



**HAFİF VE ŞİDDETLİ COVID-19 GEÇİREN
BİREYLERİN BESLENME ALIŞKANLIKLARININ
İNCELENMESİ, COVID-19 SONRASI DEĞİŞEN
BESLENME ALIŞKANLIKLARI VE FİZİKSEL
AKTİVİTE DAVRANIŞLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**2023
YÜKSEK LİSANS TEZİ
HALK SAĞLIĞI**

Nilay ÇAĞLAYAN

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Erkan NACAR**

**HAFİF VE ŞİDDETLİ COVID-19 GEÇİREN BİREYLERİN BESLENME
ALİŞKANLIKLARININ İNCELENMESİ, COVID-19 SONRASI DEĞİŞEN
BESLENME ALİŞKANLIKLARI VE FİZİKSEL AKTİVİTE
DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Nilay ÇAĞLAYAN

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Erkay NACAR

T.C.

Karabük Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Halk Sağlığı Anabilim Dalında

Yüksek Lisans Tezi

Olarak Hazırlanmıştır

KARABÜK

Aralık 2023

Nilay ÇAĞLAYAN tarafından hazırlanan “HAFİF VE ŞİDDETLİ COVID-19 GEÇİREN BİREYLERİN BESLENME ALIŞKANLIKLARININ İNCELENMESİ, COVID-19 SONRASI DEĞİŞEN BESLENME ALIŞKANLIKLARI VE FİZİKSEL AKTİVİTE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ” başlıklı bu tezin Yüksek Lisans Tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.

Dr. Öğr. Üyesi Erkay NACAR

.....

Tez Danışmanı, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Bu çalışma, jürimiz tarafından Oy Birliği ile Halk Sağlığı Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 08/12/2023

Ünvanı, Adı SOYADI (Kurumu)

İmzası

Başkan : Dr. Öğr. Üyesi Erkay NACAR (KBÜ)

.....

Üye : Doç. Dr. Nergiz SEVİNÇ (KBÜ)

.....

Üye : Doç. Dr. Burak METE (ÇÜ)

.....

KBÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu, bu tez ile, Yüksek Lisans derecesini onamıştır.

Doç. Dr. Zeynep ÖZCAN

.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü



“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.”

Nilay ÇAĞLAYAN

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

**HAFİF VE ŞİDDETLİ COVID-19 GEÇİREN BİREYLERİN BESLENME
ALİŞKANLIKLARININ İNCELENMESİ, COVID-19 SONRASI DEĞİŞEN
BESLENME ALİŞKANLIKLARI VE FİZİKSEL AKTİVİTE
DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Nilay ÇAĞLAYAN

**Karabük Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Halk Sağlığı Anabilim Dalı**

Tez Danışmanı:

Dr. Öğr. Üyesi Erkay NACAR

Aralık 2023, 102 sayfa

Bu çalışma, şiddetli ve hafif düzeyde COVID-19 hastalığı ile enfekte olan yetişkin bireylerin beslenme alışkanlıklarının incelemek ve COVID-19 sonrası bireylerde değişen beslenme alışkanlıklarını ve fiziksel aktivite davranışlarını değerlendirmek amaçlandı. Kesitsel tipte olan çalışmaya, 18 yaş üzerinde olan ve PCR testi pozitif çıkmış 1340 kişi dahil edildi. Veriler “Google Form” aracılığıyla çevirim içi olarak toplandı. Elde edilen veriler SPSS 25.0 (Statistical Package for Social Science) istatistik paket programı ile analiz edildi. Katılımcıların %66,7’sinin besin tüketiminin ve %82,2’sinin öğün sayısının enfeksiyon sonrasında değişmediği bulundu. Enfeksiyon sonrası bireylerin sağlıklı beslenmeye dikkat etmedikleri belirlendi. Bireylerin %71,1’inin düzenli fiziksel aktivite yapmadığı ve COVID-19 sonrası bu durumun değişmediği tespit edildi. Çalışmadan elde edilen sonuçlar

doğrultusunda; bireylerin beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite durumuna önem verilmesi gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler : COVID-19, Pandemi, Beslenme, Beslenme Alışkanlıkları.

Bilim Kodu : 1079



ABSTRACT

M. Sc. Thesis

EXAMINING THE NUTRITIONAL HABITS OF INDIVIDUALS WITH MODERATE AND SEVERE COVID-19, EVALUATION OF CHANGING NUTRITIONAL HABITS AND PHYSICAL ACTIVITY BEHAVIOR AFTER COVID-19

Nilay ÇAĞLAYAN

**Karabük University
Institute of Graduate Programs
Department of Public Health**

Thesis Advisor:

Assist. Prof. Dr. Erkan NACAR

December 2023, 102 pages

This research aimed to examine the eating habits of adult individuals infected with severe and moderate COVID-19 disease and to evaluate the changing eating habits and physical activity behaviors of post-COVID-19 individuals. The cross-sectional study included 1340 people over the age of 18 and had a positive PCR test. The data was collected online with the "Google Form". The obtained data were analyzed with the statistical package program SPSS 25.0 (Statistical Package for Social Science). It was found that the food consumption of 66.7% of the participants and the number of meals of 82.2% did not change after infection. It was determined that individuals didn't pay attention to healthy nutrition after infection. It was found that 71.1% of the individuals didn't do regular physical activity and this situation didn't change

after COVID-19. In line with the results obtained from the study, it is necessary to pay attention to the nutritional habits and physical activity status of individuals.

Key Word : COVID-19, Pandemic, Nutrition, Nutrition Habits

Science Code : 1079



TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında kendi bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen, eğitici ve öğretici kişiliği ile yol gösteren, her konuda ihtiyaç duyduğum desteği sağlayan, bu süreçte göstermiş olduğu hoşgörü ve sabırdan dolayı değerli danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Erkay NACAR'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca eğitimimi tamamlamam konusunda bilgisini ve desteklerini esirgemeyen, mesleki bilgilerini aktaran Sayın Doç. Dr. Nergiz SEVİNÇ'e,

Beni büyük bir özveri ile yetiştiren, her koşulda destekleyen, bu yolda ilerlerken önüme çıkan engellerin her birini aşmamı sağlayan, sevgisini ve ilgisini asla esirgemeyen canım annem ve babama,

Her zaman ve her yerde koşulsuz arkamda olan, her koşulda sırtımı yaslayabildiğim bitanecik abime,

Yüksek lisans sürecimde bana yardımcı olan, hayatıma dokunmuş tüm arkadaşlarıma,

Teşekkürlerimi sunarım...

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL	ii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
ÇİZELGELER DİZİNİ	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xiv
BÖLÜM 1	1
GİRİŞ.....	1
BÖLÜM 2	3
GENEL BİLGİLER	3
2.1. COVID-19 PANDEMİSİ	3
2.1.1. Pandemi Nedir?	3
2.1.2. COVID-19 Virüsü ve Bulaşı	5
2.1.3. COVID-19 Belirtileri, Tanılaması ve Klinik Seyri.....	7
2.1.4. COVID-19 Korunma Yolları.....	10
2.1.5. COVID-19 Tedavisi	15
2.1.6. COVID-19 Pandemisinin Ülkemizdeki Seyri	17
2.1.7. COVID-19 Pandeminin Etkileri	18
2.2. SAĞLIK VE BESLENME	19
2.2.1. Yeterli ve Dengeli Beslenme	19
2.2.2. Fiziksel Aktivite.....	24
2.2.3. Bağışıklık.....	25
2.2.4. Uyku	28
2.3. COVID-19 PANDEMİSİ DÖNEMİNDE BESLENME ÖNERİLERİ.....	30

	<u>Sayfa</u>
BÖLÜM 3	32
GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ.....	32
3.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	32
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	33
3.4. VERİ TOPLAMA VE ANALİZİ.....	33
 BÖLÜM 4	 34
BULGULAR.....	34
 BÖLÜM 5	 78
TARTIŞMA	78
 BÖLÜM 6	 87
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	87
 KAYNAKÇA.....	 89
 ÖZGEÇMİŞ	 102

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 2.1. Pandemi influenza evreleri	4
Şekil 2.2. COVID-19'un spike proteini, virüs aktivasyonu için ACE2 ve TMPRSS2'yi kullanır	6
Şekil 2.3. Doğru El Yıkama Tekniği	11
Şekil 2.4. Doğru Antiseptik Kullanımı	12
Şekil 2.5. Dört yapraklı yonca modeli	21
Şekil 2.6. Sağlıklı Beslenme Tabakası	22
Şekil 2.7. Türkiye Beslenme ve Fiziksel Aktivite Piramidi.....	23

ÇİZELGELER DİZİNİ

Sayfa

Çizelge 2.1. COVID-19 Olası ve Kesin Vaka Tanımı (TCSağlıkBakanlığı, 2020b).	8
Çizelge 2.2. COVID-19 Klinik Tablo Sınıflandırması (Baran, 2021; TCSağlıkBakanlığı, 2022b).	9
Çizelge 2.3. Aşı Uygulanacak Grup Sıralaması (TCSağlıkBakanlığı).	14
Çizelge 4.1. Katılımcıların genel özellikleri.	35
Çizelge 4.2. Katılımcıların “Uygulamış olduğunuz bir diyet türü var ise belirtiniz.” sorusuna verdikleri cevaplar.	37
Çizelge 4.3. Katılımcıların hastanede ve yoğun bakım servisinde yatma durumu.	37
Çizelge 4.4. COVID-19 enfeksiyonu sürecinde karşılaşılan belirtiler.	38
Çizelge 4.5. Tat ve koku kaybı sonrasında tüketimi bırakılan besin grupları.	38
Çizelge 4.6. Katılımcıların cinsiyete göre antropometrik ölçümleri.	39
Çizelge 4.7. Katılımcıların COVID-19 enfeksiyonu geçirdikten sonraki vücut ağırlığı değişimi.	40
Çizelge 4.8. Cinsiyete göre beslenme alışkanlıkları.	41
Çizelge 4.9. Öğün atlama durumu.	43
Çizelge 4.10. Cinsiyete göre fiziksel aktivite alışkanlıkları.	44
Çizelge 4.11. Bireylerin cinsiyete göre COVID-19 enfeksiyonu geçirdikten sonraki değişen beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıkları.	46
Çizelge 4.12. Cinsiyete göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen beslenme durumu.	49
Çizelge 4.13. COVID-19 enfeksiyonu sürecinde besin takviyesi kullanım durumu.	50
Çizelge 4.14. Tanımlayıcı özelliklere göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen besin tüketimi.	52
Çizelge 4.15. Tanımlayıcı özelliklere göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen öğün sayısı.	54
Çizelge 4.16. Tanımlayıcı özelliklere göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen sebze-meyve tüketimi.	56
Çizelge 4.17. Tanımlayıcı özelliklere göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen hayvansal protein kaynağı olan et/tavuk/balık tüketimi.	59
Çizelge 4.18. Tanımlayıcı özelliklere göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen kurubaklagil (kurufasulye, barbunya, yeşil mercimek vb.) tüketimi.	62
Çizelge 4.19. Tanımlayıcı özelliklere göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen ekmek ve tahıl (pilav, makarna vb.) tüketimi.	64

Sayfa

Çizelge 4.20. Tanımlayıcı özelliklere göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen paketlenmiş ürün (patates cipsi, bisküvi vb.) tüketimi.....	67
Çizelge 4.21. Tanımlayıcı özelliklere göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen şeker/şekerli besinler (sütlü tatlı, şerbetli tatlı, şeker, çikolata, gofret vb.) tüketimi.....	70
Çizelge 4.22. Tanımlayıcı özelliklere göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen su tüketimi.....	72
Çizelge 4.23. Tanımlayıcı özelliklere göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen fiziksel aktivite/spor durumu.....	74
Çizelge 4.24. Tanımlayıcı özelliklere göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen beslenme durumu.....	77



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

SİMGELER

kg/m ²	: kilogram/metrekare
°C	: santigrad derece
m	: metre
kg	: kilogram
dk	: dakika
mmHG	: milimetre cıva
mg	: miligram
l	: litre
ng	: nanogram
ml	: mililitre
T.C	: Türkiye Cumhuriyeti
ME	: Metabolik Eşdeğer
cm	: santimetre

KISALTMALAR

SARS	: Akut Solunum Sendromu
Cov	: Koronavirüs
COVID-19	: Coronavirus Disease 2019 (Koronavirüs 2019)
SARS-CoV-2	: Akut Respiratuar Distres Sendromu Koronavirüs
PCR test	: Polymerase Chain Reaction Test (Polimeraz Zincir Reaksiyon Testi)
BKI	: Beden Kütle İndeksi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
SpO ₂	: Oksijen Doygunluğu
BT	: Bilgisayarlı Tomografi

NIH	: Ulusal Sağlık Enstitüleri
PaO ₂	: Parsiyel Arteriyel Oksijen Basıncı
FiO ₂	: Fraction Of Inspired Oxygen
m-RNA	: Mesajcı RNA
EFSA	: Avrupa Gıda Güvenliği Otoritesi
Th	: T-hücre
NK	: Natural Killer (Doğal Öldürücü)
Non-REM	: Non-Rapid Eye Movement
REM	: Rapid Eye Movement
TDD	: Türkiye Diyetisyenler Derneği
FAO	: Gıda ve Tarım Örgütü
ESPEN	: Avrupa Klinik Beslenme ve Metabolizma Derneği
SPSS 25.0	: Statistical Package for Social Science
OMAD	: One Meal A Day (Günde Tek Öğün Beslenme)

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Tarih boyunca insanoğlu sayısız salgın ile karşı karşıya kalmıştır. Bu salgınlar sonucunda yaşam mücadelesi sona eren veya hastalık sonucu vücudunda hasar kalan bireyler söz konusudur. Akut solunum sendromu (SARS), koronavirüs (CoV) ve H5N1, H1N1 ve H7N9 virüslerinin neden olduğu birkaç viral hastalık bu salgınlara örnek olabilir (Tizaoui et al., 2020). Söz konusu salgınların en son ortaya çıkması ve hala etkileri devam eden salgın COVID-19 (Coronavirus Disease-2019) olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Covid-19 kodlamasının “korona” için “CO”, “virüs” için “VI”, “hastalık” için “D” olduğunu açıklamıştır (Aysan et al., 2020). COVID-19, Çin’in Wuhan kentinde Hubei eyaletinde ortaya çıkmış bir SARS-CoV-2 virüsü olarak hala ciddiyetini koruyan bir halk sağlığı problemi olmuştur (Dikmen et al., 2020).

Asemptomatik olarak ortaya çıktığı gibi bireyde öksürük, eklem ağrısı, ateş, solunum yetmezliği gibi semptomlar da görülebilmektedir (NIH, 2022). Hastalık bulaşı insandan insana yakın temas yoluyla (doğrudan veya enfekte yüzeye dokunma sonrası ellerle ağız, burun ve gözlere dokunmak yoluyla dolaylı) bulaşmakla beraber damlacık yolu (hapşırık, öksürük ve konuşma sırasında havaya atılan damlacıklar) ile solunum sistemine virüsün yerleşmesi ile de bulaşabilmektedir (Aysan et al., 2020).

Bulaş ihtimalini minimize etmek için hijyen koşullarına dikkat edilmelidir, maske takılmalıdır ve sosyal mesafe kurallarına uyum sağlanmalıdır (TCSağlık Bakanlığı, 2020a) (WHO, 2022c). Maruziyet önlenemediyse ve bulaş gerçekleşiyse tedavi sürecinde semptomlara yönelik tedaviler ve ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesi hedeflenmektedir. Aynı zamanda sağlıklı yaşam tarzı, yeterli ve dengeli beslenme, hareketli bir yaşam seçimi ve kalitesinin yüksek süresinin yeterli olduğu bir uyku ile bireylerin bağışıklık sistemini güçlendirmek hedeflenmektedir (Kim & Su, 2020).

Maruziyetin önlenilmesi ve bulaş ihtimalini düşürmek amacıyla karantina uygulaması hayata geçirilmiştir. Karantina uygulamasının sonucunda bireyler ev içerisinde daha çok vakit geçirerek sosyal, fiziksel ve ruhsal yönden etkilenmiştir. Ayrıca seyahat kısıtlamaları, maske kullanma zorunluluğu, okulların kapatılması, işyerlerinde dönüşümlü çalışma sisteminin getirilmesi ve sosyal mesafe kurallarının uygulanması gibi önlemler de alınmıştır. Cumhurbaşkanlığınca hayata geçirilen “Evde Kal Türkiye” uygulaması ile salgın kontrol altına alınmaya çalışılmaktadır (Kılıç et al., 2021; Sülkü et al., 2021). Bireylerin evde daha fazla zaman geçirmesi hareketsiz bir yaşama ve yanlış beslenme düzeni oluşmasına neden olmuştur.

Bu çalışmanın, şiddetli ve hafif düzeyde COVID-19 hastalığı ile enfekte olan yetişkin beslenme alışkanlıklarını incelemek ve COVID-19 sonrası değişen beslenme alışkanlıklarını ve fiziksel aktivite davranışlarını değerlendirmek amacı ile elde edilen veriler ve aralarındaki ilişkiyi sosyodemografik özellikleri göz önüne alıp inceleyerek literatüre katkı yapacağı düşünülmektedir. Literatür taraması sonucunda, COVID-19’un sürecine beslenme alışkanlıklarının etkisi ve COVID-19’un beslenme alışkanlıklarına etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yapacağımız çalışma sonucunda COVID-19 ile enfekte olmuş bireylerin beslenme alışkanlıklarının süreci ve süreç sonrasını nasıl etkilediğini ortaya koymak hedeflenmektedir.

Bu çalışmanın amacı, şiddetli ve hafif düzeyde COVID-19 hastalığı ile enfekte olan yetişkin bireylerin COVID-19 sonrası değişen beslenme alışkanlıklarını ve fiziksel aktivite davranışlarını değerlendirmektir.

BÖLÜM 2

GENEL BİLGİLER

2.1. COVID-19 PANDEMİSİ

İnsanlar tarih boyunca birçok salgın hastalıkla karşılaşmıştır. İnsanlığın mücadele ettiği ve hala güncelliğini koruyan son salgın COVID-19 (Coronavirus Disease-2019) olmuştur.

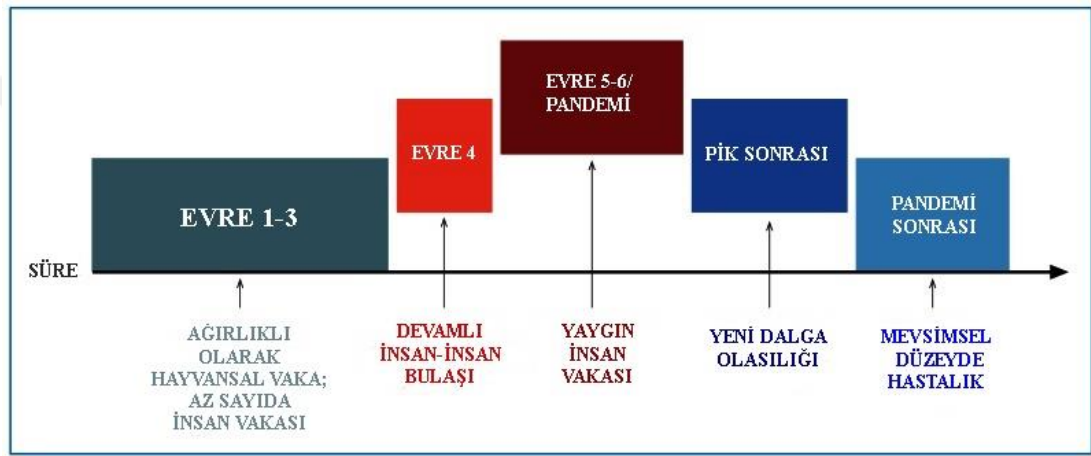
Çin'in Wuhan kentinde 2019 yılının Aralık ayında, pnömoni vakaları kayıt altına alınmaya başlanmıştır. 2020 yılı Ocak ayında ise Çin Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi tarafından pnömoni etkeninin yeni bir ciddi akut respiratuar distress sendromu koronavirüs (SARS-CoV-2) olduğu bildirilmiştir. SARS-CoV-2 etkeninin neden olduğu hastalık COVID-19 olarak adlandırılmıştır (Zhu et al., 2020). Bulaşının hızlı bir şekilde olduğu CoV enfeksiyonunun ilk vakası ülkemizde 10 Mart 2020 tarihinde görülmüştür (Varol & Tokuç, 2020). Aynı tarihte COVID-19 pandemi olarak kabul edilmiştir (WHO, 2020c).

2.1.1. Pandemi Nedir?

1666 yılında bir ülkede sürekli yayılan hastalığı tanımlamak amacıyla ilk kez “pandemi” terimi kullanılmıştır. Pandemi ve salgın kelimeleri 17. ve 18. yüzyıllarda birbirlerine alternatif olarak kullanılmıştır (Morens et al., 2009). Araştırmalar geliştirildikçe yeni kavramlar ortaya çıkmış ve salgın, endemik ve pandemik kavramları birbirinden ayrı durumları ifade etmeye başlamıştır. Hastalık etkeninin ne sıklıkta ve coğrafi olarak ne kadar yaygın olduğunu ifade eden birbirinden farklı kavramlar olarak tanımlanmıştır. Endemik, bir hastalık etkenine bağlı olarak gözlenen vaka sayısı ile beklenen vaka sayısının yaklaşık olarak aynı olduğu aynı kasaba, şehir, ülke ve kıtayı etkileyen durumdur. Salgın, bir hastalık durumunun vaka

sayılarında ani bir şekilde artış göstermesi olarak tanımlanabilmektedir. Epidemi, endemik bir vakanın daha geniş bir coğrafya üzerinde etkili olduğu salgın durumudur (Grennan, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü ortaya çıkan vakaların pandemi olabilmesi için genel olarak (1) yeni bir virus veya mutasyon geçirmiş bir etkenin ortaya çıkmış olması, (2) bulaş yolunun kolay olması ve (3) insandan insana hızlı bir biçimde geçmesi gerekmektedir (Aysan et al., 2020).



Şekil 2.1. Pandemi influenza evreleri (WHO, 2009a).

Dünya Sağlık Örgütü altı evrede (Şekil.2.1) pandemi uyarısı yapmaktadır (WHO, 2009a):

Evre 1: Hayvanlar arasında dolaşan virüsün insanlarda bir enfeksiyona neden olmadığı belirtilmektedir.

Evre 2: Evcil olan veya olmayan hayvanlar arasında dolaşan influenza virüsü insanlarda bir enfeksiyona neden olduğu bilindiğinden pandemik bir tehdit kabul edilmektedir.

Evre 3: İnsanlarda vakalara nadiren veya küçük hastalık grupları şeklinde neden olan virus henüz insandan insana bulaşarak salgın oluşturacak ve pandemiye neden

olabilecek düzeyde bulaşıcılık seviyesine ulaşamamaktadır. Enfekte bir insan ile korunmasız bir insanın yakın teması sonucu bulaş ancak olabilmektedir.

Evre 4: Toplum düzeyinde salgınlara neden olabilen virüsün henüz toplumun sınırlarını (örneğin bulunduğu ülkenin) aşabilecek yetenekte değildir. Pandeminin kesin olduğu söylenememektedir. O toplum DSÖ ile iletişime geçerek yayılımı önleyecek biçimde kararlar alınmalıdır.

Evre 5: Virüsün en az iki ülkeye yayıldığı belirlenmiş olup, salgının yakın olduğu ifade edilmektedir. Önleyici politikalar geliştirilmektedir.

Evre 6: “Pandemik Evre” olarak adlandırılmaktadır.

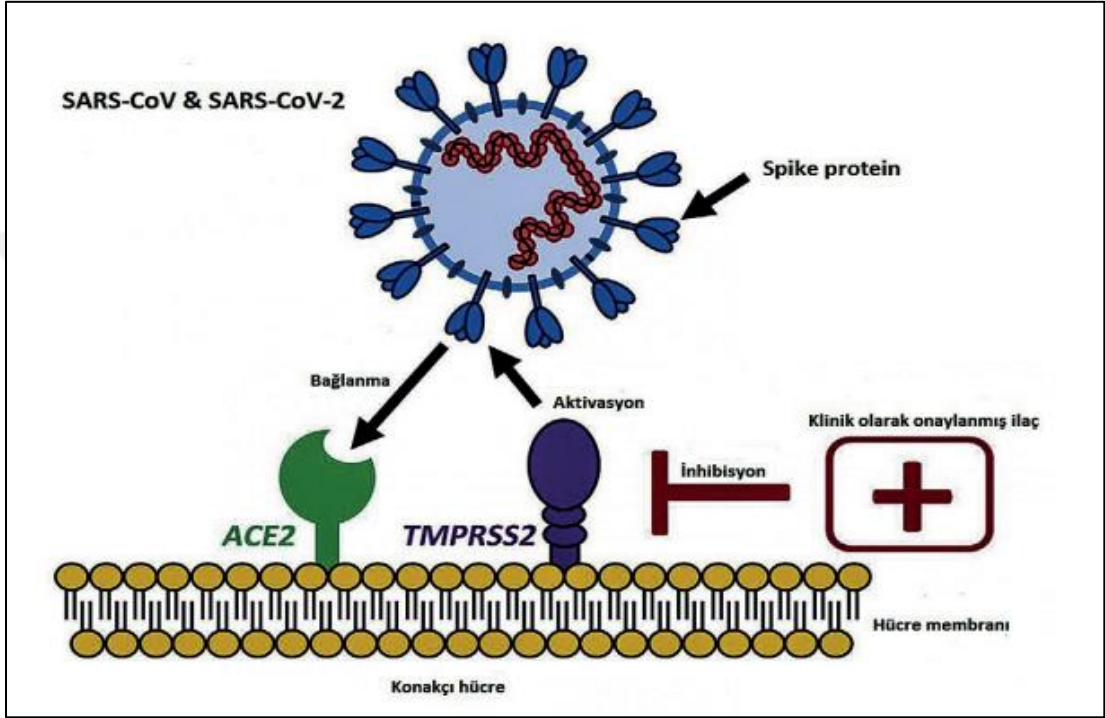
Pik Sonrası: Hastalık seviyesi ulaşabileceği en yüksek seviyenin altına düşme gözlenmektedir. Ancak pandemik süreci henüz sona ermediğinden önlemlerin yok sayılması ek bir dalga oluşumuna neden olabilmektedir.

Pandemi Sonrası: Hastalık seviyesinin normalde görülen seviyelere dönmesidir. Bu dönemde sürveyansın devam ettirilmesi önem arz etmektedir.

2.1.2. COVID-19 Virüsü ve Bulaşı

Çin’in Wuhan şehrinde, 2019 yılı sonlarına doğru sağlık kuruluşları tarafından etiyolojisi belirlenemeyen pnömoni vakaları bildirilmiştir. Bu vakalar canlı hayvan ve deniz ürünlerinin satıldığı pazarlar ile ilişkilendirilmiştir (Bogoch et al., 2020). Uluslararası Virüs Taksonomisi Komitesi bu vakalardaki etkeni SARS-CoV’a benzer özellikler taşıdığından SARS-CoV-2 şeklinde adlandırılmıştır (Casella et al., 2022). Koronavirüs, insan ve diğer memelilerde bulunabilen büyük zarflı RNA virüsleridir (Zhu et al., 2020). Hayvanları ve insanları enfekte ederek solunum sistemi hastalıklarına, gastrointestinal sistem hastalıklarına, nörolojik hastalıklara neden olabilmektedir (Weiss & Leibowitz, 2011). COVID-19 koronavirüs ailesine mensuptur. Virüs yuvarlak veya eliptik olabilmekte olup çoğunlukla pleomorfik bir forma sahiptir ve yaklaşık 60-140 nm çapındadır (Baran, 2021). SARS-CoV-2’nin

en belirgin özelliği; alveol hücreleri başta olmak üzere birçok sistemde bulunan ACE-2 reseptörüne (Şekil.2.2) kolayca bağlanmaktadır (Andersen et al., 2020). Virüs ultraviyole ışını ve ısı ile etkisini yitirmektedir. Ayrıca dietil eter, %75 etanol, klor, perasetik asit ve kloroform gibi çoğu dezenfektana karşı dayanıksızdır (Baran, 2021; Jin et al., 2020).



Şekil 2.2. COVID-19'un spike proteini, virüs aktivasyonu için ACE2 ve TMPRSS2'yi kullanır (Mousavizadeh & Ghasemi, 2021).

Sars-CoV-2'nin, insandan insana bulaştığı yapılan çalışmalarda görülmüştür (Chan et al., 2020). COVID-19 bulaşının yakın temastan veya virus ile enfekte olmuş bireylerden damlacık yoluyla olduğu görülmektedir (Casella et al., 2022). Damlacık yoluyla bulaşma öksürme, hapşıрма veya konuşma esnasında virüsü taşıyan damlacıklar enfekte kişiden çıkarak hava aracılığıyla kısa bir mesafede dağılarak kişinin konjunktiva, nazal mukoza ve ağızına ulaşarak gerçekleşmektedir. (Baykam, 1999) Ayrıca virüs ile kontamine olmuş yüzeylerden ellere ve oradan da ağız, burun ve göz mukozasına temas sonucu bulaşabilmektedir. Bir diğer bulaş yöntemi olarak fekal-oral bulaş düşünülse de yeterli kanıt bulunmamaktadır (Sancak, 2020).

Her birey virus ile enfekte olma konusunda risk taşımaktadır ancak bazı bireyler bulaşa daha hassas olmaktadır. Bu bireyler riskli grup olarak nitelendirilmektedir. Bu gruptaki kişiler (CDC, 2020):

- 65 yaş ve üzeri kişiler
- Huzurevinde yaşayan kişiler
- Kronik akciğer hastalığı veya astımı olan kişiler
- Kalp hastalığı olan kişiler
- İmmün yetersizliği olan (kanser tedavisi de dahil) kişiler
- Morbid obez ($BKİ \geq 40$ kg/m²) veya obeziteye neden olan ve/veya obezitenin neden olduğu komorbid bir hastalığı olan kişiler (CDC, 2020)

Bireylerin bulaştırıcılık süresi net olarak bilinmese de virüsün havada ortalama üç saat asılı kaldığı düşünülmektedir (Dikmen et al., 2020; van Doremalen et al., 2020). Çin’de yapılan bir çalışmaya göre bulaştırıcılık 2-3 gün öncesinde başlayıp semptomlar ortaya çıktıktan sonraki yedi gün içine en üst seviyeye ulaşmakta ve yedinci gün sonrasında kaybolmaktadır (To et al., 2020). Hastalık etkeni vücuda giriş yaptıktan 4-5 gün sonrasında hastalık belirtileri ortaya çıkmaktadır, bu süre 14 güne kadar uzayabilmektedir (WHO, 2020b).

2.1.3. COVID-19 Belirtileri, Tanılaması ve Klinik Seyri

COVID-19 asemptomatik olabildiği gibi basit bir soğuk algınlığı ile başlayıp şiddetli pnömoniye kadar uzanan çeşitli semptomlar ile ortaya çıkabilmektedir. Bu semptomlar (Demirer, 2022); ateş, titreme, öksürük, boğaz ağrısı, kas ağrısı, mide bulantısı, kusma, ishaldir. Tespit edilen ilk vakalardaki sık görülen semptomlar ateş (% 98), öksürük (% 76), yorgunluk (% 44) ve atipik semptom olarak balgam (% 28), baş ağrısı (% 8), hemoptizi (% 5) ve ishal (% 3) görüldüğü ve hastaların çoğunda nefes darlığı olduğu görülmüştür (Wu et al., 2020). Bu semptomların dışında tat ve koku duyularında bozulma da görülmektedir (Lechien et al., 2020).

COVID-19’un en yaygın tanı yöntemi; Nazofarengeal sürüntü ile Kantitatif Real Time Polimeraz Zincir Reaksiyonu (qRT-PCR) yöntemidir. Ancak PCR testi

sonucunun yanında semptomlar, klinik bulgular ve BT-Toraks taramaları birlikte değerlendirilmelidir (Aysan et al., 2020).

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün yayınladığı rehberde COVID-19 olası vaka kriterleri tanımlanmıştır ve vaka tanımına uyan kişilerden SARS-CoV-2 saptanan kişiler kesin vaka olarak belirlenmiştir (TCSağlık Bakanlığı, 2020b). Olası vaka ve kesin vaka tanımı Çizelge 2.1'de gösterilmiştir.

Çizelge 2.1. COVID-19 Olası ve Kesin Vaka Tanımı (TCSağlık Bakanlığı, 2020b).

OLASI VAKA	A	Ateş, öksürük, nefes darlığı, boğaz ağrısı, baş ağrısı, kas ağrıları, tat ve koku alma kaybı veya ishal belirti ve bulgularından en az biri VE Klinik tablonun başka bir neden/hastalık ile açıklanamaması VE Semptomların başlamasından önceki 14 gün içerisinde kendisi veya yakın temaslısının hastalık açısından yüksek riskli bölgede bulunma öyküsü VEYA
	B	Ateş, öksürük, nefes darlığı, boğaz ağrısı, baş ağrısı, kas ağrıları, tat ve koku alma kaybı veya ishal belirti ve bulgularından en az biri VE Semptomların başlamasından önceki 14 gün içerisinde doğrulanmış COVID-19 vakası ile yakın temas eden VEYA
	C	Ateş ve ağır akut solunum yolu enfeksiyonu belirti ve bulgularından en az biri (öksürük ve solunum sıkıntısı) VE Hastanede yatış gerekliliği varlığı (SARI)* VE Klinik tablonun başka bir neden/hastalık ile açıklanamaması VEYA
	D	Ateş, öksürük, nefes darlığı, boğaz ağrısı, baş ağrısı, kas ağrıları, tat ve koku alma kaybı veya ishal belirti ve bulgularından en az ikisinin bir arada olması VE Klinik durumun başka bir neden/hastalık ile açıklanamaması
KESİN VAKA		Olası vaka tanımına uyan olgulardan moleküler yöntemlerle SARS-CoV-2 saptanan olgular

*SARI (Severe Acute Respiratory Infections-Ağır Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları) son 14 gün içinde gelişen akut solunum yolu enfeksiyonu olan bir hastada, ateş, öksürük ve dispne, takipne, hipoksemi, hipotansiyon, akciğer görüntülemesinde yaygın radyolojik bulgu ve bilinç değişikliği nedeniyle hastaneye yatış gerekliliği durumudur.

