

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2019 წლის 8 ოქტომბრის №2 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2020 წლის 10 მარტის №01- 83/ო ბრძანებით

ფიზიოლოგიური მშობიარობის მართვა

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია
(გაიდლაინი)

ფიზიოლოგიური მშობიარობის მართვის გაიდლაინი ადაპტირებულია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სფეროში მოღვაწე ქართველი ექსპერტების მიერ. გაიდლაინის ადაპტირება განხორციელდა საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ინიციატივით, გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) მხარდაჭერით.

სარჩევი

1. შესავალი.....	3
1.1. გაიდლაინის მიზანი	3
1.2. ვისთვის არის გაიდლაინი განკუთვნილი	3
1.3. პრობლემის აქტუალობა.....	3
1.4. დაკავშირებული გაიდლაინები.....	5
2. გაიდლაინის ადაპტირების მეთოდოლოგია	5
3. მტკიცებულება და რეკომენდაციები	6
3.1. მშობიარობის პერიოდის მეთვალყურეობა.....	6
3.2. მშობიარობის I პერიოდი	8
3.3. მშობიარობის მეორე პერიოდი	22
3.4. მშობიარობის მესამე პერიოდი	25
3.5. ახალშობილის მოვლა.....	28
3.6. მშობიარობის შემდგომი მეთვალყურეობა.....	30
4. გაიდლაინის დანერგვა	33
5. პრაქტიკაში ადაპტაციის რეკომენდაციები.....	33
6. აუდიტის კრიტერიუმი.....	33
7. გაიდლაინის გადასინჯვის და განახლების ვადა	34
8. ავტორები.....	34
9. გამოყენებული ლიტერატურა	35
10. დანართი 1.....	49

1. შესავალი

1.1. გაიდლაინის მიზანი

ფიზიოლოგიური მშობიარობის მართვის გაიდლაინის მიზანია უახლესი, სამეცნიერო მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაციის მიწოდება, როგორც ჯანდაცვის სპეციალისტებისთვის, ისე ორსული ქალებისა და მათი ოჯახებისთვის. გაიდლაინი მიესადაგება ყველა ჯანმრთელ ორსულ ქალს და მხედველობაში იღებს მშობიარობის პროცესის ფიზიოლოგიურ თავისებურებებს.

აღნიშნული გაიდლაინი მოიცავს მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ინფორმაციას შემდეგ საკითხებზე:

- პატივისცემაზე დაფუძნებული სამშობიარო გარემოს უზრუნველყოფა;
- მშობიარობის I პერიოდის განსაზღვრება, ხანგრძლივობა და მიმდინარეობის თავისებურებები;
- სამშობიაროში მიღების წესები;
- მშობიარობის გაუტკივარების მეთოდები;
- მშობიარობის II პერიოდის განსაზღვრება, ხანგრძლივობა და მიმდინარეობის თავისებურებები;
- მშობიარობის III პერიოდში პროფილაქტიკური უტეროტონული საშუალებების გამოყენება;
- ახალშობილის მოვლა;
- ლოგინობის ხანის მეთვალყურეობა.

1.2. ვისთვის არის გაიდლაინი განკუთვნილი

- ჯანდაცვის პერსონალისათვის, რომელიც ჩართულია ორსულობის, მშობიარობისა და მშობიარობის შემდგომი პერიოდის მართვის პროცესში;
- პოლიტიკის შემქმნელებისთვის, სადაზღვევო კომპანიის წარმომადგენლებისა და კლინიკის მენეჯერებისთვის;
- ორსული ქალებისა და მათი ოჯახებისთვის;
- სამედიცინო უნივერსიტეტის/სკოლის სტუდენტებისთვის, რეზიდენტებისა და უწყვეტი განათლების პროგრამებში მონაწილე პირებისთვის.

1.3. პრობლემის აქტუალობა

ყოველწლიურად მსოფლიოში 140 მილიონი ქალი მშობიარობს გართულების გარეშე. გართულების შემთხვევაში კი იზრდება როგორც დედის, ასევე, ახალშობილის ავადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებელი. სწორედ ამიტომ გლობალური განვითარების მიზანია არა მხოლოდ გართულებების სიხშირის შემცირება, არამედ გართულების შემთხვევაში საუკეთესო გამოსავლის მიღება.

ყურადსაღებია ის ფაქტი, რომ დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი არაპროპორციულად მაღალია დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში. მშობიარობის მეთვალყურეობის ხარისხის ამაღლება

მკვდრადშობადობის, დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირების ეფექტურ სტრატეგიად ითვლება.

მიუხედავად წლების მანძილზე მიმდინარე კვლევებისა და დებატებისა, ფიზიოლოგიური მშობიარობის განმარტება არ არის სტანდარტიზებული და უნივერსალური. მშობიარობის პროცესის უსაფრთხო მონიტორინგისთვის აუცილებელია ვიცოდეთ, რას გულისხმობს ფიზიოლოგიური მშობიარობის დასაწყისი და მიმდინარეობა. მოცემული გაიდლაინი გვაწვდის მშობიარობის პროცესის ნორმებს და ეფექტური ზედამხედველობის რეკომენდაციებს.

უკანასკნელი 2 ათწლეულია მშობიარობის გამოსავლის გაუმჯობესების მიზნით ფართოდ გამოიყენება ფიზიოლოგიურ მშობიარობაში ჩარევის სხვადასხვა მეთოდი (სამშობიარო მოქმედების აღმკრა, სტიმულაცია). თუმცა ამ ჩარევების შედეგად მივიღეთ მშობიარობის დროს მედიკამენტების გამოყენების მაღალი სიხშირე, ფიზიოლოგიური პროცესის უგულვებელყოფა და მშობიარობის უარყოფითი გამოცდილება.

სერვისის მიმწოდებელი ვალდებულია, მშობიარეს გაუწიოს კვალიფიციური მომსახურება და რეფერალი საჭიროების შემთხვევაში. თუმცა სამედიცინო დაწესებულებაში მშობიარობა სამწუხაროდ, ყოველთვის ხარისხიანი მეთვალყურეობის მიღებას არ ნიშნავს. არსებობს პაციენტთან უპატივცემულო მოპყრობისა და უყურადღებობის შემთხვევები, რაც არა მარტო არღვევს ადამიანის უფლებას, არამედ ქმნის ბარიერს ჯანდაცვის პროფესიონალებსა და პაციენტებს შორის. მნიშვნელოვანია არა მხოლოდ მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურება, არამედ ქალზე ორიენტირებული სამშობიარო გარემოს შექმნა. მშობიარობის პროცესის მნიშვნელოვანი ნაწილია ქალის მიერ მშობიარობის დადებითი აღქმა. აღნიშნული გულისხმობს კლინიკურად და ფსიქოლოგიურად უსაფრთხო გარემოში, თანმხლები პირისა და კომპეტენტური სამედიცინო პერსონალის მხარდაჭერით ჯანმრთელი ახალშობილის დაბადებას.

გაიდლაინი განკუთვნილია ყველა ჯანმრთელი ორსული ქალისთვის და ითვალისწინებს მშობიარობის პროცესის ფიზიოლოგიურ თავისებურებებს. თუმცა დღემდე არ არსებობს შეთანხმება მშობიარობის ფაზების დაწყებისა და ხანგრძლივობის შესახებ. ბოლო დრომდე ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია აქტიურად მოუწოდებდა პარტოგრამის რუტინულ გამოყენებას, ბოლო კვლევების მონაცემებით ნორმალური მშობიარობის ხანგრძლივობა შეიძლება აღემატებოდეს დადგენილ ნორმებს, ამიტომაც პარტოგრამის მნიშვნელოვანი შემადგენელი ნაწილის - სიფხიზლისა და მოქმედების ხაზების ვალიდურობა ეჭვქვეშ დადგა.

მოცემული განახლებული გაიდლაინი ემსახურება ხარისხიანი მომსახურების მიწოდებას ყველა დონის დაწესებულებაში.

1.4. დაკავშირებული გაიდლაინები

WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience

WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections

WHO recommendations for augmentation of labour

WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage

WHO Guideline: delayed cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes.

WHO Guidelines on basic newborn resuscitation

WHO Recommendations for management of common childhood conditions: evidence for technical update of pocket book recommendations.

WHO recommendations on newborn health

WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn

WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage

WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections

WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn

2. გაიდლაინის ადაპტირების მეთოდოლოგია

ფიზიოლოგიური მშობიარობის მართვის გაიდლაინი წარმოადგენს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) 2018 წლის განახლებული გაიდლაინის ადაპტირებულ თარგმანს, რომელიც შეგიძლიათ იხილოთ შემდეგ ვებ-გვერდზე: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

აღნიშნული გაიდლაინის ადაპტირება განხორციელდა საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ინიცირებით შექმნილი სამუშაო ჯგუფის მიერ „დაავადებათა მართვის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) შემუშავების სახელმძღვანელოს“ მიხედვით, რომელშიც ასახულია უცხოური გაიდლაინის საქართველოს ჯანდაცვის სისტემასთან შესაბამისობის უზრუნველყოფის (ადაპტირების) პროცესი. გაიდლაინების შემუშავების სახელმძღვანელო დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ 2010 წლის დეკემბერში (იხილეთ ბმული) http://www.moh.gov.ge/files/01_GEO/jann_sistema/gaidlaini/gzamkvlevi/GuidelinesManual-GEODec2010.pdf)

გაიდლაინში მოცემულია 53 რეკომენდაცია, რომელიც დაყოფილია შემდეგ კატეგორიებად:

რეკომენდებულია: ეს კატეგორია მიუთითებს, რომ მოცემული ჩარევა ან რეკომენდაცია უნდა განხორციელდეს.

არ არის რეკომენდებული: ეს კატეგორია მიუთითებს, რომ ჩარევა ან რეკომენდაცია არ უნდა განხორციელდეს.

რეკომენდებულია მხოლოდ განსაზღვრულ სიტუაციაში: ეს კატეგორია მიუთითებს, რომ ჩარევა ან რეკომენდაცია უნდა განხორციელდეს მხოლოდ სპეციფიურ კლინიკურ სიტუაციაში.

რეკომენდებულია მხოლოდ კვლევის მიზნით: ეს კატეგორია მიუთითებს, რომ საკითხის ირგვლივ ერთიანი აზრი არ არსებობს და ჩარევა ან რეკომენდაცია შეიძლება განხორციელდეს კვლევის სახით, რომელმაც შესაძლოა პასუხები გასცეს საკითხის ირგვლივ დასმულ კითხვებს.

3. მტკიცებულება და რეკომენდაციები

3.1. მშობიარობის პერიოდის მეთვალყურეობა

3.1.1. პატივისცემაზე დაფუძნებული სამშობიარო გარემო.

რეკომენდაცია 1

რეკომენდებულია შეიქმნას ისეთი სამშობიარო გარემო, რომელიც უზრუნველყოფს ქალის კონფიდენციალობას, პირად სივრცეს, არ იქნება საფრთხის შემცველი, დაეფუძნება არჩევანის თავისუფლებას და მოიცავს მუდმივ მხარდაჭერას მშობიარობის პროცესში. (რეკომენდებულია).

შენიშვნები:

- პატივისცემაზე დაფუძნებული სამშობიარო გარემო იცავს ადამიანის უფლებებს, ამცირებს დედათა ავადობასა და სიკვდილობას, ხელს უწყობს მშობიარობის დადებითად აღქმას;
- მწირია მტკიცებულება, თუ რომელი ჩარევა უწყობს ხელს პატივისცემაზე დაფუძნებული სამშობიარო გარემოს შექმნას და ამცირებს უპატივცემულო მოპყრობის სიხშირეს;
- პატივისცემაზე დაფუძნებული სამშობიარო გარემოს შექმნისთვის მიზანშეწონილია სერვისის მიმწოდებლების, ჯანდაცვის სამინისტროს წარმომადგენლებისა და ქალთა უფლებების დამცველი ორგანიზაციების ეფექტური კომუნიკაცია და ჩართულობა;
- სამედიცინო პერსონალისთვის შეიქმნას ღირსეული და ურთიერთპატივისცემაზე დაფუძნებული სამუშაო გარემო.

3.1.2 ეფექტური კომუნიკაცია.

რეკომენდაცია 2

რეკომენდებულია სამშობიარო სერვისის მიმწოდებელსა და მშობიარე ქალს შორის მარტივი და ეფექტური კომუნიკაცია. (რეკომენდებულია).

შენიშვნები

- ვინაიდან არ არსებობს ეფექტური კომუნიკაციის ზუსტი განმარტება, ექიმის და პაციენტის ურთიერთობა უნდა მოიცავდეს მინიმუმ შემდეგს:

- საკუთარი თავის წარდგენა და მშობიარე ქალის სახელით მიმართვა;
 - ქალისა და მისი ახლობლებისათვის ინფორმაციის ნათლად და გასაგებ ენაზე მიწოდება, სხვადასხვა პროცესების და პროცედურების გრაფიკული და ილუსტრირებული რესურსების გამოყენებით;
 - ქალის საჭიროებების, კითხვებისა და სურვილების პატივისცემა;
 - ემპათია და თანაგრძნობა: გამხნეება, შექება, თვითდარწმუნება და აქტიური მოსმენა;
 - ქალის არჩევანის პატივისცემა და მისი არჩევანის მხარდაჭერა;
 - ყველა პროცედურის ახსნა და ვერბალური და საჭიროების შემთხვევაში წერილობითი თანხმობის მიღება;
 - მშობიარესა და მისი ახლობლებისთვის მიმდინარე მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციის რეგულარულად მიწოდება და კითხვების დაზუსტება;
 - პრივატულობის და კონფიდენციალობის დაცვა;
 - ქალის მიერ სათანადო ინფორმაციის ფლობა, რა გზით გამოხატოს უკმაყოფილება;
 - თანმხლები პირისთვის გასაგებ ენაზე ახსნა, თუ როგორ გაამხნევოს მშობიარე.
- სამედიცინო ორგანიზაციებმა თანამშრომლებისთვის უზრუნველყონ ინტერპერსონალური კომუნიკაციის და კონსულტირების უნარების ტრენინგი.

3.1.3 თანმხლები პირის დასწრება მშობიარობის დროს.

რეკომენდაცია 3

რეკომენდებულია, არჩეული თანმხლები პირის დასწრება მშობიარობის დროს. (რეკომენდებულია).

- თანმხლები პირი შესაძლოა იყოს ქალის მიერ არჩეული ნებისმიერი ადამიანი, რომელიც იქნება მასთან ერთად მშობიარობის დროს და გაუწევს მუდმივ თანადგომას. ეს შესაძლებელია იყოს ქალის ოჯახის ან სოციალური წრის წევრი, როგორცაა მეუღლე/პარტნიორი, მეგობარი ან ნათესავი, სოციალური მუშაკი, ან მშობიარობის მხარდაჭერისთვის სპეციალურად გაწვრთნილი პირი;
- მიუხედავად ხანგრძლივად არსებული მაღალი მტკიცებულებისა, აღნიშნული რეკომენდაცია ხშირად არ არის დანერგილი. მიზანშეწონილია დამატებითი ძალისხმევა ამ რეკომენდაციის პრაქტიკაში გამოყენებისთვის;
- პატივი ვცეთ მშობიარის არჩევანს, არ იყოლიოს თანმხლები პირი მშობიარობის დროს;
- მოწყვლად და მარგინალიზებულ სოციუმში ხშირად ძნელია მხარდამჭერის არჩევა, სურვილის შემთხვევაში დაწესებულებამ გამოყოს მხარდამჭერი პირი;

- ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შემდეგი გაიდლაინები რეკომენდაციას უწევენ მშობიარობის დროს თანმხლები პირის არსებობას და მხარდაჭერას:

WHO recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting

WHO recommendations for augmentation of labour

WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health

3.1.4

რეკომენდაცია 4

რეკომენდებულია ანტენატალური და ინტრანატალური მეთვალყურეობის უწყვეტი მიწოდება და ბეზიაქალის დროული ჩართულობა.

3.2. მშობიარობის I პერიოდი

3.2.1 მშობიარობის I პერიოდის ლატენტური და აქტიური ფაზის განსაზღვრება.

რეკომენდაცია 5

რეკომენდებულია აღნიშნული განსაზღვრებების გამოყენება:

ლატენტური პერიოდი: დროის მონაკვეთი, რომელიც ხასიათდება საშვილოსნოს მტკივნეული შეკუმშვებით და ყელის სხვადასხვა ტიპის ცვლილებით, როგორცაა უმნიშვნელო გადასწორება და ყელის შენელებული გახსნა 5 სმ-მდე პირველ და განმეორებით მშობიარეობში.

