



T.C.

BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

BESLENME VE DİYETETİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**COVID-19 SALGININDA HASTANELERDE ÇALIŞAN SAĞLIK
PERSONELİNİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ İLE BESLENME VE
UYKU ALIŞKANLIKLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Ezgi ERTAL

DANIŞMAN

Prof. Dr. Fatma ÇELİK

Nisan, 2021



T.C.

BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

BESLENME VE DİYETETİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**COVID-19 SALGININDA HASTANELERDE ÇALIŞAN SAĞLIK
PERSONELİNİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ İLE BESLENME VE
UYKU ALIŞKANLIKLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Ezgi ERTAL

DANIŞMAN

Prof. Dr. Fatma ÇELİK

Nisan, 2021

Anabilim Dalı : BESLENME VE DİYETETİK
Program : BESLENME VE DİYETETİK
Öğrencinin;
Adı ve Soyadı : EZGİ ERTAL
Öğrenci No : 180807010
Danışman : PROF. DR. FATMA ÇELİK

Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalında Ezgi ERTAL tarafından hazırlanan "COVID-19 Salgınında Hastanelerde Çalışan Sağlık Personelinin Tükenmişlik Düzeyi ile Beslenme ve Uyku Alışkanlıkları Arasındaki İlişki" adlı tez çalışması jüri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 27 / 04 / 2021

Jüri Üyesinin Unvanı, Adı, Soyadı	Çalıştığı Kurum	İmza
Prof. Dr. Fatma ÇELİK	Biruni Üniversitesi	
Prof. Dr. Nurcan YABANCI AYHAN	Ankara Üniversitesi	
Doç. Dr. Meltem SOYLU	Biruni Üniversitesi	

Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddelerine göre Enstitü tarafından onaylanmıştır.

Prof. Dr. Leman ŞENTURAN
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tezin bana ait olduğunu, tüm aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, içinde yer alan bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, kullanmış olduğum bütün bilgilere kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin yürütülmesi ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.



Ezgi ERTAL

TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans öğrenimimin her aşamasında deneyim ve bilgisiyle bana yol gösteren, kişisel ve bilimsel anlamda kendisinden çok şey öğrendiğim, akademik çalışmalarımın gerçekleşmesinde beni yönlendiren ve her zaman destek olan çok kıymetli hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Fatma ÇELİK'e,

Araştırmamın başından sonuna kadar ilgisini ve desteğini esirgemeyen çok değerli hocam Sayın Doç. Dr. Meltem SOYLU'ya,

Hayatım boyunca her zaman yanımda olan, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen ve emekleri ile bu günlere gelmemi sağlayan sevgili aileme,

Her zaman destekleri ve ilgileri ile yanımda olan sevgili dostlarıma ve çalışma arkadaşlarıma

Sonsuz teşekkür ederim...

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	
BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	vii
TABLO LİSTESİ	viii
TÜRKÇE ÖZET VE ANAHTAR KELİMELER.....	ix
İNGİLİZCE ÖZET VE ANAHTAR KELİMELER.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Koronavirüs	4
2.1.1. Klinik belirtileri.....	4
2.1.2. Risk grupları.....	5
2.2. Tükenmişlik	7
2.2.1. Tükenmişliğin tanımı.....	7
2.2.2. Maslach'ın tükenmişlik tanımı	7
2.2.3. Tükenmişlik sendromunu etkileyen faktörler.....	8
2.2.4. Sağlık çalışanlarında tükenmişlik sendromunun etkileri	9
2.2.4.1. Beslenme alışkanlıkları üzerine etkisi	10
2.2.4.2. Uyku üzerine etkisi.....	12
2.2.4.3. Fiziksel aktivite üzerine etkisi.....	13
3. GEREÇ YÖNTEM	14
3.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi	14
3.2. Veri Toplama Araçları.....	15
3.2.2. Serbest zaman egzersiz anketi	16
3.2.3. Maslach tükenmişlik ölçeği	16
3.2.4. Uykusuzluk şiddeti indeksi	17
3.2.5. Besin tüketim sıklığı formları.....	18
3.3. Verilerin Değerlendirilmesi	18
4. BULGULAR.....	19
5. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER	64
5.1. Tartışma	64
5.2. Sonuç.....	74

5.3. Öneriler	76
6. KAYNAKLAR	78
7. EKLER.....	87
Ek-1: Etik Onay	87
Ek-2: Gönüllü Onam Formu	88
Ek-3: Veri Toplama Formu	89
Ek-4: Serbest Zaman Egzersiz Anketi.....	93
Ek-5: Maslach Tükenmişlik Ölçeği.....	94
Ek-6: Uykusuzluk Şiddeti İndeksi	95
Ek-7: Pandemi Öncesine Yönelik Besin Tüketim Sıklığı.....	96
Ek-8: Pandemi Sürecine Yönelik Besin Tüketim Sıklığı	97
8. ÖZGEÇMİŞ.....	98
9. İNTİHAL RAPORU	99

SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ

BKİ: Beden Kütle İndeksi/ Body Mass Index

CDC: Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi/ Centers for Disease Control and Prevention

COVID-19: Koronavirüs Hastalığı 2019/ Coronavirus Disease 2019

DKB: Düşük Kişisel Başarı/ Low Personal Accomplishment

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü/ World Health Organization

DT: Duygusal Tükenmişlik/ Emotional Exhaustion

DY: Duyarsızlaşma/ Depersonalization

ICD-11: Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması-11/ International Classification of Diseases-11

MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği/ Maslach Burnout Inventory

MERS: Ortadoğu Solunum Sendromu/ Middle East Respiratory Syndrome

SARS: Şiddetli Akut Solunum Sendromu/ Severe Acute Respiratory Syndrome

TABLO LİSTESİ

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 3.1.	Dünya Sağlık Örgütü'nün BKİ Sınıflaması	15
Tablo 4.1	Katılımcıların Demografik Özelliklerinin ve Çalışma Koşullarının İncelenmesi	19
Tablo 4.2.	Katılımcıların Yaşam Tarzı ve Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi	22
Tablo 4.3.	Katılımcıların Antropometrik Ölçümlerinin İncelenmesi	25
Tablo 4.4.	Katılımcıların Tükenmişlik Durumlarının MTÖ Alt Ölçeklerine Göre Değerlendirilmesi	26
Tablo 4.5.	Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması	27
Tablo 4.6.	Pandemide Değişen Beslenme Durumu Gruplarında Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarının Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi	31
Tablo 4.7.	Tükenmişlik Riski Gruplarına Göre Pandemi Sürecinde Beslenme Durumu Değişiminin Karşılaştırılması	35
Tablo 4.8.	Katılımcıların Antropometrik Ölçümleri, Çalışma Koşulları, Yaşam Tarzı Alışkanlıkları ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki	36
Tablo 4.9.	Tükenmişlik Riski Gruplarına Göre Uykusuzluk Şiddetinin Karşılaştırılması	40
Tablo 4.10.	Katılımcıların Serbest Zaman Egzersiz Anketi Puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Alt Boyutlarına Ait Puanlar Arasındaki İlişki	41
Tablo 4.11.	Tükenmişlik Riski Gruplarına Göre Serbest Zaman Egzersiz Anketinin Karşılaştırılması	42
Tablo 4.12.	Pandemi Öncesi ve Pandemi Sürecindeki Besin Tüketim Sıklığının Karşılaştırılması	43
Tablo 4.13.	Duygusal Tükenmişlik Gruplarına Göre Besin Tüketim Sıklıklarının Pandemi Öncesi ve Pandemi Sürecindeki Dağılımının İncelenmesi ve Grup İçi Karşılaştırılması	45
Tablo 4.14.	Duyarsızlaşma Gruplarına Göre Besin Tüketim Sıklıklarının Pandemi Öncesi ve Pandemi Sürecindeki Dağılımının İncelenmesi ve Grup İçi Karşılaştırılması	52
Tablo 4.15.	Düşük Kişisel Başarı Gruplarına Göre Besin Tüketim Sıklıklarının Pandemi Öncesi ve Pandemi Sürecindeki Dağılımının İncelenmesi ve Grup İçi Karşılaştırılması	58

TÜRKÇE ÖZET VE ANAHTAR KELİMELELER

Ertal, E. (2021). COVID-19 Salgınında Hastanelerde Çalışan Sağlık Personelinin Tükenmişlik Düzeyi ile Beslenme ve Uyku Alışkanlıkları Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Sağlık çalışanlarının tükenmişlik açısından riskli olduğu ve pandemilerin tükenmişlik sıklığını arttırabileceği düşünülmektedir. Sağlıksız beslenme, yetersiz fiziksel aktivite, uykusuzluk gibi faktörlerin tükenmişliği artırması olasıdır. Bu araştırma, ülkemizde COVID-19 pandemisi halen sürerken, hastanelerde çalışan sağlık personellerinin tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi ve tükenmişlik düzeyinin beslenme ve uyku alışkanlıkları üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi amacıyla yürütülmüştür. Haziran-Eylül 2020 tarihleri arasında yapılan bu araştırmaya 246 sağlık çalışanı dahil edilmiştir. Veriler, “Google Formlar” platformu aracılığıyla online anket yöntemiyle toplanmıştır. Verilerin toplanmasında beş bölümden oluşan veri toplama formu kullanılmıştır. Birinci bölüm, sosyodemografik özellikleri, yaşam tarzı alışkanlıklarını ve çalışma koşullarını, diğer bölümler sırasıyla serbest zaman egzersiz anketi, Maslach tükenmişlik ölçeği, uykusuzluk şiddeti indeksi ve pandemi öncesi ve sürecine ait iki ayrı besin tüketim sıklığı formlarını içermektedir. Verilerin analizinde SPSS-15.0 programı kullanılmıştır. Araştırmada, katılımcıların %61,4’ünün yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığı görülmüştür. Mesleğin, pandemi kliniğinde çalışmanın, nöbet tutmanın, hasta sayısının, sigara ve alkol kullanımının, pandemide beslenme ve fiziksel aktivitedeki değişikliklerin, serbest zamandaki egzersiz aktifliğinin, uykusuzluk şiddetinin, ana öğün sayısı ve su tüketiminin tükenmişlik üzerine etki gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Tükenmişlik düzeyinin artmasıyla uykusuzluk şiddetinin de arttığı saptanmıştır ($p<0,01$). Yüksek düzeyde tükenmişlik yaşayan bireylerin, pandemide sebze yemekleri, taze sebzeler, balık ve kurubaklagil tüketim sıklıklarının azaldığı bulunmuştur ($p<0,05$). Orta düzeyde tükenmişlik yaşayanların süt, yumurta tüketim sıklıklarının arttığı, beyaz ekmek tüketim sıklığının azaldığı saptanmıştır. Düşük düzeyde tükenmişlik yaşayanların süt tüketim sıklığının arttığı, beyaz ekmek tüketim sıklığının azaldığı saptanmıştır ($p<0,05$). Tükenmişliğin azaltılmasında çalışma koşullarının iyileştirilmesi, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite ve uyku düzeni anahtar role sahiptir. Sağlık çalışanlarında tükenmişliğin önlenmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve güvenliği için de oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Beslenme, COVID-19, Sağlık Çalışanları, Tükenmişlik, Uyku

İNGİLİZCE ÖZET VE ANAHTAR KELİMELER

Ertal, E. (2021). The Relationship Between the Burnout Level and Nutrition and Sleeping Habits of Healthcare Professionals Working in Hospitals During the COVID-19 Outbreak. Master Thesis, Biruni University Graduate Education Institute, Istanbul.

It is thought that healthcare workers are at risk in burnout and pandemics can increase the frequency of burnout. Factors such as unhealthy diet, inadequate physical activity and insomnia are likely to increase burnout. This study aims to determine the burnout level of healthcare professionals working in hospitals while the COVID-19 pandemic in Turkey and evaluation of the effects of burnout on nutrition and sleep habits. This research was conducted between June and September 2020, including 246 healthcare workers. All data were collected in Google Forms by online survey method. A data collection form consisting of five parts was used to collect the data. The first section includes sociodemographic characteristics, lifestyle habits and working conditions, the other sections include leisure exercise questionnaire, Maslach burnout inventory, insomnia severity index, and two separate food consumption frequency forms for pre-pandemic and pandemic periods, respectively. SPSS-15.0 program was used in the analysis of data. In the study, 61.4% of the participants had a high burnout risk. It has been shown that the profession, working experience in the pandemic clinic, working in shifts, the number of patients given care, smoking and alcohol consumption, changes in nutrition and physical activity during the pandemic, exercise activity in leisure time, insomnia severity, number of mean meals and water consumption have a significant effect on the burnout ($p<0.05$). As the burnout increases, the severity of insomnia also increases ($p<0.01$). It was found that the consumption frequency of vegetables, fresh vegetables, fish and legumes decreased during the pandemic period in individuals with a high risk of burnout ($p<0.05$). It has been determined that individuals with moderate burnout have increased their milk and egg consumption frequencies and decreased their white bread consumption frequency during the pandemic period. It was found that individuals with low levels of burnout increased their milk and white bread consumption frequencies decreased during the pandemic period ($p<0.05$). Improving working conditions, healthy eating, physical activity and sleep patterns play a key role in reducing burnout. Prevention of burnout in healthcare workers is also very important for the quality and safety of healthcare services.

Key Words: Burnout, COVID-19, Health Care Workers, Nutrition, Sleep

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Koronavirüs hastalığı (COVID-19) ilk olarak Aralık 2019'da Çin'in Wuhan şehrinde tespit edilmiştir (World Health Organization, 2020). Mevcut koronavirüs salgını, son yılların halk sağlığı alanındaki en büyük tehdidi oluşturmakta ve 1918-1919 yılından beri en ölümcül pandemi olarak görülmektedir. nCoV-19 gibi yeni virüsler ile ortaya çıkan pandemiler, bilimsel ve tıbbi belirsizlik nedeniyle klinikleri, halk sağlığı kurumlarını ve devletleri zor bir duruma düşürmektedir. Tedavideki belirsizlik nedeniyle, halk sağlığı politikaları genellikle bulgulara yönelik, deneysel tedaviler ve non-farmakolojik tedavilere yönelmiştir (WHO, 2020; Williams et al., 2020).

Mevcut kanıtlar, koronavirüsün insanlar arasında yakın temasla ve damlacıklar yoluyla bulaştığını bildirmektedir. Bu nedenle yüksek risk taşıyan kişiler, COVID-19 tanılı hastayla temasta olan ve/veya COVID-19 hastasıyla ilgilenen kişilerdir. Bu durum, sağlık çalışanlarının kaçınılmaz olarak yüksek enfeksiyon riskine maruz kalmalarına neden olur (WHO, 2020). Sağlık kuruluşlarında görev yapan tüm sağlık çalışanları salgınların stresine en yüksek düzeyde maruz kaldıkları gibi, psikolojik sonuçlarıyla da uzun süre boyunca baş etmeye çalışırlar. Bununla birlikte, kısa sürede yapılan birçok çalışmada salgında görevli sağlık çalışanı olmanın, travmatik olmasa bile biyopsikososyal açılardan yüksek düzeyde stres oluşturduğu belirtilmektedir (Tuncay ve ark., 2020). Daha önce, 2003 yılında ortaya çıkan SARS salgını sırasında gözlenen psikolojik sekeller bu duruma önemli bir örnek olarak gösterilebilir. SARS salgını üzerine yapılan çalışmalar sağlık çalışanlarının akut stres reaksiyonları yaşadıklarını ortaya koymuştur (Ministry of Health, Singapore, 2004). Benzer şekilde, koronavirüs pandemisinde Singapur ve Hindistan'da çalışan sağlık personelleri ile yapılan bir araştırmada, sağlık çalışanlarının bu süreçte depresyon, anksiyete, stres ve post-travmatik stres bozukluğu gibi psikolojik problemler yaşadığı bildirilmiştir. Bununla birlikte, bireylerde ağrı, yorgunluk ve uyku problemleri gibi fiziksel semptomlar da yaygın şekilde görülmüştür (Chew et al., 2020).

Sağlık çalışanları, iş yükünün fazla olması, stres ve yorgunluk gibi etkenler sebebiyle tükenmişliğin en sık görüldüğü gruplar arasında yer almaktadır (Han et al., 2020). Tükenmişlik; depresyon, tıbbi hata riski ve hasta güvenliği üzerinde olumsuz

etkiler oluşturabilen durumları da kapsamaktadır (Dimitriu et al., 2020). Tükenmişlik yaşayan sağlık çalışanları fiziksel veya duygusal etkiler nedeniyle işten uzaklaşabilmekte ve bu durum sağlık hizmetlerinin erişimi, kalitesi ve güvenliğinde olumsuz etkilere yol açabilmektedir. Bu nedenle sağlık alışanlarında tükenmişlik, bir halk sağlığı krizi ve aynı zamanda sağlık çalışanının refahının ve sağlık sistemi performansının kalite eksikliğinin bir göstergesi olarak tanımlanmaktadır (Babbott et al., 2014; Olson, 2017). Pandemilerin, özellikle sağlık alışanlarında tükenmişlik sendromu görülme sıklığının artışına yol açtığı tahmin edilmektedir (Dimitriu et al., 2020). Tükenmişlik, anksiyete ve stres gibi olumsuz faktörlerin sağlıksız bir yaşam tarzını tetiklediği bilinmektedir (Muscogiuri et al., 2020). Sağlıksız beslenme, yetersiz fiziksel aktivite, uykusuzluk, sigara ve alkol kullanımı gibi olumsuz yaşam tarzı alışkanlıklarının, bireyin yaşam kalitesini düşürmesi, çalışma ortamını etkilemesi ve dolayısıyla mesleki stresi ve tükenmişlik sendromunu artırması da olasıdır (Zanelli, 2009). Sağlık personelleri için, iyi uyku kalitesi yalnızca daha iyi çalışmalarına yardımcı olmakla kalmaz, aynı zamanda enfeksiyonu önlemek için bağışıklık fonksiyonunu korumaya da yardımcı olur (Han et al., 2020). Santral sinir sistemi aracılı doğal psikofizyolojik bir süreç olan uyku, immün hücre dağılımını ve inflamatuvar sitokinlerin üretimini etkileyen fizyolojik sistemleri değiştirerek immün sistemde aktif bir rol oynamaktadır. Uyku problemlerinde, immün sistemi düzenleyen efektör sistemlerin değişmesiyle inflamatuvar yanıtlarda anormal artışlar görülmektedir (Irwin, 2019). Özellikle vardiya usulü çalışan bireylerde uykusuzluk probleminin bağışıklık yanıtı üzerindeki olumsuz etkisi viral enfeksiyonlar için de riskin artmasıyla ilişkilidir (Almeida and Malheiro, 2016). Çin’de COVID-19 hastalarına bakım veren sağlık çalışanları ile yapılan ve sosyal desteğin uykusuzluk üzerine etkisini inceleyen gözlemsel bir çalışmada, artan sosyal destek ve öz-yeterliğin uyku kalitesini artırdığı, korkuyu azalttığı ve stresli yaşam algısını dengelediği görülmüştür (Han et al., 2020).

Psikolojik problemler, duygusal açlığı tetikleyerek bireylerin iyi hissetmek için daha fazla yemesine yol açabilmektedir. Duygusal ve psikolojik problemler yaşayan bireylerin ruh hallerini düzeltebilmek için sıklıkla karbonhidrat içeriği yüksek besinlere yöneldiği yapılan çalışmalarda bildirilmiştir. Karbonhidrat içeriği yüksek besinlerin, serotonin üretimini teşvik edebildiği ve bu sayede ruh hali üzerinde olumlu etki oluşturabileceği belirtilmektedir. Karbonhidratların bu etkisi, besinlerin glisemik indeksi ile orantılıdır (Muscogiuri et al., 2020). Uzun süreli stres sırasında, vücutta açlık hissini artıran kortizol hormonu salgılanır (Abbas and Kamel, 2020). Artan stres

düzeyi ile birlikte sağlıklı beslenme alışkanlıklarının mevcut olması, obezite ve obezite ile ilişkili kalp hastalığı, diyabet ve akciğer hastalığı gibi problemlerin riskini artırabilmektedir. Bu sağlık sorunları, COVID-19'a ilişkin daha ağır komplikasyonların görülme olasılığını artırmaktadır (Wu et al., 2020). Pandemiye bağlı yaşanan stres ve psikolojik problemler; stresi daha da kötüleştiren, yiyecek alımını artıran ve bu şekilde bir kısır döngüye yol açan uyku bozuklukları ile sonuçlanabilir (Muscogiuri et al., 2020). Bireyler artan stresle başa çıkmak için, alkol, tütün kullanımı, çevrimiçi oyun vb. bağımlılık yapma potansiyeli olan davranışlara yönelerek farklı olumsuz başa çıkma yöntemlerine de başvurabilmektedir. Kanada istatistiklerinde, pandemi sırasında 15-49 yaş arası nüfusun %20'sinin alkol tüketiminin arttığı bildirilmiştir (United Nations, 2020).

Küresel olarak COVID-19 salgını ile ilişkili temel non-farmakolojik yaklaşımlar, kişisel hijyen tavsiyeleri, sosyal mesafe ve sosyal izolasyondur. Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC), COVID-19 hastalık yayılımının azaltılmasındaki en etkili yolun, başkalarıyla yüz yüze teması sınırlamak olduğunu belirtmektedir (Centers for Disease Control and Prevention, 2020). Bununla birlikte, karantina sürecinde sağlıklı kalmak için, dengeli bir diyet ile birlikte yeterli sıvı alımı, fiziksel olarak aktif olmak, yeterli uyumak ve stresi yönetmek gibi genel sağlık tavsiyeleri önerilmektedir. Sağlıklı beslenme alışkanlıkları, vücudun bağışıklık sistemini korumak için pandemi sürecinde her zamankinden daha kritiktir (Bansal et al., 2020; Abbas and Kamel, 2020).

Hastanelerde görev yapan sağlık çalışanları yoğun çalışma koşulları, yüksek enfeksiyon riski ve buna bağlı olarak depresyon, anksiyete, tükenmişlik gibi çeşitli psikolojik problemler ile uyku problemleri açısından riskli görülmektedir. Ülkemiz, verilen sağlık hizmeti yönünden birçok ülkeye nazaran pandemi ile mücadeleye daha iyi bir durumda başlamıştır. Bu nedenle, bu çalışmada ülkemizde COVID-19 pandemisi halen sürerken, hastanelerde çalışan sağlık personellerinin tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi ve tükenmişlik düzeyinin bireylerin beslenme ve uyku alışkanlıkları üzerine olan etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Koronavirüs

Koronavirüs, *Coronaviridae* familyasına ve *Orthocoronavirinae* alt-ailesinde yer alan, tek zincirli pozitif polariteli RNA virüsleridir. Alfa, beta, gama ve delta olmak üzere dört alt türü mevcuttur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020). Koronavirüs, öncelikli olarak solunum sistemini hedef alan patojenlerden biridir. Geçmiş yıllardaki halk sağlığı için büyük bir tehdit olarak düşünülen koronavirüs salgınları, şiddetli akut solunum yolu sendromu (SARS)-CoV ve Ortadoğu solunum sendromu (MERS)-CoV'dur (Rothan and Byrareddy, 2020).

Koronavirüs hastalığı, ilk olarak Aralık 2019'da Çin'in Wuhan şehrinde, etiyolojisi bilinmeyen pnömoni vakalarının görülmesi ile ortaya çıkmıştır (WHO, 2020). Mevcut koronavirüs salgını, son yıllarda halk sağlığı alanındaki en büyük tehdidi oluşturmakta ve 1918-1919 yılından beri en ölümcül pandemi olarak görülmektedir (Williams et al., 2020). Hızla yayılan koronavirüs, Çin'in her bölgesinde salgınla sonuçlanmış ve ardından diğer ülkelerde de vaka sayılarında artışa yol açmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2020 yılı şubat ayında "2019-koronavirüs hastalığı" anlamına gelen COVID-19 hastalığını belirlemiştir (Caliendo and Hanson, 2020).

2.1.1. Klinik belirtileri

Koronavirüsün insanlarda yol açtığı hastalıklar basit soğuk algınlığından ağır akut solunum sendromuna kadar farklılık gösterebilmektedir. Koronavirüs, çeşitli derecelerde respiratuvar, enterik, nefrotik, hepatik ve nörolojik tutulumlarla seyreden klinik tablolara yol açabilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020). Çin'de yapılan COVID-19 tanılı 41 hastanın klinik özelliklerinin incelendiği bir çalışmada, hastaların %73'ünün erkek olduğu, %32'sinde en az bir komorbiditenin mevcut olduğu görülmüştür. Hastalık başlangıcındaki en yaygın semptomların ateş (%98), öksürük (%76) ve miyalji (%44) olduğu; komplikasyonlar arasında ise akut respiratuar distres sendromu (%29), RNAemi (%15), akut kalp hasarı (%12) ve sekonder enfeksiyonun

(%10) yer aldığı görülmüştür. Bununla birlikte, tüm hastaların akciğer tomografi bulgularının anormal olduğu saptanmıştır (Huang et al., 2020). Çin'de 30 farklı il ve bölgedeki 552 hastaneden COVID-19 tanılı 1099 hasta ile yapılan başka bir çalışmada, hastaların %58'inin erkek olduğu, en sık görülen semptomların ateş (kabulde %43,8; yatışta %88,7) ve öksürük (%67,8) olduğu görülmüştür. Hastalarda nadiren diyare (%3,8) olduğu belirlenmiştir. Hastaların %56,4'ünün akciğer tomografisinde buzlu cam görünümü olduğu saptanmıştır (Guan et al., 2020). Yine Çin'de COVID-19 tanılı 2073 hastada karaciğer fonksiyonlarına ilişkin yapılan retrospektif bir araştırmada, yatış esnasında hastaların yaklaşık %62'sinde anormal karaciğer bulguları saptanmıştır. Çalışma sonucunda, hastaneye yatış esnasındaki anormal AST ve direkt bilirubin değerlerinin COVID-19'a bağlı ölümlerin bağımsız bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (Ding et al., 2020).

2.1.2. Risk grupları

COVID-19 pandemisinde toplumun tümü duyarlıdır. Ancak sağlık çalışanları virüs ile karşılaşma açısından en riskli meslek grubu olarak kabul edilmektedir. Bunun yanı sıra, ileri yaştaki bireyler, komorbiditesi olanlar, erkekler, mevsimlik tarım işçileri ile rehabilitasyon ve bakım merkezleri, kışlalar, okullar, ceza evleri ve göçmen kamplarında yaşayan bireyler koronavirüs hastalığı açısından riskli olarak görülmektedir. DSÖ'nün Çin Halk Cumhuriyeti'ne ait COVID-19 raporuna göre, ölüm vakaları çoğunlukla ileri yaşta olan veya eşlik eden sistemik bir hastalığı bulunan bireyler olmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

Çin'in Wuhan kentindeki bir hastanede yapılan araştırmada, servise kabul edilen COVID-19 tanılı kritik hastalardan iyileşen ve ölen hastalar karşılaştırıldığında ölen bireylerin ortalama olarak 17 yaş daha büyük olduğu ve hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, kronik akciğer hastalıkları gibi komorbiditelerin daha sık olduğu gösterilmiştir (Chen et al., 2020). Benzer şekilde, COVID-19 tanılı 44.000 bireyden elde edilen veriler ile oluşturulan Çin Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi raporunda, ileri yaş, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kronik solunum hastalıkları, hipertansiyon ve kanserin artan mortalite riski ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Wu and McGoogan, 2020). Sekiz araştırmanın incelendiği bir meta analizde de hastalık şiddeti en fazla olan bireylerin eşlik eden hipertansiyon, solunum hastalığı ve kardiyovasküler

hastalığa sahip olma olasılıklarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Yang et al., 2020).

Yapılan çalışmalar, obezitenin de koronavirüs hastalığının şiddetinin artması ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (Cai et al., 2020; Gao et al., 2020; Wang et al., 2020). Yapılan bir çalışmada, fazla kilolu olan hastaların normal kilolu hastalarla karşılaştırıldığında şiddetli COVID-19 geliştirme oranı 1,84 kat daha yüksek iken; yaş, cinsiyet, epidemiyolojik özellikler, komorbidite varlığı gibi düzeltmeler yapıldığında obez hastaların şiddetli COVID-19 geliştirme oranı 3,4 kat daha yüksek bulunmuştur (Cai et al., 2020). Gao ve ark. (2020) yaptıkları araştırmada, beden kütle indeksi (BKİ) üzerindeki her bir birimlik artışın, şiddetli COVID-19 hastalığı riskinde %12'lik bir artışla ilişkili olduğunu bildirmiştir. Obezite ve BKİ'deki artış ile daha şiddetli COVID-19 hastalığı görülmesi arasındaki ilişki, gerekli düzeltmeler (yaş, cinsiyet, sigara içme durumu, hipertansiyon, diyabet, dislipidemi) yapıldıktan sonra da istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur. Fransa'da yapılan bir çalışmada da fazla vücut ağırlığının ($BKİ \geq 25 \text{ kg/m}^2$) koronavirüs hastalığı şiddeti ile önemli derecede ilişkili olduğu görülmüştür (Pietri et al., 2021).

COVID-19 üzerine obezitenin etkilerini gösteren çalışmaların yanı sıra malnütrisyonun etkilerini inceleyen araştırmalar da mevcuttur (Bedock et al., 2020; Filippo et al., 2020). Yapılan bir araştırmada, yoğun bakım ünitesine alınan koronavirüs hastalarının yaklaşık %67'sinde malnütrisyon olduğu görülmüştür (Bedock et al., 2020). Koronavirüs hastalığında ateş, öksürük, nefes darlığı, kas ağrısı, mental konfüzyon, baş ağrısı, boğaz ağrısı, göğüs ağrısı, pnömoni, diyare, mide bulantısı, kusma, tat ve koku kaybı gibi sık görülen semptomlar beslenme durumunu ve bağışıklık fonksiyonunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Handu, Moloney, Rozga, Cheng, 2020). Özellikle yoğun bakım ünitesinde tedavi gören COVID-19 hastalarının çoğu akut olarak yetersiz beslenmektedir (Jin et al., 2020). Yetersiz beslenen koronavirüs hastalarında, bağışıklığın azalmasına bağlı olarak daha uzun veya daha zor bir iyileşme dönemi görülebilir (Handu et al, 2020). Hem obezite hem de malnütrisyonun koronavirüsün klinik sonuçları üzerine etkili olduğu bildirilmektedir. Sistemik inflamasyon, bozulmuş bağışıklık fonksiyonu, sarkopeni, solunum sistemi hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar, obezite ile ilişkili metabolik hastalıklar gibi önceden var olan komorbiditeler, beslenme durumu ile ilişkili olarak COVID-19'un seyri ve sonuçları üzerine etki etmektedir (Fedele et al., 2020).

2.2. Tükenmişlik

2.2.1. Tükenmişliğin tanımı

Tükenmişlik ilk kez 1974 yılında psikolog Herbert Freudenberger tarafından tanımlanmıştır. Freudenberger makalesinde, stresle ilgili iş tatminsizliğini analiz etmiştir. Tükenmişlik, kapsamlı ve analitik bir tanımlama ile bakıldığında üç unsur aracılığıyla karakterize edilmektedir. Bunlar; duygusal tükenme (aşırı gerilme ve bitkinlik), duyarsızlaşma (olumsuz bir tutum, başkalarıyla kopuk etkileşimler) ve azalmış kişisel başarı hissi (iş sırasında yetersizlik ve birikim eksikliği) olarak belirtilmiştir (Dimitriu et al., 2020). Tükenmişliğin değerlendirilmesi için en sık kullanılan ölçek formu Maslach Tükenmişlik Ölçeği'dir. Tükenmişliği belirlemek için özel olarak tasarlanmış olan 22 maddelik bu ölçek, alanda "altın standart" olarak görülmektedir (Puranitee et al., 2019). Tükenmişlik, 2019 yılında DSÖ tarafından Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması-11'e (International Classification of Diseases, ICD-11) dahil edilmiştir (WHO, 2019).

2.2.2. Maslach'ın tükenmişlik tanımı

Maslach tarafından tanımlandığı şekliyle tükenmişlik, sağlık hizmetlerinde kritik sosyal çevre ile ilişkili olarak yüksek duygusal tükenme, yüksek duyarsızlaşma ve kişisel başarı eksikliği olmak üzere üç temel alt ölçeği içermektedir (Puranitee, et al, 2019).

Duygusal tükenme, mesleki talepler karşısında bunalmış hissetme ve bu taleplerle başa çıkmak için duygusal veya fiziksel kaynaklardan yoksun olma sonucu meydana gelen stres yanıtlarından biridir (Dinibutun, 2020).

Duyarsızlaşma, isteyken diğer insanlara karşı soğuk, kayıtsız, katı ve hatta insanlık dışı tutumları ifade etmektedir. Duyarsızlaşan birey başkalarının taleplerini görmezden gelerek, aşağılayıcı ve kaba davranmaktadır (Dinibutun, 2020; Puranitee et al., 2019).

Kişisel başarı, başarının yetkinliği ve içsel hisleridir. Kişisel başarısızlık ise, bireyin kendisini işinde yetersiz ya da başarısız olarak görmesi olarak kabul edilmektedir. Bu aşamada, kişi bireysel açıdan başarısızlık duygularıyla doludur.

Maslach ve Jackson'a göre bu boyutların her biri diğerinden bağımsızdır ve her an ortaya çıkabilmektedir (Dinibutun, 2020).

Maslach Tükenmişlik Envanteri, 1981'de tanıtılan ve tükenmişliği ölçmek için altın standart olarak kabul edilen bir öz değerlendirme ölçeğidir (Puranitee et al., 2019). Maslach ve Jackson'ın geliştirdiği bu ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenirlik çalışması 1992 yılında Ergin tarafından yapılmıştır (Ergin, 1992). Beşli likert tipteki ölçeğin her bir maddesi 0 ile 4 arasında değişen puanlamaya sahiptir. Bu ölçek, “Duygusal tükenme”, “duyarsızlaşma” ve “kişisel başarı” olmak üzere üç alt boyuttan ve 22 maddeden oluşmaktadır (Turgut ve ark., 2016).

2.2.3. Tükenmişlik sendromunu etkileyen faktörler

Tükenmişlik sendromu, hastalara verilen bakımın kalitesini düşürmesi nedeniyle klinisyenler arasında önemli bir endişe olarak görülmektedir. Çalışmalar, genel popülasyonla karşılaştırıldığında, sağlık çalışanlarının diğer mesleklerden farklı olarak daha yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadıklarını göstermektedir (Shanafelt et al., 2012). Tükenmişliğin, artan hata oranı, intihar düşünceleri, zayıf insan ilişkileri ve alkol tüketimi de dahil olmak üzere madde kullanımı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Iorga et al., 2017).

