

UNIVERSITETI ‘FEHMI AGANI’ GJAKOVË
FAKULTETI I MJEKËSISË
PROGRAMI: MAMI



PUNIM DIPLOME

TEMA: FIZIOLOGJIA E LEHONISE

Kandidatja:

Marigona LAIQ

Mentor:

Prof. Asist. Selami SYLEJMANI, MD, PhD

Gjakovë, Janar 2018

Punimi i temës së diplomës: “**FIZIOLOGJIA E LEHONISE**”, i kandidates: **Marigona LAIQ** u punua në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë.

MENTOR I PUNIMIT:

Prof. Asist. Selami Sylejmani, MD, PhD

Profesor i Fakultetit të Mjekësisë i Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë.

Punimi përmban: 45 faqe

1 tabelë

10 figura

DEKLARATA E KANDIDATES

Unë **Marigona Laiq**, deklaroj se kjo temë e Diplomës, “**Fiziologjia e lehonise**”, e llojit të studimit: **Rishikim i literatures**; është punimi im origjinal.

E gjithë literatura dhe burimet tjera që i kam shfrytëzuar gjatë punimit janë të listuara në referenca dhe plotësisht të cituara.

I gjithë punimi është punuar dhe përgatitur duke respektuar dhe mbështetur në këshillat dhe rregullorën për përgatitjen e temës së diplomës të përcaktuara nga ana e Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë.

FALËNDERIMET

Falenderoj Zotin për gjithçka.

Puna për këtë punim ka qenë e vështirë dhe e lodhshme, por më ka dhënë kënaqësi të mëdha. Gjatë punës për këtë studim më kanë ndihmuar shumë persona, pa kontributin e të cilëve ky punim nuk do të ishte i mundur.

Mirënjohjet e mia më të sinqerta shkojnë për mentorin **Prof. Asist. Selami Sylejmani, MD, PhD**, Profesor i Fakultetit të Mjekësisë i Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë, i cili më ka dhënë një ndihmë të madhe në gjetjen e shumë materialeve, më ka mësuar si t’i jap formë mendimeve të mia, më ka nxitur e përkrahur idetë e mia, më ka kritikuar në mënyrë konstruktive dhe më ka motivuar në moment të errëta gjatë punës së mundimshme të këtij punimi.

Gjithashtu një falënderim dhe për familjen time e cila më mbështet në çdo iniciativë që unë marr.

Faleminderit stafit të Fakultetit të Mjekësisë të Universitetit “Fehmi Agani” në Gjakovë.

Dhe për fund, por jo nga rëndësia një falënderim i madh për të gjithë familjarët e mi, të cilët kanë qenë mbështetës në çdo kohë dhe më kanë inkurajuar për të ecur në karrierën time profesionale.

PËRMBAJTJA

	Fq
Abstrakt.....	7
Abstract.....	7
1 Hyrje.....	8
2 Fazat e lehonise.....	10
3 Disa terma qe hasen ne periudhen e lehonise.....	11
4 Ndryshimet ne aparatat riprodhues gjate lehonise.....	13
4.1 Inovulacioni i mitres	13
4.2 Zbritja e fundit uterin	13
4.3 Afterpains	14
4.4 Kujdesi infermieror	14
4.5 Lochia.....	15
4.6 Qafa e mitres	16
4.7 Vagina	17
4.8 Perineumi	17
4.9 Muri i barkut.....	18
4.10 Vezoret.....	19
4.11 Sistemi urinar.....	19
4.12 Sistemi kardiovaskular	20
4.13 Sistemi Gastro-intestinal.....	20
4.14 Elementet e gjakut.....	21
4.15 Sistemi nervor	22
4.16 Sistemi endokrin.....	22
4.17 Rënia ne peshë.....	23
4.18 Depresioni postpartum.....	23
4.19 Laktacioni.....	24
5.0 Vleresimet fillestare qe I behet nje lehone pasi le shtratin e lindjes.....	25
5.1 Kujdesi infermieror tek grate lehona	25
6.0 Lindja vaginale	26
7.0 Lindja Cesareane	32
8.0 Edukimi i pacientit.....	33
8.1 Udhezimet mbi sekrecionet	34
8.2 Kontracepsioni.....	35
8.3 Marrëdhëniet seksuale	36

9.0 .Hemoragjia postpartum	37
9.1 Incidenca	37
9.2 Morbiditeti dhe vdekshmëria	38
9.3 Histori.....	38
9.4 Egzaminimi Fizik.....	38
9.5 Laceracionet	39
10 .0 Psikologjia prenatale dhe perinatale.....	40
11.0 Kujdesi infermieror.....	41
11.1 Sigurimi i kujdesit infermieror për një grua pas lindjes gjatë 24 orëve të para ka të bëjë me:	41
11.2 Kujdes në Përgatitjen për Lindjen	42
11.3 Kujdesi pas Lindjes.....	42
Referencat.....	44

Abstrakt

Lehonia njihet si periudha që përmbledh 6 javët e para pas lindjes së një fëmije dhe ndryshe njihet si periudha pas lindjes (post partum), ose puerperium. Gjatë kësaj kohe, nënat përjetojnë ndryshime të shumta fiziologjike dhe ndryshime psikosociale dhe implikimet e tyre janë paraqitur në pjesë të ndara të kësaj teme, edhe pse në praktikë ato ndodhin në të njëjtën kohë.

Shumë nga ndryshimet fiziologjike janë retrogresive në natyrë ku hyjnë ndryshimet që kanë ndodhur në sistemet e trupit gjatë shtatzënisë dhe janë rrikthyer kur trupi kthehet në gjendjen joshatzëne. Ndryshime progresive gjithashtu ndodhin, më qartë në inicimin e laktacionit.

The first 6 weeks after the birth of an infant are known as the postpartum period, or puerperium. During this time, mothers experience numerous changes. Physiologic and psychosocial changes and their implications are presented in separate chapters, although in actual practice they occur at the same time. Many of the physiologic changes are retrogressive in nature: changes that occurred in body systems during pregnancy are reversed as the body returns to the nonpregnant state. Progressive changes also occur, most obviously in the initiation of lactation.

1.0 Hyrje

Lehonia, periudha postpartum ose periudha paslindje është periudha që fillon menjëherë pas lindjes së një fëmije dhe shtrihet për rreth gjashtë javë. Më pak të përdorura janë termat puerperium ose periudha puerperal.

Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSh) e përshkruan periudhën pas lindjes si fazën më kritike dhe akoma më të lënë pas dore në jetën e nënave dhe foshnjave; shumica e vdekjeve ndodhin gjatë periudhës pas lindjes. Është koha pas lindjes, një kohë në të cilën trupi i nënës, duke përfshirë nivelin e hormoneve dhe madhësinë e mitrës, kthehet në statusin jo-shtatzënë. Lochia është shkarkimi vaginal i paspartumit, që përmban gjakun, mukozën dhe indin e mitrës. Në literaturën shkencore, termi zakonisht shkurtohet në Px, ku x është një numër; për shembull, "dita P5" duhet të lexohet si "dita e pestë pas lindjes". Kjo nuk duhet të ngatërrohet me nomenklaturën mjekësore që përdor G P për të treguar numrin e shtatzënive dhe rezultatin e shtatzënisë.

Një grua që lind në një spital mund të largohet sapo ajo të rimare parametra të qëndrueshme mjekësore, e cila mund të jetë nga disa orë pas lindjes, ndonëse mesatarja për një lindje vaginale është 1-2 ditë dhe qëndrimi mesatar cezarian i paslindjes është tre deri në katër ditë. Gjatë kësaj kohe, nëna është monitoruar për gjakderdhje, funksionin e zorrëve dhe të fshikëzës, si dhe kujdesin e foshnjës. Shëndeti i foshnjave gjithashtu monitorohet. Pas fazës së katërt të lindjes, mitra mund të shëndrrohet në nivelin e kërthizës. Mitra vazhdon të kontraktohet dhe të zvogëlohet në mënyrë që dy javë pas lindjes, ajo rivendoset e gjitha në legen. Nga dita e gjashtëmbëdhjetë, rreshtimi endometrial është restauruar tërësisht përveç në vendin e inserimit të placentës. Vendi i inserimit të placentes brenda mitrës pëson ndryshime që përfshijnë kontraktimet e muskujve të lëmuar të vaskulave dhe myometriumi. Kjo inkurajon hemostazën. Menjëherë pas lindjes, një sasi e madhe e gjakut të kuq rrjedh nga mitra derisa të ndodhë faza e tkurrjes. Pas kësaj, vëllimi i sekretimit vaginal (lochia) zvogëlohet me shpejtësi. Kohëzgjatja e këtij sekreti, e njohur si lochia rubra, është e ndryshueshme. Sekretioni i kuq gradualisht ndryshon në ngjyrë kafe të zbehtë, me një konsistencë më të holluar (lochia serosa). Gjatë një periudhe prej disa javësh, sekretionet vazhdojnë të zvogëlohet në sasi dhe ngjyra përfundimisht ndryshon në të verdhë (loch alba). Periudha kohore e lochias mund të zgjasë edhe ndryshon edhe pse mesatarisht është rreth 5 javë. Fokusi kryesor i kujdesit pas lindjes është sigurimi që nëna është e shëndetshme dhe e aftë të kujdeset për të porsalindurin e saj, të pajisur me të gjitha informacionet që ajo ka nevojë për ushqyerjen me gji, shëndetin riprodhues dhe kontracëpsionin dhe rregullimin e menjëhershëm të jetës.

Disa nga komplikimet mjekësore mund të ndodhin në periudhën pas lindjes, siç është sindromi i Sheehan dhe kardiomiopatia peripartum.

Inkontinenca urinare postpartum përjetohet nga rreth 33% e të gjitha grave; gratë që bëjnë lindje vaginale kanë rreth dy herë më shumë të ngjarë të kenë incontinece urinare nga gratë që lindin nëpërmjet një secio cezariane. Gjatë periudhës pas lindjes, një grua mund të urinojë deri në nëntë kilogramë ujë.

2.0 Fazat e lehonise

2.1 Periudha e paslindjes është e ndare në tre faza.

- Periudha fillestare ose akute përfshin 6-12 orët e para pas lindjes. Kjo është një kohë e ndryshimit të shpejtë me një potencial për kriza të menjëhershme si hemorragji postpartum, inversioni i mitrës, embolizmi amniotik i lëngjeve dhe eklampsia.
- Faza e dytë është periudha subakute pas lindjes, e cila zgjat 2-6 javë. Gjatë kësaj faze, trupi po përjeton ndryshime të mëdha në terma të hemodinamikës, rimëkëmbjes gjenitourinare, metabolizmit dhe statusit emocional. Megjithatë, ndryshimet janë më pak të shpejta se në fazën akute të paslindjes dhe pacienti në përgjithësi është në gjendje të identifikojë vetë problemet. Këto mund të përdorin gamën nga shqetësimet e zakonshme rreth shqetësimit perineal në kardiomiopatinë peripartum ose depresion të rëndë postpartum.
- Faza e tretë është periudha e vonuar e paslindjes, e cila mund të zgjasë deri në 6 muaj. Ndryshimet gjatë kësaj faze janë jashtëzakonisht graduale, dhe patologjia është e rrallë. Kjo është koha e rivendosjes së tonusit të muskujve dhe indit lidhës në gjendjen parashtatzanisë.

Disa ndryshime në sistemin gjenitourinar janë shumë më të gjata në zgjidhjen e tyre, dhe disa kurrë nuk mund të kthehen plotësisht si në gjendjen parashtatzanisë.

Shumë variabla ndikojnë në kohëzgjatjen dhe ashpërsinë e këtyre kushteve, duke përfshirë nivelin e kolagjenit të brendshëm të pacientit, madhësinë e foshnjës, rrugën e lindjes dhe shkallën e traumës perineale që ndodh natyrshëm (laceracionet) ose jatrogjene (episiotomi). Megjithëse ndërhyrja kirurgjikale nuk duhet të konsiderohet deri në 6 muaj pas lindjes (kohëzgjatja e restaurimit të plotë të mbështjelljes së indit lidhor). Episiotomia dhe shpërndarja operative vaginale rrisin incidencën e traumave të rënda të legenit dhe janë faktorë të rrezikut të provuar për mosfunksionim pasues të legenit, 9% të lindjeve vaginale.

