



T. C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ADANA ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN YAŞLILARDA
FİZİKSEL VE SOSYAL AKTİVİTELERİN AKIL VE
RUH SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİNİN
ARAŞTIRILMASI**

Dr. Erdem UZMEN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ADANA/2021



T. C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ADANA ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN YAŞLILARDA
FİZİKSEL VE SOSYAL AKTİVİTELERİN AKIL VE
RUH SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİNİN
ARAŞTIRILMASI**

Dr. Erdem UZMEN

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Hüseyin AKSOY

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ADANA/2021

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince kendisinden hekimlik ve hayata dair çok şey öğrendiğim, hoşgörü ve nezaketini bizden hiçbir zaman esirgemeyip tez sürecimde de bana her konuda yardımcı olan çok değerli hocam ve tez danışmanım Uzm. Dr. Hüseyin Aksoy'a,

Beni Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki uzmanlık eğitimine kabul eden, kendisinden çok şey öğrendiğim, bilgisi ve tecrübeleriyle bizlere yol gösteren değerli hocam Doç. Dr. Kenan Topal'a,

Hayatım boyunca sevgilerini, desteklerini her daim yanımda hissettiğim ve benim bu günlere gelmemde en büyük pay sahibi olan değerli aileme,

Uzmanlık eğitimim süresince birlikte nice problemleri çözüp nice maceralara beraber koştuğumuz, desteğini hiç esirgemeyen, birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum değerli arkadaşım Dr. Zeynel Tolga Kayan'a,

Yaşadığım her türlü zorlukta yanımda olan, mutluluğu da hüznü de beraber yaşayabildiğim canımın içinde canım ikiz kardeşim Ersin Uzman'e

Teşekkürü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar LİSTESİ.....	iv
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT	viii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Yaşlılık	2
2.2. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık	2
2.3. Yaşlılık ve Sağlık	4
2.4. Yaşlılarda Depresyon	5
2.4.1. Depresyon Tanımı.....	5
2.4.2. Depresyon Etiyolojisi	5
2.4.3. Depresyon Epidemiyoloji	6
2.4.4. Yaşlılıkta Depresif Bozukluklar İçin Risk Faktörleri (32):	7
2.4.5. Depresyon Tanı ve Değerlendirmesi	7
2.5. Hafif Kognitif Bozukluk	8
2.6. Demans	8
2.6.1. Demansın Tanımı Önemi ve Epidemiyolojisi	8
2.6.2. Alzheimer Hastalığı	9
2.6.3. Demans Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler.....	10
2.6.3.1. Demanstan Korunma Yöntemleri (53).....	11
2.6.4. Birinci Basamakta Demansın Önemi.....	12
2.7. Yaşlılarda Fiziksel Aktivite.....	13
2.7.1. Fiziksel Aktivite Şiddeti	13
2.7.1.1. Metabolik Eşdeğer (MET)	14
2.7.2. Fiziksel Aktivitenin Sağlık Üzerine Etkileri.....	15
2.7.3. Fiziksel Aktivitenin Yararlı Etkileri Konusundaki Kanıtlar (64)	15
2.7.4. Fiziksel Aktivite Öncesi Değerlendirme.....	16
2.7.5. Fiziksel Aktivite Seçimi.....	16

2.8. Aile Hekimliği Tanımı, Disiplinin Özellikleri ve Yaşlı Sağlığındaki Rolü	17
2.8.1. Birinci Basamak Yönetimi	18
2.8.2. Kişi Merkezli Bakım.....	18
2.8.3. Özgül Sorun Çözme Becerileri	19
2.8.4. Kapsamlı Yaklaşım.....	19
2.8.5. Toplum Yönelimli Olma.....	19
2.8.6. Bütüncül Yaklaşım	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
3.1. Araştırmada Kullanılan Ölçekler.....	21
3.1.1. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi	21
3.1.2. Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Form	23
3.1.3. Standardize Mini Mental Test.....	23
3.2. İstatistiksel Analizler	23
4.BULGULAR	25
5. TARTIŞMA	72
6. SONUÇLAR	80
7. ÖNERİLER	81
KAYNAKLAR	82
ÖZGEÇMİŞ.....	89
EKLER.....	90

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri.....	25
Tablo 2. Hastaların antropometrik verileri	26
Tablo 3. Katılımcıların kronik hastalık sayıları.....	27
Tablo 4. Kişilerin kronik hastalık durum verileri.....	27
Tablo 5. Katılımcıların uyku kalitesinin değerlendirilmesine yönelik sorular tablosu.....	28
Tablo 6. Katılımcıların sosyal yönden değerlendirilmesi.....	31
Tablo 7. Katılımcıların bazı günlük yaşam aktiviteleri sorgulaması.....	32
Tablo 8. Katılımcıların bazı sosyal yönden değerlendirmesi verileri ile depresyon risklerinin karşılaştırılma tablosu	33
Tablo 9. Katılımcıların bazı sosyal yönden değerlendirmesi verileri ile kognitif bozukluk risklerinin karşılaştırılma tablosu.....	34
Tablo 10. Katılımcıların bazı günlük yaşam aktiviteleri verileri ile depresyon risklerinin karşılaştırılma tablosu	36
Tablo 11. Katılımcıların bazı günlük yaşam aktiviteleri verileri ile kognitif bozukluk risklerinin karşılaştırılma tablosu	38
Tablo 12. Kişilerin uyku durumu ile ilgili verilerin depresyon riski yönünden karşılaştırılması tablosu	39
Tablo 13. Kişilerin uyku durumu ile ilgili verilerin kognitif bozukluk riski yönünden karşılaştırılması tablosu	40
Tablo 14. Cinsiyete göre katılımcıların uyku kalitesi iyilik hissi, bazı sosyal yönden değerlendirmesi verileri ve bazı günlük yaşam aktiviteleri verilerinin karşılaştırılması tablosu	43
Tablo 15. Cinsiyete göre IPAQ, GDS, SMMT skorlarının karşılaştırılması tablosu	44
Tablo 16. Medeni duruma göre katılımcıların uyku kalitesi iyilik hissi, bazı sosyal yönden değerlendirilmesi verileri ve bazı günlük yaşam aktiviteleri verilerinin karşılaştırılması tablosu.....	47
Tablo 17. Medeni duruma göre IPAQ, GDS, SMMT skorlarının karşılaştırılması tablosu.....	48

Tablo 18. Kimle yaşadığına göre katılımcıların uyku kalitesi iyilik hissi, bazı sosyal yönden değerlendirmesi verileri ve bazı günlük yaşam aktiviteleri verilerinin karşılaştırılması tablosu.....	51
Tablo 19. Kiminle yaşadığına göre IPAQ, GDS, SMMT skorlarının karşılaştırılması tablosu.....	52
Tablo 20. Eğitim durumuna göre katılımcıların uyku kalitesi iyilik hissi, bazı sosyal yönden değerlendirmesi verileri ve bazı günlük yaşam aktiviteleri verilerinin karşılaştırılması tablosu.....	55
Tablo 21. Eğitim durumu göre IPAQ, GDS, SMMT skorlarının karşılaştırılması tablosu.....	56
Tablo 22. Çalışma durumuna göre katılımcıların uyku kalitesi iyilik hissi, bazı sosyal yönden değerlendirmesi verileri ve bazı günlük yaşam aktiviteleri verilerinin karşılaştırılması tablosu.....	59
Tablo 23. Çalışma durumuna göre IPAQ, GDS, SMMT skorlarının karşılaştırılması tablosu.....	60
Tablo 24. Gelir durumuna göre katılımcıların uyku kalitesi iyilik hissi, bazı sosyal yönden değerlendirmesi verileri ve bazı günlük yaşam aktiviteleri verilerinin karşılaştırılması tablosu.....	62
Tablo 25. Katılımcıların gelir durumu göre IPAQ, GDS, SMMT skorlarının karşılaştırılması tablosu	63
Tablo 26. Katılımcıların vücut kitle indeksine (VKİ) göre bazı uyku kalitesi sorgulamasına ilişkin verilerinin karşılaştırılması tablosu	64
Tablo 27. Katılımcıların vücut kitle indeksine göre IPAQ ölçek kategorilerinin karşılaştırılması tablosu	65
Tablo 28. Kronik hastalık durumuna göre katılımcıların uyku kalitesi iyilik hissi, bazı sosyal yönden değerlendirmesi verileri ve bazı günlük yaşam aktiviteleri verilerinin karşılaştırılması tablosu	68
Tablo 29. Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre IPAQ ölçek kategorilerinin karşılaştırılması tablosu	69
Tablo 30. Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre GDS VE SMMT ölçek puanlarının karşılaştırılması tablosu	69
Tablo 31. Değişkenler arası korelasyon analizi	71

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Wonca ağacı.....	18
Şekil 2. Depresyon riskine göre verilerin dağılımı	29
Şekil 3. Kognitif bozukluk riskine göre verilerin dağılımı	29
Şekil 4. Fiziksel aktivite durumuna göre verilerin dağılımı	30



ÖZET

Giriş ve Amaç: Toplumumuzda yaşlı nüfusun giderek artmasından dolayı depresyon ve demans gibi sağlık sorunlarına daha sık rastlanmaktadır. Literatürde bazı fiziksel ve sosyal müdahalelerin depresyon ve demans üzerine olumlu etkilerini gösteren çalışmalar mevcuttur. Biz de bu çalışmada bölgemizdeki yaşlılarda fiziksel aktivite düzeyinin, kişilerin çevresindeki insanlarla iletişim sıklığının, sosyal desteğin, uykunun ve bazı boş zaman aktivitelerinin (kitap okumak, tv izlemek, internet kullanmak, bitki/hayvan yetiştirmek vb.) kişilerin akıl ve ruh sağlığı üzerine olan etkisini araştırmayı amaçladık.

Materyal ve Metod: Bu araştırma 1 Kasım 2020-31 Aralık 2020 tarihleri arasında Yenibey Mah. 2 No'lu ASM ye başvuran 165 yaşlı hasta üzerinde yapılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik verileri, uyku kalitesi, sosyal yaşantıları ve boş zaman aktivitelerine ait verileri sorgulandıktan sonra tüm katılımcılara geriatrik depresyon ölçeği kısa formu, standardize mini mental test ve uluslararası fiziksel aktivite anketi uygulanmıştır. $P<0,05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 72,04 idi. %50,3' ü ($n=83$) erkek, %45,5'i ($n=75$) ortaokul veya lise mezunu, %13,9'u ($n=23$) halen bir işte çalışmaktaydı. Katılımcıların %32'sinde depresyon riski, %13,9'unda ise demans riski mevcuttu. Fiziksel aktivite durumları %51,5'inde inaktif, %36,4'ünde minimal aktif, %12,1'inde çok aktif olarak bulunmuştur. Sosyal ağ, fiziksel aktivite düzeyi ve boş zaman aktiviteleri (kitap okumak, tv izlemek, internet kullanmak, bitki/hayvan yetiştirmek vb.) arttıkça depresyon ve demans riski azaltılmaktaydı ($P<0,05$).

Sonuç: Çalışmamızda ve birçok başka literatürde yaşlılarda depresyon ve demans riskini düşürdüğü gözlenen fiziksel aktivite ve sosyal faaliyetler bu yaş grubundaki kişilerde ısrarlı bir şekilde teşvik edilmelidir. Bu bağlamda yaşlılar her fırsatta bilgilendirilmeli ve tüm imkanlar yaşlıların daha aktif bir fiziksel ve sosyal yaşama ulaşması için kullanılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Yaşlı, Fiziksel aktivite düzeyi, Akıl sağlığı

ABSTRACT

Introduction and purpose: Due to the increasing elderly population in our society, health problems such as depression and dementia are more common. There are studies in the literature showing the positive effects of some physical and social interventions on depression and dementia. In this study which we aimed to research, we investigated the effects of physical activity level, frequency of communication with people around people, social support, sleep and some leisure activities (reading books, watching TV, using the internet, growing plants/animals, etc.) in the elderly in our region on mental and mental health.

Material and Method: This research was conducted between November 1, 2020 and December 31, 2020 at Yenibey Mah. It was conducted on 165 elderly patients who applied to FHC No. 2. After questioning the participants' sociodemographic data, sleep quality, social life and leisure activities; a short form of geriatric depression scale, standardized mini-mental test and international physical activity questionnaire were applied to all participants. A value of $P < 0.05$ was considered significant.

Results: The mean age of the participants was 72.04. 50.3% ($n=83$) were male, 45.5% ($n=75$) were secondary or high school graduates, and 13.9% ($n=23$) were still working. There was a risk of depression in 32% of the participants, and a risk of dementia in 13.9%. Physical activity states were found to be inactive in 51.5%, minimally active in 36.4%, and very active in 12.1%. As social networking, physical activity level and leisure activities (reading books, watching TV, using internet, growing plants/animals, etc.) increased, the risk of depression and dementia decreased ($P < 0.05$).

Result: Physical activity and social activities, which have been observed to reduce the risk of depression and dementia in the elderly in our study and in many other literatures, should be persistently encouraged in this age group. In this context, the elderly should be informed at every opportunity and all opportunities should be used for the elderly to reach a more active physical and social life.

Keywords: Elderly, Physical activity level, Mental health

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Aile hekimliği birimleri, sağlık hizmetlerinde birinci basamağı oluşturup, takip edilen yaşlılarda akıl ve ruh sağlığı durumlarının uzerinde durulması ve yaşlıların yaşam kalitesi uzerine olan etkilerinin incelenmesi ve bu hastalıkların oluşmadan engellenmesi veya ilerlemesinin durdurulması hususunda btyyk rol uştlenmektedir. Giderek artış gosteren yaşlı nufusu ve buna bağlı yaşlılarda gyzlenen sağlık sorunlarının oluşturduğu ekonomik ve sosyal yuku azaltmak amacıyla şimdiye kadar yapılan bazı çalışmalardan elde edilen sonuçlardan bazı fiziksel ve sosyal girişimlerin olumlu sonuçlar verdiği gorylmuyştur (1). Orneğin; Bellou ve arkadaşlarının çevresel etmenler ve yaşlılarda demans arasındaki ilişkiyi incelemek için yaptıkları meta analiz çalışmasında katılımcıların sosyal temas sıklığı arttıkça depresyon, Alzheimer ve demans riskinde duyşuş olduğu rapor edilmiştir. Ancak bu girişimler toplumlara gore farklı sonuçlar doğurabilir biz de yaptığımız bu çalışmada bolyemizdeki yaşlılarda fiziksel aktivite duzeyinin, kişilerin çevresindeki insanlarla iletişim sıklığının, sosyal desteğin, uykunun ve bazı boş zaman aktivitelerinin (kitap okumak, televizyon izlemek, internet kullanmak, bitki/hayvan yetiştirmek vb.) kişilerin akıl ve ruh sağlığı uzerine olan etkisini araştırmayı amaçladık.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık

Yaşlanma yaşlılık ile başlamış olan bir dönem değil, doğumdan itibaren başlayan bir süreçtir. Yaşlılığın biyolojik, kronolojik, psikolojik ve sosyolojik olmak üzere birden fazla tanımı mevcuttur. Kronolojik yaşlanma: Kişilerin takvim yılına göre yaşlanmasını ifade eder. Biyolojik yaşlanma: Hücre sayısında, hücrelerin fonksiyonlarında, organ fonksiyonlarında gerileme olması ve böylelikle vücudun yapısal ve işlevsel olarak değişim geçirmesi anlamına gelir. Psikolojik yaşlanma: Zekâ, bellek gibi alanlarda fonksiyonların azalması ile birlikte davranış değişikliklerinin de görüldüğü yaşlanmadır. Sosyolojik yaşlanma: Bireyin sosyal olarak toplumda rol ve statüsünün değişmesiyle ortaya çıkan sosyal işlerinde enerjisinin ve kabiliyetinin azalarak kaybolmasıyla ortaya çıkan yaşlanmadır (2). Tek başına kronolojik yaşın günümüz şartlarında yeterli bilgi vermemesi sebebiyle yaşlanmanın biyolojik, psikolojik ve sosyolojik yönlerinin de ele alınması ihtiyaç olmuştur (3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlanmayı kronolojik yaşa göre sınıflandırmaktadır. 65-74 yaş arası genç yaşlı; 75-84 yaş arası orta yaşlı; 85 yaş ve üstünü de çok yaşlı olarak tanımlamaktadır (4).

2.2. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık

Yaşlılık insanlar için olmasıyla birlikte, toplumlar içinde geçerli bir kavramdır. Bir toplumda çeşitli etkenler sebebiyle doğurganlık ve ölüm hızının düşmesi, nüfusun yaşlanmasına yol açmaktadır. Toplumlar yaşlı popülasyon açısından dört gruba ayrılırlar:

1. Genç toplumlar: altmış beş yaş üzeri nüfus %4'den azdır.
2. Erişkin toplumlar: altmış beş yaş üzeri nüfus %4–7 arasındadır.
3. Yaşlı toplumlar: altmış beş yaş üzeri nüfus %7–10 arasındadır.
4. Çok yaşlı nüfus: altmış beş yaş üzeri nüfus %10 üzerindedir.

Toplumsal yaşlanma farklı yönlerden ele alınarak açıklanabilir. Doğurganlık, ölüm veya göç olaylarına ait istatistikler kullanılarak toplumsal yaşlanmaya ışık tutulabilir. Toplumların yaşlanması "geri çevrilebilir" özelliğe sahip olmasıyla insanların yaşlanmasından ayrılır. Yapılan istatistiksel araştırmalar tüm dünyada, yukarıdaki tanımla, yaşlı insan sayısının ve oranının arttığını göstermektedir. Yaşı

65' in üzerinde olan insan sayısı gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde, gelişmiş ülkelerdekinden daha hızlı bir artış göstermektedir. Toplumdaki yaşlı insan oranı, toplumun yaşlılık derecesini belirleyen bir kriter olarak kullanılmaktadır. Yaşlılık, zamana ve mekana bağlı olarak değişen bir kavramdır. Nüfus piramidi; bir toplumun yaş yapısını ortaya koymak için en sık tercih edilen metotlardan biridir. Nüfus piramidi, nüfusu yaş, cinsiyet, evlilik, uğraş, etnik özellik vb. yönlerden ele alarak, nüfus dağılımını bir çizelge şeklinde gösterir. Toplumsal yaşlanma tanımlanırken ve ölçülürken özellikle iki değişken sık olarak kullanılır. Bu konu hakkında yazılan çalışmaların çoğunda toplumsal yaşlanma "belli bir yaşın üzerindeki nüfus oranı" olarak tanımlanmaktadır. Bu biçimde bir toplumsal yaşlanmanın var olması için 60 veya 65 yaşın üstünde nüfus oranında artış olması gerekir. Eğer böyle bir artış meydana gelmişse toplumsal yaşlanmanın varlığından söz edilir. Örneğin iki farklı nüfus bütünü olarak A ve B seçmiş olalım. Bu iki gruptan hangisinde 60 veya 65 yaş oranı daha yüksek ise o toplumun daha yaşlı olduğu kanaatine varılır (5). DSÖ 2025 yılında tahmini 1,2 milyar insanın 60 yaş ve üzeri yaşta olacağını öngörmektedir (6). 2050 yılında ise 60 yaş ve üzeri yaşlı nüfusunun 2 milyar, yaşlı nüfus oranının %21,1 olacağı tahmin edilmektedir (7,8). Dünyadaki yaşlı nüfusu hem mutlak hem de göreceli olarak artış göstermektedir. Yaşlı nüfusundaki bu artış çeşitli sebeplerle ilişkilendirilebilir. Birincisi, sağlık alanındaki gelişmelere bağlı ölüm oranındaki düşüş, dolaylı olarak bireylerin yaşam süresinin uzamasına ve yaşam kalitesinin artmasına, ve yaşlı nüfusun artmasına neden olmaktadır. İkincisi ise, doğum oranıdır. Azalan doğum oranı ve ülkelerin nüfus politikaları da toplumlarda yaşlı oranını arttıran önemli bir faktördür (9). Yaşam süresinin uzaması da nüfusun yaşlanmasında önemli bir nedendir. Mortalite seviyesi yüksek olan bazı hastalıklarda başarılı tedavi yaklaşımlarının bulunmuş olması, genç yaştaki ölümleri azaltmış ve böylelikle daha fazla kişinin ileri yaşlara ulaşmasına olanak sağlamıştır. Kazaların ve savaşların azalması da toplumların ömürlerinin uzamasında bir faktör olmuştur (10). Avrupa bölgesi, %20'lik yaşlı oranıyla dünyanın en yaşlı toplumu olarak ön plana çıkmış olup, gelecek 15 yıl içinde yaşlı nüfus oranının daha da yükselip %29'lara ulaşması tahmin edilmektedir (11). Yapılan araştırmalar, ülkemizin yeni bir demografik yapıya geçmekte olduğunu göstermektedir. 2005 yılında Türkiye'de %5,7 olan 65 yaş ve üzeri nüfus oranının 2050 yılında %17,6'ya yükseleceği tahmin edilmektedir

(12). Türkiye nüfusu hakkında en güncel veri tabanı olan Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) 2020 yılı sonuçlarına göre toplam nüfus 83.614.362 kişi olup nüfusun %9,5'i 65 yaş ve üzeri grubunda bulunmaktadır. Mevcut demografik eğilimlerin süreceleceği varsayımından harekete çıkılarak yapılan hesaplamalar, 21. yüzyılın tüm dünyadaki beklentilere paralel olarak Türkiye'de de yaşlı yüzyılı olacağını öngörmektedir (12).

2.3. Yaşlılık ve Sağlık

DSÖ'ye göre sağlık bireyin beden, ruhen ve sosyal olarak tam bir iyilik hali içerisinde olması olarak tanımlanmıştır (14). Asıl hedef uzun ömürden ziyade kaliteli bir yaşam süresi geçirmek olmalıdır. Günümüzde toplumun ortak düşüncesi sağlıklı yaşamın uzun yaşamdan çok daha önemli olduğu yönündedir. Genç nüfus için sağlık açısından yaklaşım tedavi iken, yaşlılarda yaşam kalitesinin belli düzeyde korunması olarak düşünülebilir.

Kaliteli bir yaşlanma için sadece metabolik olarak değil aynı zamanda sosyal ve psikolojik olarak tam bir iyilik halinin devam etmesi gerekir. Bu iyilik halinin devamını gösteren bazı göstergeler mevcuttur. Bunlar; uzun yaşam, biyolojik ve mental sağlık, bilişsel yeterlilik, sosyal yeterlilik ve üretkenlik, kişisel kontrol ve yaşamdan haz duymadır (15). Yaşlılıkla beraber bazı kronik rahatsızlıkların görülme sıklığı artabilmektedir. Bunlar arasında kanser, diyabet, kalp ve damar hastalıkları, kronik akciğer hastalıkları, demans, depresyon ve anksiyete gibi hastalıklar sayılabilir. Bu hastalıklar dışında kişilerde sigara kullanımı, sedanter yaşam tarzı, obezite, bilinçsiz beslenme gibi eşlik eden faktörlerin varlığı da sağlığın olumsuz yönde etkilenmesinde rol oynar (16). Herhangi bir sebepten bir sağlık kuruluşuna başvuran hastalarda kapsamlı bir bakışla değerlendirme yapmak gerekir. Yaşlıları değerlendirmede görsel, işitsel, duyuşsal muayeneler eksiksiz yapılmalı ve yardımcı alet kullanım durumu ayrıca sorgulanmalıdır. Yaşlılar, periyodik sağlık muayeneleri ve taramalar hakkında bilinçlendirilmelidir. Beslenme ve sosyal alışkanlıklar gibi yaşam tarzını anlamaya yönelik sorgulama yapılmalı ve gerekirse konuyla ilgili ölçekler uygulanmalıdır.

2.4. Yaşlılarda Depresyon

Yaşlılarda görülen ruhsal bozuklukların başında depresyon gelir ve diğer fiziksel rahatsızlıklara eşlik edebilir. Depresyon oluşumunda başlıca risk faktörleri arasında yaşlanma süreci, hastalıklar, ilaç kullanımı, beslenme bozuklukları ve genetik faktörler sayılabilir. Yaşlılarda izlenen bu depresyon çeşidi diğer yaş aralıklarında izlenenden farklı özellikler taşır. Bu farklılıkları oluşturmada en büyük kısım bedensel yakınmalar ve bilişsel düzeyde bozulmalara aittir (17). Yaşlılarda depresyon tanısı sıklıkla atlanmaktadır. Fazla dikkate alınmaması, hasta, hasta yakınları, hekim arasındaki iletişimsizlik ve benzeri nedenlerden başka fiziksel tanılara yönelme sıklıkla yaşanan bir durumdur (18). Depresyon belirtilerinin yaşlılığın bir parçasıymış gibi düşünülmesi veya alt yattan bir fiziksel hastalığa bağlı olarak oluştuğunun sanılması depresyon tanısının geç konulmasına, tedavi sürecinin uzamasına ve hatta intihar riskinin artmasına neden olabilmektedir (19). Ölümle sonuçlanan intihar vakaları yaşlılarda gençlere nazaran iki kat artış hızı göstermektedir (20). Yaşlılarda depresyon tanısı ne kadar erken konursa tedaviye o kadar erken başlanmış olacaktır. Dolayısıyla depresyonun erken tanısı yaşam kalitesinin ve günlük aktivitelerdeki verimliliğin artmasına ve erken ölümlerin azalmasına katkı sağlayacaktır (21).

2.4.1. Depresyon Tanımı

Depresyon; nedenleri, tanısı ve tedavisi bakımından ele alındığında son derece kompleks yapıdaki ruhsal bozuklardan birisidir. Depresyon; halk arasında sanılanın aksine yalnızca ruhsal bir buhran olmayıp yapısında derin üzüntü halindeki duygudurum, konuşma ve harekette yavaşlama, yorgunluk, durgunluk, dikkat ve odaklanmada azalma, haz almama ve güdülenme kaybı, suçlu ve değersiz hissetme, karamsarlık gibi duygu ve düşüncelerle fizyolojik fonksiyonlarda azalma gibi bir sürü komponenti barındıran ruhsal bir hastalıktır (22,23).

2.4.2. Depresyon Etiyolojisi

Depresyon kompleks yapıda bir ruhsal bozukluk olup cinsiyet, yaş, medeni durum, düşük sosyoekonomik düzey, kişilik yapısı vb. birçok faktörle ilişkilendirilebilir. Çevresel faktörler de depresyon oluşumunda önemli bir role sahip

olup her bireyde aynı düzeyde etki yaratmaz. Depresyona eğiliminin daha çok genetik yatkınlıkla ilgili olduğu düşünülmektedir (22).

2.4.3. Depresyon Epidemiyoloji

Bir ruhsal bozukluk olan depresyonun antik çağlardan beridir bilinmesi ve sıkça karşılaşılan bir durum olmasına rağmen önemi günümüzde çok daha iyi anlaşılmıştır. Dünya sağlık örgütü tarafından yayımlanan dünya çapındaki önemli hastalıklar listesinde dördüncü sırada yer alan depresyon, iş gücü kaybına neden olan hastalıklar arasında başı çekmektedir (24). Konuyla ilgili yapılan çalışmalar bize göstermiştir ki 65 yaş ve üzeri nüfusta gözlenen depresyon mortalite artışı ile ilişkilidir (25).

Depresyonun etkilerini inceleyen epidemiyolojik çalışmalar farklı yaş gruplarında yaygınlık olarak farklılıklar gözlendiğini ortaya koymuştur. Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre depresyonun en sık gözlendiği nüfus; ergenler, ileri yaştakiler, yatan hastalar ve kronik hastalığı bulunanlardır. Bununla beraber genel popülasyonda majör depresyon görülme oranı %3,7-6,7 arasında seyrederken, hastanede yatan hastalar için bu oran %5-10, ayaktan tedavi alan hastalar için ise %9-16 olduğu bildirilmiştir (26,27,28). Konuyla ilgili yapılan araştırmalarda kadınların %20'sinde, erkeklerin %10'unda hayatları boyunca kısa bir dönem için de olsa depresif belirtilerin gözlendiği ortaya konmuştur (29). Ülkemizde depresyon epidemiyolojisi hakkında birçok çalışma bulunmaktadır. Küey ve arkadaşlarının konuyla ilgili yaptığı çalışmada Türk toplumunun depresyon prevalansı %10 olarak hesaplanmıştır (30). Yine aynı çalışmada en az bir kronik rahatsızlığı bulunan hastalarda sekonder depresyon görülme oranı %4-8,8 arası bulunmuştur ve bu hastaların yaklaşık üçte birinde depresyonun kronikleştiği izlenmiştir.

