

2022

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşe SALTEKİN



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PANDEMİ SÜRECİNDE YETİŞKİN BİREYLERİN
COVID-19 KORKUSU, SAĞLIKLI YAŞAM
DAVRANIŞLARI İLE BESLENME BİLGİ
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşe SALTEKİN

BESLENME VE DİYETETİK PROGRAMI

Ankara, 2022

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PANDEMİ SÜRECİNDE YETİŞKİN BİREYLERİN
COVID-19 KORKUSU, SAĞLIKLI YAŞAM
DAVRANIŞLARI İLE BESLENME BİLGİ
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşe SALTEKİN

BESLENME VE DİYETETİK PROGRAMI

Ankara, 2022

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Pandemi Sürecinde Yetişkin Bireylerin COVID-19 Korkusu, Sağlıklı Yaşam
Davranışları ile Beslenme Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi

Ayşe SALTEKİN

Yüksek Lisans Tezi

07/04/2022

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Nural ERZURUM ALİM

Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Yahya ÖZDOĞAN

Dr. Öğr. Üyesi Emel ÖKTEM GÜNGÖR

Dr. Öğr. Üyesi Nural ERZURUM ALİM

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için
gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Doç. Dr. Fatma Elif KILINÇ

Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.
07/04/2022

Ayşe SALTEKİN



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez sürecimde bana yol gösteren, her türlü bilimsel ve manevi desteği ile yoluma ışık tutan değerli danışman hocam Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik bölümü Dr. Öğr. Üyesi Nural ERZURUM ALİM'e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca üzerimde emeği olan Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik bölümü değerli hocalarıma,

Tezimin birçok aşamasında hem çalışmamla ilgili hem de manevi desteğiyle, sevgisiyle her zaman yanımda olan canım arkadaşım Uzm. Dyt. Aybüke Gülin GÜNGÖR'e,

Çalışma yaşamında olduğu gibi tez yazım sürecimde de her zaman yanımda olan sevgili arkadaşlarım Arş. Gör. Filiz DEĞİRMENCİ, Arş. Gör. Ahu AKSOY CAN, Arş. Gör. Aysu BULDUM ve Arş. Gör. Aslıhan AKSU'ya,

Hayatım boyunca her türlü maddi ve manevi desteğiyle yanımda olan, her konuda arkamda olup çıktığım her yolda bana güvenen, saygı duyan ve koşulsuz destekleyen canım babam Fahri SALTEKİN ve canım annem Nâlân SALTEKİN'e

Ve bu süreçte bana destek olan herkese sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	v
TABLolar DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Pandemi Tanımı	3
2.1.1. COVID-19 Pandemisi	3
2.1.2. Koronavirüs Tanımı	3
2.1.3. COVID-19 Epidemiyolojisi	4
2.1.4. COVID-19 Bulaş Yolları	5
2.1.5. COVID-19 Semptomları ve Klinik Bulguları	5
2.1.6. COVID-19 Pandemisinin Etkileri	6
2.2. COVID-19 Korkusu	7
2.3. Sağlık ve COVID-19 Pandemisinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	9
2.3.1. Sağlık.....	9
2.3.2. COVID-19 Pandemi Döneminde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	11
2.3.2.1. COVID-19 Pandemisi ve Beslenme Alışkanlıkları	12
2.3.2.2. COVID-19 Pandemisi ve Fiziksel Aktivite	14
2.3.2.3. COVID-19 Pandemisi ve Stres	16
2.3.2.4. COVID-19 Pandemisi ve Uyku	17
2.4. COVID-19 Pandemisinde İdeal Vücut Ağırlığının Önemi	17
2.5. Beslenme Bilgi Düzeyi.....	19
2.6. Beslenme Eğitimi ve Önemi.....	21
3. MATERYAL VE YÖNTEM.....	22
3.1. Çalışmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi.....	22
3.2. Çalışmanın Genel Planı	23
3.3. Çalışma Verilerinin Toplanması	23
3.3.1. Genel Bilgiler Bölümü	23
3.3.2. Antropometrik Ölçümler	24
3.3.3. Besin Tüketim Sıklığı Formu	24
3.3.4. COVID-19 Korkusu Ölçeği (CKÖ)	24

3.3.5. Yetişkinler İçin Beslenme Bilgi Düzeyi Değerlendirme (YETBİD) Ölçeği	25
3.3.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)	26
3.4. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi.....	27
4. BULGULAR	28
4.1. Bireylerin Genel Tanımlayıcı Özellikleri	28
4.2. Bireylerin Sağlık Durumlarına Göre Dağılımları.....	29
4.3. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri.....	30
4.4. Bireylerin Yaşam Tarzı Alışkanlıkları	33
4.4.1. Bireylerin Sigara ve Alkol Kullanım Alışkanlıkları	33
4.4.2. Bireylerin Su, Çay ve Kahve Tüketim Alışkanlıkları	33
4.4.3. Bireylerin Diyet Alışkanlıkları.....	35
4.5. Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları	36
4.6. Bireylerin Duygu Durumlarına Göre İştah Değişimleri.....	38
4.7. Bireylerin Besin Tüketim Sıklıkları	39
4.8. Ölçeklere İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	43
4.8.1. Bireylerin COVID-19 Korkusu Ölçeği (CKÖ), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) ve Yetişkinler İçin Beslenme Bilgi Düzeyi Değerlendirme (YETBİD) Ölçeği Puanlarının İncelenmesi ...	43
4.8.2. Bireylerin Genel Tanımlayıcı Özelliklerine Göre CKÖ Puanlarının Dağılımı	44
4.8.3. Bireylerin BKİ ve Pandemi Döneminde Ağırlık Değişimlerine Göre CKÖ Puanlarının Karşılaştırılması	45
4.8.4. Bireylerin YETBİD Ölçeği Puanlarına Göre Gruplandırılması	46
4.8.5. Bireylerin Genel Tanımlayıcı Özelliklerine Göre YETBİD Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	47
4.8.6. Bireylerin BKİ ve Pandemi Döneminde Ağırlık Değişimlerine Göre YETBİD Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	49
4.8.7. Bireylerin Diyet Uygulama ve Bazı Beslenme Alışkanlıklarına Göre YETBİD Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	50
4.8.8. Bireylerin Genel Tanımlayıcı Özelliklerine ve BKİ Sınıflarına Göre SYBDÖ II Puanlarının Karşılaştırılması	53
4.8.9. Ölçek Puanlarının Birbiriyle İlişkilerinin İncelenmesi	60

5. TARTIŞMA	62
5.1. Bireylerin Genel Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi.....	62
5.2. Bireylerin Sağlık Durumlarına Göre Değerlendirilmesi	63
5.3. Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi.....	63
5.4. Bireylerin Yaşam Tarzı Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi	65
5.5. Bireylerin Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi	65
5.6. Bireylerin Duygu Durumlarına Göre İştah Değişimlerinin Değerlendirilmesi.....	67
5.7. Bireylerin COVID-19 Korku Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....	67
5.7.1. Bireylerin Genel Tanımlayıcı Özelliklerine Göre COVID-19 Korku Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....	69
5.7.2. Bireylerin BKİ Sınıfları ve Pandemi Döneminde Ağırlık Değişimlerine Göre COVID-19 Korkusu Düzeylerinin Değerlendirilmesi	70
5.8. Bireylerin Beslenme Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi	70
5.8.1. Bireylerin BKİ ve Pandemi Döneminde Ağırlık Değişimlerine Göre Beslenme Bilgi Puanlarının Değerlendirilmesi	74
5.9. Bireylerin SYBDÖ II Puanlarının Değerlendirilmesi	76
5.9.1. Bireylerin Genel Tanımlayıcı Özelliklerine ve BKİ Değerlerine Göre SYBDÖ II Puanlarının Değerlendirilmesi	77
5.10. CKÖ, YETBİD Ölçeği ve SYBDÖ II Puanları Arasındaki İlişki	81
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	84
6.1. Sonuçlar.....	84
6.2. Öneriler.....	86
7. KAYNAKLAR	88
8. EKLER.....	118
EK-1. Etik Kurul Onay Formu	118
EK-2. Anket Formu	119
EK-3. Besin Tüketim Sıklığı Formu	123
EK-4. COVID-19 Korkusu Ölçeği (CKÖ).....	124
EK-5. Yetişkinler İçin Beslenme Bilgi Düzeyi Değerlendirme (YETBİD).....	125
EK-6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II).....	127
EK-7. Özgeçmiş	130

ÖZET

Pandemi Sürecinde Yetişkin Bireylerin COVID-19 Korkusu, Sağlıklı Yaşam Davranışları ile Beslenme Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi

Bu çalışma, pandemi sürecinde bireylerin COVID-19 korkusu, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile beslenme bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yürütülmüştür. Çalışma Aralık 2020-Nisan 2021 tarihleri arasında, 18-64 yaş aralığında olan 509 birey ile gerçekleştirilmiştir. Bireylerin sosyo-demografik özellikleri, sağlık bilgileri, beslenme alışkanlıkları, antropometrik ölçümleri ve besin tüketim sıklıklarına ilişkin soruları içeren anket formu çevrim içi olarak uygulanmıştır. Bireylerin COVID-19 korku düzeyini belirlemek için COVID-19 Korkusu Ölçeği (CKÖ), beslenme bilgi düzeylerini belirlemek için Yetişkinler İçin Beslenme Bilgi Düzeyi (YETBİD) Ölçeği ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek için Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) kullanılmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 30.83 ± 10.40 yıldır. Bireylerin %58.7'si kadın, %41.3'ü erkektir. Bireylerin CKÖ puanları " 16.97 ± 6.17 "; YETBİD ölçeği temel beslenme puanları " 54.31 ± 7.69 ", besin tercihi puanları " 37.05 ± 6.29 " ve SYBDÖ II toplam puanları " 121.11 ± 19.24 " olarak bulunmuştur. Kadınların CKÖ puanları erkeklere göre daha yüksektir ($p < 0.05$). Evli, eğitim düzeyi yüksek, gelir durumu iyi olan ve kamuda çalışan bireylerin beslenme bilgi puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p < 0.05$). 55-64 yaş aralığında, evli, eğitim düzeyi yüksek, kamuda çalışan, ekonomik durumu iyi ve hastalığı olan bireylerin de SYBDÖ II ölçeğinden daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir ($p < 0.05$). Bireylerin CKÖ puanları ile besin tercihi bilgisi ve SYBDÖ II ölçeğinin sadece sağlık sorumluluğu alt boyutu puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r = 0.088$, $p < 0.05$; $r = 0.181$, $p < 0.05$). Temel beslenme ve besin tercihi bilgi puanları ile SYBDÖ II'nin farklı alt boyutları ve toplam puanları arasında da pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır ($r = 0.164$, $p < 0.05$; $r = 0.196$, $p < 0.05$). Sonuç olarak, bireylerin COVID-19 korkusu, beslenme bilgi düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının çeşitli sosyodemografik özelliklerden etkilendiği ve kendi aralarında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Beslenme bilgi düzeyi, COVID-19 korkusu, sağlıklı yaşam biçimi davranışları.

ABSTRACT

Determination of Adult Individuals' Fear of COVID-19, Healthy Living Behaviors and Nutritional Knowledge Levels during the Pandemia Period

This study was conducted to determine the fear of COVID-19, healthy lifestyle behaviors and nutritional knowledge levels of individuals during the pandemia period. The study was carried out with 509 individuals between the ages of 18-64 between December 2020 and April 2021. The questionnaire form, which includes questions about socio-demographic characteristics, health information, nutritional habits, anthropometric measurements and food consumption frequencies of individuals, was applied online. The COVID-19 Fear Scale (FCS) to determine the COVID-19 fear level of individuals, the Nutrition Knowledge Level for Adults Scale (NKLSA) to determine nutritional information, and the Healthy Lifestyle Behaviors Scale II (HLBS II) to determine healthy lifestyle behaviors were used. The mean age of the individuals participating in the study was 30.83 ± 10.40 years. 58.7% of individuals were women, 41.3% were men. It was found that FCS scores of individuals were " 16.97 ± 6.17 "; basic nutrition scores were " 54.31 ± 7.69 ", food preference scores were " 37.05 ± 6.29 " of NKLSA and HLBS II total scores were " 121.11 ± 19.24 ". Women's FCS scores were higher than men ($p < 0.05$). The nutritional knowledge scores of individuals who are married, have a high level of education, good income and work in the public sector are significantly higher ($p < 0.05$). It was determined that individuals in aged between 55-64, married, having a high level of education, working in the public sector, having a good economic status and having a disease scored higher on the HLBS II scale ($p < 0.05$). A weak positive correlation was found between individuals' FCS scores and food preference knowledge and only health responsibility sub-dimension scores of the HLBS II scale ($r = 0.088$, $p < 0.05$; $r = 0.181$, $p < 0.05$). A weak positive correlation was also found between basic nutrition and food preference knowledge scores and the different sub-dimensions and total scores of HLBS II ($r = 0.164$, $p < 0.05$; $r = 0.196$, $p < 0.05$). As a result, it has been observed that individuals' fear of COVID-19, nutritional knowledge level and healthy lifestyle behaviors are affected by various sociodemographic characteristics and there is a weak relationship between them.

Keywords: Nutritional knowledge level, fear of COVID-19, healthy lifestyle behaviors.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACE2	: Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim 2
ALT	: Alanin Aminotransferaz
ANOVA	: Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way Analysis Of Variance)
AST	: Aspartat Aminotransferaz
BKİ	: Beden Kütle İndeksi (Body Mass Index)
BOH	: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
CKÖ	: COVID-19 Korkusu Ölçeği
cm	: Santimetre (centimeter)
COVID-19	: Corona Virus Disease-2019
CRP	: C-Reaktif Protein (Reactive Protein)
DOKA	: Doğu Karadeniz Kalkınma Ajansı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
g	: Gram
kg	: Kilogram
m ²	: Metrekare (Square Meter)
MERS-CoV	: Orta Doğu Solunum Sendromu Koronavirüsü (Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus)
SARS-CoV	: Şiddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüsü (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus)
SARS-CoV-2	: Şiddetli Akut Solunum Sendromu-Koronavirüs-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2)
SYBDÖ	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
SYBDÖ II	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II
TDD	: Türkiye Diyetisyenler Derneği
TURDEP	: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması
TÜBER	: Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi
YETBİD	: Yetişkinler İçin Beslenme Bilgi Düzeyi Ölçeği

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.1. Dünya Sağlık Örgütü kriterlerine göre BKİ sınıflaması.	24
Tablo 3.2. YETBİD ölçeğinin değerlendirilme ölçütleri.....	26
Tablo 3.3. SYBDÖ II alt boyutlarından alınabilecek puanlar.	27
Tablo 4.1. Bireylerin genel tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı.	29
Tablo 4.2. Bireylerin hastalık durumlarına göre dağılımı.	30
Tablo 4.3. Bireylerin antropometrik ölçüm ortalamaları, standart sapmaları ($\bar{X} \pm SS$) ve alt-üst değerleri.	31
Tablo 4.4. Bireylerin BKİ sınıflandırılması.	32
Tablo 4.5. Bireylerin pandemi sürecinde vücut ağırlığı değişimleri.	32
Tablo 4.6. Bireylerin sigara ve alkol kullanım durumlarına göre dağılımı.	33
Tablo 4.7. Bireylerin su, çay ve kahve tüketimlerine göre dağılımı.	34
Tablo 4.8. Bireylerin diyet alışkanlıklarının dağılımı.	35
Tablo 4.9. Bireylerin beslenme alışkanlıklarının dağılımı.	37
Tablo 4.10. Bireylerin kullandıkları yağ türleri ve pişirme yöntemlerine göre dağılımları.	38
Tablo 4.11. Bireylerin duygu durumlarına göre iştah değişimlerinin dağılımı.	39
Tablo 4.12. Bireylerin besin tüketim sıklığının dağılımı.	41
Tablo 4.13. CKÖ, YETBİD ve SYBDÖ II puanlarının dağılımı.	43
Tablo 4.14. CKÖ, YETBİD ve SYBDÖ II Cronbach- α katsayılarının incelenmesi.	44
Tablo 4.15. Bireylerin genel tanımlayıcı özelliklerine göre CKÖ puanlarının dağılımı.....	45
Tablo 4.16. Bireylerin BKİ ve pandemi döneminde ağırlık değişimlerine göre CKÖ puanlarının dağılımı.	46
Tablo 4.17. Bireylerin YETBİD Ölçeği puanlarına göre gruplandırılması.....	46
Tablo 4.18. Bireylerin genel özelliklerine göre YETBİD Ölçeği puanlarının dağılımı.....	48
Tablo 4.19. Bireylerin BKİ ve pandemi döneminde ağırlık değişimlerine göre YETBİD Ölçeği puanlarının dağılımı.	49
Tablo 4.20. Bireylerin beslenme alışkanlıklarına göre YETBİD Ölçeği puanlarının dağılımı.....	51
Tablo 4.21. Bireylerin duygu durumuna göre YETBİD Ölçeği puanlarının dağılımı.....	52

Tablo 4.22. Bireylerin genel özelliklerine göre SYBDÖ II puanlarının dağılımı.....	57
Tablo 4.23. Bireylerin BKİ sınıflarına göre SYBDÖ II puanlarının dağılımı.....	59
Tablo 4.24. Bireylerin ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki ilişki.	61



1. GİRİŞ

Yaşam biçimi, bireylerin kontrolü altında olan ve sağlık durumlarını etkileyen tüm davranışlardır (1). Sağlıksız yaşam biçimi, dünya genelinde ölümlerin ve hastalık yükünün büyük kısmından sorumludur (2). Bu nedenle sağlıklı yaşam biçimi, sağlığı korumanın önemli bir bileşeni ve özellikle kronik hastalıkları önlemede etkili bir yol olarak kabul edilmektedir (2,3). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; sağlık sorumluluğu alma, sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite yapma, stres yönetimi, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkileri içermektedir (3).

Beslenme, sağlıklı yaşam tarzının temel öğelerinden biridir (4). Sağlıksız beslenme dünya çapında her yıl 11 milyon ölüme neden olmakta ve dünyadaki diğer ölüm risk faktörlerinin önüne geçebilmektedir (5). Sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik, tütün kullanımı ve aşırı alkol tüketimi gibi risk faktörlerinin ortadan kaldırılması, bulaşıcı olmayan hastalıkları (BOH) önemli ölçüde önleyebilmektedir (6). Ayrıca tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 pandemi sürecinde bağışıklık sisteminin desteklenmesinde beslenme başta olmak üzere yaşam biçimi çok önemli bir role sahiptir. Özellikle obez veya yetersiz beslenen COVID-19 ile enfekte bireyler, hastalık sürecini daha şiddetli geçirmektedir (7). Bu bağlamda bulaşıcı olan ve olmayan hastalıkların önlenmesi ve yönetimi için sağlıklı beslenme ile birlikte çok yönlü bir yaşam tarzı benimsenmelidir (8).

Şiddetli akut solunum sendromu SARS-CoV-2'nin neden olduğu COVID-19 hastalığı, 2019 yılının sonlarından bu yana büyük bir halk sağlığı krizine neden olmuştur (9). Tüm dünyayı etkisi altına alan bu salgın, enfeksiyona bağlı ölüm oranlarında artışa neden olmakla birlikte insanların ruhsal sağlığını da tehdit etmektedir (10). Bulaşıcı hastalıkların sebep olduğu salgınlar, belirsizliğe neden olarak bireyleri savunmasız ve risk altında hissettirmektedir (11). COVID-19 pandemisi sadece hastalığa yakalananları değil hastalığın yayılmasını önlemek için uygulanan kısıtlamalarla tüm bireylerin yaşamlarını olumsuz etkilemiştir (12). Ülkeler, COVID-19 hastalığının yayılmasını önlemek amacıyla maske kullanımı, sosyal etkileşimin azaltılması, zorunlu karantina, okulların kapatılması ve seyahat kısıtlamaları gibi çok sayıda önlem almıştır (12,13). Bunların etkisi ile COVID-19, bireylerin yaşam biçimi davranışlarını birçok yönden etkilemiştir. COVID-19 pandemisinde evde geçirilen sürenin artmasıyla birlikte bireylerin beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite

durumlarında olumsuz değişiklikler olmuştur (14). Buna ek olarak pandemi sürecinde yaşanan korku, stres, anksiyete ve depresyon gibi olumsuz ruhsal etkiler de bireylerin beslenme alışkanlıklarının değişmesine neden olmuştur (15). Bireylerde olumsuz duyguların ortaya çıktığı pandemi gibi süreçlerin, sağlıklı beslenme alışkanlıkları ve düşük diyet kalitesi ile sonuçlandığı bilinmektedir (16). Yapılan bir çalışmada ev ortamında izole olan bireylerin basit karbonhidrat içeren gıdaları daha fazla tükettiğı, öğün sayılarının ve vücut ağırlıklarının arttığı bulunmuştur (17). Düzensiz yeme alışkanlıkları ve sık atıştırmalar nedeniyle alınan fazla kalori, COVID-19 için önemli bir risk faktörü olan obeziteyle sonuçlanmaktadır (9). Pandemi sürecinde beslenmedeki değişimlere ek olarak günlük hareketlerdeki kısıtlama enerji dengesizliğinin daha çok ortaya çıkmasına neden olmaktadır (18).

Beslenme bilgisi, bireylerin beslenmeye yönelik tutum ve davranışlarının şekillenmesinin temelini oluşturmaktadır (19,20). Yetersiz beslenme bilgisinden dolayı bireylerde yanlış beslenme alışkanlıkları görülebilmekte ve bu durum birçok hastalığın ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (21). Yapılan bazı çalışmalar, yeterli beslenme bilgisine sahip olmanın beslenme alışkanlıklarını olumlu yönde etkileyebileceğini desteklemektedir (22-24). Yapılan bir çalışmada, beslenme bilgi düzeyinin artması ile obezite prevalansında azalma ve Akdeniz tarzı beslenme alışkanlığına sahip olma arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (22). Beslenme bilgisi, artan meyve sebze tüketimi ile ilişkilendirilmiştir (23,25). İyi düzeyde beslenme bilgisine sahip bireylerin %59'unun, yetersiz düzeyde bilgi sahibi olanların ise %41'inin atıştırma olarak meyve yemeyi tercih ettiğı görülmüştür (25).

Bu bağlamda sağlığın korunması ve geliştirilmesi için sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve beslenme bilgi düzeyi belirlenerek beslenme eğitimi ve danışmanlık hizmetleri planlanmalıdır (26,27). Ayrıca COVID-19 kaynaklı korku düzeyinin saptanması bu duygunun üstesinden gelme ve beslenme alışkanlıkları üzerindeki etkilerini ortaya koymada önemli olabilir.

COVID-19 salgını sürecinde yetişkin bireylerin hem sağlıklarını korumaya ve sürdürmeye hem de olumsuz duygularla baş etme mekanizmalarını geliştirmeye yönelik kanıta dayalı uygulamalara gereksinim duyulmaktadır. Bu uygulamaları geliştirebilmek için ise mevcut durumu ortaya koyacak verilere ihtiyaç vardır. Bu çalışmada, 18-64 yaş arası bireylerin pandemi sürecinde COVID-19 korkusu, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile beslenme bilgi düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Pandemi Tanımı

Salgın hastalıklar, coğrafi yayılma alanları ve etkiledikleri insan sayısına göre üç farklı şekilde sınıflandırılmaktadır. Belirli bir bölgede veya toplulukta sürekli görülen salgın hastalık endemi olarak adlandırılmaktadır. Bir hastalığın belirli bir alanda, popülasyonda ve belli bir zaman diliminde beklenenden fazla sayıda vaka görülmesi durumu da epidemi olarak tanımlanmaktadır. Pandemi ise bir salgın hastalığın birden fazla ülkede veya kıtada, tüm dünyada geniş bir alanda yayılması ve etkisini göstermesidir (28).

DSÖ tanımlamasına göre, bir hastalığın pandemi olup olmadığına karar verilirken yeni bir virüsün etken olması, insanlara kolayca geçebilmesi ve insandan insana sürekli bir şekilde bulaşması gibi kriterlere bakılmaktadır. Bu kriterleri belirgin bir şekilde barındıran hastalık DSÖ tarafından pandemi olarak ilan edilmektedir (29).

2.1.1. COVID-19 Pandemisi

Çin'in Wuhan şehrinde 2019 yılının Aralık ayında başlayan yeni koronavirüs hastalığı (COVID-19), dünya genelinde birçok ülkeye yayılarak küresel bir sağlık krizi haline gelmiştir (30). COVID-19 hastalığı hızlı yayılması nedeniyle 11 Mart 2020 tarihinde DSÖ tarafından pandemi olarak ilan edilmiştir (31).

2.1.2. Koronavirüs Tanımı

Koronavirüsler, Koronaviridae ailesinin Nidovirales takımına ait zarflı, tek zincirli ve pozitif polariteli RNA virüsleridir (32). İnsanlar ve diğer memeliler arasında yaygın görülen koronavirüsler; solunum, enterik, karaciğer ve nörolojik hastalıklara neden olmaktadır. İnsanlarda hastalığa neden olduğu bilinen altı koronavirüs türü bulunmaktadır. Bu virüslerden dördü (229E, OC43, NL63 ve HKU1) yaygındır ve bağışıklık sistemi yeterli olan bireylerde genel olarak soğuk algınlığına neden olmaktadır. Koronavirüslerin diğer iki türü şiddetli akut solunum sendromu koronavirüsü (SARS-CoV) ve Orta Doğu solunum sendromu koronavirüsü (MERS-CoV) zoonotik kökenli olup ölümcül hastalıklarla bağlantılıdır (33). 2002 ve 2003

yıllarında SARS-CoV ve 2012 yılında MERS-CoV insidansı, ortaya çıkan koronavirüslerin bulaşma potansiyelinin yüksek olduğunu göstermektedir (34). Koronavirüslerin yüksek prevalansı, geniş dağılımı, genetik çeşitlilik, genomlarının sık rekombinasyonu ve insan-hayvan etkileşimlerinin artması insanlarda yeni koronavirüslerin ortaya çıkabileceğini göstermektedir (33).

2.1.3. COVID-19 Epidemiyolojisi

Bilinen ilk COVID-19 vakası, Çin'in Hubei Eyaletindeki Wuhan şehrinde görülmüş ve daha sonra tüm dünyaya yayılmıştır. Aralık 2019'un sonlarında, Wuhan şehrinde bulunan sağlık personelleri, etiyolojisi bilinmeyen pnömoni benzeri hasta vakalarını bildirmiştir. Epidemiyolojik kanıtlar, ilk hastaların çoğunun Wuhan'daki Huanan Deniz Ürünleri Pazarına maruz kaldığını göstermektedir (32,35). Bu hastalarda, ateş, nefes darlığı ve akciğer infiltrasyonu gibi klinik bulgular tespit edilmiştir (32). Hastalardan alınan virüsün izolasyonu ve moleküler analizler sonucunda patojenin “SARS-CoV-2” olarak adlandırılan yeni bir koronavirüs olduğu bildirilmiştir. Bu yeni bulunan koronavirüs, insanları enfekte ettiği bilinen Coronaviridae ailesinin yedinci üyesidir (36). SARS-CoV-2 virüsünün sebep olduğu bu hastalık DSÖ tarafından COVID-19 olarak adlandırılmıştır. COVID-19, büyük bir küresel salgına neden olan önemli bir halk sağlığı sorunudur (37).

Dünya çapında vakaların büyük oranda artmasıyla DSÖ, bu salgını 30 Ocak 2020'de halk sağlığı acil durumu, 21 Mart 2020'de de pandemi olarak ilan etmiştir (36,38). DSÖ'nün verilerine göre 31 Mart 2022 tarihi itibarıyla; mevcut COVID-19 hastalığının 485.243.022 bireye bulaştığı ve 6.137.553 bireyin ölümüne sebep olduğu bildirilmiştir. Ayrıca en çok COVID-19 vakasının ve ölümün görüldüğü 3 ülkenin sırasıyla Amerika Birleşik Devletleri (ABD) (79.292.582 vaka, 971.569 ölüm), Hindistan (43.024.440 vaka, 521.129 ölüm) ve Brezilya (29.882.397 vaka, 659.241 ölüm) olduğu bilinmektedir (39). Ülkemizde ise bugüne kadar bildirilen toplam COVID-19 vaka sayısı 14.846.224, COVID-19'a bağlı gerçekleşen ölüm sayısı 97.977 olarak kaydedilmiştir (39).

2.1.4. COVID-19 Bulaş Yolları

Bulaşıcı bir hastalığın ortaya çıkması için bulaşma kaynağı, duyarlı nüfus ve bulaşma yolu olmak üzere 3 önemli etken bulunmaktadır. İlk COVID-19'lu hastaların çoğu Huanan Deniz Ürünleri Pazarına maruz kalmıştır. Artan vaka sayısı göz önüne alındığında, COVID-19 salgınının ana kaynağı hastalardır. COVID-19 ile enfekte ancak hafif geçiren vakalar, bu hastalığın kontrol edilmesini zorlaştıran birer kaynak olarak görülmektedir (40). SARS-CoV-2, SARS-CoV ile aynı reseptöre yani anjiyotensin dönüştürücü enzim 2 (ACE2)'ye bağlanmaktadır. Fakat SARS-CoV-2 proteininin ACE2'ye SARS-CoV proteininden daha yüksek bir afinite ile bağlandığı düşünülmektedir. Bu durum, COVID-19'un hızla yayılmasına katkıda bulunan önemli bir faktördür (41). Duyarlı bir popülasyon, COVID-19 kontrolü için ikinci önemli faktördür. SARS-CoV-2 ile enfekte hastaların klinik özellikleri analiz edilerek hastalık sonuçlarını önemli ölçüde etkileyen faktörler incelenmiştir. Yaşlı olan bireyler ile hipertansiyon, diyabet ve kronik solunum yolu hastalığı gibi altta yatan komorbiditeleri olan bireylerin yüksek risk altında olduğu görülmüştür (42,43). Bir diğer önemli faktör ise bulaş yoludur. Oldukça bulaşıcı olan SARS-CoV-2 virüsü, insanlar arasında damlacıklar ve yakın temas yoluyla bulaşabilmektedir (40). SARS-CoV-2 ile enfekte bireylerin hapşırması, öksürmesi yoluyla açığa çıkan damlacıklar ile tükürük ve burun akıntısı gibi mukus ortamlarda oluşan salgıları COVID-19 hastalığının bilinen ana bulaşma yollarıdır (43). Bu aerosol parçacıkları, burun veya ağız yoluyla inhalasyon ile insan vücuduna nüfuz etmektedir (44).

2.1.5. COVID-19 Semptomları ve Klinik Bulguları

COVID-19, hastalarda asemptomatik bir enfeksiyon olarak ortaya çıkabilmekte veya öksürük, titreme, ateş ve nefes darlığı gibi hafif üst solunum yolu rahatsızlıklarına neden olabilmektedir (45). Hastalıkla ilgili veriler arttıkça ani koku ve tat alamama gibi başka semptomların da görüldüğü ortaya çıkmıştır (46). Ağır vakalarda ise en yaygın komplikasyonlar sepsis, akut solunum sıkıntısı sendromu, çoklu organ disfonksiyonu ve septik şoktur. Bununla birlikte, solunum yetmezliği olan şiddetli viral pnömoni ölüme yol açabilmektedir (47).

İnflamatuvar yanıt, COVID-19 hastalarının klinik görünümlerinde önemli bir rol oynamaktadır. Çoklu organ disfonksiyonu, kontrolsüz akut inflamasyon ve sitokin

fırtınasına dayandırılmaktadır. SARS-CoV-2 girişinden sonra, konakçı faktörleri virüse karşı immün yanıtı tetikler ve kontrol edilmezse pulmoner doku hasarı, fonksiyonel bozukluk ve azalmış akciğer kapasitesi ile sonuçlanabilmektedir (9). COVID-19 hastalarında genellikle düşük hemoglobin değerleri, lenfosit ve eozinofil sayılarında azalmanın yanı sıra nötrofil sayıları, serum CRP, AST ve ALT düzeylerinde artış görülmektedir (48). Ayrıca, başlangıç CRP serum düzeylerinin ciddi COVID-19 enfeksiyonu gelişimi için bağımsız bir öngörücü olduğu bildirilmiştir (49). COVID-19 özellikle akciğeri hedef almaktadır. Fakat ACE2 reseptörlerinin geniş dağılımı nedeniyle kardiyovasküler, gastrointestinal, böbrek, karaciğer, merkezi sinir sistemi ve oküler hasara da yol açabilmektedir (50).

2.1.6. COVID-19 Pandemisinin Etkileri

Tarih boyunca insan toplulukları yerel, ülke veya kıta bazında salgınlara maruz kalmıştır (51). Kolayca sınırları aşan ve dünyayı etkisi altına alan pandemiler, bireyler üzerinde birçok alanda değişikliğe neden olmuştur (52,53). Dünya genelinde büyük bir yankı uyandıran COVID-19 pandemisi de bireyleri fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik yönden olumsuz etkilemiştir (54-56).

Salgın hastalıklar ölüm riski sebebiyle bireylerde korku, endişe ve paniğe neden olmaktadır (57). Bulaşıcılık ve ölüm oranının çok yüksek olmasından dolayı COVID-19 hastalığı, bireyler için büyük bir stres kaynağı oluşturmuş ve onların ruh sağlığını etkilemiştir (58). Yapılan çalışmalarda COVID-19 pandemisinden kaynaklı kısıtlamaların; stres, depresyon, sinirlilik, uykusuzluk, öfke ve duygusal yorgunluğa yol açtığı görülmüştür (59-61). İşyerlerinin kapatılması ve ekonominin kötüye gitmesi, bireylerin psikolojisini olumsuz etkileyen önemli faktörlerdendir (62).

COVID-19, insandan insana hızlı bulaşması ile karakterizedir. COVID-19'un yayılmasını ve enfeksiyona bağlı ölümleri azaltmak için ülkeler sosyal mesafe, izolasyon ve karantina gibi tedbirleri uygulamaya başlamıştır. Alınan önlemler kapsamında eğitim, iş, turizm ve sosyal yaşam faaliyetleri aksamıştır (55). İş ortamında kontaminasyon riskini azaltmak için esnek çalışma saatleri, dönüşümlü çalışma ve evden çalışma gibi uygulamalar başlatılmıştır (63). Pandeminin etkisini azaltmak için uygulana karantina ve sosyal izolasyon, bu dönemde bireylerin aile fertleri ile daha çok vakit geçirmesini sağlamıştır (64).

Pandemiler, bireylerin fiziksel ve mental sağlığını tehdit etmekle birlikte küresel ekonomiyi de olumsuz etkilemektedir (62,65). COVID-19 pandemisi nedeniyle üretimin kesintiye uğraması ve toplumsal endişenin tüketimi artırması ile ekonomik dengesizlik ortaya çıkmaya başlamıştır (65). Pandemide alınan önlemler nedeniyle yapılan yüksek harcamalar birçok ülkenin ekonomisini durağanlaştırmıştır. Bu süreçte ekonomik yükün giderek artacağı ve ekonomilerin güçlü tutulması için ciddi önlemler alınması gerektiği belirtilmiştir (62).

2.2. COVID-19 Korkusu

Geçmişten günümüze birçok alanda farklı yansımaları olan pandemilerin, duygusal ve psikososyal yönden bireyleri olumsuz etkilediği görölmektedir (56). Öngörülemeyen ve oldukça hızlı yayılan COVID-19 salgınının psikolojik bir yönü korkudur (60). Korku, tehdit edici uyarıların algılanmasıyla tetiklenen hoşla gitmeyen bir duygusal durum olarak tanımlanmaktadır (66). Korku, algılanan tehdide tepki olarak ortaya çıkan temel bir duygudur. Fakat kronik ya da aşırı hale geldiğinde bireylere zarar vermekte ve çeşitli psikiyatrik bozukluklara neden olmaktadır (67,68). Salgın hastalıklar gibi olağanüstü durumlar birçok insan arasında korku uyandırmaktadır (66). Pandemilerin neden olduğu korku, sağlıklı bireylerde kaygı ve stres düzeylerini artırabilmekte veya önceden psikiyatrik bozukluğu olanların semptomlarını yoğunlaştırabilmektedir (69,70).

İnsanların bilinçaltı, ortaya çıkan salgınlar nedeniyle korkuya karşı istemsiz bir şekilde yanıt oluşturmaktadır. Dünya genelinde hızla yayılan COVID-19, tüm bireylerin önemli seviyelerde korku ve endişe yaşamalarına neden olmaktadır (71). Yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sahip olan COVID-19 salgınının yayılımını önlemek için alınan önlemler birçok insanın ekonomik olarak olumsuz etkilenmesine yol açmıştır. Alınan önlemler nedeniyle ortaya çıkan ekonomik ve sosyal problemler de korkuyla sonuçlanmıştır (60,72). COVID-19 hakkında yeterli bilgiye sahip olunmaması bireylerde hastalığa ilişkin belirsizlik duygusunu artırmaktadır. COVID-19'un taşıdığı belirsizlikle birlikte medyada salgınla ilgili yapılan haberler bireylerde korku ve paniği artırmıştır (70).

COVID-19 pandemisi sırasındaki korku deneyimlerinin psikolojik düzeyde birbiriyle ilişkili dört diyalektik alan etrafında organize edildiği savunulmaktadır. Bu

dört alan; beden korkusu/beden için korkma, önemli kişilerin korkusu/önemli kişiler için korkma, bilmeme korkusu/bilme korkusu ve harekete geçme korkusu/eylemsizlik korkusunu içermektedir. Bu alanlar sırasıyla korkunun bedensel, kişiler arası, bilişsel ve davranışsal özelliklerini temsil etmektedir. Ayrıca tanımlanan bu korku alanları diyalektik yapısı nedeniyle zıttıyla bir arada bulunabilmekte ve diğer korku alanlarının yönleriyle de ilişkili olabilmektedir. Bu nedenle, karmaşık korku deneyiminin bileşenlerini temsil eden bu alanlar ve yönleri hiyerarşik bir şekilde organize edilemez (71).

İlk korku alanı (beden korkusu/beden için korkma) beden ve onun sinyalleri ile ilgilidir. Beden korkusu, bedenin potansiyel bir tehlike kaynağı olduğu ve ona güvenilemeyeceği bir fiziksel savunmasızlık duygusu olarak tanımlanmaktadır (73). Bireyin vücudunu bu şekilde algılaması, enfeksiyon yoluyla “bedenin ihaneti” ve ölüm korkusuyla bağlantılıdır. Bedene dair diğer korku beden için korkudur ve bedeni koruma ihtiyacı ile ilgilidir. Bu korku türünde beden bir tehdit olarak değil, kaybedilebilecek bir hazine olarak algılanmaktadır. Beden korkusu ve beden için korku, çok hızlı bir şekilde birbirini izleyerek tutarsız ve vücuda zarar veren davranışlarla sonuçlanabilir (71). Örneğin, İtalya’da kalp krizi geçiren birçok kişinin enfekte olma korkusuyla hastaneye gitmek yerine evde kalmayı tercih ettiği bildirilmiştir (74).

