



Derleme

2020; 29: 217-221

GÜNÜBİRLİK LAPARASKOPİK KOLESİSTEKTOMİDE BAKIM
CARE IN OUTPATIENT LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Yeliz SÜRME¹

¹ Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kayseri

ÖZ

Günübirlik cerrahi, günübirlik cerrahi kriterlerine uyan hastaların, elektif olarak cerrahi girişime alınmasını ve girişim sonrası aynı gün hastaneden çıkışlarının gerçekleştirildiği girişimler olarak tanımlanmaktadır. Günübirlik olarak gerçekleştirilen ameliyatlardan birisi olan laparoskopik kolesistektomi, günümüzde anestezi yöntemlerinin, cerrahi tekniklerin ve bakım sistemlerinin gelişimi sonucu yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Günübirlik laparoskopik kolesistektomi minimal insizyon ve buna bağlı daha az ağrı, düşük stres tepkisi, komplikasyon oranlarının yatış yapılarak yürütülen laparoskopik kolesistektomiden farklı olmaması, yatış süresinin kısa olması ve bu sayede hasta memnuniyetini arttırması gibi nedenlerle tüm dünyada tercih edilmektedir. Hastalar ameliyat sonrası aynı gün taburcu edildikleri için ameliyat sonrası sık karşılaşılan ağrı, bulantı-kusma, kanama gibi semptomların dikkatlice izlenmesi, bu semptomların farmakolojik ve non farmakolojik yönetimi önemli hemşirelik girişimleridir. Günübirlik laparoskopik kolesistektomi işlemi öncesi hastaların gereksinimlerine ve gelişebilecek komplikasyonlara yönelik kapsamlı eğitim verilmesi, iyileşme sürecinin kısılmasına, etkili bir semptom yönetimi sağlanmasına ve yeniden hastane yatışlarının önlenmesine olanak sağlar. Bu makalede günübirlik laparoskopik kolesistektomi ilgili hemşirelik bakımını sunmak hedeflenmiştir.

Anahtar kelimeler: Bakım, günübirlik cerrahi, laparoskopik kolesistektomi.

ABSTRACT

Outpatient surgery is defined as elective surgical intervention of patients who meet the criteria of out patient surgery, and discharged from hospital on the same day after intervention. Laparoscopic cholecystectomy, which is one of the outpatient operations, is widely used today as a result of the development of anesthesia methods, surgical techniques and care systems. Outpatient laparoscopic cholecystectomy is preferred all over the world because of minimal incision and less pain associated with it, low stress responses, their complication rates' being not different from laparoscopic cholecystectomy performed by overnight procedures and increasing patient satisfaction. Since patients are discharged on the same day after surgery, careful monitoring of symptoms such as common pain, nausea-vomiting, bleeding, and pharmacological and non-pharmacological management of these symptoms are important nursing interventions. Comprehensive training for patients' needs and possible complications before the outpatient laparoscopic cholecystectomy procedure would shorten the healing process, provide effective symptom management and prevent readmission. In this article, it is aimed to present nursing care related outpatient laparoscopic cholecystectomy.

Keywords: Caring, outpatient surgery, laparoscopic cholecystectomy.

Makale Geliş Tarihi : 04.04.2020
Makale Kabul Tarihi: 12.10.2020

Corresponding Author: Dr. Öğr. Üyesi Yeliz SÜRME, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kayseri
ORCID ID: 0000-0002-0851-0254
E-mail: yelizcucuk@hotmail.com

GİRİŞ

Cerrahi, anestezi ve farmakoloji alanındaki teknolojik gelişmeler, geleneksel sağlık bakımından günübirlik cerrahi de dahil olmak üzere alternatif sağlık bakım modellerine geçişi arttırmıştır (1). Amerika Anestezistler Birliği (American Society of Anesthesiologists - ASA)'ne göre genellikle, I. ve II. sınıf grubuna giren hastalara günübirlik cerrahi uygulanabileceği, bununla beraber biyokimyasal ve fizyolojik parametrelerin kontrol altına alındığı III. sınıf hastalara da uygulanabileceği bildirilmektedir (2,3). Buna paralel olarak günümüzde kullanımı giderek artan günübirlik cerrahi artık komorbid hastalıkları olan ve kompleks sayılabilecek cerrahi prosedürlerde bile güvenle uygulanır hale gelmiştir (4). Yapılan çalışmalarda kolektomide, endoskopik submukozal diseksiyonlarda laparoskopik cerrahide günübirlik cerrahinin güvenle kullanılabileceği belirtilmektedir (5-7).

