

UNIVERSITETI I MJEKESISE, TIRANE

UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

FAKULTETI MJEKËSISË

DEPARTAMENTI I PEDIATRISË

SHËRBIMI I NEONATOLOGJISË

DISERTACION

Në kërkim të gradës

“DOKTOR I SHKENCAVE MJEKËSORE”

**NDIKIMI I SHTËRZIMIT SPONTAN DHE ATIJ TË DREJTUAR NË
GJENDJEN E TË PORSALINDURIT NË LINDJE**

PUNOI:

DR. DRITA BUJARI

UDHËHEQËS SHKENCOR:

PROF. ASOC. DR. ALKETA HOXHA QOSJA

TIRANË 2023

UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

FAKULTETI MJEKËSISË

DEPARTAMENTI I PEDIATRISË

SHËRBIMI I NEONATOLOGJISË

DISERTACION

Paraqitur nga:

Drita Bujari

Për marrjen e Gradës Shkencore

“DOKTOR I SHKENCAVE MJEKSORE”

**NDIKIMI I SHTËRZIMIT SPONTAN DHE ATIJ TË DREJTUAR NË
GJENDJEN E TË PORSALINDURIT NË LINDJE**

Udhëheqës Shkencor: **Prof. Asoc. Dr. Alketa Hoxha**

Mbrohet më datë _____._____._____ Para komisionit të përbërë nga:

- | | | |
|----|-----------------------------------|-------------------------|
| 1. | Prof. Dr. Anila GODO | KRYETAR |
| 2. | Prof. Dr. Ermira KOLA | ANËTAR (OPONENT) |
| 3. | Prof. Asc. Ferit ZAVALANI | ANËTAR (OPONENT) |
| 4. | Prof. Dr. Astrit BIMBASHI | ANËTAR |
| 5. | Prof. Asc. Eljona DEMALIAJ | ANËTAR |

FALENDERIMET

Falenderime dhe mirënjohje për profesorin tim që më ka mbështetur që në fillimet e karrierës sime si pediatre–neonatologe, Dr. Eduard Tushe.

Falenderime dhe mirënjohje për udhëheqësen time shkencore, Prof. Asoc. Dr. Alketa Hoxha Qosja, për suportin e vazhdueshëm për punimin e këtij dizertacioni.

Falenderime dhe mirënjohje për Prof. Astrit Bimbashin, me ndihmën dhe sugjerimet e të cilit u bë i mundur realizimi i këtij punimi shkencor.

Falenderime të veçanta shkojnë edhe për familjen time, e cila më dha mbështetje dhe kurajo për përfundimin e këtij dizertacioni.

PËRMBAJTJA

Kreu 1	1-9
PËRKUFIZIME DHE KONSIDERATA TË PËRGJITHSHME	2-3
Të dhëna epidemiologjike	4
Përkufizime dhe rregulla protokolli	4
FAZAT E AKTIVITETIT TË LINDJES DHE LINDJES	4-9
Periudha e parë e lindjes	4-5
Periudha e dytë e lindjes	5-7
Kohëzgjatja e periudhës së dytë të lindjes	7-8
Pozicioni i shtatzënës gjatë periudhës së dytë të lindjes	8
Shtërzimi gjatë lindjes	8-9
Periudha e tretë e lindjes	9
Qëndrimi aktiv	9
Qëndrimi pasiv (fiziologjik)	9
Kreu 2	10-26
FAZA E DYTË E LINDJES (EKSPULSIONIT)	10
Diagnoza e fazës së dytë të lindjes	10-13
Historia në literaturë dhe zakonet sociale në artin e lindjes	13-15
Një vështrim i epidemiologjisë në punimet për fazën e dytë të lindjes	15-17
Rregulli “pa shtyrje”	17-18
Rregulli “shtyrje në 10 cm”	18-19
Strategji për t'i ndihmuar gratë që të mos demoralizohen	19-21
Kohëzgjatja e fazës së dytë	21-22
Pozicioni i shtatzënës gjatë aktivitetit të lindjes dhe PSH	22-23
Pozicioni me duar dhe gjunjë (këmbadoras-galiç)	23
Qëndrimi në këmbë kundrejt qëndrimit shtrirë	23-24
Qëndrimi genu-pektoral	24
“Norma” bashkëkohore	25
Strategji për të minimizuar traumën perineale	25-26

Kreu 3	27-31
QËLLIMI	27
Hipoteza	27
Objektivat e punimit	27
MATERIALI DHE METODA	28-30
ANALIZA STATISTIKORE	31
 Kreu 4	 32-60
REZULTATET	32
Të dhënat e përgjithshme të shtatzënave në lindje të marra në studim	32-35
Ndërlikimet para lindjes	35-36
Vizitat vaginale (VV)	37-38
Crregullimet e RZF-ve	38-39
Koha në shtratin e lindjes	40
Nevoja e nënave për oksigjen	40
Ventilimi i të posalindurve në momentin e lindjes	41-42
Pozicioni i nënës gjatë aktivitetit të lindjes	42-43
Manipulimet gjatë lindjes	43-45
Traumat e të posalindurit	45-49
Përmbledhje e vlerave mesatare të variablave sipas 2 grupeve.	50
Regresioni LOGJISTIK MULTIVARIAT	50-53
Regresioni LINEAR MULTIVARIAT	53-60
 Kreu 5	 61-73
DISKUTIME DHE PERFUNDIME	61
Mosha e amtare, MSH-ja dhe Pesha e neonatit	62
Pariteti	62
Ndërlikimet para lindjes (RPM & IVU)	63
NMLA dhe LA-ja	63
Vizitat vaginale	63
Crregullimet e RZF-ve	63

Koha në shtratin e lindjes	64
Oksigjenimi amtar	64
Reanimimi në lindje	64
Pozicioni amtar dhe lirshmëria e lëvizjes gjatë aktivitetit të lindjes/lindjes	64-65
Pozicioni i lindjes dhe dëmtimet perineale	65-66
Lindja “me dhunë” Kristile-ja	66
Ndërhyrjet dhe dëmtimet e rrugëve të lindjes	66-69
Ndërlikimet tek i posalinduri dhe shtrimi në NIKU	69-73
PËRFUNDIME	74
REKOMANDIME	75
BIBLIOGRAFIA	76-84

ACOG	Kolegji Amerikan Obstetrik Gjinekologjik
AU	Arterie Umbilikale
BE	Bazë Eksesi
EAB	Ekulibri Acido Bazik
FK	Frekuenca Kardiake
ICU	Intensive Care Unit
IVU	Infeksion Uretro Vezikal
LA	Likid Amiotik
LP	Lindje Parakohe
LV	Lindje Vaginale
KU	Kordoni Umbilikal
MN	Mosha e Nënës
MSH	Mosha e Shtatzënisë
MV	Ventilim Mekanik
NICU	Terapia Intensive Neonatale
PA	Presioni Arterial
RCT	Randomized Control Unit
RPM	Ruptura e Parakohshme e Membranave
RZF	Rahje e Zemrës Fetale
QoL	Cilësia e Jetës
SC	Sectio Cesarea
SHD	Shtërzim i Drejtuar
SHL	Shtrati i Lindjes
SHS	Shtërzim Spontan
SUOGJ	Spitali Universitar Obstetrik Gjinekologjik
TL	Traumat në Lindje
VV	Vizita Vaginale

Lista e tabelave

- Tabela 1.1** Zgjatja në orë e fazës aktive të periudhës së parë të lindjes.
- Tabela 2.1** Praktikat e përdorura për shterzimin spontan dhe atë të drejtuar.
- Tabela 3.1** Krahاسimi i treguesve ndërmjet dy grupeve.
- Tabela 3.2** Krahاسimi i paritetit të cilësuar ndërmjet grupeve.
- Tabela 3.3** Frekuenca e ndërlikimeve paralindjes.
- Tabela 3.4** Lloji dhe frekuenca e ndërlikimeve para lindjes.
- Tabela 3.5** Numri i vizitave vaginale sipas grupeve.
- Tabela 3.6** Çrregullimet e RZF-ve.
- Tabela 3.7** Tipi i çrregullimit të RZF-ve.
- Tabela 3.8** Nevoja e nënave për O₂ në të dy grupet.
- Tabela 3.9** Ventilimi në lindje i foshnjave sipas grupeve.
- Tabela 3.10** Mënyra e administrimit të oksigjenit në të dy grupet.
- Tabela 3.11** Shpërndarja sipas pozicionit të gruas për të dy grupet.
- Tabela 3.12** Treguesit e shtyrjes, cristeller, laceracion dhe epiziotomi sipas grupeve.
- Tabela 3.13** Frekuenca e traumës sipas grupeve.
- Tabela 3.14** Llojet e traumës së hasurat tek të porsalindurit.
- Tabela 3.15.** Frekuenca e shtrimit në ICU.
- Tabela 3.16** Faktorët e riskut për ndërlikime amtaro-fetale në rezultatet e regresionit multivariat.
- Tabela 3.17** Faktorët e riskut për reanimim në lindje.
- Tabela 3.18** Faktorët e riskut për trauma në lindje.
- Tabela 3.19** Faktorët parashikues të Apgar 1`.

Tabela 3.20 Faktorët parashikues të Apgar 5`.

Tabela 3.21 Faktorët parashikues të PCO_2 .

Tabela 3.22 Faktorët parashikues të BE.

Tabela 3.23 Faktorët parashikues të Ph.

Tabela 3.24 Faktorët parashikues të HCO_3 .

Lista e figurave

Figura 1.1 Pozicioni i gruas në lindje. Skulptura zbuluar në Turqi (daton 25000 vjet).

Figura 2.1 Kurbat cervimetricke të Friedemanit.

Figura 3.1 Krahasimi i moshës mesatare të nënave sipas dy grupeve.

Figura 3.2 Krahasimi i moshës mesatare të shtatzënisë ndërmjet grupeve.

Figura 3.3 Vlerat mesatare të peshës në lindje sipas grupeve.

Figura 3.4 Krahasimi i paritetit mesatar ndërmjet grupeve.

Figura 3.5 Krahasimi i paritetit të cilësuar ndërmjet 2 grupeve.

Figura 3.6 Ndërlikimet gjatë aktivitetit të lindjes.

Figura 3.7 Numri i vizitave vaginale sipas grupeve.

Figura 3.8 Çrregullimet e RZF-ve sipas grupeve.

Figura 3.9 Koha në shtratin e lindjes.

Figura 3.10 Lloji i ventilimit në lindje i foshnjave sipas grupeve.

Figura 3.11 Pozicioni i nënës sipas grupeve.

Figura 3.12 Treguesit e shtyrjes, kristele, laceracion dhe epiziotomi sipas grupeve.

Figura 3.13 Tipi i traumës sipas grupeve.

Figura 3.14 Krahasimi i vlerave të Apgar min-1 dhe Apgar min-5 ndërmjet grupeve.

Figura 3.15 Krahasimi i vlerave të Ph ndërmjet grupeve.

Figura 3.16 Krahasimi i vlerave të PCO_2 .

Figura 3.17 Krahasimi i vlerave të PO_2 .

Figura 3.18 Krahasimi i vlerave të BE.

Figura 3.19 Krahasimi i vlerave të HCO_3 .

Figura 3.20 Vlerat mesatare sipas grupeve.

Figura 3.21 Faktorët e riskut për komplikacione amtaro-fetale.

Figura 3.22 Faktorët e riskut për reanimim e të posalindurit.

Figura 3.23 Faktorët e riskut për trauma në lindje.

Paradoksi i obstetrikës

Obstetrika në raport me degët e tjera të mjekësisë prezanton një veçanti që përgjithësisht kushtëzon praktikën klinike: mjeku si profesionist, i specializuar në patologji dhe obstetrikë, okupohet në këtë rast nga një ngjarje thelbësisht fiziologjike.

Lindja është fiziologjike për të paktën 80-85% të rasteve, në grupin tjetër l'ars ostetrica është e nevojshme për të siguruar një mirëqenie feto-amtare. Pikërisht, për këtë arsye, nuk mund të konsiderohen vetëm aspektet subjektive, emocionale dhe afektive me të cilët një ngjarje e tillë është e mbushur plot, por nga krahu tjetër nuk mund të mendohet për një grua në shtatzëni vetëm si një subjekt potencialisht patologjik duke aplikuar mbi të gjitha kontrollet dhe ndërhyrjet që në fakt nevojiten për një grup të vogël shtatzënash¹.

Shoqëria e ka deleguar shtatzëninë dhe lindjen tek mjekësia dhe të njejtën gjë kanë bërë dhe shkencat sociale. Gradualisht ka ardhur një lloj “largimi”, shtatzënia, aktiviteti dhe lindja trajtohen si tabù në shoqërinë tonë, njësoj si vdekja dhe budallallëku. Gratë janë mbyllur nëpër spitale dhe klinika larg eksperiencave dhe kontrollit të përditshëm të pjesës më të madhe të personave në fushën e shëndetit. Në çdo kulturë lindja, vdekja apo çmenduria kanë një domethënie të rëndësishme dhe mund të lexohen si “tregues” të shumë aspekteve në kulturën dhe memorien e një kombi.

Në botën e industrializuar, një largim i tillë, evidenton nevojën për të mbyllur dhe për të larguar nga pamja dhe eksperiencia e përditshme, dhimbjen, dobësinë dhe inefficiencën në punë, apo shprehjet e dhe dukjet jonormale të trupit njerëzor¹.

Lindja në veçanti është tregues i vendit që zënë gratë në një shoqëri të caktuar; qëndrimi dhe sjellja në lindje janë nga pikëpamja sociale të kontrolluara nga shtatzëna. Në çdo aktivitet fiziologjik që përfshin orificiumet e trupit (vrimat), mënyra se si sillemi është e lidhur me ide që varen nga vendosja, funksioni dhe rëndësia tyre.

Në çdo shoqëri ekzistojnë kultura të aprovuara mbi mënyrën me të cilën fëmijët zhvillohen në uterus, se si lindin, dhe se si nëna apo persona të tjerë mund të ndihmojnë apo të pengojnë procesin. Aty ku njohuritë shëndetësore nuk janë akoma pjesë e shoqërisë, trupi dhe funksionet e tij imagjinohen në mënyrë shpesh larg nga realiteti. Për subjekte që i përkasin komuniteteve të tilla këto besime gjenerojnë supersticione shumë të

forta që kushtëzojnë sjelljen. Në vende ku asistencë shkencore është e varfër në lindje, praktikat e magjisë furnizojnë shpresa për të kontrolluar proceset fiziologjike duke bashkuar fuqitë e shpirtërave të stërgjyshërve, të zotërve apo të forcave të tjera shpirtërore. Çdo sistem magjie ka një skemë logjike brenda së cilës gjenden çelësat për të interpretuar çfarë ka vlerë në një shoqëri të veçantë.

Harresa në vlerat sociale të lindjes ka si takim faktin që mjekësia është e vetmja disiplinë që lejon të merresh me ngjarjen dhe që jep të vetmen përkufizim të pranuar nga pikëpamja sociale.

Përballë ngjarjeve të tilla kaq të ndërlikuara dhe përfshirëse që qëndrojnë si kreshtë ndërmjet jetës dhe vdekjes, mjekësia e aplikuar, racionaliteti i saj, organizon vende dhe procedura që shërbejnë për të kontrolluar ngjarje të tilla dhe për t'i mishëruar në një rregull social të stabilizuar, veçanërisht në aspektet më të papranueshme: heq ankthin dhe emotivitetin nga një ngjarje me aspekte të thella atavike, dhe një komponent biologjik prezent.

Dhe e gjithë kjo behët në emër të mbrojtjes së mjekësisë.

Forca e mjekësisë përballë fenomeneve komplekse si lindja qëndron në dukje më shkencore se sa disiplinat e tjera, duke e racionalizuar dhe skematizuar procedurat brenda një grupi rregullash.

Mjekësia gjendet përballë faktit të lidhur me një normalitet fiziologjik, ndërkohë që statuti shkencor i saj e lidh me sëmundjen.

Është paradoks që obstetrika duhet të vendosë në një kornizë mjekësore një ngjarje që nuk është patologjike aq sa edhe vuajtja e vetë gruas është e konsideruar fiziologjike.

Ndërhyrja e teknologjisë në këtë ambient ka bërë që ngjarja “lindje” të varfërohet deri në atë pikë nga pikëpamja emotive dhe e marrëdhënieve humane si për gruan në vetvetë ashtu edhe për familien dhe shoqërinë.

Fenomeni ngarkohet me valenca negative, veçanërisht kur ka një komunikim të varfër ndërmjet gruas dhe operatorit mjekësor deri në atë pikë sa shpesh kujdesi spostohet kryesisht drejt makinës dhe mesazheve që ajo afron sesa ndaj gruas duke mbështetur gjerësisht mbështetjen për teknologjinë. E gjithë kjo provokon në ambientet shoqërore dhe te gruaja protagoniste një ndjenjë pabarazie, mosbesimit ndaj trupit të saj, aftësive dhe pavarësisë³.

Zhvillimi i teknologjisë ka shpëtuar shumë jetë por ka bërë të humbasë tek gruaja prirshmëria dhe ndjeshmëria ndaj një ngjarjeje si një eksperiencë mirëqënie për të dhe bebin.

E gjithë kjo nuk është rezultat i pashmangshëm i ndërhyrjes së teknologjisë, që në vetvete mund të jetë ekstremalisht pozitive, por ndriçon problemin e faktorit subjektiv që e vë në përdorim. Suksesi i saj mund të verifikohet nëse lidhet aspekti teknologjik në një kontest më të gjerë, kur mbahet parasysh specifiteti i mjaft individëve për gruan dhe neonatin.

Shtatzënia dhe lindja nuk përbëjnë dekursin e një sëmundjeje dhe nuk kërkojnë domosdoshmërisht ndërhyrjen e kujdesit shëndetësor. Për më tepër është e rëndësishme të sigurohet një mbështetje e tipit psikologjik derisa shtatzëna të fitojë besimin në vetvete dhe në mundësitë e trupit të saj, dhe në aftësinë për të individualizuar gjendjet e riskut dhe për të pasur mundësi të ndërhyet në mënyrë të përshtashme².

1. *Kitzinger S., Donne come madri, Milano, Bompiani, 1980*
2. *Colombo G., Pizzini F., Regalia A., Mettere al mondo. La produzione sociale del parto, Milano, Franco Angeli, 1985, pp. 9-40*
3. *Colombo G., Pizzini F., Regalia A., Mettere al mondo. La produzione sociale del parto, Milano, Franco Angeli, 1985, pp. 9-28*

Përshtatur dhe përmbledhur nga Prof. Astrit Bimbashi dhe Drita Bujari.

Abstrakt

Hyrje. Lindja është një proces fiziologjik gjatë të cilit fetus, membranat, kordoni umbilikal dalin nga uterus. Lindja është e ndarë në tri faza që përfshin një proces të vazhdueshëm. Dy janë qëndrimet kryesore të përshkruara në literaturë, për trajtimin e periudhës së dytë të lindjes: një e shtërzimit aktiv, ku gruaja nxitet të shtërzojë edhe pa dhimbje dhe tjetra e shtërzimit spontan, ku shtatëzëna shtërzon sa herë i vjen. Në SUOGJ “Koco Gliozheni”, qëndrimi standart, për këtë fazë të lindjes, është ajo e shtërzimit aktiv, pozicionit të detyruar të shtatëzës, vendosja herët në shtratin e lindjes dhe pëdorimi i shtypjes me dorë mbi uterus. Ndërkaq ka dhe qëndrime pritëse që ndodhin më spontanisht, në varësi të opinionit të mjekut ose të mamisë që drejton lindjen.

Qëllimi: Të shikojmë nëse qëndrimet e ndryshme të trajtimit të periudhës së dytë të lindjes kishin ndonjë ndikim mbi gjendjen e të porsalindurit. Të krahasojmë ndikimin e dy teknikave të shtërzimit mbi nënën dhe të porsalindurin. Synimi ishte të shikonim nëse gjatë shtërzimit spontan pakësohej trauma perineale dhe si paraqitej mirëqënia e të porsalindurit në lindje.

Materiali dhe metoda: Ky është një studim prospektiv, longitudinal, placebo-kontroll. Studimi është kryer në SUOGJ “Koço Gliozheni” gjatë periudhës kohore 1 janar 2010 - 31 dhjetor 2016.

Rezultate. Nga kahasimi ndërmjet dy teknikave u gjet ndryshim i rëndësishëm ndërmjet grupit me shtyrje spontane dhe të drejtuar përsa i përket kohës në kaluç ($p<0.01$), çrregullimeve të RZF ($p<0.01$), ventilimit në lindje i foshnjave ($p<0.01$), pozicionit të detyruar të nënës ($p<0.01$), frekuencës së cristeller dhe epiziotomi ($p<0.01$) dhe frekuenca e traumës në lindje ($p<0.01$), të cilat mbizotërojnë te grupi me shtërzim të drejtuar. Gjithashtu ndryshim i rëndësishëm ndërmjet dy teknikave rezultoi përsa i përket vlerave të: Apgar minuta e parë dhe Apgar minuta e pestë, Ph ($p<0.01$), PCO₂ ($p<0.01$), PO₂ ($p<0.01$), BE ($p<0.01$), HCO₃ ($p<0.01$) dhe shtrimit në ICU ($p=0.03$). Faktor sinjifikant

dhe i pavarur i riskut për komplikacione materno-fetale rezultoi kohëzgjatja në kaluç
(OR=1.24 95%CI1.094 - 1.418 $p<0.01$)

Përfundimi. Parapërgatitja e shtatzanës për shtërzim spontan gjatë fazës së dytë të aktivitetit ka si rezultat shkurtimin e kësaj faze dhe për rrjedhojë më pak ndërlikime amtare e neonatale. Nga ana tjetër, edukimi i personelit që asiston lindjen për një qëndrim ndryshe është thelbësor që të shmangen shumë dukuri që lidhen me qëndrimin e zakonshëm që aktualisht ne mbajmë në sallë të lindjes.

Fjalë kyç: Shtërzim spontan, shtytje e drejtuar, komplikacione, i porsalinduri, Apgari.

Abstract

Introduction: Birth is a physiological process during which the fetus, membranes, umbilical cord come out from the uterus. Birth is a continuous process, divided into three stages. When it comes to the management of the second phase of labor, two main techniques are mostly described in the literature: one of active labor, where the woman is encouraged to push even without pain, and spontaneous labor, where the pregnant woman exhausts whenever she feels like it. In UHOG "Koço Gliozheni", active management is preferred, with encouragement of a forced position, early placement in the delivery bed and use of manual pressure on the uterus.

Purpose: To see if the different approaches to the second phase of labor influence neonatal outcomes. The two techniques were compared to determine their impact in neonatal and maternal outcomes.

Materials and methods: This is a prospective, longitudinal, placebo-controlled study. It was carried out in UHOG "Koço Gliozheni" during the period January 1, 2010 - December 31, 2016.

Results. From the comparison between the two techniques, significant differences were described regarding: time spent in the delivery bed ($p<0.01$), fetal heart rate anomalies ($p<0.01$), need for newborn ventilation at birth ($p<0.01$), forced position of the mother ($p<0.01$), the frequency of craniocervical angle and episiotomy ($p<0.01$) and the frequency of birth trauma ($p<0.01$), which were more pronounced in the group of active management. Also important difference between the two

techniques were described in terms of the values of: Apgar first minute and Apgar fifth minute, Ph ($p<0.01$), PCO₂ ($p<0.01$), PO₂ ($p<0.01$), BE ($p<0.01$), HCO₃ ($p<0.01$) and ICU admission ($p=0.03$).

A significant and independent risk factor for maternal-fetal complications was the time spent in the delivery bed (OR=1.24 95%CI 1.094 - 1.418 $p<0.01$).

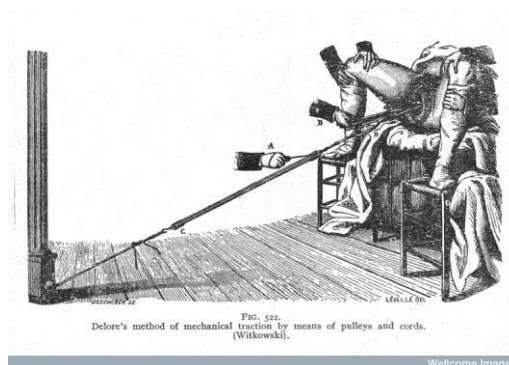
Conclusions. Spontaneous pushing shortens the duration of the second stage of labor and therefore results in fewer maternal and neonatal complications. Training of the staff that is present and assist delivery is essential to promote changes in attitudes and to avoid complications related to active management.

Key words: spontaneous pushing, directed pushing, complications, newborn, Apgar.

Kreu 1

J.P. Greenhillin, 55 vjet kryeredaktor i revistës “Year Book of Obstetrics and Gynecology” që në lamtumirën e tij më 1975 do t’i drejtohej studentëve;..

“Unë dua të di nëse të rinjtë dhe të rejat që merren me obstetrikë sot, a e kuptojnë se sa e lehtë dhe e kënaqshme është praktika e këtij specialiteti, e krahasuar me vështirësitë dhe mungesën e njohurive bazë përpara 50 vjeteve”.



Ajo për çfarë mjekëve të “brezit të vjetër”, që kanë milituar në maternitete mbi 30 vjet, i vjen keq, se me gjithë zhvillimet e jashtzakonshme në teknologji, strukturë, shkollim, specializime, etj., “dhuna” në sallat e lindjes mbetet një prerogativë e Dhjatës së Vjetër kur gratë në emër të Evës që kafshoi mollën e ndaluar u dënuan me “lindje me dhimbje” dhe “nënshtrim ndaj burrit”.

PËRKUFIZIME DHE KONSIDERATA TË PËRGJITHSHME

Është universalisht e njohur që sa më shumë “civilizohemi” aq më shumë harrojmë sjelljet natyrale. Sot pothuajse në pjesën më të madhe të botës është e garantuar një asistencë mjekësore në lindje, por shpesh është përhapur dhe diskriminuar nga teknologjia edhe për lindjet natyrale, duke crregulluar procesin normal të lindjes, dhe

duke i dhënë origjinë komplikacioneve që teorikisht ndjekja teknologjike duhet ti parandalonte. Në disa spitale lindja është transformuar në një “ekstraksion pasiv” të thjeshtë vaginal ose abdominal.

E gjithë kjo, edhe pse lindja është thelbësisht një funksion natyral dhe se verifikohet spontanisht dhe në mënyrë të pavullnetëshme në fund të shtatzënisë; është pjesë e një evolucioni të vazhdueshëm që e ka fillimin me aktin seksual dhe konceptimin dhe përfundon me momentin kur bebi shkëputet nga nëna.

I gjithë procesi i konceptimit, shtatzënisë dhe lindjes dhe i kujdesit prenatal bën pjesë në jetën seksuale dhe spirituale të një gruaje dhe bazohet në ngjarje dhe ndryshime fiziologjike normale. Procesi i lindjes është i pavullnetshëm, dhe si i tillë nuk është e mundur të ndihmohet. Objektivi është të mos e shqetësosh.¹

Lindja aktive, që aplikohet akoma vetëm në një minorancë strukturash është natyrale dhe instiktive. Është mënyra në të cilën do të lindte në qoftë se do ta linin ta bënte vetë. Është e rëndësishme të përgatitësh një grua duke kërkuar ta ndihmosh të zbulojë instiktin dhe sjelljen natyrale në raport me lindjen, se sa t'i fillosh t'i flasësh për teknikat obstetrikale që ajo mund të kalojë.