İkinci korku alanı (önemli kişilerden korkma/önemli kişiler için korkma) kişiler arası ilişkilerle ilgilidir. COVID-19 salgınına yönelik alınan sosyal mesafe önlemleriyle kişiler arası ilişkiler etkilenmektedir. Bireylerin yakın çevrelerinin istemeden de olsa kendilerine zarar verebileceği algısı ortaya çıkabilmektedir. Bunun aksine, bireyler yakın çevreleri için kendilerini potansiyel olarak tehlikeli ve enfekte olduklarında sorumlu olarak görebilmektedir (71,75).

Üçüncü korku alanı (bilmeme korkusu/bilme korkusu), durumlara hakim olmanın bilişsel yönü ile ilgilidir. Mevcut COVID-19 pandemisi hakkındaki bilgilerin sınırlı olması bireyleri rahatsız etmektedir (71).

Dördüncü korku alanı (harekete geçme korkusu/eylemsizlik korkusu), COVID-19 salgını sırasında korkunun davranışsal sonuçları ile ilgilidir. COVID-19 korkusu olan bireylerde, olumsuz durumları önlemek için kaçınma davranışları ortaya

çıkabilmektedir. Bedensel, kişiler arası ve bilişsel alanlardaki korkular genellikle davranış üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir. Bu, özellikle karşılıklı zıt korkuların hızlı bir şekilde değişerek kararsızlığa yol açmasına neden olabilmektedir. Örneğin, bir kişinin yaşlı annesine hastalığı bulaştırma olasılığı nedeniyle ziyaret edip etmeyeceğine karar vermesi çok zor olabilir; böyle bir kişi, ebeveynlere bakma görevi ile bu tür ziyaretlerden kaçınarak onları güvende tutma sorumluluğu arasında kalmaktadır. Bazı bireylerde, harekete geçme korkusu, yiyecek satın almak veya çok kirli bir bölgede yaşayan bir ebeveyninden gönderilen bir paketi açmak gibi basit şeyler yapma konusunda takıntılı şüphelerde kendini gösterebilmektedir (71).

COVID-19 pandemisi, kısıtlamalar ve birçok durumla başa çıkma yeteneğini test etmesi nedeniyle toplum genelinde büyük sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Hükümetlerin aldığı tedbirlerin yanı sıra yalnızlık, bulaşma ve ölüm korkusu; bireylerin kontrol duygusunu, ilişki kurma ve davranış biçimlerini etkilemektedir. Bu korkularla başa çıkmak bireysel düzeyde kritik öneme sahiptir. Korku duygusu ile etkili başa çıkma yöntemleri, toplumun pandemiye daha iyi yönetmesine yardımcı olabilir (71).

2.3. Sağlık ve COVID-19 Pandemisinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

2.3.1. Sağlık

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığı “sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik durumu” şeklinde tanımlamaktadır (76). Bu bağlamda sağlık kavramı; fiziksel, sosyal ve duygusal durum gibi yaşamın tüm boyutlarıyla incelenmektedir (77).

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi sağlıklı yaşamın iki önemli adımını oluşturmaktadır (78). Sağlığın korunması, sağlığı tehdit edebilecek davranışlardan kaçınma ve bu davranışların önlenmesi şeklinde tanımlanmaktadır (79). Sağlığın korunması birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma şeklinde üç sınıfa ayrılmaktadır (80). Birincil koruma, hastalığa sebep olabilecek risk faktörlerini önleme ve sağlığın geliştirilmesine yönelik müdahaleleri kapsamaktadır. Hastalığın süresini ve şiddetini azaltan erken tanı ve tedavi girişimleri ikincil korumayı oluşturmaktadır.

Üçüncül koruma ise hastalığının semptomlarını azaltmak ve ilerlemesini durdurmaya yönelik bakım ve tedavi çalışmalarını kapsamaktadır (80).

Sağlığın geliştirilmesi, bireyin sağlığını etkileyen kararlar üzerinde kontrolünü artırma gücü ve sağlık durumunu daha iyiye götürme süreci olarak ifade edilmektedir. Bu süreç, hastalıkları önleme ve yaşam kalitesini korumakla beraber bunlar için tasarlanmış sosyal ve çevresel müdahaleleri içermektedir (81). 1980 yılında Pender tarafından oluşturulan ve daha sonra yeniden düzenlenen sağlığı geliştirme modeli, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesinde rehberlik etmiştir. Pender'in geliştirdiği bu model sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili çalışmalarda yaygın olarak bir çerçeve ve kılavuz olarak kullanılmaktadır (82). 1986 yılında DSÖ önderliğinde uluslararası bir konferans düzenlenerek Ottawa Sözleşmesi kabul edilmiştir. Ottawa Sözleşmesi, günümüzde halen, dünya çapında sağlığı geliştirme ve eşitsizlikleri azaltmada altın standart olarak görülmektedir (83). Ottawa Sözleşmesi ile sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik beş temel strateji belirlenmiştir. Bu stratejiler: toplum etkinliğinin güçlendirilmesi, sağlığı geliştirecek politikalar üretilmesi, destekleyici çevre oluşturulması, sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi ve kişisel becerilerin geliştirilmesidir (84).

Son yirmi yılda BOH'ların küresel hastalık yüküne ve ölüm oranlarına en büyük katkıyı yaptığı görülmektedir. BOH'larla mücadelede, başlıca değiştirilebilir risk faktörlerini (sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik vb.) ele alan etkili ve uygulanabilir halk sağlığı müdahaleleri oldukça önemlidir. Kalp hastalıkları, felç ve diyabetin yüzde 80'i ile kanserlerin yüzde 40'ı kötü beslenme, fiziksel hareketsizlik ve sigara gibi yaygın risk faktörlerinin ortadan kaldırılması ile önlenabilmektedir (85). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsendiği toplumlarda kanser, kalp-damar hastalıkları ve diyabet gibi kronik hastalıklar daha az görülmektedir (86). Dolayısıyla sağlıklı yaşam biçimini benimsemek, BOH'ların kontrolünde anahtar bir müdahaledir (85,86). Bireyler, daha kaliteli bir yaşam sürmek için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemeli ve alışkanlık haline getirmelidir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının temelleri çocukluk çağlarında atılmaya başlanmaktadır. Bu bağlamda, bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsetilmesi çocukluk döneminden itibaren önem verilmesi gereken bir konudur (87).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; sağlık sorumluluğu alma, sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite yapma, stres yönetimi, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler olmak üzere altı alt başlığı içermektedir (88).

2.3.2. COVID-19 Pandemi Döneminde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

COVID-19 enfeksiyonunun bulaşmasını azaltmak için alınan izolasyon ve karantina önlemleri bireylerin fiziksel ve zihinsel sağlığını olumsuz etkilemektedir (59-61). Bunların yanı sıra pandemi sürecinde bireylerin sağlığını etkileyen beslenme, fiziksel aktivite, uyku ve stresle başa çıkma gibi yaşam tarzı alışkanlıkları da değişmiştir (89). Bulaşıcı hastalıklar ile yaşam tarzı kalıplarını ilişkilendiren önceki çalışmalar, yaşam tarzının bulaşıcı hastalıklardan korunmak için önemli bir faktör olduğunu ortaya koymuştur (90,91).

Yaşam tarzı, çok çeşitli şekilde tanımlanmış ve halen araştırılmaktadır (92-94). Park'a (2019) göre yaşam tarzı, insanların yaşam kalıplarına göre sınıflandırılabilen; kişinin yaşam bilincini, değerlerini ve karakterini içeren karmaşık bir kavram olarak ifade edilmiştir (92). Sağlıklı yaşam biçimi ise bireyin sağlığını etkileyebilecek tüm davranışlarını yönetmesi ve yararlı davranışları tercih ederek günlük aktivitelerini planlaması olarak tanımlanmaktadır (93,94). Sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olan sağlıklı yaşam biçimi, hem hastalıkların önlenmesini hem de yaşam boyu iyilik halinin sürdürülmesini sağlayan davranışları içermektedir (95,96).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, bireyin sağlığını etkileyen bir dizi bireysel seçimi içermektedir (97). DSÖ, bir kişinin yaşam kalitesinin ve sağlık durumunun %60'ının yaşam tarzı davranışlarına bağlı olduğunu belirtmiştir (98). Bu değiştirilebilir davranışların olumsuz etkilerinin toplumsal yükü ve parasal maliyetleri çok büyüktür. Bireysel hastalık riskinin en aza indirilmesi ancak bu davranışların bir kombinasyonu ile sağlanabilir. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında, bireylerin benimsediği sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının, tüm nedenlere bağlı ölüm riskiyle ters orantılı olduğu görülmüştür (99).

2.3.2.1. COVID-19 Pandemisi ve Beslenme Alışkanlıkları

Beslenme, vücut için gerekli olan besin öğelerinin besinlerle vücuda alınması, sindirimi, emilimi ve metabolize edilmesi süreçlerini kapsamaktadır (100). Yaşamın her evresinde hem bedensel hem zihinsel yönden sağlıklı olmak ve sağlığı devam ettirebilmek yeterli ve dengeli beslenme ile mümkündür (101). Yeterli ve dengeli beslenme; vücudun gereksinim duyduğu enerji ve besin öğelerinin yeterli miktarlarda ve çeşitlilikte alınıp vücutta uygun şekilde kullanılmasıdır. Yeterli ve dengeli beslenme aynı zamanda sağlıklı beslenme olarak da tanımlanmaktadır. Yetersiz ve dengesiz beslenme pek çok hastalığı tetiklemekte, yaşam süresini ve kalitesini etkilemektedir (102). Beslenme, insan sağlığının en önemli ve değiştirilebilir yaşam biçimi belirleyicisidir (101). 195 ülkede diyet modellerine ilişkin yapılan sistematik bir çalışmada, beslenme alışkanlıklarının iyileştirilmesiyle küresel olarak her beş ölümden birinin önlenebileceği bulunmuştur. Bu çalışmadan elde edilen bulgular yetersiz beslenmenin, bütün içimi de dahil olmak üzere diğer tüm risklerden daha fazla ölümden sorumlu olduğunu göstermektedir. Üç diyet faktörünün (tam tahıllar, meyveler ve sodyum) uygun miktarda alınmaması, diyetle ilişkili ölümlerin %50'sinden sorumlu tutulmuştur (5).

COVID-19 pandemisinde evde daha fazla vakit geçirme ile duygu durumu ve uyku düzenindeki değişiklikler bireylerin beslenme alışkanlıklarını etkilemiştir (17,89). Türkiye'de ilk vakanın görülmesiyle birlikte yurt genelinde kademeli olarak önlemler alınmıştır. Bireylerin evlerinde izole olmalarını sağlamak da bu önlemlerden birisidir. Yapılan bir çalışmada, Karaman ilinde yaşayan bireylerin pandemi döneminde beslenme alışkanlıkları araştırılmıştır. Evde kalarak izole olan bireylerin karbonhidrat içeren besinleri daha fazla tükettiği, öğün sayılarının ve vücut ağırlıklarının arttığı belirlenmiştir (17). Yapılan başka bir çalışmada da özellikle sosyal medyada COVID-19 salgınına yönelik haberlere çok fazla maruz kalan bireylerin daha sağlıksız beslendikleri tespit edilmiştir (103).

COVID-19 pandemisinin neden olduğu korku ve kaygı beslenme alışkanlıklarında olumsuz değişikliklere neden olabilir (89). COVID-19'un neden olduğu ölümler, zorunlu karantina ve ekonomik sorunlar ile birlikte izolasyon, bulaşma korkusu ve stres gibi olumsuz durumlar duygusal yemeyi artırabilmektedir (104). Duygusal yeme; depresyon, anksiyete ve stres gibi olumsuz duygularla başa

çıkabilmek için aşırı yeme eğilimi olarak tanımlanmaktadır (105). Olumsuz duygulara sahip bireyler, genel olarak yoğun enerjili, şeker içeriği yüksek, yağlı ve lezzetli yiyecekleri tüketme eğilimindedir (106). Stres dönemi, çoğu bireyin yediği yiyecek miktarını ve türünü etkilemektedir. Kronik stres döneminde artan kortizol sekresyonu, enerji tüketimi ile doymuş yağ asitleri ve karbonhidrat alımındaki artışla ilişkilendirilmiştir. Bu bağlamda stres, sağlıksız beslenmeyi tetikleyerek obeziteye yol açabilmektedir (107). Nöroendokrin hipotalamik-hipofiz-adrenal ekseninin stres kaynaklı aktivasyonu, glukokortikoid sentezini ve glikoz kullanılabilirliğini artırmaktadır. Glukokortikoidler, vücut yağının birikmesini ve depolanmasını düzenlemekle birlikte iştahı artırabilmektedir. Lezzetli ve karbonhidrat içeren yiyeceklerin alımı, bireylerde iyileştirilmiş ruh hali ile algılanan stresin ve plazma kortizol konsantrasyonunun azalması ile ilişkilendirilmiştir (108). Uyku bozukluklarında artış ve fiziksel aktivitede azalma gibi yaşam tarzındaki bozulmalar da duygusal yemeyi tetiklemektedir (108). Dolayısıyla COVID-19 pandemisinde uzun süreli zorunlu karantinanın; olumsuz ruh hali, fiziksel aktivitenin azalması, kötü uyku ve yanlış yiyecek seçimlerine neden olarak sağlıklı bir yaşam tarzını sürdürmede zorluklara yol açtığı görülmektedir (109-111).

COVID-19 dahil olmak üzere viral enfeksiyonlarla mücadele için ortaya konulan beslenme önerilerinin çoğu diyet ve bağışıklık arasındaki güçlü ilişkiden kaynaklanmaktadır. Mevcut bulgular, beslenmenin bireylerin bağışıklık sistemi ve hastalığa yatkınlığı üzerinde derin bir etkisi olduğunu vurgulamaktadır (112,113). Sağlıklı beslenme, bağışıklık sistemini güçlendirerek ciddi bir enfeksiyon başlangıcını önleyebilmektedir. Sağlıklı beslenen bireylerde, daha iyi bağışıklık sistemleri ile daha düşük kronik hastalık ve enfeksiyon insidansı görülmektedir (114). Ayrıca, bazı diyet bileşenleri, bağırsak mikrobiyal bileşimini belirlemekte ve vücuttaki bağışıklık tepkilerini şekillendirmektedir (115). Birçok bulaşıcı hastalıkta görülen disbiyozis, COVID-19 hastalığı için de tanımlanmıştır (113). Enerji, protein ve bazı mikro besin öğelerinin eksiklikleri; baskılanmış bağışıklık fonksiyonu ve enfeksiyona karşı artan duyarlılık ile ilişkilidir (116). Bağışıklık fonksiyonunun korunması için çinko, demir mineralleri ile A, B12, B6, C ve E vitaminleri yeterli miktarda alınmalıdır (117). Bunlarla birlikte, gıdaya erişim, bireyin ötesine geçebilecek faktörlere bağlı olduğu için toplumsal, ulusal ve küresel düzeydeki eylemlere ve politikalara ihtiyaç vardır (27).

Pandemi döneminde, Türkiye Diyetisyenler Derneği (TDD) tarafından COVID-19 Beslenme Önerileri yayımlanmıştır (118). Buna göre; şeker, tuz veya yağ oranı yüksek yiyecekler yerine taze meyve ve çiğ sebzeler tercih edilmelidir. Vitamin ve mineral gibi önemli besin öğelerinin kaybına yol açacağından sebzeler fazla pişirilmemelidir. Kurutulmuş veya konserve meyve ve sebzeleri kullanırken, şeker veya tuz ilavesiz çeşitleri seçilmelidir. Tereyağı, yağlı et gibi doymuş yağ içeren besinler yerine avokado, balık, fındık, soya ve zeytinyağı gibi doymamış yağ kaynakları tercih edilmelidir. Tuz alımı günde 5 gr ile sınırlandırılmalıdır. Her gün 8-10 bardak su içilmelidir. Bunların yanı sıra günlük beslenmede zeytinyağı kullanılması tavsiye edilmektedir. Bu dönemde işlenmiş et ürünleri ile basit karbonhidrat ve aşırı tuz içeren besinler sınırlandırılmalıdır. Günlük taze sebze ve meyve ile tam tahıllı gıdaların tüketilmesine özen gösterilmelidir. Kırmızı et haftada 1-2 kez, kümes hayvanları ise haftada 2-3 kez yenebilir (119). Bireyler haftada iki kere balık tüketmelidir (118). Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi (TÜBER)'nde önerilen sağlıklı yemek tabağı, pandemi döneminde önem gösterilmesi gereken konulardan biridir. Bu öneriye göre her ana öğünde tabağın bir çeyreği tam tahıl ürünlerinden, diğer çeyreği sebzelerden oluşmalıdır. Geriye kalan kısım eşit üç parçaya bölündüğünde bu parçaların meyvelerden, yüksek proteinli gıdalardan (et, yumurta, balık, tavuk, kurubaklagiller, yağlı tohumlar, vb.) ve süt ürünlerinden (süt, yoğurt, peynir vb.) oluşması önerilmektedir (102).

COVID-19'un bulaşmasını tek başına önleyebilecek veya tedavi edebilecek herhangi bir besin yoktur. Ancak sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite ve uyku bağışıklık sistemini güçlendirmektedir (118). Bu nedenle COVID-19 pandemisi sırasında bireylere düşen sorumluluk, sağlıklı bir yaşam tarzını benimsemek, meyve ve sebze ağırlıklı beslenmek, düzenli fiziksel aktivite yapmak ve ideal vücut ağırlıklarını korumaya çalışmaktır.

2.3.2.2. COVID-19 Pandemisi ve Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, enerji harcamasını gerektiren ve iskelet kasları kullanılarak yapılan bedensel hareketlerdir. Egzersiz ise bedensel uygunluğun korunmasını ve geliştirilmesini hedefleyen planlı ve tekrarlı olan düzenli fiziksel aktivitelerdir (120). Fiziksel aktivite aerobik kapasite, güç ve kas kütlesinde artış ile vücut

kompozisyonunda gelişmeyle ilişkilendirilmiştir. Bununla birlikte, düzenli fiziksel aktivitenin bağışıklık fonksiyonunu geliştirdiği ve günümüzde artan kronik hastalıklara yakalanma olasılığını azalttığı bilinmektedir (115,121). Ciddi halk sağlığı sorunları arasında yer alan hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde düzenli fiziksel aktivitenin faydalarını destekleyen güçlü bilimsel kanıtlar bulunmaktadır (122,123).

Fiziksel aktivite, 25'ten fazla kronik tıbbi durum ve erken ölüm riski için en az %20-30 oranında azalmayla ilişkilendirilmiştir. Fiziksel uygunluk göz önüne alınarak yapılan fiziksel aktivite durumunda, bu risk azalmasında daha yüksek oranlar ($\geq$ %50) gözlemlenmiştir (124). Fakat bireylerin çoğunluğu fiziksel aktivitenin sağlık faydalarına rağmen hareketsiz yaşam biçimini sürdürmektedir. DSÖ verilerine göre, fiziksel hareketsizlik, tüm dünyada her yıl yaklaşık 3.2 milyon ölüme neden olarak ölüm risk faktörleri arasında dördüncü sırada yer almaktadır (125). Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması (TKrHRF)'na göre Türkiye'de; erkeklerin %77'si kadınların ise %87'si yeterli fiziksel aktivite yapmamaktadır (120).

Ülkeler tarafından COVID-19'un yayılmasını önlemek amacıyla alınan tedbirler yetersiz fiziksel aktiviteye neden olmaktadır (115). Pandemi döneminde günlük fiziksel aktivitenin kısıtlanması, zihinsel ve fiziksel sağlığı etkilemekle birlikte obezite riskinde artışa yol açmaktadır (116,118). Ayrıca bağışıklık sistemini güçlendirmede rol alan düzenli fiziksel aktivite, genellikle viral ajanların neden olduğu üst solunum yolu enfeksiyonu oluşumları ile ters orantılıdır (126). Yapılan bir çalışmada, COVID-19 salgınının karantina döneminde, orta ve yüksek fiziksel aktivite düzeyine sahip bireylerin mental iyi oluş puanları daha yüksek bulunmuştur (127).

Halk sağlığı politikaları ile bireyler fiziksel aktivitenin faydaları hakkında bilinçlendirilmeli ve bireylere fiziksel olarak daha aktif olabilecekleri ortamlar sağlanmalıdır. Hareketsiz geçen süredeki artışın sağlık riskleri taşıdığına yönelik bireylerin bilgilendirilmesi de önemlidir. Fiziksel aktivite teşviki tek başına yapılmamalı, sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını geliştirmek için bütünsel bir yaklaşımın parçası olmalıdır (124).

2.3.2.3. COVID-19 Pandemisi ve Stres

Stres, iç ve dış etkenlerin, birey tarafından tehdit edici olarak algılanmasının ardından bedensel ve psikolojik boyutlarda verilen tepkilerdir (128). Stres, sağlığı olumsuz etkileyen risk faktörlerinden biridir. Günlük yaşamda sıkça maruz kalınan stres, bireylerin fiziksel, duygusal, davranışsal ve mental olarak sorun yaşamasına neden olmaktadır (129). Ayrıca uzun süre strese maruz kalınması, hipertansiyon, mide ülseri, kanser, ateroskleroz ve miyokard enfarktüsü gibi birçok hastalığa yatkınlığı arttırmaktadır (130).

Yaşamın her alanında ortaya çıkabilen stresin sebep olduğu olumsuz etkilerin önlenmesi, bireylerin yaşam kalitelerinin artırılmasında oldukça önemli bir faktördür. Stres yönetimi eğitimleri ile birlikte beslenme, spor, solunum egzersizleri, sosyal destek alma ve duygu durum yönetiminde etkili bilişsel-davranışçı yaklaşımın da yararlı olacağı düşünülmektedir (130). Stresin iyi yönetilmesi ve etkili baş etme yöntemlerinin kullanılması stresin azaltılmasında kilit rol oynamaktadır. Etkili stres yönetimi, bireylerin hem fiziksel ve ruhsal sağlığının korunmasına hem de problem çözme ve karar verme yeteneğinin artmasına yardımcı olmaktadır (129).

COVID-19 hastalığının hızla yayılması, dünya genelinde bireylerin ruh sağlığını önemli ölçüde etkilemiştir (131,132). Bireyler, COVID-19 ile enfekte olma, çaresiz hissetme ve ekonomik sorunlar korku yaşamalarına neden olmuştur (60). Yapılan çalışmalar, pandemi döneminde bireylerin önemli düzeyde kaygı, öfke, kafa karışıklığı ve stres yaşadıklarını göstermektedir (131-133). Salari ve ark. (2020) yaptıkları bir sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında, toplam örneklem büyüklüğü 9.074 olan 5 çalışmada stres prevalansını %29.6 (%95 güven aralığı, 24.3–35.4) olarak bulmuştur (131). Çin'de genel popülasyonda COVID-19'un ruh sağlığı üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada depresyon ve anksiyete prevalansı sırasıyla %28 ve %25 olarak bulunmuştur (61). Bu nedenle, COVID-19 pandemisi sırasında bireylerin ruh sağlığını korumak ve savunmasız grupların ruh sağlığını iyileştirmek için psikolojik müdahaleler geliştirilmelidir (131).

2.3.2.4. COVID-19 Pandemisi ve Uyku

Uyku, çevresel ortama bağlı olan ve büyük ölçüde bireylerin stres seviyelerine göre değişen fizyolojik bir süreçtir (134). İnsan yaşamının neredeyse her yönü için hayati öneme sahip olan uyku, yetersiz olduğunda sağlık üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır. Yetersiz uyku, obezite, kardiyovasküler ve metabolik hastalıklar ile bilişsel bozukluklar riskini artırmaktadır (135). Sağlıklı yaşam için sadece uyku miktarı değil, uyku kalitesi de önemlidir (136). Kötü uyku kalitesi obezite, kronik böbrek hastalığı, kardiyovasküler ve koroner kalp hastalığı ile zihinsel sağlığın bozulmasıyla ilişkilendirilmiştir (137).

Stres, uyku bozukluklarının patogeneğinde önemli bir rol oynamaktadır. Stresli durumlarda, var olan uyku bozuklukları şiddetlenebilmekte veya ortaya çıkabilmektedir (138). Yapılan bazı çalışmalarda, pandeminin getirdiği çevresel ve sosyal değişikliklerin uyku zamanlamasını ve süresini etkilediği gösterilmiştir (139,143). Pandemi nedeniyle uygulanan değişiklikler ve stres, dünya genelinde uyku sorunları bildiren bireylerde artışa neden olmuştur. Özellikle sosyal izolasyona maruz kalan kadınların ve ekonomik olarak endişesi olan bireylerin pandemi sırasında uyku kalitesinin daha çok kötüye gittiği görülmüştür (137). Pandeminin uyku sorunları üzerindeki etkisini ve yaygınlığını değerlendirmek için yapılan sistematik bir meta-analiz çalışmasında, tüm popülasyonlar arasında uyku sorunlarının yaygınlık oranı %35.7 (%95 güven aralığı, %29.4-42.4) olarak bulunmuştur (142). Yapılan bir çalışmada COVID-19'un uyku kalitesi üzerindeki etkisinin bireyler arasında farklılık gösterdiği ve pandemi öncesi uyku kalitesine bağlı olduğu bulunmuştur. Pandemi öncesi uykusuzluğu olan bireylerin dörtte biri uyku kalitesinde iyileşme yaşadığını, pandemi öncesi iyi uyuyan katılımcıların ise daha kötü uyku kalitesi bildirdiği belirtilmiştir (143).

2.4. COVID-19 Pandemisinde İdeal Vücut Ağırlığının Önemi

Günümüzde önemli sağlık sorunlarına yol açan obezite ve aşırı zayıflık bağışıklık sisteminin zayıflamasına yol açarak bulaşıcı hastalıklarda artış riski ile ilişkilendirilmiştir (144,145). Obez veya düşük vücut ağırlığındaki COVID-19 hastalarının, ideal vücut ağırlığına sahip olan hastalara göre yoğun bakım ünitesi gereksinimlerinin daha fazla olduğu ve mortalite oranlarının daha yüksek olduğu

görülmektedir (146). Obezite, doğrudan ve dolaylı olarak COVID-19 hastalığı için önemli risk faktörlerinden biridir. Kronik inflamasyonu tetikleyerek sitokin fırtınasına zemin hazırlayan obezite, COVID-19 hastalarının prognozunu ağırlaştırabilmektedir. Obezite, COVID-19 için risk faktörü olan hipertansiyon, diyabet ve dislipidemi dahil olmak üzere birçok kronik hastalıkta artışa neden olmaktadır. COVID-19 ile enfekte bireylerde bu kronik hastalıkların bulunması, inflamatuvar patolojiyi şiddetlendirmekte ve mortalite riskinde artışa yol açmaktadır (147).

Yapılan çalışmalarda obezitesi olan COVID-19 hastalarının daha yüksek oranda yoğun bakıma alındığı ve hastalık şiddetinin BKİ değeri ile doğru orantılı olarak arttığı görülmüştür (148-151). Sistematik bir derlemede obezitesi olan bireylerin COVID-19 için daha çok risk altında olduğu ve yoğun bakım ünitesine kabulün daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunlarla birlikte obezite COVID-19 kaynaklı mortalitede artış ile ilişkilendirilmiştir (151). Garg ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada, hastaneye yatan COVID-19 hastalarının %89.3 oranında komorbiditeye sahip olduğunu bildirmişlerdir. Bu komorbiditeler arasında en yaygın hipertansiyon (%49.7) ile obezitenin (%48.3) yer aldığı belirlenmiştir (152). Başka bir çalışmada da benzer olarak, COVID-19 hastalarında yüksek mortalite riski ile ilişkili ana komorbiditelerden birinin obezite olduğu saptanmıştır (153). COVID-19 mortalite oranının yüksek olduğu İngiltere’de yapılan bir çalışmada, COVID-19 kaynaklı yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların %72’sinin fazla kilolu ve obez olduğu bulunmuştur (149).

Düşük BKİ ve aşırı zayıflığın COVID-19’un şiddeti ile ilişkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışma vardır (154,155). Obezitenin yanı sıra aşırı zayıflık da COVID-19 hastalığının sonuçlarını olumsuz etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada düşük vücut ağırlığına sahip COVID-19 hastalarının mekanik ventilasyon ve mortalite açısından risk altında olduğu ortaya konulmuştur. Bununla birlikte düşük vücut ağırlığındaki hastaların %53.1’ini 80 yaşın üzerinde çoklu kronik hastalığı olan yaşlı popülasyon oluşturmuştur (153). Başka bir çalışmada ise normal BKİ aralığında olan hastalara göre BKİ $<18,5 \text{ kg/m}^2$ ve $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ olan hastalarda yoğun bakım ünitesinde kalış ve akut böbrek hasarı oranları daha yüksek bulunmuştur (155).

Dolayısıyla içinde bulunduğumuz pandemi sürecinde bireylerin ideal vücut ağırlıklarına sahip olmaları ve sağlıklı beslenmeleri COVID-19 ile mücadelede üzerinde durulması gereken önemli bir konudur (146).

2.5. Beslenme Bilgi Düzeyi

Doğru beslenmenin, başta kronik hastalıklar olmak üzere birçok hastalığın önlenmesinde, zihinsel ve bedensel verimliliğin artmasında büyük rolü vardır (156). Bireylerin sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazanabilmeleri ve doğru besin tercihi yapabilmeleri için bilimsel gerçeklere uygun yeterli beslenme bilgisine sahip olmaları gerekmektedir (102). Yetersiz beslenme bilgisine sahip bireyler, yeterli besine ve ekonomik olanaklara sahip olsalar dahi sağlıksız beslenebilmektedir (157). Bireyin beslenme bilgisinin artması doğru beslenme alışkanlıklarının oluşmasını sağlamaktadır (158). Bu nedenle sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesinde, bireylerin beslenme bilgi düzeylerinin saptanması önemli bir konudur.

Beslenme bilgisi; diyet ve sağlık, diyet ve hastalık, ana besin öğelerini temsil eden besinler, beslenme kılavuzları ve beslenme önerileri de dâhil olmak üzere, beslenme ve sağlıkla ilgili kavram ve süreçler bilgisini ifade etmektedir (159). Genel olarak beslenme bilgisi iki farklı yönden incelenmektedir. Bunlardan ilki, durum ve süreçlerin farkındalığı ile ilgili olarak bireyin “ne” sorusuna verdiği yanıtı yönelik açıklayıcı bilgilerdir. İkincisi ise durum veya sürecin “nasıl” yapılacağı ve kullanılacağı ile ilgili bilgiyi içermektedir. Beslenme bilgisi çoğunlukla açıklayıcı bilgi olarak kabul edilmektedir (160).

Çocukluk döneminde sağlıklı beslenme, büyüme ve gelişmeye ek olarak insan sağlığının en belirleyici faktörlerinden biridir (161). Yeme davranışları genetik, yaş ve cinsiyet gibi içsel faktörlerin yanı sıra aile ve arkadaş gibi çevresel faktörlerle de şekillenmektedir (162). Ailelerde doğru beslenmeyi sağlayan temel faktörlerden biri, ailedeki her bireyin doğru beslenme ilkeleri hakkında ne kadar bilgi sahibi olduğudur (156). Yetersiz beslenme bilgisi, çocukluk çağında obeziteyi etkileyen etmenler arasında olduğu düşünülmektedir (163). Ebeveynlerin beslenme bilgi ve tutumları, çocuklarının sağlıklı gıda ve beslenme bilgisinde temel bir rol oynamaktadır (164).

Küresel, bölgesel ve ulusal düzeylerde ölüm nedenlerinin başında gelen BOH'lar, dünyadaki tüm ölümlerin %70'inden sorumludur. BOH'lar, DSÖ tarafından en önemli halk sağlığı acil durumlarından biri olarak ilan edilmiştir. BOH'larla mücadele uzun ve zorlu bir süreçtir. Hastaların bu sürece aktif ve bilinçli olarak katılmaları çok önemli ve gereklidir (165). Artan BKİ değerlerinin BOH'ların görülme sıklığıyla ilişkili olduğu ve obezitenin spesifik tedavisinin bu hastalıkların kontrolünde de etkili olabileceği bilinmektedir (166). Daha sağlıklı beslenme alışkanlıklarını teşvik etmek ve BOH'lar ile ilgili öz bakımı geliştirmek için bu hastaların beslenme hakkında bilgi sahibi olması önemlidir (167). Özellikle bu bireylerin sağlıklı gıda seçimlerine yönelik bilgi düzeyleri artırılmalıdır (168). Yapılan bir çalışmada, bir kardiyoloji polikliniğine başvuran BOH'u olan obez hastaların gıda ve beslenme hakkındaki bilgi düzeyleri incelenmiştir. Çalışmada hastaların BKİ değerleri ile besinler hakkındaki bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Hastaların, obezite ve BOH'lar arasındaki ilişkiyi anlayabilmeleri için daha fazla bilgiye ihtiyaç duyduğu görülmüştür (169). Beslenme bilgisi ile bireylerin diyet kalitesi arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır (170). Beslenme bilgisi yüksek olan bireylerin beslenme sürecinde daha az doymuş yağ tükettikleri ve daha fazla sebze ve meyveyi tercih ettikleri görülmüştür (171). Sistematik bir derleme çalışmasında bireylerin beslenme bilgi düzeyi ile meyve ve sebze tüketimi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (23). Beslenme bilgisinin fayda göstereceği konular arasında aşırı yağ tüketiminden kaçınmak, yüksek enerjili besinlerin tüketiminin azaltılması, daha sağlıklı pişirme yöntemlerinin seçilmesi ve etiket okuma alışkanlığı yer almaktadır (172).

Beslenme bilgisinin beslenme davranışlarını olumlu etkilediğini gösteren bulguların (170-173) aksine bazı çalışmalarda beslenme bilgisi ile sağlıklı beslenme arasında ilişki bulunmamıştır (174-176). Tahran'da adölesanlar arasında yürütülen bir çalışmada, erkeklerin %75'inin ve kızların %82'sinin beslenme bilgisi açısından iyi puanlara sahip olduğu görülmüştür. Ancak bu yüksek beslenme bilgi puanlarına rağmen erkeklerin sadece %25'inin ve kızların %15'inin beslenme uygulamaları için iyi puanlara sahip olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmanın sonuçları, bilgi ve davranış arasındaki uyumsuzluğu ortaya koymakta ve beslenme bilgisinin yeme davranışını etkileyebilecek tek faktör olmadığını göstermektedir (177). Sosyal, kültürel, ekonomik ve psikolojik faktörler de yiyecek seçiminde önemli rollere sahiptir (178).

Son yıllarda yaşanan teknolojik gelişmeler, bireyin birçok açıdan bilgi edinmesi ve kendini yenilemesi için değişime neden olmuştur. Bununla birlikte bireylerin bilgi edindikleri kaynaklar da değişmiştir. Günümüzde bireyler akıllı telefon gibi mobil cihazlar vasıtasıyla kolayca internete erişim sağlayarak beslenme ile ilgili bilgi ve haberlere kolayca ulaşabilmektedir. Bilgiye ulaşmak bu kadar kolay hale gelmişken ulaşılan bilgilerin doğruluğu ve güvenilirliği net değildir. Mobil cihazlardan ulaşılan bazı bilgilerin bilimsel dayanağı olmaması sonucu doğru bilgi ayırt edilememekte ve bilgi kirliliği oluşmaktadır (179).

2.6. Beslenme Eğitimi ve Önemi

Öğretim, bireyin etkin bir şekilde öğrenmesini sağlamak amacıyla önceden hazırlanmış bir program doğrultusunda planlanan, uygulanan, değerlendirilen ve çoğunlukla ders vb. uygulamalarla sınırlı olan etkinliklerdir (180). Eğitim ise bireyin davranışlarında kendi yaşantısı doğrultusunda kasıtlı olarak istenilen yönde değişiklik meydana getirmesi süreci olarak tanımlanmaktadır (181). Öğrenme de bireylerin kazandıkları bilgi ve becerileriyle davranışlarını değiştirmeleri şeklinde ifade edilmektedir (180,181).

Beslenme eğitimi, “sağlık ve esenliğe yardımcı olan gıda seçimlerinin ve beslenme ile ilgili diğer davranışların gönüllü olarak benimsenmesini kolaylaştırmak için tasarlanmış, çevresel desteklerin eşlik ettiği eğitim stratejilerinin kombinasyonu” olarak tanımlanmaktadır (182). Beslenme eğitimi, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazanılmasında kritik bir bileşendir (183). Bu konuda yapılan bazı çalışmalar, bireylerin sağlıklı beslenme alışkanlıklarını kazanmalarında ve beslenme tercihlerinde beslenme eğitiminin önemini ortaya koymuştur (184-186). Beslenme bilgisi yüksek olan bireylerin daha az yağ, daha çok sebze ve meyve tükettikleri görülmüştür (171). Yapılan bir çalışmada bilgi teknolojisi uzmanlarına bir ay boyunca beslenme eğitimi verilmiştir. Eğitim sonrası çalışmaya katılan bireylerin beslenme bilgi puanlarında önemli artış gözlenmiştir (184). Yapılan sistematik bir incelemede, beslenme eğitiminin sporcularının beslenme bilgilerini, yeme alışkanlıklarını ve vücut kompozisyonlarını geliştirmek için etkili bir strateji olabileceği sonucuna ulaşılmıştır (186).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Bu çalışma, Aralık 2020-Nisan 2021 tarihleri arasında, yaşları 18-64 aralığında olan 509 birey üzerinde yürütülmüştür. Çalışmaya dahil edilmesi gereken minimum örneklem sayısı, popülasyon büyüklüğü ve çalışmada kullanılacak verilerin nicel tipte veriler olması nedeniyle güven düzeyi %95, örneklem hatası da %5 alınarak 377 olarak hesaplanmıştır. Çalışma protokolü, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu tarafından 09/11/2020 tarihinde 53 sayılı karar ile onaylanmıştır (Ek-1).

COVID-19 ile ilgili yapılan çalışmalarda, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde oluşturulan Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonu'ndan onay alınması gerekmektedir. Bilimsel Araştırma Platformuna yapılan “Ayşe Saltekin-2020-10-18T13_55_56” adlı başvuru formu değerlendirildikten sonra çalışmanın yapılmasının uygun görüldüğüne dair onay e-maili alınmıştır.

Bireylerden anket formunu cevaplamaya başlamadan önce çalışmaya katılmayı kabul edip etmediklerine dair çevrim içi onam alınmıştır. Çalışmaya dahil olma ve alınmama kriterleri;

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- Online veri toplama formunu Aralık 2020-Nisan 2021 tarihleri arasında hatasız doldurmak,
- 18-64 yaş aralığında olmak,
- Türkçe okuyup-yazabilmek,
- Akıllı telefon ve bilgisayar kullanabilmek,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak ve
- Anket formunun başında yer alan “Çalışmaya katılmayı onaylıyorum” seçeneğini kabul etmektir.

