



**T.C.**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BAĞCILAR SAĞLIK**  
**UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**COVID-19'un YAşAM KALİTESİ ve UYKU**  
**KALİTESİNE ETKİSİ**

**Dr. Volkan Tarım**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**İstanbul-2022**



**T.C.**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BAĞCILAR SAĞLIK  
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ  
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**COVID-19'un YAŞAM KALİTESİ ve UYKU  
KALİTESİNE ETKİSİ**

**Dr. Volkan Tarım**

**TEZ DANIŞMANI: Doç. Dr. Murat Altuntaş**

**(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**İstanbul-2022**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalıőmam surecinde bilgi, birikim ve tecrubeleri ile bana yol gosteren tez danıőmanım sayın *Doç. Dr. Murat ALTUNTAŞ*'a,

Asistanlığım surecinde aile hekimliği kliniğinde birlikte çalıőmaktan onur duyduğum asistan arkadaőlarıma,

Beni bugünlere getiren annem *Zekiye Tarım*'a ve babam *Mehmet Veysi TARIM*'a,

Her türlü desteği ile her daim yanımda olan sevgili eőim *Dr. Zehra Nur NAHİRSREN TARIM*'a

Sonsuz teşekkür,sevgi ve saygılarımla...

Volkan Tarım  
İSTANBUL/2022

# İÇİNDEKİLER

## Sayfa No

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER .....	ii
KISALTMALAR .....	iv
TABLO LİSTESİ.....	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	2
2.1. KORONAVİRÜSLER .....	3
2.1.1. Koronavirüs Salgınları.....	3
2.1.2. Koronavirüslerin Özellikleri.....	4
2.2. COVID-19 .....	5
2.2.1. COVID-19 Klinik Semptom ve Bulgular.....	5
2.2.2. COVID-19 Laboratuvar Bulguları .....	7
2.2.3. COVID-19 Tanısı .....	8
2.2.4. COVID-19 Tedavisi.....	9
2.3. COVID-19 ve UYKU.....	11
2.4. COVID 19 ve YAŞAM KALİTESİ .....	12
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	13
4. BULGULAR.....	16
5. TARTIŞMA .....	38
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	45

7. KAYNAKLAR ..... 47



## KISALTMALAR

- ARDS** (Acute Respiratory Distress Syndrome) : Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu
- BAL:** Bronkoalveolar Lavaj
- BT:** Bilgisayarlı Tomografi
- COVID-19** (Coronavirus Disease-2019): Yeni Koronavirüs Hastalığı-2019
- CRP** : C-reaktif Protein
- DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü
- E** (Envelope) : Zarf Proteini
- EAH:** Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- HCoV:** İnsan Koronavirüsleri
- HE:** Hemaglutinin Esteraz
- IFN:** İnterferon
- ICTV** (The International Committee on Taxonomy of Viruses) : Uluslararası Virüs Taksonomi Komitesi
- Ig G** : İmmünglobulin G
- Ig M** : İmmünglobulin M
- Kb** : Kilo Baz Çifti
- KOAH** : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
- M** (Membrane) : Membran Proteini
- MERS** (Middle East Respiratory Syndrome) : Orta Doğu Solunum Sendromu
- MERS-CoV** (Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus) : Orta Doğu Solunum Sendromu Koronavirüsü
- N** (Nucleocapsid) : Nükleokapsid Proteini
- Nm** : Nanometre
- ORF1** (Open Reading Frame 1) : Açık Okuma Çerçevesi 1
- PUKİ:** Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi
- RdRp:** Rna Bağımlı Rna Polimeraz
- RNA** : Ribonükleik Asit
- RT-PCR** (Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction) : Gerçek Zamanlı Ters Transkripsiyonlu Polimeraz Zincir Reaksiyonu
- S** (Spike) : Yüzey Glikoproteini

**SARS** (Severe Acute Respiratory Syndrome) : Ağır Akut Solunum Yetmezliği Sendromu

**SARS-CoV** (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus) : Ağır Akut Solunum Yetmezliği Sendromu Koronavirüsü

**SARS-CoV-2** (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) : Ağır Akut Solunum Yetmezliği Sendromu Koronavirüsü 2

**SBÜ** : Sağlık Bilimleri Üniversitesi

**SF-36** (Short Form-36) : Yaşam Kalitesi Kısa Form

**SUAM** : Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

**T.C.** : Türkiye Cumhuriyeti

**WHO**: Dünya Sağlık Örgütü

**2019-nCoV**(2019 novel Coronavirus) : 2019 Yeni Koronavirüsü

## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1: Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı .....</b>	<b>16</b>
<b>Tablo 2: Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerin Dağılımı .....</b>	<b>18</b>
<b>Tablo 3: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Dağılımı .....</b>	<b>19</b>
<b>Tablo 4: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Bileşen ve Toplam Puanlarının Dağılımı .....</b>	<b>20</b>
<b>Tablo 5: Tanımlayıcı Özelliklere Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Puanlarının Değerlendirilmesi .....</b>	<b>21</b>
<b>Tablo 6: Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklere Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Puanlarının Değerlendirilmesi .....</b>	<b>29</b>
<b>Tablo 7: Tanımlayıcı Özelliklere Göre PUKİ Puanlarının Değerlendirilmesi ...</b>	<b>33</b>
<b>Tablo 8: Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklere Göre PUKİ Puanlarının Değerlendirilmesi .....</b>	<b>34</b>
<b>Tablo 9: SF 36 Puanları ile PUKİ Puanlarının Değerlendirilmesi .....</b>	<b>35</b>

## ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Cinsiyete göre dağılımı.....	17
Şekil 2: VKİ düzeylerinin dağılımı .....	17
Şekil 3: Covid 19 geçirme zamanlarının dağılımı .....	19
Şekil 4: SF 36 Puanları ile PUKİ Puanlarının İlişkisi.....	36



## ÖZET

**Amaç:** COVID-19 ile enfekte olan hastalarda fiziksel ve psikolojik sağlığı korumak ve iyileştirmek için önemli olan uyku sorunlarını belirlemek ve yaşam kalitesinin ne denli etkilendiğini saptamak için bu çalışmamızda Covid 19'un uyku kalitesine ve yaşam kalitesine etkilerini değerlendirmeyi amaçlamaktayız.

**Materyal ve Metod:** Çalışma 01.02.2022-01.03.2022 tarihleri arasında SBÜ İstanbul Bağcılar Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Güneşli Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne ayaktan başvuran toplam 306 olgu ile yapıldı. Katılımcılara sosyodemografik sorulardan oluşan 15 soru, Yaşam Kalitesi Kısa Form (SF-36) ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) ölçeklerinden oluşan sorular yöneltildi. Sağlık Bakanlığı'nın pandemi sürecinde rehber niteliğinde yayımladığı COVID-19'dan korunma yolları ile ilgili kitapçık, broşür ve afişlerden yararlanarak hazırladığımız sorular ile sosyodemografik verileri içeren sorulardan oluşturduğumuz anket formları katılımcılara yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulandı.

**Bulgular:** Çalışmamız %38,6 (n=118) erkek, %61,4 (n=188) kadın olmak üzere 306 kişi ile yapıldı. Çalışmamızdaki kişilerin yaş ortalaması  $38,59 \pm 13,43$  olup en düşük yaş 18, en yüksek yaş ise 78 olmuştur. Cinsiyet ile yaşam kalitesinin Genel sağlık alt bileşeni dışındaki tüm alt bileşenleri arasında anlamlı farklılık saptandı ve kadınların yaşam kalitesi erkeklerden düşüktü. Çalışma durumuna göre; ev hanımı ve emeklilerin yaşam kalitesi diğerlerinden istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük bulundu. Covid-19 hastalığını son 1 ay içinde geçirenler ile daha önce geçirenlere bakıldığında yaşam kalitesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ve son 1 ay içinde geçirenlerin yaşam kalitesi daha kötü saptanmıştır. Çalışmamızda sigara kullananların uyku kalitesi kullanmayanlara göre ve kronik hastalığa sahip kişilerin uyku kalitesi olmayan kişilere göre daha kötü olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Çalışmamızda yaşam kalitesi ve uyku kalitesi arasında da istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu. Yaşam kalitesinin tüm alt parametrelerinin Türk toplumu norm değerlerine göre düşük olması da dikkat çekicidir.

**Sonuç:** Çalışmamızda ileri yaşlılarda, kadınlarda, VKİ yüksek olanlarda, eğitim durumu düşük olanlarda, ev hanımlarında, emeklilerde, çocuk sayısı fazla olanlarda, gelir düzeyi düşük olanlarda, psikiyatrik hastalığı olanlarda, kronik hastalığı olanlarda, sigara içenlerde ve son 1 ayda Covid 19 geçirmiş olanlarda yaşam kalitesinin ve uyku kalitesinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda uyku kalitesi ve yaşam kalitesinin de birbirlerini etkileyip pozitif yönlü bir ilişki içinde olduğu gözlenmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Uyku Kalitesi, Yaşam Kalitesi, Covid-19



## ABSTRACT

**Aim:** In this study, we aim to evaluate the effects of Covid 19 on sleep quality and quality of life in order to determine the sleep problems that are important for protecting and improving physical and psychological health in patients infected with COVID-19 and to determine how much the quality of life is affected.

**Materials and Methods:** The study was carried out with a total of 306 outpatients who applied to Health Sciences University Istanbul Bağcılar Training and Research Hospital Güneşli Education Family Health Center between 01.02.2022 and 01.03.2022. Participants were asked 15 questions consisting of sociodemographic questions, Quality of Life Short Form (SF-36) and Pittsburgh Sleep Quality Index (PUKI) scales. Questionnaires, which we prepared using the booklets, brochures and posters about the ways of protection from COVID-19 published by the Ministry of Health as a guide during the pandemic process, and the questionnaires containing sociodemographic data were applied to the participants by face-to-face interview technique.

**Results:** Our study was conducted with 306 people, 38.6% (n=18) male and 61.4% (n=188) female. The mean age of the people in our study was  $38.59 \pm 13.43$  years, with the lowest age being 18 and the highest age being 78. A significant difference was found between gender and all sub-components of quality of life except for the General health sub-component, and the quality of life of women was lower than that of men. According to the working status; The quality of life of housewives and retirees was found to be statistically significantly lower than the others. A statistically significant difference was found in terms of quality of life between those who had the Covid-19 disease in the last 1 month and those who had it before, and the quality of life of those who had it in the last 1 month was found to be worse. In our study, sleep quality of smokers was worse than non-smokers and sleep quality of those with chronic diseases was worse than those without chronic disease, and statistically significant difference was found. In our study, a statistically positive and significant relationship was found between quality of life and sleep quality. It is also remarkable that all sub-parameters of quality of life are lower than the norm values of Turkish society.

**Conclusion:** In our study, the quality of life in the elderly, women, those with high BMI, those with low educational status, housewives, retirees, those with a large number of children, those with low income, those with psychiatric diseases, those with chronic diseases, smokers and those who had Covid 19 in the last 1 month. and sleep quality was found to be lower. At the same time, it has been observed that sleep quality and quality of life affect each other and have a positive relationship.

**Keywords:** Sleep Quality, Quality of Life, Covid-19



## 1-GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Aralık 2019'da Çin Halk Cumhuriyeti, Hubei Eyaleti, Wuhan Şehrinde nedeni anlaşılamayan pnömoni vakaları bildirdi. Solunum yolu örneklemelerinden yapılan incelemeler sonucunda pnömoni vakalarının etkeni olarak daha önce keşfedilmemiş tip bir koronavirüs tespit edilmiştir (1). DSÖ bu hastalığı Koronavirüs Hastalığı-2019 (Coronavirus Disease-2019) olarak tanımlamıştır. COVID-19 kısaltması ile kullanılmaktadır. Uluslararası Virüs Taksonomi Komitesi (ICTV) virüsü, Şiddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüsü 2 (SARS-CoV-2) olarak isimlendirmiştir (2).

Daha sonra hastalığın büyük bir hızla tüm dünyaya yayılmasıyla beraber DSÖ, 2020 yılının mart ayında COVID-19 salgınına pandemi olarak duyurmuştur (3). Etkisi azalarak halen devam etmekte olan bu pandemide 12 Haziran 2022 tarihi itibarıyla dünyada 540.367.205 onaylanmış vaka, 515.586.965 iyileşen varken virüs nedeniyle 6.331.319 hasta ölmüştür (4).

İnsanlık tarihi boyunca birçok mikroorganizma nedenli salgınlar ortaya çıkmıştır. Bunlardan bazıları epidemi gibi daha izole kalabilmişken bazıları pandemilere sebep olmuştur. Pandemiler geçmişten günümüze dek çok sayıda fiziksel ve ruhsal sorun yaratıp, can kaybına yol açarken ciddi halk sağlığı problemi de oluşturmuşlardır. Pandemi kelimesi Eski Yunanca'da bütün kelimesini ifade eden (pan) ve insanlar manasını ifade eden (demos) sözcüklerinden oluşmuştur. Günümüz dünyasının daha ulaşabilir yaygın ve hızlı ulaşım ağı sayesinde artık kısa sürelerde epidemilerin pandemilere sebep olabileceği düşünülmektedir. Bu sebeple daha hızlı önlemler almak amacıyla bazı tanımlamalar ve kriterler getirilmiştir. WHO'ya göre bir pandemi şu 3 öncülü oluşturduğunda başlamış kabul edilir:

- Halkın daha önce karşılaşmadığı bir hastalığın ortaya çıkışı
  - Hastalık oluşturan etmenin insanlara bulaşı ile tehlikeli bir hastalık meydana getirmesi
  - Hastalığa yol açan etmenin kişiler arasında kesintiye uğramadan ve basitçe yayılması
- (5).

Salgın yalnız insan sağlığına değil, beraberinde küresel ölçekte ekonomiye, siyasete, sosyal hayata ve insan psikolojisine derinden tesir eden bir durumdur. Bu sebeple salgınlar bulaş açısından etkilerini kaybetse de psikolojik açıdan etkilerini uzun süre devam ettirebilirler. Bu nedenle salgınlar, yalnızca enfekte birey üzerinde değil, bir bütün olarak toplum üzerinde değişen etkileri nedeniyle tarih boyunca insanlığın bir sorunu olmuştur (6). Salgının hastaların bir kısmında oluşturduğu hastalığa bağlı ağır semptomlar, ilk ortaya çıkış zamanlarında tedavisinin bilinmezliği ve aşısinin olmayışı sebebiyle oluşan kaygı ve endişenin psikolojik etkileri halen devam etmektedir. Bununla beraber hastalığın en etkili tedavi yöntemi olarak sosyal mesafe ve karantina uygulamaları sebebiyle oluşturulan izolasyon ve asosyalleşmenin de derin psikolojik etkilerini gözlemlemekteyiz. Bu etkiler yaşam ve uyku kalitesi üzerinde de önemli olmuştur.

Yukarıdaki bilgiler ışığında bu çalışmada COVID-19 pandemisinin yaşam standartları ve uyku kalitesi üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 KORONAVİRÜSLER

#### 2.1.1. Koronavirüs Salgınları

Son çeyrek asırda dünyada 3 büyük koronavirüs salgını meydana gelmiştir. Koronavirüs salgınlarından ilki olan Şiddetli Akut Solunum Sendromu (SARS) 2002- 2003 seneleri arasında yaşanmıştır (7). 2002 Kasım'da saptanan ilk SARS olgusu Çin'de Foshan kentinde saptanmıştır. Sonrasında yeni vakalar ortaya çıkmıştır. Şubat 2003'te 300'den fazla vaka kayıtlara geçmiş ve vakaların yaklaşık yüzde 30'unun sağlık çalışanları olduğu açıklanmıştır (8). DSÖ tarafından etkeni saptamak için gösterilen üstün gayretin ardından Nisan 2003'ün başlarında SARS koronavirüsü (SARS-CoV) tanımlanmış ve toplam 27 ülkede 8096 vaka 774 ölüm kayıtlara geçilmiştir (9).

SARS-CoV'un ilk tespit edilmesinden 10 yıl sonra 2012 Haziran ayında Suudi Arabistan'da akut böbrek yetmezliği ve pnömoni oluşan bir hastanın balgamında daha önce keşfedilmemiş bir koronavirüs izole edilmiş ve Orta Doğu Solunum Sendromu Koronavirüsü (MERS- CoV) olarak adlandırılmıştır (10). MERS Arap Yarımadası'na ve seyahatler ile Arap Yarımadası dışına yayılmıştır. Laboratuvar sonuçları analiz edildiğinde 2465 doğrulanmış olgu ve %35 öldürücülük oranı görülmüştür (9,11).

COVID-19 pandemisi 2019 Aralık ayında Çin'in Hubei eyaletinin Wuhan kentinde nedeni anlaşılamayan pnömoni olgularının tanımlanması ile başlamıştır. Wuhan'da bulunan deniz ürünleri pazarında pnömoni olgularının arttığı tespit edilmiştir (12). 7 Ocak 2020'de patojen, türü bilinmeyen bir koronavirüs olan 2019-nCoV olarak tanımlandı. Daha önce insanlarda hiç gözlenmemişti ve daha sonra SARS-CoV virüsüne benzerliği nedeniyle SARS-CoV-2 olarak adlandırıldı. Hastalık DSÖ tarafından COVID-19 olarak isimlendirilmiştir. Salgının ilk görüldüğü ülke olan Çin haricinde 113 farklı ülkede de COVID-19 olgularının tespit edilmesi, virüsün yaygınlaşması ve şiddetini arttırması nedeniyle 11 Mart 2020'de DSÖ tarafından pandemi olarak duyurulmuştur (13). COVID-19, MERS ve SARS ile kıyaslandığında düşük vaka ölüm oranına karşın hızlı yayılma özelliğine sahiptir (14,15).

## 2.1.2. Koronavirüslerin Özellikleri

Taksonomide Nidovirüs takımının bir ailesi olan Coronaviridae ve onun da bir alt ailesi olan Koronavirüsler alfa, beta, delta ve gama olarak adlandırılan dört farklı türe gruplandırılmıştır. İnsanlarda ve çeşitli hayvanlarda hastalık oluşturabilen koronavirüsler alfa ve beta koronavirüsleridir. 1960 senesinde insan koronavirüsleri (HCoV) tarihte ilk kez solunum yolu enfeksiyonu olan hastalarda görülmüştür. Yedi koronavirüs cinsinin insanlarda enfeksiyon oluşturduğu bilinmektedir. Bu yedi koronavirüs cinsinden HCoV-HKU1, HCoV-Nl63(alfa), HCoV-OC43(beta) ve HCoV-229E(alfa), daha hafif semptomlar oluşturup grip benzeri bir tablo oluştururken; SARS-CoV-2, SARS-CoV ve MERS-CoV ise daha ağır semptomlar oluşturup pnömonilere ve ölümlere sebebiyet vermektedir (16).

Koronavirüsler bir Ribonükleik Asit (RNA) virüsüdür. Pozitif polariteli, tek iplikli, zarflı bir virüsdür (16). Koronavirüslerin genom uzunluğu 26-32 kilo baz (kb) olup diğer RNA virüsleri arasında koronavirüsler en büyük genomlara sahiptir. Koronavirüslerin yapısını oluşturan başlıca yapılar; Fosfolipit membran, Viral genomik RNA ve Yapısal proteinlerdir(17).

