

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)
ГБПОУ РС(Я) «ЯКУТЧКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

Допущен(а) к защите
Зам.директора по УР
Иванова М.Н.




**ТИМОФЕЕВА АЙЫЛЛААНА БОРИСОВНА
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РОЛЬ АКУШЕРКИ В ЖЕНСКОЙ
КОНСУЛЬТАЦИИ**

Выпускная квалификационная работа
По специальности 31.02.02- Акушерское дело

Студента отделения «Акушерское дело»
Гр.АД-31

Тимофеева А.Б

Руководитель:

Алексеева Е.Г

Якутск 2018г.

Содержание

Введение.....	3
ГЛАВА I. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ	
1.1 Задачи женской консультации.....	6
1.2 Основные разделы работы участкового акушера.....	10
1.3 Пути совершенствования деятельности женской консультации	17
ГЛАВА II. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РОЛИ АКУШЕРКИ	
2.1 Анализ показателей деятельности женской консультации.....	19
2.2 Должностные обязанности акушерки.....	22
ВЫВОД.....	34
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	35
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	36
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	37

ВВЕДЕНИЕ

В вопросах беременности с физиологической и медицинской точки зрения нужно обратить внимание на то, насколько корректируемы, оказываются осложнения, возникающие в процессе беременности и родов. А это, безусловно, зависит от уровня достижений науки, техники и, конечно же, уровня знаний специалистов, занимающихся этими вопросами.

Главное состоит в том, что благодаря расширению знаний в области физиологии и патофизиологии процессов, связанных с зачатием, беременностью, родами и послеродовым периодом разрабатываются методы родовспоможения профилактики и лечения осложнений беременности и родов, болезней плода и новорожденного.

Так, например, достижения в области генетики и перинатальной диагностики существенно снизили риск появления на свет заведомого тяжело больных и нежизнеспособных детей, а это значит, если задуматься, не только улучшение физического здоровья населения и медицинской статистики, но много больше – это значит, что несколькими изломанными судьбами, детей и их близких, станет меньше.

Роль акушерки в медицинском учреждении подвержена противоречащим друг другу требованиям со стороны ролей пациентов, врачей и администрации ЛПУ, которые выражают различные представления об ожидаемом поведении акушерки.

Изучение социальной роли и положения медицинского персонала в рамках социологии медицины – как научной дисциплины в настоящее время является одним из наиболее актуальных и перспективных направлений в здравоохранении.

Несмотря на то, что сестринский персонал - самое многочисленное звено здравоохранения, их работу редко исследуют в категориальном поле социологии медицины. Что же касается социальных характеристик профессии акушерка, то они практически не изучены.

Актуальность. Системный кризис, отражающий переходное состояние российского общества, наиболее ярко проявился в кризисе демографическом. Являясь фактором национальной безопасности, состояние репродуктивного здоровья населения страны на сегодняшний день остается одной из наиболее острых медико – социальных проблем. За последние 5 лет выросли показатели гинекологической заболеваемости, в том числе эндометриозом в 1,4, сальпингитом и оофоритом на 15,6%, женским бесплодием на 5,8%. Продолжается рост злокачественных заболеваний женской репродуктивной сферы, более половины которых приходится на долю рака молочной железы (Фролова О.Г., Николаева Е.И.,2004).

Ухудшается качество здоровья беременных женщин. В последнее время резко увеличилось число ВИЧ – инфицированных беременных и рожениц. По прогнозу ожидается нарастание этой ситуации, так как распространяется наркомания среди молодых женщин, которые, как правило, не пользуются средствами контрацепции. Остаются высокими материнская и младенческая смертность в стране. Особое место в современных социально-демографических условиях занимает проблема аборт (Шарапова О.В., Баклаенко Н.Г., Поспелова Л.В.,2004; Фролова О.Г., Токова З.З.,2005).

Улучшение состояния здоровья населения является одним из основных условий успешного выполнения стратегии социально-экономического развития страны и важнейшей целью совершенствования системы отечественного здравоохранения. В приоритетном национальном проекте в сфере здравоохранения особое внимание предполагается уделить обеспечению доступности и качества медицинских услуг (Слепушенко И.О., 2006; Щепин О.П., Филатов В.Б., Коротких Р.В., Сыстеровва А.А., 2006; Мельник Т.Н.,2006 и др.). Реальным потенциалом для удовлетворения потребностей женщин в экономически эффективной медицинской помощи является сестринский персонал – акушерки и медицинские сестры. Им отводится важная роль в

реализации программы «Родовой сертификат», сохранении и восстановлении репродуктивного здоровья женской части населения. Однако численность работающих акушерок в России с 1996 до 2014 года уменьшилось с 96,4 до 66,0 тыс. и продолжает снижаться. Огромный отток сестринских кадров из акушерско-гинекологической службы требует глубокого изучения его причин и разработки комплекса мероприятий по их сохранению.

Цель: Изучение работы акушерки женской консультации и разработка мероприятий по повышению социального статуса акушерки.

Задачи:

1. Изучить организацию женской консультации.
2. На базе социологического анкетирования выявить социальную составляющую профессиональной роли акушерки ГБУ РС(Я) Поликлиника №1 и Перинатальный центр №2г. Якутска.
3. Разработать рекомендации по повышению социального статуса акушерки.

Объект исследования: профессиональная деятельность акушерок ГБУ РС(Я) Поликлиника №1 Перинатальный центр №2 г. Якутска.

Предмет исследования: социальная составляющая профессиональной роли акушерки.

ГЛАВА I. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

1.1 Задачи женской консультации

Женская консультация является лечебно-профилактическим учреждением, обеспечивающим амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь, а также планирование семьи и охрану репродуктивного здоровья с использованием современных медицинских технологий. Основные направления деятельности, организационно-функциональная структура, штатные нормативы, стандарты оснащения женской консультации устанавливаются в соответствии с приказом МЗиСР РФ от 02.10.09 № 808н.

Руководство женской консультацией, организованной как самостоятельное лечебно-профилактическое учреждение муниципального района (городского округа), осуществляет главный врач, который назначается на должность и освобождается руководителем органа управления здравоохранением муниципального образования. Руководство женской консультацией, созданной в структуре лечебно-профилактического учреждения, осуществляет заведующий консультацией, которого назначает на должность руководитель лечебно-профилактического учреждения.

