

2023

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Elif BAŞTÜRK OCAKCI



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ
COVID-19 HASTALIĞI ÜZERİNE ETKİSİ:
ANKARA ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Elif BAŞTÜRK OCAKCI

SAĞLIK YÖNETİMİ PROGRAMI

Ankara, 2023

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ
COVID-19 HASTALIĞI ÜZERİNE ETKİSİ:
ANKARA ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Elif BAŞTÜRK OCAKCI

SAĞLIK YÖNETİMİ PROGRAMI

Ankara, 2023

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının COVID-19 Hastalığı Üzerine Etkisi: Ankara
Örneği

Elif BAŞTÜRK OCAKCI

Yüksek Lisans Tezi

19.06.2023

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Nazan TORUN

Jüri üyeleri

Prof. Dr. Sena KAPLAN

Doç. Dr. Nazan TORUN

Dr. Öğr. Üyesi Perihan ŞENEL TEKİN

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

Prof. Dr. Sena KAPLAN

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.

19.06.2023

Elif BAŞTÜRK OCAKCI



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim hayatım ve tez sürecimde her türlü bilimsel ve manevi yönden yardımlarını esirgemeyen her zaman iletişim sağlayabildiğim Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü değerli hocası Doç. Dr. Nazan TORUN'a,

Tezimin her aşamasında büyük emeği olan özellikle anketimin oluşturulması sürecinde COVID-19 döneminde ön safhalarda yer alan ve mesleki bilgilerini esirgemeyen değerli Dr. Nevcihan Hanım başta olmak üzere çeşitli hastanelerde COVID-19 sürecinde görev yapan ve yardımlarını esirgemeyen ilgili uzmanlık dallarından çeşitli doktorlara,

Tezimin oluşum aşamasında yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen canım arkadaşım Halk Sağlığı Uzmanı Uzm. Dr. Zeynep KIRDI HARBAWI'ya,

Üniversite hayatımdan beri bütün akademik hayatım sürecinde beni yalnız bırakmayan ve desteklerini esirgemeyen canım arkadaşım Büşra ÇIRALI'ya,

Tezimin birçok aşamasında yanımda olan ve manevi desteği ile sevgisini hiçbir zaman esirgemeyen eşim Hakan OCAKCI'ya,

Bütün yaşamımda varlıklarını her zaman hissettiğim özellikle eğitim hayatımın her aşamasında beni hiç yalnız bırakmayan bana güvenen ve koşulsuz destekleyen canım anneme, canım babama ve kardeşlerime,

Ayrıca bu sürecin herhangi bir aşamasında yardımı dokunan ve bana destek olan herkese sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Sağlık Kavramı	6
2.2. Sağlığın Sürdürülmesi ve İyileştirilmesi	7
2.3. Sağlık Davranışı.....	9
2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	10
2.4.1. Sağlık Sorumluluğu.....	11
2.4.2. Beslenme.....	13
2.4.3. Fiziksel Aktivite.....	14
2.4.4. Stres Yönetimi.....	15
2.4.5. Kişilerarası İlişkiler.....	17
2.4.6. Maneviyat.....	17
2.5. Hastalıklarla Mücadelede Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Önemi.....	19
2.6. COVID-19.....	22
2.6.1. COVID-19'un Kaynağı ve Bulaş Yolu.....	22
2.6.2. COVID-19'un Teşhisi.....	24
2.6.3. COVID-19'un Belirtileri ve Seyri.....	25
2.6.4. COVID-19'un Tedavi Yöntemleri.....	26
2.6.5. COVID-19'un Etkileri ve Alınan Önlemler.....	28
3. MATERYAL VE YÖNTEM	32
3.1. Çalışmanın Yöntemi, Amacı ve Önemi.....	32
3.2. Çalışmanın Hipotezleri.....	33
3.3. Çalışma Grubu.....	34

3.4. Veri Toplama Araçları.....	36
3.4.1. Anket Formu.....	36
3.4.2. “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” Formu.....	37
3.5. Verilerin Toplanması.....	40
3.6. Verilerin Analizi.....	41
3.7. Çalışmanın Etik Yönü.....	41
3.8. Çalışmanın Kısıtlılıkları.....	41
4. BULGULAR.....	44
4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri, COVID-19 Tanısı Almadan Önceki Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Hastalığın Seyrine İlişkin Bulgular	44
4.2. Katılımcıların Demografik Özellikleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının COVID-19 Hastalığı Seyri ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	49
5. TARTIŞMA.....	65
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	76
7. KAYNAKLAR.....	83
8. EKLER.....	122
EK-1. Özgeçmiş.....	122
Ek-2. STROBE Kriterleri.....	123
Ek-3. Anket Formu.....	125
Ek-4. Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonu Onayı.....	131
Ek-5. Etik Kurul Proje Onam Formu.....	132
Ek-6. “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” Kullanım İzni.....	133

ÖZET

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının COVID-19 Hastalığı Üzerine Etkisi

Ankara Örneği

Keşifsel ve kesitsel olan çalışmada, bazı bireysel özellikler ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının COVID-19 hastalığı üzerine etkisi araştırılmıştır. Olasılıksız örnekleme yönetimi ile belirlenen çalışma grubu, Ankara ilinde yaşayan ve COVID-19 tanısı alan, herhangi bir kronik hastalığı olmayan, 18 yaşından büyük 400 katılımcıdan oluşmaktadır. Çalışmada “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” ile araştırmacı tarafından hazırlanan Anket Formu katılımcılara 17.01.2022 - 26.05.2022 tarihleri arasında çevrimiçi olarak uygulanmıştır. Kadın katılımcıların (%51.75) fazla olduğu çalışmada, evli (%66.75), lisans mezunu (%64.5), kamu çalışanı (%71.25) ve hanede 4 kişi yaşayan (%29.75) katılımcılar çoğunluğu oluşturmaktadır. Katılımcıların çoğunluğu hastalığa yakalanmadan önce sigara, alkol ve vitamin preparatı, takviye edici veya destek veren ilaç veya ürünleri kullanmamıştır. Ayrıca katılımcıların çoğunluğu COVID-19 aşısı yaptırmamışken, yaptırılan aşı dozu en fazla ikidir. Katılımcıların hastalık süresince takibi daha çok evde yapılmış ve katılımcılarda en fazla yorgunluk (halsizlik) belirtisi görülmüştür. Hastalığın, katılımcılarda hastalık süresince görülen belirti, karşılaşılan tablo ve uygulanan tedavilere göre daha çok hafif seyrettiği bulunmuştur. Çalışmaya katılan kadın katılımcıların, görülen belirti durumuna göre hastalık seyri erkek katılımcılardan daha ağır olarak belirlenmiş ve lisans, lisansüstü mezunu olan katılımcıların diğer katılımcılara göre hastalığı daha çok evde geçirdikleri tespit edilmiştir. Yaş ortancası daha yüksek olan katılımcıların, hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik tedavi aldıkları, hastalığın semptomlarını daha ağır geçirdikleri ve serviste yatış oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik tedavi alanların oranı sigara kullanmayan, 1-10 adet sigara tüketen (günlük) ve çalışan katılımcılarda daha yüksek bulunmuştur. Alkol kullanan katılımcılara hastalık süresince hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik ağır tedaviler uygulanmıştır. Aşı yaptıran katılımcıların daha çok evde takip edildiği, hastanede hastalığın seyrini azaltmaya yönelik daha az tedavi aldığı tespit edilirken Biontech aşısı yaptıranların Sinovac aşısı yaptıranlara göre hastalığı daha rahat geçirdiği belirlenmiştir. Fiziksel aktivite yapan katılımcıların hastalık belirtilerini daha hafif geçirdiği belirlenirken manevi gelişimi ve kişilerarası ilişkileri iyi olan katılımcıların hastalığı hafif bir tabloda geçirdiği

belirlenmiştir. Ayrıca manevi gelişimi ve kişilerarası ilişkileri iyi olan katılımcıların yoğun bakımda yatış durumlarının daha az olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, sağlık, sağlık sistemleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışı.



ABSTRACT

The Effect of Healthy Lifestyle Behaviours on the COVID-19 Disease

Sample of Ankara

In this exploratory and cross-sectional study, some personal characteristics and the effect of healthy lifestyle behaviours on the COVID-19 disease was investigated. The study group determined by improbable sampling method consists of 400 participants over the age of 18 who live in Ankara province, who do not have any chronic disease and who suffered from COVID-19 disease. In the study, "Healthy Lifestyle Behaviours Scale II" and a Questionnaire Form prepared by the researcher to evaluate the course of COVID-19 disease were conducted online between 17.01.2022 - 26.05.2022. In this study, in which there were more female participants (51.75%), the majority of the participants were married (66.75%), had a bachelor's degree (64.5%), were public employees (71.25%) and have lived with 4 people at home (29.75%). The majority of the participants had not smoked, used alcohol and vitamin preparations, supplements or supplementary medicines or products before getting the disease. Moreover, while the majority of the participants were not vaccinated, the maximum dose of COVID-19 vaccination was two. The participants were mostly followed up at home during duration of the disease, and the most common symptom was tiredness (fatigue). It was determined that the symptoms observed during the disease process progressed more slightly than the picture encountered and the treatments applied. The disease course of the female participants was found to be more severe than the male participants in terms of the symptoms experienced. It was also determined that the number of participants with undergraduate and graduate degrees who survived the disease at home is higher than the other participants. It was found out that participants with a higher median age received treatment to reduce the severity of the disease, experienced more severe symptoms of the disease, got a higher rate of hospitalisation. The rate of receiving treatment to reduce the severity of the disease was found to be higher in non-smoker, between 1 and 10 cigarettes (per day) smoker and worker groups. Alcohol user participant groups was received highly hard treatment to reduce the severity of the disease. It was determined that the participants who were vaccinated were followed up more commonly at home and received less treatment in the hospital to reduce the course of the disease, while it was figured out that those who had the Biontech vaccine experienced less difficult course of the disease than those who had

the Sinovac vaccine. It was found that the participants who engaged in physical activities had milder symptoms of the disease, while the participants with good spiritual development and interpersonal relationships had a slightly course of the disease. Lastly, it was determined that the participants with good spiritual development and interpersonal relationships had less hospitalisation status in intensive care unit.

Keywords: COVID-19, health, health systems, healthy lifestyle behaviour.



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
COVID-19	: Corona Virus Disease 2019 (Yeni Coronavirüs Hastalığı)
SARS-CoV-2	: Şiddetli Akut Solunum Sendromu Coronavirüs 2
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
ICTV	: Uluslararası Virüs Taksonomi Komitesi
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
ACE2	: Anjiyo Tensin Dönüştürücü Enzim 2
PCR	: Polimeraz Zincir Reaksiyonu
ARDS	: Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu
SARS	: Akut Solunum Yolu Sendromu
MERS	: Orta Doğu Solunum Sendromu
SYBDÖ	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
P	: Anlamlılık (önemlilik) Testine İlişkin Olasılık Değeri
mRNA	: Messenger Ribo Nükleik Asit
RT-PCR	: Revers-Transkriptaz Polimeraz Zincir Reaksiyonu
DKBY	: Değiştir-Kabul Et-Boşver-Yaşam Tarzını Yönet
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
NIMV	: Noninvaziv Mekanik Ventilasyon
HES	: Hayat Eve Sığar
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
HIV	: Human İmmunodeficiency Virus

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 3.1. Katılımcılarda COVID-19 hastalığının ağır olarak kabul edildiği durumlar. .37	37
Tablo 3.2. Çalışmanın “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” güvenirlik sonuçlarına ait bulgular.39	39
Tablo 4.1. Katılımcıların demografik özelliklerinin dağılımı.44	44
Tablo 4.2. Katılımcıların COVID-19 tanısı almadan önce sağlıklı yaşam biçimi davranış durumlarının dağılımı.45	45
Tablo 4.3. Katılımcıların COVID-19 hastalık seyrine ilişkin bulguların dağılımı.46	46
Tablo 4.4. Katılımcıların cinsiyetine göre COVID-19 hastalık seyrine ilişkin bulguların karşılaştırılması.49	49
Tablo 4.5. Katılımcıların eğitim durumuna göre COVID-19 hastalık seyrine ilişkin bulguların karşılaştırılması.50	50
Tablo 4.6. Katılımcıların çalışma durumuna göre COVID-19 hastalık seyrine ilişkin bulguların karşılaştırılması.51	51
Tablo 4.7. Katılımcıların yaşına göre COVID-19 hastalık seyrine ilişkin bulguların karşılaştırılması.52	52
Tablo 4.8. Katılımcıların sigara kullanım durumuna göre COVID-19 hastalık seyrine ilişkin bulguların karşılaştırılması.54	54
Tablo 4.9. Katılımcıların tükettikleri sigara miktarına göre COVID-19 hastalık seyrine ilişkin bulguların karşılaştırılması.55	55
Tablo 4.10. Katılımcıların alkol kullanım durumuna göre COVID-19 hastalık seyrine ilişkin bulguların karşılaştırılması.56	56
Tablo 4.11. Katılımcıların aşı yaptıрма durumuna göre COVID-19 hastalık seyrine ilişkin bulguların karşılaştırılması.57	57
Tablo 4.12. Katılımcıların yaptırdıkları aşı türüne göre COVID-19 hastalık seyrine ilişkin bulguların karşılaştırılması.59	59
Tablo 4.13. Katılımcıların yaptırdığı Biontech aşısı dozuna göre COVID-19 hastalık seyrine ilişkin bulguların karşılaştırılması.60	60
Tablo 4.14. Katılımcılarda hastalık süresinde görülen belirti durumunun COVID-19 hastalık seyrine göre SYBDÖ toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin bulguların karşılaştırılması.61	61

Tablo 4.15. Katılımcılarda hastalık süresince görülen tablo durumunun COVID-19 hastalık seyrine göre SYBDÖ toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin bulguların karşılaştırılması.	62
Tablo 4.16. Katılımcıların yoğun bakımda yatış durumu ile SYBDÖ toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin bulguların karşılaştırılması.	63
Tablo 4.17. Çalışmaya ilişkin hipotez sonuçları.	64



1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün “Sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.” şeklinde tanımladığı sağlık, bireylerin yanında yaşadıkları topluluklar ve toplum için ciddi düzeyde değerlidir (1). Bireyin sağlıklı doğması bütün hayatı boyunca sağlıklı kalacağı anlamına gelmeyebilir. Bu nedenle sağlığın sürekli olarak korunması ve geliştirilmesi önem taşımaktadır. Günümüzde artan salgın hastalıklar, yaşlı nüfus oranı, kronik hastalıklar ve daha pek çok hastalık; sağlığın korunması ve geliştirilmesinin önemini artırmıştır (2). Sağlığın korunması ve geliştirilmesi amacıyla gerçekleştirilen eylemler bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan pek çok hastalığı önlemeye yöneliktir (3).

Uluslararası sağlık kuruluşu olan DSÖ tarafından paylaşılan bilgilere göre bulaşıcı olmayan hastalıklar dünyada en fazla ölüme (dünyadaki tüm ölümlerin %74'üne) neden olmaktadır. DSÖ'nün 2019 verilerine göre, bulaşıcı olmayan hastalıklardan ölümler dünyada en fazla düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir (4). 2019 yılında dünyada meydana gelen en yüksek ilk 10 ölüm nedeninden 8'i bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Bu ölüm nedenlerinden ilk sırada 2016'dan beri önemli artış gösteren ve en fazla ölüme neden olan iskemik kalp hastalığı bulunmaktadır. Bunu ikinci sırada inme ve üçüncü sırada kronik obstrüktif akciğer hastalığı takip etmektedir (4). Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin nedenleri arasında tütün ve alkol kullanımı, düzensiz beslenme, yetersiz fiziksel hareket gibi risk faktörü olan sağlıksız davranışlar gösterilmektedir (5). Bulaşıcı olmayan hastalıklar; sigara, alkol kullanmayı bırakma, düzenli beslenme, yeterli fiziksel aktivite gibi değiştirilebilen kişisel sağlık davranışları ile kontrol altına alınabilmektedir (6). Ayrıca erken teşhis ve tedavi ile de önemli ölçüde önlenabilir ve böylece sağlık sistemlerine olan yükü de hafifletilebilir (6). Bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunmak için hem ulusal hem de bireysel olarak alınan önlemlerin bulaşıcı hastalık durumlarında enfekte olma, komplikasyonlar ve ölüm riski üzerinde büyük ölçüde koruyuculuk sağlayacağı düşünülmektedir. Kronik hastalıklara sahip olan kişilerin bulaşıcı hastalık durumunda enfekte olma, komplikasyon ve ölüm riskinin daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar literatürde bulunmaktadır (7, 8).

Dünya’da 2019 yılında bulaşıcı hastalıklardan kaynaklanan ölüm nedenlerinin tüm ölümlerin %13.81’ini oluşturduğu ve bu oranın son yıllara göre azalma gösterdiği bildirilmiştir (4). 2019 yılında bulaşıcı hastalıktan dolayı ölümlere en fazla düşük gelirli ülkelerde rastlanmaktadır. Düşük gelirli ülkede yaşayan insanların bulaşıcı bir hastalıktan ölme olasılığı, bulaşıcı olmayan bir hastalıktan ölme olasılığından daha fazladır (4). 2019 yılında dünyada en çok görülen ilk 10 ölümün sadece ikisi bulaşıcı hastalıklardan oluşmaktadır. Bu bulaşıcı hastalıklar, alt solunum yolu enfeksiyonları ve ishalidir. En ölümcül bulaşıcı hastalık olan alt solunum yolu enfeksiyonları en çok görülen 10 ölüm nedeni arasında dördüncü sırada yer almaktadır (4). Türkiye’de de 2019 yılında ilk 10 ölüm nedeni arasında üçüncü sırada yer alan ve bulaşıcı hastalıklar grubunda olan alt solunum yolu enfeksiyonları oldukça önemli bir sağlık problemidir (4). Dünyada nüfusun hızla artması, meydana gelen savaşlar, doğal afetler, çevresel kirlilik gibi pek çok faktör birçok bulaşıcı hastalığın oluşumuna neden olmuştur (9). Bulaşıcı hastalıklara doğada bol miktarda bulunan viral, bakteriyel, parazitik veya mantar enfeksiyonları gibi insan vücuduna dışarıdan giren mikroorganizmalar neden olmaktadır (10). Dünyada geçmişten günümüze bu mikroorganizmaların neden olduğu veba (kara ölüm), tüberküloz, kolera, tifo, tifüs, çiçek, influenza, sarıhumma, sıtma, sifiliz, ebola, Human İmmunodeficiency Virus (HIV), Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), Şiddetli Akut Solunum Sendromu (SARS), Orta Doğu Solunum Sendromu (MERS) ve Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) gibi çeşitli bulaşıcı hastalıklarla karşılaşmıştır (4). Bulaşıcı hastalıklardan bazıları, insanların toplu yaşama arzusu ve yerleşik hayata geçiş, uluslararası işbirlikleri ve ilişkiler, ulaşımda meydana gelen kolaylıklar gibi çeşitli etkenlere bağlı yayılma göstermekte ve salgına dönüşebilmektedir (9, 11, 12). Çiçek hastalığı milattan önce ortaya çıktığı bilinen ve tarihte görülen ilk salgın hastalık olarak bilinmektedir (13). Bulaşıcı hastalıklar arasında yer alan ve en yıkıcı salgınlardan olduğu düşünülen veba, kolera, ebola, sifiliz (frengi), sıtma, tüberküloz, çiçek, grip ve HIV virüsünün neden olduğu AIDS gibi hastalıkların ise tarihte ülkeler, hatta kıtalar arasında yayılım gösterdiği görülmüştür (9). Ne zaman, nerede ve ne şekilde ortaya çıkacağı ve nasıl kayıplar getireceği önceden bilinmeyen bu salgın hastalıklar, insanlık tarihi boyunca bireyler ve toplumlar üzerinde çok büyük etkiler göstermiştir. Salgın hastalıklara bağlı tarih boyunca çok fazla insan ölmüş, çeşitli imparatorluklar yıkılmış, savaşların gidişatı değişmiş ve insanların hayat tarzı ile siyasi, ekonomik ve toplumsal alanda derin etkiler meydana gelmiştir (11, 12, 14). Tarihsel süreçte politik, ekonomik, sosyal açıdan sorunlara neden olan salgın hastalıklardan korunmak amacıyla hijyen kuralları, aşılar, karantina gibi

çeşitli önlemler alınmıştır (9,13). Salgınlar ile mücadelede etkili yöntemler hastalığın etkenine göre farklılık gösterse de karantina ve izolasyon uygulamaları, aşılar ve hastalık kaynağının bilinmesi, tanının erken koyulması, hasta takibi ve tedavileri önemli faktörlerdir (9). Bu salgınlardan birisi de yakın bir tarihte dünyada hızla yayılarak salgına dönüşen ve ilk kez DSÖ tarafından Mart 2020’de uluslararası pandemi olarak duyurulan COVID-19 hastalığıdır. COVID-19 hastalığı, SARS-CoV-2 virüsünün neden olduğu bulaşıcı bir hastalıktır (15). Hastalık ortaya çıktığı anda alınması gereken tedbirler alınmamış, ilerleyen süreçlerde alınmıştır (16,17). Bu durum hastalığın yayılımını artırarak sağlık sistemlerine olan olumsuz etkilerinin yanında, sosyal, politik, ekonomik gibi pek çok alanda belirsizliklere neden olmuş ve böylece hastalığın küresel bir pandemi haline gelmesinde etkili olmuştur (16,17).

Bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan pek çok hastalığın önemli bir bölümü önlenebilir özelliklere sahiptir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirilmesi bulaşıcı veya bulaşıcı olmayan pek çok hastalık için çözüm olabilir (18). Bu nedenle bireylerin pozitif sağlık davranışları gerçekleştirerek sağlıklı yaşam biçimi ile kendi sağlıklarını koruyup iyileştirmeleri ve bu durumun devamını sağlayarak toplumsal sağlığa olumlu katkıda bulunmaları gerekmektedir. Bu nedenle, DSÖ tarafından (1947), “bireylerin sağlığını etkileyebilen bütün davranışlarını arttırmaya yönelik davranış uygulamaları” olarak tanımlanan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bilinmesi önemlidir (19). Pender bu davranışları bedensel aktiviteler, manevi artış, sağlık bilinci, stresi idare edebilme ve insanlar arası ilişki ve etkileşimler, beslenme şeklinde sıralamıştır (20). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bulaşıcı bir hastalık olan COVID-19 üzerine etkisini ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilen literatür taraması sonucunda kişilerin sağlıklı bir şekilde yaşamak için sahip olması gereken yaşam stili davranışlarının COVID-19 hastalığı üzerindeki etkisini ortaya koyan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu davranışların geliştirilmesi ile günümüzde etkisi azalmasına rağmen halen devam eden hastalığın seyri azaltılmaya çalışılarak sağlık sistemleri üzerindeki yükünün en aza indirilmesi amaçlanmaktadır. Elde edilen sonuçların; hastalığın ağır seyri kaynaklı ekonomik, sosyal, toplumsal zararların azaltılması ve sağlık sistemlerinin iş yükünün hafifletilmesine ve literatüre katkı sağlaması düşünülmektedir.

Bu çalışma; giriş, genel bilgiler, materyal ve yöntem, bulgular, sonuç ve öneriler bölümlerinden oluşmaktadır. Giriş bölümünde, çalışmanın amacı, önemi literatüre sağlayacağı katkıdan bahsedilmiştir. Genel bilgiler bölümünde, çalışmanın daha iyi

anlaşılabilmesi için sağlık, sağlık davranışı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve COVID-19 hakkında bilgilere yer verilmiştir. Materyal ve yöntem bölümünde çalışmanın problemi, yöntemi, amacı, önemi, hipotezleri, çalışma grubu, veri toplama araçları, verilerin toplanması, analizi, çalışmanın etik yönü ile kısıtlılıklarına değinilmiştir. Bulgular bölümünde, çalışma sonucunda elde edilen bulgular tablolarla sunulmuştur. Tartışma bölümünde, bulgulardan elde edilen sonuçların literatürdeki çalışma sonuçları ile karşılaştırması yapılmıştır. Sonuç ve öneriler bölümünde ise çalışma ile elde edilen sonuçlar ve sonuçlara dayanılarak geliştirilen önerilere yer verilmiştir.



2. GENEL BİLGİLER

Etkisi günümüzde azalmasına rağmen halen devam eden COVID-19, sağlık alanında olduğu kadar sosyal, ekonomik, politik alanlarda da olumsuz sonuçlara neden olmuştur (21). COVID-19 ile birlikte ülkelerin sağlık hizmetlerine ve halk sağlığına yaptıkları yatırımların ve küresel krizlere cevap verebilen sağlık sistemlerinin önemi dikkat çekmiştir (22). Pek çok ülkede sağlık sistemleri hastalıkla baş etmede yetersiz kalmış ve bu durum sağlık alanında yapılan gereksiz yatırımları gündeme getirmiştir (22). Bu ve benzer krizlerin geçmişte olduğu gibi gelecekte de ortaya çıkma ihtimali düşünülerek bu krizlere sağlık sistemlerinin daha hızlı cevap verebilmesi için sağlık karar vericileri ile sağlık profesyonellerinin daha hazır durumda gerekli tedbirleri alarak kişilerin sağlıklarını korumak adına koruyucu önlemleri hayata geçirmeleri salgınların neden olduğu kayıpları en aza indirebilecektir.

Virüsü kontrol altına almak adına politika yapıcılar tarafından gerçekleştirilen evde karantina uygulamaları, sokağa çıkma ve seyahat kısıtlamaları, esnek çalışma mesaipleri, internet üzerinden hizmet gibi çeşitli önlemler yaşam tarzlarında ciddi değişiklikler meydana getirmiştir (23). Hayata geçirilen karantina uygulamaları bireylerin beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite düzeylerinde kısıtlamalara neden olmuş bireyler daha pasif bir yaşama geçtiğinden fiziksel aktivite, stres ve beslenme gibi sağlık davranışlarının önemi daha da artmıştır (24). Bireysel olarak hastalıktan korunmak adına maske, mesafe ve hijyen kurallarına dikkat edilmesi ve aşı konusunda hassas davranılması hastalığın yayılımını önlemek açısından önem taşımaya rağmen bu koruyucu önlemlere herkes tarafından gereken önem verilmediğinden virüsün yayılımı devam etmiştir (25). Ancak sağlık sistemlerinin yükünü hafifletmek ve hastalıktan en az hasarla kurtulmak için bireylerin salgın hastalık dönemlerinde, çağdaş halk sağlığı felsefesinin de belirttiği gibi sağlıklı iken koruyucu sağlık davranışları geliştirmeleri gerekmektedir (26). Esin ve Aktaş (2012)'a göre; bireylere kazandırılacak koruyucu sağlık davranışları için geliştirici sağlık programları oluşturulmalıdır (27). Sağlıkta başarıyı artırmak için koruyucu sağlık programı geliştirenlerin, kişilerin sağlık davranışlarını ve bunları etkileyen faktörleri dikkate almaları önem taşımaktadır (27).

Bu çerçevede, çalışmanın bu bölümünde sağlık kavramı, sağlığın sürdürülmesi ve iyileştirilmesi, sağlık davranışı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları, hastalıklarla

mücadelede sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve COVID-19 hakkında bilgiler verilmiştir.

2.1. Sağlık Kavramı

Sağlık; negatif olarak düşünüldüğünde, hastalığın olmaması olarak tanımlanırken pozitif açıdan, bireylerin yaşama tutunabilmeleri, stresle baş edebilmeleri, psikolojik iyilikleri ile fiziksel olarak uyum seviyeleri, toplum içinde iyi ilişkiler kurabilme yeteneği olarak kabul edilmektedir (28). Sağlık profesyonelleri tarafından uzunca bir süre sağlık, hastalığın olmaması şeklinde negatif ölçütlerle konuşulmuştur. Ancak sağlık, sağlıklı olmak olarak düşünülen sosyal ve kişisel kaynakları ve fiziksel gücü ön plana çıkartan pozitif bir kavramdır (28, 29). Sağlık kavramına sağlığın teşviki ve geliştirilmesi açısından bakıldığında sağlık, soyut bir durum olmasının aksine fonksiyonel kelimelerle ifade edilen ve bir sonuca ulaşmak için kişilerin pek çok açıdan yaşamlarını iyi bir şekilde sürdürmelerine imkân tanıyan bir kaynak olarak düşünülmektedir (30).

Sağlık; dönemlere, kişilere ve toplumlara göre farklı şekillerde yorumlanmıştır. İkinci Dünya Savaşı öncesinde sadece hastalık, sakatlık ve ölüm kavramlarından ibaret olup dar bir kalıpta tanımlanmaktadır (31). Fakat sağlığın bundan ibaret olmadığı DSÖ'nün "Sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir." şeklindeki sağlık tanımından da anlaşılmaktadır (1). DSÖ'nün bu yaklaşımı sayesinde sağlık, hastalık kavramından kurtarılmış sağlığın korunması ve geliştirilmesi kavramları ön plana çıkartılmış ve merkeze bireyi değil toplumu alan bütüncül bir bakış açısı ortaya çıkmıştır (31). Bu bakış açısı kişileri, aileyi, toplulukları korumayı amaç edinen, gelişimine katkı sunan bir bakış açısı içermektedir (32). Sağlıklı yaşamın tüm bireylere verilmesi gereken oldukça önemli bir hak olduğu gerçeği, Birleşmiş Milletler Genel Kurulunca 1948'de kabul edilerek 1949'da Resmî Gazete'de ilan edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinde yer almaktadır. Bu durumu, Bildirge'de yer alan herkesin kendisi ve aile bireylerinin sağlık ve refaha ulaşması adına ihtiyaç duyduğu gıda, giyim, barınma ve tıbbi bakım haklarına sahip olduğunu gösteren ifade desteklemektedir (33).

Bu çerçevede, bireyler öncelikle kendi sağlıklarını koruyarak iyilik hallerini devam ettirmeleri için olumlu davranışlar kazanabilmeleri ve kendi sağlıkları üzerinde doğru kararlar alabilmeleri amacıyla desteklenmelidir (34). Çünkü sağlıklı bir toplumun temeli

sağlıklı bireylere dayanmaktadır (35). Böylece sağlık tüm bireylerin sağlığını korumayı, sürdürmeyi ve geliştirmeyi amaçlamaktadır.

2.2. Sağlığın Sürdürülmesi ve İyileştirilmesi

Sağlığın sürdürülmesi ve iyileştirilmesi; insan hayatının devamının sağlanması, hayat kalitesinin korunarak artırılması için oldukça önemlidir (35). Literatürde sağlığın korunması ve geliştirilmesi kavramlarının aynı anlamı ifade ettikleri düşünülerken birbirlerinin yerine kullanılmalarına karşın Rootman ve arkadaşları ile daha birçok araştırmacı tarafından birbirlerinin tamamlayıcıları oldukları kabul edildiğinden bu kavramların doğru anlamlarının bilinmesinde fayda bulunmaktadır (36, 37). Sağlığı geliştirmenin dinamik bir süreç, korumanın ise durağan bir süreç olduğunu ifade eden Brubaker'a göre kavramlar arasındaki farklılık şu şekilde ifade edilmiştir: sürdürme, bir şeyi aynı şekilde devam ettirmek iken iyileştirme ise bir şeyin en iyi versiyonu için yapılan adımlardır (38).

Sağlığı koruma, hastalıklardan ve yaralanmalardan korunmak için yapılan davranışları kapsamakla birlikte bir davranışı yapmama veya o davranıştan kaçınmayı ifade etmektedir (38). İyilik ve sağlık durumundan hastalık sürecine geçişi önlemek amacıyla yapılan durağan davranışlardan oluşan sağlığı koruma; birincil (temel) düzey, ikincil düzey ve üçüncül düzey olarak üç grupta toplanmaktadır (29, 38). Birincil (temel) koruma; aşılama örneğinde de olduğu gibi bir bozukluk ortaya çıkmadan önce önlemeye yönelik çabaları kapsar. İkinci ve üçüncü basamak korumalar ise erken tespit ve uygun tedavi yöntemi kullanılarak var olan bir hastalığı ve hastalığın etkilerini yavaşlatma, ortadan kaldırma veya geriletmeyi, tekrar ortaya çıkmasını azaltmayı ve etkili rehabilitasyon yoluyla kronik hastalıkların meydana gelmesini önlemeyi amaçlamaktadır. Erken teşhis ve uygun tedaviyi kullanmak için yapılan ölçümler ikincil korumaya, rehabilitasyon hizmetleri ise üçüncül korumaya örnek gösterilebilir (29). Geçmişten günümüze bulaşıcı hastalıkların yayılımını önlemek amacıyla devletler ilk olarak sınırlar arası geçişi kapatarak karantina uygulamaları başlatmış olsa da sonradan topluma yönelik hijyen kuralları ile kentsel altyapıya yönelik yeni koruma politikaları uygulamaya koymuşlardır (39). Bu tür koruma çalışmalarına örnek olarak; Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde uygulanan ve Yeni Düzen (New Deal) olarak adlandırılan plan sonucunda ülke düzeyinde su ve kanalizasyon düzenlerinin oluşturulması ve 1940 yıllarda zührevi hastalıkların önlenmesi sonucunda anne çocuk sağlığı ile çocukluk dönemi aşılarını da

içeren düzenlemelerin kapsamının genişletilmesi gösterilebilir (40). Bulaşıcı hastalıklarla savaşmada bu gibi çevresel koruyucu önlemlerin (örneğin, içme suyu ve aşılar) uygulanması ile bulaşıcı hastalıkların neden olduğu ölüm oranlarında azalmalar olmaktadır (41).

Sağlığın geliştirilmesi; bireyleri ve yetkilileri bilgilendirerek, etkileyerek ve destekleyerek ruhsal ve bedensel sağlığa etki eden durumlarda kişilerin daha etkin rol ve sorumluluk üstlenmelerini amaç edinen izlemdir (42). Bireylerin, aile ve toplumların pozitif sağlık davranışları edinmelerinde etkili olan sağlığı geliştirme programlarının ilk olarak okullar, çalışma yeri gibi toplu alanlarda gerçekleştirilmesi düşünülmektedir (27, 38). Dünyada sıklıkla rastlanan kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet ve bulaşıcı hastalıklar gibi birçok hastalığın ölüm nedenlerinin benzerlik göstermesi ile birlikte bu hastalıkların değiştirilebilen nedenleri de benzerlik göstermektedir (38). Bu nedenler arasında eksik beslenme, sigara kullanımı, stres ve yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlar yer almaktadır (38). Bu olumsuz davranışlar kişilere kazandırılacak pozitif sağlık davranışları ile önlenabilir ve bu hastalıkların görülme ihtimali azaltılabilir. Bu nedenle bireylerin ve toplumların geleceği için sağlığı geliştirme programları oldukça önemli görülmektedir (38). 1974 yılında oluşturulan Lalonde Raporunda, sağlığın belirleyicileri (yaşam biçimi, çevre, biyolojik ve genetik özellikler vb.) üzerinde durulmuş ve sağlık için yaşam biçiminin önemine işaret edilmiştir (41). Bu rapor sağlığı geliştirmenin öneminin küresel ölçekte anlaşılması açısından dönüm noktası olmuştur (41). Kişinin yaşam tarzında; tütün kullanma, dengesiz beslenme ve hareketsiz yaşam gibi riskli davranışlar yerine sağlıklı davranışları benimsemesi sonucunda bazı kronik hastalıkların (kalp, kanser vb.) oluşumunun engellenebileceği belirtilmektedir (43). Kişinin sahip olduğu yaşam şeklinin önemi vurgulanarak hastalıklara sebep olan değişkenlere ilişkin bir farklılık ortaya atılmıştır. Sağlıklı olma hali, çeşitli tedavilerle sağlığı geri kazandıran doktorların sorumluluğu olmakla birlikte aynı zamanda uyguladığı yaşam tarzı sonucunda hastalıklardan korunmada önemli role sahip olan kişilerinde sorumluluğu olarak önemlidir (44). 1986 yılında sağlığın geliştirilmesi adına gerçekleştirilen DSÖ toplantısına temel teşkil eden Lalonde Raporu herkese yönelik sağlık düşüncesini kapsamaktadır. Bu toplantıda sağlığın geliştirilmesi, “halkın kendi sağlığını geliştirme ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü arttırma gücünü kazanma süreci” olarak belirlenmiş ve sağlığın geliştirilmesi için birbiriyle bağlantılı aşağıdaki yaklaşımlar belirlenmiştir (41). Bunlar;

- Sağlıklı bir toplum politikası meydana getirilmesi
- Bireysel yeteneklerin güçlendirilmesi
- Toplum faaliyetlerinin artırılması
- Destekleyen çevre oluşturulması
- Sağlık hizmetlerinin tekrar yönlendirilmesi

Özetle; sağlığı geliştirme ile kişilerin ve toplumların sağlık potansiyelinin gelişerek iyilik düzeylerinin arttırılmasına yönelik aktiviteler ifade edilmektedir. Yani sağlığı geliştirme, bireyde mevcut olan davranışın üst düzeylere çıkarılmasını sağlar. Sağlığı geliştirme, sağlığı pozitif olarak iyileştirmeyi amaçlayan hareketli bir süreç olmasına karşın koruma, iyilik ve sağlıklı olma halinin hastalık sürecine geçişini engellemektir (38). Ancak sağlığı koruma olarak ifade edilen kavram, davranışı yapmama ve o davranıştan kaçınma olarak düşünülmelidir (38). Günümüzde artan salgın hastalıklar, yaşlı nüfus oranı, kronik hastalıklar gibi nedenler sonucunda sağlığı koruyan ve geliştiren davranışlar önem kazanmıştır (2). Özellikle COVID-19 pandemisi ile birlikte ulusal ve uluslararası kuruluşlar ile bilim insanlarının hastalıktan korunma ve sağlığı geliştirme adına ifade ettikleri tüm tavsiyeler hayatımızın önemli ve ayrılmaz bir parçası olarak yer edinmeye başlamıştır (25). Bu nedenle devletlerin COVID-19 sonrası sağlık politikalarını koruyucu ve geliştirici sağlık önlemlerine dayandırmaları gerektiği bir kez daha doğrulanmıştır (25). Böylece sağlığın korunması ve iyileştirilmesinde önemli rol oynayan sağlık davranışları önem kazanmaktadır.

2.3. Sağlık Davranışı

Sağlık davranışı kavramı, sağlıkla ilgili olumlu veya olumsuz davranışlar olarak da tanımlanmakla birlikte bireylerin yanında başkalarının da sağlık veya ölüm oranını etkileyen bireylerin gerçekleştirdiği kasıtlı veya kasıtsız eylemler olarak düşünülebilir (45). 20.yy’larda modern endüstriyel toplumların oluşması gibi büyük gelişmeler yaşanmış ve özellikle sanayileşmiş ülkelerde hastalıklar; aşırı yeme, egzersiz yapmama, sigara ve içki kullanımına bağlı hastalıklar, ortalama yaşam süresinin uzaması ile oluşan rahatsızlıklar, kalp damar hastalıkları, şeker rahatsızlığı, kanser, stres, depresyon, yorgunluk ve kronik ağrılar şeklinde çeşitlilik göstermiştir (46, 47). Bu nedenle sağlık davranışlarına gösterilen ilgi ve bu davranışları değiştirmek için gerçekleştirilen çabalar yirminci yüzyılın ortalarında ortaya çıkmıştır (48, 49).

Birey tarafından gerçekleştirilen hemen hemen bütün davranış veya faaliyetlerin bireyin sağlık durumuna etki ettiğini söylemek mümkündür (29). Sağlık üzerinde olumlu etkilere neden olan yani sağlığın gelişmesine katkı sağlayan pozitif sağlık davranışlarına yeterli beslenme, egzersiz, sigara ve alkolden uzak kalma ve riskli cinsel davranışlardan kaçınma örnek gösterilebilir (50, 51). Alkol ve sigara kullanımı gibi sağlıksız davranışlar ise çeşitli rahatsızlıklar ve hastalıkların ortaya çıkmasında etkili olarak olumsuz durumlara neden olabilmektedir (50, 52, 53).