Günümüzde açık kolesistektomi yerini gittikçe laparoskopik kolesistektomiye bırakmaktadır (8). Laparoskopik kolesistektomi dünya genelinde en sık uygulanan ameliyatlardan arasındadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde laparoskopik kolesistektominin, genel cerrahi ameliyatlardan içinde en sık yapılan ikinci ameliyat olduğu belirtilmektedir (9). Günübirlik laparoskopik kolesistektomi (GLK) kanama, fistül oluşumu gibi ciddi komplikasyonlarla yeniden hastane yatışı korkusu ve hastaların bir gece gözlemlendiğinde kendilerini daha güvende hissedebilecekleri düşüncesiyle uzun yıllar yapılmamıştır. Ancak laparoskopik kolesistektominin avantajları, bu ameliyatı ayaktan bir prosedür olarak gerçekleştirmeyi teşvik etmiş ve son zamanlarda tüm ülkelerde popüler hale gelmiştir (10). Günümüzde Türkiye' de dahil olmak üzere GLK ameliyatı pek çok ülkede güvenle kullanılmaktadır (1,10,11-13).

Günübirlik laparoskopik kolesistektomi ameliyatını ilk kez 1990'ların başında, Reddick ve Olsen yapmaya başlamıştır. Reddick ve Olsen çalışmalarında, GLK ile hastane yatışlarının azaldığını ve bu sayede sağlık kaynaklarının etkili kullanılabileceğini belirtmişlerdir. Ayrıca bu çalışmada hastane yatışının azalması nedeniyle, yapılabilecek ameliyat sayılarının artırılabilmesi ve dolayısıyla cerrahi bekleme listesinin azalabilmesi rapor edilmiştir (14). Bunlara ek olarak GLK ile hastaların günlük yaşam aktivitelerine erken döndükleri ve hasta memnuniyetinin arttığı, uzun hastane yatışı nedeniyle ortaya çıkan komplikasyonların önlenmesi, maliyetin azalması ve kaynakların daha etkin kullanılmasına katkı sağlayacağı belirtilmektedir (11,12,15). Hasta seçimi doğru yapılsa, ameliyat sonrası planlı antiemetik ve analjezik yönetimi uygulanırsa ve bu konularda hasta eğitimi yapılsa, GLK'nin maliyet etkili ve güvenli olduğu belirtilmektedir (15).

Literatürde GLK ve hemşirelik bakımı ile ilgili bir eksiklik olduğu göze çarpmaktadır. Literatür incelendiğinde çalışmaların çoğunun yatış yapılarak gerçekleştirilen laparoskopik kolesistektomi hastalarının ağır yönetimi ve bilgi gereksinimi konularına odaklanmıştır (16-19). Hastalara yatış yapılmadan gerçekleştirilen GLK' de komplikasyonların yönetimi açısından hemşirelik bakımının daha da önem kazandığı düşünülmektedir. Bu nedenle bu makale, günübirlik cerrahi ile gerçekleştirilebilen laparoskopik kolesistektomide hemşirelik bakım farklılıklarını ortaya koyulması ve güncel literatüre kat-

kıda bulunulması amacıyla yazılmıştır.

GÜNÜBİRLİK LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ VE BAKIM**Ameliyat Öncesi Hasta Hazırlığı**

Ameliyat öncesi özellikle hangi hasta grubunun GLK'ye uygun olduğunun belirlenmesi gerekir. Literatürde ASA III. Sınıfa giren hastalara da GLK ameliyatı uygulanabileceği bildirilmekle beraber, ameliyat sonrası komplikasyon ve yeniden hastane yatışı riski nedeniyle genellikle ASA I ve II sınıfına giren hastaların ameliyat edildiği belirtilmektedir (10,11,20). Antikoagülan kullanan, beden kütle indeksi >35 olan, daha önce geçirilmiş abdominal ameliyat öyküsü bulunan, ameliyatı 1 saatin üzerinde olan, akut kolesistiti olan hastalar genellikle GLK ameliyatı için uygun bulunmamaktadır (1,21). Bu nedenle ameliyat öncesi hastalara detaylı bir değerlendirilmenin yapılması ve hastanın ameliyata uygunluğunun hemşire tarafından da değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

