



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

UNIVERSITETI I MJEKËSISË TIRANË
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKSORE TEKNIKE

DISERTACION

I

Paraqitur nga

Znj. Etleva RUSTAMI

Për marrjen e gradës shkencore

“DOKTOR NË SHKENCAT INFERMIERORE”

**TEMA: “ NDIKIMI I LINDJEVE ME SEXIO- CESAREA, KRAHASUAR
ME LINDJEN VAGINALE, LIDHUR ME SËMUNDSHMËRINË
AMËTARE DHE ATË NEONATALE”**

Udhëheqës Shkencor:

Prof. Dr. Nikita MANOKU

Tiranë 2016



UNIVERSITETI I MJEKËSISË TIRANË
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKSORE TEKNIKE
PROGRAM I DOKTORATËS

DISERTACION

I

Paraqitur nga

Znj. Etleva RUSTAMI

Për marrjen e gradës shkencore

“DOKTOR NË SHKENCAT INFERMIERORE”

**TEMA: “ NDIKIMI I LINDJEVE ME SEXIO- CESAREA, KRAHASUAR
ME LINDJEN VAGINALE, LIDHUR ME SËMUNDSHMËRINË
AMËTARE DHE ATË NEONATALE”**

Udhëhequr nga **Prof. Dr. Nikita MANOKU**

Mbrohet para jurisë më datë / / 2016

- | | |
|---------------------------------|-------------------|
| 1. Prof. Dr. Kiri Zallari | Kryetar Jurie |
| 2. Prof. Dr. Llukan Rrumbullaku | Anëtar (oponent) |
| 3. Prof. Dr. Gjergji Theodhosi | Anëtare (oponent) |
| 4. Prof. Dr. Skënder Skënderaj | Anëtare |
| 5. Prof. Dr. Pëllumb Pipero | Anëtar |

Tiranë 2016

DEKLARATË STATUORË

Nën përgjegjësinë time deklaroj se ky punim është shkruar prej meje, nuk është prezantuar asnjëherë para një institucioni tjetër për vlerësim dhe nuk është botuar i tëri ose pjesë të veçanta të tij.

Punimi nuk përmban material të shkruar nga ndonjë person tjetër përveç rasteve të cituara dhe referuara.

E drejtë e autorit © 2016. Të gjitha të drejtat i rezervohen autorit.

DËDIKIM

Dëshiroj të falenderoj të gjithë ata/ato që më mbështetën dhe që kontribuan për realizimin e këtij punimi, duke filluar nga Akademiqët që më Udhëhoqën, koleget/kolegët, që ndanë me mua shqetësime dhe ide, ashtu si edhe familjarët e pakursyer me mbështetjen e tyre në këtë rrugëtim të gjatë.

Ju jam mirënjohëse të gjithëve.

Së pari dhe mbi të gjitha, dua të falenderoj Dekanin e, “Fakultetit të Shkencave Mjekësore Teknike” Prof. Dr. Petrit BARA Që bëri të mundur hapjen e këtij kapitulli të ri për fakultetin tonë.

Së dyti dua të falenderoj, Udhëheqësin tim, Prof. Dr. Nikjta MANOKU, i cili më ka ndihmuar dhe mbështetur në gjithë punën time në Spitalin Universitar, Obstetrik- Gjinekologjik, “Mbretëresha Geraldinë” Tiranë.

Së treti dhe jo pak më të rëndësishëm, dua të falenderoj kolegët dhe ata që janë treguar me të vërtetë miq të pakursyer, Prof. Dr. Genc BURAZERI, Prof. Dr. Enver ROSHI, Dr. Elinda GJATA ju jam mirënjohëse që mu gjendët pranë, është fat të punosh me akademikë të vërtetë.

Faleminderit stafit të maternitetit, si dhe stafit të Repartit të Terapisë Intensive, që më ndihmuan gjatë këtij punimi.

Së fundi por jo nga rëndësia, familjen time për mbështetjen, durimin dhe ngrohtësinë për të mundur realizimin e këtij punimi.

Ju falenderoj të gjithëve

PASQYRA E LËNDËS

1. HYRJE	ix
1.1 Historiku	ix
1.2 Lindjet cezariane.....	xii
1.2.1 Frekuenca e lindjeve cezariane sipas literatures	xii
1.2.2 Disa nga arsyet, qe u pane te cilat rritën shkallën e lindjeve me s/c	xiii
1.2.3 Arsyet mjekësore të lindjes me rrugë s/c.....	xiv
1.2.4 Disa prej komplikacioneve amëtare, në perudhën post -sexio.....	xiv
1.2.5 Llojet e operacionit cezarian	xvi
1.3 Lindja vaginale.....	xviii
1.3.1 Shenjat që tregojnë që lindja është pranë	xviii
1.3.2 Lindja karakterizohet nga katër stade	xix
1.3.3 Stadi i parë	xix
1.3.4 Stadi i dytë.....	xx
1.3.5 Stadi tretë	xxi
1.3.6. Avantazhet e lindjes vaginale	xxii
1.3.7 Menaxhimi i lindjes vaginale....	xxii
1.4 Menaxhimi i lindjes me sexio (peripartum).....	xxiii
1.4.1 Menaxhimi post-sexio	xxiii
1.5 Procesi i kujdesjeve infermiore, në RTI.....	xxviii
2. QËLLIMI	1
3. OBJEKTIVAT	2
4. MATERIALI DHE METODA	3
4.1 Popullata në studim	3
4.2 Karakteristikat e grave që u përfshinë në studim	3
4.3 Mbledhja e të dhënave	4
5. ANALIZA STATISTIKORE	5
5.1 Variablat e studimit.....	5
5.2 Kartela TIP për mbledhjen e të dhënave	5
5.3 Analiza statistikore e të dhënave	5
6. REZULTATET	6
6.1 Lindjet 2004-2014	6
6.2 Përqindja e lindjeve me sexio nga 2004-2014	7
6.3 Statistikat në Bazë të rekordeve 2014.....	9
6.4 Prevalenca e lindjeve me sexio, sipas vend banimit	10
6.5 Arsyet e lindjeve me sexio, sipas diagnozave	12
6.6 Krahasimi i peshës së foshnjeve, sipas dy grupeve(vaginal vs s/c)	15
6.7 Krahasimi i moshës mesatre të gruas, sipas dy grupeve (vaginal vs s/c)	16
6.8 Krahasimi i moshës mesatare të barrës mes dy grupeve (vaginal vs s/c)	18
6.9 Lidhja mes gjinisë së foshnjeve dhe mënyrës së lindjes	21
6.10 Neonatët e ardhur në RTI 2014	22
6.11 Prevalenca e diagnozave hyrëse të rekordeve 2014, në RTI.....	23
6.12 Krahasimi i moshës mesatre të barrës në lidhje me dy grupet (vagina vs s/c).....	25
6.13 Krahasimi i peshës mesatare të barrës mes dy grupeve (vaginale vs s/c)	26
6.14 Foshnjat e trajtuara me oksigjeno-terapi në RTI	28
6.15 Krahasimi i ditëqëndrimit të foshnjeve në RTI, mes dy grupeve (vaginal vs s/c).....	30
7. DISKUTIMI	32
8. KONKLUZIONE	34
9. REKOMANDIME	40
8. REFERENCA	43

TABELA

tabela 1, Lindjet 2004-2014 (s/c vs vaginale)	6
tabela 2, Lindjet 2004-2014 (s/c në %), tendena kohore.....	7
tabela 3&4, Prevalenca e lindjeve me rrugë sexio-cezarea (fshat/qytet)	10
tabela 5&6, Prevalenca e gjëndjeve të rënda (diagnozave problematike te s/c).....	12
tabela 7, Arsyet mjeksore të lindjes me rrugë sexio-cezarea.....	13
tabela 8&9, Krahasimi i peshës mesatare në lindje mes dy grupeve(lindje vaginale vs. s/c).....	15
tabela 9&10, Krahasimi i moshës mesatare të gruas mes dy grupeve(lindje vaginale vs. s/c).....	16
tabela 11&12, Krahasimi i moshës mesatare të gruas mes dy grupeve qytet/fshat.....	17
tabela 13,14&15, Krahasimi i moshës mesatare te barrës mes dy grupeve.....	19
tabela 16&17, Lidhja mes gjinisë së foshnjeve dhe mënyrës së lindjes.....	21
tabela 18, Neonatët e ardhur në repartin e terapisë intensive(lindjevaginale vs c/s)	22
tabela 19&20, Prevalenca e gjëndjeve të rënda ne RTI (diagnozave problematike te s/c).....	23
tabela 21&22 Krahasimi i moshës mesatare te barrës mes dy grupeve lindje vaginale vs s/c.....	25
tabela 23&24, Krahasimi i peshës mesatare mes dy grupeve(lindje vaginale vs. s/c).....	27
tabela 25&26, Krahasimi i ditëqëndrimit mesatar mes dy grupeve(lindje vaginale vs. s/c).....	30

GRAFIKË

grafiku 1. Lindjet 2004-2014 (s/c vs vaginale)	8
grafiku 2. Lindjet 2014, lindje me rrugë (s/c vs vaginale)	9
grafiku 3. Lindjet 2014, lindje me rrugë (s/c vs vaginale, qytet/fshat.).....	11
grafiku 4. Lindjet me sexio-cezarea, në bazë të diagnostave hyrëse, në Obstetrikë.	14
grafiku 5. Diagnostat më frekvente grave shtatëzana.	14
grafiku 6. Krahasimi peshës mesatare në lindje mes dy grupeve (vaginale vs sexio)	16
grafiku 7. Moshë e lindjes së gruas fshat/qytet	18
grafiku 8. Moshë mesatare e barrës e shprehur në javë.....	20
grafiku 9. Neonatët e ardhur në repartin e terapisë intensive. lindje vaginale vs s/c.....	22
grafiku 10. Diagnostat e foshnjeve të ardhur në RTI.....	24
grafiku 11. Moshë e barrës në javë.....	26
grafiku 12. Peshë mesatare dhe deviacioni standard e fëmijëve të lindur.....	27
grafiku 13. Peshë mesatare e bebeve të lindura me rrugë vaginale vs s/c.....	28
grafiku 14. Neonatët e trajtuar me oksigjeno-terapi sipas diagnostave:	29
grafiku 15. Bebet që u trajtuan me oksigjeno-terapi.....	29
grafiku 16. Ditëqëndrimi i neonateve në RTI.....	31

ABSTRAKT

Tema

“Ndikimi i lindjeve me sexio- cesarea, krahasuar me lindjen vaginale, lidhur me sëmundshmërinë amëtare dhe atë neonatal.”

Qëllimi

Qëllimi i studimit është të vlerësojë situatën aktuale të të rritjes së numrit të lindjeve me rrugë sexio-cezarea në krahasim me lindjen vaginale, në sëmundshmërinë që sjell lindja me sexio-cezarea, te neonati, si dhe në rritjen e ditëqëndrimit në maternitet.

Objektivat

Të shqyrtohet trendi i lindjes me rrugë cezariane krahasuar me lindje vaginale, duke vlerësuar situatën e aktuale në vend.

Të evidentojmë pasojat e sexio-cezareas në lidhje me sëmundshmërinë, që sjell kjo mënyrë lindjeje te neonati.

Ky studim është prospektiv cross sexional, përfshin lindjet për vitin 2014, në maternitetin nr.1 të Tiranës “Mbretëresha Geraldinë” qendra spitalore universitare. Në këtë studim përfshihen lindjet me rrugë Sexio- Cezarea vs lindjet me rrugë vaginale. Gjithashtu në studim janë përfshirë dhe foshnjat e përfunduara në RTI.

Nr i lindjeve të përfshira në total ishte, 1792 rekorde, nga të cilat, 1132 (63%) janë lindje normale (vaginale), 660 (37%) janë lindje me Sexio-cezarea, dhe 629 foshnja të ardhura ne RTI, nga të cilat 154 (24.5%) ishin lindje normale dhe 475 (75.5%) ishin sexio-cezarea.

Në vitin 2004, përqindja e lindjeve me Sexio-Cezarea nga totali i të gjitha lindjeve ishte vetëm 28.2%, ndërsa në vitin 2014 kjo përqindje arriti në vlerën 36.5%. duket qartë që prevalenca e lindjeve me Sexio-cezarea, ka adhur në rritje. Gjithashtu prevalenca është më e lartë në qytet, në krahasim me fshatin, në vlerat (38.1% qytet vs. 31.7%, fshat përkatësisht).

Konkluzionet në lidhje me foshnjat e ardhura në RTI.

Pesha mesatare në lindje, është shumë më e lartë tek foshnjat me lindje vaginale (vlera mesatare: 3324±559), në krahasim me foshnjat e lindur me Sexio-cezarea. Mosha mesatare e nënave me lindje vaginale është shumë më e ulët (vlera mesatare: 26.6±5.1 vjec), në krahasim me nënat me lindje me Sexio-cezarea (vlera mesatare: 28.4±5.5). Mosha mesatare e barrës është shumë më e lartë tek lindjet vaginale (39.0±2.9), në krahasim me lindjet me Sexio-cezarea (36.8±1.9).

ABSTRACT

Topic

“Correlation between cesarean delivery vs vaginal delivery, associated with mother and neonatal morbidity”.

Objective

To investigate growth cesarian delivery vs vaginal delivery, in Albania.
To investigate the association between delivery caesarean sections and neonatal respiratory morbidity and the importance of timing of elective caesarean sections.

This study shall include all births with cesarian delivery and vaginal delivery, for 2014. Also this study concluded in the intensive care unit during 2014, carried out at “Mbretwresha Geraldinw” University Hospital Center of Obstetrics and Gynecology, Tirana. The study is prospective. The number of woman were 1972. The number of babies involved is 629, of which 154 (24.5%) were normal deliveries and 475 (75.5%) were C-section ones. According to the results, it is clearly noticed a considerable growth of the number of C-section deliveries which have been transfered at the intensive care unit. The prevalence of serious conditions in Respiratory, distress syndrome, persistent pulmonary of the newborn it’s serious, is much higher among C-section delivery (44.4%) versus vaginal delivery (18.8 %) and this difference is statistically highly significant. ($P < 0.001$).

Keywords: caesarean section, vaginal delivery, neonatal morbidity.

Design: Cohort study with prospectively collected data from 2014 birth cohort, Albania.

Setting: Obstetric department and neonatal department of a University Hospital Obstetric-Gynecology, “Mbretëresha Geraldinë” in Albania.

Participants: All liveborn woman and babies without , with gestational ages between 37 and 41 weeks, and delivered january 2014 (629 babies).

Main outcome measures:

Respiratory distress syndrome, persistent pulmonary of the newborn and serious respiratory morbidity (oxygen therapy for more than two days, nasal continuous positive airway pressure, or need for mechanical ventilation).

Results 2687 infants were delivered by caesarean section. Compared with newborns intended for vaginal delivery, an increased risk of respiratory morbidity was found for infants delivered by elective caesarean section.

Keywords: caesarean section, vaginal delivery, neonatal morbidity.

SHKURTESAT

- OBSH- Organizata Botëtore e Shëndetësisë.
- ACOG- Kolegji Amerikan i Obstetër-Gjinekologëve.
- SHBA- Shtetet e Bashkuara të Amerikës.
- UK- Mbretëria e Bashkuar.
- BE- Bashkimi European.
- S/C- lindje me rrugë sexio-cesarea.
- RTI- Reparti i terapisë intensive.
- HTA- Hipertension arterial.
- PROM- Rrëpturë e parakohshme e membranave.
- VBAC- Lindje vaginale pas një sexio-cesarea.
- VB- Lindje vaginale.
- SST- Sëmundje seksualisht të transmetueshme.
- AIDS- Sindrom i imunodeficensës humane.
- Soferencë fetale- Vuajtje fetale.
- Bebe prematurë- bebe i lindur para termit.
- IUGR- foshnjë me vonesë të rritjes intra-uterine.
- RDS- Sindrom i detresit respirator.
- SMH- Sëmundje e membranave hyaline.
- Podalik- Fetus me prezentacion me podiume.
- Preeklampsi- Rritja e tensionit arterial, në një nënë që para shtatzanisë ka qënë normotensive.
- Lindje s/c elective- përzgjedhje e vetë nënës për të lindur me s/c, pa indikacion medical të nevojshëm.
- Status post- sexio- lindje me rrugë sexio-cesarea, pasi ka lindur më parë me po këtë rrugë.
- E planifikuar- lindje me rrugë sexio-cesarea për indikacion medikal.
- Diabet mellitus- tipi i dytë i diabetit që zakonisht shfaqet te gratë shtatzana.
- Placenta previa- anormalitet i vendosjes, inserimit të placentës, placenta ka më tepër afersi me orificiumin extern.
- Distako placenta- anormalitet placentar që zakonisht lidhet me shkëputjen e placentes ne % të ndryshme nga vendi ku është inseruar.

- Mortalitet – vdekshmëri.
- Morbiditet- sëmundshmëri.
- Incidenca- rritja e numrit të rasteve të reja.
- Rekorde- monstra e popullatës të marra në studim, për një periudhë të caktuar kohore.
- Guidelines- protokollet e punës dhe kujdesit shëndetësor ndër botë, të definuara për çdo profesion shëndetësor.
- Indexi i Apgarit- index që përdoret nga stafi mjekësor i neonatologëve, nga minuta e parë deri në minutën e pestë të jetës së bebit të porsalindur.
- NICU- Njësia e terapisë intensive.
- O₂-terapia. Oksigjeno-terapi, kryesisht në bebe të RTI-së, me morbiditet të traktit respirator.
- Hb- hemoglobina.
- Ht-hematokriti.
- RBC- rruazat e kuqe të gjakut, eritrocitet.
- WBC- rruazat e bardha të gjakut, leukocitet.
- Rh- faktori rhesus që gjendet në sipërfaqen eritrocitare.
- I/V- intra venous, rruga e marrjes së medikamentit në rrugë intra venoze.
- Testi “t”- testi i studentit, test për metodologjinë e përpunimit të të dhënave (rekordeve)
- Testi X²- testi hi- katror, test për metodologjinë e përpunimit të rekordeve.

HYRJE

1.1 Historiku

Sexio-cesarea është një procedurë operative, e cila ka për qëllim lindjen e fëmijës nëpërmjet prerjes abdominale dhe murit të mitrës. Ky term nuk përdoret në rastin e heqes së barrës jashtë mitre^[1].

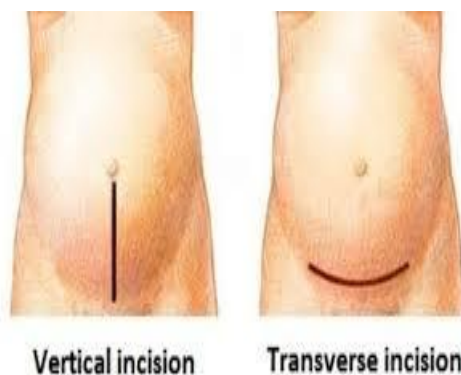


Fig 1. Sexio- cezarea

Fig. 2 Prerje longitudinale dhe transversal

Në kohët e lashta kjo procedurë, kryhej vetëm pas vdekjes së gruas. Në vitin 1610 u krye një sexio-cesarea në një grua të gjallë, gjë që më vonë u përsërit shpesh, por vdekshmëria amëtare ishte shumë e lartë.^[1,2]

Prejardhja e termit cezarian është e errët dhe madje janë sugjeruar tre shpjegime kryesore të mundshme. Së pari, sipas legendës, Julius Cesar, ka lindur në këtë mënyrë dhe për pasojë edhe procedura është bërë e njohur si operacion cezarian. Megjithatë ka disa rrethana të cilat nuk e mbështetin shpjegimin në fjalë. Nëna e Cesarit jetoi edhe shumë vjet pas lindjes së tij në vitin 100 p.e.s, ndërkohë që deri në shekullin e 17-të ky lloj operacioni ishte pandryshueshmërisht fatal.^[2]

Së dyti, operacioni, i realizuar si në të gjallë ashtu edhe në të vdekur, nuk përmendet nga ndonjë dokument mjekësor përpara Mesjetës. Detajet historike të origjinës së emrit të cezarit janë gjetur në monografine nga Picrell.^[2]

Shpjegimi i dytë i emrit të operacionit cezarian rrjedh nga ligji roman që supozohet që u ofrua në shekullin e 8 p.e.s, nga Numa Pompilius, që urdhëroi që procedura të bëhej tek gratë në javët e fundit të shtatzanësisë dhe me shpresën e shpëtimit të fëmijës së tyre. Ky rregull ose ligj mbretëror që më vonë u bë lex cesarea nga perandoret dhe vetë operacioni u bë i njohur si operacioni cezarian.^[2]

Shpjegimi i tretë i fjalës cezariane ka ardhur nga mesjeta nga fjala latine caedere që do të thotë me pre. Ky shpjegim ngjan më llogjik, por ekzaktesisht kur u aplikua për herë të parë ky operacion, gjithçka ishte e paqartë, sepse prerja vjen nga fjala latine sexo që gjithashtu nënkupton me pre. Në shekujt në vazhdim vihej re një mortalitet i theksuar amtar p.sh: Gjatë 90 viteve të fundit të 1876 asnjë nënë e vetme nuk i mbijetoi lindjes cezariane, por më 1879 Harris shënoi se lindjet cezariane ishin aktualisht më të

suksesshme kur u perfomuan nga vetë pacientët ose kur abdomeni hapej nga brirët e demit! ^[2]

Më vonë, një pjesë e rëndësishme e modifikimeve u rekomandua nga Kerr me 1926, ku u preferua më shumë mënyra transverse sesa incizioni uterin longitudinal. (fig. 1, 2)

1.2 Lindjet cezariane

1.2.1 Frekuenca e lindjeve sipas studimeve të literaturës

Nga 1965 deri në 1988 lindja cezariane në USA pati një rritje progressive me 4.5% nga të gjitha lindjet dhe nga viti 1970-1980 në botën lindore pati një rritje rreth 25%. (U.S Public Health Service 1991).^[3]

OBSH rekomandon që seksio cezarea duhet të bazohet vetëm në nevoja mjekësore.^[4]

Seksio - cezarea rezulton në rritje të mënyrës së lindjes, por në varfëri të lindshmërisë së grave, në lidhje me numrin e foshnjeve, kjo është më domethënëse për gratë me rrezik të ulët medikal gjatë shtatzanisë.^[4]

Sipas të dhënave nga OBSH në bashkëpunim me UNICEF, USAID, UNFPA dhe ministrinë e shëndetësisë. “Albania Demographic and Health Survey 2008-2009” Mars 2010fq 13.^[5]

Për vendin tonë, rezulton që përgjatë 5 viteve, 2005-2010, 19% e lindjeve janë realizuar me seksio-cezarea, 21% në gratë me lindje të parë, 23% në zonat urbane, 22% në Tiranë dhe 20% në regjionin bregdetar.

U vu re se, moshja me përqindje më të lartë e seksio-Cezareas ishte 35-49 vjec. Gratë me arsimim të lartë dhe kujdes më të mirë shëndetësor, ishin më të predispozuar, të zgjedhin lindjen me rrugë seksio-cesarea, kundrejt asaj vaginale.^[5]

Lindja cezariane për herë të parë, rrit munësinë për uljen e numrit e foshnjeve, kjo në ndryshim me lindjet vaginale, pasi me këtë rrugë nuk kemi kufizime në numrin e lindjeve.

Rekomandimet e protokolleve të ndryshme tregojnë që seksio cezarea, nuk duhet të bëhet para javës së 39 nëse gruaja nuk performon indikacione medikale.^[6,7]

Në 2012 sipas një studimi global rezultuan 23 milion seksio cezarea.^[4] Në disa vënde procedura e seksio cezareas ishte më frekvente, se sa e nevojshme, kështu që qeveritë dhe organizatat shëndetësore promovuan programe për të reduktuar përdorimin e seksio cezareas në favor të lindjes vaginale. Komuniteti ndërkombëtar i kujdesit shëndetësor ka konsideruar vlerat nga 10-15% si ideale për seksio - cezarea.

Një studim mbi zgjedhjen e mënyrës së lindjes tregon se nga viti 1990 kemi rritje 9.5% të lindjeve cezariane deri në 22.5% në vitin 2016.

(CDC/NCH, NATIONAL VITAL STATISTIC SYSTEM).^[3]

Rritja e këtij numri i atribuohet zgjedhjes elective, që çon në induktimin e lindjes para javës së 39.^[3,6]

Sot në studime të ndryshme në botë theksi vihet në praktikën e lindjes vaginale pas një lindje cezariane (VBAC), pra ardhja në jetë e një fëmije në rrugë vaginale, pas një lindje të mëparshme të një fëmije me rrugë cezariane (kirurgjikale).^[41]

“Në Kongresin Amerikan të Obstetërve - Gjinekologëve (ACOG)”.

