlediği görülürken ilkokul mezunlarının (%2.4) ve ortaokul mezunlarının (%2.4) çok düşük seviyede olduğu belirlenmiştir.
- Çalışmaya katılan bireylerin %40.6'sı hemşire/ebelerden oluşmaktadır. Hemşire/ebe grubunu yardımcı sağlık personelleri-teknik hizmet personelleri (%24.3) ve sağlık memurlarının (%12.0) izlediği saptanmıştır. Çalışmada bireylerin GÖRH olup olmama durumları meslek gruplarına göre farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).
- Katılımcıların ortalama BKİ değeri 25.8kg/m^2 'dir. Çalışmadaki reflülü bireylerin ortalama BKİ değeri 26.4kg/m^2 bulunmuş olup GÖRH ile BKİ değeri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).
- Katılımcıların ortalama bel çevresi değeri $88,5\text{cm}$ 'dir. Çalışmadaki reflülü bireylerin ortalama bel çevresi değeri 89.5cm bulunmuş olup GÖRH ile bel çevresi değeri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).
- Çalışmaya katılan bireylerin sigara ve alkol kullanma alışkanlığının GÖRH ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).
- Çalışmaya katılan bireylerin %94.4'ü çay içmekte olup çoğunluğu (%68.8) günde 4 bardak ve üzerinde içtiğini belirtmiştir. Çay tüketme alışkanlığı ile GÖRH arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

- Çalışmaya katılan bireylerin %50.2'si kahve içme alışkanlığı olduğunu ve %87.3'ü her gün 1 fincan kahve içtiğini belirtmiştir. Kahve tüketme alışkanlığı ile GÖRH arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).
- Çalışmaya katılan bireylerin yemeklerinde kullandıkları tekli doymamış yağ (zeytinyağ, fındıkyag), çoklu doymamış yağ (mısırözü yağı, ayçiçek yağı) ve doymuş yağ (tereyağ, margarin) tercihlerinin GÖRH ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).
- Katılımcılar çoğunlukla (%92.0) yemeklerinde baharat kullanmayı tercih etmekte olup baharat tüketiminin GÖRH ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).
- Çalışmaya katılan bireylerin tükettikleri süt ve süt ürünleri grubu, et yumurta kurubaklagil grubu, sebze ve meyve grubu, ekmek ve tahıl grubu besinleri ve bazı yiyecek-içeceklerin (şeker-bal-pekmez, turşu, kızartılmış yiyecekler, tatlılar, hazır meyve suları, asitli-alkollü içecekler) GÖRH ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).
- Çalışmaya katılan GÖR hastası bireylerin %56,6'sı sağlıklı bireylerin %48'i öğün atlamaktadır ($p>0.05$).
- Çalışmaya katılan GÖR hastası bireylerin en çok atladıkları öğün (%32.3) kahvaltı iken sağlıklı bireylerin en çok (%66.0) öğle öğününü atladıkları saptanmıştır. Bireylerin atladıkları öğün ile GÖRH arasındaki anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).
- Çalışmaya katılan sağlıklı bireylerin GÖR hastası bireylere göre gece yemek yeme alışkanlıklarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Gece yemek yeme alışkanlığı ile GÖRH arasındaki anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).
- Çalışmaya katılan GÖR hastası bireyler ve sağlıklı bireylerin gece tükettikleri yiyecek ve içecek çeşitleri ile GÖRH arasında önemli bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).
- Bireylerin yemek yeme hızları ve GÖRH arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).
- Çalışmaya katılan bireylerin son 1 yıl içinde %40.2'si regürjitasyon %15.5'i göğüs arkasında ağrı ve yanma hissi (heartburn) yaşadıklarını belirtmişlerdir. Regürjitasyonu yaşayan bireylerin %21.8'i haftada birkaç kez, %10.9'u haftada bir kez, %4'ü her gün; göğüs arkasında ağrı ve yanma hissi yaşayan bireylerin %18.0'ı haftada birkaç kez, %18.0'ı haftada bir kez, %2.6'sı her gün GÖRH semptomlarını yaşadıkları

saptanmıştır. Çalışmada GÖR hastalarının %16.0'ı tanı almış olup %4.8'i semptom sıklığı sorgulanarak tespit edilmiştir.

