

Evde sağlık hizmeti alanlarda yaşam kalitesi durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi

Kemal Macit Hisar, Hasan Erdoğan

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya

Amaç: Bu çalışmanın amacı, evde sağlık hizmetini alanların yaşam kalitesi durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesidir. **Ge-reç ve yöntem:** Araştırma tanımlayıcı tiptedir. Çalışmaya Konya Selçuklu İlçesi Toplum Sağlığı Merkezi Evde Sağlık Birimi'nden 29.11.2013-29.12.2013 tarihleri arasında hizmet alan 47 hasta katılmıştır. Veriler sosyo-demografik soru formu ve SF 36 (Short Form 36) Yaşam Kalitesi Ölçeği ile yüz yüze yöntemiyle toplanmıştır. **Bulgular:** Çalışmaya katılanların yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldıkları puanlara bakıldığında en yüksek puan ortalaması genel ruh sağlığı (49.3 ± 15.9) ve bedensel ağrıda (47.4 ± 31.0) bulunmuştur. Fiziksel rol kısıtlılığı puan ortalaması ise en düşük (4.8 ± 20.6) bulunmuştur. **Sonuç:** Evde bakım hizmeti alan hastaların çok farklı problemleri olabilmektedir. Bu çalışmaya göre evde bakım hizmeti alanların en büyük problemlerinden birinin fiziksel olarak yetersizlik olduğu bulunmuştur. Ancak çalışmaya katılanların yaş ortalamasının yüksek olması da fiziksel yetersizlikte etkili olabilir.

Anahtar sözcükler: Yaşam Kalitesi, evde sağlık hizmeti, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği

Determining factors affecting the quality of life and quality of life status who are the people take home health care

Objective: The aim of this study is to determine factors affecting the quality of life and quality of life status of the people taking home health care for the first time in Konya. **Material and methods:** This is a descriptive study. Study included 47 patients registered Konya Selçuklu Community Health Center Home Health Unit between 29.11.2013-29.12.2013. The data in this study is obtained by means of a sociodemographic questionnaire and SF36 Life Quality Scale. **Results:** When compared to SF36 Life Scale subscales of participants, the highest score was found that mental health (49.3 ± 15.9) and physical pain (47.4 ± 31.0), the lowest score was found that physical role limitations (4.8 ± 20.6). **Results:** The patients who receiving home care services may have different problems. According to this study, physical inability have been found as the biggest problem of the people who receiving home care services. However, the high average age of study participants may also be effective on the physical disability.

Keywords: Quality of life, home health Care, SF36 life quality scale

Giriş

Evde bakım, sağlık düzeyini iyileştirmek ve yükseltmek için hastalara ev ortamında sağlık hizmeti ve hizmet donanımının sağlanması olarak tanımlanmaktadır (1, 2). Evde bakım hizmetleri genellikle hemşirelik hizmetleri organizasyonu, ziyaretçi hemşireler, hastaneler, evde bakım hizmet kurumları tarafından sağlanmaktadır (1). Evde bakım hizmetlerinin yöneldiği yaş grupları, ağırlıklı olarak 65 yaş ve üzerindeki kronik uzun süreli bakımı gerektiren yaşlı hastaların yanı sıra kronik hastalığı olan her yaş grubu, bebek ve çocuklardır (2).

Sağlık Bakanlığı'nca uzun yıllar Avrupa Sağlık Sisteminde önemli bir yer tutan evde bakım hizmetlerinin Türk Sağlık

Sistemi ile bütünleştirilmesi çalışmalarına başlanmış olup, hazırlanan Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik 10 Mart 2005 tarih ve 25751 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiş ve böylece özel sektör tarafından yürütülen uygulamalar disipline edilmiştir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarınca evde sağlık hizmetlerinin verilmesine yönelik Sağlık Bakanlığı'nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge ise 01.02.2010 tarihinde yürürlüğe konulmuştur (3).

