



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

MERAM TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ SAĞLIK PERSONELİNİN COVID 19 PANDEMİ  
SÜRECİNDE SAĞLIK ALGISI VE BESLENME ALIŞKANLIKLARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. H.Sümeyra BIÇAKCI

UZMANLIK TEZİ

KONYA, 2022



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

MERAM TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ SAĞLIK PERSONELİNİN COVID 19 PANDEMİ  
SÜRECİNDE SAĞLIK ALGISI VE BESLENME ALIŞKANLIKLARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. H.Sümevra BIÇAKCI

UZMANLIK TEZİ

Danışman

Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN

Dr.Öğrt.Üyesi Nur DEMİRBAŞ

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca kendisinden çok şey öğrendiğim, dinlemekten keyif aldığım, tez çalışmamın planlanmasında, araştırılmasında, yürütülmesinde ve oluşumunda ilgi ve desteğini bir an olsun esirgemeyen değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Fatma Gökşin Cihan'a teşekkür ederim. Aynı şekilde uzmanlık eğitimimde ilk karşılaştığımızdan beri bize şefkatle yaklaşan, üzerimizde büyük emekleri olan anabilim dalı başkanımız değerli hocam Sayın Prof. Dr. Ruhuşen Kutlu'ya, uzmanlık eğitimim süresince yardımlarını esirgemeyen, tıp etiği konusunda farkındalığımızı arttıran değerli hocam Sayın Prof. Dr. Nazan Karaoğlu'na teşekkür ederim. Asistanlık sürecinde tüm sorunlarımda yardımcı olan, klinik bilgi ve deneyimlerini bize aktararak yol gösteren çok değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nur Demirbaş'a, eğitimim sürecinde yardımlarını esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Hatice Küçükceran'a teşekkür ederim.

Tüm asistan arkadaşlarıma, poliklinikte elimiz ayağımız olan, her durumda yardıma koşan canım sekreterimiz Birsen abla ve canım hemşiremiz Nurcan ablaya teşekkür ederim.

Beni bugünlere getiren, hayatımın her döneminde sonsuz hoşgörü ve emeklerini eksik etmeyen, kızları olmaktan gurur ve sevinç duyduğum, haklarını asla ödeyemeyeceğim sevgili anne ve babama ve her daim sevgisinden emin olduğum canım abime teşekkür ederim.

En büyük şansım, varlığıyla kendimi güçlü hissettiren, sabrı, yardımı ve desteğiyle her zaman yanımda olan çok sevgili eşim Oğuzhan Bıçakçı'ya ve her daim desteklerini hissettiğim eşimin değerli ailesine teşekkür ederim.

## ÖZET

# BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ SAĞLIK PERSONELİNİN COVID 19 PANDEMİ SÜRECİNDE SAĞLIK ALGISI VE BESLENME ALIŞKANLIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. H.Sümevra BIÇAKCI

UZMANLIK TEZİ

KONYA-2022

**Amaç:** Bu çalışmada üçüncü basamak bir hastanede çalışan sağlık personelinin pandemi sürecindeki sağlık algılarını, beslenme alışkanlıklarını ve bunlarla ilişkili faktörleri değerlendirmek amaçlanmıştır.

**Gereç ve yöntem:** Kesitsel tipte bir araştırma olan bu çalışma, 01.05.2021-31.08.2021 tarihleri arasında NEÜ Meram Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapan sağlık çalışanları ile yapıldı. Katılımcılara araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik bilgi formu, Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) ve Sağlıklı Beslenme Tutumu Ölçeği'ni (SBİTÖ) içeren anket formu uygulandı.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan 386 katılımcının yaş ortalaması  $33,18 \pm 7,58$  (min=19, maks=58) yıl ve %53,6'sı (n=207) erkek, %46,4'ü (n=179) kadındı. Katılımcıların %65,3'ü (n=252) evli, %24,6'sı (n=95) yüksekokul mezunu ve %41,2'si (n=159) üniversite mezunuydu. Katılanların %22,1'i (n=85) doktor, %29,8'i (n=115) yardımcı sağlık personeli, %21,2'si (n=82) idari personel ve %26,9'u (n=104) diğer personel (temizlik görevlisi, güvenlik...) olarak görev yapmaktaydı. Sağlık personelinin %43,8'i (n=169) zayıf/normal kilolu, %43,8'i (n=169) fazla kilolu ve %12,4'ü (n=48) obezdi. Pandemi sürecinde katılımcıların %22,6'sının yeme alışkanlığında değişme olduğu, %44,0'ının kilosunda artış olduğu ve %22,8'inin koronavirüsten korunmak için şifalı bitki/probiyotik tüketmeye başladığı tespit edildi. Katılımcıların SBİTÖ toplam puan ortalaması  $71,94 \pm 10,98$  olup sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumları genelde yüksek bulundu. Kadın katılımcıların SBİTÖ toplam puanı ve beslenme hakkında bilgi düzeyi erkek katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek bulundu ( $p=0,001$ ). Doktorların beslenme

hakkında bilgi düzeyi diğer katılımcılara göre anlamlı düzeyde yüksekti ( $p<0,001$ ). Düzenli egzersiz yapan katılımcıların SBİTÖ toplam puanı hiç yapmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksekti ( $p=0,003$ ). Katılımcıların eğitim seviyesi yükseldikçe sağlık algısı da artıyordu. Doktorların sağlık algısı diğer sağlık personellerine göre daha yüksek bulundu ( $p<0,001$ ). Zayıf/normal kilolu katılımcıların sağlık algısı, fazla kilolu ve obez katılımcılara göre yüksek bulundu ( $p=0,002$ ). Katılımcıların SAÖ toplam puanı ile SBİTÖ toplam puanı arasında pozitif yönde orta derecede anlamlı bir korelasyon bulundu. Sağlık algısı arttıkça sağlıklı beslenme tutumunun da arttığı görüldü ( $r=-0,251$ ,  $p<0,001$ ).

**Sonuç:** Beslenme ve sağlık birbirinden ayrı düşünülemez kavramlardır. Sağlıklı bir toplum için beslenme bilincinin yükseltilmesi gerekmektedir. Çalışmada sağlık personelinin sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumları yüksek bulundu. Kadınların ve doktorların beslenme hakkında bilgi düzeyi daha yüksekti. Sağlık algısı yükseldikçe bireylerin sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumları da olumlu yönde artmaktaydı. Sağlık çalışanlarının beslenme tutumunun daha da iyileştirilmesi ve sağlık algılarının yükseltilmesi toplumun geri kalanına örnek olacak ve daha sağlıklı bir topluma öncülük edecektir.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, sağlıklı beslenme, sağlık algısı

## ABSTRACT

### EVOLUTION OF HEALTH PERCEPTIONS AND NUTRITIONAL HABITS OF A UNIVERSITY HOSPITAL HEALTH PERSONNEL DURING THE COVID-19 PANDEMIC PROCESS

Dr. H.Sümevra BIÇAKCI

THE MASTER THESIS

KONYA-2021

**Aim:** In this study, it is aimed to evaluate the health perceptions, eating habits and related factors of medical personnel in a third-level hospital during the pandemic process.

**Materials and methods:** This study, which is a cross-sectional type of research, was conducted with health care workers working at Necmettin Erbakan University Meram Medical Faculty Hospital between 01.05.2021-31.08.2021. The participants were subjected to a questionnaire including the sociodemographic information form created by the researchers, the Perception of Health Scale (PHS) and the Healthy Eating Attitude Scale (HEAT).

**Results:** The mean age of the 386 participants in the study was  $33.18 \pm 7.58$  (min=19, max=58) years, and 53.6% (n=207) were male and 46.4% (n=179) were female. Of the participants, 65.3% (n=252) were married, 24.6% (n=95) were associate degree, and 41.2% (n=159) were college graduates. Of the participants, 22.1% (n=85) were doctors, 29.8% (n=115) were auxiliary medical personnel, 21.2% (n=82) were administrative personnel, and 26.9% (n=104) were other personnel (cleaning staff, security, etc.). 43.8% (n=169) of the medical personnel were underweight/normal weight, 43.8% (n=169) were overweight and 12.4% (n=48) were obese. During the pandemic process, it was found that 22.6% of the participants had a change in their eating habits, 44% had an increase in their weight, and 22.8% had started consuming medicinal plants/probiotics to protect themselves from the coronavirus. The mean HEAT total score of the participants was  $71.94 \pm 10.98$  and their attitudes towards healthy eating were generally found to be high. The total HEAT score and nutritional information levels of the female participants were found to be significantly higher than the male participants ( $p=0.001$ ). The level of knowledge of doctors about

nutrition was significantly higher compared to other participants ( $p < 0.001$ ). The total HEAT score of the participants who exercised regularly was significantly higher than those who did not do it at all ( $p = 0.003$ ). As the level of education of the participants increased, the perception of health also increased. The health perception of doctors was found to be higher than that of other medical personnel ( $p < 0.001$ ). The health perception of the thin/normal weight participants was found to be higher than the overweight and obese participants ( $p = 0.002$ ). Significant correlation was found between the participants' HPS total score and the HEAT total score in a positive direction. As the perception of health increased, it was observed that the attitude to healthy eating also increased ( $r = -0.251$ ,  $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** Nutrition and health are concepts that cannot be considered separately from each other. Nutrition awareness needs to be raised for a healthy society. In this study, the attitudes of health personnel towards healthy eating were found to be high. Women and doctors had higher levels of knowledge about nutrition. As the perception of health increased, the attitudes of individuals towards healthy eating also increased positively. Further, improving the attitude of health workers to nutrition and raising their perception of health will set an example for the rest of society and lead to a healthier society.

**Keywords:** COVID-19, healthy eating, health perception

# İçindekiler

TEŞEKKÜR .....	iii
ÖZET .....	iv
ABSTRACT .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2.GENEL BİLGİLER .....	3
2.1 Pandemi nedir ? .....	3
2.2. COVID-19 .....	4
2.2.1. Koronavirüsler ve COVID-19 virüsü .....	4
2.2.2. COVID-19 pandemisi .....	5
2.2.3. Türkiye’de pandemi süreci .....	6
2.2.4. Pandemi sürecinde sağlık çalışanları .....	7
2.3. Sağlıklı Beslenme .....	7
2.3.1. Sağlıklı beslenme nedir? .....	7
2.3.2. Sağlıklı beslenmenin özellikleri .....	8
2.3.3.Sağlıklı beslenmenin önemi .....	9
2.3.4. COVID-19 ve sağlıklı beslenme .....	10
2.3.5. Sağlık çalışanları ve beslenme .....	12
2.3.6.Sağlıklı beslenme tutumu değerlendirilmesi .....	13
2.4.1. Sağlık algısı nedir? .....	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	16
3.1. Araştırmanın Şekli .....	16
3.2. Araştırmanın Evreni .....	16
3.3. Araştırmanın Örneklemi .....	16
3.4. Çalışmaya Alınmama Kriterleri .....	16
3.5. Etik Kurul Onayı ve Onam .....	16
3.6. Veri Toplama Araçları .....	16
3.6.1. Sosyodemografik Bilgi Formu .....	17
3.6.2. Sağlık Algısı Ölçeği: .....	17
3.6.2. Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği (SBİTÖ): .....	18
3.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi .....	19
4. BULGULAR .....	20
4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile ilgili bulgular .....	20
4.2. Katılımcıların öğün tüketimine ilişkin bulgular .....	22

4.3. Katılımcıların cinsiyetleri ve egzersiz/diyet yapma durumu arasındaki ilişki .....	24
4.5. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve BKİ arasındaki ilişki.....	26
4.6. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin SBİTÖ puanlarına göre karşılaştırılması .....	28
4.7. Katılımcıların öğün tüketimlerinin SBİTÖ puanlarına göre karşılaştırılması.....	32
4.8. Katılımcıların egzersiz/diyet yapma durumunun SBİTÖ puanlarına göre karşılaştırılması ...	34
4.9. Katılımcıların COVID-19 geçirme durumunun SBİTÖ puanlarına göre karşılaştırılması .....	36
4.10. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin SAÖ puanlarına göre karşılaştırılması.....	36
4.11. Katılımcıların öğün tüketimlerinin SAÖ puanlarına göre karşılaştırılması.....	39
4.12. Katılımcıların egzersiz/diyet yapma durumunun SAÖ puanlarına göre .....	41
4.13. Katılımcıların COVID-19 geçirme durumunun SAÖ puanlarına göre karşılaştırılması .....	42
5. TARTIŞMA.....	44
6. SONUÇLAR.....	51
7. ÖNERİLER.....	55
8. KAYNAKLAR .....	56
9. EKLER.....	64
EK-1. Etik Kurul Onay Formu .....	64
EK-2 Sosyodemografik Bilgi Formu .....	65
EK-3. Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği .....	67
EK-4. Sağlık Algısı Ölçeği .....	68

## **SİMGELER VE KISALTMALAR**

**2019-nCoV:** 2019 Novel Coronavirus

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**ARDS:** Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu

**COVID-19:** Coronavirus Disease 2019

**Cra:** İç tutarlılık katsayısı

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**FDA:** U.S. Food and Drug Administration

**HEAT:** Healthy Eating Attitude Scale

**PHS:** Perception of Health Scale

**SAÖ:** Sağlık Algısı Ölçeği

**SBİTÖ:** Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği

**SARS-CoV-1:** Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 1

**SARS-CoV-2:** Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

**WHO:** World Health Organization

## **TABLolar**

**Tablo 1.** Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

**Tablo 2.** Katılımcıların nöbet durumu

**Tablo 3.** Son 12 ayda yaptırılmış tetkikler

**Tablo 4.** Katılımcıların cinsiyetleri ile öğün tüketimlerinin karşılaştırılması

**Tablo 5.** Ara öğünde tüketilen yiyecek ve içecekler

**Tablo 6.** Cinsiyete göre öğün tüketiminde dikkat edilen unsurlar

**Tablo 7.** Cinsiyet ve diyet/egzersiz yapma durumu

**Tablo 8.** Koronavirüs pandemisinin katılımcılar üzerine etkileri

**Tablo 9.** COVID-19 geçirdikten sonraki bulgular

**Tablo 10.** Sosyodemografik özellikler ve BKİ arasındaki ilişki

**Tablo 11.** Kullanılan ölçeklerin ortalama ve güvenilirlik değerleri

**Tablo 12.** SBİTÖ ve alt boyutlarının yaşa göre kıyaslanması

**Tablo 13.** SBİTÖ ve alt boyutlarının cinsiyete göre kıyaslanması

**Tablo 14.** SBİTÖ ve alt boyutlarının medeni duruma göre kıyaslanması

**Tablo 15.** SBİTÖ ve alt boyut puanlarının eğitim düzeyine göre kıyaslanması

**Tablo 16.** SBİTÖ ve alt boyutlarının meslek grubuna göre kıyaslanması

**Tablo 17.** SBİTÖ ve alt boyutlarının kronik hastalık durumuna göre kıyaslanması

**Tablo 18.** SBİTÖ ve alt boyutlarının katılımcıların BKİ'lerine göre kıyaslanması

**Tablo 19.** SBİTÖ ve alt boyutlarının katılımcıların öğün sayısına göre kıyaslanması

**Tablo 20.** SBİTÖ ve alt boyutlarının katılımcıların öğün atlama durumuna göre kıyaslanması

**Tablo 21.** SBİTÖ ve alt boyutlarının katılımcıların egzersiz yapma durumuna göre kıyaslanması

**Tablo 22.** SBİTÖ ve alt boyutlarının katılımcıların diyet yapma durumuna göre kıyaslanması

**Tablo 23.** SBİTÖ ve alt boyutlarının katılımcıların COVID-19 geçirme durumuna göre kıyaslanması

**Tablo 24.** SAÖ ve alt boyutlarının yaşa göre kıyaslanması

**Tablo 25.** SAÖ ve alt boyutlarının cinsiyete göre kıyaslanması

**Tablo 26.** SAÖ ve alt boyutlarının medeni duruma göre kıyaslanması

**Tablo 27.** SAÖ ve alt boyutlarının eğitim düzeyine göre kıyaslanması

**Tablo 28.** SAÖ ve alt boyutlarının meslek grubuna göre kıyaslanması

**Tablo 29.** SAÖ ve alt boyutlarının kronik hastalık durumuna göre kıyaslanması

**Tablo 30.** SAÖ ve alt boyutlarının katılımcıların BKİ'lerine göre kıyaslanması

**Tablo 31.** SAÖ ve alt boyutlarının katılımcıların öğün sayısına göre kıyaslanması

**Tablo 32.** SAÖ ve alt boyutlarının katılımcıların öğün atlama durumuna göre kıyaslanması

**Tablo 33.** SAÖ ve alt boyutlarının katılımcıların egzersiz yapma durumuna göre kıyaslanması

**Tablo 34.** SAÖ ve alt boyutlarının katılımcıların diyet yapma durumuna göre kıyaslanması

**Tablo 35.** SAÖ ve alt boyutlarının katılımcıların COVID-19 geçirme durumuna göre kıyaslanması

**Tablo 36.** SAÖ ve SBİTÖ toplam puanları ve alt boyutları korelasyonu



## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, ilk olarak Aralık-2019'da Çin'de görülen oldukça bulaşıcı ve genellikle şiddetli alt solunum yolu hastalıklarına sebep olan bir salgın bildirildi (1). Etken daha önce insanlarda hastalık yaptığı tespit edilmemiş yeni bir *Coronavirus* (2019-n CoV) türü olarak tanımlandı ve 11 Mart 2020'de DSÖ küresel boyutta hızlı yayılması nedeniyle Ağır Akut Solunum Sendromu ile ilişkili koronavirüs hastalığını (SARS-CoV) pandemi olarak ilan etti (1, 2).

Türkiye'de ilk vaka 11 Mart 2020 tarihinde bildirildi ve 22 Ocak tarihinden itibaren Bilimsel Danışma Kurulu'nun tavsiyeleri doğrultusunda pandemiyle mücadele amacıyla ülke çapında gerekli olan tedbirler alındı. Evde kalma zorunluluğunun yanı sıra, evden esnek çalışma, evden uzaktan eğitimini devam ettirme gibi tedbir gereği alınan sıkı önlemler kişilerin yaşamlarını birçok yönden etkilediği bilinmektedir (3). COVID-19 salgını, 2. Dünya Savaşı'ndan günümüze insanlığın karşılaştığı en büyük zorluk ve yüzyılın en önemli küresel sağlık felaketi olarak kabul edilmektedir (4).

Pandemi sürecinde oluşan kaygı artışı, metabolik ihtiyaç olmamasına rağmen ilerleyen zamanda daha büyük sağlık sorunlarına neden olabilecek yeme davranış değişiklikleri, sağlıksız diyet uygulamaları ve obezite ile sonuçlanabilir (5).

Tabi ki böylesine ani ve yeni olan bir düzen değişikliğinin özellikle sağlık çalışanlarının beslenme alışkanlığı ve sağlık algısı üzerine etkisinin olması da kaçınılmazdır. Sağlıklı olmak, hastalıklardan korunmak ve doğru beslenmek her birey için oldukça önemliken özellikle pandemi döneminde sağlık personeli açısından ayrı bir öneme sahip olmuştur.

Beslenme alışkanlıkları ile sağlık arasında çok ciddi bir korelasyon bulunmaktadır. Kötü beslenme alışkanlıkları şişmanlık, zayıflık, diyabet, kalp damar hastalıkları, hipertansiyon gibi hastalıkların ortaya çıkmasında risk faktörüdür. Uzun ve sağlıklı yaşam sürdürme şansını artırmak ve bu hastalıklardan korunmak için yeterli ve dengeli beslenmek gerekmektedir. İyi bir beslenme alışkanlığı kazanmak için her cinsiyet, yaş grubu ve meslekteki bireylerin beslenme konusunda eğitilmeleri gerekmektedir (6).

DSÖ'nün verilerine göre gelişmekte olan ülkelerdeki ölümlerin %40-50'si ve gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'i sağlıksız yaşam biçiminden kaynaklanmaktadır. Bu durum sağlıklı bir yaşam biçimi geliştirilmesinin önemini açık bir şekilde ortaya

koymaktadır (7). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi, devam ettirilmesinde ve topluma örnek teşkil etmesi açısından sağlık çalışanlarının önemli rol ve sorumlulukları vardır. Bu sebepten öncelikli olarak sağlık çalışanları kendi yaşam biçimlerini düzenlemelidirler (8).

Literatüre baktığımızda pandemi ve beslenme ile ilgili pek çok çalışma varken özellikle sağlık çalışanlarının bu dönemdeki sağlık algıları ve bu beslenme alışkanlıkları ile ilgili çalışmanın az sayıda olduğu görülmüştür. Bu nedenle çalışmada bölgedeki en büyük hastanelerden biri olma konumundaki hastanemizde çalışan sağlık personelinin pandemi sürecindeki sağlık algılarını, beslenme alışkanlıklarını ve bunlarla ilişkili faktörleri değerlendirmek amaçlanmıştır.



## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1 Pandemi nedir ?

Pandemi eski Yunancada “tüm” anlamında olan “pan” ve “insanlar” anlamında olan “demos” kelimelerinden oluşmaktadır. Pandemi; bir kıtaya hatta tüm dünyaya yayılan ve etkisini gösteren salgın hastalıkların genel tanımıdır (9).

Halk sağlığı uzmanları ve biyologlar, coğrafi yayılım boyutuna ve de ölçeğine göre salgın hastalığı dört farklı şekilde tanımlamaktadır. Bunlardan ilki endemidir. Endemi sadece belirli bir bölgede ya da toplulukta birçok bireyde görülen salgın hastalıktır. Endemi eğer daha yaygın duruma gelir ve farklı bölgelerde de görülmeye başlar ise salgından söz edilir. Salgının kontrol altına alınmaması durumunda tüm ülkeyi tesiri altına alır, bu durum epidemi olarak tanımlanır. Aynı hastalığın farklı ülke ve kıtalarda görülmesi durumunda görülen salgın hastalığa ise pandemi denilmektedir (10).

DSÖ’ne göre bir salgının pandemi sayılabilmesi için üç şartın sağlanması gerekmektedir.

- 1.Etkenin yeni tanımlanmış veya mutasyona uğramış bir virüs olması,
2. Bu etkenin insanlara kolayca bulaşıp tehlikeli bir hastalığa neden olması,
3. İnsanlar arasında da kolay ve devamlı bir şekilde bulaşabiliyor olması

Bir tıbbi durum veya hastalığın yalnızca yaygın olması ve çok sayıda insanın ölümüne sebep olması pandemi olarak değerlendirilemez. Bir hastalığın pandemi olarak değerlendirilebilmesi için aynı zamanda bulaşıcı olması da gerekmektedir. Örnek vermek gerekirse kanser birçok insanın ölümüne sebep olduğu halde bulaşıcı olmaması sebebiyle pandemi sayılmamaktadır (9).