COVID-19 klinik seyrinde tam anlamıyla bir sınıflandırma söz konusu olmasa da Sağlık Bakanlığı yayınladığı rehberde hastalığı üç farklı grupta (Çizelge 2.2) sınıflandırmıştır. Bu sınıflandırmaya göre komplike olmamış hasta: ateş, kas/eklem ağrıları, öksürük ve boğaz ağrısı gibi klinik bulguları olup solunum sorunu olmayan (dakika solunum sayısı < 24 , $SpO_2 > \%93$ oda sıcaklığında) ve akciğer filmi ve/veya akciğer BT normal hastadır. Hafif-orta dereceli pnömoni olarak tanımlanan hasta: ateş, kas/eklem ağrıları, öksürük ve boğaz ağrısı gibi klinik bulguları olup, solunum sayısı < 30 /dakika olan, $SpO_2 > \%90$ oda sıcaklığında) ve akciğer filmi ve/veya akciğer BT hafif-orta pnömoni bulgusu olan hastadır. Ağır pnömoni olarak tanımlanan hasta ise: ateş, kas/eklem ağrıları, öksürük ve boğaz ağrısı gibi klinik bulguları olup, solunum sayısı ≥ 30 /dakika olan, $SpO_2 \leq \%90$ oda sıcaklığında) ve akciğer filmi ve/veya akciğer BT pnömoni bulgusu olan hastadır (TCSağlık Bakanlığı, 2022b).

Çizelge 2.2. COVID-19 Klinik Tablo Sınıflandırması (Baran, 2021; TCSağlık Bakanlığı, 2022b).

SINIFLANDIRMA	KLİNİK TABLO
Komplike Olmamış Hasta	Ateş, kas/eklem ağrıları, öksürük ve boğaz ağrısı gibi klinik bulguları olup solunum sıkıntısı olmayan (dakika solunum sayısı < 24 , $SpO_2^* > \%93$ oda sıcaklığında**) Akciğer filmi ve/veya akciğer tomografisi normal olan hastalar
Hafif-Orta Seyirli Pnömonik Hasta	Ateş, kas/eklem ağrıları, öksürük ve boğaz ağrısı gibi bulguları olup, solunum sayısı < 30 /dakika olan, oda sıcaklığında $SpO_2 > \%90$ üzerinde olan Akciğer grafisinde ve/veya tomografisinde hafif-orta pnömoni bulgusu olan hastalar
Ağır Pnömonik Hasta	Ateş, kas/eklem ağrıları, öksürük ve boğaz ağrısı gibi bulguları olup, takipnesi (≥ 30 /dakika) mevcut, oda sıcaklığında SpO_2 düzeyi $\leq \%90$ altında olan Akciğer grafisinde ve/veya tomografisinde bilateral yaygın pnömoni bulgusu saptanan hastalar

* SpO_2 : Oksijen saturasyonu **Oda sıcaklığı: 25°C

Ulusal Sağlık Enstitüleri (NIH) ise COVID-19 enfeksiyonunu beş farklı grupta sınıflandırmıştır (Casella et al., 2022; NIH, 2022).

- Asemptomatik veya presemptomatik hasta: herhangi bir klinik semptomu olmayan ancak PCR testi pozitif olan kişilerdir.
- Hafif geçiren hasta: ateş, öksürük, boğaz ağrısı, halsizlik, baş ağrısı, kas ağrısı, mide bulantısı, kusma, ishal, anosmi veya disguzi gibi herhangi bir semptomu olan ancak nefes darlığı veya anormal göğüs görüntülemesi olmayan kişilerdir.
- Orta derecede geçiren hasta: alt solunum yolu hastalığının klinik semptomları veya radyolojik kanıtları olan ve oda sıcaklığında oksijen saturasyonu (SpO2) $\geq$ %94 olan kişilerdir.
- Ağır hastalık: oda sıcaklığında (SpO2) $\leq$ %94 olan kişiler; arteriyel oksijenin kısmi basıncının solunan oksijen fraksiyonuna oranı, (PaO2/FiO2) <300 , solunum frekansı >30 nefes/dakika veya akciğer infiltratları >50 olan belirgin takipne ile birlikte olan kişilerdir.
- Kritik hasta: akut solunum yetmezliği, septik şok ve/veya çoklu organ bozukluğu olan kişilerdir.

2.1.4. COVID-19 Korunma Yolları

COVID-19 bulaşını ve yayılmasını önlemek için kitlesel ve bireysel birçok önlem söz konusudur. Kitlesel olarak seyahat yasaklarının getirilmesi, zorunlu karantina uygulamaları yapıldı. Dünya Sağlık Örgütü, bireysel olarak sosyal mesafe koymayı ve bu mesafeyi korumayı, maske kullanımını, el hijyenine önem vermenin bulaşı önlemede etkili olduğunu bildirmiştir (WHO, 2022b).

Enfeksiyonlardan korunmanın en basit ve etkili olarak uygun şekilde sağlanan el hijyenidir. El hijyenini sağlamak halk sağlığını tehdit eden salgın hastalıkları önlemeye yardımcıdır. Büyük bir halk sağlığı sorunu olan COVID-19 pandemisinin yayılmasını önlemek için de el hijyenini sağlamak önem arz etmektedir. El hijyenini sağlayabilmek için alkol bazlı el dezanfektanı veya sabun ve su kullanılmaktadır (CDC, 2021; WHO, 2009b). Hijyenik el yıkama için gerçekleştirilmesi gereken basamaklar (Bilici et al., 2008);

- Eller akan su altında ıslatılır, uygun miktarda sabun ele alınır.
- Bilekler, avuç içi, ellerin sırt ve parmak araları ile tırnakların kenar ve uçları sabun ile köpürtülerek en az 20 saniye süreyle kuvvetlice ovuşturulur
- Eller akan su altında iyice durulanır.
- Tek kullanımlık kağıt havlu ile eller kurulanır, musluk kağıt havlu ile kapatılır.

Doğru yıkama tekniği Şekil.2.3'te gösterilmiştir. TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne yayınlanmıştır (TCSağlıkBakanlığı, 2022a).



Şekil 2.3. Doğru El Yıkama Tekniği (TCSağlıkBakanlığı, 2022a).

Alkol bazlı el dezenfektanı ile el hijyeni sağlamak için uygun miktarda el dezenfektantı alınıp en az 20 saniye süre ile elin her tarafı ovulur (Bilici et al., 2008). El dezenfektanı ile ovma işlemi Şekil.2.4'te gösterilmiştir (TCSağlıkBakanlığı, 2022a).



Şekil 2.4. Doğru Antiseptik Kullanımı (TCSağlıkBakanlığı, 2022a).

COVID-19, damlacık ve temas yoluyla bulaşan bir enfeksiyondur. Damlacık yoluyla bulaşı önlemek amacıyla tıbbi maske kullanımı önerilmektedir. Maske kullanımı, hapşırma öksürme vb. durumlardaki virus damlacıklarının havaya yayılmasını önler veya havaya yayılan damlacıkların vücut içerisine alınmasına engel olmaktadır. Bu nedenle de bulaşı en aza indirme konusunda başarılıdır (Bundgaard et al., 2021). Maskeler cerrahi, hava filtreli ve kumaş maskeler olarak ayrılmaktadır. FFP2, FFP3,

N95, N99, N100 gibi hava filtreli maskeler, hava partiküllerini filtrelemek için özel tasarlanmış; cerrahi maskeler ise dış katmanı mikroorganizma girişine engel, orta tabaka nem emici ve iç katman olarak tasarlanan üç katmanlı maskelerdir (Chu et al., 2020). Cerrahi maskeler partikül girişine engel olmaktadır (Ahmad et al., 2020).

Dünya Sağlık Örgütü, COVID-19 bulaşını azaltmaya yönelik olarak kalabalık alanlarda ve yetersiz havalandırma durumlarında, COVID-19 ile enfekte iseniz veya COVID-19 semptomları olan kişi ile aynı ortamda bulunuyor ve/veya bulunduysanız, COVID-19 bulaşı açısından risk grubunda bulunuyor iseniz maske takmayı önermektedir (WHO, 2022a).

COVID-19 bulaşını minimize etmek için sosyal mesafe kurallarına uymak gerekmektedir. Fiziksel veya sosyal mesafe, ev dışındaki herkes ile arada mesafe bırakmak anlamına gelmektedir. Doğrudan teması önler ayrıca damlacık yoluyla çapraz bulaşmayı da engellemektedir (Sun & Zhai, 2020). Sosyal mesafe özellikle presemptomatik veya asemptomatik kişilerden korunmak için önemlidir. Bunu sağlamak amacıyla uzaktan eğitimin hayata geçirilmesi, sosyal etkinliklerin iptali, seyahat ve sokağa çıkma kısıtlamaları gibi önlemler alınmıştır. Kişiler arası en az iki metrelik fiziksel mesafe koymak ve sosyal ilişkileri en aza indirecek şekilde evde vakit geçirmek COVID-19 yayılmasını yavaşlatmaktadır (Ahmad et al., 2020). Yapılan bir çalışmada kişiler arasında bir metreden fazla fiziksel mesafe koyulması virus bulaşının azaldığı bildirilmiştir (Chu et al., 2020). Hastalık Kontrol ve Koruma merkezi tarafından bu mesafe en az 1,8 m olarak belirlenmiştir (CDC, 2022b).

COVID-19 enfeksiyonu aşı ile önlenilmektedir. Hastalığı önlemek amacıyla maske takma, sosyal mesafe uygulaması ve el hijyeni gibi birincil önlemler alınmıştır. İkincil olarak toplum bağışıklığını hedefleyen aşı uygulaması hayata geçirilmiştir (Alpay et al., 2023). COVID-19 virüsü Spike proteini ile ACE-2 reseptörüne konakçının Spike protein aracılığıyla bağlanır. Aşı çalışmaları kapsamında virüsün Spike proteinlerini kullanıp antikor üretmek hedeflenmektedir. Üretilen aşılar koruyucu, antibiyotik ve terapötik madde içermemektedir. Ayrıca herhangi bir hayvansal madde, allerjiye neden olabilecek gıda proteinleri, lateks ve metal bulundurmamaktadır (CDC, 2022a).

Bağışıklama kapsamında m-RNA aşıları, inaktif aşılardan ve vektör aşılardan geliştirilmiştir. Pfizer/BioNTech ve Moderna mRNA aşılarıdır. Bu aşılardan kişiye enjekte edildiğinde mRNA'lar hücre içine girerek Spike protein üretir, hücreler tarafından bu antijen olarak algılanarak immün sistem tarafından antikor üretilmektedir. Pfizer/BioNTech aşısının dezavantajı saklama koşullarıdır (-70 °C'de 6 ay, buzdolabında +4°C'de 5 gün) İnaktif aşılardan, virüsün inaktive edilmesi ile elde edilmektedir. Hastalığa neden olmayan bağışıklık yanıtı oluşturan etkisizleştirilmiş virüs içermektedir. Sinovac (CoronoVac) ve Turkovac inaktif aşılarıdır. Vektör aşılardan ise Spike proteinini kodlayan genlerin vektör aracılığıyla bireye enjekte edilmesi sonucu geliştirilen aşılarıdır. Sputnik V, Oxford/Astra Zeneca, Johnson and Johnson vektör aşılarıdır (Gülbüz et al., 2021; Ünal, 2022).

Ülkemizde Pfizer/BioNTech, Sinovac ve Turkovac aşıları uygulama açısından aktiftir. Sağlık Bakanlığı tarafından aşı uygulamaları için basamaklı bir uygulama belirlenmiştir. Bu basamaklar belirlenirken hastalığa maruziyet, hastalığı ağır geçirme durumu veya bulaştırmacılık riskleri gibi etkenler göz önüne alınmıştır. Öncelik risk altında olan sağlık çalışanlarına verilmiştir. Bu uygulama basamakları Çizelge 2.3'te gösterilmiştir (TCSağlık Bakanlığı).

Çizelge 2.3. Aşı Uygulanacak Grup Sıralaması (TCSağlık Bakanlığı).

AŞAMA	GRUP	SIRA	ALT GRUP
1.AŞAMA	A.Sağlık kurumunda çalışanlar, eczane çalışanları	A	
	B.Yaşlı, engelli, koruma evlerinde kalanlar ve çalışanlar	B	
	C.65 yaş ve üzeri bireyler	C1	90 yaş üzeri bireyler
		C2	85-89 yaş üzeri bireyler
		C3	80-84 yaş üzeri bireyler
		C4	75-79 yaş üzeri bireyler
		C5	70-74 yaş üzeri bireyler
2.AŞAMA	A.Hizmetin sürdürülmesi için öncelikli sektörler	C6	65-69 yaş üzeri bireyler
		A1	Milli Savunma Bakanlığı
		A2	İçişleri Bakanlığı
		A3	Kritik görevlerdeki işçiler
		A4	Zabıta, özel güvenlik
		A5	Adalet Bakanlığı
		A6	Cezaevi
		A7	Eğitim sektörü

Çizelge 2.3. (devam ediyor).

		A8	Gıda Sektörü
		A9	Taşımacılık sektörü
3.AŞAMA	B.50-64 yaş arası bireyler	B1	60-64 yaş arası bireyler
		B2	55-59 yaş arası bireyler
		B3	yaş arası bireyler
		A1	45-49 yaş arası bireyler
	A.Kronik hastalığı olan kişiler	A2	40-44 yaş arası bireyler
		A3	18-39 yaş arası bireyler
		B1	45-49 yaş arası bireyler
		B2	40-44 yaş arası bireyler
	B.Diğer gruplar	B3	35-39 yaş arası bireyler
		B4	30-34 yaş arası bireyler
		B5	25-29 yaş arası bireyler
		B6	17-24 yaş arası bireyler
4.AŞAMA	Aşılama aşaması geldiği halde aşı yaptırmayanlar		

Korona enfeksiyonu ile karşılaşmış hastaların bulaştırmacılık durumunu ortadan kaldırmak ve yayılmayı engellemek adına evde karantina uygulaması hayata geçirilmiştir. Başlangıçta karantina süresi 14 gün olarak belirlenirken, aşılama durumuna göre bu süre azaltılmıştır (TCSağlık Bakanlığı, 2022c, 2022d).

2.1.5. COVID-19 Tedavisi

SARS-CoV-2 tedavisinde amaç enfeksiyonun önlenmesi ve kontrol altına alınması, destekleyici tedavi vermek, semptomları giderici ve solunum yetmezliğini engelleyici tedavi vermektir. Standart bir tedavi presodürü olmamakla birlikte hastalığın şiddetine göre farklı tedaviler kullanılmaktadır. Bu tedavi kapsamında farmakolojik, asemptomatik ve destekleyici tedaviler uygulanmaktadır. Farmakolojik tedaviler için antiviral (favipravir, remdesivir, lopinavir-ritonavir) ilaçlar, antiinflamatuvar (kortikosteroid vb.) ilaçlar ve immünomodülatör ilaçları verilmiştir (Cascella et al., 2022; CDC, 2023; Gavriatopoulou et al., 2021; Stasi et al., 2020). Hasta takibi yapılırken yeterli günlük enerji alımı, oksijen saturasyonu, solunum ve kalp hızı gibi hayati bulguların izlenmesi ve hastaya istirahat önerisi yapılmaktadır (Li et al., 2020; Peng et al., 2020). Destek tedaviler ise oksijen

desteği, hava yolu kontrolü ve yoğun bakım hizmeti sunumudur (Bekgöz & Şan, 2020).

Hastalığın şiddetine göre evde, hastane servislerinde veya yoğun bakım koşullarında tedavi gerçekleştirilmektedir. Hastanede takip edilmesi gerektiği düşünölen gruplar (TCSağlıkBakanlığı, 2022b):

- 50 yaşı ve üzeri hastalar
- Kronik hastalığı olanlar (Diyabet, hipertansiyon vb.)
- Ağır pnömoni göstergesi olanlar
- Solunum sıkıntısı veya takipne (>30/dk) veya hipotansiyon <90/60 mmHg veya SpO₂ < %92 veya akciğer BT yaygın tutulumu olanlar
- Sepsis, septik şok veya kardiyomiyopati, aritmi gelişenler
- Akut böbrek hasarı gelişenler
- Kötü prognoza sahip hastalar (kan lenfosit sayısı 40 mg/l veya ferritin >500ng/ml veya D-Dimer >1000 ng/ml, vb.)

Türkiye Diyetisyenler Derneği, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Hastalık Kontrol ve Koruma Merkezi (CDC) tarafından belirlenmiş standart bir tıbbi beslenme tedavisi yoktur. Ancak COVID-19 bir enfeksiyöz ajan barındırdığından enfeksiyon hastalığı olarak kabul edilip, beslenme tedavisi ona göre yapılabilmektedir. Enfeksiyon hastalarında diğer her durumda olduğu gibi yeterli ve dengeli beslenme önemlidir. Vücutdaki enfeksiyona bağlı ortaya çıkan artmış enerji ve besin ögesi ihtiyacı karşılanmalıdır (Muslu & Ersü, 2020; Sönmez & Beyhan, 2021). Beslenme durumu bireyin COVID-19 enfeksiyonunu geçirme şiddetini etkilemektedir. Yüksek doymuş yağ, yüksek rafine karbonhidrat ve şeker içeriği olan fakat lif, doymuş yağ ve antioksidan içeriği az olan tipik batı diyeti bağışıklığı olumsuz etkilediğinden hastalığın şiddetinin artmasına neden olmaktadır (Topuz, 2020). Beslenme tedavisi hastalığın her aşamasında hastanın beslenme durumunun değeriendirilmesi ve farmakolojik tedaviyi destekleyecek şekilde düzenlenmesi gerekmektedir. Gelişen katabolik duruma bağlı olarak ortaya çıkabilecek malnütrisyon ve sarkopeni durumu tedavi edilmelidir. Gerekli durumlarda enteral ve parenteral beslenmeden destek

alınmalıdır. Ayrıca dehidrasyon durumu da değerlendirilerek bireyin hastalık seyrine olumlu katkıda bulunmak gerekmektedir (Pekcan, 2020; Sönmez & Beyhan, 2021).

2.1.6. COVID-19 Pandemisinin Ülkemizdeki Seyri

Wuhan kentinde 31 Aralık 2019 tarihinde nedeni bilinmeyen pnömonik vakalar tespit edilmiştir (Zhu et al., 2020). Bu durumun üzerine sağlık bakanlığı tarafından henüz ülkemizde vaka tespit edilmemişken 10 Ocak 2020 tarihinde “Koronavirüs Bilim Kurulu” kurulmuştur. Hemen ardından kurulca hazırlanan COVID-19 hastalık kılavuzu yayınlanmıştır. Bilim kurulu çalışmalarının yönlendirmesi sonucu alınan kararlar doğrultusunda koronavirüsün yayılmasını ve ülkemize bulaşını önlemek adına başta Çin (Wuhan şehri) olmak üzere diğer ülkelere uçuşlara yasak getirilmiş, karayolu gümrük kapıları kapatılmıştır. Ayrıca diğer ülkelerden Türkiye’ye gelen kişilerin yayınlanan COVID-19 hastalık kılavuzunda yer aldığı gibi 14 gün karantina süresi boyunca kendilerini izole etmeleri gerektiği ifade edilmiştir. COVID-19 enfeksiyonunun ilk vakası ülkemizde 11 Mart 2020 tarihinde görülmüştür (TCSağlık Bakanlığı, 2020c). Ardından eğitime uzaktan devam edilmesi adına kararlar alınmıştır. 17 Mart 2020 tarihinde koronavirüse bağlı ilk ölüm vakası görülmüştür. Bulaşın rahatlıkla oluşabileceği kalabalık ortamlar oluşturan spor müsabakalarının seyircisiz oynanmasına, sosyal etkinliklerin (tiyatro, sinema vb.) yapılmamasına, berber, güzellik salonları, eğlence mekanlarının ve toplu yemek yenen mekanların bir süreliğine faaliyetlerine ara verilmesine karar verilmiştir. Ayrıca piknik alanları kapatıldı ve camilerde cemaatle namaza ara verilmiştir. 30 büyükşehir ve Zonguldak iline giriş-çıkışlar yasaklanmıştır. Kalabalık alanlara girişte maske takmak zorunlu hale getirilmiştir. Kamu çalışanlarının esnek çalışma saatlerine geçmesi konusunda çalışmalar yapılmıştır. Hareketliliği azaltmak adına sokağa çıkma konusunda öncelikle risk faktörü yüksek olan bireyler (65 yaş ve üzeri, kronik hastalığı olan) ardından diğer risk grupları (20 yaş altı olan kişiler) olmak üzere kademeli olarak yasaklama getirilmiştir. Alınan tedbirler sonucunda olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Vaka sayısı değerlendirilerek, salgının kontrol altına alındığı dönemde normalleşme süreci adı altında kontrollü olarak bazı önlemler kaldırılmıştır. Günlük vaka sayısının 1000 kişinin altına düşmesiyle birlikte 30 Mayıs 2022’de yayınlanan T.C. İçişleri Bakanlığı Genelgesi ile tüm kısıtlamalar

kaldırılmıştır (Akgün, 2020; Aysan et al., 2020; Birliği, 2020; Budak & Korkmaz, 2020; İşlek et al., 2021; TCİçişleriBakanlığı, 2022; TCSağlıkBakanlığı, 2020b).

2.1.7. COVID-19 Pandeminin Etkileri

COVID-19 pandemisi yalnızca fizyolojik sağlığı tehdit eden bir halk sağlığı sorunu olmamıştır. Alınan önlemler ve hastalığın seyri nedeniyle ülkedeki insanların psikolojik durumunu, ülke ekonomisini ve sosyal yaşamını da etkilemiştir. (Demir & Hamza, 2023).

Pandemi ile mücadele çalışmaları öncelikli olarak kişilerin fiziksel sağlığı korumayı amaçlamıştır. Ancak bireylerin ruh sağlığı da ciddi oranda pandemiden etkilenmiştir. Alınan önlemler kapsamında bireylerin psikolojik duygu durumları değişkenlik göstermiştir. Bu duygu durumu değişiklikleri toplum ve bireysel yönden etkileri olmuştur. Toplum açısından baktığımızda hastalığın yayılma hızı, kitlesel bir bulaşma korkusu, ölüm korkusu ve hastalık seyri ile ilgili net bilgi bulunmadığından belirsizlik hissi ve bunlara bağlı olarak gelişen depresif bir ruh hali söz konusudur (Tükel, 2020; Zeybek et al., 2020). Karantina ve izolasyonda görülebilen ruhsal belirtiler kaygı, endişe, panik atak, korku, huzursuzluk, sinirlilik hali, çaresizlik hissi, tetikte olma hali, sağlık kaygısı, değersizlik hissi, suçluluk hissi, motivasyon kaybı, isteksizlik, dikkatini eksikliği, iştah kaybı ya da iştahta artma, uykusuzluk, öfke ve tahammülsüzlük, tükenmişlik ve yalnızlık hissi olarak sıralanmaktadır (Bahar et al., 2020).

Pandemi ile mücadelede kullanılan, temel korunma yöntemi olarak bireyler arası mesafenin artırılmasını sağlayan “evde kal” çağrısının psikolojik sonuçları incelendiğinde bireylerde zayıflamış sosyal ilişkiler gözlenmiştir. Bu bağlamda yapılan çalışmalar evde kalmanın depresyon, sağlık endişesi, ekonomik kaygı ve yalnızlık duygusunu arttırdığını göstermiştir (Reger et al., 2020; Thunström et al., 2020). Öte yandan ev içinde geçirilen vaktin artmış olması aile bireyleri ile daha fazla iletişimde olmayı sağlamıştır. Bunun yanı sıra aile içi anlaşmazlıklarda ve aile içi şiddetin artışına da neden olmuştur (Kocabaş, 2020; Toprak Ergönen et al., 2020).

Pandemi nedeniyle yapılan sosyal kısıtlamalar, bireyler ev içinde daha fazla zaman geçirmesine neden olmuştur. Evde geçirilen zaman arttıkça, ekran karşısında geçirilen sürede artış gözlenmiştir. Buna bağlı olarak hareketsiz bir yaşamı da beraberinde getirmiştir. Aynı zamanda ev içi etkinlik dağılımında büyük bir bölümün mutfakta geçirilen süreye ayrılması alınan kalori içeriğinin artmasına da neden olmaktadır. Yaşam tarzının bütünüyle değiştiren pandemi koşulları bireyleri sağlıklı bir ortama sürüklemiştir (Yıldız, 2020; Zhang & Liu, 2020).

2.2. SAĞLIK VE BESLENME

Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” şeklinde tanımlanmaktadır (WHO, 1948).

Beslenme, büyüme ve gelişmenin sağlanması, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması için besinlerin kullanılması olarak tanımlanmaktadır (Baysal, 2004). Beslenme, vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanda almak için bilinçli yapılması gereken bir eylemdir (Aydın, 2017).

Beslenme ve sağlık anlayışı incelendiğinde, iki sorun ön plana çıkmaktadır. Bunlardan bir tanesi yetersiz enerji ve besin ögesi alımına bağlı olarak gelişen malnütrisyon, bir diğeri ise aşırı enerji ve besin ögesi alımına bağlı olarak gelişen obezitedir. Malnütrisyon, yetersiz beslenmeye bağlı olarak vücut kitlesinde kayıp olarak tanımlanmaktadır. Obezite ise aşırı beslenmeye bağlı olarak vücutta aşırı yağ birikimi olarak tanımlanmaktadır. Her iki beslenme sorunu bireyin sağlığını tehdit etmektedir. Bu nedenle sağlık durumunun korunması için yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması gerekmektedir. (Arslan, 2018; Cederholm et al., 2017).

2.2.1. Yeterli ve Dengeli Beslenme

Yeterli ve dengeli beslenme sağlığın temelini oluşturmaktadır. “Yeterli ve dengeli” beslenme, vücudun büyümesi, yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan enerji ve besin öğelerinin her birinin yeterli miktarda alınması ve vücutta uygun şekilde

kullanılması olarak ifade edilmektedir (Aydın, 2017). Beslenmenin yeterli olması için bireyin yaş, cinsiyet ve fiziksel aktivite durumuna göre gereksiniminin karşılanması gerekmektedir. Beslenmenin dengeli olması ise bu gereksinmeyi sağlayacak kadar besin öğelerinin karşılanması ile sağlanmaktadır. Yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlamanın temelinde sağlıklı beslenme, sağlıklı beslenmenin temelinde ise besin çeşitliliğinin sağlanması gelmektedir (TCSağlıkBakanlığı, 2015, 2022e).

Sağlıklı beslenme farklı ülkelerde farklı rehberler ile anlatılmaktadır. Hazırlanan beslenme rehberlerinin temel amacı sağlıklı beslenmeyi geliştirme ve sağlıklı besin seçimini kolaylaştırmaktır (Murphy & Barr, 2007). Beslenme rehberleri içeriğinde, besin rehberleri de bulunmaktadır. Besin grupları ve bu gruplardan tüketilmesi gereken miktarlar farklı modellemeler ile anlatılmaktadır. Her ülke için farklı modellemeler kullanılmaktadır (WHO/FAO, 1998). İngiltere’de sağlıklı yeme tabağı (Myplate), Almanya’da beslenme çemberi, Portekiz’de besin çarkı, Çin’de besin rehberi pagodası, Tayland’da besin bayrağı, Japonya’da besin rehberi topacı, Macaristan’da ev modellemelerinden yardım alınmaktadır. Türkiye içerisinde ise dört yapraklı yonca modeli, sağlıklı beslenme tabağı ve beslenme piramidi kullanılmaktadır (Aktaş, 2011; FAO; Herforth et al., 2019; Murphy & Barr, 2007).

Vücudun ihtiyaç duyduğu enerji ve besin öğelerinin kaynağı olan besinler beş grupta incelenmektedir. Bu beş temel besin grubu: (1) Süt ve süt ürünleri grubu, 2) Et-Yumurta - Kurubaklagiller - Yağlı Tohumlar Grubu, 3) Ekmek ve ekmek yerine geçen besinler grubu 4) Sebze grubu 5) Meyve grubudur (TCSağlıkBakanlığı, 2022e).

Sağlıklı beslenmenin temelinde besin çeşitliliğinin sağlanması bulunmaktadır. Besin çeşitliliğinin sağlanması için her besin grubundan dengeli bir şekilde tüketilmesi gerekmektedir. Bu dengeleme ifade edilirken sembolik olarak dört yapraklı yonca (Şekil.2.5) kullanılmaktadır. Sebze ve meyve grubu tek grup olarak toplanarak, besin grupları dört adet olarak ifade edilmektedir. Yoncanın her bir yaprağı bir besin grubunu temsil etmektedir. Ayrıca her bir yaprak kalp şeklinde tasarlanmış olup, kalp sağlığının önemini ifade etmektedir. Sembol etrafında bulunan zeytin dalları ise

yeterli ve dengeli beslenmenin temelinde olan Akdeniz tipi beslenmede önemli bir yere sahip olan zeytinyağını ifade etmektedir (TCSağlıkBakanlığı, 2015).



Şekil 2.5. Dört yapraklı yonca modeli (TCSağlıkBakanlığı, 2015).

Sağlıklı yaşam biçimi yaklaşımının farkındalığının artırılması ve kolay anlaşılır olması amacıyla sağlıklı beslenme tabağı modellenmektedir. “Besin Gruplarına göre Tabak Modeli” (Şekil.2.6) beş besin grubu için düzenlenmektedir. Modelleme üzerindeki tabakta saatin işleyiş yönünde sırasıyla; süt ve süt ürünleri (yoğurt, ayran vb.) grubu; et, yumurta ve kurubaklagil (tavuk, balık, yumurta ve kuru bakliyat (mercimek, kuru fasulye, nohut vb.) ile yağlı tohumlar (ceviz, fındık, badem) grubu, taze sebzeler grubu, taze meyveler grubu, ekmek ve ekmek yerine geçen besinler (bulgur, pirinç vb.) grubu görülmektedir. Her öğünde tabakta yer alan her gruptan yiyeceğin tüketilmesi hedeflenmektedir. Modellemede aynı zamanda günlük beslenmede zeytinyağı tüketiminin yer almasına ve su tüketimine önem verilmektedir. Modelleme yapılırken hareketli bir yaşam tarzına da dikkat çekilmek istenmektedir. (TCSağlıkBakanlığı, 2015, 2022e)



Şekil 2.6. Sağlıklı Beslenme Tabakası (TCSağlıkBakanlığı, 2022e).

Beslenme piramidi besin çeşitliliği ve sağlıklı beslenme ilkesine dayanarak hazırlanmaktadır. Türkiye’de kullanılan beslenme piramidinde besin önerileri ile birlikte fiziksel aktiviteye de yer verilmektedir. Türkiye Beslenme ve Fiziksel Aktivite Piramidi Şekil.2.7’de gösterilmektedir. Ayrıca tüketilmesi önerilen porsiyon miktarları, tüketiminin artırılması ve azaltılması gereken besinlere görselde belirtilmektedir. Su tüketimi ve Akdeniz tipi beslenme temelinde bulunan zeytinyağı tüketimine dikkat çekilmektedir. Piramidin taban kısmında, temel enerji kaynağı kabul edilen ekmek ve ekmek yerine geçen besinler grubu bulunmaktadır. Piramidin üst basamaklarına doğru sıra ile sebze ve meyve grubu, et, yumurta, kurubaklagil grubu ve süt ve süt ürünleri grubu bulunmaktadır. Piramidin en üst basamağına az miktarda tüketilmesi önerilen yüksek oranda yağ içeren besinler ve şekerli besinler yerleştirilmektedir. Piramidin diğer yüzeyinde ise fiziksel aktivite önerilerine yer verilmektedir. Taban kısmında hareketli yaşam teşvik edilirken, en az tercih edilmesi önerilen hareketsiz yaşam piramidin en üst basamağına yerleştirilmiştir. (TCSağlıkBakanlığı, 2015, 2022e).



Şekil 2.7. Türkiye Beslenme ve Fiziksel Aktivite Piramidi (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022e).