- Gastroözefageal reflü tanısı almış bireylerin %85.4'ü GÖRH'nin önemli bir hastalık olduğunu düşünmektedir.
- Çalışmadaki GÖRH tanısı almış bireylerin %58.5'i beslenme tedavisi almaktadır. Beslenme tedavisi alan GÖRH bireylerin %84.0'ı doktordan, %12.0'ı diyetisyenden, %4.0'ı de TV, internet ve gazeteden aldığı diyetleri uyguladıklarını belirtmişlerdir. Bireylerin %56,1'i hastalık tanısı sonrasında beslenme alışkanlıklarını değiştirdiklerini ifade etmiştir.
- Çalışmaya katılan bireylerin %52.8'i günlük yaşantılarında stresli olduklarını, %43.4'ü bazen stresli olduklarını belirtmiştir. GÖRH hastalığı ile yaşam biçimi arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).
- Çalışmaya katılan bireylerde GÖRH ile anksiyete durumu arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).
- Çalışmaya katılan bireylerde GÖRH ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzları olan; kontrol altına alınmış öfke, dışa vurulan öfke, içte tutulan öfke tarzları öfke düzeyi arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).
- Çalışmaya katılan bireylerin gece yatmadan önce tükettikleri sağlıksız yiyeceklerin (şeker, çikolata, kek, poğaç, bisküvi, cips vb) ve şekerli, gazlı vb. içeceklerin (hazır meyve suları, gazlı içecekler vb.) içe yönelik öfke ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç olarak, obezite GÖRH semptomlarının oluşması ve şiddetinin artması için önemli bir risk faktörü olduğundan vücut ağırlığı kontrolü sağlanmalıdır. Gece geç saatlerde yemek yeme reflü riski ve semptomları ile ilişkili olduğundan öğün saatleri düzenlenmeli, yatmadan önce yemek tüketilmemeli ve akşam yemeğinin erken saatlerde tüketilmesi tercih edilmelidir. Stres ve anksiyete, GÖRH ilişkili olduğundan yaşam tarzı değişiklikleri yapılmalıdır. İçe yönelik öfke düzeyi yüksek olan kişilerin sağlıksız yiyecek ve içeceklere eğilimi olduğundan bu kişilerin psikolojik destek almaları ve sağlıklı besin seçimi konusunda diyetisyenler tarafından bilgilendirilmeleri önerilir. Ayrıca GÖR hastalarının beslenme alışkanlıkları ve psikolojik faktörlerle ilişkisini inceleyen daha kapsamlı araştırmalar yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Airaksinen E. Cognitive functions in depression and anxiety disorders: findings from a population-based study. Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences, Stockholm, 2006.
- Aladağ M. Gastroözafageal reflü hastalığının tedavisinde yaşam tarzı değişiklikleri. *Türkiye Klinikleri J Gastroenterohepatol* 2008;1(3):35-41.
- Allen ML, Mellow MH, Robinson MG, Orr WC. The effect of raw onions on acid reflux and reflux symptoms. *Am J Gastroenterol* 1990;85(4):377-380.
- Austin GL, Thiny MT, Westman EC, Yancy WS, Shaheen JS. A very low-carbohydrate diet improves gastroesophageal reflux and its symptoms. *Dig Dis Sci* 2006;51(8):1307-1312.
- Avidan B, Sonnenberg A, Giblovich H, Sontag S.J. Reflux symptoms are associated with psychiatric disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2001;15(12):1907-1912.
- Baysal A, Aksoy M, Bozkurt N ve ark. *Diyet El Kitabı*. 5.Baskı, Ankara, Hatipoğlu Yayınevi. 2008; 143-178.
- Benamouzig R, Airinei G. Diet and reflux. *J Clin Gastroenterol* 2007;41:64-71.
- Bennett EJ, Tennant CC, et al. Level of chronic life stress predicts clinical outcome in irritable bowel syndrome. *Gut* 1998;43(2):256-261.
- Boeckstaens GEE. Review article: the pathophysiology of gastroesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2007;26(2):149-160.
- Boekema PJ, Samsom M, Smout AJPM. Effect of coffee on gastro-oesophageal reflux in patients with reflux disease and healthy controls. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1999;11(11):1271-1276.
- Bolin TD, Korman MG, et al. Heartburn: community perceptions. *J Gastroenterol Hepatol* 2000;15:35-39.
- Bor S, Mandiracioglu A, Kitapcioglu G, Caymaz C, Gilbert J. Gastroesophageal reflux disease in a low income region in Turkey. *Am J Gastroenterol* 2005;100:759-765.
- Bostancı N, Çoban Ş, Tekin Z, Özen A. Üniversite öğrencilerinin cinsiyete göre öfke ifade etme biçimleri. *Kriz Dergisi* 2006;14:9-18.
- Bradley LA, Richter JE, Pulliam TJ, et al. The relationship between stress and symptoms of gastroesophageal reflux: the influence of psychological factors. *Am J Gastroenterol* 1993;88:11-19.
- Brazer SR, Onken JE, Dalton CB, Smith JW, Schiffman SS. Effect of different coffees on esophageal acid contact time and symptoms in coffee-sensitive subjects. *Physiol Behav* 1995;57:563-567.

- Bytzer P. Goals of therapy and guidelines for treatment success in symptomatic gastroesophageal reflux disease patients. *Am J Gastroenterol* 2003;98:31-39.
- Cameron AJ, Arora AS. Barrett's esophagus and reflux esophagitis: is there a missing link? *Am J Gastroenterol* 2002;97:273-278.
- Cameron AJ, Lagergren J, Henriksson C, Nyren O, Locke GR III, Pedersen NL. Gastroesophageal reflux disease in monozygotic and dizygotic twins. *Gastroenterology* 2002;122:55-59.
- Camilleri M, Dubois D, Coulie B, Jones M, Kahrilas PJ, Rentz AM, Sonnenberg A, Stanghellini V, Stewart WF, Tack J, Talley NJ, Whitehead W, Revicki DA. Prevalence and socioeconomic impact of upper gastrointestinal disorders in the United States: results of the US upper gastrointestinal study. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005;3(6):543-552.
- Castell DO., Murray JA., Tutuian R., Orlando R.C., Arnold R. Review article: the pathophysiology of gastro-oesophageal reflux disease oesophageal manifestations. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;20(9):14-25.
- Chen M, Xiong L , Chen H , et al . Prevalence, risk factors and impact of gastroesophageal reflux disease symptoms: A population-based study in South China. *Scand J Gastroenterol* 2005;40(7):759-767.
- Colombo P, Mangano M, Bianchi PA, Penagini R. Effect of calories and fat on postprandial gastro-oesophageal reflux. *Scand J Gastroenterol* 2002;37:3-5.
- Corley DA, Kuba A, Levin TR et al. Abdominal obesity and body mass index as risk factors for Barrett's esophagus. *Gastroenterology* 2007;133:34-41.
- Corneille MG, Gallup TM, Villa C, et al. Pediatric vascular injuries: acute management and early outcomes. *J Trauma* 2011;70(4):823-828.
- Davidson G. The role of lower esophageal sphincter function and dysmotility in gastroesophageal reflux in premature infants and in the first year of life. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003;37:17-22.
- Delaney B., McColl K. Review article: Helicobacter pylori and gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;22:32-40.
- DeVault KR, Castell DO. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2005;100:190-200.
- De Vries DR, Van Herwaarden MA, Smout AJ, Samsom M. Gastroesophageal pressure gradients in gastroesophageal reflux disease: relations with hiatal hernia, body mass index, and esophageal acid exposure. *Am J Gastroenterol* 2008;103:1349-1354.
- Diaz-Rubio M, M.E.Olasa C, Rey E et al. Symptoms of gastro-oesophageal reflux: prevalence, severity, duration and associated factors in a Spanish population. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;19:95-105.