Tükenmişlik üzerine etki gösteren pek çok faktör bulunmaktadır. Tükenmişliğe etki eden sosyodemografik faktörler arasında yaş, cinsiyet, medeni durum ve çocuk sayısı bulunmaktadır. Bununla birlikte, meslek, çalışma ortamı, maaş, vardiyalı çalışma yükümlülüğü, çalışma saatleri ve haftalık çalışma süresi gibi işle ilgili faktörler de tükenmişlik üzerine etkilidir. Kişilik özellikleri, kişisel bazı faktörler (örneğin, nevrotik bozukluk, aleksitimi-duygu sağlığı), anksiyete, stres veya depresyon gibi psikolojik faktörler de tükenmişliğe yatkınlık ile ilişkilendirilmektedir (Fuente-Solana et al., 2019; Iorga et al., 2017). Yapılan araştırmalar uykusuzluk problemlerinin de tükenmişlik düzeyine etki ettiğini bildirmektedir (Bobko et al., 2019; Iorga et al., 2017). Yapılan bir araştırmada, uykusuzluk sorunu olan bireylerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma açısından daha fazla riskte olduğu ve kişisel başarı düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Iorga et al., 2017). Bunun yanı sıra sağlıksız beslenme, yetersiz fiziksel aktivite gibi olumsuz yaşam tarzı

alışkanlıklarının da bireyin yaşam kalitesini düşürdüğü, çalışma ortamını etkilediği ve mesleki stresi ve tükenmişlik sendromunu artırabildiği bildirilmektedir (Zanelli, 2009). Yapılan bir araştırmada, sağlıklı beslenme ve yaşam tarzı alışkanlıkları ile ilişkili olan Tip 2 diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar gibi kronik hastalıkların gelişmesiyle tükenmişlik arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (Melamed et al., 2006). Yapılan bir başka araştırmada ise koronavirüs sürecinde algılanan psikolojik yük ile fiziksel aktivite düzeyi arasında negatif yönlü ilişki olduğu belirtilmektedir (Brailovskaia et al., 2021).

Pandemilerin, özellikle sağlık çalışanlarında tükenmişlik sendromu görülme sıklığının artışına yol açtığı tahmin edilmektedir (Dimitriu et al., 2020). COVID-19 gibi küresel bir salgında ön safta görev almak oldukça stresli bir durumdur. Fazla mesai ve stresin olumsuz etkileri depresyon ve anksiyete gibi sağlık sorunlarına yol açabilmekte ve bu da iş, aile ve diğer sosyal ilişkileri etkileyebilmektedir (Pollock et al., 2020). Karantina sırasında çalışmama, işten çıkarılma gibi sorunlar nedeniyle yaşanan ekonomik problemler, aile içi iletişim sorunları, artan sigara kullanımı ve aile içi şiddet gibi sosyolojik sorunlar ve depresyon, anksiyete ve tükenmişlik gibi psikolojik problemler koronavirüs hastalığının beraberinde getirdiği olumsuz etkiler arasında yer almaktadır (Badahdah et al., 2020). Pandemi döneminde artan bu psikolojik sorunları önlemek için, salgın sırasında bireylerin stres ve tükenmişlik düzeyi ile ilişkili faktörleri anlamak oldukça önemlidir (Yıldırım ve Solmaz, 2020).

2.2.4. Sağlık çalışanlarında tükenmişlik sendromunun etkileri

Sağlık çalışanlarında tükenmişlik sendromu, başkalarına sağlanan tıbbi bakım sonucunda hissedilen fiziksel ve zihinsel yorgunluk hali olarak tanımlanabilir. Tükenmişlik; depresyon, tıbbi hata riski ve hasta güvenliği üzerinde olumsuz etkiler oluşturabilen durumları da kapsamaktadır (Dimitriu et al., 2020). Tükenmişlik yaşayan sağlık çalışanları fiziksel veya duygusal etkiler nedeniyle işten uzaklaşabilmekte ve bu durum sağlık hizmetlerinin erişimi, kalitesi ve güvenliğinde olumsuz etkilere yol açabilmektedir. Hekimlerde tükenmişliğin büyük çapta tıbbi hatalar ile ilişkili olduğu, hemşirelerde tükenmişliğin yüksek mortalite oranları ve hastane enfeksiyonunun yayılması ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Esquivel, 2020). Bu nedenle sağlık çalışanlarında tükenmişlik, bir halk sağlığı krizi ve aynı zamanda sağlık çalışanının

refahının ve sağlık sistemi performansının kalite eksikliğinin bir göstergesi olarak tanımlanmaktadır (Babbott et al., 2014; Olson, 2017).

COVID-19 gibi küresel bir salgın sırasında sağlık çalışanı veya sosyal bakım uzmanı olarak n safta çalışmak oldukça stresli bir durumdur. Fazla mesai ve stresin olumsuz etkileri depresyon ve anksiyete gibi sağlık sorunlarına yol açabilir ve bu da iş, aile ve diğer sosyal ilişkileri etkileyebilir (Pollock et al., 2020). HIV, Ebola ve SARS gibi önemli bulaşıcı hastalık salgınlarının izinden giden COVID-19; stres, korku, azalmış kontrol duygusu ve belirsizliğin yanı sıra, önemli sağlık risklerini de içeren yaşam değişikliklerini meydana getirmiştir. Bu durum, özellikle sağlık çalışanlarını ruhsal problemler açısından risk altına sokmaktadır. 2003 yılında SARS salgını sırasında sağlık alışanlarında uzun vadeli stres ile birlikte olumsuz psikolojik reaksiyonlar bildirilmiştir (Wald, 2020). Yapılan bir araştırmada, üç yıllık bir takipte sağlık çalışanlarının %23'ünde orta veya daha şiddetli depresif semptomlar bildirilmiştir (Liu et al., 2012). Sürekli artan vaka sayıları, yoğun iş yükü, kişisel korunma ekipmanlarının tükenmesi, belirli ilaçların eksikliği, yetersiz desteklenme duyguları gibi faktörler sağlık çalışanlarının yaşadığı zihinsel ve psikolojik yükü daha da artırmaktadır (Lai et al., 2020). Yapılan araştırmalar, sağlık çalışanlarının olumsuz psikolojik durumlar açısından riskli olduğunu ve bu durumun çalışma koşullarının yanı sıra uykusuzluk, fiziksel aktivitenin azalması ve sağlıksız beslenme alışkanlıkları ile ilişkili olduğunu bildirmektedir (Merces et al., 2020; Clevenger, 2021; Torrente et al., 2021; Sahebi et al., 2021).

2.2.4.1. Beslenme alışkanlıkları üzerine etkisi

Pandemi sürecinde depresyon, anksiyete ve tükenmişlik düzeyleri artan sağlık çalışanlarının yaşam tarzı alışkanlıkları da olumsuz yönde etkilenebilmektedir (Muscogiuri et al., 2020). Sağlıksız beslenme, uykusuzluk ve yetersiz fiziksel aktivitenin bireylerin yaşam kalitesini azaltması ve tükenmişliği arttırması olasıdır (Zanelli, 2009). Beslenme ve diğer yaşam tarzı alışkanlıkları tükenmişlikle ilişkili olan değiştirilebilir faktörlerdendir. Tükenmişlik gibi kronik bir stresin, bireylerin tükettiği besin miktarını ve çeşidini etkilediği ve hem aşırı hem de yetersiz beslenmeye yatkınlığı arttırabileceği bildirilmektedir (Esquivel, 2020).

Anksiyete, stres ve uykusuzluk gibi olumsuz faktörlerin sağlıksız bir yaşam tarzını tetiklediği bilinmektedir. Uzun süreli stres, vücutta açlık hissini artıran kortizol hormonu salgılanmasını artırmaktadır (Abbas and Kamel, 2020). Bunun yanı sıra çeşitli psikolojik problemler, duygusal açlığı tetikleyerek bireylerin iyi hissetmek için daha fazla yemesine yol açabilmektedir. Pandemiye bağlı yaşanan stres ve psikolojik problemler; stresi daha da kötüleştiren, yiyecek alımını artıran ve bu şekilde bir kısır döngüye yol açan uyku bozuklukları ile de sonuçlanabilir. Duygusal ve psikolojik problemler yaşayan bireylerin çoğunlukla karbonhidrat içeriği yüksek olan besinlere yöneldiği bildirilmektedir (Muscogiuri et al., 2020). Olumsuz psikolojik durumlarda duygusal açlığın etkisiyle bireyler çoğunlukla enerji miktarı yüksek, şekerli, yağlı ve lezzetli besinlere eğilim göstermektedir. Bu besinlerin tüketimi fizyolojik açıdan serotonin ve dopamin üretimini artırarak ruh hali üzerine olumlu etkiler göstermektedir. Bu etki mekanizması, yüksek düzeyde tükenmişlik yaşayan sağlık çalışanlarının olumsuz yönde değişen besin tüketimlerini açıklayan bir neden olarak düşünülebilir (Chui et al., 2020; Al-Musharaf, 2020).

COVID-19 pandemi sürecinde sağlık çalışanları ile yapılan bir araştırmada, pandemi boyunca sağlıksız beslenme davranışları artan bireylerin daha yüksek oranda mental sağlık sorunları yaşadığı bildirilmiştir (Clevenger, 2021). Bununla birlikte yapılan bir başka araştırmada da yoğun mesai saatlerinin öğün atlama ve sağlıksız besin seçimi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Devine et al., 2009). Lin et al. (2019), anormal öğün saatleri olan ve dışarda yemek yeme sıklığı fazla olan sağlık çalışanlarının tükenmişlik açısından daha riskli olduğunu bildirmiştir. Hemşireler ile yapılan bir araştırmada, sağlıksız beslenen ve dış görünümünden memnun olmayan bireylerin daha yüksek oranda tükenmişlik sendromu riski yaşadığı bildirilmiştir (Merces et al., 2020). Yapılan araştırmalar, sağlıksız beslenmenin ve özellikle de yüksek düzeyde fast-food tüketiminin sağlık çalışanlarında tükenmişliği arttırdığını bildirmektedir (Moustou et al., 2010; Alexandrova-Karamanova et al., 2016). Ayrıca, diş hekimlerinde yapılan bir çalışmada yüksek düzeyde tükenmişlik yaşayan bireylerin daha fazla alkol tükettiği ve daha sağlıksız beslendiği bildirilmiştir (Gorter et al., 2000). Yapılan bir başka araştırmada da yüksek düzeyde duygusal tükenmişlik yaşayan sağlık çalışanlarının daha fazla oranda sigara ve alkol kullandığı bildirilmiştir (Fabio et al., 2019). Bilindiği üzere sağlıksız beslenme alışkanlıkları, obezite ve obezite ile ilişkili kalp hastalığı, diyabet ve akciğer hastalığı gibi problemlerin riskini

artırabilmektedir. Yapılan araştırmalarda bu sağlık sorunlarının, COVID-19'a ilişkin daha ağır komplikasyonların görülme olasılığını arttırdığı görülmektedir (Wu et al., 2020; Bedock et al., 2020; Gao et al., 2020). Sağlıklı beslenme alışkanlıklarının sürdürülmesi, pandemi sürecinde bağışıklık sistemini korumak ve tükenmişlik gibi olumsuz psikolojik durumların azaltılması için de oldukça kıymetlidir (Bansal et al., 2020; Abbas and Kamel, 2020).

2.2.4.2. Uyku üzerine etkisi

Sağlık çalışanlarının uykusuzluk problemi açısından riskli olduğu bilinmektedir (Lai et al., 2020). Doğal psiko-fizyolojik bir süreç olan uyku, immün hücre dağılımını ve inflamatuvar sitokinlerin üretimini etkileyen fizyolojik sistemleri değiştirerek immün sistemde etkin bir rol oynamaktadır. Uyku problemlerinde, immün sistemi düzenleyen efektör sistemlerin değişmesiyle inflamatuvar yanıtlarda anormal artışlar görülmektedir (Irwin, 2019). Özellikle nöbet tutarak görev yapan sağlık çalışanlarındaki uykusuzluk problemleri bağışıklık sistemini olumsuz yönde etkileyerek viral enfeksiyonlar için de riski artırmaktadır (Almeida and Malheiro, 2016). Yakın zamanlı bir araştırmada, COVID-19 hastalarına bakım veren sağlık çalışanlarının büyük bir kısmının uykusuzluk ve psikolojik stres semptomları yaşadığı bildirilmiştir. (Lai et al., 2020). Ülkemizde hemşireler ile yapılan bir araştırmada sürekli gece çalışanların, sürekli gündüz çalışanlara veya ara sıra gece vardiyasında çalışanlara göre daha yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığı bildirilmiştir (Demir ve ark., 2003). Benzer şekilde Mısır'da yapılan bir araştırmada da gece vardiyasının tükenmişliğin üç alt boyutunda da artışla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Anwar and Elareed, 2017). Güçlü ve ark. (2021), 1011 sağlık çalışanı ile yaptıkları araştırmada uykusuzluk şiddeti arttıkça her üç tükenmişlik alt ölçeğinde de tükenmişlik düzeyinin arttığını bulmuştur. Bununla birlikte günde altı saatten az uyuyan bireylerde duygusal tükenmişliğin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Aydın Guclu ve ark., 2021). Ülkemizde yapılan bir başka araştırmada da pandemi sürecinde görev yapan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin artmasıyla uyku kalitesinin azaldığı saptanmıştır (Aydın Sayılan ve ark., 2020). COVID-19 pandemi sürecinde ön safta çalışan sağlık personellerinde yapılan bir çalışmada, tükenmişlik ile uykusuzluk arasında önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Secosan et al., 2020). İyi uyku kalitesi

sağlık çalışanlarının daha iyi çalışmalarına yardımcı olmasının yanı sıra bağışıklık fonksiyonunu da destekleyeceği için oldukça kıymetlidir (Han et al., 2020).

2.2.4.3. Fiziksel aktivite üzerine etkisi

Fiziksel aktivite; stres düzeyinin azalması, sosyal etkileşimi uyarması ve psikolojik denge üzerindeki etkileri nedeniyle tükenmişlik sendromu için koruyucu bir faktör olarak etki göstermektedir (Masters et al., 2003). Yapılan araştırmalar, yüksek tükenmişlik riskine sahip olan sağlık çalışanlarının beslenme ve fiziksel aktivite açısından sağlıklı bir yaşam tarzına sahip olduğunu bildirmektedir (Peterson et al., 2008; Gorter et al., 2000). Yapılan bir araştırmada, koronavirüs sürecinde algılanan psikolojik yük ile fiziksel aktivite düzeyi arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Brailovskaia et al., 2021). Merces et al. (2020), hemşirelerde yapmış olduğu araştırmada, düzenli fiziksel aktivitesi olmayan bireylerin daha yüksek oranda tükenmişlik sendromu riskine sahip olduğunu bildirmiştir. Yapılan iki araştırmada da düzenli egzersiz yapmayan sağlık çalışanlarının düzenli egzersiz yapanlara kıyasla tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Lin et al., 2019; Alexandrova-Karamanova et al., 2016). Bununla birlikte, Çin'de yapılan yarı deneysel bir klinik çalışmada, fiziksel egzersiz programının daha iyi bir işyeri sağlığı davranışı oluşturduğu ve tükenmişlik sendromunu hafiflettiği bildirilmiştir (Tsai et al., 2013). Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi, COVID-19 sürecinde karantina dönemleri boyunca sağlığı sürdürebilmek için, dengeli bir diyet ve yeterli uyku ile birlikte fiziksel açıdan aktif olmayı önermektedir (Centers for Disease Control and Prevention, 2020).

3. GEREÇ YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Tanımlayıcı türdeki bu araştırma, etik kurul onayını takiben Haziran-Eylül 2020 tarihleri arasında, internet üzerinden sağlık çalışanlarının yoğun olarak yer aldığı sosyal medya platformları aracılığıyla ulaşılan, COVID-19 pandemi sürecinde hastanelerde görev yapan sağlık personelleri ile yürütülmüştür.

Çalışmanın evreni Türkiye’de bulunan sağlık personelleri olarak belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı 2018 Sağlık İstatistikleri Yıllığı’na göre Türkiye’de toplam 1.016.401 sağlık personeli bulunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019). “Basit Rastgele Örneklem” yöntemi ile hesaplandığında %95 güven aralığında örneklem hacmi 246 kişi olarak belirlenmiştir. Literatürde yer alan bazı araştırmalar da benzer örneklem sayısı bildirilmiştir (Yıldırım ve ark., 2020; Culha ve ark., 2020; Güngör ve Uçman, 2020; Ünver ve Yeniğün, 2021). Çalışmaya başlamadan önce Sağlık Bakanlığı Bilimsel Araştırma Platformu onayı ve Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 19.06.2020 tarih ve 2020/41-02 sayılı etik kurul onayı alınmıştır (Ek-1).

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (0,05 için 1,96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örneklem hatası

3.2. Veri Toplama Araçları

Tüm veriler, “Google Formlar” platformu aracılığıyla online anket yöntemiyle toplanmıştır. Araştırmaya dahil edilen tüm bireylerin gönüllü onamları alınmıştır (Ek-2). Verilerin toplanmasında beş bölümden oluşan veri toplama formu kullanılmıştır. Veri toplama formunun birinci bölümünde, katılımcıların sosyodemografik özellikleri, çalışma koşulları, antropometrik ölçümleri, genel sağlık ve beslenme alışkanlıklarına dair sorular yer almaktadır. Ayrıca, bu bölümde katılımcılardan pandemi öncesine göre pandemi sürecindeki fiziksel aktivite ve beslenme durumlarındaki değişiklikleri nasıl değerlendirdiklerini üç seçenekte sınıflandırmaları istenmiştir (Ek-3).

Veri toplama formunun diğer bölümlerinde ise sırasıyla, serbest zaman egzersiz anketi (Ek-4), Maslach tükenmişlik ölçeği (Ek-5), uykusuzluk şiddeti indeksi (Ek-6) ve pandemi öncesi ve sürecine ait iki ayrı besin tüketim sıklığı formu (Ek-7 ve Ek-8) yer almaktadır.

Antropometrik ölçüm olarak katılımcılara vücut ağırlığı, boy uzunluğu, bel çevresi (opsiyonel) ve kalça çevresi (opsiyonel) bilgileri sorulmuştur. Katılımcıların beyanına dayalı olarak elde edilen antropometrik bilgiler dikkate alınarak aşağıda yer alan antropometrik hesaplamalar yapılmıştır:

Beden Kütle İndeksi (BKİ) (kg/m^2): Vücut ağırlığı (kg) / (boy uzunluğu (m))² formülü kullanılarak hesaplanmaktadır. BKİ değerleri, Tablo 3.1’de yer alan DSÖ’nün yetişkinler için belirlediği sınıflamaya göre değerlendirilmiştir.

Tablo 3.1. Dünya Sağlık Örgütü’nün BKİ Sınıflaması (WHO, 1997)

Sınıflandırma	BKİ (kg/m^2)
Zayıf	< 18.5
Normal	18.5-24.9
Hafif Şişman	25.0-29.9
Obez (I. Derece)	30.0-34.9
Obez (II. Derece)	35.0-39.9
Obez (III. Derece)	≥ 40.0

Bel/Kalça Oranı: Bel çevresi (cm)’nin kalça çevresi (cm)’ne oranlanması ile hesaplanmaktadır. DSÖ’ye (2011) göre bel/kalça oranının kadınlarda 0.85’in, erkeklerde ise 0.90’ın altında olması önerilmektedir.

Bel/Boy Oranı: Bel çevresi (cm)’nin boy uzunluğu (cm)’na oranlanması ile hesaplanmaktadır.

3.2.2. Serbest zaman egzersiz anketi

Serbest zaman egzersiz anketi, araştırmaya katılan bireylerin serbest zaman içerisinde egzersiz aktifliğini ölçmek amacıyla kullanılmıştır (Ek-4). Bu anket formu, 1985 yılında Godin ve Shephard tarafından geliştirilmiş ve ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2014 yılında Yerlisu-Lapa ve Yağar tarafından gerçekleştirilmiştir. Anket formunda, son yedi gün içinde serbest zamanda yapılan en az 15 dk. fiziksel aktivite ile ilgili sorular bulunmakta olup, anket sonucunda son yedi günde egzersiz şiddetine göre kaç kez katılım sağlandığının belirlenmesi hedeflenmektedir. Ankette egzersiz şiddeti; “hafif şiddette fiziksel aktiviteler”, “orta şiddette fiziksel aktiviteler” ve “zorlayıcı şiddette fiziksel aktiviteler” olmak üzere üç bölümde değerlendirilmektedir. Toplam puanın hesaplanmasında; hafif şiddetteki aktiviteler 3 ile, orta şiddetteki aktiviteler 5 ile ve zorlayıcı şiddetteki aktiviteler 9 ile çarpılmaktadır. Çarpılarak hesaplanan bu değerler toplanır ve genel olarak serbest zaman içerisinde bireyin aktifliğini değerlendirir. Anketten alınan toplam puanın 24 ve üzerinde olması “Aktif”, 14-23 arasında olması “Orta düzeyde aktif” ve 14’ten az olması ise “Yeteri kadar aktif değil” şeklinde sınıflandırılmaktadır (Yerlisu-Lapa, 2014).

3.2.3. Maslach tükenmişlik ölçeği

Bu ölçek, araştırmaya katılan bireylerin tükenmişlik düzeyini belirlemek amacıyla kullanılmıştır (Ek-5). Maslach ve Jackson (1981) tarafından geliştirilen bu ölçek tükenmişlik düzeyini belirlemek amacıyla kullanılan, beşli likert tipte bir ölçektir. Ölçeğe ait her bir madde 0 ile 4 arasında değişen puanlamaya sahiptir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1992 yılında Ergin tarafından yapılmıştır. Bu ölçek, “Duygusal tükenme”, “duyarsızlaşma” ve “kişisel başarı” olmak üzere üç alt boyuttan ve 22 maddeden oluşan bir ölçektir (Ergin, 1992).

Ölçekten alınan toplam puan, duygusal tükenme boyutunda 0-36 arasında, duyarsızlaşma boyutunda 0-20 arasında ve kişisel başarı boyutunda 0-32 puan arasında hesaplanmaktadır. Duygusal tükenme boyutu için; 0-11 puan aralığı “düşük düzeyde risk”, 12-17 puan aralığı “orta düzeyde risk”, 18 puan ve üzeri ise “yüksek düzeyde risk” olarak tanımlanmaktadır. Duyarsızlaşma alt boyutunda; 0-5 puan aralığı “düşük düzeyde risk”, 6-9 puan aralığı “orta düzeyde risk” ve 10 puan ve üstü “yüksek

düzeyde risk” olarak tanımlanmaktadır. Kişisel başarı alt boyutunda ise; 0-21 puan aralığı “düşük düzeyde risk”, 22-25 puan aralığı “orta düzeyde risk” ve 26 puan ve üzeri “yüksek düzeyde risk” olarak değerlendirilmektedir (Ergin, 1992; Maslach, 1981).

Kişisel başarı alt boyutunda yer alan 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 ve 21 numaralı sorular ölçekte bulunan ters sorulardır ve analiz edilirken tersten puanlanmaktadır. Duygusal Tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerindeki yüksek puan tükenmişliğin yüksekliğini yansıtmaktadır (Ergin, 1992). Bu araştırmada kişisel başarı alt ölçeğine ait sorular ters çevrilerek analiz edilmiştir. Bu nedenle, kişisel başarı alt ölçeği “Düşük Kişisel Başarı” olarak değerlendirilmiş ve bu boyutta da puan arttıkça tükenmişliğin arttığı kabul edilmiştir.

3.2.4. Uykusuzluk şiddeti indeksi

Uykusuzluk Şiddeti İndeksi, çalışmaya katılan bireylerin uykusuzluk şiddeti derecesini belirleyebilmek amacıyla kullanılmıştır (Ek-6). Bu ölçek toplum taramalarında ve uykusuzluğun klinik değerlendirilmesinde kullanılabilir. Beşli Likert tipinde olan bu ölçek toplamda yedi maddeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan her madde 0 ile 4 aralığında puanlanmakta olup ölçekten alınan toplam puan 0-28 aralığında değişmektedir. Ölçekte yer alan yedi maddenin değerlendirdiği özellikler sırasıyla, uykuya geçişte güçlükler, uykuyu sürdürme zorlukları, çok erken uyanma, uyku paterninden alınan doyum, günlük işlevsellikte ortaya çıkan bozulmalar, uyku kaynaklı bozulmaların fark edilebilirliği ve uyku sorununun neden olduğu stres düzeyidir. Ölçekten alınan toplam puanın 0-7 arasında olması “önemsiz düzeyde uykusuzluk”, 8-14 arasında olması “klinik olarak alt eşikte uykusuzluk”, 15-21 arasında olması “orta şiddette uykusuzluk” ve 22-28 arasında olması “şiddetli düzeyde uykusuzluk” olarak nitelendirilmektedir. Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Boysan ve ark. tarafından 2010 yılında yapılmıştır (Boysan ve ark., 2010).

3.2.5. Besin tüketim sıklığı formları

Katılımcıların besin tüketim sıklığının değerlendirilmesi amacıyla, süt ve süt ürünleri, et/yumurta/kurubaklagil, tahıl ve meyve/sebzeden oluşan besin grupları ile ilgili literatüre göre hazırlanan sorulardan oluşan besin tüketim sıklığı formları kullanılmıştır (Chui et al., 2020; Cecil et al., 2014). Besin tüketim sıklıkları “Her gün”, “Haftada 4-6 kere”, “Haftada 1-3 kere”, “15 günde 1 kere”, “Ayda 1 kere”, “Hiç” seçeneklerine göre değerlendirilmiştir. Besin tüketim sıklığı, pandemi öncesi (Ek-7) ve pandemi sürecindeki dönemler (Ek-8) için iki ayrı form ile değerlendirilmiştir.

3.3. Verilerin Değerlendirilmesi

Tanımlayıcı istatistikler, frekans (n), yüzde (%), ortalama $\pm$ standart sapma ($\bar{x} \pm SS$), en küçük değer (min), en büyük değer (max), ortanca (M) değerleri olarak verilmiştir. Sayısal verilerin dağılımında normallik testi olarak Kolmogorov Simirnov testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren sayısal veriler için parametrik testler, normal dağılım göstermeyen veriler için ise non-parametrik yöntemler uygulanmıştır. Sayısal verili değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için normallik durumuna göre Pearson veya Spearman korelasyon analizleri uygulanmıştır. Normal dağılım göstermeyen iki sayısal verili değişkenlerde grupların karşılaştırılması için “Mann Whitney U” testi, ikiden fazla sayısal verili değişkenlerde ise “Kruskal Wallis” testi kullanılmıştır. İstatistiksel açıdan önemli bir farklılık bulunduğunda çoklu karşılaştırma testi olarak “Tek Yönlü Varyans Analizi” kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson Ki-kare testi ve Fisher Exact testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ olduğunda farklılık istatistiksel açıdan önemli olarak kabul edilmiştir. Çoklu karşılaştırmalarda Tip-I hatanın kontrol edilebilmesi için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Tüm verilerin analizi SPSS 15.0 istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu araştırma, 179 kadın (%72,8) ve 67 erkek (%27,2) olmak üzere toplamda 246 birey ile tamamlanmıştır. Bu bölümde, araştırmaya dahil edilen katılımcıların veri toplama formu ve ölçekler yoluyla toplanan verilerinin analizi ile elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklamalar yapılmıştır.

Tablo 4.1: Katılımcıların Demografik Özelliklerinin ve Çalışma Koşullarının İncelenmesi

		Kadın (n=179)		Erkek (n=67)		Toplam (n=246)		Test Değer/p
		n	%	n	%	n	%	
Yaş	18-29 yaş	132	73,7	37	55,2	169	68,7	$\chi^2=11,84$ $p=0,003$
	30-39 yaş	36	20,1	17	25,4	53	21,5	
	≥40 yaş	11	6,1	13	19,4	24	9,8	
$\bar{x} \pm SS$ (yıl)		27,74±5,781		32,46±9,468		29,02±7,271		Z=-3,871 $p<0,001$
Yaşanılan Bireyler	Yalnız	32	17,9	9	13,4	41	16,7	$\chi^2=1,523$ $p=0,677$
	Aile ile	121	67,6	47	70,1	168	68,3	
	Arkadaşlar ile	15	8,4	8	11,9	23	9,3	
	Yurt, otel vb.	11	6,1	3	4,5	14	5,7	
Kronik Hastalık	Var	33	18,4	15	22,4	48	19,5	$\chi^2=0,485$ $p=0,486$
	Yok	146	81,6	52	77,6	198	80,5	
Öğrenim Durumu	Lisansüstü	53	29,6	35	52,2	88	35,8	$\chi^2=14,22$ $p=0,003$
	Lisans	89	49,7	23	34,3	112	45,5	
	Ön lisans	19	10,6	8	11,9	27	11,0	
	Lise	18	10,1	1	1,5	19	7,7	
Meslek	Hekim	31	17,3	32	47,8	63	25,6	$\chi^2=41,37$ $p<0,001$
	Diş Hekimi	10	5,6	8	11,9	18	7,3	
	Diyetisyen	25	14,0	4	6,0	29	11,8	
	Hemşire/ Ebe	87	48,6	11	16,4	98	39,8	
	Fizyoterapist	7	3,9	2	3,0	9	3,7	
	Sağlık teknikeri	7	3,9	8	11,9	15	6,1	
	Diğer	12	6,7	2	3,0	14	5,7	
Görev Yapılan Hastane	Devlet Hastanesi	63	35,2	19	28,4	82	33,3	$\chi^2=1,285$ $p=0,750$
	Özel Hastane	79	44,1	34	50,7	113	45,9	
	Üniversite Hast.	33	18,4	13	19,4	46	18,7	
	Aile Sağlığı Mer.	4	2,2	1	1,5	5	2,0	
Pandemi Kliniğinde Çalışma	Evet	130	72,6	43	64,2	173	70,3	$\chi^2=1,667$ $p=0,197$
	Hayır	49	27,4	24	35,8	73	29,7	
Nöbet Tutma	Evet	117	65,4	39	58,2	156	63,4	$\chi^2=1,076$ $p=0,300$
	Hayır	62	34,6	28	41,8	90	36,6	

χ^2 : Kikare Analizi, Z: Mann Whitney U Testi

Tablo 4.1’de katılımcıların demografik özellikleri ve çalışma koşullarına ilişkin veriler bulunmaktadır.

Kadınların %73,7’si 18-29 yaş arasında, %20,1’i 30-39 yaş arasında ve %6,1’i 40 yaş ve üzerindedir. Erkeklerin %55,2’si 18-29 yaş arasında, %25,4’ü 30-39 yaş arasında ve %19,4’ü 40 yaş ve üzerindedir. Toplamda katılımcıların çoğunluğunu (%68,7) 18-29 yaş arasındaki bireyler oluşturmaktadır. Bununla birlikte, katılımcıların yaş ortalamaları kadınlarda $27,74 \pm 5,781$ yıl, erkeklerde $32,46 \pm 9,468$ yıl ve genel yaş ortalaması $29,02 \pm 7,271$ yıldır. Cinsiyete göre yaş ortalamaları ve yaş gruplarının dağılımı arasındaki farklılık istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur. Yaş grupları arasındaki farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla Bonferroni düzeltmeli post hoc testi yapılmıştır. Buna göre, 18-29 yaş ve ≥ 40 yaş gruplarında cinsiyete göre önemli farklılık olduğu görülmüştür ($p < 0,01$).

Bireylerin %68,8’i ailesi ile, %16,7’si yalnız, %9,3’ü arkadaşları ile, %5,7’si ise yurt, otel vb. konaklama yerinde yaşamaktadır. Her iki cinsiyette de katılımcıların çoğunluğunu ailesi ile birlikte yaşayan bireyler oluşturmaktadır. Cinsiyete göre birlikte yaşanan bireylerin dağılımında istatistiksel açıdan önemli farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Her iki cinsiyette de katılımcıların çoğunluğu kronik hastalığı olmayan bireylerden oluşmaktadır. Genel olarak katılımcıların %80,5’inin herhangi bir kronik hastalığı bulunmamaktadır. Cinsiyete göre kronik hastalık durumu arasında istatistiksel açıdan önemli farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Katılımcıların %35,8’i lisansüstü, %45,5’i lisans, %11’i ön lisans, %7,7’si lise öğrenim düzeyine sahiptir. Cinsiyete göre öğrenim düzeyi arasında istatistiksel açıdan önemli farklılık bulunmaktadır. Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla Bonferroni düzeltmeli post hoc testi yapılmıştır. Buna göre, erkeklerin kadınlara kıyasla daha yüksek oranda lisansüstü öğrenim düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir ($p < 0,01$).

Katılımcıların %39,8’ini hemşireler, %25,6’sını hekimler, %11,8’ini diyetisyenler, %7,3’ünü diş hekimleri, %6,1’ini sağlık teknikerleri, %3,7’sini fizyoterapistler ve %5,7’sini de diğer mesleklerden (odyolog, psikolog, biyolog, yardımcı sağlık personeli) sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Cinsiyete göre meslek gruplarının dağılımı arasında istatistiksel açıdan önemli farklılık bulunmuştur. Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla Bonferroni düzeltmeli post hoc testi yapılmıştır. Buna göre, hekimlerin ve hemşirelerin dağılımında cinsiyete göre önemli farklılık olduğu görülmüştür ($p < 0,001$).

Katılımcıların %45,9'u özel hastanede, %33,3'ü devlet hastanesinde, %18,7'si üniversite hastanesinde görev yapmaktadır. Bununla birlikte, katılımcıların büyük çoğunluğu (%70,3) pandemi kliniğinde görev almakta ve yarıdan fazlası da nöbet usulü (%63,4) görev yapmaktadır. Cinsiyete göre görev yapılan hastane, pandemi kliniğinde çalışma ve nöbet tutma durumu arasında önemli bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).



