

KARACİĞER SİROZU VE HEMŞİRELİK

Dilek BÜYÜKKAYA*

Hatice FESÇİ**

Kabul Tarihi: 26.10.2004

ÖZET

Siroz ciddi bir durumdur. Semptomlar karaciğerde meydana gelen hasara bağlıdır. Hastalığın erken döneminde semptom ortaya çıkmayabilir, hastalık diğer hastalık belirtileriyle karışabilir. Hastalığın son dönemlerinde ciddi komplikasyonlar gelişebilir ve hastaneye yatmayı gerektirir. Hasta ve ailelerinin eğitimine ve tedaviye erken başlandığında semptomlar kontrol altına alınabilir ve hasta normal yaşamını sürdürebilir.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer sirozu, siroz komplikasyonları, yaşam kalitesi, hemşirelik.

ABSTRACT

Kronik hastalıklar, bireyin günlük yaşam aktivitelerinde değişiklik oluşturabildiği, kalıcı sakatlıklara yol açabildiği, geri dönüşsüz patolojik değişikliklere neden olabildiği için uzun süreli izlem, kontrol ve bakım gerektiren olgulardır (Aksayan ve Cimete 1998, Wellard 1998). Kronik hastalıkların kesin tedavisi olmadığı için sınırlı çözümlere ulaşılabilmektedir; hastalık bireyin yaşamını hem olumsuz etkilemekte hem de bireye kurallara uyma ve bir yaşam tarzı geliştirme zorunluluğu getirmektedir (Vivien et al. 1995, Wellard 1998). Hastalığa uyumdaki yetersizlik, morbidite ve mortaliteyi, tedavi giderlerini artırmakta ve yaşam kalitesini düşürmektedir (Nodhturft et al. 2000, Wellard 1998).

Siroz, kronik hastalıklar içinde yer alması, yakın tıbbi gözetim gerektirmesi, insan sağlığını ciddi bir şekilde

Cirrhosis of Live and Nursing

Cirrhosis is a serious condition. The symptoms will depend on how much damage has occurred to the liver. In the early stages there may be no symptoms at all and the disease may be discovered as a result of an investigation for another illness. In the very late stages of the disease, serious complications may occur. These are serious and requires hospital treatment.

If education of patient and their family and treatment are started early, the sufferer may be able to lead an almost normal life the symptoms can be relieved and controlled.

Keywords: *Cirrhosis of liver, complications of cirrhosis, quality of life, nursing.*

tehdit etmesi, mali yükler getirmesi ve üretken yaşamın kayıp olması nedenleriyle önemli bir sağlık sorunudur. (Aksöz 1995, Chedid 2002, Küstür 1986). Son yıllarda karaciğer sirozu, gelişmiş batı ülkelerinde ilk on ölüm nedeni içinde gösterilmektedir (Capacaccia and Farchi 1988). Karaciğer sirozu ABD'de ölüm nedenleri arasında yedinci sırada yer almaktadır ve her yıl 3500 yeni siroz vakası ortaya çıkmaktadır (Zimmerman 1996). Giovanni'ye göre batı ülkelerinde (Macaristan, Bulgaristan, Romanya, Almanya) Hepatit B ve C virüsleriyle karşılaşma riski ve alkol kullanımını arttığı için genç popülasyonda karaciğer sirozundan ölüm hızının 1940-1960 yılları arasında doğan nesilde artacağı belirtilmektedir (Giovanni 1998).

*Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (Araş. Gör.)

**Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (Doçent Dr.)

Ülkemizde ise, 1998 Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nda seçilmiş 150 nedene göre ölümlerin dağılımı incelendiğinde, siroz kronik hastalıklar içinde 10. sıradadır ve ölümlerin % 8 inden sorumludur (Bardak 1999). Ülkemizde yataklı tedavi kurumlarında yatan hastalar arasında karaciğer sirozu oranı %0.23 ile %0.33 arasında değişmektedir (Acar 1994). İstatistikler incelendiğinde, sirozlu vakaların hastanede yattıkları gün sayısı diğer kronik hastalıklara göre daha fazladır ve bu durum hastane yatak işgalini arttırmaktadır (Coşkun ve ark. 1996). Rosina ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaneye yatan sirozlu hastalarda hastalığın şiddetinin hastanede kalış süresini uzattığı belirtilmiştir (Rosina 1996).