- Dobrucalı A. Özafagus hastalıkları. Hamurduyan V, Sonsuz A. Editör, İç hastalıkları-Cerrahpaşa, İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık. 2005;742-782.
- Dobrucalı A. Gastroözofagial reflü hastalığı ve teşhis ve tedavide karşılaşılan sorunlar. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sindirim Sistemi Hastalıkları Sempozyum Dizisi 2007;58:29-30.
- Dore MP, Maragkoudakis E, Fraley K, Pedroni A, Tadeu V, Realdi G, Graham DY, Delitala G, Malaty HM. Diet, Lifestyle and Gender in Gastro-Esophageal Reflux Disease. *Dig Dis Sci* 2008;53(8):2027-2032.
- Duman DG, Kalaycı C. Gastroözofajiyal reflü hastalığı; medikal tedavi. Yüksel M, Başoğlu A. Editör, Özafagus Hastalıklarının tıbbi ve cerrahi tedavisi, 1. Baskı, İstanbul, Bilmedya Yayınevi. 2002;139-150.
- Emerenziani S, Sifrim D. Gastroesophageal reflux and gastric emptying, revisited. *Current Gastroenterology Reports* 2005;7:190-195.
- El-Serag HB, Johanson JF. Risk factors for the severity of erosive esophagitis in *Helicobacter pylori*-negative patients with gastroesophageal reflux disease. *Scand J Gastroenterol* 2002;37(8):899-904.
- El-Serag HB, Graham DY, Satia JA, Rabeneck L. Obesity is an independent risk factor for GERD symptoms and erosive esophagitis. *Am J Gastroenterol* 2005;100:1243-1250.
- El-Omar EM, Penman ID, Ardill JES, Chittajallu RS, Howie C, McColl KEL. *Helicobacter pylori* infection and abnormalities of acid secretion in patients with duodenal ulcer disease. *Gastroenterology* 1995;109:681-691.
- Eraslan D, Öztürk Ö, Bor S, Kayahan B. Gastroözofageal reflü hastalığının psikiyatrik yönleri: bir gözden geçirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005;6:107-112.
- Ercelep OB, Caglar E, Dobrucalı A. The prevalence of gastroesophageal reflux disease among hospital employees. *Dis Esophagus* 2014;27(5):403-408.
- Ergül R. Bolu ili merkezinde gastroözofageal reflü hastalığı prevalansı. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu, Uzmanlık Tezi, 2012.
- Fass R, Naliboff BD, Fass SS, et al. The effect of auditory stress on perception of intraesophageal acid in patients with gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology* 2008;134(3):696-705.
- Festi D, Scaiola E, Baldi F, Vestito A, Pasqui F, Biase AR, Colecchia A. Body weight, lifestyle, dietary habits and gastroesophageal reflux disease. *World J Gastroenterol* 2009;15(14):1690-1701.
- Fox M, Barr C, Nolan S, Lomer M, Anggiansah A, Wong T. The effects of dietary fat and calorie density on esophageal acid exposure and reflux symptoms. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007;5(4):439-444.

- Fraser-Moodie CA, Norton B, Gornoll C, Magnago S, Weale AR, Holmes GKT. Weight loss has an independent beneficial effect on symptoms of gastro-oesophageal reflux in patients who are overweight. *Scand J Gastroenterol* 1999;34(4):337-340.
- Fujiwara Y, Machida A, Watanabe Y, Shiba M, et al. Association between dinner-to-bed time and gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2005;100:2633-2636.
- Fujiwara Y, Higuchi K, Shiba M, Yamamori K, Watanabe Y, Sasaki E, Tominaga K, Watanabe T, Oshitani N, Arakawa T. Differences in clinical characteristics between patients with endoscopy-negative reflux disease and erosive esophagitis in Japan. *Am J Gastroenterol* 2005;100:754-758.
- Galmiche JP. Non-erosive reflux disease and atypical gastroesophageal reflux disease manifestations: Treatment results. *Drugs*, 2006;66:7-13.
- Granderath FA, Frantzides CT, Carlson MA. Hiatal closure – new trends in laparoscopic antireflux surgery. Granderath FA, Kamolz T, Pointer R, editors. *Gastroesophageal reflux disease principles of disease diagnosis, and treatment*. Austria, SpringerWienNewYork, 2006;215-234.
- Grigoleit HG, Grigoleit P. Gastrointestinal clinical pharmacology of peppermint oil. *Phytomedicine* 2005;12(8):607-611.
- Hajar N, Castell DO, Ghomrawi H, Rackett R, Hila A. Impedance pH confirms the relationship between GERD and BMI. *Dig Dis Sci* 2012;57(7):1875-1879.
- Hallan A, Bomme M, Hveem K, Moller Hansan J, Ness Jensen E. Risk factors on the development of new-onset gastroesophageal reflux symptoms. A population-based prospective cohort study: the hunt study. *Am J Gastroenterol* 2015;110:393-400.
- Hampel H, Abraham NS, El-Serag HB. Meta-analysis: obesity and the risk for gastroesophageal reflux disease and its complications. *Ann Intern Med* 2005;143(3):199-211.
- Hugl B, Hinder RA. Long-term outcome and perspectives of laparoscopic fundoplication. Granderath FA, Kamolz T, Pointer R, editors. *Gastroesophageal reflux disease principles of disease diagnosis, and treatment*. Austria, SpringerWienNewYork, 2006;254-260.
- Isolauri J, Laippala P. Prevalence of symptoms suggestive of gastro-oesophageal reflux disease in an adult population. *Ann Med* 1995;27:67-70.
- Jacobson BC, Somers SC, Fuchs CS. Body-mass index and symptoms of gastroesophageal reflux in women. *N Engl J Med* 2006;354:2340-2348.

