

**COVID-19 SÜRECİNDE BİREYLERE YÖNELİK DEPRESYON,
ANKSİYETE VE STRES DURUMLARININ BESLENME DAVRANIŞINA
ETKİSİ**

Yıldız Cansu TEMİZÖZ

OCAK 2023

**COVID-19 SÜRECİNDE BİREYLERE YÖNELİK DEPRESYON,
ANKSİYETE VE STRES DURUMLARININ BESLENME DAVRANIŞINA
ETKİSİ**

**BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

YILDIZ CANSU TEMİZÖZ

**BESLENME VE DİYETETİK DALINDA
YÜKSEK LİSANS DERECEİ İÇİN GEREKLİ ÇALIŞMALAR
YERİNE GETİRİLMİŞTİR**

OCAK 2023

BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

26/01/2023

YÜKSEK LİSANS TEZ ONAY FORMU

Program Adı:	Beslenme ve Diyetetik
Öğrencinin Adı Soyadı:	Yıldız Cansu TEMİZÖZ
Tezin Adı:	Covid-19 Sürecinde Bireylere Yönelik Depresyon, Anksiyete Ve Stres Durumlarının Beslenme Davranışına Etkisi
Tez Savunma Tarihi:	26.01.2023

Bu tezin Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları yerine getirmiş olduğu Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tarafından onaylanmıştır.

**Prof. Dr. Ahmet
ÖNCÜ
Enstitü Müdürü**

Bu Tez tarafımızca okunmuş, nitelik ve içerik açısından bir Yüksek Lisans tezi olarak yeterli görülmüş ve kabul edilmiştir

	Ünvanı, Adı Soyadı	İmza
Tez Danışmanı:	Ferhan MANTAR	Dr. Öğretim Üyesi
2. Üye :	Hatice Funda SEZGİN	Doçent Doktor
3. Üye :	Bilge Meral KOÇ	Dr. Öğretim üyesi



Bu tezdeki tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak elde edildiğini ve sunulduğunu; ayrıca bu kuralların ve ilkelerin gerektirdiği şekilde, bu çalışmadan kaynaklanmayan bütün atıfları yaptığımı beyan ederim.

Ad, Soyad: :

İmza:

ÖZET

COVID-19 SÜRECİNDE BİREYLERE YÖNELİK DEPRESYON, ANKSİYETE VE STRES DURUMLARININ BESLENME DAVRANIŞINA ETKİSİ

Temizöz, Yıldız Cansu

Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğretim Üyesi Ferhan MANTAR

Ocak 2023, 85 sayfa

SARS-CoV-2, Aralık 2019'da Wuhan'da ortaya çıkmış ve kısa sürede tüm dünyaya yayılmıştır. Hükümetler karantina, sosyal izolasyon ve maske takma gibi önleyici tedbirler almıştır. Bu önlemler özgürlüğü kısıtlamıştır ve depresyon, kaygı, stres gibi psikolojik rahatsızlıklara neden olmuştur. İnsanlar bu durumla başa çıkmak için aşırı yemek yemeye başvurmuşlar veya iştahlarını kaybetmişlerdir. Bu çalışma bireylerde önceden var olup etkisi artmış veya pandeminin sonucunda gelişen depresyon, anksiyete, stres gibi psikolojik problemlerin beslenme davranışlarına etkisini gözlemlemek amacı ile yapılmıştır. Çalışmada depresyon, kaygı ve stres düzeyleri DAS-21 ile ölçülmektedir. Pandemiye göre artan besin tüketimini belirlemek için besin tüketim anketi kullanılmıştır. Çalışmamıza 169 erkek, 291 kadın olmak üzere 460 kişi katılmıştır. Sonuç olarak depresyon, anksiyete ve stres seviyesi normal olan gruplarda değişmeyen vücut ağırlığı anlamlı bulunmuştur. ($p<0.01$) Aynı zamanda, kilo aldığını belirten bireylerde depresyon ve stres skor ortalaması, kilo verdiğini belirten bireylerde ise anksiyete skor ortalaması anlamlı yüksek bulunmuştur. ($p<0.01$) Kaygı arttığında BKİ'nin azaldığı görülmüştür. Ayrıca normal depresyon ve stres şiddetindeki tatlı, alkollü içecek, şekerli ve gazlı içecek, simit, poğaç, kurabiye ve kek tüketimi değişmeyen birey sayısı ve oran değeri diğer şiddet gruplarına göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Normal anksiyete şiddetindeki hazır yemek ve

şekerli ve gazlı içecek tüketimi değişmeyen birey sayısı ve oran değeri diğer şiddet gruplarına göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. ($p<0.05$).

Anahtar Kelimeler: Depreyon, Anksiyete, Stres, Kilo Alımı, Covid-19



ABSTRACT

THE EFFECT OF DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS STATES ON NUTRITIONAL BEHAVIOR OF INDIVIDUALS IN THE COVID-19 PROCESS

Temizöz, Yıldız Cansu

Nutrition and Dietetic Master Program

Supervisor: Dr. Öğretim Üyesi Ferhan MANTAR

January 2023, 85 pages

SARS-CoV-2 was emerged in December 2019 in Wuhan and it spread out around the World in a short span of time. Governments took preventive measures like quarantine, social isolation and wearing mask. These measures restrict liberty. Measures of this pandemi causes psychologic disorders like deppression, anxiety and stress. People refer to overeating for handling this situation or they loose their appetites. This study was carried out to observe the effects of psychological problems such as depression, anxiety, and stress, which were pre-existing in individuals with increased effects or developed as a result of the pandemic, on nutritional behaviors. In this study depression, anxiety and stress levels are measured by DAS-21. Food consumption questionnaire was used for determining increased foods consumption acording pandemi. Including 169 male and 291 female, 460 person joined to our study. Consequently, it is found that unchanging weight body count at normal levels of depression, anxiety and stress group is significant. ($p<0.01$) At the same time, the depression and stress score average was found to be significantly higher in individuals who stated that they gained weight, and the anxiety score was significantly higher in individuals who stated that they lost weight. ($p<0.01$) It was observed that BMI decreased when anxiety increased. In addition, the number and rate of individuals whose consumption of sweets, alcoholic beverages, sugary and fizzy drinks, bagels, pastries, cookies and cakes in normal depression and normal stress severity did not change were significantly higher than the other severity

groups. The number of individuals whose consumption of fast foods and sugary and carbonated beverages did not change in normal anxiety severity and the rate value were significantly higher than the other severity groups. ($p<0.05$).

Keywords: Depression, Anxiety, Stress, Weight Gain, , Covid-19



TEŞEKKÜR

Tez sürecim boyunca bilimsel görüşlerinin ve desteğinin yanı sıra bana her zaman yol gösteren tez danışmanı hocam Dr. Öğr. Üyesi Ferhan Mantar' a;

Tez aşamasının başlangıcında ve veri toplama aşamasındaki tüm desteklerinden dolayı Doç. Dr. Funda Hatice Sezgin'e;

Tezime başladıktan itibaren bilimsel görüşleriyle beni aydınlatan ve destek veren arkadaşım İbrahim Sevgili'ye

Beni her zaman destekleyen aileme;

Teşekkür Ederim

İSTANBUL, 2023

Yıldız Cansu Temizöz

İÇİNDEKİLER

İNTİHAL	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	viii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLolar LİSTESİ	xi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiii
Bölüm 1 : Giriş.....	1
Bölüm 2 : Genel Bilgiler	3
2.1 Koronavirüs	3
2.2 SARS-CoV-2 (COVID-19)	4
2.3 SARS-CoV-2 Tanı ve Tedavisi	7
2.4 SARS-CoV-2 Beslenme Tedavisi ve Mikrobesein Önerileri.....	8
2.5 COVID-19 Sürecinde Alınan Önlemler ve Kısıtlamalar.....	11
2.6 COVID-19 Etkileri	12
2.7 COVID-19'un Psikolojik Etkileri	14
2.8 COVID-19'un Beslenme Üzerine Etkileri	16
2.9 Duygu Durum Bozuklukları	16
2.9.1 Depresyon.....	17
2.9.2 Anksiyete	18
2.9.3 Stres.	18
Bölüm 3: Gereç ve Yöntemler	19
3.1 Amaç ve Önem	19
3.2 Araştırmanın Deseni	19

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.4 Örneklem Yönelik Güç Analizi (Power Analysis)	20
3.5 Araştırmanın Varsayımı ve Kısıtları	21
3.6 Veri Toplama Aracı.....	22
3.6.1 Genel bilgiler formu.....	22
3.6.2 Besin tüketim sıklığı anketi.	22
3.6.3 Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği – 21.	22
3.7 Verilerin İstatistiksel Analizi.....	22
3.8 Anketin Güvenilirlik Analizi.....	23
Bölüm 4: Bulgular.....	24
Bölüm 5: Tartışma	75
Bölüm 6: Sonuç ve Öneriler.....	83
KAYNAKÇA.....	86
EKLER.....	96
EK A: Etik Kurul Onayı.....	97
EK B: Aydınlatılmış Onam Formu	98
EK C: Genel Bilgiler Formu	99
EK D: Besin Tüketim Sıklığı Anketi	107
EK E: Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği-21.....	109

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Örneklem Büyüklükleri Tablosu	20
Tablo 2. Anketin Güvenilirlik Analizleri Sonuçları	23
Tablo 3. Katılımcıların Sosyodemografik Bilgilerine Yönelik Yüzde Dağılım Değerleri.....	24
Tablo 4. Antropometrik Özelliklere Yönelik Tanımlayıcı İstatistikler.....	30
Tablo 5. Kilo Değişimine Yönelik Yüzde Dağılım Değerleri	32
Tablo 6. DASS Skorlarına Yönelik Tanımsal İstatistikler	32
Tablo 7. DASS-21 Depresyon, DASS-21 Anksiyete, DASS-21 Stres Skorlarına Yönelik Yüzde Dağılım Değerleri	33
Tablo 8. Covid-19 Salgın Döneminde Vitamin ve Mineral Kullanımına Yönelik Yüzde Dağılım Değerleri	35
Tablo 9. Covid-19 Sürecinde Diyet Programı Uygulama Durumu Açısından BKİ İçin Grup Farklılığı	35
Tablo 10. Katılımcıların Depresyon, Anksiyete ve Stres Grupları ile Ağırlık Değişim Grupları Arasındaki Farklılık Analizi	37
Tablo 11. Ağırlık Değişim Gruplarına Yönelik Depresyon, Anksiyete, Stres Skorları İçin Farklılık Analizi	40
Tablo 12. Katılımcıların Salgından Sonraki Beden Kütle İndeksleri ile Depresyon, Anksiyete ve Stres Skorları Arasındaki İlişki	42
Tablo 13. Salgınından Sonraki BKİ Grupları Açısından Depresyon, Anksiyete ve Stres Grupları İçin Farklılık Analizi	43
Tablo 14. Salgınından Sonraki BKİ Grupları Açısından Depresyon, Anksiyete ve Stres Skor Değerleri İçin Farklılık Analizi	46
Tablo 15. Katılımcıların Besin Tüketim Alışkanlıklarındaki Değişimine Yönelik Depresyon Grupları Açısından Farklılık Analizi	48
Tablo 16. Katılımcıların Besin Tüketim Alışkanlıklarındaki Değişimine Yönelik Anksiyete Grupları Açısından Farklılık Analizi	54

Tablo 17. Katılımcıların Besin Tüketim Alışkanlıklarındaki Değişimine Yönelik Stres Grupları Açısından Farklılık Analizi	59
Tablo 18. Katılımcıların Salgın Sürecinde Besin Desteği Kullanma Durumunun DAS Grupları Açısından Farklılık Analizi	65
Tablo 19. Katılımcıların Salgın Sürecinde Besin Desteği Kullanma Durumunun DAS Skorları Açısından Farklılık Analizi	68
Tablo 20. Katılımcıların Salgın Sonrası Genel Öğün Tüketim Değişikliklerine İlişkin Bilgilerin Yüzde Dağılım Değerleri	69
Tablo 21. Katılımcıların Salgın Sonrası Besin Tüketim Değişikliklerine İlişkin Yüzde Dağılım Değerleri	72



KISALTMALAR LİSTESİ

2019-nCoV	2019-Yeni Koronavirüs
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ARDS	Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu
BKI	Beden Kütle İndeksi
CDC	Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi
Covid-19	Koronavirüs Hastalığı-19
DAS-2	Depresyon, Anskiyete ve Stres Ölçeği 21
DSM-5	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ED	Yeme Bozukluğu
GSYİH	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
HCoV 229E	İnsan Koronavirüsü 229E
HCoV HKU1	İnsan Koronavirüsü HKU1
HCoV NL63	İnsan Koronavirüsü NL63
HCoV OC43	İnsan Koronavirüsü OC43
KKD	Kişisel Koruyucu Ekipmanı
MeD	Skoru Akdeniz Diyetine Uyumluluk Skoru
MERS-CoV	Orta Doğu Solunum Sendromu Koronavirüs
RT-PCR	Gerçek Zamanlı Polimeraz Zincir Reaksiyonu
SARS Şiddetli	Akut Solunum Sendromu
SARS-CoV	Şiddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüs

SARS-CoV-2 Şiddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüs-2

TSSB Travma Sonrası Stres Bozukluğu

VOC Endişe Varyantı



Bölüm 1

Giriş

SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2) ilk Aralık 2019 da Çin' in Wuhan şehrinde ortaya çıkmıştır (Ochani ve diğerleri, 2021). Bu virüs enfekte insanların öksürük, hapşıрма gibi solunum yolu problemleri, insan etkileşimleri ile hızlı bir şekilde dünya çapında yayılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü 12 Mart 2020' de bu vaka artışına bağlı olarak COVID-19 salgını 'Pandemi' olarak ilan etmiştir (Yüce, Filiztekin ve Özkaya, 2021). 2021 Ocak ayı itibariyle 93 milyon insan enfekte olmuştur (Ochani ve diğerleri, 2021).

Hastalığın başlangıcı klinik olarak öksürük, ateş, kırgınlık, kas ağrısı ile karakterizedir. Enfeksiyondan sonra yaklaşık 1 hafta içerisinde, kazanılmış bağışıklığın artması beklenir. Bazı hastalarda bu bağışıklık, ileri yaş ve diyabet, hipertansiyon, kardiyopati, obezite gibi komorbiditeler gibi bireysel risk faktörleri nedeniyle gecikmektedir (Sidiq, Hanif, Dwivedi ve Chopra, 2020). Covid-19 Vaka sayısı arttıkça, ciddi vaka ve ölüm oranının altta yatan sağlık sorunlarına bağlı olduğu gözlemlenmiştir. En sık eşlik eden komorbiditeler; pulmoner hastalık, diyabet ve yaşlılıktır. Ciddi SARS vakası en fazla yaş ile ilişkilendirilmiştir (Weston ve Frieman, 2020).

Koronavirüs salgını dünya çapında şiddetlendikçe genel sağlık merkezleri virüs yayılımını kontrol altına alabilmek için sosyal mesafe, bireysel karantina, evde kalma gibi günlük yaşamda kısıtlamaya neden olan önlemler almıştır. Dünya nüfusu, zorunlu karantina ve bireysel izolasyonu takip eden belirsizlik durumu, sosyal mesafe ve eşlik eden özgürlük kısıtlamaları ile stresli koşullar altında yaşamaktadır (Orrù, Ciacchini, Gemignani, ve Conversano, 2020). Alınan önlemlerin virüs yayılımını azaltmak için kritik olduğu bilinse de, bu durumların bireylerde kısa veya uzun dönemli psikolojik sonuçlar doğuracağı öngörülmektedir (Galea, Merchant ve Lurie, 2020). Bu çalışmaları destekler nitelikte Haziran 2020' de Çin' de Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Anketi kullanılarak 1074 kişi üzerinde online yapılan çalışmada yüksek oranda anksiyete, depresyon, alkol tüketimi ve düşük refah seviyesi bulunmuştur (Ahmed ve diğerleri, 2020).

Duygu durumu ve besin seçimi arasında çift yönlü bir etkileşim vardır. Stres, depresyon, anksiyete gibi ruh hallerinin besin seçimini etkilediği, tercih edilen besinlerin şeker, karbonhidrat ve yağ içeriği yüksek zararlı besinler olduğu gözlemlenmiştir (Yılmaz ve Gökmen, 2020). Kızgınlık, korku, üzüntü gibi duygular ve ruh halleri yeme davranışını, besin seçimini ve motivasyonu etkileyebilmektedir. 2015 yılında Cardi ve ark. 33 çalışma ile yaptığı bir meta-analizde hem negatif hem de pozitif duyguların besin alımını etkilediğini, negatif duyguların artmış yemek yeme durumunda küçük fakat anlamlı etkisi olduğunu göstermiştir. (Cardi, Leppanen ve Treasure, 2015). Yine bunu destekler nitelikte Gardner ve ark. 151 lisans öğrencisi üzerinde yaptığı bir çalışmada negatif ruh halindeki öğrencilerin şeker, tuz ve tatlı içeriği yüksek zararlı besinleri tercih ettiğini göstermiştir (Gardner, Wansink, Kim ve Park, 2014). Başka bir çalışmada ise stres altında meyve, sebze, et ve balık tüketiminin azaldığı, atıştırmalık tüketiminin ise arttığı kanıtlanmıştır (Yılmaz ve Gökmen, 2020). COVID-19 salgınına karşı gelişen psikolojik ve duygusal durumlar da olumsuz yeme davranışlarına sebep olabilir. Bu olumsuz duygu durumlarının aşırı yemeye yol açabileceği gibi, bireylerde fizyolojik stres reaksiyonlarına bağlı yeme kısıtlaması da gelişebilmektedir (Di Renzo ve diğerleri, 2020).

Depresyon, anksiyete, stres durumlarında beslenme davranışları değişimi ve besin seçimlerine yönelik birçok çalışma bulunmaktadır. Koronavirüs döneminin psikolojik etkilerine yönelik çalışmalar artmakta olup bu dönemdeki beslenme çalışmaları sınırlı sayıdadır. Bu çalışmada bireylerin koronavirüs öncesi ve sonrası besin tercihleri gözlemlenecek, depresyon-anksiyete-stres ölçeği ile psikolojik durumları belirlenecektir. Çalışmanın amacı COVID-19 döneminde bireylerde gelişebilecek veya önceden var olup derecesi artmış, kısa veya uzun dönem etkisi sürebilecek depresyon, anksiyete, stres gibi psikolojik problemlerin beslenme davranışlarına etkisini araştırmaktır. Aynı zamanda bireylerin salgından önce ve sonraki besin seçimleri değerlendirmesi ile salgının besin seçimindeki rolü gözlemlenecektir.

Bölüm 2

Genel Bilgiler

2.1 Koronavirüs

Koronavirüs kümes hayvanları, kemirgen hayvanlar gibi vahşi hayvanlarda ve evcil hayvanlarda orta derece ile ciddi derece arasında bağırsak, solunum ve sistemik hastalıklara sebep olan bir virüstür. Ayrıca insanlarda soğuk algınlığı ve pnömونيye sebep olmaktadır. 2019 sonuna dek insanlarda hastalığa sebep olan 6 koronavirüs bilinmektedir (Hasöksüz, Kilic ve Saraç, 2020). Bunlardan HCoV 229E, HCoV NL63, HCoV HKU1 ve HCoV OC43 immün sistemi sağlam olan bireylerde soğuk algınlığına sebep olmaktadır. Bazen bu virüslerin özellikle yaşlılarda daha ciddi hastalıklara neden olduğu bilinmektedir (Ezhilan, Suresh ve Nesakumar, 2021). Diğer SARS-CoV (severe acute respiratory syndrome coronavirus) ve MERS-CoV (Middle East respiratory syndrome coronavirus) da zoonotiktir ve ciddi solunum hastalıklarına ve ölümlere sebep olur (Hasöksüz ve diğerleri, 2020). 2019' un sonu, dünya çapında hızla yayılan ve SARS-CoV veya MERS-CoV seviyesinde olmasa da endemik koronavirüslerden daha yüksek derecede ölümcül olan yeni insan koronavirüsü ortaya çıkmıştır. Virüs ilk olarak 2019-nCoV olarak, daha sonra SARS-CoV-2 olarak adlandırılmıştır ve COVID-19 hastalığına neden olmaktadır (Weston ve Frieman, 2020).

Son yıllarda yeni koronavirüs enfeksiyonu dünya çapında birçok ülkede belirli aralıklarda ortaya çıkmıştır (Yao, Qian, Zhu, Wang ve Wang, 2020). Ciddi akut solunum sendromu koronavirüsü (SARS-CoV) insan popülasyonunda 2002 yılında ortaya çıkmıştır. Çin'in Guangdong eyaletinde yarasadan misk kedisine, misk kedisinden insana bulaşmıştır (Weston ve Frieman, 2020). Bu virüs 8422 insanı etkilemiş, 916 kişi ölümüne sebep olmuştur (Yao ve diğerleri 2020). 2003 yılında SARS-CoV enfeksiyonları durmuş, o zamandan beri bu virüs görülmemiştir. Orta Doğu solunum sendromu koronavirüsü (MERS-CoV) olarak bilinen ikinci epidemik koronavirüs, 2012' de ortaya çıkmıştır (Weston ve Frieman, 2020). MERS-CoV ilk olarak Suudi Arabistan' da böbrek yetmezliği ve akut pnömوني geçiren 60 yaşındaki bir hastada görülmüştür. MERS-CoV, insandan insana SARS-CoV'den çok daha sınırlı bulaşma göstermiştir. 14 Şubat sonunda 2500' den fazla vaka ve %34.4 ölüm

oranı bildirilmiştir. MERS-CoV bilinen en hasar verici virüslerden biridir (Hasöksüz ve diğerleri, 2020).

2019 sonunda Wuhan' da yeni bir koronavirüs ortaya çıkmıştır ve hızlı bir şekilde yayılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından virüsün yeni koronavirüs olduğu onaylanmıştır ve Koronavirüs hastalığı-2019 (COVID-19) adı verilmiştir (Yao ve diğerleri 2020).

SARS-CoV, MERS-CoV ve COVID-19 aynı CoV cinsine aittir ve hepsi beta-CoV' dur (Yao ve diğerleri 2020). Bu virüsler akut hastalıklara neden olurlar ve genellikle ölümcüldürler. Bu virüslerin akciğer hasarı tüm yaş gruplarında bildirilmesine rağmen, yaşlılarda veya eşlik eden hastalıkları olan belirli vakalarda, kalp yetmezliği ve yüksek ölüm oranına yatkın olan çoklu organ yetmezliğine, akut solunum sıkıntısı sendromuna ve pnömoniye neden olma olasılığı daha yüksektir. Genellikle virüs rezervuarı şempanzeler, yarasalar veya develerdir. Hayvandan insana bulaşmaya ek olarak, SARS-CoV, SARS-CoV-2 ve MERS-CoV' ün insandan insana bulaştığı rapor edilmiştir (Ezhilan ve diğerleri, 2021).

2.2 SARS-CoV-2 (COVID-19)

COVID-19 pandemisi Şiddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüs-2 (SARS-CoV-2) virüsünün sebep olduğu dünya çapında bir koronavirüs salgını olan enfeksiyon hastalığıdır. (WHO, 2020) SARS-Cov-2 taksonomik olarak koronavirüs ailesine ve hafif ila şiddetli insan hastalıklarına neden olan birkaç başka türü içeren Sarbecovirus alt cinsine aittir. İlk COVID-19 vakası 31 Aralık 2019' da, Çin' in Hubei Eyaleti, Wuhan Şehrinde pnömoni geçiren bir hastanın sonucu ile yetkililer tarafından DSÖ'ye bildirilmiştir. SARS-CoV-2, 229E, NL63, OC43, HKU1, MERS-CoV ve önceki SARS-CoV'den sonra insanları enfekte eden yedinci Koronavirüs'tür. (Yüce ve diğerleri, 2021)

COVID-19 ilk olarak Çin'de ortaya çıktıktan sonra dört ay boyunca evrim geçirmiş ve küresel bir tehdit olarak dünya genelinde diğer ülkelere hızla yayılmıştır. Dünyanın her yerindeki insanlar, 1918 grip pandemisinden sonra koronavirüs hastalığı 2019' dan (COVID-19) etkilenmiştir. Yeni insan koronavirüs hastalığı COVID-19, 1918 grip pandemisinden bu yana belgelenen beşinci pandemi haline gelmiştir (Liu, Kuo ve Shih, 2020). Türkiye'de ilk COVID-19 vakaları 10 Mart 2020'de görülmüştür ve 1 ay sonra 47.029 vaka ve 1006 ölüm belirtilmiştir.

(Hasöksüz ve diğerleri, 2020). Dünya Sağlık Örgütü 11 Mart 2020’de, 1918 İspanyol gribi (H1N1), 1957 Asya gribi (H2N2), 1968 Hong Kong gribi (H3N2) ve 2009 Pandemik gribini takiben COVID-19’u pandemi olarak ilan etmiştir. (Sırasıyla tahmini 50 milyon, 1,5 milyon, 1 milyon ve 300.000 insan ölümü olmuştur.) (Liu ve diğerleri, 2020). COVID-19, 17 Ocak 2021 itibarıyla 93 milyondan fazla kişiye bulaşmış ve 2 milyondan fazla ölüme sebep olmuştur (Ochani ve diğerleri, 2021).

COVID-19’un ölüm oranı, şiddetli akut solunum sendromu (SARS) ve Orta Doğu solunum sendromundan (MERS) daha düşüktür (Alsharif ve Qurashi, 2021). Ancak daha düşük gibi görünse de, kıyaslandığında çok daha hızlı ve yaygın bir şekilde bulaşarak küresel bir sağlık ve mali krize neden olmuştur (Ochani ve diğerleri, 2021).

Mart ortasında COVID-19 160’ tan fazla ülkeye yayılmıştır ve Avrupada dünyada en fazla vaka sayısı gözlemlenmiştir. Ağustos 2020’nin sonunda, Amerika bölgesi, Ağustos ayının son haftasında bildirilen tüm yeni vakaların neredeyse yarısını oluşturarak, küresel olarak en yüksek COVID-19 vakasına sahip olmuştur. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) dünyada en fazla vaka sayısına sahip ülkedir (Ochani ve diğerleri, 2021). Ocak 2022’nin sonunda dünya çapında yaklaşık 350 milyon insanın testi pozitifdir ve yaklaşık 5,6 milyon ölüm gerçekleşmiştir (Filchakova ve diğerleri, 2022).

Şiddetli akut solunum sendromu koronavirüs 2’ nin (SARS-CoV2) yalnızca akciğerleri etkilemediği bilinmektedir (Finsterer ve Stollberger, 2020). SARS-CoV-2’nin solunum yoluna ek olarak çeşitli organları etkileyerek dermatolojik komplikasyonlara, miyokardiyal disfonksiyona, gastrointestinal semptomlara, nörolojik hastalıklara, karaciğer hasarına ve böbrek hasarına da yol açtığı bilinmektedir. Çoklu organ tutulumu özellikle şiddetli vakalarda görülmektedir (Menni ve diğerleri, 2022) Semptomatik enfeksiyon, hafif ila kritik seviye arasında değişmektedir, ancak çoğu enfeksiyon şiddetli değildir (Villalba ve diğerleri, 2020). Enfekte bireylerin çoğunda hafif semptomlar görülürken, bazı vakalarda pnömoni, çoklu organ yetmezliği ve ölüm görülebilir (Deng ve diğerleri, 2020). Bununla birlikte, başlangıçta hafif semptomları olan bazı hastalar, bir hafta sonunda daha şiddetli semptomlarla ilerleyebilir (Villalba ve diğerleri, 2020). Özellikle yaşlılar

veya kronik akciğer veya kardiyovasküler hastalık gibi altta yatan hastalıkları olan bireyler arasında ciddi hale gelebilir (Alsharif ve Qurashi, 2021).