Штатные нормативы медицинского персонала женских консультаций устанавливаются в соответствии с вышеупомянутым приказом МЗиСР РФ, согласно которому 1 должность врача акушера-гинеколога выделяется на 2200 женщин фертильного возраста. На 40 тыс. взрослого населения, проживающего на обслуживаемой территории, выделяется по 1 должности врача-терапевта, врача-стоматолога и врача-офтальмолога, на 10тыс. детского населения – 1,25 должности врача акушера-гинеколога. На каждые 10 должностей врачей-специалистов предусмотрено по 1 ставке врача клинической лабораторной диагностики, врача функциональной диагностики, врача-психотерапевта (медицинского психолога), врача-специалиста по выявлению заболеваний молочных желез; на 15 должностей – врача-физиотерапевта, на 20 должностей –

врача лечебной физкультуры. В женской консультации с более чем 8 должностями врачей акушеров-гинекологов организуется специализированный прием, для проведения которого выделяется по 1 должности врача соответствующего профиля (гинеколог-эндокринолог, по невынашиванию беременности, патологии шейки матки, бесплодию).

На каждую должность врача акушера-гинеколога в женской консультации должна быть выделена должность акушерки, а на каждую должность врача-специалиста – должность медицинской сестры, на 7 должностей врачей-специалистов – должность процедурной сестры. Кроме того, в женской консультации должны быть предусмотрены должности операционной медицинской сестры, медицинских сестер кабинета функциональной диагностики, инструкторов по лечебной физкультуре, медицинского статистика и других средних и младших медицинских работников.

Для руководства деятельностью женской консультации предусматриваются должности главного врача (заведующего консультацией) и главной (старшей) акушерки.

Кроме того, в штатном расписании женской консультации следует предусмотреть должности юриста, социального работника, медицинского психолога, программиста.

Режим работы женской консультации организуют с учетом обеспечения максимальной доступности акушерско-гинекологической помощи женскому населению. Время работы рекомендуется устанавливать с 8 до 20 ч; в субботу, предпраздничные и праздничные дни – с 8 до 18 ч. Расписание работы женкой консультации, приема врачей всех специальностей, врачей лечебных и диагностических кабинетов, работы школы материнства размещается у регистратуры. Неотложная акушерско-гинекологическая помощь обеспечивается специализированными отделениями больниц и родильных домов. Помощь на дому беременным, родильницам и женщинам с гинекологическими

заболеваниями оказывает в день вызова лечащей или дежурный врач женской консультации. Лечебные и диагностические манипуляции на дому выполняет средний медицинский персонал (по назначению врача).

Основными задачами женской консультации являются:

- диспансерное наблюдение беременных, в том числе выделение женщин групп риска в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода;
- проведение перинатального скрининга для формирования групп риска по внутриутробному поражению плода;
- выявление, установление медицинских показаний и направлений беременных, родильниц, женщин с гинекологическими заболеваниями для получения специализированной медицинской помощи;
- проведение физической и психопрофилактической подготовки беременных к родам, в том числе подготовка семьи к рождению ребенка;
- проведение патронажа беременных и родильниц:
Консультирование и оказание услуг по вопросам охраны репродуктивного здоровья, применение современных методов профилактики абортот и подготовка к беременности и родам;
- организация и проведение профилактических осмотров женского населения с целью раннего выявления гинекологических и онкологических заболеваний, патологии молочных желез;
- диспансеризация женщин с гинекологическими заболеваниями в соответствии

со стандартами медицинской помощи, включая реабилитацию;

- установление медицинских показаний и направление на санаторно-курортное лечение беременных и женщин с гинекологическими заболеваниями;

- осуществление прерывание беременности в ранние сроки (при задержке менструации не более 20 дней), а также выполнение малых гинекологических операций с использованием современных медицинских технологий (гистероскопия, лазеро-, криохirurgия),

- обеспечение взаимодействия в обследовании и лечении беременных, родильниц, женщин с гинекологическими заболеваниями между женской консультацией и другими учреждениями здравоохранения (кожно-венерологическим, онкологическим, психоневрологическим, наркологическим, противотуберкулезным диспансерами), территориальным фондом обязательного медицинского страхования, страховыми компаниями, региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации;

- проведение клинико-экспертной оценки качества оказания медицинской помощи женщинам вне беременности, послеродовом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий;

- оказание правовой, психологической и медико-социальной помощи женщинам и членам их семей на основе индивидуального подхода;

- проведение консультаций по вопросам социальной защиты женщин, обращающихся по поводу прерывание нежеланной беременности;

- социально-психологическая помощь несовершеннолетним, направления на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья, подготовка к семейной

жизни, ориентация на здоровую семью;

- медико-психологическая и социальная помощь женщинам-инвалидам, особенно по формированию репродуктивного поведения;
- повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала в соответствии с действующим законодательством РФ;
- внедрение в практику современных диагностических и лечебных технологий, новых организационных форм работы, средств профилактики и реабилитации больных;
- выполнение санитарно-гинекологических и противозидемических мероприятий для обеспечения безопасности пациентов и персонала, предотвращения распространения инфекций;
- проведение мероприятий по повышению санитарной культуры населения, пропаганд здоровому образу жизни, по сохранению репродуктивного здоровья женщин, профилактике абортов, а также ВИЧ-инфекции и ИППП;
- анализ показателей работы женской консультации, эффективности и качества медицинской помощи, разработка предложений по улучшению качества акушерско-гинекологической помощи.

1.2 Основные разделы работы участкового акушера-гинеколога

В работы участкового акушера-гинеколога выделяют следующие основные разделы: диспансеризация беременных и родильниц и гинекологическая помощь.

Диспансеризация беременных и родильниц:

1. Взятие беременной под наблюдение женской консультации и определение срока родов.

Проводимые консультацией мероприятия по охране здоровья беременной и антенатальной охране плода, могут быть эффективным лишь при условии своевременного (до 12 недель беременности) взятия беременной на учет женской консультацией, что позволяет: уменьшить риск ошибки в определении срока беременности; решить вопрос о возможности сохранения или необходимости прерывание беременности без существенного ущерба здоровью женщины: выявить гинекологическую и экстрагенитальную патологию и, при необходимости, пролечить беременную щадящими методами.

С точным определением срока беременности связано своевременное предоставление беременной дородового отпуска, позволяющего женщине спокойно подготовиться к родам.

Высокий процент ошибок (родоразрешение ранее или позже установленного срока на 15 дней и более) при определении срока беременности свидетельствует о недостаточной квалификации медицинского персонала и диагностической базе учреждения.

2. Оформление медицинской документации на беременную.