Kasl ve Cobb (1966) hastalık dışında sağlık davranışının bireylerin sağlıklı kalmak adına düşündüğü ve gerçekleştirdiği rastgele bir etkinlik olabilmesinin yanında, hastalık oluşumunu engelleyen bir faaliyeti de kapsamına aldığını belirtmişlerdir. Kasl ve Cobb'un sağlık davranışına bakış açılarında dikkat çeken nokta hastalıktan koruyucu yani önleyici sağlık davranışlarıdır (54). Önleyici sağlık davranışları; bulaşıcı hastalıklar gibi pek çok durumda hastalığa yakalanmaktan kaçınmak dışında, hastalığın etkilerinin en aza indirilmesi amacını taşımaktadır (55). Önleyici sağlık davranışları hastalıklara göre farklılık göstermektedir. Meme kanserinden korunmak için yaptırılan mamografi, bulaşıcı hastalıklardan korunmak için yaptırılan aşı ve günümüz hastalıklarından olan obeziteden korunmak için gerçekleştirilen sağlıklı beslenme ile yeterli fiziksel aktive buna örnek olarak gösterilebilir (55).

2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlık davranışı, sağlıkla ilgili olumlu veya olumsuz davranışlardır (45). Bireylerin aldıkları kararlar, gerçekleştirdikleri alışkanlıklar ve davranışlar sağlıkları üzerinde etkili olmakla birlikte hastalık ve/veya ölümlere de yol açabilmektedir (36). Bireyler tarafından sağlık hallerinin ve sağlık düzeyinin korunarak sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesi amacıyla gerçekleştirilen olumlu sağlık davranışları ise bireylerin sağlıklı yaşam biçimlerini oluşturur (50). Bireylerin sağlıklarına etki eden bütün eylemlerini kontrol ederek sağlığının gelişmesinde rol oynayan olumlu sağlık davranışlarını yaşamlarında düzenli olarak uygulaması “sağlıklı yaşam biçimi” şeklinde adlandırılmaktadır (56). DSÖ'nün “Yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil aynı zamanda fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” şeklindeki tanımında yer alan iyilik hali, % 68'lik oranla sağlıklı yaşam biçimi olarak açıklanmakta ve literatürde de sağlıklı yaşam biçimi olarak ifade edilmektedir (57). Corbin ve arkadaşlarına göre sağlıklı yaşam biçimi, bazı hastalıklardan korunmaya yardımcı olmakta ve iyilik halini artırmaktadır. Onlara göre;

çevresel etkenler (hava, su kirliliği vb.), genetik etmenler ve yetersiz sağlık sistemi gibi kişilerin doğrudan kontrollerinde olmayan faktörler sağlığı ve iyilik halini olumsuz etkilemekte kişilerin sahip oldukları sağlıklı yaşam alışkanlıkları ise bazı hastalıkları önlemektedir (58). Walker ve arkadaşları (1987) tarafından ve pek çok ülkede de gerçekleştirilen çalışmalarda; yıllık görülen ölümlerin en az %50 sinin bireylerdeki sağlıksız yaşam biçimine bağlı olduğu ortaya çıkmış ve yaşam biçimlerinin değiştirilmesi amacıyla yapılması gereken uygulamalar hastalıklardan kaçınma ve sağlığın geliştirilmesi için en önemli kriter olarak düşünülmüştür (59). American College of Lifestyle Medicine'e göre sağlıklı yaşam biçimi; bitki ağırlıklı bir diyetle beslenmeyi, düzenli fiziksel egzersiz ile düzenli uykuyu, stresle en iyi şekilde baş etmeyi, sosyal bağlılığı, zararlı maddelerden (tütün, alkol vb.) kaçınmayı ifade etmektedir (60).

Yaşam biçimine bağlı oluşan hastalıklar ile bu hastalıkların neden olduğu ölümlerin engellenmesinde kişilerin kazandıkları sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemi büyüktür (61). Kişilerin kendi sağlık ve iyilik hallerini korumaları ve yükseltmelerine destek olan davranışlar olarak tanımlanan sağlıklı yaşam biçimi davranışları; sağlıklı beslenme alışkanlıkları, sağlık sorumluluğu, stresle başa çıkma, düzenli fiziksel aktivite, manevi büyüme, kişilerarası ilişkiler ve kişiler tarafından sağlığını koruma ve geliştirmesi için sorumluluk alınması şeklinde sıralanabilir (62). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları öncelikle aile ve toplumda başlamakta ve eğitimle de geliştirilerek değiştirilmektedir (63). Pozitif sağlığın temeli kişilerin eğitilerek sağlık sorumluluğunun bilincinde olmasına dayandığından sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olmak ve sağlığı geliştirmek, sağlık bakım hizmetleri profesyonellerinin en önemli amacı olmalıdır (64).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; literatürde ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) II'de sağlık sorumluluğu, beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler ve manevi gelişim olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır (59).

2.4.1. Sağlık Sorumluluğu

Bozhüyük ve arkadaşlarına göre (2012) kişilerin kendi sağlıklarını sürdürmesi ve iyileştirilmesine yönelik davranışları ve davranış farklılıklarını uygulayabilmeleri olarak tanımlanan sağlık sorumluluğunun yerine getirilmesi ile kişinin sağlık bakım kalitesi yükselir (65). Böylece kişi, kendini tanıma imkânı bularak sağlığı için gerekli tıbbi

kontrollere özen gösterir (65). Sağlık sorumluluğu ile kronik hastalık yönetimi artarken kişiler sağlıkları için riskli davranışlardan uzak durmaktadır. Böylece kişiler sağlığını korumakta ve sağlığının iyileşmesine katkı sağlamaktadır (66, 67). Yapılan çalışmalarda çeşitli hastalıklar için risk faktörleri arasında yer alan tütün ve alkol kullanımı gibi zararlı maddeleri tüketen kişilerin sağlık sorumluluğu diğerlerinden daha düşük bulunmuştur (5, 68). Kişilerde sağlık sorumluluğunun az geliştiği veya hiç gelişmediği böyle durumlarda hastalıklardan korunmak oldukça zordur (69). Önlem alınmaması durumunda hızla salgına dönüşebilen yüksek bulaşıcılığa sahip hastalıkların önüne geçmek için toplumda oluşturulan farkındalığın önemine işaret eden araştırmalar da bulunmaktadır (70). Salgın durumlarında kişilerin hem kendileri için sağlık sorumluluğu geliştirmeleri hem de hastalığın yayılımını hafifletmek ve sağlık sistemine olan etkisini en aza indirmek için kendilerine düşeni yapmaları oldukça önemlidir.

Hastalıklarla mücadele etmede önemli rol oynayan sağlık sorumluluğu bir ekip işidir. Çünkü kişiler öncelikle kendi sağlıklarının değerinin farkında olmalı ve onu korumak için çabalamalıdır. Kişilere bu bilinci kazandırmak ve gerekli eğitimi vermek ise sağlık profesyonellerinin işidir (71). Uzman kişiler tarafından verilen bu eğitimler ve danışmanlık hizmetleri ile kişilerde sağlık sorumluluğu davranışı geliştirilir (66). Böylece kanser hastalığı için erken teşhis ile ölüm oranları azaltılabilmekte ayrıca çeşitli kanserler üzerinde uygun tarama yöntemleri ile tedavi şansı elde edilerek maliyetler düşürülebilmektedir (66). Yapılan bir çalışmada; sağlık personeli tarafından kişilere yapılan bilgilendirme ve hatırlatmalar ile kişilerin sağlıkları hakkında sorumluluk duyguları gelişerek çeşitli kanser taramalarına katılım durumlarında artış gözlenmiştir (72).

Sağlık sorumluluğu; sağlık okuryazarlığı, öz bakım ve öz yönetim, sağlık arama davranışı ile yakın ilişki içerisindedir (66). Sağlık okuryazarlığı yeterince gelişmiş olan kişiler, kendi sağlıkları ile birlikte toplum sağlığı içinde sorumluluk alma bilincindedirler (73). Sağlık okuryazarlığının yeterince gelişmemiş olması ile sağlığın gelişimi azalmakta, çeşitli hastalıkların kontrolü yavaşlamakta ve hastaneye yatış süreleri artarak daha fazla ölüm ile karşılaşmaktadır (74). Sağlık sorumluluğu ile ilişkili faktörlerden diğeri olan öz yönetim, bireye hastalığının yönetimi için sorumluluk vermektedir (66, 75). Çeşitli hastalıklara sahip kişilere uygulanan öz yönetim programları ile kişilerin hastalıkları algılama düzeylerinde artış gözlemlenmiştir (76). Öz yönetim ile sakatlıklara hatta ölüme neden olabilen çeşitli kronik hastalıkların yönetilmesinde önemli başarılar elde edilmiş hastaneye başvuru ve mortalite oranları azaltılmıştır (66, 77, 78). Sağlık sorumluluğu ile

hastalık öz yönetimi ve öz bakımı etkileyen faktörler benzerdir. Sosyodemografik özellikler, sağlık politikaları, sivil toplum kuruluşları bunlardan bazılarıdır (66).

2.4.2. Beslenme

Sağlıklı beslenme; besinleri üretirken, hazırlarken, pişirirken ve saklarken sağlığa zarar verecek durum oluşturmalarını göz ardı etmeden, besinleri faydalı yöntemlerle seçerek ve kullanarak tüketmektir (79). Sağlıklı beslenme için meyve ve sebzeler taze ve mevsiminde tüketilmelidir. Sağlıklı beslenme; hastalık durumlarında güçlü bağışıklık sistemi açısından önem taşır ve diyabet, kalp rahatsızlığı, kanser gibi bulaşıcı olmayan farklı hastalıklar karşısında koruyucu rol oynar (80). Bu hastalıklara sahip bireylerin; enfeksiyon durumlarında hastalığa yakalanma olasılığı ile morbidite ve mortaliteyi artırarak sağlık sistemleri üzerinde ciddi sorunlara neden olduğu bilinmektedir (81).

Sağlıklı beslenmenin önemli adımları yeterli ve dengeli beslenmektir. Yeterli beslenme; sağlıklı ve randımanlı olmak için insan vücudunun ihtiyacı olan enerji, gıda ve diğer biyoaktif maddelerin yeterli düzeyde alınması olarak tanımlanırken; dengeli beslenme ise gıda öğelerinin orantılı olarak yenilmesi ve içilmesi şeklinde tanımlanmaktadır (82). Kişinin yeterli ve dengeli beslenebilmesi için günlük beslenmesinde her gruptan besin bulunmalı ve bunlardan alınan miktar o kişinin ihtiyaçlarına uygun olmalıdır (83). Fazla kilolu olma veya gereğinden fazla zayıf olma beraberinde pek çok sağlık problemini de getirebildiğinden ürünler uzmanların tavsiye miktarlarından az veya çok tüketilmemelidir (65). Yetersiz beslenme sonucunda bulaşıcı olmayan kalp hastalığı, felç, diyabet ve bazı kanserler ortaya çıkabilmektedir (84). Düşük miktarda meyve, sebze grubu ile tam tahıllı gıda ve tohumların alınması veya tuz tüketiminin yüksek miktarda olmasının dünya üzerindeki hastalıkların önemli oranını oluşturduğu yapılan çalışmalar ile ortaya koyulmuştur (85). İmmün sistemin fonksiyonlarının devam edebilmesi için gerekli olan yeterli ve dengeli beslenme, kişilerin ve toplumların sağlıklı bir hayat sürmesinde, ekonomik ve sosyal olarak gelişmesinde ve refah düzeylerinin yükselmesinde önemli adımlardır (86). Yeterli ve dengeli beslenmeye yönelik vitamin ve mineral gereksinimleri Türkiye Beslenme Rehberi'nde belirtilmiştir (87).

DSÖ'nün yetersiz veya fazla besin alımı, temel besinlerdeki dengesizlik ile besin tüketimindeki bozulma olarak ifade ettiği sağlıksız beslenme, DSÖ'ye göre yetersiz fiziksel aktivite ile birlikte, sağlık risklerinin ön sıralarında yer alır (84, 88). Sağlıkla ilgili

çeşitli kuruluşlar (DSÖ, ABD Ulusal Sağlık Enstitüsü vb.) yetişkinler için kilo verdiren ve kiloyu kontrol eden programların bir uzantısı olarak fiziksel hareket ve egzersizleri önermektedir (61). Yapılan çalışmalarla, değiştirilen beslenme alışkanlıkları ve artan fiziksel hareketlilik sonucunda Tip 2 diyabetin %30-50 oranında daha az olabileceği kanıtlanmıştır (89). Ayrıca sağlıklı beslenme ve yetersiz fiziksel aktivite sonucunda ortaya çıkan kan basıncı yükselmesi, kan şekerinde yükselme, kan lipidlerinde artma ve obezite kardiyovasküler hastalıklara davetiye çıkartmaktadır (90).

2.4.3. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, Sağlık Bakanlığı tarafından; “günlük yaşam içerisinde kas ve eklemlerimizi kullanarak enerji tüketimi ile gerçekleşen, kalp ve solunum hızını arttıran ve farklı şiddetlerde yorgunlukla sonuçlanan aktiviteler” olarak tanımlanmıştır (91). DSÖ’ye ait 2019 yılındaki verilere göre; fiziksel inaktivite yılda yaklaşık olarak 830 bin kişinin ölümüne sebep olmaktadır (90).

DSÖ’ye göre; fiziksel hareketsizlik kanser, kalp hastalığı, diyabet gibi bulaşıcı olmayan hastalık riskini %20-30 oranında artırır ve ölüm için risk faktörlerinin başında yer almaktadır (92). Fiziksel aktivitenin; kalp rahatsızlığı ile tip 2 diyabet gibi hastalıkları önlemeye yönelik ve pek çok kronik ve ruhsal hastalık üzerindeki etkisi çalışmalarla ortaya koyulmuştur (93, 94, 95). Wisconsin Üst Solunum Semptom Araştırmasının verilerine göre; düzenli fiziksel aktivite ile üst solunum yolu enfeksiyonları %43 oranında azalmaktadır (96). Düzenli gerçekleştirilen fiziksel aktivite ciddi enfeksiyon riskini azaltmakla kalmayıp mortalite riskini de düşürmekte; stres ve düzensiz uyku problemlerini azaltarak bağışıklık sistemini güçlendirmekte, kilo kontrolü sağlamaktadır (96, 97).

Fiziksel aktivitenin düzeyi de sağlık için önemlidir. Uluslararası kılavuzlar düzenli fiziksel aktivitenin haftada en az 150 ila 300 dakika arasında yapılmasını önermektedir. Başlangıçta haftada 30-45 dakikalık sürelerle üç-beş gün olarak orta şiddette önerilen fiziksel aktivite uzun dönemde haftada en az 30 dakika veya daha fazla sürelerle 5 gün orta şiddette önerilmektedir (61). Haftada en az 2 gün orta veya yüksek şiddette gerçekleştirilen kasları güçlendiren egzersizlerin bu egzersizlere eklenmesi gerektiği düşünülmektedir (61). Orta şiddette bir fiziksel aktivite için kişilerin yaşına bağlı olarak kalp hızlarının maksimum %50-70’inde egzersiz yapması önerilmektedir (61). Haftada

2000 kilo kalori tüketimine yol açan düzenli bir egzersizin yaşam süresini bir-iki yıl arasında arttırdığını göstermektedir (98). Paffenbarger, Hyde ve Wing (1993) tarafından yapılan farklı bir çalışmada, haftada ortalama olarak bin kilo kalori enerji harcamayı sağlayan fiziksel aktivitenin ölüme neden olan tüm sebeplerde %20-30 oranında azalmaya neden olduğu görülmüştür (98). Hatta bundan daha düşük seviyelerdeki fiziksel aktivitelerin bile belirgin yararlarına rastlanmasına karşın egzersiz yapılan süre ve yoğunluk ile bağışıklık üzerinde olumlu veya olumsuz etkiler bulunmaktadır (99). Orta yoğunlukta bir egzersizin bağışıklık sistemini güçlendirmesine karşın çok yoğun bir egzersiz özellikle obez kişilerde oksidanların üretimi ve bağışıklık sistemini engellediğinden tehlike arz etmektedir (100). Yoğun ve uzun süreli yapılan fiziksel aktivite ile enfeksiyonlara karşı koruyuculuk azalmakta ve enfeksiyon sonuçları daha kötü olabilmektedir (101).

2.4.4. Stres Yönetimi

Stres, insan fizyolojisine zararlı olan durumlar karşısında bedende görülen istenmeyen farklılıklar olarak adlandırılmaktadır (102). Stres ve stresör kavramlarını ortaya atan Selye ise stresi; bireylerin faaliyet gösterdikleri çevre karşısında gösterdikleri tepki şeklinde tanımlamıştır (103). Modern dünyada insanlar hayatlarını devam ettirebilmek adına büyük bir değişim ve hareketlilik halindedir (104). Yaşam şartlarında gözlemlenen bu sürekli değişim ve gelişim nedeniyle, sosyal bir varlık olan insan, sınırlarını zorlayarak çeşitli tepkiler vermiş bu değişimlere ayak uydurmak için çabalamıştır (61). İç veya dış uyaranlar tarafından organizmayı zorlayan böyle durumlar stres etmenleri olarak tanımlanmaktadır. Stres etmenleri genel olarak fiziksel, sosyal ve psikolojik olmak üzere üç başlık altında toplanır (104).

Stresin ortaya çıkarttığı sonuçlar kişiler arasında farklılık gösterse de stres sonucunda genellikle bağışıklık sistemi baskılanmakta ve sindirim sistemi bozulmaktadır (105). Strese bağlı gelişebilecek durumlar kardiyovasküler hastalıklar, enfeksiyon hastalıkları, hipertansiyon ile kanser gibi daha birçok bedensel hastalıklara neden olurken depresyon, psikiyatrik hastalıklar gibi zihinsel sağlık üzerinde de önemli rol oynamaktadır (106). ABD’de stresin neden olduğu bir hastalığa bağlı ölüm oranları 180.000 olarak bildirilmiştir. Duygusal stresin neden olduğu ve ölümlerle sonuçlanabilen bu hastalıklar arasında kanserler, koroner kalp hastalığı, kazalara bağlı yaralanmalar, solunum rahatsızlıkları, karaciğer sirozu ve intihar yer almaktadır (107). Stres birçok hastalığa neden

olabilmesine karşın birçok hastalıkta strese davetiye çıkartabilir. Stres altındaki kişilerde rastlanan alkol-sigara tüketiminin artması, hareketsizlik, sağlıksız beslenme ve kiloluluk, kötü uyku gibi yüksek riskli sağlıksız davranışlar kanser gibi çeşitli hastalıklara neden olabilmekte ve bu tip hastalıklar da insanlarda stres düzeyini artırmaktadır (108).

Stres durumu uzadığında; vücudun çeşitli bölgelerinde meydana gelen bozulmaların yanında hastalıklar karşısında koruma sağlayan insan bedeni gücünü kaybetmekte enfeksiyonlara ve kronik inflamatuvar vakalara yakalanma olasılığı artmaktadır (61). 2016 yılında Harvard Üniversitesinde gerçekleştirilen bir çalışmada stresin önlenmediği durumlarda kişilerde kardiyovasküler ve mide hastalıkları, diyabet, kanser, astım gibi çeşitli hastalıkların meydana geldiği sonucuna varılmıştır (109).

Stresi kontrol altına almak sağlığın gelişmesine katkı sağlayarak yaşam kalitesini arttırmakta ve morbiditeyi azaltmaktadır. Akdemir ve Birol'a göre; sağlıklı bir yaşam tarzı oluşturmak ve baş etme stratejileri geliştirmek, eğitim ve sosyal destekler, bireysel stresle baş etmeye katkı sağlayabilen çeşitli etmenlerdir (110). Bireysel olarak stresle baş etmede diğer bir yöntemde Braham tarafından ortaya koyulan ve yaşam tarzı değişikliklerini içeren "DKBY (Değiştir- Kabul et- Boş ver- Yaşam tarzını yönet) Modeli" dir (111). "D" adımı; imkân varsa, karşılaşılan olumsuz durumu değiştirmeyi kastetmektedir. "K" adımı; değiştirilme ihtimali olmayan durumların kabul edilmesi esasına dayanır. "B" olarak adlandırılan bu aşamada; olaylara duygusal ve zihinsel olarak farklı bir bakış açısıyla yeni ve değişik bir yorum katmaktır. Son olarak "Y" adımı ise düzenli egzersiz, uygulanan diyet, rahatlık ve duygusal destek sağlayan yöntemlerle, ileride strese neden olabilecek unsurların ortadan kaldırılabilceğini söylemektedir. Tüm bunlara ek olarak kullanılan yöntemler arasında "kognitif-davranışçı terapileri, günlük gerçekleştirilen davranışları kayıt altına alarak kendini gözleme, kognitif yeniden yapılandırma, psikoterapiler ve ağır stres durumlarında psikanaliz ve dinamik psikoterapi" yer almaktadır (104). Hollanda'da ilerleyen stresin kalp damar sistemi ile kortizonla olan etkisini ortaya koymak için yapılan bir çalışma sonucunda stres yönetimi için gerçekleştirilen uygulamaların, genel ve akut stres esnasında kan basıncının ve strese tepki sırasındaki kortizon düzeylerinin azalmasına katkıda bulunduğu anlaşılmıştır (112).

2.4.5. Kişilerarası İlişkiler

Kişilerarası ilişkiler Pender tarafından “kendine yakın kişilere zaman ayırma, insanlarla anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurma, başkalarının başarılarını övme, yakın bulunduğu (aile, arkadaş gibi) bireylere dokunmaktan hoşlanma, fikir alışverişinde bulunma, tartışma ve uzlaşma yolu ile sorunları çözme” şeklinde tanımlamıştır (113). Kişilerarası ilişkiler; yaşamda başarıya ulaşmada, mutlu ve etkili bir insan olmada önemli rol oynamaktadır (114).

Sağlık açısından bakıldığında ilişki kavramı; hasta kişilerin iyileşmesinde, hasta olmayan kişilerin ise sağlığının devam etmesi ve gelişmesinde amaçlı, etkili, doyumlu, faydalı ve yapıcı eylemler olarak tanımlanır (114). Zihinsel ve fiziksel sağlık üzerinde etkileri olan kişilerarası ilişkiler, sağlık davranışını etkilemekte ve ölüm içinde bir risk faktörü olarak görülmektedir(115). İyi ilişkiler kişilere sağlıklı davranışları gerçekleştirmek ve bunları sürdürmek için etkili olabilecek destekler sağlayabilir (116). Sosyal destek eksikliği durumlarında yani başkalarıyla bağlantı eksikliğinde kişiler kendilerini daha yalnız hissedebilirler. Çalışmalar; kişilerarası ilişkilerin zayıf olması sonucu ortaya çıkan yalnızlığın strese ve depresyona neden olduğunu ve demansı artırdığını göstermektedir (117, 118). Ayrıca literatürde yalnız yaşamının koroner hastalığa bağlı ölüm riskinin artması üzerinde etkili olduğunu gösteren klinik çalışmalara da rastlanmaktadır (119, 120). Kişilerarası ilişkilerin beslenme üzerine yapılan seçimlerdeki etkisi literatürdeki çalışmalarda mevcuttur (121). Çalışmalar sonucunda yakın ilişkilere sahip kişilerin bağışıklıklarının daha güçlü olduğu ve bu kişilerin öncelikle kalp ve dolaşım sistemine bağlı hastalıklara daha az yakalandıkları ve yaşam sürelerinin daha uzun olduğu ortaya koyulmuştur (122, 123).

Kişilerarası ilişkilerin sağlık ve hastalığa etkisi tek taraflı değildir. Çünkü sağlık ve hastalık durumları da kişilerarası ilişkileri etkileyebilir. Özellikle afet durumlarında topluluklar bir araya gelerek birlikte mücadele etme eğilimindedir. Hermanson’a göre, böyle durumlarda insanlar birbirlerini destekleyerek topluluk bağı duygusu oluşturmak isterler (124). Böylece afetlerin neden olduğu psikolojik etkilerle birlikte başa çıkabilirler.

2.4.6. Maneviyat

Maneviyatın din ile aynı olduğu düşünülmesine rağmen bu iki kavram birbirlerinden çok farklı anlamları ifade etmektedir. Din; geleneksel tarafi zengin olmakla

birlikte topluma rol ve sorumluluklar yükleyen ayrıca belirli sınır ve kurallara sahip olan spesifik bir öğreti olduğundan maneviyattan ayrılır (125). Ancak hem maneviyat hem de dindarlık hasta kişinin yaşam ve bakım kalitesi ile memnuniyetine etki eden kriterler olarak gösterilebilir (126). Dinsel inançlar sonucunda bazı bireylerin çeşitli tıbbi yöntemlerin uygulanmasını istememesi gibi negatif etkilerinin yanında özellikle tek tanrılı inançların sağlıkta risk faktörü olarak düşünülen tütün ve alkol kullanımı, beslenme, riskli cinsellik, doğum kontrolü gibi davranışlara sınırlamalar getirmesi sayesinde sağlık üzerinde pozitif etkilerine de rastlanabilir.

Manevi düşüncelerin tıbbi hizmetler açısından doğru değerlendirilmesinde öncelikle maneviyat ile neyin kastedildiği açıklanmalıdır (125). Buradan hareketle fiziksel boyutu kapsamına alan maneviyat bunun daha da ilerisinde kişisel farkındalığı ifade etmektedir (65). Sağlığın manevi boyutu ise kişinin yaşamını anlamlandırmasını, ölüm gerçeğini kabullenmesini, yaşam umudu ihtiyacını, daha üstün bir güce inanma ve güvenme ihtiyacını ifade eder. Sağlık üzerindeki etkisinin ölçümü oldukça zor olan maneviyat sağlık hizmetlerinde aşağıdaki açılardan önemli görülmektedir (127):

- Bireylerin manevi değerlerinin hastalık veya hastalıkların tedavisi aşamasında güç kaynağı olarak değerlendirilme potansiyelinin olması,
- Bireylerin manevi değerlerinin, kendilerine uygulanacak tıbbi uygulamalarda belirleyici olması olasılığı,
- Hastanın tedavisini sekteye uğratabilecek herhangi bir içsel sürece girmesini engellemek için hastalık devam ederken meydana gelebilecek manevi stresin belirlenerek tedavi sürecinin bundan olumsuz etkilenmemesi için çalışmalar yapılmasıdır.

Hastalıklarla maneviyat ile baş etme yoluna giden bireylerde fiziksel ve ruhsal olarak iyileşme olduğunu gösteren çeşitli çalışmalar yanında manevi baş etmenin çeşitli kronik hastalıklar üzerinde olumlu etkilere sahip olduğunu gösteren çalışmalarda vardır (128, 129, 130, 131, 132, 133). Sağlık üzerindeki etkisinin ölçümü güç olan maneviyat; ağrıyı azaltarak fizyolojik ve psikolojik iyi oluşu artırmaktadır (61). Ayrıca çalışmalar manevi baş etmenin çeşitli kronik hastalıklar özellikle bazı kanser türleri ile mücadeleye olumlu katkı sağladığını ortaya koymaktadır (134, 135, 136). Çeşitli manevi inançlarda sigara ve alkol ve madde kullanımları daha az görüldüğünden manevi pratikler; sigara ve alkol gibi sağlıksız davranışların önlenerek kişilere sağlıklı yaşam biçimi kazandırılması

açısından önemli olabilir (137). Maneviyatın; madde kullanımı, intihar, hastaneye yatış ve ölüm oranlarındaki azalmayla ilişkili olduğunu ayrıca hastalıkla başa çıkmada, tedaviye uyum sağlamada etkili bir rol oynadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (138, 139, 140).

2.5. Hastalıklarla Mücadelede Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Önemi

Dünyada uzayan yaşam süresine bağlı olarak her yıl 14 milyon erken ölüme neden olabilen kardiyovasküler ve kronik hava yolu hastalıkları, kanser ve diyabet gibi bulaşıcı olmayan hastalıklarda artış görülmüştür (5). Buna rağmen bulaşıcı hastalıkların insidansı geçtiğimiz yıllara göre artmasına rağmen bu hastalıklardan kaynaklanan ölümlerde azalma olduğu bildirilmiştir (4). Ne zaman, nerede ortaya çıkacağı ve ne şekilde sonuçlar doğuracağı önceden bilinemeyen ve bulaşıcı bir hastalığa dönüşebilen enfeksiyon hastalıkları ise her zaman bir tehdit oluşturmaktadır (141).

Bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri arasında tütün ve alkol kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite ve sağlıksız beslenme gibi değiştirilebilen sağlıksız davranışlar yer almaktadır (90). Bu nedenle bu hastalıklar; sigara, alkol kullanmayı bırakma, düzenli beslenme, yeterli fiziksel aktivite gibi değiştirilebilen kişisel sağlık davranışları ile kontrol altına alınabilir (6). Ayrıca erken teşhis ve tedavi ile de önemli ölçüde önlenabilir ve böylece sağlık sistemlerine olan yükü de hafifletilebilir (6). Bu hastalıklara sahip olan kişilerin bulaşıcı hastalık durumunda enfekte olma, komplikasyon ve ölüm riskinin daha yüksek olduğunu gösteren çeşitli çalışmalar literatürde bulunmaktadır (7, 8). Bu nedenle bu hastalıklardan korunmak için gerçekleştirilen önlemlerin bulaşıcı hastalık durumlarında enfekte olma, komplikasyonlar ve ölüm riski üzerinde büyük ölçüde koruyuculuk sağlayacağı düşünülmektedir. Bulaşıcı hastalıkların yayılımının engellenmesinde antiviral ilaçlar ve aşılar önemli yer tutar (142).

Bulaşıcı hastalık durumlarında en faydalı ve en maliyetsiz yolun aşılar olduğu düşünülmektedir (142). Aşı genel olarak; patojenitesini kaybetmiş veya hastalık oluşturma ihtimali yok edilmiş virüslerin, hasta olmayan kişilere enjekte edilerek kişilerin bağışıklık sisteminin hastalığın etkeni olan patojen virüs karşısında alışık duruma getirilmesini yani antikorun kendi kendine üretilmesinin sağlanmasını kapsamaktadır (143). Belirli bir hastalık için geliştirilen bu aşıların sadece o hastalığın neden olduğu virüse karşı etkili olduğundan hızlı mutasyon geliştiren virüsler (influenza, koronavirüs, HIV vb.)

karşısında başarı göstermesi zor olabilir (142). Aşıların etkinliği ise büyük oranda kişilerin aşırı yaptırmaya isteğine bağlıdır (142). Ancak bu aşılar, bazı ülkelerde zorunlu olarak uygulanırken bazılarında kişinin rızası ile yapılmaktadır (144). Aşıların bulaşıcı hastalıklara karşı koruyucu bağışıklık tepkilerini uyardığı sonucuna ulaşan çeşitli çalışmalar mevcuttur (145, 146, 147).

Sağlık okuryazarlığının, önemli bileşenlerinden olan sağlık bilgisi ve davranışı, bulaşıcı ve salgın hastalık durumlarında önemlidir. Kişilere uygulanacak sağlık eğitimi ile geliştirilen sağlık sorumluluğu sayesinde sağlıklı davranışlardan uzaklaşılmasının bulaşıcı hastalıklar ve salgınların engellenmesinde önemli olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (148). Çalışmalar ayrıca kişilerin önemli bir sağlık sorumluluğu olan sağlık taramaları sonucunda hastalıkların erken tanısı sayesinde bulaşıcı hastalıkların yayılması karşısında önemli başarılar elde edildiğini göstermektedir (149, 150).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından birisi olan ve sosyal ağlar sayesinde geliştirilen güçlü kişilerarası ilişkiler ile enfeksiyonlardan korunmak için daha fazla olumlu sağlık davranışı geliştirildiği çalışmalarla belirlenmiştir (151,152). Ayrıca bu ilişkilerin bulaşıcı hastalıklar karşısında önemli koruma sağlayan aşı yaptırmaya isteğini artırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur (153).

Bağışıklık sistemi üzerinde gösterdiği etkiler nedeniyle bulaşıcı hastalıklara karşı korunmada rol oynayan sağlıklı beslenme, kardiyovasküler gibi çeşitli bulaşıcı olmayan hastalıklara karşı da önleyici olmaktadır (154). Yetersiz ve sağlıklı beslenmenin grip dâhil viral solunum yolları enfeksiyonlarının ortaya çıkması riskini artırarak buna bağlı ölümler üzerinde etkili olduğunu gösteren çeşitli çalışmalar mevcuttur (155, 156, 157). Beslenme, immun sistem ve enfeksiyonlar arasında diyetin oynadığı rolü ortaya koyan çeşitli çalışmalar yapılmıştır (158). Sağlıklı bir diyet; bulaşıcı olmayan hastalıklara karşı korunmada büyük önem taşıdığından bu hastalıkların bulaşıcı hastalık durumlarında hastalığın seyrine olan olumsuz etkisini azaltabilir (88). Dünyada halen yaygın uygulanmakta olan Akdeniz diyeti ile kardiyovasküler ve kanser gibi hastalıklara bağlı ölümlerin yaklaşık olarak %10-20 azaldığı ve enfeksiyon hastalıklarına karşı bağışıklık sisteminin güçlenmesi için fayda sağladığı çalışmalarla ortaya koyulmuştur (159, 160, 161). Çalışmalar aşırı beslenme sonucunda ortaya çıkan obezitenin de kişileri alt solunum yolu enfeksiyonlarına karşı savunmasız bıraktığını ve mortaliteye neden olan risk faktörleri arasında yer aldığını göstermektedir (162, 163).

Fiziksel aktivite; bedensel ve zihinsel sağlık üzerinde olumlu etkiler göstermekte ve bağışıklık sistemini kuvvetlendirerek virüs ve bakterilere karşı savaşılmamasına yardımcı olmaktadır (61). Düzenli gerçekleştirilen fiziksel aktivitenin ciddi enfeksiyon durumlarında koruyuculuk sağladığına çeşitli çalışmalarla ulaşılmıştır (164, 165). Ayrıca Chastin ve diğerleri tarafından yapılan bir çalışmada düzenli fiziksel aktivitenin, bağışıklık sistemini güçlendirerek, bulaşıcı hastalıkların neden olduğu ölüm riskini azaltmakla ilişkili olduğu ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde etkili rol oynayan aşılamanın gücünü artırdığı sonucuna ulaşılmıştır (166).

Wood ve arkadaşları sigara, alkol, obezite ve yetersiz fiziksel aktivite davranışsal risk faktörlerinin bulaşıcı hastalık durumunda hastalığa yakalanma ve hastalığın ciddi sonuçlarına maruz kalma durumunu inceleyen 53 çalışma üzerinde bir inceleme yapmıştır. Bu inceleme sonucunda belirtilen davranışsal risk faktörlerinden yalnızca birisinin bile bulaşıcı hastalıklara yakalanma ve bu hastalıkların daha kötü sağlık sonuçları riskini artırdığı bulunmuştur (167). Literatürde sigara içmenin bulaşıcı hastalıklar için ana risk faktörü olduğunu, bakteriyel ve viral enfeksiyonlara bağlı ölüm riskini artırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur (168, 169, 170). Ayrıca alkol kullanımının çeşitli bulaşıcı hastalıklar ve ağır hastalık riski ile ilişkisini gösteren çalışmalara da literatürde rastlanmaktadır (171). Çalışmalarda alkolü hiç tüketmeyen ile orta miktarda tüketenlerin bulaşıcı hastalık riskinde bir fark bulunmazken ağır içicilerde riskin fazla olduğu ve şiddetli hastalık ve ölüm oranlarına neden olduğu sonucuna varılmıştır (172, 173).

Kronik psikolojik stres; depresyon, kardiyovasküler ve otoimmün hastalıklar, diyabet, üst solunum yolu enfeksiyonları ve yara iyileşmesinde gecikmeler için bir risk faktörü olarak görülmektedir (174). Kişilerin strese karşı davranışları, geniş bir zaman diliminde kronik hastalıklara ve zayıf bağışıklık sistemine neden olmakta bağışıklık sisteminde görülen bu durum bulaşıcı hastalıklara zemin hazırlamaktadır (175). Stresin bağışıklık hücrelerinin inflamatuvar yanıtı kontrol etmedeki başarısızlığını pnömoni gibi bakteriyel ve soğuk algınlığı gibi viral enfeksiyonlarla olumsuz ilişkisini ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (176, 177). Strese maruz kalanlarda solunum yolu virüsü enfeksiyonu riskinin arttığı ve çeşitli aşılar karşı bağışıklık tepkilerinin azaldığı da çalışmalarla ortaya konulmuştur (176, 178, 179). Tüm bu çalışmalar stres yönetiminin hastalıkların tedavisine ek olarak pek çok bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkla mücadele de önemli rol oynadığını göstermektedir.

Fizyolojik ve psikolojik iyi oluş üzerinde etkili olan maneviyatın bulaşıcı hastalık durumlarında bu hastalıklarla baş etme ve hastalık üzerindeki etkisini ortaya koyan çalışmalar da literatürde bulunmaktadır (61, 180, 181).

2.6. COVID-19

COVID-19, tüm dünyayı etkisi altına alarak günümüzde de devam eden ve etkeni önceden insanlarda tespit edilmeyen yeni bir salgın hastalıktır ve DSÖ tarafından bu isimle adlandırılmıştır (15). Virüsün yüzeyindeki çubuksu uzantılar taca benzediğinden virüs adlandırılırken Latince taç anlamına gelen corona kelimesi kullanılmıştır (15). Ancak Uluslararası Virüs Taksonomi Komitesi (ICTV) tarafından SARS-CoV virüsüne benzediğinden SARS-CoV-2 şeklinde nitelendirilmiştir (182).

İlk olarak Çin'in Wuhan eyaletinde yer alan bir balık pazarında Aralık 2019'da ortaya çıkan COVID-19 hastalığının Türkiye'de ilk olarak Mart 2020'de görüldüğü bildirilmiştir (183). Günümüzde etkisi azalarak devam eden COVID-19 hastalığı; hastalık etkeni, insandan insana kolay ve hızlı bir şekilde yayılması sebebiyle DSÖ tarafından Ocak 2020 tarihinde "uluslararası boyutta halk sağlığı acil durumu" olarak nitelendirilmiş ve Mart 2020'de ise pandemi olarak ilan edilmiştir (184). Pandemi; "Bir hastalığın veya enfeksiyon etkeninin ülkelerde, kıtalarda, hatta tüm dünya gibi çok geniş bir alanda yayılım göstermesi" dir (183).

COVID-19'un daha iyi anlaşılabilmesi için çalışmada COVID 19'un kaynağı ve bulaş yolları, teşhisi, belirtileri ve seyri, tedavi yöntemleri ile etkileri ve bu etkiler karşısında alınan önlemlere yer verilmiştir.

2.6.1. COVID-19'un Kaynağı ve Bulaş Yolu

Coronavirüslerin geçmişte de hayvanlardan insanlara bulaşması ile şekillendiği önemli epidemiler olduğu bilinmektedir. 2019 yılı Aralık ayından önce RNA virüs olarak bilinen Coronavirüs ailesi "SARS-CoV, MERS-CoV, HCoV-NL63, HCoV-OC43, HCoV-229E, HCoV-HKU1," olmak üzere altı farklı türe sahiptir (185). Bütün bu RNA virüsleri vahşi hayvanlarda ortaya çıktıktan sonra insanlara bulaşmakta böylece yüksek mutasyon becerisi göstermekte ve salgın oluşturma ihtimalleri yüksek patojenler olarak bilinmektedir (186). Araştırmalara göre; SARS virüsü insanlara bulaşma yeteneğine sahip

olmadan önce yarasalardan misk kedilerine geçmiş, MERS virüsünde ise, develer ara konak olmuştur (15). COVID-19'un kaynağına yönelik ise doğal mutasyonla bir yarasadan veya bir yılan türünden insana bulaştığına dair iddiaların yanında laboratuvar ortamında çeşitli amaçlar için üretildiği veya bilinçsiz bir şekilde laboratuvardan sızdığı şeklinde iddialarda bulunmaktadır (187). Kesinlik olmamakla birlikte, genetik yapısı SARS ve MERS virüslerine benzerlik gösteren bu virüsünde yarasadan insana bulaştığı ihtimali ağır basmaktadır.