Siroz, aşırı etanol tüketiminin, viral hepatitin, ilaç ve toksinlerin, vasküler, otoimmün veya metabolik bozuklukların neden olduğu kronik karaciğer hastalıklarının terminal evresidir.

Bazı olgularda hiçbir neden saptanamayabilir ve siroz kriptojenik olarak isimlendirilir. (Chedid et al. 2001). Klinik olarak siroz, kompanse ve dekompanse olmak üzere iki şekilde ortaya çıkabilir (Acar 1994, Karter 1993, Küstür 1986). Hastalar, hastalığı ileri karaciğer hasarı belirtilerinin ortaya çıkışıyla fark edebilmektedir; ancak bu dönemde hastalık dekompanse döneme geçmiş ve komplikasyonlar ortaya çıkmıştır (Anand 2001). Durna'nın "Karaciğer Sirozunun Klinik Belirtilerinin Değerlendirilmesi" konulu çalışmasında vakaların %59,3'nün, tanı konulduğunda dekompanse dönemde olduğu belirlenmiştir (Durna 1992). Sirozu olan hastalarda iki yıl içinde hepatik ensefalopati gelişmesi ve albumin değerinin 2.8'gr dan aşağı olması, dekompanse bulgusu olarak belirtilmektedir (Herald 2001, Yui Hui 2002). İleri karaciğer hasarı belirtileri ve komplikasyonları; ödem, asit, kanamaya

yatkınlık, spontan bakteriyel peritonit, portal hipertansiyon, özefagus varis kanaması, hepatorenal sendrom, hepatik ensefalopati ve hepatosellüler karsinomadır (Anand 2001, Butler 1994, Chedid et al. 2001, Christensen et al. 1984, Cleave et al.1999, Öksüzoğlu ve ark. 1994, Ökten ve ark. 2000). Bu bilgiler bize, sirozu olan hastaların, hastalığın komplikasyonlarıyla baş etmek zorunda olduklarını göstermektedir.

Sirozda prognoz hastalığın nedenine, evresine ve tedavi olanaklarına bağlı olarak farklılık gösterir. Karaciğer sirozunda hastalığın şiddeti Child-Pugh skoruna göre sınıflandırılmaktadır. Child sınıflaması prognoz tayininde önemli bir kriterdir. Bu sınıflamada sarılık, asit, ensefalopati, serum albumin düzeyi ve beslenme durumu dikkate alınır. Child-Pugh sınıflaması A, B ve C şeklindedir; A'dan C'ye gidildikçe hastalığın şiddeti artmış demektir. Child A kompanse, Child B ve C ise dekompanse dönemi gösterir (Christensen et al. 1984, Danalıoğlu 1995). Yapılan bir çalışmada Child-Pugh scoru ile ilaç tüketimi, yatış süresi ve hastane masrafları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Rosina 1996).

Child – Pugh sınıflamasında, alkole bağlı sirozda, Child A evresinde olan hasta için 5 yıl yaşam süresi %90 iken Child B evresinde ise %20'dir. Hepatit B sirozunda ise Child A evresinde olan hastada beklenen 5 yıl yaşam süresi %70-80'dir. Kompense siroz semptomsuz olabilir ve biyopsi yapılmadan teşhis konulamayabilir. Bununla beraber, siroz klinik olarak saptanana kadar, hepatik fonksiyonel kapasite belirgin olarak bozulur. Karaciğer hasarı durdurulamazsa hastalığın prognozu kötüleşir (İliçin ve ark. 1997). Alkolik sirozu olan 281 hastada yapılan prospektif bir çalışmada, sadece sirozlu olguların %50'sinden fazlasının, siroz ve aktif alkolik hepatitli olguların üçte ikisinin, 4

yıl içinde öldüğü belirtilmektedir (Chedid et al. 2001, Christensen et al. 1984).

Dekompanse karaciğer sirozu olan hastalar, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen komplikasyonların ortaya çıkması nedeniyle, kompanse dönemdeki hastalara göre riskli grup arasında yer almaktadır. Siroz hastalığı seyri sırasında önemli komplikasyonlar ortaya çıkar. Bunlar genellikle Child C evresindeki sirozlarda görülür ve çoğu yüksek mortalite ile seyrederek (Anand 2001).