Все данные опроса и обследования женщины, советы и назначения должны записываться в «Индивидуальную карту беременной и родильницы» (ф. 11 1/у), которые хранятся в картотеке каждого акушера- гинеколога по датам планируемого посещения. Там же хранятся карты: родившихся; подлежащих патронажу женщин; госпитализированных беременных. В целях формирования акушерского стационара о состоянии здоровья женщины и особенностях течение беременности врач женской консультации выдает на руки каждой беременной

(при сроке беременности 28 недель) «Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы» (ф.113/у) и при каждом посещении беременной женской консультации все сведения о результатах осмотров и исследований заносятся в нее.

3. Систематическое наблюдение за состоянием здоровья беременных (обследование, определение группы риска, лечение соматических заболеваний).

Здоровой женщине рекомендуется посещать консультацию при нормальной течения беременности в первую ее половину – 1 раз в месяц, после 20 недель – 2 раза в месяц и после 32 недель беременности – 3-4 раза в месяц. За время беременности женщина должна посетить консультацию примерно 15 раз. При наличии заболеваний частота осмотров и порядок обследования определяются индивидуально. Каждая беременная должна быть осмотрена терапевтом (при первой явке и в 32 недели беременности), стоматологом, оториноларингологом.

4. Организация дородового патронажа беременных.

Патронаж (посещение на дому) производится акушеркой по назначению врача, в первую очередь – к женщинам, не явившимся в назначенный срок в консультацию. Цель патронажа: изучение условий жизни семьи и обучение женщины правилам ухода за будущим ребенком.

5. Госпитализация беременных, нуждающихся в стационарном лечении.

При сроке беременности до 20 недель и наличии экстрагенитальной патологии женщины могут быть госпитализированы в многопрофильные стационары. В более поздние сроки дородовая госпитализация осуществляется, как правило, в отделении патологии беременности акушерского стационара.

6. Физическая и психопрофилактическая подготовка беременных к родам.

Физическая подготовка начинается с первых посещений женской консультации

и проводится групповым методом. Женщины осваивают специальный комплекс упражнений, которые рекомендуется выполнять дома в течение определенного времени. Групповые занятия по психопрофилактической подготовке к родам целесообразно начинать с 32-34 недель беременности. Подготовка беременных к родам проводится врачом участка, одним из врачей консультации или специально подготовленной акушеркой.

7. Организация и проведение занятий в «Школах матерей».

Занятия начинаются с 15-16 недель беременности. Темы занятий: «О режиме беременной женщины», «О питании во время беременности», «Об уходе за будущим ребенком» и др.

8. Изучение условий труда беременных.

Условия труда женщины во многом определяют исход беременности. Если они не соответствуют «Гигиеническим рекомендациям к рациональному трудоустройству беременных женщин», акушер-гинеколог дает «Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу» (ф. 084/у). при необходимости выдает листок нетрудоспособности, который оформляет в соответствии с действующей инструкцией и регистрируется в «Книге регистрации листков нетрудоспособности» (ф. 036/у)

9. Лечебно-профилактическая помощь родильницам.

Первое послеродовое посещение консультации женщина должна сделать не позже, чем через 10-12 дней после выписки из акушерского стационара. Это ей следует разъяснить еще до родов. При нормальном течение послеродового периода женщина осматривается акушером-гинекологом вторично через 5-6 недель после родов.

Патронажу подлежат родильницы:

1. не явившийся в консультацию через 10-12 дней после выписки из родильного

дома;

2. по указанию акушерского стационара (телефонное или письменное извещение);

3. при осложненном течении послеродового периода;

4. не явившиеся повторно в установленный срок.

Гинекологическая помощь:

1. Активное выявление гинекологических заболеваний.

Возможны два пути выявления патологии: по текущей обращаемости (на приеме и на дому) и при проведении профилактических медицинских осмотров (активно). Каждая женщина должна осматриваться акушером-гинекологом 1 раз в год с применением цитологического и кольпоскопического методов обследования. На женщин, подлежащих профилактическому осмотру составляется «Список лиц, подлежащих целевому медицинскому осмотру» (ф. 074/у).

2. Обследование и лечение гинекологических больных.

На каждую женщину, первично обратившуюся в женскую консультацию, заводится «Медицинская карта амбулаторного больного» (ф. 025/у). Лечение гинекологических больных осуществляется, главным образом, в женской консультации, не может быть организовано и в здравпунктах (по месту работы), в диспансерах, в территориальных и ведомственных поликлиниках (смотровые акушерско-гинекологические кабинеты), а также на дому (по назначению врача). В случае необходимости женщина может быть направлена на консультацию к специалистам других ЛПУ. В крупных женских консультациях могут быть организованы специализированные приемы по гинекологической эндокринологии, бесплодию, невынашиванию беременности и т.д.

3. Госпитализация женщин с гинекологической патологией.

В случаях, когда женщина с гинекологическим заболеванием нуждается в стационарном лечении, акушер-гинеколог оформляет направление на госпитализацию, акушерка проверяет факт поступления больной в стационар и делает соответствующие записи в медицинской карте. После завершения стационарного лечения женщина возвращается под наблюдение консультации с «выпиской» стационара, сведения из которой заносятся в карту амбулаторного больного. При необходимости женщина продолжает лечение в амбулаторных условиях женской консультации.

4. Экспертиза трудоспособности при гинекологических заболеваниях осуществляется на общих основаниях.

5. Диспансеризация гинекологических больных и женщин с неблагоприятным акушерским анамнезом.

Выделяют три группы женщин, подлежащих диспансеризации в женской консультации:

I группа – здоровые и беременные;

II группа – акушерская; женщины с неблагоприятным акушерским анамнезом (осложнения в предыдущих родах, недонашивание и невынашивание, мертворождение, рождение детей с аномалиями, перенесшие кесарево сечение).

III группа – гинекологическая; женщину с определенными гинекологическими заболеваниями (эрозия шейки матки, полипы цервикального канала, фибромиома матки, опухоли яичников, пузырный занос, хорионэпителиома, лейкоплакия, воспалительные процессы придатков матки с частыми рецидивами, маточные дисфункциональные кровотечения, злокачественные новообразования, бесплодия и т.д.).

На каждую женщину, подлежащую диспансеризации, заполняется «Контрольная

карта диспансерного наблюдения» (ф. 030/у).

6.Профилактика абортов, контрацепция.

Искусственное прерывание беременности является причиной многих гинекологических заболеваний, вторичного женского бесплодия, одной из первых причин материнской смертности. Это явление имеет социально-Медицинский характер, так как связано не только с уровнем использования противозачаточных средств, но и с экономическим положением общества.