GLK öncesi hasta bakımında genel ameliyat öncesi bakım ilkeleri uygulanmaktadır (22). Ameliyat öncesi özellikle karaciğer fonksiyon testleri (Bilüribin, Transaminaz, Alanin aminotransferaz, Aspartat aminotransferaz v.b), kanama zamanları, hemogloblin-hemotokrit gibi hematolojik testler, kalp ve akciğer grafileri kontrol edilmektedir (10,20). Günümüzde, ERAS (Enhanced Recovery After Surgery, cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolleri) protokollerine göre hastanın derlenmesini kolaylaştırmak amacıyla ameliyat öncesi aç kalma süresi katı gıdalar için 6 saat; berrak sıvılar için 2 saat olarak belirlenmiştir (23). Hastaların işlemden en geç 90 dakika önce cerrahi ünitesine yatışının yapılması beklenmektedir. Damar yolunun açılıp, ameliyattan 1 saat önce 1 gr sefazolin sodyum intravenöz yoldan verilerek antibiyotik profilaksisi sağlanmaktadır (10).

Hastaya ameliyat kararı verildiğinde hem kendisinin hem de ailesinin psikolojik hazırlığına ve yasal hazırlığına yer verilmelidir (22). Ameliyat günü yapılan eğitimin anksiyete yüksekliği nedeniyle etkili olmayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle mümkünse ameliyat kararı alındıktan hemen sonra hasta ile iletişime geçilmeli ve hasta eğitimine başlanmalıdır (1). Günübirlik cerrahide hastaların ameliyat sonrasına ilişkin endişelerinin incelendiği bir çalışmada hastaların ameliyat gününe karar verdikten sonra %30.7'sinin uyku düzeninde, % 28.1'inin iştah durumunda değişiklik olduğu, % 59.6'sının ameliyat gecesi rahat uyuyamadığı belirlenmiştir (24). Ameliyat öncesi ve sonrası süreçle ilgili olarak hasta ve yakınlarının sorularının yanıtlanması, kaygılarının paylaşılması, hastaların yaşadığı anksiyete ve stresi azalttığı bilinmektedir. Ayrıca aydınlatılmış onamın, ameliyattan önce alınıp alınmadığı mutlaka kontrol edilmelidir (22).

Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi

GLK ameliyatı geçirecek hastalar ile uzun süreli yatışı olan hastalar arasındaki önemli fark, GLK'de hasta-hemşire ilişkisine ayrılabilir sürelerin çok kısa olmasıdır. Bu nedenle hasta eğitiminin, girişim kararından hemen sonra multidisipliner olarak başlatılması ve etkin yönetilmesi önem taşımaktadır (1,2). Hasta yatışının uzun olmaması nedeniyle, girişim öncesi ve sonrası bakım uygulamalarının büyük bölümünün hasta ve yakınlarınca yönetileceği açıktır. Hasta ve yakınlarının eğitimi

bu nedenle GLK ameliyatının ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmelidir (1,12).

Ameliyat öncesi eğitiminin yetersiz ve etkisiz olması, hastaların ameliyat bölgesi, solunum ve sindirim sistemi sorunları yaşamalarına neden olabilmektedir (25). Hastalara hastane yatışı olmayacağı için evde uygulaması amacıyla derin-solunum öksürük egzersizleri de öğretilmelidir (22). Yapılan bir çalışmada laparoskopik kolesistektomi sonrası hastaların yara bakımı, hastaneye başvurulması gereken komplikasyonlar, ağrı kontrolü, banyo gibi konularda hemşire tarafından verilecek eğitime ihtiyaç duyduğu saptanmıştır (16). Bu bağlamda cerrahi hemşiresinin hastaya ameliyat kararı verilmesinden itibaren eğitim gereksinimlerini ve önceliklerini saptaması önemlidir. Ayrıca bu girişimlerin hastaların semptom kontrolüne ve öz bakımlarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. GLK geçirecek hastalar, ameliyat öncesi kapsamlı eğitim verildiğinde evde karşılaşılabilecekleri ağrı, bulantı-kusma, yara bakımı konularında oto kontrol sağlayarak kendi bakımlarını gerçekleştirebilirler ve kendilerini güvende hissederler (26).

