



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

GASTROÖZOFAGEAL REFLÜ HASTALIĞINDA YAŞAM
KALİTESİNİN İNCELENMESİ

Dr. Esra KOÇYİĞİT

UZMANLIK TEZİ

BURSA-2016



**T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**GASTROÖZOFAGEAL REFLÜ HASTALIĞINDA YAŞAM
KALİTESİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Esra KOÇYİĞİT

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Tanju BAŞARIR ÖZKAN

BURSA-2016

İÇİNDEKİLER

Özet.....	ii
İngilizce Özet.....	iii
Giriş.....	1
Gereç ve Yöntemler.....	32
Bulgular.....	36
Tartışma ve Sonuç.....	47
Kaynaklar.....	58
Ek 1 (Kısaltmalar).....	65
Ek 2 (Yaşam kalitesi ölçekleri).....	67
Ek 3 (Tablolar).....	79
Ek 4 (Şekiller).....	80
Teşekkür.....	81
Özgeçmiş.....	82

ÖZET

Gastroözefageal reflü, özofagusun en sık görülen hastalığı ve çocukluk çağı hastalıkları içinde de en sık görülen hastalıklardan biridir. Gastroözofageal reflü gastrik içeriğin istemsiz olarak özofagusa hareketidir. Sağlıklı süt çocuklarında, çocuklarda ve erişkinlerde gün boyunca fizyolojik olarak oluşabilmekte, genellikle de kısa süreli ve asemptomatiktir. Gastrik içeriğin özofagusa kaçıışı çocukta semptoma yol açıyor, yaşam kalitesini etkiliyor, patolojik sekel bırakıyorsa gastroözofageal reflü hastalığı olarak tanımlanmaktadır.

Günümüzde birçok kronik hastalıkta yaşam kalitesinin önemi üzerinde durulmaktadır. Genel olarak “kalite” iyiliğin bir derecesidir. Yaşam kalitesi, kişisel sağlık durumundan öte, kişisel iyilik halini de içine alan daha geniş bir kavramdır.

Bu çalışmada gastroözefageal reflü tanısı olan çocukların yaşam kalitelerini belirlemek, sağlam çocuklar ile karşılaştırmak ve yaşam kalitelerine etki eden faktörleri değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gastroözefageal reflü hastalığı olan 50 hasta ve ebeveyninin, kontrol grubu olarak 50 sağlam çocuk ve ebeveyninin sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi değerlendirilmiştir. Hasta, kontrol grubu ve ebeveynlerine yaşam kalitesi ölçek formu doldurulması istenmiştir. Çalışma anket şeklinde yapıp yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından yapılmıştır.

Hastaların 13'ü (%26) erkek, 37'si (%74) kız idi. Yaş ortalaması 12,44±3,137 idi. Kontrol grubun yaş ortalaması 12,6± 2,857 idi. Ortalama yaşam kalitesi ölçek toplam puanı hastalarda ve ebeveynlerinde kontrol grubundaki sağlam çocuk ve ebeveynlerine göre anlamlı olarak düşük saptandı ($p<0,01$). Bu sonuçlar literatürde yapılmış çalışmalara göre uyumlu bulunmuştur.

Sonuç olarak; gastroözefageal reflü hastalığı tedavisinin uzun sürmesi, tedavi sırasında sıkı diyet uygulanması nedeni ile çocuğun günlük yaşamını aile yaşantısı bozulabilmekte ve yaşam kalitesi olumsuz

etkilenmektedir. Yaşam kalitesi ölçümleri, hastanın hastalığa olan tepkisini daha iyi anlamının yanı sıra hastanın tedaviye uyumunu artırarak, destekleyici bir yaklaşım sağlamaktadır.

Anahtar kelimeler: Pediatrik, Gastroözofageal reflü, Gastroözofageal reflü hastalığı, Yaşam kalitesi



ABSTRACT

INVESTIGATION OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS GASTROESOPHAGEAL REFLUX

Gastroesophageal reflux disease (GERD) is the most frequent disease of oesophagus, and also one of the most frequently seen diseases among childhood diseases. Gastroesophageal reflux is defined as regurgitation of gastric contents into oesophagus involuntarily. In some cases, it can occur physiologically in healthy toddlers, children and adults throughout the day; it is usually short-term and asymptomatic. The condition is defined as gastro-oesophageal reflux disease when the regurgitation of gastric contents into oesophagus leads to symptoms, affects the quality of life, and causes pathologic sequels in children.

Currently, the importance of the quality of life is emphasized in many chronic diseases. In general, "quality" is a degree of well-being. Quality of life is a more comprehensive concept, which includes also individual well-being beyond individual health status.

In this study, we aimed to identify the quality of life of children with a gastro-oesophageal reflux disease diagnosis, to compare them with healthy children, and to assess factors affect their quality of life.

Health-related quality-of-life of 50 GERD patients and their parents, additionally health-related quality-of-life of 50 healthy children and their parents as controls were assessed. The patients, controls and parents were asked to complete the quality of life questionnaire form. The study was conducted as survey, and the researcher administered the questionnaire in a face-to-face manner.

13 patients (26%) were male, while 37 of them (74%) were female. The mean age of the patients was $12,44 \pm 3,137$ years; while it was $12,6 \pm 2,857$ years in the control group. The mean score of quality of life questionnaire was significantly lower in patients and in their parents, compared with healthy children and their parents in the control group ($p < 0,01$). These results were

consistent with the results of other studies in the literature.

Consequently, due to long duration of treatment, and implementation of a strict diet during treatment, gastro-oesophageal reflux disease may impair daily life and domesticity of child, and affects quality of life negatively. Quality of life measurements provides a supportive approach, with increasing patient's adherence of therapy, as well as allowing us to understand the reaction of the patient against disease better.

Key Words: Pediatric, Gastroesophageal reflux, Gastroesophageal reflux disease, Quality of Life

GİRİŞ

Gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH) son yıllarda çocuklarda en sık karşılaşılan sağlık sorunlarından biridir, her yaş grubunda görülme sıklığı giderek artmaktadır. Bu artışın en önemli nedenleri 21. yüzyılın sosyoekonomik koşulları, modern kentsel yaşam, hazır ve işlenmiş gıda tüketiminin artması, hipermarket kültürü ve küresel mutfaktır (1). Geçmiş yıllarda süt çocuklarının beslenme sonrası kusması, fazlasını çıkarma veya kalazyaya olarak adlandırılırdı. Erişkinlerde ise epigastriumda ortaya çıkan yanma, ekşime gibi tüm dispeptik yakınmalar gastrit olarak kabul edilirdi. Son yıllarda Helikobakter pilori (HP) gastritinin etkin tedavisi ve GÖRH'e yönelik modern tanı yöntemlerinin geliştirilmesi kronik dispeptik yakınmaların çoğunun GÖRH'e ait olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca tanısız hataların giderilmesi de GÖRH sıklığında artışa katkıda bulunmaktadır. Gastroözofageal reflü (GÖR) de birçok etkenin aynı anda sorumlu olması, hastalık sonrası gelişebilecek komplikasyonların fazlalığı ve bu komplikasyonların bireyin tüm yaşamını etkilemesi hastalığa verilen önemi artırmaktadır (1,2).

GÖR içinde asit ve pepsin gibi maddelerin bulunduğu mide içeriğinin istemsiz olarak özofagus içine geri gelmesi olarak tanımlanmaktadır (1,3). GÖR'ün pek çok atağı kısa süreli ve zararsız olup sağlıklı bebek, çocuk ve erişkinlerde günde 20-50 kez olabilen fizyolojik bir olaydır. GÖR'lü çocukların çoğunda etyolojik olarak tanımlanabilen anatomik, metabolik, enfeksiyöz ya da nörolojik sorun yoktur. Postprandial dönemde hiçbir belirtiye, özofageal hasara veya komplikasyona yol açmadan çok hafif bir rahatsızlık hissi ile gerçekleşir. Gastrik içeriğin özofagusa kaçış hareketi klinik belirti ve bulgulara, yaşam kalitesinde düşmeye neden oluyorsa GÖRH olarak tanımlanır (4).

Rejürjitasyon, reflünün orofarinkste olduğunu ifade ederken, kusma mide içeriğinin ağızdan dışarı çıkmasını tanımlar, tekrarlaması ve herhangi bir zorlama ile olması gerekmez. Klinik pratiğinde bu terimlerin kullanımları iç içe geçmiş olup, kesin bir ayırım yapılamamaktadır. Aynı sürecin farklı durumları olarak algılanır. GÖR regürtasyonla birlikte ya da regürtasyonsuz olabilir.

Regürjitasyonla birlikte olan GÖR'de genellikle yutulan anne sütü veya bebek maması, aktif kontraksiyon olmaksızın dışarı çıkarılır. Bebeklerde özofagusun kısa olması, yatarak geçirilen zamanın uzun olması nedeniyle özofagus ile midenin yatay pozisyonda kalması kardiya sfinkterinin henüz olgunlaşmamış olması ve besinlerin çoğunun sıvı ve kalorisinin fazla olması nedeniyle regürtasyon siktir. Çocuk büyüdükçe midenin kapasitesinin artması, abdominal kas tonusunun artması vaktinin çoğunun ayakta veya oturarak geçirilmesi, midenin dik pozisyonda olması, sıvı gıda tüketiminin azalıp, katı besin tüketiminin artması nedeniyle reflü sıklığı daha azdır (2,4,5).

GÖR'ün çocuklarda görülme sıklığının etnik ve coğrafi farklılığının etkisinin incelendiği çalışmalarda, hastalığın batı ülkelerinde Uzak Doğu ve Afrika'dan daha sık görüldüğü saptanmıştır. Üç aydan küçük çocukların %50 sinde günde en az 1 kez regürjitasyon görülmüştür. Regürjitasyon en sık %67 oran ile dördüncü ayda görülürken 6-7. aylarda ani bir düşme ile %21'e inmektedir (4,5). Japon verileri 7. aydan sonra GÖR sıklığının %5-10'lara gerilediğini ortaya koymaktadır (6). Bu durum fizyolojik GÖR oluşumunda ırksal faktörlerin rolüne işaret etmektedir. GÖR, bebeklerin %5'inden azında 12. aylarda hala görülmeyebilir. Özellikle gece beslenen, çok mama yedirilen, süt içerek yatan ve gece boyunca içmeye devam eden bebeklerde bu oran yükselmektedir. GÖR yenidoğan döneminde daha yaygın olmasına rağmen GÖRH daha nadir olup her 30 bebekten birinde görülmektedir (4,5). İki yaş ve daha büyük çocuklarda regürjitasyon prevalansı ile ilgili veriler fazla değildir. Ancak GÖR prevalansının 3-9 yaş arasında %2, 10-17 yaş arasında %8 olduğu düşünülmektedir. Bu çocukların da %1-2'si antiasid veya baskılayıcı tedavi almaktadır (5,6). Danimarka'dan toplum temelli bir çalışmada 3-18 yaş arası çocuklarda GÖRH prevalansı %1,8-22 arasında bildirilmiştir (6). ABD'de semptom bazlı bir çalışmada ise prevalans, 3-9 yaş arası çocuklarda %24, 10-17 yaş arasında %8-25 olarak saptanmıştır. GÖRH erişkinlerde %20-25 sıklıkta bildirilen, çocukluk çağında %5-15 arasında değişen oranlarda görülmektedir (7). Bu oranın astımlı çocuklarda %50-60 civarında olduğu bildirilmiştir. Türkiye'de çocuklar için yapılmış GÖR çalışması çok azdır. 2012 yılında erişkinler üzerine yapılmış bir anket çalışmasında kadınlarda ve yaşlı

bireylerde daha sık görülmüştür (8). 3. Uludağ Kış Kongresinde sunulan çalışmalardan biri 2 ay- 2 yaş arasında Bursa'da GÖR insidansını incelemiş %7,5 olarak saptanmıştır (9). Türkiye'de çocuklar üzerine yapılmış yeterli çalışma yoktur. GÖRH prevalansının %1-8 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Trakeaözofagiyal fistül, nörolojik bozukluk, oral-motor disfaji gibi bazı durumlarda GÖRH insidansı %70'e kadar yükselebilmektedir (5,6,10)

Reflü sıklığını etkileyen faktörlere yönelik yapılan çalışmalarda serebral palsi, nörolojik gelişim bozukluğu olan prematüre bebekler ve kronik hastalığı olan küçük çocuklarda GÖR'ün daha sık ve şiddetli olabileceği bildirilmiştir. GÖR, kafein ve yağlı yiyecekleri çok tüketen ve obez olan çocuklarda daha sık görülmektedir (11,12).

GÖR, gastrointestinal sistem (GİS) dışında üst ve alt solunum yollarını da etkilemektedir. Klasik olarak, kusma, regürjitasyon, pirozis, epigastrium veya karın ağrısı gibi yakınmaların yanı sıra atipik olarak, yinelenen üst ve alt solunum yolu enfeksiyonu ya da tedaviye dirençli astım bulgularıyla da karşımıza gelebilmektedir. Hastalığının tanısının başka hastalıklarla karışması hatta komplikasyonların gelişebilmesi kişinin yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu nedenle gastroözefageal reflü hastalığı olan çocukların erişkin yaşa daha sağlıklı geçebilmesi için yaşam kalitesinin değerlendirilmesi gerekmektedir (13-15).

Son yirmi yılda, kronik hastalıkların, hastaların sağlığı ve toplum üzerindeki etkisini değerlendirmede biyomedikal, psikolojik ve sosyoekonomik parametrelerin önemi giderek artırmıştır. Büyüme okul performansı, fonksiyonel gelişim gibi diğer faktörler GÖRH 'ği olan çocuklarda sağlıkla ilişkili hayat kalitesini değerlendirmek için geçerlidir (14,15).

Yaşam kalitesini saptamak için çok çeşitli ölçekler mevcuttur. Varni ve ark.(16) tarafından 1999 yılında Pediatric of Life Inventory 4,0 bu amaçla geliştirilmiştir.

1. Anatomisi :

Özofagus, farinks ile mide arasında yer alan sindirim sisteminin yaklaşık 25 cm uzunluğunda elastik, kontraktilesi olan tüp şeklindeki bir bölümdür. Krikoid kırıldak hizasında 6.servikal vertebra seviyesinde başlar, trakeanın arkasında vertebranın önünde toraks içerisinde seyrederek, hiatusdan geçip 11. torakal vertebra hizasında kardiasa sonlanır (17).

Özofagusun **3 bölümü** vardır:

1-Servikal özofagus: Önde trakea, tiroid; yanlarda a.carotis comminis ve tiroid yan lobları ile komşudur. Özofagus ile trakea arasında n.recurrrens seyreder.

2-Torakal özofagus: Apertura torasica superior da başlar. Mediasten organları ile komşudur

3-Abdominal özofagus: Hiatusdan sonraki kısmıdır. Ön ve yanlarda peritonla örtülüdür.KC sol lobu ile komşudur (17).

Özofagus içten dışa doğru Tunica Mukoza, Submukoza, Tunica Muskularis, Tunica Adventisyadan oluşur. Serozası yoktur. Tunica Mukoza; özofagus alt ucu hariç çok katlı yassı epitelle, özofagus alt ucu da silindirik epitelle döşelidir. Submukozada dolaşım sistemine ait damarlar bulunur. Tunica Muskularis tabakası dışta longitudinal, içte sirküler liflerden oluşmaktadır. Özofagus $\frac{1}{4}$ üst kısmı çizgili, ikinci $\frac{1}{4}$ kısmı kısmen çizgisiz, alt $\frac{1}{2}$ kısmı ise düz kaslardan oluşmuştur (18).

Üst bölümde krikofaringeal ve alt bölümde gastroözofageal bileşkede olmak üzere 2 adet sfinkter yapısı mevcuttur. Bu alanlar gerçek bir sfinkter yapısı içermemekle beraber (medial sirküler kas liflerinin hipertrofi ve hiperplazisi ile oluşan değişik anatomik yapıların katkıda buldukları) yüksek basınç alanlarıdır (17-19).

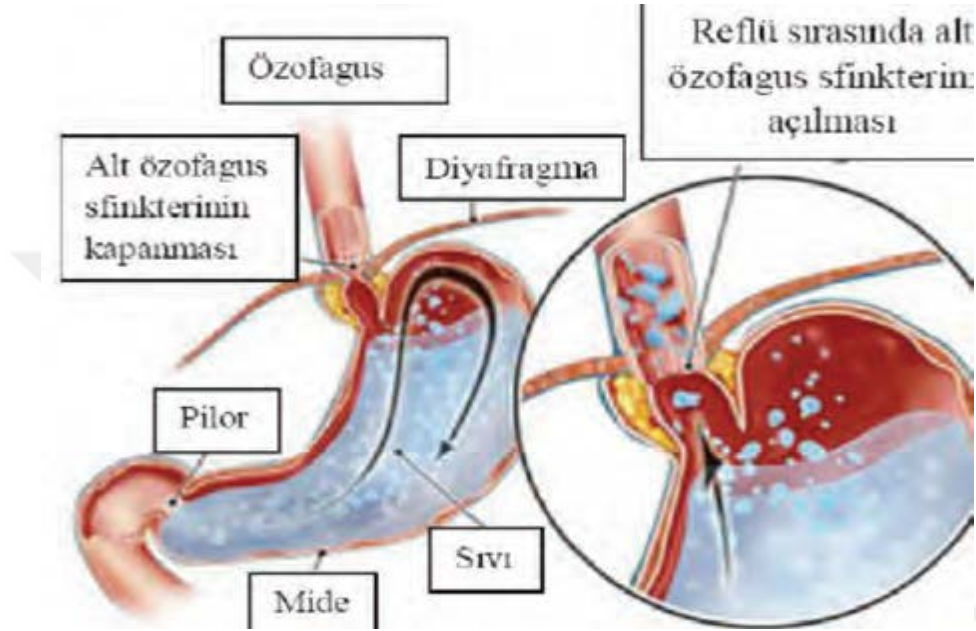
Üst özofagus sfinkteri (krikofarengus kası) daima tonik kasılma halindedir ve istirahat basıncı 100 mmHg'ye ulaşabilir. Havanın özofagusa özofagus içeriğinin farinkse geçişini engeller. Özofagus gövdesinin istirahatte motor aktivitesi yoktur. Temelde iki peristaltik hareket gözlenir. Orofarinksten aşağıya itilen gıda primer peristaltik dalgalar ile 2-4 cm/saniye hızla mideye yaklaşık 9 saniyede gönderilir. Gıdanın mideye gönderilmesinin ardından

temizleme fonksiyonunu sağlayan sekonder dalgalar başlar. Manometrik çalışmalarda kaydı yapılan tersiyer dalgaların ise kusma sırasında mideden ağıza tersiyer hareketi sağladığı bilinmektedir. Yutma işlevi dışında özofagus st ucu M. Cricopharyngeus'un kontraksiyonları ile kapalı tutulur. Alt zofagus sfinkteri (AS; lower esophageal sphincter, LES) abdomen içersinde 3-4 cm uzunluğunda ve normal durumlarda 15-25 mmHg'lık bir yüksek başın oluşturan ve spontan gevşeme özelliği olan bir fizyolojik sfinkter yapısı olarak ortaya çıkar. AS ve kardial, reflüyü önlemede kompleks bir yapı oluştururlar. Gastroözofageal bileşkede yüksek bir basınç alanı sağlarlar. Alt zofagus yetersizliği, AS 'inde basınç < 6 mmHg ve uzunluğu < 2 cm ise oluşur. Yüksek basınç alanından sorumlu yapılar şöyle sıralanabilir: birincisi distal özofagusun interensek kasları ve distal özofagus ile 30°'lik açı yapan His açısidir. Normalde tonik kasılma halindedirler ve yutma esnasında gevşerler. İkinci önemli yapı kardianın sling (askı) şeklinde kaslarıdır. nc yapı diafragma olup inspirasyon esnasında özofagusu komprese eder. Son yapı ise relatif olarak toraks boşluğundan daha yüksek olan abdominal basınçtır. İntragastrik basınç artışı; AS'nin kapanmasını sağlar (17-20).