Tipik vakalarda, kuru öksürükten sonra yüksek ateş görülür; bazı durumlarda viral pnömoni gelişip ilerleyerek nefes darlığına neden olur. COVID-19 hastalarında yaygın semptomlar arasında ateş, kuru öksürük, nefes darlığı, kas ağrısı, konfüzyon, baş ağrısı, boğaz ağrısı, burun akıntısı, göğüs ağrısı, ishal, bulantı/kusma, konjonktival tıkanıklık, burun tıkanıklığı, balgam üretimi, yorgunluk (kırgınlık), hemoptizi ve titreme yer alır. COVID-19'da baş ağrısı sadece yapısal bir semptom olmayabilir, aynı zamanda merkezi sinir sistemi invazyonunun neden olduğu bir semptom olabilir. Üst solunum yolu enfeksiyonu, koku alma epitelindeki viral hasar nedeniyle akut anozmiye veya aguziye neden olabilir (Araf ve diğerleri, 2022). Anozmi, özellikle başka klinik özelliği olmayan Koronavirüsü pozitif hastalarda görülmektedir (Deng ve diğerleri, 2020). COVID-19 enfeksiyonu için kuluçka süresi tipik olarak 1-14 gündür ve 24 güne kadar uzayabilir (Alsharif ve Qurashi, 2021).

İlk koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) enfeksiyonunun Aralık 2019'da ortaya çıkmasından bu yana şiddetli akut solunum sendromu koronavirüs 2'nin (SARS-CoV-2) farklı varyantları tanımlanmıştır. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) göre, VOC (varyant of concern) artan bulaşabilirlik, şiddetli hastalık seyri, tedavilerin etkinliğinin azalması ve diğer birçok endişe verici faktörden sorumlu varyant olarak belirlenmiştir (Araf ve diğerleri, 2022). Akut solunum sendromu koronavirüs 2'nin endişe uyandıran varyantları potansiyel spike protein mutasyonları içermektedir. Bunlar bulaşılabilirliği artırabilir, hastalık derecesini ve aşı etkisini azaltabilmektedir (Hadj Hassine, 2022).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bu varyantlar Alfa, Beta, Gama ve Delta olarak belirtilmiştir (Hadj Hassine, 2022). 26 Kasım 2021'de DSÖ, ilk olarak Güney Afrika'da görülen SARS-CoV-2 varyantı B.1.1.529'u (omikron) yeni endişe varyantı olarak belirledi (Menni ve diğerleri, 2022). Omicron varyantı, şimdiye kadar tüm VOC içerisinde en ağır şekilde mutasyona uğramış varyanttır ve bu da, COVID-19 aşılarının neden olduğu bağışıklığa karşı gelişmiş kısmi direncin ve artan bulaşmanın yolunu açmıştır (Araf ve diğerleri, 2022).

2.3 SARS-CoV-2 Tanı ve Tedavisi

SARS-CoV-2 enfeksiyonunun tespiti için üç ana yöntem vardır (Peeling, Heymann, Teo ve Garcia, 2021). Tanı teknolojileri temel olarak; spesifik viral nükleik asitleri (moleküler test), proteinleri (antijen testi) ve anti-SARS-CoV-2 antikorlarını (serolojik test) hedef almaktadır (Fernandes ve diğerleri, 2022). COVID-19 teşhisinde gerçek zamanlı ters transkripsiyon polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR) testi ilk araç olarak kabul edilmektedir (Alsharif ve Qurashi, 2021). PCR gibi moleküler testler, viral RNA'yı saptamada oldukça hassas ve spesifiktir. Hızlı Antijen tespit testi, viral proteinleri saptar. Moleküler testlerden daha az hassas olmalarına rağmen, daha kolay yapılma, daha hızlı sonuç verme, daha düşük maliyet ve enfeksiyonu bulaştırma olasılığı yüksek olanlarda enfeksiyonu tespit edebilme avantajlarına sahiptir. Hızlı Antijen tespit testi, enfeksiyon riski yüksek olan bireyleri taramak, güvenli seyahat, okul ve sosyal aktivitelerin yeniden başlamasını sağlamak ve ekonomik iyileşmeyi sağlamak için bir halk sağlığı aracı olarak kullanılabilir (Peeling, Heymann, Teo ve Garcia, 2021). Bir diğer test olarak spesifik SARS-CoV-2 antikorlarının hasta kanında test edilmesi, COVID-19'un hızlı, basit ve oldukça hassas teşhisi için uygun bir yöntemdir (Li ve diğerleri, 2020). Özellikle yakın tarihli bir raporda negatif RT-PCR sonuçları olan asemptomatik ve şüpheli taşıyıcı bireyler için SARS-CoV-2 enfeksiyonu taramasında antikor titrelerinin daha güvenilir olabileceği vurgulanmıştır (Sreepadmanabh, Sahu ve Chande, 2020).

COVID-19 için mevcut tedavi seçenekleri, antiviraller ve bağışıklık düzenleyiciler olarak iki kategoriye ayrılmıştır. Antiviral ilaçlar söz konusu olduğunda, Remdesivir, viral yükü kontrol altına alma ve yönetme üzerinde oldukça etkilidir ve oksijen yetersizliği yaşayan pnömonili COVID-19 hastalarının tedavisinde kullanım için FDA tarafından onaylanmıştır. İlaç esas olarak solunum sistemi epitel hücrelerinde çoğalmanın engellenmesini sağlayarak fonksiyon göstermektedir. Yeni oluşan viral RNA zincirine kolayca entegre edilir ve viral genom replikasyonunun durmasına sebep olmaktadır. Bunlara ek olarak, aşılar, enfeksiyona karşı korumada tedavinin temeli olmaya devam etmektedir (Menni ve diğerleri, 2022). Pfizer-BioNTech, Moderna, Gamaleya, Novavax, Oxford-AstraZeneca, Sinopharm, Bharat Biotech, Johnson & Johnson ve Sinovac tarafından üretilen dokuz aşı, viral S glikoprotein antijeni olarak kullanılması temelini esas alarak geliştirilmiştir. Tüm aşılar semptomatik vakalara karşı %50'nin üzerinde

etkenlik göstermiştir ve VOC' lere karşı etkilidirler. Bununla birlikte, aşılardan sonra bazı nadir yan etkiler bildirilmiştir (Hadj Hassine, 2022).

2.4 SARS-CoV-2 Beslenme Tedavisi ve Mikrobelerin Önerileri

COVID-19 krizi sırasında diyet bileşenlerinin ve beslenme faktörlerinin değerlendirilmesi, enfeksiyondan korunmak için bağışıklık sisteminin güçlenmesine ve genel sağlığın geliştirilmesine hizmet etmektedir (Iddir ve diğerleri, 2020). Bağışıklık sisteminin görevi bireyleri patojenik organizmalara karşı korumaktır. Beslenme, bağışıklık sistemini etkileyen birçok faktörden biridir. Sağlıklı beslenme, bağışıklık sistemini güçlendirmede önemlidir (Calder, 2021). Yetersiz beslenme durumu, bağışıklık sistemini etkileyen inflamasyon ve oksidatif stres ile ilişkilidir (Iddir ve diğerleri, 2020). Beslenme yetersizliğine bağlı bağışıklık sistemi zayıflaması ise, enfeksiyona yatkınlığı artırır ve enfeksiyonun daha şiddetli ilerlemesine, hatta ölümcül olmasına neden olur (Calder, 2021). Optimal bağışıklık sistemi, enfeksiyonu uzak tutmak için yeterli bir diyet ve beslenmeye bağlıdır. Örneğin, optimal antikor üretimi için yeterli protein alımı çok önemlidir (Iddir ve diğerleri, 2020).

Beslenme, bağışıklık sistemini desteklemede birçok rol oynar. Bunlar:

- i. Bağışıklık sisteminin çalışması için ana kaynaktır.
- ii. RNA ve DNA üretimi, proteinlerin üretimi (antikorlar, sitokinler, reseptörler, akut faz proteinleri vb.) ve yeni hücrelerin üretimi için yapı taşıdır.
- iii. İmmün-aktif metabolitlerin üretimi için özel substratları içerir (örn. arginin, nitrik oksit için bir substrattır.).
- iv. Bağışıklık hücresi metabolizmasının düzenleyicilerini sağlar (örn. A vitamini, çinko).
- v. Antibakteriyel veya antiviral işlevleri olan besinleri sağlar (örn. D vitamini, çinko).
- vi. Oksidatif ve inflamatuvar strese koruyan besin içeriklerini sağlar (örn. C vitamini, E vitamini, çinko, selenyum, uzun zincirli omega-3 yağ asitleri ve birçok bitki polifenolleri).
- vii. Bağışıklık sistemini modüle eden bağırsak mikrobiyotası için substratları içerir (Calder, 2021).

Kalori ve protein ihtiyacı yaş, beslenme durumu, hastalık şiddeti, gastrointestinal toleransa göre ayarlanmalıdır. Son kılavuzlar, kritik olmayan

COVID-19' lu ve rehabilitasyona giren hastaların enerji ihtiyaçlarının indirekt kalorimetri kullanılarak yapılmasını önermektedir. Bununla birlikte, çoğu hastanede enfeksiyon riski ve ekipmanın bulunmaması göz önüne alındığında, belirleyici denklemlerinin kullanılması önerilir (Hinkelmann ve diğerleri, 2022).

Hastaneye kaldırılan yaşlı hastalar ve komorbiditeleri olan hastalarda COVID-19 enfeksiyonu ile ilişkili birkaç özel durum bulunmaktadır (Hinkelmann ve diğerleri, 2022). 65 yaş üstü yaşlı ve komorbitesi olan hastalarda günlük 27 kkal/kg enerji alımı önerilmektedir. Birden fazla komorbitesi olan hastalarda günlük 30 kkal/kg enerji alımı önerilmektedir. Yaşlı hastalarda günlük 30 kkal/kg enerji alımı önerilmektedir. Komorbitesi olan hastalarda ve yaşlı hastalarda günde 1 g/ kg protein alımı önerilmektedir (Barazzoni ve diğerleri, 2020). Yoğun bakımdan taburcu olmuş hastalarda fonksiyonel iyileşmeyi sağlamak için günlük 30-35 kkal/kg enerji alımı ve 2 g/kg den fazla protein alımı olmalıdır (Hinkelmann ve diğerleri, 2022).

Bağışıklık sistemi, özellikle kırılgan olan yaşlı hastalarda, obezite ile yaşayanlarda, yetersiz beslenen ve düşük mikro besin alımı olanlarda bozulabilir (Calder, 2021). Çinko, selenyum ve D vitamininin yeterliliği, inflamatuvar kötüleşmeyi giderebilen yeterli immunokopetans için gereklidir. (Alexander ve diğerleri, 2020). D vitamini ve çinko dahil olmak üzere mikro besinlerle ilgili araştırmalar, SARS-CoV-2 enfeksiyonun ciddi seyrini azaltmada rol oynadığını göstermektedir. (Calder, 2021). SARS ve diğer viral enfeksiyonların tedavilerinden elde edilen deneyimlere göre, enfeksiyonun erken döneminde uygulanan besin takviyeleri konak direncini, şiddetli COVID-19' u da içeren RNA viral enfeksiyonlarına karşı artırmak için oldukça önemlidir (Hinkelmann ve diğerleri, 2022). D vitamini ve çinko dahil olmak üzere mikro besinlerle ilgili araştırmalar, SARS-CoV-2 enfeksiyonun ciddi seyrini azaltmada rol oynadığını göstermektedir (Iddir ve diğerleri, 2020). COVID-19'un destekleyici tedavisinde vitaminler ve mineraller gibi mikrobesein takviyeleri artan bir ilgi kazanmıştır (Sharma ve Sharma, 2021). C vitamini, E vitamini, karotenoidler ve polifenoller gibi fitokimyasallar özellikle yüksek anti-enflamatuvar ve antioksidan kapasiteye sahip diyet bileşenleri arasında bulunur (Iddir ve diğerleri, 2020).

D vitamininin solunum yolu enfeksiyon hastalıklarına karşı korunmada temel bir faktör olduğu bildirilmiştir. Kritik hastalarda kötü prognoz ile ilişkili şiddetli D vitamini eksikliği, sıklıkla görünmektedir. Ayrıca, D vitamini eksikliğin, solunum epiteli hasarı, hipoksi ve akut solunum sıkıntısı sendromuna (ARDS) yol açan

akciğer iltihabının şiddetlenmesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Alexander ve diğerleri, 2020). Endonezya'da SARS-CoV-2 enfeksiyonu olan 780 vakadan oluşan COVID-19' un ölüm şablonlarını ve ilişkili faktörleri belirleyen 2 kohort çalışmada D vitamini seviyesine özel olarak odaklanılmıştır. D vitamini seviyesi, COVID-19 mortalitesi ile güçlü bir şekilde ilişkili bulunmuştur. ($p < 0.001$) (Iddir ve diğerleri, 2020). D vitamini takviyesi için önerilen dozlar şu şekidedir; 25-hydroxyvitamin D < 12 ng/mL olan bireyler 500,000 IU kalsiferol tek doz almalıdırlar. Bu değer 25-hydroxyvitamin D < 20 ng/mL olan bireyler haftada 50,000 IU doz almalıdır. 25-hydroxyvitamin D 20 ng/mL ile 30 ng/mL arasındaki bireyler haftada 25,000 IU almazdır (Hinkelmann ve diğerleri, 2022).

Çinko, bağışıklık sistemine ait birçok hücrenin aktivitesini desteklemektedir. Birçok çalışma, düşük çinko seviyesi ile şiddetli COVID-19' a karşı duyarlılık arasında bir ilişki olduğunu belirtmektedir. COVID-19 sebebi ile hastaneye yatırılan hastalarda çinko takviyesinin, mortalite dahil kötü sonuç riskini azalttığı belirtilmiştir (Hinkelmann ve diğerleri, 2022). Yüksek çinko alımı bakır dengesini bozabileceğinden, uzun vadede kullanılan koruyucu doz 25 mg/gün olarak önerilmiştir (Alexander ve diğerleri, 2020).

Selenyum, bağışıklık sisteminin birçok hücrenin aktivitesini destekler ve inflamasyon ile oksidatif stresin kontrol edilmesine yardımcı olur (Calder, 2021). Özellikle viral enfeksiyonlarda olmak üzere birçok enfeksiyon hastalığında solunum sistemini korumada oldukça önemlidir. Selenyum eksikliği sadece bağışıklık sistemini etkilemez ayrıca virüsün patojenliğini de artırır (Alexander ve diğerleri, 2020). Birkaç çalışmada düşük selenyum seviyesi ile COVID-19 şiddeti ve hastalığa karşı artmış duyarlılık arasında bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Calder, 2021). Selenyum takviyesi yoğun bakımdaki kritik hastalarda kullanılmaktadır. Suboptimal durumdaki (plazma selenyum <100 g/L) hastalarda, hayati selenoproteinlerin hızlı satürasyonunu sağlamak için 100-200 g Se/gün dozunda takviye, SARS-CoV-2 enfeksiyonu önlemek için destekleyici yaklaşımdır (Alexander ve diğerleri, 2020). (Holfordve diğerleri, 2020).

Enfeksiyonun aktif fazında serum C vitamini seviyesi ve lökositler metabolik ihtiyaçtan kaynaklı tükenir. Yüksek doz C vitamini takviyesi, hem serum hem de lökosit C vitamini seviyelerini normalleştirmede yardımcı olur. C vitamininin çoklu

farmakolojik özellikleri, antiviral, antioksidan, antiinflamatuvar ve immünomodülatör etkileri vardır ve bu da onu COVID-19 yönetiminde potansiyel bir terapötik seçenek haline getirir (Abobaker, Alzwi ve Alraied, 2020). COVID-19'un kritik aşamasına C vitamini sitokinlerin downregüasyonuna katkıda bulunur, endotelyumu oksidan hasardan korur ve doku onarımında önemli bir role sahiptir. C vitamini eksikliği olan kişiler, pnömoni gibi ciddi solunum yolu enfeksiyonlarına karşı daha duyarlı olabilir. Solunum yolu enfeksiyonları, pnömoni, sepsis ve COVID-19 ile hastanede yatan kritik hastalarda düşük C vitamini seviyesi yaygın görülmektedir (Holfordve diğerleri, 2020). Çin ve Amerika Birleşik Devletleri'nde COVID-19'un yönetimi için yüksek dozda intravenöz C vitamini kullanımı umut verici sonuçlar vermiştir. Kısa süreli yüksek doz C vitamini kullanımı ile bildirilen herhangi bir ters reaksiyon olmamıştır (Abobaker, Alzwi ve Alraied, 2020). Yeni koronavirüsün neden olduğu hastalık, sıradan viral enfeksiyonlardan daha şiddetli olabileceğinden, SARS-CoV-2 PCR testi pozitif olan ve COVID-19 nedeni ile hastanede yatan hastalarda günlük oral C vitamini alımının 6-8 g'a kadar artırılabilceği kabul edilmiştir (Holfordve diğerleri, 2020).

2.5 COVID-19 Sürecinde Alınan Önlemler ve Kısıtlamalar

COVID-19 salgını döneminde epidemiyoloji bilinci, klinik yaklaşımlar, bulaşma yolları, enfeksiyon yayılımını önleme ve halk sağlığı sorunları gibi parametreler için çeşitli tedbirler alınmıştır (Sharma ve Sharma, 2021).

Özellikle bulaşma olabilecek topluluk alanlarında sosyal mesafeye uyulması tavsiye edilmektedir. Birçok ülke, virüsün daha fazla yayılmasını önlemek için karantina ve sosyal/fiziksel mesafe gibi önlemler almıştır.

Bu önlemler:

- i. Eğitim kurumlarının ve işyerlerinin tamamen veya kısmen kapatılması,
- ii. Uzun süreli bakım tesisleri ve cezaevleri gibi kapalı ortamlarda yaşayan insanların arasındaki teması ve ziyaretçi sayısını sınırlamak
- iii. Toplu ve küçük buluşmaların iptali, yasaklanması ve kısıtlanması,
- iv. Binaların veya yerleşim yerlerinin zorunlu karantinaya alınması,
- v. İç veya dış sınır kapatmaları
- vi. Tüm ülkelerde evde kalma kısıtlamasını içermektedir (Güner, Hasanoğlu ve Aktaş, 2020).

CDC topluluk alanlarında enfeksiyondan korunmak için bir kılavuz yayınlamıştır. Bu kılavuzda enfekte kişilerle yakın temastan kaçınmak, hastalık belirtileri gösteriyorsa evde kalmak, el ve düzenli kullanılan eşyaları sık sık dezenfekte etmek ve sık sık el yıkamak gibi tedbir yönergeleri yayınlamıştır (Sharma, Ahmad Farouk ve Lal, 2021). Sağlık çalışanları için, eldiven, önlük, göz koruması, yüz maskesi ve N95 solunum cihazı gibi kişisel koruyucu ekipmanın (KKD) uygun şekilde kullanılmasıyla ilgili standart önlemler bildirilmiştir (Tsang ve diğerleri, 2021). Başlangıçta maske takılması sadece COVID-19 semptomları olan kişiler, sağlık çalışanları ve enfekte hastalarla yakın ortamlarda bulunan kişiler için önerilmiş olsa da, daha sonra halka açık alanlarda maske takmanın COVID-19 bulaşma riskini etkili bir şekilde azaltabileceği bildirilmiştir. DSÖ de et ve yumurtaların iyice pişirilmesi, ellerin yıkanması ve hapşırma veya öksürme sırasında ağzın ve burnun kapatılması gibi enfeksiyonun önlenmesi için temel önerilerde bulunmuştur (Sharma, Ahmad Farouk ve Lal, 2021).

Erken teşhis, erken izolasyon ve erken tedavi, virüsün yayılımını engellemek için hükümetler açısından önemlidir (Haleem ve diğerleri, 2020). Türk Hükümeti tarafından birkaç farklı kontrol önlemi uygulanmıştır. Bunlar arasında sosyal mesafe, yüksek riskli bölgelerden gelen ziyaretçilere yönelik seyahat kısıtlamaları, yüksek riskli yerlerden dönen vatandaşlar için karantina ve okulların ve belirli işyerlerinin kapatılması bulunmaktadır. Hükümet 12 Mart'ta üniversiteler dahil tüm okulların 16 Mart'tan itibaren kapatılacağını duyurmuştur. 65 yaş ve üstü vatandaşlar ve bağışıklık sistemi yetersizliği, kronik akciğer hastalığı, kronik karaciğer hastalığı, astım, KOAH, kronik kalp-damar hastalığı, kronik böbrek hastalığı, hipertansiyon gibi hastalıkları olan bireyler ile bağışıklık sistemini bozan ilaç kullananların evlerinden çıkmaları ve toplu taşıma araçları kullanmaları yasaklanmıştır (Güner, Hasanoğlu ve Aktaş, 2020).

2.6 COVID-19 Etkileri

COVID-19 günlük yaşam üzerinde geniş çaplı ve büyük bir etkiye sahiptir. Bunlar ekonomi, sağlık ve sosyal alan üzerinde olmak üzere çeşitli kategorilere ayrılabilir (Haleem, Javaid ve Vaishya, 2020).

SARS-CoV-2' nin küresel ekonomi üzerinde derin bir etkisi olmuştur. Bazı ulusal borsalar istikrarsızlık yaşamış ve tekrar düzelememiştir (Filchakova ve

diğerleri, 2022). COVID-19 günlük hayatımızı ve çalışma hayatımızı hızla etkilemiş, dünya ticaretini alt üst etmiştir. Ülkelerin çoğu, ürünlerinin imalatını yavaşlatmıştır. Ekonomide temel malların üretiminin yavaşlaması, ürünlerin tedarik zincirinin bozulması, ulusal ve uluslararası ticarete kayıplar, piyasada zayıf nakit akışı ve gelir artışında önemli yavaşlama gibi etkileri olmuştur (Haleem, Javaid ve Vaishya, 2020). Dünyanın dört bir yanındaki hükümetler, ekonomilerini sürdürmek için acil durum planları ve yardım paketleri hazırlamıştır. Çin'de ciddi karantinalar yapılmış, bu da tüketicinin azalmasına ve üretimin kesintiye uğramasına neden olmuştur. Tüketiciler de tüketim kalıplarını değiştirerek dünya çapındaki süpermarketlerde birçok malın kıtlığına neden olmuştur. Genel olarak, küresel tedarik zincirlerinin işleyişi kesintiye uğramış ve dünya çapındaki şirketler etkilenmiştir (Fernandes, 2020).

Koronavirüs pandemisi, sokağa çıkma kısıtlamaları nedeniyle iş kaybına ve dünya çapında işsizlik oranlarında artışa neden olmuştur. Seyahat ve konaklama işletmeleri, 2020 ve 2021 yılında hükümet kısıtlamalarına bağlı yüz milyarlarca dolar kayıp ile en çok zarar endüstrilerdir. 2020'de GSYİH (gayri safi yurtiçi hasıla), %3,8'e varan büyüme yaşayan Çin ve Vietnam dışında dünya çapında düşmüştür. GSYİH' deki en önemli düşüş Avrupa Birliğinde yaşanmıştır. ABD ve Rusya GSYİH' de %5' ten az düşüş yaşamıştır (Filchakova ve diğerleri, 2022).

Hükümetler, sağlık kuruluşları ve diğer yetkililer COVID-19' dan etkilenen vakaları belirlemeye odaklanmıştır. Sağlık profesyonelleri, bu günlerde sağlık hizmetlerinin kalitesini sürdürmekte birçok zorlukla karşılaşmaktadır.

Covid-19' un Sağlık hizmetinde etkileri:

- i. Şüpheli vakaların teşhis, karantina ve tedavisindeki zorluklar
- ii. Mevcut tıbbi sistemin işleyişinde fazla yük
- iii. Diğer hastalıkları ve sağlık sorunları olan hastaların ihmali
- iv. Yüksek risk altındaki doktorlara ve diğer sağlık çalışanlarına aşırı yüklenme
- v. Medikal ürün kurumlarına aşırı yüklenme
- vi. Yüksek korunma gereksinimi
- vii. Tıbbi tedarik zincirinin bozulması olmuştur. (Haleem, Javaid ve Vaishya, 2020).

Kronik hastalığı olan hastaların günlük aktivitelerini, diyetlerini, egzersizlerini yönetmeleri gerekmektedir. Hastalıkları kontrol altına almak için karantina ve sosyal

mesafe gibi uygulamalar uygulanmıştır. Bu uygulamalar günlük yaşam rutinlerinde değişiklik, fiziksel aktivitelerde azalma, dengesiz beslenme, erzak kesintisi vb. gibi sıkıntılara sebep olmuştur. COVID-19' u kontrol altına almak için sokağa çıkma yasağı uygulamasının, diyabet, ruh sağlığı ve hipertansiyon gibi kronik hastalıkları olan hastaların rutin yaşamını ve sağlığını etkilediği gösterilmiştir. (Saqib ve diğerleri, 2020). COVID-19' a bağlı sağlık kaynaklarının azalmasından en çok etkilendiği bildirilen durum Diyabet (%38) olmuştur, bunu kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA, %9), hipertansiyon (%8), kalp hastalığı (%7), astım (%7), kanser (%6) ve depresyon (%6) izlemiştir. COVID-19' dan bakımları en yaygın etkilenen ve birlikte seyreden kronik hastalıklar diyabet ve hipertansiyon (%30), diyabet ve KOA (%13), kalp yetmezliği ve KOA'tır (%8) (Chudasama ve diğerleri, 2020). (Akat ve Karataş, 2020). Bu hastaların teşhis testleri için düzenli takip ve rutin kontrolleri için doktor ziyaretlerine ihtiyacı vardır. Benzer şekilde, karantina döneminde diyabetik hastaların glisemik kontrolünün etkilendiği bildirilmiştir. Gastrointestinal rahatsızlıkları olan çocuklar kapanma nedeniyle ciddi şekilde etkilenmiştir (Saqib ve diğerleri, 2020).

Covid-19' un Sosyal hayat üzerindeki etkileri:

- i. Hizmet sektörleri gerekli hizmet verememesi
- ii. Spor ve turnuvaların iptali veya ertelenmesi
- iii. Yurt içi ve yurt dışı seyahatlerden kaçınma
- iv. Kültürel, dini ve eğlenceli etkinliklerin kısıtlanması
- v. Halk arasında aşırı stres
- vi. Akranlarımız ve aile üyelerimizle sosyal mesafe
- vii. Otel, restoran ve dini mekanların kapatılması
- viii. Sinema ve oyun salonları, spor kulüpleri, spor salonları, yüzme havuzları vb. eğlence amaçlı yerlerin kapatılması.
- ix. Sınavların ertelenmesi şeklinde olmuştur. (Haleem, Javaid ve Vaishya, 2020).