Konuyla ilgili yapılan diğer çalışmalarda da depresyonun en sık başlangıç gösterdiği yaş aralığı 2.dekadın sonu olarak belirlenmiştir. Öte yandan, ICPE (Uluslararası Psikiyatrik Epidemiyolojik Çalışmalar Konsorsiyumu)'na göre majör depresyon yaşının 3.dekadın başı ve ortaları olduğu belirtilmiştir (31).

2.4.4. Yaşlılıkta Depresif Bozukluklar İçin Risk Faktörleri (32):

- Kadın cinsiyet
- Erkekler için bekar olma
- Düşük eğitim ve gelir düzeyi
- Yetersiz barınma ve beslenme şartları
- İleri yaş nedeniyle yaşanan kısıtlılık ve zorluklar
- Tedavi ve ilaç konusunda yetersizlik
- Yeti yitimi ve kronik hastalık sahibi olmak
- Kronik ağrılı hastalıklar
- Olumsuz yaşam olayları
- Sosyal güvence eksikliği
- Bilişsel bozukluğun varlığı
- Biyolojik yatkınlık yaratan hastalıklar şeklinde sıralanabilir.

2.4.5. Depresyon Tanı ve Değerlendirmesi

Depresyon tanı kriterleri genç ve yaşlı nüfus için aynı da olsa özellik olarak farklılıklar taşır.

Yaşlılarda tanı koyması daha zordur. Çünkü yaşlılık dönemi depresyonu sıklıkla komorbid durumlar ve somatik yakınmalarla beraberlik gösterir. Yaşlılarda en sık görülen somatik yakınmalar halsizlik, kuvvetsizlik, baş ağrısı, karın ağrısı, sırt ağrısıdır (33). Yaşlılarda görülen depresif bulgular yaşlılığın doğal seyri olarak düşünülür ya da komorbid durumlardan kaynaklandığı düşüncesi ile yaşlılar kapsamlı bir bakış açısı ile değerlendirilmez. Yaşlılar genellikle depresif ruh hallerini gizleyebilirler, iletişim kurmaktan kaçınabilirler bu da hekimleri tanıdan uzaklaştırabilir. Tanı koymada hekimlerin karşılaştığı bir başka zorluk ise depresyon belirtilerinin araştırılmadığı takdirde bu belirtilerin somatik yakınmalar arasında gözden kaybolmasıdır (34).

Hastalar muayene edilirken öykü hem hastalardan hem de hasta yakınlarından alınmalıdır. Hastanın geçmiş psikiyatrik öyküsü ve diğer hastalıkları hakkında ayrıntılı bilgi alınmalıdır. Hastalar fizyolojik, bilişsel ve psikolojik yönden ayrıntılı değerlendirilmelidir. Hastanın fiziksel muayenesi yapılmalı psikolojik ve bilişsel düzeyini ölçen anketler uygulanmalıdır. Depresyonla ilişkili olabilecek hastalıklar ve

ilaç kullanımı sorgulanmalı, gerekli görülürse tam kan sayımı ve sıvı elektrolit değerleri, karaciğer, böbrek, tiroid fonksiyonları değerlendirilmelidir (35).

2.5. Hafif Kognitif Bozukluk

Petersen ve arkadaşları tarafından 1999’da tanımlanan “Hafif kognitif bozukluk” (HKB), bir bireyin kognitif işlevlerinde, o birey için alışıldık olana nazaran bir miktar gerileme olması ama bu gerilemenin bir demans tanısı konmasına yetecek kadar şiddetli olmaması halini tanımlayan bir klinik tablodur (36). Günümüzde geçerli demans kriterleri, kognitif işlevlerin (ör. bellek, lisan, dikkat, görsel-uzaysal ve yürütücü işlevler) kişinin gündelik yaşamını bağımsız olarak sürdürmesini engelleyecek kadar bozulmasını gerektirirken, HKB bu aşamadan daha önce, bireyin gündelik yaşamında herhangi belli bir sorunun olmadığı evredir (37). HKB her ne kadar bir demans tablosu değilse de demans gelişimi açısından riskin artmış olduğu bir durum anlamına da gelmektedir. Altmış beş yaşından yaşlı bireylerin her yıl yaklaşık %1-2 kadarında demans gelişirken, HKB bulunan hastalarda bu oran %10-15 kadardır (38). Dolayısıyla, HKB demans açısından bir uyarı işareti olarak kabul edilmeli ve hekimi altta yatan etiyoloji açısından araştırma yapmaya ve düzeltilebilir olanları düzeltmeye yöneltmelidir.

2.6. Demans

2.6.1. Demansın Tanımı Önemi ve Epidemiyolojisi

“Kişinin aklını yitirmesi” anlamına gelen Latince kökenli demans (dementia) sözcüğü, ilk kez 13. yüzyılda Anadolu’da, Ürgüp-Göreme dolaylarında yaşamış halk hekimi Bartholomeus Anglucus tarafından kullanılmıştır. Ancak nöropsikiyatride bilimsel anlamda 6 sözcüğü ilk kez Pinel’in kullandığı kabul edilir ve sözcüğün 19. yüzyılda İngilizce’ye çevrildiği sanılmaktadır (39). Demans, bellek bozukluğu yanında lisan, motor beceri, agnozi ve yürütücü işlev bozukluğundan en az birini içeren çoğul zihinsel bozukluğun yarattığı; gündelik yaşantıda bozulmaya veya alışılmış aktivitelerde gerilemeye yol açan klinik tablodur (40). Demans prevelansı 65 yaşındaki kişilerde %1,5 olarak tahmin edilmekte ve prevelans artan yaşla beraber daha da artarak 85 yaş ve üzeri kişilerde %22 seviyelerine ulaşmaktadır. Mevcut son verilere göre Türkiye’de yaklaşık 600 bin, dünya genelinde ise 50 milyon demans

hastası olduğu bilinmekte ve bu sayının 2050 yılında 152 milyona yükseleceği beklenmektedir (41,42). Dünya Alzheimer Raporu'na göre bu hastaların sağlık ihtiyacının yıllık maliyeti yaklaşık bir trilyon dolar civarındadır (41). Tedavi ve bakım maliyeti, yaşanan güçlükler ve yaşam kalitesi açısından demans; hastalar, aileleri ve toplum üzerine olumsuz etkilere sebep olmaktadır. Demansın hasta ve toplum üzerindeki yükü göz önüne alınırsa, risk faktörlerinin iyi belirlenip gerekli koruyucu önlemlerin alınması (hiperlipideminin tedavisi, diyabetin kontrol altına alınması, psikososyal koşulların ve aktivitenin düzenlenmesi gibi) ile belirli kişilerde hastalık gelişimi önlenabilir veya süreç uzatılabilir. Sağlık çalışanları, erken aşamada müdahale edildiği zaman, bireylere yardım etme olasılığı daha yüksek risk faktörlerini tanımlamayı amaçlamalıdır. Erken tanı konulması ve gerekli girişimlerin yapılması prognoz ve tedavi maliyeti açısından çok olumlu etkilere sahiptir (41,43,44,45).

2.6.2. Alzheimer Hastalığı

İlk olarak 1906 yılında Alman nöropatolog Alois Alzheimer tarafından tanımlanan Alzheimer hastalığı (AH) en sık bilinen ve en sık görülen demans türüdür. Tüm demansların %50-70'i AH oluşturmaktadır (46). Hastalığın görülme sıklığı yaşa bağlı olarak artmaktadır. Beyinde nörodejeneratif birikim orta yaşlarda başlamakta, hastalığın ilk bulguları çoğu zaman 65 yaşından sonra ortaya çıkmaktadır. 60 yaş sonrasında her beş yılda hastalığın sıklığı ikiye katlanmaktadır. 65 yaş civarında görülme sıklığı %5 ile %10 arasında değişmekte iken, yaşla birlikte bu oran artarak 85 yaş ve üzerinde %40-50'ye ulaşmaktadır. 65 yaş öncesinde başlayan Alzheimer hastalığı erken başlangıçlı Alzheimer tipi demans olarak adlandırılır ve genetik faktörler ile ilişkilendirilir (46,47). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018 verilerine göre yaşlı nüfus oranının son beş yılda yaklaşık %10 arttığı görülmektedir. Ölüm nedeni istatistikleri incelendiğinde Alzheimer hastalığından hayatını kaybeden yaşlıların sayısı yaklaşık iki katına çıkmıştır (48,49). Türkiye Alzheimer Hastalığı Prevalans Çalışması'nda ise 70 yaş üzerindeki bireylerde AH prevalansının %11 olduğu saptanmıştır. Bu veriye göre ülkemizde 250-300 bin AH'li birey olduğu öngörülmektedir (50). AH demansında dejeneratif süreç klinik bulgulardan 20-30 yıl önce başlamaktadır. Hastalık oldukça yavaş başlar ve sinsi bir

şekilde ilerler. Klinisyen hastalıkla ilgili uyarıcı işaretleri bilmeli ve günlük pratiğinde yaşlı hastaları değerlendirirken özen göstermelidir.

• **Alzheimer Hastalığında Uyarıcı Belirtiler (Alzheimer raporu 2019) (51)**

- Günlük yaşantıyı aksatan unutkanlık,
- Problem çözme ve planlamada zorlanma,
- Günlük işlerde zorlanma,
- Yer ve zamanı şaşırma,
- Görsel imgeleri ve mekansal ilişkileri anlamada zorlanma,
- Konuşma ve yazmada kelime problemleri,
- Geri adım atma yeteneğini kaybetmek, eşyaların yerini şaşırma,
- Karar vermede zorlanma,
- Sosyal aktivitelerden uzaklaşma,
- Kişilik ve mizaç değişiklikleri

Hastalarda ortaya çıkan en erken belirtiler hafıza, dil, problem çözme ve muhakeme gibi yüksek bilişsel işlevlerde bozulmadır. 2-4 yıl kadar süren bu ilk evreyi takiben, elbiselerini giyememe, banyo yapma, yemek hazırlama, evinin yolunu bulamama, birinci derece yakınlarını tanıyamama gibi fonksiyonel ve bilişsel işlevlerde bozulmalar görülür. Klinik tablo geri dönüşsüz ve ilerleyicidir. Son dönemde halüsinasyon ve konfüzyonla seyreden ağır bilinç bozuklukları ve motor becerilerde kayıplar görülür. Zamanla hasta yatağa bağımlı hale gelir. Ortalama süreç tedavi edilmediği takdirde 7-10 yıldır. Bu süreçte hasta araya giren bir enfeksiyon ya da başka bir dahili hastalık nedeniyle kaybedilir (52,53).

2.6.3. Demans Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler

Demans için risk faktörleri incelendiğinde kardiyovasküler ve serebrovasküler risk faktörleri ile benzer olduğu görülmektedir. Ayrıca kardiyovasküler risk faktörleri ile inme öyküsünün hem vasküler demans hem de Alzheimer hastalığı riskini artırdığı gözlenmektedir. Tüm demanslar içerisinde en sık karşımıza çıkan Alzheimer hastalığının risk faktörleri, demans risk faktörlerinin önemli kısmını oluşturmaktadır. Bunlar içerisinde majör risk faktörleri ileri yaş, kadın cinsiyet, ailede demans öyküsü, apolipoprotein E4 genotipi, Down sendromu;

başlıca minör risk faktörleri ise kafa travması, düşük eğitim seviyesi, düşük sosyoekonomik düzey, alüminyum, demir, bakır, kurşun gibi nörotoksin maruziyeti, sigara, alkol, östrojen eksikliği, menopoz, inflamasyon, oksidatif hasar, infeksiyonlar, beslenme yetersizlikleri, homosistein, ferritin, C-reaktif protein yüksekliği, vitamin B12 eksikliği, folat eksikliği, hipotiroidizm, Parkinson hastalığı, inme ve miyokard infarktüsü öyküsü olarak sıralanabilir. Genetik yatkınlık yaratan diğer bir risk faktörü de 1, 14, 19 ve 21. kromozomlardaki spesifik mutasyonlardır (54,55).

Hipertansiyon, hiperlipidemi, diabetes mellitus, sigara, yaş, erkek cinsiyet, homosistein yüksekliği gibi vasküler demans için önemli risk faktörlerinin artık Alzheimer hastalığı için de risk teşkil ettiği bilinmektedir. Bu faktörlerden korunma ve değiştirilebilir olanların tedavisinin sağlanmasının, vasküler demans için olduğu kadar Alzheimer hastalığından korunmak için de yararlı olduğu gösterilmiştir. Bütün bu risk faktörlerinin içinde yaş, cinsiyet ve aile öyküsü kesinleşmiş risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Bunların yanında düşük eğitim seviyesi, fiziksel aktivite, nonsteroid antiinflatuvar ilaç (NSAİİ) kullanımı, östrojen, statin, E vitamini gibi antioksidan ilaçlar ve orta derecede alkol tüketiminin Alzheimer hastalığında risk azalmasına neden olduğu düşünülse de bu konuda yeterli kanıt yoktur (45,56).

Bu risk faktörlerinin çoğu sadece demansın erken evrelerinde bulunmayıp, herhangi bir semptom gelişmeden önce de vardır. Hastalığın başlangıcını geciktirebilen girişimler halk sağlığında önemli rol oynayacaktır. Klinik Alzheimer hastalığının başlangıcının beş yıl geciktirilmesi, hastalık prevalansını %50 oranında azaltacaktır. Bu nedenle Alzheimer hastalığını yavaşlatacak veya geciktirecek stratejiler önemlidir (57).

2.6.3.1. Demanstan Korunma Yöntemleri (53)

I. Vasküler Risk Faktörlerinin Tedavisi

- Hipertansiyonu <140/90 olacak şekilde tedavi et
- Hiperkolesterolemiyi LDL<100 olacak şekilde tedavi et
- Diyabeti Hba1c<7 olacak şekilde tedavi et
- Bilinen kardiyovasküler hastalığı olan kişilere aspirin başla
- Kalp yetersizliğini en iyi şekilde yönetin

-Sigarayı bıraktırın

II. Nöronal Korunma

-Folat ve vitamin B12

-Akdeniz diyeti

-Alkol tüketimini sınırla

III. Nöronal Rezervlerin Oluşturulması

-Bilişsel Aktivite

-Fiziksel Aktivite

-Sosyal Aktivite ve Hobiler

2.6.4. Birinci Basamakta Demansın Önemi

Demans, daha yüksek bir bilişsel işlev düzeyine göre gerilemeyi temsil eder, alışılmış aktiviteler zorlanarak gerçekleştirilir veya hiç gerçekleştirilemez hale gelir (58). Bilişsel fonksiyonların dereceli olarak azalması yaşlanmanın bir parçasıdır. Ancak, belirgin konfüzyon, yönelim bozukluğu, hafıza kaybı ve diğer değişiklikler gelişmekte olan bir demansın habercisi de olabilir (59). Aile hekimliği uygulamasında, bakımın sürekliliği ilkesi çerçevesinde sinsi ilerleyen demans hastalığını daha erken dönemlerde tanıma şansı mümkündür (60).

Demansla ilgili ilk bulgu ve incelemeler birinci basamak sağlık hizmetinde ele alınabilecek düzeydedir. Birinci basamak hekimleri, Standartize Mini Mental Test (SMMT) gibi uygulanması kolay tarama araçlarını kullanabilir; kesinleşmiş ve muhtemel risk faktörlerini de hesaba katarak hastayı bütüncül olarak ele alabilirler (40).

Birinci basamak uygulamasında hastaların kognisyon ve işlevsellik açısından dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi sonucunda, normal yaşlanma ile demans arasındaki Hafif Kognitif Bozukluk evresi saptanabilir. Günlük yaşamını sürdürmede henüz başarılı olan, unutkanlık yakınması ile gelen ve tarama testlerinde risk saptanan HKB evresindeki olguların yaklaşık %15 'i her yıl demansa dönüşmektedir (40,53). Bu aşamada birinci basamak 18 hekimine düşen görev bu gruptaki hastaları ilgili uzmanlık alanına yönlendirmek ve sürecin takibiyle ilgilenmektir (61). Bunun için de her aile hekiminin demans taramasına ve bilişsel bozukluğu olan hastaları değerlendirmeye sistematik yaklaşım geliştirmesi gerekmektedir (53).

2.7. Yaşlılarda Fiziksel Aktivite

Günlük yaşam içerisinde iskelet kasları kullanılarak yapılan ve enerji harcamasını gerektiren her hareket fiziksel aktivite olarak tanımlanır. Bu kapsamda oyun oynamak, ev işleri, bahçe işleri, yürümek, merdiven inip çıkmak, yemek yeme, banyo yapmak gibi günlük yaşamımızı sürdürmek için yapılan etkinliklerin yanı sıra, egzersiz ve spor da fiziksel aktivitedir.

Avrupa ülkelerinde 2002’de yapılan bir araştırmaya göre yetişkin nüfusun üçte ikisi tavsiye edilen düzeyde fiziksel aktivite yapmamaktadır. Araştırma sonuçlarına göre erkek çocukların kızlara göre daha fazla fiziksel aktivite yaptığı ve yaşla beraber fiziksel aktivite sıklığının azaldığı belirlenmiştir. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapanların oranı %31 olarak belirlenmiştir (62). Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Araştırması’na göre ülke genelinde kadınların %87’si, erkeklerin ise %77’si yeterli ölçüde fiziksel aktivite yapmamaktadır. 65 yaş üzeri bireylerle yapılan bir çalışmada ise bireylerin sadece %30’unun yürüyüş yaptığı belirlenmiştir (63).

Yaşlanma ile beraber organlarda ve vücut fonksiyonlarında birçok kayıp meydana gelir. Fiziksel aktivite azlığı ya da hareketsizlik yaşla beraber gelişen değişiklikleri hızlandırır, kronik hastalıklarının sıklığını ve gelişimini artırır, bu hastalıkların daha erken yaşta görülmesini sağlar. Hareketsizlik kısaca yaşlanmayı hızlandırır ve yaşlılarda yaşam kalitesini azaltır.

2.7.1. Fiziksel Aktivite Şiddeti

a. Düşük şiddetli fiziksel aktivite: Nefes almanın ve kalp atım sayısının dinlenme değerinin biraz üzerinde olduğu çok az çaba gerektiren günlük aktiviteleri niteleler: yavaş yürüyüş, ev işleri vb.

b. Orta şiddetli fiziksel aktivite: Nefes almanın ve kalp atım sayısının normalden daha fazla olduğu, kasların zorlanmaya başladığı, orta dereceli çaba gerektiren aktiviteleri ifade eder. Aktivite sırasında kişi konuşabilir fakat şarkı söyleyemez. Hızlı yürümek, düşük tempolu koşular, dans etmek, ip atlamak, yüzmek, masa tenisi oynamak, yavaş tempoda bisiklet sürmek.

c. Yüksek şiddetli fiziksel aktivite: Nefes almanın ve kalp atım sayısının normalden çok daha fazla olduğu veya kasların daha fazla zorlandığı, çok fazla çaba gerektiren aktiviteleri tanımlar. Kişi, aktivite sırasında nefesi kesilmeden birkaç

kelimeden fazlasını konuşamaz. Tempolu koşu, basketbol, futbol, voleybol, hentbol ve tenis oynamak, step-aerobik derslerine katılmak, tempolu dans etmek gibi (64).

2.7.1.1. Metabolik Eşdeğer (MET)

Fiziksel aktivite düzeyi metabolik eşdeğer (MET) kavramı ile değerlendirilir. MET, vücudun fiziksel aktivite sırasında kullandığı oksijen miktarını hesaplamamıza yarayan bir birimdir. Dinlenim esnasında kullanılan oksijen ve enerji miktarını sembolize eder. Fiziksel aktivite sırasında hareketin şiddeti arttıkça, harcanan enerji miktarında da dinlenme oranının katları şeklinde artışlar meydana gelir (65).

☐ Hafif Şiddetli Aktiviteler (<3 MET):

- ☐ Uyku (0,9 MET)
- ☐ Televizyon izleme (1,0 MET)
- ☐ Hafif ev işleri (yemek hazırlama, toz alma) (1,5-3 MET)
- ☐ Kişisel hijyen (tırış olma, duş alma) (1.5-3 MET)
- ☐ Yazı yazma, masa başı işleri (1,8 MET)
- ☐ Düşük tempoda yürüyüş (<3 km/saat) (2,9 MET)

☐ Orta Şiddetli Aktiviteler (3-6 MET):

- ☐ Sabit bisiklet kullanımı (3,0 MET)
- ☐ Bahçe işleri (çim biçme vs.) (3,3 MET)
- ☐ Ev egzersizleri, jimnastik hareketleri (3,5 MET)
- ☐ Normal yürüyüş temposu (3-6 km/saat) (3-5 MET)
- ☐ Bisiklet kullanımı (9-12 km/ saat) (4,0 MET)
- ☐ Araba yıkama (4,5 MET)
- ☐ Eşli danslar (4,8 MET)

☐ Yüksek Şiddetli Aktiviteler (>6 MET):

- ☐ Yürüyüş 6 -7 km/saat (5-7 MET)
- ☐ Merdiven çıkma (orta hızda) (6,5 MET)
- ☐ Jogging (7,0 MET)
- ☐ Koşu, ağırlık kaldırma egzersizleri, eşya taşıma, tenis (8.0 MET)
- ☐ Yüzme (krol stil) (9,0 MET)
- ☐ İp atlama (10 MET)

2.7.2. Fiziksel Aktivitenin Sağlık Üzerine Etkileri

Sağlık bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halinde olmasıdır. Fiziksel aktivitenin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin artırdığı bildirilmiştir (66). Ayrıca kronik hastalıklara yakalanma riskini azalttığı, sosyal uyumu arttırarak toplum ilişkilerini geliştirdiği saptanmıştır (62).

Düzenli egzersiz ve fiziksel aktivite yaşlılarda mortalite ve morbiditeyi azalmasıyla yakından ilgilidir (67). Yaşlılarda fiziksel aktivite düzeyini ölçen bir çalışmada 75 yaşına kadar hiç fiziksel aktivite yapmamış yaşlılarda bile fiziksel aktivite sonrası yaşam beklenti süresinin uzadığı gösterilmiştir (68). Fiziksel aktivite sayesinde kilo kontrolü sağlandığı gibi obezite riski de azalmaktadır. Kolon ve meme kanseri riski ise fiziksel olarak aktif bireylerde aktif olmayan bireylere göre azalmaktadır (64).

2.7.3. Fiziksel Aktivitenin Yararlı Etkileri Konusundaki Kanıtlar (64)

a. Güçlü kanıtlar:

- ☐ Erken ölüm riskinde azalma
- ☐ Kalp hastalığı riskinde azalma, yüksek kan basıncında düzelme
- ☐ İnme riskinde azalma
- ☐ Tip 2 DM riskinde azalma
- ☐ Metabolik sendrom riskinde azalma, lipid profilinde düzelme
- ☐ Kolon ve meme kanserlerinin azalması
- ☐ Sağlıklı bir diyet ile birlikte kilonun korunması, kilo alımının önlenmesi
- ☐ Kardiyopulmoner performansın geliştirilmesi
- ☐ Düşmelerin önlenmesi
- ☐ Depresyonda azalma, bilişsel fonksiyonlarda düzelme

b. Orta düzeyde kanıtlar:

- ☐ Fonksiyonel kapasitede gelişme
- ☐ Abdominal obezitede azalma
- ☐ Kilo kaybı sonrası vücut ağırlığının sürdürülmesi
- ☐ Kalça kırığı riskinde azalma

- ☐ Kemik mineral yoğunluğunu artma
- ☐ Uyku kalitesinde düzelme
- ☐ Akciğer ve endometrium kanseri riskinde azalma

2.7.4. Fiziksel Aktivite Öncesi Değerlendirme

Kronik hastalığı olan yaşlı bireyler fiziksel aktivite öncesi hekimler tarafından değerlendirilip, fiziksel yeterlilik ve kardiyak kapasitelerine uygun fiziksel aktiviteler seçilmeli ve risk faktörleri konusunda bilgilendirilmelidirler. Amerikalılar için fiziksel aktivite rehberi 2008 (The 2008 Physical Activity Guidelines for Americans) kronik hastalığı ve göğüs ağrısı, baş dönmesi, eklem ağrısı gibi semptomları olmayan yaşlı bireylere hekimlere konsulte edilmeyi gerekli görmemiştir (64).

2.7.5. Fiziksel Aktivite Seçimi

Yaşlılarda fiziksel aktivite seçiminde: eşlik eden hastalıklar, fiziksel çevre, ekonomik durum, ulaşılabilirlik, eğlenceli olması, grup aktivitelerine ve sosyal yaşam aktivitelerine uygun olması gibi özellikler göz önünde bulundurulmalıdır. Yaşlılarda fiziksel aktivite önerileri, aktivite ihtiyaçları ve fonksiyonel duruma göre üç gruba ayrılabilir:

a. Aktif, günlük yürüyüşünü yapan, aktif çalışan bireyler: Bu grupta amaç mevcut aktiviteyi sürdürmek, genel dayanıklılığı artırmaktır. Haftada 150 dakika orta şiddetli fiziksel aktivite veya 75 dakika yüksek şiddette fiziksel aktivite yapılmalıdır.

b. Aktivite düzeyi düşük, hareketsiz veya yaşam tarzından dolayı fonksiyonel kapasitesi düşük olan grup: Bu gruptakiler kas kuvvetinde kayıp ya da kilolu kişilerdir. Fiziksel aktivite ile fonksiyon kayıpları geri kazandırılabilir ve hastalıklar önlenabilir. Dengeyi geliştirmek ve düşmeyi önlemek için haftada 3 gün aktivite önerilmektedir.

c. Kronik hastalıklar nedeniyle çok düşük fiziksel ve fonksiyonel kapasiteye sahip veya düşkün olan grup: Bu gruptakiler öncelikle hekimler tarafından genel sağlık durumu ve fonksiyonel kapasitesi değerlendirilmelidir. Bu gruptaki yaşlılara öncelikle hareketsiz yaşam yerine düşük düzeyde fiziksel aktivite önerilmelidir. Bu grupta fiziksel aktiviteler gün içinde bölünerek ve ısınma ve

soğuma süreleri uzun tutularak egzersiz yaptırılmalıdır. Fiziksel aktivitenin tipi, süresi ve şiddeti; hastanın kişisel özelliklerine ve hastalığının derecesine bağlı olarak değişebilir (64).

Düzenli fiziksel aktivite kronik hastalıkların önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemli bir yere sahiptir. Ne ileri yaş ne de kronik hastalıklar fiziksel aktivite için engel değildir. Hipertansiyonda fiziksel aktivite yapılırken büyük kas gruplarının kullanıldığı aerobik aktivitelere ağırlık verilmelidir. Güçlendirme egzersizleri haftada iki gün uygulanmalı ve orta şiddetli aktiviteler ile başlanmalıdır. Kronik solunum yolu hastalıkları olan yaşlılarda aktivite yavaş yavaş artırılmalı, aerobik egzersiz türlerinden yürümeye ağırlık verilmeli, solunum kasları ve alt ekstremitte kaslarına yönelik egzersizler yapılmalıdır.

2.8. Aile Hekimliği Tanımı, Disiplinin Özellikleri ve Yaşlı Sağlığındaki Rolü

Aile Hekimliği kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır. Aile hekimleri, disiplinin ilkeleri doğrultusunda eğitilmiş uzman hekimlerdir. Esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli hizmet sunmaktan sorumlu kişisel hekimlerdir. Bireylere aile, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet sunarlar; bunu yaparken her zaman hastalarının bağımsız kişiliklerine saygı duyarlar. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluk taşırlar. Yönetim planlarını hastalarıyla görüşürken, yineleyen temaslarla oluşan bilgi birikimini ve güveni kullanarak fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri birlikte değerlendirerek yaparlar (69). Aile Hekimliği disiplini tanımlayan 12 temel özellik her uzman aile hekiminin ustalaşması gereken 12 yeteneği belirler. Bunlar altı çekirdek yeterlilikte toplanabilir (Şekil 1).



Şekil 1. Wonca ağacı

2.8.1. Birinci Basamak Yönetimi

Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.

Sağlık kaynaklarının etkin bir şekilde kullanılabilmesini sağlar. Diğer sağlık çalışanları ile koordinasyon sağlar ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunman görevini yapar.

2.8.2. Kişi Merkezli Bakım

Bireye, ailesine ve içinde yaşadığı topluma yönelik hasta merkezli değil kişi merkezli bir yaklaşım geliştirir.

Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç etkili bir iletişimle hasta ve hekim arasında ilişki kurulmasını sağlar.

Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen boylamsal (longitudinal) sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.

Hastanın güçlenmesini teşvik eder.

2.8.3. Özgöl Sorun Çözme Becerileri

Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgöl bir karar verme süreci vardır.