Çalışmalar karaciğer sirozuna bağlı ölümlerin dekompanse dönemde ortaya çıkan komplikasyonlar nedeniyle olduğunu göstermektedir (Aggarwal 2001, Danalıoğlu 1995, Karter 1993, Ökten ve ark. 2000). Asit, ensefalopati, kanama, spontan bakteriyel peritonit, hepatorenal sendrom gibi komplikasyonlar hastanın ortalama yaşam süresini azaltmaktadır (Christensen et al. 1984, McEwen 1996, Rimola et al. 1984, Ünlü ve ark. 1990). Ölüm sebeplerinin başında hepatik koma gelmektedir (Danalıoğlu 1995, Küstür 1986). Karaciğer sirozu olan hastalarda mortalite sebeplerinin en önemlilerinden biri de gastrointestinal kanamadır. Sirozu olan hastaların %30'unda, iki yıl içinde varis kanaması gelişmektedir (Anand 2001). Amerika'da yapılan bir çalışmada varis kanaması geçiren sirozlu hastaların hastanede yatış gün sayısı 62 000 gün, hastane masrafları ise 1100 dolar/gün olarak bulunmuştur (Saab 2003).

Siroz komplikasyonlarının gelişmesi prognozu olumsuz etkilemektedir. Komplikasyon yaşayan hastalarda ortalama sağkalım, yaklaşık 5 yıl veya daha azdır. Komplikasyonların prognoza etkisi bir çok çalışmada gösterilmiştir (Aggarwal 2001, Christensen et al. 1984, McEwen 1996, Rimola et al. 1984, Ünlü ve ark. 1990). Singh ve arkadaşlarının, komplikasyon gelişen ve yoğun bakımda yatan sirozlu hastalar

üzerinde yaptıkları çalışmada, sirozlu hastalardaki ölüm oranı %43 olarak saptanmıştır; solunum sıkıntısı ile gelen hastalarda ölüm oranı %100, gastrointestinal kanama ile gelenlerde %54, hepatik ensefalopati ile gelenlerde ise ölüm oranı %39 olarak belirlenmiştir (Singh 1998).

Spontan bakteriyel peritonit ve diüretik tedaviye dirençli asit gibi ciddi komplikasyonlar, hastalığın ileri dönemlerinde ortaya çıkar ve ortalama yaşam beklentisi 1 yıldan daha azdır. Siroz, erken dönemde ve stabil olsa bile, her yıl hastaların yaklaşık %3'ünde primer hepatosellüler karsinom gelişimine yol açar (Cleave et al. 1999). Komplikasyonlar çoğunlukla hastanın günlük yaşam aktivitelerini ve öz bakımını etkiler ve hastaneye yatmasını gerektirir, tedavi maliyetini artırır ve yaşam kalitesini bozar (Butler 1994, Canobbio 1996, Chedid et al. 2001).

Sorenson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, sirozu olan hastaların kötü prognoza sahip olduğu, yaşam tarzı özellikleri ve altta yatan karaciğer hastalığına bağlı sirozun bütün çeşitlerinde ölüm oranının fazla olduğu bulunmuştur (Sorensen et al. 2003). Sirozlu hastaların yaşam süreleriyle ilgili yapılan çalışmalarda, vakaların %27'sinin ilk semptomların çıkışından itibaren bir yıl içinde ölümlerle karşılaştığı görülmektedir (Singh 1998). Varis kanaması geçirenlerde 5 yıl içinde ölüm %50'den fazladır (Wright 1998).

Komplikasyonlarla yeterli ve etkili mücadele edilememesi, prognozun kötüleşmesine ve mortalitenin artmasına neden olmaktadır. Kronik hastalıklar içinde yer alan siroz, hastalığın komplikasyonları, aile desteğinin yetersiz olması, medikal problemler ve hastaların yoğun depresyon yaşamaları nedeniyle, hastaların günlük yaşamasına neden olmaktadır. Aynı zamanda evde bakım hizmetlerinin yetersiz olması, sağlık personelinin ailenin ve hastanın eğitimine gereken önemi vermemesi ve

hastaların kontrollerine düzenli gelmemesi nedeniyle hastaneye tekrarlı yatışlar olmakta, hastane yatak işgali ve tedavi maliyeti artmaktadır. Hasta sayısının giderek artması ve iş gücü kaybı ülke ekonomisinde olumsuz etkilere neden olmaktadır. Bütün bunlar hastaların öz-bakım gücünü ve yaşam kalitesini düşürmektedir (Arguedas and Fallon 2001, Chedid et al. 2001, Ferrais et al. 2001, Kwok et al. 1999, Marchesini et al. 2001, Marcantonio et al. 1999, Philbin et al. 2001, Schwarz 2000).