2.7 COVID-19'un Psikolojik Etkileri

Pandemiler milyonlarca insanın ölümüne neden olan ve toplumun psikolojik sağlığı üzerinde büyük olumsuz etkileri olan hastalıklardır. COVID-19 da diğer pandemiler gibi ortaya çıktıktan sonra çok kısa sürede çok sayıda insanı etkilemiş ve birçok insanın hayatını kaybetmesine neden olmuştur (Akat ve Karataş, 2020). COVID-19' un anormal etkisi, yalnızca nüfusun fiziksel sağlığını ve refahını değil,

sağlık sistemine zarar veren ruh sağlığını da etkilemiştir. Mental sağlık, bireylerin hayatın çeşitli baskılarıyla iyi bir şekilde başa çıkabildikleri, potansiyellerini değerlendirebildikleri, üretken bir şekilde çalışabildikleri ve toplumlarına katkıda bulunabildikleri bir durumdur. Ruh sağlığı genel sağlık, güvenlik, beslenme, çalışma hayatı ve eğitim için elzemdir (Sharma ve Sharma, 2021). Pandemiler sırasında, sağlık uzmanları ve bilim insanları özellikle hastalık patojenine, tedavi yolları bulmak için hastalık mekanizmasını çözme üzerine odaklanmıştır. Bu koşullar altında, pandeminin insan psikiyatrisi üzerindeki etkisi gibi ikincil etkiler ihmal edilmektedir (Bhattacharjee ve Acharya, 2020). Fiziksel sağlıkla karşılaştırıldığında, zihinsel sağlık sorunları her zaman arka planda kalmıştır (Sharma ve Sharma, 2021).

COVID-19 pandemisi yayılımının devam etmesi, ölüm oranlarının her geçen gün artması, hayatın durma noktasına gelmesi ve kontrol süresinin öngörülemez olması nedeniyle insanları psikolojik olarak etkilemiştir (Akat ve Karataş, 2020). Virüsün belirsiz kuluçka süresi ve olası asemptomatik bulaşması, ek korku ve endişeye neden olmuştur. Büyük şehirlerdeki geniş kapsamlı karantina önlemleri bireylerin psikolojilerini olumsuz yönde etkilemiştir. Sosyal medya ve etraftaki çok fazla yanlış bilgi halkın mental sağlığı üzerinde bu dönemde büyük risk oluşturmaktadır (Dong ve Bouey, 2020). İş kaybı veya işini kaybetme korkusu, akıl hastalıklarına yol açan bir başka önemli endişedir. COVID-19 salgınının ruh sağlığı üzerindeki etkisine en duyarlı olan gruplar yaşlılar, çocuklar, gençler, çalışanlar, sağlık personelleri ve ailede psikolojik öyküye sahip bireylerdir (Bhattacharjee ve Acharya, 2020).

Hükümetler, dünya çapında günlük hayatı fazlasıyla etkileyen izolasyon ve fiziksel mesafe önlemlerini uygulamışlardır (Lades, Laffan, Daly ve Delaney, 2020). Karantina, büyük bulaşıcı hastalık salgınları sırasında gerekli bir önleyici tedbirdir. Olumsuz psikolojik etkinin sıklıkla karantina ile ilişkili olduğunu gösterilmiştir (Sharma ve Sharma, 2021). Sokağa çıkma yasağı veya evde kalma kuralları normal hayatın kesintiye uğramasına neden olduğu için bireylerin akıl sağlığını önemli ölçüde etkilemiştir. Karantina ve benzeri koruma stratejilerinin akıl sağlığı sonuçlarına ilişkin bir derlemede, sosyal izolasyondaki insanlarda depresyon, anksiyete bozuklukları, duygu durum bozuklukları, travma sonrası stres semptomları, uyku bozuklukları, panik, stigmatizasyon, düşük benlik saygısı ve irade eksikliğinin oldukça yaygın olduğunu bildirmiştir (Hossain ve diğerleri, 2020)

2.8 COVID-19'un Beslenme Üzerine Etkileri

Koronavirüs hastalığı (COVID 19), birçok ülkenin katı hijyen kuralları ve sosyal mesafe kuralları almasına neden olmuştur. Dünya çapında en az dört milyar insan karantina altında, uzaktan çalışmış, çocuklar evde eğitim görmüş ve bireyler karantina ile stresli olaylarla başa çıkmakta zorluklarla karşılaşmıştır (Sidor ve Rzymiski, 2020). Koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) pandemisi, zihinsel ve fiziksel sağlık üzerindeki derin etkilerle dünya çapında günlük yaşamı oldukça kötü etkilemiştir (Rodgers ve diğerleri, 2020). Karantina ve sosyal mesafe dahil olmak üzere kısıtlama kurallarının, insanların günlük yaşamı üzerinde güçlü bir etkiye sahip olduğunu ve mental sağlıklarının etkilenmiş olabileceğini vurgulamak çok önemlidir. (Di Renzo ve diğerleri, 2020). Bu nedenle pandemi ile ilgili karantina stresli bir olay olarak sınıflandırılabilir ve genel olarak bu tür olayların yeme alışkanlıklarını etkilediği bilinmektedir (Sidor ve Rzymiski, 2020).

Duygusal yeme, olumsuz duygulara veya strese bir tepki olarak yeme dürtüsünü ifade eder. Anksiyete, stres ve depresyon gibi olumsuz duygular, duygusal açlığın önde gelen nedenleri olabilir (Di Renzo ve diğerleri, 2020). Pandemi, özellikle vücut şekli ve yeme kaygıları olan bireyleri içeren yatkın gruplar üzerinde yeme bozukluğu (ED) davranışlarını birden fazla yol ile tetikleyebilir. (Rodgers ve diğerleri, 2020). Evde kalmak ve kısıtlı market alışverişleri sebebiyle yiyecek stoklama iki ana etkindir. Ek olarak çalışma hayatındaki kesintiler aşırı enerji alımı ile sonuçlanan can sıkıntısına neden olmuştur. Medyadan COVID-19 ile alakalı sık aralıklarla haber dinlemek strese neden olmuştur. Stres, bireylerde özellikle ‘konfor yiyecekleri’ denilen şeker içeriği yüksek besinlerin aşırı tüketimine sebep olmuştur. (Di Renzo ve diğerleri, 2020). Doymuş yağ ve sodyum oranı yüksek, şeker eklenmiş gıdaların tüketiminin artması, gece geç saatlerde yemek yemek bu dönemdeki olumsuz beslenme davranışlarındandır. Artan fiziksel hareketsizliğe ek olarak, bu olumsuz beslenme davranışları aşırı kilo alımına yol açarak viral enfeksiyona karşı duyarlılığı artıran, COVID-19 ilerlemesi ve ölüm oranı ile ilişkili önemli bir risk faktör olan obeziteyi artırır. (Antwi, Appiah, Oluwakuse ve Abu, 2021).

2.9 Duygu Durum Bozuklukları

Duygudurum bozuklukları geniş tanı aralığına sahiptir (Öz, 2020). Bu bozukluklar, depresif, bipolar ve anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve obsesif-kompulsif bozuklukları içeren bir grubu oluşturur.

(Bullis, Boettcher, Sauer-Zavala, Farchione ve Barlow, 2019). Yüksek prevalans, mortalite ve morbidite riskleri olan bu hastalıklar önemli bir halk sağlığı sorunudur (Öz, 2020). Türkiye'nin de içerisinde bulunduğu 204 ülkede yapılan Küresel Hastalık Yüğü 2019 (Global Burden of Disease Collaborative Network 2021) araştırma sonuçlarında anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar ve bipolar bozukluk diğer psikolojik rahatsızlıklara kıyasla yüksek yaygınlık oranına sahip bulunmuştur (Yılmaz ve İkizer, 2022).

2.9.1 Depresyon. Depresyon, bireyin günlük yaşamında ve iş hayatında önemli bir işlev bozukluğuna neden olan biliş, davranış ve nörovegetatif sistemi etkileyen bir sendromdur (Öz, 2020). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın beşincisinde (DSM 5) depresif bozukluklar başlığı altında birçok hastalık belirtilmiştir. Bunlar, yıkıcı duygudurum düzensizliği, major depresif bozukluk, persistan depresif bozukluk, premenstrual disforik bozukluk, madde/ilaç ilişkili depresif bozukluk, tıbbi duruma bağlı depresif bozukluk, ayırt edilememiş depresif bozukluktur (Kafes, 2021). Bir birey depresyondan muzdarip olduğunda; depresif ruh hali, ilgi kaybı, iştahta önemli bir değişiklik, kilo kaybı/kazanımı, uykusuzluk/hipersomnia, enerji kaybı, negatif benlik kavramı, düşünme ve konsantre olma zorlukları ve tekrarlayan ölüm düşünceleri gibi semptomlar geliştirmektedir. (Öz, 2020).

Depresyonda pro-inflamatuar sitokinlerin ve akut-faz proteinlerinin düzeyinin artmasıyla düşük düzeyli bir inflamasyonun meydana geldiği düşünülmektedir (Yılmaz ve İkizer, 2022). Depresif belirti şiddetini artıran durumlardan biri de enfluenza gibi viral enfeksiyonlardır (Şahbudak ve Emiroğlu, 2020). Tıbbi olarak hasta olan kişilerde depresif belirtilere sıklıkla rastlanmaktadır. (Cosci, Fava ve Sonino, 2015).

2.9.2 Anksiyete. Anksiyete bozukluğunu genel olarak tanımlarsak, bireyin günlük yaşamında karşılaştığı bir durumu veya nesneyi olduğundan daha çok tehlikeli görme ve durumdan/nesneden gereğinden fazla endişelenmesi durumudur. (Kafes, 2021). Anksiyete bozuklukları: panik atak, agorafobi, agorafobi olmadan panik bozukluk, agorafobili panik bozukluk, özgül fobi, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, post-travmatik stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu ve madde kullanımının yol açtığı anksiyete bozukluklarını içerir (Türkçapar, 2004). Anksiyete bozukluklarının yaygın belirtileri, kalp atış hızında artış, nefes darlığı, terleme, titreme, göğüs ağrısı, karın rahatsızlığı ve mide bulantısı gibi fiziksel semptomları içerir. (Ogundele, 2018).

2.9.3 Stres. Raymond (2000) stresin bireylerin bazı durumlarla başa çıkamayacaklarından endişe duymalarıyla ortaya çıktığını ifade etmiştir. (Yılmaz, Hakan ve Arslan, 2017). Stres biyolojik bir tepki uyandıran herhangi bir içsel veya dışsal uyarandır. (Yaribeygi, Panahi, Sahraei, Johnston ve Sahebkar, 2017). Genel olarak stres suçluluk hissetme, hüznün, asabiyet, uyku düzeninde değişme, iştah ve kiloda değişim, karar verirken konsantrasyon eksikliği, olumsuz düşünceler, dikkat eksikliği, huzursuzluk, diğer çalışanlar ile çatışma yaşama, iletişimin zayıflaması gibi belirtilere sebep olur (Yılmaz, Hakan ve Arslan, 2017). Stres uygulanan uyarının türü, zamanlaması ve şiddetine bağlı vücut üzerinde homeostazdaki değişikliklerden yaşamı tehdit eden etkilere ve ölüme kadar çeşitli etkiler gösterebilir. Çoğu durumda, hastalıkların patofizyolojik komplikasyonları stresten ve strese maruz kalan kişilerden kaynaklanır. Stres birçok hastalık ve patolojik durum için tetikleyici veya ağırlaştırıcı bir faktördür (Yaribeygi, Panahi, Sahraei, Johnston ve Sahebkar, 2017).

Bölüm 3

Gereç ve Yöntemler

Araştırmamızın bu aşamasında çalışmamızın amacı ve önemi, araştırmanın evreni ve örneklem seçimi, veri toplama araçları ve oluşturulan istatistiksel analizler ile ilgili bilgiler verilecektir.

3.1 Amaç ve Önem

Araştırma Covid-19 Pandemisinde 406 kişi ile yapılmış olup, bireylerde önceden var olup etkisi artmış veya pandeminin sonucunda gelişen depresyon, anksiyete, stres gibi psikolojik problemlerin beslenme davranışlarına etkisini gözlemlenmek amacı ile yapılmıştır. Bireylerde Covid-19 dönemi öncesi ve sonrası ağırlık gözlemlenerek pandemi sürecindeki psikolojik problemlerin ağırlık kazanımı veya kaybı üzerindeki etkisi gözlemlenmiştir. Araştırma, bireylerdeki psikolojik duruma bağlı yeme davranışındaki değişiklikler gözlemlenerek, var olan kronik hastalık seyri veya ileride karşılaşılabilecek kronik hastalık popülasyonundaki artış için bireylerin bu dönemdeki beslenme durumlarına yönelik kaynak olacaktır.

3.2 Araştırmanın Deseni

Araştırma deneysel olmayan nicel tarama yöntemidir. İnternet yolu ile katılımcılara anket gönderilecektir. Örneklem yöntemi olarak kartopu örneklem yöntemi kullanılacaktır. Çalışma, internet ortamında gerçekleşeceği için internet bağlantısı olan ve bilgisayar kullanabilen bireylere ihtiyaç vardır. Bu nedenle kartopu örneklem yöntemi ihtiyacı duyulmuştur.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evreni Türkiye’de salgın hastalığın daha sık görüldüğü üç büyük ilde (İstanbul, Ankara, İzmir) yaşayan herhangi bir kronik psikolojik bir hastalığı bulunmayan kişilerdir. Bu araştırmadan elde edilen veriler Eylül 2020 – Aralık 2020 tarihleri arasında pandemi dolayısıyla internet üzerinden anket yoluyla toplanmıştır. Araştırmanın yapılması için gereken olan etik kurul izni İstanbul Bahçeşehir Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulundan 17/07/2020 tarihinde 2020/07 sayılı toplantıda alınmıştır. Etik kurul izin belgesi ekte verilmiştir.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri;

- i. İstanbul, Ankara veya İzmir’de yaşıyor olmak
- ii. En az ilkokul mezunu olmak
- iii. Bilgisayar kullanımına aşina olması
- iv. Kronik psikolojik bir hastalığının olmaması

Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri;

- i. 18 yaş altı veya 65 yaş üstünde olması
- ii. Anoreksiya nervosa, bulimia nervosa gibi yeme bozukluğu hastalıklarından birine sahip olması
- iii. Okur-yazar olmaması

3.4 Örneklem Yönelik Güç Analizi (Power Analysis)

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) bilgilerine göre İstanbul nüfusu=15.519.267 kişi, Ankara nüfusu= 5.639.076 kişi ve İzmir nüfusu=4.367.234 kişi olarak belirtilmiştir. Bu durumda, üç ilin toplam nüfus sayısı olan evren sayısına göre çekilmesi gereken örnek sayısı, Yazıcıoğlu ve Erdoğan (2004) tarafından geliştirilen Tablo 1’e göre $p=0.50$ ve $q=0.50$ için 378 kişi olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda 460 örneklem yer almıştır, güç analizi koşulları sağlanmıştır.

Tablo 1

Örneklem Büyüklükleri Tablosu

Anakütle büyüklüğü	± 0.03 hatası	örneklem	± 0.05 hatası	örneklem	± 0.10 örneklem hatası
ü	(d)		(d)		(d)
	$p=0.5$	$p=0.5$	$p=0.5$	$p=0.5$	$p=0.5$
	5	8	3	5	8
	$q=0.5$	$q=0.5$	$q=0.5$	$q=0.5$	$q=0.5$
	5	2	7	5	2
100	92	87	90	80	71
500	341	289	321	217	165
750	441	358	409	254	185

Tablo 1 (devam)

Anakütle büyüklüğü ü	± 0.03 hatası (d)	örnekleme ± 0.05 hatası (d)	örnekleme ± 0.10 örnekleme hatası (d)						
	p=0. 5	p=0. 8	p=0. 3	p=0. 5	p=0. 8	p=0. 3	p=0. 5	p=0. 8	p=0.3 q=0.7
	q=0. 5	q=0. 2	q=0. 7	q=0. 5	q=0. 2	q=0. 7	q=0. 5	q=0. 2	
1000	516	406	473	278	198	244	88	58	75
2500	748	537	660	333	224	286	93	60	78
5000	880	601	760	357	234	303	94	61	79
10000	964	639	823	370	240	313	95	61	80
25000	1023	665	865	378	244	319	96	61	80
50000	1045	674	881	381	245	321	96	61	81
100000	1056	678	888	383	245	322	96	61	81
1000000	1066	682	896	384	246	323	96	61	81
100	1067	683	896	384	245	323	96	61	81
Milyon									

3.5 Araştırmanın Varsayımı ve Kısıtları

Araştırmaya katılan bireylerin, ölçme araçlarında bulunan soruları yanıtlarken gerçek duygu ve düşüncelerini yansıttıkları kabul edilmiştir. Katılımcıların ankete istekli olarak cevap verdiği ve tüm anketi doğru ve eksiksiz bir biçimde cevapladıkları varsayılmıştır. Katılımcıların tüm soruları yanıtlarken okudukları şeyleri tam anlamıyla anladıkları kabul edilmiştir. Oluşabilecek kavram yanılgıları yok sayılmıştır.

3.6 Veri Toplama Aracı

Araştırmanın verileri internet yolu ile katılımcılara anket gönderilerek toplanmıştır. Katılımcılara gönderilen anket formunun içerisinde çalışma hakkında bilgiler yer almakta ve gönüllü olarak çalışmaya katıldıklarına dair onay verdikleri bilgilendirilmiş onam formu da bulunmaktadır. Katılımcılara gönderilen anket içerisinde Genel Bilgiler Formu, Besin Tüketim Sıklığı Anketi ve Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği 21 olmak üzere 3 ölçek bulunmaktadır. Katılımcıların Duygu durum bozukluklarını ölçmek için DASÖ-21 ölçeği kullanılmıştır. Katılımcıların beslenme durumları besin tüketim sıklığı anketi yoluyla belirlenmiştir.

3.6.1 Genel bilgiler formu. Genel Bilgiler formunda, literatür incelenerek katılımcıların sosyodemografik özellikleri sorulmuştur(medeni durum, ekonomik durum ve eğitim durumu vb.) Ankette katılımcıların pandemi sürecinde ve öncesindeki beslenme durumlarını değerlendirebilmek için sorular sorulmuştur. Katılımcıların fiziksel aktivite durumu, iştah durumu, besin takviyesi kullanımı, özel bir diyet uygulaması ve porsiyon değişimleri gibi beslenme durumunun saptanmasını sağlayan sorular sorulmuştur.

3.6.2 Besin tüketim sıklığı anketi. Besin tüketim sıklığı ile besin veya besin gruplarının tüketimi gün, hafta veya ayda sıklık olarak ve istendiğinde miktar olarak saptanır.

3.6.3 Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği – 21. DASS-21 Lovibond ve Lovibond (1995) tarafından DASS-42 nin kısaltılmasıyla oluşturulmuştur. “Depresyon Anksiyete Stres-21 ölçeğinin (Dass-21)” normal ve klinik örnekleme Türkçe versiyonun psikometrik özellikleri Sarıçam tarafından (2018) yapılmıştır. Normal örnekleme test tekrar test korelasyon katsayıları depresyon alt ölçeği için $r=0.68$, anksiyete alt ölçeği için $r=0.66$ ve stres alt ölçeği için $r=0.61$ olarak bulunmuştur. Bu ölçek 4’lü Likert tipi ölçek olup “depresyon, stres ve anksiyete boyutlarını” ölçen 7’şer sorudan oluşmaktadır. Bireyin depresyon alt boyutundan 5 puan ve üzeri, anksiyeteden 4 puan ve üzeri, stresten 8 puan ve üzeri alması ilgili probleme sahip olduğunu göstermektedir (Sarıçam, 2018; Yılmaz, Boz ve Arslan, 2017).

3.7 Verilerin İstatistiksel Analizi

İstatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 27.0 sürümü kullanılmıştır. Çalışmada anlamlılık düzeyi $\alpha=0.05$ olarak alınmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken, sürekli verilerde tanımlayıcı istatistiksel

göstergeler olan; ortalama, standart sapma, minimum, maksimum değerlerinin yanı sıra, kategorik veriler için sıklık ve yüzde dağılımlar verilmiştir. Çalışmada, normal dağılım testleri Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk Testleri analiz edilmiş, verilerde normal dağılımın sağlandığı belirlenmiştir. Bu nedenle, üç ve üzeri grup karşılaştırmalarında, ANOVA testi ve iki grup karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Verilerin arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır.

3.8 Anketin Güvenilirlik Analizi

Anketin güvenilirlik sınaması için kullanılan testler; “Cronbach Alpha (CA), İkiye Bölme (split), Paralel ve Mutlak Kesin Paralel (strict)” şeklindedir. Kullanılan tüm kriterlerden bulunan sonuç %70’i geçtiğinde iç tutarlık ve güvenilirlik sağlanmış olur. Tablo 1’den görüleceği gibi 4 kriter sonuçlarında %70 değeri geçilmiş, güvenilirlik sağlanmıştır. Böylece analiz çıktılarının da güvenilir olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2

Anketin Güvenilirlik Analizleri Sonuçları

Kriterler	Anketin Güvenirlilik Sonuçları
Cronbach_Alpha	0.891
Split	0.890-0.894
Parelel	0.892
Strict	0.891

Bölüm 4

Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde, demografik ve genel bilgilerin yüzde dağılımları, hipotezlerin sınanmasına yönelik grup farklılığı ve ilişki analizleri sonuçlarına yer verilmiştir. İlk aşamada, 460 kişi olan örneklem için sosyo-demografik tanımlayıcı bilgilere ve konuya açıklık getirecek bazı sorulara yönelik yüzde dağılım bilgileri sunulmuştur. İkinci aşamada, kilo değişimine yönelik yüzde dağılım değerleri, DASS-21 Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği Skorlarına yönelik yüzde dağılım değerleri, Covid-19 salgın döneminde vitamin ve mineral kullanımına yönelik yüzde dağılım değerleri, antropometrik özellikler, DASS Skorlarına yönelik tanımsal istatistik bilgileri verilmiş olup son aşamada hipotezlerin test edilmesi amaçlı ilişki analizlerine ve grup farklılığı analizlerine yer verilmiştir.

Katılımcıların Sosyodemografik bilgilerine yönelik yüzde dağılım bilgileri Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3

Katılımcıların Sosyodemografik Bilgilerine Yönelik Yüzde Dağılım Değerleri

	Grup	n (%)
Cinsiyet	Kadın	291 (63,3)
	Erkek	169 (36,7)
	Ortaokul	3 (0,7)
Eğitim Durumu	Lise	76 (16,5)
	Lisans	301 (65,4)
	Lisansüstü	80 (17,4)

Tablo 3 (devam)

	Grup	n (%)
Medeni Durum	Evli	126 (27,4)
	Bekar	334 (72,6)
Sigara Kullanımı	Evet	191 (41,5)
	Hayır	269 (58,5)
Alkol Kullanımı	Evet	284 (61,7)
	Hayır	176 (38,3)
Tanısı Konulmuş Kronik Hastalık Durumu	Evet	96 (20,9)
	Hayır	364 (79,1)
Tanısı Konulmuş Psikolojik Bir Hastalık Olma Durumu	Evet	42 (9,1)
	Hayır	418 (90,9)
Psikiyatrik Bir İlaç Kullanma Durumu	Evet	32 (7,0)
	Hayır	428 (93,0)
Beraber yaşadığınız veya uzakta olan sağlığı için endişelendiğiniz 55 yaş üstü ve/veya kronik hastalığı olan birey var mı?	Evet	341 (74,1)
	Hır	119 (25,9)
Salgın öncesi düzenli fiziksel aktivite veya spor yapar mıydınız?	Evet	204 (44,3)
	Hayır	256 (55,7)

Tablo 3 (devam)

	Grup	n (%)
Salgından sonra düzenli fiziksel aktivite/spor yapmaya devam edebildiniz mi?	Evet	138 (30,0)
	Hayır	322 (70,0)
Cevabınız evet ise yaptığınız fiziksel aktivite/sporun salgından öncekine göre süresinde ve/veya sıklığında bir değişiklik oldu mu?	Arttı	55 (39,9)
	Azaldı	68 (49,3)
	Değişmedi	15 (10,9)
Covid-19 salgını öncesinde uyguladığınız bir diyet programı var mıydı?	Evet	110 (23,9)
	Hayır	350 (76,1)
Covid- 19 salgınından önce başlamış olduğunuz diyetinizi sürdürebildiniz mi?	Evet	58 (12,6)
	Hayır	402 (87,4)
Covid- 19 salgın sürecinde yeni bir diyet programına başladınız mı?	Evet	98 (21,3)
	Hayır	362 (78,7)
	Sosyal çevre/kendim	66 (67,3)
	Diyetisyen	19 (19,4)
Cevabınız evet ise uyguladığınız diyet programını kim önerdi?	Sosyal medya	10 (10,2)
	Spor salonu hocası	1 (1,0)
	Doktor	2 (2,0)

Tablo 3 (devam)

	Grup	n (%)
Cevabınız evet ise hangi diyet programına başladınız?	Zayıflama diyeti	43 (43,9)
	Intermittent fasting (aralıklı oruç)	27 (27,6)
	Bilmiyorum	3 (3,1)
	Ağırlık koruma diyeti	7 (7,1)
	Akdeniz diyeti	2 (2,0)
	Ağırlık kazanımı diyeti	3 (3,1)
	İsveç diyeti	1 (1,0)
	Ketojenik diyet	4 (4,1)
	Sağlıklı beslenmeye yönelik diyet ve detoks	1 (1,0)
	Daha fazla protein	1 (1,0)
	Water fast	2 (2,0)
	Kronik hastalığıma/hastalıklar ıma uygun diyet	4 (4,1)
Salgın sürecinde besin desteği almaya başladınız mı? (vitamin D, B12, mineral, balık yağı vb.)	Evet	213 (46,3)
	Hayır	247 (53,7)

Tablo 3 (devam)

	Grup	n (%)
	Az iştahlıyım, zorla yemek yiyorum	29 (6,3)
	Az iştahlıyım, yemek yemek istemiyorum	7 (1,5)
İştah durumunuz değişti mi?	İştahım normal	216 (47,0)
	Çok iştahlıyım, kendimi sınırlayabiliyorum	112 (24,3)
	Çok iştahlıyım, çok yiyorum	96 (20,9)
	1 ana öğün	8 (1,7)
	2 ana öğün	286 (62,2)
Ana Öğün Sayısı	3 ana öğün	164 (35,7)
	4 ana öğün	2 (0,4)
	0 ara öğün	243 (52,8)
	1 ara öğün	93 (20,2)
Ara Öğün Sayısı	2 ara öğün	77 (16,7)
	3 ara öğün	38 (8,3)
	4 ara öğün	8 (1,7)
	5 ara öğün	1 (0,2)

Katılımcıların %63,3'ü kadın, %36,7'si erkektir. Katılımcıların %0,7'si ortaokul seviyesinde, %16,5'i lise, %65,4'ü lisans, %17,4'ü lisansüstü seviyesinde eğitime sahiptir. Katılımcıların %27,4'ü evli, %72,6'sı bekdir. Katılımcıların %41,5'i sigara kullanmakta, %58,5'i kullanmamaktadır. Katılımcıların %61,7'si alkol kullanmakta, %38,3'ü kullanmamaktadır. Katılımcıların %20,9'unun doktor tarafından tanısı konulmuş kronik bir hastalığı varken, %79,1'inin kronik hastalığı bulunmamaktadır. Katılımcıların %9,1'i tanısı konulmuş psikolojik bir hastalığa sahipken, %90,9'u psikolojik bir hastalığa sahip değildir. Katılımcıların %7'si psikiyatrik ilaç kullanmakta, %93'ü kullanmamaktadır. Katılımcıların %74,1'i beraber yaşadığı veya kendinden uzakta olan, 55 yaş üzeri ve kronik hastalığa sahip tanıdığının olduğunu belirtmiş, %25,9'böyle tanıdıklarının olmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların %44,3'ü Covid-19 öncesinde düzenli olarak spor ve fiziksel aktivite yaptığını belirtmiş, %55,7'si yapmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %30'u Covid-19 sonrasında düzenli olarak spor ve fiziksel aktivite yaptığını belirtmiş, %70'i yapmadığını belirtmiştir. Covid-19 salgınından sonra düzenli spor ve fiziksel aktivite yapmaya devam eden katılımcıların %39,9 u yaptıkları spor ve fiziksel aktivite miktarının arttığını, %49,3'ü azaldığını, %10,9'u ise değişmediğini belirtmiştir. Katılımcıların %23,9'u Covid-19 salgını öncesinde düzenli olarak uyguladıkları bir diyet programlarının olduğunu belirtmiş, %76,1'i ise düzenli uyguladıkları bir diyet programı olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %12,6'sı Covid-19 salgınından önce başladıkları diyeti, salgın esnasında da sürdürmeye devam ettiğini belirtmiştir, %87,4'ü ise başladıkları diyeti salgın esnasında devam ettiremediklerini belirtmiştir. Katılımcıların %21,3'ü Covid-19 salgını esnasında yeni bir diyet programına başladığını belirtmiş, %78,7'si salgın esnasında yeni bir diyet başlamadığını belirtmiştir. Covid-19 salgını esnasında yeni bir diyet programına başlayan katılımcıların %67,3'ü sosyal çevresinin etkisiyle veya kendi kararıyla, %19,4'ü diyetisyen tavsiyesiyle, %10,2'si sosyal medya sayesinde, %1,0'ı spor salonu hocasının yönlendirmesiyle, %2'si ise doktor yönlendirmesiyle başladıklarını belirtmişlerdir.