Beslenmenin temel yapı taşlarından biri olan su, bireyler için elzem bir sıvıdır. (Laja García et al., 2019) Vücuttaki sistemlerin çalışmasında kimyasal olaylar gerçekleştiğinden, vücutta yeterince su bulunması yaşam idamesi için gereklidir (TCSağlıkBakanlığı, 2022e). Besinlerin vücuda alınması, sindiriminin kolaylaşması, hücre içine taşınması ve metabolizma sonucu oluşan toksik öğelerin dışarı atılmasında yardımcı olmaktadır. Ayrıca, ısı regülasyonunu sağlamakta görev almaktadır (Baysal, 2004). Vücut suyu bebeklik çağında %80 iken yaş ile birlikte azalarak %50-60'lara düşer (TCSağlıkBakanlığı). Hidrasyonun sağlanması için yiyecek ve içeceklerle sıvı alımı yapılırken, idrar, ter ve solunum yoluyla da sıvı kaybı sağlanmaktadır (TCSağlıkBakanlığı). Vücutta bulunan suyun %10 kaybı hayati fonksiyonlarda aksamaya neden olurken, %20'lik kaybı ölüme neden olmaktadır (Aksoy, 2011). Avrupa Gıda Güvenliği Otoritesi (EFSA) tarafından erkek bireylerin günlük 2,5 litre, kadın bireylerin ise 2 litre su tüketmesi önerilmektedir (EFSA Panel on Dietetic Products & Allergies, 2010). Tüketilmesi önerilen su miktarı kilogram başına 35 ml olarak pratik bir şekilde hesaplanmaktadır. İdrar renginin koyulaşması su ihtiyacının karşılanamadığının bir göstergesi kabul edilmektedir (T.C. SağlıkBakanlığı).

2.2.2. Fiziksel Aktivite

DSÖ, enerji harcaması gerektiren iskelet kasları tarafından üretilen herhangi bir bedensel hareketi fiziksel aktivite olarak tanımlamaktadır (WHO, 2022d). Günlük yaşam aktiviteleri olan oyun oynamak, ev işleri, bahçe işleri, yürümek, merdiven inip çıkmak, yemek yemek, banyo yapmak gibi etkinliklerin dışında egzersiz ve spor da fiziksel aktivite olarak kabul edilmektedir (TCSağlıkBakanlığı, 2014). Egzersiz, planlanmış ve tekrarlanmış, amacı fiziksel uygunluğu yani hareketlerin doğru bir şekilde yapılmasını ve fiziksel dayanıklılıkla ilgili olarak vücudun var olan kondisyon durumunu geliştirmek olan fiziksel aktiviteler olarak tanımlanmaktadır. Spor ise bireysel veya takım halinde belirli kurallar çerçevesinde yürütülen aktivite türü olarak tanımlanmaktadır (Caspersen et al., 1985; TCSağlıkBakanlığı, 2014).

Fiziksel aktiviteler yoğunluklarına göre sınıflandırılmaktadır. Düşük yoğunluktaki fiziksel aktiviteler esnasında, çok az çaba harcanmaktadır. Nefes alma ve kalp atım sayısı dinlenme değerinin biraz üzerine çıkmaktadır. Yavaş yürüyüş, ev işlerini yapmak gibi etkinlikler düşük yoğunluktaki fiziksel aktivitelerle örnek olarak verilebilmektedir. Orta düzey fiziksel aktiviteler, orta dereceli çaba gerektirmektedir. Nefes alma ve kalp atım sayısı normalden daha fazla olmakta ve kaslar zorlanmaya başlamaktadır. Birey aktivite sırasında konuşabilir ancak şarkı söyleyemez durum olmaktadır. Hızlı yürümek, düşük tempolu koşular, dans etmek, ip atlamak, yüzmek, masa tenisi oynamak, yavaş tempoda bisiklet sürmek gibi etkinlikler orta düzey fiziksel aktivitelerle örnek olarak verilebilmektedir. Yüksek yoğunluktaki fiziksel aktiviteler, çok fazla çaba gerektirmektedir. Nefes alma ve kalp atım sayısı normalden çok daha fazla olmakta ve kaslar daha fazla zorlanmaktadır. Kişi aktivite sırasında nefesi kesilmeden birkaç kelimeden fazla konuşamamaktadır. Tempolu koşu, basketbol, futbol, voleybol, hentbol ve tenis oynamak, stepaerobik derslerine katılmak, tempolu dans etmek gibi etkinlikler yüksek yoğunluktaki fiziksel aktivitelerle örnek olarak verilebilmektedir (TCSağlıkBakanlığı, 2014).

Fiziksel aktivite düzeyi değerlendirilirken metabolik eşdeğer (ME) kavramı kullanılmaktadır. Fiziksel aktivite sırasında kullanılan oksijen miktarını hesaplamak için kullanılan birim metabolik eşdeğer olarak tanımlanmaktadır. Dinlenme halinde

fiziksel aktivite düzeyi 1 ME olarak belirlenmekte olup, bireyin hareketi arttıkça bireyin metabolizmasının dinlenme durumuna ne kadar katlandığını göstermektedir (TCSağlıkBakanlığı, 2014).

Düzenli fiziksel aktivite kemik sağlığını iyileştirmekte, hipertansiyon, koroner kalp hastlığı, çeşitli kanser türleri ve depresyon riskini azaltmaktadır. Ayrıca kas-eklem kontrolünü artırarak dengenin sağlanmasına, reflekslerin gelişmesine etki etmektedir. Kalp ritminin düzenlenmesinde, solunum kapasitesindeki artışta ve vücut su-tuz-mineral ve şeker dengesinin kontrolünde yarar sağlamaktadır. Kişilerde sosyal ilişkilerin düzelmesi, yorgunluk hissinde azalma, iletişim becerilerinin güçlenmesi, özgüven artışı da gözlenmektedir. Ayrıca düzenli fiziksel aktivite hareketli bir yaşam tarzının benimsenmesi ile birlikte obezite savaşına destek olmaktadır. Bireyin kendini iyi hissetmesine ve sağlıklı bir vücudun korunmasına yardımcı olmaktadır (TCSağlıkBakanlığı, 2014; WHO, 2022d).

Hareketsiz yaşam tarzının beraberinde birçok sağlık sorununu getirdiği bildirilmektedir. Hareketli yaşam tarzının benimsenmesinin sağlanması gerekmektedir. Bu nedenle hareketli bir yaşam için bireylerin teşvik edilmesi önerilmektedir. Yetişkin bireyler için haftalık en az 150-300 dakika orta yoğunlukta veya en az 75-150 dakika şiddetli yoğunlukta fiziksel aktivite yapmak önerilmektedir (WHO, 2020d). Yaşamın her anında ve koşulda fiziksel aktivite artırılabilir. Motorlu taşıtları kullanmak yerine yürüyerek ulaşım sağlama, toplu taşıma kullanırken birkaç durak önce inerek yürüyüş yaparak eve/işyerine ulaşmak, asansör yerine merdiven kullanmak gibi basit değişikliklerle hareketsiz yaşam tarzı değiştirilebilmektedir (TCSağlıkBakanlığı, 2014).

2.2.3. Bağışıklık

Bağışıklık sistemi veya immün sistem, insan vücudunun kendisine yabancı olan ve olmayan maddeleri (virüs, bakteri vb.) tanıyarak yararlı hale getirme ve/veya yok edebilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Bağışıklık sisteminin görevi, zararlı mikroorganizmaların vücuda girmesini veya girdikten sonra dağılmasını önlemektir. Doğum ile birlikte gelişen doğal bağışıklık ve hastalık etkeni ile karşılaştıktan sonra

gelişen kazanılmış bağışıklık olarak iki tipte incelenmektedir. Doğal bağışıklık etmene özgü gelişim göstermemektedir. Ancak kazanılmış bağışıklık hastalık etkeni ile karşılaşıldığında geliştirilen antikor oluşumu ile veya başka bir canlıda gelişen antikorun transferi ile gelişebilmektedir (Alphan et al., 2013).

Güçlü bir bağışıklık sistemi, hastalık etkenine karşı koruyucu bir bariyer görevi görmektedir. Bağışıklık sistemini güçlendirmek için yapılabilecek en önemli girişim yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanmasıdır. Yetersiz besin alımı fonksiyonel bağışıklık yapısını etkileyerek doğal ve kazanılmış bağışıklık yanıtlarında aksamalara neden olmaktadır (França et al., 2009). Protein, karbonhidrat ve yağlar gibi makrobesin öğelerinin beraberinde vitamin ve mineraller (mikrobesin öğeleri) de bağışıklık sistemine etki etmektedir. Özellikle A, D, E, C, B2, B6 ve B12 vitaminleri, folik asit, demir, selenyum, çinko ve glutamin, arginin, taurin ve kükürt içeren amino asitler gibi çeşitli amino asitler ve omega-3 çoklu doymamış yağ asitlerinin immünomodülatör etkisi bulunmaktadır (Kussmann, 2010).

A vitamini, büyüme ve gelişmeyi sağlama ve vücutta bulunan epitel ve mukus bütünlüğünü korumakta görev almaktadır. Ayrıca anti-inflamatuar bir vitamin olduğundan bağışıklık sistemini güçlendirmede görev almakta ve hücrel ve humoral bağışıklık süreçlerinde düzenleyici rol oynamaktadır (Huang et al., 2018). COVID-19'a karşı koruyucu veya tedavi edici potansiyeli henüz bilinmemektedir (Karaağaç & Koyu, 2020).

D vitamini, mikroorganizmaların girişini engelleyen fiziksel bariyeri güçlendirmektedir. Monositlerin makrofajlara farklılaşmasını sağlar ve antimikrobiyal peptitlerin üretimini arttırmaktadır. Yardımcı T-hücre (Th)1 yanıtını azaltıp, Th2 ve düzenleyici Th cevabını artırır. Enfeksiyon durumlarında anti-inflamatuar ve pro-inflamatuar sitokinler salgılayarak Th cevabını artırmaktadır (Beard et al., 2011; Grant et al., 2020). Ayrıca bu sitokinlerin fazla miktarda salgılanmasıyla ortaya çıkan sitokin fırtınası, COVID19'un şiddeti ile ilişkilendirilmekte ve COVID-19 kaynaklı mortalitelerin önemli bir nedeni olarak gösterilmektedir (Coperchini et al., 2020; Mehta et al., 2020).

C vitamini, hem doğal hem de edinsel bağışıklığın hücresel fonksiyonlarını ve patojen hücrelere karşı epitel bariyer fonksiyonunu desteklemektedir. Antioksidan özelliği ile çevresel oksidatif strese karşı korumak sağlamaktadır. Enfeksiyon olan bölgeye nötrofil akışını sağlar, doğal öldürücü hücre aktivitesini sürdürmektedir. (Carr & Maggini, 2017). COVID-19 enfeksiyonunu ağır geçiren bireylerde intervenöz C vitamin desteğinin olumlu etkisinin olabileceği önerilmektedir (Cheng, 2020).

E vitamini, antioksidan özelliği ile serbest radikallerin verdiği hasara karşı hücre membran bütünlüğünü korumaktadır. Th aracılı immün yanıtı artırır ve Natural Killer (NK) aktivitesini artırır, dendritik hücrelerin matürasyonu ve fonksiyonunu düzenlemektedir (Lee & Han, 2018). COVID-19 üzerine etkisi bilinmemektedir (Karaağaç & Koyu, 2020). Ancak bağışıklık sistemi üzerindeki etkiler değerlendirildiğinde özellikle immün sistemin zayıfladığı ve solunum yolu enfeksiyonlarının sık görüldüğü yaşlı popülasyonda alım düzeyine dikkat edilmelidir (Meydani et al., 2018).

Selenyum, Çinko ve Bakır mineralleri antioksidan özelliklerinden dolayı viral enfeksiyonlara karşı koruma sağlamaktadır ve immün sistem üzerinde etkileri bulunan mineraller olması nedeniyle yeterli alımları hastalıklara karşı savunmada oldukça önemlidir (Junaid et al., 2020). Dolayısıyla COVID-19 sürecinde bu minerallerin miktarının değerlendirilmesi gerekmektedir. Demir, eksikliği durumunda solunum yolları enfeksiyonlarına yakalanma riskinde artış gözlenirken; hem konakçı hem de patojen tarafından kullanılan mineral olduğundan viral hastalıklarda vücuttaki düzeyinin fazlalığı da sağlığı olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Veyisoglu & Mendes, 2022). COVID-19 salgını sürecinde, demir eksikliği tekrarlayan akut solunum yolu enfeksiyonları riskini artırabileceğinden, yeterli demir seviyelerini korumanın yararlı olacağı düşünülmektedir. (Junaid et al., 2020).

Omega-3 yağ asitlerinin inflamasyonu azaltıcı etkisi bulunmaktadır. Makrofajlar üzerinden sitokinlerin ve kemokinlerin üretilmesini sağlayarak bağışıklık sisteminde

rol oynamaktadır (Gutiérrez et al., 2019). Yapılan araştırmalar antiinflamatuar etkisi ile, COVID-19 üzerinde etkili olduğunu belirtmektedir (Taha et al., 2022).

Probiyotik mikroorganizmalar, mikrobiyota üzerinden patojen hücrelere karşı mücadele ederek bağışıklık sistemini desteklemektedir. Böylece hem anti-inflamatuar hemde anti-mikrobiyal etki göstermektedir (Akpınar & Türköz, 2019). Gastrointestinal sistem semptomları için tamamlayıcı bir takviye olarak, COVID-19 enfeksiyonlarında ikincil enfeksiyon riskini azaltmak amacıyla önerilmektedir (Xu et al., 2020).

Magnezyum, inflammatuar cevap, apoptoz, doğal ve kazanılmış bağışıklık üzerinde etkili olmaktadır (Tam et al., 2003). Yetersizliğinde virüse bağlı enfeksiyonlara karşı direnç azalmaktadır. Ayrıca magnezyum takviyesi antiinflamatuar, antioksidan ve immün sistemi destekleyici özelliği ile COVID-19 enfeksiyonunun neden olduğu solunum yolu semptomları ve organ hasarına karşı koruyucu etki göstermektedir (Calder et al., 2020).

Propolis, antioksidan, antimikrobiyal, antiviral, immünomodülatör ve antiinflamatuar özelliğe sahiptir (Santos et al., 2020). Kolay kullanım ve ulaşılabilirlik nedeniyle COVID-19 enfeksiyonunda destekleyici bir tedavi görevi edinmektedir (Scorza et al., 2020).

Aktif ve güçlü bir immün sistem, COVID-19 salgınında korunmada çevresel önlemler ile birlikte önem arz etmektedir. Bağışıklık sistemi zayıf olan bireylerin COVID-19 enfeksiyonuna yakalanma riski daha yüksek seyretmektedir (Jawhara, 2020).

2.2.4. Uyku

Uyku, canlının dış uyaranlarla etkileşiminin geçici, kısmi ve periyodik olarak kaybolması; sirkadiyen ritme uygun olarak düzenli şekilde belirli saatlerde gerçekleştirilen, bedenin kendisini yenilediği, sağlıklı yaşamın temelini oluşturan

fizyolojik bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Evlice, 2012; Karakaş et al., 2017). Uyku süresi tüm yaşamın ortalama üçte birini oluşturmaktadır. (Shneerson, 2009).

Uykunun hızlı göz hareketlerinin olmadığı uyku (non-REM (Non-Rapid Eye Movement)) ve hızlı göz hareketlerinin olduğu uyku (REM (Rapid Eye Movement)) olmak üzere iki dönemi bulunmaktadır. Bir gecelik uyku sürecinde dört-altı kez bu döngü tekrarlanır ve bir döngü yaklaşık 90 dakika sürer. Non-REM dönemi uyanıklıktan uykuya geçiş, derin uyku ve en derin uyku safhası olarak üç evreden oluşmaktadır. Uykunun %75-80'ini oluşturmaktadır. REM dönemine ise uyku başladıktan 90 dakika sonra ulaşılmaktadır. Bu dönem 5-30 dakikalık süreler halinde ortaya çıkar, tüm vücutta kas tonusu azalır, kalp atımları ve solunum düzensizleşmektedir. Toplam uyku süresinin %20-25'ini oluşturmaktadır. (Evlice, 2012; Schulz, 2007).

Uyku periyotları yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir. Bebeklik döneminde yaşamın büyük bir bölümü uykuda geçerken, yaş aldıkça uykuda geçirilen süre azalmaktadır. Yenidoğan bir bebek günün 16 saatini uyku ile geçirirken, yetişkin bir bireyde 7,5-8 saat uyku yeterli olmaktadır (Algın et al., 2016).

Uyku kalitesi, bireyin uyku hali sona erdikten sonra kendini yeni bir güne hazır hissedecek şekilde dinlenmiş vücut fonksiyonları bakımından formunda olma halidir (Yıldız & Ünal, 2017). Genel sağlık ve stres durumlarına ve/veya iş yaşamı, ekonomik durumu ve yaşam stiline bağlı olarak etkilenebilmektedir (Şenol et al., 2012) Uyku ve bağışıklık üzerindeki etkisi değerlendirildiğinde, kötü uyku bağışıklığı olumsuz olarak etkilemektedir. Bu nedenle bulaşıcı hastalıkların yayılmasını kolaylaştırmakta ve yaşam kalitesini düşürmektedir. COVID-19 pandemisinin neden olduğu psikolojik sorunlara bağlı olarak değişen sirkadiyen ritim, uyku kalitesi ve dolayısıyla bağışıklık sistemini olumsuz etkilemektedir (Silva et al., 2020). Enfeksiyondan korunma amacıyla gerçekleştirilen izolasyon veya enfeksiyonun yayılmasını önleme amacıyla gerçekleştirilen karantina uygulaması uyku düzenini olumsuz etkilemektedir (Duruk & Kalaycı, 2022).

2.3. COVID-19 PANDEMİSİ DÖNEMİNDE BESLENME ÖNERİLERİ

Pandemi sürecinde dengeli ve sağlıklı beslenmeyi temel alan beslenme önerileri üzerinde çalışmalar yürüten üç ana kuruluş bulunmaktadır: Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Türkiye Diyetisyenler Derneği (TDD) ve Gıda ve Tarım Örgütü (FAO) (Çulfa et al., 2021).

Dünya Sağlık Örgütü, her gün meyve ve sebze, tahıllar ve kurubaklagiller, et-yumurta-süt gibi protein içerikli besinlerin, yağ, tuz ve şeker içeriği düşük besinlerin, doymamış yağ asitlerinden zengin beslenmeyi tavsiye etmektedir. Vitamin kaybını en aza indirmek için meyve ve sebzelerinin pişirilmemesini, tüketilen kafein miktarının sınırlandırılmasını ve yüksek yağ ve şeker içerikli besinlerin tüketilmemesini önermektedir. (WHO).

Türkiye Diyetisyenler Derneği tarafından yeterli ve dengeli beslenmeyi temel alan Sağlıklı Yeme Tabagı'nın model alınması önerilmektedir. Vitamin ve mineral açısından oldukça zengin olan sebze ve meyve tüketimine mevsime uygun olarak ağırlık verilmesi gerektiği, haftanın iki gününde balık tüketilmesi gerektiği ayrıca kaliteli protein kaynaklarına ve kurubaklagillere her gün beslenme öyküsünde yer verilmesi gerektiği bildirilmiştir. Bu dönemde kan şekerini hızlı bir şekilde yükselten şeker ve şekerli besinler, beyaz un ile hazırlanmış ürünler ve ekmekler, aşırı tuzlu ve yağlı besinler ve alkol tüketimi sınırlandırılmalıdır (TDD, 2021).

Gıda ve Tarım Örgütü, vitamin mineral ve posa içeriği zengin olan sebze ve meyve tüketimine dikkat çekmektedir. Tam tahılların ve sağlıklı yağ içeriğine sahip olan yağlı tohumları doymamış yağ asitleri içeriğinden kaynaklı olarak bağışıklığı desteklemektedir. Besinlerin yağ, şeker ve tuz içeriği incelenmeli, seçim yaparken bu besin öğelerinde sınırlandırma yapılmalıdır. Düzenli su tüketiminin bol miktarda, alkol tüketiminin ılımlı miktarda olması önerilmektedir. Ayrıca FAO yayınladığı bildiride gıda güvenliği de ön planda tutulmalıdır. Gıda güvenliğinin sağlanması için besinin hazırlandığı ve pişirildiği ortamın temiz kullanımı, çiğ ve pişmiş besinlerin ayrı pişirilmesi ve saklanması, temiz su kullanımı, güvenli ve uygun sıcaklıkta besinlerin pişirilmesi ve saklanması önerilmektedir. (FAO, 2020).

COVID-19 enfeksiyonu tanısı almış tüm hastalarda beslenme durumunun değerlendirilmesi ve malnütrisyon taraması yapılması gerekmektedir. Zamanında uygulanmış yeterli ve dengeli beslenmeyi temel alan bir beslenme programı ile ortaya çıkabilecek komplikasyonlar en aza indirilebilmektedir (Pekcan, 2020). Ayaktan tedavi alan bireylerde bağışıklık sistemini destekleyici sağlıklı bir beslenme programının izlenmesi ve yeterli su tüketiminin takip edilmesi gerektiği bildirilmektedir. İştahı önemli ölçüde etkileyen boğaz ağrısı için çay, bal, zencefil, zerdeçal, adaçayı; tat ve koku değişiklikleri için ise baharat kullanımı önerilmektedir (Sönmez & Beyhan, 2021). Hastane yatışı olan hastalar için ise Avrupa Klinik Beslenme ve Metabolizma Derneği (ESPEN) tarafından bir beslenme rehberi yayınlanmıştır. Bu rehber içeriğinde malnütrisyon durumunun kontrolü, beslenme durumunun saptanması, vitamin ve mineral desteği, düzenli fiziksel aktivite, oral ve enteral beslenme takviyesini, entübe veya entübe olmayan yoğun bakım hastalarında beslenme tedavisi konularına değinmektedir (Barazzoni et al., 2020).

BÖLÜM 3

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, evren ve örnekleme, veri toplama araçları ve analizi hakkında bilgi verilmiştir.

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Çalışma, COVID-19 enfeksiyonun beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite davranışları üzerinde etkisinin araştırıldığı kesitsel tipte bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın evrenini Türkiye'nin herhangi bir ilinde ikamet eden, COVID-19 enfeksiyonuna maruz kalmış bireyler oluşturmaktadır. “COVID-19 Karantina Süreçlerinin Besin Tüketimi ve Vücut Ağırlık Değişimleri Üzerine Etkileri: 1 Yılda Ne Değişti?” çalışmasının verileri baz alınarak yapılan örneklem büyüklüğü (POWER) analizi sonucunda % 95 güven aralığı % 80 güç değerlerini sağlamak için ulaşılması gereken en küçük örneklem büyüklüğünün 1252 kişi olduğu hesaplanmıştır.

Çalışma çevirim içi anket olarak hazırlanmış ve 22.05.2022-28.02.2023 tarihleri arasında yapılarak, çalışmaya Türkiye’de yaşayan 1340 kişi dahil olmuştur. Çalışmaya PCR testi pozitif olduğunu beyan eden 18 yaş ve üzeri kadın ve erkek bireyler dahil edilmiştir. Çalışmaya katılımda gönüllülük esastır. Bireylerin PCR (Polimeras Chain Reaction) test sonuçları kişisel beyan ile alınmıştır. Çalışmada 18 yaş altında olmak ve PCR testinin negatif olması dışlama kriteri olarak belirlenmiştir.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışma kapsamında 18 yaş ve üzeri PCR testi pozitif olan yetişkin bireylerin COVID-19 geçirme süreci ve süreçten sonraki değişen beslenme alışkanlıkları ile ilgili sorular içeren çevrimiçi bir anket uygulanmıştır. Anket kapsamında sosyodemografik verilerin dışında vücut ağırlığı ve boy uzunluğu gibi antropometrik ölçümleri içeren sorular vardır. Ankette değişen beslenme alışkanlıkları arttı, azaldı ve değişmedi olarak sorgulanmıştır. Kapalı uçlu, çoktan seçmeli sorular içeren anket formu Google forms üzerinden hazırlanmıştır. Katılımcılara katılım uzantısı mail, Whatsapp, Instagram gibi sosyal medya organları ve çevrimiçi iletişim araçları kullanılarak iletilmiştir. Çalışmanın yapılabilmesi için gerekli Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 01.06.2022 tarihli toplantısı ve 2022/964 sayı numarası ile izinleri alınmıştır.

3.4. VERİ TOPLAMA VE ANALİZİ

Google Form aracılığıyla toplanan çalışma verileri SPSS 25.0 (Statistical Package for Social Science) istatistik paket programı ile değerlendirilmiştir. Çalışma verilerinin değerlendirilmesinde yüzdelik, ortalama, alt değer, üst değer, standart sapma ve ki-kare testi kullanılmıştır.

BÖLÜM 4

BULGULAR

Çalışmaya PCR testinin pozitif olduğunu beyan eden 1340 kişi dahil edilmiştir. Katılımcıların 810'u (%60,4) kadın, 530'u (%39,4) erkektir. Çalışmaya dahil edilen bireylerin (n=1340) yaş grupları, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir seviyesi, kronik hastalık varlığı ve alkol-sigara kullanımı Çizelge4.1'de verilmiştir. Çalışmaya katılan kişilerin yaş ortalaması $35,15 \pm 11,97$ 'dir. Yaş aralığı 18-85 aralığında değişmektedir. Yapılan sınıflamaya göre 18-24 yaş aralığındaki bireyler tüm katılımcıların 225'ini (%16,8) oluştururken, kadın katılımcıların 144'ü (%17,8) ve erkek katılımcıların 81'i (%15,3) 18-24 yaş aralığını oluşturmaktadır. 25-64 yaş aralığındaki bireyler tüm katılımcıların 1091'ini (%81,4) oluştururken, kadın katılımcıların %81,5'ini (n=660) ve erkek katılımcıların %81,3'ünü (n=431) oluşturmaktadır. 65 yaş ve üzeri bireyler ise tüm katılımcıların 24'ünü (%1,8) oluştururken, kadın katılımcıların 6'sını (%0,7) ve erkek katılımcıların 18'ini (%3,4) oluşturmaktadır. Katılımcıların 816'sı (%60,9) evli olduğunu 524'ü (%39,1) ise bekar olduğunu beyan etmiştir. Kadın bireylerin 500'ü (%61,7) evliyken, 310'u (%38,3) bekardır. Erkek bireylerin ise 316'sı (%59,6) evliyken, 214'ü (%40,4) bekardır. Bireylerin eğitim durumu incelendiğinde; %5,4'ü ilkokul-ortaokul mezunu, %17,8'i lise mezunu, %59'u üniversite mezunu, %17,8'i ise lisanüstü eğitim mezunudur. İlkokul-ortaokul mezunu 73 kişinin, kadın bireylerin %4,1'ini, erkek bireylerin %7,5'ini oluşturmaktadır. Kadın bireylerin 117'ü (%14,4) lise, 505'i (%62,3) üniversite mezunudur. Lisanüstü mezunu kadınlar, tüm kadınların %19,1'ini oluşturmaktadır. Erkek bireylerin 122'si (%23) lise, 285'i (%53,8) üniversite mezunudur. Lisanüstü mezunu erkekler, tüm erkeklerin %15,7'sini oluşturmaktadır. Çalışmaya dahil olan bireylerin gelir seviyeleri asgari ücret ile karşılaştırılarak değerlendirildiğinde; %74,4'ü asgari ücretin üzerinde, %19,4'ü asgari ücret seviyesinde ve %6,2'si asgari ücretin altında gelir seviyesine sahiptir. Kadın bireylerin 189'u (%23,3) asgari ücret seviyesinin altında, 61'i (%7,5) asgari

ücret seviyesinde ve 560'ı (%69,1) asgari ücret seviyesinin üzerinde gelir düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Erkek bireylerin 71'i (%13,4) asgari ücret seviyesinin altında, 22'si (%4,1) asgari ücret seviyesinde ve 437'si (%82,5) asgari ücret seviyesinin üzerinde gelir düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların genel sağlık durumu incelendiğinde, bir doktor tarafından hastalık tanısı almış bireyler, tüm katılımcıların %22,2'sini oluşturmaktadır.

Kadın katılımcıların 190'ının (%23,5), erkek katılımcıların 107'sinin (%20,2) herhangi bir kronik hastalık tanısı aldığı saptanmıştır. Bireylerin %77,8'i ise bir tanı almamıştır. Kadın katılımcıların 620'sinin (%76,5), erkek katılımcıların 423'ünün (%79,8) herhangi bir kronik hastalığı bulunmamaktadır. Tüm katılımcıların %26,7'si tütün ürünü kullanıyor ve tüm katılımcıların %23,5'i alkol tüketirken, tüm katılımcıların %73,3'ü tütün ürünü, %76,5'i alkol kullanmamaktadır. Kadın katılımcıların 187'si (%23,1) tütün ürünü, 136'sı (%16,8) alkol kullanmaktadır. Kadın katılımcıların 187'si (%23,1) tütün ürünü, 136'sı (%16,8) alkol kullanmaktadır. Erkek katılımcıların 171'i (%32,3) tütün ürünü, 179'u (%33,8) alkol kullanmaktadır. Katılımcıların arasında hem tütün ürünü hem de alkol tüketen kişi sayısı 165 (%12,3) kişidir.

Çizelge 4.1. Katılımcıların genel özellikleri.

		Kadın (n=810)	Erkek (n=530)	Toplam (n=1340)
		n (%)	n (%)	n (%)
Yaş	18-24	144 (17,8)	81 (15,3)	225 (16,8)
	25-64	660 (81,5)	431 (81,3)	1091 (81,4)
	+65	6 (0,7)	18 (3,4)	24 (1,8)
Medeni Durum	Evli	500 (61,7)	316 (59,6)	816 (60,9)
	Bekar	310 (38,3)	214 (40,4)	524 (39,1)

Çizelge 4.1. (devam ediyor).

Eğitim Durumu	İlkokul-Ortaokul	33 (4,1)	40 (7,5)	73 (5,4)
	Lise	117 (14,4)	122 (23)	239 (17,8)
	Üniversite	505 (62,3)	285 (53,8)	790 (59)
	Lisansüstü	155 (19,1)	83 (15,7)	238 (17,8)
	Asgari ücret altında	189 (23,3)	71 (13,4)	260 (19,4)
	Asgari ücret seviyesinde	61 (7,5)	22 (4,1)	83 (6,2)
Gelir Seviyesi	Asgari ücret üzerinde	560 (69,1)	437 (82,5)	997 (74,4)
	Kronik Hastalık Bulunma Durumu	Var 190 (23,5)	Yok 107 (20,2)	297 (22,2)
Tütün Ürünü Kullanımı	Var	620 (76,5)	423 (79,8)	1043 (77,8)
	Yok	187 (23,1)	171 (32,3)	358 (26,7)
Alkol Kullanımı	Evet	623 (76,9)	359 (67,7)	982 (73,3)
	Hayır	136 (16,8)	179 (33,8)	315 (23,5)
Alkol Kullanımı	Evet	674 (83,2)	351 (66,2)	1025 (76,5)
	Hayır			

Çalışmaya dahil olan katılımcılara “Uygulamış olduğunuz bir diyet türü var ise belirtiniz.” sorusuna verdikleri cevaplar Çizelge 4.2’de gösterilmiştir. Katılımcıların 1217’si (%90,8) herhangi bir diyet türü uygulamadıklarını belirtmiştir. Diğer 123 kişi ise bir diyet türü uyguladığını ifade ederken, bu diyet türünü belirtmeyen kişi sayısı 23’tür. 100 kişi ise farklı türlerde diyet uyguladıklarını belirtmişlerdir. Bu diyet türleri sırasıyla; intermitten fasting (n=36), akdeniz diyeti (n=27), ketojenik diyet (n=12), eliminasyon diyeti (n=11), zayıflama diyeti (n=6), özel diyetler (n=4) (Karatay Diyeti, John Atkins Diyeti, Aristokrat Diyeti), kilo alma diyeti (n=1), vejetaryen beslenme (n=1), tıbbi beslenme tedavisi (n=1), tek öğün beslenme (OMAD) (n=1). Çalışmaya katılan bireylerin günlük uyku süreleri 3 saat ile 13 saat arasında değişmektedir. Katılımcıların ortalama uyku süresi $7,27 \pm 1,2$ saattir.

Çizelge 4.2. Katılımcıların “Uygulamış olduğunuz bir diyet türü var ise belirtiniz.” sorusuna verdikleri cevaplar.

	Katılımcı sayısı (n)	Yüzdelik dilim (%)
Verilen cevaplar		
Yok	1217	90,8
Var	123	9,2
Belirtilmemiş	23	1,7
Intermittent Fasting	36	2,7
Zayıflama Diyeti	6	0,4
Eliminasyon Diyeti	11	0,8
Ketojenik Diyet	12	0,9
Kilo Alma	1	0,1
Vejetaryen Beslenme	1	0,1
Akdeniz Diyeti	27	2,0
Tıbbi Beslenme Tedavi	1	0,1
Özel Diyetler*	4	0,3
OMAD**	1	0,1

*Özel Diyetler: Karatay Diyeti, John Atkins Diyeti, Aristokrat Diyeti

**OMAD: One meal a day, günde tek öğün beslenme

Çalışmaya dahil edilen bireylerin (n=1340) COVID-19 hastalık sürecine dair bilgileri Çizelge4.3'te verilmiştir. Katılımcıların %95,1'i hastane yatışı olmadığını, %4,9'u hastane yatışının olduğunu bildirmiştir. Hastane yatışı bireylerde 1-120 gün aralığında değiştiğini ortalama $10,61 \pm 15,16$ gün olduğu tespit edilmiştir. Hastane yatışı olan 66 kişinin ise %4,3'ünün yoğun bakım yatışının olmadığı, %0,6'sının yoğun bakım yatışı olduğu tespit edilmiştir. Yoğun bakımda yatış süresinin 4-35 gün aralığında değiştiği, ortalama $11,87 \pm 10,03$ gün olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4.3. Katılımcıların hastanede ve yoğun bakım servisinde yatma durumu.