Ameliyat Sonrası Bakım

Cerrahi sonrası planlı ve kanıta dayalı hemşirelik yönetimi ile gelişebilecek pek çok komplikasyon önlenmektedir (27). Laparoskopik kolesistektomi avantajlarının fazla olmasının yanında, ameliyat sonrası dönemde; ağrı, bulantı, kusma, ileus, derin ven trombozu, atelektazi gibi problemlerle de sıklıkla karşılaşmaktadır (16,25). Vaughan ve arkadaşlarının yaptığı sistematik derlemede en az bir gece yatışı yapılan laparoskopik kolesistektomi ameliyatı ile GLK ameliyatı arasında kanama, pankreatit, safra yolu yaralanması, ağrı, bulantı-kusma, yeniden hastane yatışı gibi komplikasyonlar yönünden fark olmadığı belirtilmektedir (28). Ancak açık ameliyatlara göre ameliyat yerinin net görülmemesi nedeniyle kanama olasılığının laparoskopik kolesistektomide daha fazla olduğu ve görülme oranının %1-2 arasında değiştiği ifade edilmektedir (29). Bu nedenle cerrahi hemşiresi GLK ameliyatı sonrası bakım için süresi kısıtlı olduğundan hayatı tehdit edebilecek kanama riskine karşın evde takip için hastaları bilgilendirmelidir. Kanama belirti bulguları (ameliyat yerinden gözle görülen, kanama, hipotansiyon, susuzluk hissi, çarpıntı v.b) hasta ve yakınlarının anlayacağı dille anlatılmalı ve bu bulgular varlığında hastaneye başvurulması gerektiği konusunda uyarılmalıdır (22).

Son yıllarda cerrahi hasta bakımında, iyileşme sürecini kısaltmak amacıyla geliştirilmiş çok yönlü yaklaşım "Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileştirme protokolleri" (ERAS) kullanılmaktadır. Bu programın amacı olduğunca erken mobilizasyon, erken taburculuk ve günlük yaşam aktivitelerinin erken süreçte geri kazandırılmasıdır (27). GLK'nin hızlandırılmış cerrahi süreçle benzer amaçlar taşıdığı söylenebilir. Bu bağlamda hastaların kısa sürede mobilizasyonunun sağlanması gelişebilecek ileus, derin ven trombozu, akciğer komplikasyonlarının önlenmesinde önemli rol oynamaktadır (30,31).

GLK sırasında abdominal kaviteye verilen karbondioksit gazı, diyafragmanın yukarı yer değiştirmesine ve akciğer kapasitesinin düşmesine yol açar. Ayrıca verilen karbondioksit çözünürlüğü yüksek olduğundan arteriyal kanda birikerek pulmoner sorunlar yaratabilir (17). GLK sonrası olası atelektazi ve sekresyon birikimi yönünden solunum durumu dikkatlice izlenmelidir. Ameli-

yat öncesi dönemde öğretilen, derin solunum-öksürük egzersizi yaptırılmalıdır. Derin solunum-öksürük egzersizi yaptırılırken inzasyon bölgeleri desteklenerek kanama, kızarıklık ve akıntı yönünden gözlenmelidir (22).