- Jansson C, Nordenstedt H, Wallander MA et al. Severe gastro-oesophageal reflux symptoms in relation to anxiety, depression and coping in a population-based study. *Aliment Pharmacol Ther* 2007;26:683-691.
- Jarosz M, Taraszewska A. Risk factors for gastroesophageal reflux disease: the role of diet. *Prz Gastroenterol* 2014;9,(5):297–301.
- Johnston BT, McFarland RJ, et al. Effect of acute stress on oesophageal motility in patients with gastroesophageal reflux disease. *Gut* 1996;38(4):492-497.
- Kahrilas PJ. Gastroesophageal reflux disease. *N Engl J Med* 2008;359:1700-1707.
- Kahrilas PJ, Pandolfino JE. Gastroesophageal reflux disease and its complications, including Barrett's metaplasia, Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH, editors. *Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease*. 7th Ed, Philadelphia, WB Saunders. 2002;599-623.
- Kahrilas PJ. GERD pathogenesis, pathophysiology and clinical manifestations. *Cleve Clin J Med* 2003;70(5):4-19.
- Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2013;108:308-328.
- Kaya N, Solmaz Ş. Bir üniversite hastanesinin kulak burun boğaz kliniğinde çalışan hemşirelerin öfke ve öfke ifadesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 2009;1(2):56-64.
- 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(12):1589-1594.
- Khan S, Orenstein SR. Gastroesophageal reflux disease in infants and children. Grandrath FA, Kamolz T, Pointer R, editors. *Gastroesophageal reflux disease principles of disease diagnosis, and treatment*. Austria, SpringerWienNewYork, 2006;45-64.
- Labenz J, Blum AB, Bayerdorffer E, Meining A, Stolte M, Borsch G. Curing helicobacter pylori infection in patients with duodenal ulcer may provoke reflux esophagitis. *Gastroenterology*, 1997;112(5):1442-1447.
- Lagergren J, Bergstrom R, Nyren O. No relation between body mass and gastro-oesophageal reflux symptoms in a Swedish population based study. *Gut*, 2000;47(1):26–29.
- Lagergren J. Influence of obesity on the risk of esophageal disorders. *Nat Rev Gastroenterol. Hepatol* 2011;8:340-247.
- 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(5):1448-1456.

- Locke GR, Talley NJ, Fett SL, et al. Risk factors associated with symptoms of gastroesophageal reflux. *Am J Med* 1999;106(6):642-649.
- 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(3):279-284.
- Lovino P, Angrisani L, Galloro G. Proximal stomach function in obesity with normal or abnormal oesophageal acid exposure. *Neurogastroenterol Motil* 2006;18(6):425-432.
- Lembo A, Zaman M., Jones M., Talley NJ. Influence of genetics on irritable bowel syndrome, gastro-oesophageal reflux and dyspepsia: a twin study. *Aliment Pharmacol Ther* 2007;25(11):1343-1350.
- Lee J, Anggiansah et al. Effects of on the gastroesophagel junction, esophageal motility, and reflux disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007;5:1392-1398.
- 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.
- Levenstein S, Prantera C, Varvo V, et al. Stress and exacerbation in ulcerative colitis: a prospective study of patients enrolled in remission. *Am J Gastroenterol* 2000;95(5):1213–1220.
- Levy RL, Olden KW, Naliboff BD, et al. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1447–1458.
- Manterola C, Munoz S, Grande L, Bustos L. Initial validation of a questionnaire for detecting gastroesophageal reflux disease in epidemiological settings. *J Clin Epidemiol* 2002;55(10):1041-1045.
- Matysiak-Budnic T, Laszewicz W, Lamarque D, Chaussade S. *Helicobacter pylori* and non-malignant diseases. *Helicobacter* 2006;11:27-31.
- Mayne ST, Risch R, Dubrow R, Chow WH, Gomon MD, Vaughan T et al. Nutrient intake and risk of subtypes of esophageal and gastric cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2001;10:1055-1062.
- Moayyedi P, Bardhan C, Young L. *Helicobacter pylori* eradication does not exacerbate reflux symptoms in gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology* 2001;121:1120-1126.
- Moayyedi P, Talley N. Gastro-oesophageal reflux disease. *Lancet* 2006;367:2086-2100.
- Mohammed I, Cherkas LF, Riley SA, Spector TD, Trudgill NJ. Genetic influences in gastro-oesophageal reflux disease:a twin study. *Gut* 2003;52:1085–1089.
- Mulholland HG, Cantwell MM, Anderson LA, Johnston BT, Peter Watson RG, Murphy SJ et al. Glycemic index, carbohydrate and fiber intakes and risk of reflux