Evde bakım kavramı; koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık bakımı sürekliliğinin etkili biçimde sürdürülmesi amacını güden, birey ve aileye yaşadığı ortamda sunulan sağlık bakım hizmetleri yaklaşımıdır. Sunulan bu sağlık hizmetlerinin kapsamında kronik hastalıkların izlem ve tedavisi, terminal dönem sorunları, fizik tedavi ve konuşma tedavileri, solunum tedavileri, bazı ilaç uygulamaları, parental beslenme ve daha birçok mevcut ya da potansiyel sağlık sorunları yer alır (4). Evde bakım, ev hastanesi, tıbbi evde bakım veya duvarsız hastane olarak bilinir ve hastaya

Yazışma Adresi:

Kemal Macit Hisar
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya

E-posta: kmhisar@hotmail.com

evinde sağlanan tıbbi hizmet anlamına gelmektedir (5).

Yaşam Kalitesi "subjektif iyilik hali" veya bir diğer ifadeyle "kişinin kendi yaşamından memnun olma durumu" olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü de benzer şekilde yaşam kalitesini, "bireyin, gerek kültürel ve içinde bulunduğu ortamın değer yargıları, gerekse kendi hedefleri, beklentileri, standartları ve ilgileri bağlamında, hayatta kendi durumunu algılama biçimi" olarak tanımlamıştır (6).

1970'li yıllara kadar sağlık çalışanları etkinliklerini morbidite, mortalite ve fizyolojik ölçümlere dayandırarak yapıyorlardı. Ancak 1992 yılında sağlığın kazanılmasındaki en önemli göstergeler arasında "Yaşam Kalitesi"ne de yer verilmiştir (7).

Yaşlıların evde bakım konusunda aldığı toplumsal destek, yaşam kalitesi ile yakından ilişkilidir. Sağlıklı olma, bireysel kaynaklar yanında yakınlarla ilişkiler, komşuluk ilişkileri, arkadaşlık gibi toplumsal kaynaklar yaşlılık da duygusal destek ve güç sağlayarak bireyin yaşam kalitesini yükseltmektedir. Evde bakım hizmeti yaşlıların kendi evlerinde ya da çevrelerinde bağımsız olarak yaşayabilmelerini sağlayarak yaşam kalitesini artırmayı amaçlamaktadır.

Çalışmanın amacı: Bu çalışmada, evde sağlık hizmeti alanların yaşam kalitesi durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma tanımlayıcı tiptedir. Çalışmanın evrenini Konya Selçuklu İlçesi Toplum Sağlığı Merkezi Evde Sağlık Birimi'nden 29.11.2013-29.12.2013 tarihleri arasında hizmet alan tüm hastalar oluşturmaktadır. Örneklemi ise bu süre içerisinde evde sağlık hizmetlerine başvuran ve çalışmaya katılım şartlarını karşılayan 47 hasta oluşturmaktadır. Çalışma için Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu ve Konya Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden izin alındı. Tüm bireyler çalışma konusunda bilgilendirilip onayları alındıktan sonra çalışmaya dahil edildiler. Araştırmaya alınma kriterleri çalışmaya gönüllü olarak katılmak istemek, kognitif fonksiyonları iyi olmak ve 18 yaşından büyük olmak olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara araştırmacılar tarafından hazırlanmış 29 soruluk sosyo-demografik özellikleri, kişinin hastalıkları ile ilgili sorular içeren veri toplama formu ve SF 36 (Short Form 36) Yaşam Kalitesi Ölçeği yüz yüze yöntemle uygulanmıştır.

