

İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yükü

Güler Duru AŞİRET*
Sevgisun KAPUCU**

Derleme

* Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü, Ankara.
e-posta: glrdr@hotmail.com
** Yrd. Doç. Dr., Hacettepe
Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik Bölümü,
Ankara.

Geliş Tarihi: 01/06/2011
Kabul Tarihi: 23/01/2012

Özet

İnme, sakatlıkla sonuçlanan nörolojik yetkinlik kaybının birinci nedenidir. Çoğu inme vakasının sakatlıkla sonuçlanması ve hastaların bakımında bağımlı olması nedeniyle toplumda uzun dönem bakım gereksinimi artmakta ve bakım genellikle aile bireyleri tarafından karşılanmaktadır. Uzun dönem bakım, bakım verenlerde olumsuz duyguların yaşanmasına sebep olmaktadır. Olumsuz duyguların başlıca nedeni hasta bakımının bakım verenler üzerinde çeşitli derecelerde bakım yükü oluşturmalarıdır. Bakım yükünü etkileyen birçok faktör vardır ve bu faktörler kişiden kişiye göre değişiklik göstermektedir. Bakım yükü fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik birçok soruna neden olmaktadır. Oluşabilecek bu sorunların önlenmesinde sağlık personeli olarak hemşirelerin, ailelerin en iyi şekilde bakım verebilmesi için; hasta ve bakım veren bireylerin sahip olduğu fiziksel, ekonomik, sosyal koşulları öğrenmesi ve bu koşulları bir bütün olarak değerlendirip uygun eğitim, danışmanlık, bakım ve tedavi hizmeti vermesi gerekmektedir. Sağlık personeli, taburculuk sonrasında bakım veren aile üyeleri ile iletişim halinde olup onlara her türlü desteği ve yardımı sağlamalı ve onları destek gruplarına yönlendirmelidir. Sağlık personeli, kendi ihtiyacını karşılayamayan bir bakım verenin iyi bir bakım veremeyeceğinden bakım verenin kendi fiziksel, psikososyal, ekonomik ihtiyaçlarını sağlamasına yardımcı olmalıdır. Sağlık personeli, bakım verenlerin gizli hastalar olduğunu hiçbir zaman unutmuyarak, hastalarını değerlendirirken bakım verenleri de bakım planına dahil etmelidir.

Anahtar Sözcükler: İnme, bakıcılar, hemşirelik bakımı.

Care Burden of the Patient Relatives Who Take Care of the Patients With Stroke

Abstract

In addition to being one of the first four causes of death in many countries, stroke is the primary cause of neurological ability loss. Because most of the stroke cases result in disability and the patients beco-

me dependent on care, requirement for long-term care increases, and long-term care is generally supplied by family members. Long-term care causes negative emotions in caregivers. The most substantial reason of such feelings is the burden of care on caregivers. Many factors affect the burden of care and those factors vary individually. Burden of care causes many physical, psychological, social and economic problems. In the prevention of such possible problems, the nurses as medical staff should learn about physical, economic, and social conditions of the patients and the caregivers, assess the conditions as a whole, and give convenient education, consultancy, caring, and therapy services for the families to give the best caring. Following discharge, medical staff should contact with the family members caring and should provide all necessary supports and assistance, and should direct them to the support groups, as well. As a caregiver who cannot meet his/her needs cannot give good care, medical staff should help the caregiver provide his/her own physical, psychosocial, and economic needs. Medical staff should always remember that the caregivers are potential patients, therefore, should include the caregivers in the care plan while examining the patients.

Keywords: Stroke, caregivers, nursing care.