2. Patofizyoloji:

GR'n özofageal belirtilerini oluşturan faktörler reflü materyalinin zedeleyici (kostik) etkisi ve reflü epizodları sırasında özofagusun bu materyale maruz kalma sıklığı ve sresidir. Bunlar özofagusun hasar görme riskini arttırrırlar. Cohen ve Haris ilk kez 1971 yılında GR'nn etiyolojisinde temel defektin AS'de olduğunu bildirmişlerdir (19). AS zofagogastrik bileşkede valf benzeri işlevi ile reflüyü önleyici en önemli bariyer olup, diyaframın krural kasları ile desteklenir (20-22). Günlük yaşamda normal intra-abdominal basıncın desteğine rağmen yetersiz AS tons varsa, AS gevşemelerinin sıklığı uygunsuzsa ve hiatus hernisi varlığında bu işlevi güçlendirici düzenli abdominal kasılmalara rağmen reflüyü nleyici AS basıncı sağlanamaz. Normal intraabdominal basıncın güçlendirici etkisi herhangi bir zorlanma ve solunum eforu ile de artabilir. Reflü epizodlarının süresi de özellikle uyku sırasında yutkunmanın olmaması ve özofageal peristaltizmin yetersiz olması

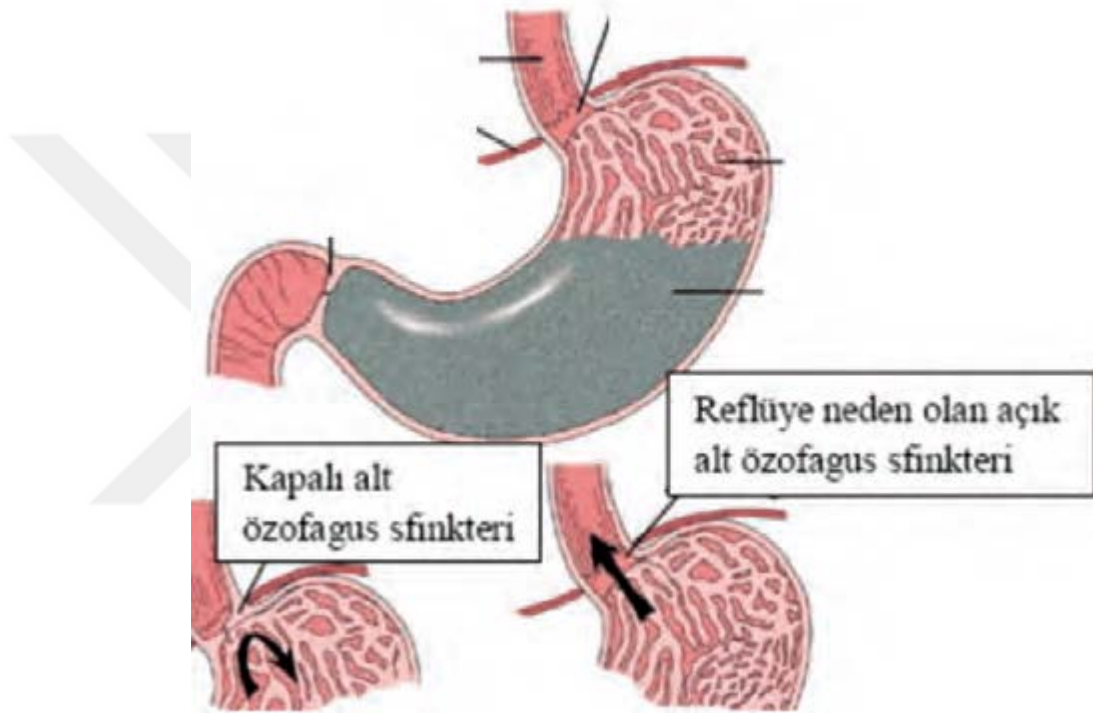
nedeni ile artar. Kronik özofajitin oluşturduğu özofageal peristaltik disfonksiyon (düşük amplitüdü dalgalar, yaygın bozukluklar), azalmış AÖS tonüsü özofageal temizleme fonksiyonun bozulması ve inflamatuvar özofageal kısılmanın sebep olduğu hiatal herniasyon bir kısır döngü oluşturarak reflüyü daha da kötüleştirirler (23-25).



Şekil-1: Alt özofagus sfinkter hareketleri (26)

Geçici AÖS gevşemeleri (Transient LES relaksasyonu, TLESR) reflüye neden olan en önemli mekanizmadır. Bu geçici gevşemeler yutma işlevinden bağımsız olarak, AÖS basıncının mide üzerinde 0-2 mmHg daha düşük olması ve 10 sn' nin üzerinde devam etmesi sonucunda oluşur. Vagovagal refleksi, mide proksimalinde yer alan afferent mekanoreseptörler, beyin sapı merkezi ve AÖS'ye gelen efferent yollarla geçici AÖS gevşemelerini düzenler. Gastrik distansiyon (postprandiyal veya anormal gastrik boşalmaya veya hava yutmaya bağlı olarak gelişen) geçici AÖS gevşemelerini uyaran başlıca faktördür. GÖRH'nin mı fazla sıklıkta geçici AÖS gevşemelerinden olduğu, yoksa geçici AÖS gevşemeleri sırasında mı daha fazla sıklıkta reflü olduğu halen tartışmalı bir konu olup, farklı kişilerde her biri geçerli olabilir. Geçici AÖS gevşemeleri sırasındaki "gerilme" reflüyü daha da olası hale getirir,

gastroözofageal bileşkenin mide hava-sıvı boşluğunun altında yer alacak şekilde pozisyon değiştirmesi ile reflüyü kolaylaştırır. Gastrik basınç-hacim dinamiklerini etkileyen artmış gastrointestinal hareketlilik, özofagusun gerilerek zorlanması, obezite, fazla miktarda büyük hacimli ya da hiperosmolar gıda alımı ve öksürük, hışıltı gibi artmış solunumsal iş yükü gibi benzeri faktörler de aynı etkiyi yapabilirler (21,23,25,27).



Şekil -2: Açık-kapalı AÖS (26)

3. Epidemiyoloji:

GÖRH etiolojisinde genetik etmenlerin rolüne dair veriler bulunmakla birlikte henüz kesinleşmiş bir görüş yoktur. GÖRH semptomların ebeveyn ve çocuklarda benzer olması, GÖRH'lü olguların akrabalarında da GÖRH sıklığının artması ve monozigotik ikizlerde dizigotiklere göre daha fazla birliktelik saptanması bu görüşü desteklemektedir. GÖRH'lü beş ailede yapılan bir çalışma 13. kromozom üzerinde GÖR ile ilgili bir lokusun (13q14) varlığını işaret etmektedir. Pediyatrik çalışmalar desteklememekle birlikte, erişkin çalışmaları fizyolojik ve patolojik GÖR varlığında erkek egemenliğini ortaya

koymaktadır, Bu nedenle X' e bağılı genetik bir geçişinde olabileceği ileri sürülmektedir (5,6,7,28,29).

4. GÖRH Sınıflandırması :

Pediyatri pratiğinde GÖR primer ve sekonder olarak iki ana başlıkta ele alınmaktadır:

4.A. GÖR klinik özelliklerine göre sınıflandırma :

4.A.a. Primer GÖR ve GÖRH :

Primer GÖR, üst GİS sorunlarından kaynaklanır. Fizyolojik (fonksiyonel) ve patolojik reflüler olarak iki grupta ele alınır. Patolojik reflüler GÖRH ile eş anlamlıdır ve tipik veya atipik formlarda karşımıza gelmektedir (2,5,30).

4.A.a.1. Patolojik GÖR (GÖRH) :

Patolojik GÖR, çok çeşitli semptomlarla ve iki farklı formda ortaya çıkar. **Tipik form**, kusma, regürjitasyon, pirozis, epigastrium veya karın ağrısı, hematemez, disfaji, odinofaji gibi GİS'e yönelik bulgularla karakterizedir. **Atipik form** ise özofagus dışı, üst ve alt solunum yolu bulguları ile karşımıza gelir. Üst solunum yoluna yönelik kronik, yinelenen otitis media, sinüzit, ses kısıklığı, kuru öksürük, stridor atakları ile ortaya çıkan patolojik reflü **laringofarengeal reflü (LFR)** olarak adlandırılır. Kronik bronşit, bronşiolit, pnömoni atakları, bronşektazi, pulmoner fibrozis vb. kronik alt solunum yolu hastalıkları ile karşımıza gelen patolojik reflü ise **pulmoner reflü (PR)** olarak tanımlanmaktadır (2,5,30,).

4.A. b. Sekonder GÖR :

Sekonder GÖR, her zaman patolojiktir ve GÖRH ile birlikte dir. En önemli etkenler, sistemik hastalıklar (skleroderma), nörolojik bozukluklar (mental, motor gerilik, serebral palsi), ilaçlar (kemoterapi), enfeksiyöz, metabolik ve alerjik (inek sütü alerjisi) sorunlardır. Belirti ve bulguları primer reflüye benzemektedir (2,5,30).

4.B. Mukozal Hasarın Durumuna Göre Sınıflandırma :

GÖRH sınıflandırmasında son yılların yaklaşımı, özellikle erişkin çalışmalarından yola çıkılarak, mukozal hasarın varlığı ile ilişkilidir. Semptomatik, tipik veya atipik GÖR'lülerin büyük kısmında, %70'lere varan bir oranda, erozyon, mukozal hasar saptanmaz. Bu grup **endoskopi negatif GÖRH** (negative-endoscopy reflux disease: NERD) olarak adlandırılır. Mukozal hasarlı grup ise **erozif GÖRH** (erosive reflux disease: ERD) olarak tanımlanmaktadır. Bu sınıflamaya göre, NERD/ERD görülme sıklığı 7'ye 3 gibi bir oranda bildirilmektedir. Semptomlar, her iki tabloda da süre ve ciddiyet açısından farklılık göstermemektedir. Bu nedenle yakınmaların tipi ve ciddiyetine bakılarak iki durum arasında ayırım yapılması oldukça zordur (2,5,30,31).

Tablo-1: GÖR ve GÖRH sınıflaması (2,5,30,31)

GÖR klinik özelliklere göre sınıflaması	GÖRH mukozal hasara göre sınıflaması
Primer Fizyolojik GÖR Patolojik GÖR Tipik (GİS semptomlu) Atipik (SY semptomlu) Faringolarenjial reflü(FLR) Pulmoner reflü (PR) Sekonder	Endoskopi negatif GÖRH Erozif GÖRH

FLR: Faringolarenjial reflü GÖR: Gastroözofageal relü,

GÖRH: Gastroözofageal reflü hastalığı, GİS: Gastrointestinal sistem

PR : Pulmoner reflü SY:Solunum yolları,

GÖR belirtilerin sıklığına göre yapılan sınıflandırmada dört gruba ayrılır;

Tablo-2: Belirtilerin şiddetine Göre GÖR sınıflaması (32)

GÖR Sınıflaması:	Belirtileri:
0:Belirtisiz	Çocuklarda reflü belirtisi yoktur
1:Hafif	Belirtiler nadirdir
2:Orta derecede	Çocuğun normal aktivitesini nadiren etkiler Pozisyon değişimi gösterir Seyrek olarak antiasit kullanımı gerektirir
3:Şiddetli	Çocuğun günlük aktivitesini devamlı engeller Akciğere aspirasyon ve özafagusta obstrüksiyon olguları vardır

GÖR: Gastroözofageal relü,

4. GÖRH Fizyopatolojik Mekanizmalar :

GÖR, fizyolojik olarak her beslenmeden sonra, rahatsızlık oluşturmadan yinelenen önemli bir savunma mekanizmasıdır. Vücudumuz GÖR' ün patolojik sürece girmesine engel olan bazı savunma sistemlerine sahiptir. Yaşamın ilk iki yılında ciddi yetersizlik gösteren bu sistemler, 2-3 yaştan sonra erişkinlere yakın bir olgunluğa ulaşır (1,5,32,33).

5.A. GÖR'ü Sınırlayan Savunma Sistemleri :

5.A.a. Antireflü bariyer: Alt özofagus sfinkteri, sağ diafragmatik krus ve His açısı

5.A.b. Özofagusun temizlenme mekanizmaları :Yerçekimi, sekonder ve tersiyer peristaltizm, tükürük ve özofageal sekresyonlar

5.A.c. Mukozal direnç :

5.A.a. Antireflü Bariyer :

Alt özofagus sfinkteri, özofagusu saran diafragma krusları ve özofagus gövdesi ile mide fundusu arasındaki "His açısı" reflüye karşı ilk engeli oluştururlar. Bu sistemin yetersizliğinde özofagus peristaltizmi ve yerçekimi devreye girer. Alkalin tükürük ve özofagus gövde mukozasından salgılanan bikarbonat mide asidinin nötralizasyonunda rol oynar. Özofagusun asitle temas süresinin uzaması mukozal direnç sistemini devreye sokar. Ayrıca bazı

özel durumlar ve tıbbi ilaçlar da GÖRH'e predispozisyon yaratmaktadır (17-22).

Tablo-3: GÖRH eğilim yaratan klinik durumlar ve uygulamalar (17-22)

Yapısal nedenler	Uygulamalar
Konstipasyon Şişmanlık Serebral palsi Konvülsiyon Hiatus hernisi Skolyoz Gebelik	Nazogastrik tüple beslenme Antikonvülsiyon ilaçlar Bronkodilatör tedavi Kalsiyum kanal blokörü

Alt Özofagus Sfinkteri (AÖS) :

AÖS, erişkinlerde 3-6 cm, bebeklerde birkaç mm uzunlukta ve ortalama istirahat basıncı 20 mm-Hg dolayındadır (10-40 mmHg). Basınç, derin inspiyum, valsalvra manevrası ve öksürük gibi karın içi basıncının arttığı durumlarda 50-150 mmHg'ya kadar yükselir, ekspiryumda ise düşer. AÖS, bu bölgedeki kas tabakasının hipertrofisi ile oluşur ve fonksiyonel bariyer rolüne sahiptir, yetersizliği **kalazy**a olarak adlandırılmaktadır. Kalazy, 1970'li yıllarda GÖRH' ün en önemli etiyolojik nedeni olarak kabul edilmekteydi. Günümüzde ise çocukluk çağı reflülerinin ancak %20'sinden sorumludur. GÖRH oluşumunda en çok kabul gören mekanizma AÖS 'nin geçici ve uzun süreli gevşemeleridir (AÖSGG). Bu da derin inspirasyon, mide distansiyonu ve tamamlanmamış yutmalar sonucu oluşur ve patolojik reflülerin %65-80'inden sorumludur. Bu gevşemeler aşırı osmotik (1000-1200 mOsm/L) ve yüksek volümlü gıdaların, mide fundusunda gerilmeye duyarlı mekanoreseptörleri uyarmasına bağlıdır. AÖSGG yutmanın uyardığı AÖS gevşemesinden (5-60 saniye) daha uzun sürelidir ve çoğunlukla oturur durumda ortaya çıkar. GÖR atakları da yatay pozisyondan çok oturur veya ayakta pozisyonda oluşur (22-25,34,35).

Tablo-4: AÖS basıncını etkileyen faktörler (22-25,34,35)

Artıranlar	Azaltanlar
Hormonlar: Gastrin Motilin Substance P	Sekretin, Kolesistokinin Glukagon, Somatostatin VIP, Progesteron
Nöral ajanlar : α -Adrenerjik agonistler β -Adrenerjik antagonistler Kolinerjik agonistler	α -Adrenerjik antagonistler β -Adrenerjik agonistler Kolinerjik antagonistler
Gıdalar: Protein	Yağ Çikolata
Diğerleri: Histamin Teophylline Prostaglandinler Serotonin Morphin	Prostaglandinler Serotonin, Teofilin Morphine Dopamine Ca kanal blokörleri Diazepam/ Barbitüratlar

5.A.b. Özofagusun Temizlenme Mekanizmaları :

GÖR, çoğunlukla yemek sonrası ve ayakta pozisyonda oluşmaktadır. Yerçekimi reflü materyelinin mideye geri dönüşünü hızlandırır. Bu mekanizma bebeklerden çok, yürüyebilen (1-1,5 yaş sonrası) çocuklarda etkindir. Reflü materyelinin temizlenmesi büyük ölçüde özofagus gövdesinden başlayan sekonder peristaltizm ile sağlanmaktadır. Aynı yerden ve sekonder peristaltizmi izleyerek başlayan tersiyer peristaltizm ise iyi organize olmadığından daha az etkilidir. Asidik reflü ile uyarılan tükürük 30-60 saniyede bir yutkunmaya neden olur. Bu sistemlerin iyi çalışması özofagus pH'sının 5 dakika içinde 1-2'lerden 4 ve üstüne ulaşmasını sağlar (17-21).

5.A. c. Özofagus Mukozası :

Özofagus çok katlı, skuamoz ve yer yer keratinize bir epitelle kaplıdır. Bu yapı, mukozal direnç sisteminin bir parçası olarak, dış dünya ile organizma arasında önemli bir engel oluşturur. Mukozal yüzeyi kaplayan mukus tabakası pepsin gibi büyük moleküllerin girişini engellerken, hidrojen iyonu gibi küçük moleküllere geçirgendir. Küçük moleküllerin geçişi mukusun altında yer alan, alkali yapıdaki hareketsiz su tabakası ile durdurulur. Özofagus mukozasından

salınan düşük konsantrasyonlarda nitrik oksit (NO) ve bikarbonat mukozal bütünlüğün korunmasında önemli diğer etmenlerdir. Hidrojen iyonlarını nötralize ederek mukozaya doğrudan girişi engellerler. Özofageal mukozanın reflü içeriğine doğal direncinde genetik etmenlerin de önemli rolü vardır. Bu da aynı reflü yapıcı etkene karşı bireysel farklılık gösteren yanıtlar ve farklı klinik tablolar ortaya çıkmasına neden olmaktadır (18,35).

5.B. Primer Özofageal Motor Bozukluklar :

Özofagusun motor hastalıkları ile ilgili çocukluk yaş grubunda giderek daha fazla vaka bildirilmektedir. Hastalıkların tanısı manometrik çalışmalarla konulmaktadır. Disfaji, göğüs ağrısı ile gelen 5440 çocukta yapılan 10 yıllık bir çalışmada hastaların %60'ında GÖR' le ilişkili nonspesifik motor değişiklikler, %13'ünde "nutcracker" özofagus, %5'inde diffüz özofagus spazmı, %2'sinde akalazyaya ve %0,3'ünde hipertansif AÖS saptanmıştır. Bu yakınmalarla gelen hastaların sadece %19'unda özofagus manometrisi normal bulunmuştur. Bu veriler GÖRH etiolojisinin aydınlatılmasında manometrik çalışmaların da önemli olduğunu ortaya koymaktadır (35,36).

5.C. Tükürüğün Etkisi:

Tükürük, nötr veya alkali pH'sı ile asidin nötralizasyonunda ve GÖR'ün sınırlandırılmasında önemli rol oynar. Ayrıca içerdiği epidermal büyüme faktörü de özofagus hasarının kontrolünde önemlidir. Mide asidinin özofagusa geçmesi tükürük salgısının uyarılmasına neden olur (17-21).

5.D. Mide Boşalım Süresinin Etkisi :

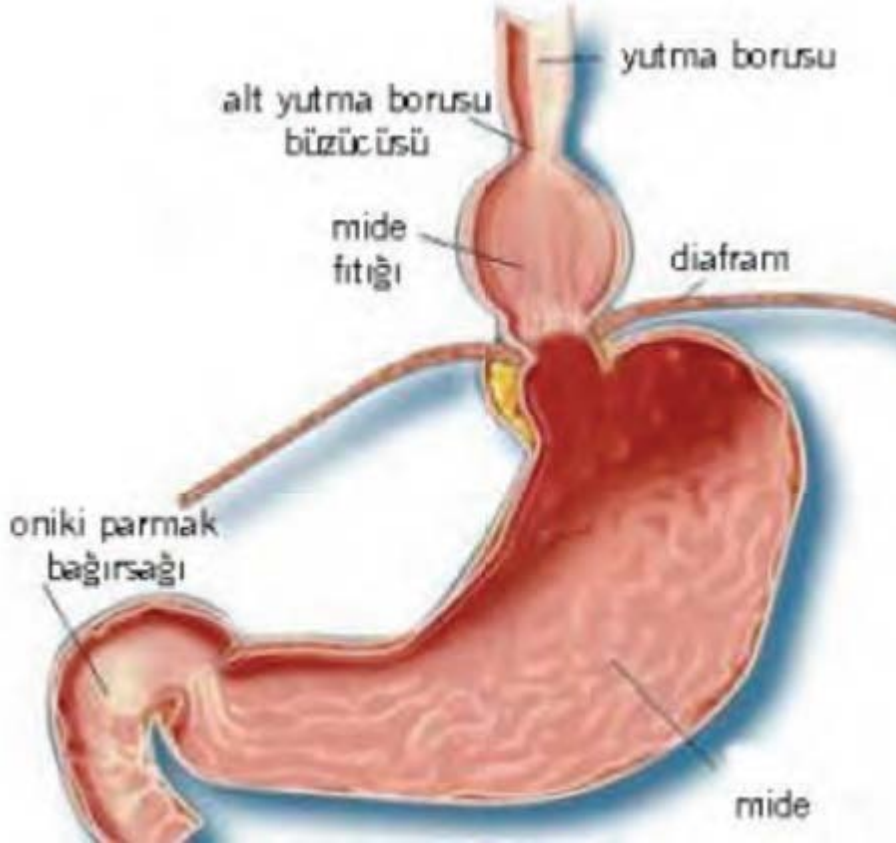
Gastroözofageal sintigrafi çalışmaları GÖRH'de mide boşalım zamanının uzadığını ve savunma mekanizması olarak AÖS gevşemelerinin arttığını ortaya koymaktadır. Özellikle yağlı yiyeceklerden sonra reflü görülmesinde mide boşalım zamanının uzaması sorumlu tutulmaktadır. Bu nedenle reflülü çocuklara yağı azaltılmış, karbonhidrattan zengin diyetler önerilmektedir. Çünkü bu tür gıdalar yağlı olanlara kıyasla mideyi daha hızlı terketmektedir (21-25).