3.2. Çalışmanın Genel Planı

Çalışmanın verilerinin toplandığı zaman dilimi, Aralık 2020-Nisan 2021 tarihleri arası olup hızla yayılmaya devam eden COVID-19 salgını nedeniyle ülke genelinde yoğun ve ciddi önlemlerin alındığı bir dönemdir. Bu dönemde, önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelen COVID-19 salgını bireyler arasında korku, panik ve strese neden olmuştur.

Çalışma verilerinin, COVID-19 ile bulaş riski nedeniyle internet ortamında toplanması planlanmıştır. Çalışma verileri, Google-Form aracılığıyla oluşturulan anket formu ile çevrim içi olarak toplanmıştır. Veri toplama formu, öncelikle 15 birey ile paylaşarak eksiklerin olup olmadığı, soruların anlaşılabilirliği gibi durumlar belirlenmiştir. Burada belirlenen eksikler giderildikten sonra uygulamaya başlanmıştır.

3.3. Çalışma Verilerinin Toplanması

Veri toplama formları internet aracılığı ile sosyal medya üzerinden bireylere ulaştırılmıştır. Çalışmaya katılan tüm bireylere araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu çevrim içi olarak uygulanmıştır. Anket formunda bireylerin sosyodemografik özellikleri, genel sağlık durumları, beslenme alışkanlıkları ve antropometrik ölçümleri sorgulanmıştır (Ek-2). Besin tüketim sıklığını belirlemek için Besin Tüketim Sıklığı Formu (Ek-3) uygulanmıştır. Çalışmanın veri toplama formunda; COVID-19 kaynaklı korku düzeyini belirlemek amacıyla COVID-19 Korkusu Ölçeği (CKÖ) (Ek-4), yetişkinlerin beslenme bilgi düzeylerini belirlemeye yönelik Yetişkinler İçin Beslenme Bilgi Düzeyi (YETBİD) Ölçeği (Ek-5) ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek için Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) (Ek-6) olmak üzere üç ölçek formu kullanılmıştır.

3.3.1. Genel Bilgiler Bölümü

Anket formu aracılığıyla bireylerin tanımlayıcı bilgileri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir durumu), genel sağlık durumları (sağlık sorunu, diyet uygulama durumu, pandemi dönemi vücut ağırlığı değişimi, COVID-19 geçirme durumu, sigara kullanımı ve alkol kullanımı), beslenme

alışkanlıkları (ana ve ara öğün sayısı, öğün atlama bilgileri, su tüketim miktarları, alkol ve sigara kullanım durumları vb.) ve antropometrik ölçümleri sorgulanmıştır (Ek-2).

3.3.2. Antropometrik Ölçümler

Bireylerin vücut ağırlığı (kg) ve boy uzunluğu (cm) kendi beyanlarına göre alınmıştır. Beden Kütle İndeksi (BKİ) ise araştırmacı tarafından bireylerin vücut ağırlıklarının boy uzunluklarının metre karesine bölünmesi (kg/m^2) ile hesaplanmıştır. Hesaplama sonucunda elde edilen BKİ skorları, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sınıflamasına göre değerlendirilmiştir (Tablo 3.1) (187).

Tablo 3.1. Dünya Sağlık Örgütü kriterlerine göre BKİ sınıflaması.

Sınıflama	BKİ (kg/m^2)
Zayıf	<18.50
Normal	18.50-24.99
Hafif şişman	25.00-29.99
Obez	>30

3.3.3. Besin Tüketim Sıklığı Formu

Bireylere; süt ve süt ürünleri, et-balık-yumurta gibi protein kaynakları, sebze ve meyveleri, yağ-şeker-tatlı-içecek ve hazır yemekleri tüketme sıklıklarının sorgulandığı besin tüketim sıklığı formu uygulanmıştır (Ek-3). Bu besinleri son 3 ay içinde genellikle ne sıklıkla tükettikleri sorgulanmıştır. Tüketim sıklığı için; her öğün, her gün, haftada 1-2 kez, haftada 3-4 kez, haftada 5-6 kez, 15 günde 1, ayda 1-daha seyrek tüketiyorum ile hiç tüketmiyorum şeklinde 8 ayrı seçenek tanımlanmıştır.

3.3.4. COVID-19 Korkusu Ölçeği (CKÖ)

COVID-19 Korkusu Ölçeği (CKÖ), bireylerin COVID-19 kaynaklı korku düzeylerini belirlemek amacıyla Ahorsu ve ark. tarafından 2020 yılında geliştirilmiştir (188). Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Satıcı ve ark. tarafından 2020 yılında yapılmıştır (Ek-4). Beşli likert tipindeki (kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum) bu ölçek, tek boyutlu

ve 7 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçek toplam puanı 7 ile 35 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan COVID-19 korku düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı $\alpha=0.82$, Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında ise ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı $\alpha=0.84$ olarak bildirilmiştir (189).

3.3.5. Yetişkinler İçin Beslenme Bilgi Düzeyi Değerlendirme (YETBİD) Ölçeği

Yetişkinlerin beslenme bilgi düzeyleri belirlemeye yönelik Batmaz (2018) tarafından Yetişkinler İçin Beslenme Bilgi Düzeyi (YETBİD) Ölçeği geliştirilmiş ve geçerlik-güvenirlik çalışması yapılmıştır. YETBİD ölçeğinde 2 bölüm yer almaktadır. Birinci kısım olan “Temel Beslenme” bölümünde 20 madde, ikinci kısım olan “Besin Tercihi” bölümünde ise 12 madde bulunmaktadır. Bu iki bölümdeki yanıtlar, kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum şeklinde 5’li likert ölçeğinde toplanmaktadır. Doğru olan maddelerde kesinlikle katılmıyorum 0 puan olmak üzere artarak kesinlikle katılıyorum 4 puan değerini almaktadır. Yanlış olan maddelerde ise kesinlikle katılmıyorum 4 puan olmak üzere azalarak kesinlikle katılıyorum cevabı 0 puana denk gelecek şekilde değerlendirilmektedir. Temel beslenme bilgisi bölümünde alınabilecek en üst puan 80 iken, besin tercihi kısmında en üst puan 48’dir. Her iki bölümde de alınabilecek en düşük puan 0’dır (190).

Temel beslenme puanı 45’ten küçük olan katılımcıların bilgi düzeyi kötü, 45-55 puan arası olanların bilgi düzeyi orta, 56-65 puan arası olanların iyi ve 65 puan üzeri olanların bilgi düzeyi çok iyi olarak değerlendirilmiştir. Besin tercihi puanı 30’dan küçük olan katılımcıların bilgi düzeyi kötü, 30-36 puan arası olanların orta, 37-42 puan arası olanların iyi ve 42 puan üzeri olanların bilgi düzeyi çok iyi olarak değerlendirilmiştir (Tablo 3.2). Ölçeğin Temel Beslenme bölümü için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı $\alpha=0.72$, Besin Tercihi bölümü için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı $\alpha=0.70$ olarak bulunmuştur (190).

Tablo 3.2. YETBİD ölçeğinin değerlendirilme ölçütleri.

Puan Aralığı	Sınıflandırma
Temel Beslenme (toplam puan 80)	
<45	Kötü
45-55	Orta
56-65	İyi
>65	Çok iyi
Besin Tercihi (toplam puan 48)	
<30	Kötü
30-36	Orta
37-42	İyi
>42	Çok iyi

3.3.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)

Bireylerin sağlığı geliştirme davranışlarını değerlendirmek için Walker ve ark. tarafından 1987 yılında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) geliştirilmiştir (191). Bu ölçek 1996 yılında güncellenerek SYBDÖ II adını almış (192) ve ülkemizde geçerlik güvenirlik çalışması Bahar ve ark. tarafından 2008 yılında yapılmıştır (193). Bu ölçek 52 madde ve 6 boyuttan oluşmaktadır. Bu 6 alt boyutu; manevi gelişim (9 madde), kişiler arası ilişkiler (9 madde), beslenme (9 madde), fiziksel aktivite (8 madde), sağlık sorumluluğu (9 madde) ve stres yönetimi (8 madde) oluşturmaktadır. Ölçek 4'lü likert tipte ve tüm maddeleri olumludur. Ölçek, hiçbir zaman, bazen, sık sık, düzenli olarak şeklinde derecelendirilerek puanlandırılmaktadır. Tablo. 3.3'te ölçeğin alt boyutlarından ve toplam olarak alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar verilmiştir. Ölçeğin en düşük puanı 52, en yüksek puanı ise 208'dir. Ölçekten yüksek puan alınması bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ne kadar iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı tüm ölçekte $\alpha=0.94$ olup, alt faktörler için $\alpha=0.79-0.87$ arasında değişim göstermektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında ise ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı tüm ölçekte $\alpha=0.92$ olarak belirlenmiş olup, sağlık sorumluluğu alt boyutu için $\alpha=0.77$, fiziksel aktivite alt boyutu için $\alpha=0.79$, beslenme alt boyutu için $\alpha=0.68$, manevi gelişim alt boyutu için $\alpha=0.79$, kişiler arası ilişkiler alt boyutu için $\alpha=0.80$ ve stres yönetimi alt boyutu için $\alpha=0.64$ olarak bulunmuştur (193).

Tablo 3.3. SYBDÖ II alt boyutlarından alınabilecek puanlar.

Alt Boyutlar	En Düşük Puan	En Yüksek Puan
Sağlık Sorumluluğu	9	36
Beslenme	9	36
Fiziksel Aktivite	8	32
Stres Yönetimi	8	32
Manevi Gelişim	9	36
Kişiler Arası İlişkiler	9	36
Toplam	52	208

3.4. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen veriler, SPSS (IBM SPSS Statistics 24) adlı paket program kullanılarak değerlendirilmiştir. Elde edilen verilerin nicel ve nitel olmasına göre tanımlayıcı istatistikler ve frekans tabloları verilmiştir. Ölçümle elde edilen nitel değişkenler sayı (S) ve yüzde (%), nicel değişkenler ise ortalama ve standart sapma ($\bar{X} \pm SS$) şeklinde özetlenmiştir. Normal dağılım testi sonuçlarına göre, normal dağılan verilerde parametrik yöntemler tercih edilmiştir. Bağımsız iki grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında Independent Sample-t Test (bağımsız gruplarda t test), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında ANOVA Testi uygulanmıştır. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmalarında varyansların homojen olmaması dikkate alınarak Tamhane Testi yapılmıştır. Normal dağılım testi sonuçlarına göre, normal dağılmayan verilerde parametrik olmayan testler tercih edilmiştir. Bağımsız ölçüm değerlerinin ikili karşılaştırmalarında Mann-Withney U Testi, çoklu karşılaştırmalarda Kruskal Wallis H Testi (varyans analizi) uygulanmıştır. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Kategorik değişkenler için gruplar arası karşılaştırmalarında Pearson ki-kare testi (χ^2), nicel değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için Spearman Korelasyon Testi kullanılmıştır. Verilerin analizi %95 güven aralığında ve %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiş olup istatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Bireylerin Genel Tanımlayıcı Özellikleri

Tablo 4.1’de çalışma kapsamına alınan 509 bireyin genel tanımlayıcı özellikleri gösterilmiştir. Bireylerin yaş ortalaması 30.83 ± 10.40 yıldır. Bireylerin %31.2’si 18-24 yaş aralığında, %40.7’si 25-34 yaş aralığında, % 15.2’si 35-44 yaş aralığında, %9.4’ü 45-54 yaş aralığında, %3.5’i 55-64 yaş aralığındadır. Bireylerin %58.7’si kadın, %41.3’ü erkektir. Bireylerin çoğunluğu bekar (%62.5). Bireylerin eğitim durumlarına bakıldığında %5.3’ünün ortaokul, %20’sinin lise, %56.6’sının lisans ve %18.1’inin lisansüstü eğitim aldığı görülmektedir. Bireylerin %43.8’inin bir işte çalışmadığı, %29.1’inin kamuda, %27.1’inin özel sektörde çalıştığı belirlenmiştir. Bireylerin gelir durumu incelendiğinde %32.8’inin geliri giderden az, %37.9’unun geliri gidere eşit, %29.3’ünün geliri giderden fazladır. Çalışmaya katılan bireylerin %14.3’ü COVID-19 hastalığını geçirmiş, %78’i geçirmemiş ve %7.7’si ise karantina dönemi atlatmıştır.

Tablo 4.1. Bireylerin genel tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı.

Genel Özellikler	Bireyler (n:509)	
	S	%
Yaş aralığı (yıl)		
18-24	159	31.2
25-34	207	40.7
35-44	77	15.2
45-54	48	9.4
55-64	18	3.5
Yaş (yıl) ($\bar{X} \pm SS$)	30.83±10.40	
Cinsiyet		
Kadın	299	58.7
Erkek	210	41.3
Medeni durum		
Evli	191	37.5
Bekar	318	62.5
Öğrenim durumu		
Ortaokul	27	5.3
Lise	102	20.0
Lisans	288	56.6
Lisansüstü	92	18.1
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	223	43.8
Kamu personeli	148	29.1
Özel sektör	138	27.1
Gelir durumu		
Gelir giderden az	167	32.8
Gelir gidere eşit	193	37.9
Gelir giderden fazla	149	29.3
COVID-19 geçirme durumu		
Geçirmiş	73	14.3
Geçirmemiş	397	78.0
Karantinada kalmış	39	7.7

4.2. Bireylerin Sağlık Durumlarına Göre Dağılımları

Bireylerin genel sağlık durumlarına ilişkin tanımlayıcı özellikleri Tablo 4.2’de verilmiştir. Bireylerin beyan ettikleri bilgiler dahilinde doktor tarafından tanısı konulan hastalıklar sorgulanmıştır. Bireylerin %79.6’sı herhangi bir kronik hastalığının olmadığını, %20.4’ü ise bir kronik hastalığı bulunduğunu belirtmiştir. Bireylerin %17.3’ünde tiroid, %16.3’ünde eklem/kemik, %14.4’ünde solunum yolları, %13.5’inde diyabet, %13.5’inde psikiyatrik, %11.5’inde hipertansiyon, %11.5’inde

sindirim, %10.6'sında hematolojik, %9.6'sında nörolojik, %7.7'sinde kalp-damar ve %5.8'inde böbrek/üriner hastalıkları olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2. Bireylerin hastalık durumlarına göre dağılımı.

Hastalık Durumu	Bireyler (n:509)	
	S	%
Kronik hastalık		
Var	104	20.4
Yok	405	79.6
Hastalık türleri*		
Kalp-damar	8	7.7
Hipertansiyon	12	11.5
Tiroid hastalıkları	18	17.3
Solunum yolları	15	14.4
Diyabet	14	13.5
Böbrek/üriner	6	5.8
Sindirim	12	11.5
Hematolojik	11	10.6
Eklem/kemik	17	16.3
Nörolojik	10	9.6
Psikiyatrik	14	13.5

*Birden fazla cevap verilmiştir.

4.3. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri

Tablo 4.3'te bireylerin vücut ağırlığı (kg), boy uzunluğu (cm) ve BKİ (kg/m²) değerlerinin ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerlerinin cinsiyete göre dağılımları gösterilmiştir. Kadınların vücut ağırlık ortalamaları 62.35±12.65 kg, erkeklerin vücut ağırlık ortalamaları 82.81±15.95 kg'dır. Boy uzunluğu ortalaması kadınlarda 163.72±5.93 cm, erkeklerde 176.65±6.75 cm'dir. Kadınların BKİ ortalamaları 23.24±4.42 kg/m², erkeklerin 26.54±4.90 kg/m² olarak belirlenmiştir. Cinsiyete göre vücut ağırlığı (kg), boy (cm) ve BKİ (kg/m²) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.001).

Tablo 4.3. Bireylerin antropometrik ölçüm ortalamaları, standart sapmaları ($\bar{X} \pm SS$) ve alt-üst değerleri.

Antropometrik Ölçümler	Kadın (n=299)		Erkek (n=210)		Test İstatistiği	p
	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)		
Vücut ağırlığı (kg)	62.35±12.65	60.0 (42.0-115.0)	82.81±15.95	80.0 (58.0-204.0)	-14.434	<0.001
Boy (cm)	163.72±5.93	164.0 (143.0-184.0)	176.65±6.75	177.0 (148.0-196.0)	-16.629	<0.001
BKİ (kg/m ²)	23.24±4.42	22.2 (15.2-42.5)	26.54±4.90	26.1 (18.9-61.6)	-8.857	<0.001

Mann-Whitney U test, p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 4.4'te bireylerin BKİ gruplarına göre dağılımları verilmiştir. BKİ sınıflaması açısından kadınların %64.1'i normal, %19.1'i hafif şişman, %9.4'ü zayıf ve %7.4'ü obez bulunmuştur. Erkeklerin ise %41'inin normal, %45.2'sinin hafif şişman ve %13.8'inin obez olduğu saptanmıştır. Cinsiyet ile BKİ sınıfları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($\chi^2=65.313$, $p<0.001$).

Tablo 4.4. Bireylerin BKİ sınıflandırılması.

BKİ sınıfları	Kadın (n=299)		Erkek (n=210)		Toplam (n=509)		χ^2	p
	S	%	S	%	S	%		
Zayıf	28	9.4	-	-	28	5.5	65.313	<0.001
Normal	192	64.1	86	41.0	278	54.6		
Hafif şişman	57	19.1	95	45.2	152	29.9		
Obez	22	7.4	29	13.8	51	10.0		

Pearson- χ^2 , $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bireylerin pandemi sürecinde cinsiyete göre vücut ağırlığı değişimine ilişkin verilerin değerlendirilmesi Tablo 4.5'te verilmiştir. Bireylerin %39.1'inin vücut ağırlığı artmış, %21.6'sının vücut ağırlığı azalmış ve %39.3'ünün vücut ağırlığı değişmemiştir. Cinsiyete göre pandemi sürecinde bireylerin vücut ağırlığındaki değişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.5. Bireylerin pandemi sürecinde vücut ağırlığı değişimleri.

Ağırlık değişimi	Kadın (n=299)		Erkek (n=210)		Toplam (n=509)		χ^2	p
	S	%	S	%	S	%		
Arttı	122	40.8	77	36.7	199	39.1	5.800	0.055
Azaldı	72	24.1	38	18.2	110	21.6		
Değişmedi	105	35.1	95	45.1	200	39.3		

Pearson- χ^2 , $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.4. Bireylerin Yaşam Tarzı Alışkanlıkları

4.4.1. Bireylerin Sigara ve Alkol Kullanım Alışkanlıkları

Çalışmaya katılan bireylerin sigara ve alkol kullanma durumlarına ilişkin bilgiler Tablo 4.6’da verilmiştir. Kadınların %26.1’i, erkeklerin %46.2’si ve genel olarak bireylerin %34.4’ü sigara içmektedir ($\chi^2=22.099$, $p<0.001$). Kadınların %19.7’si, erkeklerin %42.4’ü ve genel olarak bireylerin %29.1’i alkol tüketmektedir ($\chi^2=30.684$, $p<0.001$).

Tablo 4.6. Bireylerin sigara ve alkol kullanım durumlarına göre dağılımı.

Sigara ve Alkol Kullanım Durumu	Kadın (n=299)		Erkek (n=210)		Toplam (n=509)		χ^2	p
	S	%	S	%	S	%		
Sigara								
Kullanıyor	78	26.1	97	46.2	175	34.4	22.099	<0.001
Kullanmıyor	221	73.9	113	53.8	334	65.6		
Alkol								
Kullanıyor	59	19.7	89	42.4	148	29.1	30.684	<0.001
Kullanmıyor	240	80.3	121	57.6	361	70.9		

Pearson- χ^2 , $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.4.2. Bireylerin Su, Çay ve Kahve Tüketim Alışkanlıkları

Tablo 4.7’de bireylerin su, çay ve kahve tüketimlerine ilişkin veriler değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin ortalama 7.3 ± 4.1 bardak/gün su, 4.1 ± 4.7 bardak/gün çay ve 1.3 ± 1.2 fincan/gün kahve tükettikleri bulunmuştur. Kadınların günlük su tüketim miktarlarının ortalamaları 7.0 ± 3.8 bardak/gün, erkeklerin ise 7.3 ± 4.4 bardak/gün olarak belirlenmiştir. Bireylerin günlük su tüketimindeki dağılım incelendiğinde, kadınların %6’sının 3 bardaktan az, %50.2’sinin 3-6 bardak, %31.4’ünün 7-10 bardak, %12.4’ünün ise 10 bardaktan fazla su tükettiği tespit edilmiştir. Erkeklerin ise %5.7’si günlük 3 bardaktan az, %46.2’si 3-6 bardak, %34.3’ü 7-10 bardak, %13.8’i ise 10 bardaktan fazla su tüketmektedir. Günlük tüketilen su miktarı ile cinsiyet arasında ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Kadınların ortalama 3.4 ± 4.8 bardak/gün, erkeklerin 5.1 ± 4.5 bardak/gün çay tükettikleri; kadınların 1.4 ± 1.1 fincan/gün, erkeklerin 1.3 ± 1.4 fincan/gün kahve

tükettikleri belirlenmiştir. Kadınların %11.4'ünün, erkeklerin ise %8.6'sının hiç çay tüketmediği saptanmıştır. Kadınların %39.5'inin 1-2 bardak, %24.4'ünün 3-4 bardak, %24.7'sinin ise 4 bardaktan fazla çay tükettiği bulunmuştur. Erkeklerin ise %28.6'sının 1-2 bardak, %14.2'sinin 3-4 bardak, %48.6'sının ise 4 bardaktan fazla çay tükettiği belirlenmiştir. Cinsiyete göre çay tüketimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($\chi^2=31.633$, $p<0.001$). Kadınların %19.7'sinin, erkeklerin ise %28.6'sının hiç kahve tüketmediği görülmüştür. Kadınların %42.8'inin 1 fincan, %24.1'inin 2 fincan, %13.4'ünün 2 fincandan fazla kahve tükettiği; erkeklerin ise %37.1'inin 1 fincan, %19.5'inin 2 fincan, %14.8'inin ise 2 fincandan fazla kahve tükettiği tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Bireylerin su, çay ve kahve tüketimlerine göre dağılımı.

Su, Çay ve Kahve Tüketim Durumu	Kadın (n=299)		Erkek (n=210)		Toplam (n=509)		χ^2	p
	S	%	S	%	S	%		
Su ($\bar{X} \pm SS$)	7.0±3.8		7.3±4.4		7.3±4.1		0.924	0.820
(bardak/gün)								
Su (bardak/gün)								
<3	18	6.0	12	5.7	30	5.9		
3-6	150	50.2	97	46.2	247	48.5		
7-10	94	31.4	72	34.3	166	32.6	31.633	<0.001
>10	37	12.4	29	13.8	66	13.0		
Çay ($\bar{X} \pm SS$)	3.4±4.8		5.1±4.5		4.1±4.7			
(bardak/gün)								
Çay (bardak/gün)								
Çay tüketmiyor	34	11.4	18	8.6	52	10.2	31.633	<0.001
1-2	118	39.5	60	28.6	178	35.0		
3-4	73	24.4	30	14.2	103	20.2		
>4	74	24.7	102	48.6	176	34.6		
Kahve ($\bar{X} \pm SS$)	1.4±1.1		1.3±1.4		1.3±1.2			
(fincan/gün)							6.424	0.093
Kahve (fincan/gün)								
Kahve tüketmiyor	59	19.7	60	28.6	119	23.4		
1	128	42.8	78	37.1	206	40.5		
2	72	24.1	41	19.5	113	22.2		
>2	40	13.4	31	14.8	71	13.9		

Pearson- χ^2 , $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. 1 su bardağı 200 mL, 1 çay bardağı 100 mL ve 1 kahve fincanı 75 mL olarak sorgulanmıştır.

4.4.3. Bireylerin Diyet Alışkanlıkları

Çalışmaya katılan bireylerin diyet yapma alışkanlıklarına ilişkin veriler Tablo 4.8’de gösterilmiştir. Bireylerin %88’inin diyet yapmadığı, %12’sinin diyet yaptığı bulunmuştur. Kadınların %12’sinin, erkeklerin %11.9’unun diyet yaptığı görülmüştür ($p>0.05$). Kadınların %63.9’unun zayıflama, %27.8’inin sağlık sorunları ve %8.3’ünün ağırlık kazanma isteği nedeniyle diyet yaptıkları belirlenmiştir. Erkeklerin %56’sının zayıflama, %28’inin sağlık sorunları ve %16’sının ağırlık kazanma isteği nedeniyle diyet yaptıkları saptanmıştır. Cinsiyete göre diyet uygulama nedeni arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bireylere uyguladıkları diyetleri kimin önerdiği sorulduğunda kadınların %52.8’i, erkeklerin %48’i en fazla diyetisyen ile diyet yaptıklarını belirtmişlerdir. Kadınların %25’i, erkeklerin %32’si internet/sosyal medya; kadınların %13.9’u, erkeklerin %12’si ise komşu, arkadaş vb. tavsiyeleri; kadınların %8.3’ü, erkeklerin %8’i doktor ile diyet yaptıklarını bildirmişlerdir. Cinsiyete göre diyet alınan yer arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Bireylerin diyet alışkanlıklarının dağılımı.

Diyet Alışkanlıkları	Kadın (n=299)		Erkek (n=210)		Toplam (n=509)		χ^2	p
	S	%	S	%	S	%		
Diyet uygulama								
Evet	36	12.0	25	11.9	61	12.0	0.002	0.963
Hayır	263	88.0	185	88.1	448	88.0		
Diyet uygulama nedeni								
Zayıflama	23	63.9	14	56.0	37	60.6	0.907	0.635
Ağırlık kazanma	3	8.3	4	16.0	7	11.5		
Sağlık sorunları	10	27.8	7	28.0	17	27.9		
Diyet alınan yer								
Diyetisyen	19	52.8	12	48.0	31	50.8	0.368	0.947
Doktor	3	8.3	2	8.0	5	8.2		
İnternet/sosyal medya vb.	9	25.0	8	32.0	17	27.9		
Komşu, arkadaş vb.	5	13.9	3	12.0	8	13.1		

Pearson- χ^2 , $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.5. Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları

Çalışmaya katılan bireylerin beslenme alışkanlıklarına ilişkin veriler Tablo 4.9'da verilmiştir. Bireylerin ana öğün sayıları incelendiğinde kadınların %62.2'sinin, erkeklerin ise %57.1'inin günde iki ana öğün tükettikleri tespit edilmiştir. Günde üç ana öğün tüketenlerin sıklığı ise kadınlarda %37.1 iken erkeklerde %40 olarak saptanmıştır. Cinsiyet ile ana öğün sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($\chi^2=6.413$, $p=0.040$). Bireylerin günlük ara öğün tüketimleri incelendiğinde, kadınların %15.1'inin, erkeklerin %29'unun hiç ara öğün tüketmediği saptanmıştır. Kadınların %27.1'i, erkeklerin %33.8'i bir ara öğün tüketirken, kadınların %41.5'i, erkeklerin %29.6'sı iki ara öğün tüketmektedir. Kadınların %16.3'ünün, erkeklerin ise % 7.6'sının günde üç ve üzeri ara öğün tükettikleri belirlenmiştir. Cinsiyet ile ara öğün sayısı bakımından anlamlı bir fark saptanmıştır ($\chi^2=25.718$, $p<0.001$). Kadınların %62.9'u, erkeklerin %60'ı gün içinde ana öğün atladığını ifade etmiştir. Bireylere atladıkları öğün sorulduğunda kadınların %58.5'i, erkeklerin %52.9'u öğle öğününü atladıklarını belirtmişlerdir. Cinsiyet ile ana öğün atlama ve atlanan öğün arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Kadınların öğün atlamada ilk 3 nedeni sırasıyla iştahsızlık (%23.6), alışkanlığın olmaması (%18.4) ve zaman yetersizliği (%14.4) olarak belirlenmiştir. Erkeklerin ise öğün atlamada ilk 3 nedeni sırasıyla zaman yetersizliği (%17.1), iştahsızlık (%15.7) ve alışkanlığının olmaması (%14.3) olarak tespit edilmiştir. Cinsiyet ile öğün atlama nedeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($\chi^2=13.670$, $p=0.018$).

Bireylerin gece yemek yeme alışkanlıklarına bakıldığında kadınların %11.4'ü, erkeklerin ise %8.1'i gece yeme alışkanlıkları olduğunu belirtmişlerdir ($p>0.05$). Bireylerin gece yeme nedenlerine bakıldığında kadınların %38.2'sinin, erkeklerin %35.3'ünün acıktığı için; kadınların %61.8'inin, erkeklerin %64.7'sinin uykusu kaçtığı için gece yemek yediği saptanmıştır ($p>0.05$). Kadınların %11'i yemeğin tadına bakmadan tuz attığını, %71.9'u yemeğin tadına bakarak tuz attığını, %17.1'i ise bazen tadına bakmadan tuz attığını belirtirken; erkeklerin %15.2'si yemeğin tadına bakmadan tuz attığını, %74.8'i yemeğin tadına bakarak tuz attığını, %10'u ise bazen tadına bakmadan tuz attığını ifade etmiştir ($\chi^2=6.186$, $p=0.045$).

Tablo 4.9. Bireylerin beslenme alışkanlıklarının dağılımı.

Beslenme Alışkanlıkları	Kadın (n=299)		Erkek (n=210)		Toplam (n=509)		χ^2	p
	S	%	S	%	S	%		
Ana öğün sayısı								
1	2	0.7	6	2.9	8	1.6	6.413	0.040
2	186	62.2	120	57.1	306	60.1		
3	111	37.1	84	40.0	195	38.3		
Ara öğün sayısı								
Hiç	45	15.1	61	29.0	106	20.8	25.718	<0.001
1	81	27.1	71	33.8	152	29.9		
2	124	41.5	62	29.6	186	36.5		
3 ve üzeri	49	16.3	16	7.6	65	12.8		
Ana öğün atlama								
Evet	188	62.9	126	60.0	314	61.7	3.816	0.051
Hayır	111	37.1	84	40.0	195	38.3		
Atlanan öğün*								
Sabah	70	35.9	53	44.5	123	39.2	3.421	0.181
Öğle	114	58.5	63	52.9	177	56.4		
Akşam	11	5.6	3	2.6	14	4.4		
Öğün atlama nedeni*								
Zaman yetersizliği	43	14.4	36	17.1	79	25.2	13.670	0.018
İştahsızlık	71	23.6	33	15.7	104	33.1		
Hazırlanmadığı için	8	2.9	2	1.0	10	3.2		
Zayıflamak için	13	4.3	18	8.6	31	9.8		
Alışkanlığı yok	55	18.4	30	14.3	85	27.1		
Unuttuğu için	5	1.6	-	-	5	1.6		
Gece yeme alışkanlığı								
Evet	34	11.4	17	8.1	51	10.0	1.468	0.226
Hayır	265	88.6	193	91.9	458	90.0		
Gece yeme nedeni								
Açlık hissettiği için	13	38.2	6	35.3	19	37.3	0.042	0.838
Uykusu kaçtığı için	21	61.8	11	64.7	32	62.7		
Yemeğin tadına bakmadan tuz ekleme								
Evet	33	11.0	32	15.2	65	12.8	6.186	0.045
Hayır	215	71.9	157	74.8	372	73.1		
Bazen	51	17.1	21	10.0	72	14.1		

*Birden fazla cevap verilmiştir. Pearson- χ^2 , p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bireylerin, kullandıkları yağ türleri ve pişirme yöntemlerine göre dağılımları Tablo 4.10'da gösterilmiştir. Bireylerin kullandıkları yağ türleri sırasıyla zeytinyağı (%77.6), tereyağı (%59.9), ayçiçek yağı (%57.6), margarin (%7.7), mısır özü (%2.9) ve fındık yağı (%2.8) olarak belirlenmiştir. Tercih edilen pişirme yöntemleri ise

sırasıyla kendi suyuyla pişirme (%72.7), fırında pişirme (%53.2), yağda kavurma (37.7), yağda kızartma (28.1), ızgara/mangal (%18.7) ve haşlayıp suyunu dökme (%14.9) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.10. Bireylerin kullandıkları yağ türleri ve pişirme yöntemlerine göre dağılımları.

Yağ Türleri ve Pişirme Yöntemleri	Evet		Hayır	
	S	%	S	%
Yağ türleri*				
Tereyağı	305	59.9	204	40.1
Margarin	39	7.7	470	92.3
Zeytinyağı	395	77.6	114	22.4
Fındık yağı	14	2.8	495	97.2
Ayçiçek yağı	293	57.6	216	42.4
Mısır özü	15	2.9	494	97.1
Pişirme yöntemleri*				
Kendi suyuyla pişirme	370	72.7	139	27.3
Yağda kavurma	192	37.7	317	62.3
Yağda kızartma	143	28.1	366	71.9
Fırında pişirme	271	53.2	328	46.8
Izgara/mangal	95	18.7	414	81.3
Haşlayıp suyunu dökme	76	14.9	433	85.1

*Birden fazla cevap verilmiştir.

4.6. Bireylerin Duygu Durumlarına Göre İştah Değişimleri

Tablo 4.11’de bireylerin duygu durumlarına göre iştah değişimleri değerlendirilmiştir. Üzüntülü/yorgun iken kadınların %26.4’ü iştahının arttığını, %65.6’sı iştahının azaldığını, %8’i iştahının değişmediğini; erkeklerin %17.1’i iştahının arttığını, %58.1’i iştahının azaldığını, %24.8’i iştahının değişmediğini belirtmiştir ($\chi^2=28.937$, $p<0.001$). Sinirli/öfkeli iken kadınların %38.1’inin iştahının arttığı, %49.2’sinin iştahının azaldığı, %12.7’sinin iştahının değişmediği; erkeklerin %21’inin iştahının arttığı, %49’unun iştahının azaldığı, %30’unun iştahının değişmediği tespit edilmiştir ($\chi^2=30.310$, $p<0.001$). Sevinçli/mutlu/heyecanlı iken kadınların %47.2’sinin iştahının arttığı, %25.8’inin iştahının azaldığı, %27’sinin iştahının değişmediği; erkeklerin %50’sinin iştahının arttığı, %11.9’unun iştahının azaldığı, %38.1’inin iştahının değişmediği bulunmuştur ($\chi^2=16.734$, $p<0.001$). Stresli/endişeli iken kadınların %33.1’inin iştahının arttığı, %58.5’inin iştahının

azaldığı, %8.4'ünün iştahının değişmediği; erkeklerin %22.4'ünün iştahının arttığı, %55.7'sinin iştahının azaldığı, %21.9'unun iştahının değişmediği saptanmıştır ($\chi^2=21.343$, $p<0.001$).

Tablo 4.11. Bireylerin duygu durumlarına göre iştah değişimlerinin dağılımı.

İştah Durumu	Kadın (n=299)		Erkek (n=210)		Toplam (n=509)		χ^2	p
	S	%	S	%	S	%		
Üzüntülü/yorgun								
Artar	79	26.4	36	17.1	115	22.6		
Azalı	196	65.6	122	58.1	318	62.5	28.937	<0.001
Değişmez	24	8.0	52	24.8	76	14.9		
Sinirli/öfkeli								
Artar	114	38.1	44	21.0	158	31.0		
Azalı	147	49.2	103	49.0	250	49.1	30.310	<0.001
Değişmez	38	12.7	63	30.0	101	19.9		
Sevinçli/mutlu/heyecanlı								
Artar	141	47.2	105	50.0	246	48.4		
Azalı	77	25.8	25	11.9	102	20.0	16.734	<0.001
Değişmez	81	27.0	80	38.1	161	31.6		
Stresli/endişeli								
Artar	99	33.1	47	22.4	146	28.7		
Azalı	175	58.5	117	55.7	292	57.4	21.343	<0.001
Değişmez	25	8.4	46	21.9	71	13.9		

Pearson- χ^2 , $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.7. Bireylerin Besin Tüketim Sıklıkları

Tablo 4.12'de bireylerin besin tüketim sıklığına ilişkin veriler yer almaktadır. Bireylerin %47.2'sinin her gün süt tükettiği, %1.8'inin hiç süt tüketmediği belirlenmiştir. Bireylerin %34.6'sının her gün yoğurt, %54.8'inin her gün peynir tükettiği saptanmıştır. Bireylerin et tüketimi incelendiğinde; %50.1'inin haftada 1-2 kere kırmızı et, %57.3'ünün haftada 1-2 kere tavuk, %21'inin ise haftada 1-2 kere balık tükettiği belirlenmiştir. Bireylerin %18.9'u haftada 1-2 kere sucuk, %8.1'i haftada 1-2 kere salam tüketmektedir. Bireylerin %42.7'sinin her gün yumurta tükettiği, %8.8'inin hiç tüketmediği görülmüştür. Bireylerin %61.1'i her gün ekmek tüketirken, %35.6'sı hiç tüketmemektedir.

Çalışmaya katılan bireylerin yağ tüketimi incelendiğinde; %65.6'sının her gün bitkisel yağ, %47.9'unun ayda bir veya daha az margarin, %40.4'ünün her gün tereyağı tükettiği saptanmıştır. Her gün bireylerin %17.6'sı şeker, %21'i bal/reçel tüketmektedir. Bireylerin %31.2'sinin haftada 1-2 kere hamur tatlısı tükettiği görülmüştür. Bireylerin %15.4'ü her gün çikolata tükettiğini belirtmiştir.

Bireylerin %19.1'inin her gün hazır meyve suyu tükettiği, %36.8'inin hiç hazır meyve suyu tüketmediği saptanmıştır. Bireylerin %33.5'i haftada 3-4 kere gazlı içecek içmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin sebze ve meyve tüketimi değerlendirildiğinde; her gün %38.9'unun meyve, %35.8'inin ise sebze tükettiği görülmüştür. Bireylerin %5.9'unun her gün ve %25.2'sinin haftada 1-2 kere hazır yemek tükettiği belirlenmiştir.

Tablo 4.12. Bireylerin besin tüketim sıklığının dağılımı.

Besinler	Hiç		Ayda ≤ 1		15 günde 1		Haftada 5-4		Haftada 3-4		Haftada 1-2		Her gün		Her öğün	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Süt	9	1.8	94	18.5	59	11.6	58	11.4	7	1.4	41	8.1	241	47.2	-	-
Yoğurt	26	5.1	176	25.3	12	2.4	100	19.6	37	7.3	20	3.9	176	34.6	9	1.8
Peynir	39	7.7	10	2.0	67	13.2	60	11.8	32	6.3	12	2.2	279	54.8	10	2.0
Kırmızı et	7	1.4	24	4.7	66	13.0	83	16.3	24	4.7	255	50.1	50	9.8	-	-
Tavuk	9	1.8	20	3.9	68	13.4	77	15.1	10	2.0	292	57.3	33	6.5	-	-
Balık	156	30.6	55	10.9	160	31.4	25	4.9	4	0.8	107	21.0	2	0.4	-	-
Sucuk	5	1.0	84	16.6	135	26.5	43	8.4	15	2.9	96	18.9	131	25.7	-	-
Salam	2	0.4	261	51.2	63	12.4	24	4.7	11	2.2	41	8.1	107	21.0	-	-
Yumurta	45	8.8	34	2.4	105	20.6	74	14.5	28	5.5	28	5.5	217	42.7	-	-
Ekmek	181	35.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	311	61.1	17	3.3
Bitkisel yağ	-	-	12	2.4	71	13.9	38	7.5	26	5.1	11	2.2	334	65.6	17	3.3
Margarin	13	2.6	244	47.9	88	17.3	38	7.5	17	3.3	35	6.9	74	14.5	-	-

Tablo 4.12. (devam) Bireylerin besin tüketim sıklığının dağılımı.