Giriş

Günümüzde doğurganlık hızının düşmesi, ortalama yaşam beklentisinin artması, insanların sağlığı koruma ve geliştirme konusunda bilinçlenmesi, beslenme koşullarının iyileşmesi, temel halk sağlığı hizmetlerinin gelişmesi, hastalıkların erken tanı ve tedavi olanaklarının artması ve birçok bulaşıcı hastalığın kontrol altına alınması gibi nedenlerle yaşlı nüfus artmaktadır.¹ Artmakta olan yaşlı nüfusta, yaşla birlikte bireyin psikolojik ve fizyolojik yetilerinin azalması, kronik rahatsızlıkların artması gibi birçok sorun da yaşanmaktadır. Bu sorunlar, yaşlıyı bağımlı ve bakıma

muhtaç hale getirmektedir.² İnme 65 yaş üzerinde sıklığı artan kronik hastalıklardan biridir.³ Dünya Sağlık Örgütü (WHO 2006) inme terimini, “ani gelişen, 24 saat veya daha uzun süren, ölüme yol açabilen damarsal kökenli, fokal veya global serebral fonksiyon bozukluğu ile oluşan klinik bulgular” olarak tanımlamıştır.⁴

İnme, dünyada kalp hastalıkları ve kanserden sonra üçüncü ölüm nedeni olup, sakatlık ve özür-lülük yapmasından dolayı önemsenen kronik bir hastalıktır.⁵ İnme sonucu ölüm oranlarında Çin birinci, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ise dördüncü sırada yer almaktadır.⁶ ABD’de her üç dakikada bir kişi inme nedeniyle ölmektedir.⁵ Ülkemizde ise inme, Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet-Etkililik Proje Raporu (2004)’na göre ülke genelinde ölüme yol açan 20 hastalık arasında ikinci ölüm nedeni olarak yer almaktadır.⁷

Batı toplumlarındaki epidemiyolojik veriler, toplumların %0.2’sinin inme geçirdiğini göstermektedir. İnme geçiren bu hastaların üçte biri bir yıl içerisinde ölmekte, üçte biri özürlü kalmakta, üçte biri de kısmen iyileşmektedir. Bu oran da inmeyi en fazla sakatlığa ve bağımlılığa yol açan hastalık kategorisine sokmaktadır.⁸ İnmeli hastaların %50-70 oranında iyileştiği, %15-30 oranında kalıcı sakatlık yaşadığı bildirilmektedir.⁹

Son yıllarda inmeye bağlı mortalitede azalma olsa da insidansında, hastaneye yatışlarda ve inmeye bağlı ekonomik maliyette artışlar tespit edilmiştir.¹⁰ İnmenin, kronik hastalık olması, motor fonksiyonların zayıflaması, sözel iletişimi bozması ve sakatlıkla sonuçlanabilmesi nedeniyle uzun dönem bakım gerektirmekte ve bu durumda genellikle inmeli hastalara bakım verenlerin bakım yükünü artırmaktadır.^{11,12} Birçok çalışmada inmeli hastaların çeşitli sakatlıklarla toplumda yaşadığı ve aile üyelerinin bakımına ihtiyaç duyduğu belirlenmiştir.^{13,14} Bethoux ve diğ. (1996)’nin yaptıkları çalışmada inmeli hastalarının yaklaşık

%70-80'inin taburculuktan sonra evinde yaşadığı belirlenmiştir.¹⁵ Greveson ve diğ. (1991)'nin çalışmasında ise hastaların %76'sının evinde yaşamakta olduğu ve bu hastaların %71'inin orta derecede sakatlıkla yaşamına devam ettiği belirlenmiştir.¹⁶ Ferri ve diğ. (2011)'nin çalışmasında hastaların %97.6'sının bakım ihtiyacı olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada inmeli hastaların bakım ihtiyacı Çin'in kırsal kesiminde %53.7, Hindistan'da ise %72.7 olarak belirlenmiştir.¹⁷ İnmeli hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların %48'inin günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık yaşadığı belirlenmiştir.¹⁸ Ülkemizde Akdemir ve arkadaşları tarafından inmeli hastaların evde bakım gereksinimlerinin belirlendiği bir çalışmada inmeli hastaların %94.7'sinin hijyenik bakım ihtiyacı olduğu belirlenmiştir.¹⁹