İnsandan insana hızla bulaşan COVID-19; enfekte bireylerin konuşması, hapşırması veya öksürmesi sonucunda saçtıkları havada asılı kalmayan damlacıkların diğer bireyler tarafından solunması veya enfekte bireylerle yakın temas kurulması sonucunda bulaşma göstermektedir (188). Belirti gösteren bireylerin izole edilerek virüsü bulaştırmasının önüne geçilebilmesine karşın belirti göstermeyenlerin virüs ile enfekte oldukları bilinmediğinden virüsü bulaştırma olasılıkları çok daha yüksektir (189). Virüsün diğer bir bulaşma yöntemi de enfekte bireylerin solunum parçacıklarının nesneler üzerinde uzun süre kalması sonucunda bu enfekte olmuş yüzeylere dokunulduktan sonra ellerin temizlenmeden yüz veya göz ile temas edilmesi sonucu oluşmaktadır (188). Bulaşı önlemek ve COVID-19 hastalığından korunmak için maske kullanımı, sosyal mesafe (en az bir metre) ve gerekli hijyen kurallarına dikkat edilmesi gibi koruyucu sağlık davranışları önerilmektedir (188). DSÖ ve değişik tıp otoritelerine göre; epidemi olarak başlayan COVID-19'un tüm dünyaya yayılarak pandemiye dönüşmesinde önemli bir husus kişisel ve çevresel koruyucu önlemlere gerekli özenin gösterilmemesidir (25). Salgının dağılımında etkili olan faktörler arasında; hane halkı sayısı, iklim özellikleri, mevsimler, hijyen kuralları, sağlık hizmetlerine olan ulaşım, bireyleri izole edebilmedeki yeterlilik, nüfusun demografik yapısı, tütün kullanımı, virüsün bulaştırıcılık düzeyi, kişilerin bağışıklıkları, beslenme alışkanlıkları, sahip olunan kronik hastalıklar, etkenin bulaşma özellikleri gibi faktörler gösterilmektedir (190). Yapılan araştırmalarda dış ortama genel olarak çok dayanıklılık göstermeyen SARS CoV2'nin; ortamdaki nem ve ısıya, bulaştığı organik maddenin miktarına, mikroorganizma partiküllerini yaydığı zeminin dokusu gibi etkenlere göre farklı dayanıklılık süresi gösterdiği belirlenmiştir (15). Hastalığın kuluçka süresi hakkında kesin bir sonuca varılamamasına rağmen belirtiler ortaya çıkmadan bir-iki gün öncesinde başladığı ve belirtilerin yok olması ile son bulduğu düşünülmektedir (15). Bulaş için vakayla temas süresinde de bir kesinlik olmamakla birlikte temas süresinin önemli olduğu bilinmektedir (15). Ayrıca Sars-CoV-2'nin tutunma

proteini olarak adlandırılan spike (dikensi protein) proteini, insan hücreleri üzerinde bulunan asetilkolinesteraz-2, ACE2 gibi reseptörlere diğerlerine oranla oldukça yüksek bir affiniteyle bağlanmaktadır (191). Böylece SARS-CoV-2 bulaşan ve belirti gösteren kişilerin izolasyonu ve karantinası çok daha zorlaşmaktadır (192). Bulaş hızı oldukça yüksek olan virüsle temas eden bireylerin teşhisinin hızlı yapılması yayılımın yavaşlatılması açısından oldukça önemli olabilir.

2.6.2. COVID-19'un Teşhisi

İnsanlardaki klinik şüpheli hallerin en iyi teşhisinin alt ve üst solunum kanalı örneği ve kan serumu materyali olduğu düşünülmektedir (193). Dünyada yaygın olarak görülen bütün coronavirus türlerinin teşhisi için geliştirilen ve yeni varyantlara rastlanması durumunda bunlara rahatlıkla adapte edilmesi önemli fayda sağlayan ayrıca çok iyi çalıştığı düşünülen protokoller Revers-Transkriptaz Polimeraz Zincir Reaksiyonu (RT-PCR) ve Real Time RT-PCR'dir (194). Moleküler yöntemlerden olan RT-PCR son yıllarda en yaygın kullanıma sahip olan teşhis yöntemidir (194).

COVID-19'un teşhisi içinde en etkili yöntemin moleküler RT-PCR olduğu kabul edilmekte ve DSÖ önerilerine göre yaygın şekilde kullanılmaktadır (195). Bu moleküler testin yanında hastalığın akciğer grafi bulguları ile belirlendiği radyolojik bir tanı yöntemi olan Bilgisayarlı Tomografi (BT) kullanılmaktadır (196). Teşhis amacıyla kişilere yapılan RT-PCR sonucu negatif çıktığı halde BT sonucuna göre pozitif olduğu düşünülen çeşitli hastalarda ilerleyen bir süreçte yenilenen PCR testi pozitif çıkabilmektedir (196). Hastalığın erken dönemlerinde tanı ile ilgili bilgiler vermeyen serolojik testler de hastalık sonrası oluşan antikorlardan yola çıkarak hastalığın görüldüğü kişileri tespit etmektedir (15). Bu testler antikorların kişide virüse karşı bağışıklık kazanıp kazanmadığını ortaya koymakta ve böylece hastalığın yayılımının önlenmesinde önemli rol oynamaktadır (15). Hastalığın teşhisinde kullanılan diğer bir yöntem olan hızlı antijen kitlerinin ise tarama veya diğer testlerin gücünü destekleyicisi olarak kullanılabileceği düşünülmektedir (197).

Belirtiler henüz ortaya çıkmadan bulaş devam ettiğinden COVID-19'da solunum yolu örneği numunesinin belirtilerin ortaya çıkmasına bakılmadan en kısa zamanda alınması gerekmektedir. Bu nedenle DSÖ, SARS-CoV ve MERS-CoV virüslerinin neden olduğu hastalıklarda olduğu gibi COVID-19'un teşhisi içinde tüm ülkelere her türlü yönlendirme ve yardımı yapmıştır (198). Kontrolsüz yapılan testler ile teşhisler yanlış

sonuçlar verdiğiinden ve virüsün yayılımını artırarak halk sağlığını tehdit altında bıraktığından enfeksiyon numuneleri laboratuvar teşhisi belirlenen halk sağlığı laboratuvarları tarafından yapılarak doğrulanmalıdır (198).

2.6.3. COVID-19'un Belirtileri ve Seyri

COVID-19 hastalığının belirtileri arasında yüksek ateş (>38 C), öksürük, solunum sıkıntısı, baş ve boğaz ağrısı, burun akıntısı, kas ve eklemlerde ağrı, halsizlik, tat ve koku almada kayıp ve ishal yer almaktadır (199). Hastalık genellikle ilk belirtisi yüksek ateş (>38 C) olarak kendini gösterir (200). Bazı vakalar belirsizlik gösterebilmekte ve henüz nedeni bilinmeyen bir şekilde her bireyde farklı bir belirtiyeye rastlanabilmektedir (188). Çin'de yapılan bir çalışmada COVID-19 görülen kişilerde en fazla karşılaşılan belirtiler arasında ateş, öksürük ve miyalji veya yorgunluk olduğu sonucuna varılmıştır (201). Alimohamadi ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada ise; sırasıyla ateş, öksürük, yorgunluk; nefes darlığı belirtilerinin en sık görülen belirtiler olduğuna ulaşılmıştır (202). The Lancet dergisinde 2019 yılında yayınlanan bir çalışma ise bu sonuçları desteklemiştir (187). Coronavirüs ailesi içinde yer alan ve zarflı bir RNA virüsü niteliği taşıyan COVID-19 ile enfekte kişilerde belirtiler ortalama olarak beş-altı gün içinde ortaya çıkabilmekte hatta bu süre 14 güne kadar uzayabilmektedir (203).

COVID-19 hastalığının kişilerde hiç semptom göstermediği gibi hastalıkla hafif, orta, ağır ve kritik olarak mücadele edenlere de rastlanmıştır (204). Enfekte kişilerin %80'i hastalığı hafif geçirirken %20'sinin hastane şartlarında tedavisine devam edildiği bildirilmiştir (188). 2022 yılında Bilimsel Danışma Kurulu önerisi doğrultusunda hastalık, hafif- orta pnömoni, ağır pnömoni, yoğun bakıma ihtiyaç olarak sınıflandırılmıştır (205). Hastalığın ciddi seyrettiği kişiler ileri yaş ile birlikte ortaya çıkan hipertansiyon, diyabet, kalp hastalıkları başta olmak üzere kronik hastalık gibi risk faktörlerine sahip olanlardır (206). 2020 yılında Çin'de yapılan bir araştırmada COVID-19'a bağlı ciddi hastalık gösterenlerin eşlik eden bir hastalığa sahip kişiler olduğu sonucuna varılmıştır (207). DSÖ'nün Çin Halk Cumhuriyeti tarafından yayımlanan COVID-19 raporunda pandemi süresince ölen hastaların genellikle ileri yaştaki bireyler veya hastalık öncesinde hipertansiyon, kardiyovasküler veya kronik akciğer hastalıkları, diyabet, kanser gibi hastalıklar başta olmakla birlikte bağışıklık sistemini baskılayan diğer risk durumlarının görüldüğü bireyler olduğu bildirilmiştir (15). Hastalığın ağır olması sonucunda; ağır solunum yolu enfeksiyonu (ağır pnömoni), ARDS (Akut Solunum

Sıkıntısı Sendromu), sepsis, septik şok, miyokardit (kalp kası iltihabı), aritmi (kalp ritim bozukluğu) ve kardiyojenik şok, metabolik asidoz, koagülasyon disfonksiyonu (pıhtılaşma bozukluğu) ve çoklu organ yetmezliği rahatsızlıkları ortaya çıkabilmekte ve bu durum ölüm ile sonuçlanabilmektedir (200, 208). Solunum yetmezliği görülen ciddi hastalarda kalp yetmezliği, kronik akciğer hastalığı şiddetlenmeleri gibi rahatsızlıklara da rastlanmıştır (208). Takip hastalarında en önemli stratejinin %100 ölümcül seyreden ARDS' yi önlemek olduğu düşünülmektedir (209).

COVID-19 hastalığının uzun süre devam etmesi sonucu hastalık hakkındaki bilgilerin sürekli yenilenmesi hastalığın risk faktörleri üzerinde daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

2.6.4. COVID-19'un Tedavi Yöntemleri

COVID-19 olarak adlandırılan hastalığın henüz geçerli ve kesin bir tedavisi bulunamamış olmasına rağmen tedavi amaçlı uygulanan tüm yaklaşımlar belirtilere hâkim olabilmek amacı taşımaktadır (210). Hastalık bütün hastalarda aynı düzeyde etki göstermediğinden tedavi sürecinde temel yaklaşımın; enfekte kişiyi dinamik değerlendirerek her hasta için tedavi planı hazırlamak, hastayı gözlemlemek ve gerekli hallerde değişiklikler yapmak olduğu düşünülmektedir (211).

Hafif belirti gösteren hastalar, evlerinde karantinaya alınarak Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık çalışanlarından oluşturulan filyasyon ekiplerince gözetim altında tutulmuştur. Bu kişilerin filyasyon ekipleri tarafından çeşitli antiviral ilaçlarla tedavileri sağlanmış hastaneler ise ağır belirti gösteren hastalar için kullanılmıştır. Tedavide etkili olduğu düşünüldüğünden remdesivir, favipiravir, lopimavor/ritonavir, hidroksiklorokin gibi çeşitli ilaçların kullanılması önerilmiş ve bu ilaçlar hastalığın ilerlemesinin durdurulması amacıyla kullanılmıştır (205). Ancak daha sonra bu ilaçların COVID-19 nedeniyle ölüm veya hastaneye yatışları azaltmaya yönelik belirgin bir etkisinin olmadığı düşünülmüş ve bu nedenle kullanımları farklı zamanlarda durdurulmuştur (205). 1 Mayıs 2020'de Gıda ve İlaç İdaresi (Food and Drug Administration) tarafından, etkinliği kanıtlanmış tek tedavi ajanı olan remdesivir için, hastalığı ağır geçiren erişkin ve çocuk hastalarda acil kullanım onayı verilmiştir (212). Evde takibe alınan hastalardan hastalığın ilerlemesinde risk faktörlerine sahip olanların hastaneye başvurmaları konusunda bilgilendirilmeleri gerektiği belirtilmiştir (205). Hastalığın henüz ortaya çıktığı ve hastalık

hakkında yeterli bilgiye sahip olunmadığı 2020 yılında Bilimsel Danışma Kurulu önerileri doğrultusunda yayınlanan rehberlerde; hastaneye yatırılmayı ve yoğun bakımda müdahaleyi gerekli kılan endikasyonlara yer verilmiştir (15, 213).

Bilim Kurulu tavsiyesi doğrultusunda şüpheli veya doğrulanmış COVID-19 hastalarında uygulanacak tedaviler arasında; antibiyotik tedavisi, konservatif sıvı, nazal veya standart yüz maskesi ile oksijen tedavisi, basit yüz maskesi ve rezervuarlı (geri solumasız) maske ile oksijen, ampirik antimikrobiyal tedavi, nöraminidaz inhibitörü tedavileri yer almaktadır. Hastalarda ağır solunum yolu enfeksiyonu, hipoksemik solunum yetmezliği veya ARDS ile karşılaşılması durumunda ise Bilim Kurulu yüksek akımlı nazal oksijen, uyanık pron (yüz üstü yatış) pozisyon, mekanik ventilasyon, entübasyon ve invaziv mekanik ventilasyon, noninvaziv mekanik ventilasyon (NIMV) gibi tedavi yöntemlerini önermiştir (208). İmmün plazma kök hücre tedavileri tedaviye yanıt alınamayan ve durumu ağırlaşan COVID-19 hastalarına uygulanan diğer tedavi yöntemleridir (187). En son SARS-CoV-1 tedavisinde kullanılan bu yöntem, antimikrobiyal ilaçlar ortaya çıkmadan uygulanmıştır (187).

COVID-19'un yayılımının önlenmesi ve hastalığın kontrol altına alınarak ölüm oranlarının azaltılmasının en etkili yolu toplumda bağışıklığı sağlamaktır (214). Toplumun yarısından fazlasının hastalığa yakalanarak toplumsal bağışıklığı sağlaması için geniş bir zaman gerekmektedir ancak bu durum çok fazla ölüme neden olabilir (214). Bu nedenle bulaşıcı hastalıklarla baş etmede geçmişteki tecrübelerde dikkate alındığında aşının en etkili yol olduğu düşünülmektedir (214). Hem önleme hem koruma açısından büyük öneme sahip bir tedavi yöntemi olan aşılardan, bulaşıcı hastalıkları durdurma ve mortalite ile morbiditeyi azaltmadaki rolleri defalarca ortaya koyulmuştur (147).

Şiddetli SARS ve MERS ile ilgili aşı çalışmaları yapan kişiler, karşılaştırılan tüm genom sekansları sonucunda SARS COV-2 genomunun SARS-COV-1 ile %79 oranında MERS-COV ile %50 oranında benzer olduğunu saptayarak aşı çalışmalarının da hızlı yol almışlardır (215). Buna rağmen etkileri ile koruma süreleri hakkında kesin bir bilgi verilemeyen aşı çalışmalarına ülkeler veya kurumlarda eş zamanlı olarak başlanamamıştır (215).

COVID-19 için Türkiye'de uygulanan ilk aşı Sinovac firması tarafından üretilen Coronovac (Sinovac) isimli inaktif aşı olmasına rağmen daha sonra Almanya'da Türk bilim insanları tarafından üretilen mRNA COVID-19 aşısı olan Biontech uygulanmaya

başlanmıştır (143). Türkiye’de de başlatılan aşı çalışmaları sonucunda ilk yerli aşı Türkovac acil kullanım onayı almıştır (216). Bu aşılardan uygulanmasında Sağlık Bakanlığı tarafından hastalığa maruz kalanlar ve hastalığı ağır geçirmeye neden olan risk faktörleri taşıyanlar göz önünde bulundurularak öncelik sıralaması oluşturulmuştur (205). Aşılamanın hızlı yapılması bulaşıcılığın önlenmesi açısından önemlidir. Aşı yaptıranlar virüse tekrar maruz kalabildiğinden koruyuculuk süreleri farklılık gösteren bu aşılardan belirli dönemlerde tekrarlanması virüsle mücadelede büyük önem taşımaktadır. DSÖ’ne göre; vakalarda artma ve bulaşma hızlandığında, daha hızlı yayılabilen veya daha ciddi klinik tablolara yol açabilen tehlikeli ve daha bulaşıcı yeni varyantların ortaya çıkması olasıdır (217). Ortaya çıkan bu varyantlar nedeniyle aşılardan etkisi de giderek azalmaktadır (217).

2.6.5. COVID-19’un Etkileri ve Alınan Önlemler

COVID-19 pandemisi ortaya çıktığı andan itibaren kısa sürede sağlık başta olmak üzere sosyal, ekonomik ve siyasi pek çok alanda etkisini göstermiştir (21). Dünya üzerindeki bütün ülkeler öncelikle virüsün kendilerine gelmesini engellemek veya bu süreci uzatmak adına ekonomik koşulları, yönetimlerinin konuya bakış açısı, bulundukları coğrafya ve sahip oldukları kültürel özellikleri doğrultusunda önleyici ve koruyucu önlemler almışlardır (218). Pandemi döneminde hükümetler tarafından gerçekleştirilen bu politikalar pandemi ile başa çıkmada ve bu sürecin başarılı bir şekilde sonuçlandırılmasında önemli rol oynamıştır (219). Türkiye’de dâhil pek çok ülke öncelikli olarak uluslararası seyahatlerde kısmi kapanış ile kısıtlama yoluna gitmiş ve yurtdışından gelenlere karantina süreci uygulamıştır. Türkiye’de gerçekleştirilen sokağa çıkma yasakları, insanların ortak kullandıkları alanlarda maske kullanma gerekliliği ve bazı şehirlerin giriş çıkışları için uygulanan yasaklar Cumhurbaşkanlığı kararnamesi ile getirilmiştir (220). Türkiye’de salgının kontrolünü sağlamak amacıyla filyasyon ekipleri oluşturulmuş, kamu ve özel sektörde kısmi ve online çalışma uygulamaları getirilmiş, AVM, berber, kuaför, kafe gibi bazı iş yerlerinin ve spor müsabakası, tiyatro, sinema gibi sosyal etkinliklerin kapatılması kararı alınmış ve uzaktan eğitim programları uygulanmaya başlanmıştır (221).

Alınan önlemler ile birlikte uzaktan eğitim, uzaktan çalışma, sosyal izolasyon, sanal alışveriş, teknolojik sağlık gibi yeni online bir yaşam şekli ortaya çıkmış ve bu durum toplumun hızla dijitalleşme dönemine girmesine neden olmuştur (222). Böylece yalnız yaşayanlar daha da yalnızlaştırılmış ve insanlar sosyal yönden daha pasif bir hayata

sürüklenmiş ayrıca çeşitli sektörlerde çalışan birçok insan işsiz kalmıştır. Teknoloji çağını yaşadığımız günümüzde bilgiye kolay ulaşım yanlış bilginin yayılımını da artırmıştır. Sosyal medya platformları ve televizyon kanalları aracılığıyla insanlar virüs hakkında yalan yanlış haberlere maruz kalmıştır. COVID-19 pandemisi döneminde hastalığın bulaşıcılığını önlemek adına toplu ibadet yapılan cami, kilise gibi dini yerler kapatılmış ve hac, umre, cenaze töreni gibi etkinliklere de kısıtlamalar getirilmiştir. Müslüman toplumlardaki ölüleri yıkama inancı da pandemi nedeniyle yerine getirilememiş ve insanlar sevdiklerinin cenaze törenlerinde bulunamamıştır. Bütün bu durumlar depresyon, anksiyete, yorgunluk ve travma sonrası stres bozukluğu gibi ruhsal sorunları beraberinde getirmiştir (223). Hastalığın yayılımını önlemek amacıyla uygulanan evde kalma kısıtlamaları, uzaktan çalışma, sosyal etkinliklerin durdurulması, spor salonları ve halka açık olan diğer yerlerin kapatılması beslenme ve fiziksel aktivite gibi sağlık davranışları üzerinde olumsuz etkilere neden olmuştur (224, 225). Bunun yanında COVID-19 hastalığı ile birlikte sigara ve alkol tüketimi gibi sağlıksız davranışlarda artış bildirilmiştir (226).

COVID-19 pandemisi sağlık sistemlerini de hazırlıksız yakalamış ve sağlık sistemlerine ek yük getirerek pek çok ülkenin kısıtlı olan sağlık insan kaynakları, maliyet, gerekli materyal açısından yetersiz kalmasına neden olmuştur (22). Sağlık kuruluşlarına kapasitelerinin üzerinde başvurular olmuş, yatış oranları artmış ve bu durumda pek çok ülkede sağlık tesisleri ile servis ve yoğun bakım yataklarının yetersiz kalmasına neden olmuştur. Sağlık çalışanlarının hizmet sunumu için gerekli koruyucu ekipman, özellikle solunum cihazı olmak üzere tıbbi malzeme eksiklikleri de ortaya çıkmıştır(227). Hastalığın hızla ilerlemesi karşısında sağlık alanında meydana gelen bu gibi yetersizlikler sağlık hizmetlerinde aksamalara neden olmuştur. Ayrıca sağlık çalışanları bilinen mevcut hastalıkların yanında yeni bir virüsün neden olduğu COVID-19 pandemisine bağlı önceden bilinmeyen bir salgın hastalıkla da mücadele etmek zorunda kalmıştır (228).

Türkiye’de COVID-19 ile ilgili çalışmalar virüs henüz ülkeye gelmeden önce Sağlık Bakanı tarafından başlatılmıştır. 2019 Ocak ayında henüz bilinmeyen virüsle mücadele yöntemlerini belirlemek, vatandaşlara siyasi otoriteye ve sağlık çalışanlarına bilgi ve önerilerde bulunarak tavsiye kararlar almak amacıyla uzman kişilerden oluşan Bilim Kurulu (Bilimsel Danışma Kurulu) oluşturulmuştur (229). Bilimsel Danışma Kurulu bu amaçla DSÖ’nün önerilerini ve bilimsel gelişmeleri de dikkate alarak çeşitli rehberler hazırlamış ve gerekli güncellemeler yapmıştır(213). Ayrıca tüm toplu alanlarda vatandaşlara

risk faktörleri açısından güvenli alanlar oluşturmak için teknolojik imkânlar kullanılarak Sağlık Bakanlığı tarafından virüsün kontrol ve takibinin vatandaşlar tarafından da sağlanması amacıyla Hayat Eve Sığar (HES) adlı telefon uygulaması hayata geçirilmiştir (230). Bu önlemlerin öncelikli amacı hızla yayılım gösteren virüs karşısında ortaya çıkacak olan toplumsal zararı en aza indirerek bu durumun sağlık sistemi üzerinde oluşturacağı yükü hafifletmek olmalıdır. Bu nedenle devletlerin COVID-19 sonrası sağlık politikalarını koruyucu sağlık önlemlerine dayandırmaları gerektiği düşüncesi doğrulanmıştır (25).

Ülkelerin farklı koşullarda şekillenen sağlık politikalarını; sağlık sistemlerinin yapısı, sağlık personeli, yatak sayısı, sosyal sigorta kapsamı gibi farklı açılardan sorgulayarak gerekli önlemleri almaları gerekmektedir (231). Salgın dönemlerinde yeterli fiziksel mekân ve tıbbi cihazın bulunduğu bir alt yapı ile eğitilmiş ve yeterli sayıda sağlık personeline ihtiyaç bulunmaktadır (228). Salgınla mücadele sırasında kapsayıcı sağlık sigortaları da büyük öneme sahiptir. Bulaşıcı bir halk sağlığı sorunu olan pandemi döneminde Türkiye’de sağlık sigortası olsun veya olmasın tüm bireyler; hastalığa yönelik koruyucu (testler, aşılar vb.) ve tedavi edici bütün sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanabilmesine rağmen aralarında gelişmiş ülkelerin de yer aldığı pek çok ülkede bu durum farklılık göstermiştir (232). Böylece COVID-19 pandemisi, ülkelere hâlihazırda bulunan sağlık sistemlerini yönetirken mevcut alt yapı ve kullanılan insan kaynaklarına ek olarak acil durumlarda ortaya çıkan iş yükünü karşılamak amacıyla gerekli önlemlerin alınması ve koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi gerçeğini de göstermiştir (228).

Hızla yayılan pandemi karşısında alınan çeşitli önlemler toplumsal ve sosyal alanda olduğu gibi ekonomik sıkıntıları da beraberinde getirmiştir. Bazı sektörler durumdan ağır etkilenirken bazı sektörler durma noktasına gelmiştir. Pandemiden olumsuz etkilenen sektörler üzerine yapılan bir araştırmaya göre pandemi sürecinden imalat, seyahat ve ulaşım gibi sektörler çok yüksek seviyede etkilenirken; sağlık, eğitim, enerji ve kaynaklar gibi sektörler ise yüksek seviyede etkilenmiştir (233). Ancak pandemi nedeniyle tıbbi cihaz, maske ve dezenfektan gibi hijyen ürünlerine olan artan talep sonucunda bu ürünlerin üretimini yapan sektörler pandemiden olumlu etkilenmiştir (234). Pandemi nedeniyle; hızla artan işsizlik, sağlık sistemine olan aşırı yüklenmeye bağlı artan sağlık harcamaları, devlet tarafından alınan kapanma önlemleri sonucunda ortaya çıkan sosyal harcamalar, turizm ve ulaşım gelirlerindeki azalmalar dünyadaki ülke ekonomilerinde

sıkıntılara neden olmuştur (235). Ülkeler salgının ortaya çıkardığı ekonomik çöküntüden en az hasarla kurtulabilmek adına kendi ekonomik koşullarına göre çeşitli ekonomik önlemler almaya çalışmışlardır (235). Gelişmiş ülkeler gibi Türkiye’de ekonomik sıkıntıların üstesinden gelebilmek ve oluşan işsizlik, yoksulluk gibi durumlarla kısa sürede de olsa baş edebilmek için halka destek paketleri açıklarken çoğu gelişmekte olan ve gelişmemiş ülke bu destekleri daha sınırlı tutmuştur (236). Türkiye’de 2020 yılında pandemiden ekonomik açıdan olumsuz etkilenen işçi ve işverenler için 100 milyar Türk lirası olan tedbir paketinin uygulanacağı duyurulmuştur (234). Türkiye’de vergi indirimleri ve borçların ötelenmesi gibi destekler yanında işletmelere çeşitli destek kredileri uygulanmış ayrıca istihdama yönelik işsizliği önlemek adına işten çıkarma yasakları getirilmiştir (234).



3. MATERYAL VE YÖNTEM

Bu bölümde; çalışmanın yöntemi, amacı, önemi, hipotezleri, çalışma grubu, veri toplama araçları, verilerin toplanması, analizi, etik yönü ve kısıtlılıklarına yer verilmiştir.

3.1. Çalışmanın Yöntemi, Amacı ve Önemi

Keşifsel ve kesitsel bir araştırma olan bu çalışma, STROBE prosedürüne uygun olarak yapılmıştır (Ek-2) (237). COVID-19 hastalığı tanısı alan bireylerin bazı bireysel özellikleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının COVID-19 hastalığına etkisi ortaya koyulmaya çalışılarak bu davranışların kişilerin hayatındaki önemine dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Özellikle salgın hastalık dönemlerinde sağlık kavramı sadece bireyin kendisi için değil aynı zamanda toplumlar, ülkeler ve devletler açısından da büyük önem taşımaktadır. Çünkü salgın hastalıklar ülkelerin yalnızca sağlık sistemlerinde insan kaynakları, maliyet, malzeme açısından ek yük oluşturmakla kalmayıp, aynı zamanda politik, ekonomik ve sosyal açıdan da çok büyük kayıplar ortaya çıkarabilmektedir. COVID-19 pandemisi de sağlık alanında olduğu kadar sosyal, ekonomik, politik alanlarda da olumsuz sonuçlara neden olmuştur (21). COVID-19 pandemisi döneminde ayrıca dünyada pek çok insan hayatını kaybetmiş veya virüsün etkisine bağlı olarak hastanelerde tedavi altına alınmıştır. Hem fiziksel hem de zihinsel sağlık üzerinde ciddi etkileri olan COVID-19 hastalığı solunum yolundaki ciddi patolojiye ek olarak; kardiyovasküler, gastrointestinal, üriner ve sinir sistemlerini etkilemekte ekstrapulmoner belirtilere neden olmakta hatta bazı durumlarda ölümle sonuçlanmaktadır (223, 238). Bazı kişilerde COVID-19 hastalığına bağlı belirtiler görülürken bazılarında herhangi bir belirti ile karşılaşmamaktadır (188). Bu farklılıklara neden olan faktörleri ortaya koymak için çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Samadizadeh ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, bireysel faktörlerin (yaşam tarzı, sigara kullanımı, cinsiyet, yaş, aşılama, genetik), viral faktörlerin (genetik varyantasyon, viral yük, koenfeksiyonlar) ve çevresel faktörlerin (iklim, hava kirliliği, diyet, sosyoekonomik, kültür) hastalığın kişilerde farklılık göstermesi üzerindeki etkisine değinmişlerdir (239). Guan ve arkadaşları kadınların ve gençlerin COVID-19 hastalığı nedeniyle semptom göstermeme veya daha hafif semptomlarla karşılaşma olasılıklarının daha yüksek olduğunu değerlendirmişlerdir (207, 240). COVID-19 hastalığının şiddetli seyri için yaş

ile birlikte hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve diyabet gibi kişilerde altta yatan kronik hastalıkların risk faktörü olduğunu gösteren çeşitli çalışmalar da mevcuttur (241, 242). Chudzik ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışma, yaşam tarzı davranışları arasında yer alan enfeksiyon öncesi stresin ve karşılaşılan uyku bozukluklarının, fiziksel hareketsizliğin, sigara içmenin, obezitenin COVID-19 hastalığına karşı daha fazla risk faktörü olduğunu ortaya koymuşlardır (243). Başka bir çalışmada beslenmenin COVID-19 hastalığının riskini artırdığı sonucuna varılmıştır (244). Liu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışma sonucunda viral yükün hastalığın seyrine olan etkisi ortaya koyulmuş ve hastalığın şiddetli seyrettiği kişilerde daha fazla viral yüke rastlanmıştır (245). Hastalık için risk oluşturan faktörlerden olan kan grupları üzerine yapılan çalışmalarda, O kan grubuna sahip bireylerin COVID-19 ile enfekte olma olasılığının daha düşük olduğu bulunmuştur (246). Bazı bölgelerde önceden yaptırılan verem (tüberküloz) aşısının oluşturduğu bağışıklığın COVID-19 hastalığı yükünün daha düşük olması üzerinde etkili olduğunu gösteren çalışmalar da literatürde mevcuttur (247). Sonuç olarak, literatür incelendiğinde sağlıklı yaşam davranışlarının COVID-19 hastalığı üzerine etkisine ilişkin bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışma sonuçları, COVID-19 hastalığı ve gelecekteki benzer salgınlar üzerine etkisi olabilecek bazı bireysel özellikler ile çeşitli sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ortaya koyulmasında önem taşımaktadır.

3.2. Çalışmanın Hipotezleri

Çalışmanın amaçlarına yönelik oluşturulan hipotezler aşağıdaki gibidir:

H1: Cinsiyet grupları arasında COVID-19'un seyri üzerine anlamlı bir farklılık vardır.

H2: Eğitim grupları arasında COVID-19'un seyri üzerine anlamlı bir farklılık vardır.

H3: Çalışma grupları arasında COVID-19'un seyri üzerine anlamlı bir farklılık vardır.

H4: Yaş grupları arasında COVID-19'un seyri üzerine anlamlı bir farklılık vardır.

H5a: Sigara kullanımı grupları arasında COVID-19'un seyri üzerine anlamlı bir farklılık vardır.

H5b: Tüketilen sigara miktarı (günlük) grupları arasında COVID-19'un seyri üzerine anlamlı bir farklılık vardır.

H6a: Aşı yaptıırma grupları arasında COVID-19'un seyri üzerine anlamlı bir farklılık vardır.

H6b: Yaptırılan aşı türü grupları arasında COVID-19'un seyri üzerine anlamlı bir farklılık vardır.

H6c: Yaptırılan Biontech aşı dozu grupları arasında COVID-19'un seyri üzerine anlamlı bir farklılık vardır.

H7: Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından fiziksel aktivite ölçek alt boyutunun COVID-19'un seyri üzerine anlamlı bir farklılık vardır.

H8: Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından beslenme alışkanlıkları ölçek alt boyutunun COVID-19'un seyri üzerine anlamlı bir farklılık vardır.

H9: Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından stres yönetimi ölçek alt boyutunun COVID-19'un seyri üzerine anlamlı bir farklılık vardır.

H10: Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından sağlık sorumluluğu ölçek alt boyutunun COVID-19'un seyri üzerine anlamlı bir farklılık vardır.

H11: Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından kişilerarası ilişkiler ölçek alt boyutunun ölçeğinin COVID-19'un seyri üzerine anlamlı bir farklılık vardır.

H12: Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından manevi gelişim ölçek alt boyutunun COVID-19'un seyri üzerine anlamlı bir farklılık vardır.

3.3. Çalışma Grubu

Çalışmanın grubunu; Ankara ilinde yaşayan, Sağlık Bakanlığı tarafından COVID-19 hastalığı için risk grubunda tanımlanan kronik hastalıklardan herhangi birisine sahip olmayan, 18 yaşından büyük olan ve COVID-19 hastalığını geçiren, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden kişiler oluşturmaktadır (248). Örnekleme seçiminde, ulaşılabilen ve istenilen herkesin çalışmaya dâhil edilebildiği ve örnek kütlenin anakütleyi temsil gücünün düşük olduğu olasılıksız örnekleme yöntemlerinden birisi olan kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır (249).

Örnekleme sayısını hesaplamak için, Türkiye'de ilk COVID-19 vakasının tespit edildiği 11/03/2020 tarihi ile araştırmanın veri toplama bölümünün başlatıldığı 01/01/2022 tarihleri arası Ankara'da PCR ile pozitif saptanan COVID-19 hasta sayısına

ait verilere ihtiyaç duyulmuştur. Bu amaçla ilgili Kurum olan Sağlık Bakanlığına 24.01.2022 tarih ve E-37106781-000-11860 sayılı dilekçe verilmiş ancak geri dönüş alınamamıştır. Bu nedenle DSÖ'nün paylaşımına açtığı ve ülkelere ait kümülatif COVID-19 vaka sayılarının verildiği veri seti üzerinden önce Türkiye'ye ait 01/01/2022 tarihine kadar olan kümülatif PCR pozitif vaka sayıları bulunmuştur. DSÖ COVID-19 küresel tablo verilerine göre, Türkiye'ye ait 01/01/2022 tarihine kadar olan kümülatif COVID-19 vaka sayısı 9.482.550'dir (250). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, Türkiye ve Ankara'ya ait 2021 yılına ait yıl ortası nüfusları sırasıyla 84.680.273 ve 5.747.325'tir (251). Türkiye'ye ait kümülatif COVID-19 vaka sayıları TÜİK'e ait 2021 yıl ortası nüfusuna oranlanarak (%11.2), bu oran üzerinden Ankara'ya ait tahmini PCR pozitif vaka sayısına ulaşılmıştır. Buna göre, evren büyüklüğü olarak kullanılacak Ankara'ya ait 01/01/2022 tarihine kadar olan tahmini kümülatif COVID-19 vaka sayısı 643.589 olarak hesaplanmıştır.

Çalışmanın örneklem büyüklüğünü belirlemek için Özdamar (2003) tarafından evren varyansı bilinmeyen örneklem hesaplamaları için oluşturulan aşağıdaki formül, %95 güven düzeyinde, %5 standart sapma ve %50 bilinmeyen yaygınlık değeri ile kullanılmıştır (252, 253, 254).

$$n = \frac{N * P * Q * Z_{\alpha}^2}{(N-1) * d^2} \quad n = \frac{5.747.325 * 0.5 * 0.5 * (1.96)^2}{(5.747.325-1) * (0.05)^2} = 384.16$$

n: Örneklem büyüklüğü

N: Evren Birim Sayısı

P: Evrendeki X'in gözlenme oranı

Q: X'in gözlenmeme oranı

Z_α: Güven katsayısı

d: Örneklem hatasıdır.

Bu bilgilere dayanarak, araştırma için gereken minimum örneklem büyüklüğü en az 385 olarak bulunmuştur.

3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın veri toplama araçları, Anket Formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Formu olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır.

3.4.1. Anket Formu

COVID-19'un seyrini ölçmeye yönelik araştırmacı tarafından oluşturulan soruları kapsamaktadır. COVID-19 hastalığının seyrini ölçmeye yönelik soruların oluşturulmasında Bilim Kurulu Çalışmaları ile literatürde yer alan çeşitli çalışmalardan yararlanılmış ve bu konuda çeşitli hastanelerden enfeksiyon hastalıkları, yoğun bakım ve acil doktorları (n=4) ile görüşülmüştür (205, 208, 255, 256). Toplam 24 sorudan oluşan bu Anket Formunda, hastalık süresince görülen tablolar, belirtiler ve uygulanan tedavilerin Latincelerinin Türkçe karşılıkları katılımcıların anlayabilmesi için Türk Dil Kurumu Türkçe Sözlüğü ve uzmanların görüşünden yararlanılarak verilmiştir. Ancak çalışmada bilimsel olarak ifade etmek için Latince isimleri kullanılmıştır.

Çalışmada COVID-19 hastalığı seyri ağır ve hafif olmak üzere iki grupta sınıflandırılmıştır. Hastalığın seyri ağır veya hafif olarak değerlendirilirken uzman kişilerin görüşleri ve literatür bilgisi doğrultusunda katılımcılarda hastalık süresince görülen belirti durumu, hastalık süresince karşılaşılan tablo durumu ve hastalık süresince hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik uygulanan tedavi durumu kullanılmıştır (205, 208, 255, 256). Katılımcılarda Tablo 3.1'de belirtilen hastalık süresince uygulanan tedaviler, karşılaşılan belirtiler ve görülen tablolardan en az birisi ile karşılaşılmaması durumunda hastalığın seyrinin ağır olduğu kabul edilmiştir. Tabloda belirtilen durumlar ile karşılaşmayan katılımcıların hastalığın seyri ise hafif olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 3.1. Katılımcılarda COVID-19 hastalığının ağır olarak kabul edildiği durumlar.

	Hastalığın ağır seyri
Hastalık süresince uygulanan tedaviler	- Rezervuarlı (geri solumasız) maske ile oksijen tedavisi, - Yüksek akışlı oksijen tedavisi, - Mekanik ventilasyon cihazı ile tedavi, - Uyanık pron (yüzüstü yatış) pozisyonu, -Anakinra veya tokilizumab ilaç Tedavilerinden en az birisinin uygulanması durumu
Hastalık süresince karşılaşılan belirtiler	-Hipertansiyon (yüksek tansiyon), -Taşikardi (ritim bozukluğu), -Hipotansiyon (düşük tansiyon), -Nefes almada zorluk (nefes darlığı), -Konuşma ya da hareket kaybı, -Bilinç bulanıklığı ve SpO2'nun (saturasyon) yani oksijen durumunun 90'nın altına düşmesi
Hastalık süresince görülen tablolar	- Sepsis (vücutta ileri derecede iltihap), - Septik şok (sıvı tedavisine yanıtsız düşük tansiyonu seyreden ve tansiyon yükseltmek için ilaç desteğine ihtiyaç), - ARDS, - Miyokardit (kalp kası iltihabı), - Aritmi (kalp ritim bozukluğu), -Kardiyojenik şok (kalp kökenli nedenlerle, dolaşımdaki kanın dokulara yeterince gönderilememesi), - Metabolik asidoz (Vücuttaki fazla asidi etkisizleştirecek bikarbonat iyonunun yetersiz kalması), - Koagülasyon disfonksiyonu (pıhtılaşma bozukluğu), - Sitokin fırtınası (bağışıklık sisteminin kendi dokularını yok etmeye başlaması), - Ağır pnömoni (ağır solunum yolu enfeksiyonu)

3.4.2. “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” Formu

Çalışmada kullanılan bu form; katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ölçmek amacıyla kullanılan ve 52 sorudan oluşan “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II”dir. Oldukça farklı konuda araştırmaya konu olan “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği”, 1987 yılında Walker ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve ilk

versiyonu 48 madde ile alt faktörlerden oluşturulmuştur (59). 1996 yılında tekrar çalışılarak yenilenen ölçek; 48 maddeye 4 madde daha eklenerek 52 maddeye çıkartılmış ve altı alt boyut (manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi) ile birlikte “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” olarak isimlendirilmiştir (62). İlk versiyondaki kişilerarası destek olarak adlandırılan alt boyut, kişilerarası ilişkiler; egzersiz alt boyutu, fiziksel aktivite; kendini gerçekleştirme alt boyutu ise manevi gelişim adı altında yeniden revize edilmiştir (257). Derecelendirmesi “hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4)” şeklindeki dördütlü Likert olarak kabul edilen ölçeğin sorularından toplam 52-208 aralığında puan alınabilmekte ve ölçekten elde edilen toplam puandaki artış sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığını ifade etmektedir (258). Türkiye’de ölçeğin 48 maddeden oluşan ilk ölçeğin geçerlilik ve güvenirliği Esin (1997) tarafından, 52 maddeden oluşan ikinci versiyonun ise Akça tarafından 1998’de yapılmıştır. Ancak Akça’nın uyarlamasının üzerinden uzun bir zaman geçmiş olması sonucunda ölçekte bazı maddelerde anlaşılma sorunu ile karşılaşılabilmesi düşüncesi ve ölçekte yer alan sağlık davranışları ile sağlığı geliştirici programların değerlendirilmesinde daha etkin kullanılabilmesinin sağlanması amacıyla Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından 52 maddeden oluşan ikinci versiyonun geçerlilik ve güvenirliği yeniden yapılmıştır. Bahar ve arkadaşları tarafından revize edilen ve ters puanlama bulunmayan ölçeğin Cronbach’s Alpha değeri 0.92 yüksek güvenirlik derecesinde elde edilmiştir (257).