Short form-36 (SF-36)

SF-36 Ware tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. 1999 yılında Koçyiğit ve ark. tarafından Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. 36 ifade içeren bu ölçek, 3

ana başlık ve 8 sağlık kavramını değerlendiren çok başlıklı skala şeklindedir. Bu alt skalalar, fiziksel fonksiyon, fiziksel yönden rol kısıtlılığı, ağrı, genel sağlık, yaşamsallık, sosyal fonksiyon, emosyonel yönden rol kısıtlılığı ve mental sağlıktır. Türkiye'deki geçerlilik-güvenilirliği kronik hastalığı olanlar üzerinde yapılmış olmasına rağmen ölçek; özünde kişilerin sağlık durumlarını tanımlamak, toplumdaki minör sağlık durumlarına bağlı sağlıktaki değişimleri tanımlamak için hazırlanmıştır. SF-36 ölçeğinde 100 puan üzerinden puanlama yapılmaktadır ve alınan puanlar her bileşen için 0 ile 100 puan arasında değişmektedir. Bu ölçekte yüksek puanlar sağlıktaki daha iyi bir düzeyi işaret ederken, düşük puanlar sağlıktaki bozulmayı göstermektedir (8).

İstatistiksel analiz

Verilerin normal dağılım gösterip göstermedikleri Kolmogorov-Smirnov Z testi ile incelenmiş, normal dağılım gösteren verilerin analizinde bağımsız t testinden, normal dağılım göstermeyen verilerin analizinde ise Mann-Whitney U ve ki-kare testlerinden yararlanılmıştır. İstatistik analizlerde $p < 0,05$ ise sonuçlar anlamlı kabul edilmiştir. Sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ortalama \pm standart sapma ve ortanca (min-max) cinsinden, kategorik verilere ait tanımlayıcı istatistikler ise yüzde cinsinden özetlenmiştir.

Bulgular

Tablo 1'de katılımcıların sosyodemografik bulguları verilmiştir. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 74.9 ± 15.4 ; %59.6'sı kadın, %57.4'ü evli, %42.6'sı okuryazar değil ve %31.9'u ilköğretim mezunu, %44.7'si ev kadını, %51.1'i emekli ve %65.9'unun ekonomik durumu orta düzeyde, %70.2'sinin oturduğu ev kendilerine aittir.

Katılımcıların ortalama çocuk sayıları 4.2 ± 2.0 , buldukları yerde ortanca oturma süreleri 9 yıl (1-50), yaşadıkları evdeki birey sayısı ortalama 4.8 ± 2.3 kişidir. Hastaların evde bakımını en fazla oğlu (%35.6), ikinci olarak kızı (%33.3) ve üçüncü olarak eşi (%17) üstlenmektedir.

Katılımcıların evde sağlık bakımını almasını gerektiren hastalık olarak %25.5 ile serebrovasküler olay ve beyni etkileyen hastalıklar nedeniyle görülen pleji ilk sırada iken %19.1 ile trafik kazası ya da farklı sebeplerden oluşan kemik kırıkları ikinci sırada ve üçüncü sırada ise %10.6 ile kanser ve kansere bağlı görülen komplikasyonlar yer almaktadır. Ayrıca evde bakım hizmeti almasını gerektiren hastalıklara ek olarak en fazla görülen hastalıklar %36.2 ile diyabetes mellitus ve/veya hipertansiyon olmakla beraber %27.7'sinde ek bir hastalık yoktur. Katılımcıların %40'ı evde bakım hizmeti dışında herhangi bir sağlık kuruluşuna her ay başvurduklarını belirtmişlerdir.

Tedavi hizmeti olarak hastalara %56.5'ine yara bakımı, pansuman yapılmış ve idrar sondası takılmıştır, %26.1'ine

Tablo 1: Olguların sosyodemografik özellikleri

		Yüzde(%)
Cinsiyet	Erkek	40.4
	Kadın	59.6
Yaş	<70	28.9
	>70	71.1
Eğitim	Okur yazar	42.6
	Olmayan	57.4
	Okur Yazar olan	
Medeni durum	Evli	58.7
	Bekar	2.2
	Eşi ölmüş	39.1
Çalışma durumu	Çalışan	6.5
	Çalışmayan	41.3
	Emekli	52.2
Ekonomik durum	İyi	6.8
	Orta	65.9
	Kötü	27.3
Meslek	Ev hanımı	63.6
	Çiftçi	18.2
	Esnaf	9.1
	Memur	6.1
	İşsiz	3.0

sadece muayene yapılmış ve %8.7'sine destek tedavisi (serum takılması v.s.) yapılmış ve reçete yazılmıştır.