აქტიური პერიოდი: დროის მონაკვეთი, რომელიც ხასიათდება მტკივნეული, რეგულარული შეკუმშვებით, ყელის მნიშვნელოვანი ხარისხის გადასწორებით და ყელის სწრაფი გახსნით 5 სმ-დან სრულ გახსნამდე პირველ და განმეორებით მშობიარეობში.

შენიშვნები:

ლატენტური პირველი პერიოდი ზოგჯერ მოხსენიებულია როგორც "ადრეული" ან "პასიური" პირველი პერიოდი. თუმცა, უპირატესად ვიყენებთ ტერმინს ლატენტური პირველი პერიოდი ან ლატენტური ფაზა, ვინაიდან ეს არის ყველაზე ძველი და ცნობილი ტერმინი. ასევე, მიღებული ტერმინია აქტიური პირველი პერიოდი, რომელიც აღნიშნავს მშობიარობის აქტიურ მიმდინარეობას.

3.2.2. მშობიარობის პირველი პერიოდის ხანგრძლივობა.

რეკომენდაცია 6

მშობიარეს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია, რომ პირველი პერიოდის ლატენტური ფაზის ხანგრძლივობა ზუსტად დადგენილი არ არის და განსხვავებულია სხვადასხვა ქალში. თუმცა, პირველი პერიოდის აქტიური ფაზა (5 სმ-დან სრულ გახსნამდე) მეტწილად არ აღემატება 12 სთ-ს პირველ მშობიარეობში და 10 სთ-ს განმეორებით მშობიარეობში. (რეკომენდებულია).

შენიშვნები:

- არ არსებობს პირველი პერიოდის ლატენტური ფაზის სტანდარტული ხანგრძლივობა, ვინაიდან მშობიარობის ზუსტი დასაწყისის იდენტიფიცირება რთულია. ამიტომ ლატენტური ფაზის ხანგრძლივობის მიხედვით ინტერვენცია არ არის რეკომენდებული;
- პირველი პერიოდის აქტიური ფაზის ხანგრძლივობა აითვლება მშობიარობის სავარაუდო დასაწყისიდან. აქტიური ფაზის ხანგრძლივობის საზღვრები განისაზღვრა ყელის გახსნის 5 სმ-დან 10 სმ-მდე 95 პერცენტილზე დამრგვალებით;
- პირველი პერიოდის აქტიური ფაზის საშუალო ხანგრძლივობა არის 4სთ პირველ მშობიარეებში და 3 საათი განმეორებით მშობიარეებში, იმ შემთხვევაში თუ ათვლის წერტილს წარმოადგენს 5 სმ-ზე ყელის გახსნა;
- პირველი პერიოდის მხოლოდ გახანგრძლივების საფუძველზე ინტერვენციის გადაწყვეტილება არ მიიღება;
- ექიმი უპირატესობას უნდა ანიჭებდეს მშობიარობის სპონტანურ დასაწყისს. პირველი პერიოდის ხანგრძლივობის შესამცირებლად ჩარევა არ არის რეკომენდებული, თუ დედისა და ნაყოფის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია და სავარაუდო მშობიარობის ხანგრძლივობა მიღებულ საზღვრებში მერყეობს;
- მიზანშეწონილია, ორსულ ქალს მიეწოდოს ინფორმაცია, რომ მშობიარობის ხანგრძლივობა განსხვავებულია და ეფუძნება ინდივიდუალურ ფიზიოლოგიურ პროცესებს და ორსულობის თავისებურებებს.

3.2.3 პირველი პერიოდის მიმდინარეობა.

რეკომენდაცია 7

სპონტანურად დაწყებული მშობიარობის დროს, პირველი პერიოდის აქტიურ ფაზაში ყელის გახსნის სიჩქარე - 1 სმ/სთ (გამოხატული სიფხიზლის ხაზით პარტოგრამაზე) - არ წარმოადგენს მშობიარობის გართულების საპროგნოზო ნიშანს და ამ მიზნით მისი გამოყენება არ არის რეკომენდებული. (არ არის რეკომენდებული).

შენიშვნები:

- სიფხიზლის ხაზის გადაკვეთა არ მიიჩნევა მშობიარობის გართულების ინდიკატორად;
- გახანგრძლივებული მშობიარობის თავიდან აცილების მიზნით ყელის გახსნის სიჩქარის 1 სმ/სთ ფარგლებში შენარჩუნების მცდელობა და სიფხიზლის ხაზის გადაკვეთის ინდიკატორად გამოყენება იწვევს არასაჭირო ჩარევებს;
- თუ მშობიარობა ითვლება გახანგრძლივებულად, საჭიროა დამატებითი დეტალური შეფასება გართულებების (მაგ: მენჯის და თავის შეუთავსებლობა) გამორიცხვის მიზნით. ამავდროულად, ყურადღება უნდა გამახვილდეს ქალის ემოციურ, ფსიქოლოგიურ და ფიზიკურ მოთხოვნილებებზე;

- ექიმმა კვლავ უნდა განაგრძოს პარტოგრამაზე საშვილოსნოს ყელის გახსნის მაჩვენებლის და სხვა პარამეტრების (ნაყოფის გულისცემა, სამშობიარო სიმსივნის არსებობა, თავის წინ მსვლელობა, კონფიგურაცია, სანაყოფე სითხის სტატუსი, დედის ტემპერატურა, არტერიული წნევა და შარდის გამოყოფა) აღნიშვნა, რათა გაკონტროლდეს დედისა და ნაყოფის ჯანმრთელობის მდგომარეობა და დროულად გამოვლინდეს მოსალოდნელი გართულებები. ისეთ დაწესებულებებში, სადაც შეუძლებელია სამშობიარო მოქმედების სტიმულაცია და საკეისრო კვეთის წარმოება, სიფხიზლის ხაზი კვლავ უნდა იქნას გამოყენებული მშობიარის დროული გადაყვანის მიზნით. პარტოგრამაზე აღნიშვნა უნდა დაიწყოს 5 სმ- დან, რაც მიიჩნევა მშობიარობის აქტიური ფაზის დასაწყისად;
- ეს რეკომენდაცია ცვლის ჯანმო-ს პარტოგრამას, სადაც აღნიშნულია 4 სთ მოქმედების პერიოდი (იხ. დანართი 1).

WHO Recommendations for augmentation of labour.

რეკომენდაცია 8

მშობიარობის პირველი პერიოდის აქტიურ ფაზაში საშვილოსნოს ყელის გახსნის მინიმალური სიჩქარე 1 სმ/სთ-ში ზოგიერთი მშობიარისთვის სწრაფ სიჩქარედ მიიჩნევა და არ გამოდგება მშობიარობის მიმდინარეობის შესაფასებლად. ცალკეულად აღებული ყელის გახსნის სიჩქარე <1 სმ/სთ არ არის სამეანო ჩარევის ჩვენება. (არ არის რეკომენდებული).

რეკომენდაცია 9

შესაძლოა ფიზიოლოგიური მშობიარობა არ პროგრესირდეს, სანამ საშვილოსნოს ყელი არ გაიხსნება 5 სმ-მდე, ამიტომ თუ დედისა და ნაყოფის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, ამ მაჩვენებლამდე მშობიარობის დასაჩქარებლად სამედიცინო ჩარევა (როგორცაა სტიმულაცია ოქსიტოცინით ან საკეისრო კვეთა) არ არის რეკომენდებული. (არ არის რეკომენდებული).

შენიშვნები

- ამ რეკომენდაციების მიზანია არასაჭირო ჩარევების შემცირება, იატროგენული გართულებების პრევენცია და დედის მშობიარობის შთაბეჭდილების გაუმჯობესება;
- არსებობს მტკიცებულება, რომ დაბალი რისკის ქალებში საშვილოსნოს ყელის გახსნის სიჩქარე შეიძლება იყოს 1 სმ/სთ-ზე ნაკლები მშობიარობის უმეტეს პერიოდში და მშობიარობა დასრულდეს ფიზიოლოგიურად გართულებების გარეშე;
- წინამდებარე გაიდლაინი აწესებს მშობიარობის პროგრესის შეფასების გარკვეულ ნიშნულებს, თუმცა ეს არ ნიშნავს, რომ სწორად ნამართი მშობიარობა არ შეიძლება გართულდეს, არსებობს ცნობილი და უცნობი ფაქტორები, რომლებიც ხელს უწყობენ არასახარბიელო გამოსავალს;
- სამშობიარო მოქმედების გახანგრძლივებაზე ექვის არსებობისას, ნებისმიერი სამედიცინო ჩარევის განხორციელებამდე, საჭიროა კლინიკური

სიტუაციის დეტალური ანალიზი და შესაძლო გართულებების გამორიცხვა. (მენჯის და თავის შეუთავსებლობა) ამავედროულად, უნდა შეფასდეს დედის ემოციური, ფსიქოლოგიური და ფიზიკური მოთხოვნილებები.

3.2.4 სამშობიარო ბლოკში მიღების წესები.

რეკომენდაცია 10

ჯანმრთელი ორსული ქალისთვის სპონტანურად დაწყებული მშობიარობის დროს, პირველი პერიოდის აქტიურ ფაზამდე სამშობიარო ბლოკში მოთავსება რეკომენდებული არ არის (რეკომენდებულია მხოლოდ კვლევის მიზნით).

შენიშვნები:

- ახალი მტკიცებულებების გამოჩენამდე, მშობიარე, რომელიც მიმართავს სამშობიარო დაწესებულებას მშობიარობის ადრეულ პერიოდში უნდა მოთავსდეს შესაბამის განყოფილებაში, თუ ქალი თვითონ არ ირჩევს სახლში ყოფნას აქტიურ პერიოდამდე;
- თუ დედისა და ნაყოფის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, მშობიარობის ლატენტურ ფაზაში მშობიარობის დამაჩქარებელი სამედიცინო ჩარევები არ არის რეკომენდებული;
- ეს რეკომენდაცია გულისხმობს, რომ პირველი პერიოდის აქტიურ ფაზამდე მშობიარე არ უნდა მოთავსდეს სამშობიარო ბლოკში, მაგრამ განხორციელდეს მასზე მეთვალყურეობა შესაბამის განყოფილებაში;
- სამშობიარო ბლოკში მიღების გადავადება არ გულისხმობს ექიმთან მოგვიანებით კონტაქტს და პაციენტის შეფასების გადავადებას. არადიაგნოსტიკურ და შესაძლო გართულებების თავიდან აცილების მიზნით, მიზანშეწონილია მიმღებ განყოფილებაში დედის და ნაყოფის კომპეტენტური და დეტალური შეფასება;
- მშობიარობის პირველი პერიოდის ახალ განსაზღვრებაზე დაყრდნობით, სამედიცინო დაწესებულებებმა უნდა შეიმუშაონ სამშობიარო ბლოკში მიღების განახლებული წესები;
- სამშობიარო ბლოკში მოთავსებამდე, მიზანშეწონილია, დედისა და ნაყოფის მდგომარეობაზე რუტინული დაკვირვება და შეფასება;
- მშობიარობის გეგმა უნდა შედგეს დედის სურვილებისა და საჭიროებების გათვალისწინებით;
- ლატენტურ პერიოდში მყოფი მშობიარისთვის და მისი თანხმლები პირისთვის უნდა იყოს უზრუნველყოფილი სუფთა, კომფორტული მოსაცდელი ოთახი სველი წერტილით, სასმელი წყალი და საკვები.

რეკომენდაცია 11

მიმღებ განყოფილებაში ჯანმრთელ ორსულში სპონტანურად დაწყებული სამშობიარო მოქმედების შემთხვევაში ნაყოფის მდგომარეობის შესაფასებლად რუტინული კარდიოტოკოგრაფიის წარმოება არ არის რეკომენდებული. (არ არის რეკომენდებული).

რეკომენდაცია 12

მიმღებ განყოფილებაში ნაყოფის მდგომარეობის შესაფასებლად რეკომენდებულია აუსკულტაცია დოპლერით ან პინარის სტეტოსკოპით (რეკომენდებულია).

შენიშვნები:

- არსებობს მტკიცებულება, რომ მიმღებში ჩატარებული კარდიოტოკოგრაფიული კვლევა ზრდის საკეისრო კვეთის სიხშირეს და არ აუმჯობესებს მშობიარობის გამოსავალს. ასევე, იზრდება ისეთი ჩარევების რიცხვი, როგორცაა უწყვეტი კარდიოტოკოგრაფიული მონიტორინგი და წინამდებარე ნაყოფის თავიდან სისხლის ნიმუშის აღება. ეს თავის მხრივ ზრდის მშობიარობის ხარჯებს და მშობიარობის შთაბეჭდილებაზე უარყოფითად აისახება;
- ხარისხიანი ინტრანატალური მეთვალყურეობის მნიშვნელოვან ნაწილს წარმოადგენს ნაყოფის მდგომარეობის შეფასება. აღნიშნული გულისხმობს ნაყოფის გულისცემის აუსკულტაციას მიმღებში და რეგულარულად მშობიარობის დროს. პირველ პერიოდში აუსკულტაცია რეკომენდებულია 15-30 წთ-ში ერთხელ, ხოლო მეორე პერიოდში 5 წთ-ში ერთხელ;
- ბევრი კლინიკისტი თვლის, რომ მიმღებ განყოფილებაში წარმოებული კარდიოტოკოგრაფია მეტი სიზუსტით ავლენს მაღალი რისკის მქონე ნაყოფს მარტივ აუსკულტაციასთან შედარებით. თვლიან, რომ მისი გამოყენება გამართლებულია დაბალი რისკ-ჯგუფის ორსულებში. თუმცა, მტკიცებულებებით ეს მოსაზრება არ დასტურდება და მიჩნეულია, რომ ლეგალური გარჩევებისაგან თავდაცვის საშუალებას წარმოადგენს არა მიმღებში ჩატარებული კარდიოტოკოგრაფიული ჩანაწერი, არამედ აუსკულტაციის მონაცემის მითითებით კარგად წარმოებული სამედიცინო დოკუმენტაცია.

3.2.5 შორისის/ბოქვენის გაპარსვა.

რეკომენდაცია 13

რუტინულად შორისის/ბოქვენის გაპარსვა მშობიარობამდე რეკომენდებული არ არის (არ არის რეკომენდებული).

შენიშვნები

- ეს რეკომენდაცია მიღებულია ჯანმოს გაიდლაინიდან: დედის მშობიარობასთან ასოცირებული ინფექციების პრევენცია და მკურნალობა, სადაც აღნიშნული რეკომენდაცია მიღებულია დაბალი სარწმუნოების მტკიცებულებიდან და მას აქვს პირობითი რეკომენდაციის სახე;
- ეს რეკომენდაცია ეხება საშოსმხრივი მშობიარობის დროს შორისის/ბოქვენის გაპარსვას და არა საკეისრო კვეთისთვის მომზადებას;
- შორისის/ბოქვენის გაპარსვის გადაწყვეტილება უნდა მიიღოს თავად მშობიარემ და არა სამედიცინო პერსონალმა. თუ გაპარსვა ქალის არჩევანია,

ეს უნდა განხორცილდეს მისთვის კომფორტულ და სასურველ გარემოში (მაგ სახლში მშობიარობამდე).

ამ რეკომენდაციის მტკიცებულებები იხილეთ: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf

3.2.6. გამწმენდი ოყნა.

რეკომენდაცია 14

მიმღებ განყოფილებაში გამწმენდი ოყნა საშვილოსნოს შეკუმშვების სტიმულაციის მიზნით რეკომენდებული არ არის. (არ არის რეკომენდებული).

შენიშვნები:

- ეს რეკომენდაცია მიღებულია ჯანმოს გაიდლაინიდან: "რეკომენდაციები დედის სამშობიარო მოქმედების სტიმულაციის შესახებ" და მიჩნეულია ძლიერ რეკომენდაციად;
- რუტინულად გამწმენდი ოყნა არ ამცირებს მშობიარობის ხანგრძლივობას და არ გააჩნია არანაირი კლინიკური სარგებელი. იგი ითვლება ინვაზიურ პროცედურად და წარმოადგენს დისკომფორტს ქალისთვის.