Ölçekte kullanılan alt boyutları şunlardır:

Sağlık sorumluluğu; bireyin iyilik halinin devam etmesi için kendisinin sorumluluk hissederek tutum ve davranışlar geliştirmesi şeklinde tanımlanan sağlık sorumluluğu alt grubu 3,9,15,21,27,33,39,45,51 numaralı sorulardan meydana gelmektedir (62). Bahar ve arkadaşları tarafından ölçeğin sağlık sorumluluğu alt boyutu güvenirlik katsayısı 0.77 olarak bulunmuştur (257).

Fiziksel aktivite; günlük hayatın içinde planlı olarak gerçekleştirilen ve düzenli bir şekilde hafif, orta ve ağır egzersizler yapmayı kapsayan fiziksel aktivite alt grubu 4,10,16,22,28,34,40,46 numaralı sorulardan oluşmaktadır (62). Bahar ve arkadaşları tarafından ölçeğin fiziksel aktivite alt boyutu güvenirlik katsayısı 0.79 olarak bulunmuştur (257).

Beslenme; bireyin öğünlerini sağlığı için dengeli ve doğru olarak belirlemesini kapsamına alan beslenme alt grubu 2,8,14,20,26,32,38,44,50 numaralı sorulardan oluşmaktadır (62). Bahar ve arkadaşları tarafından ölçeğin beslenme alt boyutu güvenilirlik katsayısı 0.68 olarak bulunmuştur (257).

Kişilerarası ilişkiler; etkili iletişim yoluyla başkaları ile olan sözel veya sözel olmadan kurulan ilişkileri içeren kişilerarası ilişkiler alt grubu ve 1,7,13,19,25,31,37,43,49 numaralı sorulardan oluşmaktadır (62). Bahar ve arkadaşları tarafından ölçeğin kişilerarası ilişkiler alt boyutu güvenilirlik katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur (257).

Manevi gelişim; iç kaynakların gelişimine odaklanarak ilişki oluşturma ve aşılmayla gerçekleşebilen manevi gelişim alt grubu 6,12,18,24,30,36,42,48,52 numaralı sorulardan oluşmaktadır (62). Bahar ve arkadaşları tarafından ölçeğin manevi gelişim alt boyutu güvenilirlik katsayısı 0.79 olarak bulunmuştur (257).

Stres yönetimi; bireyin gerilimini azaltmak ya da kontrolünü sağlamak için fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirlemesi ve eyleme geçirebilmesi şeklinde tanımlanan stres yönetimi alt grubu 5,11,17,23,29,35,41,47 numaralı sorulardan oluşmaktadır (62). Bahar ve arkadaşları tarafından ölçeğin stres yönetimi alt boyutu güvenilirlik katsayısı 0.64 olarak bulunmuştur (257).

Tablo 3.2. Çalışmanın “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II1 güvenilirlik sonuçlarına ait bulgular.

Ölçek alt boyutları	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha
Fiziksel aktivite alt boyutu	8	0.861
Manevi gelişim alt boyutu	9	0.846
Kişilerarası ilişkiler alt boyutu	9	0.828
Sağlık sorumluluğu alt boyutu	9	0.815
Stres yönetimi alt boyutu	8	0.767
SYBDÖ II	52	0.945

Çalışmada kullanılan “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” ile ölçek alt boyutlarının Cronbach’s Alpha değerleri Tablo 3.2’ de gösterilmiştir. 52 maddeden oluşan SYBDÖ II’nin Cronbach’s Alpha değeri 0.945 ile yüksek güvenilirlikte elde edilmiştir. Ölçeğin dokuz maddeden oluşan sağlık sorumluluğu alt boyutu Cronbach’s Alpha değeri 0.815 ile yüksek güvenilirlikte saptanmıştır. Sekiz maddeden oluşan fiziksel

aktivite ölçek alt boyutu Cronbach's Alpha değeri 0.861 ile yüksek güvenilirlikte elde edilmiştir. Dokuz maddeden oluşan beslenme alt boyutu Cronbach's Alpha değeri 0.709 ile oldukça güvenilir olarak bulunmuştur. Dokuz maddeden oluşan kişilerarası ilişkiler ölçek alt boyutu Cronbach's Alpha değeri 0.828 ile yüksek güvenilirlikte elde edilmiştir. Dokuz maddeden oluşan manevi gelişim ölçek alt boyutu Cronbach's Alpha değeri 0.846 ile yüksek güvenilirlikte elde edilmiştir. Sekiz maddeden oluşan stres yönetimi ölçek alt boyutu Cronbach's Alpha değerinin 0.767 ile oldukça güvenilir olduğu görülmektedir.

3.5. Verilerin Toplanması

Google Formlar aracılığıyla oluşturulan Anket Formu ile “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II”, Ankara’da ikamet eden, COVID-19 hastalığını geçiren, 18 yaşından büyük olan ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden katılımcılara 17.01.2022 - 26.05.2022 tarihleri arasında uygulanmıştır. COVID-19 tanısı alan bireyler araştırmacı tarafından bilinmediği için online olarak yapılan çalışmada öncelikle katılımcılara (COVID-19 tanısı alan/almayan) “Çalışmaya COVID-19 tanısı alan ve Ankara’da ikamet eden 18 yaşından büyük kişilerin katılabileceği” belirtilmiştir. Böylece çalışmaya devam eden katılımcıların gönüllü onamları alınmış kabul edilerek çalışmaya dâhil edilmişlerdir. Diğer katılımcıların katılımı sistem tarafından sonlandırılmıştır. Katılımcılardan 20’sine öncelikle online olarak pilot uygulama gerçekleştirilmiş ve bu kişilerden elde edilen verilerde çalışmaya dâhil edilmiştir. Soruların anlaşılır olduğu düşünüldüğünden Anket Formu ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” diğer katılımcılara da uygulanmıştır.

Çalışmada ankete toplam 457 kişi gönüllü olarak katılmıştır. Ancak Sağlık Bakanlığı tarafından COVID-19 hastalığı için risk grubunda tanımlanan kronik hastalıklar için belirtilen kriterlere sahip 53 kişi çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmelerine rağmen çalışma dışı bırakılmış sistem tarafından çalışmaları sonlandırılmıştır (248). Çalışma dışı bırakılan bu kişilerin dışındaki 404 katılımcıdan 4’ü servis veya yoğun bakımda yattıklarını söylemelerine rağmen herhangi bir tedavi yöntemi işaretlenmediğinden analiz dışı bırakılmıştır. Çalışmanın veri toplama süreci, 400 katılımcı ile sonlandırılmıştır.

3.6. Verilerin Analizi

Ankara ilinde yaşıyan ve COVID-19 hastalığını geçiren 193’ü erkek 207’si kadın olmak üzere toplam 400 katılımcı ile online olarak gerçekleştirilen çalışmada elde edilen veriler orijinal (lisanslı) IBM SPSS V23 programı ile analiz edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk Kolmogrov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile incelenmiş ancak normal dağılmayan verilerin ikili gruplara göre karşılaştırılması Mann-Whitney U testi ile yapılmıştır. Gruplara göre kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare, Fisher’s Exact testi ve Yates düzeltmesi kullanılmıştır. Analiz sonuçları nicel verilerde ortalama $\pm$ s. sapma ve ortanca (minimum – maksimum) olarak; kategorik verilerde ise frekans (yüzde) olarak sunulmuş ve önem düzeyi $p<0.05$ olarak alınmıştır.

3.7. Çalışmanın Etik Yönü

Çalışmada veri toplama amacıyla kullanılan anket formunda çalışmanın amacı hakkında bilgilendirilme yapılmış, katılımcıların araştırmaya gönüllü olarak katılıp katılmayacakları sorgulanmış ve katılım için onamları alınmıştır (EK-3). COVID-19 salgını döneminde T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından Türkiye’de COVID-19 ile ilgili gerçekleştirilen bütün bilimsel çalışmaların kaydedilerek bilim dünyasına katkı sağlaması amacıyla COVID-19 Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonu oluşturulmuştur. Bu nedenle çalışmaya başlamadan önce 2021-11-30T15_01_34 başvuru form numarası ile bu Komisyondan elektronik ortamda onay alınmıştır (Ek-4). Çalışmanın yapılabilmesi için ayrıca Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulundan 06.01.2022 tarih ve 35 sayılı onay alınmıştır (EK-5). Ayrıca çalışmaya katılmaya onam vermeden önce kişilerin çalışma için gerekli olan COVID-19 hastalığını geçirme durumlarının kendileri tarafından bildirilmesi sağlanmıştır. Böylelikle kişilerin tanı alma durumlarını kendi rızaları dhilinde paylaşmış olmaları sağlanmıştır. Son olarak çalışmada yer alan “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları lği II” formunun kullanımı için de gerekli izinler elektronik ortamda alınmıştır (EK-6).

3.8. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Sadece Ankara ilinde yaşıyan, COVID-19 tanısı alan ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 18 yaşından büyük katılımcılardan elde edilen verilerle sınırlı olan çalışmanın kısıtlılıkları şunlardır:

- Keşifsel ve kesitsel bir araştırma olarak tasarlanan bu çalışmadan elde edilen bulgu ve sonuçlarla nedensellik kurulamamakta çalışmadan elde edilen bulgu ve sonuçlar yalnızca çalışma grubu ile sınırlı kalmaktadır.

- Çalışmaya tez onayının alındığı 06.01.2022 tarihinden sonra başlanmış ve 400 katılımcıya ulaşana kadar geçen sürede vaka sayıları sürekli değişim göstermiştir. Bu nedenle çalışmanın örneklem büyüklüğü sadece araştırmanın yapıldığı tarihlerle sınırlı kalmıştır.

- Araştırmanın yapıldığı sürede hastalığın hızla ilerlemesine bağlı olarak bulaş riski yüksek olduğundan ve uygulanan kısıtlamalar devam ettiğinden araştırma online olarak gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle COVID-19 tanısı alan ancak digital okuryazarlığı olmayan kişilere ulaşılammıştır.

- Hastalık hızlı bir şekilde yayılım gösterdiğinden salgının başlarında servislerde yaşanan yoğunluk nedeniyle servis ihtiyacı olan hastalar içinde yoğun bakım yatakları kullanılmıştır. Virüsün yayılımının devam etmesi ile yoğun bakım ihtiyacı olan hasta sayısının hızla artması sebebiyle yoğun bakım yataklarının yetersiz kalması sonucunda da yoğun bakım ihtiyacı olan hastalar için servis yatakları kullanılmıştır. Bu nedenle serviste veya yoğun bakımda kalma süreleri hastaların ihtiyaçları doğrultusunda gerçekleştirilememiştir.

- COVID-19 hastalığı süresince, virüs mutasyona uğramış ve yeni varyantların hastalığın bulaş hızı ve klinik seyri üzerinde etkisi olduğu bilinmektedir (259). Enfekte olan kişiler genellikle hangi varyantla enfekte olduklarını bilmediğinden çalışmada varyantların etkisi dikkate alınmamıştır.

- Çalışmada bir bireyin sahip olduğu virüs miktarı olarak adlandırılan ve çeşitli çalışmalarla COVID-19 hastalığı üzerinde etkisi ortaya koyulan viral yükün hastalık üzerine etkisi, enfekte kişilerin bu konuda bilgi sahibi olamayacağı göz önünde bulundurularak dikkate alınamamıştır (260).

- COVID-19 hastalığı bulaşıcı bir hastalık olması sebebiyle kişiler virüse bir defadan fazla maruz kalmış olabilir ve çalışmada bu durum dikkate alınmamıştır.

- Anket formundaki sorular tamamen kişisel beyana dayandığından yoğun bakımda yatan hastalar başta olmak üzere kendilerine doktorlar tarafından gerekli

bilgilendirmelerin yapılmasına rağmen hastalar kendilerine uygulanan tedaviler hakkında eksik bilgi sahibi olma ihtimali çalışmanın sınırlılığıdır.

- Çalışmada hastalığa yakalanma ile aşı yaptırma arasında geçen sürenin hastalık üzerindeki etkisi dikkate alınmamıştır.



4. BULGULAR

Bu bölümde, katılımcıların bazı demografik özellikleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ait bulgular ve bunların COVID-19 hastalığı üzerine etkisini ortaya koyan analizlere ayrıca çalışmanın hipotez sonuçlarına yer verilmiştir.

4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri, COVID-19 Tanısı Almadan Önceki Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Hastalığın Seyrine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Katılımcıların demografik özelliklerinin dağılımı.

Demografik Özellikler	Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	207	51.75
Erkek	193	48.25
Toplam	400	100
Medeni durum		
Evli	267	66.75
Bekar	133	33.25
Toplam	400	100
Eğitim durumu		
Lisans	258	64.5
Lisansüstü	68	17
Önlisans	44	11
Ortaöğretim ve aşağısı	30	7.5
Toplam	400	100
Çalışma Durumu		
Kamuda çalışıyor	285	71.25
Özel sektörde çalışıyor	69	17.25
Çalışmıyor	46	11.5
Toplam	400	100
Hanedeki birey sayısı		
4 kişi	119	29.75
3 kişi	118	29.5
2 kişi	82	20.5
5 ve üzeri	43	10.75
Yalnız yaşıyorum	38	9.5
Toplam	400	100
Yaş		
$\bar{x} \pm SS$	35.1 $\pm$ 7.9 (19-67)	

Tablo 4.1’de katılımcılara ait demografik özellikler bulunmaktadır. Çalışmadaki 51.75’i (n=207) kadın, %48.25’i (n=193) erkek olan 19 ve 67 yaş arasındaki katılımcıların yaş ortalaması 35.1 $\pm$ 7.9 yıl olarak bulunmuştur. Katılımcıların %66.75’i (n=267) evli, %64.5’i (n=258) lisans mezunudur. Çalışmaya katılan katılımcıların çoğunluğu %71.25 (n=285) oran ile kamuda çalışmaktadır. Katılımcıların çoğunluğu %29.75’lik (n=119) oran ile aynı evde dört kişi ile birlikte yaşamaktadır.

Tablo 4.2. Katılımcıların COVID-19 tanısı almadan önce sağlıklı yaşam biçimi davranış durumlarının dağılımı.

Hastalık seyrini ölçmede kullanılan sağlıklı yaşam biçimi davranışları	Frekans (n)	Yüzde (%)
Sigara kullanım durumu		
Hayır	269	67.2
Evet	131	32.8
Toplam	400	100
Sigara kullanım sıklığı (günlük)*		
1- 10 adet	68	51.9
11-20 adet	45	34.4
21 ve üzeri	18	13.7
Toplam	131	100
Alkol kullanım durumu		
Hayır	315	78.8
Evet	85	21.2
Toplam	400	100
Alkol kullanım sıklığı**		
Ayda bir	31	36.5
Altı ayda bir	28	32.9
Haftada bir	26	30.6
Toplam	85	100
Vitamin preparatı, takviye edici veya bağışıklık sistemine destek veren ilaç ve ürünlerin kullanım durumu		
Hayır	257	64.2
Evet	143	35.8
Toplam	400	100
Vitamin preparatı, takviye edici veya bağışıklık sistemine destek veren ilaç ve ürünlerin kullanım sıklığı***		
Haftada bir	61	42.7
Her gün düzenli	53	37.1
Altı ayda bir	17	11.9
Ayda bir	12	8.4
Toplam	143	100
Aşı yaptırma durumu		
Yaptırmadım	173	43.25
Biontech	99	24.75
Sinovac	74	18.5
Diğer (Kombinasyon aşılar)	54	13.5
Toplam	400	100
COVID 19 aşısı dozu****		
iki doz	122	54
üç doz	58	25.7
dört ve beş doz	35	15.5
bir doz	11	4.9
Toplam	226	100
Biontech aşısı dozu*****		
iki doz	102	44.7
Biontech yaptırmadım	75	32.9
bir doz	34	14.9
üç doz	17	7.5
Toplam	228	100

*Sadece sigara kullananlar cevaplandırmıştır. ** Sadece alkol kullananlar cevaplandırmıştır.

Vitamin preparatı, takviye edici veya bağışıklık sistemine destek veren ilaç ve ürünlerin kullananlar cevaplandırmıştır. * Sadece COVID-19 aşısı yaptıranlar cevaplandırmıştır. ***** Sadece Biontech aşısı yaptıranlar cevaplandırmıştır.

Tablo 4.2’de katılımcıların COVID-19 hastalığı tanısı almadan önce sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ait bulgular gösterilmiştir. Katılımcıların %32.8’i (n=131) hastalığa yakalanmadan önce sigara kullanıyorken %67.2’si (n=269) sigara kullanmamaktadır. Sigara kullanan katılımcıların sigara kullanım sıklığı (günlük) ise en fazla %51.9 (n=68) oranında günde 1-10 adettir. Katılımcıların %21.2’si (n=85) hastalığa yakalanmadan önce alkol kullanırken %78.8’i (n=315) alkol kullanmamaktadır. Alkol kullanan katılımcıların alkol kullanım sıklığı ise en fazla %36.5 (n=31) oranında ayda bir olarak elde edilmiştir. Hastalığa yakalanmadan önce vitamin preparatı, takviye edici, bağışıklık sistemine destek veren ilaç veya ürünleri katılımcıların %35.8’i (n= 143) kullanıyorken %64.2’si (n=257) kullanmamıştır. Bu ürün veya ilaçların kullanım sıklığı ise katılımcılarda en fazla %42.7 (n=61) oran ile haftada birdir. Çalışmaya katılan katılımcıların %43.2’si (n=173) hastalığa yakalanmadan önce aşı yaptırmamasına karşın hastalığa yakalanmadan önce en fazla yaptırılan aşı dozu %54 (n=122) ile iki dozdur. Aşı yaptıran katılımcıların %24.75’i (n=99) Biontech, %18.5’i (n=74) Sinovac, %13.5’i (n=54) Diğer (kombinasyon aşılar) aşıları yaptırmıştır. Katılımcıların %32.9’u (n=75) Biontech aşısını hiç yaptırmamış olmasına rağmen Biontech aşısını yaptıran katılımcılarda yaptırılan Biontech aşı dozları %44.7 (n=102) oran ile en fazla ikidir.

Tablo 4.3. Katılımcıların COVID-19 hastalık seyrine ilişkin bulguların dağılımı.

COVID-19 hastalık seyri	Frekans (n)	Yüzde (%)
Hastalık süresince takibin daha çok yapıldığı yer		
Evde	379	94.8
Hastanede	21	5.2
Toplam	400	100
Serviste yatış durumu		
Yok	378	94.5
Var	22	5.5
Toplam	400	100
Yoğun bakım yatış durumu		
Yok	394	98.5
Var	6	1.5
Toplam	400	100
Hastalık süresince görülen belirti		
Yorgunluk (Halsizlik)	304	76
Eklem ağrı ve sızı	245	61.25
Baş ağrısı	196	49
Öksürük	184	46
Tat alma veya koku duyusunun kaybı	182	45.5
Boğaz ağrısı / Boğazda yanma	168	42
Burun akıntısı / geniz akıntısı	133	33.25
Bir günden fazla süren yüksek ateş (38.0° ve üstü)	90	22.5

Tablo 4.3 (devam). Katılımcıların COVID-19 hastalık seyrine ilişkin bulguların dağılımı.

COVID-19 hastalık seyri	Frekans (n)	Yüzde (%)
Hastalık süresince görülen belirti (devam)		
Nefes almada zorluk (nefes darlığı)	61	15.25
İshal	51	12.75
Göğüs ağrısı	51	12.75
Gözlerde kızarıklık veya tahriş	37	9.25
Taşikardi (ritim bozukluğu)	19	4.75
Konuşma ya da hareket kaybı	18	4.5
Hiçbiri	17	4.25
Bilinç bulanıklığı	15	3.75
SpO2'nun (saturasyon) yani oksijen durumunun 90'nın altına düşmesi	11	2.75
Ciltte döküntü ya da el veya ayak parmaklarında renk değişimi	10	2.5
Hipertansiyon (yüksek tansiyon)	7	1.75
Hipotansiyon (düşük tansiyon)	6	1.5
Toplam	1805	451.25
Hastalık süresince görülen belirti durumuna göre hastalığın seyri		
Hafif	308	77
Ağır	92	23
Toplam	400	100
Hastalık süresince karşılaşılan tablo		
Hiçbiri	394	98.5
Koagülasyon disfonksiyonu	4	1
Ağır pnömoni	3	0.75
ARDS	3	0.75
Metabolik asidoz	3	0.75
Septik şok	3	0.75
Aritmi	2	0.5
Miyokardit	2	0.5
Kardiyojenik şok	1	0.25
Sepsis	1	0.25
Sitokin fırtınası	1	0.25
Toplam	417	104.25
Hastalık süresince karşılaşılan tablo durumuna göre hastalığın seyri		
Hafif	394	98.5
Ağır	6	1.5
Toplam	400	100
Hastalık süresince hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik uygulanan tıbbi tedavi		
Hiçbiri	210	52.5
COVID-19 tedavisinde kullanılan antiviral ilaçlar	174	43.5
Geniş spektrumlu Antibiyotik tedavisi	26	6.5
Steroidli ilaç tedavisi (iltihap önleyici ilaçlar)	13	3.25
Uyanık pron (yüzüstü yatış) pozisyonu	7	1.75
Nazal kanül oksijen tedavisi	6	1.5
Rezervuarlı (geri solumasız) maske ile oksijen tedavisi	5	1.25
İmmün plazma tedavisi	5	1.25
Yüksek akışlı oksijen tedavisi	5	1.25
Mekanik Ventilasyon cihazı ile tedavi	2	0.5
Anakinra veya tokilizumab ilaç tedavisi	1	0.25
Toplam	454	113.5
Hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik uygulanan tıbbi tedavilere göre hastalığın seyri		
Hafif	389	97.25
Ağır	11	2.75
Toplam	400	100

Tablo 4.3'te katılımcılarda görülen COVID-19 hastalığının seyrine ilişkin bulgular yer almaktadır. Katılımcılardan %94.8'inin (n=379) hastalık süresince takibi daha çok evde yapılmasına karşın %5.2'sinin (n=21) takibi daha çok hastanede yapılmıştır. Katılımcıların %5.5'i (n=22) hastalık süresince serviste yatmasına karşın %1.5'i (n=6) yoğun bakımda yatmıştır. Katılımcılarda COVID-19 hastalığı süresince en fazla görülen belirti %76 (n=304) oranında yorgunluktur. Hastalık süresince görülen belirti durumuna göre hastalık seyri katılımcıların %77'sinde (n=308) hafif; %23'ünde (n=92) ise ağır olarak elde edilmiştir. Katılımcıların %98.5'i (n=394) hastalık süresince herhangi bir tablo ile karşılaşmamış, %1'inde (n=4) koagülasyon disfonksiyonu görülmüştür. Hastalık süresince karşılaşılan tablo durumuna göre katılımcıların %98.5'inde (n=394) hastalığın seyri hafif, %1.5'inde (n=6) ise ağır olarak elde edilmiştir. COVID-19 sürecinde hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik uygulanan tıbbi tedaviler incelendiğinde, katılımcıların %52.5'inin (n=210) belirtilen tıbbi tedavilerden hiçbirinin uygulanmadığı, COVID-19 tedavisinde kullanılan antiviral ilaçların (Favipiravir/ favimol remdesivir vb.) katılımcıların %43.5'i (n=174) tarafından kullanıldığı belirlenmiştir. Katılımcılara hastalık süresince hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik uygulanan tedavilere göre hastalığın seyri, katılımcıların %97.25'inde (n=389) hafif iken %2.75'inde (n=11) ağır olarak elde edilmiştir.

4.2. Katılımcıların Demografik Özellikleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının COVID-19 Hastalık Seyri ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.4’te katılımcıların cinsiyetine göre hastalığın seyrine ilişkin bulgular gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Katılımcıların cinsiyetine göre COVID-19 hastalık seyrine ilişkin bulguların karşılaştırılması.

COVID-19 hastalık seyri	Cinsiyet		Ki-Kare İst. (χ^2)	p
	Kadın n (%)	Erkek n (%)		
Hastalığın daha çok takip edildiği yer				
Evde	198 (95.7)	181 (93.8)	0.376	0.540**
Hastanede	9 (4.3)	12 (6.2)		
Toplam	207 (100)	193 (100)		
Serviste yatış				
Yok	198 (95.7)	180 (93.3)	0.684	0.408**
Var	9 (4.3)	13 (6.7)		
Toplam	207 (100)	193 (100)		
Yoğun bakım yatış				
Yok	204 (98.6)	190 (98.4)	****	1.000***
Var	3 (1.4)	3 (1.6)		
Toplam	207 (100)	193 (100)		
Hastalık süresince karşılaşılan tablo durumuna göre hastalığın seyri				
Ağır	3 (1.4)	3 (1.6)	****	1.000***
Hafif	204 (98.6)	190 (98.4)		
Toplam	207 (100)	193 (100)		
Hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik tedavi alma durumu				
Evet	98 (47.3)	87 (45.1)	0.206	0.650*
Hayır	109 (52.7)	106 (54.9)		
Toplam	207 (100)	193 (100)		
Hastalık süresince görülen belirti durumuna göre hastalığın seyri				
Ağır	58 (28)	34 (17.6)	6.103	0.013* ¹
Hafif	149 (72)	159 (82.4)		
Toplam	207 (100)	193 (100)		
Hastalık süresince hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik uygulanan tedavilere göre hastalığın seyri				
Ağır	6 (2.9)	5 (2.6)	0.035	0.851*
Hafif	201 (97.1)	188 (97.4)		
Toplam	207 (100)	193 (100)		

*Ki-kare testi, **Yates düzeltmesi, ***Fisher’s Exact testi, ¹p<0.05

**** Frekans 5’ten küçük olduğundan χ^2 değeri hesaplanamamıştır.

Hastalık süresince görülen belirti durumuna göre kadınların %28'inin (n=58) ve erkeklerin %17.6'sının (n=34) hastalık seyri ağır olarak elde edilmiştir. Katılımcıların cinsiyetleri ile hastalık süresince görülen belirti durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0.013). Hastalık süresince görülen belirti durumuna göre çalışmadaki kadın katılımcıların COVID-19 hastalığını erkek katılımcılara göre daha ağır geçirdiği tespit edilmiştir. Cinsiyete göre diğer dağılımlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.5. Katılımcıların eğitim durumuna göre COVID-19 hastalık seyrine ilişkin bulguların karşılaştırılması.

COVID-19 hastalık seyri	Eğitim Durumu				Ki-Kare İst. (χ^2)	p*
	Ortaöğretim ve altı n (%)	Önlisans n (%)	Lisans n (%)	Lisansüstü n (%)		
Hastalığın daha çok takip edildiği yer						
Evde	25 (83.3) ^a	41 (93.2) ^{ab}	248 (96.1) ^b	65 (95.6) ^{ab}	9.153	0.027¹
Hastanede	5 (16.7)	3 (6.8)	10 (3.9)	3 (4.4)		
Toplam	30 (100)	44 (100)	258 (100)	68 (100)		
Serviste yatış						
Yok	25 (83.3)	41 (93.2)	247 (95.7)	65 (95.6)	5.921	0.116
Var	5 (16.7)	3 (6.8)	10 (4.3)	3 (4.4)		
Toplam	30 (100)	44 (100)	258 (100)	68 (100)		
Yoğun bakım yatış						
Yok	29 (96.7)	42 (95.5)	255 (98.8)	68 (100)	4.574	0.206
Var	1 (3.3)	2 (4.5)	3 (1.2)	0 (0)		
Toplam	30 (100)	44 (100)	258 (100)	68 (100)		
Hastalık süresince karşılaşılan tablo durumuna göre hastalığın seyri						
Ağır	1 (3.3)	2 (4.5)	3 (1.2)	0 (0)	4.679	0.197
Hafif	29 (96.7)	42 (95.5)	255 (98.8)	68 (100)		
Toplam	30 (100)	44 (100)	258 (100)	68 (100)		
Hastalığı azaltmaya yönelik tedavi alma						
Evet	15 (50)	20 (45.5)	117 (45.3)	33 (48.5)	0.407	0.939
Hayır	15 (50)	24 (54.5)	141 (54.7)	35 (51.5)		
Toplam	30 (100)	44 (100)	258 (100)	68 (100)		
Hastalık süresince görülen belirti durumuna göre hastalığın seyri						
Ağır	11 (36.7)	15 (34.1)	51 (19.8)	15 (22.1)	7.776	0.051
Hafif	19 (63.3)	29 (65.9)	207 (80.2)	53 (77.9)		
Toplam	30 (100)	44 (100)	258 (100)	68 (100)		
Hastalık süresince hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik uygulanan tedavilere göre hastalığın seyri						
Ağır	2 (6.7)	2 (4.5)	5 (1.9)	2 (2.9)	2.402	0.493
Hafif	28 (93.3)	42 (95.5)	253 (98.1)	66 (97.1)		
Toplam	30 (100)	44 (100)	258 (100)	68 (100)		

*Ki-kare testi, ¹p<0.05.

Tablo 4.5’te katılımcıların eğitim durumuna göre hastalığın seyrine ait bulgular yer almaktadır. Katılımcılardan ortaöğretim ve altı olanların %83.3’ü (n=25), önlisans mezunu olanların %93.2’si (n=41), lisans mezunu olanların %96.1’i (n=248) ve lisansüstü mezunu olanların %95.6’sı (n=65) evde takip edilmiştir. Katılımcıların eğitim durumu ile hastalığın daha çok takip edildiği yer arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir (p=0.027). Bu fark, ortaöğretim ve altı olanlarla lisans mezunu olanlardan kaynaklanmaktadır. Hastalığı evde geçiren katılımcıların çoğunluğu, lisans ve lisansüstü mezunlardan oluşmaktadır. Eğitim durumuna göre diğer dağılımlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.6. Katılımcıların çalışma durumuna göre COVID-19 hastalık seyrine ilişkin bulguların karşılaştırılması.

COVID-19 hastalık seyri	Çalışma Durumu		Ki-kare ist.(χ^2)	p
	Çalışıyor n (%)	Çalışmıyor n (%)		
Hastalığın daha çok takip edildiği yer				
Evde	334 (94.4)	45 (97.8)	***	0.491**
Hastanede	20 (5.6)	1 (2.2)		
Toplam	354 (100)	46 (100)		
Serviste yatış				
Yok	333 (94.9)	45 (97.8)	***	0.493**
Var	21 (5.9)	1 (2.2)		
Toplam	354 (100)	46 (100)		
Yoğun bakım yatış				
Yok	348 (98.3)	46 (100)	***	1.000**
Var	6 (1.7)	***		
Toplam	354 (100)	46 (100)		
Hastalık süresince karşılaşılan tablo durumuna göre hastalığın seyri				
Ağır	6 (1.7)	***	***	1.000**
Hafif	348 (98.3)	46 (100)		
Toplam	354 (100)	46 (100)		
Hastalığı şiddetini azaltmaya yönelik tedavi alma				
Evet	172 (48.6)	13 (28.3)	5.973	0.015* ¹
Hayır	182 (51.4)	33 (71.7)		
Toplam	354 (100)	46 (100)		
Hastalık süresince görülen belirti durumuna göre hastalığın seyri				
Ağır	76 (21.5)	16 (34.8)	3.357	0.067*
Hafif	278 (78.5)	30 (65.2)		
Toplam	354 (100)	46 (100)		
Hastalık süresince hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik uygulanan tedavilere göre hastalığın seyri				
Ağır	10 (2.8)	1 (2.2)	***	1.000**
Hafif	344 (97.2)	45 (97.8)		
Toplam	354 (100)	46 (100)		

*Ki-kare testi, ** Fisher’s Exact testi, ¹p<0.05

*** Frekans 5’ten küçük olduğundan χ^2 testi hesaplanamamıştır.

Tablo 4.6’da katılımcıların çalışma durumuna göre hastalığın seyrine ait bulgular verilmiştir. Çalışmayan katılımcıların %28.3’ü (n=13), çalışan katılımcıların %48.6’sı (n=172) hastalığın seyrini azaltmaya yönelik tedavi almıştır. Katılımcıların çalışma durumuna göre, hastalık süresince hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik tedavi alma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0.015). Çalışan katılımcıların hastalığın seyrini azaltmaya yönelik tedavi alma oranı çalışmayan katılımcılardan daha fazla bulunmuştur. Çalışma durumuna göre diğer dağılımlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.7. Katılımcıların yaşına göre COVID-19 hastalık seyrine ilişkin bulguların karşılaştırılması.

COVID-19 hastalık seyri	Ortanca (min. - maks.)	Mann Whitney U ist.	p*
Hastalığın daha çok takip edildiği yer			
Evde (n=379)	34 (19 - 67)	3024	0.064
Hastanede (n=21)	37 (26 - 52)		
Serviste yatış			
Yok (n=378)	34 (19 - 67)	3047	0.035¹
Var (n=22)	39 (26 - 52)		
Yoğun bakım yatış.			
Yok (n=394)	35 (19 - 67)	1156	0.928
Var (n=6)	32 (29 - 52)		
Hastalık süresince karşılaşılan tablo durumuna göre hastalığın seyri			
Ağır (n=6)	32 (29 - 52)	1156	0.928
Hafif (n=394)	35 (19 - 67)		
Hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik tedavi alma			
Evet (n=185)	36 (22 - 67)	17016	0.013¹
Hayır (n=215)	34 (19 - 61)		
Hastalık süresince görülen belirti durumuna göre hastalığının seyri			
Ağır (n=92)	36 (19 - 67)	12008	0.026¹
Hafif (n=308)	34 (19 - 60)		
Hastalık süresince hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik uygulanan tedavilere göre hastalığın seyri			
Ağır (n=11)	34 (29 - 52)	1902	0.530*
Hafif (n=389)	35 (19 - 67)		

*Mann-Whitney U testi, ¹p<0.05

Tablo 4.7’de katılımcıların yaşına göre hastalığın seyrine ait değişkenler gösterilmiştir. Katılımcılardan serviste yatanların yaş ortancası 39, yatmayanların ise 34 olarak bulunmuştur. Çalışmadaki katılımcıların serviste yatış durumuna göre yaş ortancalarında farklılık ortaya çıkmıştır ($p= 0.035$). Serviste yatanların yaşı daha büyük bulunmuştur. Katılımcılardan hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik tedavi alanların yaş ortancası 36 iken almayanların yaş ortancası 34’tür. Çalışmadaki katılımcıların hastalığın seyrini azaltmaya yönelik tedavi alma durumuna göre yaş ortancalarında farklılık ortaya çıkmıştır ($p=0.013$). Tedavi alanların yaş ortancası almayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Hastalık süresince görülen belirti durumuna göre hastalığın seyrinin yaş ortancalarında farklılık elde edilmiştir ($p=0.026$). Çalışmadaki katılımcılardan hastalık süresince görülen belirti durumuna göre hastalığı ağır seyrinde geçirenlerin yaş ortancası 36 iken hafif seyrinde geçirenlerin ortancası 34 olarak elde edilmiştir. Hastalık süresince görülen belirti durumuna göre hastalığı ağır geçirenlerin yaş ortancası geçirmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Diğer değişkenlerde, yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Katılımcıların sigara kullanım durumuna göre COVID-19 hastalık seyrine ait bulguların karşılaştırılması.

COVID-19 hastalık seyri	Sigara Kullanım Durumu		Ki-kare İst. (χ^2)	P
	Evet n (%)	Hayır n (%)		
Hastalığın daha çok takip edildiği yer				
Evde	125 (95.4)	254 (94.4)	0.033	0.857**
Hastanede	6 (4.6)	15 (5.6)		
Toplam	131 (100)	269 (100)		
Serviste yatış				
Yok	124 (94.7)	254 (94.4)	0.000	1.000**
Var	7 (5.3)	15 (5.6)		
Toplam	131 (100)	269 (100)		
Yoğun bakım yatış				
Yok	128 (97.7)	266 (98.9)	****	0.398***
Var	3 (2.3)	3 (1.1)		
Toplam	131 (100)	269 (100)		
Hastalık süresince karşılaşılan tablo durumuna göre hastalığın seyri****				
Ağır	3 (2.3)	3 (1.1)	****	0.398***
Hafif	128 (97.7)	266 (98.9)		
Toplam	131 (100)	269 (100)		
Hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik tedavi alma				
Evet	51 (38.9)	134 (49.8)	4.197	0.040*¹
Hayır	80 (61.1)	135 (50.2)		
Toplam	131 (100)	269 (100)		
Hastalık süresince görülen belirti durumuna göre hastalığın seyri****				
Ağır	29 (22.1)	63 (23.4)	0.082	0.775*
Hafif	102 (77.9)	206 (76.6)		
Toplam	131 (100)	269 (100)		
Hastalık süresince hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik uygulanan tedavilere göre hastalığın seyri****				
Ağır	4 (3.1)	7 (2.6)	****	0.755***
Hafif	127 (96.9)	262 (97.4)		
Toplam	131 (100)	269 (100)		

*Ki-kare testi, **Yates düzeltmesi, ***Fisher's Exact testi, ¹p<0.05,

**** Frekans 5'ten küçük olduğundan χ^2 testi hesaplanamamıştır.

Tablo 4.8'de katılımcıların sigara kullanım durumuna göre hastalığın seyrine ait bulgular bulunmaktadır. Sigara kullananların %38.9'u (n=51), kullanmayanların %49.8'i (n=134) hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik tedavi almıştır. Katılımcıların sigara kullanım durumuna göre hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik tedavi alma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0.040). Çalışmaya katılan katılımcılardan hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik tedavi alanlar sigara

kullanmayanlarda kullananlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Sigara kullanım durumuna göre diğer dağılımlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Katılımcıların tükettikleri sigara miktarına göre COVID-19 hastalık seyrine ilişkin bulguların karşılaştırılması.

	Tüketilen Sigara Miktarı (günlük)			Ki-kare İst. (χ^2)	p*
	1- 10 adet n (%)	11-20 adet n (%)	21 ve üzeri n (%)		
COVID-19 hastalık seyri					
Hastalığın daha çok takip edildiği yer					
Evde	64 (94.1)	44 (97.8)	17 (94.4)	0.876	0.645*
Hastanede	4 (5.9)	1 (2.2)	1 (5.6)		
Toplam	68 (100)	45 (100)	18 (100)		
Serviste yatış					
Yok	63 (92.6)	44 (97.8)	17 (94.4)	1.590	0.451*
Var	5 (7.4)	1 (2.2)	1 (5.6)		
Toplam	68 (100)	45 (100)	18 (100)		
Yoğun bakım yatış					
Yok	66 (97.1)	44 (97.8)	18 (100)	0.953	0.621*
Var	2 (2.9)	1 (2.2)	0 (0)		
Toplam	68 (100)	45 (100)	18 (100)		
Hastalık süresince karşılaşılan tablo durumuna göre hastalığın seyri					
Ağır	2 (2.9)	1 (2.2)	0 (0)	0.552	0.759*
Hafif	66 (97.1)	44 (97.8)	18 (100)		
Toplam	68 (100)	45 (100)	18 (100)		
Hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik tedavi alma					
Evet	34 (50)	12 (26.7)	5 (27.8)	7.293	0.026*¹
Hayır	34 (50)	33 (73.3)	13 (72.2)		
Toplam	68 (100)	45 (100)	18 (100)		
Hastalık süresince görülen belirti durumuna göre hastalığın seyri					
Ağır	15 (22.1)	12 (26.7)	2 (11.1)	1.805	0.405*
Hafif	53 (77.9)	33 (73.3)	16 (88.9)		
Toplam	68 (100)	45 (100)	18 (100)		
Hastalık süresince hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik uygulanan tedavilere göre hastalığın seyri					
Ağır	3 (4.4)	1 (2.2)	0 (0)	1.606	0.448*
Hafif	65 (95.6)	44 (97.8)	18 (100)		
Toplam	68 (100)	45 (100)	18 (100)		

*Ki-kare testi, ¹p<0.05

Tablo 4.9’da katılımcıların tükettikleri günlük sigara miktarına göre hastalığın seyrine ait bulgular bulunmaktadır. Günde 1-10 adet sigara kullananların %50’si (n=34), günde 11-20 adet sigara kullananların %26.7’si (n=12) ve günde 21 ve üzeri adet sigara

kullananların %27.8'i (n=5) hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik tedavi almıştır. Katılımcıların tükettikleri günlük sigara miktarı ile hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik tedavi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ortaya çıkmıştır (p=0.026). Çalışmadaki katılımcılardan günlük 1-10 adet sigara kullananlarda, hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik tedavi alma durumu anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Tüketilen günlük sigara miktarı ile diğer değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur (p>0.05).