Koronavirüsler genom yapılarında bilinen beş yapısal proteini kodlar. Bunlar; Membran (M), Spike (S), Zarf (E) glikoproteinleri, Hemaglutinin Esteraz (HE) ve Nükleokapsid (N) proteini. Bu proteinlerden HE proteinleri yalnızca bir kısım betakoronavirüslerde bulunur (18).

Koronavirüslerin S (Spike) proteinleri hücrenin yüzeyinde bulunur ve koronavirüslerin konakçı hücreye girişini sağlamaktadır. Koronavirüslere adını veren taç benzeri(corona) yapılarını oluşturan spike yapısını S proteininin homotrimerleri oluşturur(19). Koronavirüsün zarf yapısında en fazla miktarda olan protein M (Transmembran Protein) proteindir. M proteinin hem viral zarfın şeklini oluşturmasında ve şeklini korumasında hem de konakçı hücrede virionların replikasyonunda önemli bir görevi vardır (20). Koronavirüs yapısında bulunan bir diğer protein olan E (Envelope; Zarf) proteini ise iyon kanalı aktivitesine sahiptir. E proteini hücre içerisindeki virüs parçalarının birleşiminde ve koronavirüsün morfogenezinde rol almaktadır (21). Koronavirüsün N (Nükleokapsid Protein) proteini; virüsün birleşiminde viral RNA genomuna bağlanarak rol oynar ve koronavirüsün replikasyonunda ve immün regülasyonunda da görev alır. N proteini özellikle hastalık oluşturulduktan sonra insanda hümoral ve hücresel düzeyde bağışıklık yanıtı oluşturabildiğinden koronavirüsün teşhisi ve koronavirüsün aşı geliştirme çalışmaları için kilit bir hedef konumuna gelmiştir (22).

## 2.2. COVID-19

Aralık 2019'da Çin'in en kalabalık şehirlerinden biri olan Wuhan'da etiyojisi bilinmeyen 41 pnömoni vakası tespit edilmiştir. Hastalardan alınan öykülerde, çoğunun geçen ay Wuhan'da yerel balık ve yabani av hayvanı satan bir pazarla temas halinde olduğunu ortaya koydu. Hastalığın etkeni 7 Ocak 2020'de Çin Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CCDC) tarafından "Şiddetli Akut Solunum Sendromu Coronavirüs 2 (SARS-CoV-2)" olarak adlandırılmış ve sonrasında DSÖ tarafından 11 Şubat 2020'de SARS-CoV-2'nin sebep olduğu hastalığı "COVID-19" (Koronavirüs hastalığı 2019) olarak ilan etmiştir. Mart 2020'de ise DSÖ pandemi olarak duyurmuştur (23).

Yarasalar koronavirüslerin doğal konağıdır. Filogenetik incelemeler ve değerlendirmeler, SARS-CoV-2'nin de konağının yarasa olabileceğini ortaya çıkarmıştır (24). Bunun aksini savunan bazı çalışmalar SARS-CoV-2'nin özellikle spike proteinlerindeki kilit öneme sahip işlevsel bölgelerinin pangolinden elde edilen bir virüsle hemen hemen aynı olduğunu tespit etmiş ve SARS-CoV-2'nin kaynağının pangolinlerle ilgili olduğunu öne sürmüştür (25,26). Önleyici, etkili bir biçimde ve tedavi edici stratejilerin üretilip geliştirilmesi için SARS-CoV-2'nin özelliklerinin, yapısının, genom organizasyonunun ve özellikle replikasyonunun anlaşılması çok önemlidir.

### 2.2.1. COVID-19 Klinik Semptom ve Bulgular

COVID-19'un ortalama prodromal dönemi 5-6 gündür. COVID-19 ile temas sonrasında 2-14 gün içerisinde semptomlar görülmeye başlanabilir. COVID-19'un bulaştırıcılığı ise semptomların görülmesinden 1-2 gün önce başlayabilir (27,28). Hastalığın temel bulaş yolu olarak damlacık yoluyla bulaştığı bilinmektedir. Enfekte olmuş kişiden hapşırma, öksürme ve konuşma ile etrafa saçılan damlacıkların kişilerin ağız mukozasına, göze ve buruna teması veya inhalasyonla bulaştığı düşünülmektedir (28). COVID-19 hastalığının başlangıç safhasında mevcut olan semptomları farklılık göstermekle beraber, en sık görülen semptomları ateş ve öksürük iken, hastalık sürecinde gastrointestinal sisteme ait semptomlar da görülmekte ancak daha nadir olarak görülmektedir. COVID-19 ile ilgili yapılan çalışmalarda, hastanın ilk başvuru anında sadece %43.8'inde ateş gözlemlendiği görülmüştür. Hastaneye yatış yapıldıktan sonra ise % 87.9'unda ateş gözlemlendiği bildirilmiştir (28). Hastalığın seyrinde yaklaşık 5. günde nefes darlığı geliştiği görülebilir, baskın görülen semptomlara ilave olarak hastalarda boğaz ağrısı, baş ağrısı, halsizlik, konjunktival hiperemi, sekresyon artışı, hemoptizi, balgam, bulantı, kusma, döküntü, karın

ağrısı, diyare, miyalji, tat duyusu bozukluğu ve koku duyusu bozukluğu gibi semptomlar da görülebilir (28,29).

DSÖ verilerinden yapılan analizlere göre, COVID-19 hastalığını hafif semptomlarla geçirenler için iyileşme ve toparlanma süresi ortalama iki hafta iken, hastalığı şiddetli semptomlarla geçirenler için üç ile altı hafta arasında gözlenmiştir (30). Viral pnömonili hastalarda satürasyon değerleri normal seyredip hipoksisi olmayıp hastalığı hafif klinik prezentasyonla geçiren vakalar hastalığın başlangıç evresinde hastanede yatarak tedavi görmeyi gerektirmeyebilir ve böylece birçok hasta evde takip ve tedavi edilebilir. Bir hastayı yatarak tedavi etmek ya da ayakta izlem ile tedavi etmek kararı vaka bazında verilmelidir. Bu karar şu değişkenlere bağlıdır; hastanın klinik değerlerine, destekleyici bakıma ihtiyacı olup olmamasına, altta yatan risk oluşturabilecek faktörlere ve hastanın kendini izole etme kabiliyetine. Bazı vakalarda hastalık şiddetli semptomlarla başlayıp bir süre sonra ciddi hastalığa doğru ilerler. Bu vakalar incelendiğinde özellikle belirli risk faktörlerine sahip kişilerde bu durumun olduğu görülmüştür. Bu sebeple şiddetli semptomları olup risk faktörlerini de barındıran hastaların takip ve tedavisi için yakın izlenim gerekmektedir (31). Akut viral pnömoniye bağlı ARDS ciddi bir tablodur ve COVID-19'un mortalite ve morbiditesi büyük oranda bundan kaynaklanır. Vakaların bir bölümünde genellikle hastalığın ikinci haftasında dispne ve satürasyon düşüklüğü gözlemlenebilir. Şiddetli vakaların %10-20'sinde, hastalık sürecinin 8-14 gün zaman aralığında, arteriyel kısmi oksijen basıncı ( $PaO_2$ ) / soluduğumuz havadaki oksijen fraksiyonu ( $FiO_2$ )  $<300$  mmHg'dan diye tanımlanan ARDS tablosu oluşup kardiyak kökenli olmayan akciğer ödemi sebebiyle mekanik ventilasyon ihtiyacı oluşabilir (32).

COVID-19 hastalığının klinik sınıflandırması; kritik, şiddetli, orta ve hafif olarak yapılır:

-Hafif vakalarda belirtiler daha ılımlı olup, radyolojik görüntülemelerde herhangi bir bulguya rastlanmaz.

-Orta vakalarda solunum yolu enfeksiyonu belirtileri ve ateş ile beraber radyolojik incelemelerde pnömoni bulguları görülebilir.

-Şiddetli vakalarda soluk alıp verme sayısı  $\geq 30$ /dakika veya  $O_2$  satürasyonu  $\leq 93$  veya  $PaO_2 / FiO_2 \leq 300$  mmHg veya toraks radyolojisinde birkaç gün içinde mevcut lezyonlar yüzde elliden daha çok progrese olmuş olarak saptanır.

-Kritik vakalarda mekanik ventilasyon ihtiyacı oluşturabilecek kadar ciddi solunum yetersizliği, şok tablosu, yoğun bakım takibi ve tedavisi gerektiren diğer organ yetmezlikleri meydana gelebilir (33).

### 2.2.2. COVID-19 Laboratuvar Bulguları

COVID-19 salgının ilk çıktığı zamanlarda bilinmezliklerle doluydu. Hastaneye başvuran her hasta değerlendirilip benzer klinik semptomlar ve benzer laboratuvar tahlili sonuçları analiz edilmeye başlandı. İlk vakanın görüldüğü Çin’de klinik çıkarımlar sebebiyle daha hızlı veriler oluşmaya başlandı. Bu çalışmalardan biri olan COVID-19 ile enfekte olmuş 8697 olguyu gözlemleyip değerlendiren bir meta-analizde olguların %47,6’sında lenfosit düşüklüğü (lenfopeni), %65,9’unda yüksek C-reaktif protein (CRP) değerleri, %49,4’ünde yüksek kardiyak marker ve enzimler ve %26,4’ünde normal dışı karaciğer testlerini kapsayan laboratuvar anormallikleri gösterilmiştir. Daha az sıklıkla görülen laboratuvar anormalliklerine baktığımızda bunlar; lökosit düşüklüğü (lökopeni) (%23,5), yüksek eritrosit sedimentasyon hızı (%20,4), yüksek D-dimer düzeyleri (%20,4), yüksek prokalsitonin (%16,7), lökosit yüksekliği (lökositoz) (%9,9) ve anormal renal fonksiyon bulguları (%10,9) olmuştur (34).

Yapılan tüm çalışmalar sonucunda görülen şudur ki; COVID-19 salgınında hastalık semptomlarının şiddetini öngörebilmek için laboratuvar parametrelerinin bakılması ve değerlendirilmesi esastır (35). Özellikle COVID-19 ile enfekte olan hastalarda tespit edilen birkaç laboratuvar parametresinin kötü prognoz ve mortalite ile ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır. Yapılan meta-analiz çalışmaları incelendiğinde trombosit sayısındaki düşmenin (trombositopeni) ve lenfosit sayısındaki düşmenin (lenfopeni); artmış yoğun bakım gerekliliği ve artmış mortalite ile beraber ilerleyen şiddetli COVID-19 ile ilgili olduğu tespit edilmiştir (36,37). Bir diğer laboratuvar parametresi olan nötrofil/lenfosit değeri daha yüksek olan hastaların prognozlarının daha kötü olduğu gözlenmiştir. COVID-19 ile enfekte hastalarda görülen pıhtılaşma mekanizmaları bozuklukları ve mikrotrombotik olaylarda fibrin yıkım ürünü olan yani fibrinin yıkımı sonucu oluşan D- dimer düzeylerinin yüksekliği de kötü prognozun belirtecidir (38).

COVID-19 ile enfekte hastalarda gözlemlenen yüksek CRP seviyeleri direkt olarak hastalığın şiddeti ve prognozu ile ilgilidir (39). Bulunan yüksek prokalsitonin seviyeleri ise kötü prognostik bir gösterge olmasının yanında bakteriyel bir süperenfeksiyonu da akla getirir. Prokalsitonin düzeylerindeki erken yükselmenin mortalite ve kritik hastalık ile ilgili olduğu birçok araştırmada tespit edilmiş olmasına rağmen prokalsitonin düzeylerindeki artmanın sekonder bir bakteriyel enfeksiyonu mu yoksa COVID-19’da gözlemlenen vücuda yayılmış hiperinflamatuvar bir olay mı olduğu belirsizliğini korumaktadır (40). Başka bir meta-

analiz çalışmasında düzeyleri yükselmiş serum CRP, D-dimer, prokalsitonin ve serum ferritin seviyelerinin; şiddetli COVID-19 semptomları, mortalite, ARDS ve COVID-19 hastalarında yoğun bakım gerekliliğinde artış ile ilgili olduğunu ortaya koymuştur (35).

### **2.2.3. COVID-19 Tanısı**

Yeni başlamış solunum yollarına ait şikayetler ya da yüksek ateş olması halinde COVID-19 tanısı düşünülmelidir. Nedeni bilinmeyen alt solunum yolu enfeksiyonlarında da hastalık etkeninin SARS-CoV-2 olma ihtimali gözönüne alınmalıdır. Son 14 gün içinde COVID-19 şüpheli ya da tanı almış bir COVID-19 hastası ile yakın temasta bulunmuş, salgın için yüksek risk altındaki ülkeye seyahat etme hikayesi olan, etkene maruz kalma riskinin yüksek olduğu toplu ortamlarda bulunmuş olan bireylerde COVID-19 tanısı ilk olarak düşünülmelidir (41).

COVID-19 etkeninin kesin tanısı mikrobiyolojik testler ile konulmaktadır. Teşhis RT-PCR denilen viral RNA'nın "revers transkriptaz polimeraz zincir reaksiyonu ile yapılmaktadır (42). Bu teşhis yöntemi SARS-CoV-2'nin bir kısım RNA parçasının çoğaltılıp ortaya konma esasına dayanır. Çoğaltılacak olan hedef bölge ise şunlardır; virüsün temel yapısal proteinlerinden olan nükleokapsid (N), zarf (E), dikensi glikoprotein (S) ile RNA bağımlı RNA polimeraz (RdRp) veya ORF1 gen bölgelerinden biri ya da ikisi (43). RT-PCR solunum yollarından alınan örneklerin kullanılabilirdiği tanı koyan bir testtir. Tanıda ilk tercih edilen uygulama yöntemi nazofaringeal ve orofaringeal mukozadan yani üst solunum yolu örneklerinden alınan sürüntü yoluyla toplamadır. Bronkoalveolar lavaj (BAL) sıvısı vb. alt solunum yolundan alınan örnekler, üst solunum yolu numunelerinden çok daha duyarlıdır (44). Ancak bronkoskopi esnasında oluşan aerosol, hastalar ve sağlık çalışanları açısından yüksek riskli durum oluşturabileceği için bronkoskopinin hastalığın tanısında öncelikle kullanılmaması önerilir (45). RT-PCR testinin özgüllüğü yüksektir. Duyarlılık oranı net olmamakla beraber %66-80 arası olduğu tahmin edilmektedir. Numune alım işlemleri, numune kaynağı (üst veya alt solunum yolu), numune zamanlaması (hastalık gelişiminin farklı dönemleri) ve tespit kitlerinin performansı dahil olmak üzere çeşitli nedenler RT-PCR test sonuçlarını etkileyebilir (46).

Serolojik testler de SARS-CoV-2 enfeksiyonu teşhisinde kullanılabilir. Kanda SARS-CoV-2 antijenlerine karşı oluşan IgG (immünglobulin G) ve IgM tespit edilebilmektedir; ancak bu testlerin kullanımı sadece kişinin SARS-CoV-2 enfeksiyonu geçirip geçirmediğinin anlaşılması ile sınırlıdır, akut enfeksiyonda kullanımı

önerilmemektedir. Antikor testlerinin semptomların başlamasından bir ya da iki hafta içinde pozitifleşmesi beklenir; üçüncü ve dördüncü haftalarda test pozitifliği daha güvenilirdir (47).

COVID-19 enfeksiyonunun yaygın olarak pnömoniye neden olduğu düşünüldüğünde radyolojik görüntüleme; tanı sürecinde, yönetiminde ve takibinde temel bir role sahiptir. Akciğer grafisi erken dönemde akciğer bulgularını saptamada düşük duyarlılığa sahiptir. Enfeksiyonun ileri evrelerinde ise birleşme eğilimi gösteren bilateral multifokal alveolar opasiteleri ve plevral efüzyonu saptayabilir (46).

Yapılan bir çalışmada COVID-19 tanısında göğüs BT'nin duyarlılığı %97, özgüllüğü %25 ve doğruluğu %68 olarak bulunmuş ve RT-PCR'a kıyasla duyarlılığının oldukça yüksek olduğu gösterilmiştir (46). Toraks BT erken tanı, erken tedavi imkânının yanı sıra hastalık seyri sırasında durumu ağırlaşan COVID-19 enfekte hastalarda da önerilmektedir. Bu hastalarda genel durum kötüleşmesinin altında genellikle sekonder enfeksiyon, pulmoner emboli ve COVID-19'un kardiyak tutulumu gibi durumlar bulunmaktadır. Hastaların durumunda ciddileşme veya sekonder enfeksiyon düşündürecek bulguları yoksa izlem sırasında rutin toraks BT önerilmemektedir. Ayrıca toraks BT'nin kesin bir kontrendikasyonu olmamakla beraber gebelerde tomografinin sağlayacağı klinik yarar göz önüne alınarak fetüsün maruz kalacağı radyasyonu azaltmak için önlemler alınıp görüntüleme yapılabilmektedir (48).

#### **2.2.4 Covid 19 Tedavisi**

SARS-CoV-2 2020'nin başlarında ortaya çıkmasına rağmen, COVID-19'a karşı etkinliği ve güvenilirliği kanıtlanmış bir antiviral tedavi henüz bulunamamıştır. Çoğu viral enfeksiyonda olduğu gibi, SARS ve influenza verileri, antiviral tedaviye hastalık seyrinde erken başlamanın faydalı olduğunu göstermektedir, bu nedenle antiviral ilaçlara mümkün olan en kısa sürede başlanması önerilmektedir. COVID-19 hastaları için olası tedavi seçeneklerinin kombinasyonları hastanın yararına düşünülmeli, ilgili tüm literatür gözden geçirilmeli ve kullanılan ilaçların etkileşimleri ve yan etkileri konusunda dikkatli olunmalıdır. (49).

COVID-19 salgınının ilk zamanlarında, hastalığa karşı net bir tedavisel bilginin olmayışı, etkene yönelik etkili bir antiviral bulunmaması ve hastalığın ölüme neden olabilecek ağır semptomlarla ilerleyebilmesi sebebiyle ülkemizde ve tüm dünyada büyük bir belirsizlik ve kaygı oluşturmuştur. Bu sebeple elimizde bulunan daha evvel farklı hastalıkların tedavisinde kullanılıp bu sebeple ruhsatlandırılmış ve SARS-CoV-2'ye in vitro şekilde etkili

olduğu ve aynı şekilde güvenli olduğu gösterilmiş bir grup ilaç kullanılmıştır. Bu ilaçlar ya in vitro olarak etkinliği gösterilmiş ya da küçük gruplardan oluşan gözlemsel çalışmalarda klinik olarak etkin olabileceğini düşündüren verilerle etkinliği ve güvenilirliği kontrol edilmiştir. Bu ilaçlar; favipiravir, hidrosiklorokin, remdesivir, ritonavir, lopinavirdir. Bu ilaçlar yeniden ele alınıp incelenerek tedavide kullanılması önerilmiş ve SARS-CoV'a etkili olduğu görülünce özel izinler alınarak pek çok hastada kullanılmıştır. Salgınin devamında bu ilaçların yaygın kullanımını esnasında elde edilen veriler, geniş hasta gruplarını da kapsayan gözlemsel klinik araştırmaların veri analizlerinin oluşmasıyla ve ilaçların COVID-19'a etkinliğini gözlemleyen randomize kontrollü klinik araştırmaların yayınlanmasıyla beraber tedavi önerileri tekrar ele alınarak güncel halini almıştır (49).