Sirozu olan hastalarda, günlük yaşam, sosyal yaşam, iş yaşamı ve cinsel yaşam hastalığın yarattığı değişiklikler ve komplikasyonlar nedeniyle olumsuz etkilenir. Karaciğer sirozu olan hastalarda impotans, infertilite, jinekomasti ve koltuk altı kılıklarının azalması gibi endokrin değişiklikler, anoreksia ve zayıflık, kas erimesi, malnutrisyon ve periferik nöromyopati gibi fizyopatolojik değişiklikler, asit, ödem gibi bulgular, kanama ve ensefalopati gibi komplikasyonlar görülür. Bu değişiklikler, hastaların aile, sosyal, cinsel ve iş yaşamındaki rolünü olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini düşürür (Aksöz ve ark. 1995, Canobbio 1996, Glsow et al. 2000, Karter 1993, Marchesini 2001).

Hastalık nedeniyle oluşan yorgunluk, aktivite azlığı ve hareketsizliğe neden olabilmektedir. Bu durum hastanın günlük yaşam aktivitelerini etkilemektedir. Bakımda amaç en yüksek derecede fonksiyon ve iyi oluşu sağlamaktır (Weisinger 2001). Kötü prognoza sahip hasta ve aileleri desteğe, danışmanlığa ve yardıma gereksinim duymaktadır. Hemşire hastayı ve ailesini, tedaviye uyum, komplikasyon kontrolü ve koruyucu uygulamalar açısından, psikososyal destek ve sağlık eğitimi ile güçlendirmelidir (Marchesini 2001, Wright 1998).

Kendi kendine yönetim (birey-

sel) (self management), kronik hastalıkların yönetiminde zor başarılabilir. Hastanın hastalığını iyi yönetebilmesi için hasta ve hemşire tarafından sağlıklı geliştirme davranışlarını engelleyen durumların doğru algılanması gerekir. Yaşam stiline bağlı engelleyici faktörlerin günlük yaşamdaki seçimleri etkileyip etkilemediği saptanmalıdır. Hastalığa ilişkin bilgi ve becerilerin yaşam stili seçimleriyle birleştirilmesi gerekir (Becker 2001, Vivien 1995). Sirozun getirdiği engellemeler, yeterliliği kaybetme endişesi, ölüm korkusu, kaygı ve depresyona neden olarak hastalığın tedavisini olumsuz yönde etkilemektedir (Marchesini 2001). Sirozu olan bireylerin hastalıklarıyla başetme bilgi ve becerisi kazandırılmadan hastaneden taburcu edilmesi, tekrarlı yatışlara, yaşam düzenlerinin bozulmasına, sağlık bakım harcamalarının birey ve ailelere getirdiği ekonomik yüklerin artmasına neden olmaktadır (Aggarwal 2001). Sirozu olan bireylerin kendi bakım sorumluluklarını almaları ve bakıma katılmaları, hastalıkları ile başetmelerini kolaylaştırmakta ve yaşam kalitelerini yükseltmektedir (Marchesini 2001, Orem 1991).

Sağlıklı toplum için bireyin kendi sağlığını korumaya yönelik çabalarına önem verilmesi gerekir. Bunun için yapılacak işlerden ilki ve en önemlisi bireyin kendi sağlığını korumasını ve sürdürebilmesini sağlayacak bilgilerle donatılmış olmasıdır. Bu nedenle sirozu olan hastaların ve bakımından sorumlu kişilerin eğitilmesi önemlidir. Hastalık hakkında, sirozun nedeni, sirozun ne olduğu ve oluşumuna katkıda bulunan faktörler açıklanmalıdır. Hastaya en önemli bulgular içinde yer alan kilo ve karın çevresi değişikliği, ödem, nörolojik davranış değişiklikleri; stupor, laterji, hareketsizlik, halüsinasyon, nöromüsküler değişiklikler, aşırı kanama, kanlı kusma ve kanlı dışkı durumları konusunda bilgi

