T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

COVİD-19 KORKUSU İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Burcu TUTKUN

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Murat TEKİN

Çanakkale, 2023

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

COVİD-19 KORKUSU İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Burcu TUTKUN

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Murat TEKİN

Çanakkale, 2023

TEZ KABUL YAZISI

Ana başlıklar başlık 1 şeklinde seçilecek.

Alt başlıklar başlık 2 şeklinde seçilecek.

Daha alt başlıklar başlık 3 şeklinde seçilecek.

Bundan daha alt başlık olmayacak. Olursa da numaralandırılmayacak.

Yazdıktan sonra içindekilerin üstünde içindekileri güncelle deyince sayfa numaraları güncellenecek.

TEŞEKKÜR

Tez yazım sürecinde desteğini esirgemeyen, tüm sorularımı sabırla cevaplayan, eğitim sürecimde ilgisini ve desteğini her zaman hissettiğim tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Murat Tekin'e,

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi, birikim ve deneyimiyle tıbbi eğitimime çok büyük katkılar sağlayan, aile hekimliği disiplinini özümsememde etkisi büyük olan, bilim dışında sosyal ve kişisel konularda da ilgi ve şefkatini her zaman hissettiğim, asistanı olmaktan gurur duyduğum Prof. Dr. Erkan Melih Şahin'e,

Bilgi, birikim ve tecrübelerinden faydalandığım, tez yazım sürecinde desteğini bir an olsun esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Göktuğ Kılıçarslan'a ve uzmanlık eğitim sürecime katkısı olan Dr. Öğr. Üyesi Yusuf Haydar Ertekin'e,

Bugüne gelmemde çok büyük emeği olan, eğitim sürecimde sevgisi ve desteğiyle bana her zaman yardımcı olan, imkânı kısıtlı ama yüreği çok zengin canım anneme,

Sevgi, ilgi ve şefkatiyle her konuda desteğinin hissettiğim hayatımın en değerli varlıklarından biri olan çok sevdiğim sevgili eşim Sinan Tutkun'a ve yaşam kaynağım, gülüşü, sesi, duruşu kısacası varlığıyla beni mutlu ve motive eden canımdan çok sevdiğim biricik oğlum Ali Mahir'ime,

Beraber çalışmaktan çok keyif aldığım, asistanlık sürecimde tanıdığım için çok mutlu olduğum, mesai arkadaşı olmanın dışında her birini kardeşim gibi gördüğüm ve sevdiğim, desteklerini hiçbir zaman benden esirgemeyen çok değerli asistan arkadaşlarıma/ÇOMÜ aileme,

Sonsuz sevgi ve saygı sunarım, çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER i
ÖZET iii
ABSTRACT v
KISALTMALAR ve SİMGELER vii
TABLOLAR ix
ŞEKİLLER xii
1.GİRİŞ ve AMAÇ 1
2.GENEL BİLGİLER 3
2.1 COVİD-19 PANDEMİSİ 3
2.1.1 Pandemi tanımı 3
2.1.2 Pandemi tarihçesi 3
2.1.3 Koronavirüsler 5
2.1.4 Koronavirüs salgınları 6
2.1.5 Covid-19 virüsü 8
2.1.6 Covid-19 bulaşı 8
2.1.7 Covid-19 klinik seyir 10
2.1.8 Covid-19 risk faktörleri 11
2.1.9 Covid-19 laboratuvar bulguları 12
2.1.10 Covid-19 radyolojik bulguları 13
2.1.11 Covid-19 teşhisi 14
2.1.12 Covid-19 tedavisi 15
2.1.13 Covid-19 enfeksiyonundan korunma 17

2.1.14 Covid-19'un sistemik etkileri 17
2.1.15 Covid-19 aşısı 21
2.2 COVİD-19 SALGINI ETKİLERİ 21
2.2.1 Covid-19 salgınının ruhsal duruma etkisi 21
2.2.2 Covid-19 korkusu 23
2.3 SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI 25
2.3.1 Sağlığın tanımı 25
2.3.2 Sağlığın korunması 26
2.3.3 Sağlığın geliştirilmesi 28
2.3.4 Sağlıklı yaşam biçimi davranışları 30
2.3.5 Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve aile hekimliği 31
3.GEREÇ ve YÖNTEM 33
3.1 Araştırma Bölgesi ve Tipi 33
3.2 Evren ve Örneklem 33
3.3 Veri Toplama Araçları 34
3.4 Uygulama 36
3.5 Etik ve izinler 36
3.6 İstatistik 37
4.BULGULAR 38
5.TARTIŞMA 72
6.SONUÇ ve ÖNERİLER 89
KAYNAKLAR 93
EKLER 114

ÖZET

Amaç: Covid-19 pandemisinin psikolojik sağlık üzerinde oluşturduğu etkilerden biri korkudur. Çalışmamızın amacı, covid-19 korkusunu belirlemek, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisini ortaya koymak ve etkili olabilecek sosyodemografik değişkenleri incelemektir.

Yöntem: Çalışmamıza Aralık 2021 - Nisan 2022 tarihleri arasında aile hekimliği polikliniğine başvuran 18 yaş üstü hasta ve yakınları arasından 400 kişi katıldı. Katılımcılara sosyodemografik özelliklerine ve covid-19 enfeksiyonuna ilişkin 21 soruluk anket formu, Covid-19 korkusu ölçeği ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II uygulandı.

Bulgular: Çalışmamızda kadınlarda, evlilerde, çocuğu olanlarda, ev hanımlarında, covid-19 açısından riskli kronik hastalığı olanlarda, Covid-19 enfeksiyonunu şiddetli geçiren yakını bulunanlarda Covid-19 korkusu daha yüksek bulunurken, gelir algısı yüksek bireylerde Covid-19 korkusu daha düşük gözlendi. Covid-19 korkusu ile SYBD arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmedi. Katılımcıların yaşları ile beslenme davranışları arasında pozitif, fiziksel aktivite ve sağlık sorumluluğu davranışları arasında negatif korelasyon mevcuttu. VKI ile fiziksel aktivite arasında negatif korelasyon mevcuttu. Bekar, çocuğu olmayan bireylerde kişilerarası ilişkiler ve fiziksel aktivite puanları daha yüksekti. Üniversite mezunlarında fiziksel aktivite ve sağlık sorumluluğu puanları daha yüksek saptandı. İşçilerde fiziksel aktivitenin düşük olduğu görüldü. Çalışmayanlarda kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBD toplam puanı daha yüksekti. Covid-19 için riskli kronik hastalığa sahip katılımcıların beslenme alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu saptandı.

Sonuç: Covid-19 korkusunun çeşitli değişkenlerden etkilendiği ve bazı gruplar arasında farklılıklar olduğu gözlendi. Bu çalışmaların daha fazla yapılması ve bilgilerin artması, Covid-19 korkusunun üstesinden gelmeye ve risk altındaki

bireylerin sağlığı geliştirmeye yönelik koruyucu davranışlarda bulunmalarına yardımcı olmak için hedeflenen eğitim veya önleme programlarını tasarlamak için kullanılabilir.

Anahtar kelimeler: Covid-19 korkusu, Covid-19 pandemisi, sağlıklı yaşam

ABSTRACT

Objective: One of the effects of the Covid-19 pandemic on psychological health is fear. The aim of our study is to determine the fear of covid-19, to reveal its relationship with healthy lifestyle behaviors and to examine sociodemographic variables that may be effective.

Method: 400 patients and relatives the age of 18 who applied to the family medicine outpatient clinic between December 2021 and April 2022 participated in our study. A 21-question questionnaire regarding their sociodemographic characteristics and covid-19 infection, the Covid-19 fear scale and the healthy lifestyle behaviors scale II were applied to the participants.

Results: In our study, while the fear of Covid-19 was found to be higher in women, married people, those with children, housewives, people with chronic diseases at risk for covid-19 and people who have a relative with severe Covid-19 infection, the fear of Covid-19 was lower in people with high income perception. No significant relationship was found between fear of Covid-19 and HLSB. There was a positive correlation between the age of the participants with their nutritional behaviors, and a negative correlation between their age with physical activity and health responsibility behaviors. There was a negative correlation between BMI and physical activity. Interpersonal relationships and physical activity scores were higher in single and childless individuals. Physical activity and health responsibility scores were found to be higher in university graduates. It was observed that the physical activity of the workers were low. Interpersonal relationships, stress management, and HLB total scores were higher in non-workers. It was determined that the participants with chronic diseases at risk for Covid-19 had higher nutrition subscale scores.

Conclusion: It was observed that fear of Covid-19 is affected by various variables and there are differences between some groups. Further doing more of this

studies and increased knowledge can be used to design targeted education or prevention programs to help overcome fear of Covid-19 and engage at-risk individuals in protective behaviors to promote health.

Keywords: fear of covid-19, covid-19 pandemic, healthy life

KISALTMALAR ve SİMGELER

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACE-2: Anjiotensin Dönüştürücü Enzim 2

AIDS: Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu

ARDS: Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu

BAL: Bronkoalveolar lavaj

BT: Bilgisayarlı Tomografi

CoV: Koronavirüs

CRP: C-Reaktif Protein

ÇOMÜ: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ESR: Eritrosit Sedimentasyon Hızı

H1N1: Influenza A virüsünün bir alt tipi

HCoV: İnsan Koronavirüsü

HIV: İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü

IgM: İmmünoglobulin M

IgG: İmmünoglobulin G

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

LDH: Laktat Dehidrogenaz

MERS: Middle East Respiratory Syndrome (Ortadoğu Solunum Sendromu)

MERS-CoV: Ortadoğu Solunum Sendromu Koronavirüsü

m-RNA: Messenger RNA

MIS-C: Çocuklarda Multisistem İnflamatuar Sendrom

nCoV: Yeni tip koronavirüs

ORF : Open reading frame

SARS: Severe Acute Respiratory Syndrome (Ağır Akut Solunum Yolu Sendromu)

SARS-CoV: Ağır Akut Solum Yolu Sendromu Koronavirüsü

RNA: Ribonükleik Asit

RT-PCR: Gerçek Zamanlı Polimeraz Zincir Reaksiyonu

SPSS: Statistics Package for Social Sciences

SYBD: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

TBC: Tüberküloz

VKI: Vücut Kitle İndeksi

WHO: World Health Organization

WONCA: World Organization of Family Doctors

TABLOLAR

Tablo 2.1 Tarihsel süreçte salgınlar

Tablo 2.2 4 tür koruma faaliyeti ve bu faaliyetlerin kökenini oluşturan hasta hekim ilişkisi

Tablo 3.1 Katılımcıların çalışmaya alınma ve çalışma dışı bırakılma kriterleri

Tablo 4.1 Katılımcıların sosyodemografik verileri

Tablo 4.2 Pandemi döneminde Covid-19 enfeksiyonuna dair riskler, tanı, tedavi, Covid-19 açısından aşılanma ve aile hekimine başvuru durumları

Tablo 4.3 Sosyodemografik verilerin cinsiyete göre dağılımı

Tablo 4.4 Pandemi döneminde Covid-19 enfeksiyonuna dair riskler, tanı, tedavi, covid-19 açısından aşılanma ve aile hekimine başvuru durumlarının cinsiyete göre dağılımı

Tablo 4.5 Covid-19 testi yaptırma durumunun sosyodemografik özellikler ve Covid-19 enfeksiyonuna dair faktörler ile ilişkisi

Tablo 4.6 Katılımcıların Covid-19 Korkusu ve SYBDÖ II ve alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar

Tablo 4.7 Covid-19 Korkusu Ölçeği ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II arasındaki ilişkiler

Tablo 4.8 Yaş, vücut kitle indeksi ve çocuk sayısı ile Covid-19 Korkusu Ölçeği, SYBD Ölçeği II ve bu ölçeğin alt boyutları arasındaki korelasyon analizi

Tablo 4.9 Cinsiyet ile Covid-19 Korkusu Ölçeği ve SYBD Ölçeği II arasındaki ilişki

Tablo 4.10 Vücut kitle indeksine göre Covid-19 Korkusu Ölçeği ve SYBD Ölçeği II arasındaki ilişki

Tablo 4.11 Medeni durum ile Covid-19 Korkusu Ölçeği ve SYBD ölçeği II arasındaki ilişki

Tablo 4.12 Çocuk sahibi olma durumu ile Covid-19 Korkusu ve SYBD Ölçeği II arasındaki ilişki

Tablo 4.13 Eğitim durumu ile Covid-19 Korkusu Ölçeği ve SYBD Ölçeği II arasındaki ilişki

Tablo 4.14 Meslek durumu ile Covid-19 Korkusu Ölçeği ve SYBD ölçeği II arasındaki ilişki

Tablo 4.15 Çalışma durumu ile Covid-19 Korkusu Ölçeği ve SYBD Ölçeği II arasındaki ilişki

Tablo 4.16 Gelir durumu ile Covid-19 Korkusu Ölçeği ve SYBD Ölçeği II arasındaki ilişki

Tablo 4.17 Sürekli temas halinde olduğu/birlikte yaşadığı ve ve/veya bakım vermesi gereken covid-19 enfeksiyonu açısından riskli grupta yakını olma durumu ile Covid-19 Korkusu ve SYBD Ölçeği II ilişkisi

Tablo 4.18 Sigara kullanımı ile Covid-19 Korkusu Ölçeği ve SYBDÖ II arasındaki ilişki

Tablo 4.19 Alkol kullanımı ile Covid-19 Korkusu Ölçeği ve SYBDÖ II arasındaki ilişki

Tablo 4.20 Covid-19 için riskli olarak belirlenen bir kronik hastalığa sahip olma durumu ile Covid-19 Korkusu ve SYBD Ölçeği II ilişkisi

Tablo 4.21 Covid-19 için test yaptırma durumu ile Covid-19 Korkusu Ölçeği ve SYBD Ölçeği II arasındaki ilişki

Tablo 4.22 Covid-19 aşısı olma durumu ile Covid-19 Korkusu Ölçeği ve SYBD Ölçeği II arasındaki ilişki

Tablo 4.23 Covid-19 tanı/tedavi alma durumu ile Covid-19 Korkusu Ölçeği ve SYBD Ölçeği II arasındaki ilişki

Tablo 4.24 Yakınlarının Covid-19 enfeksiyonu geçirme durumu ile Covid-19 Korkusu Ölçeği ve SYBDÖ II arasındaki ilişki

Tablo 4.25 Cinsiyetin kontrol edilmesine ilişkin kovaryans analizi

ŞEKİLLER

Şekil 2.1 Coronavirus yapısı ile temel proteinleri

Şekil 2.2 Covid-19 ve sistemik tutulumlar

Şekil 4.1: Katılımcıların sigara kullanım durumu grafiği

Şekil 4.2: Katılımcıların alkol kullanım durumu grafiği

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Koronavirüs hastalığı, SARS-CoV-2 olarak adlandırılan virüs nedeniyle ortaya çıkan oldukça bulaşıcı bir hastalıktır (1). Covid-19 enfeksiyonu olağanüstü yayılma koşulları ile yüksek mortalite ve morbiditeye neden olmaktadır (2). Covid-19 yalnızca fiziksel sağlığı değil bireylerin psikolojik sağlığını da önemli derecede etkileyen bir hastalıktır (3). Covid-19 pandemisinin bireylerin psikolojik sağlığı üzerinde oluşturduğu etkilerden biri korkudur ve hastalık salgınları gibi olağanüstü durumların korkuya neden olabildiği bilinmektedir (4). Covid-19 salgını pandemi doğası sebebiyle bireyler üzerinde yaygın kaygı ve korkuya neden olmuştur (5).

Sağlıklı yaşam biçimi, ''bireylerin sağlığını etkileyebilecek tüm davranışları kontrol etmeleri, günlük aktivitelerini düzenlemelerinde sağlıklarını yükseltmeye yönelik davranışları seçerek uygulamaları'' olarak tanımlanmıştır (6). Günümüzde, fiziksel aktivite, beslenme, stres gibi yaşam biçimi öğelerinin sağlığa ve kardiyovasküler hastalık riskine etki ettiği bilinmekle birlikte hipertansiyon, diyabet gibi hastalıklar başta olmak üzere kronik hastalıklardaki mortalite ve morbiditenin yaşam tarzı değişiklikleri ile önemli derecede azaltılabildiği bilinmektedir (7). Kronik hastalıkların varlığı covid-19 ile enfekte olma riskini arttırdığı gibi, hastalık seyrini de önemli ölçüde etkileyerek hastaların yoğun bakım gerekliliğinin artmasına sebep olmakta ve mortaliteyi de arttırmaktadır (8).

Yapılan çalışmalar kişilerin bir tehdit unsurunu şiddetli olarak algıladıkları zaman önleyici tutumlara daha çok yöneldiklerini göstermiştir (9). Covid-19 enfeksiyonunda algılanan tehdit, Covid-19'un önlenmesinde rol oynayan bir davranışı bireylere kazandırmak için motive edici bir unsur olarak hareket edebilir (4).

Bu bağlamda bu çalışmadaki amacımız aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların covid-19 korkusunu belirlemek, sağlıklı yaşam biçimi

davranışlarıyla ilişkisini ortaya koymak ve bireylere sağlıklı yaşam konusu hakkında teşvik edici, eğitici ve öğretici programların yapılmasını sağlamaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 COVİD-19 PANDEMİSİ

2.1.1 Pandemi tanımı

Pandemi terimi köken itibariyle Yunanca olup, pan: tüm demos: insanlar anlamına gelen kelimelerin bir araya gelmesiyle oluşmuştur (10). Bir enfeksiyon etkeninin ya da bir hastalığın ülke çapında, kıtalar arası, hatta tüm dünya genelinde yayılım göstermesi pandemi olarak tanımlanır (11).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bir hastalığın pandemi olarak kabul edilmesi için şu üç kriteri tanımlamıştır:

1. Hastalığa yeni bir virüsün ya da mutasyon geçirmiş bir etkenin neden olması,
2. İnsanlara kolay bir şekilde bulaşması,
3. İnsandan insana bulaşının basit ve sürekli bir şekilde olması (10).

Bir hastalık için bu kriterler gerçekleştiği zaman DSÖ tarafından pandemi ilan edilmektedir ve bu ilanın nedeni de yeni virüsün veya hastalık etkeninin basit bir şekilde insandan insana hızlı bir şekilde yayılıyor olması ve tüm ülkeler için tehdit oluşturmasıdır (10).

2.1.2 Pandemi tarihçesi

Tarih boyunca salgın hastalıklar insanlar için büyük olaylara neden olmuştur. Şimdiye kadar ortaya çıkan salgın hastalıklardan çiçek, veba, tifüs, kolera, ebola ve grip salgınlarının insanlık tarihine en çok etki eden salgınlar olduğu bilinmektedir. Pirelerin insanları ısırmasıyla ya da enfekte kişilerden diğer insanlara bulaştığı bilinen veba, 1347 yılında tüm Avrupa nüfusunun hemen

hemen üçte birinin ölümüne sebep olmuştur. Bit ve pireler tarafından yayılan ve bulaşıcı bir enfeksiyon hastalığı olan tifüs, İkinci Dünya Savaşı döneminde İstanbul'da ciddi bir salgına neden olmuştur. Akut ve şiddetli diyare yapan vibrio cholerae isimli bakterinin neden olduğu bir hastalık olan kolera 1817 yılında Japonya'da, 1826 yılında Moskova'da, 1831 yılında Berlin'de, Paris'te salgınlara sebep olmuş ve ülkemizdeki en geniş çaplı kolera salgını ise 1912-1913 Balkan Savaşları esnasında yaşanmıştır. 1918-1920 yıllarında H1N1 virüsünün bir alt türünün neden olduğu İspanyol gribi salgını Birinci Dünya Savaşı'nın son aylarında tüm dünyayı ciddi derecede etkilemiştir (10). Tarihte aşısı bulunan ilk hastalık olan çiçek hastalığı ve viral hemorajik ateşe neden olan ebola virüsü de önemli salgınlara neden olmuş hastalıklardır.

Tablo 2.1 Tarihsel süreçte salgınlar (12)

Zaman	**Salgın**	**Tahmini Ölüm Sayısı**
165-180	Antonine Salgını	5 milyon
541-542	1.Veba Salgını	30-50milyon
735-737	Japonya Çiçek Salgını	1 milyon
1347-1351	2.Veba Salgını	200 milyon
1520-	Yeni Dünya Çiçek Salgını	56 milyon
1629-1631	İtalya Vebası	1 milyon
1665-	Londra Büyük Vebası	100 bin
1817-1923	Kolera Pandemileri 1-6	> 1 milyon
1885-	3.Veba Salgını	12 milyon
1800 sonu	Sarı Humma Salgını	100-150 bin
1889-1890	Rus Gribi	1 milyon
1918- 1919	İspanyol Gribi	40-50 milyon
1957-1958	Asya Gribi	1,1 milyon
1968-1970	Hong Kong Gribi	1 milyon
1981-Günümüz	HIV/AIDS	>35 milyon
2002-2004	SARS	770
2009-2010	Domuz Gribi	200.000
2014-2016	Ebola	11.000
2015-Günümüz	MERS	850
2019-Günümüz	COVID-19	1.113.909 (19.10.2020)

1980 yılından sonra görülen salgınlar yakın dönem salgınları olarak kabul edilmektedir. Bu bağlamda 1981'den beri devam eden HIV/AIDS, 2002-2004 yılları arasında görülen SARS, 2009-2010 yılları arasında görülen Domuz Gribi, 2014-2016 yılları arasında görülen Ebola, 2015 yılında başlayıp halen devam etmekte olan MERS ve 2019 yılında başlayıp halen devam etmekte olan Covid-19 salgınları yakın dönem salgınları olarak sıralanabilir (12).

2.1.3 Koronavirüsler

Koronavirüsler (CoV), toplumda sık görülen soğuk algınlığı gibi kliniği hafif seyreden enfeksiyon tablolarından, Orta Doğu Solunum Sendromu (Middle East Respiratory Syndrome, MERS) ve Ağır Akut Solunum Sendromu (Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS) gibi daha ciddi seyirli tablolara sebep olabilen büyük bir virüs ailesidir (13).

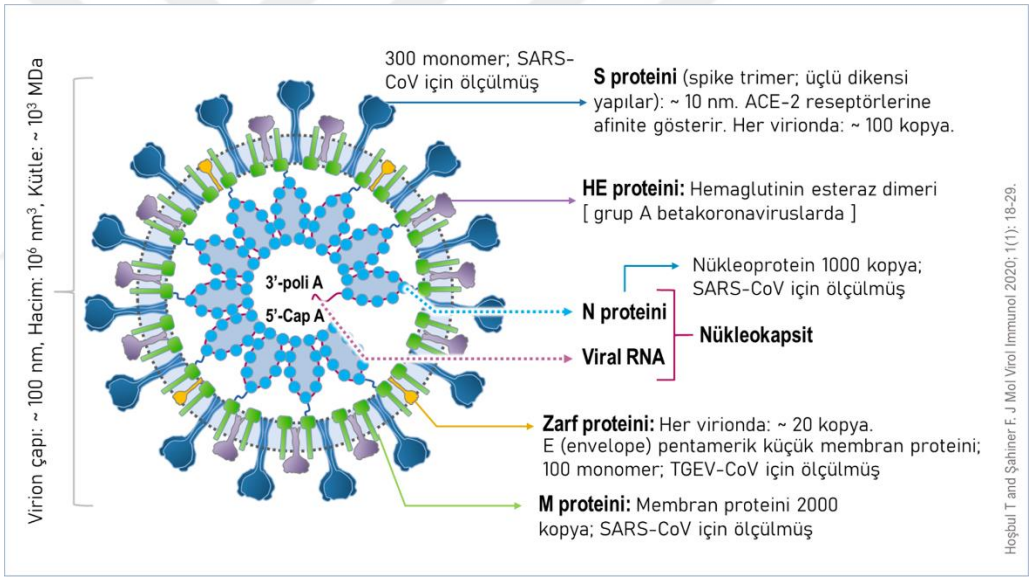
Koronavirüsler, Coronaviridae ailesindeki Coronavirinae alt ailesinin ve Nidovirales takımının üyeleridir. Bu alt aile, filogenetik ilişkileri ve genomik yapıları temelinde dört cins içerir. Bunlar; Alfacoronavirüs, Betacoronavirüs, Gamacoronavirüs ve Deltacoronavirüs'tür. Alfacoronavirüsler ve betakoronavirüsler sadece memelileri enfekte eder. Gamakoronavirüsler ve deltakoronavirüsler kuşları enfekte eder, ancak bazıları memelileri de enfekte edebilir (14).

Aralık 2019'dan önce 6 koronavirüs (CoV) suşunun insanları enfekte ettiği ve solunum yolu hastalıklarına sebep olduğu biliniyordu. HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63 ve HKU1, bebeklerde, küçük çocuklarda ve yaşlılarda nadiren görülen ciddi enfeksiyonlarla birlikte normalde yalnızca hafif üst solunum yolu hastalığına neden olan koronavirüslerdir. Daha tehlikeli olanlar, alt solunum yollarını enfekte edebilen ve insanlarda ciddi bir solunum yolu hastalığını tetikleyebilen SARS-CoV ve MERS-CoV'dur. 31 Aralık 2019'da Çin'deki yetkililer tarafından etiyolojisi bilinmeyen pnömonili hastaların varlığı DSÖ'ye bildirildi. Bu virüs, koronavirüs çalışma grubu tarafından resmi olarak ağır akut solunum

sendromu koronavirüs 2 (SARS-CoV-2) olarak tanımlandı ve mevcut koronavirüs ile ilişkili akut solunum yolu hastalığı salgını, koronavirüs hastalığı 19 (COVID-19) olarak sınıflandırıldı (15). Böylece SARS-CoV-2 ile birlikte 7 koronavirüs suşunun insanları enfekte ettiği tespit edilmiş oldu.

Koronavirüsler, tek zincirli, yüzeylerinde çubuksu uzantıları olan, pozitif polariteli, zarflı RNA virüsleridir. Bu virüslere yüzeylerindeki çubuksu uzantıların varlığı nedeniyle Latincede “taç” anlamına gelen ‘’corona’’ sözcüğünden yola çıkılarak Coronavirus (taçlı virüs) adlandırması yapılmıştır (16).

Şekil 1. Coronavirus yapısı ile temel proteinleri (17)



2.1.4 Koronavirüs salgınları

Koronavirüsler, 2000’li yıllardan sonra üç büyük ve şiddetli olarak kabul edebileceğimiz solunum yollarını tutan hastalık salgınlarına yol açmıştır. Koronavirüsün patojenitesi, soğuk algınlığının bir nedeni olarak 1960 yılında keşfedildi. 2002 yılına kadar, insanlarda ciddi şekilde patojenik ve ölümcül

olmayan bir virüs olarak kabul edildi. 2002 yılında Güney Çin'in Guangdong Eyaletinde şiddetli atipik pnömoni vakalarının ortaya çıkması ile başlayan, yüksek bir mutasyon oranına sahip olan bu RNA virüslerinin yeni viral suşlara dönüşmesi ile ilk koronavirüs salgını ortaya çıkmıştır (18).

16 Kasım 2002'de Çin'in Guangdong eyaletinde atipik pnömoni ile seyreden ilk SARS vakası bildirildi. 11 Temmuz 2003 itibariyle, virüsün 29 ülke ve bölgeye yayıldığı, 8355 kişide görüldüğü ve 903 insanın virüs nedeniyle öldüğü doğrulandı. Hastane çalışanları ve sağlık hizmeti sağlayıcıları, enfekte hastalarla yakın temas halinde olmaları ve virüsün aerosol yolu ile bulaşması nedeniyle virüsten öncelikle etkilendi. Erken dönemde ortaya çıkan grip benzeri semptomlar, hastalığın ciddiyetinin anlaşılmasına engel oldu ve koruyucu önlemlerin küçümsenmesine neden oldu. Ani solunumla ilişkili ölümler ve hastalığın yüksek yayılma oranları, Çin'de ilk vakanın bildirilmesinden birkaç ay sonra, 12 Mart 2003'te DSÖ tarafından bir pandemik alarm durumu yarattı (19).

Neredeyse on yıl sonra, 2012 yılında Orta Doğu'da SARS'a benzer bir hastalığa neden olan yeni bir koronavirüs ortaya çıktı. İlk enfeksiyon vakası 13 Haziran 2012'de Suudi Arabistan'ın Cidde kentinde bildirildi. SARS'a benzer şekilde, insandan insana bulaşı düşündüren özelliklere sahip olan bu virüs sağlık çalışanlarına hızla yayıldı. Hastalık, bağışıklığı baskılanmış hastalarda ölümcül bir seyre, %33 gibi yüksek bir ölüm oranına sahipti ve Orta Doğu Solunum Sendromu (MERS) olarak adlandırıldı (18).

Covid-19 pandemisi, Aralık 2019'da, Wuhan'dan dünyaya yayılan üçüncü bir koronavirüs salgınıdır ve dünya hala SARS-CoV-2 vakalarıyla mücadele etmektedir. İlk aşamasında, virüs Çin'de pnömoni belirtileri gösteren yaklaşık 50 kişiye bulaşmış olup bu hastalardan alınan örnekler incelenmiştir (19). Enfeksiyona neden olan etken 7 Ocak 2020 tarihinde daha önce insanlarda saptanmamış yeni bir koronavirüs (2019- nCoV) olarak adlandırılmış, hastalığın ismi COVID-19 olarak belirlenmiş ve virüs SARS CoV'e olan yakın benzerliğinden dolayı SARS-CoV-2 olarak adlandırılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü, Çin dışında

onlarca ülkede COVID-19 vakalarının görülmesi üzerine virüsün hızlı yayılımı ve şiddeti sebebiyle 11 Mart 2019'da Covid-19 salgınını pandemi olarak tanımlamıştır (13).

2.1.5 Covid-19 virüsü

SARS-CoV ile MERS-CoV'nin içinde bulunduğu koronavirüs ailesinin betakoronavirüs cinsinin B soyuna ait olan 2019-nCoV, 26-32 kb boyutunda pozitif polariteli, tek sarmallı bir RNA virüsüdür. SARS-CoV ile hemen hemen % 80 ve MERS-CoV ile de hemen hemen %50 oranında bir nükleotid dizi benzerliği mevcuttur. SARS-CoV-2, insan hücrelerine, bu hücrelerin yüzeyinde taşıdığı reseptörler vasıtasıyla girer. Yapılan araştırmalar sonucunda hem SARs-CoV hem de SARs-CoV-2 için baskın hücre yüzeyi reseptörünün ACE-2 olduğu gösterilmiştir (20).

2.1.6 Covid-19 bulaşı

COVID-19 enfeksiyonu;

- Hasta olan bireylerin öksürmesi, hapşırması ya da konuşmasıyla etrafa yaydığı damlacıkların ortamda bulunan diğer kişiler tarafından solunması ile veya

-Damlacıkların yüzeylere yapışması ve sonrasında bireylerin bu yüzeylere temas ettikten sonra ellerini ağıza, buruna ya da göze götürmeleriyle bulaşır (21).

SARS-CoV-2, her ne kadar bulaşmadaki rolü belirsiz olsa da solunumla ilgili olmayan kan, semen, dışkı, oküler sekresyonlar gibi örneklerde de tespit edilmiştir (22). Virüs, semptomu olmayan kişilerin solunum yolu salgılarında da saptanabildiğinden asemptomatik bireyler bulaştırıcı olabilmektedir. Virüsün genel olarak kuluçka periyodu 2-14 gün arasında değişmekle birlikte kuluçka süresi ortalama 5.84 gün olarak hesap edilmiştir (23).

Covid-19'un bulaştırıcılık süresi tam olarak belirlenememiştir. Bulaştırıcılığın semptomlar ortaya çıkmadan 1-2 gün önce başladığı ve belirtilerin ortadan kalkmasıyla son bulduğu düşünülmektedir. Viral saçılma süresinin de hastalığın şiddetine göre oldukça değişken ve geniş bir aralıkta olduğu tahmin edilmektedir (22). Hastalardan alınan sürüntü örneklerinde viral yükün semptomların ortaya çıktığı dönemde zirveye çıktığı ilk yedi gün içerisinde hızla düşmekle birlikte ikinci haftanın ötesine kadar uzayabildiği görülmüştür. Yapılan çalışmalar semptomatik ve asemptomatik hastalarda viral yüklerin benzer bulunduğunu ve asemptomatik bireylerin de bulaşmada rollerinin olduğunu göstermiştir. Kliniği ağır seyirli vakalarda viral yükün daha fazla olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Hafif seyirli vakalarda çoğunlukla ilk 10 günde viral temizlenme gerçekleşmekte olup ağır gidişli vakalarda bu süre uzamaktadır. Ayrıca yaşlı bireylerde de virüs yükü daha fazladır. Virüs yükü hastalığın seyri ve prognozu için önemli kabul edilen bir göstergedir (23).

Koronavirüsler dış ortama çok dayanıklı değildir. Ortamın ısısı ve nemi, kontamine ettiği yüzeyin dokusu gibi faktörlere göre değişen bir dayanma süresi vardır. Virüsün birkaç saat içerisinde cansız yüzeylerde aktivitesini yitirdiği kabul edilmektedir. Bu aktivite süresi değerlendirilirken, bulaşta yalnızca virüsün cansız yüzeylerdeki aktivitesinin devam etmesi değil, temasın süresi de önemlidir (23).

SARS-CoV-2 enfeksiyonunun zoonotik kaynaklı olduğu ve hayvanlardan insanlara bulaştığı düşünülmektedir fakat hayvan teması ile devam eden bulaşma riski net değildir. Evcil hayvanlar dahil olmak üzere hayvanların insanlarda önemli bir enfeksiyon oluşturduğuna dair veri bulunmamıştır. Bununla birlikte, SARS-CoV-2 ile enfekte bireylerden hayvanlara bulaşan kedilerde semptomatik, köpeklerde asemptomatik seyreden çok nadir olsa da enfeksiyonlar bildirilmiştir (24).

2.1.7 Covid-19 klinik seyir

Covid-19 enfeksiyonunun inkübasyon süresi 2 ila 14 gün arasında değişebilmektedir. Hastalık genel olarak %81 oranında hafif , %14 oranında ciddi seyirli bir kliniğe sebep olmakta, hastaların %5 inde ise kritik bir tablo oluşmaktadır. Covid-19'un asemptomatik seyir göstermesi de %20-70 oranında görülebilmektedir. İmmünsüpresif bireylerde, kronik hastalık varlığında ve yaşlı bireylerde hastalık daha ciddi bir tabloya neden olmakta ve bu riskli gruplarda vaka ölüm hızı da daha yüksek olmaktadır (25).

Hastalığın yaygın görülen belirtileri ateş, öksürük ve nefes darlığıdır. Diğer görülen belirtiler ise boğaz ağrısı, burun akıntısı, miyalji, halsizlik, koku ve tat alma bozukluğu, baş ağrısı, ishal, konjonktivit gibi belirtilerdir (23). Ayrıca hastalık seyrinde ARDS, ikincil enfeksiyonlar, tromboembolik olaylar, ritim bozukluğu gibi kardiyak patolojiler komplikasyon olarak karşımıza çıkabilmektedir (25). Hastalık seyri hafif ya da asemptomatik olabileceği gibi ciddi vakalarda ağır pnömoni, , böbrek yetmezliği ve hatta ölüm gerçekleşebilmektedir (22).