Bu ilaçlardan hidrosiklorokin ve lopinavir/ritonavirle ilgili olarak güvenilir randomize kontrollü çalışma sonuçları pandeminin başlarında ortaya çıkmış ve bu ilaçların tedavide yeterince etkili olmadıkları saptanarak kullanımına son verilmiştir. Öncelikli olarak Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa'da kullanılan 'remdesivir' üzerine yapılan bir araştırma, ilacın ağır COVID-19 hastalarına önemli bir fayda sağlamadığını gösterdi ancak bu ülkelerde antiviral tedavi ihtiyacı karşılanamadığı için ağır geçirilen COVID-19 hastalarında Remdesivir kullanılmaya devam edildi. Favipiravir ile ilgili bilinen az sayıdaki çalışma dışında son zamanlarda daha güçlü kanıtlar sağlayan bulgular bildirilmekte ve bu bulgulardan hareketle favipiravirin COVID-19 tedavisi için konumu yeniden değerlendirilmektedir. Randomize kontrollü araştırmalarla, favipiravir kullanımının, ayakta tedavi alanlarda hastaneye yatışları veya COVID-19'a bağlı ölümleri azaltmada standart olan tedaviye göre hiçbir avantajı olmadığını göstermektedir. Favipiravir ile ilgili birkaç klinik deneme sonucu, hastalarda semptomların süresini kısaltabileceği görüldüğünden , hastanın muayene edilmesi ve doktorun uygun görürse ilacın kullanılabilmesi düşünölmektedir (49).

Molnupiravir; PCR ile tanısı doğrulanmış olan, semptomların ilk 5 gününde olup hafif ile orta derecede seyreden ve şiddetli COVID-19'a ilerleme riski yüksek olan aşıllı veya aşırsız farketmeden 18 yaş ve üstü hastalar için endikedir. Molnupiravir toplam 5 gün boyunca günde iki kez 800 mg olacak şekilde kullanılır. Molnupiravir hamile kadınlar veya çocuklar tarafından kullanılmamalıdır. Molnupiravir alırken ve son dozdan 4 gün sonra kadar emzirme kesilmelidir. Molnupiravir, hastanede yatan Covid-19 hastalarının tedavisinde Covid-19'u önlemek için temastan sonra veya temastan önce profilaksi için kullanılmamalıdır (49).

### 2.3. COVID 19 VE UYKU

Uyku; ses veya ışık gibi uyaranlarla geri döndürülebilen bilinçsiz bir durum olarak tanımlanır. Bilinç açısından bakıldığında uyku, farklı bilinç seviyeleri, farklı bilinç durumları olarak da tanımlanabilir. Uykuyu başlatma ve sürdürme, birçok kortikal ve subkortikal beyin bölgesinin işlevlerini içerir (50). Sinir sistemi, hormonal sistem ve sirkadiyen ritim uyku düzeninde önemli rol oynar. Uyanıklık ve uyku hali dengeli bir döngü halinde birbirini takip eder.

Uyku, sağlıklı bir beden ve ruh sağlığı için en önemli faktördür. Dinlenmenin önemli bir kısmını sağlamakla beraber öğrenme, hafıza, immün sistem ve büyüme için de oldukça önemlidir. Düzenli olarak gece 7 saatten az uyumak, kilo alımı ve obezite, diyabet, hipertansiyon, kalp hastalıkları, inme, depresyon ve artmış ölüm riski ile ilişkili olmakla birlikte bağışıklığın zayıflaması, ağrının artması, dikkatte azalma, artan kaza riski ve performansta düşüklük ile ilişkili bulunmuştur (51).

Kaliteli uyku, kişilerin uyandıklarında zinde ve formda olması ve yeni güne hazır hissetmeleri olarak tanımlanmaktadır (52). Uyku kalitesi toplam uyku süresi, uykuya geçiş süresi, gece uyanma sayısı, toplam uyanma zamanı, apne, spontan uyarılmalar gibi uykuyu bozan durumlar ve uyku verimliliği gibi faktörlerin bileşiminden ortaya çıkmaktadır (53). Uyku kalitesinin cinsiyet, yaş, meslek, sağlık düzeyi, kronik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, ekonomik durum , alışkanlıklar gibi faktörlerden etkilenebileceği gösterilmiştir (54).

SARS-CoV-2 virüsü merkezi sinir sistemine hem nazal hem de hematogen yolla ulaşabilmektedir. Ayrıca, vasküler boşlukta bulunan inflamatuvar araçlar, kan-beyin bariyerinin geçirgenliğini artırır ve bu da viral proteinlerin merkezi sinir sistemine girişini kolaylaştırır. Bunu, beyindeki yapısal ve fonksiyonel değişiklikler, yani mikroglial aktivasyon ve nöronal enflamasyon, oligodendrositlerin ve astrositlerin yukarı regülasyonu, mikroanjiyopati ve nöronal hasara yol açan moleküler taklit takip eder. SARS-CoV-2 virüsü, daha çok beyindeki prefrontal korteksi, bazal gangliyonları ve hipotalamusu etkiler, bunlar uykunun düzenlenmesi için önemli alanlardır. Bu nedenle, COVID-19 sırasında görülen yüksek uyku bozuklukları prevalansının, yalnızca sosyal ve duygusal faktörlere atfetmek yerine virüsün asemptomatik enfeksiyonuna atfedilmesi de mümkündür (55).

COVID-19 salgınında diğer pandemiler gibi toplum üzerinde kaygı ve endişe oluşturması ve ağır semptomlu hastaların hastalık psikoloji sebebiyle uyku ve uyku kalitesi üzerinde ciddi etkiler oluşturduğu görülmektedir.

## 2.4. COVID 19 VE YAŞAM KALİTESİ

DSÖ'ye göre yaşam kalitesi, kişilerin yaşamdaki konumlarına, beklentilerine, standartlarına ve endişelerine ilişkin algılarını ifade eder (56). Yaşam kalitesi, bir kişinin veya topluluğun iyi yaşam beklentisidir. Bu beklentiler, bir kişinin yaşadığı amaçlar, değerler ve sosyokültürel bağlam tarafından belirlenir. Bireylerin veya toplumların kişisel yaşamlarının farklı alanlarını ölçebilecekleri bir ölçüt olarak hizmet eder. Kişinin yaşamının istenen referans düzeyine ne kadar uygun olduğunu gösterir (57). Yaşam kalitesi aile, istihdam, fiziksel sağlık, zenginlik, güvenlik, eğitim, dini inançlar, özgürlük ve çevre gibi birçok etkeni barındırmaktadır.

Yaşam kalitesinin standart belirtileri sadece zengin olmak ve istihdam sahibi olmak değil, aynı zamanda fiziksel ve zihinsel sağlık, çevre, eğitim, eğlence ve sosyal aidiyeti barındırmaktadır (58).

Yaşam kalitesinin ölçülmesi hakkında düşünmede üç ana kavramsal yaklaşımın yararlı olduğu kanıtlanmıştır. Birincisi, öznel iyi oluş kavramına, ikincisi yetenekler kavramına ve üçüncüsü refah ekonomisine dayanmaktadır. Bu yaklaşımların her biri farklı ölçüm stratejilerini içermektedir. Bu yaklaşımlar entelektüel açıdan zıt kutupları temsil edebilirken, hepsinin yaşam kalitesinin ölçülmesinde bir rolü bulunmaktadır (59).

Covid-19 salgını nedeniyle toplumda görülen kaygı ve endişe, psikolojik açıdan iyi hissetmeme hali, karantina uygulamaları, sosyal ortam kısıtlılığı, ekonomik problemlerle beraber yaşam kalitesi üzerinde önemli etkiler oluşturmuştur.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1.ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ**

Araştırmamız 01.02.2022-01.03.2022 tarihleri arasında 1 aylık dönemde Bağcılar E.A.H Güneşli Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı Covid-19 geçirmiş kişilerde yürütülmüştür. Araştırmaya dahil edilen 306 kişiye Yaşam Kalitesi Kısa Form(KF-36), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve literatür incelemeleri sonucu tarafımızca oluşturulan sosyodemografik form uygulanmıştır. Araştırmaya katılım sağlayanlardan bilgilendirilmiş yazılı onamları alınmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için Türkiye Cumhuriyeti İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 28.01.2022 tarihinde 2022-37 karar numarası ile onay alınmıştır.

#### **3.2.ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ**

- 18 yaş ve üzeri olmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek
- Güneşli Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olmak
- Covid 19 geçirmiş olmak

#### **3.3. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ**

- 18 yaşından küçük olmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek
- Güneşli Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olmamak
- Covid 19 geçirmiş olmamak

#### **3.4.ARAŞTIRMANIN ANKET FORMU**

Araştırmaya katılan bireylere Koçyiğit ve arkadaşları tarafından Türk toplumu için güvenilirlik ve etkinlik çalışması yapılan Yaşam Kalitesi Kısa Form (SF-36), Uyku kalitesinin incelenmesi için de Ağargün ve arkadaşları tarafından Türk toplumu için güvenilirlik ve etkinlik çalışması yapılan Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve tarafımızca oluşturulan sosyodemografik form uygulanmıştır. Sosyodemografik form; cinsiyet, yaş, boy, kilo, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum, çocuk sahibi olup olmadığı, ortalama aile geliri, Covid-19'un ne zaman geçirildiği, kronik hastalık olup olmadığı, psikiyatrik hastalık olup

olmadığı, sigara ve alkol kullanılıp kullanılmadığı, Covid 19 aşısı olup olunmadığını sorgulayan 15 sorudan oluşmaktadır. Uygulanan anketler aşağıda açıklanmıştır.

### **3.4.1 Yaşam Kalitesi Kısa Form(SF-36)**

SF-36, 1992 yılında Rand Corporation sayesinde geliştirilmiş ve kullanım için hizmete sunulmuştur. 1999 yılında Koçyiğit ve arkadaşları tarafından bizim ülkemizde güvenilirlik ve etkinlik çalışması yapılmıştır. Yaşam kalitesi ölçekleri arasında ortak ölçek özelliklerine sahiptir ve geniş açı ölçümleri sunar. Çok geniş bir kullanım alanına, basit ve kısa uygulama fonksiyonlarına sahiptir. En büyük özelliği öz değerlendirme ölçeği olmasıdır. 36 sorudan oluşan ölçek 8 boyuttan oluşmaktadır. Fiziksel işlevsellik için 10 soru, Sosyal işlevsellik için 2 soru, Fiziksel rol güçlükleri için 4 soru, Duygusal rol güçlükleri için 3 soru, Ruh sağlığı için 5 soru, Ağrı için 2 soru, Canlılık için 4 soru ve Genel Sağlık Bilinci için 5 soru mevcuttur. Her alt ölçek 0 ile 100 arasında puanlanır. Değerlendirmesinde yüksek bir puan, iyi bir yaşam kalitesini gösterir.

### **3.4.2 Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi(PUKİ)**

Uyku kalitesini ölçmek için Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nden faydalanılmıştır. PUKİ, 1989'da Buysse ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş bir anket formudur. Ülkemizde Ağargün ve arkadaşları tarafından 1996'da geçerlilik ve güvenilirliği çalışması yapılan ölçek, Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçekteki sorular son bir ay baz alınarak cevaplandırılır. Ölçek 24 sorudan oluşmaktadır 19 soru kişinin kendisi tarafından, 5 soru bireyin partneri tarafından yanıtlandırılmaktadır. Partnerin cevapladığı sorular puanlamaya dahil edilmez. Katılımcı tarafından yanıtlandırılan 19 soru uyku kalitesini ölçmede kullanılmaktadır. Puanlamaya alınan 18 madde 7 alt bileşen şeklinde gruplandırılmıştır: 1. alt bileşen: Subjektif uyku kalitesi (6. soru) 2. alt bileşen: Uyku latansı (2. ve 5a. sorular) 3. alt bileşen: Uyku süresi (4. soru) 4. alt bileşen: Alışılmış uyku etkinliği (1. 3. ve 4. sorular) 5. alt bileşen: Uyku bozukluğu (5b-5j. sorular) 6. alt bileşen: Uyku ilacı kullanımı (7. soru) 7. alt bileşen: Gündüz işlev bozukluğu (8. ve 9. sorular) Her alt bileşen kendi içerisinde 0 ile 3 arasında puan almaktadır. Sonrasında alt bileşenlerin puanları toplanır ve 0 ile 21 arasında total PUKİ puanı hesap edilir. PUKİ ölçeğinin değerlendirilmesinde puanın 5'den düşük olması iyi uyku kalitesi olarak değerlendirilirken, puanın 5'in yukarısında olması kötü uyku kalitesi olarak değerlendirilir.

### 3.5.İSTATİKSEL ANALİZLER

Araştırma verileri incelenirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (yüzde, frekans, minimum, maksimum, ortalama, standart sapma, medyan) kullanılmıştır. Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile nicel verilerin normal dağılıma uygun olup olmadıkları test edildi. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerden oluşan iki grubu karşılaştırmak için Student t testi ve normal olmayan nicel değişkenlerden oluşan iki grubu karşılaştırmak için Mann-Whitney U testi kullanıldı. Üç veya daha fazla normal dağılmış grubu karşılaştıran tek yönlü Oneway Anova testi, ikili karşılaştırmalar için Bonferroni testi; üç veya daha fazla kişiden oluşan gruplarda normal olmayan dağılım karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis testi, ikili karşılaştırmalar için de Bonferroni-Dunn testi kullanıldı. Nicel değişkenler arasındaki ilişkileri değerlendirmek için Spearman korelasyon analizi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için  $p < 0,05$  kabul edilmiştir. İstatistiksel analiz programı olarak NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programından faydalanıldı.

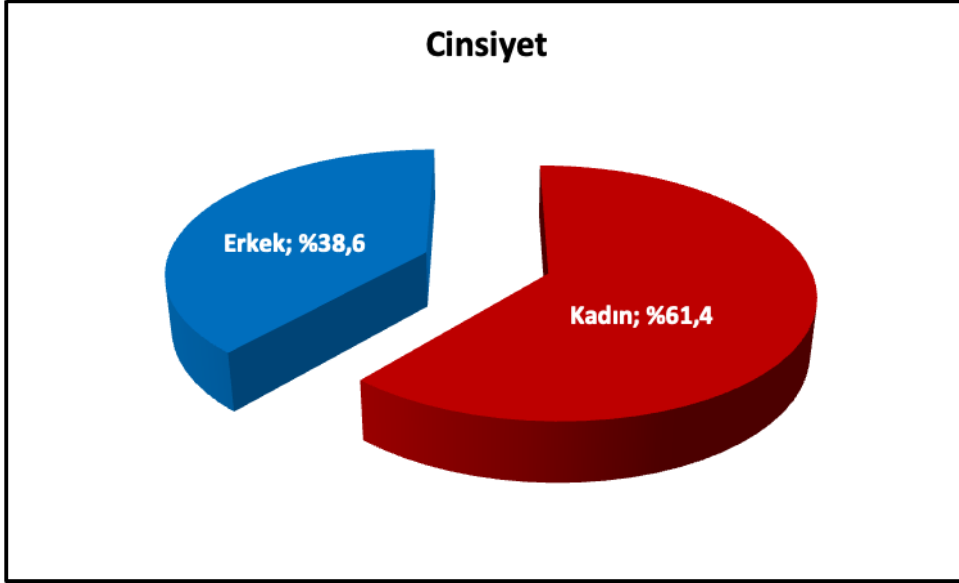
## 4.BULGULAR

Araştırma 01.02.2022-01.03.2022 tarihlerinde, Güneşli Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde; Covid-19 geçirmiş olan 306 kişi ile gerçekleştirilmiştir.

**Tablo 1: Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımları**

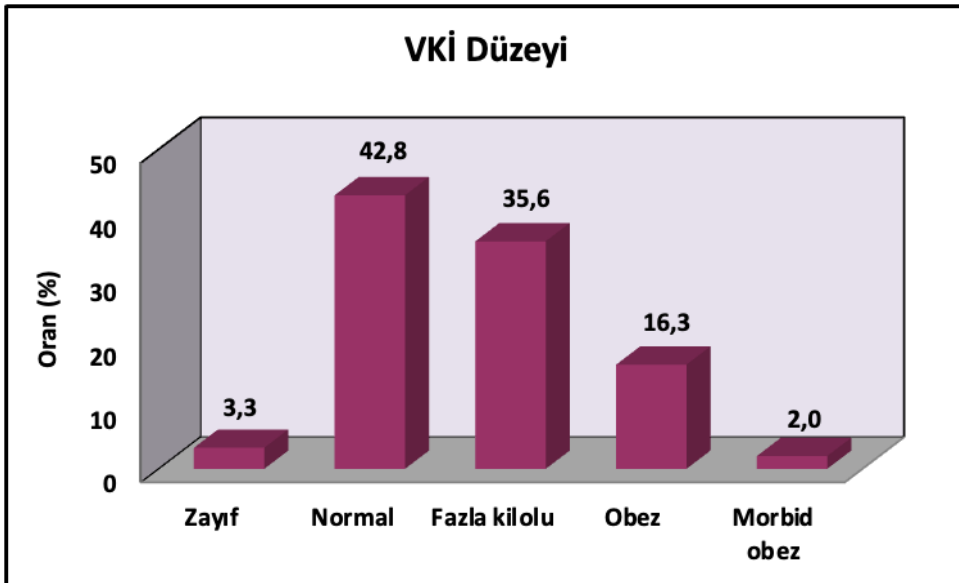
		n	%
<b>Yaş (yıl)</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	18-78 (36)	
	<i>Ort±Ss</i>	38,59±13,43	
<b>Cinsiyet</b>	<b>Kadın</b>	188	61,4
	<b>Erkek</b>	118	38,6
<b>Boy (cm)</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	144-190 (165)	
	<i>Ort±Ss</i>	166,13±8,94	
<b>Kilo (kg)</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	40-110 (70)	
	<i>Ort±Ss</i>	71,47±14,00	
<b>VKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	14,7-48,9 (25,4)	
	<i>Ort±Ss</i>	25,93±4,98	
	<b>Zayıf</b>	10	3,3
	<b>Normal</b>	131	42,8
	<b>Fazla kilolu</b>	109	35,6
	<b>Obez</b>	50	16,3
	<b>Morbid obez</b>	6	2,0
<b>Eğitim düzeyi</b>	<b>Okuryazar olmayan</b>	16	5,2
	<b>Okuryazar</b>	4	1,3
	<b>İlkokul düzeyi</b>	47	15,4
	<b>Ortaokul</b>	30	9,8
	<b>Lise</b>	45	14,7
	<b>Lisans ve üzeri</b>	164	53,6
<b>Çalışma durumu</b>	<b>Ev hanımı</b>	85	27,8
	<b>İşçi</b>	46	15,0
	<b>İşsiz</b>	33	10,8
	<b>Memur</b>	122	39,9
	<b>Emekli</b>	20	6,5
<b>Medeni durum</b>	<b>Evli</b>	226	73,9
	<b>Bekâr</b>	76	24,8
	<b>Boşanmış</b>	4	1,3
<b>Çocuk sayısı</b>	<b>Yok</b>	107	35,0
	<b>1 çocuklu</b>	43	14,1
	<b>2 çocuklu</b>	73	23,9
	<b>≥3 çocuklu</b>	83	27,1
<b>Gelir düzeyi</b>	<b>&lt;4250 TL</b>	15	4,9
	<b>4250 TL</b>	79	25,8
	<b>4250-8500 TL</b>	87	28,5
	<b>≥8500 TL</b>	125	40,8

Olguların %38,6'sı (n=118) erkek, %61,4'ü (n=188) kadındır. Yaşlar 18 ve 78 arasında olup, ortalama  $38,59 \pm 13,43$  yıldır.