verilmelidir. Hastaların sabun kullanımından kaçınmaları, yumuşatıcı özellikte ve kaşıntıyı önleyen losyon kullanımı önerilmelidir. Hastalara deri bütünlüğünü korumanın önemi vurgulanmalıdır. Bu hastalarda günlük kilo ve karın çevresi takibi önemlidir. Kanama riskini en aza indirmek için, defekasyon sırasında zorlamamalı, zorlu burun temizlemekten kaçınılmalı, traş bıçağı veya sert kıllı diş fırçası kullanımı önlenmelidir. İlaç tedavisinin amacı, dozu, uygulama yolu ve yan etkileri rapor edilmelidir. Hastanın iş, dinlenme ve aktivite ile ilgili sınırlılıkları ve neleri yapabileceği hasta ile tartışılmalıdır. Aktivite ve dinlenme periyodlarının hastaya göre değişimi ayarlanmalıdır. Günlük yaşam aktivitelerinde enerji koruma yöntemleri hastaya öğretilmelidir. Hastalara alkolden uzak durmanın önemi vurgulanmalıdır. Az ve sık yeme konusunda hasta uyarılmalıdır. Hastaya uygun diyet planı hazırlanmalıdır: düşük sodyum, yüksek karbonhidrat, protein, vitamin ve kalori alımı sağlanmalıdır. Ensefalopatisi olan veya hastalığın ileri evresindeki hastalar için protein alımı kısıtlanmalıdır. Bakımın devamının ve sürekliliğinin sağlanması için düzenli kontrollere gelmenin önemi vurgulanmalıdır (Baş 1994, Canobbio 1996, Marchesini et al. 2001, Younossi et al. 2001, Kanwal and Gralnek 2003, Marchesini et al. 2001, Younossi et al. 2001).

Komplikasyonların gelişimi has-

taların eğitimi, danışmanlık hizmeti ile en aza indirilerek düzeltililebilir. Levin'e göre hasta birey, kendi semptomlarının farkına varmalı, semptomlarla baş edebilmeli ve semptomların tedavisinde uygun yöntemi seçebilmelidir (Craddock 1999). Hemşire hastaların ve hasta ailelerinin öz-bakım davranışlarını geliştirmelerini desteklemelidir. Hemşireler hastaların hastalıklarının komplikasyonlarına yönelik öz-bakım davranışlarını değerlendirmelidirler. (Slusher 1999). Hemşire sağlıkla ilgili kişisel bakımlarını sürdürmede yetersizlikleri olan bireylere yardım sağlamada, kendi-kendine karşılayamadığı öz-bakım gereksinimlerini karşılamada yardımcı olmayı amaçlamalıdır (Orem 1991). Hemşireler bireylerin gereksinimlerinin belirlenmesi, ihtiyaçlarının karşılanması ve yönetiminde etkili olan kişilerdir. Hemşireler sirozu olan hastalarda bozulan sağlık durumunun, rol kaybı, yetersizlik hissi ve beden imajında bozulmaya neden olabildiğini, asit, ödem gibi komplikasyonların günlük yaşama sınırlamalar getirdiğini bilmeli ve destekleyici planlar yapmalıdır (Marchesini 2001, Slusher 1999, Geden et al. 2001, Kara 2001, Orem 1991).

Diyetine uyumu sağlanan, ilaçlarını düzenli kullanan, semptom kontrolü sağlanmış hastalarda, komplikasyonlarla karşılaşma oranı ve hastaneye tekrarlı yatışlar azalacak ve yaşam kalitesi yükselecektir.

KAYNAKLAR

Acar A (1994). Karaciğer sirozunun klinik ve etyolojik açıdan değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı. Uzmanlık Tezi.
Aggarwal A (2001). Predictors of mortality and resource utilization in cirrhotic patients admitted to medical ICU. Chest 119: 1489-1497.
Aksayan S, Cimete G (1998). Kronik hastalıklı bireylerin evde bakım gereksinimleri, olanakları ve tercihleri. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. Marmara

Üniversitesi Döner Sermaye İşletmesi Teknik Eğitim Fakültesi Matbaası. İstanbul.
Aksöz MK, Yazıcıoğlu N, Ünsal B ve ark. (1995). 325 Karaciğer sirozlu hastanın değerlendirilmesi. Atatürk Devlet Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği. The Turkish Journal of Gastroenterology 6: 210-211.
Anand BS (2001). Drug treatment of the complications of cirrhosis in the older adult, Drugs & Aging 18 (8):575-585.
Arguedas MR, Fallon MB (2001). Prevention in liver disease (reviews). The

American Journal of Medical Sciences 321(2): 145-151.