Tablo 4.10. Katılımcıların alkol kullanım durumuna göre COVID-19 hastalık seyrine ilişkin bulguların karşılaştırılması.

COVID-19 hastalık seyri	Alkol Kullanım Durumu		Ki-kare İst. (χ^2)	p
	Evet n (%)	Hayır n (%)		
Hastalığın daha çok takip edildiği yer				
Evde	78 (91.8)	301 (95.6)	****	0.174**
Hastanede	7 (8.2)	14 (4.4)		
Toplam	85 (100)	315 (100)		
Serviste yatış				
Yok	78 (91.8)	300 (95.2)	****	0.280**
Var	7 (8.2)	15 (4.8)		
Toplam	85 (100)	315 (100)		
Yoğun bakım yatış				
Yok	82 (96.5)	312 (99)	****	0.113**
Var	3 (3.5)	3 (1)		
Toplam	85 (100)	315 (100)		
Hastalık süresince karşılaşılan tablo durumuna göre hastalığın seyri				
Ağır	3 (3.5)	3 (1)	****	0.113**
Hafif	82 (96.5)	312 (99)		
Toplam	85 (100)	315 (100)		
Hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik tedavi alma				
Evet	37 (43.5)	148 (47)	0.321	0.571*
Hayır	48 (56.5)	167 (53)		
Toplam	85 (100)	315 (100)		
Hastalık süresince görülen belirti durumuna göre hastalığın seyri				
Ağır	24 (28.2)	68 (21.6)	1.670	0.196*
Hafif	61 (71.8)	247 (78.4)		
Toplam	85 (100)	315 (100)		
Hastalık süresince hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik uygulanan tedavilere göre hastalığın seyri				
Ağır	6 (7.1)	5 (1.6)	****	0.014****¹
Hafif	79 (92.9)	310 (98.4)		
Toplam	85 (100)	315 (100)		

*Ki-kare testi, **Yates düzeltmesi, ***Fisher's Exact testi, ¹p<0.05,

**** Frekans 5'ten küçük olduğundan χ^2 hesaplanamamıştır.

Tablo 4.10’da katılımcıların alkol kullanım durumuna göre hastalığın seyrine ait bulgular belirtilmiştir. Alkol kullananlardan %7.1’inin (n=6) ve kullanmayanlardan %1.6’sının (n=5) hastalık seyri ağır olarak bulunmuştur. Çalışmadaki katılımcılardan hastalık süresince hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik uygulanan tedavilere göre hastalığın seyri ağır ve hafif olanların alkol tüketim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0.014). Çalışmaya katılan katılımcılardan alkol kullananlara hastalık süresince hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik ağır tedaviler uygulanmıştır. Alkol kullanım durumuna göre diğer dağılımlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.11. Katılımcıların aşı yaptırma durumuna göre COVID-19 hastalık seyrine ilişkin bulguların karşılaştırılması.

COVID-19 hastalık seyri	Aşı Yaptırma Durumu		Ki-kare İst. (χ^2)	p
	Yaptırdım n (%)	Yaptırmadım n (%)		
Hastalığın daha çok takip edildiği yer				
Evde	222 (97.8)	157 (90.8)	8.433	0.004*¹
Hastanede	5 (2.2)	16 (9.2)		
Toplam	227 (100)	173 (100)		
Serviste yatış				
Yok	222 (97.8)	156 (90.2)	9.562	0.002*¹
Var	5 (2.2)	17 (9.8)		
Toplam	227 (100)	173 (100)		
Yoğun bakım yatış				
Yok	225 (99.1)	169 (97.7)	***	0.410**
Var	2 (0.9)	4 (2.3)		
Toplam	227 (100)	173 (100)		
Hastalık süresince karşılaşılan tablo durumuna göre hastalığın seyri				
Ağır	2 (0.9)	4 (2.3)	***	0.410**
Hafif	225 (99.1)	169 (97.7)		
Toplam	227 (100)	173 (100)		
Hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik tedavi alma				
Evet	81 (35.7)	104 (60.1)	23.576	<0.001*¹
Hayır	146 (64.3)	69 (39.9)		
Toplam	227 (100)	173 (100)		
Hastalık süresince görülen belirti durumuna göre hastalığın seyri				
Ağır	44 (19.4)	48 (27.7)	3.877	0.049*¹
Hafif	183 (80.6)	125 (72.3)		
Toplam	227 (100)	173 (100)		

Tablo 4.11 (devam). Katılımcıların aşı yaptıırma durumuna göre COVID-19 hastalık seyrine ilişkin bulguların karşılaştırılması.

COVID-19 hastalık seyri	Aşı Yaptırma Durumu		Ki-kare İst. (χ^2)	p
	Yaptırdım n (%)	Yaptırmadım n (%)		
Hastalık süresince hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik uygulanan tedavilere göre hastalığın seyri				
Ağır	4 (1.8)	7 (4)	***	0.220**
Hafif	223 (98.2)	166 (96)		
Toplam	127 (100)	173 (100)		

*Ki kare testi, **Fisher's Exact testi, ¹p<0.05,

***Frekans 5'ten küçük olduğundan χ^2 hesaplanamamıştır.

Tablo 4.11'de katılımcıların aşı yaptıırma durumuna göre hastalığın seyrine ait bulgular gösterilmiştir. Çalışmadaki katılımcılardan aşı yaptııranların %97.8'i (n=222), aşı yaptıırmayanların %90.8'i (n=157) hastalığı evde geçirmiştir (p=0.004). Katılımcıların serviste yatış oranı aşı yaptıırmayanlarda %9.8 (n=17) iken aşı yaptııranlarda %2.2 (n=5) olarak bulunmuştur (p=0.002). Hastalığın seyrini azaltmaya yönelik tedavi alanların oranı aşı yaptıırmayanlarda %60.1 (n=104), aşı yaptııranlarda %35.7 (n=81) olarak saptanmıştır (p<0.001). Hastalık süresince görülen belirti durumuna göre aşı yaptıırmayanların %27.7'si (n=48), aşı yaptııranların %19.4'ünde (n=44) hastalığın seyri ağır olarak elde edilmiştir (p=0.049). Katılımcıların aşı yaptıırma durumu ile hastalığın daha çok takip edildiği yer, serviste yatış, hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik tedavi alma ve hastalık süresince görülen belirti durumuna göre hastalığın seyri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (p değerleri sırasıyla p=0.004, p=0.002, p<0.001, p=0.049). Hastalığın daha çok takip edildiği yer ev olanların oranının aşı yaptııran katılımcılarda aşı yaptıırmayanlardan daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Katılımcılardan serviste yatış, hastalığın seyrini azaltmaya yönelik tedavi alma ve hastalık süresince görülen belirti durumuna göre ağır hastalık seyri olanların oranı aşı yaptıırmayanlarda aşı yaptııranlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Katılımcıların aşı yaptıırma durumu ile diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (p>0.05).

Tablo 4.12. Katılımcıların yaptırdıkları aşı türüne göre COVID-19 hastalık seyrine ilişkin bulguların karşılaştırılması.

COVID-19 hastalık seyri	Yaptırılan Aşı Türü			Kikare İst.(χ^2)	p *
	Sinovac n (%)	Biontech n (%)	Diğer(Kombinasyon) n (%)		
Hastalığın daha çok takip edildiği yer					
Evde	72 (97.3)	96 (97)	54 (100)	2.768	0.251
Hastanede	2 (2.7)	3 (3)	***		
Toplam	74 (100)	99 (100)	54 (100)		
Serviste yatış					
Yok	72 (97.3)	96 (97)	54 (100)	2.768	0.251
Var	2 (2.7)	3 (3)	***		
Toplam	74 (100)	99 (100)	54 (100)		
Yoğun bakım yatış					
Yok	74 (100)	97 (98)	54 (100)	3.342	0.188
Var	***	2 (2)	***		
Toplam	74 (100)	97 (100)	54 (100)		
Hastalık süresince karşılaşılan tablo durumuna göre hastalığın seyri					
Ağır	***	2 (2)	***	3.342	0.188
Hafif	74 (100)	97 (98)	54 (100)		
Toplam	74 (100)	99 (100)	54 (100)		
Hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik tedavi alma					
Evet	38 (51.4) ^a	27 (27.3) ^b	16 (29.6) ^b	11.829	0.003¹
Hayır	36 (48.6)	72 (72.7)	38 (70.4)		
Toplam	74 (100)	99 (100)	54 (100)		
Hastalık süresince görülen belirti durumuna göre hastalığın seyri					
Ağır	17 (23)	19 (19.2)	8 (14.8)	1.334	0.513
Hafif	57 (77)	80 (80.8)	46 (85.2)		
Toplam	74 (100)	99 (100)	54 (100)		
Hastalık süresince hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik uygulanan tedavilere göre hastalığın seyri					
Ağır	2 (2.7)	1 (1)	1 (1.9)	0.710	0.701
Hafif	72 (97.3)	98 (99)	53 (98.1)		
Toplam	74 (100)	99 (100)	54 (100)		

*Ki-kare testi, ¹p<0.05).

Tablo 4.12’de katılımcıların yaptırdıkları aşı türüne göre hastalığın seyrine ait bulgular gösterilmiştir. Tabloda diğer kategorisinde yer alan kombinasyon aşılar, birlikte yaptırılan Biontech ve Sinovac, Biontech ve Türkovac, Sinovac ve Türkovac şeklinde ikili kombinasyon aşıları kapsamaktadır. Katılımcılardan Sinovac aşısını yaptıranlar arasında hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik tedavi alanların oranı (%51.4), Biontech aşısını yaptıranların oranından (%27.3) ve diğer kombinasyon aşı tiplerini yaptıranların

oranından (%29.6) daha yüksek bulunmuştur. Yaptırılan aşı türüne göre hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik tedavi alma arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0.003). Bu farklılık Sinovac aşısını yaptıranlardan kaynaklanmaktadır. Hastalığın seyrini azaltmaya yönelik tedavi alan katılımcıların çoğunluğunu Sinovac aşısı yaptıranlar oluşturmaktadır. Katılımcıların yaptırdıkları aşı türü ile diğer değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmemiştir (p>0.05).

Tablo 4.13. Katılımcıların yaptırdığı Biontech aşısı dozuna göre COVID-19 hastalık seyrine ilişkin bulguların karşılaştırılması.

COVID-19 hastalık seyri	Biontech Aşısı Dozu				Ki-Kare İst. (χ^2)	p*
	Biontech yaptırmadım n (%)	1 doz n (%)	2 doz n (%)	3 doz n (%)		
Hastalığın daha çok takip edildiği yer						
Evde	72 (96)	34 (100)	100 (98)	16 (94.1)	3.006	0.391
Hastanede	3 (4)	0 (0)	2 (2)	1 (5.9)		
Toplam	75 (100)	34 (100)	102 (100)	17 (100)		
Serviste yatış						
Yok	72 (96)	34 (100)	100 (98)	16 (94.1)	3.006	0.391
Var	3 (4)	0 (0)	2 (2)	1 (5.9)		
Toplam	75 (100)	34 (100)	102 (100)	17 (100)		
Yoğun bakım yatış						
Yok	75 (100)	34 (100)	101 (99)	16 (94.1)	**	**
Var	0 (0)	0 (0)	1 (1)	1 (5.9)		
Toplam	75 (100)	34 (100)	102 (100)	17 (100)		
Hastalık süresince karşılaşılan tablo durumuna göre hastalığın seyri						
Ağır	0 (0)	0 (0)	1 (1)	1 (5.9)	**	**
Hafif	75 (100)	34 (100)	101 (99)	16 (94.1)		
Toplam	75 (100)	34 (100)	102 (100)	17 (100)		
Hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik tedavi alma						
Evet	42 (56) ^a	12 (35.3) ^{ab}	33 (32.4) ^b	1 (5.9) ^b	19.096	<0.001 ¹
Hayır	33 (44)	22 (64.7)	69 (67.6)	16 (94.1)		
Toplam	75 (100)	34 (100)	102 (100)	17 (100)		
Hastalık süresince görülen belirti durumuna göre hastalığın seyri						
Ağır	17 (22.7)	6 (17.6)	18 (17.6)	4 (23.5)	0.936	0.817
Hafif	58 (77.3)	28 (82.4)	84 (82.4)	13 (76.5)		
Toplam	75 (100)	34 (100)	102 (100)	17 (100)		
Hastalık süresince hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik uygulanan tedavilere göre hastalığın seyri						
Ağır	2 (2.7)	0 (0)	1 (1)	1 (5.9)	2.984	0.394
Hafif	73 (97.3)	34 (100)	101 (99)	16 (94.1)		
Toplam	75 (100)	34 (100)	102 (100)	17 (100)		

*Ki-kare testi, ¹p<0.05, ** Gözelerde yeterli sayı olmadığı için istatistiksel anlamlılık verilmedi.

Tablo 4.13'te katılımcıların yaptırdıkları Biontech aşısı dozuna göre hastalığın seyrine ait bulgular bulunmaktadır. Katılımcılardan Biontech aşısı yaptırmayanların %56'sı (n=42), bir doz yaptıranların %35.3'ü (n=12), iki doz yaptıranların %32.4'ü (n=33), üç doz yaptıranların %5.9'u (n=1) hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik tedavi almıştır. Katılımcıların yaptırdıkları Biontech aşı dozu ile hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik tedavi alma durumları arasında istatistiksel açıdan bir farklılık elde edilmiştir ($p<0.001$). Çalışmadaki katılımcılardan hastalık şiddetini azaltmaya yönelik tedavi alanlar daha çok Biontech aşısı yaptırmayanlardır. Biontech aşı dozuna göre diğer dağılımlar arasında istatistiksel açıdan bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.14. Katılımcılarda hastalık süresinde görülen belirti durumunun COVID-19 hastalık seyrine göre SYBDÖ toplam ve alt boyut puanlarına ait bulguların karşılaştırılması.

	Hastalık süresince görülen belirti durumuna göre hastalık seyri		Mann-Whitney U testi İst.	p*
	Hafif (n=308)	Ağır (n=92)		
SYBDÖ Alt Boyutları	Ortanca (min. - maks.)	Ortanca (min. - maks.)		
Sağlık Sorumluluğu	20 (9 – 36)	20 (11 – 32)	14124	0.964
Fiziksel Aktivite	16 (8 – 329)	15 (8 – 29)	12043	0.029¹
Beslenme	20 (9 – 36)	20 (9 – 33)	12758	0.146
Kişilerarası İlişkiler	26 (9 – 36)	25 (17 – 36)	13454	0.462
Manevi Gelişim	25 (9 – 36)	25 (13 – 36)	13663	0.603
Stres Yönetimi	18 (8 – 32)	18 (11 – 32)	13146	0.292
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları toplam	126 (52 – 208)	125.5 (83 – 178)	13055	0.253

* Mann-Whitney U testi, ¹ $p<0.05$

Tablo 4.14'te katılımcılarda hastalık süresince görülen belirti durumuna göre SYBDÖ toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular verilmiştir. Hastalık süresince görülen belirtilerin durumuna göre; ağır belirtilerle karşılaşanların fiziksel aktivite puan ortancası 15.00 iken, hafif belirtilerle karşılaşanların fiziksel aktivite puan ortancası 16.00 olarak elde edilmiştir. Hastalık süresince görülen belirtilerin ağır ya da hafif olması durumuna göre; fiziksel aktivite puan ortancası açısından istatistiksel

olarak anlamlı bir farklılık elde edilmiştir ($p=0.029$). Hastalık süresince görülen belirti durumuna göre hastalık seyri daha ağır olan katılımcılarda fiziksel aktivite puanı anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p=0.029$). Hastalık süresince görülen belirti durumuna göre diğer puan ortancaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.15. Katılımcılarda hastalık süresince görülen tablo durumunun COVID-19 hastalık seyrine göre SYBDÖ toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin bulguların karşılaştırılması.

SYBDÖ Alt Boyutları	COVID-19 hastalığını süresince karşılaşılan tablo durumuna göre hastalık seyri			
	Hafif (n=394)	Ağır (n=6)	Mann-Whitney U İst.	p*
	Ortanca (min. - maks.)	Ortanca (min. - maks.)		
Sağlık Sorumluluğu	20 (9 – 36)	17.5 (14 – 24)	884	0.288
Fiziksel Aktivite	16 (8 – 32)	16 (13 – 23)	1046	0.629
Beslenme	20 (9 – 36)	18 (15 – 24)	874	0.272
Kişilerarası İlişkiler	26 (9 – 36)	19.5 (17 – 25)	356	0.003¹
Manevi Gelişim	25 (9 – 36)	21 (16 – 26)	572	0.030¹
Stres Yönetimi	18 (8 – 32)	18 (11 – 22)	1121	0.828
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları toplam	126 (52 – 208)	106 (91 – 143)	751	0.126

* Mann-Whitney U testi, ¹ $p<0.05$

Tablo 4.15'te katılımcılarda hastalık süresince görülen tablo durumuna göre SYBDÖ toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Hastalık süresince karşılaşılan tablo durumuna göre, kişilerarası ilişkiler ağır durum puan ortancası 19.50 iken hafif durum puan ortancası 26.00 olarak elde edilmiştir. Hastalık süresince karşılaşılan tablo durumuna göre, kişilerarası ilişkiler puan ortancaları arasında istatistiksel açıdan bir farklılık elde edilmiştir ($p=0.003$). COVID-19 hastalığı süresince karşılaşılan tablo manevi gelişim ağır durum puan ortancası 21.00 iken hafif durum puan ortancası 25.00 olarak elde edilmiştir. COVID-19 hastalığı süresince karşılaşılan tablo durumuna göre manevi gelişim puan ortancaları arasında istatistiksel açıdan farklılık

vardır ($p=0.030$). Hastalık süresince görülen tablo durumuna göre, hastalığı hafif geçirenlerin manevi gelişim puanları ve kişilerarası ilişkiler puanları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Hastalık süresince karşılaşılan tablo durumu ile diğer puan ortancaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.16. Katılımcıların yoğun bakımda yatış durumu ile SYBDÖ toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin bulguların karşılaştırılması.

SYBDÖ Alt Boyutları	Yoğun bakımda yatmayan (n=394)	Yoğun bakımda yatan (n=6)	Mann Whitney U İst.	p*
	Ortanca (min. - maks.)	Ortanca (min. - maks.)		
Sağlık Sorumluluğu	20 (9 – 36)	17.5 (14 – 24)	884	0.288
Fiziksel Aktivite	16 (8 – 32)	16 (13 – 23)	1046	0.629
Beslenme	20 (9 – 36)	18 (15 – 24)	874	0.272
Kişilerarası İlişkiler	26 (9 – 36)	19.5 (17 – 25)	356	0.003¹
Manevi Gelişim	25 (9 – 36)	21 (16 – 26)	572	0.030¹
Stres Yönetimi	18 (8 – 32)	18 (11 – 22)	1121	0.828
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları toplam	126 (52 – 208)	106 (91 – 143)	751	0.126

*Mann-Whitney U testi, ¹ $p<0.05$

Tablo 4.16’da katılımcıların yoğun bakımda yatış durumu ile SYBDÖ toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Çalışmadaki katılımcılardan yoğun bakımda yatanların kişilerarası ilişkiler puan ortancası 19.5 iken yoğun bakımda yatmayanların 26.00 olarak bulunmuştur. Yoğun bakımda yatanlarda kişilerarası ilişkiler puan ortancaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık elde edilmiştir ($p=0.003$). Katılımcılardan yoğun bakımda yatanların manevi gelişim puan ortancası 21.00 iken yoğun bakımda yatmayanların 25.00 olarak saptanmıştır. Manevi gelişim puan ortancaları açısından yoğun bakımda yatanlar ile yoğun bakımda yatmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık elde edilmiştir ($p=0.030$). Yoğun bakımda yatanların manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler puan ortancaları yoğun bakımda yatmayanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Yoğun bakımda yatış durumu ile diğer puan ortancaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.17. Çalışmaya ilişkin hipotez sonuçları.

Hipotezler	Sonuç
H1	Kabul
H2	Kabul
H3	Kabul
H4	Kabul
H5a	Kabul
H5b	Kabul
H6a	Kabul
H6b	Kabul
H6c	Kabul
H7	Kabul
H8	Kabul
H9	Kabul
H10	Kabul
H11	Kabul
H12	Kabul

Tablo 4.17’de çalışmaya ilişkin hipotez sonuçları yer almaktadır. Çalışma sonucunda H1, H2, H3, H4, H5a,H5b, H6a, H6b, H6c, H7, H8, H9, H10, H11 ve H12 hipotezleri kabul edilmiştir.

Çalışmada, katılımcıların medeni durumu, hanesindeki birey sayısı, çalıştıkları sektör, alkol kullanım sıklığı, vitamin preparatı, takviye edici ilaç, bağışıklık sistemine destek veren bir ilaç veya ürünler kullanımı ve kullanım sıklığı, yaptırdıkları aşı dozunun COVID-19 hastalığı üzerine etkisi ile hastalık süresince hastalığın seyrini azaltmaya yönelik tıbbi tedavi alma, hastalık süresince uygulanan tedavilere göre hastalığın seyri, hastalık süresince takibin daha çok yapıldığı yer ve serviste yatış durumuna göre SYBDÖ toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması da analiz edilmiştir. Ancak bu gruplardan elde edilen bulgular arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığından bu bulgulara yer verilmemiştir.

5. TARTIŞMA

Çalışmada, COVID-19 hastalığı tanısı alan bireylerin bazı bireysel özellikleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının COVID-19 hastalığına etkisi ortaya koyulmaya çalışılarak bu davranışların kişilerin hayatındaki önemine dikkat çekmek amaçlanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının COVID-19 hastalığı üzerine etkisini ortaya koymak amacıyla 400 katılımcı ile yürütülen bu çalışma sonucunda elde edilen bulgular literatürde yer alan çeşitli çalışmalar ile karşılaştırılmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının COVID-19 hastalığı üzerindeki etkisi araştırılırken bireysel özelliklerle birlikte değerlendirilmesinin yapılacak olan çalışmalarda daha sağlıklı sonuçlar ortaya koyacağı düşünülmektedir. Bu nedenle çalışmada çeşitli bireysel özelliklerin hastalık üzerindeki etkisine de yer verilmiştir.

Katılanların çoğunluğunu kadınların oluşturduğu çalışmada; kadınların servis ve yoğun bakım yatış yüzdeleri erkeklerden daha düşük elde edilmiştir. Ancak hastalık süresince görülen belirti durumuna göre çalışmadaki kadın katılımcıların COVID-19 hastalığını erkeklerden daha ağır geçirdiği sonucuna varılmıştır. Pijls ve arkadaşları cinsiyetin COVID-19 hastalığına bağlı, hastaneye yatış, ağır hastalık, yoğun bakım ünitesine yatış ve ölüm gibi sonuçlara olan etkisini ortaya koymak için 229 çalışmanın meta-analizini yapmışlardır. Bu analiz sonucunda çalışma ile aynı doğrultuda, enfekte erkeklerin kadınlara kıyasla hastaneye ve yoğun bakıma yatış risklerinin daha fazla olduğuna ulaşmışlardır (261). Literatürde bulunan çalışmalar ile yapılan bu çalışma sonucunda elde edilen bulgular farklılık göstermektedir. Çalışma sonucundan farklı olarak literatürde bulunan çalışmalar, COVID-19 hastalığı tanısı alan erkeklerin kadınlara göre daha şiddetli hastalık belirtileri ile karşılaştıklarını göstermektedir (262). Erkeklerin immünolojik nedenlerle hastalıktan kadınlara kıyasla daha fazla etkilendiğini gösteren çalışmalar da vardır (263). COVID-19 hastalarında karşılaşılan şiddet ve ölüm oranına göre cinsiyet farklılıklarına odaklanan bir başka çalışmada klinik şiddet sınıflandırmasına göre; COVID-19 vakası erkeklerin kadınlardan daha ciddi hasta olma eğiliminde olduğunu göstermiştir (264). Ancak hastalığın seyrinin bireylerde farklılık göstermesinde cinsiyetin tek başına bir belirleyici olarak görülmesi doğru sonuçlar ortaya çıkarmayabilir.

Çalışmada katılımcıların eğitim durumuna göre, hastalığın daha çok takip edildiği yer dağılımları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Çoğunluğunu lisans mezunlarının oluşturduğu çalışmadaki katılımcılardan hastalığı evde geçirenler daha çok lisans ve lisansüstü mezunudur. Çalışma sonuçları ile paralel olarak literatürde yer alan ve salgınlara yönelik yapılan bir çalışmada, sağlık alanında okuma yazma düzeyinin yüksek olmasının bireylerin hastalığın risk ve ciddiyet durumunun algılanması ve uygun davranışı geliştirmeleri için gerekli olduğu gösterilmiştir (265). Eğitim durumu düşük bireyler hastalık ve belirtileri ciddi olsa dahi ağırlaşmadan sağlık kurumuna başvurmamış ve hastalığın ilerlemesine neden olmuş olabilirler. Brezilya, ABD ve Güney Kore’de gerçekleştirilen çalışmalar sonucunda, eğitim düzeyi ile COVID-19 arasında bir ilişki bulunmuş ve eğitim durumu düşük olanların COVID-19 sebebiyle ölüm olasılığının daha fazla olduğu belirtilmiştir (266). Bu duruma, eğitim seviyesi düşük kişilerin genellikle daha düşük gelirli işlerde çalışmaları nedeniyle ortaya çıkan kötü beslenme, yeterli sağlık desteği alınamaması ve koruyucu ve hafifletici tedbirler konusunda yeterince bilgi sahibi olmamaları neden olmuş olabilir.

Katılımcıların çalışma durumları ile hastalık süresince hastalığın seyrini azaltmaya yönelik tedavi alma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Çalışan katılımcıların hastalığın seyrini azaltmaya yönelik tedavi alma oranı daha fazladır. Literatürde bu konuda bir çalışmaya rastlanmadığından çıkarımlarda bulunulmuştur. Çalışan katılımcılar hastalığı başkalarına bulaştırma korkusuyla daha dikkatli davranarak COVID-19 belirtileri ortaya çıktıktan kısa bir süre sonra sağlık kuruluşuna başvurmuş ve gerekli tedavileri almış olabilir. Ancak çalışmayanlar zaten evde oldukları ve bulaş riski taşımadıkları düşüncesi ile tedaviye ihtiyaç duymamış olabilir. Çalışmayanlar genellikle sigortaları olmadığından tedavi ücretlerini karşılayamamaktan çekindikleri için tedaviden kaçınmış olabilir. Ayrıca katılımcılardan çalışanlar arasında sağlık çalışanları da yer almaktadır. COVID-19 hastalığı ile mücadele etmek zorunda olan sağlık çalışanları hastalarla daha çok temas ettiklerinden ve hastalığı bulaştırma endişesiyle kendilerine ve çalışma arkadaşlarına daha fazla tıbbi müdahale uygulamış olabilirler.

Katılımcıların çalıştıkları sektör durumuna göre dağılımlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Araştırma pandeminin ilk dönemlerinde yapılmış hem kamu hem özel sektör için tek merkezli olarak devlet düzenlemeleri uygulanmış ve çeşitli pandemi kısıtlamaları getirilmiştir. Bu nedenle özel sektör ve kamu arasında ciddi farklılık ortaya çıkmamış olabilir. Ancak literatürde bu durumu

destekleyen çalışmalara rastlanmamış ve çalışılan sektörün tek başına bir belirleyici olarak görülmesi doğru sonuçlar ortaya çıkarmamış olabilir.

Çalışma sonucunda katılımcıların hanesindeki birey sayısına göre değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Bu durumun hanedeki birey sayısının COVID-19 hastalığının seyrine etkisi incelenirken cinsiyet, yaş gibi farklı faktörlerinde dikkate alınmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürde COVID-19'un seyri ile hanedeki birey sayısının ilişkisini ortaya koyan çeşitli çalışmalar vardır. Gillies ve arkadaşları yaptıkları çalışma sonucunda COVID-19 hastalığının aynı evde yalnız yaşayanların iki veya üç ve daha fazla kişi ile yaşayanlardan daha az şiddetli olduğunu ortaya koymuşlardır. Ayrıca aynı çalışmada yalnız yaşayan erkeklerin kadınlardan daha fazla risk altında olduğu bulunmuştur (267). Yang ve Aitken tarafından yapılan başka bir çalışmada, COVID-19 hastalığından ölme oranı yalnız yaşayan insanlarda 5 ve üzeri kişi ile yaşayan kalabalık hanelerden daha az bulunmuştur (268). Çalışmada hanedeki birey sayısının tek başına bir belirleyici olarak görülmesi doğru sonuçlar ortaya çıkarmayabilir.

Çalışmadaki katılımcılardan serviste yatanların, hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik tedavi alanların ve hastalık süresince görülen belirti durumuna göre hastalığı ağır geçirenlerin yaş ortancaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. COVID-19'un ağır klinik tablosu için risk faktörleri arasında başta ileri yaş (>55) gösterilebilir (269). Çin'de yapılan bir çalışmada COVID-19 hastalarında artan yaşın ölümle ilişkili olduğu bulunmuştur (270). COVID-19 hastalığı sırasında ciddi pnömoni ile karşılaşılacak ve yoğun bakımda takip edilen yani hastalığın ağır seyrettiği hastaların ileri yaş ile birlikte ortaya çıkan hipertansiyon, diyabet, kalp hastalıkları başta olmak üzere kronik hastalığı olan hastalar olduğu belirtilmektedir (206). Çağatay ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışma; COVID-19 hastalığı tanısı alan bireylerin artan yaş ile birlikte hastanede yatma oranlarının daha yüksek olduğunu bildirmiştir (271). Mao ve arkadaşları tarafından 2020 yılında 60 yaş altı ve üzeri şeklinde ayrılan COVID-19 hastaları üzerinde yapılan bir çalışmaya göre; hastalığın şiddeti, 60 yaşın altındakilerde daha hafif olduğundan bu grupta daha düşük oranda ciddi ve kritik hastayla karşılaşmıştır. Buna karşılık, antibiyotik tedavisi, intravenöz kortikosteroidler ve yardımcı ventilasyon kullanımı 60 yaş ve üzerinde daha yaygın görülmüştür (272). Bu çalışmaların sonuçları yapılan çalışma ile benzerlik göstermektedir. Çalışma sonucunda ayrıca katılımcılardan hastalığın semptomlarını daha ağır geçirenlerin yaş ortancası hafif geçirenlere göre anlamlı olarak

daha yüksek olarak bulunmuştur. Çalışma sonuçları ile paralel olarak yine Mao ve arkadaşları tarafından yapılan çalışma sonucu ileri yaştaki (60 yaş üstü) hastaların daha uzun hastalık seyri ve daha fazla solunum yetmezliği belirtileri ile karşılaştıklarını göstermiştir (272).

Çalışmadaki katılımcılardan hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik tedavi alanların oranı, sigara kullanmayanlarda kullananlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ancak literatürdeki çalışmalar yapılan bu çalışma sonucuna göre farklılık göstermektedir. Günay ve arkadaşlarının (2021) yaptıkları çalışma sonucunda hiç sigara kullanmamış olanların veya pasif maruziyeti olanların COVID-19 hastalık bulguları hafif olmasına karşın aktif içiciler veya sigarayı bırakmış olanlarda daha yüksek ağır hastalık oranlarına rastlanmıştır. Hastaların tütün kullanma durumlarına göre destek tedaviye olan ihtiyaçlarına bakıldığında eskiden tütün kullananlar ile halen aktif tütün kullananların nazal oksijen desteğine gereksinim oranları diğerlerine göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (255). Ağır olgularda yani yoğun bakıma yatan ve mekanik ventilasyon kullanımına ihtiyaç duyan hastalarda sigara içme oranının yüksek olduğu görülmüştür (273). Guan ve arkadaşları tarafından Çin’de gerçekleştirilen bir çalışma sonradan Vardavas ve Nikitara tarafından incelenmiş ve sigara içen kişilerin 2.4 kat daha yüksek yoğun bakım ünitesine ve ventilasyona ihtiyaç duyduğu veya ölümle sonuçlanan tablolarla karşılaştığı sonucuna varılmıştır (207, 274). Sigara kullanımının COVID-19 sırasında hastaneye yatış ve hastalığın ilerlemesi üzerinde bir risk faktörü olduğunu gösteren başka çalışmalar da mevcuttur (275). Çalışma sonucunun literatürden farklılık göstermesi sigara içenlerin popülasyon arasında sigara içme prevalansına dayalı olarak yeterince temsil edilememiş olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca çalışmada, katılımcılara önceki bir dönemde sigara kullanma durumları sorulmamış ve COVID-19 tanısı almadan önceki bir dönemde sigara kullanmış ancak hastalık öncesi bırakmış olan eski içiciler ile hiç içmemiş olanlar ayrılmamıştır. Katılımcılar bu soruyu yanıtlarken bu durumu göz ardı etmiş olabilir.

Çalışmadaki katılımcılardan günde 1-10 adet sigara kullananlarda günde 11 adet ve üzeri sigara kullananlara kıyasla, hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik tedavi alma durumu anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Literatürde benzer konuda yapılan çalışmalarda farklı sonuçlara rastlanmış olup bu sonuçların bazıları çalışmada elde edilen sigara kullanım durumuna göre hastalığın seyri bulguları ile paralellik göstermektedir. Lowe ve arkadaşları (2021)’nın sigara kullanımı ve kümülatif paket-yılı (günlük tüketilen

sigara adedi*sigara tüketilen toplam yıl sayısı) maruziyeti ile COVID-19 çıktılarının değerlendirilmesine yönelik yaptıkları çalışmada; kötü COVID-19 sonuçları ile paket yılı arasında doz cevap ilişkisi bulunmuştur. Buna göre hiç sigara içmeyenler ile karşılaştırıldığında, 30 paket-yılından daha fazla içenler 2.25 kat daha yüksek hastaneye yatış gerektirirken, bu ağır sigara içicilerin COVID-19 tanısını takiben 1.89 kat daha fazla ölüm riski ile karşı karşıya kalması çalışma sonuçlarından farklılık göstermektedir (276). Bahsi geçen çalışma ile çalışmamız arasındaki farkın, çalışmamızda sigara tüketiminin paket-yılı üzerinden değil, sigara kullanım süresini (ay, yıl gibi) dâhil etmeksizin yalnızca günlük tüketilen sigara miktarı üzerinden sorgulanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmadaki katılımcılardan alkol kullananlara hastalık süresince hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik ağır tedaviler uygulanmıştır. Çalışma ile paralel olarak; ABD’de yüksek riskli alkol tüketimi ile COVID-19 arasındaki ilişkiyi ortaya koymak adına Amerikalı üniversite öğrencileri arasında yapılan bir kohort çalışması sonucunda yüksek riskli alkol tüketimi, şiddetli akut solunum sendromu olan koronavirüs enfeksiyonu için daha yüksek risk ile ilişkili bulunmuştur (277). Başka bir çalışmada alkole bağlı komplikasyonları olan kişilerin COVID-19 nedeniyle hastaneye yatma ve tüm nedenlere bağlı ölüm oranı yüksek bulunmuştur (278). DSÖ verilerine göre; fazla alkol tüketimi COVID-19’un neden olduğu en ciddi komplikasyonlar arasında gösterilen ARDS olasılığını artırmaktadır (279). Çalışmada alkol kullanım sıklığına göre değişkenlerin dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durumun çalışmada alkol tüketim miktarının dikkate alınmadığından kaynaklandığı düşünülmektedir. DSÖ’ne göre alkol kullanımı için sağlığı etkilemeyen güvenli bir kullanım miktarı bulunmamaktadır (280).

Çalışmada vitamin preparatı, takviye edici ilaç ve bağışıklık sistemine destek veren ilaç veya ürünlerin kullanımı ve bu ilaç veya ürünlerin kullanım sıklığına göre değişkenlerin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılıkla karşılaşılmamıştır. Ancak bilim insanlarına göre; COVID-19 hastalığının seyrinde önemli etkenlerden birisi diğer viral enfeksiyonlarda olduğu gibi bağışıklık sisteminin ne derece güçlü olduğudur (281). Çünkü hastalık bağışıklık sistemi düşük kişilerde daha fazla görülmekte ve daha ağır seyretmektedir (282). Çeşitli literatür taramaları sonucunda virüsle savaşmamızda etkili olabilecek güçlü bir bağışıklık sisteminin COVID-19 hastalığının klinik belirtileri üzerinde olumlu etkisi olacağını öne süren farklı çalışmalara rastlanmıştır

(283). Güçlü bağışıklık sistemi için vitaminler ve takviye gıdalar oldukça önemli rol oynar. COVID-19 pandemisi ışığında, özellikle influenza benzeri viral solunum yolu enfeksiyonları üzerinde immünolojik parametrelere ilişkin kapsamlı olarak gerçekleştirilen bir meta-analizde, viral solunum yolu enfeksiyonunun etkilerine karşı vitamin ve minerallerin olası faydaları ve enfeksiyona bağlı hastalık ciddiyeti ile ilişkisine değinilmiştir (284). Vücudumuz için gerekli olan vitamin ve mineraller besinlerle sağlanamadığında bu eksikliğin takviye ilaç ve ürünlerle karşılanması yoluna gidilmektedir. Hastalık ortaya çıktığı ilk günden itibaren hastalığa karşı etkili bir tedavi yöntemi geliştirilememesi sebebiyle hastalıktan korunmak ve ağır seyrinin önüne geçmek adına uzmanlar tarafından televizyon programları ve sosyal medya aracılığıyla çeşitli vitamin preparatı, takviye edici ilaç ve bağışıklık sistemine destek veren ilaç veya ürünlerin kullanımı konusunda bilgilendirmeler yapılmıştır. Ancak oldukça fazla çeşitleri olan bu ilaç veya ürünlerden hangisi/hangilerinin COVID-19 hastalığının seyrine karşı kesin koruma sağladığı henüz kanıtlanmamış ve oldukça az sayıda ürün veya ilacın hastalık üzerinde etkili olduğu söylenilmektedir. Çalışmada katılımcılara bu ürün veya ilaçlardan hangilerini kullandıkları sorulmamıştır. Bu sebeple çalışmada bu ilaç veya ürünlerin COVID-19 hastalığının seyrine etkisine rastlanmamış olabilir.

Çalışmadaki katılımcılardan hastalığın daha çok takip edildiği yer ev olanların oranı aşı yaptıranlarda daha yüksek elde edilmiştir. Katılımcıların serviste yatış oranı ve hastalığın seyrini azaltmaya yönelik tedavi alanların oranı aşı yaptırmayanlarda daha yüksektir. Katılımcılarda hastalık süresince görülen belirti durumuna göre aşı yaptırmayanlarda hastalığın seyri aşı yaptıranlardan ağır olarak elde edilmiştir. Bilimsel çalışmalar göstermektedir ki %58 ile %95 arasında farklı etkililikler ortaya çıkartan COVID-19 aşılarının, kişilerde yoğun bakıma yatış ve ölümü önleme etkinliği %99 olarak elde edilmiştir (285). Literatürdeki çeşitli çalışma sonuçlarında COVID-19 aşılarının semptomatik vakalar ve ölümler ile hastaneye yatışları klinik olarak azalttığı bulunmuştur (286, 287). Virüs sürekli olarak mutasyona uğradığından ortaya çıkan çeşitli varyantlara karşı aşının koruma düzeyi tartışma konusu olmakla birlikte etkililiği her zaman kabul edilmektedir. ABD’de COVID-19 için geliştirilen mRNA aşılarının Omicron, Delta ve Alfa SARS-CoV-2 varyantlarına karşı klinik şiddet ve etkinliğini ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilen bir çalışmada; tüm varyantlar içinde COVID-19 hastalığı sebebiyle hastaneye gelen ve aşı yaptırmayan hastaların, aşı yaptıranlara göre önemli ölçüde daha yüksek hastalık şiddetine sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır (288). Aynı

çalışmada 2021-22 yılları kış mevsiminde Omicron varyantından hastaneye başvuruları önlemek için üç doz bir mRNA aşısı gerekli bulunmasına karşın, aynı yılın başlarında alfa ve delta varyantları için iki doz gereklilik görülmüştür (288). Ancak kişilerin çoğunluğu hangi varyant ile enfekte olduğunu bilmemesi nedeniyle çalışmada varyantların etkisi dikkate alınamamıştır.

