

ფიზიოლოგიური მუშაობის
მართვა

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი

(პროტოკოლი)

ფიზიოლოგიური მშობიარობის მართვა

მშობიარობაში მყოფ ქალს, მშობიარობის აღბილის მიუხედავად, უნდა ჰქონდეს შესაძლებლობა:

- მიიღოს დახმარება, რომლის ფარგლებშიც ანგარიში გაეწევა მის ეთნიკურ, რელიგიურ და კულტურულ ტრადიციებს, ფასეულობებსა და შეხედულებებს.
- საკუთარი სურვილით, გვერდით იყოლოს პირები, რომლებიც მშობიარობის დროს ემოციურ და ფიზიკურ მხარდაჭერას აღმოუჩენენ.
- იაროს თავისუფლად, შეიცვალოს მდებარეობა და იმყოფებოდეს მისთვის სასურველ პოზაში მშობიარობის მიმდინარეობისა და ბავშვის დაბადების მომენტში (თუ შეზღუდვები რაიმე გართულების კორექციით არ არის განპირობებული). ლითოტომიის პოზიციის (ზურგზე მწოლიარე და აწეული ფეხებით) გამოყენება მოწოდებული არ არის.
- მიიღოს დახმარება, სადაც მინიმუმამდნა დაყვანილი იმ რუტინული წესებისა და პროცედურების გამოყენება, რომელთა საჭიროება მეცნიერულად არ არის დასაბუთებული (მაგ. კვების აკრძალვა, ინტრავენური გადასხმები; ნაყოფის რუტინული ელექტრონული მონიტორინგი; გამწმენდი ოყნა, ბოქვის გაპარსვა).
- მიიღოს დახმარება პერსონალისაგან, რომელიც მინიმალურად იყენებს ინვაზიურ პროცედურებს, მაგალითად, სანაყოფე გარსის მთლიანობის ხელოვნურ დარღვევას ან ეპიზოტომიას.
- მიიღოს დახმარება პერსონალისაგან, რომელიც ფლობს ტკივილის გაყუჩების არამედიკამენტურ მეთოდებს და სათანადო სამედიცინო ჩვენებების გარეშე, არ იყენებს ანალგეზიური ან ანესთეზიური საშუალებებს.

სამედიცინო დაწესებულებას, რომელშიც სამეანო დახმარების გაწევა ხორციელდება, უნდა გააჩნდეს:

- მხარდაჭერი წესები, რომელიც წაახალისებს დედებისა და ოჯახის წევრების მიერ ბავშვთან კონტაქტს, ხელში დაჭერას, ძუძუთი კვებას და ფიზიკური შესაძლებლობის ფარგლებში, დედის მხრიდან საკუთარი პირმშოს მოვლას, როგორც ჯანმრთელი, ისე ავადმყოფი, ნაადრევი ან თანდაყოლილი პათოლოგიის მქონე ახალშობილის შემთხვევაში.
- მკაფიოდ განსაზღვრული წესები და პროცედურები სხვა სამეანო სამსახურებთან თანამშრომლობისა და კონსულტირებისათვის, მათ შორის, ქალის ერთი დაწესებულებიდან მეორეში გადაყვანის შემთხვევაში, იმ დაწესებულებასთან ურთიერთობა, სადაც თავდაპირველი დახმარება იქნა გაწეული; დედისა და ბავშვის ჩაბმა მეთვალყურეობის ადგილობრივ სისტემაში, პრე- და პოსტნატალური დაკვირვებისა და ძუძუთი კვების ხელშეწყობის მიზნით.

ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროს სამედიცინო დახმარების მთავარი მიზანია – ქალისა და ბავშვის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა მშობიარობის დროს ფიზიოლოგიურ პროცესში ჩარევითა შესაძლო შემცირებით.

სამშობიარო ბლოკის პერსონალის მოვალეობანი

- ორსულისა და მისი ოჯახის წევრების მაქსიმალური მხარდაჭერა მშობიარობისა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდებში;
- მშობიარობის პროცესის მიმდინარეობაზე, ნაყოფისა და ახალშობილის მდგომარეობაზე დინამიური მეთვალყურეობა, რისკ-ფაქტორების შეფასება და გართულებათა შესაძლებლობისამებრ ადრეული გამოვლენა ;
- ადრეული ამნიოტომიის, ეპიზოტომიისა და სხვა პროცედურების წარმოება მხოლოდ მკაცრი ჩვენებით;
- მშობიარის დროული გადაყვანა მკურნალობის უფრო მაღალ საფეხურზე აღნიშნული დაწესებულებისათვის მაღალი რისკის მშობიარობის არსებობის შემთხვევაში ან მშობიარობის პროცესში გართულებათა განვითარების დროს, რომელიც მოითხოვს ასეთ გადაყვანას.