Şekil 1: Cinsiyete göre dağılım

Boy ölçümleri 144 ile 190 cm arasında değişiyor olup, ortalama  $166,13 \pm 8,94$  cm; kilo ölçümleri 40 ile 110 kg arasında değişiyor olup, ortalama  $71,47 \pm 14,00$  kg'dır. VKİ ölçümleri 14,7 ile  $48,9 \text{ kg/m}^2$  arasında değişiyor olup, ortalama  $25,93 \pm 4,98 \text{ kg/m}^2$ 'dir; olguların %3,3'ü (n=10) zayıf, %42,8'i (n=131) normal kilolu, %35,6'sı (n=109) fazla kilolu, %16,3'ü (n=50) obez ve %2,0'si (n=6) morbid obezdir.



Şekil 2: VKİ düzeylerinin dağılımı

Eğitim durumları incelendiğinde; %5,2 (n=16) okuryazar olmayan, %1,3 (n=4) okuryazar olan, %15,4 (n=47) ilkokul mezunu, %9,8 (n=30) ortaokul mezunu, %14,7 (n=45) lise mezunu, %53,6 (n=164) lisans ve üzeri okullardan mezun olgu olduğu görölmüştür.

Olguların %27,8'i (n=85) ev hanımı, %15,0'i (n=46) işçi, %10,8'i (n=33) işsiz, %39,9'u (n=122) memur ve %6,5'i (n=20) emeklidir.

Evli kişilerin oranı %73,9 (n=226), bekâr kişilerin oranı %24,8 (n=76) ve boşanmış olgu oranı %1,3 (n=4) olarak bulunmuştur. Olguların %35,0'inin (n=107) çocuğu yokken, %14,1'inin (n=43) 1 çocuğu, %23,9'unun (n=73) 2 çocuğu, %27,1'inin (n=83) 3 ve 3'ten fazla çocuğu vardır.

Gelir düzeyleri incelendiğinde; %4,9 (n=15) 4250 TL'den daha düşük, %25,8 (n=79) 4250 TL, %28,5 (n=87) 4250-8500 TL, %40,8 (n=125) 8500 TL ve daha yüksek düzeyde gelire sahip olunduğu gözlenmiştir.

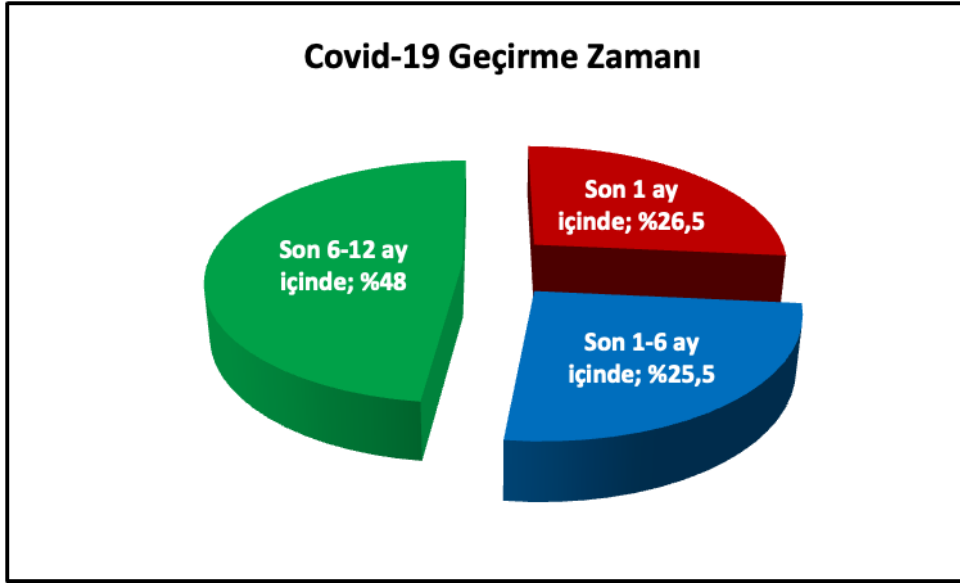
**Tablo 2: Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerin Dağılımları**

			n	%
<b>Psikiyatrik durumu</b>	<b>hastalık</b>	<b>Evet</b>	18	5,9
		<b>Hayır</b>	288	94,1
<b>Kronik durumu</b>	<b>hastalık</b>	<b>Evet</b>	83	27,1
		<b>Hayır</b>	223	72,9
<b>Sigara durumu</b>	<b>kullanma</b>	<b>Evet</b>	69	22,5
		<b>Hayır</b>	237	77,5
<b>Alkol durumu</b>	<b>kullanma</b>	<b>Evet</b>	17	5,6
		<b>Hayır</b>	289	94,4
<b>Covid-19 zamanı</b>	<b>geçirme</b>	<b>Son 1 ay içinde</b>	81	26,5
		<b>Son 1-6 ay içinde</b>	78	25,5
		<b>Son 6-12 ay içinde</b>	147	48,0
<b>Covid-19 durumu</b>	<b>aşısı olma</b>	<b>Evet</b>	273	89,2
		<b>Hayır</b>	33	10,8
<b>Aşı türü (n=273)</b>		<b>Sinovac</b>	47	17,2
		<b>Biontech</b>	138	50,6
		<b>İkisi de</b>	88	32,2
<b>Aşı sayısı (n=273)</b>		<b>1 doz</b>	22	8,1
		<b>2 doz</b>	103	37,7
		<b>3 doz</b>	106	38,8
		<b>≥4 doz</b>	42	15,4

Olguların %5,9'unun (n=18) psikiyatrik hastalığı, %27,1'inin (n=83) kronik hastalığı bulunmaktadır.

Sigara kullanım oranı %22,5 (n=69), alkol kullanım oranı %5,6 (n=17) olarak bulunmuştur.

Covid-19 geçirme zamanları sorgulandığında; %26,5 (n=81) son 1 aya kadar, %25,5 (n=78) son 1 ay ile 6 aya kadar, %48,0 (n=147) son 6 ay ile bir yıla kadar yanıtı alınmıştır.



şekil 3: Covid-19 geçirme zamanlarının dağılımı

Aşı olan olgu oranı %89,2 (n=273) iken, aşı olmayan %10,8 (n=33) oranında olgu vardır. Aşı olan olguların %17,2'si (n=47) Sinovac, %50,6'sı (n=138) Biontech ve %32,2'si (n=88) hem Sinovac hem Biontech aşısı olmuştur; %8,1'i (n=22) 1 doz, %37,7'si (n=103) 2 doz, %38,8'i (n=106) 3 doz, %15,4'ü (n=42) 4-5 doz aşı olmuştur.

Tablo 3: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Dağılımı

	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss
Fiziksel fonksiyon	10-100 (85)	80,96±17,82
Fiziksel rol gücülüğü	0-100 (75)	62,50±42,77
Duygusal rol gücülüğü	0-100 (66,7)	57,52±22,01
Vitalite/Enerji/Canlılık	0-90 (50)	51,37±17,72
Mental sağlık	8-100 (68)	66,63±16,27
Sosyal işlevsellik	12,5-100 (62,5)	65,97±23,16
Ağrı	0-100 (67,5)	61,27±29,41
Genel sağlık	20-100 (65)	61,34±17,73

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ‘‘Fiziksel fonksiyon’’ puanları ortalama 80,96±17,82; ‘‘Fiziksel rol gücülüğü’’ puanları ortalama 62,50±42,77; ‘‘Emosyonel rol gücülüğü’’ puanları ortalama 57,52±22,01; ‘‘Enerji/Canlılık/Vitalite’’ puanları ortalama 51,37±17,72; ‘‘Ruhsal sağlık’’ puanları ortalama 66,63±16,27; ‘‘Sosyal işlevsellik’’ puanları ortalama 65,97±23,16; ‘‘Ağrı’’ puanları ortalama 61,27±29,41 ve ‘‘Genel sağlık’’ puanları ortalama 61,34±17,73’tür.

**Tablo 4: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Bileşen ve Toplam Puanlarının Dağılımı**

	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	<b>Ort±Ss</b>
<b>Öznel uyku kalitesi</b>	0-3 (1)	1,25±0,78
<b>Uyku latansı</b>	0-3 (1)	1,57±0,95
<b>Uyku süresi</b>	0-3 (1)	1,07±0,90
<b>Alışılmış uyku etkinliği</b>	0-3 (0)	0,26±0,63
<b>Uyku bozukluğu</b>	0-3 (1)	1,51±0,68
<b>Uyku ilacı kullanımı</b>	0-3 (0)	0,16±0,61
<b>Gündüz işlev bozukluğu</b>	0-3 (0)	0,68±0,90
<b>Toplam</b>	0-18 (6)	6,50±3,46

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi toplam puana göre 0 ile 18 arasında değişiyor olup, ortalama  $6,50 \pm 3,46$  saptanmıştır.

**Tablo 5: Tanımlayıcı Özelliklere Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Puanlarının Değerlendirmesi**

		n	Fiziksel fonksiyon	Fiziksel güçlüğü	rol	Emosyonel güçlüğü	rol	Enerji/Canlılık /Vitalite	Ruhsal sağlık	Sosyal işlevsellik	Ağrı	Genel sağlık
			Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)
Yaş (sene)	r	306	-0,380	0,096	0,125	0,073'	0,117'	-0,118	-0,233	-0,210'		
	p		<b>0,001**</b>	<b>0,095</b>	<b>0,029*</b>	<b>0,204</b>	<b>0,041*</b>	<b>0,038*</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>		
Cinsiyet	Kadın	188	79,79±17,33 (80)	56,65±44,13 (75)	55,14±23,19 (66,7)	48,30±18,69 (50)	64,91±16,49 (68)	62,50±24,43 (62,5)	56,09±29,66 (67,5)	61,12±17,94 (65)		
	Erkek	118	82,84±18,51 (90)	71,82±38,89 (100)	61,30±19,48 (66,7)	56,27±14,84 (55)	69,36±15,60 (72)	71,50±19,87 (75)	69,53±27,14 (77,5)	61,69±17,46 (65)		
	p		<b><sup>a</sup>0,047*</b>	<b><sup>a</sup>0,006**</b>	<b><sup>a</sup>0,007**</b>	<b><sup>b</sup>0,001**</b>	<b><sup>b</sup>0,020*</b>	<b><sup>a</sup>0,002**</b>	<b><sup>a</sup>0,001**</b>	<b><sup>b</sup>0,782</b>		
VKİ (kg/m <sup>2</sup> )	Zayıf	10	80,50±15,54 (80)	30,00±43,78 (0)	60,00±21,08 (66,7)	51,50±15,82 (50)	65,20±12,66 (64)	63,75±21,61 (62,5)	60,25±26,55 (55)	64,00±11,01 (62,5)		
	Normal	131	83,17±18,44 (90)	56,11±42,07 (50)	55,22±20,99 (66,7)	50,34±18,88 (50)	65,74±16,18 (64)	65,17±24,22 (62,5)	64,03±27,27 (67,5)	61,72±17,92 (60)		
	Fazla kilolu	109	82,02±15,61 (85)	75,00±38,64 (100)	58,41±22,75 (66,7)	54,22±16,46 (55)	67,30±17,18 (72)	68,46±23,11 (62,5)	63,00±30,02 (67,5)	63,26±17,66 (65)		
	Obez	50	77,30±16,88 (80)	65,00±44,32 (100)	61,33±21,68 (66,7)	48,70±18,12 (45)	67,76±15,97 (72)	66,50±19,14 (62,5)	54,15±31,68 (67,5)	57,60±17,71 (62,5)		
	Morbid obez	6	45,00±14,49 (50)	8,33±20,41 (0)	55,56±34,43 (33,3)	44,17±3,76 (45)	66,67±11,22 (64)	37,50±19,36 (31,3)	30,83±31,01 (21,3)	45,00±15,49 (42,5)		
	p		<b><sup>c</sup>0,001**</b>	<b><sup>c</sup>0,001**</b>	<b><sup>c</sup>0,471</b>	<b><sup>c</sup>0,122</b>	<b><sup>c</sup>0,793</b>	<b><sup>c</sup>0,063</b>	<b><sup>c</sup>0,065</b>	<b><sup>c</sup>0,101</b>		
Eğitim düzeyi	İlkokul altı	20	61,25±16,93 (65)	42,50±47,36 (12,5)	58,33±21,29 (66,7)	48,75±15,29 (45)	67,80±11,57 (70)	53,13±25,29 (50)	33,75±27,75 (32,5)	49,00±17,06 (45)		
	İlkokul	47	77,66±14,81 (80)	60,11±46,53 (100)	61,70±21,96 (66,7)	49,36±14,39 (50)	67,15±14,92 (72)	64,63±21,07 (62,5)	46,86±27,91 (42,5)	57,87±16,14 (65)		
	Ortaokul	30	81,83±16,27 (85)	73,33±42,51 (100)	61,11±24,89 (66,7)	49,50±19,09 (50)	68,00±15,76 (72)	69,17±23,84 (75)	60,83±30,17 (67,5)	56,17±16,28 (63)		
	Lise	45	80,78±15,56 (80)	71,67±40,80 (100)	53,33±23,99 (66,7)	51,11±19,74 (50)	61,96±17,74 (64)	68,61±25,23 (62,5)	66,17±28,87 (70)	67,33±15,25 (70)		
	Lisans ve üzeri	164	84,21±18,03 (90)	61,13±41,00 (75)	56,71±20,95 (66,7)	52,68±18,09 (50)	67,37±16,75 (68)	66,62±22,50 (62,5)	67,50±26,89 (68,8)	63,14±18,18 (65)		
	p		<b><sup>c</sup>0,001**</b>	<b><sup>c</sup>0,059</b>	<b><sup>c</sup>0,412</b>	<b><sup>d</sup>0,686</b>	<b><sup>d</sup>0,354</b>	<b><sup>c</sup>0,128</b>	<b><sup>c</sup>0,001**</b>	<b><sup>d</sup>0,001**</b>		
Çalışma hali	Ev hanımı	85	74,12±16,75 (75)	57,06±47,18 (100)	57,65±26,42 (66,7)	49,41±16,41 (50)	67,48±13,56 (72)	60,88±24,23 (62,5)	47,97±30,79 (32,5)	56,71±16,98 (60)		
	İşçi	46	90,00±11,79 (95)	71,74±40,00 (100)	64,49±21,55 (66,7)	53,70±17,17 (50)	66,78±17,50 (68)	69,57±23,52 (75)	65,87±26,82 (67,5)	64,89±17,59 (70)		
	İşsiz	33	85,61±16,33 (90)	53,03±40,87 (50)	48,48±20,57 (66,7)	48,64±20,09 (50)	63,52±18,78 (68)	70,83±27,00 (75)	67,27±28,68 (77,5)	66,21±16,91 (70)		
	Memur	122	82,91±18,81 (90)	65,16±39,70 (75)	56,83±19,49 (66,7)	52,58±18,32 (50)	66,43±16,79 (68)	67,01±21,50 (62,5)	69,18±26,43 (70)	62,99±17,68 (65)		
	Emekli	20	69,75±15,09 (65)	63,75±48,31 (100)	60,00±13,68 (66,7)	51,50±16,71 (45)	69,00±17,16 (74)	65,00±18,41 (62,5)	49,13±26,30 (50)	54,75±18,24 (55)		
	p		<b><sup>c</sup>0,001**</b>	<b><sup>c</sup>0,255</b>	<b><sup>c</sup>0,030*</b>	<b><sup>d</sup>0,529</b>	<b><sup>d</sup>0,758</b>	<b><sup>c</sup>0,141</b>	<b><sup>c</sup>0,001**</b>	<b><sup>d</sup>0,007**</b>		
Medeni durumu	Evli	226	78,54±18,24 (80)	63,72±43,46 (100)	59,44±21,82 (66,7)	51,08±16,97 (50)	67,06±15,97 (68)	64,60±22,72 (62,5)	57,80±30,32 (67,5)	59,82±17,50 (60)		
	Bekâr	80	87,81±14,67 (95)	59,06±40,81 (75)	52,08±21,77 (66,7)	52,19±19,76 (50)	65,40±17,11 (66)	69,84±24,09 (75)	71,09±24,26 (77,5)	65,63±17,76 (65)		
p		<b><sup>a</sup>0,001**</b>	<b><sup>a</sup>0,293</b>	<b><sup>a</sup>0,011*</b>	<b><sup>b</sup>0,633</b>	<b><sup>b</sup>0,433</b>	<b><sup>a</sup>0,065</b>	<b><sup>a</sup>0,001**</b>	<b><sup>b</sup>0,012*</b>			
Çocuk sayısı	Yok	107	87,20±15,03 (90)	58,41±40,91 (75)	53,27±21,41 (66,7)	51,78±18,46 (50)	65,23±16,98 (64)	68,11±24,11 (62,5)	67,62±25,75 (67,5)	64,81±17,54 (65)		
	1 çocuk	43	82,79±19,28 (90)	62,79±43,08 (100)	58,91±26,06 (66,7)	50,70±20,34 (50)	69,67±16,05 (76)	65,99±22,71 (75)	62,15±31,09 (67,5)	67,33±17,64 (70)		
	2 çocuk	73	78,97±17,89 (80)	63,36±45,85 (100)	58,45±21,36 (66,7)	50,96±17,33 (50)	65,70±15,90 (68)	65,07±23,84 (62,5)	58,63±29,11 (57,5)	59,66±17,47 (60)		
	≥3 çocuk	83	73,73±17,58 (75)	66,87±42,43 (100)	61,45±20,48 (66,7)	51,57±15,83 (50)	67,66±15,76 (68)	64,01±21,69 (62,5)	54,97±31,95 (67,5)	55,24±16,42 (55)		
	p		<b><sup>c</sup>0,001**</b>	<b><sup>c</sup>0,413</b>	<b><sup>c</sup>0,102</b>	<b><sup>d</sup>0,983</b>	<b><sup>d</sup>0,414</b>	<b><sup>c</sup>0,610</b>	<b><sup>c</sup>0,063</b>	<b><sup>d</sup>0,001**</b>		
Gelir seviyesi	<4250 TL	15	74,33±17,82 (70)	46,67±51,64 (0)	48,89±24,77 (33,3)	47,00±16,78 (45)	61,33±18,25 (60)	57,50±25,35 (62,5)	50,33±32,25 (42,5)	53,00±19,16 (50)		
	4250 TL	79	80,19±16,28 (80)	64,56±44,51 (100)	63,29±21,74 (66,7)	52,03±15,20 (50)	69,52±14,20 (72)	67,25±21,86 (75)	59,11±28,66 (67,5)	59,94±15,49 (65)		

<b>4250-8500 TL</b>	87	78,51±17,82 (80)	63,51±41,03 (75)	56,70±19,76 (66,7)	51,49±18,77 (50)	65,01±17,76 (68)	62,79±23,50 (62,5)	55,26±29,67 (57,5)	58,56±17,75 (60)
<b>≥8500 TL</b>	125	83,96±18,43 (90)	62,40±41,84 (75)	55,47±22,78 (66,7)	51,40±18,65 (50)	66,56±16,04 (68)	68,40±23,25 (62,5)	68,14±28,14 (70)	65,16±18,23 (65)
		<sup>c</sup> <b>0,010*</b>	<sup>c</sup> <b>0,648</b>	<sup>c</sup> <b>0,024*</b>	<sup>d</sup> <b>0,797</b>	<sup>d</sup> <b>0,176</b>	<sup>c</sup> <b>0,189</b>	<sup>c</sup> <b>0,006**</b>	<sup>d</sup> <b>0,008**</b>
		<i>r</i> :Spearman's Korelasyon Katsayısı	<i>r</i> :Pearson Korelasyon Katsayısı	<sup>a</sup> Mann Whitney U Testi	<sup>b</sup> Student t Testi	<sup>c</sup> Kruskal Wallis Testi	<sup>d</sup> Oneway ANOVA Testi	* <i>p</i> <0,05 ** <i>p</i> <0,01	

### ***Yaşla ilişkin değerlendirmeler:***

Yaş ile Fiziksel rol güçlüğü ve Enerji/Canlılık/Vitalite puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Yaş ile Fiziksel işlevsellik, Sosyal işlevsellik, Ağrı ve Genel sağlık puanları arasında negatif yönlü (yaş arttıkça puan azalan) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla  $r:-0,380$ ;  $r:-0,118$ ;  $r:-0,233$ ;  $r:-0,210$ ;  $p<0,05$ ).