	Evet	Hayır
	n (%)	n (%)
Hastane yatışı oldu mu?	66 (4,9)	1274 (95,1)
Yoğun bakım yatışı oldu mu?	8 (0,6)	58 (4,3)

Katılımcıların COVID-19 enfeksiyonu sürecinde karşılaştıkları belirtiler Çizelge4.4'te gösterilmektedir. Katılımcıların %0,6'sı hastalık sürecinde herhangi bir belirti yaşamadığını belirtmektedir. Katılımcılar çoğunlukla (%81,9) kas-eklem ağrısı ve halsizlik/yorgunluk belirtisi ile karşılaştıklarını ifade etmiştir. İkinci olarak en çok görülen belirti (%60,6) baş ağrısıdır. Görülme sıklığına göre diğer belirtiler: öksürük (%56,8), boğaz ağrısı (%47,2), ateş (%45,4), nefes darlığı (%24,9), solunum sistemi

sorunları (%7), sindirim sistemi sorunları (%1,9), sinir sistemi sorunları (%1,1). Diğer belirtiler ise %1'in altında görülmektedir. Bu belirtiler: dolaşım sistemi sorunları (%0,4), cilt sorunları (%0,4) ve boşaltım sistemi sorunları (%0,1) dır.

Çizelge 4.4. COVID-19 enfeksiyonu sürecinde karşılaşılan belirtiler.

	Katılımcı sayısı (n)	Yüzdelik dilim (%)
Öksürük	761	56,8
Baş ağrısı	812	60,6
Kas-eklem ağrısı ve halsizlik/yorgunluk	1097	81,9
Ateş	609	45,4
Boğaz ağrısı	633	47,2
Nefes darlığı	333	24,9
Sinir sistemi sorunları*	15	1,1
Dolaşım sistemi sorunları**	5	0,4
Solunum sistemi sorunları***	94	7
Boşaltım sistemi sorunları****	2	0,1
Sindirim sistemi sorunları*****	26	1,9
Cilt sorunları*****	5	0,4
Belirti yok	8	0,6

*Sinir sistemi sorunları: halisünasyon görme, unutkanlık, baş dönmesi, paik atak, titreme, algıda gecikme, terleme, üşüme

**Dolaşım sistemi sorunları: hipertansiyon, nabız yüksekliği, ödem, çarpıntı

***Solunum sistemi sorunları: burun akıntısı, sinüzit, tat ve koku kaybı, grip, geniz akıntısı

****Boşaltım sistemi sorunları: böbrek tutulumu, idrar yolu enfeksiyon

*****Sindirim sistemi sorunları: ishal, kusma, mide bulantısı, iştah kaybı, disfaji

*****Cilt sorunları: depigmentasyon, allerji, kızarıklık, kaşıntı, ülserasyon

COVID-19 enfeksiyonu geçiren katılımcıların 726'sı (%54,2)tat ve koku kaybı yaşadığını belirtmiştir. Tat ve koku kaybı yaşayan bireylerin 103'ü (%7,7) karbonhidrat içeren ekmek ve tahıl (pilav, makarna vb.) grubu besinleri, 134 kişi (%10) protein içeren et,tavuk ve balık grubu besinleri, 242 kişi (%18,1) kızartmalar ve yağ içeriği yüksek besinleri ve 247 kişi (%18,4) şeker ve şekerli besinleri (pasta,tatlı vb.) tüketmeyi bırakmıştır (Çizelge4.5) Tamamen özel bir besini tüketememe durumunu yaşayan bireyler, tat ve koku kaybı yaşayan bireylerin 81'i (%11,2) oluşturmaktadır. Tüketim durumu terk edilen en çok besin (n=18) yumurtadır. Bu durumu takip eden besinler sırasıyla kırmızı et (n=8), şeker ve şekerli besinler (n=7), kızartma ve türevi yağlı besinler (n=5) ve tavuk eti (n=5) dir.

Çizelge 4.5. Tat ve koku kaybı sonrasında tüketimi bırakılan besin grupları.

	Katılımcı sayısı (n)	Yüzdelik Dilim (%)
--	----------------------	--------------------

Karbonhidrat içeren ekmek ve tahıl (pilav, makarna vb.) grubu besinler	103	7,7
Protein içeren et, tavuk ve balık grubu besinler	134	10
Kızartmalar ve yağ içeriği yüksek besinler	242	18,1
Şeker ve şekerli besinler (pasta, tatlı vb.)	247	18,4

Çalışmaya dahil olan bireylerin antropometrik ölçümleri cinsiyet dağılımına göre Çizelge 4.6’da verilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre kadın bireylerin boy uzunluğu 1,45 m ile 1,87 m aralığında değişmekte ve ortalama $1,63 \pm 0,06$ m’dir. Erkek bireylerin boy uzunluğu 1,55 m ile 2,00 m aralığında değişmekte ve ortalama $1,76 \pm 0,07$ m’dir. Katılımcıların ortalama boy uzunluğu $1,68 \pm 0,09$ m’dir. Kadın bireylerin vücut ağırlığı 40-156 kg aralığında değişmekte ve ortalama $66,07 \pm 14,13$ kg’dır. Erkek bireylerin vücut ağırlığı 50-180 kg aralığında değişmekte ve ortalama $83,79 \pm 14,99$ kg’dır. Tüm katılımcıların ise ortalama vücut ağırlığı $73,08 \pm 16,87$ kg’dır. Elde edilen sonuçlar ile hesaplanan BKİ değerleri incelendiğinde ise kadınların ortalama $24,6 \pm 5,06$ kg/m² değeri ile normal vücut ağırlığında olduğu, erkeklerin ise $26,77 \pm 4,47$ kg/m² değeri ile hafif kilolu olduğu görülmüştür. Katılımcılar $25,50 \pm 4,94$ kg/m² ortalama BKİ değeri ile hafif kilolu olarak nitelendirilmiştir.

Çizelge 4.6. Katılımcıların cinsiyete göre antropometrik ölçümleri.

	Kadın (n=810)			Erkek (n=530)			Toplam (n=1340)		
	$\bar{X} \pm S$	Alt değer	Üst değer	$\bar{X} \pm S$	Alt değer	Üst değer	$\bar{X} \pm S$	Alt değer	Üst değer
Boy (m)	$1,63 \pm 0,06$	1,45	1,87	$1,76 \pm 0,07$	1,55	2,00	$1,68 \pm 0,09$	1,45	2,00
Vücut Ağırlığı (kg)	$66,07 \pm 14,13$	40	156	$83,79 \pm 14,99$	50	180	$73,08 \pm 16,87$	40	180
BKİ (kg/m²)	$24,6 \pm 5,06$	16,38	61,71	$26,77 \pm 4,47$	16,51	51,20	$25,50 \pm 4,94$	16,38	61,71

Katılımcıların COVID-19 enfeksiyonu geçirdikten sonraki vücut ağırlığı değişimi Çizelge 4.7’de gösterilmiştir. Bireylerin 729’u (% 54,4) bu dönem sonrasında vücut ağırlığının değişmediği ifade etmektedir. Katılımcılardan erkek bireylerin 336’sı (%63,4), kadın bireylerin 393’ü (%48,5) vücut ağırlığının değişmediğini ifade etmiştir. Kadın bireylerin 218’i (%26,9) vücut ağırlığının arttığını ifade ederken, 199’u (%24,6) vücut ağırlığının azaldığını ifade etmektedir. Erkek bireylerin ise 78’i

(%14,7) vücut ağırlığının arttığını ifade ederken, 116'sı (%21,9) vücut ağırlığının azaldığını ifade etmektedir.

Çizelge 4.7. Katılımcıların COVID-19 enfeksiyonu geçirdikten sonraki vücut ağırlığı değişimi.

	Kadın (n=810)	Erkek (n=530)	Toplam (n=1340)
Vücut Ağırlığı	n (%)	n (%)	n (%)
Arttı	218 (26,9)	78 (14,7)	296 (22,1)
Azaldı	199 (24,6)	116 (21,9)	315 (23,5)
Değişmedi	393 (48,5)	336 (63,4)	729 (54,4)

Çalışmaya dahil olan bireylerin cinsiyete göre beslenme alışkanlıkları Çizelge4.8'de verilmiştir. Katılımcıların yemek yeme hızı değerlendirildiğinde; katılımcılardan yarısından fazlası (%51,2) normal yemek yeme hızında olduğunu belirtmiştir. Normal yemek yeme hızı bu çalışma için 20 dakika olarak kabul edilmiştir. Kadın katılımcılardan 433'ü (%53,5), erkek katılımcılardan 253'ü (%47,7) normal yemek yeme hızına sahiptir. Erkeklerin 40'ı (%7,5) yavaş yemek yeme hızına sahipken, 237'si (%44,7) hızlı yemek yemektedir. Kadınların 98'i (%12,1) yavaş yemek yeme hızına sahipken, 279'u (%34,4) hızlı yemek yemektedir. Bireylerin su tüketimi incelendiğinde %37,9 oranla (n=508) 1,5-2 litre su tüketildiği, kadınların %38,4'ünün erkeklerin ise %37,2'sinin bu orana dahil olduğu belirlenmiştir. Kadın katılımcıların 278'i (%34,3) ve erkek katılımcıların 169'u (%31,9) 1,5 litreden az su tüketmektedir. Su tüketimi 2-2,5 litre olan bireyler katılımcıların %16,6'sını, 2,5 litreden fazla olan bireyler katılımcıların %12,2'si oluşturmaktadır. Bireylerin çay-kahve tüketimi incelenirken, 1 çay bardağı (65ml) + 1 kahve fincanı (75ml) = 2 birim kabul edilmektedir. Katılımcıların 598'i 5-6 birim çay-kahve tüketmekte olup, %44,6'lık bu dilimi, kadınların %48'i ve erkeklerin %39,4'ü oluşturmaktadır. Katılımcıların %34,8'i 1-2 birim çay-kahve tüketen bireyler olduğunu ifade etmektedir. Kadın bireylerin %35,7'si, erkek bireylerin %33,4'ü 1-2 birim çay-kahve tüketmektedir. Günlük 8-10 birim çay-kahve tüketen bireyler %12,6'lık dilimi kapsarken, 10 birimden fazla çay-kahve tüketen bireyler %8'lik dilimi kapsamaktadır. Bireylerin günlük öğün sayısı incelendiğinde çoğunlukla (%25,6) 2

ana öğün + 1 ara öğün düzeniyle beslendikleri görülmektedir. En düşük oranla (%2,1) tek öğün beslenme tercih edilmektedir. Akdeniz diyetini temelinde bulunan 3 ana öğün + 3 ara öğün beslenmeyi tercih eden kişi sayısı 62 (%4,6)'dır. Kadın katılımcıların çoğunluğu (%25,9) 2 ana öğün+1 ara öğün tercih ederken, erkek katılımcıların çoğunluğu (%28,3) 3 ana öğün tercih etmektedir. Sırasıyla en çok tercih edilen diğer öğün sayıları: 2 ana öğün (%21) ve 3 ana öğün (%20,1) şeklindedir. 3 ana öğün +2 ara öğün öğün düzenini tercih eden bireyler katılımcıların %10,1'ini oluştururken, 2 ana öğün +2 ara öğün öğün düzenini tercih edenler katılımcıların %16,5'ini oluşturmaktadır.

Çizelge 4.8. Cinsiyete göre beslenme alışkanlıkları.

	Kadın (n=810)	Erkek (n=530)	Toplam (n=1340)
	n (%)	n (%)	n (%)
Yavaş	98 (12,1)	40 (7,5)	138 (10,3)
Yemek yeme hızı Normal*	433 (53,5)	253 (47,7)	686 (51,2)
Hızlı	279 (34,4)	237 (44,7)	516 (38,5)
1,5 litreden az	278 (34,3)	169 (31,9)	447 (33,4)
1,5-2 litre	311 (38,4)	197 (37,2)	508 (37,9)
Günlük su tüketimi** 2-2,5 litre	132 (16,3)	90 (17)	222 (16,6)
2,5 litreden fazla	89 (11)	74 (14)	163 (12,2)

Çizelge 4.8. (devam ediyor).

1-2 birim	289 (35,7)	177 (33,4)	466 (34,8)
5-6 birim	389 (48)	209 (39,4)	598 (44,6)
Günlük çay-kahve tüketimi*** 8-10 birim	87 (10,7)	82 (15,5)	169 (12,6)
10 birimden fazla	45 (5,6)	62 (11,7)	107 (8)

Günlük öğün sayısı	3 ana öğün + 3 ara öğün	45 (5,6)	17 (3,2)	62 (4,6)
	3 ana öğün + 2 ara öğün	87 (10,7)	48 (9,1)	135 (10,1)
	3 ana öğün	120 (14,8)	150 (28,3)	270 (20,1)
	2 ana öğün + 2 ara öğün	158 (19,5)	63 (11,9)	221 (16,5)
	2 ana öğün + 1 ara öğün	210 (25,9)	133 (25,1)	343 (25,6)
	2 ana öğün	176 (21,7)	105 (19,8)	281 (21)
	1 ana öğün	14 (1,7)	14 (2,6)	28 (2,1)

*Normal yemek yeme hızı 20 dakikadır.

**1 su bardağı = 200 ml = 0,2 litre

***1 çay bardağı (65ml) + 1 kahve fincanı (75ml) = 2 birim kabul edilmektedir.

Katılımcıların öğün atlama durumu Çizelge 4.9'da gösterilmektedir. Bireylerin beslenme alışkanlıkları kapsamında öğün düzenleri incelendiğinde; bireylerin 875'i (%65,3) öğün atlamadığını, 465'i (%34,7) öğün atladığını belirtmektedir. Erkek (%70,6) ve kadınların (%61,9) çoğunluğu öğün atlamadığını ifade etmektedir. Öğün atladığını ifade eden 465 kişi kahvaltıyı atladığını 209 kişi (%15,6) ve öğle yemeğini 226 kişi (%16,9) atladığı ifade edilmektedir. Kadın bireyler çoğunlukla (%19,6) öğle yemeğini atlarken, erkekler çoğunlukla (%15,3) kahvaltıyı atlamaktadır. Öğün atlama nedenleri ise; vakitsizlik (%11,8), alışkanlık edinmemiş olmak (%9,4), iştahsız/isteksiz olma durumu (%8), zayıflamak amacıyla (4,1). Diğer nedenler arasında ise geç uyanmaya bağlı olarak geç kahvaltı yapmak, yurttan kalmak, uygulanan beslenme düzeni, nedensiz tüketmemek bulunmaktadır.

Çizelge 4.9. Öğün atlama durumu.

		Kadın	Erkek	Toplam
		n (%)	n (%)	n (%)
Öğün atlar mısınız?	Evet	309 (38,1)	156 (29,4)	465 (34,7)
	Hayır	501 (61,9)	374 (70,6)	875 (65,3)
Hangi öğünü atlarsınız?	Kahvaltı	128 (15,8)	81 (15,3)	209 (15,6)
	Öğle Yemeği	159 (19,6)	67 (12,6)	226 (16,9)
	Akşam Yemeği	22 (2,7)	8 (1,5)	30 (2,2)
	Vaktim yok*	99 (12,2)	59 (11,1)	158 (11,8)
	İştahsızlık/İsteksizlik	68 (8,4)	39 (7,4)	107 (8)
Öğün atlama nedenleri	Zayıflamak amacıyla	45 (5,6)	10 (1,9)	55 (4,1)
	Alışkanlığım yok	85 (10,5)	41 (7,7)	126 (9,4)
	Geç kahvaltı yapmak	6 (0,7)	2 (0,4)	8 (0,6)
	Yurtta kalmak	1 (0,1)	0 (0)	1 (0,1)
	Beslenme düzeni**	4 (0,5)	3 (0,6)	7 (0,5)
	Nedeni yok	1 (0,1)	2 (0,4)	3 (0,2)

*Vaktim yok: yoğunluk, çalışma düzeni

**Beslenme düzeni: Daha sağlıklı düşüncesi, porsiyon kontrolü amaçlı, diyet yapmak amaçlı

Beslenme alışkanlıklarının dışında çalışma kapsamında fiziksel aktivite alışkanlıkları da araştırılmaktadır. Elde edilen verilerin cinsiyete göre dağılımı Çizelge4.10'da verilmiştir. Bireylerin 953'ü (%71,1) düzenli fiziksel aktivite/spor yapmamakta olup, sedanter bir yaşam tercih etmektedir. Düzenli fiziksel aktivite/spor yapan bireylerin 133'ü (%9,9) haftada 2-3 defa, 30 dakika üzerinde egzersiz yapmaktadır. Kadın bireyler arasında düzenli olarak haftada 2-3 defa, 30 dakika egzersiz yapan kişi sayısı 85 (%10,5)'tir. Erkek bireyler arasında ise düzenli olarak haftada 2-3 defa, 30 dakika egzersiz yapan kişi sayısı 48 (%9,1)'dir. Katılımcılardan kadın bireylerden 28'i (%3,5), erkek bireylerden 36'sı (%6,8) düzenli olarak haftada 2-3 defa, 60 dakika üzerinde egzersiz yapmaktadır. Kadınların %4'ü, erkeklerin ise %3,6'sı düzenli olarak haftada 1 defa spor yapan ve günlük 30 dakikanın üzerinde zaman ayırmaktadır. Haftada 1 defa spor yapan ve günlük 60 dakikanın üzerinde zaman

ayıran katılımcılar ise kadınların %0,6'sını, erkeklerin %4,5'ini oluşturmaktadır. Tüm katılımcıların 24'ü (%1,8) gün aşırı, günlük 30 dakikanın üzerinde zaman ayırmaktadır. Kadın katılımcıların %1,9'u, erkek katılımcıların %9'u bu 24 kişiyi oluşturmaktadır. Gün aşırı, günlük 60 dakikanın üzerinde zaman ayıran bireyler, kadın katılımcıların %0,9'u, erkek katılımcıların %0,8'idir. Tüm katılımcıların ise %0,8'i (n=11) dur. Her gün spor yapan ve günlük 30 dakikanın üzerinde spor yapan bireyler, tüm katılımcıların içerisinde 49 kişiden (%3,7) oluşmaktadır. Her gün spor yapan ve günlük 60 dakikanın üzerinde spor yapan bireyler, tüm katılımcıların içerisinde 26 kişiden (%1,9) oluşturmaktadır.

Çizelge 4.10. Cinsiyete göre fiziksel aktivite alışkanlıkları.

		Kadın	Erkek	Toplam
		n (%)	n (%)	n (%)
Düzenli fiziksel aktivite/spor yapma durumu	Evet	206 (25,4)	181 (34,2)	387 (28,9)
	Hayır	604 (74,6)	349 (65,8)	953 (71,1)
Ne kadar sıklıkta ne kadar süre	Haftada 1 defa, 30 dk	32 (4)	19 (3,6)	51 (3,8)
	Haftada 1 defa, 60 dk	5 (0,6)	24 (4,5)	29 (2,2)
	Haftada 2-3 defa, 30 dk	85 (10,5)	48 (9,1)	133 (9,9)
	Haftada 2-3 defa, 60 dk	28 (3,5)	36 (6,8)	64 (4,8)
	Gün aşırı, 30 dk üzerinde	15 (1,9)	9 (1,7)	24 (1,8)
	Gün aşırı, 60 dk üzerinde	7 (0,9)	4 (0,8)	11 (0,8)
	Her gün, 30 dk üzerinde	26 (3,2)	23 (4,3)	49 (3,7)
	Her gün, 60 dk üzerinde	8 (1)	18 (3,4)	26 (1,9)

Katılımcıların besin tüketim miktarlarında ve alışkanlıklarında, yaşam şekli ve fiziksel aktivite davranışlarındaki değişim Çizelge 4.11'de gösterilmiştir. Katılımcıların verdiği cevaplar analiz edildiğinde, COVID-19 enfeksiyonu sonrasında besin tüketimi (%66,7) ve öğün sayısının (%82,2) değişiklik göstermediği belirtilmiştir. Besin tüketimi ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark

bulunmuştur ($p<0,001$) Bireylerin spesifik olarak besinlerin tüketimindeki değişimler incelendiğinde; sebze-meyve tüketimi (%74,6), süt-yoğurt-kefir tüketimi (%76,3), yumurta ve peynir tüketimi (%76,2), hayvansal protein (et/tavuk/balık) tüketimi (%78,1), kurubaklagil tüketimi (%85,9), ekmek ve tahıl (pilav/makarna vb.) tüketimi (%75,2), kuruyemiş tüketimi (%79,5), paketli ürün (patates cipsi/bisküvi vb.) tüketimi (%67,7), şeker/şekerli besinler (sütlü tatlı/şerbetli tatlı/çikolata/gofret vb.) tüketimi (%68,8) değişmemiştir. Katılımcıların cinsiyet ile sebze-meyve tüketimi ($p=0,741$), süt-yoğurt-kefir tüketimi ($p=0,376$), yumurta ($p=0,116$) ve peynir tüketimi ($p=0,341$), hayvansal protein (et/tavuk/balık) tüketimi ($p=0,190$), kurubaklagil tüketimi ($p=0,152$), ekmek ve tahıl (pilav/makarna vb.) tüketimi ($p=0,087$), kuruyemiş tüketimi ($p=0,710$) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Cinsiyet ile paketli ürün (patates cipsi/bisküvi vb.) tüketimi ($p<0,001$) ve şeker/şekerli besinler (sütlü tatlı/şerbetli tatlı/çikolata/gofret vb.) tüketimi ($p<0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bireylerin 1185'i (%88,4) sigara/alkol tüketimi konusunda alışkanlıklarını değiştirmedeğini ifade etmiştir. Erkek ve kadın katılımcılar arasında sigara/alkol tüketiminde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,001$) Katılımcıların çay/kahve ve su tüketim miktarları değişmemiştir. Çalışmaya dahil olan bireylerin %71,1'i su tüketiminin, %81,2'sinin çay-kahve tüketiminin değişmediği belirlenmiştir. Çalışmaya katılan kadın bireylerin 570'i (%70,4), erkek bireylerin ise 383'ü (%72,3) su tüketimini değiştirmemiştir. Kadın katılımcıların 186'sı (%23), erkek katılımcıların 119'u (%22,5) su tüketimini artırmıştır. Kadın bireylerin %6,7'sinin ($n=54$), erkek bireylerin %5,3'ünün ($n=28$) su tüketimi azalmıştır. Su tüketimi azalan bireyler arasında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0,549$).

Katılımcılar arasında kadınların 662'si (%81,7), erkeklerin 426'sı (%80,4) çay-kahve tüketimini değiştirmemiştir. Kadınların 83'ü (%10,2) çay-kahve tüketimini artırırken, 65'i (%8) çay-kahve tüketimini azaltmıştır. Erkeklerin ise 63'ü (%11,9) çay-kahve tüketimini artırırken, 41'i (%7,7) çay-kahve tüketimini azaltmıştır. Cinsiyet ile çay-kahve tüketimi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0,639$) Evde geçirilen sürenin artmasına rağmen bireylerin fiziksel aktivite ve uyku alışkanlıklarında da değişim gözlenmemiştir. Uyku süresi değişmeyen bireyler tüm

katılımcıların %68,5'ini (n=918) oluşturmaktadır. Katılımcılarda 524 (64,7) kadın, 394 (%74,3) erkek bulunmaktadır. Kadın katılımcıların 136'sının (%16,8) uyku süresi artarken, 150'sinin (%18,5) uyku süresi azalmıştır. Erkek katılımcıların ise 58'inin (%10,9) uyku süresi artarken, 78'inin (%14,7) uyku süresi azalmıştır. Cinsiyete göre uyku süresindeki artış değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,001).

Fiziksel aktivite/spor durumu değişmeyen bireyler tüm katılımcıların %75,8'ini (n=1016) oluşturmaktadır. Katılımcılardan kadın bireylerin 593'ünün (%73,2), erkek bireylerden 423'ünün (%79,8) fiziksel aktivite/spor yapma durumunu değiştirmedeği belirlenmiştir. Kadınların 51'i (%6,3) fiziksel aktivite/spor yapma durumunu artırırken, 166'sı (%20,5) fiziksel aktivite/spor yapma durumunu azaltmıştır. Erkeklerin 34'ü (%6,4) fiziksel aktivite/spor yapma durumunu artırırken, 73'ü (%13,8) fiziksel aktivite/spor yapma durumunu azaltmıştır. Cinsiyete göre fiziksel aktivite/spor durumu arasındaki ilişki değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,007).

Çizelge 4.11. Bireylerin cinsiyete göre COVID-19 enfeksiyonu geçirdikten sonraki değişen beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıkları.

		Kadın (n=810)	Erkek (n=530)	Toplam (n=1340)	p*
COVID-19 geçirdikten sonra...		n (%)	n (%)	n (%)	
Besin tüketimi	Arttı	198 (24,4)	71 (13,4)	269 (20,1)	<0,001
	Azaldı	113 (14)	64 (12,1)	177 (13,2)	
	Değişmedi	499 (61,6)	395 (74,5)	894 (66,7)	
Öğün sayısı	Arttı	94 (11,6)	31 (5,8)	125 (9,3)	0,002
	Azaldı	65 (8)	48 (9,1)	113 (8,4)	
	Değişmedi	651 (80,4)	451 (85,1)	1102 (82,2)	
Sebze-meyve tüketimi	Arttı	151 (18,6)	90 (17)	241 (18)	0,741
	Azaldı	60 (7,4)	40 (7,5)	100 (7,5)	
	Değişmedi	599 (74)	400 (75,5)	999 (74,6)	

Çizelge 4.11. (devam ediyor).

Süt-yoğurt-kefir tüketimi	Arttı	131 (16,2)	71 (13,4)	202 (15,1)	0,376
	Azaldı	70 (8,6)	46 (8,7)	116 (8,7)	
	Değişmedi	609 (75,2)	413 (77,9)	1022 (76,3)	
Yumurta tüketimi	Arttı	81 (10)	61 (11,5)	142 (10,6)	0,116
	Azaldı	119 (14,7)	58 (10,9)	177 (13,2)	
	Değişmedi	610 (75,3)	411 (77,5)	1021 (76,2)	
Peynir tüketimi	Arttı	78 (9,6)	64 (12,1)	142 (10,6)	0,341
	Azaldı	57 (7)	39 (7,4)	96 (7,2)	
	Değişmedi	675 (83,3)	427 (80,6)	1102 (82,2)	
Hayvansal protein (et/tavuk/balık) tüketimi	Arttı	94 (11,6)	75 (14,2)	169 (12,6)	0,190
	Azaldı	82 (10,1)	42 (7,9)	124 (9,3)	
	Değişmedi	634 (78,3)	413 (77,9)	1047 (78,1)	
Kurubaklagil (kurufasulye/ barbunya/mercimek vb.) tüketimi	Arttı	48 (5,9)	46 (8,7)	94 (7)	0,152
	Azaldı	59 (7,3)	36 (6,8)	95 (7,1)	
	Değişmedi	703 (86,8)	448 (84,5)	1151 (85,9)	
Ekmek ve tahıl (pilav/makarna vb.) tüketimi	Arttı	113 (14)	54 (10,2)	167 (12,5)	0,087
	Azaldı	103 (12,7)	62 (11,7)	165 (12,3)	
	Değişmedi	594 (73,3)	414 (78,1)	1008 (75,2)	
Kuruyemiş tüketimi	Arttı	102 (12,6)	75 (14,2)	177 (13,2)	0,710
	Azaldı	60 (7,4)	38 (7,2)	98 (7,3)	
	Değişmedi	648 (80)	417 (78,7)	1065 (79,5)	
Paketli ürün (patates cipsi/bisküvi vb.) tüketimi	Arttı	115 (14,2)	38 (7,2)	153 (11,4)	<0,001
	Azaldı	164 (20,2)	116 (21,9)	280 (20,9)	
	Değişmedi	531 (65,6)	376 (70,9)	907 (67,7)	

Çizelge 4.11. (devam ediyor).

Şeker/şekerli besinler	Arttı	144 (17,8)	51 (9,6)	195 (14,6)	<0,001
(sütlü tatlı/şerbetli)	Azaldı	119 (14,7)	104 (19,6)	223 (16,6)	
tatlı/çikolata/gofret vb.) tüketimi	Değişmedi	547 (67,5)	375 (70,8)	922 (68,8)	
Sigara/alkol tüketimi	Arttı	41 (5,1)	34 (6,4)	75 (5,6)	<0,001
	Azaldı	29 (3,6)	51 (9,6)	80 (6)	
	Değişmedi	740 (91,4)	445 (84)	1185 (88,4)	
Su tüketimi	Arttı	186 (23)	119 (22,5)	305 (22,8)	0,549
	Azaldı	54 (6,7)	28 (5,3)	82 (6,1)	
	Değişmedi	570 (70,4)	383 (72,3)	953 (71,1)	
Çay/kahve tüketimi	Arttı	83 (10,2)	63 (11,9)	146 (10,9)	0,639
	Azaldı	65 (8)	41 (7,7)	106 (7,9)	
	Değişmedi	662 (81,7)	426 (80,4)	1088 (81,2)	
Uyku süresi	Arttı	136 (16,8)	58 (10,9)	194 (14,5)	0,001
	Azaldı	150 (18,5)	78 (14,7)	228 (17)	
	Değişmedi	524 (64,7)	394 (74,3)	918 (68,5)	
Fiziksel aktivite/spor durumu	Arttı	51 (6,3)	34 (6,4)	85 (6,3)	0,007
	Azaldı	166 (20,5)	73 (13,8)	239 (17,8)	
	Değişmedi	593 (73,2)	423 (79,8)	1016 (75,8)	

*p≤0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmektedir. *ki-kare testi kullanılmıştır.

Çalışmaya dahil olan katılımcılar yaşam tarzında sağlıklı beslenmeye dikkat etme konusunda başarılı olamamıştır. Katılımcıların COVID-19 geçirdikten sonra yalnızca 555 kişisi (%41,4) daha sağlıklı beslenmeye başladığını ifade ederken 785 kişi (%58,6) sağlıklı beslenmeye dikkat etmediğini ifade etmiştir. Sağlıklı beslendiğini ifade eden bireylerin 325'ini (%58,6) kadın bireyler, 230'unu (%41,4) erkek bireyler oluşturmaktadır. Sağlıklı beslenmeye dikkat etmediğini ifade eden bireylerin 485'ini (%61,8) kadınlar, 300'ünü (%38,2) erkekler oluşturmaktadır (Çizelge4.12) Cinsiyete

göre COVID-19 sonrasında sağlıklı beslenmeye dikkat etme durumu arasında istatistiksel olarak önemli farklılık bulunmaktadır ($p=0,234$).

Çizelge 4.12. Cinsiyete göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen beslenme durumu.

		Daha sağlıklı beslenmeye başladım.	Sağlıklı beslenmeye dikkat etmedim.	P*
		n (%)	n (%)	
Cinsiyet	Kadın	325 (58,6)	485 (61,8)	0,234
	Erkek	230 (41,4)	300 (38,2)	

* $p \leq 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmektedir. *ki-kare testi kullanılmıştır.

COVID-19 enfeksiyonu hastalık döneminde besin takviyesi kullanımı (Çizelge 4.13) gündeme gelse dahi katılımcıların %57'sinin herhangi bir takviye kullanmadığı saptanmıştır. Kadın katılımcıların 428'i (%52,8) besin takviyesi kullanırken, 382'si (%47,2) kullanmamaktadır. Erkek katılımcıların ise 148'inin (%27,9) takviye kullandığı, 382'sinin (%72,1) takviye kullanmadığı tespit edilmiştir. Katılımcılardan besin takviyesi kullandığını ifade eden kişi sayısı (%43) 576 kişidir. Cinsiyete göre besin takviyesi kullanma durumu incelendiğinde, kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre istatistiksel olarak önemli farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p < 0,001$) En çok kullanılan takviyeler sırasıyla D vitamini (%57), C vitamini (%33,1), multivitamin (%17,4) ve bitkisel gıda takviyeleri (%16,3)'dir.

Çizelge 4.13. COVID-19 enfeksiyonu sürecinde besin takviyesi kullanım durumu.

	Katılımcı sayısı (n)	Yüzdelik dilim (%)	p*
Kullanım Durumu			
Evet	576	43	<0,001
Hayır	764	57	
Kullanılan Besin Takviyesi			
D vitamini	390	57	
C vitamini	444	33,1	
Multivitamin	233	17,4	
Propolis	116	8,7	
Bitkisel Gıda Takviyesi**	219	16,3	
Çinko	10	0,7	
Selenyum	1	0,1	
B12 vitamini	5	0,4	
İyot	2	0,1	
Magnezyum	9	0,7	
Omega-3 (Balık yağı)	4	0,3	
Kalsiyum	2	0,1	
Biyotin	1	0,1	
Melatonin	1	0,1	
Probiyotik	2	0,1	
K vitamini	1	0,1	
Kollajen	2	0,1	

*p≤0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmektedir. *ki-kare testi kullanılmıştır. **Bitkisel gıda takviyesi: zeytinyağı, bal, pekmez, zerdeçal, karamürver, kekik çayı, incir, üzerlik otu, çam kozalığı şurubu

Çizelge 4.14’te bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen besin tüketimleri gösterilmiştir. Besin tüketimi artan bireylerin, 147’si (%54,6) evli, 122’si (%45,4) ise bekarıdır. Azalan bireylerin ise 94’ü (%53,1) evli 83’ü (%46,9) bekarıdır. Besin tüketimi değişmeyen bireylerin, 575’i (%64,3) evli, 319’u (%35,7) bekarıdır. Veriler incelendiğinde medeni durum ile besin tüketimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (p=0,001).