Covid-19 salgını sürecinde yeni bir diyet programına başlayan katılımcıların %43,9'u zayıflama diyetine, %27,6'sı intermittent fasting (aralıklı oruç) diyetine, %7,1'i ağırlık koruma diyetine, %2'si akdeniz diyetine, %3,1'i ağırlık kazanımı diyetine, %1'i isveç diyetine, %4,1'i ketojenik diyet, %1'i sağlıklı beslenmeye

yönelik diyet ve detoksa, %1'i daha fazla protein alımı diyetine, %2'si water fast diyetine, %4,1'i kronik hastalığına uygun diyetle başlamış, %3,1'i ise başladığı diyetin türünü bilmediğini belirtmiştir.

Katılımcıların %46,3'ü Covid-19 salgını sürecinde besin desteği almaya başladığını belirtirken, %53,7'si başlamadığını belirtmiştir. Katılımcılara pandemi esnasındaki iştah değişimleri incelendiğinde %6,3'ü az iştahlı olduğunu ve zorla yemek yediğini, %1,5'i az iştahlı olduğunu ve yemek yemek istemediğini, %47'si iştahının normal olduğunu, %24,3'ü çok iştahlı olduğunu ve kendini sınırlayabildiğini, %20,9'u çok iştahlı olduğunu ve çok yemek yediğini belirtmiştir. Katılımcıların günde tükettikleri ana öğün miktarları sorulduğunda %1,7'si 1 ana öğün, %62,2'si 2 ana öğün, %35,7'si 3 ana öğün, %0,4'ü ise 4 ana öğün tükettiğini belirtmiştir. Katılımcılara günde tükettikleri ara öğün miktarları sorulduğunda %52,8'i ara öğün tüketmediğini; %20,2'si 1 ara öğün, %16,7'si 2 ara öğün, %8,3'ü 3 ara öğün, %1,7'si 4 ara öğün, %0,2'si ise günde 5 ara öğün tükettiğini belirtmiştir.

Katılımcıların Antropometrik özelliklere yönelik tanımlayıcı istatistik bilgileri Tablo 4'de verilmiştir.

Tablo 4

Antropometrik Özelliklere Yönelik Tanımlayıcı İstatistikler

Ölçümler	Ort. $\pm$ Ss.	Min-max
Yaş (yıl)	30,619 $\pm$ 10,179	18,0-64,0
Uzunluk (cm)	170,32 $\pm$ 9,03	150,0-194,0
Salgın sürecindeki vücut ağırlığı (kg)	68,782 $\pm$ 15,062	42,0-124,0
Salgın sürecinde BKİ (kg/m ²)	23,56 $\pm$ 4,06	15,43-37,78
Salgından önceki vücut ağırlığı (kg)	70,133 $\pm$ 16,789	39,0-129,0

Tablo 4 (devam)

Ölçümler	Ort. $\pm$ Ss.	Min-max
Salgından önce BKİ (kg/m ²)	24,02 $\pm$ 4,763	13,89 $\pm$ 42,22

Katılımcıların yaş ortalaması incelendiğinde 30,619 $\pm$ 10,179 olduğu bulunmuştur. En küçük yaş değeri 18 iken, en yüksek yaş değeri 64'tür. Katılımcıların boy ortalamasına bakıldığında 170,32 $\pm$ 9,03 cm, minimum boy değeri 150 cm, maksimum boy değeri 194 cm olarak belirlenmiştir. Katılımcıların salgın sürecindeki vücut ağırlıkları incelendiğinde ortalama 68,782 $\pm$ 15,062 kg olarak bulunmuş, minimum vücut ağırlığı 42 kg, maksimum vücut ağırlığı 124 kg olarak belirlenmiştir. Katılımcıların salgın sürecindeki Beden Kitle İndeksleri incelendiğinde ortalama 23,56 $\pm$ 4,06 kg/m² olarak bulunmuş, minimum BKİ değeri 15,43 kg/m², maksimum BKİ değeri 37,78 kg/m² olarak belirlenmiştir. Katılımcıların salgından önceki vücut ağırlıkları incelendiğinde ortalama 70,133 $\pm$ 16,789 kg, minimum vücut ağırlığı 39 kg, maksimum vücut ağırlığı 129 kg olarak bulunmuştur. Katılımcıların salgından önceki Beden Kitle İndeksleri incelendiğinde ortalama 24,02 $\pm$ 4,763 kg/m², minimum BKİ değeri 13,89 kg/m², maksimum BKİ değeri 42,22 kg/m² olarak bulunmuştur.

Katılımcıların Kilo değişimine yönelik yüzde dağılım bilgileri Tablo 5’de verilmiştir.

Tablo 5

Kilo Değişimine Yönelik Yüzde Dağılım Değerleri

	Grup	N	%
	Kilo verdim	93	20,2
Covid-19 sürecinde ağırlık değişiminiz oldu mu?	Değişim	143	31,1
	olmadı		
	Kilo aldım	224	48,7

Katılımcıların %20,2’i kilo verdiğini belirtmiş, %31,1’i kilosunda bir değişim olmadığını, %48,7’si kilo aldığını belirtmiştir.

Katılımcıların DAS skorlarına yönelik tanımsal istatistikler Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6

DASS Skorlarına Yönelik Tanımsal İstatistikler

DASS Skorları	Ort. ± Ss.	Min.-Max.
Depresyon Skoru	8,0 ± 6,21	0,0-21,0
Anksiyete Skoru	5,13 ± 4,746	0,0-21,0
Stres Skoru	7,85 ± 5,57	0,0-21,0

Katılımcıların depresyon skoru incelendiğinde ortalama $8,0 \pm 6,21$ olarak bulunmuş, minimum skor 0, maksimum skor 21 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların anksiyete skorları incelendiğinde ortalama $5,13 \pm 4,746$ olarak bulunmuş, minimum skor 0, maksimum skor 21 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların stres skorları

incelendiğinde ortalama $7,85 \pm 5,57$ olarak bulunmuş, minimum skor 0, maksimum skor 21 olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların DAS-21 Gruplarına yönelik yüzde dağılım bilgileri Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7

DASS-21 Depresyon, DASS-21 Anksiyete, DASS-21 Stres Skorlarına Yönelik Yüzde Dağılım Değerleri

DASS-21 Grupları	Grup	N	%
DASS-21 Depresyon Grupları	Normal (0-4)	167	36,3
	Hafif (5-6)	60	13,0
	Orta (7-10)	79	17,2
	İleri (11-13)	47	10,2
	Çok Şiddetli (14+)	107	23,3
DASS-21 Anksiyete Grupları	Normal (0-3)	219	47,6
	Hafif (4-5)	73	15,9
	Orta (6-7)	43	9,3
	İleri (8-9)	39	8,5
	Çok Şiddetli (10+)	86	18,7

Tablo 7 (devam)

DASS-21 Grupları	Grup	N	%
DASS-21 Stres Grupları	Normal (0-7)	246	53,5
	Hafif (8-9)	57	12,4
	Orta (10-12)	63	13,7
	İleri (13-16)	48	10,4
	Çok Şiddetli (17+)	46	10,0

Katılımcıların DASS-21 depresyon skorları gruplandığında %36,3'ünün normal depresyon grubunda bulunduğu, %13'ünün hafif depresyon grubunda, %17,2'sinin orta depresyon grubunda, %10,2'sinin ileri depresyon grubunda, %23,3'ünün ise çok şiddetli depresyon grubunda bulunduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların DASS-21 anksiyete skorları gruplandığında %47,6'sının normal anksiyete grubunda bulunduğu, %15,9'unun hafif anksiyete grubunda, %9,3'ünün orta anksiyete grubunda, %8,5'inin ileri anksiyete grubunda, %18,7'sinin ise çok şiddetli anksiyete grubunda bulunduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların DASS-21 stres skorları gruplandığında %53,5'inin normal stres grubunda bulunduğu, %12,4'ünün hafif stres grubunda, %13,7'sinin orta stres grubunda, %10,4'ünün ileri stres grubunda, %10'unun ise çok şiddetli stres grubunda bulunduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların Covid-19 salgın dönemine vitamin ve mineral kullanımı yüzde dağılımı Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8

Covid-19 Salgın Döneminde Vitamin ve Mineral Kullanımına Yönelik Yüzde Dağılım Değerleri

	Grup	N	%
Salgın sürecinde besin desteği almaya başladınız mı? (vitamin D, B12, mineral, balık yağı vb.)	Evet	213	46,3
	Hayır	247	53,7

Katılımcıların Covid-19 salgını sürecinde takviye besin kullanma durumları incelendiğinde %46,3’ünün salgın sürecinde besin desteği almaya başladığı, %53,7’sinin ise besin desteği almaya başlamadığı görülmüştür.

Katılımcıların Covid-19 Salgın sürecinde diyet programı uygulama durumları ile BKİ için grup farklılığı analizi Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9

Covid-19 Sürecinde Diyet Programı Uygulama Durumu Açısından BKİ İçin Grup Farklılığı

Covid-19 Sürecinde Diyet Uygulama Durumu						
		Evet		Hayır		P
		N	%	N	%	
BKİ Grupları	18,5 altı	6	4,6	34	10,3	0,860

Tablo 9 (devam)

Covid-19 Sürecinde Diyet Uygulama Durumu					
		Evet		Hayır	
		N	%	N	%
	18,5-24,99	84	64,6	184	55,8
BKİ Grupları	25,0-29,99	31	23,8	87	26,4
	30 ve üstü	9	6,9	25	7,6

Katılımcıların Beden Kütle İndeksleri, Covid-19 salgını sürecinde diyet uygulama durumları açısından kıyaslandığında, salgın sürecinde diyet uygulayan katılımcıların %4,6'sı 18,5 altı BKİ skoruna sahip, %64,6'sı 18,5-24,99 arası BKİ skoruna , %23,8'i 25-29,99 arası BKİ skoruna sahip, %6,9'u 30 ve üstü BKİ skoruna sahiptir; salgın sürecinde diyet uygulamayan katılımcılar arasında Beden Kütle İndeksi değerleri incelendiğinde %10,3'ü 18,5 altı BKİ skoruna sahip, %55,8'i 18,5-24,99 arası, %26,4'ü 25-29,99 arası, %7,6'sının ise 30 ve üstünde BKİ skoruna sahip olduğu belirlenmiştir. Salgın sürecinde diyet uygulama grupları açısından, BKİ grupları anlamlı farklılık göstermemektedir.

Katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres grupları ile ağırlık değişim grupları için farklılık analizi Tablo 10’da verilmiştir.

Tablo 10

Katılımcıların Depresyon, Anksiyete ve Stres Grupları ile Ağırlık Değişim Grupları Arasındaki Farklılık Analizi

		Kilo Değişimi Grupları			P
		Kilo Verdim	Değişim olmadı	Kilo aldım	
		n (%)	n (%)	n (%)	
Depresyon Şiddeti	Normal (0-4)	17 (33,3)	59 (48,8)	42 (26,6)	0,000*
	Hafif (5-6)	5 (9,8)	17 (14,0)	23 (14,6)	
	Orta (7-10)	6 (11,8)	19 (15,7)	28 (17,7)	
	İleri (11-13)	9 (17,6)	7 (5,8)	19 (12,0)	
	Çok şiddetli (14+)	14 (27,5)	19 (15,7)	46 (29,1)	
Toplam		51 (100,0)	121 (100,0)	158 (100,0)	
Anksiyete Şiddeti	Normal (0-3)	20 (39,2)	73 (60,3)	62 (39,2)	0,001*
	Hafif (4-5)	8 (15,7)	18 (14,9)	31 (19,6)	
	Orta (6-7)	7 (13,7)	9 (7,4)	18 (11,4)	

Tablo 10 (devam)

Kilo Değişimi Grupları				
	Kilo Verdim	Değişim olmadı	Kilo aldım	P
	n (%)	n (%)	n (%)	
İleri (8-9)	-	8 (6,6)	16 (10,1)	
Çok şiddetli (10+)	16 (31,4)	13 (10,7)	31 (19,6)	
Toplam	51 (100,0)	121 (100,0)	158 (100,0)	
Normal (0-7)	23 (45,1)	86 (71,1)	69 (43,7)	
Hafif (8-9)	6 (11,8)	10 (8,3)	22 (13,9)	
Orta (10-12)	9 (17,6)	12 (9,9)	24 (15,2)	
İleri (13-16)	6 (11,8)	10 (8,3)	22 (13,9)	
Çok şiddetli (17+)	7 (13,7)	3 (2,5)	21 (13,3)	
Toplam	51 (100,0)	121 (100,0)	158 (100,0)	

0,000*

*p<0.01, ANOVA test

Ağırlık değişimi gruplarına yönelik depresyon, anksiyete ve stres grupları için p değerleri 0,01 den küçük olduğundan anlamlı farklılık elde edilmiştir.

Salgın sürecinde diyet uygulamayan katılımcıların kilo değişimi açısından depresyon şiddeti grupları incelendiğinde: kilo verdiğini belirten katılımcıların %33,3'ü normal depresyon, %9,8'i hafif depresyon, %11,8'i orta şiddetli depresyon, %17,6'sı ileri depresyon, %27,5'i çok şiddetli depresyon grubundadır; kilo değişimi olmadığını belirten katılımcıların %48,8'i normal depresyon, %14'ü hafif depresyon,

%15,7'si orta şiddetli depresyon, %5,8'i ileri depresyon, %15,7'si çok şiddetli depresyon grubundadır; kilo aldığını belirten katılımcıların %26,6'sı normal depresyon, %14,6'sı hafif depresyon, %17,7'si orta şiddetli depresyon, %12'si ileri depresyon, %29,1'i çok şiddetli depresyon grubundadır. Kilo değişimi grupları açısından depresyon şiddeti grupları anlamlı farklılık göstermektedir. Değerlere bakıldığında depresyon şiddeti normal bireylerde kilo değişimi olmadığını belirten bireylerin oranı diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Diğer depresyon gruplarında böyle bir farklılık bulunmamaktadır. Hafif, orta, ileri ve çok şiddetli depresyon gruplarında kilo verdiğini, aldığını ve değişmediğini belirten bireylerdeki oranlar arasında büyük farklılık görülmemektedir.

Salgın sürecinde diyet uygulamayan katılımcıların kilo değişimi açısından anksiyete şiddeti grupları incelendiğinde: kilo verdiğini belirten katılımcıların %39,2'si normal anksiyete, %15,7'si hafif anksiyete, %13,7'si orta şiddetli anksiyete, %31,4'ü çok şiddetli anksiyete grubundadır; kilo değişimi olmadığını belirten katılımcıların %60,3'ü normal anksiyete, %14,9'u hafif anksiyete, %7,4'ü orta şiddetli anksiyete, %6,6'sı ileri anksiyete, %10,7'si çok şiddetli anksiyete grubundadır; kilo aldığını belirten katılımcıların %39,2'si normal anksiyete, %19,6'sı hafif anksiyete, %11,4'ü orta şiddetli anksiyete, %10,1'i ileri anksiyete, %19,6'sı çok şiddetli anksiyete grubundadır. Kilo değişimi grupları açısından anksiyete şiddeti grupları anlamlı farklılık göstermektedir. Değerlere bakıldığında anksiyete şiddeti normal bireylerde kilo değişimi olmadığını belirten bireylerin oranı diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Diğer anksiyete gruplarında böyle bir farklılık bulunmamaktadır. Hafif, orta, ileri ve çok şiddetli anksiyete gruplarında bireyler kilo değişimi gruplarına yönelik tek bir grupta değil kilo verdiğini, aldığını ve değişmediğini belirten gruplarda büyük farklılık gözükme-sizin dağılım göstermiştir.

Salgın sürecinde diyet uygulamayan katılımcıların kilo değişimi açısından stres şiddeti grupları incelendiğinde: kilo verdiğini belirten katılımcıların %45,1'i normal stres, %11,8'i hafif stres, %17,6'sı orta şiddetli stres, %11,8'i ileri stres, %13,7'si çok şiddetli stres grubundadır; kilo değişimi olmadığını belirten katılımcıların %71,1'i normal stres, %8,3'ü hafif stres, %9,9'u orta şiddetli stres, %8,3'ü ileri stres, %2,5'i çok şiddetli stres grubundadır; kilo aldığını belirten katılımcıların %43,7'si normal stres, %13,9'u hafif stres, %15,2'si orta şiddetli stres, %13,9'u ileri stres,

%13,3'ü çok şiddetli stres grubundadır. Kilo değişimi grupları açısından stres şiddeti grupları anlamlı farklılık göstermektedir. Değerlere bakıldığında stres şiddeti normal bireylerde kilo değişimi olmadığını belirten bireylerin oranı diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Diğer şiddet gruplarında böyle bir farklılık bulunmamaktadır. Hafif, orta, ileri ve çok şiddetli gruplarında bireyler kilo değişimi gruplarına yönelik tek bir grupta değil kilo verdiğini, aldığını ve değişmediğini belirten gruplarda büyük farklılık gözükme-sizin dağılım göstermiştir.

Katılımcıların ağırlık değişim grupları ile depresyon, anksiyete ve stres skorları ağırlık için farklılık analizi Tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11

Ağırlık Değişim Gruplarına Yönelik Depresyon, Anksiyete, Stres Skorları İçin Farklılık Analizi

Kilo Değişimi Grupları							P
	Kilo Verdim		Değişim olmadı		Kilo aldım		
	Ort±Ss.	Min-max	Ort±Ss.	Min-max	Ort±Ss.	Min-max	
Depresyon Skoru	8,92 ± 6,57	0,0-20,0	5,90 ± 5,75	0,0-21,0	9,34 ± 6,25	0,0-21,0	0,000*
Anksiyete Skoru	6,27 ± 4,91	0,0-18,0	3,64 ± 3,84	0,0-15,0	5,62 ± 4,86	0,0-21,0	0,000*
Stres Skoru	8,58 ± 6,24	0,0-21,0	5,67 ± 4,79	0,0-21,0	9,20 ± 5,60	0,0-21,0	0,000*

*p<0.01, ANOVA test

Ağırlık değişimi gruplarına yönelik DAS skorları olan depresyon, anksiyete ve stres için p değerleri 0,01 den küçük olduğundan anlamlı farklılık elde edilmiştir.

Salgın sürecinde diyet uygulamayan katılımcıların kilo değişimi açısından depresyon skorları incelendiğinde, kilo verdiğini belirten katılımcıların skor ortalaması 8,92 ± 6,57 bulunmuş, minimum skor 0, maksimum skor ise 20 olarak

bulunmuştur; kilo değişimi olmadığını belirten katılımcıların skor ortalaması $5,90 \pm 5,75$ olarak bulunmuş, minimum skor 0, maksimum skor 21 olarak bulunmuştur; kilo aldığını belirten katılımcıların skor ortalaması $9,34 \pm 6,25$ olarak bulunmuş, minimum skor 0, maksimum skor 21 olarak bulunmuştur. Kilo değişimi grupları açısından depresyon skoru anlamlı farklılık göstermektedir. Değerlere bakıldığında anlamlı farklılığın kilo aldığını belirten katılımcıların depresyon skor ortalamasından kaynaklı olduğu görülmektedir. Kilo aldığını belirten bireylerde depresyon skor ortalaması anlamlı yüksek görülmüştür.

Salgın sürecinde diyet uygulamayan katılımcıların kilo değişimi açısından anksiyete skorları incelendiğinde, kilo verdiğini belirten katılımcıların skor ortalaması $6,27 \pm 4,91$ bulunmuş, minimum skor 0, maksimum skor ise 18 olarak bulunmuştur; kilo değişimi olmadığını belirten katılımcıların skor ortalaması $3,64 \pm 3,84$ olarak bulunmuş, minimum skor 0, maksimum skor 15 olarak bulunmuştur; kilo aldığını belirten katılımcıların skor ortalaması $5,62 \pm 4,86$ olarak bulunmuş, minimum skor 0, maksimum skor 21 olarak bulunmuştur. Kilo değişimi grupları açısından anksiyete skoru anlamlı farklılık göstermektedir. . Değerlere bakıldığında anlamlı farklılığın kilo verdiğini belirten katılımcıların anksiyete skor ortalamasından kaynaklı olduğu görülmektedir. Kilo verdiğini belirten bireylerde anksiyete skor ortalaması anlamlı yüksek görülmüştür.

Salgın sürecinde diyet uygulamayan katılımcıların kilo değişimi açısından stres skorları incelendiğinde, kilo verdiğini belirten katılımcıların skor ortalaması $8,58 \pm 6,24$ bulunmuş, minimum skor 0, maksimum skor ise 21 olarak bulunmuştur; kilo değişimi olmadığını belirten katılımcıların skor ortalaması $5,67 \pm 4,79$ olarak bulunmuş, minimum skor 0, maksimum skor 21 olarak bulunmuştur; kilo aldığını belirten katılımcıların skor ortalaması $9,20 \pm 5,60$ olarak bulunmuş, minimum skor 0, maksimum skor 21 olarak bulunmuştur. Kilo değişimi grupları açısından stres skoru anlamlı farklılık göstermektedir. Değerlere bakıldığında anlamlı farklılığın kilo aldığını belirten katılımcıların stres skor ortalamasından kaynaklı olduğu görülmektedir. Kilo aldığını belirten bireylerde stres skor ortalaması anlamlı yüksek görülmüştür.

Katılımcıların beden kütle indeksleri ile depresyon, anksiyete ve stres skorları arasındaki ilişki Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12

Katılımcıların Salgından Sonraki Beden Kütle İndeksleri ile Depresyon, Anksiyete ve Stres Skorları Arasındaki İlişki

Covid-19 salgını sonrası Beden Kütle İndeksi		
Depresyon Skoru	R	-0,077
	P	0,165
Anksiyete Skoru	R	-0,110*
	P	0,041
Stres Skoru	R	-0,078
	P	0,156
*p<0.04, r:Pearson korelasyon		

Anksiyete skoru, Covid-19 salgını sonrası beden kütle indeksi değerini %11 ($r=-0,110$, $p=0,046$) oranında negatif yönde (azaltıcı) olarak etkilemektedir. Anksiyete arttıkça BKİ azalış göstermektedir. Depresyon ve stres skorları ile salgın sonrası beden kütle indeksi değeri arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Katılımcıların salgından sonraki beden kütle indeks grupları ile depresyon, anksiyete ve stres grupları için farklılık analizi Tablo 13’de verilmiştir

Tablo 13

Salgınından Sonraki BKİ Grupları Açısından Depresyon, Anksiyete ve Stres Grupları İçin Farklılık Analizi

		Salgından Sonra BKİ Grupları				P
		18,5 Altı	18,5- 24,99	25,0- 29,99	30+	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Depresyon Şiddeti Grupları	Normal (0-4)	12 (35,3)	67 (36,4)	30 (34,5)	9 (36,0)	0,622
	Hafif (5-6)	-	25 (13,6)	18 (20,7)	2 (8,0)	
	Orta (7-10)	5 (14,7)	28 (15,2)	14 (16,1)	6 (24,0)	
	İleri (11-13)	6 (17,6)	19 (10,3)	5 (5,7)	5 (20,0)	
	Çok şiddetli (14+)	11 (32,4)	45 (24,5)	20 (23,0)	3 (12,0)	
Toplam		34 (100,0)	184 (100,0)	87 (100,0)	25 (100,0)	
Anksiyete Şiddeti Grupları	Normal (0-3)	15 (44,1)	83 (45,1)	44 (50,6)	13 (52,0)	0,490
	Hafif (4-5)	4 (11,8)	36 (19,6)	13 (14,9)	4 (16,0)	

Tablo 13 (devam)

		Salgından Sonra BKİ Grupları				P
		18,5 Altı	18,5- 24,99	25,0- 29,99	30+	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Toplam	Orta (6-7)	2 (5,9)	20 (10,9)	7 (8,0)	5 (20,0)	0,329
	İleri (8-9)	-	16 (8,7)	7 (8,0)	1 (4,0)	
	Çok şiddetli (10+)	13 (38,2)	29 (15,8)	16 (18,4)	2 (8,0)	
		34 (100,0)	184 (100,0)	87 (100,0)	25 (100,0)	
	Normal (0- 7)	16 (47,1)	95 (51,6)	51 (58,6)	16 (64,0)	
Stres Şiddeti Grupları	Hafif (8-9)	3 (8,8)	21 (11,4)	13 (14,9)	1 (4,0)	
	Orta (10-12)	5 (14,7)	27 (14,7)	8 (9,2)	5 (20,0)	
	İleri (13-16)	8 (23,5)	21 (11,4)	8 (9,2)	1 (4,0)	
	Çok şiddetli (17+)	2 (5,9)	20 (10,9)	7 (8,0)	2 (8,0)	
	Toplam	34 (100,0)	184 (100,0)	87 (100,0)	25 (100,0)	

Salgın sürecinde diyet uygulamayan katılımcıların depresyon şiddeti grupları, Covid-19 salgınından sonraki BKİ grupları arasında incelendiğinde 18,5 altı BKİ grubunda olan katılımcıların %35,3'ü normal depresyon, %14,7'si orta şiddetli depresyon, %17,6'sı ileri depresyon, %32,4'ü çok şiddetli depresyon grubundadır; 18,5-24,99 arası BKİ grubunda olan katılımcıların %36,4'ü normal depresyon, %13,6'sı hafif depresyon, %15,2'si orta şiddetli depresyon, %10,3'ü ileri depresyon, %24,5'i çok şiddetli depresyon grubundadır; 25-29,99 arası BKİ grubunda olan katılımcıların %34,5'i normal depresyon, %20,7'si hafif depresyon, %16,1'i orta şiddetli depresyon, %5,7'si ileri depresyon, %23'ü çok şiddetli depresyon grubundadır; 30 ve üstü BKİ grubunda olan katılımcıların %36'sı normal depresyon, %8'i hafif depresyon, %24'ü orta şiddetli depresyon, %20'si ileri depresyon, %12'si çok şiddetli depresyon grubundadır. Salgından sonraki BKİ grupları açısından depresyon şiddeti grupları anlamlı farklılık göstermemektedir.