İnsanlık tarihinde, veba, çiçek hastalığı, dang virüsü, grip, AIDS, şiddetli akut solunum sendromu (SARS), tüberküloz ve Batı Nil hastalığı gibi çok sayıda önemli pandemi kaydedilmiştir (11). Günümüzde ise dünya çapında pek çok ülkeyi etkileyen ve Türkiye’de de birçok alanda dönüşüme ve değişime sebep olan COVID-19 pandemisi yaşantımızı önemli ölçüde etkilemiştir (12).

Enfeksiyon hastalıklarına bağlı salgınların tarih boyunca toplumlar üzerinde derin ve kalıcı etkileri olmuştur. Bu salgınlar toplumların ekonomik, politik ve sosyal yönlerini

önemli biçimde değiştirmiştir. Salgınlar modern tıbbın bazı ilkelerinin tanımlanmasını sağlamıştır. Epidemiyolojik araştırmalara, bağışıklama ve antimikrobiyal tedavinin gelişmesine katkı sağlamıştır. Tarih boyunca salgınlar toplumların çökmesine sebep olmuş, savaşların sonucunu belirlemiş, nüfusun azalmasına sebep olmuş ancak paradoksal olarak tıpta, ekonomide ve politik sistemlerde yeniliklerin yolunu açmıştır (13).

## **2.2. COVID-19**

### **2.2.1. Koronavirüsler ve COVID-19 virüsü**

Koronavirüsler pozitif tek sarmallı, zarflı RNA virüsleridir. Hem insanları hem de çeşitli türdeki hayvanları enfekte edebilirler. İlk olarak yaygın soğuk algınlığı geçiren hastalardan virüsleri üreten Tyrell ve Bynoe tarafından 1966'da tanımlanmışlardır (14). Koronavirüsler, insandan insana bulaş ile yayılabildikleri gibi hayvanlardan insanlara da bulaşabilmektedir. COVID-19 (Coronavirus Disease 2019), SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) ve MERS (Middle East respiratory syndrome) koronavirüslerinin bulaş mekanizmasında yarasa, palmiye misk kedileri ve develerin rol oynadığı düşünülmektedir (15).

Koronavirüsler, insanlarda ve hayvanlarda farklı derecelerde tutulumlarla seyredip, basit soğuk algınlığı kliniğinden, ciddi akut solunum sendromuna (Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS) varan derecede ciddi klinik tablolara neden olabilmektedir. Sırasıyla 2002 ve 2012'de, zoonotik kökenli iki yüksek patojenik koronavirüs, Şiddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüsü (SARS-CoV) ve Orta Doğu Solunum Sendromu Koronavirüsü (MERS-CoV) insanlarda ölümcül solunum yolu hastalıklarına sebep olmuşlardır. 21. yüzyılda yeni bir halk sağlığı sorunu olarak 2019'un sonunda, Çin'in Wuhan şehrinde ortaya çıkan yeni bir koronavirüs olağandışı viral pnömoni salgınına neden olmuştur (16).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 11 Şubat 2020 tarihinde 2019-nCoV hastalığının adı COVID-19 olarak kabul edilmiş, virüs şiddetli akut solunum sendromu koronavirüsüne (SARS-CoV) yakın benzerliğinden dolayı SARSCoV-2 olarak isimlendirilmiştir (17).

SARS-CoV-2, coronavirinae ailesinin betacoronavirus cinsi içerisinde bulunmaktadır. Yaklaşık 60-140 nm çapa sahiptir ve yuvarlak veya eliptik olarak farklı formlarda bulunabilmektedir. Isıya ve ultraviyole ışınlarına duyarlı olup eter, etanol, klor

içeren dezenfektan, peroksiasetik asit ve kloroform gibi lipit çözücüler tarafından etkisiz hale getirilebilir (15).

COVID-19 isminden de anlaşılacağı üzere 'CO' 'corona', 'VI' 'virüs' ve 'D' hastalık manasına gelir ve 19 ise ortaya çıktığı seneyi temsil eder (4). SARS-CoV ve MERS-CoV ile karşılaştırıldığında, COVID-19 (Yeni Koronavirüs Hastalığı) virüsü daha hızlı insandan insana bulaşma sergilemekte olup, bu da Dünya Sağlık Örgütü'nün dünya çapında acil bir halk sağlığı durumunu ilan etmesine yol açmıştır (18).

Yeni koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19), şiddetli akut solunum sendromu koronavirüs 2 (SARS-CoV-2) ile enfeksiyonun yol açtığı akut bulaşıcı bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Bu, ani akut solunum sendromu (SARS) ve Orta Doğu solunum sendromundan sonra bu yüzyılda koronavirüs enfeksiyonunun neden olduğu üçüncü akut bulaşıcı hastalıktır (19).

### **2.2.2. COVID-19 pandemisi**

COVID-19 hastalığının inkübasyon süresi 14 gün olarak bilinmektedir, genellikle temas sonrası bulgular 2-5 gün içinde ilk semptomlar gözlenmektedir. Çin'de yapılan bir araştırmada 1099 COVID-19 pozitif hastada bu sürenin ortalama olarak 4 gün olduğu belirtilmekte iken, yapılan bir diğer çalışmada ise enfekte olan hastaların %97,5'inde semptomlar 11,5. günde ve %2,5'inde ise 2,2. günlerde geliştiği bildirilmiştir (20).

SARS-CoV-2 virüsünün kişiden kişiye esasen damlacık yoluyla bulaştığı bilinmektedir. Ayrıca enfekte olan kişinin konuşma, hapşırma veya öksürmesi sonucunda solunum sisteminden açığa çıkan sekresyonların diğer kişilerin ağız, burun veya göz mukozasına temas etmesinin de bulaşta önemli bir rol oynadığı kanıtlanmıştır (2).

COVID-19, asemptomatik enfeksiyondan, yoğun bakım takibi gerektiren sepsis, septik şok, çoklu organ yetmezliği, akut solunum sıkıntısı sendromuna kadar değişen geniş bir klinik spektruma sahiptir (15). Hastaların üçte birinde, özellikle kadınlar ve genç veya orta yaşlı hastalarda koku veya tat kaybı yaygın olarak bildirilmiştir (21).

Her yaş grubundan bulunan kişilerin bu enfeksiyona ve ciddi hastalığa yakalanma riski vardır. Bunun yanında, 60 yaş ve üstü hastalar ve altta yatan tıbbi komorbiditeleri (obezite, kalp damar hastalıkları, kronik böbrek hastalığı, diyabet, kronik akciğer hastalığı, sigara, kanser, organ veya hematopoetik kök hücre nakli hastaları) olan hastalarda ciddi COVID geliştirme riski yüksektir (15). Küresel olarak, 21 Şubat 2022 tarihinde DSÖ'ne

5.907.813 ölüm dahil olmak üzere 425.305.210 doğrulanmış COVID-19 vakası bildirilmiştir (1).

### 2.2.3. Türkiye’de pandemi süreci

Türkiye’de ilk vaka 11 Mart 2020 tarihinde Avrupa teması olan bir erkek hasta olarak bildirmiştir. İlk vakanın duyurulduğu gün dünya genelinde 114 ülkede toplamda 118.000’den fazla vaka ve 4.291 ölüm bildirilmiş, bu sebeple DSÖ uluslararası pandemi ilan etmiştir (1). Çin temaslı çalışanından enfekte olan, 89 yaşında, erkek hasta olarak paylaşılmıştır (2).

Türkiye’de salgın sebebiyle alınan radikal kararlar sonucunda sosyal, ekonomik, siyasi, iktisadi, idari, hukuki, askerî, dinî ve kültürel alanlarda birçok önemli etki ve değişiklikler meydana gelmiştir. Ülkede ilkokul, ortaokul ve liselerde yüz yüze eğitime ara verilirken, bütün üniversitelerde dersler iptal edilerek sınavlar ileri bir tarihe ertelenmiştir. Tüm kafeler, restoranlar, müzeler, kurslar, dershaneler, oteller, alışveriş merkezleri; kahvehaneler, spor salonları, konser mekanları, gece kulüpleri, dernek lokalleri ve düğün/nişan salonları; berber, kuaför ve güzellik merkezleri geçici olarak kapatılmıştır. Şehirler arası seyahatler valilik iznine bağlanmıştır ve toplu taşıma araçlarında aralıklı oturma düzeni uygulaması başlatılmıştır. COVID-19 tedbirlerince onlarca yerleşim yeri, köy ve kasaba karantinaya alınmıştır. 2000 yılındaki nüfus sayımından tam 20 yıl sonra 11-12 Nisan 2020 tarihinde ilk kez geniş çaplı bir sokağa çıkma yasağı ilan edilmiştir.

Türkiye 30 Nisan 2021 itibariyle 193 ülke arasında, Brezilya ve Fransa'nın ardından en çok vaka görülen 5. ülke olurken, meydana gelen ölüm sayılarında ise Ukrayna'nın ardından 19. sırada bulunmaktadır. 21 Şubat 2022 itibariyle Türkiye’de 13.589.511 koronavirüs ile enfekte olmuş hasta tespit edilmiştir. Mevcut hastalardan 1.128 kişinin yoğun bakımda tedavi görmekte olduğu bildirilmiştir. Şimdiye kadar iyileşen hasta sayısı 12.755.700 ve ölen hasta sayısı toplam 92.719 kişi olarak bildirilmiştir. Bugüne kadar yapılan toplam test sayısı ise 140.748.139’a ulaşmıştır (2).

Ülkemizde uygulanan COVID-19 aşılı CoronaVac (Sinovac) ve FDA tarafından 23 Ağustos 2021’de ilk onayını almış olan Pfizer/BioNTech (BNT162b2) aşılıdır (22). Ülkemizde uygulanmasına izin verilen ve temin edilen ilk aşı Çin merkezli Sinovac şirketinin geliştirdiği, inaktif virus yöntemi ile üretilen CoronaVac aşısıdır. Sağlık Bakanlığı’nın onayı ile öncelikle sağlık çalışanları olmak üzere 14.01.2021 tarihinde aşılama başlatılmıştır. 22 Şubat 2022 tarihi itibari ile toplam 144 milyon 999 bin 620 doz

aşı yapılmıştır. Yapılan aşuların 57 milyon 634 bin 087'si birinci doz aşyken, 52 milyon 732 bin 078'i ise ikinci doz, 26 milyon 749 bin 144 adeti ise üçüncü doz aşy olarak uygulanmıştır (2).

#### **2.2.4. Pandemi sürecinde sağlık çalışanları**

COVID-19 pandemisinin kontrol altına alınması için gerekli tedbirler uygulanırken; hem bir birey olarak kendini korumaya çalışan hem de hastaların korunması ve tedavisi için mücadele veren sağlık çalışanlarının yaşadıkları deneyimler şüphesiz ki oldukça değerli hâle gelmiştir. Özellikle mesleklerinin gereklerini yerine getirirken kendilerine, bakım verdikleri hastalara ve de aile bireylerine bulaş riskini kontrol altında tutmak zorunda kalmışlardır. Bu nedenle yüksek sıcaklık ve negatif basınçta, iki katlı koruma ve maskeler içinde kişisel koruyucu ekipman kullanarak uzun mesai saatlerini geçirmişlerdir. İzole olmak, yüksek riskli alanlarda çalışmak ve enfekte kişilerle temasta bulunmak, zorlu çalışma şartları sağlık çalışanlarını hem fiziksel hem de psikolojik olarak etkilemektedir (23). Oldukça yoğun geçen iş temposunda enfekte olmaktan korunmak için yemek yiyememe, içecek alamama, tuvalete gidememe gibi zorlu durumlar da çalışanlar için bu süreci zorlaştırmaktadır (24).

Sağlık çalışanlarının salgınla ilişkili olarak dört ana mesleki sorumlulukları bulunmaktadır. Bunlar; başka insanları enfekte etmekten kaçınma, hastaları tedavi etme görevi, zorunlu sosyal izolasyon tedbirlerinin sağlanması ve kısıtlı tıbbi kaynakların adaletli bir şekilde kullanılmasıdır (25).

COVID-19 sürecinde eşi benzeri görülmemiş bir iş yükü ile karşı karşıya kalan sağlık profesyonellerinin fiziksel, zihinsel ve sosyal refahı üzerinde olumsuz etkiler görülmektedir. (26). DSÖ pandeminin başladığı Ocak 2020 tarihiyle Mayıs 2021 tarihleri arasında dünya genelinde en az 115 bin sağlık çalışanı COVID-19 nedeniyle hayatını kaybettiğini açıklamıştır. Türkiye'de ise salgının açıklandığı 11 Mart 2020 tarihinden 11 Mart 2022 tarihine kadar 504'ü aktif çalışan olmak üzere 553 sağlık çalışanı COVID-19 sebebiyle hayatını kaybetmiştir (27).

### **2.3. Sağlıklı Beslenme**

#### **2.3.1. Sağlıklı beslenme nedir?**

Beslenme yaşamın her evresinde sağlığın temelini oluşturmaktadır. Beslenme; bireylerin büyümesi, gelişmesi, sağlıklı ve verimli olarak uzun süre yaşaması için gereken

enerji ve besin öğelerini yeterli miktarda içeren besinleri, besleyici değerleri kaybolmadan, sağlıklı duruma getirmeden en ekonomik şekilde temin etmek ve kullanmaktır (28).

Sağlıklı beslenme; tüketilen besinden keyif alarak, çeşitli ve dengeli beslenerek, bütün besin öğelerinin bireye özel gereksinim duyulan miktarda tüketilmesi ve ideal vücut ağırlığının korunmasıdır. Sağlıklı beslenmedeki hedef ise yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanmasıdır (29). Sağlığın en temel unsurlarından biri olan yeterli ve dengeli beslenme, bireyin yaş, cinsiyet ve içinde bulunduğu fiziksel duruma göre besin maddelerini gerektiği kadar alması olarak tanımlanmaktadır (30).

### **2.3.2. Sağlıklı beslenmenin özellikleri**

Diyet kalitesi, tüketilen gıda miktarı ve beslenme zamanı kişinin fiziksel performansını etkilemektedir. Tüketilen besinlerin çeşitliliğine önem verilmesi vitamin ve minerallerin optimal düzeyde alınmasını sağlamaktadır. Sağlığı ve iyi performansı destekleyen diyet prensipleri temel olarak şunlardır:

- Enerji ihtiyacını karşılamaya yetecek miktarda besin tüketilmesi,
- Tüketilen besinlerden elde edilen enerjinin büyük oranda karbonhidratlardan sağlanması,
- Performans ve sonrasında süreçte karbonhidrat ihtiyacını karşılamak için tüketilecek yiyecek ve içecekleri düzenlenmesi,
- Protein, vitamin ve mineral ihtiyacını karşılayabilmek için farklı türlerde besin öğeleri tüketilmesi,
- Dehidratasyonu engellemek için yeterli düzeyde sıvı alınması,
- Besin destek ürünlerinin dikkatli bir şekilde kullanılması (31).

Sağlıklı bir beslenme tabağı oluşturmak için her öğünde her besin grubundan bir yiyeceğin tabakta bulunması gerekmektedir. Besinler seçilirken renk çeşitliliğinin olmasına, besinlerin yapısal özelliklerine, posa ve yağ içeriklerine, tuz ve şeker ilaveli besinlerin miktarına dikkat edilmelidir. Sağlıklı beslenmenin yanında yeterince su alınması ve fiziksel aktivitenin artırılması sağlıklı yaşam biçiminin tamamlayıcısıdır. Tüketilecek miktarların ve ihtiyacın belirlenmesinde ise bireye özel sağlık durumu, yaşı, cinsiyeti, fizyolojik durumunun (gebelik veya emzirme gibi) bilinmesi ve dikkate alınması önemlidir (32).

Sağlıklı beslenme dendiğinde, beden sağlığın korunması, geliştirilmesi ve kronik hastalıkların engellenmesini sağlayan beslenme türü gelmektedir. Birçok ülke bu amaç doğrultusunda beslenme rehberleri geliştirmişlerdir. Bu rehberlerin ortak olan noktası, beslenmede çeşitliliğe ve temel besin grupları arasında dengenin sağlanmasına önem verilmesi, tüketilen yağ miktarının azaltılarak sebze, meyve ve posalı gıda tüketiminin artırılmasının vurgulanmasıdır (33). Sağlıklı beslenmek için günde harcanan enerjinin %45-60'ının karbonhidratlardan, %25-35'inin yağlardan ve %10-20'sinin ise proteinlerden sağlanması gerekmektedir (32).

### **2.3.3.Sağlıklı beslenmenin önemi**

Dünya sağlık politikalarının temel amacı, sağlıklı kişilerin oluşturduğu sağlıklı topluma ulaşmaktır ancak yürütülen bu politikalar kapsamında sunulmakta olan sağlık hizmetleri sağlıklı toplumun oluşmasını tek başına sağlayamaz. Sağlıklı yaşam sürmek isteyen her bireyin, gerekli olan fiziksel aktivite, spor, sağlıklı beslenme gibi davranış kalıplarını yaşamlarının bir parçası haline getirmesi gerekmektedir (34).

İnsan sağlığının etkileyen genetik, beslenme, çevre ve mevsim şartları gibi birçok etmen bulunmaktadır. Bu etmenlerin en başında beslenme gelmektedir. Her bakımdan sağlıklı bir toplumun oluşturulabilmesi için ilk yapılması gereken yeterli ve dengeli beslenmek, bu alışkanlığı toplumun yaşam ritüellerinin vazgeçilmez bir parçası haline getirmektir. Hayvanlar üzerinde yapılan birçok araştırmada, hayvanın diyetinde yapılan değişiklikler sonucunda büyüme, gelişme, fizyolojik fonksiyonlarını devamının sağlanması, sağlık ve yaşam süreleri ile ilgili diyet durumunun etkileri deneysel olarak gösterilmiştir (35).

Vücudun gereksinimlerini karşılayacak nitelikte, tüm besin gruplarını içeren, çeşitliliğe dayalı beslenme şekli sağlıklı beslenme ilkelerinin temelini oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalarla ortaya konan kanıtlar, yüksek kalitede bir diyetin azalmış kronik hastalık riski ve iyileştirilmiş sağlık sonuçları ile arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir. Bunun yanında ulusal beslenme kılavuzları ve önerilerine uyumlu bir diyet programının azalmış morbidite ve mortalite ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (36).

Düzensiz beslenme alışkanlığı sağlığı olumsuz yönde etkileyebilir. Yeterli ve dengeli beslenmeye özen gösterilmesi durumunda ilerleyen süreçte ortaya çıkabilecek sağlık sorunları önlenebilir, geciktirilebilir veya hastalıkların zararlı etkileri azaltılabilir

(37). Günümüzde diyete bağlı gelişen kronik hastalıkların, ölümlerin %60'ının, hastalıkların ise %46'sının temel nedeni olduğu belirtilmiştir (38).

Yapılan birçok gözlemsel ve klinik çalışmaya göre; meyve, sebze ve tam tahıllı besinlerden zengin diyetler (Akdeniz diyeti, DASH diyeti gibi) pek çok kronik hastalığın (obezite, tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, astım ve nörodejeneratif hastalıklar gibi) önlenmesinde önemli rol alırken, kırmızı et, işlenmiş ve rafine edilmiş besinler ve şekerli besinlerden zengin diyetler (Western tipi) ise bu hastalıkların görülme oranı arttırmaktadır (39).

Sebze ve meyve tüketiminin, sağlıklı yaşamın prensiplerinden biri olan ideal kiloya sahip olmak ve bunu sürdürmek konusundaki yararlarıyla beraber sebze tüketimi, koroner kalp hastalığı, inme, oral ve nazofarengeal kanser, kolorektal kanser, akciğer kanseri, prostat kanser gibi hastalıkların riskini azaltmaktadır (36). Bu nedenle, obezite ve diğer çeşitli kronik hastalıklara yakalanma riskini azaltmak için sağlıklı bir diyet alışkanlığı kazanmak çok önemlidir (40).

#### **2.3.4. COVID-19 ve sağlıklı beslenme**

Beslenme, akut ve kronik hastalıklar için tedavi rejiminin bir parçasıdır ve özellikle etiyojisi henüz keşfedilmemiş ve tedavisi doğrulanmamış rahatsızlıklar için önemlidir. Batı Afrika'daki 2014-2016 Ebola virüsü salgını, beslenme ve acil destekleyici bakımın vaka ölüm oranlarını önemli ölçüde azalttığını göstermiştir. Bu, dünyayı kasıp kavuran mevcut SARS-CoV-2 (veya COVID-19) salgını için de geçerli olması muhtemeldir (41, 42). Çeşitli kombinasyonlar ve bileşimler dahil olmak üzere beslenme, gıda, şifalı bitkiler, besinler ve ek gıda takviyelerinin sağlık için gerekli olan metabolizmayı ve fizyolojiyi desteklediği belgelenmiştir (43). Enfeksiyonu önlemek için sağlıklı bir fonksiyonel bağışıklık sistemi çok önemlidir ve optimal bir bağışıklık tepkisi için önemli bir temel, yeterli ve dengeli bir diyettir (44). Özellikle çoğu zaman stresli olarak algılanan karantina dönemi sırasında, bireyler sağlıklı kalmak için optimal beslenme düzenleri ve yeterli besin alma konusunda sıklıkla bir kayıp yaşamaktadır.

Enfeksiyöz hastalıklardan korunma ve tedavi sürecinde dengeli ve yeterli beslenme oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Enfeksiyon sebebiyle gelişen yüksek ateş sonucunda vücutta enerji kullanımı artmaktadır. Buna bağlı olarak hastanın enerji ve besin ihtiyacı gereksinimi yükselmektedir. Bu sebeple COVID-19 salgını esnasında gerekli enerjinin sağlanması için yeterli ve dengeli beslenmeye özen gösterilmesi büyük önem taşımaktadır.

Düşük protein alımının, düşük antikor üretimiyle ilişkili olarak enfeksiyon riskini artırabileceği kabul edilmektedir. Sağlık için hayati öneme sahip sayısız besin içeren dengeli bir diyet, optimal bağışıklık seviyesi için normal B ve T hücre fonksiyonlarını destekler (45). Bu salgın özelinde tavsiye edilen özel bir takviye bulunmamasıyla beraber bağışıklık sisteminin desteklenmesi büyük önem taşımaktadır (46).

Yeterli ve dengeli beslenme, hastalık seyri sırasında iyileşmeye katkı sağlarken enfeksiyon ve hastalığın ilerlemesini azaltmaktadır. Bu nedenle, hekimlerin ve destekleyici sağlık profesyonellerinin, sağlığı korumak ve hastalık riskini azaltmak için beslenmenin rolünü anlamaları çok önemlidir (47). COVID-19 ile enfekte kişilerde beslenme durumu, optimal süreçte oldukça kritik bir nokta olup hastalığın klinik şiddetini belirleyebilmektedir (48).