ამ რეკომენდაციის მტკიცებულებები იხილეთ: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

3.2.7 საშოსმხრივი გასინჯვა

რეკომენდაცია 15

დაბალი რისკის ქალებში მშობიარობის პირველი პერიოდის აქტიური ფაზის განმავლობაში რეკომენდებულია საშოსმხრივი გასინჯვა 4 სთ-ში ერთხელ (რეკომენდებულია)

შენიშვნები:

- ეს რეკომენდაცია მიღებულია ჯანმოს გაიდლაინიდან: დედის მშობიარობასთან ასოცირებული ინფექციების პრევენცია და მკურნალობა და მიჩნეულია ძლიერ რეკომენდაციად;
- დღეისათვის არ არსებობს პირდაპირი მტკიცებულება, თუ ვაგინალური გასინჯვის რა რაოდენობა ახდენს დედისა და ახალშობილის ინფექციური ავადობის პრევენციას, რეკომენდაცია ეყრდნობა 2014 წლის ჯანმოს გაიდლაინს: "რეკომენდაციები დედის სამშობიარო მოქმედების სტიმულაციის შესახებ". მნიშვნელოვანია ვაგინალური გასინჯვის სიხშირისა და რაოდენობის შემცირება, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში თუ სახეზეა ინფექციის გამომწვევი დამატებითი რისკ-ფაქტორები (სანაყოფე წყლის ადრე დაღვრა, გახანგრძლივებული მშობიარობა);
- ვაგინალური გასინჯვის სიხშირე დამოკიდებულია მშობიარობის მიმდინარეობასა და დაწესებულების ტიპზე. დედის და ნაყოფის გარკვეული მდგომარეობები შესაძლოა, გახდეს ხშირი გასინჯვის საფუძველი. უნდა შეიზღუდოს რამდენიმე ექიმის მიერ დროის ერთსადაიმთხვე მონაკვეთში მშობიარის ვაგინალური გასინჯვა. ეს პრაქტიკა ხშირია იმ სასწავლო

დაწესებულებებში, სადაც ვაგინალური გასინჯვა ხორციელდება სწავლების მიზნით.

ამ რეკომენდაციის მტკიცებულებები იხილეთ: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf

3.2.8 მშობიარობის დროს ნაყოფის გულისცემის უწყვეტი კარდიოტოკოგრაფია.

რეკომენდაცია 16

ჯანმრთელ ქალებში სპონტანურად დაწყებული სამშობიარო მოქმედების დროს ნაყოფის მდგომარეობის შესაფასებლად უწყვეტი კარდიოტოკოგრაფია არ არის რეკომენდებული. (არ არის რეკომენდებული).

შენიშვნები:

- აღნიშნული რეკომენდაცია ეყრდნობა ფაქტს, რომ მუდმივი ელექტრონული მონიტორინგი მშობიარობის დროს ზრდის საკეისრო კვეთისა და სხვა სამედიცინო ჩარევების სიხშირეს, არ არის ხარჯთეფექტური, მხოლოდ უმნიშვნელოდ ამცირებს ნეონატალური გულყრის სიხშირეს (<1/1000) და მასთან დაკავშირებულ ავადობას;
- მუდმივი ელექტრონული მონიტორინგი არ ცვლის ქალზე ორიენტირებულ მეთვალყურეობას;
- უწყვეტი კარდიოტოკოგრაფია ზღუდავს მშობიარის თავისუფალ პოზიციას, გადაადგილების უნარს და სტრესულია ქალისთვის;
- რეკომენდებულია ხანგამოშვებითი აუსკულტაციის წარმოებისა და დოკუმენტაციის ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით შემუშავდეს სტრატეგია;
- უწყვეტი კარდიოტოკოგრაფია არ ეყრდნობა მტკიცებულებებს, არ აუმჯობესებს გამოსავალს და არ წარმოადგენს ლეგალური გარჩევებისაგან თავდაცვის საშუალებას. ამ მიზნით უფრო ეფექტურია ხანგამოშვებითი აუსკულტაციის მონაცემების დოკუმენტაცია.

3.2.9 მშობიარობის პერიოდში ნაყოფის გულისცემის ხანგამოშვებითი აუსკულტაცია.

რეკომენდაცია 17

ჯანმრთელ ორსულებში მშობიარობის დროს ნაყოფის გულისცემის ხანგამოშვებითი აუსკულტაცია რეკომენდებულია დოპლერით ან პინარის სტეტოსკოპით (რეკომენდებულია).

შენიშვნები:

- ხელის დოპლერით, კარდიოტოკოგრაფის ან პინარის სტეტოსკოპის გამოყენებით პერიოდული აუსკულტაცია საშუალებას გვაძლევს აღმოვაჩინოთ ნაყოფის გულისცემის ცვლილებები, რაც თავის მხრივ შეამცირებს ახალშობილის ჰიპოქსიურ-იშემიურ გართულებებს;
- მნიშვნელოვანია გაიდლაინის მიხედვით ვაწარმოთ ნაყოფის გულისცემის პერიოდული აუსკულტაცია გამოყენებული ხელსაწყოთა მიუხედავად;

- აუცილებელია პერიოდული აუსკულტაციის სტანდარტიზებული პროტოკოლის შემუშავება, რაც გააუმჯობესებს სამედიცინო ხარისხს და შეამცირებს სამედიცინო-ლეგალურ დავებს. სწორედ ამას ემსახურება ქვემოთ მოყვანილი პროტოკოლი;
- შუალედი/ინტერვალი: აუსკულტაცია ყოველ 15-30 წუთში მშობიარობის პირველი პერიოდის აქტიურ ფაზაში, ყოველ 5 წთ-ში მშობიარობის მეორე პერიოდში, ან ყოველი ჭინთვის შემდეგ;
- ხანგრძლივობა: თითოეული აუსკულტაცია უნდა გრძელდებოდეს სულ მცირე 1 წთ, თუ ნაყოფის გულისცემა სცდება ნორმის ფარგლებს (110–160 დარტყმა წთ-ში), აუსკულტაცია უნდა გაგრძელდეს სულ მცირე საშვილოსნოს სამი შეკუმშვის განმავლობაში;
- დრო: სამშობიარო შეტევის დროს და სულ მცირე 30 წმ შეტევის დასრულების შემდეგ;
- დოკუმენტაცია: ჩაწერეთ ბაზალური გულისცემის რიტმი (დარტყმების რიცხვი წუთის განმავლობაში) და მიუთითეთ აქცელერაციის და დეცელერაციის არსებობა/არარსებობა;
- მიზანშეწონილია, მშობიარეს აეხსნას აუსკულტაციის წარმოების ტექნიკა და მიზნები, მიეწოდოს ინფორმაცია აუსკულტაციის შედეგებზე და შემდგომ სამოქმედო გეგმებზე;

3.2.10 მშობიარობის გაუტკივარება ეპიდურული ანესთეზიით.

რეკომენდაცია 18

ეპიდურული ანესთეზია რეკომენდებულია იმ ჯანმრთელ მშობიარეებში, რომლებიც ითხოვენ გაუტკივარებას მშობიარობის პერიოდში. (რეკომენდებულია).

- ქალის მიერ ეპიდურული ანესთეზიის არჩევანს განაპირობებს შემდეგი ფაქტორები: ანტენატალური და ინტრანატალური მომსახურების ტიპი, მშობიარობის დაწყებისა და მიმდინარეობის თავისებურება, პაციენტის მიერ გაუტკივარების მეთოდების შესახებ ინფორმაციის ფლობა და მათი ხელმისაწვდომობა;
- დაწესებულება და სამედიცინო პერსონალი გავლენას ახდენს მშობიარის გაუტკივარების სურვილსა და მეთოდზე;
- მშობიარობის გაუტკივარების მიზნით ყველაზე ფართოდ გამოიყენება ეპიდურული ანესთეზია და ოპიოიდური ანალგეზია. ორივე მათგანს გააჩნია როგორც დადებითი, ასევე უარყოფითი მხარეები. ეპიდურული ანესთეზია ოპიოიდურ ანალგეზიასთან შედარებით უფრო ეფექტური ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებაა. თუმცა იგი ხასიათდება უფრო ხშირი გვერდითი მოვლენებით და მოითხოვს მეტ მატერიალურ და ადამიანურ რესურსს;
- ეპიდურული ანესთეზიის გართულებების თავიდან აცილებისა და მშობიარის მოტორული ფუნქციების შენარჩუნების მიზნით,

მიზანშეწონილია ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალების მინიმალური ეფექტური რაოდენობის გამოყენება;

- მშობიარობის მეორე პერიოდში ეპიდურული ანესთეზიის გამოყენების დროს რეკომენდებულია ქალს ჰქონდეს მშობიარობის პოზიციის არჩევის საშუალება. ამავდროულად რეკომენდებულია ჭინთვის გადავადება სრული გახსნიდან 1 - 2 საათით, ან ჭინთვის შეგრძნების დაბრუნებამდე.

3.2.11 ტკივილის მართვის სარელაქსაციო მეთოდები

რეკომენდაცია 19

არჩევანის შემთხვევაში ჯანმრთელ მშობიარეებში რეკომენდებულია მშობიარობის გაუტკივარების სარელაქსაციო მეთოდები, როგორცაა კუნთთა ხანგრძლივი რელაქსაცია, სუნთქვა, მუსიკა, ცნობიერების მართვა და სხვა. (რეკომენდებულია).

შენიშვნები:

- მშობიარობის პერიოდში ქალების უმრავლესობა ირჩევს მშობიარობის გაუტკივარების რომელიმე მეთოდს. კვლევები გვიჩვენებს, რომ მშობიარობის დროს რელაქსაციის ტექნიკის გამოყენება ამცირებს მშობიარობასთან დაკავშირებულ დისკომფორტს, აყუჩებს ტკივილს და აუმჯობესებს მშობიარობის გამოცდილებას;
- სამედიცინო პერსონალი უნდა ფლობდეს ინფორმაციას, რომ სამედიცინო მომსახურების ტიპი და მშობიარობის მართვის მეთოდები მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს ქალის მიერ მშობიარობის გაუტკივარების მეთოდის არჩევანზე;
- გარკვეული სამშობიარო დაწესებულებები შესაძლოა უპირატესობას ანიჭებდნენ იმ არაფარმაკოლოგიურ მეთოდს, რომელიც ამ გაიდლაინში განხილული არ არის, როგორცაა წყალში მშობიარობა, ჰიპნოზი, აკუპუნქტურა, სხვადასხვა კულტურული და ტრადიციული ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები;
- ქალს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია, რომ სარელაქსაციო მეთოდები საფრთხის შემცველი არ არის, თუმცა მათგან სარგებელიც ნაკლებია.

3.2.12 ტკივილის მართვის მანუალური მეთოდები.

რეკომენდაცია 20

ჯანმრთელ მშობიარეებში მშობიარობის გაუტკივარების მიზნით არჩევანის შემთხვევაში რეკომენდებულია მანუალური მეთოდები, როგორცაა მასაჟი ან თბილი საფენების აპლიკაცია. (რეკომენდებულია).

შენიშვნები:

- ქალების უმრავლესობა მშობიარობის დროს ირჩევს რომელიმე ტიპის ფარმაკოლოგიური თუ არაფარმაკოლოგიური ტკივილის მართვის ტექნიკას. დამტკიცებულია, რომ მასაჟი ამცირებს ტკივილს და აუმჯობესებს მშობიარობის გამოცდილებას;

- რაოდენობრივი და ხარისხობრივი კვლევების უმეტესობა უკავშირდება მასაჟის გამოყენებას მშობიარობის დროს, თუმცა სითბოს აპლიკაცია არ მიიჩნევა საზიანოდ და გააჩნია დამამშვიდებელი ეფექტი;
- ჯანდაცვის პერსონალი უნდა ფლობდეს ინფორმაციას, რომ სამედიცინო მომსახურების ტიპი და მშობიარობის მართვის მეთოდები მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს ქალის მიერ მშობიარობის გაუტკივარების მეთოდის არჩევანზე;
- გარკვეული სამშობიარო დაწესებულებები შესაძლოა უპირატესობას ანიჭებდნენ იმ არაფარმაკოლოგიურ მეთოდს, რომელიც ამ გაიდლაინში განხილული არ არის, როგორცაა წყალში მშობიარობა, ჰიპნოზი, აკუპუნქტურა, სხვადასხვა კულტურული და ტრადიციული ტკივილდაყუჩების მეთოდები;
- ჯანდაცვის პერსონალმა ორსულობის დროს ქალს უნდა მიაწოდოს ინფორმაცია, თუ ტკივილის მართვის რომელი საშუალებები არსებობს მათ დაწესებულებაში, განიხილოს მათი უპირატესობები და ნაკლოვანებები;
- პაციენტს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია, რომ მანუალური ტექნიკა არ ითვლება საზიანოდ და შვების მომგვრელია ზოგიერთი ქალისთვის.

რეკომენდაცია 21

ტკივილის გაყუჩება სამშობიარო მოქმედების გახანგრძლივების და მშობიარობის სტიმულაციის შემცირების მიზნით არ არის რეკომენდებული (არ არის რეკომენდებული).

შენიშვნები:

- ეს რეკომენდაცია მიღებულია ჯანმოს მშობიარობის სტიმულაციის გაიდლაინიდან, რომლის მიხედვით აღნიშნული პირობითი რეკომენდაციაა და ეყრდნობა დაბალი ხარისხის მტკიცებულებას.
- არ არსებობს მტკიცებულება, რომ ტკივილგაყუჩების რომელიმე მეთოდი შეამცირებს მშობიარობის ხანგრძლივობას და სტიმულაციის საჭიროებას.
- ტკივილის გაყუჩება ეფექტური მეთვალყურეობის მნიშვნელოვანი კომპონენტია.

მტკიცებულებები, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული რეკომენდაცია ხელმისაწვდომია:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

3.2.14 საკვებისა და სითხის მიღება მშობიარობის პერიოდში.

რეკომენდაცია 22

დაბალი რისკის ქალებისთვის მშობიარობის დროს რეკომენდებულია საკვებისა და სითხის მიღება (რეკომენდებულია).

შენიშვნები:

- ეს რეკომენდაცია მიღებულია ჯანმოს მშობიარობის სტიმულაციის გაიდლაინიდან, რომლის მიხედვით აღნიშნული პირობითი რეკომენდაციაა და ეყრდნობა დაბალი ხარისხის მტკიცებულებას;
- მიჩნეულია, რომ საკვებისა და სითხის შეზღუდვა მშობიარობის დროს არ მოქმედებს კლინიკურ გამოსავალზე და არ ცვლის მშობიარობის სტიმულაციის სიხშირეს;
- სისტემური კვლევის დროს, რომელშიც მონაწილეობდა 3,000 ქალი, არ დაფიქსირებულა მენდელსონის სინდრომის (ზოგადი ანესთეზიის დროს საკვებისა და სასმელის კუჭიდან ფილტვში ასპირაცია - რა მიზეზითაც ხდება მშობიარობის დროს სასმელისა და საკვების შეზღუდვა) არც ერთი შემთხვევა.

მტკიცებულებები, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული რეკომენდაცია ხელმისაწვდომია:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

3.2.15 დედის მოძრაობა და პოზიცია.

რეკომენდაცია 23

ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროს რეკომენდებულია დედის თავისუფალი გადაადგილება და ვერტიკალური პოზიცია. (რეკომენდებულია).

შენიშვნები:

- ეს რეკომენდაცია მიღებულია ჯანმოს მშობიარობის სტიმულაციის გაიდლაინიდან, რომლის მიხედვით აღნიშნული ძლიერი რეკომენდაციაა და ეყრდნობა დაბალი ხარისხის მტკიცებულებას;
- არ არსებობს მტკიცებულება, რომ თავისუფალი გადაადგილება და ვერტიკალური პოზიცია ამცირებს მშობიარობის ოქსიტოცინით სტიმულაციის ალბათობას, თუმცა ამცირებს საკეისრო კვეთის სიხშირეს;
- აღსანიშნავია, რომ ბევრ დაწესებულებაში თავისუფალი გადაადგილების დადებითი ეფექტის მიუხედავად, ქალები რჩებიან მწოლიარე მდგომარეობაში მშობიარობის დროს და არ ეძლევათ რეკომენდაცია, იმოდროს და მიიღონ ვერტიკალური პოზიცია. რეკომენდებულია მშობიარის წახალისება, ვინაიდან ეს არის სასარგებლო, იაფი და ადვილად დასაწერგი ინტერვენცია, რეკომენდაციის მაღალი ხარისხით;
- ამ რეკომენდაციის მიხედვით მშობიარეს უნდა მივაწოდოთ ინფორმაცია მშობიარობის პირველი პერიოდის პოზიციების შესახებ და წავახალისოთ.

მტკიცებულებები, რომელსაც ეყრდნობა ეს რეკომენდაცია ხელმისაწვდომია: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

3.2.16 საშოს ანტისეპტიკური დამუშავება.

რეკომენდაცია 24

მშობიარობის დროს ინფექციის პრევენციის მიზნით საშოს რუტინულად ქლორჰექსიდინით დამუშავება არ არის რეკომენდებული (არ არის რეკომენდებული).