Rezultati këtij largimi nga natyraliteti përgjatë shtatzënisë dhe vecanërisht procesit të lindjes është se shumë gra humbin çdo lloj kontakti me aftësitë instiktive të lindjes, dhe se personeli shëndetësor shpesh sakrifikojnë tëk teknologjia dijen e tyre, natyrale dhe instiktive.

Shumë gra, gati të gjitha, nuk kanë asistuar asnjëherë në një lindje, disa nuk kanë mbajtur kurrë një fëmijë në krah përëpara se të bëhen nëna. Kapacitet të këtij tipi nuk transmetohen më nga një grua në tjetrën dhe nga një brez në tjetrin.

Lidhja me botën instiktive femërore mund të rivendoset duke riedukuar organizmin të përdorë pozicionin, sjelljen dhe lëvizjen që janë pjesë e mëmësisë, pra është e rëndësishme të ndihmohet gruaja të rikthjejë mundësinë të jetë protagoniste gjatë aktivitetit dhe lindjes.

Kjo është e mundur edhe kur ndërhyjnë patologji të lindjes. Në fakt një lindje aktive është e mundur edhe mundet që shumë mirë të kombinohet me praktikat obstetrikale.²

Në vendet e “zhvilluara” kanë arritur në një pikë, ku pjesa më e madhe e grave ka pak besim që mund të sjellë në jetë një fëmijë të gjallë dhe të shëndoshë pa një ndërhyrje mjekësore.

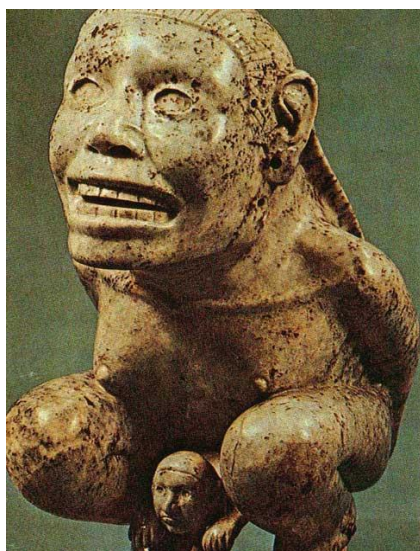


Figura 1.1 Pozicioni i gruas në lindje. Skulptura zbuluar në Turqi (Epoka e Broxhit).

Suzanne Arms në *“The immaculate deception”* përkufizon *“historia e lindjes mund të konsiderohet si një tentativë graduale e njerëzimit që do të ndryshojë thelbin natyral të lindjes.. ...Njerëzimi e ka kushtëzuar gruan të shtrihet në kurriz gjatë lindjes dhe më pas ka shpikur instrumenta metalikë për të ndihmuar bebin të lindë dhe e ka kaluar në inkoshencë nëpërmjet anestezisë... dhe interesant është fakti se burri që përgjatë gjithë historisë ka tentuar ta shpetojë gruan nga trupi i saj...”*

Megjithëse pjesa më e madhe e nënave falenderon për të gjitha këto përkujdesje, nuk është e vështirë të kuptohet se si një grua do të ketë ndjenjën të jetë thjeshtë një kontenitor i një fetusit që rritet nën kontrollin e stafit mjekësor dhe aparaturave obstetrikale. Shtatzëna është një objekt i virtuizmit obstetrikal, një pjesë e zinxhirit të montimit të shërbimit të kujdesit prenatal.²

Të dhëna epidemiologjike

Në territorin e Republikës së Shqipërisë realizohen rreth 25000 lindje në vit, shifër kjo mesatare për vitet e fundit. Por në vitet e fundit kjo shifër ka zbritur në 23000. Përqindja e lindjes me SC-së ka ardhur duke u rritur nga 14-17% në vitet 80 deri në 40% në SUOGj “Koço Gliozheni” për vitin 2022. Lindja instrumentale në Shqipëri është në rënie të vazhdueshme dhe realizohet në vetëm 0,5-1% të rasteve.

Në vëndin tonë 80% e grave shtatzënë lindin në një strukturë të nivelit të dytë apo të tretë të shërbimit obstetrikal me shtretër. Pjesa tjetër lindin në shtëpi, lindje të fshatit apo qyteteve të vogla. Rreth 5% e lindjeve realizohen jashtë strukturave shëndetësore,

për zgjedhje të shtatzënës dhe familjes së saj apo aksidentalisht. (INSTAT dhe dokumentat e SUOGJ-së “Koço Gliozheni”).

Përkufizime dhe rregulla protokolli

Lindja përkufizohet si nxjerrja nga uterus i bebit dhe anekseve të tij. Me “**kujdes gjatë lindjes**” kuptojmë mobilizimin e personelit mjekësor dhe gruas për të arritur rezultatin më të mirë të mundshëm fizik dhe psikologjik si për nënën dhe për fëmijën e saj.

FAZAT E AKTIVITETIT TË LINDJES DHE LINDJES

Aktiviteti i lindjes dhe lindja janë procese aktive dhe ndahet në **tre faza**. Sipas Friedman, që është nga të parët që aktivitetin e lindjes e ktheu në kurba matematikore, faza aktive ndahet në (1) fazën me aceleracione (përsheptuar), (2) fazën e ngjitjes maksimale dhe fazën e deceleracioneve (ngadalësimit).³

Megjithatë shumë ndryshime edhe sot kemi të njëjtin klasifikim në të gjithë botën, por më zhvillimin e SC-së, kurbat e Friedman humbën rëndësinë e tyre.

Periudha e parë e lindjes

Periudha e parë e lindjes quhet koha nga fillimin i kontraksioneve të rregullta uterine deri në dilatacion të plotë. Kjo ndahet në dy faza:

- Faza latente, gjatë të cilës fillojnë kontraksionet e rregullta uterine dhe fillojnë ndryshimet cervikale deri në dilatacion 3-4 cm;
- Faza aktive, kur ka kontraksione të rregullta dhe dilatacion që përparon me kalimin e kohës për më shumë se 3-4 cm. Kjo fazë zgjat nga 4-13 orë.

	Minimumi	Maksimumi
Nulipare		
Faza latente	1.7	15.0
Faza aktive	1.0	19.4
Sekondipara ose më shumë		
Faza latente	E pacaktuar	E pacaktuar
Faza aktive	0.5	14.9

Tabela 1.1 Zgjatja në orë e fazës aktive të periudhës së parë të lindjes.⁽⁴⁾

Përparimi i dilatacionit në fazën aktive, për pacientet që lindin fëmijën e parë, shkon mesatarisht 1.2 cm/orë për një kohë mesatare prej 7 orësh e 20'.⁽⁵⁾

Përparimi i dilatacionit në fazën aktive, për shtatzëna që lindin fëmijën e dytë apo më shumë, shkon mesatarisht 1.9 cm/orë për një kohë mesatare prej 3 orësh e 9 minuta. Faza e parë e lindjes përfundon me zgjerim të plotë të KU-së.

Periudha e dytë e lindjes

Përkufizimi teorik i periudhës së dytë të lindjes është koha nga dilatacioni i plotë deri në lindjen e fëmijës. Fillimi i periudhës së dytë të lindjes nuk mund të përcaktohet gjithnjë me saktësi. Ka autorë për të cilët periudha e dytë e lindjes fillon me lindjen e **ndjenjës së shtërzimit**.

Faza e dytë e lindjes është një proces i thellë fiziologjik, si dhe përvojë personale për gruan që po lind. Kjo periudhë është gjithashtu një fazë sfiduese për atë që ndihmon këtë proces, që duhet të marrë parasysh aspektet objektive të progresit të lindjes, si dhe ta ndihmojë gruan të përballojë kontraksionet dhe dhimbjet që shoqërojnë zbritjen dhe lindjen e fetusit.

Është sfidë t'i japësh kujdesin e duhur një gruaje gjatë fazës së dytë ku ka mendime kontradiktore rreth aspekteve të ndryshme të kujdesit dhe strategjive për arritjen e rezultateve “sa më të mira” të lindjes, si për nënën, ashtu dhe për të sapolindurin.

Për disa, administrimi i fazës së dytë nënkupton shmangien totale të kësaj faze të lindjes dhe të gjitha “rreziqet” e lidhura me të nëpërmjet një SC-je elektive.⁶ Për të tjerë autorë, ky menaxhim tregon ndërhyrje më të pakta gjithëpërfshirëse për të realizuar një lindje normale.

Shumica e kujdesit që gratë marrin gjatë fazës së dytë të lindjes, bie diku midis këtyre ekstremeve, mes mjekëve dhe atyre që përkujdesen, që duan të ndihmojnë gratë të arrijnë një lindje në kohë dhe të kënaqshme.

Megjithatë, në shumë mjedise të lindjes në SHBA, faza e dytë e lindjes karakterizohet nga urgjenca, këshilla ndaj gruas për të shtyrë dhe nxituar, me mendimin se sa më e shkurtër të jetë faza e dytë e lindjes, aq më mirë.⁷

Duke pranuar se ndihma operative është ndonjëherë e nevojshme, mamia në kontekstin shoqëror bashkëkohor të kujdesit të lindjes duhet të mësojë jo vetëm se si të interpretojë treguesit fizik dhe të sjelljes gjatë procesit të lindjes, por ajo duhet të dijë gjithashtu se si të kalojë arritjen e një “lindjeje të mirë;” pra, arritjen e rezultateve më të shëndetshme

të mundshme të të sapolindurve dhe nga këndvështrimi i gruas, një përvojë pozitive lindjeje, idealisht një gëzim dhe ndjenjë arritjeje.⁸

Një çështje e rëndësishme sa i përket kujdesit në fazën e dytë të lindjes, është se pjesa më e madhe e bashkëpunimit mes një mamie dhe gruas, që po lind është ndërlidhëse dhe jo procedurale.

Veprimet ose mungesa e ndërhyrjeve nga ana e mamisë pasqyrojnë një filozofi kujdesi, që është e orientuar në rritjen e aftësive të gruas për të lindur. Filozofia e mamisë përfshin një angazhim jo vetëm për të ruajtur, por edhe për të nxitur normalitetin e lindjes dhe pjesëmarrjen aktive të gruas në lindjen e saj, në atë masë që është e mundur, ose nga këndvështrimi i gruas, e dëshirueshme. Disa nga vendimet e mamisë që shihen te faza mbështetëse, vijnë nga respekti për aftësinë e gruas për të marrë pjesë në lindje në një mënyrë të efektshme, e cila kërkon mbështetje, por jo “administrim”.⁹

Përdorimi i një pozicioni të veçantë mund të kalojë nga një dialog me gruan për dhimbjen e saj dhe mënyrat se si ajo mund të “lindë” më kollaj, deri te përballimi i tkurrjeve të saj dhe përpjekjet që shoqërojnë përparimin e fazës së dytë.

Deri në përfshirjen e parimeve shkencore në praktikën e mamisë, sjelljet mbështetëse të mamisë dhe përdorimi i pozicioneve të ndryshme mund të mos kenë qenë konsideruar si ndërhyrje. Në mendjen e shumë njerëzve, “ndërhyrjet” e fazës së dytë janë bërë sinonime të procedurave mjekësore, të tilla si episiotomia dhe ndihma me gërshtë, që mund të kenë pasoja dhe lidhen me rezultatet pozitive dhe negative shëndetësore.¹⁰

Disa nga provat rreth interpretimit të fazës së dytë, janë nxjerrë nga provat klinike që sigurojnë udhëheqjen më të mirë për “atë që funksionon” në arritjen e rezultateve pozitive.¹¹

Dëshmi të tjera vijnë nga studime cilësore të bazuara në shqyrtime, vëzhgime dhe analizën e të dhënave. Këto raporte kanë siguruar një bazë për të interpretuar natyrën e lindjes normale të fazës së dytë dhe sjelljet që janë karakteristika të lindjes së përsheptuar. Rezultatet e studimeve kanë dhënë informacion në lidhje me atë që është “normale” dhe i kanë sensibilizuar mjekët për aspekte të kujdesit që nuk ishin trajtuar qartë në studimet eksperimentale.

Studimet kanë dhënë gjithashtu informacion rreth sjelljes dhe praktikave brenda kontekstit të mjediseve të kujdesit dhe perspektivat e grave që lindin.

Kështu, rezultatet e eksperimenteve klinike të rastësishme, meta-analizat e provave klinike nga Baza e të Dhënave Perinatale Cochrane¹² dhe studime të tjera

eksperimentale na japin një kuptueshmëri më të mirë rreth ndryshimeve fizike dhe atyre të sjelljes gjatë lindjes, rreth asaj që po “ndodh” dhe çfarë i ndihmon gratë.

Njohuria e provave rreth ndryshimeve fizike dhe të sjelljes që karakterizojnë fazën e dytë mund të mbështesë ndërhyrjet që arrijnë rezultate të dëshirueshme të lindjes për nënën dhe për të sapolindurin. Këto njohuri janë të domosdoshme për ata që kujdesen për gratë që lindin dhe që janë të avancuara në moshë, me qëllim që të sigurojnë një kujdes që është i sigurt dhe humane.¹³

Kohëzgjatja e periudhës së dytë të lindjes

Obstetërit klasikë e përkufizonin periudhën e dytë të lindjes në një orë.

Studimet e fundit¹⁴⁻¹⁶ tregojnë që nëse periudha e dytë e lindjes zgjat deri në 4 orë, ka pak të dhëna që kjo të shoqërohet me:

- Apgar të ulët në lindje.
- Korioamnionitis.
- Laçeracione.
- Lindje instrumentare.
- Hemoragji cerebrale.
- Ngjyrosje të likidit amnial.
- Shtim të asistencës reanimatore për të porsalindurin.

Shumica e studiuesve për zgjatjen e periudhës së dytë të lindjes e përkufizojnë atë “të zgjatur”, nëse kalon 2 orë për gratë që lindin fëmijën e parë dhe 1 orë për gratë që lindin fëmijën e dytë.

ACOG-ja ka sugjeruar që një fazë e dytë e zgjatur e lindjes përkufizohet kur ajo zgjat >3 orë. Studimet e kryera për të parë rezultatet perinatale të lidhura me një fazë të dytë të zgjatur të lindjes konstatuan risk të shtuar të ndërhyrjeve dhe sëmundshmërisë amtare, por pa ndryshime në pritshmërinë neonatal.¹⁷

Nëse shtatzëna është nën efekt të analgjezisë epidurale periudha e dytë e lindjes pranohet si një 1orë më e zgjatur se për gratë pa analgjezi.

Pozicioni i shtatzënës gjatë periudhës së dytë të lindjes

Qëndrimi shtrirë në shpinë është i disfavorshëm për fetusin për arsye të shtypjes mbi venën cava. Gruaja duhet këshilluar të qëndrojë në pozicionin që asaj i duket më komod, ulur apo shtrirë në anën e majtë, në lëvizje, duke ecur apo të qëndrojë në pozicion genopektoral. Shtatzëna gjithashtu duhet ftuar që të lindë në pozicionin që asaj

i duket më i përshtatshëm. Shumë gra parapëlqejnë pozicionin genupektoral.¹⁸ Nuk vihen re diferenca të lidhura me paritetin.

Shtërzimi gjatë lindjes

Nëse nuk është nën anelgjezi epidurale, shtatzëna në përgjithësi duhet lënë e lirë të shtyjë sipas dëshirës. Një qëndrim tjetër është ta ftojme sistematikisht të shtyjë me përfundimin e dilatacionit të plotë. E vëmja diferencë e provuar midis dy qëndrimeve është periudha e dytë më e shkurtër për grupin e grave që ftohen të shtyjnë, me $P=0.014$. Të gjithë parametrat e tjerë si:

- apgari
- laçeracionet
- dëmtim vezikal
- dëmtim anorektal

nuk kanë diferencë. Në rast se pacientja nuk ftohet të shtyjë, periudha e dytë e lindjes zgjatet me një mesatare prej 13 minuta.¹⁹

Por ka edhe autorë të tjerë që nuk mendojnë në këtë mënyrë. Në thelb ky është edhe qëllimi i punimit tonë, të kuptojmë a qëndrojnë në SUOGJ të dhëna të tilla dhe nëse jo, ku është gabimi ynë.

Periudha e tretë e lindjes

Periudha e tretë e lindjes përkufizohet si koha nga lindja e bebit deri në nxjerrjen e placentës dhe membranave. Gjatë periudhës së tretë të lindjes mund të mbahen dy qëndrime. *Protokolli i Shërbimit të obstetrikës 2018 –marrë me lejen e autorëve.*

Qëndrimi aktiv

Në rastin e qëndrimit aktiv, me lirim e bebit fillohet infuzion me oksitocinë, klemohet kordoni, edhe nëse pulson, dhe ushtrohet një tërheqje e moderuar ndaj tij. Ndërkohë mund të përdorim metodën Crede për lirim e placentës.

Nëse mbahet ky qëndrim, periudha e tretë e lindjes quhet normale nëse zgjat deri në 30 minuta.

Qëndrimi pasiv (fiziologjik)

Në qëndrimin pasiv nuk përdoret gjithnjë oksitocinë, kordoni kapet me klemë pasi ndalojnë pulsacionet dhe placenta lihet e lirë të dalë nën shtytjen e nënës. Nëse mbahet ky qëndrim, periudha e tretë e lindjes quhet normale nëse zgjat deri në 60 minuta.²⁰⁻²²

Qëndrimi aktiv këshillohet në rastet kur gruaja ka hemoragji ose kur kalon mbi një orë në pritje të lirimit spontan të placentës në mungesë të hemoragjisë.

Koha kur duhet klemuar kordoni umbilikal dhe nëse duhet pritur apo jo që pulsacionet e tij të ndalojnë ose jo, kërkojnë studime të mëtejshme.

FAZA E DYTË E LINDJES (EKSPULSIONIT)

Studimi ynë përqendrohet te veprimet që janë dhe jo procedurale, por që kanë të bëjnë më shumë me mënyrën se si i siguron kujdes infermierja, mamia ose mjeku i gruas që po lind dhe e ndihmon të përballojë aspektet unike të fazës së dytë, gjatë kohës që janë të përkushtuar me lindjen. Këto veprime përfshijnë ndërveprimin personal me gruan, interpretimin e ecurisë së lindjes, duke përfshirë mirëqenien e fetusit dhe vlerësimin e fazës së dytë. Informacioni ose dëshmitë që lidhen me “ndërhyrjet” e mamisë përfshijnë komunikimin me gruan në lidhje me kontraksionet, mënyrat për të shtyrë me efektshmëri, si dhe pozicionimin. Nëpërmjet studimit tentojmë që nëpërmjet krahasimeve të dy mënyrave të shtërzimit, të sigurojmë një përfundim sa më të mirë feto-amtar.

Historikisht, faza e dytë e lindjes është përcaktuar anatomikisht si intervali ndërmjet kohës kur KU-ja arrin dilatacionin e plotë (10 cm) dhe lindjen e fëmijës²³ (Friedman, 1954).²³ Faza e dytë e lindjes shpesh karakterizohet nga kontraksione të rregullta dhe të shpeshta gjatë të cilave gruaja në lindje ndjen presion vaginal, presion rektal dhe një dëshirë të madhe për të shtyrë. Gjatë fazës së dytë, përpjekjet e nënës për të shtyrë ndihmojnë zbritjen e fetusit në rrugët e lindjes dhe lirim të tij nga organizmi amtar. (Liao, Buhimschi, & Norëitz, 2005).²⁴

Diagnoza e fazës së dytë të lindjes

Përpjekjet spontane të nënës mund të paraprijnë ose të ndjekin zgjerimin e plotë të KU-së dhe të përparojnë me forcën e tyre.²⁵ Kohëzgjatja e fazës së dytë mbështetet në identifikimin e kohës në të cilën dilatimi i plotë vihet re nga personeli shëndetsor (infermiere, mami, ose mjek, student, ose “ekspert”) i njohur në bazë të vendimit të tyre për të bërë një vlerësim digjital të qafës së uterusit²⁶ dhe ndjenja e shtërzimit të gruas. Si e tillë, ekziston mundësia e një variacioni të madh në kohën në kur bëhet vlerësimi i dilatacionit të KU-së, në varësi të kohës kur personeli shëndetsor vendos të kryejë një ekzaminim vaginal.

Vlerësimi i dilatacionit të KU-së, ka ndikuar tradicionalisht në drejtimin që gruaaja të “shtyjë” ose “të mos shtyjë”.

Në lidhje me ekzaminimin vaginal, ka disa “rregulla” tradicionale që zbatohen shpesh. Një rregull është “të mos shtyjme përpara dilatimit të plotë cervical;” një tjetër është “të shtyjme kur qafën e uterusit e kemi të zgjeruar”.²⁷ Ekzistojnë pasoja të pafavorshme klinike që sugjerohen për vendosjen e këtyre rregullave arbitrare.

Menaxhimi i fazës së dytë të lindjes zakonisht përfshin një grup sjelljesh rituale që fillon me një njoftim se gruaaja është plotësisht e dilatuar dhe është gati për të shtyrë dhe vazhdon me udhëzimet për gruan që të mbajë frymën dhe të zgjatë shtyrjen në çdo kontraksion (Bergstrom, Roberts, Skillman, & Seidel, 1992; Hanson, 2006; Roberts & Woolley, 1996).²⁷

Në këtë mënyrë menaxhimi i fazës së dytë është përdorur gjerësisht nga ofruesit e kujdesit të lindjes në maternitetet për shumë dekada në përpjekje për të përsheptuar zbritjen e fetusit dhe për të shkurtuar kohëzgjatjen e fazës së dytë të lindjes pavarësisht mungesës së provave në lidhje me efikasitetin dhe sigurinë (Barnett & Humenick²⁸, 1982; Beynon²⁹, 1957; Bloom et al.,³⁰, 2006; Roberts & Hanson, 2007).

Shumë autorë referojnë këtë lloj të menaxhimit të fazës së dytë, si “**menaxhimi tradicional**”. Megjithatë, ky lloj menaxhimi, ku shtërzimi i drejtuar (SHD) ka zëvendësuar shtërzimin spontan (SHS) gjatë fazës së dytë të lindjes, duket se ka fituar popullaritet gjatë mesit të shekullit të 20-të që i përket edhe kohës kur maternitetet filluan të populloheshin nga shtatzënat për të lindur dhe është përdorur vetëm për një periudhë relativisht të shkurtër kohe.

Kritika për drejtimin e grave për të përdorur shtytje të gjata dhe të qëndrueshme gjatë fazës së dytë të lindjes daton që nga mesi i shekullit të 20-të, kur Dr. Grantly Dick Read (1947) përshkroi sigurinë dhe efikasitetin e asaj që ai e quajti “lindje fiziologjike”, lindje e patrazuar me mjete mekanike, fizike ose psikologjike.

Read (1947) përshkroi shtytjen e pavullnetshme që ndodh afër fillimit të fazës së dytë dhe këshilloi që gruaaja në fazën e dytë të lindjes duhet të lejohet të “ndiqet nga mamia aktiviteti i lindjes”.

Dhjetë vjet më vonë, Constance Beynon²⁹ (1957) kritikoi ashpër ata kolegë që “duket se ende e konsiderojnë si funksionin e tyre të ndihmojnë, inkurajojnë, madje edhe të sforcojnë nënën për të nxjerrë fetusin sa më shpejt që të jetë e mundur nëpërmjet rrugëve të lindjes”.

Beynon (1957) ka përshkruar në vëzhgimet e saj përfshirjen e grave në fazën e dytë të lindjes që ajo e quajti “faza e dytë spontane”.²⁹ Nga këto vëzhgime ishte parë që shumica e grave kërkonin më pak sforcim të vullnetshëm sesa praktikohej në atë kohë, kur koka e fetusit iu afrua dyshemesë së legenit, përpjekjet për t’u sforcuar u bënë të pavullnetshme dhe të papërmbajtshme, se sforcimi i pavullnetshëm i pacientit nuk filloi vetëm pas fillimit të kontraksioneve dhe se forca e sforcimit të gruaja ndryshonte ndjeshëm në çdo turrje.

THE NORMAL SECOND STAGE OF LABOUR

A Plea for Reform in Its Conduct

BY

CONSTANCE L. BEYNON, M.B., F.R.C.S.(Edin.), M.R.C.O.G.

Consultant Obstetrician and Gynaecologist

Brighton and Lewes and Worthing Hospital Groups

OVER the past twenty-five years many changes have taken place in the conduct of normal labour. One of the most outstanding features is the elimination of the sense of haste in the first stage. Many practising today will not remember the older type of midwife who honestly believed that the speedy end of the ordeal was what mattered to the patient rather than its tolerability. She resisted any suggestion of inducing rest and sleep because of its delaying action and morphia she abhorred. This idea has now virtually disappeared and we have achieved an atmosphere of tranquillity with relaxation of tension by various means. But this atmosphere is still confined to the first stage; the management of the second stage has changed little over the years; the prevailing note is still one of hard work and making haste. This is clearly reiterated in many standard textbooks. Claye (1955) states “the patient should now be working very hard”. Greenhill (1955) in his textbook says “the patient is working hard; the process is indeed labour”; he also mentions the veins of the neck standing out, the face being turgid and the body bathed in sweat. Miles (1956) in a midwives’ textbook gives detailed instruction on how to teach and encourage the mothers to push, and illustrates how to extract the maximum of effort from them when required. She does however state that the pushing should not start until the head is showing. Moir (1956) and others also teach reservation of forced straining till the head has reached the pelvic floor. De Soldenhoff (1956) specifically states that relaxation should continue during the early part of the second stage

but he too encourages pushing when the head is on the pelvic floor. Many doctors and midwives still seem to consider it their function to aid and abet and even coerce the mother into forcing the foetus as fast as she can through her birth canal.

The question is how much straining is necessary or desirable and when should it be used? The purpose of this paper is to suggest that for most women less straining is required than is practised today and that the minimum is the optimum.

THE SPONTANEOUS SECOND STAGE

If the mother is left entirely to her own intuition in the second stage several important details can be observed.

(1) The amount of voluntary straining is slight until the head begins actively to distend the pelvic floor but thereafter completely involuntary and irresistible straining efforts occur with a mechanism so similar to defaecation as to be almost indistinguishable from it.

(2) This straining mechanism does not come into play at the onset of each uterine contraction or pain; there is a clear interval between the onset of the contraction and the patient’s impulse to exert herself.

(3) It is worthy of note that there is often considerable variation in the amount of push behind each pain; some have very little and are short and mild, while others are associated with a strong impulse and great progress.

815

Kaluan pothuajse njëzet vjet përpara se të kryheshin studimet e para për të vlerësuar sigurinë dhe efikasitetin për të ndryshuar udhëzuesit për menaxhimin e fazës së dytë të

lindjes. Gjatë tridhjetë viteve të fundit, shumë kërkime janë bërë për të kuptuar më mirë fazën e dytë të lindjes.

Të dhënat në lidhje me fazën e dytë të lindjes përfshinin informacione rreth dy mënyrave të ndryshme për t'u kujdesur për gratë që janë duke shtëruar:

1. Metoda Valsava apo shtërim (shtyrje) e drejtuar.
2. Metoda spontane që inkurajon shtëtime spontane si përgjigje ndaj nxitjeve të pavullnetshme fiziologjike që gratë përjetojnë gjatë fazës së dytë të lindjes.