მიმღები განყოფილება

მიმღებ განყოფილებას უნდა ჰქონდეს ისეთი მდებარეობა, სადაც სრულიად დაცული იქნება კონფიდენციალურობა პაციენტის მიღების დროს. ანამნეზის შეკრებისა და სავალდებულო სამედიცინო დოკუმენტაციის შეკრების დროს იქ არ უნდა იმყოფებოდნენ უცნობი პირები, მათ შორის პაციენტის მიღების პროცესში მონაწილე სამედიცინო პერსონალი. სასურველია სამედიცინო სტაციონარში სპეციალური პალატის ან სხვა რაიმე ადგილის გამოყოფა, სადაც შეიძლება მოთავსდნენ ქალები მშობიარობის წინამორბედი ნიშნებით.

მშობიარობის დაწყების ობიექტური ნიშნები

- საშვილოსნოს ყელის სტრუქტურული ცვლილებები;
- საშვილოსნოს შეკუმშვები რეგულარულობის შეფასებით (აქტიური ფაზის დროს არა ნაკლებ 3-ჯერ 10 წუთში).

მიმღებ განყოფილებაში ექიმი ან ბებია-ქალი ვალდებულია:

- გააცნოს განყოფილებაში მშობიარობის მართვის ძირითად პრინციპებს ;
- მწვავე რესპირატორული დაავადებებისა და სხვა ინფექციური პროცესების ნიშნების შეფასების შემდეგ, რომლებიც საშიშია გარშემომყოფთათვის, შესთავაზოს მშობიარობაში მონაწილეობა ნებისმიერ ერთ ან რამოდენიმე პირს თვითონ ქალის არჩევით. ინფიცირების აშკარა ნიშნების არსებობის შემთხვევაში პირს უნდა ეთქვას უარი მშობიარობის პროცესში მონაწილეობის მიღებაზე, მიზეზის აუცილებელი ახსნით. არავითარი სხვა დამატებითი გამოკვლევა საჭირო არ არის.

- არჩევანი გააკეთოს თვითონ თავისსა და საავადმყოფოს ტანსაცმელს შორის და ბახილების შესახებ თანამდგომთათვის, თუ მათ არ აქვთ თავისი გამოსაცვლელი ფეხსაცმელი ან მათი ტანსაცმელი არის მოუხერხებელი და არც ისე სუფთა;
- შესთავაზოს პაციენტს მიიღოს შხაპი ;
- სხეულის ტემპერატურის, წნევისა და პულსის გაზომვა, საერთო სამეანო დათვალირების ჩატარება;
- მშობიარობის ისტორიის შევსება.

რუტინულად არ წარმოებს:

- ხელისა და ფეხის ფრჩხილების, სარძევე ჯირკვლის კერტების სპეციალური დამუშავება, ფრჩხილების დაჭრა არ ხდება ;
- გამწმენდი ოყნა (არც შეეთავაზება). ჩვენება – თუ კუჭის მოქმედება არ ჰქონია 3-4 დღის განმავლობაში და პაციენტის მოთხოვნა ;
- ბოქვენისა და შორისის გაპარსვა.

საბუთების გაფორმების შემდეგ მიმღები განყოფილების ბებია-ქალი ვალდებულია პირადად გააცილოს ოჯახი სამშობიარო ბლოკის პალატამდე, სადაც პაციენტი იქნება მშობიარობის პერიოდში. მან უნდა გააცნოს ოჯახს სამშობიარო ბლოკის მორიგე ბებია-ქალი.

სამშობიარო პალატა

სამშობიარო პალატა უნდა იყოს ერთ ადგილიანი. კონფიდენციალურობის დასაცავად სამშობიარო პალატის კარები მუდმივად უნდა იყოს დახურული. შესვლისას სამედიცინო პერსონალმა უნდა დააკაკუნოს კარზე და ითხოვოს შესვლის ნებართვა. სხვა სამედიცინო მუშაკების სამშობიარო პალატაში შესვლა, რომლებიც უშუალოდ არ არიან ჩართულნი პაციენტის მართვის პროცესში, უნდა იყოს მაქსიმალურად შეზღუდული. სასურველია, რომ სამშობიარო პალატას ჰქონდეს სახლის პირობების მაქსიმალურად მსგავსი სახე.