შენიშვნები:

- ეს რეკომენდაცია მიღებულია ჯანმოს გაიდლაინიდან: მშობიარობასთან დაკავშირებული ინფექციების პრევენცია და მკურნალობა, რომლის მიხედვით აღნიშნული ძლიერი რეკომენდაციაა და ეყრდნობა საშუალო ხარისხის მტკიცებულებას.
- რეკომენდაცია ეფუძნება მონაცემებს, რომ საშოს დამუშავებას არ გააჩნია ახალშობილისთვის კლინიკური სარგებელი.

მტკიცებულებები, რომელსაც ეყრდნობა ეს რეკომენდაცია ხელმისაწვდომია: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf

3.2.17 მშობიარობის აქტიური მართვა.

რეკომენდაცია 25

მშობიარობის აქტიური მართვა, მშობიარობის დროის შემცირების მიზნით, არ არის რეკომენდებული. (არ არის რეკომენდებული).

შენიშვნები:

- ეს რეკომენდაცია მიღებულია ჯანმოს მშობიარობის სტიმულაციის გაიდლაინიდან, რომლის მიხედვით აღნიშნული პირობითი რეკომენდაციაა და ეყრდნობა დაბალი ხარისხის მტკიცებულებას;
- გარკვეული ინტერვენციები ამცირებს მშობიარობის ხანგრძლივობას და შესაძლოა საკეისრო კვეთის სიხშირეს. თუმცა მშობიარობის აქტიური მართვა რეკომენდებული არ არის, ვინაიდან წარმოადგენს ძლიერ ინტერვენციას და შესაძლოა, შელახოს ქალის უფლებები, არჩევანის თავისუფლება და ავტონომია. დამატებით, ეს ინტერვენცია კომპლექსურია, მოითხოვს სამედიცინო რესურსებს და არ არის ყველგან ხელმისაწვდომი. აღნიშნული რეკომენდაცია არ იქნა მიღებული, ვინაიდან მოსალოდნელი სარგებელი არ აღემატება გამოვლენილ ნაკლოვანებებს;
- მშობიარის ინდივიდუალური მეთვალყურეობა სასარგებლო და ეფექტურია. რეკომენდებულია ქალის მუდმივი მხარდაჭერა მშობიარობის დროს.

მტკიცებულებები, რომელსაც ეყრდნობა ეს რეკომენდაცია ხელმისაწვდომია: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

3.2.18 რუტინული ამნიოტომია.

რეკომენდაცია 26

მშობიარობის ხანგრძლივობის შემცირების მიზნით არ არის რეკომენდებული ამნიოტომიის წარმოება. (არ არის რეკომენდებული).

შენიშვნები:

- ეს რეკომენდაცია მიღებულია ჯანმოს მშობიარობის სტიმულაციის გაიდლაინიდან, რომლის მიხედვით აღნიშნული პირობითი რეკომენდაციაა და ეყრდნობა დაბალი ხარისხის მტკიცებულებას;
- სამშობიარო მოქმედების სისუსტის პროფილაქტიკის მიზნით ხშირად გამოიყენება ამნიოტომია. თუმცა არ არსებობს საკმარისი მტკიცებულება, რომ მისი პოტენციური სარგებელი აღემატება პოტენციურ ზიანს;
- ადრეულმა ამნიოტომიამ შესაძლოა გაზარდოს აივ ინფექციის ნაყოფზე გადაცემის სიხშირე მშობიარობის დროს. ეს რეკომენდაცია განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს, თუ აივ ინფექციის გავრცელება მაღალია ან ქალები მომართავენ დაწესებულებას უცნობი აივ სტატუსით.

მტკიცებულებები, რომელსაც ეყრდნობა ეს რეკომენდაცია ხელმისაწვდომია: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

3.2.19 ადრეული ამნიოტომია და ოქსიტოცინი.

რეკომენდაცია 27

სამშობიარო მოქმედების სისუსტის პროფილაქტიკის მიზნით არ არის რეკომენდებული ადრეული ამნიოტომიის წარმოება და/ან ოქსიტოცინით სტიმულაცია (არ არის რეკომენდებული).

შენიშვნები:

- ეს რეკომენდაცია მიღებულია ჯანმოს მშობიარობის სტიმულაციის გაიდლაინიდან, იგი პირობითი რეკომენდაციაა და ეყრდნობა დაბალი ხარისხის მტკიცებულებას;
- სამშობიარო მოქმედების სისუსტის პროფილაქტიკა ამცირებს მშობიარობის პირველი პერიოდის ხანგრძლივობას, თუმცა ეს არ ამართლებს მშობიარობის პროცესში ჩარევას, ვინაიდან კლინიკური გამოსავალი მნიშვნელოვნად არ იცვლება;
- მშობიარობის პერიოდის აქტიური მართვა ითვლება აქტიურ ჩარევად და შესაძლოა შელახოს ქალის უფლებები, არჩევანის თავისუფლება და ავტონომია. ამასთანავე, ეს ინტერვენცია კომპლექსურია და მოითხოვს სათანადო სამედიცინო რესურსს.

მტკიცებულებები, რომელსაც ეყრდნობა ეს რეკომენდაცია იხილეთ ბმულზე: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

3.2.20 ოქსიტოცინის გამოყენება ეპიდურული ანესთეზიის დროს.

რეკომენდაცია 28

მშობიარობის გახანგრძლივების პრევენციის მიზნით ოქსიტოცინის გამოყენება ეპიდურული ანესთეზიის მქონე ქალებში არ არის რეკომენდებული (არ არის რეკომენდებული).

შენიშვნები:

- ეს რეკომენდაცია მიღებულია ჯანმოს მშობიარობის სტიმულაციის გაიდლაინიდან, იგი პირობითი რეკომენდაციაა და ეყრდნობა დაბალი ხარისხის მტკიცებულებას;
- მშობიარობის სტიმულაცია ოქსიტოცინით მიზანშეწონილია, მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ დაისმევა გახანგრძლივებული მშობიარობის დიაგნოზი ეპიდურული ანესთეზიის დროს.

მტკიცებულებები, რომელსაც ეყრდნობა ეს რეკომენდაცია ხელმისაწვდომია: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

3.2.21 სპაზმოლიტიკური მედიკამენტები.

რეკომენდაცია 29

მშობიარობის გახანგრძლივების პრევენციის მიზნით სპაზმოლიტიკური მედიკამენტების გამოყენება არ არის რეკომენდებული. (არ არის რეკომენდებული)

შენიშვნები:

- ეს რეკომენდაცია მიღებულია ჯანმოს მშობიარობის სტიმულაციის გაიდლაინიდან, იგი პირობითი რეკომენდაციაა და ეყრდნობა დაბალი ხარისხის მტკიცებულებას;
- ამ ეტაპზე სპაზმოლიტიკური საშუალებების გამოყენება არ არის რეკომენდებული, კლინიკური სარგებლის და მინიმალური რისკების შესახებ ინფორმაციის გაჩენამდე;
- სპაზმოლიტიკური საშუალებების გამოყენება სამშობიარო მოქმედების გახანგრძლივების დროს კვლევის პრიორიტეტულ მიმართულებად მიიჩნევა.

მტკიცებულებები, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული რეკომენდაცია ხელმისაწვდომია:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

3.2.22 ინტრავენური ხსნარების ინფუზია მშობიარობის ხანგრძლივობის შემცირების მიზნით.

რეკომენდაცია 30

ინტრავენური ხსნარების ინფუზია მშობიარობის ხანგრძლივობის შემცირების მიზნით არ არის რეკომენდებული. (არ არის რეკომენდებული).

შენიშვნები:

- ეს რეკომენდაცია მიღებულია ჯანმოს მშობიარობის სტიმულაციის გაიდლაინიდან, რომლის მიხედვით აღნიშნული ძლიერი რეკომენდაციაა და ეყრდნობა დაბალი ხარისხის მტკიცებულებას;
- არ არსებობს მტკიცებულება, რომ ინტრავენური გადასხმის სარგებელი აღემატება შესაძლო საფრთხეს. დამატებით ოქსიტოცინის გამოყენების დროს მატულობს სითხით გადატვირთვის რისკი;
- დაბალი რისკის ჯგუფის მშობიარეები უნდა წახალისდნენ, რომ მიიღონ მეტი წყალი;

- მნიშვნელოვანია, აღინიშნოს, რომ დაბალი რისკის ქალებშიც შესაძლოა საჭირო გახდეს ჩვენებით ინტრავენური ინფუზია;
- აღსანიშნავია, რომ არამიზნობრივი ინტრავენური სითხეების ინფუზია ზრდის ხარჯს და ამცირებს ქალის მობილობას. შესაბამისად, ასეთი რუტინული ინტერვენცია არ არის რეკომენდებული.

მტკიცებულებები, რომელსაც ეყრდნობა ეს რეკომენდაცია ხელმისაწვდომია: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

3.3. მშობიარობის მეორე პერიოდი

3.3.1 მშობიარობის მეორე პერიოდის განსაზღვრება და ხანგრძლივობა.

რეკომენდაცია 31

რეკომენდებულია მეორე პერიოდის შემდეგი განსაზღვრების და ხანგრძლივობის გამოყენება:

- მეორე პერიოდი არის დროის მონაკვეთი საშვილოსნოს ყელის სრული გახსნიდან ნაყოფის დაბადებამდე, რომლის დროსაც მშობიარეს აღენიშნება ჭინთვის უნებლიე სურვილი. (რეკომენდებულია).
- მშობიარეს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია, რომ მეორე პერიოდის ხანგრძლივობა სხვადასხვა ქალში განსხვავებულია, პირველ მშობიარეებში გრძელდება საშუალოდ 3 საათი, ხოლო განმეორებით მშობიარეებში 2 საათი. (რეკომენდებულია).

შენიშვნები:

- კლინიკურ პრაქტიკაში მეორე პერიოდის ზუსტი დასაწყისი ხშირად უცნობია. ქალს შესაძლოა ჰქონდეს ჭინთვის შეგრძნება სრულ გახსნამდე ან სრული გახსნის შემთხვევაშიც არ აღენიშნებოდეს ჭინთვის სურვილი. ასევე, უცნობია რამდენი ხანი სჭირდება საშვილოსნოს ყელის სრულ გახსნას, მაშინ როდესაც ვაგინალური გასინჯვით დგინდება ეს სტატუსი;
- მეორე პერიოდში მშობიარის გადაყვანა სპეციალურ ბლოკში წარმოადგენს დისკომფორტს ქალისთვის და მშობიარობის ნორმალური მიმდინარეობის შემთხვევაში არ არის საჭირო;
- ექიმმა უნდა იცოდეს, რომ ყელის 10 სმ გახსნამდე ქალს შესაძლოა აღენიშნოს ჭინთვის სურვილი;
- გადაწყვეტილება მეორე პერიოდის შემცირების შესახებ უნდა ეყრდნობოდეს დედისა და ნაყოფის მდგომარეობას და მშობიარობის მიმდინარეობის თავისებურებას;
- თუ დედის და ნაყოფის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია და აღინიშნება ნაყოფის თავის წინ მსვლელობა, არ არის მიზანშეწონილი ჩარევა. ხოლო თუ მეორე პერიოდის ხანგრძლივობა აღემატება ზემოთ აღნიშნულ ნორმებს, ან სპონტანური მშობიარობის ხანგრძლივობა მისაღებ დროის ფარგლებს სცდება, მიზანშეწონილია ინტერვენცია.

3.3.2 მშობიარობის პოზიცია ქალებში ეპიდურული ანესთეზიის გარეშე

რეკომენდაცია 32

ეპიდურული ანესთეზიის არმქონე ქალებს, ეძლევათ მშობიარობის თავისუფალი პოზიციის, მათ შორის, ვერტიკალური პოზიციის არჩევანი. (რეკომენდებულია).

- არსებობს მტკიცებულებები, რომ მშობიარობის მეორე პერიოდში ვერტიკალური პოზიცია ამცირებს ეპიზოტომიის და ოპერაციული მშობიარობის ალბათობას, თუმცა, შესაძლოა, ზრდიდეს მშობიარობის შემდგომი სისხლდენისა და მეორე ხარისხის ჩახვევის რისკს. ვერტიკალურ და მწოლიარე პოზიციებს შორის თვალსაჩინო კლინიკური სხვაობა არ არსებობს;
- მნიშვნელოვანია, ქალს მივცეთ თავისუფალი პოზიციის არჩევანი და არ დავაძალოთ რომელიმე პოზიციაში ყოფნა;
- ნებისმიერ არჩეულ პოზიციაში მნიშვნელოვანია ნაყოფის მდგომარეობის ადეკვატური მონიტორინგი. თუ მონიტორინგის მიზნით საჭირო გახდა პოზიციის შეცვლა, აუცილებელია ქალს ავუხსნათ მიზეზი;
- ვერტიკალური პოზიციისას, ნაყოფის თავის გამოჭრის პერიოდში შორისის დაცვის და სისხლის დანაკარგის შემცირების მიზნით, შესაძლოა, საჭირო გახდეს ოთხზე ან ნახევრად მწოლიარე პოზიციაზე გადასვლა.

3.3.3 მშობიარობის პოზიცია ეპიდურული ანესთეზიის დროს.

რეკომენდაცია 33

ეპიდურული ანესთეზიის მქონე ქალებს ეძლევათ მშობიარობის თავისუფალი, მათ შორის, ვერტიკალური პოზიციის არჩევანი. (რეკომენდებულია).

შენიშვნები:

- არსებობს მტკიცებულება, რომ ეპიდურული ანესთეზიის შემთხვევაში მშობიარობის პოზიცია არ ცვლის გამოსავალს, თუმცა მეორე პერიოდში თავისუფალი პოზიცია აუმჯობესებს სამშობიარო გამოცდილებას;
- კლასიკური ეპიდურული ანესთეზიის შემთხვევაში, ნეიროაქსიალური ბლოკის გამო ვერტიკალური პოზიციის მიღება შეზღუდულია. დღესდღეობით უმეტესად გამოიყენება "დაბალდოზიანი" ან "მობილური" ეპიდურული ანესთეზია, რაც იძლევა პოზიციის არჩევანის თავისუფლებას;
- მნიშვნელოვანია ქალს მივცეთ თავისუფალი პოზიციის არჩევანი და არ დავაძალოთ რომელიმე პოზიციაში ყოფნა;
- ნებისმიერ არჩეულ პოზიციაში მნიშვნელოვანია ნაყოფის მდგომარეობის ადეკვატური მონიტორინგი. თუ მონიტორინგის მიზნით საჭირო გახდა პოზიციის შეცვლა, აუცილებელია ქალს ავუხსნათ მიზეზი.

3.3.4 ჭინთვის მეთოდი.

რეკომენდაცია 34

მეორე პერიოდის გამოძევების ფაზაში რეკომენდებულია ქალი გაიჭინოს მაშინ, როდესაც აღენიშნება ჭინთვის სურვილი. (რეკომენდებულია).

შენიშვნები:

- კვლევები ადასტურებს, რომ გადაწყვეტილების პროცესში მონაწილეობა, ჯანადაცვის პერსონალის მხარდაჭერა და თანაგრძნობა მშობიარისთვის მნიშვნელოვანი საკითხებია;
- ჯანადაცვის პერსონალმა თავი უნდა შეიკავოს მეორე პერიოდში ჭინთვის მართვისგან, ვინაიდან ამ ტექნიკას არ გააჩნია კლინიკური უპირატესობა.

3.3.5 ჭინთვის ტექნიკა ეპიდურული ანესთეზიის მქონე ქალებში.

რეკომენდაცია 35

ეპიდურული ანესთეზიის მქონე ქალებში, რეკომენდებულია ჭინთვის გადავადება სრული გახსნიდან 1 ან 2 საათით ან ჭინთვის შეგრძნების აღდგენამდე. ეს რეკომენდაცია ეხება დაწესებულებებს, სადაც შესაძლებელია მეორე პერიოდში გახანგრძლივებული დაყოვნება, პერინატალური ჰიპოქსიის შეფასება და მართვა. (რეკომენდებული მხოლოდ განსაზღვრულ სიტუაციაში).

შენიშვნები:

- არსებობს მტკიცებულება, რომ უმნიშვნელოდ გახანგრძლივებული მშობიარობის დროს ჭინთვის გადავადება ზრდის სპონტანური მშობიარობის ალბათობას. ჭინთვის გადავადებასთან დაკავშირებულ ჭიპლარის სისხლის pH მაჩვენებლის შემცირება ნაკლებ სარწმუნოა და მას კლინიკური ღირებულება არ გააჩნია;
- მშობიარობის მეორე პერიოდში ჭინთვის ადრეულ დაწყებას არ გააჩნია კლინიკური სარგებელი და შესაძლოა გახდეს დამატებითი ჩარევის მიზეზი, ამიტომ რეკომენდებულია მისგან თავის შეკავება.