Bu derleme makale inmeli hastaların bakım veren aile bireylerinin bakım verme nedeniyle yaşadıkları bakım yükünün, ortaya çıkmasında etkili olan faktörleri ve bakım yükü nedeni ile yaşanabilecek sorunların sağlık personeli tarafından erken dönemde fark edilip, en aza indirilmesi veya ortadan kaldırılması konusunda hemşire ve sağlık personelinin bilgilendirmek amacıyla yazılmıştır.

Bakım Verenlerin Bakım Yükü

Bakım verme, bakım sunma faaliyetlerini ve sorumluluklarını üstlenme süreci olarak tanımlanmaktadır.²⁰ Hasta yakınları tarafından verilen bakım tek bir yardım çeşidi ile sınırlı olmayıp, sağlık bakımı (ilaç alımı, tedavisi, izleme vb.); kişisel bakım (yıkama, beslenme, tuvalete gitme, giyinme vb); aldığı sosyal hizmetleri planlama; alışveriş ve küçük ev işlerini yapma; para yönetimi; maddi yardım ve aynı evi paylaşmayı da kapsamaktadır. Bakım büyük oranda samimiyet ve sevginin artması, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma, kişisel doyum sağlama gibi olumlu özelliklerinin yanında pek çok güçlüğün de yaşanmasına yol açabilmektedir.²¹

Bakım yükü, "bakım verenin üstlendiği bakımın ortaya çıkardığı psikolojik sıkıntı, fiziksel sağlık problemleri, ekonomik ve sosyal problemler, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusu yaşama gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlar şeklinde tanımlanmaktadır.²² Objektif bakım verme sonuçları; bakım verenin ve ailenin yaşamındaki değişim ve engellenmeleri kapsamakta olup, bakım verme nedeniyle yorgunluk yaşanması, aile rutinlerinin engellenmesi, bakım verenin fiziksel hastalığı gibi fiziksel sorun ve sıkıntılarla ilişkilidir. Subjektif bakım verme sonuçları ise bakım verenin bu rol ile ilişkili psikolojik sorunları olarak tanımlanmaktadır.^{23,24}

Bakımın oluşturduğu yük ve bu yükün olumsuz etkileri nedeni ile hastalara bakım veren aile üyeleri, gizli hastalar ve risk altındaki topluluklar olarak tanımlanmaktadır.²⁵

Bakım yükünü etkileyen faktörlerden bazıları aşağıda yer almaktadır:

- Bakım verenin ve hasta bireyin kişisel özellikleri.^{18, 26}
- Hasta bireyin ek hastalığı olma durumu.^{27,28}
- Hastanın unutkanlık ve fiziksel aktivite sorunu olma durumu.^{11, 26}
- Hasta ile bakım veren arasındaki ilişkisinin niteliği.^{26,29}
- Bakım verme süresi.^{30,31}
- Bakımla ilgili bilgi alma durumu.³²
- Bakım verenlerde rol değişiklikleri.³³
- Bakım veren kişinin sağlık sorunu olması.^{34,35}
- Hastanın günlük yaşam aktivitelerinde ki bağımlılık durumu ve bakım sırasında yapılan işler.^{18,36}
- Bakımda yardımcı bireyin olma durumu.³¹

- Bakım verenin ve hasta bireyin ekonomik durumu.^{18,37}
- Bakım verenlerde bakım yüküne bağlı gelişebilecek olumsuz sonuçlar aşağıda yer almaktadır:³⁸
- Bakım veren kişiler arasında kadınların daha fazla sorumluluk aldıkları ve kadınlarda depresyon oranının daha fazla olduğu görülmektedir.
- Eğitim düzeyi düşük olan bakım veren kişilerde depresyon görülme oranı yüksektir.
- Bakım veren eşlerde, bakım veren diğer kişilerden daha fazla oranda depresyon görülmektedir.
- Bakım alan kişi ile iletişimi kötü olan bakım veren kişi, daha fazla sıkıntı yaşamaktadır.
- Bakım veren kişinin bakım vermeye hazır olmayışı sıkıntı yaşamamasına neden olmaktadır.