Sipas shumë studimeve të bërë në këtë fushë, rezultoi që, lindja vaginale pas një operacioni (VBAC), është e lidhur, me uljen e morbiditetit nënës dhe një rrezik më të vogël të komplikimeve në shtatzënitë e ardhshme.^[42] Sipas Shoqatës amerikane Shtatzënia, 90% e grave që i janë nënshtruar për herë të parë lindjes me seksio-cezarea janë kandidatë për lindje me rrugë vaginale pas seksios (VBAC).^[43]

1.2.2 Disa nga arsyet që u panë, të cilat rritën shkallën e lindje me rrugë seksio-cezarea.

Shkalla e operacioneve cezariane nga 15.5%, u rrit me nga 37% , për femrat nulipare në javën e 37-të ose më shumë, edhe kur fetusi ishte me prezentim cefalik. (Departamenti Amerikan i shëndetit dhe i shërbimeve humane (2000), ky studim paraqitet i rifreskuar në 2010).^[3,8]

Arsyet pse vlerat për operacionet cezarianet janë katërfishuar ndërmjet 1965 e 1988 dhe kanë vazhduar që të ngrihen, nuk janë ende të qarta por mendohet se disa arsye janë:

- Gratë cdo ditë e më shumë zgjedhin te kenë më pak fëmijë, kështu gratë nulipare rrisin rrisin riskun për lindje cezariane të ardhshme, nëse zgjedhja e tyre e parë është lindja cezariane.
- Mesatarja e moshës maternale te gratë, është në rritje vitet e fundit, zgjedhja e grave nulipare për të bërë lindje cezariane rrit numrin e lindjeve cezariane^[3,8].
- Përdorimi i monitorimit elektronik fetal është mjaft i përhapur. Monitorimi elektronik zëvendësoi teknikën e auskultacionit dhe kjo teknikë u asociua me një rritje të shkallës së operacioneve cezariane, e shoqëruar me një rritje të distresit fetal dhe ulje vlerave të rrahjes së zemrës fetale^[2]. (see Chap. 18,p.444) .
- Në shumicën e rasteve të prezantimit të fetusit me pozicion jo të rregullt (podalik), kemi lindje cezariane^[2](see Chap. 24 p. 571)
- Incidenca e lindjeve me forceps dhe vakum ka rënë, dhe është zëvendësuar me lindje cezariane^[2] (see Chap. 23 p. 548)
- Vlerat e lindjes së induktuar vazhdojnë të rriten dhe kjo vecanërisht në nuliparet ka rritur rrisin riskun e operacioneve cezariane^[2] (see Chap. 22, p.536)
- Kur mjekët janë përballur me pasojat neurologjike të neonatit , ato kanë përfunduar në procese gjygsore. Kjo rrit përqindjen e seksio cezareas^[9] (Physicians Insurance Association of America , 1992)

1.2.3 Arsyet mjeksore të lindjes me cezareane

- Prezantim anormal fetal (pozicion me podium ose transverse)
- Lindje e zgjatur ose dështim i progresit të lindjes (distoci)
- Prolaps i kordonit umbilical
- Rupturë uterine
- Rritje e presionit të gjakut (HTA), i nënës ose fëmijës pas rupturës amiotike
- Rrahje të shpeshta të zemrës (takikardi) amtare ose fetale pas rupturës amiotike
- Probleme placentare (placenta previa ose placenta akreta)
- Dështim i induktimit të lindjes
- Dështim i instrumentave të lindjes si forcepsi ose ventuza
- Peshë e madhe e bebit (makrosomia >4000gr).
- Anormalitete të kordonit umbilical (vasa previa)
- Këto studime kanë arritur rezultate sinjifikative, në lidhje me potencialet e rrisqeve të rritura për komplikacione maternal ose fetale, të lindjes me rrugë cezariane^[10,11].

1.2.4 Disa faktorë që implikojnë lindjen vaginale dhe cojnë në vendimin e ndërhyrjes me rrugë sexio-cezarea

- Prezantim i parregullt, (paraqitje podalike ose pozicion transversal).
- Vështirsi gjatë lindjes ose dështim të saj (dystocia).
- Distresi fetal
- Prolaps kordoni
- Rupturë e uterusit
- Rritje e presionit të gjakut (hypertension)
- Rritje e rrahjeve të zemrës (tachycardia) te nëna ose te bebi, pas plasjes së membranave
- Dështim i lindjes me anë të instrumentave (si forceps ose ventouse (nganjëherë përdorimi i instrumentave ndihmës, si forceps/ventouse, con në dështimin e lindjes dhe aktivitetit të saj, duke e bërë atë të pasukseshme, në këtë situatë, lindja me sexio-cezarea është e domosdoshme.)
- Bebet me peshë më të madhe se >4000g (makrosomia)^[9]

Komplikime tjera të shtatzënisë, shkakatarë ekzistues, si dhe sëmundje shoqëruese, të tilla si

- Preklamsia^[10]
- Risk i rritur i uljeve të rrhaje të zemrës fetale
- HIV infeksione të nënës
- Sëmundje seksualisht të transmetueshme, si herpesi genital (të cilat mund të cojnë në fatalitet të bebit nëse bëjmë lindje vaginale)
- Operacion cezarian klasik longitudinal i mëparshëm.
- Rupturë uterine në lindjet e mëparshme

- Probleme perineale si rezultat i lindjeve të mëparshme.
- Uterusi bikorn
- Lindje të bebit, pas vdekjes amëtare.
- Në gratë të cilat kanë kryer një sexio-cezarea, rrishtu për të shfaqur komplikacione në lindjet mëvonëshme është shumë më i lartë.

Disa prej komplikacioneve amëtare, nga lindja në periudhën post sexio- cesarea.

- Dhimbja post-partum
- Dhimbja pelvike
- Depresion post-partum
- Ulje e funksionit rektal
- Ulje e funksionit seksual
- Aderenca
- Arrest kardiak postpartum
- Hemoragji post-partum
- Histerektomi
- Endometritis nëse ka rëndesë (see recommendation 115)
- Tromboemboli (see recommendation 116)
- Infeksione të traktit urinar
- Stres si pasojë e incontincës or urinare ose dëmtim të traktit urinar (see recommendation 114) Vdekje maternale^[11]

Rrishtu për placenta accrete, është (0.13%) pas dy operacioneve cezariane, 2.13% pas 4 operacioneve, deri në 6.74% pas 6 ose më shumë operacioneve^[11,12].

Këto faktorë influencojë ndikueshëm në paritet dhe në planifikimin familjar, pra në dhe në numrin e fëmijëve të ardhshëm.

Nga studimet të ndryshme, rezulton, që gratë të cilat planifikuan lindjen cesariane pa ndonjë arsye medikale, minimizuan shtatëzanitë të tjera pas ardhëse.

Sipas një tjetër studimi të bërë në Francë: Rezultoi që lindjet cezariane kishte rritje të lartë në numër, si dhe ndryshim të lartë sinjifikativ, në sëmundëshëri amëtare në ndryshueshmëri nga lindja vaginale, gjatë kontrollit dhe rasteve që u analizuan, rezultuan që, nga 41.5% krahasuar me 14.9%, lindja cezariane rezultoi me një rrisht të madh, për vdekje maternale post-partum.^[13]

Në një studim tjetër rezulton që lindja me rrugë sexio – cezarea, në krahasim me lindjen vaginale, shoqërohet më një rritje të rrishtit për vdekje maternale, në shifrat 3.3 herë më shumë.^[14] gjithashtu u vu re, që nëse neonati i cili do të përmbushte 39-javët e shtatëzanisë, kishte më shumë shanse të sillte ulje të rrishtit për detres respirator edhe nëse nëna zgjedh të lindi me rrugë cezariane.^[7,14]

Në një tjetër studim, arriti në kokluzionin që, lindja me rrugë sexio- cezarea rekomandohet të mos induktohet, para 39 javëve të shtatëzanisë, nëse nuk ka një tregues

mjekësor të saktë, gjë e cila do të çonte në marrjen e këtij vendimi, pra të kryerjes së kësaj ndërhyrje kirurgjikale.^[15]

Një tjetër studim i bërë në vitin 2012, ku janë evidentuar rreth 23 milion lindje me rrugë sexio – cezarea, lindje të cilat janë parë nga studimet e bëra në nivel global.^[3] u vu re që në disa vende, procedura e lindje me rrugë sexio-cezareas, është përdorur më shpesh, sesa është e nevojshme dhe për këtë arsye qeveritë dhe Organizatat Shëndetësore, panë të arsyeshme, të promovojnë programe për të reduktuar lindjen me rrugë sexio –cezarea, duke dalë në favor të lindjes në rrugë vaginale^[16].

Komuniteti shëndetësor ndërkombëtar ka arritur në konkluzionin, se shkalla ideale për ndërhyrje cezariane duhet të jetë 10% dhe 15%^[4].

Disa studime mbështesin një normë më të lartë se 19%, e cila rezulton me rezultate më të mira te foshnja.^[3,5]

Ndërhyrja e parë modern e sexio – cezarea është realizuar nga gjinekologu gjerman Ferdinand Adolf Kehrer në 1881^[3]

1.2.5 Llojet e operacionit cezarian

- Sexio-cezarea klasike (korporale), që përfshin incizion longitudinal.
- Sexio-cezarea segmentare, incision transversal, në segmentin e poshtëm, menjëherë mbi plikën e vezikës urinare
- Sexio-cezarea e pa planifikuar, që realizohet kur aktiviteti i lindjes është ndërlikuar papritur.
- Sexio- cezarea elective (që është ndërhyrje e zgjedhur nga nëna)
- Sexio-cezarea e përsëritur (ose status post sexio), që është ndërhyrje pas një operacioni të parë.

Klasikimi i sexio-cezareas

- Sipas urgjencave: kjo ndarje është e diskutueshme
- Sexio elective
- Sexio e planifikuar, në raste kur ka indikacion mjekësor
- Status post sexio
- Barra gemelare, vecanërisht, kur kemi fetusin e dytë me prazantim jot ë rregullt(podalik)
- Vendorsje jo e rregullt e prezantimit të bebit (podalike)
- Histerektomia restruktive ose korrigjuese, (në rastet kur kemi vdekje amëtre dhe fetusi është gjallë)
- Histerekyomia cezariane, që relizohet, si pasojë e gjakrrjedhjes së pa kontrolluar ose në rastet e placenta accrete

Ka pasur variacion të gjerë në normat e përgjithshme të lindjeve me rrugë sexio-cezarea, në Evropë në vitin 2010- 2014:

nga 14.8% në Islandë, në 52.2% në Qipro, me një vlerë mesatare prej 25.2%.

Normat më të larta të lindjeve me rrugë sexio-cezarea, të vendosura si pasojë e arsyeve mjekësore ose të planifikuara, para se të fillojë aktiviteti i lindjes, ishin 38.8% në Qipro dhe 24.9% e lindjeve në Itali.

Në vende të tjera të botës, normat variojnë nga 6.6% në Finlandë në 17.9% në Luksemburg.

Në Rumani, 33.1% e lindjeve ishin me rrugë sexio-cezare, vendime të ndërmarra si pasojë emergjente ose gjatë punës. Kjo ishte shumë më e lartë se për çdo vend tjetër. Prandaj, në qoftë se normat ekstreme për Qipro, Itali dhe Rumania u shpërfillën, gamën e normave të cezariene seksione që janë planifikuar ose të ndërmarrë para se të punës ishte më i gjerë se sa rangun e normave të prerje cezariene që janë klasifikuar si të jashtëzakonshme apo ndërmarrë në punë.^[70]

Sëmundshmëria te gratë me një shtatzëni të pakomplikuara, me lindje me rrugë sexio-cezarea dhe rezultatet sipas studimeve.

Shkalla e vdekshmërisë së nënave.

Një studim ka arritur në konkluzionin, se shkalla e vdekshmërisë së grave, me lindje me rrugë sexio-cezarea të planifikuar, ishte më e lartë se gratë me lindje me rrugë vaginale të planifikuar. Ky konstatim ishte statistikisht i rëndësishëm^[71,72,73,74].

Dhimbja.

Një studim arriti në konkluzionin, se niveli mesatar i dhimbjes gjatë lindjes ishte më e ulët në gratë, të cilat, lindnin me rrugë sexio-cezarea të planifikuar, në krahasim me ata që kishin një lindje me rrugë vaginale të planifikuar dhe 3 ditë pas lindjes, dhimbja ishte më e lartë te gratë me lindje në rrugë sexio-cezarea. Ky konstatim ishte statistikisht i rëndësishëm^[71,72,73,74].

Dëmtimi i vaginës.

Një studim arriti në konkluzionin, se incidenca e dëmtimit të vaginës ishte mesatrisht më e ulët te gratë me lindje me rrugë sexio-cezarea të planifikuar, krahasuar me gratë që kishin një lindje me rrugë vaginale të planifikuar. Ky konstatim ishte statistikisht i rëndësishëm^[71,72,73,74].

Histerektomia si pasojë e hemoragjisë pas lindjes.

Një studim arriti në konkluzionin, se shkalla e histerektomisë, për shkak të hemorragjisë, pas lindjes ishte mesatrisht më e lartë në gratë me lindje me rrugë sexio-cezarea, krahasuar me gratë që kishin lindje me rrugë vaginale të planifikuar. Ky konstatim ishte statistikisht i rëndësishëm^[71,72,73,74].

Infeksioni i plagës pas lindjes.

Një studim arriti në konkluzionin, se shkalla e infeksionit të plagës pas lindjes ishte më e lartë në gratë me lindje me rrugë sexio-cezarea, krahasuar me gratë që kishin një lindje me rrugë vaginale të planifikuar. Ky konstatim ishte statistikisht i rëndësishëm^[71,72,73,74].

1.3 Lindja vaginale

Lindja është proces fiziologjik i gruas që konsiston në ardhjen në jetë e një ose më shumë foshnjeje.

Nënat e reja përjetojnë emocione dhe frikra të ndryshme në momentin e ardhjes së kohës së lindjes. Ka femra që i përjetojnë me shumë frikë fenomenet apo shenjat që tregojnë afrimin e lindjes, ndërkohë që të tjera femra nuk i përjetojnë me kaq ankth dhe frikë këto fenomene.

Aktiviteti i lindjes është faza e kontraksioneve uterine, kjo con në shkurtimin dhe zgjerimin e kolumit uterin, si dhe me tendencën për mpshtjen e rezistencës për të lejuar ekspulsionin e fetusit nga vagina.^[1]

Lindja realizon daljen e fetusit dhe adnekseve fetale, (si placenta, membranat dhe likidi amniotic) nga rrugët e lindjes(vagina).

1.3.1 Shenjat që tregojnë se lindja është pranë.

Eliminimi i tapës mukoide. Gratë shtatzëna shpesh herë tremben kur dallojnë një si “tapë” të trashë, mukoide, të perzier edhe me rrema gjaku t’u dalë nga vagina, pa bërë ndonjë sforcim, pavarësisht se ato janë të pregatitura për kohën e ardhjes së lindjes. Ajo që është më shqetësuese, është se ky moment ndodhë ditën ose natën. Që nga ky moment nëna duhet të pregatitet të mos trëmbet, por ajo duhet të pregatitet se për 24 ose 48 orë do fillojë aktiviteti i vërtetë i lindjes. Lëngjet e dala në mënyrë të papritur, pra e thënë ndryshe ky material mukoid që del quhet “tapa mukoide”. Megjithatë ka shënja që e informojnë gruan për ardhjen e këtij moment, të tilla si:

Ndjenja e rëndësës në fund të barkut, e cila bën që ajo të mos jetë e qetë, gjatë gjithë kohës.

Problemet me urinimin. Gratë shtatzëna, në ditët e fundit para lindjes ndiejnë shpesh nevojën të shkojnë në tualet, urinojnë shpesh dhe në sasi të pakët. Nganjëherë kjo ndjenjë urinimi, ndodh që ta ngatërrojë atë, duke mos kuptuar daljen e tapës mukoide.

Probleme me gjumin. Në ditët e fundit para lindjes ndodh të bëjnë gjumë të çrregullt, ato janë mjaft të shqetësuara, si dhe jo konfort, pjesë e këtij çrregullimi është dhe frika që i përfhin ato momentet e fundit.

Mekanizmi i shpërthimit të aktivitetit të lindjes mbetet i paqartë, pavarësisht kërkimeve të shumta. Mendohet të ketë një kaskadë ngjarjesh të rregulluara dhe të kontrolluara nga njësia fetoplacentare. Gjatë shtatzanisë, aktivitetit uterin është minimal. Gjatë fundit të shtatzanisë ka një pakësim gradual të faktorëve të cilat e mbajnë uterusin dhe kolumin të qetë (siç është progesteroni placentar) dhe rritje të faktorëve prokontraktues si estroni dhe estradioli. Gjithashtu fetusit rrit prodhimin e kortizolit, i cili redukton prodhimin e progesteronit dhe rrit atë të estradiolit dhe estronit. Vihet re një rritje e nivelit të prostaglandinave nga placenta me rritje të mëtejshme të aktivitetit miometrial si edhe

stimulim të çlirimit të oksitocinës, e cila gjithashtu rrit aktivitetin miometrial. Gjithashtu ndërhyjnë relaksina, aktivina A, HCG dhe CRH.

1.3.2 Lindja karakterizohet nga katër stade

1.3.3 STADI I PARE

Stadi i parë – periudha prodromale, në këtë stad ndodhin disa ndryshime fiziologjike. Rreshqitja e kokës fetale në kanal pelvic, e njohur si lehtësimi zakonisht ndodh dy javë ose më shumë para fillimit të aktivitetit të lindjes. Pozicioni i bebit paqyrohet në figurën e mëposhtme.

Cervical Effacement and Dilatation

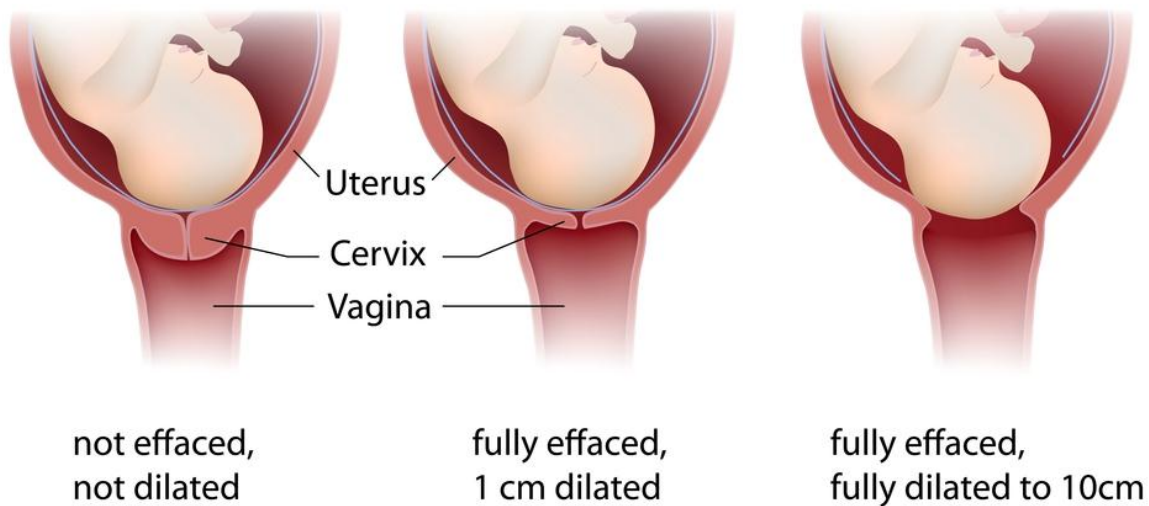


Fig. 3 Stadi i parë i lindjes vaginale

Fillimi i lindjes: koha e fillimit të kontraksioneve të dhimbshme, të rregullta uterine që shkaktojnë sheshimin dhe dilatimin e columit uterin.

Shenjat klinike të fillimit të aktivitetit të lindjes përfshijnë

- Fillimin e kontraksioneve të rregullta, intermitente dhe të dhimbshme uterine, të cilat shkaktojnë dilatimin progresiv të columit uterin.
- Rënien e “tapës mukoide”.
- Rupturën e membranave – mund të variojë dhe mund të ndodhë që në fillim të kontraksioneve ose mund të vonohet deri në lindjen e bebit.

1.3.4 Stadi i dytë

Stadi i dytë – periudha e dilatacionit, fillon me aktivitetin e lindjes dhe përfundon kur kolumni uterin ka arritur dilatimin e plotë dhe nuk palpohet më. Periudha e parë e lindjes fillon me fillimin e kontraksioneve të rregullta uterine dhe mbaron me dilatacionin e plotë cervical. Kjo periudhë karakterizohet nga dy faza që janë: faza latente dhe faza aktive. Faza latente nis me fillimin e aktivitetit të lindjes dhe mbaron kur kolumni i pacientes është tre centimetra i dilatuar. Gjatë kësaj faze, kolumni dilatohet ngadalë. Faza aktive fillon kur dilatacionin është tre centimetra dhe përfundon me dilatacion të plotë të kolumnit uterin sikurse pasqyrohet në figurën e mëposhtme.

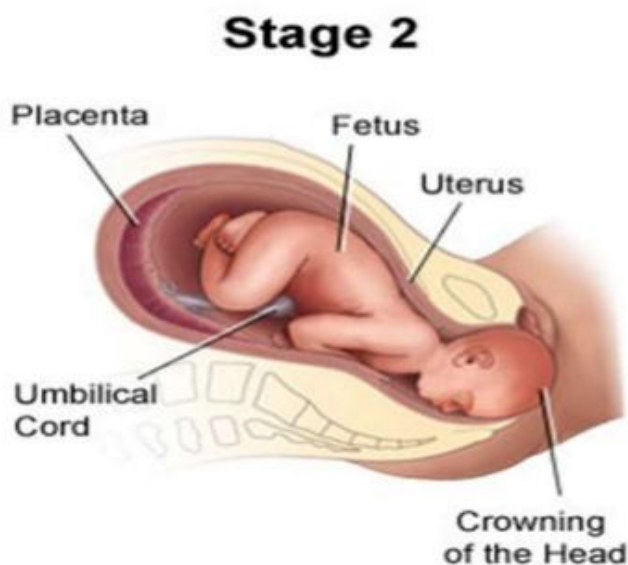


Fig. 4 Stadi i dytë i lindjes vaginale

Qendrimi fetal, shpreh raportin e pjeseve te trupit fetal midis tyre, dhe që karakterizohet nga një fleksion i trupit në planin vertikal, koka e flektuar mbi trup, ekstremitetet në abduksion. Në këtë mënyrë ai merr një formë ovoidale. Deri në javën 30 ka një

lëvizshmëri të theksuar, më pas hapësira uterine ngushtohet dhe në fund fetusit merr pozicionin përfundimtar.

Vendosja fetale, shpreh raportin midis boshtit gjatësor fetal dhe atij uterin. Ajo mund të jetë longitudinale (gjatësore) kur këto dy boshte janë paralele; transversale (tërthore) kur këto boshte janë pingule ose *oblike*, këndi që formojnë këto dy boshte është i ngushtë.

Paraqitja fetale, tregon pjesën e parë të madhe të fetusit që vihet në raport me ngushticën e siperme pelvike.

- *paraqitja cefalike* (ose me koke), si pasoje e qendrimit të kokës ndahet në:
- *paraqitja podalike* (ose me podiume) ndodh në 4% të rasteve
- *paraqitja transversale* (trupi i fetusit dhe kryesisht shpatulla) ndaj quhet *paraqitje me shpatull*.

1.3.5 Stadi i tretë

Stadi i tretë i lindjes vaginale. Periudha e ekspulsionit, fillon kur ka ndodhur dilatimi i plotë i kolumit uterin dhe përfundon me ekspulsionin e fetusit. Faza e tretë e lindjes fillon pas lindjes së fëmijës dhe mbaron me daljen e placentës dhe membranave. Zgjatja normale e fazës së tretë të lindjes varet nga metoda e ndjekur për daljen e placentës. Zakonisht kjo periudhë është më pak se 30 min.

Stadi i katërt – periudha placentare fillon me lindjen e bebit dhe përfundon me daljen e placentës dhe adneksëve fetale.

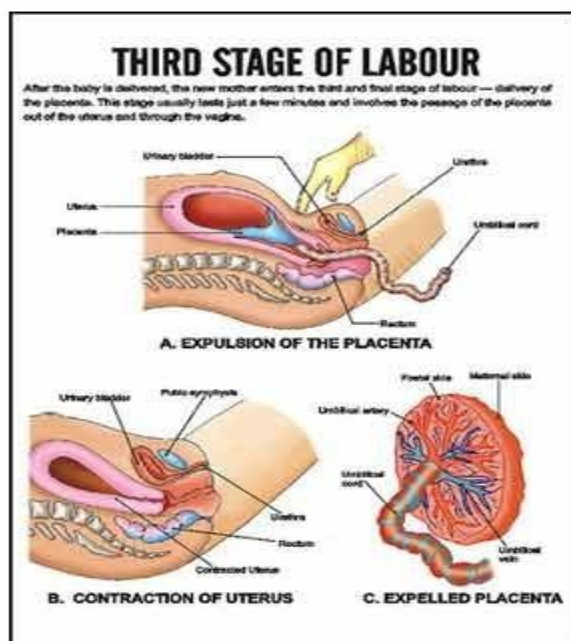


Fig. 5 Stadi i 3 i lindjes vaginale.