Tüm yaş grupları Covid-19 enfeksiyonu için duyarlı olmakla birlikte, yapılan bir çalışmada hastaların ortalama yaşı 51.9 olarak tespit edilmiş ve hastalığın erkeklerde kadınlara göre daha fazla (%55.9) görüldüğü saptanmıştır (26). Cömert SŞ.'nin derlemesinde ise yapılan başka bir çalışmada, enfekte bireylerin %36.8'inde ek hastalıkların var olduğu, en sık karşılaşılan hastalıkların ise sırasıyla hipertansiyon (%18.6), kardiyovasküler hastalıklar (%14.4) ve diyabet (%11.9) olarak saptandığı söylenmiştir (27).

Hastalığın klinik belirtileri yaşa göre farklılık göstermekle birlikte, eşlik eden hastalıkları olan 60 yaş üzerindeki yaşlı erkeklerin hastaneye yatmayı gerektiren ciddi solunum yolu hastalığı geliştirmesi ve hatta ölmesi daha olasıdır. Çocuklar ve gençlerin çoğu ise hastalığı hafif geçirir veya asemptomatiktir (28).

2.1.8 Covid-19 için risk faktörleri

Covid-19 hastalığının ortaya çıktığı günden beri dünya gündemine oturan ve araştırılmaya başlanan durumlardan biri hastalığın hangi özelliklere sahip insanları daha fazla etkilediği olmuştur. Yapılan bir çalışmada, yaş ile birlikte immün sistemde zayıflama olduğu ve buna bağlı olarak enfeksiyon hastalıklarındaki iyileşme döneminin zorlaştığı ortaya konmuştur. Komorbidite varlığı, obezite ve sigara kullanımının yaşlı hastalarda mortalite oranını arttırdığı çalışmalarla gösterilmiştir. Covid-19'a ilişkin güncel durumda ise dünya çapında tüm onaylı vakalarda erkek hastalardaki mortalite oranı kadın hastalara göre daha yüksektir. Komorbiditesi bulunmayan bireylerde mortalite oranı % 0,9 iken komorbiditesi bulunan bireylerde mortalite oranları daha yüksek olmakla birlikte hastalığa bağlı olarak değişmektedir. Yapılan çalışmalar ileri yaş ve komorbiditesi olan bireylerde hastalığın daha ağır seyrettiğini ortaya koymuştur (29).

Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi tarafından aşağıda listelenen tıbbi durumlardan herhangi birine veya daha fazlasına sahip bir kişinin COVID-19 ile enfekte olma; enfekte bireylerin hastaneye kaldırılma, yoğun bakım ihtiyacı yaşama olasılığı daha yüksek olarak belirlenmiştir. Bu tıbbi durumlar;

-Kanser -
-Kronik böbrek hastalığı
-Kronik karaciğer hastalığı
-Kronik akciğer hastalıkları
-Kronik kalp hastalıkları (kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı, hipertansiyon, kardiyomiyopatiler)
-Diyabet (tip 1 veya tip 2)
-Solid organ nakli veya kök hücre nakli
-Çeşitli ilaçlar veya hastalıklar nedeniyle ortaya çıkan immünsüpresyon durumu
-İnme veya serebrovasküler hastalık
-Demans veya diğer nörolojik durumlar

-Kistik fibrozis
-Hıv enfeksiyonu
-Obezite
-Fiziksel inaktivite
-Gebelik
-Orak hücreli anemi veya talasemi
-Sigara
-Depresyon ve şizofreni spektrum bozuklukları dahil olmak üzere duygudurum bozukluklarına sahip olmak
-Madde kullanım bozuklukları
-Down sendromu, serebral palsi gibi engellilik durumları
-Tbc olarak listelenmiş olup Covid-19 için ciddi hastalık riski oluşturan tüm olası koşulları içermemektedir (30).

2.1.9 Covid-19 laboratuvar bulguları

Laboratuvar bulguları spesifik olmamakla birlikte, en sık rastlanan sonuçlar albüminde düşüklük (%75.8), CRP artışı (%58.3), LDH yüksekliği (%57) ve lenfosit sayısında azalma (%43.1)'dır. Ayrıca ferritin, D-dimer ve karaciğer enzimlerinde yükseklik de sık olarak görülmektedir (27). Trombosit sayısı genellikle normal veya hafif düşüktür (31). CRP, ferritin, D-dimer değerlerinde yükselme, hipoksemi, protrombin zamanında uzama, kreatinin fosfokinaz ve troponin yüksekliği hastalığın klinik seyri açısından kötü prognostik faktör olarak kabul edilmektedir (27).

Covid-19 enfeksiyonunda CRP ve ESR genellikle yükselir ancak prokalsitonin seviyeleri genellikle normaldir. Yüksek bir prokalsitonin seviyesi, bakteriyel bir koenfeksiyona işaret edebilir (31). Ciddi olgularda sitokin fırtınasına benzerlik gösteren yaygın inflamatuvar yanıtın bulguları olan persistan ateş, D-dimer ve ferritin gibi inflamatuvar markırlarda yükseklik ve proinflamatuvar

sitokinlerde artış görülebilir. Bu laboratuvar bulguları kötü klinik seyir ve mortalite ile ilişkili bulunmuştur (27).

2.1.10 Covid-19 radyolojik bulguları

SARS-CoV-2 tanısında boğaz sürüntüsünde bakılan gerçek zamanlı polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR) testi altın standart olarak kabul edilir. Fakat pandeminin ilk dönemlerinde testin bazı merkezlerde yapılmasındaki yetersizlik, erken dönemde testin yalancı negatif sonuç verebilmesi, testin sonuçlanma süresindeki uzamalar gibi nedenlerle bilgisayarlı tomografi (BT) gibi radyolojik görüntüleme yöntemleri çok sık olarak kullanılmıştır. Fakat BT'nin bir tarama testi olarak kullanılması uygun olmamakla birlikte tanı koymak için gerekli durumlarda kullanılması ve hastalığın takibinde kullanılması daha uygundur. Covid pnömonisinin tanı, takip ve evrelemesinde oldukça önemli bir yere sahip olan akciğer grafisi ve toraks BT görüntülemede en sık kullanılan radyolojik yöntemlerdir. Toraks ultrasonografisi de bazı yerlerde tanı ve takip için kullanılmıştır (32).

Covid-19 pnömonisinin tanısında kullanılan görüntüleme yöntemlerinden ilk tercih edilmesi gereken yöntem akciğer grafisidir. Fakat akciğer grafisinin normal olması hastalığı ekarte ettirmez. Bu nedenle kliniği covid-19 pnömonisi ile uyumlu olgular toraks BT ile değerlendirilmelidir. Akciğer grafisinde görülebilecek bulgular; iki taraflı, genellikle orta ve alt zon yerleşimli, periferik ağırlıklı tutulum, sınırları düzensiz dansite artışı ile konsolidasyondur. Ayrıca plevral efüzyon veya pnömotoraks şüphesi olan hastalarda da grafi kullanılabilir (33).

Covid-19'un tanısında ve tedavi izlemi ile gelişebilecek komplikasyonların değerlendirilmesinde toraks BT önemli bir rol oynamaktadır. Covid-19 pnömonisi ile ilgili BT'de görülen tipik bulgular: buzlu cam görünümü, konsolidasyon, kaldırım taşı görünümü, hava bronkogramları, hava yolu değişiklikleri, hava kisti, retküler görünüm ve nodüllerdir. Atipik bulgular arasında ise plevral sıvı, perikardiyal sıvı, lenfadenopatiler ve kavitasyon sayılabilir. Vakaların büyük

çoğunluğunda lezyonlar periferik yerleşimlidir ve bilateral tutulum vardır. Özellikle hastalığın erken döneminde Toraks BT'de bulgu olmayabilir, bu durum hastalığı ekarte ettirmez (32).

2.1.11 Covid-19 teşhisi

Spesifik tanı, solunum numuneleri (boğaz sürüntüsü/nazofaringeal sürüntü/ balgam/ endotrakeal aspiratlar ve bronkoalveolar lavaj) üzerinde spesifik moleküler testlerle yapılır. Virüs ayrıca dışkıda ve ciddi vakalarda kanda da tespit edilebilir (31).

Covid-19 enfeksiyonunun yayılmasını kontrol altına almak için erken teşhis çok önemlidir. SARS-CoV-2 nükleik asidinin moleküler tespiti altın standarttır. ORF1b'yi, nükleokapsid (N), envelope (E) veya spike (S) genlerini hedefleyen birçok viral nükleik asit tespit kiti ticari olarak mevcuttur. Tespit etme süresi birkaç dakika ile saat arasında değişir ve moleküler tespit birçok faktörden etkilenebilir. SARS-CoV-2, boğaz sürüntüleri, posterior orofaringeal tükürük, nazofaringeal sürüntüler, balgam ve bronş sıvısı dahil olmak üzere çeşitli solunum kaynaklarında tespit edilmiş olsa da viral yük alt solunum yolu örneklerinde daha yüksektir. Ayrıca, solunum yolu numuneleri negatif olduğunda bile bağırsak yolundan veya kandan alınan numunelerde viral nükleik asit bulunmuştur. Viral yük, hastalık başlangıcında en yüksek seviyesinden olup giderek düşebilir. Buna göre oral sürüntüler kullanıldığında yanlış negatifler yaygın olabilir ve bu nedenle bir Covid-19 tanısını doğrulamak için birden fazla tespit yöntemi benimsenmelidir (28).

RT-PCR, nazal sürüntü, trakeal aspirat veya bronkoalveolar lavaj (BAL) örneklerini kullanan bir tanı testidir. Tanı için birincil ve tercih edilen yöntem, nazofaringeal ve orofaringeal sürüntüler yoluyla üst solunum yolu örneklerinin toplanmasıdır. Üretilen aerosol hem hastalar hem de sağlık personeli için önemli bir risk oluşturduğundan Covid-19 için bir tanı yöntemi olarak bronkoskopi kullanılması önerilmez. Bronkoskopi, yalnızca üst solunum yolu örnekleri negatif

olduğunda ve diğer tanı araçlarının klinik yönetimi önemli ölçüde değiştireceği entübe hastalarda düşünülebilir. Ancak klinik ve güvenlik kriterleri karşılandığında ve kesin olmayan tanı durumunda bronkoskopi endike olabilir. Alternatif olarak, entübe hastalarda solunum örnekleri toplamak için trakeal aspirasyon ve bronkoskopik olmayan BAL kullanılabilir (34).

Wuhan'da moleküler tespit kapasitesi aşırı yüklendiğinde bir hastaya hızlı bir şekilde tanı koyabilmek için toraks BT kullanılmıştır. Covid-19'lu hastalar, ilk BT'de periferik veya posterior dağılıma sahip bilateral multilobar buzlu cam opasiteleri dahil olmak üzere tipik özellikler göstermiştir. Bu nedenle, klinik olarak Covid-19 şüphesi yüksek olan ancak ilk nükleik asit taramasında negatif çıkan bireyler için tekrarlanan sürüntü testleri ile birlikte BT taramasının kullanılması önerilmiştir (28).

Son olarak Covid-19 enfeksiyonu geçiren bireylerde genellikle belli bir zaman sonra antikor yanıtı gelişmektedir. Buna bağlı olarak serolojik testler enfeksiyonun erken evresinde teşhis amacıyla kullanılmaz (23). N veya S proteinine karşı antikorları saptayan SARS-CoV-2 serolojik testleri, özellikle hastalık başlangıcından sonraki geç aşamalarda veya geriye dönük çalışmalar için moleküler tanıyı tamamlayabilir (28). İlk IgM yanıtı oluşur ve antikor yanıtı 6-7. günden sonra başlasa da vakaların çoğunda 10. günden sonra pozitiflik saptanmaktadır. Bugün için saptanan antikorların ne kadar süre için tespit edilebileceği ve bireylerde bağışıklık sağlayıp sağlayamadığı henüz kesin olarak belli değildir. Elisa ya da IgM/IgG saptayan hızlı antikor testleri şuan için serolojik yanıtı belirlemek için kullandığımız testlerdir (23).

2.1.12 Covid-19 tedavisi

Günümüzde Covid-19 enfeksiyonuna etkili bir antiviral tedavi yoktur, ancak pandeminin başından bu zamana kadar hastalığın ölümcül olabilmesi nedeniyle çok sayıda ilaç değerlendirilmiştir ve bu ilaçlar, çoğu ile ilgili yapılan çalışma sonuçlarının çelişkili olmasına rağmen tedavide kullanılmıştır (35).

Hidroksiklorokin, favipiravir, remdesivir, lopinavir-ritonavir gibi ilaçlar yapılan gözemsel çalışmalarda etkili olabileceğine dair veriler elde edildiği için çok sayıda hastada tedavide kullanılmıştır. Daha sonra bu ilaçların toplumda yaygın olarak kullanılması ile birlikte yeni veriler elde edilmiş ve geniş kapsamlı çalışmalar yapılmıştır. Hidroksiklorokin ve lopinavir/ritonavirle ilgili olarak, COVID-19 hastalığının tedavisinde yeteri kadar etkili olmadıkları görülmüş ve bu ilaçların kullanımından vazgeçilmiştir. Yine ABD ve Avrupa başta olmak üzere yaygın olarak kullanılan remdesivir ile ilgili yapılan çalışmalarda da bu ilacın ağır seyirli COVID-19 vakalarında belirgin bir etkinliğinin olmadığı görülmüş, fakat karşılanmamış antiviral ihtiyacı sebebiyle ağır COVID-19 vakalarında ilacın kullanımından vazgeçilmemiştir. Favipiravirle ilgili yapılan randomize kontrollü çalışmalarda da hastaneye yatışı veya COVID-19'a bağlı mortaliteyi azaltma yönünden standart tedaviye bir üstünlük göstermediği ortaya konmuştur. Yine de hastaların belirti sürelerini kısaltabileceği bildirildiği için, favipravir kullanımı hasta değerlendirilerek hekiminin kararına bırakılmıştır (36).

Molnupravirin, Covid-19 enfeksiyonu doğrulanmış, hastanede yatış gerektirmeyen fakat klinik seyirin ağırlaşması açısından risk grubunda olan yetişkinlerde semptomların başlamasından sonraki 5 gün içinde başlatıldığı takdirde hastaların 29 gün boyunca herhangi bir nedenle hastaneye yatış ve ölüm riskini azalttığı yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (37). Molnupiravir 2x800 mg/gün şeklinde toplam 5 gün kullanılır. Çocuklarda ve gebelerde kullanılmamalıdır. Emzirenlerde tedavi süresince ve tedavi bitiminden sonra dört gün boyunca hastalar emzirmeye ara vermelidir (36).

SARS-CoV-2' ye yönelik tedavi dışında olası ko-enfeksiyonlar ile sekonder enfeksiyonların tedavisi, gelişen komplikasyonların tedavisi ve destek tedavisi de hastalık sürecinde önemli bir yer tutmaktadır.

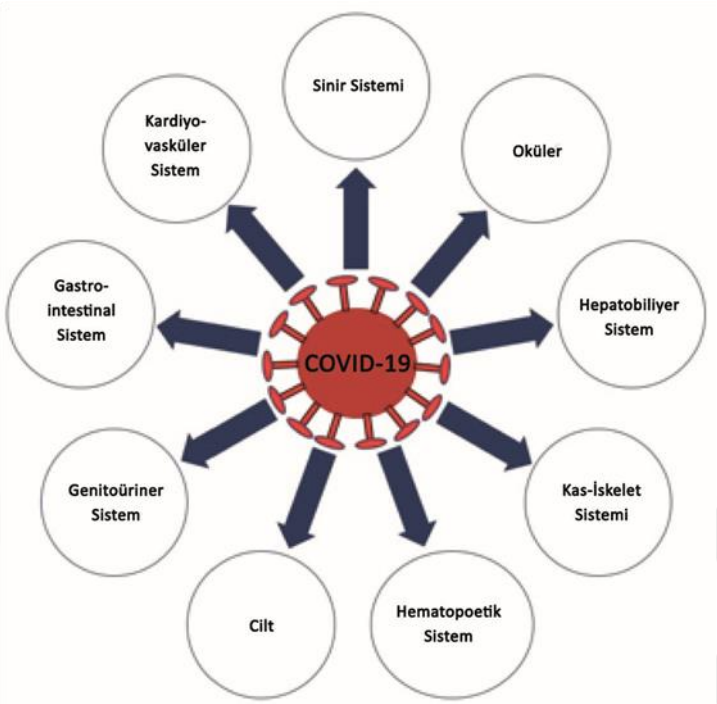
2.1.13 Covid-19 enfeksiyonundan korunma

Covid-19 enfeksiyonuna karşı mevcut tedbirler, bulaşı kontrol altına almayı amaçlamaktadır. Maske, mesafe ve hijyen kurallarına uyulmasına yönelik bireysel ve toplum düzeyindeki eylemler bu konuda temel prensiplerdir. Bu önlemlerin yanında ülkeler arası farklılık göstermekle birlikte karantina uygulamaları, okullarda yüz yüze eğitime ara verilmesi, işyerlerinde kişi sayısının azaltılarak çalışmaların uzaktan yürütülmesinin yaygınlaştırılması gibi tedbirler de hastalığın yayılımını engellemek için kullanılmıştır. Covid-19 için geliştirilen aşıların uygulanmaya başlaması ile birlikte ülkeler arası değişebilen stratejiler ile bağışıklama programları yapılmıştır. Aşılama ile enfeksiyonun önlenmesi, hastalığın şiddetinin ve mortalite oranının azaltılması, salgının sağlık sistemi ve ekonomi üzerinde oluşturduğu olumsuz etkinin bertaraf edilmesi mümkündür. Aşılar, kişilerde bağışıklık yanıtı güvenli bir şekilde oluşturmak için geliştirilmiştir ve ülkeler bir aşı programı hazırlayarak kendi toplumlarına aşıları uygulamaya başlamıştır (38).

2.1.14 Covid-19'un sistemik etkileri

Covid-19 hastalığında ön planda solunum sistemi tutulumu ile ilgili klinik bulgular görülürken daha sonraki dönemlerde yapılan çalışmalarda enfeksiyonun ekstrapulmoner tutulumları hakkında veriler ortaya çıkmıştır. Bu çalışmalarda, Covid-19 enfeksiyonun diğer organ tutulumlarına ve çoklu organ yetmezliğine sebep olduğu ortaya çıkmıştır (39).

Şekil 2. Covid-19 ve sistemik tutulumlar (39)



Covid-19, miyokard hasarı ve miyokardit, akut miyokard enfarktüsü, kalp yetmezliği, aritmiler ve venöz tromboembolik olaylar dahil olmak üzere bir dizi kardiyovasküler komplikasyonla ilişkilidir. Covid-19'un tedavisinde kullanılan bazı ilaçlar da potansiyel kardiyak komplikasyonlara sahiptir (40).

Covid-19'da sık görülen nörolojik komplikasyonlar; başağrısı, baş dönmesi, koku ve tat bozuklukları, bilinç değişikliği, inme ve nöbet olarak sayılabilir (39). Şiddetli seyirli hastalarda nörolojik semptomlar daha sıktır. Covid-19 ile ilişkili sistemik enfeksiyon veya solunum yetmezliği bağlamında ensefalopati ve diğer merkezi sinir sistemi komplikasyonları arasında akut ensefalit/menenjit, ensefalomyelit, akut transvers miyelit, mononörit/kraniyal sinir tutulumu, Guillain-Barré sendromu ve varyantları (Miller Fisher), postenfeksiyöz transvers miyelit, akut yayılmış ensefalomiyelit, nekrotizan ensefalomiyelit, akut serebellit, postensefalitik Parkinsonizm, Covid 19 sonrası kronik yorgunluk sendromu sayılabilir. Sitokin fırtınası ile ilişkili nörolojik komplikasyonlar ise geçici iskemik atak, hemorajik inme, iskemik inme ve miyalji, rabdomiyoliz gibi

nöromusküler komplikasyonlardır. Covid-19 hastalığında nöro-oftalmolojik komplikasyonlar da görülebilmektedir (41).

Gastrointestinal belirtiler Covid-19 enfeksiyonunun seyrinin bir parçası gibi görünmektedir. İshal, bulantı, kusma ve karın ağrısı gibi semptomların ortaya çıkması kesinlikle hafife alınmamalıdır. Covid-19 şiddeti arttıkça, sindirim semptomları daha belirgindir. Yapılan çalışmalarda Covid-19 hastalarında iştahsızlık ve ishal en sık görülen gastrointestinal sistem semptomu olmakla birlikte bunu bulantı/kusma ve karın ağrısı takip etmektedir (42). Şiddetli Covid-19 hastaları, gastrointestinal komplikasyon geliştirme açısından özellikle yüksek risk altındadır. Genellikle uzun süreli hastane yatışları sırasında, Covid-19'lu kritik hastaların yüzde 74 ila 86'sı kendi kendine düzelen yüksek transaminaz düzeyleri ve beslenme intoleransından hayatı tehdit eden mezenterik iskemiye kadar değişen gastrointestinal komplikasyonlar gösterir (43).

Miyalji, geniş kohort çalışmalarında %11 ila %50 arasında değişen bir prevalansı ile Covid-19 hastalarında sıklıkla bildirilmiştir. Birkaç vaka raporunda, Covid-19 hastalarında hem geç bir komplikasyon hem de mevcut bir semptom olarak miyozit ve rabdomiyolizi tanımlanmıştır. Nekrotizan otoimmün miyoziti tetikleyen nadir SARS-CoV-2 vakaları da tanımlanmıştır. Covid-19'daki kas tutulum mekanizmaları tam olarak anlaşılmamıştır. Covid-19 hastalarında, muhtemelen göğüs destek cihazlarının yerleştirilmesinden kaynaklanan kritik hastalık miyopatisi, ventilatör kaynaklı diyafram disfonksiyonu veya frenik sinir hasarına bağlı olarak diyafram kası disfonksiyonu ortaya çıkabilir. Covid-19'un uzun vadeli kas sekelleri, uzun süreli hastalığı olan Cobid-19 hastalarında tanımlanan sarkopeni ve kaşeksiyi içerir. Covid-19'un kemik komplikasyonları hakkında çok az güncel bilgi bulunmaktadır. Kritik hastalık, kortikosteroid tedavisi ve virüs kaynaklı koagülopati, osteoporoz ve osteonekroz gelişimine katkıda bulunabilir (44).

Covid-19'un kutanöz belirtileri, inflamatuar ekzantemler ve vasküler lezyonlar olmak üzere iki kategoriye ayrılabilir. Covid-19 ekzantemlerinin kalıpları

arasında makülopapüler, ürtiker, veziküler ve MIS-C döküntüsü bulunur. Bu ekzantemler arasında, makülopapüler döküntüler en yaygın gibi görünmektedir ve bunu ürtikeryal, veziküler ve MIS-C döküntüleri izlemektedir. Makülopapüler ve ürtikeryal ekzantemler daha sık orta yaşlı ve yaşlı hastalarda görülür ve tipik olarak şiddetli Covid-19 enfeksiyonları ile ilişkilidir. Covid-19 ile ilişkili vasküler lezyonlar pseudo-chilblain, peteşi/purpura veya liveoid olarak karakterize edilir. Bununla birlikte covid-19 pandemisi dolaylı olarak kişisel koruyucu ekipman kullanımı yoluyla da ek kutanöz komplikasyonlara yol açmıştır. Bu komplikasyonlar arasında basınç yaralanması, kontakt dermatit, ürtiker, cilt kuruluğu ve mevcut cilt hastalıklarının alevlenmesi yer alır (45).

Covid-19'da akut böbrek yetmezliği vakaların %5-15'inde görülür ve yüksek mortalite ile ilişkilidir. Koronavirüsün böbrekler üzerindeki toksik etkileri oldukça uzun süredir bilinmektedir. KH Chu ve ark. 2005'ten itibaren, koronavirüsün neden olduğu SARS'lı büyük bir hasta grubunda akut böbrek yetmezliği oluşumunu tanımlamıştır. Akut böbrek yetmezliğinin gelişmesiyle mortalite %90'ın üzerinde tespit edilmiştir (46). Covid-19 nedeniyle hayatını kaybeden 12 hasta üzerinden yapılan bir postmortem seri çalışmasında hastaların testis dokuları incelenmiş ve kontrol grubuna göre anlamlı azalmış leydig hücreleri seminifer tübül hasarı ve lenfositik inflamasyon saptanırken vakaların hemen hemen tamamında testis dokusunda SARS-CoV-2 virüsü belirlenememiştir (39).

Mevcut kanıtlara dayanarak, Covid-19 hastaları arasında tüm oküler semptomların birleştirilmiş prevelansı %11 olarak bulunmuştur. Kuru göz ve yabancı cisim hissi en sık bildirilen oküler semptomlarken kızarıklık, gözlerde yaşarma, kaşıntı, ağrı , akıntı diğer semptomlardır. En sık görülen oküler hastalık ise konjonktivittir. Bazı çalışmalar konjonktivitin Covid-19 tanısı için erken bir işaret olduğunu bile bildirmiştir (47).

2.1.15 Covid-19 Aşısı

Aşılar yetişkin ve çocuklarda bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve sağlığın korunmasında 20. yüzyılın halk sağlığı uygulamaları arasında güvenilirlik ve maliyet açısından en etkili ve en önemli uygulamalardan biridir. Aşılama ile güvenli bir biçimde immün yanıt oluşturma, hastalığın önlenmesi, hastalığın şiddetinin ve mortalite oranlarının azaltılması, salgının ekonomi ve sağlık sisteminde yarattığı olumsuz etkilerin ortadan kaldırılması muhtemeldir. Covid-19 aşısının bulunması ile birlikte her ülke değişen stratejiler ile kendi aşı protokolünü hazırlayıp bağışıklama programları yürütmüş ve aşıları uygulamaya başlamıştır. Ancak dünya çapında yürütülecek geniş kapsamlı Covid-19 aşı kampanyası ile bu salgından kurtulmanın mümkün olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde de 2021 yılı ocak ayından itibaren risk grupları öncelikli olmak üzere aşılamalar başlatılmıştır. Başlangıçta inaktif Covid-19 aşıları ile yürütülmeye başlayan programa sonrasında Covid-19 mRNA aşısı da dahil edilmiştir (38).

2.2 COVİD-19 SALGINI ETKİLERİ

Covid-19 salgını din, ideoloji, sosyal statü ayrımı yapmaksızın herkesi hedef almış, sağlıktan sosyoekonomik hayata kadar her alanda olumsuz etkileri görülmüştür. Ülkeleri hazırlıksız yakaladığı için sağlıkta, ekonomide, sosyal yaşamda ve diğer birçok alanda şok kriz olarak kendisini göstermiş ve kurulu düzenleri yeniden oluşturmaya ve köklü değişimlere zorlamıştır (48).

2.2.1 Covid-19 salgınının ruhsal duruma etkisi

Yeni koronavirüs hastalığı 2019 (Covid-19) ilk olarak 12 Aralık 2019'da Çin'in Hubei Eyaleti Wuhan şehrinde ortaya çıktı. Sonraki 3 ay içinde virüs komşu ülkelere ve ötesine hızla yayıldı ve bu da salgına yol açtı. Dünya Sağlık Örgütü, Türkiye'de ilk koronavirüs vakasının doğrulandığı 11 Mart 2020'de salgını pandemi ilan etti. O zamandan beri Türkiye, bu virüsle uğraşan tüm ülkeler gibi

okulları kapatmak, kafeler, alışveriş merkezleri, sinema salonları, spor salonları ve insanların toplandığı yerleri kapatmak da dahil olmak üzere koronavirüsün yayılmasını durdurmak için gerekli önlemleri aldı. Hükümet, enfeksiyon sayısını azaltmak, yaşlılarımızı ve kronik hastalığı olanları korumak için vatandaşlarından kendilerini gönüllü karantinaya almalarını ve evde kalmalarını istedi (49).

Covid-19 pandemisi bireylerin fizikse sağlığı ve yaşamları için ciddi tehdit oluşturması dışında panik atak, anksiyete, korku, uykusuzluk, stres, depresyon gibi çeşitli psikolojik sorunları da tetiklemiştir (50). Hem Covid-19'un doğası gereği son derece bulaşıcı ve ölümcül olması hem de hükümetler tarafından alınan benzeri görülmemiş önlemler, sadece Türkiye'de değil dünyanın hemen hemen tüm ülkelerinde bireylerin ruh sağlığı için risk oluşturmaktadır (49).

Covid-19 enfeksiyonu iki farklı şekilde sağlık sorununa yol açmaktadır. Birincisi, enfeksiyonun doğrudan neden olduğu bedensel sağlık sorunları, ikincisi ise salgın hastalık ile ilişkili panik, endişe ve anksiyete gibi ruh sağlığı sorunlarıdır. Salgın hastalıkların toplumda anksiyete, depresyon ve stres düzeylerini artırdığı bilinmektedir. Örneğin, yapılan bir araştırmada, SARS salgını sırasında kişilerin ruhsal durumunun kötüleştiği, bireylerin kendilerinin çaresiz, dehşete kapılmış ve yüksek düzeyde endişeli hissettiği saptanmıştır. Ek olarak bu kişilerin %16'sında travma sonrası semptomlar görülmüştür. Yine bu kişilerin yaklaşık %40'ında salgın sonrasında iş veya aile ortamında yüksek stres algıladığı ifade edilmiştir Covid-19 pandemisi yalnızca bir medikal sağlık sorunu olarak değil, akıl sağlığı için de bir acil durum olarak kabul edilmelidir. Pandemi sonlansa bile normal yaşamımıza geri döndüğümüzde muhtemelen aylarca hatta senelerce psikolojik etkileri devam edecektir (51).

Banerjee Covid-19 pandemisinin bireylerin ruhsal durumları üzerine olan etkilerini şu şekilde kısaca özetlemiştir (52) :

"1. Hayatı boyunca herhangi bir hastalık salgını yaşayanlarda salgını yeniden yaşama korkusu

2. Tecrit nedeniyle veya seyahat ve sosyal davranışların belirgin şekilde kısıtlanması nedeniyle geçim kaynağını kaybetme korkusu
3. Evden çıkma korkusu
4. Uzak mesafede yaşayan aile bireyleri ya da arkadaşlarla temas eksikliği ile sonuçlanan fiziksel-sosyal mesafe kaygısı
5. Kendisi ve sevdikleri için sürekli bir güvende olamama duygusu
6. Hapşırma ya da öksürük gibi belirtileri olan bireylere yönelik damgalama
7. Antibiyotikler, analjezikler, anti-alerjik ilaçlar, yüz maskeleri, dezenfektanlar gibi temel malzemeleri veya tıbbi malzemeleri istifleme ihtiyacı.
8. Medyanın etkisi ile her gün artan panik ve psikolojik stres
9. Sağlık çalışanları, gönüllüler gibi pandemi ile mücadelede ön saflarda yer alan kişiler için hayal kırıklığı, yorgunluk, tükenmişlik, enfeksiyon bulaşma riski ve enfeksiyonu bulaştırma korkusu"

Pandeminin ilk günlerinde evlere kapanma, basit bedensel belirtilerin Covid-19 olarak yorumlanması, sosyal medyada yer alan kirli bilgi paylaşımları, marketlerdeki gıda raflarının boşaltılması, televizyon ve diğer iletişim araçlarından salgına dair programları uzun saatler boyunca izlemek/dinlemek panik ve korkuyu artırmıştır. İnfluenza salgınının medya araçlarında geniş bir şekilde yer alması, Meksika'da yapılan bir çalışmada bireylerin risk algısını ve korku düzeylerini çok arttırdığı ve yaşam kalitelerini düşürdüğü bulunmuştur. Hastalık endişesiyle ve belirsizlik nedeniyle duyulan korku, ümitsizlik, mutsuzluk, çaresizlik gibi hisler bireylerde şiddetli bir zorlanma yaratmaktadır. Bütün bu olumsuz hisler doğal olarak kişilerin uyku kalitesini de negatif yönde etkilemektedir (51).

2.2.2 Covid-19 korkusu

Korku insanların ve diğer türlerin çevredeki tehditlerle başa çıkmak için geliştirdikleri temel bir uyum mekanizmasıdır (53). Bulaşıcı hastalıkların karakteristik bir unsuru korkudur. Korku hastalığın yayılma hızı ve ortamıyla ilişkili olduğu kadar morbidite ve mortalitesiyle de doğrudan ilişkilidir. Hastalar yüksek

korku seviyeleri ile Covid-19'a tepki verirken net ve rasyonel düşünemeyebilir (54).

COVID-19 pandemisinin psikolojik bir yönü korkudur. Korku, tehdit edici uyaranların algılanmasıyla tetiklenen hoş olmayan bir duygusal durum olarak tanımlanmaktadır. Hastalık salgınları ve salgın hastalıklar gibi olağanüstü durumlar birçok insanda korkuya neden olabilir (4). Böyle bir korku, otopsiler olmadığını gösterse de, bireylerin COVID-19 olduğunu düşündükleri için intihar etmelerine yol açmıştır (55).

Korkuları değerlendirmek önemlidir. Belirli sosyo-demografik değişkenlere göre (örneğin, cinsiyet, yaş, eğitim, etnik köken vb.) farklı gruplar arasında belirli şeyler hakkında korku düzeylerini bilmeden eğitim ve önleme programlarının gerekli olup olmadığını ve eğer ihtiyaç duyulursa hangi grupların ve nerede hedef alınacağını bilmek zordur (4).

Schimmenti, Billieux ve Starcevic Covid-19 korkusunu psikolojik düzeyde birbiri ile ilişkili dört diyalektik alan etrafında organize edildiğini savunmaktadır (56). İlk korku alanı, beden ve onun fiziksel sinyalleri ile ilgilidir. Kişinin hayatını tehdit eden enfeksiyon karşısında bedenini korumaya çabalamasından kaynaklanmaktadır. İkinci korku alanı kişinin sevdiği, önemli gördüğü kişilere yönelik yaşadığı korkudur. İnsanlar enfeksiyondan korunmak ve yayılmasını önlemek için kişilerarası ilişkilerinde fiziksel mesafeyi korumak durumunda kalmaktadır. Böylelikle insanların zihninde sevdiği kişilerin bile istemeden de olsa kendisine zarar verebileceği veya öldürebileceği algısı oluşmaktadır ve bu da güvende olmak ve sağlıklı kalmak için korkuya neden olmaktadır. Üçüncü korku alanı bilmeme korkusu veya bilme korkusudur. Virüs ile ilgili bilgiler bazı kişileri rahatlatırken, bazılarının ise endişelenmesine ve virüsten daha çok korkmasına neden olmaktadır. Dördüncü korku alanı ise Covid-19 salgını sırasında korkunun davranışsal sonuçları ile ilgilidir. Bu korkuya örnek olarak kişinin yaşlı aile bireyiyle ilgilenme sorumluluğu ile bulaştan korunmak amacıyla onlarla temas

etmekten kaçınma seçenekleri arasında kalması ve bu nedenle ortaya çıkan harekete geçme korkusu verilebilir (57).

2.3 SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

2.3.1 Sağlığın tanımı

“Sağlık”, yetenekten bütünlüğe, zindelikten esenliğe kadar çeşitli olumlu özellikleri içeren çok boyutlu bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) anayasasının birinci ilkesine göre “Sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir”. DSÖ'nün yetmiş yıllık bu klasik tanımı, günümüzde tarihi kabul ediliyor ve Batı tıbbında art zamanlı yolun başlangıcında temel bir kilometre taşı olarak duruyor (58).