Tablo 4.2: Katılımcıların Yaşam Tarzı ve Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi

		Kadın (n=179)		Erkek (n=67)		Toplam (n=246)		Test Değer /p
		n	%	n	%	n	%	
Sigara İçme	Evet	46	25,7	23	34,3	69	28,0	$\chi^2=1,799$
	Hayır	133	74,3	44	65,7	177	72,0	p=0,180
Alkol Tüketme	Evet	60	33,5	29	43,3	89	36,2	$\chi^2=2,013$
	Hayır	119	66,5	38	56,7	157	63,8	p=0,156
Uykuya Dalmak İçin İlaç Kullanma	Evet	33	18,4	11	16,4	44	17,9	$\chi^2=0,135$
	Hayır	146	81,6	56	83,6	202	82,1	p=0,713
Uykusuzluk Şiddeti	Önemsiz düzeyde	50	27,9	31	46,3	81	32,9	$\chi^2=7,515$ p=0,057
	Alt eşikte uykusuzluk	74	41,3	20	29,9	94	38,2	
	Orta şiddetli uykusuzluk	43	24,0	13	19,4	56	22,8	
	Şiddetli uykusuzluk	12	6,7	3	4,5	15	6,1	
Serbest Zaman Egzersiz Durumu	Aktif	30	16,8	7	10,4	37	15,0	$\chi^2=1,559$ p=0,459
	Orta düzeyde aktif	16	8,9	7	10,4	23	9,3	
	Yeteri kadar aktif değil	133	74,3	53	79,1	186	75,6	
Pandemi Sürecinde Fiziksel Aktivite Durumu Değişimi	Artan	44	24,6	6	9,0	50	20,3	$\chi^2=8,086$ p=0,018
	Azalan	91	50,8	38	56,7	129	52,4	
	Değişmeyen	43	24,0	23	34,3	66	26,8	
Beden Kütle İndeksi Sınıflaması	Zayıf	12	6,7	-	-	12	4,9	$\chi^2=29,32$ p<0,001
	Normal	125	69,8	28	41,8	153	62,2	
	Hafif Şişman	29	16,2	30	44,8	59	24,0	
	Obez	13	7,3	9	13,4	22	8,9	
Pandemi Sürecinde Beslenme Durumu Değişimi	Olumlu yönde değişen	39	21,8	8	11,9	47	19,1	$\chi^2=5,852$ p=0,054
	Olumsuz yönde değişen	84	46,9	28	41,8	112	45,5	
	Değişmeyen	56	31,3	31	46,3	87	35,4	
Pandemide Vücut Ağırlığı Değişimi	Arttı	79	44,1	26	38,8	105	42,7	$\chi^2=10,31$ †p=0,016
	Azaldı	55	30,7	11	16,4	66	26,8	
	Değişmedi	40	22,3	26	38,8	66	26,8	
	Bilmiyorum	5	2,8	4	6,0	9	3,7	
Pandemide Takviye Kullanımına Başlama	Evet	109	60,9	28	41,8	137	55,7	$\chi^2=7,210$
	Hayır	70	39,1	39	58,2	109	44,3	p=0,007
Pandemide Kullanılmaya Başlanan Takviyeler	Multivitamin	58	32,4	12	17,9	70	28,5	p=0,025
	C vitamini	58	32,4	12	17,9	70	28,5	p=0,025
	D vitamini	45	25,1	9	13,4	54	22,0	p=0,048
	E vitamini	3	1,7	-	-	3	1,2	p=0,286
	Omega-3 yağ asitleri	18	10,1	1	1,5	19	7,7	p=0,025
	Demir	12	6,7	2	3,0	14	5,7	p=0,362
	Çinko	28	15,6	3	4,5	31	12,6	p=0,019
	Selenyum	7	3,9	1	1,5	8	3,3	p=0,687
	Probiyotik	35	19,6	9	13,4	44	17,9	p=0,257
	Karamürver özü	17	9,5	5	7,5	22	8,9	p=0,619
	Diğer	4	2,2	2	3,0	6	2,4	p=0,665
Pandemi Öncesinde Günlük Tüketilen Öğün Sayıları	Ana Öğün Sayısı							
	1	2	1,1	1	1,5	3	1,2	$\chi^2=1,158$ p=0,551
	2	59	33,0	26	38,8	85	34,6	
	3	118	65,9	40	59,7	158	64,2	
	Ara Öğün Sayısı							
	0	22	12,3	15	22,4	37	15,0	$\chi^2=8,741$ p=0,068
	1	49	27,4	21	31,3	70	28,5	
	2	79	44,1	20	29,9	99	40,2	
	3	23	12,8	11	16,4	34	13,8	
	4	6	3,4	-	-	6	2,4	
Pandemi Sürecinde Günlük Tüketilen Öğün Sayıları	Ana Öğün Sayısı							
	1	12	6,7	4	6,0	16	6,5	$\chi^2=2,371$ p=0,306
	2	93	52,0	28	41,8	121	49,2	
	3	74	41,3	35	52,2	109	44,3	
	Ara Öğün Sayısı							
	0	35	19,6	21	31,3	56	22,8	$\chi^2=4,839$ p=0,304
	1	45	25,1	14	20,9	59	24,0	
	2	57	31,8	21	31,3	78	31,7	
	3	26	14,5	8	11,9	34	13,8	
	4	16	8,9	3	4,5	19	7,7	

χ^2 : Kikare Analizi, †:Bonferroni düzeltilmeli post hoc test

Tablo 4.2’de katılımcıların yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıklarına ilişkin veriler bulunmaktadır.

Kadınların %25,7’si, erkeklerin %34,3’ü ve genel olarak katılımcıların %28’i sigara içmektedir. Kadınların %33,5’i, erkeklerin %43,3’ü ve genel olarak katılımcıların %36,2’si alkol tüketmektedir. Cinsiyete göre sigara içme ve alkol tüketme durumu arasında önemli bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Uykuya dalmak için ilaç kullanan bireylerin oranı %17,9’dur. Cinsiyete göre uykuya dalmak için ilaç kullanma durumu arasında istatistiksel açıdan önemli bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Uykusuzluk şiddeti indeksine göre, katılımcıların %67,1’i uykusuzluk problemi yaşarken, %32,9’u uykusuzluk problemi yaşamamaktadır. Cinsiyete göre uykusuzluk şiddeti arasında istatistiksel açıdan önemli bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Serbest zaman egzersiz anketine göre, katılımcıların %75,6’sının yeteri kadar aktif olmadığı, %9,3’ünün orta düzeyde aktif olduğu, %15’inin ise aktif olduğu saptanmıştır. Cinsiyete göre serbest zamanda egzersiz durumu arasında istatistiksel açıdan önemli bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Pandemi sürecinde fiziksel aktivite değişimi incelendiğinde ise, katılımcıların yarısından fazlası (%52,4) fiziksel aktivite durumunun olumsuz yönde değiştiğini, %26,8’i fiziksel aktivitesinde bir değişim olmadığını ve %20,3’ü ise fiziksel aktivite durumunun olumlu yönde değiştiğini bildirmiştir. Cinsiyete göre pandemi sürecinde fiziksel aktivite durumu değişimi arasında istatistiksel açıdan önemli farklılık bulunmaktadır. Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla Bonferroni düzeltilmeli post hoc testi yapılmıştır. Buna göre, pandemi sürecinde fiziksel aktivitesi artan kadın katılımcıların oranının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

BKİ sınıflamasına göre katılımcıların %4,9’unun zayıf, %62,2’sinin normal, %24’ünün hafif şişman, %8,9’u ise obezdir. Cinsiyete göre BKİ sınıflaması arasında istatistiksel açıdan önemli bir farklılık mevcuttur. Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla Bonferroni düzeltilmeli post hoc testi yapılmıştır. Buna göre, kadınlarda normal BKİ’ye sahip bireylerin, erkeklerde ise hafif şişman olan bireylerin daha yüksek oranda olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$).

Pandemi sürecinde beslenme durumu değişimi incelendiğinde, katılımcıların %45,5’i beslenme durumunun olumsuz yönde değiştiğini, %35,4’ü beslenme

durumunda herhangi bir değişiklik olmadığını ve %19,1'i beslenme durumunun olumlu yönde değiştiğini bildirmiştir. Bununla birlikte cinsiyete göre pandemi sürecinde beslenme durumu değişimi arasında istatistiksel açıdan önemli bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Pandemi sürecinde katılımcıların %42,7'sinin vücut ağırlığı artmış, %26,8'inin azalmış ve %26,8'inin değişmemiştir. Pandemi sürecinde vücut ağırlığındaki değişim cinsiyete göre başlangıçta fark gösterse de Bonferroni düzeltmesi yapıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan önemli bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Pandemi sürecinde katılımcıların yarıdan fazlası (%55,7) besin takviyesi kullanımına başlamıştır. Bununla birlikte en çok kullanılan takviyelerin başında multivitamin (%28,5), C vitamini (%28,5), D vitamini (%22,0) ve probiyotik (%17,9) takviyeleri gelmektedir. Kadınlar erkeklere kıyasla pandemi sürecinde daha yüksek oranda besin takviyesi kullanmaya başlamıştır ($p<0,05$). Bununla birlikte, multivitamin, C vitamini, D vitamini, omega-3 yağ asitleri ve çinko kullanımlarının cinsiyete göre önemli farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$).

Katılımcıların %64,2'si pandemi öncesinde üç ana öğün, %34,6'sı iki ana öğün tüketmektedir. Pandemi sürecinde ise katılımcıların %44,3'ü üç ana öğün, %49,2'si iki ana öğün tüketmektedir. Pandemi öncesinde katılımcıların %40,2'si iki ara öğün, %28,5'i bir ara öğün yapmakta ve %15'i hiç ara öğün yapmamaktadır. Pandemi sürecinde ise katılımcıların %31,7'si iki ara öğün, %24'ü bir ara öğün yapmakta ve %22,8'i hiç ara öğün yapmamaktadır. Genel olarak katılımcıların pandemi sürecinde tükettikleri ana ve ara öğün sayıları azalmıştır. Bununla birlikte, öğün sayılarının cinsiyete göre önemli bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.3: Katılımcıların Antropometrik Ölçümlerinin İncelenmesi

	Kadın		Erkek	
	n	$\bar{x} \pm SS$	n	$\bar{x} \pm SS$
Vücut Ağırlığı (kg)	179	61,50 $\pm$ 10,48	67	80,92 $\pm$ 10,62
Boy Uzunluğu (cm)	179	164,1 $\pm$ 5,113	67	176,1 $\pm$ 6,305
BKİ (kg/m ²)	179	22,85 $\pm$ 3,988	67	26,07 $\pm$ 3,203
Bel çevresi (cm)	126	72,71 $\pm$ 10,76	37	88,07 $\pm$ 13,29
Kalça çevresi (cm)	123	95,73 $\pm$ 9,058	37	97,66 $\pm$ 12,56
Bel/kalça oranı	123	0,760 $\pm$ 0,084	37	0,910 $\pm$ 0,139
Bel/boy oranı	126	0,443 $\pm$ 0,069	37	0,501 $\pm$ 0,078

Tablo 4.3'te katılımcıların antropometrik ölçümlerine ilişkin veriler yer almaktadır.

Kadınların vücut ağırlığı ortalaması 61,50 $\pm$ 10,48 kg, erkeklerin vücut ağırlığı ortalaması ise 80,92 $\pm$ 10,62 kg'dır. Kadınların boy uzunluğu ortalaması 164,1 $\pm$ 5,113 cm iken erkeklerin boy uzunluğu ortalaması 176,1 $\pm$ 6,305 cm'dir. Kadın katılımcıların BKİ ortalamaları 22,85 $\pm$ 3,988 kg/m² ve erkek katılımcıların BKİ ortalamaları 26,07 $\pm$ 3,203 kg/m²'dir. Kadınlarda bel çevresi ortalaması 72,71 $\pm$ 10,76 cm, kalça çevresi ortalaması 95,73 $\pm$ 9,058 cm, bel/kalça oranı ortalaması 0,760 $\pm$ 0,084 ve bel/boy oranı ortalaması 0,443 $\pm$ 0,069 iken; erkeklerde bel çevresi ortalaması 88,07 $\pm$ 13,29 cm, kalça çevresi ortalaması 97,66 $\pm$ 12,56 cm, bel/kalça oranı ortalaması 0,910 $\pm$ 0,139 ve bel/boy oranı ortalaması 0,501 $\pm$ 0,078'dir.

Tablo 4.4: Katılımcıların Tükenmişlik Durumlarının MTÖ Alt Ölçeklerine Göre Değerlendirilmesi (n=246)

Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutları		n	%
Duygusal Tükenme	Düşük düzeyde tükenmişlik	59	24,0
	Orta düzeyde tükenmişlik	48	19,5
	Yüksek düzeyde tükenmişlik	139	56,5
Duyarsızlaşma	Düşük düzeyde tükenmişlik	114	46,3
	Orta düzeyde tükenmişlik	55	22,4
	Yüksek düzeyde tükenmişlik	77	31,3
Düşük Kişisel Başarı	Düşük düzeyde tükenmişlik	233	94,7
	Orta düzeyde tükenmişlik	8	3,3
	Yüksek düzeyde tükenmişlik	5	2,0

Tablo 4.4'te katılımcıların MTÖ alt ölçeklerine göre tükenmişlik düzeyleri incelenmiştir.

Tablo 4.4'e göre, duygusal tükenme alt ölçeğinde katılımcıların %56,5'i yüksek, %19,5'i orta ve %24'ü düşük düzeyde duygusal tükenme riskine sahiptir. Duyarsızlaşma alt ölçeğinde katılımcıların %31,3'ü yüksek, %22,4'ü orta ve %46,3'ü düşük düzeyde duyarsızlaşma riskine sahiptir. Düşük kişisel başarı alt ölçeğinde ise, katılımcıların büyük çoğunluğunun (%94,7) düşük düzeyde tükenmişlik riskine sahip olduğu saptanmıştır. Az sayıda katılımcının ise düşük kişisel başarı açısından orta ve yüksek düzeyde tükenmişlik riskine sahip olduğu görülmektedir.

Bununla birlikte, tüm alt ölçekler bir arada değerlendirildiğinde, katılımcıların %61,4'ünün (n=151) en az bir alt ölçekte yüksek düzeyde tükenmişlik riskine sahip olduğu görülmüştür. Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%80,9) en az bir alt boyutta yüksek ve/veya orta derecede tükenmişlik riskine sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.5: Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

		MTÖ			DT			DY			DKB		
		$\bar{x} \pm SS$	Test değeri	<i>p</i>	$\bar{x} \pm SS$	Test değeri	<i>p</i>	$\bar{x} \pm SS$	Test değeri	<i>p</i>	$\bar{x} \pm SS$	Test değeri	<i>p</i>
Cinsiyet	Kadın (n=179)	36,08±14,29	-0,206*	0,837	18,67±8,769	-0,313*	0,754	6,419±4,776	-1,18*	0,236	10,99±6,351	-1,114*	0,265
	Erkek (n=67)	36,04±16,12			18,67±10,57			7,432±5,499			9,940±5,910		
Yaş	18-29 yaş (n=169)	36,86±14,68	2,810**	0,245	18,57±9,333	0,293**	0,864	6,763±5,059	1,332**	0,514	11,53±6,544	10,00**	†<0,05
	30-39 yaş (n=53)	35,47±15,81			19,20±9,404			7,018±5,112			9,245±5,015		
	≥40 yaş (n=24)	31,83±12,80			18,20±8,875			5,500±4,211			8,125±5,310		
Yaşanılan Bireyler	Yalnız (n=41)	39,21±13,71	11,40**	†>0,05	20,24±8,688	7,608	0,055	7,707±5,001	4,26	0,235	11,26±6,371	5,141	0,162
	Aile ile (n=168)	34,11±14,86			17,67±9,112			6,285±4,938			10,15±6,104		
	Arkadaşlar ile(n=23)	40,30±15,44			21,08±10,50			7,087±5,468			12,13±6,903		
	Yurt, otel vb. (n=14)	43,42±11,25			22,07±9,571			8,000±4,640			13,35±5,786		
Öğrenim Durumu	Lisansüstü (n=88)	33,80±15,03	4,475**	0,215	18,84±9,424	0,398	0,941	5,909±4,827	4,67	0,198	9,056±5,363	16,38	†<0,01
	Lisans (n=112)	38,02±15,00			18,36±9,112			7,250±4,731			12,41±6,331		
	Ön lisans (n=27)	36,33±11,43			19,40±10,50			7,111±5,625			9,814±7,478		
	Lise (n=19)	34,73±15,95			18,68±8,485			6,473±6,140			9,578±5,398		
Meslek	Hekim (n=63)	38,06±14,30	19,26**	†<0,01	20,63±8,342	21,77	†<0,01	6,904±4,672	11,4	0,074	10,52±5,470	5,687	0,459
	Diş Hekimi (n=18)	40,72±14,89			21,55±9,350			7,944±4,783			11,22±6,273		
	Diyetisyen (n=29)	25,44±12,07			11,96±7,058			4,034±3,950			9,448±4,136		
	Hemşire/ Ebe (n=98)	37,01±14,94			18,91±9,512			6,938±5,200			11,15±6,846		
	Fizyoterapist (n=9)	36,33±15,28			17,77±8,642			6,333±3,082			12,22±6,495		
	Sağlık teknik. (n=15)	33,86±15,87			16,86±10,73			8,466±6,895			8,533±8,433		
	Diğer (n=14)	38,85±11,65			20,85±9,020			6,285±4,564			11,71±6,069		
Görev Yapılan Hastane	Devlet Hst. (n=82)	38,18±14,39	9,003**	†>0,05	20,03±9,746	5,988	0,112	7,207±4,778	6,56	0,087	10,93±6,143	5,734	0,125
	Özel Hst. (n=113)	33,10±14,36			17,32±8,628			5,946±5,074			9,831±6,127		
	Üniversite Hst(n=46)	38,97±15,98			19,06±9,978			7,413±5,183			12,50±6,695		
	Aile Sağlığı M. (n=5)	42,00±8,154			23,20±4,658			8,600±3,130			10,20±2,280		
Pandemi Kliniğinde Çalışma	Evet (n=173)	37,88±14,53	-3,120*	0,002	20,04±8,935	-3,577*	<0,001	7,260±5,090	-2,71*	0,007	10,57±6,015	-0,152*	0,879
	Hayır (n=73)	31,79±14,59			15,42±9,309			5,356±4,510			11,01±6,777		
Nöbet Tutma	Evet (n=156)	38,49±14,92	-3,450*	0,001	20,05±9,362	-3,021*	0,003	7,301±5,199	-2,28*	0,022	11,14±6,512	-1,564*	0,118
	Hayır (n=90)	31,88±13,63			16,28±8,659			5,644±4,447			9,955±5,694		
Kronik Hastalık	Var (n=48)	38,08±15,27	-1,057*	0,290	20,22±9,140	-1,281*	0,200	7,645±5,309	-1,30*	0,191	10,20±6,294	-0,540*	0,589
	Yok (n=198)	35,59±14,66			18,29±9,288			6,464±4,899			10,82±6,237		

MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği Toplam Puanı, DT Puanı: Duygusal Tükenmişlik Puanı, DY Puanı: Duyarsızlaşma Puanı, DKB: Düşük Kişisel Başarı Puanı.

*: Mann Whitney U Testi; **: Kruskal Wallis Testi, †: Bonferroni düzeltilmeli post hoc test

Tablo 4.5: Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması (devamı)

		MTÖ			DT			DY			DKB		
		$\bar{x} \pm SS$	Test değeri	p	$\bar{x} \pm SS$	Test değeri	p	$\bar{x} \pm SS$	Test değeri	p	$\bar{x} \pm SS$	Test değeri	p
COVID19 Tanısı (Kendi/Yakın çevresi)	Evet (n=98)	37,19±15,40	-1,260*	0,208	19,62±9,624	-1,278*	0,201	6,989±5,206	-0,54*	0,584	10,58±4,926	-0,241*	0,810
	Hayır (n=105)	34,60±14,92			17,85±9,559			6,523±4,926			10,22±5,669		
Sigara Kullanımı	Evet (n=69)	38,79±14,86	-1,823*	0,068	21,14±9,170	-2,656*	0,008	8,159±5,527	-2,59*	0,010	9,492±5,279	-1,786*	0,074
	Hayır (n=177)	35,01±14,66			17,71±9,159			6,124±4,662			11,18±6,529		
Alkol Kullanımı	Evet (n=89)	37,58±15,89	-1,281*	0,200	19,67±9,520	-1,156*	0,248	7,809±5,316	-2,46*	0,014	10,10±5,364	-0,858*	0,391
	Hayır (n=157)	35,22±14,09			18,10±9,112			6,063±4,700			11,05±6,678		
Pandemide Beslenme Durumu Değişimi	Olumlu (n=47)	34,68±13,13	24,50**	†<0,05	17,63±8,273	30,50	†<0,05	6,553±4,652	9,38	†<0,05	10,48±6,636	3,389	0,184
	Olumsuz (n=112)	40,96±13,02			22,07±8,561			7,553±4,762			11,33±5,993		
Pandemide Fiziksel Aktivite Değişimi	Arttı (n=50)	33,62±14,11	9,645**	†<0,05	14,86±9,134	7,728	†>0,05	5,666±5,303	8,66	†<0,05	10,01±6,323	1,263	0,532
	Azaldı (n=129)	38,78±14,22			20,24±9,075			7,465±4,883			11,06±6,137		
		32,54±15,57			16,87±9,466			5,606±5,022			10,06±5,994		

MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği Toplam Puanı, DT Puanı: Duyusal Tükenmişlik Puanı, DY Puanı: Duyarsızlaşma Puanı, DKB: Düşük Kişisel Başarı Puanı.

**: Mann Whitney U Testi; **: Kruskal Wallis Testi, †:Bonferroni düzeltilmeli post hoc test*

Tablo 4.5'te katılımcıların MTÖ ve DT, DY, DKB alt ölçekleri puan ortalamalarının demografik özelliklere göre karşılaştırılması bulunmaktadır.

Katılımcıların MTÖ ve DT, DY, DKB alt ölçekleri puan ortalamalarının cinsiyet, kronik hastalığa sahip olma durumu, kendisi veya ailesinde COVID-19 tanısı alma durumu, yaşanan bireyler ve görev yapılan hastane değişkenlerine göre istatistiksel açıdan önemli bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Bonferroni düzeltmesi yapıldığında, katılımcıların DKB puan ortalamasının yaş sınıflamasına göre istatistiksel açıdan önemli bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($\chi^2=10,00$; $p<0,01$). Buna göre, 18-29 yaş aralığındaki bireylerin, 40 yaş ve üstündeki bireylere göre DKB puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Bonferroni düzeltmeli, $p<0,05$).

Bonferroni düzeltmesi yapıldığında, katılımcıların DKB puan ortalamasının öğrenim durumuna göre istatistiksel açıdan önemli bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($\chi^2=16,38$; $p<0,01$). Buna göre, öğrenim düzeyi lisans olan bireylerin DKB puan ortalamalarının lisansüstü, ön lisans ve lise öğrenim durumu olan bireylere göre önemli derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (Bonferroni düzeltmeli, $p<0,01$).

Bonferroni düzeltmesi yapıldığında, katılımcıların MTÖ ve DT puan ortalamalarının mesleğe göre istatistiksel açıdan önemli bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Buna göre, diyetisyenlerin MTÖ ve DT puan ortalamalarının hekimlere, diş hekimlerine ve hemşirelere göre önemli derecede daha düşük olduğu bulunmuştur (Bonferroni düzeltmeli, MTÖ için sırasıyla, $p<0,01$, $p<0,01$, $p<0,01$; DT için sırasıyla, $p<0,01$, $p<0,01$, $p<0,01$).

Pandemi kliniğinde çalışma durumuna göre ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; pandemi kliniğinde çalışan bireylerin MTÖ, DT, DY puan ortalamalarının pandemi kliniğinde çalışmayan bireylere göre önemli derecede daha yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla, $Z=-3,120$, $p<0,01$; $Z=-3,577$, $p<0,01$; $Z=-2,716$, $p<0,01$).

Nöbet tutma durumuna göre ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; nöbet tutan bireylerin MTÖ, DT, DY puan ortalamalarının nöbet tutmayan bireylere göre

önemli derecede daha yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla, $Z=-3,450$, $p<0,01$; $Z=-3,021$, $p<0,01$; $Z=-2,287$, $p<0,05$).

Sigara kullanım durumuna göre ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; sigara kullanan bireylerin DT ve DY puan ortalamalarının sigara kullanmayan bireylere göre önemli derecede daha yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla, $Z=-2,656$, $p<0,01$; $Z=-2,591$, $p<0,05$).

Alkol kullanım durumuna göre ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; alkol kullanan bireylerin DY puan ortalamalarının alkol kullanmayan bireylere göre önemli derecede daha yüksek olduğu görülmüştür ($Z=-2,461$, $p<0,05$).

Bonferroni düzeltmesi yapıldığında, MTÖ, DT, DY puan ortalamalarının pandemi sürecinde beslenme durumunun değişimine göre istatistiksel açıdan önemli bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Buna göre, pandemi sürecinde beslenme durumu olumsuz yönde değişen bireylerin MTÖ ve DT puan ortalamalarının, pandemi sürecinde beslenme durumu olumlu yönde değişen ve beslenme durumunda değişim olmayan bireylere göre önemli derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (Bonferroni düzeltmeli, MTÖ için sırasıyla, $p<0,05$, $p<0,01$; DT için sırasıyla, $p<0,05$, $p<0,01$). DY puan ortalamasının ise; pandemi sürecinde beslenme durumu olumsuz yönde değişen bireylerde, pandemi sürecinde beslenme durumunda bir değişim olmayan bireylere göre önemli derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (Bonferroni düzeltmeli, $p<0,01$).

Bonferroni düzeltmesi yapıldığında, MTÖ ve DY puan ortalamalarının pandemi sürecinde fiziksel aktivite düzeyinin değişimine göre istatistiksel açıdan önemli bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Buna göre, pandemi sürecinde fiziksel aktivite düzeyi azalan bireylerin MTÖ ve DY puan ortalamasının, pandemi sürecinde fiziksel aktivite düzeyi değişmeyen bireylere göre önemli derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (Bonferroni düzeltmeli, $p<0,05$).

Tablo 4.6: Pandemide Değişen Beslenme Durumu Gruplarında Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarının Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi

		Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanı								
		Beslenme Durumu Olumlu Değişen (n=47)			Beslenme Durumu Olumsuz Değişen (n=112)			Beslenme Durumu Değişmeyen (n=87)		
		n	$\bar{x} \pm SS$	Test Değeri/p	n	$\bar{x} \pm SS$	Test Değeri/p	n	$\bar{x} \pm SS$	Test Değeri/p
Cinsiyet	Kadın	39	35,20±12,15	Z=-0,468	84	40,46±12,74	Z=-0,817	56	30,14±15,77	Z=-0,403
	Erkek	8	32,12±17,94	p=0,640	28	24,07±8,090	p=0,414	31	31,25±15,97	p=0,687
Yaş	18-29 yaş	28	36,42±12,63	$\chi^2=1,247$	79	40,86±13,48	$\chi^2=1,722$	62	31,98±15,67	$\chi^2=2,230$
	30-39 yaş	12	31,83±14,92	p=0,536	24	42,70±11,93	p=0,423	17	27,82±17,44	p=0,328
	≥40 yaş	7	32,57±12,64		9	37,22±12,08		8	25,12±12,06	
Yaşanılan Bireyler	Yalnız	11	42,81±10,00		19	39,89±14,82		11	34,45±14,71	
	Aile ile	32	31,65±13,52	$\chi^2=6,984$	69	39,65±13,35	$\chi^2=3,613$	67	29,59±15,29	$\chi^2=1,225$
	Arkadaşlar ile	4	36,50±8,698	†p<0,05	12	45,66±10,17	p=0,306	7	33,28±22,84	p=0,747
	Yurt, otel vb.	19	39,89±14,82		12	45,50±9,288		2	31,00±18,38	
Öğrenim Durumu	Lisansüstü	16	33,62±12,34		42	38,80±14,34		30	26,90±14,93	
	Lisans	25	35,96±13,40	$\chi^2=8,081$	48	44,45±12,10	$\chi^2=7,049$	39	31,43±16,22	$\chi^2=2,703$
	Ön Lisans	2	51,50±6,363	†p>0,05	13	35,69±10,25	p=0,070	12	34,50±12,02	p=0,440
	Lise	4	22,50±5,066		9	40,00±11,67		6	35,00±22,66	
Meslek	Hekim	12	38,58±12,78		33	42,21±13,34		18	30,11±14,32	
	Diş Hekimi	5	32,40±14,38		11	46,90±10,31		2	27,50±27,57	
	Diyetisyen	6	32,83±14,63		7	24,57±11,92		16	23,06±10,74	
	Hemşire/ Ebe	17	31,94±13,92	$\chi^2=5,495$	47	40,91±12,05	$\chi^2=12,75$	34	34,14±17,80	$\chi^2=7,328$
	Fizyoterapist	2	29,00±13,87	p=0,482	4	46,50±17,25	†p<0,05	3	27,66±10,69	p=0,292
	Sağlık teknikeri	1	56,00±0,000		7	39,42±12,58		7	25,14±14,93	
	Diğer	4	37,75±8,616		3	40,66±10,69		7	38,71±14,71	
Görev Yapılan Hastane	Devlet Hastanesi	14	37,00±12,38		46	41,60±13,29		22	31,77±15,97	
	Özel Hastane	20	33,10±13,62	$\chi^2=0,460$	47	38,25±12,77	$\chi^2=5,603$	46	27,84±14,56	$\chi^2=3,315$
	Üniversite Hastanesi	13	34,61±13,81	p=0,794	15	46,86±12,60	p=0,133	18	35,55±18,13	p=0,346
	Aile Sağlığı Merkezi	-	-		4	43,25±8,845		1	37,00±00,00	
Pandemi Kliniğinde Çalışma	Evet	35	36,28±12,49	Z=-1,258	84	42,34±12,74	Z=-1,950	54	31,98±16,18	Z=-1,168
	Hayır	12	30,00±14,37	p=0,208	28	36,82±13,19	p=0,051	33	28,18±14,98	p=0,243
Nöbet Tutma	Evet	28	36,28±13,56	Z=-0,879	78	42,69±12,58	Z=-2,007	50	33,18±17,16	Z=-1,568
	Hayır	19	32,31±12,43	p=0,379	34	37,00±13,33	p=0,045	37	26,97±13,02	p=0,117
Kronik Hastalık	Var	16	32,87±15,82	Z=-0,405	22	45,54±11,17	Z=-1,700	10	30,00±15,90	Z=-0,173
	Yok	31	35,61±11,68	p=0,686	90	39,84±13,25	p=0,089	77	30,61±15,84	p=0,863

Z: Mann Whitney U Testi, χ^2 : Kruskal Wallis Testi, †:Bonferroni düzeltilmeli post hoc test

Tablo 4.6: Pandemide Değişen Beslenme Durumu Gruplarında Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarının Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi (devamı)

		Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanı								
		Beslenme Durumu Olumlu Değişen (n=47)			Beslenme Durumu Olumsuz Değişen (n=112)			Beslenme Durumu Değişmeyen (n=87)		
		n	$\bar{x} \pm SS$	Test Değeri/p	n	$\bar{x} \pm SS$	Test Değeri/p	n	$\bar{x} \pm SS$	Test Değeri/p
COVID-19 Tanısı (Kendisi/Yakan çevresi)	Evet	19	28,80±11,03	Z=-0,203	23	35,69±12,73	Z=-0,181	49	41,69±13,30	Z=-0,595
	Hayır	23	35,00±14,29	p=0,839	24	39,95±11,12	p=0,857	39	40,66±13,98	p=0,552
Sigara Kullanımı	Evet	14	38,14±11,66	Z=-0,815	28	44,28±12,76	Z=-1,546	27	33,44±16,67	Z=-1,033
	Hayır	33	33,21±13,61	p=0,415	84	39,85±12,99	p=0,122	60	29,23±15,29	p=0,302
Alkol Kullanımı	Evet	18	35,61±13,22	Z=-0,394	35	43,22±13,20	Z=-1,328	36	33,08±18,05	Z=-0,983
	Hayır	29	34,10±13,27	p=0,693	77	39,93±12,89	p=0,184	51	28,74±13,82	p=0,326
Pandemide Fiziksel Aktivite Değişimi	Arttı	13	32,92±14,10	$\chi^2=3,425$ p=0,180	18	38,27±15,04	$\chi^2=1,578$ p=0,454	19	29,68±12,56	$\chi^2=1,230$ p=0,541
	Azaldı	23	37,26±14,21		72	42,04±12,28		34	32,91±16,27	
	Değişmedi	10	30,20±8,416		22	39,63±13,81		34	28,64±16,92	
Serbest Zaman Egzersiz Anketi	Aktif	13	33,76±14,66	$\chi^2=0,338$ p=0,845	8	36,12±15,05	$\chi^2=1,019$ p=0,601	16	25,68±12,32	$\chi^2=4,657$ p=0,289
	Orta düzeyde aktif	5	33,00±9,192		9	39,00±14,00		9	23,55±14,60	
	Yeteri kadar aktif değil	29	35,37±13,32		95	41,55±12,80		62	32,80±16,31	
Uykusuzluk Şiddeti İndeksi	Önemsiz düzeyde uykusuzluk	21	30,38±12,47	$\chi^2=3,846$ p=0,146	24	30,70±13,47	$\chi^2=18,49$ †p<0,01	36	23,83±13,08	$\chi^2=17,36$ †p<0,05
	Alt eşikte uykusuzluk	19	37,89±12,86		38	41,52±12,01		37	32,37±15,35	
	Orta şiddette uykusuzluk	7	38,85±13,77		38	45,86±8,590		11	46,00±14,42	
	Şiddetli uykusuzluk	-	-		12	44,16±16,53		3	31,66±14,50	

Tablo 4.6’da, pandemi süresince değişen beslenme durumu gruplarında MTÖ puan ortalamaları demografik özelliklere göre değerlendirilmiştir.

Pandemi süresince beslenme durumu değişim gruplarında (olumlu/olumsuz/değişmeyen), katılımcıların MTÖ puan ortalamalarının cinsiyet, yaş sınıflaması, öğrenim durumu, görev yapılan hastane, pandemi kliniğinde çalışma, kronik hastalığa sahip olma durumu, kendisi veya ailesinde COVID-19 tanısı alma durumu, sigara kullanımı, alkol kullanımı ve pandemi süresince fiziksel aktivite değişim durumu parametrelerine göre istatistiksel açıdan önemli bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Pandemi süresince beslenme durumu olumlu yönde değişen gruptaki katılımcıların MTÖ puan ortalamasının yaşanan bireylere göre istatistiksel açıdan önemli bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($\chi^2=6,984$; $p<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Buna göre, yalnız yaşayan bireylerin MTÖ puan ortalamalarının ailesi ile yaşayanlara göre önemli derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur (Bonferroni düzeltmeli, $p<0,05$).

Pandemi süresince beslenme durumu olumsuz yönde değişen gruptaki katılımcıların MTÖ puanları mesleklere göre incelendiğinde; katılımcıların MTÖ puan ortalamasının mesleğe göre istatistiksel açıdan önemli bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($\chi^2=12,75$; $p<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Buna göre, diyetisyenlerin MTÖ puan ortalamalarının diş hekimlerine, hekimlere ve hemşirelere göre istatistiksel açıdan önemli derecede daha düşük olduğu bulunmuştur (Bonferroni düzeltmeli, $p<0,05$).

Pandemi süresince beslenme durumu olumsuz yönde değişen gruptaki katılımcıların MTÖ puanları nöbet tutma durumuna göre incelendiğinde; nöbet tutan bireylerin MTÖ puan ortalamalarının nöbet tutmayan bireylere göre önemli derecede daha yüksek olduğu görülmüştür ($Z=-2,007$, $p=0,045$).