Hastaların fiziksel sağlıklarını en fazla etkileyen şikayet olarak %39.5'i plejik ve yatalak olduğunu, %25.6'sı yürümediğini ve %11.6'sı da halsizlik ve yorgunluk nedeniyle zorluk yaşadığını belirtmişlerdir.

Hastaların % 74.5'i kişisel bakımını kendisi yapamamakta, %83'ü kendi yemeğini yapamamakta, %14.9'u oral olarak beslenememekte, %89.4'ü sokağa çıkamamakta, %27.7'sinin bası ülseri, %55.3'ünün idrar kaçırma ve %42.6'sın gayta kaçırma problemi mevcuttur. Katılımcıların hastalıkları hakkında düşünceleri sorulduğunda olguların %59.1'inin hiçbir şey düşünmediği ve %34.1'ininde iyileşmeyi umduğu bulunmuştur.

Çalışmaya katılanların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar Tablo 2'de verilmiştir. Tabloya göre en yüksek puan ortalaması genel ruh sağlığı (49.3±15.9) ve bedensel ağrıda (47.4±31.0) bulunmuştur. Fiziksel rol kısıtlılığı

Tablo 2: Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

Yaşam kalitesi alt ölçek puanları	Ortalama
Fiziksel fonksiyonellik (FF)	5.1
Fiziksel rol (FR)	4.8
Duygusal rol (DR)	11.3
Sosyal fonksiyonellik (SF)	16.0
Bedensel ağrı (BA)	47.4
Genel ruh sağlığı (GRS)	49.3
Canlılık (CA)	25.4
Genel sağlık (GS)	31.7

puan ortalaması ise en düşük (4.8±20.6) bulunmuştur.

Eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları Tablo 3'de karşılaştırılmıştır. Yaş ile yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları Tablo 4'te karşılaştırılmıştır.

Tartışma

Yaşam kalitesi ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi farklı kavramlardır. Yaşam kalitesi daha geniş, çok boyutlu bir kavram olup, kişinin ekonomik durumu, aile ve arkadaşlarıyla olan ilişkileri, iş imkanları, boş zamanlarını ya da yaşam tarzını belirlemedeki özerkliği, eğitim fırsatları, yaşadığı yer ve çevresi, çevre şartları gibi bir çok faktör ile ilişkilidir (9). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ise yaşam kalitesinin sadece bir bölümünü oluşturmaktadır. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin belirlenmesinde, hastanın sağlık durumu, kişisel ve sosyo-kültürel özelliklerinin yansımaları olan istek ve beklentileri, sağlık durumu nedeniyle bu istek ve beklentileri gerçekleştirme yeteneğindeki kısıtlanmalar ve hastanın bu kısıtlanmalar karşısındaki tepkisi ve emosyonel durumu rol oynamaktadır (10).

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 74.9 idi. Yaş faktörü evde bakım hizmeti alanların sosyo-demografik özelliklerinin incelendiği bir çalışmaya benzerlik göstermektedir; yaş ilerledikçe kişilerin hastalıklarının özellikleri nedeniyle motor defisite sahip olmaları ve buna bağlı fonksiyonlarında kısıtlılık olması beklenen bir bulgudur (2,11,12).

Olgular fiziksel sağlıklarını en fazla etkileyen durum sorulduğunda en yüksek oranda plejik ve yatalak olmak cevabı alınmıştır, evde bakım hastalarında yapılan diğer çalışmalarda ise hastaların büyük çoğunluğunda kas ve eklem ağrıları cevabı alınmıştır (2), Sackley ve arkadaşları da çalışmalarında, hastaların büyük çoğunluğunda kontraktür ve omuz ağrısı gibi ek rahatsızlıklar saptamışlardır (13).