Bardak M (1999). 1998 Verilerine Göre Sağlık İstatistikleri, T.C. Sağlık Bakanlığı Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurum Başkanlığı , Ankara.

Baş A (1994). Siroz ve hemşirelik bakımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 10(2) :56-65.

Becker G (2001). Effects of being uninsured on ethnic minorities management of chronic illness. The Western Journal of Medicine 175 (1):19-23.

Butler WR (1994). Managing the complications of cirrhosis. American Journal of Nursing March 46-49.

Canobbio M (1996). Cirrhosis . Mosby's Handbook of Patient Teaching, Mosby-Year Book, USA.190.

Capacaccia R, Farchi G (1988). Mortality from liver cirrhosis in Italy. Journal of Clinical Epidemiology 41 (4):347-57.

Chedid A, Mendenhall CL, Gartside P, et al. (2001). Cirrhosis of the liver. Postgraduate Medicine 109(2): 49-50.

Christensen E, Schlichting P, Fauerholdt L et al. (1984). Prognostic value of child-turcotte criteria in medically treated cirrhosis. Hepatology 4(3): 430-435.

Cleave V, Devine P, Odom-Ball P (1999). Multidisciplinary care of hepatocellular carcinoma. Cancer Practice (6): 302-308.

Coşkun N, Yalçın M, Bardak M (1996). Hastalık İstatistikleri 1964-1994, Yayın No. 584, T.C. Sağlık Bakanlığı Araştırma Planlama Koordinasyon Kurulu Başkanlığı, Ankara.

Craddock RB, Adams PF, Usui WM et al. (1999). Article 3 true experimental research an intervention to increase use and effectiveness of self-care measures for breast cancer chemotherapy patients. Cancer Nursing 22 (4): 312-319.

Danahoğlu A (1995). Karaciğer sirozu nedeniyle ex olmuş 100 vakanın retrospektif değerlendirilmesi. SSK Göztepe Hastanesi 2. Dahiliye Kliniği. Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Durna Z (1992). Karaciğer sirozunun klinik belirtilerinin değerlendirilmesi. Hemşirelik Bülteni 6 (24): 9.

Ferraris VA, Ferraris SP, Harmon RC et al. (2001). Risk factors for early hospital readmission after cardiac operations. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery 122 (2): 278-286.

Geden EA, Isaramalai S, Taylor SG (2001). Self-care deficit nursing theory and nurse practitioner's practice in primary care settings. Nursing Science Quarterly 14(1): 29-33.

Giovanni C (1998). Liver cirrhosis mortality trends in Eastern Europe, 1970-1989: analysis of age, period and cohort effects and of latency with alkohol consumption. Addiction Biology 3(4): 413-422.

Glasgow RE, Strycker LA, Toobert DJ et al. (2000). A social-ecologic approach to assessing support for disease self-management: the chronic illness resources survey. Journal of Behavioral Medicine 23 (6) : 559-83.

Herold C, Heinz R, Niedobitek G et al. (2001). Quantitative testing of liver function in patients with cirrhosis due to chronic hepatitis C to assess disease severity. Liver 21: 26-30.

İliçin G, Biberöglü K, Süleymanlar G ve ark. (1997). Karaciğer sirozu ve komplikasyonları. Temel İç Hastalıkları Kitabı. 1. baskı, Güneş Kitabevi, Ankara.

Kanwal F, Gralnek IM (2003). Measuring health-related quality of life in gastroenterology and hepatology: part 2- what is available? (review)", Evidence-Based Gastroenterology 482: 65-87.

Kara B (2001). Öz-bakım tanımı ve kavramsal yönü. Sendrom Dergisi 13(7): 105-108.

Karter Y (1993). Karaciğer sirozunda prognoza etki eden faktörler; bunların çok değişkenli olarak analizleri sonrasında yaşam olasılıklarının değerlendirilmesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Küstür S (1986). Karaciğer sirozu vakalarının genel değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, İstanbul.

Kwok T, Lau E, Woo J et al. (1999). Hospital readmission among older medical patients in Hong Kong. Journal of the Royal College of Physicians of London 33 (2): 153-156.

Marchesini G, Bianchi G, Amodio P et al. (2001). Factors associated with poor health-related quality of life of patients with cirrhosis. Gastroenterology 120: 170-178.