Yapılan birçok kritik analiz, DSÖ'nün sağlık tanımının, yaşlanma hızının artmasından ve kronik hastalığı olan insan sayısının artmasından kaynaklanan yeni zorluklarla başa çıkmak için uygun olmadığını göstermiştir. DSÖ'nün sağlık tanımında olduğu gibi sağlığı artık tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal refah durumu olarak düşünemeyiz. Leonardi yeni bakış açısı ile önerdiği tanıma göre sağlığı, kişinin kendi rahatsızlık ve refah koşullarıyla başa çıkma ve bunları yönetme yeteneği olarak yapılandırır. Daha etkili terimlerle sağlık, istenen duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkilere sahip her türlü çevresel olaya tepki verme ve istenmeyenlerden kaçınma yeteneği olarak kavramsallaştırılabilir (59).

Starfield’a göre sağlık, bir bireyin veya grubun, bir yandan isteklerini gerçekleştirme ve ihtiyaçlarını karşılama, diğer yandan kişilerarası, sosyal, biyolojik ve fiziksel çevrelerle başa çıkma derecesidir. Bu nedenle sağlık, yaşamın amacı değil, günlük yaşam için bir kaynaktır; fiziksel ve psikolojik kapasitelerin yanı sıra sosyal ve kişisel kaynakları da kapsayan olumlu bir kavramdır (60).

Card'a göre ise sağlık fiziksel ve psikolojik olarak iyi olma deneyimidir. Sağlığın iyi veya kötü olması bir ikilem olarak değil bir süreklilik olarak ortaya çıkar. Hastalık veya sakatlığın olmaması iyi bir sağlık durumu oluşturmak için ne yeterli ne de gereklidir (61).

2.3.2 Sağlığın korunması

Sağlığın korunması herhangi bir hastalığın ya da engelliliğin etkisini yok etmeyi veya en aza indirmeyi, eğer bu mümkün değilse hastalık ya da engelliliğin ilerlemesini yavaşlatmayı hedefleyen faaliyetlerdir (62).

Aile hekimleri olarak biz cinsiyet, yaş, hastalık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım talep eden herkese kapsamlı ve sürekli tıbbi bakım sağlamakla yükümlüyüz. Bu kapsamlı ve sürekli tıbbi bakımın bir yönü de uygun ve etkili yönetimle bireyin sağlıklı olmasını ve iyilik halini sağlamak ve geliştirmektir. Bireyin sağlıklı olmasını sağlamak ve geliştirmek için koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi edici hizmetler bir arada sunulur (63).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin birincil, ikincil ve üçüncül korumayı içeren üç formuna 1995 yılında WONCA Uluslararası Sınıflandırma Komitesi tarafından Aile Hekimliği Sözlüğünde yer verilmiştir. 1999'da ise WONCA yeni bir koruma türü olan dördüncül korumayı sözlüğe eklemiştir (64).

Birincil koruma terimi 1940'ların sonlarında Leavell ve Clark tarafından tanımlanmıştır. Bu tanıma göre birincil koruma hastalık veya hastalık grubu için geçerli olan ve hastalık nedenlerini insanları etkilemeden önce ortadan kaldırmak için uygulanabilecek önlemlerdir (65). Birincil koruma hastalığa neden olan davranışların düzeltilmesi için yapılan faaliyetleri, hastalığa neden olan faktörlere maruziyetten kaçınılmasını, maruziyetten kaçınılamadığı zamanlarda hastalığın meydana gelmesini engellemeyi, hastalıklar için risk faktörlerinin kontrol altında

tutulmasını ve böylece hastalıkların görülme sıklığını azaltmak için yapılan faaliyetleri içermektedir (63).

İkincil koruma ve üçüncül koruma terimleri de Leavell ve Clark tarafından tanımlanmıştır (65). İkincil koruma, hastalığı kontrol etmek, olası kötü sonuçları en aza indirgemek için acil müdahale ve erken teşhis amacıyla yapılan girişimler olarak tanımlanmıştır. Hastalıkların semptomsuz dönemde erken teşhis edilmesi ve ilerlemesinin kontrol altına alınmasını amaçlayan faaliyetleri kapsamaktadır (63). Üçüncül koruma ise hastalığın hastanın işlevi, ömrü ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini yumuşatmaya çalışır (65). Hastalık meydana geldikten sonra, hastalığa bağlı olarak etkilenen işlevselliğin ve yaşam kalitesinin sürdürülmesi, yaşam süresinin artırılması amacıyla yapılan faaliyetlerdir. Üçüncül koruma tedaviler ve rehabilitasyon ile hastalığın ilerlemesiyle ortaya çıkabilecek komplikasyonları azaltmaya odaklanır (63).

Birincil, ikincil ve üçüncül korumayı tamamlayan dördüncül koruma terimi, Belçikalı bir pratisyen hekim olan Marc Jamoulle tarafından tanımlanmıştır. Dördüncül koruma, hipermedikalizasyon riski altında olan kişileri belirlemek ve iyatrojenikliği en aza indirgemek için gereksiz veya aşırı müdahaleleri azaltmak için kullanılan bir dizi faaliyet olarak düşünülür. Başka bir ifadeyle, dördüncül koruma “önce zarar verme” ilkesini uygulamak anlamına gelir ve bu ilke sağlık uygulamalarının temel taşlarından biridir (66). Dördüncül koruma kavramı WONCA’nın Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri için sözlüğünde 2003 yılında yayınlanmıştır. Sözlükteki tanımı şu şekildedir; ’’aşırı medikalizasyon riski altındaki hastayı belirlemek, onu yeni medikal istilalardan korumak ve ona etik ve bilimsel olarak kabul edilebilir müdahaleleri önermek için yapılan eylemdir” (67).

Tablo 2.2 4 tür koruma faaliyeti ve bu faaliyetlerin kökeninin oluşturan hasta hekim ilişkisi (68)

		HEKİM	
		Hastalık yok	**Hastalık var**
HASTA	**İyi hissediyor**	**1** Bir bireyde ya da toplumda ortaya çıkmadan önce bir sağlık sorununun nedenini önlemek veya ortadan kaldırmak için yapılan eylem Sağlığın geliştirilmesi ve spesifik korumayı içerir. (örn, aşılama)	**2** Bir bireyde ya da toplumda bir sağlık sorununu erken dönemde tespit etmek, tedavisini kolaylaştırmak, yayılmasını veya uzun vadeli etkilerini azaltmak veya önlemek için yapılan eylem (örn, tarama, erken teşhis)
	Hasta hissediyor	**4** Bir hastayı veya aşırı medikalizasyon riski altındaki bir toplumu belirlemek, onları invaziv tıbbi müdahalelerden korumak ve onlara etik açıdan kabul edilebilir bakım prosedürleri sağlamak için yapılan eylem	**3** Akut ya da kronik sağlık sorununa bağlı fonksiyonel bozulmayı en aza indirerek bir birey veya toplumdaki bir sağlık sorununun kronik etkilerini azaltmak için yapılan eylem Rehabilitasyonu da içerir. (örn, diyabet komplikasyonlarını önlemek).

Hasta-hekim ilişkisi 4 tür koruma faaliyetinin kökenini oluşturmaktadır. Tablonun ortasında yer alan ok dördüncül korumanın tüm etkinlikleri etkilediğini göstermektedir.

2.3.3 Sağlığın geliştirilmesi

Sağlığın geliştirilmesi kişilere ve kurumlara bilgi vermeyi, onları etkilemeyi ve desteklemeyi, bu şekilde ruhsal ve fiziksel sağlığı ilgilendiren konularda kişilerin daha etkin rol almalarını ve sorumluluk sahibi olmalarını amaçlayan stratejidir (62).

Günümüzde ticaretin artması, ülkeler arası seyahat kolaylığı, teknolojideki baş döndürücü gelişmeler vb. gibi faktörler sağlığı bir yandan pozitif bir yönde etkilerken başta sağlıksız beslenme, stres, fiziksel aktivitenin azalması gibi faktörler olmak üzere yaşam tarzında ortaya çıkan değişiklikler diğer yandan sağlığı olumsuz açıdan etkilemektedir. Geçmişte etkili olup artık aşılama ve diğer koruyucu tedbirlerle yok olmak üzere olan fakat göç gibi kitlesel hareketlerin etkisiyle tekrar aktifleşen bulaşıcı hastalıkların artması, bunun yanında bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların artması, yaşam süresinin uzamasıyla birlikte hastalık yükünü çok artırmıştır (69).

Tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal refah durumuna ulaşmak için, bir birey veya grup, isteklerini tanımlayabilmeli ve gerçekleştirebilmeli, ihtiyaçlarını karşılayabilmeli ve çevreyi değiştirebilmeli veya çevreyle başa çıkabilmelidir. Bu nedenle sağlık, yaşamın amacı değil, günlük yaşam için bir kaynak olarak görülmektedir. Sağlık, fiziksel kapasitelerin yanı sıra sosyal ve kişisel kaynakları da vurgulayan pozitif bir kavramdır (70). Sağlık, diğer sektörlerden kaynaklanan etkenlerden de oldukça etkilenmektedir. Bu sebeple standart tedavi edici ve önleyici sağlık hizmetlerinin üstünde bütüncül ve kapsamlı yeni bir stratejiye gereksinim duyulmuştur Bu strateji ‘Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi’ olarak isimlendirilmiştir (69).

1978 yılında Kazakistan’ın Almaata şehrinde yapılan Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansında sağlığın geliştirilmesi tanımının temelleri atılmıştır. Daha sonra 1986'da Ottawa'da düzenlenen Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine ilişkin ilk Küresel Konferans'ta Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, insanların sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını iyileştirmelerini sağlama süreci olarak tanımlanmıştır (71). Bu konferansta insanların yaşamlarını etkileyen sosyal ve ekonomik koşullar olan sağlığın belirleyicileri ve özellikle sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinde eyleme geçme ihtiyacı kesin olarak teyit edilmiştir. Bu tür bir eylem, 5 temel strateji etrafında ortaya çıkmalıdır. Bu stratejiler;

• Sağlığı geliştirici politikalar oluşturulması

• Destekleyici ortamlar oluşturulması

• Topluluk eylemlerinin güçlendirilmesi

• Kişisel becerilerin geliştirilmesi

• Sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesidir (70).

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin ana prensibi, bireyler için destekleyici ve sağlıklı çevre şartları yaratmak ve bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmaktır. Sağlığın geliştirilmesinin sunabileceği yararlardan en iyi anlamda faydalanmak için sağlığın teşviki ve geliştirilmesini, sağlık ve kalkınma politikalarına tam olarak entegre etmek, bilime ve kanıta dayılı uygulamalar yapmak ve bu uygulamalar ile politika arasında sinerji oluşturmak gerekmektedir (69).

2.3.4 Sağlıklı yaşam biçimi davranışları

Bir toplumun sağlık seviyesi, toplumda sağlıklı kişilerin çoğunlukta olması ile ilgilidir. İnsanların temel haklarından olan sağlıklı olma ile bunun sürdürülmesi ve korunması sağlık çalışanlarının temel hedefi olmalıdır. Sağlık personelleri mesleki rolleri ve sorumlulukları gereği toplumda yaşam biçimleri ile rol model olmalı ve bireylerin sağlık hakkında eğitilmelerini sağlamalıdır. Gerek sağlık çalışanlarının gerekse kişilerin kendi sorumluluğu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları benimsenmeli ve günlük hayatta alışkanlık haline dönüştürülmelidir (72).

Sağlıklı yaşam biçimi, kişinin sağlığını etkileyen bütün faaliyetleri kontrol etmesi, günlük aktivitelerinde sağlığını iyi yönde etkileyen ve sağlığını yükselten

davranışları seçerek uygulamasıdır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ise "kişilerin kendi iyilik düzeylerini korumalarını ve yükseltmelerini sağlayan davranışlar" olarak tanımlanmaktadır. Bu davranışlar, sağlık sorumluluğu alma, dengeli ve yeterli beslenme, egzersiz yapma, kişiler arası ilişkiler geliştirme, manevi gelişim ve stres yönetimini kapsar (6).

Sağlık sorumluluğu, kişinin kendi sağlığına dikkat etmesi, sağlıkla ilgili konularda bilgilenme ve gerekli durumlarda profesyonel yardım için başvurma isteği gibi kendi iyilik halinin mevcudiyeti ve devamı için aktif olarak sorumluluk sahibi olmasıdır (73). *Beslenme,* kişinin öğünlerinde sağlıklı olanları seçmesi ve düzenlemesi, dengeli ve yeterli beslenme alışkanlıklarıdır (74). *Fiziksel aktivite,* günlük hayatın bir parçası olarak planlı ve düzenli bir şekilde egzersiz yapmayı kapsar. *Kişiler arası ilişkiler,* yakın çevre ile olan duygu paylaşımı, iletişim ve ilişkileri, bunların devamlık düzeyini belirler (75). *Manevi gelişim,* bireyin kendisi ve çevresinde meydana gelen olayları algılaması, yeni tecrübe ve fırsatları yakalayabilmesi için duygu ve düşüncelerini değerlendirme çabasıdır (74).*Stres yönetimi,* gerilimi düşürmek veya etkili bir şekilde kontrol altına alabilmek için kişinin psikolojik ve fizyolojik kaynakları tanıması ve harekete geçirebilmesidir (73).

Yaşam biçimi nedeniyle ortaya çıkan hastalıkların ve bunlara bağlı ölümlerin engellenmesi için kişililerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemeleri çok önemlidir. Bu davranışların benimsenmesi ile kronik hastalıkları engellemek, kronik hastalıklarda hayat kalitesini artırmak ve sağlıklı yaşlanma mümkün kılınabilecektir. Ek olarak bu davranışların benimsenmesi, kronik hastalıklar için harcanan maliyetlerin de önemli ölçüde azalmasını sağlayacaktır (6).

2.3.5 Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve aile hekimliği

Yaşam biçimi bireylerin sağlığını etkilemekte ve diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıklardaki morbidite ve ölüm oranları sağlıklı yaşam biçimi

değişiklikleri ile büyük oranda azaltılabilmektedir. Az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin yaklaşık %50'sinin, gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin ise yaklaşık %80 inin sağlıksız yaşam biçimi nedeniyle ortaya çıkan hastalıklar olduğu gösterilmiştir. Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre her yıl tütün kullanımı nedeniyle 4.9 milyon, obezite nedeniyle 2.6 milyon, kolesterol seviyelerinin yükselmesi nedeniyle 4.4 milyon ve hipertansiyon nedeniyle de 7.1 milyon insan ölmektedir. Tüm bu bilgiler ışığında yaşam biçimi sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıklardan korunmada ana faktördür (62).

Aile hekimleri bireylere aileleri, çevreleri, toplumları, kültürleri bağlamında ve hayatları boyunca kapsamlı, koordine ve sürekli bakım sunar. Bu bakış açısıyla ve aile hekimliğinin tanımı gereği bireylerle en sık, en yakın ve en uzun süreli ilişki içinde olan aile hekimleri, sağlığı koruma ve geliştirmede en etkin hekim grubudur. Aile hekimi kendisine kayıtlı olan her bireye sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını önerir, bu konuda destekleyici tutum gösterir; bireylerin periyodik sağlık muayenelerini gerçekleştirerek sağlığı korur, geliştirir ve hastalıkları önler. Bireylere sağlığı koruma ve geliştirme ile ilgili danışmanlığın diğer branş uzmanlarına kıyasla aile hekimleri tarafından verilmesinin daha etkili olduğu görülmektedir. Bunun sebebi ise sağlık bilgi kaynağı olarak bireylerin aile hekimlerini daha güvenilir bulmalarıdır. Bu bağlamda aile hekimleri sağlıklı yaşam, yaşam tarzı değişiklikleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları konularındaki donanımlarını arttırmalıdırlar (7).

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Araştırma Bölgesi ve Tipi

Bu araştırma, kesitsel desende analitik tipte prospektif gözlemsel bir araştırma olarak tasarlanmış olup, ÇOMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'nde yürütülmüştür.

3.2 Evren ve Örneklem

Araştırmamızın evrenini Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine 15.12.2021-15.04.2022 tarihleri arasında herhangi bir sebeple başvuran hasta ve yakınları oluşturmaktadır. Araştırmamız çalışmaya katılmaya onam veren 18 yaş üstü hasta ve yakınları ile yürütüldü. Evrendeki birey sayısı belirli olmadığından örneklem Uygun-kolayda (Convenience) örneklem olarak yapıldı, uygun her hasta çalışmaya davet edildi, onam veren hastalar çalışmaya dahil edildi. Araştırma için G*Power yazılımı kullanılarak örneklem doygunluğu hesaplandı. Araştırmanın odağı hastaların Covid-19 korku düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemekti. Bu iki değişken arasında hesaplanacak korelasyon katsayısı için G*Power programı orta etki büyüklüğü düzeyinde (0,3), anlamlılık değeri $p<0,05$ ve 0,95 (%95) güç düzeyinde minimum 138 hasta ile çalışılması gerektiği sonucunu belirledi. Bu nedenle araştırmada ulaşılması düşünülen en az hasta sayısı 138'di. Her ne kadar bu sayıdaki bir örnekleme ulaşılması asgari olsa da araştırmada bu sayıdan daha fazla hastaya ulaşılmaya çalışıldı. Çalışmaya alınma kriterlerine uygun ve çalışmaya onam veren hastalardan toplam 430 kişi ile görüşüldü. 30 katılımcı anketi eksiksiz bir şekilde tamamlamadığı veya uygunsuz şekilde cevap verdiği tespit edildiği için çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya alınma kriterlerine uygun ve katılmayı kabul eden 400 katılımcı çalışmaya dahil edildi. Katılımcıların çalışmaya alınma ve hariç bırakılma kriterleri Tablo 3.1'de verilmiştir.

Tablo 3.1 Katılımcıların çalışmaya alınma ve çalışma dışı bırakılma kriterleri

Çalışmaya alınma kriterleri	**Çalışma dışı bırakılma kriterleri**
-18 yaş üstü olmak -Çalışmaya onam vermiş olmak -ÇOMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine kendisi veya yakını için başvurmuş olmak	-18 yaş altı olmak - Çalışma metoduna uyumu engelleyecek hastalık ya da engelinin bulunması (Yatalak olması, gerçeklik değerlendirmesini bozacak psikiyatrik hastalığının olması, demansif olması gibi)

3.3 Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler toplanırken araştırmacılar tarafından hazırlanan 21 soruluk anket formu, Covid-19 Korkusu Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II kullanılmıştır. Anketteki soruların anlaşılabilirliğini değerlendirmek için verileri toplamaya başlamadan önce, ÇOMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine çeşitli nedenlerle başvuran, araştırma evrenine benzer özellikler taşıyan sosyoekonomik düzeyleri farklı 10 kişiye deneme amaçlı anket uygulanmıştır. Anket sorularının son hali gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra verilmiştir

21 soruluk anket formunda katılımcıların sosyodemografik özellikleri, gelir durumu algıları, sigara ve alkol kullanım alışkanlığı, Covid-19 enfeksiyonu açısından riskli kronik hastalığa sahip olma durumu, temas halinde olduğu yakınları arasında yaş ve sağlık durumu itibariyle covid-19 açısından riskli durumda olan bireylerin varlığı, covid-19 testi yaptırma durumu ve sayısı, kendisinin ve yakınlarının koronavirüs enfeksiyonu geçirme durumu, covid-19 açısından aşılanma durumu ve pandemi döneminde katılımcıların aile hekimine başvurularında aksaklık olup olmadığına dair sorular yer almaktaydı. Katılımcıların subjektif gelir algılarını iyi, orta ve kötü olmak üzere 3 seçenek arasında değerlendirmeleri istendi. Sigara kullanım durumları hiç kullanmamış olanlar, bırakalı 6 aydan fazla/az olanlar ve kullananlar olarak 4 gruba ayrıldı. 6

ay süre boyunca sigara içmeyenler bırakmış olarak kabul edildi (76). Alkol kullanım durumu ise kullanmayanlar, sosyal ortamlarda kullananlar ve düzenli olarak kullananlar olarak 3 gruba ayrıldı. T.C. Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği Covid-19 enfeksiyonu için risk grubunda olan kronik hastalıklar temel alınarak katılımcılara bu hastalıklardan birine veya daha fazlasına sahip olup olmadığı soruldu (77). Covid-19 aşısı olan katılımcılara hangi aşıdan kaç doz oldukları Sinovac, Biontech ve Diğer aşılar (ülkemizde yaygın olmayan diğer aşılar olan astrazeneca, moderna gibi) olarak 3 gruba ayrılarak soruldu. Katılımcılara sorulan yakınları arasında covid-19 tanısı alanların enfeksiyonu nasıl geçirdiği sorusu ise evde geçirdi, hastanede yatarak geçirdi, yoğun bakımda geçirdi ve vefat etti olarak birden fazla yanıt verilebilir bir soru olarak belirlendi. Birden fazla yanıt veren katılımcıların enfeksiyon geçirme şiddetine verdikleri cevaplardan en yüksek olan yanıt olarak kabul edildi. Aile hekimlerine başvurularında pandemi döneminde herhangi bir aksama olup olmadığı ise hiç aksamadı, kısmen aksadı, aksadı, çok aksadı olarak 4 gruba ayrılarak katılımcılara soruldu.

Covid-19 Korkusu Ölçeği

Ölçek Ahorsu ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve Bakioğlu F. tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması başka araştırmacılar tarafından da yapılmıştır. 5'li Likert tipi bir derecelendirme sistemine sahip 7 maddeden oluşan tek boyutlu bir ölçektir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.82 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin tüm maddelerinden alınan toplam puan bireyin yaşadığı Covid-19 korkusu düzeyini yansıtmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 7 ile 35 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan yüksek düzeyde Koronavirüs korkusu yaşamak anlamına gelmektedir (78,79).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin ilk hali, Walker ve arkadaşları tarafından 1987'de geliştirilmiş olup 1996 yılında tekrar revize edilerek SYBD II

olarak adlandırılmıştır (73,80). Ölçeğin revize edilmiş formu 2008 yılında Bahar ve arkadaşları tarafından SYBD II adıyla Türkçe'ye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır Ölçek kişinin sağlıklı yaşam tarzıyla ilgili olarak sağlığı geliştiren davranışlarını ölçmektedir. Ölçeğin genel skoru sağlıklı yaşam biçimi davranışları skorunu vermektedir. 4'lü likert tipi bir derecelendirme sistemine sahip olan ölçek 52 maddeden oluşmuştur ve 6 alt faktörü bulunmaktadır. Bu alt faktörler: kişiler arası ilişkiler, manevi gelişim, beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ile stres yönetimidir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olarak şeklinde 4'lü likert tipi derecelendirme sistemine sahip olup ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçeğin Alpha güvenirlik katsayısı 0.94'dir. Ölçeğin alt faktörlerinin güvenilirlik değeri 0.79-0.87 arasında değişmektedir (73).

3.4 Uygulama

Araştırma verileri, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran hasta ve yakınlarından, çalışmaya alınma kriterlerini karşılayanlardan 15.12.2021-15.04.2022 tarihleri arasında toplandı. Katılımcılara araştırma ile ilgili bilgi verilip onamları alındıktan sonra araştırmacılar tarafından hazırlanan 21 soruluk anket formu (EK-1) katılımcılarla yüz yüze görüşülerek, Covid-19 Korkusu Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II katılımcıların kendilerine verilerek katılımcılar tarafından okunup cevaplanması rica edilerek toplandı. Katılımcıların isim-soy isim bilgileri kaydedilmedi.

3.5 Etik ve izinler

Çalışmaya başlamadan önce araştırmanın yapılmasında etik açıdan herhangi bir sakınca olmadığı ÇOMÜ Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınan 15.12.2021 tarihli 2011-KAEK-27/2021-2100231741 no'lu karar ile onaylanmıştır. Etik kurul karar örneği Ek-2'de sunulmuştur. Ayrıca

çalışma için T.C Sağlık Bakanlığı'na Covid-19 bilimsel araştırma izni için başvuruldu. 09.12.2021 tarihli onay ile çalışmamız bakanlık tarafından uygun olarak değerlendirildi (EK-3). Araştırmaya dahil edilen katılımcılara çalışmamız ile ilgili bilgi verildi, çalışmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtildi, onamları alındıktan sonra çalışmaya katılımları sağlandı.

3.6 İstatistik

Araştırmamızda elde ettiğimiz verilerin istatiksel analizi 2017 yılında R programlama dili ile geliştirilen, açık kaynak kodlu ve erişimi ücretsiz olan Jamovi programı ile yapıldı (81). Analiz öncesi verilerin kontrolü ve temizliği sağlandı. Tanımlayıcı özellikler; kategorik değişkenlerde sayı ve yüzde olarak sürekli değişkenlerde ortalama (standart sapma), ortanca (minimum-maksimum) değerler şeklinde verildi.

Verilerin normal dağılımına Kolmogorov-Smirnov ile Shapiro-Wilk analizleri kullanılarak bakıldı ve verilerin normal dağılmadığı tespit edildiğinden analizi için nonparametrik testler kullanıldı. İki değişkenli parametrelerin karşılaştırmalarında normal dağılmayan verilerin analizi için Mann-Whitney U testi, ikiden fazla parametreli testlerde Kruskal Wallis Testi ve kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı. Covid-19 korkusu ölçeği, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği, yaş, vücut kitle indeksi, çocuk sayısı ilişki seviyelerinin ölçümünde Spearman korelasyon analizleri kullanıldı. $P<0,05$ olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi ve yapılan bütün testler için mutlak p değerleri verildi. Örneklem sayısının 30'dan büyük olduğu durumlarda santral limit teoremine dayanılarak normal dağılım varsayımının ihmal edilebildiği göz önünde bulunduruldu ve cinsiyet kontrol edilerek mesleğin Covid-19 korkusu üzerindeki etkisini ölçmek için Kovaryans Analizi kullanıldı (82).

4.BULGULAR

4.1 Sosyodemografik Özellikler

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine 15.12.2021 ile 15.04.2022 tarihleri arasında herhangi bir sebeple başvuran hastaların ve yakınlarının katılımıyla gerçekleştirilen çalışmamıza gönüllü olarak 18 ile 78 yaş arası toplam 400 kişi katılmıştır.

Katılımcıların 201'i (%50,3) erkek, 199'u (%49,8) kadındı. Katılımcıların yaş ortalaması 33,9±12,3'tü. Kadınların yaş ortalaması 31,8±11,7 erkeklerin yaş ortalaması 35,9±12,6 idi. Katılımcıların vücut kitle indeksi ortalaması 25,6±4,7'ydi. Kadınların VKI ortalaması 24,2±4,9, erkeklerin VKI ortalaması ise 27,0±4,0'dı. Katılımcıların; 206'sı (%51,5) evli, 173'ü (%43,3) bekar ve 21'i (%5,3) boşanmış/dul idi. Katılımcıların 206 'sının (%51,5) çocuğu vardı.

Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında okuma yazma bilmeyen 1 (%0,3), ilköğretim mezunu 35 (%9), lise mezunu 94 (%23,5), üniversite mezunu 233 (%58,3), yüksek lisans/doktora düzeyine sahip 37 kişi (%9,3) mevcuttu. Katılımcıların meslek durumu değerlendirildiğinde; ev hanımı 24 (%6), memur 101 (%25,3), özel sektör çalışanı 99 (%24,8), işçi 63 (%15,8), öğrenci 90 (%22,5) ve diğer 23 kişi (%5,8) bulunmaktaydı.

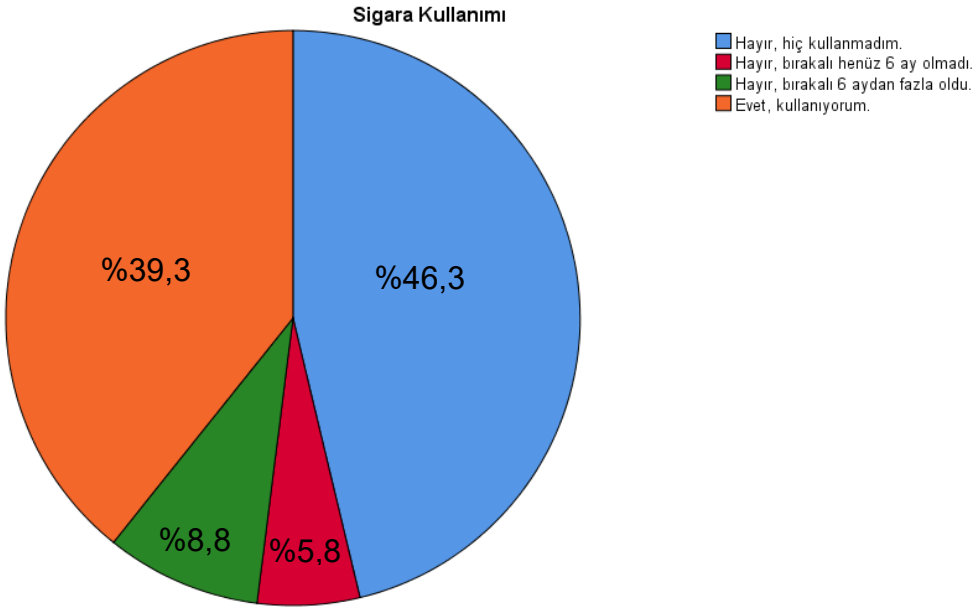
Araştırmaya katılanlardan 301 kişi (%62,8) aktif olarak bir işte çalışıyor, 126 kişi (%31,5) çalışmıyor, 23 kişi (%5,8) ise emekliydi. Katılımcıların sübjektif gelir algılarına baktığımızda 48 kişi (%12) durumunun iyi, 285 kişi (%71,3) orta, 67 kişi (16,8) kötü olduğunu düşünmekteydi. Yaşadıkları bölgeyi değerlendirdiğimizde katılımcıların 390'ı (%97,5) şehir merkezinde, 10'u (%2,5) kasaba/köyde yaşıyordu.

Tablo 4.1 Katılımcıların sosyodemografik verileri			
		N	**(%)**
Yaş	Ortalama ± SS	33,9±12,3	
Cinsiyet	Kadın	199	(49,8)
	Erkek	201	(50,3)
VKI (kg/m2)	Ortalama ± SS	25,6±4,7	
VKI (kg/m2)	Zayıf	20	(5)
	Normal	172	(43)
	Fazla kilolu	145	(36,3)
	Obez	60	(15)
	Morbid Obez	3	(0,8)
Medeni durum	Evli	206	(51,5)
	Bekar	173	(43,3)
	Boşanmış/Dul	21	(5,3)
Çocuk sahibi olma durumu	Var	206	(51,5)
	Yok	194	(48,5)
Eğitim Durumu	Okuma yazma yok	1	(0,3)
	İlköğretim	35	(9)
	Lise	94	(23,5)
	Üniversite	233	(58,3)
	Yükseklisans/doktora	37	(9,3)
Meslek durumu	Ev hanımı	24	(6)
	Memur	101	(25,3)
	Özel sektör	99	(24,8)
	İşçi	63	(15,8)
	Öğrenci	90	(22,5)
	Diğer	23	(5,8)
Çalışma Durumu	Çalışıyor	301	(62,8)
	Çalışmıyor	126	(31,5)
	Emekli	23	(5,8)
Gelir Algısı	İyi	48	(12)
	Orta	285	(71,3)
	Kötü	67	(16,8)
Yaşadığı bölge	Şehir merkezi (il-ilçe)	390	(97,5)
	Kasaba/köy	10	(2,5)
Sigara kullanımı	Hayır, hiç kullanmadım	185	(46,3)
	Hayır, bırakalı henüz 6 ay olmadı	23	(5,8)
	Hayır, bırakalı 6 aydan fazla oldu	35	(8,8)
	Evet kullanıyorum	157	(39,3)
Alkol kullanımı	Hayır	200	(50)
	Sadece sosyal içici	176	(44)
	Düzenli içici	24	(6)

N=sayı (%)=frekans SS=standart sapma VKI=vücut kitle indeksi kg/m2=kilogram/metrekare

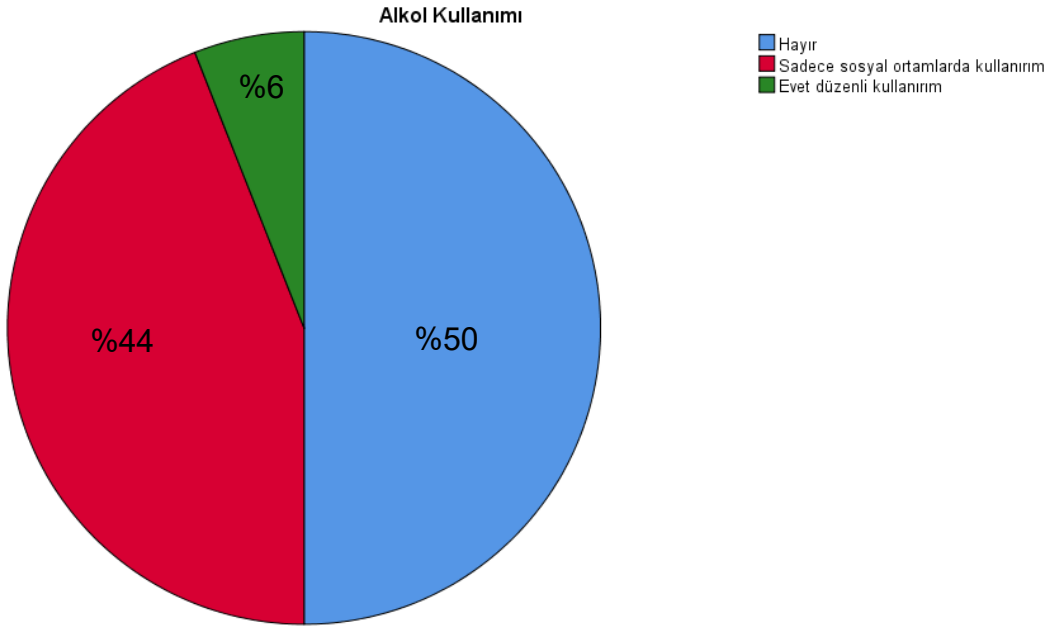
Sigara alışkanlıklarına baktığımızda katılımcıların 185'i (%46,3) hiç sigara kullanmamış, 23'ü (%5.8) sigarayı bırakmış ancak henüz 6 ay olmamış, 35'i (%8.8) sigarayı bırakalı 6 aydan fazla zaman olmuş, 157'si (%39,3) ise sigara kullanmaktaydı.

Şekil 4.1 Katılımcıların sigara kullanım durumu grafiği



Alkol kullanımına baktığımızda ise 200 kişi (%50) alkol kullanmıyor, 24 kişi (%6) düzenli içici, 176 kişi (%44) ise sadece sosyal içiciydi.

Şekil 4.2 Katılımcıların alkol kullanım durumu grafiği



Sürekli temas halinde oldukları, birlikte yaşadıkları ve/veya bakım vermeleri gereken 65 yaş üstü veya Covid-19 açısından riskli kronik hastalığı olan yakını bulunan katılımcıların sayısı 56 (%14) iken, bulunmayan katılımcıların sayısı 344 (%86) olarak bulundu.

Katılımcıların Covid-19 enfeksiyonu için riskli olarak belirlenen kronik hastalıklardan bir veya daha fazlasına sahip olup olmadığına baktığımızda 56 kişinin (%14) kronik hastalığı mevcut olup 344 kişinin (%86) kronik hastalık tanısı bulunmamaktaydı. Covid-19 şüphesiyle test yaptırma durumunu değerlendirdiğimizde katılımcıların 280'i (%70) herhangi bir zamanda covid-19 şüphesiyle test yaptırmış olup 120'si (%30) test yaptırmamıştı. Test yaptıran katılımcılardan 1 veya 2 kere test yaptıranları ''az sayıda test yaptırdı'', 3 ve daha fazla sayıda test yaptıranları ise ''çok sayıda test yaptırdı'' olarak grupladığımızda 199 kişi (%49,8) az sayıda, 81 kişi (%20.3) ise çok sayıda test yaptırmıştı.