- esophagitis, barrett's esophagus, and esophageal adenocarcinoma. *Cancer Causes and Control* 2009;20:279-288.
- Mungan Z, Demir K, Onuk MD, Göral V, Boztaş G, Beşışık F, Yıldırım B, Yeğinsu O. Characteristics of gastroesophageal reflux disease in our country. *Turk J Gastroenterol* 1999;10:101-106.
- Murphy DW, Castell DO. Chocolate and heartburn: evidence of increased esophageal acid exposure after chocolate ingestion. *Am J Gastroenterol* 1988;83:633-636.
- Naliboff BD, Mayer M, et al. The effect of life stress on symptoms of heartburn. *Psychosom Med* 2004;66:426-434.
- Nandurkar S, Locke GR, et al. Relationship between body mass index, diet, exercise and gastro-oesophageal reflux symptoms in a community. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;20:497-505
- Nilsson M, Lundegårdh G, Carling L, et al. Body mass and reflux oesophagitis: an oestrogen-dependent association? *Scand J Gastroenterol* 2002;37:626-630.
- Nilsson M, Johnsen R, Ye W, et al. Obesity and estrogen as risk factors for gastroesophageal reflux symptoms. *JAMA* 2003;290(1):66-72.
- Nilsson M, Johnsen R, Ye W, Hveem K, Lagergren J. Lifestyle related risk factors in the aetiology of gastroesophageal reflux. *Gut* 2004;53:1730-1735.
- Nilsson M, Johnsen R, Ye W, Hveem K, Lagergren J. Prevalence of gastro-oesophageal reflux symptoms and the influence of age and sex. *Scand J Gastroenterol* 2004;39:1040-1045.
- Nocon M, Keil T, Willich SN. Prevalence and sociodemographics of reflux symptoms in Germany-results from a national survey. *Aliment Pharmacol Ther* 2006;23:1601-1605.
- Nocon M, Labenz J, Willich SN. Lifestyle factors and symptoms of gastro-oesophageal reflux- a population-based study. *Aliment Pharmacol Ther* 2006;23:169-174.
- Novack DH, Cameron O, Epel E et al. Psychosomatic medicine: the scientific foundation of the biopsychosocial model. *Academic Psychiatry* 2007;31:388-401.
- Oğuz D, Köksal AŞ, Özden A. Türkiye'de birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalarda gastroözofageal reflü hastalığı görülme sıklığı. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, 2008;7(3):137-143.
- Oh JH, Kim TS, Choi MG et al. Relationship between psychological factors and quality of life in subtypes of gastroesophageal reflux disease. *Gut and Liver* 2009;3(4):259-265.
- Oliveria SA, Christos PJ, et al. Heartburn risk factors, knowledge, and prevention strategies: a population-based survey of individuals with heartburn. *Arch Intern Med* 1999;159:1592-1598.

- Orr WC, Harnish MJ. Sleep-related gastro-esophageal reflux: provocation with e late evening meal and treatment with acid suppression. *Aliment Pharmacol Ther*;1998;12:1033-1038.
- Özer KA. Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçekleri ön çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi* 1994;9(31):26-35.
- Öz F, Öztürk Ö, Yener MH. Laringofarengial reflü. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 2001;5:1-4.
- Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 10. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri. 2004; 346-349.
- Pehl C, Pfeiffer A, Wendl B, Kaess H. The effect of decaffeination of coffee on gastro-oesophageal reflux in patients with reflux disease. 1997;11:483-486.
- Pisegna J, Holtmann G, Howden WC, Kateralis PH, Sharma P, Spechler S, Triadafilopoulos G, Tytgat G. Review article: oesophageal complications and consequences of persistent gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;20(9):47–56.
- Piesman M, Hwang I, Maydonovitch C et al. Nocturnal Reflux Episodes Following the Administration of a Standardized Meal. Does Timing Matter? *Am J Gastroenterol* 2007;102:2128-2134.
- Ponce J, Vegazo O, Beltran B, Jimenez J, Zapardiel J, Calle D, Piques JM. Prevalence of gastro-oesophageal reflux disease in Spain and associated factors. . *Aliment Pharmacol Ther* 2006;23:175- 183.
- Ronkainen J, Aro P, Storskrubb T, et al. High prevalence of gastroesophageal reflux symptoms and esophagitis with or without symptoms in the general adult Swedish population: a Kalixanda study report. *Scand J Gastroenterol* 2005;40:275–285.
- Ruhl CH, Everhart JE. Overweight, but not high dietary fat intake, increases risk of gastroesophageal reflux disease hospitalization: The Nhanes I epidemiologic followup study. *Ann Epidemiol* 1999;9:424–435.
- Salvia G, De Vizia B, Manguso F, et al. Effect of intragastric volume and osmolality on mechanisms of gastroesophageal reflux in children with gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2001;96:1725-1732.
- Sanna L, Stuart AL, Berk Micheal, et al. Gastro oesophageal reflux disease (GORD)-related symptoms and its association with mood and anxiety disorders and psychological symptomology: a population-based study in women. *BMC Psychiatry* 2013;13:194-200.
- Sherman PM, Hassall E, Fagundes-Neto U, et al. A global, evidence-based consensus on the definition of gastroesophageal reflux disease in the pediatric population. *Am J Gastroenterol* 2009;104:1278–1295.

- Slavin JL. Mechanisms for the impact of whole grain foods on cancer risk. *J Am Coll Nutr* 2000;19:300–307.
- Smit CF, Copper MP, et al. Effect of cigarette smoking on gastropharyngeal and gastroesophageal reflux. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2001;110:190-193.
- Song JH, Chung SJ, Lee JH, Kim YH et al. Relationship between gastroesophageal reflux symptoms and dietary factors in Korea. *J Neurogastroenterol Motil* 2011;17:54-60.
- Song EM, Jung HK, Jung JM. The Association Between Reflux Esophagitis and Psychosocial Stress. *Dig Dis Sci* 2013;58:471–477.
- Soykan Ç. Öfke ve öfke yönetimi. *Kriz Dergisi* 2003;11(2):19-27.
- Stacher G, Lenglinger J, Bergmann H, Schneider C, Hoffmann M, Wöfl G, Stacher-Janotta G. Gastric emptying: a contributory factor in gastroesophageal reflux activity?. *Gut* 2000;47:661-666.
- Starner TM, Peters RM. Anger expression and blood pressure in adolescents. *The Journal of School Nursing* 2004;20(6):335-342.
- Teke Z, Atalay F ve ark. Paraözofageal (tip 2 hiatal) hernilere cerrahi yaklaşım: dört olgu sunumu. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2009;25(1):33-39.
- Telfera S, Hatlebakk JG, Berstad A. The effect of *Helicobacter pylori* eradication on gastro-oesophageal reflux. *Aliment Pharmacol Ther* 1999;13:915–920.
- Terry P, Lagergren J, Wolk A, Myren O. Reflux inducing dietary factors and risk of adenocarcinoma of the esophagus and gastric cardia. *Nutr Cancer* 2000;38(2):186-191.
- Tuncer M. Gastroözefageal Reflü Hastalığı: Etyopatogenez, Semptomatoloji, Tanı ve Komplikasyonlar. İstanbul üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Sempozyumu Dizisi, 2001;133-138.
- Turk RP, Little G. The history of surgery for hiatal hernia and gastroesophageal reflux. Grandrath FA, Kamolz T, Pointer R, editors. *Gastroesophageal reflux disease principles of disease diagnosis, and treatment*. Austria, SpringerWienNewYork, 2006;159-165.
- Uemura N, Okamoto S, Yamamoto S, Matsumuro N, Yamaguchi S, Yamakido M, Taniyama K, Sasaki N, J Schlemper R. *Helicobacter pylori* infection and the development of gastric cancer. *N Engl J Med* 2001;345:784-789.
- Uğuz Ş, Toros F ve ark. Zihinsel ve/veya bedensel engelli çocukların annelerinin anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinin belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri* 2004;7:42-47.