5.E. Hiatus Hernisi :

GÖRH yıllarca hiatus hernisi ile birlikte yorumlanmıştır. Erişkin çalışmalarında birliktelik %10-80 oranlarında bildirirken, çocuklar için kesin bir veri yoktur. Hiatus hernisi sfinkter disfonksiyonuna neden olarak asit reflüyü uyarmakta, özofagus klirensini bozmakta ve sonuçta daha çok reflü atağı, daha uzun süreli asit maruziyeti ve daha ciddi tablolara yol açmaktadır (25,23,37).

5.E.a. Sliding, tip I hiatus hernisi :

AÖS toraksa geçmesine ve negatif basınç altında mide içeriğinin reflüsüne neden olmaktadır. Hiatus hernisi erozif, ülseröz özofajit ve Barret özofagus gibi mukozal bütünlüğün bozulduğu süreçlerle yakından ilişkilidir (21-25).



Şekil -3: Tip I Hiatus Hernisi (26)

5.F. GÖRH ve HP İnfeksiyonu :

Son yıllarda GÖRH artarken, mide ve duodenal ülser sıklığı HP pangastriiti inflamasyon ile pariyetal hücrelerin asit üretiminde azalmaya neden

olur. Ancak tedavi sonrası enfeksiyon ve inflamasyonun gerilemesi asit süpresyonunun kalkmasına ve GÖR semptomlarının belirginleşmesine yol açar. Bu nedenle HP inflamasyonu doğrudan, primer olarak, reflüye neden olmaz. Tedavi sonrasında GÖRH' e eğilim oluşturur (39).

5.G. Karın İçi Basınç Artışı :

Karın içi basınç artışı, erişkin reflülerinin %15-20'sinden sorumludur. Uzun yıllardır şişmanlık ve kabızlık GÖRH' le ilişkilendirilmekte ve predispozisyon yarattıkları ileri sürülmektedir. Aşırı kiloluluk veya obezite ile ilgili yeterince veri olmasına karşın kabızlıkla ilişkili çalışmalar henüz yeterli değildir. Fonksiyonel GİS hastalıkları ve dismotilite, GÖR ve konstipasyon için ortak etiyolojiyi oluşturmaktadır (23,25,40).

5.H. GÖRH ve İnek Sütü Alerjisi :

İnek sütü alerjisi süt çocuklarında %0,3-7,5 sıklıkta görülmektedir. IgE veya non-IgE aracılı reaksiyonlar sonucunda gelişmektedir. Alerjik bebeklerin %82'si ilk 4 ay içinde ve %30-70 oranında dermatolojik sorunlarla, daha sonraki aylarda özofageal (GÖR), intestinal (gastroenterit) veya kolonik (kanlı, mukuslu dışkılama, kolit ya da konstipasyon) semptomlarla karşımıza gelir (41).

6. GÖR klinik bulgular :

GÖRH, birden fazla sistemi etkileyen bir hastalıktır. Bebeklik çağında ana belirti kusma ve regürjitasyon iken, daha büyük çocuklar ise kusmaya ek olarak pirozis ile karşımıza gelirler

6.A. Bebeklerde görülen GÖRH bulguları :

6.A.a. Kilo alamama veya kilo kaybı: Bebeklerde GÖR' ün ana belirtisi kusmadır. Kusma fizyolojik sınırları aşınca kilo alımında duraklama başlar. Eğer tanı konamaz ve kusma devam ederse kilo kaybına ve akut malnütrisyona yol açar. Hala tanısı gecikir ve kusmalar devam ederse kronik malnütrisyona dönüşür ve giderek boy kısalığına neden olur. Bu nedenle kilo kaybı GÖRH'ün alarm belirtilerinden biridir (1,2,5,6).

6.A.b. İştahsızlık: GÖRH'li bebekler reflünün neden olduğu rahatsızlık nedeni ile beslenmek istemezler ve ciddi bir iştahsızlık görülür. Kusma ile oluşan kayıplara beslenememe de eklenmesi malnütrisyonu kaçınılmaz hale getirir (1,2,5,6).

6.A.c. Mukozal Hasar ve Reflü Postürü: Beslenme esnasında veya sonrasında bir bebeğin aşırı huzursuzluğu, opistotonik veya reflü postürü olarak adlandırılan yay gibi gerilmesi GÖRH belirtisi olabilir. Bebek hiperekstansiyon ile eroziv veya ülserli bölgeyi mide içeriğinden uzak tutmaya ve ağrıyı azaltmaya çalışmaktadır (1,2,5,6).

6.A.d. Sandifer Sendromu: Derin mukoza hasarı (ülser) sonucu açığa çıkmış sinir uçlarının reflü içeriği ile uyarılması çok ağrılı bir tabloya neden olur. Çocuklar baş, boyun ve gövdelerini çeşitli pozisyonlara sokarak reflü içeriğinin ülserli alanla temasını engellemeye çalışırlar. Bu durum uzun süre konvülzyon olarak yanlış tanımlanmıştır (1,2,5,6).

6.A.e. Apne, stridor ve boğulma atakları: Reflü içeriğinin kolayca üst özofageal bölgeye ulaşması henüz solunum ve yutma fonksiyonları tam gelişmeyen bebeklerde ani solunum durmasına, akciğer aspirasyonuna yol açabilir. Bebekler ağız ve boğazlarına kadar gelen reflü içeriğini tekrar mideye gönderemezler. Kusma bu durumda hayat kurtarıcı bir rol oynamaktadır. Ayrıca reflü içeriğinin kusmayla çıkarılması özofagus mukozasının mide içeriği ile temas süresini azaltmakta ve koruyucu bir mekanizma olarak çalışmaktadır (1,2,5,6).

6.A.f. Ani Bebek Ölümü Sendromu: Yaşamın ilk aylarında hiçbir sağlık sorunu olmayan, fiziksel, mental ve motor gelişimi sağlıklı olan bebeklerin uykuda ani gelişen ölümüdür. Solunum, dolaşım ve santral sinir sisteminin yeterince olgunlaşmaması sonucu görülür. GÖRH, tüm bu sistemleri etkiler (1,2,5,6).

6.B. Büyük Çocuklar ve Adölesanlarda GÖRH Bulguları

6.B.a. Tipik Reflü Bulguları: Bebeklik dönemi sonrasında GİS'in olgunlaşması ve fonksiyonel yeterliliğin sağlanması nedeniyle GÖRH'ün erişkinlere benzer bulgular görülür. Bu dönemde regürjitasyon ve pirozis (epigastriumda kaynama, ekşime, yanma hissi) kusmanın önüne geçer.

Kusmalar daha çok sabahları ve karın ağrısı, şişkinlik, geğirme gibi dispeptik yakınmalarla birlikte. Eroziv ve ülseröz özofajit bu yaş grubunda daha çok görülmektedir. Endoskopi gereksinimi de sıklıkla ileri yaşlarda ortaya çıkmaktadır. Kilo kaybı, kronik anemi, hematemez GÖRH'nün alarm belirtileridir ve üst GİS endoskopisini gerektirir. Özellikle yatmadan hemen önce bir şeyler yenmesi uyku bozukluğu, halitosis ve sabah kusmalarına neden olur. Demir tedavisine dirençli anemik hastalarda sadece çölyak hastalığı değil, GÖRH'de düşünülmelidir. Tanı gecikmesi ciddi komplikasyon ve semptomlara (striktür gelişimine, disfaji, odinofaji) yol açabilir (1,2,5,6,28,30,33).

6.B.b. Barrett Özofagus: Özofagus, endoskopik olarak, pembemsi-beyaz renkli bir epitelle kaplıdır. Midenin kolumnar epiteli ise kırmızı renkte görülür. Barrett özofagus, genetik yatkınlık zemininde, özofagusun çok katlı yassı epitelinin, yıllar içinde intestinal epitel ile yer değiştirmesidir (metaplazi). Prekanseroz bir lezyondur. Endoskopik olarak normal mide dokusu gibi görünür. Kesin tanı mikroskop ile incelenme sonrası konur. Erişkinlerde %5-10 sıklıkta görülürken, çocukluk yaş grubunda oldukça enderdir. Uzun süreli ve tedavisiz GÖRH, nörolojik sekelli ve kemoterapi alan çocuklar, kistik fibrozis, özofagus atrezisi olanlar risk altındadır (18,42,43).

6.B.c. Atipik Reflü Bulguları (Üst ve Alt Solunum Yolu Hastalıkları): Solunum yoluna ait her türlü kronik, yineleyen ve tedaviye dirençli hastalıklarda atipik reflü hatırlanmalıdır. LFR, sık yinelenen kulak, burun, boğaz sorunlarının önemli bir etiyolojik nedenidir. Çoğu, enfeksiyon düşünülerek antibiyotik ile tedavi edilmektedir. Kronik farengotonsillit, otit, rinit, sinüzit, stridor atakları, ses kısıklığı, kuru öksürük LFR'yi işaret edebilir. Özellikle boğazda takılma hissi ve boğaz temizleme hareketleri regürjitasyon açısından önemlidir. Kronik alt solunum yolu hastalıklarının ayırıcı tanısında alerjik, toksik, genetik, enfektif etkenlerin yanı sıra pulmoner reflü de yer almalıdır. Tekrarlayan astım atakları ve pnömonilerin altında GÖRH olabileceği düşünülmelidir. Bu hastalar yoğun antibiyotik ve bronkodilatör tedaviye rağmen düzelmezler. Bu nedenle, ateşin eşlik etmediği, sık yinelenen solunum yolu sorunlarında atipik GÖRH düşünülmeli ve aşırı antibiyotik kullanımından kaçınılmalıdır. Ülkemizde

yaşları 1ay ile 15 yaş arasında değişen 289 çocuk üzerine yapılan bir çalışmada 1 yaşın üzerindeki hastaların %44'ün solunum sistemi bulguları ile başvurduğu gösterilmiştir. Yapılmış başka bir çalışmada GÖRH tanılı çocukların %54,1'nin tekrarlayan üst veya alt solunum yolu hastalıkları, %41,8'nin gastrointestinal yakınmaları ile başvurduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada her iki sistemle ilgili yakınması olan hastaların oranı %9 olarak saptanmıştır. Solunum sistemine ait belirtilere yedi yaşından küçük çocuklarda sık rastlanırken, gastrointestinal sisteme ait belirtiler yedi yaşından büyük çocuklarda daha sık gözlenmiştir (2,5,30,44).

6.B.d. Astım ve GÖRH Birlikteliği: Bu iki hastalık arasındaki yakın ilişki yapılan çalışmalarda %13-80 gibi değişen sıklıklarla bildirilmiştir. GÖRH, özellikle geceleri oluşan hışıltı (wheezing) ile ilişkilendirilmektedir. Gece hışıltı atakları olan çocukların %100'ünde, gündüz atakları olanların ise %47'sinde GÖRH tespit edilmiştir. Astım semptomlu hastalarda gizli asit reflü bronkospazm ataklarına katkıda bulunmaktadır. Bu hastalar antireflü ilaçlarla tedavi edildiğinde hışıltının düzeldiği gösterilmiştir (44,45,46).

6.B.e. Dişlerde Erozyon ve Çürükler: Gündüzleri reflü oluşturan gıdaların (ayak üstü, abur-cubur ve şekerli gıdalar, asidik, kolalı içecekler) fazla tüketimi regürjitasyona eğilim yaratmakta ve burda dişlerin reflü materyeli ile temasına neden olmaktadır. Gece reflülerinde ise tükürük salgısı ve yutma fonksiyonu azaldığından dişler asidik mide içeriği ile uzun süreli temas halindedir. Asidik ve şekerli içecek ve yiyecekler doğrudan erozyon yaptıkları gibi reflü atağına yol açarak dolaylı yoldan da erozyon ve çürüklere neden olurlar (1,2,47).

6.B.f. Halitosis (Ağız kokması): Sabahları veya gün boyu devam eden halitosis ailelerin en çok belirttiği reflü semptomlarından biridir. Yatmadan hemen önce yeme alışkanlığı, uykuda sindirimin yavaşlamasına ve sabahları ağız kokusuna neden olur. Ayrıca gece reflüleri, uykuda tükürük salgısının ve GİS motiltesinin azalması sonucunda ağız boşluğunda ve dişler arasında mide içeriğinin kalmasına sebep olur. Uykuda temizlenme mekanizmalarının yeterince çalışmaması da halitosis'e katkıda bulunur (1,2,47).

7. GÖR ve Tanı Yöntemleri :

Çocuklarda GÖRH'ün tespiti için birçok tanı metodu kullanılmaktadır. Fakat altın standart bir tanı yöntemi yoktur. Tipik GÖRH olgularının çoğunda sadece doğru alınmış öykü ve fizik inceleme ile bile tanı konulabilir. GÖRH tanısında klasik yöntemler içinde en etkin olanı pH metredir. Özofajit varlığında endoskopi öne geçmekte, tedaviden tanıya gidiş yöntemi de pH metreye yakın doğruluk göstermektedir. Sintigrafinin tanıdaki yeri kullanım yaygınlığının aksine çok gerilerdedir (48-52).

Tablo-5: GÖR tanı yöntemlerinde duyarlılık ve özgünlük (48)

Tanı yöntemleri	Duyarlılık %	Özgünlük %
pH monitorizasyonu	83	86
Endoskopi	50	97(özofajit varlığında)
Özofagogram	31	21
Sintigrafi	59	15
Ampirik tedavi	83	78

7.A. Özofagusun 24 Saat pH Monitorizasyonu (pHmetre)

GÖR'de pH metre probunun distal ucunun çocuğun AÖS'den süt çocuklarında 3cm, büyük çocuklarda 5cm yukarı yerleştirilmesi ile uygulanır. Mideden özofagus içine kaçan asitin 24 saat boyunca özofagusla temas süresini, epizotların sıklığını ve en uzun epizot süresinin ölçülmesini katater ile sağlar. Burundan geçirilen ve üzerinde pH' ya duyarlı iki prob bulunan bir kataterle özofagus pH'sı 24 saat süreyle kayıt edilir. Özofagus lümeninde pH<4 ise reflü olarak kabul edilir. pH<4 olduğu süre, zamanı, gece gündüz yemekle ve pozisyonla ilişkileri saptanır. Bu yöntemde reflü görülmez, sadece pH değişiklikleri saptanır. İşlem süresince, olağan yaşam ve beslenme biçimi aynen sürdürülmelidir. Yirmi dört saat süreyle, 4-5 saniyede bir pH ölçümü yapılır ve veriler bir kayıt cihazında toplanır. Öğünler, pozisyon değişiklikleri ve uyku zamanları hasta veya ailesi tarafından cihaza işaretlenir. Öncelikle özofageal pH' nın 4'ün altına indiği tüm süre belirlenir. Bunun 24 saate yüzde oranı reflü indeksi (RI) olarak adlandırılır. RI pH metre çalışmalarının en önemli parametresidir. Duyarlılık ve özgünlüğü %94'ün üstündedir. Diğer

parametreler 24 saatteki toplam reflü sayısı, en uzun reflü süresi ve 5 dakikadan uzun reflülerin sayısıdır. Bir yaştan küçük bebeklerde RI>%10 (24 saatin 2,4 saatinden daha fazlası), büyüklerde RI>%4-5 olması GÖR lehine yorumlanır (49,50,51).

7.B. Baryumlu özafagus pasaj grafisi :

GÖRH tanısında en eski kullanılan, ancak duyarlılığı %30, özgünlüğü %20 dolayında olduğu için zamanımızda ilk planda düşünülmeyen bir tanı yöntemidir. Yanlış negatif ve pozitiflik oranı yüksektir. Ancak bu klasik yöntem GÖRH'e zemin yaratan kalazya, hiatus hernisi, mide volvulusu gibi anatomik sorunların veya GÖRH'e sekonder striktürlerin saptanmasında çok değerlidir (49).

7.C. Gastroözofageal Sintigrafi :

Non-invazif, kolay ulaşılabilir ve ucuz bir tanı aracıdır. Çocuklara "technetium 99" işaretli mama, süt, meyve suyu veya sandviç verilir ve ardından özofagus ve mide en az bir saat süreyle (hatta 120-240 dakika) gama kamera ile taranır. Bu süreç boyunca gelişen tüm reflüler kayıt edilir. İnceleme süresince hiç reflü saptanmayabilir veya bir reflü atağı bile pozitif çalışma olarak raporlanır. Her beslenme sonrasında fizyolojik olarak gelişebildiğinden, oluşan reflünün fizyolojik veya patolojik olduğu ayırt edilemez. Duyarlılığı %59, özgünlüğü %15 dolayındadır. çocuğun işlem sırasında ağlaması, öksürmesi, stabil durmaması, bazen çalışmanın olması gerektiğinden kısa süre içinde kesilmesi bu tetkikin GÖRH'de sensitivite ve spesifitesini azaltmaktadır. GÖR sintigrafisi posprandial (alkalen) reflü (Ph metre asit reflüyü ölçer), gecikmiş mide boşalmasının kolaylaştırdığı reflü (özellikle nörolojik hastalarda) ve geç akciğere aspirasyonları değerlendirmede kullanılan komplementer bir yöntemdir (50,51).

7.D. Manometrik Değerlendirme:

Manometrik çalışmalar özofagus gövde ve AÖS fonksiyonlarının değerlendirilmesinde ve motor hastalıklardan ayırımında önemlidir (49).

7.E. Özafagus İmpedans Ölçümleri:

İmpedans ölçümleri son yıllarda klinik bazlı çalışmalar ve hasta pratiklerinde kullanımı artmıştır; özofagus direncinin Ph kataterin uyarlanmış

bir transducer aracılığıyla farklı yüksekdeki iletim düzeylerinde katı, sıvı, ve gaz özellikteki reflü metaryeline karşı ölçümünü esas alır. Özellikle prematür bebekler ve diğer sekonder GÖRH'de zayıf asit, alkalen reflü dahil pH metre ile ölçülemeyen reflüyü değerlendirmekte kullanılır. pH metre ile birlikte komplementer bir yöntemdir; zayıf yönü kataterlerin göreceli maliyet yüksekliğidir (52).

7.F. Üst GİS Endoskopisi ve Histopatolojik Değerlendirme :

Reflü ile ilişkili özofagus hasarının tanımlanmasında en güvenilir yöntemdir Endoskopi ile hem özofagus epiteli görülebilir hem de biyopsi alma imkanı vardır. Endoskopi, GÖRH nedeni ile özofagus mukozasının bütünlüğünün bozulduğu erozif, ülseröz özofajit, Barrett özofagus veya hiatus hernisinin saptanmasında önemlidir. Tetkik için ağızdan demir tedavisine yanıt vermeyen anemi, hematemez, disfaji, malnütrisyon ve ampirik antireflü tedaviye yanıtızsızlık en önemli endikasyonlardır. Hasarın doğrudan görülmesi, AÖS fonksiyonlarının değerlendirilmesi önemli avantajlardır. Ancak invazif bir girişim olması nedeni ile ilk basamak tanı aracı olarak kullanılmaz. GÖRH tanısında üst GİS endoskopisinin duyarlılığı %50 dolayındadır. Özofajit varlığında ise özgünlüğü %97'ye ulaşmaktadır. Özofagusun makroskobik olarak normal görülmesi GÖRH varlığını ekarte ettirmez. Histolojik olarak değerlendirme yapılmalıdır. Özofajitin endoskopik bir sınıflama sistemi ile derecelendirilmesi hastalığın şiddetini belirlemede ve tedaviye yanıtı değerlendirmede yararlıdır. Hetzel-Dent sınıflaması ve erişkinlerde kullanılan Los Angeles sınıflaması bu amaçla çocuklar için kullanılır. Duyarlılık mukozal biyopsilerle artmaktadır (42,50).