Katılımcıların 290'ı (%72,5) koronavirüse hiç yakalanmamışken, 25'i (%6,3) koronavirüs teması nedeniyle evde izolasyon altında kalmış, 32 'si (%8) koronavirüs tanısı alıp ilaç tedavisi almamış, 52'si (%13) ilaç tedavisini evde izolasyon altında almış, 1 kişi (%0,3) ise ilaç tedavisini hastanede yatarak almıştı.

12 katılımcı (%3) covid-19 aşısı olmamışken 388 katılımcı (%97) en az 1 doz covid aşısı olmuştu. Aşı olan katılımcıların 42'si (%10,5) sadece sinovac, 299'u (%74,8) sadece biontech, 47'si (%10,8) hem sinovac hem biontech aşısı olmuştu. Sinovac ve biontech dışında diğer covid aşılarından herhangi biriyle aşılanan katılımcı yoktu.

Yakınları arasında covid-19 tanısı alan olup olmadığı sorulduğunda, katılımcıların 185'i (%46,3) hayır, 215'i (%53,8) evet cevabını verdi. Bu kişilerin covid-19 enfeksiyonunu nasıl geçirdiği sorulduğunda ise 186'sının (%86,5) evde geçirdiği, 12'sinin (%5,6) hastanede yatarak geçirdiği, 3'ünün (1,4) yoğun bakımda geçirdiği, 14'ünün (6,5) de vefat ettiği öğrenildi.

Katılımcılara pandemi döneminde aile hekimlerine başvurularında / takiplerinde herhangi bir aksama olup olmadığı sorulduğunda ise 290 kişi (%72,5) hiç aksama olmadığını, 78 kişi (%19,5) kısmen aksama olduğunu, 22 kişi (%5,5) aksadığını, 10 kişi (%2,5) ise çok aksadığını belirtti.

Tablo 4.2 Pandemi döneminde Covid-19 enfeksiyonuna dair riskler, tanı, tedavi, Covid-19 açısından aşılanma ve aile hekimine başvuru durumları			
		N	**(%)**
Covid-19 enfeksiyonu açısından riskli yakını varlığı	Evet	56	(14)
	Hayır	344	(86)
Covid-19 enfeksiyonu açısından riskli kronik hastalık varlığı	Evet	56	(14)
	Hayır	344	(86)
Covid-19 test yaptırma durumu	Evet	280	(70)
	Az sayıda test yaptırdı (1-2 kez)	199	(49,8)
	Çok sayıda test yaptırdı (>3 kez)	81	(20,3)
	Hayır	120	(30)
Covid-19 tanısı/tedavisi alma durumu	Koronavirüse hiç yakalanmadım	290	(72,5)
	Koronavirüs teması nedeniyle evde izolasyon altında kaldım, tedavi almadım	25	(6,3)
	Koronavirüs tanısı aldım ilaç tedavisi almadım	32	(8)
	Koronavirüs ilaç tedavisini evde izolasyon altında aldım	52	(13)
	Koronavirüs ilaç tedavisini hastanede yatarak aldım	1	(0,3)
Covid-19 aşısı olma durumu	Hayır	12	(3)
	Evet	388	(97)
	Hangi aşılar ?		
	Sadece Sinovac	42	(10,5)
	Sadece Biontech	299	(74,8)
	Sinovac+Biontech	47	(10,8)
Yakınları arasında covid-19 tanısı alma durumu	Hayır	185	(46,3)
	Evet	215	(53,8)
	Bu kişi/kişiler enfeksiyonu nasıl geçirdi?		
	Evde geçirdi	186	(86,5)
	Hastanede yatarak geçirdi	12	(5,6)
	Yoğun bakımda geçirdi	3	(1,4)
	Vefat etti	14	(6,5)
Pandemi sürecinde aile hekimi başvuru/takiplerinde aksama olma durumu	Hiç aksamadı	290	(72,5)
	Kısmen aksadı	78	(19,5)
	Aksadı	22	(5,5)
	Çok aksadı	10	(2,5)

N=sayı (%)=frekans

Sosyodemografik verilerin cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.3'te gösterilmiştir. Kadınların yaş ortalaması 31,8±11,7 iken, erkeklerin yaş ortalaması 35,98±12,6 olarak hesaplandı. Kadınların yaş ortalaması ile erkeklerin yaş ortalaması arasında anlamlı bir fark vardı **(p<0,001)**.

Kadınların vücut kitle indeksi ortalaması 24,2±4,9 iken erkeklerin 27,0±4,0 bulundu **(p<0,001).** Vücut kitle indeksi 25 kg/m2 ve üstünde olan kadınların oranı %33,7 (n=67) iken erkeklerde bu oran %70,1'di (n=141). Vücut kitle indeksi iki kategoriye ayrılarak cinsiyet ile ilişkisi incelendiğinde aralarında anlamlı bir fark olduğu bulundu. Erkeklerde 25 kg/m2 ve üzerinde olanların sayısı kadınlara göre anlamlı olarak yüksekti **(p<001).**

Kadınların %43,2'si (n=86) evliyken, erkeklerin %59,7'si (n=120) evliydi. Kadınların %49,2'si (n=98) bekar, %7,5'i (n=15) boşanmış/dul iken bu oran erkeklerde sırası ile %37,3 (n=75) ve %3,0 (n=6) idi **(p=0,002).** Çocuğu olan kadınların oranı %41,7 (n=83) iken çocuğu olan erkeklerin oranı %55,2 (n=111) bulundu. Erkeklerde çocuk sahibi olma durumu anlamlı olarak daha yüksekti **(p=0,007).** Cinsiyete göre eğitim durumu ve gelir algısı arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi (p>0,05).

Cinsiyete göre meslek dağılımına baktığımızda erkeklerde memur %31,3 (n=63), işçi %20,9 (n=42) oranı kadınlara göre, kadınlarda ise ev hanımı %12,1 (n=24) , öğrenci %29,6 (n=59) oranı erkeklere göre anlamlı olarak yüksekti **(p<0,001)**.

Cinsiyete göre çalışma durumuna baktığımızda erkeklerde çalışan %74,6 (n=150), çalışmayan %17,4 (n=35), emekli %8 (n=16) oranında bulunurken kadınlarda çalışan %50,8 (n=101), çalışmayan %45,7 (n=91), emekli ise %3,5 (n=7) oranında bulunmaktaydı. Cinsiyet ile çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki mevcuttu **(p<0,001).**

Katılımcıların cinsiyete göre alışkanlıklarına bakacak olursak erkeklerin 49,3'ü (n=99) sigara kullanırken, kadınların %29,1 i (n=58) sigara kullanmaktaydı. Erkeklerde hiç sigara kullanmayanların oranı %31,3 (n=63) iken kadınlarda bu oran %61,3'tü (n=122). Kadınlarda hiç sigara kullanmamışların oranı, erkeklerde sigarayı bırakanların ve sigara kullananların oranı anlamlı yüksekti **(p<0,001)**.

Kadınların %64,8'i (n=129) alkol kullanmazken %31,7'si (n=63) sadece sosyal ortamlarda kullanıyor, %3,5'i (n=7) düzenli alkol kullanıyordu. Erkeklerin ise %35,3'ü (n=71) alkol kullanmıyor, %56,2'si (n=113) sadece sosyal ortamlarda kullanıyor %8,5'i (n=17) düzenli alkol kullanıyordu. Erkeklerin alkol kullanma oranı kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti **(p<0,001).**

Tablo 4.3 Sosyodemografik verilerin cinsiyete göre dağılımı

		Kadın (N=199) n(%)/Ortalama± SS	**Erkek (N=201) n(%)/Ortalama± SS**	**İstatiksel analiz**
Yaş		31,8±11,7	35,98±12,6	**p<001****
Vücut kitle indexi		24,2±4,9	27,0±4,0	**p<001****
Vki kategorisi	25 kg/m2 altı 25 kg/m2 ve üzeri	132 (%66,3) 67 (%33,7)	60 (%29,9) 141 (%70,1)	**χ2=53,318 p<001***
Medeni durum	Evli Bekar Boşanmış/dul	86 (%43,2) 98 (%49,2) 15 (%7,5)	120 (%59,7) 75 (%37,3) 6 (%3,0)	**χ2=12,517 p=0,002***
Çocuk sahibi olma durumu	Evet Hayır	83 (%41,7) 116 (%58,3)	111 (%55,2) 90 (%44,8)	**χ2=7,313 p=0,007***
Eğitim durumu	Okuma yazma yok İlköğretim Lise Üniversite Yüksek lisans/doktora	1 (%0,5) 20 (%10,1) 39 (%19,6) 119 (%59,8) 20 (%10,1)	0 (%0) 15 (%7,5) 55 (%27,4) 114 (%56,7) 17 (%8,5)	χ2=4,778 p=0.311*
Meslek	Ev hanımı Memur Özel sektör İşçi Diğer Öğrenci	24 (%12,1) 38 (%19,1) 44 (%22,1) 21 (%10,6) 13 (%6,5) 59 (%29,6)	0 (%0) 63 (%31,3) 55 (%27,4) 42 (%20,9) 10 (%5,0) 31 (%15,4)	**χ2=47,504 p<001***
Çalışma durumu	Çalışıyor Çalışmıyor Emekli	101 (%50,8) 91 (%45,7) 7 (%3,5)	150 (%74,6) 35 (%17,4) 16 (%8)	**χ2=37,967 p<001***
Gelir düzeyi algısı	İyi Orta Kötü	19 (%9,5) 142 (%71,4) 38 (%19,1)	29 (%14,4) 143 (%71,1) 29 (%14,4)	χ2=3,286 p=0,193*

Tablo 4.3 (Devam) Sosyodemografik verilerin cinsiyete göre dağılımı				
		Kadın (N=199) n(%)/Ortalama± SS	**Erkek (N=201) n(%)/Ortalama± SS**	**İstatiksel Analiz**
Sigara kullanımı	Hayır, hiç kullanmadım	122 (%61,3)	63 (%31,3)	**χ2=39,872 p<001***
	Hayır, bırakalı henüz 6 ay olmadı	11 (%5,5)	12 (%6,0)	
	Hayır, bırakalı 6 aydan fazla oldu	8 (%4,0)	27 (%13,4)	
	Evet düzenli kullanırım	58 (%29,1)	99 (%49,3)	
Alkol kullanımı	Hayır	129 (%64,8)	71 (%35,3)	**χ2=35,182 p<0,001***
	Sadece sosyal ortamlarda kullanırım	63 (%31,7)	113 (%56,2)	
	Evet düzenli kullanırım	7 (%3,5)	17 (%8,5)	

n= sayı %= frekans SS= Standart Sapma *= Pearson Ki Kare Testi **=Mann Whitney U

Sürekli temas halinde oldukları, birlikte yaşadıkları ve/veya bakım vermeleri gereken 65 yaş üstü veya Covid-19 açısından riskli kronik hastalığı olan yakını bulunan kadınların oranı %12,6 (n=25), erkeklerin oranı %15,4 (n=31) olarak bulunmuştur. Cinsiyet ile sürekli temas halinde oldukları, birlikte yaşadıkları ve/veya bakım vermeleri gereken 65 yaş üstü veya Covid-19 açısından riskli kronik hastalığı olan yakını olma durumu arasında anlamlı bir fark saptanmadı (χ_2=0,679; p=0,410).

Covid-19 enfeksiyonu için riskli olarak belirlenen kronik hastalıklardan bir veya daha fazlasına sahip olan kadınların oranı %11,1 (n=22), erkeklerin oranı %16,9'du (n=34). Cinsiyet ile covid-19 enfeksiyonu için riskli olarak belirlenen kronik hastalıklara sahip olma durumu arasında anlamlı bir fark yoktu (χ_2=2,852; p=0.091).

Herhangi bir zamanda Covid-19 şüphesiyle test yaptıran kadınların oranı %70,9 (n=141), erkeklerin oranı %69,2 (n=139) olarak saptandı. Covid-19 aşısı olma durumuna baktığımızda ise bu oran kadınlarda %96 (n=191), erkeklerde %98 (n=197) bulundu. Sonuç olarak cinsiyet ile covid-19 testi yaptırma durumu

ve covid-19 aşısı olma durumu arasında anlamlı bir fark bulunmadı (χ2=0,138; p=0,711)(χ2=1,416; p=0,234).

Tablo 4.4 Pandemi döneminde Covid-19 enfeksiyonuna dair riskler, tanı, tedavi, covid-19 açısından aşılanma ve aile hekimine başvuru durumlarının cinsiyete göre dağılımı

		Kadın (N=199) n(%)	**Erkek (N=201) n(%)**	**İstatiksel analiz**
Covid 19 enfeksiyonu açısından riskli yakını varlığı	Evet Hayır	25 (%12,6) 174 (%87,4)	31 (%15,4) 170 (%84,6)	χ2=0,679 p=0,410*
Covid-19 enfeksiyonu açısından riskli kronik hastalık varlığı	Evet Hayır	22 (%11,1) 177 (%88,9)	34 (%16,9) 167 (%83,1)	χ2=2,852 p=0.091*
Covid-19 test yaptırma durumu	Evet Hayır	141 (%70,9) 58 (%29,1)	139 (%69,2) 62 (%30,8)	χ2=0,138 p=0,711*
Covid-19 tanısı/tedavisi alma durumu	Koronavirüse hiç yakalanmadım Koronavirüs teması nedeniyle evde izolasyon altında kaldım, tedavi almadım Koronavirüs tanısı aldım ilaç tedavisi almadım Koronavirüs ilaç tedavisini evde izolasyon altında aldım Koronavirüs ilaç tedavisini hastanede yatarak aldım	141 (%70,9) 12 (%6) 17 (%8,5) 28 (%14,1) 1 (%0,5)	149 (%74,1) 13 (%6,5) 15 (%7,5) 24 (%11,9) 0 (%0)	χ2=1,683 p=0,794*
Covid-19 aşısı olma durumu	Evet Hayır	191 (%96) 8 (%4)	197 (%98) 4 (%2)	χ2=1,416 p=0,234*
Yakınları arasında covid-19 tanısı alma durumu	Evet Hayır	111 (%55,8) 88 (%44,2)	104 (%51,7) 97 (%48,3)	χ2=0,656 p=0,418*
Pandemi sürecinde aile hekimi başvuru/takiplerinde aksama olma durumu	Hiç aksamadı Kısmen aksadı Aksadı Çok aksadı	139 (%69,8) 43 (%21,6) 14 (%7) 3 (%1,5)	151 (%75,1) 35 (%17,4) 8 (%4) 7 (%3,5)	χ2=4,544 p=0,208*

n= sayı %= frekans *= Pearson Ki Kare Testi

Covid-19 şüphesiyle test yaptıran katılımcılardan 1 veya 2 kere test yaptıranları ‘’az sayıda test yaptırdı’’, 3 ve daha fazla sayıda test yaptıranları ise ‘’çok sayıda test yaptırdı’’ olarak gruplandırıp test yaptırma durumunu etkileyebilecek sosyodemografik özellikler ve anketimizdeki Covid-19 enfeksiyonuna dair riskler, tanı, tedavi, covid-19 açısından aşılanma durumu arasındaki ilişkiyi incelediğimizde çalışma durumu ile covid-19 testi yaptırma arasında anlamlı bir ilişki tespit edildi **(p<0,001).** Çalışanlarda az sayıda ve çok sayıda test yaptıranların oranı yüksekken emeklilerde ise test yaptırmayanların oranı anlamlı düzeyde yüksekti. Ayrıca yakınları covid-19 tanısı almayan bireylerde test yaptırmama oranı anlamlı düzeyde yüksek bulundu **(p=0,001).**

Tablo 4.5 Covid-19 testi yaptırma durumunun sosyodemografik özellikler ve Covid-19 enfeksiyonuna dair faktörler ile ilişkisi

		Yaptırmadı (n=120) n (%)	**Az sayıda (n=199) n (%)**	**Çok sayıda (n=81) n (%)**	**İstatiksel analiz**
Cinsiyet	Erkek	62(%30,8)	106(%52,7)	33(%16,4)	χ2=3,750
	Kadın	58(%29,1)	93(%46,7)	48(%24,1)	p=0,153
Medeni durum	Evli	57(%27,7)	99(%48,1)	50(%24,3)	χ2=7,112
	Bekar	56(%32,4)	92(%53,2)	25(%14,5)	p=0,130
	Boşanmış/ dul	7(%33,3)	8(%38,1)	6(%28,6)	
Çocuk varlığı	Evet	57(%29,4)	89(%45,9)	48(%24,7)	χ2=4,938
	Hayır	63(%30,6)	110(%53,4)	33(%16)	p=0,085
Eğitim durumu	Okuma yazma yok	0(%0)	0(%0)	1(%100)	χ2=12,302 p=0,138
	İlköğretim	7(%20)	19(%54,3)	9(%25,7)	
	Lise	35(%37,2)	45(%47,9)	14(%14,9)	
	Üniversite	72(%30,9)	113(%48,5)	48(%20,6)	
	Yüksek lisans/ doktora	6(%16,2)	22(%59,5)	9(%24,3)	
Meslek	Ev hanımı	8(%33,3)	8(%33,3)	8(%33,3)	χ2=18,211
	Memur	23(%22,8)	54(%53,5)	24(%23,8)	p=0,052
	Özel sektör	24(%24,2)	52(%52,5)	23(%23,2)	
	İşçi	20(%31,7)	31(%49,2)	12(%19)	
	Diğer	6(%26,1)	12(%52,2)	5(%21,7)	
	öğrenci	39(%43,3)	42(%46,7)	9(%10)	
Çalışma durumu	Çalışıyor	52(%20,7)	138(%55)	61(%24,3)	χ2=41,618
	Çalışmıyor	51(%40,5)	57(%45,2)	18(%14,3)	**p=0,000***
	Emekli	17(%73,9)	4(%17,4)	2(%8,7)	

Tablo 4.5 (Devam) Covid-19 testi yaptırma durumunun sosyodemografik özellikler ve Covid-19 enfeksiyonuna dair faktörler ile ilişkisi

		Yaptırmadı (n=120) n (%)	Az sayıda (n=199) n (%)	Çok sayıda (n=81) n (%)	İstatiksel analiz
Gelir durumu	İyi	8(%16,7)	26(%54,2)	14(%29,2)	χ2=7,463 p=0,113
	Orta	87(%30,5)	145(%50,9)	53(%18,6)	
	Kötü	25(%37,3)	28(%41,8)	14(%20,9)	
Covid-19 açısından riskli yakın varlığı	Evet	14(%25)	31(%27,9)	11(%19,6)	χ2=0,966 p=0,617
	Hayır	106(%30,8)	168(%48,8)	70(%20,3)	
Sigara kullanım durumu	Hayır	59(%31,9)	97(%52,4)	29(%15,7)	χ2=6,238 p=0,397
	Bırakalı 6 ay olmadı	5(%21,7)	12(%52,2)	6(%26,1)	
	Bırakalı 6 aydan fazla oldu	11(%31,4)	18(%51,4)	6(%17,1)	
	Evet	45(%28,7)	72(%45,9)	40(%25,5)	
Alkol kullanım durumu	Hayır	63(%31,5)	98(%49)	39(%19,5)	χ2=5,736 p=0,220
	Sosyal içici	48(%27,3)	94(%53,4)	34(%19,3)	
	Düzenli içici	9(%37,5)	7(%29,2)	8(%33,3)	
Covid-19 açısından riskli hastalığa sahip olma durumu	Evet	18(%32,1)	24(%42,9)	14(%25)	χ2=1,447 p=0,485
	Hayır	102(%29,7)	175(%50,9)	67(%19,5)	
Covid-19 aşı yaptırma durumu	Evet	117(%30,2)	193(%49,7)	78(%20,1)	χ2=0,241 p=0,886
	Hayır	3(%25)	6(%50)	3(%25)	
Yakınları arasında covid-19 tanısı alma durumu	Evet	48(%22,3)	116(%54,0)	51(%23,7)	χ2=13,543 **p=0,001***
	Hayır	72(%38,9)	83(%44,9)	30(%16,2)	
Aile hekimi başvuru/ takiplerinde aksama durumu	Hiç aksamadı	88(%30,3)	141(%48,6)	61(%21,0)	χ2=3,082 p=0,798
	Kısmen aksadı	22(%28,2)	40(%51,3)	16(%21,5)	
	Aksadı	6(%27,3)	14(%63,6)	2(%9,1)	
	Çok aksadı	4(%40)	4(%40)	2(%20)	

n= sayı %= frekans *= Pearson Ki Kare Testi p<0,05

Covid-19 aşısı olmayıp birlikte yaşadığı bireyler veya yakınları arasında covid-19 enfeksiyonu tanısı almış olan kişi sayısı 7 kişi (%58,3) iken, birlikte

yaşadığı bireyler veya yakınları arasında covid-19 enfeksiyonu tanısı almamış olan kişi sayısı 5 tir.(%41,7). Aşı yaptırma durumu ile yakınları veya birlikte yaşadığı bireylerde covid-19 tanısı alma durumu arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir (χ_2=0,105; p=0,746).

Sürekli temas halinde olduğu ,birlikte yaşadığı ve/veya bakım vermesi gereken 65 yaş üstü veya covid-19 açısından riskli kronik hastalığı olan yakını olanlardan 3'ü (%5,4) covid-19 aşısı olmamışken 53'ü (%94,6) covid-19 aşısı olmuştur, bu özelliklere sahip yakını olmayan bireylerin ise 9'u (%2,6) covid-19 aşısı olmamışken 335'i (%97,4) covid -19 aşısı olmuştur. Aşı yaptırma durumu ile sürekli temas halinde olduğu covid-19 enfeksiyonu açısından riskli grupta olan yakını varlığı arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir (χ_2=1,243 p=0,228 Fisher's Exact Test).

Covid-19 Korkusu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Çalışmamıza katılan 400 kişinin Covid-19 Korkusu ve SYBDÖ II ve alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar değerlendirildiğinde sonuçlar tablo 4.6'da görüldüğü gibidir.

Tablo 4.6 Katılımcıların Covid-19 Korkusu ve SYBDÖ II ve alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar

	Ortalama±SS	Elde edilen min-max puan	Ölçekten alınabilecek min-max puan
Covid-19 Korkusu	16,98±6,60	(7-35)	7-35
SYBDÖ II toplam	130,05±22,87	(62-203)	52-208
Manevi gelişim	25,20±5,21	(9-36)	9-36
Kişilerarası ilişkiler	25,02±4,76	(12-36)	9-36
Beslenme	21,05±4,24	(9-36)	9-36
Fiziksel aktivite	17,94±5,4	(8-32)	8-32
Sağlık sorumluluğu	21,38±4,77	(9-36)	9-36
Stres yönetimi	19,47±4,12	(10-32)	8-32

SS= standart sapma

Çalışmamıza katılan bireylerin verdiği cevaplara göre Covid-19 Korkusu Ölçeği'nden alınan puanlar ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve bu ölçeğin alt parametreleri olan; manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi parametrelerinden alınan toplam puanlar karşılaştırıldı. Sonuçlar Tablo 4.7'de verildi.

Covid-19 Korkusu Ölçeği'nden alınan puanlar ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve bu ölçeğin alt parametreleri olan; manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi parametrelerinden alınan puanların korelasyonuna bakıldığında; Covid-19 Korkusu Ölçeği puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II toplam puanları ve bu ölçeğin alt parametrelerinden alınan puanlar arasında bir korelasyon olmadığı görülmektedir. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin alt parametrelerinden alınan puanlar ile toplam puanları arasında ise pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edildi **(Tablo 4.7)**.

Tablo 4.7 Covid-19 Korkusu Ölçeği ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II arasındaki ilişkiler

	C-19 Korkusu	**SYBD Manevi gelişim**	**SYBD Kişiler arası ilişkiler**	**SYBD Beslenme**	**SYBD Fiziksel aktivite**	**SYBD Sağlık Sorumluluğu**	**SYBD Stres yönetimi**	**SYBD Toplam**
C-19 Korkusu	1							
SYBD Manevi gelişim	-0,059	1						
SYBD Kişiler arası ilişkiler	0,076	**0,740***	1					
SYBD Beslenme	0,043	**0,467***	**0,362***	1				
SYBD Fiziksel aktivite	-0,044	0,431	**0,361***	**0,527***	1			
SYBD Sağlık Sorumluluğu	0,098	**0,516***	**0,571***	**0,477***	**0,563***	1		
SYBD Stres yönetimi	-0,026	**0,644***	**0,563***	**0,541***	**0,594***	**0,589***	1	
SYBD Toplam	-0,012	**0,818***	**0,771***	**0,686***	**0,742***	**0,786***	0,821	1

*spearman korelasyon katsayısı p<0,05

Yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi ve eğitim durumunun; Covid-19 Korkusu Ölçeği'nden alınan puanlar ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve bu ölçeğin alt parametreleri olan; manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi parametrelerinden alınan puanların korelasyonuna bakıldığında;

Yaş ile beslenme arasında pozitif yönde korelasyon **(r=0,125; p<0,05),** yaş ile fiziksel aktivite ve sağlık sorumluluğu arasında negatif yönde korelasyon mevcuttu **(sırasıyla r=-0,120; p<0,05 ve r=-0,100; p<0,05)**. Vücut kitle indeksi ile fiziksel aktivite alt boyutu arasında ise negatif yönde korelasyon mevcuttu **(r=-0,125; p<0,05).** Çocuk sayısı ile covid-19 korkusu arasında pozitif yönde **(r=0,112; p<0,05),** kişiler arası ilişkiler ve fiziksel aktivite puanları arasında negatif yönde korelasyon mevcuttu **(sırasıyla r=-0,099; p<0,05 ve r=-0,180; p<0,01).**

Tablo 4.8 Yaş, vücut kitle indeksi ve çocuk sayısı ile Covid-19 Korkusu Ölçeği, SYBD Ölçeği II ve bu ölçeğin alt boyutları arasındaki korelasyon analizi

	Yaş	**VKI**	**Çocuk sayısı**
Covid-19 Korku	0,063	0,056	**0,112***
SYB Manevi gelişim	0,022	0,041	0,009
SYB Kişiler arası ilişkiler	-0,091	-0,030	**-0,099***
SYB Beslenme	**0,125***	0,073	0,090
SYB Fiziksel aktivite	**-0,120***	**-0,125***	**-0,180****
SYB Sağlık Sorumluluğu	**-0,100***	-0,034	-0,095
SYB Stres yönetimi	-0,063	-0,002	-0,077
SYB Toplam	-0,038	-0,008	-0,069

Spearman korelasyon katsayısı *p<0,05 **p<0,01

Cinsiyet ile Covid-19 Korkusu Ölçeği ve SYBD Ölçeği II'nin toplam ve alt parametrelerinin puanları Mann-Whithney U testi ile karşılaştırıldı. Sonuçlar Tablo 4.9'de verildi.

Tablo 4.9 Cinsiyet ile Covid-19 Korkusu Ölçeği ile SYBD Ölçeği II arasındaki ilişki

	Cinsiyet	n	Ortalama (s.sapma)	Ortanca (min.-maks.)	p
Covid-19 Korkusu	Erkek	201	15,43(6,391)	14(7-35)	**<0,001***
	Kadın	199	18,55(6,465)	18(7,35)	
SYBD Manevi gelişim	Erkek	201	25,22(5,263)	25(11-36)	0,883
	Kadın	199	25,18(5,180)	25(12-36)	
SYBD Kişiler arası ilişkiler	Erkek	201	24,87(4,848)	25(13-36)	0,617
	Kadın	199	21,10(4,194)	25(12-36)	
SYBD Beslenme	Erkek	201	21,00(4,297)	21(9-34)	0,935
	Kadın	199	21,10(4,194)	20(12-36)	
SYBD Fiziksel aktivite	Erkek	201	18,46(5,635)	18(8-32)	0,063
	Kadın	199	17,41(5,288)	16(8-32)	
SYBD Sağlık Sorumluluğu	Erkek	201	21,50(5,013)	21(9-36)	0,917
	Kadın	199	21,26(4,534)	21(9-35)	
SYBD Stres yönetimi	Erkek	201	19,68(4,121)	19(10-32)	0,371
	Kadın	199	19,25(4,133)	19(10-31)	
SYBD Toplam	Erkek	201	130,73(23,066)	131(78-203)	0,470
	Kadın	199	129,36(22,711)	128(62-199)	

Mann-Whitney U testi * p<0,05

Cinsiyete göre Covid-19 Korkusu Ölçeği'nden alınan puanlara baktığımızda kadınların puan ortalaması erkeklere göre daha yüksekti. Cinsiyetle Covid-19 korkusu arasında anlamlı bir ilişki tespit edildi **(p<0,001).**

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin alt parametreleri olan manevi gelişim (p=0,883), kişiler arası ilişkiler (p=0,617), beslenme (p=0,935), fiziksel aktivite (p=0,063), sağlık sorumluluğu (p=0,917), stres yönetimi (p=0,371) ve SYBDÖ II'nin toplam puanları (p=0,470) ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi.

Vücut kitle indeksine göre zayıf (<18,5 kg/m²), normal (18,5-24,9 kg/m²), fazla kilolu (25-29,9 kg/m²), obez (30-39,9 kg/m²) ve morbid obez (>40 kg/m²) olan hastalar ile Covid-19 Korkusu Ölçeği ve SYBD Ölçeği II arasındaki ilişkiye bakacak olursak (tablo 4.10); vücut kitle indeksi ile SYBDÖ II fiziksel aktivite alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir **(p=0,005)**. Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için pairwise karşılaştırma

testi yapıldığında obez ve normal kilolu katılımcılar arasında **(p=0,009)** anlamlı farklılık bulundu.

Tablo 4.10 Vücut kitle indeksine göre Covid-19 Korkusu Ölçeği ve SYBD Ölçeği II arasındaki ilişki

	VKI	n	Ortalama (s.sapma)	Ortanca (min.-maks.)	p
Covid-19 Korkusu	Zayıf	20	16,85(5,284)	14,50(11-32)	0,168
	Normal	172	16,76(6,838)	17(7-34)	
	Fazla kilolu	145	16,57(6,980)	16(7-35)	
	Obez	60	18,53(5,097)	19(7-28)	
	Morbid obez	3	19,33(8,737)	17(12-29)	
SYBD Manevi gelişim	Zayıf	20	25,90(4,689)	26,50(17-34)	0,528
	Normal	172	25,06(5,184)	25(9-36)	
	Fazla kilolu	145	25,08(5,086)	24(11-36)	
	Obez	60	25,87(5,604)	26(14-36)	
	Morbid obez	3	20,33(8,622)	22(11-28)	
SYBD Kişiler arası ilişkiler	Zayıf	20	25,98(4,617)	26,50(17-33)	0,396
	Normal	172	25,25(4,823)	25(12-36)	
	Fazla kilolu	145	24,47(4,353)	25(12-35)	
	Obez	60	25,42(5,403)	25,50(13-36)	
	Morbid obez	3	23,67(8,505)	27(14-30)	
SYBD Beslenme	Zayıf	20	19,50(3,253)	18,50(13-27)	0,158
	Normal	172	21,45(4,537)	20(9-36)	
	Fazla kilolu	145	20,61(3,929)	20(12-34)	
	Obez	60	21,35(4,033)	21,50(12-31)	
	Morbid obez	3	23,00(8,718)	27(13-29=	
SYBD Fiziksel aktivite	Zayıf	20	18,35(4,891)	17(11-32)	**0,005***
	Normal	172	18,71(5,666)	18(8-32)	
	Fazla kilolu	145	17,94(5,462)	17(8-32)	
	Obez	60	15,85(4,708)	16(8-28)	
	Morbid obez	3	13,00(2,00)	13(11-15)	
SYBD Sağlık Sorumluluğu	Zayıf	20	21,05(5,414)	20(13-35)	0,633
	Normal	172	21,84(4,647)	21(13-36)	
	Fazla kilolu	145	21,07(4,803)	21(9-35)	
	Obez	60	20,92(4,858)	20,50(9-32)	
	Morbid obez	3	21,67(6,028)	21(16-28)	
SYBD Stres yönetimi	Zayıf	20	18,20(3,473)	18(13-24)	0,275
	Normal	172	19,86(4,231)	19(10-32)	
	Fazla kilolu	145	19,34(3,960)	19(10-32)	
	Obez	60	19,23(4,374)	19,50(10-30)	
	Morbid obez	3	16,00(3,00)	16(13-19)	
SYBD Toplam	Zayıf	20	128,95(19,731)	131(93-175)	0,778
	Normal	172	132,18(23,521)	129(68-199)	
	Fazla kilolu	145	128,51(22,384)	126(62-203)	
	Obez	60	128,63(22,815)	132(78-174)	
	Morbid obez	3	117,67(32,624)	136(80-137)	

*Kruskal-Wallis Testi p<0,05

Medeni durum ile Covid-19 Korkusu Ölçeği, SYBD Ölçeği II ve alt parametreleri arasındaki ilişki Kruskal-Wallis testi ile incelendi. Sonuçlar tablo 4.11'de verildi.

Tablo 4.11 Medeni durum ile Covid-19 Korkusu Ölçeği ve SYBD Ölçeği II arasındaki ilişki

	Medeni durum	n	Ortalama (s.sapma)	Ortanca (min.-maks.)	p
Covid-19 Korkusu	Evli	206	17,56(6,615)	18(7-35)	**0,028***
	Bekar	173	16,05(6,505)	15(7-34)	
	Boşanmış-Dul	21	19,05(6,569)	17(11-31)	
SYBD Manevi gelişim	Evli	206	25,16(5,306)	25(11-36)	0,718
	Bekar	173	25,38(5,006)	25(9-36)	
	Boşanmış-Dul	21	24,14(6,093)	24(11-33)	
SYBD Kişiler arası ilişkiler	Evli	206	24,50(4,526)	24(12-36)	**0,037***
	Bekar	173	25,65(4,962)	26(12-36)	
	Boşanmış-Dul	21	24,90(5,019)	26(14-33)	
SYBD Beslenme	Evli	206	21,24(4,120)	21(12-34)	0,175
	Bekar	173	20,69(4,337)	20(9-36)	
	Boşanmış-Dul	21	22,05(4,533)	21(13-31)	
SYBD Fiziksel aktivite	Evli	206	17,17(5,323)	16(8-32)	**0,009***
	Bekar	173	18,95(5,580)	18(8-32)	
	Boşanmış-Dul	21	17,10(5,098)	16(10-28)	
SYBD Sağlık Sorumluluğu	Evli	206	21,09(4,774)	21(9-36)	0,260
	Bekar	173	21,83(4,812)	21(12-35)	
	Boşanmış-Dul	21	20,62(4,376)	19(14-30)	
SYBD Stres yönetimi	Evli	206	19,35(4,337)	19(10-32)	0,341
	Bekar	173	19,73(3,982)	19(10-32)	
	Boşanmış-Dul	21	18,38(2,924)	18(12-23)	
SYBD Toplam	Evli	206	128,50(23,203)	128(62-203)	0,311
	Bekar	173	132,23(22,518)	132,23(68-199)	
	Boşanmış-Dul	21	127,19(21,970)	128(80-169)	

Kruskal-Wallis Testi *p<0,05

Medeni durum ile Covid-19 Korkusu Ölçeği ve SYBD Ölçeği II arasındaki ilişki Kruskal-Wallis testi ile incelendi. Covid 19 korkusu ile medeni durum arasında anlamlı ilişki saptandı **(p=0,028)**. Anlamlı ilişkinin hangi parametreler arasında olduğunu görmek için Pairwise karşılaştırma testine bakıldığında bekar katılımcılar ile evli katılımcılar arasında **(p=0,017)** istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Evli katılımcıların Covid-19 korkusu ölçeğinden aldıkları puanın daha yüksek olduğu görüldü.