Fillon menjëherë pas lindjes së bebit dhe mbaron me daljen e placentës dhe të membranave. Zakonisht zgjat me pak se 30 min.

Kontraksionet uterine vazhdojnë megjithëse më pak frekvente sesa në fazën e dytë.

Uterusi kontrahohet e zvogelohet dhe si rezultat placenta shkëputet.

Placenta shtyhet nga segmenti i sipërm uterin për në drejtim të segmentit uterin të poshtëm dhe në vaginë.

Kontraksioni i muskulit uterin shtyp enët uterine të gjakut dhe proceset koaguluese parandalojnë hemorragjinë.

1.3.6 Avantazhet e lindjes vaginale

- Bark jo kirurgjikal
- Periudhë e shkurtër rikuperimi
- Risk i ulët i infeksioneve
- Humbje të pakta të gjakut
- Dalje më shpejt nga spitali
- Ardhja më shpejt e qumshtit të gjirit
- Kontakt i menjëhershëm me bebin
- Minimimizim i infeksioneve
- Ulje të riskut të problemeve respiratore tek infanti
- Ulje të komplikacioneve të mëdha në subsekuencat e shtatezanisë, si raptura uterine dhe problemet e vendosjes placentare.

Stafi i kujdesit shëndetësor ne lindjen vaginale në qëndrën spitalore (në maternitet)

- Obstetër – Gjinekolog
- mamia
- neonatologu
- infermieri neonat

1.3.7 Menaxhimi i lindjes vaginale

- Kujdesi në periudhën e parë të lindjes.
- Marja e një anamneze të hollësishme familjare dhe personale
- Mamia monitoron shenjat vitale të gruas si dhe ekzaminimin fizik:
- Matja e temperaturës
- Matja e pulsit
- Matja e tensionit arterial
- Bërja e analizave (gjak komplet, urinë, hemoglobin, hematokriti, etj.)
- Ekzaminimi abdominal
- Ekzaminimi vaginal
- Percaktimi i vendosjes së fetusit
- Madhësia e fetusit
- Rrahjet e zemrës së fetusit

Kujdesi në periudhën pas lindjes

- Matja e presionit të gjakut
- Matja e pulsit
- Matja e temperaturës
- Observohet uterus, ai duhet të jetë I forte në pjesën e fundit të abdomenit.
- Vendoset bebi në kontakt me nënën direct pas lindjes
- Dërgohet gruaja në dhomë, nëse bebi është mirë vendoset pranë nënës.
- Gruaja observohet gjatë 24 h të parë të lindjes, gjithashtu nën observim mbahet dhe foshnja, nëse gjëndja e tyre është e mirë dhe nuk paraqet problematika, në lindjen vaginale gruaja del ditën e dytë nga spitali.

1.4 Menaxhimi i lindjes me rrugë sexio-cezarea

Stafi i kujdesit shëndetësor në lindjen me sexio cesarea

- Obstetër – Gjinekolog
- Anestezisti
- Mami
- Mami (instrumentare)
- Neonatologu
- Infermieri neonat

1.4.1 Menaxhimi peripartum

(preoperato-intraoperator-postoperator, nga infermire/mami)

Kujdesi preoperative (para operacionit).

- Në planifikimin e lindjes me sexio-cesarea, mami kujdeset që të administrojë në kohën para gjumit, një natë para operacionit një qetësues, si secobarbital 100 mg. (sipas përshkrimit të mjekut obstetër).
- Observojmë dhe këshillojmë gruan për mos marrjen e ushqimeve nga goja për të paktën 8 orë para operacionit.
- Gruaja e planifikuar për lindje cezariane të përsëritur (status post sexio) ose elektive është e detyruar që ditën e operacionit të jetë vlerësuar nga obstetri dhe anestezisti.
- Në analizat laboratorike, një rëndësi të vecantë ka vlera e gjak kompel, urokultura, hematokriti, hemoglobin, PCR, kohë koagulimi, rhesus, testi i tërthortë Coombs. Nëse kjo e fundit është pozitiv, atëherë duhet të disponojmë gjak izo-grup, izo Rhesus, i cili duhet të jetë i garantuar.
- Vendosim një kateter në vezikën urinare.
- Nëse qimëzimi errëson fushën operatore duhet të bëhet depilimi një ditë para operacionit, të shkurtohet ose pastohen fare. Nëse kjo procedurë kryhet ditën e operacionit, rrisim rrezikun e infeksionit në plagë.
- Lëngjet intravenoze, kërkesat për lëngjet intravenoze, duke përfshirë edhe tranfuzionin e gjakut gjatë dhe pas kryerjes së sexio-cezarea, pasi mund të kemi ndryshime në forma të konsiderueshme.

- Gruaja me një peshë mesatare me një hematokritit prej 30% ose më shumë normalisht mund të tolerojë humbjen gjakut dhe vëllimit extra-cellular deri në 2000 ml.
- Një gjakderdhje e pavlerësuar përmes vaginës gjatë procedurës ose ndryshe gjakderdhje e fshehtë në mitër pas mbylljes së saj ose të dyja, zakonisht mund të çojë në një shok hemoragjik.^[11]

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). "Caesarean Section: NICE Clinical Guidelines, No. 132". National Institute of Health and Clinical Excellence. PMID 23285498

1.4.2 Pas ndërhyrjes cezariane

Pas një operacionit duhet të realizohen përkujdesje të tilla, nga mamia si:

Kujdesi fillon në dhomën e zgjimit deri sa gruaja të bëhet gati për të shkuar në pavijon.

- Nëse gruaja ka pasur një anestezi të përgjithëshme, do të duhet më shumë kohë deri sa të zgjohet në dhomën e zgjimit.
- Gruaja duhet të vihet në kontakt me foshnjën, kur ajo të jetë në gjendje optimal, pasi të zgjohet. Në duhet ta inkurajojmë që të vendosë bebin në gji, pasi kontakti i bebit me nënën është ndihmues dhe pozitiv të të dy, në shumë aspekte. Ky kontakt duhet të jetë sa më i hershëm, pasi ndërhyrja me rrugë sexio- caesarea, mund të jetë e vështirë për të filluar ushqyerjen me gji, si pasojë e komoditetit jot të mirë të nënës, lidhur me dhimbjen pas operacionit, si dhe me qëndrimin e saj.
- Në këtë rast nënës duhet të sigurohet mbështetja infermierore që i nevojitet, në pamundësi për ta realizuar vetë nëna ushqyerjen e foshnjës pas momenteve të para, kjo për arsye se, qumështi i gjirit është ushqimi më i mirë i mundshëm për të ndihmuar fëmijën që të rritet i shëndetshëm dhe i fortë. Ndihma e mamisë të nëna në vendosjen e bebit në gji, ndihmon shumë në anën psikologjike sit të nënës, ashtu dhe të foshnjës. Kjo lidhje mes bebit dhe nënës, do të rregullonte një sërë parametrash, si dhe ardhjen më të shpejtë të qumështit.
- Gruaja këshillohet t'i tregojë mamisë apo mjekut, kur ajo ndjen dhimbje në mënyrë që ata mund t'i japin diçka për të lehtësuar dhimbjen e saj. Medikamentet që lehtësojnë dhimbjen mund të japin pak gjumë.
- Gruaja nuk mund të marrë lëngje nga goja për 24 orët e para apo më shumë, deri sa ajo të jetë shëruar nga anestezia. Ajo mund të fillojë për të pirë menjëherë pasi perisaltika ka filluar.
- Mamia ose mjeku duhet ta këshillojnë, që në kohën e fillimit të perisaltikës, ajo mund të fillojë konsumimin e ushqimeve, por gjithmonë të bazuara në një dietë të lëngëshme dhe të pasur në vitamina, fibro, proteina dhe me sa më pak yndyrna. Kjo për arsye që të ndihmojë në nxitjen e perisaltikës dhe në kthimin normal të aktivitetit rektal.
- Kateteri i gruas, do të qëndrojë deri në momentin që gruaja ka ndjesi normale urinimi, është e mundur të ngrihet në këmbë dhe të ecë në mënyrë të sigurtë për të vajtur në

tualet. Në këtë moment kateteri mund të mos mbahet më në ditët e ardhshme. Heqja sa më e shpejt e kateterit, çon në ulje të infeksioneve nozokomiale.

- Një rëndësi të vecantë ka dhe ngritja e hershme e gruas, pasi ecja rreth e rrotull mund të ndihmojë në perisaltikë dhe në parandalimin e tromboembolive venoze të thella, si dhe edemat e këmbëve.
- Në këtë moment është mamia ajo që duhet t'a ndihmojë herën e parë gruan, në mënyrë që ajo të ngrihet nga shtrati, kjo për arsye që të shmangen komplikacione të tjera, si dëmtime të plagës kirurgjikale, rrëzimit të gruas.
- Aplikimi i medikamentit si fraxiheparinë nga mamia, gjithashtu ndihmon, për të parandaluar trombozat, embolitë pulmonare etj.
- Mamia duhet të observojë kartelën dhe të aplikojë antibiotikët nëse ka, si dhe aplikimin e cefazoline pas operacionit, për parandalimi e infeksioneve.
- Kur merret vendimi për daljen nga spitali, gruaja udhëzohet, për të mbajtur plagën të pastër dhe të thatë. Observacionin e plagës cdo ditë dhe mjekimin e saj, pasi kjo do ta ndihmonte atë për tu shëruar sa më të shpejt dhe për të zvogëluar rrezikun e infeksionit, si dhe për të qënë në gjëndje të mirë për kujdesin ndaj foshnjës së saj.
- Kujdes i veçantë për fëmijën pas ndërhyrjes cezariane.
- Parandalimi i infeksionit postoperator. Sëmundshmëria e etheve është e shpeshtë pas sexio-cesareas.
Një numër i madh studimesh, kanë treguar se dhënia në kohën e mbarimit sexio-cesarea të një doze të vetme të një agjenti antimikrobik do të shërbente për të ulur në mënyrë të konsiderueshme infeksionin e mundshëm. Kjo është vërtetuar te pacientët me rrezik të lartë, pas sexio-cesarea.
(Kolegji Amerikan dhe gjinekologëve, 2003).^[22,36]
- Infeksionet postoperative pelvike, janë shkaku më i shpeshtë i sëmundshmërisë febrile dhe zhvillohen deri në 20% e këtyre grave, pavarësisht antimikrobialeve profilaktikë peripartum (Goepfert dhe bashkëpunëtorët, 2001).^[23,36] Në përgjithësi, normat e infektimit janë më të larta në pacientët e varfër, kjo si pasojë e gjëndjes jo të mirë ekonomike dhe sociale.
- Observohet me kujdes gjakrrjedhja vaginale e cila duhet të monitorohet nga afër të post-operatat dhe fundusi i mitrës duhet të kontrollohet më shpesh në mënyrë që mamia të sigurohet se mitra është e kontraktuar.^[61,63] Për fat të keq, te gratë me anestezi të përgjithshme, palpacioni abdominal jep tek gruaja një ndjesi jo të mirë dhe dhimbje të konsiderueshme. Kjo mund të bëhet me më shumë tolerancë duke i dhënë një analgjezik të efektshëm intravenoz.
- Frymëmarrjet e thella dhe kollitjet inkurajohen, pasi tregon se gruaja është plotësisht e zgjuar.
- Në rast se gjakrrjedhja është minimale, tensioni i gjakut është i kënaqshëm dhe fluksi i urines është të paktën 30 mL / orë. Në këto kushte ajo mund të dërgohet në dhomën e saj.
- Anestezia, gruas me peshë mesatare mund t'i japim në rrugë intramuskulare meperidine, 75 deri 100 mg, e cila jepet çdo 3 orë kur shikohet e nevojshme sipas shqetësimit që shfaq gruaja, ose sulfat morfinë, 10 deri ne 15 mg, administrohet në mënyrë të ngjashme.

- Administrohet një antiemetik, i tillë si prometazina, 25mg, zakonisht jepet së bashku me narkotike Meperidine intravenoze ose morfinë e kontrolluar është më efektive në dhënien e terapisë me rrugë I/V në periudhën e menjëhershme post- operative. Perfuzionet zakonisht programohen për të dhënë një infuzion të vazhdueshëm të medikamenteve, të cilat gruaja mund t'i plotësojë me frekuenca ndërprerje.
- Shenjat vitale, pas transferimit të dhomën e saj, gruaja vlerësohet të paktën çdo orë, për 4 orë dhe më pas, në intervale për më shumë se 4orë.
 - ✓ Tensioni i gjakut,
 - ✓ pulsi
 - ✓ temperatura
 - ✓ kontraksionet uterine
 - ✓ diureza dhe
 - ✓ sasia e gjakderdhjes
- Këto janë parametra të rëndësishëm për tu vlerësuar dhe për tu mbajtur në observim të vazhdueshëm. Për të parandaluar cdo komplikacion të mundshëm.

- Terapia dhe Ushqimi, përveçse në rastin kur gruaja mund të ketë patur një kufizim patologjik të likidit ekstra-qelizor si pasojë e preeklampsisë së rëndë, të vjellave, temperaturës ose aktivitetit të zgjatur të lindjes, pa zëvendësim adekuat të lëngjëve ose ka sepsis apo humbje të konsiderueshme të gjakut, puerperiumi karakterizohet nga ekskretimi i likideve të fituara gjatë shtatzanisë. Mbi të gjitha, me lindjen cezariane tipike, nuk ndodh një sekuestrim i konsiderueshëm i likidit ekstraqelizor në lumenin dhe paretet intestinale, përveçse në rastin kur zorrët duhet të largohen nga fusha operative ose ka zhvillim të peritonitit. Kështu që grate, që i nënshtrohen prerjes cezariane rrallë zhvillojnë sekuestrim të likideve në të ashtuquajturën hapësira e tretë. Ajo normalisht e fillon operacionin me një vëllim ekstravaskular të rritur, të fituar që gjatë shtatzanisë, dhe të cilin do ta ekskretojë pas lindjes. Për pasojë nuk nevojiten sasi të konsiderueshme likidesh intra-venë gjatë dhe pas ndërhyrjes për të zëvendësuar likidin e sekuetruar ekstraqelizor. Në përgjithësi, 3 L likide është provuar se janë të mjaftueshme gjatë 24 orëve të para pas operacionit.
- Nëse diureza bie nën 30 ml / orë, atëherë gruaja duhet të rivlerësohet menjëherë. Shkaku i kësaj mund të jetë oliguria, si pasojë e humbjes së gjakut në mënyrë të panjohur. Edhe aplikimi i oksitocinës ka efekt antidiuretik.
- Funkzioni i vezikal dhe intestinal. Kateteri urinar më shpesh mund të hiqet 12 orë post-operacionit ose më e përshtatshme, në mëngjes pas operacionit. Aftësia e zbrazjes së fshikëzës para mbi distendimit duhet të monitorohet ashtu si gjatë lindjes vaginale^[61,63,66]. Në rastet kur nuk kemi komplikacione, ushqimi i fortë mund të ofrohet dhe brenda 8 orëve të kirurgjisë (Burroës dhe bashkëpunëtorëve, 1995; Kramer dhe kolegët, 1996).^[11] Ileusi paralitik ndodh pothuajse në çdo operacion të barkut, në shumicën e rasteve të sexio-cesarea, kështu që konsiderohet pothuajse i papërfillshëm.

Simptomat përfshijnë

- ✓ Fryrje të barkut dhe dhimbje në daljen e gazrave.
- ✓ Pathophysiologia e ileusit post-operativ është komplekse dhe përfshin atë hormonale, nervore dhe faktorët lokale (Livingston dhe Passaro, 1990) ^[24].
- ✓ Nëse kemi ethe të pashpjegueshme, dëmtimi i panjohur i zorrëve mund të jetë përgjegjës. Trajtimi për ileus ka ndryshuar pak gjatë disa dekadave të kaluara dhe përfshin dhënien e lëngjeve intravenoze dhe plotësimin me elektrolite.

- Lëvizja, në shumicën e rasteve në ditën pas operacionit, gruaja duhet të ngrihet për periudha të shkurtra nga shtrati, ku ndihmohet nga mamia të paktën cdo dy herë. Lëvizja duhet të planifikohet pas dhënies së një analgjeziku në mënyrë që të minimizohen dhimbjet. Deri në ditën e dytë ajo mund të ketë nevojë për ndihmën e mamisë dhe më pas ajo mund të eci pa ndihmë. Lëvizja e hershme ul rrezikun e një tromboze venoze dhe embolie pulmonare.

- Kujdesi për plagën, incizioni ka nevojë të inspektohet çdo ditë. Suturat e lëkurës shpesh mund të hiqen në ditën e katërt pas kirurgjisë. Megjithatë, në qoftë se ka shqetësime për ndarjen sipërfaqësore të plagës, si në pacientet e shëndosha, suturat është e nevojshme të qëndrojnë për 7 deri në 10 ditë në qoftë se ato nuk kanë shkaktuar acarim të dukshëm lëkurës. Në ditën e tretë pas lindjes, banja me dush nuk është e dëmshme për plagën operatore. Ndërkohë që trashësia e indit subkutan mbi 3 cm rrit rrezikun e infeksionit për plagë.



Fig 6. Kontakti me bebin pas ndërhyrjes cezariane

NICE CLINICAL GUIDELINE 132
guidance.nice.org.uk/cg132

1.5 Proçesi i kujdesjeve infermierore në Repartin e terapisë intensive

Rreziku i sëmunëshmërisë respiratore, është vëtetuar nga studime të ndryshme se është më e rritur te bebet që lindin me rrugë sexio-cezarea, ky është rezultat është shumë sinjifikant, kur ndërhyrja bëhet para javës së 39 të shtatëzanisë.

Nisur nga kjo, në studime të ndryshme thuhet, që është shumë e nevojshme të jemi të kujdesshëm në marrjen e vendimit, në lidhje me planifikimin e një lindjeje me rrugë sexio-cezarea para javës së 39-të.^[11]

Pas një operacioni, fëmija ka shumë gjasa që të ketë probleme të frymëmarrjes dhe kjo kërkon një kujdes të veçantë për një periudhë kohe.

Rreth 35 për çdo 1000 foshnje kanë probleme të frymëmarrjes pas një lindjeje cezariane (krahasuar me 5 në 1000 foshnje pas një lindjes vaginale).^[27,28,29]

Nëse bebi është lindje parakohe ose në kohë dhe ka probleme respiratore ose nuk janë mirë, ata duhet të vendosin për dërgimin e tij në repartin e terapisë intensive, për një kujdes më të specializuar.

Në këtë rast mbështetja e partnerit zakonisht është shumë e nevojshme, është Ai, i cili mund të shkojë pranë fëmijës deri kur graja të ndihet më mire. Sa më shpejt që është e mundur, mamia ose infermierja do ta ndihmojë nënën të shohë fëmijën e saj.

Mamitë apo infermieret mund të ndihmojnë me dhënie të qumështit të nënës për fëmijën në mënyra të ndryshme derisa nëna të jetë e gatshme për ta vendosur atë në gji.

Planifikimi dhe zbatimi i kujdesjeve për të përmbushur nevojat e foshnjës kërkojnë një proces sistematik. Kjo kërkon njohuri të nevojshme për të ditur të përballosh situata të ndryshme në lidhje me gjëndjet e ndryshuara të foshnjës.

- Vlerësimi fillestar, (mbledhja e të dhënave) për foshnjën bëhet nga familjarët. Gjithashtu bëhet vlerësimi, për kryerjen e ekzaminimit fizik dhe më pas observimi gjatë gjithë kohës që foshnja është në spital.
- Analiza dhe sinteza, e të dhënave çon në përcaktimin e problemit. Për të përshkruar këto probleme shërbejnë;
- Diagnozat infermiore, që janë gjykimet klinike për foshnjën të cilat bëhen pas procesit sistematik të mbledhjes dhe analizimit të të dhënave dhe që lejon përshkrimin e një kujdesi nga infermieri neonat, për të cilin infermierja është përgjegjëse.
- Planifikimi i kujdesjeve, i cili bazohet në qëllimet që infermierja cakton për përmisimin e ç'rregullimeve shëndetësore. Rezultatet e pritshme të këtij plani duhet të jenë realiste.
- Zbatimi i planeve të kujdesjeve, është vënia në jetë e ndërhyrjeve të planifikuara në planin e kujdesit. Gjatë kësaj etape, siguria fizike dhe mirëqënia psikologjike janë shqetësimi kryesor.
- Vlerësimi, është etapa e fundit e këtij procesi. Infermierja grupon dhe analizon të dhënat për të kontrolluar nëse, objektivi është arritur, nëse plani i kujdesjeve duhet ndryshuar, nëse duhet parashikuar një tjetër zgjidhje.

Me një herë sapo lind fëmija

- Bëhet peshimi i tij.
- Matja e cirkuferencave më pas bëhet vlerësimi i zakonshëm i gjëndjes së tij fiziologjike.
- Vlerësohet mosha e barrës, duke u mbështetur në karakteristikat e tij të jashtme, si dhe shenjat neurologjike.
- Merren analizat e gjakut dhe urinës komplet. Analizat më të zakonshme janë, gjak komplet, gjak për glicemi, elektrolite, prova e heparit, ekuilibër acido-bazik.
- Është mirë që i porsalinduri të peshohet çdo ditë.

[B] [2004]. NICE CLINICAL GUIDELINE 132 guidance.nice.org.uk/cg132

Diagnozat infermiore për foshnjën e ardhur në RTI

- Rrezik i lartë për infeksion, lidhur me praninë e mikro-organizmave infektues.
- Rrezik për dëmtim të tërësisë së lëkurës, lidhur me papjekurinë e foshnjës.
- Rrezik i lartë për trauma, lidhur me përdorimin e aparaturave dhe të trajtimeve specifike.
- Rrezik për paksim të vëllimit të lëngjeve, lidhur me efektin dehidruës të trajtimeve që prodhjnë nxehtësi.
- Bllokim i rrugëve të frymëmarrjes, lidhur me grumbullimin e sekrecioneve.
- Çrregullimi i cikleve të gjumit, lidhur me ekzaminimet dhe trajtimet mjeksore.
- Vështirësi në mardhëniet familjare, lidhur me mungesën e njohurive dhe paaftësinë për t'u kujdesur për foshnjën prematur.

Pas fillimit të respiracioneve, sigurimi i ngrohtësisë së jashtme, është nevoja më e rëndësishme për foshnjën e ardhur në RTI. Me qëllim që të parandalojmë pasojat e ftohjes së foshnjës menjëherë pas lindjes, i porsalinduri vendoset në një mjedis të ngrohtë p.sh inkubator ose dhomë me një burim ngrohje.

Foshnja duhet të qëndrojë aty deri sa të bëhet të aftë të ruajë stabilitetin e tij termik, d.m.th. aftësinë për të ekuilibruar nga njëra anë prodhimin dhe ruajtjen e nxehtësisë trupore dhe nga ana tjetër humbjen e kësaj nxehtësie. Meqenëse shtimi i ngrohtësisë shkakton rritje të konsumit të oksigjenit dhe energjisë, mbingrohja e mjedisit rrezikon mirëqënien e foshnjës. Kur foshnja qëndron në një mjedis termik neutral, harxhimi i oksigjenit dhe shpenzimi që bën foshnja për ruajtjen e temperaturës normale do të jetë minimal. Natyrisht, i porsalinduri nuk mund të kontrollojë uljet ose ngritjet e temperaturës trupore që ndodhin si pasojë e ndikimeve të temperaturës së mjedisit, për arsye se ai ka veçse një shtresë të hollë dhjamore nën lëkurë. Shpenzimi minimal i oksigjenit ndodh kur temperatura sipërfaqësore e lëkurës në nivelin abdominal është 36.5 °C. Kur temperatura e lëkurës së abdomenit rritet ose zvoglohet, shtohet shpenzimi i oksigjenit. Në një mjedis termik neutral, temperatura abdominale është 36.1-36.8 °C.

Rregullat për parandalimin dhe mbrojtjen nga infeksionet janë

- Të gjithë personat në kontakt me neonatin ose pajisjet që përdoren për kujdesjet për ta, duhet të jenë sterile. Higjiena e duarve është baza e të gjithë programeve për parandalimin e transmetimit të sëmundjeve.
- Çdo vizitor që hyn në repartin e prematurancës, duhet të pajiset me veshje të qëndrës spitalore.
- Të gjitha mbulesat dhe pajisjet që përdoren për të porsalindurit, duhet të jenë sterile. Personeli që mund të jetë prekur nga një infeksion, nuk duhet të punojë në repartin e terapisë intensive, për sa kohë që ata janë transmetues të infeksionit tek të

porsalindurit. Që të pakësohet rreziku i kontaktimit, ata janë të detyruar të përdorin mjete mbrojtëse të përshtatshme, si p.sh maskë, doreza, etj.



Fig 7. Përdorimi i një inkubatori.