Bu dönemde yeterli ve dengeli beslenmede Gıda-Tarım Örgütü (GTÖ), Türkiye Diyetisyenler Derneği (TDD) gibi uluslararası ve ulusal kurumlar; tüm besin gruplarından yeterli ve dengeli düzeyde alınmasını, taze meyve ve sebze alımının artırılmasını, günlük yeterli sıvı alımına dikkat edilmesini önermektedir (49).

Türkiye Beslenme Rehberi'nde, dengeli ve yeterli beslenmeye yönelik besin ve besin ögesi gereksinimleri bulunmaktadır. Yaş ve cinsiyete uygun olarak günlük et, süt, tahıl, sebze ve meyve gruplarının tavsiye edilen miktarlarda tüketilmesi önerilmektedir. DSÖ'nün COVID-19 pandemisi sırasında yetişkinler için sağlıklı beslenme önerileri Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1. COVID-19 pandemisi sürecinde DSÖ'nün yetişkinlere yönelik sağlıklı beslenme önerileri (50).**

*Her gün taze ve işlenmemiş gıdalar tüketin (sebze, meyve, baklagiller, kabuklu yemişler, tam tahıllar, hayvansal kaynaklı besinler).
*Atıştırmalıklar için şeker, yağ veya tuz oranı yüksek yiyecekler yerine çiğ sebzeleri ve taze meyveleri tercih edin.
*Kurabiye, kek ve çikolata gibi tatlı atıştırmalıklar yerine taze meyveleri tercih edin.
*Sebze ve meyveleri fazla pişirmeyin, bu önemli vitaminlerin kaybına neden olabilir.
*Her gün yeterli miktarda su tüketin (8-10 bardak / gün)
*Çok fazla kafein tüketmemeye dikkat edin. Şekerli meyve suları, şuruplar, meyve suyu konsantreleri, gazlı ve gazsız içeceklerden uzak durun çünkü bunların hepsi şeker içerir.
*Doymuş yağlar (örneğin yağlı et, tereyağı, hindistancevizi yağı, krema, peynir, ghee ve domuz yağında bulunan) yerine doymamış yağlar (örneğin balık, avokado, fındık, zeytinyağı, soya, kanola, ayçiçeği ve mısır yağlarında bulunur) tüketin.
*Kırmızı et yerine beyaz eti (örneğin kümes hayvanları) ve genellikle az yağlı olan balıkları seçin.
*Daha az tuz ve şeker tüketmeye dikkat edin. Günlük tuz alımınızı 5 gr'ın altında (yaklaşık 1 çay kaşığı) sınırlayın ve iyotlu tuz kullanın.
*Dışarıda yemek yemekten kaçının. Diğer insanlarla temas oranınızı azaltmak ve COVID-19'a maruz kalma ihtimalinizi azaltmak için yemeklerinizi evde yiyin.

### 2.3.5. Sağlık çalışanları ve beslenme

COVID-19 pandemi sürecinde daha yüksek mesleki sorumluluk ve psikolojik baskı sebebiyle birçok sağlık çalışanının alışmış olduğu yaşam tarzı değişmiştir. Buna ek olarak tüm dünya popülasyonu gibi sağlık çalışanlarının da yeme alışkanlıkları, sıvı alımı, kafein tüketimi gibi yeme davranışlarında değişiklikler görülmektedir. Bunun sonucunda bağışıklık durumu, zihinsel sağlık ve uyku düzeni etkilenmektedir (51, 52).

Hastanelerdeki yüksek oda sıcaklığı, kişisel koruyucu ekipman kullanımı ve uzun süreli operasyonlardan kaynaklanan aşırı terlemenin sonucunda sağlık çalışanlarında çabuk yorulma ve dehidratasyon görülmektedir. Bu sebeple yeterli su tüketimi oldukça önemlidir. Su ihtiyacının karşılanması için sağlık çalışanlarının şeker ilavesiz meyve suları, çay, sebze suları gibi farklı şekillerde de su içeriği yüksek içecekler tüketmeleri önerilmektedir (53).

Sağlık çalışanlarına anksiyojenik etkisi ve uyku bozukluklarına yol açması sebebiyle yüksek düzeyde kahve ve enerji içeceği tüketiminden uzak durmaları önerilmektedir. Ayrıca stres ve yüksek kafein tüketimi kombinasyonu kan basıncında artışına yol açmaktadır. Kafein içeren içecekler ve enerji içecekleri yerine kafeinsiz içecekler, doğal meyve, sebze suları tüketilmesi, günlük 400 mg'ın üzerinde kafein alınmaması, diyet kalitesi, işlevsel performans ve ruh hali için daha faydalı olacaktır (54). Zhang ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada COVID-19 sürecinde sağlık çalışanlarında tuz ve yağ tüketiminin yüksek olan dengesiz bir diyet ile beslendiklerini saptamıştır (55).

Hastane çalışanlarına rahat bir şekilde sağlıklı yemeklerini yiyebilmeleri, yeterli miktarda su tüketebilmeleri için uygun zaman ve boşluk verilmelidir. Sağlıklı gıda seçeneklerinin olduğu bir ortam temin edilmelidir. Aksi halde sağlık çalışanları hızlıca tüketebilecekleri fast-food veya enerji açısından yüksek, besleyicilik açısından fakir sağlıksız yiyeceklere yönelmektedirler. Sağlık çalışanlarının beslenme alışkanlığını değiştirmesi, sağlıklı gıdalara yönelmesi stresle başa çıkabilmesi ve bağışıklığını güçlü tutabilmesi için önemlidir (53).

### **2.3.6.Sağlıklı beslenme tutumu değerlendirilmesi**

Tutum; ruhsal hal ve çevre dünyanın oryantasyonunu oluşturmakla birlikte konu hakkındaki bilgi düzeyi, duygusal yaklaşım ve tavırların iç içe geçmiş halidir. Buna göre bir bireyin tutumu; olgu, vaka ya da duruma yönelik sahip olduğu bilgi (bilişsel), o duruma olumlu-olumsuz duyguları (duygusal) ve konu ile ilgili çeşitli söylemleri ve eylemleri (davranışsal) ile ortaya çıkmaktadır (34).

Sağlıklı beslenme tutumu çok yönlü ve kapsamlı değerlendirilmesi gereken bir parametredir. Toplumda sağlıklı beslenme ile ilgili kötü uygulamaların düzeltilmesi yönünde doğru uygulamaların hayata geçirilmesi, mevcut sağlıklı beslenme tutumlarının ortaya konulması ile mümkün olacaktır.

Tekkurşun Demir ve arkadaşlarının geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığı Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği ülkemizde bu konuda sık kullanılan ölçeklerden birisidir. Ölçek, beslenme hakkında bilgi, beslenmeye yönelik duygu, olumlu beslenme ve kötü beslenme olarak dört faktörden oluşmaktadır (34).

#### 2.4.1. Sağlık algısı nedir?

Sağlığın, bireylerin hayatlarını sürdürmelerinden sağlıklı olmalarına; gündelik işlerini yapabilmelerinden mutlu olmalarına kadar değişen birçok tanımı yapılmıştır. Larson 1991 yılında sağlığı, oldukça karmaşık durumlardan biri olarak nitelemiştir (56). Sağlık, bireylerin kendi yaşantıları açısından tanımladıkları bir fiziksel ve ruhsal durumdur. Aynı zamanda bireylerin kendi iç ve dış ortamlarındaki değişime uyum göstererek iyilik hallerini devam ettirdikleri dinamik bir süreçtir (57).

Sağlık algısı; “bireyin kendi sağlığına ilişkin kişisel duygu, düşünce, önyargı ve beklentilerinin bir bileşimi” olarak tanımlanabilir. Bireyin kendi sağlığına ilişkin olumlu inançlar taşıması “iyi sağlık”; olumsuz inançlar taşıması durumu ise “kötü sağlık algısı” olarak adlandırılmaktadır (57). Sağlık algısı, bireyin kendi sağlık haline yöneltilen soruya verdiği sübjektif yanıt ile değerlendirilen ve bireyin kendi sağlığına yönelik duygu ve düşüncesini içeren bir durumdur. Bireysel sağlık algısı mortalite, morbidite, fiziksel ve ruhsal sağlığını değerlendiren ciddi bir göstergedir. Sağlık algısı sübjektif bir değerlendirme olduğu halde objektif değerlendirmelerle yakından ilişki içindedir (58).

Bir bireye bütünü ile sağlıklı diyebilmek için bireyin sübjektif ve objektif olarak sağlıklı halde olması gerekmektedir. Sağlık sübjektif olarak; bireyin biyolojik, fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden kendini algılama halidir. Bazen kişi, sağlıklı olmasına rağmen kendini hasta ya da hasta olduğu halde kendini sağlıklı algılayabilmektedir (59). Objektif olarak sağlık, hekimin muayenesi veya laboratuvar sonuçlarına göre belirlenen bir patolojinin olmamasıdır. Bu durumda kişiye sağlıklı diyebilmek için; bireyin kendini hem sübjektif olarak sağlıklı algılaması, hem de objektif olarak gerçekten sağlıklı halde olması gerekir (60).

Sağlık ve sağlığın bireysel olarak algılanması kişinin sağlık davranışları, inançları, deneyimleri, kişiye ait ve kişinin sağlığını etkileyen faktörlerden etkilenmektedir. Bireyin sağlığını etkileyen sağlık davranışlarının gelişiminde ise inançlar, tutumlar ve algılar rol alırken; aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren, erken tanı koyduran, hastalıktan ziyade sağlık odaklı tıbbi yaklaşım, sağlık algısı anlayışı olarak adlandırılmaktadır (61).

Sağlığı anlama ve sağlık yönetimi bireyin, sağlık durumuna veya sağlıklı olmak için gerçekleştirilen sağlık uygulamalarına bir bakış sağlar. Bireyin kendi sağlık davranışlarını nasıl algıladığının ve kontrol ettiğinin bilinmesi, bireye yeni bir davranış

kazandırmada önemlidir. Eğer birey sağlık problemi olduğunu algılamıyorsa, sağlığını geliştirmek için gerekli çabayı harcamayacak, profesyonel kişilerin yardımını istemeyecektir. Bu konuda yapılan araştırmalarda sağlık durumunu kötü olarak algılayanların sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri düşük bulunmuştur ve bundan dolayı sağlığı algılama biçiminin önemli olduğu belirtilmektedir (62).

Toplumda birbirinden farklı koşullarda yaşayan insanların sağlık algıları da farklılıklar göstermektedir. Bu anlamda sağlık ve sağlığın bireysel olarak algılanması kişinin sağlık davranışları, inançları, deneyimleri, kişiye ait ve kişinin sağlığını etkileyen faktörlerden etkilenmektedir (57). Bazı kişiler birden çok kronik hastalığa sahip olmalarına karşın, sağlık durumları hakkında gayet olumlu fikirler üretebilmekteyken, bazı kişiler ise bir sağlık sorunu olmadığı halde, sağlık durumları hakkında olumsuz ifadeler kullanabilmektedirler. Sağlık algısı, sağlık durumunun birçok faktörle ilişki içerisinde olduğunu gösterir. Bunlar neticesinde kişinin biyolojik, psikolojik ve sosyal durumunu kendi fikirleriyle oluşturduğu önemli bir belirteçtir (62). Bu anlamda sağlık algısı, bireye sağlığı geliştirici yaşam davranışlarının kazandırılması ve sürdürülmesini hedefleyen sağlığın geliştirilmesi süreci ile doğrudan ilişkilidir (57).

Sağlıklı olmak, hastalıklardan korunmak ve doğru beslenmek her birey için oldukça önemliyken özellikle pandemi döneminde sağlık personeli açısından ayrı bir öneme sahip olmuştur. Bu süreçte sağlık çalışanlarının sağlığı geliştirmenin önemini kavramaları bu davranışlarıyla topluma örnek ve model olmaları beklenmektedir. Son bir yıldır COVID-19 pandemisi ile özveri bir şekilde mücadele eden sağlık çalışanlarının hem normal hayatları hem de hastane çalışma ortamları etkilenmiş ve beslenme alışkanlıkları değişikliğe uğramış olabilir. Bu nedenle çalışmadaki amacımız, hastanemizde çalışan sağlık personelinin yaşadığımız pandemi sürecindeki sağlık algıları, beslenme alışkanlıklarını ve bunlarla ilişkili faktörleri değerlendirmektir.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Bu çalışma 01.05.2021-31.08.2021 tarihleri arasında yapılan tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini NEÜ Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'nde görev yapan yaklaşık 3500 sağlık çalışanı oluşturmaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Örnekleme**

Çalışmaya %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile en az 377 kişi dahil edilmesi planlandı. Sağlık çalışanları genel iş tanımları itibariyle yardımcı sağlık personeli, hekim, temizlik personeli ve idari personel olarak dört grupta görev yapmaktadır. Bu nedenle toplam örneklem sayısı bu dört gruptaki sayılara göre oranlanarak eşit temsiliyetlerini sağlayacak şekilde rastgele örneklem yapıldı.

#### **3.4. Çalışmaya Alınmama Kriterleri**

Çalışmaya alınmama kriterleri:

1. NEÜ Meram Tıp Fakültesinin çalışanı olmama
2. Çalışmaya katılmayı kabul etmeme

#### **3.5. Etik Kurul Onayı ve Onam**

Çalışma 16.04.2021 tarih 2021/3204 sayı ile Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Etik Kurulu onaylıdır (Ek-1'de sunulmuştur).

#### **3.6. Veri Toplama Araçları**

Çalışmada literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan ve üç bölümden oluşan bir anket formu kullanıldı. Hazırlanan anket formu 10 hastane çalışanı üzerinde uygulanarak pilot çalışma yapıldı. Anketin anlaşılabilirliği ile ilgili var olan sorunlar düzeltildi. Pilot çalışmadaki veriler çalışmaya dahil edilmedi.

### 3.6.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Bireyi tanıtıcı bilgilerin bulunduğu anket formu; yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, meslek, çalıştığı bölüm, görev yaptığı süre, kronik bir hastalığın olup olmadığı yanı sıra beslenme alışkanlıkları ile ilgili 30 sorudan oluşmaktadır.

### 3.6.2. Sağlık Algısı Ölçeği:

Sağlık algısını değerlendirmede kullanılan Sağlık Algısı Ölçeği'nin İngilizce dilinde hazırlanan orijinali, 2007 yılında Diamond ve ark. tarafından geliştirilmiş, Kadioğlu ve Yıldız (2012) tarafından ülkemiz için geçerlilik güvenilirliği yapılmıştır; alfa katsayısı hemşirelik grubunda 0.77 ailelerinde 0.70 bulunup iki grupta da iyi düzeyde güvenilirlik düzeyine sahip olduğu bulunmuştur (61, 63).

Dört alt boyut ve 15 maddeden oluşan beşli likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin dört alt boyutu (kontrol merkezi, özfarkındalık, kesinlik, sağlığın önemi) vardır. Ölçekteki 1., 5., 9., 10., 11. ve 14. maddeler olumlu tutum, 2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15. maddeler olumsuz ifadelerdir. Ölçeğin cevaplama süresi 5-7 dakikadır. Her bir madde; “Hiç katılmıyorum(1)”, “Katılmıyorum(2)”, “Kararsızım(3)”, “Katılıyorum(4)”, “Kesinlikle katılıyorum(5)” seçeneklerinden biri seçilerek cevaplandırılmaktadır. Ölçekteki olumsuz ifadeler ters (Hiç katılmıyorum=5, Katılmıyorum=4, Kararsızım=3, Katılıyorum=2, Kesinlikle katılıyorum=1) puanlanmaktadır. Ölçekten en az 15 puan, en çok 75 puan alınabilmektedir.

Kontrol merkezi (KOM) alt boyutu; bireyin sağlıklı olmayı kendi dışındaki faktörlere (şans, kader, dini inanç vb.) bağlayıp bağlamadığını, yani sağlıklı olmada kontrol merkezini kendinde toplayıp toplamadığını ve sağlığını değiştirebilmeye yönelik kendine olan güvenini belirlemeye yöneliktir.

Özfarkındalık (ÖZF) alt boyutu; bireyin sağlıklı olmaya ilişkin egzersiz ve doğru beslenme konusunda özfarkındalık algısının, sağlıklı olmanın kendi elinde olup olmadığına yönelik inancının seviyesini belirlemeye yöneliktir.

Kesinlik (KES) alt boyutu; bireyin sağlıklı kalmaya ve daha sağlıklı olmaya yönelik yapması gerekenler konusunda kesin bir fikre sahip olup olmadığını belirlemeye yöneliktir.

Sağlığın önemi (SÖ) alt boyutu; bireyin sağlığına ne derece önem verdiğini, bu konuda ne derecede maddi fedakarlıkta bulunduğunu ve sağlığa verdiği önemin hayatındaki önceliklerden biri olup olmadığını belirlemeye yöneliktir.

### 3.6.2. Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği (SBİTÖ):

Tekkurşun Demir ve Cicioğlu (2019) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek; 21 madde ve 4 alt boyuttan oluşan likert tipi bir ölçektir. Ölçekteki olumlu maddelere ait derecelendirme “Kesinlikle Katılmıyorum”, “Katılmıyorum”, “Kararsızım”, “Katılıyorum”, “Kesinlikle Katılıyorum” şeklindedir. Olumlu tutum maddeleri; 1, 2, 3, 4 ve 5 olumsuz tutum maddeleri ise 5, 4, 3, 2 ve 1 şeklinde puanlanmıştır.

- Olumlu maddeler: 1., 2., 3., 4., 5., 12., 13., 14., 15., 16. maddelerden oluşmaktadır.
- Olumsuz maddeler: 6., 7., 8., 9., 10., 11., 17., 18., 19., 20. ve 21. maddelerden oluşmaktadır.

SBİTÖ’den alınabilecek en düşük puan 21, en yüksek puan 105’tir. SBİTÖ’den katılımcıların alacağı 21 puan çok düşük, 23-42 puan düşük, 43-63 puan orta, 64-84 puan yüksek ve 85-105 puan ideal düzeyde yüksek sağlıklı beslenmeye ilişkin tutuma sahip olduğu şeklinde değerlendirilir.

SBİTÖ 21 madde ve 4 faktörden oluşan bir yapıya sahiptir. Bu faktörler, Beslenme Hakkında Bilgi (BHB), Beslenmeye Yönelik Duygu (BYD), Olumlu Beslenme (OB) ve Kötü Beslenme (KB) olarak adlandırılmıştır.

- Beslenme Hakkında Bilgi (BHB): 1., 2., 3., 4., 5.
- Beslenmeye Yönelik Duygu (BYD): 6., 7., 8., 9., 10., 11.
- Olumlu Beslenme (OB): 12., 13., 14., 15., 16.
- Kötü Beslenme (KB): 17., 18., 19., 20., 21. maddelerden oluşmaktadır.

Ölçeğin Cronbach- $\alpha$  değerleri, Beslenme Hakkında Bilgi (BHB) faktörü için 0,900, Beslenmeye Yönelik Duygu (BHB) faktörü için 0,840, Olumlu Beslenme (OB) faktörü için 0,750 ve Kötü Beslenme (KB) faktörü için 0,830 şeklindedir. Sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum ölçeği toplam puanının alfa katsayısı ise 0,900’dır (34).

### 3.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 26.0 programı kullanıldı. Sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ortalama ve standart sapma ile, kategorik verilere ait tanımlayıcı istatistikler ise frekans ve yüzde olarak belirtildi. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi.

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım varsayımını karşılayanlarda ikili gruplarda Independent Samples-T test ve çoklu gruplarda Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) kullanıldı. Normal dağılım varsayımını karşılamayanlarda Mann-Withney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. Gruplar arası farkın olduğu durumda Post-Hoc Tukey ve non- parametrik Post-Hoc (Tamhane's T2) testleri ile anlamlılık değerlendirildi.  $p < 0,05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Her ölçeğin güvenirlik puanları Cronbach alfa ile hesaplandı, değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Korelasyon katsayısı (r); 0,00–0,249 arası zayıf, 0,250–0,499 arası orta, 0,500–0,749 arası güçlü, 0,750–1,000 arası çok güçlü ilişki olarak kabul edildi.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile ilgili bulgular

Bu çalışmada Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanlarını temsil eden örneklem olarak, eksiksiz doldurulan 386 anket analiz edilmiştir.

Katılımcıların yaş ortalaması  $33,18 \pm 7,58$  (min=19, maks=58) yıl idi. Çalışmaya katılanların %53,6'sı (n=207) erkek, %46,4'ü (n=179) kadındı. Katılımcıların %65,3'ü (n=252) evli, %24,6'sı (n=95) yüksekokul mezunu ve %41,2'si (n=159) üniversite mezunuydu.

Katılanların %22,1'i (n=85) doktor, %29,8'i (n=115) yardımcı sağlık personeli, %21,2'si (n=82) idari personel ve %26,9'u (n=104) diğer personel (yardımcı sağlık personeli ve idari personel dışında kalan özellikli bir alanı olmayan personel) olarak dağılım göstermiştir.

Katılımcıların beden kütle indeksine (BKİ) göre %43,8'i (n=169) zayıf/normal kilolu, %43,8'i (n=169) fazla kilolu ve %12,4'ü (n=48) obezdir. Çalışmaya katılan zayıf birey sayısı az olduğu için zayıf ve normal kilolu bireyler beraber değerlendirildi.

Araştırmaya katılanların % 15,8'inde (n=61) kronik hastalık bulunmaktadır. Araştırmaya katılan bireylere ait sosyo-demografik özellikler Tablo 1'de verilmiştir

**Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri**

		n	%
<b>Yaş</b>	30 yaş altı	164	42,5
	30-40 yaş	137	35,5
	40 yaş üzeri	85	22,0
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	179	46,4
	Erkek	207	53,6
<b>Medeni Durum</b>	Evli	252	65,3
	Bekar	134	34,7
<b>Öğrenim Durumu</b>	İlköğretim	40	10,4
	Lise	92	23,8
	Yüksekokul	95	24,6
	Üniversite	159	41,2
<b>Görev</b>	Doktor	85	22,1
	Yardımcı Sağlık Personeli	115	29,8
	İdari Personel	82	21,2
	Diğer Personel	104	26,9
<b>BKİ(kg/m<sup>2</sup>)*</b>	≤18,5 (zayıf)	9	2,3
	18,6-24,9(normal kilolu)	160	41,5
	25,0-29,99 (fazla kilolu)	169	43,8
	≥30,0 (obez)	48	12,4
<b>Kronik Hastalık Durumu</b>	Kronik hastalık var	61	15,8
	Kronik hastalık yok	325	84,2

\*BKİ=Beden Kütle İndeksi

Katılımcıların %50,8 i (n=196) nöbet tuttuğunu beyan etmiştir. Nöbet tutan katılımcıların %55,1'i (n=108) ayda 7 gün ve daha az, %44,9'u (n=88) ayda 7 günden fazla ve nöbet tutmaktadır (Tablo 2).