სამშობიარო პალატაში უნდა იყოს:

- სამშობიარო მაგიდა – ტრანსფორმერ (დასაშვებია ფუნქციონალური თავის მდებარეობის ცვლილების შესაძლებლობით), რახმანოვის მაგიდა არ არის აუცილებელი ;
- ახალშობილის რეანიმაციისათვის სპეციალურად აღჭურვილი ადგილი ბავშვის შესახვევი გამათბობელი მაგიდითა და ჟანგბადის წყაროთი, ელექტრო-თერმომეტრი ბავშვის ტემპერატურის გასაზომად;
- აუცილებელია შენობაში იყოს თერმომეტრი ჰაერის ტემპერატურის გასაზომად, რომელიც არ უნდა იყოს 25 გრადუსზე ნაკლები;
- სამშობიარო პალატებში სასურველია იყოს საშხაპე კაბინა ან აბაზანა პაციენტისათვის, ქალისა და მისი ახლობლების მოსასვენებელი ადგილი: სავარძელი, სკამები, მაგიდა, ტუმბო, მაგიდის გამანათებელი,

მუსიკალური ცენტრი, აგრეთვე ნოხი, გიმნასტიური ბურთი, გაბერილი სავარძელი, შვედური კედელი და სხვა საგნები რელაქსაციისათვის მშობიარობის დროს;

- ფანჯრებზე ფარდები ან ქაღალუხები;

მშობიარობის პროცესზე დაკვირვება ევალება ძირითადად სამშობიარო ბლოკის ბებია-ქალს, რომელიც ვალდებულია ქალის გვერდით იყოს მისი სამშობიარო ბლოკში ყოფნის მთელი დროის არა ნაკლებ 50%-სა:

- I პერიოდში – პერიოდულად (ყოველ 15-30 წუთში);
- I პერიოდის ბოლოს და II პერიოდში – მუდმივად;
- III პერიოდში – პერიოდულად.

ქალს უნდა ჰქონდეს პერსონალის სასწრაფო გამოძახების საშუალება.

მშობიარობაზე დაკვირვება მოიცავს:

- ნაყოფის გულისცემის მოსმენას (ნორმა – 110-160 დარტყმა/წთ);
- I პერიოდში – ყოველ 15-30 წუთში საშვილოსნოს შეკუმშვის დასრულების შემდეგ მთელი ერთი წუთის განმავლობაში;
- ჭინთვების დროს – ყოველ 5 წუთში ან ყოველი ჭინთვის შემდეგ;
- კარდიოტოკოგრაფიის რუტინული გამოყენება არ არის გამართლებული, განსაკუთრებით დაბალი რისკის ჯგუფის მშობიარე ქალებში;
- საშოსმხრივი გამოკვლევა მშობიარობის დინამიკის შესაფასებლად აქტიურ ფაზაში წარმოებს ყოველ 4 საათში, უფრო ხშირი გასინჯვა საჭიროა ჩვენებებისას – სამშობიარო მოქმედების სტიმულაცია, სანაყოფო სითხის ნაადრევი დაღვრა, მედიკამენტოზური გაუტივარების წინ და სხვ. (შენიშვნა: საშვილოსნოს ყელის გახსნის საშუალო სიჩქარე არის 1სმ/სთ, მინიმალური მისაღები მნიშვნელობა – 0,5სმ/სთ);
- შეკუმშვათა შეფასება: აქტიურ ფაზაში 3-4 შეკუმშვა 10 წუთში, 40-50 წმ მეტი ხანგრძლივობით;
- პულსის კონტროლი – ყოველ 30 წუთში;
- არტერიული წნევა – ყოველ 4 საათში (განსაკუთრებული შემთხვევების გარდა, მაგ.: ქრონიკული ჰიპერტენზია);
- სხეულის ტემპერატურა ყოველ 4 საათში;
- შარდვის სიხშირე და მოცულობა – ქალის მიერ თვითკონტროლი (აუცილებელია შევთავაზოთ ხშირი გასვლა ტუალეტში);
- პაციენტისათვის მშობიარობის III პერიოდის შესახებ სრული წერილობითი და ზეპირი ინფორმაციის მიწოდებას როგორც პოტენციური უპირატესობების ისე უარყოფითი მხარეების შესახებ მშობიარობის III პერიოდის ორივე, აქტიური და მოცდითი ტაქტიკების დროს. მშობიარობა მიმდინარეობს პარტოგრამის წარმოებით, რომელსაც ავსებს ბებია-ქალი. მთელი მშობიარობის პერიოდში სამედიცინო პერსონალმა მშობიარესა და მის ოჯახს უნდა აღმოუჩინოს სრულყოფილი ემოციური, ფსიქოლოგიური და ფიზიკური დახმარება.