Një rishikim i thelluar i literaturës tregon se shtyrja e drejtuar, metoda Valsava rezulton në pritshmëri jo të mira për nënën ose fetusin, (Bloom et al., 2006; East, Dunster, & Colditz, 1998; Hansen et al., 2002; Paine & Tinker, 1992; Roberts et al., 2004; Eoolley & Roberts, 1995).³⁰⁻³³ Në fakt, si rezultatet e nënës ashtu edhe ato neonatale përmirësohen kur gratë lejohen të shtyjnë spontanisht (Albers et al., 2006; Bloom et al., 2006; Caldeyro-Barcia et al, 1981; Barnett & Humenick, 1982; Fitzpatrick et al., 2002; Hansen et al., 2002; Maresh et al., 1983; Roberts et al., 1987; Sampselle & Hines, 1999; Schaeffer et al., 2005; Thomson et al., 1993; Yeates & Roberts, 1984).^{28,30,34-40}

Historia në literaturë dhe zakonet sociale në artin e lindjes

Në literaturë, nga mesi i shekullit të njëzetë filluan kritikrat për metodat e drejtuara të shtërimit gjatë fazës së dytë të lindjes. Në atë kohë, praktika e zakonshme ishte që mjekët të inkurajonin gratë që të fillonin të shtynin në pozicionin e litotomisë sapo KU-ja dilatohet plotësisht dhe gruaja gjatë shtyrjes udhëzohej që të merrte frymë thellë dhe të mbante frymën (Beynon, 1957; Fitzhugh & Newton, 1956; Read, 1947).²⁹

Shqetësimet në lidhje me këtë metodë të shtyrjes ishin se shtyrja e sforcuar shumë herët në fazën e dytë do të çonte në rraskapitje të nënës dhe se shtyrja në pozicionin e litotomisë rezulton në një përdorim joefikas të muskujve të barkut (Fitzhugh & Newton, 1956). Për më tepër, filluan të lindin pyetje në lidhje me traumën e mundshme në perineum dhe indet në traktin genitourinar që ndodh si rezultat i zbritjes së shpejtë dhe me forcë të kokës së fetusit (Beynon, 1957).²⁹

Pavarësisht nga këto shqetësime, metodat e drejtuara të shtyrjes gjatë fazës së dytë të lindjes vazhduan të përdoren për 50 vitet e ardhshme dhe përdoren gjerësisht sot.

Beynon (1957) ishte ndër të parët që shqyrtoi nëpërmjet kërkimit shkencor lejimin e shtatzënave gjatë aktivitetit të lindjes të shtërzonte spontanisht.²⁹

Efektet në fetus të SHS-së të identifikuara nga Caldeyro-Barcia et al. (1981) përfshinin “ulje” të shpeshta, të RZF-ve gjatë përpjekjeve të nënës për të shtyrë, shterëzuar. Gjithashtu ata zbuluan nivele më të larta të mesatares të pO_2 dhe nivele më të ulta të mesatares të pCO_2 në gjakun e egzaminuar në venën umbilikale. Pikëzimi i Apgarit në minutën 1 ishte 8 ose më lart.³⁴

Pozicioni amtar gjatë kësaj faze është një element i rëndësishëm, që ndihmon, pasi rrit përpjekjet e nënës për të shtyrë gjatë fazës së dytë të lindjes. Caldeyro-Barcia (1975) ishin ndër të parët që sugjeruan që pozicioni jo supin duhet të përdoret për të përmirësuar proceset fiziologjike të lindjes.³⁴

Kohët e fundit, RCT i Cochrane në lidhje me pozicion amtar në fazën e dytë të lindjes për gratë pa anestezi epidurale (Gupta, Hofmeyr, & Smyth, 2004) demonstruan efekte të rëndësishme pozitive në rezultatin feto amtar. Kur u krahasuan pozicionet në shpinë ose litotominë dhe qëndrimet të tjera (qëndrimi në këmbë ose mbikrahë) u konstatua një reduktim i ndjeshëm i kohëzgjatjes së fazës së dytë të lindjes, epiziotomive, më pak çrregullime të RZF-ve dhe nënat raportonin një reduktim të dhimbjeve të lindjes.⁴¹

Manovra Valsalva, u përshkrua për herë të parë në literaturë si masë diagnostikuese nga Leonard i Bertapaglia në 1497 (Junqueira, 2008). Manovra, e cila nuk kishte një emër në kohën e atij publikimi, u mundësoi mjekëve të vizualizonin shkarkimin, daljen e likidit cerebrospinal në mënyrë që të konfirmonin praninë e një dëmtimi kockor të kokës së të posalindurit.⁴²

Manovra nuk u emërua derisa u përshkrua, në 1704, nga Antonio Maria Valsalva si një mënyrë për të nxjerrë lëndët e huaja ose eksudatet nga veshi i mesëm (Junqueira).⁴²

Në 1851 Edward Weber, një fiziolog gjerman, përshkroi ndryshimet kardiovaskulare të lidhura me manovrën. Që nga ajo kohë, manovra Valsalva është përdorur si një masë terapeutike në fushat e otolaringologjisë dhe urologjisë dhe një procedurë diagnostike në fushën e kardiologjisë (Junqueira).⁴²

Caldeyro-Barcia (1975) ishte ndër të parët që përshkroi efektin fiziologjik të përdorimit të vazhdueshëm të manovrës Valsalva që shoqërohet me përpjekjet e nënës për të shtyrë poshtë gjatë fazës së dytë të lindjes. Duke përdorur regjistrimet e monitorimit fetal, Caldeyro-Barcia (1979) identifikuan një marrëdhënie midis përpjekjeve të nënës për të shtyrë poshtë me manovrën Valsalva dhe ndryshimeve në ritmin RZF-ve.⁴³ U panë ndryshime në presionin e gjakut të nënës dhe pH dhe pO₂ të gjakut arterial në KU që ndodhin me aplikimin e vazhdueshëm të manovrës Valsalva; gjithashtu u pa se zgjatja në kohë e shtërzimit pati një ulje të presionit arterial të nënës, rritje të shpeshtësisë së deceleracioneve të vona dhe rritje të incidencës së acidozës neonatale.⁴³

Deceleracione të vona nuk u panë në regjistrimet e fetusit kur nëna shtërzonte spontanisht, gjatë shtyrjes spontane mbajtja e frymës zakonisht zgjat 5-6 sekonda. Caldeyro-Barcia (1979) arritën në përfundimin se deceleracionet e vona ishin një tregues për hipoksinë fetale që rezultojnë nga ulja e perfuzionit të placentës pasojë Uljes së TA-së, uljen e oksigjenimit në gjakun e nënës si rezultat i mbajtjes së frymëmarrjes dhe një rënie pasuese në oksigjenimin e fetusit Caldeyro-Barcia (1979).⁴³

Një vështrim i epidemiologjisë në punimet për fazën e dytë të lindjes

Nisur nga studimet e Friedman në SHBA siç ka ndryshuar lindshmëria në popullatë, ka evoluuar edhe menaxhimi klinik i lindjes. Të dhënat nga numri i studimeve kanë sugjeruar se lindja normale mund të përparojë me një ritëm shumë më të ngadaltë se sa kishin përshkruar Friedman dhe Sachtleben.⁴⁴ Zhang et. al. ekzaminoi progresionin e lindjes së 1,162 primipare dhe ndërtoi një kurbë lindjeje që ishte dukshëm e ndryshme nga ajo e Friedman-it.⁴⁵

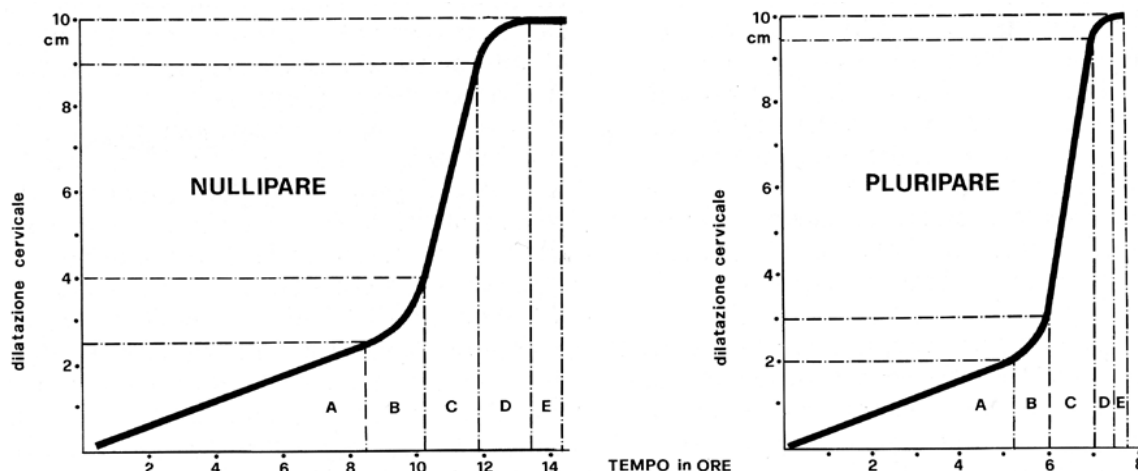


Figura 2.1 Kurbat cervimetricke të Friedmanit.

A. Periudha prodromale (faza latente). B. Faza e shpejtimt të aktivitetit. C. Faza e aktivitetit maksimal. D. Faza e deceleracionit. E. Faza e ekspulsionit. B, C, D quhen edhe faza aktive të aktivitetit të lindjes.

Intervali mesatar i përparimit nga 4-10 cm dilatimit të KU-së ishte 5.5 orë krahasuar me 2.5 orë të kurbës së lindjes së Friedman-it.⁴⁵ Kilpatrick et. Al,⁴⁶ dhe Albers et, al.⁴⁷ raportuan se zgjatja mesatare e fazës së parë dhe të fazës së dytë të lindjes ishte më e zgjatur se ato që sugjeroi Friedman.

Një numër studiuesish kanë provuan që mosha amtare shoqërohej me një fazë të dytë të zgjatur, por jo me fazën e parë të lindjes.^{48,49}

Ndërsa primipariteti shoqërohet me një lindje më të gjatë, në krahasim me multiparen rritja e paritetit nuk e shkurton më tej kohëzgjatjen e lindjes.^{48,49} Disa autorë kanë vërejtur se kohëzgjatja e lindjes ndryshon midis grupeve racore/etnike. Një grup raportoi se gratë aziatike kanë fazën e parë dhe fazën e dytë të LINDJES më të gjatë në krahasim me gratë kaukaziane ose afrikano-amerikane⁵⁰ dhe gratë indiane amerikane kishin fazat e dyta më të shkurtra se ato të grave kaukaziane johispanike. Megjithatë, të tjerë raportojnë gjetje kontradiktore. Ndryshimet në rezultate mund të kenë qenë për shkak të variacioneve në planet e studimit, popullatat e studimit, menaxhimin e lindjes ose mundësitë statistikore.

Në një studim të madh retrospektiv të kohëzgjatjes së lindjes, veçanërisht në lidhje me racën ose përkatësinë etnike, autorët nuk vërejtën dallime domethënëse në kohëzgjatjen e

fazës së parë të lindjes midis grupeve të ndryshme racore/etnike. Megjithatë, faza e dytë ishte më e shkurtër tek gratë afrikano-amerikane, sesa tek gratë kaukaziane si për primiparet (-22 min) dhe për pluriparet (-7.5 min).⁴⁷ Primiparet hispanike, krahasuar me homologet e tyre kaukaziane, kishin gjithashtu një fazë të dytë të shkurtuar, ndërsa nuk u panë dallime për multiparen.

Në të kundërt, primiparet aziatike kishin një fazë të dytë të zgjatur në mënyrë të konsiderueshme në krahasim me homologet e tyre kaukaziane dhe nuk u panë dallime për pluriparet.⁴⁷

Sipas një rishikimi sistematik të 13 testeve që përfshinin 16.242 gra, shumica e grave, kujdesi prenatal dhe lindja e të cilave drejtohej nga një mami, kishin rezultate më të mira krahasuar me ato, kujdesi i të cilave drejtohej nga një mjek ose ndahej midis disiplinave.¹³ Pacientet që morën kujdesin e lindjes të udhëhequr nga mamia kishin më pak gjasa të bënin anestezi lokale, epiziotomi dhe lindje instrumentale dhe më shumë gjasa të mos bënin analgjezi ose anestezi intrapartum, të bënin lindje vaginale spontane, mbikqyerja në lindje nga një mami e njohur dhe një kohëzgjatje mesatare më e zgjatur e lindjes. Ata gjithashtu kishin më pak gjasa të kishin lindje të parakohshme dhe humbje të fetusit përpara javës së 24-t të shtatzënisë. Megjithatë, raporti mesatar i riskut për lindjet me SC nuk ndryshonte midis grupeve dhe nuk kishte dallime në humbjen e fetusit/vdekjen neonatale në javën e 24-t ose më shumë të shtatzënisë.¹³

Rregulli “pa shtyrje”

Në radhë të parë, gruas me dëshirën për të shtërzuar përpara dilatimit të plotë i thuhet “të mos shtyjë” për të parandaluar laceracionet cervikale ose edema që mendohet se zgjasin lindjen⁵¹. Ka raporte klinike⁵² ku koka e fetusit është thellësisht e angazhuar dhe në një pozicion oksipito posterior dhe gruaja përjeton një dëshirë të fortë për të shtyrë poshtë, por KU-ja është pa holluar (jo e butë dhe elastike) dhe më pak se 8 cm. Në këto rrethana, janë të nevojshme strategjitë për ta ndihmuar gruan t'i rezistojë kësaj shtyrjeje.⁵³ Qëllimi është të shmangim një periudhë të zgjatur të shtyrjes, lodhjes së nënës dhe ndoshta një KU edematoz ose të dëmtuar. Është ndoshta kjo lloj situatë që ka rezultuar në drejtimin e

përgjithësuar të grave për të “mos shtyrë përpara dilatimit të plotë”, pa vlerësimin e faktorëve të tjerë obstetrikale.³²

I drejtuar	Spontan
Përgjithësisht gruaja këshillohet të rrijë shtrirë, ose anash gjatë fazës së parë të aktivitetit. Shtrati i lindjes i ngritur me një kënd 30 gradë. Gruaja në pozicion shtrirë në kaluç. I thuhet shtatzënës të kapë gjunjë me të dyja duart, t'i tërheqë ndaj vetes dhe të hapë këmbët dhe të mbeshtesë mjekrën mbi gjoks. Gruaja nxitet të mbajë fort frymën në fund të tkurrjeve, të shtyjë poshtë (sikur defekon) dhe të numurojë deri në dhjetë. Ky veprim i thuhet të përsëritet edhe kur nuk ka dhimbje. Një person që asiston lindjen, ndërkaq mban me dorë pjesën fundike, ose ushtron shtypje të intensitetit të ndryshëm në varësi të kërkesës që bën personi që drejton lindjen.	Gruja zgjedh lirshëm pozicionin e vet gjatë fazës së parë të aktivitetit të lindjes. Shtrati i lindjes i ngritur me një kënd 30 gradë. Gruaja në pozicion shtrirë në shtratin e lindjes. Shtatzanës i thuhet të bëjë atë që ndjen dhe të marrë frymë shpesh nderkaq që ka dhimbje.

Tabela. 2.1 Praktikrat e përdorura për shterzimin spontan dhe atë të drejtuar.

Rregulli “shtyrje në 10 cm”

Kur një grua këshillohet për të “shtërzuar” pas edhe nëse ajo nuk ndjen një dëshirë për të shtyrë, ajo zakonisht përpiqet të ndjekë drejtimet për të shtyrë sa më gjatë dhe sa më fort që të jetë e mundur me fillimin e një kontraksioni. Kjo mund të rezultojë në një periudhë shumë të zgjatur të zbritjes së kokës fetale, sepse nëse koka e fetusit nuk është e vendosur planin e hyrjes në një mënyrë që është e favorshme për zbritje, përparimi, rrotullimi dhe zbritja mund të mos ndodhë. Në të dyja situatat, ku këto rregulla janë të imponuara,

gruaja bëhet e varur nga drejtimi dhe mban një model të ndjekjes së atyre drejtimeve, që shpesh janë jashtë fazës, duke u nisur nga ndjesitë e saj.

“Rezultati. . . , siç përshkruhet nga një mjek që është kritik për praktikën e drejtimit të një shtatzëne në lindje për të shtyrë mbi dilatimin e plotë në mungesë të një nxitjeje për të shtyrë”. . . , shpesh do të jetë një periudhë e gjatë e rritjes së raskapitjes së nënës, me acidozën metabolike shoqëruese (dhe kështu acidozën të fetusit) që arrin kulmin në një dalje të fetusit të ndihmuar nga instrumenti, sepse durimi dhe këmbëngulja e të gjithëve janë shpërbërë.³²

Një nga raportet më të hershme të pasojave të pafavorshme të drejtimit të grave për të shtyrë mbi dilatimin e plotë është një studim përshkrues, krahasues nga Beynon.²⁹ Ajo raportoi nevojën për ndihmën e gërshtëre dhe incidenca e traumave perineale (episiotomi ose laceracione) ishin më të mëdha për gratë që ishin të drejtuara për të shtyrë mbi dilatimin e plotë se për 100 gra për të cilat këto drejtime ishin vonuar deri sa ato kishin një dëshirë të pavullnetshme për t’i dhënë poshtë. Ajo arriti në përfundimin se këshillat për të shtyrë në fillim të fazës së dytë çuan në ndërhyrje të tjera, si dhe lodhje të nënat. Këto drejtime gjithashtu prishën ecurinë e punës, me një ndjenjë urgjence dhe forcë që mbizotëronte mjedisin e lindjes në krahasim me një mbështetje të qetë.^{35,54}

Kështu, udhëzimet që i drejtohen një gruaje që të mos shtyjë kur ndjen dëshirën, duke qenë se nuk është ende plotësisht e hapur, mund të jetë konfunduese për vendosjen e një modeli të efektshëm që bie poshtë me kontraksionet dhe drejtimit për të shtyrë arbitrarisht dilatacionin komplet të KU-së mund të çojnë në një model të paefektshëm të shtërimit më pasojë, raskapitjen amtare, zhgënjim dhe praktikim të ndërhyrjeve të tjera.

Strategji për t’i ndihmuar gratë që të mos demoralizohen

Përveçse i thuhet se kur duhet shtyrë ose jo, zakonisht gruaje mësohet të shtërzojë “siç duhet”. Udhëzimet për shtatzënë në lindje janë të shtërzojë në mënyrë të qëndrueshme dhe të zgjatur. Asaj i thuhet të “marrë frymë thellë” në fillim të kontraksionit dhe të shtyjë për aq kohë sa ajo mund të mbajë frymën, duke numëruar deri në 10. Numërimi bëhet nga mamia ose shoqëruesi si motivim që ajo të vazhdojë të shtyjë. Shtatzëna udhëzohet të shtyjë në këtë mënyrë tri herë gjatë një kontraksioni.²⁹ Vëzhgimet

sistematike për sjelljen e pavullnetshme të grave që nuk u është mësuar kjo shtytje e fortë dhe e qëndrueshme, kanë përshkruar sjellje krejt të ndryshme.⁵⁵

Provat nga studimet vëzhguese tregojnë se gratë nuk “marrin frymë thellë” spontanisht dhe fillojnë të shtyjnë sapo fillon kontraksioni. Kontraksioni rrit intensitetin në një nivel që ngjall një dëshirë të pavullnetshme për të shtërzuar. Më pas gruaja shtyn disa herë gjatë kohëzgjatjes së kontraksionit, zakonisht për 6 sekonda ose më pak, duke marrë disa herë frymë gjatë përpjekjes për të shtyrë poshtë. Ajo përdor një kombinim të mbajtjes së frymës dhe lënies së ajrit jashtë. Forca e përpjekjes së saj për të shtyrë rritet ndërsa ndodh zbritja e fetusit.⁶¹

Jo vetëm që shtytja e drejtuar ndryshon nga sjellja e pavullnetshme, shtyrja në një mënyrë të qëndrueshme dhe të mundimshme sjell pasoja fiziologjike potencialisht të pafavorshme të manovrës Valsalva. Frymëmarrja e detyruar kundrejt një glotisi të mbyllur rrit presionin brenda zgavrës së krahavorit. Kjo rritje e presionit çon në reduktimin e gjakut venoz që kthehet në zemër (prandaj kemi një fytyrë të kuqe) dhe për pasojë një reduktim të oksigjenimit të gjakut për të ndihmuar uterusin, placentën dhe fetusin. “Shtytja Valsalva” ka qenë e lidhur me ndryshimet e RZF-ve që çojnë në hipoksi kalimtare (ngadalësime të zgjatura të rrahjeve dhe bradikardi), si dhe në hipoksi fetale dhe acidozë në lindje.⁵⁶

Ka prova nga gjetjet e rastësishme se këto pasoja hipoksike të manovrës Valsalva, të shtytjes së qëndrueshme dhe të fuqishme, mund të shmangen ose duke e inkurajuar gruan që të “lërë ajrin jashtë” kur ajo është duke shtyrë, ose me mënyra të pavullnetshme, të padrejtuara, duke shtyrë kur gruaja ndjen dëshirën për të shtyrë.⁵⁷

Bazuar në premisën se lindja është një proces normal fiziologjik dhe dëshmitë se përpjekjet e nënës që mbështeten kryesisht nga kujdestarët, në vend që të drejtohen, kanë qenë të lidhura me lindjet spontane dhe rezultatet pozitive të lindjes, duket e arsyeshme të rezervohen udhëzime në lidhje me shtytjen për rrethana që sugjerojnë se gratë kanë nevojë për to.

Këto rrethana përfshijnë gratë që kanë frikë të shtyjnë për shkak të dhimbjes ose shqetësimit tjetër⁵⁸, gratë që nuk kanë një dëshirë për të shtyrë (më shpesh nga analgjezia epidurale) dhe gratë që janë duke pasur vështirësi për të shtyrë në mënyrë efektive.

Lehtësimi i dhimbjes dhe strategjitë për të ndihmuar gratë me shtytje në mënyrë efektive do të trajtohen më vonë në këtë studim.

Njohja e pasojave të pafavorshme të zgjatjes së hershme, të qëndrueshme dhe të mundimshme, kanë ndikuar në mënyrën se si disa persona personeli përcaktojnë dhe diagnostikojnë fazën e dytë. Raportet vëzhguese të sjelljeve të personelit shëndetsor në mjediset bashkëkohore të maternitetit përshkruajnë “taktikat e shmangies” të përdorura nga infermieret dhe mamitë, të tilla si mosekzaminimi i një shtatzëne për të përcaktuar dilatacionin e KU-së derisa gruaja të përjetojë një dëshirë të pavullnetshme për të shtyrë, në mënyrë që të shmangë etjen e të tjerëve për të drejtuar një grua për të shtyrë mbi dilatimin e plotë.⁵⁹

Simkini thotë një pjesë e personelit shëndetsor në shërbimin e obstetrikës përdor një “përkufizim të dyfishtë të fazës së dytë: një dilatim të plotë plus përpjekjet spontane ekspulsive”⁶⁰ për të shmangur një “fazë të dytë të zgjatur”. Kjo pasqyron shqetësimin e vazhdueshëm rreth kohëzgjatjes së fazës së dytë.

Kohëzgjatja e fazës së dytë

Identifikimi i dilatimit të plotë cervical shpesh “shënon orën” për përcaktimin e kohëzgjatjes së fazës së dytë. Megjithatë, një vëzhgues ka vënë në dukje se “është e vështirë të përcaktohet objektivisht se sa kohë duhet lejuar të zgjasë faza e dytë pasi shumë pak dihet për shpërndarjen e vërtetë të kohëzgjatjes së fazës së dytë”.⁶³ Shqyrtimet e shumta të shoqërimit midis kohëzgjatjes totale të fazës së dytë dhe përfundimeve perinatale kanë arritur në përfundimin se kufizimet arbitrare kohore për kohëzgjatjen e fazës së dytë nuk janë “të justifikuara”.^{62,63}

Udhëzimet e botuara nga ACOG-ja në lidhje me “LV-në” tregojnë se, “kohëzgjatja e fazës së dytë nuk është në vetvete një tregues absolut për ndërprerjen operative të lindjes” për shkak të mjeteve të disponueshme sot për “mbikqyrje më intensive të fetusit” sesa kur u vendos rregulli 2-orësh.⁶²

Gjithsesi udhëzimet rekomandojnë që SC-ja të “konsiderohet” kur kanë kaluar 3 orë për një primipare me anestezi lokale ose 2 orë për pa anestezi dhe kur kanë kaluar 2 orë për një pluripare me anestezi lokale ose 1 orë pa anestezi. Një analizë e 4.745 lindjeve nga të dhënat spitalore të nëntë shërbimeve të mamisë nga Albers et. Al,⁴⁷ ka identifikuar kufijtë

e lindjes (do të thotë plus 2 DS që përfaqësojnë 95% të një popullsie) në një popullsi të grave amerikane me etni të përzier.

Edhe pse vëzhgimi i vazhdueshëm tokografik i aktivitetit uterin ka treguar se kontraksionet e uterusit nuk pushojnë⁶⁴, disa vëzhgues përshkruajnë një ndryshim në “karakterin e kontraksione uterine”.⁶⁵

Pozicioni i shtatzënës gjatë aktivitetit të lindjes dhe periudhës së shtërzimit

Problemi i qëndrimit dhe i lëvizjes gjatë aktivitetit të lindjes dhe lindjes është një çështje themelore dhe e lënë pas dorë nga i gjithë personeli shëndetësor në dhjetëvjecarët e fundit.

Në botën e zhvilluar në thuajse të gjithë spitalet këshillohet gruaja të qëndrojë shtrirë në krevat me maksimumin vendosjen e një jastiku poshtë shpinës. Pak përpara se të fillojnë shtërzimet pacientia transferohet në sallën e lindjes mbi një krevat obstetrikal, monitorët dhe aparaturat e tjera të urgjencës janë lehtësisht të disponueshme. Çfarë influencon në këto momente është fakti në pozicionin e gruas është formacioni që personeli shëndetësor merr në bangat e shkollës. Në bazë të kësaj zgjedhjeje qëndron koncepti për të cilin aktiviteti i lindjes dhe lindja të konsideruar alla stregua të një sëmundjeje, ku kontrolli nuk i besohet gruas dhe instikteve të saj por mjekëve dhe teknologjisë.

Përhapja e gjeneralizuar e pozicionit litotomik gjatë aktivitetit të lindjes na bën shpesh të harrojmë që ndërhyrja e saj është relativisht e re dhe dokumentata e pakta nuk gjenden më shumë se dy shekuj më parë.

Të detyrosh tipin e një pozicioni në raport me të tjerët, nuk i përgjigjet vetëm kriterëve teknoempirike por edhe shkaqeve socialkulturale, të cilat u referohen koncepteve të ndryshme të trupit dhe me trupin social pjesë e të cilit është.³⁶

Gruaja për të lindur duhet të jetë e lirë të qëndrojë si të dojë, në pozicione që janë përcaktuar nga fiziologjia, pa u shtrënguar dhe influencuar nga fakti që zakonisht lindet mbi mbi një krevat gjinekologjik në pozicionin litotomik. Mënyra se si lindet në një shoqëri të caktuar është tregues i pozicionit që ajo zë në të, sikur të themi se skena e lindjes do të ishte përfaqësuese e raportit burra-gra në një kulturë të caktuar. Gruaja që lind e shtrirë në spitalet tona si “objekt i shkencës”, një fushë pune mbi të cilën veprojnë gra

të tjera, shpesh edhe me ndërhyrjen e burrave, që në këto rrethana prezantojnë vetë “shkencën”.

