

تحقیقی

اثر زمان شروع رژیم مایعات در برگشت حرکات رودهای و رضایتمندی زنان نخست‌زا متعاقب سزارین انتخابی تحت بیهوشی عمومی

فرائک صفدری ده چشمه*^۱، تهمنه صالحیان^۲، مهدی صفری^۳، نسرين اکبری^۱، فاطمه دریس^۴، محبوبه نوربخشیان^۵

۱- مری، عضو هیأت علمی گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی رحمتیه، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد. ۲- مری، عضو هیأت علمی گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی ایران شهر، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان. ۳- مری، عضو هیأت علمی گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران. ۴- مری، عضو هیأت علمی گروه آمار، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد. ۵- کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، بیمارستان هاجر شهرکرد.

چکیده

زمینه و هدف: اعمال جراحی شکمی و از جمله جراحی‌های ژنیکولوژیک در بیماران سبب اختلال در حرکات معدی روده‌ای می‌شود. تغذیه زودرس و حرکت بیمار از مداخلات غیردارویی هستند که ممکن است در برگشت حرکات روده مفید واقع گردند. شروع زودرس تغذیه پس از سزارین هنوز به‌طور روتین در بیمارستان‌ها اجرا نمی‌شود. این مطالعه به منظور تعیین اثر مایع درمانی خوراکی زودرس بر بازگشت عملکرد روده و رضایتمندی زنان نخست‌زا پس از عمل سزارین انتخابی تحت بیهوشی عمومی انجام شد.

روش بررسی: این کار آزمایی بالینی روی ۱۲۰ زن نخست‌زا پس از سزارین انتخابی تحت بیهوشی عمومی در بیمارستان هاجر شهرکرد طی شش‌ماه اول سال ۱۳۸۷ انجام شد. زنان به صورت تصادفی در دو گروه ۶۰ نفری مداخله و کنترل قرار گرفتند. در گروه مداخله تغذیه زودرس با مایعات شفاف ۴ ساعت بعد از عمل، بدون در نظر گرفتن صدای روده و تغذیه جامد پس از سمع صدای روده انجام شد. تغذیه گروه کنترل ۱۲ ساعت بعد از عمل با مایعات آغاز و در صورت تحمل، رژیم نرم و در وعده بعدی غذای معمولی دریافت نمودند. برگشت حرکات روده، زمان شروع حرکت بیمار، رضایتمندی و ترخیص از بیمارستان و عوارض در دو گروه با هم مقایسه گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-15 و آزمون‌های آماری کای اسکوئر، تی تست، آنالیز واریانس یک‌طرفه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین فاصله زمانی سمع صدای روده $9/5 \pm 1/38$ ساعت در برابر $12/5 \pm 2/5$ ، دفع گاز $15/7 \pm 3/61$ در برابر $23/4 \pm 4/8$ ساعت، زمان احساس حرکات روده $10/8 \pm 1/99$ در برابر $15/7 \pm 3/4$ ساعت و دفع مدفوع $18/9 \pm 3/65$ در برابر $23/4 \pm 4/8$ ساعت) در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به صورت معنی‌داری کوتاه‌تر بود ($P < 0/05$). راه رفتن و پایین آمدن از تخت در گروه مداخله $14/1$ ساعت) زودتر از گروه کنترل $18/8$ ساعت) بود ($P < 0/05$). رضایتمندی گروه مداخله به طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که تغذیه زودرس مایعات بعد از عمل سزارین انتخابی در مقایسه با روش معمول با برگشت سریع‌تر حرکات روده‌ای، تحرک سریع‌تر فرد و افزایش رضایتمندی همراه است.

