


Safra Kesesinin Cerrahi Gerektiren Hastalıkları ve Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları

Diseases of the Gallbladder Requiring Surgery and Evidence-Based Nursing Practices

 Bahar CANDAŞ ALTINBAŞ^a,
 Ayla GÜRSOY^b

^aKaradeniz Teknik Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü,
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD,
Trabzon, Türkiye

^bAntalya Bilim Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü,
Antalya, Türkiye

Yazışma Adresi/Correspondence:
Bahar CANDAŞ ALTINBAŞ
Karadeniz Teknik Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü,
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD,
Trabzon, Türkiye
baharcandas@ktu.edu.tr

ÖZET Safra kesesi ve safra yollarının en sık cerrahi gerektiren hastalıkları; kolelitiazis, koledokolitiazis, kolesistit ve safra kesesi kanseridir. Hastaların güvenli ve etkili bir şekilde bakımını sağlamak için cerrahi hemşirelerinin safra kesesi hastalıkları ve cerrahi tedavi sürecine ilişkin bilgi sahibi olması önemlidir. Safra kesesi hastalıklarına ilişkin hemşirelik disiplinine özel rehberler bulunmamaktadır. Bu bölümde safra kesesinin cerrahi gerektiren hastalıklarının hemşirelik bakımı; gastrointestinal sistem sistem cerrahisi, kolorektal cerrahi, karaciğer cerrahisi, pankreatikoduodenektomi ve safra kesesi rehberlerinin ortak önerileri kapsamında ele alındı.

Anahtar Kelimeler: Bakım; kolesistit; kolelitiazis; kanıta dayalı hemşirelik; safra kesesi; perioperatif

ABSTRACT Cholelithiasis, choledocholithiasis, cholecystitis and gallbladder cancer are the conditions that most require surgery. It is important for surgical nurses to be knowledgeable about gallbladder diseases and surgical treatment procedures to ensure that patients are cared for not only empathetically but also safely and effectively. There are no specific guidelines for the nursing discipline regarding gallbladder diseases. In this section, nursing care of diseases of the gallbladder requiring surgery are explained within the scope of the joint recommendations of gastrointestinal system surgery, colorectal surgery, liver surgery, pancreatoduodenectomy and gallbladder guides.

Keywords: Care; cholecystitis; cholelithiasis; evidence-based nursing; gallbladder; perioperative

Safra kesesi karaciğerin alt yüzeyinin ön kenarından posterosuperior olarak alt vena kavaya doğru uzanan sistik fossada bulunan armut şeklinde, ince duvarlı, yaklaşık 7-10 cm uzunluğunda, 4 cm genişliğinde ve 30-50 ml hacminde bir organdır. Fundus, gövde, infundibulum ve boyun olmak üzere dört bölümden oluşur. Fundus, yuvarlak ve geniş bir bölüm olup ana gövdeye doğru devam ettikçe çapı daralır. Gövde ve boyun superomedial olarak porta hepatis'e doğrudur. Safra kesesi gövdesi, daha sonra infundibulum ve sistik kanala bağlanan boyun bölümüne doğru incilir.¹⁻³ Safra kesesinin beslemesinin %90'ı sistik arterden sağlanır ve venöz dönüşü doğrudan karaciğere olur.³

Safra kesesinin temel işlevi, bağırsakta sindirim ve emilim süreçleri sırasında karaciğerden salınan, %97 H₂O, %1 pigment ve %1-2 safra tuzundan oluşan safra için depo görevi görmektir. Bunun yanı sıra safra kesesi emilim, konsantrasyon, salgılama ve tahliye işlevlerine sahiptir.⁴

KAYNAK GÖSTERMEK İÇİN:

Candaş Altınbaş B, Gürsoy A. Safra kesesinin cerrahi gerektiren hastalıkları ve kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları. Karayurt Ö, editör. Gastrointestinal Sistem Cerrahi Hastalıkları Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Uygulamalar. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2023. p.56-61.