Besin tüketimi artan bireylerin, 10’u (%3,7) ilkokul-ortaokul mezunu iken, 37’si (%13,8) lise mezunu, 168’i (%62,5) üniversite mezunudur. Ve 54’ü (%20,1) lisansüstü eğitim seviyesine sahiptir. Azalan bireylerin ise 17’si (%9,6) ilkokul-ortaokul mezunu, 31’i (%17,5) lise mezunu iken, 98’i (%55,4) üniversite mezunudur. Besin tüketimi azalan bireylerin 31’i (%17,5) ise lisansüstü eğitim seviyesine sahiptir. Besin tüketimi değişmeyen bireylerin, 46’sı (%5,1) ilkokul-ortaokul düzeyinde, 171’i (%19,1) lise düzeyinde, 524’ü (%58,6) üniversite düzeyinde ve 153’ü (%17,1) lisanüstü düzeyde eğitim seviyesine sahiptir. Veriler incelendiğinde

eğitim durumu ile besin tüketimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,052$).

Besin tüketimi artan bireylerin, 71'i (%26,4) asgari ücretin altında, 19'u (%7,1) asgari ücret seviyesinde ve 179'u (%66,5) asgari ücretin üzerinde gelir seviyesine sahiptir. Azalan bireylerin ise 39'unun (%22) asgari ücret seviyesinin altında, 16'sının (%9) asgari ücret seviyesinde ve 122'sinin (%68,9) asgari ücret seviyesinin üzerinde geliri bulunmaktadır. Besin tüketimi değişmeyen bireylerin, 150'si (%16,8) asgari ücret seviyesinin altında, 48'i (%5,4) asgari ücret seviyesinde ve 696'sı (%77,9) asgari ücret seviyesinin üzerinde gelir seviyesindedir. Veriler incelendiğinde gelir seviyesi ile besin tüketimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$).

Besin tüketimi artan bireylerin 65'inin (%24,2) kronik bir hastalığının olduğunu, 204'ünün (%75,8) kronik bir hastalığının olmadığını ifade etmiştir. Azalan bireylerin ise 43'ünün (%24,3) kronik bir hastalığının olduğunu, 134'ünün (%75,7) kronik bir hastalığının olmadığını ifade etmiştir. Besin tüketimi değişmeyen bireylerin 189'u (%21,1) kronik hastalığa sahipken, 705'inin (%78,9) kronik hastalığı yoktur. Veriler incelendiğinde besin tüketimi ile kronik hastalık bulunması durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,436$).

Besin tüketimi artan bireylerin 228'i (%84,8) uyguladığı bir diyet türünün olmadığını ifade ederken, 41'i (%15,2) uyguladığı bir diyet türü olduğunu bildirmiştir. Besin tüketimi azalan bireylerin ise 153'ü (%86,4) uyguladığı bir diyet türünün olmadığını ifade ederken, 24'ünün (%13,6) uyguladığı bir diyet türü bulunmaktadır. Besin tüketimi değişmeyen bireylerin 836'sı (%93,5) uyguladığı bir diyet türünün olmadığını ifade ederken, 58'i (%6,5) uyguladığı diyet türü vardır. Veriler incelendiğinde besin tüketimi ile uygulanan diyet türü arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Besin tüketimi artan bireylerin 23'ünün (%8,6) hastane yatışı yapılmışken, 246'sının (%91,4) hastane yatışı söz konusu değildir. Azalan bireylerin ise 12'si (%6,8) hastalık sürecinde hastanede yatmış, 165'i (%93,2) hastalık sürecinde hastanede

yatmamıştır. Besin tüketimi değişmeyen bireylerin 31'i (%3,5) hastanede yattığını, 863'ü (%96,5) ise hastanede yatmadığını ifade etmiştir. Veriler incelendiğinde besin tüketimi ile hastanede yatma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (p=0,002).

Çizelge 4.14. Tanımlayıcı özelliklere göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen besin tüketimi.

		Arttı	Azaldı	Değişmedi	p*
		n (%)	n (%)	n (%)	
Medeni Durum	Evli	147 (54,6)	94 (53,1)	575 (64,3)	0,001
	Bekar	122 (45,4)	83 (46,9)	319 (35,7)	
Eğitim Durumu	İlkokul-ortaokul	10 (3,7)	17 (9,6)	46 (5,1)	0,052
	Lise	37 (13,8)	31 (17,5)	171 (19,1)	
	Üniversite	168 (62,5)	98 (55,4)	524 (58,6)	
	Lisansüstü	54 (20,1)	31 (17,5)	153 (17,1)	
Gelir seviyesi	Asgari ücret altında	71 (26,4)	39 (22)	150 (16,8)	0,001
	Asgari ücret seviyesinde	19 (7,1)	16 (9)	48 (5,4)	
	Asgari ücret üzerinde	179 (66,5)	122 (68,9)	696 (77,9)	
Kronik hastalık bulunma durumu	Evet	65 (24,2)	43 (24,3)	189 (21,1)	0,436
	Hayır	204 (75,8)	134 (75,7)	705 (78,9)	
Uygulanan diyet türü	Var	41 (15,2)	24 (13,6)	58 (6,5)	<0,001
	Yok	228 (84,8)	153 (86,4)	836 (93,5)	
Hastane yatma durumu	Evet	23 (8,6)	12 (6,8)	31 (3,5)	0,002
	Hayır	246 (91,4)	165 (93,2)	863 (96,5)	

*p≤0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmektedir. *ki-kare testi kullanılmıştır.

Çizelge 4.15'te bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen öğün sayıları gösterilmiştir. Öğün sayısı artan bireylerin, 69'u (%55,2) evli, 56'sı (%44,8) ise bekarıdır. Azalan bireylerin ise 60'ı (%53,1) evli, 53'ü (%46,9) bekarıdır. Öğün sayısı değişmeyen bireylerin, 687'si (%62,3) evli, 415'i (%37,7) bekarıdır. Veriler incelendiğinde medeni durum ile öğün sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,063).

Öğün sayısı artan bireylerin, 6'sı (%4,8) ilkokul-ortaokul mezunu iken, 19'u (%15,2) lise mezunu, 72'si (%57,6) üniversite mezunudur. Ve 28'i (%22,4) lisansüstü eğitim seviyesine sahiptir. Azalan bireylerin ise 10'u (%8,8) ilkokul-ortaokul mezunu, 20'si (%17,7) lise mezunu iken, 69'u (%61,1) üniversite mezunudur. Öğün sayısı azalan bireylerin 14'ü (%12,4) ise lisansüstü eğitim seviyesine sahiptir. Öğün sayısı değişmeyen bireylerin, 57'si (%5,2) ilkokul-ortaokul düzeyinde, 200'ü (%18,1) lise düzeyinde, 649'u (%58,9) üniversite düzeyinde ve 196'sı (%17,8) lisanüstü düzeyde eğitim seviyesine sahiptir. Veriler incelendiğinde eğitim durumu ile öğün sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,359$).

Öğün sayısı artan bireylerin, 32'si (%25,6) asgari ücretin altında, 12'si (%9,6) asgari ücret seviyesinde ve 81'i (%64,8) asgari ücretin üzerinde gelir seviyesine sahiptir. Azalan bireylerin ise 28'inin (%24,8) asgari ücret seviyesinin altında, 2'sinin (%5,5) asgari ücret seviyesinde ve 80'inin (%70,8) asgari ücret seviyesinin üzerinde geliri bulunmaktadır. Öğün sayısı değişmeyen bireylerin, 200'ü (%18,1) asgari ücret seviyesinin altında, 66'sı (%6) asgari ücret seviyesinde ve 836'sı (%75,9) asgari ücret seviyesinin üzerinde gelir seviyesindedir. Veriler incelendiğinde gelir seviyesi ile öğün sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,035$).

Öğün sayısı artan bireylerin 33'ü (%26,4) kronik bir hastalığının olduğunu, 92'si (%73,6) kronik bir hastalığının olmadığını ifade etmiştir. Azalan bireylerin ise 25'i (%22,1) kronik bir hastalığının olduğunu, 88'i (%77,9) kronik bir hastalığının olmadığını ifade etmiştir. Öğün sayısı değişmeyen bireylerin 239'u (%21,7) kronik hastalığa sahipken, 863'ünün (%78,3) kronik hastalığı yoktur. Veriler incelendiğinde öğün sayısı ile kronik hastalık bulunması durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,489$).

Öğün sayısı artan bireylerin 103'ü (%82,4) uyguladığı bir diyet türünün olmadığını ifade ederken, 22'si (%17,6) uyguladığı diyet türü olduğunu bildirmiştir. Öğün sayısı azalan bireylerin ise 98'i (%82,4) uyguladığı bir diyet türünün olmadığını ifade ederken, 15'inin (%13,3) uyguladığı bir diyet türü vardır. Öğün sayısı değişmeyen bireylerin 1016'sı (%92,2) uyguladığı bir diyet türünün olmadığını ifade ederken, 86'sı (%7,8) uyguladığı diyet türü olduğu hakkında bilgi vermiştir. Veriler

incelendiğinde öğün sayısı ile uygulanan diyet türü arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$).

Öğün sayısı artan bireylerin 15'inin (%12) hastane yatışı yapılmışken, 110'unun (%88) hastane yatışı söz konusu değildir. Azalan bireylerin ise 8'i (%7,1) hastalık sürecinde hastanede yatmış, 105'i (%92,9) hastalık sürecinde hastanede yatmamıştır. Öğün sayısı değişmeyen bireylerin 43'ü (%3,9) hastanede yattığını, 1059'u (%96,1) ise hastanede yatmadığını ifade etmiştir. Veriler incelendiğinde öğün sayısı ile hastanede yatma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Çizelge 4.15. Tanımlayıcı özelliklere göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen öğün sayısı.

		Arttı n (%)	Azaldı n (%)	Değişmedi n (%)	p*
Medeni Durum	Evli	69 (55,2)	60 (53,1)	687 (62,3)	0,063
	Bekar	56 (44,8)	53 (46,9)	415 (37,7)	
Eğitim Durumu	İlkokul-ortaokul	6 (4,8)	10 (8,8)	57 (5,2)	0,359
	Lise	19 (15,2)	20 (17,7)	200 (18,1)	
	Üniversite	72 (57,6)	69 (61,1)	649 (58,9)	
	Lisansüstü	28 (22,4)	14 (12,4)	196 (17,8)	
Gelir seviyesi	Asgari ücret altında	32 (25,6)	28 (24,8)	200 (18,1)	0,035
	Asgari ücret seviyesinde	12 (9,6)	2 (5,5)	66 (6)	
	Asgari ücret üzerinde	81 (64,8)	80 (70,8)	836 (75,9)	
Kronik hastalık bulunma durumu	Evet	33 (26,4)	25 (22,1)	239 (21,7)	0,489
	Hayır	92 (73,6)	88 (77,9)	863 (78,3)	
Uygulanan diyet türü	Var	22 (17,6)	15 (13,3)	86 (7,8)	0,001
	Yok	103 (82,4)	98 (82,4)	1016 (92,2)	
Hastane yatma durumu	Evet	15 (12)	8 (7,1)	43 (3,9)	<0,001
	Hayır	110 (88)	105 (92,9)	1059 (96,1)	

* $p\leq 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmektedir. *ki-kare testi kullanılmıştır.

Çizelge4.16’da bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen sebze-meyve tüketimi gösterilmiştir. Sebze-meyve tüketimi artan bireylerin, 116’sı (%48,1) evli, 125’i (%51,9) ise bekdir. Azalan bireylerin ise 48’i (%48) evli, 52’si (%52) bekdir. Sebze-meyve tüketimi değişmeyen bireylerin, 652’si (%65,3) evli, 347’si (%34,7) bekdir. Veriler incelendiğinde medeni durum ile sebze-meyve tüketimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Sebze-meyve tüketimi artan bireylerin, 12’si (%5) ilkokul-ortaokul mezunu iken, 35’i (%14,5) lise mezunu, 148’i (%61,4) üniversite mezunudur. Ve 46’sı (%19,1) lisansüstü eğitim seviyesine sahiptir. Azalan bireylerin ise 7’si (%7) ilkokul-ortaokul mezunu, 23’ü (%23) lise mezunu iken, 50’si (%50) üniversite mezunudur. Sebze-meyve tüketimi azalan bireylerin 20’si (%20) ise lisansüstü eğitim seviyesine sahiptir. Sebze-meyve tüketimi değişmeyen bireylerin, 5,4’ü (%54) ilkokul-ortaokul düzeyinde, 181’i (%18,1) lise düzeyinde, 592’si (%59,3) üniversite düzeyinde ve 172’si (%17,2) lisanüstü düzeyde eğitim seviyesine sahiptir. Veriler incelendiğinde eğitim durumu ile sebze-meyve tüketimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,437$).

Sebze-meyve tüketimi artan bireylerin, 60’ı (%24,9) asgari ücretin altında, 13’ü (%5,4) asgari ücret seviyesinde ve 168’i (%69,7) asgari ücretin üzerinde gelir seviyesine sahiptir. Azalan bireylerin ise 28’inin (%28) asgari ücret seviyesinin altında, 6’sının (%6) asgari ücret seviyesinde ve 66’sının (%66) asgari ücret seviyesinin üzerinde geliri bulunmaktadır. Sebze-meyve tüketimi değişmeyen bireylerin, 172’si (%17,2) asgari ücret seviyesinin altında, 64’ü (%6,4) asgari ücret seviyesinde ve 76,3’ü (%76,4) asgari ücret seviyesinin üzerinde gelir seviyesindedir. Veriler incelendiğinde gelir seviyesi ile sebze-meyve tüketimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,014$).

Sebze-meyve tüketimi artan bireylerin 50’si (%20,7) kronik bir hastalığının olduğunu, 191’i (%79,3) kronik bir hastalığının olmadığını ifade etmiştir. Azalan bireylerin ise 23’ü (%23) kronik bir hastalığının olduğunu, 77’si (%77) kronik bir hastalığının olmadığını ifade etmiştir. Sebze-meyve tüketimi değişmeyen bireylerin

224'ü (%22,4) kronik hastalığa sahipken, 775'inin (%77,6) kronik hastalığı yoktur. Veriler incelendiğinde sebze-meyve tüketimi ile kronik hastalık bulunması durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,829).

Sebze-meyve tüketimi artan bireylerin 213'ü (%88,4) uyguladığı bir diyet türünün olmadığını ifade ederken, 28'i (%11,6) uyguladığı diyet türü olduğu hakkında bilgi vermiştir. Sebze-meyve tüketimi azalan bireylerin ise 82'si (%82) uyguladığı bir diyet türünün olmadığını ifade ederken, 18'i (%18) uyguladığı bir diyet türü vardır. Sebze-meyve tüketimi değişmeyen bireylerin 922'si (%92,3) uyguladığı bir diyet türünün olmadığını ifade ederken, 77'sinin (%7,7) uyguladığı bir diyet türü bulunmaktadır. Veriler incelendiğinde sebze-meyve tüketimi ile uygulanan diyet türü arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (p=0,002).

Sebze-meyve tüketimi artan bireylerin 20'sinin (%8,3) hastane yatışı yapılmışken, 221'inin (%91,7) hastane yatışı söz konusu değildir. Azalan bireylerin ise 4'ü (%4) hastalık sürecinde hastanede yatmış, 96'sı (%96) hastalık sürecinde hastanede yatmamıştır. Sebze-meyve tüketimi değişmeyen bireylerin 42'si (%4,2) hastanede yattığını, 957'si (%95,8) ise hastanede yatmadığını ifade etmiştir. Veriler incelendiğinde sebze-meyve tüketimi ile hastanede yatma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (p=0,029).

Çizelge 4.16. Tanımlayıcı özelliklere göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen sebze-meyve tüketimi.

		Arttı	Azaldı	Değişmedi	p*
		n (%)	n (%)	n (%)	
Medeni Durum	Evli	116 (48,1)	48 (48)	652 (65,3)	<0,001
	Bekar	125 (51,9)	52 (52)	347 (34,7)	
Eğitim Durumu	İlkokul-ortaokul	12 (5)	7 (7)	54 (5,4)	0,437
	Lise	35 (14,5)	23 (23)	181 (18,1)	
	Üniversite	148 (61,4)	50 (50)	592 (59,3)	
	Lisansüstü	46 (19,1)	20 (20)	172 (17,2)	

Çizelge 4.16. (devam ediyor).

Gelir seviyesi	Asgari ücret altında	60 (24,9)	28 (28)	172 (17,2)	0,014
	Asgari ücret seviyesinde	13 (5,4)	6 (6)	64 (6,4)	
	Asgari ücret üzerinde	168 (69,7)	66 (66)	763 (76,4)	
Kronik hastalık durumu	Evet	50 (20,7)	23 (23)	224 (22,4)	0,829
	Hayır	191 (79,3)	77 (77)	775 (77,6)	
Uygulanan diyet türü	Var	28 (11,6)	18 (18)	77 (7,7)	0,002
	Yok	213 (88,4)	82 (82)	922 (92,3)	
Hastane yatma durumu	Evet	20 (8,3)	4 (4)	42 (4,2)	0,029
	Hayır	221 (91,7)	96 (9,6)	957 (95,8)	

* $p \leq 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmektedir. *ki-kare testi kullanılmıştır.

Çizelge 4.17’de bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen hayvansal protein kaynağı olan et/tavuk/balık tüketimi gösterilmiştir. Hayvansal protein kaynağı olan et/tavuk/balık tüketimi artan bireylerin, 80’i (%47,3) evli, 89’u (%52,7) ise bekarıdır. Azalan bireylerin ise 67’si (%54) evli, 57’si (%46) bekarıdır. Hayvansal protein kaynağı olan et/tavuk/balık tüketimi değişmeyen bireylerin, 669’u (%63,9) evli, 378’i (%36,1) bekarıdır. Veriler incelendiğinde medeni durum ile hayvansal protein kaynağı olan et/tavuk/balık tüketimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,001$).

Hayvansal protein kaynağı olan et/tavuk/balık tüketimi artan bireylerin, 7’si (%4,1) ilkokul-ortaokul mezunu iken, 30’u (%17,8) lise mezunu, 105’i (%62,1) üniversite mezunudur. Ve 27’si (%16) lisansüstü eğitim seviyesine sahiptir. Azalan bireylerin ise 9’u (%7,3) ilkokul-ortaokul mezunu, 22’si (%17,7) lise mezunu iken, 75’i (%60,5) üniversite mezunudur. Hayvansal protein kaynağı olan et/tavuk/balık tüketimi azalan bireylerin 18’i (%14,5) ise lisansüstü eğitim seviyesine sahiptir. Hayvansal protein kaynağı olan et/tavuk/balık tüketimi değişmeyen bireylerin, 57’si (%5,4) ilkokul-ortaokul düzeyinde, 187’si (%17,9) lise düzeyinde, 610’u (%58,3) üniversite düzeyinde ve 193’ü (%18,4) lisanüstü düzeyde eğitim seviyesine sahiptir. Veriler incelendiğinde eğitim durumu ile hayvansal protein kaynağı olan

et/tavuk/balık tüketimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,811).

Hayvansal protein kaynağı olan et/tavuk/balık tüketimi artan bireylerin, 39'u (%23,1) asgari ücretin altında, 9'u (%5,3) asgari ücret seviyesinde ve 121'i (%71,6) asgari ücretin üzerinde gelir seviyesine sahiptir. Azalan bireylerin ise 37'sinin (%29,8) asgari ücret seviyesinin altında, 8'inin (%6,5) asgari ücret seviyesinde ve 79'unun (%63,7) asgari ücret seviyesinin üzerinde geliri bulunmaktadır. Hayvansal protein kaynağı olan et/tavuk/balık tüketimi değişmeyen bireylerin, 184'ü (%17,6) asgari ücret seviyesinin altında, 66'sı (%6,3) asgari ücret seviyesinde ve 797'si (%76,1) asgari ücret seviyesinin üzerinde gelir seviyesindedir. Veriler incelendiğinde gelir seviyesi ile hayvansal protein kaynağı olan et/tavuk/balık tüketimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (p=0,015).

Hayvansal protein kaynağı olan et/tavuk/balık tüketimi artan bireylerin 32'si (%18,9) kronik bir hastalığının olduğunu, 137'si (%81,1) kronik bir hastalığının olmadığını ifade etmiştir. Azalan bireylerin ise 26'sı (%21) kronik bir hastalığının olduğunu, 998'i (%79) kronik bir hastalığının olmadığını ifade etmiştir. Hayvansal protein kaynağı olan et/tavuk/balık tüketimi değişmeyen bireylerin 239'u (%22,8) kronik hastalığa sahipken, 808'inin (%77,2) kronik hastalığı yoktur. Veriler incelendiğinde hayvansal protein kaynağı olan et/tavuk/balık tüketimi ile kronik hastalık bulunması durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,500).

Hayvansal protein kaynağı olan et/tavuk/balık tüketimi artan bireylerin 147'si (%87) uyguladığı bir diyet türünün olmadığını ifade ederken, 22'si (%13) uyguladığı diyet türü olduğu hakkında bilgi vermiştir. Hayvansal protein kaynağı olan et/tavuk/balık tüketimi azalan bireylerin ise 105'i (%84,7) uyguladığı bir diyet türünün olmadığını ifade ederken, 19'u (%15,3) uyguladığı bir diyet türü vardır. Hayvansal protein kaynağı olan et/tavuk/balık tüketimi değişmeyen bireylerin 965'i (%92,2) uyguladığı bir diyet türünün olmadığını ifade ederken, 82'si (%7,8) uyguladığı diyet türü bulunmaktadır. Veriler incelendiğinde hayvansal protein kaynağı olan et/tavuk/balık tüketimi ile uygulanan diyet türü arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (p=0,004).

Hayvansal protein kaynağı olan et/tavuk/balık tüketimi artan bireylerin 16'sının (%9,5) hastane yatışı yapılmışken, 153'inin (%90,5) hastane yatışı söz konusu değildir. Azalan bireylerin ise 7'si (%5,6) hastalık sürecinde hastanede yatmış, 117'si (%94,4) hastalık sürecinde hastanede yatmamıştır. Hayvansal protein kaynağı olan et/tavuk/balık tüketimi değişmeyen bireylerin 43'ü (%4,1) hastanede yattığını, 1004'ü (%95,9) ise hastanede yatmadığını ifade etmiştir. Veriler incelendiğinde hayvansal protein kaynağı olan et/tavuk/balık tüketimi ile hastanede yatma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (p=0,013).

Çizelge 4.17. Tanımlayıcı özelliklere göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen hayvansal protein kaynağı olan et/tavuk/balık tüketimi.

		Arttı n (%)	Azaldı n (%)	Değişmedi n (%)	p*
Medeni Durum	Evli	80 (47,3)	67 (54)	669 (63,9)	<0,001
	Bekar	89 (52,7)	57 (46)	378 (36,1)	
Eğitim Durumu	İlkokul-ortaokul	7 (4,1)	9 (7,3)	57 (5,4)	0,811
	Lise	30 (17,8)	22 (17,7)	187 (17,9)	
	Üniversite	105 (62,1)	75 (60,5)	610 (58,3)	
	Lisansüstü	27 (16)	18 (14,5)	193 (18,4)	
Gelir seviyesi	Asgari ücret altında	39 (23,1)	37 (29,8)	184 (17,6)	0,015
	Asgari ücret seviyesinde	9 (5,3)	8 (6,5)	66 (6,3)	
	Asgari ücret üzerinde	121 (71,6)	79 (63,7)	797 (76,1)	
Kronik hastalık bulunma durumu	Evet	32 (18,9)	26 (21)	239 (22,8)	0,500
	Hayır	137 (81,1)	98 (79)	808 (77,2)	
Uygulanan diyet türü	Var	22 (13)	19 (15,3)	82 (7,8)	0,004
	Yok	147 (87)	105 (84,7)	965 (92,2)	
Hastane yatma durumu	Evet	16 (9,5)	7 (5,6)	43 (4,1)	0,013
	Hayır	153 (90,5)	117 (94,4)	1004 (95,9)	

*p≤0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmektedir. *ki-kare testi kullanılmıştır.

Çizelge 4.17’de bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen kurubaklagil (kurufasulye, barbunya, yeşil mercimek vb.) tüketimi gösterilmiştir. Kurubaklagil (kurufasulye, barbunya, yeşil mercimek vb.) tüketimi artan bireylerin, 51’i (%54,3) evli, 43’ü (%45,7) ise bekardır. Azalan bireylerin ise 50’si (%52,6) evli, 45’i (%47,4) bekardır. Kurubaklagil (kurufasulye, barbunya, yeşil mercimek vb.) tüketimi değişmeyen bireylerin, 715’i (%62,1) evli, 436’sı (%37,9) bekardır. Veriler incelendiğinde medeni durum ile kurubaklagil (kurufasulye, barbunya, yeşil mercimek vb.) tüketimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,077$).

Kurubaklagil (kurufasulye, barbunya, yeşil mercimek vb.) tüketimi artan bireylerin, 6’sı (%6,4) ilkokul-ortaokul mezunu iken, 22’si (%23,4) lise mezunu, 49’u (%52,1) üniversite mezunudur. Ve 17’si (%18,1) lisansüstü eğitim seviyesine sahiptir. Azalan bireylerin ise 5’i (%5,3) ilkokul-ortaokul mezunu, 12’si (%12,6) lise mezunu iken, 59’u (%62,1) üniversite mezunudur. Kurubaklagil (kurufasulye, barbunya, yeşil mercimek vb.) tüketimi azalan bireylerin 19’u (%20) ise lisansüstü eğitim seviyesine sahiptir. Kurubaklagil (kurufasulye, barbunya, yeşil mercimek vb.) tüketimi değişmeyen bireylerin, 62’si (%5,4) ilkokul-ortaokul düzeyinde, 205’i (%17,8) lise düzeyinde, 682’si (%59,3) üniversite düzeyinde ve 202’si (%17,5) lisanüstü düzeyde eğitim seviyesine sahiptir. Veriler incelendiğinde eğitim durumu ile kurubaklagil (kurufasulye, barbunya, yeşil mercimek vb.) tüketimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,613$).

Kurubaklagil (kurufasulye, barbunya, yeşil mercimek vb.) tüketimi artan bireylerin, 23’ü (%24,5) asgari ücretin altında, 4’ü (%4,3) asgari ücret seviyesinde ve 67’si (%71,3) asgari ücretin üzerinde gelir seviyesine sahiptir. Azalan bireylerin ise 26’sının (%27,4) asgari ücret seviyesinin altında, 6’sının (%6,3) asgari ücret seviyesinde ve 63’ünün (%66,3) asgari ücret seviyesinin üzerinde geliri bulunmaktadır. Kurubaklagil (kurufasulye, barbunya, yeşil mercimek vb.) tüketimi değişmeyen bireylerin, 73’ü (%6,3) asgari ücret seviyesinin altında, 73’ü (%6,3) asgari ücret seviyesinde ve 867’si (%75,3) asgari ücret seviyesinin üzerinde gelir seviyesindedir. Veriler incelendiğinde gelir seviyesi ile kurubaklagil (kurufasulye,

barbunya, yeşil mercimek vb.) tüketimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,159$).

Kurubaklagil (kurufasulye, barbunya, yeşil mercimek vb.) tüketimi artan bireylerin 23'ü (%24,5) kronik bir hastalığının olduğunu, 71'i (%75,5) kronik bir hastalığının olmadığını ifade etmiştir. Azalan bireylerin ise 23'ü (%24,2) kronik bir hastalığının olduğunu, 72'si (%75,8) kronik bir hastalığının olmadığını ifade etmiştir. Kurubaklagil (kurufasulye, barbunya, yeşil mercimek vb.) tüketimi değişmeyen bireylerin 251'i (%21,8) kronik hastalığa sahipken, 900'ünün (%78,2) kronik hastalığı yoktur. Veriler incelendiğinde kurubaklagil (kurufasulye, barbunya, yeşil mercimek vb.) tüketimi ile kronik hastalık bulunması durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,746$).

Kurubaklagil (kurufasulye, barbunya, yeşil mercimek vb.) tüketimi artan bireylerin 79'u (%84) uyguladığı bir diyet türünün olmadığını ifade ederken, 15'i (%16) uyguladığı diyet türü olduğu hakkında bilgi vermiştir. Kurubaklagil (kurufasulye, barbunya, yeşil mercimek vb.) tüketimi azalan bireylerin ise 80'i (%84,2) uyguladığı bir diyet türünün olmadığını ifade ederken, 15'i (%15,8) uyguladığı diyet türü vardır. Kurubaklagil (kurufasulye, barbunya, yeşil mercimek vb.) tüketimi değişmeyen bireylerin 1058'i (%91,9) uyguladığı bir diyet türünün olmadığını ifade ederken, 93'ü (%8,1) uyguladığı diyet türü bulunmaktadır. Veriler incelendiğinde kurubaklagil (kurufasulye, barbunya, yeşil mercimek vb.) tüketimi ile uygulanan diyet türü arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,004$).

Kurubaklagil (kurufasulye, barbunya, yeşil mercimek vb.) tüketimi artan bireylerin 10'unun (%10,6) hastane yatışı yapılmışken, 84'ünün (%89,4) hastane yatışı söz konusu değildir. Azalan bireylerin ise 8'i (%8,4) hastalık sürecinde hastanede yatmış, 87'si (%91,6) hastalık sürecinde hastanede yatmamıştır. Kurubaklagil (kurufasulye, barbunya, yeşil mercimek vb.) tüketimi değişmeyen bireylerin 48'i (%4,2) hastanede yattığını, 1103'ü (%95,8) ise hastanede yatmadığını ifade etmiştir. Veriler incelendiğinde kurubaklagil (kurufasulye, barbunya, yeşil mercimek vb.) tüketimi ile hastanede yatma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,009$).

Çizelge 4.18. Tanımlayıcı özelliklere göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen kurubaklagil (kurufasulye, barbunya, yeşil mercimek vb.) tüketimi.

		Arttı	Azaldı	Değişmedi	p*
		n (%)	n (%)	n (%)	
Medeni Durum	Evli	51 (54,3)	50 (52,6)	715 (62,1)	0,077
	Bekar	43 (45,7)	45 (47,4)	436 (37,9)	
Eğitim Durumu	İlkokul-ortaokul	6 (6,4)	5 (5,3)	62 (5,4)	0,613
	Lise	22 (23,4)	12 (12,6)	205 (17,8)	
	Üniversite	49 (52,1)	59 (62,1)	682 (59,3)	
	Lisansüstü	17 (18,1)	19 (20)	202 (17,5)	
Gelir seviyesi	Asgari ücret altında	23 (24,5)	26 (27,4)	73 (6,3)	0,159
	Asgari ücret seviyesinde	4 (4,3)	6 (6,3)	73 (6,3)	
	Asgari ücret üzerinde	67 (71,3)	63 (66,3)	867 (75,3)	
Kronik hastalık durumu	Evet	23 (24,5)	23 (24,2)	251 (21,8)	0,746
	Hayır	71 (75,5)	72 (75,8)	900 (78,2)	
Uygulanan diyet türü	Var	15 (16)	15 (15,8)	93 (8,1)	0,004
	Yok	79 (84)	80 (84,2)	1058 (91,9)	
Hastane yatma durumu	Evet	10 (10,6)	8 (8,4)	48 (4,2)	0,009
	Hayır	84 (89,4)	87 (91,6)	1103 (95,8)	

*p≤0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmektedir. *ki-kare testi kullanılmıştır.

Çizelge 4.19’da bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen ekmek ve tahıl (pilav, makarna vb.) tüketimi gösterilmiştir. Ekmek ve tahıl (pilav, makarna vb.) tüketimi artan bireylerin, 90’ı (%53,9) evli, 77’si (%46,1) ise bekardır. Azalan bireylerin ise 89’u (%53,9) evli, 76’sı (%46,1) bekardır. Ekmek ve tahıl (pilav, makarna vb.) tüketimi değişmeyen bireylerin, 637’si (%63,2) evli, 371’i (%36,8) bekardır. Veriler incelendiğinde medeni durum ile ekmek ve tahıl (pilav, makarna vb.) tüketimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (p=0,009).

Ekmek ve tahıl (pilav, makarna vb.) tüketimi artan bireylerin, 8'i (%4,8) ilkokul-ortaokul mezunu iken, 24'ü (%14,4) lise mezunu, 101'i (%60,5) üniversite mezunudur. Ve 34'ü (%20,4) lisansüstü eğitim seviyesine sahiptir. Azalan bireylerin ise 10'u (%6,1) ilkokul-ortaokul mezunu, 24'ü (%14,5) lise mezunu iken, 97'si (%58,8) üniversite mezunudur. Ekmek ve tahıl (pilav, makarna vb.) tüketimi azalan bireylerin 34'ü (%20,6) ise lisansüstü eğitim seviyesine sahiptir. Ekmek ve tahıl (pilav, makarna vb.) tüketimi değişmeyen bireylerin, 55'i (%5,5) ilkokul-ortaokul düzeyinde, 191'i (%18,9) lise düzeyinde, 592'si (%58,7) üniversite düzeyinde ve 170'i (%16,9) lisanüstü düzeyde eğitim seviyesine sahiptir. Veriler incelendiğinde eğitim durumu ile ekmek ve tahıl (pilav, makarna vb.) tüketimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,544$).