- Marcontonio ER (1999).** Factors associated with unplanned hospital readmission among patients 65 years of age and older in a medicare managed care plan. *The American Journal of Medicine* 107 (1): 13-17.
- Mcewen DR (1996).** Management of alcoholic cirrhosis of the liver. *AORN Journal* 64 (2): 209-225.
- Nodhturft V, Schneider JM, Hebert P et al. (2000).** Chronic disease self-management -improving health outcomes. *Nursing Clinics of North America*. 35(2):507-518.
- Orem DE (1991).** *Nursing: Concepts of Practise*. Mosby Year Book, St.Louis, 4th Edt.
- Öksüzöglü G, Kadayıfçı A, Arslan M ve ark. (1994).** Hacettepe hastanesinde takip edilmiş 696 siroz hastasında rastlanan komplikasyonlar, XI.Ulusal Türk Gastroenteroloji Kongresi Abstract Kitabı. Kasım, Antalya.
- Ökten A, Acar A, Çakaloğlu Y ve ark. (1993).** Karaciğer sirozu (957 vakanın analizi), X.Ulusal Türk Gastroenteroloji Kongresi Kongre Kitabı. Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa.
- Philbin EF, Dec GW, Jenkins PL et al. (2001).** Socioeconomic status as an independent risk factor for hospital readmission for heart failure". *The American Journal of Cardiology* 15; 87 (12): 1367-1371.
- Richardson A (1992).** Studies exploring self-care for the person coping with cancer treatment: a review". *International Journal of Nursing Studies* 29(2): 191-204.
- Rimola A, Soto R, Bory F et al. (1984).** Reticuloendothelial system phagocytic activity in cirrhosis and relation to bacterial infections and prognosis. *Hepatology* 4 (1): 53-58.
- Rosina F, Alaria P, Castelli S et al. (1996).** Effect of patient characteristics on hospital costs for cirrhosis: implications for the disease-related group (DRG) reimbursement system. *The Italian Journal of Gastroenterology* 28 (7): 401-405.
- Saab S, De Rosa V, Nieto J et al. (2003).** Cost and clinical outcomes primary prophylaxis of variceal bleeding in patients with hepatic cirrhosis: a decision analytic model". *The American Journal of Gastroenterology* 98(4): 763-770.
- Schwarz KA (2000).** Predictors of early hospital readmissions of older adults who are functionally impaired". *Journal of Gerontological Nursing* 26 (6): 29-36.
- Singh N, Gayowski, Wagener M et al. (1998).** Outcome of patients with cirrhosis requiring intensive care unit support: prospective assesment of predictors of mortality. *J.Gastroenterology* 33: 73-79.
- Slusher IL (1999).** Self-care agency and self-care practise of adolescents, *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 22: 49-58.
- Sorensen HT, Thulstrup AM, Mellekjar L et al. (2003).** Longterm survival and cause-specific mortality in patients with cirrhosis of the liver a nationwide cohort study in Denmark". *Clinical Epidemiology* 56(1): 88-94.
- Ünlü E, Korkmaz ME, Özyılkan Ö ve ark. (1990).** Dahiliye devamlı bakım ünitesine kabul edilen kronik karaciğer hastalarında prognoz. *Gastroenteroloji*. 1(1): 46-53.
- Vivien E, Coates B, Jennifer RP et al. (1995).** Self-management of chronic illness: implication of nursing. *International Journal of Nursing Studies* 32(6): 628-640.
- Weisinger G, Quittan M, Zimmermann K et al. (2001).** Physical performance and health-related quality of life in men on a liver transplantation waiting list. *Journal of Rehabilitation Medicine* 33, 260-265.
- Wellard S (1998).** Constructions of chronic illness. *International Journal of Nursing Studies* 35, 49-55.
- Wright I (1998).** Esophageal varices: treatment and implications. *Gastroenterology Nursing* 21(1): 2-5.
- Younossi Z, Boparai N, Price LL et al. (2001).** Health-related quality of life in chronic liver disease: the impact of type and severity of disease. *The American Journal of Gastroenterology* 96(7): 2199-2205.
- Zimmerman JE, Wagner DP, Seneff MG et al. (1996).** Intensive care unit admissions with cirrhosis: risk-stratifying patient groups and predicting individual survival. *Hepatology* 23(6): 1393-401.