Pandemi süresince beslenme durumu olumsuz yönde değişen ve değişmeyen gruptaki katılımcıların MTÖ puan ortalamasının uykusuzluk şiddetine göre istatistiksel açıdan önemli bir farklılık gösterdiği bulunmuştur (sırasıyla, $\chi^2=18,49$; $p<0,01$; $\chi^2=17,36$, $p<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Buna göre, beslenme durumu olumsuz yönde değişen grupta, uykusuzluk problemi olmayan katılımcıların MTÖ puan

ortalamalarının uykusuzluk problemi olan katılımcılara göre önemli derecede daha düşük olduğu bulunmuştur (Bonferroni düzeltmeli, $p<0,01$). Beslenme durumu değişmeyen grupta ise, orta şiddette uykusuzluk problemi olan katılımcıların MTÖ puan ortalamalarının uykusuzluk problemi olmayan ve alt eşikte uykusuzluk yaşayan bireylere göre önemli derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (Bonferroni düzeltmeli, $p<0,05$).



Tablo 4.7: Tükenmişlik Riski Gruplarına Göre Pandemi Sürecinde Beslenme Durumu Değişiminin Karşılaştırılması (n=246)

		Pandemi Sürecinde Beslenme Durumu Değişimi						χ^2	p
		Olumlu Değişen (n=47)		Olumsuz Değişen (n=112)		Değişmeyen (n=87)			
		n	%	n	%	n	%		
Maslach Tükenmişlik Ölçeği									
Duygusal Tükenme	Düşük risk (n=59)	13	22,0	13	22,0	33	55,9	24,57	†<0,01
	Orta risk(n=48)	9	18,8	19	39,6	20	41,7		
	Yüksek risk (n=139)	25	18,0	80	57,6	34	24,5		
Duyarsızlaşma	Düşük risk (n=114)	20	17,5	40	35,1	54	47,4	18,72	†<0,01
	Orta risk (n=55)	10	18,2	36	65,5	9	16,4		
	Yüksek risk (n=77)	17	22,1	36	46,8	24	31,2		
Düşük Kişisel Başarı	Düşük risk (n=233)	41	17,6	108	46,4	84	36,1	*7,883	>0,05
	Orta risk (n=8)	5	62,5	2	25,0	1	12,5		
	Yüksek risk (n=5)	1	20,0	2	40,0	2	40,0		

χ^2 : Ki-kare Analizi, *: Fisher Exact test, †:Bonferroni düzeltmeli post hoc test

Tablo 4.7’de katılımcıların tükenmişlik riskine göre pandemi sürecinde beslenme durumu değişimleri karşılaştırılmıştır. Tükenmişlik riskine göre katılımcıların pandemi sürecinde beslenme durumu değişimlerinin istatistiksel açıdan önemli bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizleri yapılmıştır. Buna göre, düşük düzeyde duygusal tükenmişlik yaşayan bireylerin %55,9’unun, yüksek duygusal tükenmişlik yaşayanların ise %24,5’inin pandemi sürecinde beslenme durumu değişmemiştir (Bonferroni düzeltmeli $p<0,01$). Ayrıca düşük düzeyde duygusal tükenmişlik yaşayan bireylerin %22’sinin beslenme durumu olumsuz yönde değişmişken, yüksek duygusal tükenmişlik yaşayanlarda bu oran %57,6’dır (Bonferroni düzeltmeli $p<0,01$). Düşük düzeyde duyarsızlaşma riski olan bireylerin çoğunun (%47,4) beslenme durumu değişmemiştir, ancak orta düzeyde duyarsızlaşma riski olan bireylerin çoğunun (%65,5) beslenme durumu olumsuz yönde değişmiştir (Bonferroni düzeltmeli, $p<0,01$). Düşük kişisel başarı alt ölçeğinde, tükenmişlik gruplarına göre pandemi sürecinde beslenme durumu değişimi arasındaki farklılık istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.8: Katılımcıların Antropometrik Ölçümleri, Çalışma Koşulları, Yaşam Tarzı Alışkanlıkları ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

	MTÖ Toplam Puanı		DT Puanı		DY Puanı		DKB Puanı	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Antropometrik Ölçümler								
Yaş (yıl)	-0,053	0,412	0,014	0,823	-0,017	0,789	-0,112	0,081
Vücut Ağırlığı (kg)	0,013	0,844	0,049	0,445	0,055	0,391	-0,098	0,125
Boy Uzunluğu (cm)	0,037	0,561	0,075	0,244	0,028	0,668	-0,087	0,171
BKİ (kg/m ²)	-0,001	0,986	0,017	0,792	0,054	0,401	-0,062	0,334
Bel Çevresi (cm)	-0,033	0,683	-0,002	0,981	0,076	0,343	-0,107	0,181
Kalça Çevresi (cm)	-0,050	0,535	-0,039	0,634	-0,052	0,522	0,013	0,873
Bel/Kalça Oranı	-0,001	0,994	0,044	0,584	0,146	0,071	-0,172	0,033
Pandemi sürecinde ağırlık değişimi (kg)	0,005	0,941	0,024	0,709	-0,023	0,723	-0,008	0,896
Çalışma Koşulları								
Çalışma yılı (yıl)	0,007	0,913	0,049	0,443	0,007	0,909	-0,058	0,361
Çalışma süresi(saat/hafta)	0,064	0,316	0,126	0,048	0,024	0,710	-0,054	0,397
Nöbet süresi (saat/hafta)	0,075	0,357	0,162	0,047	-0,004	0,961	-0,077	0,347
Hasta sayısı (hasta/gün)	0,146	0,022	0,179	0,005	0,156	0,014	0,020	0,758
Yaşam Tarzı Alışkanlıkları								
Uyku süresi (saat/hafta)	-0,037	0,566	-0,125	0,049	0,019	0,767	0,013	0,834
Sigara kullanım süresi (yıl)	0,122	0,057	0,180	0,005	0,165	0,010	-0,127	0,047
Pandemi öncesi sigara içme yaşı (paket x yıl)	0,132	0,038	0,189	0,003	0,179	0,005	-0,125	0,051
Pandemi sürecinde sigara içme yaşı (paket x yıl)	0,123	0,054	0,176	0,006	0,162	0,011	-0,116	0,070
Alkol kullanım süresi (yıl)	0,055	0,387	0,049	0,441	0,143	0,025	-0,070	0,275
Ortalama alkollü içecek tüketimi (ml/gün)	0,112	0,298	0,098	0,127	0,183	0,004	-0,064	0,320
Alkol tüketimi (birim/gün)	0,030	0,779	0,023	0,830	0,088	0,411	-0,090	0,403
Pandemi öncesi ana öğün sayısı	-0,022	0,731	-0,009	0,890	-0,010	0,879	-0,023	0,723
Pandemi süreci ana öğün sayısı	-0,242	0,000	-0,249	0,000	-0,153	0,017	-0,131	0,039
Pandemi öncesi ara öğün sayısı	-0,100	0,117	-0,105	0,101	-0,069	0,283	-0,022	0,730
Pandemi süreci ara öğün sayısı	-0,072	0,262	-0,124	0,052	-0,055	0,392	0,027	0,674
Pandemi öncesi su tüketimi (bardak/gün)	-0,152	0,017	-0,128	0,046	-0,139	0,029	-0,022	0,736
Pandemi süreci su tüketimi (bardak/gün)	-0,163	0,011	-0,131	0,040	-0,124	0,052	-0,089	0,162

MTÖ Toplam Puanı: Maslach Tükenmişlik Ölçeği Toplam Puanı, DT Puanı: Duygusal Tükenmişlik Puanı, DY Puanı: Duyarsızlaşma Puanı, DKB: Düşük Kişisel Başarı Puanı. (Spearman Korelasyon)

Tablo 4.8’de, katılımcıların antropometrik ölçümleri, çalışma koşulları, yaşam tarzı alışkanlıkları ile MTÖ puanları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

Katılımcıların yaşı, vücut ağırlığı, boy uzunluğu, BKİ, bel çevresi, kalça çevresi gibi antropometrik ölçümleri ile MTÖ, DT, DY, DKB ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan önemli bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Bel/kalça oranı ile DKB ölçek puanı arasında negatif, düşük düzeyde önemli bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0,172$, $p<0,05$). Buna göre, bel/kalça oranı ortalaması yüksek olan katılımcıların, DKB alt ölçeği ortalama puanının düşük; bel/kalça oranı ortalaması düşük olan katılımcıların, DKB alt ölçeği ortalama puanı da yüksektir.

Katılımcıların çalışma yılı ile MTÖ, DT, DY, DKB ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan önemli bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların haftalık çalışma süresi ve haftalık nöbet süresi ile DT alt ölçeği puanları arasında pozitif, düşük düzeyde önemli bir ilişki bulunmaktadır (sırasıyla, $r=0,126$, $p<0,05$; $r=0,162$, $p<0,05$). Buna göre, haftalık çalışma süresi ve haftalık nöbet süresi yüksek olan katılımcıların DT alt ölçeği ortalama puanları yüksek; haftalık çalışma süresi ve haftalık nöbet süresi düşük olan katılımcıların DT alt ölçeği ortalama puanları da düşüktür.

Katılımcıların günlük bakım verdiği hasta sayısı ile MTÖ, DT ve DY alt ölçek puanları arasında pozitif, düşük düzeyde önemli bir ilişki bulunmaktadır (sırasıyla, $r=0,146$, $p<0,05$; $r=0,179$, $p<0,01$; $r=0,156$, $p<0,05$). Buna göre, günlük bakım verdiği hasta sayısı yüksek olan katılımcıların MTÖ, DT ve DY alt ölçek puanları yüksek; günlük bakım verdiği hasta sayısı düşük olan katılımcıların MTÖ, DT ve DY alt ölçek puanları düşüktür.

Katılımcıların haftalık uyku süresi ile DT alt ölçeği puanları arasında negatif, düşük düzeyde önemli bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0,125$, $p<0,05$). Buna göre, haftalık uyku süresi yüksek olan katılımcıların, DT alt ölçeği ortalama puanları düşük; haftalık uyku süresi düşük olan katılımcıların, DT alt ölçeği ortalama puanları yüksektir.

Katılımcıların sigara kullanım süresi ile DT ve DY puan ortalamaları arasında pozitif, düşük düzeyde; DKB puan ortalaması ile arasında ise negatif, düşük düzeyde önemli bir ilişki bulunmaktadır (sırasıyla, $r=0,180$, $p<0,01$; $r=0,165$, $p=0,01$; $r=-0,127$, $p<0,05$). Buna göre, sigara kullanım süresi yüksek olan katılımcıların, DT, DY alt ölçekleri ortalama puanları yüksek ve DKB ölçek puanı düşük; sigara kullanım süresi

düşük olanların ise, DT ve DY alt ölçekleri ortalama puanları düşük ve DKB ölçek puanı yüksektir.

Katılımcıların pandemi öncesi sigara içme yaşı ile MTÖ, DT, DY puan ortalamaları arasında pozitif, düşük düzeyde önemli bir ilişki mevcuttur (sırasıyla, $r=0,132$, $p<0,05$; $r=0,189$, $p<0,01$; $r=0,179$, $p<0,01$). Pandemi sürecinde sigara içme yaşı ile DT ve DY puan ortalamaları arasında da pozitif, düşük düzeyde önemli bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla, $r=0,176$, $p<0,01$; $r=0,162$, $p<0,05$). Buna göre, pandemi öncesi sigara içme yaşı yüksek olan katılımcıların MTÖ toplam, DT ve DY alt ölçek puanları da yüksek, pandemi öncesi sigara içme yaşı düşük olan katılımcıların ise MTÖ toplam, DT, DY alt ölçek puanları düşüktür. Pandemi sürecinde sigara içme yaşı yüksek olan katılımcıların DT ve DY alt ölçek puanları yüksek; pandemi sürecinde sigara içme yaşı düşük olan bireylerin ise DT ve DY alt ölçek puanları düşüktür.

Katılımcıların alkol kullanım süresi ve günlük ortalama alkollü içecek tüketimi ile DY puan ortalamaları arasında pozitif, düşük düzeyde önemli bir ilişki mevcuttur (sırasıyla, $r=0,143$, $p<0,05$; $r=0,183$, $p<0,01$). Ancak, günlük birim alkol tüketim miktarı ile ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan önemli bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu durumda, alkol kullanım süresi ve günlük alkollü içecek tüketim miktarı yüksek olan katılımcıların DY alt ölçek puanları yüksek; alkol kullanım süresi ve günlük alkollü içecek tüketim miktarı düşük olan katılımcıların ise DY puanları düşüktür.

Katılımcıların pandemi öncesinde tükettikleri ana ve ara öğün sayıları, pandemi sürecinde tükettikleri ara öğün sayıları ve pandemi sürecinde ağırlık değişimleri ile ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan önemli bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak, pandemi sürecinde tüketilen ana öğün sayısı ile MTÖ toplam puanı ve tüm alt ölçeklerdeki puanlar arasında negatif, düşük düzeyde önemli bir ilişki mevcuttur (sırasıyla, $r=-0,242$, $p<0,01$; $r=-0,249$, $p<0,01$; $r=-0,153$, $p<0,05$; $r=-0,131$, $p<0,05$). Buna göre, pandemi sürecinde tüketilen ana öğün sayısı daha yüksek olan katılımcıların MTÖ toplam ve tüm alt ölçeklerdeki puanları daha düşük; pandemi sürecinde tüketilen ana öğün sayısı daha az olanların ise MTÖ ve alt ölçeklerindeki puanları daha yüksektir.

Katılımcıların pandemi öncesi su tüketimi ile MTÖ toplam puanı ve DT, DY alt ölçek puanları arasında negatif düşük düzeyde önemli bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla, $r=-0,152$, $p<0,05$, $r=-0,128$, $p<0,05$; $r=-0,139$, $p<0,05$). Pandemi sürecindeki su tüketimi ile de MTÖ toplam ve DT alt ölçek puanı arasında negatif

düşük düzeyde önemli bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla, $r=-0,163$, $p<0,05$; $r=-0,131$, $p<0,05$). Bu durumda, pandemi öncesinde su tüketimi yüksek olan katılımcıların MTÖ ve DT, DY alt ölçeklerindeki puanlarının düşük olduğu; pandemi öncesinde su tüketimi düşük olan katılımcıların ise MTÖ ve DT, DY alt ölçeklerindeki puanlarının yüksek olduğu söylenebilir. Benzer şekilde, pandemi sürecindeki su tüketimi yüksek olan katılımcıların MTÖ toplam ve DT alt ölçek puanı düşük; pandemi sürecindeki su tüketimi düşük olan katılımcıların ise MTÖ ve DT alt ölçek puanı yüksektir.



Tablo 4.9: Tükenmişlik Riski Gruplarına Göre Uykusuzluk Şiddetinin Karşılaştırılması (n=246)

		Uykusuzluk Şiddeti İndeksi								Test Değer/ P
		Önemsiz Düzeyde Uykusuzluk		Alt Eşikte Uykusuzluk		Orta Şiddette Uykusuzluk		Şiddetli Düzeyde Uykusuzluk		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
DT	Düşük (n=59)	38	64,4	19	32,2	1	1,7	1	1,7	$\chi^2 = 3,55$ †p<0,01
	Orta (n=48)	17	35,4	22	45,8	6	12,5	3	6,3	
	Yüksek (n=139)	26	18,7	53	38,1	49	35,3	11	7,9	
DY	Düşük (n=114)	56	49,1	40	35,1	13	11,4	5	4,4	$\chi^2 = 32,52$ †p<0,01
	Orta (n=55)	13	23,6	19	34,5	18	32,7	5	9,1	
	Yüksek (n=77)	12	15,6	35	45,5	25	32,5	5	6,5	
DKB	Düşük (n=233)	75	32,2	89	38,2	55	23,6	14	6,0	* $\chi^2 = 8,758$ p>0,05
	Orta (n=8)	2	25,0	5	62,5	1	12,5	0	0,0	
	Yüksek (n=5)	4	80,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	

DT: Duygusal Tükenmişlik, DY: Duyarsızlaşma, DKB: Düşük Kişisel Başarı.

χ^2 : Ki-kare Analizi, *: Fisher Exact test, †:Bonferroni düzeltilmeli post hoc test

Tablo 4.9’da katılımcıların MTÖ alt boyutlarındaki tükenmişlik riski gruplarına göre uykusuzluk şiddetinin karşılaştırılması bulunmaktadır.

Katılımcıların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma riskine göre uykusuzluk şiddetinin istatistiksel açıdan önemli farklılık gösterdiği saptanmıştır (p<0,01). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizleri yapılmıştır. Düşük düzeyde duygusal tükenmişlik riskine sahip olan bireylerin %64,4’ünde, yüksek düzeyde duygusal tükenmişlik riskine sahip bireylerin ise %18,7’sinde önemsiz düzeyde uykusuzluk bulunmaktadır (Bonferroni düzeltilmeli, p<0,01). Bununla birlikte, yüksek düzeyde duygusal tükenme riski olan bireylerin %35,3’ünde, düşük düzeyde duygusal tükenme riski olan bireylerin ise %1,7’sinde orta şiddette uykusuzluk bulunmaktadır (Bonferroni düzeltilmeli, p<0,01). Düşük düzeyde duyarsızlaşma riskine sahip olan bireylerin %49,1’inde, yüksek düzeyde duyarsızlaşma riski yaşayan bireylerin ise %15,1’inde önemsiz düzeyde uykusuzluk mevcuttur (Bonferroni düzeltilmeli, p<0,01). Bununla birlikte, düşük düzeyde duyarsızlaşma riski olan bireylerin %11,4’ünde orta şiddette uykusuzluk mevcut iken, orta ve yüksek düzeyde duyarsızlaşma riski olan bireylerde bu oran daha yüksektir (Bonferroni düzeltilmeli, p<0,01). Bu verilere göre, katılımcıların tükenmişlik riski arttıkça uykusuzluk şiddetinin de arttığı söylenebilir.

Tablo 4.10: Katılımcıların Serbest Zaman Egzersiz Anketi Puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Alt Boyutlarına Ait Puanlar Arasındaki İlişki

Serbest Zaman Egzersiz Anketi Puanı			
	n	r	p
Maslach Tükenmişlik Ölçeği Toplam Puanı	246	-0,233	0,000
Duygusal Tükenme Puanı	246	-0,227	0,000
Duyarsızlaşma Puanı	246	-0,180	0,005
Düşük Kişisel Başarı	246	-0,068	0,288

(Spearman Korelasyon)

Tablo 4.10’da, katılımcıların MTÖ ve alt ölçeklerindeki puanları ile serbest zaman egzersiz anketi puanı arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

Katılımcıların Maslach tükenmişlik ölçeği toplam puanı, duygusal tükenme puanı, duyarsızlaşma puanı ile serbest zaman egzersiz anketi puanı arasında negatif, düşük düzeyde önemli bir ilişki bulunmaktadır (sırasıyla, $r=-0,233$, $p<0,01$; $r=-0,227$, $p<0,01$; $r=-0,180$, $p<0,05$). Buna göre, Maslach tükenmişlik ölçeği toplam puanı, duygusal tükenme puanı, duyarsızlaşma puanı yüksek olan katılımcıların, serbest zaman egzersiz anketi puanının düşük olacağı söylenebilir. Dolayısıyla, tükenmişlik puanı yüksek olan katılımcıların fiziksel olarak aktifliğinin az olduğu görülmektedir.

Tablo 4.11: Tükenmişlik Riski Gruplarına Göre Serbest Zaman Egzersiz Anketinin Karşılaştırılması (n=246)

		Serbest Zaman Egzersiz Anketi						Test Değer/ p
		Yeteri Kadar Aktif Değil (n=186)		Orta Düzeyde Aktif (n=23)		Aktif (n=37)		
		n	%	n	%	n	%	
DT	Düşük (n=59)	38	64,4	8	13,6	13	22,0	χ² = 13,84 †p<0,01
	Orta (n=48)	31	64,6	5	10,4	12	25,0	
	Yüksek (n=139)	117	84,2	10	7,2	12	8,6	
DY	Düşük (n=114)	83	72,8	12	10,5	19	16,7	χ² = 7,539 p=0,110
	Orta (n=55)	37	67,3	8	14,5	10	18,2	
	Yüksek (n=77)	66	85,7	3	3,9	8	10,4	
DKB	Düşük (n=233)	178	76,4	21	9,0	34	14,6	*χ² = 5,213 p=0,178
	Orta (n=8)	4	50,0	1	12,5	3	37,5	
	Yüksek (n=5)	4	80,0	1	20,0	0	0,0	

DT: Duygusal Tükenmişlik, DY: Duyarsızlaşma, DKB: Düşük Kişisel Başarı.

χ^2 : Ki-kare Analizi, *: Fisher Exact test, † :Bonferroni düzeltmeli post hoc test

Tablo 4.11’de katılımcıların MTÖ alt boyutlarındaki tükenmişlik riski gruplarına göre serbest zamandaki egzersiz durumunun karşılaştırılması bulunmaktadır. Tükenmişlik alt boyutlarının tamamında, katılımcıların çoğunluğunun fiziksel olarak yeterince aktif olmadığı görülmektedir.

Katılımcıların duygusal tükenme riskine göre serbest zamandaki egzersiz durumunun istatistiksel açıdan önemli farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,01$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizleri yapılmıştır. Buna göre, yüksek düzeyde duygusal tükenmişlik riskine sahip olan bireylerin büyük çoğunluğu yeteri kadar aktif değil iken, orta ve düşük düzeyde duygusal tükenmişlik riski yaşayan bireylerde bu oran nispeten daha düşüktür (sırasıyla, %84,2; %64,6; %64,4; Bonferroni düzeltmeli $p<0,01$). Bununla birlikte, yüksek düzeyde duygusal tükenmişlik riski olan bireylerin yalnızca %8,6’sı fiziksel olarak aktif iken, orta ve düşük düzeyde tükenmişlik riski olanlarda bu oran daha yüksektir (sırasıyla, %8,6; %25,0; %22,0; Bonferroni düzeltmeli $p<0,01$). Bu verilere göre, katılımcıların tükenmişlik riski arttıkça fiziksel aktivite düzeyinin de azaldığı söylenebilir.

Tablo 4.12: Pandemi Öncesi ve Pandemi Sürecindeki Besin Tüketim Sıklığının Karşılaştırılması (n=246)

		Her gün		Haftada 4-6 kere		Haftada 1-3 kere		15 günde bir		Ayda bir		Hiç		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Süt	<i>Pandemi öncesi</i>	32	13,0	56	22,8	89	36,2	28	11,4	19	7,7	22	8,9	>0,05 *
	<i>Pandemi süreci</i>	45	18,3	50	20,3	87	35,4	27	11,0	13	5,3	24	9,8	
Peynir	<i>Pandemi öncesi</i>	83	33,7	70	28,5	84	34,1	4	1,6	1	0,4	4	1,6	0,35
	<i>Pandemi süreci</i>	82	33,3	77	31,3	72	29,3	8	3,3	3	1,2	4	1,6	
Yoğurt, Ayran	<i>Pandemi öncesi</i>	71	28,9	78	31,7	81	32,9	11	4,5	2	0,8	3	1,2	0,56
	<i>Pandemi süreci</i>	72	29,3	72	29,3	82	33,3	16	6,5	2	0,8	2	0,8	
Meyve	<i>Pandemi öncesi</i>	68	27,6	61	24,8	84	34,1	26	10,6	4	1,6	3	1,2	0,73
	<i>Pandemi süreci</i>	72	29,3	56	22,8	79	32,1	28	11,4	5	2,0	6	2,4	
Sebze yemekleri	<i>Pandemi öncesi</i>	39	15,9	74	30,1	113	45,9	15	6,1	4	1,6	1	0,4	0,05
	<i>Pandemi süreci</i>	40	16,3	81	32,9	96	39,0	14	5,7	7	2,8	8	3,3	
Yumurta	<i>Pandemi öncesi</i>	54	22,0	48	19,5	111	45,1	21	8,5	4	1,6	8	3,3	0,08
	<i>Pandemi süreci</i>	57	23,2	70	28,5	87	35,4	17	6,9	3	1,2	12	4,9	
Kırmızı Et	<i>Pandemi öncesi</i>	12	4,9	50	20,3	122	49,6	47	19,1	12	4,9	3	1,2	0,15
	<i>Pandemi süreci</i>	14	5,7	54	22,0	121	49,2	39	15,9	10	4,1	8	3,3	
Tavuk	<i>Pandemi öncesi</i>	4	1,6	54	22,0	134	54,5	37	15,0	11	4,5	6	2,4	0,15
	<i>Pandemi süreci</i>	11	4,5	47	19,1	133	54,1	36	14,6	9	3,7	10	4,1	
Balık	<i>Pandemi öncesi</i>	5	2,0	16	6,5	45	18,3	91	37,0	60	24,4	29	11,8	<0,05 *
	<i>Pandemi süreci</i>	7	2,8	18	7,3	61	24,8	58	23,6	46	18,7	56	22,8	
Sucuk, Sosis, Salam vb.	<i>Pandemi öncesi</i>	10	4,1	16	6,5	69	28,0	72	29,3	48	19,5	31	12,6	<0,05 *
	<i>Pandemi süreci</i>	8	3,3	25	10,2	73	29,7	46	18,7	44	17,9	50	20,3	
Kuru baklagiller	<i>Pandemi öncesi</i>	8	3,3	48	19,5	116	47,2	58	23,6	12	4,9	4	1,6	0,17
	<i>Pandemi süreci</i>	9	3,7	47	19,1	113	45,9	47	19,1	18	7,3	12	4,9	
Beyaz ekmek	<i>Pandemi öncesi</i>	72	29,3	43	17,5	48	19,5	32	13,0	16	6,5	35	14,2	0,10
	<i>Pandemi süreci</i>	68	27,6	27	11,0	52	21,1	38	15,4	16	6,5	45	18,3	
Tam tahıllı ekmekler	<i>Pandemi öncesi</i>	54	22,0	51	20,7	61	24,8	32	13,0	14	5,7	34	13,8	0,68
	<i>Pandemi süreci</i>	56	22,8	47	19,1	61	24,8	33	13,4	15	6,1	34	13,8	
Hamur işleri	<i>Pandemi öncesi</i>	11	4,5	44	17,9	101	41,1	55	22,4	24	9,8	11	4,5	0,24
	<i>Pandemi süreci</i>	17	6,9	44	17,9	89	36,2	55	22,4	23	9,3	18	7,3	
Tatlılar ve şekerlemeler	<i>Pandemi öncesi</i>	20	8,1	60	24,4	89	36,2	41	16,7	22	8,9	14	5,7	>0,05 *
	<i>Pandemi süreci</i>	37	15,0	50	20,3	79	32,1	44	17,9	14	5,7	22	8,9	
Bal, reçel, pekmez vb.	<i>Pandemi öncesi</i>	21	8,5	45	18,3	69	28,0	56	22,8	32	13,0	23	9,3	0,48
	<i>Pandemi süreci</i>	25	10,2	41	16,7	73	29,7	46	18,7	23	9,3	38	15,4	
Bisküvi/gofret kraker vb.	<i>Pandemi öncesi</i>	42	17,1	48	19,5	74	30,1	42	17,1	18	7,3	22	8,9	0,19
	<i>Pandemi süreci</i>	50	20,3	46	18,7	68	27,6	41	16,7	17	6,9	24	9,8	
Siyah Çay	<i>Pandemi öncesi</i>	151	61,4	39	15,9	29	11,8	14	5,7	3	1,2	10	4,1	0,52
	<i>Pandemi süreci</i>	155	63,0	33	13,4	28	11,4	12	4,9	4	1,6	14	5,7	
Bitki çayları	<i>Pandemi öncesi</i>	37	15,0	43	17,5	65	26,4	44	17,9	24	9,8	33	13,4	0,20
	<i>Pandemi süreci</i>	50	20,3	35	14,2	61	24,8	32	13,0	22	8,9	46	18,7	
Kahve	<i>Pandemi öncesi</i>	134	54,5	51	20,7	43	17,5	10	4,1	3	1,2	5	2,0	0,45
	<i>Pandemi süreci</i>	140	56,9	39	15,9	44	17,9	12	4,9	3	1,2	8	3,3	
Asitli içecekler	<i>Pandemi öncesi</i>	29	11,8	37	15,0	53	21,5	38	15,4	42	17,1	47	19,1	0,21
	<i>Pandemi süreci</i>	24	9,8	33	13,4	64	26,0	38	15,4	35	14,2	52	21,1	

McNemar Bowker Analizi, *:Bonferroni düzeltilmeli post hoc test

Tablo 4.12’de katılımcıların pandemi öncesi ve pandemi sürecindeki besin tüketim sıklıkları karşılaştırılmıştır.

Besin tüketim sıklıkları incelendiğinde; balık ve işlenmiş etler (sucuk, salam, sosis vb.) haricinde pandemi öncesi ve pandemi sürecindeki tüketim sıklığı arasında önemli derecede farklılık görülen bir besin olmamıştır. Süt, tatlı ve şekerlemelerin tüketim sıklığı başlangıçta gruplar arasında fark gösterse de Bonferroni düzeltmesi yapıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan önemli bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Pandemi öncesi ve pandemi sürecindeki balık tüketim sıklığı incelendiğinde, iki döneme ait balık tüketimleri arasında istatistiksel açıdan önemli bir farklılık olduğu bulunmuştur (McNemar-Bowker=43,53; Bonferroni düzeltmeli, $p<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla Bonferroni düzeltmeli post-hoc analizi yapılmıştır. Buna göre, pandemi öncesinde balık tüketimi ayda bir kez olanların %30’unun ($n=18$), pandemi sürecinde hiç balık tüketmediği belirlenmiştir (Bonferroni düzeltmeli, $p<0,01$). Pandemi öncesinde balık tüketimi 15 günde bir kez olanların ise %14,3’ünün ($n=13$), pandemi sürecinde hiç balık tüketmediği görülmüştür (Bonferroni düzeltmeli, $p<0,05$). Pandemi öncesinde balık tüketimi 15 günde bir kez olanların %17,6’sının ($n=16$) ise, pandemi sürecinde balık tüketim sıklığının haftada 1-3 kez olarak değiştiği görülmüştür (Bonferroni düzeltmeli, $p<0,05$). Pandemi sürecinde haftada 1-3 kez balık tüketenlerin sayısında artış olduğu görülse de hiç balık tüketmeyenlerin sayısındaki artış oranının buna kıyasla çok daha fazla olduğu görülmektedir.

Pandemi öncesi ve pandemi sürecinde işlenmiş etlerin (sucuk, pastırma, sosis, salam vb.) tüketim sıklığı incelendiğinde, iki döneme ait tüketimler arasında istatistiksel açıdan önemli bir farklılık olduğu bulunmuştur (McNemar-Bowker=32,76; Bonferroni düzeltmeli, $p<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla Bonferroni düzeltmeli post-hoc analizi yapılmıştır. Buna göre, pandemi öncesinde işlenmiş etlerin tüketimi ayda bir kez olanların %25’inin ($n=12$), pandemi sürecinde işlenmiş etleri tüketim sıklığının hiç olarak değiştiği belirlenmiştir. Pandemi sürecinde işlenmiş etleri hiç tüketmeyenlerin sayısında artış olduğu görülmüştür (Bonferroni düzeltmeli, $p<0,01$).