Besinler	Hiç		Ayda ≤1		15 günde 1		Haftada 5-4		Haftada 3-4		Haftada 1-2		Her gün		Her öğün	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Tereyağı	45	8.8	40	7.9	-	-	60	11.8	123	24.2	35	6.9	206	40.4	-	-
Şeker	90	17.7	134	26.3	88	17.3	40	7.9	29	5.7	38	7.5	90	17.6	-	-
Bal/reçel	39	7.6	117	23.0	116	22.8	60	11.8	30	5.9	40	7.9	107	21	-	-
Hamur tatlısı	12	2.4	111	21.8	116	22.8	47	9.2	41	8.1	159	31.2	23	4.5	-	-
Çikolata	27	5.3	74	14.5	151	29.7	77	15.1	49	9.6	53	10.4	78	15.4	-	-
Hazır meyve suyu	188	36.8	21	4.1	85	16.7	32	6.3	14	2.8	58	11.4	97	19.1	14	2.8
Gazlı içecek	11	2.2	31	6.1	95	18.7	39	7.7	171	33.5	68	13.4	94	18.4	-	-
Meyve	56	11.0	11	2.1	116	22.8	74	14.5	34	6.7	12	2.4	198	38.9	8	1.6
Sebze	62	12.2	7	1.3	117	23.0	79	15.5	36	7.1	20	3.9	182	35.8	6	1.2
Hazır yemek	11	2.2	135	26.5	133	26.1	47	9.2	25	4.9	128	25.2	30	5.9	-	-

4.8. Ölçeklere İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

4.8.1. Bireylerin COVID-19 Korkusu Ölçeği (CKÖ), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) ve Yetişkinler İçin Beslenme Bilgi Düzeyi Değerlendirme (YETBİD) Ölçeği Puanlarının İncelenmesi

Bireylerin COVID-19 Korkusu Ölçeği (CKÖ), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) ve Yetişkinler İçin Beslenme Bilgi Düzeyi Değerlendirme (YETBİD) Ölçeği puanlarının ortalama, standart sapma, ortanca ve alt-üst değerleri tablo 4.13'te yer almaktadır. CKÖ puanları 16.97 ± 6.17 olarak saptanmıştır. YETBİD ölçeğine ait temel beslenme bölümünün puanları 54.31 ± 7.69 , besin tercihi bölümünün puanları 37.05 ± 6.29 'dur. Çalışmaya katılan bireylerin SYBDÖ II puanları incelendiğinde ölçek toplam puanı 121.11 ± 19.24 ; alt boyutlarından olan "Sağlık Sorumluluğu" 18.51 ± 4.49 , "Beslenme" 19.99 ± 3.86 , "Fiziksel Aktivite" 15.68 ± 5.17 , "Stres Yönetimi" 18.49 ± 3.91 , "Kişiler Arası İlişkiler" 23.46 ± 4.19 ve "Manevi Gelişim" ise 24.98 ± 4.82 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.13. CKÖ, YETBİD ve SYBDÖ II puanlarının dağılımı.

Ölçekler (n=509)		$\bar{X}$	SS	Ortanca	Alt	Üst
COVID-19 Korkusu		16.97	6.17	16.0	7.0	35.0
Yetişkinler İçin Beslenme Bilgi Düzeyi	Temel beslenme	54.31	7.69	54.0	31.0	76.0
	Besin tercihi	37.05	6.29	37.0	8.0	48.0
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Sağlık sorumluluğu	18.51	4.49	18.0	9.0	30.0
	Fiziksel aktivite	15.68	5.17	15.0	8.0	32.0
	Beslenme	19.99	3.86	20.0	10.0	31.0
	Manevi gelişim	24.98	4.82	25.0	10.0	36.0
	Kişiler arası ilişkiler	23.46	4.19	23.0	12.0	35.0
	Stres yöntemi	18.49	3.91	18.0	9.0	32.0
	Toplam SYBDÖ II	121.11	19.24	120.0	69.0	178.0

Tablo 4.14’te çalışmada kullanılan ölçeklere ilişkin güvenilirlik katsayıları incelenmiştir. CKÖ için Cronbach alfa katsayısı $\alpha=0.876$, YETBİD Ölçeği Temel Beslenme bölümü için $\alpha=0.772$, YETBİD Ölçeği Besin Tercihi bölümü için $\alpha=0.817$ ve SYBDÖ II için $\alpha=0.916$ olarak bulunmuştur. Cronbach alfa katsayısının değerlendirilmesinde; $0.0 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir, $0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir, $0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir, $0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir (194). Buna göre bireylerin ölçeklere verdiği cevaplar güvenilir düzeydedir.

Tablo 4.14. CKÖ, YETBİD ve SYBDÖ II Cronbach- α katsayılarının incelenmesi.

Ölçekler (n=509)		Madde sayısı	Cronbach- α katsayısı
COVID-19 Korkusu		7	0.876
Yetişkinler İçin Beslenme Bilgi Düzeyi	Temel beslenme	20	0.772
	Besin tercihi	12	0.817
	Sağlık sorumluluğu	9	0.805
	Fiziksel aktivite	8	0.872
	Beslenme	9	0.635
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Manevi gelişim	9	0.795
	Kişiler arası ilişkiler	9	0.730
	Stres yöntemi	8	0.716
	Toplam SYBDÖ II	52	0.916

4.8.2. Bireylerin Genel Tanımlayıcı Özelliklerine Göre CKÖ Puanlarının Dağılımı

Bireylerin genel tanımlayıcı özelliklerine göre COVID-19 korkusunun değerlendirilmesi Tablo 4.15’te gösterilmiştir. Kadınların COVID-19 Korkusu Ölçeği puanlarının (18.21 ± 6.22) erkeklere (15.25 ± 5.66) göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($Z=-5.350$, $p<0.001$). Çalışmaya katılan bireylerin yaş ile medeni, öğrenim, çalışma, gelir, COVID-19 geçirme ve hastalık durumuna göre COVID-19 korkusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.15. Bireylerin genel tanımlayıcı özelliklerine göre CKÖ puanlarının dağılımı.

Genel Özellikler	S	COVID-19 Korkusu Ölçeği		Test İstatistiği	P
		$\bar{X} \pm SS$	Ortanca [IQR]		
Cinsiyet					
Kadın	299	18.21±6.22	18.0 [9.0]	-5.350*	<0.001
Erkek	210	15.25±5.66	14.0 [8.0]		
Yaş aralığı					
18-24	159	16.55±6.28	15.0 [9.0]	6.306**	0.177
25-34	207	17.05±5.98	16.0 [9.0]		
35-44	77	17.16±5.90	16.0 [9.5]		
45-54	48	16.58±6.25	14.5 [8.8]		
55-64	18	20.44±7.57	22.5 [13.8]		
Medeni durum					
Evli	191	16.92±6.37	16.0 [9.0]	-0.436*	0.663
Bekar	318	17.03±6.05	16.0 [9.0]		
Öğrenim durumu					
Ortaokul	27	17.37±6.79	17.0 [8.0]	2.359**	0.501
Lise	102	16.65±6.68	15.0 [9.3]		
Lisans	288	16.86±5.98	16.0 [8.0]		
Lisansüstü	92	17.64±6.01	17.0 [9.8]		
Çalışma durumu					
Çalışmıyor	223	17.02±6.38	16.0 [9.0]	0.122**	0.941
Kamu	148	16.84±5.74	15.0 [9.0]		
Özel	138	17.09±6.29	17.0 [9.3]		
Gelir durumu					
Gelir giderden az	167	17.96±6.37	17.0 [10.0]	4.929**	0.085
Gelir gidere eşit	193	16.61±6.22	15.0 [9.0]		
Gelir giderden fazla	149	16.38±5.77	15.0 [9.5]		
COVID-19					
Geçirmiş	73	16.05±6.55	15.0 [10.5]	4.067**	0.131
Geçirmemiş	397	17.01±6.02	16.0 [9.0]		
Karantinada kalmış	39	18.46±6.77	19.0 [9.0]		
Hastalık durumu					
Var	104	18.06±6.36	17.5 [10.8]	-1.949*	0.051
Yok	405	16.71±6.09	15.0 [9.0]		

*Mann-Whitney U test, **Kruskal-Wallis H test, p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.8.3. Bireylerin BKİ ve Pandemi Döneminde Ağırlık Değişimlerine Göre CKÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Bireylerin BKİ sınıfları ve pandemi döneminde ağırlık değişimlerine göre CKÖ puan ortalamaları Tablo 4.16’da yer almaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin BKİ sınıflarına göre CKÖ puan ortalamalarına bakıldığında; zayıf olanların 19.00 ± 6.48 ,

normal olanların 16.88 ± 5.99 , hafif şişman olanların 16.91 ± 6.38 , obez olanların ise 16.67 ± 6.29 'dur ($p > 0.05$). Pandemi döneminde ağırlık değişimine göre CKÖ puanlarına bakıldığında vücut ağırlığı artan bireylerin 16.78 ± 6.00 , vücut ağırlığı azalan bireylerin 17.87 ± 6.24 , vücut ağırlığı değişmeyen bireylerin ise 16.71 ± 6.27 puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.16. Bireylerin BKİ ve pandemi döneminde ağırlık değişimlerine göre CKÖ puanlarının dağılımı.

BKİ ve Ağırlık Değişimi	S	COVID-19 Korkusu Ölçeği		Test İstatistiği	P
		$\bar{X} \pm SS$	Ortanca [IQR]		
BKİ					
Zayıf	28	19.00 ± 6.48	17.0 [11.5]	2.674*	0.445
Normal	278	16.88 ± 5.99	16.0 [8.0]		
Hafif Şişman	152	16.91 ± 6.38	15.0 [9.7]		
Obez	51	16.67 ± 6.29	15.0 [9.0]		
Ağırlık Değişimi					
Arttı	199	16.78 ± 6.00	16.0 [8.0]	2.396*	0.302
Azaldı	110	17.87 ± 6.24	16.5 [9.2]		
Değişmedi	200	16.71 ± 6.27	16.0 [10.0]		

*Kruskall-Wallis H test, $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.8.4. Bireylerin YETBİD Ölçeği Puanlarına Göre Gruplandırılması

Bireylerin temel beslenme ve besin tercihi bilgi düzeyi puanlarına göre yapılan gruplandırma Tablo 4.17'de verilmiştir. Bireylerin temel beslenme bilgi düzeyleri incelendiğinde %50.9'unun orta düzeyde temel beslenme bilgi düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Bireylerin %32.6'sı iyi, %8.3'ü kötü, %8.2'si ise çok iyi düzeyde temel beslenme bilgisine sahiptir. Bireylerin besin tercihi bilgi düzeylerine bakıldığında; %37.3'ünün orta, %31'inin iyi, %21.7'sinin çok iyi ve %10'unun kötü düzeyde besin tercihi bilgisine sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.17. Bireylerin YETBİD Ölçeği puanlarına göre gruplandırılması.

Bilgi Düzeyi	Temel Beslenme		Besin Tercihi	
	S	%	S	%
Kötü	42	8.3	51	10.0
Orta	259	50.9	190	37.3
İyi	166	32.6	158	31.0
Çok iyi	42	8.2	110	21.7

4.8.5. Bireylerin Genel Tanımlayıcı Özelliklerine Göre YETBİD Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Bireylerin genel bulgularına göre beslenme bilgi puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.18’de verilmiştir. Yaş sınıflarına göre temel beslenme puanları incelendiğinde 18-24 yaş arası 52.78 ± 7.81 , 25-34 yaş arası 54.14 ± 7.74 , 35-44 yaş arası 56.96 ± 6.76 , 45-54 yaş arası 55.89 ± 7.39 ve 55-64 yaş arası 54.22 ± 7.64 puan alınmış olup anlamlı bir fark bulunmuştur ($\chi^2=19.753$, $p=0.001$). 35-44 yaş aralığında olanların temel beslenme puanları, 18-24 ve 25-34 yaş aralığında olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Yaş sınıflarına göre besin tercihi puanları değerlendirildiğinde 18-24 yaş arası 35.03 ± 6.50 , 25-34 yaş arası 37.42 ± 6.50 , 35-44 yaş arası 38.57 ± 4.98 , 45-54 yaş arası 38.87 ± 5.27 ve 55-64 yaş arası 39.33 ± 4.95 puan almış olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($\chi^2=24.571$, $p<0.001$). 18-24 yaş aralığında olanların besin tercihi puanları, 25-34, 35-44 ve 45-54 yaş aralığında olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür. Kadınların temel beslenme puanları 54.61 ± 7.87 , besin tercihi puanları 37.52 ± 6.20 ; erkeklerin ise temel beslenme puanları 53.87 ± 7.43 , besin tercihi puanları 36.37 ± 6.37 ’dir ($p>0.05$). Evli olanların temel beslenme puanları 55.61 ± 7.25 , besin tercihi puanları 38.86 ± 5.59 ’dur. Bekar olanların ise temel beslenme puanları 53.53 ± 7.85 , besin tercihi puanları 35.96 ± 6.44 ’tür. Evli olanların temel beslenme ve besin tercihi bilgi puanları, bekar olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($Z=-2.941$, $p=0.003$; $Z=-4.939$, $p<0.001$). Lisansüstü mezunu olanların temel beslenme puanlarının (57.28 ± 8.49) ortaokul (49.26 ± 7.35), lise (52.53 ± 7.33) ve lisans (54.47 ± 7.19) mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($\chi^2=31.348$, $p<0.001$). Lise mezunu olanların besin tercihi puanlarının (34.44 ± 6.70) lisans (37.48 ± 5.76) ve lisansüstü (38.68 ± 6.45) mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır ($\chi^2=22.996$, $p<0.001$). Çalışmayanların temel beslenme puanları (53.16 ± 7.67), kamuda çalışanlara (56.14 ± 7.79) göre daha düşüktür ($\chi^2=15.799$, $p<0.001$). Çalışmayanların (36.17 ± 6.39) ve özel sektörde çalışanların (36.84 ± 6.16) besin tercihi puanları, kamuda çalışanlara (38.58 ± 6.01) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür ($\chi^2=14.499$, $p=0.001$). Geliri giderinden az olanların temel beslenme ve besin tercihi puanlarının (53.26 ± 8.09 , 35.84 ± 6.63), geliri giderine eşit olanlara göre (55.21 ± 7.99 , 37.97 ± 6.16) anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır ($\chi^2=6.573$, $p=0.037$; $\chi^2=10.474$, $p=0.005$). Hastalığı olanların temel beslenme puanları

(56.16±7.68), hastalığı olmayanlara (53.84±7.63) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Z=-2.082, p=0.037). Hastalık varlığına göre besin tercihi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.18. Bireylerin genel özelliklerine göre YETBİD Ölçeği puanlarının dağılımı.

Genel Özellikler	S	Yetişkinler İçin Beslenme Bilgi Düzeyi Ölçeği			
		Temel Beslenme		Besin Tercihi	
		$\bar{X} \pm SS$	Ortanca [IQR]	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca [IQR]
Yaş aralığı					
18-24 ⁽¹⁾	159	52.78±7.81	52.0 [11.0]	35.03±6.50	35.0 [8.0]
25-34 ⁽²⁾	207	54.14±7.74	54.0 [9.0]	37.42±6.50	39.0 [10.0]
35-44 ⁽³⁾	77	56.96±6.76	56.0 [9.0]	38.57±4.98	38.0 [9.0]
45-54 ⁽⁴⁾	48	55.89±7.39	56.5 [9.8]	38.87±5.27	38.5 [9.0]
55-64 ⁽⁵⁾	18	54.22±7.64	52.0 [9.0]	39.33±4.95	39.0 [7.3]
Test istatistiği		$\chi^2=19.753^*$		$\chi^2=24.571^*$	
p		0.001 [3-1,2]		<0.001 [1-2,3,4]	
Cinsiyet					
Kadın	299	54.61±7.87	54.0 [11.0]	37.52±6.20	38.0 [10.0]
Erkek	210	53.87±7.43	54.0 [9.0]	36.37±6.37	37.0 [9.0]
Test istatistiği		Z=-0.488**		Z=-1.906**	
p		0.626		0.057	
Medeni durum					
Evli	191	55.61±7.25	55.0 [9.0]	38.86±5.59	39.0 [9.0]
Bekar	318	53.53±7.85	53.0 [10.3]	35.96±6.44	35.0 [9.0]
Test istatistiği		Z=-2.941**		Z=-4.939**	
p		0.003		<0.001	
Öğrenim durumu					
Ortaokul ⁽¹⁾	27	49.26±7.35	50.0 [6.0]	36.74±6.99	38.0 [10.0]
Lise ⁽²⁾	102	52.53±7.33	52.0 [10.0]	34.44±6.70	34.0 [8.0]
Lisans ⁽³⁾	288	54.47±7.19	54.0 [10.0]	37.48±5.76	39.0 [9.0]
Lisansüstü ⁽⁴⁾	92	57.28±8.49	57.0 [10.5]	38.68±6.45	38.5 [11.0]
Test istatistiği		$\chi^2=31.348^*$		$\chi^2=22.996^*$	
p		<0.001 [4-1,2,3]		<0.001 [2-3,4]	
Çalışma durumu					
Çalışmıyor ⁽¹⁾	223	53.16±7.67	52.0 [10.0]	36.17±6.39	36.0 [9.0]
Kamu ⁽²⁾	148	56.14±7.79	56.0 [9.8]	38.58±6.01	40.0 [9.0]
Özel ⁽³⁾	138	54.22±7.29	54.0 [8.3]	36.84±6.16	37.0 [10.0]
Test istatistiği		$\chi^2=15.799^*$		$\chi^2=14.499^*$	
p		<0.001 [1-2]		0.001 [1-3]	
Gelir durumu					
Gelir giderden az ⁽¹⁾	167	53.26±8.09	53.0 [10.0]	35.84±6.63	35.0 [8.0]
Gelir gidere eşit ⁽²⁾	193	55.21±7.99	55.0 [12.0]	37.97±6.16	39.0 [8.0]
Gelir giderden fazla ⁽³⁾	149	54.32±6.67	54.0 [8.0]	37.21±5.88	37.0 [9.0]
Test istatistiği		$\chi^2=6.573^*$		$\chi^2=10.474^*$	
p		0.037 [1-2]		0.005 [1-2]	
Hastalık durumu					
Var	104	56.16±7.68	55.0 [11.0]	38.26±5.56	38.0 [9.0]
Yok	405	53.84±7.63	54.0 [9.5]	36.74±6.43	37.0 [10.0]
Test istatistiği		Z=-2.082**		Z=-1.835**	
p		0.037		0.067	

*Kruskall-Wallis H test, **Mann-Whitney U test, p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.8.6. Bireylerin BKİ ve Pandemi Döneminde Ağırlık Değişimlerine Göre YETBİD Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Bireylerin BKİ ve pandemi döneminde ağırlık değişimlerine göre beslenme bilgi puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.19’da verilmiştir. BKİ sınıflarına göre temel beslenme puanları incelendiğinde; zayıf grup 53.43±7.14, normal grup 54.01±7.83, hafif şişman grup 54.57±6.84 ve obez grup 55.69±9.46 puanına sahiptir ($p>0.05$). BKİ sınıflarına göre besin tercihi puanları incelendiğinde ise; zayıf grup 36.46±5.90, normal grup 36.83±6.42, hafif şişman grup 36.92±6.36 ve obez grup 39.00±5.31 puanına sahiptir ($p>0.05$). Bireylerin pandemi döneminde ağırlık değişimlerine göre beslenme bilgi düzeylerine bakıldığında ağırlık değişimlerine göre temel beslenme bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Pandemiye vücut ağırlığındaki değişime göre besin tercihi puanları incelendiğinde; vücut ağırlığı azalan bireylerin besin tercihi puanları (35.47±6.02), vücut ağırlığı artan (37.63±6.37) ve değişmeyenlere (37.35±6.25) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($\chi^2=9.353$, $p=0.009$).

Tablo 4.19. Bireylerin BKİ ve pandemi döneminde ağırlık değişimlerine göre YETBİD Ölçeği puanlarının dağılımı.

BKİ ve Ağırlık Değişimi	S	Yetişkinler İçin Beslenme Bilgi Düzeyi Ölçeği			
		Temel beslenme		Besin tercihi	
		$\bar{X} \pm SS$	Ortanca [IQR]	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca [IQR]
BKİ					
Zayıf	28	53.43±7.14	53.5 [9.8]	36.46±5.90	34.0 [8.8]
Normal	278	54.01±7.83	54.0 [10.0]	36.83±6.42	37.0 [10.0]
Hafif Şişman	152	54.57±6.84	55.0 [9.0]	36.92±6.36	37.0 [8.8]
Obez	51	55.69±9.46	54.0 [10.0]	39.00±5.31	39.0 [8.0]
Test istatistiği		$\chi^2=1.934^*$		$\chi^2=6.189^*$	
p		0.586		0.103	
Ağırlık değişimi					
Arttı ⁽¹⁾	199	54.75±7.55	54.0 [9.0]	37.63±6.37	37.0 [10.0]
Azaldı ⁽²⁾	110	53.90±7.28	54.0 [10.0]	35.47±6.02	35.5 [9.0]
Değişmedi ⁽³⁾	200	54.11±8.06	53.5 [10.0]	37.35±6.25	38.0 [9.0]
Test istatistiği		$\chi^2=1.091^*$		$\chi^2=9.353^*$	
p		0.579		0.009 [2-1,3]	

*Kruskall-Wallis H test, $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.8.7. Bireylerin Diyet Uygulama ve Bazı Beslenme Alışkanlıklarına Göre YETBİD Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.20’de bireylerin bazı beslenme alışkanlıklarına göre YETBİD Ölçeği puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Diyet uygulayanların temel beslenme puanları 56.23 ± 6.13 , diyet uygulamayanların 54.05 ± 7.84 ’tür ($Z = -2.267$, $p = 0.023$). Diyet uygulama durumuna göre besin tercihi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Bireylerin diyet uygulama nedenlerine göre temel beslenme ve besin tercihi bilgi düzeylerine bakıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Bireylerin ana öğün sayısına göre temel beslenme bilgi puanları incelendiğinde; 1 ana öğün yapanların puanı 49.13 ± 6.08 , 2 ana öğün yapanların puanı 54.61 ± 8.11 , 3 ana öğün yapanların puanı ise 54.17 ± 7.22 olarak bulunmuştur ($p > 0.05$). Bireylerin ana öğün sayısına göre besin tercihi bilgi puanlarına bakıldığında; 1 ana öğün yapanların puanı 33.75 ± 7.89 , 2 ana öğün yapanların puanı 37.38 ± 6.11 , 3 ana öğün yapanların puanı ise 36.81 ± 6.42 olarak belirlenmiştir ($p > 0.05$). Ara öğün yapmayan bireylerin puanı 54.58 ± 7.01 , 1 ara öğün yapanların puanı 53.29 ± 7.27 , 2 ara öğün yapanların puanı 55.56 ± 8.06 , 3 ve üzeri ara öğün yapanların puanı ise 52.69 ± 8.15 ’tir. 3 ve üzeri ara öğün yapanların temel beslenme puanları, 2 ara öğün yapanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($\chi^2 = 11.116$, $p = 0.011$). Bireylerin ara öğün sayısına göre besin tercihi bilgi puanları incelendiğinde; ara öğün yapmayanların puanı 37.60 ± 6.05 , 1 ara öğün yapanların puanı 36.89 ± 6.43 , 2 ara öğün yapanların puanı 37.49 ± 6.06 , 3 ve üzeri ara öğün yapanların puanı ise 35.28 ± 6.77 olarak saptanmıştır ($p > 0.05$). Bireylerin ana öğün atlama durumları ve atlanan öğüne göre temel beslenme ve besin tercihi bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Yemeğin tadına bakmadan tuz atan bireylerin puanı 53.69 ± 8.06 , yemeğin tadına bakmadan tuz atmayanların puanı 54.51 ± 7.52 , yemeğin tadına bakmadan bazen tuz atanların puanı 53.85 ± 8.48 ’dir ($p > 0.05$). Bireylerin yemeğin tadına bakmadan tuz ekleme durumlarına göre besin tercihi bilgi puanları incelendiğinde; yemeğin tadına bakmadan tuz atanların puanı 35.48 ± 7.06 , yemeğin tadına bakmadan tuz atmayanların puanı 37.56 ± 6.02 , yemeğin tadına bakmadan bazen tuz atanların puanı 35.88 ± 6.63

olarak belirlenmiştir. Yemeğin tadına bakmadan tuz eklemeyenlerin besin tercihi puanları diğer bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($\chi^2=7.521$, $p=0.023$).

Tablo 4.20. Bireylerin beslenme alışkanlıklarına göre YETBİD Ölçeği puanlarının dağılımı.

Beslenme Alışkanlıkları	S	Yetişkinler İçin Beslenme Bilgi Düzeyi Ölçeği			
		Temel beslenme		Besin tercihi	
		$\bar{X} \pm SS$	Ortanca [IQR]	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca [IQR]
Diyet uygulama					
Evet	61	56.23±6.13	56.0 [8.5]	37.66±6.04	38.0 [8.0]
Hayır	448	54.05±7.84	54.0 [10.0]	36.97±6.33	37.0 [9.8]
Test istatistiği		Z=-2.267*		Z=-0.949*	
p		0.023		0.343	
Diyet nedeni					
Ağırlık kaybı	37	56.65±6.50	56.0 [10.0]	37.95±6.47	38.0 [10.0]
Ağırlık kazanımı	7	54.71±3.95	54.0 [10.0]	38.43±5.56	39.0 [9.0]
Sağlık sorunları	17	55.94±6.21	56.0 [8.0]	36.71±5.42	37.0 [7.0]
Test istatistiği		F=0.312***		$\chi^2=0.631^{**}$	
p		0.734		0.729	
Ana öğün sayısı					
1	8	49.13±6.08	50.5 [12.3]	33.75±7.89	34.5 [16.0]
2	306	54.61±8.11	54.0 [10.0]	37.38±6.11	38.0 [9.0]
3	195	54.17±7.22	54.0 [9.0]	36.81±6.42	37.0 [10.0]
Test istatistiği		$\chi^2=4.043^{**}$		$\chi^2=2.607^{**}$	
p		0.132		0.272	
Ara öğün sayısı					
Ara öğün yok ⁽¹⁾	106	54.58±7.01	55.0 [10.0]	37.60±6.05	39.0 [11.0]
1 ⁽²⁾	152	53.29±7.27	53.0 [9.0]	36.89±6.43	38.0 [10.0]
2 ⁽³⁾	186	55.56±8.06	55.0 [11.0]	37.49±6.06	37.5 [8.0]
3 ve üzeri ⁽⁴⁾	65	52.69±8.15	51.0 [10.5]	35.28±6.77	34.0 [8.0]
Test istatistiği		$\chi^2=11.116^{**}$		$\chi^2=5.674^{**}$	
p		0.011 [3-4]		0.129	
Ana öğün atlama					
Evet	314	54.26±7.93	54.0 [10.0]	37.21±6.32	37.0 [9.0]
Hayır	195	54.39±7.30	54.0 [9.0]	36.79±6.24	37.0 [10.0]
Test istatistiği		Z=0.714*		Z=-0.652*	
p		0.475		0.514	
Atlanan öğün					
Sabah	123	54.46±8.51	53.0 [13.0]	37.46±7.10	39.0 [10.0]
Öğle	177	54.06±7.59	54.0 [9.0]	37.07±5.71	37.0 [8.0]
Akşam	14	55.07±7.40	57.5 [12.2]	36.86±6.85	38.0 [14.2]
Test istatistiği		$\chi^2=0.923^{**}$		$\chi^2=0.461^{**}$	
p		0.630		0.794	
Tuz ekleme					
Evet ⁽¹⁾	65	53.69±8.06	54.0 [12.0]	35.48±7.06	36.0 [11.5]
Hayır ⁽²⁾	372	54.51±7.52	54.0 [9.0]	37.56±6.02	38.0 [9.0]
Bazen ⁽³⁾	72	53.85±8.48	54.0 [11.7]	35.88±6.63	34.0 [10.7]
Test istatistiği		$\chi^2=0.605^{**}$		$\chi^2=7.521^{**}$	
p		0.739		0.023 [1-2]	

*Mann-Whitney U test, **Kruskall-Wallis H test, ***ANOVA test, $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 4.21’de bireylerin üzüntülü/yorgun, sinirli/öfkeli, sevinçli/mutlu ve stres/endişeli durumlarda iştah düzeylerinin değişmesine göre temel beslenme ve besin tercihi puanları gösterilmiştir. Üzüntülü/yorgun, sinirli/öfkeli, sevinçli/mutlu/heyecanlı ve stresli/endişeli durumlarda iştah düzeyinin değişmesine göre temel beslenme ve besin tercihi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.21. Bireylerin duygu durumuna göre YETBİD Ölçeği puanlarının dağılımı.

Duygu Durumları	S	Yetişkinler İçin Beslenme Bilgi Düzeyi Ölçeği			
		Temel beslenme		Besin tercihi	
		$\bar{X} \pm SS$	Ortanca [IQR]	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca [IQR]
Üzüntülü/yorgun					
Artar	115	53.17±8.26	55.0 [11.0]	37.26±6.29	38.0 [10.0]
Azalır	318	54.15±7.18	54.0 [9.0]	36.94±6.15	37.0 [8.0]
Değişmez	76	53.68±8.80	54.0 [11.8]	37.20±6.90	39.0 [9.0]
Test istatistiği		$\chi^2=1.386^*$		$\chi^2=0.734^*$	
p		0.500		0.693	
Sinirli/öfkeli					
Artar	158	55.78±7.64	54.0 [10.0]	37.01±6.29	36.0 [8.3]
Azalır	250	53.82±7.60	54.0 [9.3]	37.27±6.17	37.0 [9.3]
Değişmez	101	53.22±7.72	54.0 [10.5]	36.60±6.61	37.0 [9.0]
Test istatistiği		$\chi^2=5.831^*$		$\chi^2=0.233^*$	
p		0.054		0.890	
Sevinçli/mutlu/heyecanlı					
Artar	246	54.26±6.87	54.0 [8.0]	36.80±6.23	37.0 [9.0]
Azalır	102	54.76±8.65	53.5 [12.0]	37.08±6.03	36.0 [7.3]
Değişmez	161	54.11±8.24	54.0 [10.5]	37.43±6.56	38.0 [9.5]
Test istatistiği		$\chi^2=0.110^*$		$\chi^2=1.546^*$	
p		0.946		0.462	
Stresli/endişeli					
Artar	146	55.33±7.60	54.5 [11.0]	37.29±6.00	36.0 [10.0]
Azalır	292	54.02±7.59	54.0 [9.0]	37.10±6.13	37.0 [9.0]
Değişmez	71	53.44±8.18	54.0 [11.0]	36.38±7.48	38.0 [11.0]
Test istatistiği		$\chi^2=2.378^*$		$\chi^2=0.311^*$	
p		0.305		0.856	

*Kruskall-Wallis H test, $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.8.8. Bireylerin Genel Tanımlayıcı Özelliklerine ve BKİ Sınıflarına Göre SYBDÖ II Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.22’de bireylerin genel özelliklerine göre SYBDÖ II puanlarının değerlendirilmesi verilmiştir.

Bireylerin yaş aralığına göre ölçeğin alt boyutlarından sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi ile SYBDÖ II toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bireylerin yaş gruplarına göre sağlık sorumluluğu puanlarına bakıldığında; 18-24 yaş grubunun 17.45 ± 4.17 , 25-34 yaş grubunun 18.77 ± 4.48 , 35-44 yaş grubunun 18.80 ± 4.41 , 45-54 yaş grubunun 19.02 ± 4.96 ve 55-64 yaş grubunun 22.05 ± 4.05 puan aldığı belirlenmiştir. Anlamlı farkın 55-64 yaş ile 18-24 ve 25-34 yaş gruplarından kaynaklandığı tespit edilmiştir ($\chi^2=19.324$, $p=0.001$). Çalışmaya katılan bireylerin fiziksel aktivite puanları değerlendirildiğinde; 18-24 yaş grubu 15.18 ± 4.86 , 25-34 yaş grubu 15.93 ± 5.16 , 35-44 yaş grubu 15.83 ± 5.83 , 45-54 yaş grubu 16.37 ± 5.58 , 55-64 yaş grubu 14.83 ± 3.75 puan almıştır ($p>0.05$). Bireylerin yaş gruplarına göre beslenme puanları incelendiğinde; 18-24 yaş arası grubun beslenme puanı (18.94 ± 3.26), 25-34 yaş (20.12 ± 3.80), 35-44 yaş (20.53 ± 4.15), 45-54 yaş (21.52 ± 4.69) ve 55-64 yaş (21.33 ± 3.74) göre anlamlı düzeyde daha düşüktür ($\chi^2=23.709$, $p<0.001$). Bireylerin yaş gruplarına göre manevi gelişim puanları değerlendirildiğinde; 55-64 yaş grubunun manevi gelişim puanları (28.50 ± 3.87), 18-24 yaş (24.06 ± 4.90), 25-34 yaş (25.03 ± 4.49) ve 35-44 yaş (24.66 ± 5.03) gruplarına göre anlamlı derecede daha yüksektir. 18-24 yaş grubunun kişiler arası ilişkiler puanları (22.40 ± 4.03), 25-34 yaş (23.87 ± 3.97) ve 55-64 yaş (25.67 ± 4.19) göre anlamlı düzeyde daha düşüktür ($\chi^2=24.808$, $p<0.001$). 18-24 yaş grubunun stres yönetimi puanları (17.82 ± 3.65), 45-54 yaş (20.15 ± 4.73) ve 55-64 yaş (20.83 ± 5.20) göre anlamlı düzeyde daha düşüktür ($\chi^2=16.890$, $p=0.002$). SYBDÖ II toplam puanlarına incelendiğinde ise; 18-24 yaş grubu 115.85 ± 18.14 , 25-34 yaş grubu 122.17 ± 18.59 , 35-44 yaş grubu 121.80 ± 18.26 , 45-54 yaş grubu 128.29 ± 22.21 ve 55-64 yaş grubu 133.22 ± 19.79 puanına sahiptir. 18-24 yaş arası grubun SYBDÖ II toplam puanı, 25-34 yaş, 45-54 yaş ve 55-64 yaşa göre anlamlı düzeyde daha düşüktür ($\chi^2=27.087$, $p<0.001$).

Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyete göre SYBDÖ II puanları incelendiğinde; cinsiyete göre ölçeğin alt boyutlarından sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve manevi

gelişim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların sağlık sorumluluğu puanları (18.93 ± 4.50), erkeklere (17.91 ± 4.40) göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($Z=-2.655$, $p=0.008$). Erkeklerin fiziksel aktivite puanları ise (16.00 ± 5.59), kadınlara (14.77 ± 4.66) göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($Z=-4.608$, $p<0.001$). Erkeklerin manevi gelişim puanları (25.60 ± 4.78) da kadınlara (24.54 ± 4.80) göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($Z=-2.483$, $p=0.013$). Cinsiyete göre ölçeğin alt boyutlarından beslenme, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi ile SYBDÖ II toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çalışmaya katılan bireylerin medeni durumuna göre SYBDÖ II puanları değerlendirildiğinde; evli olanların sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi ile SYBDÖ II toplam puanlarının bekar olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ancak medeni duruma göre ölçeğin alt boyutlarından fiziksel aktivite puanı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Evli olanların sağlık sorumluluğu puanları 19.10 ± 4.41 , fiziksel aktivite puanları 15.59 ± 5.16 , beslenme puanları 20.66 ± 4.07 , manevi gelişim puanları 26.08 ± 4.54 , kişiler arası ilişkiler puanları 24.23 ± 4.16 , stres yönetimi puanları 19.05 ± 4.04 ve SYBDÖ II toplam puanları 124.72 ± 19.04 olarak belirlenmiştir. Bekar olanların ise sağlık sorumluluğu puanları 18.16 ± 4.50 , fiziksel aktivite puanları 15.74 ± 5.18 , beslenme puanları 19.58 ± 3.68 , manevi gelişim puanları 24.31 ± 4.88 , kişiler arası ilişkiler puanları 22.99 ± 4.14 , stres yönetimi puanları 18.15 ± 3.79 ve SYBDÖ II toplam puanları 118.94 ± 19.06 olarak bulunmuştur.