Ekmek ve tahıl (pilav, makarna vb.) tüketimi artan bireylerin, 40'ı (%24) asgari ücretin altında, 10'u (%6) asgari ücret seviyesinde ve 117'si (%70,1) asgari ücret üzerinde gelir seviyesine sahiptir. Azalan bireylerin ise 36'sının (%21,8) asgari ücret seviyesinin altında, 11'inin (%6,7) asgari ücret seviyesinde ve 118'inin (%71,5) asgari ücret seviyesinin üzerinde geliri bulunmaktadır. Ekmek ve tahıl (pilav, makarna vb.) tüketimi değişmeyen bireylerin, 184'ü (%18,3) asgari ücret seviyesinin altında, 62'si (%6,2) asgari ücret seviyesinde ve 762'si (%75,6) asgari ücret seviyesinin üzerinde gelir seviyesindedir. Veriler incelendiğinde gelir seviyesi ile ekmek ve tahıl (pilav, makarna vb.) tüketimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,438$).

Ekmek ve tahıl (pilav, makarna vb.) tüketimi artan bireylerin 46'sı (%27,5) kronik bir hastalığının olduğunu, 121'i (%72,5) kronik bir hastalığının olmadığını ifade etmiştir. Azalan bireylerin ise 48'i (%29,1) kronik bir hastalığının olduğunu, 117'si (%70,9) kronik bir hastalığının olmadığını ifade etmiştir. Ekmek ve tahıl (pilav, makarna vb.) tüketimi değişmeyen bireylerin 203'ü (%20,1) kronik hastalığa sahipken, 805'inin (%79,9) kronik hastalığı yoktur. Veriler incelendiğinde ekmek ve tahıl (pilav, makarna vb.) tüketimi ile kronik hastalık bulunması durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,009$).

Ekmek ve tahıl (pilav, makarna vb.) tüketimi artan bireylerin 142'si (%85) uyguladığı bir diyet türünün olmadığını ifade ederken, 25'i (%15) uyguladığı diyet türü bulunmaktadır. Ekmek ve tahıl (pilav, makarna vb.) tüketimi azalan bireylerin ise 135'i (%81,8) uyguladığı bir diyet türünün olmadığını ifade ederken, 30'u (%18,2) uyguladığı diyet türü vardır. Ekmek ve tahıl (pilav, makarna vb.) tüketimi değişmeyen bireylerin 940'ı (%93,3) uyguladığı bir diyet türünün olmadığını ifade ederken, 68'i (%6,7) uyguladığı diyet türü hakkında bilgi vermiştir. Veriler incelendiğinde ekmek ve tahıl (pilav, makarna vb.) tüketimi ile uygulanan diyet türü arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Ekmek ve tahıl (pilav, makarna vb.) tüketimi artan bireylerin 13'inin (%7,8) hastane yatışı yapılmışken, 154'ünün (%92,2) hastane yatışı söz konusu değildir. Azalan bireylerin ise 10'i (%6,1) hastalık sürecinde hastanede yatmış, 155'i (93,9) hastalık sürecinde hastanede yatmamıştır. Ekmek ve tahıl (pilav, makarna vb.) tüketimi değişmeyen bireylerin 43'ü (%4,3) hastanede yattığını, 965'i (%95,7) ise hastanede yatmadığını ifade etmiştir. Veriler incelendiğinde ekmek ve tahıl (pilav, makarna vb.) tüketimi ile hastanede yatma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,118$).

Çizelge 4.19. Tanımlayıcı özelliklere göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen ekmek ve tahıl (pilav, makarna vb.) tüketimi.

		Arttı	Azaldı	Değişmedi	p*
		n (%)	n (%)	n (%)	
Medeni Durum	Evli	90 (53,9)	89 (53,9)	637 (63,2)	0,009
	Bekar	77 (46,1)	76 (46,1)	371 (36,8)	
Eğitim Durumu	İlkokul- ortaokul	8 (4,8)	10 (6,1)	55 (5,5)	0,544
	Lise	24 (14,4)	24 (14,5)	191 (18,9)	
	Üniversite	101 (60,5)	97 (58,8)	592 (58,7)	
	Lisansüstü	34 (20,4)	34 (20,6)	170 (16,9)	

Çizelge 4.19. (devam ediyor).

Gelir seviyesi	Asgari ücret altında	40 (24)	36 (21,8)	184 (18,3)	0,438
	Asgari ücret seviyesinde	10 (6)	11 (6,7)	62 (6,2)	
	Asgari ücret üzerinde	117 (70,1)	118 (71,5)	762 (75,6)	
Kronik hastalık bulunma durumu	Evet	46 (27,5)	48 (29,1)	203 (20,1)	0,009
	Hayır	121 (72,5)	117 (70,9)	805 (79,9)	
Uygulanan diyet türü	Var	25 (15)	30 (18,2)	68 (6,7)	<0,001
	Yok	142 (85)	135 (81,8)	940 (93,3)	
Hastane yatma durumu	Evet	13 (7,8)	10 (6,1)	43 (4,3)	0,118
	Hayır	154 (92,2)	155 (93,9)	965 (95,7)	

* $p \leq 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmektedir. *ki-kare testi kullanılmıştır.

Çizelge 4.20’de bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen paketli ürün (patates cipsi, bisküvi vb.) tüketimi gösterilmiştir. Paketli ürün (patates cipsi, bisküvi vb.) tüketimi artan bireylerin, 74’ü (%48,4) evli, 79’u (%51,6) ise bekaıdır. Azalan bireylerin ise 160’ı (%57,1) evli, 120’si (%42,9) bekaıdır. Paketli ürün (patates cipsi, bisküvi vb.) tüketimi değişmeyen bireylerin, 582’si (%64,2) evli, 325’i (%35,8) bekaıdır. Veriler incelendiğinde medeni durum ile paketli ürün (patates cipsi, bisküvi vb.) tüketimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştır ($p < 0,001$).

Paketli ürün (patates cipsi, bisküvi vb.) tüketimi artan bireylerin, 3’ü (%2) ilkokul-ortaokul mezunu iken, 22’si (%14,4) lise mezunu, 96’sı (%62,7) üniversite mezunudur. Ve 32’si (%20,9) lisansüstü eğitim seviyesine sahiptir. Azalan bireylerin ise 19’u (%6,8) ilkokul-ortaokul mezunu, 46’sı (%16,4) lise mezunu iken, 162’si (%57,9) üniversite mezunudur. Paketli ürün (patates cipsi, bisküvi vb.) tüketimi azalan bireylerin 53’ü (%18,9) ise lisansüstü eğitim seviyesine sahiptir. Paketli ürün (patates cipsi, bisküvi vb.) tüketimi değişmeyen bireylerin, 51’i (%5,6) ilkokul-ortaokul düzeyinde, 171’i (%18,9) lise düzeyinde, 532’si (%58,7) üniversite düzeyinde ve 153’ü (%16,9) lisanüstü düzeyde eğitim seviyesine sahiptir. Veriler

incelendiğinde eğitim durumu ile paketli ürün (patates cipsi, bisküvi vb.) tüketimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,230$).

Paketli ürün (patates cipsi, bisküvi vb.) tüketimi artan bireylerin, 31'i (%20,3) asgari ücretin altında, 10'u (%6,5) asgari ücret seviyesinde ve 112'si (%73,2) asgari ücretin üzerinde gelir seviyesine sahiptir. Azalan bireylerin ise 59'unun (%21,1) asgari ücret seviyesinin altında, 16'sının (%5,7) asgari ücret seviyesinde ve 205'inin (%73,2) asgari ücret seviyesinin üzerinde geliri bulunmaktadır. Paketli ürün (patates cipsi, bisküvi vb.) tüketimi değişmeyen bireylerin, 170'i (%18,7) asgari ücret seviyesinin altında, 57'si (%6,3) asgari ücret seviyesinde ve 680'i (%75) asgari ücret seviyesinin üzerinde gelir seviyesindedir. Veriler incelendiğinde gelir seviyesi ile paketli ürün (patates cipsi, bisküvi vb.) tüketimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,926$).

Paketli ürün (patates cipsi, bisküvi vb.) tüketimi artan bireylerin 37'si (%24,2) kronik bir hastalığının olduğunu, 116'sı (%75,8) kronik bir hastalığının olmadığını ifade etmiştir. Azalan bireylerin ise 76'sı (%27,1) kronik bir hastalığının olduğunu, 204'ü (%72,9) kronik bir hastalığının olmadığını ifade etmiştir. Paketli ürün (patates cipsi, bisküvi vb.) tüketimi değişmeyen bireylerin 184'ü (%20,3) kronik hastalığa sahipken, 723'ünün (%79,7) kronik hastalığı yoktur. Veriler incelendiğinde paketli ürün (patates cipsi, bisküvi vb.) tüketimi ile kronik hastalık bulunması durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,049$).

Paketli ürün (patates cipsi, bisküvi vb.) tüketimi artan bireylerin 134'ünün (%87,6) uyguladığı bir diyet türünün olmadığını ifade ederken, 19'u (%12,4) uyguladığı diyet türü hakkında bilgi vermiştir. Paketli ürün (patates cipsi, bisküvi vb.) tüketimi azalan bireylerin ise 246'sı (%87,9) uyguladığı bir diyet türünün olmadığını ifade ederken, 34'ünün (%12,1) uyguladığı diyet türü bulunmaktadır. Paketli ürün (patates cipsi, bisküvi vb.) tüketimi değişmeyen bireylerin 837'si (%92,3) uyguladığı bir diyet türünün olmadığını ifade ederken, 70'inin (%7,7) uyguladığı diyet türü vardır. Veriler incelendiğinde paketli ürün (patates cipsi, bisküvi vb.) tüketimi ile uygulanan diyet türü arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,028$).

Paketli ürün (patates cipsi, bisküvi vb.) tüketimi artan bireylerin 4'ünün (%2,6) hastane yatışı yapılmışken, 149'unun (%97,4) hastane yatışı söz konusu değildir. Azalan bireylerin ise 22'si (%7,9) hastalık sürecinde hastanede yatmış, 258'i (%92,1) hastalık sürecinde hastanede yatmamıştır. Paketli ürün (patates cipsi, bisküvi vb.) tüketimi değişmeyen bireylerin 40'ı (%4,4) hastanede yattığını, 867'si (%95,6) ise hastanede yatmadığını ifade etmiştir. Veriler incelendiğinde paketli ürün (patates cipsi, bisküvi vb.) tüketimi ile hastanede yatma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,029$).

Çizelge 4.20. Tanımlayıcı özelliklere göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen paketli ürün (patates cipsi, bisküvi vb.) tüketimi.

		Arttı n (%)	Azaldı n (%)	Değişmedi n (%)	p*
Medeni Durum	Evli	74 (48,4)	160 (57,1)	582 (64,2)	<0,001
	Bekar	79 (51,6)	120 (42,9)	325 (35,8)	
Eğitim Durumu	İlkokul-ortaokul	3 (2)	19 (6,8)	51 (5,6)	0,230
	Lise	22 (14,4)	46 (16,4)	171 (18,9)	
	Üniversite	96 (62,7)	162 (57,9)	532 (58,7)	
	Lisansüstü	32 (20,9)	53 (18,9)	153 (16,9)	
Gelir seviyesi	Asgari ücret altında	31 (20,3)	59 (21,1)	170 (18,7)	0,926
	Asgari ücret seviyesinde	10 (6,5)	16 (5,7)	57 (6,3)	
	Asgari ücret üzerinde	112 (73,2)	205 (73,2)	680 (75)	
Kronik hastalık bulunma durumu	Evet	37 (24,2)	76 (27,1)	184 (20,3)	0,049
	Hayır	116 (75,8)	204 (72,9)	723 (79,7)	
Uygulanan diyet türü	Var	19 (12,4)	34 (12,1)	70 (7,7)	0,028
	Yok	134 (87,6)	246 (87,9)	837 (92,3)	
Hastane yatma durumu	Evet	4 (2,6)	22 (7,9)	40 (4,4)	0,029
	Hayır	149 (97,4)	258 (92,1)	867 (95,6)	

* $p \leq 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmektedir. *ki-kare testi kullanılmıştır.

Çizelge 4.21’de bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen şeker/şekerli besinler (sütlü tatlı, şerbetli tatlı, şeker, çikolata, gofret vb.) tüketimi gösterilmiştir. Şeker/şekerli besinler (sütlü tatlı, şerbetli tatlı, şeker, çikolata, gofret vb.) tüketimi artan bireylerin, 103’ü (%52,8) evli, 92’si (%47,2) ise bekadır. Azalan bireylerin ise 124’ü (%55,6) evli, 99’u (%44,4) bekadır. Şeker/şekerli besinler (sütlü tatlı, şerbetli tatlı, şeker, çikolata, gofret vb.) tüketimi değişmeyen bireylerin, 589’u (%63,9) evli, 333’ü (%36,1) bekadır. Veriler incelendiğinde medeni durum ile şeker/şekerli besinler (sütlü tatlı, şerbetli tatlı, şeker, çikolata, gofret vb.) tüketimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,003$).

Şeker/şekerli besinler (sütlü tatlı, şerbetli tatlı, şeker, çikolata, gofret vb.) tüketimi artan bireylerin, 6’sı (%3,1) ilkokul-ortaokul mezunu iken, 34’ü (%17,4) lise mezunu, 111’i (%56,9) üniversite mezunudur. Ve 44’ü (%22,6) lisansüstü eğitim seviyesine sahiptir. Azalan bireylerin ise 18’i (%8,1) ilkokul-ortaokul mezunu, 36’sı (%16,1) lise mezunu iken, 131’i (%58,7) üniversite mezunudur. Şeker/şekerli besinler (sütlü tatlı, şerbetli tatlı, şeker, çikolata, gofret vb.) tüketimi azalan bireylerin 38’i (%17) ise lisansüstü eğitim seviyesine sahiptir. Şeker/şekerli besinler (sütlü tatlı, şerbetli tatlı, şeker, çikolata, gofret vb.) tüketimi değişmeyen bireylerin, 49’u (%5,3) ilkokul-ortaokul düzeyinde, 169’u (%18,3) lise düzeyinde, 548’i (%59,4) üniversite düzeyinde ve 156’sı (%16,9) lisanüstü düzeyde eğitim seviyesine sahiptir. Veriler incelendiğinde eğitim durumu ile şeker/şekerli besinler (sütlü tatlı, şerbetli tatlı, şeker, çikolata, gofret vb.) tüketimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,206$).

Şeker/şekerli besinler (sütlü tatlı, şerbetli tatlı, şeker, çikolata, gofret vb.) tüketimi artan bireylerin, 45’i (%23,1) asgari ücretin altında, 15’i (%7,7) asgari ücret seviyesinde ve 135’i (%69,2) asgari ücretin üzerinde gelir seviyesine sahiptir. Azalan bireylerin ise 47’sinin (%21,1) asgari ücret seviyesinin altında, 15’inin (%6,7) asgari ücret seviyesinde ve 161’i (%72,2) asgari ücret seviyesinin üzerinde geliri bulunmaktadır. Şeker/şekerli besinler (sütlü tatlı, şerbetli tatlı, şeker, çikolata, gofret vb.) tüketimi değişmeyen bireylerin, 168’i (%18,2) asgari ücret seviyesinin altında, 53’ü (%5,7) asgari ücret seviyesinde ve 701’i (%76) asgari ücret seviyesinin

üzerinde gelir seviyesindedir. Veriler incelendiğinde gelir seviyesi ile şeker/şekerli besinler (sütlü tatlı, şerbetli tatlı, şeker, çikolata, gofret vb.) tüketimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,344$).

Şeker/şekerli besinler (sütlü tatlı, şerbetli tatlı, şeker, çikolata, gofret vb.) tüketimi artan bireylerin 43'ü (%22,1) kronik bir hastalığının olduğunu, 153'ü (%77,9) kronik bir hastalığının olmadığını ifade etmiştir. Azalan bireylerin ise 63'ü (%28,3) kronik bir hastalığının olduğunu, 160'ı (%71,7) kronik bir hastalığının olmadığını ifade etmiştir. Şeker/şekerli besinler (sütlü tatlı, şerbetli tatlı, şeker, çikolata, gofret vb.) tüketimi değişmeyen bireylerin 191'i (%20,7) kronik hastalığa sahipken, 731'inin (%79,3) kronik hastalığı yoktur. Veriler incelendiğinde şeker/şekerli besinler (sütlü tatlı, şerbetli tatlı, şeker, çikolata, gofret vb.) tüketimi ile kronik hastalık bulunması durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,056$).

Şeker/şekerli besinler (sütlü tatlı, şerbetli tatlı, şeker, çikolata, gofret vb.) tüketimi artan bireylerin 169'u (%86,7) uyguladığı bir diyet türünün olmadığını ifade ederken, 26'sının (%13,3) uyguladığı diyet türü bulunmaktadır. Şeker/şekerli besinler (sütlü tatlı, şerbetli tatlı, şeker, çikolata, gofret vb.) tüketimi azalan bireylerin ise 193'ü (%86,5) uyguladığı bir diyet türünün olmadığını ifade ederken, 30'unun (%13,5) uyguladığı diyet bir türü vardır. Şeker/şekerli besinler (sütlü tatlı, şerbetli tatlı, şeker, çikolata, gofret vb.) tüketimi değişmeyen bireylerin 855'i (%92,7) uyguladığı bir diyet türünün olmadığını ifade ederken, 67'si (%7,3) uyguladığı diyet türü hakkında bilgi vermiştir. Veriler incelendiğinde şeker/şekerli besinler (sütlü tatlı, şerbetli tatlı, şeker, çikolata, gofret vb.) tüketimi ile uygulanan diyet türü arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,002$).

Şeker/şekerli besinler (sütlü tatlı, şerbetli tatlı, şeker, çikolata, gofret vb.) tüketimi artan bireylerin 8'inin (%4,1) hastane yatışı yapılmışken, 187'sinin (%95,9) hastane yatışı söz konusu değildir. Azalan bireylerin ise 16'sı (%7,2) hastalık sürecinde hastanede yatmış, 207'si (%92,8) hastalık sürecinde hastanede yatmamıştır. Şeker/şekerli besinler (sütlü tatlı, şerbetli tatlı, şeker, çikolata, gofret vb.) tüketimi değişmeyen bireylerin 42'si (%4,6) hastanede yattığını, 880'i (%95,4) ise hastanede yatmadığını ifade etmiştir. Veriler incelendiğinde şeker/şekerli besinler (sütlü tatlı,

şerbetli tatlı, şeker, çikolata, gofret vb.) tüketimi ile hastanede yatma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,232).

Çizelge 4.21. Tanımlayıcı özelliklere göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen şeker/şekerli besinler (sütlü tatlı, şerbetli tatlı, şeker, çikolata, gofret vb.) tüketimi.

		Arttı n (%)	Azaldı n (%)	Değişmedi n (%)	p*
Medeni Durum	Evli	103 (52,8)	124 (55,6)	589 (63,9)	0,003
	Bekar	92 (47,2)	99 (44,4)	333 (36,1)	
Eğitim Durumu	İlkokul-ortaokul	6 (3,1)	18 (8,1)	49 (5,3)	0,206
	Lise	34 (17,4)	36 (16,1)	169 (18,3)	
	Üniversite	111 (56,9)	131 (58,7)	548 (59,4)	
	Lisansüstü	44 (22,6)	38 (17)	156 (16,9)	
Gelir seviyesi	Asgari ücret altında	45 (23,1)	47 (21,1)	168 (18,2)	0,344
	Asgari ücret seviyesinde	15 (7,7)	15 (6,7)	53 (5,7)	
	Asgari ücret üzerinde	135 (69,2)	161 (72,2)	701 (76)	
Kronik hastalık bulunma durumu	Evet	43 (22,1)	63 (28,3)	191 (20,7)	0,056
	Hayır	153 (77,9)	160 (71,7)	731 (79,3)	
Uygulanan diyet türü	Var	26 (13,3)	30 (13,5)	67 (7,3)	0,002
	Yok	169 (86,7)	193 (86,5)	855 (92,7)	
Hastane yatma durumu	Evet	8 (4,1)	16 (7,2)	42 (4,6)	0,232
	Hayır	187 (95,9)	207 (92,8)	880 (95,4)	

*p≤0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmektedir. *ki-kare testi kullanılmıştır.

Çizelge 4.22’de bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen su tüketimi gösterilmiştir. Su tüketimi artan bireylerin, 171’i (%56,1) evli, 134’ü (%43,9) ise bekarıdır. Azalan bireylerin ise 44’ü (%53,7) evli ve 38’i (%46,3) bekarıdır. Su tüketimi değişmeyen bireylerin, 601’i (%63,1) evli, 352’si (%36,9) bekarıdır. Veriler incelendiğinde medeni durum ile su tüketimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (p=0,034).

Su tüketimi artan bireylerin, 16'sı (%5,2) ilkokul-ortaokul mezunu iken, 48'i (%15,7) lise mezunu, 183'ü (%60) üniversite mezunudur. Ve 58'i (%19) lisansüstü eğitim seviyesine sahiptir. Azalan bireylerin ise 5'i (%6,1) ilkokul-ortaokul mezunu, 16'sı (%19,5) lise mezunu iken, 39'u (%47,6) üniversite mezunudur. Su tüketimi azalan bireylerin 22'si (%26,8) ise lisansüstü eğitim seviyesine sahiptir. Su tüketimi değişmeyen bireylerin, 52'si (%5,5) ilkokul-ortaokul düzeyinde, 175'i (%18,4) lise düzeyinde, 568'i (%59,6) üniversite düzeyinde ve 158'i (%16,6) lisanüstü düzeyde eğitim seviyesine sahiptir. Veriler incelendiğinde eğitim durumu ile su tüketimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,253$).

Su tüketimi artan bireylerin, 78'i (%25,6) asgari ücretin altında, 17'si (%5,6) asgari ücret seviyesinde ve 210'u (%68,9) asgari ücretin üzerinde gelir seviyesine sahiptir. Azalan bireylerin ise 22'sinin (%26,8) asgari ücret seviyesinin altında, 7'sinin (%8,5) asgari ücret seviyesinde ve 53'ünün (%64,6) asgari ücret seviyesinin üzerinde geliri bulunmaktadır. Su tüketimi değişmeyen bireylerin, 160'ı (%16,8) asgari ücret seviyesinin altında, 59'u (%6,2) asgari ücret seviyesinde ve 734'ü (%77) asgari ücret seviyesinin üzerinde gelir seviyesindedir. Veriler incelendiğinde gelir seviyesi ile su tüketimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,004$).

Su tüketimi artan bireylerin 75'inin (%24,6) kronik bir hastalığının olduğunu, 230'u (%75,4) kronik bir hastalığının olmadığını ifade etmiştir. Azalan bireylerin ise 22'si (%26,8) kronik bir hastalığının olduğunu, 60'ı (%73,2) kronik bir hastalığının olmadığını ifade etmiştir. Su tüketimi değişmeyen bireylerin 200'ü (%21) kronik hastalığa sahipken, 753'ü (%79) kronik hastalığı yoktur. Veriler incelendiğinde su tüketimi ile kronik hastalık bulunması durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,249$).

Su tüketimi artan bireylerin 266'sı (%87,2) uyguladığı bir diyet türünün olmadığını ifade ederken, 39'u (%12,8) uyguladığı diyet türü hakkında bilgi vermiştir. Su tüketimi azalan bireylerin ise 73'ü (%89) uyguladığı bir diyet türünün olmadığını ifade ederken, 9'unun (%11) uyguladığı diyet türü vardır. Su tüketimi değişmeyen bireylerin 878'i (%92,1) uyguladığı bir diyet türünün olmadığını ifade ederken, 75'inin (%7,9) uyguladığı diyet bir türü bulunmaktadır. Veriler incelendiğinde su

tüketimi ile uygulanan diyet türü arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (p=0,029).

Su tüketimi artan bireylerin 26'sının (%8,5) hastane yatışı yapılmışken, 279'unun (%91,5) hastane yatışı söz konusu değildir. Azalan bireylerin ise 3'ü (%3,7) hastalık sürecinde hastanede yatmış, 79'u (%96,3) hastalık sürecinde hastanede yatmamıştır. Su tüketimi değişmeyen bireylerin 37'si (%3,9) hastanede yattığını, 916'sı (%96,1) ise hastanede yatmadığını ifade etmiştir. Veriler incelendiğinde su tüketimi ile hastanede yatma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (p=0,008).

Çizelge 4.22. Tanımlayıcı özelliklere göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen su tüketimi.

		Arttı n (%)	Azaldı n (%)	Değişmedi n (%)	p*
Medeni Durum	Evli	171 (56,1)	44 (53,7)	601 (63,1)	0,034
	Bekar	134 (43,9)	38 (46,3)	352 (36,9)	
Eğitim Durumu	İlkokul-ortaokul	16 (5,2)	5 (6,1)	52 (5,5)	0,253
	Lise	48 (15,7)	16 (19,5)	175 (18,4)	
	Üniversite	183 (60)	39 (47,6)	568 (59,6)	
	Lisansüstü	58 (19)	22 (26,8)	158 (16,6)	
Gelir seviyesi	Asgari ücret altında	78 (25,6)	22 (26,8)	160 (16,8)	0,004
	Asgari ücret seviyesinde	17 (5,6)	7 (8,5)	59 (6,2)	
	Asgari ücret üzerinde	210 (68,9)	53 (64,6)	734 (77)	
Kronik hastalık bulunma durumu	Evet	75 (24,6)	22 (26,8)	200 (21)	0,249
	Hayır	230 (75,4)	60 (73,2)	753 (79)	
Uygulanan diyet türü	Var	39 (12,8)	9 (11)	75 (7,9)	0,029
	Yok	266 (87,2)	73 (89)	878 (92,1)	
Hastane yatma durumu	Evet	26 (8,5)	3 (3,7)	37 (3,9)	0,008
	Hayır	279 (91,5)	79 (96,3)	916 (96,1)	

* $p \leq 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmektedir. *ki-kare testi kullanılmıştır.

Çizelge 4.23'te bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen fiziksel aktivite/spor durumu gösterilmiştir. Fiziksel aktivite/spor durumu artan bireylerin, 37'si (%43,5) evli, 48'i (%56,5) ise bekardır. Azalan bireylerin ise 130'u (%54,4) evli, 109'u (%45,6) bekardır. Fiziksel aktivite/spor durumu değişmeyen bireylerin, 649'u (%63,9) evli, 367'si (%36,1) bekardır. Veriler incelendiğinde medeni durum ile fiziksel aktivite/spor durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,001$).

Fiziksel aktivite/spor durumu artan bireylerin, 4'ü (%4,7) ilkokul-ortaokul mezunu iken, 10'u (%11,8) lise mezunu, 50'si (%58,8) üniversite mezunudur. Ve 21'i (%24,7) lisansüstü eğitim seviyesine sahiptir. Azalan bireylerin ise 5'i (%2,1) ilkokul-ortaokul mezunu, 33'ü (%13,8) lise mezunu iken, 150'si (%62,8) üniversite mezunudur. Fiziksel aktivite/spor durumu azalan bireylerin 51'i (%21,3) ise lisansüstü eğitim seviyesine sahiptir. Fiziksel aktivite/spor durumu değişmeyen bireylerin, 64'ü (%6,3) ilkokul-ortaokul düzeyinde, 196'sı (%19,3) lise düzeyinde, 590'ı (%58,1) üniversite düzeyinde ve 166'sı (%16,3) lisanüstü düzeyde eğitim seviyesine sahiptir. Veriler incelendiğinde eğitim durumu ile fiziksel aktivite/spor durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p = 0,009$).

Fiziksel aktivite/spor durumu artan bireylerin, 25'i (%29,4) asgari ücretin altında, 2'si (%2,4) asgari ücret seviyesinde ve 58'i (%68,2) asgari ücretin üzerinde gelir seviyesine sahiptir. Azalan bireylerin ise 60'ının (%25,1) asgari ücret seviyesinin altında, 9'unun (%3,8) asgari ücret seviyesinde ve 170'inin (%71,1) asgari ücret seviyesinin üzerinde geliri bulunmaktadır. Fiziksel aktivite/spor durumu değişmeyen bireylerin, 175'i (%17,2) asgari ücret seviyesinin altında, 72'si (%7,1) asgari ücret seviyesinde ve 769'u (%75,7) asgari ücret seviyesinin üzerinde gelir seviyesindedir. Veriler incelendiğinde gelir seviyesi ile fiziksel aktivite/spor durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p = 0,002$).

Fiziksel aktivite/spor durumu artan bireylerin 15'i (%17,6) kronik bir hastalığının olduğunu, 70'i (%82,4) kronik bir hastalığının olmadığını ifade etmiştir. Azalan bireylerin ise 72'si (%30,1) kronik bir hastalığının olduğunu, 167'si (%69,9) kronik

bir hastalığının olmadığını ifade etmiştir. Fiziksel aktivite/spor durumu değişmeyen bireylerin 210'u (%20,7) kronik hastalığa sahipken, 806'sının (%79,3) kronik hastalığı yoktur. Veriler incelendiğinde fiziksel aktivite/spor durumu ile kronik hastalık bulunması durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,005$).

Fiziksel aktivite/spor durumu artan bireylerin 69'u (%81,2) uyguladığı bir diyet türünün olmadığını ifade ederken, 16'sı (%8,8) uyguladığı diyet türü hakkında bilgi vermiştir. Fiziksel aktivite/spor durumu azalan bireylerin ise 207'si (%86,6) uyguladığı bir diyet türünün olmadığını ifade ederken, 32'sinin (%13,4) uyguladığı diyet türü bulunmaktadır. Fiziksel aktivite/spor durumu değişmeyen bireylerin 941'i (%92,6) uyguladığı bir diyet türünün olmadığını ifade ederken, 75'inin (%7,4) uyguladığı diyet türü vardır. Veriler incelendiğinde fiziksel aktivite/spor durumu ile uygulanan diyet türü arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$) Fiziksel aktivite/spor durumu artan bireylerin 8'inin (%9,4) hastane yatışı yapılmışken, 77'sinin (%90,6) hastane yatışı söz konusu değildir. Azalan bireylerin ise 20'si (%8,4) hastalık sürecinde hastanede yatmış, 219'u (%91,6) hastalık sürecinde hastanede yatmamıştır. Fiziksel aktivite/spor durumu değişmeyen bireylerin 38'i (%3,7) hastanede yattığını, 978'i (%96,3) ise hastanede yatmadığını ifade etmiştir. Veriler incelendiğinde fiziksel aktivite/spor durumu ile hastanede yatma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,003$).

Çizelge 4.23. Tanımlayıcı özelliklere göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen fiziksel aktivite/spor durumu.

		Arttı n (%)	Azaldı n (%)	Değişmedi n (%)	p*
Medeni Durum	Evli	37 (43,5)	130 (54,4)	649 (63,9)	<0,001
	Bekar	48 (56,5)	109 (45,6)	367 (36,1)	
Eğitim Durumu	İlkokul-ortaokul	4 (4,7)	5 (2,1)	64 (6,3)	0,009
	Lise	10 (11,8)	33 (13,8)	196 (19,3)	
	Üniversite	50 (58,8)	150 (62,8)	590 (58,1)	
	Lisansüstü	21 (24,7)	51 (21,3)	166 (16,3)	

Çizelge 4.23. (devam ediyor).

Gelir seviyesi	Asgari ücret altında	25 (29,4)	60 (25,1)	175 (17,2)	0,002
	Asgari ücret seviyesinde	2 (2,4)	9 (3,8)	72 (7,1)	
	Asgari ücret üzerinde	58 (68,2)	170 (71,1)	769 (75,7)	
Kronik hastalık durumu	Evet	15 (17,6)	72 (30,1)	210 (20,7)	0,005
	Hayır	70 (82,4)	167 (69,9)	806 (79,3)	
Uygulanan diyet türü	Var	16 (18,8)	32 (13,4)	75 (7,4)	<0,001
	Yok	69 (81,2)	207 (86,6)	941 (92,6)	
Hastane yatma durumu	Evet	8 (9,4)	20 (8,4)	38 (3,7)	0,003
	Hayır	77 (90,6)	219 (91,6)	978 (96,3)	

*p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmektedir. *ki-kare testi kullanılmıştır.

Çizelge 4.24'te bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen beslenme durumu gösterilmiştir. Daha sağlıklı beslenmeye başlayan bireylerin, 348'i (%62,7) evli, 207'si (%37,3) ise bekdir. Sağlıklı beslenmeye dikkat etmeyen bireylerin ise 468'i (%59,6) evli ve 317'si (%40,4) bekdir. Veriler incelendiğinde medeni durum ile COVID-19 sonrasında sağlıklı beslenmeyi tercih etme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,256).

Daha sağlıklı beslenmeye başlayan bireylerin, 38'i (%6,8) ilkokul-ortaokul mezunu, 82'si (%14,8) lise mezunu, 320'si (%57,7) üniversite mezunu ve 115'i (%20,7) lisansüstü bölüm mezunudur. Sağlıklı beslenmeye dikkat etmeyen bireylerin ise 35'inin (%4,5) ilkokul-ortaokul düzeyinde, 157'sinin (%20) lise düzeyinde, 470'inin (%59,9) üniversite düzeyinde ve 123'ünün (%15,7) lisansüstü düzeyde eğitim seviyesine sahip olduğu belirtilmektedir. Veriler incelendiğinde eğitim seviyesi ile COVID-19 sonrasında sağlıklı beslenmeyi tercih etme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (p=0,003).

Daha sağlıklı beslenmeye başlayan bireylerin, 98'i (%17,7) asgari ücret seviyesinin altında, 31'i (%5,6) asgari ücret seviyesinde ve 426'sı (%76,8) asgari ücret

seviyesinin üzerinde gelir seviyesine sahiptir. Sağlıklı beslenlenmeye dikkat etmeyen bireylerin gelir durumu ise 162'si (%20,6) asgari ücret seviyesinin altında, 52'si (%5,6) asgari ücret seviyesinde ve 571'i (%72,7) asgari ücret seviyesinin üzerindedir. Veriler incelendiğinde gelir durumu ile COVID-19 sonrasında sağlıklı beslenmeyi tercih etme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,261$).