7.Направление на операцию искусственного прерывания беременности дает участковый акушер-гинеколог, врач общей практики (семейный врач), а в сельской местности акушер-гинеколог районной или участковой больницы. Аборт производится только в условиях стационара.

8.Работа по формированию здорового образа жизни. Пропаганда здорового образа жизни –одна из главных задач санитарно-просветительной деятельности, которая проводится каждым медицинским работником, является его функциональной обязанностью, оплачивается на общих основаниях и фиксируется в «Журнале учета санитарно-просветительной работы» (ф. 038/у).

9.Учет и отчетность.

В каждом медицинском учреждении имеется перечень учетных документов, утвержденных МЗ РФ, которые заполняются медицинскими работниками, и по мере надобности и служат основанием для составления документации. Сведения, полученные из отчетов используются для расчета показателей и анализа деятельности учреждения в целом, отдельного подразделения или конкретного медицинского работника.

1.3 Пути совершенствования деятельности женской консультации

Проводимые женской консультацией мероприятия по охране здоровья беременной и антенатальной охране плода могут быть эффективны лишь при условии регулярного наблюдения женщины в период беременности. Для этого необходимо, чтобы женщина встала на учет в консультации на ранних сроках беременности. Своевременная постановка беременной на учет позволяет снизить число ошибок в определении срока родов, своевременно провести оздоровление женщины, в случае необходимости – госпитализацию. Важно, чтобы все беременные вставали на учет до 12 недель беременности.

В целях раннего выявления злокачественных новообразований рекомендуется проводить ежегодные профилактические осмотры женщин. Ежегодному осмотру подлежат все женщины в возрасте старше 30 лет. Особого внимания требуют женщины в возрасте 40 лет и старше, а также относящиеся к группе риска по развитию рака молочных желез.

Кроме того, рекомендуется проводить осмотр и пальпацию молочных желез у всех пациенток при обращении в женскую консультацию.

Рекомендуется и организовать специализированную помощь при следующих заболеваниях и состояниях: невынашивании беременности, экстрагенитальных заболеваниях у беременных; гинекологических заболеваний у девочек до 18 лет, бесплодии, патологии шейки матки, женщинам старше 40 лет. Для работы в специализированных отделениях должны привлекаться опытные врачи акушеры-гинекологи.

Консультирование по конкретно выбранному методу контрацепции включает подробный инструктаж по его использованию, возможным побочным эффектом и осложнениям, рекомендации по наблюдению у врача и сроках его посещения.

Работа с молодежью, представляющей группу риска по возникновению нежелательной беременности и ИППП, может осуществляться путем выделения специальных часов на специализированных приемах.

ГЛАВА II. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ СОСТОВЛЯЮЩЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РОЛИ АКУШЕРКИ

2.1 Анализ показателей деятельности женской консультации

Анализ показателей очень важна для планирования, оценки качества амбулаторно-поликлинической помощи населению в целом, выработки приоритетных направлений ее развития.

1. Показатель обеспеченности врачебными кадрами (средними медицинскими работниками):

В 2016 г. в Российской Федерации показатель обеспеченности врачебными кадрами акушера-гинеколога составил 5 на 10 тыс. населения.

2. Коэффициент совместительства врачей (средних медицинских работников):

Показатель свыше 1,0 может отрицательно сказаться на качестве оказываемой медицинской помощи и состоянии здоровья работников.

3. Показатель удельного веса посещений с профилактической целью:

Этот показатель должен составлять не менее 30% числа всех врачебных посещений.

4. Показатель выполнения плана посещений на конец отчетного периода:

Хороший показатель выполнения плана посещений на конец отчетного периода должен соответствовать 100%.

5. Показатель полноты охвата населения медицинскими осмотрами:

Оптимальный показатель должен приближаться к 100%.

6. Показатель своевременности взятие больных под диспансерное наблюдение:

Оптимальный показатель должен приближаться к 100%.

Для углубленного статистического анализа деятельности женской консультации используют ряд специальных показателей. И хотя некоторые из них исключены из государственной статистики, для отдельного лечебно-профилактического учреждения они имеют несомненное значение. Это следующие показатели:

1. Показатель раннего охвата беременных диспансерным наблюдением:

Раннее поступление беременных под наблюдение женской консультации позволяет своевременно обследовать женщину, определить риск развития осложнений у плода при наличии экстрагенитальной или акушерской патологии и отягощенным анамнезе; своевременно скорректировать имеющиеся патологические состояние у матери и плода, а также наметить тактику наблюдение женщин в следующие сроки беременности. Хорошим считается показатель, достигающий 80-90%, удовлетворительным – свыше 70%. В последние годы все меньше женщин поступают под наблюдение в ранние сроки беременности – 67% в целом по стране.

2. Удельный вес беременных, осмотренных терапевтом.

3. Удельный вес беременных, осмотренных терапевтом до 12 недель беременности:

Терапевт женской консультации должен осмотреть женщину первой и второй половине беременности. Показатель должен быть не менее 100%, по РФ он составляет 97,7%.

4. Удельный вес беременных, обследованных на реакцию Вассермана:

Оптимальный показатель должен быть не менее 95%.

5. Удельный вес беременных, обследованных на резус-принадлежность:

Оптимальный показатель должен быть не менее 95%.

6. Удельный вес беременных, обследованных 3-кратно УЗИ:

Оптимальный показатель должен быть не менее 95%.

7. Удельный вес беременных, обследованных на бФП (б-фетопротеин) и ХГЧ (хорионический гонадотропин человеческий):

8. Удельный вес беременных, обследованных на инфекции, передающиеся половым путем:

Оптимальный показатель должен быть не менее 95%.

9. Охват женщин гормональной контрацепцией:

Женский консультация учетный статистический

10. Охват женщин внутриматочной контрацепцией:

11. Частота аборт у женщин фертильного возраста:

Показатель не должен превышать 30

12. Частота абортотв у первобеременных:

13. Удельный внес абортотв у женщин в возрасте 15-19 лет:

14. Удельный вес преждевременных родов:

Среднестатистический показатель равен 3,7%.

2.2 Должностные обязанности акушерки.

Акушерка относится к категории специалистов. На должность акушерки назначается лицо, имеющее среднее медицинское образование по специальности «Акушерское дело» и высшую квалификационную категорию. Назначение на должность и освобождение от нее производится приказом руководителя учреждения

Должностные обязанности:

Акушерка:

- Проводит лечебно-профилактическую санитарно-просветительную работу, уход за пациентами в соответствии с профилем отделения под руководством врача.
- Проводит подготовительную работу для лечебно-диагностической деятельности врача акушера-гинеколога и собственной деятельности.
- Осуществляет лечебно-диагностическую помощь беременным, роженицам, родильницам, гинекологическим больным по назначению врача или совместно с ним в отделении, на приеме в женской консультации, на дому.
- Оказывает неотложную доврачебную помощь.