საკვები და სასმელი

არ არსებობს მონაცემები როგორც სითხეების ასევე მსუბუქი საკვების (იოგურტი, ვაშლი, ბანანი, შოკოლადი, ბუტერბროდი და სხვ.) მიღების აკრძალვის ან შეზღუდვის შესახებ. მენდელსონის სინდრომის განვითარების რისკი უპირველეს ყოვლისა დაკავშირებულია ზოგად ნარკოზთან და შეიძლება აცილებული იყოს თავიდან იმ ჩარევების რიცხვის შემცირებით, რომლებიც მოითხოვენ ზოგად ანესთეზიას (მათ შორის საკეისრო კვეთა), გამტარებლობითი ანესთეზიის მეთოდების გამოყენების წილის გაზრდით და ასევე ანესთეზიოლოგიური მეთოდების პროტოკოლის მკაცრი დაცვით.

სამშობიარო ტკივილი

მშობიარის დახმარება გაუმკლავდეს მტკივნეულ შეგრძნებებს – ეს არის სამედიცინო პერსონალის ერთ-ერთი უმთავრესი ამოცანა მშობიარობის დროს.

მშობიარობაზე საერთო შთაბეჭდილება დიდად არის დამოკიდებული ტკივილის ინტენსიობაზე. უდავოა, რომ უხშირესად გამოხატული ტკივილის სინდრომი თან სდევს მშობიარობას სამშობიარო მოქმედების ანომალიებით, რომელიც მოითხოვს სტიმულაციას ან ინდუქციის დროს.

ტკივილის შეგრძნების მიიღწევა მედიკამენტური გაუტკივარების მეთოდებით, მაგრამ განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია (და უსაფრთხოა) არა მედიკამენტური მეთოდების გამოყენება, როგორც არის:

- მშობიარისა და მისი ოჯახის მაქსიმალური ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა
- პაციენტისა და მისი ახლობლების ინფორმირება მშობიარობის შესახებ მაქსიმალურად მათთვის აუცილებელი მოცულობით. ინფორმაცია უნდა იყოს მართალი ამა თუ იმ ჩარევის ან მეთოდის როგორც დადებითი ისე უარყოფითი მხარეების განხილვისას, რომლებიც გამოიყენება დახმარების აღმოსაჩენად;
- პოზიციის თავისუფალი არჩევანი მშობიარობის I და II პერიოდებში;
- შეკუმშვების დროს სხეულის ვერტიკალური მდებარეობა (გამონაკლისია სანაყოფო სითხის დაღვრა, როდესაც ნაყოფის თავი არ არის მჭიდროდ მიბჯენილი) და ლატერალური პოზიცია. სამედიცინო მუშაკები უნდა შესთავაზონ პაციენტს ასეთი მდებარეობანი;
- მასაჟი;
- სპეციალური სუნთქვები რელაქსაციასთან ერთად;
- შხაპი და აბაზანა;
- მუსიკა;
- არომათერაპია;
- კონტრასტული შხაპი;
- აკუპუნქტურა

მშობიარობის გაუტკივარების ყველა არა მედიკამენტურ მეთოდს აქვს მცირე რაოდენობით მტკიცებულებანი ეფექტურობის შესახებ. უფრო სწორად რომ ვთქვათ – ქალის ყურადღების გადატანა, მის მიერ მშობიარობის როგორც

მხიარული და მნიშვნელოვანი პროცესის აღქმის გაძლიერება და საბოლოოდ ის, რომ ისინი არიან არა საზიანო.