- Vaezi MF, Swoger J. Gastroesophageal reflux disease in the elderly. Granderath FA, Kamolz T, Pointer R, editors. Gastroesophageal reflux disease principles of disease diagnosis, and treatment. Austria, SpringerWienNewYork, 2006;23-43.
- Vandenplas Y, Hassal E. Mechanisms of gastroesophageal reflux and gastroesophageal reflux disease. *JPGN* 2002;35:119-136.
- Van Herwaarden MA, Samsom M, Smout Andre JPM. Excess gastroesophageal reflux in patients with hiatus hernia is caused by mechanisms other than transient LES relaxations. *Gastroenterology* 2000;119:1439-1446.
- Wang J-H, Luo J-Y, Dong L, Gong J, Tong M. Epidemiology of gastroesophageal reflux disease: A general population-based study in Xi'an of Northwest China. *World Journal of Gastroenterology* 2004;10:1647-1651.
- Wang WH, Huang JO, Zheng GF, et al. Is proton pump inhibitor testing an effective approach to diagnose gastroesophageal reflux disease in patients with noncardiac chest pain? A meta analysis. *Arch Intern Med* 2005;165:1122-1128.
- Watanabe Y, Fujiwara Y, Shiba M, Watanabe T, Tominaga K, Oshitani N, Matsumoto T, Nishikawa H, Higuchi K, Arakawa T. Cigarette Smoking and Alcohol Consumption Associated with Gastro-Oesophageal Reflux Disease in Japanese Men. *Scand J Gastroenterol*, 2003;8:807-811.
- Wildi SM, Tutuian R, Castell D. The influence of rapid food intake on postprandial reflux: Studies in healthy volunteers. *Am J Gastroenterol* 2004;99:1645-1651.
- Wu AH, Tseng CC, Hankin J, Bernstein L. Fiber intake and risk of adenocarcinomas of the esophagus and stomach. *Cancer Causes Control* 2007;18:713-722.
- Wu JC, Mui LM, Cheung CM, Chan Y, Sung JJ. Obesity is associated with increased transient lower esophageal sphincter relaxation. *Gastroenterology* 2007;132:883-889.
- Yasuhara H, Miyake Y, Toyokawa T et al. Large waist circumference is a risk factor for reflux esophagitis in Japanese males. *Digestion* 2010;81:181-187.
- Yüksel M, Akgül AS. Embriyoloji-Damarlanma-Inervasyon-Anatomi. Özafagus. Yüksel M, Başoğlu A. Editör, Özafagus Hastalıklarının tıbbi ve cerrahi tedavisi, 1. Baskı, İstanbul, Bilmedya Yayınevi. 2002; 1-19.
- Zagari RM, Fuccio L, Wallender MA, Johansson S, Fiocca R, Casanova S, Farahmand BY, Winchester CC, Roda E, Bazzoli F. Gastro-oesophageal reflux symptoms, oesophagitis and Barrett's oesophagus in the general population: the Loiano-Monghidoro study. *Gut* 2008;57:1354-1359.
- Zhizhong Z, Gelin XU, Minmin MA, Jie Y, Xinfeng L. Dietary fiber intake reduces risk for gastric cancer: a meta- analysis. *Gastroenterology* 2013;145:113-120.

Zorluoğlu A, Özgüç H. Hiyatel herni ve gastroözofajiyal reflü tedavisinde cerrahi teknikler. Yüksel M, Başoğlu A. Editör, Özafagus Hastalıklarının tıbbi ve cerrahi tedavisi, 1. Baskı, İstanbul, Bilmedya Yayınevi. 2002; 161-176.



EKLER
Ek.1: Etik Kurul Onayı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: H.30.2.ODM.0.20.08/1665

15.01.2015

Sayın : Doç.Dr.Aliye ÖZENOĞLU

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Sağlık Çalışanlarında Gastroözofageal Reflinin Beslenme Alışkanlıkları, Öfke Düzeyi ve Anksiyete Durumu ile İlişkisi** başlıklı OMÜ KAİK 2014/ 750 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekeçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına; çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafınıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 24.07.2014 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr.A.Tevfik SÜNER
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek-2:Katılımcı Anket Formu

KTILIMCILARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ, BESLENME ALIŞKANLIKLARI, HASTALIK DURUMLARININ SAPTANMASI

I. GENEL BİLGİLER :

1-Kaç Yaşındasınız (18 yaş ve üzeri alınacaktır):.....yıl

2-Cinsiyet : a. Erkek b. Kadın

3- Medeni Durumunuz? a. Evli b. Bekar

4- Eğitim durumunuz nedir?