Vendosja e fëmijës në inkubator është mënyra më e mirë për të mbajtur temperaturën e dëshiruar tek i porsalinduri. Inkubatori mund të jetë me rregullator me dorë ose me komando automatike, i cili përgjigjet automatikisht ndaj sinjaleve të lëvizjes së temperaturës, që vendoset mbi lëkurën e abdomenit. Përdorimi i inkubatorit këshillohet në rastet e të porsalindurve në gjendje të rëndë, apo atyre që rrezikojnë të rëndohen. Foshnja në inkubator mund të qëndrojë zhveshur, gjë që lejon personelin të vëzhgojë me vëmendje nevojat e prematurit. Në momentin që e nxjerrim nga inkubatori për t'a ushqyer ose ndërruar duhet që, fëmija të jetë i mbështjellë me mbulesa të ngrohta.

Një ndër problemet më të rëndësishme për kontrollin e temperaturës në brendësi të inkubatorit është humbje e nxehtësisë nëpërmjet radiacionit. Kjo ndodh për shkak se temperatura e ajrit që qarkullon në brendësi nuk ka asnjë ndikim në humbjen e nxehtësisë nëpërmjet sipërfaqeve më të ftohta nga jashtë, si p.sh dritare, mure ose në humbjen e nxehtësisë që shkakton ulje të temperaturës në dhomë. Shkalla e lartë e lagështisë që futet në inkubator nga një burim i jashtëm si p.sh ajri ose oksigjeni i lagështuar, ndihmon në ruajtjen e temperaturës trupore duke pakësuar humbjen e nxehtësisë nëpërmjet avullimit.

○ Kujdesjet për lëkurën.

Lëkura e të porsalindurit, për shkak të ndjeshmërisë dhe të brishtësisë të lëkurës nuk këshillohet përdorimi i sapunit ose locioneve alkaline, sepse ato rrezikojnë të shkatërrojnë shtresën acide që shërben si mbrojtëse e lëkurës, pra lëkura e të porsalindurit mund të lahet me ujë të zakonshëm ose me produkte jo –alkaline, vetëm 2- 3 herë në javë, para përdorimit lokal të kremit, locionit ose pomadave mjekësore duhet të sigurohemi se ato nuk kanë efekt helmues.

Lëkura e të porsalindurit dëmtohet me lehtësi, për këtë arsye duhet të jemi të kujdesshëm tek ngjitetet që lidhen me elektodat e monitoreve ose fiksimi i ageve me anë të leukoplasteve që ngjiten shumë në lëkurë, pasi rrezikojmë gjatë heqjes së tyre. Do të ishte e këshillueshme që të përdorej vetëm leukplast letre, i cili nuk dëmton drejtpërdrejtë lëkurën e foshnjës.

Apne –ja.

Tek i porsalinduri me probleme të respiratorit është i pranishëm respiracioni periodik d.m.th periudhat e respiracionit të shpejtë, alternohen me periudha respiracioni shumë të ngadaltë dhe shpeshherë pasohen nga periudha të shkurtra, gjatë të cilave nuk vërehet asnjë respiracion (as në shqisën e shikimit apo atë të dëgjimit). Fillimisht, apneja është zgjatje e këtij respiracioni periodik dhe mund të përcaktohet si mungesë e respiracioneve spontane, përgjatë të paktën 20 sekondave, e cila pasohet nga bradikardia dhe ndryshimi i ngjyrës së lëkurës (kolorimit).

Apne-ja është pasqyrim i papjekurisë dhe mungesë e perfeksionimit të mekanizmave neurologjik dhe kimik që kontrollojnë respiracionin. Me rritjen e moshës së shtatzanisë, frekuenca respiratore ulët.

Kujdesi në rast apne-je të përsëritur, mbikqyrje në mënyrë sistematike e respiracioneve dhe frekuencës kardiake tek i porsalinduri nëpërmjet monitorit. Parandalimi i gjëndjeve që mund të shkaktojnë krizën. Meqenëse stimulimet me anë të prekjes pakësojnë rastet e

Apne-së neonatale, shumë autorë këshillojnë ngacmimin e foshnjës sistematikisht çdo 5-10 min, me qëllim që të parandalohen krizat. Ka monitor mekanik që bëjnë sinjalizimin, kur ndalimi i respiracioneve zgjat përtej periudhës së paracaktuar (zakonisht 10 ose 15 sekonda). Gjithësesi këto instrumenta nuk përjashtojnë nevojën e vëzhgimit nga personeli në mënyrë të pa ndërprerë. Asnjë aparat nuk mund të përjashtohet nga mundësia e ndonjë defekti gjatë funksionimit. Krizat e vazhdueshme dhe të përsëritura të Apne-së, trajtohen me një aparat frymëmarrjeje të drejtuar duke rregulluar respiratorin në presion dhe frekuencë të ulët.

○ Ushqyerja



Fig 8. Ushqyerja e bebit nga infermieri

Ushqyerja e parë bëhet kur i porsalinduri është përshtatur me jetën ekstrauterine gjë e cila pasqyrohet nga, ekuilibri termik, respiracionet normale, tonusi muskular, të qarat normale. Tek i porsalinduri, mekanizmat e ndryshme të nevojshëm për qëllitjen dhe tretjen e ushqimeve nuk janë plotësisht të zhvilluara. Sa më i vogël të jetë i porsalinduri, aq më tepër rëndohet ky problem.

I porsalinduri ka dy nevoja themelore:

Nevojat e jetës së përditshme, nevojat për t'a ndihmuar për rritjen e tij të shpejtë.

Duke patur parasysh pjekurinë anatomo-fiziologjike të foshnje të porsalindur në kohë ose parakohe, plotësimi i këtyre nevojave bëhet më i rëndësishëm. Dihet që mekanizmat e thithjes dhe të tretjes së ushqimit përcaktohen para lindjes. Bashkërendimi i tyre kryhet rreth javës së 32-34 të shtatëzansë. Ndërsa zhvillimi i plotë i tyre, arrihet vetëm pas lindjes. Për këtë arsye, i porsalinduri është i predispozuar që të aspirojë gjatë ushqyerjes. Nevojat ushqimore ndryshojnë me rritjen, moshën dhe gjendjen e të porsalindurit. Për pasojë, sasia e ushqimit, intervali kohor nga një vakt në tjetrin dhe mënyra e ushqyerjes së foshnjës është e veçantë për secilin. E rëndësishme është që foshnja të mos lodhet gjatë ushqyerjes, të mos mbivlersohet aftësia e tij për t'u ushqyer

Zakonisht, i porsalinduri ushqehet ngadalë dhe ka nevojë për periudha të shpeshta pushimi.

Nëse foshnja nuk është i aftë për të pirë vetë ose me biberon, atëherë bëhet ushqyerja me sondë gastrike, derisa fëmija të jetë i aftë për të pirë me biberon. Përsa i përket ushqyerjes me gji, është pothuajse e pamundur.

Meqenëse qumështi i nënës është më i miri dhe shumë i dëshiruar për të, këshillohet dhënia e qumështit të shtrydhur të gjirit. Nuk është fare e këshillueshme të përdoret qumështi i një nëne tjetër, kjo për arsye të mos transmetimit të sëmundjeve të tilla si sëmundja HIV (Aids). Në disa raste nevojitet që neonati të marrë ushqim shtesë për të marrë shtesë kalorish.

Ushqyerja parenterale përdoret për foshnjët prematur të cilat janë, me peshë shumë të vogël, të sëmurë, në gjendje shëndetësore të paqëndrueshme, kur kushtet fizike dhe neurologjike nuk lejojnë ushqyerjen e tyre në rrugë orale.

Shpesh herë ushqyerja nga goja plotësohet me perfuzione parenterale, që sigurojnë sasi të mjaftueshme glucidesh.



Fig 9. Ushqyerja me sonde gastrike.

Përdoret si një metodë e sigurtë për të plotësuar nevojat e bebeve, të lindura para javës së 32- të shtatëzënë, me peshë më të vogël se 1650 gr.

Këta të porsalindur janë zakonisht tepër të lodhur dhe të pafuqishëm për t'u ushqyer, si dhe janë të pa aftë të bashkërendojnë refleksin e thithjes dhe atë të gëlltitjes.

Për bebet më të mëdhenj se 1650 gr, por që janë të pafuqishëm, të palëvizshëm ose cianotik, ushqyerja me sondë është një nga teknikat që përdoret dhe që shërben për ruajtjen e energjive.

Sondat që përdoren janë me numrin 8 dhe gjatësi rreth 38 cm.

Për futjen e sondës me saktësi përdoren metodat e zakonshme të sondimit, por duhet të jemi shumë të kujdesshëm. Sonda futet më lehtë, kur fëmija është në pozicion ventral, ose i kthyer në anën e djathtë dhe me koken e ngritur lehtësisht.

Preferohet që sonda të kalojë më mirë nga goja, sesa nga narinat. Futja e sondës nga narina, pengon respiracionin nëpërmjet hundës dhe dëmton mukozën delikate të saj.

Futja e sondës nga goja, lejon vëzhgimin e mundësisë së refleksit të thithjes.

Kohëzgjatja e ushqyerjes me sondë duhet të jetë e njëjtë me atë të ushqyerjes normale. Ushqyerja me sondë (në çdo vakt) nxit te porsalindurit të bëjnë përpjekjet e para për thithje dhe gëlltitje. Infermjerja vëzhgon nga afër prematurin për të zbuluar sa më parë, sjelljet që tregojnë se ai është i gatshëm për t'u ushqyer me biberon, këto sjellje tregojnë, aftësinë për të thithur.

Bashkërendim i refleksit të thithjes dhe të gëlltitjes, lëvizje thithëse të buzëve, gjatë futjes së sondës gastrike ose vendosjes së sondës në afërsi të gojës. Kur foshnja zgjohet para vaktit të ushqyerjes dhe pas ushqyerjes. Kur infermjerja vëzhgon këto sjellje, ajo mund të fillojë dalëngadalë të ushqejnë foshnjën me biberon. Shpeshherë, është e dobishme që para ushqyerjes me sondë të vendoset një biberon në gojën e foshnjës. Ky veprim shërben për të vlerësuar aftësitë e të porsalindurit për të thithur dhe për t'a lejuar që ai të provojë lëvizjet tij thithëse, ndërkohë që ndjen ushqim në stomak.

Për të kontrolluar saktësinë e sondës gastrike të foshnja prematur, infermierja tërheq përmbajtjen e stomakut para çdo ushqyerje dhe shënon sasinë e lëngut të tërhequr me shiringe, p.sh nëse sasia e ushqimit të dhënë në ushqyerjen paraardhëse është 10ml, nga kjo sasi (10 ml) infermierja tërheq 2 ml përmbajtje të mbetur gastrike, në ushqyerje pasardhëse infermierja do të japë 8 ml qumësht të përgatitur, që përbën sasinë përgjithshme 10 ml. Në rast se stomaku nuk ka përmbajtje të ushqyerjes së mëparshme, atëherë do të jepet e gjithë sasia prej 10 ml.

- Krijimi i mardhënieve të mira infermiere-prindër.

Informohen prindërit për përmirësimin e gjendjes shëndetësore të prematurit. Infermierja u përgjigjet pyetjeve e prinderve. Lejohen prindërit të shprehin shqetësimet e tyre, përsa i përket kujdesjeve si dhe ecurisë së gjendjes së prematurit. Nxiten prindërit të vizitojnë foshnjën ose të telefonojnë për të marrë lajme për të. Theksohen aspektet pozitive të gjendjes së foshnjës. Infermieret duhet të jenë të sinqerta dhe optimiste, por jo me tepri në parashikimet për gjendjen shëndetësore të foshnjës.

- Mbështetja emocionale dhe psikologjike për foshnjën.

Është e rëndësishme që infermierja dhe nëna të sigurojë mbështetje dhe nxitje për shqisat e të porsalindurit prematur.

Prekja, nëse gjëndja e lejon, foshnja mbahet në kraharor (metoda e kangurit). Infermierja prek dhe përkedhel foshnjën, duke favorizuar më tepër kontaktin me fëmijën prinderve. Dëgjimi, gjatë kohës së kujdesjeve, nëna flet me neonatin. Infermierja nxit prindërit dhe pjestarët e tjerë të familjes t'i flasin vazhdimisht Neonatit.



Fig 10. Kontakti me nënën, metoda kangur.

KAPITULLI I DYTË

2. QËLLIMI I STUDIMIT

Qëllimi i studimit është të vlerësojë situatën aktuale të të rritjes së numrit të lindjeve me rrugë sexio-cezarea, në krahasim me lindjen vaginale, ndikimin e kësaj mënyre lindjeje në sëmundshmërinë e neonatit, si dhe në rritjen e ditëqëndrimit në Spitalin Universitar Obstetrik Gjinekologjik, “Mretëresha Geraldinë”.

KAPITULLI I TRETË

3. OBJEKTIVAT

3.1 Objektivi i përgjithshëm

Prevalenca e rritjes së numrit të lindjeve me rrugë sexio-cezarea, te gratë e lindura në Spitalin Universitar Obstetrik –Gjinekologjik, “Mbretëresha Geraldinë” dhe sëmundshmërinë që sjell kjo mënyrë lindje te neonati.

3.2 Objektiva specifike

- Prevalenca e rritjes së numrit të lindjeve me rrugë sexio-cezarea, për periudhën 2004-2014.
- Raporti i lindjeve sipas vendbanimit, në lidhje me mënyrën e lindjes.
- Prevalence e rritjes së numrit të lindjeve me rrugë sexio-cezarea, në bazë të diagnozave hyrëse të grave shtatëzana.
- Të vlerësohet moshë mesatare e gruas në lindje mes dy grupeve, (lindje vaginale vs. Sexio).
- Të vlerësohet moshë e barrës në lindje mes dy grupeve, (lindje vaginale vs. Sexio).
- Të vlerësohet lidhja mes gjinisë së foshnjeve mes dy grupeve, (lindje vaginale vs. Sexio).
- Të evidentojmë Neonatët e ardhur në repartin e terapisë intensive, mes dy grupeve, (lindje vaginale vs. Sexio).
- Të vlerësohet pesha mesatare e neonatit në lindje mes dy grupeve, (lindje vaginale vs. Sexio).
- Diagnozatat e hyrjes së neonatëve në RTI.
- Të vlerësohet moshë mesatare e barrës, mes dy grupeve, (lindje vaginale vs. Sexio).
- Të vlerësohet neonatët, që u trajtuan me oksigjeno-terapi, mes dy grupeve, (lindje vaginale vs. Sexio).

KAPITULLI I KATËRT

4. MATERIALI dhe METODAT

Ky studim u aprovua nga Dekanati i Fakultetit të shkencave Mjekësore Teknike,
Prof. Dr. Petrit BARA
Shefi i gjinekologjisë së Maternitetit Nr 1, SUOGJ, “Mbretëresha Geraldinë”, Tiranë.
Prof. Dr. Nikita MANOKU

4.1 Lloji i studimit

Studimi është prospektiv cross sectional, i cili mbështetet në observimin dhe evidentimin e rritjes së numrit të lindjeve me rrugë sexio-cesarea në vite dhe specifikisht viti 2014. Informacioni për studimin është marrë nga baza e të dhënave të kartelave të pacientëve në Spitalin Universitar Obsetrik - Gjinekologjik (SUOGJ) “Mbretëresha Geraldinë” Tiranë i cili është institucioni përgjegjës për të gjitha pranimet dhe lindjet në këtë institucion. Për realizimin e objektivave të dhëna, shërbeu periudha kohore, shtator të vitit 2012-Qershor të vitit 2015. Marrja e të dhënave u bë në një periudhë kohore 1 vjeçare viti 2014.

Periudha kohore

Studimi është kryer gjatë periudhës kohore, shtator të vitit 2012-Qershor të vitit 2015.

Institucioni ku u krye studimi

Spitali Universitar Obsetrik - Gjinekologjik (SUOGJ) “Mbretëresha Geraldinë”, Tiranë.
Reperti i lindjes së grave

Reperti i terapisë intensive i neonatit

U studiuan kartelat e këtij institucioni të cilat përfshinin gratë, që kishin lindur në SUOGJ “Mbretëresha Geraldinë”. Gjithashtu u përfshinë bebet të cilët përfunduan në repartin e terapisë intensive, nga nëna që lindën me sexio-cezarea dhe ato me rrugë vaginale. Në të dhënat e tyre përfshihen mosha e barrës, diagnoza e hyrjes, oksigjeno-terapia, diteqëndrimi, mënyra e lindjes.

4.2 Popullata në studim

Në studimin u përfshinë, gratë të cilat janë drejtuar në këtë institucion për procedurën e lindjes për të marrë ndihmën dhe kujdesin e duhur.

Gjithashtu dhe foshnjat, të cilat përfunduan në repartin e terapisë intensive, të dy grupet, lindje me rrugë sexi-cezarea dhe lindje me rrugë vaginale.

4.3 Karakteristika e grave që u përfshinë në studim

- Mënyra e lindjes
- Raporti i lindjeve në total, i ndarë sexio dhe vaginale
- Arsyet e lindjes me sexio, sipas diagnozës së gruas
- Shpërndarja e grave shtatëzëna sipas vendbanimit
- Moshë e grave
- Moshë e barrës
- Gjinia e bebit

Karakteristikat e bebeve të cilët përfunduan në repartin e terapisë intensive, nga nëna që lindën me sexio-cezarea dhe ato me rrugë vaginale.

- Mënyra e lindjes, sexio dhe vaginale
- Shpërndarja e bebeve të lindur sipas gjinisë
- Peshë e bebeve
- Numri i bebeve që janë vendosur në oksigjeno-terapi
- Diagnoza e hyrjes në RTI
- Ditëqëndrimi i bebeve, në RTI

4.4 Mbledhja e të dhënave

Ndjekja e grave të lindura si me sexio-cesarea ashtu dhe me lindje vaginale. Gruaja observuara dhe u trajtua nga stafi Obstetrikë-Gjinekologjisë.

- Mjeku Obstetër – Gjinekolog
- Mamia
- Anestezisti
- Të dhënat që u nevojiten për studim u nxorrën nga:
- Kartela ditore e mjekut
- Kartela e mamisë

Ndjekja e foshnjave në repartin e terapisë intensive
Foshnjat u observuan dhe u trajtuan nga stafi i reanimacionit.

- Neonatologu
- Infermieri neonatolog

Stafi i reanimacionit përgatitej për ardhjen e foshnjës, kur foshnja shfaq problematika pas lindjes dhe mjeku neonatolog vendoste për vajtjen e foshnjës në RTI, informohej stafi për përgatitjen dhe sterilizimin e inkubatorit ose krevatit, sipas nevojave të foshnjës. Ndjekja ditore u pasqyrua në kartelën personale të foshnjës.

Të dhënat që u nevojiten për studim u nxorrën nga:

- Kartela ditore e mjekut
- Kartela infermierore
- Përshkrimi i neonatologut për diagnozën

KAPITULLI I PESTË

5.1 ANALIZA STATISTIKORE

Të dhënat u analizuan duke përdorur programin statistikor SPSS version 17 Chicago Illinois. Të dhënat e vazhdueshme si mosha e grave shtatzëna, mosha e gravidancës, pesha e fëmijës së lindur, ditë qëndrimi në reanimacion, etj, u llogariten mesataret dhe deviacioni standard, median, moda si edhe vlerat minimale dhe maksimale.

Të dhënat e vazhdueshme si mosha e grave shtatzëna, mosha e gravidancës, pesha e fëmijës së lindur, ditë qëndrimi në reanimacion, etj. U llogaritën mesataret dhe deviacioni standard, median, moda si edhe vlerat minimale dhe maksimale.

Për të dhënat kategorike si gjinia e bebeve, vendbanimi qytet/fshat, lloji i lindjes me rrigë sexio-cezarea, versus vaginal, patologjitë diagnostike të shtrimit në reanimacion, trajtimi me ose jo me oksigjeno-terapi, u llogaritën me frekuencat përkatëse, nëpërmjet (testi “hi-katror” dhe/ose testi “ekzakt i Fisherit”), gjithashtu nëpërmjet këtij testi, u realizuan krahasimin e peshës mesatare ta ta porsalindurve, na varësi të gjinisë, vendbanimit të nënave, mjekimit me oksigjenoterapi ose jo.

(testi “hi-katror” dhe/ose testi “ekzakt i Fisherit”), u përdor edhe në krahasimin e ditë qëndrimit në reanimacion të bebeve të porsalindura, në varësi të patologjisë, si edhe të gjinisë së bebes, dhe vendbanimit të nënave qytet/fshat.

Vlera e domethënies statistikore u more vlera e $P \leq 0.05$. Testi i studentit.

Metodologjia e studimit është prospektiv cross sectional, me dy komponentë:

a) deskriptiv (përshkrues): ky komponent i referohet përshkrimit dhe vlerësimit të situatës së si dhe ndarjes sipas mënyrës së lindjes, klasifikimit klinik dhe bebeve të cilat shfaqin problematika të ndryshme.

b) analitik: ky komponent i referohet vlerësimit të lidhjes (shoqërimit) të faktorëve të riskut në lidhje me bebet që lindin me sexio-sesarea.

KAPITULLI I GJASHTË

6.1 REZULTATET E STUDIMIT

Në tabelën e mëposhtme janë të përfshira lindjet totale nga viti 2004-2014. Në total, janë 70746 rekorde, nga të cilat, 46181, janë lindje normale (vaginale) dhe 24565 janë lindje me Sexio-Cezarea, ashtu siç paraqitet edhe në tabelën e mëposhtme.

Të dhëna për lindjet totale 2004-2014
nga Ministria e Shëndetësisë

Viti	Lindje	Lindje vaginale	Sexio
2004	6654	4775	1879
2005	5817	4044	1773
2006	5805	3862	1943
2007	5689	3736	1953
2008	5711	3681	2030
2009	6188	3977	2211
2010	6691	4347	2344
2011	6939	4457	2482
2012	7004	4361	2643
2013	7153	4434	2719
2014	7095	4507	2588
Total	70746	46181	24565

Tabela 1. Lindjet në Spitalin Universitar Obstetrik – Gjinekologjik, “Mbretëresha Geraldinë”, Tiranë.

Në tabelën 1. janë pasqyruar lindjet totale nga viti 2004- 2014 (ku totali i lindjeve është 70746), ndarja e lindjeve, lindje me rrugë vaginale (që është 46181), si dhe lindje me rrugë sexio-cezarea (që është 24565).

6.2 Tendenca kohore e lindjeve me me rrugë sexio-cezarea

Në tabelën e mëposhtme është pasqyruar përqindja e lindjeve me rrugë sexio-cezarea, në periudhën kohore 2004-2014, për këto u përdorën (të dhëna të marra nga Ministria e Shëndetësisë, për SUOGJ në matrnitetin “Mbretëresha Geraldinë” Tiranë).

Në rezultatet e mëposhme, vihet re qartë një tendencë në rritje, të lindjes me rrugë sexio-cezarea.

Në vitin 2004, përqindja e lindjeve me Sexio-Cezarea nga totali i të gjitha lindjeve ishte vetëm 28.2%, ndërsa në vitin 2014 kjo përqindje arriti në vlerën 36.5%.

Një test formal për tendencë rritese lineare (“*linear trend*”) dëshmoi për një rritje statistikisht sinjifikative ($P < 0.05$). Ky ndryshim është shumë sinjifikativ te lindjet me Sexio-Cezarea, për periudhën 2004-2014.