Hastaların akut ve kronik tüm sağıık sorunlarını aynı anda yönetir.

2.8.4. Kapsamlı Yaklaşım

Gelişimlerinin erken evresinde henüz ayrışmamış bir şekilde sunulan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.

Uygun ve etkili girişimlerle sağıık ve iyilik durumun geliştirir.

2.8.5. Toplum Yönelimli Olma

Toplumun sağıığının korunması ve gelişmesi için özel bir sorumluluk üstlenir.

2.8.6. Bütöncöl Yaklaşım

Aile hekimleri sağıık sorunlarını biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla bütöncöl yaklaşım ile değeriendirirler.

Yaşlıya sunulacak hizmetler, yaşlının fiziksel, ruhsal ve sosyal sağıığını destekleyecek boyutta ve kolay ulaşılabilir olmalıdır. Yaşlıların temel sağıık hizmetlerinden yararlanmaları için sağıık kurumunun yakınlığı, ilişkinin sürekliliğı ve ilişki sıklığının sağılanması ve hekime güven bakımından en uygun sağıık kuruluşu birinci basamak sağıık merkezleridir (70).

Ayrıca hastalarını bütöncöl yaklaşım ile değeriendirmelerinin yanında diğeri disiplinler ile iş birliğı içinde çalışmaları, geriatrik yaş grubunun getirdiğı karmaşık hastalık ve tedavilerin etkin bir şekilde yönetimine imkan vermesi, geniş kitlelere ulaşabilmesi ve toplumun rahatlıkla ulaşabileceğı mesafede olması yönlerinden de aile hekimliğı yaşlı sağıığında önemli bir yer tutmaktadır. Yaşlı hastalar aile hekimliğı sağıık hizmeti pratiğinde gittikçe artan oranda yer almakta olup, yaşlılık dönemi özellikleri, yaşlı hasta bakımı ve izlemi giderek daha fazla önem kazanmaya başlamıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu tanımlayıcı kesitsel tipteki çalışma 1 Kasım 2020-31 Aralık 2020 tarihleri arasında Yenibey Mah. 2 No'lu ASM ye başvuran ve çalışmaya katılmaya gönüllü 165 hasta üzerinde yapılmıştır. Araştırmada kullanılan formlar hastalarla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak dolduruldu ve her hasta için veri toplama süresi ortalama 20 dakika kadar zaman aldı.

Araştırmanın evrenini Yenibey Mah. 2 No'lu ASM deki 4 aile hekimliği birimine kayıtlı olan toplam yaklaşık 1000 yaşlı hasta oluşturmaktaydı. Epi-İnfo programıyla %5 hata payı, %95 güven aralığı ile örneklem büyüklüğü 165 kişi olarak belirlendi. Çalışmaya katılacak olan hastalar ardışık örnekleme yöntemiyle çalışmaya dahil edildi.

Katılımcıların araştırmaya dahil edilme ve dışlanma kriterleri aşağıdaki gibidir;

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

1. 65 Yaş ve üstü olmak
2. Gönüllü olmak
3. Soruları eksiksiz ve tam cevaplamak

Araştırmadan dışlanma kriterleri:

1. Katılmayı reddetmek
2. İletişim kurulamaması
3. İleri bilişsel bozukluk

Katılımcıların sosyodemografik verileri kaydedildikten sonra kronik hastalık durumları, uyku kalitesinin sorgulaması, sosyal yönden değerlendirilmesi ve günlük yaşam aktiviteleriyle ilgili hazırlanmış toplam 30 soru içeren yapılandırılmış veri toplama formu tüm katılımcılara uygulanmıştır. Ardından katılımcılara geriatrik depresyon ölçeği kısa formu, standardize mini mental test ve uluslararası fiziksel aktivite anketi uygulanmıştır.

Bu tez çalışması için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 21.10.2020 tarihli, 1106 (68) sayılı toplantısında onay alındı (Ek-1) ve araştırma Helsinki Deklarasyonu'na uygun olarak yürütüldü.

Katılımcıların öncelikle sosyodemografik verileri sorgulandı. Cinsiyet ve yaşları kaydedildikten sonra, medeni durum bilgileri “bekar”, ”evli” kiminle yaşadığı, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, maaş durumu, sigara ve alkol kullanma durumunu içeriyordu. Katılımcıların ağırlık, boy, vücut kitle indeksi (VKİ), bel çevresi antropometrik ölçümler kısmında ölçüldü. Kronik hastalıkları ve sayıları sorgulandı. Uyku kalitesini değerlendirme kısmında; geceleri uykudan ne sıklıkta uyandığı, sabah kalktığındaki yorgunluk hissi, gün içinde uykulu hissetme durumu ve kendi uyku kalitesini nasıl bulduğıyla alakalı sorular 5li likert skala kullanılarak soruldu. Sosyal ilişkilerini anlamaya yönelik aile bireyleriyle iletişim sıklığı, arkadaş, akraba, komşularla ne sıklıkta görüşüldüğü, bir problem varlığında paylaşabildiğı ve destek alabildiğı insanların miktarı, kendi sosyal yaşantılarını nasıl bulduklarıyla alakalı sorular soruldu. Günlük yaşam aktivitelerini sorgulamaya yönelik kitap, gazete, dergi okuma sıklığı, televizyon izleme veya radyo dinleme sıklığı, cep telefonu ve internet kullanım sıklığı, facebook, twitter, instagram kullanım sıklığı, kahvehane, kulüp, dernek gibi ortamlarda vakit geçirme sıklığı, kart, tavla, okey, satranç, dama gibi oyunları oynama sıklığı, bitki yetiştirmek veya hayvan beslemek gibi bir uğraşta bulunma sıklığı, namaz kılmak, oruç tutmak gibi ibadetleri yapma sıklığı soruldu. Ardından tüm katılımcılara fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek için Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Formu (International Physical Activity Questionnaire-Short Form, IPAQ), ruh sağlığı iyilik durumunu belirlemek için Geriatrik Depresyon Ölçeğı Kısa Formu (Geriatric Depression Scale Short Form, GDS) ve akıl sağlığı iyilik durumunu belirlemek için ise Standardize Mini Mental Test (Standardized Mini Mental State Examination, SMMSE) uygulandı.

3.1. Araştırmada Kullanılan Ölçekler

3.1.1. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa formu (7 soru); yürüme, orta şiddetli ve şiddetli aktivitelerde harcanan zaman ve otururken harcanan zaman hakkında bilgi sağlamaktadır. Kısa formun toplam skorunun hesaplanması yürüme, orta şiddetli aktivite ve şiddetli aktivitenin süre (dakikalar) ve frekans (günler)

toplamını içermektedir. Aktiviteler için gerekli olan enerji MET-dakika skoru ile hesaplanır. Bu aktiviteler için standart MET değerleri oluşturulmuştur. Bunlar;

Oturma	1.5 MET
Yürüme	3.3 MET
Orta Şiddetli Fiziksel Aktivite	4.0 MET
Şiddetli Fiziksel Aktivite	8.0 MET

Bu değerler kullanılarak günlük ve haftalık fiziksel aktivite seviyesi hesaplanmaktadır.

Yürüme MET-dk/hafta = 3.3 X yürüme dakikası X yürüme gün sayısı
Orta şiddetli MET-dk/hafta = 4.0 X orta şiddetli aktivite dakikası X orta şiddetli aktivite yapılan gün sayısı
Şiddetli MET-dk/hafta = 8.0 X şiddetli aktivite dakikası X şiddetli aktivite yapılan gün sayısı

Toplam, MET-dk/hafta = (yürüme + orta şiddetli+ şiddetli + oturma) MET-dk/hafta

Bu sürekli skorlamanın yanı sıra elde edilen sayısal verilere göre sınıflandırma yapılmaktadır.

Buna göre 3 aktivite seviyesi vardır:

1. İnaktif (Kategori 1): En alt fiziksel aktivite seviyesidir. Kategori 2 ve 3 içine dâhil edilemeyen durumlar inaktif olarak düşünülür.

2. Minimal Aktif (Kategori 2): Aşağıdaki kriterlerden herhangi birine girenler minimal aktiftir.

a) 3 veya daha fazla gün en az 20 dakika şiddetli aktivite yapmak

b) 5 veya daha fazla gün orta şiddetli aktivite veya yürümenin günde en az 30 dakika yapılması

c) Minimum 600 MET-dk/haftayı sağlayan 5 veya daha fazla gün yürüme ve orta şiddetli aktivitenin birleşimi

3. Çok Aktif (Kategori 3): Bu ölçüm yaklaşık olarak en az günde bir saat veya daha fazla olan orta şiddetli bir aktiviteye eşittir. Bu kategori, sağlıkla ilgili yararların sağlanmasında gereken düzeydir.

a) Minimum 1500 MET-dk/haftayı sağlayan en az 3 gün şiddetli aktivite veya daha fazla gün

b) Minimum 3000 MET-dk/haftayı sağlayan 7 veya daha fazla gün yürüme, orta şiddetli veya şiddetli aktivitenin kombinasyonu

3.1.2. Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Form

Yesavage ve arkadaşları tarafından geliştirilen öz bildirime dayalı 30 soruluk GDÖ' nün araştırmada kullanılan kısa formu 15 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğdeki 5 soru (1, 5, 7, 11 ve 13.) olumlu, diğerleri olumsuz kurgulanmıştır. Ölçeğin değerlendirmesinde olumlu sorulara “hayır”, olumsuz sorulara “evet” yanıtları 1' er puanla eşleşmiştir. Ölçekten 6 ve üzeri puan toplanması, depresyon belirtileri bakımından anlamlı kabul edilmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ertan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

3.1.3. Standardize Mini Mental Test

Folstein ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bilişsel bozukluğun derecesi hakkında bilgi veren ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, eğitimliler için Güngen ve arkadaşları, eğitimsizler için Ertan ve ark. tarafından yapılmıştır. 30 puan üzerinden değerlendirilen testte kesme puanı 23/24 olarak alınmaktadır.

sMMT yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesap yapma, hatırlama ve lisan bölümlerinden oluşmaktadır.

3.2. İstatistiksel Analizler

Veriler SPSS 21.0 programında analiz edildi. Çalışmaya katılan kişilerin sosyodemografik verileri, kronik hastalık durumları, uyku kalitesi sorgulaması verileri, sosyal yönden değerlendirilme verileri, günlük sosyal yaşam sorgulaması verileri ve çalışmada kullanılan ölçeklerle ilgili verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde sayısal değişkenler ortalama ve standart sapma kategorik değişkenler ise n ve yüzde şeklinde belirtildi. Normal dağılımlı ikili grup sayısal veri karşılaştırmalarında bağımsız örneklemli t testi, nonparametrik değişkenlerde ise Mann-Whitney U testi kullanarak analiz edildi. Verilerin nitel olduğu durumlarda Ki-kare testi, nonparametrik olan ikiden fazla ve bağımsız değişkenli gruplarda Kruskal Wallis

testi kullanıldı. Kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde cinsinden özetlenmiştir. İki sayısal değişken arasındaki ilişkinin tespit edilmesi amacıyla Spearman korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. $p<0.05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.



4.BULGULAR

Tablo 1. Katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik özellikler		n	%
Cinsiyet(n=165)	Erkek	83	50,3
	Kadın	82	49,7
Medeni durum (n=165)	Evli	113	68,5
	Boşanmış/Dul/Bekar	52	31,5
Kiminle yaşadığı (n=165)	Yalnız yaşıyor	32	19,4
	Sadece eşiyle	85	51,5
	Eşi ve çocuklarıyla	28	17,0
	Sadece çocuklarıyla	13	7,9
	Diğer birileriyle	7	4,2
Eğitim durumu (n=165)	İlkokul	21	12,7
	Ortaokul	25	15,2
	Lise	50	30,3
	Üniversite	69	41,8
Çalışma durumu (n=165)	Çalışmıyor	33	20,0
	Çalışıyor	23	13,9
	Emekli	109	66,1
Gelir durumu (n=165)	<2500	25	15,2
	2500-5000	97	58,8
	>5000	43	26,1
Kronik hastalık	Yok	59	35,8
	Var	106	64,2

Çalışmaya katılan toplam 165 kişinin yaş ortalaması 72,04 idi.

Çalışmaya katılan 165 kişinin %50,3' ü (n=83) erkek ve %49,7' si (n=82) kadındı.

Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında %68,5' i (n=113) evli, %31,5' i (n=52) boşanmış, dul veya bekardı.

Katılımcılara kiminle yaşadıkları sorulduğunda %19,4' ü (n=32) yalnız, %51,5' i (n=85) sadece eşiyle, %17' si (n=28) eşi ve çocuklarıyla, %7,9' u (n=13) sadece çocuklarıyla, %4,2' si (n=7) diğer birileriyle yaşadığını belirtmiştir.

Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında %12,7' si (n=21) ilkokul mezunu, %15,2' si (n=25) ortaokul mezunu, %30,3' ü (n=50) lise mezunu, %41,8' i (n=69) üniversite mezunu idi.

Katılımcıların çalışma durumlarına bakıldığında %20' si (n=33) çalışmadığını, %13,9' u (n=23) çalıştığını, %66,1' i (n=109) emekli olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların gelir durumlarına bakıldığında %15,2' si (n=25) 2500 TL altında, %58,8' i (n=97) 2500 ile 5000 TL arasında, %26,1' i (n=43) 5000 TL üzerinde bir gelire sahipti (Tablo 1).

Katılımcıların antropometrik ölçümleri sonucunda ortalama vücut ağırlığı $76,1 \pm 10,29$ kg, ortalama boy $163,39 \pm 7,82$ cm, ortalama bel çevresi $98,91 \pm 9,84$ cm, ortalama VKİ $28,53 \pm 3,51$ olarak bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların antropometrik verileri

Ölçümler	Ort.± SD
Ağırlık	$76,1 \pm 10,29$
Boy	$163,39 \pm 7,82$
Bel Çevresi	$98,91 \pm 9,84$
Vücut Kitle İndeksi	$28,53 \pm 3,51$

Çalışmaya katılan 165 kişinin kronik hastalık sayısı sorgulandığında %35,2'si (n=59) hiç kronik hastalığı olmadığını, %34,5' i (n=56) 1 kronik hastalığı olduğunu, %20' si (n=33) 2 kronik hastalığı olduğunu, %6,7' si (n=11) 3 kronik hastalığı olduğunu, %3,6' sı (n=6) ise 4 veya daha fazla kronik hastalığı olduğunu belirtti (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların kronik hastalık sayıları

Kronik Hastalık Sayısı	n	%
0	59	35,2
1	56	34,5
2	33	20
3	11	6,7
4 ve üzeri	6	3,6

Katılımcıların kronik hastalık durumları sorgulandığında; %24,8' inde (n=41) hipertansiyon, %12,7' sinde (n=21) diyabetes mellitus, %13,3' ünde (n=22) koroner arter hastalığı, %9,1' inde (n=15) astım/KOAH/alerji, %14,5' inde (n=24) romatolojik hastalık, %12,1' inde (n=20) tiroid hastalığı, %1,2'sinde (n=2) kanser, %0,6' sında (n=1) serebrovasküler hastalık, %8,5' inde (n=14) benign prostat hiperplazisi, %11,5' inde (n=19) diğer kronik hastalıkların mevcut olduğu görüldü (Tablo 4).

Tablo 4. Kişilerin kronik hastalık durum verileri

Kronik Hastalıklar	N	%
Hipertansiyon	41	24,8
Romatolojik hastalıklar	24	14,5
Koroner Arter Hastalığı	22	13,3
Diyabetes Mellitus	21	12,7
Tiroid hastalıkları	20	12,1
Diğer hastalıklar	19	11,5
Astım/KOAH/Alerji	15	9,1
Benign Prostat Hiperplazisi	14	8,5
Kanser	2	1,2
Serebrovasküler hastalık	1	0,6

Katılımcıların uyku kalitesine yönelik sorgulamasında katılımcılar, geceleri uykudan ne sıklıkla uyanırsınız sorusuna %6,1'i (n=10) hiç, %53,9'u (n=89) nadiren, %33,3'ü (n=55) orta sıklıkta, %6,1'i (n=10) sık, %0,6'sı (n=1) çok sık seçeneğini belirtmiştir.

Sabah kalktığınızda kendinizi yorgun hisseder misiniz sorusuna %32,7'si (n=54) hiç, %44,8'i (n=74) biraz, %20,6'sı (n=34) orta, %1,8'i (n=3) çok seçeneğini belirtmiştir.

Gün içerisinde kendinizi uykulu hisseder misiniz sorusuna %24,8'i (n=41) hiç, %55,8'i (n=92) biraz, %17,6'sı (n=29) orta, %1,8'i (n=3) çok seçeneğini belirtmiştir.

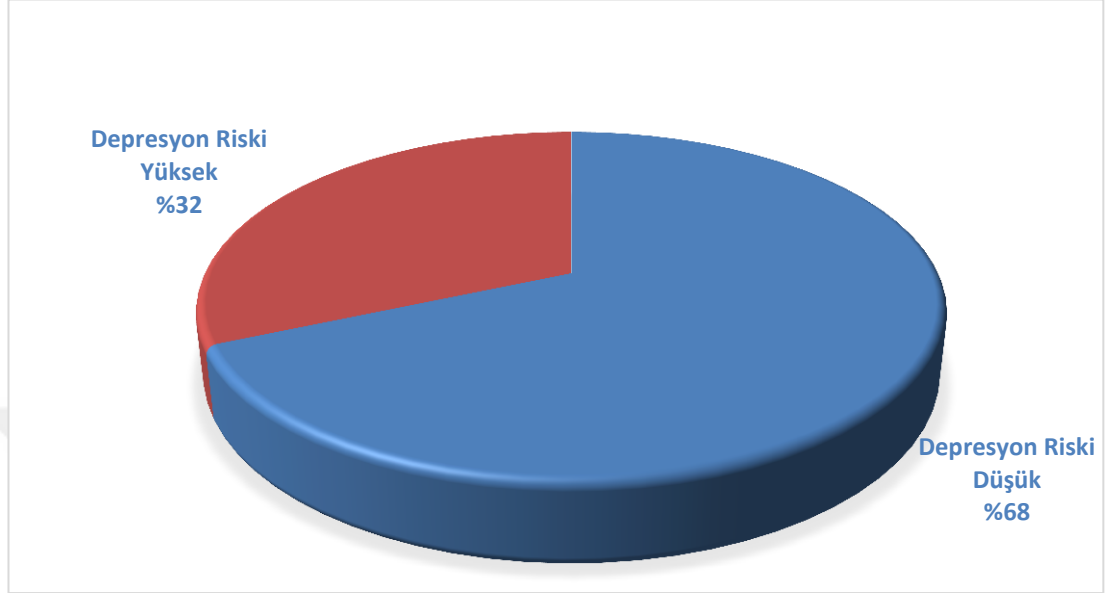
Uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirirsiniz sorusuna %3,6'sı (n=6) hiç, %35,2'si (n=58) biraz, %52,1'i (n=86) orta, %9,1'i (n=15) çok seçeneğini belirtmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların uyku kalitesinin değerlendirilmesine yönelik sorular tablosu

	1 Hiç	2 Nadiren	3 Orta sıklıkta	4 Sık	5 Çok Sık	Ort. ± SD*
1.Geceleri uykudan ne sıklıkla uyanırsınız?	%6,1 (n=10)	%53,9 (n=89)	%33,3 (n=55)	%6,1 (n=10)	%0,6 (n=1)	2,41±0,72
2.Sabah kalktığınızda kendinizi yorgun hisseder misiniz?	%32,7 (n=54)	%44,8 (n=74)	%20,6 (n=34)	%1,8 (n=3)	-	1,92±0,77
3.Gün içerisinde kendinizi uykulu hisseder misiniz?	%24,8 (n=41)	%55,8 (n=92)	%17,6 (n=29)	%1,8 (n=3)	-	1,96±0,70
4.Uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirirsiniz?	%3,6 (n=6)	%35,2 (n=58)	%52,1 (n=86)	%9,1 (n=15)	-	3,67±0,69

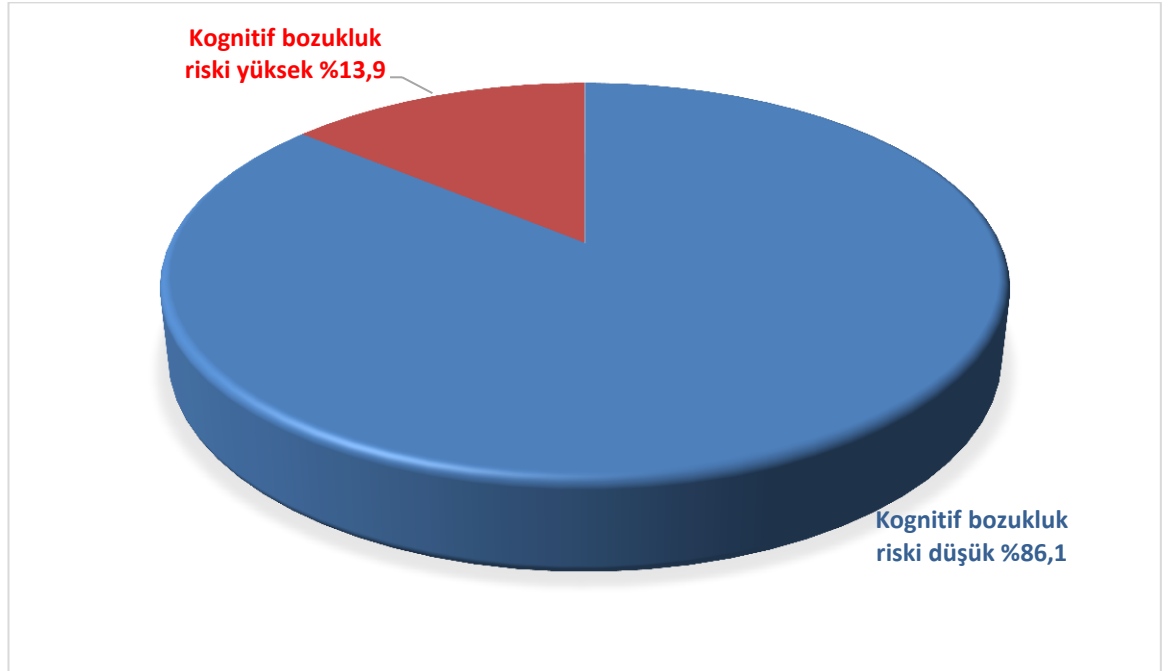
*Puanlama 1: hiç - 5: çok sık şeklindedir. *SD:Standart Sapma

Depresyon riskine göre verilerin dağılımına bakıldığında katılımcıların %32'sinin depresyon riski yüksek iken %68'inin depresyon riski düşüktür (Şekil 2).



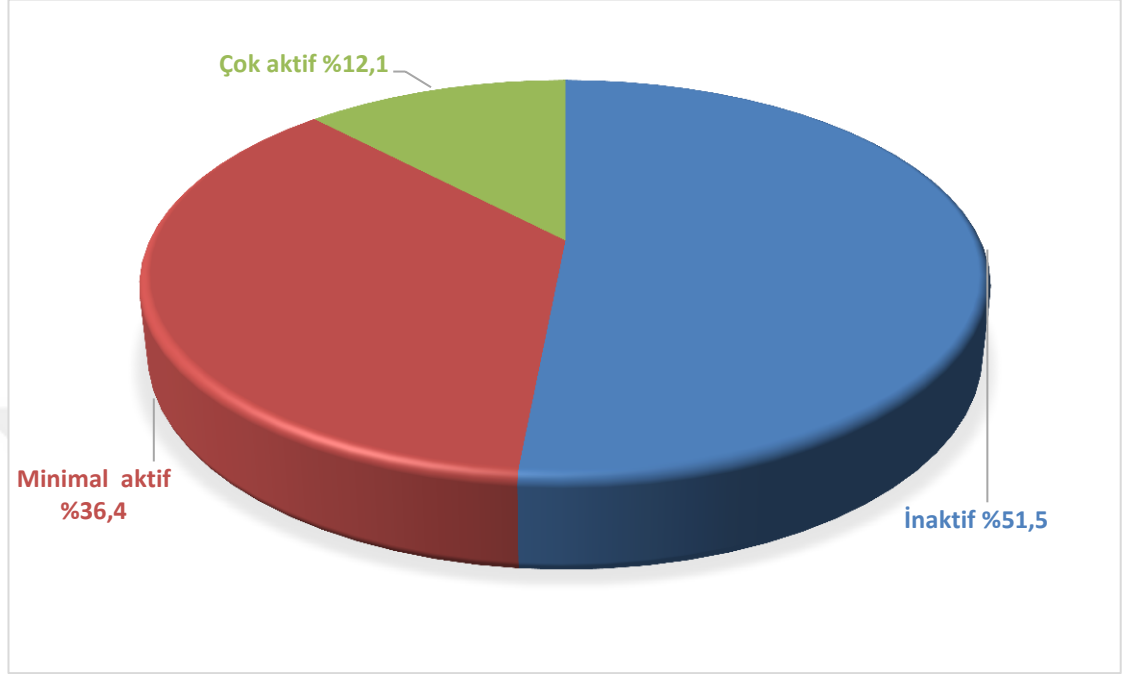
Şekil 2. Depresyon riskine göre verilerin dağılımı

Kognitif bozukluk riskine göre katılımcıların %13,9'unun kognitif bozukluk riski yüksek iken %86,1'nin kognitif bozukluk riski düşüktür (Şekil 3)



Şekil 3. Kognitif bozukluk riskine göre verilerin dağılımı

Fiziksel aktivite durumuna göre katılımcıların %51,5'i inaktif, %36,4'ü minimal aktif, %12,1'i ise çok aktiftir.



Şekil 4. Fiziksel aktivite durumuna göre verilerin dağılımı

Katılımcıların sosyal yönden değerlendirilmesine yönelik yapılan sorgulamada katılımcılar, aile bireyleriyle ne kadar iletişim kuruyorsunuz sorusuna %0,6'sı (n=1) hiç, %3,6'sı (n=6) biraz, %46,7'si (n=77) orta, %45,5'i (n=75) çok, %3,6'sı (n=6) çok fazla seçeneğini belirtmiştir.

Arkadaş, akraba, komşularınızla ne sıklıkta bir araya gelirsiniz sorusuna katılımcıların %0,6'sı (n=1) hiç, %21,2'si (n=35) biraz, %45,5'i (n=75) orta, %30,3'ü (n=50) çok, %2,4'ü (n=4) çok fazla seçeneğini belirtmiştir.

Bir probleminiz olduğunda paylaşabileceğiniz ve size destek olacak kişiler olduğunu düşünüyor musunuz sorusuna katılımcıların %0,6'sı (n=1) hiç, %3,6'sı (n=6) biraz, %38,2'si (n=63) orta, %52,1'i (n=86) çok, %5,5'i (n=9) çok fazla seçeneğini belirtmiştir.

Sosyal yaşantınızı ne derecede yeterli buluyorsunuz sorusuna katılımcıların %1,8'i (n=3) hiç, %14,5'i (n=24) biraz, %53,9'u (n=89) orta, %27,3'ü (n=45) çok, %2,4'ü (n=4) çok fazla seçeneğini belirtmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların sosyal yönden değerlendirilmesi

	1 Hiç	2 Biraz	3 Orta	4 Fazla	5 Çok fazla	Ort. ± SD*
1.Aile bireyleriyle ne kadar iletişim kuruyorsunuz?	%0,6 (n=1)	%3,6 (n=6)	%46,7 (n=77)	%45,5 (n=75)	%3,6 (n=6)	3,48±0,65
2.Arkadaş, akraba, komşularınızla ne sıklıkta bir araya gelirsiniz?	%0,6 (n=1)	%21,2 (n=35)	%45,5 (n=75)	%30,3 (n=50)	%2,4 (n=4)	3,13±0,79
3.Bir probleminiz olduğunda paylaşılabileceğiniz ve size destek olacak kişiler olduğunu düşünüyor musunuz?	%0,6 (n=1)	%3,6 (n=6)	%38,2 (n=63)	%52,1 (n=86)	%5,5 (n=9)	3,58±0,68
4.Sosyal yaşantınızı ne derecede yeterli buluyorsunuz?	%1,8 (n=3)	%14,5 (n=24)	%53,9 (n=89)	%27,3 (n=45)	%2,4 (n=4)	3,14±0,75

*Puanlama 1: hiç - 5: çok sık şeklindedir. *SD:Standart Sapma

Katılımcılara yapılan günlük sosyal yaşam sorgulamasında katılımcılar, kitap/gazete/dergi okuma alışkanlığınız var mıdır sorusuna %15,8'i (n=26) hiç, %21,2'si (n=35) biraz, %37,6'sı (n=62) orta, %17,6'sı (n=29) fazla, %7,9'u (n=13) çok fazla seçeneğini belirtmiştir.