Medeni durum ile SYBD Ölçeği II skorları karşılaştırıldığında toplam SYBD II skoru ile medeni durum arasında anlamlı bir fark bulunmazken; SYBD Ölçeği II'nin alt parametrelerinden kişiler arası ilişkiler ve fiziksel aktivite alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı **(sırasıyla p=0,037, p=0,009).** Bu farkın hangi parametrelerde olduğunu anlamak için pairwise karşılaştırma testine baktığımızda kişiler arası ilişkiler alt boyutunda evli ile bekar katılımcılar arasında anlamlı fark olduğu **(p=0,011),** bekar katılımcıların daha yüksek skora sahip oldukları; fiziksel aktivite alt boyutunda da yine evli ve bekar katılımcılar arasında fark olduğu **(p=0,003)** ve yine bekar katılımcıların fiziksel aktivite alt boyutunda daha yüksek skor ortalamasına sahip oldukları gözlendi.

Çocuk sahibi olma durumu ile Covid-19 Korkusu Ölçeği ve SYBD Ölçeği II'nin toplam puanları ve alt parametrelerinin puanları Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı. Sonuçlar Tablo 4.12'de verildi.

Tablo 4.12 Çocuk sahibi olma durumu ile Covid-19 Korkusu ve SYBD Ölçeği II ilişkisi

	Çocuk sahibi olma durumu	n	Ortalama (s.sapma)	Ortanca (min.-maks.)	p
Covid-19 Korkusu	Evet	206	17,75(6,428)	18(7-35)	**0,015***
	Hayır	194	16,26(6,709)	15,50(7-35)	
SYBD Manevi gelişim	Evet	206	25,09(5,562)	25(11-36)	0,698
	Hayır	194	25,30(4,878)	25(9-36)	
SYBD Kişiler arası ilişkiler	Evet	206	24,49(4,615)	24(12-36)	**0,028***
	Hayır	194	25,50(4,865)	26(12-36)	
SYBD Beslenme	Evet	206	21,34(4,190)	21(12-34)	0,145
	Hayır	194	20,77(4,281)	20(9-36)	
SYBD Fiziksel aktivite	Evet	206	17,00(5,389)	16(8-32)	**0,001***
	Hayır	194	18,83(5,437)	18(8-32)	
SYBD Sağlık Sorumluluğu	Evet	206	20,92(4,840)	20(9-36)	0,053
	Hayır	194	21,82(4,686)	21(12-35)	
SYBD Stres yönetimi	Evet	206	19,18(4,312)	19(10-30)	0,179
	Hayır	194	19,74(3,936)	19(10-32)	
SYBD Toplam	Evet	206	128,02(23,467)	127,50(62-198)	0,112
	Hayır	194	131,96(22,185)	130(68-203)	

Mann-Whitney U testi * p<0,05

Çocuk sahibi olma durumunun Covid-19 Korkusu Ölçeği ve SYBD Ölçeği II'den elde edilen skorlar ile ilişkisini incelediğimizde çocuk sahibi olanların Covid-19 korkusu ölçeğinde **(p=0,015)** daha yüksek, SYBD Ölçeği II alt parametlerinden kişiler arası ilişkiler boyutu **(p=0,028)** ile fiziksel aktivite boyutunda **(p=0,001)** daha düşük skor ortalamalarına ulaştıklarını görüyoruz. SYBD Ölçeği II'nin toplam puanı ve diğer alt parametrelerinden alınan puan ile çocuk sahibi olma durumu arasında ise istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).

Eğitim durumu ile Covid-19 Korkusu Ölçeği, SYBD Ölçeği II ve alt parametreleri arasındaki ilişkiyi inceldiğimizde eğitim durumu ile fiziksel aktivite alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki vardı **(p=0,003).** Bu ilişkiyi anlayabilmek için pairwise karşılaştırma testini incelediğimizde; üniversite ile ilköğretim arasında **(p=0,001)**, üniversite ile lise arasında **(p=0,031)** ve yüksek lisans/doktora ile ilköğretim arasında **(p=0,026)** anlamlı farklılık olduğu görüldü. Üniversite mezunu ve yüksek lisans/doktora mezunu katılımcıların fiziksel aktivite alt boyutundan aldığı skorlar daha yüksekti.

Sağlık sorumluluğu alt boyutu ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişki vardı **(p=0,013)**. Bu ilişkiyi anlayabilmek için pairwise karşılaştırma testini incelediğimizde; ilköğretim ve üniversite arasında **(p=0,028)** ve lise ve üniversite arasında **(p=0,005)** anlamlı ilişki saptandı. Üniversite grubunun sağlık sorumluluğu alt boyut puanları anlamlı olarak ilköğretim ve lise grubundan yüksek bulundu. SYBDÖ II'nin diğer alt parametreleri, toplam puanı ve Covid-19 Korkusu Ölçeği puanları ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p>0,05).

Tablo 4.13 Eğitim durumu ile Covid-19 Korkusu Ölçeği ve SYBD Ölçeği II arasındaki ilişki

	Eğitimi durumu	n	Ortalama (s.sapma)	Ortanca (min.-maks.)	p
Covid-19 Korkusu	Okuma yazma yok	1	29	29	0,360
	İlköğretim	35	17,89(6,272)	18(7-31)	
	Lise	94	16,43(6,650)	15(7-35)	
	Üniversite	233	17,10(6,690)	17(7-35)	
	Yüksek lisans/doktora	37	16,49(6,172)	17(7-30)	
SYBD Manevi gelişim	Okuma yazma yok	1	22	22	0,176
	İlköğretim	35	25,60(5,867)	25(15-36)	
	Lise	94	24,09(5,589)	24(9-36)	
	Üniversite	233	25,47(4,977)	25(14-36)	
	Yüksek lisans/doktora	37	26,00(4,882)	27(17-36)	
SYBD Kişiler arası ilişkiler	Okuma yazma yok	1	30	30	0,183
	İlköğretim	35	24,11(4,886)	23(16-36)	
	Lise	94	24,43(5,045)	24(12-36)	
	Üniversite	233	25,26(4,654)	25(13-36)	
	Yüksek lisans/doktora	37	25,70(4,545)	25(18-35)	
SYBD Beslenme	Okuma yazma yok	1	29	29	0,542
	İlköğretim	35	21,17(4,033)	21(14-30)	
	Lise	94	21,11(4,364)	21(12-34)	
	Üniversite	233	21,05(4,247)	20(9-36)	
	Yüksek lisans/doktora	37	20,54(4,059)	20(13-30)	
SYBD Fiziksel aktivite	Okuma yazma yok	1	11	11	**0,003***
	İlköğretim	35	15,57(5,135)	14(8-32)	
	Lise	94	17,22(5,220)	16(8-32)	
	Üniversite	233	18,63(5,564)	18(8-32)	
	Yüksek lisans/doktora	37	17,86(5,218)	17(9-32)	
SYBD Sağlık Sorumluluğu	Okuma yazma yok	1	28	28	**0,013***
	İlköğretim	35	20,14(4,103)	20(13-36)	
	Lise	94	20,29(5,083)	19(9-34)	
	Üniversite	233	21,95(4,610)	21(12-35)	
	Yüksek lisans/doktora	37	21,57(5,025)	21(15-35)	
SYBD Stres yönetimi	Okuma yazma yok	1	16	16	0,286
	İlköğretim	35	18,89(4,594)	18(12-30)	
	Lise	94	19,12(4,745)	18(10-32)	
	Üniversite	233	19,71(3,938)	20(10-30)	
	Yüksek lisans/doktora	37	19,43(3,060)	19(16-29)	
SYBD Toplam	Okuma yazma yok	1	136	136	0,161
	İlköğretim	35	125,49(22,968)	121(89-198)	
	Lise	94	126,24(25,163)	125(62-203)	
	Üniversite	233	132,07(22,065)	130(78-199)	
	Yüksek lisans/doktora	37	131,11(20,968)	132(100-197)	

*Kruskal-Wallis Testi p<0,05

Katılımcıların meslekleri ile Covid-19 Korkusu Ölçeği, SYBD Ölçeği II ve alt parametreleri arasındaki ilişki Kruskal-Wallis testi ile incelendi. Sonuçlar tablo 4.14'de verildi.

Covid-19 Korkusu Ölçeği ile meslekler arasında anlamlı fark saptandı **(p=0,031)**. Anlamlı farklılığın hangi meslekler arasında olduğunu belirlemek için pairwise karşılaştırma testi yapıldı. Ev hanımı-öğrenci **(p=0,018)**, ev hanımı-işçi **(p=0,046)** ve ev hanımı-memur **(p=0,028)** arasında ev hanımı lehine covid-19 ölçek puanları anlamlı yüksekti.

SYBD Ölçeği II'nin fiziksel aktivite alt boyutu ile meslek durumu arasında anlamlı fark saptandı **(p=0,010).** Anlamlı farklılığın hangi meslekler arasında olduğunu belirlemek için pairwise karşılaştırma testi yapıldı. İşçi ve diğer meslekler arasında anlamlı fark olduğu görüldü **(p=0,004)**. Diğer alt parametreler ile meslek durumu arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05).

Tablo 4.14 Meslek durumu ile Covid-19 Korkusu Ölçeği ve SYBD Ölçeği II arasındaki ilişki

	Meslek	**n**	**Ortalama (s.sapma)**	**Ortanca (min.-maks.)**	**p**
Covid-19 Korkusu	Ev hanımı	24	21,33(7,505)	23,50(7-35)	**0,031***
	Memur	101	16,51(6,540)	15(7-35)	
	Özel Sektör	99	17,20(5,868)	17(7-32)	
	İşçi	63	16,32(6,530)	16(7-31)	
	Diğer	23	17,65(6,669)	17(7-29)	
	Öğrenci	90	16,40(6,946)	15,50(7-34)	
SYBD Manevi gelişim	Ev hanımı	24	25,88(5,652)	25(11-36)	0,414
	Memur	101	25,79(5,224)	26(11-36)	
	Özel Sektör	99	24,95(5,559)	25(9-36)	
	İşçi	63	24,24(4,928)	24(16-36)	
	Diğer	23	25,43(5,324)	26(17-36)	
	Öğrenci	90	25,23(4,881)	24,50(14-35)	
SYBD Kişiler arası ilişkiler	Ev hanımı	24	24,58(3,775)	25,50(12-30)	0,143
	Memur	101	25,12(4,446)	25(13-35)	
	Özel Sektör	99	24,69(5,034)	25(12-36)	
	İşçi	63	24,02(4,720)	24(13-35)	
	Diğer	23	25,52(4,461)	25(18-34)	
	Öğrenci	90	25,94(5,078)	26,50(16-36)	

Tablo 4.14 (Devam) Meslek durumu ile Covid-19 Korkusu Ölçeği ve SYBD Ölçeği II arasındaki ilişki

	Meslek	n	Ortalama (s.sapma)	Ortanca (min.-maks.)	p
SYBD Beslenme	Ev hanımı	24	22,29(4,777)	21(12-31)	0,174
	Memur	101	21,37(4,173)	21(13-33)	
	Özel Sektör	99	21,27(4,225)	21(13-34)	
	İşçi	63	20,70(4,035)	20(13-34)	
	Diğer	23	21,48(3,752)	21(15-29)	
	Öğrenci	90	20,24(4,394)	20(9-36)	
SYBD Fiziksel aktivite	Ev hanımı	24	17,29(6,003)	16,50(8-32)	**0,010***
	Memur	101	18,16(5,693)	17(9-32)	
	Özel Sektör	99	17,87(5,392)	18(8-31)	
	İşçi	63	16,32(5,032)	16(8-32)	
	Diğer	23	20,70(4,597)	19(14-32)	
	Öğrenci	90	18,38(5,476)	17(8-32)	
SYBD Sağlık Sorumluluğu	Ev hanımı	24	21,63(4,538)	22,50(9-28)	0,393
	Memur	101	20,92(4,621)	20(10-35)	
	Özel Sektör	99	21,70(5,116)	21(13-36)	
	İşçi	63	20,46(4,295)	20(9-34)	
	Diğer	23	21,87(4,404)	23(15-30)	
	Öğrenci	90	22,01(5,007)	21(12-35)	
SYBD Stres yönetimi	Ev hanımı	24	19,88(4,794)	20,50(10-30)	0,252
	Memur	101	19,70(3,780)	19(11-29)	
	Özel Sektör	99	19,14(4,426)	19(10-31)	
	İşçi	63	18,65(4,247)	18(11-32)	
	Diğer	23	20,39(4,272)	21(14-32)	
	Öğrenci	90	19,78(3,833)	19,50(12-29)	
SYBD Toplam	Ev hanımı	24	131,54(23,718)	130,50(62-170)	0,177
	Memur	101	131,06(21,959)	130(79-197)	
	Özel Sektör	99	129,62(24,386)	128(68-198)	
	İşçi	63	124,38(22,689)	123(80-203)	
	Diğer	23	135,39(21,417)	135(104-192)	
	Öğrenci	90	131,59(22,288)	129,50(78-199)	

Kruskal-wallis testi: *p<0,05

Katılımcıların çalışma durumu ile Covid-19 Korkusu Ölçeği, SYBD Ölçeği II ve alt parametreleri arasındaki ilişki tablo 4.15'te verildi. SYBDÖ II'nin alt boyutu olan kişiler arası ilişkiler ile çalışma durumu arasında anlamlı fark saptandı **(p=0,011)**.

Anlamlı farklılığın hangi çalışma durumu arasında olduğunu belirlemek için pairwise karşılaştırma testi yapıldı. Çalışanlar ile çalışmayanlar arasında **(p=0,007)** anlamlı fark vardı. Stres yönetimi ile çalışma durumu arasında da

istatiksel olarak anlamlı fark tespit edildi **(p=0,043)**. Anlamlı farklılığın hangi çalışma durumu arasında olduğunu belirlemek için pairwise karşılaştırma testi yapıldı. Çalışanlar ile çalışmayanlar arasında **(p=0,020)** anlamlı fark olduğu görüldü. Covid-19 Korkusu Ölçeği ve SYBD Ölçeği II'nin diğer alt parametreleri ve çalışma durumu arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark yokken (p>0,05) SYBDÖ II toplam puanı ile çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki tespit edildi **(p=0.042)**. Çalışmayanlar ile çalışanlar arasında SYBD Ölçeği II arasında anlamlı bir ilişki olduğu görüldü **(0,040).**

Tablo 4.15 Çalışma durumu ile Covid-19 Korkusu Ölçeği ve SYBD Ölçeği II arasındaki ilişki

	Çalışma durumu	n	Ortalama (s.sapma)	Ortanca (min.-maks.)	p
Covid-19 Korkusu	Çalışıyor	251	16,78(6,385)	17(7-35)	0,760
	Çalışmıyor	126	17,25(7,182)	17(7-35)	
	Emekli	23	17,70(5,842)	18(7-29)	
SYBD Manevi gelişim	Çalışıyor	251	24,92(5,239)	25(9-36)	0,351
	Çalışmıyor	126	25,62(4,988)	25(11-36)	
	Emekli	23	25,91(6,134)	26(11-35)	
SYBD Kişiler arası ilişkiler	Çalışıyor	251	24,53(4,761)	24(12-36)	**0,011***
	Çalışmıyor	126	25,80(4,758)	26(12-36)	
	Emekli	23	26,00(4,306)	26(14-31)	
SYBD Beslenme	Çalışıyor	251	21,00(4,099)	20(13-34)	0,054
	Çalışmıyor	126	20,79(4,412)	20(9-36)	
	Emekli	23	23,00(4,503)	22(13-31)	
SYBD Fiziksel aktivite	Çalışıyor	251	17,67(5,583)	16(8-32)	0,329
	Çalışmıyor	126	18,40(5,386)	18(8-32)	
	Emekli	23	18,35(4,914)	18(11-28)	
SYBD Sağlık Sorumluluğu	Çalışıyor	251	21,04(4,806)	20(9-36)	0,057
	Çalışmıyor	126	22,08(4,813)	22(9-35)	
	Emekli	23	21,35(3,938)	21(15-28)	
SYBD Stres yönetimi	Çalışıyor	251	19,14(4,188)	19(10-32)	**0,043***
	Çalışmıyor	126	19,98(3,976)	20(10-30)	
	Emekli	23	20,17(4,064)	20(13-28)	
SYBD Toplam	Çalışıyor	251	128,30(23,311)	127(68-203)	**0,042***
	Çalışmıyor	126	132,67(22,097)	131(62-199)	
	Emekli	23	134,78(20,985)	135(80-174)	

*Kruskal-Wallis Testi p<0,05

Gelir durumuna göre Covid-19 Korkusu Ölçeği, SYBD Ölçeği II ve alt parametreleri karşılaştırıldı (Tablo 4.16). Covid-19 Korkusu Ölçeği ile gelir algısı

arasında anlamlı fark saptandı **(p=0,003)**. Anlamlı farklılığın hangi gelir durumlarında anlamlı olduğunu belirlemek için pairwise karşılaştırma testi yapıldı. Gelir algısı iyi olanlar ile kötü olanlar arasında **(p=0,013)** ve iyi olanlar ile orta olanlar arasında **(p=0,003)** anlamlı fark vardı. Gelir durumu iyi olanların Covid-19 korkusu ölçeğinden aldığı puanlar anlamlı olarak düşüktü. Gelir algısı ile SYBDÖ II arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p>0,05).

Tablo 4.16 Gelir durumu ile Covid-19 Korkusu Ölçeği ve SYBD Ölçeği II arasındaki ilişki

	Gelir durumu	n	Ortalama (s.sapma)	Ortanca (min.-maks.)	p
Covid-19 Korkusu	İyi	48	14,17(6,442)	13(7-29)	**0,003***
	Orta	285	17,08(6,371)	17(7-34)	
	kötü	67	18,58(7,163)	18(7,35)	
SYBD Manevi gelişim	İyi	48	25,21(5,893)	24,50(11-35)	0,111
	Orta	285	25,46(5,052)	25(11-36)	
	kötü	67	24,07(5,321)	23(9-35)	
SYBD Kişiler arası ilişkiler	İyi	48	25,58(5,279)	26(14-35)	0,072
	Orta	285	25,16(4,689)	25(12-36)	
	kötü	67	23,99(4,634)	24(12-36)	
SYBD Beslenme	İyi	48	22,04(4,912)	22(9-34)	0,081
	Orta	285	21,05(4,116)	20(12-34)	
	kötü	67	20,34(4,176)	20(12-36)	
SYBD Fiziksel aktivite	İyi	48	19,04(5,608)	17(11-31)	0,403
	Orta	285	17,74(5,505)	17(8-32)	
	kötü	67	17,99(5,284)	18(8-32)	
SYBD Sağlık Sorumluluğu	İyi	48	22,04(5,053)	21(14-35)	0,433
	Orta	285	21,44(4,635)	21(9-36)	
	kötü	67	20,66(5,139)	21(9-34)	
SYBD Stres yönetimi	İyi	48	20,10(4,309)	19,50(11-31)	0,625
	Orta	285	19,41(4,196)	19(10-32)	
	kötü	67	19,22(3,688)	19(10-29)	
SYBD Toplam	İyi	48	134,02(25,031)	135,50(78-191)	0,161
	Orta	285	130,27(22,593)	129(62-203)	
	kötü	67	126,27(22,218)	123(68-199)	

*Kruskal-Wallis Testi p<0,05

Katılımcıların sürekli temas halinde oldukları, covid-19 enfeksiyonu açısından riskli grupta yakını olması durumunda Covid-19 Korkusu ve SYBD ölçeği II'den aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı Mann-Whitney U testi kullanılarak değerlendirildi.

Sürekli temas halinde olduğu veya birlikte yaşadığı covid-19 enfeksiyonu açısından riskli grupta yakın varlığı olma durumu ile Covid-19 Korkusu ve SYBD ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05).

Tablo 4.17 Sürekli temas halinde olduğu/birlikte yaşadığı ve/veya bakım vermesi gereken covid-19 enfeksiyonu açısından riskli grupta yakını olma durumu ile Covid-19 Korkusu Ölçeği ve SYBD Ölçeği II ilişkisi

	Riskli grupta yakın varlığı	n	Ortalama (s.sapma)	Ortanca (min.-maks.)	p
Covid-19 Korku	Evet	56	18,41(7,316)	16,50(7-35)	0,160
	Hayır	344	16,75(6,467)	17(7-35)	
SYBD	Evet	56	25,61(5,659)	26(11-36)	0,361
Manevi gelişim	Hayır	344	25,13(5,145)	25(9-36)	
SYBD	Evet	56	25,29(4,785)	25(12-33)	0,574
Kişiler arası ilişkiler	Hayır	344	24,97(4,769)	25(12-36)	
SYBD	Evet	56	21,09(4,015)	21(12-31)	0,652
Beslenme	Hayır	344	21,04(4,282)	20(9-36)	
SYBD	Evet	56	18,43(5,232)	18(8-32)	0,381
Fiziksel aktivite	Hayır	344	17,86(5,526)	17(8-32)	
SYBD	Evet	56	21,43(5,332)	21(9-35)	0,852
Sağlık Sorumluluğu	Hayır	344	21,38(4,688)	21(9-36)	
SYBD	Evet	56	18,82(4,095)	19(10-31)	0,231
Stres yönetimi	Hayır	344	19,57(4,129)	19(10-32)	
SYBD	Evet	56	130,66(23,796)	130,50(62,180)	0,656
Toplam	Hayır	344	129,95(22,752)	129(68-203)	

Mann-Whitney U testi p<0,05

Katılımcılarımızın sigara kullanma alışkanlıkları ile Covid-19 Korkusu ve SYBD arasındaki ilişkiyi incelediğimizde hiç sigara kullanmayanlar, sigarayı bırakmış olanlar ve aktif sigara içicileri ile Covid-19 Korkusu Ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktu (p>0,05). Yine sigara kullanımı ile SYBD ölçeği II'den alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05).

Tablo 4.18 Sigara kullanımı ile Covid-19 Korkusu Ölçeği ve SYBDÖ II arasındaki ilişki

	Sigara kullanma durumu	n	Ortalama (s.sapma)	Ortanca (min-maks)	p
Covid-19 Korkusu	Hayır hiç kullanmadım	185	17,76(6,664)	18(7-34)	0,073
	Hayır, bırakalı 6 aydan az oldu	23	17,26(6,225)	17(7-31)	
	Hayır, bırakalı 6 aydan fazla oldu	35	16,69(4,957)	15(7-25)	
	Evet kullanıyorum	157	16,10(6,851)	15(7-35)	
SYBD Manevi gelişim	Hayır hiç kullanmadım	185	25,42(4,979)	25(11-36)	0,872
	Hayır, bırakalı 6 aydan az oldu	23	25,48(5,367)	27(14-36)	
	Hayır, bırakalı 6 aydan fazla oldu	35	25,09(5,310)	26(11-36)	
	Evet kullanıyorum	157	24,92(5,476)	25(9-36)	
SYBD Kişiler arası ilişkiler	Hayır hiç kullanmadım	185	24,85(4,484)	25(12-36)	0,358
	Hayır, bırakalı 6 aydan az oldu	23	26,30(5,200)	26(16-35)	
	Hayır, bırakalı 6 aydan fazla oldu	35	24,31(3,991)	24(14-35)	
	Evet kullanıyorum	157	25,17(5,167)	25(12-36)	
SYBD Beslenme	Hayır hiç kullanmadım	185	21,21(4,207)	21(12-33)	0,516
	Hayır, bırakalı 6 aydan az oldu	23	20,48(4,631)	20(9-30)	
	Hayır, bırakalı 6 aydan fazla oldu	35	21,46(3,830)	21(13-31)	
	Evet kullanıyorum	157	20,85(4,330)	20(12-36)	
SYBD Fiziksel aktivite	Hayır hiç kullanmadım	185	18,02(5,303)	17(8-32)	0,472
	Hayır, bırakalı 6 aydan az oldu	23	18,26(7,788)	16(8-32)	
	Hayır, bırakalı 6 aydan fazla oldu	35	18,57(4,889)	19(8-28)	
	Evet kullanıyorum	157	17,66(5,457)	17(8-32)	
SYBD Sağlık Sorumluluğu	Hayır hiç kullanmadım	185	21,42(4,519)	21(9-35)	0,491
	Hayır, bırakalı 6 aydan az oldu	23	22,96(6,064)	22(13-35)	
	Hayır, bırakalı 6 aydan fazla oldu	35	21,17(3,869)	21(14-32)	
	Evet kullanıyorum	157	21,16(5,039)	20(10-36)	
SYBD Stres yönetimi	Hayır hiç kullanmadım	185	19,49(4,045)	19(10-31)	0,818
	Hayır, bırakalı 6 aydan az oldu	23	20,13(5,345)	20(11-29)	
	Hayır, bırakalı 6 aydan fazla oldu	35	18,89(3,385)	19(10-32)	
	Evet kullanıyorum	157	19,46(4,195)	19(10-32)	
SYBD Toplam	Hayır hiç kullanmadım	185	130,41(21,650)	129(62-188)	0,948
	Hayır, bırakalı 6 aydan az oldu	23	133,61(29,151)	130(91-197)	
	Hayır, bırakalı 6 aydan fazla oldu	35	129,49(20,191)	129(80-174)	
	Evet kullanıyorum	157	129,23(23,951)	128(68-203)	

*Kruskal-Wallis Testi p<0,05

Alkol kullanım durumuna baktığımızda ise alkol kullanımı ile covid-19 Korkusu arasında anlamlı bir ilişki yoktu (p>0,05). Alkol kullanımı ile SYBD Ölçeği II'nin manevi gelişim alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulundu **(p=0,027)**. Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için pairwise karşılaştırma testi yapıldı. Alkol kullanmayanlar ile sadece sosyal ortamlarda kullananlar arasında **(p=0,017)** anlamlı fark saptandı. Alkol kullanımı ile diğer SYBDÖ II alt parametreleri arasında anlamlı bir ilişki yoktu (p>0,05).

Tablo 4.19 Alkol kullanımı ile Covid-19 Korkusu Ölçeği ve SYBDÖ II arasındaki ilişki

	Alkol kullanma durumu	n	Ortalama (s.sapma)	Ortanca (min.-maks.)	p
Covid-19 Korkusu	Hayır	200	17,20(6,592)	17(7-35)	0,729
	Sadece sosyal ortamlarda	176	16,77(6,313)	17(7-32)	
	Evet, düzenli	24	16,67(8,791)	14,50(7-35)	
SYBD Manevi gelişim	Hayır	200	25,78(5,363)	25(11-36)	**0,027***
	Sadece sosyal ortamlarda	176	24,37(4,888)	24(9-36)	
	Evet, düzenli	24	26,46(5,610)	27,50(14-35)	
SYBD Kişiler arası ilişkiler	Hayır	200	25,03(4,785)	25(11-36)	0,085
	Sadece sosyal ortamlarda	176	24,72(4,775)	25(12-36)	
	Evet, düzenli	24	27,08(4,169)	26,50(18-34)	
SYBD Beslenme	Hayır	200	21,25(4,127)	20,50(12-36)	0,387
	Sadece sosyal ortamlarda	176	20,97(4,263)	20(13-34)	
	Evet, düzenli	24	20,00(4,987)	20(9-34)	
SYBD Fiziksel aktivite	Hayır	200	17,70(5,602)	17(8-32)	0,495
	Sadece sosyal ortamlarda	176	18,19(5,208)	18(8-32)	
	Evet, düzenli	24	18,08(6,534)	17(8-32)	
SYBD Sağlık Sorumluluğu	Hayır	200	21,47(5,002)	21(9-36)	0,907
	Sadece sosyal ortamlarda	176	21,18(4,388)	21(10-34)	
	Evet, düzenli	24	22,13(5,636)	21,50(15-35)	
SYBD Stres yönetimi	Hayır	200	19,60(4,399)	19(10-32)	0,779
	Sadece sosyal ortamlarda	176	19,26(3,832)	19(10-32)	
	Evet, düzenli	24	19,88(3,960)	19,50(12-28)	
SYBD Toplam	Hayır	200	130,81(24,013)	129(62-199)	0,811
	Sadece sosyal ortamlarda	176	128,69(21,317)	128,50(68-203)	
	Evet, düzenli	24	133,63(24,407)	131(98-191)	

*Kruskal-Wallis Testi p<0,05

Covid-19 için riskli olarak belirlenen hipertansiyon, diyabet, kronik kalp hastalığı, kronik akciğer hastalığı, kronik böbrek hastalığı, serebrovasküler hastalık, kas-iskelet sistemi hastalığı, organ nakli, kanser gibi hastalıklardan bir veya daha fazlasına sahip olma durumu ile covid-19 korkusu arasındaki ilişki araştırıldığında, riskli olarak belirlenen hastalık veya hastalığa sahip olanların Covid-19 Ölçeği'nden aldıkları puanlar anlamlı olarak yüksek saptandı. Covid-19 için riskli bir hastalığa sahip olma durumu ile Covid-19 Korkusu Ölçeği puanları arasında anlamlı fark vardı **(p=0,039).**

SYBD Ölçeği II'nin beslenme alt boyutu ile Covid-19 için riskli bir hastalığa sahip olma durumu arasında da istatiksel olarak anlamlı bir fark bulundu **(p=0,001)**. Covid-19 için riskli olarak belirlenen bir kronik hastalığa sahip olan katılımcıların beslenme alt boyutundan aldığı puanlar anlamlı olarak yüksekti. Diğer SYBDÖ II alt parametreleri arasında anlamlı bir ilişki yoktu (p>0,05).

Tablo 4.20 Covid-19 için riskli olarak belirlenen bir kronik hastalığa sahip olma durumu ile Covid-19 Korkusu ve SYBD Ölçeği II ilişkisi

	Kronik hastalık valığı	n	Ortalama (s.sapma)	Ortanca (min.-maks.)	p
Covid-19 Korkusu	Evet	56	18,71(6,101)	19(7-35)	**0,039***
	Hayır	344	16,70(6,652)	16(7-35)	
SYBD	Evet	56	25,20(5,760)	25(9-36)	0,868
Manevi gelişim	Hayır	344	25,20(5,131)	25(11-36)	
SYBD	Evet	56	24,70(4,592)	25(12-35)	0,686
Kişiler arası ilişkiler	Hayır	344	25,07(4,798)	25(12-36)	
SYBD	Evet	56	22,63(4,523)	22(12-34)	**0,001***
Beslenme	Hayır	344	20,79(4,144)	20(9-36)	
SYBD	Evet	56	17,43(5,222)	16(8-30)	0,471
Fiziksel aktivite	Hayır	344	18,02(5,528)	17(8-32)	
SYBD	Evet	56	21,80(4,860)	22(12-35)	0,313
Sağlık Sorumluluğu	Hayır	344	21,31(4,766)	21(9-36)	
SYBD	Evet	56	19,20(4,158)	19(10-28)	0,601
Stres yönetimi	Hayır	344	19,51(4,126)	19(10-32)	
SYBD	Evet	56	130,95(23,977)	131,50(68-191)	0,437
Toplam	Hayır	344	129,90(22,720)	128(62-203)	

*Mann-Whitney U testi p<0,05

Katılımcıların covid-19 şüphesiyle test yaptırma durumu ile Covid-19 Korkusu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilemedi (p>0,05). Yine Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II toplam puanı ve alt parametrelerinin hiçbiri ile test yaptırma sayısı arasında anlamlı bir ilişki yoktu (p>0,05).

Tablo 4.21 Covid-19 için test yaptırma durumu ile Covid-19 Korkusu Ölçeği ve SYBD Ölçeği II arasındaki ilişki

	Covid-19 için test yaptırma durumu	n	Ortalama (s.sapma)	Ortanca (min.-maks.)	p
Covid-19 Korkusu	Yaptırmadı	120	16,74(6,596)	17(7-35)	0,530
	Az sayıda yaptırdı	199	16,84(6,601)	16(7-34)	
	Çok sayıda yaptırdı	81	17,69(6,676)	17(7-35)	
SYBD Manevi gelişim	Yaptırmadı	120	24,80(5,088)	24(12-36)	0,492
	Az sayıda yaptırdı	199	25,43(5,553)	25(12-36)	
	Çok sayıda yaptırdı	81	25,22(4,525)	25(17-36)	
SYBD Kişiler arası ilişkiler	Yaptırmadı	120	24,71(4,680)	25(12-36)	0,570
	Az sayıda	199	25,21(5,100)	25(12-36)	
	Çok sayıda yaptırdı	81	24,99(4,014)	25(16-35)	
SYBD Beslenme	Yaptırmadı	120	20,88(4,186)	20(9-31)	0,878
	Az sayıda yaptırdı	199	21,10(4,375)	20(12-36)	
	Çok sayıda yaptırdı	81	21,19(4,025)	21(13-34)	
SYBD Fiziksel aktivite	Yaptırmadı	120	17,60(4,917)	17(9-32)	0,731
	Az sayıda yaptırdı	199	18,11(5,666)	17(8-32)	
	Çok sayıda yaptırdı	81	18,04(5,855)	17(8-32)	
SYBD Sağlık Sorumluluğu	Yaptırmadı	120	21,16(4,662)	20(9-36)	0,860
	Az sayıda yaptırdı	199	21,48(4,892)	21(9-35)	
	Çok sayıda yaptırdı	81	21,48(4,704)	21(15-35)	
SYBD Stres yönetimi	Yaptırmadı	120	19,58(3,725)	19(10-32)	0,712
	Az sayıda yaptırdı	199	19,51(4,431)	19(10-32)	
	Çok sayıda yaptırdı	81	19,17(3,949)	19(10-29)	
SYBD Toplam	Yaptırmadı	120	128,73(21,367)	125(68-198)	0,569
	Az sayıda yaptırdı	199	130,83(24,417)	131(62-203)	
	Çok sayıda test yaptırdı	81	130,09(21,217)	128(91-197)	

Kruskal-Wallis Testi p<0,05

Araştırmamıza katılan bireylerin Covid-19 aşı olma durumu ile Covid-19 Korkusu ve SYBDÖ II arasındaki ilişkiye baktığımızda aşısız olan, sadece

sinovac aşısı olan, sadece biontech aşısı olan veya her iki aşıyı olan katılımcıların Covid-19 korkuları veya sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında bir ilişki olmadığı görüldü (p>0,05).