SAFRA KESESİ VE SAFRA KANALININ CERRAHİ TEDAVİ GEREKTİREN HASTALIKLARI

En sık karşılaşılan safra kesesi hastalıkları; kolelitiazis, kolesistit, fonksiyonel safra kesesi polip bozukluğu, safra kesesinde hidrops, porselen safra kesesi ve safra kesesi kan-

seridir. Bunların arasında ise en sık cerrahi tedavi gerektirenler; kolelitiazis, koledokolitiazis, kolesistit ve safra kesesi kanseridir.⁵

KOLELİTİAZİS

Safra taşları olarak bilinen kolelitiazis, safra kesesinde oluşan sertleşmiş sindirim sıvısı birikintileridir.⁶ Safra taşı değiştirilebilir ve değiştirilemez birçok faktöre bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Hızlı kilo kaybı, obezite, sigara post-bariatik cerrahi, gebelik ve total parenteral beslenme, bireyleri safra kesesi stazına yatkın hale getirerek buna bağlı kolesterol taşı oluşumuna neden olmaktadır.^{1,7,8} Bunların yanı sıra safra kesesi stazı, siroz, hiperbilirubinemi ve dislipidemi değiştirilebilir risk faktörlerindedir. Değiştirilemez faktörler incelendiğinde; yaş, kadın olmak, etnik köken, genetik yatkınlık ve aile öyküsü ilk sıralarda yer almaktadır.⁵ Safra taşı görülme riski 50 yaş sonrası en üst noktaya ulaşmakla birlikte 40 yaş üstü bireylerde diğer bireylere kıyasla dört ile on kat kat, aile öyküsü bulunanlarda beş kat daha yüksek olduğu bilinmektedir.^{1,9}

Kolelitiazis tanısında altın standart ultrasonografidir. Genel olarak, asemptomatik olgularda tedavi; yaşam tarzı ve diyet değişikliği ile medikal tedavi şeklindedir. Güncel yaklaşımlar kolesistektomiye biliyer semptomların varlığında önermektedir.¹

KOLEDOKOLİTİAZİS

Koledokolitiazis, koledok kanalında taş bulunmasıdır. Koledokolitiazis, primer olarak koledokta taş oluşumu şeklinde ya da safra kesesinde oluşan taşların koledok kanalına geçişi sonucu oluşmaktadır. Primer koledok kanalı taşları genellikle kahverengi pigment taşlarıdır.¹⁰ Biliyer staz ve enfeksiyon kolodekolitiazis gelişmesinde başlıca risk faktörleri olup, yaşlılarda ve daha önce kolesistemi geçirmiş hastalarda fizyolojik koledok kanalı genişlemesine bağlı olarak da ortaya çıkmaktadır. Yine, Periapuller divertikülü olan hastalar koledokolitiazis için daha fazla risk altındadır.^{10,11}

Koledok kanalının safra taşları tarafından tıkanması; ağrı, sarılık, sepsis gibi semptom ve komplikasyonlara yol açabilir.¹¹ Koledokolitiazisin ciddi komplikasyonları arasında artan morbidite ve mortalite ile ilişkili akut asendan kolanjit ve safra taşı pankreatiti yer almaktadır.¹⁰

Özellikle kolesistektomiye bağlı kalıntı taşları bulunma olasılığı yüksek olan hastalarda ilk olarak endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERCP) ve Dormia basket ekstraksiyonu ile sfinkterotomi tercih edilmesi önerilmektedir [**Kanıt düzeyi: 2B, Kategori:A**]. Bazı durum-

larda safra kanalı eksplorasyonu ile laparoskopik kolesistektomi uygulanmaktadır.¹¹ Kolanjitin eşlik etmediği koledok kanalı taşı olan hasta için cerrahi tedavi önerilmektedir [**Kanıt düzeyi: 1A, Kategori:A**].¹²

KOLESİTİT

Kolesistit safra yolunda tıkanıklık, şekil bozukluğu ve enfeksiyon nedeni ile gelişen safra kesesi enflamasyonudur. Kadın cinsiyet, obezite, hızlı kilo kaybı, gebelik ve ilerlemiş yaş kolesistit risk faktörleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır.⁴ Kolesistit akut ya da kronik olarak görülebilir. Akut kolesistiti olan bireyler tipik olarak; sağ üst kadranda ağrısı, ateş, bulantı ve lökositoz ile hastaneye başvururlar.¹³ Akut kolesistit; alkalküloz, ksantogranüloamatöz, amfizematöz ve safra kesesinin torsiyonu olarak görülebilir.¹⁰

Sağ üst kadranda ultrasonografisi akut kolesistitin tanılanmasında yaklaşık %81 duyarlılığı ve %83 özgüllüğe sahiptir. Ultrason sonucu kesin bir tanı sağlanamadığında, hepatobiliyer sintigrafi altın standart tanı testidir. Tanıyı takiben 1-3 gün içerisinde (erken dönem) gerçekleştirilecek laparoskopik kolesistektominin hasta çıktılarını iyileştirdiği, postoperatif komplikasyonları azalttığı, hastanede kalış süresini kısalttığı ve maliyeti düşürdüğü bilinmektedir. Geç dönem olarak adlandırılan üç gün sonrası gerçekleştirilecek ameliyatlarda komplikasyon oranı artmakta ve hastanede yatış süresi uzayabilmektedir.¹³ Kronik kolesistit, safra kesesinin devam eden iltihaplanmasının neden olduğu, safra taşları gibi çeşitli nedenlerle ortaya çıkan kronik bir durumdur.⁹ Kronik kolesistit, safra kesesinin boşalmasının mekanik ve fizyolojik işlev bozukluğuna neden olmaktadır.⁷