Toplumda yaşayan inmeli hastaların bakımlarının^{15,39}, inmeden sonraki ilk üç ayda genellikle¹⁴ aile üyeleri tarafından üstlenilmektedir^{18,31}. İnmeli hastaların bakım verenleriyle yapılan çalışmalarda bakım veren bireylerin çoğunlukla kadın ve eşlerden oluştuğu^{18,31} ve eşlerin diğer bakım verenlerden daha fazla bakım yükü olduğu gösterilmiştir^{18,26}. Yapılan çalışmalarda bakım verenlerin 55 yaş üzeri kişilerden oluştuğu ve yaş ile birlikte bakım yükünün arttığı belirlenmiştir.^{18,26,31}

İnmenin birey üzerinde bıraktığı sakatlığın kimi zaman kalıcı olması ya da istendik düzeyin çok altında iyileşmesi nedeniyle bakıma ihtiyaç süresi uzamaktadır. Pinquart ve Sorensen (2007), bakım verenlerin bakım verme rollerini ne kadar zamandır sürdürdüklerinin önemli olduğunu vurgulamış ve bakım verenlerin bakım verme süreleri uzadıkça yaşadıkları yükün arttığını belirtmişlerdir.³⁶ Hastaya bakım vermek için ayrılan günlük bakım verme süresi de yaşanan bakım yükünü etkilemektedir. Günlük bakım verme süresi Mori-

moto ve diğ. (2003)'nin çalışmasında 9.43 ± 6.08 saat;³⁴ Bugge ve diğ. (1999)'nin çalışmasında inmeden sonraki ilk ayda 13.5 saat, altı ay sonra 16.4 saat olduğu bulunmuştur.³¹ İnmeli hastaların bakım verenleri ile yapılan bir çalışmada, hastaya bakım için ayrılan günlük bakım verme süresi arttıkça bakım verenlerin bakım yükünün arttığı belirlenmiştir.⁴⁰

Bakım yükünün büyük bir kısmı inmenin ciddiyetiyle ve hastanın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılığının derecesi ile ilgilidir. Hastanın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılığının derecesi arttıkça bakım verenin bakım yükünün arttığı belirlenmiştir.^{41,42} Magliano ve diğ. (2004)'nin çalışmasında, nörolojik olarak fiziksel yetersizliği fazla olan hastalara bakım verenlerin daha fazla bakım yükü yaşadığı belirlenmiştir.⁴³ İnmeli hastalarla yapılan çalışmalarda hastaların günlük yaşam aktivitelerini yapmada yetersiz kaldıkları belirtilmiştir.^{29,45} İnme hastaların günlük yaşam aktivitelerini sürdürmelerini engelleyen ve başkalarına bağımlı hale gelmelerine neden olan nörolojik hasarlar bırakmaktadır. İnme sonrası hayatta kalan hastalar az veya çok düzelmeye gösterirler, ancak iyileşmenin derecesine bağlı olarak her hastanın yaşadığı sorun sayısı ve sorunun büyüklüğü farklı olmaktadır. Sorun sayısı ve sorunun büyüklüğü ne olursa olsun inmenin bakım veren üzerinde çeşitli derecede yük oluşturduğu bilinmektedir.