Yaş ile Emosyonel rol güçlüğü ve Ruhsal sağlık puanları arasında pozitif yönlü (yaş arttıkça puan artan) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla  $r:0,125$ ;  $r:0,117$ ;  $p<0,05$ ).

### ***Cinsiyete ilişkin değerlendirmeler:***

Cinsiyete göre Fiziksel fonksiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş olup ( $p=0,047$ ;  $p<0,05$ ); kadınların puanı erkeklerin puanlarından düşük saptanmıştır.

Cinsiyete göre Fiziksel rol güçlüğü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş olup ( $p=0,006$ ;  $p<0,01$ ); kadınların puanı erkeklerin puanlarından düşük saptanmıştır.

Cinsiyete göre Emosyonel rol güçlüğü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş olup ( $p=0,007$ ;  $p<0,01$ ); kadınların puanı erkeklerin puanlarından düşük saptanmıştır.

Cinsiyete göre Enerji/Canlılık/Vitalite puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş olup ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ); kadınların puanı erkeklerin puanlarından düşük saptanmıştır.

Cinsiyete göre Ruhsal sağlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş olup ( $p=0,020$ ;  $p<0,05$ ); kadınların puanı erkeklerin puanlarından düşük saptanmıştır.

Cinsiyete göre Sosyal işlevsellik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş olup ( $p=0,002$ ;  $p<0,01$ ); kadınların puanı erkeklerin puanlarından düşük saptanmıştır.

Cinsiyete göre Ağrı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş olup ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ); kadınların puanı erkeklerin puanlarından düşük saptanmıştır.

Cinsiyete göre Genel sağlık puanlarına baktığımızda istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ( $p>0,05$ ).

### ***VKİ düzeyine ilişkin değerlendirmeler:***

VKİ düzeyi ile Emosyonel rol güçlüğü, Enerji/Canlılık/Vitalite, Ruhsal sağlık, Sosyal işlevsellik, Ağrı ve Genel sağlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Morbid obez olan grubun Sosyal işlevsellik ve Ağrı puanlarının diğer gruplardan düşük olması dikkat çekicidir.

VKİ düzeyi ile Fiziksel fonksiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Anlamlılığın hangi gruptan geldiğini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; morbid obez olan kişilerin puanları zayıf ( $p=0,044$ ), normal ( $p=0,001$ ), fazla kilolu ( $p=0,002$ ) ve obez ( $p=0,031$ ) kişilerden düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Diğer ikili karşılaştırmalara baktığımız zaman istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

VKİ düzeyi ile Fiziksel rol güçlüğü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Anlamlılığın hangi gruptan geldiğini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; fazla kilolu kişilerin puanları zayıf ( $p=0,017$ ), normal ( $p=0,004$ ) ve morbid obez ( $p=0,002$ ) kişilerden yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Obez olguların puanları morbid obez olanlardan yüksek bulunmuştur ( $p=0,022$ ;  $p<0,05$ ). Diğer ikili karşılaştırmalara baktığımız zaman istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

### ***Eğitim durumuna ilişkin değerlendirmeler:***

Eğitim durumuna göre Fiziksel rol güçlüğü, Emosyonel rol güçlüğü, Enerji/Canlılık/Vitalite, Ruhsal sağlık ve Sosyal işlevsellik puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ). İlkokul altı eğitim seviyesinde olan grubun Fiziksel rol güçlüğü puanlarının diğer gruplardan düşük olması dikkat çekicidir.

Eğitim düzeyine göre Fiziksel fonksiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Anlamlılığın hangi gruptan geldiğini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; ilkokul altı eğitim seviyesinde olan kişilerin puanları ilkokul ( $p=0,037$ ), ortaokul ( $p=0,002$ ), lise ( $p=0,002$ ), lisans ve üstü ( $p=0,001$ ) eğitim seviyesinde olan kişilerden düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ). İlkokul eğitim seviyesinde olan olguların puanları lisans ve üzeri eğitim seviyesinde olanlardan düşük bulunmuştur ( $p=0,026$ ;  $p<0,05$ ). Diğer ikili karşılaştırmalara baktığımız zaman istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Eğitim düzeyine göre Ağrı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Anlamlılığın hangi gruptan geldiğini belirlemek için yapılan

ikili karşılaştırmalar sonucunda; ilkokul altı eğitim seviyesinde olan olguların puanları ortaokul ( $p=0,025$ ), lise ( $p=0,001$ ), lisans ve üstü ( $p=0,001$ ) eğitim seviyesinde olan olgulardan düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ). İlkokul eğitim seviyesinde olan kişilerin puanları lise ( $p=0,026$ ), lisans ve üstü ( $p=0,001$ ) eğitim seviyesinde olan kişilerden düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Diğer ikili karşılaştırmalara baktığımız zaman istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Eğitim düzeyine göre Genel sağlık puanları arasında istatistiksel olarak bir anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Anlamlılığın hangi gruptan geldiğini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; ilkokul altı eğitim seviyesinde olan kişilerin puanları lise ( $p=0,001$ ), lisans ve üstü ( $p=0,006$ ) eğitim seviyesinde olan kişilerden düşük bulunmuştur ( $p<0,01$ ). Diğer ikili karşılaştırmalara baktığımız zaman istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

#### ***Çalışma durumuna ilişkin değerlendirmeler:***

Çalışma durumuna göre Fiziksel rol gücü, Enerji/Canlılık/Vitalite, Ruhsal sağlık ve Sosyal işlevsellik puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Çalışma durumuna göre Fiziksel fonksiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Anlamlılığın hangi gruptan geldiğini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; ev hanımlarının puanları işçilerden ( $p=0,001$ ), işsizlerden ( $p=0,004$ ) ve memurlardan ( $p=0,001$ ) düşük bulunmuştur ( $p<0,01$ ). Emekli olguların puanları işçilerden ( $p=0,001$ ), işsizlerden ( $p=0,004$ ) ve memurlardan ( $p=0,003$ ) düşük bulunmuştur ( $p<0,01$ ). Diğer ikili karşılaştırmalara baktığımız zaman istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Çalışma durumuna göre Emosyonel rol gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0,030$ ;  $p<0,05$ ). Anlamlılığın hangi gruptan geldiğini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; işsizlerin puanları işçilerden düşük bulunmuştur ( $p=0,014$ ;  $p<0,05$ ). Diğer ikili karşılaştırmalara baktığımız zaman istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Çalışma durumuna göre Ağrı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Anlamlılığın hangi gruptan geldiğini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; ev hanımlarının puanları işçilerden ( $p=0,020$ ), işsizlerden ( $p=0,013$ ) ve memurlardan ( $p=0,001$ ) düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Emekli olguların puanları memurlardan düşük bulunmuştur ( $p=0,047$ ;  $p<0,05$ ). Diğer ikili karşılaştırmalara baktığımız zaman istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Çalışma durumuna göre Genel sağlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0,007$ ;  $p<0,01$ ). Anlamlılığın hangi gruptan geldiğini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; ev hanımlarının puanları işçilerden ( $p=0,021$ ), işsizlerden ( $p=0,019$ ) ve memurlardan ( $p=0,042$ ) düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Emekli olguların puanları işçilerden ( $p=0,029$ ) ve işsizlerden ( $p=0,023$ ) düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Diğer ikili karşılaştırmalara baktığımız zaman istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

#### ***Medeni duruma ilişkin değerlendirmeler:***

Medeni duruma göre Fiziksel rol güçlüğü, Enerji/Canlılık/Vitalite, Ruhsal sağlık ve Sosyal işlevsellik puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ). Evli olguların sosyal işlevsellik puanlarının düşük olması dikkat çekicidir.

Medeni duruma göre Fiziksel fonksiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmış olup ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ); evli olguların puanı bekarlardan düşük bulunmuştur.

Medeni duruma göre Emosyonel rol güçlüğü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmış olup ( $p=0,011$ ;  $p<0,05$ ); evli olguların puanı bekarlardan yüksek bulunmuştur.

Medeni duruma göre Ağrı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmış olup ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ); evli olguların puanı bekarlardan düşük bulunmuştur.

Medeni duruma göre Genel sağlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ( $p=0,012$ ;  $p<0,05$ ); evli olguların puanı bekarlardan düşük bulunmuştur.

#### ***Çocuk sayısına ilişkin değerlendirmeler:***

Çocuk sayısına göre Fiziksel rol güçlüğü, Emosyonel rol güçlüğü, Enerji/Canlılık/Vitalite, Ruhsal sağlık, Sosyal işlevsellik ve Ağrı puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ). Çocuğu olmayan olguların ağrı puanlarının diğer gruplardan yüksek olması dikkat çekicidir.

Çocuk sayısına göre Fiziksel fonksiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Anlamlılığın hangi gruptan geldiğini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; çocuğu olmayan kişilerin puanları 2 çocuğu olan ( $p=0,006$ ), 3 ve daha çok sayıda çocuğu olan ( $p=0,001$ ) kişilerden yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ). Bir çocuğu olan kişilerin puanları 3 ve daha çok sayıda çocuğu olan kişilerden

yüksek gözlenmiştir ( $p=0,008$ ;  $p<0,01$ ). Diğer ikili karşılaştırmalara baktığımız zaman istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Çocuk sayısına göre Genel sağlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Anlamlılığın hangi gruptan geldiğini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; 3 ve daha çok sayıda çocuğu kişilerin puanları çocuğu olmayan ( $p=0,001$ ) ve 1 çocuğu olan ( $p=0,001$ ) kişilerden düşük saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Diğer ikili karşılaştırmalara baktığımız zaman istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

### ***Gelir düzeyine ilişkin değerlendirmeler:***

Gelir düzeyine göre Fiziksel rol güçlüğü, Enerji/Canlılık/Vitalite, Ruhsal sağlık ve Sosyal işlevsellik puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ). Çocuğu olmayan olguların ağrı puanlarının diğer gruplardan fazla olması dikkat çekicidir.

Gelir düzeyine göre Fiziksel fonksiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0,010$ ;  $p<0,05$ ). Anlamlılığın hangi gruptan geldiğini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; geliri 8500 TL ve üzerinde olan olguların puanları geliri 4250 TL'den düşük olan ( $p=0,018$ ) ve 4250-8500 TL olan ( $p=0,040$ ) olgulardan yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Diğer ikili karşılaştırmalara baktığımız zaman istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Gelir düzeyine göre Emosyonel rol güçlüğü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0,024$ ;  $p<0,05$ ). Anlamlılığın hangi gruptan geldiğini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; geliri 4250 TL'den düşük olan olguların puanları geliri 4250 TL olan olgulardan düşük saptanmıştır ( $p=0,016$ ;  $p<0,05$ ). Diğer ikili karşılaştırmalara baktığımız zaman istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Gelir düzeyine göre Ağrı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0,006$ ;  $p<0,01$ ). Anlamlılığın hangi gruptan geldiğini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; geliri 8500 TL ve üzerinde olan olguların puanları geliri 4250 TL'den düşük olan ( $p=0,042$ ) ve 4250-8500 TL olan ( $p=0,010$ ) olgulardan yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Diğer ikili karşılaştırmalara baktığımız zaman istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Gelir düzeyine göre Genel sağlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0,008$ ;  $p<0,01$ ). Anlamlılığın hangi gruptan geldiğini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; geliri 8500 TL ve üzerinde olan olguların puanları

geliri 4250 TL'den düşük olan ( $p=0,048$ ) ve 4250-8500 TL olan ( $p=0,043$ ) olgulardan yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Diğer ikili karşılaştırmalara baktığımız zaman istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).



**Tablo 6: Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklere Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Puanlarının Değerlendirmesi**

		n	Fiziksel fonksiyon	Fiziksel rol	Emosyonel rol	Enerji/Canlılık /Vitalite	Ruhsal sağlık	Sosyal işlevsellik	Ağrı	Genel sağlık
			Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)
<b>Psikiyatrik hastalık durumu</b>	<b>Evet</b>	18	76,94±12,38 (75)	56,94±43,56 (75)	48,15±23,49 (33,3)	38,61±18,21 (40)	51,78±17,33 (56)	59,72±26,27 (62,5)	64,44±28,82 (72,5)	55,83±16,29 (60)
	<b>Hayır</b>	288	81,22±18,10 (85)	62,85±42,77 (100)	58,10±21,82 (66,7)	52,17±17,41 (50)	67,56±15,77 (72)	66,36±22,95 (62,5)	61,08±29,48 (67,5)	61,68±17,78 (65)
			<sup>a</sup> 0,096	<sup>a</sup> 0,480	<sup>a</sup> 0,048*	<sup>b</sup> 0,002**	<sup>b</sup> 0,001**	<sup>a</sup> 0,277	<sup>a</sup> 0,668	<sup>b</sup> 0,175
<b>Kronik hastalık durumu</b>	<b>Evet</b>	83	71,39±17,13 (70)	52,11±45,40 (50)	57,83±23,33 (66,7)	47,77±17,60 (45)	64,63±15,82 (68)	57,98±22,48 (62,5)	47,41±31,14 (32,5)	52,29±18,20 (50)
	<b>Hayır</b>	223	84,53±16,76 (90)	66,37±41,18 (100)	57,40±21,55 (66,7)	52,71±17,61 (50)	67,37±16,40 (72)	68,95±22,76 (75)	66,43±27,04 (67,5)	64,71±16,35 (65)
			<sup>a</sup> 0,001**	<sup>a</sup> 0,014*	<sup>a</sup> 0,910	<sup>b</sup> 0,030*	<sup>b</sup> 0,190	<sup>a</sup> 0,001**	<sup>a</sup> 0,001**	<sup>b</sup> 0,001**
<b>Sigara kullanımı</b>	<b>Evet</b>	69	79,71±17,44 (80)	60,51±45,46 (100)	55,56±21,89 (66,7)	44,64±15,68 (45)	60,64±15,86 (60)	62,68±23,63 (62,5)	56,56±31,72 (67,5)	55,65±17,63 (55)
	<b>Hayır</b>	237	81,33±17,95 (85)	63,08±42,03 (75)	58,09±22,05 (66,7)	53,33±17,82 (50)	68,37±16,00 (72)	66,93±22,99 (62,5)	62,65±28,62 (67,5)	63,00±17,45 (65)
			<sup>a</sup> 0,407	<sup>a</sup> 0,843	<sup>a</sup> 0,454	<sup>b</sup> 0,001**	<sup>b</sup> 0,001**	<sup>a</sup> 0,178	<sup>a</sup> 0,145	<sup>b</sup> 0,002**
<b>Alkol kullanımı</b>	<b>Evet</b>	17	84,71±16,15 (90)	61,76±46,03 (100)	60,78±29,43 (66,7)	48,24±13,10 (50)	60,24±16,52 (60)	67,65±22,56 (62,5)	75,29±24,86 (77,5)	65,88±11,07 (65)
	<b>Hayır</b>	289	80,74±17,92 (85)	62,54±42,65 (75)	57,32±21,54 (66,7)	51,56±17,95 (50)	67,00±16,20 (68)	65,87±23,23 (62,5)	60,45±29,48 (67,5)	61,07±18,02 (65)
			<sup>a</sup> 0,387	<sup>a</sup> 0,988	<sup>a</sup> 0,561	<sup>b</sup> 0,453	<sup>b</sup> 0,096	<sup>a</sup> 0,841	<sup>a</sup> 0,048*	<sup>b</sup> 0,110
<b>Covid-19 geçirme zamanı</b>	<b>Son 1 ayda</b>	81	80,37±18,20 (80)	44,75±45,02 (25)	57,20±23,11 (66,7)	50,93±20,03 (50)	66,47±16,07 (68)	58,02±23,58 (62,5)	45,93±30,08 (32,5)	61,60±18,44 (60)
	<b>Son 1-6 ayda</b>	78	80,96±18,00 (85)	66,35±41,25 (100)	56,84±23,48 (66,7)	50,77±16,77 (50)	65,64±17,57 (68)	67,47±22,55 (62,5)	64,36±27,28 (67,5)	61,99±17,14 (65)
	<b>Son 6-12 ayda</b>	147	81,29±17,63 (85)	70,24±39,62 (100)	58,05±20,68 (66,7)	51,94±16,94 (50)	67,24±15,74 (68)	69,56±22,34 (75)	68,10±27,12 (77,5)	60,85±17,74 (65)
			<sup>c</sup> 0,940	<sup>c</sup> 0,001**	<sup>c</sup> 0,984	<sup>d</sup> 0,865	<sup>d</sup> 0,779	<sup>c</sup> 0,002**	<sup>c</sup> 0,001**	<sup>d</sup> 0,890
<b>Covid-19 aşısı olma durumu</b>	<b>Evet</b>	273	80,75±17,71 (85)	61,26±43,29 (75)	57,26±22,07 (66,7)	51,81±17,83 (50)	67,06±16,23 (68)	65,16±23,45 (62,5)	60,87±29,52 (67,5)	61,37±17,71 (65)
	<b>Hayır</b>	33	82,73±18,96 (80)	72,73±37,17 (100)	59,60±21,66 (66,7)	47,73±16,54 (50)	63,03±16,37 (60)	72,73±19,63 (75)	64,62±28,66 (70)	61,06±18,15 (65)
			<sup>a</sup> 0,396	<sup>a</sup> 0,164	<sup>a</sup> 0,529	<sup>b</sup> 0,211	<sup>b</sup> 0,179	<sup>a</sup> 0,072	<sup>a</sup> 0,437	<sup>b</sup> 0,924
<sup>a</sup> Mann Whitney U Test			<sup>b</sup> Student t Test		<sup>c</sup> Kruskal Wallis Test		<sup>d</sup> Oneway ANOVA Test		<sup>*</sup> p<0,05	<sup>**</sup> p<0,01

### ***Psikiyatrik hastalık durumuna ilişkin değerlendirmeler:***

Psikiyatrik hastalık durumuna göre Fiziksel fonksiyon, Fiziksel rol g¼çlüęü, Sosyal işlevsellik, Ağrı ve Genel sağlık puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Psikiyatrik hastalık durumuna göre Emosyonel rol g¼çlüęü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmış olup ( $p=0,048$ ;  $p<0,05$ ); hastalığı olan olguların puanları hastalığı olmayanlardan düşük gözlenmiştir.