**Tablo 2. Katılımcıların nöbet durumu**

		n	%
<b>Nöbet tutma durumu</b>	Nöbet tutuyor	196	50,8
	Nöbet tutmuyor	190	49,2
<b>Nöbet Sayısı*</b>	≤7 gün	108	55,1
	>7 gün	88	44,9

\* n=196 olarak hesaplanmıştır

Çalışmaya katılanların %70,5'i son 12 ayda COVID-19 PCR testi yaptırmıştır. Katılımcıların son 12 ayda yaptırdığı tetkikler tablo 3.'de verilmiştir.

**Tablo 3. Son 12 ayda yaptırılmış tetkikler**

		n	%
<b>Kolesterol Ölçümü</b>	Yaptıranlar	70	18,1
	Yaptırmayanlar	316	81,9
<b>Kan Şekeri Ölçümü</b>	Yaptıranlar	119	30,8
	Yaptırmayanlar	267	69,2
<b>COVID-19 PCR Testi</b>	Yaptıranlar	272	70,5
	Yaptırmayanlar	114	29,5

#### 4.2. Katılımcıların öğün tüketimine ilişkin bulgular

Çalışmaya katılanların %79,5'i (n=307) kahvaltı, %81,6'sı (n=315) öğle yemeği, %95,9'u (n=370) akşam yemeğini düzenli yiyordu. Katılımcıların cinsiyeti ile günlük öğün tüketimleri arasında anlamlı bir ilişki yoktu (Tablo 4).

Personelin %20,7'si (n=80) ise aynı zamanda ara öğün de yapıyordu. Sağlık personelinin ara öğünlerde tükettiği gıdalar Tablo 5'de gösterilmiştir.

**Tablo 4. Katılımcıların cinsiyetleri ile öğün tüketimlerinin karşılaştırılması**

	<b>Kadın</b>		<b>Erkek</b>		<b>Toplam</b>		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Kahvaltı</b>							0,092
Yapanlar	149	48,5	158	51,5	307	100,0	
Atlayanlar	30	38,0	49	62,0	79	100,0	
<b>Öğle Yemeği</b>							0,807
Yiyenler	147	46,7	168	53,3	315	100,0	
Atlayanlar	32	45,1	39	54,9	71	100,0	
<b>Akşam Yemeği</b>							0,967
Yiyenler	171	46,2	199	53,8	370	100,0	
Atlayanlar	8	50,0	8	50,0	16	100,0	
<b>Ara Öğün</b>							0,159
Yapanlar	63	51,6	59	48,4	122	100,0	
Atlayanlar	116	43,9	148	56,1	264	100,0	

**Tablo 5. Ara öğünde tüketilen yiyecek ve içecekler**

		n	%
<b>Süt/yoğurt tüketimi</b>	Tüketiyor	94	24,4
	Tüketmiyor	292	75,6
<b>Sandviç/tost tüketimi</b>	Tüketiyor	56	14,5
	Tüketmiyor	330	85,5
<b>Simit tüketimi</b>	Tüketiyor	49	12,7
	Tüketmiyor	337	87,3
<b>Meyve tüketimi</b>	Tüketiyor	209	39,1
	Tüketmiyor	177	60,9
<b>Paketli ürün tüketimi</b>	Tüketiyor	164	42,5
	Tüketmiyor	222	57,5
<b>Kuruyemiş tüketimi</b>	Tüketiyor	128	33,2
	Tüketmiyor	258	66,8
<b>Su tüketimi</b>	Tüketiyor	262	67,9
	Tüketmiyor	124	32,1
<b>Gazlı içecek tüketimi</b>	Tüketiyor	55	14,2
	Tüketmiyor	331	85,8
<b>Süt tüketimi</b>	Tüketiyor	14	3,6
	Tüketmiyor	372	96,4
<b>Soda tüketimi</b>	Tüketiyor	99	25,6
	Tüketmiyor	287	74,4
<b>Kahve tüketimi</b>	Tüketiyor	152	39,4
	Tüketmiyor	234	60,6
<b>Çay tüketimi</b>	Tüketiyor	267	69,2
	Tüketmiyor	117	30,8
<b>Bitki çayı tüketimi</b>	Tüketiyor	31	8,0
	Tüketmiyor	355	92,0
<b>Ayran tüketimi</b>	Tüketiyor	17	4,4
	Tüketmiyor	369	95,6
<b>Meyve suyu tüketimi</b>	Tüketiyor	28	7,3
	Tüketmiyor	358	92,7

Çalışmaya katılan erkeklerin %77,4'ü öğünlerde tükettiği besinlerin ekonomik olmasına, %62,9'u doyurucu olmasına dikkat ederken kadın katılımcıların %69,2'si kalorisi düşük besleyiciliği yüksek olmasına dikkat ediyordu (sırasıyla  $p=0,002$ ;  $p=0,003$  ve  $p=0,001$ ). Katılımcıların öğün tüketiminde dikkat ettiği unsurlar Tablo 6'da gösterilmiştir.

**Tablo 6. Cinsiyete göre öğün tüketiminde dikkat edilen unsurlar**

Öğün tüketiminde dikkat edilen unsurlar	Kadın		Erkek		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Kolay hazırlanabilir olması	76	49,4	78	50,6	154	100,0	0,339
Pişirme yöntemi	43	54,4	36	45,6	79	100,0	0,108
Ekonomik olması	31	32,6	64	77,4	95	100,0	<b>0,002</b>
Doyurucu olması	56	37,1	95	62,9	151	100,0	<b>0,003</b>
Lezzetli olması	119	44,9	146	55,1	265	100,0	0,393
Kişisel kriterler (tat, koku)	26	53,1	23	46,9	49	100,0	0,395
Katkı maddesi içermemesi	35	55,6	28	44,4	63	100,0	0,111
Az yağlı olması	31	53,4	27	46,6	58	100,0	0,242
Kalorisi düşük besleyiciliği yüksek olması	36	69,2	16	30,8	52	100,0	<b>0,001</b>
Besin çeşitliliğini sağlayabilmesi	18	56,2	14	43,8	32	100,0	0,325

#### 4.3. Katılımcıların cinsiyetleri ve egzersiz/diyet yapma durumu arasındaki ilişki

Düzenli diyet yapan katılımcıların %88,5'i (n=23) kadın, hiç diyet yapmayanların ise %64,3'ü erkekti ( $p<0,001$ ). Egzersiz yapma durumu ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki yoktu ( $p=0,489$ ). Katılımcıların diyet ve egzersiz yapma durumuyla cinsiyet arasındaki ilişki Tablo 7'de gösterilmiştir.

**Tablo 7. Cinsiyet ve diyet/egzersiz yapma durumu**

	Kadın		Erkek		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Diyet yapma durumu</b>							<b>&lt;0,001</b>
Hiç yapmayanlar	82	35,7	148	64,3	230	100,0	
Ara sıra yapanlar	74	56,9	56	43,1	130	100,0	
Düzenli yapanlar	23	88,5	3	11,5	26	100,0	
<b>Egzersiz yapma durumu</b>							0,489
Hiç yapmayanlar	48	41,7	67	58,3	115	100,0	
Ara sıra yapanlar	111	48,5	118	51,5	229	100,0	
Düzenli yapanlar	20	47,6	22	52,4	42	100,0	

Katılımcıların %30,1'i COVID-19 geçirmişti. Pandemi sürecinde katılımcıların %22,6'sının yeme alışkanlığında değişme olduğu, %44,0'ının kilosunda artış olduğu, %76,9'unun öğün sayısında değişim olmadığı, %66,6'sının kahve/çay tüketiminin değişmediği ve %22,8'inin koronavirüsten korunmak için şifalı bitki/probiyotik tüketmeye başladığı tespit edildi (Tablo 8).

**Tablo 8. Koronavirüs pandemisinin katılımcılar üzerine etkileri**

		n	%
<b>COVID-19 Geçirme Durumu</b>	Geçirdi	116	30,1
	Geçirmedi	270	69,9
<b>Koronavirüs pandemisi sürecinde yeme alışkanlığında</b>	Değişim oldu	87	22,6
	Değişim olmadı	173	44,8
	Biraz oldu	126	32,6
<b>Koronavirüs pandemisi sürecinde vücut ağırlığı</b>	Arttı	170	44,0
	Azaldı	37	9,6
	Değişmedi	179	46,4
<b>Koronavirüs pandemisi sürecinde gıda ve gıda ürünleri için harcamada artış</b>	Oldu	220	57,0
	Olmadı	82	21,2
	Bazen Oldu	84	21,8
<b>Koronavirüs pandemisi sürecinde öğün sayısı</b>	Arttı	66	17,1
	Azaldı	23	6,0
	Değişmedi	297	76,9
<b>Koronavirüs pandemisi sürecinde çay kahve ve diğer içecek tüketimi</b>	Arttı	109	28,2
	Azaldı	20	5,2
	Değişmedi	257	66,6
<b>Koronavirüsten korunmak için şifalı bitki probiyotik</b>	Tükettim	88	22,8
	Tüketmedim	187	48,4
	Ara sıra	111	28,8

COVID-19 geçiren 116 katılımcının, COVID-19 geçirdikten sonra %64,1'i iştahlarında değişiklik olmadığını, %70,2'si kilolarında değişiklik olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %42,1'inde hastalık sonrası tat kaybı, %54,4'ünde koku kaybı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 9).

**Tablo 9. COVID-19 geçirdikten sonraki bulgular**

		n	%
COVID-19 geçirdikten sonra iştahtaki değişiklik*	Arttı	12	10,5
	Azaldı	29	25,4
	Değişmedi	73	64,1
COVID-19 geçirdikten sonra vücut ağırlığında olan değişiklik *	Arttı	18	15,8
	Azaldı	16	14,0
	Değişmedi	80	70,2
COVID-19 geçirdikten sonra tat kaybı	Evet, oldu	48	42,1
	Hayır, olmadı	66	57,9
COVID-19 geçirdikten sonra koku kaybı*	Evet, oldu	62	54,4
	Hayır, olmadı	52	45,6

\* n=114

#### 4.5. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve BKİ arasındaki ilişki

Katılımcıların yaş ve BKİ'leri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu, yaşla birlikte obezite oranının arttığı tespit edildi ( $p<0,001$ ). Cinsiyet ve BKİ arasında anlamlı ilişki vardı, kadın katılımcıların BKİ değerleri erkek katılımcılara göre daha düşüktü ( $p<0,001$ ). Evli katılımcıların %51,2'si fazla kilolu, bekar katılımcıların %64,5'i zayıf/normal kilolu olarak bulundu. Evli katılımcıların BKİ'leri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ( $p<0,001$ ). İlkokul ve lise mezunlarında obezite oranı (sırasıyla; %23,0; %19,5) diğer gruplara göre yüksek tespit edildi ( $p=0,001$ ). Çalışmaya katılan personelin fazla kilolu ve obezite oranları (%51,9); doktorların ise zayıf/normal kilolu oranları (%60,0) diğer meslek gruplarına göre anlamlı derecede daha yüksekti ( $p<0,002$ ) (Tablo 10).

**Tablo 10. Sosyodemografik özellikler ve BKİ arasındaki ilişki**

	Zayıf/Normal Kilolu		Fazla Kilolu		Obez		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Yaş</b>									
30 yaş altı	104	63,4	54	32,9	6	3,7	164	100,0	<b>&lt;0,001</b>
30-40 yaş	49	35,8	68	49,6	20	14,6	137	100,0	
40 yaş üzeri	16	18,8	47	55,3	22	25,9	85	100,0	
<b>Cinsiyet</b>									
Kadın	105	58,7	57	31,8	17	9,5	179	100,0	<b>&lt;0,001</b>
Erkek	64	34,9	112	54,1	31	15,0	207	100,0	
<b>Medeni durum</b>									
Evli	82	32,5	129	51,2	41	16,3	252	100,0	<b>&lt;0,001</b>
Bekar	87	64,5	40	29,9	7	5,2	134	100,0	
<b>Eğitim düzeyi</b>									
İlköğretim	7	17,5	23	57,5	10	25,0	40	100,0	<b>0,001</b>
Lise	33	35,9	41	44,6	18	19,5	92	100,0	
Yükseköğretim	43	45,3	45	47,4	7	7,3	95	100,0	
Üniversite	86	54,0	60	37,7	13	8,3	159	100,0	
<b>Meslek</b>									
Doktor	51	60,0	30	35,3	4	4,7	85	100,0	<b>0,002</b>
YSP	51	44,3	50	43,5	14	12,2	115	100,0	
İdari personel	36	43,9	35	42,7	11	13,4	82	100,0	
Diğer personel	31	29,8	54	51,9	19	18,3	104	100,0	
<b>Kronik hastalık</b>									
Evet	22	36,0	28	45,9	11	18,1	61	100,0	0,252
Hayır	147	45,2	141	43,4	37	11,4	325	100,0	

\*YSP=Yardımcı sağlık personeli

Çalışmada kullanılan sağlık algısı ve sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum ölçeklerinin toplam ve alt boyutlarına ait ortalama puan değerleri ve güvenilirlik katsayıları Tablo 11’de gösterilmektedir.

**Tablo 11. Kullanılan ölçekler ve alt boyutlarının ortalama ve güvenilirlik değerleri**

	Madde sayısı	Min-maks	Ort±SD	Cronbach- $\alpha$
<b>Sağlık Algısı ölçeği</b>	15	33-75	48,50±7,26	0,673
Kontrol merkezi	5	5-25	16,23±4,18	0,778
Özfarkındalık	3	3-15	10,12±2,35	0,610
Kesinlik	4	4-20	11,83±3,43	0,703
Sağlığın önemi	3	3-15	10,33±2,65	0,614
<b>Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği</b>	21	31-102	71,94±10,98	0,781
Beslenme hakkında bilgi	5	5-25	19,66±4,62	0,934
Beslenmeye yönelik duygu	6	6-30	17,77±5,22	0,749
Olumlu beslenme	5	5-25	16,76±4,40	0,775
Kötü beslenme	5	5-25	17,74±4,85	0,830

#### **4.6. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin SBİTÖ puanlarına göre karşılaştırılması**

Katılımcıların SBİTÖ toplam puan ortalaması 71,94±10,98 puan (K:73,96±11,47 E:70,19±10,25) olup sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumları genelde yüksekti. SBİTÖ puan ortalamasına göre katılımcıların %1'inin (n=4) tutumu düşük, %21'inin (n=81) tutumu orta düzeyde, %65,3'ünün (n=252) tutumu yüksek ve %12,7'sinin (n=49) tutumu çok yüksek düzeyde bulundu.

Kırk yaşının üzerindeki personelin SBİTÖ toplam puanı (74,81±11,97) 30-40 yaş grubuna (70,63±11,70) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (**p=0,015**) (Tablo 12).

SBİTÖ beslenme hakkında bilgi alt boyutunda; 30 yaş altı katılımcıların puanı (20,76 ±4,05 puan) 30-40 yaş (18,69±4,98 puan) ve 40 yaş üzerine olanlara göre (19,12±4,65 puan) anlamlı derecede yüksek bulundu (sırasıyla **p<0,001**; **p=0,020**). Beslenmeye yönelik duygu alt boyutu puanları ise 40 yaş üzerinde (19,04±4,89 puan) 30 yaş altına göre (16,92±4,85 puan) anlamlı olarak yüksekti (**p=0,007**) (Tablo 12).

**Tablo 12.SBİTÖ ve alt boyutlarının yaşa göre kıyaslanması**

	Beslenme hakkında bilgi	Beslenmeye yönelik duygu	Olumlu beslenme	Kötü beslenme	SBİTÖ toplam puanı
<b>Yaş</b>	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
<30 yaş <sup>a</sup>	20,76 ±4,05	16,92±4,85	16,45±4,32	17,42±4,51	71,54±9,5
30-40 yaş <sup>b</sup>	18,69±4,98	18,00±5,67	16,45±4,62	17,48±4,84	70,63±11,70
>40 yaş <sup>c</sup>	19,12±4,65	19,04±4,89	17,88±4,04	18,78±5,39	74,81±11,97
p	<0,001 <sup>ab</sup> 0,020 <sup>ac</sup>	0,007 <sup>ac</sup>	0,029	0,832	0,016 <sup>bc</sup>

SBİTÖ: Sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum ölçeği

Kadın katılımcıların SBİTÖ toplam puanı (73,96±11,47 puan) erkek katılımcılara göre (70,19±10,25 puan) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (**p=0,001**). SBİTÖ alt boyutlarına bakıldığında ise kadın katılımcıların beslenme hakkında bilgi düzeyi (20,39±4,29 puan) erkek katılımcılara göre (19,03±4,81 puan) anlamlı derecede yüksekti (**p=0,004**) (Tablo 13).

**Tablo 13. SBİTÖ ve alt boyutlarının cinsiyete göre kıyaslanması**

	Beslenme hakkında bilgi	Beslenmeye yönelik duygu	Olumlu beslenme	Kötü beslenme	SBİTÖ toplam puanı
<b>Cinsiyet</b>	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Erkek	19,03±4,81	17,49±5,17	16,36±4,42	17,30±4,60	70,19±10,25
Kadın	20,39±4,29	18,09±5,26	17,23±4,35	18,25±5,08	73,96±11,47
p	0,004	0,263	0,51	0,057	0,001

SBİTÖ: Sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum ölçeği

SBİTÖ toplam puanı, beslenmeye yönelik duygu ve medeni durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (**p=0,194**; **p=0,054**). Olumlu beslenme ve kötü beslenme alt boyut puanları evli katılımcılarda (sırasıyla; 17,16±4,31 puan; 18,10±4,93 puan), bekar katılımcılara göre (sırasıyla; 18,10±4,93 puan; 17,07±4,63 puan) (sırasıyla **p=0,015**; **p=0,049**). Beslenme hakkında bilgi alt boyut puanı ise bekar katılımcılarda (20,78±4,53 puan) evli katılımcılara göre (19,07±4,57 puan) yüksekti (**p<0,001**) (Tablo 14).

**Tablo 14. SBİTÖ ve alt boyutlarının medeni duruma göre kıyaslanması**

	Beslenme hakkında bilgi	Beslenmeye yönelik duygu	Olumlu beslenme	Kötü beslenme	SBİTÖ toplam puanı
<b>Medeni Durum</b>	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Evli	19,07±4,57	18,14±5,01	17,16±4,31	18,10±4,93	72,47±11,48
Bekar	20,78±4,53	17,07±5,53	16,01±4,48	17,07±4,63	70,94±9,94
p	<b>&lt;0,001</b>	0,054	<b>0,015</b>	<b>0,049</b>	0,194

SBİTÖ: Sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum ölçeği

SBİTÖ toplam puanı ve eğitim düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Alt boyutlardan olumlu beslenme ve kötü beslenme ile eğitim düzeyi arasında da anlamlı fark yoktu (p=0,194).

Eğitim düzeyi üniversite ve yüksekokul olan katılımcıların beslenme hakkında bilgi alt boyutu puanları (sırasıyla; 21,27±4,18 puan; 19,96±3,88 puan) ilköğretim ve lise eğitim düzeyi gruplarından (sırasıyla; 16,08±4,88 puan; 18,14±4,66) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (sırasıyla **p<0,001**; **p<0,001**; **p=0,022**; **p<0,001**). Beslenmeye yönelik duygu alt boyutunda ise yüksekokul mezunları (18,55±4,98 puan) üniversite mezunlarına (16,81±5,11 puan) göre yüksek puan aldı (**p=0,049**) (Tablo 15).

**Tablo 15. SBİTÖ ve alt boyut puanlarının eğitim düzeyine göre kıyaslanması**

	Beslenme hakkında bilgi	Beslenmeye yönelik duygu	Olumlu beslenme	Kötü beslenme	SBİTÖ toplam puanı
<b>Eğitim Düzeyi</b>	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
İlköğretim <sup>a</sup>	16,08±4,88	18,93±4,80	16,48±5,05	18,95±4,86	70,43±10,97
Lise <sup>b</sup>	18,14±4,66	18,12±5,60	16,60±4,36	17,14±4,62	70,00±11,79
Yüksekokul <sup>c</sup>	19,96±3,88	18,55±4,98	16,85±4,31	18,41±4,73	73,77±10,86
Üniversite <sup>d</sup>	21,27±4,18	16,81±5,11	16,88±4,34	17,38±4,99	72,35±10,44
p	<b>&lt;0,001<sup>ac</sup></b> <b>&lt;0,001<sup>ad</sup></b> <b>0,022<sup>bc</sup></b> <b>&lt;0,001<sup>bd</sup></b>	<b>0,049<sup>cd</sup></b>	0,930	0,087	0,090

SBİTÖ: Sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum ölçeği

Katılımcıların meslek grupları ve SBİTÖ toplam puanı, beslenmeye yönelik duygu, olumlu beslenme ve kötü beslenme alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu (sırasıyla;  $p=0,152$ ;  $p=0,588$ ;  $p=0,109$ ). Doktor katılımcıların beslenme hakkında bilgi puanı ( $22,32\pm 3,83$ ) diğer meslek gruplarının puanına göre anlamlı derecede yüksekti ( $p<0,001$ ) (Tablo 16).

**Tablo 16. SBİTÖ ve alt boyutlarının meslek grubuna göre kıyaslanması**

	Beslenme hakkında bilgi	Beslenmeye yönelik duygu	Olumlu beslenme	Kötü beslenme	SBİTÖ toplam puanı
Meslek	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Doktor <sup>a</sup>	22,32±3,83	17,15±4,99	16,79±4,40	17,72±4,84	73,98±10,03
YSP <sup>a</sup>	19,40±4,86	18,18±4,91	16,10±4,87	18,31±4,38	72,00±10,28
İdari Personel <sup>c</sup>	19,11±3,78	17,73±5,39	16,63±3,76	16,65±5,19	70,12±12,07
Personel <sup>d</sup>	18,22±4,72	17,85±5,60	17,58±4,25	17,99±4,99	71,63±11,45
p	<0,001 <sup>ab</sup> <0,001 <sup>ac</sup> <0,001 <sup>ad</sup>	0,588	0,102	0,109	0,152

SBİTÖ: Sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum ölçeği YSP: Yardımcı sağlık personeli

Kronik hastalığı olan katılımcıların SBİTÖ toplam puanı ( $76,90\pm 10,36$  puan) ve beslenme hakkında bilgi ( $20,75\pm 3,22$  puan), olumlu beslenme ( $18,41\pm 3,82$  puan) ve kötü beslenme ( $19,25\pm 5,57$  puan) puanları kronik hastalığı olmayan katılımcılara göre yüksek olduğu görüldü (sırasıyla;  $p<0,001$ ;  $p=0,045$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,008$ ). Kronik hastalık durumu SBİTÖ arasındaki ilişki Tablo 17’de gösterilmiştir.