Daha sağlıklı beslenmeye başlayan bireylerin, 137'si (%24,7) kronik bir hastalık tanısı almış durumda, 418'i (%75,3) ise kronik bir hastalık tanısı almamış durumdadır. Sağlıklı beslenlenmeye dikkat etmeyen bireylerin ise 160'ı (%20,4) kronik bir hastalığa sahipken, 625'i (%79,6) kronik bir hastalığa sahip değildir. Veriler incelendiğinde kronik hastalığa sahip olma durumu ile COVID-19 sonrasında sağlıklı beslenmeyi tercih etme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,071$).

Daha sağlıklı beslenmeye başlayan bireylerin, 484'ü (%87,2) uyguladığı bir diyet türünün olmadığını ifade ederken, 71'i (%12,8) uyguladığı diyet türü hakkında bilgi vermiştir. Sağlıklı beslenmeye dikkat etmeyen bireylerin ise 733'ü (%93,4) uyguladığı bir diyet türünün olmadığını ifade ederken, 52'si (%6,6) uyguladığı diyet türü hakkında bilgi vermiştir. Veriler incelendiğinde uygulanan diyet türü ile COVID-19 sonrasında sağlıklı beslenmeyi tercih etme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Daha sağlıklı beslenmeye başlayan bireylerin, 31'i (%5,6) hastalık sürecinde hastanede yatmış, 524'ü (%94,4) ise hastanede yatmamıştır. Sağlıklı beslenlenmeye dikkat etmeyen bireylerin ise 35'inin (%4,5) hastanede yattığı bilinmekteyken, 750'sinin (%95,5) hastane yatışı olmadığı bilinmektedir. Veriler incelendiğinde hastanede yatış durumu ile COVID-19 sonrasında sağlıklı beslenmeyi tercih etme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,371$).

Çizelge 4.24. Tanımlayıcı özelliklere göre COVID-19 geçirdikten sonra değişen beslenme durumu.

		Daha sağlıklı beslenmeye başladım.	Sağlıklı beslenmeye dikkat etmedim.	p*
		n (%)	n (%)	
Medeni Durum	Evli	348 (62,7)	468 (59,6)	0,256
	Bekar	207 (37,3)	317 (40,4)	
Eğitim Durumu	İlkokul-ortaokul	38 (6,8)	35 (4,5)	0,003
	Lise	82 (14,8)	157 (20)	
	Üniversite	320 (57,7)	470 (59,9)	
	Lisansüstü	115 (20,7)	123 (15,7)	
Gelir seviyesi	Asgari ücret altında	98 (17,7)	162 (20,6)	0,261
	Asgari ücret seviyesinde	31 (5,6)	52 (5,6)	
	Asgari ücret üzerinde	426 (76,8)	571 (72,7)	
Kronik hastalık durumu	Evet	137 (24,7)	160 (20,4)	0,071
	Hayır	418 (75,3)	625 (79,6)	
Uygulanan diyet Türü	Var	71 (12,8)	52 (6,6)	<0,001
	Yok	484 (87,2)	733 (93,4)	
Hastane yatma durumu	Evet	31 (5,6)	35 (4,5)	0,371
	Hayır	524 (94,4)	750 (95,5)	

*p≤0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmektedir. *ki-kare testi kullanılmıştır.

BÖLÜM 5

TARTIŞMA

COVID-19 salgını tüm dünyayı saran bir pandemi haline dönüşürken kademeli olarak önlemler alınmaktadır. Bu önlemler kapsamında evde geçirilen süre artmış ve evde fazla zaman geçirmeye bağlı olarak bireylerin beslenme alışkanlıkları ve yaşam tarzında değişiklikler gözlenmiştir.

Değişen beslenme alışkanlıkları ve yaşam tarzı değişiklikleri bireylerin vücut ağırlığına etki etmektedir. Di Renzo ve arkadaşlarının hazırladığı çalışmaya dahil olan 3533 katılımcının %48,6'sında vücut ağırlığında artış gözlemlendiği tespit edilmiştir (Di Renzo et al., 2020). Yapılan bir başka çalışmada 150 katılımcının değişen beslenme alışkanlıklarına bağlı olarak %19'unun vücut ağırlığında artış olduğu belirtilmektedir (Ghosh et al., 2020). Türkiye'de pandeminin getirdiği kısıtlamalar sonucundaki beslenme değişikliklerinin incelendiği çalışmada 432 katılımcının %38'inin vücut ağırlığında artış olduğu tespit edilmiştir (Özenoğlu et al., 2021). Chang ve arkadaşlarının hazırladığı bir meta-analiz çalışması sonucunda COVID-19 pandemisinin vücut ağırlığı artışı ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (Chang et al., 2021). Bizim çalışmamızda ise katılımcıların çoğunluğunun vücut ağırlığının değişmediği tespit edilmiştir. Çalışmamız mevcut çalışmalar göz önüne alındığında literatür verileri ile uyumsuz olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeni katılımcılarımızın eğitim seviyesinin yüksek olmasından dolayı bilinç seviyesinin yüksek olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Karantina süresinde ev içerisinde geçirilen süre arttıkça besin tüketim miktarları da etkilenmektedir. Ersoy ve Pınar tarafından yapılan karantina dönemindeki besin tüketimlerinin incelendiği bir çalışmada, katılımcıların %70,4'ünün besin tüketimlerini arttırdığı tespit edilmiştir (Ersoy & Pınar, 2022). Bizim çalışmamızda besin tüketimi değişmemekle birlikte, eğitim durumu ($p=0,052$) ve kronik hastalık

bulundurma durumu ($p=0,436$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak bireylerin bu dönemde besin tüketimlerindeki değişimlerde cinsiyete ($p<0,001$), medeni duruma ($p=0,001$), gelir seviyesine ($p=0,001$), uygulanan diyet türüne ($p<0,001$) ve hastanede yatma durumuna ($p=0,002$) bağlı olarak farklılık tespit edilmiştir. Veriler incelendiğinde; besin tüketimi değişen bireylerde evli bireylerin bekar bireylere göre, kadınların erkek bireylere göre, hastane yatışı yapılmayan hastaların yapılan bireylere göre daha fazla besin tüketimini artırdığı belirlenmiştir. Bunun nedeni evli bireylerin ve kadınların daha düzenli bir yaşam sürmeleri olabileceği düşünülmektedir. Katılımcılarda gelir seviyesi azaldıkça bireylerin besin tüketimi artmıştır. Diyet türü uygulamayan bireylerin uygulayan bireylere göre daha fazla azalttığı belirlenmiştir. Bu durumu bireylerin beslenme bilgi düzeyinin farklı olmasının etkilediği düşünülmektedir.

Pandemi sürecinde yeterli ve dengeli beslenme, COVID-19 enfeksiyonundan korunma ve hastalık süreci ile savaşmada önemlidir. Yeterli ve dengeli beslenmek beraberinde öğün düzenini de getirmektedir. Literatür incelendiğinde yapılan çalışmalarda öğünlerini atlayan bireylerin beslenme bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Yücel, 2015). Dinçer ve Kolcu tarafından yapılan toplumun beslenme alışkanlıklarının incelendiği bir çalışmada pandemi öncesinde 3 öğün beslenme düzenini takip eden bireylerin sayısının azaldığı bildirilmiştir (Dinçer & Kolcu, 2021). Pandemi sürecinde bireylerin yeme kontrolünü sağlamakta zorlandıkları, öğün sayılarının ve atıştırma miktarlarının arttığı belirlenmiştir (Ammar et al., 2020). Bizim çalışmamızda öğün sayısı değişmemekle birlikte, medeni durum ($p=0,063$), eğitim seviyesi ($p=0,359$) ve kronik hastalık bulunma durumu ($p=0,489$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak bireylerin bu dönemdeki değişen öğün sayıları değerlendirildiğinde, cinsiyete ($p=0,002$), gelir seviyesine ($p=0,035$), uygulanan diyet türüne ($p=0,001$) ve bireylerin hastane yatış durumlarına ($p<0,001$) göre anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Veriler incelendiğinde; öğün sayısı değişen bireylerde kadınların erkek bireylere göre, herhangi bir diyet türü uygulayanların uygulamayanlara göre daha fazla öğün sayısını artırdığı belirlenmiştir. Süregelen bilgi birikiminde diyet uygulamalarının her zaman kısıtlayıcı olduğu algısına bağlı olarak bu durum gelişmiş olabilir. Bireylerin gelir seviyesi düştükçe öğün sayısı artmıştır. Hastanede yatışı yapılmayan bireylerin,

yapılan bireylere göre daha fazla öğün sayısını azalttığı saptanmıştır. Bunun nedeni ise hastanede öğün düzeninin devam ettirilmesi, hastanede görevli diyetisyenlerin hastaların beslenmelerinden sorumlu olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Sağlıklı beslenmenin temelinde sebze-meyve tüketiminin artırılması bulunmaktadır (TCSağlık Bakanlığı, 2022e). Karantina sürecinde taze sebze-meyve elde etme zorluğundan kaynaklı olarak bireylerin tüketimde sıkıntılar yaşadığı belirtilmiştir (Ongan et al., 2020). Yapılan bir çalışmada ikinci karantina döneminde sebze ve meyve tüketimlerinin yeterli olmadığı belirtilmiştir (Ersoy & Pınar, 2022). Yapılan bir başka çalışmada ise sebze tüketiminin azaldığı tespit edilmiştir (Malta et al., 2020). Bizim çalışmamızda sebze-meyve tüketimi değişmemekle birlikte, cinsiyet ($p=0,741$), eğitim durumu ($p=0,437$) ve kronik hastalık bulunması ($p=0,829$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak bireylerin bu dönemde sebze-meyve tüketimlerindeki değişimlerde; medeni duruma ($p<0,001$), gelir seviyesine ($p=0,014$), herhangi bir diyet türü uygulama durumuna ($p=0,002$) ve hastane yatma durumuna ($p=0,029$) bağlı olarak farklılık tespit edilmiştir. Veriler incelendiğinde, sebze-meyve tüketimi değişen bireylerde evli bireylerin bekar bireylere göre daha fazla sebze-meyve tüketiminin arttığı saptanmıştır. Gelir seviyesi arttıkça bireylerin sebze-meyve tüketimi artmıştır. Hastanede yatmayan bireylerin hastanede yatan bireylere göre, herhangi bir diyet türü uygulamayan bireylerin uygulayanlara göre, daha fazla sebze-meyve tüketimini azalttığı saptanmıştır. Bunun nedeni hastane yemekhanelerinde taze sebze-meyve ulaşımı, uygulanan şirket politikaları, işleme süreçlerinin zorluğu ve hijyen gibi konulara bağlı olarak hastanede yatan bireylerin bu besin grubunun tüketiminde azalma görülmüş olabilir. Herhangi bir diyet türü uygulanırken sebze-meyve tüketimi konusunda artırılması temel bir madde olduğundan, diyet türü uygulamayanlarda azalma görülmüş olduğu düşünülmektedir.

Pandemi sürecinde yeterli ve dengeli beslenme önemi sıklıkla vurgulanmaktadır. Yeterli ve dengeli beslenme kapsamında protein içeriği yüksek et ve kurubaklagil grubu besinlere yer verilmesi gerekmektedir. Hazırlanan rehberlerde bu besin gruplarının tüketiminin artırılması hastalık sürecini de olumlu etkilemesi beklenmektedir (TDD, 2021; WHO). Güler ve Günaylı tarafından yapılan nitel bir

araştırma bireylerin protein içeriği yüksek et ve kurubaklagil grubu besinlerin tüketiminin arttığını ifade etmiştir (Güler & Günaylı, 2021). Yapılan bir çalışma kapsamında beslenme alışkanlıkları incelendiğinde et, baklagiller, süt/süt ürünleri ve sebze/meyve tüketiminin karantina sürecinde daha sık tüketildiği tespit edilmiştir (Güler et al., 2023). Lopes ve Freitas tarafından yapılan çalışmada Brezilya'daki balık tüketiminin COVID-19 sürecinde nasıl değiştiğini incelemek amaçlanmıştır, çalışma sonucunda balık tüketiminde bir değişiklik olmadığı tespit edilmiştir (Lopes & de Freitas, 2023). Bizim çalışmamızda, hayvansal protein kaynağı olan et/tavuk/balık tüketimi değişmemekle birlikte, cinsiyet ($p=0,190$), eğitim seviyesi ($p=0,811$) ve kronik hastalık bulunması durumu ($p=0,500$) arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Ancak bireylerin bu dönemde hayvansal protein kaynağı olan et/tavuk/balık tüketimindeki değişimlerde; medeni duruma ($p<0,001$), gelir seviyesine ($p=0,015$), herhangi bir diyet türü uygulama durumuna ($p=0,004$) ve hastane yatış durumuna ($p=0,013$) göre istatistiksel açıdan farklılık tespit edilmiştir. Veriler incelendiğinde, hayvansal protein kaynağı olan et/tavuk/balık tüketimi değişen bireylerde, evli bireylerin bekar bireylere göre daha fazla hayvansal protein kaynağı olan et/tavuk/balık tüketiminin azalttığı saptanmıştır. Gelir seviyesi arttıkça bireylerin hayvansal protein kaynağı (et/tavuk/balık) tüketimi artmıştır. Hastanede yatmayanların hastanede yatan bireylere göre, herhangi bir diyet türü uygulamayanların, diyet türü uygulayanlara göre daha fazla hayvansal protein kaynağı olan et/tavuk/balık tüketimini artırdığı saptanmıştır. Bunun nedeni yeterli ve dengeli beslenme temelli diyet düzeninin uygulanması, hastanede bu uygulamayı sağlayan diyetisyenlerin bulunduğu düşünülmektedir.

Literatür araştırması sürecinde spesifik besin olarak kurubaklagillere ağırlık verilmemiştir. Pandemi sürecinde beslenme önerilerinde protein içeriği yüksek besin gruplarına önem verilmektedir (TCSağlıkBakanlığı, 2022e). Şili'de karantina sürecindeki değişen meyve,sebze ve baklagil tüketimindeki değişimin incelenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada kurubaklagil tüketiminin arttığı belirtilmiştir (Pye et al., 2021). Hemşirelik öğrencilerinin beslenme ve hijyen alışkanlıklarına etkisini belirleme amacıyla yapılan bir çalışmada da kurubaklagil tüketiminde azalma tespit edilmiştir (Ünal et al., 2020). Bizim çalışmamızda kurubaklagil (kurufasulye, barbunya, yeşil mercimek vb.) tüketimi değişmemekle birlikte, cinsiyet ($p=0,152$),

medeni durum ($p=0,077$) eğitim seviyesi ($p=0,613$), gelir seviyesi ($p=0,159$) ve kronik hastalık bulunma durumu ($p=0,746$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Ancak bireylerin kurubaklagil (kurufasulye, barbunya, yeşil mercimek vb.) tüketimlerindeki değişimlerde; herhangi bir diyet türü uygulanması ($p=0,004$) ve hastane yatışının bulunması ($p=0,009$) arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Veriler incelendiğinde, hastanede yatmayanların hastanede yatan bireylere göre, herhangi bir diyet türü uygulamayanların uygulayan bireylere göre daha fazla kurubaklagil (kurufasulye, barbunya, yeşil mercimek vb.) tüketimini azalttığı saptanmıştır.

Paketli ürün ve şekerli besin tüketimine yönelme, hem raf ömrü uzun ürünler olması hem de evde bulunan karantina süreçlerinde duygusal yeme ile savaşmak için kullanılan besinler haline gelmiştir (Beyhan & Erkut, 2021). Pellegrini ve arkadaşlarının İtalya'da 150 kişi üzerinde yaptıkları bir çalışmada karantina döneminde; atıştırmalık, mısır gevreği ve tatlı tüketiminin arttığı sonucuna varmıştır (Pellegrini et al., 2020). Bizim çalışmamızda paketli ürün (patates cipsi, bisküvi vb.) tüketimi değişmemekle birlikte, eğitim seviyesi ($p=0,230$) ve gelir seviyesi ($p=0,926$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Ancak bireylerin paketli ürün (patates cipsi, bisküvi vb.) tüketimlerindeki değişimlerde; cinsiyet ($p<0,001$), medeni durum ($p<0,001$), kronik hastalık bulunma durumu ($p=0,049$), herhangi bir diyet türü uygulama durumu ($p=0,028$) ve hastane yatış durumu ($p=0,029$) arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Veriler incelendiğinde; kadın bireylerin erkek bireylere göre, kronik hastalığı olmayan bireylerin, kronik hastalığı bulunan bireylere göre ve hastanede yatmayanların hastanede yatan bireylere göre paketli ürün (patates cipsi, bisküvi vb.) tüketimini daha fazla artırdığı saptanmıştır. Paketli ürün (patates cipsi, bisküvi vb.) tüketimi değişen bireyler arasında, evli bireylerin bekar bireylere göre ve herhangi bir diyet türü uygulamayan bireylerin uygulayan bireylere göre daha fazla paketli ürün (patates cipsi, bisküvi vb.) tüketiminin azalttığı saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada paketli ürüne erişimin kolay olmsından dolayı tüketiminin arttığı ve yüksek şeker içerikli besinlerin de beraberinde tüketiminin arttığı belirlenmiştir (Di Renzo et al., 2020). Hazır paketli gıdaların içeriğindeki yüksek tuz ve şeker oranları, katkı maddeleri nedeniyle dengeli ve yeterli beslenmede önerilmemektedir (TCSağlık Bakanlığı, 2022e). Glisemik

indeksi yüksek rafine şekerler, düşük posalı ve tuz oranı yüksek besinler, katkı maddeli paketli gıdalar inflamasyonu artırıp, hastalık sürecini olumsuz etkilediğinden tüketimi azaltılmalıdır (Minich & Hanaway, 2020). Bizim çalışmamızda şeker/şekerli besinler (sütlü tatlı, şerbetli tatlı, şeker, çikolata, gofret vb.) tüketimi değişmemekle birlikte, eğitim seviyesi ($p=0,206$), gelir seviyesi ($p=0,344$), kronik hastalık bulunma durum ($p=0,056$) ve hastane yatış durumu ($p=0,232$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Ancak bireylerin şeker/şekerli besinler (sütlü tatlı, şerbetli tatlı, şeker, çikolata, gofret vb.) tüketimlerindeki değişimlerde; cinsiyete göre ($p<0,001$), medeni duruma göre ($p=0,003$) ve diyet uygulama durumuna ($p=0,002$) göre önemli farklılık tespit edilmiştir. Veriler incelendiğinde; evli bireylerin bekar bireylere göre daha fazla şeker/şekerli besinler (sütlü tatlı, şerbetli tatlı, şeker, çikolata, gofret vb.) tüketiminin azalttığı saptanmıştır. Şeker/şekerli besinler (sütlü tatlı, şerbetli tatlı, şeker, çikolata, gofret vb.) tüketimi değişen bireylerde kadın bireylerin erkek bireylere göre, diyet uygulayanların uygulamayanlara göre daha fazla şeker/şekerli besinler (sütlü tatlı, şerbetli tatlı, şeker, çikolata, gofret vb.) tüketimini artırdığı saptanmıştır. Bunun nedeni bireylerin ev içinde daha fazla vakit geçirmesi, can sıkıntısı durumunun boş kalorilerle doldurulmak istenmesi olduğu düşünülmektedir.

Su, bireylerin sıvı-elektrolit dengesinin korunmasında önemlidir. Vücudun sıvı dengesinin korunması hücrelerin yaşamsal faaliyetlerinin gerçekleştirilebilmesi açısından gereklidir (TCSağlık Bakanlığı, 2022e). Yapılan bir çalışma bu önemi dikkate alan bireylerden oluştuğu düşünülmekte olup, katılımcıların su tüketimini artırdığı tespit edilmiştir (Di Renzo et al., 2020). Bizim çalışmamızda su tüketimi değişmemekle birlikte, cinsiyet ($p=0,549$), eğitim durumu ($p=0,253$) ve kronik hastalık bulunması ($p=0,249$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Ancak bireylerin su tüketimlerindeki değişimlerde, medeni duruma göre ($p=0,0034$), gelir seviyesine göre ($p=0,004$), diyet uygulama durumuna göre ($p=0,029$) ve hastane yatış durumuna ($p=0,008$) göre önemli farklılıklar tespit edilmiştir. Veriler incelendiğinde; evli bireylerin bekar bireylere göre daha fazla su tüketiminin arttığı saptanmıştır. Gelir seviyesi arttıkça su tüketiminin arttığı tespit edilmiştir. Su tüketimi değişen bireyler arasında, hastanede yatmayanların hastanede

yatan bireylere göre, herhangi bir diyet türü uygulamayanların uygulayan bireylere göre daha fazla su tüketimini azalttığı saptanmıştır.

Covid-19 pandemisi sürecinde daha aktif bir yaşam tarzı oluşması amacıyla evde egzersiz aktiviteleri önerilmekte, ev içinde günde 30 dakika orta düzey veya günde 20 dakika şiddetli düzeyde yapılmasının yararlı olabileceği bildirilmiştir (WHO, 2020a). Literatür incelendiğinde yapılan bir çalışmada bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinde azalma olduğu saptanmıştır (Özenoğlu et al., 2021). Trabelsi ve arkadaşları tarafından yapılan kısıtlama öncesi ile kısıtlama sonrası fiziksel aktivite durumunun araştırıldığı çalışma sonucunda kısıtlamalar süresince fiziksel aktivite düzeylerinin azaldığını tespit etmiştir (Trabelsi et al., 2021). Malta ve arkadaşlarının hazırladığı bir çalışmada literatür sonuçları ile paralellik göstererek fiziksel aktivite düzeylerinde azaldığı sonucu elde edilmiştir (Malta et al., 2020). Yapılan bir sistematik derleme çalışmasına dahil edilen 66 çalışmanın sonucu olarak, karantina sürecinin fiziksel aktivite durumunda azalmaya neden olduğu belirlenmiştir (Stockwell et al., 2021). Diğer çalışmaların aksine üniversite öğrencilerinin karantina öncesi ve sonrası fiziksel aktivite durumlarının incelendiği bir çalışmada hem oturma süresinin hem de fiziksel aktivenin arttığı bildirilmiştir (Romero-Blanco et al., 2020). Bizim çalışmamızda fiziksel aktivite/spor durumu ile belirlenen tüm parametreler arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Fiziksel aktivite/spor durumu değişen bireylerde, kadın bireylerin erkek bireylere göre ($p=0,008$), evli bireylerin bekar bireylere göre ($p<0,001$) fiziksel aktivite/spor durumunu daha fazla azalttığı saptanmıştır. Eğitim seviyesi ve gelir seviyesi arttıkça bireylerin fiziksel aktivite/spor yapma durumu azalmıştır. Fiziksel aktivite/spor durumu değişen bireyler arasında, kronik hastalığı olmayan bireylerin, kronik hastalığı bulunan bireylere göre ($p=0,005$), hastanede yatmayanların hastanede yatan bireylere göre ($p=0,003$), herhangi bir diyet türü uygulayanların uygulamayanlara göre ($p<0,001$) daha fazla fiziksel aktivite/spor durumunu artırdığı saptanmıştır.

Literatür incelendiğinde, farklı besinlerde farklı tüketim alışkanlıkları gözlenmiştir. Yapılan bir çalışmada besinler üzerindeki değişimler incelenirken tahıllar, kurubaklagiller, beyaz et ve çay/kahve tüketiminde artış olduğunu ve taze balık, ambalajlı tatlılar ve unlu mamuller, paket servis gıda ve alkollü içecek tüketiminde

azalma olduğu belirlenmiştir (Di Renzo et al., 2020). Bizim alışmamızda ise ekmek ve tahıl tüketiimi için katılımcılar tüketimlerinin değişmediğini ifade ederken, değişen tüketim durumu ile cinsiyet ($p=0,087$), eğitim durumu ($p=0,544$), gelir seviyesi ($p=0,438$) ve hastanede yatma durumu ($p=0,118$) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Ancak ekmek ve tahıl grubu besin tüketiimi ile medeni durum arasındaki ilişki incelendiğinde evli bireylerin bekar bireylere göre daha fazla ekmek ve tahıl (pilav, makarna vb.) tüketiiminin azalttığı saptanmıştır. Bunun nedeni evli bireylerin daha düzenli bir beslenme programı izlemesi olabilir. Ekmek ve tahıl grubu besin tüketiimi ile kronik hastalık varlığı arasındaki ilişki incelendiğinde kronik hastalığı olmayan bireylerin, kronik hastalığı bulunan bireylere göre daha fazla ekmek ve tahıl (pilav, makarna vb.) tüketiiminin artırdığı saptanmıştır. Bunun nedeni kronik hastalığı olan bireylerin uygulaması gereken bir diyet programı ve bu diyet programı kapsamında kısıtlayıcı düzenleme yapılması olabilir. Ekmek ve tahıl grubu besin tüketiimi ile diyet türü uygulama durumu arasındaki ilişki incelendiğinde, ekmek ve tahıl grubu besin tüketiimi değişen bireylerde herhangi bir diyet türü uygulamayan bireylerde daha çok azalma gözlenmiştir. Bunun nedeni ise bireylerdeki bilinçsiz diyet uygulamaları ve uzman desteği almamak olduğu düşünölmektedir.

İtalyan nüfusunda COVID-19 salgının yeme alışkanlıkları ve yaşam tarzı değişikliklerinin araştırıldığı bir çalışmada 3533 katılımcının %37,4'ünün daha fazla, %35,8'inin daha az sağlıklı besinleri tercih ettiği belirlenmiştir. Meksika'da karantina süresindeki beslenme değişikliklerini değerlendirmek için yapılan bir araştırmada, katılımcıların %37,2'sinin daha az sağlıklı beslenme alışkanlıklarına sahip olduğu bildirilmiştir (Lopez et al., 2021). Bizim alışmamızda katılımcılar daha sağlıklı beslenmediğini ifade ederken, değişen beslenme durumu ile cinsiyet ($p=0,234$), medeni durum ($p=0,256$), gelir seviyesi ($p=0,261$), kronik hastalık bulunma durumu ($p=0,071$) ve hastane yatışının olması durumu ($p=0,371$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Ancak değişen beslenme durumu ile eğitim seviyesi ($p=0,003$) ve diyet türü uygulama ($p<0,001$) anlamlı farklılık bulunmaktadır. Veriler incelendiğinde uygulanan diyet türü ile COVID-19 sonrasında sağlıklı beslenmeyi tercih etme durumunda, herhangi bir diyet türü

uygulamayanlar uygulayanlara göre sağlıklı beslenmeye daha az dikkat ettiği tespit edilmiştir. Eğitim seviyesi arttıkça sağlıklı beslenmeye daha az dikkat edilmiştir.

Pandemi ile bireysel savaşta g¼c¼l¼ bir bağışıklık ¼nem arz etmektedir. G¼c¼l¼ bir bağışıklık beslenme ile sağlansa dahi besin takviyeleri kullanılmaktadır. Yapılan bir araştırmada COVID-19 enfeksiyonu d¼neminde besin takviyesi kullanımında artış olduğu belirlenmiştir (Hamulka et al., 2020). Altun ve arkadaşları diyetisyenlerin pandemi s¼recinde kullandıkları besin takviyelerini değerlendirdikleri çalışmada 550 katılımcının %54,7'sinin besin takviyesi kullandığını belirtmiştir (Altun et al., 2021). Yapmış olduğumuz çalışmada ise bireylerin besin takviyesi kullanmadığı, besin takviyesi kullanan ve kullanmayan bireyler arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$).

BÖLÜM 6

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma kapsamında COVID-19 geçirmiş bireylerin değişen beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite davranışları analiz edilmiştir. Çalışma sonucunda katılımcıların enfeksiyon sonrası sağlıklı beslenmeye dikkat etmedikleri tespit edilmiştir. Katılımcıların %43'ü besin takviyesi kullandığını ifade ederken, bireyler arasında en çok kullanılan takviyeler sırasıyla D vitamini ve C vitaminidir. Bireylerin besin tüketimi ile medeni durum, gelir seviyesi ve uygulanan diyet türü arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Öğün sayısı ile gelir seviyesi, hastanede yatma durumu ve uygulanan diyet türü arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Katılımcıların sebze-meyve tüketimi ile medeni durum, gelir seviyesi, hastanede yatma durumu ve uygulanan diyet türü arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hayvansal protein kaynağı olan et/tavuk/balık tüketimi ile medeni durum, gelir seviyesi, hastanede yatma durumu ve uygulanan diyet türü arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Katılımcıların kurubaklagil (kurufasulye, barbunya, yeşil mercimek vb.) tüketimi ile medeni durum, hastanede yatma durumu ve uygulanan diyet türü arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ekmek ve tahıl (pilav, makarna vb.) tüketimi ile medeni durum, kronik hastalık bulunma durumu ve uygulanan diyet türü arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Katılımcıların paketli ürün (patates cipsi, bisküvi vb.) tüketimi ile medeni durum, kronik hastalık bulunma durumu, hastanede yatma durumu ve uygulanan diyet türü arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Şeker ve şekerli besinler (sütlü tatlı, şerbetli tatlı, şeker, gofret, çikolata vb.) tüketimi ile medeni durum ve uygulanan diyet türü arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Katılımcıların su tüketimi ile medeni durum, gelir seviyesi, hastanede yatma durumu ve uygulanan diyet türü arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Katılımcıların fiziksel aktivite/spor durumu ile medeni durum, eğitim durumu, gelir seviyesi, kronik hastalık bulundurma durumu, hastanede yatma durumu ve uygulanan diyet türü arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Katılımcıların enfeksiyon sonrası sağlıklı beslenmeye yönelim

gösterme durumları ile eğitim seviyesi ve uygulanan diyet türü arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

COVID-19 enfeksiyonu bireylerin beslenme alışkanlıklarında değişime neden olmuştur. Pandemi öncesi, sırası ve sonrasında hastalığa yakalanma durumundan bağımsız olarak yeterli ve dengeli beslenmeye dikkat edilmesi gerekir. Doğru bir beslenme düzeni, bağışıklık sistemini güçlendirerek, sağlığı korumaya yardımcı olmaktadır. Düzenli fiziksel aktivitenin sağlığın korunması ve geliştirilmesinde etkileri klinik olarak kanıtlanmıştır. COVID-19 pandemisi sürecinde evde geçirilen vakit artmış, sedanter yaşam benimsenmiştir. Daha aktif bir yaşam sağlanabilmesi için, ev içinde yapılabilecek egzersizlere yönelerek, bireylerin düşük fiziksel aktivite düzeyleri artırılabilir. Karantina sürecinin beraberinde gelen artan yağlı, karbonhidrat oranı yüksek, şekerli besinlerin önüne geçmek, alışveriş listelerine sağlıklı atıştırmalıklar ve sağlıklı besinlere daha çok yer verilebilir. Gelecekte tekrar enfeksiyona yakalanma riski göz önüne alınarak bireylere diyetisyenler tarafından beslenme eğitimi ve fizyoterapistler tarafından fiziksel aktivite davranışları konusunda eğitimler düzenlenebilir.

Literatür incelendiğinde yapılan çalışmaların çoğunluğunda pandemi sürecindeki genel beslenme incelenmiştir. Bizim çalışmamız COVID-19 enfeksiyonu geçiren bireyler ile çalışarak, literatüre katkıda bulunmayı amaçlamıştır. COVID-19 geçirmiş hasta bireyler ile daha çok çalışma yapılabilir.

KAYNAKÇA

Ahmad, S., Rageeb, M., Usman, M., Baviskar, K., & Patil, T (2020). Break the chain of coronavirus disease (Covid-19) infection: a review. *International Journal of Pharmaceutical Sciences Review and Research*, 187-191.

Akgün, O (2020). COVID-19 SALGINI DÖNEMİNDE TÜRKİYE'DE ALINAN İDARİ KARARLARIN SALGININ ÖNLENMESİNDEKİ ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 7 (7), 201-228.

Akpınar, D., & Türköz, B (2019). Probiotic-human immune system interactions. *Food and Health*, 5 (4), 265-280.

Aksoy, M (2011). *Beslenme biyokimyası*. Hatiboğlu Yayınları.

Aktaş, N (2011). *Besin Rehberleri: Beslenme Eğitiminde Görsel Bir Araç*. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (25), 11-16.

Algın, D., Akdağ, G., & Erdiñ, O (2016). Kaliteli uyku ve uyku bozuklukları/Quality sleep and sleep disorders. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38 (1), 29-34.

Alpay, A. S., Erdoğan, H., Erdoğan, A., & Naciye, Ö (2023). Hastanede Yatarak Takip Edilen Covid-19 Tanılı Hastalarda Aşılama Durumu. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7 (1), 66-77.

Alphan, E., Baş, M., Baysal, A., Merdol, T., Kızıltan, G., & Pekcan, G (2013). Hastalıklarda beslenme tedavisi. *Baskı, Hatiboğlu Yayınları*, Ankara.

Altun, H. K., Ermumcu, M. S. K., & Kurklu, N. S (2021). Evaluation of dietary supplement, functional food and herbal medicine use by dietitians during the COVID-19 pandemic. *Public health nutrition*, 24 (5), 861-869.