- Наблюдает за состоянием здоровья и развитием детей первого года жизни.
- Осуществляет патронаж на дому.
- Проводит профилактические осмотры женщин с целью выявления гинекологических заболеваний, работу по планированию семьи.
- Выполняет меры по соблюдению санитарно-гигиенического режима.

Акушерка имеет право:

- Получать необходимую информацию для четкого выполнения своих обязанностей.
- Давать указания младшему медицинскому персоналу по соблюдению санитарно-эпидемического режима отделения.
- Вносит предложение по совершенствованию работы младшего и среднего медицинского персонала.
- Входить в состав Совета акушерок и медицинских сестер, принимать участие в работе профессиональных медицинских ассоциаций.
- Повышать свою квалификацию.
- Получать квалификационную категорию. Ответственность

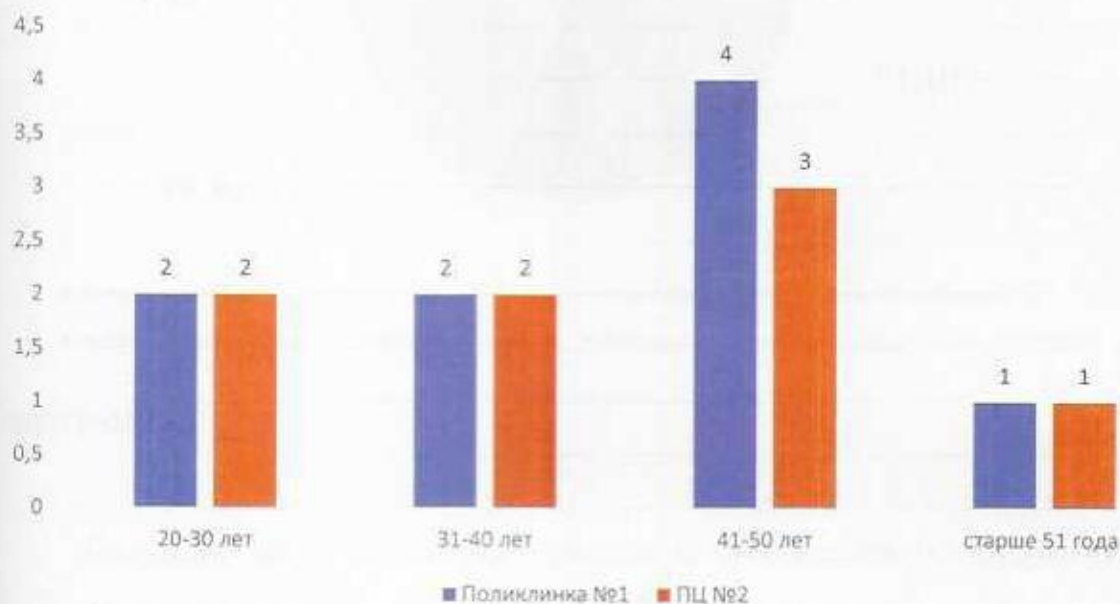
Акушерка несет ответственность:

- За ненадлежащее исполнение или неисполнение своих должностных обязанностей, предусмотренных настоящей должностной инструкцией – в пределах, определенных действующим трудовым законодательством Российской Федерации.
- За правонарушения, совершенные в процессе осуществления своей деятельности – в пределах, определенных действующим административным, уголовным и гражданским законодательством Российской Федерации.
- За причинение материального ущерба - в пределах, определенных действующим трудовым и гражданским законодательством Российской Федерации.

Результаты исследования социальной составляющей профессиональной роли акушерки.

Для опроса акушерок (16 человек) использовались специально разработанные «Анкета акушерки». Анкета включила в себя 15 вопросов.

По возрасту акушерок



(диаграмма1)

В результате анализа полученных данных было определено, что для акушерок на настоящем этапе развития здравоохранения свойственны следующие характеристики: основная часть (78,8%) акушерок находится в наиболее продуктивном в плане профессиональной деятельности возрастном периоде 20-49 лет, 75% респондентов состоят в браке, большинство из них воспитывают одного или двух детей (88,4%).

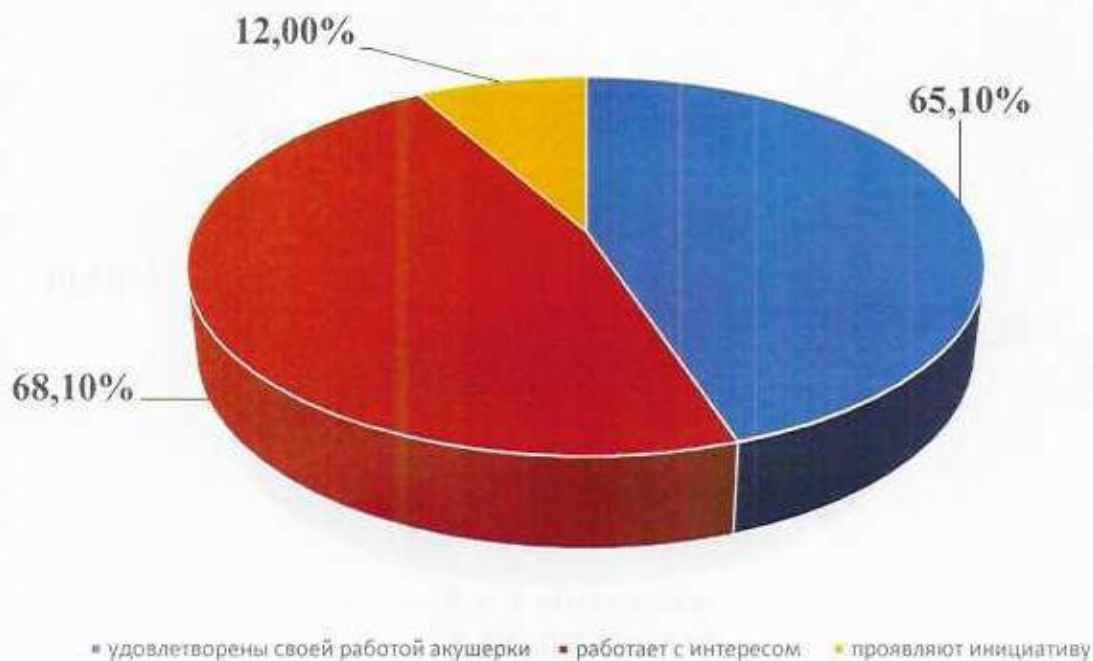
Профессиональные характеристики акушерок



(диаграмма2)

Большая часть акушерок пришла в профессию по призванию (89,3%), самая большая категория опрошенных- (91,1%) имеет базовый уровень среднего профессионального образования, при этом третья часть респондентов хотели бы иметь более высокий уровень образования (39,3%). У (71,1) первая и высшая квалификационные категории, сертификат специалиста имеют 100% акушерок. Общий трудовой стаж участвовавших в анкетировании акушерок в среднем составляет более 3 лет. При этом высоким является срок работы в одном учреждении – около 6 лет.