Tablo 4.22 Covid-19 aşısı olma durumu ile Covid-19 Korkusu Ölçeği ve SYBD Ölçeği II arasındaki ilişki

	Covid-19 aşısı olma durumu	n	Ortalama (s.sapma)	Ortanca (min.-maks.)	p
Covid-19 Korkusu	Sinovac	42	16,10(7,701)	15(7-33)	0,749
	Sinovac+Biontech	299	16,79(5,469)	17(7-30)	
	Biontech	47	17,16(6,691)	17(7-35)	
	Aşısız	12	16,42(4,522)	16(9-24)	
SYBD Manevi gelişim	Sinovac	42	24,26(4,864)	24(9-33)	0,591
	Sinovac+Biontech	299	25,96(5,103)	25(17-36)	
	Biontech	47	25,18(5,279)	25(11-36)	
	Aşısız	12	26,0(5,309)	26(16-34)	
SYBD Kişiler arası ilişkiler	Sinovac	42	24,31(4,469)	24(12-33)	0,648
	Sinovac+Biontech	299	25,74(4,276)	25(18-34)	
	Biontech	47	25,0(4,898)	25(12-36)	
	Aşısız	12	25,0(4,369)	25,5(18-34)	
SYBD Beslenme	Sinovac	42	20,50(3,750)	20(13-31)	0,509
	Sinovac+Biontech	299	21,87(4,739)	22(13-31)	
	Biontech	47	21,0(4,233)	20(9-36)	
	Aşısız	12	21,0(4,068)	20(16-31)	
SYBD Fiziksel aktivite	Sinovac	42	18,21(5,215)	18(8-31)	0,859
	Sinovac+Biontech	299	18,30(5,804)	17(9-32)	
	Biontech	47	17,88(5,521)	17(8-32)	
	Aşısız	12	17,0(4,533)	16,5(11-29)	
SYBD Sağlık Sorumluluğu	Sinovac	42	21,21(4,667)	20(13-31)	0,896
	Sinovac+Biontech	299	21,13(4,266)	21(15-30)	
	Biontech	47	21,47(4,896)	21(9-36)	
	Aşısız	12	20,67(4,438)	20(15-33)	
SYBD Stres yönetimi	Sinovac	42	18,86(3,923)	18,5(10-31)	0,371
	Sinovac+Biontech	299	20,34(4,187)	20(11-32)	
	Biontech	47	19,44(4,131)	19(10-32)	
	Aşısız	12	18,67(4,397)	19(12-27)	
SYBD Toplam	Sinovac	42	127,36(22,165)	126,5(68-180)	0,714
	Sinovac+Biontech	299	133,34(22,572)	132(93-192)	
	Biontech	47	129,98(23,031)	129(62-203)	
	Aşısız	12	128,33(23,788)	125,5(98-188)	

Kruskal-Wallis Testi p<0,05

Pandemi sürecinde Covid-19 tanı/tedavisi alma durumu ile Covid-19 korkusu arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0,05).

Tablo 4.23 Covid-19 tanı/tedavi alma durumu ile Covid-19 korkusu ölçeği ve SYBD Ölçeği II arasındaki ilişki

	Covid-19 tanı/tedavi alma durumu	n	Ortalama (s.sapma)	Ortanca (min.-maks.)	p
Covid-19 Korkusu	Tanı almayanlar	315	16,97(6,479)	17(7-35)	0,839
	Tanı ve/veya tedavi alanlar	85	17,02(7,105)	15(7-35)	
SYBD Manevi gelişim	Tanı almayanlar	315	24,98(5,263)	24(9-36)	0,108
	Tanı ve/veya tedavi alanlar	85	25,99(4,987)	26(15-36)	
SYBD Kişiler arası ilişkiler	Tanı almayanlar	315	24,97(4,866)	25(12-36)	0,649
	Tanı ve/veya tedavi alanlar	85	25,18(4,400)	25(16-35)	
SYBD Beslenme	Tanı almayanlar	315	20,96(4,323)	20(9-36)	0,364
	Tanı ve/veya tedavi alanlar	85	21,38(3,928)	21(14-31)	
SYBD Fiziksel aktivite	Tanı almayanlar	315	17,94(5,465)	17(8-32)	0,951
	Tanı ve/veya tedavi alanlar	85	17,94(5,583)	17(9-32)	
SYBD Sağlık Sorumluluğu	Tanı almayanlar	315	21,33(4,828)	21(9-36)	0,558
	Tanı ve/veya tedavi alanlar	85	21,59(4,601)	21(10-35)	
SYBD Stres yönetimi	Tanı almayanlar	315	19,45(4,062)	19(10-32)	0,964
	Tanı ve/veya tedavi alanlar	85	19,51(4,382)	19(11-30)	
SYBD Toplam	Tanı almayanlar	315	129,63(23,047)	129(62-203)	0,523
	Tanı ve/veya tedavi alanlar	85	131,58(22,279)	129(84-197)	

Mann-Whitney U testi $p<0,05$

Yakınları arasında covid-19 enfeksiyonunu ciddi seyirli geçirenlerin varlığının Covid-19 korkusu üzerinde bir etkisi olup olmama durumunu incelemek için yakınlarından hastalığı geçirmeyen/evde geçirenler ile hastanede geçiren/ yoğun bakımda geçiren/vefat eden olarak 2 gruba ayırdığımızda; hastalığı evde geçiren veya geçirmeyen yakını olan bireylerin Covid-19 korkuları, daha ağır seyirli geçiren yakını olanlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur **(p=0,009).**

Tablo 4.24 Yakınlarının Covid-19 geçirme durumu ile Covid-19 Korkusu Ölçeği ve SYBDÖ II arasındaki ilişki

	Yakınlarının Covid-19 geçirme durumu	n	Ortalama (s.sapma)	Ortanca (min.-maks.)	p
Covid-19 Korkusu	Geçirmedi veya evde geçirdi	371	16,73(6,482)	16(7-35)	**0,009***
	Hastanede yattı veya vefat etti	29	20,17(7,455)	22(7-35)	
SYBD Manevi gelişim	Geçirmedi veya evde geçirdi	371	25,09(5,263)	25(9-36)	0,134
	Hastanede yattı veya vefat etti	29	26,59(4,305)	26(19-34)	
SYBD Kişiler arası ilişkiler	Geçirmedi veya evde geçirdi	371	24,92(4,777)	25(12-36)	0,253
	Hastanede yattı veya vefat etti	29	26,24(4,525)	25(18-36)	
SYBD Beslenme	Geçirmedi veya evde geçirdi	371	21,02(4,247)	20(9-36)	0,698
	Hastanede yattı veya vefat etti	29	21,38(4,221)	21(14-33)	
SYBD Fiziksel aktivite	Geçirmedi veya evde geçirdi	371	17,97(5,521)	17(8-32)	0,867
	Hastanede yattı veya vefat etti	29	17,52(5,040)	17(9-32)	
SYBD Sağlık Sorumluluğu	Geçirmedi veya evde geçirdi	371	21,29(4,755)	21(9-36)	0,186
	Hastanede yattı veya vefat etti	29	22,55(4,983)	23(14-35)	
SYBD Stres yönetimi	Geçirmedi veya evde geçirdi	371	19,49(4,192)	19(10-32)	0,607
	Hastanede yattı veya vefat etti	29	19,17(3,230)	18(14-28)	
SYBD Toplam	Geçirmedi veya evde geçirdi	315	129,78(23,089)	129(62-203)	0,407
	Hastanede yattı veya vefat etti	85	133,45(19,929)	130(103-187)	

*Mann-Whitney U testi $p<0,05$

Yakınları arasında covid-19 enfeksiyonu geçiren bireyler olanlar ile olmayanlar arasında Covid-19 korkusu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken (U=19294,0; p=0,606), enfeksiyonu geçirme durumunu ciddiyete göre incelediğimizde anlamlı bir ilişki vardı **(KW X_2=11,412; p=0,022)**. Anlamlı ilişkinin hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için pairwise karşılaştırma testi yapıldı. Enfeksiyonu evde geçiren ile hastanede yatarak geçiren **(p=0,010)**, evde geçiren ile yoğun bakımda geçiren **(p=0,028)**,

geçirmeyen ile hastanede yatarak geçiren **(p=0.012)** ve geçirmeyen ile yoğun bakımda geçirenler **(p=0,030)** arasında anlamlı bir ilişki saptandı. Yoğun bakımda geçiren/hastanede yatarak geçiren yakını olanların geçirmeyen/evde geçiren yakını olanlara göre Covid-19 korkuları anlamlı daha yüksekti.

Katılımcıların cinsiyetleri kontrol edildiğinde meslek durumunun covid-19 korkusuna yönelik anlamlılığına ilişkin yapılan kovaryans analiz sonuçları tabloda incelendiğinde; cinsiyet anlamlı **(F=16,849 p<0,05)**, meslek durumu anlamsız (F=1,495 p=0,203) bulunmuştur. Cinsiyet kontrol edildiğinde meslek ile covid-19 korkusu arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

4.25 Cinsiyetin kontrol edilmesine ilişkin kovaryans analizi

	Kareler toplamı	**Serbestlik derecesi**	**Kareler ortalaması**	**F**	**p**
Düzeltilmiş model	1491,417[a]	10	149,142	3,642	0,000
Sabit	3784,057	1	3784,057	92,407	0,000
Meslek	244,953	4	61,238	1,495	0,203
Cinsiyet	689,962	1	689,962	16,849	0,000
Hata	15929,461	389	40,950	1,215	
Toplam	132783,0	400			
Düzeltilmiş toplam	17420,878	399			

Kovaryans Analizi (ANCOVA) p<0,05

5.TARTIŞMA

Covid-19 Korkusunu Etkileyen Faktörler

Covid-19, hakkında yeterli düzeyde net bilgilerin olmaması, insan hayatını tehdit etmesi, önleyici uygulamalar ve tedavi edici yöntemler hakkında kesin sonuçlara ulaşılamamış olmasıyla tüm dünyayı etkisi altına alan küresel bir tehdit olarak tanımlanmaktadır. Bu bağlamda pandemi dönemi, ekonomik, sosyal ve psikolojik pek çok sonuca yol açarak tüm toplumları etkilemiştir. Türkiye'de ilk vaka görülmesi ve pandemi ilan edilmesi nispeten geç bir dönemde olsa da eğitim, iş, sosyal yaşam başta olmak üzere birçok alanda ani değişimleri de birlikte getirmiştir (83).

Bu çalışmada kadın cinsiyette, evli bireylerde, çocuk sahibi olanlarda, ev hanımlarında, Covid-19 için riskli kronik hastalığa sahip olan bireylerde, Covid-19 enfeksiyonunu ağır geçiren yakını olan bireylerde Covid-19 korkusunun daha yüksek olduğu saptanırken, gelir algısı iyi olan bireylerde daha düşük olduğu saptandı.

Korku yeni Coronavirüs hastalığında da olduğu gibi kolay bulaşın olduğu ve yakın temasın risk oluşturduğu solunum yolu salgınları sırasında beklenen bir tavırdır (84).

Kadın cinsiyette Covid-19 korkusunun erkeklere göre daha yüksek olması literatürdeki birçok çalışmada da benzer şekilde bulunmuştur. Altundağ tarafından yapılan 14-60 yaş arası 841 kişinin katıldığı bir çalışmada kadın katılımcıların erkek katılımcılardan daha yüksek Covid-19 korkusu puanına sahip olduğu saptanmıştır (85). Bunun nedeni, kadınların strese karşı daha savunmasız olmaları, yaşam sürecinde stresli dönemlerde ve bunu takiben ruhsal bozukluklar geliştirme risklerinin daha fazla olmasıdır (86). Fitzpatrick ve arkadaşlarının yaptığı çalışma, Broche-Perez ve arkadaşlarının yaptığı

çalışmalarda da kadın cinsiyetin daha yüksek korku gösterdiği tespit edilmiştir (87,88). Covid-19 korkusu ve cinsiyetler arası farklılık ile ilgili olarak Dünya Sağlık Örgütü'ne göre kadınlar küresel sağlık iş gücünün önemli bir kısmını oluşturmakta ve çoğu kadın ya aile üyeleri ile birlikte kendi evlerinde ya da salgın sırasında ön saflarda bakıcı rolünü yüksek oranda üstlenmektedir (89). Yapılan bir diğer çalışmaya göre ise kadınların bir pandemi döneminde erkeklere göre daha iyi bir risk algısına sahip oldukları ve sağlıklarıyla ilgili tavsiyelere erkeklere göre daha sıkı uyma eğiliminde oldukları gösterilmiştir. Bu durum da kadınların erkeklere göre daha yüksek korku puanı almalarının bir nedeni olabilir (90).

Evli ve çocuk sahibi olmanın Covid-19 korkusunu artıran faktörler olduğu çalışmamızda tespit edilmiştir. Shevlin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da evli olmanın ve çocuk sahibi olmanın Covid-19 ile ilişkin kaygının nedenlerinden olabileceği bulunmuştur (91). Fitzpatrick ve arkadaşlarının 10,368 ABD'li yetişkin arasında yaptığı bir çalışmada çocuklu aileler ve evli bireylerde Covid-19 korkusunun çok daha yüksek olduğu bulunmuştur (87). Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise medeni durumun, çocuk sahibi olmanın, yalnız veya başkalarıyla (eşi, çocukları, anne ve babası, eşi ve çocukları, kardeşi, erkek/kız arkadaşı) yaşamanın Covid-19 korkusu üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı bulunmuştur. Bu çalışmaya göre başkalarıyla yaşayan katılımcıların korku puanları birbirine çok yakın olup, kız/erkek arkadaşıyla yaşayanlarda en yüksek, eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayanlarda en düşük bulunmuştur (92). Burdur ilinde yapılan 616 katılımcıdan 384'ünün 60 yaş üstü olduğu bir araştırmada ise bekar katılımcıların evlilere göre; eşi vefat etmiş olanların ise boşanmış, evli ve bekar katılımcılara göre daha yüksek Covid-19 korkusuna sahip oldukları saptanmıştır. Ayrıca yine bu çalışmada çocuk sahibi olan katılımcıların olmayanlara göre covid-19 korku düzeyi daha yüksek bulunmuş ve katılımcıların çocuk sayısı ile koronavirüs korkuları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (93). Hindistan nüfusundaki koronavirüs korkusunu değerlendirmek için yapılan 1499 kişinin katıldığı bir çalışmada ise evli olmak, düşük eğitim durumuna sahip olmak ve kadın olmak yüksek Covid-19 korkusu ile ilişkili bulunmuştur (94). Evli ve çocuk sahibi olan bireylerde korku düzeylerinin yüksek olması sorumluluk duygusunun

daha fazla olması ve aile bireylerine karşı artan sevgi, ilgi ve alakaya bağlanabilirken, çalışmamızdan farklı olarak daha ileri yaş grubuyla yapılan çalışmada bekar bireylerde ve eşi vefat etmiş bireylerde yüksek korku düzeylerinin görülmesinde algılanan sosyal desteğin etkisi olabileceği düşünülmektedir.

Bilindiği gibi pandemi süreci boyunca litaratürden edindiğimiz tüm bilgi kaynaklarına göre Covid-19 enfeksiyonu kronik hastalığı olan bireyleri daha fazla etkilemektedir. Koronavirüs enfeksiyonu için riskli olarak belirlenen kronik hastalığa sahip olan bireylerde de Covid-19 korkusunun yüksek olması beklenen bir durumdur. Türkiye'de yapılan 960 katılımcının katıldığı bir çalışmada Covid-19 korkusu kronik hastalığı olanlarda hiç kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksekti (78). İsrail'de yapılan 649 kişinin katıldığı bir çalışmada ise kronik hastalığa sahip olmak, risk grubunda olmak ve bir aile üyesinin Covid-19'dan ölmesi Covid-19 korkusuyla pozitif ilişkiliydi (86). Kronik hastalıkların varlığı, sayısı, süresi vb. Covid-19 enfeksiyonundan bağımsız olarak bireylerin yaşam süresini kısaltan etkenler olarak karşımıza çıkar. Bu bilgiler ışığında kronik hastalığı olan bireylerin Covid-19 korkusu, olmayan bireylere göre daha yüksek beklenmektedir.

Çalışmamızda ev hanımlarının Covid-19 korkusu diğer meslek gruplarına göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Literatürü taradığımızda Hindistan'da 18 yaş üstü 398 katılımcı ile yürütülen bir çalışmada ev hanımlarında Covid-19 korkusunun daha yüksek olduğu saptanmıştır (95). Türkiye'de yapılan ASM'ye başvuran 65 yaş üstü hastaların Covid-19 anksiyetesini inceleyen başka bir çalışmada ev hanımlarında Covid-19 korkusu diğer meslek gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (96). Çeşitli kitle iletişim araçları ve sosyal medyanın ev hanımlarında daha fazla kullanılması ve buna bağlı olarak bu araçlardan yayılan kaynağı çoğu zaman belli olmayan haberlerin ve bilgi kirliliğinin bu meslek grubunu daha fazla etkilemesi ev hanımlarında Covid-19 korkusunun daha yüksek olmasında etkili olabilir (95). Ayrıca cinsiyetin getirdiği özellikler ve diğer aile bireylerine karşı çoğu ev hanımının eş ve anne olarak

üstlendiği sorumluluk, ev hanımlarında korku ve kaygının fazla olmasının bir sebebi olabilir.

Çalışmamızda Covid-19 enfeksiyonunu ağır geçiren yakını olan bireylerde Covid-19 korkusunun daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan birçok çalışmada aileden birinin Covid-19 sebebiyle ölmesinin bireylerin Covid-19 korkularını arttırdığı bulunmuştur (86,97). Sotomayor-Beltran ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise Covid-19 tanısı alan yakını olan bireylerde ve Covid-19 nedeniyle ölen yakını olan bireylerde Covid-19 korkusu daha yüksek bulunmuştur (98). Bireylerin yakınlarını kaybetmeleri veya bu riskle karşı karşıya kalmaları algıladıkları kişisel riski artırarak baş etme potansiyelini etkileyip korkularının artmasına sebep olmuş olabilir.

Bitan ve arkadaşlarının İsrail popülasyonunda yaptığı çalışmada düşük sosyoekonomik seviyeye sahip bireylerde daha yüksek korku gözlenmiştir (86). Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar bulunmuştur. Çalışmamızda gelir durumunu iyi olarak değerlendiren katılımcıların Covid-19 korkularının daha düşük olduğu saptanmıştır. Düşük sosyoekonomik seviye genellikle yüksek psikiyatrik morbidite, engellilik ve sağlık hizmetlerine zayıf erişim ile ilgilidir (99). Daha kötü başa çıkma tarzları, devam eden yaşam olayları, stres, daha zayıf sosyal destek gelir durumu kötü bireylerde artmış, kaygı, korku ve ruhsal bozukluklar için risk faktörü olabilir (86).

Covid-19 Korkusu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları arasındaki ilişki

Covid-19 pandemi döneminde sağlıklı yaşam biçimi daha da önem kazanmıştır. Bireylerin sağlıklı olma halinin devamlılığı ve hastalıklardan korunmaları için yaşam biçimlerini değiştirmeleri veya sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseyip bunu sürdürmeleri gerekmektedir (100). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseyen bireylerde, benimsemeyenlere göre

kronik morbidite ve mortalite gelişme riskinin önemli ölçüde azaldığı bilinmektedir (101).

Günümüzde hipertansiyon, koroner arter hastalığı, diyabet gibi hastalıkların tedavisinde ilk basamağın yaşam tarzı değişiklikleri olduğunu bilmekteyiz. Literatüre bakıldığında az gelişmiş toplumlardaki ölümlerin %75'i yaşam tarzı ile ilgili hastalıklarla ilişkilendirilmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bir yaşam tarzı haline getirilerek hayat boyu sürdürülmesi sağlıklı olma halinin korunması ve hayatta kalabilmek için çok önemlidir. (100).

Covid-19 başta yaşlılar ve kronik hastalığı olan bireyler olmak üzere tüm bireyleri olumsuz etkilemiştir. Bu dönemde sağlığı korumak, ağır Covid-19 belirtilerinden kaçınmak, fiziksel ve zihinsel sağlığı sürdürebilmek için egzersiz yapmak şarttır. Düzenli bir şekilde düşük veya orta yoğunlukta egzersiz yapmak, günde 5000 adımın üstünde fiziksel aktivite yapmak oldukça önemlidir. Ek olarak egzersiz yapmak bağışıklığı da geliştirdiği için hastalığa yakalanmadan önce planlı, tekrara dayalı ve düzenli olarak fiziksel aktivite yapılması önerilmektedir (100).

Çalışmamızda covid-19 korkusu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Benzer bir tez araştırmasında da Covid-19 korkusu ile SYBDÖ II'nin yalnızca sağlık sorumluluğu alt parametresi arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü bir anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Korku arttıkça sağlık sorumluluğu davranışlarının pozitif yönde geliştiği görülmüştür. Diğer parametreler ile Covid-19 korkusu arasında bir ilişki bulunmamıştır (102).

Alt parametrelere tek tek bakacak olursak: Covid-19 korkusu ile fiziksel aktivite arasında bir ilişki saptanmamıştır. Oysa Türkiye'de Çanakkale, Denizli ve Aydın'da yaşayan 18-65 yaş arası 166 kişi katılımıyla yapılan bir çalışmada daha düşük düzeyde fiziksel aktivite yapan kişilerin daha yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapan kişilere göre koronavirüs korkularının daha yüksek olduğu bulunmuştur (103). Yapılan başka bir çalışmada ise düzenli egzersiz yapan

bireylerin daha mutlu ve psikolojik olarak daha iyi oldukları tespit edilmiştir (104). Ankara'da yapılan başka bir tez çalışmasında fiziksel olarak inaktif bireylerin koronavirüs hastalığına karşı kaygı ve korkularının aktif gruba göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (105). Bu bağlamda düzenli fiziksel aktivite kişinin travmatik olaylar karşısında yaşadığı sorunları daha kolay atlatmasına, iyi halinin devam etmesine ve kaygı düzeyinin düşürülmesinde yardımcı olduğu için bireylerin koronavirüse karşı olan korkularını etkiliyor olabilir (103). Ayrıca DSÖ'nün Covid-19 pandemisinin neden olduğu kaygıyı yönetmek ve kontrol etmek için verdiği tavsiyeler arasında düzenli egzersiz yapmak da vardır (106). Pandeminin erken döneminde yapılan çalışmalar fiziksel aktivite ile Covid-19 korkusu arasındaki negatif ilişkiyi ortaya koysa da ilerleyen dönemle birlikte hastalığa karşı artan duyarsızlaşma ve hastalığı benimseme, hastalığın çoğu insanda hafif seyirli geçirilmesi, Covid-19 ile ilgili yoğun bir gündemin olduğu dönemde Covid-19 enfeksiyonundan korunmada ve bağışıklığın güçlenmesinde önemi vurgulanan egzersizin toplum genelinde Covid-19 korkusu üzerindeki etkisinin azalmasına sebep olmuş olabilir.

Enfeksiyon sırasında veya öncesinde dengeli beslenme sağlıklı olabilmek için son derece önemlidir. Ateşin artmasıyla birlikte vücudun enerji gereksinimi de artmaktadır. Bu sebeple pandemi döneminde bağışıklık sisteminin güçlü tutulması için sağlıklı beslenme elzemdir. Vitamin, mineral ve antioksidan içeriği yüksek sağlıklı, dengeli ve yeterli bir beslenme düzenini benimseyerek beslenme rutinine dikkat etmek oldukça önemlidir (100). Mevcut kanıtlar beslenmenin bağışıklık sistemi ve hastalığa yatkınlık üzerinde etkisi olduğunu göstermektedir. Sağlıklı beslenme bağışıklığı güçlendirerek viral enfeksiyonları önlemektedir (107). Çalışmamızda Covid-19 korkusu ile beslenme arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde yapılan çalışmalara baktığımızda; Türkiye'de yapılan 485 hemşirenin katıldığı bir çalışmada pandemide aktif olarak görev yapan hemşirelerde beslenme ve besin takviyesi kullanım durumu ile Covid-19 korkusu arasındaki ilişki araştırılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda ise besin takviyesi kullanan, dengeli ve yeterli beslenmeyen, çalışma şartları sebebiyle zaman zaman yemek yiyemeyen hemşirelerde korku seviyeleri daha yüksek

bulunmuştur (108). Bu farklılığın sebebi bu çalışmanın bizim çalışmamıza göre daha erken dönemde yapılması, katılımcıları hemşirelerin oluşturması ve henüz aşı geliştirme çalışmalarının tamamlanmadığı, etkin bir tedavinin olmadığı dönemde hastalığa ilişkin alınabilecek en iyi tedbirlerden birinin bireylerin dengeli ve yeterli beslenmesi olduğunun üzerinde sıklıkla durulması olabilir. Pandemi döneminde bireylerin yaşadığı korku ve kaygıyla birlikte beslenme düzeninde de değişiklikler meydana gelmiştir. Stres, korku, üzüntü yaşanılan dönemlerde beslenme alışkanlıklarının etkilendiği ve artan stres düzeylerinin sağlıksız beslenme alışkanlıkları ve diyetin kalitesizliğiyle alakalı olduğu gösterilmiştir. Ayrıca yemek esnasında alınan zevkle bağlantılı olarak korku, kaygı gibi duygular ya yeme isteğinde azalma yaratmakta ya da karşıt olarak daha çok yeme isteği yaratmaktadır (109). Konya'da 18-65 yaş arası bireylerde Covid-19 korkusunun beslenme davranışları üzerine etkisinin incelendiği bir araştırmada korku arttıkça beslenme davranışlarının olumsuz yönde etkilendiği bulunmuştur. Korku düzeyi arttıkça özellikle duygusal yemek yeme alışkanlığı olmak üzere açlığa duyarlılık ve kontrolsüz yemek yeme düzeylerinde de anlamlı artış olduğu saptanmıştır (110) .

Sağlık sorumluluğu bedensel, mental ve sosyal iyilik durumunun sürdürülebilmesi için kişinin kendi üzerine düşen görevleri uygulamasıdır (111). Sigara ve alkol kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik gibi yaşam tarzına bağlı risk faktörleri ile bağlantılı hastalıklar tüm dünyada önde gelen ölüm nedenleri arasındadır. Kişilerin davranışları risk faktörü maruziyetini belirlediği için kendi sağlıkları için sorumluluk alabilmeleri ve kişilere bu konuda ve hastalıklarla mücadele stratejileri hakkında bilgi verilmesi ve sorumluluğun vurgulanması mantıklı görünmektedir (112). Çünkü sağlığın geliştirilmesinde sağlık sorumluluğun yeri çok önemlidir. Kişilere sağlıklarına yönelik bilgi ve sosyal desteğin sunularak sorumluluk almalarının sağlanması, sağlığın kişisel belirleyicilerinin geliştirilmesine oldukça katkı sağlar (111). Çalışmamızda Covid-19 korkusu ve sağlık sorumluluğu arasında bir ilişki tespit edilmemiştir. Korku seviyesi yükseldikçe sağlık sorumluluğu davranışlarının pozitif yönde geliştiğini ortaya koyan bir çalışma mevcuttur. Bu çalışmaya göre bunun sebebi 'korku

çekiciliği' yani korkunun davranış değişikliği sağlamasıdır (102). Covid-19 enfeksiyonu gibi algılanan tehditin şiddetli olduğu durumlarda bunu önleyici veya önlenmesini kolaylaştıran bir davranışı gerçekleştirmek için motivasyon daha yüksek olmaktadır (55). Harper ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada pandemiye yanıt olarak ortaya çıkan korku gibi olumsuz duyguların, sağlığı koruyucu davranışlar açısından olumlu davranış değişikliğine neden olduğu bulunmuştur (9). Araştırmamızda covid-19 korkusu ile sağlık sorumluluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamasının sebebi; sağlık sorumluluğu gibi sağlıkla ilgili konularda ilgili personele danışma, hastaneye başvurma, rutin kontrollerini yaptırma, sağlıkla ilgili kitapları okuma ve programları takip etme gibi olumlu davranışların pandemi döneminde bazı bireylerde korkuyu artırırken bazı bireylerde ise azaltması olabilir.

Stres hepimizin hayatında yönetmesi gereken yaş, cinsiyet, ekonomik durum vb. faktörlerdeki değişkenliğe rağmen herkesi etkileyen bir süreçtir. Strese yatkınlık bireyler arası değişkenlik gösterir. Kişilik yapısı, genetik savunmasızlık, toplumsal destek, başa çıkma şekli bu yatkınlığı etkileyen faktörlerden bazılarıdır (113). Covid-19 pandemisi, korkudan hayal kırıklığı ve yalnızlığa kadar çeşitli duygulara yol açan bir stres kaynağı olmuştur. Salgının uzayan süreci ve buna bağlı olarak yeni bir yaşam tarzını benimsemek zorunda kalmak bireylerin yaşadığı stresi artırmış olabilir (114).

Stres ve hastalık arasında karmaşık bir ilişki mevcuttur. Her stres bireyi olumsuz olarak etkilemez. Yapılan araştırmalar kısa süreli stresin immüniteyi güçlendirdiğini fakat uzun süreli stresin immün sistemi etkileyerek sonuçta bir hastalığa neden olduğunu göstermiştir (113). Koronavirüse yönelik stresi azaltmak için kullanılan olumlu başa çıkma yöntemleri arasında meditasyon veya farkındalık uygulamaları, egzersiz, yaratıcı aktiviteler, yeni beceriler öğrenme, telefon ve video konferans ile iletişim kurma ve/veya medyada pandemi haberlerini takip etme yer alabilir (114). Nijerya'da pandeminin ilk dalgası sırasında yetişkinler arasında yapılan bir çalışmada açık alanda egzersiz yapan ve yeni bir beceri öğrenen kişilerde Covid-19'a yakalanma korkusu önemli ölçüde

düşük bulunmuştur (114). Alanyazında bu konu ile ilgili çalışmalar kısıtlı sayıdadır. Stresle başa çıkabilen, başa çıkma stratejilerini benimsemiş bireylerde Covid-19 korkusunun daha düşük olacağını varsaydığımız çalışmamızda stres yönetimi ile Covid-19 korkusu arasında bir ilişki tespit edilmemiştir. Bunun sebebi çalışmamızın pandeminin ilerleyen döneminde yapılmış olması, aşı çalışmaları ve pandeminin hafifleyen yükü ile birlikte enfeksiyonunun bireyler üzerinde oluşturduğu stresin azalması olabilir.

Maneviyatın, anlama ve yorumlama açısından insanoğlunun en korunaklı yeri olduğu belirtilmektedir. Maneviyatı güçlendirecek müdahaleler ve uygulamalar veya güçlü bir maneviyat algısı bireyde oluşabilecek korkuyu azaltır (115). Manevi iyi oluş halinin geliştirilmesi sağlığın korunmasına, hastaların krizlerle daha iyi baş etmesi ve dengeyi sağlamasına katkı sağlayan ve iyileşmeye doğru gidişi hızlandırdığı bilinen yaşamı güçlendirici bir faktör olarak kabul edilmektedir (116). Manevi gelişimi yüksek olan bireyler, Covid-19 pandemisi gibi zor ve travmatik zamanlarda daha esnek hale gelir ve yeni durum ile daha iyi baş edip daha kolay uyum sağlayabilir (117). Durmuş ve Durar'ın pandemi döneminde kronik hastalığa sahip kişilerde manevi iyilik hali ile covid-19 korkusu ilişkisini araştıran çalışmalarında, kişilerin maneviyatları arttıkça covid-19 korku seviyelerinin azaldığı tespit edilmiştir. Koronavirüs fobisi ölçeği ve manevi iyi oluş ölçeğinin kullanıldığı bu çalışmada toplam puanlar arasında anlamlı bir fark tespit edilmezken koronavirüs fobisi ölçeğinin psikolojik, somatik ve sosyal korku alt boyutları ile manevi iyi oluş ölçeğinin anlam, huzur ve inanç alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı ilişkiler saptanmıştır (115). Pandemi döneminde İstanbul'da yaşayan bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada maneviyatları güçlü kişilerin psikolojik olarak daha sağlam olduğu, belirsizlik karşısında tahammül seviyeleri daha yüksek ve buna bağlı olarak da kaygı seviyeleri daha düşük bulunmuştur (118). Literatürde Covid-19 korkusu ile manevi gelişim arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar kısıtlıdır. 18 yaş üstü kadınlar arasında maneviyat ve dayanıklılığı incelemek için yapılan bir çalışmada yüksek maneviyat düzeylerinin yüksek psikolojik dayanıklılıkla ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca maneviyatın Covid-19 krizi sırasında dyanıklılık ve başa

çıkma üzerindeki etkisini inceleyen bu çalışmada maneviyat ile sağlık arasında pozitif ilişki olduğunu bildiren çalışmalar olduğu belirtilmiştir (119). Pandemi döneminde ortaya çıkan manevi ıstırap, yaşamın anlamını ve hatta inancını yitirme duygusunu yoğunlaştırabileceği gibi manevi gelişimin yüksek olması yaşam kalitesi, yaşam memnuniyetini ve uyumunu pozitif yönde etkileyerek bireylerin Covid-19 korkusunu etkileyebilir (115,119). Çalışmamızda Covid-19 korkusu ile manevi gelişim arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Benzer çalışmaların yetersiz olması, yapılan çalışmaların ise kronik hastalığı olanlar veya kadınlar arasında yapılmış olması gibi etkenler literatür ile bizim çalışmamız arasındaki farklılığı açıklayabilir.

Toplumun bir unsuru olarak insan, doğası gereği yakın ilişkilere, sosyalleşmeye ve duygusal bağlılıklara gereksinim duymaktadır. Bireylerin diğer insanlarla kurduğu bu iletişim ve ilişkilerin ruh sağlığı açısından olumlu etkileri olduğu bilinmektedir (57). Pandeminin başlarında ve devamında en yaygın uygulanan tedbir yöntemlerinden biri sosyal izolasyondur. Sosyal izolasyonla birlikte bireyler kendilerini ve sevdiklerini korumak için evlerine kapanmış, destek gördüğü ve ait olduğu sosyal çevrelerinden uzak durmak zorunda kalmışlardır. Sosyal izolasyon ve yalnızlığın, stresi ve korkuyu arttırarak depresyon, kaygı bozukluğu gibi ruhsal bozuklukları tetikleyebildiği bilinmektedir (120). Çevreyle sağlıklı ve olumlu ilişkiler içerisinde olmak; stresi yönetmek, zor duygularla başa çıkmak ve öznel iyi oluşu arttırmakta en önemli faktörlerdendir (121). Türkiye'de yapılan 352 üniversite öğrencisinin katıldığı bir araştırmada bireylerin genel aidiyet düzeyleri ile Covid-19 korkusu arasında anlamlı negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Genel aidiyet terimi, bireylerin diğer insanlarla sosyal etkileşimde olup bir sosyal ortama dahil olması, yaşamında değer verdiği insanlar tarafından kabul edilmesi ve destek hissetmesi olarak tanımlanmaktadır (57). Yine Türkiye'de hemşireler arasında yapılan bir çalışmada ise pandemi döneminde çalışma arkadaşları ile ilişkilerinde ve çevresindeki bireylerin davranışlarında değişiklik yaşayan, kendisini aile üyelerinden izole etmek durumunda kalan hemşirelerde Covid-19 korkusu açısından diğer hemşirelere göre anlamlı bir fark saptanmamıştır (122). Alanyazında bireylerin yakın

arkadaşları, aileleri veya diğer insanlarla olan iletişimi, duygularını ifade ediş biçimi, çatışmaları çözme şekli, dostluk kurma çabaları gibi kişiler arası ilişkilerle covid-19 korkusu arasında ilişkiyi inceleyen çalışmalar bulunmamakla birlikte pandemi gibi zorlu koşullarda sosyal destek kaynaklarının varlığı bireylerin korku ve endişe duygularını azalttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (57). Diğer yandan pandeminin koşulları gereği enfeksiyondan korunma yöntemlerinden biri olan sosyal izolasyona uyulması, insanlarla kurulan yakın ilişkilerin az olması gibi kişilerarası ilişkilerin düşük tutulması, bazı bireyler için güven duygusu oluşturarak Covid-19 korkularını etkilemiş olabilir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını etkileyen faktörler

Sağlıklı yaşam, kişilerin sağlığını olumlu yönde etkileyen davranışları seçmesi, düzenlemesi ve uygulamasıdır. Ayrıca kişi koruduğu sağlığı ile birlikte onu geliştirmeye çalışarak, egzersiz yaparak, kendini gerçekleştirerek, sağlık sorumluluğunu üstlenerek, beslenmesine dikkat ederek, stres yönetimi ve manevi destek gibi konularda farkındalığını artırıp bu davranışları tutum haline dönüştürerek sağlıklı olma durumunu sürdürebilir ve yükseltebilir. Bu bağlamda bireylerin bu davranışları kazanabilmesi için öncelikle mevcut yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi gerekir (123,124).