Çalışmaya katılan bireylerin öğrenim durumlarına göre SYBDÖ II puanları değerlendirildiğinde; eğitim düzeyi arttıkça ölçeğin alt boyutlarından sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler ile SYBDÖ II toplam puanlarının arttığı ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Lisansüstü mezunu olanların sağlık sorumluluğu puanları (20.28 ± 4.88), ortaokul (16.93 ± 4.40), lise (18.05 ± 4.77) ve lisans mezunu (18.26 ± 4.12) olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($\chi^2=15.696$, $p=0.001$). Bireylerin kişiler arası ilişkiler boyutundan aldıkları puanlar incelendiğinde; ortaokul mezunlarının 22.07 ± 4.30 , lise mezunlarının 22.16 ± 4.26 , lisans mezunlarının 23.71 ± 3.96 ve lisansüstü mezunlarının 24.52 ± 4.39 puan aldığı belirlenmiştir ($\chi^2=20.351$, $p<0.001$). SYBDÖ II toplam puanları ise ortaokul mezunlarının 116.07 ± 19.56 , lise mezunlarının 117.40 ± 19.88 ,

lisans mezunlarının 121.09 ± 18.61 ve lisansüstü mezunlarının 126.75 ± 19.27 puan aldığı tespit edilmiştir ($\chi^2=14.251$, $p=0.003$). Eğitim düzeyine göre ölçeğin alt boyutlarından fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bireylerin çalışma durumuna göre ölçeğin alt boyutlarından sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler ile SYBDÖ II toplam puanları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Kamuda çalışanların sağlık sorumluluğu puanları (19.38 ± 4.52), çalışmayan (18.31 ± 4.70) ve özel sektörde çalışanlara (17.91 ± 3.96) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($\chi^2=8.796$, $p=0.012$). Kamuda çalışanların manevi gelişim puanları (26.11 ± 4.98), çalışmayanlara (24.09 ± 4.70) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($\chi^2=15.772$, $p<0.001$). Kamuda ve özel sektörde çalışanların kişiler arası ilişkiler puanları ise (24.24 ± 4.18 , 23.86 ± 4.04) çalışmayanlara (22.70 ± 4.17) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($\chi^2=13.929$, $p=0.001$). Ayrıca kamuda çalışanların SYBDÖ II toplam puanları (125.30 ± 20.86), çalışmayanlara (118.18 ± 19.02) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($\chi^2=10.567$, $p=0.005$). Çalışma durumuna göre ölçeğin alt boyutlarından fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çalışmaya katılan bireylerin gelir durumuna göre SYBDÖ II puanlarına bakıldığında; gelir durumuna göre ölçeğin alt boyutlarından fiziksel aktivite, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler ile SYBDÖ II toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Geliri giderinden fazla olanların fiziksel aktivite puanları (17.06 ± 6.11), geliri giderinden az (15.22 ± 4.46) ve geliri giderine eşit (15.02 ± 4.77) olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($\chi^2=7.730$, $p=0.021$). Geliri giderine eşit ve fazla olanların manevi gelişim puanları (25.15 ± 4.59 , 25.76 ± 5.04) ise geliri giderinden az olanlara (24.09 ± 4.77) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($\chi^2=8.480$, $p=0.014$). Geliri giderine eşit ve fazla olanların kişiler arası ilişkiler puanları (23.64 ± 4.10 , 23.96 ± 4.31), geliri giderinden az olanlara (22.80 ± 4.11) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($\chi^2=8.292$, $p=0.016$). Geliri giderinden fazla olanların SYBDÖ II toplam puanları (124.66 ± 21.69), geliri giderinden az olanlara (118.43 ± 18.75) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($F=4.255$, $p=0.015$). Gelir

durumuna göre ölçeğin alt boyutlarından sağlık sorumluluğu, beslenme ve stres yönetimi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çalışmaya katılan bireylerin hastalık durumuna göre SYBDÖ II puanları değerlendirildiğinde; hastalığı olan bireylerin sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişiler arası ilişkiler ile SYBDÖ II toplam puanlarının hastalığı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Hastalığı olanların sağlık sorumluluğu puanları 20.35 ± 4.39 , beslenme puanları 15.26 ± 4.56 , kişiler arası ilişkiler puanları 24.16 ± 3.85 ve SYBDÖ II toplam puanları 124.43 ± 17.36 olarak belirlenmiştir. Hastalığı olmayanların ise sağlık sorumluluğu puanları 18.03 ± 4.40 , beslenme puanları 19.81 ± 3.87 , kişiler arası ilişkiler puanları 23.28 ± 4.25 ve SYBDÖ II toplam puanları 120.26 ± 19.63 olarak bulunmuştur. Hastalık duruma göre ölçeğin alt boyutlarından fiziksel aktivite, manevi gelişim ve stres yönetimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.23'te BKİ sınıflarına göre SYBDÖ II puanlarının değerlendirilmesi yapılmıştır. BKİ sınıflarına göre sadece beslenme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Obez olan bireylerin beslenme puanları (21.38 ± 3.77), zayıf (18.43 ± 4.03) ve normal olanlara (19.74 ± 3.80) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 4.22. Bireylerin genel özelliklerine göre SYBDÖ II puanlarının dağılımı.

Genel Özellikler	S	Sağlık sorumluluğu		Fiziksel aktivite		Beslenme		Manevi gelişim		Kişiler arası ilişkiler		Stres yönetimi		Toplam SYBDÖ II	
		$\bar{X} \pm SS$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm SS$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm SS$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm SS$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm SS$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm SS$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm SS$	Medyan [IQR]
Yaş aralığı															
18-24 ⁽¹⁾	159	17.45±4.17	17.0 [5.0]	15.18±4.86	15.0 [7.0]	18.94±3.26	19.0 [5.0]	24.06±4.90	24.0 [8.0]	22.40±4.03	22.0 [5.0]	17.82±3.65	18.0 [4.0]	115.85±18.14	116.0 [24.0]
25-34 ⁽²⁾	207	18.77±4.48	19.0 [6.0]	15.93±5.16	15.0 [7.0]	20.12±3.80	20.0 [4.0]	25.03±4.49	25.0 [6.0]	23.87±3.97	24.0 [5.0]	18.42±3.70	18.0 [5.0]	122.14±18.59	120.0 [24.0]
35-44 ⁽³⁾	77	18.80±4.41	18.0 [5.0]	15.83±5.83	15.0 [7.0]	20.53±4.15	20.0 [5.0]	24.66±5.03	25.0 [7.5]	23.53±4.55	23.0 [6.5]	18.48±3.64	18.0 [5.0]	121.83±18.26	123.0 [27.0]
45-54 ⁽⁴⁾	48	19.02±4.96	18.0 [7.5]	16.37±5.58	16.0 [6.0]	21.52±4.69	21.0 [7.8]	26.98±4.89	27.0 [6.0]	24.25±4.34	23.5 [7.0]	20.15±4.73	20.0 [4.8]	128.29±22.21	128.0 [27.5]
55-64 ⁽⁵⁾	18	22.05±4.05	22.5 [6.5]	14.83±3.75	15.0 [5.5]	21.33±3.74	22.5 [5.0]	28.50±3.87	29.0 [4.0]	25.67±4.19	26.0 [6.3]	20.83±5.20	21.5 [6.5]	133.22±19.79	138.0 [23.0]
Test istatistiği		$\chi^2=19.324^*$		$\chi^2=2.919^*$		$\chi^2=23.709^*$		$\chi^2=24.808^*$		$\chi^2=18.744^*$		$\chi^2=16.890^*$		$\chi^2=27.087^*$	
p		0.001 [5-1,2]		0.571		<0.001 [1-2,3,4,5]		<0.001 [5-1,2,3]		0.001 [1-2,5]		0.002 [1-4,5]		<0.001 [1-2,4,5]	
Cinsiyet															
Kadın	299	18.93±4.50	19.0 [6.0]	14.77±4.66	14.0 [6.0]	19.97±3.85	20.0 [5.0]	24.54±4.80	25.0 [6.0]	23.58±4.36	23.0 [5.0]	18.30±3.85	18.0 [5.0]	120.08±19.19	119.0 [27.0]
Erkek	210	17.91±4.40	18.0 [5.0]	16.00±5.59	16.0 [7.0]	20.01±3.89	20.0 [4.0]	25.60±4.78	26.0 [7.0]	23.30±3.93	23.0 [5.0]	18.76±3.98	18.0 [5.0]	122.57±19.25	121.0 [26.3]
Test istatistiği		Z=-2.655**		Z=-4.608**		Z=-0.273**		Z=-2.483**		Z=-0.666**		Z=-1.273**		t=-1.440***	
p		0.008		<0.001		0.785		0.013		0.505		0.203		0.150	
Medeni durum															
Evli	191	19.10±4.41	19.0 [6.0]	15.59±5.16	15.0 [6.0]	20.66±4.07	21.0 [5.0]	26.08±4.54	26.0 [6.0]	24.23±4.16	24.0 [7.0]	19.05±4.04	19.0 [5.0]	124.72±19.04	125.0 [26.0]
Bekar	318	18.16±4.50	18.0 [6.0]	15.74±5.18	15.0 [6.0]	19.58±3.68	20.0 [5.0]	24.31±4.88	24.0 [7.0]	22.99±4.14	23.0 [6.0]	18.15±3.79	18.0 [5.0]	118.94±19.06	118.0 [24.5]
Test istatistiği		Z=-2.392**		Z=-0.013**		Z=-3.091**		Z=-3.871**		Z=-3.066**		Z=-2.360**		Z=-3.570**	
p		0.017		0.990		0.002		<0.001		0.002		0.018		0.001	
Öğrenim durumu															
Ortaokul ⁽¹⁾	27	16.93±4.40	17.0 [7.0]	14.00±4.50	13.0 [6.0]	20.59±3.63	21.0 [5.0]	24.11±4.77	24.0 [6.0]	22.07±4.30	21.0 [5.0]	18.37±4.58	17.0 [4.0]	116.07±19.56	113.0 [20.0]
Lise ⁽²⁾	102	18.05±4.77	18.0 [6.0]	15.84±5.04	15.5 [5.3]	19.49±3.99	19.0 [5.0]	24.15±4.61	25.0 [8.0]	22.16±4.26	22.0 [6.0]	17.72±3.57	17.0 [5.0]	117.40±19.88	116.5 [28.0]
Lisans ⁽³⁾	288	18.26±4.12	18.0 [6.0]	15.59±5.26	15.0 [6.0]	19.88±3.70	20.0 [4.0]	25.10±4.90	25.0 [7.0]	23.71±3.96	23.5 [5.0]	18.56±3.97	18.0 [5.0]	121.09±18.61	119.0 [26.0]
Lisansüstü ⁽⁴⁾	92	20.28±4.88	20.0 [8.0]	16.29±5.18	16.0 [6.0]	20.71±4.22	20.0 [5.0]	25.77±4.71	26.0 [8.0]	24.52±4.39	24.0 [5.8]	19.17±3.78	19.0 [4.8]	126.75±19.27	128.0 [28.0]
Test istatistiği		$\chi^2=15.696^*$		$\chi^2=5.445^*$		$\chi^2=4.976^*$		$\chi^2=6.029^*$		$\chi^2=20.351^*$		$\chi^2=7.226^*$		$\chi^2=14.251^*$	
p		0.001 [4-1,2,3]		0.142		0.174		0.110		<0.001 [4-1,2] [2-3]		0.065		0.003 [4-1,2]	

Tablo 4.22. (devam) Bireylerin genel özelliklerine göre SYBDÖ II puanlarının dağılımı.

Genel Özellikler	S	Sağlık sorumluluğu		Fiziksel aktivite		Beslenme		Manevi gelişim		Kişiler arası ilişkiler		Stres yönetimi		Toplam SYBDÖ II		
		$\bar{X} \pm SS$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm SS$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm SS$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm SS$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm SS$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm SS$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm SS$	Medyan [IQR]	
Çalışma durumu																
Çalışmıyor ⁽¹⁾	223	18.31±4.70	18.0 [6.0]	15.32±4.90	15.0 [6.0]	19.63±3.61	19.0 [5.0]	24.09±4.70	24.0 [8.0]	22.70±4.17	22.0 [5.0]	18.13±3.86	18.0 [4.0]	118.18±19.02	117.0 [24.0]	
Kamu ⁽²⁾	148	19.38±4.52	19.0 [6.8]	16.31±5.80	16.0 [7.0]	20.33±4.29	20.0 [5.0]	26.11±4.98	26.0 [8.0]	24.24±4.18	24.0 [6.0]	18.93±3.94	18.5 [5.0]	125.30±20.86	126.0 [28.8]	
Özel ⁽³⁾	138	17.91±3.96	18.0 [5.0]	15.59±4.85	15.0 [5.0]	20.20±3.77	20.5 [5.0]	25.20±4.59	25.5 [6.0]	23.86±4.04	23.5 [6.0]	18.59±3.93	18.0 [5.0]	121.35±16.93	122.0 [24.0]	
Test istatistiği		$\chi^2=8.796^*$		$\chi^2=2.033^*$		$\chi^2=2.957^*$		$\chi^2=15.772^*$		$\chi^2=13.929^*$		$\chi^2=2.962^*$		$\chi^2=10.567^*$		
p		0.012 [2-1,3]		0.362		0.228		<0.001 [1-2]		0.001 [1-2,3]		0.227		0.005 [1-2]		
Gelir durumu																
Gelir giderden az ⁽¹⁾	167	18.44±4.60	18.0 [6.0]	15.22±4.46	15.0 [6.0]	19.83±3.68	20.0 [4.0]	24.09±4.77	24.0 [8.0]	22.80±4.11	22.0 [5.0]	18.05±4.09	18.0 [6.0]	118.43±18.75	117.0 [24.0]	
Gelir gidere eşit ⁽²⁾	193	18.60±4.22	18.0 [5.0]	15.02±4.77	15.0 [6.0]	19.90±3.70	20.0 [4.0]	25.15±4.59	26.0 [6.0]	23.64±4.10	23.0 [6.0]	18.40±3.48	18.0 [4.5]	120.70±17.23	120.0 [24.0]	
Gelir giderden fazla ⁽³⁾	149	18.48±4.73	18.0 [6.0]	17.06±6.11	16.0 [9.0]	20.29±4.27	20.0 [5.5]	25.76±5.04	26.0 [8.0]	23.96±4.31	24.0 [6.0]	19.11±4.16	19.0 [5.0]	124.66±21.69	125.0 [29.5]	
Test istatistiği		$\chi^2=0.083^*$		$\chi^2=7.730^*$		$\chi^2=0.429^*$		$\chi^2=8.480^*$		$\chi^2=8.292^*$		$\chi^2=5.570^*$		F=4.255****		
p		0.960		0.021 [3-1,2]		0.807		0.014 [1-2,3]		0.016 [1-2,3]		0.062		0.015 [1-3]		
Hastalık durumu																
Evet	104	20.35±4.39	20.0 [5.0]	15.26±4.56	15.0 [5.0]	20.69±3.76	21.0 [5.0]	25.44±4.70	26.0 [7.0]	24.16±3.85	25.0 [5.0]	18.53±3.73	18.0 [5.0]	124.43±17.36	126.0 [25.8]	
Hayır	405	18.03±4.40	18.0 [5.0]	15.79±5.32	15.0 [7.0]	19.81±3.87	20.0 [4.0]	24.86±4.85	25.0 [6.0]	23.28±4.25	23.0 [6.0]	18.48±3.96	18.0 [5.0]	120.26±19.63	119.0 [27.0]	
Test istatistiği		Z=-4.837**		Z=-0.376**		Z=-2.323**		Z=-1.096**		Z=-2.239**		Z=-0.312**		Z=-2.296**		
p		<0.001		0.707		0.020		0.273		0.025		0.755		0.022		

*Kruskall-Wallis H test, **Mann-Whitney U test, ***Bağımsız Gruplarda t test, ****ANOVA test , p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 4.23. Bireylerin BKİ sınıflarına göre SYBDÖ II puanlarının dağılımı.

BKİ	S	<i>Sağlık sorumluluğu</i>	<i>Fiziksel aktivite</i>	<i>Beslenme</i>	<i>Manevi gelişim</i>	<i>Kişiler arası ilişkiler</i>	<i>Stres yönetimi</i>	Toplam SYBDÖ II
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Zayıf	28	16.43±4.19	14.21±4.34	18.43±4.03	23.43±4.70	22.50±4.33	18.21±3.98	113.21±19.04
Normal	278	18.48±4.22	15.64±5.01	19.74±3.80	24.75±4.63	23.32±4.03	18.34±3.62	120.27±18.38
Hafif şişman	152	18.88±4.73	16.10±5.68	20.26±3.85	25.63±4.90	23.90±4.25	18.76±4.28	125.52±20.15
Obez	51	18.75±5.10	15.49±4.89	21.38±3.77	25.15±5.47	23.45±4.71	18.65±4.28	122.86±20.22
Test istatistiği		$\chi^2=6.510^*$	$\chi^2=2.342^*$	$\chi^2=12.789^*$	$\chi^2=6.834^*$	$\chi^2=2.263^*$	$\chi^2=0.659^*$	F=2.125**
P		0.089	0.504	0.005 [4-1,2]	0.077	0.520	0.883	0.096

*Kruskall-Wallis H test, **ANOVA test, p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.8.9. Ölçek Puanlarının Birbiriyle İlişkilerinin İncelenmesi

Bireylerin CKÖ, YETBİD ve SYBDÖ II ile alt boyutları arasındaki ilişki Tablo 4.24'te incelenmiştir. CKÖ puanları ile besin tercihi ($r=0.088$, $p=0.048$) ve SYBDÖ II ölçeğinin sadece sağlık sorumluluğu alt boyutu ($r=0.181$, $p<0.001$) puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre bireylerin CKÖ puanları arttıkça besin tercihi ve sağlık sorumluluğu puanlarının arttığı saptanmıştır.

Temel beslenme puanları ile sağlık sorumluluğu ($r=0.120$, $p=0.007$), beslenme ($r=0.205$, $p<0.001$), manevi gelişim ($r=0.145$, $p=0.001$), stres yönetimi ($r=0.112$, $p=0.011$) ve toplam SYBDÖ II ($r=0.164$, $p<0.001$) puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bireylerin temel beslenme puanları arttıkça, sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, stres yönetimi ve toplam SYBDÖ II puanlarının arttığı tespit edilmiştir.

Besin tercihi puanları ile SYBDÖ II'nin fiziksel aktivite alt boyutu puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0.05$); sağlık sorumluluğu ($r=0.189$, $p<0.001$), beslenme ($r=0.136$, $p=0.002$), manevi gelişim ($r=0.151$, $p=0.001$), kişiler arası ilişkiler ($r=0.139$, $p=0.002$), stres yönetimi ($r=0.187$, $p<0.001$) ve toplam SYBDÖ II ($r=0.196$, $p<0.001$) puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Bireylerin besin tercihi puanları arttıkça sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve toplam SYBDÖ II puanlarının arttığı saptanmıştır.

Tablo 4.24. Bireylerin ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki ilişki.

Ölçekler		CKÖ	YETBİD- Temel Beslenme	YETBİD- Besin Tercihi	SYBDÖ- Sağlık Sorumluluğu	SYBDÖ- Fiziksel Aktivite	SYBDÖ- Beslenme	SYBDÖ- Manevi Gelişim	SYBDÖ- Kişiler Arası İlişkiler	SYBDÖ- Stres Yönetimi
YETBİD-Temel Beslenme	r	-0.017								
	p	0.707								
YETBİD-Besin Tercihi	r	0.088	0.617							
	p	0.048	<0.001							
SYBDÖ-Sağlık Sorumluluğu	r	0.181	0.120	0.189						
	p	<0.001	0.007	<0.001						
SYBDÖ-Fiziksel Aktivite	r	-0.058	0.061	0.032	0.383					
	p	0.194	0.166	0.468	<0.001					
SYBDÖ-Beslenme	r	0.051	0.205	0.136	0.422	0.354				
	p	0.255	<0.001	0.002	<0.001	<0.001				
SYBDÖ-Manevi Gelişim	r	-0.050	0.145	0.151	0.437	0.335	0.322			
	p	0.261	0.001	0.001	<0.001	<0.001	<0.001			
SYBDÖ-Kişiler Arası İlişkiler	r	0.048	0.036	0.139	0.497	0.279	0.298	0.590		
	p	0.279	0.418	0.002	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001		
SYBDÖ-Stres Yönetimi	r	0.020	0.112	0.187	0.427	0.454	0.381	0.577	0.502	
	p	0.651	0.011	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	
Toplam SYBDÖ II	r	0.027	0.164	0.196	0.722	0.650	0.612	0.772	0.733	0.755
	p	0.540	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

Spearman korelasyon katsayısı, p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Bütün dünyayı etkisi altına alan COVID-19 pandemisinin bireylerin sağlığı üzerinde ciddi yansımaları olmuştur. Salgının yayılmasını azaltmak için alınan önlemler bireylerin duygu durumu, beslenme alışkanlıkları ve yaşam biçiminde olumsuz değişikliklere yol açmıştır (127). Bu çalışma, 18-64 yaş aralığında olan bireylerin pandemi sürecinde COVID-19 korkusu, beslenme bilgi düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla yürütülmüş ve elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Bireylerin Genel Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan bireylerin %58.7'si kadın, %41.3'ü erkektir. Taş (2021)'ın 18-65 yaş arasında 351 birey ile yaptığı bir çalışmada, katılımcıların %59.8'inin kadın, %40.2'sinin erkek olduğu bulunmuştur (195). Akkartal (2018) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise bireylerin %74.6'sının kadın, %25.4'ünün erkek olduğu belirlenmiştir (196). Çalışmalarda kadınların çoğunlukta olması; sağlıklı beslenmenin önemini daha iyi kavramaları ve bu konuda daha yüksek öz yeterliliğe sahip olmaları, dolayısıyla beslenme ile ilgili bir ankete daha çok merak duymalarından kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 30.83 ± 10.40 yıldır. Taş (2021)'ın yaptığı çalışmada bireylerin yaş ortalaması 39.54 ± 12.70 yıl (195), Batmaz (2018) tarafından yapılan çalışmada bireylerin yaş ortalaması ise 36.5 ± 11.2 yıl olarak bulunmuştur (190). Bu çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalamasının daha düşük olması; çalışma verilerinin çevrim içi toplanması nedeniyle bilişim teknolojileri kullanım becerilerinin daha iyi olmasıyla ilgili olabilir.

Bireylerin eğitim durumlarına bakıldığında yarısından fazlası (%56.6) lisans mezunudur. Bunu sırasıyla lise (%20), lisansüstü (%18.1) ve ortaokul (%5.3) mezunları takip etmektedir. Batmaz (2018)'ın yaptığı çalışmada da benzer şekilde bireylerin çoğunluğu lisans (%55.8) eğitimi almışken bunu lise (%17.3), ilköğretim (%22.1) ve lisansüstü (%4.8) mezunları izlemiştir (190). Eğitim düzeyi yüksek bireylerin anketi cevaplama yetilerinin daha fazla olması nedeniyle lisans mezunları çoğunlukta olabilir.

5.2. Bireylerin Sağlık Durumlarına Göre Değerlendirilmesi

Bireylerin hastalık durumunun olması onların beslenme bilgi düzeyini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyebilir. Bu çalışmada bireylerin yaklaşık olarak beşte biri doktor tarafından tanısı konmuş bir hastalığı bulunduğunu belirtmiştir. En sık karşılaşılan hastalıklar tiroid (%17.3), eklem/kemik (%16.3) ve solunum yolları (%14.4) hastalıkları olmuştur. Batmaz (2018) yaptığı çalışmada bireylerin %82.7'sinin sağlık sorunu olmadığını, %17.3'ünün ise sağlık sorunu bulunduğunu saptamıştır. Sağlık sorunlarına göre dağılıma bakıldığında en çok hipertansiyon (%3.8), otoimmün hastalıklar (%3.8), insülin direnci (%3.8) ve ortopedik hastalıklar (%3.8) bildirilmiştir (190). Başka bir çalışmada ise bireylerin %21.2'sinin tanısı konmuş kronik bir hastalığının var olduğu ve bu hastalıkların hipertansiyon (%32.10), diyabet (%23.46), yüksek kolesterol (%13.58) ve solunum yolu hastalıkları (%11.11) olduğu saptanmıştır (196). Bu çalışmalara göre bireylerde en sık karşılaşılan hastalıkların genellikle beslenmeyle ilişkili olduğu görülmektedir. Ayrıca diğer bulgulardan farklı olarak bu çalışmada en çok karşılaşılan sağlık sorununun tiroid hastalıkları olması; bu hastalığa yönelik sağlık müdahalelerinin ve bireylerin bilgi düzeylerinin artırılması gerektiğini düşündürmektedir.

5.3. Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Obezite, tüm dünyada çok sık görülen bir sağlık problemidir. Türkiye'de de yaşam tarzının değişmesi ve fiziksel aktivitenin azalması ile birlikte obezite önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Türkiye, Avrupa'da yetişkin obezitesinin en sık görüldüğü ülkedir. Türkiye'de 1997-1998 yılları arasında Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans I (TURDEP I) çalışması yapılmıştır. TURDEP I çalışmasından 12 yıl sonra aynı merkezlerde yapılan TURDEP II çalışmasının sonuçlarına göre 12 yılda kadınlarda obezitenin %34, erkeklerde ise %107 oranında arttığı görülmüştür (197). Obezite; hipertansiyon, diyabet, dislipidemi, kardiyovasküler hastalık ve bazı kanserler gibi sağlık sorunlarının gelişimi için risk faktörüdür (198). Son yıllarda artış gösteren bu sağlık sorunlarının yanı sıra günümüzde hala devam etmekte olan COVID-19 için de obezitenin önemli bir risk faktörü olduğu bilinmektedir (153-155). Bu çalışmada kadınların vücut ağırlık ortalamaları 62.35 ± 12.65 kg, erkeklerin vücut ağırlık ortalamaları 82.81 ± 15.95 kg

olarak bulunmuştur ($p<0.001$). Kadınların BKİ ortalamaları 23.24 ± 4.42 kg/m², erkeklerin 26.54 ± 4.90 kg/m² olarak hesaplanmış olup erkeklerin kadınlara göre BKİ ortalamasının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.001$). Bu çalışmada kadınların çoğunluğu normal (%64.1), erkeklerin çoğunluğunun ise hafif şişman (%45.2) olduğu saptanmıştır. Bireylerin BKİ ortalamalarının değerlendirildiği başka çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (199,200). Yücel (2015)'in 19-67 yaş aralığında 321 sağlık çalışanını dahil ettiği bir çalışmada, kadınların %62.7'sinin, erkeklerin ise %40.6'sının normal BKİ değerine sahip olduğu belirlenmiştir (200). 442 üniversite öğrencisinin dahil edildiği bir çalışmada, erkeklerin BKİ değerleri (22.90 ± 3.4 kg/m²) kadınlara (20.90 ± 2.90 kg/m²) göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (199). Wang ve ark. (2012)'nın 18-80 yaş arası yetişkinleri dahil ettikleri başka bir çalışmada, kadınların %8.6'sının, erkeklerin ise %10.2'sinin obez grupta olduğu belirlenmiştir (201). Erkeklerin beden görünümüne daha az önem vermeleri, sağlıklı beslenmeye daha az dikkat etmeleri ile vücut kompozisyonu ve hormonlarda cinsiyet farklılıkları, BKİ ortalamalarının daha yüksek olmasına neden olmuş olabilir.

Bu çalışmada pandemi sürecinde bireylerin %39.3'ünün vücut ağırlığının değişmediği, %39.1'inin vücut ağırlığının arttığı ve %21.6'sının vücut ağırlığının azaldığı saptanmıştır. Pandemi döneminde evde kalmanın beslenme davranışı ve fiziksel aktivite üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada, bireylerin fiziksel aktivite oranının önemli ölçüde azaldığı, yeme kontrolü sağlamakta zorlandıkları, öğün sayılarının ve atıştırmalarının arttığı bulunmuştur (202). Karantina önlemlerinin genç yetişkinlerde beslenme davranışı üzerindeki etkisinin incelendiği bir çalışmada, bireylerin %52.1'i besin tüketim miktarlarının değişmediğini, %31.2'si arttığını ve %16.8'i azaldığını belirtmiştir (203). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 18 yaş üzeri 173 bireyin dahil edildiği bir çalışmada, pandemi döneminde bireylerin %22'sinin vücut ağırlığının arttığı bildirilmiştir (204). Pandemi sürecinde; stres kaynaklı daha fazla atıştırma, aşırı yeme, uyku düzeninin değişmesi, evde daha fazla vakit geçirme ve fiziksel aktivitede azalma vücut ağırlığının artmasıyla bağlantılı olabilir.

5.4. Bireylerin Yaşam Tarzı Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan kadınların yaklaşık olarak üçte biri, erkeklerin de yaklaşık yarısı sigara içmektedir ($p<0.001$). Bireylerin %34.4'ü sigara içerken, %29.1'i alkol tüketmektedir. Çalışma sonucu, literatür bulguları ile paralellik göstermektedir (200,205). Yücel (2015) yaptığı çalışmada benzer olarak kadınların %24.4'ünün, erkeklerin %42.7'sinin sigara içtiğini belirlemiştir (200). 18-65 yaş arası toplam 622 yetişkin ile yapılan başka bir çalışmada, genel olarak bireylerin %31.2'sinin sigara içtiği ve erkeklerin (%44.5) kadınlardan (%20.2) anlamlı düzeyde daha çok sigara kullandığı saptanmıştır (205). Bu sonuçlara göre; toplumda en önemli önlenebilir ölüm nedenlerinden biri olması ve günümüzde bu konuda birçok önlem alınmasına rağmen sigara kullanımının yaygın olduğu görülmektedir. Erken yaşlarda sigara kullanımını alışkanlık haline getirmeleri ve toplumsal cinsiyet rollerinin etkisi erkeklerde daha yaygın sigara kullanımına yol açmış olabilir.

Türkiye'de bireylerin çay tüketim alışkanlıklarını belirlemek amacıyla Doğu Karadeniz Kalkınma Ajansı (DOKA)'nın desteği ile yürütülen “Türkiye’de Değişen Çay Tüketim Alışkanlıkları” isimli projede erkeklerin kadınlara göre daha fazla çay tükettikleri belirlenmiştir (206). Bu çalışma sonuçlarına paralel olarak bu çalışmada da erkeklerin %91.4'ünün (ortalama 5.1 ± 4.5 bardak/gün), kadınların ise %88.6'sının (ortalama 3.4 ± 4.8 bardak/gün) çay tükettiği belirlenmiştir ($p<0.001$). Erkeklerin kadınlara göre daha fazla çay tüketmesi; Türk halkının oluşturduğu popülasyonlarda içecek tüketme alışkanlıklarının benzer olduğunu düşündürmektedir.

5.5. Bireylerin Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi

Çalışma kapsamına alınan bireylerin ana öğün sayıları incelendiğinde kadınların iki ana öğün tüketme sıklıklarının (%62.2), erkeklerden (%57.1) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2=6.413$, $p=0.040$). Kadınların %15.1'inin, erkeklerin %29'unun hiç ara öğün tüketmediği saptanmıştır. Kadınların çoğunluğunun (%41.5) iki ara öğün tükettiği, erkeklerin çoğunluğunun (%33.8) ise bir ara öğün tükettiği belirlenmiştir ($\chi^2=25.718$, $p<0.001$). Yücel (2015)'in yaptığı çalışmada bizim bulgumuza benzer olarak kadınların çoğunluğunun (%36.9) iki ara öğün tükettiği, erkeklerin çoğunluğunun (%43.8) ise bir ara öğün tükettiği ve kadınların ara öğün tüketme sayılarının erkeklerden anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (200).

Yetişkin döneminde bireylerin sağlıklı beslenmeleri ve ağırlık kontrolü için gün boyunca 3 ana ve 2-3 ara öğün besin almaları önerilmektedir (102). Erkeklerin vücut ağırlığı ve BKİ ortalamalarının daha yüksek olmasına yol açan faktörlerden biri kadınlara göre daha az ara öğün tüketmeleri olabilir.

Yeterli ve dengeli beslenmenin önemli unsurlarından biri öğünlerin düzenli yapılmasıdır (102). Ancak çalışmalarda hem kadınların hem de erkeklerin yüksek oranda öğün atladığı görülmektedir (207,208). Bu çalışmada kadınların %62.9'u, erkeklerin %60'ı gün içinde ana öğün atladığını ifade etmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Kadınların (%58.5) ve erkeklerin (%52.9) en fazla öğle öğününü atladıkları belirlenmiştir. Yeşil ve ark. (2018)'nın 618 yetişkin ile yaptıkları bir çalışmada, kadınların %48.9'unun, erkeklerin %51.1'inin öğün atladığı ve aralarında anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur. En sık atlanan öğünün ise bu çalışmaya benzer olarak her iki cinsiyet için de öğle öğünü olduğu saptanmıştır (kadınlar: %63.6; erkekler: %58.0) (207). Öğle öğününün daha fazla atlanması; genellikle bireylerin zamanının yetersizliği, gündelik işlerinin yoğunluğu ve alışkanlıklarının olmaması ile ilgili olabilir.

Yapılan bir çalışmada kadınların %27.3'ünün canı istemediği için, erkeklerin %34'ünün zamanı yetersiz olduğu için öğün atladıkları belirtilmiştir (208). Yapılan başka bir çalışmada kadınların zayıflamak için öğün atlama sıklıklarının (%8.4), erkeklerden (%0) anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir. Cinsiyetler arasında unutmama, fırsat bulamama, canı istememe, alışkanlığın olmaması ve diğer sebeplerden dolayı öğün atlama sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (200). Bu çalışmada ise kadınların öğün atlamada ilk 3 neden sırasıyla iştahsızlık (%23.6), alışkanlığın olmaması (%18.4) ve zaman yetersizliği (%14.4) olarak belirlenmiştir. Erkeklerin ise öğün atlamada ilk 3 neden sırasıyla zaman yetersizliği (%17.1), iştahsızlık (%15.7) ve alışkanlığının olmaması (%14.3) olarak tespit edilmiştir.

Bu çalışmada kadınların %11'i, erkeklerin %15.2'si yemeğin tadına bakmadan tuz attığını belirtmiştir. Çalışmada yemeğin tadına bakmadan bazen tuz atan kadınların (%17.1) oranı erkeklerden (%10) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=6.186$, $p=0.045$). Akyol ve İmamoğlu (2019)'nın 385 üniversite öğrencisini dahil ettikleri bir çalışmada, erkeklerin yiyeceklerine sık sık tuz eklediği (%44.8), kadınların

ise ara sıra/bazen tuz eklediği (%44.2) ve cinsiyete göre yiyeceklere tuz ekleme durumlarında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (209). Bu çalışmalarda erkeklerin yemeklerine daha çok tuz atmaları, kadınlara kıyasla sağlıklarına ve beslenmelerine daha az dikkat etmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

5.6. Bireylerin Duygu Durumlarına Göre İştah Değişimlerinin Değerlendirilmesi

Pandemi sürecinde bireylerin özellikle kadınların yaşadıkları korku ve diğer olumsuz duygu düzeylerinin belirlenmesi, bu duyguların beslenme alışkanlıkları üzerindeki etkilerini ortaya koymada önemli olabilir. Literatürde “duygusal yeme” olarak geçen bu durumun COVID-19 pandemisi sürecinde arttığı bildirilmiştir. Buna ek olarak duygusal yeme durumunun genellikle kadınlarda daha yaygın olduğu ve obezite ile ilişkilendirildiği vurgulanmıştır (106). Bu çalışmada kadınların üzüntülü/yorgun iken iştahlarının artma ve azalma durumu (%26.4, %65.6) erkeklere göre (%17.1, %58.1) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). Kadınların sinirli/öfkeli ve stresli/endişeli oldukları zaman iştahlarının artma durumu (%38.1, %33.1) ise erkeklere göre (%21.0, %22.4) anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.001$). Yücel (2015) tarafından yapılan bir çalışmada bu çalışmaya benzer olarak kadınların üzüntülü/yorgun olduklarında, hiç yememe (%16) ile çok ve sık yeme (%25.3) durumlarının erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür (200). COVID-19 pandemisi sürecinde 18-39 yaş arasında 638 Suudi kadın ile yapılan bir çalışmada her iki kadından birinin duygusal yemeye yatkın olduğu bulunmuştur (106). İtalya’da yapılan bir çalışmaya 18-79 yaş arası 602 birey katılmış olup bireylerin yarısından fazlası (%55) daha iyi hissetmek için yiyecek alımını arttırdığını belirtmiştir. Ayrıca kadınların kendilerini endişeli hissettikleri zaman bu duyguyla başa çıkabilmek için erkeklere göre daha çok besin tüketmeye yatkın oldukları bulunmuştur (210). Bu sonuçlar kadınların erkeklere göre daha fazla duygusal yeme davranışına yatkın olduklarını göstermektedir.

5.7. Bireylerin COVID-19 Korku Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Öngörülemeyen ve tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 pandemisi yalnızca fiziksel sağlığı değil psikolojik sağlığı da tehdit etmektedir. COVID-19 pandemi

döneminde hastalığın hızla yayılması, yüksek ölüm oranı, belirsiz bir sürecin olması ve ekonominin kötüye gitmesi bireylerde korku ve endişeyi arttırmaktadır (60,211). Suudi Arabistan'da 1029 yetişkin bireyin katıldığı bir çalışmada kişilerin COVID-19'dan korktuğu, endişeli ve depresif olduğu bulunmuştur (212). Bu olumsuz duygular bireylerin beslenme alışkanlıklarında değişikliğe yol açarak daha fazla enerji, karbonhidrat ve yağ almalarına neden olabilir (89,213).

COVID-19 pandemisi, kısıtlamalar ve birçok durumla başa çıkma yeteneğini test etmesi nedeniyle toplum genelinde korkuya neden olabilmektedir (71). Bu çalışmada bireylerin COVID-19'a ilişkin korku düzeylerini belirlemek için COVID-19 Korkusu Ölçeği (CKÖ) kullanılmıştır. Çalışmada bireylerin CKÖ puanları 16.97 ± 6.17 olarak belirlenmiştir. Salgının yeni yayılmaya başladığı Mart-Nisan 2020 tarihleri arasında Türkiye'de yapılan bir çalışmada bireylerin CKÖ puanlarının 21.47 ± 6.28 olduğu görülmüştür (214). Taspınar ve ark. (2021)'nin 2021 yılının başında Türkiye'de yaptıkları bir çalışmada ise bu çalışmaya benzer olarak bireylerin CKÖ puanlarının 17.19 ± 5.38 olduğu bulunmuştur (215). Hindistan'da pandeminin ilk dalgasında genel popülasyon ile yapılan bir çalışmada bireylerin CKÖ puanları 17.87 ± 4.48 olarak bildirilmiştir (216). Suudi Arabistan'da 18 yaş üzeri bireylerde yapılan benzer bir çalışmada katılımcıların CKÖ puanları 16.28 ± 5.49 olarak bulunmuştur (217). Görüldüğü gibi yapılan çalışmalarda elde edilen puanlar bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Ancak ülkemizde yapılan çalışmalarda COVID-19 korku düzeyinin zamanla değiştiği dikkat çekmektedir. Bu durumun nedeni normalleşme sürecinin başlaması ve sosyal desteğin artması ile ilgili olabilir. 11 Mart 2020 tarihinde Türkiye'de ilk vaka ortaya çıkmış ve ülke genelinde ciddi önlemler alınarak salgının yayılması kontrol edilmeye çalışılmıştır. Haziran 2020 tarihi itibarıyla da bireysel tedbirlerin alınması ile normalleşme süreci başlatılmıştır (218). Ayrıca COVID-19 korkusu ile baş etmede etkili bir diğer faktör de sosyal desteğin varlığıdır (219). Uygulanan tedbirler (karantina vb.) dahilinde aile üyeleriyle geçirilen vaktin daha fazla olması bireylerde daha fazla güven ve korunma duygusunun oluşmasına katkı sağlamaktadır (220). Günümüzde hâlâ devam eden bu süreçte insanların "yeni normal"e uyum sağlamaları COVID-19 korkusunun azalmasına yol açmış olabilir. Bununla birlikte sokağa çıkma kısıtlaması sonrası hastalığın bulaşma ve ölüm oranlarında kademeli düşüş ile halkın aşılama oranında artışın olması da korku düzeyini azaltmış olabilir.

5.7.1. Bireylerin Genel Tanımlayıcı Özelliklerine Göre COVID-19 Korku Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada kadınlarda COVID-19 korkusunun, erkeklere göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($Z=-5.350$, $p<0.001$). Literatürde bulunan birçok çalışmada da benzer şekilde kadınların COVID-19'dan daha fazla korktuğu bildirilmiştir (60,213,215,216,220). Türkiye'de 668 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada, kadınların COVID-19'a ilişkin korku düzeylerinin erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (221). Avustralya'da 30-59 yaşları arasında 587 katılımcı ile yapılan bir çalışmada, kadın olmak daha yüksek COVID-19 korkusu ile ilişkilendirilmiştir (222). Benzer şekilde Bangladeş'te 8.550 bireyin katıldığı bir çalışmada da kadınlar erkeklerden önemli ölçüde daha yüksek düzeyde COVID-19 korkusu bildirmiştir (223). Bu sonuç, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin belirttiği gibi kadınların erkeklere göre iki kat daha fazla korku yaşamasıyla tutarlıdır (224). Kadınların hormonal yapıları ve içgüdüsel annelik duyguları onların ruhsal olarak daha kırılgan olmalarına ve bu nedenle korku düzeylerinin daha yüksek olmasına yol açabilmektedir (225). Kadınların daha fazla COVID-19 korkusu bildirmeleri; fizyolojik ve psikolojik açıdan cinsiyetler arası farklılığın bulunması ile açıklanabilir.