Отношение акушерок к своей профессиональной деятельности.



(диаграмма3)

Удовлетворены своей работой немногим более половины акушерок (65,1%). Большая часть, принимавших участие в исследовании работает с интересом (68,1%), а (12,0%) респондентов при выполнении профессиональных обязанностей проявляет инициативу. Отрадно сознавать, что среди опрошенных нами не оказалось акушерок, безразличных к работе.

Поскольку на производственную деятельность акушерки серьезный отпечаток накладывает гендерный аспект: практически все специалисты данного рода- женщины, при этом большая часть из них находится в состоянии постоянного противоречия между работой и домом, особый интерес представляет отношение членов семьи акушерки к ее работе. Большинство родных (67,2%) относится к профессиональной деятельности акушерок с пониманием, уважают за важную и ответственную работу и пытаются облегчить домашний труд путем выполнения части обязанностей по дому или хозяйству. Некоторые члены семей раздражаются в связи с недостаточным вниманием со стороны респондентов и упрекают последних за частые ночные дежурства (20,5%). Другая категория родственников, хотя и берет часть домашних обязанностей на себя, часто бывает недовольна большой загруженностью

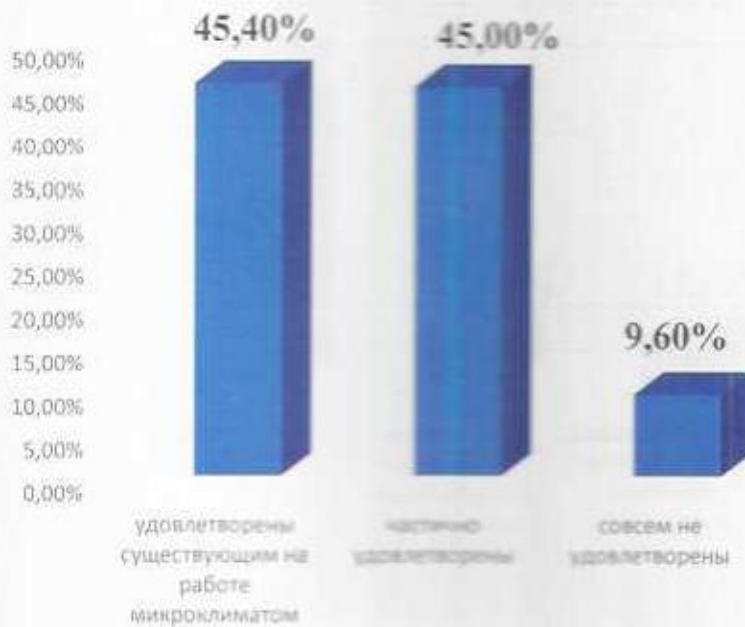
акушерок на работе (9,6%). Безразличны к профессиональной деятельности акушерок (2,7%) близких.



(диаграмма4)

Среди недостатков своей работы на первое место (86,4%) акушерок поставили низкую оплату труда, (15,6%) – выполнение функций, не предусмотренных должностными инструкциями, (12,1%) – отсутствие в ЛПУ современного диагностического и лечебного оборудования, 5,9% - тяжелые условия труда.

Взаимоотношения в коллективе.



(диаграммаб)

Половина респондентов полностью удовлетворены существующим на работе микроклиматом (45,4%), почти столько же опрошенных выражают частичную удовлетворенность (45,0%), совсем не удовлетворены отношениями с сотрудниками (9,6%) акушерок.

Взаимоотношения с коллегами у большинства акушерок строятся на основе партнерства (97,2%). При этом у большей части респондентов (80,1%) иногда бывает конфликтные ситуации на работе, а у (2,7%) участвовавших в анкетировании акушерок конфликты возникают часто.

Среди параметров, влияющих на результат работы акушерок, взаимоотношения с коллегами принявшие участие в нашем исследовании поставили на третье место. Свои взаимоотношения с другими акушерками, главной акушеркой, врачами, руководителем ЛПУ респонденты в основном оценивают как «хорошие» (79,8%), однако выявлена следующая закономерность – чем выше коллега стоит на иерархической лестнице, тем реже респонденты оценивают их взаимоотношения как хорошие и чаще как удовлетворительные.

Почти с половиной участвующих в исследовании акушерок врачи всегда обсуждают состояние пациентки и вопросы диагностики и лечения (42,5%) – это в основном сотрудники, имеющие высшую или первую квалификационные

В опросе среди недостатков к своей работе вошли следующие:



(диаграмма 5)

Несмотря на это, практически все принявшие участие в исследовании отменили, что профессия акушерки является необходимой (94,7%) и полезной для общества (87,3%). Большая часть респондентов считают ее интересной (70,7%). Шестая часть анкетированных акушерок характеризуют свою работу как тяжелую (16,0%), но в то же время захватывающую (16,0%) и творческую (12,1%).

Основная часть сестринского персонала (81,1%) обычно в полной мере и всегда реализуют свои интеллектуальные и физические способности. Однако на полную реализацию своих профессиональных возможностей способны не все акушерки (13,5%), а (5,4%) опрошенных затруднились ответить на данный вопрос. Причинами, мешающими реализовать свои способности в полной мере, акушерки считают отсутствие материальной (58,8%) или моральной заинтересованности (17,6%), либо сочетание двух выше упомянутых причин (21,7%). По мнению респондентов, важнейшими параметрами, влияющими на результат работы акушерки, являются размер заработной платы (53,3%) и условия труда (40,0%).

Современная акушерка, выполняя свои профессиональные обязанности, является достаточно автономным исполнителем, отвечающим за услуги, которые

категории (74,2%); (38,3%) опрошенных привлекаются к решению данных вопросов случай от случая, (19,2%) респондентов не привлекаются вообще.