کلید واژه‌ها: تغذیه زودرس، مراقبت پس از عمل، ایلتوس، سزارین انتخابی، رضایتمندی

* نویسنده مسؤول: فرائک صفدری ده چشمه، پست الکترونیکی faranaksafdari@gmail.com

نشانی: شهرکرد، رحمتیه، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی، تلفن ۳۳۳۵۶۴۸ - ۰۳۸۱، شماره ۳۳۴۶۷۱۴

وصول مقاله: ۸۹/۵/۱۰، اصلاح نهایی: ۸۹/۱۲/۲۳، پذیرش مقاله: ۹۰/۲/۲۴

مقدمه

در عصر حاضر سزارین یکی از مهم‌ترین و شایع‌ترین اعمال جراحی در طب زنان است. از گذشته اعتقاد بر این بوده که بیماران پس از جراحی ژنیکولوژی از جمله سزارین باید تا مدتی از راه دهان مواد غذایی دریافت نکنند و برگشت حرکات روده یک عامل مهم برای شروع تغذیه محسوب شده است. امروزه به دنبال نتایج به دست آمده از کارآزمایی‌های بالینی، این باور با چالش‌های جدی روبرو شده است. هرچند در برخی از مطالعات نشان داده شده که تغذیه دهانی زودرس پس از سزارین، علاوه بر کاهش هزینه‌ها، بی‌خطر نیز می‌باشد. با این وجود نگرانی در مورد احتمال بروز علائم گوارشی به دنبال آغاز سریع تغذیه دهانی کماکان وجود دارد (۱) و علی‌رغم مطالعات مختلف در سراسر دنیا هنوز شواهد کافی برای ایمن بودن تغذیه زودرس بعد از سزارین وجود ندارد و کماکان در کتب مرجع ناشتا ماندن طولانی بعد از سزارین توصیه شده است (۲). از طرفی تاخیر در شروع تغذیه نیز منجر به کاتابولیسم بیشتر، ترمیم دیرتر زخم، افزایش احتمال وقوع عفونت و نیاز به تغذیه وریدی را بیشتر می‌کند که خود منجر به افزایش اقامت در بیمارستان و بار هزینه‌ای فراوان برای سیستم سلامت خواهد بود (۳).

علی‌رغم این در سزارین بر خلاف سایر اعمال جراحی بزرگ شکمی با کمترین میزان دستکاری بر روده‌ها صورت می‌گیرد و مدت عمل نیز کوتاه و برای سزارین بدون عارضه ۶۰-۴۰ دقیقه می‌باشد؛ هنوز هم ایلئوس یکی از شایع‌ترین مشکلات بعد از سزارین است که به علت تجمع ترشحات و گاز منجر به تهوع و استفراغ، نفخ و درد شکم می‌شود که خود سبب ناراحتی، اختلال در تغذیه، کند شدن روند بهبودی و افزایش مدت اقامت فرد در بیمارستان می‌گردد (۴). این امر علاوه بر تحمیل هزینه بالا به خانواده‌ها و دولت و افزایش خطر عفونت‌های بیمارستانی برای مادر و نوزاد منجر به کاهش تخت‌های خالی نیز می‌شود (۵). مطالعات مختلف نشان‌دهنده اثرات مفید تغذیه زودرس بوده‌اند (۶-۹). در مطالعه Chantarasorn و Tannirandorn تغذیه زودرس علائم ایلئوس را کاهش داد (۶). مطالعه Malhotra و همکاران (۷) و Adupa و همکاران (۸) نیز موید بهبود و ترخیص سریع‌تر و

سمع زودتر صدای روده در گروه مداخله بود.

در مطالعه ۱۸ ماهه Benhamou و همکاران یک ساعت پس از سزارین مایعات و ۶ ساعت پس از عمل غذای جامد شروع و رضایتمندی بیماران از تغذیه زودرس بیشتر بود (۹). در سایر مطالعات مشابه ایرانی از جمله مطالعه لرزاده میزان بروز عوارض ایلئوس در دو گروه شروع زودرس مایعات و تغذیه دیررس مشابه بود (۱۰) و برخی نیز رابطه شروع تغذیه زودرس ۶ تا ۸ ساعت بعد از عمل را با زمان برگشت حرکات روده مورد بررسی قرار دادند؛ اما میزان رضایتمندی بیماران را مورد سنجش قرار ندادند (۵). با عنایت به روند رو به رشد سزارین در دهه اخیر، تلاش در جهت کاهش عوارض و افزایش رضایتمندی از این عمل جراحی مورد توجه قرار گرفته است. لذا این مطالعه به منظور تعیین اثر مایع درمانی خوراکی زودرس بر بازگشت عملکرد روده و رضایتمندی زنان نخست‌زا پس از عمل سزارین انتخابی تحت بیهوشی عمومی در مقایسه با روش روتین در بیمارستان هاجر شهر کرد انجام شد.