Katılımcılardan yaptırılan aşı türüne göre hastalığın seyrini azaltmaya yönelik tedavi alanların oranı en fazla Sinovac aşısını yaptıranlarda bulunmuştur. Çalışma sonuçları ile paralel olarak literatürde yer alan çalışmalarda Sinovac aşısı yaptıranların COVID-19 ile enfekte olma ve ciddi hastalık geliştirme olasılığının daha yüksek olduğu ortaya koyulmuştur (289, 290).

Katılımcılar tarafından yaptırılan aşı dozuna göre değişkenler arasında bir farklılık bulunmazken Biontech aşısının dozuna göre hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik tedavi alma durumlarının dağılımları arasında bir farklılık bulunmaktadır. Bu farklılık özellikle Biontech yaptırmayanlar ve bir doz yaptıranlardan kaynaklanmaktadır. Katılımcılardan Biontech yaptırmayanların %56'sı, bir doz yaptıranların %35.3'ü, iki doz yaptıranların %32.4'ü, üç doz yaptıranların %5.9'u hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik tedavi almıştır. Katılımcılardan hastalığın seyrini azaltmaya yönelik tedavi alanların Biontech aşısı yaptırmayanlar olduğu sonucuna ulaşılmıştır. DSÖ verilerine göre; Biontech aşısının semptomatik SARS-CoV-2 virüsüne karşı etkinliği %95'tir ve koruyucu etki ilk dozdan 12 gün sonra başlamaktadır (291). DSÖ en iyi koruma için 21 ve 28 gün arayla iki doz olarak uygulanmasını önermektedir (291). Hong Kong'da gerçekleştirilen bir çalışma Biontech aşısı yaptıranların Sinovac aşısı yaptıranlardan on kat daha fazla antikora sahip olduğunu ortaya koymuştur (292). Yapılan başka bir çalışmada, ABD'de ilk kullanıma sunulan Biontech aşısı, kullanıma başlandığı ilk yıl önemli oranda halk sağlığı üzerinde etkili olmuş ve maliyet tasarrufu sağlamıştır. Aşının COVID-19 semptomatik vakalarda ciddi bir önlem sağladığı ve hastaneye yatış ile ölümü engellediği sonucuna varılmıştır (293). Biontech aşısının etkisini gösteren çeşitli çalışmalar yanında İsrail ve Birleşik Krallıkta gerçekleştirilen çalışmalar, takviye dozun önemine de vurgu yapmıştır. Bunun sonucunda takviye dozlar ile aşının etkinliği kısa vadede, doğrulanmış enfeksiyon ve semptomatik hastalığa karşı artacaktır (294, 295, 296). İsrail'de gerçekleştirilen ve Lancet tıp dergisinde yayınlanan bir çalışma sonucunda ise; Biontech aşısının ilk dozundan 14 gün sonra ve ikinci doz ile ortaya çıkan koruma düzeyinin enfekte olma riskine %96.5,

hastaneye yatma durumuna %98 ve mortaliteye %98.1'e oranında koruyuculuk gösterdiği belirtilmiştir (297).

Katılımcıların hastalık süresince görülen belirti durumuna göre; hastalık seyri daha ağır olanların fiziksel aktivite puanının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışma sonuçları ile paralel olarak; fiziksel aktivite davranışları ve COVID-19 belirtilerini ortaya koymak adına yapılan bir çalışma sonucunda orta yoğunlukta gerçekleştirilen fiziksel aktivitenin, daha fazla sayıda COVID-19 belirtilerine karşı koruma sağladığı ortaya koyulmuştur (298). Ayrıca fiziksel hareketsizliğin, COVID-19'un şiddetli sonuçları için yüksek bir risk faktörü olduğunu göstermek adına yapılan pek çok çalışmada, COVID-19'un ağır sonuçlarının azalmasını düzenli fiziksel aktivite ile güçlü ilişkisi bulunmuştur. Bu çalışmalarda fiziksel olarak aktif olmayan ve hastalık tanısı alan kişilerde belirtiler açısından yüksek risk ve hastane ve yoğun bakım ünitesine yatmada ve mortalite oranında artış bulunmuştur (299, 300, 301, 302). DSÖ verilerine göre; COVID-19 ile enfekte olan kişilerden önerilen şekilde fiziksel aktivite gerçekleştirenlerin hastaneye yatış, yoğun bakıma kabul ve ölüm gibi durumlarla sonuçlanan COVID-19 riski daha düşüktür (303).

Katılımcıların hastalık süresince karşılaştıkları tablo durumuna göre, COVID-19 hastalığını hafif geçirenlerin manevi gelişim puanları ve kişilerarası ilişkiler puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Çalışma sonucunda ayrıca yoğun bakımda yatanların kişilerarası ilişkiler ve manevi gelişim puanlarının yoğun bakımda yatmayanlara göre anlamlı olarak daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Bu bulgular, çalışma sonucunda elde edilen bulgular arasında bir tutarlılık olduğunu göstermektedir. Çünkü yoğun bakımda tedavi edilen hastalar genellikle ağır tablolarla karşılaşan hastalardır. Literatürde maneviyatın ve kişilerarası ilişkilerin COVID-19 hastalığı süresince karşılaşılan tablo durumuna ve yoğun bakım yatış süresine etkisini gösteren çalışmalara rastlanmamıştır. Ancak manevi bakımın; mutsuzluk, kaygı, korku ve strese neden olan beklenmedik hastalık durumları ile yoğun bakım ve acil servis gibi kritik durumlarda hastalıkların karmaşıklık ve ciddiyet derecelerinin azaltılmasında önemli rol oynadığı çalışmalar ile ortaya koyulmuştur (304, 305, 306). Bu nedenle maneviyat, salgın hastalıklar gibi beklenmedik durumlar da hastalık tanısı alan kişiler için bir umut oluşturmakla kalmaz salgının ön safhalarında tıbbi müdahaleleri yapan sağlık çalışanları içinde bir kurtuluş sağlamaktadır (307). COVID-19'un yayılımını önlemek adına alınan önlemler ve hastalıktan korunmak için uygulanan karantinalar da kişilerarası ilişkiler ve

maneviyatı olumsuz olarak etkilemiş olabilir. COVID-19 hastalarının yatırıldığı yoğun bakım ünitelerinde hem hastalardan ziyaretçilere hem de ziyaretçilerden hastalara virüsün olası viral yayılma riskini önlemek amacıyla, tanıdıkların ziyaretlerine sınırlamalar getirilmiş ve dini liderlerin desteği sağlanamamış ayrıca enfekte olan hastaların çeşitli dini törenlere katılmaları da engellenerek manevi destekten uzak kalmışlardır (308). COVID-19 hastalığı üzerinde dini toplulukların rollerini ortaya koymak için incelenen 58 makale sonucunda, COVID-19 salgınına kontrol edebilmek adına dini toplulukların ve manevi etkilerin önemli bir rol oynadığı ortaya çıkmıştır (309). İspanya gibi bazı ülkeler tarafından manevi yaklaşımların sağlık hizmetlerine dâhil edilmesi için uğraşmış ve hastalara manevi destek sağlamak açısından yakınları ile teknolojik araçlar vasıtasıyla iletişim imkânı sağlanmaya çalışılmıştır (310, 311). Bireylerde sosyal izolasyona bağlı yalnızlık ve COVID-19 endişesinin bir yıldan fazla izlendiği bir çalışmada, enfeksiyona yakalanmadan önce karşılaşılan bu psikolojik sıkıntıların ölümle sonuçlanan tablolarla ilişkili olduğu bulunmuştur (312). İnsanların hastalık sebebiyle sevdiklerinden uzak kalması ve çeşitli dini inançlarını yerine getirememiş olması psikolojik sorunlara neden olmuş olabilir. Literatürde enfeksiyon durumlarında ortaya çıkan psikolojik sıkıntıların, COVID-19 gibi üst solunum yolu enfeksiyonlarının süresi ve ağırlığı ile ilişkili olduğunu ortaya koyan çeşitli çalışmalar vardır (176, 313). Nitekim COVID-19 gibi ciddi hastalıklar insanlar üzerinde anksiyete, depresyon gibi duygusal durumlara neden olabileceğinden bağışıklık tepkisi ve iyileşme durumu azalabilmekte ve böylece hastalık ağır seyredebilmektedir (314). Çelebi'nin yaptığı çalışmada pandemiden olumsuz etkilenen bireylerin psikolojik sağlamlık seviyesi düşük olan bireyler olduğu sonucuna varılmıştır (315). COVID-19 hastalığının bulaşıcılığı sebebiyle yoğun bakım ünitelerine ziyaret kısıtlamaları getirildiğinden ve tedavi amaçlı daha az sağlık profesyoneli bulundurulduğundan hastalarla birebir iletişim azalmış olabilir. Bu gibi durumlar hastaların kendilerini daha yalnız hissetmelerine ve böylece hastalıkla tek başlarına mücadele etmek zorunda kalmalarına neden olmuş olabilir. Ayrıca bireylerin pandeminin ortaya çıkardığı sonuçlarla başa çıkma yolları araması çeşitli manevi kaynakların daha fazla araştırılmasına neden olmuştur (316). Pandemi döneminde aynı ortamı paylaşan kişilerle kurulan olumlu ilişkilerin COVID-19'un psikolojik etkileri karşısında koruyucu olduğunu ve manevi düzeydeki artışın psikolojik iyi oluş düzeylerini artırdığını gösteren çalışmalar vardır (317, 318, 319). Yapılan bu incelemeler sonucunda, maneviyatı ve kişilerarası ilişkileri gelişmiş bireylerin COVID-19 hastalığının seyri üzerinde olumlu etkilere sahip olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından olan beslenme, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ile hastalığın seyri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Literatürde beslenmenin hastalığın seyrine etkileri ile ilgili çeşitli çalışmalara rastlanmaktadır. Tavakol ve arkadaşları tarafından COVID-19 pandemisinde beslenmenin hastalığın şiddetine olan etkisini ölçmek amacıyla yapılan bir çalışmada, kümes hayvanı ve meyve tüketimi fazla olan ve az miktarda çay içeren daha sağlıklı diyet uygulayan kişilerde daha düşük hastalık şiddetine rastlanmıştır (320). Caccialanza ve arkadaşlarının çalışmasında; yetersiz beslenme görülen koronavirüs hastalarında solunum yetmezliği şikâyeti ve mekanik ventilasyon ihtiyacının hızlandığı görülmüştür (321). Ayrıca beslenmeye bağlı gelişen obezite ile ilgili yapılan bir araştırmaya göre; obez kişilerin COVID-19 tanısı alma riskleri %46, hastaneye kaldırılmaları %113, yoğun bakım ünitesinde tedavi edilme durumları ise %74 daha fazla bulunmuştur. Aynı çalışmada obez kişilerin COVID-19 karşısında daha yüksek risk taşıdığı ayrıca ölüm oranlarının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (322).

Stres yönetiminin COVID-19 hastalığının seyrine olan etkisi üzerine literatürde bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak literatürdeki çeşitli çalışmalar stres hormonu olarak bilinen kortizonun şiddetli COVID-19 hastalarında daha yüksek görüldüğünü ve kötü sonuçlar ile ilişkili olduğunu göstermektedir (314, 323, 324). Bu çalışmaların sonuçları stresin COVID-19 hastalığının seyrine olan etkisini ortaya koymaktadır. Böylece, stresle baş etmede etkili rol oynayan stres yönetiminin COVID-19 hastalığının seyri üzerinde olumlu etkisinin olduğunu söylemek mümkündür. Ayrıca stres ciddi COVID-19 hastalığının seyrini dolaylı olarak da etkileyebilir. Literatürde stresin sağlıksız beslenme sonucu obezite veya zayıflığa neden olduğunu gösteren çalışmalara rastlanmış ve bu çalışmada sağlıksız beslenmenin COVID-19 hastalığının seyri üzerindeki etkisine değinilmiştir (325). Ayrıca COVID-19'a bağlı meydana gelen psikolojik sıkıntılarda kişilerde stresi artırabilir. Enfeksiyona yakalanmadan önce kişilerde görülen psikolojik sıkıntıların COVID-19 nedeniyle ölümlerle ilişkili olabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur (312).

Literatürde sağlık sorumluluğunun COVID-19 hastalığının seyrine olan etkisini ortaya koyan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak pandemi dönemlerinde aşı ve hastalık için uygun tedavi yöntemlerinin eksikliği nedeniyle hastalıkla başetmede tek yolun önleyici davranışlar olduğu düşünülmektedir (55). Sağlık sorumluluğu ile yakın

ilişkili olan sağlık okuryazarlığı ise COVID-19 hakkında risklerin benimsenmesi ve önleyici davranışların geliştirilmesinde oldukça önemlidir (326). COVID-19 hastalığı için geliştirilen bu önleyici davranışların hem fiziksel hem de psikolojik sağlık üzerinde önemli etkisi vardır (55). Yapılan bir çalışmada, sağlık okuryazarlığının yüksek seviyelerde olmasının COVID-19'a bağlı depresyon karşısında koruyucu olduğu ortaya koyulmuştur (327). COVID-19'un sağlık okuryazarlığı konusunda yetersiz olan kişileri, sağlık konusunda önerileri doğru anlayıp uygulamamaları nedeniyle sağlık okuryazarlık düzeyi yeterli kişilere nazaran daha kötü etkilediği bildirilmiştir (328). Bu nedenle, hastalıklar üzerinde çeşitli etkilere sahip olduğu bilinen sağlık sorumluluğunun COVID-19 hastalığına etkisi konusunda gelecekte çeşitli çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Dünyada ne zaman ve ne şekilde ortaya çıkacağı bilinmeyen salgın hastalıkların şiddeti ve neden olacağı kayıpların en aza indirilerek kontrol altına alınabilmesi için kişiler ve devletler tarafından gerekli koruyucu önlemlerin alınması gerekmektedir. Salgın hastalıkların kontrol altına alınması ve en az zararla üstesinden gelinebilmesi için koruyucu önlemlerin hızlı bir şekilde hayata geçirilmesi büyük önem taşımaktadır. Ancak bütün bu önlemler alınmış olsa dahi hastalıktan kesin olarak kurtulabileceğimiz anlamına gelmemektedir. Çalışmada, yaşam biçimine bağlı oluşan hastalıklar ile bu hastalıkların neden olduğu ölümlerin engellenmesinde etkili olan kişilerin gerçekleştirdikleri sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının COVID-19 hastalığının bulaş hızı ve seyrini hafifletmek açısından oldukça önemli olduğu sonucuna varılmıştır (61). Çalışma bulguları ile birçok hastalığa ve bunların olumsuz etkilerine karşı koruyuculuğu olan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının dünyada pek çok insanın hayatını kaybetmesi ile sonuçlanan COVID-19 hastalığı üzerine etkisi literatürdeki benzer çalışmalarla desteklenmiştir. Literatürde COVID-19 hastalığı üzerine etki eden faktörlerin araştırıldığı çok sayıda çalışma bulunmasına karşın, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının hastalık üzerine etkisini ortaya koyan, Ankara ilinde yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmanın bu konuda kapsamlı yapılan ilk çalışma olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Dünyada ne zaman ve ne şekilde ortaya çıkacağı bilinmeyen salgın hastalıkların şiddeti ve neden olacağı kayıpların en aza indirilerek kontrol altına alınabilmesi için kişiler ve devletler tarafından gerekli koruyucu önlemlerin alınması gerekmektedir. Salgın hastalıkların kontrol altına alınması ve en az zararla üstesinden gelinebilmesi için koruyucu önlemlerin hızlı bir şekilde hayata geçirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle her türlü salgın hastalıkla mücadele açısından planlamalar yapılmalı, hastanelerde yeterli miktarda sağlık personeli, tıbbi cihaz ve gerekli malzeme bulundurulmalı, sağlık çalışanları ve toplum hastalıklar konusunda eğitilmelidir. Ayrıca bütün bu önlemler alınmış olsa dahi hastalıktan kesin olarak kurtulabileceğimiz anlamına gelmediğinden COVID-19 hastalığı üzerinde kişiler tarafından gerçekleştirilen ve koruyucu önlem olarak düşünülen yaşam biçimi davranışlarının önemini anlamak hastalığın bulaş hızı ve seyrini hafifletmek açısından daha etkili yollar bulmaya yardımcı olabilir. Ancak hastalığın bireylerdeki seyri üzerinde önemli olan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının demografik özelliklerle birlikte değerlendirilerek yapılacak çalışmaların daha sağlıklı sonuçlar vereceği düşünülmektedir. Bu nedenle çalışmada hastalığın seyri üzerinde etkili olduğu düşünülen çeşitli demografik özelliklerin hastalığın seyrine olan etkisine yönelik sonuçlara da yer verilmiştir.

Ankara ilinde yaşayan, sağlıklı yaşam biçimi davranışları gerçekleştirip/gerçekleştirmeyen ve COVID-19 hastalığını geçiren kişilerde hastalığın seyrini ortaya koymak amacıyla yapılan çalışmada çeşitli sonuçlar elde edilmiştir.

Çalışmaya katılan %51.75'i kadın, %66.75'i evli, %64.5'i lisans mezunu, % 71.25'i kamu çalışanı olan ve %29.75'i aynı evde dört kişi yaşayan, 19 ve 67 yaş arasındaki katılımcıların yaş ortalaması 35.1 ± 7.9 yıl olarak bulunmuştur.

Katılımcıların %67.2'si hastalığa yakalanmadan önce sigara kullanmamaktadır. Sigara kullanan katılımcıların sigara kullanım sıklığı (günlük) %51.9 oran ile en fazla 1-10 adet olarak bulunmuştur. Hastalığa yakalanmadan önce %78.8'i alkol kullanmayan katılımcıların alkol kullanım sıklığı %36.5 oran ile en fazla ayda bir olarak saptanmıştır. Katılımcıların %64.2'si hastalığa yakalanmadan önce vitamin preparatı, takviye edici veya bağışıklık sistemine destek veren ilaç ve ürünleri kullanmamasına karşın bu ürün veya ilaçlar katılımcılar tarafından en fazla %42.7 oran ile haftada bir kullanılmıştır. Katılımcıların %43.25'i hastalığa yakalanmadan önce aşı yaptırmamıştır. Aşı yaptıran

katılımcıların en fazla yaptırdığı aşı %24.75 oran ile Biontech aşısıdır. Katılımcılar tarafından yaptırılan COVID-19 aşı dozu %54 oran ile en fazla iki doz bulunmuşken Biontech aşı dozu da yine %44.7 oran ile en fazla iki dozdur.

Katılımcılarda %94.8 oran ile hastalığın takibinin daha çok yapıldığı yer ev olarak bulunmuştur. Çalışmadaki katılımcıların %5.5'inde serviste yatış ve %1.5'inde yoğun bakımda yatışa rastlanmıştır. Katılımcıların %76'sında en fazla oran ile yorgunluk (halsizlik) belirtisi görülmüştür. Çalışmada hastalık süresince görülen belirti durumuna göre hastalığın seyri katılımcıların çoğunluğunda %77 oran ile daha çok hafif olarak saptanmıştır. Katılımcıların çoğunluğu %98.5'i oran ile hastalık süresince ağır tablo ile karşılaşmamıştır. COVID-19 sürecinde hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik alınan tıbbi tedaviler incelendiğinde, katılımcıların %52.5'inin belirtilen tıbbi tedavilerden hiçbirini almadığı, COVID-19 tedavisinde kullanılan antiviral ilaçların (Favipiravir/ favimol remdesivir vb.) katılımcıların en fazla oran ile %43.5'i tarafından kullanıldığı belirlenmiştir. Hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik uygulanan tedavilere göre hastalığın seyrinin daha çok katılımcıların %97.25'inde hafif olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmaya katılan kadın katılımcıların hastalık süresince görülen belirti durumuna göre COVID-19 hastalığını erkeklerden daha ağır geçirdiği saptanmıştır.

Çalışmaya katılan katılımcılardan hastalığı evde geçirenlerin çoğunluğu, lisans ve lisansüstü mezunu olarak elde edilmiştir.

Çalışmada çalışan katılımcıların hastalığın seyrini azaltmaya yönelik tedavi alma oranı çalışmayanlardan daha fazla bulunmuştur. Ancak çalışılan sektörün hastalığın seyri üzerine herhangi bir etkisine rastlanmamıştır.

Katılımcılardan serviste yatanların, hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik tedavi alanların ve görülen belirti durumuna göre hastalığın seyri ağır olanların yaşı daha büyük bulunmuştur.

Katılımcılardan hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik tedavi alanlar, sigara kullanmayanlardan kullananlardan, günlük 1-10 adet sigara kullananlarda ise 11-20 ile 21 ve üzeri adet kullananlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Çalışmadaki alkol kullanan katılımcılara hastalık süresince hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik ağır tedaviler uygulanmıştır. Ancak çalışmada alkol kullanım sıklığının hastalığın seyrine etkisine rastlanmamıştır.

Katılımcılardan aşı yaptıranlarda yaptırmayanlara göre hastalığın daha çok takip edildiği yer ev olanların oranı daha yüksek olarak bulunmuştur. Aşı yaptırmayan katılımcılar arasında serviste yatanların, hastalığın seyrini azaltmaya yönelik tedavi alanların ve hastalık süresince görülen belirti durumuna göre hastalığın seyri ağır olanların oranı aşı yaptıranlara göre daha yüksek saptanmıştır.

Çalışmaya katılan katılımcılar arasında hastalığın seyrini azaltmaya yönelik tedavi alanların oranı en fazla Sinovac aşısını yaptıranlarda bulunmuştur.

Çalışmadaki katılımcılardan hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik tedavi alanlar daha çok Biontech aşısını hiç yaptırmayanlardır.

Katılımcılardan hastalık süresince görülen belirti durumuna göre, hastalık seyri daha ağır olanlarda fiziksel aktivite puanı anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.

Katılımcılardan hastalık süresince karşılaşılan tablo durumuna göre, hastalığı hafif geçirenlerin manevi gelişim puanları ve kişilerarası ilişkiler puanları daha yüksek saptanmıştır. Ayrıca çalışmada katılımcılardan yoğun bakımda yatanların kişilerarası ilişkiler ve manevi gelişim puanları yoğun bakımda yatmayanlardan daha düşük bulunmuştur.

Çalışma sonucunda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği alt boyutlarından olan beslenme, sağlık sorumluluğu ve stres yönetiminin COVID-19 hastalığı üzerine etkisine rastlanmamıştır.

Çalışma sonucundan elde edilen bulgular ışığında aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Çalışma sonucunda eğitim seviyesi arttıkça hastalığın daha çok, hafif bir şekilde evde geçirildiği görülmüştür. Eğitim seviyesi yüksek kişiler hastalık ve hastalığın hafifletici ve koruyucu yöntemleri açısından daha bilinçli olabilir. Bu nedenle yeni bir virüsün neden olduğu COVID-19 hakkında kişilerin bilgilendirilmesi amacıyla çeşitli yerleşim yerlerinde veya toplu kullanım alanlarında uzman kişiler tarafından eğitimler verilebilir. Ayrıca bilgilendirmeler görsel içeriklerle desteklenerek uygulamalı olarak da aktarılabilir.

- COVID-19 ya da buna benzer hastalıklarda bağışıklık sistemi gelişiminin desteklenmesi önemlidir. Bu nedenle bağışıklık sistemi gelişimini sağlayan beslenmenin böyle dönemlerde desteklenmesi daha önemli hale gelmektedir. Bu dönemde özellikle çalışmayan ve maddi imkânları olmayanlara bu konuda destek sağlanabilir.

- Hastalık için önemli bir risk faktörü oluşturan ileri yaşın COVID-19 hastalığından korunması için gerekli özen gösterilmelidir. Zorunlu olmadıkça pandemi gibi dönemlerde evden çıkmamalarını sağlamak adına beslenme ve ilaç gibi sağlık ihtiyaçlarının karşılanması için evlere görevliler gönderilebilir. Koruyucu önlemlere uymaları için başta televizyon programları aracılığıyla veya anons gibi sesli iletişim yöntemleriyle bilgilendirilmeleri önemli bir husus olabilir. Pandeminin neden olduğu ev hapsi en çok ileri yaştaki kişileri etkilemiş ve sevdiklerinden uzak kalarak daha çok yalnızlaşmışlardır. Ayrıca ileri yaş olarak nitelendirilen kişiler telefon gibi teknolojik aletlerle geç tanıştıklarından kullanım konusunda sorun yaşayabilirler. Bu gibi durumlar psikolojik olarak ileri yaştaki kişilerin kendilerini yalnız ve kötü hissetmelerine böylece bağışıklık sistemlerinin bu durumdan olumsuz etkilenmesine neden olabilir. Bu nedenle bu kişiler sosyal mesafe kuralları çerçevesinde psikolojik olarak da desteklenebilirler.

- Sigara ve alkol kullanımının zararları konusunda kişiler bilgilendirilmeli ve bu davranışları bırakmaları için çeşitli teşvik programları uygulanmalıdır.

- Hastalıkla başa çıkabilmek adına aşının hastalık üzerindeki etkilerine karşı doğru bilgi verilmeli ve kişiler aşı yaptırmaları konusunda teşvik edilmelidir. Aşının gerekli dozlarını zamanında yaptırmalarının önemi hakkında yetkililer tarafından gerekli bilgilendirmeler yapılmalıdır. Ayrıca bunu çeşitli televizyon reklamları, afişler ile

desteklemenin farkındalık açısından önem taşıdığı düşünülmektedir. Aşının ücretsiz olduğu ve herhangi bir maddi kayba neden olmayacağı konusunda topluma yeterli bilgi verilmelidir. Aşı yaptırmak isteyenlere kolaylıklar sağlanmalı prosedür ve bekleme sürelerinin fazla olmaması konusunda gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

- COVID-19 ve benzer pandemilere hızlı bir şekilde müdahale edebilmek için gerekli olan en etkili aşılardan geliştirilmesi adına her zaman yeterli bütçe ayrılmalı ve bilim insanları da bu konuda desteklenmelidir. Etkililiğinin daha yüksek olduğu çeşitli çalışmalar sonucunda kanıtlanan aşılardan uygulanmasına öncelik verilmesi de önemli bir husus olarak düşünülmektedir. Aşı çalışmaları pandemi ile savaşmada küresel bir koruma sağladığından küresel iş birliğinin önemine dikkat çekilmelidir.

- Bireylere özelliklerine uygun düzenli fiziksel aktivitenin sağlık açısından önemi anlatılmalıdır. Ayrıca fiziksel aktivitenin faydalarından yeterince bahsedilmesine rağmen yapılmaması durumunda ortaya çıkaracağı sağlık problemlerine yeterince değinilmediği düşünülmekte bu konuda da yeterli bilgilendirmeler yapılmalıdır. Bireylere küçük yaşlardan itibaren düzenli fiziksel aktivite alışkanlıkları kazandırılarak yaşam tarzı haline getirilmelidir. Bunun için ücretsiz etkinlikler düzenlenebilir ve okul, işyeri gibi insanların gün içinde zamanlarını daha çok geçirdikleri yerlere çeşitli spor salonları açılarak belirli saat aralıklarında spor programları uygulanabilir. Okullar, toplu taşıma araçları, billboardlar ve hastanelerde bu konuda çeşitli yazılı bilgilendirmeler ve görsel afişler kullanılabilir. Telefonlara sesli veya yazılı olarak hatırlatma mesajları gönderilebilir. İnsanların zorunlu olmadıkça toplu taşıma araçları kullanmamaları ve yürümeleri veya bisiklet kullanmaları için teşvikler yapılabilir. Trafikte bisikletlilere ve yayalara her zaman öncelik hakkı sağlanabilir. Özellikle yaşlı kesimin yürümesini teşvik etmek adına yürüyüş alanları artırılabilir.

- COVID-19 hastalığı bulaşıcı bir hastalık olduğundan kişilerin diğer kişilerle temasını engellemek adına uygulanan izolasyon sürecinde ve özellikle yoğun bakımda hastalarla iletişim kurabilen sağlık çalışanları kendi manevi değerlerinin etkisi altında kalmadan hastanın manevi ihtiyaçları doğrultusunda manevi destek sağlamalıdır. Bu nedenle manevi bakım sağlık hizmetlerine dâhil edilmeli ve yoğun bakımda hastalarla temas sağlayan sağlık çalışanları manevi açıdan eğitilerek kişilerin manevi bakım ihtiyacı karşılanmalıdır. Odalarda hastanın kendisini iyi hissetmesini sağlayan manevi inançları doğrultusunda semboller de bulundurulabilir.

- Yoğun bakımdaki sağlık personeli sayısı artırılarak personel başına düşen hasta sayısı azaltılabilir. Böylece hastalarla daha fazla iletişim geliştirilmesine fırsat sağlanabilir. Ayrıca psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi farklı alanlardan sağlık personeli de COVID-19 sebebiyle yoğun bakımda yatan hastalara psikolojik destek sağlamak amacıyla görevlendirilebilir.

- Hastaların yakınları ve sevdikleri ile temasını kesmek yerine özellikle yoğun bakım ünitelerinde dışarıdan konuşulanların duyulabileceği ses sistemi ile donatılmış camlı odalar kullanılabilir. Ayrıca telefon, bilgisayar gibi sesli ve görüntülü iletişim araçları ile hastaların yanlarında yakınlarının olduğunu ve yalnız olmadıklarını hissetmelerine imkân sağlanabilir.

- Ne zaman ortaya çıkacağı önceden bilinemeyen COVID-19 pandemisi gibi salgınların sağlık sistemi ve sağlık harcamaları üzerindeki etkisini hafifletmek amacıyla özellikle devlet otoriteleri tarafından bireylerin sağlıklarını korumasını sağlamak için toplum eğitilmelidir. Bu eğitimlere sağlıklı davranış alışkanlığı geliştirilmesi için öncelikle ailede başlanmalı sonrasında okullarda, iş yerlerinde bu eğitimler geliştirilmeli ve desteklenmelidir.

- COVID-19 hastalığına sebep olan virüsün yeni bir virüs olması sebebiyle hastalık hakkındaki bilgiler sürekli güncellenmektedir. Hastalığın seyri üzerinde etki eden sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının detaylı incelenmesi amacıyla gelecekte yeni çalışmalar yapılması önerilmektedir.

- Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar araştırmacının Ankara ilinde internet yoluyla ulaşabildiği katılımcılarla sınırlı olduğundan farklı yerleşim yerlerinde yaşayan bireylerle daha geniş kapsamlı çalışmalar yapılmasının alanyazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

- Keşifsel ve kesitsel bir araştırma olan bu çalışma sonucunda elde edilen bulgular sadece çalışmaya katılan katılımcılar ile sınırlı kalmaktadır. Topluma yönelik genelleme yapabilmek için gelecekte random yöntemlerle seçilen örneklemeler ile kohort çalışmalar yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

- Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının hastalığın seyrine etkisi incelenirken mutantların, viral yükün ve aşı yaptıurma durumunda göz önünde bulundurularak aynı

demografik özelliklere sahip kişiler üzerinde araştırılmasının daha doğru sonuçlar ortaya koyacağı düşünülmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Keskin C, Topuzoğlu A. Sağlığın Tanımı; Başa Çıkma, *Journal Of İstanbul Kültür University*, 2010, (3): 47-49.
2. Sungur C, Kar A, Kıran Ş, Macit M. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi: klinik sağlık hizmeti alan hastalar üzerinde bir araştırma, *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 2019, 8(15): 43–52.
3. Kumar S, Preetha G. Health promotion: an effective tool for global health. *Indian J Community Med*. 2012 Jan;37(1):5-12. doi: 10.4103/0970-0218.94009. PMID: 22529532; PMCID: PMC3326808.
4. Yıldırım EN, Uyar M. Bulaşıcı Hastalıkların Türkiye’de ve Dünyada Güncel Durumu ve Türkiye’de Bulaşıcı Hastalık Kontrol Programları, *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2022, 31(4): 254-263 doi:10.17827/aktd.1129146.
5. World Health Organization [WHO] Avrupa Bölge Ofisi, Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025. Ankara, 2017 Erişim Tarihi: 01.11. 2022.
6. Boutayeb A. The Burden of Communicable and Non-Communicable Diseases in Developing Countries. *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures*. 2010:531–46. doi: 10.1007/978-0-387-78665-0_32. PMCID: PMC7122505.
7. Şanlı K. İnfluenza Virüsü ve Domuz Gribi, *JOPP Dergisi*, 2010, 2(1): 4-12.
8. Sandalcı B, Uyaroğlu OA, Sain Güven G. COVID-19’da kronik hastalıkların rolü, önemi ve öneriler. *FLORA* 2020;25(5).
9. Parıldar H. Tarihte Bulaşıcı Hastalık Salgınları, *Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi* 2020, 30(Ek sayı):19-26 DOI:10.5222/terh.2020.93764.

10. National Institute of allergy and infectious diseases, 2016
<https://www.niaid.nih.gov/research/infectious-diseases> adresinden ulaşıldı. Erişim Tarihi: 04.01.2023
11. Kılıç O. Tarihte Küresel Salgın Hastalıklar ve Toplum Hayatına Etkileri, Fırat Üniversitesi, Tüba Yayınları, 2020: 17-57. DOI: 10.53478/TUBA.2020.024.
https://tuba.gov.tr/files/yayinlar/bilim-ve-dusun/TUBA-978-605-2249-46-8_Ch4.pdf Erişim Tarihi: 28 Mart 2022.
12. Yelboğa N, Aslan ŞB. Sosyal Sorun Olarak Salgın Hastalıklar ve Sosyal Çalışmanın Halk Sağlığını Koruma/Geliştirme Görevi, *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 2020, 4(1): 43-49.
13. Yıldırım S. Salgınların Sosyal-Psikolojik Görünümü: Covid-19 (Koronavirüs) Pandemi Örneği. *Turkish Studies*, 2020: 15(4), 1331-1351.
14. Artvinli F. Pandemi ve COVID-19, Selim Badur, O. Şadi Yenen, Editör, Ayrıntı Yayınları, İstanbul, 2020: 129-150.
15. Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması. Covid-19 (Sars-coV2) Enfeksiyonu Rehberi. Genel bilgiler, epidemiyoloji ve tanı, 2020. <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66337/genel-bilgiler-epidemioloji-ve-tani.html> adresinden alındı. Erişim Tarihi: 12 Kasım 2021
16. VanderWeele TJ. Chen Y. Long K. Kim ES. Trudel-Fitzgerald C. Kubzansky LD. Positive Epidemiology? *Epidemiology*. 2020; (31),2;189-192.
17. Morens DM. Folkers GK. Fauci AS. What Is a Pandemic? *JID* 2009;200 (1 October);1081-1021.
18. Pender NJ, Walker SN, Madeleine JK. Health Promoting Lifestyle o Older Adults: Comparations With Young and Middle Aged Adults, Correlates and Patterns. *Advanced Nursing Science*, 1988: 11 (1), 76- 89.

19. World Health Organization [WHO]. The constitution of the WHO. WHO Chronicle; 1947, 1: 29.
20. Pender NJ, Barkauskas VH, Hayman L, Rice VH, Anderson Et. Health Promotion and Disease Prevention: Toward Excellence in Nursing Practice and Education. Nursing Outlook, 1992, 40 (3): 106-112.
21. Eroğlu, E. Covid-19'un Ekonomik Etkilerinin ve Pandemiyle Mücadele Sürecinde Alınan Ekonomik Tedbirlerin Değerlendirilmesi, *International Journal of Public Finance*, 2020, 5(2): 211-236.
22. Başpınar A, Özvarış-Bahar Ş. Covid-19'un Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri Üzerine Etkileri. Sağlık ve Toplum 2021;31 (2) 3-13.
23. Küçükali A, Çınar O. Akademisyenlerin Kovid-19 Algısı, *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2020, 24 (4): 1633-1654.
24. Berk Y, Öner S, Sarıkaya M. Covid-19 Pandemi Sürecinde Fiziksel Aktivitenin Yaşam Kalitesi ve Duygu Durum Üzerine Etkisinin İncelenmesi, *Journal of ROL Sports Science*, 2021, 2(2): 52-64.
25. Kurt ME. COVID-19 (Corona-Virus-Diseas) ile kişisel koruyucu önlemleri yeniden düşünmek, 2020: 4(2),72-77. DOI:10.34084/bshr.728856.
26. Öztekin A, Üner S, Eren N. Halk sağlığı kavramı ve gelişmesi, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2012: 2-24
27. Esin MN, Aktaş E. Çalışanların sağlık davranışları ve etkileyen faktörler: sistematik inceleme, *Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2012, 20 (2): 166-176.
28. Somunoğlu S. Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi. İçinde Tatar M (editör). Sağlık Kurumları Yönetimi-1, 1. Baskı. Eskişehir Anadolu Üniversitesi Web-Ofset, 2012: 2-26.

29. T.C. Sağlık Bakanlığı [SB]. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü. World Health Organization, 1. Baskı. Ankara, 2011 Bakanlık Yayın No: 814. ISBN: 978-975- 590-361-3.
30. Aydın N. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, *Black Sea Journal of Health Science*. 2019, 2(1): 21-29.
31. Ulutürk S. Sağlık ekonomisi, sağlık statüsü, sağlığın ölçülmesinde kullanılan ölçütler ve önemi: Türkiye örneği. *Finans Politik & Ekonomik Yorumlar*, 2015: 67-61.
32. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2005, 9(2): 26-34.
33. Resmî Gazete. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, 27 Mayıs 1949 tarihli, 7217 sayılı, 1949.
34. Akbulut G, Özmen M, Besler T. Çağın hastalığı obezite, *TÜBİTAK Bilim ve Teknik Dergisi*, 2007: 2-15.
35. Coşansu G, Demirezen E, Erdoğan S. Adölesanlarda obezite sıklığı ve ilişkili faktörler: Bir okul sağlığı çalışması, *Hemşirelik Formu Dergisi*, 2005, 1(5): 15-21.
36. Değerli H, Yiğit A. Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyinin belirlenmesi, *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 2020, 11: 573-586.
37. Rootman I, Goodstadt M, Potvin L. ve Springett J. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanındaki değerlendirmeler: ilkeler ve bakış açıları, T.C. Sağlık Bakanlığı temel sağlık hizmetleri genel müdürlüğü, 1. Baskı. Ankara, Anıl Matbaacılık, 2011.
38. Esin MN. Sağlığı Geliştirme. İstanbul Üniversitesi açık ve uzaktan eğitim fakültesi, Hemşirelik Lisans Programı. İstanbul, 2010: 23-38.

39. Fidler DP. SARS: Political pathology of the first post-Westphalian pathogen, *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 2003: 485–505.
40. Perdue WC, Stone LA, Gostin LO. The Built Environment and its Relationship to the Public's Health: The Legal Framework, *American Journal of Public Health*, 2003, 93(9): 1390-1394.
41. Fertman C, Allensworth D, Aulde ME. Sağlığı Geliştirme Programlarının Tanımı. İçinde: Sağlığı Geliştirme Programları, Işıtman NM, (çeviri editörü). 1. Baskı, Ankara, Sağlık Bakanlığı, 2012: 3-29
<https://sggm.saglik.gov.tr/Eklenti/30355/0/sagligi-gelistirme-programlaripdf.pdf>
42. Lalonde MA. New perspective on the health of Canadians, minister of supply and services Canada 1981, Ottawa, 1974: 57-72.
43. Breslow L. From disease prevention to health promotion, *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281(11): 1030–1033.
44. T.C. Sağlık Bakanlığı [SB]. Sağlığı Geliştirme Programları, 2012.
<https://sggm.saglik.gov.tr/Eklenti/30355/0/sagligi-gelistirme-programlaripdf.pdf>.
adresinden alındı. Erişim tarihi: 14 Aralık 2021.
45. Short ES, Mollborn S. Sosyal Belirleyiciler ve Sağlık Davranışları: Kavramsal Çerçeveler ve Ampirik Gelişmeler, ABD Ulusal Tıp Kütüphanesi Ulusal Sağlık Enstitüleri (PMC), 2015, 5:78-84 DOI: 10.1016/j.copsyc.2015.05.002.
46. Adak N. Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme, Birey Yayıncılık, İstanbul, 2002.
47. Giddens A. Sosyoloji (Yayına Haz.: Cemal Güzel), Ayraç Yayınevi, Ankara, 2005.
48. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2002.