**Tablo 17. SBİTÖ ve alt boyutlarının kronik hastalık durumuna göre kıyaslanması**

	Beslenme hakkında bilgi	Beslenmeye yönelik duygu	Olumlu beslenme	Kötü beslenme	SBİTÖ toplam puanı
Kronik Hastalık	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Var	20,75±3,22	18,49±5,72	18,41±3,82	19,25±5,57	76,90±10,36
Yok	19,46±4,82	17,63±5,11	16,46±4,44	17,46±4,66	71,01±10,86
p	<b>0,045</b>	0,239	<b>0,001</b>	<b>0,008</b>	<b>&lt;0,001</b>

SBİTÖ: Sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum ölçeği

Zayıf/normal kilolu katılımcıların beslenme hakkında bilgi puanı (20,28±4,50 puan) obez katılımcılara (18,17±5,49 puan) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (**p=0,026**) (Tablo 18).

**Tablo 18. SBİTÖ ve alt boyutlarının katılımcıların BKİ'lerine göre kıyaslanması**

	Beslenme hakkında bilgi	Beslenmeye yönelik duygu	Olumlu beslenme	Kötü beslenme	SBİTÖ toplam puanı
BKİ	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Zayıf/normal kilolu <sup>a</sup> (<25 kg/m <sup>2</sup> )	20,28±4,50	17,76±5,21	17,02±4,60	17,82±4,87	72,89±11,21
Fazla Kilolu <sup>b</sup> (25,0-29,9 kg/m <sup>2</sup> )	19,47±4,38	17,97±5,05	16,56±3,99	17,79±4,83	71,78±10,76
Obez <sup>c</sup> (≥30,0 kg/m <sup>2</sup> )	18,17±5,49	17,08±5,83	16,58±5,06	17,31±4,90	69,15±10,66
p	<b>0,026<sup>ac</sup></b>	0,364	0,777	0,541	0,129

SBİTÖ: Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği; BKİ: Beden Kitle İndeksi

#### 4.7. Katılımcıların öğün tüketimlerinin SBİTÖ puanlarına göre karşılaştırılması

Günde düzenli üç öğün tüketen katılımcıların SBİTÖ toplam puanı (73,29±11,37 puan) günde üç öğünden az yapan (68,65±9,18 puan) katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (**p=0,001**). Günde üç öğünden az yapanlarda Olumlu beslenme puanı (14,78±4,10 puan) günde üç öğün yapanlar (17,40±4,22 puan) ve 3 öğünden fazla yapanlara (20,29±4,16 puan) göre anlamlı derecede düşük bulundu. (**p<0,001**). Günde 3 öğün yapanların kötü beslenme puanı (18,55±4,95 puan) günde 3 öğünden az (16,20±4,10 puan) ve günde 3 öğünden çok yapanlara (15,71±5,09 puan) göre anlamlı seviyede yüksekti (sırasıyla; **p<0,001**; **p=0,044**). Katılımcıların öğün sayısı ve SBİTÖ arasındaki ilişki tablo 19'da verilmiştir.

**Tablo 19. SBİTÖ ve alt boyutlarının katılımcıların öğün sayısına göre kıyaslanması**

	Beslenme hakkında bilgi	Beslenmeye yönelik duygu	Olumlu beslenme	Kötü beslenme	SBİTÖ toplam puanı
<b>Öğün Sayısı</b>	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Günde <3 öğün <sup>a</sup>	19,93±4,91	17,75±5,20	14,78±4,10	16,20±4,10	68,65±9,18
Günde 3 öğün <sup>b</sup>	19,42±4,54	17,92±5,12	17,40±4,22	18,55±4,95	73,29±11,37
Günde >3 öğün <sup>c</sup>	21,53±3,48	15,65±6,46	20,29±4,16	15,71±5,09	73,18±11,99
p	0,148	0,221	<0,001 <sup>ab</sup> <0,001 <sup>ac</sup> 0,016 <sup>bc</sup>	<0,001 <sup>ab</sup> 0,044 <sup>bc</sup>	0,001 <sup>ab</sup>

SBİTÖ: Sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum ölçeği

Kahvaltı yapan katılımcıların SBİTÖ toplam puanı (72,60±10,80), olumlu beslenme puanı ve kötü beslenme puanı kahvaltıyı atlayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulundu ( $p=0,020$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,003$ ).

Öğle yemeği yiyen katılımcıların öğünü atlayan katılımcılara göre SBİTÖ toplam puanı, olumlu beslenme ve kötü beslenme alt boyutu puanları anlamlı derecede yüksekti (sırasıyla;  $p=0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,007$ ).

Akşam yemeği yeme durumuyla SBİTÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Ara öğün tüketimi incelendiğinde ara öğün yapan katılımcıların SBİTÖ toplam puanı yapmayan katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşüktü ( $p=0,027$ ). Katılımcıların öğün atlama durumu ile SBİTÖ arasındaki ilişkiye ait bulgular tablo 20’de gösterilmiştir.

**Tablo 20. SBİTÖ ve alt boyutlarının katılımcıların öğün atlama durumuna göre kıyaslanması**

	Beslenme hakkında bilgi	Beslenmeye yönelik duygu	Olumlu beslenme	Kötü beslenme	SBİTÖ toplam
<b>Kahvaltı</b>	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Yapanlar	19,50±4,58	17,69±5,17	17,29±4,31	18,12±4,90	72,60±10,80
Atlayanlar	20,29±4,76	18,06±5,40	14,73±4,15	16,28±4,37	69,37±11,37
p	0,176	0,575	<0,001	0,003	0,020
<b>Öğle Yemeği</b>					
Yiyenler	19,70±4,36	17,90±5,13	17,16±4,27	18,06±4,90	72,81±10,93
Atlayanlar	19,49±5,67	17,21±5,56	15,03±4,57	16,34±4,39	68,07±10,44
P	0,732	0,319	<0,001	0,007	0,001
<b>Akşam Yemeği</b>					
Yiyenler	19,66±4,65	17,69±5,22	16,82±4,38	17,77±4,91	71,95±11,11
Atlayanlar	19,63±3,98	19,50±4,83	15,56±4,88	17,00±3,24	71,96±7,79
p	0,973	0,176	0,265	0,533	0,926
<b>Ara Öğün</b>					
Yapanlar	19,22±5,01	17,35±5,45	16,01±4,93	17,54±5,07	70,12±10,63
Atlayanlar	19,87±4,42	17,96±5,10	17,11±4,09	17,83±4,75	72,78±11,06
p	0,202	0,287	0,022	0,583	0,027

SBİTÖ: Sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum ölçeği

#### 4.8. Katılımcıların egzersiz/diyet yapma durumunun SBİTÖ puanlarına göre karşılaştırılması

İstatistiksel olarak düzenli egzersiz yapan katılımcıların SBİTÖ toplam puanı (76,43±12,14 puan) hiç yapmayanlara (69,88±11,20 puan) göre anlamlı düzeyde yüksekti (**p=0,003**)

Hiç egzersiz yapmayan katılımcıların beslenme hakkında bilgi puanı ara sıra yapanlar ve düzenli yapanlara göre istatistiksel anlamlı derecede düşüktü (sırasıyla; p=0,001; p=0,022). Düzenli egzersiz yapan katılımcıların beslenmeye yönelik duygu alt boyutu hiç yapmayan ve ara sıra yapan katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek görüldü (sırasıyla; **p=0,018**; **p=0,006**). Düzenli egzersiz yapan katılımcıların olumlu beslenme alt boyutu hiç yapamayanlara göre anlamlı derecede yüksekti (**p=0,024**) (Tablo 21).

**Tablo 21. SBİTÖ ve alt boyutlarının katılımcıların egzersiz yapma durumuna göre kıyaslanması**

	Beslenme hakkında bilgi	Beslenmeye yönelik duygu	Olumlu beslenme	Kötü beslenme	SBİTÖ toplam
<b>Egzersiz Yapma Durumu</b>	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Hiç Yapmayanlar <sup>a</sup>	18,27±4,49	17,57±4,63	15,88±4,01	18,17±4,99	69,88±11,20
Ara Sıra Yapanlar <sup>b</sup>	20,22±4,31	17,44±5,21	16,99±4,27	17,50±4,82	72,15±10,42
Düzenli Yapanlar <sup>c</sup>	20,45±5,77	20,12±6,18	17,95±5,65	17,90±4,61	76,43±12,14
p	<b>0,001<sup>ab</sup></b> <b>0,022<sup>ac</sup></b>	<b>0,018<sup>ac</sup></b> <b>0,006<sup>bc</sup></b>	<b>0,024<sup>ac</sup></b>	0,473	<b>0,003<sup>ac</sup></b>

SBİTÖ: Sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum ölçeği

Düzenli diyet yapan katılımcıların SBİTÖ toplam puanı hiç yapmayan ve ara sıra yapan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (sırasıyla; **p=0,002; p=0,021**).

Düzenli diyet yapan katılımcıların beslenmeye yönelik duygu ve kötü beslenme puanları hiç yapmayan ve ara sıra yapan katılımcılara göre anlamlı derecede yüksekti. (sırasıyla; **p=0,013; p=0,012; p=0,012; p=0,004**). Olumlu beslenme alt boyutu ise ara sıra yapan katılımcılarda hiç yapmayanlara göre anlamlı derecede yüksekti (**p=0,016**). Diyet yapma durumu ve SBİTÖ arasındaki ilişki Tablo 22’de gösterilmiştir.

**Tablo 22. SBİTÖ ve alt boyutlarının katılımcıların diyet yapma durumuna göre kıyaslanması**

Açıklama	Beslenme hakkında bilgi	Beslenmeye yönelik duygu	Olumlu beslenme	Kötü beslenme	SBİTÖ toplam
<b>Diyet yapma durumu</b>	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Hiç yapmayanlar <sup>a</sup>	19,46±4,58	17,61±4,84	16,18±4,05	17,71±4,57	70,96±10,14
Ara sıra yapanlar <sup>b</sup>	20,13±4,26	17,48±5,62	17,51±4,56	17,22±5,23	72,34±11,62
Düzenli yapanlar <sup>c</sup>	19,15±6,44	20,65±5,67	18,19±5,72	20,58±4,44	78,58±12,78
p	0,350	<b>0,013<sup>ac</sup></b> <b>0,012<sup>bc</sup></b>	<b>0,016<sup>ab</sup></b>	<b>0,012<sup>ac</sup></b> <b>0,004<sup>bc</sup></b>	<b>0,002<sup>ac</sup></b> <b>0,021<sup>bc</sup></b>

SBİTÖ: Sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum ölçeği

#### 4.9. Katılımcıların COVID-19 geçirme durumunun SBİTÖ puanlarına göre karşılaştırılması

Katılımcıların COVID geçirme durumuyla SBİTÖ ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 23).

**Tablo 23. SBİTÖ ve alt boyutlarının katılımcıların COVID-19 geçirme durumuna göre kıyaslanması**

COVID-19 geçirme durumu	Beslenme hakkında bilgi	Beslenmeye yönelik duygu	Olumlu beslenme	Kötü beslenme	SBİTÖ toplam
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Geçirmiş	20,09±4,64	17,16±5,45	16,96±4,64	18,25±5,30	72,45±12,28
Geçirmemiş	19,48±4,61	18,03±5,10	16,68±4,30	17,52	71,72±10,39
p	0,239	0,130	0,574	0,177	0,550

SBİTÖ: Sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum ölçeği

#### 4.10. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin SAÖ puanlarına göre karşılaştırılması

Yaş ve SAÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunamadı. SAÖ alt boyutlarına bakıldığında ise kontrol merkezi ve kesinlik boyutlarının yaş ile arasında anlamlı düzeyde farklılıklar vardı. 30 yaş altı katılımcıların kontrol merkezi ve kesinlik puanları 30-40 yaş grubu katılımcılara göre anlamlı derecede yüksekti (sırasıyla;  $p=0,005$ ;  $0,006$ ) (Tablo 24).

**Tablo 24. SAÖ ve alt boyutlarının yaşa göre kıyaslanması**

	Kontrol merkezi	Öz farkındalık	Kesinlik	Sağlığın önemi	SAÖ toplam puan
Yaş	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
30 yaş altı <sup>a</sup>	17,01±3,90	9,93±2,40	12,48±3,10	10,07±2,59	49,48±6,76
30-40 yaş <sup>b</sup>	15,48±4,35	10,36±2,19	11,26±3,49	10,53±2,80	47,63±8,03
40 yaş üzeri <sup>c</sup>	15,94±4,21	10,11±2,50	11,48±3,75	10,49±2,50	48,02±6,72
P	<b>0,005<sup>ab</sup></b>	0,297	<b>0,006<sup>ab</sup></b>	0,265	0,69

SAÖ: Sağlık algısı ölçeği

SAÖ toplam puanı ve alt boyutları cinsiyete göre kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı seviyede bir fark görülmedi. SAÖ ve cinsiyet arasındaki ilişki Tablo 25’de gösterilmiştir.

**Tablo 25. SAÖ ve alt boyutlarının cinsiyete göre kıyaslanması**

	Kontrol merkezi	Öz farkındalık	Kesinlik	Sağlığın önemi	SAÖ toplam
<b>Cinsiyet</b>	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Erkek	16,00±4,18	10,23±2,53	11,73±3,49	10,21±2,84	48,88±7,07
Kadın	16,49±4,18	10,00±2,13	11,93±3,36	10,46±2,42	48,17±7,42
P	0,255	0,227	0,199	0,355	0,339

SAÖ: Sağlık algısı ölçeği

Evli katılımcıların SAÖ toplam puanı bekar katılımcılara göre anlamlı derecede düşük tespit edildi (**p=0,017**). Kesinlik puanı da evli katılımcılarda bekar katılımcılara göre anlamlı derecede istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu (**p<0,001**).

Medeni durumlar arasında kontrol merkezi, sağlığın önemi ve öz farkındalık alt boyutları incelendiğinde anlamlı bir farklılığın oluşmadığı görüldü. Medeni durum ve SAÖ arasındaki istatistiksel ilişki Tablo 26’da gösterilmiştir.

**Tablo 26. SAÖ ve alt boyutlarının medeni duruma göre kıyaslanması**

	Kontrol merkezi	Öz farkındalık	Kesinlik	Sağlığın önemi	SAÖ toplam
<b>Medeni Durum</b>	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Evli	15,98±4,24	10,20±2,34	11,25±3,42	10,44±2,76	47,86±7,26
Bekar	16,71±4,05	9,97±2,37	12,91±3,18	10,13±2,43	49,71±7,13
P	0,102	0,357	<b>&lt;0,001</b>	0,276	<b>0,017</b>

SAÖ: Sağlık Algısı Ölçeği

Üniversite mezunu katılımcıların SAÖ toplam puanı ve kesinlik puanının ilköğretim, lise ve yüksek okul mezunu katılımcılara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı (Sırasıyla; **p=0,001**; **p<0,001**; **p=0,012**; **p<0,001**; **p<0,001**; **p=0,048**). Yüksek okul mezunu katılımcıların kesinlik puanı ilköğretim mezunlarına göre anlamlı derecede yüksekti (**p=0,044**). Kontrol merkezi alt boyu ise ilköğretim mezunlarında yüksek okul ve üniversite mezunlarına göre anlamlı derecede düşükken; lise mezunlarında ise üniversite mezunlarına göre anlamlı düzeyde düşüktü (sırasıyla; **p=0,042**; **p=0,005**; **p=0,004**) (Tablo 27).

**Tablo 27. SAÖ ve alt boyutlarının eğitim düzeyine göre kıyaslanması**

	Kontrol merkezi	Öz farkındalık	Kesinlik	Sağlığın önemi	SAÖ toplam
Eğitim Düzeyi	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
İlköğretim <sup>a</sup>	14,58±4,57	10,53±2,69	10,15±3,69	10,83±3,32	46,07±8,38
Lise <sup>b</sup>	15,20±3,79	10,00±2,11	10,77±2,71	10,45±2,67	46,41±6,34
Yüksek okul <sup>c</sup>	16,62±3,77	9,62±2,26	11,78±3,29	9,87±2,32	47,89±6,81
Üniversite <sup>d</sup>	17,01±4,32	10,39±2,41	12,89±3,48	10,41±2,63	50,69±7,16
p	<b>0,042<sup>ac</sup></b> <b>0,005<sup>ad</sup></b> <b>0,004<sup>bd</sup></b>	0,050	<b>0,044<sup>ac</sup></b> <b>&lt;0,001<sup>ad</sup></b> <b>&lt;0,001<sup>bd</sup></b> <b>0,048<sup>cd</sup></b>	0,212	<b>0,001<sup>ad</sup></b> <b>&lt;0,001<sup>bd</sup></b> <b>0,012<sup>cd</sup></b>

SAÖ: Sağlık algısı ölçeği

Meslek grupları incelendiğinde doktorların SAÖ toplam puanı yardımcı sağlık personeli, idari personel ve personel katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (sırasıyla; **p=0,005**; **p=0,003**; **p<0,001**). Doktorların kesinlik puanı da diğer meslek gruplarından olan katılımcılara göre anlamlı seviyede yüksekti (**p<0,001**). Kontrol merkezi puanı doktorlarda en yüksekken personel katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı seviyedeydi (**p<0,001**). (Tablo 28).

**Tablo 28. SAÖ ve alt boyutlarının meslek grubuna göre kıyaslanması**

	Kontrol merkezi	Öz farkındalık	Kesinlik	Sağlığın önemi	SAÖ toplam
Meslek	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Doktor <sup>a</sup>	17,44±4,40	10,34±2,47	13,67±3,52	10,26±2,65	51,70±7,56
YSP <sup>b</sup>	16,43±4,22	10,16±2,20	11,32±3,12	10,44±2,51	48,34±6,79
İdari Personel <sup>c</sup>	16,18±3,89	10,05±1,96	11,59±3,15	10,04±2,32	47,85±6,15
Personel <sup>d</sup>	15,07±3,92	9,96±2,69	11,07±3,40	10,49±3,04	46,58±7,56
p	<b>0,001<sup>ad</sup></b>	0,725	<b>&lt;0,001<sup>ab</sup></b> <b>&lt;0,001<sup>ac</sup></b> <b>&lt;0,001<sup>ad</sup></b>	0,649	<b>0,005<sup>ab</sup></b> <b>0,003<sup>ac</sup></b> <b>&lt;0,001<sup>ad</sup></b>

SAÖ: sağlık algısı ölçeği; YSP: Yardımcı sağlık personeli

SAÖ ve alt boyutlarıyla katılımcıların kronik hastalık durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ( Tablo 29).

**Tablo 29. SAÖ ve alt boyutlarının kronik hastalık durumuna göre kıyaslanması**

	Kontrol merkezi	Öz farkındalık	Kesinlik	Sağlığın önemi	SAÖ toplam
<b>Kronik Hastalık</b>	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Hastalık var	15,67±4,47	9,87±1,99	11,75±2,91	10,75±2,76	48,04±6,89
Hastalık yok	16,34±4,12	10,17±2,41	11,84±3,52	10,25±2,63	48,59±7,33
p	0,257	0,362	0,858	0,173	0,539

SAÖ: Sağlık algısı ölçeği

Zayıf/normal kiloda olan katılımcıların SAÖ toplam puanı fazla kilolu ve obez katılımcılara göre anlamlı düzeyde yüksek tespit edildi (sırasıyla; **p=0,015**; **p=0,008**). Öz farkındalık ve sağlığın önemli boyutlarının puanı obez katılımcılarda fazla kilolu katılımcılara göre anlamlı derecede yüksekti (**p=0,002**).

Kontrol merkezi puanı obez katılımcılarda zayıf/normal ve fazla kilolu katılımcılara göre anlamlı derecede düşük bulundu (sırasıyla; **p<0,001**; **p=0,006**). Kesinlik puanı obez katılımcılarda zayıf/normal kilolu katılımcılara göre anlamlı seviyede düşük tespit edildi (**<0,001**) (Tablo 30).

**Tablo 30. SAÖ ve alt boyutlarının katılımcıların BKİ'lerine göre kıyaslanması**

	Kontrol merkezi	Öz farkındalık	Kesinlik	Sağlığın önemi	SAÖ toplam
<b>BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Zayıf/Normal <sup>e</sup> (<25)	16,82±4,17	10,17±2,36	12,51±3,32	10,44±2,56	49,93±7,24
Fazla Kilolu <sup>f</sup> (25,0-29,9)	16,24±4,01	9,79±2,23	11,65±3,42	9,92±2,65	47,60±7,55
Obez <sup>g</sup> (≥30,0)	14,15±4,24	11,10±2,50	10,04±3,14	11,38±2,70	46,66±5,21
p	<b>&lt;0,001<sup>eg</sup></b> <b>0,006<sup>fg</sup></b>	<b>0,002<sup>fg</sup></b>	<b>&lt;0,001<sup>eg</sup></b>	<b>0,002<sup>fg</sup></b>	<b>0,015<sup>eg</sup></b> <b>0,008<sup>ef</sup></b>

SAÖ: Sağlık algısı ölçeği; BKİ: Bedn kitle indeksi

#### 4.11. Katılımcıların öğün tüketimlerinin SAÖ puanlarına göre karşılaştırılması

Öğün sayısı ile SAÖ toplam puanı, kesinlik ve kontrol merkezi alt boyutları arasında anlamlı bir fark görülmedi.

Günde 3 öğün beslenen katılımcıların öz farkındalık puanı günde 3 öğünden fazla beslenen katılımcılara göre; sağlığın önemi puanı ise günde 3 öğünden az beslenen katılımcılara göre anlamlı derecede yüksekti (sırasıyla; **p=0,030**; **p=0,026**) (Tablo 31).

**Tablo 31. SAÖ ve alt boyutlarının katılımcıların öğün sayısına göre kıyaslanması**

	Kontrol merkezi	Özfarkındalık	Kesinlik	Sağlığın önemi	SAÖ toplam
<b>Öğün Sayısı</b>	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Günde <3 Öğün <sup>a</sup>	16,51±4,62	10,01±2,38	11,83±3,36	9,78±2,72	48,12±7,40
Günde 3 Öğün <sup>b</sup>	16,11±4,05	10,26±2,27	11,75±3,47	10,55±2,58	48,67±7,27
Günde >3 Öğün <sup>c</sup>	16,24±3,5	8,76±2,99	12,94±3,15	10,59±2,83	48,52±5,62
p	0,701	<b>0,030<sup>bc</sup></b>	0,384	<b>0,026<sup>ab</sup></b>	0,802

SAÖ: Sağlık algısı ölçeği

Kahvaltı yapan katılımcıların sağlığın önemi alt boyutu puanı atlayan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (p=0,015). Öğle yemeği ve akşam yemeği tüketme durumuyla SAÖ ve alt boyutları arasında anlamlı derecede bir ilişki tespit edilmedi. Ara öğünü atlayan katılımcıların kontrol merkezi alt boyutu puanı yapan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (p=0,018). Öğün atlama ve SAÖ arasında ilişki Tablo 32’de verilmiştir.