Prerjet e traktit gjenital janë klasifikuar në një shkallë prej një deri në katër.

- Prerjet e shkallës së parë përfshijnë vetëm mukozën vaginale ose lëkurën perineale.
- Shkatërrimi i shkallës së dytë përfshin muskujt e trupit perineal pa shkelur kompleksin e sfinkterit anal.
- Shkatërrimi i shkallës së tretë përfshin ndonjë lacerance të sfinkterit anal të jashtëm
- Shkatërrimi i shkallës së katër përfshin lacerimin e sfinkterit anal të brendshëm dhe të jashtëm.

3.0 Disa terma që hasen në periudhen e lehonise:

1. **Afterpains**-Dhimbje, ne forme kramping pas lindjes shkaktuar nga alternimi i relaksimit dhe tkurrjes të muskujve të mitrës.
2. **Atoni** -Mungesa e tonusit të zakonshëm të muskujve.
3. **Katabolizem** -Procesi shkatërrues që konverton qelizat e gjalla në komponime më të thjeshta; proces i përfshirë në involucionin e mitres pas lindjes.
4. **Decidua** -Emri i aplikuar në endometrium gjatë shtatzënisë. Të gjithë përveç shtresës më të thellë dalin jashte pas lindjes.
5. **Diastasis recti**-Ndarja e muskujve gjatësorë të barku (rectus abdominis) gjatë shtatzënisë.
6. **Dyspareunia** -Urënim i dhimbshëm në femra.
7. **Zmadhim ose ënjtje e gjinjve** që rezultojnë nga rritja fluksi i gjakut, edema dhe prania e qumështit.
8. **Episiotomia** -Prerje kirurgjikale e perineumit për të zgjeruar hapjes vaginale.
9. **Fundus**- Pjesa e mitrës që është më larg nga qafën e mitrës, mbi hapjet e tubave fallopiane.
10. **Involution** -Ndryshimet retrogresive që kthejnë organet riprodhuese, sidomos mitren, në gjendjen joshtatzane.
11. **Ushtrimet Kengel**- kontraktimin dhe zbutjen alternative të muskujve të pelvisit për të forcuar muskujt që rrethojnë traktin urinar dhe vaginen.
12. **Laktacion** -Sekretimi i qumështit nga gjinjët; gjithashtu përshkruan periudhen e dhënies së gjirit.
13. **Lochia alba**-Sekrecione të bardha, me konsistencë si krem, ose sekrecione vaginale të verdhë që ndjek lochia serosa. Ndodh kur sasia e gjakut është ulur dhe numri i leukociteve është rritur.
14. **Lochia rubra**- Sekrecione të kuqërremta ose të kuq-kafe vaginale ndodh menjëherë pas lindjes; i përbërë kryesisht nga gjaku.
15. **Lochia serosa** -Sekrecione vaginale të ngjyrosur në ngjyrë kafe ndjek lochia rubra dhe i paraprin lochia alba; I përbërë kryesisht nga gjakderdhje serioze, gjak, dhe leukocite.
16. **Nxjerrja e qumështit** është reflex Lirimi i qumështit nga alveoli në kanalet e qumështit; i njohur edhe si reflexi down.
17. **Oxitocine**- Hormoni i pasëm i hipofizës që stimulon mitrën për kontraktimet dhe reflexin e qumështit. Gjithashtu ai gjendet në formën e përgatitur sintetikisht.
18. **Hormoni I Prolaktines** është hormone I prodhuar nga adenohipofiza dhe nxit rritjen e indeve të gjirit dhe stimulon prodhimin e qumështit.

19. **Puerperium**- Periudha nga fundi i lindjes deri në periudhen kur organet rriprodhuese marrin remission të plotë ,përafërsisht 6 javë.

20.**REEDA** -Akronim për skuqje, ecchymosis, edemë, sekretim, të dobishme për të vlerësuar shërimin e plagëve ose praninë e inflamacionit apo infeksionit.

19.**Subinvolucion** -Kthimi i vonuar i mitrës në një gjendje jo-shtatzënë në madhësi dhe qëndrueshmëri.

4.0 Ndryshimet në aparatin riprodhues gjatë lehonise

4.1 Inovulacioni i mitres

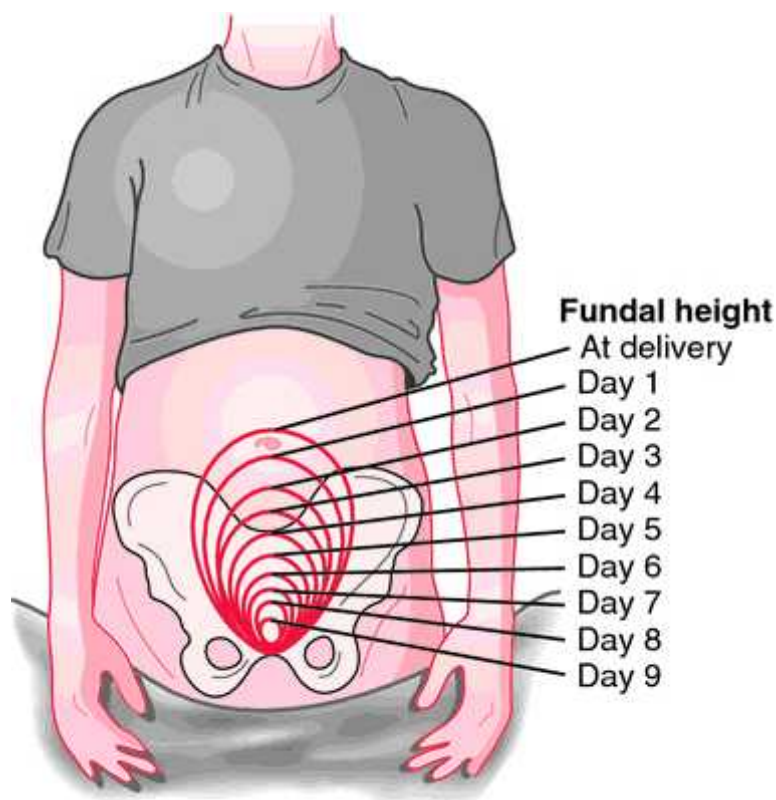
Involucioni i referohet ndryshimeve që organet riprodhuese, sidomos mitra, i nënshtrohen pas lindjes për t'u kthyer në madhësinë dhe gjendjen e tyre joshtatzane. Involucioni i mitrës varet nga tre procese:

- (1) **kontraktimi i fibrave të muskujve,**
- (2) **katabolizmi,**
- (3) **rigjenerimi i epitelit të mitrës.**

Involucioni fillon menjëherë pas lindjes dhe daljes së placentës, atëherë kur fibrat e muskujve të mitrës kontrahohen fort rreth enëve të gjakut të nënës në zonën ku është bashkangjitur placenta. Ky kontroll i kontraktimit kontrollon gjakëderdhjen nga zona e mbetur e drenuar kur placenta u nda. Mitra zvogëlohet në madhësi pasi fibrat e muskujve, të cilat janë shtrirë për shumë muaj, kontrahohen dhe rimarrin gradualisht konturin e tyre të mëparshëm dhe madhësinë fillestare. Megjithatë numri i përgjithshëm i qelizave mbetet i pandryshuar, qelizat muskulore të zgjatura të mitrës i nënshtrohen ndryshimeve katabolike në citoplazmën e proteinave që shkaktojnë reduktim në madhësinë e qelizave individuale. Produktet e procesit katabolik absorbohen nga qarkullimi i gjakut dhe ekskretohen në urinë si mbeturina azotike. Rigjenerimi i rreshtimit të epitelit të mitrës fillon menjëherë pas lindjes. Pjesa e jashtme e shtresës endometrial del jashtë së bashku me placentën. Brenda 2 deri në 3 ditë, decidua e mbetur ndahet në dy shtresa. Shtresa e parë është sipërfaqësore dhe derdhet në formën e lochias. Shtresa basale që përmban shtresat e mbetura të endometrit mbetet e paprekur për të siguruar burimin e endometriumit të ri. Rigjenerimi i endometrit, përveç në vendin e shtojcës placentare, ndodh 16 ditë pas lindjes. Vendi i placentës, i cili është në diametër prej 8 deri 10 cm shërohet me një proces të shtresëzimit (shkallëzimi i indeve të vdekura). Endometriumit i rigjenerohet në vend nga anët dhe nga gjëndrat dhe indet që mbeten në shtresën më të ulët të deciduas pas ndarjes së placentës. Ky proces e lë shtresën endometrike të butë. Shërimi në vendin e placentës ndodh më ngadalë dhe kërkon afro 6 javë.

4.2 Zbritja e fundit uterin

Vendndodhja e fundusit të mitrës ndihmon në përcaktimin nëse lëvizja po ecën normalisht. Menjëherë pas lindjes, mitra ka madhësinë e një grejpfruti të madh ose të butë dhe peshon përafërsisht 1000 g. Fundusi mund të palpohet në mes të rrugës ndërmjet sinfizes pubike dhe kërthizës. Ditën e dytë, fundusi zbret rreth 1 cm ose një gisht, në ditë. Zakonisht fundusi ka zbritur në zgavrën e legenit deri në



ditën e 14-të dhe nuk mund të palpohet.

Ky proces normalisht është më i ngadalshëm kur mitra është shpërndarë gjatë shtatëzanisë me më shumë se një fetus, një fetus të madh ose hydramnios (lëng amniotik i tepruar). Kur procesi i involucionit nuk ndodh siç duhet, ndodh subinvolucioni. Subinvolucioni mund të shkaktojë hemoragji pas lindjes.

4.3 Afterpains

Kontraktimet të mitrës, janë një burim dhimjeje te forta dhe shqetësimi për shumë gra lehone. Ashpërsia.

Mitra të një primipare tenton të mbetet e kontraktuar, por ajo gjithashtu mund të përjetojë pasoja të rënda nëse mitra e saj është e mbingarkuar nga një shtatzëni multifetale, një foshnje e madhe, ose hydramnios. Këto dhimje janë veçanërisht të rënda gjatë ushqyerjes me gji. Oxytocina, e lëshuar nga hipofiza e pasme për të stimuluar refleksin e nxjerrjes së qumështit, stimulon kontraktimet e forta të muskujve të mitrës.

4.4 Kujdesi infermieror

Analgjetikët përdoren shpesh për të zvogëluar këto dhimje. Shumë nga nënat që ushqejnë femijet e tyre me gji, hezitojnë të marrin ilaçe për shkak të frikës se foshnja do të dëmtohet nga ilaçet të kaluara në qumështin e nënës. Sidoqoftë, ekspertët e kujdesit shëndetësor në përgjithësi pajtohen se analgjetikët më të zakonshëm mund të përdoren për lehtësimin e dhimbjeve afatshkurtra pa i dëmtuar foshnjat. Përfitimet e lehtësimit të dhimbjeve, të tilla si rehati dhe relaksim, lehtësojnë refleksin e nxjerrjes së qumështit dhe zakonisht tejkalojnë efektin e vogël të përthithjes së ilaçeve tek foshnja. Gruaja duhet të konsultohet me ofruesin e kujdesit shëndetësor para se të marrë ndonjë ilaç.

4.5 Lochia

Ndryshimet në ngjyrën dhe sasinë e lochia-s gjithashtu sigurojnë informata nëse aktivizimi po ecën normalisht.

Tabela 1 Përmbledh karakteristikat e lochia normale dhe anormale.

Ndryshimet në Ngjyrë. Për 3 ditët e para pas lindjes, lochia përbëhet pothuajse tërësisht nga gjaku, me grimca të vogla

→ Koha the tipi	Rrjedhja normale	Rrjedhja patologjike
Dita 1-3: lochia rubra	Gjak; copeza te vogla me erë te keqe me ngjyre të kuqe ose të kuqe-kafe	Mpiksje të mëdha keqe
Dita 4-10: lochia serosa	Shuma e zvogëluar; sero-gjakderdhje; rozë ose ngjyrë kafe-tinged	Shuma e tepërt; vazhdueshme të
Dita 11-21: lochia alba (mund të zgjasë deri në javën e gjashtë për disa gra)	Ngjyra të bardha, krem, ose të verdhë të verdhë; shuma në rënie	Lochia seoria e përzihur me erë e keqe; shka

e decidua dhe mukusit. Ajo quhet lochia rubra për shkak të ngjyrës së saj të kuqe ose të kuqe-kafe. Sasia e gjakut zvogëlohet rreth ditës së katërt, kur leukocitet fillojnë të pushtojnë zonën, pasi bëjnë ndonjë sipërfaqe shëruese. Ngjyra e lochia pastaj ndryshon nga e kuqe në trëndafili ose kafe-tinged (lochia serosa).