Bakım Verenlerin Karşılaştıkları Sorunlar

Bakım verenlerin yaşadığı yükün kendilerinde fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik problemlere neden olduğu yapılan çalışmalarda belirlenmiştir.^{18,31}

Fiziksel Sorunlar

Bakım verme, bakım verenler için stres kaynağıdır ve bakım verenin sağlığını olumsuz olarak etkilemektedir.^{45,46} Bakım verenlerin kronik yor-

gunluk, vücut ağırlığında artış ya da azalma, uyku düzensizliği, kas ağrısı, konsantrasyon zorluğu ve kendi bakımına yeterli zaman ayıramaması nedeniyle sağlıkları bozulmaktadır.^{21,23} İnmeli hastaların bakım verenleri ile ülkemizde yapılan bir çalışmada bakım verenlerin %31.5'inin yorgun yaşadığı belirlenmiştir.⁴⁷ Bakım verenler ile yapılan başka bir çalışmada bakım verenlerin en fazla yorgunluk, baş ve sırt ağrısı yaşadığı belirlenmiş⁴⁸ ve inmeli hastalara bakım verenlerin yaşadıkları bu sorunlar nedeniyle daha fazla yük ve yaralanmaya uğradığı belirlenmiştir. Yaralanmaların en çok sırt, diz ve kollar da olduğu gözlenmiştir.⁴⁹

Morimoto ve diğ. (2003)'nin çalışmasında inmeli hastalara bakım verenlerin %50'sinin en az bir kronik hastalığa sahip olduğu belirtilmiştir.³⁴ İnme hastalarına bakım verenler ile yapılan başka bir çalışmada ise bakım verenlerin %73'ünün en az bir kronik hastalığa sahip olduğu ve baş ağrısı, hipertansiyon, romatizma ve kalp hastalığının en sık karşılaşılan sağlık sorunu olduğu belirlenmiştir.³⁵

Duygusal Sorunlar

Kızgınlık, hayal kırıklığı, aile üyeleri ve yaşlıya karşı dürüst olmadığı için suçluluk, huzursuzluk, benlik saygısında azalma, uykusuzluk, eğer yaşlı ile birlikte yaşıyorsa mahremiyetin kaybı, kendini ayıplama, iğneleyici davranışlar, zorlanma, keder, yarımsızlık, umutsuzluk gibi sorunlar bakım verenlerin yaşadıkları duygusal sorunlar arasında yer almaktadır.^{21, 23} Yapılan çalışmalarda inmeli hastalara bakım verenlerin en çok anksiyete ve depresyon yaşadığı gözlenmiştir.^{50,51} İnmeli hastalara bakım verenler ile yapılan bir çalışmada bakım verenlerin %51.1'inin bakım vermenin ilk ayında anksiyete yaşadığı belirlenmiştir.⁵² İnmeli hastalara bakım verenler ile yapılan başka bir çalışmada ise bakım verenlerin %44.7'sinde depresyon gözlemlendiği belirlenmiştir.⁵³ Aile, arkadaş ilişkileri ya da sosyal etkinlerinden fedakarlık

ederek bakım verenin eğlendirici, dinlendirici ve boş zaman aktiviteleri kısıtlanmakta; bu nedenlerle sosyal destekte azalma, kendilerini bakım rolünde yalnız bırakılmış hissetme ve sosyal izolasyon yaşama olasılığı artmaktadır.^{21,23} McCullagh ve diğ. (2005) inmeli hastaların bakım verenleriyle yaptıkları çalışmada, bakım verenlerin %62'sinin sosyal izolasyon yaşadığını belirlemiştirler.⁵⁴

Ekonomik Sorunlar

Bakım verenlerin en sık yaşadığı ekonomik sorunların, sağlık güvencesi kapsamında karşılanmayan bakım masraflarının ek yük oluşturması ve bakım verme nedeniyle işlerinin sonlandırılması olduğu bildirilmektedir.²¹ Ayrıca hastalar hastalıkları nedeniyle çalışmamakta, hastalığın kendisi ve bakımın ekonomik boyutları çok fazla olmakta, aynı zamanda bakım verenler de çalışmadıkları için ailede ekonomik güçlükler yaşanabilmektedir.⁵⁵ Monygomery ve diğ. (1985)'nin çalışmasında düşük sosyoekonomik statüye sahip bakım verenlerin bakım yüklerinin fazla olduğu ve aşırı yüke bağlı sağlık sorunlarının arttığı belirtilmiştir.³⁷