**Tablo 32. SAÖ ve alt boyutlarının katılımcıların öğün atlama durumuna göre kıyaslanması**

	Kontrol merkezi	Özfarkındalık	Kesinlik	Sağlığın önemi	SAÖ toplam
<b>Kahvaltı</b>	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Yapanlar	16,19±4,11	10,11±2,38	11,84±3,50	10,50±2,60	48,63±7,18
Atlayanlar	16,39±4,46	10,18±2,25	11,76±3,15	9,68±2,75	48,01±7,58
p	0,701	0,815	0,846	<b>0,015</b>	0,498
<b>Öğle Yemeği</b>					
Yiyenler	16,23±4,10	10,15±2,33	11,81±3,48	10,45±2,59	48,62±7,21
Atlayanlar	16,24±4,55	10,01±2,47	11,92±3,21	9,80±2,87	47,97±7,51
p	0,984	0,670	0,809	0,065	0,492
<b>Akşam Yemeği</b>					
Yiyenler	16,29±4,10	10,08±2,32	11,84±3,39	10,28±2,65	48,49±7,23
Atlayanlar	14,75±5,65	11,06±2,83	11,44±4,30	11,56±2,39	48,81±8,21
p	0,149	0,103	0,644	0,058	0,864
<b>Ara Öğün</b>					
Yapanlar	15,49±4,13	10,26±2,16	11,49±3,33	10,59±2,92	47,83±6,56
Atlayanlar	16,57±4,17	10,06±2,44	11,98±3,47	10,21±2,51	48,81±7,55
p	<b>0,018</b>	0,426	0,193	0,189	0,217

SAÖ: Sağlık algısı ölçeği

#### 4.12. Katılımcıların egzersiz/diyet yapma durumunun SAÖ puanlarına göre

SAÖ toplam puanı hiç egzersiz yapmayan katılımcılarda ara sıra egzersiz yapan ve düzenli yapan katılımcılara göre anlamlı seviyede düşüktü ( $p<0,001$ ).

Ara sıra egzersiz yapan katılımcıların kontrol merkezi ve öz farkındalık puanları hiç yapmayan katılımcılara göre anlamlı düzeyde yüksek tespit edildi (sırasıyla;  $p=0,024$ ;  $p=0,023$ ).

Kesinlik boyutu puanı ise düzenli egzersiz yapan katılımcıların hiç yapmayan ve ara sıra yapan katılımcılara göre; ara sıra yapan katılımcıların da hiç yapmayan katılımcılara göre anlamlı derecede yüksekti (sırasıyla;  $p <0,001$ ;  $p=0,002$ ;  $p=0,017$ ).

Sağlığın önemi puanı hiç egzersiz yapmayan katılımcılarda ara sıra yapan ve düzenli egzersiz yapan katılımcılara göre anlamlı seviyede düşük bulundu (sırasıyla;  $p<0,001$ ;  $p=0,016$ ). SAÖ ve alt boyutlarının katılımcıların egzersiz yapma durumuyla ilişkisi Tablo 33'de verilmiştir.

**Tablo 33. SAÖ ve alt boyutlarının katılımcıların egzersiz yapma durumuna göre kıyaslanması**

	Kontrol Merkezi	Öz farkındalık	Kesinlik	Sağlığın Önemi	SAÖ toplam
<b>Egzersiz Yapma Durumu</b>	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Hiç yapmayanlar <sup>a</sup>	15,32±3,85	9,60±2,03	10,88±3,33	9,50±2,81	45,30±6,36
Ara Sıra yapanlar <sup>b</sup>	16,57±4,27	10,31±2,38	11,93±3,36	10,66±2,46	49,45±6,82
Düzenli yapanlar <sup>c</sup>	16,88±4,26	10,55±2,78	13,86±3,13	10,81±2,79	52,09±8,74
p	<b>0,024<sup>ab</sup></b>	<b>0,023<sup>ab</sup></b>	<b>0,017<sup>ab</sup></b> <b>&lt;0,001<sup>ac</sup></b> <b>0,002<sup>bc</sup></b>	<b>&lt;0,001<sup>ab</sup></b> <b>0,016<sup>ac</sup></b>	<b>&lt;0,001<sup>ab</sup></b> <b>&lt;0,001<sup>ac</sup></b>

SAÖ: Sağlık algısı ölçeği

Hiç diyet yapmayan katılımcıların sağlığın önemi alt boyutu puanı ara sıra ve düzenli diyet yapan katılımcılara göre anlamlı seviyede düşük bulundu (sırasıyla;  $p=0,03$ ;  $p=0,015$ ).

SAÖ toplam puanı, kontrol merkezi, öz farkındalık, kesinlik alt boyutları puanları ile diyet yapma durumu arasında ise ilişki görülmedi (Tablo 34).

**Tablo 34. SAÖ ve alt boyutlarının katılımcıların diyet yapma durumuna göre kıyaslanması**

	Kontrol merkezi	Özfarkındalık	Kesinlik	Sağlığın önemi	SAÖ toplam
<b>Diyet Yapma Durumu</b>	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Hiç yapmayanlar <sup>a</sup>	16,12±4,11	9,94±2,40	11,94±3,45	9,91±2,64	47,90±7,73
Ara sıra yapanlar <sup>b</sup>	16,61±4,19	10,50±2,25	11,72±3,33	10,85±2,51	49,68±6,23
Düzenli yapanlar <sup>c</sup>	15,35±4,77	9,85±2,27	11,31±3,77	11,42±2,77	47,92±7,25
p	0,304	0,078	0,614	<b>0,03<sup>ab</sup></b> <b>0,015<sup>ac</sup></b>	0,076

SAÖ: Sağlık algısı ölçeği

#### 4.13. Katılımcıların COVID-19 geçirme durumunun SAÖ puanlarına göre karşılaştırılması

COVID-19 geçiren katılımcıların SAÖ toplam puanı geçirmeyen katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksekti (**p=0,017**).

Kesinlik alt boyutu incelendiğinde COVID-19 geçiren katılımcıların puanının daha yüksek olduğu görüldü (**p=0,021**) (Tablo 35).

**Tablo 35. SAÖ ve alt boyutlarının katılımcıların COVID-19 geçirme durumuna göre kıyaslanması**

	Kontrol merkezi	Özfarkındalık	Kesinlik	Sağlığın önemi	SAÖ toplam
<b>COVID-19 geçirme durumu</b>	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Geçirmiş	16,45±3,97	10,47±2,20	12,44±3,71	10,49±2,63	49,85±7,52
Geçirmemiş	16,14±4,27	9,97±2,40	11,56±3,27	10,26±2,66	47,92±7,08
p	0,504	0,054	<b>0,021</b>	0,432	<b>0,017</b>

SAÖ: Sağlık algısı ölçeği

SAÖ toplam puanı ile SBİTÖ toplam puanı arasındaki korelasyon incelendiğinde, pozitif yönde orta derecede anlamlı bir korelasyon bulundu ( $r=-0,251$ , **p<0,001**).

SBİTÖ beslenme hakkında bilgi alt boyutu ile SAÖ toplam puanı, kesinlik ve kontrol merkezi alt boyutları arasında pozitif yönde orta derecede anlamlı bir korelasyon bulundu (sırasıyla;  $r=0,292$ ,  $p<0,001$ ;  $r=0,309$ ,  $p<0,001$ ;  $r=0,298$   $p<0,001$ ).

SBİTÖ olumlu beslenme alt boyutu ile SAÖ toplam puanı ve kontrol merkezi, kesinlik, sağlığın önemi alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf derecede anlamlı bir korelasyon bulundu (sırasıyla;  $r=0,229$ ,  $p<0,001$ ;  $r=0,109$ ,  $p=0,032$ ;  $r=0,216$ ,  $p<0,001$ ;  $r=0,199$ ,  $p<0,001$ ).

SBİTÖ kötü beslenme alt boyutu ile SAÖ sağlığın önemi alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf derecede anlamlı bir korelasyon bulundu ( $r=0,137$ ,  $p=0,007$ ).

SBİTÖ toplam puanı ile SAÖ kontrol merkezi, kesinlik ve sağlığın önemi alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf derecede anlamlı bir korelasyon bulundu (sırasıyla;  $r=0,182$ ,  $p<0,001$ ;  $r=0,180$ ,  $p<0,001$ ;  $r=0,170$ ,  $p<0,001$ )(Tablo 36.)

**Tablo 36. SAÖ ve SBİTÖ toplam puanları ve alt boyutları korelasyonu**

		Kontrol merkezi	Özfarkındalık	Kesinlik	Sağlığın önemi	SAÖ toplam
<b>Beslenme hakkında bilgi</b>	<b>r</b>	0,309**	-0,053	0,298**	-0,25	0,292**
	<b>p</b>	<0,001	0,299	<0,001	0,619	<0,001
<b>Beslenmeye yönelik duygu</b>	<b>r</b>	0,01	0,010	-0,034	0,086	0,019
	<b>p</b>	0,992	0,843	0,507	0,090	0,707
<b>Olumlu beslenme</b>	<b>r</b>	0,109*	-0,029	0,216**	0,199**	0,229**
	<b>p</b>	0,032	0,576	<0,001	<0,001	<0,001
<b>Kötü beslenme</b>	<b>r</b>	0,017	0,061	-0,037	0,137**	0,062
	<b>p</b>	0,735	0,234	0,468	0,007	0,223
<b>SBİTÖ toplam</b>	<b>r</b>	0,182**	-0,002	0,180**	0,170**	0,251**
	<b>p</b>	<0,001	0,967	<0,001	0,001	<0,001

SAÖ: Sağlık algısı ölçeği; SBİTÖ: Sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum ölçeği

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

## 5.TARTIŞMA

Bireylerin beslenme alışkanlıkları ile sağlık durumları arasında kuvvetli bir ilişki bulunmaktadır. Kötü beslenme alışkanlıkları, şişmanlık, zayıflık, diyabet, kalp damar hastalıkları, hipertansiyon gibi hastalıkların ortaya çıkmasında önlenebilir risk faktörlerinden biridir (6).COVID-19 pandemisi sürecinde oluşan kaygı artışı daha büyük sağlık sorunlarına neden olabilecek yeme davranışları, sağlıksız diyet uygulamaları ve obezite ile sonuçlanabilir (5). Böylesine ani ve yeni olan bir düzen değişikliğinin özellikle sağlık çalışanlarının beslenme alışkanlığı ve sağlık algısı üzerine etkisinin olması da kaçınılmazdır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi, devam ettirilmesinde ve topluma örnek teşkil etmesi açısından sağlık çalışanlarının önemli rol ve sorumlulukları vardır. Bu sebepten öncelikli olarak sağlık çalışanları kendi yaşam biçimlerini düzenlemelidirler (8).

Literatüre baktığımızda pandemi ve beslenme ile ilgili pek çok çalışma mevcuttur ancak sağlık çalışanlarının bu dönemdeki sağlık algıları ve beslenme alışkanlıkları ile ilgili az sayıda çalışma olduğu görüldü. Bu nedenle çalışmadaki amacımız, bölgedeki en büyük hastanelerden biri olma konumundaki hastanemizde çalışan sağlık personelinin pandemi sürecindeki sağlık algılarını, beslenme alışkanlıklarını ve bunlarla ilişkili faktörleri değerlendirmektir.

Sunulan çalışmada sağlık çalışanlarının yarıya yakını fazla kilolu, beşte biri ise obezdir. Hekimlerin obezite sıklığının diğer sağlık personellerinden daha az olduğu görüldü. Hamurcu ve ark.'nın sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada obezite oranı %6,3 bulunmuştur (64). Konyahamu ve ark. Malezya'da sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada katılımcıların %21,1'i obez olarak sınıflandırılmış ve hemşirelerin daha yüksek obez olma riskine sahip olduğu gösterilmiştir (65). Luckhaupt ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada Amerika Birleşik Devletleri'ndeki tüm endüstri kategorileri arasında sağlık sektöründe çalışanların diğer meslek gruplarına göre önemli ölçüde daha yüksek oranda obezite riski ile karşı karşıya olduğunu göstermiştir. Fazla mesai saatleri ve zorlayıcı bir çalışma ortamına maruz kalma, beslenme alışkanlıklarının değişmesi obezite prevalansının bu sektörde artması ile önemli ölçüde ilişki olabilir (66). Şehit ve ark. (2019) tarafından yapılan çalışmada, yedi saatten az uyumanın ve altı yıldan uzun süre vardiyalı sistemde çalışmanın obezite riskini arttırdığı tespit edilmiştir (67). Bu durumu destekler nitelikte sunulan çalışmada da katılımcıların yarıdan fazlasının kilolu veya obez olması düzensiz ve

uzun çalışma saatlerine, kötü beslenmeye ve iş esnasında yoğun strese maruz kalma sebebiyle obeziteye karşı daha savunmasız olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada yaşla birlikte obezite görülme sıklığının giderek arttığı bulundu. Erkek ve evli olan personelin obezite sıklığı, kadın ve bekar olanlara göre daha fazlaydı. Ayrıca eğitim düzeyi düştükçe obezite sıklığı da artıyordu. Geda ve ark. (2022) Kanada'da çalışan yetişkin nüfus üzerine yaptıkları çalışmada bu çalışmaya benzer şekilde erkeklerde ve evlilerde obezite sıklığının daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Yaş arttıkça ve eğitim düzeyi azaldıkça obezite sıklığının arttığı görülmüştür (68). Suresh ve ark. (2021) Amerika'da yaptıkları çalışmada ise sunulan çalışmadan farklı olarak kadınlarda erkeklere göre obezite sıklığı daha yüksek ve yaş ile obezite arasında ters ilişki bulunmuştur (69). Konyahamu ve ark. (2021) sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları çalışmada ise cinsiyet ve obezite arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (65). Ülkemizde çalışan kadınların nispeten sağlıklı beslenmeye daha fazla önem veriyor olması, fastfood gibi hazır ve yağlı gıdalar yerine ev yemeklerinin kadınlar tarafından tercih ediliyor olması ve belki de görünüş kaygısı çalışmalar arasında bu farklı sonuçlara neden olmuş olabilir.

Sunulan çalışmada sağlık çalışanlarının neredeyse üçte birinin günde üçten az öğün tükettiği saptandı. Çalışmaya katılanların en fazla atladığı ana öğün kahvaltı, en az atladığı ana öğün akşam yemeği olarak tespit edildi, ara öğünü ise katılımcıların sadece beşte biri düzenli olarak yapıyordu. Hamurcu ve ark.'nın (2022) yaptıkları çalışmada, sağlık çalışanlarının %55,6'sının günde 3 öğünden az tükettiği, %78,1'inin öğünlerinin düzenli olmadığını ve %76,9'unun sağlıklı beslendiklerini düşünmediği görülmüştür (64). Demir ve ark. (2017) sağlık çalışanları üzerine yaptıkları çalışmada katılımcıların en çok atladığı öğün sunulan çalışmaya benzer şekilde kahvaltı olarak bulunmuştur (70). En çok atlanan öğünün kahvaltı olmasının sebebi; yeterli vakit bulunamaması veya nöbet çıkışı hissedilen uyku ihtiyacının beslenme ihtiyacından fazla olması olabilir. Yapılan bir araştırmada çalışanların öğün atlama sebepleri olarak %71,3 zaman yetersizliği, %20,8 canı istememesi olduğu belirtilmiştir (71).

Bu çalışmada ara öğün tüketiminde en fazla tercih edilen yiyecek grubu paketli gıdalardı. Demir ve ark. (2017) sağlık çalışanlarında ara öğün olarak en çok; bisküvi, kraker, cips gibi paketli gıdaları tercih ettikleri bulunmuştur (70). Kublay ve ark. (2011) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada katılımcıların yarıdan fazlasının beslenmek için çoğunlukla hamburger, tost, simit, bisküvi, çikolata, kola, hazır meyve suları gibi kolay

ulaşılabilen yiyecek ve içecekleri tercih ettikleri bulunmuştur (72). Yoğun iş temposunda sağlık çalışanlarının en kolay ve hızlı şekilde ulaşılacakları ürün grubunun kafeteryalarda bulunan paketli gıdalar olması öncelikli olarak bu grup yiyeceklerin seçilmesinin sebebi olabilir. Bu nedenle kurumlarda sağlıklı ara öğün seçeneklerinin sunulması paketli gıda tüketimini azaltmada etkili olabilir.

Sunulan çalışmada pandemi sürecinde katılımcıların yarısından fazlasının yeme alışkanlığında devamlı veya aralıklarla değişme olduğu, yarıya yakınının kilosunda pandemi öncesine göre artış olduğu ve yarısından fazlasının gıda harcamasında artış olduğu görüldü. Bu dönemde sağlık çalışanlarının dörtte birinden fazlasının çay ve kahve tüketiminde artış olduğu ve yarısından fazlasının devamlı veya aralıklarla takviye gıda kullandığı tespit edildi. Literatür tarandığında Mota ve ark.'nın (2021) Brezilya'da yaptığı çalışmada pandemi döneminde sağlık çalışanlarının %78,5'inin yeme alışkanlığında değişiklik olduğu ve özellikle karbonhidrat tüketiminin arttığını bulmuşlardır (73). Karaköse ve ark.'ı (2021) acil servis ve yoğun bakım ünitelerindeki doktorlarla yaptığı çalışmada, pandemi sürecinde doktorların bir bölümünde her zamankinden daha fazla yeme arzusu olduğu ve fast-food beslenme tarzının arttığını bildirilmiştir (74). Dilber ve ark.'nın (2020) yaptığı çalışmada sunulan çalışmaya benzer şekilde salgınının çalışanların %45,3'ünün beslenme alışkanlığını etkilediği, %61,0'inde kilo artışı olduğu ve %43,0'ünün pandemi döneminde gıda harcamalarından ekonomik olarak etkilendiği tespit edilmiştir. Yine katılımcıların öğün sayılarının arttığı ve bu süreçte çay, kahve ve diğer içecek tüketimim arttığı görülmüştür (75). İtalya'da yapılan bir çalışmada ise karantina sürecinde katılımcıların yemek yapma isteğinin arttığı, yoğrularak yapılan ev yapımı tatlı, pizza, ekmek tercih edildiği, iştahlarının arttığı ve yarıya yakının kilo aldığı tespit edilmiştir (76) . Pandemi sürecinde kısıtlamalara bağlı olarak evde kalma sürelerinin uzaması sebebiyle fiziksel aktivite düzeyi azalmış ve kilo artışına yol açmış olabilir. Ayrıca bu dönemin özellikle sağlık çalışanlarının yaşadığı yüksek düzeydeki stresle ilişkili olarak, sağlık çalışanlarının yeme alışkanlıklarında değişikliğe sebep olması muhtemeldir. Literatüre bakıldığında sağlık çalışanlarının COVID-19 döneminde beslenme alışkanlıklarındaki değişiklik, kilo artışı genel popülasyona benzer şekildedir. Bunun sebebi olarak bu çapta tüm dünyayı etkisi altına alan bir salgınla ilk defa karşılaşılması ve bu yaşanan sürecin her meslek grubu birey için bir ilk olması söylenebilir

Bu çalışmada katılımcıların üçte biri COVID-19 geçirmiştir. COVID-19 geçiren katılımcıların yarıya yakınında hastalık sonrası tat, yarıdan fazlasında koku kaybı görülmüştür. Literatürde benzer çalışmalar incelendiğinde İtalya’da yapılan bir çalışmada SARS-CoV-2 PCR pozitif olguların %65’inde koku ve tat duyusunda değişiklik gözlenmiş olup %11’inde ilk ve %3’ünde tek semptom olduğu saptanmıştır (77). Giacomelli ve ark. (2020) Amerika’da COVID-19 geçirmiş katılımcılara yaptığı çalışmada katılımcıların %33,9 tat ve/veya koku kaybı yaşadığını bildirmiş (21). Tat ve koku kaybının subjektif olarak katılımcılar tarafından değerlendirilmesi literatürdeki bulgulardaki bu farklılığın sebebi olabilir.

Sunulan çalışmada hastane personelinin sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum puanı ortalaması  $71,94 \pm 10,98$  puan olduğu ve yaklaşık dörtte üçünün sağlıklı beslenme tutumunun yüksek ve çok yüksek olduğu tespit edildi. Özenoğlu ve ark. (2021) Türkiye’de farklı illerden 750 gönüllüde yaptıkları çalışmada, SBİTÖ puan ortalaması  $75,57 \pm 10,31$  olarak bulunmuş, katılımcıların %67,3’ünün yüksek derecede sağlıklı beslenmeye ilişkin tutuma sahip oldukları bildirilmiştir(78). Çakır ve ark. (2020) spor salonlarına giden bireylerde yaptığı çalışmada SBİTÖ puan ortalaması  $69,15 \pm 12,23$  olarak bulunmuştur (79). Sunulan çalışmada sağlık çalışanlarının sağlıklı beslenme tutumu literatüre benzer düzeyde yüksek bulunmuştur. Sağlık personeli olmanın olumlu beslenme tutumu üzerinde etkili olmadığı görülmüştür.

Sunulan çalışmada 40 yaş üzerindekiilerin sağlıklı beslenme tutumu 30-40 yaş grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Bunun sebebi yaş ile sağlık sorunlarının artması sebebiyle sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumun artması olabilir. 30 yaş altındakilerin ise beslenme hakkındaki bilgi düzeyi anlamlı derecede yüksekti. De Vriendt ve ark. (2009) 803 Belçikalı kadının katılımıyla yaptığı çalışmada, katılımcıların beslenme konusundaki bilgileri ile yaş arasında anlamlı farklılıklar görülmüştür ve bu çalışmadan farklı olarak yaş arttıkça beslenme bilgisinin arttığı bulunmuştur (80). Sunulan çalışmada daha genç yaştaki katılımcıların eğitim düzeyinin daha yüksek olması sebebiyle beslenme bilgisi daha yüksek bulunmuş olabilir.