Tablo-6: Endoskopik özofajit sınıflaması I: Hetzel-Dent sınıflaması (53)

Endoskopik skor	
Derece 0	Mukozal değişiklik yok
Derece 1	Makroskobik lezyon yok, fakat eritem, hiperemi veya mukozal incelme/kırılganlık var
Derece 2	Özofageal yassı epitelin distal 5 cm'lik kısmında %10'dan az kısmı tutan yüzeysel erozyonlar
Derece 3	Distal özofagusun %10-50'sini tutan yüzeysel erozyon ve ülserasyonlar
Derece 4	Özofagusun her yerinde olabilen derin yerleşimli peptik ülserasyon veya distal özofagusun %50'sinden fazla kısmında yaygın birleşik erozyonlar

Tablo-7: Endoskopik özofajit sınıflaması II: Los Angeles sınıflaması (53)

Endoskopik skor	
Derece A	Bir veya daha fazla alanda 5 mm'yi geçmeyen doku kaybı
Derece B	Bir veya daha fazla alanda 5 mm'yi gecen, fakat katlantılar arasında birleşmeyen doku kaybı
Derece C	İki veya daha fazla katlantıyı aşan, ancak lumeni tam daire olarak sarmayan bir veya daha fazla erozyon
Derece D	Tüm lümeni dairesel olarak saran doku kaybı (erozyon)

Özofajitin, endoskopik görünüm ile histopatolojisi arasındaki zayıf korelasyon nedeni ile endoskopi yapılan hastalardan mutlaka biyopsi alınması önerilmektedir. Daha önceki çalışmalarda anormal pH monitorizasyonu ile endoskopi ve histopatolojik değerlendirme arasında güçlü bir ilişki olduğu bildirilirken, yapılan son çalışmalarda bunun tersi savunulmaktadır (42,50).

8. GÖRH ve Tedavi Yöntemleri :

GÖRH, tedavi edilebilen ancak tamamen yok edilemeyen bir hastalıktır. Yaşam tarzı değişimi gibi düzenleyici önlemler yaşam boyu sürmekte ve birden fazla sistemi ilgilendirmektedir. Amaç; yakınmaların kaybolması, mukozal iyileşme, komplikasyonların önlenmesi ve remisyonun sağlanmasıdır. Çocukluk çağında sıklıkla yaşam biçimine bağlı bir hastalık olması, öncelikle yaşam tarzının değiştirilmesini gerektirmektedir. Yaşam biçiminin yetersizliğinde ise diğer tedavi yöntemleri gündeme gelmelidir. Çocukluk çağında GÖRH tedavisi üç ana başlıkta ele alınmaktadır (1-6,26).

8.A. Yaşam biçimi değişiklikleri

8.B. Farmakolojik tedavi

8.C. Cerrahi tedavi

8.A. Yaşam Biçim Değişiklikleri :

Yaşamın ilk iki yılında egemen olan fizyolojik ya da asemptomatik reflü, fonksiyonel yetersizlik sonucu gelişir ve genellikle tedavi gerektirmez. Bebeğin beslenme ve yatış pozisyonunun düzenlenmesi yeterlidir. Daha büyük çocuklarda ise fonksiyonel yetersizlik düzelmiş ve dikey pozisyonda yaşam başlamıştır. GÖR'e neden olan beslenme tarzı başta olmak üzere, nöromotor fonksiyon bozuklukları, anatomik, genetik, alerjik hastalıklar ön plana geçmiştir. Tedavi öncelik yaşam biçiminin değiştirilmesindedir (1-6,26).

8.A.a. Bebeklerde Yaşam Biçimi Değişiklikleri :

Bebekler, doğaları gereği, GÖR'e ve kusmaya eğilimlidir. Anne sütü ile beslendikleri ilk 4-6 ay, kusmanın yoğun olduğu dönemdir. Çok kusan bebekler, geleneksel yatay emzirme yerine dik bir konumda emzirilmelidir. Baş tarafı 45 derece yükseltilmiş yatağa prone pozisyonda yatırılması da diğer bir antireflü uygulamadır. Koyulaştırılmış mamalar regürjitasyonu azaltır, ağlamayı azaltır, uyku süresini artırır. Koyulaştırıcı ajanlar reflü indeks skorunu düzeltmez ancak kusma ataklarının sayısını azaltır. Bu formüller ile beslenen bebeklerde diğer standart formülle beslenenlere göre kusmanın ve özofagusun asite maruziyetinin azaldığı gösterilmiştir. Düşük volüm ve düşük osmolaliteli besinlerin reflüyü azalttığı gösterilmiştir GÖRH'dan dolayı kilosu

düşük olan çocuklarda bu besinlerin kalori yoğunluğu artırılarak kilo artışı sağlanabilir. Süt çocuklarında reflünün önlenmesi ve tedavisi için prone pozisyonunda yatış önerilmektedir. pH monitorizasyonu ile GÖR'ün prone pozisyonunda yatan bebeklerde supin pozisyonunda yatanlara göre daha az olduğu saptanmıştır (1-4,6,26).

8.A.b. Büyük Çocuklarda Yaşam Tarzı Değişiklikleri :

Modern yaşam tarzında yağ, şeker ve tuzdan zengin; pizza, hamburger gibi hazır gıdalar ve abur cubur dediğimiz gıda ürünleri GÖRH sıklığının günümüzdeki artışından birincil derecede sorumludur. Bu gıdalar yüksek osmotik yükleri ile mide boşalmasını geciktirir. Bu nedenle bu gıdaların tüketiminin sınırlandırılması ve aşırı yağlı ve tatlı gıdaların tüketiminin sınırlandırılması tedavinin ilk basamağını oluşturmaktadır. Meyvelerin yüksek volümde meyve suyu şeklinde tüketimi reflü açısından risklidir. Ketçap, mayonez, kebaplar, sosis, salam, sirkeli ve asitli yiyecek ve içecekler de reflülü çocuklarda kısıtlanmalıdır. Çay, kahve, kafeinli içecekler, yağlı çerezler, kremalı pastalar, her türlü kakaolu gıdalar ve çikolata, sarımsak, soğan gibi aromatik uçucu kokulu maddeler içeren besinler de reflüye eğilim yaratır. Sıkı diyetle rağmen yakınmaların sürmesi farmakolojik tedaviyi gerektirir (1-6,26).

8.B. Farmakolojik tedavi:

8.B.a. Prokinetik ajanlar: Metoklopramid, Domperidon

8.B.b. Asit inhibisyonu yapan ajanlar: Histamin-2 reseptör antagonistleri (H2RA), Proton pompa inhibitörleri (PPI), Antiasitler,

8.B.c. Yüzey ajanları ve koyulaştırıcılar

8.B.a. Prokinetik ajanlar: Metoklopramid ve domperidon AÖS basıncı, özofagus peristaltizmi ve gastrik boşalmaya etkileri ile regürjitasyonu kısmen sınırlarlar. Beslenmeden 15-20 dakika önce 0,1 mg/kg dozda ve uyku öncesi günde 4 kez kullanılmalıdır (1-6,26).

8.B.b. Asit inhibisyonu yapan ajanlar: Gastrik asitin kantitesini azaltarak özofagusun asite maruziyetini azaltmada rol oynar. Antisekretuar ajanlar, H2RA, PPI gastrik asit sekresyonunu azaltırlar, antiasitler gastrik asiti nötralize ederler (1-4,6,26).

8.B.b.1. Histamin-2 reseptör antagonistleri (H2RA): Mukozal iyileşmeyi ve semptomların düzelmesini sağlamaktadırlar. Süt çocuklarında ranitidin ile yapılmış bir çalışmada günde iki kez 2mg/kg/doz uygulama ile reflü indeksinin %44, üç dozda verilerek %90 azaldığı gösterilmiştir. Süt çocuklarında günlük 5 mg/kg oral ranitidin ile gastrik pH' ın 9-10 saat yüksek kaldığı gösterilmiştir. Histamin reseptör antagonistlerinin hafif özofajitlerde, ciddi özofajitlere göre daha etkili olduğu saptanmıştır. Klinik uygulamalarda 8-10 mg/kg dozlarda kullanılabilir (1-4,6,26).

8.B.b.2. Proton pompa inhibitörleri: Proton pompa inhibitörleri (PPI) parietal hücrede Na⁺/K⁺ATP'az pompasına kovalent bağlarla bağlanarak aktivasyonunu engeller. Bazal ve uyarılmış asit salgısını baskırlar. Asit süpresyonunda en etkin tedavidir. Günümüzde, H2RA'dan daha güçlü olmaları nedeni ile özofajit tedavisinin en etkin ilaçlarıdır. Optimal etkisinin kahvaltıdan 30. dk önce alınması olduğu gösterilmiştir. Böylece ilacın pik plazma konsantrasyonu yemekle aynı zamana denk gelmektedir. Eğer ikinci doz verilecekse akşam yemeğinden 30. dk önce verilmelidir. Ülkemizde PPI ilaçların şurup veya süspansiyon formları bulunmamakta ve özellikle küçük çocukların bu ilaçları kullanmasında zorluklarla karşılaşmaktadır. Küçük çocuklarda kullanılacağı zaman kapsül açılarak içindeki granüller verilmek istenen dozlara ayrılır ve bir kaşık yoğurt veya elma suyu gibi zayıf asidik yiyeceklere konularak verilebilmektedir. Bugün 1-8 yaş arası çocuklarda FDA onayı almış ilaçlar Lansaprozol, Omeprazoldür. Lansaprozol, ülkemizdeki 15 mg'lık kapsüller içindeki materyel ezilmeden iki dozda verilmektedir. Klinik uygulama dozu 1-1,5 mg/kg/gün dür. Omeprazol 1 mg/kg/gün tek dozda kullanılır (1-4,6,26).

8.B.b.3. Antiasitler: Gastrik asitin nötralizasyonu ile amaç; özofagusun asite maruziyetini azaltmak ve böylece özofajiti ve asitin tetiklediği solunum semptomlarını önlemektir. Yoğun yüksek doz antiasit tedavisinin (magnezyum hidroksit ve aliminyum hidroksit; 700 mmol/1.73m²/gün) 2-42 aylık çocuklardaki peptik özofajitin tedavisinde simetidin kadar etkili olduğu gösterilmiştir (1-4,6,26).

8.B.c. Yüzey ajanları: Sodyum aljinat gastrik içeriğin regürjitasyonunu azaltır ve özofageyal mukozayı korur. Randomize kontrollü çalışmalarda semptomların ve özofageal pH monitorizasyonu sonuçları düzelmesinde çelişkili sonuçlar vardır. Gaviscon infant özellikle süt çocukluğu dönemi için hazırlanmış bir formeldur. Anne sütü alanlardaki abartılı regürgütasyonlarda beslenme sonrası, formula veya inek sütü ile beslenen GÖR'lü infantlarda ise biberonun içine ilave edilerek (1-2 saşe / öğünde maksimum 4-5 uygulama/gün) kullanılabilir. Daha büyük çocuklarda ise Gaviscon süspansiyondan öğün sonrası 5-10 ml lik uygulamalar önerilmektedir. Süspansiyonun tuz içeriği yüksek olduğu için dikkatli olunmalıdır. Sükralfat jel ise peptik lezyonlara yapışır ve özofagusun yüzeyini korur. Erişkinlerde sükralfatın (1 gr., dört dozda) semptomları azalttığı ve non-erozif özofajitli hastalarda mukozal iyileşmeyi kolaylaştırdığı gösterilmiştir. Çocuklarda GÖR tedavisinde etkisi ve güvenilirliği üzerine yeterli çalışma yoktur (1-4,6,26).

8.C. Cerrahi Tedavi

Çocukluk çağında cerrahi tedavi endikasyonu erişkinlerden oldukça düşük orandadır. Tipik veya atipik semptomlu, medikal tedaviye yanıtız, ciddi komplikasyonlarla giden veya tedavinin kesilemediği, bağımlı hastalarda uygulanmalıdır. Nissen fundoplikasyonu en çok kullanılan tekniktir (1-4,6,26).

9. Yaşam Kalitesi

Günümüzde birçok kronik hastalıkta yaşam kalitesinin önemi üzerinde durulmaktadır. Genel olarak "kalite" iyiliğin bir derecesidir. Yaşam kalitesi, kişisel sağlık durumundan öte, kişisel iyilik halini de içine alan daha geniş bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, WHO; World Health Organization) yaşam kalitesini "bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemindeki kendi yaşam algıları" şeklinde tanımlamıştır. Basitçe yaşam kalitesi, belirli yaşam koşullarında bireysel tatmini etkileyen rahatsızlıkların bedensel, ruhsal ve sosyal etkilerine günlük yaşamda verilen bireysel yanıt olarak ifade edilebilir. Yaşam kalitesi genel anlamda, bireysel iyi oluşu tanımlamak için sosyolojik, psikolojik, ekonomik ve kültürel etmenlerle belirlenir. Kişisel iyilik

halini belirleyen, kişi için önemli olan yaşam alanıdır. İyilik hali kalite ve kantite olarak kişiden kişiye değişirken, aynı kişi için bile her an değişebilmektedir. Yaşam kalitesi, bireyin yaşamında kendisi için önemli olan alanlarda doyum ve mutluluğu olarak değerlendirilmektedir. Skantze ve arkadaşları çalışmalarında, yaşam kalitesinin sadece öznel olarak değerlendirilebileceğini öne sürmüşlerdir. Hastaların subjektif yaşam değerlendirmelerinin, dış dünyadan çok, iç dünyalarına bağlı olduğunu gözlemlemişlerdir. Skantze ve Malm'ın geliştirdikleri modele göre yaşam kalitesi, kişisel özellikler, yaşam standardı, sağlık ve subjektif yaşam değerlendirmeleri arasındaki etkileşimle belirlenen dinamik bir kavramdır. Yaşam kalitesini ölçmek için kullanılan yaşam kalitesi ölçekleri (YKÖ) bireyin çevresi ile dinamik bir iletişim içinde olduğu varsayımıyla, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini derecelendirmektedir (15,16,54,55).

9.A. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi:

Sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesi (SYK), hastanın kendi sağlığından hoşnutluğu ile ilgili öznel algısı olarak ifade edilir ve öznel algılar bireyin psikososyal durumu ile doğrudan ilgilidir. Tanım olarak ise bir hastalığın ve tedavisinin yarattığı etkilerin hasta tarafından algılanışı olarak tanımlanmaktadır. SYK ölçekleri genel ve özel ölçekler olarak iki gruba ayrılmaktadır. Genel ölçekler hem sağlıklı hem de hasta bireylerde kullanılabilen, karşılaştırma yapma olanağı sağlayan, geniş kitlelere uygulanabilen ölçüm araçlarıdır ve genel ölçeklerin sağlık eğitim, sosyal hizmetler gibi alanlarda veri toplama aracı olarak kullanılmaya uygun oldukları, kültürler arası karşılaştırma yapma olanağı sağladıkları bilinmektedir (54-57).

SYK ölçümlerinde hastanın belirtileri ya da klinik durumu, kişinin işlevsel becerisi, psikososyal iyilik hali, sosyal destek durumu ve yaşamdan memnuniyeti ile ilgili bilgiler alınmaktadır. Bu bilgiler yeni sağlık politikalarının planlanması, bireye uygun girişimlerin seçilmesi, yatış süresi ve tedavi maliyetinin düşürülmesi, hasta ve hasta yakınlarının üretkenliğinin artırılıp iş gücüne kazandırılması gibi farklı amaçlar için kullanılabilir (58-60).

DSÖ; sağlığı sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve toplumsal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Bu

alandanda pek çok uzman; yaşam kalitesini çok boyutlu bir yapı olarak değerlendirmiştir. Yaşam kalitesinin sağlıkla ilgili değerlendirmeleri genel sağlık algıları, genel ve hastalığa özgü olmak üzere üç ana bölümde ele alınmaktadır (54,55).

9.A.a. Genel sağlık durumu: Biyolojik, fizyolojik veya işlevsel bozuklukları ve belirtileri dikkate alarak bireyin, yaşamı tehdit eden bir durumdan tümüyle iyi olma haline kadar uzanan bir yelpazeyi içermektedir. Tüm yaş, sosyoekonomik durum ve cinsiyete uygun sağlık durumunu belirtmektedir. Bu konudaki sorular en az 3 kavramı değerlendirmektedir (55-57).

1. Fiziksel İşlevsellik: Bireyin temel gereksinimlerini karşılamak için, günlük işlevlerini yerine getirmedeki yeterliliğidir Fiziksel sınırlılık, fiziksel kabiliyetler, yatakta geçirilen gün sayısı, ağrı ve fiziksel iyi olma hali sorgulanmaktadır (55-57).

2. Ruh Sağlığı: Bu alandaki ölçümler, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik rahatsızlıkların sıklığını ve şiddetini, kişinin psikolojik olarak iyi olma hali ile yaşamdan tatmin olma kavramlarını nasıl algıladığını ve bilişsel işlevsellik düzeyini araştırmaktadır. Depresyon, anksiyete veya kızgınlık, fiziksel hastalıklar ile birlikte olabilen ve bireyin işlevsel performansını, belirtileri, sağlık algılarını ve yaşam kalitesini etkileyen duygusal durumlardır (55-57).

3. Sosyal ve Rol İşlevselliği: Kişiler arası işlevsellik ile rol işlevselliği ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Sosyal işlevsellik, olgun sosyal ilişkiler geliştirebilme ve devam ettirebilme olarak tanımlanmaktadır. Rol işlevselliği ise kişinin kendi yaşamındaki normal rolünün gerektirdiklerini (iş durumu, okul durumu, ev durumu) yerine getirip getiremediğini tanımlanmaktadır (55-57).

9.A.b. Genel Sağlık Algıları: Algılanan sağlık bireyin, sağlık durumundan etkilenen öznel değerlendirmeleridir. Özellikle ruhsal ya da fiziksel açıdan objektif olarak bakmadan, kişinin tüm sağlığı ile ilgili inanç ve değerlendirmeleridir. Bu alandaki sorular her kişinin kişisel sağlık değerleri, ihtiyaçları ve tutumlarını yansıtmaktadır (55-57).

9.B.c. Hastalığa özgü sağlık durumu: Bu alandaki sorular çoğunlukla hastalık ve işlevsellik üzerine odaklanmıştır (55-57).

Sonuç olarak yaşam kalitesi, objektif durumların ötesinde, bireyin kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumudur.

Ayrıca çocuk ve ergen yaş grubu için yaşam kalitesi ölçeği geliştirme çalışmalarında ölçeklerin yaşa uygun gelişim özellikleri dikkate alınarak hazırlanması, yaş grupları ve ebeveyn-çocuk için farklı formlarının olması, hasta başında hızlı ve kolay uygulanabilmesi gibi özelliklerin dikkate alınması önerilmektedir (57,61).

Eser ve arkadaşları tarafından 8-12 ve 13-18 yaş Türk çocuklarında Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan German Quality of Life Questionnaire (KINDL), genel amaçlı bedensel, ruhsal ve sosyal durumlarını değerlendirmede kullanılan, geçerliği ve güvenilirliği yüksek bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Ölçeğin gelir düzeyi, anne eğitim düzeyi gibi bazı sosyal göstergelere de duyarlı olması olumlu özellikleri arasında yer alırken, soru sayısının çokluğu uygulama zamanını artırmaktadır. Bu durumun hasta başı uygulamalarda zorluk yaratabileceği düşünülmektedir (61).

Çakın Memik (62) tarafından 8-18 yaş grupları için, Üneri tarafından 2-7 yaş grupları için Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) Türkçe'ye Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) adıyla çevrilmiştir. ÇİYKÖ genel bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Ölçeğin kolay uygulanabilirliği, farklı yaş grupları ve ebeveyn için ayrı formlarının olması olumlu özellikleridir. Ölçeğin, 5-7 yaş çocuk formunun geçerliğinin düşük olması bu yaş grubunda kullanımını kısıtlayabilmektedir. ÇİYKÖ'nin kısa olması, yaklaşık 5-10 dakikalık bir sürede doldurulabiliyor olması, araştırmacı tarafından uygulanmasının ve puanlamasının kolay olması en önemli özelliklerindedir. ÇİYKÖ'nün güvenilirliğini değerlendirmek için yapılan bir çalışmada güvenilirlik katsayısı yüksek bulunmuş, geçerlilik değerlendirmesi için klinik geçerliğine bakılmıştır ÇİYKÖ'nün iç tutarlığının yüksek, geçerli, güvenilir ve duyarlı bir test olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (62).

Bu anket Almanca olarak geliştirilmiş sonrasında 14 dile çevrilmiştir. Çocukların yanıtladığı ve ergenlerin yanıtladığı anketler 5 noktalı sıralı yanıt seçeneği içeren 24 madde ve 6 boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin bedensel iyilik,

duygusal iyilik, öz saygı, aile, arkadaş ve okul olmak üzere altı boyutu vardır. Her bir boyut 4 maddeden oluşmaktadır (15,16).