Çalışmada yaşam kalitesi ölçeği alt puanlarına bakıldığında en yüksek puan ortalaması genel ruh sağlığı (49.3) ve bedensel ağrıda (47.4), en düşük puan ortalaması fiziksel rol kısıtlılığı (4.8) olarak bulunmuştur. Benzer şekilde in-

Tablo 3: Eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları ilişkisi

	Okur-yazar	Okur-yazar Olmayan	P
Fiziksel fonksiyon	25.5	22.0	P>0.05
Fiziksel rol kısıtlılığı	24.3	23.6	P>0.05
Ağrı	22.0	26.7	P>0.05
Genel sağlık algısı	29.0	15.7	P=0.001
Vitalite	28.9	15.9	P=0.001
Sosyal fonksiyon	27.7	19.0	P=0.02
Emosyonel rol kısıtlılığı	25.3	22.2	P>0.05
Mental sağlık	26.0	19.9	P>0.05

Tablo 4: Yaş ile yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları ilişkisi

	Okur-yazar	Okur-yazar Olmayan	P
Fiziksel fonksiyon	28.5	20.8	P=0.013
Fiziksel rol kısıtlılığı	23.8	22.7	P>0.05
Ağrı	23.6	22.8	P>0.05
Genel sağlık algısı	26.6	21.0	P>0.05
Vitalite	30.8	19.4	P=0.008
Sosyal fonksiyon	28.9	20.6	P=0.039
Emosyonel rol kısıtlılığı	27.4	21.2	P=0.009
Mental sağlık	28.0	20.4	P>0.05

meli hastalarda yapılan bir çalışmaya göre en yüksek puan ortalaması ağrıda, en düşük puan ortalaması fiziksel rol kısıtlılığında bulunmuştur (14). Fiziksel rol kısıtlılığı kişilerin günlük fiziksel aktivitelerinin yeterliliğini göstermektedir. Bu çalışmada da hastaların en çok yakındıkları durumun yatalak olmak olduğu düşünüldüğünde bu sonuçla uyumlu bir durumdur. ABD’de, yaşlılar üzerinde yapılan bir araştırmaya göre kanser olmayanlarda bu çalışma ile benzer olarak en düşük puan ortalaması fiziksel rol kısıtlılığında en yüksek puan ortalaması da bu çalışmadan farklı olarak sosyal fonksiyonda bulunmuştur (15).

Çalışmada eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında okuryazar olanların puanlarının okuryazar olmayanların puanlarına göre istatistik olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur, Ertem Gül’ün menapoz sonrası kadınlarda yaptığı bir çalışmada da eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır (8).

Çalışmada olguların % 74.5’i kişisel bakımını kendisinin yapamadığı, %83’ü kendi yemeğini yapamadığı, %14.9’u oral olarak beslenemediği, %89.4’ü sokağa çıkamadığı bulunmuştur. Bu verilerden anlaşılacağı üzere de; evde bakım hizmetine gereksinim duyan kişilerin bakımından, aile içerisinde de bir kişinin sorumlu olması uygun olacaktır. Çalışmada da evde bakım hizmeti alan her kişinin bakımından sorumlu bir kişi mevcuttu.

Çalışmada olguların %27.7’sinin bası ülserinin mevcut olduğu bulunmuştur literatürde bu oran daha azdır (2). Çalışmada olguların %55.3’ünün idrar kaçırma probleminin mevcut olduğu ve %42.6’sın gayta kaçırma probleminin mevcut olduğu bulunmuştur yine bu durum Enginyurt ve ark.’nın evde bakım hastaları üzerinde yapılan çalışması ile uyumludur (2).