Sonuç

Bakım verme, hemşirelik mesleğinin en temel görevlerindedir. Toplumda uzun dönem bakıma ihtiyaç duyulduğunda bu görev hasta bireyin ailesine düşmektedir. Aile bireylerinin çoğu uzun dönem bakımı sağlamak için gerekli bilgi ve beceriye sahip değildir. Profesyonel sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşireler, bakım verenleri hastalığın tanı aşamasından başlayıp taburculuk süresince evde bakım için hazırlamalıdır. Hemşirelerin bu süreçte eğitim, bakım, danışmanlık, çalışmalarını organize etme, yol gösterme gibi rollerini gerçekleştirmesi gerekmektedir. Hemşireler, bakım verenin hasta ile iletişimini, hastalık ve bakım verme ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını gözlemeli, bakım verenlerin yeteneklerine odaklanarak

bakım verenin olumlu tutum geliştirmelerine yardım etmelidir. Hemşireler, bakım verenlerin ihtiyaç duyulan bakımın devamını sağlarken kendi fiziksel ve psikolojik sağlıklarını tehlikeye atmaları ve daha az bakım yükü yaşamaları için gerekli desteği sağlamalı, uygun destek gruplarını devreye sokmalıdır. Hemşirelerin, bakım veren bireylere bakım için gerekli el becerileri, hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken kolaylaştırıcı yöntemleri ve basit hemşirelik uygulamaları hakkında taburculuk eğitimi vermesi bakım verenlerin yaşadığı bakım yükünü azaltabileceği ve hem hastanın hem de bakım verenin yaşam kalitesini artırabileceği düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Çilingiroğlu N, Demirel S. Yaşlılık ve yaşlı ayrımcılığı. *Türk Geriatri Dergisi* 2004;7(4):225-230.
2. Koşar N. *Sosyal hizmetlerde yaşlı refah alanı*. Ankara: Şafak Matbaacılık, 1996.
3. Rowland PL. *Merritt's neurology* (B Baslo ve C Gürses, Çev.). Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri, 2008, ss 275-312.
4. World Health Organization (WHO) [Online]. *WHO STEPS Stroke manual: The WHO STEP wise approach to stroke surveillance* [Electronic version]. Available from: <http://www.who.int/chp/steps/Stroke/en/>, (Accessed 2009 July 20).
5. World Health Organization(WHO) [Online]. The atlas of Heart Disease and Stroke (2002a). Available from: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_16_death_from_stroke.pdf, (Accessed 2009 July 20).
6. World Health Organization (WHO) [Online]. The atlas of Heart Disease and Stroke (2002b). Available from: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_29_world_data_table.pdf, (Accessed 2009 July 20).
7. Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Proje Raporu (İnternet). Ulaşım Adresi: <http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/nbd/raporlar/hastalikiyukuTR.pdf>, (Ulaşım tarihi: 20/07/2012).
8. Hankey GJ. Stroke how large a public health problem and how can the neurologist help?. *Archives of Neurology* 1999;56:748-754.
9. American Heart Association . *Heart and stroke statistical update*. Dallas, Texas, 2002.
10. Rodica, EP, Alexa SB, Sudha S, Margaret KH, Carlos SK, Philip AW. Gender differences in stroke incidence and poststroke disability in the framingham heart study. *Journal of American Heart Association* 2009;40:1032-1037.
11. Pinguart M, Sorensen S. Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depression mood: Ameta analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 2003;58B:112-128.
12. Lui HLM, Ross MF, Thompson DR. Supporting family caregivers in stroke care: A review of the evidence for problem solving. *Journal of American Heart Association* 2005;36:2514-2522.
13. Evans RL, Connis RT, Bishop DS, Hendricks RD, Haselkorn JK. Stroke: A family dilemma. *Disability and Rehabilitation* 1994;16(3):110-118.
14. Dewey HW, Thrift AG, Mihalopoulos C, Carter R, Macdonell RAL, McNeil JJ, Donnan GA. Informal care for stroke survivors: Results from the North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). *Journal of American Heart Association* 2002;33:1028-1033.
15. Bethoux F, Calmels P, Gautheron V, Minaire P. Quality of life of the spouses of stroke patient: A preliminary study. *International Journal of Rehabilitation Research* 1996;19:291-299.
16. Greveson GC, Gray CS, French JM, James OFW. Long-term outcome for patients and carers following hospital admission for stroke. *Age and Aging* 1991;20: 337-344.
17. Ferri PC, Schoenborn C, Kalra L, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacob KS, Jacob Rodriguez JLL, Salas A, Sosa LA, Williams DJ, Liu Z, Moriyama T, Valhuerdi A, Prince MJ. Prevalence of stroke and related burden among older people living in Latin America, India and China. *Journal of Neurology, Neurosurgery&Psychiatry with Practical Neurology* 2011;doi:10.1136.