49. Armstrong D. Sağlıkla ilgili davranış probleminin kökenleri: şecere araştırması. Soc Stud Sci. 2009; 39 (6), 909–926.
50. Zaybak, A. ve Fadiloğlu, Ç. Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2004, 20(1): 77-95.
51. County Health Rankings. Health Behaviors, 2022. <https://www.countyhealthrankings.org/explore-health-rankings/measures-datasources/county-health-rankings-model/health-factors/health-behaviors>. Erişim Tarihi: 03.01.2023.
52. Mukamal KJ. The effects of smoking and drinking on cardiovascular disease and risk factors. Alcohol Res Health. 2006;29(3):199-202. PMID: 17373409; PMCID: PMC6527044.
53. Yuan S, Chen J, Ruan X, vd. Smoking, alcohol consumption, and 24 gastrointestinal diseases: Mendelian randomization analysis. eLife 12: e84051, 2023.
54. Kasl SV, Cobb S. Health Behavior, Illness Behavior and Sick-Role Behavior: I Health and Illness Behavior. Archives and Environmental Health, 1966: 12(2), 246-266.
55. Karaköse S, Akçınar B. COVID-19 Önleyici Sağlık Davranışları ile İlgili Faktörlerin İncelenmesi. 2021: 9(21), 619-636. DOI: 10.7816/nesne-09-21-09.
56. Arıkan A. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi: Üniversite Öğrencileri Arasında Bir Araştırma, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2020.
57. Korkut-Owen F, Demirbaş-Çelik N. Yaşam boyu sağlıklı yaşam ve iyilik hali. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 2018: 10(4), 440-453. DOI:10.18863/pgy.364108.

58. Corbin CB, Welk GJ, Corbin WR, Welk K. Concepts of Fitness and Wellness: A Comprehensive Lifestyle Approach, 9th ed. St. Louis, McGraw-Hill, 2010.
59. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health promoting lifestyle profile development and psychometric characteristics, Nurs Res, 1987: 36-76.
60. American College of Lifestyle Medicine,
<https://lifestylemedicine.org/#:~:text=Applying%20the%20six%20pillars%20of,effective%20prevention%20for%20these%20conditions>. Erişim tarihi: 10.04.2022.
61. Savucu Y. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, *Spor ve Rekreasyon Araştırmaları Dergisi*, 2020, 2 (1): 34-43.
62. Walker S, Hill-Polerecky D. Psychometric Evaluation of the Health-Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript. Omaha, University of Nebraska Medical Center, 1996.
63. Ecevit Alpar Ş, Sabuncu N, Şenturan L. Hemşirelik yüksekokulu 1.sınıf öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. 2.Uluslararası-9.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitabı. 2003:70.
64. Tekir Ö. Hipertansiyon Hastalarına Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2005:21.
65. Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N. Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği, *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2012, 6: 13-21.
66. Demir Avcı Y. Kişisel Sağlık Sorumluluğu, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2016: 15 (3), 259-266.

67. Ata E. Hemşirelik Eğitim Programının Öğrencilerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Gelişimine ve Yaşam Kalitesine Etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.
68. Yalçınkaya M. Gök Özer F. Yavuz Karamanoğlu, A. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bull. 2007; 6(6):409-420.
69. Aksoy M. Gebe Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Medipol Üniversitesi, 2018.
70. Mansur F, Ertaş Ş. Covid-19 Sürecinde bireylerin sağlıklı yaşam farkındalıklarının incelenmesi, *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2022, 7(1): 43-64, 7.
71. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Halk Sağlığı Kavramı <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/hakkinda/kavram.php> adresinden alındı. Erişim Tarihi: 05.11.2022.
72. Çapık C, Gözüm S. The effect of web-assisted education and reminders on health belief, level of knowledge and early diagnosis behaviors regarding prostate cancer screening. *Eur J OncolNurs*.2012;16(1):71-7.
73. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: a systematic re-view and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012: 12(80), 1-13.
74. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD (Ed). Sağlık okuryazarlığı sağlam kanıtlar. Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği, 2015.
75. Gönen-Şentürk S. The Importance of Self-Management Strategies and The Role of Nurses in The Management of Chronic Diseases, *Eurasian Journal Of Health Sciences*, Derleme Makalesi, 2021, 4(1): 9-13.

76. Turner A, Anderson JK, Wallace LM, Bourne C. An evaluation of a self-management program for patients with long term conditions. *Patient Educ Couns*. 2015; 98(1): 213–219.
77. Ditewig JB, Blok H, Havers J, Van Veenendaal H. Effectiveness of self-management interventions on mortality, hospital readmissions, chronic heart failure hospitalization rate and quality of life inpatients with chronic heart failure: A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2010, 78(1):297–315. 42.
78. Lee CS, Moser DK, Lennie TA, Riegel B. Event-free survival in adults with heart failure who engage in self-care management. *Heart&Lung*. 2011, 40 (1):12-20.
79. Alphan E. Hastalıklarda beslenme tedavisi. 1. Baskı, Hatipoğlu Yayınları, Ankara, 2013.
80. Çakır B. Sağlıklı Yaşam: Gündelik Hayatta Karşılaştığımız Sağlık Risklerini Azaltabilir miyiz? *Ankara Med J*, 2017; (3), 179- 88.
81. Curtis LJ, Bernier P, Jeejeebhoy K, et al. Hastane yetersiz beslenme maliyetleri. *Klinik Nutr*. 2017; 36 (5):1391-1396. DOI: 10.1016/j.clnu.2016.09.009.
82. Dilber A, Dilber F. Koronavirüs (COVID-19) salgınının bireylerin beslenme alışkanlıkları üzerindeki etkisi Karaman ili örneği, *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*, 2020, 8 (3): 2144-2162.
83. Tayar M, Korkmaz NH. Beslenme Sağlıklı Yaşam. Ankara: Nobel Yayın, 2. Baskı, 2007.
84. World Health Organization [WHO], Regional Office for the Eastern Mediterranean. Nutrition advice for adults during the COVID-19 outbreak, 2022. <http://www.emro.who.int/nutrition/nutrition-infocus/nutritionadvice-for-adults-during-the-covid-19-outbreak.html> adresinden alındı. 02 Şubat 2022.

85. Ezzati M, Riboli E. Behavioral and Dietary Risk Factors for Noncommunicable Diseases. N Engl J Med 2013: 369, 954- 64.
86. Soylu M. Sağlıklı beslenme-sağlıklı süt. I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi Özet Kitabı. Muğla, 2006: 37
87. Yaşar-Kuru R, Üstün-Aytekın Ö. COVID-19 ve beslenme arasındaki ilişkiye güncel bir bakış. Akademik Gıda, 2021: 19(1), 108-115.
88. World Health Organization [WHO]. Healthy diet, 2020. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>. 20 Mart 2022 adresinden alındı. Erişim Tarihi: 18.02.2022.
89. Oşar Z. Beslenme ve metabolizmada temel kavramlar. Oşar Z, Erkan T. Sağlıkta ve Hastalıkta Beslenme. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi No:41, 2004: 13-17. 14.
90. World Health Organization [WHO], 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> adresinden alındı. Erişim tarihi: 20.11.2022.
91. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Fiziksel Aktivite, 2017 <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/fiziksel-aktivite/fiziksel-aktivite-nedir.html#:~:text=Fiziksel%20aktivite%20g%C3%BCnl%C3%BCk%20ya%C5%9Fam%20i%C3%A7erisinde,yorgunlukla%20sonu%C3%A7lanan%20aktiviteler%20olarak%20tan%C4%B1mlanabilir> adresinden alındı. Erişim Tarihi: 24.10.2022
92. World Health Organization [WHO]. Fiziksel Aktivite, 2022. https://www.who.int/health-topics/physical-activity#tab=tab_2 adresinden alındı. Erişim tarihi: 10.04.2022.
93. ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı. Amerikalılar için Fiziksel Aktivite Yönergeleri, 2. baskı. Washington, DC: ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı; 2018.

94. Laddu DR, Lavie CJ, Phillips SA, Arena R. Physical activity for immunity protection: Inoculating populations with healthy living medicine in preparation for the next pandemic. *Progress in cardiovascular diseases*, 2021: 64, 102.
95. De Sousa RAL, Hagenbeck KF, Arsa G, Pardono E (2020). Moderate/high resistance exercise is better to reduce blood glucose and blood pressure in middle-aged diabetic subjects. *Revista Brasileira de Educação Fsica e Esporte*, 34(1), 165-175.
96. Nieman DC, Henson DA, Austin MD, Sha W. Fiziksel olarak zinde ve aktif yetişkinlerde st solunum yolu enfeksiyonu azalır. *Br. J. Spor Med.* 2011; 45:987-992. doi: 10.1136/bjism.2010.077875.
97. Nieman DC, Wentz LM. Fiziksel aktivite ve vücudun savunma sistemi arasındaki zorlayıcı bağlantı, *Spor ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2019, 8(3): 201-217.
98. Paffenbarger RS. Jr, Hyde RT, Wing AL. The association of changes in physical activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men, 1993: 328, 538-45.
99. Simpson RC, Lowder TW, Spielmann G, Bigley AB, LaVoy EC, Kunz H. Egzersiz ve yaşlanma bağışıklık sistemi. *Yaşlanma Res Rev*, 2012: 11 (3), 404 – 420.
100. elik F, Yenal TH. COVID-19 ve Hareketsiz Yaşam, *Akdeniz Spor Bilimleri Dergisi*, 2020, 3 (2). DOI: 10.38021/asbid.804705.
101. Yardım N. Enfeksiyon Hastalıklarında Beslenme ve Fiziksel Aktivite. *Sağlık ve Toplum, zel Sayı*, 2020.
102. Cufta M. Stres ve dini inanç, *Pamukkale Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2016, (3): 50-70.
103. Güçlü N. Stres Yönetimi, *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2001, 21: 91-109.

104. Balcıoğlu İ. Medikal Açıdan Stres ve Çareleri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi No:47, 2005.
105. Nuşin-Akbaş F. (2020). Hastalık Stresi Sizi Koronavirüs'e Karşı Açık Hale Getirebilir. <https://medipol.com.tr/kurumsal/haberler/medyada-medipol/hastalik-stresi-sizi-koronaviruse-karsi-acik-hale-getirebilir>. 02 Ocak 2022.
106. Batıgün Durak A, Hisli Şahin N, Demirel E. Bedensel hastalıkları olan bireylerde stres, kendilik algısı, kişilerarası tarz ve öfke ilişkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, S.22, 2011: 245-54.
107. Simmons SP, Simmons JC. *Duygusal zekayı ölçmek*. New York: Summit Yayın Grubu; 1997.
108. Chida Y, Hamer M, Wardle J, Steptoe A. Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? *Nature Clinical Practice Oncology*, 2018, 5: 466-475.
109. Harvard University Medical School (2016). *Stress Management: Enhance Your Well-Being By Reducing Stress and Building Resilience*. Harvard Health Publishing, 53.
110. Akdemir N, Birol L. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. 2.basım, Ankara, 2004.
111. Tutar H. Kriz ve Stres Yönetimi, Stresle başa çıkma. Ankara, 1.Baskı, Seçkin Yayıncılık, 2004.
112. Nyklíček I, Mommersteeg PMC, Van Beugen S, Ramakers C, Van Boxtel GJ. Mindfulness-based stress reduction and physiological activity during acute stress: A randomized controlled trial. *Health Psychology*, 2013; Vol 32(10): 1110-1113.
113. Pender NJ. *Health promoting in Nursing Practice*. Norwalk, California, 2 nd Ed., 1987.

114. Velioğlu P, Pektekin Ç, Şanlı T. Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Ders Kitapları. 1991. <http://www.aof.anadolu.edu.tr/kitap/EHSM/1208/unite05.pdf>.
115. Umberson D, Montez JK. Sosyal ilişkiler ve sağlık: sağlık politikası için bir parlama noktası. *J Health Soc Behav*. 2010;51 Ek(Ek):S54-S66.
doi:10.1177/0022146510383501
116. Wellman B, Wortley S. Farklı İnsanlardan Farklı Darbeler: Topluluk Bağları ve Sosyal Destek. *Ben J Sociol*, 1990.
117. Leigh-Hunt N, Bagguley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, Caan W. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 2017; 152, 157-171.
118. Eryiğit- Günler O. Sosyal Sermaye, Sağlık ve Hastalık. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 2014; 16 (26), 107-113.
119. Ruberman W, et al. Miyokard enfarktüsünden sonra mortalite üzerindeki psikososyal etkiler. *NEJM*. 1984;311:552-9.
<https://doi.org/10.1056/NEJM198408303110902>
120. Williams RB, vd. Anjiyografik olarak belgelenmiş koroner arter hastalığı olan ve tıbbi olarak tedavi edilen hastalarda sosyal ve ekonomik kaynakların prognostik önemi. *JAMA*. 1992;267:5204.
<https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480040068032>
121. Sravanti L. Kişilerarası ilişkiler: Bir toplumun yapı taşları, 2017. DOI: 10.4103/2Fpsychiatry.IndianJPsychiatry_70_17
https://www.healthline.com/health/interpersonal-relationships#TOC_TITLE_HDR_1

122. Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 2010; 40(2), 218-227.
123. Luo Y, Hawkley LC, Waite LJ ve Cacioppo JT. Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 2012; 74(6), 907-914.
124. Hermanson, K. 'COVID yorgunluğu' sert vuruyor. UC Davis Sağlık psikoloğu, bununla mücadele etmenin de zor olduğunu söylüyor, 2020 <https://health.ucdavis.edu/news/headlines/covid-fatigue-is-hitting-hard-fighting-it-is-hard-too-says-uc-davis-health-psychologist/2020/07>. 21 Ocak 2022 adresinden alındı. Erişim tarihi: 05.01.2022
125. Boztilki M, Ardiç E. Maneviyat ve Sağlık. G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN 2017; 3 (Ek sayı): 39-45.
126. Delgado-Guay MO, Hui D, Parsons HA, Govan K, De la Cruz M, Thorney S, Bruera E. Spirituality, religiosity, and spiritual pain in advanced cancer patients, *Journal of Pain and Symptom Management*, 2011, 41(6): 986-94.
127. McSherry W, Ross L. editors. *Spiritual Assessment in Healthcare Practice*. M&K Publishing, 2010.
128. Boscaglia N, Clarke DM, Jobling TW, Quinn MA. The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. *Int J Gynecol Cancer*, 2005, 15 (5): 755-761.
129. Frick E, Riedner C, Fegg M, Hauf S, Boraio GD. A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences. *Eur J Cancer Care*, 2006, 15 (3): 238-243.
130. Woods TE, Ironson GH. Religion spirituality in the face of illness: How cancer, cardiac, and HIV patients describe their spirituality /religiosity. *J Health Psychol*. 1999, 4 (3): 393-412.

131. Koenig HG. Religion, spirituality and health: an American physician's response. *Med J Aust*, 2003, 178 (2): 51-52.
132. Meraviglia M. Effects of spirituality in breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum*, 2006, 33 (1): 1- 7.
133. Narayanasamy A. Spiritual coping mechanisms in choronic illness: A qualitative study. *Br J Nurs*, 2003, 11: 1461-1470.
134. Baldacchino D. Nursing competencies for spiritual care. *J Clin Nurs*. 2006, 15 (7): 885-896.
135. Meraviglia MG. The effects of spirituality on well-being of people with lung cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2004 Jan-Feb;31(1):89-94. doi: 10.1188/04.ONF.89-94. PMID: 14722592
136. Narayanasamy A. Spiritual coping mechanisms in chronic illness: a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2004 Jan;13(1):116-7. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00834.x. PMID: 14687302.
137. Akıncı H. Madde bağımlılığı ve manevi destek, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, Yalova: Yalova Üniversitesi, 2017.
138. Moreira-Almeida A, Lotufo-Neto F, Koenig HG, Lotufo Neto F, Koenig HG. Dindarlık ve ruh sağlığı: Bir gözden geçirme. *Rahip Sütyen. Psikolog*, 2006: 28, 242–250. doi: 10.1590/S1516-44462006005000006.
139. Guimarães HP ve Avezum Á. Fiziksel ruh halinize etkisi. *Rahip Psikiatr. Klinik*. 2007: 34, 88–94. doi: 10.1590/S0101-60832007000700012
140. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Avezum Á. Dini, Ruhsal ve Doenças Kardiyovasküler. *Rev Bras Cardiol*. 2011: 24, 55–57.

141. Öztürk R. Yeni Normal Dönemde Salgın ile Mücadele Politikaları ve Hazırlık Çalışmaları. İçinde: Şeker M, Özer A, Korkut C. (editörler). *Küresel Salgının Anatomisi İnsan ve Toplumun Geleceği*, 1 Baskı. Ankara, TDK, 2020: 77-94.
142. Şahin F, Demir S. Virüsler, Viral Pandemileri Etkileyen Faktörler ve Sonuçları. İçinde: Şeker M, Özer A, Korkut C. (editörler). *Küresel Salgının Anatomisi İnsan ve Toplumun Geleceği*, 1 Baskı. Ankara, TDK, 2020: 55,76.
143. T.C. Sağlık Bakanlığı [SB]. COVID-19 aşısı bilgilendirme platformu, 2022. <https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-77694/sikca-sorulan-sorular.html?Sayfa=1>. Erişim Tarihi: 27 Şubat 2022.
144. Düzgün M, Dalgıç A. Toplum sağlığı için giderek artan bir tehlike aşı reddi önlenbilir mi?. *Güncel Pediatri*. 2019; 17(3):424-34.
145. Direk EE, Weinbaum CM, Fiore AE. et al. Amerika Birleşik Devletleri'nde hepatit B virüsü enfeksiyonunun bulaşmasını ortadan kaldırmak için kapsamlı bir aşılama stratejisi: Bağışıklama Uygulamaları Danışma Komitesi'nin (ACIP) bölüm II tavsiyeleri: yetişkinlerin aşılınması. *MMWR Tavsiye Tem*. 2006; 55: (RR-16) 1-3317159833.
146. Markowitz LE, Dunne EF, Saraiya M. ve ark. Dört değerlikli *insan papilloma virüsü* aşısı: Bağışıklama Uygulamaları Danışma Komitesi'nin (ACIP) tavsiyeleri. *MMWR Tavsiye Tem*. 2007;56:(RR-2) 1-2417380109
147. Okyay P. COVID-19 aşı çalışmaları, Türk Tabipler Birliği. COVID-19 pandemisi altıncı ay değerlendirme raporu,2020: 228-252.
148. Wang M, Han X, Fang H, Xu C, Lin X, Xia S, Yu W, He J, Jiang S, Tao H. Impact of Health Education on Knowledge and Behaviors toward Infectious Diseases among Students in Gansu Province, China. *Biomed Res Int*. 2018: 6397340. doi: 10.1155/2018/6397340. PMID: 29707573; PMCID: PMC5863350

149. Sarıgöl F, Üser Ü, Öztoprak N. Seroprevalence and risk factors in HIV/AIDS patients coinfecting with syphilis. *Klinik Derg.* 2019; 32(2): 161-4. Turkish; Şahiner
150. Şahiner F, Kenan Ş. Human Papilloma Virüs Enfeksiyonları, Risk Faktörleri ve Koruyucu Önlemler, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2013, Cilt. 12 Sayı 6, s715-722. 8s
151. Steijvers LCJ, Brinkhues S, Hoebe CJPA, vd. Social networks and infectious diseases prevention behavior: A cross-sectional study in people aged 40 years and older. *PLoS One*. 2021, 16(5):e0251862. doi: 10.1371/journal.pone.0251862. PMID: 34010363; PMCID: PMC8133464
152. Lindsay Smith G, Banting L, Eime R, O'Sullivan G, van Uffelen JGZ. The association between social support and physical activity in older adults: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017 Apr 27;14(1):56. doi: 10.1186/s12966-017-0509-8. PMID: 28449673; PMCID: PMC5408452
153. Jain A, van Hoek AJ, Boccia D, Thomas SL. Lower vaccine uptake amongst older individuals living alone: A systematic review and meta-analysis of social determinants of vaccine uptake. *Vaccine*. 2017 Apr 25;35(18):2315-2328. doi: 10.1016/j.vaccine.2017.03.013. Epub 2017 Mar 27. PMID: 28343775
154. Akgün M. COVID-19 Pandemisi Sürecinde Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2021.
155. Grantz KH ve ark., 1918 pandemisinde Chicago'da sosyodemografik faktörlerle ilgili influenza mortalitesi ve bulaşmasındaki eşitsizlikler. *Proc Natl Acad Sci USA*, 2016: 113, 13839–13844
156. Maruyama T, Fujisawa T, Suga S ve ark, Outcomes and prognostic features of patients with influenza requiring hospitalization and receiving early antiviral therapy: a prospective multicenter cohort study, 2016: 149 (2), 526-534.

157. Papadimitriou-Olivgeris M, Gkikopoulos N, Wust M, et al. Predictors of mortality of influenza virus infections in a Swiss Hospital during four influenza seasons: role of quick sequential organ failure assessment, 2020: 74, 86-91.
158. Alberts B, Johnson A, Lewis J, Raff M, Roberts K, Walter P. Protein function. Molecular Biology of the Cell. 4th edition: Garland Science; 2002.
159. Pérez-López FR, Chedraui P, Haya J, Cuadros JL. Effects of the Mediterranean diet on longevity and age-related morbid conditions. *Maturitas* 2009; 64:67-79.
160. 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.
161. Rytter MJ, Kolte L, Briend A, Friis H, Christensen VB. Yetersiz beslenen çocuklarda bağışıklık sistemi - sistematik bir derleme. *PLoS Bir.* 2014; 9 (8): e105017. DOI: 10.1371/journal.pone.0105017.
162. Honce R, Schultz-Cherry S. Impact of obesity on influenza A virus pathogenesis, immune response, and evolution. *Front Immunol.* 2019;10;10:1071
163. Fezeu L, Julia C, Henegar A, Bitu J, Hu FB, Grobbee DE, et al. Obesity is associated with higher risk of intensive care unit admission and death in influenza A (H1N1) patients: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2011;12(8):653-9.
164. 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.*, 123, 2019: 65-70.
165. Paulsen J, Askim A, Mohus RM, et al. Associations of obesity and lifestyle with the risk and mortality of bloodstream infection in a general population: a 15-year follow-up of 64 027 individuals in the HUNT Study *Int. J. Epidemiol.*, 2017: 46 (5) (), pp. 1573-1581

166. Chastin SFM, Abaraogu U, Bourgois JG, et al. Effects of Regular Physical Activity on the Immune System, Vaccination and Risk of Community-Acquired Infectious Disease in the General Population: Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Med.* 2021;51(8):1673-1686. doi: 10.1007/s40279-021-01466-1.
167. Wood S, Harrison SE, Judd N. *et al.* The impact of behavioural risk factors on communicable diseases: a systematic review of reviews. *BMC Public Health*, 2021: 21, 2110. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12148-y>
168. Arcavi L ve Benowitz NL. Cigarette smoking and infection. *Arch Intern Med.* 2004, 164(20):2206–2216. doi: 10.1001/archinte.164.20.2206.
169. Huttunen R, Heikkinen T, Syrjanen J. Smoking and the outcome of infection. *J Intern Med.* 2011, 269(3):258–269. doi: 10.1111/j.1365-2796.2010.02332.x
170. Carter BS, Abnet CC, D Feskanich D, et al. Smoking and Mortality — Beyond Established Causes 372, 2015, s. 631 - 640,10.1056/nejmsa1407211
171. Morojele NK, Shenoj SV, Shuper PA, Braithwaite RS, Rehm J. Alcohol Use and the Risk of Communicable Diseases. *Nutrients.* 2021; 13(10):3317. <https://doi.org/10.3390/nu13103317>
172. Rehm J, Baliunas D, Borges GLG, Graham K, Irving H ve diğ. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: An overview *Addiction* 2010: 105, 817 - 843 10.1111/j.1360-0443.2010.02899.x
173. Samokhvalov A, Irving H, Rehm J. Alcohol consumption as a risk factor for pneumonia: A systematic review and meta-analysis. *Epidemiology & Infection* 2010: 138 (12),1789-1795. doi:10.1017/S0950268810000774.
174. Cohen S, Janicki-Deverts D, Miller GE. Psikolojik Stres ve Hastalık. *JAMA*, 2007: 298, 1685–1687.

175. Çifçi A. Ağır Hastalıklarla Başa Çıkma Dinin Rolü,(Kanser Hastalığı Örneği) Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2007.
176. Cohen S, Tyrrell DAJ, Smith AP. Psychological stress and susceptibility to the common cold. *N Engl J Med.* 1991;325(9):606-612. doi:10.1056/NEJM199108293250903.
177. Cohen S, Janicki-Deverts D, Doyle WJ, et al. Chronic stress, glucocorticoid receptor resistance, inflammation, and disease risk. *Proc Natl Acad Sci USA* 2012;109:5995–9.
178. Pedersen AF, Zachariae R, Bovbjerg DH. Psychological stress and antibody response to influenza vaccination: a meta-analysis. *Brain Behav Immun*, 2009;23:427-33. doi:10.1016/j.bbi.2009.01.004 pmid:19486657.
179. Glaser R, Kiecolt-Glaser JK, Bonneau RH, Malarkey Wi Kennedy S, Hughes, J. Rekombinant. Stress-induced modulation of the immune response to recombinant hepatitis B vaccine. *Psychosomatic Medicine*, 1992, 54(1): 22-29.
180. Ironson G, Stuetzle R, Fletcher MA. An increase in religiousness/spirituality occurs after HIV diagnosis and predicts slower disease progression over 4 years in people with HIV, *Journal of General Internal Medicine*, 2006, 21(Suppl 5): 62–68. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00648.x
181. Umman D, Riley LW. Bulaşıcı hastalıklar, din ve maneviyat. İçinde: Umman D, editör. *Din ve maneviyat halk sağlığı için neden önemlidir?* Cham: Springer; 2018. sayfa 153–163.
182. Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, de Groot RJ, Drosten C, Gulyaeva AA, Haagmans BL, Lauber C, Leontovich AM, Neuman W, Penzar D, Perlman S, Poon LLM, Samborskiy DV, Sidorov IA, Sola, I, Ziebuhr J. Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus—The species and its viruses, a statement of the Coronavirus Study Group, 2020.

183. T.C. Sağlık Bakanlığı [SB], 2020. <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66494/pandemi.html> Erişim Tarihi: 24 Nisan 2022 adresinden alındı. Erişim tarihi: 25.04.2022
184. World Health Organization [WHO]. Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11 March 2020, 2020. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> adresinden alındı Erişim Tarihi: 24 Nisan 2022 adresinden alındı. Erişim Tarihi: 10.11.2021
185. Hasöksüz M, Kılıç S, Saraç F. Coronaviruses and SARS-CoV-2, *Turkish Journal of Medical Sciences*, 2020, (50): 549-556.
186. Carrasco-Hernandez R, Jacome R, Vidal L, Leon P. Are RNA Viruses Candidate Agents for the Next Global Pandemic. A Review, *ILAR Journal*, 2017, 58(3): 343-358.
187. Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA), Covid-19 Pandemi Değerlendirme Raporu, Ankara, 2020.
188. T.C. Sağlık Bakanlığı [SB]. COVID-19 Bilgilendirme Platformu, 2022. <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66300/covid-19-nedir-.html>. 10 Kasım 2021.
189. Peker Ş, Kurnaz Ay M, Girgin Ş, Topuzoğlu A, Save D. Aseptomatik COVID-19 olgularda bulaştırıcılığın ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi, *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 2022, 7(1):162-76.
190. Akın L, Gözel MG. Understanding dynamics of pandemics. *Turk J Med Sci.*, 2020: 50, 515-9 <https://doi.org/10.3906/sag-2004-133> adresinden alındı.
191. Walls AC, Park YJ, Tortorici MA, Wall A, McGuire AT, Veasler D. Structure, Function, and Antigenicity of the SARS-CoV-2 Spike Glycoprotein. *Cell*. 2020: 181(2), 281-92.

192. Petersen E, Gökengin D. SARS-CoV-2 epidemiology and control, different scenarios for Turkey. *Turk J Med Sci.* 2020; 50, 509- 14.
193. Poutanen, SM. Human Coronaviruses. *Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases*, 2018: 1148–1152.e3.
194. Gaunt ER, Hardie A, Claas EC, Simmonds P, Templeton KE. Epidemiology and clinical presentations of the four human coronaviruses 229E, HKU1, NL63, and OC43 detected over 3 years using a novel multiplex real-time PCR method, *Journal of clinical microbiology*, 2010, 48(8): 2940–2947.
195. World Health Organization [WHO]. Laboratory testing for coronavirus disease 2019 (COVID-19) in suspected human cases. Interim guidance 1-7, World Health Organization, 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331501>
196. Temel A, Ateş A, Eraç B. COVID-19 pandemisinde mikrobiyolojik tanı yöntemleri, *Türk Mikrobiyol Cemiy Derg.* 2021;51(2):99-108.
197. Altaş AB, Coşgun Y, Bayrakdar F, Korukluoğlu G, Kılıç S. İnfluenza Tanısında Kullanılan Hızlı Tanı Kitlerinin rT-PCR yöntemi İle Karşılaştırılması, *J Biotechnol and Strategic Health Res.* 2020;4(3):277-282.
198. Ün H. Coronaviridae virus ailesi: Genel bir değerlendirme. *J Adv VetBio Sci Tech.* 2020; 5(1), 1-12.
199. T.C. Sağlık Bakanlığı [SB], 2020. <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66135/1-yeni-koronavirus-sars-cov-2-nedir.html> adresinden alındı. Erişim Tarihi: 13.02.2022
200. Kuru T, Asrat D. Update on virological, epidemiological and diagnostic aspects of Sars-Corona Virus (SARS-CoV): A newly emerging virüs, *Ethiopian Journal of Health Development*, 2004, 18(1): 52-54.

201. Zu ZY, Jiang MD, Xu PP, Chen W, Ni QQ, Lu GM, Zhang LJ. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): a perspective from China. *Radiology*. 2020; 296(2):E15-E25. <https://doi.org/10.1148/radiol.2020200490> 10.1148/radiol.2020200490.
202. Alimohamadi Y, Sepandi M, Taghdir M, Hosamirudsari H. Determine the most common clinical symptoms in COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis. *J Prev Med Hyg*. 2020 Oct 6;61(3):E304-E312. doi: 10.15167/2421-4248/jpmh2020.61.3.1530. PMID: 33150219; PMCID: PMC7595075.
203. World Health Organization [WHO]. Coronavirus disease (COVID-19), 2022. https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_3 adresinden alındı. Erişim Tarihi: 20.10.2022.
204. Ayoğlu H. COVID-19 Hastalarında Yoğun Bakım Yaklaşımı. *Türk Diyab Obez* 2020;2: 183-193.
205. Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması. Covid-19 (Sars-coV2) Enfeksiyonu Rehberi, Erişkin hasta tedavisi, 2022. <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66926/eriskin-hasta-tedavisi.html> adresinden alındı. Erişim Tarihi: 13.05.2022.
206. Rollas K, Şenoglu N. Covid-19 Hastalarının yoğun bakım ünitesinde yönetimi, *Tepecik Eğit.ve Araşt. Hast. Dergisi*, 2020, 30(Ek sayı):142-55.
207. Guan WJ, et al., Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China, *New England Journal of Medicine*, 2020, 382(18): 1708-1720.
208. Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması. Covid-19 (Sars-coV2 Enfeksiyonu Rehberi, Ağır Pnömoni, ARDS, Sepsis ve Septik Şok Yönetimi, 2021. <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/40781/0/covid-19rehberiagirpnomoniardssepsisveseptiksokkyontemipdf.pdf> adresinden alındı. Erişim tarihi: 28.05.2022

209. Şener A. COVID-19 (SARS Cov-2) tedavisi, *Biyoteknolojik ve Stratejik Sağlık Araştırmaları Dergisi (Journal of Biotechnology And Strategic Health Research)*, 2020, 1(Özel Sayı): 97-104.
210. World Health Organization [WHO]. Q&A on coronaviruses (COVID-19), 2021. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses>. 10 Nisan.2021.
211. Li XY, Du B, Wang YS, Kang HYJ, Wang F, Sun B, et al. The keypoints in treatment of the critical coronavirus disease 2019 patient. *Zhonghua jiehe he huxi zazhi*. 2020;43(4):277-81
212. Administration D. remdesivir EUA Letter of Authorization. 2020. <https://www.fda.gov/media/137564/download>. Erişim Tarihi: 29 Kasım 2021.
213. Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması. Covid-19 (Sars-coV2) Enfeksiyonu Rehberi, 2020. file:///C:/Users/HKN/Downloads/covid19_rehberi_13nisanpdf%20(1).pdf Erişim Tarihi: 13 Haziran 2021.
214. Şirin H, Özkan, S. Dünyada ve Türkiye’de COVID-19 Epidemiyolojisi, *Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi (Journal of Ear Nose Throat and Head Neck Surgery)*, 2020, 28(Suppl): S6-S13.
215. Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *The Lancet*, 2020, 6736(20): 1–10.
216. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, 2021 <https://www.titck.gov.tr/haber/kamuoyunun-dikkatine-13012021185623> adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 08.11.2022.
217. World Health Organization [WHO]. Vaccine efficacy, effectiveness and protection, 2021. <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/vaccine-efficacy-effectiveness-and-protection> Erişim Tarihi: 09 Mart 2022.

218. Boyacı İ. Türkiye sağlık sisteminin dönüşümü: Covid-19 pandemisi ile mücadele sürecinde sağlık reformlarına yeniden bakış, *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Covid-19 Sosyal Bilimler Özel Sayısı, 2019, 37: 59-80. ORCID: 0000-0002-5327-0499.
219. Ahmadi R. Koronavirüs Pandemisinin (Kovid-19) Toplumsal Etkileri / Social Effects of Coronavirus (Covid-19) Pandemic, *bilar: Bilim Armonisi Dergisi*, 2020, 3 (2): 65-72. doi: 10.37215/bilar.800484.
220. Karataş Z. COVID-19 Pandemisinin Toplumsal Etkileri, Değişim ve Güçlenme, *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 2020, 4(1): 3-15.
221. İçişleri Bakanlığı, 2020. Koronavirüs Ek Tedbirleri Genelgesi. <https://www.icisleri.gov.tr/koronavirus-ektedbirleri-genelgesi> Erişim Tarihi: 15 Nisan 2022.
222. Marangoz M, Kırılı Özen E. Covid-19 Pandemi Sürecinin Farklı Alanlarda Dijitalleşmeye Etkileri: Kavramsal Bir Değerlendirme, *Hitit Ekonomi ve Politika Dergisi*, 2021, 1(1).
223. Lange KW. COVID-19'da ruh sağlığı sorunları ve güvenilir veri ihtiyacı. *Mov Nutr Health Dis*, 2020: 4, 64–69. <https://www.movement-nutrition.de/article/view/28>
224. Wilke J, Mohr L, Tenforde AS, Edouard P, Fossati C, González-Gross M. et al. A pandemic within the pandemic? Physical activity levels substantially decreased in countries affected by Covid-19. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18:2235. doi: 10.3390/ijerph18052235
225. Korkmaz Aslan G, Kılınç E, Kartal A. The effect of COVID-19 pandemic on lifestyle-related behaviours in Turkey: A web-based cross-sectional study. *Int J Nurs Pract*. 2022 Oct;28(5):e13053. doi: 10.1111/ijn.13053. Epub 2022 Mar 30. PMID: 35354223; PMCID: PMC9111392

226. Schäfer (AA, Santos LP, Quadra MR, Dumith SC, Meller FO. Alcohol Consumption and Smoking During Covid-19 Pandemic: Association with Sociodemographic, Behavioral, and Mental Health Characteristics. J Community Health. 2022 Aug;47(4):588-597. doi: 10.1007/s10900-022-01085-5. Epub 2022 Mar 25. PMID: 35334032; PMCID: PMC8951656
227. Yıldız A, Bulut S. COVID-19 pandemi döneminde sağlık hizmetleri kullanımının değerlendirilmesi, Türkiye Klinikleri J Health Sci. 2021: 6(4), 928-38.
228. Aydın K. Küresel salgın sonrasında sağlık hizmetlerinin ve ekonomisinin geleceği, küresel salgının anatomisi: insan ve toplumun geleceği. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2020, 100-114. DOI: 10.53478/TUBA.2020.027. https://tuba.gov.tr/files/yayinlar/bilim-ve-dusun/TUBA-978-605-2249-46-8_Ch4.pdf . 28 Mart 2022
229. Anadolu ajansı [AA], (2020a). Türkiye'nin koronavirüsle mücadele politikasına 'Bilim Kurulu' yön veriyor. <https://www.aa.com.tr/tr/koronavirus/turkiyenin-koronavirusle-mucadele-politikasinabilim-kurulu-yon-veriyor/1777215> Erişim Tarihi: 6 Mayıs 2020
230. T.C. Sağlık Bakanlığı [SB]. Hayat Eve Sığar, 2020. <https://hayatevesigar.saglik.gov.tr/> Erişim Tarihi: 15 Aralık 2021.
231. Altinkaya Z. 2020 coronavirus pandemisinde Avrupa Birliği sağlık politikaları ve neoliberalizm: İtalya örneği, *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 2020, 10 (20): 1-31.
232. Sarıyıldız AY, Paşaoğlu MT, Yılmaz ME. Türkiye, Çin, ABD, Fransa sağlık sistemleri ve COVID-19 politikaları, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2021, 10(2): 314 – 327.
233. Avacant, Covid-19'un Sektörlere Göre Etki Raporu <https://info.avasant.com/coronavirus-impactindex-by-industry>, 2020.

234. Balcı Y, Çetin G. COVID-19 Pandemi Sürecinin Türkiye'de İstihdama Etkileri Ve Kamu Açısından Alınması Gereken Tedbirler, *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Covid-19 Sosyal Bilimler Özel Sayısı 2019, 37 Bahar (Özel Ek): 40-584.
235. Yağcı E. Dünyada Pandeminin Etkileri Ve Davranışsal Finans Kapsamındaki Değişiklikler, *Sakarya İktisat Dergisi*, 2022, 11(2): 182-205.
236. Bingül-Ak B, Türk A, Ak R. Covid-19 Bağlamında Tarihteki Büyük Salgınlar ve Ekonomik Sonuçları, *Turkish Studies*, 2020: 15(4), 189-200. <https://dx.doi.org/10.7827/TurkishStudies.44242>
237. Babaoğlu AB, Tekindal M, Büyükuysal MÇ, Tözün M, Elmalı F, Bayraktaroğlu T, Tekindal MA. Epidemiyolojide Gözlemsel Çalışmaların Raporlanması: STROBE Kriterlerinin Türkçe Uyarlaması. *Med J West Black Sea*. 2021;5(1):86-93.
238. Lange KW. COVID-19'un önlenmesi ve güvenilir veri ihtiyacı. *Mov Nutr Health Dis*, 2020: 4, 53 – 63.
239. Samadizadeh S, Masoudi M, Rastegar M, Salimi V, Shahbaz MB, Tahamtan A. COVID-19: Why does disease severity vary among individuals? *Respir Med*. 2021 Apr-May;180:106356. doi: 10.1016/j.rmed.2021.106356. Epub 2021 Mar 5. PMID: 33713961; PMCID: PMC7934673.
240. Syangtan G, Bista S, Dawadi P, Rayamajhee B, Shrestha LB, Tuladhar R, Joshi DR. Asymptomatic SARS-CoV-2 Carriers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Public Health*. 2021 Jan 20;8:587374. doi: 10.3389/fpubh.2020.587374. PMID: 33553089; PMCID: PMC7855302.
241. Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. 2020;323(11):1061–1069. doi:10.1001/jama.2020.1585.