Tablo 4.13: Duygusal Tükenmişlik Gruplarına Göre Besin Tüketim Sıklıklarının Pandemi Öncesi ve Pandemi Sürecindeki Dağılımının İncelenmesi ve Grup İçi Karşılaştırılması (n=246)

Duygusal Tükenmişlik Alt Ölçeği															Gruplara Göre Pandemi Öncesi Tüketim*	Gruplara Göre Pandemi Sürecindeki Tüketim*	Düşük Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci**	Orta Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci **	Yüksek Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci **
Besin	Sıklık	DT (Düşük) (n=59)				DT (Orta) (n=48)				DT (Yüksek)(n=139)									
		Pandemi öncesi		Pandemi süreci		Pandemi öncesi		Pandemi süreci		Pandemi öncesi		Pandemi süreci							
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%						
Süt	A	7	11,9	14	23,7	7	14,6	13	27,1	18	12,9	18	12,9	$\chi^2=8,170$ $p=0,612$	$\chi^2=15,15$ $p=0,127$	$Z=-2,906$ $p=0,004$	$Z=-2,624$ $p=0,009$	$p>0,05$	
	B	16	27,1	14	23,7	12	25,0	10	20,8	28	20,1	26	18,7						
	C	24	40,7	22	37,3	14	29,2	17	35,4	51	36,7	48	34,5						
	D	4	6,8	4	6,8	9	18,8	4	8,3	15	10,8	19	13,7						
	E	5	8,5	3	5,1	3	6,3	2	4,2	11	7,9	8	5,8						
	F	3	5,1	2	3,4	3	6,3	2	4,2	16	11,5	20	14,4						
Peynir	A	23	39,0	24	40,7	19	39,6	21	43,8	41	29,5	37	26,6	$\chi^2=8,955$ $p=0,486$	$\chi^2=12,10$ $p=0,209$	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$	
	B	12	20,3	18	30,5	13	27,1	11	22,9	45	32,4	48	34,5						
	C	22	37,3	15	25,4	14	29,2	15	31,3	48	34,5	42	30,2						
	D	-	-	-	-	1	2,1	1	2,1	3	2,2	7	5,0						
	E	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,7	3	2,2						
	F	2	3,4	2	3,4	1	2,1	-	-	1	0,7	2	1,4						
Yoğurt, Ayrant	A	22	37,3	22	37,3	15	31,3	19	39,6	34	24,5	31	22,3	$\chi^2=9,599$ $p=0,413$	$\chi^2=17,02$ $^{\dagger}p=0,006$	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$	
	B	20	33,9	20	33,9	16	33,3	13	27,1	42	30,2	39	28,1						
	C	14	23,7	16	27,1	17	35,4	14	29,2	50	36,0	52	37,4						
	D	2	3,4	-	-	-	-	2	4,2	9	6,5	14	10,1						
	E	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1,4	2	1,4						
	F	1	1,7	1	1,7	-	-	-	-	2	1,4	1	0,7						
Sebze yemekleri	A	10	16,9	12	20,3	11	22,9	11	22,9	18	12,9	17	12,2	$\chi^2=14,17$ $p=0,116$	$\chi^2=20,61$ $^{\dagger}p=0,011$	$p>0,05$	$p>0,05$	$Z=-1,387$ $p=0,022$	
	B	23	39,0	21	35,6	15	31,3	19	39,6	36	25,9	41	29,5						
	C	26	44,1	26	44,1	19	39,6	16	33,3	68	48,9	54	38,8						
	D	-	-	-	-	3	6,3	2	4,2	12	8,6	12	8,6						
	E	-	-	-	-	-	-	-	-	4	2,9	7	5,0						
	F	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,7	8	5,8						
Taze, çiğ sebze/Salata	A	15	25,4	19	32,2	14	29,2	19	39,6	30	21,6	27	19,4	$\chi^2=9,048$ $p=0,299$	$\chi^2=17,11$ $^{\dagger}p=0,004$	$p>0,05$	$p>0,05$	$Z=-2,134$ $p=0,033$	
	B	25	42,4	22	37,3	12	25,0	9	18,8	40	28,8	40	28,8						
	C	17	28,8	17	28,8	20	41,7	17	35,4	59	42,4	51	36,7						
	D	2	3,4	1	1,7	1	2,1	2	4,2	9	6,5	12	8,6						
	E	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	2,9						
	F	-	-	-	-	1	2,1	1	2,1	1	0,7	5	3,6						

A: Her gün, B: Haftada 4-6 kez, C: Haftada 1-3 kez, D: 15 günde 1 kez, E: Ayda 1 kez, F: Hiç. *Ki-kare analizi/ Fisher Exact test **Wilcoxon testi, † :Bonferroni düzeltmeli post hoc test

Tablo 4.13: Duygusal Tükenmişlik Gruplarına Göre Besin Tüketim Sıklıklarının Pandemi Öncesi ve Pandemi Sürecindeki Dağılımının İncelenmesi ve Grup İçi Karşılaştırılması (n=246) (devamı)

Duygusal Tükenmişlik Alt Ölçeği												Gruplara Göre Pandemi Öncesi Tüketim*	Gruplara Göre Pandemi Sürecindeki Tüketim*	Düşük Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci**	Orta Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci **	Yüksek Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci **		
Besin	Sıklık	DT (Düşük) (n=59)				DT (Orta) (n=48)				DT (Yüksek)(n=139)								
		Pandemi öncesi		Pandemi süreci		Pandemi öncesi		Pandemi süreci		Pandemi öncesi							Pandemi süreci	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%						n	%
Meyve	A	19	32,2	20	33,9	17	35,4	20	41,7	32	23,0	32	23,0	$\chi^2=22,13$ $\dagger p<0,002$	$\chi^2=13,98$ $p=0,136$	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
	B	15	25,4	18	30,5	17	35,4	9	18,8	29	20,9	29	20,9					
	C	22	37,3	17	28,8	6	12,5	12	25,0	56	40,3	50	36,0					
	D	3	5,1	4	6,8	5	10,4	6	12,5	18	12,9	18	12,9					
	E	-	-	-	-	1	2,1	-	-	3	2,2	5	3,6					
	F	-	-	-	-	2	4,2	1	2,1	1	0,7	5	3,6					
Yumurta	A	13	22,0	15	25,4	13	27,1	17	35,4	28	20,1	25	18,0	$\chi^2=14,11$ $p=0,130$	$\chi^2=19,72$ $\dagger p=0,006$	$p>0,05$	$Z=-2,220$ $p=0,026$	$p>0,05$
	B	16	27,1	19	32,2	6	12,5	10	20,8	26	18,7	31	29,5					
	C	27	45,8	22	37,3	24	50,0	18	37,5	60	43,2	37	33,8					
	D	-	-	1	1,7	4	8,3	1	2,1	17	12,2	15	10,8					
	E	1	1,7	-	-	-	-	2	4,2	3	2,2	1	0,7					
	F	2	3,4	2	3,4	1	2,1	-	-	5	3,6	10	7,2					
Kırmızı Et	A	2	3,4	2	3,4	1	2,1	4	8,3	9	6,5	8	5,8	$\chi^2=10,58$ $p=0,346$	$\chi^2=16,39$ $p=0,067$	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
	B	11	18,6	16	27,1	11	22,9	13	27,1	28	20,1	25	18,0					
	C	35	59,3	33	55,9	26	54,2	24	50,0	61	43,9	64	46,0					
	D	10	16,9	7	11,9	6	12,5	2	4,2	31	22,3	30	21,6					
	E	1	1,7	1	1,7	2	4,2	3	6,3	9	6,5	6	4,3					
	F	-	-	-	-	2	4,2	2	4,2	1	0,7	6	4,3					
Tavuk	A	2	3,4	3	5,1	-	-	3	6,3	2	1,4	5	3,6	$\chi^2=8,836$ $p=0,502$	$\chi^2=4,428$ $p=0,938$	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
	B	14	23,7	14	23,7	8	16,7	8	16,7	32	23,0	25	18,0					
	C	33	55,9	33	55,9	28	58,3	27	56,3	73	52,5	73	52,5					
	D	10	16,9	7	11,9	8	16,7	6	12,5	19	13,7	23	16,5					
	E	-	-	1	1,7	3	6,3	2	4,2	8	5,8	6	4,3					
	F	-	-	1	1,7	1	2,1	2	4,2	5	3,6	7	5,0					
Balık	A	-	-	2	3,4	1	2,1	4	8,3	4	2,9	1	0,7	$\chi^2=14,79$ $p=0,117$	$\chi^2=24,06$ $\dagger p=0,004$	$p>0,05$	$p>0,05$	$Z=-2,105$ $p=0,035$
	B	4	6,8	1	1,7	5	10,4	7	14,6	7	5,0	10	7,2					
	C	16	27,1	22	37,3	13	27,1	14	29,2	16	11,5	25	18,0					
	D	21	35,6	13	22,0	15	31,3	9	18,8	55	39,6	36	25,9					
	E	14	23,7	11	18,6	9	18,8	7	14,6	37	26,6	28	20,1					
	F	4	6,8	10	16,9	5	10,4	7	14,6	20	14,4	39	28,1					

A: Her gün, B: Haftada 4-6 kez, C: Haftada 1-3 kez, D: 15 günde 1 kez, E: Ayda 1 kez, F: Hiç. *Ki-kare analizi/ Fisher Exact test **Wilcoxon testi, † :Bonferroni düzeltmeli post hoc test

Tablo 4.13: Duygusal Tükenmişlik Gruplarına Göre Besin Tüketim Sıklıklarının Pandemi Öncesi ve Pandemi Sürecindeki Dağılımının İncelenmesi ve Grup İçi Karşılaştırılması (n=246) (devamı)

Duygusal Tükenmişlik Alt Ölçeği											Gruplara Göre Pandemi Öncesi Tüketim*	Gruplara Göre Pandemi Sürecindeki Tüketim*	Düşük Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci**	Orta Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci **	Yüksek Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci **			
		DT (Düşük) (n=59)				DT (Orta) (n=48)				DT (Yüksek)(n=139)								
Besin	Sıklık	Pandemi öncesi		Pandemi süreci		Pandemi öncesi		Pandemi süreci		Pandemi öncesi						Pandemi süreci		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n						%	n	%
Sıcuk, Sosis, Salam vb.	A	3	5,1	3	5,1	2	4,2	1	2,1	5	3,6	4	2,9	$\chi^2=4,086$ p=0,953	$\chi^2=8,588$ p=0,564	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	B	2	3,4	3	5,1	4	8,3	7	14,6	10	7,2	15	10,8					
	C	16	27,1	16	27,1	16	33,3	18	37,5	37	26,6	39	28,1					
	D	19	32,2	11	18,6	11	22,9	5	10,4	42	30,2	30	21,6					
	E	13	22,0	14	23,7	8	16,7	7	14,6	27	19,4	23	16,5					
	F	6	10,2	12	20,3	7	14,6	10	20,8	18	12,9	28	20,1					
Kuru baklagiller	A	4	6,8	3	5,1	2	4,2	2	4,2	2	1,4	4	2,9	$\chi^2=10,32$ p=0,364	$\chi^2=5,178$ p=0,892	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	B	10	16,9	12	20,3	7	14,6	8	16,7	31	22,3	27	19,4					
	C	31	52,5	30	50,8	27	56,3	25	52,1	58	41,7	58	41,7					
	D	11	18,6	10	16,9	10	20,8	8	16,7	37	26,6	29	20,9					
	E	2	3,4	3	5,1	1	2,1	3	6,3	9	6,5	12	8,6					
	F	1	1,7	1	1,7	1	2,1	2	4,2	2	1,4	9	6,5					
Beyaz ekmek	A	20	33,9	18	30,5	11	22,9	7	14,6	41	29,5	43	30,9	$\chi^2=9,394$ p=0,495	$\chi^2=22,36$ †p<0,002	Z=-1,972 p=0,049	Z=-2,428 p=0,015	p>0,05
	B	8	13,6	6	10,2	7	14,6	6	12,5	28	20,1	15	10,8					
	C	10	16,9	13	22,0	16	33,3	18	37,5	22	15,8	21	15,1					
	D	9	15,3	4	6,8	4	8,3	4	8,3	19	13,7	30	21,6					
	E	4	6,8	6	10,2	3	6,3	3	6,3	9	6,7	7	5,0					
	F	8	13,6	12	20,3	7	14,6	10	20,8	20	14,4	23	16,5					
Tam tahıllı ekmekler	A	15	25,4	14	23,7	15	31,3	16	33,3	24	17,3	26	18,7	$\chi^2=13,30$ p=0,207	$\chi^2=8,210$ p=0,608	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	B	10	16,9	9	15,3	7	14,6	8	16,7	34	24,5	30	21,6					
	C	15	25,4	12	20,3	12	25,0	11	22,9	34	24,5	38	27,3					
	D	5	8,8	10	16,9	6	12,5	6	12,5	21	15,1	17	12,2					
	E	1	1,7	4	6,8	3	6,3	1	2,1	10	7,2	10	7,2					
	F	13	22,0	10	16,9	5	10,4	6	12,5	16	11,5	18	12,9					
Hamur işleri	A	3	5,1	3	5,1	2	4,2	4	8,3	6	4,3	10	7,2	$\chi^2=10,42$ p=0,388	$\chi^2=5,878$ p=0,835	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	B	7	11,9	10	16,9	7	14,6	5	10,4	30	21,6	29	20,9					
	C	28	47,5	19	32,2	23	47,9	18	37,5	50	36,0	52	37,4					
	D	14	23,7	15	25,4	6	12,5	12	25,0	35	25,2	28	20,1					
	E	4	6,8	7	11,9	8	16,7	6	12,5	12	8,6	10	7,2					
	F	3	5,1	5	8,5	2	4,2	3	6,3	6	4,3	10	7,2					

A: Her gün, B: Haftada 4-6 kez, C: Haftada 1-3 kez, D: 15 günde 1 kez, E: Ayda 1 kez, F: Hiç. *Ki-kare analizi/ Fisher Exact test **Wilcoxon testi, †:Bonferroni düzeltmeli post hoc test

Tablo 4.13: Duygusal Tükenmişlik Gruplarına Göre Besin Tüketim Sıklıklarının Pandemi Öncesi ve Pandemi Sürecindeki Dağılımının İncelenmesi ve Grup İçi Karşılaştırılması (n=246) (devamı)

Duygusal Tükenmişlik Alt Ölçeği												Gruplara Göre Pandemi Öncesi Tüketim*	Gruplara Göre Pandemi Sürecindeki Tüketim*	Düşük Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci**	Orta Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci **	Yüksek Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci **		
		DT (Düşük) (n=59)				DT (Orta) (n=48)				DT (Yüksek)(n=139)								
Besin	Sıklık	Pandemi öncesi		Pandemi süreci		Pandemi öncesi		Pandemi süreci		Pandemi öncesi							Pandemi süreci	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%						n	%
Tatlılar ve şekerlemeler	A	4	6,8	5	8,5	3	6,3	8	16,7	13	9,4	24	17,3	$\chi^2=16,01$ p=0,092	$\chi^2=9,211$ p=0,512	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	B	9	15,3	13	22,0	8	16,7	8	16,7	43	30,9	29	20,9					
	C	25	42,4	18	30,5	24	50,0	19	39,6	40	28,8	42	30,2					
	D	13	22,0	14	23,7	5	10,4	10	20,8	23	16,5	20	14,4					
	E	3	5,1	3	5,1	6	12,5	1	2,1	13	9,4	10	7,2					
	F	5	8,5	6	10,2	2	4,2	2	4,2	7	5,0	14	10,1					
Bal, reçel, pekmez vb.	A	4	6,8	4	6,8	6	12,5	6	12,5	11	7,9	15	10,8	$\chi^2=11,11$ p=0,349	$\chi^2=11,38$ p=0,328	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	B	7	11,9	12	20,3	7	14,6	4	8,3	31	22,3	25	18,0					
	C	23	39,0	17	28,8	16	33,3	19	39,6	30	21,6	37	26,6					
	D	14	23,7	11	18,6	11	22,9	7	14,6	31	22,3	28	20,1					
	E	6	10,2	9	15,3	5	10,4	5	10,4	21	15,1	9	6,5					
	F	5	8,5	6	10,2	3	6,3	7	14,6	15	10,8	25	18,0					
Bisküvi/gofret kraker vb.	A	3	5,1	8	13,6	10	20,8	8	16,7	29	20,9	34	24,5	$\chi^2=16,99$ p=0,075	$\chi^2=16,92$ p=0,076	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	B	13	22,0	11	18,6	10	20,8	9	18,8	25	18,0	26	18,7					
	C	18	30,5	18	30,5	15	31,3	18	37,5	41	29,5	32	23,0					
	D	12	20,3	8	13,6	9	18,8	8	16,7	21	15,1	25	18,0					
	E	9	15,3	9	15,3	-	-	3	6,3	9	6,5	5	3,6					
	F	4	6,8	5	8,5	4	8,3	2	4,2	14	10,1	17	12,2					
Siyah Çay	A	36	61,0	37	62,7	29	60,4	32	66,7	86	61,9	86	61,9	$\chi^2=6,343$ p=0,785	$\chi^2=8,961$ p=0,512	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	B	7	11,9	4	6,8	8	16,7	7	14,6	24	17,3	22	15,8					
	C	7	11,9	9	15,3	8	16,7	4	8,3	14	10,1	15	10,8					
	D	4	6,8	2	3,4	1	2,1	3	6,3	9	6,5	7	5,0					
	E	1	1,7	3	5,1	1	2,1	-	-	1	0,7	1	0,7					
	F	4	6,8	4	6,8	1	2,1	2	4,2	5	3,6	8	5,8					
Bitki çayları	A	9	15,3	12	20,3	10	20,8	16	33,3	18	12,9	22	15,8	$\chi^2=8,837$ p=0,548	$\chi^2=18,75$ †p=0,012	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	B	10	16,9	8	13,6	8	16,7	7	14,6	25	18,0	20	14,4					
	C	20	33,9	20	33,9	11	22,9	8	16,7	34	24,5	33	23,7					
	D	7	11,9	3	5,1	12	25,0	9	18,8	25	18,0	20	14,4					
	E	6	10,2	7	11,9	4	8,3	4	8,3	14	10,1	11	7,9					
	F	7	11,9	9	15,3	3	6,3	4	8,3	23	16,5	33	23,7					

A: Her gün, B: Haftada 4-6 kez, C: Haftada 1-3 kez, D: 15 günde 1 kez, E: Ayda 1 kez, F: Hiç. *Ki-kare analizi/ Fisher Exact test **Wilcoxon testi, †:Bonferroni düzeltmeli post hoc test

Tablo 4.13: Duygusal Tükenmişlik Gruplarına Göre Besin Tüketim Sıklıklarının Pandemi Öncesi ve Pandemi Sürecindeki Dağılımının İncelenmesi ve Grup İçi Karşılaştırılması (n=246) (devamı)

Duygusal Tükenmişlik Alt Ölçeği												Gruplara Göre Pandemi Öncesi Tüketim*	Gruplara Göre Pandemi Sürecindeki Tüketim*	Düşük Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci**	Orta Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci **	Yüksek Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci **		
Besin	Sıklık	DT (Düşük) (n=59)				DT (Orta) (n=48)				DT (Yüksek)(n=139)								
		Pandemi öncesi		Pandemi süreci		Pandemi öncesi		Pandemi süreci		Pandemi öncesi							Pandemi süreci	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%						n	%
Kahve	A	31	52,5	32	54,2	28	58,3	30	62,5	75	54,0	78	56,1	$\chi^2=10,54$ p=0,329	$\chi^2=11,92$ p=0,246	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	B	10	16,9	5	8,5	12	25,0	6	12,5	29	20,9	28	20,1					
	C	12	20,3	16	27,1	6	12,5	9	18,8	25	18,0	19	13,7					
	D	3	5,1	2	3,4	-	-	1	2,1	7	5,0	9	6,5					
	E	-	-	1	1,7	2	4,2	1	2,1	1	0,7	1	0,7					
	F	3	5,1	3	5,1	-	-	1	2,1	2	1,4	4	2,9					
Asitli içecekler	A	5	8,5	5	8,5	6	12,5	3	6,3	18	12,9	16	11,5	$\chi^2=9,439$ p=0,491	$\chi^2=17,48$ p=0,064	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	B	6	10,2	4	6,8	7	14,6	7	14,6	24	17,3	22	15,8					
	C	12	20,3	14	23,7	12	25,0	16	33,3	29	20,9	34	24,5					
	D	6	10,2	6	10,2	8	16,7	8	16,7	24	17,3	24	17,3					
	E	16	27,1	11	18,6	6	12,5	10	20,8	20	14,4	14	10,1					
	F	14	23,7	19	32,2	9	18,8	4	8,3	24	17,3	29	20,9					

A: Her gün, B: Haftada 4-6 kez, C: Haftada 1-3 kez, D: 15 günde 1 kez, E: Ayda 1 kez, F: Hiç. *Ki-kare analizi/ Fisher Exact test **Wilcoxon testi, †:Bonferroni düzeltilmeli post hoc test

Tablo 4.13'te katılımcıların duygusal tükenmişlik gruplarına göre besin tüketim sıklıklarının pandemi öncesi ve pandemi sürecindeki dağılımı, dağılımların grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması yer almaktadır.

Bonferroni düzeltmesine göre, pandemi öncesindeki besin tüketim sıklıklarının meyve tüketimi haricinde gruplar arasında önemli bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,0027$). Pandemi öncesi meyve tüketiminin Bonferroni düzeltmesine göre gruplar arasında önemli farklılık gösterdiği bulunmuştur. Buna göre, orta düzeyde DT riski olan bireylerin, düşük ve yüksek DT riskine sahip bireylere göre, pandemi öncesinde haftada 1-3 kez meyve tüketme sıklığının daha düşük olduğu görülmektedir (Bonferroni düzeltmeli, $p<0,0027$).

Bonferroni düzeltmesine göre, pandemi sürecindeki besin tüketim sıklıklarının beyaz ekmek tüketimi haricinde gruplar arasında önemli bir farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0,0027$). Pandemi sürecindeki beyaz ekmek tüketiminin Bonferroni düzeltmesine göre gruplar arasında önemli farklılık gösterdiği bulunmuştur. Buna göre, yüksek düzeyde DT riski olan bireylerin, düşük DT riskine sahip bireylere göre, pandemi sürecinde 15 günde bir kez beyaz ekmek tüketim sıklıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Bonferroni düzeltmeli, $p<0,0027$). Ayrıca, orta düzeyde DT riski olan bireylerin yüksek DT riskine sahip bireylere göre, pandemi sürecinde haftada 1-3 kez beyaz ekmek tüketme sıklığının daha yüksek olduğu görülmüştür (Bonferroni düzeltmeli, $p<0,0027$).

Süt tüketim sıklığı incelendiğinde, düşük ve orta tükenmişlik riski olan gruplarda pandemi öncesine göre pandemi sürecinde süt tüketim sıklığının arttığı görülmüştür ($p<0,05$).

Sebze yemekleri ve taze sebzelerin tüketim sıklığı incelendiğinde, yüksek tükenmişlik riski olan grupta, pandemi öncesine göre pandemi sürecinde tüketim sıklığının azaldığı görülmüştür ($p<0,05$).

Balık tüketim sıklığı incelendiğinde, yüksek duygusal tükenmişlik riski olan grupta, pandemi öncesine göre pandemi sürecinde balık tüketim sıklığının azaldığı görülmüştür ($p<0,05$).

Yumurta tüketim sıklığı incelendiğinde, orta tükenmişlik riski olan grupta pandemi öncesine göre pandemi sürecinde yumurta tüketim sıklığının arttığı görülmüştür ($p<0,05$).

Beyaz ekmek tüketim sıklığı incelendiğinde, düşük ve orta tükenmişlik riski olan gruplarda pandemi öncesine göre pandemi sürecinde beyaz ekmek tüketim sıklığının azaldığı görülmüştür ($p<0,05$).



Tablo 4.14: Duyarsızlaşma Gruplarına Göre Besin Tüketim Sıklıklarının Pandemi Öncesi ve Pandemi Sürecindeki Dağılımının İncelenmesi ve Grup İçi Karşılaştırılması (n=246)

		Duyarsızlaşma Alt Ölçeği												Gruplara Göre Pandemi Öncesi Tüketim*	Gruplara Göre Pandemi Sürecindeki Tüketim*	Düşük Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci**	Orta Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci **	Yüksek Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci **
		DY (Düşük) (n=114)				DY (Orta) (n=55)				DY (Yüksek)(n=77)								
Besin	Sıklık	Pandemi öncesi		Pandemi süreci		Pandemi öncesi		Pandemi süreci		Pandemi öncesi		Pandemi süreci						
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Süt	A	15	13,2	24	21,1	7	12,7	7	12,7	10	13,0	14	18,2	$\chi^2=3,362$ $p=0,972$	$\chi^2=11,57$ $p=0,315$	$Z=-2,832$ $p=0,005$	$p>0,05$	$p>0,05$
	B	27	23,7	21	18,4	12	21,8	11	20,0	17	22,1	18	23,4					
	C	38	33,3	44	38,6	23	41,8	23	41,8	28	36,4	20	26,0					
	D	13	11,4	9	7,9	6	10,9	6	10,9	9	11,7	12	15,6					
	E	9	7,9	8	7,0	5	9,1	3	5,5	5	6,5	2	2,6					
	F	12	10,5	8	7,0	2	3,6	5	9,1	8	10,4	11	14,3					
Peynir	A	44	38,6	45	39,5	17	30,9	15	27,3	22	28,6	22	28,6	$\chi^2=12,63$ $p=0,167$	$\chi^2=14,31$ $p=0,106$	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
	B	23	20,2	27	23,7	19	34,5	20	36,4	28	36,4	30	39,0					
	C	41	36,0	35	30,7	18	32,7	18	32,7	25	32,5	19	24,7					
	D	2	1,8	2	1,8	1	1,8	1	1,8	1	1,3	5	6,5					
	E	0	0,0	1	0,9	0	0,0	1	1,8	1	1,3	1	1,3					
	F	4	3,5	4	3,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
Yoğurt, Ayrant	A	40	35,1	42	36,8	16	29,1	14	25,5	15	19,5	16	20,8	$\chi^2=15,13$ $p=0,075$	$\chi^2=15,46$ $p=0,066$	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
	B	39	34,2	30	26,3	17	30,9	18	32,7	22	28,6	24	31,2					
	C	26	22,8	35	30,7	21	38,2	20	36,4	34	44,2	27	35,1					
	D	5	4,4	3	2,6	1	1,8	3	5,5	5	6,5	10	13,0					
	E	2	1,8	2	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-					
	F	2	1,8	2	1,8	0	0,0	0	0,0	1	1,3	-	-					
Sebze yemekleri	A	22	19,3	23	20,2	7	12,7	5	9,1	10	13,0	12	15,6	$\chi^2=9,466$ $p=0,456$	$\chi^2=14,45$ $p=0,128$	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
	B	39	34,2	40	35,1	16	29,1	17	30,9	19	24,7	24	31,2					
	C	48	42,1	44	38,6	27	49,1	26	47,3	38	49,4	26	33,8					
	D	4	3,5	2	1,8	4	7,3	3	5,5	7	9,1	9	11,7					
	E	1	0,9	3	2,6	1	1,8	2	3,6	2	2,6	2	2,6					
	F	0	0,0	2	1,8	0	0,0	2	3,6	1	1,3	4	5,2					
Taze, çiğ sebze/Salata	A	37	32,5	40	35,1	11	20,0	10	18,2	11	14,3	15	19,5	$\chi^2=14,50$ $\dagger p=0,003$	$\chi^2=25,47$ $\dagger p=0,004$	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
	B	38	33,3	34	29,8	15	27,3	15	27,3	24	31,2	0	0,0					
	C	35	30,7	33	28,9	26	47,3	26	47,3	35	45,5	22	28,6					
	D	3	2,6	3	2,6	3	5,5	3	5,5	6	7,8	26	33,8					
	E	0	0,0	4	3,5	0	0,0	0	0	0	0,0	9	11,7					
	F	1	0,9	0	0,0	0	0,0	1	1,8	1	1,3	5	6,5					

A: Her gün, B: Haftada 4-6 kez, C: Haftada 1-3 kez, D: 15 günde 1 kez, E: Ayda 1 kez, F: Hiç. *Ki-kare analizi/ Fisher Exact test **Wilcoxon testi, †:Bonferroni düzeltmeli post hoc test

Tablo 4.14: Duyarsızlaşma Gruplarına Göre Besin Tüketim Sıklıklarının Pandemi Öncesi ve Pandemi Sürecindeki Dağılımının İncelenmesi ve Grup İçi Karşılaştırılması (devamı)

		Duyarsızlaşma Alt Ölçeği								Gruplara Göre Pandemi Öncesi Tüketim*		Gruplara Göre Pandemi Sürecindeki Tüketim*		Düşük Tükenmiş Grupta Öncesi-Süreci**	Orta Tükenmiş Grupta Öncesi-Süreci **	Yüksek Tükenmiş Grupta Öncesi-Süreci **				
		DY (Düşük) (n=114)				DY (Orta) (n=55)											DY (Yüksek)(n=77)			
Besin	Sıklık	Pandemi öncesi		Pandemi süreci		Pandemi öncesi		Pandemi süreci									Pandemi öncesi		Pandemi süreci	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%							
Meyve	A	38	33,3	43	37,7	15	27,3	14	25,5	15	19,5	15	19,5	$\chi^2=10,88$ $p=0,316$	$\chi^2=12,69$ $p=0,208$	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$		
	B	28	24,6	25	21,9	13	23,6	13	23,6	20	26,0	18	23,4							
	C	37	32,5	34	29,8	17	30,9	16	29,1	30	39,0	29	37,7							
	D	10	8,8	8	7,0	8	14,5	9	16,4	8	10,4	11	14,3							
	E	0	0,0	2	1,8	2	3,6	2	3,6	2	2,6	1	1,3							
	F	1	0,9	2	1,8	0	0,0	1	1,8	2	2,6	3	3,9							
Yumurta	A	28	24,6	32	28,1	8	14,5	2	3,6	18	23,4	17	22,1	$\chi^2=10,99$ $p=0,325$	$\chi^2=11,68$ $p=0,275$	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$		
	B	24	21,1	26	22,8	12	21,8	1	1,8	12	15,6	28	36,4							
	C	49	43,0	43	37,7	25	45,5	6	10,9	37	48,1	22	28,6							
	D	7	6,1	5	4,4	8	14,5	22	40,0	6	7,8	6	7,8							
	E	2	1,8	2	1,8	2	3,6	16	29,1	0	0,0	0	0,0							
	F	4	3,5	6	5,3	0	0,0	8	14,5	4	5,2	4	5,2							
Kırmızı Et	A	3	2,6	5	4,4	4	7,3	2	3,6	5	6,5	7	9,1	$\chi^2=6,991$ $p=0,728$	$\chi^2=12,12$ $p=0,252$	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$		
	B	25	21,9	24	21,1	11	20,0	15	27,3	14	18,2	15	19,5							
	C	58	50,9	61	53,5	24	43,6	26	47,3	40	51,9	34	44,2							
	D	23	20,2	16	14,0	12	21,8	7	12,7	12	15,6	16	20,8							
	E	4	3,5	7	6,1	4	7,3	2	3,6	4	5,2	1	1,3							
	F	1	0,9	1	0,9	0	0,0	3	5,5	2	2,6	4	5,2							
Tavuk	A	2	1,8	4	3,5	0	0,0	0	0,0	2	2,6	7	9,1	$\chi^2=6,002$ $p=0,835$	$\chi^2=11,54$ $p=0,295$	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$		
	B	27	23,7	22	19,3	13	23,6	12	21,8	14	18,2	13	16,9							
	C	57	50,0	58	50,9	29	52,7	33	60,0	48	62,3	42	54,5							
	D	20	17,5	20	17,5	9	16,4	5	9,1	8	10,4	11	14,3							
	E	6	5,3	6	5,3	2	3,6	1	1,8	3	3,9	2	2,6							
	F	2	1,8	4	3,5	2	3,6	4	7,3	2	2,6	2	2,6							
Balık	A	3	2,6	2	1,8	1	1,8	1	1,8	1	1,3	4	5,2	$\chi^2=12,73$ $p=0,219$	$\chi^2=8,556$ $p=0,568$	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$		
	B	8	7,0	8	7,0	4	7,3	4	7,3	4	5,2	6	7,8							
	C	27	23,7	33	28,9	3	5,5	8	14,5	15	19,5	20	26,0							
	D	39	34,2	29	25,4	23	41,8	14	25,5	29	37,7	15	19,5							
	E	26	22,8	19	16,7	18	32,7	14	25,5	16	20,8	13	16,9							
	F	11	9,6	23	20,2	6	10,9	14	25,5	12	15,6	19	24,7							

A: Her gün, B: Haftada 4-6 kez, C: Haftada 1-3 kez, D: 15 günde 1 kez, E: Ayda 1 kez, F: Hiç. *Ki-kare analizi/ Fisher Exact test **Wilcoxon testi, †:Bonferroni düzeltmeli post hoc test

Tablo 4.14: Duyarsızlaşma Gruplarına Göre Besin Tüketim Sıklıklarının Pandemi Öncesi ve Pandemi Sürecindeki Dağılımının İncelenmesi ve Grup İçi Karşılaştırılması (devamı)

Besin		Duyarsızlaşma Alt Ölçeği								Gruplara Göre Pandemi Öncesi Tüketim*	Gruplara Göre Pandemi Sürecindeki Tüketim*	Düşük Tükenmiş Grupta Öncesi-Süreci**	Orta Tükenmiş Grupta Öncesi-Süreci **	Yüksek Tükenmiş Grupta Öncesi-Süreci **				
		DY (Düşük) (n=114)				DY (Orta) (n=55)									DY (Yüksek)(n=77)			
		Pandemi öncesi		Pandemi süreci		Pandemi öncesi		Pandemi süreci							Pandemi öncesi		Pandemi süreci	
Sıklık		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Sucuk, Sosis, Salam vb.	A	7	6,1	6	5,3	1	1,8	1	1,8	2	2,6	1	1,3	$\chi^2=15,31$ $p=0,117$	$\chi^2=20,75$ $\dagger p=0,013$	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
	B	8	7,0	8	7,0	3	5,5	4	7,3	5	6,5	13	16,9					
	C	30	26,3	30	26,3	13	23,6	18	32,7	26	33,8	25	32,5					
	D	25	21,9	25	21,9	24	43,6	10	18,2	23	29,9	11	14,3					
	E	30	26,3	21	18,4	9	16,4	16	29,1	9	11,7	7	9,1					
	F	14	12,3	24	21,1	5	9,1	6	10,9	12	15,6	20	26,0					
Kuru baklagiller	A	5	4,4	3	2,6	1	1,8	4	7,3	2	2,6	2	2,6	$\chi^2=12,85$ $p=0,190$	$\chi^2=12,44$ $p=0,245$	$p>0,05$	$p>0,05$	$Z=-2,284$ $p=0,022$
	B	19	16,7	25	21,9	7	12,7	6	10,9	22	28,6	16	20,8					
	C	62	54,4	55	48,2	26	47,3	29	52,7	28	36,4	29	37,7					
	D	21	18,4	21	18,4	18	32,7	11	20,0	19	24,7	15	19,5					
	E	5	4,4	7	6,1	2	3,6	2	3,6	5	6,5	9	11,7					
	F	2	1,8	3	2,6	1	1,8	3	5,5	1	1,3	6	7,8					
Beyaz ekmek	A	37	32,5	34	29,8	17	30,9	15	27,3	18	23,4	19	24,7	$\chi^2=10,06$ $p=0,435$	$\chi^2=8,618$ $p=0,569$	$Z=-2,210$ $p=0,027$	$Z=-2,149$ $p=0,032$	$p>0,05$
	B	21	18,4	13	11,4	8	14,5	4	7,3	14	18,2	10	13					
	C	17	14,9	24	21,1	10	18,2	11	20,0	21	27,3	17	22,1					
	D	11	9,6	11	9,6	8	14,5	10	18,2	13	16,9	17	22,1					
	E	9	7,9	9	7,9	3	5,5	4	7,3	4	5,2	3	3,9					
	F	19	16,7	23	20,2	9	16,4	11	20,0	7	9,1	11	14,3					
Tam tahıllı ekmekler	A	29	25,4	28	24,6	8	14,5	12	21,8	17	22,1	16	20,8	$\chi^2=27,18$ $\dagger p<0,002$	$\chi^2=8,541$ $p=0,576$	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
	B	19	16,7	18	15,8	11	20,0	13	23,6	21	27,3	16	20,8					
	C	30	26,3	24	21,1	10	18,2	11	20,0	21	27,3	26	33,8					
	D	10	8,8	17	14,9	12	21,8	7	12,7	10	13,0	9	11,7					
	E	3	2,6	8	7,0	8	14,5	4	7,3	3	3,9	3	3,9					
	F	23	20,2	19	16,7	6	10,9	8	14,5	5	6,5	7	9,1					
Hamur işleri	A	3	2,6	6	5,3	3	5,5	4	7,3	5	6,5	7	9,1	$\chi^2=10,55$ $p=0,384$	$\chi^2=14,26$ $p=0,161$	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
	B	14	12,3	16	14,0	11	20,0	11	20,0	19	24,7	17	22,1					
	C	51	44,7	43	37,7	19	34,5	13	23,6	31	40,3	33	42,9					
	D	27	23,7	28	24,6	13	23,6	16	29,1	15	19,5	11	14,3					
	E	14	12,3	13	11,4	5	9,1	4	7,3	5	6,5	6	7,8					
	F	5	4,4	8	7,0	4	7,3	7	12,7	2	2,6	3	3,9					

A: Her gün, B: Haftada 4-6 kez, C: Haftada 1-3 kez, D: 15 günde 1 kez, E: Ayda 1 kez, F: Hiç. *Ki-kare analizi/ Fisher Exact test **Wilcoxon testi, †:Bonferroni düzeltmeli post hoc test

Tablo 4.14: Duyarsızlaşma Gruplarına Göre Besin Tüketim Sıklıklarının Pandemi Öncesi ve Pandemi Sürecindeki Dağılımının İncelenmesi ve Grup İçi Karşılaştırılması (devamı)