روش بررسی

این کارآزمایی بالینی یک سوپه کور روی ۱۲۰ زن نخست‌زا پس از سزارین انتخابی تحت بیهوشی عمومی در بیمارستان هاجر شهر کرد طی شش ماه اول سال ۱۳۸۷ انجام شد.

این مطالعه با کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد انجام شد. از افراد شرکت کننده در مطالعه رضایت نامه آگاهانه کتبی اخذ شد. همچنین اطلاعات این مطالعه در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران (IRCT) با شماره IRCT13890222265N1 ثبت شده است.

شرایط ورود به مطالعه شامل انجام عمل سزارین توسط یک متخصص زنان، برش پوستی فانتیل و برش رحمی عرضی، ناشتا بودن حداقل ۸ ساعت قبل از عمل، استفاده از بیهوشی عمومی، دریافت آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی حداکثر ۴دوز (وریدی) بود.

معیارهای خروج از مطالعه شامل سابقه جراحی شکمی یا سزارین، پره‌اکلامپسی، دیابت، بیماری قلبی، افراد در معرض خطر اسپیراسیون و بروز ایلئوس (مثل سابقه رادیاسیون،

به دیگران با طیف ۵ موردی از کاملاً ناراضی تا کاملاً راضی در دو گروه مداخله و کنترل بررسی و با یکدیگر مقایسه شد. تمام بیماران ۱۰-۷ روز بعد از ترخیص برای کشیدن بخیه‌ها ویزیت مجدد شدند.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-15 و آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی (کای اسکوئر، تی تست، آنالیز واریانس یک‌طرفه و مقایسه جفتی با آزمون شفه) تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

متوسط سن افراد در گروه تغذیه زودرس با مایعات ۲۵/۹±۴/۵ و در گروه کنترل ۲۶/۶±۴/۴۶ سال بود. افراد دو گروه تغذیه زودرس با مایعات و کنترل از نظر ویژگی‌های دموگرافیک (سن، سن حاملگی، تعداد حاملگی، وزن، مدت عمل جراحی، تعداد سقط و کورتاژ) همگن بودند (جدول یک).

با استفاده از آزمون‌های آنالیز واریانس یک‌طرفه و تی مستقل، برگشت حرکات روده در دو گروه مداخله و کنترل اختلاف آماری معنی‌داری داشتند ($P < 0/001$). بدین ترتیب که برای ارزیابی زمان برگشت حرکات روده میانگین چهار عامل زمان شروع دفع گاز، زمان شروع دفع مدفوع، زمان سمع صدای روده و زمان احساس حرکات روده در دو گروه تغذیه زودرس با مایعات و کنترل مقایسه گردید و در تمام موارد میانگین زمانی در گروه تغذیه زودرس با مایعات به‌طور معنی‌داری از گروه کنترل کمتر بود ($P < 0/001$). همچنین میانگین زمانی هر چهار عامل در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری از گروه کنترل کمتر بود (جدول ۲). با استفاده از آزمون‌های آنالیز واریانس یک‌طرفه و تی مستقل اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر طول مدت بستری در بیمارستان وجود نداشت.

در مورد میزان رضایتمندی دو گروه از مراقبت‌های صورت گرفته؛ آزمون کای اسکوئر اختلاف آماری معنی‌داری را نشان داد ($P < 0/001$).