Всегда участвуют в коллективном обсуждении тактики ведения пациенток (38,7%) акушерок, (38,3%) респондентов иногда совместно с докторами решают вопросы дальнейшего ведения беременных, рожениц, родильниц, гинекологических больных, (2,7%) опрошенных акушерок считают это не нужным.

Взаимоотношения с пациентками.

Название диаграммы

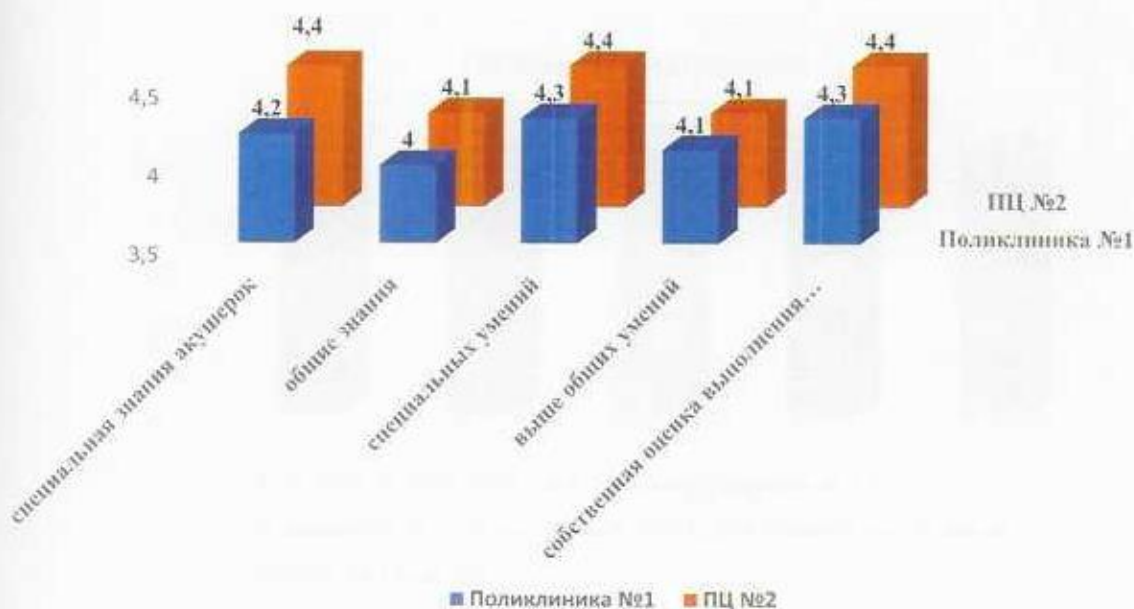


(диаграмма7)

Большинство опрошенных акушерок оценивают свои взаимоотношения с пациентками как «хорошие» (81,9%) и отрицают (63,9%) влияние испытываемых симпатий и антипатий к пациенткам на отношение к ним. Однако третья часть респондентов считает, что вышеупомянутые чувства все-таки влияют на отношение к пациенткам (36,1%), причем (31,9%) акушерок убеждены в незначительном, а (4,2%) – в их сильном влиянии.

Самооценка акушерками своих профессиональных знаний и умений.

Анализ полученных данных показал, что свои специальные знания акушерки оценивают выше (средний балл – 4,2) общих знаний (средний балл – 4,0). Оценка специальных умений (средний балл – 4,3) также оказалась выше общих умений (средний балл – 4,1). Собственная оценка выполняемых манипуляций в среднем составила (4,3).



(диаграмма8)

Из приведенных выше данных по самооценке знаний и умений следует, что акушерки оценивают свои умения выше, чем знания.

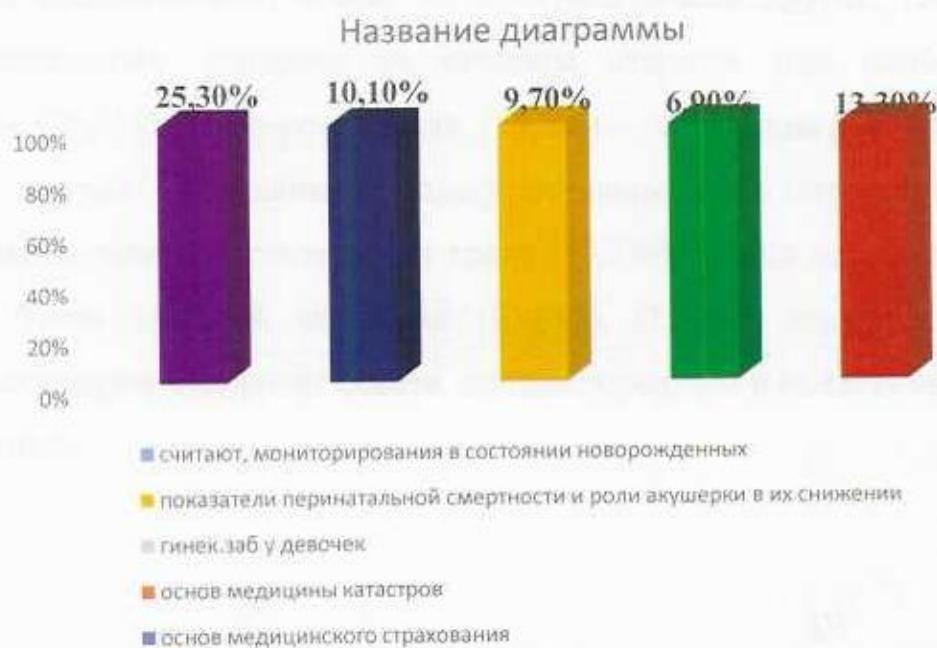
Более высокая самооценка знаний и общих умений наблюдается у акушеров перинатального центра №2. Однако свою манипуляционную технику акушерки перинатального центра №2 оценили выше (средний балл – 4,4) нежели акушерки перинатального центра №2(средний балл 4,1).

При самооценке знаний и умений обнаружена их зависимость от стажа работы: при стаже работы более 15 лет акушерки оценивают свою квалификационную выше полученных средних величин.

По результатам исследования акушерки поставили себе НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫЕ оценки за знания: основ медицинского страхования (25,3%), основ медицины катастроф (10,1%), гинекологических

заболеваний у девочек (9,7%), показателей перинатальной смертности и роли акушерки в их снижении (6,9%). Считают, что не умеют использовать систему мониторинга жизненно важных функций организма ребенка и по их показаниям определять изменения в состоянии новорожденного (13,3%) акушеров.