Lochia serosa është e përbërë nga përmbajtje vezulluese seroze, eritrocite, leukocite, dhe mukusit të qafës së mitrës. Rreth ditës së 11-të, përbërësi i eritrociteve zvogëlohet. Sekretioni bëhet i bardhë, krem, (lochia alba).

Lochia alba përmban leukocite, qeliza deciduale, qeliza epiteliale, yndyrna, mukoza e qafës së mitrës dhe bakteret. Ajo është e pranishme në shumicën e grave deri në javën e tretë pas lindjes, por mund të vazhdojë deri në fund të javës së 6-të.

Sasia totale e lochia është normalisht 250 ml. Për shkak se vlerësimi i sasisë së lochia në një lines është e vështirë, infermierët shpesh dokumentojnë lochia në terma që janë të vështirë të përcaktohen, të tilla si të pakta, të moderuara dhe të rënda. Një metodë për regjistrimin e sasisë së lochia në 1 orë përdor etiketat e mëposhtëm:

Pakët - Më pak se një njollë prej 2,5 cm në lines

Njollë e lehta 2,5 deri 10 cm

Njollë e moderuar 10 deri 15 cm

Lines të ngopura shume për 1 orë

Lines tepër të ngopur në 15 minuta

Përcaktimi i kohës kur një lines ka qenë në vend është i rëndësishëm kur vlerësohet lochia. Ajo që duket të jetë një sasi e lehtë e lochia mund të jetë një rrjedhë e moderuar nëse linesi ka qenë në përdorim për më pak se 1 orë. Shumica e lochias absorbohet nga një lines dhe ndryshon sipas markës së përdorur.

Koha mes lindjes dhe vlerësimit të lochias gjithashtu është e rëndësishme. Rrjedha Lochias do të jetë më e madhe menjëherë pas lindjes, por gradualisht do të ulet. Është më pak pas lindjes cezariane, sepse disa prej rreshtimeve endometrike hiqen gjatë operacionit.

Lochia e nënës që ka lindur me secio cesareane do të shkojë përmes të njëjtëve faza si ajo e gruas

që kishte një lindjes vaginale, edhe pse shuma mund të reduktohet. Disa femra kanë një episod të papritur dhe të shkurtër të gjakderdhjes në 7-14 ditë pas lindjes. Kur kjo gjakderdhje zgjat më shumë se 2 orë duhet të vlerësohen nga kujdesi shëndetësor.



Rubra serosea alba

4.6 Qafa e mitres

Menjëherë pas lindjes qafa e mitrës është e paformë, e bardhë, dhe e hapur aq sa mund të hyjë e gjithë dora. Kjo lejon nxjerrjen manuale të placentës dhe ekzaminimin manual të mitrës, nëse është e nevojshme. Mund të jenë të pranishme laceracione dhe qafa e mitrës shpesh here është edematose. Shërimi i shpejtë i tyre shkon deri në fund të javës së parë pas lindjes por mund të ketë edeme për 3 deri në 4 muaj ose mund të mbyllet si para shtatzënise, por forma e jashtme është gjithmonë e ndryshuar pas lindjes. Mbetet paksa e hapur dhe duket e pjerrët jo më e rrumbullakët.

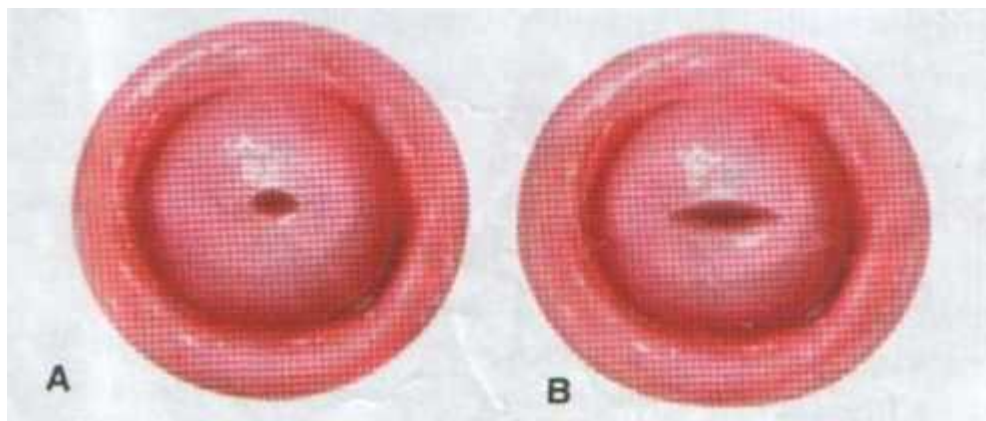


Fig. Qafa e mitres pas shtatzanise se pare

Qafa e mitres pas shtatzanive te tjera

4.7 Vagina

Buzët e vaginës janë hapur shumë gjatë lindjes për të lejuar kalimin e fetusit. Menjëherë pas lindjes, muret vaginale shfaqen edematose, dhe mund të jenë të pranishme laceracionet. Edhe pse mukoza vaginale shërohet nga 3 deri në 4 javë, 6 deri në 10 javë janë të nevojshme që vagina të marrë madhësinë dhe formën parashtatzanisë. Gjatë periudhës postpartum, mukoza vaginale bëhet me

mure atrofike dhe vagina nuk rimer trashësinë e saj deri sa të rivendoset prodhimi i estrogenit nga vezoret.

Funksioni ovarian, dhe për këtë arsye prodhimin e estrogenit, nuk është i vendosur mirë gjatë laktacionit, ushqyerjes me gjë dhe nënat kanë gjasa të përjetojnë thatësi vaginale dhe mund të përjetojnë dyspareunia ose siklet gjatë marrëdhënieve seksuale.



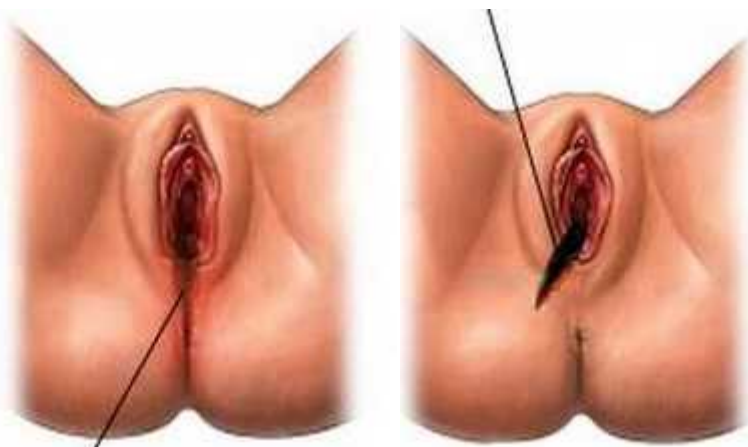
Para lindjes

Pas lindjes

4.8 Perineumi

Perineumi është i traumatizuar, dhe nganjëherë i shqyer ose i prerë, gjatë procesit të lindjes. Vulva e fryrë. Shumica e tonusit të muskujve rimëkëmbet nga 6 javë, me më shumë përmirësime gjatë disa muajve të ardhshëm. TONI I MUSKUVJE MUND OSE NUK MUND TË KTHEHET NË NORMALE, VARËSISHT NGA SHKALLA E DËMTIMIT TË MUSKUVJE, NERVIT DHE LIDHJES SË INDEVE.

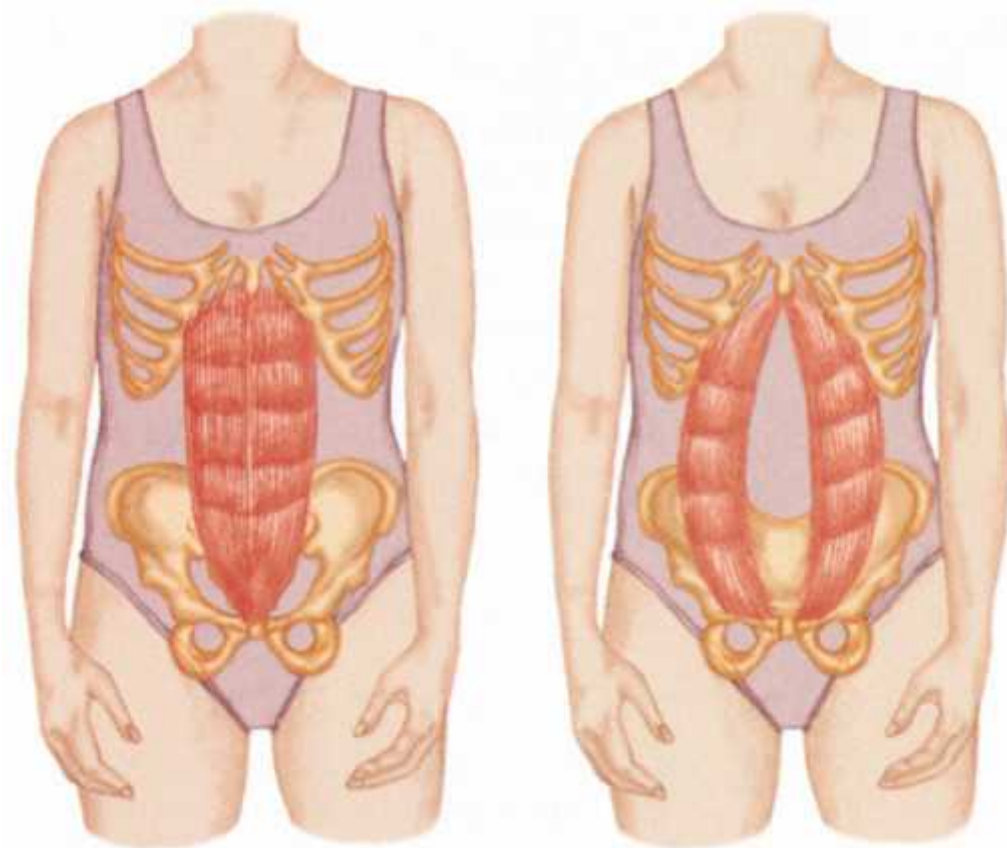
Incizioni mediolateral



Incizioni median

4.9 Muri i barkut

Muri i barkut mbetet i butë dhe i dobët për disa javë. Kthimi në një gjendjen e parashtatzenise varet shumë nga stërvitja muskulore e nënës.



Muskuli recti

Diatesis mm recti



Ushtrimet për

forcimin e muskulit recti abdomen postpartum.

4.10 Vezoret

Ripërtëritja e funksionit normal nga vezoret është shumë e ndryshueshme dhe ndikohet shumë nga ushqyerja me gji e foshnjës. Gruaja që ushqen me gji fëmijën e saj ka një periudhë më të gjatë të amenorese dhe anovulacioni se nëna që zgjedh të përdorë ushqyerjen me formulë.

Nëna që nuk ushqen foshnjën me gji mund të ovulojë sa më shpejt që 27 ditë pas lindjes. Shumica e grave kanë një periudhë menstruale prej 12 javësh; koha mesatare e menstruacioneve të para është 7-9 javë.

Një grua me gji, rifillimi i menstruacioneve është shumë i ndryshueshëm dhe varet nga një numër faktorësh, duke përfshirë si dhe sa shpesh foshnja ushqehet dhe nëse ushqimi i foshnjës plotësohet me formulë. Vonesa në kthimin në funksionin normal ovarian në nënën gjidhenese është shkaktuar nga shtypja e ovulacionit për shkak të ngritjes së nivelit të prolaktines. Gjysma deri në tre të katërtat e grave që ushqejnë me gji kthehen në periudha ovulacioni brenda 36 javëve të lindjes.

4.11 Sistemi urinar

Funksionimi i fshikeses së urines.