SAFRA KESESİ KANSERİ

Safra kesesi kanseri, safra yolu kanserlerinin %80-95'ini oluştururken en yaygın altıncı gastrointestinal malignitedir.¹⁴ Kadınlarda erkeklere göre 2-6 kat daha fazla görülen safra kesesi kanseri insidansı yaş ile birlikte artmaktadır.¹⁵ Bunun yanı sıra diyabet, yüksek beden kitle indeksi ve şekerli içecek tüketmek safra kesesi kanserinin meydana gelmesine neden olan risk faktörleridir. Kronik iritasyona ya da iltihaplanma gibi safra kesesini ve safra kanallarını etkileyen faktörler safra kesesi kanseri için predispozan faktörlerdir. Safra kesesi kanserinin meydana gelmesine neden olan güçlü faktörlerden bir diğeri kolelitiazisdir. Safra kesesi kanseri vakalarının %70-90'ında kolelitiazis öyküsü olduğu bilinmektedir. Yine kronik safra kesesi inflamasyonunun safra kesesi kanseri gelişiminde rol oynadığı bilinmektedir.¹⁶

Safra kesesi kanserinin tedavisi, tümörün lokalizasyonu ve hastalığın evresine bağlıdır. Safra kesesinin cerrahi tedavisinde hedef küratif cerrahi rezeksiyonudur ancak bunun gerçekleşmesi primer tümör invazyonunun derecesine bağlıdır.⁶

SAFRA KESESİ CERRAHİSİ

Safra kesesi hastalıklarının cerrahi tedavisinde hastalığın türüne göre farklı tedavi yöntemleri kullanılabilir. Kolesistektomi safra kesesi hastalıklarında en sık kullanılan cerrahi tedavi yöntemleridir. Ancak koledokostomi ve kolesistostomi de sıklıkla başvuru olan cerrahi tedaviler arasında yer almaktadır.¹⁷

■ **Kolesistektomi:** Genellikle transvers sağ subkostal insizyonla safra kesesine ulaşarak, kesenin cerrahi olarak çıkarılmasıdır.

■ **Laparoskopik kolesistektomi:** Safra kesesinin laparoskopik tekniklerle çıkarılması işlemidir.

■ **Koledokostomi:** Akut kolesistit olup ameliyat edilmesi mümkün olmayan hastalarda uygulanır. Koledok kanalının açılarak safra taşlarının çıkarılmasıdır. İşlem sırasında koledok kanalına tüp yerleştirilir ve safra drenajı sağlanır. Daha sonra hastanın genel sağlık durumuna göre kolesistektomi planlanır.

■ **Kolesistostomi (cerrahi veya perkütan):** Safra kesesinin cerrahi olarak açılarak taşın çıkarılması ve safra kesesi drenajının sağlanmasıdır.

Safra kesesi hastalıklarında uygulanan tedavi yöntemi fark etmeksizin safra kesesi taşları için şok dalga litotripsi önerilmemektedir [**Kanıt düzeyi: orta**]. Bunun yanı sıra konvansiyonel cerrahi ile karşılaştırıldığında, minimal invaziv cerrahi uygulanan hastalarda postoperatif anksiyete, preoperatif depresyon, uyku bozukluğu ve komplikasyon oranlarının daha düşük, postoperatif iyileşmenin daha hızlı olduğu bilinmektedir.^{18,19} Ancak her ne kadar konvansiyonel cerrahiye kıyasla üstünlüğü kanıtlanmış olsa da günümüzde laparoskopik kolesistektomi için hasta seçiminin dikkatli yapılması gerekmektedir [**Kanıt düzeyi: orta**].²⁰

SAFRA KESESİ CERRAHİSİ GEÇİREN HASTANIN BAKIMINDA KANITA DAYALI HEMŞİRELİK UYGULAMALARI

Sadece safra kesesi cerrahisine yönelik kanıta dayalı rehber bulunmamaktadır. Ancak, Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme (Enhanced recovery after surgery, ERAS) rehberi içinde safra kesesi ile ilgili bazı öneriler bulunmaktadır. Bu bölümde perioperatif dönem hemşirelik ba-

kımında ortak olan yaklaşımlar ele alınmaksızın, konu ERAS, yapılan çalışmalar ve güncel bilgiler doğrultusunda açıklanmaktadır.