Ammar, A., Brach, M., Trabelsi, K., Chtourou, H., Boukhris, O., Masmoudi, L., Bouaziz, B., Bentlage, E., How, D., Ahmed, M., Müller, P., Müller, N., Aloui, A., Hammouda, O., Paineiras-Domingos, L. L., Braakman-Jansen, A., Wrede, C., Bastoni, S., Pernambuco, C. S., . . . Hoekelmann, A (2020). Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID19 International Online Survey. *Nutrients*, 12 (6). <https://doi.org/10.3390/nu12061583>

Andersen, K. G., Rambaut, A., Lipkin, W. I., Holmes, E. C., & Garry, R. F (2020). The proximal origin of SARS-CoV-2. *Nat Med*, 26 (4), 450-452. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0820-9>

Arslan, M (2018). Beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite düzeylerinin analizi: Marmara Üniversitesi öğretim üyeleri üzerine bir çalışma. Dicle Tıp Dergisi, 45 (1), 59-69.

Aydın, D. G. E (2017). SAĞLIKLI BİREYLER İÇİN TEMEL BESLENME EL KİTABI.

Aysan, A., Balcı, E., Karagöl, E., Kılıç, E., Gültekin, F., Şahin, F., Parlakpınar, H., Bulut, M., Garipağaoğlu, M., & Solak, M (2020). COVID-19 pandemi değerlendirme raporu. Şeker M, Özer A, Tosun Z, Korkut C, Doğrul M, editörler. Ankara: Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları, TÜBA Raporları, 34.

Bahar, A., Çuhadar, D., & Bahar, G (2020). COVID-19 PANDEMİSİ: KARANTİNA VE İZOLASYON SÜRECİNDE RUH SAĞLIĞI. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 7 (2), 42-48.

Baran, M. F (2021). PANDEMİ SÜRECİNDE COVID-19 KORKUSU İLE BESLENME ALIŞKANLIKLARININ KARŞILAŞTIRILMASI [Tıpta Uzmanlık Tezi, SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ].

Barazzoni, R., Bischoff, S. C., Breda, J., Wickramasinghe, K., Krznaric, Z., Nitzan, D., Pirlich, M., & Singer, P (2020). ESPEN expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with SARS-CoV-2 infection. In (Vol. 39, pp. 1631-1638): Elsevier.

Baykam, N (1999). SAĞLIK ÇALIŞANLARINA TEMAS, ENTERAL VE DAMLACIK YOLUYLA BULAŞAN İNFEKSİYONLAR VE KORUNMA YOLLARI. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI 1. ULUSAL KONGRESİ, 62.

Baysal, A (2004). Beslenme. Hatiboğlu Yayınevi.

Beard, J. A., Bearden, A., & Striker, R (2011). Vitamin D and the anti-viral state. Journal of Clinical Virology, 50 (3), 194-200.

Bekgöz, B., & Şan, İ (2020). COVID-19 TEDAVİSİ. In H. Oğuztürk (Ed.), Koronavirüs Hastalığı (COVID- 19) ve Acil Tıp 2020 (pp. 28-34).

Beyhan, Y., & Erkut, E (2021). Pandemi sürecinde duygusal yeme. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4 (2), 109-114.

Bilici, D. S., Genel, S. B. T. S. H., Irmak, M. U. D. H., & Buzgan, U. D. T (2008). SAĞLIK PERSONELİNE YÖNELİK EL YIKAMA VE EL DEZENFEKSİYONU REHBERİ.

Birliği, T. T (2020). COVID-19 PANDEMİSİ. Ay Değerlendirme Raporu, 14.

Bogoch, II, Watts, A., Thomas-Bachli, A., Huber, C., Kraemer, M. U. G., & Khan, K (2020). Pneumonia of unknown aetiology in Wuhan, China: potential for international spread via commercial air travel. J Travel Med, 27 (2). <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa008>

Budak, F., & Korkmaz, Ş (2020). COVID-19 pandemi sürecine yönelik genel bir değerlendirme: Türkiye örneği. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi (1), 62-79.

Bundgaard, H., Bundgaard, J. S., Raaschou-Pedersen, D. E. T., von Buchwald, C., Todsén, T., Norsk, J. B., Pries-Heje, M. M., Vissing, C. R., Nielsen, P. B., Winsløw, U. C., Fogh, K., Hasselbalch, R., Kristensen, J. H., Ringgaard, A., Porsborg Andersen, M., Goecke, N. B., Trebbien, R., Skovgaard, K., Benfield, T., . . . Iversen, K (2021). Effectiveness of Adding a Mask Recommendation to Other Public Health Measures to Prevent SARS-CoV-2 Infection in Danish Mask Wearers : A Randomized Controlled Trial. Ann Intern Med, 174 (3), 335-343. <https://doi.org/10.7326/m20-6817>

Calder, P. C., Carr, A. C., Gombart, A. F., & Eggersdorfer, M (2020). Optimal Nutritional Status for a Well-Functioning Immune System Is an Important Factor to Protect against Viral Infections. Nutrients, 12 (4). <https://doi.org/10.3390/nu12041181>

Carr, A. C., & Maggini, S (2017). Vitamin C and immune function. Nutrients, 9 (11), 1211.

Casella, M., Rajnik, M., Aleem, A., Dulebohn, S. C., & Di Napoli, R (2022). Features, evaluation, and treatment of coronavirus (COVID-19). Statpearls [internet].

Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public health reports, 100 (2), 126.

CDC, C. f. D. C. a. P (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Who is at risk for severe disease from COVID-19? <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/faq.html>

CDC, C. f. D. C. a. P (2021). Hand Hygiene in Healthcare Settings. <https://www.cdc.gov/handhygiene/providers/index.html>

CDC, C. f. D. C. a. P (2022a). Overview of COVID-19 Vaccines. Retrieved 02.03.2023 from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/different-vaccines/overview-COVID-19-vaccines.html>

CDC, C. f. D. C. a. P (2022b). Social Distancing. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/tribal/social-distancing.html#SocialDistancing>

CDC, C. f. D. C. a. P (2023, 30.01.2023). COVID-19 Treatments and Medications. Retrieved 04.03.2023 from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/your-health/treatments-for-severe-illness.html>

Cederholm, T., Barazzoni, R., Austin, P., Ballmer, P., Biolo, G., Bischoff, S. C., Compher, C., Correia, I., Higashiguchi, T., & Holst, M (2017). ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. Clinical nutrition, 36 (1), 49-64.

Chan, J. F., Yuan, S., Kok, K. H., To, K. K., Chu, H., Yang, J., Xing, F., Liu, J., Yip, C. C., Poon, R. W., Tsoi, H. W., Lo, S. K., Chan, K. H., Poon, V. K., Chan, W. M., Ip, J. D., Cai, J. P., Cheng, V. C., Chen, H., . . . Yuen, K. Y (2020). A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet*, 395 (10223), 514-523. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30154-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30154-9)

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.

Cheng, R. Z (2020). Can early and high intravenous dose of vitamin C prevent and treat coronavirus disease 2019 (COVID-19)? *Medicine in drug discovery*, 5, 100028.

Chu, D. K., Akl, E. A., Duda, S., Solo, K., Yaacoub, S., & Schünemann, H. J (2020). Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 395 (10242), 1973-1987. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)31142-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)31142-9)

Coperchini, F., Chiovato, L., Croce, L., Magri, F., & Rotondi, M (2020). The cytokine storm in COVID-19: An overview of the involvement of the chemokine/chemokine-receptor system. *Cytokine & growth factor reviews*, 53, 25-32.

Çulfa, S., Yıldırım, E., & Bayram, B (2021). COVID-19 pandemi süresince insanlarda değişen beslenme alışkanlıkları ile obezite ilişkisi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6 (1), 135-142.

Demir, B., & Hamza, A (2023). Covid-19 Pandemisinin Bireysel ve Sosyal Etkileri. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 11 (34), 242-259.

Demirer, R (2022). COVID-19 PANDEMİSİ DÖNEMİNDE ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN

DEPRESYON, ANKSİYETE VE STRES DURUMLARININ BELİRLENMESİ [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü].

Di Renzo, L., Gualtieri, P., Pivari, F., Soldati, L., Attinà, A., Cinelli, G., Leggeri, C., Caparello, G., Barrea, L., & Scerbo, F (2020). Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey. *Journal of translational medicine*, 18 (1), 1-15.

Dikmen, A. U., Mediha, K., Özkan, S., & İlhan, M. N (2020). COVID-19 epidemiyolojisi: Pandemiden ne öğrendik. *Journal of biotechnology and strategic health research*, 4, 29-36.

Dinçer, S., & Kolcu, M (2021). Covid-19 Pandemisinde toplumun beslenme alışkanlıklarının incelenmesi: İstanbul örneği. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 5 (2), 193-201. In.

Duruk, N., & Kalaycı, F (2022). Covid-19 Pandemi Sürecinin Yetişkin Bireylerde Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, 4 (3), 133-140.

EFSA Panel on Dietetic Products, N., & Allergies (2010). Scientific opinion on dietary reference values for water. EFSA Journal, 8 (3), 1459.

Ersoy, N., & Pınar, A. A (2022). 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.

Evlice, A. T (2012). Obstrüktif uyku apne sendromu. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 21 (2), 134-150.

FAO, F. A. O (2020). Maintaining a healthy diet during the COVID-19 pandemic [1.07.2023]. <https://www.fao.org/3/ca8380en/CA8380EN.pdf>

França, T., Ishikawa, L., Zorzella-Pezavento, S., Chiuso-Minicucci, F., da Cunha, M. d. L. R. d. S., & Sartori, A (2009). Impact of malnutrition on immunity and infection. Journal of Venomous Animals and Toxins including Tropical Diseases, 15, 374-390.

Gavriatopoulou, M., Ntanasis-Stathopoulos, I., Korompoki, E., Fotiou, D., Migkou, M., Tzanninis, I.-G., Psaltopoulou, T., Kastiris, E., Terpos, E., & Dimopoulos, M. A (2021). Emerging treatment strategies for COVID-19 infection. Clinical and experimental medicine, 21, 167-179.

Ghosh, A., Arora, B., Gupta, R., Anoop, S., & Misra, A (2020). Effects of nationwide lockdown during COVID-19 epidemic on lifestyle and other medical issues of patients with type 2 diabetes in north India. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews, 14 (5), 917-920.

Grant, W. B., Lahore, H., McDonnell, S. L., Baggerly, C. A., French, C. B., Aliano, J. L., & Bhattoa, H. P (2020). Evidence that vitamin D supplementation could reduce risk of influenza and COVID-19 infections and deaths. Nutrients, 12 (4), 988.

Grennan, D (2019). What Is a Pandemic? JAMA, 321 (9), 910-910. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.0700>

Gutiérrez, S., Svahn, S. L., & Johansson, M. E (2019). Effects of omega-3 fatty acids on immune cells. International journal of molecular sciences, 20 (20), 5028.

Güler, O., & Günaylı, H (2021). COVID-19 Sürecinde değişen beslenme alışkanlıkları: COVID-19 hastalığını geçiren aileler örneğinde nitel durum araştırması. Avrasya Turizm Araştırmaları Dergisi, 2 (2), 67-81.

Güler, P., Bozkır, Ç., & Uluata, S (2023). COVID-19 PANDEMİ KISITLAMALARININ BESLENME ALIŞKANLIKLARINA ETKİSİ. Sağlık Bilimleri Dergisi, 32 (2), 237-243.

Gürbüz, S., Saliha, A., & Çöl, M (2021). COVID-19 Aşı Çalışmaları ve Uygulamaları. YENİ KORONAVİRÜS PANDEMİSİ SÜRECİNDE TÜRKİYE'DE COVID-19 AŞILAMASI VE BAĞIŞIKLAMA HİZMETLERİNİN DURUMU, 45.

Hamulka, J., Jeruszka-Bielak, M., Górnicka, M., Drywień, M. E., & Zielinska-Pukos, M. A (2020). Dietary supplements during COVID-19 outbreak. Results of google trends analysis supported by PLifeCOVID-19 online studies. *Nutrients*, 13 (1), 54.

Herforth, A., Arimond, M., Álvarez-Sánchez, C., Coates, J., Christianson, K., & Muehlhoff, E (2019). A global review of food-based dietary guidelines. *Advances in Nutrition*, 10 (4), 590-605.

Huang, Z., Liu, Y., Qi, G., Brand, D., & Zheng, S. G (2018). Role of vitamin A in the immune system. *Journal of clinical medicine*, 7 (9), 258.

İşlek, E., Özatkan, Y., Uslu, M. K. B., Arı, H. O., Çelik, H., & Yıldırım, H. H (2021). Türkiye’de COVID-19 pandemisi yönetimi ve sağlık politikası stratejileri. *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Dergisi*, 4 (2), 54-65.

Jawhara, S (2020). Could intravenous immunoglobulin collected from recovered coronavirus patients protect against COVID-19 and strengthen the immune system of new patients? *International journal of molecular sciences*, 21 (7), 2272.

Jin, Y., Yang, H., Ji, W., Wu, W., Chen, S., Zhang, W., & Duan, G (2020). Virology, Epidemiology, Pathogenesis, and Control of COVID-19. *Viruses*, 12 (4). <https://doi.org/10.3390/v12040372>

Junaid, K., Ejaz, H., Abdalla, A. E., Abosalif, K. O., Ullah, M. I., Yasmeen, H., Younas, S., Hamam, S. S., & Rehman, A (2020). Effective immune functions of micronutrients against SARS-CoV-2. *Nutrients*, 12 (10), 2992.

Karaağaç, Y., & Koyu, E. B (2020). Viral Enfeksiyonlarda Vitamin ve Mineraller: COVID-19 Odağında Bir Derleme. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5 (2), 165-173.

Karakaş, S. A., Gönültaş, N., & Okanlı, A (2017). Vardiyalı çalışan hemşirelerde uyku kalitesi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4 (1), 17-26.

Kılıç, M., Uslukılıç, G., & Şerife, O (2021). COVID-19 PANDEMİSİ EVDE KAL UYGULAMASI: TOPLUMUN TUTUM VE DAVRANIŞLARI. *Bozok Tıp Dergisi*.

Kim, S.-W., & Su, K.-P (2020). Using psychoneuroimmunity against COVID-19. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 4-5.

Kocabaş, A (2020). Eşitsizlik ve COVID-19. *Türk Tabipler Birliği*, 394, 414.

Kusmann, M (2010). Nutrition and immunity. *Mass Spectrometry and Nutrition Research*, 9, 268.

Laja García, A. I., Moráis-Moreno, C., Samaniego-Vaesken, M. L., Puga, A. M., Partearroyo, T., & Varela-Moreiras, G (2019). Influence of Water Intake and

Balance on Body Composition in Healthy Young Adults from Spain. *Nutrients*, 11 (8). <https://doi.org/10.3390/nu11081923>

Lechien, J. R., Chiesa-Estomba, C. M., De Siati, D. R., Horoi, M., Le Bon, S. D., Rodriguez, A., Dequanter, D., Blecic, S., El Afia, F., Distinguin, L., Chekkoury-Idrissi, Y., Hans, S., Delgado, I. L., Calvo-Henriquez, C., Lavigne, P., Falanga, C., Barillari, M. R., Cammaroto, G., Khalife, M., . . . Saussez, S (2020). Olfactory and gustatory dysfunctions as a clinical presentation of mild-to-moderate forms of the coronavirus disease (COVID-19): a multicenter European study. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 277 (8), 2251-2261. <https://doi.org/10.1007/s00405-020-05965-1>

Lee, G. Y., & Han, S. N (2018). The role of vitamin E in immunity. *Nutrients*, 10 (11), 1614.

Li, H., Liu, S. M., Yu, X. H., Tang, S. L., & Tang, C. K (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): current status and future perspectives. *Int J Antimicrob Agents*, 55 (5), 105951. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105951>

Lopes, I. G., & de Freitas, T. M (2023). Fish consumption in Brazil: State of the art and effects of the COVID-19 pandemic. *Aquaculture*, 739615.

Lopez, K., Garduño, A., Regules, A., Romero, L., Martinez, O., & Pereira, T (2021). Lifestyle and nutrition changes during the SARS-CoV-2 (COVID-19) lockdown in México: A n observational study. *Revista Espanola de Nutricion Humana y Dietetica*.

Malta, D. C., Szwarcwald, C. L., Barros, M. B. d. A., Gomes, C. S., Machado, Í. E., Souza Júnior, P. R. B. d., Romero, D. E., Lima, M. G., Damacena, G. N., & Pina, M. d. F (2020). The COVID-19 Pandemic and changes in adult Brazilian lifestyles: a cross-sectional study, 2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29.

Mehta, P., McAuley, D. F., Brown, M., Sanchez, E., Tattersall, R. S., & Manson, J. J (2020). COVID-19: consider cytokine storm syndromes and immunosuppression. *The lancet*, 395 (10229), 1033-1034.

Meydani, S. N., Lewis, E. D., & Wu, D (2018). Perspective: should vitamin E recommendations for older adults be increased? *Advances in Nutrition*, 9 (5), 533-543.

Minich, D., & Hanaway, P (2020). The functional medicine approach to COVID-19: nutrition and lifestyle practices for strengthening host defense. *Integrative Medicine: A Clinician's Journal*, 19 (Suppl 1), 54.

Morens, D. M., Folkers, G. K., & Fauci, A. S (2009). What Is a Pandemic? *The Journal of Infectious Diseases*, 200 (7), 1018-1021. <https://doi.org/10.1086/644537>

Mousavizadeh, L., & Ghasemi, S (2021). Genotype and phenotype of COVID-19: Their roles in pathogenesis. *J Microbiol Immunol Infect*, 54 (2), 159-163. <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2020.03.022>

Murphy, S. P., & Barr, S. I (2007). Food guides reflect similarities and differences in dietary guidance in three countries (Japan, Canada, and the United States). *Nutrition reviews*, 65 (4), 141-148.

Muslu, M., & Ersü, D. Ö (2020). Yeni Koronavirüs (SARS-CoV-2/COVID-19) pandemisi sırasında beslenme tedavisi ve önemi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 48 (1), 73-82.

NIH, N. I. o. H (2022). Clinical Spectrum of SARS-CoV-2 Infection. <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/overview/clinical-spectrum/>

Ongan, D., Bozdağ, A. N. S., & Çağla, A (2020). COVID-19 salgını sürecinde besin tedariki ve güvencesi (ziliği). *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5 (2), 215-220.

Özenoğlu, A., Çevik, E., Çolak, H., Altıntaş, T., & Alakuş, K (2021). Changes in nutrition and lifestyle habits during the COVID-19 pandemic in Turkey and the effects of healthy eating attitudes. *Mediterranean Journal of Nutrition and Metabolism*, 14 (3), 325-341.

Pekcan, A. G (2020). COVID-19 salgını: diyetisyenlerin rolü ve rehberler. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 48 (1), 1-9.

Pellegrini, M., Ponzo, V., Rosato, R., Scumaci, E., Goitre, I., Benso, A., Belcastro, S., Crespi, C., De Michieli, F., & Ghigo, E (2020). Changes in weight and nutritional habits in adults with obesity during the “lockdown” period caused by the COVID-19 virus emergency. *Nutrients*, 12 (7), 2016.

Peng, F., Tu, L., Yang, Y., Hu, P., Wang, R., Hu, Q., Cao, F., Jiang, T., Sun, J., & Xu, G (2020). Management and treatment of COVID-19: the Chinese experience. *Canadian Journal of Cardiology*, 36 (6), 915-930.

Pye, C., Sutherland, S., & Martín, P. S (2021). Consumo de frutas, verduras y legumbres en adultos de Santiago Oriente, Chile:¿ Ha influido el confinamiento por COVID-19? *Revista chilena de nutrición*, 48 (3), 374-380.

Reger, M., Stanley, I., & Joiner, T (2020). Suicide mortality and coronavirus disease 2019—a perfect storm? *JAMA Psychiatry* 2020; 77: 1093–4. In.

Romero-Blanco, C., Rodríguez-Almagro, J., Onieva-Zafra, M. D., Parra-Fernández, M. L., Prado-Laguna, M. d. C., & Hernández-Martínez, A (2020). Physical activity and sedentary lifestyle in university students: changes during confinement due to the COVID-19 pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 17 (18), 6567.

Sancak, B (2020). Covid-19’un bulaşma yolları. *Mikrobiyoloji ve Covid-19*, 1, 15-21.

Santos, L. M., Fonseca, M. S., Sokolonski, A. R., Deegan, K. R., Araújo, R. P., Umsza-Guez, M. A., Barbosa, J. D., Portela, R. D., & Machado, B. A (2020).

Propolis: types, composition, biological activities, and veterinary product patent prospecting. *Journal of the Science of Food and Agriculture*, 100 (4), 1369-1382.

Schulz, H (2007). Phasic or transient? Comment on the terminology of the AASM manual for the scoring of sleep and associated events. *J Clin Sleep Med*, 3 (7), 752.

Scorza, C. A., Gonçalves, V. C., Scorza, F. A., Fiorini, A. C., de Almeida, A. G., Fonseca, M. C. M., & Finsterer, J (2020). Propolis and coronavirus disease 2019 (COVID-19): Lessons from nature. *Complement Ther Clin Pract*, 41, 101227. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101227>

Shneerson, J. M (2009). *Sleep medicine: a guide to sleep and its disorders*. John Wiley & Sons.

Silva, E., Ono, B., & Souza, J. C (2020). Sleep and immunity in times of COVID-19. *Rev Assoc Med Bras* (1992), 66Suppl 2 (Suppl 2), 143-147. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.S2.143>

Sönmez, N. N., & Beyhan, Y (2021). COVID-19: Beslenme stratejileri, kılavuzlar ve öneriler. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4 (3), 159-171.

Stasi, C., Fallani, S., Voller, F., & Silvestri, C (2020). Treatment for COVID-19: An overview. *European journal of pharmacology*, 889, 173644.

Stockwell, S., Trott, M., Tully, M., Shin, J., Barnett, Y., Butler, L., McDermott, D., Schuch, F., & Smith, L (2021). Changes in physical activity and sedentary behaviours from before to during the COVID-19 pandemic lockdown: a systematic review. *BMJ open sport & exercise medicine*, 7 (1), e000960.

Sun, C., & Zhai, Z (2020). The efficacy of social distance and ventilation effectiveness in preventing COVID-19 transmission. *Sustainable cities and society*, 62, 102390.

Sülkü, S., Coşar, K., & Tokatlıoğlu, Y (2021). COVID-19 süreci: Türkiye deneyimi. *Sosyoekonomi*, 29 (49), 345-372.

Şenol, V., Soyuer, F., Akça, R. P., & Argün, M (2012). Adolesanlarda uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 13 (2), 93-104.

Taha, A. M., Shaarawy, A. S., Omar, M. M., Abouelmagd, K., Shalma, N. M., Alhashemi, M., Ahmed, H. M., Allam, A. H., & Abd-ElGawad, M (2022). Effect of Omega-3 fatty acids supplementation on serum level of C-reactive protein in patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Transl Med*, 20 (1), 401. <https://doi.org/10.1186/s12967-022-03604-3>

Tam, M., Gómez, S., González-Gross, M., & Marcos, A (2003). Possible roles of magnesium on the immune system. *Eur J Clin Nutr*, 57 (10), 1193-1197. <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1601689>

TCİşşleriBakanlığı (2022). Retrieved 04.03.2023 from <https://www.icisleri.gov.tr/81-il-valiligine-maske-kullanimi-genelgesi-gonderildi>

TCSağlıkBakanlığı. Aşı Uygulanacak Grup Sıralaması. Retrieved 02.03.2023 from <https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-77707/asi-uygulanacak-grup-siralamasi.html>

TCSağlıkBakanlığı. Yeterli Su ve Sıvı Tüketiminin Önemi. Retrieved 30.04.2023 from <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenmehareket-haberler/yeterli-su-ve-sivi-tuketiminin-onemi.html>

TCSağlıkBakanlığı (2014). Türkiye fiziksel aktivite rehberi. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara.

TCSağlıkBakanlığı (2015). Türkiye'ye özgü besin ve beslenme rehberi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, 96.

TCSağlıkBakanlığı (2020a). COVID-19 Nedir ? <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66300/covid-19-nedir-.html>

TCSağlıkBakanlığı (2020b). Genel Bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı.COVID-19 (SARSCoV-2 Enfeksiyonu) Rehberi. <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39551/0/covid-19rehberigenelbilgilerepidemiolojivetanipdf.pdf>

TCSağlıkBakanlığı (2020c). Genel Koronavirüs Tablosu. Retrieved 04.03.2023 from <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66935/genel-koronavirus-tablosu.html>

TCSağlıkBakanlığı (2022a). https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Bulasici-hastaliklar-db/hastaliklar/SHIE/Afis_ve_Brosurler/EL_HIJYENI___turuncu.pdf

TCSağlıkBakanlığı (2022b). COVID-19 (SARS-CoV-2 ENFEKSİYONU) ERİŞKİN HASTA TEDAVİSİ. <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/43095/0/covid-19rehberieriskinhastayonetimivetedavi-12042022pdf.pdf>

TCSağlıkBakanlığı (2022c). COVID-19 (SARS-CoV-2 ENFEKSİYONU) GÜNCEL DÖNEMDE COVID-19 İLİŞKİLİ İZOLASYON VE KARANTİNA UYGULAMALARI. <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/42333/0/covid-19gunceldonemdecovid19iliskiliizolasyonvekarantinauygulamalari-2pdf.pdf>

TCSağlıkBakanlığı (2022d). COVID-19 (SARS-CoV-2 ENFEKSİYONU) Temaslı Takibi, Salgın Yönetimi, Evde Hasta İzlemi ve Filyasyon.[cited 2020 June 3]. In.

TCSağlıkBakanlığı (2022e). Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER). [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Rehberler/Türkiye%20Beslenme%20Rehber%20\(TÜBER\)%202022.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Rehberler/Türkiye%20Beslenme%20Rehber%20(TÜBER)%202022.pdf)

TDD, T (2021). Türkiye Diyetisyenler Derneği'nin Koronavirüs (Covid-19) Hakkında Beslenme Önerileri [28.06.2023]. <https://www.tdd.org.tr/Haberler/tabid/21021/articleType/ArticleView/articleId/56328/COVID-19-Beslenme-Onerileri.aspx>

Thunström, L., Newbold, S. C., Finnoff, D., Ashworth, M., & Shogren, J. F (2020). The benefits and costs of using social distancing to flatten the curve for COVID-19. Journal of Benefit-Cost Analysis, 11 (2), 179-195.

Tizaoui, K., Zidi, I., Lee, K. H., Ghayda, R. A., Hong, S. H., Li, H., Smith, L., Koyanagi, A., Jacob, L., Kronbichler, A., & Shin, J. I (2020). Update of the current knowledge on genetics, evolution, immunopathogenesis, and transmission for coronavirus disease 19 (COVID-19). *Int J Biol Sci*, 16 (15), 2906-2923. <https://doi.org/10.7150/ijbs.48812>

To, K. K., Tsang, O. T., Leung, W. S., Tam, A. R., Wu, T. C., Lung, D. C., Yip, C. C., Cai, J. P., Chan, J. M., Chik, T. S., Lau, D. P., Choi, C. Y., Chen, L. L., Chan, W. M., Chan, K. H., Ip, J. D., Ng, A. C., Poon, R. W., Luo, C. T., . . . Yuen, K. Y (2020). Temporal profiles of viral load in posterior oropharyngeal saliva samples and serum antibody responses during infection by SARS-CoV-2: an observational cohort study. *Lancet Infect Dis*, 20 (5), 565-574. [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(20\)30196-1](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(20)30196-1)

Toprak Ergöner, A., Biçen, E., & Ersoy, G (2020). COVID-19 salgınında ev içi şiddet. *Adli Tıp Bülteni*, 25 (özel sayı).

Topuz, H. Ş (2020). Covid-19 Enfeksoyununun Beslenme ile İlişkisi. *Medical Research Reports*, 3 (Özel Sayı), 176-180.

Trabelsi, K., Ammar, A., Masmoudi, L., Boukhris, O., Chtourou, H., Bouaziz, B., Brach, M., Bentlage, E., How, D., & Ahmed, M (2021). Sleep quality and physical activity as predictors of mental wellbeing variance in older adults during COVID-19 lockdown: ECLB COVID-19 international online survey. *International journal of environmental research and public health*, 18 (8), 4329.

Tükel, R (2020). COVID-19 Pandemi Sürecinde Ruh Sağlığı. *Türk Tabipleri Birliği. COVID-19 pandemisi altıncı ay değerlendirme raporu*. İstanbul, 617-628.

Ünal, B. U (2022). COVID-19 KİŞİSEL TEHDİT ALGISİNİN VE PANDEMİ

ÖNLEMLERİNE UYUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ [Tıpta Uzmanlık, Sağlık Bilimleri Üniversitesi].

Ünal, E., Özdemir, A., & Kaçan, C. Y (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on feeding and hygiene habits of nursing students. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 46 (3), 305-311.

van Doremalen, N., Bushmaker, T., Morris, D. H., Holbrook, M. G., Gamble, A., Williamson, B. N., Tamin, A., Harcourt, J. L., Thornburg, N. J., Gerber, S. I., Lloyd-Smith, J. O., de Wit, E., & Munster, V. J (2020). Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med*, 382 (16), 1564-1567. <https://doi.org/10.1056/NEJMc2004973>

Varol, G., & Tokuç, B (2020). Halk Sağlığı Boyutuyla Türkiye’de Covid-19 Pandemisinin Değerlendirmesi. *Namık Kemal Tıp Dergisi*, 8 (3), 579-594.

Veyisoglu, N., & Mendes, B (2022). Mineral supplements in the Coronavirus disease. *Saglik Bilimlerinde Ileri Arastirmalar Dergisi/Journal of Advanced Research in Health Sciences*, 50-54.

Weiss, S. R., & Leibowitz, J. L (2011). Coronavirus pathogenesis. *Adv Virus Res*, 81, 85-164. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-385885-6.00009-2>

WHO. Nutrition advice for adults during the COVID-19 outbreak [07.05.2023]. <https://www.emro.who.int/nutrition/covid-19/nutrition-advice-for-adults-during-the-covid-19-outbreak.html>

WHO (1948). Constitution. Retrieved 12.03.2023 from <https://www.who.int/about/governance/constitution>

WHO (2009a). Pandemic influenza preparedness and response: a WHO guidance document. World Health Organization.

WHO (2009b). WHO guidelines on hand hygiene in health care (9241597909).

WHO (2020a). Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19): interim guidance. Retrieved 8.2.2023 from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331497>

WHO (2020b). Coronavirus disease (COVID-19) situation reports. Retrieved 18.2.2023, from https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200219-sitrep-30-covid-19.pdf?sfvrsn=3346b04f_2

WHO (2020c). Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic. <https://www.who.int/europe/emergencies/situations/covid-19>

WHO (2020d). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: web annex: evidence profiles.

WHO (2022a). Coronavirus disease (COVID-19): Masks. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-masks>

WHO (2022b). COVID-19 transmission and protective measures. <https://www.who.int/westernpacific/emergencies/covid-19/information/transmission-protective-measures>

WHO (2022c). Keep yourself and others safe: Do it all! <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>

WHO (2022d). Physical activity. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

WHO/FAO (1998). Preparation and use of food-based dietary guidelines. Report of a joint FAO/WHO consultation. . World Health Organ Tech Rep Ser, 880, i-vi, 1-108.

Wu, D., Wu, T., Liu, Q., & Yang, Z (2020). The SARS-CoV-2 outbreak: What we know. *Int J Infect Dis*, 94, 44-48. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.004>

Xu, K., Cai, H., Shen, Y., Ni, Q., Chen, Y., Hu, S., Li, J., Wang, H., Yu, L., Huang, H., Qiu, Y., Wei, G., Fang, Q., Zhou, J., Sheng, J., Liang, T., & Li, L (2020).

[Management of COVID-19: the Zhejiang experience]. Zhejiang Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban, 49 (2), 147-157. <https://doi.org/10.3785/j.issn.1008-9292.2020.02.02>

Yıldız, M., & Ünal, A (2017). Bipolar bozukluğu olan hastalarda uyku kalitesi, biyolojik ritim örüntüsü ve yaşam kalitesinin tedavi uyumuyla ilişkisi. Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi, 1 (1), 10-23.

Yıldız, Ö. Ü. E (2020). 13. Ünite: COVID-19 Pandemisinin Yaşam Tarzı ve Psikososyal Alandaki Etkileri. YENİ KORONAVİRÜS HASTALIĞININ TOPLUM ÜZERİNE ETKİLERİ VE, 111.

Yücel, B (2015). Sağlık çalışanlarının beslenme alışkanlıkları ve beslenme bilgi düzeylerinin incelenmesi Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].

Zeybek, Z., Bozkurt, Y., & Aşkın, R (2020). Covid-19 pandemisi: Psikolojik etkileri ve terapötik müdahaleler. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 19 (37), 304-318.

Zhang, L., & Liu, Y (2020). Potential interventions for novel coronavirus in China: A systematic review. Journal of medical virology, 92 (5), 479-490.

Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., Zhao, X., Huang, B., Shi, W., & Lu, R (2020). A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. New England journal of medicine.

ÖZGEÇMİŞ

Nilay ÇAĞLAYAN ilk ve orta öğrenimini aynı şehirde tamamladı. Bartın Anadolu Öğretmen Lisesi'nden mezun oldu. 2014 yılında başladığı İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nden 2019 yılında mezun oldu. 2021 yılında Anadolu üniversitesi Aşçılık bölümünde eğitime başladı,2023 yılında mezun oldu. 2021 yılında Karabük Üniversite'si Lisanüstü Eğitim Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda lisansüstü eğitimine başladı. Aynı yıl özel bir yemek şirketinde diyetisyen olarak görev aldı. 2023 yılında aynı şirkette yönetici olarak çalışmaya başladı ve aynı konumda çalışmaya devam etmektedir.