Salgın sürecinde diyet uygulamayan katılımcıların anksiyete şiddeti grupları, Covid-19 salgınından sonraki BKİ grupları arasında incelendiğinde 18,5 altı BKİ grubunda olan katılımcıların %44,1'i normal anksiyete, %11,8'i hafif anksiyete, %5,9'u orta şiddetli anksiyete, %38,2'si çok şiddetli anksiyete grubundadır; 18,5-24,99 arası BKİ grubunda olan katılımcıların %45,1'i normal anksiyete, %19,6'sı hafif anksiyete, %10,9'u orta şiddetli anksiyete, %8,7'si ileri anksiyete, %15,8'i çok şiddetli anksiyete grubundadır; 25-29,99 arası BKİ grubunda olan katılımcıların %50,6'sı normal anksiyete, %14,9'u hafif anksiyete, %8'i orta şiddetli anksiyete, %8'i ileri anksiyete, %18,4'ü çok şiddetli anksiyete grubundadır; 30 ve üstü BKİ grubunda olan katılımcıların %52'si normal anksiyete, %16'sı hafif anksiyete, %20'si orta şiddetli anksiyete, %4'ü ileri anksiyete, %8'i çok şiddetli anksiyete grubundadır. Salgından sonraki BKİ grupları açısından anksiyete şiddeti grupları anlamlı farklılık göstermemektedir.

Salgın sürecinde diyet uygulamayan katılımcıların stres şiddeti grupları, Covid-19 salgınından sonraki BKİ grupları arasında incelendiğinde 18,5 altı BKİ grubunda olan katılımcıların %47,1'i normal stres, %8,8'i hafif stres, %14,7'si orta şiddetli stres, %23,5'i ileri stres, %5,9'u çok şiddetli stres grubundadır; 18,5-24,99 arası BKİ grubunda olan katılımcıların %51,6'sı normal stres, %11,4'ü hafif stres, %14,7'si orta şiddetli stres, %11,4'ü ileri stres, %10,9'u çok şiddetli stres grubundadır; 25-29,99 arası BKİ grubunda olan katılımcıların %58,6'sı normal stres, %14,9'u hafif

stres, %9,2'si orta şiddetli stres, %9,2'si ileri stres, %8'i çok şiddetli stres grubundadır; 30 ve üstü BKİ grubunda olan katılımcıların %64'ü normal stres, %4'ü hafif stres, %20'si orta şiddetli stres, %4'ü ileri stres, %8'i çok şiddetli stres grubundadır. Salgından sonraki BKİ grupları açısından stres şiddeti grupları anlamlı farklılık göstermemektedir

Katılımcıların salgından sonraki beden kütle indeksleri grupları ile depresyon, anksiyete ve stres skorları arasındaki farklılık analizi Tablo 14'de verilmiştir.

Tablo 14

Salgından Sonraki BKİ Grupları Açısından Depresyon, Anksiyete ve Stres Skor Değerleri İçin Farklılık Analizi

Salgın Sonrası BKİ Grupları									
	18,5 Altı		18,5-24,99		25,0-29,99		30+		P
	Ort± Ss.	Min - max	Ort±S s.	Min - max	Ort±S s.	Min - max	Ort±S s.	Min - max	
Depresyon Skoru	9,79 ± 6,74	0,0- 20,0	8,04 ± 6,39	0,0- 21,0	7,43 ± 6,10	0,0- 21,0	7,44 ± 5,77	0,0- 19,0	0,35 5
Anksiyete Skoru	6,73 ± 5,56	0,0- 18,0	4,92 ± 4,39	0,0- 21,0	4,77 ± 4,87	0,0- 20,0	3,92 ± 3,72	0,0- 14,0	0,17 2
Stres Skoru	8,61 ± 5,64	1,0- 21,0	8,07 ± 5,72	0,0- 21,0	7,19 ± 5,51	0,0- 21,0	7,0 ± 5,72	0,0- 21,0	0,43 0

Salgın sürecinde diyet uygulamayan katılımcıların salgın sonrası BKİ grupları açısından depresyon skorları incelendiğinde, 18,5 altı BKİ grubunda bulunan katılımcıların skor ortalaması $9,79 \pm 6,74$ bulunmuş, minimum skor 0, maksimum skor 20 bulunmuştur; 18,5-24,99 arası BKİ grubunda bulunan katılımcıların skor ortalaması $8,04 \pm 6,39$ bulunmuş, minimum skor 0, maksimum skor 21 bulunmuştur, 25-29,99 arası BKİ grubunda bulunan katılımcıların skor ortalaması $7,43 \pm 6,10$ bulunmuş, minimum skor 0, maksimum skor 21 bulunmuştur, 30 ve üstü BKİ grubunda bulunan katılımcıların skor ortalaması $7,44 \pm 5,77$ bulunmuş, minimum skor 0, maksimum skor 19 olarak bulunmuştur. Salgından sonra BKİ grupları açısından depresyon skoru anlamlı farklılık göstermemektedir.

Salgın sürecinde diyet uygulamayan katılımcıların salgın sonrası BKİ grupları açısından anksiyete skorları incelendiğinde, 18,5 altı BKİ grubunda bulunan katılımcıların skor ortalaması $6,73 \pm 5,56$ bulunmuş, minimum skor 0, maksimum skor 18 bulunmuştur; 18,5-24,99 arası BKİ grubunda bulunan katılımcıların skor ortalaması $4,92 \pm 4,39$ bulunmuş, minimum skor 0, maksimum skor 21 bulunmuştur, 25-29,99 arası BKİ grubunda bulunan katılımcıların skor ortalaması $4,77 \pm 4,87$ bulunmuş, minimum skor 0, maksimum skor 20 bulunmuştur, 30 ve üstü BKİ grubunda bulunan katılımcıların skor ortalaması $3,92 \pm 3,72$ bulunmuş, minimum skor 0, maksimum skor 14 olarak bulunmuştur. Salgından sonra BKİ grupları açısından anksiyete skoru anlamlı farklılık göstermemektedir.

Salgın sürecinde diyet uygulamayan katılımcıların salgın sonrası BKİ grupları açısından stres skorları incelendiğinde, 18,5 altı BKİ grubunda bulunan katılımcıların skor ortalaması $8,61 \pm 5,64$ bulunmuş, minimum skor 1, maksimum skor 21 bulunmuştur; 18,5-24,99 arası BKİ grubunda bulunan katılımcıların skor ortalaması $8,07 \pm 5,72$ bulunmuş, minimum skor 0, maksimum skor 21 bulunmuştur, 25-29,99 arası BKİ grubunda bulunan katılımcıların skor ortalaması $7,19 \pm 5,51$ bulunmuş, minimum skor 0, maksimum skor 21 bulunmuştur, 30 ve üstü BKİ grubunda bulunan katılımcıların skor ortalaması $7,0 \pm 5,72$ bulunmuş, minimum skor 0, maksimum skor 21 olarak bulunmuştur. Salgından sonra BKİ grupları açısından stres skoru anlamlı farklılık göstermemektedir.

Katılımcıların besin tüketim alışkanlıkları ile depresyon grupları için farklılık analizi Tablo 15’de verilmiştir.

Tablo 15

Katılımcıların Besin Tüketim Alışkanlıklarındaki Değişimine Yönelik Depresyon Grupları Açısından Farklılık Analizi

Depresyon Şiddeti Grupları							
	Pandemiden önceye göre kıyaslama	Norma l (0-4)	Hafif (5-6)	Orta (7-10)	İleri (11- 13)	Çok şiddetli (14+)	P
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
İşlenmiş et ürünleri tüketimi	Azaldı	28 (16,8)	9 (15,0)	13 (16,5)	10 (21,3)	13 (12,1)	0,575
	Değişmedi	121 (72,5)	45 (75,0)	52 (65,8)	28 (59,6)	76 (71,0)	
	Arttı	18 (10,8)	6 (10,0)	14 (17,7)	9 (19,1)	18 (16,8)	
Toplam		167 (100,0)	60 (100,0)	79 (100,0)	47 (100,0)	107 (100,0)	
Tatlı	Azaldı	28 (16,8)	6 (10,0)	12 (15,2)	9 (19,1)	9 (8,4)	0,003 *
	Değişmedi	111 (66,5)	30 (50,0)	45 (57,0)	21 (44,7)	62 (57,9)	
	Arttı	28 (16,8)	24 (40,0)	22 (27,8)	17 (36,2)	36 (33,6)	

Tablo 15 (devam)

		Depresyon Şiddeti Grupları					P
	Pandemiden önceye göre kıyaslama	Normal (0-4)	Hafif (5-6)	Orta (7-10)	İleri (11-13)	Çok şiddetli (14+)	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Toplam		167 (100,0)	60 (100,0)	79 (100,0)	47 (100,0)	107 (100,0)	
Alkollü içecekler	Azaldı	37 (22,2)	12 (20,0)	19 (24,1)	8 (17,0)	19 (17,8)	0,041 *
	Değişmedi	111 (66,5)	41 (68,3)	46 (58,2)	26 (55,3)	60 (56,1)	
	Arttı	19 (11,4)	7 (11,7)	14 (17,7)	13 (27,7)	28 (26,2)	
Toplam		167 (100,0)	60 (100,0)	79 (100,0)	47 (100,0)	107 (100,0)	
Hazır yemekler	Azaldı	45 (26,9)	15 (25,0)	23 (29,1)	15 (31,9)	35 (32,7)	0,733
	Değişmedi	103 (61,7)	34 (56,7)	38 (48,1)	18 (38,3)	52 (48,6)	
	Arttı	19 (11,4)	11 (18,3)	18 (22,8)	14 (29,8)	20 (18,7)	
Toplam		167 (100,0)	60 (100,0)	79 (100,0)	47 (100,0)	107 (100,0)	

Tablo 15 (devam)

Depresyon Şiddeti Grupları							
	Pandemiden önceye göre kıyaslama	Norma l (0-4)	Hafif (5-6)	Orta (7-10)	İleri (11- 13)	Çok şiddetli (14+)	P
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Şekerli ve gazlı içecekler	Azaldı	31 (18,6)	10 (16,7)	15 (19,0)	6 (12,8)	17 (15,9)	
	Değişmedi	128 (76,6)	39 (65,0)	54 (68,4)	29 (61,7)	62 (57,9)	0,044 *
	Arttı	8 (4,8)	11 (18,3)	10 (12,7)	12 (25,5)	28 (26,2)	
	Toplam	167 (100,0)	60 (100,0)	79 (100,0)	47 (100,0)	107 (100,0)	
Simit, poğaç, kurabiye, kek	Azaldı	38 (22,8)	12 (20,0)	18 (22,8)	12 (25,5)	20 (18,7)	
	Değişmedi	106 (63,5)	34 (56,7)	43 (54,4)	17 (36,2)	52 (48,6)	0,041 *
	Arttı	23 (13,8)	14 (23,3)	18 (22,8)	18 (38,3)	35 (32,7)	
	Toplam	167 (100,0)	60 (100,0)	79 (100,0)	47 (100,0)	107 (100,0)	

*p<0.01, ANOVA test

Katılımcıların besin tüketim alışkanlıklarındaki değişim grupları depresyon şiddeti grupları açısından incelendiğinde, normal depresyon grubunda olan katılımcıların %16,8'i işlenmiş et ürünleri tüketiminin azaldığını, %72,5'i değişmediğini, %10,8'i arttığını belirtmiştir; hafif depresyon grubunda olan katılımcıların %15'i işlenmiş et ürünleri tüketiminin azaldığını, %75'i değişmediğini, %10'u arttığını belirtmiştir; orta şiddetli depresyon grubunda olan katılımcıların %16,5'i işlenmiş et ürünleri tüketiminin azaldığını, %65,8'i değişmediğini, %17,7'si arttığını belirtmiştir; ileri depresyon grubunda olan katılımcıların %21,3'ü işlenmiş et ürünleri tüketiminin azaldığını, %59,6'sı değişmediğini, %19,1'i arttığını belirtmiştir; çok şiddetli depresyon grubunda olan katılımcıların %12,1'i işlenmiş et ürünleri tüketiminin azaldığını, %71'i değişmediğini, %16,8'i arttığını belirtmiştir. Depresyon grupları açısından işlenmiş et ürünleri tüketimi anlamlı farklılık göstermemektedir.

Katılımcıların besin tüketim alışkanlıklarındaki değişim grupları depresyon şiddeti grupları açısından incelendiğinde, normal depresyon grubunda olan katılımcıların %16,8'i tatlı tüketiminin azaldığını, %66,5'i değişmediğini, %16,8'i arttığını belirtmiştir; hafif depresyon grubunda olan katılımcıların %10'u tatlı tüketiminin azaldığını, %50'si değişmediğini, %40'ı arttığını belirtmiştir; orta şiddetli depresyon grubunda olan katılımcıların %15,2'si tatlı tüketiminin azaldığını, %57'si değişmediğini, %27,8'i arttığını belirtmiştir; ileri depresyon grubunda olan katılımcıların %19,1'i tatlı tüketiminin azaldığını, %44,7'si değişmediğini, %36,2'si arttığını belirtmiştir; çok şiddetli depresyon grubunda olan katılımcıların %8,4'ü tatlı tüketiminin azaldığını, %57,9'u değişmediğini, %33,6'sı arttığını belirtmiştir. Depresyon grupları açısından tatlı tüketimi p değeri 0.05' den küçük olduğundan anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0.05$). Değerlere bakıldığında farkın, normal depresyon şiddetinde tatlı tüketimi değişmediğini belirten gruptaki bireylerden kaynaklandığı görülmektedir. Normal depresyon şiddetindeki tatlı tüketimi değişmeyen bireylerin oran değeri diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır.

Katılımcıların besin tüketim alışkanlıklarındaki değişim grupları depresyon şiddeti grupları açısından incelendiğinde, normal depresyon grubunda olan katılımcıların %22,2'si alkollü içecek tüketiminin azaldığını, %66,5'i değişmediğini, %11,4'ü arttığını belirtmiştir; hafif depresyon grubunda olan katılımcıların %20'si

alkollü içecek tüketiiminin azaldığını, %68,3'ü değişmediğini, %11,7'si arttığını belirtmiştir; orta şiddetli depresyon grubunda olan katılımcıların %24,1'i alkollü içecek tüketiiminin azaldığını, %58,2'si değişmediğini, %17,7'si arttığını belirtmiştir; ileri depresyon grubunda olan katılımcıların %17'si alkollü içecek tüketiiminin azaldığını, %55,3'ü değişmediğini, %27,7'si arttığını belirtmiştir; çok şiddetli depresyon grubunda olan katılımcıların %17,8'si alkollü içecek tüketiiminin azaldığını, %56,1'i değişmediğini, %26,2'si arttığını belirtmiştir. Depresyon grupları açısından p değeri 0.05'den küçük olduğu için alkollü içecek tüketimi anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Değerlere bakıldığında farkın, normal depresyon şiddetinde alkol tüketimi değişmediğini belirten gruptaki bireylerden kaynaklandığı görölmektedir. Normal depresyon şiddetindeki alkol tüketimi değişmeyen birey sayısı diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır.

Katılımcıların besin tüketim alışkanlıklarındaki değişim grupları depresyon şiddeti grupları açısından incelendiğinde, normal depresyon grubunda olan katılımcıların %26,9'u hazır yemek tüketiiminin azaldığını, %61,7'si değişmediğini, %11,4'ü arttığını belirtmiştir; hafif depresyon grubunda olan katılımcıların %25'i hazır yemek tüketiiminin azaldığını, %56,7'si değişmediğini, %18,3'sü arttığını belirtmiştir; orta şiddetli depresyon grubunda olan katılımcıların %29,1'i hazır yemek tüketiiminin azaldığını, %48,1'i değişmediğini, %22,8'i arttığını belirtmiştir; ileri depresyon grubunda olan katılımcıların %31,9'u hazır yemek tüketiiminin azaldığını, %38,3'ü değişmediğini, %29,8'i arttığını belirtmiştir; çok şiddetli depresyon grubunda olan katılımcıların %32,7'si hazır yemek tüketiiminin azaldığını, %48,6'sı değişmediğini, %18,7'si arttığını belirtmiştir. Depresyon grupları açısından hazır yemek tüketimi anlamlı farklılık göstermemektedir.

Katılımcıların besin tüketim alışkanlıklarındaki değişim grupları depresyon şiddeti grupları açısından incelendiğinde, normal depresyon grubunda olan katılımcıların %18,6'sı şekerli ve gazlı içecek tüketiiminin azaldığını, %76,6'sı değişmediğini, %4,8'i arttığını belirtmiştir; hafif depresyon grubunda olan katılımcıların %16,7'si şekerli ve gazlı içecek tüketiiminin azaldığını, %65'i değişmediğini, %18,3'ü arttığını belirtmiştir; orta şiddetli depresyon grubunda olan katılımcıların %19'u şekerli ve gazlı içecek tüketiiminin azaldığını, %68,4'ü değişmediğini, %12,7'si arttığını belirtmiştir; ileri depresyon grubunda olan katılımcıların %12,8'i şekerli ve gazlı içecek tüketiiminin azaldığını, %61,7'si

değişmediğini, %25,5'i arttığını belirtmiştir; çok şiddetli depresyon grubunda olan katılımcıların %15,9'u şekerli ve gazlı içecek tüketiminin azaldığını, %57,9'u değişmediğini, %26,2'si arttığını belirtmiştir. Depresyon grupları açısından p değeri 0.05'den küçük olduğu için şekerli ve gazlı içecek tüketimi anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Değerlere bakıldığında farkın, normal depresyon şiddetinde şekerli gazlı içecek tüketimi değişmediğini belirten gruptaki bireylerden kaynaklandığı görülmektedir. Normal depresyon şiddetindeki şekerli gazlı içecek tüketimi değişmeyen birey sayısı ve oran değeri diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır.

Katılımcıların besin tüketim alışkanlıklarındaki değişim grupları depresyon şiddeti grupları açısından incelendiğinde, normal depresyon grubunda olan katılımcıların %22,8'i simit, poğaç, kurabiye ve kek tüketiminin azaldığını, %63,5'i değişmediğini, %13,8'i arttığını belirtmiştir; hafif depresyon grubunda olan katılımcıların %20'si simit, poğaç, kurabiye ve kek tüketiminin azaldığını, %56,7'si değişmediğini, %23,3'ü arttığını belirtmiştir; orta şiddetli depresyon grubunda olan katılımcıların %22,8'i simit, poğaç, kurabiye ve kek tüketiminin azaldığını, %54,4'ü değişmediğini, %22,8'i arttığını belirtmiştir; ileri depresyon grubunda olan katılımcıların %25,5'i simit, poğaç, kurabiye ve kek tüketiminin azaldığını, %36,2'si değişmediğini, %38,3'ü arttığını belirtmiştir; çok şiddetli depresyon grubunda olan katılımcıların %18,7'si simit, poğaç, kurabiye ve kek tüketiminin azaldığını, %48,6'sı değişmediğini, %32,7'si arttığını belirtmiştir. Depresyon grupları açısından p değeri 0.05'den küçük olduğu için simit, poğaç, kurabiye ve kek tüketimi anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Değerlere bakıldığında farkın, normal depresyon şiddetinde simit, poğaç, kurabiye ve kek tüketimi değişmediğini belirten gruptaki bireylerden kaynaklandığı görülmektedir. Normal depresyon şiddetindeki simit, poğaç, kurabiye ve kek tüketimi değişmeyen birey sayısı ve oran değeri diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır.

Katılımcıların besin tüketim alışkanlıkları ile anksiyete grupları için farklılık analizi Tablo 16’da verilmiştir.

Tablo 16

Katılımcıların Besin Tüketim Alışkanlıklarındaki Değişimine Yönelik Anksiyete Grupları Açısından Farklılık Analizi

		Anksiyete Şiddeti Grupları					P
	Pandemiden önceye göre kıyaslama	Normal (0-3)	Hafif (4-5)	Orta (6-7)	İleri (8-9)	Çok şiddetli (10+)	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
İşlenmiş et ürünleri tüketimi	Azaldı	29 (13,2)	14 (19,2)	6 (14,0)	9 (23,1)	15 (17,4)	0,958
		163 (74,4)	47 (64,4)	32 (74,4)	24 (61,5)	56 (65,1)	
	Değişmedi	27 (12,3)	12 (16,4)	5 (11,6)	6 (15,4)	15 (17,4)	
		219 (100,0)	73 (100,0)	43 (100,0)	39 (100,0)	86 (100,0)	
	Arttı	28 (12,8)	15 (20,5)	6 (14,0)	3 (7,7)	12 (14,0)	
		140 (63,9)	30 (41,1)	27 (62,8)	25 (64,1)	47 (54,7)	
Tatlı	Azaldı	51 (23,3)	28 (38,4)	10 (23,3)	11 (28,2)	27 (31,4)	0,693
		219 (100,0)	73 (100,0)	43 (100,0)	39 (100,0)	86 (100,0)	
	Değişmedi	28 (12,8)	15 (20,5)	6 (14,0)	3 (7,7)	12 (14,0)	
		140 (63,9)	30 (41,1)	27 (62,8)	25 (64,1)	47 (54,7)	
	Arttı	51 (23,3)	28 (38,4)	10 (23,3)	11 (28,2)	27 (31,4)	
		219 (100,0)	73 (100,0)	43 (100,0)	39 (100,0)	86 (100,0)	

Tablo 16 (devam)

		Anksiyete Şiddeti Grupları					P
	Pandemiden önceye göre kıyaslama	Normal (0-3)	Hafif (4-5)	Orta (6-7)	İleri (8-9)	Çok şiddetli (10+)	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Alkollü içecekler	Azaldı	49 (22,4)	10 (13,7)	10 (23,3)	7 (17,9)	19 (22,1)	0,073
	Değişmedi	139 (63,5)	47 (64,4)	30 (69,8)	20 (51,3)	48 (55,8)	
	Arttı	31 (14,2)	16 (21,9)	3 (7,0)	12 (30,8)	19 (22,1)	
Toplam		219 (100,0)	73 (100,0)	43 (100,0)	39 (100,0)	86 (100,0)	
Hazır yemekler	Azaldı	55 (25,1)	20 (27,4)	9 (20,9)	17 (43,6)	32 (37,2)	0,033*
	Değişmedi	133 (60,7)	27 (37,0)	28 (65,1)	16 (41,0)	41 (47,7)	
	Arttı	31 (14,2)	26 (35,6)	6 (14,0)	6 (15,4)	13 (15,1)	
Toplam		219 (100,0)	73 (100,0)	43 (100,0)	39 (100,0)	86 (100,0)	
Şekerli ve gazlı içecekler	Azaldı	39 (17,8)	11 (15,1)	8 (18,6)	5 (12,8)	16 (18,6)	0,017*
	Değişmedi	162 (74,0)	45 (61,6)	32 (74,4)	23 (59,0)	50 (58,1)	

Tablo 16 (devam)

		Depresyon Şiddeti Grupları					P
	Pandemiden önceye göre kıyaslama	Norma l (0-4)	Hafif (5-6)	Orta (7-10)	İleri (11-13)	Çok şiddetli (14+)	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Simit, poğaç, kurabiye, kek	Arttı	18 (8,2)	17 (23,3)	3 (7,0)	11 (28,2)	20 (23,3)	0,57 5
	Toplam	219 (100,0)	73 (100,0)	43 (100,0)	39 (100,0)	86 (100,0)	
	Azaldı	46 (21,0)	21 (28,8)	7 (16,3)	9 (23,1)	17 (19,8)	
	Değişmedi	132 (60,3)	32 (43,8)	27 (62,8)	16 (41,0)	45 (52,3)	
Toplam	Arttı	41 (18,7)	20 (27,4)	9 (20,9)	14 (35,9)	24 (27,9)	
	Toplam	219 (100,0)	73 (100,0)	43 (100,0)	39 (100,0)	86 (100,0)	

*p<0.01, ANOVA test

Katılımcıların besin tüketim alışkanlıklarındaki değişim grupları anksiyete şiddeti grupları açısından incelendiğinde, normal anksiyete grubunda olan katılımcıların %13,2'si işlenmiş et ürünleri tüketiminin azaldığını, %74,4'ü değişmediğini, %12,3'ü arttığını belirtmiştir; hafif anksiyete grubunda olan katılımcıların %19,2'si işlenmiş et ürünleri tüketiminin azaldığını, %64,4'ü değişmediğini, %16,4'ü arttığını belirtmiştir; orta şiddetli anksiyete grubunda olan katılımcıların %14'ü işlenmiş et ürünleri tüketiminin azaldığını, %74,4'ü değişmediğini, %11,6'sı arttığını belirtmiştir; ileri anksiyete grubunda olan katılımcıların %23,1'i işlenmiş et ürünleri tüketiminin azaldığını, %61,5'i

değişmediğini, %15,4'ü arttığını belirtmiştir; çok şiddetli anksiyete grubunda olan katılımcıların %17,4'ü işlenmiş et ürünleri tüketiminin azaldığını, %65,1'i değişmediğini, %17,4'ü arttığını belirtmiştir. Anksiyete grupları açısından işlenmiş et ürünleri tüketimi anlamlı farklılık göstermemektedir.

Katılımcıların besin tüketim alışkanlıklarındaki değişim grupları anksiyete şiddeti grupları açısından incelendiğinde, normal anksiyete grubunda olan katılımcıların %12,8'i tatlı tüketiminin azaldığını, %63,9'u değişmediğini, %23,3'ü arttığını belirtmiştir; hafif anksiyete grubunda olan katılımcıların %20,5'i tatlı tüketiminin azaldığını, %41,1'i değişmediğini, %38,4'ü arttığını belirtmiştir; orta şiddetli anksiyete grubunda olan katılımcıların %14'ü tatlı tüketiminin azaldığını, %62,8'i değişmediğini, %23,3'ü arttığını belirtmiştir; ileri anksiyete grubunda olan katılımcıların %7,7'si tatlı tüketiminin azaldığını, %64,1'i değişmediğini, %28,2'si arttığını belirtmiştir; çok şiddetli anksiyete grubunda olan katılımcıların %14'ü tatlı tüketiminin azaldığını, %54,7'si değişmediğini, %31,4'ü arttığını belirtmiştir. Anksiyete grupları açısından tatlı tüketimi anlamlı farklılık göstermemektedir.

Katılımcıların besin tüketim alışkanlıklarındaki değişim grupları anksiyete şiddeti grupları açısından incelendiğinde, normal anksiyete grubunda olan katılımcıların %22,4'ü alkollü içecek tüketiminin azaldığını, %63,5'i değişmediğini, %14,2'si arttığını belirtmiştir; hafif anksiyete grubunda olan katılımcıların %13,7'si alkollü içecek tüketiminin azaldığını, %64,4'ü değişmediğini, %21,9'u arttığını belirtmiştir; orta şiddetli anksiyete grubunda olan katılımcıların %23,3'ü alkollü içecek tüketiminin azaldığını, %69,8'i değişmediğini, %7'si arttığını belirtmiştir; ileri anksiyete grubunda olan katılımcıların %17,9'u alkollü içecek tüketiminin azaldığını, %51,3'ü değişmediğini, %30,8'i arttığını belirtmiştir; çok şiddetli anksiyete grubunda olan katılımcıların %22,1'i alkollü içecek tüketiminin azaldığını, %55,8'i değişmediğini, %22,1'i arttığını belirtmiştir. Anksiyete grupları açısından alkollü içecek tüketimi anlamlı farklılık göstermemektedir.