Pozicioni i nënës është i rëndësishëm në menaxhimin e lindjes dhe ky aspekt i lindjes prej shumë kohësh është trajtuar nëpërmjet një shumëllojshmërie studimesh. Kërkimet më të hershme historike kanë dokumentuar përdorimin e një shumëllojshmërie pozicionesh për lindje dhe mbizotërim të përdorimit të pozicioneve të drejta.⁶⁶

Studimet bashkëkohore vëzhguese kanë dokumentuar prirjen dhe preferencat e grave për të përdorur një shumëllojshmëri pozicionesh edhe gjatë fazës së dytë të lindjes.⁶⁶ Në fakt, lëvizshmëria mund të jetë po aq e rëndësishme sa shmangia e pozicioneve supine për të nxitur perfuzionin optimal të uterusit dhe ecurinë normale të aktivitetit të lindjes.^{66,70,71}

Një sondazh i kohëve të fundit për përdorimin e pozicioneve të ndryshme gjatë periudhës ekspulsive zbuloi se infermieret mami përdorin një shumëllojshmëri pozicionesh jo litotomike gjatë aktivitetit të lindjes dhe fazës ekspulsive. Qëndrimi amtar gjatë aktivitetit të lindjes i nënës është një faktor që ndikon në rezultatet feto-amtare.^{68,70,71}

Simkin dhe Ancheta përshkruajnë një shumëllojshmëri të pozicioneve amtare gjatë aktivitetit të lindjes për të parandaluar distocitë gjatë periudhës ekspulsive, për të nxitur zbritjen dhe/ose për të mundësuar lehtësim nga dhimbja.⁶⁹

Pozicioni me duar dhe gjunjë (këmbadoras-galic)

Ndërsa shumica e informacionit rreth përdorimit të pozicioneve specifike gjatë fazës së dytë është përshkruese ose anektodike, CochraneReview^{41,66} sjell dëshmi rreth përdorimit të pozicionit të duarve dhe gjunjëve nga një studim eksperimental i mundshëm nga Andrews⁶⁷. Ky pozicion, ka potencial për nxitjen e rrotullimit të një fetusit në pozicione cefalike posteriore.

Qëndrimi në këmbë kundrejt qëndrimit shtrirë

Nga pozicionet e përdorura për vetë lindjen, RCT-të kanë konsideruar qëndrimin në këmbë kundrejt pozicioneve shtrirë dhe galic. Meta-analiza më e fundit e pozicionit drejt (ulur, stola lindje, karrige) ose shtrirë për lindjen sjell një shumëllojshmëri të avantazhesh të mundshme për gratë nga qëndrimi drejt.⁶⁸ Këto përfshijnë fazën e dytë më të shkurtër, reduktimin e procedurave për ta ndihmuar, më pak episiotomi dhe më pak dëmtime

perineale. Dhimja është e diskutueshme por duke qenë se është një element subjektiv është vështirë të nerret në konsideratë. Një përfundim i pafavorshëm i lidhur me pozicionet e drejta është humbja e tepruar e gjakut me shanset e rritura rreth 80% përkundrejt pozicionit shtrirë. Megjithatë, ky përfundim ndodhi pothuajse vetëm te gratë që përdornin karriget e lindjes. Në një RCT janë vlerësuar 4 studime të rastësishme¹⁷⁵ ku ishin përfshirë 2,100 gra, ku janë krahasuar 2 qëndrime kryesore: i lirë apo shtrirë. RCT-ja tregoi se shtatzënat në një qëndrim të lirë në lindje humbin më shumë gjak krahasuar me ato që përdorin një pozicion shtrirë në shpinë.^{41, 72, 68}

Gratë që përdornin karriget e lindjes gjithashtu patën 50% më shumë çarje të shkallës së dytë. Mendohet se humbja e tepërt e gjakut mund të ketë qenë për shkak të presionit në rritje në zonën e peivisit, legenit dhe imobilizimit relativ që shkaktoi pakësimin e kthimit venoz dhe stazën venoze dhe për këtë arsye, më shumë humbje gjaku nga çarjet perineale dhe jo humbje gjaku që vjen nga uterusit. Në fakt në këto studime kanë shumë biase dhe shpesh mbëten dyshuese.^{41, 68, 72}

Qëndrimi genu-pektoral

Një pozicion unik që ka avantazhet e pozicionimit të drejtë është qëndrimi pupthi, veçanërisht siç përdoret me shtretërit e lindjes bashkëkohore që e lejojnë gruan të tërhiqet dhe të pushojë midis kontraktimeve. Ndonëse qëndrimi pupthi nuk është një qëndrim i lehtë për shumë gra perëndimore⁷³, ky pozicion rrit kapacitetin e legenit dhe mund të jetë veçanërisht i dobishëm nëse koka e fetusit mezi është duke u përshtatur në legen.¹⁷⁷ Me ndihmën e personelit, gratë mund ta përdorin këtë pozicion, ndërsa faza e dytë përparon dhe për momentet finale.⁴¹ Ky pozicion është gjithashtu i efektshëm në shmangien e efekteve të dëmshme në perfuzionin e uterusit, sepse nuk ka kompresim të enëve të mëdha që kthejnë gjakun në zemër dhe e shpërndajnë në uterus, siç ka kur gruaja është e shtrirë.

“Norma” bashkëkohore

Duke marrë parasysh preferencën e grave dhe përparësitë e dokumentuara të shmangies së pozicioneve shtrirë, është një shqetësim që sondazhi i vitit 1996 që shoqëronte Projektin e shfrytëzimit të fërkimeve të fazës së dytë të lindjes të bërë nga Shoqata e Shëndetit të Grave, Infermiereve, Obstetërve dhe Neonateve (AWHONN)⁷⁴ raportoi se, “pozicionet horizontale për fazën e dytë të lindjes. . . kanë mbizotëruar, pavarësisht nga ndërhyrjet e mundshme në procesin fiziologjik të lindjes”.

Së bashku me përdorimin e vazhdueshëm të gjerë të mbikqyrjes elektrografike të fetusit dhe përdorimin e anestezisë epidurale, qëndrimi shtrirë në shtrat dhe litotomia, apo gjysmë ulur dhe pozicione të tjera të modifikuara shtrirë konsiderohen “norma”.^{41,68,70}

Është në meritën e infermiereve dhe infermiereve mami që punojnë në shumë spitale të zhvilluara që janë të njohur me kërkimet lidhur me këto praktika të lindjes dhe të angazhuara për të nxitur përfshirjen aktive të grave në lindjen e tyre, se ato janë në gjendje dhe të gatshme për të përdorur një shumëllojshmëri të strategjive për të mundësuar gratë që të lëvizin gjatë fazës së dytë të lindjes si dhe për të marrë pozicione më të përshtatshme për lindje, duke përfshirë dhe qëndrimin pupthi.^{61,68,60}

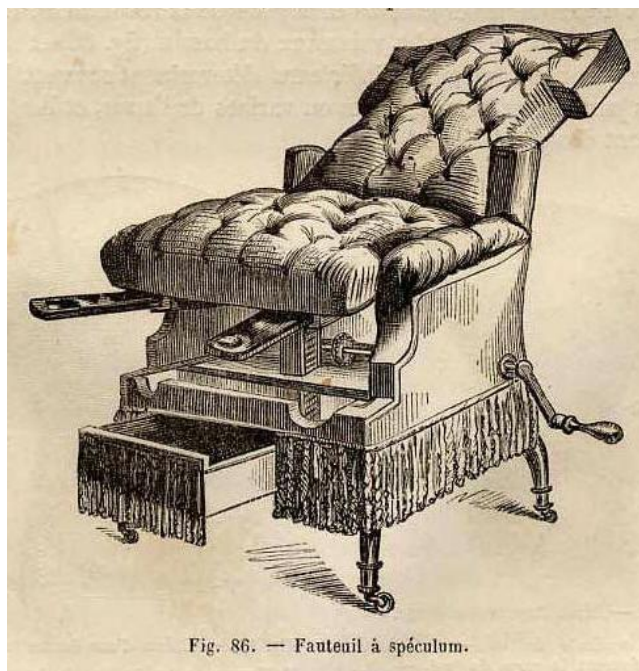
Strategji për të minimizuar traumën perineale

Një tjetër problem për t'u marrë në konsideratë është minimizimi i traumave perineale. Faktorët e ndryshëm që janë studiuar efektin e pozicionit amtar dhe mënyrën e shtërimit. Janë 3 studime (RCT) retrospektive të rezultateve perineale: RCT e parë vjen nga grup i madh mjekësh ku u përdorën pozicione të ndryshme të grave në fazën e dytë⁷⁵ dhe tjetra nga një spital i madh me ofrues të ndryshëm duke përfshirë mamitë.⁷⁶ Të gjithë zbuluan se një faktor i rëndësishëm i lidhur me episiotominë ishte ndihmësi i lindjes.

Edhe në një gjykim të madh klinik të rastësishëm rreth episiotomisë, besimet e mjekëve u gjetën të ndikojnë në përdorimin e tyre aktual të ndërhyrjes së caktuar.¹⁸⁸ Në të vërtetë, ata mund të identifikohen si të kenë stile të menaxhimit “të ulët” ose “të lartë” të ndërhyrjeve të cilat ndikuan në mënyrën se si ata e shihnin perineumin si dhe tendencën e tyre për të ndërhyrë në menaxhimin e lindjes. Jo vetëm që praktikuesit sjellin qëndrime personale, bindje dhe aftësi teknike në sjelljen e tyre të lindjes, por ndikojnë edhe te shtyrja apo pozicioni për të lindur.

Pozicioni lateral për lindje ka qenë i lidhur me gruan që ka më shumë kontroll mbi shtyrjen e saj dhe një nevojë më të vogël për episiotomi, së bashku me zbritje më të ngadalshme të kokës së fetusit që mund të parandalojë çarjet, laceracionet.^{41,68,70} Ato pak prova që kanë përfshirë pozicionin lateral për lindje janë përqëndruar në gjendjen e të sapolindurve dhe në përmirësimin e oksigjenit të fetusit që arrihet kur gruaja përpiket ose lind në anën e saj në kontrast me qëndrimin në shpinë.^{41,68,70} Pavarësisht nga avantazhet fiziologjike të shtrirjes anësore, ajo nuk është përdorur aq shpesh si pozicion i drejtë për lindje dhe nuk ka RCT-së që trajtojnë efektin e këtij pozicioni në rezultatin perineal.

Në meta-analizën e provave klinike të pozicioneve të drejta përkundrejt atyre shtrirë, kishte një raport jo shumë domethënës, shanset prej 0.92% të traumave perineale/episiotomi duke favorizuar pozicionet drejtë.^{41,68,70,77,78} Një analizë retrospektive e pozicionit të lindjes dhe dëmtimit perineal brenda një praktike familjare zbuloi se gratë multipare duke përdorur një pozicion gjysmështrirë në një shtrat lindjeje ishin më të prirura të kishin më pak trauma perineale sesa gratë që lindnin në tryezën e lindjes.^{41,77,78} Nuk është e qartë nëse nevoja për përdorimin e një tryezë lindjeje kontribuoi në trauma më të mëdha perineale, por vendimi për të përdorur një tryezë lindjeje mund të ketë qenë një faktor kontribues së bashku me përdorimin e pozicionit lithotomik.



Krevat Gjinekologjik

QËLLIMI

Qëllimi kryesor i punimit është:

- Vlerësimi i dy teknikave të shtyrjes gjatë aktivitetit të lindjes në përfundimin e lindjes dhe të posalindurit dhe ndërlikimeve amtare.
- Sa është roli i personelit shëndetsor që me veprimin apo mosveprimin e tyre mund të shkaktojnë “DEM” në përfundimin feto-amtar.
- Si mund të vlerësohet QoL në momentin e lindjes.

Hipoteza

Në teknikën e SHS në raport me SHD niveli i ndërlikimeve është më i ulët.

Objektivat e punimit

Objektivat e punimit janë:

1. Kahasimi i dy mënyrave të shtërzimit përse i përket të dhënave të mëposhtme të përftuara gjatë studimit që mendohet se ndikojnë në mënyrë të drejtpërdrejtë në përfundimin e lindjes dhe mirëqenies feto-amtare:
 - Kohëzgjatja e shtatzënes në shtratin e lindjes.
 - Nevoja e nënave për O₂.
 - Pozicioni i amtar në lindje.
 - Shpeshtësia e shtyrjes (cristeller ose jo).
 - Përqindja e lindjeve me epiziotomi.
 - Përqindja e laçeracioneve dhe grada e dëmtimit perineal.
 - Çrregullimeve të RZF-ve.
2. Krahasimi i gjendes fetale në momentin e lindjes ndërmjet 2 metodave të marra në studim i vlerave të: nevoja për ndihmë të i posalinduri, Apgari 1', Apgari 5', Ph, PCO₂, PO₂, BE, HCO₃.

MATERIALI DHE METODA

Tipi i studimit: studim prospektiv, longitudinal dhe placebo-kontroll.

Vendi dhe periudha e kryerjes: Studimi është realizuar gjatë periudhës 1 Janar 2010 - 31 Dhjetor 2016 pranë SUOGJ “Koço Gliozheni”.

Pacientët e përfshirë në studim. Në studim morën pjesë 280 gra shtatzëna të cilat u ndanë në mënyrë të rastësishme në dy grupe sipas mënyrës së shtërimit.

- | | | |
|---|--|-----|
| - | gra në lindje ku u aplikua lindja me shtërime spontane (SHS) | 140 |
| - | gra në lindje ku u aplikua lindja me shtërim të drejtuar (SHD) | 140 |

Kriteret e përfshirjes në studim janë:

- Shtatzëni në term.
- Paraqitje me verteks (majën e kokës).
- Shtatzëni pa rrezik (pa sëmundje kronike amtare, pa ndërlikime gjatë shtatëzanisë, pa plasje të hershme të parakohëshme të membranave).
- Shtatzëni pa probleme të njohura amtare.
- Shtatzëni pa probleme të njohura fetale.
- Shtatzëni me aktivitet lindje normal.
- Shtatzëni që priten të lindin në rrugë vaginale.

Kriteret e përjashtimit nga studimi

- Lindja para kohe (LP).
- Shtatzënitë serotine .
- Lindje me KRF.
- Aktivitete që pëfunduan me SC.
- Lindje ku u përdor analgjezia lokoregjionale.
- Prani e NMLA-së (grada e dytë dhe tretë).
- Paraqitjet podalike.

- Shtatzënitë me rrezik amtar dhe fetal (HTA, preeklamsi, diabet, gravidar, infeksion amtar, rapture e membranave, NMLA).

Për çdo lehonë u mbledhën të dhënat demografike dhe klinike:

- Mosha amtare.
- Mosha e shtatzënisë (MSH).
- Ndërlikime gjatw aktivitetit tw lindjes.
- Numri i vizitave vaginale.
- Koha e nënës në shtratin e lindjes.
- Nevoja e nënave për O₂.
- Pozicioni amtar gjatë aktivitetit të lindjes.
- Treguesit e shtyrjes, kristileja, laçeracione dhe epiziotomi.

Te të posalindurit u mbledhën të dhënat e mëposhtme:

- Apgar 1'
- Apgar 5'
- Ph
- PO₂
- PCO₂
- BE
- HCO₃
- Çrregullimet e RZF-ve.
- Ventilimi në lindje.
- Trauma në lindje.
- Shtrim në ICU.

U diskutua qëllimi i studimit me personelin që asiston në lindje dhe në mënyrë të rastësishme, personeli i përfshirë në studim zgjodhi 2 ditë të javës (Janar 2010 e në vazhdim), në të cilën përzgjidheshin gratë që plotësonin kriteret e studimit (një kontroll kundrejt një studimi).

Shtatzënitë e përzgjedhura për studimin duhet të ishin pa risk (pa sëmundje kronike amtare, pa ndërlikime gjatë shtatzanisë, pa plasje të parakohshme të membranave), në term dhe paraqitje me verteks. Pritej që lindja e tyre të përfundonte në rrugë vaginale spontanisht.

Analgjezia lokoregjionale nuk përdoret rëndom në spitalin tonë, prandaj rastet ku u përdor një e tillë ne i përjashtuam. Gjithashtu shtatzënat nuk kanë përgatitje para lindjes dhe këshillimi i tyre se si duhet të sillen gjatë aktivitetit të lindjes bëhet nga personat që asistojnë shtatzënë.

Teknikat që konsideruam për krahasim, paraqiten në tabela.

Është praktikë rutinë dëgjimi i RZF-ve me stetoskop midis kontraksioneve ndërsa që shtatzëna vendoset në shtratin e lindjes.

Pasi klampimit u mor gjak nga KU-së dhe u matën parametrat e ekuilibrit acido-bazik (aparati EasyStat).

I posalinduri u vlerësua sipas pikëzimit Apgar në minutën 1 dhe 5 të jetës si dhe nevoja për ndërhyrje reanimatore pas lindjes (ventilim me presion pozitiv, ose aspirim, O₂ i lirë).

U vlerësua përdorimi i oksitocinës gjatë aktivitetit të lindjes dhe shtimi progresiv i oksitocinës

U vlerësuan laceracionet (grada), nevoja për epiziotomi dhe para lindjes.

U shënua gjithashtu shtypja ose Crysteller e ushtruar mbi barkun e shtatzënë dhe kohëzgjatja e qëndrimit në shtratin e lindjes (deri në lindje).

Pas lindjes u vlerësua i posalinduri për trauma të lindjes (tumor i shprehur lindjeje, borse sanguine, ose cefalhematomë).

ANALIZA STATISTIKORE

Të dhënat u analizuan me programin statistikor SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versioni 20. Është paraqitur statistika deskriptive e variablave të vazhduar, të cilët janë përmbledhur si mesatare dhe deviacion standard.

Variablat kategorikë janë paraqitur si frekuencë absolute dhe përqindje.

Është përdorur testi chi-katror dhe Fisher's exact test për krahasimin e proporcioneve ndërmjet variablave kategorikë.

Është përdorur testi i studentit dhe për krahasimin e mesatareve të variablave të vazhduar.

Është përdorur metoda e regresionit logjistik multivariat që kontrollon për të gjithë konfonduesit e mundshëm, për vlerësimin e faktorëve të pavarur parashikues të rezultatit më të mirë neurologjik.

Janë raportuar OR (odds ratio) dhe intervali i besimit 95% CI .

Sinjifikanca statistikore është përcaktuar për $p \leq 0.05$. Testet statistikore janë të dyanshme.

REZULTATET

Të dhënat e përgjithshme të shtatzënave në lindje të marra në studim

Në tabelën 3.1 janë përmbledhur të dhënat demografike kryesore të të dy grupeve të shtatzënave të marrë në studim.

TREGUESIT E PËRGJITHSHËM	SHS	SHD	P
Mosha amtare	25.22 ± 5.39	24.78 ± 3.82	0.4
Mosha e shtatzënisë (javë)	39.66 ± 0.92	39.7 ± 0.9	0.2
Pariteti	1.70 ± 0.73	1.51 ± 0.5	0.01
Pesha lindjes (g)	3318.8 ± 308.4	3316.7 ± 331.6	0.8

Tabela 3.1 Krahasoni i treguesve ndërmjet dy grupeve.

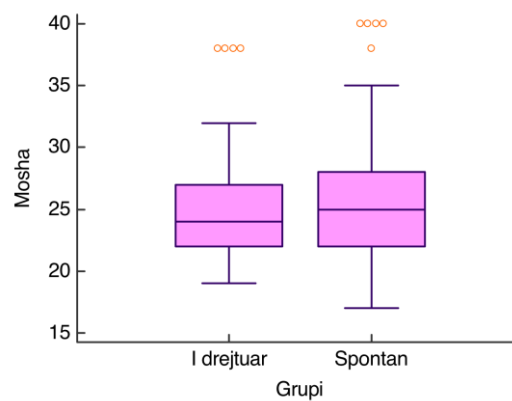


Figura 3.1 Krahasoni i moshës mesatare të nënave sipas dy grupeve.

Mosha mesatare e nënave në grupin e SHS është $M=25.1 \pm 4.9$ vjeç, ndërsa mosha mesatare e nënave në grupin me SHD është $M=24.7 \pm 4.1$ vjeç, pa ndryshime statistikore grupeve ($p=0.4$).

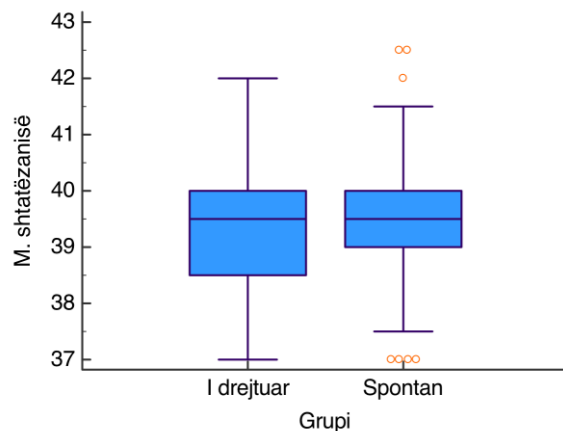


Figura 3.2 Krahasimi i moshës mesatare të shtatzënisë ndërmjet grupeve.

Mosha mesatare e shtatzënisë në grupin e SHS-së është $M = 39.5 \pm 1.1$ javë, ndërsa mosha mesatare në grupin SHD-së është $M = 39.4 \pm 1.2$ vjeç, pa ndryshime statistikore ($p = 0.2$).

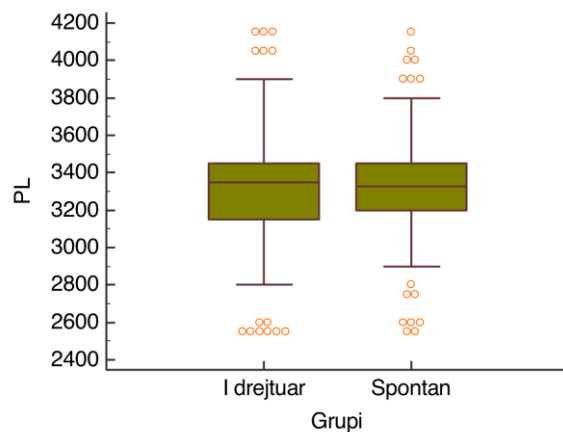


Figura 3.3 Vlerat mesatare të peshës në lindje sipas grupeve.

Pesha e lindjes (gr) në grupin e SHS është $M = 3318.8 \pm 308.4$ g, ndërsa pesha e të posalindurve në grupin me SHD është $M = 3316.7 \pm 331.6$ g, pa ndryshime statistikore ndërmjet tyre, ($p = 0.8$).

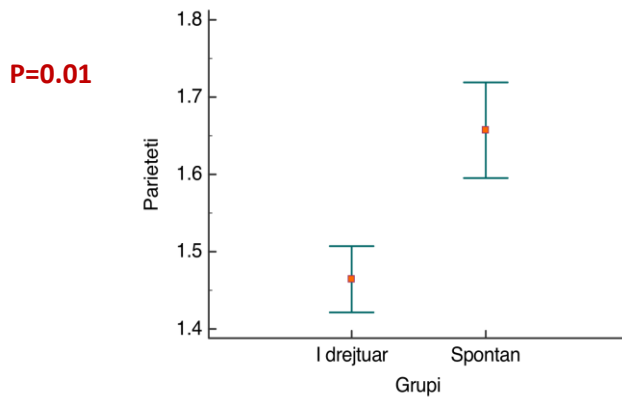


Figura 3.4 Krahasimi i paritetit mesatar ndërmjet grupeve.

Pariteti mesatar i nënave në SHS është më i lartë: $M=1.70 \pm 0.73$, ndërsa e shtatzënave në SHD është $M=1.51 \pm 0.5$, me ndryshim të rëndësishëm ndërmjet tyre, ($p=0.01$).

Pariteti	SHS	SHD
1	68 (48.6)	75 (53.6)
2	54 (38.6)	65 (46.4)
3	16 (11.4)	0
4	2 (1.4)	0

Tabela 3.2 Krahasimi i paritetit të cilësuar ndërmjet grupeve.

U gjet ndryshim i rëndësishëm statistikor ndërmjet numrit të lindjeve ndërmjet dy grupeve. 1 lindje kanë 48.6% e grave në grupin me SHS dhe 53.6% në grupin me SHD. 2 lindje kanë 38.6% e grave në grupin me SHS dhe 46.4% në grupin me shtyrje të drejtuar dhe 3 dhe 4 lindje kanë përkatësisht 11.4% dhe 1.4% e grave në grupin me SHS dhe asnjë nga gratë në grupin me SHD, ($p<0.01$).

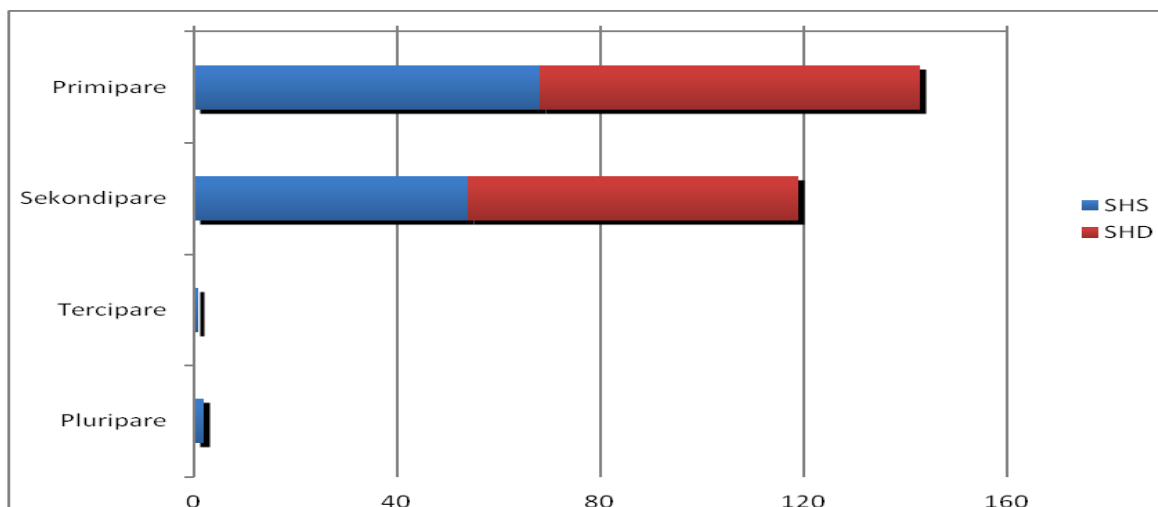


Figura 3.5 Krahاسimi i paritetit të cilësuar ndërmjet 2 grupeve.

Ndërlikimet para lindjes

Ndërlikimet para lindjes janë zakonisht të dhëna, shënja dhe sjelljë të zakonshme gjatë aktivitetit të lindjes por që shpesh konpromentojnë qëndrimin tonë dhe përfundimin feto-amar. Ndërlikimet më të zakonshme janë: RhPM >12 orë, IVU

LA i ngjyrosur NMLA (grada 1), LA mekonial NMLA (grada 2-3), Oligoamnion RhPM >19 orë.

Ndërlikimet para lindjes	SHS	SHD
JO	131 (93.6)	125 (89.3)
PO	9 (6.4)	15 (10.7)

Tabela 3.3 Frekuenca e ndërlikimeve paralindjes.

Nuk u gjet ndryshim i rëndësishëm ndërmjet dy grupeve, përса i përket llojit dhe % së ndërlikimeve para lindjes ($p = 0.2$).

Në total ndërlikime para lindjes kanë shfaqur 9 raste (6.4%) në grupin SHS dhe 15 raste (10.7%) në grupin me SHD.

Ndërlikimet para lindjes	SHS	SHD
RhPM >12 orë	1 (11.1)	4 (26.7)
IVU	1 (11.1)	3 (20.0)
L. amniotik i ngjyrosur NMLA (1)	2 (22.2)	0
L. amniotik mekonial NMLA (2-3)	2 (22.2)	5 (33.3)
Oligoamnion	2 (22.2)	0
RhPM >19orë	1 (11.1)	3 (20.0)

Tabela 3.4 Lloji dhe frekuenca e ndërlikimeve para lindjes.