დახმარება მშობიარობის II პერიოდში

- ბებია-ქალმა ან მეანმა უნდა მოამზადოს აუცილებელი მოწყობილობანი და ადგილი ახალშობილის რეანიმაციისათვის (სითბოს ჩართვა, ჟანგბადის შეერთება, შეამოწმოს ადგილზეა თუ არა სასუნთქი ბალონი და მისი ნილაბი, ელექტროსაქანი გამანაწილებელით და მსხალი; ბავშვისათვის საფენების, ქუდის და წინდების მომზადება).
- მშობიარობის ადგილის მომზადება – სუფთა საფენების ან ერთჯერადი პაკეტის გაშლა იმ ადგილას, რომელიც ქალმა აირჩია სამშობიაროდ. იმ საფენების გათბობა, რომლებითაც უნდა გამშრალდეს ბავშვი, მშობიარობისათვის აუცილებელი ინსტრუმენტების მომზადება, მათ შორის ჭიპლარის გადასაჭრელი მაკრატელი. მშობიარობა შესაძლებელია ნებისმიერ პოზიციაში, რომელსაც ქალი აირჩევს. ბავშვისათვის ყველაზე უფრო არა ხელსაყრელი და საშიში არის ჰორიზონტალური პოზიცია. ხშირად ქალების ირჩევენ ნახევრად მჯდომარე პოზიციას.
- II პერიოდის დასაწყისი ყოველთვის არ ემთხვევა აქტიური ჭინთვების დასაწყისს. ამიტომ არ ღირს ვაიძულოთ ქალი გაიჭინოს იმაზე ადრე, სანამ ქალი თვითონ არ შეიგრძნობს უკანა ტანზე ძლიერი ზეწოლის შეგრძნებას.

აუცილებელი არ არის:

- ჭინთვების მართვა სუნთქვის შეკავებით (ვალსალვას მეთოდი);
- რუტინული ეპიზოტომია (შორისის გახევის საშიშროება, “მაღალი “ შორისი);
- შორისის დაცვა (ეს მეთოდი შეიძლება გამოვიყენოთ მაშინ, როცა ქალი არის ისეთ მდგომარეობაში, რომლის დროსაც პრაქტიკულად შესაძლებელია ამის გაკეთება, მაგრამ ამ შემთხვევაშიც კი არ არის რეკომენდირებული ნაყოფის თავის გაშლისათვის წინააღმდეგობის გაწევა);
- II პერიოდის შემოკლება ნაყოფისა და ქალის ნორმალური მდგომარეობის დროს;
- ბავშვის დაბადება ერთი ჭინთვით. თავის დაბადების შემდეგ მხრებს საშუალება უნდა მიეცეთ თვითონ მობრუნდნენ, ამასთან აუცილებელია შემოწმდეს ხომ არ არის ჭიპლარის შემოხვევა. მისი მჭიდრო შემოხვევის დროს ის უნდა გადაიჭრას 2 მომჭერს შორის, არა მჭიდრო შემოხვევისას – ჭიპლარის დაჭიმულობის შემცირება და შემდგომი ჭინთვის დალოდება. **არ იჩქაროთ! სახის ციანოზი არ ითვლება საშიშ ნიშნად! არ გამოიყენოთ კრისტელერის მეთოდი!**

მშობიარობის მესამე პერიოდის აქტიური მართვა

ნაყოფის დაბადებიდან 1 წუთის განმავლობაში 10 ერთ ოქსიტოცინის შეყვანა კუნთებში.

ჭიპლარის კონტროლირებადი ტრაქცია:

- მომჭერის დადება ჭიპლარზე შორისთან ახლოს. დაიჭირეთ კლემირებული ჭიპლარის და მომჭერის ბოლოები ერთი ხელით.
- დაადეთ მეორე ხელი ბოქვენს ზევით და გადაადგილეთ საშვილოსნო ბოქვენიდან ზევით კონტროლირებადი ტრაქციის განხორციელებისას. ეს თავიდან აგვაცილებს საშვილოსნოს გადმობრუნებას.
- მსუბუქად დაჭიმეთ ჭიპლარი და დაელოდეთ საშვილოსნოს ძლიერ შეკუმშვას (ჩვეულებრივ 2-3 წუთის შემდეგ).
- როგორც კი შენიშნავთ საშვილოსნოს შეკუმშვას ან ჭიპლარის დაგრძელებას, ძალიან ფრთხილად მოქაჩეთ ჭიპლარი თქვენსკენ ქვემოთ პლაცენტის დაბადებისათვის. არ დაელოდოთ ჭარბ სისხლიან გამონადენს მანამ სანამ თქვენ დაიწყებთ ჭიპლარის მოქაჩვას. გააგრძელეთ მეორე ხელით საშვილოსნოს გადაწევა ჭიპლარის დაქაჩვის მიმართულების საპირისპიროდ.
- თუ პლაცენტა არ გამოდის კონტროლირებადი ტრაქციის 10-20 წამის განმავლობაში (არ არის მომყოლის მოცილების ნიშნები), ჭიპლარის ტრაქცია უნდა შეწყდეს.
- ფრთხილად დაიკავეთ ჭიპლარი და დაელოდეთ საშვილოსნოს შემდეგ შეკუმშვას.
- საშვილოსნოს შემდეგი შეკუმშვისას გაიმეორეთ ჭიპლარის კონტროლირებადი ტრაქცია საშვილოსნოს გადაწევით საწინააღმდეგო მიმართულებით.