علایم ایلیوس در دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری را نشان نداد؛ اما یافته‌ها نشان داد که زنان گروه مداخله (۱/۱۴ ساعت) نسبت به کنترل (۸/۱۸ ساعت) راه رفتن و پایین آمدن

آناستوموز و افراد دریافت کننده آرامبخش زیاد)، انصراف بیمار از ادامه شرکت در مطالعه، عوارض بعد از عمل (مانند آتونی رحم، آنتی‌بیوتیک‌تراپی بیش از ۴ دوز)، عوارض حین عمل (مانند چسبندگی شدید و تزیق خون، آسیب به روده و مثانه، ترخیص با رضایت شخصی، طول عمل بیش از ۹۰ دقیقه، استفاده از سولفات منیزیم به خاطر احتمال تهوع)، سابقه بدخیمی، بیماری‌های انسدادی و التهابی روده و صدمات و دستکاری‌های بیش از حد روده بود.

بعد از عمل زنان به صورت تصادفی در دو گروه ۶۰ تایی تغذیه زودرس با مایعات (مداخله) و کنترل قرار گرفتند. گروه مداخله ۴ ساعت بعد از عمل سزارین از وضعیت ناشتا خارج و تغذیه با آب میوه، چای شیرین و کم‌رنگ شروع شد. در صورت تحمل رژیم مایعات، رژیم نرم و در وعده بعدی غذای معمولی دریافت نمودند. گروه کنترل از مراقبت روتین بخش برخوردار بود. به این ترتیب که تغذیه آنها ۱۲ ساعت بعد از عمل با مایعات آغاز و در صورت تحمل رژیم مایعات، رژیم نرم و در وعده بعدی غذای معمولی دریافت نمودند. داده‌ها توسط چک لیست و رجوع به پرونده افراد تحت مطالعه، توسط پژوهشگر تکمیل شد.

برای ارزیابی زمان برگشت حرکات روده میانگین چهار عامل زمان شروع دفع گاز، زمان شروع دفع مدفوع، زمان سمع صدای روده و زمان احساس حرکات روده در دو گروه تغذیه زودرس با مایعات و کنترل با هم مقایسه گردید.

سمع صدای روده در هر دو گروه هر یک ساعت تا برگشت صدای روده توسط کمک پژوهشگری صورت گرفت که از اهداف و گروه‌های مطالعه بی‌اطلاع بود. به بیماران و همراهان آموزش داده شد که زمان شروع دفع گاز، شروع دفع مدفوع و زمان احساس حرکات روده را در چک‌لیستی که در اختیار داشتند؛ ثبت نمایند.

همچنین زمان پایین آمدن از تخت، ترخیص از بیمارستان و میزان رضایتمندی از مراقبت‌های ارائه شده در دو گروه با هم مقایسه گردید. رضایتمندی از مداخلات انجام شده توسط پرسشنامه شامل ۵ سوال در خصوص رضایتمندی از زمان آغاز تغذیه، زمان توانایی حرکت و خروج از تخت، مدت اقامت در بیمارستان، تمایل به استفاده از این روش در آینده، پیشنهاد آن

جدول ۱: متغیرهای دموگرافیک سن، سن حاملگی، تعداد حاملگی، سن، وزن، تعداد بارداری و کورتاژ در دو گروه مداخله و کنترل

سن (سال)	سن حاملگی	تعداد حاملگی	وزن (کیلوگرم)	طول عمل جراحی	تعداد سقط	کورتاژ
۲۶/۱±۴/۹۸	۳۸/۹±۱/۰۸	۱/۵±۰/۸۱	۷۴/۸±۱۰/۸	۳۰/۳۳±۸/۴۰	۰/۰۶±۰/۲۵	۰/۰۶±۰/۲۵
۲۶/۶±۴/۴۶	۳۸/۴±۱/۰۵	۱/۸۶±۱	۷۵/۵±۱۰/۸	۳۱/۱۶±۸/۷۷	۰/۱۳±۰/۰۵	۰/۱۶±۰/۳۷

جدول ۲: مقایسه میانگین متغیرهای برگشت حرکات روده در دو گروه مداخله (شروع زودرس مایعات) و کنترل بر حسب ساعت

زمان شروع دفع گاز	زمان شروع دفع مدفوع	زمان احساس حرکات روده	زمان سمع صدای روده	p-value
۱۵/۷±۳/۶۱	۱۸/۹±۳/۶۵	۱۰/۸±۱/۹۹	۹/۵±۱/۳۸	<۰/۰۰۱
۲۲/۴±۴/۱۹	۲۳/۴±۴/۸۵	۱۵/۷±۳/۴۴	۱۲/۵±۲/۵۰	

از تخت را زودتر آغاز کردند ($P < 0/001$).