PREOPERATİF DÖNEM HEMŞİRELİK UYGULAMALARI

Günümüzde her ne kadar safra sistemi cerrahisi minimal invaziv tekniklerle uygulanıyor olsa da, ameliyat olmak stres reaksiyonlarının gelişmesine yol açabilmektedir.²¹ Ameliyat öncesi bilinmezliğe bağlı anksiyete, analjezik gereksinimini artırmakta, immün sistemi olumsuz etkilemekte, kan şekeri yükseltmekte ve iyileşmeyi geciktirmektedir.²² Bu kapsamda ameliyat öncesi psikolojik ve fizyolojik hasta hazırlığının etkin bir şekilde sürdürülmesi, ameliyat süreci ve hasta çıktıları üzerinde oldukça etkilidir. Laparoskopik kolesistektomi öncesi hemşire tarafından ziyaret edilen ve bilgilendirme yapılan hastalarda anksiyete düzeyinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.²³

ERAS rehberinde preoperatif oral karbonhidrat yüklemesi önerisi bulunmaktadır [**Öneri derecesi: B-güçlü fikir birliği (%100)**]. Kolesistektomi hastaları ile yapılan bir sistematik derlemede; ameliyattan 2-3 saat önce 200 ml oral karbonhidrat alan hastalarla gece yarısı itibarı ile oral alımı durdurulan hastalar arasında mobilizasyon süresi, analjezik ve antiemetik gereksinimi, taburculuk süresi, ağız kuruluğu ve yorgunluk açısından anlamlı bir farklılık olmadığı gösterilmiştir.²⁴

Ameliyat öncesi profilaktik antibiyotik uygulamasına ilişkin olarak kanıta dayalı uygulama rehberleri planlı laparoskopik kolesistektomide herkes için profilaktik antibiyotik kullanımının gerekli olmadığını ifade etmektedirler [**Kanıt düzeyi: Yüksek**].²⁰ Hemşire, hastanın hastaneye yatış öncesi; ağrı, bulantı-kusma ve abdominal kramp durumunu sorgulamalıdır. Fiziksel muayenede; hemşire ciltte sarılık, abdominal hassasiyeti değerlendirmelidir. Ayrıca solunum fonksiyonları yönünden hastanın; sigara kullanımını, akciğer hastalığı, öksürmede yetersizlik, akciğerlerde olağan dışı ses varlığını değerlendirilmelidir. Hastanın beslenme değerlendirmesi ise; diyet öyküsü, genel muayene ve laboratuvar değerlerine dayalı olarak yapılmalıdır.

İNTRAOPERATİF DÖNEM HEMŞİRELİK UYGULAMALARI

Minimal invaziv cerrahi geçiren hastalar için geçerli olan yaklaşımdan farklı olarak bu hastalara özel öneri bulunmamaktadır. İntraoperatif dönem ERAS rehberlerine yönelik yapılan bir çalışmada, laparoskopik batin ameliyatı uygulanan hastalarda intraoperatif dönemde aktif ısıtıcı

(forced-air warming) kullanılmasının intraoperatif kanama ve postoperatif ağrı üzerinde azaltıcı etkisi bulunduğu belirlenmiştir.²⁵

POSTOPERATİF DÖNEM HEMŞİRELİK UYGULAMALARI

AĞRI

Ameliyat sonrası dönemde hastaların en sık karşılaştığı sorunlardan biri ağrıdır. Laparoskopik cerrahi uygulanan hastalar sıklıkla abdominal boşluğa verilen CO₂'e bağlı batın ve omuz bölgesinde ağrı yaşamaktadırlar.²⁶ Ameliyat sonrası ağrı ve hasta konforu üzerinde etkili olan girişimlerden biri ameliyat sonrası erken mobilizasyondur. Hastalar preoperatif dönemde hemşireler tarafından fiziksel aktivitelerini artırmaya teşvik edilmeli; günlük fiziksel aktivitelerini kaydetmek için günlük ya da pedometre kullanılmalıdır [**Öneri derecesi: zayıf**].²⁷ Mobilizasyon programları hemşirenin sorumluluğunda, terapist ve hekimleri içeren disiplinler arası bir yaklaşım gerektirdiği için planlama ve uygulamanın ekip iş birliği içinde yürütülmesi gerekmektedir.²⁸