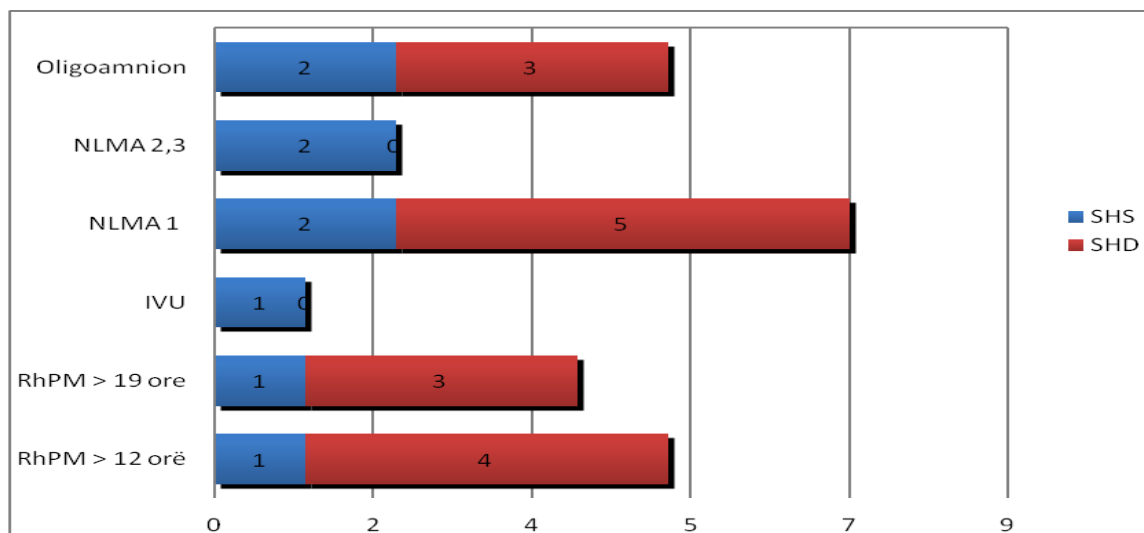


Figura 3.6 Ndërlikimet gjatë aktivitetit të lindjes.

RHPM > 12h u konstatua në 11% të grave në grupin me SHS dhe 26.7% në grupin me SHD. IVU në 11% e grave në grupin SHS dhe 20% në grupin SHD. LA i ngjyrosur në 22.2% e grave në grupin SHS dhe në asnjë nga gratë në grupin me SHD.

LA mekonial në 22.2% të grave në grupin me SHS dhe 33.3% në grupin me SHD.

Oligoamnion në 11.1% të grave në grupin SHS dhe asnjë në grupin SHD. RPM >19 orë në 11% e grave në grupin SHS dhe 20% në grupin SHD.

Vizitat vaginale (VV)

Në praktikën e përditshme klinike VV janë relativisht të shpeshta. U munduam që në të dy grupet të mbanim një qëndrim të njëjtë, që do të thotë: të zbatonim protokollet dhe të minimizonim ato sa më shumë.

Vizita vaginale	SHS (%)	SHD (%)
1	4 (3.1)	0
2	43 (33.1)	8 (5.9)
3	49 (37.7)	51 (37.8)
4	27 (20.8)	54 (40.0)
5	7 (5.4)	22 (6.3)

Tabela 3.5 Numri i vizitave vaginale sipas grupeve

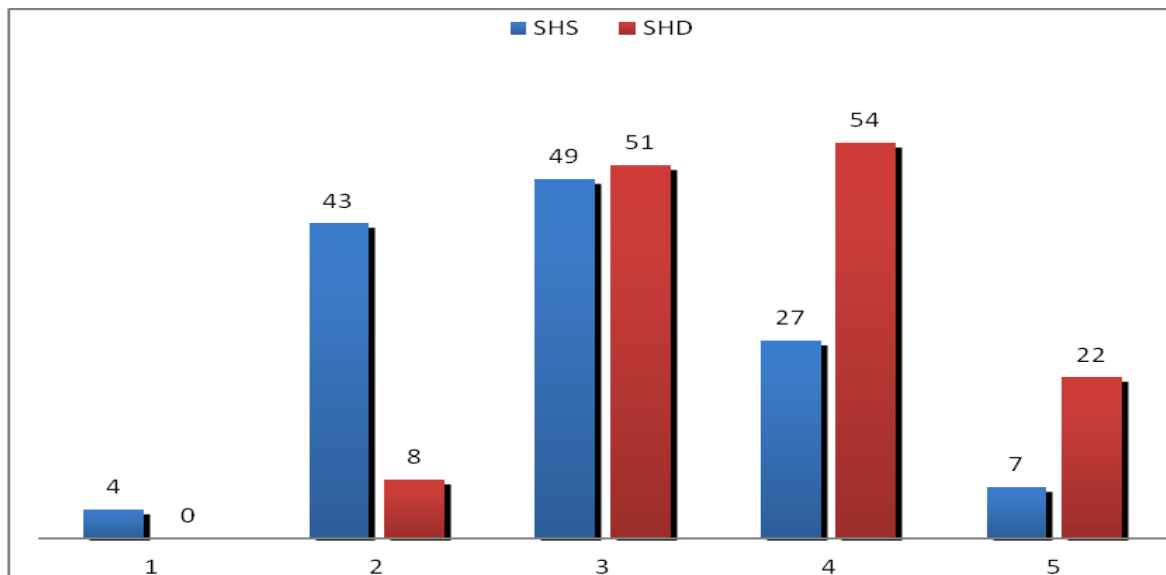


Figura 3.7 Numri i vizitave vaginale sipas grupeve.

U gjet ndryshim i rëndësishëm sipas vizitave vaginale ndërmjet dy grupeve ($p < 0.01$).

- 1 VV kanë kryer 3.1% e grave në grupin me SHS dhe asnjë në grupin SHD.
- 2 VV kanë kryer 33.1% e grave në grupin me SHS dhe 5.9% në grupin me SHD.

- 3 VV kanë kryer 37.7% e grave në grupin me shtyrje spontane dhe 37.8% në grupin me shtyrje të drejtuar.
- 4 VV kanë kryer 20.8% e grave në grupin me shtyrje spontane dhe 40% në grupin me shtyrje të drejtuar.
- 5 VV kanë kryer 5.4% e grave në grupin me shtyrje spontane dhe 6.3% në grupin me shtyrje të drejtuar,) $p<0.01$).

Çrregullimet e RZF-ve

RZF-të janë treguesi më i rëndësishëm i mirëqenies fetale. RZF-të mbëtën një mjet kontrolli dhe në raste humbjesh fetale janë mjet i gjykimit mjeko – ligjor.

Çrregullimet e RZF-ve	SHS	SHD
JO	131 (76.4)	125 (62.1)
PO	33 (23.6)	53 (37.9)

Tabela 3.6 Çrregullimet e RZF-ve.

Çrregullime të RZF-ve u diagnostikuan në 33 gra (23.6%) në grupin SHS dhe në 53 gra (37.9%) në grupin me SHD. U gjet ndryshim i rëndësishëm ndërmjet dy grupeve përse i përket shpërndarjes së çrregullimeve të RZF-ve ($p<0.01$).

RZF	SHS (%)	SHD (%)
Bradikardi	14 (42.4)	29 (54.7)
Takikardi	14 (42.4)	11 (20.8)
Taki/bradikardi	5 (15.2)	13 (24.5)

Tabela 3.7 Tipi i çrregullimit të RZF-ve.

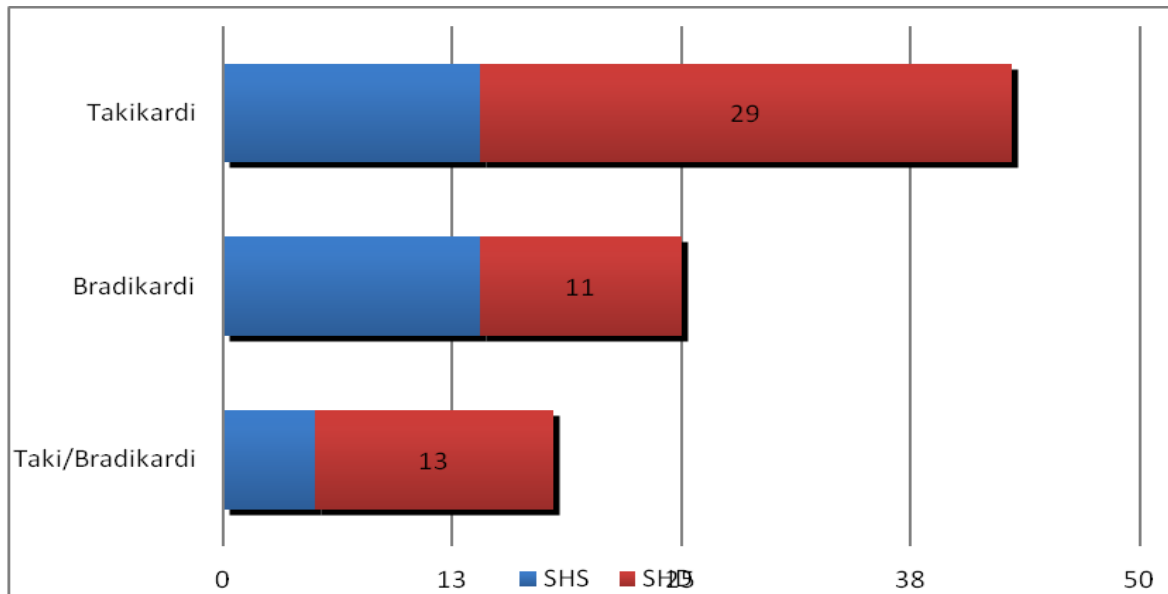


Figura 3.8 Çrregullimet e RZF-ve sipas grupeve.

Nuk u gjetën ndryshime të rëndësishme ndërmjet dy grupeve përsa i përket tipit të çrregullimeve të RZF-ve ($p=0.09$) që do të thotë që ndryshimet e RZF-ve janë kryesisht vagale.

Bradikardi kanë shfaqur 42.4% e grave në grupin me SHS dhe 54.7% në grupin me SHD. Takikardi kanë shfaqur 42.4% e grave në grupin me SHS dhe 20.8% në grupin me SHD. Taki/bradikardi kanë shfaqur 15.2% e grave në grupin me SHS dhe 24.5% në grupin SHD.



Koha në shtratin e lindjes

Për studimin tonë koha që gruaja kalon në shtratin e lindjes duket që është më e shkurtër për gratë në grupin e SHD-së.

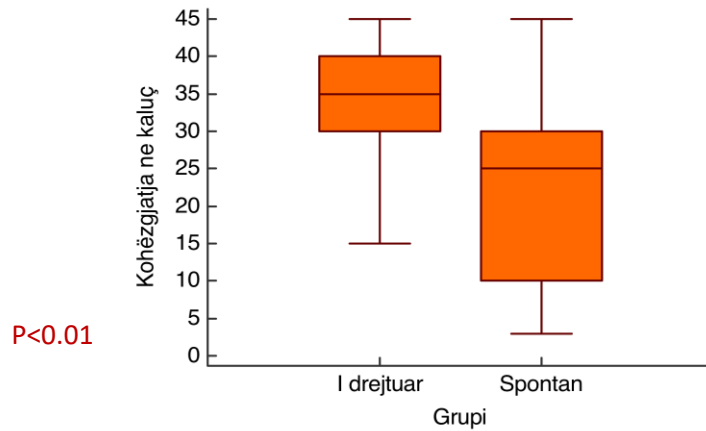


Figura 3.9 Koha në shtratin e lindjes.

Koha mesatare në krevatin e lindjes në SHS është $M=23.1 \pm 11.5$ vjeç, ndërsa në grupin SHD është $M=34.4 \pm 7.2$ vjeç, me ndryshim të rëndësishëm ndërmjet tyre, ($p < 0.01$).

Nevoja e nënave për oksigjen

Në tabelë shprehet në numër dhe % nevoja e nënave për O_2 si pasojë e bradikardisë fetale.

Dhënia O_2	SHS	SHD
JO	139 (99.3)	137 (97.9)
PO	1 (0.7)	3 (2.1)

Tabela 3.8 Nevoja e nënave për O_2 në të dy grupet.

Nuk u gjetën ndryshime të rëndësishme ndërmjet dy grupeve në lidhje me nevojën për oksigjen të nënave gjatë lindjes ($p=0.3$). Numrat ishin të pa rëndësishëm 1 në grupin SHS dhe 3 në grupin SHD

Ventilimi i të posalindurve në momentin e lindjes

Ventilimi i të posalindurve në praktikën klinike në SUOGJ bëhet bazuar në protokollet e miratuara nga OBSH dhe MSH.

Dhënia O ₂	SHS	SHD
JO	120 (85.7)	91 (65.0)
PO	20 (14.3)	49 (35.0)

Tabela 3.9 Ventilimi në lindje i foshnjave sipas grupeve.

Në punimin tonë u gjetën ndryshime të rëndësishme ndërmjet dy grupeve për sa i përket reanimimit në lindje (**p<0.01**). Ventilimi në lindje është aplikuar për 20 të posalindur (14.3%) në grupin me SHS dhe 49 (35%) në grupin me SHD.

Dhënia e O ₂	SHS (%)	SHD (%)
O ₂ maskë + aspirim	4 (3.6)	14 (10.0)
O ₂ + aspirim	2 (1.4)	6 (4.3)
Aspirim	7 (5.0)	9 (6.4)
O ₂	1 (0.7)	4 (2.9)
Vpp (ambu)	5 (3.6)	16 (11.4)
Total	20 (14.3)	49 (35.0)

Tabela 3.10 Mënyra e administrimit të oksigjenit në të dy grupet.

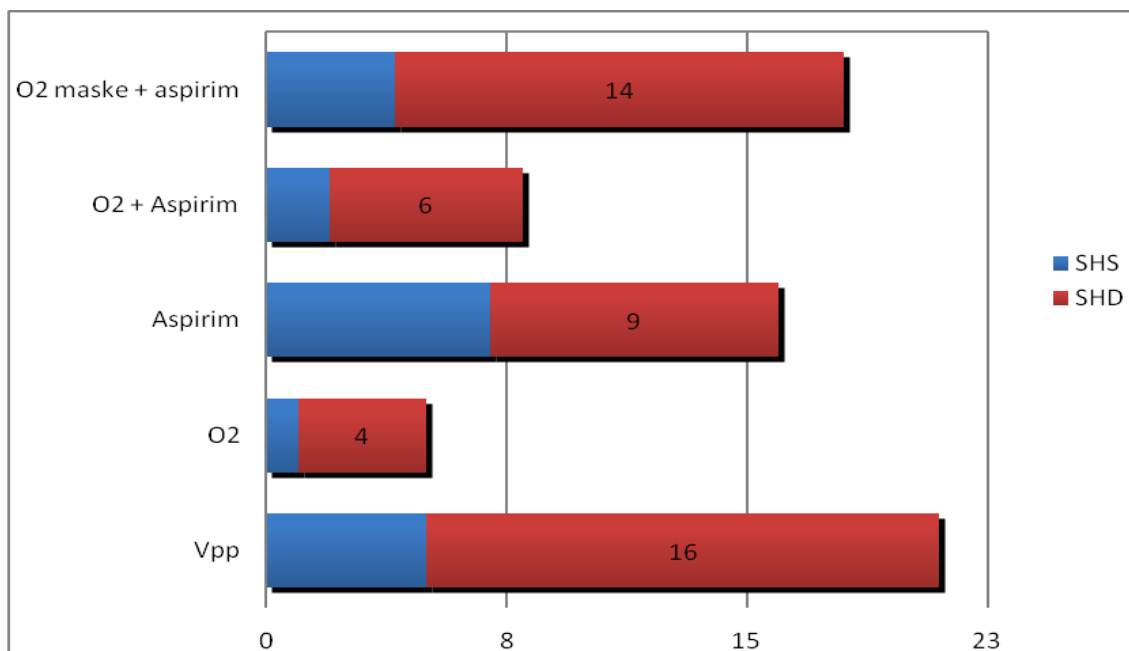


Figura 3.10 Lloji i ventilimi në lindje i foshnjave sipas grupeve.

O₂ maskë + aspirim kanë marrë 3.6% e të posalindurve në grupin me SHS dhe 10% në grupin SHD. O₂ + aspirim kanë marrë 1.4% e të posalindurve në grupin me SHS dhe 4.3% në grupin me SHD. Aspirim kanë marrë 5% e grave në grupin me SHS dhe 6.4% në grupin me SHD. O₂ kanë marrë 0.7% e grave në grupin me SHS dhe 2.9% në grupin SHD. Vpp është aplikuar në 3.6% e grave në grupin me SHS dhe 11.4% në grupin me SHD.

Pozicioni i nënës gjatë aktivitetit të lindjes

Sic përmendëm edhe më sipër pozicioni i nënës gjatë aktivitetit të lindjes dhe lindjes është shumë i rëndësishëm në përfundimin fetal.

Pozicioni i nënës	SHS	SHD
I detyruar	50 (36.2)	140 (100.0)
I lirshëm	90 (64.3)	0

Tabela 3.11 Shpërndarja sipas pozicionit të gruas për të dy grupet.

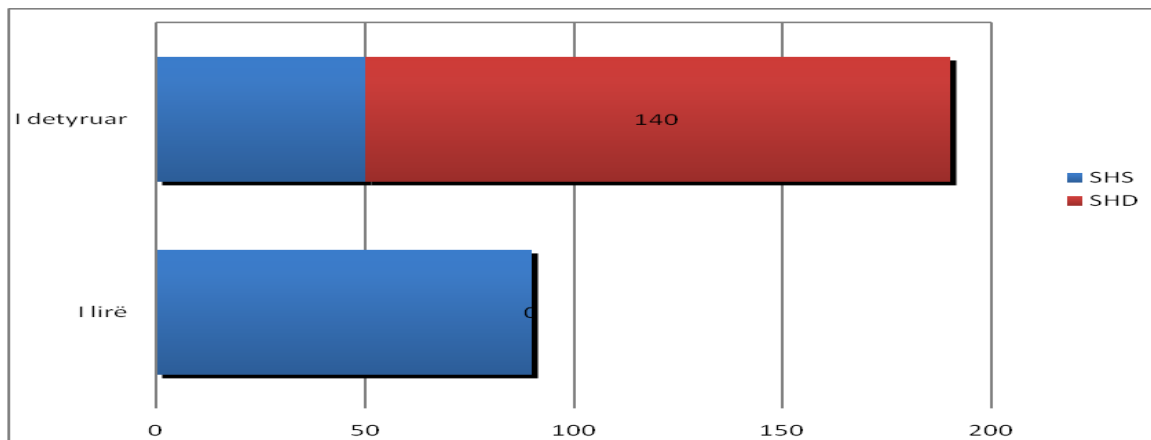


Figura 3.11 Pozicioni i nënës sipas grupeve.

Pozicion të detyruar kishin 36.2% e nënave në grupin me shtyrje spontane dhe 140 (100%) në grupin me shtyrje të drejtuar ndërsa pozicion të lirshëm kishin shumica (64.3%) e nënave në grupin me shtyrje spontane, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).

Manipulimet gjatë lindjes

Manipulimet gjatë lindjes mbeten një problem shqetësues për maternitetet tona. Edhe në SUOGJ, medikalizimi dhe “përdorimi i forcës” në momentin e lindjes janë një zakon i “keq” që lë gjurmë në memorien e gruas që po lind.

Në një audit të bërë në 2018, nga Shërbimi i Obstetrikës rezultoi se deri në 80% të grave manipuloheshin në momentin e lindjes dhe për 64% kjo kishte qenë një eksperience jo e mirë.

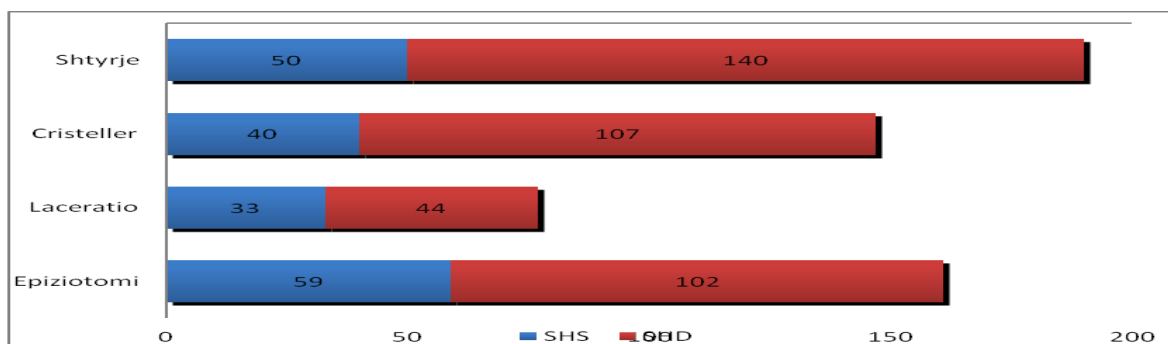


Figura 3.12 Treguesit e shtyrjes, cristeller, laceracion dhe epiziotomi sipas grupeve.

Shtyrje			<0.01
Jo	90 (64.3)	0	
Po	50 (35.7)	140 (100.0)	
Kristile			<0.01
Jo	100 (71.4)	33 (23.6)	
Po	40 (28.6)	107 (76.4)	
Laceracione			0.1
Jo	107 (76.4)	96 (68.6)	
Po	33 (23.6)	44 (31.4)	
Epiziotomi			<0.01
Jo	81 (57.9)	38 (27.1)	
Po	59 (42.1)	102 (72.9)	

Tabela 3.12 Treguesit e shtyrjes, cristeller, laceracion dhe epiziotomi sipas grupeve.

Për shtyrje kishin nevojë 100% e grave në grupin me SHD, krahasuar me 35.7% të grave në grupin me SHS, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).

Për shtypje Cristeller kishin nevojë 76.4% e grave në grupin me shtyrje të drejtuar, krahasuar me 28.6% të grave në grupin me shtyrje spontane, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).

Laceracione ndodhën në 31.4% të grave në grupin me shtyrje të drejtuar, krahasuar me 23.6% të grave në grupin me shtyrje spontane, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.1$).

Epiziotomi u aplikuan në 72.9% të grave në grupin me SHD, krahasuar me 42.1% të grave në grupin me SHS me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$). Por një e dhënë e tillë ka biase të shumta pasi shkak i episiotomisë në pjesën më të madhe të rasteve

ishte një “vendim pa shkak” pra thjesht një sjellje bazuar më shumë me një zakon se me vendim mbështetur në protokolle.

Traumat e të posalindurit

Traumat e të posalindurit janë një tjetër problem madhor në shërbimet e lindjes në të gjithë vendin.

Trauma	SHS	SHD
JO	39 (27.9)	77 (55.0)
PO	49 (35.0)	93 (66.4)

Tabela 3.13 Frekuenca e traumës sipas grupeve.

Në total u gjet ndryshim sinjifikant sipas frekuencës së traumës ndërmjet dy grupeve ($p < 0.01$). Traumë pësuan 66.4% e grave në grupin me shtyrje të drejtuar krahasuar me 23.6% të grave në grupin me shtyrje spontane.

Trauma	Spontan	I drejtuar
Borsa serosanguine	4 (2.9)	0
Hematome cefalike	6 (4.3)	16 (11.4)
TL	39 (27.9)	77 (55.0)

Tabela 3.14 Llojet e traumave të hasura te të posalindurit.

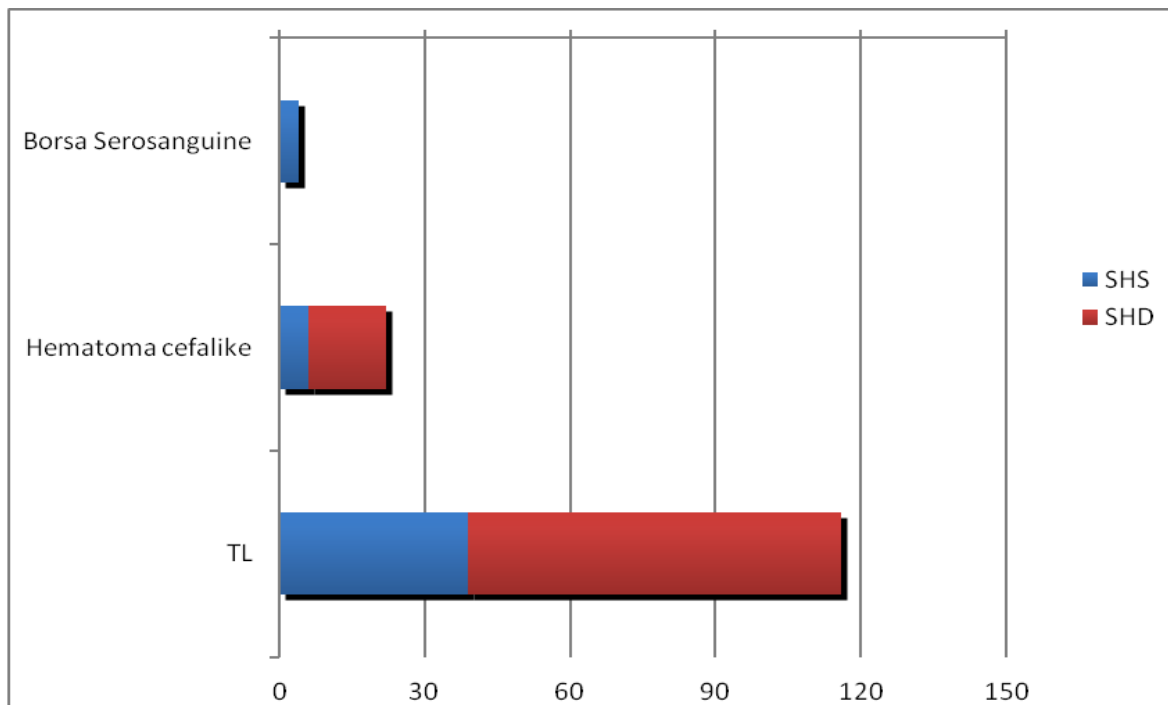


Figura 3.13 Tipi i traumës sipas grupeve.

$P < 0.01$

Borsa serosanguine u gjet në 2.9% të grave me shtyrje spontane, hematoma cefalike u gjet në 11.4% të grave në grupin me SHD, krahasuar me 4.3% të grave në grupin SHS. TL u gjet në 55% të grave në grupin me shtyrje të drejtuar krahasuar me 27.9% të grave në grupin me shtyrje spontane.

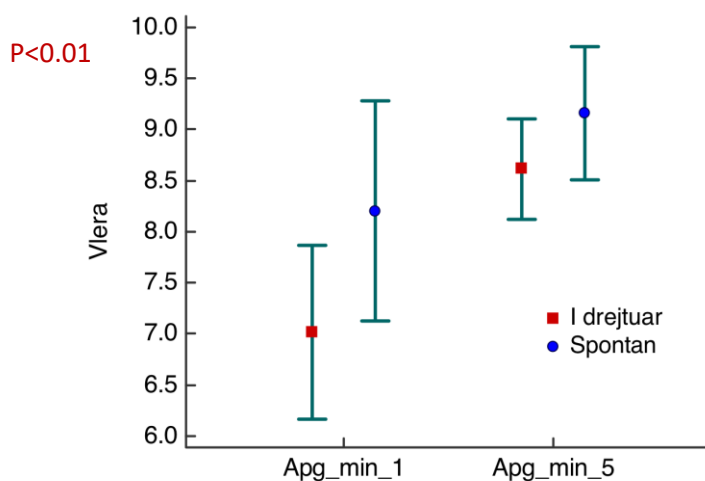


Figura 3.14 Krahasimi i vlerave të Apgar min-1 dhe Apgar min-5 ndërmjet grupeve.