		Duyarsızlaşma Alt Ölçeği								Gruplara Göre Pandemi Öncesi Tüketim*	Gruplara Göre Pandemi Sürecindeki Tüketim*	Düşük Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci**	Orta Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci **	Yüksek Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci **				
		DY (Düşük) (n=114)				DY (Orta) (n=55)									DY (Yüksek)(n=77)			
Besin	Sıklık	Pandemi öncesi		Pandemi süreci		Pandemi öncesi		Pandemi süreci							Pandemi öncesi		Pandemi süreci	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Tatlılar ve şekerlemeler	A	6	5,3	12	10,5	6	10,9	12	21,8	8	10,4	13	16,9	$\chi^2=11,65$ $p=0,299$	$\chi^2=9,064$ $p=0,526$	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
	B	24	21,1	23	20,2	18	32,7	13	23,6	18	23,4	14	18,2					
	C	48	42,1	41	36,0	12	21,8	11	20,0	29	37,7	27	35,1					
	D	16	14,0	22	19,3	12	21,8	11	20,0	13	16,9	11	14,3					
	E	12	10,5	5	4,4	4	7,3	3	5,5	6	7,8	6	7,8					
	F	8	7,0	11	9,6	3	5,5	5	9,1	3	3,9	6	7,8					
Bal, reçel, pekmez vb.	A	12	10,5	15	13,2	3	5,5	3	5,5	6	7,8	7	9,1	$\chi^2=12,34$ $p=0,263$	$\chi^2=6,224$ $p=0,796$	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
	B	19	16,7	18	15,8	11	20,0	10	18,2	15	19,5	13	16,9					
	C	32	28,1	32	28,1	14	25,5	15	27,3	23	29,9	26	33,8					
	D	26	22,8	21	18,4	19	34,5	14	25,5	11	14,3	11	14,3					
	E	12	10,5	11	9,6	6	10,9	6	10,9	14	18,2	6	7,8					
	F	13	11,4	17	14,9	2	3,6	7	12,7	8	10,4	14	18,2					
Bisküvi/göfret kraker vb.	A	12	10,5	20	17,5	11	20,0	11	20,0	19	24,7	19	24,7	$\chi^2=14,94$ $p=0,134$	$\chi^2=9,048$ $p=0,528$	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
	B	25	21,9	24	21,1	9	16,4	10	18,2	14	18,2	12	15,6					
	C	35	30,7	33	28,9	17	30,9	13	23,6	22	28,6	22	28,6					
	D	20	17,5	16	14,0	14	25,5	13	23,6	8	10,4	12	15,6					
	E	11	9,6	11	9,6	1	1,8	4	7,3	6	7,8	2	2,6					
	F	11	9,6	10	8,8	3	5,5	4	7,3	8	10,4	10	13,0					
Siyah Çay	A	68	59,6	8	7,0	32	58,2	35	63,6	51	66,2	50	64,9	$\chi^2=5,422$ $p=0,879$	$\chi^2=6,765$ $p=0,752$	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
	B	16	14,0	3	2,6	10	18,2	5	9,1	13	16,9	13	16,9					
	C	15	13,2	5	4,4	7	12,7	6	10,9	7	9,1	9	11,7					
	D	6	5,3	13	11,4	4	7,3	5	9,1	4	5,2	2	2,6					
	E	2	1,8	15	13,2	0	0,0	1	1,8	1	1,3	-	-					
	F	7	6,1	70	61,4	2	3,6	3	5,5	1	1,3	3	3,9					
Bitki çayları	A	17	14,9	24	21,1	5	9,1	11	20,0	15	19,5	15	19,5	$\chi^2=7,695$ $p=0,659$	$\chi^2=4,524$ $p=0,921$	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
	B	17	14,9	14	12,3	10	18,2	7	12,7	16	20,8	14	18,2					
	C	34	29,8	30	26,3	14	25,5	11	20,0	17	22,1	20	26,0					
	D	19	16,7	14	12,3	14	25,5	10	18,2	11	14,3	8	10,4					
	E	12	10,5	12	10,5	6	10,9	4	7,3	6	7,8	6	7,8					
	F	15	13,2	20	17,5	6	10,9	12	21,8	12	15,6	14	18,2					

A: Her gün, B: Haftada 4-6 kez, C: Haftada 1-3 kez, D: 15 günde 1 kez, E: Ayda 1 kez, F: Hiç. *Ki-kare analizi/ Fisher Exact test **Wilcoxon testi, †:Bonferroni düzeltmeli post hoc test

Tablo 4.14: Duyarsızlaşma Gruplarına Göre Besin Tüketim Sıklıklarının Pandemi Öncesi ve Pandemi Sürecindeki Dağılımının İncelenmesi ve Grup İçi Karşılaştırılması (devamı)

		Duyarsızlaşma Alt Ölçeği												Gruplara Göre Pandemi Öncesi Tüketim*	Gruplara Göre Pandemi Sürecindeki Tüketim*	Düşük Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci**	Orta Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci **	Yüksek Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci **
		DY (Düşük) (n=114)				DY (Orta) (n=55)				DY (Yüksek)(n=77)								
Besin	Sıklık	Pandemi öncesi		Pandemi süreci		Pandemi öncesi		Pandemi süreci		Pandemi öncesi		Pandemi süreci						
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Kahve	A	62	54,4	68	59,6	26	47,3	29	52,7	46	59,7	43	55,8	$\chi^2=5,718$ p=0,858	$\chi^2=16,13$ p=0,069	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	B	23	20,2	11	9,6	14	25,5	11	20,0	14	18,2	17	22,1					
	C	20	17,5	26	22,8	10	18,2	6	10,9	13	16,9	12	15,6					
	D	4	3,5	3	2,6	3	5,5	6	10,9	3	3,9	3	3,9					
	E	2	1,8	2	1,8	2	3,6	0	0,0	1	1,3	1	1,3					
	F	3	2,6	4	3,5	0	0,0	3	5,5	0	0,0	1	1,3					
Asitli içecekler	A	10	8,8	11	9,6	3	5,5	3	5,5	16	20,8	10	13,0	$\chi^2=17,98$ p=0,055	$\chi^2=8,030$ p=0,626	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	B	15	13,2	12	10,5	8	14,5	8	14,5	14	18,2	13	16,9					
	C	21	18,4	28	24,6	18	32,7	16	29,1	14	18,2	20	26,0					
	D	17	14,9	16	14,0	10	18,2	9	16,4	11	14,3	13	16,9					
	E	25	21,9	18	15,8	8	14,5	10	18,2	9	11,7	7	9,1					
	F	26	22,8	29	25,4	8	14,5	9	16,4	13	16,9	14	18,2					

A: Her gün, B: Haftada 4-6 kez, C: Haftada 1-3 kez, D: 15 günde 1 kez, E: Ayda 1 kez, F: Hiç. *Ki-kare analizi/ Fisher Exact test **Wilcoxon testi, †:Bonferroni düzeltmeli post hoc test

Tablo 4.14'te katılımcıların duyarsızlaşma gruplarına göre besin tüketim sıklıklarının pandemi öncesi ve pandemi sürecindeki dağılımı, dağılımların grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması yer almaktadır.

Bonferroni düzeltmesine göre, pandemi öncesindeki besin tüketim sıklıklarının tam tahıllı ekmek tüketimi haricinde gruplar arasında önemli bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,0027$). Pandemi öncesi tam tahıllı ekmek tüketiminin Bonferroni düzeltmesine göre gruplar arasında önemli farklılık gösterdiği bulunmuştur. Buna göre, orta düzeyde duyarsızlaşma riski olan bireylerin, düşük ve yüksek riske sahip bireylere göre, pandemi öncesinde ayda bir tam tahıllı ekmek tüketme sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Bonferroni düzeltmeli, $p<0,0027$).

Bonferroni düzeltmesine göre, pandemi sürecindeki besin tüketim sıklıklarının gruplar arasında önemli bir farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0,0027$).

Süt tüketim sıklığı incelendiğinde, düşük tükenmişlik riski olan grupta pandemi öncesine göre pandemi sürecinde süt tüketim sıklığının arttığı görülmüştür ($p<0,05$).

Kuru baklagillerin tüketim sıklığı incelendiğinde, yüksek tükenmişlik riski olan grupta, pandemi öncesine göre pandemi sürecinde kuru baklagil tüketim sıklığının azaldığı görülmüştür ($p<0,05$).

Beyaz ekmek tüketim sıklığı incelendiğinde, düşük ve orta tükenmişlik riski olan gruplarda pandemi öncesine göre pandemi sürecinde beyaz ekmek tüketim sıklığının azaldığı görülmüştür ($p<0,05$).

Tablo 4.15: Düşük Kişisel Başarı Gruplarına Göre Besin Tüketim Sıklıklarının Pandemi Öncesi ve Pandemi Sürecindeki Dağılımının İncelenmesi ve Grup İçi Karşılaştırılması (n=246)

Düşük Kişisel Başarı Alt Ölçeği														Gruplara Göre Pandemi Öncesi Tüketim*	Gruplara Göre Pandemi Sürecindeki Tüketim*	Düşük Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci**	Orta Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci **	Yüksek Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci **
Besin	Sıklık	DKB (Düşük) (n=233)				DKB (Orta) (n=8)				DKB (Yüksek)(n=5)								
		Pandemi öncesi		Pandemi süreci		Pandemi öncesi		Pandemi süreci		Pandemi öncesi		Pandemi süreci						
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Süt	A	32	13,7	41	17,6	0	0,0	3	37,5	0	0,0	1	20,0	$\chi^2=8,229$ p=0,444	$\chi^2=5,626$ p=0,819	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	B	51	21,9	45	19,3	2	25,0	3	37,5	3	60,0	2	40,0					
	C	82	35,2	83	35,6	6	75,0	2	25,0	1	20,0	2	40,0					
	D	28	12,0	27	11,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
	E	19	8,2	13	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
	F	21	9,0	24	10,3	0	0,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0					
Peynir	A	75	32,2	75	32,2	4	50,0	4	50,0	4	80,0	3	60,0	$\chi^2=12,29$ p=0,481	$\chi^2=10,27$ p=0,478	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	B	68	29,2	73	31,3	1	12,5	2	25,0	1	20,0	2	40,0					
	C	81	34,8	71	30,5	3	37,5	1	12,5	0	0,0	0	0,0					
	D	4	1,7	7	3,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0					
	E	1	0,4	3	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
	F	4	1,7	4	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
Yoğurt, Ayrant	A	68	29,2	66	28,3	0	0,0	4	50,0	3	60,0	2	40,0	$\chi^2=11,01$ p=0,461	$\chi^2=8,877$ p=0,750	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	B	74	31,8	70	30,0	3	37,5	1	12,5	1	20,0	1	20,0					
	C	75	32,2	78	33,5	5	62,5	2	25,0	1	20,0	2	40,0					
	D	11	4,7	15	6,4	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0					
	E	2	0,9	2	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
	F	3	1,3	2	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
Sebze yemekleri	A	38	16,3	36	15,5	0	0,0	3	37,5	1	20,0	1	20,0	$\chi^2=13,52$ p=0,250	$\chi^2=5,451$ p=0,830	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	B	68	29,2	76	32,6	2	25,0	2	25,0	4	80,0	3	60,0					
	C	107	45,9	92	39,5	6	75,0	3	37,5	0	0,0	1	20,0					
	D	15	6,4	14	6,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
	E	4	1,7	7	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
	F	1	0,4	8	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
Taze, çiğ sebze/Salata	A	58	24,9	60	25,8	0	0,0	4	50,0	0	0,0	1	20,0	$\chi^2=14,65$ †p=0,004	$\chi^2=10,85$ p=0,319	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	B	73	31,3	66	28,3	1	12,5	1	12,5	3	60,0	4	80,0					
	C	89	38,2	83	35,6	7	87,5	2	25,0	1	20,0	0	0,0					
	D	11	4,7	14	6,0	0	0,0	1	12,5	1	20,0	0	0,0					
	E	0	0,0	4	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
	F	2	0,9	6	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					

A: Her gün, B: Haftada 4-6 kez, C: Haftada 1-3 kez, D: 15 günde 1 kez, E: Ayda 1 kez, F: Hiç. * Fisher Exact test, **Wilcoxon testi, †:Bonferroni düzeltmeli post hoc test

Tablo 4.15: Düşük Kişisel Başarı Gruplarına Göre Besin Tüketim Sıklıklarının Pandemi Öncesi ve Pandemi Sürecindeki Dağılımının İncelenmesi ve Grup İçi Karşılaştırılması (devamı)

Düşük Kişisel Başarı Alt Ölçeği												Gruplara Göre Pandemi Öncesi Tüketim*	Gruplara Göre Pandemi Sürecindeki Tüketim*	Düşük Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci**	Orta Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci **	Yüksek Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci **		
Besin	Sıklık	DKB (Düşük) (n=233)				DKB (Orta) (n=8)				DKB (Yüksek)(n=5)								
		Pandemi öncesi		Pandemi süreci		Pandemi öncesi		Pandemi süreci		Pandemi öncesi							Pandemi süreci	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%						n	%
Meyve	A	64	27,5	65	27,9	1	12,5	4	50,0	3	60,0	3	60,0	$\chi^2=15,08$ p=0,095	$\chi^2=8,465$ p=0,554	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	B	53	22,7	52	22,3	6	75,0	2	25,0	2	40,0	2	40,0					
	C	83	35,6	78	33,5	1	12,5	1	12,5	0	0,0	0	0,0					
	D	26	11,2	27	11,6	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0					
	E	4	1,7	5	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
	F	3	1,3	6	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
Yumurta	A	48	20,6	51	21,9	3	37,5	3	37,5	3	60,0	3	60,0	$\chi^2=15,45$ p=0,059	$\chi^2=13,60$ p=0,126	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	B	42	18,0	64	27,5	4	50,0	4	50,0	2	40,0	2	40,0					
	C	110	47,2	87	37,3	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
	D	21	9,0	16	6,9	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0					
	E	4	1,7	3	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
	F	8	3,4	12	5,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
Kırmızı Et	A	12	5,2	11	4,7	0	0,0	3	37,5	0	0,0	0	0,0	$\chi^2=9,440$ p=0,426	$\chi^2=13,62$ p=0,097	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	B	46	19,7	50	21,5	1	12,5	1	12,5	3	60,0	3	60,0					
	C	114	48,9	116	49,8	7	87,5	4	50,0	1	20,0	1	20,0					
	D	46	19,7	38	16,3	0	0,0	0	0,0	1	20,0	1	20,0					
	E	12	5,2	10	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
	F	3	1,3	8	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
Tavuk	A	3	1,3	7	3,0	0	0,0	3	37,5	1	20,0	1	20,0	$\chi^2=20,24$ †p=0,003	$\chi^2=19,05$ †p<0,002	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	B	50	21,5	43	18,5	0	0,0	1	12,5	4	80,0	3	60,0					
	C	126	54,1	128	54,9	8	100,0	4	50,0	0	0,0	1	20,0					
	D	37	15,9	36	15,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
	E	11	4,7	9	3,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
	F	6	2,6	10	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
Balık	A	5	2,1	3	1,3	0	0,0	3	37,5	0	0,0	1	20,0	$\chi^2=13,76$ p=0,084	$\chi^2=24,20$ †p<0,002	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	B	14	6,0	17	7,3	1	12,5	1	12,5	1	20,0	0	0,0					
	C	38	16,3	57	24,5	4	50,0	1	12,5	3	60,0	3	60,0					
	D	88	37,8	55	23,6	2	25,0	2	25,0	1	20,0	1	20,0					
	E	59	25,3	45	19,3	1	12,5	1	12,5	0	0,0	0	0,0					
	F	29	12,4	56	24,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					

A: Her gün, B: Haftada 4-6 kez, C: Haftada 1-3 kez, D: 15 günde 1 kez, E: Ayda 1 kez, F: Hiç. * Fisher Exact test, **Wilcoxon testi, †:Bonferroni düzeltmeli post hoc test

Tablo 4.15: Düşük Kişisel Başarı Gruplarına Göre Besin Tüketim Sıklıklarının Pandemi Öncesi ve Pandemi Sürecindeki Dağılımının İncelenmesi ve Grup İçi Karşılaştırılması (devamı)

Düşük Kişisel Başarı Alt Ölçeği														Gruplara Göre Pandemi Öncesi Tüketim*	Gruplara Göre Pandemi Sürecindeki Tüketim*	Düşük Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci**	Orta Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci **	Yüksek Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci **
Besin	Sıklık	DKB (Düşük) (n=233)				DKB (Orta) (n=8)				DKB (Yüksek)(n=5)								
		Pandemi öncesi		Pandemi süreci		Pandemi öncesi		Pandemi süreci		Pandemi öncesi		Pandemi süreci						
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Sucuk, Sosis, Salam vb.	A	9	3,9	7	3,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	1	20,0	$\chi^2=18,05$ $\dagger p<0,002$	$\chi^2=16,71$ $\dagger p<0,002$	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	B	15	6,4	20	8,6	0	0,0	4	50,0	1	20,0	1	20,0					
	C	59	25,3	68	29,2	7	87,5	2	25,0	3	60,0	3	60,0					
	D	71	30,5	45	19,3	1	12,5	1	12,5	0	0,0	0	0,0					
	E	48	20,6	44	18,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
	F	31	13,3	49	21,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0					
Kuru baklagiller	A	8	3,4	8	3,4	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0	$\chi^2=14,70$ p=0,086	$\chi^2=8,971$ p=0,381	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	B	41	17,6	41	17,6	3	37,5	3	37,5	4	80,0	3	60,0					
	C	111	47,6	109	46,8	5	62,5	3	37,5	0	0,0	1	20,0					
	D	57	24,5	45	19,3	0	0,0	1	12,5	1	20,0	1	20,0					
	E	12	5,2	18	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
	F	4	1,7	12	5,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
Beyaz ekmek	A	68	29,2	65	27,9	1	12,5	0	0,0	3	60,0	3	60,0	$\chi^2=12,23$ p=0,088	$\chi^2=13,85$ $\dagger p=0,014$	Z=-3,174 p=0,002	p>0,05	p>0,05
	B	41	17,6	23	9,9	1	12,5	3	37,5	1	20,0	1	20,0					
	C	41	17,6	47	20,2	6	75,0	4	50,0	1	20,0	1	20,0					
	D	32	13,7	37	15,9	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0					
	E	16	6,9	16	6,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
	F	35	15,0	45	19,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
Tam tahıllı ekmekler	A	49	21,0	51	21,9	3	37,5	4	50,0	2	40,0	1	20,0	$\chi^2=8,799$ p=0,402	$\chi^2=5,568$ p=0,864	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	B	45	19,3	44	18,9	3	37,5	1	12,5	3	60,0	2	40,0					
	C	60	25,8	58	24,9	1	12,5	2	25,0	0	0,0	1	20,0					
	D	31	13,3	31	13,3	1	12,5	1	12,5	0	0,0	1	20,0					
	E	14	6,0	15	6,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
	F	34	14,6	34	14,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
Hamur işleri	A	10	4,3	16	6,9	1	12,5	1	12,5	0	0,0	0	0,0	$\chi^2=9,745$ p=0,305	$\chi^2=8,916$ p=0,367	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	B	39	16,7	39	16,7	2	25,0	2	25,0	3	60,0	3	60,0					
	C	95	40,8	83	35,6	5	62,5	5	62,5	1	20,0	1	20,0					
	D	54	23,2	54	23,2	0	0,0	0	0,0	1	20,0	1	20,0					
	E	24	10,3	23	9,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
	F	11	4,7	18	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					

A: Her gün, B: Haftada 4-6 kez, C: Haftada 1-3 kez, D: 15 günde 1 kez, E: Ayda 1 kez, F: Hiç. * Fisher Exact test, **Wilcoxon testi, †:Bonferroni düzeltmeli post hoc test

Tablo 4.15: Düşük Kişisel Başarı Gruplarına Göre Besin Tüketim Sıklıklarının Pandemi Öncesi ve Pandemi Sürecindeki Dağılımının İncelenmesi ve Grup İçi Karşılaştırılması (devamı)

Düşük Kişisel Başarı Alt Ölçeği														Gruplara Göre Pandemi Öncesi Tüketim*	Gruplara Göre Pandemi Sürecindeki Tüketim*	Düşük Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci**	Orta Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci **	Yüksek Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci **
Besin	Sıklık	DKB (Düşük) (n=233)				DKB (Orta) (n=8)				DKB (Yüksek)(n=5)								
		Pandemi öncesi		Pandemi süreci		Pandemi öncesi		Pandemi süreci		Pandemi öncesi		Pandemi süreci						
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Tatlılar ve şekerlemeler	A	19	8,2	35	15,0	0	0,0	1	12,5	1	20,0	1	20,0	$\chi^2=8,584$ p=0,402	$\chi^2=7,422$ p=0,577	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	B	57	24,5	47	20,2	1	12,5	1	12,5	2	40,0	2	40,0					
	C	80	34,3	71	30,5	7	87,5	6	75,0	2	40,0	2	40,0					
	D	41	17,6	44	18,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
	E	22	9,4	14	6,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
	F	14	6,0	22	9,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
Bal, reçel, pekmez vb.	A	21	9,0	25	10,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	$\chi^2=8,308$ p=0,446	$\chi^2=9,154$ p=0,336	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	B	40	17,2	36	15,5	2	25,0	2	25,0	3	60,0	3	60,0					
	C	63	27,0	67	28,8	5	62,5	5	62,5	1	20,0	1	20,0					
	D	54	23,2	44	18,9	1	12,5	1	12,5	1	20,0	1	20,0					
	E	32	13,7	23	9,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
	F	23	9,9	38	16,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
Bisküvi/gofret kraker vb.	A	39	16,7	47	20,2	3	37,5	1	12,5	0	0,0	2	40,0	$\chi^2=6,581$ p=0,704	$\chi^2=9,159$ p=0,344	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	B	45	19,3	43	18,5	1	12,5	1	12,5	2	40,0	2	40,0					
	C	68	29,2	61	26,2	4	50,0	6	75,0	2	40,0	1	20,0					
	D	41	17,6	41	17,6	0	0,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0					
	E	18	7,7	17	7,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
	F	22	9,4	24	10,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
Siyah Çay	A	141	60,5	144	61,8	6	75,0	7	87,5	4	80,0	1	20,0	$\chi^2=4,385$ p=0,969	$\chi^2=3,710$ p=0,987	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	B	36	15,5	31	13,3	2	25,0	1	12,5	1	20,0	4	80,0					
	C	29	12,4	28	12,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
	D	14	6,0	12	5,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
	E	3	1,3	4	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
	F	10	4,3	14	6,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
Bitki çayları	A	32	13,7	45	19,3	4	50,0	4	50,0	1	20,0	1	20,0	$\chi^2=7,499$ p=0,591	$\chi^2=8,384$ p=0,459	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	B	41	17,6	33	14,2	1	12,5	1	12,5	1	20,0	1	20,0					
	C	61	26,2	58	24,9	2	25,0	1	12,5	2	40,0	2	40,0					
	D	42	18,0	29	12,4	1	12,5	2	25,0	1	20,0	1	20,0					
	E	24	10,3	22	9,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
	F	33	14,2	46	19,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					

A: Her gün, B: Haftada 4-6 kez, C: Haftada 1-3 kez, D: 15 günde 1 kez, E: Ayda 1 kez, F: Hiç. * Fisher Exact test, **Wilcoxon testi, †:Bonferroni düzeltmeli post hoc test

Tablo 4.15: Düşük Kişisel Başarı Gruplarına Göre Besin Tüketim Sıklıklarının Pandemi Öncesi ve Pandemi Sürecindeki Dağılımının İncelenmesi ve Grup İçi Karşılaştırılması (devamı)

Düşük Kişisel Başarı Alt Ölçeği												Gruplara Göre Pandemi Öncesi Tüketim*	Gruplara Göre Pandemi Sürecindeki Tüketim*	Düşük Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci**	Orta Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci **	Yüksek Tükenmiş Grupta Öncesi- Süreci **		
Besin	Sıklık	DKB (Düşük) (n=233)				DKB (Orta) (n=8)				DKB (Yüksek)(n=5)								
		Pandemi öncesi		Pandemi süreci		Pandemi öncesi		Pandemi süreci		Pandemi öncesi							Pandemi süreci	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%						n	%
Kahve	A	128	54,9	134	57,5	4	50,0	4	50,0	2	40,0	1	20,0	$\chi^2=6,910$ $p=0,788$	$\chi^2=6,378$ $p=0,804$	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
	B	48	20,6	35	15,0	1	12,5	2	25,0	2	40,0	2	40,0					
	C	39	16,7	41	17,6	3	37,5	2	25,0	1	20,0	2	40,0					
	D	10	4,3	12	5,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
	E	3	1,3	3	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
	F	5	2,1	8	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
Asitli içecekler	A	25	10,7	22	9,4	3	37,5	0	0,0	1	20,0	2	40,0	$\chi^2=13,11$ $\dagger p=0,004$	$\chi^2=13,74$ $\dagger p<0,002$	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
	B	34	14,6	31	13,3	0	0,0	1	12,5	3	60,0	1	20,0					
	C	49	21,0	56	24,0	3	37,5	6	75,0	1	20,0	2	40,0					
	D	37	15,9	37	15,9	1	12,5	1	12,5	0	0,0	0	0,0					
	E	42	18,0	35	15,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					
	F	46	19,7	52	22,3	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0					

A: Her gün, B: Haftada 4-6 kez, C: Haftada 1-3 kez, D: 15 günde 1 kez, E: Ayda 1 kez, F: Hiç. * Fisher Exact test, **Wilcoxon testi, †:Bonferroni düzeltilmeli post hoc test

Tablo 4.15’te katılımcıların düşük kişisel başarı gruplarına göre besin tüketim sıklıklarının pandemi öncesi ve pandemi sürecindeki dağılımı, dağılımların grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması yer almaktadır.

Bonferroni düzeltmesine göre, pandemi öncesindeki besin tüketim sıklıklarının işlenmiş etlerin (sucuk, sosis, salam vb.) tüketimi haricinde gruplar arasında önemli bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,0027$). Pandemi öncesi işlenmiş etlerin tüketiminin Bonferroni düzeltmesine göre gruplar arasında önemli farklılık gösterdiği bulunmuştur. Buna göre, orta düzeyde DKB riski olan bireylerin pandemi öncesinde haftada 1-3 kere işlenmiş etleri tüketme sıklıklarının daha yüksek olduğu (Bonferroni düzeltmeli, $p<0,0027$), düşük düzeyde DKB riski olan bireylerin ise işlenmiş etleri tüketme sıklıklarının daha düşük olduğu görülmektedir (Bonferroni düzeltmeli, $p<0,0027$).

Bonferroni düzeltmesine göre, pandemi sürecindeki besin tüketim sıklıklarının tavuk, balık, işlenmiş etler (sucuk, sosis, salam vb.), asitli içecekler haricinde gruplar arasında önemli bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,0027$). Pandemi sürecinde tavuk, balık, işlenmiş etler ve asitli içeceklerin tüketiminin Bonferroni düzeltmesine göre gruplar arasında önemli farklılık gösterdiği bulunmuştur. Buna göre, düşük düzeyde DKB riski olan bireylerin pandemi sürecinde her gün tavuk ve balık tüketme sıklığının daha düşük olduğu (Bonferroni düzeltmeli, $p<0,0027$), orta düzeyde DKB riski olan bireylerin ise her gün tavuk ve balık tüketme sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Bonferroni düzeltmeli, $p<0,0027$). Düşük düzeyde DKB riski olan bireylerin pandemi sürecinde haftada 4-6 kere işlenmiş etleri tüketme sıklığının daha düşük olduğu (Bonferroni düzeltmeli, $p<0,0027$), orta düzeyde DKB riski olan bireylerin ise haftada 4-6 kere işlenmiş etleri tüketme sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Bonferroni düzeltmeli, $p<0,0027$). Düşük düzeyde DKB riski olan bireylerin, pandemi sürecinde haftada 1-3 kere asitli içecekleri tüketme sıklığının daha düşük olduğu (Bonferroni düzeltmeli, $p<0,0027$), orta düzeyde DKB riski olan bireylerin ise, pandemi sürecinde haftada 1-3 kere asitli içecekleri tüketme sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Bonferroni düzeltmeli, $p<0,0027$).

Beyaz ekmek tüketim sıklığı incelendiğinde, düşük tükenmişlik riski olan grupta pandemi öncesine göre pandemi sürecinde beyaz ekmek tüketim sıklığının azaldığı görülmüştür ($p<0,05$).

5. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Tartışma

COVID-19 salgınında görev yapan sağlık personellerinin tükenmişlik düzeyi ile uyku ve beslenme alışkanlıklarının arasındaki ilişkinin incelendiği bu araştırmanın sonuçları, daha önce yapılmış olan araştırma sonuçları ile tartışmalı olarak verilmiştir.

Sağlık çalışanları, iş yükünün fazla olması, stres ve yorgunluk gibi etkenler sebebiyle tükenmişliğin en sık görüldüğü gruplar arasında yer almaktadır. Pandemilerin, sağlık çalışanlarında tükenmişlik sendromu görülme sıklığını arttırdığı tahmin edilmektedir (Dimitriu et al., 2020). Sürekli artan vaka sayıları, yoğun iş yükü, kişisel korunma ekipmanlarının tükenmesi, belirli ilaçların eksikliği, yetersiz desteklenme duyguları gibi faktörler sağlık çalışanlarının yaşadığı zihinsel ve psikolojik yükü daha da artırabilmektedir (Lai et al., 2020). Tükenmişlik üzerine etki gösteren pek çok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerin başında; yaş, cinsiyet, kişilik özellikleri, medeni durum, meslek, çalışma ortamı, vardiyalı çalışma durumu, haftalık çalışma süresi, sigara ve alkol kullanımı, uykusuzluk problemleri yer almaktadır (Fuente-Solana et al., 2019; Iorga et al., 2017).

Yapılan bu çalışmada sağlık personellerinin mesleklerinin, pandemi kliniğinde çalışma durumunun, nöbet tutma durumunun, günlük bakım verilen hasta sayısının, sigara ve alkol kullanımının, pandemi dönemindeki beslenme ve fiziksel aktivite durumundaki değişikliğin, uykusuzluk şiddetinin, ana öğün sayısı, su tüketimi ve bazı besinlerin tüketim sıklığı gibi faktörlerin tükenmişlik düzeyi üzerine istatistiksel açıdan önemli bir etki gösterdiği tespit edilmiştir.

Bu çalışmada katılımcıların yarısından fazlasında (%56,5) yüksek düzeyde duygusal tükenme riski, %31,3'ünde ise yüksek düzeyde duyarsızlaşma riski olduğu saptanmıştır. Kişisel başarı açısından katılımcıların büyük çoğunluğunun (%94,7) düşük düzeyde tükenmişlik riskine sahip olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %61,4'ü en az bir alt boyutta yüksek tükenmişlik riski göstermektedir (Tablo 4.4). Malezya'da yapılan bir çalışmada acil tıp biriminde görev yapan sağlık personellerinin %51,3'ünün tükenmişliğe sahip olduğu bildirilmiştir (Zakaria et al., 2021). Koronavirüs pandemisi sürecinde Çin'de 34 hastaneden 1257 sağlık çalışanın

katılımı ile gerçekleştirilen bir araştırmada katılımcıların %50,4'ünde depresyon, %44,6'sında anksiyete, %71,5'inde distres gibi mental problemlerin olduğu saptanmıştır (Lai et al., 2020). İspanya'da koronavirüs pandemi sürecinde görev yapan sağlık çalışanlarındaki tükenmişlik sendromu yaygınlığını inceleyen araştırmada, sağlık çalışanlarının %43,4'ünde tükenmişlik sendromunun olduğu saptanmıştır. Ön safta görev yapan sağlık çalışanlarında ön safta görev almayanlara kıyasla tükenmişlik oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Torrente et al., 2021). Bu çalışmadan elde edilen bulgular literatürde yapılan araştırmalar ile paralellik göstermektedir.

Bu araştırmada, 18-29 yaş aralığındaki bireylerin, 40 yaş ve üstündeki bireylere göre DKB puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Yapılan bir araştırmada, tükenmişlik seviyesinin, 25 yaş altı bireyler ve 55 yaş üstündeki bireyler bireylerde diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Chemali et al., 2019). Türkiye'de yapılan bir araştırma, 25 yaş altı katılımcılarda hekimler arasında ortalama duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının anlamlı olarak daha yüksek ve kişisel başarı puanlarının anlamlı olarak daha düşük olduğunu bulmuştur (Kosan ve ark., 2018). Türkiye'de hemşirelerle yapılan bir başka çalışmada da daha genç yaşın da artan tükenmişlik riski ile ilişkili bulunmuştur (Karakoc ve ark., 2016). İspanya'da yapılan araştırmada, 20-30 yaş aralığında olan sağlık çalışanlarının, 31-40 yaş ve 51-60 yaş aralığındaki bireylere göre daha yüksek düzeyde tükenmişlik riskine sahip olduğu bildirilmiştir (Torrente et al., 2021). Literatür sonuçları, bu araştırmanın sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Bu araştırmada, kadın ve erkekler arasındaki tükenmişlik riskinin benzer olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Literatürdeki araştırmalar kadınların erkeklere göre daha yüksek oranda tükenmişlik riski gösterdiğini vurgulamaktadır. Yapılan bir meta analiz çalışmasında, kadınların duygusal tükenme açısından, erkeklerin ise duyarsızlaşma ve kişisel başarı eksikliği açısından daha fazla tükenmişlik gösterdiği saptanmıştır (Kutlu, 2020). Torrente et al. (2021), yaptığı araştırmada sağlık çalışanları arasında kadınların erkeklere göre daha yüksek tükenmişlik riskine sahip olduğunu bildirmiştir.