Laparoskopik kolesistektomi sonrası hastalara uygulanan reiki ve akupresür uygulamalarının ağrıyı azaltıp konfor seviyesini artırdığı bilinmektedir.²⁹ Bir randomize kontrollü çalışmada laparoskopik kolesistektomi sonrası uygulanan akupresürün akut postoperatif ağrı ve anksiyete seviyesini azalttığı saptanmıştır.³⁰

BULANTI VE KUSMA

Erişkinlerde postoperatif ilk 24 saatte ağrıdan sonra en sık görülen komplikasyonlardan biri de bulantı ve kusmadır. Genel olarak cerrahi uygulanan hastaların %30'unun postoperatif bulantı ve kusma yaşadığı ve laparoskopik işlemlerden sonra bu oranın %70'e kadar yükseldiği bilinmektedir.³¹ Kanıtlar, bulantı kusma risk faktörü 1-2 seviyesinde olan tüm hastaların, postoperatif bulantı kusma profilaksisi olarak iki antiemetiğin kombinasyonunu almasını önermektedir. Bulantı-kusma risk seviyesi 3-4 olan hastalarda ise 2-3 antiemetiğin birlikte kullanılması ve propofol ile total intravenöz anestezi ve opioid koruyucu stratejiler kullanılmasını önermektedir [**Öneri derecesi: güçlü**].²⁷ Postoperatif bulantı ve kusmayı önlemede antiemetikler ve optimize edilmiş anestezi teknikleri yanı sıra tamamlayıcı yöntemlerin kullanımı yaygınlaşmış ve kabul görmüştür. P6 akupunktur noktasında akupresür uygulaması hemşireler için önerilen tamamlayıcı bir yöntemdir.³¹ Laparoskopik kolesistektomi sonrası uygulanan akupunkturun postoperatif bulantıyı ve kusmayı azalttığı bilinmektedir.³² Ancak, her ne kadar akupresür uygulamasına ilişkin

çalışmalar bulunsun da kanıt düzeyi yüksek farklı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.³³ Hastaların postoperatif dönemde deneyimledikleri bulantı-kusmanın kontrolünde etkili olabilecek farmakolojik olmayan yöntemlerden biri de aile desteğidir. Anestezi sonrası bakım ünitesinde aile üyesinin hastanın yanında bulunmasının hastalarda ağrı ve bulantı şiddetini olumlu yönde etkileyerek medikal tedavi gereksinimini azalttığı bilinmektedir.³⁴

SOLUNUM FONKSİYONU

Kolesistektomi ameliyatı, inzisyonun büyüklüğü, anatomik lokalizasyonu ve abdominal gaz birikimi nedeniyle etkisiz solumaya neden olabilir. Hastanın akciğer kapasitesini etkin kullanabilmesi için semi fowler pozisyonunda yatırılması, her iki saatte bir insizyonu desteklenerek hastaya derin nefes alıp verme, öksürme egzersizleri yaptırılması ve yüzeysel solunumu durumunda spirometre kullanımı önerilmektedir.³⁵ Yine solunumu desteklemek için hastanın erken mobilize olması ve yatak dışında geçirilen sürenin artırılması gerekmektedir.³⁶

GASTROİNTESTİNAL SİSTEM FONKSİYONU

Laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalarda postoperatif dönemde gastrointestinal sistem motilitesinde azalma görülmektedir. Çalışmalarda sakız çiğnemenin ağrı düzeyini azalttığı, gaz çıkarma, defekasyon, mobilizasyon ve taburculuk süresini kısalttığı belirlenmiştir.³⁷ Kanıta dayalı rehberlerde sakız çiğnemenin bağırsak hareketlerini artırdığı belirtiliyor [**Kanıt düzeyi: orta, Öneri derecesi: zayıf**] olmakla birlikte; sakız çiğneme uygulamalarına ilişkin kanıt düzeyi yüksek çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.³⁸

Laparoskopik kolesistektomi sonrası gastrointestinal sisteme olumlu etkileri olduğu bilinen bir diğer uygulama ise erken oral hidrasyondur.³⁹⁻⁴¹ Laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalar ile yürütülen randomize kontrollü çalışmada, ameliyat sonrası dördüncü saatte 200 ml ılık su verilmeye başlayan hastalarda, ameliyat sonrası sekizinci saatte oral beslenme başlayan hastalara kıyasla ilk gaz çıkarma, defekasyon ve hastanede kalma süresinin daha kısa olduğu belirlenmiştir.⁴² Bunların yanı sıra laparoskopik kolesistektomi sonrası akupresür uygulaması bağırsak hareketlerini hızlandırarak, ameliyat sonrası defekasyon süresini kısaltan güvenli bir hemşirelik uygulaması olarak önerilmektedir.³⁰