3.3.6 შორისის ტრავმატიზმის პრევენციის მეთოდები.

რეკომენდაცია 36

ქალის არჩევანისა და არსებული შესაძლებლობის გათვალისწინებით, მშობიარობის მეორე პერიოდში რეკომენდებულია შორისის ტრავმატიზმის შემცირება და სპონტანური მშობიარობის ხელშეწყობა შესაბამისი ტექნიკის გამოყენებით (შორისის მასაჟი, თბილი საფენი, შორისის დაცვა). (რეკომენდებულია).

შენიშვნები:

- არსებობს მტკიცებულება, რომ შორისის მასაჟი ზრდის შორისის მთლიანობის შენარჩუნების ალბათობას და ამცირებს ტრავმატიზმს, თბილი კომპრესი ამცირებს მე-3 და მე-4 ხარისხის დაზიანებას, შორისის დაცვამ შესაძლოა, შეამციროს პირველი ხარისხის ჩახევეები. ქალების უმრავლესობა ირჩევს ამ დაბალი დანახარჯის მქონე მეთოდებს და დიდ მნიშვნელობას ანიჭებს მიღებულ შედეგებს;
- რიტგენის მანევრი (Ritgen's Manoeuvre - ერთი ხელით ნაყოფის ნიკაპის დაწევა დედის ანუსსა და კუდუსუნს შორის და მეორე ხელის მოთავსება

კეფაზე, დაბადების სიჩქარის კონტროლის მიზნით) დაბალი ღირებულებისაა და არ არის რეკომენდებული.

3.3.7 ეპიზოტომია

რეკომენდაცია 37

სპონტანური მშობიარობის დროს რუტინული ან ხშირი ეპიზოტომია არ არის რეკომენდებული. (არ არის რეკომენდებული).

შენიშვნები:

- რუტინული ეპიზოტომია ფართოდ არის გავრცელებული, თუმცა ცნობილია რომ იგი ნაკლებად ეფექტურია, ამიტომ რუტინული ხშირი ეპიზოტომიის შეზღუდვა შეტანილია არარეკომენდებულ სამედიცინო ჩარევათა ნუსხაში;
- ამჟამად არ არსებობს მტკიცებულება ეპიზოტომის საჭიროების შესახებ კლინიკურ პრაქტიკაში, ამიტომაც "მისაღები სიხშირე" არ არის განსაზღვრული. ასევე, დასადგენია ეპიზოტომიის კლინიკური ღირებულება გადაუდებელი სამედიცინო შემთხვევების მართვისას. (ნაყოფის დისტრესი, ოპერაციული ვაგინალური მშობიარობა);
- ეპიზოტომიის წარმოებისას აუცილებელია ადგილობრივი ანესთეზია და ინფორმირებული თანხმობა. უპირატესობა ენიჭება მედიო-ლატერალურ განაკვეთს, ვინაიდან შუახაზის განაკვეთი (პერინეოტომია) უკავშირდება ანალური სფინქტერის დაზიანების მაღალ რისკს. უპირატესობა ენიჭება უწყვეტ ნაკერს კვანძოვან ნაკერთან შედარებით.
- ეპიზოტომია არ მოითხოვს რუტინულ პროფილაქტიკურ ანტიბიოტიკოთერაპიას, ზოგადი ინფექციის კონტროლი რეკომენდებულია ყველა შემთხვევაში.

3.3.8 ფუძეზე ზეწოლა.

რეკომენდაცია 38

მშობიარობის დაჩქარების მიზნით ფუძეზე ზეწოლა არ არის რეკომენდებული. (არ არის რეკომენდებული).

შენიშვნები:

- ეს ტექნიკა დედისა და ახალშობილისთვის პოტენციურად საფრთხის შემცველია.

3.4. მშობიარობის მესამე პერიოდი

3.4.1 პროფილაქტიკური უტეროტონული საშუალებების გამოყენება.

რეკომენდაცია 39

მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის პრევენციის მიზნით რეკომენდებულია უტეროტონული საშუალებების გამოყენება ყველა მშობიარობის მესამე პერიოდში. (რეკომენდებულია).

რეკომენდაცია 40

ოქსიტოცინი (10 ერთეული, კუნთში ი/ვ) წარმოადგენს რეკომენდებულ უტეროტონულ საშუალებას მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის პრევენციის მიზნით. (რეკომენდებულია).

რეკომენდაცია 41

ნაყოფის მდგომარეობის გათვალისწინებით, დედისა და ნაყოფის ჯანმრთელობის და კვებითი სტატუსის გაუმჯობესების მიზნით, რეკომენდებულია ჭიპლარის გვიანი გადაჭრა (მშობიარობიდან 1 წთ-ში). (რეკომენდებულია).

შენიშვნები:

- ეს რეკომენდაციები ეფუძნება ჯანმოს გაიდლაინს: ჭიპლარის გვიანი გადაკვანძვა დედისა და ნაყოფის ჯანმრთელობის და კვებითი სტატუსის გაუმჯობესების მიზნით;
- ჭიპლარის გვიანი გადაკვანძვა ახალშობილის მოვლის მნიშვნელოვანი ნაწილია;
- არსებობს მოსაზრება, რომ ჭიპლარის გვიანი გადაკვანძვის დროს ნაწილობრივ მოცილებული პლაცენტის საშუალებით შეიძლება მოხდეს დედის სისხლის მიკროტრანსფუზია ახალშობილში და დედიდან ახალშობილზე აივ ინფექციის გადაცემა. არსებობს აივ ინფიცირების შემდეგი გზები: დედის სისხლის მიკროტრანსფუზია ახალშობილში ორსულობის დროს (საშვილოსნოს შიდა ინფიცირება), საშოსმხრივი მშობიარობის დროს სამშობიარო გზების გავლისას დედის სისხლითა და საშოს სეკრეტით ინფიცირება (მშობიარობის დროს ინფიცირება) და ძუძუთი კვების დროს ინფიცირება (მშობიარობის შემდგომი). ანტირეტროვირუსული მკურნალობა ორსულობის, მშობიარობის და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში, ვირემიის შემცირების მიზნით, დედიდან-ბავშვზე ინფექციის გადაცემის შემცირების ყველაზე ეფექტური მეთოდია. არ არსებობს მტკიცებულება, რომ ჭიპლარის გვიანი გადაკვანძვა ზრდის აივ ინფექციის გადაცემის რისკს დედიდან ახალშობილზე. დედის სისხლი ცირკულირებს პლაცენტის ხაოთაშორის სივრცეში ორსულობის განმავლობაში და ინფექციის გადაცემის რისკი რჩება დაბალი მშობიარობამდე. ნაკლებად სავარაუდოა, რომ პლაცენტის მოცილება ზრდიდეს დედის სისხლის ნაყოფის ცირკულაციაში მოხვედრის ალბათობას. ამგვარად, ჭიპლარის გვიანი გადაკვანძვის (1-3 წუთის დაყოვნებით) დამტკიცებული სარგებელი აღემატება თეორიულ და დაუზუსტებელ ზიანს. ჭიპლარის გვიანი გადაკვანძვა რეკომენდებულია როგორც აივ ინფიცირებული, ისე დაუზუსტებელი აივ სტატუსის მქონე ქალებში.

ამ რეკომენდაციების მტკიცებულება მოიძებნება გაიდლაინში შემდეგ ელ. მისამართზე: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148793/1/9789241508209_eng.pdf

3.4.2 ჭიპლარის კონტროლირებადი ტრაქცია

რეკომენდაცია 42

თუ ადგილზეა გამოცდილი მეან-გინეკოლოგი ვაგინალური მშობიარობის დროს ჭიპლარის კონტროლირებადი ტრაქცია რეკომენდებულია იმ შემთხვევაში, როდესაც მეანი და მშობიარე ქალი მიიღებს გადაწყვეტილებას, რომ სისხლის დანაკარგის და მშობიარობის მესამე პერიოდის ხანგრძლივობის მცირედი შემცირება მნიშვნელოვანია. (რეკომენდებულია).

შენიშვნები:

- ეს რეკომენდაცია ეფუძნება ჯანმოს მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის პრევენციისა და მკურნალობის რეკომენდაციებს და ითვლება ძლიერ რეკომენდაციად;
- ეს რეკომენდაცია ეყრდნობა დიდ რანდომიზირებულ კვლევას, რომელშიც გამოყენებული იყო 10 ერთეული ოქსიტოცინი მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის პრევენციის მიზნით, ამ მტკიცებულებაზე დაყრდნობით გამოცდილი მეან-გინეკოლოგის მიერ ჭიპლარის კონტროლირებადი ტრაქცია ითვლება უსაფრთხოდ, იგი ამცირებს სისხლის დანაკარგს (საშუალოდ 11 მლ-ით) და მშობიარობის მესამე პერიოდის ხანგრძლივობას (საშუალოდ 6 წუთით). მეან-გინეკოლოგმა მშობიარესთან ერთად უნდა განიხილოს ჭიპლარის კონტროლირებადი ტრაქციის გამოყენების გადაწყვეტილება;
- თუ მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის პრევენციისთვის გამოიყენება ერგოტ (ergot) ალკალოიდები, ჭიპლარის კონტროლირებადი ტრაქცია აუცილებელია, რათა შემცირდეს პლაცენტის ნაწილების ჩარჩენის ალბათობა;
- არ არის საკმარისი მტკიცებულება მიზოპროსტოლთან ერთად ჭიპლარის კონტროლირებადი ტრაქციის რისკ/სარგებელის განსაზღვრისთვის;
- პლაცენტის ჩარჩენის შემთხვევაში პირველად ჩარევას ჭიპლარის კონტროლირებადი ტრაქცია წარმოადგენს, ამიტომაც მისი სწავლება აუცილებელია სამედიცინო და საექთნო კურიკულუმის დროს;
- უკანასკნელ მტკიცებულებებზე დაყრდნობით შემუშავდა მშობიარობის მესამე პერიოდის მართვის რეკომენდაციების ნუსხა. პირველ და აუცილებელ ჩარევად დასახელდა უტეროტონიკების გამოყენება. ოქსიტოცინის გამოყენების შემთხვევაში ჭიპლარის კონტროლირებადი ტრაქციას მცირე სარგებელი მოაქვს, მაშინ როდესაც საშვილოსნოს მასაჟმა შეიძლება არანაირი სარგებელი არ მოგვიტანოს, მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის პრევენციის მიზნით. ჭიპლარის ადრეული გადაკვანძვა წინააღმდეგ ნაჩვენებია.

ამ რეკომენდაციების მტკიცებულება მოიძებნება გაიდლაინში შემდეგ ელ. მისამართზე: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf

3.4.3 საშვილოსნოს მასაჟი.

რეკომენდაცია 43

პროფილაქტიკური ოქსიტოცინის ინექციის შემდეგ საშვილოსნოს ხანგრძლივი მასაჟი მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის პრევენციის მიზნით რეკომენდებული არ არის. (არ არის რეკომენდებული).

შენიშვნები:

- ეს რეკომენდაცია ეფუძნება ჯანმოს მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის პრევენციის და მკურნალობის რეკომენდაციებს და წარმოადგენს პირობით რეკომენდაციას;
- თუ მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის პრევენციის მიზნით ოქსიტოცინის გარდა გამოიყენება სხვა უტეროტონული საშუალებები ან იმ შემთხვევაში თუ მათი გამოყენება საერთოდ არ ხდება, საშვილოსნოს მასაჟის როლი უცნობია;
- ერთ მცირე კვლევაზე დაყრდნობით საშვილოსნოს მასაჟი და კოლტის გამოძევება ამცირებს დამატებითი უტეროტონული საშუალებების გამოყენებას. თუმცა სხვა სარგებლის შესახებ მტკიცებულება არ მოიპოვება. ხშირი და რუტინული საშვილოსნოს ტონუსის შეფასება რჩება მშობიარობის შემდგომი პერიოდის შეფასების, განსაკუთრებით მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის ადრეული დიაგნოსტიკის მნიშვნელოვან კომპონენტად;
- უკანასკნელ მტკიცებულებებზე დაყრდნობით შემუშავდა მშობიარობის მესამე პერიოდის მართვის რეკომენდაციების ნუსხა. პირველი რიგის აუცილებელ ჩარევად დასახელდა უტეროტონიკების გამოყენება. ოქსიტოცინის გამოყენების შემთხვევაში ჭიპლარის კონტროლირებად ტრაქციას მცირე სარგებელი მოაქვს, მაშინ როდესაც საშვილოსნოს მასაჟი სისხლდენის პრევენციისთვის შესაძლოა არ იყოს ეფექტური;
- ჭიპლარის ადრეული გადაკვანძვა წინააღმდეგ ნაჩვენებია.

ამ რეკომენდაციების მტკიცებულება მოიძებნება გაიდლაინში შემდეგ ელ. მისამართზე: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf

3.5. ახალშობილის მოვლა

3.5.1 ახალშობილის ცხვირისა და პირის ღრუს რუტინული ასპირაცია.

რეკომენდაცია 44

თუ ახალშობილი დაბადებულია სუფთა სანაყოფე სითხეში და სპონტანურად სუნთქავს, ახალშობილის ცხვირისა და პირის ღრუს ასპირაცია არ არის რეკომენდებული (არ არის რეკომენდებული).

შენიშვნები:

- ეს რეკომენდაცია ეფუძნება ჯანმოს გაიდლაინს ახალშობილის რეანიმაცია, რომელიც წარმოადგენს ძლიერ რეკომენდაციას მაღალი ხარისხის მტკიცებულებებზე დაყრდნობით;
- ამ საკითხთან დაკავშირებით არ არსებობს შემდგომი შენიშვნები.

ამ რეკომენდაციების მტკიცებულება მოიძებნება გაიდლაინში შემდეგ ელ. მისამართზე: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75157/1/9789241503693_eng.pdf

3.5.2 კანის კანთან კონტაქტი.

რეკომენდაცია 45

ჰიპოთერმიის პრევენციისა და ძუძუთი კვების ხელშეწყობის მიზნით ფიზიოლოგიურად დაბადებული ახალშობილის კანით-კანთან კონტაქტი უნდა განხორციელდეს პირველი საათის განმავლობაში. (რეკომენდებულია).

შენიშვნები:

- ეს რეკომენდაცია ეფუძნება ჯანმრთელობის ბავშვთა გავრცელებული ავადმყოფობის მართვის შესახებ რეკომენდაციებს. აღნიშნული წარმოადგენს ძლიერ რეკომენდაციას დაბალი ხარისხის მტკიცებულებებზე დაყრდნობით;
- ამ საკითხთან დაკავშირებით არ არსებობს შემდგომი შენიშვნები.

ამ რეკომენდაციების მტკიცებულება მოიძებნება გაიდლაინში შემდეგ ელ. მისამართზე: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44774/1/9789241502825_eng.pdf

3.5.3 ძუძუთი კვება.

რეკომენდაცია 46

ყველა კლინიკურად ჯანმრთელი, მათ შორის, მცირე მასის მქონე ახალშობილების ძუძუთი კვება უნდა დაიწყოს დაბადებისთანავე დედისა და ახალშობილის მზაობის შემთხვევაში. (რეკომენდებულია).

შენიშვნები:

- ეს რეკომენდაცია ეფუძნება ჯანმრთელობის რეკომენდაციებს ახალშობილთა ჯანმრთელობაზე. ამ რეკომენდაციის მტკიცებულება მოცემულია ჯანმრთელობის დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებისთვის დაბალი წონის ახალშობილთა ოპტიმალური კვების გაიდლაინში. იგი მიღებულია როგორც ძლიერი რეკომენდაცია დაბალი ხარისხის მტკიცებულებებზე დაყრდნობით;
- ამ საკითხთან დაკავშირებით არ არსებობს შემდგომი შენიშვნები.

ამ რეკომენდაციების მტკიცებულება მოიძებნება გაიდლაინებში შემდეგ ელ. მისამართებზე: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259269/1/WHO-MCA-17.07-eng.pdf>

და, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241548366.pdf

3.5.4 ჰემორაგიულ დაავადებათა პროფილაქტიკა K ვიტამინის გამოყენებით.

რეკომენდაცია 47

ყველა ახალშობილს უნდა გაუკეთდეს 1 მგ K ვიტამინი კუნთებში (დაბადებიდან ერთი საათის და მას შემდეგ, რაც განხორციელდა კანით-კანთან კონტაქტი და დაიწყო ძუძუთი კვება). (რეკომენდებულია).