Në total, janë 70746 rekorde, nga të cilat, 46181, janë lindje në rrugë normale (vaginale) dhe 24565 janë lindje me rrugë Sexio-Cezarea, ashtu sic paraqitet edhe në tabelën e mëposhtme

Viti	Perqindja e lindjeve me Sexio
2004	28.23865
2005	30.47963
2006	33.47115
2007	34.32941
2008	35.54544
2009	35.73045
2010	35.03213
2011	35.76884
2012	37.73558
2013	38.01202
2014	36.47639

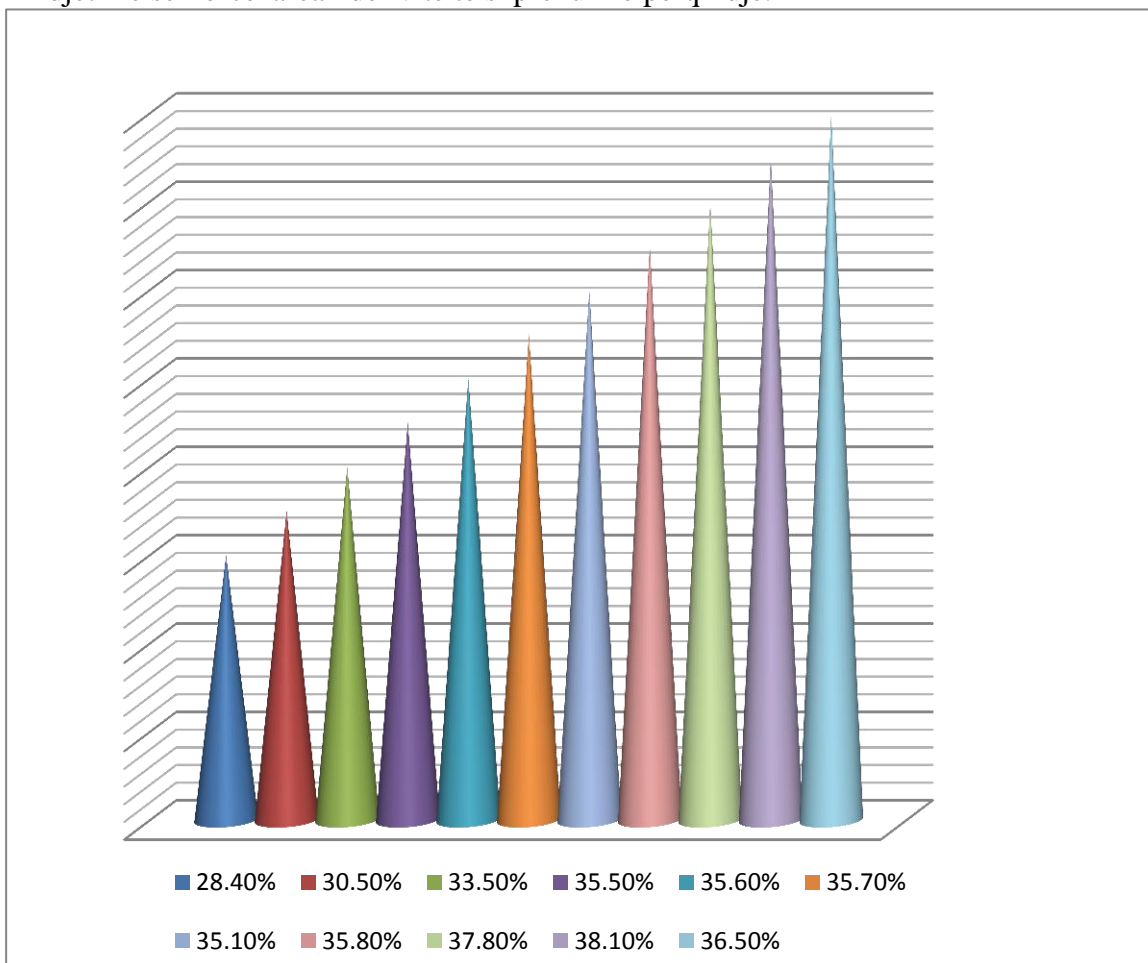
Tabela 2. Përqindja e lindjeve me Sexio-Cesarea 2004-2014

Në tabelën 2. Kemi paraqitjen në përqindje të lindjeve me rrugë sexio—cezarea, për vitin 2004-2014. Lindja me rrugë sexio-cezara, mesatarisht shkon në vlerat 36.5%, nga 15%, që është norma e vendosur nga WHO.^[4]

Më poshtë kemi paraqitjen grafike të raportit të lindjeve me sexio-cezarea ndër vite, ku shihet qartë rritje e numrit të lindjeve me rrugë sexio-cezarea.

Paraqitja grafike, sipas të dhënave të ministrisë së shëndetsisë, nga viti 2004-2014.

Lindjet me sexio-cezarea ndër vite të shprehur në përqindje.



Grafiku 1. Lindjet sexio-cezarea, për vitet 2004-2014.

Sipas grafikut 1, shihet qartë tendeca e rritjes së lindjeve me rrugë sexio-cezarea ndër vite, ajo varion mesatarisht 28.4%, për vitin 2004 dhe shkon në 36.5%, për vitin 2014, një vlerë e lartë e krahasuar me normën e vendosur nga ËHO, ku thuhet që mesatarisht numri i lindjeve me sexio cezarea të jetë afërsisht 15%.

Sipas studimit të bërë nga Euro-Peristat:^[70]

U vu re që, normat e lindjeve me sexio-cezarea, variojnë në Evropë në vitin 2010.

Sipas të dhënave të marra ato shkojnë afërsisht 14.8% në Islandë, afërsisht në 52.2% në Qipro, me një vlerë mesatare prej 25.2% në Itali, afërsisht, 33.1%, në Rumani.

6.3 Rekordet e 2014

Studimi ynë ka marrë në shqyrtim lindjet me rrugë sexio-cezarea dhe lindjet me rrugë vaginale, për vitin vitin 2014, në Spitalin Universitar Obstetrik-Gjinekologjik (SUOGJ), “Mbretëresha Geraldinë” Tiranë.

Nga anlizimi i të dhënave në bazë të rekordeve të marra në studim, në studim u përfshinë në total, 1792 rekorde. (Lindje me rrugë vaginale dhe lindje me rrugë sexio-cezarea)

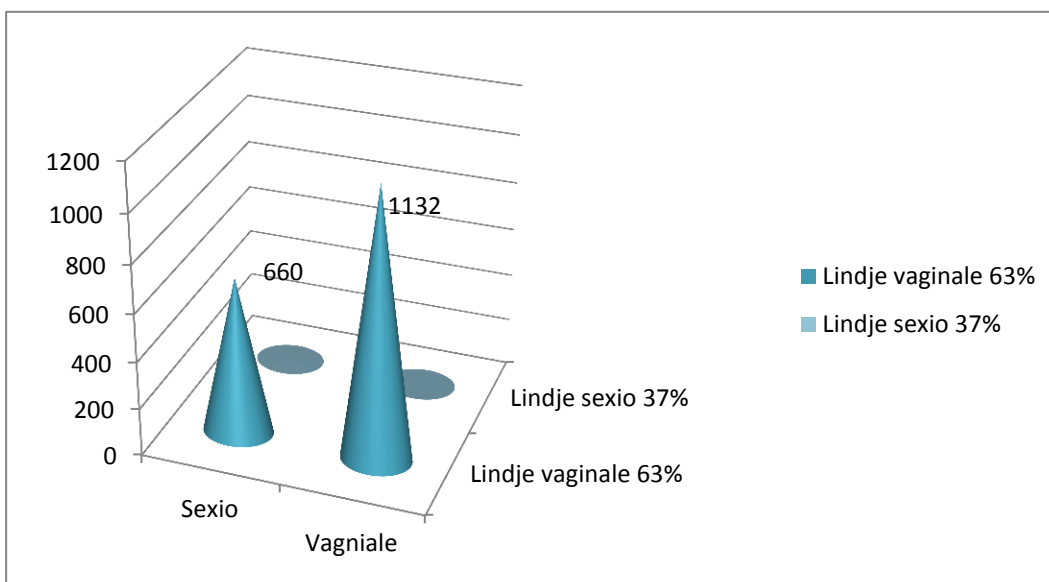
Nga studimi ynë rezultuan, që nga numri total i rekordeve të marra në studim këto ndahen në:

- 1132 ose (63%) janë lindje me rrugë normale (vaginale),
- 660 (37%) janë lindje me rrugë sexio-cezarea.

Për vitin 2014, raporti i lindjeve me rrugë vaginale, në krahasim me lindjet me rrugë sexio – cesarea në bazë të rekordeve të marra në shqyrtim.

- Raporti lindjeve me rrugë vaginale vs sexio është 1.7:1

Rekordet e 2014. Më poshtë kemi të paraqitur grafikisht këto të dhëna, të shprehura në përqindje, përsa i përket lindjeve me rrugë vaginale dhe lindjeve me rrugë sexio cezarea . Lindjet vaginale vs sexio-cezarea nr total i rekordeve 1792



Grafiku 2. Në grafikun dy kemi paraqitjen në vlerë numerike si dhe në (%), të lindjeve me rrugë sexio-cezarea vs vaginale.

Rritja e lindjeve me rrugë sexio-cezarea ka një përqindje të lartë dhe kjo është lehtësisht e evidentueshme, në bazë të rezultateve të marra nga të dhënat që u morën në shqyrtim. Kemi një rritje me 37% të lindjeve me rrugë sexio-cezarea, ku norma e vendosur nga, WHO, është 10-15% të totalit të numrit të lindjeve^[3]

6.4 Prevalenca e lindjeve sipas vendbanimit, në lidhje me mënyrën e lindjes.

Në bazë të rekordeve të marra në studim për vitin 2014, diferencuam, mënyrën e lindjes në bazë të vendbanimit, qytet/fshat.

Në tabelat e mëposhtme është pasqyruar shumë e qartë se, prevalenca e lindjeve me rrugë sexio- cezarea, është më e lartë në qytet, në krahasim me fshatin.

Lindja me rrugë sexio- cezarea, në qytet arrin (në vlerat 38.1%), kurse në fshat arrin vlerat (31.7%, përkatësisht).

Ky ndryshim është statistikiisht sinjifikativ (testi ekzakt i Fisherit: P=0.013).

Lidhja e Sexio Cesarea me vendbanimin (fshat/qytet)

	Vendbanimi		Total	
	Qytet	Fshat		
Sexio Cesarea	Jo	886 61.9%	246 68.3%	1132 63.2%
	Po	546 38.1%	114 31.7%	660 36.8%
Total	1432 100.0%	360 100.0%	1792 100.0%	

Tabela 3. Prevalenca e lindjeve me rrugë sexio-cezarea (fshat/qytet)

Në bazë të rekordeve të marra në shqyrtim, shihet qartë se prevalenca e lindjeve me rrugë sexio-cezarea, është shumë më e lartë te gratë të cilat jetojnë në qytet, sesa te gratë që jetojnë në fshat.

Ky rezultat është statistikiisht shumë sinjifikant.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.163 ^b	1	.023		
Continuity Correction ^a	4.889	1	.027		
Likelihood Ratio	5.249	1	.022		
Fisher's Exact Test				.024	.013
Linear-by-Linear Association	5.160	1	.023		
N of Valid Cases	1792				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 132.59.

Tabela 4. Chi-Square Test

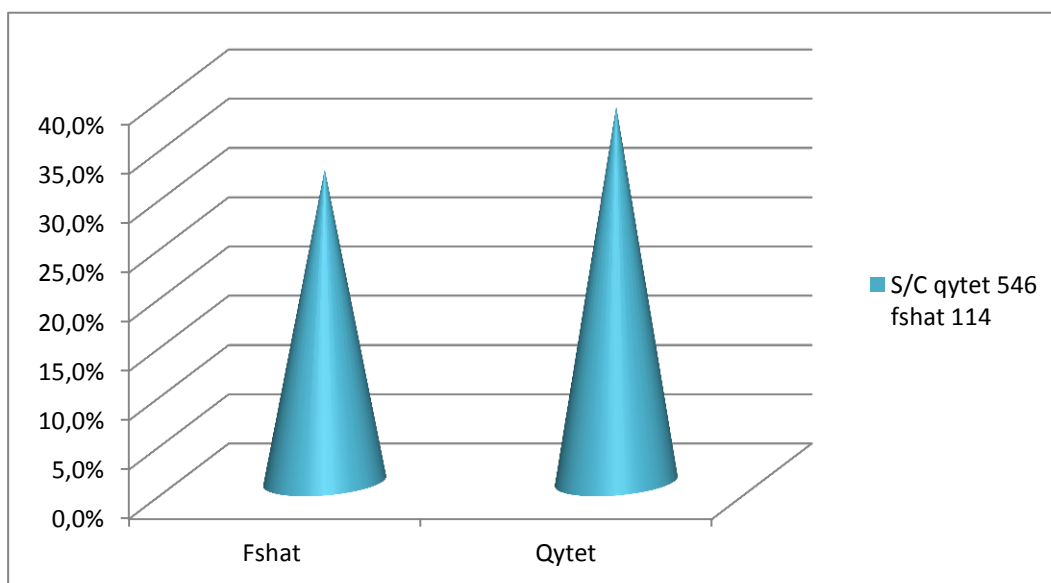
Shpërndarja e grave shtatëzana sipas vendbanimit, qytet/fshat, për vitin 2014 dhe sipas mënyrës së lindjes, me rrugë sexio-cezarea vs vaginale.

1792 total
1432 total qytet
360 total fshat

1131 lindje vaginale total
886 lindje vaginale qytet
245 lindje vaginale fshat

660 lindje sexio total
546 lindje sexio qytet
114 lindje sexio fshat

Poshtë është paraqitur grafikisht, përqindja e lindjeve me rrugë sexio-cezarea, sipas vendbanimit të grave shtatëzana (qytet/fshat).



Grafiku 3. Lindje me Sexio- cezarea sipas vend-banimit (qytet/fshat)

Nga të dhënat e marra rezuluan se lindje me rrugë, sexio-cezarea në qytet ishin (38.1%). Ndërsa lindje me rrugë sexio-cezarea në fshat ishin (31.7%).

Duket qartë se përqindja më e lartë e lindjeve me rrugë sexio-cezarea, është te gratë që jetojnë në qytet, në krahasim me gratë që jetojnë në fshat. Ky konstatim është statistikisht i rëndësishëm.

6.5 Arsyet e lindjes me sexio-cezarea, në bazë të diagnozave hyrëse të grave shtatëzana.

Në tabelën e mëposhtme paraqitet, krahasimi i diagnozës në hyrje mes dy grupeve. Prevalenca e gjëndjeve të rënda (diagnozave problematike) është shumë më e lartë tek lindjet me Sexio-cezarea (61.5%) në krahasim me lindjet vaginale (39.2%). Ky ndryshim është statistikisht shumë sinjifikativ ($P < 0.001$), ashtu sic shprehet në tabelën e mëposhtme (testi “hi-katror” dhe/ose testi “ekzakt i Fisherit”):

Sexio - cezarea				Total
		vaginale	sexio	
Diagnoza	Gjendje e rende	444 39.2%	406 61.5%	850 47.4%
	Gjendje jo e rende	688 60.8%	254 38.5%	942 52.6%
Total		1132 100.0%	660 100.0%	1792 100.0%

Tabela 5. Lidhja e llojit të lindjes vaginale vs. Sexio-cezarea, me diagnozën e grave.

Prevalenca e gjëndjeve të rënda (diagnozave problematike) është shumë më e lartë tek lindjet me Sexio-cezarea (61.5%) në krahasim me lindjet vaginale (39.2%) dhe ky ndryshim është statistikisht shumë sinjifikativ ($P < 0.001$), ashtu sic shprehet në tabelën e mëposhtme (testi “hi-katror” dhe/ose testi “ekzakt i Fisherit”):

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	83.096 ^b	1	.000		
Continuity Correction ^a	82.204	1	.000		
Likelihood Ratio	83.606	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	83.049	1	.000		
N of Valid Cases	1792				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 313.06.

Tabela 6. Testi Chi-Square

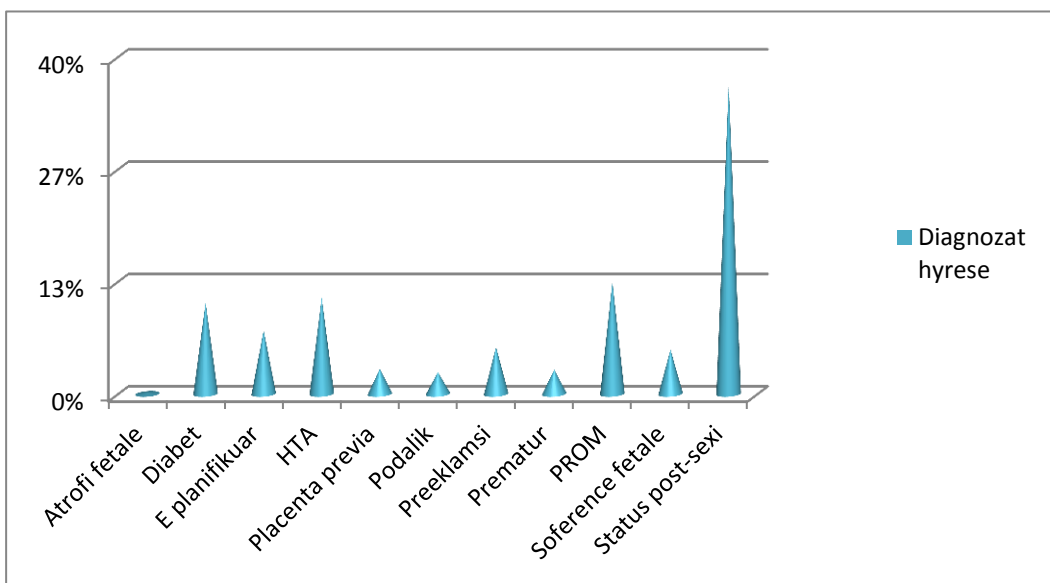
Arsyet e lindjes me sexio-cezarea, në bazë të diagnozave hyrëse të grave shtatëzana

Në tabelën e mëposhtme janë paraqitur arsyet e lindjeve me rrugë sexio-cezarea, në bazë të arsyeve mjekësore, që janë shfaqur gjatë shtatëzansisë, si dhe lindja me rrugë sexio-cezarea, pa arsye të vecanë mjekësore, e shprehur në numër dhe në përqindje. Në bazë të të dhënave të marra, nga numri i rekordeve të marra në shqyrtim.

Arsyet diagnozave të lindjes me sexio	Nr	%
Atrofi fetale	1	0.2
Diabet	72	10.9
E planifikuar	50	7.6
HTA	76	11.5
Placenta previa	20	3.0
Podalik	17	2.6
Preeklamsi	37	5.6
Prematur	19	2.9
PROM	89	13.4
Soference fetale	35	5.3
Status post-sexio	245	37.0
Total	661	100

Tabela 7. Arsyet mjekësore të lindjes me rrugë sexio-cezarea.

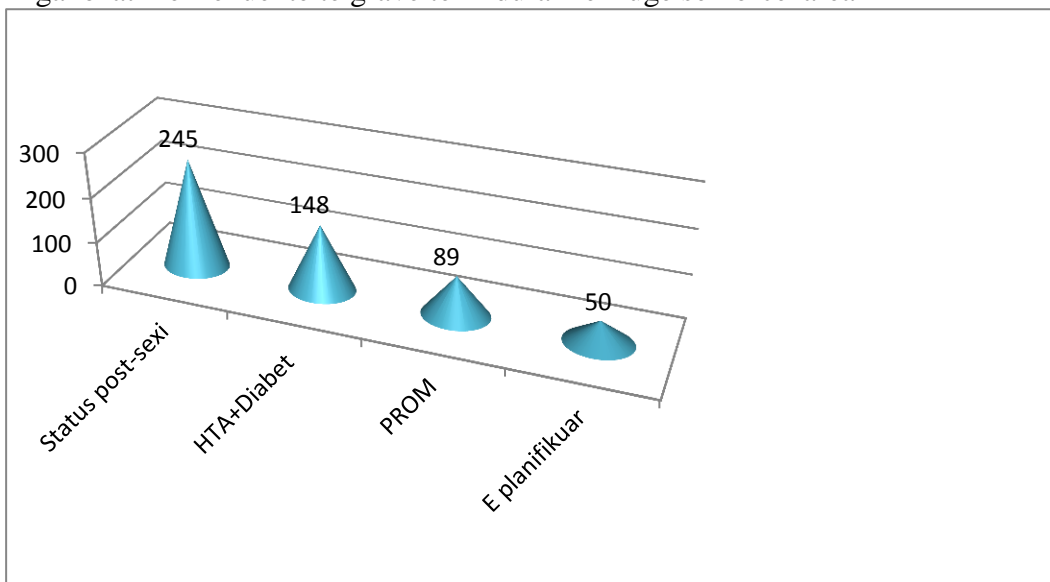
Poshtë janë paraqitur grafikiisht, diagnozat hyrëse të grave të lindura me sexio-cezarea të shpreshura në përqindje.



Grafiku 4. Lindjet me sexio-cezarea, në bazë të diagnozave hyrëse, në Obstetrikë.

Në grafikun e mëposhtë janë të paraqitura diagnozat më frekvente, në vlerë numerike.

Diagnozat më frekventë të grave të lindura me rrugë sexio-cezarea



Grafiku 5. Diagnozatat më frekvente grave shtatëzana.

- Në bazë të diagnozave hyrëse të grave në obstetrikë, në bazë të përqindjeve të marra për lindjet me rrugë sexio-cezarea, është qartë e dallueshme që një përqindje të madhe ka në lindjet, (status – post – sexio), pra lindja me rrugë sexio-cezarea, pas një lindje të më parshme me rrugë sexio-cezarea. Pra e thënë ndryshe gratë që kanë bërë lindjen e parë me rrugë sexio-cezarea, kanë mundësi të mëdha që dhe lindjen e dytë ta kenë po me këtë rrugë, (pa ndonjë arsye mjekësore).
- Një përqindje të lartë mbajnë dhe lindjet me rrugë sexio-cezarea, me diagnozë HTA dhe diabet, pra me arsye mjekësore, problematikë e cila ndjek shtatëzaninë dhe con në vendimin për lindje me rrugë sexio-cezarea.
- Gjithashtu një përqindje të lartë zë dhe diagnoza PROM (plasje e parkohëshme e membranave), arsye që çon në lindje me rrugë sexio-cezarea.
- Ajo që vihet re është që një përqindje të lartë zë dhe lindja me rrugë sexio-cezarea, si zgjedhje e vetë nënës (sexio-cezarea elective), pa ndonjë arsye mjekësore.

6.6 Krahasimi i peshës mesatare të foshnjeve në lindjen me rrugë vaginale vs sexio-cezarea të grave shtatëzana.

Në tabelën e mëposhtme paraqitet krahasimi i peshës mesatare në lindje mes dy grupeve (lindje vaginale vs. sexio-cezarea), te foshnjët e lindura në bazë të numrit të rekordeve të marra në studim në Obstetrikë.

Group Statistics

	Sexio_Cesarea	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pesha_lindjes	Jo	1132	3324.92	558.679	16.605
	Po	660	3245.64	636.454	24.774

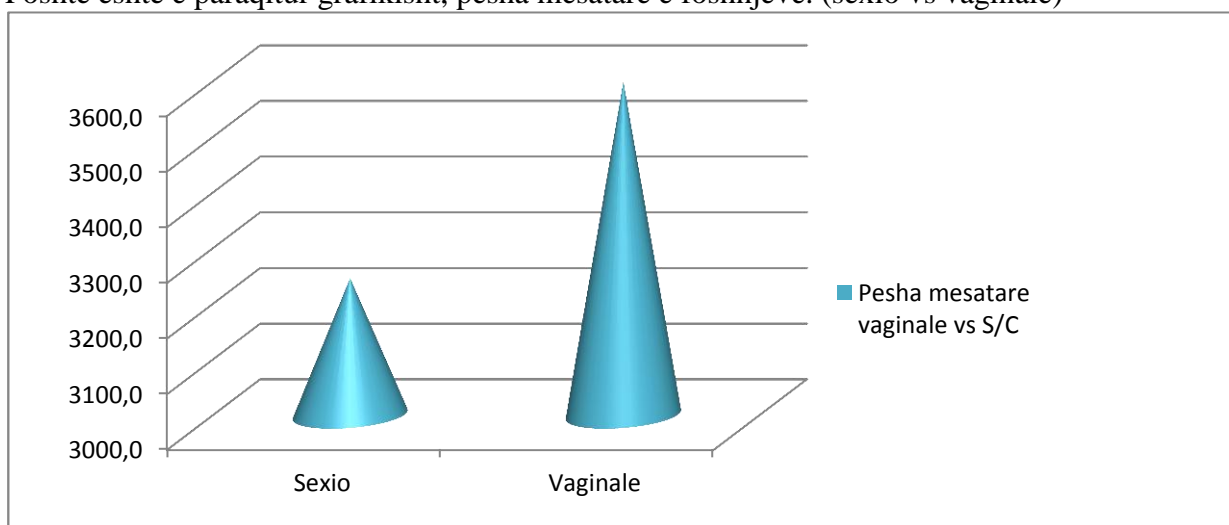
Tabela 8. Peshë mesatare në lindje është shumë më e lartë tek lindjet vaginale (vlere mesatare: 3324 ± 559) në krahasim me femijët e lindur me sexio-cezarea (vlere mesatare: 3245 ± 636), dhe ky ndryshim është statistikisht shumë sinjifikativ ($P=0.006$), ashtu siç shprehet në tabelën e mëposhtme (testi “t” i studentit):

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Pesha_lindjes	Equal variances assumed	13.920	.000	2.751	1790	.006	79.289	28.822	22.760	135.817
	Equal variances not assumed			2.659	1238.473	.008	79.289	29.824	20.777	137.800

Tabela 9. Testi Chi-Square

Poshtë është e paraqitur grafikisht, pesha mesatare e foshnjeve. (sexio vs vaginale)



Grafiku 6. Krahasimi peshës mesatare në lindje mes dy grupeve (vaginale vs sexio) (vlera mesatare e peshës në lindjet vaginale: 3324±559)vs (sexio-cezarea 3245±636)

6.7 Krahasimi i moshës mesatare të gruas në lindjen me rrugë vaginale vs sexio-cezarea të grave shtatëzana.

Në tabelën e mëposhtme paraqitet krahasimi i moshës mesatare të gruas në lindje mes dy grupeve (lindje me rrugë vaginale vs. Lindje me rrugë sexio-cezarea).