Çocuklarda ve ergenlerde kullanılan anketlerde **bedensel iyilik ile ilgili** kendini hasta hissetme, baş veya karın ağrısının olması, enerjik ve güçlü hissetme, yorgun ve bitkin hissetme gibi maddeler vardır. **Duygusal iyilik ile ilgili** eğlenmek, gülmek, canının sıkılması, kendini yalnız hissetme korkma ve kendi güvenini kaybetme gibi maddeler vardır. Öz saygı ile ilgili kendisiyle gurur duyma, kendisini her şeyin üstünde görme, kendinden hoşnutluk duyma gibi maddeler vardır. **Aile ile ilgili** anne baba ilişkisi, evde iyi hissetme, ebeveyn tarafından kısıtlanma ve tartışma gibi maddeler vardır. **Arkadaşlarla ilgili** arkadaşlarla bir şeyler yapma, iyi geçinme, aralarında başarılı olma, kendini farklı hissetme gibi maddeler vardır. **Okul ile ilgili** derslerin ilgi çekmesi, ödevleri yapma, okulun kaygılandırması ve zayıf not almaktan korkma gibi maddeler yer almıştır Cevaplar hiçbir zaman, nadiren, bazen, sıklıkla, her zaman şeklinde düzenlenmiştir (15,16,56,47).

Ülkemizde son yıllarda artan yaşam kalitesi ile ilgili çalışmaların sağlık politikalarını oluştururken, hastalara yönelik hizmetlerin artırılmasında, değerlendirmelerin hastalık düzeyi (morbidite) ve ölüm oranı (mortalite) dışındaki kavramlara yönelmesinde yararlı olacağı düşünülmektedir. Artan sayıda ölçeğin Türkçe' ye kazandırılması ve Türkçe ölçek geliştirme çalışmalarının devam etmesinin hastaları anlama ve tedavilerini yönlendirmede hekimlerin yaşadıkları zorluğu azaltacağı düşünülmektedir (15,16,56,47).

Günümüzde tıp disiplinindeki son gelişmelerle çocukluk çağı kronik hastalıklarında yaşam kalitesi artmış ve yaşam süresi uzamıştır. Yaşam süresinin uzaması ile birlikte hasta çocuk ve ailesi kronik hastalığın getirdiği psikososyal etkilere daha uzun süre maruz kalmaktadır. Tüm çocuk popülasyonunun %1-2'sinde günlük aktiviteyi etkileyen ya da sık tedavi gerektiren kronik sağlık sorunları bulunmaktadır. Kronik hastalık, "normalden sapma veya bozukluk gösteren, kalıcı yetersizlik bırakabilen, geriye dönüşü olmayan, patolojik değişiklikler sonucu oluşan, hastanın rehabilitasyonu için

özel eğitim gerektiren, uzun süre bakım, gözetim ve denetim gerektireceği beklenen durum” olarak tanımlanmaktadır (15,16).

Dünyada çocuk nüfusunun yaklaşık %10–20 arasında değişen bir bölümü kronik hastalıklardan dolayı sıkıntı çekmektedir. Bu hastalıklar beraberinde çocukların birçok sorunla karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır. Astım, diyabet, kanser ya da böbrek yetmezliği gibi kronik hastalıklar ya da görme, işitme ya da ortopedik engellilik gibi fiziksel yetersizlikler ciddi düzeyde normal gelişimini engellemektedir (61).

Kronik rahatsızlığı olan çocuklar sadece bilişsel, fiziksel ve psiko-sosyal gelişim alanlarında belli görevleri başarmadaki zorluklarla değil, bu hastalıkların bir sonucu olarak diyet yapma, sık sık hastaneye gitme, tedavi hizmeti verenlerle ilişki kurma/kuramama, acı verici tedavi süreçleri, ölüm korkusu, aileden arkadaşlardan uzun süreli ayrılık ve sosyal dışlanma gibi durumlarla da yüzleşmek zorundadırlar (63).

GEREÇ VE YÖNTEM

1. Yöntem

Bu araştırma GÖRH tanısıyla takipli olan hastaların bireysel yaşam kalitelerini çok boyutlu olarak değerlendirmek, benzer sosyoekonomik düzeydeki sağlıklı çocukların yaşam kalitelerine oranla kıyaslamak ve GÖRH tanılı hastaların yaşam kalitesini etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla planlanmış olup hasta kontrol gruplu klinik bir çalışmadır.

Bu çalışma Kasım 2015 ile Mart 2016 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Gastroenteroloji Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı tarafından GÖR tanısı ile izlenen 6-18 yaş arası 50 (13 erkek, 37 kız) hastayı ve kontrol grubu olarak sağlıklı çocuk izlemi için sağlam çocuk polikliniği ve genel polikliniğe başvuran 6-18 yaş 50 çocuğu (14 erkek, 36 kız) kapsamaktadır. Bu çalışma için Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 29 Eylül 2015 tarihinde 2015-17/22 nolu karar numarası ile onay alındı.

Çalışmaya katılan, sağlam çocuk ve ebeveynlerine bilgi verildi. Katılımcıların istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları ve bütün bilgilerin kesinlikle gizli tutulacağı belirtildi. Araştırmaya katılmak isteyen hasta, sağlam çocuk (7 yaş üzeri) ve ailelerinden aydınlatılmış onam formu ile yazılı onayları alındı. Çalışmanın başında 50 hasta çocuktan ve 50 sağlam çocuktan, çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği formu, 50 hasta çocuk ebeveyninden ve 50 sağlam çocuk ebeveyninden, ebeveynler için yaşam kalitesi ölçeği formu doldurması istendi. Katılımcıların temel demografik bilgileri katılımcıların kendilerinden edinildi. Hasta ve sağlam çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 7-12 yaş ve 13-18 yaş Ergen Formu katılımcılar tarafından dolduruldu. GÖRH tedavisi alan çocukları ile aynı yaş grubundaki sağlıklı çocuklar karşılaştırıldı.

Çalışmaya alınma ölçütleri: 7-18 yaş arasında olmak ve araştırmaya katıldığına dair bilgilendirilmiş olma ve yazılı onay vermiş olmak

Dışlama ölçütü: Klinik gözlemlerle fark edilebilecek derecede kavrama yeteneğini etkileyen mental retardasyon olması. Daha önceden herhangi bir

piskiyatrik tanısının bulunması. Alta yatan kronik ya da konjenital bir hastalığı olması. Çalışmaya alınma ölçütlerini karşılamayan veya katılmayı reddedenler çalışmaya alınmamıştır.

2. Gereçler

Çalışmaya alınan hastalara sırası ile uygulanan ölçekler:

1. Sosyodemografik bilgi formu.
2. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 13-18 yaş Ergen Form
3. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 7-12 yaş Ergen Form

Hasta grubu ve hastalık verileri ve yaşam kalitesi için iki ayrı anket, sağlıklı çocuklara ise yaşam kalitesi anketi yapıldı. Anketler yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından uygulandı. Bir anketler yaklaşık 30 dakika içerisinde dolduruldu.

Sosyodemografik bilgi formu: Olguların sosyodemografik özelliklerini değerlendirmek amacı ile hazırlanmıştır. Form çocuğun yaşı, cinsiyeti, anne ve babanın öğrenim durumu yaşı mesleği, ailenin geliri (<1500 gelir durumu düşük, 1500-2000 arasında gelir durumu orta, >2000 üstünde ise gelir durumu yüksek kabul edildi.), nerede yaşadıkları, kaç kardeş olup, kaçınıcı çocuk olduğu, tanı anındaki şikayeti, tanı anındaki yaşı, ilaç tedavisi kullanıp kullanmadığı, fayda görüp görmediği, okul başarısı, kaç gün bu hastalığa bağlı şikayetlerle okul devamsızlığı yaptığı gibi özelliği içermektedir.

Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçek Formu: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) Türkiye’de yapılan araştırmalarda yaygın olarak kullanılan, 7-12 yaş ve 13-18 yaşları arasındaki çocukların fiziksel ve psikososyal yaşantılarını, hastalıktan bağımsız olarak değerlendiren genel bir yaşam kalitesi ölçeğidir. PedsQL 2-18 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerin sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini ölçebilmek için Varni ve arkadaşları tarafından yaklaşık 15 yıllık çalışma sonucu 1999 yılında geliştirilmiş bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) de PedsQL anketinin Türk toplumuna uyarlanmış şeklidir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları 2-7 yaş için Üneri, 8-18 yaş için Memik ve ark. tarafından yapılmıştır. Özbildirim ölçeğidir. Hem hastaların hem de anne babalarının çocukları hakkında değerlendirme yapabileceği 2 tipi bulunmaktadır. Genel yaşam kalitesi

ölçeklerinden olan ÇİYKÖ okul ve hastane gibi geniş popülasyonlarda, hem sağlıklı hem de hastalığı olan çocuk ve ergenlerde kullanımı uygun olan 23 maddelik bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Bu ölçekte Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı sağlıklılık halinin özellikleri olan fiziksel sağlık (8 madde), duygusal işlevsellik (5 madde), sosyal işlevsellik (5 madde), okul işlevsellik (5 madde) alanları sorgulanmaktadır. Çocuk-ergenden her cümle için kendisine en uygun seçeneği, ebeveyninden ise çocuğu için en uygun seçeneği işaretlenmesi istenir. Maddeler 0-100 puan almaktadır. Sorunun yanıtı hiçbir zaman olarak işaretlenmişse 100, nadiren olarak işaretlenmişse 75, bazen olarak işaretlenmişse 50, sıklıkla olarak işaretlenmişse 25, hemen her zaman olarak işaretlenmişse 0 puan almaktadır. İlk olarak ölçek toplam puanı (ÖTP), ikinci olarak fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP), üçüncü olarak duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini değerlendiren madde puanlarının hesaplanmasından oluşan psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP) hesaplanmaktadır. Memik ve arkadaşları tarafından (2007) Türkçe'ye uyarlanıp geçerlik güvenilirliği yapılmıştır. Fiziksel işlevsellik bölümündeki sekiz maddenin puanları, doğrusal olarak çevrilip toplanarak madde sayısı olan sekize bölünür ve fiziksel sağlık toplam puanı elde edilir. Psikososyal sağlık toplam puanı duygusal işlevsellik bölümündeki beş, sosyal işlevsellik bölümündeki beş, okul ile ilgili sorunlar bölümündeki beş maddenin puanlarının, doğrusal olarak çevrildikten sonra toplanarak toplam madde sayısı olan 15'e bölünmesi sonucunda, ölçek toplam puanı ise tüm ölçek madde puanlarının, doğrusal olarak çevrilip toplanarak toplam madde sayısı olan 23'e bölünmesi ile bulunur. Boş bırakılan maddeler ölçeğin madde sayısının %50'sinden azsa, boş madde dikkate alınmaz ve toplam yanıtlanan madde sayısına bölünerek ölçek puanı hesaplanır. Ölçek genelinde %50'den çok madde yanıtlanmamışsa, ölçek değerlendirmeye alınmamaktadır. Sonuçta ÇİYKÖ (çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği) toplam puanı ne kadar yüksek ise, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi de o kadar iyi algılanmaktadır.

Hastaların yaşam kaliteleri, kontrol grubunun yaşam kaliteleri ile karşılaştırılmıştır. Aynı zamanda hastaların yaşam kaliteleri, yaşam kalitelerini etkileyebilecek sosyodemografik özellikleri ve hastalığa ait özellikler ile de

karşılaştırılmıştır. Örneğin; cinsiyet, yerleşim yeri, anne ve babanın eğitim düzeyi, mesleği, ilaç tedavisi alan ve almayan hasta grubu gibi.

İstatiksel Analiz:

Verinin istatistiksel analizi SPSS23.0 istatistik paket programında yapılmıştır. Verinin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılmayan veri için iki grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U testi ve ikiden fazla grup karşılaştırmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren veri yoktu. Değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Kategorik verinin incelenmesinde Pearson Ki-kare testi ve Fisher'in Kesin Ki-kare testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $\alpha=0.05$ olarak belirlenmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Gastroentoloji ve Hepatoloji Beslenme Bilim Dalında Gastroözefageal Reflü tanısıyla tedavi görmüş ve halen görmekte olan 50 hasta alındı. Kontrol grubuna ise ve kontrol grubu olarak sağlıklı çocuk izlemi için sağlam çocuk polikliniği ve genel polikliniğe başvuran 50 hasta alındı.

Sosyodemografik Özellikler :

Çalışma grubunun 37'si (%73) kız, 13'ü (%27) erkek, kontrol grubunda 14'ü erkek (%28), 36'sı (%72) kız idi. Katılımcıların yaşları 7 ile 17 arasında değişmekte idi. Çalışma grubunun yaş ortalaması $12,44 \pm 3,137$, kontrol grubunun yaş ortalaması $12,6 \pm 2,857$ idi ($p < 0,05$).

Hastaların, 24'ü (%48) il merkezinde, 19'u (%38) ilçe merkezinde, 7'si (%14) köyde yaşamakta idi. Kontrol grubunun 28'i (%56) il merkezinde, 12'si (%24) ilçe merkezi, 10'u (%20) köyde yaşamakta idi ($p < 0,05$).

Hasta grubundaki çocukların, 3 tanesi (%6) tek kardeş, 21 tanesi (%42) 2 kardeş, 19 tanesi (%38) 3 kardeş, 2 tanesi (%4) 4 kardeş, 2 tanesi (%4) 5 kardeş, 2 tanesi (%4) 6 kardeş, 1 tanesi (%2) 9 kardeş idi. Kontrol grubunda ise, 5 tanesi (%10) tek kardeş, 29 tanesi (%58) 2 kardeş, 10 tanesi (%20) 3 kardeş, 3 tanesi (%6) 4 kardeş, 5 tanesi (%10) 3 kardeş idi (Tablo-8)

Tablo-8: Olguların ve Kontrol Grubun Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik Özellikler	Olgular	n	%	p
Yaş (ort±ss)	Hasta	12,44 +- 3,137		>0,05
	Kontrol	12,6+- 2,857		>0,05
Cinsiyet (Hasta)	Erkek	13	%27	>0,05
	Kız	37	%73	
Cinsiyet (Kontrol)	Erkek	14	%28	>0,05
	Kız	36	%72	
Yerleşim yeri (Hasta)	İl	24	%48	>0,05
	İlçe	19	%38	
	Köy	7	%14	
Yerleşim Yeri (Kontrol)	İl	28	%56	>0,05
	İlçe	12	%24	
	Köy	10	%20	
Kardeş Sayısı (Hasta)	1	3	%6	>0,05
	2	21	%42	
	3'denfazla	26	%52	
Kardeş Sayısı (Kontrol)	1	5	%10	>0,05
	2	29	%58	
	3	16	%32	
Gelir(Hasta)	Düşük	20	%40	>0,05
	Orta	15	%30	
	Yüksek	15	%30	
Gelir(Kontrol)	Düşük	25	%50	>0,05
	Orta	20	%40	
	Yüksek	5	%10	

Olgularımızdan gelir durumu karşılaştırıldığında, 20 hastanın (%40) ailesinin geliri 1500 TL altında, 15 (%30) hastanın ailesinin geliri 1500-2000 TL arasında, 15 hastanın ailesinin (%30) geliri 2000 TL üstünde idi. Kontrol grubun karşılaştığında 20 kişinin (%40) ailesinin geliri 1500 TL altında, 20

(%40) kişinin geliri 1500-2000 arasında 5 kişinin (%10) geliri 2000 TL üstünde idi.

Hasta grubundaki çocukların GÖR'e bağlı şikayetlerle 3 tanesinin hiç okul devamsızlığı yokken; 7 tanesinin 1 gün, 8 tanesinin 2 gün, 14 tanesinin 3 gün, 4 tanesinin 4 gün, 5 tanesinin 5 gün, 4 tanesinin 6 gün, 1 tanesinin 7 gün, 1 tanesinin 8 gün, 1 tanesinin 10 gün 1 tanesinin 15 gün 1 tanesinin ise 26 gün devamsızlığı vardı

Tablo-9: Hasta ve kontrol grubundaki çocukların anne ve baba eğitim durumu

Eğitim Durumu:	Hasta		Kontrol		p
	Anne n(%)	Baba n(%)	Anne n(%)	Baba n(%)	
Okuma yazma yok	10(%20)	2(%4)	5(%10)	2(%4)	<0,00
İlkokul mezunu	27(%54)	22(%44)	18(%36)	18(%36)	<0,00
Ortaokul mezunu	6(%12)	8(%16)	13(%26)	12(%16)	<0,00
Lise mezunu	7(%14)	14(%28)	8(%16)	15(%30)	<0,00
Üniversite mezunu	7(%14)	6(%12)	6(%12)	3(%6)	<0,00

Ebeveynlerin eğitim durumuna bakıldığında annelerin 10 tanesi (%20) okuryazar değil, 27 tanesi (%54) ilkokul mezunu, 6 tanesi (%12) ortaokul mezunu, 7 tanesi (%14) lise mezunu, 7 tanesi (%14) üniversite mezunuydu. Babaların ise 2 tanesi (%4) okuryazar değil, 22 tanesi (%44) ilkokul, 8 tanesi (%16) ortaokul, 14 tanesi (%28) lise, 6 tanesi (%12) üniversite mezunu idi. Kontrol grubunda ise annelerin 5 tanesi (%10) okur yazar değildi, 18 tanesi (%36) ilkokul mezunu, 13 tanesi (%26) ortaokul mezunu, 8 tanesi (%16) lise mezunu, 6 tanesi (%12) üniversite mezunu idi. Babaların 2 tanesi

(%2) okur yazar değildi, 18 tanesi (%36) ilkokul mezunu, 12 tanesi (%24) ortaokul mezunu 15 tanesi (%30) lise mezunu, 3 tanesi (%6) üniversite mezunu idi. Hasta ve kontrol grubu anne ve baba eğitim düzeyi bakımından incelendiğinde anlamlı farklılık saptandı ($p<0,00$). Kontrol grubun eğitim düzeyi daha yüksek saptandı (Tablo-9).

Annelerin 15'i (%30) babaların 4'ü (%8) çalışmıyordu. Babaların 6'sı (%12) memur, 18'i (%36) işçi, 18'i (%36) esnaf, 4 'ü (%8) emekli idi. Kontrol grubunda annelerin 7 ' si (%14) babaların %6 ' sı (%12) çalışmıyordu. Çalışan babaların 20 'si (%40) memur, 15 ' i (%30) işçi, 4 ' ü (%8) esnaf 5 ' i (%10) emekli idi. Hasta ve kontrol grubunda annenin çalışma durumuna göre karşılaştırdıklarında anlamlı farklılık saptandı ($p<0,00$). Kontrol grubunda çalışan annelerin oranı daha fazlaydı. Hasta ve kontrol grupları babaların çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında, anlamlı farklılık saptanmadı ($p<0,005$) (Tablo-10,11).

Tablo-10: Hasta ve kontrol grubun babaların mesleğine göre karşılaştırılması

Baba Mesleği	Hasta	Kontrol	p
İşçi	18(%36)	15(%30)	>0,05
Memur	6(%12)	20(%40)	>0,05
Esnaf	18(%36)	4(%8)	>0,05
Emekli	4(%8)	5(%10)	>0,05
Çalışmıyor	4(%8)	6(%12)	>0,05

Tablo-11: Hasta ve kontrol grubun annelerin mesleklerine göre karşılaştırılması

Anne Mesleği	Hasta	Kontrol	p
Çalışıyor	35(%70)	43(%86)	P<0,00
Çalışmıyor	15(%30)	7(%14)	P<0,00

Yapılan çalışmamızda hastaların tanı yaşı $10,68\pm 3,08$, ortalama anne yaşı $39,68\pm 6,67$, ortalama baba yaşı $42,9\pm 6,89$ idi. Kontrol grubun annelerin yaş ortalaması $39,64\pm 6,05$, kontrol grubun babaların yaş ortalaması $43,48\pm 5,93$ idi. Hastaların şu an yaş ortalaması $12,5\pm 2,98$ idi. Kontrol grubun yaş ortalaması $12,6\pm 2,857$ idi. Ortalama tedavi süresi $1,8\pm 1,61$ ay idi. Hastaların %46'sı, 7-12 yaş arasında iken, %54 'ü 13-18 yaş arasında idi.

Hasta ve kontrol grubun anne yaşı, baba yaşı, kardeş sayısına göre karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak anlamlı değildi (Tablo-12) ($p < 0,05$).