Psikiyatrik hastalık durumuna göre Enerji/Canlılık/Vitalite puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmış olup ( $p=0,002$ ;  $p<0,01$ ); hastalığı olan olguların puanları hastalığı olmayanlardan düşük gözlenmiştir.

Psikiyatrik hastalık durumuna göre Ruhsal sağlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ); hastalığı olan olguların puanları hastalığı olmayanlardan düşük gözlenmiştir.

### ***Kronik hastalık durumuna ilişkin değerlendirmeler:***

Kronik hastalık durumuna göre Emosyonel rol g¼çlüęü ve Ruhsal sağlık puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Kronik hastalık durumuna göre Fiziksel fonksiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ); hastalığı olan olguların puanları hastalığı olmayanlardan düşük gözlenmiştir.

Kronik hastalık durumuna göre Fiziksel rol g¼çlüęü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ( $p=0,014$ ;  $p<0,05$ ); hastalığı olan olguların puanları hastalığı olmayanlardan düşük gözlenmiştir.

Kronik hastalık durumuna göre Enerji/Canlılık/Vitalite puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmış olup ( $p=0,030$ ;  $p<0,05$ ); hastalığı olan olguların puanları hastalığı olmayanlardan düşük gözlenmiştir.

Kronik hastalık durumuna göre Sosyal işlevsellik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmış olup ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ); hastalığı olan olguların puanları hastalığı olmayanlardan düşük gözlenmiştir.

Kronik hastalık durumuna göre Ağrı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmış olup ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ); hastalığı olan olguların puanları hastalığı olmayanlardan düşük gözlenmiştir.

Kronik hastalık durumuna göre Genel sağlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmış olup ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ); hastalığı olan olguların puanları hastalığı olmayanlardan düşük gözlenmiştir.

***Sigara kullanma durumuna ilişkin değerlendirmeler:***

Sigara kullanma durumuna göre Fiziksel fonksiyon, Fiziksel rol güçlüğü, Emosyonel rol güçlüğü, Sosyal işlevsellik ve Ağrı puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Sigara kullanma durumuna göre Enerji/Canlılık/Vitalite puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ); sigara kullanan olguların puanları sigara kullanmayanlardan düşük bulunmuştur.

Sigara kullanma durumuna göre Ruhsal sağlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ); sigara kullanan olguların puanları sigara kullanmayanlardan düşük bulunmuştur.

Sigara kullanma durumuna göre Genel sağlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ( $p=0,002$ ;  $p<0,01$ ); sigara kullanan olguların puanları sigara kullanmayanlardan düşük bulunmuştur.

***Alkol kullanma durumuna ilişkin değerlendirmeler:***

Alkol kullanma durumuna göre Fiziksel fonksiyon, Fiziksel rol güçlüğü, Emosyonel rol güçlüğü, Enerji/Canlılık/Vitalite, Ruhsal sağlık, Sosyal işlevsellik ve Genel sağlık puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Alkol kullanma durumuna göre Ağrı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmış olup ( $p=0,048$ ;  $p<0,05$ ); alkol kullanan olguların puanları alkol kullanmayanlardan yüksek gözlenmiştir.

### ***Covid-19 geçirme zamanına ilişkin değerlendirmeler:***

Covid-19 geçirme zamanına göre Fiziksel fonksiyon, Emosyonel rol güçlüğü, Enerji/Canlılık/Vitalite, Ruhsal sağlık ve Genel sağlık puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Covid-19 geçirme zamanına göre Fiziksel rol güçlüğü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Anlamlılığın hangi gruptan geldiğini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; son 1 ayda Covid olan olguların puanları, son 1-6 ayda ( $p=0,008$ ) ve son 6-12 ayda ( $p=0,001$ ) Covid olan olgulardan düşük bulunmuştur ( $p<0,01$ ). Diğer ikili karşılaştırmalara baktığımız zaman istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Covid-19 geçirme zamanına göre Sosyal işlevsellik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0,002$ ;  $p<0,01$ ). Anlamlılığın hangi gruptan geldiğini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; son 1 ayda Covid olan olguların puanları, son 1-6 ayda ( $p=0,038$ ) ve son 6-12 ayda ( $p=0,001$ ) Covid olan olgulardan düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Diğer ikili karşılaştırmalara baktığımız zaman istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Covid-19 geçirme zamanına göre Ağrı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Anlamlılığın hangi gruptan geldiğini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; son 1 ayda Covid olan olguların puanları, son 1-6 ayda ( $p=0,001$ ) ve son 6-12 ayda ( $p=0,001$ ) Covid olan olgulardan düşük gözlenmiştir ( $p<0,01$ ). Diğer ikili karşılaştırmalara baktığımız zaman istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

### ***Covid-19 aşısı olma durumuna ilişkin değerlendirmeler:***

Covid-19 aşısı olma durumuna göre Fiziksel fonksiyon, Fiziksel rol güçlüğü, Emosyonel rol güçlüğü, Enerji/Canlılık/Vitalite, Ruhsal sağlık, Sosyal işlevsellik, Ağrı ve Genel sağlık puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

## PUKİ PUANLARINA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER

**Tablo 7: Tanımlayıcı Özelliklere Göre PUKİ Puanlarının Değerlendirmesi**

		n	PUKİ		P
			Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss	
Yaş (yıl)	r		0,099 <sup>1</sup>		
	p		0,083		
Cinsiyet	Kadın	188	0-18 (6)	6,77±3,59	<sup>b</sup> 0,090
	Erkek	118	1-16 (6)	6,08±3,22	
VKİ (kg/m <sup>2</sup> )	Zayıf	10	4-13 (6,5)	6,70±2,67	<sup>c</sup> 0,686
	Normal	131	0-18 (6)	6,44±3,50	
	Fazla kilolu	109	1-16 (6)	6,25±3,12	
	Obez	50	0-15 (7)	6,88±3,95	
	Morbid obez	6	3-15 (8)	8,83±5,23	
Eğitim durumu	İlkokul altı	20	1-15 (8,5)	7,85±4,15	<sup>d</sup> 0,506
	İlkokul	47	0-15 (6)	6,51±3,57	
	Ortaokul	30	1-17 (5,5)	6,33±3,68	
	Lise	45	0-15 (6)	6,47±3,55	
	Lisans ve üzeri	164	1-18 (6)	6,37±3,29	
Çalışma durumu	Ev hanımı	85	0-17 (7)	7,24±3,89	<sup>d</sup> 0,035*
	İşçi	46	1-15 (4)	5,39±3,52	
	İşsiz	33	1-13 (7)	6,45±3,20	
	Memur	122	1-18 (6)	6,28±3,00	
	Emekli	20	2-16 (6)	7,35±3,90	
Medeni durum	Evli	226	0-18 (6)	6,58±3,59	<sup>b</sup> 0,500
	Bekâr	80	1-15 (6)	6,28±3,09	
Çocuk sayısı	Yok	107	1-15 (6)	6,18±3,05	<sup>d</sup> 0,270
	1 çocuklu	43	0-15 (6)	6,33±3,41	
	2 çocuklu	73	0-18 (6)	6,36±3,72	
	≥3 çocuklu	83	1-15 (7)	7,13±3,73	
Gelir düzeyi	<4250 TL	15	2-14 (7)	6,87±3,42	<sup>d</sup> 0,219
	4250 TL	79	0-15 (6)	6,48±3,47	
	4250-8500 TL	87	1-17 (7)	7,07±3,60	
	≥8500 TL	125	0-18 (6)	6,07±3,35	

<sup>1</sup>Pearson Korelasyon Katsayısı

<sup>a</sup>Mann Whitney U Testi

<sup>b</sup>Student t Test

<sup>c</sup>Kruskal Wallis Test

<sup>d</sup>Oneway ANOVA Test

\*p<0,05

Yaş ile PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmemiştir (r:0,099; p>0,05).

Cinsiyete göre PUKİ puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermezken (p=0,090; p>0,05); kadınların puanlarının erkeklerden yüksek olması dikkat çekicidir.

VKİ düzeyi ile PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir (p>0,05).

Eğitim durumuna göre PUKİ puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Çalışma durumuna göre PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0,035$ ;  $p<0,05$ ). Anlamlılığın hangi gruptan geldiğini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; ev hanımlarının puanları işçilerden yüksek gözlenmiştir ( $p=0,036$ ;  $p<0,05$ ). Diğer ikili karşılaştırmalara baktığımız zaman istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Medeni duruma ve çocuk sayısına göre PUKİ puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Gelir düzeyi ile PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 8: Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklere Göre PUKİ Puanlarının Değerlendirmesi**

		n	PUKİ		P
			Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss	
<b>Psikiyatrik hastalık durumu</b>	<b>Evet</b>	18	2-17 (7,5)	8,61±4,84	<sup>b</sup> 0,068
	<b>Hayır</b>	288	0-18 (6)	6,37±3,33	
<b>Kronik hastalık durumu</b>	<b>Evet</b>	83	0-18 (8)	8,05±4,00	<sup>b</sup> 0,001**
	<b>Hayır</b>	223	0-15 (6)	5,92±3,06	
<b>Sigara kullanımı</b>	<b>Evet</b>	69	2-17 (7)	7,51±3,60	<sup>b</sup> 0,006**
	<b>Hayır</b>	237	0-18 (6)	6,21±3,38	
<b>Alkol kullanımı</b>	<b>Evet</b>	17	2-13 (6)	6,29±3,08	<sup>b</sup> 0,801
	<b>Hayır</b>	289	0-18 (6)	6,51±3,49	
<b>Covid-19 geçirme zamanı</b>	<b>Son 1 ayda</b>	81	1-18 (7)	7,21±4,14	<sup>d</sup> 0,085
	<b>Son 1-6 ayda</b>	78	0-14 (7)	6,60±2,76	
	<b>Son 6-12 ayda</b>	147	1-15 (6)	6,05±3,34	
<b>Covid-19 aşısı olma durumu</b>	<b>Evet</b>	273	0-18 (6)	6,57±3,50	<sup>b</sup> 0,326
	<b>Hayır</b>	33	0-14 (6)	5,94±3,17	

<sup>a</sup>Mann Whitney U Tesiti  
\*\* $p<0,01$

<sup>b</sup>Student t Tesiti

<sup>c</sup>Kruskal Wallis Tesiti

<sup>d</sup>Oneway ANOVA Tesiti

Psikiyatrik hastalık varlığına göre PUKİ puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermezken ( $p=0,068$ ;  $p>0,05$ ); hastalığı olan kişilerin puanlarının yüksek olması dikkat çekicidir.

Kronik hastalık varlığına göre PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmış olup ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ); hastalığı olan olguların puanları yüksek bulunmuştur.

Sigara kullanma durumuna göre PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmış olup ( $p=0,006$ ;  $p<0,01$ ); sigara kullanan olguların puanları yüksek bulunmuştur.

Alkol kullanımı ile PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0,05$ ).

Covid-19 geçirme zamanına göre PUKİ puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermezken ( $p=0,085$ ;  $p>0,05$ ); son 1 ay içinde Covid olan olguların puanlarının diğerk olgulardan yüksek olması dikkat çekicidir.

Covid-19 aşıı olan ve olmayan olguların PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

## SF 36 PUANLARI İLE PUKİ PUANLARININ İLİŞKİSİ

**Tablo 9: SF 36 Puanları ile PUKİ Puanlarının İlişkisi**

SF-36	PUKİ	
	r	p
Fiziksel fonksiyon	-0,311	0,001**
Fiziksel rol güçlüğü	-0,312	0,001**
Emosyonel rol güçlüğü	-0,282	0,001**
Enerji/Canlılık/Vitalite	-0,361 <sup>l</sup>	0,001**
Ruhsal sağlık	-0,310 <sup>l</sup>	0,001**
Sosyal işlevsellik	-0,378	0,001**
Ağrı	-0,347	0,001**
Genel sağlık	-0,338 <sup>l</sup>	0,001**

r: Spearman's Korelasyon Katsayısı

<sup>l</sup>Pearson Korelasyon Kasayısı

\*\* $p<0,01$

PUKİ puanları ile Fiziksel fonksiyon puanları arasında negatif yönde (PUKİ arttığca Fiziksel fonksiyon puanı azalan) 0,311 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $r:-0,311$ ;  $p=0,001$ ,  $p<0,01$ ).

PUKİ puanları ile Fiziksel rol güçlüğü puanları arasında negatif yönde 0,312 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $r:-0,312$ ;  $p=0,001$ ,  $p<0,01$ ).

PUKİ puanları ile Emosyonel rol güçlüğü puanları arasında negatif yönde 0,282 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $r:-0,282$ ;  $p=0,001$ ,  $p<0,01$ ).

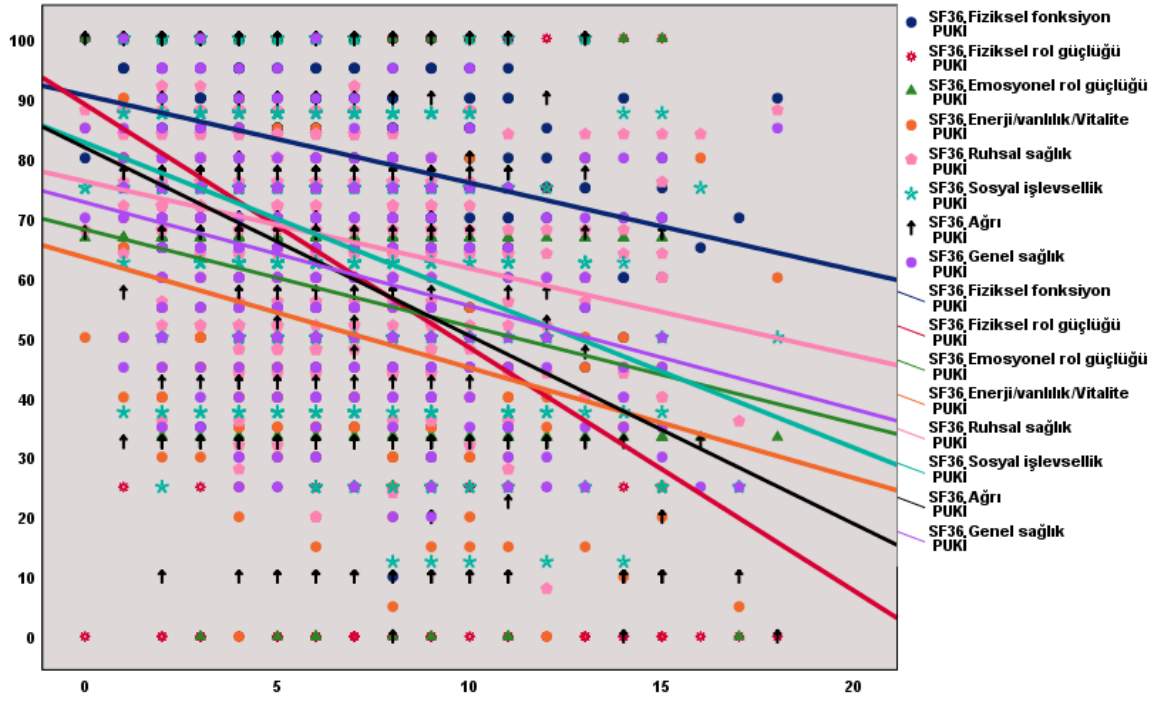
PUKİ puanları ile Enerji/Canlılık/Vitalite puanları arasında negatif yönde 0,361 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $r:-0,361$ ;  $p=0,001$ ,  $p<0,01$ ).

PUKİ puanları ile Ruhsal sağlık puanları arasında negatif yönde 0,310 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $r:-0,310$ ;  $p=0,001$ ,  $p<0,01$ ).

PUKİ puanları ile Sosyal işlevsellik puanları arasında negatif yönde 0,378 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $r:-0,378$ ;  $p=0,001$ ,  $p<0,01$ ).

PUKİ puanları ile Ağrı puanları arasında negatif yönde 0,347 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $r:-0,347$ ;  $p=0,001$ ,  $p<0,01$ ).

PUKİ puanları ile Genel sağlık puanları arasında negatif yönde 0,338 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $r:-0,338$ ;  $p=0,001$ ,  $p<0,01$ ).



Şekil 4: SF 36 puanları ile PUKİ puanlarının ilişkisi

**Korelasyon katsayısının (r) değerlendirilmesi aşağıdaki ölçüte göre yapılır:**

0.0 - 0,25	Çok zayıf
0,26 - 0,49	zayıf
0,50 - 0,69	orta
0,70 - 0,89	iyi
0,90 - 1,00	çok iyi



## 5.TARTIŞMA

Covid 19 pandemisinin yönetilmesi için uzun uğraşlar verilmesine rağmen sahada ne kadar başarılı olacağımız, toplumu oluşturan tüm bireylerin alınan önlemlere davranışsal uyumuyla doğrudan ilişkilidir. Pandemi sürecinde Covid 19 geçirenlerin yaşam kalitesine ve uyku kalitesine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmış olan bu çalışmada, katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile yaşam kalitesi ve uyku kalitesi arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Çalışmamızda yaş ile sosyal işlevsellik, ağrı, fiziksel fonksiyon ve genel sağlık puanları arasında negatif yönlü (yaş arttıkça puan azalan), emosyonel rol gücülüğü ve ruhsal sağlık puanları arasında ise pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Diğer alt bileşenlerde anlamlı ilişki saptanmamıştır. Özelçi'nin yaptığı çalışmada 40 yaş üstü ve 40 yaş altındaki hasta olan kişilerin SF-36 yaşam kalitesi puanları arasında fiziksel fonksiyon alt skorunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu gözlenmiştir (60). Zozani ve arkadaşlarının yaptığı benzer çalışmada ise yaş arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü görülmüştür (61). Bunda Covid 19'un ileri yaştaki hastaları daha çok etkilemesi, yaşlı hastaların komorbiditelerinin olmasının etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Cinsiyetle yaşam kalitesini karşılaştırdığımız zaman yaşam kalitesinin alt bileşenlerinden genel sağlık puanı dışında diğer tüm alt bileşenler kadınlarda erkeklere oranla daha düşük bulunmuştur. Özelçi'nin yaptığı çalışmada Covid 19 olan kadın ve erkeklerin yapılan ölçümlerde yaşam kalitesi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmüştür (62). Bunda tezin yapıldığı popülasyonun sosyodemografik verilerinin farklı olması ve çalışmamızın sadece tek bir ASM'de yapılmasından olduğunu düşünmekteyiz.

Eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye baktığımız zaman Ağrı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. İkili karşılaştırmalar sonucunda; ilkokul altı eğitim seviyesinde olan olguların puanları ortaokul , lise, lisans ve üstü eğitim seviyesinde olan olgulardan düşük bulunmuştur. İlkokul eğitim seviyesinde olan olguların puanları lise, lisans ve üstü eğitim seviyesinde olan olgulardan düşük bulunmuştur. Genel sağlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. İkili karşılaştırmalar sonucunda;

ilkokul altı eğitim seviyesinde olan olguların puanları lise, lisans ve üstü eğitim seviyesinde olan olgulardan düşük bulunmuştur. Zozani ve arkadaşlarının yaptığı daha yüksek eğitim düzeyine sahip hastalarda daha düşük yaşam kalitesi saptandı (61). Bu farkın oluşmasında bizim çalışmamızda eski zamanlarda okula erişimin daha kısıtlı olmasından dolayı eğitim düzeyi düşük insanların çoğunluğunun ileri yaşta olmasının neden olduğunu düşünmekteyiz.