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که شروع زودرس تغذیه مایعات پس از عمل سزارین انتخابی با کاهش زمان شروع دفع گاز، زمان شروع دفع مدفوع، زمان سمع صدای روده و زمان احساس حرکات روده همراه بود. همچنین زنان گروه مداخله به طور معنی داری زودتر از تخت خارج شدند و به راه رفتن اقدام نمودند و رضایتمندی بیشتری را بیان نمودند. در عین حال علایم خفیف و شدید انسداد روده در هیچ کدام از گروه‌های مداخله و کنترل مشاهده نگردید.

مطالعه Orzji و همکاران در نیجریه (۱۱) با شروع تغذیه زودرس ۸ ساعت پس از عمل، از نظر کاهش فاصله زمانی جراحی تا شروع سمع صدای روده، زمان دفع گاز، زمان و احساس حرکات روده در گروه تغذیه زودرس و نیز عدم تفاوت در علایم ایلئوس پارالیتیک در گروه مداخله و کنترل با مطالعه ما هم خوانی داشت.

در مطالعه Chantarasorn و Tannirandom در تایلند (۶) با استفاده از بی حسی ناحیه‌ای و زمان شروع تغذیه زودرس ۸ ساعت پس از عمل جراحی، شروع حرکت روده در گروه مورد کوتاه تر بود که مشابه نتایج مطالعه ما می باشد. تفاوت این مطالعه با مطالعه حاضر در نوع بی حسی و زمان شروع تغذیه بود. همچنین میزان علایم ایلئوس در گروه شروع تغذیه زودرس به طور معنی داری از گروه تغذیه کمتر بود که با مطالعه ما متفاوت است. به عبارتی دیگر در مطالعه حاضر علایم ایلئوس تفاوتی نشان نداد و شروع زود هنگام رژیم

مایعات متعاقب سزارین کاهش یا افزایشی در مشکلات گوارشی ایجاد نکرد. این اختلاف می تواند به علت نوع بیهوشی و بی حسی در دو مطالعه باشد.

در مطالعه Teoh و همکاران (۱۲) که روی سزارین‌های تحت بی حسی نخاعی صورت گرفت؛ رژیم غذایی گروه مداخله ۳۰ دقیقه بعد از عمل و در گروه کنترل ۲ ساعت پس از عمل شروع شد. زمان دفع گاز، دفع مدفوع و زمان شروع پایین آمدن از تخت در گروه مداخله به طور معنی داری از گروه کنترل کمتر بود که مشابه نتیجه مطالعه حاضر است. علایم ایلئوس نیز در گروه تغذیه زودرس بیشتر نبود؛ اما زمان ترخیص از بیمارستان در گروه مداخله زودتر بود که از این نظر با یافته مطالعه ما متفاوت است. در مطالعه ما تفاوتی در زمان ترخیص دو گروه مداخله و کنترل وجود نداشت که به دلیل ترخیص بیماران براساس روتین پزشکان است.

در مطالعه Malhotra و همکاران (۷) در گروه مورد ۶ ساعت بعد از خارج کردن لوله (postextubation) رژیم مایعات شروع و در گروه کنترل به طور روتین و سنتی بعد از شنیدن صدای روده مایع درمانی آغاز شد. نتایج این مطالعه نیز با مطالعه ما مشابهت دارد.