Ne sıklıkta televizyon/radyo seyredersiniz/dinlersiniz sorusuna katılımcıların %6,7'si (n=11) biraz, %50,9'u (n=84) orta, %33,9'u (n=56) çok, %8,5'i (n=14) çok fazla seçeneğini belirtmiştir.

Cep telefonu/internet kullanmaya ne kadar vakit ayırıyorsunuz sorusuna katılımcıların %3'ü (n=5) hiç, %23'ü (n=38) biraz, %43'ü (n=71) orta, %24,8'i (n=41) çok, %6,1 (n=10) çok fazla seçeneğini belirtmiştir.

Facebook, twitter, instagram gibi sosyal medya araçlarını kullanıyor musunuz sorusuna katılımcıların %32,1'i (n=53) hiç, %19,4'ü (n=32) biraz, %29,7'si (n=49) orta, %15,2'si (n=25) çok, %3,6'sı (n=6) çok fazla seçeneğini belirtmiştir.

Kahvehane/kulüp/dernek gibi bir ortamda vakit geçiriyor musunuz sorusuna katılımcıların %43,6'sı (n=72) hiç, %20,6'sı (n=34) biraz, %25,5'i (n=42) orta, %9,1'i (n=15) çok, %1,2'si (n=2) çok fazla seçeneğini belirtmiştir.

Kart/tavla/okey/satranç/dama gibi oyunlar oynuyor musunuz sorusuna katılımcıların %39,4'ü (n=65) hiç, %29,1'i (n=48) biraz, %27,9'u (n=46) orta, %3'ü (n=5) çok, %0,6'sı (n=1) çok fazla seçeneğini belirtmiştir.

Bitki yetiştirmek/hayvan beslemek gibi bir uğraшта bulunuyor musunuz sorusuna katılımcıların %21,8'i (n=36) hiç, %34,5'i (n=57) biraz, %26,1'i (n=43) orta, %16,4'ü (n=27) çok, %1,2'si (n=2) çok fazla seçeneğini belirtmiştir.

Namaz kılmak, oruç tutmak gibi ibadetleri ne sıklıkla yapıyorsunuz sorusuna katılımcıların %21,2'si (n=35) hiç, %33,3'ü (n=55) biraz, %26,7'si (n=44) orta, %18,2'si (n=30) fazla, %0,6'sı (n=1) çok fazla seçeneğini belirtmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların bazı günlük yaşam aktiviteleri sorgulaması

	1 Hiç	2 Biraz	3 Orta	4 Fazla	5 Çok fazla	Ort. ± SD*
1.Kitap/gazete/dergi okuma alışkanlığınız var mıdır?	%15,8 (n=26)	%21,2 (n=35)	%37,6 (n=62)	%17,6 (n=29)	%7,9 (n=13)	2,81±1,14
2.Ne sıklıkta televizyon/radyo seyredersiniz/dinlersiniz?	-	%6,7 (n=11)	%50,9 (n=84)	%33,9 (n=56)	%8,5 (n=14)	3,44±0,74
3.Cep telefonu/internet kullanmaya ne kadar vakit ayırıyorsunuz?	%3 (n=5)	%23 (n=38)	%43 (n=71)	%24,8 (n=41)	%6,1 (n=10)	3,08±0,91
4.Facebook, Twitter, İnstagram gibi sosyal medya araçlarını kullanıyor musunuz?	%32,1 (n=53)	%19,4 (n=32)	%29,7 (n=49)	%15,2 (n=25)	%3,6 (n=6)	2,39±1,18
5.Kahvehane/kulüp/dernek gibi bir ortamda vakit geçiriyor musunuz?	%43,6 (n=72)	%20,6 (n=34)	%25,5 (n=42)	%9,1 (n=15)	%1,2 (n=2)	2,04±1,08
6.Kart/tavla/okey/satranç/dama gibi oyunlar oynuyor musunuz?	%39,4 (n=65)	%29,1 (n=48)	%27,9 (n=46)	%3 (n=5)	%0,6 (n=1)	1,96±0,92
7.Bitki yetiştirmek/hayvan beslemek gibi bir uğraшта bulunuyor musunuz?	%21,8 (n=36)	%34,5 (n=57)	%26,1 (n=43)	%16,4 (n=27)	%1,2 (n=2)	2,41±1,04
8.Namaz kılmak, oruç tutmak gibi ibadetleri ne sıklıkla yapıyorsunuz?	%21,2 (n=35)	%33,3 (n=55)	%26,7 (n=44)	%18,2 (n=30)	%0,6 (n=1)	2,44±1,03

*Puanlama 1: hiç - 5: çok sık şeklindedir. *SD:Standart Sapma

Katılımcıların aile iletişimi sıklığına göre depresyon riski karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p<0,01$, $Z= -5,37$). Aile bireyleriyle iletişim sıklığı az olanların, çok olanlara göre depresyon riski anlamlı olarak daha yüksekti.

Katılımcıların arkadaş/akraba/komşuları ile iletişim sıklığına göre depresyon riski karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p<0,01$, $Z= -6,50$). Arkadaş/akraba/komşuları ile iletişim sıklığı az olanların, çok olanlara göre depresyon riski anlamlı olarak daha yüksekti.

Katılımcıların problemini paylaşabileceği ve kendine destek olacak kişilerin varlığı ile depresyon riski karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p<0,01$, $Z= -6,01$). Problemini paylaşabileceği ve kendine destek olacak kişilerin varlığı az olanların, çok olanlara göre depresyon riski anlamlı olarak daha yüksekti.

Katılımcıların sosyal yaşantı iyiliği hissiyatı ile depresyon riski karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p<0,01$, $Z= -5,71$). Sosyal yaşantı iyiliği hissiyatı az olanların, çok olanlara göre depresyon riski anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların bazı sosyal yönden değerlendirmesi verileri ile depresyon risklerinin karşılaştırılma tablosu

	Depresyon Riski	N	Ort. $\pm$ SD*	Z	P
Aile iletişimi sıklığı	Yok	113	3,66 $\pm$ 0,60	-5,37	0,008
	Var	52	3,08 $\pm$ 0,58		
Arkadaş/akraba/komşu iletişim sıklığı	Yok	113	3,40 $\pm$ 0,70	-6,50	<0,01
	Var	52	2,54 $\pm$ 0,64		
Destek olacak kişiler varlığı hissiyatı	Yok	113	3,79 $\pm$ 0,61	-6,01	<0,01
	Var	52	3,13 $\pm$ 0,59		
Sosyal yaşantı iyiliği hissiyatı	Yok	113	3,37 $\pm$ 0,65	-5,71	<0,01
	Var	52	2,63 $\pm$ 0,71		

Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. *Puanlama 1: hiç - 5: çok sık şeklindedir.

*SD: Standart Sapma

Katılımcıların aile iletişimi sıklığına göre kognitif bozukluk riski karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p<0,01$, $Z= -3,52$). Aile bireyleriyle iletişim sıklığı az olanların, çok olanlara göre kognitif bozukluk riski anlamlı olarak daha yüksekti.

Katılımcıların arkadaş/akraba/komşuları ile iletişim sıklığına göre kognitif bozukluk riski karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p<0,01$, $Z= -5,76$). Arkadaş/akraba/komşuları ile iletişim sıklığı az olanların, çok olanlara göre kognitif bozukluk riski anlamlı olarak daha yüksekti.

Katılımcıların problemini paylaşabileceği ve kendine destek olacak kişilerin varlığı ile kognitif bozukluk riski karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p<0,01$, $Z= -4,89$). Problemini paylaşabileceği ve kendine destek olacak kişilerin varlığı az olanların, çok olanlara göre kognitif bozukluk riski anlamlı olarak daha yüksekti.

Katılımcıların sosyal yaşantı iyiliği hissiyatı ile kognitif bozukluk riski karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p<0,01$, $Z= -5,27$). Sosyal yaşantı iyiliği hissiyatı az olanların, çok olanlara göre kognitif bozukluk riski anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların bazı sosyal yönden değerlendirmesi verileri ile kognitif bozukluk risklerinin karşılaştırılma tablosu

	Kognitif Bozukluk Riski	N	Ort. $\pm$ SD*	Z	P
Aile iletişimi sıklığı	Yok	142	3,55 $\pm$ 0,64	-3,52	<0,01
	Var	23	3,04 $\pm$ 0,56		
Arkadaş/akraba/komşu iletim sıklığı	Yok	142	3,27 $\pm$ 0,74	-5,76	<0,01
	Var	23	2,26 $\pm$ 0,44		
Destek olacak kişiler varlığı hissiyatı	Yok	142	3,68 $\pm$ 0,66	-4,89	<0,01
	Var	23	3,00 $\pm$ 0,42		
Sosyal yaşantı iyiliği hissiyatı	Yok	142	3,27 $\pm$ 0,69	-5,27	<0,01
	Var	23	2,35 $\pm$ 0,64		

Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. *Puanlama 1: hiç - 5: çok sık şeklindedir.

*SD: Standart Sapma

Katılımcıların kitap/gazete/dergi okuma sıklığına göre depresyon riski karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p<0,01$, $Z= -5,23$). Kitap/gazete/dergi okuma sıklığı az olanların, çok olanlara göre depresyon riski anlamlı olarak daha yüksekti.

Katılımcıların televizyon izleme/radyo dinleme sıklığına göre depresyon riski karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p<0,01$, $Z= -4,00$). Tv izleme/radyo dinleme sıklığı az olanların, çok olanlara göre depresyon riski anlamlı olarak daha yüksekti.

Katılımcıların cep telefonu/internet kullanım sıklığına göre depresyon riski karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p<0,01$, $Z= -5,62$). Cep telefonu/internet kullanım sıklığı az olanların, çok olanlara göre depresyon riski anlamlı olarak daha yüksekti.

Katılımcıların facebook/twitter/instagram kullanım sıklığına göre depresyon riski karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p<0,01$, $Z= -5,16$). Facebook/twitter/instagram kullanım sıklığı az olanların, çok olanlara göre depresyon riski anlamlı olarak daha yüksekti.

Katılımcıların kahvehane/kulüp/dernek gitme sıklığına göre depresyon riski karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p<0,01$, $Z= -5,02$). Kahvehane/kulüp/dernek gitme sıklığı az olanların, çok olanlara göre depresyon riski anlamlı olarak daha yüksekti.

Katılımcıların kart/tavla/okey/satranç/dama oynama sıklığına göre depresyon riski karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p<0,01$, $Z= -6,19$). Kart/tavla/okey/satranç/dama oynama sıklığı az olanların, çok olanlara göre depresyon riski anlamlı olarak daha yüksekti.

Katılımcıların bitki yetiştirme/hayvan besleme sıklığına göre depresyon riski karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p<0,01$, $Z= -2,68$). Bitki yetiştirme/hayvan besleme sıklığı az olanların, çok olanlara göre depresyon riski anlamlı olarak daha yüksekti.

Katılımcıların namaz/oruç gibi ibadet sıklığına göre depresyon riski karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$). (Tablo 10)

Tablo 10. Katılımcıların bazı günlük yaşam aktiviteleri verileri ile depresyon risklerinin karşılaştırılma tablosu

	Depresyon Riski	N	Ort. $\pm$ SD*	Z	P
Kitap/gazete/dergi okuma sıklığı	Yok	113	3,12 $\pm$ 1,09	-5,23	<0,01
	Var	52	2,12 $\pm$ 0,92		
Tv izleme/radyo dinleme sıklığı	Yok	113	3,60 $\pm$ 0,72	-4,00	<0,01
	Var	52	3,10 $\pm$ 0,66		
Cep telefonu/internet kullanım sıklığı	Yok	113	3,35 $\pm$ 0,83	-5,62	<0,01
	Var	52	2,50 $\pm$ 0,82		
Facebook/twitter/instagram kullanım sıklığı	Yok	113	2,71 $\pm$ 1,16	-5,16	<0,01
	Var	52	1,69 $\pm$ 0,91		
Kahvehane/kulüp/dern ek gitme sıklığı	Yok	113	2,32 $\pm$ 1,10	-5,02	<0,01
	Var	52	1,42 $\pm$ 0,72		
Kart/tavla/okey/satranç/dama oynama sıklığı	Yok	113	2,26 $\pm$ 0,90	-6,19	<0,01
	Var	52	1,33 $\pm$ 0,58		
Bitki yetiştirme/hayvan besleme sıklığı	Yok	113	2,56 $\pm$ 1,05	-2,68	<0,01
	Var	52	2,08 $\pm$ 0,94		
Namaz/oruç gibi ibadet sıklığı	Yok	113	2,31 $\pm$ 1,04	-2,35	0,19
	Var	52	2,71 $\pm$ 0,97		

Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. *Puanlama 1: hiç - 5: çok sık şeklindedir.

*SD: Standart Sapma

Katılımcıların kitap/gazete/dergi okuma sıklığına göre kognitif bozukluk riski karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p < 0,01$, $Z = -5,00$). Kitap/gazete/dergi okuma sıklığı az olanların, çok olanlara göre kognitif bozukluk riski anlamlı olarak daha yüksekti.

Katılımcıların tv izleme/radyo dinleme sıklığına göre kognitif bozukluk riski karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p < 0,01$, $Z = -3,40$). Tv izleme/radyo dinleme sıklığı az olanların, çok olanlara göre kognitif bozukluk riski anlamlı olarak daha yüksekti.

Katılımcıların cep telefonu/internet kullanım sıklığına göre kognitif bozukluk riski karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p < 0,01$, $Z = -6,04$). Cep telefonu/internet kullanım sıklığı az olanların, çok olanlara göre kognitif bozukluk riski anlamlı olarak daha yüksekti.

Katılımcıların facebook/twitter/instagram kullanım sıklığına göre kognitif bozukluk riski karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p < 0,01$, $Z = -5,66$). Facebook/twitter/instagram kullanım sıklığı az olanların, çok olanlara göre kognitif bozukluk riski anlamlı olarak daha yüksekti.

Katılımcıların kahvehane/kulüp/dernek gitme sıklığına göre kognitif bozukluk riski karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p < 0,01$, $Z = -4,53$). Kahvehane/kulüp/dernek gitme sıklığı az olanların, çok olanlara göre kognitif bozukluk riski anlamlı olarak daha yüksekti.

Katılımcıların kart/tavla/okey/satranç/dama oynama sıklığına göre kognitif bozukluk riski karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p < 0,01$, $Z = -4,32$). Kart/tavla/okey/satranç/dama oynama sıklığı az olanların, çok olanlara göre kognitif bozukluk riski anlamlı olarak daha yüksekti.

Katılımcıların bitki yetiştirme/hayvan besleme sıklığına göre kognitif bozukluk riski karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p < 0,01$, $Z = -2,86$). Bitki yetiştirme/hayvan besleme sıklığı az olanların, çok olanlara göre kognitif bozukluk riski anlamlı olarak daha yüksekti.

Katılımcıların namaz/oruç gibi ibadet sıklığına göre kognitif bozukluk riski karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p > 0,05$). (Tablo 11)

Tablo 11. Katılımcıların bazı günlük yaşam aktiviteleri verileri ile kognitif bozukluk risklerinin karşılaştırılma tablosu

	Kognitif bozukluk riski	N	Ort. $\pm$ SD*	Z	P
Kitap/gazete/dergi okuma alışkanlığı	Yok	142	2,99 $\pm$ 1,07	-5,00	<0,01
	Var	23	1,70 $\pm$ 0,87		
Tv/radyo izleme/dinleme sıklığı	Yok	142	3,52 $\pm$ 0,74	-3,40	<0,01
	Var	23	2,96 $\pm$ 0,56		
Cep telefonu/internet kullanım sıklığı	Yok	142	3,25 $\pm$ 0,83	-6,04	<0,01
	Var	23	2,00 $\pm$ 0,60		
Facebook/twitter/instagram kullanım sıklığı	Yok	142	2,59 $\pm$ 1,14	-5,66	<0,01
	Var	23	1,13 $\pm$ 0,34		
Kahvehane/kulüp/dernek gitme sıklığı	Yok	142	2,18 $\pm$ 1,08	-4,53	<0,01
	Var	23	1,13 $\pm$ 0,34		
Kart/tavla/okey/satranç/dama oynama sıklığı	Yok	142	2,08 $\pm$ 0,92	-4,32	<0,01
	Var	23	1,22 $\pm$ 0,42		
Bitki yetiştirmek/hayvan beslemek sıklığı	Yok	142	2,50 $\pm$ 1,05	-2,86	<0,01
	Var	23	1,83 $\pm$ 0,71		
Namaz/oruç gibi ibadet sıklığı	Yok	142	2,39 $\pm$ 1,04	-1,17	0,24
	Var	23	2,70 $\pm$ 0,97		

Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. *Puanlama 1: hiç - 5: çok sık şeklindedir. *SD: Standart Sapma

Katılımcıların geceleri uykudan uyanma sıklığına göre depresyon riski karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p<0,01$ $Z= -2,78$). Geceleri uykudan uyanma sıklığı çok olanların, az olanlara göre depresyon riski anlamlı olarak daha yüksekti.

Katılımcıların sabah kalktığında yorgunluk hissi sıklığına göre depresyon riski karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p<0,01$ $Z= -3,30$). Sabah kalktığında yorgunluk hissi sıklığı çok olanların, az olanlara göre depresyon riski anlamlı olarak daha yüksekti.

Katılımcıların gün içerisinde uykulu olma hissi sıklığına göre depresyon riski karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p<0,01$ $Z= -5,49$). Gün içerisinde uykulu olma hissi sıklığı çok olanların, az olanlara göre depresyon riski anlamlı olarak daha yüksekti.

Katılımcıların uyku kalitesi iyilik hissine göre depresyon riski karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p<0,01$ $Z= -4,86$). Uyku kalitesi iyilik hissi olumsuz olanların, olumlu olanlara göre depresyon riski anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 12).

Tablo 12. Kişilerin uyku durumu ile ilgili verilerin depresyon riski yönünden karşılaştırılması tablosu

	Depresyon Riski	N	Ort. $\pm$ SD*	Z	P
Geceleri uykudan uyanma sıklığı	Yok	113	2,32 $\pm$ 0,73	-2,78	<0,01
	Var	52	2,62 $\pm$ 0,66		
Sabah kalktığında yorgunluk hissi	Yok	113	1,79 $\pm$ 0,78	-3,30	<0,01
	Var	52	2,19 $\pm$ 0,68		
Gün içerisinde uykulu olma hissi	Yok	113	1,75 $\pm$ 0,59	-5,49	<0,01
	Var	52	2,42 $\pm$ 0,72		
Uyku kalitesi iyilik hissi	Yok	113	3,84 $\pm$ 0,64	-4,86	<0,01
	Var	52	3,29 $\pm$ 0,63		

Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. *Puanlama 1: hiç - 5: çok sık şeklindedir. *SD: Standart Sapma

Katılımcıların geceleri uykudan uyanma sıklığına göre mental bozukluk riski karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p<0,01$, $Z= -3,00$). Geceleri uykudan uyanma sıklığı çok olanların, az olanlara göre mental bozukluk riski anlamlı olarak daha yüksekti.

Katılımcıların sabah kalktığında yorgunluk hissi sıklığına göre mental bozukluk riski karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p<0,01$, $Z= -3,16$). Sabah kalktığında yorgunluk hissi sıklığı çok olanların, az olanlara göre mental bozukluk riski anlamlı olarak daha yüksekti.

Katılımcıların gün içerisinde uykulu olma hissi sıklığına göre mental bozukluk riski karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p<0,01$, $Z= -4,83$). Gün içerisinde uykulu olma hissi sıklığı çok olanların, az olanlara göre mental bozukluk riski anlamlı olarak daha yüksekti.

Katılımcıların uyku kalitesi iyilik hissine göre mental bozukluk riski karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p<0,01$, $Z= -4,86$). Uyku kalitesi iyilik hissi olumsuz olanların, olumlu olanlara göre mental bozukluk riski anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 13).

Tablo 13. Kişilerin uyku durumu ile ilgili verilerin kognitif bozukluk riski yönünden karşılaştırılması tablosu

	Kognitif bozukluk riski	N	Ort. $\pm$ SD*	Z	P
Geceleri uykudan uyanma sıklığı	Yok	142	2,35 $\pm$ 0,72	-3,00	<0,01
	Var	23	2,78 $\pm$ 0,60		
Sabah kalktığında yorgunluk hissi	Yok	142	1,84 $\pm$ 0,75	-3,16	<0,01
	Var	23	2,39 $\pm$ 0,72		
Gün içerisinde uykulu olma hissi	Yok	142	1,85 $\pm$ 0,65	-4,83	<0,01
	Var	23	2,65 $\pm$ 0,64		
Uyku kalitesini değerlendirme	Yok	142	3,77 $\pm$ 0,64	-4,86	<0,01
	Var	23	3,00 $\pm$ 0,60		

Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. *Puanlama 1: hiç - 5: çok sık şeklindedir.
*SD: Standart Sapma

Katılımcılara uyku kalitesini değerlendirme amacıyla “Uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirirsiniz” sorusu sorulduğunda erkekler $3,71\pm0,65$ puan, kadınlar $3,62\pm0,73$ puan almışlardır. Erkeklerle kadınlar arasında uyku kalitesi iyilik hissi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,39$ $Z=-0,84$).

Katılımcılara sosyal yönden değerlendirme amacıyla “Aile bireyleriyle ne sıklıkta iletişim kuruyorsunuz” sorusu sorulduğunda erkekler $3,46\pm0,72$ puan, kadınlar $3,50\pm0,59$ puan almışlardır. Erkeklerle kadınlar arasında aile iletişimi sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,77$ $Z=-0,29$).

Katılımcılara sosyal yönden değerlendirme amacıyla “Arkadaş, akraba, komşularınızla ne sıklıkta bir araya gelirsiniz” sorusu sorulduğunda erkekler $3,10\pm0,75$ puan, kadınlar $3,16\pm0,82$ puan almışlardır. Erkeklerle kadınlar arasında aile iletişimi sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,69$ $Z=-0,38$).

Katılımcılara sosyal yönden değerlendirme amacıyla “Bir probleminiz olduğunda paylaşabileceğiniz ve size destek olacak kişiler olduğunu düşünüyor musunuz” sorusu sorulduğunda erkekler $3,63\pm0,72$ puan, kadınlar $3,54\pm0,63$ puan almışlardır. Erkeklerle kadınlar arasında destek olacak kişiler varlığı hissiyatı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,19$ $Z=-1,30$).

Katılımcılara sosyal yönden değerlendirme amacıyla “Sosyal yaşantınızı ne derecede yeterli buluyorsunuz” sorusu sorulduğunda erkekler $3,16\pm0,75$ puan, kadınlar $3,12\pm0,76$ puan almışlardır. Erkeklerle kadınlar arasında sosyal yaşantı iyiliği hissiyatı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,70$ $Z=-0,38$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Ne sıklıkta kitap/gazete/dergi okursunuz” sorusu sorulduğunda erkekler $2,93\pm1,04$ puan, kadınlar $2,68\pm1,22$ puan almışlardır. Erkeklerle kadınlar arasında kitap/gazete/dergi okuma sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,18$ $Z=-1,31$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Ne sıklıkta televizyon seyredersiniz/radyo dinlersiniz” sorusu sorulduğunda erkekler $3,40\pm0,69$ puan, kadınlar $3,49\pm0,78$ puan almışlardır. Erkeklerle kadınlar arasında tv

izleme/radyo dinleme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,47$ $Z=-0,72$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Cep telefonu/internet kullanmaya ne kadar vakit ayırıyorsunuz” sorusu sorulduğunda erkekler $3,08\pm0,75$ puan, kadınlar $3,07\pm1,06$ puan almışlardır. Erkeklerle kadınlar arasında cep telefonu/internet kullanım sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,75$ $Z=-0,31$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Facebook/twitter/instagram gibi sosyal medya araçlarını ne sıklıkta kullanıyorsunuz” sorusu sorulduğunda erkekler $2,30\pm1,07$ puan, kadınlar $2,48\pm1,28$ puan almışlardır. Erkeklerle kadınlar arasında facebook/twitter/instagram kullanım sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,48$ $Z=-0,69$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Ne sıklıkta bitki yetiştirmek/hayvan beslemek gibi bir uğraşta bulunuyorsunuz” sorusu sorulduğunda erkekler $2,08\pm0,95$ puan, kadınlar $2,73\pm1,03$ puan almışlardır. Erkeklerle kadınlar arasında bitki yetiştirmek/hayvan beslemek sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,01$ $Z=-4,05$).

Katılımcılara sosyal yönden değerlendirme amacıyla “Bir probleminiz olduğunda paylaşılabileceğiniz ve size destek olacak kişiler olduğunu düşünüyor musunuz” sorusu sorulduğunda erkekler $3,63\pm0,72$ puan, kadınlar $3,54\pm0,63$ puan almışlardır. Erkeklerle kadınlar arasında destek olacak kişiler varlığı hissiyatı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,19$ $Z=-1,30$) (Tablo 14)

Tablo 14. Cinsiyete göre katılımcıların uyku kalitesi iyilik hissi, bazı sosyal yönden değerlendirmesi verileri ve bazı günlük yaşam aktiviteleri verilerinin karşılaştırılması tablosu

	Cinsiyet	N	Ort. $\pm$ SD*	Z	P
Uyku kalitesi iyilik hissi	Erkek	83	3,71 $\pm$ 0,65	-0,84	0,39
	Kadın	82	3,62 $\pm$ 0,73		
Aile iletişimi sıklığı	Erkek	83	3,46 $\pm$ 0,72	-0,29	0,77
	Kadın	82	3,50 $\pm$ 0,59		
Arkadaş/akraba/komşu iletişim sıklığı	Erkek	83	3,10 $\pm$ 0,75	-0,38	0,69
	Kadın	82	3,16 $\pm$ 0,82		
Destek olacak kişiler varlığı hissiyatı	Erkek	83	3,63 $\pm$ 0,72	-1,30	0,19
	Kadın	82	3,54 $\pm$ 0,63		
Sosyal yaşantı iyiliği hissiyatı	Erkek	83	3,16 $\pm$ 0,75	-0,38	0,70
	Kadın	82	3,12 $\pm$ 0,76		
Kitap/gazete/dergi okuma sıklığı	Erkek	83	2,93 $\pm$ 1,04	-1,31	0,18
	Kadın	82	2,68 $\pm$ 1,22		
Tv izleme/radyo dinleme sıklığı	Erkek	83	3,40 $\pm$ 0,69	-0,72	0,47
	Kadın	82	3,49 $\pm$ 0,78		
Cep telefonu/internet kullanım sıklığı	Erkek	83	3,08 $\pm$ 0,75	-0,31	0,75
	Kadın	82	3,07 $\pm$ 1,06		
Facebook/twitter/instagram kullanım sıklığı	Erkek	83	2,30 $\pm$ 1,07	-0,69	0,48
	Kadın	82	2,48 $\pm$ 1,28		
Bitki yetiştirmek/hayvan beslemek sıklığı	Erkek	83	2,08 $\pm$ 0,95	-4,05	<0,01
	Kadın	82	2,73 $\pm$ 1,03		

Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. *Puanlama 1: hiç - 5: çok sık şeklindedir.

*SD: Standart Sapma

Katılımcıların cinsiyete göre IPAQ skorları karşılaştırıldığında erkekler 1,80±0,72 puan, kadınlar 1,41±0,60 puan almışlardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$ $t=3,64$).

Katılımcıların cinsiyete göre GDS skorları karşılaştırıldığında erkekler 2,53±2,33 puan, kadınlar 3,94±3,04 puan almışlardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$ $t=-3,33$).

Katılımcıların cinsiyete göre SMMT skorları karşılaştırıldığında erkekler 27,95±2,18 puan, kadınlar 26,84±3,13 puan almışlardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,09$ $t=2,64$) (Tablo 15).

Tablo 15. Cinsiyete göre IPAQ, GDS, SMMT skorlarının karşılaştırılması tablosu

	Cinsiyet	N	Ort. ± SD*	t	P
IPAQ	Erkek	83	1,80±0,72	3,64	<0,01
	Kadın	82	1,41±0,60		
GDS	Erkek	83	2,53±2,33	-3,33	<0,01
	Kadın	82	3,94±3,04		
SMMT	Erkek	83	27,95±2,18	2,64	0,09
	Kadın	82	26,84±3,13		

Independent t testi kullanıldı. *SD: Standart Sapma

Katılımcılara uyku kalitesini değerlendirme amacıyla “Uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirirsiniz” sorusu sorulduğunda evliler $3,76 \pm 0,65$ puan, boşanmış/dul/bekarlar $3,46 \pm 0,72$ puan almışlardır. Evliler ile boşanmış/dul/bekarlar arasında uyku kalitesi iyilik hissi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,01$ $Z=-2,51$).