Group Statistics

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Mosha_nenes	Sexio_Cesarea				
	Jo	1132	26.65	5.126	.152
	Po	660	28.45	5.541	.216

Tabela 10. Moshë mesatare e gruas në lindje mes dy grupeve lindje me rrugë (sexio vs vaginale)

Nga të dhënat e marra në shqyrtim në bazë të numrit të rekordeve, u vu re, se moshë mesatare e nënave me lindje me rrugë vaginale është shumë më e ulët, ajo varion mesatarisht në (vlera mesatare: 26.6 ± 5.1 vjec), kjo në krahasim me nënat me lindje me rrugë sexio-cezarea ku (vlera mesatare: 28.4 ± 5.5) dhe ky ndryshim është statistiki shumë sinjifikativ ($P < 0.001$), ashtu siç shprehet në tabelën e mëposhtme. (testi “t” i studentit):

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Moshë_nenes	Equal variances assumed	7.520	.006	-6.946	1790	.000	-1.797	.259	-2.304	-1.290
	Equal variances not assumed			-6.805	1293.255	.000	-1.797	.264	-2.315	-1.279

Tabela 11. T-test Krahasimi i moshës mesatare të gruas në lindje mes dy grupeve (lindje me rrugë vaginale vs. Sexio-cezarea)

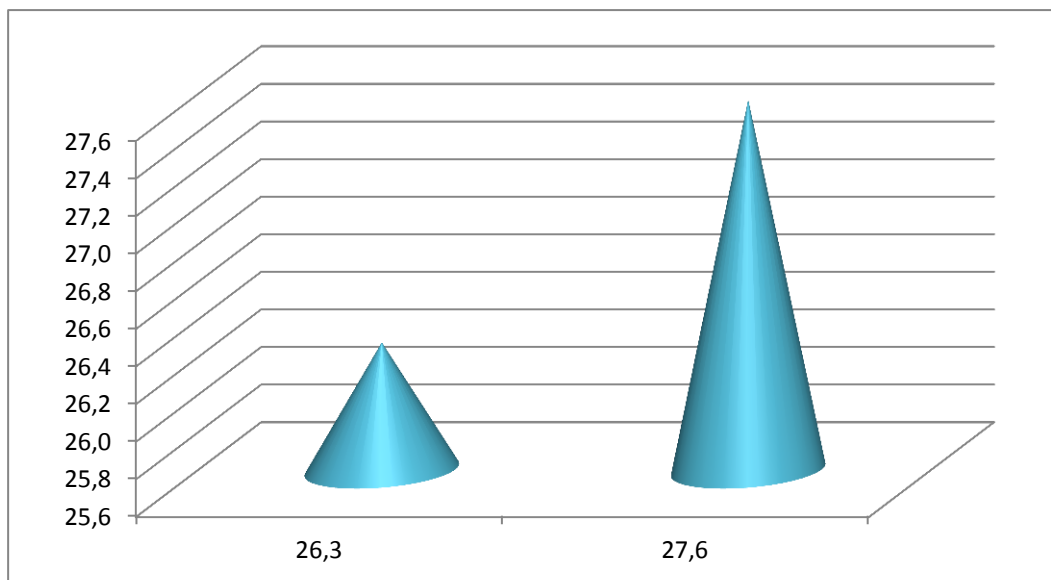
Poshtë kemi të parqitur moshë mesatare dhe deviacioni standard i grave shtatëzana ta marra në studim, për vitin 2014, sipas vendbanimit.

Fshat- Qytet	Mean	Std. Deviation
Fshat	26.3	5.3
Qytet	27.6	5.3
Total	27.3	5.4

Tabela 12. Moshë mesatare e grave shtatëzana (qytet/fshat)

Nga të dhënat e marra në shqyrtim në bazë të numrit të rekordeve, u vu re, se moshë mesatare e nënave me vend banim në fshat është shumë më e ulët, se ajo në qytet. Ajo varion mesatarisht në qytet në (vlera mesatare: 27.6 ± 5.3 vjec), kjo në krahasim me nënat me vend banim në fshat, në (vlera mesatare: 26.3 ± 5.35 vjec).

Paraqitja grafike e moshës mesatare të grave sipas vend banimit (qytet/fshat)



Grafiku 7. Moshë e mesatare e grave shtatëzana, në (qytet/fshat)

Ajo që vihet re është që moshë mesatare e grave ka një rritje, në bazë të rezultateve të marra, rezulton që, moshë mesatare e grave është më e lartë te ata që jetojnë në qytet. Krahasimisht ajo varion në mesatarisht në vlerat (26.3 fshat dhe 27.6 qytet).

6.8 Krahasimi i moshës mesatare të barrës në lindjen me rrugë vaginale vs sexio-cezarea të grave shtatëzana.

Në tabelën e mëposhtme paraqitet krahasimi i moshës barrës në lindje mes dy grupeve (lindje vaginale vs. Sexio).

Krahasimi i moshës mesatare të barrës mes dy grupeve. Moshë mesatare e barrës është shumë më e lartë tek lindjet vaginale, ajo varion në vlerat (39.0 ± 2.9), në krahasim me lindjet me Sexio-cezarea, që është në vlerat (36.8 ± 1.9) dhe ky ndryshim është statistikisht shumë sinjifikativ ($P=0.02$), ashtu siç shprehet në tabelën e mëposhtme. (testi “t” i studentit):

Group Statistics

	Sexio_Cesarea	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Mosha_barres	Jo	1132	39.00	2.876	.085
	Po	660	36.83	1.926	.075

Tabela 13. Krahasimi i moshës barrës në lindje mes dy grupeve (lindje vaginale vs. s/c).

Mosha mesatare e barres eshte shume me e larte tek lindjet vaginale (39.0 ± 2.9) ne krahasim me lindjet me Sexio (36.8 ± 1.9) dhe ky ndryshim eshte statistikisht shume sinjifikativ ($P=0.02$), ashtu sic shprehet ne tabelen e meposhtme (testi “t” i studentit):

Independent Samples Test

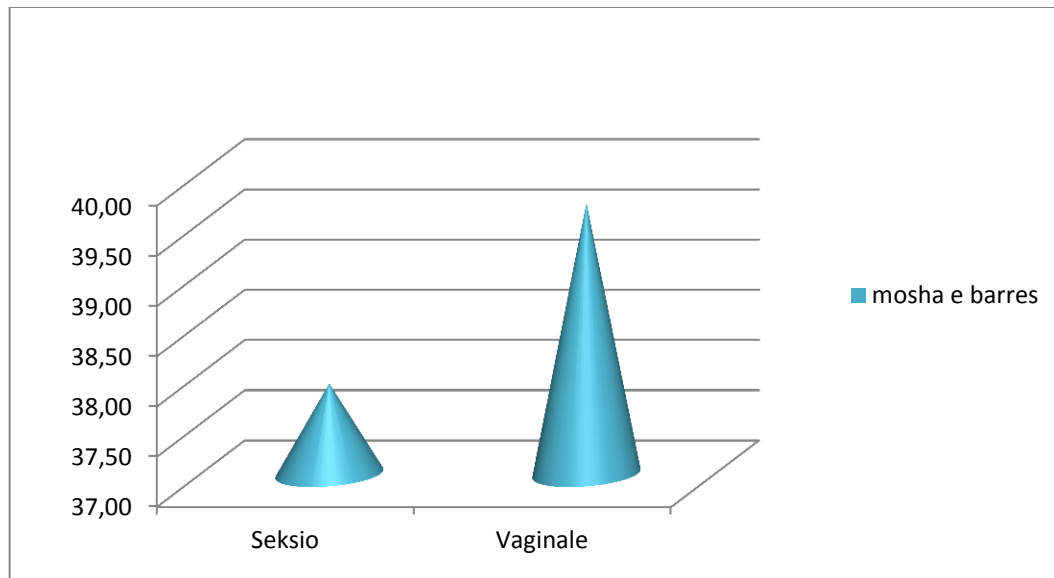
	Levene's Test for Equality of Variance		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Loëer	Upper
Mosha_barres	.006	.940	1.282	1790	.020	.161	.126	-.085	.408
Equal variances not assumed			1.418	1756.416	.016	.161	.114	-.062	.384

Tabela 14. T-test

One-Sample Statistics				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Mosha e barres	1792	38.93 jave	2.53 jave	0.06
Pesha e femijes se lindur	1792	3295.72 gr	589.59 gr	13.93
Mosha e grave shtatezana	1792	27.31 vjec	5.35 vjec	0.13

Tabela 15. Mesatare± deviacioni standart per te dhenat e vazhdueshme.

Në grafikun e mëposhtëm kemi të pasqyruar moshën mesatare të barrës, në mes dy grupeve, lindje me rrugë vaginale vs lindje me rrugë sexio-cezarea



Grafiku 8. Mosha mesatare e barrës e shprehur në javë

Lindjet me rrugë sexio-cezarea shkojnë mesatarisht deri në 37.9 javë dhe lindjet me rrugë vaginale shkojnë mesatarisht 38,5javë.

6.9 Lidhja mes gjinisë së foshnjeve dhe mënyrës së lindjes (vaginale vs sexio-cezarea) të grave shtatëzana.

Në tabelën e mëposhtme paraqitet lidhja mes gjinisë së foshnjeve dhe mënyrës së lindjes mes dy grupeve, (lindje vaginale vs. Sexio-cezarea).

		Sexio Cesarea		Total
		Jo	Po	
Gjinia e foshnjes	Mashkull	600 53.0%	352 53.3%	952 53.1%
	Femer	532 47.0%	308 46.7%	840 46.9%
Total		1132 100.0%	660 100.0%	1792 100.0%

Tabela 16. Lidhja mes gjinisë së foshnjeve dhe mënyrës së lindjes.

Përqindja e foshnjeve meshkuj është 53.3% në lindjet me sexio-cezarea, në krahasim me 53.0% në lindjet vaginale. Natyrisht që nuk ka ndryshim statistikisht sinjifikativ mes dy grupeve (testi ekzakt i Fisherit: $P=0.922$).

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.018 ^b	1	.893		
Continuity Correction ^a	.007	1	.932		
Likelihood Ratio	.018	1	.893		
Fisher's Exact Test				.922	.466
Linear-by-Linear Association	.018	1	.893		
N of Valid Cases	179				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 309.38.

Tabela 17. Chi-Square Test.

6.10 Neonatët e ardhur në repartin e terapisë intensive.

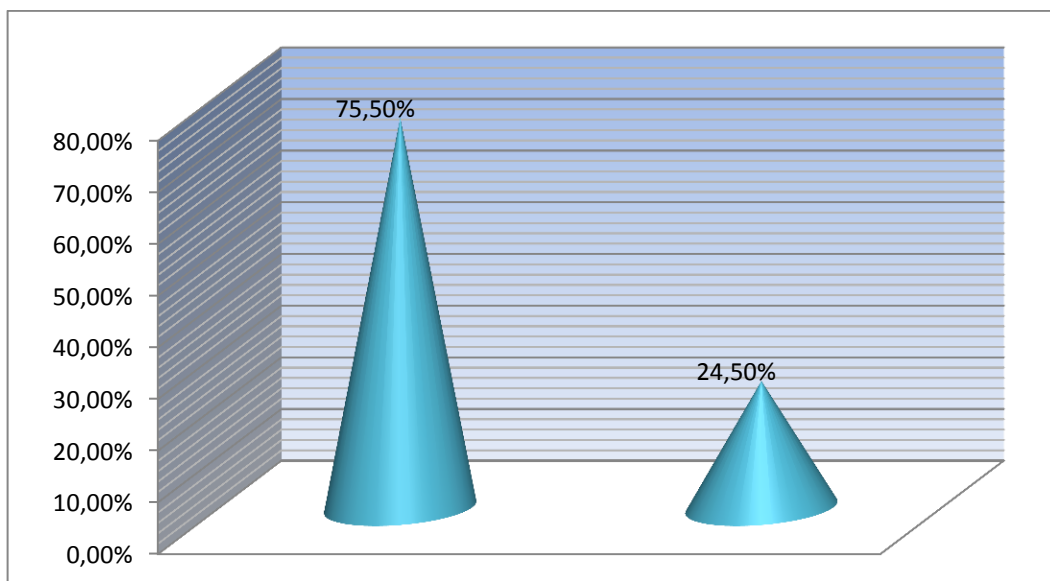
Në total, janë 629 rekorde dhe sipas mënyrës së lindjes, përkatësisht janë, 154 lindje vaginale (normale) ose (24.5%), dhe 475ose (75.5%) janë lindje me rrugë sexio-cezarea, të ardhur në RTI, ashtu sic paraqitet edhe në tabelën e mëposhtme:

Sexio_Cesarea

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Jo	154	24.5	24.5	24.5
	Po	475	75.5	75.5	100.0
	Total	629	100.0	100.0	

Tabela 18. Neonatët e ardhur në repartin e terapisë intensive.

Më poshtë janë të paraqitur grafikish 629 rekordet
154, lindje vaginale vs 475, janë lindje me sexio-cezarea.



Grafiku 9. 154 janë lindje vaginale totale
475 janë lindje me sexio-cezarea totale

6.11 Prevalenca e diagnozave të hyrjes së neonatëve në RTI, për vitin 2014

Ashtu sikurse thamë më lart, në total, janë 629 rekorde dhe sipas mënyrës së lindjes, përkatësisht janë, 154 lindje vaginale (normale) ose (24.5%), dhe 475ose (75.5%) janë lindje me rrugë sexio-cezarea, të ardhur në RTI.

Në tabelën e mëposhtme paraqitet prevalenca e gjëndjeve të rënda të foshnjat, ajo që vihet re është që, prevalenca e (diagnozave problematike) është shumë më e larte tek lindjet me sexio-cezarea, ajo është afërsisht (44.4%) në krahasim me lindjet vaginale 18/8%.

		Sexio Cesarea		Total
		Jo	Po	
Diagnoza	Gjendje jo e rende	125 81.2%	264 55.6%	389 61.8%
	Gjendje e rende	29 18.8%	211 44.4%	240 38.2%
Total		154 100.0%	475 100.0%	629 100.0%

Tabela 19. Prevalenca e (diagnozave problematike), sexio-cezarea (44.4%)
Prevalenca e (diagnozave problematike), vaginale (18.8%)

Chi-Square Tests

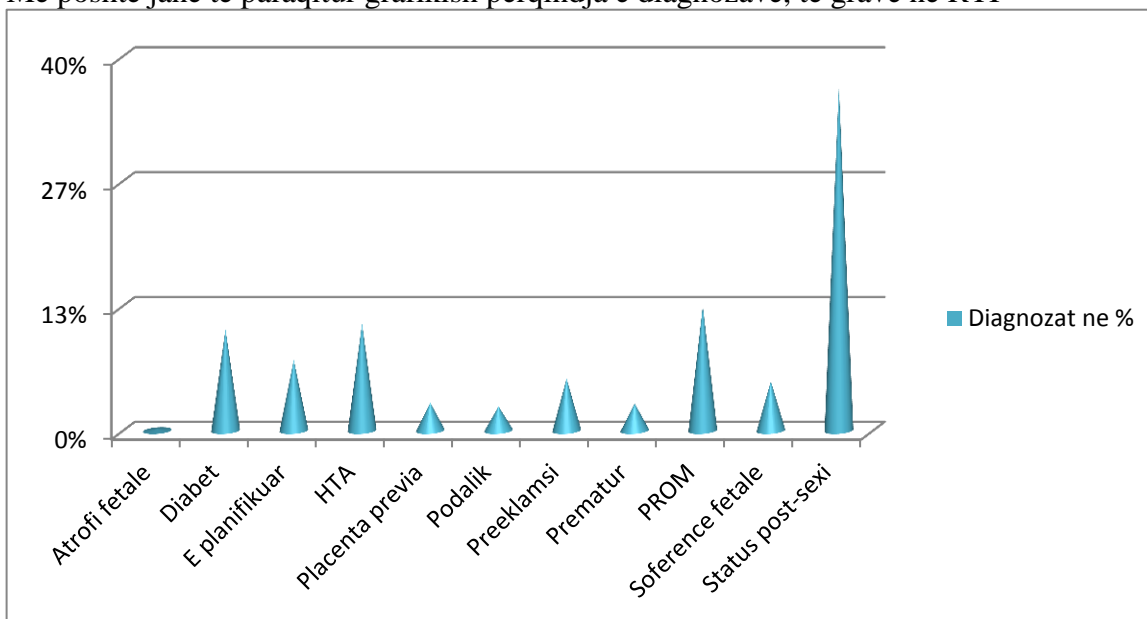
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	32.273 ^b	1	.000		
Continuity Correction ^a	31.198	1	.000		
Likelihood Ratio	34.782	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	32.222	1	.000		
N of Valid Cases	629				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 58.76.

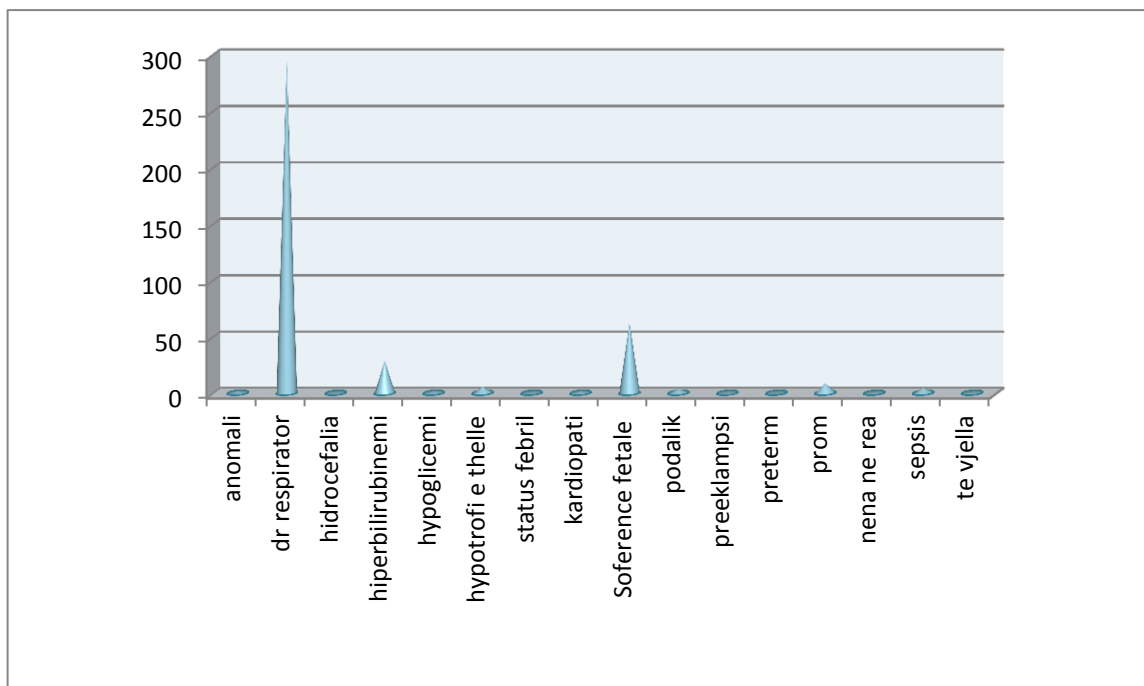
Tabela 20. Chi- Square Test

Më poshtë janë të paraqitur grafikish përqindja e diagnozave, të grave në RTI



Grafiku 10. Prevalenca e (diagnozave problematike), sexio-cezarea (44.4%)
Prevalenca e (diagnozave problematike), vaginale (18.8%)

Diagnozat e foshnjeve të ardhur në RTI



Grafiku 10.1 Diagnozatat e foshnjeve në RTI

6.12 Krahasimi i moshës mesatare të barrës në lindjen me rrugë vaginale vs sexio-cezarea të grave shtatëzana.

Në tabelën e mëposhtme paraqitet krahasimi i moshës mesatare të barrës (në javë) mes dy grupeve (lindje vaginale vs. sexio- cezarea).

Mosha mesatare e barrës është shumë më e lartë tek lindjet me rrugë vaginale dhe shkon mesatarisht (35.9 javë \pm 3.7), në krahasim me lindjet me rrugë sexio-cezarea, që shkon mesatarisht (37.3 javë \pm 2.6) dhe ky ndryshim është statistikisht shumë sinjifikativ ($P < 0.001$), ashtu sic shprehet në tabelën e mëposhtme (testi “t” i studentit):

Group Statistics

	Sexio_Cesarea	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Mosha_barres	Jo	154	37.34	2.617	.211
	Po	475	35.95	3.713	.170

Tabela 21. Mosha mesatare e barrës tek lindjet Sexio (35.9 \pm 3.7javë) lindjet me vaginale (37.3 \pm 2.6 javë)

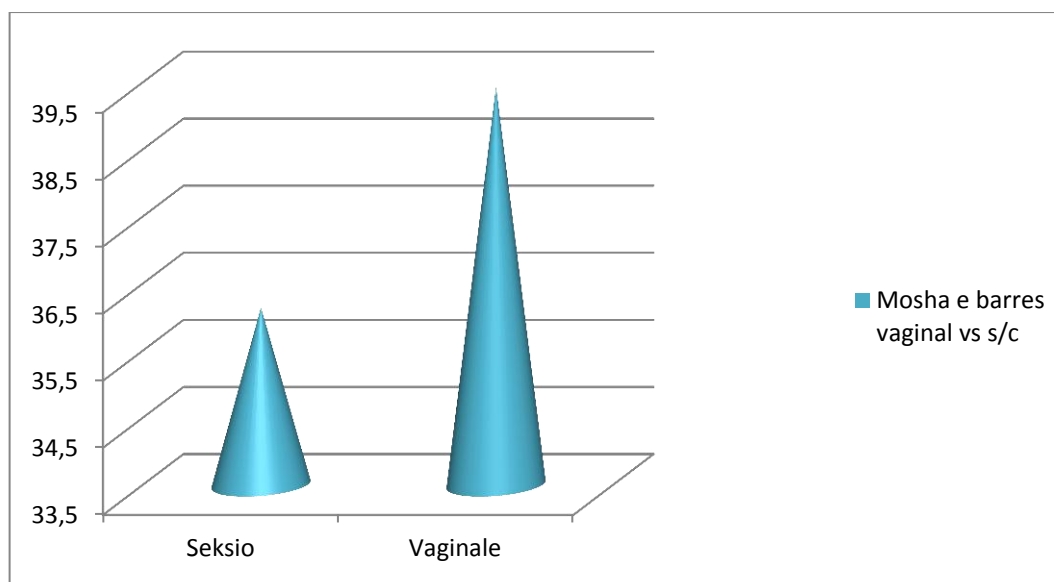
Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Moshja_barres	Equal variances assumed	17.147	.000	4.308	627	.000	1.389	.322	.756	2.022
	Equal variances not assumed			5.124	367.359	.000	1.389	.271	.856	1.922

Tabela 22. T-Test

Mosha mesatare e barrës, lindje vaginale vs sexio-cezarea.

Më poshtë janë të paraqitur grafikish moshës mesatare të barrës (në javë) mes dy grupeve (lindje vaginale vs. sexio- cezarea).



Grafiku 11. Mosha e barrës në javë.

Mosha mesatare e barrës është shumë më e lartë tek lindjet me rrugë vaginale dhe shkon mesatarisht (35.9 javë \pm 3.7).

Ndërsa në lindjet me rrugë sexio-cezarea, mosha e barrës shkon mesatarisht (37.3 javë \pm 2.6).

Ky ndryshim është statistikisht sinjifikativ.

6.13 Krahasimi i peshës mesatare të barrës në lindjen me rrugë vaginale vs sexio-cezarea të grave shtatëzana.

Në tabelën e mëposhtme paraqitet krahasimi i peshës mesatare të foshnjeve mes dy grupeve (lindje vaginale vs. Sexio- cezarea)

Krahasimi i peshës mesatare në lindje mes dy grupeve (lindje vaginale vs. sexio-cezarea) Pesha mesatare në lindje është shumë më e lartë tek lindjet me rrugë vaginale dhe shkon afërsisht në (vlera mesatare: 2866 ± 730), ky ndryshim është dukshëm evident tek fëmijët e lindur me rrugë sexio-cezarea, ku shkon afërsisht në (vlera mesatare: 2567 ± 898), ky tregues është domethënës në pritjen e përmbushjes së javëve të shtatëzanisë tek lindjet vaginale.