Bu çalışmada eğitim düzeyi arttıkça beslenme hakkındaki bilgi düzeyinin de arttığı bulundu. Çakır ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada sağlıklı beslenme tutumunun eğitim düzeyi arttıkça arttığını tespit etmişlerdir (79). Yalçınkaya ve ark. (2007) sağlık

çalışanları üzerine yaptıkları çalışmada öğrenim durumuyla sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasında pozitif ilişki bulunmuştur (8). ABD’de Ogden ve ark. (2010) tarafından yapılan bir çalışmada sosyoekonomik düzey ile obezite görülme sıklığı arasında ilişki olduğu, eğitim düzeyi arttıkça obezite görülme sıklığının azaldığı belirtilmiştir (81). Bu sonuca göre eğitim durumu sağlıklı beslenme hakkındaki bilgiyi ve sağlıklı yaşam davranışlarını etkileyen önemli bir faktördür.

Bu çalışmada kadınların sağlıklı beslenme tutumunun, erkeklere göre daha yüksek olduğu bulundu. Vançelik ve ark. (2007) tarafından yapılan çalışmada, beslenme konusunda farkındalık düzeyinin kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (82). Yalçinkaya ve ark. (2007) yaptığı çalışmada kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları daha yüksek tespit edilmiştir (8). Kadınlara toplum tarafından yüklenen annelik rolü sağlıklı beslenme davranışı konusunda kadınların daha duyarlı bir tutum sergilemesine sebep vermiş olabilir. Ayrıca kadınların dış görünüşü konusundaki hassasiyetleri de sağlıklı beslenme tutumlarına yansımış olduğu düşünülebilir.

Sunulan çalışmada bekar katılımcıların beslenme hakkında bilgi düzeyi yüksek iken evli katılımcıların olumlu yeme davranışı daha yüksek düzeyde bulundu. Yım ve ark. (2012) Kore’de yaptıkları çalışmada, evli olan veya partneriyle yaşayan katılımcıların öğünlerinin daha düzenli olduğu ve rutin sağlık kontrollerini yaptırma konusunda daha özenli oldukları tespit edilmiştir (83). Kroshus ve ark. (2008) Amerika’da yaptıkları çalışmada bekar erkeklerin, evli erkeklere oranla hazır gıda harcamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir (84). Evlilikle birlikte düzenli bir hayata geçiş beslenme durumunu değiştirmektedir ve evde düzenli beslenmenin olumlu beslenme durumuna katkı sağladığı düşünülebilir.

Sunulan çalışmada BKİ ve sağlıklı beslenme tutumu arasında ilişki görülmedi. Ancak zayıf/normal kilolu katılımcıların beslenme hakkında bilgisi obez katılımcılara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Karaağaç ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada normal BKİ’ne sahip katılımcıların sağlıklı beslenme tutumlarının, obezlere göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (79). Yetkin ve ark.(2000) yaptıkları çalışmada BKİ’leri normalin altında olan katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının diğer katılımcılardan önemli ölçüde yüksek olduğunu belirtmişlerdir (85). Bu sonuçlar sağlık bilgisinin yüksek olmasının ve iyi bir sağlıklı beslenme tutumunun olmasının sağlıklı bir BKİ ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada ana öğünlerini atlamayan katılımcıların sağlıklı beslenme tutumu atlayan katılımcılara göre yüksek bulundu. Akça ve ark. (2015) öğrencilerin öğün atlama durumlarının BKİ sınıflandırmasına göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. BKİ'leri yüksek olan katılımcıların öğün atlama oranları daha yüksek bulunmuştur (86). Sormaz ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada BKİ kriterine göre; ana öğünlerini atlayan katılımcıların %16,4'ünde ve bazen atlayan katılımcıların %25'inde obezite görüldüğü belirlenmişti (87). Bu sonuçlar ana öğünleri düzenli yapmanın sağlıklı bir BKİ için önemini göstermektedir.

Sunulan çalışmada katılımcıların SAÖ ortalama puanı  $48,50 \pm 7,26$  puan olarak bulundu. Literatürde hemşirelik öğrencilerinde yapılan çalışmalarda; Çaka ve ark.(2017) SAÖ toplam puanı ortalaması  $49,6 \pm 6,2$  puan, Özdelikara ve ark.(2018) yaptığı başka bir çalışmada SAÖ toplam puan ortalaması  $50,57 \pm 4,60$  puan, Doğu ve ark. (2017) yaptığı çalışmada katılımcıların SAÖ toplam puan ortalaması  $49,88 \pm 6,28$  puan olarak bulunmuştur (88-90). Kolaç ve ark.(2018) fabrika çalışanlarında yaptığı bir başka çalışmada ise SAÖ puan ortalaması  $39,84 \pm 8,29$  saptanmıştır (91). Literatürde sunulan çalışmaya benzer şekilde sağlık çalışanlarının sağlık algısına yönelik çalışmaya rastlanmamıştır. Fabrika çalışanlarında yapılan çalışmadaki ortalama puan ise sunulan çalışmadan oldukça düşük bulunmuştur. Kişinin sağlık sektöründe olması dolayısıyla sağlık hizmetlerine ulaşma kolaylığının olması bunun sonucunda sağlıkla ilgili problemlerini daha kolay çözebilmesi sağlık algısının daha iyi olmasının sebebi olabilir.

Bu çalışmada SAÖ toplam puanı ve alt boyutları ile cinsiyet arasında ilişki bulunmadı. Kolaç ve ark. (2018) , Kaleta ve ark.(2018) ve Çaka ve ark.(2017) sunulan çalışmaya benzer şekilde cinsiyet ve sağlık algısı arasında ilişki bulunmamıştır (88, 91, 92). Kraja ve ark. (2014) , Şen ve ark. (2020) yaptıkları çalışmalarda erkeklerin sağlık algısının kadınlardan daha yüksek tespit etmişlerdir(93, 94). Normal şartlarda kadınların daha hassas bir mizaçları olması sebebiyle sağlık algılarının daha düşük olacağı düşünülebilir. Ancak sunulan çalışmadaki katılımcıların eğitim düzeyi ve sosyo-ekonomik düzeyi bu farklılığın önüne geçmiş olabilir. Kolaç ve ark.(2018) ve Şen ve ark. (2020) sağlık algısını değerlendirdikleri çalışmalarda katılımcıların medeni durum ile sağlık algısı arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (91, 93). Sunulan çalışmada ise literatürden farklı olarak evli katılımcıların sağlık algısı bekar katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşük bulundu. Bunun sebebi evli katılımcıların artan sorumlulukları sebebiyle kendilerine ayırdıkları zamanın azalması olabilir.

Kolaç ve ark. (2018) yaptığı çalışmada, Yılmaz ve ark. (2018) cerrahi hastalarında yaptığı çalışmada ve Uzuntarla ve ark. (2019) ambalaj atığı toplayan katılımcıların sağlık algısının incelendiği çalışmada kronik hastalığı olan katılımcıların sağlık algısının daha düşük olduğu bildirilmiştir (91, 95, 96). Sunulan çalışmada ise kronik hastalık ve sağlık algısı arasında ilişki bulunmamıştır. Bunun sebebi bu çalışmanın yapıldığı grubun sağlık personeli olması ve eğitim düzeyinin yüksek olması olabilir. Bu nedenle kronik hastalıklarının bulunmasının sağlık durumlarını kötü algılamalarına yol açmamış olduğu düşünülebilir.

Kolaç ve ark.(2018) yaptığı çalışmada eğitim düzeyi ile sağlık algısı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür (91). Şen ve ark.(2020) yaptığı çalışmada eğitim düzeyi ile sağlık algısı arasında pozitif ilişki tespit edilmiştir (97). Bu çalışmada literatüre benzer şekilde eğitim düzeyi arttıkça sağlık algısı puanının da arttığı tespit edildi. Doktorların sağlık algısı diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksek bulundu. Ayrıca doktorların kontrol merkezi ve kesinlik alt boyutu da diğer sağlık çalışanlarına göre yüksek tespit edildi. Kesinlik alt boyutu bireyin sağlıklı olma konusunda yapması gerekenler hakkında kesin bir fikre sahip olup olmamasını, kontrol merkezi alt boyutu ise kişinin sağlığını kontrol konusunda kendisini merkezde görüp görmediğini değerlendirir. Doktorların aldıkları eğitim ve yeterlilikleri düşünüldüğünde bu beklenen bir sonuçtur. Kişilerin eğitim düzeylerinin artmasıyla beraber sağlıkları için yapması gerekenler hakkındaki bilinç düzeyi de artmaktadır. Bu da sağlıklarına yönelik daha fazla pozitif davranışta bulunmalarına sebep olmaktadır. Bu nedenle eğitim düzeyinin artması ile sağlık algısının da artacağı düşünülebilir.

Sunulan çalışmada SAÖ toplam puanı ve alt boyut puanları düzenli egzersiz yapanlarda daha yüksek bulundu. Şen ve ark. (2020) yaptığı çalışmada sözü edilen çalışmaya benzer şekilde egzersiz yapan katılımcıların sağlık algısı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur(93). Sağlıklı yaşamın vazgeçilmez bir parçası olan düzenli egzersizi benimsemiş ve bunu yaşamlarının bir parçası haline getirmiş olan bireylerin sağlık algısının da yüksek olması beklenen bir durumdur.

## 6. SONUÇLAR

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışma Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapan yaklaşık sağlık çalışanları üzerinde 01.05.2021-31.08.2021 tarihleri arasında yürütüldü. Üniversite hastanesi sağlık personelinin COVID-19 pandemi sürecinde sağlık algısı ve beslenme alışkanlıklarının değerlendirildiği bu çalışmada;

- Katılımcıların yaş ortalaması  $33,18 \pm 7,58$  (min=19, maks=58) yıl idi.
- Çalışmaya katılanların %53,6'sı (n=207) erkek, %46,4'ü (n=179) kadındı.
- Katılımcıların %65,3'ü (n=252) evli, %34,7'si (n=134) bekarıdı.
- Katılımcıların %24,6'sı (n=95) yükseköğretim mezunu ve %41,2'si (n=159) üniversite mezunuydu.
- Katılımcıların %22,1'i (n=85) doktor, %29,8'i (n=115) yardımcı sağlık personeli, %21,2'si (n=82) idari personel ve %26,9'u (n=104) diğer personeldi.
- Katılımcıların beden kütle indeksine (BKİ) göre %43,8'i (n=169) zayıf/normal kilolu, %43,8'i (n=169) fazla kilolu ve %12,4'ü (n=48) obezdi.
- Araştırmaya katılanların % 15,8'inde (n=61) kronik hastalık bulunmaktaydı.
- Katılımcıların %50,8 i (n=196) nöbet tutuyordu.
- Nöbet tutan katılımcıların %55,1'i (n=108) ayda 7 gün ve daha az, %44,9'u (n=88) ayda 7 günden fazla ve nöbet tutmaktaydı.
- Çalışmaya katılanların %70,5'i son 12 ayda COVID-19 PCR testi yaptırmıştı.
- Katılımcıların %79,5'i (n=307) kahvaltısı, %81,6'sı (n=315) öğle yemeği, %95,9'u (n=370) akşam yemeğini düzenli yiyordu. Katılımcıların %20,7'si (n=80) ise aynı zamanda ara öğünde yapıyordu.

- Çalışmaya katılan erkeklerin %77,4'ü öğünlerde tükettiği besinlerin ekonomik olmasına, %62,9'u doyurucu olmasına dikkat ederken kadın katılımcıların %69,2'si kalorisi düşük besleyiciliği yüksek olmasına dikkat ediyordu.
- Düzenli diyet yapan katılımcıların %88,5'i (n=23) kadın, hiç diyet yapmayanların ise %64,3'ü erkekti.
- Katılımcıların %30,1'i COVID-19 geçirmişti.
- Pandemi sürecinde katılımcıların %22,6'sının yeme alışkanlığında değişme olduğu, %44,0'ının kilosunda artış olduğu, %76,9'unun öğün sayısında değişim olmadığı, %66,6'sının kahve/çay tüketiminin değişmediği ve %22,8'inin koronavirüsten korunmak için şifalı bitki/probiyotik tüketmeye başladığı tespit edildi.
- COVID-19 geçiren 116 katılımcının, COVID-19 geçirdikten sonra %64,1'i iştahlarında değişiklik olmadığını, %70,2'si kilolarında değişiklik olmadığını belirtti. Katılımcıların %42,1'inde hastalık sonrası tat kaybı , %54,4'ünde ise koku kaybı olduğu tespit edildi.
- Yaş ve BKİ arasında anlamlı ilişki bulundu, yaşla birlikte obezite oranının arttığı tespit edildi.
- Kadın katılımcıların BKİ değerleri erkek katılımcılara göre daha düşük anlamlı derecede düşük bulundu.
- İlkokul ve lise mezunu katılımcıların obezite oranı diğer katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek tespit edildi.
- Çalışmaya katılan personelin fazla kilolu ve obezite; doktorların ise zayıf/normal kilolu katılımcı sayısı diğer meslek gruplarına göre anlamlı derecede daha yüksekti.
- Katılımcıların SBİTÖ toplam puan ortalaması  $71,94 \pm 10,98$  puan olup sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumları genelde yüksekti.

- SBİTÖ puan ortalamasına göre katılımcıların %1'inin (n=4) tutumu düşük, %21'inin (n=81) tutumu orta düzeyde, %65,3'ünün (n=252) tutumu yüksek ve %12,7'sinin (n=49) tutumu çok yüksek düzeyde bulundu.
- Yaşla SBİTÖ puanı arasında anlamlı fark tespit edildi. Kırk yaşının üzerindeki personelin SBİTÖ toplam puanı 30-40 yaş grubuna göre anlamlı derecede yüksekti.
- Cinsiyet ve sağlıklı beslenme tutumu arasında anlamlı ilişki vardı. Kadın katılımcıların SBİTÖ toplam puanı erkek katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Kadın katılımcıların beslenme hakkında bilgi düzeyi erkek katılımcılara göre anlamlı derecede yüksekti.
- Medeni durum ile SBİTÖ olumlu beslenme, kötü beslenme ve beslenme hakkında bilgi alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki vardı. Evli katılımcıların olumlu beslenme ve kötü beslenme puanları daha yüksekken, bekar katılımcıların beslenme hakkında bilgi puanı daha yüksekti.
- Eğitim düzeyi ile beslenme hakkında bilgi arasında pozitif ilişki bulundu. Doktorların beslenme hakkında bilgi düzeyi diğer katılımcılara göre anlamlı düzeyde yüksekti.
- Kronik hastalığı olan katılımcıların sağlıklı beslenme tutumları olmayan katılımcılara göre anlamlı düzeyde yüksekti. Ayrıca beslenme hakkında bilgi, olumlu beslenme ve kötü beslenme puanları da anlamlı derecede yüksek bulundu.
- Zayıf/normal kilolu katılımcıların beslenme hakkında bilgi puanı obez katılımcılara göre anlamlı derecede yüksekti.
- Öğün sayısı ve sağlıklı beslenme tutumu arasında anlamlı ilişki vardı. Günde düzenli olarak üç öğün tüketen katılımcıların SBİTÖ toplam puanı günde üç öğünden az yapan katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek bulundu.
- Sağlıklı beslenme tutumu ve egzersiz yapma durumu arasında pozitif ilişki vardı. Düzenli egzersiz yapan katılımcıların SBİTÖ toplam puanı hiç yapmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksekti.

- Egzersiz yapmayanların beslenme hakkında bilgisi anlamlı derecede düşüktü.
- Düzenli egzersiz yapan katılımcıların olumlu beslenme davranışı hiç yapamayanlara göre anlamlı derecede yüksekti.
- Düzenli diyet yapanların sağlıklı beslenme tutumu anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Ayrıca beslenmeye yönelik duygu ve kötü beslenme puanları da anlamlı derecede yüksekti.
- Evli katılımcıların sağlık algısı toplam puanı bekar katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşüktü.
- Eğitim düzeyi ve sağlık algısı arasında pozitif yönde ilişki vardı. Eğitim seviyesi yükseldikçe sağlık algısı da artıyordu.
- Meslek grupları ve sağlık algısı arasında anlamlı ilişki vardı. Doktorların sağlık algısı diğer sağlık personellerine göre yüksek bulundu.
- BKİ ve sağlık algısı arasında ilişki bulundu. Zayıf/normla kilolu katılımcıların sağlık algısı fazla kilolu ve obez katılımcılara göre yüksek bulundu. Obez katılımcıların kontrol merkezi alt boyutundan aldıkları puan anlamlı derecede düşüktü.
- Günde 3 öğün beslenen katılımcıların öz farkındalıkları günde 3 öğünden fazla beslenen katılımcılara göre anlamlı derecede yüksekti.
- Kahvaltı yapan katılımcıların sağlığın önemi alt boyutu puanı atlayan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti.
- Sağlık algısı ve egzersiz yapma durumu arasında pozitif ilişki vardı. Hiç egzersiz yapmayan katılımcıların sağlık algısı düşüktü.
- COVID-19 geçiren katılımcıların SAÖ toplam puanı geçirmeyen katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek bulundu.
- SAÖ toplam puanı ile SBİTÖ toplam puanı arasındaki pozitif yönde orta derecede anlamlı bir korelasyon bulundu.

## 7. ÖNERİLER

- Pandemi süreci nedeniyle stres düzeyindeki yüksekliğin yeme tutumunu ve sağlık algısını etkilemesi muhtemeldir. Bu konudaki gereksinimlerin ve kaynakların farkında olunması hem sağlık profesyonelleri hem de üniversite yönetimi tarafından uygun girişimlerde bulunulması beslenme tutumu ve sağlık algısında oluşacak kötü yöndeki değişikliklerin önlemesini sağlayabilir.
- Sağlık çalışanlarının tercih ettiği gıdalar, beden kitle indeksi ve egzersiz durumlarına bakıldığında sonuçlar pek tatmin edici değildir. Çalışanların mesai saatlerinin düzenlenmesi, hastane ortamında kantin, kafeterya vb. yerlerde sağlıklı gıda seçeneklerinin getirilmesi ve stres düzeyini azaltacak etkinliklerin düzenlenmesi bu tablonun düzelmesine katkı sağlayabilir.
- Beslenme ve sağlık birbirinden ayrı düşünülemez kavramlardır. Sağlıklı bir toplum için beslenme bilincinin yükseltilmesi gerekmektedir. Öncelikli olarak sağlık çalışanlarının beslenme tutumunun iyileştirilmesi ve sağlık algılarının yükseltilmesi toplumun geri kalanına örnek olacak ve daha sağlıklı bir topluma öncülük edecektir.
- Sağlık personelinin sağlıklı beslenme tutum ve davranışlarını iyileştirmek amacıyla belirli bir takvim doğrultusunda hizmet içi eğitim, seminer ve toplantı benzeri aktiviteler düzenlenip sağlıklı beslenme olgusuna dikkat çekilebilir.

## 8. KAYNAKLAR

1. World of Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. erişim adresi: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. erişim tarihi: 21.02.2022.
2. TC. Sağlık Bakanlığı. COVID-19 (SARS-CoV2 Enfeksiyonu) rehberi. Erişim adresi: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66301/covid-19-rehberi.html>. Erişim Tarihi: 21.2.2022).
3. Hatun O, Dicle AN, Demirci İ. Koronavirüs salgınının psikolojik yansımaları ve salgınla başa çıkma. *Electronic Turkish Studies*. 2020;15(4):15-22.
4. Chakraborty I, Maity P. COVID-19 outbreak: Migration, effects on society, global environment and prevention. *Science of the Total Environment*. 2020;728:138882.
5. Almandoz JP, Xie L, Schellinger JN, Mathew MS, Gazda C, Ofori A, et al. Impact of COVID-19 stay-at-home orders on weight-related behaviours among patients with obesity. *Clinical obesity*. 2020;10(5):e12386.
6. Özçelik AÖ. Sağlık personelinin beslenme alışkanlıkları üzerinde bir araştırma. *GIDA* 2000;25(2).
7. Çelik GO, Malak AT, Bektaş M, Yılmaz D, Yümer AS, Öztürk Z, et al. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*. 2009;3(3).
8. Yalçinkaya M, Özer FG, Yavuz Karamanoğlu A. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2007;6(6):409-20.
9. Şeker M, Özer A, Tosun Z, Korkut C, Doğrul M. COVID-19 pandemi değerlendirme raporu. Ankara: Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları, TÜBA Raporları. 2020(34).
10. Göğebakan T. Tarihteki diğer pandemiler: İnsanlık diğer ölümcül salgın hastalıklardan nasıl kurtuldu. *Veri Analiz*. 2020;7.
11. Özkoçak V, Koç F, Gültekin T. Pandemilere antropolojik bakış: Koronavirüs (Covid-19) örneği. *Electronic Turkish Studies*. 2020;15(2).
12. Kirmizigül HG. COVID-19 salgını ve beraberinde getirdiği eğitim süreci. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*. 2020;7(5):283-9.
13. Huremović D. Brief History of Pandemics (Pandemics Throughout History). *Psychiatry of Pandemics*. 2019;16:7–35. doi: 10.1007/978-3-030-15346-5\_2.

14. Velavan TP, Meyer CG. The COVID-19 epidemic. *Tropical medicine & international health*. 2020;25(3):278.
15. Cascella M, Rajnik M, Aleem A, et al. Features, Evaluation, and Treatment of Coronavirus (COVID-19) [Updated 2022 Feb 5]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/>
16. Cui J, Li F, Shi Z-L. Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. *Nature Reviews Microbiology*. 2019;17(3):181-92.
17. Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, de Groot -RJ, Drosten C, Gulyaeva AA, et al. Coronaviridae study group of the international committee on taxonomy of viruses. The species severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nat Microbiol*. 2020;5(4):536-44.
18. Gao Y, Yan L, Huang Y, Liu F, Zhao Y, Cao L, et al. Structure of the RNA-dependent RNA polymerase from COVID-19 virus. *Science*. 2020;368(6492):779-82.
19. Xie P, Ma W, Tang H, Liu D. Severe COVID-19: a review of recent progress with a look toward the future. *Frontiers in Public Health*. 2020;8:189.
20. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, Jones FK, Zheng Q, Meredith HR, et al. The incubation period of coronavirus disease 2019 (COVID-19) from publicly reported confirmed cases: estimation and application. *Annals of internal medicine*. 2020;172(9):577-82.
21. Giacomelli A, Pezzati L, Conti F, Bernacchia D, Siano M, Oreni L, et al. Self-reported olfactory and taste disorders in patients with severe acute respiratory coronavirus 2 infection: a cross-sectional study. *Clinical infectious diseases*. 2020;71(15):889-90.
22. Yildirim Baş F. Pandemiye aşılamanın önemi ve covid-19 aşılama çalışmaları SDÜ Tıp Fak Derg 2021; (ozelsayi-1):245-248.
23. Maunder RG, Lancee WJ, Rourke S, Hunter JJ, Goldbloom D, Balderson K, et al. Factors associated with the psychological impact of severe acute respiratory syndrome on nurses and other hospital workers in Toronto. *Psychosomatic medicine*. 2004;66(6):938-42.
24. Polat ÖP, Coşkun F. COVID-19 salgınında sağlık çalışanlarının kişisel koruyucu ekipman kullanımları ile depresyon, anksiyete, stres düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Batı Karadeniz Tıp Dergisi*. 2020;4(2):51-8.
25. Selgelid MJ. Pandethics. *Public health*. 2009;123(3):255-9.
26. Sethi BA, Sethi A, Ali S, Aamir HS. Impact of Coronavirus disease (COVID-19) pandemic on health professionals. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 2020;36(COVID19-S4):S6.