Katılımcıların besin tüketim alışkanlıklarındaki değişim grupları anksiyete şiddeti grupları açısından incelendiğinde, normal anksiyete grubunda olan katılımcıların %25,1'i hazır yemek tüketiminin azaldığını, %60,7'si değişmediğini, %14,2'si arttığını belirtmiştir; hafif anksiyete grubunda olan katılımcıların %27,4'ü hazır yemek tüketiminin azaldığını, %37'si değişmediğini, %35,6'sı arttığını

belirtmiştir; orta şiddetli anksiyete grubunda olan katılımcıların %20,9'u hazır yemek tüketiminin azaldığını, %65,1'i değişmediğini, %14'ü arttığını belirtmiştir; ileri anksiyete grubunda olan katılımcıların %43,6'sı hazır yemek tüketiminin azaldığını, %41'i değişmediğini, %15,4'ü arttığını belirtmiştir; çok şiddetli anksiyete grubunda olan katılımcıların %37,2'si hazır yemek tüketiminin azaldığını, %47,7'si değişmediğini, %15,1'i arttığını belirtmiştir. Anksiyete grupları açısından p değeri 0.05'den küçük olduğu için hazır yemek tüketimi anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Değerlere bakıldığında farkın, normal anksiyete şiddetinde hazır yemek tüketimi değişmediğini belirten gruptaki bireylerden kaynaklandığı görülmektedir. Normal anksiyete şiddetindeki hazır yemek tüketimi değişmeyen birey sayısı ve oran değeri diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır.

Katılımcıların besin tüketim alışkanlıklarındaki değişim grupları anksiyete şiddeti grupları açısından incelendiğinde, normal anksiyete grubunda olan katılımcıların %17,8'i şekerli ve gazlı içecek tüketiminin azaldığını, %74'ü değişmediğini, %8,2'si arttığını belirtmiştir; hafif anksiyete grubunda olan katılımcıların %15,1'i şekerli ve gazlı içecek tüketiminin azaldığını, %61,6'sı değişmediğini, %23,3'ü arttığını belirtmiştir; orta şiddetli anksiyete grubunda olan katılımcıların %18,6'sı şekerli ve gazlı içecek tüketiminin azaldığını, %74,4'ü değişmediğini, %7'si arttığını belirtmiştir; ileri anksiyete grubunda olan katılımcıların %12,8'i şekerli ve gazlı içecek tüketiminin azaldığını, %59'u değişmediğini, %28,2'si arttığını belirtmiştir; çok şiddetli anksiyete grubunda olan katılımcıların %18,6'sı şekerli ve gazlı içecek tüketiminin azaldığını, %58,1'i değişmediğini, %23,3'ü arttığını belirtmiştir.). Anksiyete grupları açısından p değeri 0.05'den küçük olduğu için şekerli ve gazlı içecek tüketimi anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Değerlere bakıldığında farkın, normal anksiyete şiddetinde şekerli gazlı içecek tüketimi değişmediğini belirten gruptaki bireylerden kaynaklandığı görülmektedir. Normal anksiyete şiddetindeki şekerli gazlı içecek tüketimi değişmeyen birey sayısı ve oran değeri diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır.

Katılımcıların besin tüketim alışkanlıklarındaki değişim grupları anksiyete şiddeti grupları açısından incelendiğinde, normal anksiyete grubunda olan katılımcıların %21'i simit, poğaç, kurabiye ve kek tüketiminin azaldığını, %60,3'ü değişmediğini, %18,7'si arttığını belirtmiştir; hafif anksiyete grubunda olan

katılımcıların %28,8'i simit, poğaç, kurabiye ve kek tüketiminin azaldığını, %43,8'i değişmediğini, %27,4'ü arttığını belirtmiştir; orta şiddetli anksiyete grubunda olan katılımcıların %16,3'ü simit, poğaç, kurabiye ve kek tüketiminin azaldığını, %62,8'i değişmediğini, %20,9'u arttığını belirtmiştir; ileri anksiyete grubunda olan katılımcıların %23,1'i simit, poğaç, kurabiye ve kek tüketiminin azaldığını, %41'i değişmediğini, %35,9'u arttığını belirtmiştir; çok şiddetli anksiyete grubunda olan katılımcıların %19,8'i simit, poğaç, kurabiye ve kek tüketiminin azaldığını, %52,3'ü değişmediğini, %27,9'u arttığını belirtmiştir. Anksiyete grupları açısından simit, poğaç, kurabiye ve kek tüketimi anlamlı farklılık göstermemektedir.

Katılımcıların besin tüketim alışkanlıkları ile stres grupları için farklılık analizi Tablo 17'de verilmiştir.

Tablo 17

Katılımcıların Besin Tüketim Alışkanlıklarındaki Değişimine Yönelik Stres Grupları Açısından Farklılık Analizi

		Stres Şiddeti Grupları					p
	Pandemiden önceye göre kıyaslama	Normal (0-7)	Hafif (8-9)	Orta (10-12)	İleri (13-16)	Çok şiddetli (17+)	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
İşlenmiş et ürünleri tüketimi	Azaldı	39 (15,9)	11 (19,3)	11 (17,5)	7 (14,6)	5 (10,9)	0,350
	Değişmedi	181 (73,6)	36 (63,2)	41 (65,0)	34 (70,8)	30 (65,2)	
	Arttı	26 (10,6)	10 (17,5)	11 (17,5)	7 (14,6)	11 (23,9)	
Toplam		246 (100,0)	57 (10,00)	63 (100,0)	48 (100,0)	46 (100,0)	

Tablo 17 (devam)

		Stres Şiddeti Grupları					
	Pandemiden önceye göre kıyaslama	Normal (0-7)	Hafif (8-9)	Orta (10-12)	İleri (13-16)	Çok şiddetli (17+)	P
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Tatlı	Azaldı	37 (15,0)	9 (15,8)	11 (17,5)	3 (6,3)	4 (8,7)	0,002*
	Değişmedi	159 (64,6)	22 (38,6)	37 (58,7)	29 (60,4)	22 (47,8)	
	Arttı	50 (20,3)	26 (45,6)	15 (23,8)	16 (33,3)	20 (43,5)	
Toplam		246 (100,0)	57 (10,00)	63 (100,0)	48 (100,0)	46 (100,0)	
Alkollü içecekler	Azaldı	57 (23,2)	12 (21,1)	13 (20,6)	6 (12,5)	7 (15,2)	0,018*
	Değişmedi	158 (64,2)	32 (56,1)	40 (63,5)	30 (62,5)	24 (52,2)	
	Arttı	31 (12,6)	13 (22,8)	10 (15,9)	12 (25,0)	15 (32,6)	
Toplam		246 (100,0)	57 (10,00)	63 (100,0)	48 (100,0)	46 (100,0)	
Hazır yemekler	Azaldı	63 (25,6)	19 (33,3)	25 (39,7)	12 (25,0)	14 (30,4)	0,404
	Değişmedi	151 (61,4)	18 (31,6)	27 (42,9)	26 (54,2)	23 (60,0)	

Tablo 17 (devam)

		Stres Şiddeti Grupları					P
	Pandemiden önceye göre kıyaslama	Normal	Hafif	Orta	İleri	Çok	
		(0-7)	(8-9)	(10-12)	(13-16)	şiddetli (17+)	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Toplam	Arttı	32 (13,0)	20 (35,1)	11 (17,5)	10 (20,8)	9 (19,6)	0,001*
	Azaldı	48 (19,5)	11 (19,3)	9 (14,3)	5 (10,4)	6 (13,0)	
	Değişmedi	180 (73,2)	31 (54,4)	43 (68,3)	34 (70,8)	24 (52,2)	
Şekerli ve gazlı içecekler	Arttı	18 (7,3)	15 (26,3)	11 (17,5)	9 (18,8)	16 (34,8)	0,002*
	Azaldı	58 (23,6)	13 (22,8)	15 (23,8)	7 (14,6)	7 (15,2)	
	Değişmedi	149 (60,6)	22 (28,6)	35 (55,6)	27 (56,3)	19 (41,3)	
Simit, poğaç, kurabiye, kek	Arttı	39 (15,9)	22 (38,6)	13 (20,6)	14 (29,2)	20 (43,5)	
	Azaldı	58 (23,6)	13 (22,8)	15 (23,8)	7 (14,6)	7 (15,2)	
	Değişmedi	149 (60,6)	22 (28,6)	35 (55,6)	27 (56,3)	19 (41,3)	
Toplam	Arttı	32 (100,0)	20 (10,00)	11 (100,0)	10 (100,0)	9 (100,0)	
	Azaldı	48 (100,0)	11 (10,00)	9 (100,0)	5 (100,0)	6 (100,0)	
	Değişmedi	180 (100,0)	31 (10,00)	43 (100,0)	34 (100,0)	24 (100,0)	

*p<0.05, ANOVA test

Katılımcıların besin tüketim alışkanlıklarındaki değişim grupları stres şiddeti grupları açısından incelendiğinde, normal stres grubunda olan katılımcıların %15,9'u işlenmiş et ürünleri tüketiminin azaldığını, %73,6'sı değişmediğini, %10,6'sı arttığını belirtmiştir; hafif stres grubunda olan katılımcıların %19,3'ü işlenmiş et ürünleri tüketiminin azaldığını, %63,2'si değişmediğini, %17,5'i arttığını belirtmiştir; orta şiddetli stres grubunda olan katılımcıların %17,5'i işlenmiş et ürünleri tüketiminin azaldığını, %65'i değişmediğini, %17,5'i arttığını belirtmiştir; ileri stres grubunda olan katılımcıların %14,6'sı işlenmiş et ürünleri tüketiminin azaldığını, %70,8'i değişmediğini, %14,6'sı arttığını belirtmiştir; çok şiddetli stres grubunda olan katılımcıların %10,9'u işlenmiş et ürünleri tüketiminin azaldığını, %65,2'si değişmediğini, %23,9'u arttığını belirtmiştir. Stres grupları açısından işlenmiş et ürünleri tüketimi anlamlı farklılık göstermemektedir.

Katılımcıların besin tüketim alışkanlıklarındaki değişim grupları stres şiddeti grupları açısından incelendiğinde, normal stres grubunda olan katılımcıların %15'i tatlı tüketiminin azaldığını, %64,6'sı değişmediğini, %20,3'ü arttığını belirtmiştir; hafif stres grubunda olan katılımcıların %15,8'i tatlı tüketiminin azaldığını, %38,6'sı değişmediğini, %45,6'sı arttığını belirtmiştir; orta şiddetli stres grubunda olan katılımcıların %17,5'i tatlı tüketiminin azaldığını, %58,7'si değişmediğini, %23,8'i arttığını belirtmiştir; ileri stres grubunda olan katılımcıların %6,3'ü tatlı tüketiminin azaldığını, %60,4'ü değişmediğini, %33,3'ü arttığını belirtmiştir; çok şiddetli stres grubunda olan katılımcıların %8,7'si tatlı tüketiminin azaldığını, %47,8'i değişmediğini, %43,5'i arttığını belirtmiştir. Stres grupları açısından tatlı tüketimi anlamlı farklılık göstermektedir. Değerlere bakıldığında farkın, normal stres şiddetinde tatlı tüketimi değişmediğini belirten gruptaki bireylerden kaynaklandığı görülmektedir. Normal stres şiddetindeki tatlı tüketimi değişmeyen bireylerin oran değeri diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır.

Katılımcıların besin tüketim alışkanlıklarındaki değişim grupları stres şiddeti grupları açısından incelendiğinde, normal stres grubunda olan katılımcıların %23,2'si alkollü içecek tüketiminin azaldığını, %64,2'si değişmediğini, %12,6'sı arttığını belirtmiştir; hafif stres grubunda olan katılımcıların %21,1'i alkollü içecek tüketiminin azaldığını, %56,1'i değişmediğini, %22,8'i arttığını belirtmiştir; orta şiddetli stres grubunda olan katılımcıların %20,6'sı alkollü içecek tüketiminin azaldığını, %63,5'i değişmediğini, %15,9'u arttığını belirtmiştir; ileri stres grubunda

olan katılımcıların %12,5'i alkollü içecek tüketiminin azaldığını, %62,5'i değişmediğini, %25'i arttığını belirtmiştir; çok şiddetli stres grubunda olan katılımcıların %15,2'si alkollü içecek tüketiminin azaldığını, %52,2'si değişmediğini, %32,6'sı arttığını belirtmiştir. Stres grupları açısından alkollü içecek tüketimi anlamlı farklılık göstermektedir. Değerlere bakıldığında farkın, normal stres şiddetinde alkol tüketimi değişmediğini belirten gruptaki bireylerden kaynaklandığı görülmektedir. Normal stres şiddetindeki alkol tüketimi değişmeyen bireylerin oran değeri diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır

Katılımcıların besin tüketim alışkanlıklarındaki değişim grupları stres şiddeti grupları açısından incelendiğinde, normal stres grubunda olan katılımcıların %25,6'sı hazır yemek tüketiminin azaldığını, %61,4'ü değişmediğini, %13'ü arttığını belirtmiştir; hafif stres grubunda olan katılımcıların %33,3'ü hazır yemek tüketiminin azaldığını, %31,6'sı değişmediğini, %35,1'i arttığını belirtmiştir; orta şiddetli stres grubunda olan katılımcıların %39,7'si hazır yemek tüketiminin azaldığını, %42,9'u değişmediğini, %17,5'i arttığını belirtmiştir; ileri stres grubunda olan katılımcıların %25'i hazır yemek tüketiminin azaldığını, %54,2'si değişmediğini, %20,8'i arttığını belirtmiştir; çok şiddetli stres grubunda olan katılımcıların %30,4'ü hazır yemek tüketiminin azaldığını, %60'ı değişmediğini, %19,6'sı arttığını belirtmiştir. Stres grupları açısından hazır yemek tüketimi anlamlı farklılık göstermemektedir.

Katılımcıların besin tüketim alışkanlıklarındaki değişim grupları stres şiddeti grupları açısından incelendiğinde, normal stres grubunda olan katılımcıların %19,5'i şekerli ve gazlı içecek tüketiminin azaldığını, %73,2'si değişmediğini, %7,3'ü arttığını belirtmiştir; hafif stres grubunda olan katılımcıların %19,3'ü şekerli ve gazlı içecek tüketiminin azaldığını, %54,4'ü değişmediğini, %26,3'ü arttığını belirtmiştir; orta şiddetli stres grubunda olan katılımcıların %14,3'ü şekerli ve gazlı içecek tüketiminin azaldığını, %68,3'ü değişmediğini, %17,5'i arttığını belirtmiştir; ileri stres grubunda olan katılımcıların %10,4'ü şekerli ve gazlı içecek tüketiminin azaldığını, %70,8'i değişmediğini, %18,8'i arttığını belirtmiştir; çok şiddetli stres grubunda olan katılımcıların %13'ü şekerli ve gazlı içecek tüketiminin azaldığını, %52,2'si değişmediğini, %34,8'i arttığını belirtmiştir. Stres grupları açısından şekerli ve gazlı içecek tüketimi anlamlı farklılık göstermektedir. Değerlere bakıldığında farkın, normal stres şiddetinde şekerli ve gazlı içecek tüketimi değişmediğini belirten

gruptaki bireylerden kaynaklandığı görülmektedir. Normal stres şiddetindeki şekerli ve gazlı içecek tüketimi değişmeyen bireylerin oran değeri diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır

Katılımcıların besin tüketim alışkanlıklarındaki değişim grupları stres şiddeti grupları açısından incelendiğinde, normal stres grubunda olan katılımcıların %23,6'sı simit, poğaç, kurabiye ve kek tüketiminin azaldığını, %60,6'sı değişmediğini, %15,9'u arttığını belirtmiştir; hafif stres grubunda olan katılımcıların %22,8'i simit, poğaç, kurabiye ve kek tüketiminin azaldığını, %28,6'sı değişmediğini, %38,6'sı arttığını belirtmiştir; orta şiddetli stres grubunda olan katılımcıların %23,8'i simit, poğaç, kurabiye ve kek tüketiminin azaldığını, %55,6'sı değişmediğini, %20,6'sı arttığını belirtmiştir; ileri stres grubunda olan katılımcıların %14,6'sı simit, poğaç, kurabiye ve kek tüketiminin azaldığını, %56,3'ü değişmediğini, %29,2'si arttığını belirtmiştir; çok şiddetli stres grubunda olan katılımcıların %15,2'simit, poğaç, kurabiye ve kek tüketiminin azaldığını, %41,3'ü değişmediğini, %43,5'i arttığını belirtmiştir. Stres grupları açısından simit, poğaç, kurabiye ve kek tüketimi anlamlı farklılık göstermektedir. Değerlere bakıldığında farkın, normal stres şiddetinde simit, poğaç, kurabiye ve kek tüketimi değişmediğini belirten gruptaki bireylerden kaynaklandığı görülmektedir. Normal stres şiddetindeki simit, poğaç, kurabiye ve kek tüketimi değişmeyen bireylerin oran değeri diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır.

Katılımcıların salgın sürecinde besin desteği kullanımı ile DAS grupları için farklılık analizi Tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 18

Katılımcıların Salgın Sürecinde Besin Desteği Kullanma Durumunun DAS Grupları Açısından Farklılık Analizi

		Besin Desteği Kullanma Durumu		P
		Kullandım	Kullanmadım	
		n (%)	n (%)	
Depresyon Şiddeti	Normal (0-4)	84 (39,4)	83 (33,6)	0,151
	Hafif (5-6)	28 (13,1)	32 (13,0)	
	Orta (7-10)	37 (17,4)	42 (17,0)	
	İleri (11-13)	18 (8,5)	29 (11,7)	
	Çok şiddetli (14+)	46 (21,6)	61 (24,7)	
Toplam		213 (100,0)	247 (100,0)	
Anksiyete Şiddeti	Normal (0-3)	108 (50,7)	111 (44,9)	0,201
	Hafif (4-5)	36 (16,9)	37 (15,0)	
	Orta (6-7)	14 (6,6)	29 (11,7)	
	İleri (8-9)	17 (8,0)	22 (8,9)	
	Çok şiddetli (10+)	38 (17,8)	48 (19,4)	

Tablo 18 (devam)

Besin Desteği Kullanma Durumu				
		Kullandım	Kullanmadım	P
		n (%)	n (%)	
Toplam		213 (100,0)	247 (100,0)	
	Normal (0-7)	123 (57,7)	123 (49,8)	
	Hafif (8-9)	18 (8,5)	39 (15,8)	
Stres Şiddeti	Orta (10-12)	31 (14,6)	32 (13,0)	0,214
	İleri (13-16)	21 (9,9)	27 (10,9)	
	Çok şiddetli (17+)	20 (9,4)	26 (10,5)	
Toplam		213 (100,0)	247 (100,0)	

Katılımcıların depresyon şiddeti grupları salgın döneminde besin desteği/supplement kullanma durumları açısından incelendiğinde, besin desteği kullandığını belirten katılımcıların %39,4'ünün normal depresyon, %13,1'inin hafif depresyon, %17,4'ünün orta şiddetli depresyon, %8,5'inin ileri depresyon, %21,6'sının çok şiddetli depresyon grubunda olduğu belirlenmiştir; besin desteği kullanmadığını belirten katılımcıların %33,6'sının normal depresyon, %13'ünün hafif depresyon, %17'sinin orta şiddetli depresyon, %11,7'sinin ileri depresyon, %24,7'sinin çok şiddetli depresyon grubunda olduğu belirlenmiştir. Salgın döneminde besin desteği kullanma durumu açısından depresyon şiddeti grupları anlamlı farklılık göstermemektedir.

Katılımcıların anksiyete şiddeti grupları salgın döneminde besin desteği/supplement kullanma durumları açısından incelendiğinde, besin desteği kullandığını belirten katılımcıların %50,7'sinin normal anksiyete, %16,9'unun hafif anksiyete, %6,6'sının orta şiddetli anksiyete, %8'inin ileri anksiyete, %17,8'inin çok şiddetli anksiyete grubunda olduğu belirlenmiştir; besin desteği kullanmadığını

belirten katılımcıların %44,9'unun normal anksiyete, %15'inin hafif anksiyete, %11,7'sinin orta şiddetli anksiyete, %8,9'unun ileri anksiyete, %19,4'ünün çok şiddetli anksiyete grubunda olduğu belirlenmiştir. Salgın döneminde besin desteği kullanma durumu açısından anksiyete şiddeti grupları anlamlı farklılık göstermemektedir.

Katılımcıların stres şiddeti grupları salgın döneminde besin desteği/supplement kullanma durumları açısından incelendiğinde, besin desteği kullandığını belirten katılımcıların %57,7'sinin normal stres, %8,5'inin hafif stres, %14,6'sının orta şiddetli stres, %9,9'unun ileri stres, %9,4'ünün çok şiddetli stres grubunda olduğu belirlenmiştir; besin desteği kullanmadığını belirten katılımcıların %49,8'inin normal stres, %15,8'inin hafif stres, %13'ünün orta şiddetli stres, %10,9'unun ileri stres, %10,5'inin çok şiddetli stres grubunda olduğu belirlenmiştir. Salgın döneminde besin desteği kullanma durumu açısından stres şiddeti grupları anlamlı farklılık göstermemektedir

Katılımcıların salgın sürecinde besin desteği kullanımı ile DAS skorları için farklılık analizi Tablo 19’da verilmiştir.

Tablo 19

Katılımcıların Salgın Sürecinde Besin Desteği Kullanma Durumunun DAS Skorları Açısından Farklılık Analiz

DASS grupları	Besin Desteği Kullanma Durumu				P
	Kullandım		Kullanmadım		
	Ort±Ss.	Min-max	Ort±Ss.	Min-max	
Depresyon Skoru	7,60 ± 6,19	0,0-21,0	8,34 ± 6,21	0,0-21,0	0,187
Anksiyete Skoru	4,92 ± 4,75	0,0-21,0	5,32 ± 4,74	0,0-20,0	0,274
Stres Skoru	7,60 ± 5,80	0,0-21,0	8,06 ± 5,37	0,0-21,0	0,190

Katılımcıların depresyon skoru, salgın döneminde besin/supplement kullanma durumları açısından incelendiğinde, besin desteği kullanmış olan katılımcılarda ortalama $7,60 \pm 6,19$ bulunmuş, minimum depresyon skoru 0, maksimum depresyon skoru 21 olarak bulunmuştur; besin desteği kullanmamış olan katılımcılarda ortalama $8,34 \pm 6,21$ bulunmuş, minimum depresyon skoru 0, maksimum skor 21 olarak bulunmuştur. Besin desteği kullanma grupları açısından depresyon skoru anlamlı farklılık göstermemektedir.

Katılımcıların anksiyete skoru, salgın döneminde besin/supplement kullanma durumları açısından incelendiğinde, besin desteği kullanmış olan katılımcılarda ortalama $4,92 \pm 4,75$ bulunmuş, minimum anksiyete skoru 0, maksimum anksiyete skoru 21 olarak bulunmuştur; besin desteği kullanmamış olan katılımcılarda ortalama $5,32 \pm 4,74$ bulunmuş, minimum anksiyete skoru 0, maksimum skor 20 olarak bulunmuştur. Besin desteği kullanma grupları açısından anksiyete skoru anlamlı farklılık göstermemektedir.

Katılımcıların stres skoru, salgın döneminde besin/supplement kullanma durumları açısından incelendiğinde, besin desteği kullanmış olan katılımcılarda

ortalama $7,60 \pm 5,80$ bulunmuş, minimum stres skoru 0, maksimum stres skoru 21 olarak bulunmuştur; besin desteği kullanmamış olan katılımcılarda ortalama $8,06 \pm 5,37$ bulunmuş, minimum stres skoru 0, maksimum skor 21 olarak bulunmuştur. Besin desteği kullanma grupları açısından stres skoru anlamlı farklılık göstermemektedir.

Katılımcıların salgın sonrası öğün tüketim değişiklikleri yüzde dağılım bilgileri Tablo 20’de verilmiştir.

Tablo 20

Katılımcıların Salgın Sonrası Genel Öğün Tüketim Değişikliklerine İlişkin Bilgilerin Yüzde Dağılım Değerleri

	Salgın Sonrası Öğün Tüketim Değişiklikleri							
	Tüketmiyorum		Azaldı		Değişmedi		Arttı	
	n	%	N	%	N	%	n	%
Covid-19 salgın sonrasında öğün sayınız nasıl değişti?	-	-	83	18,0	253	55,0	124	27,0
Salgın sonrasında öğünlerinizdeki pilav, makarna, ekmek, unlu çorba gibi karbonhidrat porsiyon miktarlarınız nasıl değişti?	18	3,9	73	15,9	212	46,1	157	34,1
Salgın sonrasında öğünlerinizdeki sebze yemekleri ve salata porsiyon miktarlarınız nasıl değişti?	8	1,7	56	12,2	236	51,3	160	34,8

Tablo 20 (devam)

	Salgın Sonrası Öğün Tüketim Değişiklikleri							
	Tüketmiyorum		Azaldı		Değişmedi		Arttı	
	N	%	N	%	N	%	n	%
Salgın sonrasında öğünlerinizdeki yumurta, süt ürünleri, et gibi protein kaynakları porsiyon miktarlarınız nasıl değişti?	5	1,1	28	61	251	54,6	176	38,3
Salgın sonrasında gün içerisinde bir seferde tükettiğiniz yüksek karbonhidrat ve yağ içeren pasta, kek, poğaça, çikolata vb. atıştırma porsiyonlarınız nasıl değişti?	37	8,0	77	16,7	154	33,5	192	41,7
Salgın sonrasında gün içerisinde sağlıklı atıştırmalık (ceviz, çiğ fındık, çiğ badem, meyve, yoğurt) tüketiminiz nasıl değişti?	16	3,5	32	7,0	236	51,3	176	38,3

“Covid-19 salgın sonrasında öğün sayınız nasıl değişti?” sorusuna katılımcıların %18’i “azaldı”, %55’i “değişmedi”, %27’si “arttı” cevabını vermiştir.

“Salgın sonrasında öğünlerinizdeki pilav, makarna, ekmek, unlu çorba gibi karbonhidrat porsiyon miktarlarınız nasıl değişti?” sorusuna katılımcıların %3,9’u “tüketmiyorum”, %15,9’u “azaldı”, %46,1’i “değişmedi”, %34,1’i “arttı” cevabını vermiştir.

“Salgın sonrasında öğünlerinizdeki sebze yemekleri ve salata porsiyon miktarlarınız nasıl değişti?” sorusuna katılımcıların %1,7’si “tüketmiyorum”, %12,2’si “azaldı”, %51,3’ü “değişmedi”, %34,8’i “arttı” cevabını vermiştir.

“Salgın sonrasında öğünlerinizdeki yumurta, süt ürünleri, et gibi protein kaynakları porsiyon miktarlarınız nasıl değişti?” sorusuna katılımcıların %1,1’i “tüketmiyorum”, %61’i “azaldı”, %54,6’sı “değişmedi”, %38,3’ü “arttı” cevabını vermiştir.

“Salgın sonrasında gün içerisinde bir seferde tükettiğiniz yüksek karbonhidrat ve yağ içeren pasta, kek, poğaça, çikolata vb. atıştırma porsiyonlarınız nasıl değişti?” sorusuna katılımcıların %8’i “tüketmiyorum”, %16,7’si “azaldı”, %33,5’i “değişmedi”, %41,7’si “arttı” cevabını vermiştir.

“Salgın sonrasında gün içerisinde sağlıklı atıştırmalık (ceviz, çiğ fındık, çiğ badem, meyve, yoğurt) tüketiminiz nasıl değişti?” sorusuna katılımcıların %3,5’i “tüketmiyorum”, %7’si “azaldı”, %51,3’ü “değişmedi”, %38,3’ü “arttı” cevabını vermiştir.

Katılımcıların salgın sonrası besin tüketim değişikliklerine ilişkin yüzde dağılım bilgileri Tablo 21’de verilmiştir.