KOMPLİKASYONLARIN YÖNETİMİ

Özellikle açık cerrahi uygulanan hastalar daha geç mobilize olmaları, hareketlerinin sınırlı olması, derin nefes egzersizlerini etkili yapamamaları, ileri yaş gibi faktörler

nedeniyle bazı (pnömoni ve tromboflebit vb.) postoperatif komplikasyonlara daha yatkın hale getirmektedir. Bu komplikasyonlar arasında kanama, laparoskopik kolesistektomi sonrası az görülen ancak ciddi sonuçlara yol açabilen bir komplikasyondur. Bu doğrultuda kanama belirtileri yönünden hastanın sık izlemi gerekmektedir.⁴³ Yine safra kesesi cerrahisi uygulanan hastalarda safra drenajına bağlı cilt bütünlüğünde bozulma görülebilmektedir. Cilt bütünlüğünü korumak ve olası komplikasyonları önlemek için drenajın ciltle teması önlenmelidir. Bunun yanı sıra T-tüp bulunan hastalarda drenaj miktarının izlenmesi ve drenajın 24 saatte 500 cc üzerine çıkması durumunda hekime haber verilmesi gerekmektedir.⁴⁴

Öneri düzeyi yüksek çalışmalar bulunmamakla birlikte hasta eğitimi postoperatif komplikasyonların önlenmesinde etkili yöntemlerden biridir. Özellikle teknolojiye gelişmelere bağlı olarak günümüzde laparoskopik kolesistektomi sonrası hastanede yatış süresi kalmıştır. Bu nedenle hasta ve ailenin evde geçirecekleri iyileşme süresine yönelik eğitimleri çok önemlidir. Bu kapsamda safra kesesi cerrahisi uygulanan hastaya hemşireler;

- T-tüp bakımı,
- Günlük yaşam aktivitelerine dönüş,

■ Bulantı, kusma, abdominal distansiyon ve vücut ısısında artış olması durumunda en yakın sağlık kuruluşuna başvurmaları,

■ Yara bölgesinde kızarıklık, şişme, renksiz gaita, koyu renk idrar ve sarılık belirtilerinden her hangi birinin görülmesi durumunda hastaneye başvurulmaları,