Kronik hastalık durumuna göre Fiziksel fonksiyon, Fiziksel rol güçlüğü, Enerji/Canlılık/Vitalite, Sosyal işlevsellik, Ağrı, Genel sağlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş olup hastalığı olan olguların puanları hastalığı olmayanlardan düşük bulunmuştur. Özelçi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ek hastalığı olan ile olmayanların yaşam kalitesi ölçeği puanları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu (60). Bu farklılığın oluşmasında kronik hastalıkların genellikle yavaş ilerleyen bir zeminde olması, düzenli ve sürekli bir biçimde bakım, izlem ve tedavi gerektiren uzun dönem sağlık sorunları olmasının neden olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda evli ve bekar olanların yaşam kalitesini karşılaştırdığımız zaman evli olguların emosyonel rol güçlüğü puanlarının yüksek olması, bekarların da fiziksel fonksiyon, ağrı ve genel sağlık puanlarının yüksek olması ve bunların istatistiksel olarak anlamlı olması dikkat çekicidir. Bunda evli olan insanların birbirine duygusal olarak destek olmasının, bekar olanların da genel olarak daha genç olmasından dolayı sağlıklarının daha iyi olması, daha az hastalıkları olduğu için daha az ağrı çekmelerinin neden olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda çocuk sayısına göre yaşam kalitesini karşılaştırdığımız zaman çocuk sayısı fazla olanların fiziksel fonksiyon puanlarının çocukları olmayanlara göre daha az olması çocuğun anne babaya bir kısıtlılık getirmesinden hem de çocuğu daha fazla olanların daha yaşlı olması kaynaklı olduğu düşünülebilir. Genel sağlık puanları açısından da çocukları olanların puanları olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Bunda da çocukları olanların daha ileri yaşta olması ve ileri yaşta olmanın getirdiği komorbiditelerin sağlık üzerinde oluşturduğu olumsuzlukların etkili olduğunu düşünmekteyiz.

VKI düzeyi ile Fiziksel fonksiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. İkili karşılaştırmalar sonucunda; morbid obez olan kişilerin puanları zayıf , normal, fazla kilolu ve obez kişilerden düşük bulunmuştur. Doğru'nun yaptığı çalışmada ise yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık algısı, sosyal işlevsellik ve ağrı puanları obez veya fazla kilolu olan grupta anlamlı olarak daha kötü saptandı (63). Bunda morbid obez olanların kişilerin giyinme ve tek başına yıkanma dahil günlük işlerini yerine getirmede fiziken zorlanmalarından kaynaklandığı öngörülmektedir.

Çalışma durumuna göre Fiziksel fonksiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. İkili karşılaştırmalar sonucunda; ev hanımlarının puanları işçilerden, işsizlerden ve memurlardan düşük bulunmuştur. Emekli olguların da fiziksel fonksiyon puanları işçilerden, işsizlerden ve memurlardan düşük bulunmuştur. Çalışma durumuna göre Emosyonel rol güçlüğü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. İkili karşılaştırmalar sonucunda; işsizlerin puanları işçilerden düşük bulunmuştur. Çalışma durumuna göre Ağrı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. İkili karşılaştırmalar sonucunda; ev hanımlarının puanları işçilerden, işsizlerden ve memurlardan düşük bulunmuştur. Emekli olguların da Ağrı puanları memurlardan düşük bulunmuştur. Çalışma durumuna göre Genel sağlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. İkili karşılaştırmalar sonucunda; ev hanımlarının puanları işçilerden, işsizlerden ve memurlardan düşük bulunmuştur. Emekli olguların da Genel sağlık puanları işçilerden ve işsizlerden düşük bulunmuştur. Poudel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çalışanların yaşam kalitesi puanları çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (64). Bu sonuçların çıkmasında ev hanımlarının genelde evde zaman geçirmesi, daha az spor ve daha az sosyal aktivite yapması, emeklilerin ise yaşça daha büyük olması, kronik hastalıklara daha fazla maruz kalmasının neden olduğunu düşünmekteyiz. İşsizlerin ise gelecek kaygısı duymaları, maddi yeterliliğe sahip olmamaları, duygusal olarak çöküntü içinde olmalarına ve bunları normal hayatlarına yansımalarının etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Gelir düzeyine göre yaşam kalitesini karşılaştırdığımız zaman istatistiksel olarak Ağrı, Genel sağlık ve Fiziksel fonksiyon alt gruplarında geliri 8500 TL ve

üzeri olan olguların puanları geliri 4250 TL'den düşük olan ve 4250-8500 TL olan olgulardan yüksek bulunmuştur. Emosyonel rol güçlüğü puanlarında ise istatistiksel olarak geliri 4250 TL olanlar 4250 TL'den düşük olanlardan yüksek bulunmuştur. Nguyen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da daha yüksek sosyal statüye sahip insanların daha iyi yaşam kalitesi puanlarına sahip olduğu gözlenmiştir (65). Poudel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da yaşam kalitesi puanları yüksek öğrenim düzeyine sahip kişilerde anlamlı olarak daha yüksekti (64). Bunda gelir düzeyi arttıkça insanların öz bakımlarının artması, hastaneye kolayca ulaşabilmesi, ekonomik kaygısının daha az olmasının mevcut duruma neden olduğunu düşünmekteyiz.

Psikiyatrik hastalık durumuna göre Emosyonel rol güçlüğü, Enerji/Canlılık/Vitalite, Ruhsal sağlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup hastalığı olan olguların puanları hastalığı olmayanlardan düşük bulunmuştur. Mehta ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da psikiyatrik hastalığı olan hastaların yaşam kalitesi hastalığı olmayanlara göre düşük bulunmuştur (66). Bunda psikiyatrik hastalarda duygudurum bozukluğu yaşanması, kaygı yönetimi konusunda daha başarısız olmasının bu sonuca neden olduğunu düşünmekteyiz.

Sigara kullanma durumuna göre Enerji/Canlılık/Vitalite, Ruhsal sağlık, Genel sağlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup sigara kullanmakta olan olguların puanları sigara kullanmayan olgulardan düşük bulunmuştur. Pappa ve arkadaşlarının Covid geçirmiş olan hastalarla yapmış olduğu çalışmada sigara kullanan ve kullanmayanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (67). Bunda sigaranın genel sağlığı bozmasından, kronik hastalık insidansını arttırmasından ve solunum yolu hastalıklarını arttırmasının etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Alkol kullanma durumuna göre Ağrı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup alkol kullanan olguların puanları alkol kullanmayanlardan yüksek bulunmuştur. Nguyen ve arkadaşlarının Covid 19'dan şüphelenilen kişiler üzerinde yaptığı çalışmada ise alkol kullanımı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (65). Bunda alkol alan kişilerde ağrı eşliğinin yüksek olmasının neden olduğunu düşünmekteyiz.

Covid-19 geçirme zamanına göre Fiziksel rol glg, Sosyal işlevsellik, Ağrı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. İkili karşılaştırmalar sonucu; son 1 ayda Covid olan olguların puanları, son 1 ay ile 6 ay arası olanlar ve son 6 ay ile bir yıl arasında Covid olan olgulardan düşük bulunmuştur. Poudel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Akut Covid hastalarının yaşam kalitesi puanları uzun Covid hastalarına göre daha düşük bulundu (64). Kişilerin Covid enfeksiyonuna bağlı olan belirtilerin erken süreçte hala devam ediyor olması ve karantina sürecindeki sosyal izolasyonun etkilerinin devam ediyor olmasının mevcut duruma neden olduğunu düşünmekteyiz.

COVID-19 pandemisi nedeniyle ülkemizde ve dünyada salgından etkilenerек tanı alan hastalar farklı tedavi basamaklarında günlük aktivitelerini yerine getirmekte sorunlar yaşamışlardır. COVID-19 pandemisi yetişkinlerin uyku kalitesi üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır (68). Jahrami ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada; pandeminin genel nüfus, sağlık çalışanları ve COVID-19 pozitif (+) tanılı hastalarda uyku sorunlarının yaygınlığı üzerindeki etkisini incelemeyi amaçladıkları, 13 ülkeden toplam 54.231 katılımcıyı içeren kırk dört makaleyi inceledikleri çalışmada COVID-19 pandemisi sırasında uyku sorunlarının prevalansının yüksek olduğunu saptamışlardır (68).

Çalışmamızda uyku kalitesi ile eğitim durumu, medeni durum, ocuk sayısı, gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Benzer şekilde Karaköse ve arkadaşlarının çalışmasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (69).

Çalışmamızda yaş ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Literatürde bizim çalışmamız ile benzer Sayed ve arkadaşlarının Covid 19 geçirmiş olanlarda yaptığı çalışmada da yaş ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (70). Uyku kalitesinin yaşla ilişkili bulunmamasında; sosyal medya bağımlılığı, kronik hastalık varlığı gibi her yaşta farklı nedenlerin uyku kalitesi üzerinde etkili olduğu düşünülebilir.

Cinsiyetle uyku kalitesini karşılaştırdığımız zaman istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamasına rağmen kadınlarda uyku kalitesinin daha kötü olduğu

gözenmiştir. Literatürde benzer çalışma olarak Karaköse ve arkadaşlarının Covid 19 pozitif yatan hastaların uyku kalitesinin incelendiği çalışmada da kadınların uyku kalitesinin erkeklerden daha kötü olduğu saptanmıştır (69). Bunda kadınların hormonal olarak değişimlerden daha çok etkilenmesinin ve uyku sorunlarına karşı erkeklere göre daha fazla hassas olmasının neden olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışma durumuna göre uyku kalitesini değerlendirdiğimizde istatistiksel olarak anlamlı ilişki sadece ev hanımları ile işçiler arasında olmuştur. Ev hanımlarının uyku kalitesi istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde işçilerden daha düşük bulundu. Bunda ev hanımlarının evde daha çok vakit geçirmesinden ve çocuk bakmasından dolayı uyku kalitelerinin bozulmasının neden olduğunu düşünmekteyiz.

Psikiyatrik hastalık varlığına göre PUKİ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken hastalığı olan olguların uyku kalitelerinin kötü olması dikkat çekicidir. Şahin'in erişkinde uyku kalitesini değerlendirdiği çalışmada da psikiyatrik hastalığı olanların hastalığı olmayanlara göre uyku kalitesinin daha düşük olduğu istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (71). Bunda kullanılan psikiyatrik ilaçların uyku kalitesini bozmasının ve genel olarak psikiyatrik hastaların duygudurum bozukluğunun uyku kalitesini bozmasının neden olduğunu düşünmekteyiz.

Kronik hastalık varlığına göre PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup hastalığı olan olguların uyku kalitesi daha kötü bulunmuştur. Şahin'in erişkinde uyku kalitesini değerlendirdiği çalışmada da kronik hastalığı olanların hastalığı olmayanlara göre uyku kalitesinin daha düşük olduğu istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (71). Bunda kronik hastalığı olanlarının çoğunluğun ileri yaşta olması, kronik hastalıklara bağlı şikayetlerin fazla olmasının uyku kalitesini olumsuz etkilediğini düşünmekteyiz.

Sigara kullanma durumuna göre PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup sigara kullanan olguların uyku kaliteleri daha kötü bulunmuştur. Ünal'ın yaptığı sigara maruziyetinin uyku kalitesine etkisinin incelendiği çalışmada katılımcıların uyku kalitesi durumu incelendiğinde; uyku kalitesi kötü olan grupta iyi olan gruba göre sigara kullanımı daha çok görülürken aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (72). Bunda sigaranın genel sağlığı bozmasından, kronik hastalık insidansını arttırmasından ve solunum yolu

hastalıklarına sebep olmasının uyku kalitesini düşürmesinde etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Covid-19 geçirme zamanına göre PUKİ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken son 1 ay içinde Covid olan olguların uyku kalitesi diğerlerinden daha kötü bulunmuştur. Son 1-6 ay içinde geçirenlerin de son 6-12 ay geçirenlerden uyku kalitesi daha kötü bulunmuştur. Sayed ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada COVID-19'dan iyileşmeden kısa bir süre sonra geçen zaman diliminde uyku kalitesinin kötü olması daha belirgindi (70). Kişilerin Covid enfeksiyonuna bağlı olan belirtilerin erken süreçte hala devam ediyor olması ve karantina sürecindeki sosyal izolasyonun etkilerinin devam ediyor olmasının mevcut duruma neden olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda yaşam kalitesinin tüm alt bileşenleri ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Yaşam kalitesi ile uyku kalitesi arasında pozitif yönlü ilişki mevcuttur. Yaşam kalitesi arttıkça uyku kalitesi de artmıştır ve aynı şekilde uyku kalitesi arttıkça yaşam kalitesi artmıştır. Literatürde benzer şekilde Sayed ve arkadaşlarının çalışmasında da yaşam kalitesi alt bileşenlerinden fiziksel fonksiyon, Fiziksel rol güçlüğü, Emosyonel rol güçlüğü, Genel sağlık ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü ilişki saptanmıştır (70). Buyukluoğlu'nun yaptığı çalışmada da yaşam kalitesi alt bileşenlerinden ağrı alt grubu dışındaki diğer tüm alt gruplarda da uyku kalitesi arasında pozitif bir ilişki mevcuttur (73). Uyku kalitesinin yaşam kalitesini arttırdığını, bu konuda birinci basamak aile hekimlerinin hastalara uyku hijyeni eğitimi verilmesi konusunda daha fazla çabaya ihtiyaç duyulduğunu düşünmekteyiz.

Araştırmamızda SF-36 skorlarına bakıldığında yaşam kalitesinin tüm alt parametrelerinin Türk toplumu norm değerlerine göre kadın ve erkekte daha az puan aldığı görülmüştür (74). Bunda bizim hastalarımızın Covid 19 enfeksiyonuna maruziyetinden dolayı ve geçirdikleri karantina sürecinin onları hem fiziksel hem emosyonel olarak yıpratmasının etkili olduğunu düşünmekteyiz.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamızda son 1 aya kadar Covid 19 olan 81 kişi, son 1 ay ile 6 ay içinde Covid 19 olan 78 kişi ve son 6 ay ile 12 ay içinde Covid 19 olan 147 kişi katılmıştır ve Covid'ten en çok etkilenenler son 1 aya kadar geçirenlerdir.

COVID-19 hastaların yaşam kalitelerine bakıldığında yaşam kalitesinin tüm parametrelerinin Türk toplumu norm değerlerine göre azaldığı en az etkilenen parametrelerin de Fiziksel fonksiyon ve Ruhsal sağlık alt parametreleri olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda ileri yaşlılarda, kadınlarda, VKİ yüksek olanlarda, eğitim durumu düşük olanlarda, ev hanımlarında, emeklilerde, çocuk sayısı fazla olanlarda, gelir düzeyi düşük olanlarda, psikiyatrik hastalığı olanlarda, kronik hastalığı olanlarda, sigara içenlerde ve son 1 aya kadar Covid 19 geçirmiş olanlarda yaşam kalitesinin ve uyku kalitesinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Diğer çalışmalarda olduğu gibi bizim çalışmamızda da uyku kalitesi ile yaşam kalitesi arasında pozitif ilişki mevcuttur. Bu yüzden uyku kalitesi kötü olanlar ve uyku bozukluğu olanların yaşam kalitesinin de kötüleştiğini düşünmekteyiz.

COVID-19 salgını, bu yüzyılda dünya sağlık sistemlerinin karşılaştığı en büyük zorluklardan biridir. Fiziksel ve coğrafi sınırların ötesinde, yeni koronavirüs insanların günlük yaşamlarını büyük ölçüde değiştirdi; ancak viral enfeksiyona karşı kısıtlayıcı önlemler almak bir öncelik olmalı, maske ve hijyene önem verilmeli, aşı ile bağışıklanma oranı daha da arttırılmalı ve insanların bilgi düzeyi arttırılıp aşuya teşvik edilmesi gerekmektedir. Birinci basamak aile hekimleri her bir görüşmeyi fırsat bilmeli, kişilerle görüşmelerinde yaşam kalitesi ve uyku kalitesini sorgulamayı ihmal etmemeli ve insanları aşuya teşvik etmede önderlik etmesi gerekir. Hastalığa yakalananlarda uyku ve bağışıklık sistemi etkilenir ve bu da ruh sağlığını ve yaşam kalitesini kötüleştirir.

Covid 19'un sadece kısa vadeli değil uzun vadeli de etkileri devam etmektedir. Özellikle kronik hastalığı olan grubun halihazırda hastalıklarından dolayı düşebilen yaşam kalitesi Covid ile daha fazla kötüleşebilmektedir. Covid sonrası psikolojik ve sosyal olarak özellikle yaşlı, kronik hastalığı olan riskli grupları destekleyici önlemler alınmalıdır. Ev hanımları gibi vaktinin büyük çoğunluğunu evde geçirebilen grubun fiziksel aktivitelerini arttırmaya yönelik önlemler alınabilir. Gruplarla planlanan aktiviteler sosyalleşmeyi arttıracaktır.



## KAYNAKLAR

1. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, Et Al. Clinical Features Of Patients Infected With 2019 Novel Coronavirus In Wuhan, China. *Lancet* [Internet]. 2020 Feb 15 [Cited 2022 Jul 23];395(10223):497–506. Available From: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31986264/>
2. Wang L, Wang Y, Ye D, Liu Q. Review Of The 2019 Novel Coronavirus (Sars-Cov-2) Based On Current Evidence. *Int J Antimicrob Agents* [Internet]. 2020 Jun 1 [Cited 2022 Jul 23];55(6). Available From: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32201353/>
3. Li H, Burm Sw, Hong Sh, Ghayda Ra, Kronbichler A, Smith L, Et Al. A Comprehensive Review Of Coronavirus Disease 2019: Epidemiology, Transmission, Risk Factors, And International Responses. *Yonsei Med J* [Internet]. 2021 Jan 1 [Cited 2022 Jul 23];62(1):1–11. Available From: <https://yonsei.pure.elsevier.com/en/publications/a-comprehensive-review-of-coronavirus-disease-2019-epidemiology-t>
4. Covid Live - Coronavirus Statistics - Worldometer [Internet]. [Cited 2022 Jul 23]. Available From: <https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries>
5. Pandemi - Wikipedi [Internet]. [Cited 2022 Jul 23]. Available From: <https://tr.wikipedia.org/wiki/Pandemi>
6. Parıldar H. Infectious Disease Outbreaks In History. *The Journal Of Tepecik Education And Research Hospital*. 2020;
7. Cascella M, Rajnik M, Cuomo A, Dulebohn Sc, Di Napoli R. Features, Evaluation, And Treatment Of Coronavirus (Covid-19). *Statpearls* [Internet]. 2022 May 4 [Cited 2022 Jul 23]; Available From: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/nbk554776/>
8. Zhong Ns, Zheng Bj, Li Ym, Poon Llm, Xie Zh, Chan Kh, Et Al. Epidemiology And Cause Of Severe Acute Respiratory Syndrome (Sars) In Guangdong, People's Republic Of China, In February, 2003. *Lancet* [Internet]. 2003 Oct 25 [Cited 2022 Jul 23];362(9393):1353–8. Available From: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14585636/>
9. De Wit E, Van Doremalen N, Falzarano D, Munster Vj. Sars And Mers: Recent Insights Into Emerging Coronaviruses. *Nat Rev Microbiol* [Internet]. 2016 Aug 1 [Cited 2022 Jul 23];14(8):523–34. Available From: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27344959/>
10. Moh Zaki A, Van Boheemen S, Bestebroer Tm, Osterhaus Adme, Fouchier Ram. Isolation Of A Novel Coronavirus From A Man With Pneumonia In Saudi Arabia. *Nejm.Org N Engl J Med*. 2012;367:1814–34.
11. Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (Mers-Cov) [Internet]. [Cited 2022 Jul 23]. Available From: [https://www.who.int/health-topics/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-mers#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-mers#tab=tab_1)
12. Salata C, Calistri A, Parolin C, Palù G. Coronaviruses: A Paradigm Of New Emerging Zoonotic Diseases. *Pathog Dis* [Internet]. 2019 Feb 18 [Cited 2022 Jul 23];77(9). Available From: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32065221/>
13. Bilgiler G, Tani Ve, Danişma B, Çalışması K. Covid-19 (Sars-Cov-2 Enfeksiyonu).