Group Statistics

	Sexio_Cesarea	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pesha_lindjes	Jo	154	2866.17	729.911	58.818
	Po	475	2566.66	897.659	41.187

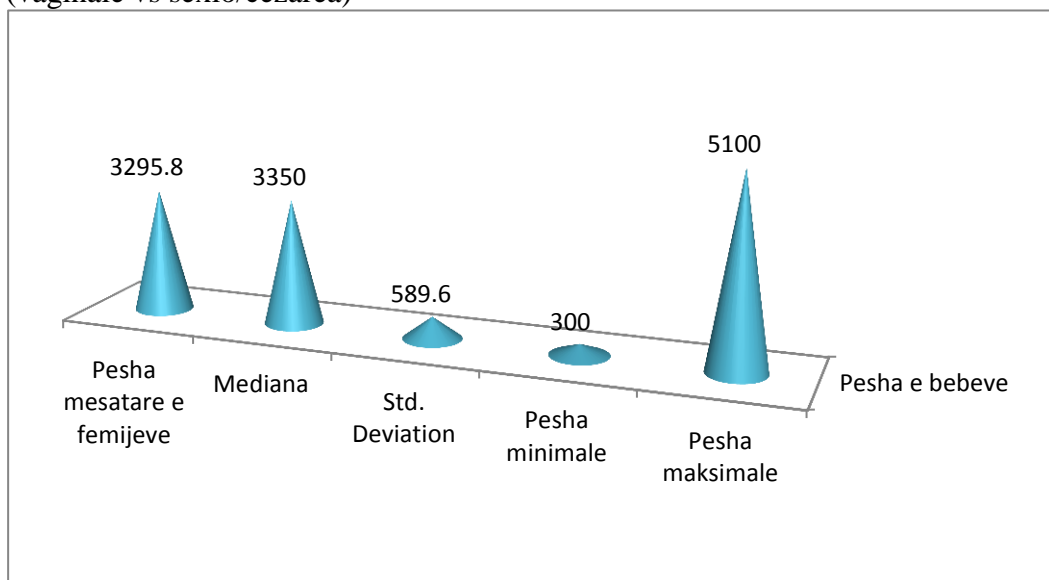
Tabela 23. Ky ndryshim është statistikisht shumë sinjifikativ ($P < 0.001$), ashtu siç shprehet në tabelën e mëposhtme (testi “t” i studentit):

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Pesha_lindjes	Equal variances assumed	8.878	.003	3.757	627	.000	299.506	79.724	142.947	456.064
	Equal variances not assumed			4.171	315.361	.000	299.506	71.805	158.228	440.783

Tabela 24. T-test

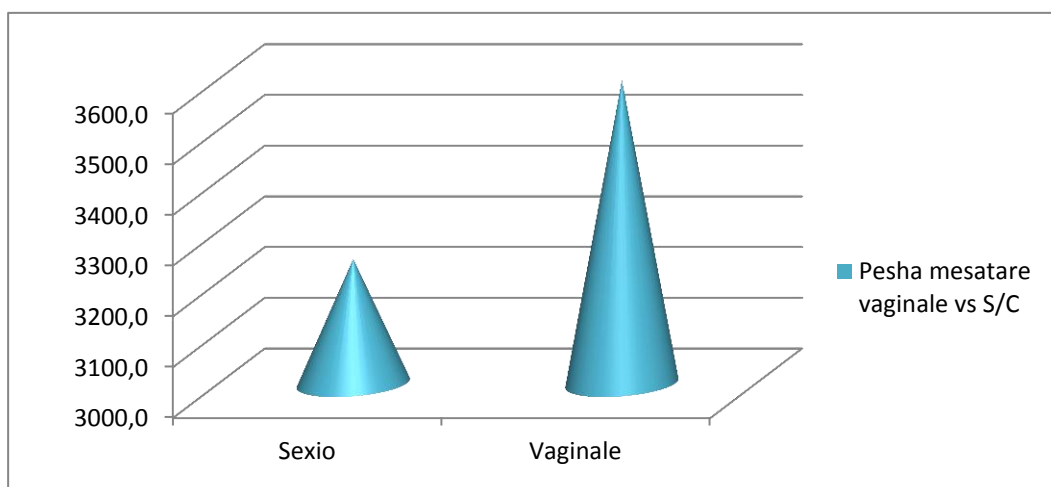
Më poshtë kemi të shprehur grafikisht, peshën mesatare në lindje me rrugë (vaginale vs sexio/cezarea)



Grafiku 12. Peshë mesatare dhe deviacioni standard e fëmijëve të lindur i shprehur në gramë.

- Pesha mesatare maksimale 5010 gr.
- Pesha minimale 700gr
- Std. Deviation 589.6
- Mediana 3350
- Pesha mesatare e fëmijëve 3295.8gr

Pesha mesatare e bebeve të lindura me rrugë vaginale vs s/c



Grafiku 13. Pesha mesatare e bebeve të lindura me rrugë vaginale vs sexio-
cezareaKrahasimi i peshës mesatare në lindje mes dy grupeve (lindje vaginale vs. sexio-
cezarea)

Pesha mesatare në lindje është shumë më e lartë tek lindjet me rrugë vaginale dhe shkon afërsisht në (vlera mesatare: 2866 ± 730),

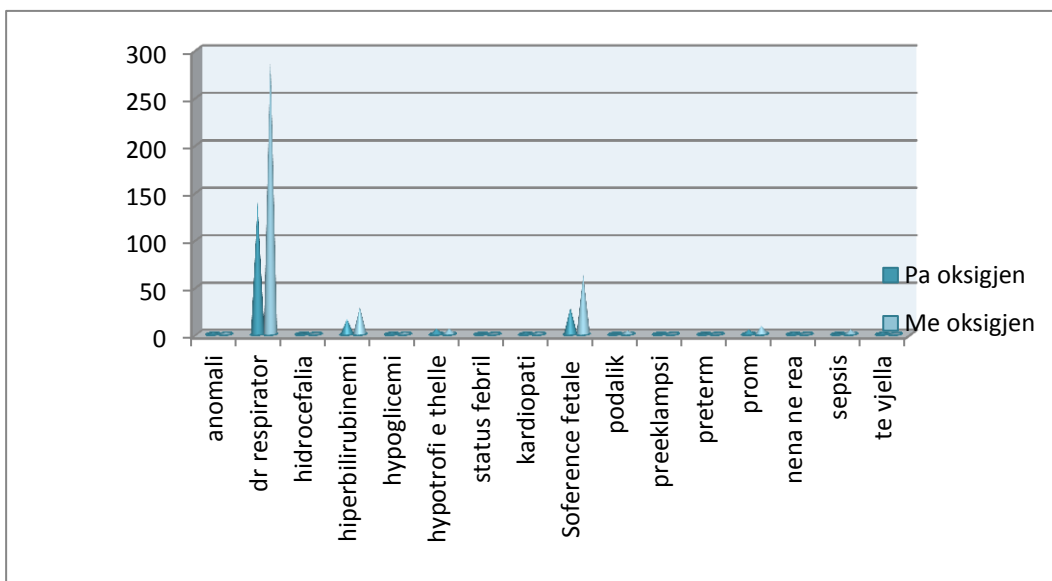
6.14 Oksigjenoterapia në RTI

Më poshtë kemi të paraqitur grafikisht bebet e trajtuara me oksigjen në bazë të
diagnozave më frekvente të foshnjeve në RTI.

626 rekorde në total

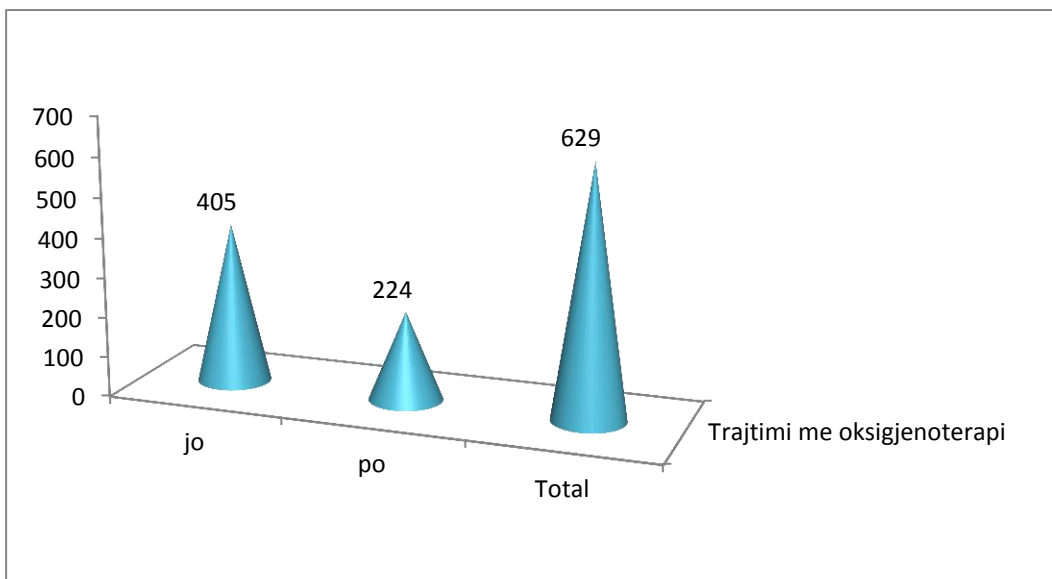
405 rekorde nuk u trjtuan me oksigjeno-terapi

224 rekorde utrajtuan me oksigjen-terapi



Grafiku 14. Neonatët e trajtuar me oksigjeno-terapi sipas diagnozave:

1. Detres respirator
2. Hiperbilirubinemi
3. Anomali
4. PROM



Grafiku 15. Bebet që u trajtuan me oksigjeno-terapi

6.15 Krahasimi i ditëqëndrimit të foshnjeve në RTI, të lindur në rrugë sexio- cesarea vs lindje vaginale.

Në tabelën e mëposhtme paraqitet krahasimi i ditëqëndrimit të dy grupeve, të foshnjeve të lindur në rrugë sexio- cesarea vs lindje vaginale.

Ajo që vihet re në bazë të të dhënave të marra nga numri i rekordeve të ardhura në RTI, ditë-qëndrimi mesatar është shumë më i lartë tek lindjet me rrugë sexio-cesarea, ku shkon afërsisht (8.0±8.2 diteë), në krahasim me ditëqëndrimin e lindjeve me rrugë vaginale, që shkon afërsisht (5.3±3.9 ditë).

Group Statistics

	Sexio_Cesarea	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Dite_qendrimi	Jo	154	5.31	3.938	.317
	Po	475	8.02	8.231	.378

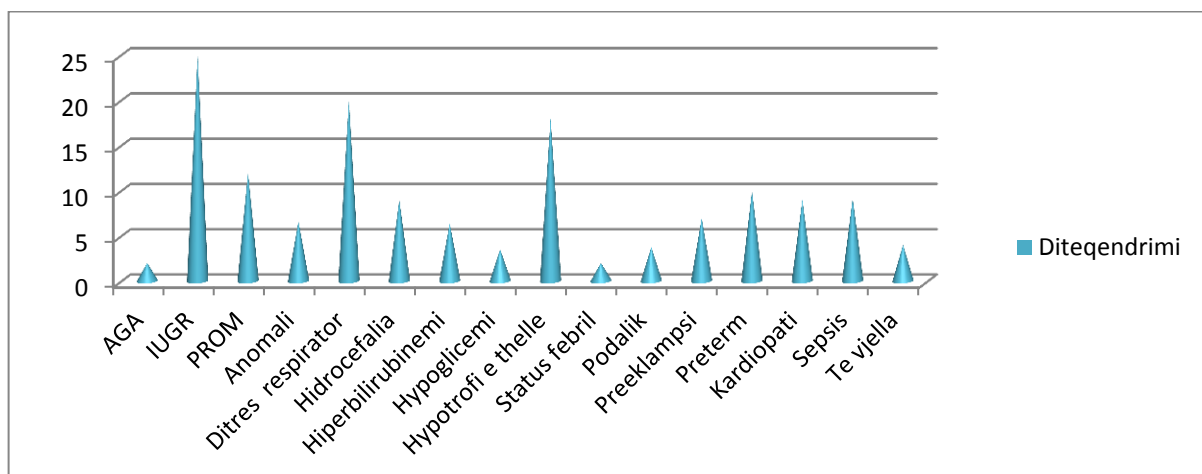
Tabela 25. Ditë-qëndrimi mesatar është shumë më i lartë tek lindjet me sexio-cesarea (8.0±8.2 ditë) në krahasim me lindjet vaginale (5.3±3.9) dhe ky ndryshim është statistikisht shumë sinjifikativ ($P < 0.001$), ashtu sic shprehet në tabelën e mësipërme (testi “t” i studentit):

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
Dite qendrimi	Equal variances assumed	27.869	.000	-3.933	627	.000	-2.705	.688	-4.056	-1.355
	Equal variances not assumed			-5.484	542.218	.000	-2.705	.493	-3.674	-1.736

Tabela 26. T- Test

Në grafikun e mëposhtëm është pasqyruar ditë-qëndrimi sipas diagnozave



Grafiku 16. Ditëqëndrimi i neonateve në RTI

Krahasimi i ditëqëndrimit të dy grupeve, të foshnjeve të lindur në rrugë sexio- cesarea vs lindje vaginale.

Ajo që vihet re në bazë të të dhënave të marra nga numri i rekordeve të ardhura në RTI, ditë-qëndrimi mesatar është shumë më i lartë tek lindjet me rrugë sexio-cesarea, ku shkon afërsisht (8.0 ± 8.2 ditë), në krahasim me ditëqëndrimin e lindjeve me rrugë vaginale, që shkon afërsisht (5.3 ± 3.9 ditë).

KAPITULLI I SHTATË

DISKUTIME

Pse është koha për të bërë një studim të tillë?

Duke parë tendecën në rritje të lindjeve me rrugë sexio-cezarea, si dhe duke u bazuar mbi studime të shumta të bëra në shumë vende të botës, në lidhje me rritjen e numrit të lindjeve me këtë rrugë (sexio-cezarea), si dhe sensibilizimin në lidhje me sëmundshmërinë që sjell kjo mënyrë lindjeje te neonati,^[27, 28,29] menduam që është e nevojshme për ta bërë të matshme këtë fenomen dhe në vendin tonë.

Sot në literaturën mjekësore, si dhe infermiore/mami, gjenden shumë punime në lidhje me këtë problem. Shumë nga studimet tregojnë se lindja me rrugë sexio - cezarea, çon në pasoja mjekësore si për gruan dhe për foshnjën e porsalindur.^[27,28,29,30]

Në përfundim të gjithë asaj që është evidentuar në shumë vite, rezultojnë që nëse një grua bën një lindje normale, rezultatet dhe mundësitë e saj për t'u shëruar janë shumë më të shpejta dhe të mira, se një grua që ka bërë një operacion cezarian.

Një ndërhyrje kirurgjikale do të thotë, se të dy si nëna dhe bebi, do të përballen me rreziqe të vogla (mbase dhe të mëdha) edhe shpesh këto rreziqe do të jenë mbizotëruese dhe shkak i problemeve dhe kjo do përbënte një ndryshim të madh me lindjen vaginale (natyrale).

Gjithashtu Ekspertët tregojnë për një rritje të rrezikut të problemeve të frymëmarrjes për foshnjën, si dhe rrezik më të lartë për Hemoragji (gjakderdhje) të gruas dhe një qëndrim më të gjatë në spital, pra kohë për t'u shëruar.

Këto janë disa arsye, pse lindja vginale (natyrore) është një opsion i preferuar.

Në situatat kur gruaja ka pasur komplikacione gjatë eksperiencës së saj në lindje, thotë Maggie Blott, consultant obstetrician at University College Hospital in London, për të bërë një lindje cezariane duhet të jemi të kujdesshëm dhe të vendosim vetëm për arsye mjekësore.

"My job is not to perform Caesareans, it's to prevent them happening.

"To help this process decision-making must be correct at a senior level and consultants should be available on labour äards all the time to advise," she said.

PYETJET QË SHTROHEN JANË?

- A duhet të shikohet rritja e trendit të lindjes me sexio-cezarea dhe dhe të merren masa në lidhje me uljen e numrit të lindjeve në këtë rrugë?
- A shkakton sëmundëshmëri, lindja me sexio- cezarea, te neonati?
- A duhet të ndërhyjmë në ndërprerjen e javëve të shatatzanisë, pa një arsye madhore mjekësore te gruaja?
- Cilat janë pasojat e rritjes së ditëqëndrimit në spital të gruas dhe të foshnjës?

Nga të dhëna të marra nga literatura e huaj, lindja me rrugë seksio- cezarea është procedura më e zakonshme kirurgjikale e përdorur në gratë në SHBA (Trimble 2009). Sipas Organizata Botërore të Shëndetësisë (OBSH), shkalla optimale e sexio- cesareas që rekomandohet është 10 deri në 15% , ndërkohë që në SHBA që nga 2010 është 32.8 % (Gibbons 2010)^[1,2].

Studime të ndryshme kanë evidentuar një rritje të shkallës së lindjes me rrugë sexio- cezarea në botë. OBSH ka vendosur si përqindje maksimale 15%, të totalit të lindjes

INCIDENCA E RRRITJES SË LINDJES ME SEXIO-CESAREA

- Sipas studimit tonë, rezultoi që përqindje më të madhe të dignozave, e zinin, status-post sexio dhe zgjedhja elective e nënës.
- Një arsye që çon në lindjen me rrugë sexio-cesarea është status post-sexio, e thënë ndryshe lindje pas operacionit të parë. Kjo ishte shumë e ndër arsyet primare në diagnozat amëtare. Gjë që tregon qartazi, se lindja e parë me rrugë sexio-cesarea bën që, si nëna ashtu edhe stafi, si obstetri të zgjedhë përsëri që gruaja të lind me rrugë sexio-cesarea.
- E thënë ndryshe status post sexio është një indikator që çon në rritje të numrit të sexio-ve dhe në ulje të numrit të lindjeve (paritetin).
- Arsye tjetër është edhe vetë preferenca e nënës apo zgjedhja elective, për të lindur me rrugë sexio-cesarea, kjo për të mos përjetuar intensitetin e lartë të dhimbjeve, sikurse ndodh në një lindje vaginale.
- Arsye tjetër është perballja me ligjin ne rastet e komplikacioneve ose perballja me familjarët, con në marrjen e vendimit shumë më të shpejtë në intervent, se sa te pritët lindja vaginale. Kjo për ti dhënë siguri maksimale familjarëve, gjë që I kërkohet mjekut, kjo arsye është parë si një shkak potencial për të zgjedhur, si mjeku ashtu dhe familjarët lindjen me rrugë sexio-cesarea.
- Ndjekje jo efikase e gruas përgjatë gjithë periudhës së shtatzanisë, në lidhje me shpeshtësinë e ekzaminimeve të nevojshme laboratorike, imazherike, bio-kimike, hormonale, diagnostike, bakterologjike^[2,4].

- Një tjetër arsye që ka sjellë rritjen e trendit të zgjedhjes së kësaj rruge, është mosha mesatare martesore e rritur tashmë, e cila ndikon në pasoja mjekësore si edhe pamjaftueshmëri e forcave dytësore të lindjes përgjatë fazës së dytë (kontraksionet e vullnetshme). Kjo u vërtetua dhe në bazë të të dhënave të marra në studim.
- Sipas një studimi të bërë nga “ The American college of obstetricians and gynecologists”. Womans health care^[37] prill 2013. Nr 559 mbi lindjen cezariane si kërkesë e nënës, kanë arritur në konkluzionin.
- Që lindja cezariane me kërkesë të nënës nuk duhet të kryhet para 39 javëve të shtatëzanisë^[37,6,9,21]
- Gjithashtu nuk duhet që si pasojë e paftësisë së menaxhimit të dhimbjeve jo efektive të marrësh vendimin për lindje cezariane, me kërkesë të nënës.^[12,13,37]
- Bazuar në literaturë, opinionet ndryshojnë në të mirat e arritjes së një përvoje të lindjes natyrale dhe në problematikat e saj.
- Sipas studimeve të bëra në lidhje me zgjedhjen e lindjes me sexio-cesarea, studiuesit kanë konkluduar që për shumë gra lindja është një ngjarje e transformimit të jetës, e cila është ëndërruar dhe parashikuar për muaj apo edhe vite. Ngjarje të papritura mund të shkaktojnë depresionin pas lindjes apo çrregullime të stresit post-traumatik.^[14]
- Faktet tregojnë se shumica e grave që kanë një lindje me prerje cezariane kanë më pak satisfaksion se gratë që kanë përvojë të lindjes në rrugë normale të fëmijës^[14,25]
- Sipas studimeve të ndryshme ka edhe qëndrime të paqarta.
- Kur duhet të vendosim për sexio-cesarea?

- A duhet të ndërhyjmë para javës së 39-të?^[6,7,8]
- Në studimin tonë u vu re se përqindja më e madhe e grave me lindje sexio-cezarea, ishte pa ndonjë indikacion mjekësor.
- Studime të ndryshme kanë rezultuar që një nga arsyet madhore të sexio –cezareas është monitorimi elektronik fetal. Shumë kërkues ngritën pyetjen.
- A duhet të bazohemi te monitorimi elektronik i fetusit, CTG (cardiotocography)?
- I cili shumë herë ka rezultuar si një alarm i rremë e për pasojë kemi marrjen e vendimit, për lindje me rrugë sexio-cezarea^[16].
- Monitorimi me CTG i rrahjeve të zemres fetale është një metodë, e cila rrit numrin e seksiove më shumë se në kohën kur rrahjet e zemrës fetale dëgjoheshin me fonendoskop. Kjo është e provuar në studime të ndryshme^[15,16].
- Në studime të shumta kanë analizuar se lindja me rrugë sexi-cezarea ka ndikim të madh në sëmundshmërinë e neonatit. Nga ana tjetër, ndikueshëm kjo lloj rruge është edhe në sëmundshmërinë amëtare.^[17,18,20,22,26,27]
- Informacioni i pamjaftueshëm në lidhje me sëmundshmërinë që sjell lindja me rrugë sexio-cesarea tek neonati.
- Bazuar në të dhënat tona dhe në analizën e rekordeve, pas përpunimit të të dhënave të marra në studim të foshnjeve të vajtura në RTI,
- Rezultoi që në 629 rekorde në total të foshnjeve të përfunduara në repartin e terapisë intensive, kemi 154 (24.5%) jane lindje normale (vaginale) dhe 475 (75.5%) janë lindje me Sexio-Cezarea.
- Ky përfundim, tregon numrin e madh të lindjeve të bebeve me sexio-cezarea, që kanë nevojë për ndërhyrje më të specializuar. Pra ndyrshimi është sinjifikativ në lidhje me sëmundshmërinë e neonatit. Ky rezultat është shumë evident dhe është rritur ndjeshëm^[12,17,19,20,21].

- Nga studimi ynë në të dhënat që u morën në lidhje me ditë-qëndrimi mesatar, u pa që ditë-qëndrimi i foshnjeve në RTI, është shumë më i lartë tek foshnjët e lindura me rrugë Sexio-cezarea (8.0 ± 8.2) në krahasim me foshnjët e lindura me rrugë vaginale (5.3 ± 3.9) dhe ky ndryshim u pa që është statistikisht shumë sinjifikativ ($P < 0.001$), kjo con në pasoja si, infeksione nozokominale, si dhe rritje të kostos spitalore si dhe punës më të madhe në lidhje me kujdesin mjekësor dhe infermieror.
- Nga studimi ynë në të dhënat që u morën në lidhje me peshën mesatare të foshnjeve, në lindje u vërejt që pesha mesatare e foshnjeve, të lindura në rrugë vaginale është shumë më e lartë, ku vlera e saj është (vlera mesatare: 2866 ± 730), dhe ky ndryshim është statistikisht shumë sinjifikativ ($P < 0.001$), në krahasim me foshnjët e lindur me rrugë Sexio- Cezarea, ku (vlera mesatare: 2567 ± 898). Duke parë këtë përfundim, një lindje normale do avantazhonte në të mirat e foshnjës së porsalindur si në peshë dhe në pjekurinë fetale.
- Nga studimi ynë në të dhënat që u morën në lidhje me moshën mesatare të barrës, u pa që mosha mesatare e barrës është shumë më e lartë tek lindjet vaginale (35.9 ± 3.7), krahasimisht me lindjet me rrugë Sexio-Cezarea (37.3 ± 2.6) dhe ky ndryshim është statistikisht shumë sinjifikativ ($P < 0.001$). gjë që con në benefite në lidhje me foshnjën, duke i dhënë atij më tepër kohë maturimi.

KAPITULLI I TETË

KONKLUZIONE

Bazuar mbi analizën e të dhënave të marra në këtë studim, konkluzionet që arritëm janë si më poshtë:

Në vitin 2004, përqindja e lindjeve me Sexio-Cezarea nga totali i të gjitha lindjeve ishte vetëm 28.2%, ndërsa në vitin 2014 kjo përqindje arriti në vlerën 36.5%. duket qartë që prevalenca e lindjeve me Sexio-cezarea, ka adhur në rritje.

Sipas WHO, norma e lindjeve cezariane është 10-15% të lindjeve në total^[4].

Gjithashtu prevalenca është më e lartë në qytet, në krahasim me fshatin, në vlerat (38.1% qytet vs. 31.7%, fshat përkatësisht).

Prevalenca e gjëndjeve të rënda (diagnozave problematike) është shumë më e lartë tek lindjet me Sexio-cezarea (61.5%) në krahasim me lindjet vaginale (39.2%).

Konkluzionet në lidhje me foshnjët e ardhura në RTI.