242. Zhang JJ, Dong X, Cao YY ve et al. Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan. *European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI)*, 2020; 75 (7). <https://doi.org/10.1111/all.14238>.
243. Chudzik M, Pływaczewska-Jakubowska M, Babicki M, Kapusta J, Jankowski P. Lifestyle, course of COVID-19, and risk of Long-COVID in non-hospitalized patients. *Front Med (Lausanne)*. 2022 Oct 24;9:1036556. doi: 10.3389/fmed.2022.1036556. PMID: 36353225; PMCID: PMC9637668.
244. Luo S, Liang Y, Wong THT, Schooling CM, Au Yeung SL. Identifying factors contributing to increased susceptibility to COVID-19 risk: A systematic review of Mendelian randomization studies. *Int. J. Epidemiol.* 2022, 51, 1088–110.
245. Liu Y, Yan LM, Wan L, Xiang TX, Le A, Liu JM, Peiris M, Poon LLM, Zhang W. Viral dynamics in mild and severe cases of COVID-19. *Lancet Infect. Dis.* 2020, 20, 656–657.
246. Ellinghaus D, Degenhardt F, Bujanda L, Buti M, Albillos A, Invernizzi P, Fernández J, Prati D, Baselli G, Asselta R et al. The severe Covid-19 GWAS group genomewide association study of severe Covid-19 with respiratory failure. *N. Engl. J. Med.* 2020, 383, 1522–1534.
247. Gursel M ve Gursel I. Is global BCG vaccination-induced trained immunity relevant to the progression of SARS-CoV-2 pandemic? *Allergy* 2020, 75, 1815–1819.
248. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. COVID-19 Hastalığı için Risk Grubunda Olan Kronik Hastalıklar. Erişim adresi: <https://shgm.saglik.gov.tr/TR65809/COVID-19-hastaligi-icin-risk-grubunda-olan-kronik-hastaliklar.html> adresinden alındı. Erişim Tarihi: 15 Haziran 2022
249. Karagöz Y. *SPSS-Amos- Meta Uygulamalı İstatistiksel Analizler*, 2. Baskı. Ankara, Atlas Akademik Basım Yayın Dağıtım Tic. Ltd. Şti. 2019: 313

250. World Health Organization [WHO], <https://covid19.who.int/data> adresinden alındı. Erişim Tarihi: 05.01.2022
251. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2021 <https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=n%C3%BCfus> adresinden ulaşıldı. Erişim Tarihi: 01.05.2021.
252. Özdamar K. Modern Bilimsel Araştırma Yöntemleri. 116-118. Eskişehir: Kaan Kitabevi, 2003.
253. Fleiss JL, Levin B, Paik MC. Statistical Methods for Rates and Proportions. Third Edition. John Wiley & Sons. New York.
254. Newcombe RG. 1998. 'Two-Sided Confidence Intervals for the Single Proportion: Comparison of Seven Methods.' *Statistics in Medicine*, 17, pp, 1998: 857-872.
255. Günay S, Ünsal E, Argüder, Kılıç H, Er M, Çelenk Ergüden H, Hezer H ve ark. Tütün bağımlılığının COVID-19 ağırlığı üzerine etkisi, *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 2021, 35(1): 22-31.
256. Karaca B. Erişkin Yaş Grubunda COVID-19 Klinik Bulguları, *J Biotechnol and Strategic Health Res.* 2020;1(Özel Sayı):85-90.
257. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008: 12.
258. Ballıel N. İbni Sina hastanesi hemşirelerinde sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları ve ilişkili faktörler, sağlık bilimleri enstitüsü, Halk sağlığı anabilim dalı, Yüksek lisans tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2009.
259. Tekin S, Demirtürk N. [COVID-19: Risk factors increasing disease and scoring]. *Klimik Derg.* 2021;34(3):155-5.

260. Kanıta dayalı tıp merkezi. SARS-CoV-2 viral load and the severity of COVID-19, 2020. <https://www.cebm.net/covid-19/sars-cov-2-viral-load-and-the-severity-of-covid-19/> Erişim Tarihi: 10 Ağustos 2022.
261. Pijls BG, Jolani S, Atherley A, Dijkstra JIR, Franssen GHL, Hendriks S, Yi-Wen Yu E, Zalpuri S, Richters A, Zeegers MP. Temporal trends of sex differences for COVID-19 infection, hospitalisation, severe disease, intensive care unit (ICU) admission and death: a meta-analysis of 229 studies covering over 10M patients. *F1000Res.* 2022 Jan 5;11:5. doi: 10.12688/f1000research.74645.1. PMID: 35514606; PMCID: PMC9034173.
262. Yılmaz A, Kaçaroğlu D, Atıcı Y, ŞAmandar- Aydaş H. Covid-19’da Cinsiyet Hormonlarının İmmün Yanıt Üzerine Etkileri, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2021, 47 (3): 477-482. DOI: <https://doi.org/10.32708/uutfd.1003159>
263. Yıldırım C. COVID-19: Cinsiyet bağlamında değerlendirme | COVID-19: toplumsal cinsiyet bağlamında değerlendirme, *Toplum ve Bilim/ Science & Society*, 2020: 2, 94-97.
264. Jin JM, Bai P, He W, Wu F, Liu XF, Han DM, Liu S, Yang JK. Gender Differences in Patients With COVID-19: Focus on Severity and Mortality, 2020 <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00152>
265. Özkan S, Tüzün H, Dikmen AU, & İlhan MN. Salgınlarda Toplum Davranışı ve Sağlık Okuryazarlığı, *Biotechnology and Strategic Health Research Dergisi*, 2020, 4: 105-110.
266. Sharma AK, Gupta R, Baig VN ve diğerleri. Hindistan’da eğitim durumu ve COVID-19 ile ilgili sonuçlar: hastane temelli kesitsel çalışma *BMJ Açık* 2022; 12: e055403 DOI: 10.1136/bmjopen-2021-055403.
267. Gillies CL, Rowlands AV, Razieh C, Nafilyan V, Chudasama Y, Islam N, Zaccardi F, Ayoubkhani D, Lawson C, Davies MJ, Yates T, Khunti K. Association between household size and COVID-19: A UK Biobank observational study. *J R Soc Med.*

2022 Apr;115(4):138-144. doi: 10.1177/01410768211073923. Epub 2022 Feb 4. PMID: 35118908; PMCID: PMC8972956.

268. Yang FJ, Aitken N. People living in apartments and larger households were at higher risk of dying from COVID-19 during the first wave of the pandemic, 2021. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2021001/article/00004-eng.htm> adresinden alındı. Erişim Tarihi: 14.02.2023.
269. Alhazzani W, Moller MH, Arabi YM, et al. Surviving Sepsis Campaign: Guidelines on the Management of Critically Ill Adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Crit Care Med*. 2020; 48 (6), 440-469.
270. 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 Mar 28;395(10229):1054-1062. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30566-.
271. Çağatay A, Arslan Ü, Koyuncu S, Savaş AY. Acil Servise Başvuran Covid-19 Tanısı Almış Hastalarda Vaka Ölüm Oranlarının İncelenmesi (Türkiye'deki Bir Devlet Hastanesi Örneği), *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi (GÜSBD)*, 2022, 11 (1): 1-10.
272. Mao B, Liu Y, Liang S, et al. Association between age and clinical characteristics and outcomes of COVID-19. *Eur Respir J* 2020; 55: 2001112 <https://doi.org/10.1183/13993003.01112-2020>.
273. Sönmez Ö, Atam-Taşdemir Z, Kara HV, Akçay Ş. Covid 19 ve tütün, *Eurasian Journal of Pulmonology*, 2020: 22-27 <https://www.solunum.org.tr/TusadData/userfiles/file/EJP-EK-SAYI-COVID19-27042020.pdf>.
274. Vardavas, CIN, Katerina. COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence. *Tobacco Induced Diseases*, 2020: 18(20).

275. Patanavanich R, Glantz SA. Smoking is Associated with COVID-19 Progression: A Meta-Analysis, *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 2020. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa082>.
276. Lowe KE, Zein J, Hatipoğlu U, Attaway A. Association of Smoking and Cumulative Pack-Year Exposure With COVID-19 Outcomes in the Cleveland Clinic COVID-19 Registry. *JAMA Intern Med*. 2021;181(5):709–711. doi:10.1001/jamainternmed.2020.8360
277. Kianersi S, Ludema C, Macy JT, Chen C, Rosenberg M. Relationship between high-risk alcohol consumption and severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) seroconversion: a prospective sero-epidemiological cohort study among American college students. *Addiction*. 2022 Jul;117(7):1908-1919. DOI: 10.1111/add.15835. Epub 2022 Feb 22. PMID: 35129232; PMCID: PMC9111375.
278. Bailey KL, Sayles H, Campbell J, Khalid N, Anglim M, Ponce J, Wyatt TA, McClay JC, Burnham EL, Anzalone A, Hanson C. COVID-19 patients with documented alcohol use disorder or alcohol-related complications are more likely to be hospitalized and have higher all-cause mortality. *Alcohol Clin Exp Res*. 2022 Jun;46(6):1023-1035. doi: 10.1111/acer.14838. Epub 2022 May 2. PMID: 35429004; PMCID: PMC9111368.
279. Arpacioğlu S, Ünübol B. Investigation of Changes in Alcohol-Smoking Usage and Related Situations in the Coronavirus Outbreak, *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry & Psychology*, 2020, 2(3): 128-38.
280. World Health Organization [WHO], 2023. <https://www.who.int/europe/news/item/04-01-2023-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health#:~:text=The%20World%20Health%20Organization%20has,that%20does%20not%20affect%20health> adresinden alındı. Erişim Tarihi: 12.02.2023.

281. Çağlayan Tunç A, Zorba E, Çingöz YE. COVID-19 Salgını Döneminde Egzersizin Yaşam Kalitesine Etkisi, *Uluslararası Güncel Eğitim Araştırmaları Dergisi (UGEAD)*, Haziran, 2020, 6(1): 127-135.
282. Kartal A, Ergin E, Kanmış HD. Suggestions about Healthy Nutrition and Physical Fitness Exercise During COVID-19 Pandemic, *Eurasian Journal Of Health Sciences*, 2020, 3 (COVID-19 Special Issue):149-155.
283. Butler MJ, Barrientos RM. The impact of nutrition on COVID-19 susceptibility and long-term consequences. *Brain Behav Immun*. 2020 Jul;87: 53-54. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.040. Epub 2020 Apr 18. PMID: 32311498; PMCID: PMC7165103.
284. Jayawardena R, Sooriyaarachchi P, Chourdakis M, Jeewandara C, Ranasinghe P. COVID-19'a özel vurgu yaparak viral enfeksiyonlarda bağışıklığın artırılması: bir inceleme. *Diyabet Metab Syndr*. (2020) 14:367–82. doi: 10.1016/j.dsx.2020.04.01
285. Uzun K. Covid-19 Salgınında Aşı. Erişim Adresi: <http://www.drkursatuzun.com/wp-content/uploads/2021/08/Covid-19-ve-Asilar.pdf>, 2021 Erişim Tarihi: 15.01.2022.
286. Moghadas SM, Vilches TN, Zhang K, et al. The impact of vaccination on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreaks in the United States. *Clin Infect Dis*. 2021;73(12):2257–2264.
287. Özgen E, Yazicioğlu B, Bilgin M, Oruç MA. 2023. Effect of covid-19 vaccination on hospitalizations. *BSJ Health Sci*, 6(2): 246-252.
288. Luring AS, Tenforde MW, Chappell JD, Gaglani M, Ginde AA, McNeal T et al. Amerika Birleşik Devletleri'nde omicron, delta ve alfa SARS-CoV-2 varyantlarından covid-19'a karşı mRNA aşılarının klinik şiddeti ve etkinliği: ileriye dönük gözlemsel çalışma *BMJ* 2022; 376: e069761 doi:10.1136/bmj-2021-069761

289. Premikha M, Chiew CJ, Wei WE ve diğ. Karşılaştırmalı Etkililik of mRNA ve İnaktif Tam Virüs Aşıları, Coronavirus Hastalığı 2019 Enfeksiyonu ve Singapur'da Ağır Hastalık, *Clinical Infectious Diseases*, Cilt 75, Sayı 8, 2022: 1442–1445, <https://doi.org/10.1093/cid/ciac288>
290. Martina EM, Joshua N, Lin Y, Wong JY ve diğ. Vaccine effectiveness of one, two, and three doses of BNT162b2 and CoronaVac against COVID-19 in Hong Kong: a population-based observational study, Volume 22, Issue 10, 2022: 1435-1443. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00345-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00345-0)
291. World Health Organization [WHO]. Pfizer BioNTech (BNT162b2) COVID-19 aşısı: Bilmeniz gerekenler, 2022. <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/who-can-take-the-pfizer-biontech-covid-19-vaccine-what-you-need-to-know> Erişim Tarihi: 25.03.2022
292. Euronews (2021). Research: BioNTech's Covid-19 vaccine produces 10 times more antibodies than Sinovac <https://tr.euronews.com/2021/07/29/arast-rma-biontech-in-covid-19-as-s-snovac-a-gore-10-kat-daha-fazla-antikor-uretiyor> Erişim Tarihi: 03.04.2022
293. Fusco MD, MArczell K, Deger KA, Moran MM, Wiemken TL, Cane A, Boisvilliers S, Yang J, Vaghela S, Roiz j. Public health impact of the Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine (BNT162b2) in the first year of rollout in the United States, *Journal of Medical Economics*, 2022, 25. <https://doi.org/10.1080/13696998.2022.207142>
294. Bar-On YM, Goldberg Y, Mandel M, Bodenheimer O, Freedman L, Kalkstein N, Mizrahi B, Alroy-Preis S, Ash N, Milo R. İsrail'de COVID-19'a karşı BNT162b2 aşısı güçlendiricisinin korunması. *N Engl J Med*. 2021: 385(15), 1393–400.
295. Patalon T, Gazit S, Pitzer VE, Prunas O, Warren JL, Weinberger DM. SARS-CoV-2 için pozitif test olasılığında kısa vadeli azalma; BNT162b2 aşısının iki dozu ile üç dozu arasında bir karşılaştırma. *medRxiv*. 2021: 384-403.

296. Andrews N, Stowe J, Kirsebom F, Gower C, Ramsay M, Bernal JL. İngiltere'de Covid-19 ile ilgili semptomlara karşı BNT162b2 (Comirnaty, Pfizer-BioNTech) COVID-19 güçlendirici aşının etkinliği: negatif vaka kontrol çalışmasını test edin. Medrxiv. 2021: 397,1646.
297. Haas EJ, Angulo FJ ve diğerleri, Impact and effectiveness of mRNA BNT162b2 vaccine against SARS-CoV-2 infections and COVID-19 cases, hospitalisations, and deaths following a nationwide vaccination campaign in Israel: an observational study using national surveillance data. The Lancet, VOLUME 397, ISSUE 10287, 2021: 1819-1829. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00947-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00947-8)
298. Zeigler Z, Lawrence J, Jamison A, Salzano P. Fiziksel Aktivite Davranışları ve COVID-19 Belirtileri. OBM Bütünleştirici ve Tamamlayıcı Tıp 2021; 6(3): 027; doi: 10.21926/obm.icm.2103027
299. Sallis R, Young DR, Tartof SY ve diğerleri. Fiziksel hareketsizlik, ciddi COVID-19 sonuçları için daha yüksek bir risk ile ilişkilidir: 48 440 yetişkin hastada yapılan bir çalışma, *İngiliz Spor Hekimliği Dergisi*, 2021, 55: 1099-110.
300. Brawner CA, Ehrman JK, Bole S, Kerrigan DJ, Parikh SS, Lewis BK, Gindi RM, Keteyian C, Abdul-Nour K, Keteyian SJ. Maksimal Egzersiz Kapasitesinin Coronavirüs Hastalığına Sekonder Hastaneye Yatışla Ters İlişkisi 2019. Mayo Clin Proc. 2021 Ocak;96(1):32-39. doi: 10.1016/j.mayocp.2020.10.003. Epub 2020 10 Ekim. PMID: 33413833; PMCID: PMC7547590
301. Salgado AR, Pérez-Castellano N, Núñez-Gil I. et al. COVID-19 Mortalitesi Üzerinde Değiştirici Bir Faktör Olarak Temel Fiziksel Aktivitenin Etkisi: Tek Merkezli, Geriye Dönük Bir Çalışma. Infect Dis Ther 10, 801-814 (2021). <https://doi.org/10.1007/s40121-021-00418-6>
302. Latorre-Román PA, Guzman-Guzman IP, Delgado-Floody P, Sanchez JH, Aragon-Vela J, Pinillos FG, Montilla JAP. İspanyol popülasyonlarında COVID-19 semptomlarıyla tutarlı solunum patolojilerinin şiddeti/süresi ile COVID-19 hapsi

öncesi fiziksel aktivite modellerinin koruyucu rolü, *Spor Hekimliği Araştırması Dergisi*, 2021. <https://doi.org/10.1080/15438627.2021.1937166>

303. World Health Organization [WHO]. Considering physical activity and COVID-19, 2022. <https://www.who.int/europe/activities/considering-physical-activity-and-covid-19> adresinden alındı Erişim Tarihi: 05.11.2022.
304. Abu-El-Noor N. Yoğun bakım hemşirelerinin yaşamın sonundamanevi bakım algıları ve uygulamaları: Politika değişikliği için çıkarımlar, *Online Journal of Issues in Nursing*, 2016, 21 (1): 1-10. 10.3912/OJIN.Vol21No01PPT05
305. Azarsa T, Davoodi A, Khorami Markani A, Gahramanian A, Vargaei A. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Manevi İyilik Hali, Manevi Bakıma Yönelik Tutum ve Manevi Bakımla İlişkisi, *Bakım Bilimleri Dergisi*, 2015, 4(4): 309-320. 10.15171/jcs.2015.031
306. Pierce A, Hoffer M, Marcinkowski B, Manfredi RA, Pourmand A. Emergency Department Approach To Spirituality Care İn The Era Of COVID-19, *Amerikan Acil Tıp Dergisi*, 2020. 10.1016/j.ajem.2020.09.026
307. Anne L, Daniel P. Sağlık Çalışanlarının Maneviyatı ve COVID-19 Anlamı, Merhamet, İlişki, 2021: 326(16), 1577-1578. DOI: 10.1001/jama.2021.16769
308. Langer T, Depalo FC, Forlini C, et al. Communication and visiting policies in Italian intensive care units during the first COVID-19 pandemic wave and lockdown: a nationwide survey. *BMC Anesthesiol* 22, 187, 2022. <https://doi.org/10.1186/s12871-022-01726-1>
309. Lee M, Lim H, Xavier MS, Lee EY. İlahi Bir Enfeksiyon: COVID-19'un Erken Aşamasında Dini Toplulukların Rollerini Üzerine SistematiK Bir İnceleme. *J Relig Health* 2022, 61, 866–919. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01364->

310. Diego-Cordero R, Lopez-Gomez L, Lucchetti G. Spiritual care in critically ill patients during COVID-19 pandemic. 2022; 70,1. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.06.017>.
311. Andrews LJ, Benken ST. COVID-19: SARS-CoV-2 pandemisi sırasında yoğun bakım ünitesi deliryum yönetimi—farmakolojik hususlar Yoğun Bakım, 2020: 24 (1), s. 375, 10.1186/s13054-020-03072-5
312. Wang S, Quan L, Chavarro JE, et al. Associations of Depression, Anxiety, Worry, Perceived Stress, and Loneliness Prior to Infection With Risk of Post-COVID-19 Conditions. JAMA Psychiatry. 2022;79(11):1081–1091. doi:10.1001/jamapsychiatry.2022.2640
313. Falagas ME, Karamanidou C, Kastoris AC, Karlis G, Rafailidis PI. Psychosocial factors and susceptibility to or outcome of acute respiratory tract infections. Int J Tuberc Lung Dis. 2010;14(2):141-148
314. Ramezani M, Simani L, Karimialavijeh E, Rezaei O, Hajiesmaeili M, Pakdaman H. Kovid-19 Hastalarının Sonuçlarında Anksiyete ve Kortizolün Rolü. BCN. 2020; 11 (2) :179-184 URL: <http://bcn.iums.ac.ir/article-1-1771-en.html>
315. Çelebi GY. Covid 19 Salgınına İlişkin Tepkilerin Psikolojik Sağlık Açısından İncelenmesi, *Ibad Sosyal Bilimler Dergisi*, 2020, (8): 471-483.
316. Achour M, Souici D, Bensaid B, Binti Ahmad Zaki N, Alnahari AAA. COVID-19 pandemisi sırasında kaygıyla başa çıkmak: Müslüman dünyasındaki akademisyenlerin bir vaka çalışması, *Din ve Sağlık Dergisi*, 2021 <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01422-3>
317. Odriozola-González P, Planchuelo-Gómez Á, Iurtia-Muñiz MJ, de Luis-García R. Psychological symptoms of the outbreak of the COVID-19 crisis and confinement in the population of Spain, 2020.

318. Şahin-Altun Ö, Özer D, Satılmış M ve et al. Türkiye'de Yatan COVID-19 Tanılı Hastaların Manevi Yönelimleri ile Psikolojik İyi Oluş Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Kesitsel Bir Çalışma. *J Relig Health*, 4189-4204 (2022). <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01602-9>.
319. Kasapoğlu F. COVID-19 salgını sürecinde kaygı ile maneviyat, psikolojik sağlamlık ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Turkish Studies*, 2020: 15(4), 599-614. <https://dx.doi.org/10.7827/TurkishStudies.44284>
320. Tavakol Z, Ghannadi S, Tabesh MR, Halabchi F, Noormohammadpour P, Akbarpour S, et al. (2021). Fiziksel aktivite, sağlıklı yaşam tarzı ve COVID-19 hastalık şiddeti arasındaki ilişki; kesitsel bir çalışma. *J. Halk Sağlığı*. DOI: 10.1007/s10389-020-014689.
321. Caccialanza R, Laviano A, Lobascio F, Montagna E, Bruno R, Ludovisi S, Iacona I. Early nutritional supplementation in non-critically ill patients hospitalized for the 2019 novel coronavirus disease (COVID-19): Rationale and feasibility of a shared pragmatic protocol. *Nutrition*, 2020: 110-835.
322. Christensen j. Kilo vermek COVID-19'a karşı korunmaya yardımcı olabilir mi, 2022 <https://edition.cnn.com/2022/01/03/health/covid-weight-loss-wellness/index.html>. Erişim Tarihi: 05.03.2022
323. Amiri-Dashatan N, Koushki M, Parsamanesh N, Chiti H. Serum Cortisol Concentration and COVID-19 Severity: A Systematic Review and Meta-Analysis, *Journal of Investigative Medicine*, 2022, 70(3): 766-772. doi:10.1136/jim-2021-001989
324. Świątkowska-Stodulska R, Berlińska A, Puchalska-Reglińska E. Cortisol as an Independent Predictor of Unfavorable Outcomes in Hospitalized COVID-19 Patients. *Biomedicines*. 2022; 10(7):1527. <https://doi.org/10.3390/biomedicines10071527>

325. Razzoli M, Bartolomucci A. The Dichotomous Effect of Chronic Stress on Obesity. *Trends Endocrinol Metab.* 2016 Jul;27(7):504-515. doi: 10.1016/j.tem.2016.04.007. Epub 2016 May 5. PMID: 27162125; PMCID: PMC4912918
326. Kaya SP, Kaplan S. Hemşirelik öğrencilerinde COVID-19 pandemisi farkındalıklarının ve sağlık davranışlarının sağlık okuryazarlığı ile ilişkisinin değerlendirilmesi. *HEAD.* 2020;17(4):304-11
327. Nguyen HC, Nguyen MH, Do BN, Tran CQ, Nguyen TTP, Pham KM, Pham LV, Tran KV, Duong TT, Tran TV, et al. COVID-19 Semptomlarından Şüphelenilen Kişilerin Depresyonda Olma Olasılığı Daha Yüksek ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kaliteleri Daha Düşüktü: Sağlık Okuryazarlığının Potansiyel Faydası. *J. Clin. Med.* 2020; 9: 965. doi: 10.3390/jcm9040965.
328. Bin Naeem S, Kamel Boulos MN. COVID-19 Misinformation Online and Health Literacy: A Brief Overview, *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2021, 18(15): 8091. <https://doi.org/10.3390/ijerph18158091>

EK-2. STROBE Kriterleri

	Madde No	Öneri	SayfaNo
Başlık ve Özet	1	(a) Çalışmanın tasarımı başlık veya özette yaygın/genel kullanılan bir kelime/ terim ile belirtin.	
		(b) Özet için, çalışmada ne yapıldığına-ne bulunduğuna ilişkin bilgilendirici bir kısa metin oluşturun.	i-ii
Bilimsel Çerçeve/ Gerekçe	2	Raporlanan çalışmanın bilimsel arka planını/çerçevesini ve gerekçesini açıklayın	1-4
Amaçlar	3	Daha önce belirlenmiş hipotezler de dâhil olmak üzere, özgün amaçları belirtin.	32-34
Çalışma Tasarımı	4	Çalışma tasarımına ait temel unsurları makalenin başlarında sunun.	32
Çalışma Düzeni/plan/akışı	5	Çalışmaya araştırma tasarımı, dâhil etme kriterleri, maruziyet durumları, takip durumu, veri toplama dönemleri belirtilmek/detaylandırılmak üzere çalışmanın yapıldığı ortamları/yerleri ve tarihleri açıklayın.	34,40
Katılımcılar	6	(a) Kesitsel çalışma - Katılımcıların çalışmaya alınma kriterlerini, seçim yöntemini, kaynaklarını ve takip durumunu açıklayın.	34
Değişkenler	7	Tüm sonuçları, maruziyetleri, önsel tahmin edilen değişkenleri, potansiyel etki karıştırıcı ve etki değiştirici değişkenleri, açık olarak tanımlayın. Varsa tanı kriterlerini belirtin.	36-37
Veri Kaynakları/Ölçümler	8*	İlgili her değişken için, veri kaynaklarını ve değerlendirme yöntemlerinin ayrıntılarını belirtin. Eğer birden fazla grup varsa, yöntemlerin karşılaştırılabilir olup olmadığını açıklayın.	34,36-39
Yanlılık/Taraf Tutma	9	Potansiyel yanlılıkları ve yanlılık kaynaklarını çözmeye yönelik çabaları tanımlayın	41-43
Örneklem Büyüklüğü	10	Örneklem büyüklüğüne nasıl ulaşıldığını açıklayın	34-35
Nicel/ Kantitatif Değişkenler	11	Nicel/Kantitatif değişkenlerin çalışmada nasıl ele alındığını açıklayın. Varsa hangi gruplandırmaların nasıl ve neden yapıldığını açıklayın.	36-37
İstatistiksel Yöntemler	12	(a) Karıştırıcı faktörlerin kontrolü için kullanılan yöntemler de dâhil olmak üzere, kullanılan tüm istatistik yöntemleri açıklayın.	41
		(b) Alt grupları ve grupların etkileşim etkisine yönelik kullanılan tüm yöntemleri tanımlayın	41
		(c) Eksik verilerin nasıl ele alındığını açıklayın	
		(d) Kesitsel çalışma—Eğer varsa örnekleme yöntemini dikkate alan, istatistik yöntemleri açıklayın.	34-35
		(e) Duyarlılık analizlerini açıklayın	

	Madde No	Öneri	Sayfa No
Katılımcılar	13*	(a) Çalışmanın her aşamasındaki kişi sayısını belirtin - örn. potansiyel olarak uygun kişi sayısı, uygunluk için değerlendirilen kişi sayısı, uygunluğu doğrulanan kişi sayısı, çalışmaya dâhil edilen kişi sayısı, takibi tamamlanan ve analiz edilen kişi sayısı	34-35
		(b) Çalışmanın her aşaması için katılamama sebeplerini belirtin	34
		(c) Bir akış şeması (diyagramı) kullanmayı düşünün	
Tanımlayıcı Veriler	14*	(a) Çalışmaya dâhil olan katılımcıların özellikleri (demografik, klinik, sosyolojik), maruziyetleri ve olası karıştırıcı değişkenleri hakkında bilgi verin.	44-45
		(b) İlgili her değişken için eksik verisi olan katılımcıların sayısını belirtin	40
Sonuç Verileri	15*	Kesitsel çalışma—Çalışmanın sonuçları ve özet ölçümleri raporlayın	76-78
Başlıca Bulgular	16	(a) Düzeltilmemiş ve varsa karıştırıcıya göre düzeltilmiş tahminler ve bunların doğruluk derecelerini verin (ör, 95% güven aralığı). Hangi karıştırıcıların düzeltildiğini ve neden dâhil edildiklerini açıkça belirtin	35
		(b) Sürekli değişkenlerin kategorilere ayrılması halinde, kategorilerin sınır değerlerini belirtin	
		(c) Eğer uygunsa, göreceli risk tahminlerini anlamlı bir zaman diliminde mutlak riske dönüştürmeyi düşünün	
Diğer Analizler	17	Yapılan diğer analizleri- örneğin alt grup analizlerini, etkileşim etkilerini ve duyarlılık analizlerini bildirin	49,51, 54,56,58
Temel/Anahtar Bulgular	18	Çalışmanın amaçlarına gönderme yaparak anahtar bulguları özetleyin	44-64
Sınırlılıklar/Kısıtlılıklar	19	Çalışmanın sınırlılıklarını, potansiyel yanlışlık veya hata kaynaklarını dikkate alarak tartışın. Herhangi bir olası yanlışlığın hem yönü hem de boyutunu tartışın	41-43
Yorumlama	20	Amaçlar, kısıtlılıklar, analizlerin çeşitliliği, benzer çalışmalardan elde edilen sonuçlar ve diğer ilgili kanıtları dikkate alarak sonuçları genel olarak dikkatli bir şekilde yorumlayın	65-75
Genellenebilirlik	21	Çalışma sonuçlarının genellenebilirliğini (harici geçerliliğini) tartışın	41-42
Bütçe/Finansman/Çalışma Fonu	22	Çalışmanın fon kaynağını ve yatırımcıların çalışmadaki rollerini açıklayın. Eğer çalışmanın dayanak aldığı orjinal çalışma için fon kaynağı varsa bu yatırımcıların çalışmadaki rollerini belirtin	

EK-3. Anket Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma ile ANKARA ilinde ikamet eden, 18 yaşından büyük ve COVID-19 hastalığını geçiren bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının COVID-19 hastalığı üzerine etkisinin kişilerin beyanı esas alınarak araştırılması amaçlanmaktadır. BU ÇALIŞMAYA COVID-19 HASTALIĞINI GEÇİRDİYSENİZ KATILABİLİRSİNİZ. Çalışmaya katılacak kişilerin COVID-19 hastalığını geçirmesi ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmeleri gerekmektedir. Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul ettiğinizde ankette yer alan sosyo-demografik özellikler ve COVID-19 hastalığına yönelik sorular ile “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) – II Ölçeği” sorularını cevaplamanız istenmektedir. Bu sorulara size en uygun olan seçeneği işaretleyerek cevap veriniz. Soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmamanız önem taşımaktadır.

Bu formda elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup vereceğiniz bilgiler kişisel amaçla kullanılmayacak herhangi bir yerde paylaşılmayacaktır.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Araştırmacı

Elif BAŞTÜRK OCAKCI

1. COVID-19 hastalığı için Sağlık Bakanlığı tarafından risk grubunda tanımlanan Kronik Hastalıklardan (halen immünsüpressif tedavi alanlar; metastatik ve/veya kemoterapi/radyoterapi alan kanser hastaları; kornea nakli hariç solid organ nakli, kemik iliği/kök hücre nakli yapılanlar; kronik obstrüktif veya destrüktif akciğer hastalığı veya status astmatikus hikayesi olanlar; insüline bağlı diyabet ve komplike (serebrovasküler, koroner, böbrek, polinöropati) insüline bağımlı olmayan diabetes mellitus, komplike hipertansiyon (serebrovasküler, böbrek, konjestif kalp yetmezliği), dekompanse kalp yetmezliği, akut koroner sendrom geçirenler; kronik karaciğer ve böbrek yetmezliği olanlar; inme, kanama vb. geçirenler) **birisine sahip misiniz?** (Cevabınız evet ise çalışmaya devam etmeyiniz, hayır ise sonraki soruya geçiniz)

- ☐ Evet (Bize zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz. Çalışmaya devam etmenize gerek yoktur.)
- ☐ Hayır (Cevabınız hayır ise diğer soruları cevaplayabilirsiniz)

2. Cinsiyetiniz? ☐ Kadın ☐ Erkek

3. Doğum tarihiniz (gün/ay/yıl) ?.....

4. Hanenizin aylık geliri kaç TL'dir?

5. Medeni durumunuz? ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Diğer

6. Aynı evin içinde kaç kişi yaşıyorsunuz (siz dahil)? (eş, çocuk, anne, baba, arkadaş vb.)

☐ Yalnız yaşıyorum ☐ 2 kişi ☐ 3 kişi ☐ 4 kişi ☐ 5 ve üzeri

7. Eğitim Durumunuz? ☐ İlköğretim ☐ Ortaöğretim ☐ Ön Lisans ☐ Lisans ☐ Lisansüstü

8. Çalışma durumunuz? ☐ Çalışmıyor ☐ Kamu çalışanı (Memur) ☐ Özel sektör çalışanı

9. COVID-19 hastalığı tanısı almadan önce sigara kullanıyor muydunuz? (Cevabınız hayır ise 11. soruya geçiniz, evet ise 10. sorudan devam ediniz)

☐ Evet (10. Sorudan devam ediniz)

☐ Hayır (11. Soruya geçiniz)

10. COVID-19 hastalığı tanısı almadan önce günde kaç adet sigara kullanıyordunuz?

☐ 1- 10 adet ☐ 11-20 adet ☐ 21- 30 adet ☐ 31 adet ve üzeri

11. COVID-19 hastalığı tanısı almadan önce alkol kullanıyor muydunuz? (Cevabınız hayır ise 13. soruya geçiniz, evet ise 12. sorudan devam ediniz)

☐ Evet (12. Sorudan devam ediniz)

☐ Hayır (13. Soruya geçiniz)

12. COVID-19 hastalığı tanısı almadan önce ne sıklıkla alkol kullanıyordunuz?

☐ Her gün düzenli ☐ Haftada bir ☐ Ayda bir ☐ Altı ayda bir

13. COVID-19 hastalığı tanısı almadan önce vitamin preparatı, takviye edici ilaç veya bağışıklık sistemine destek veren bir ilaç veya ürünleri kullanıyor muydunuz? (C, D, E vitaminleri, Omega 3, Antioksidanlar, probiyotikler, bitkisel çaylar vb...) (Cevabınız hayır ise 16. Soruya geçiniz, evet ise sonraki sorudan devam ediniz)

☐ Evet (14. Sorudan devam ediniz)

☐ Hayır (15. Soruya geçiniz)

14. COVID-19 hastalığı tanısı almadan önce vitamin preparatı, takviye edici ilaç veya bağışıklık sistemine destek veren bir ilaç veya ürünleri ne sıklıkla kullanıyordunuz? (C, D, E vitaminleri, Omega 3, Antioksidanlar, probiyotikler, bitkisel çaylar vb...)

☐ Hergün düzenli ☐ Haftada bir ☐ Ayda bir ☐ Altı ayda bir

15. COVID-19 hastalığı tanısı almadan önce COVID-19 aşısı yaptırdınız mı?
(Cevabınız yaptırmadım ise 18. soruya geçiniz)

☐ Yaptırmadım ☐ Sinovac ☐ Biontech ☐ Diğer

16. COVID-19 hastalığı tanısı almadan önce toplam kaç doz COVID-19 aşısı yaptırdınız?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

17. COVID-19 hastalığı tanısı almadan önce toplam kaç doz BİONTECH aşısı yaptırdınız?

☐ Biontech yaptırmadım ☐ 1 doz ☐ 2 doz ☐ 3 doz

18. COVID-19 süresince takibiniz daha çok nerede yapıldı?

☐ Evde
☐ Hastanede serviste yatarak
☐ Hastanede yoğun bakımda yatarak

19. COVID-19 süresince serviste ortalama yatış süreniz kaç gündür?
Belirtiniz.....

20. COVID-19 süresince yoğun bakımda ortalama yatış süreniz kaç gündür?
Belirtiniz.....

21. Hastalığınız süresince aşağıda yer alan belirtilerden sıklıkla hangisi/hangilerini yaşadınız? (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.)

☐ Öksürük
☐ Yorgunluk (Halsizlik)
☐ Bir günden fazla süren yüksek ateş (38.0° ve üstü)
☐ Tat alma veya koku duyusunun kaybı
☐ Boğaz ağrısı / Boğazda yanma
☐ Baş ağrısı
☐ Eklem ağrı ve sızı
☐ İshal
☐ Ciltte döküntü ya da el veya ayak parmaklarında renk değişimi
☐ Gözlerde kızarıklık veya tahriş
☐ Hipertansiyon (yüksek tansiyon)
☐ Taşikardi (ritim bozukluğu)
☐ Hipotansiyon (düşük tansiyon)
☐ Burun akıntısı / geniz akıntısı
☐ Nefes almada zorluk (nefes darlığı)
☐ Konuşma ya da hareket kaybı
☐ Göğüs ağrısı
☐ Bilinç bulanıklığı
☐ SpO2'nun (saturasyon) yani oksijen durumunun 90'nın altına düşmesi,
☐ Hiçbiri

22. COVID-19 hastalığınız süresince aşağıdaki tablolardan hangisi / hangileri ile karşılaştınız? (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz)

- ☐ Sepsis (vücutta ileri derecede iltihap)
- ☐ Septik şok (sıvı tedavisine yanıtızsız düşük tansiyonu seyreden ve tansiyon yükseltmek için ilaç desteğine ihtiyaç)
- ☐ ARDS (Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu)
- ☐ Miyokardit (kalp kası iltihabı)
- ☐ Aritmi (kalp ritim bozukluğu)
- ☐ Kardiyojenik şok (kalp kökenli nedenlerle, dolaşımdaki kanın dokulara yeterince gönderilememesi)
- ☐ Metabolik asidoz (Vücuttaki fazla asidi etkisizleştirecek bikarbonat iyonunun yetersiz kalması)
- ☐ Koagülasyon disfonksiyonu (pıhtılaşma bozukluğu)
- ☐ Sitokin fırtınası (bağışıklık sisteminin kendi dokularını yok etmeye başlaması)
- ☐ Ağır pnömoni (Ağır solunum yolu enfeksiyonu)
- ☐ Hiçbiri

23. COVID-19 süresince hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik tıbbi tedavi (ilaç vb.) aldınız mı?

- ☐ Evet (24. sorudan devam ediniz)
- ☐ Hayır (24. soruyu cevaplamayınız)

24. COVID-19 süresince hastalığın şiddetini azaltmaya yönelik aşağıdaki tıbbi tedavilerden hangilerini aldınız? (birden fazla işaretleme yapabilirsiniz)

- ☐ COVID-19 tedavisinde kullanılan antiviral ilaçlar (Favipiravir/ favimol, remdesivir vb.)
- ☐ Nazal kanül oksijen tedavisi
- ☐ Rezervuarlı (geri solumasız) maske ile oksijen tedavisi
- ☐ Geniş spektrumlu Antibiyotik tedavisi
- ☐ Yüksek akışlı oksijen tedavisi
- ☐ Mekanik Ventilasyon cihazı ile tedavi
- ☐ Uyanık pron (yüzüstü yatış) pozisyonu
- ☐ Steroidli ilaç tedavisi (iltihap önleyici ilaçlar)
- ☐ İmmün plazma tedavisi
- ☐ Anakinra veya tokilizumab ilaç tedavisi
- ☐ Hiçbiri

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI (SYBD) -II ÖLÇEĞİ

<i>Soruları yanıtlarken “hiçbir zaman, bazen, sık sık, düzenli olarak” seçeneklerinden size en uygun olan tek seçeneği işaretleyiniz.</i>		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı konuşurum.				
2	Sıvı ve katı yağ, 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 hissedirim.				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim.				
8	Şekeri ve şeker içeren gıdaları (tatlı vb.) kısıtlı tüketirim.				
9	Televizyonda sağlıklı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.				
10	Haftada en az 3 kez 20 dakika veya daha uzun süreli tempolu egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans ve step egzersiz gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyurucu ilişkiler sürdürürüm.				
14	Her gün ekmek, tahıl, pirinç ve makarnadan toplam 6-11 porsiyon yerim.				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla, 30-40 dakika kesintisiz yürürüm.)				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.				
18	Geleceğe umutla bakarım.				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.				
20	Her gün 2-4 porsiyon meyve yerim.				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili kaygılarım olduğunda başka personele danışırım.				
22	Boş zamanlarımda yüzmeye, dans etmeye, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim.				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.				
26	Her gün 3-5 porsiyon sebze yerim.				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.				
28	Haftada en az 3 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 porsiyon süt, yoğurt veya peynir yerim.				

<i>Soruları yanıtlarken “hiçbir zaman, bazen, sık sık, düzenli olarak” seçeneklerinden size en uygun olan tek seçeneği işaretleyiniz.</i>		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
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	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.				
37	Başkalarına yardımcı olmak için özel bir çaba harcarım.				
38	Her gün 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.				
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.				

Katılımınız için teşekkürler...