Неудовлетворительные оценки за знания:



(диаграмма9)

предоставляет, поэтому умение принимать решения в пределах своей компетенции является важной характеристикой ее труда. По результатам исследования, на это способны (91,9%) респондентов, стараются избегать подобных ситуаций (5,4%) опрошенных, считают, что не могут принимать самостоятельных решений (2,7%) акушерок. Но, несмотря на то, что подавляющее большинство респондентов считают себя способными на принятие решений в пределах своей компетенции, только третья часть из них может работать на самоконтроле (34,7%). Две трети участвующих в анкетировании акушерок предпочитают, чтобы их контролировали другие: (26,7%) считают предпочтительным контроль со стороны старшей или наиболее опытной акушерки, (25,3%) -со стороны врача, (13,3%) – со стороны руководителя ЛПУ.

В случае возникшего профессионального затруднении половина респондентов прибегнет к помощи врача (50,7%), третья часть опрошенных – к помощи более опытной акушерки (25,3%), (12,0%) акушерок – к помощи главной акушерки. Попросят совета, как докторов, так и коллег- акушерок (5,3%) респондентов.

ВЫВОДЫ:

1. В современном российском обществе социальная составляющая профессиональной роли акушерки является определяющей в вопросах качества сестринской помощи в учреждениях родовспоможения, и включает в себя: отношение государства и медицинского общества к данным специалистам, взаимоотношения в медицинских коллективах, востребованность со стороны пациентов.

2. Современной акушерки свойственны следующие характеристики – замужняя женщина (75,4%), воспитывающая одного или двух детей (88,6%), пришедшая в профессию по призванию (89,3%), находящаяся в продуктивном трудовом возрасте, имеющая базовый уровень образования по специальности «Акушерское дело» (91,1%), квалифицированная. Акушерка – специалист, считающий свою профессию интересной (70,7%), необходимой (94,7%) и полезной для общества (87,3%). Несмотря на способность к принятию самостоятельных решений (91,9%), предпочитает работать под контролем старшей или более опытной акушерки, врача, руководителя ЛПУ (65,3%). В случае профессионального затруднения акушерка обратится за помощью к врачу (50,7%). Свои взаимоотношения с коллегами по работе акушера строит на основе партнерства (97,2%), но, тем не менее, у нее иногда бывают конфликтные ситуации на работе (80,1%). Она имеет друзей – коллег (93,2%) преимущественно среди сестринского персонала (78,6%) и оценивает свои взаимоотношения с медицинскими работниками ЛПУ различного уровня и пациентками как «хорошие».

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для совершенствования образования акушерок, главным медсестрам, акушеркам систематически проводить занятия, зачеты с приглашением главных специалистов МЗ РЯ(Я), УЗ г. Якутск.
2. Уделять внимание развитию акушерского дела, поднятию его престижа и профессионального статуса, развивать институт главных акушерок и систему управления акушерской деятельностью на уровне территориальных органов управления здравоохранением, а также в учреждениях родовспоможения;
3. Обеспечить создание условий для эффективного и безопасного труда акушерок, внедрения новых организационных форм и современных технологий оказания акушерской помощи;
4. Проводить систематически профессиональные конкурсы на звание «Лучшая акушерка»;
5. оказывать содействие и поддержку в создании и работе профессиональных общественных организаций.
6. С целью стабилизации численности акушерок и улучшения качества сестринской помощи руководителям ЛПУ акушерско-гинекологического профиля использовать дифференцированный подход к моральному и материальному поощрению сестринского персонала на основе результатов мониторинга пациенток по разработанной методике.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Роль акушерки в профилактике осложнений послеродового периода сложно переоценивать, но на каждом этапе становления женщины как матери она существенно различается. На этапе женской консультации беременная женщина хочет получать от акушерки как можно больше информации, таким образом акушерка женской консультации – это главный информатор. Для пациенток дородового отделения информация так же имеет большую роль, но они так же ждут психологической помощи от акушерки и тщательного контроля за их состоянием. Акушерка дородового отделения- это контролирующий психолог-информатор. На послеродовом отделении женщина уже выступает в новой для себя роли-матери. В этот трудный период от акушерки она ждет всесторонней помощи и немного контроля за правильностью выполнения ею рекомендаций врача и новых для себя материнских функций. Акушерка послеродового отделения – это помощник, наставник, советчик.

Большинство акушерок довольны выбранной профессией, однако мотивация сотрудников постепенно снижается, что объясняется низкой заработной платой и высокой рабочей нагрузкой. Пациентки родильного дома в общем удовлетворены уровнем оказания акушерской помощи. Большинство пациенток владеют информацией об осложнениях послеродового периода и их профилактике. В основном данную информацию узнают из специальной литературы, от знакомых и родственников. Женская консультация и родильный дом имеют небольшой вес в общей доле информации.

Информированность пациентов не явилась решающим фактором предотвращения осложнений, однако большинство респондентов отметили необходимость данной информации. В комплексе с бережным ведением родов, индивидуальным подходом и соблюдением всех правил асептики и антисептики информационная подготовленность пациентов поможет свести к минимуму возникновение осложнений послеродового периода.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. «Акушерство. Учебное пособие», под ред. В.И. Ельцова – Стрелкова, Е.В. Мареева, М., Изд-во УДН, 2001.
- 2.Абрамченко В.В Психосоматическое акушерство. – СПб.:Сотис, 2009.
- Аймазян Э.К. «Акушерство». Санкт- Петербург, «Специальная Литература», 1997.
- 4.Барков А.Н. Биомедицинская этика, Москва,2000.
- 5.Бодяжина В.И. Акушерство, Москва, 1986.
- 6.Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирющенко А.П. «Акушерство». Курс, 2007.
- 7.Большая Советская Энциклопедия том 2,3,14.
- 8.Воронин К.В., Зелинский А.А., Справочник акушерки.- М.: Триада – X, 2009.
9. Крылова Е.П. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии, 2010.
- 10.Мухина С.А., Терновская И.И. Общий уход за больными.2000.
- 11.Мэррей Энкин, Марк Кейрс, Мэри Ренфрью, ДжеймсНейлсон Руководство по эффективной помощи при беременности и родах. Второе издание. Санкт-Петербург 1999.
- 12.Савельева Г.М.Акушерство.2005.
- 13.Серов В.Н. «Практическое акушерство ». Медицинское информационное агентство, 2000г.
- 14.Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. – Руководство по практическому акушерству – М 1977.
- 15.Торчинской Н.В. Роль сестринской службы в эпидемиологическом надзоре за внутрибольничными инфекциями в акушерских стационарах, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, 2015.