- ÷ Mund të zvogëlohet për shkak të traumës ose edemës
- ÷ Anestezia mund të zvogëlojë dëshirën për ta zbrazur.
- ÷ Sasia e urines rritet gjatë periudhës së hershme të lehonisë dhe gjatë periudhës së pasimit

Distendimi i fshikëzes urinare

- ÷ Nje rol vedimtar ka vlerësimi i globusit vezikal dhe fundusit palpator, nëse fshikëza është e mbushur plot do të jetë në të djathtë ose në të majtë të kërthizës
- ÷ 20% e grave përjetojnë zbrazje jo të plota pas lindjes
- ÷ Distensioni i fshikëzës së urinës shkakton ndjeshmëri në rritje ndaj infeksionit dhe hemoragjisë postpartum

Funksioni renal

Pas një muaji nga lindja funksioni i veshkave kthehet në normë si para shtatzanisë.

Urিনি ne periudhen postlindjes

Pas 12 orëve humbja e lëngjeve të tepërta fillon, diaforesia e zjarrtë ndodh fillimisht 2-3 ditë pas lindjes.

4.12 Sistemi kardiovaskular

Shenjat jetesore ndryshojne.

Pulsi zvogëlohet në normën e 50-70 rrahje ne minute brenda 6-10 ditëve të para, dhe kthehet në normalitet për 8-10 javë (nëqoftë se pulsi rritet mbi> 100 rrahje ne minute mund të tregojë infeksion, hypovolemia)

Respiracionet - zvoglohen dhe arrijne vlerat normale brenda 6-8 javë pas lindjes

Presioni i gjakut - rritja e vogël e përkohshme 4 ditë pas lindjes, shikojme për hipotension ortostatik fillimisht. Pas 48 orë si rezultat i gulçimit të barkut gjithashtu mund të jetë shenjë e vonshme e hemorragjisë së postpartum.

Temperatura fillimisht në 24 orët e para paslindjes mund të rritet në 38 gradë si rezultat i dehidrimit, pas 24 orësh duhet të jetë afebrile

Vëllimi i gjakut-zvogëlohet brenda javës së parë dhe kthehet në vlerat jo shtatzënise për 6 muaj.

Shenjen Humane pse e vleresojmë?

- ÷ Duhet të vlerësohet për shkak të rritjes së sasisë së vëllimit të gjakut gjatë shtatzënisë dhe aktivizimit të faktorëve të koagulimit të gjakut pas lindjes
- ÷ Cfarë duhet të mësojmë?

Duhet të punojmë për të ulur rrezikun për tromboflebit.

Edukimi i pacienteve mbi shenjat e rrezikut si për të kërkuar zona të ngrohta, të butë, zonat e kuqe në këmbë.

4.13 Sistemi Gastro-intestinal

Çfarë duhet të vlerësojmë

Tingujt e zorrëve dhe lëvizshmëria e stomakut është ulur gjatë shtatzanisë si pasojë e progesteronit.

Duhet e pyesim per defekimin e fundit.

Çfarë duhet të mësojmë

Tu japim grave ushqime të lëngshëm

Tu japim ushqime te pasur me fibra

Të përdorim lakxative

Kapllëku është një problem i zakonshëm gjatë periudhës pas lindjes për një sërë arsyesh. Tonusi dhe lëvizshmëria e zorrëve dhe stomakut, të cilat u zvogëluan gjatë shtatzënisë si rezultat i progesteronit, mbeten të ngadaltë për disa ditë. Përveç kësaj, relaksimi i murit të

barkut rrit kapsllëkun dhe distension e gazit. Ushqimi dhe levizja e kufizuar shpesh rezulton në defekime të vogla dhe të vështira.

Trauma perineale, episiotomia dhe hemorroidet shkaktojnë siklet të madh dhe ndërhyjnë me eliminimin efektiv të zorrëve.

Përveç kësaj, shumë gra parashikojnë dhimbje kur përpiqen për të defekuar dhe nuk janë të gatshëm të ushtrojnë presion mbi perineum.

Gratë që marrin hekur kanë shtuar shkakun e kapsllëkut. Kapsllëku i përkohshëm nuk është i dëmshëm, edhe pse mundet të shkaktojë një ndjenjë të plotësisë së barkut dhe ndjeshmërisë. Gratë bëhen jashtëzakonisht të shqetësuara për kapsllëkun, dhe laxativet shpesh janë të përkohshme për të parandaluar ose trajtuar kapsllëkun. Defekimi I parë zakonisht ndodh brenda 2 deri në 3 ditë pas lindjes. Modele normale e eliminimit të zorrëve zakonisht rifillojnë 8 deri në 14 ditë

4.14 Elementet e gjakut

Hemoglobina/Hematocriti

Bien në vlerat e 2 % sa për një hemoragji prej 500 cc gjak.

Vlerat e tyre rriten brenda 7 diteve pas lindjes.

WBC-25000-30000 Periudha e hershme paslindjes, një rritje prej 30% në 6 orë tregues patologjik, shënojnë një infeksion

Niveli i fibrinogjenit rritet pas lindjes

Ndryshimet e dukshme që ndodhin gjatë shtatzënisë ndikojnë gjithashtu të aftësia e trupit për të koagulluar gjakun dhe për të formuar trombin. Gjatë shtatzënisë nivelet e fibrinogjenit të plazmës dhe faktorë të tjerë të nevojshme për rritjen e koagulimit si një mbrojtje kundër hemorragjisë postpartum rriten. Si rezultat trupi i nënës ka një aftësi më të madhe për të formuar trombe dhe kështu për të parandaluar gjakderdhje e tepruar.

Aktiviteti fibrinolitik është ulur gjatë shtatzënisë. Megjithëse fibrinoliza rritet pak pas lindjes, ngritja në nivele e faktorëve të koagulimit vazhdojnë për disa ditë ose më gjatë, duke shkaktuar një rrezik i vazhdueshëm i formimit të thrombave.

Duhet 4 deri në 6 javë para se hemostaza të kthehet në normale si para shtatzënisë.

Megjithëse incidenca e tromboflebitit ka rënë shumë si rezultat i ambulacionit të hershëm pas lindjes, nënat e reja janë ende në rrezik në rritje për formimin e thrombave.

Gratë që kanë vena varikoze, një histori të mëparshme tromboflebitis,

ose një lindje cezariane janë në rrezik të mëtejshëm, dhe gjymtyrët e poshtme duhet të monitorohen nga afër.

4.15 Sistemi nervor

Në periudhën e hershme pas lindjes, gruaja mund të ketë përkohësisht ndryshime neurologjike të tilla si mungesa e ndjenjave në këmbë dhe marramendje nga anestezia ose analgjezia. Gjatë kësaj kohe, parandalimi i lëndimit nga rënia është një prioritet. Vështirësia dhe lodhja pas lindjes janë të zakonshme. Pacientja mund të ketë siklet nga episiotomia ose prerja, muskuj dhimbjeja, zorrët, dhe gjiri kjo shkakton paaftësi për të fjetur.

Ankesat e dhimbjes së kokës kërkojnë vlerësim të kujdesshëm.

Dhimbjet e kokës frontale nuk janë të pazakonta në javën e parë pas lindjes dhe mund të jetë rezultat i ndryshimeve të balancit elektrolit.

Dhimbje koke të rënda nuk janë të zakonshme, por mund të jenë dhimbje koke të postpunkturës që rezultojnë nga anestezia rajonale. Ajo mund të jetë më e ashpër kur gruaja është në një pozitë të drejtë dhe lehtësohen duke bërë një pozicion supin. Këto dhimbje duhen të raportohen tek ofruesi përkatës i kujdesit shëndetësor, zakonisht një anesteziolog.

Dhimbje koke, së bashku me vizionin e paqartë, fotofobi, proteinuria dhe dhimbja e barkut gjithashtu mundet të tregojnë zhvillimin ose përkeqësimin e preeklampsisë .

Dhimbja vazhdon pas lindjes. Nën raportojnë se befasohen për sasinë e dhimbjes që përjetojnë kur shkojnë në shtëpi. Disa nëna mendojnë se dhimbja ndërhyr me aftësinë e tyre për t'u kujdesur për veten dhe foshnjat e tyre.

4.16 Sistemi endokrin

Pas shkeputjes së placentës, nivelet e hormoneve placentale të tilla si estrogjeni, progesteroni, dhe laktogjeni human placentar bien mjaft shpejt. Gonadotropina korionike humane është e pranishme për 3-4 javë. Nëse nëna nuk ushqen bebin me gjii, prolaktina, e cila stimulon sekrecionin e qumështit, kthehet në nivele të parashtatzenise në rreth 1 deri në 2 javë.

Koha mesatare për nënat që nuk I ushqejnë fëmijet e tyre me gjii për të rifilluar menstruacionet është 7-9 javë pas lindjes, edhe pse kjo ndryshon gjerësisht. Menstruacionet që ndodhin në 6 javët e para ndodh pa ovulacion, por ovulacioni ndodh para se 25% e grave kanë ciklin e tyre të parë prandaj masat kontraceptive janë konsiderata të rëndësishme kur marrëdhëniet seksuale rifillojnë si për gratë që iu japin gjii femijeve dhe atyre grave që nuk I ushqejnë bebat me gjii.

Ushqyerja me gjii vonon kthimin e të dyja, ovulacionit dhe menstruacioneve. Menses tek gratë që I ushqejnë fëmijët me gjii mund të rifillojë nga 12 javë ose deri në 18 muaj .

Gjatësia e vonesës varet nga disa faktorë përfshirë frekuencën e dhënies së gjirit, përdorimi i shtojcave, dhe kohëzgjatjen e laktacionit. Në përgjithësi, gratë që ushqejnë me gji më shpesh dhe përdorin më pak shtojca ka të ngjarë të kenë ovulate

dhe menstruacione më vonë se gratë që ushqehen me gji më rrallë dhe përdorin më shumë shtesa .

Për gruan që ushqen vetëm me gji dhe pa shtesa, kontracepsioni duhet të përdoret nga koha kur foshnja është 6 muajshe.

4.17 Rënia në peshë

Përafërsisht 4,5 deri në 5,8 kg humbasin gjatë aktit të lindjes. Kjo përfshin peshën e fetusit, placentën, mbetiet amniotike dhe gjaku i humbur gjatë lindjes. Një shtesë

2.3 deri 3.6 kg humbasin si pasojë e diureses dhe 0.9 kg deri në 1.4 kg lengjet dhe lochia deri në fund të javës së parë. Gratë më të reja me peshë më të ulët

parashtatzanisë humbin më shumë peshë dhe e humbin atë më shpejt se gra të tjera .

Ind i dhjamor (yndyror) që është fituar gjatë shtatzënisë

për të përmbushur kërkesat e energjive për punën dhe ushqyerjen me gji

nuk është e humbur fillimisht, dhe shkalla e zakonshme e humbjes është e ngadaltë.

4.18 Depresioni postpartum

Çfarë duhet të vlerësojmë?

70% e grave përjetojnë dëshpërim të foshnjës

Ndryshimi i niveleve të hormoneve çrregullon humorin

simptomat më të zakonshme

÷ crregullim humori, rri duke qarë, zemërim, depresion, ndjenja të lëkundura, lodhje, dhimbje koke, ankth,

rizgjidhen pas 10-14 ditësh

Çfarë duhet të mësojmë?

Edukimi i prindërve për sjelljet normale të të porsalindurve dhe rritja dhe zhvillimi tyre.

Inkurajoni pushimin dhe pranimin e ndihmës nga të tjerët

Edukoni nënat për simptomat dhe nëse zgjasin më shumë se 2 javë ose ndjejnë se nuk mund të kujdesen për veten ose fëmijën të thirrin mjekun.

4.19 Laktacioni

- Trupi përgatit për laktacion gjatë shtatzënisë, depozitohet yndyra dhe lëndët ushqyese të cilat sigurojnë energji, vitamina, minerale në qumështin e nënës.
- Shtatzënia e hershme, estrogjen (placenta) stimulon rritjen e gjëndrave të qumështit dhe madhësinë e gjinjve.