- a. İlkokul b. Ortaokul c. Lise ve Dengi Okullar
d. Üniversite e. Yüksek Lisans f. Doktora

5-Mesleğiniz nedir?

- a. Doktor e. Fizyoterapist i. Sağlık Memuru
b. Hemşire/Ebe f. Eczacı k.Hizmetli Personel
c. Diyetisyen g. Sosyal Çalışmacı l. Diğer (.....)
d. Psikolog h. Tıbbi Sekreter

II. ALIŞKANLIK VE BESLENME BİLGİLERİ :

6-Sigara içiyor musunuz?

- a. Evet b. Hayır (9.soruya geçiniz)
c. Geçmişte içerdim bıraktım (9.soruya geçiniz)

7-Ne kadar süredir içmektesiniz?

- a. 1 yıldan az b. 1-2 yıl c. 3-4 yıl d. 5 yıl ve üzeri

8- Günde ortalama ne kadar sigara içiyorsunuz?

- a. Yarım paketten az c. 1 paket- <2 paketten az
b. Yarım paket- 1 paket arası d. 2 paket ve üzeri e. Her gün içmem

9- Alkol tüketiyor musunuz?

- a. Evet b. Hayır (11.soruya geçiniz)
c. Geçmişte içerdim bıraktım (11.soruya geçiniz)

10- Ne sıklıkla tüketiyorsunuz?

- a. Her gün b. Haftada 1-2 gün c. Haftada 4-5 gün
d. 15 günde 1 e. Daha seyrek

11- Kahve içiyor musunuz?

- a. Evet b. Hayır (13.soruya geçiniz) c. Bazen(13.soruya geçiniz)

12- Günde ne kadar kahve tüketiyorsunuz?

- a.1 fincan b. 2 fincan c. 3 fincan d. 4 fincan ve üstü

13- Çay içiyor musunuz?

- a. Evet b. Hayır (15.soruya geçiniz) c. Bazen(15.soruya geçiniz)

14- Günde ne kadar çay tüketiyorsunuz?

- a. 1 Çay bardağı b. 2 Çay bardağı c. 3 Çay bardağı
d. 4 Çay bardağı ve üstü

15- Yemeklerinizde ne tür yağ kullanırsınız? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- a. Zeytinyağı b. Ayçiçek/Mısırözü c. Tereyağ d. Margarin e. Fındık Yağı

16- Yemeklerinizde baharat kullanır mısınız?

- a. Evet b. Hayır

17-Öğün atlar mısınız?

- a. Evet b. Hayır

18- Genellikle hangi öğünü atlıyorsunuz?

- a. Kahvaltı b. Öğle c. Akşam d. Ara Öğünler

19- Akşam yemeğinden sonra çeşitli yiyecek ve içecekler tüketir misiniz?

- a. Evet b. Hayır (21. Soruya geçiniz)

20- Akşam yemeğinden sonra ne tür yiyecekler veya içecekler tüketirsiniz? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

- a. Çay, kahve e. Gazlı içecekler(kola,gazoz..vb.) 1. Taze meyve-sebze
b. Süt/ Yoğurt f. Hazır Meyve Sular k. Cips, mısır gevreği vb.
c. Bisküvi çeşitleri g. Şeker, çikolata vb. l. Diğer(.....)
d. Simit, poğaç, kek vb. h. Kuruyemişler

21- Yemeklerinizi nasıl yersiniz?

- a. Hızlı b. Yavaş c. Normal

22- Asağıdaki besinleri ne sıklıkta tüketiyorsunuz?

BESİNLER							
	Her öğün	Her gün	Gün aşırı	Haftada 1-2	15 günde 1	Daha seyrek	Hiç
(a) Süt							
Yoğurt							
Kırmızı et							
Tavuk							
Balık							
Bulgur							
Kurubaklagiller							
(b) Beyaz ekmek							
Kepekli ekmek							
Sebze Yemekleri							
Salatalar							
Turunçgiller							
Diğer Meyveler							
Şeker, Bal, Pekmez							

Turşu							
(c) Pirinç, Makarna							
Sütlü tatlılar							
Şerbetli-hamur tatlıları							
Kızartmalar							
(d) Kola,gazoz vb.							
Alkollü içecekler							
Hazır meyve suları							

Article II. III. HASTALIK İLE İLGİLİ BİLGİLER

23-Size göre yaşam biçiminiz stresli mi?

- a. Evet b. Hayır c. Bazen

24- Herhangi bir kronik (uzun süredir devam eden) hastalığınız var mı?

- a. Evet b. Hayır (26.soruya geçiniz)

25-Hangi kronik hastalığınız var? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

- a. Diabetes Mellitus e. Hipertansiyon ı)Diğer....
b. Kanser f. Kronik Böbrek Yetmezligi
c. İnme g. Kronik obstriktif akciğer hastalıkları
d. Kalp yetmezligi h. Kronik karaciger yetmezligi

26-Düzenli ilaç kullanıyor musunuz?

- a. Evet b. Hayır

27- Son bir yıl içinde göğsünüzün arkasında yanma ve ağrı oldu mu?

- a. Evet b. Hayır(30. Soruya geçiniz)

28- Bu şikayetiniz ne zamandır var?

- a. 6 aydan beri b. 1 yıl c. 2 yıl d. 5yıl e. 10 yıl ve üzeri

29- Son bir yıl içinde bu şikayetiniz hangi sıklıkla oldu?