Laparoskopik cerrahi sonrasında görülen visseral ağrı ve omuz ağrısı çoğunlukla abdominal kaviteye verilen CO₂'den kaynaklanmaktadır (17). Laparoskopik kolesistektomi sonrası omuz ağrısı görülme insidansının % 30-50 arasında olduğu belirtilmektedir. Ameliyat sırasında verilen CO₂ gazının basıncı 10 mmHg'nın altında tutulduğunda ağrı şiddetinin azaltılabileceği ifade edilmiştir (21). Etkin yönetilemeyen ağrının, yaşam kalitesinde düşmeye (32), derin-solunum egzersizlerinin yapılmamasına ve dolayısıyla solunum problemlerine, tedavi sürecine uyumun bozulmasına yol açtığı bilinmektedir (22). Yapılan bir çalışmada GLK' de ağrı yönetimi ameliyat sırasında başlamakta ve lokal anestezik infiltrasyonu (her trokar bölgesi için % 0.5 bupivakain HCl yaklaşık 5 cc) uygulanmaktadır. Ameliyat sonrası ise günlük 75 mg dozunda 3 gün boyunca Diklofenak Sodyum verilmektedir (10). Ağrının farmakolojik ve non farmakolojik yönetiminde temel sorumluluk, hasta ile daha fazla vakit geçiren hemşireye düşmektedir. Yatış süresi çok kısa olduğundan hemşire, hastaya özel bir bakım planı oluşturup, ağrı düzeyini bir skala ile değerlendirmeli ve ağrıyı azaltan-arttıran faktörleri sorgulamalıdır. Her farmakolojik girişim sonrası ağrı yeniden değerlendirilmeli, ağrı değerlendirilmesinde sadece sözel ifadeler baz alınmamalı, hasta davranışları kan basıncı, nabız, solunum gibi fizyolojik parametrelerle de değerlendirme yapılmalıdır (22). Ayrıca ağrının yönetiminde müzik, refleksoloji ve dikkati başka yöne çekme gibi non-farmakolojik girişimlerden de yararlanılmalıdır. Ayrıca evde uygulayabilmesi için hastaya özgü bir plan oluşturulmalıdır (17,18). Çankaya ve Sarıtaş tarafından yürütülen bir çalışmada ameliyat sonrası ağrı yönetiminde non farmakolojik yöntemlerden olan refleksoloji uygulanmıştır. Bu çalışmada laparoskopik kolesistektomi geçiren bireylerle her iki ayağa beşer dakika ayak masajı yapılmış ve bu masajın cerrahi sonrası ağrıyı azaltmada etkili olduğu saptanmıştır (19). Yapılan bir diğer çalışmada ise ameliyat sonrasında hastaya kan akışını arttıran, kas spazmını çözen bir pozisyon olarak tabir edilen aşırı litotomi pozisyonu verilmiştir. Bu pozisyonun kontrol grubuna göre ağrı üzerinde etkili olduğu, solunum fonksiyonlarını geliştirdiği ve ihtiyaç duyulan analjezik dozunu azalttığı saptanmıştır (19).

GLK sonrası sık görülen bir diğer problem olan bulantı-kusma insidansının, %12-52 olduğu bildirilmiştir (21). Bulantı-kusmanın nedeni çeşitlilik göstermekte ve postoperatif ağrı, bireysel özellikler, ameliyatta kullanılan anestezi nedeniyle gelişebilmektedir (19,21,32). Bulantı-kusma hastanede kalma süresini arttıran, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede zorlanmaya yol açan, istenmeyen bir durumdur (32,33). Hemşire, farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemleri kullanarak bulantı-kusma yönetimini yapabilmelidir. Yapılan bir çalışmada bulantı-kusmayı önlemek için ameliyat sonrası tek doz 4 mg Ondansetron HCl verilmiş ve bulantı-kusma yönetiminde etkili olduğu bildirilmiştir (10). Literatürde bulantı kusmanın non-farmakolojik yönetimiyle ilgili birçok çalışma bulunmaktadır

(19,34,35). Yapılan bir çalışmada laparoskopik kolesistektomi geçiren bireylere her iki ayağa beşer dakika ayak masajı yapılmış ve bu masajın cerrahi sonrası bulantı kusma üzerine etkili olduğu rapor edilmiştir (19). Yapılan bir başka çalışmada ise, laparoskopik cerrahi sonrası bulantı-kusmanın, anksiyetenin ve antiemetik gereksiniminin azaltılmasında, otojenik gevşeme (kendi kendine gevşeme egzersizi) ile yavaş ve ritmik solunumun etkili olduğu saptanmıştır (34). Bulantı-kusma yönetimi amacıyla Albooghobeish ve arkadaşları (35) tarafından yapılan bir çalışmada, laparoskopik kolesistektomi geçiren hastalara ameliyat öncesi dönemde 750 mg zencefil kapsülü içirilmiş ve ameliyat sonrası bulantı-kusma durumu değerlendirilmiştir. Çalışma sonunda zencefil kapsülü verilen grubun bulantı-kusma oranlarının diğer gruplardan daha düşük olduğu belirtilmiştir (35).