- Kulloshtra: mes shtatzënisë dhe dites 1-3 paslindjes, ajo është e hollë, sekrecion i holluar para lactimit. Të pasur në antitropa; kalon në foshnjë brenda 1-3 ditëve Gjnjtë fillojnë të marrin tender; mbushen me qumësht.
- Qumështi i gjirit nga 3 deri në 4 ditë në përgjigje të: nivelet në rënie të estrogjenit dhe progesteronit > shpërndarja e placentës. prodhimin e prolaktinës nga hipofiza e përparme
- Kanalet e qumështit bëhen të qarta dhe lëngu kthehet në ngjyrë pane.
- Kulloshtra është e pasur me proteina, sheqer, yndyra, uje, minerale, vitamina, antitruapat amëtare.
- Ofron të ushqyerit total për foshnjën
- Qumështi i nënës kalimtar deri në ditën 3 - 4.
- Qumështi i pjekur i gjirit deri në ditën e 10-të.
- Çdo gji ka 15-20 lobes e indeve të gjëndrave
- Alveoli Acinar ose qelizat alveolare të gjëndrave formojnë qumësht.
- Çdo alveolusi përfundon në një tub.
- Çdo alveol prodhon qumësht, e nxjerr atë në ductula dhe qumështi i transportuar në sinusin e laktiferit dhe i nxjerrë në gojën e foshnjës.

5.0 Vlerësimet fillestare që I bëhet një lehone pasi lë shtratin e lindjes

Kujdesi për gratë paslindjes e ekspozon infermierën në rrezikun e kontaktit me organet e trupit si kulloshtrën, qumështin e gjirit, mbetiet amniotike, dhe lochia nga nëna, si dhe urina, fecet dhe gjaku nga foshnjat. Prandaj rekomandimet e Qendrave për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve (CDC) për standardet e gjakut dhe masat paraprake të trupit të ndiqet me zell.

Vlerësimet e paslindjes fillojnë në fazën e katërt të

(1 - 2 orë pas lindjes). Nëna është ekzaminuar për të përcaktuar nëse ajo është fizikisht e qëndrueshme.

Vlerësimet fillestare përfshijnë:

Shenjat vitale

Ngjyra e lëkurës

Vendndodhja dhe qëndrueshmëria e fondit

Shuma dhe ngjyra e lochias

Perineumi (edemë, epiziotomi, laceracione, hematoma)

Prania dhe vendndodhja e dhimbjes

Infuzionet intravenoze (IV): lloji i likidit, administrimin, llojin dhe sasinë e barnave të shtuara, ndjeshmerine e vijës IV, dhe skuqjen, dhimbjen, ose edemën e vendit

Prodhimi i urinës: koha dhe sasia ose kateterizimi, prania e një kateteri, ngjyra dhe karakteri i urines.

Gjendja e prerjes së barkut dhe veshja, nëse është e pranishme

Niveli i ndjenjës dhe aftësia për të lëvizur nëse anestezia rajonale u administrua

5.1 Kujdesi infermieror tek grate lehona

Periudha e menjëhershme e paslindjes ndodh shpesh në mjediset e spitalit, ku shumica e grave mbesin për rreth 2 ditë pas lindjes vaginale dhe 3-4 ditë pas lindjes cesareane. Gjatë kësaj kohe, gratë po shërohen nga lindja e tyre dhe po fillojnë të kujdesen për të porsalindurin. Kjo periudhë përdoret për të siguruar që nëna është e qëndrueshme dhe për ta edukuar atë në kujdesin e fëmijës së saj (sidomos nënën per hete te parë).

Ndërsa ende në spital, nëna monitorohet për humbjen e gjakut, shenjat e infeksionit, presionin e gjakut, tkurrjet e mitrës dhe aftësinë për të zbratur sekretin prej saj. Ekziston gjithashtu vëmendje për pajtueshmërinë e faktorit rezus Rh, statusin e imunizimit të nënës dhe ushqyerjen me gji.

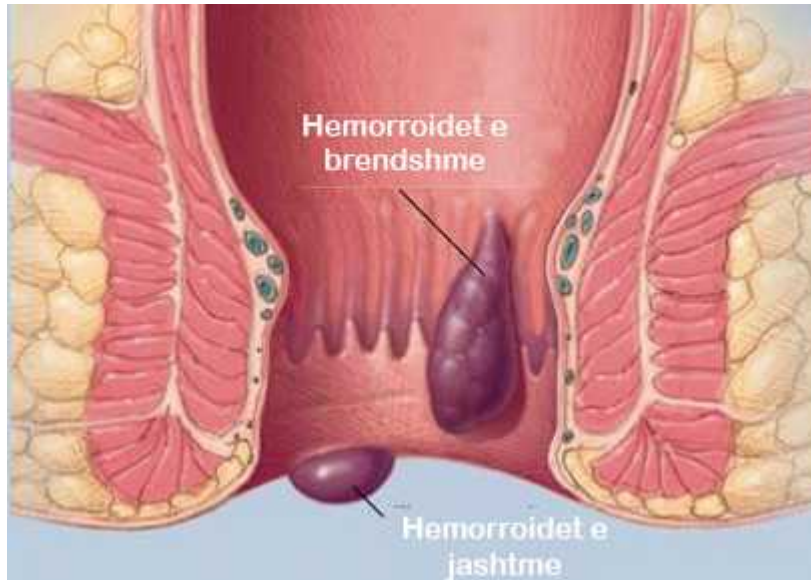
6.0 Lindja vaginale

Pas lindjes vaginale, shumica e femrave përjetojnë enjtje të perineumit dhe dhimbje pasuese. Kjo është intensifikuar në qoftë se gruaja ka pasur një episiotomi ose një çarje. Kujdesi rutine i kësaj zone përfshin akullin e aplikuar në perineum për të ulur enjtjen dhe për të ndihmuar me lehtësimin e dhimbjeve. Trajtimi konvencional është përdorimi i akullit për 24 orët e para pas lindjes dhe pastaj kalimi në banjot e ngrohta. Megjithatë, pak prova mbështesin këtë metodë mbi metodat e tjera të trajtimit të perineumit postpartum. Medikamentet e dhimbjes janë të dobishme sistemikisht si barnat anti-inflamatore (NSAIDs) jo-steroidalë ose narkotikë dhe si dhe anestetikët lokal në perineum.

- **Hemorroidet**

Hemorroide janë një tjetër çështje pas lindjes që mund të prekë gratë që kanë lindje vaginale. Ndhurma simptomatike është trajtimi më i mirë gjatë kësaj periudhe pas lindjes .Kjo mund të arrihet përmes përdorimit të kremrave të kortikosteroideve, dhe anestetikave lokale, përveç një regjimi të zorrëve që shmangin kapsllëkun me ushqime te pasura me fibra dhe të lëngshme.

Përdorimi i Tamponit mund të rifillohet kur pacientia të jetë e kënaqur duke futur tamponin dhe mund ta mbajë atë pa siklet. Kjo shpesh zgjat më shumë për gruan që ka pasur një episiotomy ose një çarje se sa për një që nuk e ka. Së pari duhet të shërohet vagina dhe perineumi, i cili zgjat disa javë. Tamponi duhet të ndryshohet shpesh për të parandaluar infeksionin.



Infermieret kryejnë vlerësime postpartum sipas strukturës protokoll. Për shembull, një protokoll mund të kërkojë sa vijon vlerësimet:

- Çdo 15 minuta për orën e parë
- Çdo 30 minuta për orën e dytë
- Çdo 4 orë për 24 orët e para
- Çdo 8 orë pas kësaj

Megjithëse vlerësimet ndryshojnë në varësi të asaj që është e veçantë problemet e paraqitura nga nëna, një vlerësim i fokusuar për një lindje vaginale zakonisht përfshin shenjat vitale, fundusin, lochia, perineum, eliminimi i fshikëzës, gjinjte, dhe gjymtyrët e poshtem. Shenja jete

- **Presioni i gjakut.**
- Një rritje e nivelit të tij mund të shkaktohet nga dhimbja ose ankthi. Nëse TA është 140/90 mm Hg ose më e lartë, preeklampsia mund të jetë e pranishme.
- Një rënie mund të tregojë dehidratim ose hypovolemie që rezultojnë nga gjakderdhja e tepërt. Hypotension ortostatik. Pas lindjes një rënie të shpejtë

në presionin intraabdominal që rezulton në dilatin e enëve të gjakut furnizimin e brendshme.

- **Pulsi.**

- Bradikardia, definicionon si një normë puls prej 40 deri në

50 bpm. Shkalla e ulët e pulsit mundet të jetë si pasojë e refleksit në sasi të madhe të gjakut që kthehet në qendër qarkullimi pas lindjes së placentës. Rritja në qarkullimi qendror rezulton në rritjen e vëllimit të ejsionit dhe lejon një ritëm më të ngadalshëm të zemrës për të siguruar nënës qarkullimin e duhur

- Tachycardia mund të tregojë eksitim, dhimbje, ankth, lodhje, dehidratim, hypovolemia, anemi, ose infeksion.

- **Respiracioni.** Norma normale e frymëmarrjes prej 12 deri në 20 frymë në minutë.

- **Temperatura.** Një temperaturë deri në 38 ° C (100.4 ° F) është e zakonshme gjatë 24 orëve të para pas lindjes dhe mund të shkaktohet nga dehidrimi ose pas lindjes normale rritet sasia e leukocyteve. Nëse temperatura e ngritur vazhdon për më gjatë shumë se 24 orë ose nëse tejkalon 38 ° C (100.4 ° F) ose gruaja tregon shenja të tjera të infeksionit, infirmia duhet ta raportojë atë tek mjeku apo infermierja

- **Dhimbja.** Dhimbja, e treta shenjë vitale, duhet të vlerësohet së bashku me shenja të tjera vitale për të përcaktuar llojin, vendndodhjen dhe ashpërsi në një shkallë dhimbjeje. Disa nëna të reja janë shumë të ngazëlyera nga lindja e fëmijës së tyre për t'u ankuar për parehati. Të tjerët nuk duan të "shqetësojnë infermierin" ose mund të jenë nga kulturat në të cilën ankimi nuk është i pranueshëm. Infermieret duhet mbeten të vëmendshëm ndaj shenjave të pasdites, siklet perineale, dhe ndjeshmëria e gjirit. Shenjat e siklet përfshijnë një paaftësi për t'u çlodhur ose për të fjetur, një ndryshim në shenjat vitale, shqetësim, nervozizëm, dhe grimaces fytyrës. Gratë duhet të inkurajohen të marrin medikamente të përshkruara për pasdite dhe siklet perineale. Infermierja duhet gjithashtu të vlerësojë efektivitetin e masat e lehtësimit të dhimbjes.

- **Fundus** Fundi duhet të vlerësohet për qëndrueshmëri dhe vendndodhje

Duhet të kontraktet në mënyrë të plotë dhe në ose pranë nivelit të kërthizës. Nëse mitra është mbi të nivelin i pritshëm ose i zhvendosur nga mesi i barkut ose pozicioni i mesit (zakonisht në të djathtë), fshikëza mund të ndodhë të zgjerohet. Vendndodhja e fundit duhet të rishikohet

pasi gruaja ka zbratur fshikëzën e saj.

Nëse fundi është i vështirë për të gjetur ose është i butë ose "i lagësht,"infirmierja stimulon muskujt e mitrës që të kontraktohet me butësimassaging uterus.

.Mitra mund të vazhdojë të kontraktohet vetëm nëse nuk është e lirë

clots intrauterine. Për të dëbuar mpiksjen, infirmierja duhet të masazhojë

fundi deri në fund dhe pastaj mbështesin mitrën kjo ndihmon në parandalimin nga inversioni i mitrës (duke u kthyer jashtë) kur infirmierja

zbatohet presioni fi rm poshtë drejt vaginës për të nxjerre papastertite

që kanë mbledhur në mitër. Infirmieret duhet

vëzhgoni perineumin për numrin dhe madhësinë e mpiksjes së grimcave.



- **Lochia**

Vlerësime të rëndësishme përfshijnë sasinë, ngjyrën dhe erën e lochia. Infermieret vëzhgojnë sasinë dhe ngjyrën e lochia-s peripadet dhe duke kontrolluar perineumin. Ata gjithashtu vlerësojnë shkarkimin vaginal:

Një rrjedhje e vazhdueshme, e lochias tregon gjakderdhje të tepërt dhe kërkon vëmendje të menjëhershme.