در مطالعه Adupa و همکاران (۸) علاوه بر برگشت سریع تر عملکرد روده در گروه مداخله، زمان شروع پایین آمدن از تخت نیز در این گروه به طور چشمگیری کوتاه تر از گروه کنترل بود که مشابه یافته مطالعه ما می باشد. این امر احتمالاً مربوط به هیدراتاسیون کافی و دریافت انرژی زودتر در گروه مداخله می باشد. علاوه بر آن همانند مطالعه حاضر تفاوتی در

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که تغذیه زودرس مایعات بعد از عمل سزارین انتخابی در مقایسه با روش معمول با برگشت سریع‌تر حرکات روده‌ای، تحرک سریع‌تر فرد و افزایش رضایتمندی همراه می‌باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح مصوب (شماره ۶۰۲/ط/۱۸/پ) معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد بود. بدین‌وسیله از آن معاونت محترم به خاطر حمایت مالی و کارکنان محترم بخش زنان بیمارستان هاجر شهرکرد که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند؛ سپاسگزاری می‌گردد.

References

1. Amini A, Mortazavi A, Nojoomi M. [Assessment of early oral feeding on gastrointestinal symptoms after cesarean delivery and total abdominal hysterectomy]. *J Iran Univ Med Sci.* 2005; 11(2):895-900. [Article in Persian]
2. Izbizky GH, Minig L, Sebastiani MA, Otaño L. The effect of early versus delayed postcaesarean feeding on women's satisfaction: a randomised controlled trial. *BJOG.* 2008 Feb; 115(3):332-8.
3. Lewis SJ, Egger M, Sylvester PA, Thomas S. Early enteral feeding versus "nil by mouth" after gastrointestinal surgery: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *BMJ.* 2001 Oct;323(7316):773-6.
4. Quah HM, Samad A, Neathey AJ, Hay DJ, Maw A. Does gum chewing reduce postoperative ileus following open colectomy for left-sided colon and rectal cancer? A prospective randomized controlled trial. *Colorectal Dis.* 2006 Jan;8(1):64-70.
5. Kiaie P, Ouladi B, Taleghani A. [Surveying the efficacy of early post operative alimentation after cesarean section on GI complications and prognosis]. *Pejouhandeh.* 2001; 6(1):31-6. [Article in Persian]
6. Chantarasorn V, Tannirandom Y. A comparative study of early postoperative feeding versus conventional feeding for patients undergoing cesarean section; a randomized controlled trial. *J Med Assoc Thai.* 2006 Oct;89 Suppl 4:S11-6.
7. Malhotra N, Khanna S, Pasrija S, Jain M, Agarwala RB. Early oral hydration and its impact on bowel activity after elective caesarean section--our experience. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005 May;120(1):53-6.

زمان ترخیص گروه مداخله و کنترل وجود نداشت.

در مطالعه ما رضایتمندی گروه مداخله به‌طور معنی‌داری بیش از گروه کنترل بود. علت این مورد احتمالاً به دلیل داروهای استفاده شده برای عمل سزارین است که سبب خشکی دهان می‌شوند و تغذیه زودرس علاوه بر رفع عطش و تشنگی، سبب دریافت انرژی زودتر و احساس توانمندی در شیردهی می‌گردد. از این نظر نتایج مطالعه ما با مطالعات Teoh و همکاران (۱۲)، Bar و همکاران (۱۳)، Izbizky و همکاران (۱۴) و مطالعه شفیع و همکاران (۱۵) مشابهت داشت.