Çalışma kapsamına alınan bireylerin diğer tanımlayıcı özelliklerine (yaş, medeni durum, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi ve COVID-19 geçirme durumu) göre CKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Literatürde çalışma sonucumuzdan farklı bulgulara rastlanmıştır. Hindistan'da yapılan bir çalışmada eğitim ve karantina durumu, COVID-19 ile ilgili korkunun ana belirleyicileri olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan ve kurumsal karantina altındaki bireylerin daha fazla COVID-19 korkusu yaşadığı saptanmıştır. Bunlara ek olarak herhangi bir hastalığı olan bireyler ile olmayanlar arasında bir fark gözlenmemiştir (216). Yapılan başka bir çalışmada ilköğretim mezunu ve evli olan bireylerin daha yüksek COVID-19 korkusu bildirdiği bulunmuştur (226). Aydın ve ark. (2021)'nin yaptığı çalışmada ise bu çalışma ile benzer olarak sosyodemografik özelliklere göre COVID-19 korkusu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (227). Bu çalışmanın diğer çalışmalar ile farklılık göstermesi, çalışmanın örneklem özellikleri ve yapıldığı zaman dilimi ile ilgili olabilir.

5.7.2. Bireylerin BKİ Sınıfları ve Pandemi Döneminde Ağırlık Değişimlerine Göre COVID-19 Korkusu Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Pandemi döneminde hem dayatılan kısıtlamaların hem de hastalığa yakalanma korkusunun neden olduğu stres, yeme davranışları da dahil olmak üzere bireylerin yaşam tarzlarını önemli ölçüde değiştirebilmektedir (14). Bu çalışmada bireylerin COVID-19 korku düzeyleri ile BKİ sınıfları ve ağırlık değişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Yapılan bazı çalışmalarda bu çalışmadan farklı olarak olumsuz duyguların BKİ ile ilişkili olduğu görülmüştür (228,229). Kowalczyk ve Gebiski (2021)'nin COVID-19'a yakalanma korkusunun ve zorunlu izolasyon kurallarına uymanın beslenme davranışları üzerindeki etkisini incelendikleri bir çalışmaya Polonyalı 926 yetişkin dahil edilmiştir. Çalışmada yemek yeme sıklığı (hem artış hem de azalış) ve çeşitliliğinde en büyük değişimi yaşayan bireylerin COVID-19 enfeksiyonunun bulaşmasından korkan ve izolasyon kurallarına uyan bireyler olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla çalışmanın sonucunda, bu iki faktörün yeme alışkanlıkları ve tüketim miktarları gibi beslenme davranışları üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu vurgulanmıştır (230). Çalışmaya ait bulguların literatürden farklı sonuçlara sahip olduğu görülmektedir. Bu durum yapılan diğer çalışmaların daha çok depresyon ve stres gibi olumsuz duygulara odaklanması (228,229) ve pandemi sürecinde bireylerin korku düzeylerinin zamanla farklılık göstermesinden kaynaklanıyor olabilir.

5.8. Bireylerin Beslenme Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Bireylerin YETBİD ölçeğine ait temel beslenme bölümünün puanları 54.31 ± 7.69 , besin tercihi bölümünün puanları 37.05 ± 6.29 olarak bulunmuştur. Bireylerin bu ölçekten aldıkları puanlara göre %50.9'unun orta düzeyde temel beslenme bilgisine sahip olduğu, %37.3'ünün ise orta düzeyde besin tercihi bilgisine sahip olduğu belirlenmiştir. 18-65 yaş arası 351 bireyin dahil edildiği bir çalışmada benzer şekilde bireylerin temel beslenme bilgi puanlarının ortalaması 52.73 ± 7.38 , besin tercihi bilgi puanlarının ortalaması ise 37.70 ± 6.01 olarak belirlenmiştir. Ayrıca çoğunluğun orta düzeyde temel beslenme (%57) ve besin tercihi (%38.7) bilgi düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir (195). 18-64 yaş arası 105 plaza çalışanının

katıldığı başka bir çalışmada ise bireylerin temel beslenme bilgisi puanları 46.59 ± 7.62 , besin tercih bilgi puanları 35.68 ± 4.57 olarak hesaplanmıştır (231). 20-49 yaş arası 380 kadının beslenme bilgi düzeyi ve beslenme durumunun saptanması amacıyla yapılan bir çalışmada, temel beslenme bilgi puanı ortalaması 53.30 ± 8.23 , besin tercihi puan ortalaması ise 37.95 ± 7.04 olarak bulunmuştur (232). Çalışmaya ait bulguların literatürle benzer sonuçlara sahip olması, bu çalışmaların da Türk popülasyonunda yürütülmesiyle ilgili olabilir. Bu durum bireylerin aynı toplumda yaşamaları nedeniyle yaşam tarzlarının ve beslenme bilgi düzeylerinin benzer olması ile açıklanabilir.

Labban (2015)'in dört üniversiteden 998 öğrenciyi dahil ettiği bir çalışmada, kız öğrencilerin beslenme bilgi puanlarının erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (158). 18 yaş ve üzeri bireylerin dahil edildiği bir çalışmada da kadınların beslenme bilgi puanları erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (233). Yahia ve ark. (2016) 231 üniversite öğrencisi ile yaptıkları bir çalışmada, benzer olarak kadınların beslenme bilgi düzeyi puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (234). 18-65 yaş arasında 104 yetişkinin katıldığı bir çalışmada ise farklı olarak erkeklerin kadınlara göre daha yüksek temel beslenme bilgisinin olduğu saptanmıştır (190). Pandemi öncesi yapılan bu çalışmalarda farklı sonuçlar bulunsada genellikle kadınların beslenme bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Literatürde de kadınların besin satın alma ve hazırlamada erkeklere göre daha aktif rol aldıkları ve sağlıklı beslenme ile ağırlık kontrolü konularına daha fazla önem verdikleri belirtilmektedir (23,235). Bu çalışmada ise cinsiyete göre beslenme bilgi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$). Yapılan çalışmaların aksine bu çalışmada elde edilen sonuç mevcut verilerin pandemi döneminde toplanmış olması ile açıklanabilir. Bu bağlamda cinsiyet ayrımı gözetmeksizin bireylerin bağışıklıklarını güçlendirmek için sağlıklı beslenme konusundaki bilgi düzeylerini artırmada, pandemi döneminin önemli bir faktör olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada 35-44 yaş grubunda olan bireylerin temel beslenme bilgi puanlarının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek ($\chi^2=19.753$, $p=0.001$); 18-24 yaş grubunda olanların besin tercihi bilgi puanlarının ise diğer yaş gruplarına göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=24.571$, $p<0.001$). Bunlara ek olarak yaş arttıkça besin tercihi bilgi puanları da artmaktadır. Batmaz (2018) yaptığı çalışmada bireyleri yaşlarına göre 18-34, 35-50 ve 51-65 yaş şeklinde gruplandırmıştır. Bu çalışmada

temel beslenme bilgisi açısından yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen 35-50 yaş grubundaki bireylerin temel beslenme bilgi puanlarının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada bireylerin besin tercihi bilgi puanlarına bakıldığında, yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Buna göre bu çalışmayla benzer olarak yaş arttıkça besin tercihi puanının arttığı belirlenmiştir (190). Hendrie ve ark. (2008) 18-34 yaş ile 35 yaş ve üstü bireylerin beslenme bilgisini karşılaştırdıkları bir çalışmada, yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulmuşlardır. Bu çalışmada beslenme bilgisinin yaşla birlikte arttığı ve 35 yaş üstü bireylerin daha genç olanlara göre beslenme bilgisinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (233). Haklı ve ark. (2016)'nın 1062 bireyi dahil ettikleri başka bir çalışmada ise katılımcılar 18-29 yaş, 30-39 yaş, 40-49 yaş ve 50-65 yaş şeklinde dört gruba ayrılmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir. Bu farklılığın ise 30-39 yaş ile 40-49 yaş gruplarından kaynaklandığı ve bu yaş gruplarında alınan puanların daha yüksek olduğu saptanmıştır (236). Yücel (2015)'in yaptığı çalışmada, sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre beslenme bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında 45 yaş üzeri ile 35-44 yaş grubundaki bireylerin genel beslenme bilgisi puan ortalamalarının 19-24 yaş ve 25-34 yaş grubu bireylerden anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (200). Koch ve ark. (2021) 22-80 yaş arasındaki bireyler ile yaptıkları çalışmada, bireylerin beslenme bilgisi ile yaşları arasında anlamlı bir fark bulmuşlardır. Bu çalışmaya göre 22-34 yaş arası bireylerin genel olarak beslenme bilgisi daha iyi, 65-80 yaş arası bireylerin beslenme bilgisi en düşük bulunmuştur (237). Yapılan çalışmaların sonuçları bu çalışma ile paralellik göstermektedir. Çalışmada 18-24 yaş aralığındaki bireylerin beslenme bilgi puanlarının düşük çıkması, bu bireylerin yetersiz beslenme eğitimi almalarından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca bu çalışmada da vurgulandığı gibi yaş arttıkça beslenme bilgi puanlarının artması, yaşla birlikte ortaya çıkan kronik hastalıkların varlığı ile sosyokültürel ve eğitim düzeylerinin yükselmesi ile açıklanabilir.

Evli olan bireylerin temel beslenme ve besin tercihi puanları (55.61 ± 7.25 , 38.86 ± 5.59) bekar olanlara (53.53 ± 7.85 , 35.96 ± 6.44) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($Z = -2.941$, $p = 0.003$; $Z = -4.939$, $p < 0.001$). Hendrie ve ark. (2008) yaptıkları çalışmada benzer şekilde evli, boşanmış ve birlikte yaşayan bireylerin, bekar olanlardan daha yüksek beslenme bilgi seviyelerine sahip olduğunu saptamışlardır (233). Durah (2019) ile Haklı ve ark. (2016) yaptıkları çalışmalarda ise

medeni durum ile beslenme bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamışlardır (232,236). Bireylerin evlilik ile birlikte daha düzenli bir yaşam tarzına sahip olmaları; sorumluluklarının ve sağlıklı beslenme konusundaki bilinç düzeylerinin artmasına neden olabilir.

Literatürde bulunan çalışmalarda, bireylerin eğitim durumunun beslenme bilgi düzeyini etkileyen önemli bir faktör olduğu bulunmuştur (236-239). Bu çalışmada da benzer olarak bireylerin eğitim düzeylerine göre temel beslenme ve besin tercihi bilgi düzeylerine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($\chi^2=31.348$, $p<0.001$; $\chi^2=22.996$, $p<0.001$). Genel olarak eğitim düzeyi yükseldikçe beslenme bilgi düzeyi artmaktadır. Tam ve ark. (2021)'nın Avustralyalı sporcuların beslenme bilgilerini değerlendirdikleri bir çalışmada, üniversite eğitimi almış sporcuların daha yüksek beslenme bilgi puanlarına sahip olduğu bulunmuştur (240). Vriendt ve ark. (2009)'nın 803 kadınla yaptıkları bir çalışmada, eğitim durumu yüksek yetişkinlerin beslenme bilgi puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir (238). Yapılan başka bir çalışmada, bireyler eğitim durumlarına göre lise ve altı, teknoloji ve ticaret liseleri ile yükseköğrenim seviyesinde eğitim alanlar olarak gruplandırılmıştır. Bu çalışmada yükseköğrenim seviyesinde eğitim alanların daha iyi beslenme bilgi puanları aldığı bulunmuştur (233). Akkartal ve Gezer (2020) de yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi arttıkça beslenme bilgi düzeyinin arttığını; ilkökul mezunu olan bireylerin en düşük, lisansüstü mezunlarının ise en yüksek beslenme bilgi puanına sahip olduğunu belirlemiştir (241). Bu bulgular; eğitim düzeyinin, bireylerin farkındalık düzeylerini artırarak daha iyi beslenme bilgi düzeylerine sahip olmalarında önemli bir faktörü temsil ettiğini göstermektedir.

Bu çalışmada geliri giderinden az olan bireylerin geliri giderine eşit olanlara göre temel beslenme ve besin tercihi puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur (53.26 ± 8.09 , 35.84 ± 6.63 ; 55.21 ± 7.99 , 37.97 ± 6.16) ($\chi^2=6.573$, $p=0.037$; $\chi^2=10.474$, $p=0.005$). Literatürdeki veriler incelendiğinde farklı sonuçlar görülmektedir (195,237). Yapılan bir çalışmada bireylerin gelir durumu ile temel beslenme bilgi puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup gelir düzeyi arttıkça bilgi düzeyinin yükseldiği saptanmıştır. Bunlara ek olarak gelir düzeyi arttıkça besin tercihi bilgi düzeyinin yükseldiği ancak gelir durumu ile besin tercihi bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir (195). Üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi düzeyinin incelendiği bir

çalışmada, bu çalışmaya benzer olarak en yüksek bilgi puan ortalamasına geliri giderine eşit olan öğrencilerin sahip olduğu, gelir durumlarına göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu anlamlı farklılığın, geliri giderine eşit ile geliri giderinden az olan bireylerden kaynaklandığı tespit edilmiştir (242). Koch ve ark. (2021)'nin Alman popülasyonunda yaptıkları çalışmada, sosyoekonomik durumu iyi olan bireylerin beslenme bilgi düzeylerinin daha iyi olduğunu saptamıştır (237). Geliri giderinden az olan bireylerin beslenme bilgi düzeyinin daha düşük olması, sosyoekonomik düzeye bağlı olarak beslenme bilgi düzeylerinin değişebileceğini düşündürmektedir.

Duralı (2019)'nın yaptığı çalışmada sağlık sorunu olan bireylerin beslenme bilgi puan ortalamalarının sağlık sorunu olmayan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (232). Batmaz (2018)'in yaptığı çalışmada sağlık sorunu olan bireylerin sağlık sorunu olmayanlara göre beslenme bilgi düzeyleri daha yüksek bulunmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (190). Taş (2021)'in yaptığı çalışmada da bireylerin kronik hastalık durumları ile temel beslenme ve beslenme tercihi bilgi düzeyleri kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (195). Bu çalışmada ise hastalığı olan bireylerin temel beslenme puanları (56.16 ± 7.68), hastalığı olmayanlara (53.84 ± 7.63) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($Z = -2.082$, $p = 0.037$). Ancak hastalığı olan bireylerin besin tercihi puanlarının daha yüksek olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür. Literatürde bu konuda farklı sonuçlarının olması, hastalığı olan bireylerin eğitim alıp almama durumlarından veya eğitim alıyorlarsa bu eğitimin yeterli olup olmamasından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca sağlık sorunu olan bireylerin beslenme ile ilişkili hastalığının olup olmaması da sonucu değiştirebilir.

5.8.1. Bireylerin BKİ ve Pandemi Döneminde Ağırlık Değişimlerine Göre Beslenme Bilgi Puanlarının Değerlendirilmesi

Bu çalışmada BKİ artıkça beslenme bilgi puanlarının arttığı ancak BKİ sınıflarına göre bireylerin temel beslenme ve besin tercihi bilgi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür ($p > 0.05$). Literatürdeki veriler incelendiğinde bu konuda farklı sonuçlar görülmektedir. 18-65 yaş arası 145 bireyin katıldığı bir çalışmada bu

çalışmaya benzer olarak beslenme bilgi düzeyi ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (243). Yapılan başka bir çalışmada üniversite öğrencilerinin BKİ gruplarına göre beslenme bilgi puanları karşılaştırılmış ve bu çalışmayla benzer olarak gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (244). Yücel (2015) de yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının beslenme bilgi puanları ile BKİ değerleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (200). Bu çalışmalardan farklı olarak Koch ve ark. (2021) BKİ değeri 25 kg/m² altında olan bireylerin beslenme bilgilerinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu saptamıştır (237). Keay ve ark. (2018) Güney Kaliforniya’da yaşayan 18-55 yaş arasındaki 334 katılımcı ile yaptıkları çalışmada, bireylerin beslenme bilgi düzeyleri ile BKİ sınıfları arasında anlamlı bir fark bulmuştur. Buna göre normal BKİ’ye sahip bireylerin hafif şişman olan bireylerden; hafif şişman olanların ise obez olanlardan beslenme bilgisinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (245). Akkartal ve Gezer (2020)’in yaptığı çalışmada, bireylerin besin ögesi ve diyet-hastalık bilgisi ile BKİ arasında negatif yönlü ilişki olduğu; beslenme önerileri ve besin seçimi bilgisi ile BKİ arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (241). Yapılan başka bir çalışmada ise beslenme bilgisi yüksek olan bireylerde obezite prevalansının daha düşük olduğu görülmüştür (22). Literatürde bu konuda farklı sonuçların bulunması, fazla kilolu veya obez bireylerin sağlıklı bir diyet benimsemesinde en önemli faktörün beslenme bilgi düzeyi olmaması ile açıklanabilir. Bu durumda obezitenin; diyet, egzersiz, duygu durumu veya beslenme bilgisi gibi tek bir ögeyle açıklanamayacak çok faktörlü kronik inflamatuvar bir hastalık olduğu düşünülebilir.

Bireylerin pandemi döneminde ağırlık değişimlerine göre temel beslenme bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken besin tercihi bilgi puanları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($\chi^2=9.353$, $p=0.009$). Pandemi döneminde vücut ağırlığı azalan bireylerin besin tercihi bilgi puanları diğer bireylere göre daha düşük bulunmuştur. Bu bulgunun nedeni pandemi döneminde bağıışıklığı güçlendirmek için bireylerin beslenmelerine önem verirken porsiyon kontrolünü sağlayamamaları ile ilgili olabilir.

5.9. Bireylerin SYBDÖ II Puanlarının Değerlendirilmesi

Çalışmaya dahil edilen bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek için SYBDÖ II kullanılmış ve toplam puan ortalaması 121.11 ± 19.24 olarak saptanmıştır. Literatür incelendiğinde bu ölçeğin kullanıldığı çalışmaların genellikle sağlıkçılara (94,246,247,248), kadınlara (249,250), yaşlılara (251,252) ve üniversite öğrencilerine (253-256) odaklandığı görülmektedir. Ancak genel popülasyonu kapsayan sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (257-259). Bu çalışmaya benzer olarak Akgün (2021)'ün pandemi döneminde 18 yaş üstü bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacı ile yaptığı çalışmada, SYBDÖ II toplam puanı 123.49 ± 18.47 olarak saptanmıştır (258). Zhou ve ark. (2022) Çin'de 18-80 yaş arası 666 bireyi dahil ettikleri çalışmada bireylerin Çince versiyonu SYBDÖ II toplam puanını 130.02 ± 23.19 olarak belirlemişlerdir (259). Çeşitli sağlık çalışanlarının dahil edildiği çalışmalarda; Duran ve ark. (2018) SYBDÖ toplam puan ortalamasını 121.18 ± 18.40 (94), Yalçinkaya ve ark. (2007) ise SYBDÖ II toplam puan ortalamasını 121.85 ± 18.05 (247) olarak saptamışlardır. Hemşireler ile yapılan çalışmalarda; Uz ve Kitiş (2017) SYBDÖ II toplam puan ortalamasını 132.87 ± 12.47 (248), Cürcani ve ark. (2010) SYBDÖ II toplam puan ortalamasını 121.20 ± 18.30 olarak tespit etmişlerdir (246). Alzahrani ve ark. (2019) tıp okuyan üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını inceledikleri çalışmada, SYBDÖ II toplam puan ortalamasını 123.8 ± 19.8 olarak bulmuşlardır (254). Literatür incelendiğinde çeşitli yetişkin grupları ile yapılan diğer çalışmaların sonuçlarının bu çalışma bulgusu ile kısmen benzediği görülmektedir. SYBDÖ II'den alınabilecek en yüksek puanın 208 olduğu düşünüldüğünde, yetişkinlerin sağlığı geliştirici davranışlarının iyileştirilmesi gerektiği öngörülmektedir.

Bu çalışmada bireylerin SYBDÖ II alt boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde, en yüksek puanın manevi gelişimden (24.98 ± 4.82) alındığı görülmektedir. Bunu sırasıyla, kişiler arası ilişkiler (23.46 ± 4.19), beslenme (19.99 ± 3.86), sağlık sorumluluğu (18.51 ± 4.49) ve stres yönetimi (18.49 ± 3.91) takip etmiştir. SYBDÖ II alt boyutlarından en düşük puan ise fiziksel aktiviteden (15.68 ± 5.17) alınmıştır. Alzahrani ve ark. (2019) tarafından yapılan bir çalışmada, benzer olarak üniversite öğrencilerinin SYBDÖ II alt boyutlarından aldıkları en yüksek puanın sırasıyla manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve beslenme; en düşük puanın ise fiziksel aktiviteye ait olduğu belirlenmiştir (254). Zhou ve ark. (2022)

tarafından yapılan çalışmada, SYBDÖ II'nin alt boyutlarından en yüksek puanın kişiler arası ilişkiler (24.16 ± 4.53), en düşük puanın ise fiziksel aktiviteden (17.68 ± 4.73) alındığı görülmüştür (259). Literatürde bulunan çalışmalarda fiziksel aktivitenin en düşük puana sahip olması bu çalışma bulgusu ile tutarlıdır (94,254,255,259). Bu bulgu, yetişkinlerin fiziksel aktiviteyi yaşam biçimi haline getiremediğini göstermektedir. Bu durumun nedeni yetişkinlerin fiziksel aktiviteye yeteri kadar önem vermemelerinden ve son yıllarda gelişen teknolojinin yaşam tarzını değiştirmesinden kaynaklanıyor olabilir. Bunlara ek olarak COVID-19 pandemi sürecinde alınan önlemler ile birlikte bireylerin evde daha fazla vakit geçirmesi ve sedanter bir yaşam sürmesi de fiziksel aktivite alt boyutundan en düşük puanı almalarında önemli bir etken olabilir.

5.9.1. Bireylerin Genel Tanımlayıcı Özelliklerine ve BKİ Değerlerine Göre SYBDÖ II Puanlarının Değerlendirilmesi

Yapılan bir çalışmada hemşireler 21-30 yaş, 31-40 yaş ve 41 yaş ve üzeri olarak gruplandırılmıştır. Bu çalışmada 41 yaş ve üzeri hemşirelerin SYBDÖ toplam puanı ile manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, kişiler arası destek ve beslenme alt boyut puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (260). Zhou ve ark. (2022) tarafından Çin'de genel popülasyon üzerinde yapılan bir çalışmada, sağlık sorumluluğu, beslenme ve stres yönetiminin yaşla pozitif ilişkili olduğu belirlenmiştir (259). Cürcani ve ark. (2010) ise hemşireleri dahil ettikleri çalışmada, yaş ile SYBDÖ II puan ortalamaları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptamamıştır (246). Bu çalışmada ise bireylerin yaş gruplarına göre ölçeğin alt boyutlarından sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi ile SYBDÖ II toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Yaş arttıkça bireylerin sağlık sorumluluğu, beslenme ve stres yönetimi puanları artmaktadır. Bireylerin yaşa göre beslenme puanları incelendiğinde 18-24 yaş arası bireylerin beslenme puanının, diğer yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($\chi^2 = 23.709$, $p < 0.001$). Yapılan çalışmaların sonuçları genel olarak bu çalışma ile paralellik göstermektedir. Bu durumun nedeni bireylerin yaşlandıkça sağlık sorunlarıyla karşılaşma olasılıklarının daha yüksek olması ve dolayısıyla sağlık konusunda daha çok farkındalık sahibi olmalarından kaynaklanıyor olabilir (259). Bu çalışmada 18-24 yaş arası bireylerin beslenme dahil

ölçeğin tüm alt boyutlarından daha düşük puan almaları, bu yaş aralığında genellikle öğrencilik döneminin devam etmesi, ekonomik faktörler, düzensiz yaşam tarzı, yetersiz bilgi ve deneyim ile ilgili olabilir.

Literatür incelendiğinde, birçok çalışmada cinsiyetin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bir belirleyicisi olduğu ancak alt boyutları farklı yönlerde etkilediğini gösteren çelişkili sonuçların olduğu görülmüştür (254,259,261,262). Bu çalışmada cinsiyete göre ölçeğin alt boyutlarından beslenme, stres yönetimi ve kişiler arası ilişkiler ile SYBDÖ II toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Kadınların sağlık sorumluluğu puanları; erkeklerin ise fiziksel aktivite ve manevi gelişim puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.005$). Yilgin ve ark. (2021)'nin sağlık çalışanları ile yürüttükleri bir çalışmada, kadınların SYBDÖ II'nin fiziksel aktivite dışındaki tüm alt boyutlarından erkeklerle göre daha yüksek puan aldığını saptanmıştır (261). Lee ve Lee (2015) tarafından üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, bu çalışma bulgusuyla tutarlı olarak erkeklerin egzersiz yapma durumları, sıklığı ve süresi kadınlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmadan farklı olarak erkeklerin beslenme alışkanlıkları puanları kadınlardan anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (199). Alzahrani ve ark. (2019) tarafından yapılan çalışmada ise erkeklerin fiziksel aktivite, stres yönetimi ve SYBDÖ II toplam puan ortalamasının kadınlardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (254). Literatür incelendiğinde bu konu ile ilgili çelişkili sonuçlara ulaşılması, bu çalışmaların örneklem büyüklükleri ve özelliklerindeki farklılıklar ile açıklanabilir. Cinsiyete göre SYBDÖ II puanlarında farklı sonuçlar olmasına rağmen fiziksel aktivite puanlarının genel olarak erkeklerde daha iyi olduğu görülmektedir. Bu durumun nedeni erkeklerin egzersiz yapmaya daha çok ilgi duymaları ve egzersize daha çok vakit ayırmaları ile ilgili olabilir.

Medeni durum bireylerin yaşam tarzını etkileyen önemli bir sosyal faktördür. Bu çalışmada evli olan bireylerin sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi ile SYBDÖ II toplam puanlarının bekar olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ancak medeni durum ile ölçeğin alt boyutlarından olan fiziksel aktivite arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Liu ve ark. (2021) tarafından yapılan bir çalışmada, genel popülasyondan 1769 yetişkinin dahil edilmiş ve SYBDÖ II'nin Çince versiyonu kullanılmıştır. Bu çalışmada benzer olarak evli olan bireylerin fiziksel aktivite hariç

ölçeğin tüm alt boyutlarından daha yüksek puan aldığı bulunmuştur (257). Akgün (2021) tarafından yapılan çalışmada ise evli olan bireylerin manevi gelişim ve beslenme; bekar olanların ise stres yönetimi alt boyutlarında anlamlı düzeyde daha yüksek puana sahip oldukları saptanmıştır (258). Genel olarak evli olan bireylerin sağlığı geliştirici davranış puanlarının iyi olmasının nedeni, yaş ortalamalarının daha yüksek olması, düzenli bir hayat yaşamaları ve kendilerini ailelerine karşı sorumlu hissetmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Kamuda çalışan bireylerin SYBDÖ II tüm alt boyut ve toplam puanları özel sektörde çalışan ve çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışma durumuna göre ölçeğin alt boyutlarından sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler ve manevi gelişim ile SYBDÖ II toplam puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanırken ($p<0.05$); beslenme, fiziksel aktivite ve stres yönetimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). 20-80 yaş arasındaki 325 kalp hastası ile yapılan bir çalışmada, sosyo-ekonomik durumu iyi olan ve çalışan hastaların SYBDÖ II'den yüksek puan aldığı bulunmuştur (263). Literatür incelendiğinde, sosyo-ekonomik düzeyin çalışma durumundan etkileneceği ve gelir durumunun iyi olmasının da olumlu sağlık davranışlarını artırabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda kamuda çalışanların daha iyi SYBDÖ II puanlarına sahip olmasının nedeni, Türkiye'de genel olarak kamu çalışanlarının gelir düzeyinin daha yüksek olmasıyla ilgili olabilir.

Bu çalışmada geliri giderinden fazla olan bireylerin SYBDÖ II toplam puanı ve alt boyutlarından fiziksel aktivite, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler puanı diğer bireylere göre daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Gelir durumuna göre ölçeğin alt boyutlarından sağlık sorumluluğu, beslenme ve stres yönetimi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Yapılan çalışmalar, ekonomik düzeyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (257,259,262,263). Liu ve ark. (2021) tarafından yapılan çalışmada, yıllık aile geliri daha yüksek olan bireylerin, ölçeğin toplam puanı ve manevi gelişim dışındaki tüm alt boyutlarından daha iyi puan aldıkları ortaya konmuştur (257). Zhou ve ark. (2022) tarafından yapılan çalışmada, kişi başına düşen aylık gelir ile SYBDÖ II toplam puanı arasında pozitif ilişki bulunmuştur (259). Örs ve Tümer (2020)'in yaptığı çalışmada, gelir düzeyi yüksek kadınların SYBDÖ II puan ortalamasının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (250). Bu çalışma

sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar gelir düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu etkilediğini göstermektedir.

Çalışmaya katılan bireylerin hastalık durumuna göre SYBDÖ II puanları değerlendirildiğinde; hastalığı olan bireylerin sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişiler arası ilişkiler ile SYBDÖ II toplam puanlarının hastalığı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Hastalık duruma göre ölçeğin alt boyutlarından fiziksel aktivite, manevi gelişim ve stres yönetimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Literatür incelendiğinde bireylerin hasta olmalarının sağlığı geliştirici yaşam tarzı üzerindeki etkilerine dair çelişkili sonuçların olduğu görülmektedir (257,260). Liu ve ark. (2021) tarafından yapılan bir çalışmada, kronik hastalığı olan bireylerin sağlık sorumluluğu puanlarının, kronik hastalığı olmayanların ise manevi gelişim puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (257). Altay ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada, farklı olarak hemşirelerin kronik hastalık durumunun SYBDÖ puanlarını etkilemediğini ancak kronik hastalığı olmayanların ölçek puanının daha yüksek olduğunu saptamışlardır (260). Uz ve Kitiş (2017) tarafından yapılan çalışmada ise hastalığı olanların; ölçeğin fiziksel aktivite, manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyutlarından anlamlı düzeyde daha düşük puan aldığı belirlenmiştir (248). Bu çalışmada hastalığı olan bireylerin genel olarak sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarını daha iyi sergiledikleri görülmektedir. Birçok kronik hastalığın önlenmesinde ve tedavisinde özellikle beslenme ve fiziksel aktivite gibi yaşam tarzı davranışları çok önemli bir role sahiptir. Bu nedenle hastalığı olan bireylerin, sağlık sorunlarının daha büyük olumsuz etkilerini önlemek ve iyileşme süreçlerini hızlandırmak için yaşam biçim davranışlarına daha fazla önem verdikleri düşünülebilir.

Yapılan bazı çalışmalarda, BKİ değeri sağlıklı bir yaşam tarzının belirleyicisi olarak kabul edilmiştir (258,264) Akgün (2021) tarafından yapılan çalışmada normal BKİ değerine sahip bireylerde fiziksel aktivite puanının; hafif şişman ve obez olanlarda ise manevi gelişim puanının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (258). 18-64 yaş arasındaki kadınların dahil edildiği bir çalışmada, normal BKİ değerine sahip kadınların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve kişiler arası ilişkiler ölçek alt boyutlarının puan ortalamalarının obez olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (264). Bu çalışmada ise BKİ

sınıflarına göre SYBDÖ II'nin alt boyutlarından sadece beslenme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Obez olanların beslenme puanları, zayıf ve normal olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Beslenme puanının hafif şişman ve obez bireylerde daha yüksek olması, pandemi döneminde fiziksel aktivite durumunun oldukça olumsuz etkilenmesinden kaynaklanıyor olabilir.

5.10. CKÖ, YETBİD Ölçeği ve SYBDÖ II Puanları Arasındaki İlişki

Yapılan bir çalışmada COVID-19 korkusunun sağlık bilinci ve tutumunu olumlu yönde etkilediği ve tutumun sağlıklı beslenme ile pozitif ilişkili olduğu görülmüştür (265). Kessels ve ark. (2011) ise yaptıkları çalışmada, sağlıksız bir diyetin olumsuz sonuçlarının yer aldığı ve kişiye özel uyarlanmış genel beslenme eğitiminin bireyleri daha dikkatli bilgi işlemeye motive ettiği görülmüştür (266). Bu çalışmada CKÖ puanları ile YETBİD ölçeğinin besin tercihi bölümü puanları arasında pozitif yönlü zayıf ama anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0.088$, $p=0.048$). Buna göre çalışmaya katılan bireylerin COVID-19 korkusu düzeyleri arttıkça besin tercihi bilgi düzeylerinin arttığı belirlenmiştir. COVID-19 korkusu ile besin tercihi bilgi düzeyi arasında pozitif ilişki bulunmasının nedeni bu dönemde bireylerin güçlü bir bağışıklık sistemine sahip olma ve sağlıklı besinleri tercih etme isteğinden kaynaklanıyor olabilir.

Pandemi dönemlerinde ortaya çıkan korkunun, bireylerin stres ve kaygı düzeylerini artırarak yaşam biçimi davranışlarını olumsuz etkileyebileceği öngörülmektedir (269). Ancak bu çalışmada görüldüğü üzere pandemi sürecinde ortaya çıkan korku, sağlık sorumluluğu gibi olumlu yaşam biçimi davranışlarını da motive edebilir (270). Bu çalışmada CKÖ puanları ile SYBDÖ II'nin sadece sağlık sorumluluğu alt boyutu puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0.181$, $p<0.001$). Buna göre çalışmaya katılan bireylerin COVID-19 korkusu düzeyleri arttıkça sağlık sorumluluğu davranışlarının olumlu yönde geliştiği gözlenmiştir. Literatür incelendiğinde korku ve sağlıkla ilgili davranışlar arasındaki ilişkinin karmaşık olduğu görülmektedir (60,267,268). Harper ve ark. (2021) tarafından yapılan çalışmada, COVID-19 korkusunun risk algısını artırdığı ve sağlığı koruyucu davranışlar üzerinde olumlu değişikliklere yol açtığı tespit edilmiştir (270). Literatürde bulunan birçok teori korku temelli mesajların, sağlık davranışlarını

geliştirebileceğini ortaya koymaktadır (268). Sağlık iletişiminde “korku çekiciliği” olarak adlandırılan mesajlar, bireylerde tehdit edici olarak algılanmakta ve korku uyandırmaktadır (60). Sık fast food tüketmenin, obezite, diyabet ve hipertansiyon gibi olumsuz etkilere yol açacağından bahsedilerek bireylerde korku yoluyla davranış değişikliği sağlanması, korku çekiciliğine örnek olarak gösterilebilir (267). COVID-19 korkusunun sağlık sorumluluğunu artırma nedeni de korku çekiciliğinden kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca bu durum, pandemi harici dönemlerde de uygun düzeyde korku çekiciliğinin oluşturulması ile bireylerin beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite düzeylerinde olumlu değişikliklerin olabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada bireylerin temel beslenme bilgi düzeyi arttıkça, sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, stres yönetimi ve toplam SYBDÖ II puanlarının arttığı tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin besin tercihi bilgi puanları arttıkça da genel olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığı görülmüştür. Literatür incelendiğinde bu konuyla ilgili farklı bulgulara rastlanmıştır. Çalışmanın sonucu, beslenme bilgisi ile diyet kalitesi arasında pozitif ancak zayıf ilişki olduğunu gösteren bazı çalışmalarla tutarlıdır (23,236). Koch ve ark. (2021) beslenme bilgisi ile diyet kalitesi arasında anlamlı ancak düşük bir ilişki bulmuştur (236). Spronk ve ark. (2014)’nın yetişkinlerde beslenme bilgisi ile diyet alımı arasındaki ilişkiyi inceledikleri sistematik derleme çalışmasında, beslenme bilgisi ile diyet kalitesi arasında pozitif ancak zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır (23). Akkartal ve Gezer (2020)’in 18-64 yaş arası 382 bireyi dahil ettikleri çalışmada, beslenme bilgisi ile diyet kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla Genel Beslenme Bilgi Anketi uygulanmıştır. Genel Beslenme Bilgi Anketi; beslenme önerileri, besin ögesi bilgisi, besin seçimi ve diyet-hastalık ilişkisi olmak üzere dört alt sınıfa ayrılmaktadır. Bu çalışmada bireylerin diyet kalitesi ile beslenme önerileri ve besin ögesi bilgisi puanları arasında zayıf düzeyde pozitif bir ilişki bulunurken; besin seçimi, diyet-hastalık ilişkisi ve toplam bilgi puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (240). Lopez-Hernandez ve ark. (2020) tarafından yapılan bir çalışmada obez yetişkinlerin beslenme bilgi düzeyi ile diyet alımı ve bazı beslenme parametreleri (antropometrik ölçümler, biyobelirteçler) arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. 8 ay boyunca verilen beslenme eğitimi sonrası, bireylerin bilgi düzeyinde yükselme, kümes hayvanları alımında artış ve tatlılar, alkolsüz içecekler, yağ içeriği yüksek ürünler ile işlenmiş et tüketiminde önemli bir azalma gözlenmiştir. Ayrıca bireylerin vücut

ağırlığında %3'lük bir azalma görülmüştür (271). Zaborowicz ve ark. (2016)'nın yaptıkları çalışmada, içeceklere şeker eklememe ve yemeklere tuz atmama gibi sağlıklı geliştirici davranışların beslenme bilgi düzeyi yüksek olan bireylerde daha yaygın olduğu belirlenmiştir (22). Literatürde bulunan bazı çalışmalar ise iyi düzeyde beslenme bilgisine sahip olmanın her zaman daha sağlıklı beslenme alışkanlıklarıyla ilişkili olmadığını göstermektedir (174-176). Polonyalı, Alman ve Slovak öğrenciler arasında yapılan bir çalışmada, Polonyalı öğrencilerin gıda ve beslenme konusunda en yüksek bilgi düzeyine sahip olduğu ancak bu durumun diyet kalitesine yansımadağı bulunmuştur (175). Başka bir çalışmada öğrencilerin beslenme ilkeleri hakkında bilgi sahibi olmalarına rağmen bunları günlük yaşamlarında uygulamadıkları gösterilmiştir (176). Bu sonuçlar beslenme bilgi düzeyindeki artışın her zaman davranışa yansımayaabileceğini göstermektedir. Beslenme alışkanlıkları bireysel, sosyal ve çevresel birçok faktörden etkilendiğı için bu konuda literatürde çelişkili sonuçlar elde edilmiş olabilir. Ayrıca bu çalışmada beslenme bilgi düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında beklenen yönde anlamlı ilişkiler gözlemlenmesine rağmen, bu ilişki zayıf düzeydedir. Dolayısıyla beslenme bilgisindeki artışın tek başına beslenme ve diğer sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında büyük değişimlere yol açmasının mümkün olmadığı görülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışma, Aralık 2020-Nisan 2021 tarihleri arasında yaşları 18-64 aralığında olan 509 birey üzerinde pandemi sürecinde COVID-19 korkusu, beslenme bilgi düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek amacıyla yürütülmüştür. Çalışma sonucunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

1. Çalışma kapsamına alınan 509 bireyin %58.7'sini kadınlar, %41.3'ünü erkekler oluşturmuştur.
2. Bireylerin yaş ortalaması 30.83 ± 10.40 yıldır ve %40.7'si 25-34 yaş aralığındadır.
3. Bireylerin yarısından fazlası (%56.6) lisans mezunu olup; %43.8'i bir işte çalışmamakta, %29.1'i kamuda, %27.1'i özel sektörde çalışmaktadır.
4. Bireylerde en sık karşılaşılan hastalıkların %17.3 ile tiroid, %16.3 ile eklem/kemik, %14.4 ile solunum yolları olduğu tespit edilmiştir.
5. Kadınların çoğunluğu (%64.1) normal, erkeklerin çoğunluğu (%45.2) ise hafif şişmandır ($p < 0.001$).
6. Bireylerin pandemi sürecinde %39.1'inin vücut ağırlığı artmış, %21.6'sının vücut ağırlığı azalmış ve %39.3'ünün vücut ağırlığı değişmemiştir.
7. Kadınların %26.1'i, erkeklerin %46.2'si sigara kullandığını ($p < 0.001$); kadınların %19.7'si, erkeklerin %42.4'ü alkol tükettiğini belirtmişlerdir ($p < 0.001$).
8. Bireylerin duygu durumlarına göre iştah değişimleri incelendiğinde kadınların erkeklere göre duygusal yeme davranışına daha yatkın olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$).
9. Çalışmaya katılan bireylerin CKÖ puanlarının 16.97 ± 6.17 olduğu belirlenmiştir.
10. Bireylerin yaş, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, COVID-19 geçirme durumu, hastalık varlığı ve pandemi dönemi ağırlık değişimi ile COVID-19 korkusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

11. Kadınların CKÖ puanları (18.21 ± 6.22) erkeklere (15.25 ± 5.66) göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p < 0.001$).
12. YETBİD ölçeğine ait temel beslenme bölümünün puanları 54.31 ± 7.69 , besin tercihi bölümünün puanları 37.05 ± 6.29 'dur.
13. Bireylerin %50.9'unun orta düzeyde temel beslenme bilgi düzeyine sahip olduğu, %37.3'ünün ise orta düzeyde besin tercihi bilgi düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir.
14. Kadınların temel beslenme bilgi puanları 54.61 ± 7.87 , besin tercihi bilgi puanları 37.52 ± 6.20 ; erkeklerin ise temel beslenme bilgi puanları 53.87 ± 7.43 , besin tercihi bilgi puanları 36.37 ± 6.37 'dir ($p > 0.05$).
15. 35-44 yaş grubunda olanların temel beslenme bilgi puanlarının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek ($\chi^2 = 19.753$, $p = 0.001$); 18-24 yaş grubunda olanların besin tercihi bilgi puanlarının ise diğer yaş gruplarına göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ($\chi^2 = 24.571$, $p < 0.001$).
16. Evli, eğitim düzeyi yüksek, gelir durumu iyi olan ve kamuda çalışan bireylerin beslenme bilgi puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p < 0.05$).
17. Hastalığı olanların temel beslenme puanları (56.16 ± 7.68), hastalığı olmayanlara (53.84 ± 7.63) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p = 0.037$). Ancak hastalık varlığına göre besin tercihi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p > 0.05$).
18. BKİ sınıflarına göre temel beslenme ve besin tercihi bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Pandemi döneminde vücut ağırlığı azalan bireylerin besin tercihi puanları ise diğer bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p = 0.009$).
19. Çalışmaya katılan bireylerin SYBDÖ II puanları incelendiğinde ölçek toplam puanı 121.11 ± 19.24 olarak belirlenmiştir. SYBDÖ II alt boyutlarından en düşük puanın fiziksel aktiviteden alındığı saptanmıştır.
20. 55-64 yaş aralığında, evli, eğitim düzeyi yüksek, kamuda çalışan, ekonomik durumu iyi ve hastalığı olan bireylerin SYBDÖ II ölçeğinden daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir ($p < 0.05$).
21. 18-24 yaş aralığında olan bireylerin beslenme puanı, diğer yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde daha düşüktür ($\chi^2 = 23.709$, $p < 0.001$).
22. Kadınların sağlık sorumluluğu puanları; erkeklerin ise fiziksel aktivite ve manevi gelişim puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p < 0.005$).