27. Türk Tabipler Birliği. COVID-19 pandemisi. erişim adresi: <https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID19/> erişim tarihi: 11.03.2022.
28. Yücecan S. Besin tüketimindeki değişimler ve yeni eğilimler: Türk Mutfak Kültürü Üzerine Araştırıcı firmalar. Türk Mutfak Kültürünü Araştırma ve Tanıtma Vakfı, Yayın. 1999(23):235-44.
29. Besler H, Rakicioğlu N, Ayaz A, Büyüktuncer Demirel Z, Gökmen Özel H, Samur F, et al. Türkiye ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi. 2015. erişim adresi <http://tekinakpolat.com/wp-content/uploads/2017/12/turkiye-beslenme-rehberi.pdf>
30. Akşit A, Akar A. Beslenmeye giriş: TC Anadolu Üniversitesi; 1993. T.C. Anadolu Üniversitesi yayınları, no: 220., Açıköğretim Fakültesi yayınları,, no: 491. ISBN:9754922284 9789754922288
31. Akyol AGA, Bilgiç AGP, Ersoy G. Fiziksel aktivite, beslenme ve sağlıklı yaşam. Baskı Ankara: Klasmat Matbaacılık. 2008.
- 32.TC. Sağlık Bakanlığı. Türkiye beslenme rehberi (TÜBER). Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara. 2015;20:2019. erişim adresi: [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Turkiye\\_Beslenme\\_Rehberi\\_TUBER\\_18\\_04\\_2019.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Turkiye_Beslenme_Rehberi_TUBER_18_04_2019.pdf)
33. Baysal A. Sağlıklı beslenme: Uzmanların önerisi tüketicinin algılaması. Beslenme ve Diyet Dergisi. 1998;27(2):1-4.
34. Demir GT, Cicioğlu Hİ. Sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum ölçeği (SBİTÖ): Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Gaziantep Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi. 2019;4(2):256-74.
35. Thorpe MG, Milte CM, Crawford D, McNaughton SA. A revised Australian Dietary Guideline Index and its association with key sociodemographic factors, health behaviors and body mass index in peri-retirement aged adults. *Nutrients*. 2016;8(3):160.
36. Health N, Council MR. Australian dietary guidelines. Canberra: National Health and Medical Research Council. 2013. erişim adresi: <https://www.nhmrc.gov.au/adg>
37. Çetin E. Yetişkin tüketicilerin besin tercihleri ve sağlıklı beslenmeye yönelik tutumları üzerine cinsiyet faktörünün etkisi. Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara. 2007. yayınlanmamış uzmanlık tezi
38. World Health Organization. (2003). Globalization, diets and noncommunicable diseases. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42609>
39. Medina-Remón A, Kirwan R, Lamuela-Raventós RM, Estruch R. Dietary patterns and the risk of obesity, type 2 diabetes mellitus, cardiovascular diseases, asthma, and neurodegenerative diseases. *Critical reviews in food science and nutrition*. 2018;58(2):262-96.
40. Özcelik A, Ucar A. Gender differences in adult's knowledge about dietary fats, cholesterol, fiber and energy. *Pak J Nutr*. 2008;7:234-9.

41. Cohen J. Saving lives without new drugs. American association for the advancement of science; 2014.
42. Bah EI, Lamah M-C, Fletcher T, Jacob ST, Brett-Major DM, Sall AA, et al. Clinical presentation of patients with Ebola virus disease in Conakry, Guinea. *New England Journal of Medicine*. 2015;372(1):40-7.
43. Jagers GK, Watkins BA, Rodriguez RL. COVID-19: repositioning nutrition research for the next pandemic. *Nutrition Research (New York, NY)*. 2020;81:1.
44. Iddir M, Brito A, Dingo G, Fernandez Del Campo SS, Samouda H, La Frano MR, et al. Strengthening the immune system and reducing inflammation and oxidative stress through diet and nutrition: considerations during the COVID-19 crisis. *Nutrients*. 2020;12(6):1562.
45. Wong CP, Magnusson KR, Sharpton TJ, Ho E. Effects of zinc status on age-related T cell dysfunction and chronic inflammation. *BioMetals*. 2021;34(2):291-301.
46. FAO. Maintaining a healthy diet during the COVID-19 pandemic. Food and Agriculture Organization of the United Nations Rome, Italy; 2020. <https://doi.org/10.4060/ca8380en>
47. Rémond D, Shahar DR, Gille D, Pinto P, Kachal J, Peyron M-A, et al. Understanding the gastrointestinal tract of the elderly to develop dietary solutions that prevent malnutrition. *Oncotarget*. 2015;6(16):13858.
48. Laviano A, Koverech A, Zanetti M. Nutrition support in the time of SARS-CoV-2 (COVID-19). *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif)*. 2020;74:110834.
49. FAO. Maintaining a Healthy Diet during the COVID-19 Pandemic. 2020. erişim adresi [https://barriefht.ca/wp-content/uploads/2020/04/Maintaining-a-healthy-Diet-during-Covid-19-pandemic\\_FAO.pdf](https://barriefht.ca/wp-content/uploads/2020/04/Maintaining-a-healthy-Diet-during-Covid-19-pandemic_FAO.pdf)
50. WHO, Mediterranean. Nutrition advice for adults during the COVID-19 outbreak. [https://www.who.int/bangladesh/emergencies/coronavirus-disease-\(covid-19\)-update/nutrition-advice-for-adults-during-covid-19-outbreak](https://www.who.int/bangladesh/emergencies/coronavirus-disease-(covid-19)-update/nutrition-advice-for-adults-during-covid-19-outbreak)
51. Jahrami H, BaHammam AS, AlGahtani H, Ebrahim A, Faris M, AlEid K, et al. The examination of sleep quality for frontline healthcare workers during the outbreak of COVID-19. *Sleep and Breathing*. 2021;25(1):503-11.
52. Ferini-Strambi L, Zucconi M, Casoni F, Salsone M. COVID-19 and sleep in medical staff: reflections, clinical evidences, and perspectives. *Current Treatment Options in Neurology*. 2020;22(10):1-6.
53. Munuo AE, Mugendi BW, Kisanga OA, Otieno GO. Nutrition knowledge, attitudes and practices among healthcare workers in management of chronic kidney diseases in

- selected hospitals in Dar es Salaam, Tanzania; a cross-sectional study. *BMC Nutrition*. 2016;2(1):1-7.
54. Lovallo WR, Whitsett TL, Al'Absi M, Sung BH, Vincent AS, Wilson MF. Caffeine stimulation of cortisol secretion across the waking hours in relation to caffeine intake levels. *Psychosomatic medicine*. 2005;67(5):734.
55. Zhang J, Lai S, Lyu Q, Zhang P, Yang D, Kong J, et al. Diet and nutrition of healthcare workers in COVID-19 epidemic—Hubei, China, 2019. *China CDC Weekly*. 2020;2(27):505.
56. Larson JS. *The measurement of health: Concepts and indicators*: Greenwood Publishing Group; 1991.
57. Alkan SA, Özdelikara A, Boğa NM. Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algılarının belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;6(2):11-21.
58. Şenol V, Cetinkaya F, Ünalın D, Balcı E, Öztürk A. Determinants of self-rated health in general population in Kayseri, Turkey. *Türkiye Klinikleri tıp Bilimleri Dergisi*. 2010;30(1):88-96.
59. Veliöğlu P. *Hemşirelikte kavramlar ve kuramlar*. Ankara, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2012.
60. Bolsoy N, Sevil Ü. Sağlık-hastalık ve kültür etkileşimi. *Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi*. 2006;9(3):78-87.
61. Diamond JJ, Becker JA, Arenson CA, Chambers CV, Rosenthal MP. Development of a scale to measure adults' perceptions of health: Preliminary findings. *Journal of Community Psychology*. 2007;35(5):557-61.
62. Tuğut N, Bekar M. Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 11(3):17-26.2008.
63. Kadioglu H, Yıldız A. Sağlık Algısı Ölçeği'nin Türkçe Çevriminin Geçerlilik ve Güvenilirliği/Validity and Reliability of Turkish Version of Perception of Health Scale. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 2012;32(1):47.
64. Hamurcu P, Derya T. Sağlık çalışanlarında yeme farkındalığı düzeyinin belirlenmesi: zeynep kamil kadın ve çocuk hastalıkları eğitim araştırma hastanesi örneği. *Batı Karadeniz Tıp Dergisi*. 2022.
65. Kunyahamu MS, Daud A, Jusoh N. Obesity among health-care workers: which occupations are at higher risk of being obese? *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(8):4381.

66. Luckhaupt SE, Cohen MA, Li J, Calvert GM. Prevalence of obesity among US workers and associations with occupational factors. *American journal of preventive medicine*. 2014;46(3):237-48.
67. Şehit K, Anul N, Batar N, Cin P, Ekici G. Vardiyalı çalışan mutfak personelinin yeme davranışı, beden kütle indeksi ve bel-kalça oranlarının değerlendirilmesi. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*. 2019;1(2):12-8.
68. Geda NR, Feng CX, Yu Y. Examining the association between work stress, life stress and obesity among working adult population in Canada: findings from a nationally representative data. *Archives of Public Health*. 2022;80(1):1-12.
69. Suresh S, Siddiqui M, Ghanimeh MA, Jou J, Simmer S, Mendiratta V, et al. Association of obesity with illness severity in hospitalized patients with COVID-19: a retrospective cohort study. *Obesity Research & Clinical Practice*. 2021;15(2):172-6.
70. Demir HP, Elkin N, Barut AY, Bayram HM, Averi S. Vardiyalı çalışan sağlık personelinin uyku süresi ve beslenme durumunun değerlendirilmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017(2):89-107.
71. Özçelik Ö, Sürücüoğlu MS. Tıp doktorlarının beslenme bilgi düzeyleri üzerine bir araştırma. *Beslenme ve Diyet Dergisi*. 2000;29(1):11-6.
72. Kublay G. Özel bir hastanede çalışan hemşirelerin yaşam alışkanlıkları ve çalışma koşullarından kaynaklı sağlık sorunlarının değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2011;18(1):41-9.
73. Mota IA, Oliveira Sobrinho GDd, Morais IPS, Dantas TF. Impact of COVID-19 on eating habits, physical activity and sleep in Brazilian healthcare professionals. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 2021;79:429-36.
74. Karakose T, Malkoc N. Behavioral and interpersonal effects of the COVID-19 epidemic on frontline physicians working in Emergency Departments (EDs) and Intensive Care Units (ICUs). *Acta Medica Mediterranea*. 2021;37(1):437-44.
75. Dilber A, Dilber F. Koronavirüs (COVID-19) salgınının bireylerin beslenme alışkanlıkları üzerindeki etkisi. *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*. 2020;8(3):2144-62.
76. Di Renzo L, Gualtieri P, Pivari F, Soldati L, Attinà A, Cinelli G, et al. Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey. *Journal of translational medicine*. 2020;18(1):1-15.
77. Spinato G, Fabbris C, Polesel J, Cazzador D, Borsetto D, Hopkins C, et al. Alterations in smell or taste in mildly symptomatic outpatients with SARS-CoV-2 infection. *Jama*. 2020;323(20):2089-90.

78. Özenoğlu A, Beyza G, Karadeniz B, Fatma K, Bilgin V, Bembeyaz Z, et al. Yetişkinlerde beslenme okuryazarlığın sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumlar ve beden kütle indeksi ile ilişkisi. *Life Sciences*. 2021;16(1):1-18.
79. Karaağaç G, akir E. Spor salonlarına giden bireylerin sağlıklı beslenme tutumları ve sosyal görünüş kaygı düzeylerinin belirlenmesi. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. 2020;23(3):167-77.
80. De Vriendt T, Matthys C, Verbeke W, Pynaert I, De Henauw S. Determinants of nutrition knowledge in young and middle-aged Belgian women and the association with their dietary behaviour. *Appetite*. 2009;52(3):788-92.
81. Ogden CL, Lamb MM, Carroll MD, Flegal KM. Obesity and socioeconomic status in adults: United States, 2005-2008: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and ...; 2010.
82. Vançelik S, Önal SG, Güraksın A, Beyhun E. Üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi ve alışkanlıkları ile ilişkili faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2007;6(4):242-8.
83. Yim H-J, Park H-A, Kang J-H, Kim K-W, Cho Y-G, Hur Y-I, et al. Marital status and health behaviors in middle-aged Korean adults: from the 2007-2010 Korea national health and nutrition examination survey. *Korean Journal of Health Promotion*. 2012:178-86.
84. Kroshus E. Gender, marital status, and commercially prepared food expenditure. *Journal of nutrition education and behavior*. 2008;40(6):355-60.
85. Yetkin U. Eğitimi sağlıkla ilgili olan ve olmayan yükseköğretim öğrencilerinin sağlık davranışlarının karşılaştırılması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2000;3(2).
86. Akça SÖ, Selen F. Üniversite öğrencilerinin öğün atlamaları ve günlük fiziksel aktivitelerinin beden kütle indeksi (BKİ) üzerine etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2015;14(5).
87. Sormaz Ü, şanlıer N. Yiyecek-içecek hizmetleri bölümü ırac öğrencilerinin öğün atlama alışkanlıkları ve sağlık durumlarının değerlendirilmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 2015;23(4):1619-32.
88. aka M. Hemşirelik öğrencilerin sağlık algısı ile özgüvenleri arasındaki ilişki. *Journal of Human Rhythm*. 2017;3(4):198-203.
89. Doğu E. Hemşirelik lisans öğrencilerinde sağlık algısına cinsiyet ve diğer faktörlerin etkisi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*. 2017;9(2).
90. Özdelikara M. Determination of health perception, health anxiety and effecting factors among nursing students. *Medical Journal of Bakirkoy*. 2018;14(3):275-82.

91. Kolaç S. Fabrika çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve sağlık algısı. Bakırköy Tıp Dergisi. 2018;14(3):267-74.
92. Kaleta A. Factors influencing self-perception of health status. Central European journal of public health. 2009;17(3):122.
93. Şen SK, Öztürk YK. Sağlık algısı ile kanser taraması farkındalığı arasındaki ilişki. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2020;24(4):175-83.
94. Kraja F, Këlliçi I, Çakëri L. Determinants of self-perceived health status in population-based studies. Albanian Medical Journal. 2013;2:106-8.
95. Yılmaz C. Cerrahi hastalarının sağlık algıları ve etkileyen faktörler Öz. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2018;68.
96. Uzuntarla M. Ambalaj atığı toplayan kişilerin sağlık algılarının incelenmesi. Ulusal Çevre Bilimleri Araştırma Dergisi. 2019;2(2):69-75.
97. Şen. Sağlık algısı ile kanser taraması farkındalığı arasındaki ilişki. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2020;24(4):175-83.

## EK-2 Sosyodemografik Bilgi Formu

Sayın katılımcı;

Aşağıda size yöneltilen sorular " Bir üniversite hastanesi sağlık personelinin pandemi sürecinde sağlık algısı ve beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi" konusunun araştırılmasını amaçlayan bir tez çalışmasına veri sağlamak amacı ile oluşturulmuştur. İsminizi yazmanıza gerek yoktur. Tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Size uygun yanıtları boşlukları doldurarak ve kutucuklara çarpı (x) işareti koyarak yanıtlayınız.

Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

1-) Cinsiyet:  Erkek  Kadın

2-) Yaş:.....

3-) Göreviniz:.. ..

4-) Görev yaptığınız bölüm: .....

5-) Medeni durumunuz  Bekar  Evli

6-) Öğrenim durumu  İlköğretim  lise  yüksekokul  üniversite

7-) Kronik hastalığınız var mı?  Hayır  Evet.....

8-) Günde kaç öğün yemek yersiniz? .....

Sabah kahvaltısı  Evet yerim  bazen yerim  hayır yemem

Öğle yemeği  Evet yerim  bazen yerim  hayır yemem

Akşam yemeği  Evet yerim  bazen yerim  hayır yemem

9-) Günlük ara öğün tüketir misiniz?  Hayır  Bazen  Evet

10-)Öğün aralarında genelde hangi tür yiyecekleri tercih edersiniz?(En fazla 3 seçenek işaretleyiniz)

Süt/Yoğurt/ayran/peynir  Sandviç/tost/börek  Simit/poğaç

Meyve- kuru meyve.  Paketli ürünler (Şeker/Çikolata/Bisküvi vb.)  Kuruyemişler

11-)Öğün aralarında genelde hangi tür içecekleri tercih edersiniz ? (En fazla 3 seçenek işaretleyiniz)

Bir şey içmem  Su  Gazlı içecekler  Süt  Sade ve meyveli soda  Kahve

Siyah çay  Bitki çayları  Ayran  Meyve suları  Diğer (.....)

12-) Ayda kaç gece nöbeti tutuyorsunuz?.....

13-) Nöbet sırasında gece ne tür besinler tüketiyorsunuz?.....

14-) Besin tüketiminizde en çok nelere dikkat edersiniz? (En fazla 3 seçenek işaretleyiniz)

Kolay hazırlanabilir olmasına  Pişirme yöntemine (ızgara, kızartma, buğulama vb.)

Ekonomik olmasına  Doyurucu olmasına

Lezzetli olmasına  Subjektif kalite kriterlerine (tat, koku, kıvam, renk vb.)

Katkı maddesi içermemesine  Az yağlı olmasına

Kalorisi düşük, besleyici değerinin yüksek olmasına  Besin çeşitliliğinin sağlayabilmesi

15-)Egzersiz/spor yapıyor musunuz?  Hiç yapmam  Ara-sıra yaparım

Sık sık yaparım  Düzenli yaparım

16-) Diyet yapıyor musunuz?  Hiç yapmam  Ara-sıra yaparım

Sık sık yaparım  Düzenli yaparım

17-) Yapıyorsanız ne tür bir diyet yapıyorsunuz? .....

18-)Son 12 ay içinde aşağıdakilerden hangisini/hangilerini yaptırınız?

Tansiyon ölçümü  Kolesterol ölçümü  Kan şekeri ölçümü

COVID-19 testi  diğer.....

19-) Koronavirüs salgını süresince stres ve kaygı yeme alışkanlığınızı değiştirdi mi?

Evet  Hayır  Bazen

- 20-) **Koronavirüs salgını süresince gıda ve gıda ürünleri için harcamanız arttı mı?**  
[ ]Evet [ ] Hayır [ ] Bazen
- 21-) **Pandemi sürecinde kilonuzda değişiklik oldu mu?**  
[ ] Arttı [ ] Azaldı [ ] Değişmedi
- 22-) **Pandemi sürecinde öğün sayınız değişti mi?**  
[ ] Arttı [ ] Azaldı [ ] değişmedi
- 23-) **Pandemi sürecinde çay, kahve ve diğer içecek tüketiminiz değişti mi?**  
[ ] Arttı [ ] Azaldı [ ] değişmedi
- 24-) **Koronavirüsten korunmak için şifalı bitkiler, probiyotik ürünler tükettiniz mi?**  
[ ]Evet [ ] Hayır [ ] Ara sıra
- 25-) **Covid hastalığı geçirdiniz mi ?**  
[ ] Evet [ ] Hayır
- Bu soruları covid geçirdiyseniz cevaplayınız....**
- 26-) **Covid geçirdikten sonra iştahınızda değişme oldu mu ?**  
[ ] Arttı [ ] Azaldı [ ] Değişmedi
- 27-) **Covid geçirdikten sonra kilonuzda değişiklik oldu mu ?**  
[ ] Arttı [ ] Azaldı [ ] Değişmedi
- 28-) **Tat kaybınız oldu mu?**  
[ ] Hayır, olmadı [ ] Evet, oldu ..... süre devam etti
- 29-) **Koku kaybınız oldu mu?**  
[ ] Hayır, olmadı [ ] Evet, oldu ..... süre devam etti

### EK-3. Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katlıyorum	Kesinlikle Katlıyorum
1	Sağlıklı beslenmenin yararlarını bilirim.					
2	Hangi besinlerin protein içerdiğini bilirim.					
3	Hangi besinlerin karbonhidrat içerdiğini bilirim.					
4	Hangi besinlerin vitamin/mineral içerdiğini bilirim.					
5	Sağlıklı besinlerin neler olduğunu bilirim.					
6	Şekerli besinler (çikolata, kek, bisküvi, vb.) tükettiğimde mutlu olurum.					
7	Fastfood ürünler (hamburger, pizza vb.) yemekten keyif alırım.					
8	Şarküteri ürünleri (salam, sosis, sucuk, vb.) yemekten zevk alırım.					
9	Yağda kızarmış besinlerin yemeyi severim.					
10	Meyve tüketmekten hoşlanmam.					
11	Şerbetli tatlıları (baklava, künefe vb.) tükettiğimde mutlu olurum.					
12	Ana öğünleri (kahvaltı-öğle ve akşam yemeği) düzenli yerim.					
13	Günde en az 1,5 lt su içerim.					
14	Haftada en az 3 öğün sebze tüketirim.					
15	Düzenli meyve tüketirim.					
16	Her gün protein içeren besinler (et, süt, yumurta, vb.) yerim.					
17	Ana öğünleri atlarım.					
18	Her gün abur cubur (cips, çikolata, bisküvi, vb.) yerim.					
19	Her gün asitli/gazlı içeceklerden en az 1 bardak içerim.					
20	Ayaküstü beslenirim.					
21	Ana öğünümü genellikle kek, bisküvi gibi gıdalarla geçiştiririm.					

#### EK-4. Sağlık Algısı Ölçeği

Aşağıda sağlıklı olma hakkında söylenen ifadeler bulunmaktadır. Sizin için uygun olan ifadeyi işaretleyiniz		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
1	Sağlığımı çok düşünürüm.					
2.	Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.					
3.	Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.					
4.	Sağlıklıysam bu Allahın bir lütfudur.					
5.	Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım					
6.	Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.					
7.	Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.					
8	Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.					
9.	Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.					
10.	Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.					
11.	Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.					
12.	Sağlıklı olmak şans işidir.					
13.	Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem					
14.	İstediğim kadar sağlıklı olabilirim					
15.	Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.					