8. Adupa D, Wandabwa J, Kiondo P. A randomised controlled trial of early initiation of oral feeding after caesarean delivery in Mulago Hospital. *East Afr Med J.* 2003 Jul;80(7):345-50.
9. Benhamou D, Técsy M, Parry N, Mercier FJ, Burg C. Audit of an early feeding program after Cesarean delivery: patient wellbeing is increased. *Can J Anaesth.* 2002 Oct;49(8):814-9.
10. Lorzadeh N, Ranjbar, Momennasab M. [The effect of early feeding on ileus symptoms in women with regional anesthesia for cesarean delivery]. *Iran J Obstet Gynecol Infertil.* 2001;4(9-10): 48-54. [Article in Persian]
11. Orji EO, Olabode TO, Kuti O, Ogunniyi SO. A randomised controlled trial of early initiation of oral feeding after cesarean section. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2009 Jan;22(1):65-71.
12. Teoh WH, Shah MK, Mah CL. A randomised controlled trial on beneficial effects of early feeding post-Caesarean delivery under regional anaesthesia. *Singapore Med J.* 2007 Feb;48(2):152-7.
13. Bar G, Sheiner E, Lezerovitz A, Lazer T, Hallak M. Early maternal feeding following caesarean delivery: a prospective randomised study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2008;87(1):68-71.
14. Izbizky GH, Minig L, Sebastiani MA, Otaño L. The effect of early versus delayed postcaesarean feeding on women's satisfaction: a randomised controlled trial. *BJOG.* 2008 Feb; 115(3):332-8.
15. Shafiei A, Ghadirian P. [The comparison of liquid diet starting 6 and 12 hours after cesarean delivery]. *J Gorgan Uni Med Sci.* 2004;6(1):46-50. [Article in Persian]

Original Paper

Effect of initiation time of oral hydration on the return of bowel function and woman's satisfaction after elective caesarean section in primiparous women

Safdari Dehcheshmeh F (MSc)*¹, Salehian T (MSc)², Safari M (MSc)³
Akbari N (MSc)¹, Deris F (MSc)⁴, Noorbakhshian M (BSc)⁵

¹Academic Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.

²Academic Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

³Academic Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁴Academic Instructor, Department of Health, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran. ⁵Midwifer, Hajar Hospital, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.

Abstract

Background and Objective: Abdominal operations as gynaecological procedures result in gastrointestinal dysmotility. Early feeding and ambulation are nonpharmacologic interventions which can be useful in re-initiation of bowel function. This study was done to evaluate the effect of early oral hydration on the return of bowel function and woman's satisfaction after elective caesarean section in primiparous women.

Materials and Methods: In this randomized clinical trial, 120 primiparous women undergone elective cesarean section were assigned to control and intervention groups in Hajar hospital, Shahrekord, Iran during 2007. In the interventional group, oral hydration with liquids was started 4 hours after surgery regardless of presence of bowel sounds and solid food was started after bowel sounds appeared. The control group received liquid diet 12 hours after the operation if it was tolerated, they were given soft diet and regular food at the next meal. The return of bowel activity, time of ambulating, satisfaction, discharge from the hospital and complications were compared in two groups. The data were analyzed using SPSS-15, Chi-Square, T and one way ANOVA tests.

Results: The mean postoperative time interval to first hearing of normal intestinal sounds in interventional versus control groups were (9.5±1.38 and 12.5±2.5 hours) the first passage of flatus (15.7±3.61 vs.22.4±4.1 hours), time to first sensation of bowel movement (10.8±1.99 versus 15.7±3.4 hours) and defecation (18.9±3.65 versus 23.4±4.85 hours). These differences were significant (P<0.05). Also discharge from the hospital (0.96±0.18 versus 1.1±34 days) were significantly shorter in interventional group (P<0.05). The women in the early feeding group got out of bed (patient mobilisation) earlier than their interventional group (14.1 hours versus 18.8 hours (P<0.05). Maternal satisfaction was significantly higher among the early fed women (P<0.05).

Conclusion: Early oral hydration after elective cesarean section associated with rapid resumption of intestinal motility and increased woman's satisfaction.

Keywords: Early feeding, Postoperative care, Ileus, Elective Cesarean Section, Satisfaction

* Corresponding Author: Safdari Dehcheshmeh F (MSc), E-mail: faranaksafdari@gmail.com

Received 1 August 2010

Revised 14 March 2011

Accepted 14 May 2011

This paper should be cited as: Safdari Dehcheshmeh F, Salehian T, Safari M, Akbari N, Deris F, Noorbakhshian M. [Effect of initiation time of oral hydration on the return of bowel function and woman's satisfaction after elective caesarean section in primiparous women]. J Gorgan Uni Med Sci. 2012; 14(1): 33-8. [Article in Persian]