Katılımcılara sosyal yönden değerlendirme amacıyla “Aile bireyleriyle ne sıklıkta iletişim kuruyorsunuz” sorusu sorulduğunda evliler $3,58 \pm 0,65$ puan, boşanmış/dul/bekarlar $3,25 \pm 0,62$ puan almışlardır. Evliler ile boşanmış/dul/bekarlar arasında aile iletişimi sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,001$ $Z=-3,26$).

Katılımcılara sosyal yönden değerlendirme amacıyla “Arkadaş, akraba, komşularınızla ne sıklıkta bir araya gelirsiniz” sorusu sorulduğunda evliler $3,16 \pm 0,75$ puan, boşanmış/dul/bekarlar $3,06 \pm 0,87$ puan almışlardır. Evliler ile boşanmış/dul/bekarlar arasında aile iletişimi sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,38$ $Z=-0,87$).

Katılımcılara sosyal yönden değerlendirme amacıyla “Bir probleminiz olduğunda paylaşabileceğiniz ve size destek olacak kişiler olduğunu düşünüyor musunuz” sorusu sorulduğunda evliler $3,69 \pm 0,66$ puan, boşanmış/dul/bekarlar $3,35 \pm 0,65$ puan almışlardır. Evliler ile boşanmış/dul/bekarlar arasında destek olacak kişiler varlığı hissiyatı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,001$ $Z=-3,18$).

Katılımcılara sosyal yönden değerlendirme amacıyla “Sosyal yaşantınızı ne derecede yeterli buluyorsunuz” sorusu sorulduğunda evliler $3,22 \pm 0,75$ puan, boşanmış/dul/bekarlar $2,96 \pm 0,74$ puan almışlardır. Evliler ile boşanmış/dul/bekarlar arasında sosyal yaşantı iyiliği hissiyatı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,04$ $Z=-1,99$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Ne sıklıkta kitap/gazete/dergi okursunuz” sorusu sorulduğunda evliler $2,91 \pm 1,11$ puan, boşanmış/dul/bekarlar $2,58 \pm 1,17$ puan almışlardır. Evliler ile boşanmış/dul/bekarlar arasında kitap/gazete/dergi okuma sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,10$ $Z=-1,64$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Ne sıklıkta televizyon seyredersiniz/radyo dinlersiniz” sorusu sorulduğunda evliler $3,44 \pm 0,75$ puan, boşanmış/dul/bekarlar $3,44 \pm 0,72$ puan almışlardır. Evliler ile boşanmış/dul/bekarlar arasında tv izleme/radyo dinleme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,98$ $Z=-0,01$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Cep telefonu/internet kullanmaya ne kadar vakit ayırıyorsunuz” sorusu sorulduğunda evliler $3,12 \pm 0,84$ puan, boşanmış/dul/bekarlar $3,00 \pm 1,06$ puan almışlardır. Evliler ile boşanmış/dul/bekarlar arasında cep telefonu/internet kullanım sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,46$ $Z=-0,73$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Facebook/twitter/instagram gibi sosyal medya araçlarını ne sıklıkta kullanıyorsunuz” sorusu sorulduğunda evliler $2,42 \pm 1,14$ puan, boşanmış/dul/bekarlar $2,33 \pm 1,29$ puan almışlardır. Evliler ile boşanmış/dul/bekarlar arasında facebook/twitter/instagram kullanım sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,54$ $Z=-0,60$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Ne sıklıkta bitki yetiştirmek/hayvan beslemek gibi bir uğraşta bulunuyorsunuz” sorusu sorulduğunda evliler $2,36 \pm 0,97$ puan, boşanmış/dul/bekarlar $2,50 \pm 1,18$ puan almışlardır. Evliler ile boşanmış/dul/bekarlar arasında bitki yetiştirmek/hayvan beslemek sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,50$ $Z=-0,66$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Namaz kılmak/oruç tutmak gibi ibadetleri ne sıklıkta yapıyorsunuz” sorusu sorulduğunda evliler $2,42 \pm 1,03$ puan, boşanmış/dul/bekarlar $2,48 \pm 1,05$ puan almışlardır. Evliler ile boşanmış/dul/bekarlar arasında bitki yetiştirmek/hayvan beslemek sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,64$ $Z=-0,46$) (Tablo 16).

Tablo 16. Medeni duruma göre katılımcıların uyku kalitesi iyilik hissi, bazı sosyal yönden değerlendirmesi verileri ve bazı günlük yaşam aktiviteleri verilerinin karşılaştırılması tablosu

	Medeni durum	N	Ort. $\pm$ SD*	Z	P
Uyku kalitesi iyilik hissi	Evli	113	3,76 $\pm$ 0,65	-2,51	0,01
	Boşanmış/dul/bekar	52	3,46 $\pm$ 0,72		
Aile iletişimi sıklığı	Evli	113	3,58 $\pm$ 0,65	-3,26	0,001
	Boşanmış/dul/bekar	52	3,25 $\pm$ 0,62		
Arkadaş/akraba/komşu iletişim sıklığı	Evli	113	3,16 $\pm$ 0,75	-0,87	0,38
	Boşanmış/dul/bekar	52	3,06 $\pm$ 0,87		
Destek olacak kişiler varlığı hissiyatı	Evli	113	3,69 $\pm$ 0,66	-3,18	0,001
	Boşanmış/dul/bekar	52	3,35 $\pm$ 0,65		
Sosyal yaşantı iyiliği hissiyatı	Evli	113	3,22 $\pm$ 0,75	-1,99	0,046
	Boşanmış/dul/bekar	52	2,96 $\pm$ 0,74		
Kitap/gazete/dergi okuma alışkanlığı	Evli	113	2,91 $\pm$ 1,11	-1,64	0,10
	Boşanmış/dul/bekar	52	2,58 $\pm$ 1,17		
TV/radyo izleme/dinleme sıklığı	Evli	113	3,44 $\pm$ 0,75	-0,01	0,98
	Boşanmış/dul/bekar	52	3,44 $\pm$ 0,72		
Cep telefonu/internet kullanım sıklığı	Evli	113	3,12 $\pm$ 0,84	-0,73	0,46
	Boşanmış/dul/bekar	52	3,00 $\pm$ 1,06		
Facebook/twitter/instagram kullanım sıklığı	Evli	113	2,42 $\pm$ 1,14	-0,60	0,54
	Boşanmış/dul/bekar	52	2,33 $\pm$ 1,29		
Bitki yetiştirmek/hayvan beslemek sıklığı	Evli	113	2,36 $\pm$ 0,97	-0,66	0,50
	Boşanmış/dul/bekar	52	2,50 $\pm$ 1,18		
Namaz/oruç gibi ibadet sıklığı	Evli	113	2,42 $\pm$ 1,03	-0,46	0,64
	Boşanmış/dul/bekar	52	2,48 $\pm$ 1,05		

Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. *Puanlama 1: hiç - 5: çok sık şeklindedir. *SD: Standart Sapma

Katılımcıların medeni duruma göre IPAQ skorları karşılaştırıldığında evliler $1,73 \pm 0,71$ puan, boşanmış/dul/bekarlar $1,35 \pm 0,59$ puan almışlardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$ $t=3,35$).

Katılımcıların cinsiyete göre GDS skorları karşılaştırıldığında evliler $2,81 \pm 2,65$ puan, boşanmış/dul/bekarlar $4,13 \pm 2,90$ puan almışlardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,005$ $t=-2,87$).

Katılımcıların cinsiyete göre SMMT skorları karşılaştırıldığında evliler $27,86 \pm 2,31$ puan, boşanmış/dul/bekarlar $26,40 \pm 3,32$ puan almışlardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$ $t=3,25$).

Tablo 17. Medeni duruma göre IPAQ, GDS, SMMT skorlarının karşılaştırılması tablosu

	Medeni durum	N	Ort. $\pm$ SD*	t	P
IPAQ	Evli	113	$1,73 \pm 0,71$	3,35	0,001
	Boşanmış/Dul/Bekar	52	$1,35 \pm 0,59$		
GDS	Evli	113	$2,81 \pm 2,65$	-2,87	0,005
	Boşanmış/Dul/Bekar	52	$4,13 \pm 2,90$		
SMMT	Evli	113	$27,86 \pm 2,31$	3,25	0,001
	Boşanmış/Dul/Bekar	52	$26,40 \pm 3,32$		

Independent t testi kullanıldı. *SD: Standart Sapma

Katılımcılara uyku kalitesini değerlendirme amacıyla “Uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirirsiniz” sorusu sorulduğunda yalnız yaşayanlar $3,50 \pm 0,62$ puan, başka birileriyle yaşayanlar $3,64 \pm 0,65$ puan almışlardır. Yalnız yaşayanlar ile başka birileriyle yaşayanlar arasında uyku kalitesi iyilik hissi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,11$ $Z=-1,59$).

Katılımcılara sosyal yönden değerlendirme amacıyla “Aile bireyleriyle ne sıklıkta iletişim kuruyorsunuz” sorusu sorulduğunda yalnız yaşayanlar $3,19 \pm 0,64$ puan, başka birileriyle yaşayanlar $3,52 \pm 0,62$ puan almışlardır. Yalnız yaşayanlar ile başka birileriyle yaşayanlar arasında aile iletişimi sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,002$ $Z=-3,03$).

Katılımcılara sosyal yönden değerlendirme amacıyla “Arkadaş, akraba, komşularınızla ne sıklıkta bir araya gelirsiniz” sorusu sorulduğunda yalnız yaşayanlar $3,19 \pm 0,85$ puan, başka birileriyle yaşayanlar $3,11 \pm 0,72$ puan almışlardır. Yalnız yaşayanlar ile başka birileriyle yaşayanlar arasında aile iletişimi sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,76$ $Z=-0,30$).

Katılımcılara sosyal yönden değerlendirme amacıyla “Bir probleminiz olduğunda paylaşabileceğiniz ve size destek olacak kişiler olduğunu düşünüyor musunuz” sorusu sorulduğunda yalnız yaşayanlar $3,41 \pm 0,71$ puan, başka birileriyle yaşayanlar $3,68 \pm 0,67$ puan almışlardır. Yalnız yaşayanlar ile başka birileriyle yaşayanlar arasında destek olacak kişiler varlığı hissiyatı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,11$ $Z=-1,59$).

Katılımcılara sosyal yönden değerlendirme amacıyla “Sosyal yaşantınızı ne derecede yeterli buluyorsunuz” sorusu sorulduğunda yalnız yaşayanlar $3,06 \pm 0,66$ puan, başka birileriyle yaşayanlar $3,22 \pm 0,79$ puan almışlardır. Yalnız yaşayanlar ile başka birileriyle yaşayanlar arasında sosyal yaşantı iyiliği hissiyatı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,48$ $Z=-0,70$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Ne sıklıkta kitap/gazete/dergi okursunuz” sorusu sorulduğunda yalnız yaşayanlar $2,78 \pm 1,28$ puan, başka birileriyle yaşayanlar $2,92 \pm 1,08$ puan almışlardır. Yalnız yaşayanlar ile başka birileriyle yaşayanlar arasında kitap/gazete/dergi okuma sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,99$ $Z=-0,004$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Ne sıklıkta televizyon seyredersiniz/radyo dinlersiniz” sorusu sorulduğunda yalnız yaşayanlar $3,66 \pm 0,65$ puan, başka birileriyle yaşayanlar $3,38 \pm 0,75$ puan almışlardır. Yalnız yaşayanlar ile başka birileriyle yaşayanlar arasında tv izleme/radyo dinleme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,05$ $Z=-1,90$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Cep telefonu/internet kullanmaya ne kadar vakit ayırıyorsunuz” sorusu sorulduğunda yalnız yaşayanlar $3,25 \pm 0,95$ puan, başka birileriyle yaşayanlar $3,07 \pm 0,82$ puan almışlardır. Yalnız yaşayanlar ile başka birileriyle yaşayanlar arasında cep telefonu/internet kullanım sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,36$ $Z=-0,91$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla "facebook/twitter/instagram gibi sosyal medya araçlarını ne sıklıkta kullanıyorsunuz" sorusu sorulduğunda yalnız yaşayanlar $2,56 \pm 1,26$ puan, başka birileriyle yaşayanlar $2,40 \pm 1,18$ puan almışlardır. Yalnız yaşayanlar ile başka birileriyle yaşayanlar arasında facebook/twitter/instagram kullanım sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,39$ $Z=-0,85$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla "Ne sıklıkta bitki yetiştirmek/hayvan beslemek gibi bir uğraşta bulunuyorsunuz" sorusu sorulduğunda yalnız yaşayanlar $2,56 \pm 1,19$ puan, başka birileriyle yaşayanlar $2,36 \pm 0,99$ puan almışlardır. Yalnız yaşayanlar ile başka birileriyle yaşayanlar arasında bitki yetiştirmek/hayvan beslemek sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,40$ $Z=-0,84$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla "Namaz kılmak/oruç tutmak gibi ibadetleri ne sıklıkta yapıyorsunuz" sorusu sorulduğunda yalnız yaşayanlar $2,34 \pm 1,06$ puan, başka birileriyle yaşayanlar $2,39 \pm 1,04$ puan almışlardır. Yalnız yaşayanlar ile başka birileriyle yaşayanlar arasında bitki yetiştirmek/hayvan beslemek sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,61$ $Z=-0,50$) (Tablo 18).

Tablo 18. Kimle yaşadığına göre katılımcıların uyku kalitesi iyilik hissi, bazı sosyal yönden değerlendirmesi verileri ve bazı günlük yaşam aktiviteleri verilerinin karşılaştırılması tablosu

	Kiminle yaşadığı	N	Ort. $\pm$ SD*	Z	P
Uyku kalitesi iyilik hissi	Yalnız	32	3,50 $\pm$ 0,62	-1,59	0,11
	Başka birileriyle	133	3,64 $\pm$ 0,65		
Aile iletişimi sıklığı	Yalnız	32	3,19 $\pm$ 0,64	-3,03	0,002
	Başka birileriyle	133	3,52 $\pm$ 0,62		
Arkadaş/akraba/komşu iletişim sıklığı	Yalnız	32	3,19 $\pm$ 0,85	-0,30	0,76
	Başka birileriyle	133	3,11 $\pm$ 0,72		
Destek olacak kişiler varlığı hissiyatı	Yalnız	32	3,41 $\pm$ 0,71	-1,59	0,11
	Başka birileriyle	133	3,68 $\pm$ 0,67		
Sosyal yaşantı iyiliği hissiyatı	Yalnız	32	3,06 $\pm$ 0,66	-0,70	0,48
	Başka birileriyle	133	3,22 $\pm$ 0,79		
Kitap/gazete/dergi okuma alışkanlığı	Yalnız	32	2,78 $\pm$ 1,28	-0,004	0,99
	Başka birileriyle	133	2,92 $\pm$ 1,08		
Tv/radyo izleme/dinleme sıklığı	Yalnız	32	3,66 $\pm$ 0,65	-1,90	0,05
	Başka birileriyle	133	3,38 $\pm$ 0,75		
Cep telefonu/internet kullanım sıklığı	Yalnız	32	3,25 $\pm$ 0,95	-0,91	0,36
	Başka birileriyle	133	3,07 $\pm$ 0,82		
Facebook/twitter/instagram kullanım sıklığı	Yalnız	32	2,56 $\pm$ 1,26	-0,85	0,39
	Başka birileriyle	133	2,40 $\pm$ 1,18		
Bitki yetiştirmek/hayvan beslemek sıklığı	Yalnız	32	2,56 $\pm$ 1,19	-0,84	0,40
	Başka birileriyle	133	2,36 $\pm$ 0,99		
Namaz/oruç gibi ibadet sıklığı	Yalnız	32	2,34 $\pm$ 1,06	-0,50	0,61
	Başka birileriyle	133	2,39 $\pm$ 1,04		

Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. *Puanlama 1: hiç - 5: çok sık şeklindedir.

*SD: Standart Sapma

Katılımcıların kiminle yaşadığına göre IPAQ skorları karşılaştırıldığında yalnız yaşayanlar $1,38 \pm 0,60$ puan, başka birileriyle yaşayanlar $1,66 \pm 0,70$ puan almışlardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,03$ $t=-2,11$).

Katılımcıların cinsiyete göre GDS skorları karşılaştırıldığında yalnız yaşayanlar $3,31 \pm 2,40$ puan, başka birileriyle yaşayanlar $3,21 \pm 2,89$ puan almışlardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,85$ $t=-0,18$).

Katılımcıların cinsiyete göre SMMT skorları karşılaştırıldığında yalnız yaşayanlar $26,88 \pm 2,89$ puan, başka birileriyle yaşayanlar $27,53 \pm 2,70$ puan almışlardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,23$ $t=-1,20$) (Tablo 19).

Tablo 19. Kiminle yaşadığına göre IPAQ, GDS, SMMT skorlarının karşılaştırılması tablosu

	Kiminle yaşadığı	N	Ort. $\pm$ SD*	t	P
IPAQ	Yalnız	32	$1,38 \pm 0,60$	-2,11	0,03
	Başka birileriyle	133	$1,66 \pm 0,70$		
GDS	Yalnız	32	$3,31 \pm 2,40$	0,18	0,85
	Başka birileriyle	133	$3,21 \pm 2,89$		
SMMT	Yalnız	32	$26,88 \pm 2,89$	-1,20	0,23
	Başka birileriyle	133	$27,53 \pm 2,70$		

Independent t testi kullanıldı. *SD: Standart Sapma

Katılımcılara uyku kalitesini değerlendirme amacıyla “Uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirirsiniz” sorusu sorulduğunda eğitim durumu düşük olanlar $3,30 \pm 0,62$ puan, eğitim durumu orta olanlar $3,76 \pm 0,65$ puan, eğitim durumu yüksek olanlar $3,84 \pm 0,67$ puan almışlardır. Eğitim durumu düşük, orta, yüksek olanlar arasında uyku kalitesi iyilik hissi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,01$ $X^2=17,10$).

Katılımcılara sosyal yönden değerlendirme amacıyla “Aile bireyleriyle ne sıklıkta iletişim kuruyorsunuz” sorusu sorulduğunda eğitim durumu düşük olanlar $3,24 \pm 0,60$ puan, eğitim durumu orta olanlar $3,54 \pm 0,57$ puan, eğitim durumu yüksek olanlar $3,59 \pm 0,71$ puan almışlardır. Eğitim durumu düşük, orta, yüksek olanlar

arasında uyku kalitesi iyilik hissi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,01$ $X^2=12,87$).

Katılımcılara sosyal yönden değerlendirme amacıyla “Arkadaş, akraba, komşularınızla ne sıklıkta bir araya gelirsiniz” sorusu sorulduğunda eğitim durumu düşük olanlar $2,74\pm0,74$ puan, eğitim durumu orta olanlar $3,20\pm0,80$ puan, eğitim durumu yüksek olanlar $3,33\pm0,72$ puan almışlardır. Eğitim durumu düşük, orta, yüksek olanlar arasında uyku kalitesi iyilik hissi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,01$ $X^2=18,63$).

Katılımcılara sosyal yönden değerlendirme amacıyla “Bir probleminiz olduğunda paylaşabileceğiniz ve size destek olacak kişiler olduğunu düşünüyor musunuz” sorusu sorulduğunda eğitim durumu düşük olanlar $3,30\pm0,55$ puan, eğitim durumu orta olanlar $3,62\pm0,66$ puan, eğitim durumu yüksek olanlar $3,74\pm0,72$ puan almışlardır. Eğitim durumu düşük, orta, yüksek olanlar arasında uyku kalitesi iyilik hissi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,01$ $X^2=17,09$).

Katılımcılara sosyal yönden değerlendirme amacıyla “Sosyal yaşantınızı ne derecede yeterli buluyorsunuz” sorusu sorulduğunda eğitim durumu düşük olanlar $2,72\pm0,65$ puan, eğitim durumu orta olanlar $3,32\pm0,68$ puan, eğitim durumu yüksek olanlar $3,29\pm0,76$ puan almışlardır. Eğitim durumu düşük, orta, yüksek olanlar arasında uyku kalitesi iyilik hissi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,01$ $X^2=21,51$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Ne sıklıkta kitap/gazete/dergi okursunuz” sorusu sorulduğunda eğitim durumu düşük olanlar $1,74\pm0,80$ puan, eğitim durumu orta olanlar $2,82\pm0,98$ puan, eğitim durumu yüksek olanlar $3,51\pm0,86$ puan almışlardır. Eğitim durumu düşük, orta, yüksek olanlar arasında uyku kalitesi iyilik hissi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,01$ $X^2=68,00$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Ne sıklıkta televizyon seyredersiniz/radyo dinlersiniz” sorusu sorulduğunda eğitim durumu düşük olanlar $3,26\pm0,71$ puan, eğitim durumu orta olanlar $3,32\pm0,68$ puan, eğitim durumu yüksek olanlar $3,65\pm0,76$ puan almışlardır. Eğitim durumu düşük, orta, yüksek olanlar arasında uyku kalitesi iyilik hissi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,01$ $X^2=11,43$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Cep telefonu/internet kullanmaya ne kadar vakit ayırıyorsunuz” sorusu sorulduğunda eğitim durumu düşük olanlar $2,57 \pm 0,93$ puan, eğitim durumu orta olanlar $2,96 \pm 0,80$ puan, eğitim durumu yüksek olanlar $3,51 \pm 0,77$ puan almışlardır. Eğitim durumu düşük, orta, yüksek olanlar arasında uyku kalitesi iyilik hissi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,01$ $X^2 = 32,67$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Facebook/twitter/instagram gibi sosyal medya araçlarını ne sıklıkta kullanıyorsunuz” sorusu sorulduğunda eğitim durumu düşük olanlar $1,65 \pm 0,99$ puan, eğitim durumu orta olanlar $2,20 \pm 1,10$ puan, eğitim durumu yüksek olanlar $3,01 \pm 1,03$ puan almışlardır. Eğitim durumu düşük, orta, yüksek olanlar arasında uyku kalitesi iyilik hissi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,01$ $X^2 = 39,11$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Kahvehane/kulüp/dernek gibi bir ortamda ne sıklıkta vakit geçiriyorsunuz” sorusu sorulduğunda eğitim durumu düşük olanlar $1,39 \pm 0,74$ puan, eğitim durumu orta olanlar $2,10 \pm 1,11$ puan, eğitim durumu yüksek olanlar $2,42 \pm 1,06$ puan almışlardır. Eğitim durumu düşük, orta, yüksek olanlar arasında uyku kalitesi iyilik hissi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,01$ $X^2 = 27,32$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Kart/tavla/okey/satranç/dama gibi oyunları ne sıklıkta oynuyorsunuz” sorusu sorulduğunda eğitim durumu düşük olanlar $1,46 \pm 0,75$ puan, eğitim durumu orta olanlar $1,88 \pm 0,94$ puan, eğitim durumu yüksek olanlar $2,36 \pm 0,84$ puan almışlardır. Eğitim durumu düşük, orta, yüksek olanlar arasında uyku kalitesi iyilik hissi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,01$ $X^2 = 30,40$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Ne sıklıkta bitki yetiştirmek/hayvan beslemek gibi bir uğraşta bulunuyorsunuz” sorusu sorulduğunda eğitim durumu düşük olanlar $2,28 \pm 1,00$ puan, eğitim durumu orta olanlar $2,24 \pm 1,09$ puan, eğitim durumu yüksek olanlar $2,61 \pm 1,00$ puan almışlardır. Eğitim durumu düşük, orta, yüksek olanlar arasında uyku kalitesi iyilik hissi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0,09$ $X^2 = 4,80$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Namaz kılmak/oruç tutmak gibi ibadetleri ne sıklıkta yapıyorsunuz” sorusu sorulduğunda eğitim durumu düşük olanlar $2,87 \pm 1,04$ puan, eğitim durumu orta olanlar $2,46 \pm 1,01$ puan, eğitim durumu yüksek olanlar $2,13 \pm 0,95$ puan almışlardır. Eğitim durumu düşük, orta, yüksek olanlar arasında uyku kalitesi iyilik hissi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,01$ $X^2 = 13,83$) (Tablo 20).

Tablo 20. Eğitim durumuna göre katılımcıların uyku kalitesi iyilik hissi, bazı sosyal yönden değerlendirmesi verileri ve bazı günlük yaşam aktiviteleri verilerinin karşılaştırılması tablosu

	Eğitim durumu			X ²	P
	Düşük	Orta	Yüksek		
Uyku kalitesi iyilik hissi (Ort. $\pm$ SD*)	3,30 $\pm$ 0,62	3,76 $\pm$ 0,65	3,84 $\pm$ 0,67	17,10	<0,01
Aile iletişimi sıklığı (Ort. $\pm$ SD*)	3,24 $\pm$ 0,60	3,54 $\pm$ 0,57	3,59 $\pm$ 0,71	12,87	<0,01
Arkadaş/akraba/komşu iletişim sıklığı (Ort. $\pm$ SD*)	2,74 $\pm$ 0,74	3,20 $\pm$ 0,80	3,33 $\pm$ 0,72	18,63	<0,01
Destek olacak kişiler varlığı hissiyatı (Ort. $\pm$ SD*)	3,30 $\pm$ 0,55	3,62 $\pm$ 0,66	3,74 $\pm$ 0,72	17,09	<0,01
Sosyal yaşantı iyiliği hissiyatı (Ort. $\pm$ SD*)	2,72 $\pm$ 0,65	3,32 $\pm$ 0,68	3,29 $\pm$ 0,76	21,51	<0,01
Kitap/gazete/dergi okuma alışkanlığı (Ort. $\pm$ SD*)	1,74 $\pm$ 0,80	2,82 $\pm$ 0,98	3,51 $\pm$ 0,86	68,00	<0,01
Tv/radyo izleme/dinleme sıklığı (Ort. $\pm$ SD*)	3,26 $\pm$ 0,71	3,32 $\pm$ 0,68	3,65 $\pm$ 0,76	11,43	<0,01
Cep telefonu/internet kullanım sıklığı (Ort. $\pm$ SD*)	2,57 $\pm$ 0,93	2,96 $\pm$ 0,80	3,51 $\pm$ 0,77	32,67	<0,01
Facebook/twitter/instagram kullanım sıklığı (Ort. $\pm$ SD*)	1,65 $\pm$ 0,99	2,20 $\pm$ 1,10	3,01 $\pm$ 1,03	39,11	<0,01
Kahvehane/kulüp/dernek gitme sıklığı	1,39 $\pm$ 0,74	2,10 $\pm$ 1,11	2,42 $\pm$ 1,06	27,32	<0,01
Kart/tavla/okey/satranç/dama oynama sıklığı	1,46 $\pm$ 0,75	1,88 $\pm$ 0,94	2,36 $\pm$ 0,84	30,40	<0,01
Bitki yetiştirmek/hayvan beslemek sıklığı	2,28 $\pm$ 1,00	2,24 $\pm$ 1,09	2,61 $\pm$ 1,00	4,80	0,09
Namaz/oruç gibi ibadet sıklığı	2,87 $\pm$ 1,04	2,46 $\pm$ 1,01	2,13 $\pm$ 0,95	13,83	<0,01

Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. *Puanlama 1: hiç - 5: çok sık şeklindedir. *SD: Standart Sapma

Katılımcıların kiminle yaşadığına göre IPAQ skorları karşılaştırıldığında eğitim durumu düşük olanlar $1,33 \pm 0,63$ puan, eğitim durumu orta olanlar $1,64 \pm 0,63$ puan, eğitim durumu yüksek olanlar $1,77 \pm 0,73$ puan almışlardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,01$ $F=6,00$).

Katılımcıların kiminle yaşadığına göre GDS skorları karşılaştırıldığında eğitim durumu düşük olanlar $5,35 \pm 2,90$ puan, eğitim durumu orta olanlar $2,76 \pm 2,22$ puan, eğitim durumu yüksek olanlar $2,16 \pm 2,31$ puan almışlardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,01$ $F=24,33$).

Katılımcıların kiminle yaşadığına göre SMMT skorları karşılaştırıldığında eğitim durumu düşük olanlar $25,09 \pm 3,30$ puan, eğitim durumu orta olanlar $27,94 \pm 1,76$ puan, eğitim durumu yüksek olanlar $28,55 \pm 1,88$ puan almışlardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,01$ $F=32,20$) (Tablo 21).