18. Scholte op Reimer WJM, De Haan R.J, Pijnenborg JMA, Limburg M, Bos GAM. Assessment of burden in partners of stroke patient with the sense of competence questionnaire. *Journal of The American Heart Association* 1998;29:373-379.
19. Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S, Canlı Özer Z. Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi* 2011; 38(1):57-65.
20. Stetz K, Brown AM. Taking care: Caregiving to persons with cancer and AIDS. *Cancer Nursing* 1997;20(1):12-22.
21. Toseland RW, Smith G, McCallion P. Handbook of social work practice with vulnerable and resilient populations. In A Gitterman (Eds.), *Family caregivers of the frail elderly*, Columbia University Press, 2001.
22. Collins CE, Given BA, Given CW. Interventions with family caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Nursing Clinics of North America* 1994;29(1):195-207.
23. Kasuya RT, Poglár B, Takeuchi R. Caregiver burden and burnout. *Postgraduate Medicine* 2000;108(7):119-123.
24. Mignor D. Effectiveness of use of home health nurses to decrease burden depression of elderly caregiver. *Journal of Psychosocial Nursing* 2000;38(7):34-41.
25. Larsen LS. Effectiveness of counseling intervention to assist family of chronically ill relatives. *Journal of Psychosocial Nursing* 1998;36(8):26-32.
26. Morimoto T, Schreiner AS, Asano H. Perceptions of burden among family caregivers of post-stroke elderly in Japan. *International journal of Rehabilitation Research* 2001;24:221-226.
27. Seltzer MM, Li LW. The transitions of caregiving: Subjective and objective definitions. *The Gerontologist* 1996;36(5):614-626.
28. Teel CS, Duncan P, Lai SM. Caregiving experiences after stroke. *Nursing Research* 2001;50(1):53-60.
29. White CL, Lauzon S, Yaffe MJ, Wood-Dauphinee S. Toward a model of quality of life for family caregivers of stroke survivors. *Quality of Life Research* 2004;13(3):625-638.
30. Draper BM, Poulos CJ, Cole AMD, Poulos RG, Ehrlich F. A comparison of caregiver for elderly stroke and dementia victim. *Journal of American Geriatrics Society* 1992;40(9):896-901.
31. Bugge C, Alexander H, Hagen S. Stroke patients informal caregivers: Patient, caregiver and service factors that affect caregiver strain. *Journal of American heart association* 1999;30:1517-1523.
32. Subgranon R, Lund DA. Maintaining caregiving at home: A culturally sensitive grounded theory of providing care in Thailand. *Journal of Transcultural Nursing* 2000;11(3):166-173.
33. Schumacher K, Doud M, Stevens P. The stress process in family caregivers of person receiving chemotherapy. *Research in Nursing & Health* 1993;16:395-404.
34. Morimoto T, Andrea SS, Asano H. Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregiver. *Age and Ageing* 2003; 32(2):218-223.
35. Van de Bos GAM. The burden of chronic diseases in term disability, use of health care and healthy life expectancies. *European Journal of Public Health* 1995;5(1):29-34.
36. Pinquart M, Sörensen S. Correlates of physical health of informal caregivers: A meta-analysis. *Journals of Gerontology, Psychological Sciences and Social Sciences* 2007;62:126-137.
37. Montgomery RJV, Gonyea JG, Hooyman NR. Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations* 1985;34:19-26.
38. Messecar CD. Family Caregiving Nursing standard of practice protocol: Family caregiving 2008. [Electronic version], Available from: http://consultgerirn.org/topics/family_caregiving/want_to_know_more, (Accessed 2009 December 31).