TABURCULUK

Hasta anestezinin etkileri geçtikten sonra sıvı alımına başlayabilir. Tolere ediyorsa kademeli olarak yumuşak besinler ve katı gıdalara geçebilir (28). GLK sonrası taburculuğu planlanan hasta, mobil olup kendi bakımını yapabilecek düzeyde olmalı, ameliyat sonrası ağrı, bulantı ve kusma düzeyi kontrol altına alınmış olmalıdır (17). Buna ek olarak son yarım saat içinde IV (intra venöz) narkotik analjezik almadı ise, taburculuk direktiflerini anlamış ve uygulayabiliyor ise (17) ve sıvı alımını tolere edebiliyorsa taburcu olabilir (28). Taburcu olurken hastaya yetişkin bir yakınının eşlik etmesi ve o gün araba kullanmaması konusunda bilgi verilmelidir (17). Hastaya özellikle 38 C° üzerinde ateş, yara bölgesinde şişlik, akıntı veya ciddi derecede kanama, ağrı, bulantı-kusma gibi durumlarda hastaneye başvurusu gerekliliği anlatılmadır (1). GLK geçiren hastalar tabucu olduktan sonra 24-48 saat içerisinde telefonla aranıp semptomları sorgulanmalı, 7-10 gün sonra ise poliklinik kontrolüne gelmesi istenmelidir (10).

SONUÇ

Cerrahi ekibin etkin bir üyesi olan hemşirenin koruyucu, tedavi ve rehabilite edici bakımın planlanıp sürdürülmesinde önemli rolleri vardır (36). Günübirlik uygulanan laparoskopik kolesistektomi öncesi ve sonrası bakımında, bakım süresi kısa olduğundan hasta eğitimine öncelik verilmesi önemlidir. Hastanede gelişebilecek komplikasyonlara karşı uyanık olunması, bu komplikasyonlara yönelik evde bakım amacıyla hasta ve yakınlarının da eğitilmesi gereklidir. Buna ek olarak evde karşılaşılabilecek sorunlara yönelik tele hemşirelik uygulamaları ile hasta izlem politikası oluşturulması önerilmektedir. Böylece hastanın durumundaki değişikliklerin erken belirlenmesi ve müdahale edilmesi ile hastane yatışlarının azalacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Sala-Hernandez A, Castro PG, Oron EM et al. Evaluation of patient safety and satisfaction in a program of ambulatory laparoscopic cholecystectomy program with expanded criteria. *Cir Esp* 2019; 97:27-33.
2. Aksoy G, Sayın Yazıcı Y. Günübirlik cerrahide hasta hazırlığı. *CÜHYO Derg* 2004; 8:39-46.
3. Aygün D. Perioperatif bakımda güncel yaklaşımlar.

4. Anadolu Hem Sağ Bil Derg 2012; 15:63-67.
5. Nunes J, Gomes R, Povo A, Castro Alves E. Quality indicators in outpatient surgery: A Literature Review Comparing Portuguese and International Systems. *Acta Médica Portuguesa* 2018; 31:425-430.
6. Faucheron JL, Trilling B, Sage PY. Ambulatory colectomy: Fast-track management pushed to its limits? *Tech Coloproctol* 2018; 22:741-742.
7. Ohya T, Marsk R, Pekkari K. Colorectal ESD in day surgery. *Surg Endosc* 2017; 31:3690-3695.
8. Planells Roig M, Garcia Espinosa R, Cervera Delgado M et al. Ambulatory Laparoscopic Cholecystectomy: A Cohort Study of 1600 Consecutive Cases. *Cir Esp* 2013; 91:156-162.
9. Ahmad NZ, Byrnes G, Naqvi SA. A meta-analysis of ambulatory versus inpatient laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 2008; 22:1928-1934.
10. Zapf M, Denham W, Barrera E et al. Patient-centered outcomes after laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 2013; 27:4491-4498.
11. Barut İ, Tarhan ÖR, Çerçi C, Bülbül M. Experience of ambulatory laparoscopic cholecystectomy in Turkish patients. *Eur J Gen Med* 2005; 2:96-99.
12. Teixeira UF, Goldoni MB, Machry MC et al. Ambulatory laparoscopic cholecystectomy is safe and cost-effective: a Brazilian single center experience. *Arq Gastroenterol* 2016; 2:103-107.
13. Al-Qahtani H, Alam MK, Asalamah S, Akeely M, Ibrar M. Day-case laparoscopic cholecystectomy. *Saudi Med J* 2015; 36:46-51.
14. Tiryakı C, Bayhan Z, Kargı E, Alponat A. Ambulatory laparoscopic cholecystectomy: A single center experience. *J Minim Access Surg* 2016; 12:47-53.
15. Reddick EJ, Olsen DO. Outpatient laparoscopic laser cholecystectomy. *Am J Surg* 1990; 160:485-487.
16. Fassiadis N, Pepas L, Grandy-Smith S, Paix A, El-Hasani S. Outcome and patient acceptance of outpatient laparoscopic cholecystectomy. *JLS* 2004; 8:251-253.
17. Zengin Çakır HK, Dal Yılmaz Ü. Laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastaların taburculuk öncesi bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2018; 10:115-121.
18. Acar K, Aygün D. Laparoskopik cerrahi sonrası ağrı ve hemşirelik bakımı. *OTSBD* 2016; 1:17-22.
19. Aydemir Ö, Eti Aslan F, Karabacak Ö, Akdaş Ö. The effect of exaggerated lithotomy position on shoulder pain after laparoscopic cholecystectomy. *Pain Manag Nurs* 2018; 19:663-670.
20. Çankaya A, Sarıtaş S. Effect of classic foot massage on vital signs, pain, and nausea/vomiting symptoms after laparoscopic cholecystectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2018; 28:359-365.
21. Tenconi SM, Boni L, Colombo EM et al. Laparoscopic cholecystectomy as day-surgery procedure: Current indications and patients' selection. *Int J Surg* 2008; 6:86-88.
22. Lledo JB, Castro PG, Gomez Gavara I et al. Twenty-five years of ambulatory laparoscopic cholecystectomy. *Cir Esp* 2016; 94:429-441.
23. Akyolcu N, Kanan N, Aksoy G. Cerrahi Hemşireliği I. 1st ed. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul 2017; ss. 257-385.

23. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M et al. Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) society recommendations: 2018. *World J Surg* 2019; 43(3):659-695.
24. Özşaker E, Durak H, Canbazoğulları Ü. Günübirlilik cerrahide hastaların ameliyat sonrasına ilişkin endişelerinin incelenmesi. *J Contemp Med* 2019; 9:100-105.
25. Çilingir D, Bayraktar N. Information requirements and difficulties experienced after discharge in day surgery patients: A descriptive cross-sectional survey. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2011; 31:164-175.
26. Subirana Magdaleno H, Caro Tarrago A, Olona Casas C et al. Evaluation of the impact of preoperative education in ambulatory laparoscopic cholecystectomy. A prospective, double-blind randomized trial. *Cir Esp* 2018; 96:88-95.
27. Nanavati AJ, Prabhakar S. Fast-track surgery: Toward comprehensive peri-operative care. *Anesth Essays Res* 2014; 8:127-133.
28. Vaughan J, Gurusamy KS, Davidson BR. Day-surgery versus overnight stay surgery for laparoscopic cholecystectomy. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 7:1-39.
29. Öztürk A, Atalay T, Karaköse Y, Çipe G, Akıncı ÖF. Laparoskopik kolesistektomi sonrası kanama: nadir ama önemli bir komplikasyon. *SETB* 2015; 49:274-278.
30. Akyüz N, Akyolcu N. Günübirlilik Cerrahi ve Hemşirelik Bakımı. İçinden: Akyolcu N, Kanan N, Aksoy G. eds. *Cerrahi Hemşireliği I*. 2th ed. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul 2017; ss 389-404.
31. Yolcu S, Akın S, Durna Z. Ameliyat sonrası dönemde hastaların hareket düzeyleri ve hareket düzeyleri ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *HEAD* 2016; 13:129-138.
32. Forren JO, Rush C. Postoperative symptom distress of laparoscopic cholecystectomy. ambulatory surgery patients. *J Perianesth Nurs* 2018; 33:801-813.
33. Tang H, Dong A, Yan L. Day surgery versus overnight stay laparoscopic cholecystectomy: A systematic review and metaanalysis. *Dig Liver Dis* 2015; 47:556-561.
34. Gürkan A, Şelimen D. The efficacy of autogenic relaxation and slow rhythmic breathing in reducing postoperative nausea and vomiting after laparoscopic procedure. *Laparosc Endosc Surg Sci* 2010; 17:106-115.
35. Albooghobeish M, Ghomeishi A, Adarvishi S et al. The effect of preoperative zintoma capsule on postoperative nausea and vomiting after laparoscopic cholecystectomy. *Anesth Pain Med* 2018; 8:1-6.
36. Akdemir N, Akkuş Y. Rehabilitasyon ve hemşirelik. *HUHEMFAD* 2006; 1:2-91.