Tablo-12: Hasta ve kontrol grubun anne baba yaşı kardeş sayısı ve yaş göre karşılaştırılması

	Hasta			Kontrol			p
	Medyan	Minimum	Maksimum	Medyan	Minimum	Maksimum	
Anne yaşı	40,00	28,00	56,00	39,00	27,00	50,00	0,664
Baba yaşı	42,00	27,00	60,00	43,00	32,00	56,00	0,667
Kardeş sayı	3,00	1,00	9,00	2,00	1,00	5,00	0,668
Yaş	13,00	7,00	17,00	12,5	7,00	17,00	0,838

Gastroözefageal reflülü hastaların hastalığa ait özellikleri :

Çalışmadaki hasta grubun, hastalıklarına ait özellikleri, hasta veri formundaki bilgiler çerçevesinde şu şekilde bulunmuştur: Tüm hastaların ortalama ilaç kullanım süresi $16,37\pm 13,744$ ay idi. En uzun 72 ay, en kısa 3 ay kullanım görülmekte idi. Çalışmaya katılan olgulardan 43'ü (%86) tedavi sonrası şikayetlerinin geçtiğini belirtirken, 7'si (%14) şikayetlerinin devam ettiğini belirtti. Olguların 36'sı (%72) hala ilaç tedavisine devam ettiğini belirtirken, 14'ü (%28) tedavinin kesildiğini belirtti. Hastaların tanı anında şikayetine baktığımızda 13'ü (%26) kusma, 12'si (%24) karın ağrısı, 10'u (%20) midede yanma, 10'u (%20) bulantı, 3'ü (%6) öksürük, 2'si (%4) ağız kokusu ile başvurmuştu. Hastalar GÖR'e bağlı şikayetlerle 53'si (%56) 1 kez, 11'u (%22) 3 kez, 9'u (%19) 2 kez, 1'i (%2) 4 kez, 1'i (%2) 6 kez, 1'i (%2) 10 kez polikliniğimize başvurmuştu.

Yaşam Kalitesi Değerlendirilmesi :

50 hasta çocuk ve ebeveynine, 50 kontrol grubu çocuk ve ebeveynine yaşa göre uygun yaşam kalitesi ölçek formu doldurtuldu. Ölçekten elde edilen puanlar; çocuk ölçek toplam puanı, çocuk fiziksel sağlık toplam puanı, çocuk psikososyal toplam puanı türünde değerlendirildi.

Hasta çocuklar ve ebeveynleri, sağlam çocuk ve ebeveynleri ile karşılaştırıldı. Çalışmaya katılan grubun ölçek toplam puan (ÖTP) ortalaması (17,932±10,44), kontrol grubun ölçek toplam puan (ÖTP) ortalaması (79,93±13,13)'dan anlamlı olarak düşük saptandı (p<0,001). Hastaların fiziksel sağlık toplam puan (FSTP) ortalaması 19,056±16,66, kontrol grubunun fiziksel sağlık toplam puan (FSTP) ortalaması 79,18±16,06 anlamlı olarak düşüktü. (p<0,000). Hastaların psikososyal sağlık toplam puan(PSTP) ortalaması 17,378±11,93, kontrol grubunun psikososyal sağlık toplam puan (PSTP) ortalamasından 79,18±16,06 düşük olarak saptandı (p<0,000). Hasta çocuk ve ebeveynlerinin ortalama ölçek puanları ile karşılaştırıldığında tüm puan türlerinde hasta çocuk ve ebeveynlerinde istatistiksel olarak anlamlı düşüklük saptanmıştır (p<0,001) (Tablo-13).

Tablo-13: Hasta ve kontrol grubunun, yaşam kalitesi ölçeklerinin değerlendirilmesi

	Hasta (n=50)			Kontrol (n=50)			P
	Medyan	Minimum	Maksimum	Medyan	Minimum	Maksimum	
ÇÖTP	16,50	2,00	57,00	83,00	4,00	95,00	<0,001
EÖTP	15,00	0,00	61,00	80,50	59,00	96,00	<0,001
ÇFSTP	14,00	1,00	58,00	85,00	65,00	98,00	<0,001
ÇPSTP	18,00	0,00	100,00	81,00	5,00	100,00	<0,001
EPSTP	13,00	0,00	48,00	90,00	61,00	100,00	<0,001
EFSTP	10,65	0,00	37,00	87,00	40,00	100,00	<0,001

FSTP: Fiziksel sağlık toplam puanı, PSTP: Psikososyal sağlık toplam puanı,

ÖTP: Ölçek toplam puanı EFSTP: Ebeveyn fiziksel sağlık toplam puanı, EPSTP: Ebeveyn psikososyal sağlık toplam puanı, EÖTP: Ebeveyn ölçek toplam puanı

Çalışmaya katılan hasta ebeveyn grubunun ölçek toplam puan ortalaması (ÖTP)16,36±10,25 kontrol ebeveyn grubunun ölçek toplam puan (EÖTP) ortalamasından 80,22±9,09 düşük saptandı (p<0,001). Hasta ebeveyn

psikososyal sağlık toplam ölçek puan (EPSTP) ortalaması 13,91±8,68 kontrol grubu ebeveyn psikososyal sağlık toplam puan (EPSTP) ortalaması 87,66±9 düşük olarak saptandı (p<0,001). Hasta ebeveyn fiziksel sağlık toplam puan (EFSTP) ortalaması 12,98±9,89, kontrol ebeveyn fiziksel sağlık toplam puan (EFSTP) ortalaması 83,98±13,77 düşük olarak saptandı (p<0,001).

Ölçek puanları açısından iki grup karşılaştırıldığında tüm ölçek puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Sağlam ocuk ve ebeveyn grubun toplam puanı, hasta ocuk ve ebeveyn grubunun toplam puanına göre daha yüksek elde edilmiştir. Yaşam kalitesinin alt grubu olan fiziksel işlevsellik, duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik, okul ile ilgili ayrı ayrı değerlendirilmiş. Kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (p<0,005).

Tablo-14: Hasta ve kontrol grubunun yaşam kalitesi alt gruplarının karşılaştırılması

	Hasta (n=50)			Kontrol (n=50)			p
	Medyan	Minimum	Maksimum	Medyan	Minimum	Maksimum	
TTP	16,50	2,00	57,00	83,00	4,00	95,00	<0,001
Duygusal işlevlik	15,00	0,00	70,00	80,00	35,00	100,00	<0,001
Sosyal işlevsellik	10,00	0,00	75,00	92,50	50,00	100,00	<0,001
Okul	20,00	0,00	50,00	80,00	45,00	100,00	<0,001
Fiziksel işlevsellik	14,00	1,00	58,00	85,00	65,00	98,00	<0,001

TTP: ocuk lek toplam puanı

Hastalar ilde yaşayanlar (n:29 hasta), ilçede yaşayanlar (n:19 hasta), köyde yaşayanlar (n:7 hasta), olarak 3 gruba ayrılmıştır. Hastaların yaşadıkları yere göre sağlıkla ilgili yaşam kalitesi değerlendirilmiş; il, ilçe, köyde yaşayanlar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05)(tablo-15).

Tablo-15: Hastaların yaşadıkları yere göre yaşam kalitesi puanları

Yaşadığı yer		ÖTP	PSTP	FSTP
İL	Medyan	17,96	18,25	16,85
	Minimum	16,50	17,00	18,00
	Maksimum	3,00	4,00	0,00
İLÇE	Medyan	18,00	15,00	18,00
	Minimum	2,00	1,00	0,00
	Maksimum	57,00	58,00	60,00
KÖY	Medyan	14,00	10,00	9,30
	Minimum	4,00	3,00	0,00
	Maksimum	21,00	28,30	100,00
p		0,218	0,165	0,897

FSTP: Fiziksel sağlık toplam puanı, PSTP: Psikososyal sağlık toplam puanı, ÖTP: Ölçek toplam puanı

Hastaların cinsiyetine göre yaşam kalitesi değerlendirilmiş; Çocuk ve ebeveyn ölçek toplam puanı fiziksel sağlık toplam puanı, psikososyal toplam puanı istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo-16,17).

Tablo-16: Çocukların cinsiyete göre yaşam kalitesi

	KIZ			ERKEK			p
	Medyan	Minimum	Maksimum	Medyan	Minimm	Maksimm	
ÖTP	16,0	2,0	57,0	20,30	3,0	39,0	0,24
PSTP	13,00	3,00	58,00	18,00	1,00	43,00	0,47
FSTP	18,00	0,00	100,00	15,00	0,00	31,00	0,48

FSTP: Fiziksel sağlık toplam puanı, PSTP: Psikososyal sağlık toplam puanı, ÖTP: Ölçek toplam puanı

Tablo-17: Cinsiyete göre ebeveyn yaşam kalitesi incelenmesi

	KIZ			ERKEK			p
	Medyan	Minimum	Maksimum	Medyan	Minimum	Maksimum	
EÖTP	15,0	4,0	61,0	15,0	0,0	40,0	0,674
EPSTP	13,00	0,00	48,00	11,00	3,00	28,30	0,894
EFSTP	12,00	0,00	37,00	9,00	0,00	31,00	0,772

EFSTP: Ebeveyn fiziksel sağlık toplam puanı, EPSTP: Ebeveyn psikososyal sağlık toplam puanı, EÖTP: Ebeveyn ölçek toplam puanı

Çalışmamızda 36 hastanın ilaç tedavisi devam etmekte iken, 14 tanesinin tedavisi kesilmiş ilaçsız takip edilmekte idi. İlaç tedavisi devam eden ve ilaç tedavisi kesilen hasta ve ebeveyn grupları arasında yaşam kalitesi toplam puanı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo-18).

Tablo-18: İlaç tedavisi alan ve almayan hasta gruplarının yaşam kalitesinin incelenmesi

	İlaç tedavisi alan			İlaç tedavisi almayan			p
	Medyan	Minimum	Maksimum	Medyan	Minimum	Maksimum	
ÇÖTP	16,00	2,00	42,00	18,50	8,00	57,00	0,314
EÖTP	15,00	0,00	40,00	15,00	5,00	61,00	0,673
ÇPSTP	14,00	1,00	46,00	15,50	8,00	58,00	0,293
ÇFSTP	16,50	0,00	100,00	18,00	0,00	60,00	0,618
EPSTP	12,00	0,00	48,00	14,00	3,00	28,00	0,588
EFSTP	10,65	0,00	37,00	13,50	0,00	31,00	0,479

FSTP: Fiziksel sağlık toplam puanı, PSTP: Psikososyal sağlık toplam puanı, ÖTP: Ölçek toplam puanı EFSTP: Ebeveyn fiziksel sağlık toplam puanı, EPSTP: Ebeveyn psikososyal sağlık toplam puanı, EÖTP: Ebeveyn ölçek toplam puanı

Hastaların 15 tanesinin annesi çalışıyor iken, 35 tanesinin annesi çalışmamakta idi. Hasta grupları arasında çalışan ve çalışmayan annelerin ortalama yaşam kalitesi ölçek puanları arasında farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo-19).

Tablo-19: Annelerin çalışmalarına göre yaşam kalitesinin incelenmesi

	Anne çalışıyor			Anne çalışmıyor			p
	Medyan	Minimum	Maksimum	Medyan	Minimum	Maksimum	
ÖTP	18,00	3,00	39,00	16,00	2,00	57,00	0,949
PSTP	15,00	4,00	43,00	13,00	1,00	58,00	0,490
FSTP	12,00	0,00	31,00	18,00	0,00	100,00	0,372

FSTP: Fiziksel sağlık toplam puanı, PSTP: Psikososyal sağlık toplam puanı, ÖTP: Ölçek toplam puanı

Hastaların 6 tanesinin babası memur, 18 tanesinin babası işçi, 18 tanesinin serbest meslek, 4 tanesinin babası emekli, 4 tanesinin babası

çalışmamakta idi Babaların mesleğine göre bakılan ortalama yaşam kalitesi ölçek puanları arasında farklılık saptanmamıştır($p>0,05$) (Tablo-20).

Tablo-20: Babaların mesleklerine göre yaşam kalitesinin incelenmesi

Baba meslek		ÖTP	PSTP	FSTP
MEMUR	Medyan	14,50	19,00	15,00
	Minimum	11,00	1,60	6,00
	Maksimum	26,00	28,00	31,00
İŞÇİ	Medyan	20,50	19,50	21,00
	Minimum	4,00	3,00	0,00
	Maksimum	57,00	58,00	60,00
ESNAF	Medyan	15,00	12,00	13,50
	Minimum	2,00	1,00	0,00
	Maksimum	32,00	28,00	100,00
EMEKLİ	Medyan	16,00	11,50	9,30
	Minimum	7,60	10,00	6,20
	Maksimum	21,00	28,30	31,00
ÇALIŞMIYOR	Medyan	20,50	14,00	32,50
	Minimum	13,00	8,00	18,00
	Maksimum	39,00	43,00	37,00
p		0,433	0,300	0,066

FSTP: Fiziksel sağlık toplam puanı, PSTP: Psikososyal sağlık toplam puanı, ÖTP: Ölçek toplam puanı

Hastaların anne ve babaların eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi ölçeklerinin korelasyonuna bakıldı. Anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo-21).

Tablo-21: Anne ve baba eğitim düzeyine göre yaşam kalitesi ölçeklerinin karşılaştırılması

	Anne eğitim		Baba eğitim	
	r	p	r	p
ÖTP	0,012	0,935	0,024	0,871
PSTP	0,175	0,224	0,047	0,743
FSTP	-0,071	0,625	-0,048	0,741

FSTP: Fiziksel sağlık toplam puanı, PSTP: Psikososyal sağlık toplam puanı, ÖTP: Ölçek toplam puanı

Ebeveyn eğitim düzeyi ölçek puanlarını etkilememektedir.

Çalışmaya katılan hasta grubunun aylık gelir durumu incelenmiş, gelir durumlarına göre de anlamlı farklılık saptanmamıştır($p>0,05$)(Tablo-22).

Tablo-22: Aylık gelir durumuna göre yaşam kalitesinin incelenmesi

Gelir Durumu		ÖTP	PSTP	FSTP
Düşük Gelirli	Medyan	17,96	18,25	16,85
	Minimum	16,50	17,00	18,00
	Maksimum	3,00	4,00	0,00
Orta Gelirli	Medyan	18,00	15,00	18,00
	Minimum	2,00	1,00	0,00
	Maksimum	57,00	58,00	60,00
Yüksek Gelirli	Medyan	14,00	10,00	9,30
	Minimum	4,00	3,00	0,00
	Maksimum	21,00	28,30	100,00
p		0,218	0,165	0,897

FSTP: Fiziksel sağlık toplam puanı, PSTP: Psikososyal sağlık toplam puanı, ÖTP: Ölçek toplam puanı

Çalışmamıza katılan hasta grupları için 'Yaşam kalitesi ölçeğinin 7-12 ve 13-18 yaş formu' kullanmıştır. Hasta gruplarını 7-12 ve 13-17 yaş arasında iki gruba ayırarak yaşam kalitesi ölçek toplam puanlarını karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır($p>0,05$) (Tablo-23).

Tablo-23: Yaş gruplarına göre yaşam kalitesi karşılaştırması

Yaş grubu		ÖTP	PSTP	FSTP
7-12	Medyan	65,00	65,00	60,00
	Minimum	3,00	4,00	0,00
	Maksimum	93,00	93,00	96,00
13-17	Medyan	32,00	43,00	37,00
	Minimum	2,00	1,00	0,00
	Maksimum	95,00	98,00	100,00
p		0,414	0,588	0,639

FSTP: Fiziksel sağlık toplam puanı, PSTP: Psikososyal sağlık toplam puanı, ÖTP: Ölçek toplam puanı

TARTIŞMA

GÖR mide içeriğinin özefagusu istemsiz olarak geçmesi sonucu görülen kronik bir hastalıktır. Çocukluk çağı kronik hastalıklarının içerisinde en sık görülen hastalıklardan biridir. Günümüzde birçok kronik hastalıkta yaşam kalitesinin önemi üzerinde durulmaktadır. Genel olarak “kalite”, iyiliğin bir derecesidir. Yaşam kalitesi, kişisel sağlık durumundan öte, kişisel iyilik halini de içine alan daha geniş bir kavramdır. Yaşam kalitesi, belirli yaşam koşullarında bireysel tatmini etkileyen rahatsızlıkların bedensel, ruhsal ve sosyal etkilerine günlük yaşamda verilen bireysel yanıt olarak ifade edilebilir. Bu nedenle yaşam kalitesi ölçümü sağlık düzeyi ile ilgili ölçütlerden daha geniş kapsam ve kavrayışa sahiptir (1,15,16).

Çalışmamızda kullandığımız Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği, yaşam kalitesini ölçebilmek için Varni ve ark. tarafından 1999 yılında geliştirilmiş bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Kullanmış olduğumuz ölçekle yapılmış yayınlar gözden geçirildiğinde; Varni ve ark. karaciğer nakli yapılan, kalp hastalığı, astım, obezite, diabetes mellitus (DM), son dönem böbrek yetmezliği (SDBY), psikiyatrik bozukluk, kanser, romatolojik hastalık, serebral palsisi (CP) olan 2-18 yaş arası çocuk ve aileleri ile sağlam çocukları karşılaştırmıştır. CP ‘ si olan hastalar ve ebeveynleri için en kötü yaşam kalitesi bildirilirken, DM olanlar ve ebeveynleri için en iyi sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bildirilmiştir (15,16).

Kronik hastalığı olan hastalarda, hastalığa spesifik yaşam kalitesinin değerlendirilmesi son zamanlarda büyük önem kazanmıştır. Kontrol grubuna göre, kronik hasta grubunun yaşam kalitesinin bozuk olduğunun saptanıp düzeltilmesinin, hastaların sosyal yaşamlarının, okul başarılarının ve ebeveynlerin yaşam kalitesinin düzeltilmesinde etkili olacağı düşünülmektedir. Hastaların yaşam kalitelerinin düzeltilmesinde birçok sosyal etkinliğin (spor, resim yapma, vs.) ve aile terapisinin önemi üzerinde de durulmaktadır (15,16).

Bu çalışmamızdaki amacımız; GÖR tanısı ile takip ettiğimiz hastaların yaşam kalitesini tüm boyutları ile incelemek ve sosyoekonomik olarak benzer

sağlıklı çocuklarla kıyaslayarak GÖR tanısının hastaların yaşam kalitesi üzerine olan etkisini değerlendirmektedir.

Genel yaşam kalitesini etkileyen değişkenler ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında;

Mungan ve ark.'nın (8) yetişkinler üzerine yaptığı bir prevelans çalışmasında gastroözofageal reflü hastalığının, hastaların yaşamına etkisinin popülasyonun %17,9'unda hafif, % 6,8'inde ağır derecede olduğu tespit edildi. Kadınlarda reflü prevelansı daha yüksek çıkmıştır. Yaşlı hastalar ve kadın hastalarda gastro-özofageal reflü hastalığının uyku ve psikolojik-emosyonel iyilik durumu üzerine etkisi daha belirgin iken, yeme-içme davranışı, psikososyal aktiviteler üzerine etkisi yaştan bağımsız olarak kadınlarda daha fazla görülmüştür. Çalışmanın zayıf yönleri ise kontrol grubu olmaması ve ankete katılanların %75,3 'ü reflü hastalığı olasılığı düşük olarak görüldü (8).

Dean ve ark.(64) reflü hastalığının iş verimliliğine etkisi üzerine erişkinler arasında yaptığı bir anket çalışmasında; hastaların reflü semptomlarının iş verimliliğini etkilediğini göstermişlerdir: Reflü şikayeti olan çalışan bireylerden oluşan bir hasta grubu İş Verimliliği ve Aktivite Bozukluk Anketi ile değerlendirilmiştir: Gastroözofageal reflü semptomları,1 hafta boyunca en az bir iş gününde tüm katılımcıların yarısını etkilemesine rağmen (%52,3), semptomlar işe gitmeyi engellemedi; gastroözofageal reflü hastalığı olan tüm katılımcıların yalnızca %2,6'sı, herhangi bir iş gününde işe gitmemiş ve çalışmamıştı. Bununla birlikte katılımcıların %33'ü, semptomların iş verimliliğini etkilediğini belirtmişlerdir. İş verimliliği azalan katılımcılar, ortalama olarak, verimliliği azalmayan katılımcılara göre daha gençti (P < 0.001); ancak cinsiyet ve gelir düzeyi açısından farklılık gözlenmemişti. Gastroözofageal reflü semptom şiddet düzeyi arttıkça, verimliliği düşen katılımcı oranı da artmıştı. Ağır semptomları olan katılımcıların %48'den fazlası; orta şiddette semptomları olanların %40'ı azalmış iş verimliliği bildirirken, hafif semptomları olanların yalnızca %12'sinde verimlilik kaybı ortaya çıkmıştır. Çalışmaya katılan hastaların %33'ünde çalışma sırasında verim kaybı bildirilirken, %6'sında genel üretkenlik kaybı bildirilmiştir. Bu da ABD'de yıllık \$1686 üretim kaybı anlamına gelmektedir. Bizim yaptığımız

çalışmada hastalar reflüye bağlı şikayetler ile okula gidemediğini belirtmişlerdir. 14 hasta 3 gün, 1 hasta 26 gün okula gidemediğini söylemiş, 3 hasta hiç devamsızlık yapmadığını belirtmiştir. Bizim çalışmamızda reflü semptomlarının hastaların okul başarısını, günlük aktivitesini etkilediği saptanmıştır. Bu açıdan Dean ve ark. yaptığı çalışma bizim çalışmamızla uyumluluk gösterse de bu çalışma da hastaların yaşadıkları yer, eğitim durumları, meslekleri değerlendirilmemiştir. Kadınlarda ve yaş artıkça iş verimliliğinin azaldığı görülmüştü. Bizim çalışmamızda yaş ve cinsiyet açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (64).