არასდროს არ განახორციელოთ ჭიპლარის ტრაქცია მეორე ხელით საშვილოსნოს საპირისპირო მიმართულებით გადაადგილების გარეშე.

- პლაცენტის დაბადებისას თხელი სანაყოფო გარსები შესაძლოა დაზიანდეს. ამიტომ პლაცენტა უნდა დაიკავოთ ორივე ხელით და ფრთხილად ვაბრუნოთ ის მანამ, სანამ გარსები მთლიანად არ გამოვა.
- ნელა მოქაჩეთ პლაცენტას მშობიარობის დასამთავრებლად.
- თუ სანაყოფო გარსები გაიხა, ფრთხილად დაათვალიერეთ საშოს ზედა ნაწილი და საშვილოსნოს ყელი სტერილური ხელთათმანებით და გამოიყენეთ ფანჯრისებური მომჭერები სანაყოფო გარსების დარჩენილი ნაწილების გამოსატანად, რომლებიც იქნა აღმოჩენილი
- ყურადღებით დაათვალიერეთ პლაცენტა, რათა დარწმუნდეთ მის მთლიანობაში. თუ პლაცენტის დედისმხრივი ზედაპირის ნაწილი არ არის ან ადგილი აქვს გარსების გახევას სისხლძრღვევით, საეჭვოა პლაცენტის ნაწილების ჩარჩენა საშვილოსნოს ღრუში.
- თუ ჭიპლარი გაწყდა, შეიძლება საჭირო გახდეს პლაცენტის ხელით მოცილება.

- მომყოლის დაბადების შემდეგ დაუყოვნებლივ განახორციელებს საშვილოსნოს ფუძის მასაჟი მუცლის წინა კედლიდან საშვილოსნოს შეკუმშვების დაწყებამდე.
- საშვილოსნოს მასაჟი გაიმეორეთ მშობიარობის შემდგომი პერიოდის ყოველ 15 წუთში პირველი 2 საათის განმავლობაში.

ბავშვის დაბადების შემდეგ ბებია-ქალი ან მეანი, რომელსაც მიყავდა მშობიარობა:

- აფასებს ბავშვის მდგომარეობას თავის ხელშივე. თუ მისი მდგომარეობა არ არის საგანგაშო ანუ ის სუნთქავს, ყვირის, ტონუსშია, გულისცემა 100-ზე მეტია წუთში, თბილი სუფთა საფენებით გამშრალებისთანავე აწვენენ დედის მუცელზე.
- ლორწოვანის რუტინული ამოქანვა ახალშობილის ცხვირიდან და პირიდან, კუჭის ზონდირება არ ტარდება.
- ნაყოფს თავზე ახურავენ სუფთა შესაძლოა სახლიდან მოტანილ ქუდს, ფეხებზე – წინდებს.
- სველი საფენი უნდა გადავაგდოთ და ბავში გაიხვევა მშრალ საფენებში და დამატებით საბნით.
- ჭიპლარი გადაიკვეთება სტერილური ინსტრუმენტით, შესაძლებელია ბავშვის მამის ან სხვა პირის მიერ, ჭიპლარის დამუშავება ამ შემთხვევაში ანტისეპტიკებით არ არის საჭირო.
- სამშობიარო გზები ფრთხილად თვალიერდება ტამპონის საშუალებით.
- სამშობიარო გზების რუტინული დათვალიერება სარკეებში არ ტარდება ;
- არ არის საჭირო მუცელზე ყინულის მოთავსება ;
- შარდის ბუშტის რუტინული კათეტერიზაცია არ ტარდება ;
აუცილებლობის შემთხვევაში რბილი სამშობიარო გზების დაზიანებები გაიკურება ადგილობრივი ანესთეზიით(სასურველია ლიდოკაინით) ქვეშ სწრაფად გამწოვი საკერავი მასალით (Vicril-Rapid №2-0);
- გაკერვის წინ ანტისეპტიკით დაამუშავეთ ჭრილობა, შესაძლებელია თმების შეკრიჭვა
- რბილი სამშობიარო გზების დამატებითი დამუშავება ანტისეპტიკებით საჭირო არ არის
- ქალის თეთრეული უნდა გამოიცვალოს მშრალზე და დედას და ახალშობილს დაეფაროს საბანი