14. Liu Y, Gayle Aa, Wilder-Smith A, Rocklöv J. The Reproductive Number Of Covid-19 Is Higher Compared To Sars Coronavirus. *J Travel Med* [Internet]. 2020 Mar 1 [Cited 2022 Jul 23];27(2). Available From: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32052846/>
15. Li L Quan, Huang T, Wang Y Qing, Wang Z Ping, Liang Y, Huang T Bi, Et Al. Covid-19 Patients' Clinical Characteristics, Discharge Rate, And Fatality Rate Of Meta-Analysis. *J Med Virol* [Internet]. 2020 Jun 1 [Cited 2022 Jul 23];92(6):577–83. Available From: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32162702/>
16. Chan Jfw, Kok Kh, Zhu Z, Chu H, To Kkw, Yuan S, Et Al. Genomic Characterization Of The 2019 Novel Human-Pathogenic Coronavirus Isolated From A Patient With Atypical Pneumonia After Visiting Wuhan. *Emerg Microbes Infect* [Internet]. 2020 Jan 1 [Cited 2022 Jul 23];9(1):221–36. Available From: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31987001/>
17. Kim D, Lee Jy, Yang Js, Kim Jw, Kim Vn, Chang H. The Architecture Of Sars-Cov-2 Transcriptome. *Cell* [Internet]. 2020 May 14 [Cited 2022 Jul 23];181(4):914-921.E10. Available From: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32330414/>
18. Weiss Sr, Leibowitz JI. Coronavirus Pathogenesis. *Advances In Virus Research*. 2011 Jan 1;81:85–164.
19. Covid-19 Etkeninin Özellikleri | Article | Türkiye Klinikleri [Internet]. [Cited 2022 Jul 23]. Available From: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-covid-19-etkeninin-ozellikleri-89013.html>
20. De Haan Cam, De Wit M, Kuo L, Montalto-Morrison C, Haagmans BI, Weiss Sr, Et Al. The Glycosylation Status Of The Murine Hepatitis Coronavirus M Protein Affects The Interferogenic Capacity Of The Virus In Vitro And Its Ability To Replicate In The Liver But Not The Brain. *Virology* [Internet]. 2003 Aug 1 [Cited 2022 Jul 23];312(2):395–406. Available From: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12919744/>
21. Ruch Tr, Machamer Ce. The Coronavirus E Protein: Assembly And Beyond. *Viruses* [Internet]. 2012 Mar [Cited 2022 Jul 23];4(3):363–82. Available From: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22590676/>
22. Peng Y, Du N, Lei Y, Dorje S, Qi J, Luo T, Et Al. Structures Of The Sars-Cov-2 Nucleocapsid And Their Perspectives For Drug Design. *Embo J* [Internet]. 2020 Oct 15 [Cited 2022 Jul 23];39(20). Available From: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32914439/>
23. Who Director-General's Remarks At The Media Briefing On 2019-Ncov On 11 February 2020 [Internet]. [Cited 2022 Jul 24]. Available From: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020>
24. Andersen Kg, Rambaut A, Ian Lipkin W, Holmes Ec, Garry Rf. The Proximal Origin Of Sars-Cov-2. Available From: <https://doi.org/10.1038/S41591-020-0820-9>
25. Li X, Zai J, Zhao Q, Nie Q, Li Y, Foley Bt, Et Al. Evolutionary History, Potential Intermediate Animal Host, And Cross-Species Analyses Of Sars-

- Cov-2. *J Med Virol* [Internet]. 2020 Jun 1 [Cited 2022 Jul 24];92(6):602–11. Available From: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32104911/>
26. Cregeen Sjj, Ajami Nj, Petrosino Jf. Evidence Of Recombination In Coronaviruses Implicating Pangolin Origins Of Ncov-2019. Available From: <https://doi.org/10.1101/2020.02.07.939207>
  27. Covid-19 Rehberi [Internet]. [Cited 2022 Jul 24]. Available From: <https://covid19.saglik.gov.tr/tr-66301/covid-19-rehberi.html>
  28. Guan W Jie, Ni Z Yi, Hu Y, Liang W Hua, Ou C Quan, He J Xing, Et Al. Clinical Characteristics Of Coronavirus Disease 2019 In China. *New England Journal Of Medicine* [Internet]. 2020 Apr 30 [Cited 2022 Jul 24];382(18):1708–20. Available From: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/nejmoa2002032>
  29. Elshafeey F, Magdi R, Hindi N, Elshebiny M, Farrag N, Mahdy S, Et Al. A Systematic Scoping Review Of Covid-19 During Pregnancy And Childbirth. *International Journal Of Gynecology & Obstetrics* [Internet]. 2020 Jul 1 [Cited 2022 Jul 24];150(1):47–52. Available From: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.13182>
  30. Covid-19: Epidemiology, Virology, And Prevention - Uptodate [Internet]. [Cited 2022 Jul 24]. Available From: <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-epidemiology-virology-and-prevention>
  31. Healthcare Workers: Information On Covid-19 | Cdc [Internet]. [Cited 2022 Jul 24]. Available From: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/>
  32. Zhou M, Zhang X, Qu J. Coronavirus Disease 2019 (Covid-19): A Clinical Update. *Frontiers Of Medicine* 2020 14:2 [Internet]. 2020 Apr 2 [Cited 2022 Jul 24];14(2):126–35. Available From: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11684-020-0767-8>
  33. Fang Q, Zhou J, Sheng J, Liang T, Li L, Xu K, Et Al. Translation: Management Of Coronavirus Disease 2019 (Covid-19): Experience In Zhejiang Province, China. *Journal Of Zhejiang University (Medical Sciences)*. 2020;49(2).
  34. Zhu J, Zhong Z, Ji P, Li H, Li B, Pang J, Et Al. Clinicopathological Characteristics Of 8697 Patients With Covid-19 In China: A Meta-Analysis. *Family Medicine And Community Health* [Internet]. 2020 May 5 [Cited 2022 Jul 28];8(2):406. Available From: [/pmc/articles/pmc7229787/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32615866/)
  35. Huang I, Pranata R, Lim Ma, Oehadian A, Alisjahbana B. C-Reactive Protein, Procalcitonin, D-Dimer, And Ferritin In Severe Coronavirus Disease-2019: A Meta-Analysis. *Ther Adv Respir Dis* [Internet]. 2020 [Cited 2022 Jul 28];14. Available From: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32615866/>
  36. Lippi G, Plebani M, Henry Bm. Thrombocytopenia Is Associated With Severe Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) Infections: A Meta-Analysis. *Clin Chim Acta* [Internet]. 2020 Jul 1 [Cited 2022 Jul 28];506:145–8. Available From: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32178975/>
  37. Huang I, Pranata R. Lymphopenia In Severe Coronavirus Disease-2019 (Covid-19): Systematic Review And Meta-Analysis. *Journal Of Intensive Care* [Internet]. 2020 May 24 [Cited 2022 Jul 28];8(1):1–10. Available From: <https://jintensivecare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40560-020-00453-4>

38. Ye W, Chen G, Li X, Lan X, Ji C, Hou M, Et Al. Dynamic Changes Of D-Dimer And Neutrophil-Lymphocyte Count Ratio As Prognostic Biomarkers İn Covid-19. *Respiratory Research* [Internet]. 2020 Jul 3 [Cited 2022 Jul 28];21(1):1–7. Available From: <https://Respiratory-Research.Biomedcentral.Com/Articles/10.1186/S12931-020-01428-7>
39. Hassan Sa, Sheikh Fn, Jamal S, Ezeh Jk, Akhtar A. Coronavirus (Covid-19): A Review Of Clinical Features, Diagnosis, And Treatment. *Cureus* [Internet]. 2020 Mar 21 [Cited 2022 Jul 28];12(3). Available From: </Pmc/Articles/Pmc7170025/>
40. Petrilli Cm, Jones Sa, Yang J, Rajagopalan H, O'donnell L, Chernyak Y, Et Al. Factors Associated With Hospital Admission And Critical İllness Among 5279 People With Coronavirus Disease 2019 İn New York City: Prospective Cohort Study. *The Bmj* [Internet]. 2020 May 22 [Cited 2022 Jul 28];369. Available From: </Pmc/Articles/Pmc7243801/>
41. Genel Bilgiler, Epidemiyoloji Ve Tanı [Internet]. [Cited 2022 Jul 28]. Available From: <https://Covid19.Saglik.Gov.Tr/Tr-66337/Genel-Bilgiler-Epidemiyoloji-Ve-Tani.Html>
42. Patel A, Jernigan Db, 2019- Ncov Cdc Response Team. Initial Public Health Response And İnterim Clinical Guidance For The 2019 Novel Coronavirus Outbreak - United States, December 31, 2019-February 4, 2020. *Am J Transplant* [Internet]. 2020 Mar 1 [Cited 2022 Jul 28];20(3):889–95. Available From: <http://Www.Ncbi.Nlm.Nih.Gov/Pubmed/32745377>
43. Laboratory Testing For 2019 Novel Coronavirus (2019-Ncov) İn Suspected Human Cases [Internet]. [Cited 2022 Jul 28]. Available From: <https://Www.Who.Int/Publications/I/Item/10665-331501>
44. Wiersinga Wj, Rhodes A, Cheng Ac, Peacock Sj, Prescott Hc. Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, And Treatment Of Coronavirus Disease 2019 (Covid-19): A Review. *Jama* [Internet]. 2020 Aug 25 [Cited 2022 Jul 28];324(8):782–93. Available From: <https://Pubmed.Ncbi.Nlm.Nih.Gov/32648899/>
45. Pascarella G, Strumia A, Piliğo C, Bruno F, Del Buono R, Costa F, Et Al. Covid-19 Diagnosis And Management: A Comprehensive Review. *J Intern Med* [Internet]. 2020 Aug 1 [Cited 2022 Jul 28];288(2):192–206. Available From: <https://Pubmed.Ncbi.Nlm.Nih.Gov/32348588/>
46. Ai T, Yang Z, Hou H, Zhan C, Chen C, Lv W, Et Al. Correlation Of Chest Ct And Rt-Pcr Testing İn Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) İn China: A Report Of 1014 Cases. *Radiology* [Internet]. 2020 Aug 1 [Cited 2022 Jul 28];296(2):E32–40. Available From: </Pmc/Articles/Pmc7233399/>
47. Interim Guidelines For Covid-19 Antibody Testing | Cdc [Internet]. [Cited 2022 Jul 28]. Available From: [https://Www.Cdc.Gov/Coronavirus/2019-Ncov/Lab/Resources/Antibody-Tests-Guidelines.Html?Deliveryname=Uscdc\\_2067-Dm29085](https://Www.Cdc.Gov/Coronavirus/2019-Ncov/Lab/Resources/Antibody-Tests-Guidelines.Html?Deliveryname=Uscdc_2067-Dm29085)
48. Bilgiler G, Tani Ve, Danişma B, Çalışması K. Covid-19 (Sars-Cov-2 Enfeksiyonu).
49. Danişma B, Çalışması K. Erişkin Hasta Tedavisi.
50. *Journal Of Health Sciences » Submission » Uyku Ve Uykunun Düzenlenmesi* [Internet]. [Cited 2022 Jul 24]. Available From: <https://Dergipark.Org.Tr/En/Pub/Eujhs/İssue/44556/552742>

51. Watson Nf, Badr Ms, Belenky G, Bliwise Dl, Buxton Om, Buysse D, Et Al. Joint Consensus Statement Of The American Academy Of Sleep Medicine And Sleep Research Society On The Recommended Amount Of Sleep For A Healthy Adult: Methodology And Discussion. *Journal Of Clinical Sleep Medicine* [Internet]. 2015 [Cited 2022 Jul 24];11(8):931–52. Available From: <https://jcsm.aasm.org/doi/10.5664/jcsm.4950>
52. Kalinchuk A V., Mccarley Rw, Stenberg D, Porkka-Heiskanen T, Basheer R. The Role Of Cholinergic Basal Forebrain Neurons In Adenosine-Mediated Homeostatic Control Of Sleep: Lessons From 192 Igg-Saporin Lesions. *Neuroscience* [Internet]. 2008 Nov 11 [Cited 2022 Jul 24];157(1):238. Available From: </pmc/articles/pmc3678094/>
53. Krystal Ad, Edinger Jd. Measuring Sleep Quality. *Sleep Medicine*. 2008 Sep 1;9(Suppl. 1):S10–7.
54. Brown Re, Basheer R, Mckenna Jt, Strecker Re, Mccarley Rw. Control Of Sleep And Wakefulness. *Physiol Rev* [Internet]. 2012 Jul 1 [Cited 2022 Jul 24];92(3):1087. Available From: </pmc/articles/pmc3621793/>
55. Gupta R, Pandi-Perumal Sr. Covid-Somnia: How The Pandemic Affects Sleep/Wake Regulation And How To Deal With It? *Sleep And Vigilance* 2020 4:2 [Internet]. 2020 Dec 3 [Cited 2022 Jul 24];4(2):51–3. Available From: <https://link.springer.com/article/10.1007/s41782-020-00118-0>
56. World Report On Ageing And Health. 2015 [Cited 2022 Jul 24]; Available From: [www.who.int](http://www.who.int)
57. Kushalnagar P, Topolski Td, Schick B, Edwards Tc, Skalicky Am, Patrick Dl. Mode Of Communication, Perceived Level Of Understanding, And Perceived Quality Of Life In Youth Who Are Deaf Or Hard Of Hearing. *J Deaf Stud Deaf Educ* [Internet]. 2011 Oct 1 [Cited 2022 Jul 24];16(4):512–23. Available From: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21536686/>
58. Evaluating The Quality Of Care For Severe Pregnancy Complications: The Who Near-Miss Approach For Maternal Health [Internet]. [Cited 2022 Aug 11]. Available From: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44692>
59. Tavernor L, Barron E, Rodgers J, Mcconachie H. Finding Out What Matters: Validity Of Quality Of Life Measurement In Young People With Asd. *Child: Care, Health And Development* [Internet]. 2013 Jul 1 [Cited 2022 Jul 24];39(4):592–601. Available From: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2214.2012.01377.x>
60. Özelçi F. Covid-19 Tanılı Hastalarda Solunum Fonksiyon, Depresyon Ve Yaşam Kalitesindeki Değişimin Araştırılması. 2021.
61. Arab-Zozani M, Hashemi F, Safari H, Yousefi M, Ameri H. Health-Related Quality Of Life And Its Associated Factors In Covid-19 Patients. *Osong Public Health And Research Perspectives* [Internet]. 2020 Oct 1 [Cited 2022 Aug 8];11(5):296. Available From: </pmc/articles/pmc7577388/>
62. Ulusal Tez Merkezi | Anasayfa [Internet]. [Cited 2022 Aug 5]. Available From: <https://tez.yok.gov.tr/Ulusaltezmerkezi/Tezsorgusonucyeni.jsp>
63. Ceylan Doğru M. Fazla Kilolu Veya Obez Olan Astım Tanılı Hastalarda Astım Kontrolü Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. 2021.
64. Poudel An, Zhu S, Cooper N, Roderick P, Alwan N, Tarrant C, Et Al. Impact Of Covid-19 On Health-Related Quality Of Life Of Patients: A Structured

- Review. Plos One [Internet]. 2021 Oct 1 [Cited 2022 Aug 15];16(10). Available From: /Pmc/Articles/Pmc8553121/
65. Nguyen Hc, Nguyen Mh, Do Bn, Tran Cq, Nguyen Ttp, Pham Km, Et Al. People With Suspected Covid-19 Symptoms Were More Likely Depressed And Had Lower Health-Related Quality Of Life: The Potential Benefit Of Health Literacy. Journal Of Clinical Medicine [Internet]. 2020 Apr 1 [Cited 2022 Aug 10];9(4):965. Available From: /Pmc/Articles/Pmc7231234/
  66. Mehta Jr, Ratnani Ij, Dave Jd, Panchal Bn, Patel Ak, Vala Au. Association Of Psychiatric Co-Morbidities And Quality Of Life With Severity Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. East Asian Arch Psychiatry [Internet]. 2014 Dec 1 [Cited 2022 Aug 15];24(4):148–55. Available From: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25482834/>
  67. Pappa S, Barmparessou Z, Athanasiou N, Sakka E, Eleftheriou K, Patrinos S, Et Al. Depression, Insomnia And Post-Traumatic Stress Disorder In Covid-19 Survivors: Role Of Gender And Impact On Quality Of Life. J Pers Med [Internet]. 2022 Mar 1 [Cited 2022 Aug 6];12(3). Available From: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35330485/>
  68. Jahrami H, Bahammam As, Algahtani H, Ebrahim A, Faris Mai, Aleid K, Et Al. The Examination Of Sleep Quality For Frontline Healthcare Workers During The Outbreak Of Covid-19. Sleep & Breathing = Schlaf & Atmung [Internet]. 2021 Mar 1 [Cited 2022 Aug 8];25(1):503. Available From: /Pmc/Articles/Pmc7319604/
  69. Üniversitesi S, Sağlık H, Sakarya D/, Karaköse M, Çakmak Mahallesi F, Caddesi Y, Et Al. Araştırma / Research Covid-19 Pozitif Tanısıyla Yatan Hastaların Uyku Kalitesinin İncelenmesi. University Journal Of Holistic Health [Internet]. [Cited 2022 Aug 10];5(1):19–28. Available From: <https://orcid.org/0000-0002-9889-3622>
  70. El Sayed S, Gomaa S, Shokry D, Kabil A, Eissa A. Sleep In Post-Covid-19 Recovery Period And Its İmpact On Different Domains Of Quality Of Life. The Egyptian Journal Of Neurology, Psychiatry And Neurosurgery [Internet]. 2021 Dec 1 [Cited 2022 Aug 6];57(1):172. Available From: /Pmc/Articles/Pmc8669420/
  71. Gökdoğan Şahin M. Erişkinde Uyku Kalitesi Ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. 2019.
  72. Ünal D. Sigara Maruziyetinin Uyku Kalitesi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. 2021.
  73. Büyükluoğlu S. Koah'lı Hastalarda Uyku Hijyeni Ve Uyku Kalitesinin Yaşam Kalitesi Ve Hastalık Parametreleri İle İlişkisi. 2020.
  74. Demiral Y, Ergor G, Unal B, Semin S, Akvardar Y, Kivircik B, Et Al. Normative Data And Discriminative Properties Of Short Form 36 (Sf-36) In Turkish Urban Population. BMC Public Health [Internet]. 2006 Oct 9 [Cited 2022 Aug 9];6. Available From: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17029646/>