Vlera mesatare Apgar në 1` në grupin e SHD është $M=8.2\pm1.1$ ndërsa në grupin me SHD është $M=7.0\pm0.8$, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).

Vlera mesatare Apgar në 5` në grupin e SHS është $M=9.2\pm0.6$ ndërsa në grupin me SHD është $M=8.6\pm0.5$, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).

Vlera mesatare Ph në grupin e SHS është $M=7.3\pm0.1$, ndërsa në grupin me SHD është $M=7.1\pm0.1$, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).

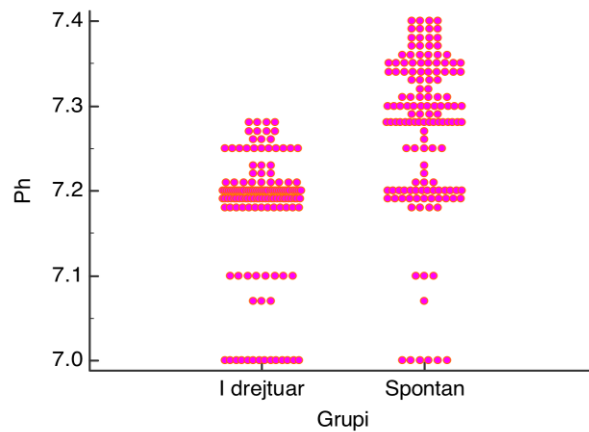
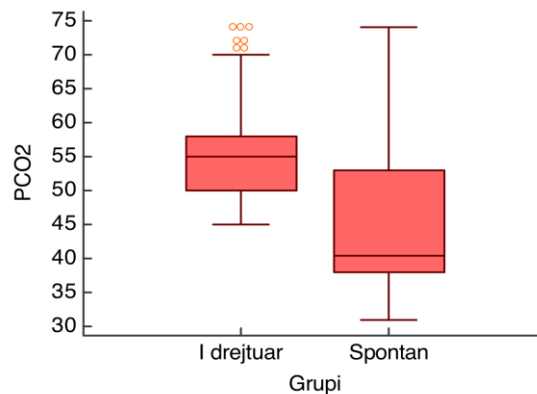


Figura 3.15 Krahasimi i vlerave të Ph ndërmjet grupeve.

Vlera mesatare PCO_2 në grupin e SHS është $M=44.6\pm9.6$, ndërsa në grupin me SHD është $M=55.2\pm6.3$, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).



$P<0.01$

Figura 3.16 Krahasimi i vlerave të PCO_2 .

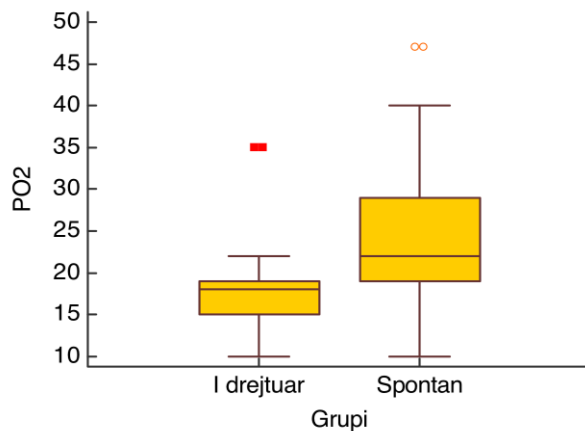


Figura 3.17 Krahasimi i vlerave të PO_2 .

Vlera mesatare PO_2 në grupin e shtyrjes spontane është $M=23.3\pm7.5$, ndërsa në grupin me shtyrje të drejtuar është $M=16.8 \pm 3.7$, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).

Vlera mesatare e BE në grupin e shtyrjes spontane është $M= - 5.1\pm3.0$, ndërsa në grupin me shtyrje të drejtuar është $M= - 8.4 \pm 2.1$, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).

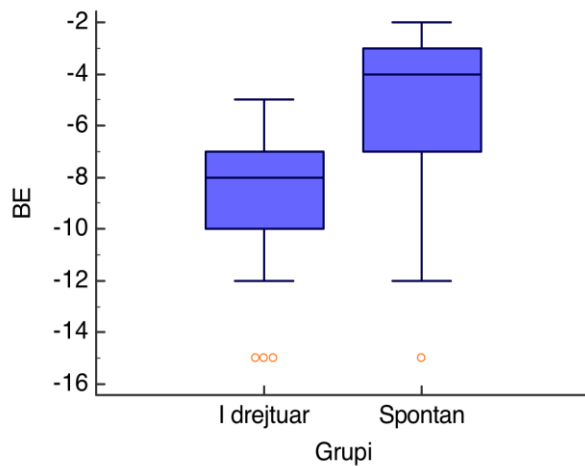


Figura 3.18 Krahasimi i vlerave të BE.

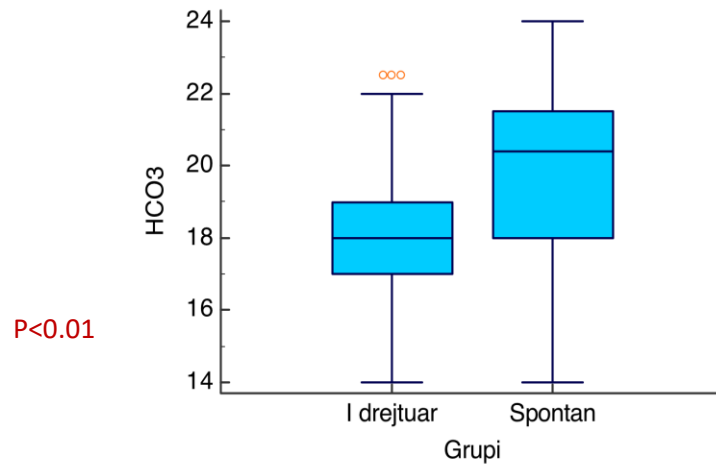


Figura 3.19 Krahاسimi i vlerave të HCO_3 .

Vlera mesatare HCO_3 në grupin e shtrijes spontane është $M=20.0\pm2.2$, ndërsa në grupin me shtrijë të drejtuar është $M=17.7\pm1.6$, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).

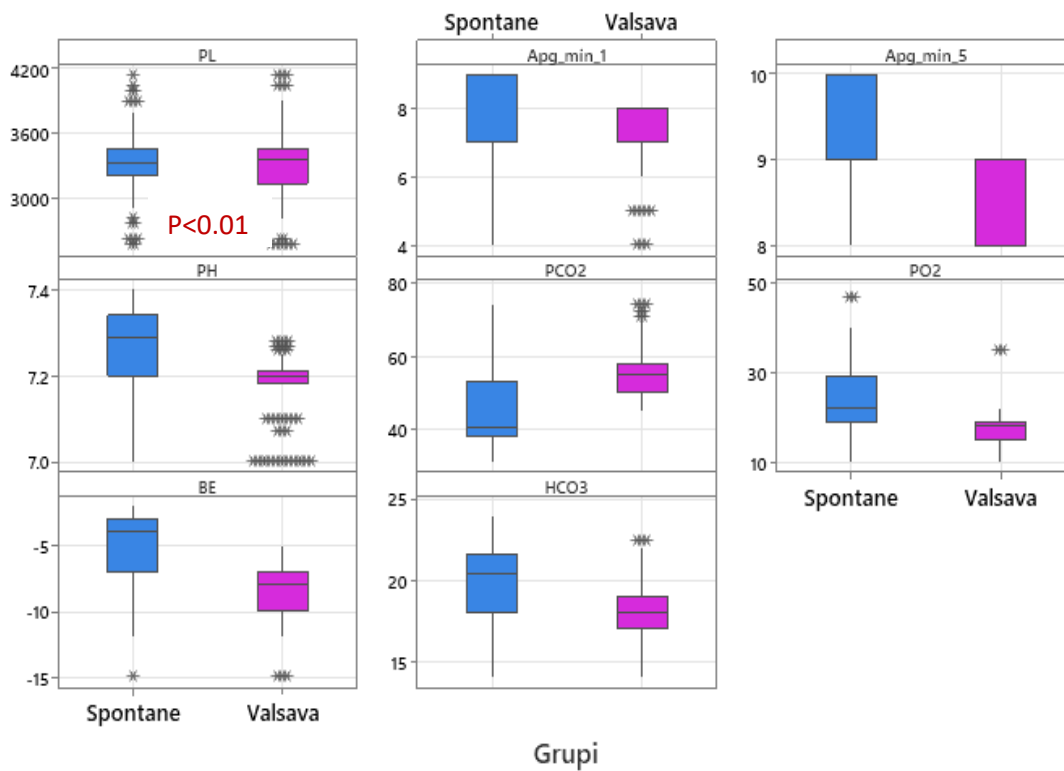


Figura 3.20 Vlerat mesatare sipas grupeve.

Përmbledhje e vlerave mesatare të variablave sipas 2 grupeve.

ICU	N	%
SHD	2	1.4
SHS	9	6.4

Tabela 3.15 Frekuenca e shtrimit në ICU.

Frekuenca e shtrimit në ICU është më e lartë të grupi me SHD (6.4%), krahasuar me grupin me SHS (1.4%) me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.03$).

Regresioni LOGJISTIK MULTIVARIAT

Variablat	OR	95% CI	P
Seksi	3.21	0.833 - 12.36	0.09
Kohëzgjatja në shtratin e lindjes	1.24	1.094 - 1.418	<0.001
Mosha e nënës	0.92	0.781 - 1.099	0.4
Mosha e shtatzënisë	1.14	0.645 - 2.030	0.6
Parieteti	0.41	0.128 - 1.322	0.1
Nr. i VV	0.46	0.135 - 1.618	0.2
Pozicioni i nënës	2.63	0.754- 6.897	0.7
Përpunimi kolumit	0.71	0.231 – 3.460	0.5

Tabela 3.16 Faktorët e riskut për ndërlikime amtaro-fetale në rezultatet e regresionit multivariate.

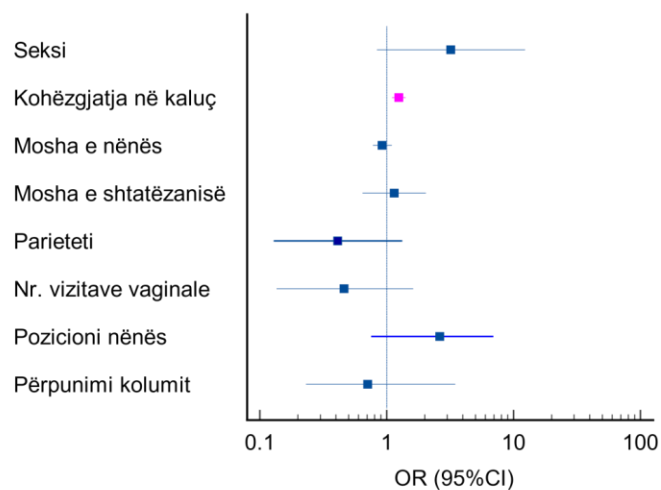


Figura 3.21 Faktorët e riskut për komplikacione amtaro-fetale.

Faktor sinjifikant dhe i pavarur i riskut për ndërlikime amtaro-fetale rezultoi kohëzgjatja në shtratin e lindjes (OR=1.24 95%CI1.094 - 1.418 $p<0.001$).

Variablat	OR	95% CI	P
Gjinia	1.22	0.512 - 2.905	0.6
Kohëzgjatja në shtratin e lindjes	1.08	1.008 - 1.166	0.03
Mosha e nënës	0.73	0.634 - 0.848	<0.001
Mosha e shtatzënisë	2.23	1.552 - 3.223	<0.001
Parieteti	0.21	0.089 - 0.503	<0.001
Nr. vizitave vaginale	0.89	0.546 - 1.453	0.6
Pozicioni i nënës	12.2	2.523 - 59.568	0.001
Përpunimi kolumit	5.21	1.212 - 22.435	0.02

Tabela 3. 17 Faktorët e riskut për reanimim në lindje.

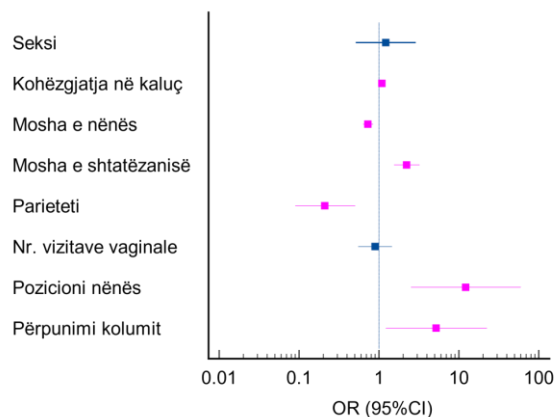


Figura 3.22 Faktorët e riskut për reanimim e të posalindurit.

Faktorë sinjifikantë dhe të pavarur të riskut për reanimim në lindje të të posalindurin rezultuan:

- Kohëzgjatja në shtratin e lindjes
- Mosha e shtatzënisë
- Pozicioni i detyruar i nënës
- Përpunimi kolumit

Variablat	OR	95% CI	P
Gjinia	2.19	1.161 - 4.159	0.01
Kohëzgjatja në shtratin e lindjes	1.03	0.983 - 1.082	0.2
Mosha e nënës	0.85	0.776 - 0.936	<0.001
Mosha e shtatzënisë	0.91	0.709 - 1.186	0.5
Parieteti	0.74	0.386 - 1.435	0.3
Nr. vizitave vaginale	1.01	0.660 - 1.564	0.9
Pozicioni nënës	5.06	1.860 - 13.795	<0.001
Përpunimi kolumit	4.52	0.824 - 10.567	0.9

Tabela 3.18 Faktorët e riskut për trauma në lindje.

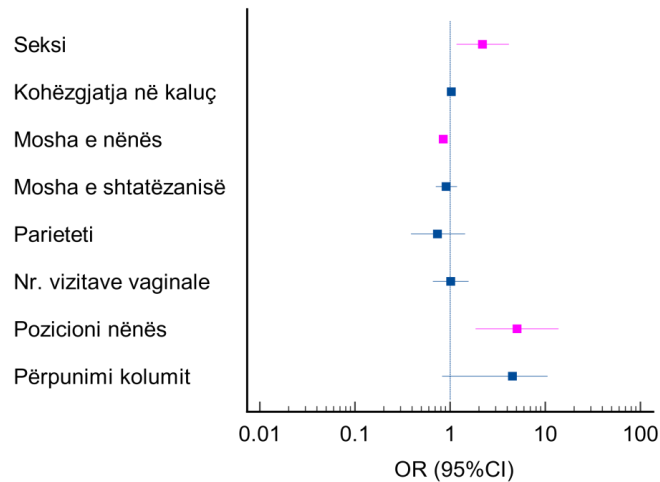


Figura 3.23 Faktorët e riskut për trauma në lindje.

Faktorë sinjifikantë dhe të pavarur të riskut për trauma në lindje rezultuan: gjinia e të posalindurit dhe pozicioni i detyruar i nënës gjatë shtërzimit.

Regresioni LINEAR MULTIVARIAT

**tabelat e analizës bashkangjitur në shtojca*

Tabela 3.19 Faktorët parashikues të Apgar 1`.

Tabela 3.20 Faktorët parashikues të Apgar 5`.

Tabela 3.21 Faktorët parashikues të PCO₂.

Tabela 3.22 Faktorët parashikues të BE.

Tabela 3.23 Faktorët parashikues të Ph.

Tabela 3.24 Faktorët parashikues të HCO₃.

- Faktorë sinjifikantë dhe të pavarur parashikues të Apgar në 1` rezultuan: gjinia e të posalindurit, mosha e shtatzënisë dhe pozicioni i detyruar nënës në lindje.
- Faktorë sinjifikantë dhe të pavarur parashikues të Apgar në 5` rezultuan: gjinia e të posalindurit, kohëzgjatja në shtratin e lindjes dhe pozicioni i detyruar nënës gjatë procesit të lindjes.
- Faktorë sinjifikantë dhe të pavarur parashikues të PCO₂ rezultuan: gjinia e të posalindurit, kohëzgjatja në shtratin e lindjes dhe pozicioni i detyruar i nënës gjatë procesit të lindjes dhe pariteti.

- Faktorë sinjifikantë dhe të pavarur parashikues të BE rezultuan: gjinia e të posalindurit, kohëzgjatja në shtratin e lindjes, mosha e shtatzënisë dhe pozicioni i detyruar i nënës gjatë procesit të lindjes.
- Faktorë sinjifikantë dhe të pavarur parashikues të BE rezultuan: gjinia e të posalindurit, kohëzgjatja në shtratin e lindjes dhe pozicioni i detyruar i nënës gjatë procesit të lindjes.
- Faktorë sinjifikantë dhe të pavarur parashikues të Apgar në 11 min rezultoi pozicioni i detyruar i nënës gjatë procesit të lindjes.

Variablat e pavarur	Koeficienti	Std. Gabim	t	P	r i pjesshëm	r gjysmë të pjesshme
Seksi	-0.3548	0.08800	-4.032	<0.001	-0.2485	0.1434
Kohëzgjatja shtratin e lindjes	0.00006215	0.006702	0.00927	0.9	0.0005901	0.0003297
Mosha amtare	0.04386	0.01164	3.767	<0.001	0.2331	0.1340
Mosha e shtatzënisë	-0.07304	0.03706	-1.971	0.04	-0.1244	0.07007
Parieteti	-0.09109	0.08457	-1.077	0.2	-0.06838	0.03830
Nr.vizitave vaginale	-0.01855	0.06220	-0.298	0.7	-0.01897	0.01060
Pozicioni i nënës	-2.0592	0.1442	-14.280	<0.001	-0.6725	0.5077
Përpunimi i kolumit	1.4028	0.2062	6.804	<0.001	0.3973	0.2419

Tabela 3. 19 Faktorët parashikues të Apgar 1`.

Variablat e pavarur	Koeficienti	Std. Gabim	t	P	r i pjesshëm	r gjysmë të pjesshme
Gjinia e të posalindurit	-0.1240	0.06256	-1.982	0.04	-0.1251	0.09250
Kohëzgjatja në shtratin e lindjes	-0.01499	0.004765	-3.147	<0.01	-0.1963	0.1469
Mosha amtare	0.004434	0.008277	0.536	0.6	0.03407	0.02501
Mosha e shtatzënisë	0.06418	0.02635	2.436	0.01	0.1532	0.1137
Parieteti	0.09961	0.06012	1.657	0.09	0.1048	0.07733
Nr. vizitave vaginale	0.01858	0.04423	0.420	0.6	0.02673	0.01961
Pozicioni i nënës	-0.5342	0.1025	-5.210	<0.01	-0.3147	0.2432
Përpunimi i kolumit	-0.2024	0.1466	-1.380	0.2	-0.08749	0.06443

Tabela 3.20 Faktorët parashikues të Apgar 5`.

Variablat e pavarur	Koeficienti	Std. Gabim	t	P	r i pjesshëm	r gjysmë të pjesshme
Gjinia e të posalindurit	3.8979	0.6455	6.039	<0.001	0.3587	0.1838
Kohëzgjatja në shtratin e lindjes	0.2452	0.04916	4.987	<0.001	0.3024	0.1518
Mosha e nënës	-0.3767	0.08539	-4.412	<0.001	-0.2703	0.1343
Mosha e shtatzënisë	-0.2117	0.2718	-0.779	0.4	- 0.04949	0.02371
Parieteti	1.7990	0.6203	2.900	<0.01	0.1815	0.08829
Nr. vizitave vaginale	0.1878	0.4563	0.412	0.7	0.02619	0.01253
Pozicioni i nënës	13.6784	1.0577	12.932	<0.001	0.6354	0.3937
Përpunimi i kolumit	-5.4560	1.5124	-3.607	<0.001	-0.2237	0.1098

Tabela 3.21 Faktorët parashikues të PCO₂.

Variablat e pavarur	Koeficienti	Std. Gabim	t	P	r i pjesshëm	r gjysmë të pjesshme
Gjinia e të posalindurit	-0.8538	0.2281	-3.743	<0.001	-0.2317	0.1285
Kohëzgjatja në shtratin e lindjes	-0.03842	0.01464	-2.625	<0.01	-0.1638	0.09034
Mosha amtare	0.06123	0.03018	2.029	0.4	0.1280	0.06967
Mosha e shtatzënisë	-0.1963	0.09607	-2.044	0.04	-0.1289	0.07018
Parieteti	-0.2627	0.2192	-1.198	0.2	-0.07602	0.04115
Nr. vizitave vaginale	0.002530	0.1613	0.0157	0.9	0.0009982	0.0005388
Pozicioni i nënës	-5.2558	0.3738	-14.060	<0.001	-0.6667	0.4828
Përpunimi i kolumit	2.5318	0.5345	4.737	<0.001	0.2886	0.1627

Tabela 3.22 Faktorët parashikues të BE.

Variablat e pavarur	Koeficienti	Std. Gabim	t	P	r i pjesshëm	r gjysmë të pjesshme
Seksi	-0.04833	0.007925	-6.098	<0.001	-0.3617	0.2303
Kohëzgjatja në shtratin e lindjes	-0.001232	0.0006036	-2.041	0.04	-0.1288	0.07709
Mosha e nënës	0.004840	0.001048	4.616	<0.001	0.2818	0.1743
Mosha e shtatzënisë	-0.005180	0.003337	-1.552	0.1	-0.09829	0.05862
Parieteti	-0.01441	0.007616	-1.893	0.06	-0.1196	0.07148
Nr. vizitave vaginale	0.003479	0.005602	0.621	0.5	0.03949	0.02345
Pozicioni i nënës	-0.1486	0.01299	-11.443	<0.001	-0.5886	0.4322
Përpunimi i kolumit	0.07044	0.01857	3.794	<0.001	0.2346	0.1433

Tabela 3.23 Faktorët parashikues të Ph.

Variablat e pavarur	Koeficienti	Std. Gabim	t	P	r i pjesshëm	r gjysmë të pjesshme
Seksi	-0.3687	0.1998	-1.846	0.06	-0.1166	0.07621
Kohëzgjatja në shtratin e lindjes	0.002767	0.01522	0.182	0.8	0.01157	0.007509
Mosha e nënës	-0.01508	0.02643	-0.571	0.5	-0.03629	0.02357
Mosha e shtatzënisë	0.1439	0.08413	1.711	0.08	0.1082	0.07065
Parieteti	0.4709	0.1920	2.453	0.01	0.1542	0.1013
Nr. vizitave vaginale	0.04356	0.1412	0.308	0.7	0.01962	0.01274
Pozicioni i nënës	-3.6397	0.3273	-11.119	<0.01	-0.5775	0.4591
Përpunimi i kolumit	0.06362	0.4681	0.136	0.8	0.008648	0.005612

Tabela 3.24 Faktorët parashikues të HCO_3 .



DISKUTIME DHE PËRFUNDIME

Në dokumentimin dhe shqyrtimin e përparimit të lindjes, personeli mjekësor duhet të identifikojë si kohëzgjatjen totale të fazës së dytë, kohëzgjatjen e shtyrjes aktive ashtu dhe gjendjen amaro-fetale. Duke marrë në konsideratë mirëqënien fetale, personeli duhet të vlerësojë sipas protokollit RZF-të, dhe të gjithë faktorët e tjerë që mund të flasin për “gjendje të pasigurtë fetale”.⁷⁹

Dy praktikat në studimin tonë, janë hulumtuar nga shumë autorë dhe disa RTC.⁸⁰ Shtërzimi spontan (SHS) konsiston në 3-5 shtërzime të shkurtra (4-6 sekonda), ndërkaq që shtatzëna shtyn poshtë në çdo tkurrje të uterusit. Shtërzimet e drejtuara (SHD) zgjasin pak më shumë (10-30`sekonda), ndërkaq që shtatzënës i thuhet që të mbajë frymën. Kjo praktikë e fundit duket se shkurton diçka fazën e dytë të lindjes, por mund të shkaktojë ndryshime të frekuencës kardiake dhe debitit kardiak.

Fluksi uterin pakësohet në raste të pozicionit supimn amtar, për shkak të shtypjes së aortes dhe vazave hepatike. Në disa prej publikimeve, ka rezultuar se pH umbilikal dhe Apgari kanë qenë më të kompromentuar gjatë përdorimit të kësaj praktike, kjo do të thotë shkëmbim më i keq i gazeve tek neonati i sapo lindur.⁸¹

Njohja se acidoza fetale zhvillohet gjatë fazës së shtyrjes aktive duhet të përqendrojë vëmendjen e klinikisteve në kohëzgjatjen e kësaj faze të vonshme të fazës së dytë dhe jo kohëzgjatjen totale.⁸² Përveç kësaj, mjeku duhet të shqyrtojë mënyrën se si po shtyn gruaja. Mbështetja e shtyrjes së pavullnetshme që shoqërohen me lëshimin e ajrit në vend që të inkurajojë mbajtjen e frymëmarrjes mund të minimizojë shkallën e acidozës që zhvillohet gjatë periudhës së shtyrjes aktive. Kuptimi i progresit të fazës së dytë është gjithashtu thelbësor në mënyrë që të shmangen disa nga taktikat mashtruese që përdoren për të shmangur imponimin e kufirit arbitrar “1 ose 2 orë” për fazën e dytë.

Mosha e amtare, MSH-ja dhe Pesha e neonatit

Përshkak të zgjedhjeve të randomizuara por edhe të kushtëzuara (shtatzënia në term) nuk patëm ndryshime statistikore përsa i përket moshës së grave, MSH-së dhe peshës së të posalindurve.

Është e rëndësishme të njihet gama e faktorëve, që mund të vonojnë fazën e dytë nëse nuk ndodh zbritja, nëse zbritja është penguar, ose nëse shtohet kohëzgjatja. Këta faktorë përfshijnë kryesisht pozicionin e fetusit (veçanërisht pozicionet oksipito-posterior), madhësinë e fetusit (>3000 gr), natyrën e bacinut të nënës, dhe cilësinë e tkurjeve (intensiteti <30 mmHg). Mund të nevojitet më shumë kohë për një fetus më të madh që është oksipito-posterior ose oksipito-transvers dhe oksitocina mund të jetë e nevojshme për të përmirësuar cilësinë e tkurjeve. Strategjitë për nxitjen e rotacionit do të trajtohen më vonë në lidhje me gjendjen e nënës gjatë fazës së dytë.⁸³

Pariteti

Pariteti mesatar i nënave në grupin e SHS është më i lartë $M=1.70\pm0.73$, ndërsa e nënave në grupin me SHD është $M=1.51\pm0.5$, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.01$). U gjet ndryshim sinjifikant edhe sipas paritetit specifik ndërmjet dy grupeve ($p<0.01$).

Ndërlikimet para lindjes (RPM & IVU)

Nuk u gjet ndryshim sinjifikant ndërmjet dy grupeve përsa i përket llojit dhe frekuencës së ndërlikimeve para lindjes ($p=0.1$). Në total ndërlikime para lindjes kanë shfaqur 9 (37.5%) e grave në grupin me shtyrje spontane dhe 15 (62.5%) në grupin me shtyrje të drejtuar.

RPM < 12h u konstatua në 11% të grave në grupin SHS dhe 53.6% në grupin me SHD.

IVU shfaqen 11% e grave në grupin me shtyrje spontane dhe 20% në grupin me shtyrje të drejtuar.

NMLA dhe LA-ja

NMLA grada I-II u gjet në 22.2% e grave në grupin me SHS dhe në asnjë nga gratë në grupin me shtyrje të drejtuar.