Çalışmamızda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörleri incelediğimizde yaş ile beslenme davranışları arasında pozitif korelasyon, yaş ile fiziksel aktivite ve sağlık sorumluluğu davranışları arasında ise negatif korelasyon olduğunu tespit ettik. Pandemi döneminde Türkiye'de 18-70 yaş arası bireylerde yürütülen, SYBD ile yaşam kalitesini inceleyen bir çalışmada yaş arttıkça sağlık sorumluluğu, beslenme, fiziksel aktivite puanlarının da arttığı, orta yaş ve üzeri bireylerde diğer yaş grubundaki bireylere göre sağlıklı yaşam biçimine ait puanların daha yüksek olduğu bulunmuştur (124). Yalçınkaya ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarında yaptığı bir araştırmada yaş ile birlikte sağlıklı beslenme davranışlarının arttığı özellikle 40 yaş üzerinde bu davranışların daha yüksek oranda uygulandığı bulunmuştur (125). Yine yapılan başka bir çalışmada 61-80

yaş grubundaki bireylerin 20-60 yaş grubundaki bireylere göre fiziksel aktivite puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Aynı araştırmada 49-80 yaş grubunda olan bireylerin 20-48 yaş aralığındaki bireylere göre beslenme alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmanın sonuçları mevcut çalışmayla uyumludur. Fakat sağlık sorumluluğu puanlarında yaşla anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (126). Beden eğitimi öğretmenleri ile Türkiye'de yürütülen bir çalışmada ise yaş arttıkça sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite puanlarının azaldığı, beslenme puanlarında ise anlamlı bir değişiklik olmadığı bulunmuştur (127). Cürcani ve arkadaşları tarafından hemşireler arasında yapılan yine başka bir çalışmada yaş ile SYBD arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (128).

Çalışmamızda VKİ değişkenine bağlı olarak katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının fiziksel aktivite alt boyutunda anlamlı farklılık olduğu gözlenmiştir. Obez katılımcıların normal kilolu katılımcılara göre daha düşük düzeyde fiziksel aktivite puanına sahip olduğu görülmüştür. Normal ağırlıkta olan ve obez olan üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivitelerini inceleyen bir çalışmada vücut kitle indeksi ile fiziksel aktivite arasında negatif yönlü ilişki olduğu gösterilmiştir. Bu ilişkiyi destekleyen literatürde benzer çalışmalar bulunmaktadır (129,130). 18-70 yaş arası bireyler arasında yapılan başka bir çalışmada ise fazla kilolu bireylerin fiziksel olarak daha aktif olduğu, obez bireylerin ise en düşük puana sahip olup normal ve fazla kilolu bireylere göre fiziksel aktivite düzeylerinin anlamlı olarak düşük olduğu bulunmuştur. Bunun nedeni ise fazla kilolu bireylerin, obezitenin çeşitli sağlık sorunlarına yol açtığını ve Covid-19 enfeksiyonun kronik hastalığı olan bireylerde daha ağır seyrettiğini bilmelerinden dolayı önlem almak için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından olan fiziksel aktiviteyi artırmalarından kaynaklandığı düşünülmüştür (124).

Çalışmamızda medeni durum ve çocuk sahibi olma durumunun SYBD alt boyutlarından fiziksel aktivite ve kişiler arası ilişkileri etkilediği bulunmuştur. Bekar katılımcıların evlilere göre fiziksel aktivite puanları daha yüksek saptanmıştır. Literatürde de bekar katılımcıların evli olanlara kıyasla fiziksel olarak daha aktif

olduğu sonucu çalışmamızla uyuşmaktaydı (131-133). Yapılan bazı çalışmalarda ise evli katılımcıların fiziksel aktivite seviyelerinin bekar katılımcılardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (134,135). Farklı yaş grupları, farklı meslek grupları arasında yapılan bu çalışmalarda farklı sonuçlar ortaya çıkmakla birlikte evli katılımcıların mesai saati bitiminde evde daha fazla zaman geçirmesi, bekar katılımcıların ise fiziksel aktivite ve çeşitli sportif faaliyetlere katılmak için kendine daha fazla vakit ayırabilmesi bekarların evililere göre fiziksel olarak daha aktif olmalarını açıklamaktadır (134).

Mevcut çalışmada bekar katılımcıların evlilere göre kişiler arası ilişkiler puanı daha yüksek saptanmıştır. Kocaeli'nde fabrika çalışanları arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine yapılan bir diğer çalışmada, bekar katılımcıların fiziksel aktivite ve kişiler arası ilişkiler alt parametrelerinden aldıkları puanların evlilere göre anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır. Yine bu çalışmada çocuğu olan bireylerin fiziksel aktivite puanlarının olmayanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir (136). Bu çalışma sonucu mevcut çalışma ile uyumludur. Hemşirelerde SYBD ve bunu etkileyen faktörleri inceleyen Türkiye'de yapılan bir çalışmada medeni durum ile kişiler arası ilişkiler alt boyutunda anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yine bu çalışmada çocuk sahibi olma durumu ile fiziksel aktivite ve kişiler arası ilişkiler davranışlarında anlamlı bir fark saptanmamıştır (128). Koroner arter hastaları arasında yapılan başka bir sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını inceleyen çalışmada da yine kişilerarası ilişkiler ile medeni durum arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (137). Kişilerarası ilişkilerdeki eksikliğin, kişilerin mental sağlığını ve iyi olma halini negatif yönde etkilediği bilinmektedir (138). Kişiler arası ilişkiler bireyin çevresindeki diğer insanlarla karşılıklı olan duygusal ve sosyal etkileşimleridir. Bireyi etkileyen ilişkilerin başında hem eşle hem de diğer aile üyeleriyle olan aile ilişkileri gelir. Bu ilişkiler sorgulandığında yaşanan evlilik çatışmaları bizim çalışmamızda olduğu gibi evli bireylerdeki kişilerarası ilişkileri olumsuz etkilemiş olabilir (139).

Türkiye'de yapılan bir analiz çalışmasında, alanyazında çeşitli ülkelerde, çeşitli zaman dilimlerinde, çeşitli eğitim düzeyleri arasında ve çeşitli sağlık

ölçütleri kullanılarak yapılan çok sayıdaki araştırma sonucuna göre sağlık ile eğitim arasında pozitif yönde, güçlü bir ilişki olduğu Toprakçı ve Meşe tarafından belirtilmiştir. Eğitim düzeyi ile sağlık arasındaki pozitif yönlü ilişki, 9 çalışmayı dahil ederek inceleyen bu çalışmada ulusal verilerle doğrulanmıştır. Eğitim seviyesinin yükselmesi; daha az hastalık ve sakatlık, daha uzun sağlıklı ömür, sağlık hizmetlerine ulaşımda artış, sağlıkta verimlilikte artış gibi birçok sağlıkla ilişkili parametre ile olumlu yönde ilişkilidir (140). Çalışmamızda eğitim seviyesi ile fiziksel aktivite ve sağlık sorumluluğu alt parametreleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Koroner arter hastalığı olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını inceleyen 351 kişinin katıldığı bir araştırmada eğitim düzeyi yükseldikçe fiziksel aktivitenin de anlamlı düzeyde yükseldiği bulunmuştur (141). Alman yetişkinler arasındaki fiziksel aktivite seviyelerinin incelendiği Luzak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da eğitim seviyesi yükseldikçe fiziksel aktivite düzeyinin de arttığı bulunmuştur (142). Bu çalışmalarda elde edilen bulgular mevcut çalışma bulgusu ile uyumludur. Eğitim düzeyi ile sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite düzeyi arasında bir ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (136,143). Kişilerin eğitim seviyelerinin artmasıyla birlikte farkındalığının artması ve sağlık okuryazarlığının artmasına bağlı olarak kişisel sağlık sorumluluğunu üstlenmesi beklenen bir durumdur. Eğitimli bireylerin yaşam tarzı değişikliklerinin sağlığa olan etkilerini anlamaları ve bu konuda daha istekli ve motive olmaları şaşırtıcı olmayacaktır. Yapılan birçok çalışmada da mevcut çalışmamıza paralel olarak eğitim seviyesi ile sağlık sorumluluğu arasındaki pozitif yönlü ilişki ortaya konmuştur (62,126,144). Eğitim kişilerin önemli dönemlerde fikir üretme ve karar verme gibi bilişsel becerilerini geliştirdiği için bu kişiler sağlıkla ilgili konularda veri edinip kullanmada, sağlıkla ilgili tavsiyeleri sorgulayıp bu tavsiyelere uymada, sağlık hizmetlerine yönelik ailesi ve kendisi için daha iyi karar vermede diğer bireylere nazaran daha etkindir. Ayrıca eğitim seviyesi yüksek kişiler koruyucu sağlığı daha çok önemseme, daha fazla fiziksel aktvite yapma, daha kontrollü alkol tüketme gibi davranışları benimseyerek daha olumlu bir yaşam stiline sahiptirler (140).

Mevcut çalışmada meslek grupları tanımlanırken ev hanımı, memur, özel sektör, işçi, öğrenci ve diğer olarak gruplandırılmıştır. Diğer olarak belirttiğimiz grupta ressam, berber, aşçı, serbest meslek çalışanları vb. olmak üzere çeşitli meslek mensupları vardır. Katılımcıların meslek durumlarına göre fiziksel aktivite düzeylerine baktığımızda işçilerin diğer olarak belirttiğimiz meslek grubundan daha düşük düzeyde fiziksel aktivite düzeyine sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Literatürdeki benzer çalışmalarda ise düzenli bir işte çalışanların işsiz bireylere oranla fiziksel olarak daha aktif olduğu bildirilmektedir (133,145). Fiziksel hareketsizliğin işgücü dışında kalmayla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Boş zamanlarında yoğun egzersiz yapan bireylerin çalışma yeteneğinde gelişme olması ve işsiz bireyler arasında fiziksel olarak aktif olmayan bireylerin yüksek oranda olması ilgi çekicidir (146). Bir sanayi kuruluşunda çalışan işçilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelendiği bir çalışmada işçilerin SYBD ölçeği puan ortalaması en düşük alt grubun fiziksel aktivite olduğu saptanmıştır (147). Yine çalışanların fiziksel aktivite veya sigara kullanım durumu gibi sağlık davranışlarını ve bunu etkileyen faktörleri araştıran bir sistematik çalışmada işçilerin büyük bir kısmının fiziksel aktivitenin sağlıkları için oldukça önemli olduğunu bilmelerine rağmen aktivite düzeylerinin yetersiz olduğu bulunmuştur. Ayrıca sigara ve alkol kullanımı, yeterli olmayan fiziksel aktivite seviyeleri ve aşırı kilolu olma durumu açısından risk altında oldukları belirtilmiştir (148). Çalışmamızın sonucuna ve literatürdeki verilere baktığımızda işçilerde fiziksel aktivite düzeyinin düşük olduğunu, uzun çalışma saatleri, çalışma koşulları gibi nedenlere bağlı olarak bu meslek grubunun düşük fiziksel aktivite düzeyi açısından risk altında olduğunu söylemek mümkündür. Fakat diğer meslek gruplarıyla arasında anlamlı derecede fark olduğunu gösteren mevcut çalışmamızı destekler nitelikte çalışmaların yetersiz olduğu söylenebilir.

Küçükberber ve ark, İşler Dalgış ve ark çalışan kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını çalışmayanlara göre daha yüksek düzeyde benimsediğini göstermişlerdir. Hwang ve ark vardiyasız çalışmanın yüksek düzeyde sağlık davranışları ile ilişkili olduğunu belirlemiştir. Kişilerin iş ortamında vakit geçirip yeni arkadaşlar edinmesi, çevresindeki insanlarla paylaşımda bulunması ve

kendi geçimlerini sağlayarak sosyoekonomik durumu ve refah seviyelerini artırmaları, istihdamın sağlığı geliştirici davranışlara olan olumlu etkilerini açıklamaktadır (126,144,149). Çalışma hayatı kişiler için çevreyle iletişim kurma, sosyalleşme için bir fırsat olup aynı zamanda maddi konularda endişelenme ve işsizliğin neden olabileceği stresi azalttığı için kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutunda çalışan bireylerin çalışmayanlara oranla daha avantajlı olduğu düşünülmektedir. Fakat pandeminin hayatımıza getirdiği değişikliklerle birlikte toplu ve kapalı ortamlarda bulunma, enfekte olma riskini artırarak yeni bir stres kaynağı olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmamızda ise çalışmayan bireylerin çalışan bireylere göre SYBDÖ toplam puanı, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt parametreleri puanları daha yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi çalışmayan bireylerin büyük bir kısmını öğrencilerin oluşturması ve pandeminin yarattığı olağanüstü koşullar nedeniyle çalışma hayatının bireyler üzerinde ek stres oluşturması olabilir.

Manevi esenlik sağlığın temel unsurlarından biridir ve sağlığın diğer belirleyicilerini bütünleştirir. Yaşamda denge, huzur ve koordinasyon sağlayarak bireyin kendisiyle ve çevresiyle yakın bir ilişki kurmasını sağlar. Yaşam sürecinde bir kriz meydana geldiğinde oluşabilecek psikolojik zarara karşı ciddi bir engel oluşturur. Hayatın anlamı ve amacı ile ilgili sorularla daha fazla karşı karşıya kalındığı bu dönemlerde manevi refahı artırmada, yaşamda anlam ve amaç yaratmada, yaşam kalitesini artırmada bir faktör olarak kabul edilir (150). Mevcut çalışmada alkol kullanmayan bireylerin SYBD alt parametresi olan manevi gelişimden aldıkları puan ortalaması alkol kullanan bireylere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Literatürdeki birçok çalışmada anlamlı bir ilişki olmadığını gösteren sonuçlar elde edilmiştir (125,136,147,151-152).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesi yaşam süresini önemli ölçüde uzatabilir (153). Bu davranışlardan birisi de dengeli ve yeterli beslenmedir. Beslenmenin immün sistemi modüle etmede önemli bir yeri olduğu bilinmektedir. Covid-19 pandemi koşullarında kötü beslenme artan enfeksiyon oranlarının yanı sıra, iyileşmede gecikme gibi sonuçlar doğurarak artan hastalık

ve ölümle ilişkilendirilir (154). Diabetes mellitus, hipertansiyon, kalp yetmezliği gibi kronik hastalığı olan bireylerde özel diyet müdahalelerine gereksinim olabilir. Örneğin diabetes mellituslu hastalar, kan şekerini dengede tutmak ve bağışıklık fonksiyonlarını geliştirmek için çeşitli ve dengeli beslenme düzenini benimsemelidir. Bu hastalar glisemik indeksi düşük gıdalara öncelik vermeli, şekerli besinlerin tüketimini azaltmalı, yüksek yağlı ve nişastalı gıdalardan uzak durmalı ve öğünlerinde yağsız protein çeşitlerine yer vermelidir (154). Çalışmamızda kronik hastalığı olan bireylerde sağlıklı ve dengeli beslenmenin kronik hastalığı olmayan bireylere göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Eskişehir'de 995 katılımcıyla birinci basamak sağlık ocağına başvuran kişilerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bunu etkileyen faktörleri inceleyen bir çalışmada kronik hastalığı olan bireylerde beslenme puanları olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (155). Pirinççi ve arkadaşları tarafından akademik personelde sağlığı geliştirici davranışları inceleyen 22-65 yaş arası bireyler arasında yapılan bir çalışmada yine beslenme puanları kronik hastalığı olanlarda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (156). Bu literatür bulguları çalışmamızla paralellik göstermektedir. Bazı çalışmalarda ise kronik hastalık varlığı ile beslenme ve sybd arasında anlamlı ilişki olmadığı bulunmuştur (136,157,158). Pandeminin riskli kronik hastalığa bağlı bireyleri daha fazla etkilemesi, kronik hastalığı olan bireylerin senelerdir sağlık problemleri yaşamaları ve buna bağlı olarak sağlıkla ilgili konularda diğer insanlara göre daha bilgili olmaları, bu bireylerin çalışmayı yaptığımız dönemde beslenme alt parametresinden daha yüksek puan almalarını açıklayabilir.

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 18 yaş üstü hasta ve yakınlarından 199 kadın 201 erkek katılımcı ile yürütülen mevcut çalışmada katılımcıların sosyodemografik verileri, pandemi döneminde Covid-19 enfeksiyonuna dair riskler, tanı, tedavi, covid-19 açısından aşılanma ve aile hekimine başvuru durumları, Covid-19 Korkusu Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puanları değerlendirilerek aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı:

1. Çalışmamızda ÇOMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üstü hasta ve yakınlarının %50,3'ünün kadın olduğu, yaş ortalamalarının 33,9 olduğu, VKI ortalamalarının 25,6 olduğu, %51,5'inin evli olduğu, %51,5'inin çocuk sahibi olduğu, %90,7'sinin lise ve üstü eğitime sahip olduğu, %25,3'ünün memur olduğu, %62,8'inin aktif olarak çalıştığı, %12'sinin gelir durumunu iyi olarak değerlendirdiği, %97,5'inin şehir merkezinde yaşadığı, %46,3'ünün hiç sigara kullanmadığı, %50'sinin alkol kullanmadığı gözlendi.
2. Katılımcıların %14'ünün Covid-19 açısından risk altında olan ve sürekli temas halinde bulunduğu yakını olduğu, %14'ünün Covid-19 açısından riskli kronik hastalığa sahip olduğu, %70'inin herhangi bir zamanda Covid-19 şüphesiyle test yaptırdığı, %72,5'inin koronavirüse hiç yakalanmadığı, %3'ünün Covid-19 aşısı olmadığı, %46,3'ünün yakınları arasında Covid-19 tanısı alan olmadığı, yakınları arasında Covid-19 tanısı alanların %86,5'inin enfeksiyonu evde geçirdiği, %72,5'inin pandemi döneminde aile hekimlerine başvurularında hiç aksama olmadığı tespit edildi.
3. Çalışmamızda Covid-19 korkusu ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edildi.
4. Katılımcıların yaşları ile beslenme davranışları pozitif korele, fiziksel aktivite ve sağlık sorumluluğu davranışları negatif koreleydi.

5. Katılımcıların vücut kitle indeksleriyle fiziksel aktivite davranışları arasında negatif korelesyon mevcuttu.
6. Çalışmamızda kadınlarda Covid-19 korkusunun daha yüksek olduğu tespit edildi.
7. Çalışmamızda evli katılımcıların Covid-19 korkularının daha yüksek olduğu, bekar katılımcıların ise kişilerarası ilişkiler ve fiziksel aktivite davranışlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı.
8. Çocuk sahibi olan bireylerin Covid-19 korkularının daha yüksek, çocuk sahibi olmayan bireylerin ise kişilerarası ilişkiler ve fiziksel aktivite davranışlarının daha yüksek olduğu tespit edildi.
9. Çalışmamızda eğitim durumunun Covid-19 korkusu üzerinde bir etkisi olmadığı saptandı. Üniversite ve üzeri eğitime sahip olan bireylerde fiziksel aktivite davranışlarının daha yüksek olduğu ve yine üniversite mezunlarında sağlık sorumluluğu davranışlarının daha yüksek olduğu saptandı.
10. Ev hanımlarında Covid-19 korkusunun daha fazla olduğu, işçilerde ise fiziksel aktivite davranışlarının düşük olduğu görüldü.
11. Katılımcıların çalışma durumunun Covid-19 korkusuna etkisi olmadığı gözlendi. Ancak çalışmayan bireylerin SYBD toplam puanı, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi davranışlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu.
12. Çalışmamızda gelir durumu iyi olan katılımcıların Covid-19 korkusu daha düşük saptandı.
13. Sigara kullanma alışkanlıklarının Covid-19 korkusu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği bulundu, sonuçlar benzerdi.
14. Alkol kullanım durumu covid-19 korkusunu etkilemezken, alkol kullanmayan katılımcıların, sosyal içicilere göre manevi gelişim davranışlarının istatistiki olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı.

15. Covid-19 için riskli kronik hastalığa sahip katılımcıların covid-19 korkusu daha yüksek bulundu. Ayrıca bu hastalarda beslenme davranışlarının da anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı.
16. Covid-19 enfeksiyonunu ağır seyirli geçiren yakını bulunan katılımcılıların Covid-19 korkularının daha yüksek olduğu tespit edildi.
17. Covid-19 testi yaptıran/yaptırmayan, Covid-19 aşısı olan/olmayan ve Covid-19 tanısı alan/almayan katılımcıların Covid-19 korkuları benzer bulundu.

Mevut çalışmada Covid-19 korkusuna etki eden faktörler, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etki eden faktörler ve covid-19 korkusu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki ortaya konuldu. Aile hekimleri; kişilere, hayatları boyunca kapsamlı ve sürekli bakım sunar. Bireyi ailesi, toplum ve kültür bağlamında, biyopsikososyal yaklaşımla bütüncül olarak değerlendirir. Diğer branş hekimlerinden farklı olarak aile hekimleri, disiplinin gereği olarak insanlarla en çok temas halinde olmaları, en yakın ilişki kurmaları ve uzun yıllar süren iletişimleri gereği sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik stratejileri uygun bir şekilde uygulama konusunda en önemli hekimlerdir.

Korkuların hangi değişkenlerden etkilendiğini bilmek, neye ilişkin hangi gruplar arasında farklılık olduğunu bilmek, eğitim ve önleme programlarının yapılmasını ve hangi grupların hedefleneceğinin belirlenmesi açısından önemlidir. Salgının bir sonucu olarak ortaya çıkan olumsuz duygular sağlığın geliştirilmesine yönelik olumlu davranış değişikliğini ortaya çıkarabilir. Bu çalışmaların daha fazla yapılması ve bilgilerin harmanlanması, Covid-19 korkusunun üstesinden gelmeye yardımcı olmak ve risk altındaki bireylerin sağlığı geliştirmeye yönelik koruyucu davranışlarda bulunmalarına yardımcı olmak için hedeflenen eğitim veya önleme programlarını tasarlamak için kullanılabilir.

Bireylerin sağlıklı bir yaşam biçimini benimsemesi hipertansiyon, diyabet gibi kronik hastalıkları önlemede ve Covid-19 enfeksiyonu gibi bulaşıcı hastalıklardan korunmada oldukça önemlidir. Sadece covid-19 pandemisi için değil gelecekteki olası enfeksiyon hastalıkları pandemileri ve diğer kronik hastalık pandemilerinin üstesinden gelebilmek için sağlığın korunmasına yönelik sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesine yeni bir bakış açısı mevcut çalışma ile sağlanmıştır. Bu konuda daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

Pandeminin başından itibaren canla başla görev yapan ve hastalarla ilk temas eden hekimler olarak aile hekimlerinin bu konulardaki bilgi, beceri ve davranışlarını değerlendirmelerinin önemli olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Coronavirus [Internet]. [cited 2022 May 27]. Available from: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1

2. Lipsitch M, Phil D, Swerdlow DL, Finelli L. Defining the Epidemiology of Covid-19. N Engl J Med. 2020;382(3):1194-1196. doi:10.1056/NEJMp2002125.

3. Ladikli N, Bahadır E, Yumuşak F.N, Akkuzu H, Karaman G, Türkkan Z. Kovid-19 Korkusu Ölçeği'nin Türkçe Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. Int J Soc Sci. (2020);3(2):71-80.

4. Pakpour AH, Griffiths MD. The fear of COVID-19 and its role in preventive behaviours. J Concurr Disord. 2020 Apr 24;2(1):58-63.

5. Kwasi Ahorsu D, Lin C-Y, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. Int J Ment Health Addict. 2022; 20(3): 1537–1545. doi:10.1007/s11469-020-00270-8

6. Aksoy T. , Uçar H. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2014; 1(2): 53-67.

7. Bozhüyük A. , Özcan S. , Kurdak H. , Akpınar E. , Saatçı E. , Bozdemir N. Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2012; 6(1): 0-0. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/tjfmpc/issue/45319/567774

8. Sandalcı B, Uyaroğlu OA, Sain Güven G. COVID-19'da kronik hastalıkların rolü, önemi ve öneriler. Flora. 2020;25(2):132-8

9. Harper CA, Satchell LP, Fido D, Latzman RD. Functional Fear Predicts Public Health Compliance in the COVID-19 Pandemic. Int J Ment Health Addict. 2021;19(5):1875-1888. doi:10.1007/s11469-020-00281-5

10. TÜBA Covid-19 Küresel Salgın Değerlendirme Raporu [Internet]. [cited 2022 Jun 1]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/342338364_TUBA_COVID-19_Kuresel_Salgin_Degerlendirme_Raporu

11. Pandemi [Internet]. [cited 2022 Jun 2]. Available from: https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66494/pandemi.html

12. Türk A, Ak Bingül B, Ak R. Tarihsel Süreçte Yaşanan Pandemilerin Ekonomik ve Sosyal Etkileri. Gaziantep University Journal of Social Sciences 2020; Vol 19 COVID-19 Special Issue:612-632. doi:10.21547/jss.766717

13. Genel Bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı [Internet]. [cited 2022 Jun 2]. Available from: https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66337/genel-bilgiler-epidemiyoloji-ve-tani.html

14. Cui J, Li F, Shi ZL. Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. Nat Rev Microbiol. 2019 Mar;17(3):181-192. doi:10.1038/s41579-018-0118-9.

15. Hasöksüz M, Kiliç S, Saraç F. Coronaviruses and SARS-COV-2. Turk J Med Sci. 2020 Apr 21;50(SI-1):549-556. doi:10.3906/sag-2004-127.

16. Acar T, Demirel EA, Afşar N, Akçalı A, Demir GA, Neslihan Alagöz A, et al. The COVID-19 from Neurological Overview. Turk J Neurol. 2020;26:58–108.

17. Hoşbul T, Şahiner F. SARS-Cov-2 ve Diğer Koronavirusların Genomik ve Biyolojik Özellikleri. Journal of Molecular Virology and Immunology, 2020;1(1):18-29. doi: 10.46683/jmvi.2020.2

18. Arora P, Jafferany M, Lotti T, Sadoughifar R, Goldust M. Learning from history: Coronavirus outbreaks in the past. Dermatol Ther. 2020 Jul;33(4):e13343. doi:10.1111/dth.13343

19. Berber E, Sumbria D, Çanakoğlu N. Meta-analysis and comprehensive study of coronavirus outbreaks: SARS, MERS and COVID-19. J Infect Public Health. 2021 Aug;14(8):1051-1064. doi: 10.1016/j.jiph.2021.06.007.

20. Öztan G, İşsever H. Yeni Koronavirüsün (Covid-19) Moleküler Yapısı ve Genomik Karakterizasyonu. Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi 3 (2020): 61-71 https://dergipark.org.tr/en/pub/sabiad/issue/55974/726533>

21. 2. COVID-19 nasıl bulaşır? [Internet]. [cited 2022 Jun 7]. Available from: https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66136/2-covid-19-nasil-bulasir.html

22. McIntosh,K. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Epidemiology, virology, and prevention. UpToDate [Internet]. [cited 2022 Jun 7]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/covid-19-epidemiology-virology-and-prevention#!

23. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Genel Bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı, Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması, Aralık 2020. (https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39551/0/covid19rehberigenelbilgilerepidemiyolojivetanipdf.pdf). (Erişim tarihi: 07.06.2022)

24. Türken M, Köse Ş. Covid-19 Transmission and Prevention. Tepecik Eğit.

ve Araşt. Hast. Derg 2020;30(Ek sayı):36-42 doi:10.5222/terh.2020.02693

25. Öztürk R. COVID-19'un Erişkinde Klinik Özellikleri. Göğüs Hastalıkları ve COVID-19. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. p.12-9.

26. Epidemiology Working Group for NCIP Epidemic Response, Chinese Center for Disease Control and Prevention. [The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China]. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. 2020 Feb 10;41(2):145-151. Chinese. doi: 10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2020.02.003.

27. Cömert SŞ. COVID-19 Olgusunun Klinik Özellikleri ve Yaklaşım. South Clin Ist Euras. 2020; 31(1): 13-15 Doi: 10.14744/scie.2020.73645

28. Hu B, Guo H, Zhou P, Shi ZL. Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. Nat Rev Microbiol. 2021 Mar;19(3):141-154. doi: 10.1038/s41579-020-00459-7

29. Şen G, Demirel E, Avcı S, Aladağ Z. Evaluation of effective risk factors in COVID-19 mortality rate with DEMATEL method. J Fac Eng Archit Gazi Univ. 2021;36(4):2151–66.

30. People with Certain Medical Conditions | CDC [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention; [cited 2022 Jun 29]. Available from: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html

31. Singhal T. A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). Indian J Pediatr. 2020 Apr;87(4):281-286. doi: 10.1007/s12098-020-03263-6.

32. Cömert SŞ, Kıral N. COVID-19 Pnömonisinin Radyolojik Bulguları. South.

Clin. Ist. Euras. 2020;31(Suppl):16-22 Doi: 10.14744/scie.2020.96158

33. Ufuk F, Savaş R. Chest CT features of the novel coronavirus disease (COVID-19). Turk J Med Sci. 2020 Jun 23;50(4):664-678. doi: 10.3906/sag-2004-331.

34. Pascarella G, Strumia A, Piliego C, Bruno F, Del Buono R, Costa F, Scarlata S, Agrò FE. COVID-19 diagnosis and management: a comprehensive review. J Intern Med. 2020 Aug;288(2):192-206. doi: 10.1111/joim.13091.

35. Şimşek-Yavuz S, Komsuoğlu Çelikyurt FI. An update of anti-viral treatment of COVID-19. Turk J Med Sci. 2021 Dec 17;51(SI-1):3372-3390. doi: 10.3906/sag-2106-250.

36. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Erişkin Hasta Tedavisi, Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması, Nisan 2022 https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/43095/0/covid-19rehberieriskinhastayonetimivetedavi-12042022pdf.pdf (Erişim tarihi: 03.08.2022)

37. Jayk Bernal A, Gomes da Silva MM, Musungaie DB, Kovalchuk E, Gonzalez A, Delos Reyes V, et al. Molnupiravir for Oral Treatment of Covid-19 in Nonhospitalized Patients. N Engl J Med. 2022 Feb 10;386(6):509–20. doi: 10.1056/NEJMoa2116044.

38. Emlek Sert Z. , Topçu S. , Çavuş E. Yetişkin Bireylerin Covid-19 Hastalığı ve Covid-19 Aşısına Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Izmir Democracy University Health Sciences Journal. 2022; 5(1): 20-31. doi:10.52538/iduhes.1005475.

39. Ulaşlı SS. COVID-19'un Sistemik Etkileri. Ak G, Yılmaz Ü, edıtors. COVID-19 Pandemisinden Öğrendiklerimiz, Gelecek Öngörüleri ve Yarının Planlanması . Ankara: TÜSAD, 2020. p.103-122.

40. Long B, Brady WJ, Koyfman A, Gottlieb M. Cardiovascular complications in COVID-19. Am J Emerg Med. 2020 Jul 1;38(7):1504–7. doi: 10.1016/j.ajem.2020.04.048.

41. Carod-Artal FJ. Neurological complications of coronavirus and COVID-19. Rev Neurol. 2020 May 1;70(9):311–22. doi: 10.33588/rn.7009.2020179.

42. Thye AY-K, Pusparajah P, Tan LT-H, Law JW-F, Letchumanan V, Lee L-H. COVID-19: Gastrointestinal Manifestations and Complications. Prog Microbes Mol Biol. 2021 Nov 21;4(1). doi: 10.36877/pmmb.a0000247.

43. Kaafarani HMA, El Moheb M, Hwabejire JO, Naar L, Christensen MA, Breen K, et al. Gastrointestinal Complications in Critically Ill Patients With COVID-19. Ann Surg. 2020 Aug 1;272(2):e61–2. doi: 10.1097/SLA.0000000000004004.

44. Ramani SL, Samet J, Franz CK, Hsieh C, Nguyen CV, Horbinski C, Deshmukh S. Musculoskeletal involvement of COVID-19: review of imaging. Skeletal Radiol. 2021 Sep;50(9):1763-1773. doi: 10.1007/s00256-021-03734-7.

45. Singh H, Kaur H, Singh K, Sen CK. Cutaneous Manifestations of COVID-19: A Systematic Review. Adv Wound Care (New Rochelle). 2021 Feb;10(2):51-80. doi: 10.1089/wound.2020.1309.

46. Sivkov AV, Koryakin AV, Sinyagin AA, Apolikhin OI, Kaprin AD. Genitourinary system and COVID-19: some aspects. Exp Clinical Urol.

2020 Jun 29;12(2):18–23. doi:10.29188/2222-8543-2020-12-2-18-23

47. Nasiri N, Sharifi H, Bazrafshan A, Noori A, Karamouzian M, Sharifi A. Ocular Manifestations of COVID-19: A Systematic Review and Meta-analysis. J Ophthalmic Vis Res. 2021 Jan 20;16(1):103-112. doi: 10.18502/jovr.v16i1.8256.

48. Alpago H, Oduncu Alpago D. Korona Virüs ve Sosyoekonomik Sonuçlar . IBAD Sosyal Bilimler Dergisi. 2020;(8):99-114. doi: 10.21733/ibad.716444

49. Satici B, Gocet-Tekin E, Deniz ME, Satici SA. Adaptation of the Fear of COVID-19 Scale: Its Association with Psychological Distress and Life Satisfaction in Turkey. Int J Ment Health Addict. 2021;19(6):1980-1988. doi: 10.1007/s11469-020-00294-0.

50. Kaya S, Uzdil Z, Cakiroğlu FP. Evaluation of the effects of fear and anxiety on nutrition during the COVID-19 pandemic in Turkey. Public Health Nutr. 2021 Feb;24(2):282-289. doi: 10.1017/S1368980020003845.

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

52. Banerjee D. How COVID-19 is overwhelming our mental health. Nature India; 2020. doi:10.1038/nindia.2020.46

53. Pedrosa AL, Bitencourt L, Fróes ACF, Cazumbá MLB, Campos RGB, de Brito SBCS, Simões E Silva AC. Emotional, Behavioral, and Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic. Front Psychol. 2020 Oct 2;11:566212. doi: 10.3389/fpsyg.2020.566212.

54. Martínez-Lorca M, Martínez-Lorca A, Criado-Álvarez JJ, Armesilla MDC, Latorre JM. The fear of COVID-19 scale: Validation in spanish university students. Psychiatry Res. 2020 Nov;293:113350. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113350.

55. Goyal, Kapil et al. “Fear of COVID 2019: First suicidal case in India !.” Asian journal of psychiatry vol. 49 (2020): 101989. doi:10.1016/j.ajp.2020.101989

56. Schimmenti A, Billieux J, Starcevic V. The Four Horsemen of Fear: An Integrated Model of Understanding Fear Experiences During the Covid-19 Pandemic. Clin Neuropsychiatry. 2020 Apr;17(2):41-45. doi: 10.36131/CN20200202.

57. Kurtuluş E, Düşünceli B, Covid-19 Fobisi (Korkusu), Covid-19 Farkındalığı ve Genel Aidiyetleri Düzeyleri. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2021; 0(13): 451-485.