Bu araştırmada, tükenmişlik düzeyinin meslekler arasındaki karşılaştırılması yapıldığında en yüksek tükenmişlik düzeyinin diş hekimlerinde ve ardından hekimlerde olduğu, en düşük tükenmişlik düzeyinin ise diyetisyenlerde olduğu

görülmüştür (Tablo 4.5). Diş hekimleri, çalışma esnasında havadaki partiküllerin solunması sebebiyle koronavirüs ile enfekte olma açısından yüksek riskli meslekler arasında ilk sıralarda yer aldığı bildirilmektedir. Bu nedenle hastalığa yakalanma, yakınlarına bulaştırma korkusu ve anksiyete diş hekimlerinde oldukça sık görülmektedir (Sabino-Silva et al., 2020). Türkiye’de yapılan bir meta analiz çalışmasında, meslek gruplarına göre tükenmişlik incelendiğinde hemşirelerin hekimlere göre daha fazla duygusal tükenmişlik hissettiği saptanmıştır (Kutlu, 2020). Türkiye’de COVID-19 pandemi sürecinde yapılan bir araştırmada da hemşirelerin ve tıbbi sekreterlerin hekimlere kıyasla daha yüksek ruh sağlığı problemi gösterdiği bildirilmiştir (Uz ve ark., 2021). Yapılan bir başka araştırmada ise tükenmişlik düzeyinin en fazla acil hemşirelerinde olduğu bildirilmiştir (Gómez-Urquiza et al., 2017). Yapılan bir başka araştırmada da hekimlerin %54’ünde en az bir tükenmişlik belirtisinin olduğunu bildirmektedir (Roberts et al., 2014). İspanya’da yapılan bir araştırmada, koronavirüs salgınında ön safta çalışan hekim ve hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarına kıyasla tükenmişlik sendromu için iki kat daha fazla yüksek riske sahip olduğu bildirilmiştir (Torrente et al., 2021). Yapılan bir araştırmada COVID-19 hastalarının doğrudan teşhisi, tedavisi ve bakımı ile uğraşan ön safta çalışan sağlık personellerinin, daha yüksek depresyon, anksiyete, distres ve uykusuzluk semptomları riskine sahip olduğu bildirilmiştir (Lai et al., 2020). Hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları arasında tükenmişlik ile ilgili çok sayıda araştırma olmasına rağmen diyetisyenlerde tükenmişliği inceleyen sınırlı sayıda araştırma mevcuttur. Diyetisyenlerdeki tükenmişlik düzeyini inceleyen bir araştırmada, araştırmaya katılan diyetisyenlerin orta düzeyde duygusal tükenme, orta düzeyde kişisel başarı ve düşük düzeyde duyarsızlaşma hissettiği saptanmıştır. Diğer meslek grupları (hekim, hemşire ve sosyal hizmet uzmanları) ile karşılaştırıldığında, MTÖ’nün üç alt ölçeğinde de diyetisyenlerin daha düşük düzeyde tükenmiş oldukları saptanmıştır. Buradaki etkinin çalışma ortamına bağlı olabileceği bildirilmiştir (Gingras et al., 2010). Literatür sonuçları, bu araştırmanın sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Bu araştırmada, ailesi ile birlikte yaşayan sağlık çalışanlarının yalnız yaşayan, arkadaşları ile yaşayan ve yurt, otel vb. konaklama yerinde yaşayan sağlık çalışanlarına göre tükenmişlik düzeyinin daha düşük olduğu görülse de Bonferroni düzeltmesi yapıldığında gruplar arasında önemli bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.5). Brummelhuis ve ark. (2008), yaptıkları araştırmada ailenin tükenmişlik

durumuna olan etkisinin, farklı aile özelliklerine göre olumlu veya olumsuz olarak değişebileceğini bildirmiştir. Brummelhuis ve ark. yaptıkları araştırmada, ev işleri ve küçük yaşta çocuğa sahip olmanın tükenmişlik hissini artırdığını; çocuk sahibi olmanın ve kadınlar için bir partnerinin olmasının ise tükenmişlik hissini azaltmasına neden olduğu bulmuştur. Tükenmişliğin azalması üzerindeki etkinin ailenin sağladığı enerji, maddi ve manevi destek ve öz saygıdan kaynaklanabileceği, tükenmişliğin artması üzerindeki etkinin ise daha fazla zaman ve enerji harcama etkisiyle olabileceği bildirilmiştir. Dolayısıyla, tatmin edici bir aile hayatına sahip olmak, iş yükünün birey üzerindeki olumsuz etkilerini azaltıcı yönde bir etki gösterebilir (Brummelhuis et al., 2008). Bu araştırmada elde edilen verilere göre, aile ile birlikte yaşamamanın tükenmişlik durumu üzerine olumlu yönde etki gösterebileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada, pandemi kliniğinde görev yapan sağlık çalışanlarının MTÖ toplam puanı, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarındaki tükenmişlik düzeyinin pandemi kliniğinde görev yapmayan sağlık çalışanlarına göre önemli derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5). Yapılan araştırmalarda COVID-19 ile mücadelede ön saflarda görev alan sağlık çalışanlarının, özellikle anksiyete, depresyon ve tükenmişlik gibi sağlık problemleri açısından daha riskli olduğu bildirilmektedir (Torrente et al., 2021; Sahebi et al., 2021). Torrente et al. (2021), yaptıkları araştırmada, pandemide ön safta görev alan sağlık çalışanlarının yüksek düzeyde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma gösterdiği ancak kişisel başarı alt ölçeğinde önemli bir ilişkinin saptanmadığını bildirmiştir. Arpacıoğlu ve ark. (2021) tarafından yapılan araştırmada, COVID-19 hastaları ile doğrudan çalışan sağlık personellerinin tükenmişlik düzeyinin COVID-19 hastalarıyla doğrudan çalışmayan sağlık personellerine göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. İtalya’da yapılan bir araştırmada da COVID-19 hastaları ile doğrudan ilgilenen sağlık personelinin, COVID-19 tanılı hasta olmayan servislerde çalışan sağlık personellerine kıyasla daha fazla duygusal tükenme ve sinizm gösterdiği bulunmuştur (Lasalvia et al., 2021). Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar, literatürdeki araştırmalar ile paralellik göstermektedir.

Nöbet tutma durumunun tükenmişlik düzeyine olan etkisi incelendiğinde, nöbet tutan sağlık çalışanlarının nöbet tutmayanlara göre MTÖ toplam, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutları açısından daha fazla tükenmiş olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Bununla birlikte haftalık nöbet saati ile duygusal tükenme arasında pozitif

yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8). Mısır'da, üniversite hastanesinde görev alan 227 hemşire arasında yapılan bir araştırmada, nöbet sayısının ve gece vardiyasının, üç tükenmişlik alt boyutunda da tükenmişliğin artışı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Anwar and Elareed, 2017). Türkiye'deki üniversite ve devlet hastanelerinde çalışan 333 hemşire arasında yapılan bir araştırmada, sürekli gece çalışmanın, sürekli gündüz çalışma veya ara sıra gece vardiyasında çalışmaya göre daha yüksek tükenmişlik ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Demir ve ark., 2003). Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar, literatürdeki araştırmalar ile paralellik göstermektedir.

Bu araştırmada, haftalık çalışma saati ile DT puanı arasında, günlük bakım verilen hasta sayısı ile MTÖ toplam, DT ve DY puanları arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8). Buna göre, haftalık çalışma saati arttıkça duygusal tükenmişliğin arttığı, günlük bakım verilen hasta sayısı arttıkça hem duygusal tükenmişlik hem de duyarsızlaşma düzeylerinin arttığı söylenebilir. Demirci ve ark. (2010), yaptığı araştırmada haftalık 40 saatin üzerinde çalışan sağlık personellerinin DT ve DY açısından daha yüksek düzeyde tükenmişlik riskine sahip olduğunu bildirmiştir. COVID-19 pandemi sürecinde yapılan bir araştırmada da haftalık 60 saatin üzerinde çalışan sağlık personellerinin performansları ve bakım kalitesi açısından daha fazla korktuğu bildirilmiştir (Torrente et al., 2021). Benzer şekilde, yapılan bir başka araştırmada da haftalık çalışma saatinin artması ile (>40 saat) sağlık çalışanlarındaki tükenmişlik düzeyinin arttığı bildirmektedir (Lin et al., 2019). Yapılan bir derlemede, hemşire başına hasta sayısının daha yüksek olduğu hastanelerde tükenmişlik sendromunun daha yaygın olduğu bildirilmiştir (Bakhamis et al., 2019). Literatürdeki araştırmalar ile bu araştırmada elde edilen sonuçlar paralellik göstermektedir.

Bu araştırmada, katılımcıların %28'i sigara ve %36,2'si alkol kullanmaktadır (Tablo 4.2). Sigara kullanma durumuna göre tükenmişlik düzeyi incelendiğinde, sigara kullanan bireylerin sigara kullanmayanlara göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma açısından daha fazla tükenmişlik riskine sahip olduğu görülmüştür (Tablo 4.5). Bununla birlikte, sigara kullanma süresinin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ile pozitif yönde; kişisel başarı düşüklüğü ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Sigara içme yaşı ile tükenmişlik arasındaki ilişki incelendiğinde hem pandemi öncesi hem de pandemi sürecindeki sigara içme yaşının, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma

ile pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür (Tablo 4.8). Ayrıca araştırmada alkol kullanan bireylerin alkol kullanmayanlara göre duyarsızlaşma riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Yıldız ve ark., kamu hastanesinde görev yapan 304 sağlık çalışanı ile yaptığı araştırmada, duygusal tükenmenin sigara kullanımını, duyarsızlaşmanın ise hem sigara hem alkol kullanımını artırdığını bildirmiştir (Yıldız ve ark., 2018). Fabio et al. (2019), 2216 sağlık çalışanı ile yürüttükleri araştırmada yüksek düzeyde duygusal tükenmişlik riskine sahip bireylerin, düşük düzeyde riske sahip olanlara göre sigara ve alkol kullanım oranlarının daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Fabio et al., 2019). Çin’de 13.614 ruh sağlığı uzmanı ile yapılan araştırmada, sigara içenlerin sigara içmeyenlere kıyasla 1,3 kat daha yüksek oranda tükenmişlik yaşadığı, aynı zamanda sigara içenlerde alkol kullanımının ve uykusuzluğun da daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Xia et al., 2020). Brezilya’da 1125 birinci basamak sağlık hizmeti hemşiresi ile yapılan bir çalışmada, sigara içen ve alkol kullanan hemşirelerin daha yüksek tükenmişlik sendromu riski gösterdiği bildirilmiştir (Merces et al., 2020). Benzer şekilde yapılan bir başka araştırmada da sağlık çalışanlarında alkol tüketiminin tükenmişlik ile pozitif yönde ilişkili olduğu bildirilmiştir (Alexandrova-Karamanova et al., 2016). Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar, literatürdeki araştırmalar ile paralellik göstermektedir.

Bu araştırmada, sağlık çalışanlarının %75,6’sının yeteri kadar aktif olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2). Yüksek düzeyde DT riskine sahip olan bireylerin büyük çoğunluğu yeteri kadar aktif değil iken, orta ve düşük düzeyde duygusal tükenmişlik riski yaşayan bireylerde bu oran nispeten daha düşüktür (sırasıyla, %84,2; %64,6; %64,4). Bununla birlikte, yüksek düzeyde DT riski olan bireylerin yalnızca %8,6’sı fiziksel olarak aktif iken, orta ve düşük düzeyde DT riski olanlarda bu oran daha yüksektir (sırasıyla, %8,6; %25,0; %22,0) (Tablo 4.11). Ayrıca, DT, DY ve MTÖ tükenmişlik puanı arttıkça serbest zaman egzersiz anketi puanının azaldığı belirlenmiştir (Tablo 4.10). Bununla birlikte, bu araştırmada pandemi sürecinde fiziksel aktivite düzeyi azalan sağlık çalışanlarının daha yüksek düzeyde duyarsızlaşma riskine sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Merces et al., 1125 hemşire ile yaptığı araştırmada düzenli fiziksel aktivitesi olmayan hemşirelerin daha yüksek oranda tükenmişlik sendromu riskine sahip olduğunu bildirmiştir (Merces et al., 2020). Yapılan araştırmalarda düzenli egzersiz yapmayan sağlık çalışanlarının düzenli egzersiz yapanlara göre tükenmişlik düzeyinin daha yüksek olduğu

saptanmıştır (Lin et al., 2019; Alexandrova-Karamanova et al., 2016). Çin'de yürütülen yarı deneysel bir klinik çalışmada, fiziksel egzersiz programının daha iyi bir işyeri sağlığı davranışı oluşturduğu ve tükenmişlik sendromunu hafiflettiği bildirilmiştir (Tsai et al., 2013). Fiziksel aktivite; stres düzeyinin azalması, sosyal etkileşimi uyarması ve psikolojik denge üzerindeki etkileri nedeniyle tükenmişlik sendromu için koruyucu bir faktör olarak etki göstermektedir (Masters et al., 2003). Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar, literatürdeki araştırmalar ile paralellik göstermektedir.

Bu araştırmada, sağlık çalışanlarının %67'sinde uykusuzluk problemi olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2). Aynı zamanda, DT ve DY alt boyutlarında tükenmişlik düzeyinin artmasıyla uykusuzluk şiddetinin de önemli derecede artış gösterdiği saptanmıştır. Düşük düzeyde DT riskine sahip bireylerin %35,6'sında, orta düzeyde DT riskine sahip bireylerin %64,6'sında ve yüksek düzeyde DT riskine sahip bireylerin %81,3'ünde uykusuzluk mevcuttur. Düşük düzeyde DY riskine sahip bireylerin %50,9'unda, orta düzeyde DY riskine sahip bireylerin %76,4'ünde ve yüksek düzeyde DY riskine sahip bireylerin %84,4'ünde uykusuzluk mevcuttur (Tablo 4.9). Ayrıca, haftalık uyku süresi ile DT puanı arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8). Lai et al. (2020), yaptıkları araştırmada sağlık çalışanlarının %34'ünde uykusuzluk problemi olduğunu saptamıştır. Güçlü ve ark. (2021), 1011 sağlık çalışanı ile yaptıkları araştırmada uykusuzluk şiddeti arttıkça her üç tükenmişlik alt ölçeğinde de tükenmişlik düzeyinin arttığını bulmuştur. Günde altı saatten az uyuyan bireylerde duygusal tükenmişliğin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda, uykusuzluk şiddeti ile tükenmişlik ve anksiyete durumu arasında pozitif yönlü ilişki olduğunu bildirmişlerdir (Aydın Guclu ve ark., 2021). Tayvan'da 2746 sağlık çalışanı ile yürütülen bir araştırmada, uykusuzluk yaşayan bireylerin tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Lin et al., 2019). Romanya'da COVID-19 pandemi sürecinde ön safta çalışan 126 sağlık personeli ile gerçekleştirilen bir araştırmada, tükenmişlik ile uykusuzluk arasında önemli bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Secosan et al., 2020). Türkiye'de COVID-19 pandemi sürecinde 384 hemşire ile yapılan bir araştırmada, uyku kalitesi kötüleştikçe duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın arttığı görülmüştür (Aydın Sayılan ve ark., 2020). Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar, literatürdeki araştırmalar ile paralellik göstermektedir.

Bu araştırmada, sağlık çalışanlarının %45,5'inin pandemi suresince beslenme durumunun olumsuz yönde değiştiği, %35,4'ünün beslenme durumunda değişim olmadığı ve yalnızca %19,1'inin beslenme durumunun olumlu yönde değiştiği görülmüştür (Tablo 4.2). Bu araştırmada, pandemi sürecinde beslenme durumu olumsuz yönde değişen sağlık çalışanlarının daha yüksek düzeyde duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma riskine sahip olduğu saptanmıştır. Yüksek düzeyde DT ve DY riski olan bireylerin çoğunluğunun beslenme durumu olumsuz yönde değişirken (sırasıyla %57,6 ve %46,8), düşük düzeyde DT ve DY riski olan bireylerin çoğunluğunun beslenme durumu değişmemiştir (sırasıyla %55,9 ve %47,4) (Tablo 4.7). Bununla birlikte, pandemi öncesindeki su tüketimi ile MT, DT ve DY arasında, pandemi sürecindeki su tüketimi ile de MT ve DT arasında negatif bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Tükenmişlik düzeyi arttıka su tüketiminin azaldığı görülmüştür. Ayrıca bu araştırmada pandemi sürecinde tüketilen ana öğün sayısı ile MT toplam, DT, DY ve DKB arasında negatif bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Buna göre, tükenmişlik düzeyi arttıka pandemi sürecinde tüketilen ana öğün sayısının azaldığı görülmektedir. Bu durum pandemi öncesi ana öğün sayısında önemli bulunmamıştır (Tablo 4.8). Buradan yola çıkararak, pandemi döneminde azalan ana öğün sayılarının tükenmişlik düzeyinin artışı ile ilişkili olacağı düşünülebilir. Devine et al. (2009), yaptıkları araştırmada uzun ve yoğun çalışma saatlerinin öğün atlama ve daha kötü beslenme seçimleri ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (Devine et al., 2009). Lin et al. (2019), 2746 sağlık çalışanı ile yürüttükleri araştırmada anormal öğün saatleri olan ve dışarda yemek yeme sıklığı fazla olan bireylerin tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Lin et al., 2019). Clevenger'in 475 sağlık çalışanı ile yapmış olduğu araştırmada, COVID-19 pandemisi sırasında sağlıksız beslenme davranışları artan bireylerin, stres yükü, travma, tükenmişlik riski, anksiyete, uyku sorunları ve bitkinlik gibi olumsuz mental sağlık semptomlarını yaşama olasılığının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Clevenger, 2021). Mercés et al., hemşireler ile yaptığı araştırmada sağlıklı beslenmeyen, dış görünümünden memnun olmayan ve yaşam kalitesini kötü olarak bildiren bireylerin daha yüksek oranda tükenmişlik sendromu riskine sahip olduğunu bildirmiştir (Mercés et al., 2020). Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar, literatürdeki araştırmalar ile paralellik göstermektedir.

Bu araştırmada, pandemi öncesine kıyasla pandemi sürecinde balık ve işlenmiş etleri hiç tüketmeyen bireylerin sayısında artış olduğu saptanmıştır (Tablo 4.12).

Kanada'da yapılan bir araştırmada, COVID-19 pandemisinin erken döneminde ve pandemi sürecinde yetişkin bireylerin beslenme alışkanlıkları değerlendirilmiş ve tam tahılların, kuru baklagillerin, sebzelerin, süt ürünlerinin, deniz ürünlerinin, bitkisel proteinlerin tüketiminin arttığı, ilave şeker ve rafine tahılların tüketiminin ise azaldığı görülmüştür. Olumsuz olarak ise, meyve tüketiminin azaldığı ve sodyum alımının arttığı görülmüştür (Lamarche et al., 2021). Çin'de 10.082 genç birey arasında yapılan bir araştırmada ise, koronavirüs salgınında karantina sürecinde, et, tavuk, süt ürünleri, taze sebzeler, taze meyveler, pirinç, şekerli içecekler ve soya ürünlerinin tüketim sıklığının azaldığı görülmüştür. Bununla birlikte, buğday ürünleri, çay ve konserve sebzelerin tüketim sıklığında artış olduğu gözlenmiştir (Jia et al., 2021). Bu araştırmada da literatürde olduğu gibi pandemi sürecinin bireylerin bazı beslenme alışkanlıkları üzerine etki gösterdiği saptanmıştır. Literatürdeki araştırmalar, besin tüketim sıklıklarının farklı şekillerde değişebileceğini göstermektedir. Bu durumun, pandemi sürecinde karantinaya bağlı olarak besin alışverişlerinin değişmesi, dışarıda yemek yeme sıklığındaki değişiklikler, pandemiye bağlı gelişen olumsuz psikolojik duygular veya uykusuzluk sorunları, bunlara bağlı olarak yemek yeme düzeninin değişmesi ve bireysel farklılıklar gibi pek çok faktöre bağlı olarak çeşitlilik gösterebildiği dşnlmektedir.

Bu araştırmada, pandemi öncesine kıyasla pandemi sürecinde bazı besinlerin tüketim sıklıklarının tükenmişlik durumuna göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Yüksek düzeyde tükenmişlik yaşayan bireylerin pandemi öncesine göre pandemi sürecinde sebze yemeklerini (DT gruplarında), taze sebzeleri (DT'ye göre DT gruplarında) balığı (DT gruplarında) ve kuru baklagilleri (DY gruplarında) daha az tükettiği saptanmıştır. Orta düzeyde tükenmişlik yaşayan bireylerin pandemi öncesine göre pandemi sürecinde sütü (DT gruplarında), yumurtayı (DT gruplarında) daha fazla tükettiği, beyaz ekmeği ise (DT ve DY gruplarında) daha az tükettiği saptanmıştır. Düşük düzeyde tükenmişlik yaşayan bireylerin pandemi öncesine göre pandemi sürecinde sütü (DT ve DY gruplarında) daha fazla tükettiği, beyaz ekmeği ise (DT, DY ve DKB gruplarında) daha az tükettiği saptanmıştır (Tablo 4.13, Tablo 4.14, Tablo 4.15). Özetle, elde edilen sonuçlara göre yüksek düzeyde tükenmişlik yaşayan bireylerin değişen besin tüketim sıklıklarının tamamının sağlıklı beslenme açısından olumsuz yönde değiştiği görülmüştür. Buna karşılık, orta ve düşük düzeyde tükenmişlik yaşayan bireylerin değişen besin tüketim sıklıklarının ise sağlıklı

beslenme açısından olumlu yönde değiştiği görülmektedir. Bilindiği üzere stres, tükenmişlik ve diğer bazı psikolojik problemler beslenme durumu üzerinde büyük etkiye sahiptir. Bu tip olumsuz psikolojik durumlarda bireyler duygusal açlığın etkisiyle çoğunlukla enerji miktarı yüksek, şekerli, yağlı ve lezzetli besinlere eğilim göstermektedir. Bu besinlerin tüketimi fizyolojik olarak serotonin ve dopamin üretimini artırarak ruh hali üzerine olumlu etki göstermektedir (Chui et al., 2020; Al-Musharaf, 2020). Bu durum, pandemi döneminde yüksek tükenmişlik yaşayan sağlık çalışanlarının olumsuz yönde değişen besin tüketimlerini açıklayan bir neden olarak düşünülebilir (Chui et al., 2020). Moustou et al., 347 ambulans personeli arasında yürüttüğü araştırmada, tükenmişliğin haftalık fast-food tüketimini artırabileceğini ve tükenmişliğin sağlıksız beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivitenin azalması ve aşırı alkol tüketimi ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (Moustou et al., 2010). Yedi ülkeden 2623 sağlık çalışanının katıldığı bir başka araştırmada, yüksek düzeyde fast-food tüketiminin tükenmişlik ile pozitif ilişkili olduğu saptanmıştır (Alexandrova-Karamanova et al., 2016). Gorter et al., diş hekimleri arasında yaptığı araştırmada, yüksek düzeyde tükenmişliğe sahip bireylerin daha fazla alkol tükettiğini ve daha sağlıksız beslendiğini bildirmiştir (Gorter et al., 2000). Literatürdeki araştırmaların aksine yapılan başka bir araştırmada, daha sık fast-food tüketiminin, daha düşük duygusal tükenme, daha yüksek duyarsızlaşma ve daha yüksek kontrolsüz yeme ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ancak araştırmada bu ilişkiyi yansıtan grubun, örneklemin küçük bir bölümü olduğu (%6) bildirilmiştir. Bu duruma bir başka neden olarak, tükenmişlik ile fast-food tüketiminin döngüsel olabileceği, yüksek tükenmişlik yaşayan bireylerin tükenmişlik duygularını azaltmak için fast-food tarzı besinlere yönelebileceği düşünülmüştür. Ayrıca, daha sık kurubaklagil ve kuruyemiş tüketiminin daha yüksek duygusal tükenme ve daha yüksek kontrolsüz yeme ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Araştırmacılar bu durumu, tükenmişlik varlığında daha fazla kontrolsüz yemenin gerçekleşmesi ve kontrolsüz yeme davranışı olan bazı bireylerin daha sağlıklı besinlere yönelmesi ile açıklanabileceğini düşünmektedir (Chui et al., 2020). Yapılan bir başka araştırmada, COVID-19 pandemisinde kadınlar arasında duygusal yemenin yaygın olduğu ve duygusal yeme için başlıca belirteç olarak diyetle alınan enerji, öğün sayısı, şeker, yağ ve fast food tüketiminin gösterilebileceği bildirilmiştir (Al-Musharaf, 2020). Tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan bir araştırmada da tatlı yiyeceklerin tüketiminin duygusal tükenmişlikle ilgili olabileceği ancak bu durumun istatistiksel açıdan önemli olmadığı bildirilmiştir (Cecil et al., 2014). Travma

cerrahlarını inceleyen bir araştırmada, sağlıklı beslenmenin tükendişlik üzerinde koruyucu etki gösteren faktörlerden biri olabileceği bildirilmiştir (Brown et al., 2021). Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar, literatürdeki araştırmalar ile paralellik göstermektedir. Literatürdeki araştırmalar, artan fast food tüketiminin tükendişlikle bağlantılı olduğunu, yüksek düzeyde tükendişlik yaşayan bireylerin beslenme alışkanlıklarının olumsuz olarak etkilendiğini ve sağlıklı beslenmenin koruyucu olabileceğini göstermektedir.

5.2. Sonuç

Yapılan bu araştırmada elde edilen sonuçlar şu şekildedir:

- Araştırmaya dahil edilen bireylerin %61,4'ünün en az bir alt boyutta yüksek düzeyde tükendişlik gösterdiği bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının özellikle duygusal tükendişme ve duyarsızlaşma açısından daha fazla riskli olduğu belirlenmiştir.
- Meslek, pandemi kliniğinde çalışma deneyimi, nöbet tutma durumu, günlük bakım verilen hasta sayısı gibi çalışma koşullarının tükendişlik düzeyi üzerine önemli bir etki gösterdiği saptanmıştır.
- En yüksek tükendişlik yaşayan sağlık çalışanlarının sırasıyla diş hekimleri, hekimler ve hemşireler olduğu belirlenmiştir. Bu durumun hasta ile doğrudan temas etme, nöbet tutma ve bakım verilen hasta sayısı gibi çalışma koşullarına bağlı olabileceği düşünölmektedir.
- Sigara ve alkol kullanan bireylerin kullanmayanlara kıyasla daha fazla tükendişlik riskine sahip olduğu saptanmıştır. Sigara içme yaşının tükendişlik ile ilişkili olduğu görölmüştür.
- Sağlık çalışanlarının %75,6'sının yeteri kadar aktif olmadığı, bununla birlikte katılımcıların %52,4'ünün pandemi sürecinde fiziksel aktivitesinin azaldığı belirlenmiştir. Yüksek düzeyde duygusal tükendişlik yaşayan bireylerin çoğunun yeteri kadar aktif olmadığı bulunmuştur. Bununla birlikte, pandemi sürecinde fiziksel aktivite düzeyi azalan sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

- Serbest zaman egzersiz anketi ile Maslach tükenmişlik ölçeği arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır.
- Sağlık çalışanlarının %67'sinde uykusuzluk problemi olduğu belirlenmiştir. Tükenmişlik düzeyinin artmasıyla uykusuzluk şiddetinin de artış gösterdiği saptanmıştır. Düşük düzeyde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma riskine sahip bireylerdeki uykusuzluk oranı, orta ve yüksek düzeyde riske sahip olanlara kıyasla daha düşüktür.
- Haftalık uyku süresi ile duygusal tükenmişlik negatif yönde ilişkilidir.
- Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının %45,5'inin beslenme durumunun olumsuz yönde, %19,1'inin olumlu yönde değiştiği ve %35,4'ünde bir değişim olmadığı görülmüştür.
- Duygusal tükenmişlik açısından yüksek riskli bireylerin çoğunun pandemi sürecinde beslenme durumu olumsuz yönde değişmiştir. Düşük riske sahip bireylerin çoğunluğunun pandemi sürecinde beslenme durumu değişmemiştir.
- Su tüketimi ve pandemi sürecinde tüketilen ana öğün sayısı, tükenmişlik ile negatif yönde ilişkilidir. Pandemi sürecinde ana öğün sayılarının azalması tükenmişliğin artışı ile ilişkili olabilir.
- Araştırmada, pandemi sürecinde balık ve işlenmiş etleri hiç tüketmeyen bireylerin sayısında artış olduğu saptanmıştır. Bu durumun pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının yoğun mesai saatleri nedeniyle yemek hazırlayacak vakitlerinin azalmasına dolayısıyla beslenme düzenlerinin değişmesine, öğün sayısının azalmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, araştırmanın pandemi öncesi ve pandemi süreci olarak geniş bir zaman aralığını kapsamaması, mevsim değişikliğinin etkisiyle balık tüketiminin azalmasında rol oynayabilir.
- Yüksek düzeyde tükenmişlik yaşayan bireylerin pandemi öncesine göre pandemi sürecinde sebze yemeklerini, taze sebzeleri, balığı ve kuru baklagilleri tüketme sıklığının azaldığı belirlenmiştir.
- Orta düzeyde tükenmişlik yaşayan bireylerin pandemi öncesine göre pandemi sürecinde süt ve yumurta tüketim sıklığının arttığı, beyaz ekmek tüketim sıklığının ise azaldığı saptanmıştır.

- Düşük düzeyde tükenmişlik yaşayan bireylerin pandemi öncesine göre pandemi sürecinde süt tüketim sıklığının arttığı, beyaz ekmek tüketim sıklığının ise azaldığı saptanmıştır.
- Besin tüketim sıklıklarından elde edilen verilere göre, yüksek düzeyde tükenmişlik yaşayan bireylerin besin tüketimlerinin sağlıklı beslenme açısından olumsuz yönde değiştiği görülmüştür. Buna karşılık, orta ve düşük düzeyde tükenmişlik yaşayan bireylerin ise besin tüketim sıklıklarının sağlıklı beslenme açısından olumlu yönde değiştiği görülmektedir. Yüksek düzeyde tükenmişliğin meydana getirdiği olumsuz psikolojik durumlar, yoğun çalışma saatlerine bağlı olarak uyku düzeninin ve dolayısıyla sirkadiyen ritmin bozulması beslenme düzenini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

5.3. Öneriler

Sağlık çalışanları yoğun çalışma koşulları, yüksek enfeksiyon riski ve buna bağlı olarak depresyon, anksiyete, tükenmişlik gibi çeşitli psikolojik sorunlar ile uyku problemleri açısından riskli görülmektedir. Sağlık çalışanları diğer birçok meslek grubuna kıyasla daha yüksek düzeyde tükenmişlik yaşamaktadır. Koronavirüs gibi küresel bir salgında ön cephede görev yapmak da sağlık çalışanlarındaki tükenmişlik düzeyini önemli ölçüde artırmaktadır. Salgın sürecinde sürekli artan vaka ve ölüm sayıları toplumda fazlasıyla dikkat çekerken sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumu ne yazık ki yeterince fark edilmeyebilir. Oysa sağlık çalışanlarında tükenmişlik, sağlık hizmetlerinin erişimi, kalitesi ve güvenliği için de risk oluşturmaktadır.

Yapılan bu araştırmada çalışma koşulları, uyku, beslenme ve fiziksel aktivite gibi yaşam tarzı alışkanlıklarının tükenmişlik ile yakından ilişkili olduğu görülmüştür. Uygun personel sayısının sağlanması, çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve bunların yanı sıra, değiştirilebilir olması nedeniyle, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite ve uyku düzeni tükenmişliğin önlenmesinde ve azaltılmasında anahtar role sahiptir. Sağlık çalışanlarını tükenmişlikten korumak için personel sayıları artırılmalı, çalışma saatleri düzenlenmeli, çalışma ortamı ve ekipmanlar iyileştirilmeli ve sağlık çalışanları psikolojik ve sosyal açılardan yeterince desteklenmelidir. Bunun yanı sıra, sağlık çalışanlarında tükenmişliğin önlenmesi veya azaltılması adına, uyku saatlerinin

düzenlenmesi, vardiya usulü çalışanlarda beslenme düzeninin bireye uygun olarak bir diyetisyen tarafından planlanması, beslenme hizmetlerinin gözden geçirilmesi, bireysel olarak beslenmede öğün atlamanın engellenmesi, yüksek miktarda yağ içeren işlenmiş etlerin, kızartmaların ve fast-food tarzı besinlerin tüketiminin sınırlandırılması ve yeterli sıvı tüketiminin sağlanması önerilmektedir. Yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, fiziksel aktivitenin artırılması ve uyku düzeninin korunmasını içeren davranış değişiklikleri, immün sistemin güçlenmesine katkıda bulunur ve anksiyete, stres ve tükenmişlik gibi olumsuz psikolojik durumların önlenmesine yardımcı olur. Sağlık çalışanlarında tükenmişliğin önlenmesi, yalnızca sağlık çalışanının refahını sağlamakla kalmaz, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve güvenliğinin artmasında da önemli bir rol oynar.



6. KAYNAKLAR

- Abbas, A., Kamel, M. (2020). Dietary habits in adults during quarantine in the context of COVID-19 pandemic. *Obesity Medicine*, 19, 100254.
- Alexandrova-Karamanova, A., Todorova, I., Montgomery, A., Panagopoulou, E., Costa, P., Baban, A., Mijakoski, D. (2016). Burnout and health behaviors in health professionals from seven European countries. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89(7), 1059-1075.
- Almeida, CM., Malheiro, A. (2016). Sleep, immunity and shift workers: A review. *Sleep Science*, 9, 164-168.
- Al-Musharaf, S. (2020). Prevalence and Predictors of Emotional Eating among Healthy Young Saudi Women during the COVID-19 Pandemic. *Nutrients*, 12(10), 2923.
- Anwar, M., Elareed, H. (2017). Burnout Among Egyptian Nurses. *Journal of Public Health*, 25(6), 693-697.
- Arpacıoğlu, MS., Baltacı, Z., Ünübol, B. (2021). COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik, Covid korkusu, depresyon, mesleki doyum düzeyleri ve ilişkili faktörler. *Cukurova Medical Journal*, 46(1), 88-100.
- Aydin Guclu, O., Karadag, M., Akkoyunlu, M., Acican, T., Sertogullarından, B., Kirbas, G., Kaya, A. (2021). Association between burnout, anxiety and insomnia in healthcare workers: a cross-sectional study: Burnout, anxiety and insomnia in healthcare workers. *Psychology, Health & Medicine*, 25, 1-13.
- Aydin Sayilan, A., Kulakaç, N., Uzun, S. (2020). Burnout levels and sleep quality of COVID-19 heroes. *Perspectives in Psychiatric Care*, 15(395), 1-6.
- Babbott, S., Manwell, L., Brown, R., Montague, E., Williams, E., Schwartz, M. (2014). Electronic medical records and physician stress in primary care: results from the MEMO Study. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 21(e1), e100-e106.
- Badahdah, A., Khamis, F., Mahyijari, N. A., Balushi, M. A., Hatmi, H. A., Salmi, I. A., Albulushi, Z. (2020). The mental health of health care workers in Oman during the COVID-19 pandemic. *The International Journal of Social Psychiatry*, 1-6.
- Bakhamis, L., Paul III, D., Smith, H., Coustasse, A. (2019). Still an epidemic: The burnout syndrome in hospital registered nurses. *The Health Care Manager*, 38(1), 3-10.
- Bansal, P., Bingemann, T., Greenhawt, M., Mosnaim, G., Nanda, A. (2020). Clinician Wellness During the COVID-19 Pandemic: Extraordinary Times and Unusual Challenges for the Allergist/Immunologist. *J Allergy Clin Immunol Pract*, 8(6), 1.