Sonuç ve öneriler

En fazla evde sağlık bakımını gerektiren hastalığın beyinle ilgili problemler olduğu bulunmuştur, bu sonuçta göre en düşük yaşam kalitesi puanının fiziksel rol kısıtlılığı olması şaşırtıcı olmamıştır. Katılımcıların çoğunda ek

hastalık olarak diyabetes mellitus ve hipertansiyon mevcuttur, doğal olarak bu hastalıkların komplikasyonları da yaşam kalitesi düzeyini olumsuz yönde etkilemektedir. Yaşam kalitesi alt puanlarına bakıldığında en yüksek puan ortalaması genel ruh sağlığı ve bedensel ağrıda bulunmuştur bu sonuca göre hastalara semptomatik tedavi uygulanması yaşam kalitesi düzeyini olumlu yönde etkilemektedir. Çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı bulunmuştur, okur-yazarlığın olmaması yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen faktörlerden birisidir. Yaş arttıkça yaşam kalitesi düzeyleri düşmektedir özellikle 70 yaşından sonra kişilerin fiziksel olarak başkalarına bağımlı hale gelebilmeleri sebebiyle yaşam kalitesinde önemli bir düşüş olduğu görülmektedir.

Çalışmanın daha geniş bir örnek üzerinde tekrarlanması önerilir.

Kısıtlılıklar

Araştırma süresinin kısıtlı olması, günlük gidilen hasta sayısının az olması ve anketi kendisi doldurabilecek hasta sayısının az olması çalışmanın kısıtlılıklarıdır.

Çalışma için herhangi bir firmadan yardım ve finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Kavuncubaşı Ş, Yıldırım S. Hastane ve sağlık kurumları yönetimi. Ankara, 2010;60.
2. Enginyurt Ö, Öngel K. Evde bakım hizmeti kapsamındaki hastaların sosyo-demografik özellikleri ve tıbbi durumları. Smyrna Tıp Derg 2012;2:46-8.
3. Özer Ö, Şantaş F. Kamunun sunduğu evde bakım hizmetleri ve finansmanı. ACU Sağlık Bil Derg 2012;96-103.
4. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. Geriatri 2002;5:155-9.
5. Can Ö, Ünal N. Evde bakım ve tedavi. Türk Yoğun Bakım Derneği Derg 2008;6:6-13.
6. Hasanefendioğlu EZ, Sezgin M, Sungur M.A ve ark. Kronik bel ağrılı hastalarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi: ağrı, klinik ve fonksiyonel durumun yaşam kalitesi üzerine etkisi. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2012;58:93-8.
7. Leahy A, Wiley M. The Irish health system in the 21st century. Dublin, 1998;133-55.
8. Ertem G. Kadınların menapoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Derg 2010;7:469-483.
9. Tuzun E. H, Eker L. Sağlık değerlendirme ölçütleri ve yaşam kalitesi. Sağlık Toplum Derg 2003;2:3-8.
10. Kucukdeveci A. Rehabilitasyonda yaşam kalitesi. Turk Fiz Tıp Derg 2005;51:223-9.
11. Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S ve ark. Yatağa bağımlı

- hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Derg* 2011;38:57-65.
12. Akosile CO, Anukam GO, Johnson OE, et al. Fear of falling and quality of life of apparently-healthy elderly individuals from a Nigerian population. *J Cross Cult Gerontol* 2014;29:201-9.
 13. Sackley C, Brittle N, Patel S, et al. The prevalence of joint contractures, pressure sores, painful shoulder, other pain, falls, and depression in the year after a severely disabling stroke. *Stroke* 2008;39:3329-34.
 14. Topçu S, Bölüktaş RP. İnmeli hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal desteğin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. *Yeni Tıp Derg* 2012;29:159-64.
 15. White AJ, Reeve BB, Chen RC, Stover AM, Irwin DE. Coexistence of urinary incontinence and major depressive disorder with health-related quality of life in older Americans with and without cancer. *J Cancer Surviv* 2014;8:497-507