Simon ve ark.'nın (65) sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ile ilgili çalışması sonucunda; sosyoekonomik durumu düşük olan kesimde yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmış, özellikle ergenlerde çocuklara göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirtilmiştir. Fakat bu çalışma belirli bir hastalığı olan grupta değil, hastalık semptomları olan geniş bir grupta yapılmıştır (65)

Hatzmann ve ark.'nın (66) kronik hastalığı olan ebeveynler üzerine yaptığı çalışmada; sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini, kaba motor fonksiyonları, bilişsel fonksiyonları; uyku, sosyal işlevsellik, günlük aktiviteler, zindelik, pozitif ve depresif duygular ve agresifliği ölçmüştür. Kronik hastalığı olan çocukların ebeveynleri, anlamlı olarak daha düşük sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine sahiptir. Alt grup analizleri, spesifik hastalık gruplarında; uyku, sosyal fonksiyonlar, günlük aktiviteler, zindelik, pozitif duygular, ve depresif duygular konularında sağlıkla ilişkili daha düşük yaşam kalitesi göstermiştir. Ortalama olarak ebeveynlerin %45'i, sağlıkla ilişkili bozulmuş yaşam kalitesi riski altındaydı. Bizim çalışmamızda da GÖR tanısı ile takip edilen çocukların ebeveynlerinin yaşam kalitesi sağlıklı gruptaki ebeveynlerin yaşam kalitesine göre her grupta düşük bulundu. Bu açıdan bizim çalışmamıza benzer özellikler göstermektedir (66).

Xiao-Jun Yang ve ark.'nın (67) yaptığı çalışma, GÖR insidansının anksiyete ve depresyon ile körele olduğunu, ve hastaların yaşam kalitelerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığını göstermektedir. Yapılan çalışmada sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük yaşam kalitesi saptanmıştır. Bu çalışmada asit reflü semptomları hariç, artmış anksiyete ve

depresyonun da yaşam kalitesini bozan diğer faktörler olduğu düşünülmüştür. Yapılan bu çalışmada kontrol grubu ve hasta grubu eşit olarak alınmamış ve cinsiyet- yaş açısından değerlendirilmemiştir. Bizim yaptığımız çalışma da GÖR hastalarında yaşam kalitesi sağlıklı gruba göre daha düşük saptanmıştır (67).

Yang Won Min ve ark.'nın (68) yaptığı çalışmada GÖR tedavisi sonrası hastaların %65,6'sında komplet rezolüsyon sağlanmıştır. Tedaviyi takiben %47.8'inde rekürrens gözlenmiştir. Komplet rezolüsyon olan hastalarda, olmayanlara göre yaşam kalitesi dikkate değer düzeyde iyileşme göstermiştir. Ayrıca, takipler sırasında rekürrens olan hastalarda, rekürrens olmayanlara göre yaşam kalitesi daha fazla kötüleşme göstermiştir. Gastroözofageal reflü hastalığının rekürrensine yaşam kalitesi üzerine etkisi, daha önceden araştırılmamıştır. Bu çalışma, komplet rezolüsyon sonrası iyileşme gösteren yaşam kalitesinin, takipler sırasında rekürrens olan hastalarda, olmayanlara göre daha fazla kötüleşme gösterdiğini ortaya çıkaran ilk çalışmadır. Bu da iyileşen hastaların yaşam kalitesinin rekürrens ile tekrar kötüleşme gösterdiğini belirtmektedir. Bizim çalışmamızda hastaların 36 hastanın ilaç tedavisi devam etmekte iken 14 hastanın tedavisi tamamlanmıştı. Hastaların %39' u tedavi sonrası fayda gördüğünü söylerken %7 'si fayda görmediğini belirtmiştir. Bizim yaptığımız çalışma ile uyumlu idi (68).

Iradj Maleki ve ark.'nın (69) yaptığı çalışmada GÖR tanısı ile takip edilmekte olan hastaların sağlıklı gruba göre yaşam kalitesinde bozulduğu göstermemiştir. Yaşam kalitesi cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bizim yaptığımız çalışmada GÖR tanısıyla takip ettiğimiz hastaların sağlıklı kontrol grubuna göre yaşam kalitesi daha düşük saptanmış; fakat yaş, cinsiyet, gelir durumu eğitim düzeyi açısından, anlamlı farklılık bulunmamıştır (69).

Kuling ve ark.'nın (70) yaptığı erişkin çalışmasında GÖR hastaları yeme ve içme problemine bağlı olarak yaşam kısıtlılığı hissetmekteydi; ayrıca uyku bozukluğu, zinde olmama ve duygu kısıtlılığı da yaşanan problemlerdi. Bu hastaların yaşam kalitesi puanları düşüktü. Bu da bizim çalışmamızla uyumluluk göstermekteydi. Bu hastaların yaşam kalitesi akut koroner hastalığı

geçiren hastaların yaşam kalitesine benzer bulunmuştur. Hastalar; yeme ve içme problemleri, zindelik azalması ve ağrıyı, yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörler olarak görmüşlerdir. Hastalara kısa süreli omeprazol tedavisi sonrası tekrar değerlendirildiğinde yaşam kalitesinin arttığı hatta neredeyse genel Alman popülasyonundaki düzeye eriştiği görülmüştür. Bu çalışmada hasta grubu kontrol grubu ile karşılaştırılmamış, kendi içinde karşılaştırılmış ve kısa süreli tedavi sonrası tekrar değerlendirilmiştir. Ayrıca bizim çalışmamızda olduğu gibi denekler cinsiyet, yaş, gelir durumu, yerleşim yerine göre değerlendirilmemiştir (70).

Shou-Wu Lee ve ark.'nın (70) GER hastalığında regürstasyon ve mide yanması şikayeti olan grupta yaşam kalitesinin karşılaştırmasını yapmışlar, mide yanması olan grupta regürstasyon olan gruba göre günlük aktivitelerin daha şiddetli olarak bozulduğunu göstermişlerdir: Örneğin uyku bozukluğu, yeme içme problemleri sonucu, iş gücü kayıpları gibi. Bu çalışmada kendi içinde iki hasta grubu karşılaştırılmıştır (71).

James W. Varni ve ark.'nın (72) fonksiyonel gastrointestinal veya organik gastrointestinal hastalığı olan pediatrik hasta grubu (kronik konstipasyon, fonksiyonel abdominal ağrı, irritable bağırsak sendromu, fonksiyonel dispepsi, Crohn hastalığı, ülseratif kolit, ve gastrointestinal reflü hastalığı) üzerine yaptığı çalışmada hasta grubunu sağlıklı grup ile karşılaştırılmışlar, tüm alanlarda (fiziksel, duygusal, sosyal, ve okul işlevselliği) hasta grubun, sağlıklı gruptan daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğunu saptamışlardır. Hasta grubun sağlıklı gruba göre daha fazla gün okula devamsızlık yaptığı, daha fazla gün yatakta kaldığı, daha fazla sağlık hizmeti talep ettiği ve bu hastaların ebeveynlerinin daha fazla iş kaybı yaşadığı belirtilmiştir. Hasta ebeveyn grubunun sağlıklı ebeveyn grubuna göre daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu görülmüştür. Çalışmaya katılan kız ve erkek sayısı eşit olup, yaş ortalaması 11,43 yıl olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda kız oranı erkek oranına göre daha fazla idi. Ortalama yaş bizim çalışmamızda 12,52 yıl olup, Varni ve ark.'nın yaptığı çalışma ile benzerlik gösteriyordu. Bu çalışmada ve babaların okur yazar oranı artıkça yaşam kalitesi artmakta iken, bizim çalışmamızda eğitim durumu açısından anlamlı

farklılık saptanmamıştı (72). GÖR hastalığında yaşam kalitesinin incelenmesi ile ilgili Türkiye’de yapılmış bir çalışma yoktur. Daha çok yapılmış epidemiyoloji çalışmalarında kısaca bahsedilmiştir. Bu çalışma hem Türkiye’deki ilk çalışma hem de çocuklar üzerine yapılmış ilk çalışmadır.

Bizim çalışmamızda yaşam kalitesi ölçek toplam puanı, fiziksel sağlık toplam puanı, psikolojik sağlık toplam puanı alt ölçeklerinde hasta ve ebeveyn puanları sağlam çocuk ve ebeveyn puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düşük saptanmıştır ($p<0,001$). Hastaların yaşam kalitesi ölçeği toplam puanlarında yaş, cinsiyet, yaşadığı yer, anne baba mesleği, anne baba eğitim durumu, gelir düzeyi gibi sosyodemografik özellikler açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu da yapılmış diğer çalışmalar ile uyumluluk göstermektedir. Hasta grubu incelendiğinde en yüksek puan fiziksel işlevsellik ile ilgili sorularda iken en düşük puanlar, okul işlevselliği ile ilgili soruların puanlarıdır. Bu da Varni ve ark. yaptığı çalışma ile uyumludur (72).

Hasta ve kontrol grubun sosyodemografik özellikleri karşılaştığında anne ve baba eğitim düzeyi arasında fark saptanmıştı. Kontrol grubunda anne ve baba eğitim düzeyi daha yüksek saptandı. Eğitim düzeyi arttıkça kişilerin yaşam kalitesi artmakta ve GÖR ‘e neden olacak faktörlerle (beslenme şekli, yaşam şekli gibi) karşılaşma azalmaktadır. Ancak hayat kalitesi skorlarında etkileme görülmedi. Bu da Hartzman ve ark.’nın yaptığı çalışma ile anlamlı idi.

Hasta ve kontrol grubu anne mesleği açısından incelendiğinde farklılık saptanmıştı. Kontrol grubunda daha fazla annenin çalıştığı görüldü. GÖR en çok neden olan yeme ve uyku düzenine daha çok dikkat edilmesine neden olduğu görüldü.

Hasta ve kontrol grubu yaşam kalitesi incelendiğinde sosyodemografik açıdan anlamlı farklılık saptanmadı. Fakat hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik açıdan anne ve baba eğitim düzeyi, anne mesleği açısından anlamlı farklılık saptandı. Eğitim düzeyi ve çalışma düzeni arttıkça GÖR riski azaldığı fakat bunun yaşam kalitesini etkilemediği görüldü.

Hartzman ve ark.’nın (66) yaptığı çalışmada hasta grubun ebeveynlerinin yaşam kalitesi kontrol grubuna göre daha düşük saptanmıştı. Bizim çalışmamızda da GÖR tanısı ile takip edilen çocukların ebeveynlerinin

yaşam kalitesi sağlıklı gruptaki ebeveynlerin yaşam kalitesine göre her grupta düşük bulundu. Bu açıdan bizim çalışmamıza benzer özellikler göstermektedir. Kronik hastalıkların ebeveynlerin eğitim düzeyi kontrol grupla karşılaştırılmış ve eğitim düzeyi daha düşük saptanmış (66). Bizim çalışmamızda da eğitim düzeyi daha düşük saptandı.

Varni ve ark.'nın (72) yaptığı çalışmada hasta grubun yaşam kalitesi kontrol gruba göre daha düşük saptanmıştı. Hasta ebeveyn grubunun sağlıklı ebeveyn grubuna göre daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu görülmüştür. Bu çalışmada ve babaların okur yazar oranı artıkça yaşam kalitesi artmakta iken, bizim çalışmamızda eğitim durumu açısından anlamlı farklılık saptanmamıştı. Fakat Varni ve ark. çalışması hasta ve kontrol grubu sosyodemografik özellikleri açısından incelenmemişti (72).

İradj Maleki ve ark.'nın (69) yaptığı çalışmada GÖR tanısı ile takip edilmekte olan hastaların sağlıklı gruba göre yaşam kalitesinde bozulduğu göstermemiştir. Hastaların yaşam kalitesi incelendiğinde yaş, cinsiyet, gelir durumu, eğitim düzeyi açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Fakat hasta ve kontrol grupları sosyodemografik açıdan incelenmiş. Farklılık saptanmamış. Bizim çalışmamızda hastaların ve kontrol grubun yaşam kalitesi açısından incelendiğinde; yaş, cinsiyet, gelir durumu, eğitim düzeyi, meslekleri açısından anlamlı farklılık saptanmamıştı. Sosyodemografik özellikleri incelendiğinde yaş, cinsiyet, gelir düzeyi, yerleşim yeri açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Anne ve baba eğitim düzeyi açısından bakıldığında fark vardı. Anne mesleği açısından bakıldığında fark vardı. Baba meslekleri açısından incelendiğinde fark görülmedi (69).

İlaç tedavisi alan grup ile ilaç tedavisi kesilen grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu da Kuling ve ark.'nın yaptığı çalışma sonuçlarından farklıdır (70). Bu çalışmada 2 haftalık semptomatik tedavi sonrası hastaların yaşam kalitesi biraz düzelmiştir. Ancak bu çalışma da sağlıklı grup ile hasta grup arasında kıyaslama yapılmamış, sadece hastaların tedavi öncesi ve tedavi sonrası yaşam kalitesi karşılaştırılmıştır.

Simon ve ark.'nın bizim çalışmamızdan farklı olarak gelir durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı farklılık saptamıştır (65). Bu çalışmada

sosyoekonomik düzeyi düşük olanların yeteri kadar sağlık hizmeti alamadığı ve sağlık güvencesinin olmamasının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Bu çalışma kontrol grubu olmayan, sağlıkla ilgili genel bir durum belirleme çalışmasıdır.

Bizim çalışmamız Iradj Maleki ve ark.'nın yaptığı çalışma ile uyumlu bulunmuştur (69). Ayrıca Iradj Maleki ve ark yaptığı çalışmada yaş ve cinsiyet açısından yaşam kalitesinde anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Çalışmamızda anne ve babanın eğitim durumu ve mesleği ile yaşam kalitesi arasında anlamlı farklılık saptanmamıştı, bu da Varni ve ark.'nın Iradj Maleki 'nin sonuçları ile benzerlik göstermektedir (15,16,69).

Hastalarımızın %54'ü 13-18 yaş arasında olan ergen yaş grubunda hastalardır. Ergenlik; genç kişilerin bağımsız bir kimlik duygusu geliştirdiği akranları tarafından kabullenme, gelecek için plan yapmaya odaklandığı, fiziksel, psikolojik, duygusal ve sosyal gelişmenin hızlı olduğu bir dönemdir. Bu nedenle ergenlik dönemindeki çocuk ve gençler kronik hastalıklardan fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak daha fazla etkilenmektedir.

Çalışmamızda ergenlik dönemindeki hastaların yaşam kalitesi ölçek toplam puanı, fiziksel sağlık toplam puanı, psikolojik sağlık toplam puanı ergenlik öncesi hasta grubuna göre daha düşük puanlar elde edilmiştir. Tüm ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı düşüklük saptanmıştır.

Ergen yaş grubundaki kronik hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesini araştırmak üzere yapılmış çalışmalar incelendiğinde yedi konu ön plana çıkmıştır; arkadaşlıklar geliştirme ve sürdürme, hayatla geçinebilme, ailenin önemi, tedaviye yaklaşım, okul tecrübeleri, tıbbi bakım personelleri ile ilişkiler ve gelecektir.

Arkadaşlıklar geliştirme ve sürdürme :

Genç kişiler, arkadaşları ile birlikte olduklarında, arkadaşlarının yaptıklarını yapabildiklerinde hayatlarının daha iyi olacağını hissettiklerini ifade etmişlerdir (71,72) fakat hastalıkları ve hastanede harcadıkları dönemler nedeni ile bu durum güç bir hale gelmektedir. Bu dönem süresince genç kişiler arkadaşlarından izole olduklarını hissetmektedirler. Genç kişiler kronik hastalığın yol açabileceği görünümdeki farklılıklar nedeni ile arkadaş

edinmekte zorluk çekmektedirler. Genç kişiler hastalıklarını arkadaşlarına söylemekte zorluk çektiklerini ve kronik hastalıkları olmasaydı daha kolay arkadaş edinebileceklerine inandıklarını ifade etmektedirler (63,72,73).

Bizim çalışmamızda yaşlılarla ilgili sorunlar; psikolojik sağlık toplam puan alt ölçekleri içinde beş soru ile değerlendirilmiştir. Ergenlik yaş grubunda psikolojik sağlık toplam puanı, ergenlik öncesi döneme göre istatistiksel olarak anlamlı düşük saptanmıştır.

Normal olma, hayatla geçinebilme

Adolesan hastaların bir kısmı hastalıklarını unutabilir ve kendilerini sağlıklı akranları gibi görülebilirken (73), diğerleri, kendilerini sağlıklı genç kişilerle karşılaştırma yerine benzer hastalıklara sahip kişiler ile karşılaştırarak yeni bir savunma modeli geliştirmişleridir (63,73).

Çalışmamızda tek başına normal olma hayatla geçinebilme 'yi ölçen alt ölçek bulunmamaktadır; fakat, bazı alt ölçekler içerisinde dolaylı olarak hastaların kendilerini normal hissedip hissetmediklerini ölçen sorular yer almaktadır. Çalışmamızda yaşam kalitesi toplam puanlarının düşük olması; indirekt olarak hastaların normal olma, hayatla geçinebilme konusunda sorun yaşadıklarını gösterebilir.

Okul tecrübeleri

Ergenler; dış görünümdeki değişiklikler (gelişme geriliği gibi) ve fiziksel yetenek eksikliği nedeni ile dışlandıklarını ifade etmişlerdir. Bu da sosyal izolasyon hislerine yol açmaktadır. Genç kişiler okulda uzayan veya tekrarlanan devamsızlıkları nedeni ile akademik zorluklar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu durum genellikle (destek vermeyen olarak görülen) öğretmenler tarafından vurgulandığından genç kişiler akademik başarı şanslarının ' azaldığını' hissetmişlerdir (73).

Bizim çalışmamızda okul ile ilgili sorunlar psikososyal sağlık alt ölçekleri içinde beş soru ile ölçülmüş; hasta ergenlerde düşük puanlar elde edilmiştir (73).Bu da bizim yaptığımız çalışma ile istatistiksel olarak anlamlı idi.

Gelecek

Genç kişiler normale ulaşmak için çaba göstermelerine rağmen, hastalıklarının ve tedavilerinin hayatlarını etkilemeye devam ettiklerini

bildirmişlerdir. Ebeveynler ve sağlık bakım profesyonelleri genellikle kronik hastalıklar ile ilişkili kısalan yaşam süreleri ile ilgili endişelidirler, oysa genç kişiler ölüm ile ilgili endişeli değildirler ve beklenen yaşam süresi ne günlük yaşamlarını ne de gelecek planlarını etkileyebilmiştir. Geleceğe ait düşünceler evden uzaklaşma ve çocuk sahibi olma endişeleri çerçevesinde olmaktadır (63,73).

Bizim çalışmamızda gelecek ile ilgili kaygılar; psikolojik sağlık türünde duygular ile ilgili sorunlar alt ölçeği içinde değerlendirilmiş. İstatiksel olarak anlamlı düşük puanlar saptanmıştır ($p<0,05$)

Literatürde kronik hastalığı olan genç kişilerin yaşamlarını nasıl algıladıkları üzerine sınırlı sayıda araştırma ortaya çıkmıştır. Kronik hastalığı olan genç kişiler genellikle kendilerini ve yaşamlarını sağlıklı akranları ile aynı şekilde görmektedir. Hastalık ve tedaviler nedeni ile istedikleri sınırlanmasına rağmen hastalık ve yaşam arasındaki ilişki gelişim izolasyonu olarak görülmez Hastalığın yüklediği kısıtlamalar genellikle arkadaşlar ve aile ile bozulan dinamikleri içermektedir ve genç kişinin hayata bakışını değiştirmiştir. Bizim çalışmamızda genç hasta grup kendilerini sağlıklı akranları ile aynı görmektedir. Tedavi ve tedavi sırasında uygulana katı diyet ile hayatları kısıtlanmıştır. Hastalığın yol açtığı semptomlar, uygulanan katı diyet aile içi ilişkileri ve arkadaş ilişkilerinin bozulmasına neden olmaktadır (71,73).