Lochia e tepërt në prani të mitrës së kontraktuar sugjeron lacerations e kanalit të lindjes.

Një erë e keqe sugjeron infeksion endometrial, dhe duhet të bëhen vlerësime për shenjat shtesë të infeksionit.

Këto shenja përfshijnë ethet e nënës, takikardinë dhe butësi mitrës dhe dhimbje.

Mungesa e lochia, si prania e një erë të keqe, mund gjithashtu tregojnë infeksionin.

- **Perineumi**

REEDA është përdorur si një kujtesë se vendii duhet të vlerësohet një episiotomi ose një lacerim perineal për pesë shenja: skuqje (R), edemë (E), ecchymosis (E) (bruising), shkarkimi (D), dhe përafrimi (A) (skajet e plagës duhet të jetë e ngushtë, sikur mbërthyer apo ngjitur së bashku). Skuqja e plagës mund të tregojë inflamacionin e zakonshëm përgjigje ndaj lëndimit. Nëse shoqërohet me dhimbje të tepruar ose butësi, megjithatë, mund të tregojë fillimin e lokalizimit infeksion. Ecchymosis ose edemë tregon indet e buta dëmtimi që mund të vonojë shërimin. Asnjë shkarkim nuk duhet të vijë nga plaga. Shërimi i shpejtë kërkon që skajet e plagës të jetë afër përafruar.

- **Gjinjte**

Për ditën e parë ose dy pas lindjes, gjinjtë duhet të jenë Te butë dhe te paqëndrueshëm. Pas kësaj, ndryshimet e gjirit varen kryesisht në se nëna është duke ushqyer me gji. Gjinjte duhet të shqyrtohen edhe nëse zgjedh ushqimin e formulës për shkak se zmadhimi mund të ndodhë përkundër masave parandaluese.

1. Madhësia, simetria dhe forma e gjinjve duhet të respektohet. Disa nëna duhet të sigurojnë që gjiri madhësia nuk ka lidhje me ushqyerjen me gji të suksesshme.
2. Lëkura duhet të kontrollohet për ngjyrosje ose trashje, të cilat, megjithëse të rralla, mund të tregojnë një tumor të gjirit.
3. Dalja duhet të shqyrtohen me kujdes probleme të mundshme të tilla si thithat në fund ose të tërhequr, të cilat mund të bëjë gjidhenien më të vështirë. Shenjat e dalies

trauma (skuqje, blisters, ose fiSsures) mund të vërehet gjatë ditëve te para të ushqyerjes me gji, sidomos nëse nëna ka nevojë për ndihmë në vendosjen e duhur .

Vlerësimi i gjirit është një mundësi e shkëlqyer për të siguruar informacion ose siguri rreth kujdesit të gjirit dhe teknikat e dhënies së gjirit.

7.0 Lindja Cesareane



Gruaja që ka pasur një lindje me secio cezariane me kuptim do të përjetojë dhimbje post-operatore të prerjes së barkut. Kjo, gjithashtu, mund të trajtohet me akull në vendin e prerjes, mbështetjen e binderit të barkut dhe përdorimin e ilaçeve të dhimbjeve sistemike. Aktivitetet e jetesës së përditshme duhet të rifillojnë pa vonesa të panevojshme.

Ri-vazhdimi i aktiviteteve normale. Pas 24 orësh disa funksione normale të kthimit dhe gratë postcasane janë në gjendje për të marrë pjesë më aktive në kujdesin e tyre:

Infermieret duhet ta inkurajojnë gruan që të rrisë aktivitetin e saj dhe ambulation çdo ditë pas lindjes. Nga e dyta ditë ajo zakonisht është e lejuar të bejë dush, nëse dëshiron.

Disa ofrues të kujdesit shëndetësor kërkojnë që prerja të jetë mbuluar me plastike; të tjerët lejojnë të dushojnë pa mbuluar prerjen.

8.0 Edukimi i pacientit

Edukimi i konsiderueshëm zhvillohet gjatë qëndrimit spitalor, veçanërisht për nënën e parë.

Nëna (dhe shpesh babai) mësohet për kujdesin e përditshëm të foshnjës, duke përfshirë ushqimin, pelenat dhe larjen, si dhe atë që mund të pritët nga foshnja për sa i përket gjumit, urinimit, lëvizjeve të zorrëve dhe ngrënies.

Sigurimi i edukimit, mbështetjes dhe udhëzimeve për nënën që ushqen me gji është veçanërisht e rëndësishme gjatë kësaj kohe. Agjensitë shëndetësore të shumta ndërkombëtare dhe kombëtare, përfshirë Organizatën Botërore të Shëndetësisë (OBSH), Akademinë Amerikane të Pediatriisë (AAP), Kolegjin Amerikan të Obstetërve dhe Gjinekologëve (ACOG) dhe Task Force Shërbimet Parandaluese të Shtetit rekomandojnë ushqim ekskluziv me gji për të paktën gjashtë muajt e parë të jetës.

Në vitin 1991, Organizata Botërore e Shëndetësisë (WHO) dhe Fondi i Kombeve të Bashkuara për Fëmijë (UNICEF) filluan një program global të quajtur Iniciativa Spitali për Fëmijë (BFHI) që synon rritjen e numrit të foshnjave që ushqehen me gji në mbarë botën. Programi BFHI zhvilloi "Dhjetë Hapat për Ushqyerjen e Suksesshme", të cilat janë praktika të bazuara në dëshmi, të cilat rekomandohen për lehtësi shëndetësore për t'u zbatuar në një përpjekje për të mbrojtur, promovuar dhe mbështetur ushqyerjen me gji. Më shumë se 152 shtete tani kualifikohen si "foshnje-miqësore" sipas standardeve të përcaktuara në protokollin BFHI, të cilat mund të gjenden në faqen e internetit të OBSH-së, për miqësoren e fëmijëve.

Ushqyerja me gji nuk është as e lehtë as automatike. Kjo kërkon shumë përpjekje nga ana e nënës dhe ekipit të saj të mbështetjes. Ushqyerja me gji duhet të fillojë sa më shpejt që të jetë e mundur pas lindjes. Nxiteni nënën që të ushqejë fëmijën çdo 2-3 orë (të paktën derisa ajo është e zgjuar gjatë ditës) për të stimuluar prodhimin e qumështit. Ushqimet e gjata janë të panevojshme, por ato duhet të jenë të shpeshta. Prodhimi i qumështit duhet të jetë i vendosur mirë nga 36-96 orë. Konsulentët e lehimin kanë trajnim të veçantë në mbështetjen e ushqimit të gjirit dhe janë një burim i rëndësishëm për nënat e reja. Në gratë që zgjedhin të mos ushqehen me gji, kujdesi për gjinjtë është krejt ndryshe. Kujdes duhet të merret jo për të stimuluar gjinjtë në asnjë mënyrë në mënyrë që të parandalojë prodhimin e qumështit.

Paketat e akullit të aplikuara për gjinjtë dhe përdorimi i një sutili të ngushtë ose të një lidhës mund të ndihmojnë gjithashtu në parandalimin e gërryerjes së gjirit. Paracetamoli mund të lehtësojë simptomat e dhimbjes të gjirit (p.sh., butësi, ënjtje, ethe) nëse ndodh. Bromocriptina ishte administruar më parë për të shtypur prodhimin e qumështit; Megjithatë, përdorimi i saj është zvogëluar sepse kërkon 2 javë administrimi, nuk funksionon gjithmonë dhe mund të prodhojë reaksione negative.

8.1 Udhëzimet mbi sekrecionet

Nënës së re duhet t'u jepen udhëzimet për sekrecionet i. Informacioni më i rëndësishëm është se kush dhe ku mund të telefononi nëse ka probleme ose pyetje. Ajo gjithashtu ka nevojë për detaje për rifillimin e aktivitetit të saj normal. Udhëzimet ndryshojnë, në varësi të faktit nëse nëna ka pasur lindje vaginale ose çezare dhe çfarëdo komorbiditeti që mund të ketë qenë pjesë e kujdesit të saj.

Gruaja që ka pasur një lindje vaginale mund të rifillojë të gjithë aktivitetin fizik, duke përfshirë përdorimin e shkallëve, vozitjen në një makinë dhe ushtrimin e tonizimit të muskujve, për sa kohë që ajo nuk përjeton asnjë dhimbje ose shqetësim të kufizuar. Këshillimi kryesor është të rifillojë në mënyrë progresive aktivitetin normal, duke qenë i vetëdijshëm për lodhjen dhe lodhjen e përbashkët të përjetuar ndërsa kujdeset për një të porsalindur. Shtatzënia, puna, lindja dhe kujdesi për të porsalindurin janë të fuqishme dhe stresuese, dhe nëna ka nevojë për pushim të mjaftueshëm për t'u rikuperuar.

Gruaja që ka lindur me secio cezariene duhet të jetë më e kujdesshme për rifillimin e disa aktiviteteve të saj në periudhën postoperative. Ajo duhet të shmangë përdorimin e tepruar të barkut të saj derisa prerja e saj të shërohet mirë në mënyrë që të parandalojë ndërlikimet e hershme kirurgjikale. Gratë zakonisht janë planifikuar për një vlerësim rutinë gjithëpërfshirës të paslindjes ndërmjet 4 deri në 6 javë pas lindjes. Përcjellja më e hershme pas lindjes rekomandohet tek gratë me rrezik të lartë të komplikimeve të paspartumit, të cilët kërkojnë vizita të orientuara në probleme për menaxhim më të ngushtë të çështjeve hipertensionale, depresion pas lindjes, infeksione plage, vështirësi në laktacion ose komorbiditete që kërkojnë ndryshime në ilaçe pas lindjes (p.sh. çrregullime seksuale, diabet). Vizita pas lindjes është gjithashtu një kohë e rëndësishme për të identifikuar ofruesin e kujdesit parësor të pacientit dhe për të komunikuar ndonjë rekomandim për ndjekjen e problemeve mjekësore ose çështjeve të lidhura me shtatzëninë. Kjo më mirë lehtëson transferimin e kujdesit të pacientit dhe ndihmon në optimizimin e shëndetit të nënës gjatë periudhës së interkoneksionit.

Për fat të keq, ka një shkallë të ulët të frekuentimit në vizitat e planifikuara pas lindjes, me rreth 40% të personave që mungojnë në takimin e tyre pasues. Disa strategji për rritjen e pjesëmarrjes përfshijnë diskutimin e rëndësisë së kësaj vizite gjatë kujdesit para lindjes, planifikimin e vizitave pas lindjes pas spitalit, duke përdorur teknologji për të dërguar lajmërimi për pacientët.

Një vizitë gjithëpërfshirëse pas lindjes përfshin vlerësimin e mirëqenies fizike dhe psikologjike të pacientit, rishikimin e historisë së vaksinimit, rishikimin e historisë së shqyrtimit të kancerit të qafës së mitrës dhe diskutimin për dëshirat e pjellorisë në të ardhmen me këshillim adekuat kontrceptiv.

Rekomandohet shfaqja e depresionit të paktën një herë gjatë periudhës perinatale me një instrument të

validuar, siç është shkalla e Depresionit Postnatal të Edinburgut. Shkalla e Depresionit Postnatal të Edinburgut është një pyetësor i vetë-raportit prej 10 pikash që përfshin simptomat e ankthit dhe depresionit me përjashtimin e simptomave kushtetuese të çrregullimeve të humorit (dmth. Ndryshimet në modelet e gjumit dhe të ngrënies) që kanë tendencë të jenë të zakonshme në periudha pas lindjes. Rekomandohet që ofruesit që shfaqin depresion kanë burime për të filluar trajtimin dhe për të siguruar burime për ata që shfaqen pozitiv për depresion pas lindjes.