23. Bireylerin BKİ sınıflarına göre SYBDÖ II'nin alt boyutlarından sadece beslenme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Obez olanların beslenme puanları, zayıf ve normal olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.
24. CKÖ puanları ile besin tercihi ve SYBDÖ II ölçeğinin sadece sağlık sorumluluğu alt boyutu puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0.088$, $p=0.048$; $r=0.181$, $p<0.001$).
25. Temel beslenme bilgi puanları ile sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, stres yönetimi ve toplam SYBDÖ II puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla $r=0.120$, $p=0.007$; $r=0.205$, $p<0.001$; $r=0.145$, $p=0.001$; $r=0.112$, $p=0.011$; $r=0.164$, $p<0.001$)
26. Besin tercihi bilgi puanları ile SYBDÖ II'nin fiziksel aktivite alt boyutu puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0.05$); sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve toplam SYBDÖ II puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0.189$, $p<0.001$; $r=0.136$, $p=0.002$; $r=0.151$, $p=0.001$; $r=0.139$, $p=0.002$; $r=0.187$, $p<0.001$; $r=0.196$, $p<0.001$).

6.2. Öneriler

Bireylerin sağlıklı bir yaşam tarzını benimsemesi bulaşıcı olmayan hastalıkları önlemede ve bulaşıcı hastalıklardan korunmada önemli stratejilerden biridir. Ancak küreselleşme, kentleşme ve gelişen teknoloji gibi etmenler günümüz dünyasını kolaylaştırmanın yanı sıra olumsuz sağlık durumlarına yol açmaktadır. Bununla birlikte pandemi döneminde alınan önlemler, COVID-19'un neden olduğu stres ve korku gibi durumlar da bireylerin yaşam tarzında değişikliklere neden olmaktadır. Değişen yaşam tarzı ile birlikte ortaya çıkan sağlıksız beslenme, hareketsiz yaşam ve olumsuz duygu durumlarının artması hastalıklar için önemli risk faktörlerindendir.

Bu çalışmada bireylerin COVID-19 korkusu, beslenme bilgi düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının çeşitli sosyodemografik özelliklerden etkilendiği ve

kendi aralarında zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Beslenme bilgi düzeyi ile yaşam biçimi davranışları arasında beklenildiği gibi pozitif ancak zayıf bir ilişkinin olması, bilgi düzeyindeki artışın tek başına davranış değişikliği sağlamak için yeterli olmadığını göstermektedir. Bu bağlamda bireylerin sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite gibi yaşam biçimi davranışlarını benimsemelerini sağlayacak, bilginin eyleme dönüştürülmesine yardımcı olacak etkili eğitimler planlanmalıdır. Bu eğitimler bireysel, sosyal ve çevresel faktörler göz önünde bulundurularak bireylerin ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde düzenlenmelidir.

Pandemi sürecinde bireylerin özellikle kadınların yaşadıkları korku ve diğer olumsuz duygu düzeylerinin belirlenmesi, bu duyguların beslenme alışkanlıkları üzerindeki etkilerini ortaya koymada önemli olabilir. Korkunun beslenme davranışı üzerindeki etkilerini anlayabilmek ve olası olumsuz etkilerine karşı önlemlerin alınabilmesi için daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçların, COVID-19 pandemi sürecinde ve ortaya çıkabilecek yeni salgınlarda sağlığın korunmasına yönelik stratejilerin geliştirilmesine yeni bir bakış açısı sağlayabileceği düşünülmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Salari S, Pilevarzadeh M, Daneshi F, Ahmadidarrehshima S. Examining the health promoting lifestyle and its related factors among the nursing students of Jiroft University of Medical Sciences, Indian Journal of Public Health Research & Develepment, 2017, 8(1), 342-346.
2. Slawson DL, Fitzgerald N, Morgan KT. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: the role of nutrition in health promotion and chronic disease prevention, J Acad Nutr Diet., 2013, 113(7): 972-979.
3. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice. 7 edition. Pearson; 2014: 6–17.
4. Crowley J, Ball L, Hiddink GJ. Nutrition in medical education: a systematic review, Lancet Planet Health., 2019, 3(9): e379-e389.
5. GBD 2017 Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017, Lancet., 2019 11;393(10184): 1958-1972.
6. WHO. The global strategy on diet, physical activity and health. http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsf_general.pdf. 21 Haziran 2021.
7. Mentella MC, Scaldaferri F, Gasbarrini A, Miggiano GAD. The Role of Nutrition in the COVID-19 Pandemic, Nutrients., 2021, 27;13(4):1093.
8. Browne S, Minozzi S, Bellisario C, Sweeney MR, Susta D. Effectiveness of interventions aimed at improving dietary behaviours among people at higher risk of or with chronic non-communicable diseases: an overview of systematic reviews, Eur J Clin Nutr., 2019, 73(1): 9-23.
9. Zabetakis I, Lordan R, Norton C, Tsoupras A. COVID-19: The Inflammation Link and the Role of Nutrition in Potential Mitigation, Nutrients., 2020, 12(5):1466.

10. Li S, Wang Y, Xue J, Zhao N, Zhu T. The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users, *Int J Environ Res Public Health*, 2020,17(6): 2032.
11. Reznik A, Gritsenko V, Konstantinov V, Khamenka N, Isralowitz R. COVID-19 Fear in Eastern Europe: Validation of the Fear of COVID-19 Scale, *Int J Ment Health Addict*, 2021, 19(5): 1903-1908.
12. Karakose T, Yirci R, Basyigit H, Kucukcakir A. Investigation of associations between the effects of COVID-19 fear on school administrators and nutrition and problematic eating behaviors, *Progress in Nutrition*, 2021, 23(2): e2021187.
13. Elemo AS, Ahmed AH, Kara E, Zerkeshi MK. The fear of COVID-19 and flourishing: Assessing the mediating role of sense of control in international students, *Int J Ment Health Addict*, 2021, 5:1-11.
14. Chopra S, Ranjan P, Singh V, Kumar S, Arora M, Hasan MS, Kasiraj R, Suryansh, Kaur D, Vikram NK, Malhotra A, Kumari A, Klanidhi KB, Baitha U. Impact of COVID-19 on lifestyle-related behaviours- a cross-sectional audit of responses from nine hundred and ninety-five participants from India, *Diabetes Metab Syndr*, 2020, 14(6):2021-2030.
15. Eskici G. Covid-19 pandemisi: Karantina için beslenme önerileri, *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*, 2020, 25: 124-129.
16. Anton SD, Miller PM. Do negative emotions predict alcohol consumption, saturated fat intake and physical activity in older adults, *Behav Modif*, 2005, 29(4): 677-688.
17. Dilber A, Dilber F. Koronavirüs (COVID-19) salgınının bireylerin beslenme alışkanlıkları üzerindeki etkisi, *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*, 2020 8(3): 2144-2162.
18. Scully M, Dixon H, Wakefield M. Association between commercial television exposure and fast-food consumption among adults, *Public Health Nutr*, 2009, 12(1): 105-110.

19. Chen PJ, Antonelli M. Conceptual models of food choice: Influential factors related to foods, individual differences and society, *Foods*, 2020, 9(12): 1898.
20. Bauer JM, Reisch LA. Behavioural insights and (un) healthy dietary choices: A review of current evidence, *J. Consum. Policy.*, 2019, 42(1): 3–45. Santella, M. E., Hagedorn, R. L., Wattick, R. A., Barr, M. L., Horacek, T. M., & Olfert, M. D. (2020). Learn first, practice second approach to increase health professionals' nutrition-related knowledge, attitudes and self-efficacy. *International journal of food sciences and nutrition*, 71(3), 370-377.
21. Santella ME, Hagedorn RL, Wattick RA, Barr ML, Horacek TM, Olfert MD. Learn first, practice second approach to increase health professionals' nutrition-related knowledge, attitudes and self-efficacy, *Int J Food Sci Nutr.*, 2020, 71(3): 370-377.
22. Bonaccio M, Di Castelnuovo A, Costanzo S, De Lucia F, Olivieri M, Donati MB, de Gaetano G, Iacoviello L, Bonanni A; Moli-sani Project Investigators. Nutrition knowledge is associated with higher adherence to Mediterranean diet and lower prevalence of obesity, results from the Moli-sani study. *Appetite*. 2013, 68:139-46.
23. Spronk I, Kullen C, Burdon C, O'Connor H. Relationship between nutrition knowledge and dietary intake, *Br J Nutr.*, 2014, 111(10): 1713-1726.
24. Quaidoo EY, Ohemeng A, Amankwah-Poku M. Sources of nutrition information and level of nutrition knowledge among young adults in the Accra metropolis, *BMC Public Health.*, 2018, 18(1): 1323.
25. Zaborowicz K, Czarnocińska J, Galiński G, Kaźmierczak P, Górska K, Durczewski P. Evaluation of selected dietary behaviours of students according to gender and nutritional knowledge, *Rocz Panstw Zakl Hig.*, 2016, 67(1): 45-50.
26. Hodul PÖ. Adana İl Merkezi Lise Öğrencilerinde Beslenme Durumu Ve Beden Ağırlığını Değiştirme Plan ve Girişimleri, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2001.

27. Naja F, Hamadeh R. Nutrition amid the COVID-19 pandemic: a multi-level framework for action, *Eur J Clin Nutr.*, 2020, 74(8): 1117-1121.
28. Tunç A, Atıcı FZ. Dünyada ve Türkiye’de Pandemilerle Mücadele: Risk ve Kriz Yönetimi Bağlamında Bir Değerlendirme. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi, 2020, 5(2): 329-362.
29. Şeker M, Özer A, Tosun Z, Korkut C, Doğrul M. Covid-19 pandemi değerlendirme raporu. Ankara: Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları, TÜBA Raporları, (34).
30. Cao M, Zhang D, Wang Y, Lu Y, Zhu X, Li Y, Xue H, Lin Y, Zhang M, Sun Y, Yang Z, Shi J, Wang Y, Zhou C, Dong Y, Liu P, Dudek SM, Xiao Z, Lu H, Peng L. Clinical features of patients infected with the 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) in Shanghai, China, 2020, 6: 2020.
31. World Health Organization. WHO Director-General’s Opening Remarks At The Media Briefing On COVID-19. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19>. 6 Mayıs 2021.
32. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, Zhang L, Fan G, Xu J, Gu X, Cheng Z, Yu T, Xia J, Wei Y, Wu W, Xie X, Yin W, Li H, Liu M, Xiao Y, Gao H, Guo L, Xie J, Wang G, Jiang R, Gao Z, Jin Q, Wang J, Cao B. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China, *Lancet.*, 2020, 395(10223): 497-506.
33. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, Zhao X, Huang B, Shi W, Lu R, Niu P, Zhan F, Ma X, Wang D, Xu W, Wu G, Gao GF, Tan W; China Novel Coronavirus Investigating and Research Team. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019, *N Engl J Med.*, 2020, 382(8): 727-733.
34. Mohamadian M, Chiti H, Shoghli A, Biglari S, Parsamanesh N, Esmaeilzadeh A. COVID-19: Virology, biology and novel laboratory diagnosis, *J Gene Med.*, 2021, 23(2): e3303.

35. Liu GS, Li H, Zhao SC, Lu RJ, Niu PH, Tan WJ. Viral and bacterial etiology of acute febrile respiratory syndrome among patients in Qinghai, China, *Biomed Environ Sci.*, 2019, 32(6): 438-445.
36. Sun J, He WT, Wang L, Lai A, Ji X, Zhai X, Li G, Suchard MA, Tian J, Zhou J, Veit M, Su S. COVID-19: Epidemiology, evolution, and cross-disciplinary perspectives, *Trends Mol Med.*, 2020, 26(5): 483-495.
37. <https://digital.csic.es/handle/10261/212994>
38. Asim M, Sathian B, van Teijlingen E, Mekkodathil A, Subramanya SH, Simkhada P. COVID-19 pandemic: Public health implications in Nepal, *Nepal J Epidemiol.*, 2020, 10(1): 817-820.
39. World Health Organization. WHO Coronavirus Disease(Covid-19) Dashboard 2020 <https://covid19.who.int>. 1.04.2022
40. Yang Y, Shang W, Rao X. Facing the COVID-19 outbreak: What should we know and what could we do?, *J Med Virol.*, 2020, 92(6): 536-537.
41. Wrapp D, Wang N, Corbett KS, Goldsmith JA, Hsieh CL, Abiona O, Graham BS, McLellan JS. Cryo-EM structure of the 2019-nCoV spike in the prefusion conformation, *Science.*, 2020, 367(6483): 1260-1263.
42. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, Liu L, Shan H, Lei CL, Hui DSC, Du B, Li LJ, Zeng G, Yuen KY, Chen RC, Tang CL, Wang T, Chen PY, Xiang J, Li SY, Wang JL, Liang ZJ, Peng YX, Wei L, Liu Y, Hu YH, Peng P, Wang JM, Liu JY, Chen Z, Li G, Zheng ZJ, Qiu SQ, Luo J, Ye CJ, Zhu SY, Zhong NS; China Medical Treatment Expert Group for Covid-19. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China, *N Engl J Med.*, 2020, 382(18):1708-1720.

43. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, Ren R, Leung KSM, Lau EHY, Wong JY, Xing X, Xiang N, Wu Y, Li C, Chen Q, Li D, Liu T, Zhao J, Liu M, Tu W, Chen C, Jin L, Yang R, Wang Q, Zhou S, Wang R, Liu H, Luo Y, Liu Y, Shao G, Li H, Tao Z, Yang Y, Deng Z, Liu B, Ma Z, Zhang Y, Shi G, Lam TTY, Wu JT, Gao GF, Cowling BJ, Yang B, Leung GM, Feng Z. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia, *N Engl J Med.*, 2020, 382(13): 1199-1207.
44. Chakraborty I, Maity P. COVID-19 outbreak: Migration, effects on society, global environment and prevention, *Sci Total Environ.*, 2020, 728: 138882.
45. Fu L, Wang B, Yuan T, Chen X, Ao Y, Fitzpatrick T, Li P, Zhou Y, Lin YF, Duan Q, Luo G, Fan S, Lu Y, Feng A, Zhan Y, Liang B, Cai W, Zhang L, Du X, Li L, Shu Y, Zou H. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China: A systematic review and meta-analysis, *J Infect.*, 2020, 80(6): 656-665.
46. Vaira LA, Salzano G, Deiana G, De Riu G. Anosmia and Ageusia: Common findings in COVID-19 patients, *Laryngoscope.*, 2020, 130(7): 1787.
47. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, Xiang J, Wang Y, Song B, Gu X, Guan L, Wei Y, Li H, Wu X, Xu J, Tu S, Zhang Y, Chen H, Cao B. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study, *Lancet.*, 2020, 395(10229): 1054-1062.
48. Lippi G, Plebani M. The critical role of laboratory medicine during coronavirus disease 2019 (COVID-19) and other viral outbreaks, *Clin Chem Lab Med.*, 2020, 58(7):1063-1069.
49. Bhargava A, Fukushima EA, Levine M, Zhao W, Tanveer F, Szpunar SM, Saravolatz L. Predictors for severe COVID-19 infection, *Clin Infect Dis.*, 2020, 71(8): 1962-1968.
50. Renu K, Prasanna PL, Valsala Gopalakrishnan A. Coronaviruses pathogenesis, comorbidities and multi-organ damage - A review, *Life Sci.*, 2020, 255:1 17839.
51. Erdem, İ. Koronavirüse (Covid-19) Karşı Türkiye'nin karantina ve tedbir politikaları. *Electronic Turkish Studies*, 15(4): 377-388.

52. George V, Sullivan M, Stojanovski P, Giesecke J, Woo G. “Assessing regional risks from pandemic influenza: A scenario analysis.” *The World Economy*, 39(8):1225–1255.
53. Gostin, Lawrence O., and Eric A. Friedman. 2015. “A Retrospective and Prospective Analysis of the West African Ebola Virus Disease Epidemic: Robust National Health Systems at the Foundation and an Empowered WHO at the Apex.” *The Lancet* 385(9980):1902–9. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60644-4.
54. Nicola M, Alsafi Z, Sohrabi C, Kerwan A, Al-Jabir A, Iosifidis C, Agha M, Agha R. The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review, *Int J Surg.*, 2020, 78: 185-193.
55. Alzueta E, Perrin P, Baker FC, Caffarra S, Ramos-Usuga D, Yuksel D, Arango-Lasprilla JC. How the COVID-19 pandemic has changed our lives: A study of psychological correlates across 59 countries, *Journal of clinical psychology*, 77(3): 556-570.
56. Beck, U. (1992). *Risk society: Towards a new modernity*. London: Sage Publications.
57. Mak IW, Chu CM, Pan PC, Yiu MG, Chan VL. Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors, *Gen Hosp Psychiatry*. 2009, 31(4): 318-26.
58. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, Ho RC. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) epidemic among the general population in China, *Int J Environ Res Public Health.*, 2020, 17(5):1729.
59. Sorokin MY, Kasyanov ED, Rukavishnikov GV, Makarevich OV, Neznanov NG, Lutova NB, Mazo GE. Structure of anxiety associated with the COVID-19 pandemic in the Russian-speaking sample: Results from on-line survey. medRxiv.
60. Pakpour AH, Griffiths MD. The fear of COVID-19 and its role in preventive behaviors, *Journal of Concurrent Disorders*, 2(1): 58-63.

61. Ren X, Huang W, Pan H, Huang T, Wang X, Ma Y. Mental Health During the Covid-19 Outbreak in China: a Meta-Analysis, *Psychiatr Q.*, 2020, 91(4): 1033-1045.
62. Atalan A. Is the lockdown important to prevent the COVID-19 pandemic? Effects on psychology, environment and economy-perspective, *Annals of medicine and surgery*, 2020, 56: 38-42.
63. Üstün Ç, Özçiftçi S. COVID-19 pandemisinin sosyal yaşam ve etik düzlem üzerine etkileri: Bir değerlendirme çalışması. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi.*, 2020, 25:142-153.
64. Çelebi GY. COVID 19 salgınına ilişkin tepkilerin psikolojik sağlamlık açısından incelenmesi, *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, 2020, (8): 471-483.
65. Ho CS, Chee CY, Ho RC. Mental health strategies to combat the psychological impact of Coronavirus disease 2019 (COVID-19) beyond paranoia and panic. *Ann Acad Med Singap*, 2020, 16:49(3):155-160.
66. de Hoog N, Stroebe W, de Wit JB. The processing of fear-arousing communications: How biased processing leads to persuasion, *Social Influence*, 2008, 3(2): 84-113.
67. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies, *Braz J Psychiatry.*, 2020, 42(3): 232-235.
68. Garcia R. Neurobiology of fear and specific phobias, *Learn Mem.*, 2017, 24(9): 462-471.
69. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations, *Psychiatry Clin Neurosci.*, 2020, 74(4) :281-282.
70. Doğan, M. M., & Düzel, B. (2020). Covid-19 özelinde korku-kaygı düzeyleri. *Electronic Turkish Studies*, 15(4): 739-752.

71. Schimmenti A, Billieux J, Starcevic V. The Four Horsemen of Fear: An Integrated model of understanding fear experiences during the Covid-19 pandemic, Clin Neuropsychiatry., 2020, 17(2) :41-45.
72. Lipsitch M, Swerdlow DL, Finelli L. Defining the epidemiology of Covid-19 - Studies needed, N Engl J Med., 2020, 382(13): 1194-1196.
73. Starcevic, V. Fear of death in hypochondriasis: Bodily threat and its treatment implications, Journal of Contemporary Psychotherapy, 2005, 35(3): 227–237.
74. la Repubblica. Coronavirus, l'allarme dei cardiologi: 'Per il timore contagi meno ricoveri per infarto' [Coronavirus, the cardiologists' alarm: "Due to fear of contagion, less ospitalization for infartion"], 25 March 2020, https://www.repubblica.it/salute/medicinaericerca/2020/03/23/news/coronavirus_meno_ricoveri_per_infarto_si_teme_il_contagio-252070598/. Erişim: 27 Mart 2020.
75. Pang NTP, Kamu A, Hambali NLB, Mun HC, Kassim MA, Mohamed NH, Ayu F, Rahim SSSA, Omar A, Jeffree MS. Malay Version of the Fear of COVID-19 Scale: Validity and Reliability. Int J Ment Health Addict. 2022;20(1):263-272.
76. World Health Organization (WHO). What is the WHO definition of health?. <https://www.who.int/about/frequently-asked-questions> . 8.02.2022
77. Murathan F, Uğurlu FM, Murathan T, Koç M. (2017). Beden Eđitimi ve Spor Yůksekokulu Öğrencileri ile Sağlık Yůksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yařam Biçimi Davranışlarının Karşılaştırılması (Adıyaman Üniversitesi Örneđi), Electronic Turkish Studies, 12(3): 493-504.
78. Arslan C, Ceviz D. Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2007, 21(5):211-220.
79. Taylor C, Lillis C, LeMone P, Lynn PA. The art and science of nursing care, Fundamentals of Nursing, 9st ed. Philadelphia, Lippincott, 2001: 530-540.

80. Johnson RL. Gender differences in health-promoting lifestyles of African Americans, *Public Health Nurs.*, 2005, 22(2): 130-137.
81. Açıkgöz Çepni S, Kitiş Y. Relationship between healthy lifestyle behaviors and health locus of control and health-specific self-efficacy in university students, *Jpn J Nurs Sci.*, 2017, 14(3): 231-239.
82. Bahar Z, Açıl D. Sağlığı geliştirme modeli: kavramsal yapı, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2014, 7(1): 59-67.
83. Kickbusch I. The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion, *Am J Public Health.*, 2003, 93(3): 383-388.
84. Thompson SR, Watson MC, Tilford S. The Ottawa Charter 30 years on: still an important standard for health promotion, *International Journal of Health Promotion and Education*, 2018, 56(2): 73-84.
85. Kumar S, Preetha G. Health promotion: an effective tool for global health, *Indian J Community Med.*, 2012, 37(1): 5-12.
86. Geller K, Lippke S, Nigg CR. Future directions of multiple behavior change research, *J Behav Med.*, 2017, 40(1): 194-202.
87. Marques A, Demetriou Y, Tesler R, Gouveia ÉR, Peralta M, Matos MG. healthy lifestyle in children and adolescents and its association with subjective health complaints: Findings from 37 countries and regions from the HBSC study, *Int J Environ Res Public Health.*, 2019, 16(18): 3292.
88. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health Promotion in Nursing Practice*, 7th ed. New York, Pearson, 2014: 6–17.
89. Kaya S, Uzdil Z, Cakiroğlu FP. Evaluation of the effects of fear and anxiety on nutrition during the COVID-19 pandemic in Turkey, *Public Health Nutr.*, 2021, 24(2): 282-289.
90. Hamer M, O'Donovan G, Stamatakis E. Lifestyle risk factors, obesity and infectious disease mortality in the general population: Linkage study of 97,844 adults from England and Scotland, *Prev Med.*, 2019, 123:65-70.

91. Yang M, Lim S, Han D, Park J. A policy proposal for improving the quality of life for the middle-aged people: Focusing on lifestyle, J Korea Gerontol Soc., 2020, 40(3):531–541.
92. Park KH, Park JH. Development of an elderly lifestyle profile: A Delphi survey of multidisciplinary health-care experts, PLoS One., 2020, 15(6): e0233565.
93. Bostan N, Beser A. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma, 2017, 14(1): 38-44.
94. Duran Ü, Ögüt S, Asgarpour H, Kunter D. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2018, 2(3): 138-147.
95. Çetinkaya S, Sert H. Healthy lifestyle behaviors of university students and related factors, Acta Paulista de Enfermagem, 2021, 34: eAPE02942.
96. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data, Lancet., 2006, 367(9524): 1747-1757.
97. Heidari M, Borujeni MB, Borujeni MG, Shirvani M. Relationship of lifestyle with academic achievement in nursing students, J Clin Diagn Res., 2017: 11(3):JC01-JC03.,
98. Wang D, Ou CQ, Chen MY, Duan N. Health-promoting lifestyles of university students in Mainland China, BMC Public Health., 2009, 9:379.
99. Loefer M, Walach H. The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: a systematic review and meta-analysis, Prev Med., 2012, 55(3):163-170.
100. Merdol TK. Beslenmeye bağlı kronik hastalıkların önlenmesinde yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenmenin önemi ve temel ilkeler. İçinde: Alphan ET. Hastalıklarda beslenme tedavisi, Ankara, Hatiboğlu Yayınevi, 2014, 3-31.
101. Lean ME. Principles of human nutrition, Medicine, 2019, 47(3): 140-144.

102. Türkiye Beslenme Rehberi TÜBER 2015, T.C. Sağlık Bakanlığı sayı: 1031, Ankara 2019.”
103. Akyol P, Çelik A. Covid-19 salgını sürecinde paramedik öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının araştırılması, *Electronic Turkish Studies*, 15(4): 25-37.
104. Abbas AM, Kamel MM. Dietary habits in adults during quarantine in the context of COVID-19 pandemic, *Obes Med.*, 2020, 19: 100254.
105. Ganley RM. Emotion and eating in obesity: A review of the literature, *Int. J. Eat. Disord.*, 1989, 8: 343–361.
106. Al-Musharaf S. Prevalence and predictors of emotional eating among healthy young Saudi women during the COVID-19 pandemic, *Nutrients.*, 2020, 12(10): 2923.
107. Roberts CJ. The effects of stress on food choice, mood and bodyweight in healthy women, *Nutrition Bulletin*, 2008, 33(1): 33-39.
108. Ulrich-Lai YM, Fulton S, Wilson M, Petrovich G, Rinaman L. Stress exposure, food intake and emotional state, *Stress.*, 2015, 18(4): 381-399.
109. Antunes R, Frontini R, Amaro N, Salvador R, Matos R, Morouço P, Rebelo-Gonçalves R. Exploring lifestyle habits, physical activity, anxiety and basic psychological needs in a sample of Portuguese adults during COVID-19, *Int J Environ Res Public Health.*, 2020, 17(12): 4360.
110. Casagrande M, Favieri F, Tambelli R, Forte G. The enemy who sealed the world: Effects quarantine due to the COVID-19 on sleep quality, anxiety, and psychological distress in the Italian population, *Sleep Med.*, 2020, 75:12-20.
111. Gómez-Corona C, Ramaroson Rakotosamimanana V, Sáenz-Navajas MP, et al. To fear the unknown: Covid-19 confinement, fear, and food choice, *Food Qual Prefer.*, 2021, 92: 104251.
112. Valdés-Ramos R, Martínez-Carrillo BE, Aranda-González II, Guadarrama AL, Pardo-Morales RV, Tlatempa P, Jarillo-Luna RA. Diet, exercise and gut mucosal immunity, *Proc Nutr Soc.*, 2010, 69(4): 644-650.

113. Calder PC. Nutrition, immunity and COVID-19, *BMJ Nutrition, Prevention & Health*, 2020, 3(1): 74.
114. Wu D, Lewis ED, Pae M, Meydani SN. Nutritional modulation of immune function: Analysis of evidence, mechanisms, and clinical relevance, *Front Immunol.*, 2019, 9: 3160.
115. Wypych TP, Marsland BJ, Ubags NDJ. The impact of diet on immunity and respiratory diseases, *Ann Am Thorac Soc.*, 2017;14 :S339-S347.
116. Gleeson M, Nieman DC, Pedersen BK. Exercise, nutrition and immune function, *J Sports Sci.*, 2004, 22(1): 115-125.
117. Aman F, Masood S. How Nutrition can help to fight against COVID-19 Pandemic, *Pak J Med Sci.*, 2020, 36(COVID19-S4): S121-S123.
118. Türkiye Diyetisyenler Derneği, COVID-19 Beslenme Önerileri. <http://www.tdd.org.tr/index.php/duyurular/69-covid-19-beslenme-onerileri>. 20 Kasım 2021.
119. Khayyatadeh SS. Nutrition and infection with COVID-19, *J Nutr Food Security.*, 2020, 5(2): 93–96.
120. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi, sayı: 2, 2014.
121. Huang CJ, Zourdos MC, Jo E, Ormsbee MJ. Influence of physical activity and nutrition on obesity-related immune function, *ScientificWorldJournal.*, 2013, 2013: 752071.
122. Lou M, Zong XF, Wang LL. Curative treatment of hypertension by physical exercise, *Eur Rev Med Pharmacol Sci.*, 2017, 21(14): 3320-3326.
123. Fiuza-Luces C, Santos-Lozano A, Joyner M, Carrera-Bastos P, Picazo O, Zugaza JL, Izquierdo M, Ruilope LM, Lucia A. Exercise benefits in cardiovascular disease: Beyond attenuation of traditional risk factors, *Nat Rev Cardiol.*, 2018, 15(12): 731-743.

124. Warburton DE, Bredin SS. Reflections on physical activity and health: What should we recommend?, *Can J Cardiol.*, 2016, 32(4): 495-504.
125. World Health Organization (WHO). Global recommendations on physical activity for health. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599979>. 05.01.2022.
126. Matthews CE, Ockene IS, Freedson PS, Rosal MC, Merriam PA, Hebert JR. Moderate to vigorous physical activity and risk of upper-respiratory tract infection, *Med Sci Sports Exerc.*, 2002, 34(8): 1242-1248.
127. Kilani HA, Bataineh MF, Al-Nawayseh A, Atiyat K, Obeid O, Abu-Hilal MM, Mansi T, Al-Kilani M, Al-Kitani M, El-Saleh M, Jaber RM, Sweidan A, Himsi M, Yousef I, Alzeer F, Nasrallah M, Al Dhaheri AS, Al-Za'abi A, Allala O, Al-Kilani L, Alhasan AM, Ghieda M, Najah Y, Alsheekhly S, Alhaifi A, Shukri R, Al Adwani J, Waly M, Kilani L, Kilani LH, Al Shareef AS, Kilani A. Healthy lifestyle behaviors are major predictors of mental wellbeing during COVID-19 pandemic confinement: A study on adult Arabs in higher educational institutions, *PLoS One.*, 2020, 15(12): e0243524.
128. Russell G, Lightman S. The human stress response, *Nat Rev Endocrinol.*, 2019, 15(9): 525-534.
129. Özel Y, Karabulut AB. Günlük yaşam ve stres yönetimi, *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 2018, 1(1): 48-56.
130. Sürme Y. Stres, stresle ilişkili hastalıklar ve stres yönetimi, *Journal of International Social Research*, 2019, 12(64): 524-529.
131. Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulopoor S, Mohammadi M, Rasoulopoor S, Khaledi-Paveh B. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis, *Global Health.*, 2020, 16(1): 57.
132. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey, *Psychiatry Res.*, 2020, 288: 112954.

133. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence, *Lancet.*, 2020, 395(10227): 912–920.
134. Fortunato VJ, Harsh J. Stress and sleep quality: The moderating role of negative affectivity, *Personality and Individual Differences*, 2006, 41(5): 825-836.
135. Cappuccio FP, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies, *Sleep.*, 2010, 33(5): 585-592.
136. Tang NK, Fiecas M, Afolalu EF, Wolke D. Changes in sleep duration, quality, and medication use are prospectively associated with health and well-being: Analysis of the UK household longitudinal study, *Sleep.*, 2017, 40(3):10.
137. Mandelkorn U, Genzer S, Choshen-Hillel S, Reiter J, Meira E Cruz M, Hochner H, Kheirandish-Gozal L, Gozal D, Gileles-Hillel A. Escalation of sleep disturbances amid the COVID-19 pandemic: a cross-sectional international study, *J Clin Sleep Med.*, 2021, 17(1): 45-53.
138. Miyata M, Hata T, Kato N, Takeuchi M, Mizutani H, Kubota M, Yamazaki T. Dynamic QT/RR relationship of cardiac conduction in premature infants treated with low-dose doxapram hydrochloride, *J Perinat Med.*, 2007, 35(4): 330-333.
139. Leone MJ, Sigman M, Golombek DA. Effects of lockdown on human sleep and chronotype during the COVID-19 pandemic, *Curr Biol.*, 2020, 30(16): R930-R931.
140. Blume C, Schmidt MH, Cajochen C. Effects of the COVID-19 lockdown on human sleep and rest-activity rhythms. *Curr Biol.*, 2020, 30(14): R795-R797.
141. Wright KP Jr, Linton SK, Withrow D, Casiraghi L, Lanza SM, Iglesia H, Vetter C, Depner CM. Sleep in university students prior to and during COVID-19 Stay-at-Home orders, *Curr Biol.*, 2020 ,J30(14): R797-R798.

142. Jahrami H, BaHammam AS, Bragazzi NL, Saif Z, Faris M, Vitiello MV. Sleep problems during the COVID-19 pandemic by population: a systematic review and meta-analysis, *J Clin Sleep Med.*, 2021, 17(2): 299-313.
143. Kocevskaja D, Blanken TF, Van Someren EJW, Rösler L. Sleep quality during the COVID-19 pandemic: not one size fits all, *Sleep Med.*, 2020, 76: 86-88.
144. Dobner J, Kaser S. Body mass index and the risk of infection - from underweight to obesity, *Clin Microbiol Infect.*, 2018, 24(1): 24-28.
145. Andersen CJ, Murphy KE, Fernandez ML. Impact of obesity and metabolic syndrome on immunity, *Adv Nutr.*, 2016, 7(1): 66-75.
146. Saltekin A, Alim NE. COVID-19 pandemi sürecinde ideal vücut ağırlığının önemi. *Yüksek İhtisas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2021, 2: 49-55.
147. Zabetakis I, Lordan R, Norton C, Tsoupras A. COVID-19: The Inflammation Link and the Role of Nutrition in Potential Mitigation. *Nutrients.*, 2020, 12(5): 1466.
148. Lighter J, Phillips M, Hochman S, Sterling S, Johnson D, Francois F, Stachel A. Obesity in patients younger than 60 years is a risk factor for COVID-19 hospital admission, *Clin Infect Dis.*, 2020, 71(15): 896-897.
149. Mahase E. Covid-19: most patients require mechanical ventilation in first 24 hours of critical care, *BMJ*, 2020, 368: m1201.
150. Petrilli CM, Jones SA, Yang J, Rajagopalan H, O'Donnell L, Chernyak Y, et al. Factors associated with hospital admission and critical illness among 5279 people with coronavirus disease 2019 in New York City: prospective cohort study, *BMJ*, 2020, 369: m1966.
151. Popkin BM, Du S, Green WD, Beck MA, Algaith T, Herbst CH, Alsukait RF, Alluhidan M, Alazemi N, Shekar M. Individuals with obesity and COVID-19: A global perspective on the epidemiology and biological relationships, *Obes Rev.*, 2020, 21(11): e13128.