Sonuç olarak; GÖR hastalığı olan çocuk hastaların ve ebeveynlerin sağlam çocuk ve ebeveynlere göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerini düşük algıladıkları saptanmıştır. Yaşam kalitesi toplam ve alt ölçek puanları ile cinsiyet, yaş, yaşadığı yer, anne baba eğitim durumu, anne baba mesleği, gelir durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Hastaların tedavi sırasında ve sonrasında diyet uygulaması, mide ağrısına, mide yanmasına bağlı olarak yeme içme kısıtlılığının bulunması ve ağrı, yanma şikayetleri ile rahat uyku uyuyamaması, uyku kalitesinin bozulması, sabah yorgun kalkması hastaların yaşadığı başlıca problemlerdir. Bu da hastaların okul başarısının, performansının azalmasına neden olmaktadır. Ayrıca hasta çocukların tedavi ve hastane kontrolleri nedeniyle ebeveynlerin kullandıkları izinler üretkenlik kaybına neden olmaktadır

dolayısıyla hastalığın maliyeti artmaktadır. Bu nedenle: 1-Fizyolojik reflünün GÖRH' dan ayırt edilmesi, 2- Eğer GÖRH varsa hem sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin optimal ve hızla yükseltilmesi, hem de sağlık harcamalarının etkinliği ve tedavi maliyetleri düşürülmesi için gerekli önlemlerin hızla alınması gerekmektedir.





KAYNAKLAR

- 1- Sandritter T. Gastroesophageal reflux disease in infants and children J Pediatr Health Care 2003;17:198-205.
- 2- Aydoğdu S, Kasırđa E, Yağcı RV. Çocukluk çağı gastroözofajiyal reflü Ege Pediatri Bülteni 1995;2:95-98.
- 3- Vandenplas Y, Rudolph CD, Lorenzo CD, et al. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: Joint recommendations of the North American Society for pediatric gastroenterology, hepatology and nutrition (NASPGHAN) and European Society for pediatric gastroenterology, hepatology and nutrition J Pediatr Gastroenterol Hepatol 2009;49: 498- 547.
- 4- Rudolf CD, Mazur LJ, Liptak GS et al. North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. Guidelines for evaluation and treatment of gastroesophageal reflux in infants and children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition J Pediatr Gastroenterol Nutr 2001;32:1-31.
- 5- Vandenplas Y, Hassall E .Mechanisms of gastroesophageal reflux and gastroesophageal reflux disease Journey of Pediatri 2002;35;119-36.
- 6- Nelson SP, Chen EH, Syniar GM, Christoffel KK Prevalence of symptoms of gastroesophageal reflux during childhood: a pediatric practice-based survey Arch Pediatr Adolesc Med. 2000;54:150-4.
- 7- Dent J, El-Serag HB, Wallander MA, Johansson S, Epidemiology of gastroesophageal reflux disease ,Gut,2005;54:710–717.
- 8- MÜNGAN Z. Prevalence and demographic determinants of gastroesophageal reflux disease (GERD) in the Turkish general population:Turk J Gastroenterol. 2012;23:323-32.
- 9- Göker C, Özman TB, Irgil E, Alper E , Bursa İlinde 2 Ay - 2 Yaş Çocuklardaki Gastroözefageal Reflü İnsidansı Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk

Gastroenteroloji-Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı Halk Sağlığı ve Nükleer Tıp Anabilim Dalı, 3.Uludağ Kış Kongresi Poster Sunumu 2007;3:31

- 10-Orenstein S., Controversies in pediatric gastroesophageal reflux. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 1992;14:338-48.
- 11-Vargün R, Ulu HÖ, Duman R, Yağmurlu A. Serebral palsili çocuklarda beslenme problemleri ve tedavisi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2004;57:257-65.
- 12-Meyers WF. Value of tests for evaluation of gastroesophageal reflux in children J Ped Surg 1985; 20:515-20.
- 13-Cinquetti M, Micelli S, Voltolina C, et al: The pattern of gastroesophageal reflux in asthmatic children. J Asthma 2002;39:135-42.
- 14-McGuirt WF. Gastroesophageal reflux and the upper airway. Pediatr Clin North Am 2003;50: 487-502.
- 15-Varni JW, Seid M, Rode CA. The PedsQL: measurement model for the Pediatric Quality of Life Inventory. Med Care 1999; 37:126-39.
- 16-Varni JW, Seid M, Kurtin PS, PedsQLTM 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory TM version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. Med Care 2001; 39:800-20.
- 17-Long JD, Orlando RC: Esophagus. Sleisenger M, Friedman LS (Eds): Gastrointestinal and liver disease. Saunders, New York, 2002, :551-671.
- 18-Feldman M, Orlando RC Haque S. Tumors of the esophagus. (Eds): Atlas of esophageal disease. Current Medicine 2002;145-61.
- 19-Yağcı V. Pediatrik gastroenteroloji. Clinic Pediatri 2006;1(2):22-4.
- 20-Richter J. Do we know the causes of reflux disease? Eur J Gastroenterol Hepatol 1999; 11:3-9.
- 21-Cohen S, Harris LD, Does hiatus hernia affect competence of the gastroesophageal sphincter? N Engl J Med 1971;284:1053-6.

- 22-Dodds WJ, Dent J, Hogan WJ et al. Mechanisms of gastroesophageal reflux in patients with reflux esophagitis N Engl J Med 1982; 307:1547-52.
- 23-Holloway RH. Gastric distension: a mechanism for postprandial gastroesophageal reflux. Gastroenterology 1985; 89:778-84.
- 24-Granderath, Kamolz, Pointner (Eds), Gastroesophageal Reflux Disease: Principles of Disease, Diagnosis, and Treatment, 1st edition.; New York, Springer, 2006;
- 25-Cadiot G, Bruhat A, Rigaud D et al. Multivariate analysis of pathophysiological factors in reflux oesophagitis. Gut 1997; 40:167-74.
- 26-Yıldız S, Kurt AS Çocuklarda Gözarda Edilen Bir Durum: Gastroözofageal Reflü, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2010; 7: 19-27.
- 27-Fang JC, Sarosiek I, Yamamoto Y, Liu J, Mittal RK. Cholinergic blockade inhibits gastro-oesophageal reflux and transient lower oesophageal sphincter relaxation through a central mechanism. Gut 1999; 44:603-7.
- 28-Nelson SP, Chen EH, Syniar GM, Christoffel KK Prevalence of symptoms of gastroesophageal reflux during childhood: a pediatric practice-based survey. Arch Pediatr Adolesc Med 2000;54:150-4.
- 29-Orenstein SR, Shalaby TM, Finch R, et al.: Autosomal dominant infantile gastroesophageal disease: exclusion of a 13q14 locus in five well characterized families, Am J Gastroenterol 2002; 97:2725-32.
- 30-Argon M, Duygun U, Daglöz G, Omur O, Demir E, Aydogdu S. Relationship Between Gastric Emptying and Gastroesophageal Reflux in Infants and Children Clin Nucl Med. 2006;3:262-5
- 31-Putnam JW, Orenstein SR. Hoarseness in a child with gastroesophageal reflux, Acta Pediatr., 1992; 81:635-636.
- 32-Günflar F, Aydın A, Ersöz G, Yılmaz M, Akarca US, Özütemiz Gastroesophageal reflux following Helicobacter pylori eradication., The Turkish Journal of Gastroenterology. 1999;10:411-8.

- 33-Aydoğdu S. Bebeklerde ve çocuklarda gastroözefajiyal reflü ve hastalığı. Klinik Aktüel Tıp Gastroenteroloji ve Hepatoloji Özel Sayısı 2006;11:1-10.
- 34-Orenstein SR, Khan S. Gastroesophageal reflux. In: Walker WA, Goulet O, Kleinman RE, Sherman PM, Shneider BL, Sanderson IR, eds. Pediatric gastrointestinal disease. 4th ed. Vol 2. Ontario: BC Decker, 2004:1219-40.
- 35-Sun WM, Doran S, Jones KL et al. of nitroglycerin on liquid gastric emptying and antropyloroduodenal motility. Am J Physiol 1998; 275:1173-8.
- 36-Katz LC, Just R, Castell DO. Body position affects recumbent postprandial reflux. J Clin Gastroenterol 1994; 18:280 -3.
- 37-Aydoğdu S. Çocuklarda özefagusun akalazya dışı diğer motor hastalıkları. Ege Ped Bül 2003;10:163 -8.
- 38-Stal P, Lindberg G, Ost A, Iwarzon M, Seensalu R. Gastroesophageal reflux in healthy subjects. Significance of endoscopic findings, histology, age, and sex. Scand J Gastroenterol.1999; 34:121-8.
- 39-Usta Y, Özen Y. Helicobacter pylori enfeksiyonu, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2007; 50: 136- 45.
- 40-Gülerman F, Çocuklarda gastroözefageal reflü hastalığı Güncel Pediatri 2015;19:229- 50.
- 41-Salvatore S, Vandenplas Y. Gastroesophageal reflux and cow milk allergy: is there a link? Pediatrics 2002;110:972- 84.
- 42-Stal P, Lindberg G, Ost A, Iwarzon M, Seensalu R. Gastroesophageal reflux in healthy subjects. Significance of endoscopic findings, histology, age, and sex. Scand J Gastroenterol 1999; 34:121-8.
- 43-Wright RA, Hurwitz AL. Relationship of hiatal hernia to endoscopically proved reflux esophagitis. Dig Dis Sci 1979; 24:311-3.
- 44-Rosbe KW, Kenna MA, Auerbach AD. Extraesophageal reflux in pediatric patients with upper respiratory symptoms. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2003;129:1213-20.

- 45-Yuksel H, Yilmaz O, Kirmaz C, Aydogdu S, Kasirga E. Frequency of gastroesophageal reflux, disease in nonatopic children with asthma-like airway disease. *Respir Med* 2005;100:393-8.
- 46-Putnam JW, Orenstein SR. Hoarseness in a child with gastroesophageal reflux. *Acta Pediatr* 1992; 81:635-6.
- 47-Linnett V, Seaw WK, Connor F, Shepherd R. Oral health of children with gastroesophageal reflux disease: a controlled study. *Aust Dent J* 2002;47:156- 62.
- 48-Demir H, Özen H, Kocak N, Saltik-Temizel İN, Gurakan F. Does simultaneous gastric and esophageal pH monitoring increase the diagnosis of gastroesophageal reflux disease? *Turk J Pediatr* 2005;47:14- 6.
- 49-Thompson JK, Koehler RE, Richter JE. Detection of gastroesophageal reflux: value of barium studies compared with 24-hr pH monitoring *AJR Am J Roentgenol* 1994;162: 621-6.
- 50-Salvatore S, Hauser B, Vandemaele K, Novarrio R, Vandenplas Y. Gastroesophageal reflux disease in infants: How much is predictable with questionnaires, pH-metry, endoscopy and histology? *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005;40:210-5.
- 51-Seibert JJ, Byrne WJ, Euler AR, et al. Gastroesophageal reflux the acid test: scintigraphy or the pH probe? *Am J Roentgenol* 1983;140:1087-90
- 52-Çocuklarda Gastroözefageal reflü hastalığında kombibe Ph-impedans monitörizasyonu ile tek başına ph moniterizasyonun karşılaştırılması Derya altay, Tanju Başarır Özkan, Taner Özgür, Ayşegül Otuzbir, Nilüfer Ülkü Şahin(Uzmanlık Tezi) Bursa: Uludağ Üniversitesi 2014
- 53-Orenstein SR, Shalaby TM, Cohn J. Reflux symptoms in 100 normal infants: diagnostic validity of the infant gastroesophageal reflux questionnaire. *Clin Pediatr* 1996; 35:607-14.
- 54-Dilbaz N. Yaşam Kalitesi Ölçümü ve Psikiyatri. *Psycomed* 1996;2:20-5.
- 55-Eiser C, Morse R. Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood. *Health Technol Assess* 2001; 5:1-156.

- 56-Eiser C, Mohay H, Morse R. The measurement of quality of life in young children. *Child Care Health Dev* 2000;26:401-41.
- 57-Tesla MA, Nackley JF. Methods for Quality of Life Studies. *Annu Rev Public Health* 1994;15:535-59.
- 58-Muldoon MF, Barger SD, Flory JD, et al. What are Quality of Life measurements measuring? *BMJ* 1998;316(7130):542-5.
- 59-Fidaner H, Elbi H, Fidaner C. ve ark. Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF.3P Dergisi 1999;7:3-66.
- 60-Üneri Ö. Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin 2-7 yaşlarındaki Türk çocuklarında geçerlik ve güvenilirliği. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi;2005.
- 61-Çakın N. Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi;2005.
- 62-Memik N, Ağaoğlu BA, Coşkun A. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 13-18 Yaş Ergen Formunun Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18(4):353-63.
- 63-Dean BB, Crawley JA Schmitt JM, Wong J, Ofman JJ The burden of illness of gastro-oesophageal reflux disease: impact on work *Aliment Pharmacol Ther*, 2003; 17: 1309–17.
- 64-Simon AE, Chan SK, Forrest CB Assessment of Children's Health-Related Quality of Life in the United States With a Multidimensional Index, *Pediatrics* 2008;1:118-127.
- 65-Hatzmann J, Heymans SHA, Bernard MS.,Martha A.. Hidden Consequences of Success in Pediatrics: Parental Health-Related Quality of Life—Results From the Care Project *Pediatrics* 200811:1030-40.
- 66-Yang XJ, Jiang HM, Hou XH, Song X Anxiety and depression in patients with gastroesophageal reflux disease and their effect on quality of life *World Journal of Gastroenterology* 2015;4:4302-09.
- 67- Min YW, Shin YW, Cheon GJ, et al. *Journal of Neurogastroenterology and Motility* 2015;7:86-93

- 68- Maleki I, Masoudzadeh A, Khalilian A, Daheshpour A Quality of life in patients with gastroeophageal reflux disease in an Iranian population *Gastroenterol Hepatol Bed Bench* 2013;6:96-100.
- 69-Kuling M., Leodolter A., Viethl M. et al. Quality of life in relation to symptoms in patients with gastro-oesophageal reflux disease an analysis based on the ProGERD initiative *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 18: 767–76.
- 70-Lee SW, Lien HC, Lee TY et al. Heartburn and regurgitation have different impacts on life quality of patients with gastroesophageal reflux disease *World Journal of Gastroenterology* 2014;20:12277-82.
- 71-Varni WJ, Bendo BC, Nurko S, Shulman RJ, Self MM. *The Journal of Pediatrics* 2015;7:85-92.
- 72-Kim SJ, Kang KA Meaning of life for adolescents with a physical disability in Korea. *J Adv Nurs* 2003;43:145-57.
- 73-Beaune L, Forrest CR, Keith T. Adolescents perspectives on living and growing up with Treacher Collins Syndrome: a qualitative study. *Cleft Palate Craniofac J* 2004;34:3-50.

KISALTMALAR

AÖS	Alt özofagealsfinkter
AÖSGG	Alt özofagus sfinkter geçicigevşemesi
CP	Serebral palsi
ÇİYKO	Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği
ÇÖTP	Çocuk ölçek toplam puanı
WHO, DSÖ	Dünya sağlık örgütü
DM	Diabetes mellitus
ERD	Erosive reflux disease
EFSTP	Ebeveyn fiziksel sağlık toplam puanı
EPSTP	Ebeveyn psikososyal sağlık toplam puanı
EÖTP	Ebeveyn ölçek toplam puanı
FSTP	Fiziksel sağlık toplam puanı
GÖR	Gastroözofageal reflü
GÖRH	Gastroözofageal reflü hastalığı
GİS	Gastrointestinal sistem
KINDL	German Quality of Life Questionnaire
HP	Helikobakter pilori
H2RA	Histamin-2 reseptör antagonistleri
LFR	Laringofarengeal reflü
LET	Lower esophageal sphincter
NERD	Negative-endoscopy reflux disease

NO	Nitrik oksit
ÖTP	Ölçek toplam puanı
PedsQL	Pediatric Quality of Life Inventory
PSTP	Psikososyal sağlık toplam puanı
PPI	Proton pompa inhibitörleri
PR	Pulmoner reflü
RI	Reflü indeksi
SYK	Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeği
CP	Serebral palsi
SY	Solunum yolu
SDBY	Son dönem böbrek yetmezliği
TLESR	Transient LES relaksasyon
YKÖ	Yaşam kalitesi ölçeği

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ERGEN FORMU (13-18 YAŞ)

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Ergen Değerlendirme Formu (13-18 yaş)

Bir sonraki sayfada sizin için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin sizin için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

Eğer sizin için **hiçbir zaman** sorun değilse **0**

Eğer sizin için **nadiren** sorun oluyorsa **1**

Eğer sizin için **bazen** sorun oluyorsa **2**

Eğer sizin için **sıklıkla** sorun oluyorsa **3**

Eğer sizin için **hemen her zaman** sorun oluyorsa **4**

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

3. Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
5. Kendi başıma duş ya da banyo yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
7. Bir yerim acir ya da ağrır	0	1	2	3	4
8. Enerjim azdır	0	1	2	3	4

Duygularıyla ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissedirim	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissedirim	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissedirim	0	1	2	3	4
4. Uyumakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
5. Bana ne olacağı konusunda endişelenirim	0	1	2	3	4

Son bir ay içinde aşağıdakiler sizin için ne kadar sorun yarattı?

Sağlığım ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir	0	1	2	3	4
2. Koşmak bana zor gelir	0	1	2	3	4

Başkaları ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşıyorum	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler	0	1	2	3	4
3. Yaşıtlarım benimle alay eder	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarıma ayak uydurmakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unuturum	0	1	2	3	4

3. Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim	0	1	2	3	4
4. Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4

TABLULAR

Tablo-1: GÖR ve GÖRH sınıflaması

Tablo-2: Belirtilerin şiddetine Göre GÖR sınıflaması

Tablo 3: GÖRH eğilim yaratan klinik durumlar ve uygulamalar

Tablo-4: AÖS basıncını etkileyen faktörler

Tablo- 5: GÖR tanı yöntemlerinde duyarlılık ve özgünlük

Tablo-6: Endoskopik özofajit sınıflaması I: Hetzel-Dent sınıflaması

Tablo-7: Endoskopik özofajit sınıflaması II: Los Angeles sınıflaması

Tablo-8: Olguların ve Kontrol Grubun Sosyodemografik Özellikleri

Tablo-9: Hasta ve kontrol grubundaki çocukların anne ve baba eğitim durumu

Tablo-10: Hasta ve kontrol grubun babaların mesleğine göre karşılaştırılması

Tablo-11: Hasta ve kontrol grubun annelerin mesleklerine göre karşılaştırılması

Tablo-12: Hasta ve kontrol grubun anne baba yaşı kardeş sayısı ve yaş göre karşılaştırılması

Tablo-13: Hasta ve kontrol grubunun, yaşam kalitesi ölçeklerinin değerlendirilmesi

Tablo-14: Hasta ve kontrol grubunun yaşam kalitesi alt gruplarının karşılaştırılması

Tablo-15: Hastaların yaşadıkları yere göre yaşam kalitesi puanları

Tablo-16: Çocukların cinsiyete göre yaşam kalitesi

Tablo-17: Cinsiyete göre ebeveyn yaşam kalitesi incelenmesi

Tablo-18: İlaç tedavisi alan ve almayan hasta gruplarının yaşam kalitesinin incelenmesi

Tablo-19: Annelerin çalışmalarına göre yaşam kalitesinin incelenmesi

Tablo-20: Babaların mesleklerine göre yaşam kalitesinin incelenmesi

Tablo-21: Anne ve baba eğitim düzeyine göre yaşam kalitesi ölçeklerinin karşılaştırılması

Tablo-22: Aylık gelir durumuna göre yaşam kalitesinin incelenmesi

Tablo-23: Yaş gruplarına göre yaşam kalitesi karşılaştırması



ŞEKİLLER

Şekil-1: Alt özofagus sfinkter hareketleri

Şekil-2: Açık-kapalı AÖS

Şekil-3: Tip I Hiatus Hernisi



TEŞEKKÜRLER

Uzmanlık tezimi sunarken, başta Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Betül Berrin Sevinir olmak üzere Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde geçen asistanlık dönemimde eğitime katkıda bulunan tüm değerli öğretim üyesi hocalarıma

Tez çalışmamım her aşamasında bana destek olan ve yol gösteren değerli hocam Prof. Dr. Tanju Başarır Özkan, Uzm. Dr. Taner Özgür ve Uzm. Dr. Nilüfer Ülkü Şahin'e,

Asistanlık süresi boyunca birlikte çalıştığım tüm uzman ve asistan arkadaşlarıma,

Zor çalışma dönemimde bana her zaman destek olan, varlıklarını her zaman yanımda hissettiğim, sevgilerini, yardımlarını asla esirgemeyen canım annem, babam, kardeşime sonsuz teşekkür ederim.

ÖZGEÇMİŞ

7 Ocak 1979 yılında doğdum. İlkokul öğrenimine 1986 yılında Atatürk İlkokulunda başladıktan sonra 1991 yılında Muğla Merkez Ortaokulu'nu bitirdim. Lise öğrenimime 1995 yılında Muğla Turgut Reis Lisesine başladım. 1998 yılında mezun oldum. Aynı yıl Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni kazanarak tıp öğrenimime başladım. 2005 yılında fakülteden mezun oldum. Mecburi hizmetimi Elazığ Yarımcı 112'de yaptım. 2011'de Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda asistan olarak uzmanlık eğitimime başladım.