58. Conti AA. Historical evolution of the concept of health in Western medicine. Acta Biomed. 2018 Oct 8;89(3):352-354. doi: 10.23750/abm.v89i3.6739.

59. Leonardi F. The Definition of Health: Towards New Perspectives. Int J Health Serv. 2018 Oct;48(4):735-748. doi: 10.1177/0020731418782653.

60. Starfield B. Basic concepts in population health and health care. J Epidemiol Community Health. 2001 Jul;55(7):452-4. doi: 10.1136/jech.55.7.452.

61. Card AJ. Moving Beyond the WHO Definition of Health: A New Perspective for an Aging World and the Emerging Era of Value-Based Care. World Medical & Health Policy. 2017; 9(1):127-137. doi:10.1002/wmh3.221.

62. Değerli H, Yiğit A. Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesinde Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeyinin Belirlenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 2020; 11(27):573-586. doi: 10.21076/vizyoner.656563

63. Akdeniz M, Kavukçu E. Quaternary prevention: First, do not harm. Türk Aile Hek Derg. 2017; 21(2): 74-81 doi: 10.15511/tahd.17.00274

64. Bentzen N. Wonca Dictionary of General/Family Practice. Wonca International Classification Committee: Copenhagen, 2003.

65. Pandve HT. Changing concept of disease prevention: From primordial to quaternary . Arch Med Health Sci 2014;2(2):254-6. doi: 10.4103/2321-4848.144366

66. Souza JP, Pileggi-Castro C. On labor and childbirth: the importance of quaternary prevention. Cad Saude Publica. 2014 Aug;30 Suppl 1:S1-3. English, Portuguese. doi: 10.1590/0102-311xpe02s114.

67. Starfield B, Hyde J, Gérvas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? J Epidemiol Community Health. 2008 Jul;62(7):580-3. doi: 10.1136/jech.2007.071027.

68. Jamoulle M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. Int J Health Policy Manag. 2015 Feb 4;4(2):61-4. doi: 10.15171/ijhpm.2015.24.

69. Aydın N. Sağlığın Teşviki Ve Geliştirilmesi. BSJ Health Sci. 2019; 2(1): 21-29.

70. Kadasia B. Health Promotion Preliminary Research Report Looking Back

... Moving Forward. 6th Global Forum on Health Promotion. Switzerland. 2016. http://globalforumpei-forummondialipe.com/en2016/wp-content/uploads/sites/2/2016/10/PEI-Forum-Report-En-final.pdf. (Erişim tarihi: 07.09.2022).

71. Tatar M. Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Kırıkkale, 2020.

72. Kaptan G, Yanikkerem E, Dedeli Caydam O, Karaagac O. The Health Life Style Behaviours of University Students. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2008; 7(6).

73. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F ve Kıssal A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. C.U.Hemsirelik Yuksekokulu Dergisi.2008; 12(1):1-13

74. Sungur C, Kar A, Kıran Ş, Macit M. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi: Klinik Sağlık Hizmeti Alan Hastalar Üzerinde Bir Araştırma. Balk J Soc Sci BJSS. 2019;8(15):43–52.

75. Kasap Demir B, Şentürk S, Kırkalı M, Atak A, Dönmez A. Genç Sağlıkçılarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğine Göre Değerlendirilmesi. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2019; 4(1): 7-11.

76. Şahbaz S, Kılınç O, Günay T, Ceylan E. Sigara İçme ve Demografik Özelliklerin Sigara Bırakma Tedavilerinin Sonuçlarına Etkileri. Toraks Dergisi. 2007;8.2:110-114.

77. COVID-19 Hastalığı için Risk Grubunda Olan Kronik Hastalıklar [Internet]. [cited 2022 Dec 20]. Available from: https://shgm.saglik.gov.tr/TR-65809/COVİD-19-hastaligi-icin-risk-grubunda-olan-kronik-hastaliklar.html

78. Bakioğlu F, Korkmaz O, Ercan H. Fear of COVID-19 and Positivity: Mediating Role of Intolerance of Uncertainty, Depression, Anxiety, and Stress. Int J Ment Health Addict. 2021;19(6):2369-2382. doi: 10.1007/s11469-020-00331-y

79. Ahorsu DK, Lin CY, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. Int J Ment Health Addict. 2022;20(3):1537-1545. doi: 10.1007/s11469-020-00270-8.

80. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. Nurs Res. 1987 Mar-Apr;36(2):76-81.

81. Karakaya Özyer K. Ölçek Geliştirme ve Güvenirlik Analizleri: Jamovi Uygulaması . Turkish Academic Research Review. 2021;6(5):1330-1384 . doi: 10.30622/tarr.1004560.

82. Field A. Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics.5th ed. London: Sage; 2018.p.111

83. Memiş Doğan M, Düzel B. Covid-19 Özelinde Korku-Kaygı Düzeyleri. Journal of Turkish Studies. 2020;15(4):739-752. doi:10.7827/TurkishStudies.44678.

84. Rana IA, Bhatti SS, Aslam AB, Jamshed A, Ahmad J, Shah AA. COVID-19 risk perception and coping mechanisms: Does gender make a difference? Int J Disaster Risk Reduct. 2021 Mar;55:102096. doi:

10.1016/j.ijdrr.2021.102096.

85. Altundağ Y. Erken Dönem Covid-19 Pandemisinde Covid-19 Korkusu Ve Psikolojik Dayanıklılık. Ekev Akad Derg. 2021 Jan 1;0(85):499–516.

86. Tzur Bitan D, Grossman-Giron A, Bloch Y, Mayer Y, Shiffman N, Mendlovic S. Fear of COVID-19 scale: Psychometric characteristics, reliability and validity in the Israeli population. Psychiatry Res. 2020 Jul;289:113100. doi: 10.1016/j.psychres.2020.

87. Fitzpatrick KM, Harris C, Drawve G. Fear of COVID-19 and the mental health consequences in America. Psychol Trauma. 2020 Aug;12(S1):S17-S21. doi: 10.1037/tra0000924.

88. Broche-Pérez, Yunier et al. “Gender and Fear of COVID-19 in a Cuban Population Sample.” International journal of mental health and addiction vol. 20,1 (2022): 83-91. doi:10.1007/s11469-020-00343-8

89. Gender and COVID-19: Advocacy brief [Internet]. [cited 2023 Jan 9]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Advocacy_brief-Gender-2020.1

90. Meller FO, Schäfer AA, Quadra MR, Demenech LM, Paludo SDS, da Silva PA, Neiva-Silva L, Dumith SC. Fear of Covid-19 and health-related outcomes: results from two Brazilian population-based studies. Psychiatry Res. 2022 Jul;313:114596. doi: 10.1016/j.psychres.2022.114596.

91. Shevlin M, McBride O, Murphy J, Miller JG, Hartman TK, Levita L, Mason L, Martinez AP, McKay R, Stocks TVA, Bennett KM, Hyland P, Karatzias T, Bentall RP. Anxiety, depression, traumatic stress and COVID-19-related anxiety in the UK general population during the COVID-19 pandemic.

BJPsych Open. 2020 Oct 19;6(6):e125. doi: 10.1192/bjo.2020.109.

92. Korukcu O, Ozkaya M, Faruk Boran O, Boran M. The effect of the COVID-19 pandemic on community mental health: A psychometric and prevalence study in Turkey. Health Soc Care Community. 2021 Sep;29(5):e204-e213. doi: 10.1111/hsc.13270

93. Arısoy A, Çay M. Yaşlı Bireylerde Koronavirüs (Covid-19) Korkusu; Yetişkin Bireylerle Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi.2021;0(17):82-97. doi: 10.46218/tshd.881006

94. Doshi D, Karunakar P, Sukhabogi JR, Prasanna JS, Mahajan SV. Assessing Coronavirus Fear in Indian Population Using the Fear of COVID-19 Scale. Int J Ment Health Addict. 2021;19(6):2383-2391. doi: 10.1007/s11469-020-00332-x.

95. Sahu, Dinesh Prasad et al. “Fear and anxiety among COVID-19 Screening Clinic Beneficiaries of a tertiary care hospital of Eastern India.” Asian journal of psychiatry vol. 57 (2021): 102543. doi:10.1016/j.ajp.2020.102543

96. Çayırtepe M. Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 65 Yaş Ve Üzeri Bireylerde Covid-19 Anksiyetesi Ve Depresyon Sıklığının Araştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği. İstanbul, 2021.

97. Lodha SM, Acharya S, Singh G, Kumar S, Kohli S, Sharma P. Level of Fear and Its Determinants in the Indian Population Due to COVID-19 Disease. Cureus. 2022 Aug 31;14(8):e28612. doi: 10.7759/cureus.28612.

98. Sotomayor-Beltran C, Matta-Solis H, Perez-Siguas R, Matta-Solis E, Matta-Zamudio L. Fear of COVID-19 among Peruvian People Living in

Disadvantaged Communities: A Cross-Sectional Study. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2021 Apr 16;17:19-25. doi: 10.2174/1745017902117010019.

99. Lorant V, Deliège D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. Am J Epidemiol. 2003 Jan 15;157(2):98-112. doi: 10.1093/aje/kwf182.

100. Mansur F, Ertaş Ş. Covid-19 Sürecinde Bireylerin Sağlıklı Yaşam Farkındalıklarının İncelenmesi. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022; 7(1): 43-64. doi:10.52881/gsbdergi.963099.

101. Özer E, Yılmaz N. Sağlıklı Yaşam Farkındalığı: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. J Tradit Complem Med. 2020;3(1):47-60. doi: 10.5336/jtracom.2019-72138

102. Saltekin A. Pandemi Sürecinde Yetişkin Bireylerin Covıd-19 Korkusu, Sağlıklı Yaşam Davranışları İle Beslenme Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2022.

103. Çelik O. Fiziksel Aktivite Düzeyi İle Covid-19 Korkusu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Kafkas Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi.2021;1(1):17-25 .

104. Başar S, Sarı İ. Düzenli egzersizin depresyon, mutluluk ve psikolojik iyi oluş üzerine etkisi. İnönü Üniversitesi, Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi (İÜBESBD). 2018;5(3):25-34.

105. Özkılıçaslan EC. Covid-19 Pandemisi Döneminde Farklı Fiziksel Aktivite Düzeyine Sahip Bireylerde Denge, Egzersiz Kapasitesi, Uyku Kalitesi Ve Korona Virüs Fobisinin Karşılaştırılması. Kardiopulmoner Rehabilitasyon

Programı Yüksek Lisans Tezi. T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara, 2021.

106. #HealthyAtHome - Mental health [Internet]. [cited 2023 Jan 24]. Available from:https://www.who.int/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health

107. Naja F, Hamadeh R. Nutrition amid the COVID-19 pandemic: a multi-level framework for action. Eur J Clin Nutr. 2020 Aug;74(8):1117-1121. doi: 10.1038/s41430-020-0634-3. Epub 2020 Apr 20.

108. Zingiloğlu F, Beydağ KD. Relationship Between Nutrition and Supplementary Food Use and Fear of COVID-19 in Nurses Who Worked Actively During the Pandemic. Klimik Derg. 2022;35(3):147–54.

109. Hastaoğlu E. Covid-19 Salgını Sürecinde Turizm Öğrencilerinin Stres Düzeyleri ve Sağlıklı Beslenme Davranışları Üzerine Bir Araştırma. J Tour Gastron Stud. 2021;9(3):1610–21.

110. Baran MF Pandemi Sürecinde COVID-19 Korkusu İle Beslenme Alışkanlıklarının Karşılaştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği. Konya, 2021.

111. Avcı YD. Kişisel sağlık sorumluluğu. TAF Prev Med Bull 2016;15(3):259–66. doi: 10.5455/pmb.1-1445494881

112. Brown RCH, Maslen H, Savulescu J. Responsibility, prudence and health promotion. J Public Health (Oxf). 2019 Sep 30;41(3):561-565. doi: 10.1093/pubmed/fdy113.

113. Salleh MR. Life event, stress and illness. Malays J Med Sci. 2008 Oct;15(4):9-18.

114. Folayan MO, Ibigbami O, Brown B, El Tantawi M, Aly NM, Zuñiga RAA, Abeldaño GF, Ara E, Ellakany P, Gaffar B, Al-Khanati NM, Idigbe I, Ishabiyi AO, Jafer M, Khan AT, Khalid Z, Lawal FB, Lusher J, Nzimande NP, Popoola BO, Quadri MFA, Roque M, Okeibunor JC, Nguyen AL. Fear of contagion, emotional stress and coping strategies used by adults during the first wave of the COVID-19 pandemic in Nigeria. BMC Psychiatry. 2022 Nov 24;22(1):732. doi: 10.1186/s12888-022-04360-w.

115. Durmuş M, Durar E. The Relationship between Spiritual Well-Being and Fear of COVID-19 in Individuals with Chronic Disease during COVID-19 Outbreak . Spiritual Psychology and Counseling. 2022;7(1):37-53 . doi: 10.37898/spc.2022.7.1.159

116. Heidari M, Borujeni MG, Rafiei H. The Assessment Effect of Spiritual Care on Hopelessness and Depression in Suicide Attempts. J Relig Health. 2019 Aug;58(4):1453-1461. doi: 10.1007/s10943-017-0473-2.

117. Baykal E. Boosting Resilience through Spiritual Well-being: COVID-19 Example. Bussecon Review of Social Sciences (2687-2285). 2020;2(4): 18–25. doi: 10.36096/brss.v2i4.224.

118. Kasapoğlu F. COVID-19 Salgını Sürecinde Kaygı ile Maneviyat, Psikolojik Sağlamlık ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. J Turkish Stud. 2020; 15(4):599–614. doi:10.7827/TurkishStudies.44284.

119. Roberto A, Sellon A, Cherry ST, Hunter-Jones J, Winslow H. Impact of spirituality on resilience and coping during the COVID-19 crisis: A mixed-

method approach investigating the impact on women. Health Care Women Int. 2020 Nov-Dec;41(11-12):1313-1334. doi: 10.1080/07399332.2020.1832097.

120. Leigh-Hunt N, Bagguley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, Caan W. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. Public Health. 2017 Nov;152:157-171. doi: 10.1016/j.puhe.2017.07.035.

121. Eryılmaz A, Ercan L. Investigating of the Subjective Well-Being Based On Gender, Age and Personality Traits. Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal. 2011;4(36):139-149 .

122. Poyraz A. Pandemi sürecinde hemşirelerin COVID-19 korkusu ve tükenmişliğinin bakım davranışlarına etkisi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Bursa, 2021.

123. Savucu Y. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Spor ve Rekreasyon Araştırmaları Dergisi. 2020;2(1):34-43.

124. Öğe B. , Yıldırım İ. , Gencer Y. G. , Eriş F. Covid-19 Pandemi Döneminde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi. Gaziantep Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi. 2021; 6(4): 343-358. doi:10.31680/gaunjss.1002677

125. Yalçınkaya M, Gök Özer F, Yavuz Karamanoğlu A. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Kor Hek 2007; 6 (6): 409-420.

126. Küçükberber N, Özdilli K, Yorulmaz H. Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin

değerlendirilmesi. Anadolu Kardiyol Derg 2011;11:619-26.

127. Sural V, Tamer K. Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi . Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi. 2021;26(1):163-181 .

128. Cürcani M, Tan M, Özdelikara A. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2010;9(5):487-492.

129. Mestek ML, Plaisance E, Grandjean P. The relationship between pedometer-determined and self-reported physical activity and body composition variables in college-aged men and women. J Am Coll Health. 2008 Jul-Aug;57(1):39-44. doi: 10.3200/JACH.57.1.39-44.

130. Soyuer F, Ünalan D, Elmalı F. Normal ağırlıklı ve obez üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2010;7(2):862-872.

131. Yildirim D, Yıldırım A, Ali Eryılmaz M. Sağlık çalışanlarında fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi ilişkisi. Cukurova Med J 2019;44(2):325-333. doi: 10.17826/cumj.451087

132. Kılınç F. Hemşirelerde fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. 2018. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Gaziantep, 2018.

133. Aktaş H, Şaşmaz CT, Kılınçer A, Mert E, Gülbol S, Külekçioğlu D, Kılar S, Yüce R, İbik Y, Uğuz E, Demirtaş A. Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Uyku Kalitesi İle İlişkili Faktörlerin Araştırılması. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016; 8(2): 60-70.

134. Aydin Y, Kamuk YU. Hemşirelerin Fiziksel Aktivite Düzeyleri ile Yaşam Kalitesi ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. J Sport Sci Res. 2021;6(1):88-105.

135. Özüdoğru Ebru. Üniversite personelinin fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Burdur, 2013.

136. Kolaç N, Sezer Balcı A, Şişman FN, Ataçer BE, Dinçer S. Fabrika Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı ve Sağlık Algısı Bakırköy Tıp Dergisi 2018;14:267-74. doi: 10.5350/BTDMJB.20170328092601.

137. Savaşan A, Ayten M, Ergene O. Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Umutsuzluk. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2013;(1):1-6.

138. Doğan T, Sapmaz F. Kişilerarası İlişki Tarzları Ve Öznel İyi Oluş. Türk Eğitim Bilim Derg Yaz. 2012(3):585–601.

139. Griffin JB JR. Interpersonal Relationships. In: Walker HK, Hall WD, Hurst JW, editors. Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations. 3rd ed. Boston: Butterworths; 1990. Chapter 201.

140. Toprakcı E, Meşe ÖF. Türkiye'de Bireylerin Eğitim Düzeyi ile Sağlığı Arasındaki İlişkisi: Ulusal Veriler Işığında Bir Analiz. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2019; (51): 118-143. doi:10.21764/maeuefd.552228

141. Persil Özkan Ö, Büyükünal SK, Yiğit Z, İnci Y, Şakar FŞ, Özçelik Ersü D. Kardiyovasküler hastalık tanısı almış hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Mersin Univ Saglık Bilim Derg

2019;12(1):22-31 doi:10.26559/mersinsbd.407399.

142. Luzak A, Heier M, Thorand B, Laxy M, Nowak D, Peters A, Schulz H; KORA-Study Group. Physical activity levels, duration pattern and adherence to WHO recommendations in German adults. PLoS One. 2017 Feb 28;12(2):e0172503. doi: 10.1371/journal.pone.0172503.

143. Akgün M. Covid-19 Pandemisi Sürecinde Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Ankara, 2021.

144. İşler Dalgıç A, Efe E, Kaya A, Sarvan S, Başer H. Healthy Lifestyle Behaviors in Patients with Thalassemia Major. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018; 7(1): 77-86

145. Van Domelen DR, Koster A, Caserotti P, Brychta RJ, Chen KY, McClain JJ, Troiano RP, Berrigan D, Harris TB. Employment and physical activity in the U.S. Am J Prev Med. 2011 Aug;41(2):136-45. doi: 10.1016/j.amepre.2011.

146. Alavinia SM, Burdorf A. Unemployment and retirement and ill-health: a cross-sectional analysis across European countries. Int Arch Occup Environ Health. 2008 Oct;82(1):39-45. doi: 10.1007/s00420-008-0304-6.

147. Yılmazel G, Naçar M, Çetinkaya F. Bir sanayi kuruluşunda çalışan işçilerin sağlığı geliştirme davranışları. TAF Prev Med Bull 2015;14(2):161-170.

148. Esin MN, Aktaş E. Çalışanların Sağlık Davranışları ve Etkileyen Faktörler: Sistematik İnceleme. Florence Nightingale Journal of Nursing, 2012;20(2):166-176.

149. Hwang WJ, Hong OS, Rankin SH. Predictors of health-promoting behavior associated with cardiovascular diseases among Korean blue-collar workers. Asia Pac J Public Health. 2015 Mar;27(2):NP691-702. doi: 10.1177/1010539513500338.

150. Tirgari B, Khaksari M, Soltani Z, Mirzaee M, Saberi S, Bashiri H. Spiritual Well-being in Patients with Chronic Diseases: A Systematic Review and Meta-analysis. J Relig Health. 2022 Oct;61(5):3969-3987. doi: 10.1007/s10943-022-01595-5.

151. Başarır S, Çınar Pakyüz S. Hemodiyaliz Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi. 2015; 10(1): 19-31.

152. Özkan S, Yılmaz E. Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları/The Health-Promoting Lifestyles of Nurses Working at Hospital. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2008;3(7):89-105.

153. Larsson SC, Kaluza J, Wolk A. Combined impact of healthy lifestyle factors on lifespan: two prospective cohorts. J Intern Med. 2017 Sep;282(3):209-219. doi: 10.1111/joim.12637.

154. Jayawardena R, Sooriyaarachchi P, Chourdakis M, Jeewandara C, Ranasinghe P. Enhancing immunity in viral infections, with special emphasis on COVID-19: A review. Diabetes Metab Syndr. 2020 Jul-Aug;14(4):367-382. doi: 10.1016/j.dsx.2020.04.015.

155. Aygar, Hatice et al. “Assessment of health-promoting lifestyle behaviors of adults living in the semi-rural area.” Northern clinics of Istanbul vol. 6,1 13-20. 19 Feb. 2019, doi:10.14744/nci.2017.19327

156. Pirincci E, Rahman S, Durmuş AB, Erdem R. Factors affecting health-promoting behaviours in academic staff. Public Health. 2008 Nov;122(11):1261-3. doi: 10.1016/j.puhe.2008.04.006.

157. Şimşekoğlu N, Mayda A. Bir Üniversite Hastanesinde Görevli Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Kaygısı Düzeyleri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2016; 6(1): 19-29.

158. Eshah NF. Lifestyle and health promoting behaviours in Jordanian subjects without prior history of coronary heart disease. Int J Nurs Pract. 2011 Feb;17(1):27-35. doi: 10.1111/j.1440-172X.2010.01902.x.

EKLER

Ek 1 Araştırma Anket Formu

Bu çalışmayla, ÇOMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak covid-19 korkusu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki araştırılacaktır. Katılımınız bu konudaki literatür verilerinin genişletilmesine katkı sağlayacaktır. Aşağıdaki soruların tarafınızca eksiksiz cevaplanması çalışmamız için önemlidir. Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

1. Yaşınız: ……	**2.Cinsiyetiniz** :	☐Erkek	☐Kadın **Hamile misiniz?** ☐Evet ☐Hayır		
3. Boyunuz: ……cm	**4.Kilonuz**: …… Kg				
5.Medeni Durumunuz:	☐Evli	☐Bekar	☐Boşanmış / Dul		
6.Çocuğunuz var mı ?	☐Hayır	☐Evet **Kaç çocuğunuz var?** ……			
7.Eğitim durumunuz ?	☐İlköğretim	☐ Lise	☐Üniversite	☐Yüksek lisans/Doktora	
8.Mesleğiniz ?	☐Ev hanımı	☐Memur	☐Özel sektör	☐ İşçi	Diğer…… ……
9.Çalışma durumunuz ?	☐Çalışıyor (iş yeri)	☐Çalışıyor(evden)	☐Çalışmıyor	☐ Emekli	
10.Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz ?	☐İyi	☐Orta	☐Kötü		

11.Yaşadığınız bölge:	☐Şehir merkezi (il/ilçe)	☐Kasaba/ Köy		
12. Sürekli temas halinde olduğunuz, birlikte yaşadığınız ve/veya bakım vermeniz gereken 65 yaş üstü veya Covid-19 açısından riskli kronik hastalığı olan yakınınız var mı?			☐Evet	☐Hayır
13. Sigara kullanıyor musunuz ?	☐Hayır, hiç kullanmadım.		☐Hayır, bırakalı 6 aydan fazla oldu.	
	☐Hayır, bırakalı henüz 6 ay olmadı.		☐Evet kullanıyorum.	
14. Alkol kullanıyor musunuz ?	☐Hayır	☐Sadece sosyal ortamlarda kullanırım	☐Evet düzenli kullanırım	
15. Aşağıda belirtilen covid-19 için riskli olarak belirlenen kronik hastalıklardan bir veya daha fazlasına sahip misiniz (birden fazla yanıt verilebilir)?	☐ Kronik hastalığım yok ☐ Hipertansiyon ☐ Diyabet ☐ Kronik kalp hastalığı ☐ Kronik böbrek hastalığı	☐ Kronik akciğer hastalığı (KOAH, astım vb.) ☐ Serebrovasküler hastalık (inme, beyin kanaması vb.) ☐ Kas-iskelet sistemi hastalığı (romatizma vb.) ☐ Kanser ☐ Organ nakli ☐ Diğer……		
16. Covid-19 şüphesiyle hiç test yaptırdınız mı ?	☐Hayır	☐Evet **Kaç kere test yaptırdınız?** ……		
17. Pandemi sürecinde hiç Koronavirüs tanısı/tedavisi aldınız mı ?	☐ Koronavirüse hiç yakalanmadım. ☐ Koronavirüs teması nedeniyle evde izolasyonda kaldım, tedavi almadım. ☐ Koronavirüs tanısı aldım ilaç tedavisi almadım. ☐ Koronavirüs ilaç tedavisini evde izolasyon altında aldım. ☐ Koronavirüs ilaç tedavisini hastanede yatarak aldım.			
18. Covid-19 aşısı oldunuz mu ?	☐ Hayır	☐ Evet Hangi aşıları kaç doz oldunuz? Sinovac (Çin aşısı) ……doz Biontech (Alman aşısı) …… doz Diğer ……. aşısı …… doz		
19. Birlikte yaşadığınız bireyler veya yakınlarınız arasında Covid-19 tanısı alan oldu mu?			☐Evet	☐Hayır
20. Cevabınız evet ise bu kişi/kişiler Covid-19 enfeksiyonunu nasıl geçirdi (birden fazla yanıt verilebilir) ?	☐ Evde geçirdi ☐ Yoğun bakımda geçirdi		☐ Hastanede yatarak geçirdi. ☐ Vefat etti.	
21. Pandemi döneminde Aile hekiminize başvurularınızda/ takiplerinizde aksama oldu mu ?	☐ Hiç aksamadı ☐Aksadı		☐Kısmen aksadı ☐Çok aksadı	

COVID-19 KORKUSU ÖLÇEĞİ

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

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Koronavirüsten (Covid-19) çok korkuyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Koronavirüsü düşünmek beni rahatsız ediyor.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Koronavirüsü düşündüğümde ellerim soğuk soğuk terliyor.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Koronavirüs nedeniyle hayatımı kaybetmekten korkuyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Sosyal medyada koronavirüsle ilgili hikayeleri ve haberleri gördüğümde gerilir veya endişelenirim.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Koronavirüse yakalanacağım korkusundan dolayı uyuyamıyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
7	Koronavirüse yakalanacağımı düşündüğümde kalbim hızla çarpmaya başlıyor.	☐	☐	☐	☐	☐

	Değerli katılımcı, aşağıda sizin yaşam biçiminizi ve alışkanlıklarınızı içeren sorular bulunmaktadır. Lütfen her soruyu dikkatlice cevaplandırınız ve hiçbiri soruyu atlamamaya dikkat ediniz. Her davranışınızın ne sıklıkla olduğunu; Hiçbir Zaman, Bazen, Sık sık ve Düzenli olarak maddelerinden birini işaretleyerek belirtiniz.	Hiçbir	Bazen	Sık sık	Düzenli
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.	☐	☐	☐	☐
2	Yağı düşük, doymuş yağı düşük, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.	☐	☐	☐	☐
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.	☐	☐	☐	☐
4	Düzenli bir egzersiz programı uygularım.	☐	☐	☐	☐
5	Yeterince uyurum.	☐	☐	☐	☐
6	Olumlu yönde değiştiğimi, geliştiğimi hissederim.	☐	☐	☐	☐
7	İnsanları başarıları için takdir ederim.	☐	☐	☐	☐
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım.	☐	☐	☐	☐
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programlar izler ve bu konularla ilgili kitaplar okurum.	☐	☐	☐	☐
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans vb.).	☐	☐	☐	☐
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.	☐	☐	☐	☐
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.	☐	☐	☐	☐
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.	☐	☐	☐	☐
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.	☐	☐	☐	☐
15	Sağlık personeline önerilerini almak için soru sorarım.	☐	☐	☐	☐
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla yürürüm.).	☐	☐	☐	☐
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.	☐	☐	☐	☐
18	Geleceğe umutla bakarım.	☐	☐	☐	☐
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.	☐	☐	☐	☐
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim.	☐	☐	☐	☐
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.	☐	☐	☐	☐

22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.	☐	☐	☐	☐
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.	☐	☐	☐	☐
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim.	☐	☐	☐	☐
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.	☐	☐	☐	☐
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim.	☐	☐	☐	☐
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.	☐	☐	☐	☐
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.	☐	☐	☐	☐
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.	☐	☐	☐	☐
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.	☐	☐	☐	☐
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım.	☐	☐	☐	☐
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt ve peynir tüketirim.	☐	☐	☐	☐
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.	☐	☐	☐	☐
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim).	☐	☐	☐	☐
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim.	☐	☐	☐	☐
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.	☐	☐	☐	☐
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım.	☐	☐	☐	☐
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.	☐	☐	☐	☐
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.	☐	☐	☐	☐
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.	☐	☐	☐	☐
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.	☐	☐	☐	☐
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.	☐	☐	☐	☐
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.	☐	☐	☐	☐
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.	☐	☐	☐	☐
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.	☐	☐	☐	☐
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.	☐	☐	☐	☐
47	Yorulmaktan kendimi korurum.	☐	☐	☐	☐
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım.	☐	☐	☐	☐
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.	☐	☐	☐	☐
50	Kahvaltı yaparım.	☐	☐	☐	☐
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.	☐	☐	☐	☐
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.	☐	☐	☐	☐

Ek 2 Etik Kurul Onayı

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-18920478-050.01.04-2100242389 17.12.2021
Konu : Başvuru İncelemesi(Dr. Öğr. Üyesi Murat TEKİN)

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Murat TEKİN

Yürütücülüğünü yapmış olduğunuz "Covid-19 Korkusu İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı 2011-KAEK-27/2021-2100231741 nolu projeniz ile ilgili olarak Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun almış olduğu 15.12.2021 tarih ve 10-21 nolu kararı aşağıdadır.

Bilgilerinize rica ederim.

Karar Tarihi: 15.12.2021
Karar No : 2021-10

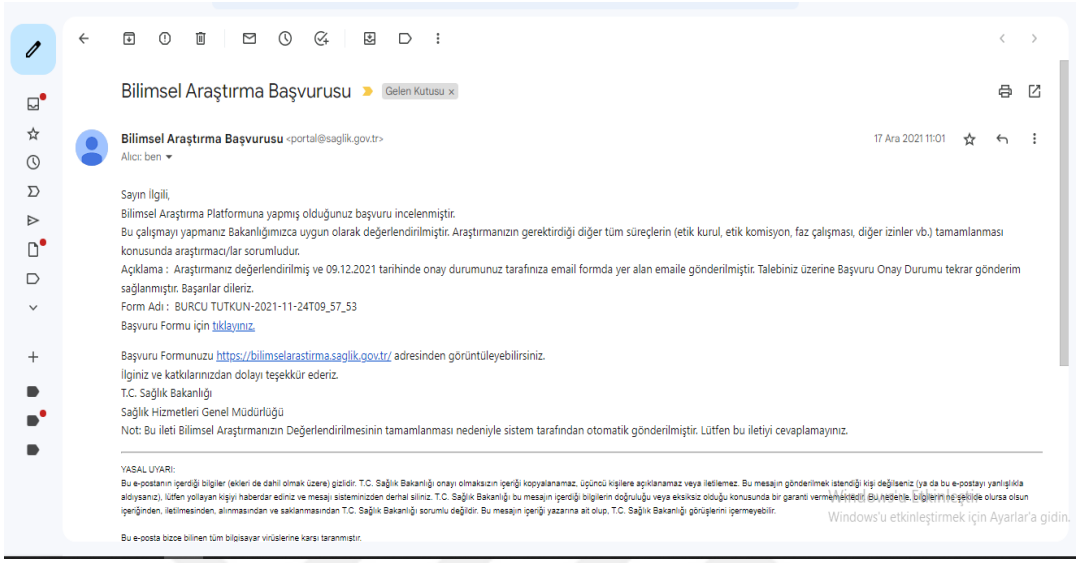
Karar-21)2011-KAEK-27/2021-2100231741 no'lu araştırma Etik Kurul üyeleri tarafından değerlendirilmiştir. Yardımcı araştırmacı Arş. Gör. Dr. Burcu TUTKUN' nun sunumunun dinlenmesinin ve raporlörün hazırladığı değerlendirmenin okunması sonrasında yapılan oylamada **"ETİK KURUL ONAYINI ALIR."** Kararı verilmiştir.

Prof. Dr. Coşkun SILAN
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: P99UAH4 Belge Takip Adresi: dogrulama.comu.edu.tr

Adres: Onsekiz Mart Üniversitesi Terzioğlu Yerleşkesi Çanakkale
Telefon No: (0 286) 2180018
e-Posta:
Kep Adresi: comu@hs01.kep.tr
Faks No:
İnternet Adresi: https://www.comu.edu.tr
Bilgi için : Kadir Yılmaz
Sekreter
Telefon No:

Ek 3 Sağlık Bakanlığı Covid-19 Bilimsel Araştırma İzni



Bilimsel Araştırma Başvurusu

Gelen Kutusu ×

Bilimsel Araştırma Başvurusu <portal@saglik.gov.tr> 17 Ara 2021 11:01

Alıcı: ben

Sayın İlgili,
Bilimsel Araştırma Platformuna yapmış olduğunuz başvuru incelenmiştir.
Bu çalışmayı yapmanız Bakanlığımızca uygun olarak değerlendirilmiştir. Araştırmanızın gerektirdiği diğer tüm süreçlerin (etik kurul, etik komisyon, faz çalışması, diğer izinler vb.) tamamlanması konusunda araştırmacı/lar sorumludur.
Açıklama : Araştırmanız değerlendirilmiş ve 09.12.2021 tarihinde onay durumunuz tarafınıza email formda yer alan emaile gönderilmiştir. Talebiniz üzerine Başvuru Onay Durumu tekrar gönderim sağlanmıştır. Başarılar dileriz.
Form Adı : BURCU TUTKUN-2021-11-24T09_57_53
Başvuru Formu için tıklayınız.

Başvuru Formunuzu https://bilimselarastirma.saglik.gov.tr/ adresinden görüntüleyebilirsiniz.
İlginiz ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.
T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Not: Bu ileti Bilimsel Araştırmanızın Değerlendirilmesinin tamamlanması nedeniyle sistem tarafından otomatik gönderilmiştir. Lütfen bu iletiyi cevaplamayınız.

YASAL UYARI:
Bu e-postanın içeriği bilgiler (ekleri de dahil olmak üzere) gizlidir. T.C. Sağlık Bakanlığı onayı olmaksızın içeriği kopyalanamaz, üçüncü kişilere açıklanamaz veya iletilemez. Bu mesajın gönderilmek istendiği kişi değilseniz (ya da bu e-postayı yanlışlıkla aldıysanız), lütfen yollayan kişiyi haberdar ediniz ve mesajı sisteminizden derhal siliniz. T.C. Sağlık Bakanlığı bu mesajın içeriği bilgilerin doğruluğu veya eksiksiz olduğu konusunda bir garanti vermemektedir. Bu nedenle, bilgilerin ne şekilde olursa olsun içeriğinden, iletilmesinden, alınmasından ve saklanmasından T.C. Sağlık Bakanlığı sorumlu değildir. Bu mesajın içeriği yazarına ait olup, T.C. Sağlık Bakanlığı görüşlerini içermeyebilir.

Bu e-posta bizce bilinen tüm bilgisayar virüslerine karşı taranmıştır.

Windows'u etkinleştirmek için Ayarlar'a gidin.