Tablo 21. Eğitim durumu göre IPAQ, GDS, SMMT skorlarının karşılaştırılması tablosu

	Eğitim durumu	N	Ort. $\pm$ SD*	F	P
IPAQ	Düşük	46	$1,33 \pm 0,63$	6,00	<0,01
	Orta	50	$1,64 \pm 0,63$		
	Yüksek	69	$1,77 \pm 0,73$		
GDS	Düşük	46	$5,35 \pm 2,90$	24,33	<0,01
	Orta	50	$2,76 \pm 2,22$		
	Yüksek	69	$2,16 \pm 2,31$		
SMMT	Düşük	46	$25,09 \pm 3,30$	32,20	<0,01
	Orta	50	$27,94 \pm 1,76$		
	Yüksek	69	$28,55 \pm 1,88$		

One way Anova testi kullanıldı. *SD: Standart Sapma

Katılımcılara uyku kalitesini değerlendirme amacıyla “Uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirirsiniz” sorusu sorulduğunda çalışmıyor/emekli olanlar $3,61 \pm 0,68$ puan, çalışıyor olanlar $4,04 \pm 0,63$ puan almışlardır. Çalışmıyor/emekli olanlar ile çalışıyor olanlar arasında uyku kalitesi iyilik hissi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,006$ $Z=-2,75$).

Katılımcılara sosyal yönden değerlendirme amacıyla “Aile bireyleriyle ne sıklıkta iletişim kuruyorsunuz” sorusu sorulduğunda çalışmıyor/emekli olanlar $3,44 \pm 0,63$ puan, çalışıyor olanlar $3,74 \pm 0,75$ puan almışlardır. Çalışmıyor/emekli olanlar ile çalışıyor olanlar arasında aile iletişimi sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,053$ $Z=-1,93$).

Katılımcılara sosyal yönden değerlendirme amacıyla “Arkadaş, akraba, komşularınızla ne sıklıkta bir araya gelirsiniz” sorusu sorulduğunda çalışmıyor/emekli olanlar $3,06 \pm 0,77$ puan, çalışıyor olanlar $3,57 \pm 0,72$ puan almışlardır. Çalışmıyor/emekli olanlar ile çalışıyor olanlar arasında aile iletişimi sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,006$ $Z=-2,73$).

Katılımcılara sosyal yönden değerlendirme amacıyla “Bir probleminiz olduğunda paylaşabileceğiniz ve size destek olacak kişiler olduğunu düşünüyor musunuz” sorusu sorulduğunda çalışmıyor/emekli olanlar $3,55 \pm 0,68$ puan, çalışıyor olanlar $3,78 \pm 0,67$ puan almışlardır. Çalışmıyor/emekli olanlar ile çalışıyor olanlar arasında destek olacak kişiler varlığı hissiyatı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,098$ $Z=-1,65$).

Katılımcılara sosyal yönden değerlendirme amacıyla “Sosyal yaşantınızı ne derecede yeterli buluyorsunuz” sorusu sorulduğunda çalışmıyor/emekli olanlar $3,13 \pm 0,76$ puan, çalışıyor olanlar $3,17 \pm 0,71$ puan almışlardır. Çalışmıyor/emekli olanlar ile çalışıyor olanlar arasında sosyal yaşantı iyiliği hissiyatı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,29$ $Z=-0,767$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Ne sıklıkta kitap/gazete/dergi okursunuz” sorusu sorulduğunda çalışmıyor/emekli olanlar $2,86 \pm 1,14$ puan, çalışıyor olanlar $2,48 \pm 1,08$ puan almışlardır. Çalışmıyor/emekli olanlar ile çalışıyor olanlar arasında kitap/gazete/dergi okuma sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,106$ $Z=-1,61$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Ne sıklıkta televizyon seyredersiniz/radyo dinlersiniz” sorusu sorulduğunda çalışmıyor/emekli olanlar $3,44 \pm 0,75$ puan, çalışıyor olanlar $3,48 \pm 0,66$ puan almışlardır. Çalışmıyor/emekli olanlar ile çalışıyor olanlar arasında tv izleme/radyo

dinleme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,911$ $Z=-0,11$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Cep telefonu/internet kullanmaya ne kadar vakit ayırıyorsunuz” sorusu sorulduğunda çalışmıyor/emekli olanlar $3,03\pm0,93$ puan, çalışıyor olanlar $3,39\pm0,72$ puan almışlardır. Çalışmıyor/emekli olanlar ile çalışıyor olanlar arasında cep telefonu/internet kullanım sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,056$ $Z=-1,91$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla facebook/twitter/instagram gibi sosyal medya araçlarını ne sıklıkta kullanıyorsunuz” sorusu sorulduğunda çalışmıyor/emekli olanlar $2,32\pm1,17$ puan, çalışıyor olanlar $2,83\pm1,19$ puan almışlardır. Çalışmıyor/emekli olanlar ile çalışıyor olanlar arasında facebook/twitter/instagram kullanım sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,051$ $Z=-1,94$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Kahvehane/kulüp/dernek gibi bir ortamda ne kadar vakit geçiriyorsunuz” sorusu sorulduğunda çalışmıyor/emekli olanlar $1,99\pm1,08$ puan, çalışıyor olanlar $2,30\pm1,02$ puan almışlardır. Çalışmıyor/emekli olanlar ile çalışıyor olanlar arasında kahvehane/kulüp/dernek gitme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,139$ $Z=-1,48$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “kart/tavla/okey/satranç/dama gibi oyunları ne sıklıkta oynarsınız” sorusu sorulduğunda çalışmıyor/emekli olanlar $1,93\pm0,91$ puan, çalışıyor olanlar $2,17\pm0,98$ puan almışlardır. Çalışmıyor/emekli olanlar ile çalışıyor olanlar arasında kart/tavla/okey/satranç/dama oynama sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,256$ $Z=-1,13$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Ne sıklıkta bitki yetiştirmek/hayvan beslemek gibi bir uğraшта bulunuyorsunuz” sorusu sorulduğunda çalışmıyor/emekli olanlar $2,39\pm1,02$ puan, çalışıyor olanlar $2,48\pm1,16$ puan almışlardır. Çalışmıyor/emekli olanlar ile çalışıyor olanlar arasında bitki yetiştirmek/hayvan beslemek sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,764$ $Z=-0,30$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Namaz kılmak/oruç tutmak gibi ibadetleri ne sıklıkta yapıyorsunuz” sorusu sorulduğunda çalışmıyor/emekli olanlar $2,38 \pm 1,00$ puan, çalışıyor olanlar $2,78 \pm 1,20$ puan almışlardır. Çalışmıyor/emekli olanlar ile çalışıyor olanlar arasında bitki yetiştirmek/hayvan beslemek sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,096$ $Z=-1,66$) (Tablo 22).

Tablo 22. Çalışma durumuna göre katılımcıların uyku kalitesi iyilik hissi, bazı sosyal yönden değerlendirmesi verileri ve bazı günlük yaşam aktiviteleri verilerinin karşılaştırılması tablosu

	Çalışma durumu	N	Ort. $\pm$ SD*	Z	P
Uyku kalitesi iyilik hissi	Çalışmıyor/emekli	142	$3,61 \pm 0,68$	-2,75	0,006
	Çalışıyor	23	$4,04 \pm 0,63$		
Aile iletişimi sıklığı	Çalışmıyor/emekli	142	$3,44 \pm 0,63$	-1,93	0,053
	Çalışıyor	23	$3,74 \pm 0,75$		
Arkadaş/akraba/komşu iletişim sıklığı	Çalışmıyor/emekli	142	$3,06 \pm 0,77$	-2,73	0,006
	Çalışıyor	23	$3,57 \pm 0,72$		
Destek olacak kişiler varlığı hissiyatı	Çalışmıyor/emekli	142	$3,55 \pm 0,68$	-1,65	0,098
	Çalışıyor	23	$3,78 \pm 0,67$		
Sosyal yaşantı iyiliği hissiyatı	Çalışmıyor/emekli	142	$3,13 \pm 0,76$	-0,29	0,767
	Çalışıyor	23	$3,17 \pm 0,71$		
Kitap/gazete/dergi okuma alışkanlığı	Çalışmıyor/emekli	142	$2,86 \pm 1,14$	-1,61	0,106
	Çalışıyor	23	$2,48 \pm 1,08$		
Tv/radyo izleme/dinleme sıklığı	Çalışmıyor/emekli	142	$3,44 \pm 0,75$	-0,11	0,911
	Çalışıyor	23	$3,48 \pm 0,66$		
Cep telefonu/internet kullanım sıklığı	Çalışmıyor/emekli	142	$3,03 \pm 0,93$	-1,91	0,056
	Çalışıyor	23	$3,39 \pm 0,72$		
Facebook/twitter/instagram kullanım sıklığı	Çalışmıyor/emekli	142	$2,32 \pm 1,17$	-1,94	0,051
	Çalışıyor	23	$2,83 \pm 1,19$		
Kahvehane/kulüp/dernek gitme sıklığı	Çalışmıyor/emekli	142	$1,99 \pm 1,08$	-1,48	0,139
	Çalışıyor	23	$2,30 \pm 1,02$		
Kart/tavla/okey/satranç/dama oynama sıklığı	Çalışmıyor/emekli	142	$1,93 \pm 0,91$	-1,13	0,256
	Çalışıyor	23	$2,17 \pm 0,98$		
Bitki yetiştirmek/hayvan beslemek sıklığı	Çalışmıyor/emekli	142	$2,39 \pm 1,02$	-0,30	0,764
	Çalışıyor	23	$2,48 \pm 1,16$		
Namaz/oruç gibi ibadet sıklığı	Çalışmıyor/emekli	142	$2,38 \pm 1,00$	-1,66	0,096
	Çalışıyor	23	$2,78 \pm 1,20$		

Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. *Puanlama 1: hiç - 5: çok sık şeklindedir. *SD: Standart Sapma

Katılımcıların çalışma durumuna göre IPAQ skorları karşılaştırıldığında çalışmıyor/emekli olanlar $1,51 \pm 0,64$ puan, çalışıyor olanlar $2,17 \pm 0,71$ puan almışlardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,01$ $Z = -4,05$).

Katılımcıların çalışma durumuna göre GDS skorları karşılaştırıldığında çalışmıyor/emekli olanlar $3,43 \pm 2,85$ puan, çalışıyor olanlar $2,00 \pm 2,04$ puan almışlardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0,026$ $Z = -2,22$).

Katılımcıların çalışma durumuna göre SMMT skorları karşılaştırıldığında çalışmıyor/emekli olanlar $27,17 \pm 2,85$ puan, çalışıyor olanlar $28,83 \pm 1,30$ puan almışlardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0,009$ $Z = -2,59$) (Tablo 23).

Tablo 23. Çalışma durumuna göre IPAQ, GDS, SMMT skorlarının karşılaştırılması tablosu

	Çalışma durumu	N	Ort. $\pm$ SD*	Z	P
IPAQ	Çalışmıyor/emekli	142	$1,51 \pm 0,64$	-4,05	<0,01
	Çalışıyor	23	$2,17 \pm 0,71$		
GDS	Çalışmıyor/emekli	142	$3,43 \pm 2,85$	-2,22	0,026
	Çalışıyor	23	$2,00 \pm 2,04$		
SMMT	Çalışmıyor/emekli	142	$27,17 \pm 2,85$	-2,59	0,009
	Çalışıyor	23	$28,83 \pm 1,30$		

Independent t testi kullanıldı. *SD: Standart Sapma

Katılımcılara uyku kalitesini değerlendirme amacıyla “Uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirirsiniz” sorusu sorulduğunda gelir durumu düşük olanlar $3,32 \pm 0,74$ puan, gelir durumu orta olanlar $3,66 \pm 0,62$ puan, gelir durumu yüksek olanlar $3,88 \pm 0,73$ puan almışlardır. Gelir durumu düşük, orta, yüksek olanlar arasında uyku kalitesi iyilik hissi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p = 0,012$ $X^2 = 8,79$).

Katılımcılara sosyal yönden değerlendirme amacıyla “Aile bireyleriyle ne sıklıkta iletişim kuruyorsunuz” sorusu sorulduğunda gelir durumu düşük olanlar $3,20 \pm 0,50$ puan, gelir durumu orta olanlar $3,45 \pm 0,57$ puan, gelir durumu yüksek olanlar $3,70 \pm 0,83$ puan almışlardır. Gelir durumu düşük, orta, yüksek olanlar

arasında uyku kalitesi iyilik hissi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,003$ $X^2=11,84$).

Katılımcılara sosyal yönden değerlendirme amacıyla “Arkadaş, akraba, komşularınızla ne sıklıkta bir araya gelirsiniz” sorusu sorulduğunda gelir durumu düşük olanlar $2,72\pm0,67$ puan, gelir durumu orta olanlar $3,08\pm0,73$ puan, gelir durumu yüksek olanlar $3,47\pm0,85$ puan almışlardır. Gelir durumu düşük, orta, yüksek olanlar arasında uyku kalitesi iyilik hissi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$ $X^2=16,52$).

Katılımcılara sosyal yönden değerlendirme amacıyla “Bir probleminiz olduğunda paylaşabileceğiniz ve size destek olacak kişiler olduğunu düşünüyor musunuz” sorusu sorulduğunda gelir durumu düşük olanlar $3,36\pm0,56$ puan, gelir durumu orta olanlar $3,58\pm0,69$ puan, gelir durumu yüksek olanlar $3,72\pm0,70$ puan almışlardır. Gelir durumu düşük, orta, yüksek olanlar arasında uyku kalitesi iyilik hissi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,011$ $X^2=8,93$).

Katılımcılara sosyal yönden değerlendirme amacıyla “Sosyal yaşantınızı ne derecede yeterli buluyorsunuz” sorusu sorulduğunda gelir durumu düşük olanlar $2,88\pm0,78$ puan, gelir durumu orta olanlar $3,14\pm0,75$ puan, gelir durumu yüksek olanlar $3,28\pm0,73$ puan almışlardır. Gelir durumu düşük, orta, yüksek olanlar arasında uyku kalitesi iyilik hissi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,081$ $X^2=5,02$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Ne sıklıkta kitap/gazete/dergi okursunuz” sorusu sorulduğunda gelir durumu düşük olanlar $2,16\pm1,10$ puan, gelir durumu orta olanlar $2,86\pm1,20$ puan, gelir durumu yüksek olanlar $3,07\pm0,85$ puan almışlardır. Gelir durumu düşük, orta, yüksek olanlar arasında uyku kalitesi iyilik hissi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,003$ $X^2=11,68$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Ne sıklıkta televizyon seyredersiniz/radyo dinlersiniz” sorusu sorulduğunda gelir durumu düşük olanlar $3,32\pm0,90$ puan, gelir durumu orta olanlar $3,49\pm0,76$ puan, gelir durumu yüksek olanlar $3,40\pm0,58$ puan almışlardır. Gelir durumu düşük, orta, yüksek olanlar arasında uyku kalitesi iyilik hissi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,35$ $X^2=2,05$) (Tablo 24).

Tablo 24. Gelir durumuna göre katılımcıların uyku kalitesi iyilik hissi, bazı sosyal yönden değerlendirmesi verileri ve bazı günlük yaşam aktiviteleri verilerinin karşılaştırılması tablosu

	N	Gelir durumu	Ort. $\pm$ SD*	X ²	p
Uyku kalitesi iyilik hissi	25	Düşük gelir	3,32 $\pm$ 0,74	8,79	0,012
	97	Orta gelir	3,66 $\pm$ 0,62		
	43	Yüksek gelir	3,88 $\pm$ 0,73		
Aile iletişimi sıklığı	25	Düşük gelir	3,20 $\pm$ 0,50	11,84	0,003
	97	Orta gelir	3,45 $\pm$ 0,57		
	43	Yüksek gelir	3,70 $\pm$ 0,83		
Arkadaş/akraba/komşu iletişim sıklığı	25	Düşük gelir	2,72 $\pm$ 0,67	16,52	<0,001
	97	Orta gelir	3,08 $\pm$ 0,73		
	43	Yüksek gelir	3,47 $\pm$ 0,85		
Destek olacak kişiler varlığı hissiyatı	25	Düşük gelir	3,36 $\pm$ 0,56	8,93	0,011
	97	Orta gelir	3,58 $\pm$ 0,69		
	43	Yüksek gelir	3,72 $\pm$ 0,70		
Sosyal yaşantı iyiliği hissiyatı	25	Düşük gelir	2,88 $\pm$ 0,78	5,02	0,081
	97	Orta gelir	3,14 $\pm$ 0,75		
	43	Yüksek gelir	3,28 $\pm$ 0,73		
Kitap/gazete/dergi okuma alışkanlığı	25	Düşük gelir	2,16 $\pm$ 1,10	11,68	0,003
	97	Orta gelir	2,86 $\pm$ 1,20		
	43	Yüksek gelir	3,07 $\pm$ 0,85		
Tv/radyo izleme/dinleme sıklığı	25	Düşük gelir	3,32 $\pm$ 0,90	2,05	0,35
	97	Orta gelir	3,49 $\pm$ 0,76		
	43	Yüksek gelir	3,40 $\pm$ 0,58		
Cep telefonu/internet kullanım sıklığı	25	Düşük gelir	2,64 $\pm$ 1,07	8,26	0,016
	97	Orta gelir	3,12 $\pm$ 0,90		
	43	Yüksek gelir	3,23 $\pm$ 0,78		
Facebook/twitter/instagram kullanım sıklığı	25	Düşük gelir	1,72 $\pm$ 1,13	17,98	<0,001
	97	Orta gelir	2,33 $\pm$ 1,18		
	43	Yüksek gelir	2,91 $\pm$ 0,99		
Kahvehane/kulüp/dernek gitme sıklığı	25	Düşük gelir	1,20 $\pm$ 0,57	22,38	<0,001
	97	Orta gelir	2,09 $\pm$ 1,07		
	43	Yüksek gelir	2,40 $\pm$ 1,09		
Kart/tavla/okey/satranç/dama oynama sıklığı	25	Düşük gelir	1,20 $\pm$ 0,40	23,19	<0,001
	97	Orta gelir	2,04 $\pm$ 0,93		
	43	Yüksek gelir	2,23 $\pm$ 0,89		
Bitki yetiştirmek/hayvan beslemek sıklığı	25	Düşük gelir	2,40 $\pm$ 1,04	4,20	0,122
	97	Orta gelir	2,29 $\pm$ 1,03		
	43	Yüksek gelir	2,67 $\pm$ 1,04		
Namaz/oruç gibi ibadet sıklığı	25	Düşük gelir	2,84 $\pm$ 0,94	5,07	0,079
	97	Orta gelir	2,41 $\pm$ 1,06		
	43	Yüksek gelir	2,26 $\pm$ 0,97		

Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. *Puanlama 1: hiç - 5: çok sık şeklindedir. *SD: Standart Sapma

Katılımcıların gelir durumuna göre IPAQ skorları karşılaştırıldığında düşük gelirli olanlar $1,28 \pm 0,54$ puan, orta gelirli olanlar $1,64 \pm 0,71$, yüksek gelirli olanlar $1,72 \pm 0,70$ puan almışlardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,023$ $X^2=7,52$).

Katılımcıların gelir durumuna göre GDS skorları karşılaştırıldığında düşük gelirli olanlar $5,64 \pm 2,78$ puan, orta gelirli olanlar $3,08 \pm 2,52$, yüksek gelirli olanlar $2,16 \pm 2,62$ puan almışlardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$ $X^2=26,94$).

Katılımcıların gelir durumuna göre SMMT skorları karşılaştırıldığında düşük gelirli olanlar $24,84 \pm 3,79$ puan, orta gelirli olanlar $27,59 \pm 2,30$, yüksek gelirli olanlar $28,47 \pm 1,98$ puan almışlardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$ $X^2=20,10$) (Tablo 25).

Tablo 25. Katılımcıların gelir durumu göre IPAQ, GDS, SMMT skorlarının karşılaştırılması tablosu

Ölçekler	Gelir durumu	n	Ort. $\pm$ SD*	X ²	p
IPAQ	Düşük gelir	25	$1,28 \pm 0,54$	7,52	0,023
	Orta gelir	97	$1,64 \pm 0,71$		
	Yüksek gelir	43	$1,72 \pm 0,70$		
GDS	Düşük gelir	25	$5,64 \pm 2,78$	26,94	<0,001
	Orta gelir	97	$3,08 \pm 2,52$		
	Yüksek gelir	43	$2,16 \pm 2,62$		
SMMT	Düşük gelir	25	$24,84 \pm 3,79$	20,10	<0,001
	Orta gelir	97	$27,59 \pm 2,30$		
	Yüksek gelir	43	$28,47 \pm 1,98$		

One way Anova testi kullanıldı. *SD: Standart Sapma

Katılımcıların geceleri uykudan uyanma sıklığına göre vücut kitle indeksi verileri karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p=0,69$ $Z= -0,38$).

Katılımcıların sabah kalktığında yorgunluk hissi sıklığına göre vücut kitle indeksi karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p=0,28$ $Z= -1,06$).

Katılımcıların gün içerisinde uykulu olma hissi sıklığına göre vücut kitle indeksi karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p<0,001$ $Z= -4,04$). Gün içerisinde uykulu olma hissi sıklığı çok olanların, az olanlara göre depresyon riski anlamlı olarak daha yüksekti.

Katılımcıların uyku kalitesi iyilik hissine göre depresyon riski karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p=0,25$ $Z= -1,13$).

Tablo 26. Katılımcıların vücut kitle indeksine (VKİ) göre bazı uyku kalitesi sorgulamasına ilişkin verilerinin karşılaştırılması tablosu

	VKİ	N	Ort. $\pm$ SD*	Z	P
Geceleri uykudan ne sıklıkla uyanırsınız ?	<30	120	2,39 $\pm$ 0,69	-	0,69
	$\geq$ 30	45	2,47 $\pm$ 0,81	0,38	
Sabah kalktığınızda kendinizi yorgun hisseder misiniz?	<30	120	1,88 $\pm$ 0,76	-	0,28
	>30	45	2,02 $\pm$ 0,81	1,06	
Gün içerisinde kendinizi uykulu hisseder misiniz ?	<30	120	1,83 $\pm$ 0,70	-	<0,001
	>30	45	2,31 $\pm$ 0,59	4,04	
Uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirirsiniz ?	<30	120	3,71 $\pm$ 0,71	-	0,25
	>30	45	3,56 $\pm$ 0,62	1,13	

Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. *Puanlama 1: hiç - 5: çok sık şeklindedir.
*SD: Standart Sapma

Katılımcıların vücut kitle indeksine göre IPAQ skorları karşılaştırıldığında <30 olanlar $1,70 \pm 0,70$ puan, >30 olanlar $1,36 \pm 0,60$ puan almışlardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,004$ $F=3,73$). Buna göre obez olmayan insanların fiziksel aktivite kabiliyeti, obez olanlara göre anlamlı derecede daha fazlaydı (Tablo 27).

Tablo 27. Katılımcıların vücut kitle indeksine göre IPAQ ölçek kategorilerinin karşılaştırılması tablosu

	VKİ	N	Ort. $\pm$ SD*	F	p
IPAQ kategorisi	<30	120	$1,70 \pm 0,70$	3,73	0,004
	>30	45	$1,36 \pm 0,60$		

Independent t testi kullanıldı. *SD: Standart Sapma

Katılımcılara uyku kalitesini değerlendirme amacıyla “Uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirirsiniz” sorusu sorulduğunda hiç kronik hastalığı olmayanlar $3,97 \pm 0,61$ puan, en az bir kronik hastalığı olanlar $3,50 \pm 0,68$ puan almışlardır. Hiç kronik hastalığı olmayanlar ile en az bir kronik hastalığı olanlar arasında uyku kalitesi iyilik hissi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$ $Z=-4,09$).

Katılımcılara sosyal yönden değerlendirme amacıyla “Aile bireyleriyle ne sıklıkta iletişim kuruyorsunuz” sorusu sorulduğunda hiç kronik hastalığı olmayanlar $3,71 \pm 0,64$ puan, en az bir kronik hastalığı olanlar $3,35 \pm 0,63$ puan almışlardır. Hiç kronik hastalığı olmayanlar ile en az bir kronik hastalığı olanlar arasında aile iletişimi sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,001$ $Z=-3,23$).

Katılımcılara sosyal yönden değerlendirme amacıyla “Arkadaş, akraba, komşularınızla ne sıklıkta bir araya gelirsiniz” sorusu sorulduğunda hiç kronik hastalığı olmayanlar $3,41 \pm 0,72$ puan, en az bir kronik hastalığı olanlar $2,97 \pm 0,78$ puan almışlardır. Hiç kronik hastalığı olmayanlar ile en az bir kronik hastalığı olanlar arasında aile iletişimi sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$ $Z=-3,59$).

Katılımcılara sosyal yönden değerlendirme amacıyla “Bir probleminiz olduğunda paylaşabileceğiniz ve size destek olacak kişiler olduğunu düşünüyor musunuz” sorusu sorulduğunda hiç kronik hastalığı olmayanlar $3,85 \pm 0,63$ puan, en az bir kronik hastalığı olanlar $3,43 \pm 0,66$ puan almışlardır. Hiç kronik hastalığı olmayanlar ile en az bir kronik hastalığı olanlar arasında destek olacak kişiler varlığı hissiyatı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,001$ $Z = -3,97$).

Katılımcılara sosyal yönden değerlendirme amacıyla “Sosyal yaşantınızı ne derecede yeterli buluyorsunuz” sorusu sorulduğunda hiç kronik hastalığı olmayanlar $3,42 \pm 0,67$ puan, en az bir kronik hastalığı olanlar $2,98 \pm 0,75$ puan almışlardır. Hiç kronik hastalığı olmayanlar ile en az bir kronik hastalığı olanlar arasında sosyal yaşantı iyiliği hissiyatı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,001$ $Z = -3,69$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Ne sıklıkta kitap/gazete/dergi okursunuz” sorusu sorulduğunda hiç kronik hastalığı olmayanlar $3,32 \pm 1,02$ puan, en az bir kronik hastalığı olanlar $2,52 \pm 1,10$ puan almışlardır. Hiç kronik hastalığı olmayanlar ile en az bir kronik hastalığı olanlar arasında kitap/gazete/dergi okuma sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,001$ $Z = -4,16$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Ne sıklıkta televizyon seyredersiniz/radyo dinlersiniz” sorusu sorulduğunda hiç kronik hastalığı olmayanlar $3,64 \pm 0,78$ puan, en az bir kronik hastalığı olanlar $3,33 \pm 0,70$ puan almışlardır. Hiç kronik hastalığı olmayanlar ile en az bir kronik hastalığı olanlar arasında tv izleme/radyo dinleme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p = 0,015$ $Z = -2,42$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Cep telefonu/internet kullanmaya ne kadar vakit ayırıyorsunuz” sorusu sorulduğunda hiç kronik hastalığı olmayanlar $3,41 \pm 0,85$ puan, en az bir kronik hastalığı olanlar $2,90 \pm 0,90$ puan almışlardır. Hiç kronik hastalığı olmayanlar ile en az bir kronik hastalığı olanlar arasında cep telefonu/internet kullanım sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,001$ $Z = -3,48$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla facebook/twitter/instagram gibi sosyal medya araçlarını ne sıklıkta kullanıyorsunuz” sorusu sorulduğunda hiç kronik hastalığı olmayanlar $2,83 \pm 1,17$ puan, en az bir kronik hastalığı olanlar $2,14 \pm 1,12$ puan almışlardır. Hiç kronik hastalığı olmayanlar ile en az bir kronik hastalığı olanlar arasında facebook/twitter/instagram kullanım sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,001$ $Z = -3,61$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Kahvehane/kulüp/dernek gibi bir ortamda ne kadar vakit geçiriyorsunuz” sorusu sorulduğunda hiç kronik hastalığı olmayanlar $2,44 \pm 1,11$ puan, en az bir kronik hastalığı olanlar $1,81 \pm 0,99$ puan almışlardır. Hiç kronik hastalığı olmayanlar ile en az bir kronik hastalığı olanlar arasında kahvehane/kulüp/dernek gitme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,001$ $Z = -3,57$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “kart/tavla/okey/satranç/dama gibi oyunları ne sıklıkta oynarsınız” sorusu sorulduğunda hiç kronik hastalığı olmayanlar $2,34 \pm 0,90$ puan, en az bir kronik hastalığı olanlar $1,75 \pm 0,87$ puan almışlardır. Hiç kronik hastalığı olmayanlar ile en az bir kronik hastalığı olanlar arasında kart/tavla/okey/satranç/dama oynama sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,001$ $Z = -4,00$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Ne sıklıkta bitki yetiştirmek/hayvan beslemek gibi bir uğraşta bulunuyorsunuz” sorusu sorulduğunda hiç kronik hastalığı olmayanlar $2,44 \pm 1,03$ puan, en az bir kronik hastalığı olanlar $2,39 \pm 1,04$ puan almışlardır. Hiç kronik hastalığı olmayanlar ile en az bir kronik hastalığı olanlar arasında bitki yetiştirmek/hayvan beslemek sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0,77$ $Z = -0,28$).