- a. Ayda birden az b. Ayda bir c. Haftada bir d. Haftada birkaç kere

e. Her gün

30- Son bir yıl içinde hiç ağzınıza acı ve ekşi su veya yedikleriniz geldi mi?

a. Evet b. Hayır(33. Soruya geçiniz)

31-Bu şikayetiniz ne zamandır var?

a. 6 aydan beri b. 1 yıl c. 2 yıl d. 5yıl e. 10 yıl ve üzeri

32- Son bir yıl içinde bu şikayetiniz hangi sıklıkla oldu?

a. Ayda birden az b. Ayda bir c. Haftada bir d. Haftada birkaç kere
e. Her gün

33-Doktor tarafından gastroözafagial reflü tanısı kondu mu?

a. Evet b. Hayır (38. Soruya geçiniz)

34- Gastroözofagial reflü hastalığı için beslenme tedavisi (reflü diyeti) aldınız mı?

a. Evet b. Hayır (36.soruya geçiniz)

35- Beslenme tedavisini (reflü diyetini) nereden aldınız?

a. Diyetisyen b. Doktor c. TV, gazete, internet vb. d. Diğer (.....)

36-Gastroözofagial reflü yeme alışkanlığınızı değiştirdi mi?

a. Evet b. Hayır

37- Gastroözofagial reflü sizin için önemli bir hastalık mı?

a. Evet b. Hayır

38-Boy uzunluğunuz (cm).....

Kilonuz (kg).....

Bel çevreniz (cm)

Ek-3: Sürekli Öfke- Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ)

1. BÖLÜM

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi düşünün ve ifadelerin sağ tarafındaki sayılar arasında sizi en iyi tanımlayanı seçerek üzerine (X) işareti koyun. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

1. Hiç
2. Biraz
3. Oldukça
4. Tümüyle

	Hiç		Tümüyle
	(1)	(2)	(3) (4)
1. Çabuk parlam.	(1)	(2)	(3) (4)
2. Kızgın mizaçlıyım.	(1)	(2)	(3) (4)
3. Öfkesi burnunda bir insanım.	(1)	(2)	(3) (4)
4. Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.	(1)	(2)	(3) (4)
5. Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkır.	(1)	(2)	(3) (4)
6. Öfkelenince kontrolümü kaybederim.	(1)	(2)	(3) (4)
7. Öfkelenişimde ağızma geleni söylerim.	(1)	(2)	(3) (4)
8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir.	(1)	(2)	(3) (4)
9. Engellendiğimde içimden birilerini vurmaya gelir.	(1)	(2)	(3) (4)
10. Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.	(1)	(2)	(3) (4)

II. BÖLÜM:

YÖNERGE: Herkes zaman zaman kızgınlık veya öfke duyabilir. Aşağıda, kişilerin öfke ve kızgınlık tepkilerini tanımlarken kullandıkları ifadeleri göreceksiniz. Her bir ifadeyi okuyun ve öfke ve kızgınlık duyduğunuzda genelde ne yaptığınızı düşünerek o ifadenin yanında sizi en iyi tanımlayan sayının üzerine (X) işareti koyarak belirtin. Doğru veya yanlış cevap yoktur.

1. Hiç
2. Biraz
3. Oldukça
4. Tümüyle

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Hiç		Tümüyle
	(1)	(2)	(3) (4)
11. Öfkemi kontrol ederim.	(1)	(2)	(3) (4)
12. Kızgınlığımı gösteririm.	(1)	(2)	(3) (4)
13. Öfkemi içime atarım.	(1)	(2)	(3) (4)

14. Başkalarına karşı sabırlıyım. (1) (2) (3) (4)
15. Somurtur ya da surat asarım. (1) (2) (3) (4)
- ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...
16. İnsanlardan uzak dururum. Hiç Tümüyle
(1) (2) (3) (4)
17. Başkalarına iğneli sözler söylerim. (1) (2) (3) (4)
18. Soğukkanlılığımı korurum. (1) (2) (3) (4)
19. Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım. (1) (2) (3) (4)
20. İçin için köpürürüm ama gösteremem. (1) (2) (3) (4)
- ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...
21. Davranışlarımı kontrol ederim. Hiç Tümüyle
(1) (2) (3) (4)
22. Başkalarıyla tartışırım. (1) (2) (3) (4)
23. İçimde, kimseye söylemediğim kinler beslerim. (1) (2) (3) (4)
24. Beni çileden çıkaran herneyse saldırırım. (1) (2) (3) (4)
25. Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim. (1) (2) (3) (4)
- ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...
26. Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm. Hiç Tümüyle
(1) (2) (3) (4)
27. Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir. (1) (2) (3) (4)
28. Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim. (1) (2) (3) (4)
29. Kötü şeyler söylerim. (1) (2) (3) (4)
30. Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım. (1) (2) (3) (4)
- ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...
31. İçimden insanların farkettiğinden daha fazla sinirlenirim. Hiç Tümüyle
(1) (2) (3) (4)
32. Sinirlerime hakim olamam. (1) (2) (3) (4)
33. Beni sinirlendirene, ne hissettiğimi söylerim. (1) (2) (3) (4)
34. Kızgınlık duygularımı kontrol ederim. (1) (2) (3) (4)

Ek-4: Beck Anksiyete Ölçeği

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde hoş değildi ama katlanabilirim	Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım
1.Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2.Sıcak/ateş basması				
3.Bacaklarda halsizlik, titreme				
4.Gevşeyememe				
5.Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6.Baş dönmesi veya sersemlik				
7.Kalp çarpıntısı				
8.Dengeyi kaybetme korkusu				
9.Dehşete kapılma				
10.Sinirlilik				
11.Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12.Ellerde titreme				
13.Titreklilik				
14.Kontrolü kaybetme korkusu				
15.Nefes almada güçlük				

16.Ölüm korkusu				
17.Korkuya kapılma				
18.Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19.Baygınlık				
20.Yüzün kızarması				
21.Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				



ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Sinem ŞAHİN

Doğum Yeri: Çarşamba

Doğum Tarihi: 24.04.1985

Medeni Hali: Bekar

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce (Orta Düzey)

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl): Lisans/ Hacettepe Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Fakültesi/ 2004-2009

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:

Samsun Sağlık Müdürlüğü 2010-

E-posta: sinemsahin85@gmail.com