Likidi amnial mekonial u gjet në 22.2% e grave në grupin me SHS dhe 33.3% në grupin me SHD.

Oligoamnion kishin 11.1% e grave në grupin me shtyrje spontane dhe asnjë në grupin me shtyrje të drejtuar;

RPM 19h shfaqen 11% e grave në grupin me shtyrje spontane dhe 20% në grupin me shtyrje të drejtuar.

Vizitat vaginale

U gjet ndryshim sinjifikant sipas vizitave vaginale ndërmjet dy grupeve ($p<0.01$). ShD më shpesh $p<0.01$).

Çrregullimet e RZF-ve

U gjet ndryshim sinjifikant ndërmjet dy grupeve përsa i përket frekuencës së çrregullimeve të RZF-ve ($p<0.01$). Në total çrregullimet të RZF kanë shfaqur 33 (23.6%) e grave në grupin me SHS dhe 53 (37.9%) në grupin me SHD.

Bradikardi kanë shfaqur 42.4% e grave në grupin me SHS dhe 54.7% në grupin me shtyrje të drejtuar, Takikardi kanë shfaqur 42.4% e grave në grupin me SHS dhe 20.8% në grupin me SHD. Taki/bradikardi kanë shfaqur 15.2% e grave në grupin me SHS dhe 24.5% në grupin me SHD.

Koha në shtratin e lindjes

Koha mesatare në shtratin e lindjes në grupin e SHS është $M=23.1\pm 11.5$ min, ndërsa në grupin me shtyrje të drejtuar është $M=34.4\pm 7.2$ min, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).

Oksigjenimi amtar

Nuk u gjet ndryshim sinjifikant ndërmjet dy grupe në lidhje me nevojën për oksigjen të nënave ($p=0.3$) për shkak të dyshimit për GJPF-ve, nga të cilat 1 shtatzënë (0.7%) në grupin me shtyrje spontane dhe dy (2.1%) në grupin me shtyrje të drejtuar.

Reanimimi në lindje

Në studim u gjet ndryshim sinjifikant ndërmjet dy grupeve përsa i përket reanimimit në lindje ($p<0.01$). Ventilim në lindje është aplikuar për 20 (14.3%) foshnja në grupin me SHS dhe 49 (35%) foshnja në grupin me SHD.

O₂ maskë+aspirim kanë marrë 3.6% të posalindurit në grupin me SHS dhe 10% në grupin me SHD.

O₂+aspirim kanë marrë 1.4% e grave në grupin me SHS dhe 4.3% në grupin me SHD. Aspirim kanë marrë 5% e të posalindurve në grupin me SHS dhe 6.4% në grupin me SHD.

O₂ kanë marrë 0.7% e grave në grupin me SHS dhe 2.9% në grupin me SHD.

Vpp kanë marrë 3.6% e grave në grupin me SHS dhe 11.4% në grupin me SHD.

Pozicioni amtar dhe lirshmëria e lëvizjes gjatë aktivitetit të lindjes dhe lindjes

Në të gjithë historinë njerëzore mënyra normale e lindjes është në pozicionin ndenjor.

2011 Historia e obstetrikës. “Në Bazat e Obstetrikës”.

Shumë studime kanë treguar që pozicioni supin gjatë aktivitetit të lindjes të ka efekte fiziologjike negative në gjendjen amtare, fetale dhe progredimin aktivitetit të lindjes.

Abitbol 1985; Huovinen 1979; Marx 1982; Ueland 1969

Lëvizja e gruas gjatë aktivitetit të lindjes mendohet se rrit ndjenjën e kontrollit duke i dhënë siguri më të madhe në fazën e dytë (ekspulsionit). Pjesa më e madhe e grave në vendet në zhvillim qëndrojnë dhe lindin në shtrate gjinekologjike.

Roli i qëndrimit amtar dhe efektet e tij në përfunimin fetal janë mjaft të rëndësishme. Caldeyro-Barcia³⁴ ishte ndër të parët që sugjeroi që pozicioni jo i shtrirë në shpinë duhet të përdoret për të përmirësuar proceset fiziologjike të lindjes. Kohët e fundit, rishikim i rastësishëm i kontrolluar i Cochrane në lidhje me pozicionet në fazën e dytë të lindjes për gratë pa anestezi epidurale demonstruan efekte të rëndësishme të qëndrimit të nënës si në rezultatet e nënës ashtu edhe për fetusin.⁴¹

U vu re se kur u krahasuan pozicionet në shpinë ose litotominë, përdorimi i pozicioneve vertikale ose anësore u shoqërua me një reduktim të ndjeshëm të kohëzgjatjes së fazës së dytë të lindjes, epiziotomive, me pak çrregullime të RZF-ve dhe nëna raporton një reduktim të vogël për dhimbje të forta në lindje, por domethënës në lindjet e asistuara. (Gupta, Hofmeyr, & Smyth, 2004)⁴¹

Në punimin tonë falë edhe ndërhyrjes tonë, pozicion të detyruar kishin 36.2% shtatzëna në grupin me SHS dhe 140 (100%) në grupin me SHD ndërsa pozicion të lirshëm kishin shumica (64.3%) e nënave në grupin me SHS, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p < 0.01$). (Lewis L. et al “Pregnancy and Childbirth)

Në një punim në 2011 në Konferencën 4 situata në SUOGJ “Koço Gliozheni” është si më poshtë:

- Vetëm 10-18% e grave kanë rezultuar në një qëndrim joshtrirë gjatë fazës së parë të aktivitetit të lindjes (proces audit 2006-2007).
- Nuk kishte inkurajim nga mamitë dhe personeli tjetër shëndetësor për një qëndrim të lirshëm gjatë periudhës së parë.
- Nuk kemi studime të randomizuara për problemin.

Pozicioni i lindjes dhe dëmtimet perineale

Kur lindja është afër, pozicionohet në shpinë me gjunjë të përthyer (d.m.th, pozicioni i litotomisë dorsale – që është përgjithësisht i gabuar), megjithëse nëna mund të lindë në çdo pozicion, duke përfshirë pozicionin anësor (Sims), pozicionin e pjesshëm të ulur ose të ulur mbi duar, ose në duart dhe gjunjët e saj.⁴¹ Megjithëse një epiziotomi (një prerje e vazhdueshme me introitusin vaginal) kryhet në mënyrë rutine në këtë kohë, ACOG rekomandoi në vitin 2006 që përdorimi i saj të kufizohej për indikacionet tek nëna dhe fetusin. Studimet kanë treguar gjithashtu se epiziotomia rutinë nuk ul rriskun e

laceracioneve të rënda perineale gjatë lindjeve me ndërhyrje vaginale (vakum, forceps) (85) Pozicioni lateral për lindje ka qenë i lidhur me gruan që ka më shumë kontroll mbi shtyrjen e saj dhe një nevojë më të vogël për episiotomi, së bashku me zbritje më të ngadalshme të kokës së fetusit që mund të parandalojë çarjet, laceracionet.

Në meta-analizën e provave klinike të pozicioneve të drejta përkundrejt atyre shtrirë, kishte një raport jo shumë domethënës, shanset prej 0.92% të traumave perineale/episiotomi duke favorizuar pozicionet drejtë. Një analizë retrospektive e pozicionit të lindjes dhe dëmtimit perineal brenda një praktike familjare zbuloi se gratë multipare duke përdorur një pozicion gjysmështrirë në një shtrat lindjeje ishin më të prirura të kishin më pak trauma perineale sesa gratë që lindnin në tryezën e lindjes^{41, 68,70}. Nuk është e qartë nëse nevoja për përdorimin e një tryezë lindjeje kontribuoi në trauma më të mëdha perineale, por vendimi për të përdorur një tryezë lindjeje mund të ketë qenë një faktor kontribues së bashku me përdorimin e pozicionit lithotomik.

Për Crede` (lirimin e placentës) kishin nevojë 100% e grave në grupin me shtyrje të drejtuar krahasuar me 35.7% të grave në grupin me shtyrje spontane, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).

Lindja “me dhunë” Kristile-ja

Praktika e shtërzimit të drejtuar shoqërohet edhe me të ashtëquajturën shtypje fundike, që në shumë raste shndërrohet në një shtypje të pamasë mbi barkun e gruas.

Kristele-ja u aplikua me apo pa nevojë në 76.4% e grave në grupin me SHD krahasuar me 28.6% të grave në grupin me SHS, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).

Praktikisht kjo është një sjellje zakonore e trashëguar nga mjekët e vjetër që për arsye nga më të ndryshmet mbetet një nga veprimet më të dhundshme për gruan.

Në një audit i bërë nga shërbimi i obstetrikës në 2018, 78% e grave referonin se mbi to ishte ushtruar “DHUNË” dhe bëhëj fjalë për shtypjen e nënbarkut.

Kjo sjellje, jo vetëm që është e papëlqyeshme për gruan, por mendohet se është e dëmshme për uterusin, perineumin dhe neonatin.³⁷

Ndërhyrjet dhe dëmtimet e rrugëve të lindjes

Deri në përfshirjen e parimeve shkencore në praktikën e mamisë, sjelljet mbështetëse të mamisë dhe përdorimi i pozicioneve të ndryshme mund të mos kenë qenë konsideruar si

ndërhyrje. Në mendjen e shumë njerëzve, “ndërhyrjet” e fazës së dytë janë bërë sinonime të procedurave mjekësore, të tilla si episiotomia dhe ndihma me gërshërë, që mund të kenë pasoja dhe lidhen me rezultatet pozitive dhe negative shëndetësore.²¹

Problem shumë i madh në sallat e lindjes në vendet në zhvillim është minimizimi i traumës perineale dhe episiotomisë.

Faktorët e ndryshëm që janë studiuar përfshijnë efektin e pozicionimit të nënës dhe të shtyrjes (janë të përmendura edhe më sipër). Janë 3 RCT të rezultateve perineale. Njëra nga një praktikë e madhe e mjekëve të lindjes ku u përdorën pozicione të shumta dhe tjetra nga një spital i madh me ofrues të ndryshëm duke përfshirë mamitë. Të gjithë zbuluan se një faktor i rëndësishëm i lidhur me episiotominë ishte ndihmësi i lindjes.^{75,76}

Jo vetëm që personeli shëndetsor sjell qëndrime personale, bindje dhe aftësi teknike në sjelljen e tyre në momentin e lindjes, por ndikojnë edhe te shtyrja apo pozicioni për të lindur.

Në studimin tonë laceracione patën 31.4% e grave në grupin me SHD krahasuar me 23.6% të grave në grupin me SHS, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.1$). Gjithsesi praktika në Shërbimin e Obstetrikës në SUOGJ “Koço Gliozheni” shpesh nuk e përmend laceracionin e Gradës I. Në fakt kjo bie ndesh me shumë studime të tjera.

Nga rezultatet e shumë punimeve u pa se SHD-ja ishte më agresive në praport me SHS në traumat perineale. Studimi i parë ku u trajtuan teknikat e shtërzimit, tregoi një dallim të rëndësishëm në rezultatin perineal. Gratë ishin udhëzuar në dy tipe të ndryshme shtërzimi, me teknika të shtyrjes tradicionale të tipit Valsalva ose duke shtyrë vetëm me një dëshirë të pavullnetshme. E njëjta infermiere me përvojë u siguroi mbështetje të gjitha grave gjatë procesit të lindjes.⁸⁴

Mjeku që asistonte lindjen, priste lindjen e bebit, pritej të bënte një episiotomi vetëm nëse ishte e nevojshme. Kishte një incidencë dukshëm më të ulët të episiotomisë dhe çarjeve perineale, laceracioneve në grupin e grave që ishin përgatitur dhe mbështetur në shtyrje të pavullnetshme.⁸⁵

Një analizë retrospektive e kohëve të fundit e rezultateve perineale dhe lloji i shtyrjes së përdorur nga 39 gra për të lindur, zbuloi se gratë që përdornin “përpjekje spontane për të shtyrë” grupi SHS patën më pak episiotomi dhe laceracione në raport me grupin SHD.⁸⁸

Autorët bëjnë pohime hipotetike se zbritja graduale e fetusit në rrugët e në krahasim me shtërzimin e drejtuar, mbron anatominë pati i jepte kohë indeve të përshtaten. Vlen të përmendet se gjysma e 11 grave në grupin e SHS-së kishin analgjezi epidurale. Këto raporte sugjerojnë meritën e mbështetjes së grave në përpjekjet e tyre për të shtyrë në mënyrë të pavullnetshme si dhe lejin e zbritjes së fetusit për gratë me analgjezi epidurale dhe presin të shtytja derisa të kenë ndjesinë për të shtyrë. Prandaj, ka prova që mbështetin strategjitë për shtyrjen e pavullnetshme, me qëllim që të minimizohet trauma perineale, në vend që ta drejtojnë gruan në përpjekje të vazhdueshme e të palodhura për të shtyrë.⁸⁹

Analiza nga Handa et al⁸⁶ mbështet parimin e mbajtjes së inkurajimit ose drejtimit për të shtyrë poshtë, derisa gruaja ka një dëshirë të fortë për të shtyrë, domethënë, për të shtyrë aktivisht. Duke vënë në dukje se dëmtimet e denervimit ndodhin gjatë fazës së shtyrjes aktive dhe jo gjatë fazës së zbritjes pasive, mjekët sugjerojnë se “ruajtja e strukturës dhe funksionit të dyshemës pelvike mund të realizohet më mirë duke lejuar e lënë gruan të shtërzojë kur ti vijë”.⁸⁷

Beynon dhe Yeats and Roberts²⁹ gjejnë një shtim të laceracioneve dhe nevojës për epiziotomi në shtërzimin e drejtuar. Në shtërzimin spontan, ndodh një zgjerim më gradual i qafës së uterusit dhe kështu një ndikim mbrojtës mbi peineum. Ndërsa autorë të tjerë nuk gjejnë dallime në këtë drejtim.³⁶

Nga pikpamja e statikës fizike, shtërzimi i shtatzënës që kap këmbët dhe i tërheq nga vetja në drejtim të gjoksit, ka si pasojë sforcimin e perineum-it dhe shton riskun e laceracioneve⁹⁰. Nuk ka të dhëna se përpunimi manual (vizitat vaginale dhe dilatimi me “dhunë” i KU-së është i dobishëm për perineum-in dhe shumica e grave nuk e pëlqejnë këtë veprim.⁹¹

Nga të gjitha studimet mendohet se strategjia e lejimit të zbritjes pasive të fetusit dhe shtërzimit pasiv ka rezultate shumë më të mirë në ruajtjen e dyshemës pelvike.

Epiziotomi u aplikua në 72.9% e grave në grupin me SHD krahasuar me 42.1% të grave në grupin me SHS, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p < 0.01$).

Megjithëse një epiziotomi (një prerje e vazhdueshme me introitusin vaginal) kryhet në mënyrë rutine në këtë kohë, ACOG-ja rekomandoi në vitin 2006 që përdorimi i saj të kufizohej për indikacionet tek nëna dhe fetusit. Studimet kanë treguar gjithashtu se

epiziotomia rutinë nuk ul rriskun e laceracioneve të rënda perineale gjatë lindjeve me ndërhyrje vaginale (vakum, forceps). Në total u gjet ndryshim sinjifikant sipas frekuencës së traumës ndërmjet dy grupeve ($p<0.01$).

Ndërlikimet tek i posalinduri dhe shtrimi në NICU

Borsa serosanguine u gjet në 2.9% të të posalindurve me SHS, hematoma cefalike u gjet në 11.4% të të posalindurve në grupin me SHD krahasuar me 4.3% të të posalindurve në grupin me SHS. TL u gjet në 55% të të posalindurve në grupin me SHD krahasuar me 27.9% të grave në grupin me SHS.

Vlera mesatare e Apgar në 1` në grupin e shtyrjes spontane është $M=8.2\pm1.1$, ndërsa në grupin me shtyrje të drejtuar është $M=7.0\pm0.8$, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).

Vlera mesatare e Apgar në 5` në grupin e shtyrjes spontane është $M=9.2\pm0.6$, ndërsa në grupin me shtyrje të drejtuar është $M=8.6\pm0.5$, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).

Një RCT i SHD, konvencionale kundrejt spontane SHS u krye nga Martinez-Lopez et. Al.,. Edhe pse gratë në grupin me SHS kishin faza të dyta më të dhimbshme sesa ato që shtynin në mënyrën konvencionale (33 minuta në krahasim me 21 minuta), Apgari në minutën e parë dhe pH në arterien umbilikale (AU) ishin dukshëm më të ulta në grupin SHD (24% e rezultateve të Apgar-it më pak se 7 dhe UA pH 7.26) krahasuar me SHS (4% e Apgar-it shënon më pak se 7 dhe UA pH 7.32).

Vlera mesatare e Ph në grupin e SHS është $M=7.3\pm0.1$, ndërsa në grupin me SHD është $M=7.1\pm0.1$, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).

Në një tjetër RTC e SHS kundrejt SHD raportoi se në grupin e drejtuar, kishte një korrelacion negativ midis gjatësisë së fazës II dhe pH të gjakut venoz të KU-së në lindje. Kjo marrëdhënie, pH i ulët në raport me një kohë më të gjatë të fazës së dytë, nuk u gjet në grupin SHS. Kështu, shmangia e efekteve hipoksike të shtërzimeve të zgjatura duket se e mbron fetusin.⁹³ Natyrisht në kushtet e një vlerësim të tillë që ishte gati i pamundur u realizua me sukses

Vlera mesatare e PCO_2 në grupin e SHS është $M=44.6\pm9.6$, ndërsa në grupin me SHD është $M=55.2\pm6.3$, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).

Vlera mesatare e PO_2 në grupin e shtyrjes spontane është $M=23.3\pm7.5$, ndërsa në grupin me shtyrje të drejtuar është $M=16.8\pm3.7$, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).

Vlera mesatare e BE-sw në grupin e SHS-së është $M=-5.1\pm3.0$, ndërsa në grupin SHD është $M=-8.4\pm2.1$, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).

Vlera mesatare e HCO_3 në grupin e SHS është $M=20.0\pm2.2$, ndërsa në SHD është $M=17.7\pm1.6$, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p<0.01$).

Frekuenca e shtrimit në ICU (RTI) është më e lartë tek grupi me SHD (6.4%) krahasuar me grupin me shtyrje spontane (1.4%) ($p=0.03$).

Faktor sinjifikant dhe i pavarur i riskut për ndërlikime fetale rezultoi: Kohëzgjatja në shtratin e lindjes (OR=1.24 95%CI1.094 - 1.418 $p<0.001$).

Në një përmbledhje mund të themi:

- Faktorë sinjifikant dhe të pavarur të riskut për reanimim në lindje rezultuan: kohëzgjatja në shtratin e lindjes, MSH-ja, pozicioni amtar i detyruar dhe përpunimi i kolumit.
- Faktorë sinjifikantë dhe të pavarur të riskut për trauma në lindje rezultuan: gjinia dhe ozicioni amtar i detyruar.
- Faktorë sinjifikantë dhe të pavarur parashikues të Apgar 1 min rezultuan: gjinia dhe ozicioni amtar i detyruar.
- Faktorë sinjifikantë dhe të pavarur parashikues të Apgar 5 min rezultuan; gjinia, kohëzgjatja në shtratin e lindjes, pozicioni amtar i detyruar.
- Faktorë sinjifikantë dhe të pavarur parashikues të PCO_2 rezultuan; gjinia, kohëzgjatja në shtratin e lindjes, parieteti dhe pozicioni amtar i detyruar.
- Faktorë sinjifikantë dhe të pavarur parashikues të BE rezultuan; gjinia, kohëzgjatja në shtratin e lindjes, MSH-ja dhe pozicioni nënës i detyruar.
- Faktorë sinjifikantë dhe të pavarur parashikues të Ph rezultuan; gjinia, kohëzgjatja në shtratin e lindjes, MSH-ja dhe pozicioni amtar i detyruar.
- Faktorë sinjifikantë dhe të pavarur parashikues të Apgar 1 min rezultoi pozicioni amtar i detyruar.

Në studimin tonë problemet obstetrikale, si progresioni i dozimit të oksitocinës, çrregullimet e RZF-ve, kohëzgjatja në shtratin e lindjes dhe përdorimi i shtypjes mbi bark të gruas ishin sinjifikativisht, më të larta në shtatzënat që u drejtohej shtërzimi në krahasim me rastet kur shtërzimi lejohej të ndodhte spontanisht. Disa autorë⁶⁷ gjejnë kohë më të shkurtër, por jo të rëndësishme statistikisht, në rastet e shtërzimit të drejtuar.

Mospërputhja me të dhënat e literaturës, në rastet tona mund të shpjegohet me faktin se vendosja e shtatzënës në shtratin e lindjes bëhet parakohe dhe nuk pritët deri sa të shfaqët të paktën 1/3 e kokës. Kjo nuk bie në kundërshtim me disa studime të tjera, që vërtetë nuk gjejnë dallime të rëndësishme statistikisht, por që në një farë mënyre u rezulton se në shtërzimin spontan koha deri në ekspulsion është më e shkurtër në shtërzimin spontan.⁸⁹

Beynon dhe Yeats and Roberts²⁹ gjejnë një shtim të laceracioneve dhe nevojës për epiziotomi në shtërzimin e drejtuar.

Në SHS, ndodh një zgjerim më gradual i qafës së uterusit dhe kështu një ndikim mbrojtës mbi perineumin.³⁶ Ndërsa autorë të tjerë nuk gjejnë dallime në këtë drejtim.³⁶

Shtërzimi i zgjatur dhe i sforcuar mund të ketë një ndikim në shëndetin e frutit, kjo shpjegohet me ndryshimet në hemodinamikën amtare dhe në perfuzionin utero-placentar, për rrjedhojë dhe në parametrat e EAB, Apgar-in në lindje dhe nevojën për ndërhyrje reanimatore në sallën e lindjes.⁹⁹

Thomson¹⁶, Parnell et al. nuk kanë gjetur dallime në Apgar në 1` dhe 5`.

Në studimin tonë si parametrat e EAB (pH, pO₂, pCO₂, bikarbonate), pikëzimi Apgar dhe nevoja për ndërhyrje reanimatore, rezultuan me dallime të rëndësishme statistikore.

Në analizën e traumave të lindjes (tumor lindje ose cefalhematoma), ne gjetëm gjithashtu dallime sinjifikative kur krahasonim të 2 grupet (më pak në SHS).

Kështu bazuar në rezultatet tona dhe prurjet e literaturës, ne e gjejmë teknikën e shtërzimit të drejtuar më pak të favorshme se sa teknika e shtërzimit spontan.

Një qëndrim i lirë i nënës vepron më mirë se sa një pozicion shtrirë, sepse veprimi negativ mbi hemodinamikën amtare është më i pakët.⁹⁹

Shtërzimi i shtatzënës që kap këmbët dhe i tërheq nga vetja, ka si rrjedhojë sforcimin e perineum-it dhe shton rrezikun e laceracioneve.⁴¹

Nuk ka të dhëna se përpunimi manual i qafës së uterusit është i dobishëm për perineum-in dhe shumica e grave nuk e pëlqejnë këtë veprim.

Konsiderohet gati si legjendë se, kur kemi çrregullime të RZF-ve, duhet që fruti të lindë sa më shpejt dhe jo të pritët. Shumë prej mjekëve dhe mamive nuk u shkon ndërmend se qëndrimi i tyre agresiv shkakton çrregullimin e RZF-ve.⁹⁷ Në qoftë se fruti nuk reagon mirë ndaj shtërzimit, qëndrimi më i mirë do të ishte ndërprerja e përkohëshme e shtërzimit, në mënyrë që fruti të ketë kohë të marrë veten.⁹⁸ Në qoftë se fruti vazhdon të reagojë keq-alterime të RZF-ve, ka arsye të vazhdohet shtërzimi kur shtatzënës i vjen, madje ndonjëherë duhet që shtërzimi të alternohet çdo 2-3 dhimbje, në mënyrë që të ruhen RZF-të normale.⁹⁷ Ndërkaq shtatzëna duhet të mbahet anash dhe t'i kontrollohen RZF-të ndërmjet kontraksioneve. Në qoftë se fruti nuk e duron shtërzimin, atëherë nxjerrja pasive e frutit është përjasje e dobishme.⁹⁸ Të dhënat tregojnë se fillimi i shtërzimeve që kur dilatacioni është 10 cm dhe gruaja nën analgjezi loko-regjionale, nuk e shkurton në mënyrë sinjifikative fazën e dytë të aktivitetit.⁷⁰ Zbritja pasive e fetusit ndodh në të njëjtin hark kohor si atëhere kur gruaja lihet të shtërhojë spontanisht, nxitet të shtërhojë ose është nën anestezi loko-regjionale. Durimi dhe pritja është më e dobishme se sa ngutja dhe nxitja e gruas të shtërhojë dhe ky është një qëndrim i përshtatshëm edhe atëhere kur çregullohen RZF-të.

RZF-të duhet të shërbejnë si tregues, nëse fruti po përgjigjet si duhet ndaj fazës së dytë të aktivitetit të lindjes.⁶⁹ Çrregullimet e përsëritura të RZF-ve (decelerimet variabile ose të vona) në fazën e dytë shoqërohen me acidozë respiratore në lindje. Nëse çrregullimi i RZF-ve vazhdon për një farë kohe, atëherë shfaqet acidoza metabolike. Këta fëmijë vështirë të reanimohen me sukses kur lindin dhe përshtatja jashtë uterusit është po aq e vështirë.⁷¹

Strategjia e zgjatjes së fazës pasive të zbritjes dhe shkurtimit të fazës së shtytjes aktive duhet të trajtohet në kërkimin perspektivë.⁶⁹ Konceptet e shtytjes spontane kundrejt atyre të drejtuar që shtyjnë dhe lejojnë për një periudhë pushimi dhe zbritjeje ose “duke u munduar” kërkojnë një rikonceptualizim të fazës së dytë si të ketë të paktën dy faza: një fazë të hershme të zbritjes së vazhdueshme të fetusit dhe një fazë të mëvonshme të shtytjes aktive. Rëndësia e lejimit të rrotullimit dhe zbritjes së përshtatshme para shtimit të përpjekjeve të nënës për të ulur forcën e kontraktimeve të uterusit bazohet në njohjen se

mbartja e nënës është një stres fiziologjik dhe se acidoza fetale zhvillohet me një zgjatje të vazhdueshme të fortë së bashku me dëmtimin e strukturave perineale të nënës.¹⁰⁰

Një rekomandim në rritje, është që mjekët të mbështesin kryesisht gratë në mbajtjen e pavullnetshme, në vend të kujdesit të drejtuar dhe që strategjitë të përdoren për të zgjatur fazën e hershme të fazës së dytë në mënyrë që të shkurtojë fazën e shtytjes aktive. Është kohëzgjatja e shtytjes aktive që lidhet me rezultatet e nënës dhe të fetusit, jo me kohëzgjatjen totale të fazës së dytë. Nuk është e qartë se sa gjatë duhet të vazhdojë faza e shtytjes aktive para lindjes, por kohëzgjatjet që shtrihen përtej 1 ore mund të jenë të tepruara.¹⁰¹ Lloji i përpjekjeve të nënave që mbajnë poshtë si dhe vlerësimi i vazhdueshëm i gjendjes së fetusit duhet të udhëheqë vendimet rreth mënyrës kur duhet për të ofruar ndërhyrje.