ახალშობილის პირველი მოვლა

- ბავშვის სუნთქვისა და კანის ფერის შეფასება ყოველ 15 წთ-ში პირველი საათის განმავლობაში და ყოველ 30წთ-ში შემდეგი 2 საათის განმავლობაში. ციანოზის ან სუთქვის გაძნელების დროს (<30 ან >60) მიეცეს ჟანგბადი ნიღბით და გამოზახებული იყოს ნეონატოლოგი
- გაიზომოს ბავშვის სხეულის ტემპერატურა ელექტრონული თერმომეტრით ყოველ 30 წთ-ში პირველი 2 სთ-ის განმავლობაში ; თუ ტემპერატურა

არის 36,5-ზე ნაკლები, გატარდეს დამატებითი ღონისძიებები ახალშობილის გასათბობად

- აუხსენით დედას ძუძუთი კვების უპირატესობის და მისი წესების შესახებ და მოეხმარეთ პირველ ძუძუთი კვებაში
- გონობლენორეის პროფილაქტიკა ტეტრაციკლინის ან ერითრომიცინის მაღალმოთი უნდა ცატარდეს მშობიარობიდან 1 საათის შემდეგ
- პლასტიკური მომჭერის დადება ჭიპლარზე კეთდება ბებიაქალისათვის მოსახერხებელ დროს. ჭიპლარი უნდა გაიწმინდოს სტერილური მარლით, დამატებითი დამუშავება საჭირო არ არის. ამ პროცედურის დროს არ უნდა ხორციელდებოდეს კანი კანთან კონტაქტი.
- არ არის რეკომენდებული ბავშვის მჭიდრო გაკოჭვა
- ბავშვის აწონვა და გაზომვა უნდა მოხდეს სითბური ჯაჭვის დაცვის წესებით
- კანის სპეციალური დამუშავება და ბავშვის დაბანა საჭირო არ არის
- თუ არ აღინიშნება გართულებები, 2 საათში შეიზლება დედისა და ახალშობილის გადაყვანა მელოგინეთა განყოფილებაში.
- სამშობიარო ბლოკის ბებიაქალმა უნდა გააცნოს დედას მელოგინეთა და ბავშვთა განყოფილების პერსონალი

მელოგინეთა განყოფილება

მელოგინეთა განყოფილებაში უნდა გატარდეს შემდეგი ღონისძიებები:

- დედისა და ჩვილის ერთად ყოფნა;
- არ არის საჭირო სარძევე ჯირკვლების დამუშავება ანტისეპტიკური საშუალებებით ;
- შორისის ნაკერების მოვლა ანტისეპტიკური საშუალებების გამოყენების გარეშე. ისინი უნდა იყოს მშრალ და სუფთა მდგომარეობაში;
- ჭიპლარის ტაკეს უნდა მოეუაროთ მშრალი წესით. ჭიპლარის ტაკის დამუშავება არ შეიძლება ანტისეპტიკებით (სპირტით), უნდა შევინარჩუნოთ მისი სიმშრალე, სისუფთავე და ის იყოს გახსნილ მდგომარეობაში (სახვევის გარეშე). ჭიპლარის ტაკე თავისით თუ არ მოვარდება არ არის რეკომენდირებული ჭიპლარის ტაკის ხელით მოცილება. თუ ქალი ეწერება სახლში და ჭიპლარის ტაკე არ არის მოვარდნილი, დედას უხსნიან ტაკის მოვლის წესებს (ბავშვის დაბანა ხდება ჩვეულებრივი წესით, ჭიპლარი უნდა შევინარჩუნოთ მშრალ და სუფთა მდგომარეობაში). თუ ახალშობილი ცხოვრობს სოფლის პირობებში ან მშობლები ცხოვრობენ არახელსაყრელ სოციალურ პირობებში გაწერა უნდა განხორციელდეს მხოლოდ ჭიპლარის მოვარდნის შემდეგ.
- ახალშობილის ვაქცინაციას სასურველია ესწრებოდეს დედა;
- ნათესავთა მოსვლა-მონახულება საკითხს წყვეტს სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულება.
- პალატაში უნდა იყოს თავისუფალი ინტერიერი;