შენიშვნები:

- ეს რეკომენდაცია ეფუძნება ჯანმოს ბავშვთა გავრცელებული ავადმყოფობის მართვის შესახებ რეკომენდაციებს. წარმოადგენს ძლიერ რეკომენდაციას საშუალო ხარისხის მტკიცებულებებზე დაყრდნობით;
- ამ საკითხთან დაკავშირებით არ არსებობს შემდგომი შენიშვნები.

ამ რეკომენდაციის მტკიცებულება მოიძებნება გაიდლაინში შემდეგ ელ. მისამართზე: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44774/1/9789241502825_eng.pdf

3.5.5 ახალშობილის დაბანა და დაბადების შემდგომი მოვლა.

რეკომენდაცია 48

ახალშობილის დაბანა უნდა გადავადდეს დაბადებიდან 24 საათი ან მინიმუმ 6 საათი კულტურული მოსაზრებების გათვალისწინებით. რეკომენდებულია ახალშობილის ჩაცმა გარემო ტემპერატურის შესაბამისად. ეს გულისხმობს მოზრდილთან შედარებით ერთი ან ორი ფენით მეტ ტანსაცმელს და ქუდს. რეკომენდებულია დედისა და ახალშობილის 24 საათიანი ერთად განთავსება. (რეკომენდებულია).

შენიშვნები:

- ეს რეკომენდაცია მიღებულია ჯანმოს რეკომენდაციიდან: მშობიარობის შემდგომი მოვლა და წარმოადგენს ძლიერ სიტუაციურ რეკომენდაციას;
- ამ საკითხთან დაკავშირებით შემდგომი შენიშვნები არ არსებობს.

ამ რეკომენდაციის მტკიცებულება იხილეთ გაიდლაინში შემდეგ ელ. მისამართზე: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf

3.6. მშობიარობის შემდგომი მეთვალყურეობა

3.6.1 საშვილოსნოს ტონუსის შეფასება.

რეკომენდაცია 49

საშვილოსნოს ატონიის ადრეული დიაგნოსტიკების მიზნით რეკომენდებულია ყველა ნაშობიარე ქალში საშვილოსნოს ტონუსის შეფასება. (რეკომენდებულია).

შენიშვნები:

- ეს რეკომენდაცია ეფუძნება ჯანმოს რეკომენდაციას “მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის პრევენცია და მკურნალობა” და წარმოადგენს ძლიერ რეკომენდაციას;
- საშვილოსნოს ტონუსის ხშირი შეფასება მშობიარობის შემდგომი მეთვალყურეობის მნიშვნელოვანი ნაწილია და წარმოადგენს მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის ადრეული დიაგნოსტიკების საშუალებას.

ამ რეკომენდაციის მტკიცებულება მოიძებნება გაიდლაინში შემდეგ ელ. მისამართზე: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf

3.6.2 გაურთულებელი სამოსმხრივი მშობიარობის დროს ანტიბიოტიკების გამოყენება.

რეკომენდაცია 50

გაურთულებელი საშოსმხრივი მშობიარობის დროს რუტინული ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკა არ არის რეკომენდებული (არ არის რეკომენდებული).

შენიშვნები:

- ეს რეკომენდაცია ეფუძნება ჯანმოს რეკომენდაციას „მშობიარობასთან დაკავშირებული ინფექციების პრევენცია და მკურნალობა“ და წარმოადგენს ძლიერ რეკომენდაციას;
- ფართოდ გავრცელებული და შემაშფოთებელია ანტიბიოტიკების არარაციონალური გამოყენება ანტიმიკრობული რეზისტენტობის მატების თვალსაზრისით და ამიტომაც რუტინული ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკა ხაზგასმით არ არის რეკომენდებული;
- გაურთულებელი საშოსმხრივი მშობიარობა გულისხმობს მშობიარობას რისკ-ფაქტორებისა და ინფექციის კლინიკური ნიშნების გარეშე;
- ენდომეტრიტის დროული დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მიზნით მიზანშეწონილია მშობიარობის შემდგომი პერიოდის გაძლიერებული კლინიკური მეთვალყურეობა;
- რეკომენდაციები, თუ რა შემთხვევაში გამოვიყენოთ ანტიბიოტიკები, მოცემულია ჯანმოს შესაბამის გაიდლაინში.

ამ რეკომენდაციის მტკიცებულება იხილეთ გაიდლაინში შემდეგ ელ. მისამართზე: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf

3.6.3 რუტინული ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკა ეპიზოტომიის დროს.

რეკომენდაცია 51

ეპიზოტომიის დროს რუტინული ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკა არ არის რეკომენდებული (არ არის რეკომენდებული).

შენიშვნები:

- ეს რეკომენდაცია ეფუძნება ჯანმოს რეკომენდაციას: „მშობიარობასთან დაკავშირებული ინფექციების პრევენცია და მკურნალობა“ და წარმოადგენს ძლიერ რეკომენდაციას;
- ეპიზოტომიის მაღალი სიხშირე და ანტიბიოტიკების არარაციონალური გამოყენება ზრდის ანტიმიკრობულ რეზისტენტობას, არ გააჩნია კლინიკური სარგებელი, ამიტომაც რუტინული ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკა ხაზგასმით არ არის რეკომენდებული;
- ეს რეკომენდაცია გულისხმობს ანტიბიოტიკების გამოყენებას უშუალოდ ეპიზოტომიის ჩატარებამდე ან მის შემდეგ. ანტიბიოტიკი ინიშნება შორისზე ჭრილობის ინფიცირების ნიშნების არსებობის შემთხვევაში;
- გართულებების და შემდგომი არასაჭირო დამატებითი ჩარევების თავიდან აცილების მიზნით მიზანშეწონილია ეპიზოტომია მკაცრი ჩვენებით;

- შორისის მეორე ხარისხის ჩახვევა ანატომიური თვალსაზრისით ეპიზიოტომიის მსგავსია და, ასევე, არ საჭიროებს პროფილაქტიკურ ანტიბიოტიკოთერაპიას;
- იმ შემთხვევაში თუ ეპიზიოტომიის შემდგომი ჭრილობა ვრცელდება და სახეზეა მესამე-მეოთხე ხარისხის ჩახვევა, მიზანშეწონილია პროფილაქტიკური ანტიბიოტიკოთერაპია შესაბამისი გაიდლაინის მიხედვით;

ამ რეკომენდაციის მტკიცებულება იხილეთ გაიდლაინში შემდეგ ელ. მისამართზე:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf

3.6.4 დედის რუტინული შეფასება მშობიარობის შემდგომ პერიოდში.

რეკომენდაცია 52

რუტინულად მშობიარობიდან ერთი საათის შემდეგ პირველი 24 საათის განმავლობაში უნდა შეფასდეს: საშოდან სისხლიანი გამონადენის რაოდენობა, საშვილოსნოს ტონუსი, ფუძის სიმაღლე, ტემპერატურა და პულსი.

მშობიარობიდან მალევე მიზანშეწონილია არტერიული წნევის გაზომვა; ნორმის შემთხვევაში წნევის განმეორებითი გაზომვა რეკომენდებულია 6 საათში.

გამოყოფილი შარდის რაოდენობა უნდა შეფასდეს და დოკუმენტირდეს მშობიარობიდან 6 საათში (რეკომენდებულია).

შენიშვნები:

- ეს რეკომენდაცია ეყრდნობა ჯანმოს გაიდლაინს: „მშობიარობის შემდგომი მოვლა;“
- ამ საკითხთან დაკავშირებით არ არსებობს შემდგომი შენიშვნები.

ამ რეკომენდაციის მტკიცებულება იხილეთ გაიდლაინში შემდეგ ელ. მისამართზე:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf

3.6.5 გაურთულებელი მშობიარობის შემთხვევაში ბინაზე გაწერა.

რეკომენდაცია 53

ფიზიოლოგიური საშოსმხრივი მშობიარობის შემდეგ ჯანმრთელ დედასა და ახალშობილზე დაკვირვება მიზანშეწონილია სამედიცინო დაწესებულებაში მშობიარობიდან 24 საათის განმავლობაში (რეკომენდებულია).

შენიშვნები:

- ეს რეკომენდაცია ეფუძნება ჯანმოს რეკომენდაციას: „მშობიარობის შემდგომი მოვლა და წარმოადგენს პირობით რეკომენდაციას;“
- სამედიცინო დაწესებულებაში დედასა და ახალშობილს უნდა ჩაუტარდეს სათანადო სამედიცინო მეთვალყურეობა. ეს ითვალისწინებს ახალშობილის მშობიარობისთანავე სრულ შეფასებას და კლინიკურ გასინჯვას დაბადებიდან ერთი საათის შემდეგ და გაწერის წინ;

- ბინაზე გაწერის დროს დედისა და ახალშობილის შეფასება უნდა მოხდეს შესაბამისი ცხრილით; სადაც შეფასდება ლოქიების რაოდენობა, დედასა და ახალშობილში ინფექციის კლინიკური ნიშნები, ახალშობილის ძუძუთი კვების სტატუსი და ასე შემდეგ.

ამ რეკომენდაციის მტკიცებულება მოიძებნება გაიდლაინში შემდეგ ელ. მისამართზე: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf

4. გაიდლაინის დანერგვა

წინამდებარე გაიდლაინის რეკომენდაციების პრაქტიკაში დანერგვა ხელს შეუწყობს სამეანო-გინეკოლოგიური საქმიანობის განმახორციელებელ სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებებში ფიზიოლოგიური მშობიარობის მართვის ხარისხის ამაღლებას, რაც გულისხმობს დედის, ნაყოფისა და ახალშობილის მოვლის ხარისხისა და, შესაბამისად, ფიზიოლოგიური მშობიარობის გამოსავლის გაუმჯობესებას.

5. პრაქტიკაში ადაპტაციის რეკომენდაციები

გაიდლაინის პრაქტიკაში ადაპტაციისთვის მნიშვნელოვანია შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

1. გაიდლაინის ელექტრონული ვერსიის განთავსება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს (www.moh.gov.ge) ვებ-გვერდზე.
2. გაიდლაინის ბეჭდური ვერსიის გავრცელება ანტენატალურ მეთვალყურეობაში ჩართულ ჯანდაცვის პერსონალს შორის, როგორც თბილისში, ისე რეგიონებში.
3. გაიდლაინის საფუძველზე უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება და მშობიარობის პროცესში ჩართული ჯანდაცვის პერსონალისთვის (თბილისსა და რეგიონებში) ტრენინგების ორგანიზება ფიზიოლოგიური მშობიარობის მართვის საკითხებზე.
4. გაიდლაინის პრაქტიკაში დანერგვის შეფასება კლინიკური აუდიტის საშუალებით.

6. აუდიტის კრიტერიუმი

- რამდენ დაწესებულებას (%) აქვს აღნიშნული გაიდლაინი?
- საავადმყოფოს რამდენმა ექიმმა (%) გაიარა სწავლება მოცემული გაიდლაინის პრაქტიკაში დანერგვის მიზნით?
- რამდენადაა უზრუნველყოფილი პატივისცემაზე დაფუძნებული სამშობიარო გარემო?

- ხორციელდება თუ არა ეფექტური კომუნიკაცია ჯანდაცვის პერსონალსა და მშობიარეს შორის?
- რამდენ (%-ში) ესწრება მშობიარობას თანმხლები პირი?
- როგორია სამშობიარო სახლში მიღების წესები?
- რამდენ (%-ში) ხორციელდება ნაყოფის მდგომარეობის რუტინული შეფასება?
- რამდენ (%-ში) ხდება სითხის მიღების შეზღუდვა მშობიარობის დროს?
- რამდენ (%-ში) ხორციელდება ადრეული ამნიოტომია?
- რამდენ (%-ში) აღინიშნება რუტინული ეპიზოტომია?
- რამდენ (%-ში) მშობიარე არის აქტიური პირველ პერიოდში?
- რამდენი (%-ი) მშობიარობს ვერტიკალურ პოზიციაში?
- რამდენ (%-ში) არის მართული ჭინთვა?
- რამდენ (%-ში) მიმართავენ მშობიარობის მესამე პერიოდის აქტიურ მართვას?
- რამდენ (%-ში) ხორციელდება კანის -კანთან კონტაქტი?
- რამდენ (%-ში) ხორციელდება გაწერა კრიტერიუმების მიხედვით?

7. გაიდლაინის გადასინჯვის და განახლების ვადა

გაიდლაინი სასურველია გადასინჯოს და შეივსოს ახალი ინფორმაციით 5 წლის შემდეგ ან გამოყენებული წყაროების (გაიდლაინები, პრაქტიკული რეკომენდაციები და სხვ.) განახლების შემთხვევაში, ახალი მტკიცებულებების გათვალისწინებით.

8. ავტორები

აკაკი ბაქრაძე – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი; საქართველოს საპატრიარქოს წმინდა იოაკიმესა და ანას სახელობის სამშობიარო სახლის დირექტორი სამკურნალო დარგში; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი; მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის გამგეობის წევრი;

დავით გაგუა – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი. დ. ტვილდიანის სახელობის სამედიცინო უნივერსიტეტის აიეტის მეან-გინეკოლოგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, სრული პროფესორი; შპს „დავით გაგუას კლინიკის“ დირექტორი; პერინატოლოგთა და მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი; მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი; მედიკოსთა და ნეონატოლოგთა ასოციაციის წევრი;

დავით დავარაშვილი – აკადემიური დოქტორი მედიცინაში; მეან-გინეკოლოგიური კლინიკა „ბიბიდა“-ს სამეანო-გინეკოლოგიური დეპარტამენტის ხელმძღვანელი; საქართველოს მეანთა და გინეკოლოგთა ასოციაციის საბჭოს წევრი; პერინატოლოგთა და მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის საბჭოს წევრი);

ვერა ბაზიარი – აკადემიური დოქტორი მედიცინაში; საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ექსპერტი დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკითხებში; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი;

თამარ ანთელავა – აკადემიური დოქტორი მედიცინაში; თსსუ მეან-გინეკოლოგიის დეპარტამენტის ასისტირებული პროფესორი; მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის წევრი;

თენგიზ ასათიანი – სრული პროფესორი; **FRCOG**, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტი;

მაკა ჩიქოვანი – აკად. კ. ჩაჩავას კლინიკის მეან-გინეკოლოგი; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის წევრი;

მამუკა ნემსაძე – მე-5 კლინიკური საავადმყოფოს სამეანო გინეკოლოგიური დეპარტამენტის ხელმძღვანელი; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის ვიცე პრეზიდენტი; კავკასიის საერთაშორისო უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი;

ნიკოლოზ კინტრაია – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორი, საქართველო მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტი; საქართველოს მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოსი.

პლატონ მაჭავარიანი – წმ. იოაკიმესა და ანას სახ. სამშობიარო სახლის ოპერაციული გინეკოლოგიის განყოფილების გამგე; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის ვიცეპრეზიდენტი;

თინათინ გაგუა – მედიცინის დოქტორი, დ. ტვილდიანის სახელობის სამედიცინო უნივერსიტეტის ასისტენტ- პროფესორი.

ნოდარ ზალდასტანიშვილი – მედიცინის დოქტორი, კლინიკა ჰერა 2011 სამედიცინო ხელმძღვანელი

ზაზა სინაურიძე – მედიცინის დოქტორი, საქართველოს პერინატოლოგთა ასოციაციის გამგეობის თავჯდომარე;

9. გამოყენებული ლიტერატურა

1. The state of the world’s children 2016: a fair chance for every child. New York (NY): United Nations Children’s Fund; 2016 (https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_SOWC_2016.pdf, accessed 20 October 2017).
2. Danilack VA, Nunes AP, Phipps MG. Unexpected complications of low-risk pregnancies in the United States. Am J Obstet Gynecol. 2015;212(6):809.e1-6.
3. Intrapartum care for healthy women and babies. NICE clinical guideline 190. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2014

(http://www.geburtshaus.ch/documents/upload/NICE_clinical_guideline_190_dec2014.pdf, accessed 20 October 2017).

4. Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS, Shackelford KA, Steiner C, Heuton KR, et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014;384(9947):980–1004.
5. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6):e323–33.
6. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet*. 2016;387(10018):587–603.
7. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet*. 2014;384(9940):347–70.
8. Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gülmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health*. 2014;11(1):71.
9. Coulm B, Le Ray C, Lelong N, Drewniak N, Zeitlin J, Blondel B. Obstetric interventions for low-risk pregnant women in France: do maternity unit characteristics make a difference? *Birth*. 2012;39(3):183–91.
10. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. European Perinatal Health Report. Euro-Peristat Project; 2013 (<http://www.europeristat.com/images/doc/Peristat%202013%20V2.pdf>, accessed 12 December 2017).
11. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014;384(9948):1129–45.
12. Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R, et al. Quality of care for pregnant women and newborns – the WHO vision. *BJOG*. 2015;122(8):1045–9.
13. Hofmeyr GJ. Evidence-based intrapartum care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2005;19(1):103–15.
14. Hanley GE, Munro S, Greyson D, Gross MM, Hundley V, Spiby H, et al. Diagnosing onset of labor: a systematic review of definitions in the research literature. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:71.
15. Neal JL, Lowe NK, Patrick TE, Cabbage LA, Corwin EJ. What is the slowest-yet-normal cervical dilation rate among nulliparous women with spontaneous labor onset? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2010;39(4):361–9.
16. Zhang J, Landy HJ, Branch DW, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol*. 2010;116(6):1281–7.
17. Zhang J, Troendle J, Mikolajczyk R, Sundaram R, Beaver J, Fraser W. The natural history of the normal first stage of labor. *Obstet Gynecol*. 2010;115(4):705–10.
18. Zhang J, Troendle JF, Yancey MK. Reassessing the labor curve in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;187(4):824–8.
19. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors, second edition. Geneva: World Health Organization; 2017

- (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/managing-complications-pregnancy-childbirth/en/, accessed 7 December 2017).
20. WHO handbook for guideline development. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/publications/guidelines/handbook_2nd_ed.pdf, accessed 10 October 2017).
 21. The GRADE working group; 2017 ([http:// gradeworkinggroup.org/](http://gradeworkinggroup.org/), accessed 12 December 2017).
 22. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(7):CD003766.
 23. Downe S, Finlayson K, Oladapo OT, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. *PLoS One.* 2018;13(4):e0194906.
 24. DECIDE (2011–2015). In: DECIDE [website]. DECIDE; 2017 (<http://www.decide-collaboration.eu>, accessed 12 December 2017).
 25. The GRADE-CERQual Project Group. In: GRADE- CERQual [website]; 2016 (<http://www.cerqual.org/>, accessed 26 January 2018).
 26. Downe S, Finlayson K, Thomson G, Hall-Moran V, Feeley C, Oladapo OT. WHO recommendations for interventions during labour and birth: qualitative evidence synthesis of the views and experiences of service users and providers. 2018 (unpublished).
 27. Bohren MA, Munthe-Kaas H, Berger BO, Allanson EE, Tunçalp Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis (Protocol). *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(12):CD012449.
 28. Shakibazadeh E, Namadian M, Bohren MA, Vogel JP, Rashidian A, Pileggi VN, et al. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. *BJOG.* 2017. doi:10.1111/1471-0528.15015.
 29. Higgins JPT, Green S, editors. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions, version 5.1.0.* The Cochrane Collaboration; 2011 ([http:// handbook-5-1.cochrane.org/](http://handbook-5-1.cochrane.org/), accessed 12 December 2017).
 30. Walsh D, Downe S. Appraising the quality of qualitative research. *Midwifery.* 2006;22(2):108–19.
 31. OneHealth Model: intervention treatment assumptions. Geneva and Glastonbury (CT): United Nations InterAgency Working Group on Costing and the Futures Institute; 2013 (<http://avenirhealth.org/Download/Spectrum/Manuals/Intervention%20Assumptions%202013%209%2028.pdf>, accessed 18 December 2017).
 32. WHO compendium of innovative health technologies for low-resource settings. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/medical_devices/innovation/compendium/en/, accessed 18 December 2017).
 33. State of inequality: reproductive, maternal, newborn and child health. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/state-of-inequality/en/>, accessed 18 December 2017).
 34. WHO recommendations: optimizing healthworker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843_eng.pdf, accessed 17 January 2018).

35. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/, accessed 10 October 2017).
36. Health worker roles in providing safe abortion care and post abortion contraception. Geneva: WHO; 2015 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/abortion-task-shifting/en/, accessed 19 October 2017).
37. EPOC resources for review authors. In: Cochrane Effective Practice and Organization of Care (EPOC) [website]. The Cochrane Collaboration; 2018 ([http://epoc.cochrane.org/epoc-speci c-resources-review-authors](http://epoc.cochrane.org/epoc-speci-c-resources-review-authors), accessed 22 January 2018).
38. Downe S, Lawrie TA, Finlayson K, Oladapo OT. Effectiveness of respectful care policies for women using routine intrapartum care services: a systematic review. *Reprod Health*. 2018; 15:23.
39. United Nations Human Rights Council. Technical guidance on the application of a human rights- based approach to the implementation of policies and programs to reduce preventable maternal morbidity and mortality. United Nations; 2012 (A/ HRC/21/22; http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22_en.pdf, accessed 17 January 2018).
40. Bohren MA, Vogel JP, Tunçalp Ö, Fawole B, Titiloye MA, Olutayo AO, et al. “By slapping their laps, the patient will know that you truly care for her”: a qualitative study on social norms and acceptability of the mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria. *SSM Popul Health*. 2016;2:640–55.
41. Balde MD, Diallo BA, Bangoura A, Sall O, Soumah AM, Vogel JP, et al. Perceptions and experiences of the mistreatment of women during childbirth in health facilities in Guinea: a qualitative study with women and service providers. *Reprod Health*. 2017;14:3.
42. Balde MD, Bangoura A, Diallo BA, Sall O, Balde H, Niakate AS, et al. A qualitative study of women’s and health providers’ attitudes and acceptability of mistreatment during childbirth in health facilities in Guinea. *Reprod Health*. 2017;14(1):4.
43. Chang YS, Coxon K, Portela AG, Furuta M, Bick D. Interventions to support effective communication between maternity care staff and women in labour: a mixed methods systematic review. *Midwifery*. 2017;59:4–16.
44. Bashour H, Kanaan M, Kharouf M, Abdulsalam A, Tabbaa M, Cheika S. The effect of training doctors in communications skills on women’s satisfaction with doctor–woman relationship during labour and delivery: a stepped wedge cluster randomized controlled trial in Damascus. *BMJ Open*. 2013;3(8):1–11.
45. Crofts J, Barlett C, Ellis D, Winter C, Donald F, Hunt L, et al. Patient-actor perception of care: a comparison of obstetric emergency training using manikins and patient-actors. *Qual Saf Health Care*. 2008;17:20–4.
46. WHO recommendations for augmentation of labour. Geneva: WHO; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf, accessed 17 January 2018).
47. WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/172427/1/9789241508742_report_eng.pdf, accessed 17 January 2018).

48. Spiby H, Green JM, Darwin Z, Willmot H, Knox D, McLeish J, et al. Multisite implementation of trained volunteer doula support for disadvantaged childbearing women: a mixed-methods evaluation. *Health Services and Delivery Research*. 2015;3:8.
49. Munoz EG, Collins M. Establishing a volunteer doula program within a nurse-midwifery education program: a winning situation for both clients and students. *J Midwifery Womens Health*. 2015;60:274–7.
50. Campbell DA, Lake MF, Falk M, Backstrand JR. A randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35:456–64.
51. Darwin Z, Green J, McLeish J, Willmot H, Spiby H. Evaluation of trained volunteer doula services for disadvantaged women in five areas in England: women's experiences. *Health Soc Care Community*. 2017;25(2):466–77.
52. Abalos E, Oladapo OT, Chamillard M, Díaz V, Pasquale J, Bonet M, et al. Duration of spontaneous labour in “low-risk” women with “normal” perinatal outcomes: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018;223:123–32.
53. Oladapo OT, Diaz V, Bonet M, Abalos E, Thwin SS, Souza H, et al. Cervical dilatation patterns of “low-risk” women with spontaneous labour and normal perinatal outcomes: a systematic review. *BJOG*. 2017. doi:10.1111/1471-0528.14930.
54. Dixon L, Skinner J, Foureur M. Women's perspectives of the stages and phases of labour. *Midwifery*. 2013;29:10–7.
55. Eri T, Bondas T, Mechtild M, Janssen P, Green J. A balancing act in an unknown territory: a meta-synthesis of mothers' first time experiences in early labour. *Midwifery*. 2015;31(3):e58–e67.
56. Peisner DB, Rosen MG. Latent phase of labor in normal patients: a reassessment. *Obstet Gynecol*. 1985;66(5):644–8.
57. Ijaiya MA, Aboyeji AP, Fakeye OO, Balogun OR, Nwachukwu DC, Abiodun MO. Pattern of cervical dilatation among parturients in Ilorin, Nigeria. *Ann Afr Med*. 2009;8(3):181–4.
58. Juntunen K, Kirkinen P. Partogram of a grand multipara: different descent slope compared with an ordinary parturient. *J Perinat Med*. 1994;22(3):213–8.
59. Velasco A, Franco A, Reyes F. Nomograma de la dilatación del cervix en el parto [Nomogram of the dilatation of the cervix in childbirth]. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 1985;36(5):323–7.
60. Friedman E. Primigravid labor; a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol*. 1955;6(6):567–89.
61. Friedman E. Labor in multiparas; a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol*. 1956;8(6):691–703.
62. Oladapo OT, Souza JP, Fawole B, Mugerwa K, Perdoná G, Alves D, et al. Progression of the first stage of spontaneous labour: a prospective cohort study in two sub-Saharan African countries. *PLoS Med*. 2018;15(1):e1002492.
63. Albers LL, Schi M, Gorwoda JG. The length of active labor in normal pregnancies. *Obstet Gynecol*. 1996;87(3):355–9.
64. Albers LL. The duration of labor in healthy women. *J Perinatol*. 1999;19(2):114–9.
65. Jones M, Larson E. Length of normal labor in women of Hispanic origin. *J Midwifery Womens Health*. 2003;48(1):2–9.

66. Schi E, Cohen SB, Dulitzky M, Novikov I, Friedman SA, Mashlach S, et al. Progression of labor in twin versus singleton gestations. *Am J Obstet Gynecol.* 1998;179(5):1181–5.
67. Kilpatrick SJ, Laros RK, Jr. Characteristics of normal labor. *Obstet Gynecol.* 1989;74(1):85–7.
68. Lee SW, Yang JH, Cho HJ, Hong DS, Kim MY, Ryu HM, et al. The effects of epidural analgesia on labor progress and perinatal outcomes. *Korean J Obstet Gynecol.* 2007;50(10):1330–5.
69. Schorn MN, McAllister JL, Blanco JD. Water immersion and the effect on labor. *J Nurse Midwifery.* 1993;38(6):336–42.
70. WHO-CHOICE unit cost estimates for service delivery – estimation le. World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/choice/cost-effectiveness/inputs/health_service/en/, accessed 29 March 2017).
71. Lowe NK. A review of factors associated with dystocia and cesarean section in nulliparous women. *J Midwifery Womens Health.* 2007;52(3):216–28.
72. Nystedt A, Högberg U, Lundman B. The negative birth experience of prolonged labour: a case- referent study. *J Clin Nurs.* 2005;14(5):579–86.
73. Nystedt A, Högberg U, Lundman B. Some Swedish women’s experiences of prolonged labour. *Midwifery.* 2006;22:56–65.
74. Bonet M, Oladapo OT, Souza JP, Gülmezoglu AM. Diagnostic accuracy of the partograph alert line: a systematic review. 2018 (unpublished).
75. Wei S, Wo BL, Qi H-P, Xu H, Luo Z-C, Roy C, et al. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(8):CD006794.
76. Bedwell C, Levin K, Pett C, Lavender DT. A realist review of the partograph: when and how does it work for labour monitoring? *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(1):31.
77. Ollerhead E, Osrin D. Barriers to and incentives for achieving partograph use in obstetric practice in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:281.
78. Dujardin B, De Schamphelre I, Sene H, Ndiaye F. Value of the alert and action lines on the partogram. *Lancet.* 1992;339(8805):1336–8.
79. World Health Organization (WHO), Maternal Health and Safe Motherhood Programme. The partograph: the application of the WHO partograph in the management of labour. Report of a WHO multicentre study 1990–1991. Geneva: WHO; 1994 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/58589/1/WHO_FHE_MSM_94.4.pdf, accessed 17 January 2018).
80. Van Bogaert L. The partogram’s result and neonatal outcome. *J Obstet Gynaecol.* 2006;26(4):321–4.
81. López C AF. Estudio comparativo entre el partograma del clap y el partograma de la oms en embarazadas del hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca, Ecuador [Comparative study between the CLAP partogram and the WHO partogram in pregnant women of the Vicente Corral Moscoso hospital in Cuenca, Ecuador][thesis]. University of Cuenca; 2008.
82. Orji E. Evaluating progress of labor in nulliparas and multiparas using the modified WHO partograph. *Int J Gynecol Obstet.* 2008;102(3):249–52.

83. Rocha IM, de Oliveira SM, Schneck CA, Riesco ML, da Costa AS. The partogram as an instrument to analyze care during labor and delivery. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(4):880–8.
84. Diarra I, Camara S, Maiga M. Evaluation de l'utilisation du partogramme à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako [Assessment of the use of partogram at the district maternity hospital of commune V in Bamako area]. *Mali Med*. 2009;24(2):10–3.
85. Sanyal U, Goswami S, Mukhopadhyay P. The role of partograph in the outcome of spontaneous labor. *NJOG*. 2014;17(1):52–7
86. Bolbol-Haghighi N, Ebrahimi N, Delvarian ZadeM, Hasani MR. Evaluation of WHO's partogram alert line for prediction of the APGAR score at the first minute after birth. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2006;8(1):50–7.
87. Rani U, Laxmi B. Effect of partographic monitoring on outcomes for women in spontaneous labour at term. *IAIM*. 2016;3(7):314–20.
88. Souza J, Oladapo OT, Fawole B, Mugerwa K, ReisR, Barbosa-Junior F, et al. Cervical dilatation over time is a poor predictor of severe adverse birth outcomes: a diagnostic accuracy study. *BJOG*. 2018. doi: 10.1111/1471-0528.
89. Fahy M, Doyle O, Denny K, McAuli e FM, Robson M. Economics of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013;92(5):508–16.
90. Khan A, Zaman S. Costs of vaginal delivery and caesarean section at a tertiary level public hospital in Islamabad, Pakistan. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10:2.
91. Armstrong N, Kenyon S. When choice becomes limited: women's experiences of delay in labour. *Health (London)*. 2017;21(2):223–38.
92. Kobayashi S, Hanada N, Matsuzaki M, Takehara K, Ota E, Sasaki H, et al. Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(4):CD011516.
93. McNiven PS, Williams JI, Hodnett E, Kaufman K, Hannah ME. An early labor assessment program: a randomized, controlled trial. *Birth*. 1998;25(1):5–10.
94. Hofmeyr GJ, Mancotywa T, Silwana-Kwadjo N, Mgudlwa B, Lawrie TA, Gülmezoglu AM. Audit of a new model of birth care for women with low risk pregnancies in South Africa: the primary care onsite midwife-led birth unit (OMBU). *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:417.
95. Neal JL, Lamp JM, Buck JS, Lowe NK, Gillespie SL, Ryan SL. Outcomes of nulliparous women with spontaneous labor onset admitted to hospitals in preactive versus active labor. *J Midwifery Womens Health*. 2014;59(1):28–34.
96. Bailit JL, Dierker L, Blanchard MH, Mercer BM. Outcomes of women presenting in active versus latent phase of spontaneous labor. *Obstet Gynecol*. 2005;105(1):77–9.
97. Mikolajczyk RT, Zhang J, Grewal J, Chan LC, Petersen A, Gross MM. Early versus late admission to labor affects labor progression and risk of cesarean section in nulliparous women. *Front Med*. 2016;3:26.
98. Chuma C, Kihunrwa A, Matovelo D, Mahendeka M. Labour management and obstetric outcomes among pregnant women admitted in latent phase compared to active phase of labour at Bugando Medical Centre in Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:68.
99. Holmes P, Oppenheimer LW, Wen SW. The relationship between cervical dilatation at initial presentation in labour and subsequent intervention. *BJOG*. 2001;108(11):1120–4.