Për gratë me diabet gestacional, periudha pas lindjes është një kohë e rëndësishme për të shfaqur tolerancën e glukozës së dëmtuar ose Diabetes Mellitus Tip 2. Workshopi i pestë ndërkombëtar për diabetin gestacion Mellitus rekomandon që gratë me GDM të nënshtrohen një test tolerance me glukozë 75 g, 2 orë midis 6-12 javëve pas lindjes. Përafërsisht një e treta e grave me GDM do të kenë diabet ose dëmtim të metabolizmit të glukozës në shfaqjen pas lindjes. Këta individë duhet të këshillohen në mënyrën e duhur për ndërhyrjet në stilin e jetës ose opsionet e menaxhimit mjekësor (metformina, insulina) për të optimizuar kontrollin e tyre të glicemik. Ata që kanë një test normal të tolerancës së glukozës postpartum duhet të këshillohen në mënyrë adekuate se ka ende një rrezik 7 herë të zhvillimit të diabetit të tipit 2 më vonë në jetë dhe deri në 50% të grave me GDM do të zhvillojë diabetin mbi 20 vjet pas shtatzënisë. Prandaj Shoqata Amerikane e Diabetit (ADA) rekomandon pacientët me GDM dhe rezultatet normale të shfaqjes pas lindjes kanë përsëritur testimin çdo 3 vjet për shkak të rritjes së rrezikut të zhvillimit të diabetit në të ardhmen.

8.2Kontracesioni

Opsionet e kontracesionit duhet të diskutohen para se nëna të largohet nga spitali. Megjithëse ajo nuk mund të jetë e gatshme të vendosë për metodën e inicimit, ajo duhet të edukohet për opsionet që janë të sigurta në bazë të ndonjë komorbiditeti mjekësor dhe në përputhje me dëshirat e saj të fertilitetit të ardhshëm. Është e rëndësishme që të iniciohet kontracesioni gjatë periudhës së paslindjes për të parandaluar shtatzënitë e padëshiruara dhe për të zvogëluar rreziqet që lidhen me shtatzënitë me intervale të shkurtra të lindjes; në mënyrë specifike, kur intervali i ndërveprimit është më pak se 6 muaj ka një incidencë më të madhe të shtatzënitë të mëvonshme me peshë të ulët lindjeje dhe lindje të parakohshme.

Një rishikim sistematik i ovulacionit dhe menstruacioneve në gratë jo-laktuese zbuloi se megjithëse shumica e grave fillojnë ovulimin të paktën 6 javë pas lindjes, me ditën mesatare të ovulacionit të parë që ndodhin 45-94 ditë pas lindjes, një numër i kufizuar ovulojnë më shpejt. Shumë opsione janë në dispozicion, si më poshtë:

Metodat natyrore mund të përdoren në çifte shumë të motivuar, për të përfshirë përdorimin e monitorimit të temperaturës së trupit bazal dhe cilësinë dhe sasinë e mukusit të qafës së mitrës për të përcaktuar se çfarë faze të ciklit menstrual është gruaja dhe nëse është e sigurt të ketë marrëdhënie

seksuale.

Metodat penguese të kontracepsionit, siç janë kondomët, janë gjerësisht të disponueshme, siç janë dhe spermicidet vaginale.

Metodat hormonale të kontracepsionit janë të shumta. Agjentët e kombinuar estrogen-progestinë merren çdo ditë me gojë ose në muaj me injektim. Agjentët e vetëm të progestinës janë në dispozicion për konsum ditor ose nga injeksione me veprim të gjatë që janë efektive për 12 javë.

Pajisjet intrauterine mund të vendosen menjëherë pas lindjes (pas shkeputjes së placentës) ose pas mbylljes së mitrës ndodh zakonisht 4-6 javë pas lindjes. Futja e menjëhershme është kundërrindikuar për ndonjë infeksion pas lindjes.

8.3 Marrëdhëniet seksuale

Marrëdhënia seksuale mund të rifillojë kur mbaron gjakderdhja e kuqe e ndritshme, vagina dhe vulva janë shëruar dhe gruaja është fizikisht e rehatshme dhe emocionalisht e gatshme. Gatishmëria fizike varion shumë nga gratë, por mund të zgjasë disa javë. Kontrolli i lindjes është i rëndësishëm për t'u mbrojtur nga shtatzënia sepse ovulacioni i parë është shumë i paparashikueshëm.

9. Hemorragjia postpartum

Hemorragji Postpartum përcaktohet si humbje e tepërt e gjakut gjatë ose pas fazës së tretë të lindjes. Humbja mesatare e gjakut është 500 ml në lindje vaginale dhe 1000 ml në lindje cesareane. Meqenëse diagnoza bazohet në vëzhgimin subjektiv, është e vështirë të përcaktohet në mënyrë klinike.

Objektivisht, hemorragjia postnatale përcaktohet si një ndryshim 10% në nivelin e hematokritit midis pranimit dhe periudhës pas lindjes. Hemorragjia e hershme pas lindjes përshkruhet si ajo që ndodh brenda 24 orëve të para pas lindjes. Hemorragjia e vonë pas lindjes ndodh më shpesh 1-2 javë pas lindjes, por mund të ndodhë deri në 6 javë pas lindjes.

Etiologjia

Hemorragjia e hershme postpartum mund të rezultojë nga atonia e mitrës, produktet e mbajtura të konceptimit, këputje e mitrës, inversioni i mitrës, placenta akreta, plagët e traktit të ulët gjenital, koagulopatia dhe hematoma. Shkaqet e hemorragjisë së vonshme postpartum më së shpeshti përfshijnë produktet e ruajtura të konceptimit, infeksionit, nëninvolucionit të vendit të placentës dhe koagulopatisë.

Atonia e qafës së mitrës dhe laceracionet e traktit të poshtëm gjenital janë shkaqet më të zakonshme të hemorragjisë postpartum. Faktorët që predispozitojnë atoninë e mitrës përfshijnë mbingarkimin e mitrës mesatare të shtatëzanive të shumëfishta, polyhydramnios, makrosominë, punën e shpejtë ose të zgjatur, shumëparitet të madh, administrimin e oksitocinës, infeksionin intra-amniotik dhe përdorimin e agjentëve lehtësues të mitrës si terbutalin, sulfat magnez, anestetikë, ose nitroglicerinë. Në atoni mitër, mungesa e mbylljes së arterieve spirale dhe sinuseve venoze të shoqëruar me rrjedhjen e rritur të gjakut në mitrën shtatzëna shkakton gjakderdhje të tepruar.

Menaxhimi aktiv i fazës së tretë të punës me administrimin e uterotonikës para placentës është dorëzuar (oksitocina ende agjent i zgjedhur), shtrëngimi i hershëm dhe prerja e kordonit të kërthizës, dhe tërheqja në kordonin e kërthizës kanë provuar të zvogëlojnë humbjen dhe uljen e gjakut shkalla e hemorragjise postpartum.

Vargjet më të ulëta të traktit gjenital, duke përfshirë lacerat e qafës së mitrës dhe vaginës, janë rezultat i traumës obstetrike dhe janë më të zakonshme në lindjet vaginale operative, siç është forcepsi ose nxjerrja e vakumit. Faktorë të tjerë të predispozuar përfshijnë macrosomine, shpërndarjen e shpejtë dhe episiotominë.

9.1 Incidenca

Lindja vaginale shoqërohet me një incidencë prej 3.9% të hemorragjive postpartale. Lindja me secio Cesarean është e lidhur me një incidencë prej 6.4% të hemorragjive postpartale. Hemorragjia e vonuar pas lindjes ndodh në 1-2% të pacientëve.

9.2 Morbiditeti dhe vdekshmëria

Në Shtetet e Bashkuara, hemoragjia e paslindjes është përgjegjëse për 5% të vdekjeve të nënës. Morbiditete të tjera që lidhen me hemorragjinë përfshijnë nevojën për transfuzion gjaku dhe / ose ndërhyrjet e mëvonshme kirurgjikale që mund të çojnë në shterpësi të ardhshme.

9.3 Histori

Identifikimi i hershëm i faktorëve të rrezikut për hemorragjinë postpartale lejon përgatitjen e avancuar dhe shmangien e mundshme të pasojave të rënda.

Çdo pacient duhet të intervistohet pas pranimit në shtratin e punës. Kërkoni informacione rreth shtatzënisë së shumëfishtë, polidramnive, episodeve të mëparshme të hemorragjisë pas lindjes, historisë së çrregullimeve të gjakderdhjes dhe dëshirës për pjellorinë e ardhshme.

Vini re përdorimin e administrimit të zgjatur të oksitocinës, si dhe përdorimin e sulfatit të magnezit gjatë dekursit të punës së pacientit.

Trajnimi i simulimit për menaxhimin e hemorragjisë postpartum dhe protokollet e menaxhimit të standardizuar (duke përfshirë protokollet masive të transfuzionit) tani janë pjesë e shumë programeve të trajnimit rezident dhe të sigurisë spitalore.

9.4 Egzaminimi Fizik

Pacientët me gjakderdhje pas lindjes vaginale që janë të vazhdueshme ose më të mëdha se sa priten duhet të vlerësohen urgjentisht për të identifikuar etiologjinë e gjakderdhjes dhe për të lehtësuar ndërhyrjet e duhura. Kjo mund të bëhet njëkohësisht me fillimin e masave të ripërtëritjes në mënyrë që të ruhet stabiliteti hemodinamik. Personeli ndihmës duhet të thirret në krevat në mënyrë që të lehtësojë vlerësimin urgjent të një pacienti me gjakderdhje të papërshtatshme pas lindjes. Vlerësimi fillestar duhet të përfshijë rishikimin e shenjave vitale me shënim të kujdesshëm të çdo shenja të hypovolemia përfshirë takikardinë, hipotensionin, takipnea, mbushjen e oksigjenit të ulët, dhe oliguria.

Duhet të kryhet një provim i plotë fizik që përfshin provimin e barkut provimi vaginal dhe ekzaminimi i zorrës së trashë për të lokalizuar çdo leckë që është burim i gjakderdhjes. Është e rëndësishme për të marrë qasje IV në çdo pacient me gjakderdhje në lidhje ose shenjat e paqëndrueshme vitale. Preferohet që një pacient do të ketë dy katetera të mëdha në këtë situatë për të ndihmuar në administrimin e produkteve të gjakut, lëngjeve dhe medikamenteve. Oksigjenimi shtesë nga një maskë fytyre me rrjedhje të lartë (10-15 litra / minutë) përmirëson kapacitetin dhe shpërndarjen e oksigjenit. Ekipi i anesteziologjisë duhet të jetë i vetëdijshëm për çdo pacient me një hemorragji postpartum për të vlerësuar më mirë rrugët e frymëmarrjes së pacientit, frymëmarrjen dhe indikacionin për intubim

Terapia fillestare mund të përfshijë oksigjenimin plotësues, identifikimin dhe riparimin e lacerations obstetrike, masazh bimanual të mitrës për atoni, spastrim manual për të hequr çdo produkt të mbajtur të konceptimit ose mpiksjes e gjakut nga mitra dhe administrimin e agjentëve uterotonikë. Ultrasonografia mund të ndihmojë në identifikimin e produkteve të ruajtura para provimit bimanual sidomos në pacientin pa anestezi rajonale. Nëse produktet e mbajtura të konceptimit shënohen përkundër heqjes manuale, një kruajtje e mitrës mund të jetë e nevojshme për të kontrolluar Kur të gjitha terapitë e tjera dështojnë, histerektomi emergjente është shpesh një procedurë e domosdoshme dhe jetëshpëtuese.

9.5 Laceracionet

Laceracionet janë një pasojë e zakonshme e lindjes vaginale për shkak të tendosjes në muskujt e këmbëve dhe muskujt e legenit, me 53-79% të femrave që mbajnë një lloj leukimi gjatë një lindjeje vaginale. Dëmtimet perineale janë të ndryshme nga një episiotomi e cila është një prerje e qëllimshme kirurgjike e aspektit të pasmë të vaginës me qëllim që të zgjerohet perineumi për lindjen e fëmijës gjatë fazës së dytë të punës. Një studim epidemiologjik në vitin 2012 raportoi rreth 12% të lindjeve vaginale përfshirë një episiotomy.