■ İlaç kullanımı,

■ Beslenme konusunda eğitim verilmelidir.^{45,46}

Sonuç olarak günümüzde olumlu hasta çıktıları, hastanelerin birincil tedavi ve bakım hedeflerindedir.⁴⁷ Bu hedefe ulaşmadaki temel basamak kurumlarda multidisipliner ekip yaklaşımının benimsenmesidir. Multidisipliner ekip içerisinde sürekli olarak hastalarla yakın temas halinde çalışan hemşirelerin hasta bakımında önemli rolleri bulunmaktadır. Teknolojideki hızlı gelişmeler özellikle cerrahi hastasının tedavi ve bakım sürecinde önemli değişikliklere neden olmuştur. Bu kapsamda hemşirelik bakımının güncel rehberler ve sağlık sistemindeki gelişmelere paralel olarak değişiklik göstermesi kaçınılmazdır. Özellikle hemşireler tarafından gerçekleştirilen uygulamaların klinik sonuçlarının değerlendirildiği çalışmalar ve hastalıklara özgü bakım rehberlerinin oluşturulması hemşirelik bakımının daha sistematik olmasına katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Littlefield A, Lenahan C. Cholelithiasis: Presentation and management. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2019;64(3):289-97.
2. Mahadevan V. Anatomy of the gallbladder and bile ducts. *Surgery (Oxford)*. 2020;38(8):432-36.
3. Jones MW, Hannoodee S, Young M. Anatomy, Abdomen and Pelvis, Gallbladder [Internet]. StatPearls Publishing. 2021 [Erişim tarihi: 28 Kasım 2022]. Erişim linki: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459288/>
4. Housset C, Chrétiën Y, Debray D, Chignard N. Functions of the gallbladder. *Compr Physiol*. 2016;6(3):1549-77.
5. Lam R, Zakko A, Petrov JC, Kumar P, Duffy AJ, Muniraj T. Gallbladder disorders: a comprehensive review. *Disease-a-Month*. 2021;67(7):101130.
6. Tanaja J, Lopez RA, Meer JM. Cholelithiasis. [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [Erişim tarihi: 15 Ağustos 2022]. Erişim linki: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470440/>
7. Jones MW, Gnanapandithan K, Panneerselvam D, Ferguson T. Chronic Cholecystitis. [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [Erişim tarihi: 15 Ağustos 2022]. Erişim linki: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470236/>
8. Kogha N, Ikubor JE, Emuoghenerue EO, Abolodje E, Nwajei IA, Agboge RE. Influence of sociodemographic and anthropometric factors on gallbladder volume in pregnancy in a tertiary hospital in nigeria. *Oman Medical Journal*. 2022;1;37(6).
9. Song J, Chen J, Lin C. Therapeutic effect of laparoscopic cholecystectomy on patients with cholelithiasis complicated with chronic cholecystitis and postoperative quality of life. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*; 2022. p.1-6.
10. Wilkins T, Agabin E, Varghese J, Talukder A. Gallbladder dysfunction: cholecystitis, choledocholithiasis, cholangitis, and biliary dyskinesia. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 2017;44(4):575-97.
11. McNicoll CF, Pastorino A, Farooq U, St Hill CR. Choledocholithiasis. [Internet]. StatPearls Publishing, 2021 [Erişim tarihi: 17 Ağustos 2022]. Erişim linki: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441961/>
12. Nilo C, Agno MN, Dakila P, Bongala DA, Quebral JD, Salud AJM, et al. Evidence-based clinical practice guidelines on bile duct stones. *Philippine Society of General Surgeons Inc.(PSGS) Clinical Practice Guidelines*. 2015. p.3.
13. Gallaher JR, Charles A. Acute cholecystitis: A review. *JAMA*. 2022;327(10):965-75.
14. Hundal R, Shaffer, EA. Gallbladder cancer: epidemiology and outcome. *Clinical Epidemiology*. 2014;6:99-109.
15. Turan İ, Özütemiz AÖ, Ersöz G, Karasu Z, Günşar F, Tekin F ve ark. Karaciğer, safra kesesi ve safra yolu kanserlerinde epidemiyoloji ve sağ kalım özellikleri. *Ege Tıp Dergisi*. 2019:78-87.
16. Schmidt MA, Marcano-Bonilla L, Roberts LR. Gallbladder cancer: epidemiology and genetic risk associations. *Chinese Clinical Oncology*. 2019;8(4):31.
17. Jones MW, Guay E, Deppen JG. Open Cholecystectomy. [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [Erişim tarihi: 17 Ağustos 2022]. Erişim linki: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448176/>
18. Yang K, Shao X, Lv X, Yang F, Shen Q, Fang J, et al. Chen W. Perioperative psychological issues and nursing care among patients undergoing minimally invasive surgeries. *Laparoscopic, Endoscopic and Robotic Surgery*. 2022;5(3):92-9.