Tablo 21

Katılımcıların Salgın Sonrası Besin Tüketim Değişikliklerine İlişkin Yüzde Dağılım Değerleri

	Salgın Sonrası Besin Tüketim Değişiklikleri					
	Azaldı		Değişmedi		Arttı	
	N	%	N	%	n	%
Süt, yoğurt, ayran	24	5,2	300	65,2	136	29,6
Kefir	44	9,6	355	77,2	61	13,3
Peynir	26	5,7	304	66,1	130	28,3
Kırmızı et	42	9,1	299	65,0	119	25,9
Tavuk, hindi	45	9,8	327	71,1	88	19,1
Balık	44	9,6	346	75,2	70	15,2
Yumurta	30	6,5	286	62,2	144	31,3
Patates	52	11,3	313	68,0	95	20,7
Kahvaltılık tahıl gevrekleri	45	9,8	345	75,0	70	15,2
Bal, reçel	41	8,9	341	74,1	78	17,0
Beyaz ekmek	74	16,1	295	64,1	91	19,8
Tam tahıllı ekmek	30	6,5	331	72,0	99	21,5

Tablo 21 (devam)

	Salgın Sonrası Besin Tüketim Değişiklikleri					
	Azaldı		Değişmedi		Arttı	
	N	%	N	%	n	%
Sebze yemeği, salata	27	5,9	281	61,1	152	33,0
Pilav, makarna, unlu çorba	63	13,7	276	60,0	121	26,3
Kuru baklagiller	22	4,8	356	77,4	82	17,8
İşlenmiş et ürünleri (salam, sucuk vb.)	73	15,9	322	70,0	65	14,1
Simit, poğaç, kek, kurabiye	100	21,7	252	54,8	108	23,5
Tatlı	64	13,9	269	58,5	127	27,6
Atıştırmalıklar (çikolata, cips vb.)	81	17,6	233	50,7	146	31,7
Çiğ fındık, ceviz, badem vb.	29	6,3	302	65,7	129	28,0
Katı yağ (margarin, tereyağı)	45	9,8	359	78,0	56	12,2
Zeytinyağı	13	2,8	346	75,2	101	22,0
Sıvıyağ (ayçiçeği, soya yağı)	43	9,3	380	82,6	37	8,0
Siyah çay, bitki çayı	24	5,2	295	64,1	141	30,7
Kahve	41	8,9	270	58,7	149	32,4

Tablo 21 (devam)

	Salgın Sonrası Besin Tüketim Değişiklikleri					
	Azaldı		Değişmedi		Arttı	
	N	%	N	%	n	%
Şekerli, gazlı içecekler veya meyve suyu	79	17,2	312	67,8	69	15,0
Alkollü içecekler	95	20,7	284	61,7	81	17,6
Hazır yemekler (pide, lahmacun, fast food vb.)	133	28,9	245	53,3	82	17,8

Bölüm 5

Tartışma

Bu çalışma bireylerin COVID-19 döneminde gelişmiş veya önceden var olup derecesi artmış, depresyon, anksiyete, stres gibi psikolojik problemlerin beslenme davranışlarına etkisini araştırmak amacı ile yapılmış olup; çalışma koronavirüs öncesi ve sonrası besin tercihlerini saptamak için besin tüketim sıklığı ve psikolojik durumları için depresyon anksiyete stres ölçeğini içeren anket aracılığı ile 460 birey üzerinde yapılmıştır.

Covid-19 insandan insana çok hızlı bulaşabilen, yaş ile ilişkili ve hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler vb. komorbiteleri olan bireylerde daha şiddetli seyreden bir enfeksiyondur. (Özalp ve Kürklü, 2020). Bireylerdeki komorbidite veya altta yatan klinik tabloların SARS-CoV-2 enfeksiyonuna duyarlılık ve/veya prognozunda ciddiyeti artıran önemli yolaklar belirlenmiştir. (Beckman, Mougeot ve Mougeot, 2021). Çalışmamızda da katılımcıların %20,9' unun doktor tarafından tanısı konulmuş kronik bir hastalığı varken, %79,1'inin kronik hastalığı bulunmamaktadır. Yapılan başka bir çalışmada Covid-19 nedeni hastaneye yatan 178 yetişkin hastanın %89,3' ünde bir veya daha fazla altta yatan hastalık bulunmaktadır; en sık görülenler hipertansiyon (%49,7), obezite (%48,3), kronik akciğer hastalığı (%34,6), diabetes mellitus (%28,3) ve kardiyovasküler hastalıktır. (%27,8) (Garg ve diğerleri, 2020). Yapılan bir meta analiz sonucunda kronik akciğer hastalığının SARS-CoV-2 ile enfekte hastalarda artan hastalık şiddeti için bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Başka bir çalışma, kardiyovasküler hastalığı, hipertansiyonu ve nöromusküler hastalığı olan obez bireylerde şiddetli pandemik gribin daha sık olduğu görülmüştür (Liu, Chen, Liu, Nie ve Lu, 2020)

Çalışmamızda katılımcıların salgın sürecindeki beden kütle indeksleri incelendiğinde ortalama $23,56 \pm 4,06$ kg/m² olarak bulunmuş, minimum BKİ değeri 15,43 kg/m², maksimum BKİ değeri 37,78 kg/m² olarak belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada artmış BKİ' nin COVID-19 duyarlılığı için önemli bir risk faktörü olduğu ve hastaneye yatış oranlarını artırdığı gözlemlenmiştir (Kurkltu, Keskin veTurker, 2021). Aynı zamanda obezite, Covid-19 hastalık patogenezini hipertansiyon, dislipidemi ve diyabet gibi hastalık risklerini artırarak dolaylı olarak etkilemektedir.

Obezitenin yanı sıra zayıflık da bağışıklık sistemini etkilediği için Covid-19 duyarlılığını ve hastalık seyri ciddiyetini etkilemektedir. Obez ve zayıf Covid-19' lu bireylerde, normal ağırlıktaki bireylere kıyasla yoğun bakım ünitesi ihtiyaçlarında ve mortalite riskinde artış görülmektedir. Yapılan çalışmalarda Covid-19 hastalık prognozu ve şiddetinde yüksek ve düşük BKİ değerlerinin etkisi olduğu gösterilmiştir (Saltekin ve Alim, 2021). ABD' de SARS CoV-2 hastalarında BKİ' nin retrospektif bir analizinde, acil veya kritik bakıma yatış ihtimalinin beden kitle indeksi 30 ile 34 arasında olan 60 yaş altındaki bireylerde, beden kütle indeksi 30 altında olan bireylere göre 2,0 ve 1,8 kat daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. (Caci ve diğerleri, 2020) Çin' de Covid-19 tedavisi gören 298 kişi içeren bir çalışmada BKİ ortalamasının 23.2 kg/m² (21.1- 25.6 kg/m²) olduğu ve BKİ arttıkça hastalığın şiddetinin de arttığı gözlemlenmiştir. Çin' de yürütülen başka bir çalışmada BKİ'deki her birim artışının Covid-19 hastalığını bireylerde şiddetlendirme riskini % 12 oranında artırdığı belirtilmiştir. (Özalp ve Kürklü, 2020).

COVID-19 salgını, hem bireysel hem de küresel olarak gıda alışkanlıklarında ve beslenme davranışlarında derin bir değişikliğe yol açmıştır (Angelidi, Kokkinos, Katechaki, Ros ve Mantzoros, 2021). Kıbrıs' ta yürütülen bir araştırmada, COVID-19 karantinasının diyet, stres, sosyalleşme ve fiziksel aktivite gibi tüm yaşam tarzı unsurlarını etkilediği görülmüştür. (Hammouri ve diğerleri, 2022). Bizim çalışmamızda katılımcıların %23,9' u Covid-19 salgını öncesinde düzenli olarak bir diyet programı uyguladıklarını, %76,1' i ise düzenli uyguladıkları bir diyet programı olmadığını belirtmiştir. Salgından önce diyet programı uygulayan katılımcıların %12,6' sı diyet programlarını sürdürebilirken, %87,4' ü ise başladıkları diyeti salgın esnasında devam ettiremediklerini belirtmiştir.

Koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) salgınına bağlı eve kapanma ve psikolojik sıkıntı, aşırı yeme, fiziksel inaktivite, yüksek alkol ve tütün kullanımı, bozulmuş uyku kalitesi gibi sağlığı etkileyen zararlı davranışlara yol açmıştır (Lange ve Nakamura, 2020). Yapılan bir çalışmada, karantinanın hareketsiz yaşama sebep olmasının ve sağlıklı beslenmenin insanların bağışıklık sistemleri üzerinde olumsuz etkileri olduğu gözlemlenmiştir (Hammouri ve diğerleri, 2022). Yeterli beslenme, optimal şekilde işleyen bir bağışıklık sistemi için kritik öneme sahiptir. Hem yetersiz beslenme hem de aşırı beslenme, bağışıklık tepkilerini olumsuz etkileyebilir. Bununla birlikte, çok sayıda çalışma, diyetin COVID-19' un seyrinde önemli bir rol

oynayabileceğini göstermektedir (Skrajnowska ve diğerleri, 2021). Yüksek enerjili "Batılı" diyetler ve obezite, COVID-19' un daha şiddetli seyri için başlıca risk faktörleridir (Lange ve Nakamura, 2020). Akdeniz diyetinin COVID-19' un üzerinde, asemptomatik bir seyri destekleyen ve komplikasyonları veya viral yükü azaltan yararlı bir etkiye sahip olduğunu gösterilmektedir (Perez-Araluce ve diğerleri, 2021) İtalya' da 900 sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada Akdeniz diyeti ile SARS-COV-2 enfeksiyon oranı ve şiddeti arasındaki ilişki gözlemlenmiştir. SARS-COV-2 enfeksiyonu belirten kişilerde anlamlı oranda düşük MeD skoru ile düşük meyve, sebze, tahıl, zeytinyağı tüketimi gözlemlenmiştir. Çalışmada enfeksiyon riski MeD skoru (Akdeniz Diyetine Uyumluluk Skoru) ile ters ilişkili bulunmuştur (Ponzo ve diğerleri, 2021).

COVID-19'un patofizyolojisi çok faktörlü olmasına rağmen, insülin direnci metabolik fonksiyonların bozulmasını etkileyen en güçlü risk faktörlerinden biridir. Diyetle karbonhidratları sınırlamanın, glisemi ve kilo kaybının kontrolünü sağlamanın ve tip 2 diyabet tedavisinde ilaç ihtiyacını azaltmanın güvenli ve etkili bir yol olduğuna dair güçlü kanıtlar vardır. Sağlıklı ve dengeli bir diyet, kişiyi COVID-19' a ve sonuçlarına yatkın hale getiren bu koşullar üzerinde faydalı bir etkiye sahiptir. (Skrajnowska ve diğerleri, 2021). Çalışmamızda da katılımcıların %21,3' ü Covid-19 salgını esnasında yeni bir diyet programına başladığını belirtmiş, %78,7' si salgın esnasında yeni bir diyetle başlamadığını belirtmiştir. Uyguladıkları programı sordüğümüzda Covid-19 salgını sürecinde katılımcıların %43,9'u zayıflama diyetine, %27,6'sı intermittent fasting (aralıklı oruç) diyetine, %7,1'i ağırlık koruma diyetine, %2'si akdeniz diyetine, %3,1'i ağırlık kazanımı diyetine, %1'i isveç diyetine, %4,1'i ketojenik diyet, %1'i sağlıklı beslenmeye yönelik diyet ve detoksa, %1'i daha fazla protein alımı diyetine, %2'si water fast diyetine, %4,1'i kronik hastalığına uygun diyet programına başladıkları, %3,1'inin ise başladığı diyetin türünü bilmediği gözlemlenmiştir.

Covid-19 pandemisiyle birlikte ülkeler farklı uygulamalara gitmiş, çeşitli kısıtlamalarla birlikte bireylerin büyük bir çoğunluğunun evde kalış süresi artmıştır. (Caci ve diğerleri,2020). Sağlık ve ekonomik etkilerinin yanı sıra COVID-19, uzaktan eğitim, yeme davranışları ve fiziksel aktivite gibi faaliyetler de dahil olmak üzere insanların yaşam tarzları üzerinde büyük bir etkiye sahiptir (Chang ve diğerleri, 2021). Araştırmacılar, COVID-19 sırasında hareketsiz davranışlarda genel

bir artış bildirmektedir. Fransa'da 37.252 birey ile yapılmış bir çalışmada katılımcıların %63,2' sinin karantina sırasında günde ortalama 7 saat oturarak geçirilen hareketsiz süreyi artırdığı belirtilmiştir (Skrajnowska ve diğerleri, 2021). Bizim çalışmamızda katılımcıların %44,3'ü Covid-19 öncesinde düzenli olarak spor ve fiziksel aktivite yaptığını belirtmiş, %55,7'si yapmadığını belirtmiştir. Bu katılımcıların sadece %30'u Covid-19 sonrasında düzenli olarak spor ve fiziksel aktivite yapmayı devam ettirmiş, %70'i yapmadığını belirtmiştir.

Covid-19 enfeksiyonundan korunmada doğru beslenme alışkanlığı bireye koruma sağlarken, yanlış beslenme alışkanlıkları ise obeziteye neden olabilmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda toplumda pandemi süresince obezite görülme sıklığının arttığı ve yaşanan strese bağlı olarak bireylerin sağlıksız beslenme davranışlarının tetiklendiği ortaya çıkmıştır (Caci ve diğerleri, 2020). COVID-19 karantina sırasında kilo alımına sebep veren bazı risk faktörleri; azalan fiziksel aktivite, artan atıştırma sıklığı (özellikle akşam yemeğinden sonra), artan alkol alımı, azalan su alımı, duygusal yeme, azalan uyku kalitesi ve fazla kilolu/obez olma olarak belirtilmiştir (Skrajnowska ve diğerleri, 2021). COVID-19 karantinasının neden olduğu can sıkıntısı ve stres, bazı sağlıksız beslenme kalıplarını şiddetlendirmiştir. Birçok çalışmanın havuzlanmış sonucu, karantinanın vücut ağırlığı artışı ile anlamlı olarak ilişkili olduğunu göstermiştir (Chang ve diğerleri, 2021). COVID-19 karantina sırasında yaygın olarak bildirilen bir problem, atıştırma sıklığının artmasıdır (Skrajnowska ve diğerleri, 2021). Çok uluslu surveyans ayrıca patates cipsi, kırmızı et ve atıştırmalık tüketiminin arttığını ve buna eşlik eden fiziksel aktivitenin azaldığını ortaya koymuştur (Chang ve diğerleri, 2021). Aynı zamanda bu besinler karbonhidrat ve yağ içeriklerinin yüksek olması nedeniyle vücut ağırlık artışının sebebi olarak düşünülebilir. (Ersoy ve Pınar, 2022). Türkiye'nin de içinde bulunduğu dünya çapında 32 ülkeden 16 yaş üstünde toplam 59.711 kişinin katıldığı bir meta-analizde vücut ağırlığı değişikliklerine ilişkin sistematik inceleme sonuçlarında bireylerin %11,1-72,4' ünün karantina döneminde vücut ağırlığında artış belirtilmiştir. En yüksek ağırlık artışı, katılımcıların çoğunluğunun (%45,6) 21-30 yaş aralığında olduğu Irak' ta yapılan çalışmada gözlenmiştir Bireylerin %7.2-51.4'ünde ağırlık kaybı bildirmiştir. Vücut ağırlığındaki önemli kayıp, İtalya'da yapılan yalnızca bir çalışmada gözlemlenmiştir. Bu çalışmada tüm katılımcılar 60 yaş üstüdür ve %35,7'si kilo verdiğini belirtirken, yalnızca %11,1'i kilo aldığını

belirtmiştir. Bu sonuçlar, yaşlılarda yetersiz beslenme ve gelişme riskinin endişe verici bir işareti olabilir (Bakaloudi ve diğerleri, 2021). 18-65 yaş arası 384 yetişkin birey ile yapılmış başka bir çalışmada pandemi döneminde bireylerin % 46.9'u vücut ağırlığının arttığını, % 51'i beslenme alışkanlığının olumsuz etkilendiğini belirtmiştir. Buna ek olarak stres ve kaygı yaşayanlarında % 74.2' sinin beslenme alışkanlıklarının etkilendiği saptanmıştır (Dinçer ve Kolcu, 2021). Başka bir çalışmada karantinada bireylerin %70.4'ü besin tüketim miktarlarının arttığını, %29.4'ü azaldığını bildirmiştir. Bu çalışmada da bireylerin karantina süreçlerinde vücut ağırlık artışının klinik ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). (Ersoy ve Pınar, 2022). Yapılan başka bir çalışmada COVID-19 karantina sırasında kilo almış olan bireyler, vücut ağırlıklarının 2 aylık karantina sonucunda 0,5 ila 1,8 kg ($\pm 2,8$ kg) arttığını belirtmiştir (Skrajnowska ve diğerleri, 2021). Bizim çalışmamızda da katılımcıların %20,2'i kilo verdiğini belirtmiş, %31,1'i kilosunda bir değişim olmadığını, %48,7'si kilo aldığını belirtmiştir.

Covid-19 gibi dünya çapında yayılan bulaşıcı hastalıklar psikolojik sıkıntı, mental hastalıklar ve fiziksel hastalıklara sebep olur. Daha önce yaşanan bulaşıcı hastalık deneyimleri pandemiden zihinsel olarak etkilenen insanların sayısının, hastalıktan fiziksel olarak etkilenenlerin sayısını aştığını göstermiştir. Bu durum, bulaşıcı hastalıkların ruh sağlığı üzerindeki büyük etkisini gösterir (Lee, Jeong ve Yim, 2020). 24 çalışmanın incelenmesi sonucu karantina sonrasında nüfusu etkileyen belirli stresörler belirlenmiştir. Bunlar karantina süresi, enfeksiyon korkusu, hüsrana ve can sıkıntısı, kamu yetkililerinden yeterli bilgi alamama veya net kılavuzların olmaması, karantinadan sonra finansal sorunlar yaşama ve hastalığa yakalanan veya hastalığa maruz kalan kişiler için damgalanma olduğu bildirilmiştir (Orgilés, Morales, Delvecchio, Mazzeschi ve Espada, 2020). Covid-19' un insandan insana bulaşması, artan ölüm sayısı ve enfekte olma korkusunu ortaya çıkarmış olabilir. Bazı kritik hastaların kötü sonuçları hasta yakınlarında anksiyete ve mental problemlere sebep olmuş olabilir. Bireylerin yakınına veya bir tanıdığına COVID-19 bulaşmış olması, yaşanan kaygı için bağımsız bir risk faktörüdür. Çin'de ortaya çıkan COVID-19 pandemisi stres, kaygı ve depresyon epidemisini tetiklemiştir (Kontoangelos, Economou ve Papageorgiou, 2020). COVID-19'dan etkilenen Kore vatandaşlarının psikolojisi ve mental sağlığına ilişkin yakın zamanda yapılan bir çalışma sonucu Kore nüfusunun yaklaşık yarısında (%48) pandemi kaynaklı depresif

dönemler geçirdiği gözlemlenmiştir(Lee, Jeong ve Yim, 2020). Çinde yapılmış 1210 katılımcı içeren bir çalışma sonucu yanıt verenlerin %53,8'i salgının psikolojik etkisini orta veya şiddetli olarak değerlendirmiştir. Bireylerin %16,5'i orta ila şiddetli depresif semptomlar, %28,8'i orta ila şiddetli anksiyete belirtileri ve %8,1'i orta ila şiddetli stres seviyeleri bildirmiştir. Bu çalışmada kadın cinsiyeti, öğrencilik durumu, spesifik fiziksel semptomlar (miyalji, baş dönmesi, nezle) ve sağlık durumunu zayıf olarak değerlendiren kişiler, salgının daha yüksek psikolojik etkisi ve daha yüksek stres, anksiyete, depresyon seviyeleri ile ilişkili bulunmuştur (Wang ve diğerleri, 2020). Yapılan başka bir çalışmada pandemi sırasında ve sonrasında sağlık çalışanlarında anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres gibi birçok psikiyatrik bozukluk gözlemlenmiştir. (da Silva Neto, Benjamim, de Medeiros Carvalho ve Neto, 2021). Bizim çalışmamızda da katılımcıların %36,3'ünün normal depresyon grubunda, %47,6'sının normal anksiyete grubunda, %53,5'inin normal stres grubunda bulunduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca bu katılımcıların %13'ü hafif depresyon grubunda, %15,9'unun hafif anksiyete grubunda, %12,4'ünün hafif stres grubunda bulunmuş; %17,2'sinin orta depresyon grubunda, %9,3'ünün orta anksiyete grubunda, %13,7'sinin orta stres grubunda olduğu belirtilmiştir. Bireylerin %10,2'sinin ileri depresyon grubunda, %8,5'inin ileri anksiyete grubunda, %10,4'ünün ileri stres grubunda olduğu belirtilmiştir. Ayrıca %23,3'ünün çok şiddetli depresyon grubunda, %18,7'sinin çok şiddetli anksiyete grubunda, %10'unun ise çok şiddetli stres grubunda bulunduğu gözlemlenmiştir.

SARS-CoV-2 kaynaklı karantina, sosyal izolasyon, sokağa çıkma yasakları ve işe bağlı stres, yaştan bağımsız olarak büyük popülasyonların mental sağlığını etkilemiştir. Acil halk sağlığı için alınan uygulamalar insanlarda duygusal tepkilere ve sağlıksız davranışlara neden olmuştur. Covid-19 olumsuz mental sonuçları anksiyete ve korkuya ek olarak depresyon, stres, karışık depresif duygular, intihar eğilimi, yalnızlık duygusu, obsesif-kompulsif bozukluk, travmatik stres bozukluğu ve yeme bozuklukları gelişimine sebep olmaktadır (Pandey ve diğerleri, 2021). COVID-19 salgının neden olduğu psikolojik ve duygusal tepkiler, disfonksiyonel yeme davranışları geliştirme riskini artırabilmektedir. Negatif duyguların aşırı yeme davranışını tetiklediği bilinmekte ve bu davranış duygusal yeme olarak adlandırılmaktadır (Di Renzo ve diğerleri, 2020). Hastalığa yakalanma korkusu ve sosyal izolasyondan kaynaklanan stres ve kaygının, kalorisi yoğun gıdaların aşırı

alımını ile karakterize edilen duygusal yemeyi artırdığı bilinmektedir (Antwi, Appiah, Oluwakuse ve Abu, 2021). Stres akut veya kronik olmasına bağlı olarak, hipofaji veya hiperfaji ye sebep olabilir ve her ikisi de önemli bir kilo değişikliğine sebep olmaktadır (Sidor ve Rzymiski, 2020). İtalya’ da 602 görüşmecinin katıldığı bir çalışmada katılımcılarda yüksek oranında depresyon, anksiyete, hipokondri ve uykusuzluk görülmüştür.(sırasıyla; %61,3, %70,4, %46,2 ve %52,2) Katılımcıların yaklaşık yarısında yeme alışkanlıklarına ve yedikleri atıştırmalıklara bağlı anksiyete hissettikleri ve daha iyi hissetmek için besin tüketimlerini artırdıkları gözlemlenmiştir (Di Renzo ve diğerleri, 2020). Morocco’ da 406 öğrenci ile internet üzerinden yapılan bir çalışmada Covid-19 karantinasında öğrencilerin birçoğunun beslenme bozuklukları olduğu ve stres seviyelerinin yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Stres faktörünün kilo alımını 2.4 risk seviyesinde artırdığı gözlemlenmiştir. (Boukrim, Obtel, Kasouati, Achbani ve Razine, 2021). 26 çalışmanın değerlendirildiği bir meta-analizde anksiyete bozukluklarında semptomatik kötüleşmenin toplu prevalansı %65’ dir. Obezitede kilo artışının toplu prevalansı %52’ dir. Katılımcıların yarısından fazlasında anksiyete ve depresyon görülmüştür. Ayrıca, yeme bozukluğu olan bireylerin en az %75'i beden şekli ve yeme kaygısı yaşadıklarını ve egzersiz yapmayı düşündüklerini belirtmişlerdir (Sideli, 2021). İtalya’ da 365 kişide yapılan başka bir çalışmada yüksek depresyon, kaygı, kişisel ilişkilerin kalitesi ve yaşam kalitesinin duygusal yemeyi artırdığı, aşırı yemenin ise daha yüksek stresten kaynaklandığı kanıtlanmıştır (Cecchetto, Aiello, Gentili, Ionta ve Osimo, 2021). Bizim çalışmamızda da katılımcıların ağırlık değişim grupları ile depresyon, anksiyete ve stres şiddet grupları arasındaki farklılık analizi sonucu anlamlı değişiklikler bulunmuştur. Kilo değişimi grupları açısından depresyon şiddeti grupları, anksiyete şiddeti grupları ve stres şiddeti grupları kendi içlerinde anlamlı farklılık göstermektedir. Değerlere bakıldığında depresyon şiddeti, anksiyete şiddeti, stres şiddeti normal bireylerde kilo değişimi olmadığını belirten bireylerin oranı diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Bu sonuç depresyon, anksiyete ve stres şiddet derecesi normal olmayan bireylerde, normal olanlara oranla daha fazla ağırlık değişimi görülmüştür olarak yorumlanabilir. Aynı zamanda kilo aldığını belirten kişilerde depresyon ve stres skoru anlamlı derecede yüksek bulunurken, kilo verdiğini belirten kişilerde anksiyete skoru anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ayrıca çalışmamız sonucunda anksiyete skorunun, Covid-19 salgını

sonrası beden kütle indeksi değerini %11 oranında negatif yönde (azaltıcı) olarak etkilediği görülmektedir. Anksiyete arttıkça BKİ azalış göstermektedir.

Covid-19 salgını bireylerin uzun süre evde kalması ile yemeğe sınırsız erişimi ve azalmış fiziksel aktivite sonucu beslenme alışkanlıklarını potansiyel olarak değiştirebilir (Sidor ve Rzymiski, 2020). Stres, bireyleri özellikle ‘konfor yiyecekleri’ denilen şeker içeriği yüksek besinleri aşırı tüketmeye sebep olmuştur. Bu yiyecekler genellikle karbonhidrattan zengindir ve serotonin salgılanmasını artırarak ruh hali üzerinde pozitif etki sağlar (Di Renzo ve diğerleri, 2020). İtalya, Fransa ve İspanya gibi ülkelerde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Karantina süresinde sürekli salgınla ilgili haberlere maruz kalmak, bireylerin stres düzeyinin artmasına neden olmuştur. Çalışma sonuçlarına göre bireylerin stres altında oldukları süreçte yağ ve şeker oranı fazla yiyeceklerden daha büyük porsiyonlar tükettiği, bunun yanında meyve ve sebzeyi yeterli miktarlarda tüketmedikleri bulunmuştur (Ersoy ve Pınar, 2022). Bizim çalışmamızda katılımcıların besin tüketim alışkanlıklarındaki değişim depresyon grupları, anksiyete grupları ve stres grupları için ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Besin tüketim alışkanlıkları olarak işlenmiş et ürünleri, tatlı alkollü içecekler, hazır yemekler, şekerli gazlı içecekler, simit, poğaç, kurabiye ve kek tüketim miktarları Covid-19 öncesine göre azaldı, değişmedi ve arttı olarak değerlendirilmiştir. Sonuç olarak depresyon grupları açısından tatlı, alkol, şekerli ve gazlı içecek, simit, poğaç, kurabiye ve kek tüketimi anlamlı farklılık göstermektedir. Değerlere bakıldığında farkın, normal depresyon şiddetinde bu besinlerin tüketimi değişmediğini belirten gruptaki bireylerden kaynaklandığı görülmektedir. Anksiyete grupları açısından hazır yemek ve şekerli ve gazlı içecek tüketimi anlamlı farklılık göstermektedir. Değerlere bakıldığında farkın, normal anksiyete şiddetinde bu besinlerin tüketimi değişmediğini belirten gruptaki bireylerden kaynaklandığı görülmektedir. Stres grupları açısından tatlı, alkol, şekerli ve gazlı içecek, simit, poğaç, kurabiye ve kek tüketimi anlamlı farklılık göstermektedir. Değerlere bakıldığında farkın, normal stres şiddetinde bu besinlerin tüketimi değişmediğini belirten gruptaki bireylerden kaynaklandığı görülmektedir.