Pesha mesatare në lindje, është shumë më e lartë tek foshnjët me lindje vaginale (vlera mesatare: 3324±559), në krahasim me foshnjët e lindur me Sexio-cezarea.

Mosha mesatare e nënave me lindje vaginale është shumë më e ulët (vlera mesatare: 26.6±5.1 vjec), në krahasim me nënat me lindje me Sexio-cezarea (vlera mesatare: 28.4±5.5).

Mosha mesatare e barrës është shumë më e lartë tek lindjet vaginale (39.0±2.9), në krahasim me lindjet me Sexio-cezarea (36.8±1.9).

Prevalenca e gjëndjeve të rënda (diagnozave problematike) është shumë më e larte tek lindjet me Sexio (44.4%), në krahasim me lindjet vaginale (18.8%), kjo rrit sëmundshmërinë neonatale, rrit nevojën e foshnjeve për trajtim me oksigjenoterapi.

Krahasimi i peshës mesatare në lindje mes dy grupeve (lindje vaginale vs. Sexio-cezarea) Pesha mesatare në lindje është shumë më e lartë tek lindjet vaginale (vlera mesatare: 2866 ± 730).

Ditë-qëndrimi mesatar është shumë më i lartë tek lindjet me Sexio-cezarea (8.0 ± 8.2) në krahasim me lindjet vaginale (5.3 ± 3.9), Lindja me rrugë sexio-cesarea, rrit ditëqëndrimin e nënës dhe bebit në spital.

Lindja me rrugë sexio-cesarea, rrit punën observuese si dhe kujdesin e mamisë, infermiereve të repartit të terapisë intensive e gjitha kjo con në rritjen e kostos spitalore

KAPITULLI I NËNTË

REKOMANDIME

Lindja me rrugë sexio-cesarea, rekomandohet të jetë zgjedhje e dytë pas lindjes normale vaginale, për të minimizuar lindje me rrugë sexio-cesarea pasardhëse.

Lindja me rrugë sexio-cesarea, ul numrin e lindjeve pasardhëse, ndryshe nga lindja normale vaginale e cila rrit mundësinë për shtatzani pasardhëse.

Lindja me rrugë sexio-cesarea çon në induktimin e shtatzanisë dhe mos ezaurimin e plotë të 39- javëve të shtatzanisë dhe ndërprerja e saj, sjell në jetë foshnje me pasoja mjekësore, në peshë, në respiracion, në vlera normale të Apgarit.

Lindja me rrugë sexio-cesarea, çon në kontakte më të vona të nënës me bebin, si rrjedhojë në ushqyerje të mëvonëshme me gji, gjë që do të ndikonte jo mirë te foshnja si në anën fizike ashtu dhe në anën psikologjike të tij.

Lindja me rrugë sexio-cesarea, në lidhje me foshnjat që përfundojnë në repatin e terapisë intensive, rrit stresin te nëna dhe familjarët, rrit pasigurinë sit e foshnja ashtu dhe te nëna, ndikon negativisht në psikologjinë nënës dhe të foshnjës.

Lindja me sexio-cesarea duke qënë se rrit ditëqëndrimin në spital, rrit dhe mundësinë e infeksioneve spitalore.

Lindja me rrugë sexio-cesarea, nuk sjellë komoditet te nëna, pas ndëhyrjes, si pasojë e dhimbjeve, uljes së mundësisë fizike të nënës, në rastet sëmundshmërisë së nënës, si dhe rikthimit më të vonë të normalitetit.

Lindja me sexi-cezarea duke rritur ditëqëndrimin në spital, çon gjithashtu në rritjen e kostos spitalore, si për nënën dhe për bebin.

Kontakti i grave shtatëzana i hershëm me obstetritin dhe maminë realizon informimin dhe observimin adekuat të nënës, në lidhje me avantazhet dhe disavantazhet e kësaj mënyre lindjeje.

Lindja me rrugë sexio-cezarea si kërkesë maternal, nuk duhet të kryhet përpara 39-javëve të moshës së barrës.

Lindja me rrugë sexio-cezarea, nuk duhet të motivohet, si pasojë e paaftësisë së menaxhimit të dhimbjeve.

Lindja me rrugë sexio- cezarea, nuk rekomandohet sidomos në gratë që kanë dëshirë të kenë më shumë se një fëmijë, nëse kanë rrisht të lartë për placenta previa, placenta accreta dhe histerektomi, pasi rrishtu për këto komplikacione, rrisht për çdo ndërhyrje cezariane.

Rekomandime në lidhje me faktorët, që reduktojnë mundësinë e një lindjeje me rrugë sexio- cezarea.

Të sigurojmë gratë, për mbështetjen e vazhdueshme gjatë javëve të shtatëzansisë, si dhe gjatë punës në momentin e lindjes.

Komunikimi apo trajnimi paraprak i grave shtatëzana do të zvogëlonte gjasat për lindje me rrugë sexio-cezarea. Pasi informacioni i marrë, në lidhje me avantazhet dhe disavantazhet, e lindjes me sexio-cezarea, do të ndihmonte ata, në marrjen e një vendimi të saktë dhe të pa nxituar.

Për gratë të cilat nuk paraqesin komplikacione gjatë shtatëzansisë, por kalojnë përtej 41 javëve, atëherë është e nevojshme induktimi lindjes, sepse kjo redukton rrishtin e

vdekjes perinatale dhe mundësia për shkuarjen drejt një lindje me rrugë sexio-cezarea është e madhe.

Një ndihmë të madhe, do jepte monitorim i gruas, si dhe paraqitja grafike e punës, për çdo katër orë. Nëpërmjet këtij monitorimi, si dhe progresit të punës për grate, të cilat nuk paraqesin komplikacione gjatë shtatzanisë, si dhe gjatë momentit të lindjes, kur ajo është spontane, një monitorim i tillë zvogëlon gjasat për lindje me rrugë sexio- cezarea

Konsultimi i mjekëve obstetër duhet të përfshihet në vendim, përse është vendosur të kryhet kjo lindje me rrugë sexio-cezarea, pasi konsultimi mes obstetërve, do të zvogëlonte gjasat për një lindje me rrugë sexio-cezarea.

Të informojmë gratë që kanë vendosur të zgjedhin një lindje me rrugë sexio-cezarea, se rreziku i komplikacioneve të tilla si: ethe, fshikëz e lënduar dhe lëndimet kirurgjikale nuk ndryshojnë, në lidhje me mënyrën e lindjes (e planifikuar për sexio-cezarea, apo elective), studimet tregojnë se rreziku i dëmtimit të mitrës është më i lartë në lindjen e me rrugë sexio-cezarea të planifikuar, se ajo vaginale.

Në kohën që gratë janë në spital i duhet dhënë mundësia për të diskutuar me profesionistët, në lidhje me një ndëhyrje (sexio-cezarea), për t'u dhënë atyre mundësinë për të marrë sa më shumë informacion nga profesionistët e kujdesit shëndetësor.

Në lidhje me arsyet pse duhet të mendohen para marrjes së një vendimi për lindje me rrugë sexio-cezarea, ky informacion do ishte efikas nese gruaja shtatzënanë do ta merrte këtë informacion me gojë nga profesionistët, si dhe të shkruar, në lidhje me opsionet e lindjes për çdo shtatzëni të ardhshme.

REFERENCA

1. Obstetrika dhe gjinekologjia. Doc. Ilir gjylbegu, Rozafa Luca. Fq.304 Williams (chap.18, p.444, chap 24. p 571, chap 23, p 548, chap 22, p 536, chap 43, p1011.)
2. American Congress of Obstetricians and Gynecologists, "Five Things Physicians and Patients Should Question", Choosing Wisely: an initiative of the ABIM Foundation (American Congress of Obstetricians and Gynecologists), retrieved August 1, 2013, which cites
3. Finger C (2003). "Caesarean section rates skyrocket in Brazil. Many women are opting for Caesareans in the belief that it is a practical solution". *Lancet* **362** (9384): 628. doi:10.1016/S0140-6736(03)14204-3. PMID 12947949.
4. "WHO Statement on Caesarean Section Rates" (PDF). 2015. Retrieved 6 May 2015. American Congress of Obstetricians and Gynecologists, "Five Things Physicians and Patients Should Question", Choosing Wisely: an initiative of the ABIM Foundation (American Congress of Obstetricians and Gynecologists), retrieved August 1, 2013, which cites
5. Main, Elliott; Oshiro, Bryan; Chagolla, Brenda; Bingham, Debra; Dang-Kilduff, Leona; Kowalewski, Leslie, Elimination of Non-medically Indicated (Elective) Deliveries Before 39 Weeks Gestational Age (PDF), March of Dimes; California Maternal Quality Care Collaborative; Maternal, Child and Adolescent Health Division; Center for Family Health; California Department of Public Health, retrieved 1 August 2013, Lavender, T; Hofmeyr, GJ; Neilson, JP; Kingdon, C; Gyte, GM (14 March 2012).
6. "Caesarean section for non-medical reasons at term.". The Cochrane database of systematic reviews **3**: CD004660. doi:10.1002/14651858.CD004660.pub3. PMC 4171389. PMID 22419296.
7. American Congress of Obstetricians and Gynecologists "Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery". American Congress of Obstetricians and Gynecologists and the Society for Maternal-Fetal Medicine. March 2014. Retrieved 20 February 2014. <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Ethics/Elective-Surgery-and-Patient-Choice>
8. Hofmeyr, GJ; Hannah, ME (2003). "Planned caesarean section for term breech delivery.". The Cochrane database of systematic reviews (3): CD000166. doi:10.1002/14651858.CD000166. PMID 12917886
Turner R (1990). "Caesarean Section Rates, Reasons for Operations Vary Between Countries". *Fam Plann Perspect.* (Guttmacher Institute) **22** (6): 281–2. doi:10.2307/2135690. JSTOR 213569

9. Molina, G; Weiser, TG; Lipsitz, SR; Esquivel, MM; Uribe-Leitz, T; Azad, T; Shah, N; Semrau, K; Berry, WR; Gawande, AA; Haynes, AB (1 December 2015). "Relationship Between Cesarean 10.Delivery Rate and Maternal and Neonatal Mortality.". *JAMA* 314 (21): 2263–70. doi:10.1001/jama.2015.15553. PMID 26624825.
10. Cesarean Inter-Section by Terah R Lara, *Midwifery Today*, Autumn 2013. Alcorn, K, et al. 2010. "A Prospective Longitudinal Study of Posttraumatic Stress Disorder Resulting from Childbirth Events." *Psychol Med* 40 (11): 1849–59. This is an excerpt of an article which appears in *Midwifery Today*, Issue 107, Autumn 2013. View other great articles and columns in the table of contents. To read the rest of this article, order your copy of *Midwifery Today*, Issue 107.]
11. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). "Caesarean Section: NICE Clinical Guidelines, No. 132". National Institute of Health and Clinical Excellence. PMID 23285498
Published by the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 27 Sussex Place, Regent's Park, London NW1 4RG www.rcog.org.uk Registered charity no. 213280 First published 2011, revised reprint 2012 (pages 1, 104 & 105) 2nd edition © 2011 National Collaborating Centre for Women's and Children's Health 1st edition published in 2004
12. "Increased perinatal mortality and morbidity in monochorionic versus dichorionic twin pregnancies: clinical implications of a large Dutch cohort study". *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Retrieved 2014-06-11.
13. "Women can choose Caesarean birth". *BBC News*. 23 November 2011.
Alcorn, K, et al. 2010. "A Prospective Longitudinal Study of Posttraumatic Stress Disorder Resulting from Childbirth Events." *Psychol Med* 40 (11): 1849–59. Allen, S. 1998. "A Qualitative
14. Analysis of the Process, Mediating Variables and Impact of Traumatic Childbirth." *J Reprod Infant Psychol* 16 (2): 107–31. Dekker, R. 2012. "The Evidence for Skin-to-skin Care after a
15. Cesarean." *Evidence Based Birth*. Accessed July 24, 2013. <http://evidencebasedbirth.com/the-evidence-for-skin-to-skin-care-after-a-cesarean>.
16. NIH (2006). "State-of-the-Science Conference Statement. Cesarean Delivery on Maternal Request" (PDF). *Obstet Gynecol* 107 (6): 1386–97. doi:10.1097/00006250-200606000-00027. PMID 16738168.
17. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS (2007). "Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term". *CMAJ* 176 (4): 455–60. doi:10.1503/cmaj.060870. PMC 1800583. PMID 17296957.
18. "Why are Caesareans Done?". *Gynaecworld*. Retrieved 2006-07-26.

- Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, Moawad AH, Caritis SN, Harper M, Wapner RJ, Sorokin Y, Miodovnik M, Carpenter M, Peaceman AM, O'Sullivan MJ, Sibai B, Langer O, Thorp JM, Ramin SM, Mercer BM (2006). "Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries". *Obstet Gynecol* 107 (6): 1226–32. doi:10.1097/01.AOG.0000219750.79480.84. PMID 16738145. (see also review by WebMD.com)
19. "Caesarean Section". NHS Direct. Archived from the original on 12 November 2007. Retrieved 2006-07-26.
20. "High infant mortality rate seen with elective c-section". Reuters Health—September 2006. *Medicineonline.com*. 14 September 2006. Retrieved 2011-07-26. Althabe, Fernando; Torloni, Maria Regina; Betran, Ana Pilar; Souza, Joao Paulo; Widmer, Mariana; Allen, Tomas; Gulmezoglu, Metin; Merialdi, Mario (2011). "Classifications for Cesarean Section: A Systematic Review". *PLoS ONE* 6 (1): e14566. doi:10.1371/journal.pone.0014566. ISSN 1932-6203.
21. Corderoy, Amy (26 Jul 2015). "Failure to cut medical intervention rates in childbirth". *The Sydney Morning Herald* (Fairfax Media). Retrieved 17 November 2015.
22. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*. 27(2):121-7, 2015 Apr. Turner R (1990). "Caesarean Section Rates, Reasons for Operations Vary Between Countries". *Fam Plann Perspect*. (Guttmacher Institute) 22 (6): 281–2. doi:10.2307/2135690. JSTOR 2135690.
23. Hofmeyr, GJ; Hannah, ME (2003). "Planned caesarean section for term breech delivery.". *The Cochrane database of systematic reviews* (3): CD000166. doi:10.1002/14651858.CD000166. PMID 12917886.
24. Savage W (2007). "The rising Caesarean section rate: a loss of obstetric skill?". *J Obstet Gynaecol* 27 (4): 339–46. doi:10.1080/01443610701337916. PMID 17654182.
25. Wei Ching T, Kanagalingam D, Hak Koon T (2003). "Rising Caesarean Section Rates—Where Do We Go From Here?". *SGH Proceedings* 12 (4): 208–12.
26. Domenjoz, I; Kayser, B; Boulvain, M (October 2014). "Effect of physical activity during pregnancy on mode of delivery.". *American journal of obstetrics and gynecology* 211 (4): 401.e1–11. doi:10.1016/j.ajog.2014.03.030. PMID 24631706.
27. "NCHS Data Brief: Recent Trends in Cesarean Delivery in the United States Products". Centers for Disease Control and Prevention. March 2010. Retrieved 2012-06- Morrison JJ, Rennie JM, Milton PJ. Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean section. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102(2):101- [PubMed]

28. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2001 Sep;98(1):9-13. Neonatal respiratory morbidity following elective caesarean section in term infants. A 5-year retrospective study and a review of the literature.
29. Br J Obstet Gynaecol. 1995 Feb;102(2):101-6. Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean section. Morrison JJ¹, Rennie JM, Milton PJ.
30. Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean delivery, V Zanardo*, AK Simbi, M Franzoi, G Soldá, A Salvadori and D Trevisanuto. Article first published online: 2 JAN 2007 DOI: 10.1111/j.1651-2227.2004.tb02990.
31. Olde E, van der Hart O, Kleber R, van Son M (January 2006). "Post-traumatic stress following childbirth: a review". Clin Psychol Rev 26 (1): 1–16. doi:10.1016/j.cpr.2005.07.002. PMID 16176853.
32. "Vaginal Birth after Cesarean (VBAC)". American Pregnancy Association. Retrieved 2012-06-16. Vaginal birth after C-section (VBAC) guide, Mayo Clinic
33. Gurol-Urganci, I.; Bou-Antoun, S.; Lim, C. P.; Cromwell, D. A.; Mahmood, T. A.; Templeton, A.; van der Meulen, J. H. (2013). "Impact of Caesarean section on subsequent fertility: a systematic review and meta-analysis". Human Reproduction 28 (7): 1943–1952. doi:10.1093/humrep/det130. ISSN 0268-1161.
34. "Birth After Previous Caesarean Birth, Green-top Guideline No. 45" (PDF). Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. February 2007.
35. American Congress of Obstetricians and Gynecologists (Aug 2010). "ACOG Practice bulletin no. 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery.". Obstetrics and gynecology 116 (2 Pt 1): 450–63. doi:10.1097/AOG.0b013e3181eeb251. PMID 20664418. "Elimination of Non-medically Indicated (Elective) Deliveries Before 39 Weeks Gestational Age" (PDF). Retrieved 2012-07-13.
36. "Term Pregnancy: A Period of Heterogeneous Risk for Infant Mo... : Obstetrics & Gynecology". Retrieved 2012-07-12.
37. "Increased perinatal mortality and morbidity in monochorionic versus dichorionic twin pregnancies: clinical implications of a large Dutch cohort study". BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. Retrieved 2014-06-11.
38. American College of Obstetricians and Gynecologists (Apr 2013). "ACOG committee opinion no. 559: Cesarean delivery on maternal request.". Obstetrics and gynecology 121 (4): 904–7. doi:10.1097/01.AOG.0000428647.67925.d3. PMID 23635708.

39. NIH (2006). "State-of-the-Science Conference Statement. Cesarean Delivery on Maternal Request" (PDF). *Obstet Gynecol* 107 (6): 1386–97. doi:10.1097/00006250-200606000-00027. PMID 16738168.
40. Lee HC, Gould JB, Boscardin WJ, El-Sayed YY, Blumenfeld YJ (2011). "Trends in cesarean delivery for twin births in the United States: 1995-2008". *Obstet Gynecol* 118 (5): 1095–101. doi:10.1097/AOG.0b013e3182318651. PMC 3202294. PMID 22015878.
41. Dodd, J. M.; Anderson, E. R.; Gates, S. (2008). Dodd, Jodie M, ed. "Cochrane Database of Systematic Reviews". Reviews. doi:10.1002/14651858.CD004732.pub2. [chapter= ignored (help)]
42. Lydon-Rochelle, MT; Holt, VL; Martin, DP (July 2001). "Delivery method and self-reported postpartum general health status among primiparous women.". *Paediatric and perinatal epidemiology* 15 (3): 232–40. doi:10.1046/j.1365-3016.2001.00345.x. PMID 11489150.
43. "Focus on: caesarean section—NHS Institute for Innovation and Improvement". Institute.nhs.uk. 8 October 2009.
44. "Caesarean Section Rates Royal College of Physicians of Ireland:". Rcpi.ie.
45. "C-section rate in Canada continues upward trend". Canada.com. 26 July 2007.
- "To push or not to push? It's a woman's right to decide". *The Sydney Morning Herald*. 2 January 2011.
46. "C-section rates around globe at 'epidemic' levels". [AP / msnbc.com](http://AP/msnbc.com). 12 January 2010. Retrieved 21 February 2010.
47. "Women can choose Caesarean birth". *BBC News*. 23 November 2011. "Should there be a limit on Caesareans?". *BBC News*. 30 June 2010. Walsh, Joseph A. (2008). "Evolution and the Cesarean Section Rate". *The American Biology Teacher* 70 (7): 401–404. doi:10.1662/0002-7685(2008)70[401:ETCSR]2.0.CO;2. ISSN 0002-7685.
48. Boss J (1961). "THE ANTIQUITY OF CAESAREAN SECTION WITH MATERNAL SURVIVAL: THE JEWISH TRADITION". *Medical history* 5 (2): 117–31. doi:10.1017/S0025727300026089. PMC 1034600. PMID 16562221.
49. "Cesarean Section – A Brief History: Part 2". U.S. National Institutes of Health. 25 June 2009. Retrieved 2010-11-27.
50. "Caesarean section?: etymology and early history", *South African Journal of Obstetrics and Gynaecology*, August 2009 by Pieter W.J. van Dongen
51. University of Virginia Health System, Claude Moore Sciences Health Library, Ancient Gynecology:Caesarean Section

52. "Caesarean | Caesarian, adj. and n.". OED Online. June 2013. Oxford University Press. 13 June 52. 2013 <<http://www.oed.com/view/Entry/26016>>.
53. Blumenfeld-Kosinski, Renate (1991). *Not of woman born : representations of caesarean birth in medieval and Renaissance culture* (1st ed.). Ithaca, N.Y: Cornell University Press. ISBN 0-8014-9974-7. "Appendix: Creative Etymology: Caesarean Section from Pliny to Rousset" (pp. 143-153) presents an excellent history of the legend of caesarean births in Western culture.
54. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Term Breech Trial Collaborative Group. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet*2000;356(9239):1375-83. [PubMed]
55. American College of Obstetricians and Gynecologists. Surgery and patient choice: the ethics of decision making [ACOG Committee Opinion no 289]. *Obstet Gynecol* 2003;102:1101-[PubMed]
56. Hall MH, Bewley S. Maternal mortality and mode of delivery. *Lancet* 1999; 354 (9180):776. [PubMed]
57. Bergholt T, Stenderup JK, Vedsted-Jakobsen A, Helm P, Lenstrup C. Intraoperative surgical complication during cesarean section: an observational study of the incidence and risk factors. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82(3):251-6. [PubMed]
58. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. First-birth cesarean and placental abruption or previa at second birth. *Obstet Gynecol* 2001;97(5 pt 1):765-9. [PubMed]
59. Smith GC, Pell JP, Dobbie R. Caesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy. *Lancet*2003;362(9398):1179-84. [PubMed]
60. Farrell SA, Allen VM, Baskett TF. Parturition and urinary incontinence in primiparas. *Obstet Gynaecol* 2001;97(3):350-6
61. Berghella V. Cesarean delivery: Postoperative issues. <http://www.uptodate.com/home>. Accessed June 3, 2015.
62. Norwitz ER. Cesarean delivery on maternal request. <http://www.uptodate.com/home>. Accessed June 3, 2015.
63. Berens P. Overview of postpartum care. <http://www.uptodate.com/home>. Accessed June 3, 2015.
64. Porreco RP. Cesarean delivery of the obese woman. <http://www.uptodate.com/home>. Accessed June 8, 2015.

65. Frequently asked questions. Labor, delivery, and postpartum care FAQ006. Cesarean birth (C-section). The American College of Obstetricians and Gynecologists. <http://www.acog.org/Patients/FAQs/Cesarean-Birth-C-Section>. Accessed June 3, 2015.

66. Roy-Byrne PP, et al. Postpartum blues and unipolar depression: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. <http://www.uptodate.com/home>. Accessed June 3, 2015.

Wells CE, et al. Choosing the route of delivery after cesarean birth. <http://www.uptodate.com/home>. Accessed May 19, 2015.

67. Chasen ST, et al. Twin pregnancy: Labor and delivery. <http://www.uptodate.com/home>. Accessed June 9, 2015.

Gillen-Goldstein J, et al. Assessment of fetal lung maturity. <http://www.uptodate.com/home>. Accessed June 9, 2015.

68. Younger Meek J, et al. Breastfeeding beyond infancy. In: *New Mother's Guide to Breastfeeding*. 2nd ed. New York, N.Y.: Bantam Books; 2011.

Immunization and pregnancy. Centers for Disease Control and Prevention. <http://www.cdc.gov/vaccines/adults/rec-vac/pregnant.html>. Accessed June 10, 2015.

69. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. Cesarean delivery on maternal request. Committee Opinion No. 559. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstetrics and Gynecology*. 2013;121:904

70. Wide differences in mode of delivery within Europe: risk-stratified analyses of aggregated routine data from the Euro-Peristat study.

AJ Macfarlane,^a B Blondel,^b AD Mohangoo,^c M Cuttini,^d J Nijhuis,^e Z Novak,^f HS _ Olafsd_ottir,^g J Zeitlin,^b the Euro-Peristat Scientific Committee ^a Centre for Maternal and Child Health Research, City University London, London, UK ^b INSERM, Obstetrical Perinatal and Paediatric, Accepted 3 November 2014. Published Online 9 March 2015.

71. References from original (2004) guideline. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. *Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Woman*. Clinical Guideline. London: RCOG Press; 2003.

72. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Clinical Effectiveness Support Unit. *The Use of Electronic Fetal Monitoring: The Use and Interpretation of Cardiotocography in Intrapartum Fetal Monitoring*. Evidence-based Clinical Guideline No. 8. London: RCOG Press; 2001.

73. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Clinical Effectiveness Support Unit. *Induction of Labour*. Evidence-based Clinical Guideline No. 9. London: RCOG Press; 2001.

74. Thomas J, Paranjothy S, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Clinical Effectiveness Support Unit. The National Sentinel Caesarean Section Audit Report. London: RCOG. Press; 2001