Për të qartësuar parametrat e sigurt për fazën e dytë të lindjes, nevojiten kërkime shtesë për të sqaruar se si të ndihmohen gratë gjatë fazës së hershme pasive si dhe për të identifikuar mënyrat për të ndihmuar gratë me mbajtjen e efektshme poshtë kur është e përshtatshme që ato të shtynjë në mënyrë aktive. Rezultatet e këtij hulumtimi jo vetëm që mund të rrisin autonominë e infermiereve dhe mamive në përdorimin e strategjive të kujdesit të bazuara në prova, por edhe të rrisin bashkëpunimin midis disiplinave mjekësore, infermierisë dhe mamisë, ndërsa kërkojnë t'i bëjnë të mundur gruas parturiente të “marrë pjesë në mënyrë më autonome në lindje”.¹⁰⁰ Rezultati përfundimtar do të ishte përvoja më pozitive e lindjes për gratë si dhe për ofruesit e kujdesit. Në Projektin e Shfrytëzimit të Studimit të Fazës së Dytë (AWHONN), shumë infermiere u fuqizuan nga mundësia për të fuqizuar më me qëllim gratë gjatë lindjes.¹⁰¹

Një mjek thotë:

“Kur mjeku, infermierja ose mamia përpiqen të mos i thonë gruas se kur duhet ta shtyjë dhe thjesht ta lërë të shtyjë kur të ndiejë dëshirën, lindja do të jetë krejt ndryshe, shumë më e qetë dhe më me pak pasoja. Kjo do të jetë një përvojë e mirë, jo vetëm për gruan dhe foshnjën, por edhe për praktikuesin”.¹⁰¹

Zbatimi i strategjive të kujdesit të fazës së dytë të bazuara në prova nuk është i lehtë, por potencialisht i dobishëm reciprokisht brenda dinamikës ndërpersonale dhe ndërprofesionale të zbatimit të tij.

Nëni 10.

Mamija asht e ndalueme :

- a) Me provokue deshtim ose lindje para kohe;
- b) me tërhjekë me gishtë vezën dështuese;
- c) me vendosë pesari n'anzën e zbrazet;
- ç) me u perpjekë me ndryshue pozicionin e foshnjes ne distosi;
- d) me asnjë mënyrë me hapë gryken e anzës;
- dh) mos me terhjekë foshnjën nga krahu kur paraqitja asht me krahë;
- e) në rasë se shtrati krejtësisht ose pjesërisht ka ngelë mbrenda anzës me asnjë mënyrë nuk du-

PËRFUNDIME

Rezultatet sugjerojnë se lloji i shtyrjes së përdorur është më i rëndësishëm në ndikimin e rezultateve të menjëhershme të lindjes se sa kohëzgjatja e fazës së dytë, pasi grupi me fazën e dytë më të shkurtër kishte rezultate Apgar-i dhe vlerat e pH që sugjeronin hipoksi dhe acidozë më të madhe. Nga kahsimi ndërmjet dy teknikave u gjet ndryshim sinjifikant ndërmjet grupeve përta i përket frekuencave të mëposhtme:

- Kohës në shtratin e lindjes.
- Çrregullimeve të RZF-ve.
- Ventilimi në lindje i foshnjave.
- Pozicioni i nënës.
- Frekuencat e shtyrjes, cristeller dhe epiziotomi.
- Frekuenca e traumës.

Gjithashtu ndryshim sinjifikant rezultoi ndërmjet dy teknikave përta i përket vlerave të:

Apgar min-1 dhe Apgar min-5 Ph, PCO_2 , PO_2 , BE, HCO_3 dhe shtrimi në ICU.

Faktor sinjifikant dhe i pavarur i riskut për komplikacione materno-fetale rezultoi kohëzgjatja në shtratin e lindjes.

REKOMANDIME

- **Parapërgatitja e shtatzënës për shtërzim spontan gjatë fazës së dytë të aktivitetit ka si rezultat shkurtimin e kësaj faze dhe për rrjedhojë më pak ndërlikime amtare e neonatale.**
- **Nga ana tjetër, edukimi i personelit që asiston lindjen për një qëndrim ndryshe është thelbësor që të shmangen shumë dukuri që lidhen me qëndrimin e zakonshëm që aktualisht ne mbajmë në sallë të lindjes.**
- **Komunikimi i hapur midis ekipit në sallën e lindjes është thelbësor.**
- **Nevojiten kërkime për të trajtuar protokollet bashkëkohore të menaxhimit të dhimbjes.**
- **Gruaja gjatë aktivitetit të lindjes duhet të qëndrojë e lirë të lëvizë dhe të lindë në mënyrën më të përshtatshme që ajo ndjen.**
- **Shmangia e dokumentimit të dilatimit të plotë cervical duke mos e ekzaminuar gruan derisa të shfaqë një refleks të pavullnetshëm, mund të çojë jo vetëm në dështimin për të njohur problemet gjatë ecures së lindjes, por edhe në moszbatimin e ndërhyrjes në kohë që mund të kërkojë bashkëpunim të personelit shëndetsor.**

BIBLIOGRAFIA

1. Wagner M., *La macchina del parto*, Como, Red, 1998, pp. 41-54
2. Odent M., *Ecologia della nascita. Una via antica e nuova al parto naturale*, Como, Red, 1989
3. Bimbashi. A., Gliozheni. O. *Obstetrika*, 2010
4. Lavender T, et al “Progress of first stage of labor for multiparous women: an observation study. *BJOG*, 2005;
5. Zhang J, et al, Reassessing the labor curve in nulliparouse women. *AJOG*, 2002.
6. Zhang J, Yancey MK, Klebanoff MA, et al. Does epidural analgesia prolong labor and increase risk of cesarean delivery? A natural experiment. *Am J Obstet Gynecol*. 2001 Jul. 185(1):128-34.
7. Rasmussen S, Bungum L, Hoie K. Maternal age and duration of labor. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1994 Mar. 73(3):231-4.
8. Vahratian A, Hoffman MK, Troendle JF, Zhang J. The impact of parity on course of labor in a contemporary population. *Birth*. 2006 Mar. 33(1):12-7.
9. Tuck SM, Cardozo LD, Studd JW, et al. Obstetric characteristics in different racial groups. *Br J Obstet Gynaecol*. 1983 Oct. 90(10):892-7.
10. Duignan NM, Studd JW, Hughes AO. Characteristics of normal labour in different racial groups. *Br J Obstet Gynaecol*. 1975 Aug. 82(8):593-601.
11. Sills ES, Baum JD, Ling X, et al. [Average length of spontaneous labor in Chinese primigravidas]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 1997. 26(7):704-10.
12. Greenberg MB, Cheng YW, Hopkins LM, et al. Are there ethnic differences in the length of labor?. *Am J Obstet Gynecol*. 2006 Sep. 195(3):743-8.
13. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Aug 21. 8:CD004667.
14. Cheng YW, et al, “How long is too long, does a prolonged second stage of labor in nulliparuos women affect maternal and neonatal outcomes?”, *AJOG*, 2004.
15. Kuo YC, et al, “Factors influencing prolonged second stage and the effects on perinatal and maternal outcomes”, *AJOG*, 1996.

16. Cammu H, et al, "A randomized controlled of early versus delayed use of amniotomy and oxytocin infusion in nulliparous labor", *BJOG*, 1996.
17. Herman A, Zimerman A, Arieli S, et al. Down-up sequential separation of the placenta. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2002 Mar. 19(3):278-81.
18. Ragnar I, et al, "Comparison of maternal experience and duration of labor in two upright delivery position", *BJOG*, 2006.
19. Schaffer JI, et al, "a randomized trial of the effect of coached vs uncoached maternal pushing during the second stage of labor on postpartum pelvic floor structure and function" *AJOG*, 2005.
20. Prendivile WJ, et al, "active vs expectant management in the third stage of labor" – *Cochrane Database of systemic Review*, 2005.
21. Walley RL, et al, "A double-blind placebo controlled randomized trial of misoprostol and oxitocin in the management of the third stage of labor" *BJOG*, 2000.
22. BugalhoA, et al, "Misoprostol of postpartium hemorrhage" *IJGO*, 2001.
Caliskan E, et-al, "
23. Friedman EA. Primigravid labor; a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol*. 1955 Dec. 6(6):567-89.
24. Liao JB, Buhimschi CS, Norwitz ER. Normal labor: Mechanism and duration. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2005;32:145–64.
25. Simpson KR, Knox GE. Fundal pressure during the second stage of labor. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2001;26: 6470
26. Aderhold KJ, Roberts JE. Phases of second stage labor. *J Nurse Midwifery* 1991;36(5):267–275.
27. Roberts J, Woolley D. A second look at the second stage of labor. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1996;25(5):415–421. Caldeyro-Barcia R, Pose SV, Sica-Blanco Y, et al. Reproduction. *Annu Rev Physiol* 1959;21:499–546.
28. Barnett MM, Humenick SS. Infant outcomes in relation to second stage labor pushing method. *Birth* 1982;9:221–8.
29. Beynon CL. The normal second stage of labor: A plea for reform in its conduct. *J Obstet Gynaecol Br Emp* 1957;64: 815–820.
30. Bloom SL, Casey BM, Schaffer JI, McIntire SS, Leveno KJ. A randomized trial of coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labor. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194: 10–3.

31. East CE, Chan FY, Colditz PB, et al. Fetal pulse oximetry for fetal assessment in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Apr 18. CD004075.
32. Hansen, S. L., Clark, S. L., & Foster, J. C. (2002). Active pushing versus passive fetal descent in the second stage of labor: A randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, 99(1), 29-34.
33. Roberts CL, Torvaldsen S, Cameron CA, Olive E. Delayed versus early pushing in women with epidural analgesia: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2004;111:1333-40.
34. Caldeyro-Barcia, R., Giussi, G., Storch, E., Poseiro, J. J., Kettenhuber, K., & Ballejo, G. (1981). The bearing down efforts and their effects on fetal heart rate, oxygenation, and acid-base balance. *Journal of Perinatal Medicine*, 9(Suppl. 1), 63-67.
35. Fitzpatrick M, Harkin R, McQuillan K, et al. A randomised clinical trial comparing the effects of delayed versus immediate pushing with epidural analgesia on mode of delivery and faecal continence. *BJOG*. 2002 Dec. 109(12):1359-65.
36. Maresh M, Choong KH, Beard RW. Delayed pushing with lumbar epidural analgesia in labour. *Br J Obstet Gynaecol* 1983; 90:623-7.
37. Roberts J, Goldstein S, Gruener J, Maggio M, MendezBauer C. A descriptive analysis of involuntary bearing-down efforts during the expulsive phase of labor. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1987;16:48-55.
38. Sampsel CM, Hines S. Spontaneous pushing during birth. Relationship to perineal outcomes. *J Nurse Midwifery* 1999; 44:36-9.
39. Thomson, A. M. (1993). Pushing techniques in the second stage of labour. *Journal of Advanced Nursing*, 18(2), 171-177.
40. Yeates DA, Roberts JE. A comparison of two bearing-down techniques during the second stage of labor. *J Nurse Midwifery* 1984;29:3-11.
41. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth R. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1, Art No: CD002006.DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub2.
42. Junqueira LF Jr. Teaching cardiac autonomic function dynamics employing the Valsalva (Valsalva-Weber) maneuver. *Adv Physiol Educ*. 2008 Mar;32(1):100-6. doi: 10.1152/advan.00057.2007. PMID: 18334576.

43. Caldeyro-Barcia, R. (1979). *The influence of maternal bearing-down efforts during second stage on fetal wellbeing.* *Birth and the Family Journal*, 6, 17–21.
44. Friedman EA, Sachtleben MR. *Dysfunctional labor. II. Protracted active-phase dilatation in the nullipara.* *Obstet Gynecol.* 1961 May. 17:566-78.
45. Friedman EA. *Labor. Clinical evaluation and management.* New York, NY: Appleton-Century-Crofts; 1967. 34.
46. Kilpatrick SJ, Laros RK Jr. *Characteristics of normal labor.* *Obstet Gynecol.* 1989 Jul. 74(1):85-7.
47. Albers LL, Schiff M, Gorwoda JG. *The length of active labor in normal pregnancies.* *Obstet Gynecol.* 1996 Mar. 87(3):355-9.
48. Tilden EL, Snowden JM, Bovbjerg ML, Cheyney M, Lapidus J, Wiedrick J, Caughey AB. *The duration of spontaneous active and pushing phases of labour among 75,243 US women when intervention is minimal: A prospective, observational cohort study.* *EClinicalMedicine.* 2022 May 22; 48:101447. doi: 10.1016/j.eclinm.2022.101447. PMID: 35783483; PMCID: PMC9249551.
49. Greenberg MB, Cheng YW, Sullivan M, Norton ME, Hopkins LM, Caughey AB. *Does length of labor vary by maternal age?* *Am J Obstet Gynecol.* 2007 Oct;197(4):428.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2007.06.058. PMID: 17904990.
50. Greenberg MB, Cheng YW, Hopkins LM, Stotland NE, Bryant AS, Caughey AB. *Are there ethnic differences in the length of labor?* *Am J Obstet Gynecol.* 2006 Sep;195(3):743-8. doi: 10.1016/j.ajog.2006.06.016. PMID: 16949407
51. Parnell C, Roos JL, Iversen R, Damgaard P. *Pushing method in the expulsive phase of labor.* *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72(1):31–35
52. Petrou S, Coyle D, Fraser WD. *Cost-effectiveness of a delayed pushing policy for patients with epidural anesthesia.* *Am J Obstet Gynecol* 2000;182(5):1158–1164
53. Manyonda IT, Shaw DE, Drife JO. *The effect of delayed pushing in the second stage of labor with continuous lumbar epidural analgesia.* *Acta Obstet Gynecol Scand* 1990;69(4):291–295.
54. Fraser WD, Marcoux S, Krauss I, et al. *Multicenter, randomized, controlled trial of delayed pushing for nulliparous women in the second stage of labor with continuous epidural analgesia.* *Am J Obstet Gynecol* 2000;182(5):1165–1172.
55. Schaffer JJ, Bloom SL, Casey BM, et al. *A randomized trial of the effects of coached vs uncoached maternal pushing during the second stage of labor on*

- postpartum pelvic floor structure and function. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192(5): 1692–1696.
56. Paterson CM, Saunders NG, Wadsworth J. The characteristics of the second stage of labor in 25,069 singleton deliveries in the North West Thames Health Region, 1988. *BJOG* 1992;99(5):377–380.
 57. Kadar N, Cruddas M, Campbell S. Estimating the probability of spontaneous delivery conditional on time spent in the second stage. *BJOG* 1986;93(6):568–576.
 58. Thomson AM. Pushing techniques in second stage of labor. *J Adv Nurs* 1993;18(2):171–177
 59. Sampsel CM, Hines S. Spontaneous pushing during birth. *J Nurse Midwifery* 1999;44(1):36–39.
 60. Yeates DA, Roberts JE. A comparison of two bearing-down techniques during the second stage of labor. *J Nurse Midwifery* 1984;29:3–11.
 61. Janni W, Schiessl B, Peschers U, et al. The prognostic impact of a prolonged second stage of labor on maternal and fetal outcome. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81(3):214–221.
 62. ACOG Committee Opinion No. 766 Summary: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *Obstet Gynecol*. 2019 Feb;133(2):406-408.
 63. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience, 9 July 2018.
 64. Sleep J, Roberts J, Chalmers I. Care during the second stage of labour. In: Chalmers, I, Enkin, M, Keirse, MJNC (eds.): *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford University Press, 1989: 1136
 65. Ibers, L. L., Sedler, K. D., Bedrick, E. J., Teaf, D., & Peralta, P. (2005). Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: A randomized trial. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 50(5), 365–372.
 66. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 10. Art. No.: CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub4.
 67. Andrews CM, Chrzanowski M. Maternal position, labor, and comfort. *Appl Nurs Res*. 1990 Feb;3(1):7-13. doi: 10.1016/s0897-1897(05)80148-x. PMID: 2317057.

68. Berta M, Lindgren H, Christensson K, Mekonnen S, Adefris M. Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019 Dec 4;19(1):466. doi: 10.1186/s12884-019-2620-0. PMID: 31801479; PMCID: PMC6894325.
69. Simkin P, Ancheta R. *The labor progress handbook*. Oxford: Blackwell Science, 2005.
70. Roberts CL, Algert CS, Cameron CA, Torvaldsen S. A meta-analysis of upright positions in the second stage to reduce instrumental deliveries in women with epidural anesthesia. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005;84:794–8.
71. DeJonge A, Lagro-Janssen ALM. Birthing positions: A qualitative study into the views of women about various birthing positions. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2004;25:47–55.
72. Epidural and Position Trial Collaborative Group. Upright versus lying down position in second stage of labour in nulliparous women with low dose epidural: BUMPES randomised controlled trial. *BMJ*. 2017 Oct 18;359:j4471. doi: 10.1136/bmj.j4471. PMID: 29046273; PMCID: PMC5646262.
73. Gupta JK, Brayshaw EM, Lilford RJ. An experiment of squatting birth. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology* 1989;30(3):217-20
74. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses [AWHONN]. (2000). *Evidence-based clinical practice guideline: Nursing management of the second stage of labor*. Washington, DC: Author.
75. Sleep J, Roberts J, Chalmers I. Care during the second stage of labour. In: Chalmers, I, Enkin, M, Keirse, MJNC (eds.): *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford University Press, 1989: 1136
76. Ibers, L. L., Sedler, K. D., Bedrick, E. J., Teaf, D., & Peralta, P. (2005). Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: A randomized trial. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 50(5), 365–372.
77. de Jong PR, Johanson RB, Baxen P, Adrians VD, van der Westhuisen S, Jones PW. Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997 May;104(5):567-71. doi: 10.1111/j.1471-0528.1997.tb11534.x. PMID: 9166199.

78. Eason E. Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour. *Br J Obstet Gynaecol*. 1999 Mar;106(3):291-2. doi: 10.1111/j.1471-0528.1999.tb08260.x. PMID: 10426659.
79. Davidoff MJ, Dias T, Damus K, et al. Changes in the gestational age distribution among US singleton births: impact on rates of late preterm birth, 1992 to 2002 [erratum appears in *Semin Perinatol* 2006;30:313]. *Semin Perinatol* 2006; 30:8-15.
80. Schaffer JI, Bloom SL, Casey BM, McIntire DD, NihirabMA, Leveno KJ. A randomized control trial of the effects of coached vs uncoached maternal pushing during the second-stage of labor on postpartum pelvic floor structure and function. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:1692–6.
81. Lothian J. Pushing: Coping with conflicting or negative feedback during birth. *J Perinat Educ* 1995;4:7–8.
82. De Vries, C. A., & De Vries, R. G. (2007). Childbirth education in the 21st century: An immodest proposal. *Journal of Perinatal Education*, 16(4), 38–48.
83. Nolan, M. (2005). Educating for birth and parenting: Where next? In M. Nolan & J. Foster (Eds.), *Birth and parenting skills: New directions in antenatal education* (pp.125–139). London: Elsevier
84. Fraser WD, Marcoux S, Krauss I, Douglas J, Goulet C, Boulvain M. Multicenter, randomized, controlled trial of delayed pushing for nulliparous women in the second stage of labor with continuous epidural analgesia. The PEOPLE (Pushing Early or Pushing Late with Epidural) Study Group. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:1165-72.
85. Enkin, M, Keirse, MJNC (eds.): *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford University Press, 1989: 1136
86. Handa V, Harris T, Ostergard DR. Protecting the pelvic floor: Obstetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 1996;88:470–8.
87. Pilletesi A. Nursing care of childbearing and childbearing family. A Study Guide to Accompany Maternal and Clinical Health. Vol. 20. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins 2009. p. 304-5.
88. Buldin C. World health care reforms for childbirth. *J Perinat Educ* 2010;9:1-3.

89. Prins M, Boxem J, Lucas C, Hutton E. Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: A systematic review of randomised trials. *BJOG* 2011;118:662-70.
90. Fraser WD, Marcoux S, Douglas J, Goulet C, Boulvain M. Multicenter, randomized, controlled trial of delayed pushing for nulliparous women in the second state of labor with continuous epidural analgesia: The PEOPLE (pushing early or pushing late with epidural) study group. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:1165–72.
91. Sizer AR, Evans J, Bailey SM, Viener J. A second stage partogram. *Obstet Gynecol* 2000;96:678–83.
92. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC III, Wenstrom KD. Normal labor and delivery. In: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC III, Wenstrom KD, editors. *Williams obstetrics*, 22nd edn. USA: McGraw-Hill; 2005. p. 40941.
93. Yao J, Roth H, Anderson D, Lu H, Li X, Baird K. Benefits and risks of spontaneous pushing versus directed pushing during the second stage of labour among women without epidural analgesia: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2022 Oct;134:104324. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104324. Epub 2022 Jul 9. PMID: 35908423.
94. Ness A, Goldberg J, Berghella V. Abnormalities of the first and second stages of labor. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2005; 32:201–20.
95. Roberts JE. The “push” for evidence: Management of the second stage. *J Midwifery Womens Health* 2002;47:2–15.
96. Roberts JE. A new understanding of the second stage of labor: Implications for nursing care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2003;32:794–801.
97. Fraser WD, Cayer M, Soeder BM, Turcot L, Marcoux S, for the PEOPLE (Pushing Early Or Pushing Late with Epidural) study group. Risk factors for difficult delivery in nulliparas with epidural analgesia in second stage of labor. *Obstet Gynecol* 2002;99:40918.
98. Ponkey SE, Cohen AP, Heffner LJ, Lieberman E. Persistent fetal occiput posterior position: obstetric outcomes. *Obstet Gynecol* 2003;101 (5 Pt 1):915–20.

99. Lieberman E, Davidson K, Lee-Parritz A, Shearer E. Changes in fetal position during labor and their association with epidural analgesia. *Obstet Gynecol* 2005;105:974–82.
100. Rothman BK. Midwives in transition: The structure of a clinical revolution. In: Conrad P, editor. *The sociology of health & illness: Critical perspectives*, 5th ed. New York: St. Martin's Press, 1997. pp. 339–47.
101. Hanson L. Second-stage positioning in midwifery practices. Part 2: Factors affecting use. *J Nurse Midwifery* 1998;43:326–30.
102. Kennedy HP, Shannon MT. Keeping birth normal: Research findings on midwifery care during childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004;33:554–60
103. Parnell C, Langhoff-Roos J, Iversen R, Damgaard P. Pushing method in the expulsive phase of labor. A randomized trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72:31-5.

ABSTRAKT

Hyrje. Lindja është një proces fiziologjik gjatë të cilit fetusit, membranat, kordoni umbilikal dalin nga uterusit. Lindja është e ndarë në tri faza që përfshijnë një proces të vazhdueshëm. Dy janë qëndrimet kryesore të përshkruara në literaturë, për trajtimin e periudhës së dytë të lindjes: një e shtërzimit aktiv, ku gruaja nxitet të shtërzojë edhe pa dhimbje dhe tjetra e shtërzimit spontan, ku shtatëzëna shtërzon sa herë i vjen. Në SUOGJ “Koco Gliozheni”, qëndrimi standart, për këtë fazë të lindjes, është ajo e shtërzimit aktiv, pozicionit të detyruar të shtatëzës, vendosja herët në shtratin e lindjes dhe pëdorimi i shtypjes me dorë mbi uterus. Ndërkaq ka dhe qëndrime pritëse që ndodhin më spontanisht, në varësi të opinionit të mjekut ose të mamisë që drejton lindjen.

Qëllimi: Të shikojmë nëse qëndrimet e ndryshme të trajtimit të periudhës së dytë të lindjes kishin ndonjë ndikim mbi gjendjen e të porsalindurit. Të krahasojmë ndikimin e dy teknikave të shtërzimit mbi nënën dhe të porsalindurin. Synimi ishte të shikonim nëse gjatë shtërzimit spontan pakësohej trauma perineale dhe si paraqitej mirëqenia e të porsalindurit në lindje.

Materiali dhe metoda: Ky është një studim prospektiv, longitudinal, placebo-kontroll. Studimi është kryer në SUOGJ “Koço Gliozheni” gjatë periudhës kohore 1 janar 2010 - 31 dhjetor 2016.

Rezultate. Nga kahsimi ndërmjet dy teknikave u gjet ndryshim i rëndësishëm ndërmjet grupit me shtyrje spontane dhe të drejtuar përsa i përket kohës në kaluq ($p < 0.01$), çrregullimeve të RZF ($p < 0.01$), ventilimit në lindje i foshnjave ($p < 0.01$), pozicionit të detyruar të nënës ($p < 0.01$), frekuencës së risteller dhe epiziotomi ($p < 0.01$) dhe frekuenca e traumës në lindje ($p < 0.01$), të cilat mbizotërojnë te grupi me shtërzim të drejtuar. Gjithashtu ndryshim i rëndësishëm ndërmjet dy teknikave rezultoi përsa i përket vlerave të: Apgar minuta e parë dhe Apgar minuta e pestë, Ph ($p < 0.01$), PCO2 ($p < 0.01$), PO2 ($p < 0.01$), BE ($p < 0.01$), HCO3 ($p < 0.01$) dhe shtrimit në ICU ($p = 0.03$). Faktor sinifikant dhe i pavarur i riskut për komplikacione materno-fetale rezultoi kohëzgjatja në kaluq (OR=1.24 95%CI1.094 - 1.418 $p < 0.01$)

Përfundimi. Parapërgatitja e shtatëzës për shtërzim spontan gjatë fazës së dytë të aktivitetit ka si rezultat shkurtimin e kësaj faze dhe për rrjedhojë më pak ndërlikime amtare e neonatale. Nga ana tjetër, edukimi i personelit që asiston lindjen për një qëndrim ndryshe është thelbësor që të shmangen shumë dukuri që lidhen me qëndrimin e zakonshëm që aktualisht ne mbajmë në sallë të lindjes.

Fjalë kyç: Shtërzim spontan, shtytje e drejtuar, komplikacione, i porsalinduri, Apgari.

ABSTRACT

Introduction: Birth is a physiological process during which the fetus, membranes, umbilical cord come out from the uterus. Birth is a continuous process, divided into three stages. When it comes to the management of the second phase of labor, two main techniques are mostly described in the literature: one of active labor, where the woman is encouraged to push even without pain, and spontaneous labor, where the pregnant woman exhausts whenever she feels like it. In UHOG "Koço Gliozheni", active management is preferred, with encouragement of a forced position, early placement in the delivery bed and use of manual pressure on the uterus.

Purpose: To see if the different approaches to the second phase of labor influence neonatal outcomes. The two techniques were compared to determine their impact in neonatal and maternal outcomes.

Materials and methods: This is a prospective, longitudinal, placebo-controlled study. It was carried out in UHOG "Koço Gliozheni" during the period January 1, 2010 - December 31, 2016.

Results. From the comparison between the two techniques, significant differences were described regarding: time spent in the delivery bed ($p<0.01$), fetal heart rate anomalies ($p<0.01$), need for newborn ventilation at birth ($p<0.01$), forced position of the mother ($p<0.01$), the frequency of craniocervical and episiotomy ($p<0.01$) and the frequency of birth trauma ($p<0.01$), which were more pronounced in the group of active management. Also important difference between the two

techniques were described in terms of the values of: Apgar first minute and Apgar fifth minute, Ph ($p<0.01$), PCO₂ ($p<0.01$), PO₂ ($p<0.01$), BE ($p<0.01$), HCO₃ ($p<0.01$) and ICU admission ($p=0.03$).

A significant and independent risk factor for maternal-fetal complications was the time spent in the delivery bed (OR=1.24 95%CI 1.094 - 1.418 $p<0.01$).

Conclusions. Spontaneous pushing shortens the duration of the second stage of labor and therefore results in fewer maternal and neonatal complications. Training of the staff that is present and assist delivery is essential to promote changes in attitudes and to avoid complications related to active management.

Key words: spontaneous pushing, directed pushing, complications, newborn, Apgar.