- Bedock, D., Lassen, P.B., Mathian, A., Moreau, P., Couffignal, J., Ciangura, C., Poitou-Bernert, C. (2020). Prevalence and severity of malnutrition in hospitalized COVID-19 patients. *Clinical Nutrition ESPEN*(40), 214-219.
- Bobko, N., Cherniuk, V., Martynovska, T., Gadayeve, D., Sevriukova, O. (2019). The role of sleep in the development of burnout, chronic fatigue and biological aging in the day and night workers. *Sleep Medicine*, 1(64), s42-s43.
- Boysan, M., Güleç, M., Beşiroğlu, L., Kalafat, T. (2010). Uykusuzluk Şiddeti İndeksi'nin Türk Örneklemindeki Psikometrik Özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11, 248-252.
- Brailovskaia, J., Cosci, F., Mansueto, G., Miragall, M., Herrero, R., Baños, RM., Margraf, J. (2021). The association between depression symptoms, psychological burden caused by Covid-19 and physical activity: An investigation in Germany, Italy, Russia, and Spain. *Psychiatry Research*, 295, 113596.
- Brown, C. V., Joseph, BA., Davis, K., Jurkovich, G. J. (2021). Modifiable factors to improve work-life balance for trauma surgeons. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 90(1), 122-128.
- Brummelhuis, LL., Lippe, T. v., Kluwer, E. S., Flap, H. (2008). Positive and negative effects of family involvement on work-related burnout. *Journal of Vocational Behavior*, 73, 387-396.
- Cai, Q., Chen, F., Wang, T., Luo, F., Liu, X., Wu, Q., He, Q. (2020). Obesity and COVID-19 Severity in a Designated Hospital in Shenzhen, China. *Diabetes Care*, 43(7), 1392-1398.
- Caliendo, AM., Hanson, KE. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Diagnosis. [Erişim tarihi: 24 Haziran 2020]. UpToDate: <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-diagnosis#H1443029545>
- Cecil, J., McHale, C., Hart, J., Laidlaw, A. (2014). Behaviour and burnout in medical students. *Medical Education Online*, 19(1), 25209.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Social Distancing. [Erişim tarihi: 2 Aralık 2020]. Centers for Disease Control and Prevention: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/social-distancing.html>
- Chemali, Z., Ezzeddine, F., Gelaye, B., Dossett, M., Salameh, J., Bizri, M., Fricchione, G. (2019). Burnout among healthcare providers in the complex environment of the Middle East: a systematic review. *BMC Public Health*, 19(1), 1-21.
- Chen, T., Wu, D., Chen, H., Yan, W., Yang, D., Chen, G., Ma, K. (2020). Clinical characteristics of 113 deceased patients with coronavirus disease 2019: retrospective study. *BMJ*, 368, 1-12.
- Chew, N. W., Lee, G. K., Tan, B. Y., Jing, M., Goh, Y., Ngjam, N. J. (2020). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, Behavior, and Immunity*(88), 559-565.

- Chui, H., Bryant, E., Sarabia, C., Maskeen, S., Stewart-Knox, B. (2020). Burnout, eating behaviour traits and dietary patterns. *British Food Journal*, 122(2), 404-413.
- Clevenger, S. (2021). Mental Health Effects of COVID-19 Pandemic on Healthcare Workers. *OBM Integrative and Complementary Medicine*, 6(1),1-20.
- Culha, M. G., Demir, O., Sahin, O., Altunrende, F. (2021). Sexual attitudes of healthcare professionals during the COVID-19 outbreak. *International Journal of Impotence Research*, 33(1), 102–109.
- Demir, A., Ulusoy, M., Ulusoy, M. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 807-827.
- Demirci, S., Yıldırım, Y., Ozsaran, Z., Uslu, R., Yalman, D., Aras, A. (2010). Evaluation of burnout syndrome in oncology employees. *Medical Oncology*, 27(3), 968-974.
- Devine, C. M., Farrell, T. J., Blake, C. E., Jastran, M., Wethington, E., Bisogni, C. A. (2009). Work conditions and the food choice coping strategies of employed parents. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 41(5), 365-370.
- Dimitriu, M. C., Pantea-Stoian, A., Smaranda, A. C., Nica, A. A., Carap, A. C., Constantin, V. D., Davitoiu, A. M. (2020). Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. *Medical Hypotheses*, 144(109972), 1-4.
- Ding, Z.-y., Li, G.-x., Chen, L., Shu, C., Song, J., Wang, W., Wang, Y.-w. (2020). Association of liver abnormalities with in-hospital mortality in patients with COVID-19. *Journal of Hepatology*, 1-8.
- Dinibutun, S. (2020). Factors associated with burnout among physicians: An evaluation during a period of COVID-19 pandemic. *Journal of Healthcare Leadership*, 12, 85-94.
- Ergin, C. (1992). Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. Ankara: VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Düzenleme Kurulu ve Türk Psikologlar Derneği Yayını.
- Esquivel, M. (2020). Nutrition Strategies for Reducing Risk of Burnout Among Physicians and Health Care Professionals. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 1559827620976538.
- Fabio, P., Stefania, S., Elisabetta, T., Thi, T., Iolanda, G. (2019). Public health and burnout: a survey on lifestyle changes among workers in the healthcare sector. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 90(1), 24.
- Fedele, D., De Francesco, A., Riso, S., Collo, A. (2020). Obesity, malnutrition and trace elements deficiency in the covid-19 pandemic: an overview. *Nutrition*, 81(111016), 1-14.
- Filippo, L. D., Lorenzo, R. D., D'Amico, M., Sofia, V., Roveri, L., Mele, R., Saibene, A. (2020). COVID-19 is associated with clinically significant weight loss and

- risk of malnutrition, independent of hospitalisation: A post-hoc analysis of a prospective cohort study. *Clinical Nutrition*, 40(4), 2420-2426.
- Fuente-Solana, E. I., Suleiman-Martos, N., Pradas-Hernández, L., Gomez-Urquiza, J. L., Fuente, G. A.-D., Albendín-García, L. (2019). Prevalence, Related Factors, and Levels of Burnout Syndrome Among Nurses Working in Gynecology and Obstetrics Services: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16(4), 2585.
- Gao, F., Zheng, K. I., Wang, X.-B., Sun, Q.-F., Pan, K.-H., Wang, T.-Y., Chen, P. (2020). Obesity Is a Risk Factor for Greater COVID-19 Severity. *Diabetes Care*, 43(7), e72-e74.
- Gingras, J., Jonge, Ld., Purdy, N. (2010). Prevalence of dietitian burnout. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 23, 238–243.
- Godin, G. S. (1997). Godin leisure-time exercise questionnaire. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 4(1), 36-38.
- Gómez-Urquiza, J.L., Vargas, C., De la Fuente, E.I., Fernández-Castillo, R., Cañadas-De la Fuente, G. A. (2017). Age as a risk factor for burnout syndrome in nursing professionals: a meta-analytic study. *Research in Nursing & Health*, 40(2), 99-110.
- Gorter, R. C., Eijkman M.A.J., Hoogstraten J. (2000). Burnout and health among Dutch dentists. *European Journal of Oral Sciences*, 108(4), 261-267.
- Guan, W., Ni, Z., Hu, Y., Liang, W., Ou, C., He, J., Liu, L. (2020). Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *The New England Journal of Medicine*(382), 1708-20.
- Güngör, A., Uçman, A. G. (2020). Depression and hopelessness in Turkish healthcare workers: The moderating and mediating roles of meaning in life. *Global public health*, 15(2), 236-246.
- Han, XY. (2020). The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Med Sci Monit*(26), e923549-1.
- Handu, D., Moloney, L., Rozga, M., Cheng, F. W. (2020). Malnutrition Care During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Registered Dietitian Nutritionists. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 1-9.
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*(395), 497-506.
- Iorga, M., Socolov, V., Muraru, D., Dirtu, C., Soponaru, C., Ilea, C., Socolov, D.-G. (2017). Factors Influencing Burnout Syndrome in Obstetrics and Gynecology Physicians. *BioMed Research International*, 1-10.
- Irwin, M. R. (2019). Sleep and inflammation: partners in sickness and in health. *Nature Reviews Immunology*, 19(11), 702-715.
- Jia, P., Liu, L., Xie, X., Yuan, C., Chen, H., Guo, B., Yang, S. (2021). Changes in dietary patterns among youths in China during COVID-19 epidemic: The

- COVID-19 impact on lifestyle change survey (COINLICS). *Appetite*, 158, 105015.
- Jin, Y. H., Cai, L., Cheng, Z. S., Cheng, H., Deng, T., Fan, Y. P., Wang, X. H. (2020). A rapid advice guideline for the diagnosis and treatment of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infected pneumonia (standard version). *Military Medical Research*, 7(4), 1-23.
- Karakoc, A., Yilmaz, M., Alcalar, N., Esen, B., Kayabasi, H., Sit, D. (2016). Burnout syndrome among hemodialysis and peritoneal dialysis nurses. *Iranian Journal of Kidney Diseases*, 10(6), 395.
- Kosan, Z., Calikoglu, E., Guraksin, A. (2018). Levels of burnout and their associated factors among physicians working in Northeast Anatolia. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 21(7), 875-881.
- Kutlu, G. (2020). Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Tükenmişliğinin Cinsiyet Değişkeni Açısından İncelenmesi: Meta Analitik Bir Çalışma. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 254-269.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*, e203976.
- Lamarche, B., Brassard, D., Lapointe, A., Laramée, C., Kearney, M., Côté, M., Plante, C. (2021). Changes in diet quality and food security among adults during the COVID-19–related early lockdown: results from NutriQuébec. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 1-9.
- Lasalvia, A., Amaddeo, F., Porru, S., Carta, A., Tardivo, S., Bovo, C., Bonetto, C. (2021). Levels of burn-out among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their associated factors: a cross-sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of north-east Italy. *BMJ open*, 11(1), e045127.
- Lennartsson, A., Sjörs, A., Währborg, P., Ljung, T., Jonsdottir, I. (2015). Burnout and hypocortisolism—a matter of severity? A study on ACTH and cortisol responses to acute psychosocial stress. *Frontiers in Psychiatry*, 6, 8.
- Lin, Y., Chen, C., Chu, W., Hu, S., Liou, Y., Yang, Y., Tsan, Y. (2019). Modifiable risk factors related to burnout levels in the medical workplace in Taiwan: cross-sectional study. *BMJ open*, 9(11), e032779.
- Liu, X., Kakade, M., Fuller C., J., Fan, B., Fang, Y., Kong, J., Wu, P. (2012). Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Compr Psychiatry*, 15-23.
- Maslach, C., Jackson, S. E. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 1-15.
- Masters, K., Lacaille, R., Shearer, D. (2003). The acute affective response of Type A Behaviour Pattern individuals to competitive and noncompetitive exercise. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 35(1), 25-34.

- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., Shapira, I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological Bulletin*, 132(3), 327.
- Merces, M. d., Coelho, J., Lua, I., Silva, D. d., Gomes, A., Erdmann, A., Júnior, A. (2020). Prevalence and Factors Associated with Burnout Syndrome among Primary Health Care Nursing Professionals: A Cross-Sectional Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(2), 474.
- Ministry of Health, Singapore. (2004). *Communicable Diseases Surveillance in Singapore*. Singapore: Ministry of Health, Singapore.
- Moustou, I., Panagopoulou, E., Montgomery, A., Benos, A. (2010). Burnout predicts health behaviors in ambulance workers. *The Open Occupational Health & Safety Journal*, 2(1), 16-18.
- Muscogiuri, G., Barrea, L., Savastano, S., Colao, A. (2020). Nutritional recommendations for CoVID-19 quarantine. *European Journal of Clinical Nutrition*, 6(74), 850-851.
- Olson, K. D. (2017). Physician burnout-a leading indicator of health system performance?. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(11), 1608-1611.
- Oosterholt, B., Maes, J., Van der Linden, D., Verbraak, M., Kompier, M. (2015). Burnout and cortisol: evidence for a lower cortisol awakening response in both clinical and non-clinical burnout. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(5), 444-445.
- Peterson, U., Demerouti, E., Bergström, G., Samuelsson, M., Asberg, M., Nygren, A. (2008). Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 84-95.
- Pietri, L., Giorgi, R., Bégu, A., Lojou, M., Koubi, M., Cauchois, R., Grangeot, R. (2021). Excess body weight is an independent risk factor for severe forms of COVID-19. *Metabolism*(117), 1-7.
- Pollock, A., Campbel, P., Cheyne, J., Cowie, J., Davis, B., McCallum, J., McGill, K. (2020). Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: a mixed methods systematic review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Puranitee, P., Saetang, S., Sumrithe, S., Busari, J. O., Mook, W. N., Heeneman, S. (2019). Exploring burnout and depression of Thai medical students: the psychometric properties of the Maslach burnout inventory. *International Journal of Medical Education*(10), 223-229.
- Roberts, D., Shanafelt, T., Dyrbye, L., West, C. (2014). A national comparison of burnout and work-life balance among internal medicine hospitalists and outpatient general internists. *Journal of Hospital Medicine*, 9(3), 176-181.
- Rothan, H. A., Byrareddy, S. N. (2020). The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of Autoimmunity*, 1-4.

- Sabino-Silva, R., Jardim, A., & Siqueira, W. (2020). Coronavirus COVID-19 impacts to dentistry and potential salivary diagnosis. *Clinical oral investigations*, 24(4), 1619-1621.
- Sahebi, A., Nejati, B., Moayedi, S., Yousefi, K., Torres, M., & Golitaleb, M. (2021). The prevalence of anxiety and depression among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: An umbrella review of meta-analyses. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 110247.
- Secosan, I., Virga, D., Crainiceanu, Z., & Bratu, T. (2020). The mediating role of insomnia and exhaustion in the relationship between secondary traumatic stress and mental health complaints among frontline medical staff during the COVID-19 pandemic. *Behavioral Sciences*, 10(11), 164.
- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., & West, C. P. (2012). Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. *Arch Intern Med.*, 172(18), 1377-1385.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019). Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). Covid-19 Genel Bilgiler, Epidemioloji ve Tanı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı. [Erişim tarihi: 30 Ocak, 2021].
- Torrente, M., Sousa, P., Sánchez-Ramos, A., Pimentao, J., Royuela, A., Franco, F., . . . Provencio, M. (2021). To burn-out or not to burn-out: a cross-sectional study in healthcare professionals in Spain during COVID-19 pandemic. *BMJ open*, 11(2), e0449.
- Tsai, H., Yeh, C., Su, C., Chen, C., Peng, S., & Chen, R. (2013). The effects of exercise program on burnout and metabolic syndrome components in banking and insurance workers. *Industrial Health*, 51(3), 336-46.
- Tuncay, F. E., Koyuncu, E., & Özel, Ş. (2020). Pandemilerde Sağlık Çalışanlarının Psikososyal Sağlığını Etkileyen Koruyucu ve Risk Faktörlerine İlişkin Bir Derleme. *Ankara Med J.*(2), 488-501.
- Turgut, N., Karacalar, S., Polat, C., Kıran, Ö., Gültop, F., Kalyon, S. T., & Sinoğlu, B. (2016). Uzmanlık Eğitimindeki Doktorlarda Tükenmişlik Sendromu. *Türk J Anaesthesiol Reanim*, 44, 258-264.
- United Nations. (2020). Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. Impact of the Covid-19 Pandemic on Mental Health. United Nations Sustainable Development Group.
- Uz, B., Savaşan, E., & Soğancı, D. (2021). Anxiety, Depression and Burnout Levels of Turkish Healthcare Workers at the End of the First Period of COVID-19 Pandemic in Turkey. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*.
- Ünver, S., Yeniğün, SC. (2021). COVID-19 fear level of surgical nurses working in pandemic and surgical units. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*.
- Yildirim TT, Atas O, Asafov A, Yildirim K, Balibey H. Psychological Status of Healthcare Workers during the Covid-19 Pandemic. *J Coll Physicians Surg Pak* 2020; 30(Supp1), S26-S31.

- Wald, H. S. (2020). Optimizing resilience and wellbeing for healthcare professions trainees and healthcare professionals during public health crises – Practical tips for an ‘integrative resilience’ approach. *Medical Teacher*, 745-755.
- Wang, D., Hu, B., Hu, C., Zhu, F., Liu, X., Zhang, J., Wang, B. (2020). Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*, 323(11), 1061-1069.
- Williams, S. N., Armitage, C. J., Tampe, T., Dienes, K. (2020). Public perceptions and experiences of social distancing and social isolation during the COVID-19 pandemic: A UK-based focus group study. *BMJ Open*(10), 1-8.
- World Health Organization. (1997). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report on a WHO Consultation on Obesity, Geneva, 3–5 June, 1997. WHO/NUT/NCD/98.1. Technical Report Series Number 894.
- World Health Organization. (2011). Waist Circumference and Waist-Hip Ratio. Report of a WHO Expert Consultation.
- World Health Organization. (2019). International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). The Global Standard for Diagnostic Health Information. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 94. World Health Organization.
- World Health Organization. (2020). COVID 19 Landscape of experimental treatments. World Health Organization.
- World Health Organization. (2020). Health workers exposure risk assessment and management in the context of COVID-19 virus. World Health Organization.
- Wu, C., Chen, X., Cai, Y., Xia, J., Zhou, X., Xu, S. (2020). Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia inWuhan, China. *JAMA Internal Medicine*, 1-10.
- Wu, Z., McGoogan, J. M. (2020). Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*, 323(13), 1239-1241.
- Xia, L., Jiang, F., Rakofsky, J., Zhang, Y., Zhang, K., Liu, T., Tang, Y. L. (2020). Cigarette Smoking, Health-Related Behaviors, and Burnout Among Mental Health Professionals in China: A Nationwide Survey. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 706.
- Yang, J., Zheng, Y., Gou, X., Pu, K., Chen, Z., Guo, Q., Ji, R. (2020). Prevalence of comorbidities and its effects in patients infected with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. *Int J Infect Dis*, 91-95.
- Yerlisu-Lapa, T. (2014). Leisure negotiation strategies scale: A study of validity and reliability for university students. *South African Journal for Research in Sport, Physical Education and Recreation*, 36(3), 201-215.

- Yıldırım, M., Solmaz, F. (2020). COVID-19 burnout, COVID-19 stress and resilience: Initial psychometric properties of COVID-19 Burnout Scale. *Death Studies*, 1-9.
- Yıldız, A., Çiçek, İ., Şanlı, M. (2018). Sağlık Çalışanlarında Tükenmişliğin Belirleyicileri: Sigara ve Alkol Kullanımına Etkisinin İncelenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(3), 126-132.
- Zakaria, M., Remeli, R., Ahmad Shahamir, M., Yusuf, M., Azizah Ariffin, M., Noor Azhar, A. (2021). Assessment of burnout among emergency medicine healthcare workers in a teaching hospital in Malaysia during COVID-19 pandemic. *Hong Kong. Hong Kong Journal of Emergency Medicine*, 1-6.
- Zanelli, J. (2009). Estresse nas organizações de trabalho: compreensão e intervenção baseadas em evidências. *Artmed Editora*, 9(1), 120-127.



7. EKLER

Ek-1: Etik Onay



Ek-2: Gönüllü Onam Formu

Sayın katılımcı;

Sizi “COVID-19 Salgınında Hastanelerde Çalışan Sağlık Personelinin Tükenmişlik Düzeyi ile Beslenme ve Uyku Alışkanlıkları Arasındaki İlişki” başlıklı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız.

Bu araştırmada, koronavirüs salgınının hastanede çalışan sağlık personelinin üzerinde oluşturduğu bazı etkilerin belirlenebilmesi amacıyla; genel sağlık bilgilerinize, çalışma koşullarınıza, beslenme alışkanlıklarınıza, egzersiz ve uyku durumunuza dair sorular yer almaktadır.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahiptir. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçimde yorumlanacaktır. Size gönderilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan **elde edilecek bilgiler yalnızca araştırma amacı** ile kullanılacaktır. Bilime verdiğiniz katkılar için teşekkür ederiz.

Soru ve katkılarınız için: eertal@biruni.edu.tr

Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Fatma Çelik

Arş. Gör. Ezgi Ertal

Çalışmaya katılmayı onaylıyor musunuz?

*Evet

*Hayır

Ek-3: Veri Toplama Formu

COVID-19 Salgınında Hastanelerde Çalışan Sağlık Personelinin Tükenmişlik Düzeyi ile Beslenme ve Uyku Alışkanlıkları Arasındaki İlişki

VERİ TOPLAMA FORMU

A. GENEL BİLGİLER

1.Cinsiyetiniz?

*Kadın *Erkek

2.Yaşınız?

3.Boy uzunluğunuz (cm)?

4.Vücut ağırlığınız (kg)?

5. Bel çevrenizi (cm) belirtiniz (göbek deliğinizin üzerinden ölçüm alınız. Ölçüm sırasında dik durmanız önemlidir).

6. Kalça çevrenizi (cm) belirtiniz (kalçanızın en geniş noktasından ölçün. Ölçüm sırasında dik durmanız önemlidir).

7.Kiminle yaşıyorsunuz?

*Yalnız *Ailem ile *Arkadaşlarım ile *Yurt, otel vb. konaklama yerinde *Diğer (Lütfen belirtiniz.)

8. Hangi şehirde çalışıyorsunuz?

9.Mesleğiniz nedir?

*Hekim *Eczacı *Diyetisyen *Hemşire *Ebe *Fizyoterapist *Ergoterapist *Odyolog
*Psikolog *Dil ve Konuşma Terapisti *Acil Tıp Teknikeri *Anestezi Teknikeri
*Ameliyathane Teknikeri *Diyaliz Teknikeri *Fizyoterapi Teknikeri *Odyometri
Teknikeri *Perfüzyonist *Radyoterapi Teknikeri *Sağlık Fizikçisi *Tıbbi
Laboratuvar Teknikeri *Tıbbi Görüntüleme Teknikeri *Diğer (Lütfen belirtiniz.)

10.Öğrenim durumunuz nedir?

*Sağlık Meslek Lisesi *Ön Lisans *Lisans *Lisansüstü *Diğer

11.Kaç yıldır hastanede çalışıyorsunuz?

12.Hangi hastanede çalışıyorsunuz?

*Devlet Hastanesi *Özel Hastane *Üniversite Hastanesi *Diğer (Lütfen belirtiniz.)

13. Çalışmakta olduğunuz klinik nedir?

*Acil servis *Yataklı servis *Yoğun Bakım *Poliklinik *Pandemi Polikliniği *Diğer
(Lütfen belirtiniz.)

14.Çalışma sisteminiz ne şekildedir?

*Sadece gündüz *Sadece gece *Gece-gündüz değişen vardiya sistemi

15. Nöbet tutuyor musunuz?

* Evet *Hayır

16. Nöbet tutuyorsanız haftada kaç saat nöbet tutuyorsunuz? (Nöbet tutmuyorsanız bu soruyu boş bırakınız)

17. Haftada kaç saat çalışıyorsunuz? (Nöbet tutuyorsanız nöbet sürelerini de dahil ediniz.)

18. Günlük mesai süresince bakım verdiğiniz hasta sayısı kaçtır?

19.Pandemi kliniği gibi COVID-19 tanısı alan ya da şüpheli vakaların bulunduğu alanlarda çalışma deneyiminiz oldu mu?

*Evet *Hayır

20. Aşağıdaki maddelerden kendinize yakın bulduğunuzu COVID-19 pandemi sürecini düşünerek işaretleyiniz. (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

- *Kendi sağlığımla ilgili endişeleniyorum.
- *Ailemin sağlığı ve bulaştırmalık riskim beni endişelendiriyor.
- *Geleceğe dair umutlarım azalmaya başladı.
- *Değişen protokoller ve çalışma şartlarına uyum sağlayamadığımı hissediyorum.
- *Mesleğimin hak ettiği değeri görmediğini hissediyorum.

21. Siz veya ailenizde/yakın çevrenizde COVID-19 tanısı alan var mı?

- *Evet, tanı aldım
- *Evet, yakın çevremde tanı alan kişi var
- *Hayır şahsım veya yakın çevremde tanı alan yok

B. SAĞLIK BİLGİLERİ

22. Kronik bir hastalığınız var mı? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

- *Yok
- *Diyabet
- *Hipertansiyon
- *Kalp ve damar hastalıkları
- *Akciğer hastalıkları
- *Karaciğer ve safra hastalıkları
- *Gastrointestinal sistem hastalıkları
- *Endokrin hastalıklar
- *Böbrek Hastalıkları
- *Diğer (Lütfen belirtiniz.)

23. Sigara kullanıyor musunuz?

*Evet *Hayır

24. Cevabınız Evet ise; kaç yıldır sigara içiyorsunuz?

25. Cevabınız Evet ise; COVID-19 salgını başlamadan önce günlük ortalama kaç adet sigara içiyordunuz? (Bir pakette 20 adet sigara bulunur.)

26. Cevabınız Evet ise; COVID-19 salgını görülmeye başladıktan sonra günlük ortalama kaç adet sigara içiyordunuz? (Bir pakette 20 adet sigara bulunur.)

27. Alkol kullanıyor musunuz?

*Evet *Hayır

28. Cevabınız evet ise; kaç yıldır alkol kullanıyorsunuz?

29. Cevabınız Evet ise; ne sıklıkta kullanıyorsunuz?

*Her gün *Haftada 4-6 kere *Haftada 1-3 kere *15 günde 1 kere
*Ayda 1 kere *Yılda 4-6 kere * Yılda 1-3 kere

30. Cevabınız Evet ise; kaç ml tüketiyorsunuz? ml

31. Cevabınız evet ise genellikle hangi türü tercih ediyorsunuz?

*Bira *Şarap *Rakı *Votka-viski-cin *Diğer (belirtiniz)

32. Haftalık olarak ortalama kaç saat uyuyorsunuz?

33. Uykuya dalmak için ilaç alıyor musunuz?

*Evet *Hayır

34. Salgın süresince beslenme ile ilgili herhangi bir danışmanlık aldınız mı?

*Evet *Hayır

35. Cevabınız Evet ise; Beslenme danışmanlığı aldıysanız kimden aldınız?

*Hekim *Diyetisyen *Diğer sağlık çalışanları
*Spor eğitmeni *Yaşam koçu *Diğer.....

36. Salgın BAŞLAMADAN ÖNCE günlük tükettiğiniz ana öğün sayısı?

37. Salgın SONRASINDA günlük tükettiğiniz ana öğün sayısı?

38. Salgın BAŞLAMADAN ÖNCE günlük tükettiğiniz ara öğün sayısı?

39. Salgın SONRASINDA günlük tükettiğiniz ara öğün sayısı?

40. Pandemi süresince, vücut ağırlığınızda pandemi öncesine göre bir değişiklik oldu mu?

*Evet, arttı *Evet, azaldı *Değişmedi *Bilmiyorum

41. Cevabınız evet ise kaç kilogram değişiklik oldu?

42. Salgın ÖNCESİNDE günde ortalama kaç bardak su tüketiyordunuz? (Bir su bardağı=200 ml'dir)

43. Salgın SONRASINDA günde ortalama kaç bardak su tüketiyorsunuz? (Bir su bardağı=200 ml'dir)

44. Salgın SONRASINDA kullanmaya başladığınız veya kullanımını artırdığınız besin takviyeleri var mı? Varsa işaretleyiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

*Multivitamin	*C vitamini	*D vitamini	*E vitamini
*Omega-3	*Demir	*Çinko	* Selenyum
*Probiyotik	*Kara mürver ekstraktı	*Diğer (Lütfen belirtiniz.)	

45. Pandemi başladıktan sonra beslenme durumunuzun olumlu veya olumsuz yönde değiştiğini düşünüyor musunuz?

*Beslenme durumum olumlu yönde değişti
*Beslenme durumum olumsuz yönde değişti
*Beslenme durumumda bir değişim olmadı.

46. Salgın görülmeye başladıktan sonra sağlığa olumlu etkisi olacağını düşünerek tüketmeye başladığınız veya tüketimini artırdığınız besin veya besinler var mı? Varsa yazınız.....

47. Salgın görülmeye başladıktan sonra yiyecek siparişlerinizde veya market alışverişlerinizde bir değişiklik oldu mu?

Arttı Azaldı Değişmedi

Online yemek siparişi
Online market alışverişi
Dışarıda yemek yeme
Marketten alışveriş
Fırın-pastane
Pazar
Kasap
Aktar-kuruyemişiçi

48. Pandemi sürecinden sonra fiziksel aktivitenizi öncesine göre nasıl değerlendirirsiniz?

*Arttı *Azaldı *Değişmedi

Ek-4: Serbest Zaman Egzersiz Anketi

Bu çalışma serbest zaman içinde, en az 15 dakika veya daha fazla sürede yaptığınız fiziksel aktivite düzeyinizi ölçmeye yöneliktir.

Fiziksel aktivite “enerji harcanmasıyla sonuçlanan iskelet kasları yoluyla meydana gelen herhangi bir bedensel hareket” olarak değerlendirilmektedir. Fiziksel aktiviteyi, spor (futbol, voleybol ...), aktif rekreasyon aktivitesi (koşu, yoga ...) ve egzersiz (planlı, yapılandırılmış, tekrarlayan vücut geliştirme gibi) gibi sınıflara ayırabiliriz.

Bu tanım iş ve okul içinde yapılan fiziksel aktiviteden hariç tutulmaktadır. Aşağıdaki soruları cevaplandırırken işte, okulda ya da evde (temizlik...) yaptığınız fiziksel aktiviteleri göz önünde bulundurmayınız.

1. Bir haftanız göz önüne alındığında, serbest zamanınız süresince 15 dakikadan fazla olan, ortalama kaç saat egzersiz yapıyorsunuz?

a) Zorlayıcı/ Yorucu Fiziksel Aktivite (Yüksek Kalp Atımlı)

(örneğin; koşu, jogging, futbol, squash, basketbol, kayak, judo, kaykay, zorlayıcı yüzme, uzun mesafe bisiklet gibi)

Haftada kez

b) Orta Şiddetli Fiziksel Aktivite (Fazla Yorucu Olmayan)

(örneğin; hızlı adım yürüyüş, tenis, bisiklet, voleybol, badminton, yüzme, dans gibi)

Haftada kez

c) Hafif Şiddetli Fiziksel Aktivite (Yorucu Olmayan)

(örneğin; yoga, balık tutma, bowling, binicilik, golf, yürüyüş gibi)

Haftada kez

Ek-5: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bazen	Çok Az	Hiçbir Zaman
1. İşimden soğuduğumu hissediyorum.					
2. İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.					
3. Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı düşünüyorum.					
4. İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım.					
5. İşim gereği bazı insanlara sanki insan değilmişler gibi davrandığımı fark ediyorum.					
6. Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.					
7. İşim gereği insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.					
8. Yaptığım işten dolayı tükendiğimi hissediyorum.					
9. Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.					
10. Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.					
11. Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.					
12. Çok şeyler yapabilecek güçteyim.					
13. İşimin beni kısıtladığını düşünüyorum.					
14. İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
15. İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.					
16. Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yapıyor.					
17. İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir hava yaratırım.					
18. İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissedirim.					
19. Bu işte birçok kayda değer başarı elde ettim.					
20. Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.					
21. İşimde duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım.					
22. İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum					

Ek-6: Uykusuzluk Şiddeti İndeksi

1. Lütfen şu andaki (örn., son 2 hafta içinde) uykusuzluk probleminizin / problemlerinizin **ŞİDDETİNİ** değerlendiriniz.

	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli
a) Uykuya dalmakta güçlük:	0	1	2	3	4
b) Uykuyu sürdürmekte güçlük	0	1	2	3	4
c) Çok erken uyanma problemi:	0	1	2	3	4

2. Son zamanlardaki uyku düzeninizden ne kadar memnunsunuz/ memnuniyetsizsiniz?

Çok Memnun	Memnun	Nötr	Memnun Değil	Hiç Memnun Değil
0	1	2	3	4

3. Uyku probleminizin gün içindeki işlevselliğinizi (örn., gün içinde tükenmişlik, işte/günlük uğraşlarda çalışma potansiyeli, konsantrasyon, hafıza, duygu durum, vb.) ne ölçüde engellediğini düşünüyorsunuz?

Kesinlikle Engelleyici Değil	Biraz Engelleyici	Oldukça Engelleyici	Çok Engelleyici	Çok Fazla Engelleyici
0	1	2	3	4

4. Yaşam kalitenizin bozulması anlamında uyku probleminizin başkaları tarafından ne kadar fark edilebildiğini düşünüyorsunuz?

Kesinlikle Fark Edilemez	Biraz Fark Edilebilir	Oldukça Fark Edilebilir	Çok Fark Edilebilir	Çok Fazla Fark Edilebilir
0	1	2	3	4

5. Son zamanlardaki uyku probleminiz sizi ne kadar endişelendiriyor/strese sokuyor?

Kesinlikle Endişelendirmiyor	Biraz Endişelendiriyor	Oldukça Endişelendiriyor	Çok Endişelendiriyor	Çok Fazla Endişelendiriyor
0	1	2	3	4

Ek-7: Pandemi Öncesine Yönelik Besin Tüketim Sıklığı

Aşağıdaki besinleri **COVID-19 PANDEMİSİ BAŞLAMADAN ÖNCEKİ** süreci düşünerek ne sıklıkla tükettiğinizi belirtiniz.

	Her gün	Haftada 4-6 kere	Haftada 1-3 kere	15 günde 1 kere	Ayda 1 kere	Hiç
Yumurta						
Peynir						
Yoğurt						
Süt						
Ayran						
Meyve						
Sebze yemeği						
Söğüş sebze/salata						
Kırmızı et						
Tavuk						
Balık						
Sucuk, pastırma, sisis, salam						
Kuru baklagiller						
Beyaz ekmek						
Tam tahıllı ekmek (çavdar, tam buğday, kepek vb.)						
Hamur işleri						
Tatlılar						
Bal-reçel-pekmez vb.						
Abur cubur (bisküvi, kraker, gofret vb.)						
Siyah çay						
Kahve						
Bitki çayları						
Asitli içecekler						

Ek-8: Pandemi Sürecine Yönelik Besin Tüketim Sıklığı

Aşağıdaki besinleri **COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNİ** düşünerek ne sıklıkla tükettiğinizi belirtiniz.

	Her gün	Haftada 4-6 kere	Haftada 1-3 kere	15 günde 1 kere	Ayda 1 kere	Hiç
Yumurta						
Peynir						
Yoğurt						
Süt						
Ayran						
Meyve						
Sebze yemeği						
Söğüş sebze/salata						
Kırmızı et						
Tavuk						
Balık						
Sucuk, pastırma, sisis, salam						
Kuru baklagiller						
Beyaz ekmek						
Tam tahıllı ekmek (çavdar, tam buğday, kepek vb.)						
Hamur işleri						
Tatlılar						
Bal-reçel-pekmez vb.						
Abur cubur (bisküvi, kraker, gofret vb.)						
Siyah çay						
Kahve						
Bitki çayları						
Asitli içecekler						

8. ÖZGEÇMİŞ



9. İNTİHAL RAPORU

COVID-19 SALGININDA HASTANELERDE ÇALIŞAN SAĞLIK
PERSONELİNİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ İLE BESLENME VE UYKU
ALİŞKANLIKLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

ORJİNALLIK RAPORU

% 9	% 9	% 5	% 5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 2
2	www.khsdergisi.com İnternet Kaynağı	% 1
3	acikerisim.pau.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
4	acikerisim.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
5	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<% 1
6	Submitted to Ataturk Universitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
7	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<% 1
8	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	<% 1