152. Garg S, Kim L, Whitaker M, O'Halloran A, Cummings C, Holstein R, Prill M, Chai SJ, Kirley PD, Alden NB, Kawasaki B, Yousey-Hindes K, Niccolai L, Anderson EJ, Openo KP, Weigel A, Monroe ML, Ryan P, Henderson J, Kim S, Como-Sabetti K, Lynfield R, Sosin D, Torres S, Muse A, Bennett NM, Billing L, Sutton M, West N, Schaffner W, Talbot HK, Aquino C, George A, Budd A, Brammer L, Langley G, Hall AJ, Fry A. Hospitalization rates and characteristics of patients hospitalized with laboratory-confirmed Coronavirus Disease 2019 - COVID-NET, 14 States, March 1-30, MMWR Morb Mortal Wkly Rep., 2020, 69(15): 458-464.
153. Peng YD, Meng K, Guan HQ, Leng L, Zhu RR, Wang BY, He MA, Cheng LX, Huang K, Zeng QT. Clinical characteristics and outcomes of 112 cardiovascular disease patients infected by 2019-nCoV, Zhonghua Xin Xue Guan Bing Za Zhi., 2020, 48(6): 450-455.
154. Kim TS, Roslin M, Wang JJ, Kane J, Hirsch JS, Kim EJ; Northwell Health COVID-19 Research Consortium. BMI as a risk factor for clinical outcomes in patients hospitalized with COVID-19 in New York, Obesity (Silver Spring)., 2021, 29(2): 279-284.
155. Jayanama K, Srichatrapimuk S, Thammavaranucupt K, Kirdlarp S, Suppadungsuk S, Wongsinin T, Nanthatanti N, Phusanti S, Pitidhamabhorn D, Sungkanuparph S. The association between body mass index and severity of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A cohort study, PLoS One., 2021, 16(2): e0247023.
156. Choobineh MA, Hesari SN, Hossain D, Haghighizadeh MH. Study of nutritional knowledge of Ahwaz high school girls and the education effect, Journal of Birjand University of Medical Sciences, 2009, 16(1): 23-30.
157. Şanlıer N, Konaklıoğlu E, Güçer E. Gençlerin beslenme bilgi, alışkanlık ve davranışları ile beden kütle indeksleri arasındaki ilişki, Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi., 2009, 29(2): 333-352.
158. Labban L. Nutritional knowledge assessment of syrian university students, J Sci Soc., 2015, 42(2) :71-77.

159. Miller LM, Cassady DL. The effects of nutrition knowledge on food label use: A review of the literature, *Appetite.*, 2015, 92: 207-216.
160. Ülker H. Pamukkale Üniversitesi Öğrencilerinin Beslenme Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi , Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Denizli: Pamukkale Üniversitesi, 2021.
161. Corkins MR, Daniels SR, de Ferranti SD, Golden NH, Kim JH, Magge SN, Schwarzenberg SJ. Nutrition in children and adolescents, *Med Clin North Am.*, 2016, 100(6): 1217-1235.
162. De Cosmi V, Scaglioni S, Agostoni C. Early taste experiences and later food choices, *Nutrients.*, 2017, 9(2): 107.
163. Reinehr T, Kersting DM, Chahda C, Wollenhaupt A, Andler W. Nutritional knowledge of obese and nonobese children, *J Pediatr Gastroenterol Nutr.*, 2001, 33(3): 351.
164. Al-Shookri A, Al-Shukaily L, Hassan F, Al-Sheraji S, Al-Tobi S. Effect of mothers nutritional knowledge and attitudes on Omani children's dietary intake, *Oman Med J.*, 2011, 26(4): 253-257.
165. Keçik M. Bulaşıcı olmayan hastalıkların tedavisinde ilaç uyuncu ve sağlık okur yazarlığının etkisi. *Turkey Health Literacy Journal*, 2(1): 5-15.
166. Kearns K, Dee A, Fitzgerald AP, Doherty E, Perry IJ. Chronic disease burden associated with overweight and obesity in Ireland: the effects of a small BMI reduction at population level, *BMC Public Health.*, 2014, 14:143.
167. Pereira DA, Costa NM, Sousa AL, Jardim PC, Zanini CR. The effect of educational intervention on the disease knowledge of diabetes mellitus patients. *Rev Lat Am Enfermagem.*, 2012, 20(3): 478-485.
168. Gomes ACM, Dias CP, Guerra RO, de Salvo VLMA. Impact of nutritional education strategies on anthropometric variables and nutrition knowledge, *Brazilian Journal in Health Promotion*, 2013, 24(6): 462-469.

169. Valmórbida JL, Goulart MR, Busnello FM, Pellanda LC. Nutritional knowledge and body mass index: A cross-sectional study, *Rev Assoc Med Bras* (1992), 2017, 63(9): 736-740.
170. Beydoun MA, Wang Y. How do socio-economic status, perceived economic barriers and nutritional benefits affect quality of dietary intake among US adults?, *Eur J Clin Nutr.*, 2008, 62(3): 303-313.
171. Wardle J, Parmenter K, Waller J. Nutrition knowledge and food intake, *Appetite.*, 2000, 34(3): 269-275.
172. Klohe-Lehman DM, Freeland-Graves J, Anderson ER, McDowell T, Clarke KK, Hanss-Nuss H, Cai G, Puri D, Milani TJ. Nutrition knowledge is associated with greater weight loss in obese and overweight low-income mothers, *J Am Diet Assoc.*, 2006, 106(1): 65-75.
173. Barzegari A, Ebrahimi M, Azizi M, Ranjbar K. A study of nutrition knowledge, attitudes and food habits of college students, *World Appl Sci J.*, 2011, 15(7): 1012-1017.
174. Aktaş S, Sabuncular G, Kargin D, Gunes FE. Evaluation of nutrition knowledge of pregnant women before and after nutrition education according to sociodemographic characteristics, *Ecol Food Nutr.*, 2018, 57(6): 441-455.
175. Suliga E, Cieśła E, Michel S, Kaducakova H, Martin T, Śliwiński G, Braun A, Izova M, Lehotska M, Koziel D, Głuszek S. Diet Quality compared to the nutritional knowledge of Polish, German, and Slovakian University students-preliminary research, *Int J Environ Res Public Health.*, 2020, 17(23): 9062.
176. Rasińska R. Dietary habits of students depending on the gender, *Now Lek*, 2012, 81(4): 354-359.
177. Mirmiran P, Azadbakht L, Azizi F. Dietary behaviour of Tehranian adolescents does not accord with their nutritional knowledge, *Public Health Nutr.*, 2007, 10(9): 897-901.

178. Oğur S, Aksoy A, Selen H. Üniversite öğrencilerinin yeme davranışı bozukluğuna yatkınlıkları: Bitlis Eren Üniversitesi örneği, Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi, 2016, 5(1): 14-26. 184.
179. Oran NT, Toz H, Küçük T, Uçar V. Medyanın kadınların beslenme alışkanlıkları, besin seçimi ve tüketimi üzerindeki etkileri, Life Sciences, 2017, 12(1): 1-13.
180. Güven S, Özerbaş MA. Öğretim ilke ve yöntemleri, Ankara, Pegem Akademi, 2018: 5-7.
181. Demirel Ö. Öğretim ilke ve yöntemleri öğrenme sanatı. 19. Baskı. Pegem Akademi. Ankara, 2012.
182. Contento IR. Nutrition education: linking research, theory, and practice, J Clin Nutr, 2008, 17(1): 176–179.
183. Carbone ET, Zoellner JM. Nutrition and health literacy: a systematic review to inform nutrition research and practice, J Acad Nutr Diet., 2012, 112(2): 254-265.
184. Sharma P, Rani MU. Effect of Digital Nutrition Education Intervention on the Nutritional Knowledge Levels of Information Technology Professionals, Ecol Food Nutr., 2016, 55(5): 442-455.
185. Sharifirad G, Entezari MH, Kamran A, Azadbakht L. The effectiveness of nutritional education on the knowledge of diabetic patients using the health belief model, J Res Med Sci., 2009, 14(1): 1-6.
186. Sánchez-Díaz S, Yanci J, Castillo D, Scanlan AT, Raya-González J. Effects of Nutrition education interventions in team sport players, a systematic review, Nutrients., 2020, 12(12): 3664.
187. World Health Organisation. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series, 2000, 894:16-37.
188. Ahorsu DK, Lin CY, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The fear of COVID-19 scale: development and initial validation. International journal of mental health and addiction, 2020, 1-9.

189. Satıcı B, Gocet-Tekin E, Deniz ME, Satıcı SA. Adaptation of the fear of COVID-19 Scale: Its association with psychological distress and life satisfaction in Turkey, *Int J Ment Health Addict.*, 2021, 19(6): 1980-1988.
190. Batmaz H. Yetişkinler İçin Beslenme Bilgi Düzeyi Ölçeği Geliştirilmesi Ve Geçerlik Güvenilirlik Çalışması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2018.
191. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 1987 36(2): 76-80.
192. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of HPLP II. Unpublished Manuscript, University of Nebraska Medical Center, 1996.
193. Bahar Z, Beser A, Gördes N, Ersin F, Kısal A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi, 12(1): 1-12.
194. Karagöz Y. SPSS 21.1 Uygulamalı Biyoistatistik, 1.Baskı. Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık, 2014: 698.
195. Taş S. Vücut Kitle İndeksi İle Beslenme Bilgi Düzeyi, Fiziksel Aktivite Ve Yeme Tutumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2021.
196. Akkartal Ş. Gazimağusa'da Yaşayan 18-64 Yaş Bireylerin Beslenme Bilgi Düzeyleri ve Diyet Kalitelerinin Değerlendirilmesi, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gazimağusa: Doğu Akdeniz Üniversitesi, 2018.
197. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Obezite, Lipid Metabolizması, Hipertansiyon Çalışma Grubu, Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, Ankara, Miki Matbaacılık, 2019.

198. Laxy M, Teuner C, Holle R, Kurz C. The association between BMI and health-related quality of life in the US population: sex, age and ethnicity matters, *Int J Obes (Lond)*, 2018, 42(3): 318-326.
199. Lee SL, Lee SH. Survey on health-related factors, nutrition knowledge and food habits of college students in Wonju area, *KJCN*, 2015, 20(2): 96-108.
200. Yücel B. Sağlık Çalışanlarının Beslenme Alışkanları Ve Beslenme Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2015.
201. Wang R, Wu MJ, Ma XQ, Zhao YF, Yan XY, Gao QB, He J. Body mass index and health-related quality of life in adults: a population based study in five cities of China, *Eur J Public Health*, 2012, 22(4): 497-502.
202. Ammar A, Brach M, Trabelsi K, Chtourou H, Boukhris O, Masmoudi L, Bouaziz B, Bentlage E, How D, Ahmed M, Müller P, Müller N, Aloui A, Hammouda O, Paineiras-Domingos LL, Braakman-Jansen A, Wrede C, Bastoni S, Pernambuco CS, Mataruna L, Taheri M, Irandoust K, Khacharem A, Bragazzi NL, Chamari K, Glenn JM, Bott NT, Gargouri F, Chaari L, Batatia H, Ali GM, Abdelkarim O, Jarraya M, Abed KE, Souissi N, Van Gemert-Pijnen L, Riemann BL, Riemann L, Moalla W, Gómez-Raja J, Epstein M, Sanderman R, Schulz SV, Jerg A, Al-Horani R, Mansi T, Jmail M, Barbosa F, Ferreira-Santos F, Šimunič B, Pišot R, Gaggioli A, Bailey SJ, Steinacker JM, Driss T, Hoekelmann A. Effects of COVID-19 home confinement on eating behaviour and physical activity: results of the ECLB-COVID19 International Online Survey, *Nutrients*, 2020, 12(6): 1583.
203. Huber BC, Steffen J, Schlichtiger J, Brunner S. Altered nutrition behavior during COVID-19 pandemic lockdown in young adults, *Eur J Nutr*, 2021, 60(5): 2593-2602.
204. Zachary Z, Brianna F, Brianna L, Garrett P, Jade W, Alyssa D, Mikayla K. Self-quarantine and weight gain related risk factors during the COVID-19 pandemic, *Obes Res Clin Pract*, 2020, 14(3): 210-216.

205. Baran MF. Pandemi sürecinde COVID-19 korkusu ile beslenme alışkanlıklarının karşılaştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Konya, 2021.
206. Ulusoy A, Şeker M, Türkiye’de değişen çay tüketim alışkanlıkları araştırması, Trabzon Ticaret Borsası, 2013.
207. Yeşil E, Turhan B, Tatan D, Şarahman C, Saka M. Yetişkin bireylerde cinsiyetin ortoreksiya nervoza eğilimine etkisi, Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 2018, 7(1): 1-9.
208. Özütürker S, Özer BK. Erzincan Üniversitesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ve antropometrik özelliklerinin değerlendirilmesi, Erzincan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2016, 9(2), 63-74.
209. Akyol P, İmamoğlu O. Üniversite öğrencilerinde cinsiyete göre beslenme alışkanlıkları, Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 2019, 17(3): 67-77.
210. Di Renzo L, Gualtieri P, Cinelli G, Bigioni G, Soldati L, Attinà A, Bianco FF, Caparello G, Camodeca V, Carrano E, Ferraro S, Giannattasio S, Leggeri C, Rampello T, Lo Presti L, Tarsitano MG, De Lorenzo A. Psychological aspects and eating habits during COVID-19 home confinement: Results of EHLC-COVID-19 Italian Online Survey, *Nutrients.*, 2020, 12(7): 2152.
211. Atkeson A. What will be the economic impact of COVID-19 in the US? Rough estimates of disease scenarios (No. w26867) National Bureau of Economic Research.
212. Alyami M, de Albuquerque JV, Krägeloh CU, Alyami H, Henning MA. Effects of fear of COVID-19 on mental well-being and quality of life among Saudi adults: A path analysis, *Saudi J Med Med Sci.*, 2021, 9(1): 24-30.
213. Moynihan AB, Van Tilburg WA, Igou ER, Wisman A, Donnelly AE, Mulcaire JB. Eaten up by boredom: Consuming food to escape awareness of the bored self, *Frontiers in Psychology.*, 2015, 6: 369.

214. Korukcu O, Ozkaya M, Faruk Boran O, Boran M. The effect of the COVID-19 pandemic on community mental health: A psychometric and prevalence study in Turkey, *Health Soc Care Community.*, 2021, 29(5): e204-e213.
215. Taspinar B, Taspinar F, Gulmez H, Kizilirmak AS. Fizyoterapistlerde COVID-19 korkusu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki, *Forbes Tıp Dergisi*, 2021, 2(2): 108-115.
216. Sahu DP, Pradhan SK, Sahoo DP, Patra S, Singh AK, Patro BK. Fear and anxiety among COVID-19 Screening Clinic Beneficiaries of a tertiary care hospital of Eastern India, *Asian J Psychiatr.*, 2021, 57: 102543.
217. Allothman SA, Alghannam AF, Almasud AA, Altalhi AS, Al-Hazzaa HM. Lifestyle behaviors trend and their relationship with fear level of COVID-19: Cross-sectional study in Saudi Arabia, *PLoS One.*, 2021, 16(10): e0257904.
218. Altundağ Y. Erken Dönem COVID-19 pandemisinde COVID-19 korkusu ve psikolojik dayanıklılık, *EKEV Akademi Dergisi*, 2021, (85): 499-516.
219. Vine V, Hilt LM, Marroquín B, Gilbert KE. Socially oriented thinking and the biological stress response: Thinking of friends and family predicts trajectories of salivary cortisol decline, *Psychophysiology.*, 2019, 56(12): e13461.
220. Bao Y, Sun Y, Meng S, Shi J, Lu L. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society, *Lancet.*, 2020, 395(10224): e37-e38.
221. Haktanir A, Seki T, Dilmaç B. Adaptation and evaluation of Turkish version of the fear of COVID-19 Scale, *Death Stud.*, 2022, 46(3): 719-727.
222. Rahman MA, Hoque N, Alif SM, Salehin M, Islam SMS, Banik B, Sharif A, Nazim NB, Sultana F, Cross W. Factors associated with psychological distress, fear and coping strategies during the COVID-19 pandemic in Australia, *Global Health.*, 2020, 16(1): 95.

223. Sakib N, Bhuiyan AKMI, Hossain S, Al Mamun F, Hosen I, Abdullah AH, Sarker MA, Mohiuddin MS, Rayhan I, Hossain M, Sikder MT, Gozal D, Muhit M, Islam SMS, Griffiths MD, Pakpour AH, Mamun MA. Psychometric validation of the Bangla Fear of COVID-19 Scale: Confirmatory Factor Analysis and Rasch Analysis, *Int J Ment Health Addict.*, 2020, 1-12.
224. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books/9780890425596>
225. 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(6): 26-31.
226. Aksoy A, Abiç A, Değirmenci F, Vefikuluçay Yılmaz D. The relationship between quality of life and fear of Turkish individuals during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study, *Arch Psychiatr Nurs.*, 2021, 35(5): 472-478.
227. Aydın OA, Orhan S, Gümüş M, Kaya N, Mahanoğlu E. COVID-19'un nedenleri algısı ile COVID-19 korkusu arasındaki ilişki üzerine bir inceleme, *Al Farabi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 2021, 6(3): 9-25.
228. Lazarevich I, Camacho MEI, del Consuelo Velázquez-Alva M, Zepeda MZ. Relationship among obesity, depression, and emotional eating in young adults, *Appetite*, 2016, 107: 639-644.
229. Geliebter A, Aversa A. Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals, *Eat Behav.*, 2003, 3(4): 341-347.
230. Kowalczyk I, Gębski J. Impact of fear of contracting COVID-19 and complying with the rules of isolation on nutritional behaviors of Polish adults, *Int J Environ Res Public Health.*, 2021, 18(4): 1631.
231. Bayöz G. Plaza Çalışanlarının Fonksiyonel Gıda Bilgi Ve Tutumlarının, Beslenme Durumlarının Ve Beslenme Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, 2021.

232. Duralı Ö. Yetişkin Kadın Bireylerde Beslenme Bilgi Düzeyinin Ve Beslenme Durumunun Saptanması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi.
233. Hendrie GA, Coveney J, Cox D. Exploring nutrition knowledge and the demographic variation in knowledge levels in an Australian community sample, *Public Health Nutr.*, 2008, 11(12): 1365-1371.
234. Yahia N, Brown CA, Rapley M, Chung M. Level of nutrition knowledge and its association with fat consumption among college students, *BMC Public Health.*, 2016, 16(1): 1047.
235. Roininen K, Lähteenmäki L, Tuorila H. An application of means-end chain approach to consumers' orientation to health and hedonic characteristics of foods, *Ecology of Food and Nutrition*, 2000, 39(12): 61–81.
236. Hakli G, As E, Ucar A, Özdoğan Y, Yilmaz MV, Özçelik AO, Surucuoglu MS, Cakıroglu FP, Akan LS. Nutritional knowledge and behavior of adults: Their relations with sociodemographic factors, *Pakistan Journal of Nutrition*, 2016, 15(6): 532.
237. Koch F, Hoffmann I, Claupein E. Types of nutrition knowledge, their socio-demographic determinants and their association with food consumption: results of the NEMONIT study, *Front Nutr.*, 2021, 8:630014.
238. De Vriendt T, Matthys C, Verbeke W, Pynaert I, De Henauw S. Determinants of nutrition knowledge in young and middle-aged Belgian women and the association with their dietary behaviour, *Appetite.*, 2009, 52(3):788-792.
239. Masuku SK, Lan SJ. Nutritional knowledge, attitude, and practices among pregnant and lactating women living with HIV in the Manzini region of Swaziland, *J Health Popul Nutr.*, 2014, 32(2): 261-269.
240. Tam R, Flood VM, Beck KL, O'Connor HT, Gifford JA. Measuring the sports nutrition knowledge of elite Australian athletes using the platform to evaluate athlete knowledge of sports nutrition questionnaire, *Nutr Diet.*, 2021, 78(5): 535-543.

241. Akkartal Ş, Gezer C. Is nutrition knowledge related to diet quality and obesity?, *Ecol Food Nutr.*, 2020, 59(2): 119-129.
242. Çalıştır B, Dereli F, Eksen M. Muğla Üniversitesi öğrencilerinin beslenme konusunda bilgi düzeylerinin belirlenmesi, *Journal of Human Sciences*, 2005, 2(2).
243. O'Brien G, Davies M. Nutrition knowledge and body mass index, *Health Educ Res.*, 2007, 22(4): 571-575.
244. Tütüncü İ, Karaismailoğlu E. Üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi düzeylerinin belirlenmesi, *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık Ve Tıp Bilimleri Dergisi*, 2013, 6(3) :29-49.
245. Keay T, Larson T, Herrera C. Relationship between nutrition knowledge and obesity in Southern California adults, *Loma Linda University Research Reports*, 2018, 16.
246. Cürçani M, Tan M, Özdelikara A. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, *TAF Prev Medicine Bull.*, 2010, 9(5): 487-492.
247. Yalçinkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007, 6(6): 409-420.
248. Uz D, Kitiş Y. Bir hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz etkililik düzeylerinin belirlenmesi, *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017, 2(3): 27-39.
249. Sonmezer H, Cetinkaya F, Nacar M. Healthy life-style promoting behaviour in Turkish women aged 18-64, *Asian Pac J Cancer Prev.*, 2012, 13(4):1241-1245.
250. Hepcan Örs T, Tümör A. Yetişkin kadınların kardiyovasküler hastalıklara ilişkin risk faktörleri bilgi düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi, *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 2020, 2(2): 81-88.

251. Giena VP, Thongpat S, Nitirat P. Predictors of health-promoting behaviour among older adults with hypertension in Indonesia, *Int J Nurs Sci.*, 2018, 5(2): 201-205.
252. Li S, Cui G, Yin Y, Wang S, Liu X, Chen L. Health-promoting behaviors mediate the relationship between eHealth literacy and health-related quality of life among Chinese older adults: a cross-sectional study, *Qual Life Res.*, 2021, 30(8): 2235-2243.
253. Al-Othman N, Ghanim M, Alqaraleh M. Comparison between smoking and nonsmoking palestinian medical students in the health-promoting behaviors and lifestyle characteristics, *BioMed Research International*, 2021, 2021.
254. Alzahrani SH, Malik AA, Bashawri J, Shaheen SA, Shaheen MM, Alsaib AA, Mubarak MA, Adam YS, Abdulwassi HK. Health-promoting lifestyle profile and associated factors among medical students in a Saudi university. *SAGE Open Med.*, 2019, 7: 2050312119838426.
255. Hosseini M, Ashktorab T, Taghdisi MH, Vardanjani AE, Rafiei H. Health-promoting behaviors and their association with certain demographic characteristics of nursing students of Tehran City in 2013, *Glob J Health Sci.*, 2014, 7(2): 264-272.
256. Aynaci G, Akdemir O. The relationship between Lifestyle, Health Promotion Lifestyle Profile II and high blood pressure in university students, *Open Access Maced J Med Sci.*, 2018, 6(9): 1756-1761.
257. Liu Q, Huang S, Qu X, Yin A. The status of health promotion lifestyle and its related factors in Shandong Province, China, *BMC Public Health.*, 2021, 21(1): 1146.
258. Akgün, M. COVID-19 Pandemisi Sürecinde Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2021.

259. Zhou C, Zheng W, Tan F, Lai S, Yuan Q. Influence of health promoting lifestyle on health management intentions and behaviors among Chinese residents under the integrated healthcare system, PLoS One., 2022, 17(1): e0263004.
260. Altay B, Çavuşoğlu F, Güneştaş İ. Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2015, 8(4): 12-18.
261. Yilgin Y, Kasim I, Baser DA, Sencan I, Kahveci R, Ozkara A. Do health professionals apply behaviors of the healthy life style?, Annals of Medical Research, 2021, 28(7): 1289-1295.
262. Meemee R, Khin NOK, Aung MH. Factors affecting health-promoting lifestyles among community residents at East Gyogone Ward, Insein Township, Makara Journal of Health Research, 2021, 25(1): 34-40.
263. Küçükberber N, Özdilli K, Yorulmaz H. Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi, Anadolu Kardiyol Derg, 2011, 11: 619-626.
264. Yılmazel G, Duman NB. 18-64 yaş arasındaki kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve koruyucu sağlık uygulamaları: Çorum ili örneği, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2016, 15(2): 92-97.
265. Aksoy NC, Kabadayi ET, Alan AK. An unintended consequence of Covid-19: Healthy nutrition, Appetite., 2021, 166: 105430.
266. Kessels LT, Ruiter RA, Brug J, Jansma BM. The effects of tailored and threatening nutrition information on message attention. Evidence from an event-related potential study, Appetite., 2011, 56(1): 32-38.
267. Farías P. The Use of Fear versus Hope in Health Advertisements: The moderating role of individual characteristics on subsequent health decisions in Chile, Int J Environ Res Public Health., 2020, 17(23): 9148.

268. Demirtaş-Madran HA. Accepting restrictions and compliance with recommended preventive behaviors for COVID-19: A discussion based on the key approaches and current research on fear appeals, *Front Psychol.*, 2021, 12: 558437.
269. Shultz JM, Cooper JL, Baingana F, Oquendo MA, Espinel Z, Althouse BM, Marcelin LH, Towers S, Espinola M, McCoy CB, Mazurik L, Wainberg ML, Neria Y, Rechkemmer A. The role of fear-related behaviors in the 2013-2016 West Africa Ebola Virus disease outbreak, *Curr Psychiatry Rep.*, 2016, 18(11): 104.
270. Harper CA, Satchell LP, Fido D, Latzman RD. Functional fear predicts public health compliance in the COVID-19 pandemic, *Int J Ment Health Addict.*, 2021, 19(5): 1875-1888.
271. López-Hernández L, Martínez-Arnau FM, Pérez-Ros P, Drehmer E, Pablos A. Improved nutritional knowledge in the obese adult population modifies eating habits and serum and anthropometric markers, *Nutrients.*, 2020, 12(11): 3355.

EK-2. Anket Formu

Anket No:

Tarih:

Değerli Katılımcı;

Bu bilgi formu, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik bölümü öğrencisi Ayşe SALTEKİN'in yürütmüş olduğu tez çalışmasında kullanılacaktır. Bu araştırma, pandemi sürecinde 18-64 yaş arası bireylerin COVID-19 korkusu, sağlıklı yaşam davranışları ile beslenme bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacı ile planlanmıştır.

Araştırmaya katılmak isteğe bağlıdır. Bu formu okuyup, onaylamanız araştırmaya katılmış olduğunuzu kabul ettiğiniz anlamına gelmektedir. Araştırma kapsamındaki verileriniz Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'na uygun şekilde gizli tutulacak olup, kesinlikle üçüncü kişiler ile paylaşılmayacaktır.

Desteğiniz için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir soru veya katkınız olması durumunda mail adresinden benimle iletişime geçebilirsiniz.

Bu çalışmanıza katılmak istiyorum. ☐

1) Yaşınız :

2) Cinsiyet: a. Kadın b. Erkek

3) Medeni durum: a. Evli b. Bekar

4) Eğitim Durumu: a. Okur-yazar değil b. Ortaokul mezunu c. Lise mezunu
d. Lisans-Önlisans mezunu e. Lisansüstü

5) Çalışma durumunuz?

- a. Çalışmıyorum
- b. Kamu sektöründe çalışıyorum
- c. Özel sektörde çalışıyorum

EK-2. (devam) Anket Formu

- 6) Gelir durumunuz:** a. Gelirim giderimden az
b. Gelirim giderime eşit
c. Gelirim giderimden fazla

- 7) Doktor tarafından tanısı konulmuş herhangi bir sağlık sorununuz var mı?**
a. Evet b. Hayır (9.soruya geçiniz)

- 8) Sağlık sorununuzu işaretleyiniz (Birden fazla işaretleyebilirsiniz).**

- a. Kalp-damar
- b. Hipertansiyon
- c. Tiroid Hastalıkları
- d. Solunum yolları
- e. Diyabet
- f. Böbrek/üriner sistem
- g. Sindirim sistemi
- h. Hematolojik hastalıklar
- i. Eklem ve kemik
- j. Nörolojik
- k. Psikiyatrik
- l. Diğer

- 9) Özel bir diyet uyguluyor musunuz?** a. Evet b. Hayır (12. soruya geçiniz)

- 10) Diyeti uygulama nedeni:** a. Ağırlık kaybı b. Ağırlık kazanımı c. Sağlık Sorunları

- 11) Diyeti kimden aldınız?** a.Diyetisyen b.Doktor c.İnternet, sosyal medya vb.
d. Hazır listeler e.Komşu, arkadaş vb.

- 12) Pandemi döneminde (son 10 ayda) vücut ağırlığınızdaki değişim ne yöndedir?**
a. Arttı b. Azaldı c. Değişmedi

- 13) COVID-19 geçirdiniz mi?**
a. Geçirdim b. Geçirmedim c. Karantina dönemi geçirdim

- 14) Sigara kullanıyor musunuz?**

- a. Evet b. Hayır

EK-2. (devam) Anket Formu

15) Alkol tüketiyor musunuz?

- a. Evet b. Hayır

16) Günde kaç ana öğün tüketiyorsunuz? (sabah, öğle, akşam)

17) Günde kaç ara öğün tüketiyorsunuz?

18) Ana öğün atlar mısınız? a. Evet b. Hayır (21. soruya geçiniz)

19) Genelde hangi öğünü atlarsınız? a. Sabah b. Öğle c. Akşam

20) Öğün atlama nedeniniz nedir? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz).

- | | | |
|-----------------------|-----------------------------|------------------------|
| a. Zaman yetersizliği | b. Canı istemiyor, iştahsız | c. Hazırlanmadığı için |
| d. Zayıflamak için | e. Alışkanlığı yok | f. Maddi olanaksızlık |
| g. Unuttuğu için | h. Diğer..... | |

21) Gece uykudan uyanıp yemek yeme alışkanlığınız var mı?

- a. Evet b. Hayır (23. Soruya geçiniz)

22) Gece yeme nedeninizi belirtin.

- a. Gece acıkarak uyanır ve yerim
b. Uykum kaçır, uyuyamam ve yerim

23) Günde kaç bardak su içersiniz ?..... (200 mL/bardak)

24) Günde toplam kaç bardak çay / bitkisel çay içersiniz?.....(100 mL/fincan)

25) Günde toplam kaç bardak türk kahvesi/nescafe içersiniz ?.....(75 mL/fincan)

26) Yemeğin tadına bakmadan tuz ekler misiniz?

- a. Evet b. Hayır c. Bazen

EK-2. (devam) Anket Formu

27) Evde en sık kullandığınız ilk 3 pişirme yöntemini nelerdir?

- a. 1.Tencerede kendi suyuyla ağzı kapalı olarak pişirme
- b. 2.Yağda kavurduktan sonra pişirme
- c. 3.Yağda kızartma
- d. 4.Fırında pişirme
- e. 5.Izgara ve mangal
- f. 6.Haşlayıp suyunu dökme

28) Yemeklerde en sık kullandığınız yağ türleri nelerdir? (birden fazla yanıt verebilirsiniz)

- a. Tereyağı
- b. Margarin
- c. Zeytinyağı
- d. Fındık yağı
- e. Ayçiçek
- f. Mısırözü
- g. Diğer (soya, kanola vb.).....

29) Yandaki duygusal durumlardan besin tüketiminiz etkilenir mi?

Duygu Durumu	1.Artar	2.Azalı	3.Değişmez
Üzüntülü/Yorgun			
Sinirli/Öfkeli			
Sevinç/Mutlu/Heyacanlı			
Stres/Endişe			

IV. ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

Antropometrik Ölçümler	Ölçüm Değeri
Vücut ağırlığı (kg)	
Boy uzunluğu (cm)	
BKI (kg/m ²)	

EK-3. Besin Tüketim Sıklığı Formu

BESİNLER	1. Her öğün	2. Her gün	3. Haftada 1-2 kez	4. Haftada 3-4 kez	5. Haftada 5-6 kez	6. 15 günde 1	7. Ayda 1 ve daha seyrek	8. Hiç tüketmiyorum
Süt								
Yoğurt								
Peynir								
Tavuk								
Kırmızı et								
Balık								
Salam								
Sucuk								
Yumurta								
Ekmek								
Sıvı yağ								
Margarin								
Tereyağı								
Şeker								
Bal-reçel								
Hamur tatlısı								
Hazır meyve suyu								
Gazlı içecek								
Çikolata								
Meyve								
Sebze								
Hazır yemek (pide, hamburger, döner, lahmacun, pizza)								

EK-4. COVID-19 Korkusu Ölçeği (CKÖ)

Değerli Katılımcı, aşağıda sizinle ilgili ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Sizden beklenen içtenlikle cevap vererek bilimsel bir çalışmaya yardımcı olmanız. Lütfen bütün sorularla ilgili görüşlerinizi ifade ediniz.

1: Kesinlikle katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Kararsızım, 4: Katılıyorum, 5: Kesinlikle katılıyorum					
	1	2	3	4	5
1. Koronavirüsten çok korkuyorum.					
2. Koronavirüsü düşünmek beni rahatsız ediyor.					
3. Koronavirüsü düşündüğümde ellerim terliyor.					
4. Koronavirüse yakalanarak hayatımı kaybetmekten çok korkuyorum.					
5. Sosyal medyada koronavirüs ile ilgili haberleri ve hikayeleri izlediğimde kaygılanıyor ve endişeleniyorum.					
6. Koronavirüse yakalanmaktan duyduğum endişeden dolayı uykularım kaçıyor.					
7. Koronavirüse yakalandığımı düşündüğümde kalp atışım hızlanıyor.					

EK-5. Yetişkinler İçin Beslenme Bilgi Düzeyi Değerlendirme (YETBİD)

TEMEL BESLENME VE BESİN-SAĞLIK BİLGİSİ	1. Kesinlikle katılıyorum	2. Katılıyorum	3. Kararsızım	4. Katılmıyorum	5. Kesinlikle katılmıyorum
1. Doğal, taze sıkılmış meyve suları şeker içermez.					
2. Havuç iyi bir A vitamini kaynağıdır.					
3. Vitamin ve mineraller enerji verir.					
4. Karbonhidratlar temel enerji kaynağıdır.					
5. Dondurulmuş ürünlerin besin değeri taze besinlerden daha düşüktür.					
6. Meyvelerin protein içeriği yüksektir.					
7. Yumurta ile kırmızı et, içerdikleri protein miktarı açısından benzerdir.					
8. Zeytinyağı tüketmek kolesterolü yükseltir.					
9. Kuru fasulye piyazının lif içeriği yüksektir.					
10.Salam ve sosis gibi işlenmiş et ürünlerinin içerisinde bulunan yağlar sağlık için zararlıdır.					
11.Süt ve süt ürünlerinde bulunan kalsiyum minerali kemik ve diş sağlığı için önemlidir.					
12.Kemik erimesinden korunmada gerekli olan D vitaminin en iyi kaynağı güneştir.					
13.E vitamini görme duyusu için oldukça etkili bir vitamindir.					
14.Portakalda bulunan C vitamini bağışıklığı güçlendirerek soğuk algınlığı ve gribal enfeksiyonlara karşı korur.					
15.İçerdiği vitaminlerden dolayı tam tahıllı(esmer) ekmek tüketmek sinir sistemi için faydalıdır.					
16.Tuzun fazla tüketilmesi tansiyonu etkilemez.					
17.Kırmızı et B12 vitamini içerdiği için unutkanlığı önlemede etkilidir.					
18.Kırmızı ve mor renkli sebze ve meyveler kanserden koruyucudur.					
19.Balığın doymuş yağ içeriği kırmızı etten daha yüksektir					
20.Yağlar, protein ve karbonhidratlara göre daha az enerji içerirler.					

EK-5. (devam) Yetişkinler İçin Beslenme Bilgi Düzeyi Değerlendirme (YETBİD)

BESİN TERCİHİ	1. Kesinlikle katılıyorum	2. Katılıyorum	3. Kararsızım	4. Katılmıyorum	5. Kesinlikle katılmıyorum
1. Şeker hastalarının meyve suyu yerine meyvenin kendisini (mümkünse kabuğunu soymadan) tüketmeleri daha sağlıklıdır.					
2. Şekerli besinler yerine lifli besinler tüketmek kabızlığı önler.					
3. Gıdalarla aldığı yağ miktarını azaltmak isteyen bir birey tavuk kızartma yerine tavuk ızgara tercih etmelidir.					
4. Bir öğündeki aldığı proteini artırmak isteyen kişi, bulgurlu ıspanak yemeği yerine yumurtalı ıspanak yemeğini tercih etmelidir.					
5. Ara öğünde tatlı bisküvi yerine kepekli galeta tüketmek daha doğru bir seçimdir.					
6. Çocukların beslenme çantasına gofret yerine 3-4 adet kuru kayısı koymak daha faydalıdır.					
7. Bir yetişkinin sıvı ihtiyacını çay ve kahve gibi içecekler yerine su tüketerek karşılaması daha doğrudur.					
8. Vitamin ve mineralleri doğrudan besinlerden almak yerine, ilaç şeklindeki vitaminlerden almak daha faydalıdır.					
9. Hayvansal kaynaklı besinlerin (et, balık, süt, yumurta gibi) içerisindeki proteinler, vücut sağlığı için çok önemlidir.					
10. Beyaz ekmek, tam tahıllı(esmer) ekmeğe göre daha sağlıklıdır.					
11. Alınan tuzu azaltmak için lahana turşusu yerine lahana salatası tercih edilmelidir.					
12. Gıdalardan aldığı yağ miktarını azaltmak isteyen birisi light süt tercih edebilir.					

EK-6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1. Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.				
2. Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.				
3. Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.				
4. Düzenli bir egzersiz programı yaparım.				
5. Yeterince uyurum.				
6. Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim.				
7. İnsanları başarıları için takdir ederim.				
8. Şekerli ve tatlıyı kısıtlarım.				
9. Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.				
10. Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi).				
11. Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.				
12. Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13. İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.				
14. Hergün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.				
15. Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.				
16. Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm.				
17. Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.				
18. Geleceğe umutla bakarım.				
19. Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.				
20. Her gün 2-4 öğün meyve yerim.				

EK-6. (devam) Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)

	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
21. Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.				
22. Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.				
23. Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.				
24. Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim.				
25. Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.				
26. Her gün 3-5 öğün sebze yerim.				
27. Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.				
28. Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.				
29. Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.				
30. Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.				
31. Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum.				
32. Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim.				
33. Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.				
34. Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim).				
35. İş ve eğlence zamanımı dengelerim.				
36. Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.				
37. Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım.				
38. Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.				
39. Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.				
40. Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.				
41. Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.				
42. Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.				
43. Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.				
44. Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.				

EK-6. (devam) Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)

	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
45. Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.				
46. Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.				
47. Yorulmaktan kendimi korurum.				
48. İlahi bir gücün varlığına inanırım.				
49. Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.				
50. Kahvaltı yaparım.				
51. Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.				
52. Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.				