100. Tilden EL, Lee VR, Allen AJ, Gri n EE, Caughey AB. Cost-effectiveness analysis of latent versus active labor hospital admission for medically low-risk, term women. *Birth*. 2015;42(3):219–26.
101. Mekonnen MG, Yalew KN, Umer JY, Melese M. Determinants of delivery practices among Afar pastoralists of Ethiopia. *Pan Afr Med J*. 2012;13(suppl 1):17.
102. Dhakal S, van Teijlingen E, Raja EA, Dhakal KB. Skilled care at birth among rural women in Nepal: practice and challenges. *J Health, Popul Nutr*. 2011;29(4):371–8.
103. Kumbani L, Bjune G, Chirwa E, Malata A, Odland JO. Why some women fail to give birth at health facilities: a qualitative study of women’s perceptions of perinatal care from rural southern Malawi. *Reprod Health*. 2013;10:9.
104. Atuoye KN, Dixon J, Rishworth A, Galaa SZ, Boamah SA, Luginaah I. Can she make it? Transportation barriers to accessing maternal and child healthcare services in rural Ghana. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:333.
105. Kowalewski M, Mujinja P, Jahn A. Can mothers afford maternal health care costs? User costs of maternity services in rural Tanzania. *Afr J Reprod Health*. 2002;6(1):65–73.
106. Choulagai B, Onta S, Subedi N, Mehata S, Bhandari GP, Poudyal A, et al. Barriers to using skilled birth attendants’ services in mid- and far-western Nepal: a cross-sectional study. *BMC Int Health Hum Rights*. 2013;13:49.
107. Chandhiok N, Shrotri A, Joglekar N, Chaudhury N, Chaudhury P, Singh S. Feasibility of using partograph by practitioners of Indian system of medicine (AYUSH): an exploratory observation. *Midwifery*. 2015;31:702–7.
108. Pattinson R, Cuthbert A, Vanneval V. Pelvimetry for fetal cephalic presentations at term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(3):CD000161.
109. Rozenholc AT, Ako SN, Leke RJ, Boulvain M. The diagnostic accuracy of external pelvimetry and maternal height to predict dystocia in nulliparous women: a study in Cameroon. *BJOG*. 2007;114:630–5.
110. Liselele HB, Boulvain M, Tshibangu KC, Meuris S. Maternal height and external pelvimetry to predict cephalopelvic disproportion in nulliparous African women: a cohort study. *BJOG*. 2000;107:947–52.
111. Devane D, Lalor JG, Daly S, McGuire W, Cuthbert A, Smith V. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(1):CD005122.
112. Supply catalogue [website]. United Nations Children’s Fund (UNICEF); 2017 (<https://supply.unicef.org/>, accessed 10 October 2017).
113. Lewis D, Downe S, FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Intermittent auscultation. *Int J Gynecol Obstet*. 2015;131(1):9–12.
114. WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf, accessed 17 January 2018).
115. Al revic Z, Devane D, Gyte GM, Cuthbert A. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(2):CD006066.
116. Herbst A, Ingemarsson I. Intermittent versus continuous electronic monitoring in labour: a randomized study. *BJOG*. 1994;101(8):663–8.

117. Vijgen SM, Westerhuis ME, Opmeer C, Visser GH, Moons KG, Porath MM, et al. Cost-effectiveness of cardiotocography plus ST analysis of the fetal electrocardiogram compared with cardiotocography only. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011;90:772–8.
118. Chaturvedi S, De Costa A, Raven J. Does the Janani Suraksha Yojana cash transfer programme to promote facility births in India ensure skilled birth attendance? A qualitative study of intrapartum care in Madhya Pradesh. *Glob Health Action.* 2015;8:27427.
119. Maimbolwa MC, Ransjo-Arvidson AB, Ng'andu N, Sikazwe N, Diwan VK. Routine care of women experiencing normal deliveries in Zambian e1. maternity wards: a pilot study. *Midwifery.* 1997;13(3):125–31.
120. Delvaux T, Ake-Tano O, Gohou-Kouassi V, Bosso P, Collin S, Ronsmans C. Quality of normal delivery care in Côte d'Ivoire. *Afr J Reprod Health.* 2007;11(1):22–32.
121. Walker DS, Shunkwiler S, Supanich J, Willamsen J, Yensch A. Labour and delivery nurses attitudes towards intermittent fetal monitoring. *J Midwifery Womens Health.* 2001;46(6):374–80.
122. Martis R, Emilia O, Nurdiati DS, Brown J. Intermittent auscultation (IA) of fetal heart rate in labour for fetal well-being. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(2):CD008680.
123. Mugenyi GR, Atukunda EC, Ngonzi J, Boatman A, Wylie BJ, Haberer JE. Functionality and acceptability of a wireless fetal heart rate monitoring device in term pregnant women in rural southwestern Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17:178.
124. Best practice in the management of epidural analgesia in the hospital setting. London: Faculty of Pain Medicine of the Royal College of Anaesthetists; 2010 (https://www.aagbi.org/sites/default/files/epidural_analgesia_2011.pdf, accessed 17 January 2018).
125. Anim-Somuah M, Smyth RM, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(12):CD000331.
126. Thomson G, Feeley C, Hall Moran V, Downe S, Oladapo OT. Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for childbirth: a review and qualitative comparative analysis. 2018 (unpublished).
127. Huang C, Macario A. Economic considerations related to providing adequate pain relief for women in labour: comparison of epidural and intravenous analgesia. *Pharmacoeconomics.* 2002;20(5):305–18.
128. Bernitz S, Aas E, Øian P. Economic evaluation of birth care in low-risk women. A comparison between a midwife-led birth unit and a standard obstetric unit within the same hospital in Norway. A randomised controlled trial. *Midwifery.* 2012;28(5):591–9.
129. Tracy SK, Tracy MB. Costing the cascade: estimating the cost of increased obstetric intervention in childbirth using population data. *BJOG.* 2003;110(8):717–24.
130. Bonouvrie K, van den Bosch A, Roumen FJ, van Kuijk SM, Nijhuis JG, Evers SM, et al. Epidural analgesia during labour, routinely or on request: a cost-effectiveness analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016;207:23–31.
131. Dillaway H, Brubaker SJ. Intersectionality and childbirth: how women from different social locations discuss epidural use. *Race Gender Class.* 2006;13(3–4):16–41.
132. Sanders R. Functional discomfort and a shift in midwifery paradigm. *Women Birth.* 2015;28:e87.

133. Ullman R, Smith LA, Burns E, Mori R, Dowswell T. Parenteral opioids for maternal pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(9):CD007396.
134. Lamvu G, Feranec J, Blanton E. Perioperative pain management: an update for obstetrician- gynecologists. *Am J Obstet Gynecol.* 2017. pii: S0002-9378(17)30790-1.
135. Dyer O. Ontario plans to stop funding high dose opioids. *BMJ.* 2016;354:i4300.
136. Linge-Dahl L, Vranken M, Juenger S, North K, Scholten W, Payne S, et al. Identification of challenges to the availability and accessibility of opioids in twelve European countries: conclusions from two ATOME six-country workshops. *J Palliat Med.* 2015;18(12):1033–9.
137. De Lima L, Pastrana T, Radbruch L, Wenk R. Cross- sectional pilot study to monitor the availability, dispensed prices, and affordability of opioids around the globe. *J Pain Symptom Manage.* 2014;48(4):649–59e1.
138. Lally JE, Murtagh MJ, Macphail S, Thomson R. More in hope than expectation: a systematic review of women’s expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Med.* 2008;6:7.
139. Gibson E. Women’s expectations and experiences with labour pain in medical and midwifery models of birth in the United States. *Women Birth.* 2014;27(3):185–9.
140. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Crowther CA. Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(12):CD009514.
141. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Dahlen HG, Ee CC, Suganuma M. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;(3):CD009290.
142. Herman P, Poindexter B, Witt C, Eisenberg D. Are complementary therapies and integrative care cost-effective? A systematic review of economic evaluations. *BMJ Open.* 2012;2:e001046.
143. Paterson CM, Saunders NS, Wadsworth J. The characteristics of the second stage of labour in 25,069 singleton deliveries in the North West Thames Health Region, 1988. *Br J Obstet Gynaecol.* 1992;99(5):377–80.
144. Abdel Aleem H. Nomograms of cervical dilatation and characteristics of normal labor in Upper Egypt. *Assiut Med J.* 1991;15(4):19–30.
145. Chen HF, Chu KK. Double-lined nomogram of cervical dilatation in Chinese primigravidas. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1986;65(6):573–5.
146. Diegmann EK, Andrews CM, Niemczura CA. The length of the second stage of labor in uncomplicated, nulliparous African American and Puerto Rican women. *J Midwifery Womens Health.* 2000;45(1):67–71.
147. Dior U, Kogan L, Ezra Y, Calderon-Margalit R. Population based labor curves. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;208(1):S150.
148. Duignan NM, Studd JW, Hughes AO. Characteristics of normal labour in different racial groups. *Br J Obstet Gynaecol.* 1975;82(8):593–601.
149. Shi Q, Tan XQ, Liu XR, Tian XB, Qi HB. Labour patterns in Chinese women in Chongqing. *BJOG.* 2016;123(suppl 3):57–63.
150. Studd J. Partograms and nomograms of cervical dilatation in management of primigravid labour. *Br Med J.* 1973;4(5890):451–5.
151. Studd J, Clegg DR, Sanders RR, Hughes AO. Identification of high risk labours by labour nomogram. *Br Med J.* 1975;2(5970):545–7.

152. Wüstemann M, Gremm B, Scharf A, Sohn C. Influence of the “walking epidural” on duration of labour in primi- and multiparae with vaginal delivery and comparison of vaginal operative delivery rates. *Gynakologische Praxis*. 2003;27(3):433–9.
153. Gibb DM, Cardozo LD, Studd JW, Magos AL, Cooper DJ. Outcome of spontaneous labour in multigravidae. *Br J Obstet Gynaecol*. 1982;89(9):708–11.
154. Gupta J, Sood A, Hofmeyr G, Vogel J. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(5):CD002006.
155. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(10):CD003934.
156. Elvander C, Ahlberg M, Thies-Lagergren L, Cnattingius S, Stephansson O. Birth position and obstetric anal sphincter injury: a population-based study of 113 000 spontaneous births. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:252.
157. Zileni BD, Glover P, Jones M, Teoh KK, Zileni CW, Muller A. Malawi women’s knowledge and use of labour and birthing positions: a cross-sectional descriptive survey. *Women Birth*. 2017;30(1):e1–e8.
158. Okonta P. Birthing positions: awareness and preferences of pregnant women in a developing country. *Internet J Gynecol Obstet*. 2012;16(1).
159. Kibuka M, Thornton JG. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(2):CD008070.
160. Lemos A, Amorim MM, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(3):CD009124.
161. Bergstrom L, Seidel L, Skillman-Hull L, Roberts J. “I gotta push. Please let me push!” Social interactions during the change from first to second stage labor. *Birth*. 1997;24(3):173–80.
162. Fraser W, Marcoux S, Krauss I, Douglas J, Goulet C, Boulvain M, et al. Multicenter randomized, controlled trial of delayed pushing for nulliparous women in the second stage of labor with continuous epidural analgesia. *Am J Gynecol Obstet*. 2000;182(5):1165–72.
163. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinart LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(6):CD006672.
164. Priddis H, Schmied V, Dahlen H. Women’s experiences following severe perineal trauma: a qualitative study. *BMC Womens Health*. 2014;14(1):32.
165. Borghi J, Bastus S, Belizan M, Carroli G, Hutton G, Fox-Rushby J. Costs of publicly provided maternity services in Rosario, Argentina. *Salud Publica Mex*. 2003;45(1):27–34.
166. Labrecque M, Eason E, Marcoux S. Women’s views on the practice of prenatal perineal massage. *Brit J Obstet Gynaecol*. 2001;108:499–504.
167. Stamp G, Kruzins GS. A survey of midwives who participated in a randomised trial of perineal massage in labour. *Austral J Midwifery*. 2001;14(1):15–21.
168. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(2):CD000081.

169. Sando D, Ratcliff H, McDonald K, Spiegelman D, Lyatuu G, Mwanyika-Sando M, et al. The prevalence of disrespect and abuse during facility-based childbirth in urban Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:236.
170. Gülmezoglu AM, Langer A, Piaggio G, Lumbiganon P, Villar J, Grimshaw J. Cluster randomised trial of an active, multifaceted educational intervention based on the WHO Reproductive Health Library to improve obstetric practices. *BJOG*. 2007;114(1):16–
171. Amorim MM, Coutinho IC, Melo I, Katz L. Selective 23.episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reprod Health*. 2017;14:55.
172. Borghi J, Fox-Rushby J, Bergel E, Abalos E, Hutton G, Carroli G. The cost-effectiveness of routine versus restrictive episiotomy in Argentina. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(2):221–8.
173. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(11):CD000947.
174. Ith P, Dawson A, Homer CS, Klinken Whelan A. Practices of skilled birth attendants during labour, birth and the immediate postpartum period in Cambodia. *Midwifery*. 2013;29(4):300–7.
175. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comande D, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet*. 2016;388(10056):2176–92.
176. Chaves Sda C, Cecatti JG, Carroli G, Lumbiganon P, Hogue CJ, Mori R, et al. Obstetric transition in the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: exploring pathways for maternal mortality reduction. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(4–5):203–10.
177. Souza JP, Tunçalp Ö, Vogel JP, Bohren M, Widmer M, Oladapo OT, et al. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. *BJOG*. 2014;121(suppl 1):1–4.
178. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. *Birth*. 2005;32(3):219–23.
179. Diniz SG, d'Oliveira AF, Lansky S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. *Reprod Health Matters*. 2012;20(40):94–101.
180. Okafor I, Ugwu EO, Obi SN. Disrespect and abuse during facility-based childbirth in a low-income country. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;128(2):110–3.
181. Bohren MA, Vogel JP, Tunçalp Ö, Fawole B, Titiloye MA, Olutayo AO, et al. Mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria: a qualitative study on perceptions and experiences of women and healthcare providers. *Reprod Health*. 2017;14:9.
182. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med*. 2015;12(6):e1001847.
183. Hofmeyr GJ, Singata M, Lawrie TA, Vogel JP, Landoulsi S, Seuc AH, et al. A multicentre randomized controlled trial of gentle assisted pushing in the upright posture (GAP) or upright posture alone compared with routine practice to reduce prolonged second stage of labour (the Gentle Assisted Pushing study): study protocol. *Reprod Health*. 2015;12:114.

184. Hofmeyr G, Vogel J, Cuthbert A. Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(3):CD006067.
185. Habek D, Vuković Bobić M, Hrgović Z. Possible fetomaternal clinical risk of the Kristeller's expression. *Cent Eur J Med.* 2008;3(2):183–6.
186. Zanconato G, Cavaliere E, Cherubini G, Bortolami O, Mantovani E, Iacovella C, et al. Fundal pressure (Kristeller maneuver) during labor in current obstetric practice: assessment of prevalence and fetomaternal effects. *Minerva Ginecol.* 2014;66(2):239–41.
187. Iyengar SD, Iyengar K, Martines JC, Dashora K, Deora KK. Childbirth practices in rural Rajasthan, India: implications for neonatal health and survival. *J Perinatol.* 2008;28(suppl 2):S23–30.
188. De Leeuw JW, Vierhout ME, Struijk PC, Hop WC, Wallenburg HC. Anal sphincter damage after vaginal delivery: functional outcome and risk factors for fecal incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80(9):830–4.
189. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S. Listening to mothers II: Report of the Second National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences: conducted January–February 2006 for Childbirth Connection by Harris Interactive® in partnership with Lamaze International. *J Perinat Educ.* 2007;16(4):15–7.
190. Goldman N, Gleib DA. Evaluation of midwifery care: results from a survey in rural Guatemala. *Soc Sci Med.* 2003;56(4):685–700.
191. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf, accessed 12 December 2017).
192. Guideline: delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148793/1/9789241508209_eng.pdf, accessed 12 December 2017).
193. Guidelines on basic newborn resuscitation. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75157/1/9789241503693_eng.pdf, accessed 12 December 2017).
194. Recommendations for management of common childhood conditions: evidence for technical update of pocketbook recommendations: newborn conditions, dysentery, pneumonia, oxygen use and delivery, common causes of fever, severe acute malnutrition and supportive care. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44774/1/9789241502825_eng.pdf, accessed 12 December 2017).
195. WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259269/1/WHO-MCA-17.07-eng.pdf>, accessed 17 January 2018).
196. Guidelines on optimal feeding of low birth-weight infants in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241548366.pdf, accessed 17 January 2018).

197. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn 2013. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf, accessed 12 December 2017).
198. Spector JM, Agrawal P, Kodkany B, Lipsitz S, Lashoher A, Dziekan G, et al. Improving quality of care for maternal and newborn health: prospective pilot study of the WHO Safe Childbirth Checklist program. *PLoS One*. 2012;7(5):e35151.
199. Brouwers M, Kho M, Browman G, Burgers J, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *CMAJ*. 2010;182(18):E839–42.
200. GREAT Network [website]. The Guideline-driven Research Priorities Evidence Synthesis Application of Evidence Transfer of Knowledge (GREAT) Network; 2016 (<http://greatnetworkglobal.org/>, accessed 19 October 2017).
201. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249155/1/9789241511216-eng.pdf>, accessed 12 December 2017).