Dëmtimet perineale klasifikohen në katër kategori varësisht nga thellësia e përfshirjes së indeve. Prerjet e shkallës së parë përfshijnë lëndime sipërfaqësore vetëm në lëkurë dhe në indet periferike të nënlëkurës ose në epitelin vaginal. Prerjet e shkallës së dytë shtrihen në muskulaturën e trupit perineal, duke përfshirë muskujt perineal të thellë dhe sipërfaqësor, muskujt bulbocavernosus dhe muskujt pubococcygeus. Sëmundjet obstetrike anësore të sfinkterit (OASIS), të cilat janë laceracione perineale të tretë dhe të katërt konsiderohen forma më të rënda të dëmtimeve obstetrike. Dëmtimet e shkallës së tretë shtrihen përtej muskujve dhe përfshijnë sphincterin anal. Ekzistojnë tre nënndarje të një shkëputjeje të shkallës së tretë në varësi të shkallës së përfshirjes së sphincter anal jashtme dhe / ose të brendshëm. Dëmtimet e tjera pas lindjes përfshijnë periclitoral, periurethral, dhe laceracionet labiale; këto duhet të riparohen vetëm për të arritur hemostazën ose për të korrigjuar anatominë e deformuar. Përveç kësaj, prishje të vulvës, vaginës dhe qafës së mitrës ndodhin dhe duhet të riparohen bazuar në vlerësimin klinik të gjakderdhjes ose anatomisë së shtrembëruar.

10 Psikologjia prenatale dhe perinatale

Në disa raste, gratë mund të vuajnë nga depresioni pas lindjes, nga çrregullimi i stresit posttraumatik ose nga psikoza puerperale. Sëmundja mendore pas lindjes mund të prekë nënat dhe baballarët, dhe nuk është e pazakontë. Kërkohet zbulimi i hershëm dhe trajtimi adekuat. Përafërsisht 25% - 85% e grave pas lindjes do të përjetojnë "depresionin" për disa ditë. Ndërmjet 7% dhe 17% mund të përjetojnë depresion klinik, me një rrezik më të lartë mes atyre grave me një histori të depresionit klinik.

Psikoza pas lindjes (e njohur edhe si psikoza puerperale) është një formë më e rëndë e sëmundjes mendore se sa depresioni pas lindjes. Rrallë, në 1 në 1.000 raste, gratë përjetojnë një episod psikotik, përsëri me një rrezik më të lartë midis atyre grave me sëmundje mendore paraegzistuese. Pavarësisht mitit të përhapur të përfshirjes hormonale, studimet e përsëritura nuk kanë lidhur ndryshime hormonale me simptoma psikologjike pas lindjes. Përkundrazi, këto janë simptoma të një sëmundje mendore të paracaktuar, të përkeqësuar nga lodhja, ndryshimet në oraret dhe stresorët e tjerë të prindërve të zakonshëm.

11. Kujdesi infermieror

11.1 Sigurimi i kujdesit infermieror për një grua pas lindjes gjatë 24 orëve të para ka të bëjë me:

- Vlerësimin e profilit të familjes së gruas për të përcaktuar ndikimin që porsalindur do t'i jepte familjes dhe gruas.
- Vlerësimin e historise se shtatzënisë së gruas, veçanërisht nëse shtatzënia është planifikuar ose e paplanifikuar pasi ajo do të përcaktojë aftësinë e gruas për tu lidhur me të porsalindurin.
- Vlerësimin e punën dhe historinë e lindjes si gjatësia e lindjes dhe nëse ndonjë analgjezi ose anestezi është përdorur për të përcaktuar çfarëdo procedure të nevojshme për t'u bërë.
- Përcaktimin e të dhënave dhe profilit të foshnjave për të ndihmuar në planifikimin e kujdesit për të porsalindurin dhe për të nxitur lidhjen midis prindërve.
- Gruaja gjithashtu do të ketë nevojë për një kurs pas lindjes si niveli i aktivitetit të tij pas lindjes, çdo vështirësi apo dhimbje që ndihet dhe nëse ajo është e suksesshme me ushqimin e mitur për të përcaktuar ndonjë nevojë për udhëzime paraprake në kujdesin në shtëpi.
- Vlerësimin e të gjitha të dhënave laboratorike të gruas për t'u siguruar që ajo është duke u rikuperuar mirë dhe nëse duhet të kryhen procedura ose teste shtesë diagnostikuese.
- Vlerësimin e pamjes se përgjithshme të gruas, sepse ajo është një reflektim se sa mirë po lëviz gruaja në fazën e marrjes së rimëkëmbjes.
- Sigurohemi që gruaja që humbet një sasi të flokëve të saj nuk është një shenjë e sëmundjes, por sepse ajo po kthehet në gjendjen e saj parashatëzuese, pasi flokët rriten me shpejtësi gjatë shtatzënisë për shkak të rritjes së metabolizmit.
- Vlerësimin për edemë të fytyrës, veçanërisht për një grua me hipertension të shtyrë nga shtatzënia.
- Këshillimin e gruas për të blerë një palë sytjena janë një deri në dy madhësi më të mëdha se madhësia e shtatzënisë për të lejuar rritjen.
- Vlerësimin e gjoksit të gruas për çdo të çare ose ndarje, dhe mos e shtypni thithjen. Gjithashtu, duhet vlerësimi për shenjat e mastitit si inflamimi i një pjese të caktuar të gjirit.
- Vlerësimi i vendndodhjes, qëndrueshmërisë dhe lartësisë e fundit përmes palpimit.

Nëse mitra nuk është e palëvizshme, masazhojme butësisht. Vendosja e foshnjës në gjirin e nënës gjithashtu ndihmon në nxitjen e kontraktimit.

- Lochia pritet në një grua postpartum për 2 deri në 6 javë, kështu që vlerësimi i karakteristikave të

tij është i nevojshëm për të përcaktuar nëse është lochia normale apo jo.

- Vëzhgimin e perineumit për ecchymosis, hematoma. Edema ose ndonjë kullues dhe gjakderdhje nga qepjet.
-

11.2 Kujdes në Përgatitjen për Lindjen

Para se gruaja të linde, ajo duhet të edukohet siç duhet në lidhje me kujdesin e të porsalindurit dhe veten në shtëpi.

- Vlerësimi së pari për aftësinë e nënës për të thithur udhëzime të reja dhe për të dëgjuar.

Kryerja e klasave të grupeve në lidhje me kujdesin e porsalindur mund të ndihmojë shumë nëna të mësojnë jo vetëm atë që instruktorët mësojnë, por edhe nga përvojat që disa nëna mund t'i ndajnë grupit. Gjithashtu rekomandohet që baballarët të ndjekin mësimet të tilla kështu që nëna do të ketë dikë që mund të mbështetet në kujdesin e porsalindur.

- Udhëzimi individual kërkohet gjithashtu pas paslindjes, pasi familja do të duhet të dijë të kujdeset për gruan dhe porsalindurin pas lindjes.
- Mësimi nuk duhet të jetë gjithmonë formal; ai mund të vijë në formën e komenteve gjatë orëve ose procedurave.
- Udhëzimi I gruas për të shmangur mbajtjen dhe transportin e objekteve të rënda për tre javët e para pas lindjes.
- Këshillimit të gruas që të pushojë dhe të flejë ndërsa i porsalinduri i saj është gjithashtu duke fjetur, në mënyrë që ajo të mund ta rifitojë energjinë e saj.
- Sigurimit që gruaja është e vetëdijshme që ajo duhet të kthehet në institucionin e kujdesit shëndetësor pas 4 deri në 6 javë për ekzaminim dhe se ajo duhet të caktojë një takim për fëmijën e saj që të shqyrtohet nga një pediatër në moshën 2 deri në 4 javë.
- Sigurimit që gruaja dhe familja i kuptuan udhëzimet e lindjes
- Thirrja ose vizita 24 orë pas lindjes është mënyra më e mirë për të vlerësuar nëse familja ka qenë në gjendje të kuptojë të gjitha udhëzimet dhe të integrojë porsalindurin në familje.

11.3 Kujdesi pas Lindjes

- Të sapolindurit me rrezik të lartë, të porsalindurit që lindin nënat adoleshente dhe të porsalindurit me nënat që kanë abuzuar me drogë gjatë shtatëzanisë, duhet të kenë një lindje të planifikuar posaçërisht dhe vizitë në shtëpi.
- Historia e shtatëzanisë vlerësohet gjatë vizitës pas lindjes dhe nëse ka ndonjë vështirësi me

lidhjen mes nënës dhe fëmijës dhe lejon gruan që të tregojë përvojat e saj të punës dhe të lindjes.

- Vlerësimi I historisë I të porsalindurit dhe nëse ka ndonjë shqetësim për të porsalindurin që gruaja ka vënë re.
- Vlerësimi I planeve të ardhshme të gruas, nëse ajo do të kthehet për të punuar jashtë shtëpisë dhe nëse ajo kishte rregulluar tashmë kujdesin e të porsalindurit kur ajo ishte larg.
- Kryerjes se një vlerësim familjar dhe pyetjeve nëse anëtarët e tjerë të familjes po përshtaten mirë me një të porsalindur në shtëpi.
- Shqyrtimi si I nënës ashtu edhe I të porsalindurit fizikisht për të shënuar ndonjë shenjë të komplikimeve ose defekteve të paslindjes.
- Kujtimi I nënës për vizitën e mirëmbajtjes shëndetësore të porsalindur sapo ajo arrin 2 deri në 4 javë dhe kontrollin e kthimit 4 deri në 6 javë pas lindjes.

Referencat

- 1.American Academy of Pediatrics & American College of Obstetricians and Gynecologists. (2007). Guidelines for perinatal care (6th ed.). Elk Grove Village, IL: Author.
- 2.Association of Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). (2007). Evidence-based clinical practice guideline: Breastfeeding support: Prenatal care through the fi rst year (2nd ed.). Washington, DC: Author.
- 3.Association of Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). (2006). Compendium of postpartum care (2nd ed.). Washington, DC: Author.
- 4.Atkinson, W., Hamborsky, J., McIntyre, L., & Wolfe, S. (Eds.). (2007). Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases (10th ed.) Washington DC: Public Health Foundation.
- 5.Beckmann, C.R.B., Ling, F.W., Smith, R.P., Barzansky, B.M., Herbert, W.N., & Laube, D.W. (2006). Obstetrics and gynecology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- 6.Berzuk, K. (2007). A strong pelvic fl oor: How nurses can spread the word. *Nursing for Women’s Health*, 11(1), 54-62.
- 7.Bick, D., MacArthur, C., & Winter, H. (2009). Postnatal care: Evidence and guidelines for management. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- 8.Blackburn, S.T. (2007). Maternal, fetal, and neonatal physiology: A clinical perspective (3rd ed.). St. Louis: Saunders.
- 9.Brown, S.E.H. (2006). Tender Beginnings program: An educational continuum for the maternity patient. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 20(3), 210-219.
- 10.Callister, L.C. (2008). Cesarean birth rates: Global trends. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 33(2), 129.
- 11.Chu, S.Y., Callaghan, W.M., Shapiro-Mendoza, C.K., & Bish, C.L. (2007). Postpartum care visits—11 states and New York City, 2004. *MMWR Morbidity & Mortality Weekly Report*, 56(50), 1312-1316.
- 12.Corwin, E.J. & Arbour, M. (2007). Postpartum fatigue and evidencebased interventions. *MCN: The American Journal of Maternal/ Child Nursing*, 32(4), 215-220.
- 13.Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Hauth, J.C., Gilstrap, L.C., Wenstrom, K.D. (2005). *Williams obstetrics* (22nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- 14.Dahlen, H. & Homer, C. (2008). Perineal trauma and postpartum perineal morbidity in Asian and non-Asian primiparous women giving birth in Australia. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and*

Neonatal Nursing, 37(4), 455-463.

15.Declercq, E., Cunningham, D.K., Johnson, C., & Sakala, C. (2008). Mothers' reports of postpartum pain associated with vaginal and cesarean deliveries: Results of a national survey. *Birth*, 35(1), 16-30.

16.Declercq, E.R., Sakala, C., Corry, M.P., & Applebaum, S. (2006). *Listening to mothers II: Report of the second national U.S. survey of women's childbearing experiences*. New York: Childbirth Connection.

17.George, L. (2005). Lack of preparedness: Experiences of first-time mothers. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 30(4), 251-255.

18.Groth, S.W. & David, T. (2008). New mothers' views of weight and exercise. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 33(6), 364-370.

19.Gunderson, E.P., Rifas-Shiman, S.L., Oken, E., Rich-Edwards, J.W., Kleinman, K.P., Taveras, E.M., & Gillman, M.W. (2008). R