Katılımcılara günlük yaşam aktivitelerini değerlendirme amacıyla “Namaz kılmak/oruç tutmak gibi ibadetleri ne sıklıkta yapıyorsunuz” sorusu sorulduğunda hiç kronik hastalığı olmayanlar $2,25 \pm 0,93$ puan, en az bir kronik hastalığı olanlar $2,54 \pm 1,07$ puan almışlardır. Hiç kronik hastalığı olmayanlar ile en az bir kronik hastalığı olanlar arasında bitki yetiştirmek/hayvan beslemek sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0,07$ $Z = -1,76$) (Tablo 28).

Tablo 28. Kronik hastalık durumuna göre katılımcıların uyku kalitesi iyilik hissi, bazı sosyal yönden değerlendirmesi verileri ve bazı günlük yaşam aktiviteleri verilerinin karşılaştırılması tablosu

	Kronik hastalık durumu	N	Ort. $\pm$ SD*	Z	P
Uyku kalitesi iyilik hissi	Yok	59	3,97 $\pm$ 0,61	-	<0,001
	Var	106	3,50 $\pm$ 0,68	4,09	
Aile iletişimi sıklığı	Yok	59	3,71 $\pm$ 0,64	-	0,001
	Var	106	3,35 $\pm$ 0,63	3,23	
Arkadaş/akraba/komşu iletişim sıklığı	Yok	59	3,41 $\pm$ 0,72	-	<0,001
	Var	106	2,97 $\pm$ 0,78	3,59	
Destek olacak kişiler varlığı hissiyatı	Yok	59	3,85 $\pm$ 0,63	-	<0,001
	Var	106	3,43 $\pm$ 0,66	3,97	
Sosyal yaşantı iyiliği hissiyatı	Yok	59	3,42 $\pm$ 0,67	-	<0,001
	Var	106	2,98 $\pm$ 0,75	3,69	
Kitap/gazete/dergi okuma alışkanlığı	Yok	59	3,32 $\pm$ 1,02	-	<0,001
	Var	106	2,52 $\pm$ 1,10	4,16	
Tv/radyo izleme/dinleme sıklığı	Yok	59	3,64 $\pm$ 0,78	-	0,015
	Var	106	3,33 $\pm$ 0,70	2,42	
Cep telefonu/internet kullanım sıklığı	Yok	59	3,41 $\pm$ 0,85	-	<0,001
	Var	106	2,90 $\pm$ 0,90	3,48	
Facebook/twitter/instagram kullanım sıklığı	Yok	59	2,83 $\pm$ 1,17	-	<0,001
	Var	106	2,14 $\pm$ 1,12	3,61	
Kahvehane/kulüp/dernek gitme sıklığı	Yok	59	2,44 $\pm$ 1,11	-	<0,001
	Var	106	1,81 $\pm$ 0,99	3,57	
Kart/tavla/okey/satranç/dama oynama sıklığı	Yok	59	2,34 $\pm$ 0,90	-	<0,001
	Var	106	1,75 $\pm$ 0,87	4,00	
Bitki yetiştirmek/hayvan beslemek sıklığı	Yok	59	2,44 $\pm$ 1,03	-	0,77
	Var	106	2,39 $\pm$ 1,04	0,28	
Namaz/oruç gibi ibadet sıklığı	Yok	59	2,25 $\pm$ 0,93	-	0,07
	Var	106	2,54 $\pm$ 1,07	1,76	

Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. *Puanlama 1: hiç - 5: çok sık şeklindedir.

*SD: Standart Sapma

Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre IPAQ skorları karşılaştırıldığında hiç kronik hastalığı olmayanlar $1,93 \pm 0,74$ puan, en az bir kronik hastalığı olanlar $1,42 \pm 0,60$ puan almışlardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$ $Z = -4,42$). Buna göre hiç kronik hastalığı olmayanların fiziksel aktivite düzeyi, en az bir kronik hastalığı olanlara göre anlamlı derecede daha fazlaydı (Tablo 29).

Tablo 29. Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre IPAQ ölçek kategorilerinin karşılaştırılması tablosu

	Kronik hastalık durumu	N	Ort. $\pm$ SD*	Z	P
IPAQ kategorisi	Yok	59	$1,93 \pm 0,74$	-4,42	<0,001
	Var	106	$1,42 \pm 0,60$		

Independent t testi kullanıldı. *SD: Standart Sapma

Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre GDS skorları karşılaştırıldığında hiç kronik hastalığı olmayanlar $1,64 \pm 1,67$ puan, en az bir kronik hastalığı olanlar $4,11 \pm 2,90$ puan almışlardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$ $F = 28,93$). Buna göre hiç kronik hastalığı olmayanların depresyon riski, en az bir kronik hastalığı olanlara göre anlamlı derecede daha azdı.

Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre SMMT skorları karşılaştırıldığında hiç kronik hastalığı olmayanlar $28,90 \pm 1,43$ puan, en az bir kronik hastalığı olanlar $26,57 \pm 2,94$ puan almışlardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$ $F = 31,84$). Buna göre hiç kronik hastalığı olmayanların kognitif bozukluk riski, en az bir kronik hastalığı olanlara göre anlamlı derecede daha azdı.

Tablo 30. Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre GDS VE SMMT ölçek puanlarının karşılaştırılması tablosu

	Kronik hastalık durumu	N	Ort. $\pm$ SD*	F	P
GDS	Yok	59	$1,64 \pm 1,67$	28,93	<0,001
	Var	106	$4,11 \pm 2,90$		
SMMT	Yok	59	$28,90 \pm 1,43$	31,84	<0,001
	Var	106	$26,57 \pm 2,94$		

Independent t testi kullanıldı. *SD: Standart Sapma

Çalışmada bazı değişkenlerle yapılan korelasyon analizinde yaş ile uyku kalitesi, aile iletişimi sıklığı, destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı, sosyal yaşantı iyiliği hissiyatı, fiziksel aktivite, mini mental test puanları arasında negatif yönde bir ilişki mevcuttu, geriatrik depresyon riski ile de pozitif yönde bir ilişki mevcuttu. ($p<0,05$)

Vücut kitle indeksi ile fiziksel aktive, mini mental test puanları arasında negatif yönde bir ilişki mevcuttu, geriatrik depresyon riski ile ise pozitif yönde bir ilişki mevcuttu. ($p<0,05$)

Uyku kalitesi ile aile iletişimi sıklığı, destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı, sosyal yaşantı iyiliği hissiyatı, fiziksel aktivite, mini mental test puanları arasında pozitif yönde bir ilişki mevcuttu, yaş ve geriatrik depresyon riski ile ise negatif yönde bir ilişki mevcuttu. ($p<0,001$)

Aile iletişimi sıklığı ile uyku kalitesi, destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı, sosyal yaşantı iyiliği hissiyatı, fiziksel aktivite, mini mental test puanları arasında pozitif yönde bir ilişki mevcuttu, yaş ve geriatrik depresyon riski ile ise negatif yönde bir ilişki mevcuttu. ($p<0,001$)

Destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı ile uyku kalitesi, aile iletişimi sıklığı, sosyal yaşantı iyiliği hissiyatı, fiziksel aktivite, mini mental test puanları arasında pozitif yönde bir ilişki mevcuttu, yaş ve geriatrik depresyon riski ile ise negatif yönde bir ilişki mevcuttu. ($p<0,05$)

Sosyal yaşantı iyiliği hissiyatı ile uyku kalitesi, aile iletişimi sıklığı, destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı, fiziksel aktivite, mini mental test puanları arasında pozitif yönde bir ilişki mevcuttu, yaş ve geriatrik depresyon riski ile ise negatif yönde bir ilişki mevcuttu. ($p<0,001$)

Fiziksel aktivite ile uyku kalitesi, aile iletişimi sıklığı, destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı, sosyal yaşantı iyiliği hissiyatı, mini mental test puanları arasında pozitif yönde bir ilişki mevcuttu, yaş, vücut kitle indeksi ve geriatrik depresyon riski ile ise negatif yönde bir ilişki mevcuttu ($p<0,05$)

Geriatrik depresyon riski ile yaş, vücut kitle indeksi arasında pozitif yönde bir ilişki mevcuttu. Uyku kalitesi, aile iletişimi sıklığı, destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı, sosyal yaşantı iyiliği hissiyatı, fiziksel aktivite, mini mental test puanları ile ise negatif yönde bir ilişki mevcuttu($p<0,05$)

Mini mental test puanları ile yaş, vücut kitle indeksi, geriatrik depresyon riski arasında pozitif yönde bir ilişki mevcuttu. Uyku kalitesi, aile iletişimi sıklığı, destek olacak kişilerin varlığı hissiyatı, sosyal yaşantı iyiliği hissiyatı, fiziksel aktivite ile ise negatif yönde bir ilişki mevcuttu($p<0,05$) (Tablo 31)

Tablo 31. Değişkenler arası korelasyon analizi

		Yaş	VKİ	Uyku kalitesi	Aile iletişimi sıklığı	Destek olacak kişiler varlığı hissiyatı	Sosyal yaşantı iyiliği hissiyatı	IPAQ	GDS	SMMT
Yaş	r	1,00	-0,065	-0,55	-0,29	-0,19	-0,31	-0,39	0,37	-0,55
	p	-	0,40	<0,001	<0,001	0,013	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
VKİ	r	-0,065	1,00	0,025	0,016	-0,017	-0,012	-0,2	0,26	-0,12
	p	0,40	-	0,74	0,84	0,83	0,87	0,01	0,001	0,1
Uyku kalitesi	r	-0,55	0,025	1,00	0,41	0,36	0,47	0,44	-0,42	0,53
	p	<0,001	0,74	-	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Aile iletişimi sıklığı	r	-0,29	0,016	0,41	1,00	0,62	0,53	0,34	-0,43	0,41
	p	<0,001	0,84	<0,001	-	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Destek olacak kişiler varlığı hissiyatı	r	-0,19	-0,017	0,36	0,62	1,00	0,68	0,35	-0,48	0,41
	p	0,013	0,83	<0,001	<0,001	-	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Sosyal yaşantı iyiliği hissiyatı	r	-0,31	-0,012	0,47	0,53	0,68	1,00	0,41	-0,53	0,5
	p	<0,001	0,87	<0,001	<0,001	<0,001	-	<0,001	<0,001	<0,001
IPAQ	r	-0,39	-0,2	0,44	0,34	0,35	0,41	1,00	-0,6	0,55
	p	<0,001	0,01	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	-	<0,001	<0,001
GDS	r	0,37	0,26	-0,42	-0,43	-0,48	-0,53	-0,6	1,00	-0,75
	p	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	-	<0,001
SMMT	r	-0,55	-0,12	0,53	0,41	0,41	0,50	0,55	-0,75	1,00
	p	<0,001	0,1	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	-

Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır

5. TARTIŞMA

Toplumun %9-10'unu 65 yaş üstü populasyon oluşturmaktadır. Günümüzde yaşlılarda akıl ve ruh sağlığı rahatsızlıkları, prevalansı yüksek sağlık sorunları içerisinde yer almaktadır. Son yıllarda yapılan çalışmalar bazı yaşam tarzı değişiklikleri ve birtakım fiziksel ve sosyal aktiviteleri içeren psikososyal müdahalelerin yaşlıların akıl ve ruh sağlığı üzerinde olumlu etkileri olduğunu ortaya koymuştur. Bu nedenle bölgemizdeki yaşlılarda fiziksel ve sosyal aktivitelerin akıl ve ruh sağlığı üzerine etkilerinin araştırılmasının toplumda farkındalık oluşturacağı düşüncesiyle bu çalışmayı yapmayı uygun gördük.

Bu çalışmada katılımcıların depresyon riski %32 olarak bulunmuştur. Kadınlarda depresyon sıklığı erkeklerin yaklaşık 2 katı kadardı (%42,7-%20,5). Yaşlılarda sık görülen ve birçok faktörün etkili olduğu depresyon oranları incelendiğinde Fiske ve arkadaşlarının 2009 yılında Amerika'da yaptıkları derleme çalışmasında dünyada 65 yaş üstü kişilerde herhangi bir andaki majör depresyon oranının %1 ila 5 oranında değiştiğini klinik olarak anlamlı depresif semptomların ise yaşlı toplumun yaklaşık %15'inde görüldüğünü bildirmişlerdir (71). Lupp ve arkadaşlarının Almanya'da yaptıkları yaşlılarda yaşa ve cinsiyete göre depresyon prevalansını inceledikleri sistematik derleme ve metaanaliz çalışmasındaki 24 araştırma sonucuna göre depresif bozuklukların %4,5-%37,4 arasında seyrettiği rapor edilmiştir (72). Çalışmamızda katılımcıların depresyon risk durumları incelendiğinde mevcut literatür verileriyle uyumlu olduğu gözlenmiştir.

Bu çalışmada katılımcıların demans riski %13,9 olarak bulunmuştur. Demans 65 yaş üstü kişilerin yaklaşık %10'unu etkilerken, 80 yaş üstü kişilerde bu oran %20'dir. Creavin ve arkadaşlarının İngiltere'de yaptıkları derleme çalışmasında 65 yaş üstü kişilerin demans görülme sıklığının %6,5 olarak bildirilmiştir (73). Mehta ve arkadaşlarının Amerika Birleşik Devletleri'nde yapmış oldukları derleme çalışmasında 65 yaş üstü kişilerde ırklara göre demans prevalansı incelenmiştir. Amerika'da yaşayan Afrikalılar da bu oran %7,2-%20,9, Karayipliler de %12,9, Guamanianlar da %12,2, Japonlar da %6,3 olarak bulunmuştur (74). Çalışmamızdaki katılımcılarda tespit edilen yaş, ırk, yaşam tarzı gibi faktörlerden de etkilenen demans riski literatür verileriyle uyumlu bulunmuştur.

Bu çalışmada katılımcıların fiziksel aktivite durumları incelendiğinde %51,5'inin inaktif, %36,4'ünün minimal aktif, %12,1'inin ise çok aktif oldukları gözlenmiştir. Lök ve arkadaşlarının Konya'da birinci basamakta 251 yaşlı birey üzerinde yaptıkları araştırmada bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini %62,2'sinin inaktif, %32,5'inin minimal aktif, %5,3'ünün çok aktif oldukları bildirilmiştir (75). Kersu ve arkadaşlarının Eskişehir'de 65 yaş üstü bireylerde fiziksel aktivitenin uyku kalitesi ile ilişkisini araştırdıkları çalışmalarında katılımcıların %54'ünün inaktif, %29,2'sinin minimal aktif, %16,8'inin çok aktif oldukları bildirilmiştir (76). Çalık ve arkadaşlarının İzmir ilinde yaşlılarda fiziksel aktivite ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek üzere yaptıkları araştırmada katılımcıların %20,2'si inaktif, %62,7'si minimal aktif, %17,1'i çok aktif olarak gözlenmiştir (77). Çalışmamızdaki katılımcıların fiziksel aktivite durumlarının mevcut literatür verileriyle uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda 65 yaş üstü bireylerin kronik hastalık durumları incelendiğinde %35,2'sinin hiç kronik hastalığı bulunmadığı, %64,8'inin en az bir kronik hastalığa sahip olduğu gözlenmiştir. En çok izlenen hastalıklar sırasıyla hipertansiyon (%24,8), romatolojik hastalıklar (%14,5), koroner arter hastalığı (%13,3) olarak gözlenmiştir. Özvrmaz ve arkadaşlarının Aydın ilinde yaptığı yaşlılarda uyku kalitesi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri araştırmada katılımcıların %87,8'inde en az bir kronik hastalık varlığı bildirilmiştir. En çok izlenen hastalıklar sıklık sırasına göre hipertansiyon, diyabetes mellitus, kardiyovasküler hastalıklar olarak bildirilmiştir (78). Altay ve arkadaşlarının Samsun il merkezinde birinci basamağa başvuran 60 yaş ve üzeri yaşlı bireylerde yaptıkları araştırmada, katılımcıların %86,7'sinde en az bir kronik hastalık varlığı gözlenmiştir. En çok izlenen hastalıklar sıklık sırasına göre hipertansiyon ve aterosklerotik kalp, astım ve koah ve ardından hiperlipidemi olarak gözlenmiştir (79). Bilgili ve arkadaşlarının Ankara il merkezinde yaşlılarda uyku kalitesiyle ilgili yaptıkları araştırmada katılımcıların %69,6'sında en az bir kronik hastalık varlığı gözlenmiştir. En sık izlenen hastalık hipertansiyon (%58,8) olarak bildirilmiştir (80). Çalışmamızdaki katılımcıların kronik hastalık durumları mevcut literatür verileriyle uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda 65 yaş üstü bireylerin uyku kalitesi durumları incelendiğinde katılımcıların %38,8'inin uyku kalitesi ortanın altında, %61,2'si ise orta ve üstünde olarak gözlenmiştir. Çalık ve arkadaşlarının İzmir ilinde yaptıkları ilgili araştırmada katılımcıların %48,2'sinin uyku kalitesi kötü, %51,8'inin iyi olarak bildirilmiştir (77). Bilgili ve arkadaşlarının Ankara il merkezinde yaptıkları ilgili araştırmada katılımcıların %50,5'inin uyku sorunu olduğu bildirilmiştir (80). Malakouti ve arkadaşlarının İran'ın Tahran ilinde yaptıkları ilgili araştırmada yaşlıların %86,2 gibi yüksek bir oranda uyku sorunu yaşadıkları bildirilmiştir (81). Çalışmamızda elde edilen uyku kalitesi verileriyle mevcut literatür verileri arasında farklılıklar olduğu gözlenmiştir. Bu farklılığın nedenlerinden birisi çalışmamızda uyku kalitesini 5'li likert tipi sorularla subjektif bir şekilde ölçülmesi olabilir.

Hsu ve arkadaşlarının Tayvan'da yaptıkları benzer bir araştırmada sosyal aktivitelere katılımın (aile üyeleri ve arkadaşlarla görüşme, tanıdıklarla sohbet, tatil aktiviteleri vb.) depresif semptomları azalttığı bildirilmiştir (82). Litwin' in Avrupa'daki 12 ülkede 60 yaş ve üzeri 9054 yaşlı üzerinde yaptığı çalışmada sosyal çevre ile olan iletişimin depresif belirtileri azalttığı gözlenmiştir (83). Yalçın'ın Ankara'da sosyal destek ve iyi oluş arasındaki ilişkiyi incelediği meta analiz çalışmasında yaşlılarla ilgili yapılan 16 çalışma sonucunda sosyal destek arttıkça iyi oluş halinin anlamlı olarak arttığı rapor edilmiştir (84). Kabadayı'nın İstanbul'da yaptığı yaşlılarda sosyal destekle depresyon ve bilişsel beceriler arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında katılımcıların sosyal destek ile depresyon düzeyleri arasında negatif yönlü kuvvetli ilişki olduğu bildirilmiştir (85).

Çalışmamızda yaşlıları sosyal yaşantılarında aile bireyleri ve çevreleri ile kurdukları iletişimlerini arttıkça ve hissettikleri destek arttıkça depresyon riskleri anlamlı olarak azalıyordu. Zhu ve arkadaşlarının Çin'de yaşlılarda sosyal destek ve kognitif işlevler arasındaki ilişkiyi incelemek üzere yaptıkları çalışmada sosyal desteğin kognitif işlevler üzerinde olumlu etkileri olduğu rapor edilmiştir (86). Calenti ve arkadaşlarının İspanya'da 579 kognitif bozukluk tanılı hasta üzerinde yaptıkları çalışmada sosyal desteğin (başkalarıyla temas sıklığı, hastalık durumunda yardım varlığı) depresif semptomlar üzerinde olumlu etkileri olduğu rapor edilmiştir (87).

Çalışmamızda yalılar sosyal yaşantılarında aile bireyleri ve çevreleri ile kurdukları iletişimlerini arttıkça ve hissettikleri destek arttıkça kognitif bozukluk riskleri anlamlı olarak azalıyordu. Lara ve arkadaşlarının İspanya’da 65 yaş üstü 154 yaşlı bireyde sosyal destek, akıl sağlığı ve mutluluk arasındaki ilişkiyi incelemek için yaptıkları çalışmada sosyal desteğin kişinin akıl sağlığı üzerinde olumlu etkileri olduğunu ortaya koymuştur (88). Bellou ve arkadaşlarının çevresel etmenler ve yaşlılarda demans arasındaki ilişkiyi incelemek için yaptıkları meta analiz çalışmasında katılımcıların sosyal temas sıklığı arttıkça depresyon, Alzheimer ve demans riskinde düşüş olduğu rapor edilmiştir (1). Kuiper ve arkadaşlarının Hollanda’da yaşlılarda sosyal ilişkiler ve demans riski arasındaki ilişkiyi inceleyen sistemik derleme ve meta analiz çalışmalarında sosyal ağ büyüklüğünün demans riskinde azalma sağladığını ortaya koymuştur (89). Amieva ve arkadaşlarının Fransa’da yaptıkları benzer bir çalışmada sosyal ağ ve etkileşimlerin demansa karşı koruyucu olduğu rapor edilmiştir (90). Andrew ve arkadaşlarının Kanada’da yaşlıların sosyal savunmasızlık ile kognitif düşüş arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında sosyoekonomik faktörler, sosyal destek gibi kavramlarla ilişkilendirilen sosyal savunmasızlık arttıkça kognitif bozukluk riskinin arttığı ortaya konmuştur (91).

Çalışmamızda sosyal ve boş zaman aktiviteleri (kitap okumak, tv izlemek, internet kullanmak, bitki/hayvan yetiştirmek vb.) daha fazla olan yaşlıların depresyon riskleri anlamlı olarak daha düşüktü. Ancak ibadet yapma sıklığının depresyon riski ile ilgili gruplar arasında bir fark oluşturmadığı görüldü. Atkins ve arkadaşları Avustralya’da 60 yaş üstü 118 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada katılımcıların %55,8’i kendilerine yardımcı olabilecek kitaplar okumanın depresyon yönünden faydalı olduğunu belirtmiştir (92). Yağcı ve arkadaşlarının Denizli ilinde 65 yaş üstü kişilerde müzik etkinliklerine katılan ve katılmayan bireyleri inceledikleri araştırmalarında, etkinliklere katılanların yaşam doyumlarının katılmayanlara göre daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (93). Dokuzcan ve arkadaşlarının bir yaşlı hizmet merkezindeki 186 kişi üzerinde yaptıkları ve bu kişilerdeki depresif belirti ve bilişsel bozukluk durumlarına etkili faktörleri araştırdıkları çalışmalarında yapılan lojistik regresyon analizine göre her gün ilgilenilen bir uğraşın olmamasının depresyon riskini 9,7 kat arttırdığı bildirilmiştir

(94). Guo ve arkadaşlarının Çin’de yaşlılarda sosyal katılım ve depresyon ilişkisini incelemek için yaptıkları araştırmada katılımcıların sosyal katılımlarının (paralı bir işte çalışmak gibi ekonomik aktiviteler, seçme ve seçilme gibi politik aktiviteler, muhtaçlara yardım etmek gibi gönüllü işler) akıl ve ruh sağlığı üzerinde olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir (95). Chan ve arkadaşlarının Hong Kong’ ta 2630 yaşlı üzerinde yaşam olayları ile depresif bulgular arasındaki ilişkiyi inceledikleri araştırmalarında kadın hastalarda bir hobi kaybının depresif bulguları anlamlı olarak arttırdığını tespit etmişlerdir (96). Parslow ve arkadaşlarının Avustralya’da 60-64 yaş grubu 2551 yaşlı üzerinde yaptıkları evcil hayvan sahibi olma ve bu kişilerin sağlık durumu arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmalarında bu yaş grubunda evcil hayvana sahip olan bireylerin ruhsal ve fiziksel sağlıklarının daha kötü durumda olduğu ve daha çok ağrı kesici kullandıkları sonucuna ulaşmışlardır (97). Mossello ve arkadaşlarının İtalya’da yaptıkları ilgili bir çalışmada bir köpekle yapılan müdahale ve kontrol aktivitelerinin anksiyete, üzüntü, pozitif duygular ve motor aktivite düzelmesi ile ilişkisi bulunmuştur (98). Peluso ve arkadaşlarının İtalya’da yaşlılarda hayvan yardımcı terapi ile demans ve psikiyatrik bozuklukları inceledikleri çalışmada evcil hayvan terapisinin demans ve psikiyatrik hastalığı mevcut olan yaşlı bireylerde duygusal, davranışsal ve psikolojik semptomlara ve günlük yaşam aktivitelerine olumlu yönde katkı sağladığı gözlenmiştir (99). Ülgen’in 2012 yılında Denizli’de evde yaşayan 113 yaşlıda sosyal katılımı etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında entelektüel, sosyal, rekreasyonel ve fiziksel aktiviteler ile depresyon riski arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Dini aktivitelerin ise depresyon riski ile ilişkisi tespit edilememiştir (100). Şahin ve arkadaşlarının İstanbul ilinde 188 yaşlıda internet kullanımı ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada yaşlıların interneti en çok Whatsapp, Facebook ve Instagram için kullandıkları ve internet kullanımının umutsuzluk düzeyleri ile arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (101). Göktaş ve ark. Ankara’da 50 katılımcı üzerinde yaşlı bireylerde aktivite tercihlerinin bilişsel beceriler ve yaşam memnuniyeti üzerine etkisini araştırdıkları çalışmalarında serbest zaman aktivitesi (kitap/gazete okumak, ziyaret, yürüyüş yapmak, TV izlemek, namaz kılmak, bahçe işleriyle uğraşmak, hayvan beslemek vb.) yapanlar ile yapmayan yaşlılar arasında yaşam memnuniyeti yönünden anlamlı farklılık tespit etmemişlerdir

(102). Çalışmamızdaki sonuçların literatür ile büyük oranda uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda sosyal ve boş zaman aktiviteleri (kitap okumak, tv izlemek, internet kullanmak, bitki/hayvan yetiştirmek vb.) daha fazla olan yaşlıların kognitif bozukluk riskleri anlamlı olarak daha düşüktü. Akbaraly ve ark. Fransa’da yaşlılarda boş zaman etkinlikleri ve demans riski arasındaki ilişkiyi inceledikleri araştırmalarında bulmaca çözmek, kart oynamak, organizasyonlara katılmak, sinema veya tiyatroya gitmek, herhangi bir sanatsal faaliyette bulunmak gibi teşvik edici faaliyetlerin demans riskini önemli ölçüde azalttığını ortaya koymuştur (103). Flores ve arkadaşlarının mental sağlık ile bir takım sosyal müdahaleler arasındaki ilişkiyi inceledikleri sistemik derleme çalışmasında sosyal ilişkilerin, grup üyeliklerinin, sosyal kimliklerin mental sağlık üzerinde olumlu etkileri olduğu gözlenmiştir (104). Doğru’nun Ankara’da yaptığı aktif boş zaman kullanımının biyopsikososyal sağlığa etkisinin incelendiği çalışmasında entelektüel, sosyal, dini, rekreasyonel ve fiziksel boş zaman kullanımının demans ve depresyon üzerinde olumlu etkileri olduğu gözlenmiştir (105). Göktaş ve ark. Ankara’da 50 katılımcı üzerinde yaşlı bireylerde aktivite tercihlerinin bilişsel beceriler ve yaşam memnuniyeti üzerine etkisini araştırdıkları çalışmalarında serbest zaman aktivitesi (kitap/gazete okumak, ziyaret, yürüyüş yapmak, TV izlemek, namaz kılmak, bahçe işleriyle uğraşmak, hayvan beslemek vb.) yapanlar ile yapmayan yaşlılar arasında kognitif işlevler yönünden anlamlı farklılık tespit etmemişlerdir (102). Ülgen’in 2012 yılında Denizli’de evde yaşayan 113 yaşlıda sosyal katılımı etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında entelektüel, sosyal, rekreasyonel ve fiziksel aktiviteler ile kognitif durum arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Dini aktivitelerin ise kognitif fonksiyon ile ilişkisi tespit edilememiştir (100). Vaughan ve ark. ABD’ de yaptıkları yaşlı kadınlarda kognitif aktivitelerle kognitif performans arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarında kitap/dergi okuma, el sanatlarıyla uğraşma, grup etkinlikleri, sosyal aktivitelerde bulunma ve televizyon izleme gibi aktivitelerin kognitif performansı anlamlı derecede arttırdığını tespit etmişlerdir. Aynı çalışmada eğitimin bu etkinliklerin yapılmasını ve kognitif performansı olumlu yönde etkilediği, depresyonun ise kognitif aktivitelerde bulunma durumunu negatif yönde etkilediği rapor edilmiştir (106). Zisselman ve arkadaşlarının Amerika’da yaptıkları

ilgili çalışmada yaşlılar için çok boyutlu gözlem ölçeğine göre bir köpek kullanılarak yapılan seansların ve egzersizlerin sonucunda anlamlı bir veri sağlanamamıştır (107). Kanamori ve arkadaşlarının Japonya’da yaptıkları ilgili çalışmada bu tür seansların mini mental test ölçümlerine herhangi anlamlı bir katkısı olmadığı rapor edilmiştir (108). Majic ve arkadaşlarının ilgili çalışmasında bir köpekle yapılan seansların depresyon düzelmesinde herhangi bir etki yapmadığı bildirilmiştir (109). Menna ve arkadaşlarının İtalya’da yaptıkları benzer bir çalışmada bir köpekle 6 ay boyunca haftada bir kez yapılan 45 dakikalık seansların kognitif fonksiyonlarda ve depresyonda iyileşme sağladığı ortaya konmuştur (110). Dokuzcan ve arkadaşlarının bir yaşlı hizmet merkezindeki 186 kişi üzerinde yaptıkları ve bu kişilerdeki depresif belirti ve bilişsel bozukluk durumlarına etkili faktörleri araştırdıkları çalışmalarında yapılan lojistik regresyon analizine göre her gün ilgilenilen bir uğraşın olmamasının demans riskini 3,58 kat arttırdığı bildirilmiştir (94). Çalışma bulgularımızın literatür verileri ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda fiziksel aktivite düzeyi yüksek olan yaşlıların depresyon riskleri anlamlı olarak daha düşüktü. Atkins ve arkadaşları Avustralya’da 60 yaş üstü 118 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada katılımcıların %78,6’sı fiziksel olarak daha aktif olmanın depresyon yönünden kendilerine yardımcı olduğunu belirtmiştir (92).