39. Grand JS. Home care problems experienced by stroke survivors and their family caregivers. *Home Healthcare Nurse* 1996;14(11):892-902.
40. Macnamara SE, Gummow LJ, Goka R, Gregg CH. Caregiver strain: Need for late poststroke intervention. *Rehabilitation Psychology* 1990;35(2):71-77.
41. Dennis M, O'Rourke S, Lewis S, Sharpe M, Warlow C. A quantitative study of the emotional outcome of people caring for stroke survivors. *Journal of American Heart Association* 1998;29:1867-1872.
42. Kotila M, Nunminen H, Waltimo O, Kaste M. Depression after stroke. Results of the Finnstroke Study. *Journal of American Heart Association* 1998;29:368-372.
43. Magliano L, Fiorillo A, De Rosa C, Malangone C, Maj MGL. Burden, attitudes and social support in the families of patients with long-term physical diseases. *Epidemiologia Psichiatria Sociale* 2004;13:255-261.
44. Kinney JM, Stephens MAP, Franks MM, Norris VK. Stresses and satisfactions of family caregiver to older stroke patients. *The Journal of Applied Gerontology* 1995;14(1):3-21.
45. Wright LK. A spousal caregivers-longitudinal changes in health, depression, and coping. *Journal of Gerontological Nursing* 1994;20(10):33-45.
46. Vedhara K, Shanks N, Anderson S, Lightman S. The role of stressors and psychosocial variables in the stress process: A study of chronic caregiver stress. *Psychosomatic Medicine* 2000;62:374-385.
47. Kapucu S, Kutlutürkan S, Fesci H. Family caregivers' difficulties in caring for bedridden stroke patients. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2009;16(3):17-31.
48. Sanford JT, Johnson AD, Townsend-Rocchiccioli J. The health status of rural caregivers. *Journal of Gerontological Nursing* 2005;31(4):25-31.
49. Hayes J, Chapman P, Lina JY, Rittman M. The prevalence of injury for stroke caregivers and associated risk factors. *Topics in Stroke Rehabilitation* 2009;16(4):300-308.
50. Berg A, Palomäki H, Lönnqvist J, Lehtihalmes M, Kaste M. Depression among caregivers of stroke survivors. *Journal of American heart association* 2005;36:639-643.
51. Greenwood N, Mackenzie A. An exploratory study of anxiety in carers of stroke survivors. *Journal of Clinical Nursing* 2010;19:2032-2038.
52. Cameron JI, Cheung AM, Streiner DL, Coyte PC, Stewart DE. Stroke survivors' behavioral and psychologic symptoms are associated with informal caregivers' experiences of depression. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2006;87(2):177-183.
53. McCullagh E, Brigstocke G, Donaldson N, Karla L. Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Journal of American heart association* 2006;36:2181-2186.
54. Farcnik K, Persyko MS. Assessment, measures and approaches to easing caregiver burden in Alzheimer Disease. *Drugs and Aging* 2002; 19(3):203-215.