- დედას უნდა ჰქონდეს საშუალება საკუთარი ტანსაცმელის გამოყენების
- მედპერსონალს არ მოეთხოვება ნიღბებისა და ქუდების ტარება;
- საჭიროა ერთჯერადი ხელთათმანების გამოყენება დათვალიერებისას.
- ნიღბიანი რეჟიმი საჭიროა მხოლოდ კარანტინისა და ეპიდემიის პერიოდში. ინვაზიური მანიპულაციების ჩატარებისას სასურველია თავდაცვის ინდივიდუალური საშუალებების (ქუდი, ნიღბი) გამოყენება.
- ნებადართულია ქარხნული ჰიგიენური საფენების ხმარება.

ხელის დამუშავება

მედიცინის მუშაკთა ხელების ჰიგიენა ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ღონისძიებაა, რომელიც სამედიცინო დახმარებასთან დაკავშირებული ინფექციის გავრცელების თავიდან აცილებისკენაა მიმართული.

ხელების დაბანა საჭიროა სამუშაოს დაწყებამდე, ტუალეტის შემდეგ, საკვების მიღებამდე და მიღების შემდეგ.

ხელების დაბანის რეკომენდირებული ტექნიკა:

მოვიხსნათ ბეჭდები და სხვა სამკაულები, რადგან ისინი ხელს უშლიან მიკროორგანიზმების ეფექტურ მოცილებას;

ზომიერი სასიამოვნოდ თბილი წყლის ნაკადის ქვეშ ენერგიულად გავისაპნოთ ხელები და 10 წამის მანძილზე გაუსვათ ერთმანეთს, რის შემდეგაც ჩამოვიბანოთ. უნდა გვახსოვდეს, რომ ყველაზე ხშიორად გამოტოვებული უბნებია – ცერა თითი და თითებისა და ხელის მტევნის ზურგის ზედაპირი;

ხელები შეიმშრალეთ ქაღალდის პირსახოცით, რომლითაც შემდეგ დახურეთ ონკანი. ქაღალდის პირსახოცის არ არსებობის შემთხვევაში შეიძლება გამოყენებულ იქნას ერთჯერადი ხმარების სუფთა ქსოვილის ნაჭრები ზომით 30X30-ზე. ყოველი გამოყენების შემდეგ ასეთი პირსახოცები უნდა მოვათავსოთ სპეციალურად პირსახოცებისთვის განკუთვნილ კონტეინერებში სამრეცხაოში გასაგზავნად.

ხელის დასაბანი საპნის შერჩევას უპირატესობა ენიჭება თხიერ საპონს, ერთჯერადი გამოყენების დოზატორებში. მრავალჯერადი გამოყენების დოზატორები დროთაგანმავლობაში ბინძურდება: არ შეიძლება თხიერი საპნის დამატება ნაწილობრივ შევსებულ დოზატორში. ის უნდა დავცალოთ, გამოვრეცხოთ, გავაშროთ და მხოლოდ ამის შემდეგ ჩავასხათ საპნის ახალი პორცია.

თუ გამოიყენება საპნის ნაჭრები, უნდა გამოვიყენოთ სასაპნეები, რომლებიც საპნის გაშრობის საშუალებას იძლევა ხელების დაბანის ცალკეულ ეპიზოდებს შორის, საუკეთესოა მაგნიტის საკიდი.

მანიპულაციის წინ და მის შემდეგ აუცილებელია ხელების დამუშავება ანტისეპტიკური საშუალებით, რის შემდეგაც ხელების შემშრალება არაა საჭირო.

ჰიგიენური ანტისეპტიკა გულისხმობს ანტისეპტიკური პრეპარატების ანუ ანტიმიკრობული აქტიობის მქონე პრეპარატების გამოყენებას,

ქალის გარეგანი დათვალიერება ხორციელდება ერთჯერადი ხელთათმანების გამოყენებით. ხელთათმანების გაკეთების და მოხსნის შემდეგ ხელები ანტისეპტიკური საშუალებით დაიმუშავეთ

მშობიარობის მიღება ხდება სტერილური ხელთათმანებით. ხელთათმანების გაკეთების და მოხსნის შემდეგ ხელები ანტისეპტიკური საშუალებით დაიმუშავეთ

ბაიდლანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი –

„ფიზიოლოგიური მშობიარობის მართვა“