Çalışmamızda fiziksel aktivite düzeyi yüksek olan yaşlıların kognitif bozukluk riskleri anlamlı olarak daha düşüktü. Blondell ve arkadaşlarının Avusturalya’da 60 yaş üstü bireylerle ilgili yaptıkları sistemik derleme ve meta analiz çalışmasında fiziksel aktivitenin bilişsel düşüş ve demans riskini azalttığı rapor edilmiştir (111). Aarsland ve arkadaşlarının İngiltere’de fiziksel aktivite ile vasküler demans arasındaki ilişkiyi inceledikleri sistemik derleme çalışmasında fiziksel aktivitenin vasküler demansa karşı koruyucu bir etki gösterdiği rapor edilmiştir (112). Beckett ve arkadaşlarının Kanada’da 65 yaş üstü bireylerde fiziksel aktivite ile Alzheimer hastalığı arasındaki ilişkiyi inceledikleri meta analiz çalışmasında fiziksel aktivitenin Alzheimer hastalığına karşı koruyucu nitelik taşıdığı ortaya konmuştur (113). Çalışma bulgularımızın literatür verileri ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada eğitim düzeyi arttıkça depresyon riskinin azaldığı bulunmuştur. Bellou ve arkadaşlarının sistematik derleme ve metaanaliz çalışmasındaki 19 adet çalışmaya göre düşük eğitim düzeyinin yüksek eğitime göre demans riskini anlamlı olarak arttırdığı rapor edilmiştir (1). Baumgart ve arkadaşlarının yaptığı ABD’de yaptıkları derleme çalışmasında ise alınan formal eğitim süresi azaldıkça demans riskinin arttığı rapor edilmiştir. Çalışma verilerimizin mevcut literatür bilgileri ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada eğitim düzeyi, gelir düzeyi arttıkça kognitif bozukluk riskinin azaldığı bulunmuştur. Baumgart ve arkadaşlarının ABD’ de yaptıkları derleme çalışmasında formal eğitim alınan yaşlı sayısı azaldıkça demans riskinin arttığını bildirmişlerdir (114). Benzer şekilde Bellou ve arkadaşlarının İngiltere’de yaptıkları derleme çalışmasında eğitim düzeyim düzeyi arttıkça demans riskinin azaldığı rapor edilmiştir (1). Her iki çalışmada da gelir düzeyi ile kognitif bozukluk arasında bir ilişki gösterilmemiştir.

Çalışmamızda uyku kalitesi arttıkça depresyon riski ve kognitif bozukluk riski anlamlı olarak azalmakta idi. Dzierzewski ve arkadaşlarının Amerika’da yaşlılarda uyku ve biliş arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında araştırmaların çoğunluğunda insomnia ile kognitif bozukluk arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (115). Guarnieri ve arkadaşlarının uyku ve bilişsel düşüş arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında bilişsel bozukluğu olan bireylerde uyku bozukluğu ile bilişsel ve fiziksel fonksiyon arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (116). Nadorff ve arkadaşlarının Amerika’da yaşlılarda psikiyatrik hastalık ve uyku arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmada ruhsal bozuklukların uyku bozukluklarıyla bir bağlantı içinde olduğu ortaya konmuştur (117). Boyle ve arkadaşlarının Amerika’da yaşam amacı ve Alzheimer hastalığı ile hafif bilişsel bozukluk arasındaki ilişkiyi inceledikleri araştırmalarında yaşam amacını psikolojik sağlık, mutluluk, memnuniyet, kişisel büyüme, kendini kabul etme ve iyi uyku gibi kavramlarla ilişkilendirmişlerdir ve yaşam amacının Alzheimer hastalık riskinde ve hafif bilişsel bozukluk riskinde azalmaya yol açtığını ortaya koymuşlardır (118). Çalışmamızda bulunan sonuçlar literatür verileri ile uyumludur.

6. SONUÇLAR

Yaşlı bireylerde fiziksel ve sosyal aktivelerin akıl ve ruh sağlığı üzerine olan etkilerini incelediğimiz bu çalışmada elde ettiğimiz veriler şu şekildedir;

1.Katılımcıların %32'sinde depresyon riski, %13,9'unda ise demans riski mevcuttu.

2.Katılımcıların fiziksel aktivite durumları %51,5'inde inaktif, %36,4'ünde minimal aktif, %12,1'inde çok aktif olarak bulunmuştur.

3.Katılımcıların %38,8'i uyku kalitelerini kötü veya çok kötü olarak değerlendirdi.

4.Katılımcıların sosyal ağı arttıkça ve boş zaman aktiviteleri (kitap okumak, tv izlemek, internet kullanmak, bitki/hayvan yetiştirmek vb.) varlığı depresyon ve demans riskini azaltmaktaydı.

5.Demans ve depresyon riski yüksek olan kişiler, düşük olanlara göre uyku kalitelerini daha kötü olarak tanımlamaktaydı.

6.Kadınların erkeklere oranla fiziksel aktivite düzeylerinin daha düşük ve depresyon risklerinin daha yüksek olduğu görüldü. Demans riski açısından bir fark yoktu.

7.Evlilerin, evli olmayanlara oranla fiziksel aktivite düzeylerinin daha yüksek, depresyon ve demans risklerinin daha düşük olduğu görüldü.

8.Eğitim durumu ve gelir düzeyi yükseldikçe, depresyon ve demans riskinin azaldığı, fiziksel aktivite düzeyinin ise arttığı görüldü.

9.En az bir kronik hastalığı olanların, hiç kronik hastalığı olmayanlara oranla fiziksel aktivite düzeyleri daha düşük, depresyon ve demans riskleri ise daha düşüktü.

10.Fiziksel aktivite düzeyi arttıkça kişilerin depresyon ve demans riskleri azalmaktaydı.

7. ÖNERİLER

Çalışmamızda ve birçok başka literatürde yaşlılarda depresyon ve demans riskini düşürdüğü gözlenen fiziksel aktivite ve sosyal faaliyetler bu yaş grubundaki kişilerde ısrarlı bir şekilde teşvik edilmelidir. Bu bağlamda yaşlılar her fırsatta bilgilendirilmeli ve tüm imkanlar yaşlıların daha aktif bir fiziksel ve sosyal yaşama ulaşması için kullanılmalıdır.

Bu konuda yapılacak çalışmaların daha yüksek katılımcı sayısı ve farklı kültürlerle uyumlu yeni müdahale çalışmalarının planlanması faydalı olacaktır.



KAYNAKLAR

1. Bellou V, Belbasis L, Tzoulaki I, Middleton LT, Ioannidis JPA, Evangelou E. Systematic evaluation of the associations between environmental risk factors and dementia: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Alzheimers Dement* 2017 13(4):406-418.
2. Tufan İ. Türkiye’de Yaşlılığın Yapısal Değişimi. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları; 2015. 136 s.
3. Baran AG, Kalıncara V, Aral N, Baran G, Akın G, Özkan Y. Yaşlı ve aile ilişkileri-Ankara Örneği. TC Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü. Ankara; 2005.
4. Definition of an Older or Elderly Person [Internet]. World Health Organization; 2002 [kaynak 27 Eylül 2017]. Available at: www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/
5. Tufan, İ., Sosyolojik Yaşlanma, 2002. Antikçağdan Günümüze Yaşlılık, 1.basım. Seyfi Ongider (ed), Aykırı Yayıncılık, İstanbul
6. Beğer, T., Yavuzer, H., 2012. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. Klinik gelişim,25:13.
7. <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>. (Erişim tarihi: Kasım 2014)
8. <http://www.who.int/ageing/about/facts/en/> (Erişim tarihi: Kasım 2014)
9. Kane, R.L., 2009. The geriatric patient: demography, edpidemiology, and health services utilization. Kane RL. (Ed.) Essential of Clinical Geriatrics (s.23-40). ABD: McGraw-Hill Professional
10. Bilir, N., 2006. Türkiyede ve Dünyada Yaşlılarda Demografik Özellikler. syf: 3-9 İçinde: Arıoğlu S (ed). Geriatri ve Gerontoloji (1.Baskı). MN Medikal ve Nobel Yayınevi, Ankara
11. http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmnh_nph_02.8.pdf. (Erişim tarihi: Kasım 2014)
12. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı, 2007. Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü Yayınları, 45-47.
13. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-SonucLari-2020-37210>
14. WHO. Preventing Chronic Diseases: a vital investment: WHO global report. 2005. Geneva, WHO. Aavailable from. http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en.16.02.2018
15. Daniş ZM. Yaşlıların Evde Bakım Gereksinimleri ve Evde Bakıma İlişkin Düşünceleri. Ankara: Güç-Vak Yayıncılık, 2004:20.s.34-43
16. WHO. Global strategy and action plan on ageing and health, 2016-2020. Geneva, World Health Organization. <http://www.who.int/ageing/global/strategy/en/> 16.02.2018
17. Göktaş K, Özkan İ. Yaşlılarda depresyon. Türkiye’de Psikiyatri. 2006; 8(1).
18. Penninx BWJH, Deeg DJH, Van Eijk JTM ve ark. Changes in depression and physical decline in older adults; A longitudinal perspective. *J Affect Disord*. 2000; 61: s. 1-12.
19. Alexopoulos GS. New concepts for prevention and treatment of late life depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158:835-838.

20. Devanand DP. Dysthymic disorder in the elderly. Program and abstracts of the American Association for Geriatric Psychiatry 15th Annual Meeting; February 24-27, 2002; Orlando, Florida.
21. Göktaş K, Özkan İ. Yaşlılarda depresyon. Türkiye’de Psikiyatri. 2006; 8(1).
22. Tezcan AE. Depresyon. 1.Baskı, Ankara: Elma Yayınevi, 2011.
23. Öztürk, O., & Uluşahin, A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Cilt I. *Yenilenmiş (11. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri*, 2011.
24. Brundtland GH. The World Health Report; Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
25. Dewey ME, Saz P. Dementia, cognitive impairment and mortality in person aged 65 and over living in the community: a systematic review of the literature. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001
26. Robbins, L. N., Helzer, J. E., Weissman, M. M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J. D., ve Regier, D. A. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of general psychiatry*, 41(10): 949-958,
27. Katon WJ, Schulberg H. Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1992; 14: 237-47
28. Silverstone PH. Concise assessment for depression (CAD): A brief screening approach to depression in medically ill. *J Psychosom Res*, 1996;41: 161-70
29. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan and Saddock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry Çeviri* Editörleri:Aydın H,Bozkurt A. Sekizinci Baskı Günes Kitabevleri İstanbul, 2007.
30. Küey L, Güleç C. Depresyonun Epidemiyolojisi. Depresyon Monografileri Serisi, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1993
31. Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R. V., Graaf, R. D., Vollebergh, W., ve Kawakami, N. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International journal of methods in psychiatric research*, 2003;12(1): 3-21
32. Mark H.B. The merck manual of medical information, second home edition. New jersey,2004, s. 1227-1228.
33. Guggenheim FG. Somatoform Disorders: In Sadock BJ, Sadock VA (Editors). Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry. Seventh Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000: s 1504-1533
34. Dişçigil G, Gemalmaz A, Başak O,Gürel S, Tekin N. Birinci basamakta geriatrik yaş grubunda depresyon. *Turkish Journal of Geriatrics*,2005;8[3]:129-33
35. Güven S. Türkiye’de yaşlı ve aile. *Geriatric ve Gerontoloji*, 2006: s 176-181.
36. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, et al. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol* 1999; 56: 303-8.
37. Bingöl, A. Hafif Kognitif Bozukluk Süreci Nasıl İzlenmeli. *Turkish Journal Of Geriatrics* 2010;13(3):43-6.

38. Bennett DA, Wilson RS, Schneider JA, et al. Natural history of mild cognitive impairment in older persons. *Neurology* 2002;59:198-205.
39. Eker E. Yaşlıda Demans. *Geriatrik Hasta ve Sorunları Sempozyumu* 1998;43-58.
40. Yener G, Emek D. Birinci Basamakta Demans ve Alzheimer Hastalığına Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics* 3(6): 35-43.
41. "World Alzheimer Report 2018—The state of the art of dementia research: New frontiers." Alzheimer's Disease International (ADI): London, UK.
42. <http://www.alzheimerdernegi.org.tr/haber/turkiyede-600-000-aile-alzheimer-hastaligi-ile-mucadele-ediyor/> Erişim tarihi:28.06.2019
43. Tosun P. Demanstan korunma. *Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine* 2015;54: Ek Sayı / Supplement 51-56.
44. Mangialasche F, Kivipelto M, Solomon A, Fratiglioni L. Dement prevention: current epidemiological evidence and future perspective. *Alzheimers Res Ther* 2012;4(1):6.
45. Işık B, Tekin O, Çatal F, Avcı Z. Demanslarda Etiyoloji, Risk Faktörleri ve Tanı. *DİRİM* 2004;1: 9-19.
46. Selekler K. Alois Alzheimer Ve Alzheimer Hastalığı. *Turkish Journal Of Geriatrics Supplement* 3, 2010;9-14.
47. Can H, Karakaş S. Alzheimer Tipi Demans ve Birinci Basamakta Nöropsikolojik Değerlendirme. *TTB Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2005;14(2):22-25.
48. TÜİK. (2018). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları. Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> Erişim Tarihi: 14.10.2019
49. TÜİK. (2017). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları. Erişim: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083 Erişim Tarihi: 14.10.2019
50. Gurvit H, Emre M, Tinaz S, et al. The prevalence of dementia in an urban Turkish population. *Am J Alzheimer Dis Other Dement* 2008; 23:67-76.
51. World Alzheimer Report 2019 Attitudes to dementia. Erişim: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2019.pdf>. Erişim tarihi: 14.10.2019
52. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı Tedavi Rehberi ANKARA 2010. Bölüm 17; Yaşlılık Döneminde Nörolojik Ve Serebrovasküler Hastalıklar. ss;375-388.
53. Aile Hekimliğinin Esasları. 6. Baskı, Bölüm 23; Bilişsel Bozukluk. ss;269-282.
54. Yavuz B. and S. Arıoğlu (2008). "Yaşlıda demans, risk faktörleri ve tedavisi." *İç Hastalıkları Dergisi* 15(1): 14-23.
55. Ford E, Greenslade N, Paudyal P, et al. Predicting dementia from primary care records: Asistematic rewiev and meta-analysis. *PLoS ONE* 2018 ;13(3): e0194735.
56. Arıoğlu S. Alzheimer Tip Demans'ta Risk Faktörleri. 5. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Kitabı. 2003; 102-5.
57. Selekler K. Alzheimer Hastalığı'nın Epidemiyolojisi, Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörleri. *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics*. 2009;2(1):10-3.

58. Burns J M. et al. Bilişsel Yaşlanma Ve Demans, İnceleme Ve Tanı Atlası Demans. Ed: Gökhan Erkol, Çeviren: Erkan Taner Karagöz. İstanbul: Sigma Publishing. 2007:1-13.
59. American Academy Of Family Physicians. Guideline For Diagnosis And Treatment Of Dementia/Demans Tanı Ve Tedavisi. Çeviren: Tamer Edirne, Füsün Ersoy 2001:3-21.
60. Dişçigil G. Kadın ve Demans. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics. 2013;4(6):88-93.
61. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri ve Genel Müdürlüğü. "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı Ve Tedavi Rehberi 2010." *Sağlık Bakanlığı yayın* 781 (2010).
62. Dünya Sağlık Örgütü. Avrupa'da fiziksel aktivite ve sağlık: eyleme geçirecek kanıtlar. Cavill N, Kahlmeier S, Racioppi F editor: Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği; 2008. Available from, <http://www.skb.gov.tr/dunya-saglik-orgutu-avrupa-saglikli-sehirler-agi/> 20.02.2018
63. Ünal B, Ergör G, Horasan GD, Kalaça S, Sözmen K. Ed: Ünal B, Ergör G. T.C Sağlık Bakanlığı TC Sağlık Kurumu Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması Ankara 2013. Erişim <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf> 20.02.2018
64. U.S. Department of Health and Human Services. 2008 physical activity guidelines for Americans. Available <http://www.health.gov/paguidelines/guidelines>. 18.02.2018.
65. Sparling PB, Owen N, Lambert EV. Promoting physical activity: the new imperative for public health. *Health Education Research* 2000; 15:367-76.
66. Balboa-Castillo T, Leon-Munoz LM, Graciani A, Rodriguez-Artalejo F, Guallar-Castillon P. Longitudinal association of physical activity and sedentary behavior during leisure time with health-related quality of life in community-dwelling older adults. *Health and quality of life outcomes* 2011; 9: 47.
67. Yang FM, Inouye SK, Fearing MA, Kiely DK, Marcantonio ER, Jones RN. Participation in activity and risk for incident delirium. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56(8):1479-1484.
68. Paffenbarger RS Jr, Hyde RT, Wing AL, Hsieh CC. Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. *N Engl J Med.* 1986; 314(10):605-613.
69. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyman J, Svab I, Ram P. Aile Hekimliği Avrupa Tanımı WONCA AVRUPA 2005 Basımı Türkçe Çevirisi, Başak O, Saatçi E, Çev.Ed., Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları-4, Nisan 2011: 13-14.
70. Şensoy N. Aile Hekimliğinde Yaşlı Sağlığı ve Yasal Sorunlar. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014;5(1):26-32.
71. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol* 2009; 5:363-89
72. Luppá M, Sikorski C, Luck T, Ehreke L, Konnopka A, Wiese B et al. Age- and gender-specific prevalence of depression in late-life--systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2012; 136(3):212-21
73. Creavin ST, Wisniewski S, Noel-Storr AH, Trevelyan CM, Hampton T, Rayment D, et al. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of dementia in clinically

- unevaluated people aged 65 and over in community and primary care populations. Cochrane Database Syst. Rev 2016; (1):CD011145
74. Mehta KM, Yeo GW. Systematic review of dementia prevalence and incidence in United States race/ethnic populations. *Alzheimers Dement* 2017; 13(1):72-83
75. Lök N, Lök S. Yaşlıların fiziksel aktivite düzeyleri ile bilişsel durumları arasındaki ilişki. *Yeni Symposium* 2016; p21-24.
76. Kersu Ö, Alparslan GB. Geriatrik bireylerin fiziksel aktiviteleri ile uyku kaliteleri arasındaki ilişki. *Sted* 2020. Doi:10.17942
77. Çalık İ, Algun C. Yaşlılarda fiziksel aktivite ile uyku kalitesi arasındaki ilişki. *Fizyoter Rehabil* 2013; 24(1):110-117
78. Özvurmaz S, Asgarpour H, Güneş Z. Yaşlılarda uyku kalitesi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki: kesitsel bir çalışma. *Medical Sciences* 2018
79. Altay B, Çavuşoğlu F, Çal A. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2018; doi:10.5455
80. Bilgili N, Kitiş Y, Alkaya SA. *Türk Geriatri Dergisi* 2012;15(1):81-88
81. Malakouti SK, Foroughan M, Nojomi M, Ghalebandi MH, Zandi T. Sleep patterns, sleep disturbances and sleepiness in retired Iranian elders. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009;24(11):1201-8
82. Hsu YC, Wright CL. The association between participation in social activity and depressive symptoms in institutionalized elders in Taiwan. *Geriatric Nursing* 2014;35(1):31-6
83. Litwin H. Social networks and well-being: a comparison of older people in mediterranean and non-mediterranean countries. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2010 Sep;65(5):599-608.
84. Yalçın İ. İyi oluş ve sosyal destek arasındaki ilişkiler: Türkiye’de yapılmış çalışmaların meta analizi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2014;25
85. Kabadayı S. 65 yaş üzeri bireylerde algılanan sosyal destek ile depresyon ve bilişsel beceriler arasındaki ilişki. *Işık Üniversitesi* 2019.
86. Zhu S, Hu J, Efrid JT. Role of social support in cognitive function among elders. *JCN* 2012;(15-16):2118-25
87. Calenti JCM, Sanchez A, Lopez LL, Cao R, Maseda A. Influence of social support on older adults with cognitive impairment, depressive symptoms, or both coexisting. *Int J Aging Hum Dev* 2013; 76(3):199-214
88. Lara R, Vazquez L, Ogallar A, Izquierdo DG. Optimism and social support moderate the indirect relationship between self-efficacy and happiness through mental health in the elderly. *Health Psychol Open* 2020;7(2)
89. Kuiper JS, Zuidersma M, Voshaar RCO, Zuidema SU, Heuvel ER, Stolk RP, Smidt N. Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Res Rev.* 2015;22:39-57
90. Amieva H, Stoykova R, Matharan F, Helmer C, Antonucci TC, Dartigues JF. What aspects of social network are protective for dementia? Not the quantity but the quality of social interactions is protective up to 15 years later. *Psychosom Med.* 2010;72(9):905-11

91. Andrew M, Rockwood K. Social vulnerability predicts cognitive decline in a prospective cohort of older Canadians. *Alzheimers Dement* 2010;6(4):319-325
92. Atkins J, Naismith SL, Luscombe GM, Hickie IB. Elderly care recipients perceptions of treatment helpfulness for depression and the relationship with help-seeking. *Clin Interv Aging* 2015;10:287-95
93. Yağcı U, Kapıkıran Ş. Aktif yaş alma: Müzik etkinliklerine katılan ve katılmayan bireylerin sosyal destek, yalnızlık ve yaşam doyumu. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2019; 12(2):113-120
94. Dokuzcan DA, Özyurda ZF, Kızıl TEÖ. Bir yaşlı hizmet merkezine kayıtlı yaşlılarda depresif belirti, bilişsel bozukluk durumu ve etkili faktörler. *Nobel Med* 2019; 15(3):5-11
95. Guo Q, Bai X, Feng N. Social participation and depressive symptoms among Chinese older adults: A study on rural-urban differences. *J Affect Disord* 2018;239:124-130
96. Chan D, Kwok A, Leung J, Yuen K, Choy D, Leung PC. Association between life events and change in depressive symptoms in Hong Kong Chinese elderly. *J Affect Disord* 2012;136(3):963-70
97. Parslow RA, Jorm AF. Pet ownership and health in older adults: findings from a survey of 2551 community-based Australian aged 60-64. *Gerontology* 2005;51(1):40-7
98. Mossello E, Ridolfi A, Mello AM, Lorenzini G, Mugnai F, Piccini C et al. Animal-assisted activity and emotional status of patients with Alzheimer's disease in day care. *Int Psychogeriatr* 2011;23(6):899-905
99. Peluso S, Rosa AD, Lucia ND, Antenora A, Illario M, Esposito M et al. Animal-assisted therapy in elderly patients: evidence and controversies in dementia and psychiatric disorders and future perspectives in other neurological diseases. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2018;31(3):149-157
100. Ülgen Y. Evde yaşayan yaşlılarda sosyal katılımı etkileyen faktörlerin incelenmesi. Ocak 2012 Pamukkale Üni.
101. Şahin B, Yıldırım A. Yaşlı bireylerde internet kullanımı ile yaşam doyumu, algılanan sosyal destek ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2019;12(2):97-106
102. Göktaş A, Pekçetin S, Tekindal B, Kayıhan H, Uyanık M. Yaşlı bireylerde aktivite tercihlerinin bilişsel beceriler ve yaşam memnuniyeti üzerine etkisi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi* 2016;4(1):1-14
103. Akbaraly TN, Portet F, Fustinoni S, Dartigues JF, Artero S, Rouaud O et al. Leisure activities and the risk of dementia in elderly. *Neurology* 2009;73(11):854-61
104. Flores EC, Fuhr DC, Bayer AM, Lescano AG, Thorogood N, Simms V. Mental health impact of social capital interventions. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2018; 53(2):107-119
105. Doğru E. Yaşlı hastalarda aktif boş zaman kullanımının biyopsikososyal sağlığa etkisinin değerlendirilmesi. Yıldırım Beyazıt Uni 2017.

106. Vaughan L, Erickson KI, Espeland MA, Smith JC, Tindle HA, Rapp SR. Concurrent and longitudinal relationships between cognitive activity, cognitive performance, and brain volume in older adult women. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2014;69(6):826-36
107. Zisselman MH, Rovner BW, Shmueli Y, Ferrie P. A pet therapy intervention with geriatric psychiatry inpatients. *Am J Occup Ther*. 1996;50(1):47-51
108. Kanamori M, Suzuki M, Yamamoto K, Kanda M, Matsui Y, Kojima E et al. A day care program and evaluation of animal-assisted therapy for the elderly with senile dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 2001;16(4):234-9
109. Majic T, Gutzmann H, Heinz A, Lang UE, Rapp MA. Animal-assisted therapy and agitation and depression in nursing home residents with dementia: a matched case-control trial. *Am J Geriatr Psychiatry* 2013;21(11):1052-9
110. Menna LF, Fontanella M, Santaniello A, Ammendola E, Travaglino M, Mugnai F. Evaluation of social relationships in elderly by animal-assisted activity. *Int Psychogeriatr* 2012;24(6): 1019-20
111. Blondell SJ, Mather RH, Veerman JL. Does physical activity prevent cognitive decline and dementia? *BMC Public Health* 2014; 14:510
112. Aarsland D, Sardahaee FS, Anderssen S, Ballard C. Is physical activity a potential preventive factor for vascular dementia? *Aging Ment Health* 2010; 14(4):386-95
113. Beckett MW, Ardern CI, Rotondi MA. A meta-analysis of prospective studies on the role of physical activity and the prevention of Alzheimer's disease in older adults
114. Baumgart M, Snyder HM, Carrillo MC, Fazio S, Kim H, Johns H. Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia. *Alzheimers Dement*. 2015;11(6):718-26
115. Dzierzewski JM, Dautovich N, Ravyts S. Sleep and cognition in the older adult. *Sleep Med Clin*. 2018;13(1):93-106
116. Guarnieri B, Sorbi S. Sleep and cognitive decline: A strong bidirectional relationship. It is time for specific recommendations on routine assessment and the management of sleep disorders in patients with mild cognitive impairment and dementia. *Eur Neurol* 2015;74(1-2):43-8
117. Nadorff MR, Drapeau CW, Pigeon WR. Psychiatric Illness and Sleep in Older Adults: Comorbidity and Opportunities for Intervention. *Sleep Med Clin*. 2018;13(1):81-91
118. Boyle PA, Buchman AS, Barnes LL, Bennett DA. Effect of a purpose in life on risk of incident Alzheimer disease and mild cognitive impairment in community-dwelling older persons. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67(3):304-10