Bölüm 6

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma üç büyük ilde yaşayan 18-65 yaş arasındaki kronik ve psikolojik bir hastalığı olmayan 460 birey üzerinde internet ortamında link üzerinden gerçekleştirilmiştir. Çalışmada depresyon, anksiyete ve stres şiddet seviyesi DAS-21 anketi ile ölçülerek, beslenme davranışları değişimi de besin tüketim sıklığı anketi ile ölçülerek tespit edilmiştir. Ayrıca besin tüketim sıklığı anketi Covid-19' dan sonraki dönem ile karşılaştırılmıştır.

Katılımcıların salgından önceki vücut ağırlıkları incelendiğinde ortalama $70,133 \pm 16,789$ kg, salgından önceki Beden Kitle İndeksleri incelendiğinde ortalama $24,02 \pm 4,763$ kg/m² bulunmuştur. Katılımcıların salgın sürecindeki vücut ağırlıkları incelendiğinde ortalama $68,782 \pm 15,062$ kg olarak bulunmuş, salgın sürecindeki Beden Kitle İndeksleri incelendiğinde ortalama $23,56 \pm 4,06$ kg/m² olarak bulunmuştur.

Katılımcıların DASS-21 depresyon skorları gruplandığında %36,3'ünün normal depresyon grubunda bulunduğu, %47,6'sının normal anksiyete grubunda bulunduğu, %53,5'inin normal stres grubunda bulunduğu gözlemlenmiştir. Depresyon, anksiyete ve stres şiddeti normal bireylerde kilo değişimi olmadığını belirten bireylerin oranı diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Ayrıca kilo değişimi grupları açısından depresyon skoru, anksiyete skoru ve stres skoru anlamlı farklılık göstermektedir. Değerlere bakıldığında anlamlı farklılığın kilo aldığını belirten katılımcıların depresyon ve stres skor ortalamasından kaynaklı olduğu görülmektedir. Kilo aldığını belirten bireylerde depresyon ve stres skor ortalaması anlamlı derecede yüksek görülmüştür. Kilo verdiği gözlemlenen katılımcıların ise anksiyete skor ortalaması anlamlı derecede yüksek görülmüştür. Benzer şekilde anksiyete skorunun, Covid-19 salgını sonrası beden kütle indeksi değerini %11 ($r=-0,110$, $p=0,046$) oranında negatif yönde (azaltıcı) etkilediği bulunmuştur. Anksiyete skoru arttıkça BKİ azalış göstermektedir. Depresyon ve stres skorları ile salgın sonrası beden kütle indeksi değeri arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Katılımcıların besin tüketim alışkanlıklarındaki değişim grupları depresyon şiddeti grupları açısından incelendiğinde, %16,8'i tatlı tüketiminin azaldığını, %66,5'i değişmediğini, %16,8'i arttığını belirtmiştir; %22,2'si alkollü içecek tüketiminin azaldığını, %66,5'i değişmediğini, %11,4'ü arttığını belirtmiştir; %18,6'sı şekerli ve gazlı içecek tüketiminin azaldığını, %76,6'sı değişmediğini, %4,8'i arttığını belirtmiştir; %22,8'i simit, poğaça, kurabiye ve kek tüketiminin azaldığını, %63,5'i değişmediğini, %13,8'i arttığını belirtmiştir. Depresyon grupları açısından p değeri 0.05'den küçük olduğu için tatlı, alkollü içecek, şekerli ve gazlı içecek, simit, poğaça, kurabiye ve kek tüketimi anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Normal depresyon şiddetindeki bu besinlerin tüketimi değişmeyen birey sayısı ve oran değeri diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır.

Katılımcıların besin tüketim alışkanlıklarındaki değişim grupları anksiyete şiddeti grupları açısından incelendiğinde, normal anksiyete grubunda olan katılımcıların %25,1'i hazır yemek tüketiminin azaldığını, %60,7'si değişmediğini, %14,2'si arttığını belirtmiştir; %17,8'i şekerli ve gazlı içecek tüketiminin azaldığını, %74'ü değişmediğini, %8,2'si arttığını belirtmiştir. Anksiyete grupları açısından p değeri 0.05'den küçük olduğu için hazır yemek, şekerli ve gazlı içecek tüketimi anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Normal anksiyete şiddetindeki hazır yemek ve şekerli ve gazlı içecek tüketimi değişmeyen birey sayısı ve oran değeri diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır.

Katılımcıların besin tüketim alışkanlıklarındaki değişim grupları stres şiddeti grupları açısından incelendiğinde, normal stres grubunda olan katılımcıların %15'i tatlı tüketiminin azaldığını, %64,6'sı değişmediğini, %20,3'ü arttığını belirtmiştir; %23,2'si alkollü içecek tüketiminin azaldığını, %64,2'si değişmediğini, %12,6'sı arttığını belirtmiştir; katılımcıların %19,5'i şekerli ve gazlı içecek tüketiminin azaldığını, %73,2'si değişmediğini, %7,3'ü arttığını belirtmiştir; %23,6'sı simit, poğaç, kurabiye ve kek tüketiminin azaldığını, %60,6'sı değişmediğini, %15,9'u arttığını belirtmiştir. Stres grupları açısından p değeri 0.05'den küçük olduğu için tatlı, alkollü içecek, şekerli ve gazlı içecek, simit, poğaç, kurabiye ve kek tüketimi anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Normal stres şiddetindeki bu besinlerin tüketimi değişmeyen birey sayısı ve oran değeri diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır.

Sonuç olarak çalışmamız ile Covid-19 döneminde kilo alımını, yüksek depresyon ve stres skoru olan bireylerde, kilo kaybını ise yüksek anksiyete skoru olan bireylerde anlamlı olarak gözlemledik. Ayrıca anksiyete skor artışı ile BKİ azalışı da anlamlı bulunmuştur. Bireylerin besin tüketim alışkanlıkları dikkate alındığında, özellikle karbonhidrat ağırlıklı ve sağlıksız besinlerin tüketimi, depresyon, stres ve anksiyete şiddetine göre incelenmiştir. Depresyon, anksiyete ve stres şiddeti normal olan bireylerde bu besinlerin tüketiminin değişmediğini belirten birey oranı, diğer şiddet grupları ile karşılaştırıldığında anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Covid-19 döneminde bireylerin bağışıklık sistemini desteklemek için beslenmelerini düzenlemeleri gerekmektedir. Kilo kaybı için diyetle yapılan bilinçsiz kısıtlamalar yeterli enerji, protein, yağ ve vitamin ve mineral tüketimini engelleyebilir. Yeterli vitamin ve mineral alımı için sebze ve meyve tüketimine dikkat edilmelidir. Karantina ve sosyal izolasyon önlemlerinde stres, sıkıntı gibi durumlarda artan yağlı, karbonhidrat oranı yüksek, şekerli besinlerin önüne geçmek için alışverişte sağlıklı atıştırmalıklar tercih edilebilir. Fazla kilo alımı veya kilo kaybı oluşturacak bir psikolojik durum varlığında yardım alınabilir.

KAYNAKÇA

- Abobaker, A., Alzwi, A., & Alraied, A. H. A. (2020). Overview of the possible role of vitamin C in management of COVID-19. *Pharmacological Reports*, 72(6), 1517-1528.
- Ahmed, M. Z., Ahmed, O., Aibao, Z., Hanbin, S., Siyu, L., & Ahmad, A. (2020). Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems. *Asian journal of psychiatry*, 51, 102092.
- Akat, M., & Karataş, K. (2020). Psychological effects of COVID-19 pandemic on society and its reflections on education. *Electronic Turkish Studies*, 15(4).
- Alexander, J., Tinkov, A., Strand, T. A., Alehagen, U., Skalny, A., & Aaseth, J. (2020). Early nutritional interventions with zinc, selenium and vitamin D for raising anti-viral resistance against progressive COVID-19. *Nutrients*, 12(8), 2358.
- Alsharif, W., & Qurashi, A. (2021). Effectiveness of COVID-19 diagnosis and management tools: A review. *Radiography*, 27(2), 682-687.
- Angelidi, A. M., Kokkinos, A., Katechaki, E., Ros, E., & Mantzoros, C. S. (2021). Mediterranean diet as a nutritional approach for COVID-19. *Metabolism-Clinical and Experimental*, 114.
- Antwi, J., Appiah, B., Oluwakuse, B., & Abu, B. A. (2021). The nutrition-covid-19 interplay: A review. *Current nutrition reports*, 1-11.
- Araf, Y., Akter, F., Tang, Y. D., Fatemi, R., Parvez, M. S. A., Zheng, C., & Hossain, M. G. (2022). Omicron variant of SARS-CoV-2: genomics, transmissibility, and responses to current COVID-19 vaccines. *Journal of medical virology*, 94(5), 1825-1832.
- Bakaloudi, D. R., Barazzoni, R., Bischoff, S. C., Breda, J., Wickramasinghe, K., & Chourdakis, M. (2021). Impact of the first COVID-19 lockdown on body weight: A combined systematic review and a meta-analysis. *Clinical nutrition*.
- Barazzoni, R., Bischoff, S. C., Breda, J., Wickramasinghe, K., Krznaric, Z., Nitzan, D., ... & Singer, P. (2020). ESPEN expert statements and practical guidance for

nutritional management of individuals with SARS-CoV-2 infection. *Clinical nutrition*, 39(6), 1631-1638.

Bhattacharjee, B., & Acharya, T. (2020). The COVID-19 pandemic and its effect on mental health in USA—a review with some coping strategies. *Psychiatric Quarterly*, 91(4), 1135-1145.

Boukrim, M., Obtel, M., Kasouati, J., Achbani, A., & Razine, R. (2021). Covid-19 and Confinement: Effect on Weight Load, Physical Activity and Eating Behavior of Higher Education Students in Southern Morocco. *Annals of global health*, 87(1), 7.

Bullis, J. R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2019). What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clinical psychology: Science and practice*, 26(2), 20.

Caci, G., Albini, A., Malerba, M., Noonan, D. M., Pochetti, P., & Polosa, R. (2020). COVID-19 and obesity: dangerous liaisons. *Journal of clinical medicine*, 9(8), 2511.

Caci, G., Albini, A., Malerba, M., Noonan, D. M., Pochetti, P., & Polosa, R. (2020). COVID-19 and Obesity: Dangerous Liaisons. *Journal of clinical medicine*, 9(8), 2511. <https://doi.org/10.3390/jcm9082511>

Calder, P. C. (2021). Nutrition and immunity: lessons for COVID-19. *Nutrition & Diabetes*, 11(1), 1-8.

Cardi, V., Leppanen, J., & Treasure, J. (2015). The effects of negative and positive mood induction on eating behaviour: A meta-analysis of laboratory studies in the healthy population and eating and weight disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 57, 299-309.

Cecchetto, C., Aiello, M., Gentili, C., Ionta, S., & Osimo, S. A. (2021). Increased emotional eating during COVID-19 associated with lockdown, psychological and social distress. *Appetite*, 160, 105122.

- Chang, T. H., Chen, Y. C., Chen, W. Y., Chen, C. Y., Hsu, W. Y., Chou, Y., & Chang, Y. H. (2021). Weight gain associated with COVID-19 lockdown in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Nutrients*, 13(10), 3668.
- Chudasama, Y. V., Gillies, C. L., Zaccardi, F., Coles, B., Davies, M. J., Seidu, S., & Khunti, K. (2020). Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: a global survey of views from healthcare professionals. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(5), 965-967.
- Cosci, F., Fava, G. A., & Sonino, N. (2015). Mood and anxiety disorders as early manifestations of medical illness: a systematic review. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(1), 22-29.
- Çalica Utku, A., Budak, G., Karabay, O., Güçlü, E., Okan, H. D., & Vatan, A. (2020). Main symptoms in patients presenting in the COVID-19 period. *Scottish medical journal*, 65(4), 127-132.
- da Silva Neto, R. M., Benjamim, C. J. R., de Medeiros Carvalho, P. M., & Neto, M. L. R. (2021). Psychological effects caused by the COVID-19 pandemic in health professionals: a systematic review with meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 104, 110062.
- Deng, Y., Liu, W., Liu, K., Fang, Y. Y., Shang, J., Zhou, L., ... & Liu, H. G. (2020). Clinical characteristics of fatal and recovered cases of coronavirus disease 2019 in Wuhan, China: a retrospective study. *Chinese medical journal*, 133(11), 1261-1267.—
- Di Renzo, L., Gualtieri, P., Cinelli, G., Bigioni, G., Soldati, L., Attinà, A., ... & De Lorenzo, A. (2020). Psychological aspects and eating habits during COVID-19 home confinement: results of EHLC-COVID-19 Italian online survey. *Nutrients*, 12(7), 2152.
- Di Renzo, L., Gualtieri, P., Pivari, F., Soldati, L., Attinà, A., Cinelli, G., ... & De Lorenzo, A. (2020). Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey. *Journal of translational medicine*, 18(1), 1-15.

- Dong, L., & Bouey, J. (2020). Public mental health crisis during COVID-19 pandemic, China. *Emerging infectious diseases*, 26(7), 1616.
- Ersoy, N., & Pinar, A. A. COVID-19 Karantina Süreçlerinin Besin Tüketimi ve Vücut Ağırlık Değişimleri Üzerine Etkileri: 1 Yılda Ne Değişti?. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*, 9(1), 13-30.
- Ezhilan, M., Suresh, I., & Nesakumar, N. (2021). SARS-CoV, MERS-CoV and SARS-CoV-2: a diagnostic challenge. *Measurement*, 168, 108335.
- Fernandes, N. (2020). Economic effects of coronavirus outbreak (COVID-19) on the world economy.
- Fernandes, Q., Inchakalody, V. P., Merhi, M., Mestiri, S., Taib, N., Moustafa Abo El-Ella, D., ... & Dermime, S. (2022). Emerging COVID-19 variants and their impact on SARS-CoV-2 diagnosis, therapeutics and vaccines. *Annals of Medicine*, 54(1), 524-540.
- Filchakova, O., Dossym, D., Ilyas, A., Kuanysheva, T., Abdizhamil, A., & Bukasov, R. (2022). Review of COVID-19 testing and diagnostic methods. *Talanta*, 123409.
- Finsterer, J., & Stollberger, C. (2020). Causes of hypogeusia/hyposmia in SARS-CoV2 infected patients. *Journal of medical virology*, 92(10), 1793.
- Galea, S., Merchant, R. M., & Lurie, N. (2020). The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: the need for prevention and early intervention. *JAMA internal medicine*, 180(6), 817-818.
- Gardner, M. P., Wansink, B., Kim, J., & Park, S. B. (2014). Better moods for better eating?: How mood influences food choice. *Journal of Consumer Psychology*, 24(3), 320-335.
- Garg, S., Kim, L., Whitaker, M., O'Halloran, A., Cummings, C., Holstein, R., ... & Fry, A. (2020). Hospitalization rates and characteristics of patients hospitalized with laboratory-confirmed coronavirus disease 2019—COVID-NET, 14 States, March 1–30, 2020. *Morbidity and mortality weekly report*, 69(15), 458.

- Güner, H. R., Hasanoğlu, İ., & Aktaş, F. (2020). COVID-19: Prevention and control measures in community. *Turkish Journal of medical sciences*, 50(9), 571-577.
- Hadj Hassine, I. (2022). Covid-19 vaccines and variants of concern: a review. *Reviews in medical virology*, 32(4), e2313.
- Haleem, A., Javaid, M., & Vaishya, R. (2020). Effects of COVID-19 pandemic in daily life. *Current medicine research and practice*, 10(2), 78.
- Hammouri, H., Almomani, F., Abdel Muhsen, R., Abughazzi, A., Daghmash, R., Abudayah, A., ... & Alzein, E. (2022). Lifestyle Variations during and after the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study of Diet, Physical Activities, and Weight Gain among the Jordanian Adult Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1346.
- Hasöksüz, M., Kilic, S., & Saraç, F. (2020). Coronaviruses and sars-cov-2. *Turkish journal of medical sciences*, 50(9), 549-556.
- Hinkelmann, J. V., de Oliveira, N. A., Marcato, D. F., Costa, A. R. R. O., Ferreira, A. M., Tomaz, M., ... & Mendes, A. P. (2022). Nutritional Support Protocol for patients with COVID-19. *Clinical Nutrition ESPEN*.
- Holford, P., Carr, A. C., Jovic, T. H., Ali, S. R., Whitaker, I. S., Marik, P. E., & Smith, A. D. (2020). Vitamin C—An adjunctive therapy for respiratory infection, sepsis and COVID-19. *Nutrients*, 12(12), 3760.
- Hossain, M. M., Tasnim, S., Sultana, A., Faizah, F., Mazumder, H., Zou, L., ... & Ma, P. (2020). Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. *F1000Research*, 9.
- Iddir, M., Brito, A., Dingeo, G., Fernandez Del Campo, S. S., Samouda, H., La Frano, M. R., & Bohn, T. (2020). Strengthening the immune system and reducing inflammation and oxidative stress through diet and nutrition: considerations during the COVID-19 crisis. *Nutrients*, 12(6), 1562.
- Kafes, A. Y. (2021). Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış. *Humanistic Perspective*, 3(1), 186-194.

- Kontoangelos, K., Economou, M., & Papageorgiou, C. (2020). Mental health effects of COVID-19 pandemia: a review of clinical and psychological traits. *Psychiatry investigation*, 17(6), 491.
- Kurklut, N. S., Keskin, A. S., & Turker, M. (2021). Is High Body Mass Index a Risk Factor For COVID-19?/Yuksek Beden Kitle indeksi COVID-19 için Bir Risk Faktoru Mudur?. *Bezmialem Science*, 9(1), 40-46.
- Lades, L. K., Laffan, K., Daly, M., & Delaney, L. (2020). Daily emotional well-being during the COVID-19 pandemic. *British journal of health psychology*, 25(4), 902-911.
- Lange, K. W., & Nakamura, Y. (2020). Lifestyle factors in the prevention of COVID-19. *Global Health Journal*, 4(4), 146-152.
- Lee, K., Jeong, G. C., & Yim, J. (2020). Consideration of the psychological and mental health of the elderly during COVID-19: A theoretical review. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 8098.
- Lee, Y., Min, P., Lee, S., & Kim, S. W. (2020). Prevalence and duration of acute loss of smell or taste in COVID-19 patients. *Journal of Korean medical science*, 35(18).
- Li, Z., Yi, Y., Luo, X., Xiong, N., Liu, Y., Li, S., ... & Ye, F. (2020). Development and clinical application of a rapid IgM-IgG combined antibody test for SARS-CoV-2 infection diagnosis. *Journal of medical virology*, 92(9), 1518-1524.
- Liu, H., Chen, S., Liu, M., Nie, H., & Lu, H. (2020). Comorbid chronic diseases are strongly correlated with disease severity among COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis. *Aging and disease*, 11(3), 668.
- Liu, Y. C., Kuo, R. L., & Shih, S. R. (2020). COVID-19: The first documented coronavirus pandemic in history. *Biomedical journal*, 43(4), 328-333.
- Menni, C., Valdes, A. M., Polidori, L., Antonelli, M., Penamakuri, S., Nogal, A., ... & Spector, T. D. (2022). Symptom prevalence, duration, and risk of hospital admission in individuals infected with SARS-CoV-2 during periods of omicron

and delta variant dominance: a prospective observational study from the ZOE COVID Study. *The Lancet*, 399(10335), 1618-1624.

- Merve, Ö. Z. Duygu Durum Bozukluklarının Tedavisinde Aromaterapi Uygulamaları. *Geleneksel ve Tamamlayıcı Anadolu Tıbbı Dergisi*, 2(3), 42-50.
- Ochani, R., Asad, A., Yasmin, F., Shaikh, S., Khalid, H., Batra, S., ... & Surani, S. (2021). COVID-19 pandemic: from origins to outcomes. A comprehensive review of viral pathogenesis, clinical manifestations, diagnostic evaluation, and management. *Infez Med*, 29(1), 20-36.
- Ogundele, M. O. (2018). Behavioural and emotional disorders in childhood: A brief overview for paediatricians. *World journal of clinical pediatrics*, 7(1), 9.
- Orgilés, M., Morales, A., Delvecchio, E., Mazzeschi, C., & Espada, J. P. (2020). Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain. *Frontiers in psychology*, 2986.
- Orrù, G., Ciacchini, R., Gemignani, A., & Conversano, C. (2020). Psychological intervention measures during the COVID-19 pandemic. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 76.
- Özalp, B., & Kürklü, N. S. (2020). Obezite ve COVID-19. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(2), 211-214.
- Beckman, M. F., Mougeot, F. B., & Mougeot, J. L. C. (2021). Comorbidities and susceptibility to COVID-19: a generalized gene set data mining approach. *Journal of clinical medicine*, 10(8), 1666.
- Pandey, K., Thurman, M., Johnson, S. D., Acharya, A., Johnston, M., Klug, E. A., ... & Byrareddy, S. N. (2021). Mental health issues during and after COVID-19 vaccine era. *Brain research bulletin*, 176, 161-173.
- Peeling, R. W., Heymann, D. L., Teo, Y. Y., & Garcia, P. J. (2021). Diagnostics for COVID-19: moving from pandemic response to control. *The Lancet*.
- Perez-Araluce, R., Martinez-Gonzalez, M. A., Fernández-Lázaro, C. I., Bes-Rastrollo, M., Gea, A., & Carlos, S. (2021). Mediterranean diet and the risk of

COVID-19 in the ‘Seguimiento Universidad de Navarra’ cohort. *Clinical Nutrition*.

Ponzo, V., Pellegrini, M., D’eusebio, C., Bioletto, F., Goitre, I., Buscemi, S., ... & Bo, S. (2021). Mediterranean diet and sars-cov-2 infection: is there any association? A proof-of-concept study. *Nutrients*, 13(5), 1721.

Rodgers, R. F., Lombardo, C., Cerolini, S., Franko, D. L., Omori, M., Fuller-Tyszkiewicz, M., ... & Guillaume, S. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorder risk and symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 53(7), 1166-1170.

Saltekin, A., & Alim, N. E. (2021). COVID-19 Pandemi Sürecinde İdeal Vücut Ağırlığının Önemi.

Saqib, M. A. N., Siddiqui, S., Qasim, M., Jamil, M. A., Rafique, I., Awan, U. A., ... & Afzal, M. S. (2020). Effect of COVID-19 lockdown on patients with chronic diseases. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(6), 1621-1623.

Sharma, A., Ahmad Farouk, I., & Lal, S. K. (2021). COVID-19: A review on the novel coronavirus disease evolution, transmission, detection, control and prevention. *Viruses*, 13(2), 202.

Sharma, P., & Sharma, R. (2021). Impact of covid-19 on mental health and aging. *Saudi Journal of Biological Sciences*, 28(12), 7046-7053.

Sideli, L., Lo Coco, G., Bonfanti, R. C., Borsarini, B., Fortunato, L., Sechi, C., & Micali, N. (2021). Effects of COVID-19 lockdown on eating disorders and obesity: A systematic review and meta-analysis. *European Eating Disorders Review*, 29(6), 826-841.

Sidiq, Z., Hanif, M., Dwivedi, K. K., & Chopra, K. K. (2020). Benefits and limitations of serological assays in COVID-19 infection. *indian journal of tuberculosis*, 67(4), S163-S166.

Sidor, A., & Rzymiski, P. (2020). Dietary choices and habits during COVID-19 lockdown: experience from Poland. *Nutrients*, 12(6), 1657.

- Skrajnowska, D., Brumer, M., Kankowska, S., Matysek, M., Miazio, N., & Bobrowska-Korczak, B. (2021). Covid 19: diet composition and health. *Nutrients*, 13(9), 2980.
- Sreepadmanabh, M., Sahu, A. K., & Chande, A. (2020). COVID-19: Advances in diagnostic tools, treatment strategies, and vaccine development. *Journal of biosciences*, 45(1), 1-20.
- Sriwastava, S., Sharma, K., Khalid, S. H., Bhansali, S., Shrestha, A. K., Elkhooly, M., ... & Wen, S. (2022). COVID-19 vaccination and neurological manifestations: a review of case reports and case series. *Brain Sciences*, 12(3), 407.
- Su, S., Wong, G., Shi, W., Liu, J., Lai, A. C., Zhou, J., ... & Gao, G. F. (2016). Epidemiology, genetic recombination, and pathogenesis of coronaviruses. *Trends in microbiology*, 24(6), 490-502.
- Şahbudak, B., & Emiroğlu, N. İ. (2020). Çocuk ve ergende Covid-19 salgını ve duygudurum bozuklukları birlikteliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 27(2), 59-63.
- Tsang, H. F., Chan, L. W. C., Cho, W. C. S., Yu, A. C. S., Yim, A. K. Y., Chan, A. K. C., ... & Wong, S. C. C. (2021). An update on COVID-19 pandemic: the epidemiology, pathogenesis, prevention and treatment strategies. *Expert review of anti-infective therapy*, 19(7), 877-888.
- Türkçapar, H. (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*, 4, 12-16.
- Villalba, N. L., Maouche, Y., Ortiz, M. B. A., Sosa, Z. C., Chahbazian, J. B., Syrovatkova, A., ... & Zulfiqar, A. A. (2020). Anosmia and dysgeusia in the absence of other respiratory diseases: should COVID-19 infection be considered?. *European journal of case reports in internal medicine*, 7(4).
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the

general population in China. International journal of environmental research and public health, 17(5), 1729.

Weston, S., & Frieman, M. B. (2020). COVID-19: knowns, unknowns, and questions. Msphere, 5(2), e00203-20.

WHO, (2020). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic
<https://www.who.int/europe/emergencies/situations/covid-19> adresinden edinilmiştir.

Yao, T. T., Qian, J. D., Zhu, W. Y., Wang, Y., & Wang, G. Q. (2020). A systematic review of lopinavir therapy for SARS coronavirus and MERS coronavirus—A possible reference for coronavirus disease-19 treatment option. Journal of medical virology, 92(6), 556-563.

Yaribeygi, H., Panahi, Y., Sahraei, H., Johnston, T. P., & Sahebkar, A. (2017). The impact of stress on body function: A review. EXCLI journal, 16, 1057.

Yılmaz, C., & Gökmen, V. (2020). Neuroactive compounds in foods: Occurrence, mechanism and potential health effects. Food Research International, 128, 108744.

Yılmaz, C., & İkizer, G. (2022). Duygudurum ve Anksiyete Bozukluklarında Psikonöroimmünolojik Süreçler ve Psikoterapi ile İlişkisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 14(1), 86-97.

Yılmaz, Ö., Hakan, B. O. Z., & Arslan, A. (2017). Depresyon Anksiyete Stres Ölçeğinin (DASS 21) Türkçe Kısa Formunun Geçerlilik-Güvenilirlik Çalışması. Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2(2), 78-91.

Yüce, M., Filiztekin, E., & Özkaya, K. G. (2021). COVID-19 diagnosis—A review of current methods. Biosensors and Bioelectronics, 172, 112752.