19. Pateriya A, Agrawal MP, Samar SK. Open versus laparoscopic cholecystectomy: a comparative study on patient parameters. *International Surgery Journal*. 2021;8(6):1767-71.
20. van Dijk AH, de Reuver PR, Besselink MG, van Laarhoven KJ, Harrison EM, Wigmore SJ, et al. Boermeester MA Assessment of available evidence in the management of gallbladder and bile duct stones: a systematic review of international guidelines. *HPB*. 2017;19(4):297-309.
21. Li S, Bai J, Wei W, Liu X, Shen Y. Effect of systematic nursing on the stress response and recovery of gastrointestinal function in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *American Journal of Translational Research*. 2021;13(8):9647-54.
22. Altınbaş BC, Gürsoy A. Nurse-led web-based patient education reduces anxiety in thyroidectomy patients: A randomized controlled study. *International Journal of Nursing Practice*. doi: 10.1111/ijn.13131. Published online: 23 January 2023.
23. Sadati L, Pazouki A, Mehdizadeh A, Shoar S, Tamannaie Z, Chaichian S. Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2013;27(4):994-8.
24. Helminen H, Branders H, Ohtonen P, Saarnio J. Effect of pre-operative oral carbohydrate loading on recovery after day-case cholecystectomy: A randomized controlled trial. *European Journal of Anaesthesiology| EJA*. 2019;36(8):605-11.
25. Su SF, Nieh HC. Efficacy of forced-air warming for preventing perioperative hypothermia and related complications in patients undergoing laparoscopic surgery: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Practice*. 2018;24(5):e12660.
26. Kadriye A, Aygin D. Laparoskopik cerrahi sonrası ağrı ve hemşirelik bakımı. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016;1(2):17-22.
27. Feldheiser A, Aziz O, Baldini G, Cox BPBW, Fearon KCH, Feldman LS, et al. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for gastrointestinal surgery, part 2: consensus statement for anaesthesia practice. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 2016;60(3):289-334.
28. Schallom M, Tymkew H, Myers K, Prentice D, Sona C, Norris T, et al. Implementation of an interdisciplinary AACN early mobility protocol. *Critical Care Nurse*. 2020;40(4):e7-17.
29. Wang F, Peng P, Zheng Y, Cheng S, Chen Y. Effect of acupuncture on postoperative pain in patients after laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2023;13:2023.
30. Soyulu D, Kartın PT. The effect on gastrointestinal system functions, pain and anxiety of acupressure applied following laparoscopic cholecystectomy operation: a randomised, placebo-controlled study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2021;43:101304.
31. Sahin SY, Iyigun E, Can MF. Effect of acupressure application to the P6 acupoint before laparoscopic cholecystectomy on postoperative nausea-vomiting: A randomized controlled clinical study. *International Journal of Nursing Studies*. 2018;87:40-8.
32. Miranda LE, Silva Filho LD, Siqueira AC, Miranda AC, Rocha BR, Lima IV, et al. Effect of acupuncture on the prevention of nausea and vomiting after laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 2020;70(5):520-6.
33. Lee A, Chan SK, Fan LT. Stimulation of the wrist acupuncture point PC6 for preventing postoperative nausea and vomiting. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;2015(11):CD003281
34. Zeraatpishe F, Valiani M, Honarmand A, Aarabi A. The effect of a flexible family visit on nausea, vomiting, pain and physiological parameters after laparoscopic cholecystectomy in post-anesthesia care unit: A randomized controlled trial. *Perioperative Care and Operating Room Management*. 2021;25:100222.
35. Barbara KT, Nancy ES. *Perioperative care. Introductory medical surgical*, 10th ed. Chine: Wolters Kluwer Health; 2010. p.144-67.
36. Smeltzer SZ, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. *Postoperative Nursing Management. Textbook of Medical-Surgical Nursing Vol 1*. 12th ed. Wolters Kluwer Health; 2010. p.461-83.
37. Urcanoglu OB, Yıldız T. Effects of gum chewing on early postoperative recovery after laparoscopic cholecystectomy surgery: A randomized controlled trial. *Indian Journal of Surgery*. 2021;83:1203-9.
38. Melloul E, Lassen K, Roulin D, Grass F, Perinel J, Adham M, et al. Guidelines for perioperative care for pancreatoduodenectomy: enhanced recovery after surgery (ERAS) recommendations 2019. *World Journal of Surgery*. 2020;44(7):2056-84.
39. Henriques JR, Correia MITD. Are postoperative intravenous fluids in patients undergoing elective laparoscopic cholecystectomy a necessity? A randomized clinical trial. *Surgery*. 2018;163(4):721-25.
40. Wu M, Yang L, Zeng X, Wang T, Jia A, Zuo Y, et al. Safety and feasibility of early oral hydration in the postanesthesia care unit after laparoscopic cholecystectomy: a prospective, randomized, and controlled study. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2019;34(2):425-30.
41. İrmak B, Bulut H. Abdominal Cerrahi Sonrasında Bağırsak Fonksiyonlarını Artırmada Farmakolojik Olmayan Yöntemlerin Kullanımı: Kanıtlar Ne Diyor?. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021;14:336-50.
42. Çaliskan N, Bulut H, Konan A. The effect of warm water intake on bowel movements in the early postoperative stage of patients having undergone laparoscopic cholecystectomy: a randomized controlled trial. *Gastroenterology Nursing*. 2016;39(5):340-7.
43. Öztürk A, Atalay T, Karaköse Y, Çipe G, Akinci ÖF. Laparoskopik kolesistektomi sonrası kanama: nadir ama önemli bir komplikasyon. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*. 2015;49(4):274-8.
44. Sayın Y. *Hepatopankreatobilier Sistemin Cerrahi Hastalıkları*. Çelik S, editör. *Cerrahi Hemşireliğinde Güncel Uygulamalar*. 1. Baskı. Antalya: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi; 2021. p.526.
45. Gurusamy KS, Vaughan J, Davidson BR. Formal education of patients about to undergo laparoscopic cholecystectomy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014;2014(2):CD009933.
46. Peng Y, Wan H, Hu X, Xiong F, Cao Y. Internet+Continuous Nursing Mode in Home Nursing of Patients with T-Tube after Hepatolithiasis Surgery. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*. 2022;2022:9490483.
47. Nestler N. Nursing care and outcome in surgical patients-why do we have to care? *Innovative Surgical Sciences*. 2019;4(4):139-43.