Содержание

Введение

.Теоретическая часть

.1 Организация работы женской консультации

.2 Задачи женской консультации

.3 Основные разделы работы участкового акушера-гинеколога

.4 Родовой сертификат

.5 Основная медицинская учётная документация женской консультации

.6 Пути совершенствования деятельности женской консультации

.7 Анализ показателей деятельности женской консультации

.Практическая часть

.1 Исходные данные для расчета статистических показателей женской консультации

.2 Расчет статистических показателей женской консультации

.3 Анализ статистических показателей женской консультации

Заключение

Список литературы

Введение

Новые направления демографической политики России предусматривают существенное улучшение деятельности всех звеньев службы родовспоможения и детства в масштабе страны.

Для улучшения здоровья нации необходимы системные преобразования в здравоохранении. Первым этапом этих преобразований стал приоритетный национальный проект «Здоровье». В центре его внимания - усиление первичного звена медицинской помощи, развитие профилактики и диспансеризации, повышение доступности высокотехнологических видов медицинской помощи. В первую очередь это относится к женским консультациям.

Диспансеризация беременных как комплексная программа выявления болезней женщины и нарушений гестации с последующим оздоровлением матери и плода была, есть и будет основной идеологией женской консультации.

Расширение диагностических и лечебных воздействий на организм женщины в амбулаторных условиях, новые технологии лечения осложненной беременности и гинекологических заболеваний, использование стационарзамещающих технологий в форме дневных стационаров для беременных и гинекологических больных стали предпосылкой для нового качественного «витка» в деятельности этого первичного звена медицинской помощи женщинам страны.

В данном курсовом проекте мною будет рассмотрена организация работы женской консультации, ее задачи и пути совершенствования. В практической части на определенном примере будут рассмотрены статистические показатели деятельности женской консультации, а также будет проведен статистический анализ на основе полученных результатов.

1.Теоретическая часть

.1 Организация работы 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. Примерная организационная структура женской консультации представлена на рисунке 1.



Рисунок 1 - Примерная организационная структура женской консультации

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 10 тыс. 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 женской консультации, приема врачей всех специальностей, врачей лечебных и диагностических кабинетов, работы школы материнства размещается у регистратуры. Неотложная акушерско-гинекологическая помощь обеспечивается специализированными отделениями больниц или родильных домов. Помощь на дому беременным, родильницам и женщинам с гинекологическими заболеваниями оказывает в день вызова лечащий или дежурный врач женской консультации. Лечебные и диагностические манипуляции на дому выполняет средний медицинский персонал (по назначению врача).

.2 Задачи женской консультации

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 пренатального скрининга для формирования групп риска по внутриутробному поражению плода;

выявление, установление медицинских показаний и направление 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 абортов и подготовки к беременности и родам;

организация и проведение профилактических осмотров женского населения с целью раннего выявления гинекологических и онкологических заболеваний, патологии молочных желез;

обследование и лечение беременных и женщин с гинекологическими заболеваниями с использованием современных медицинских технологий, в том числе и на дому (стационар на дому);

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

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, в период беременности, послеродовом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий;

проведение экспертизы временной нетрудоспособности по беременности, родам, в связи с гинекологическими заболеваниями и выдача листков нетрудоспособности, определение необходимости и сроков временного или постоянного перевода женщины по состоянию здоровья на другую работу, направление в установленном порядке на медико-социальную экспертизу женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности;

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 прерывания нежеланной беременности;

социально-психологическая помощь несовершеннолетним, направленная 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-гигиенических и противоэпидемических мероприятий для обеспечения безопасности пациентов и персонала, предотвращения распространения инфекций;

проведение мероприятий по повышению санитарной культуры населения, пропаганд здорового образа жизни, по сохранению репродуктивного здоровья женщин, профилактике абортов, а также ИППП, в том числе ВИЧ-инфекции;

анализ показателей работы женской консультации, эффективности и качества медицинской помощи, разработка предложений по улучшению качества акушерско-гинекологической помощи.

.3 Основные разделы работы участкового акушера-гинеколога

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

Диспансеризация беременных и родильниц:

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

Проводимые консультацией мероприятия по охране здоровья беременной и антенатальной охране плода, могут быть эффективными 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 прерывания 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.

. Оформление медицинской документации на беременную.

Все данные опроса и обследования женщины, советы и назначения должны записываться в «Индивидуальную карту беременной и родильницы» (ф. 11 l/y), которые хранятся в картотеке каждого акушера-гинеколога по датам планируемого посещения. Там же хранятся карты: родившихся; подлежащих патронажу женщин; госпитализированных беременных. В целях сформирования акушерского стационара о состояния здоровья женщины и особенностях течения 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.

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

Здоровой женщине рекомендуется посещать консультацию при нормальном течении 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.

. 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.

. 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.

. 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.

. 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.

. 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 оформляется в соответствии с действующей инструкцией и регистрируется в «Книге регистрации листков нетрудоспособности» (ф. 036/у).

. 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 течении послеродового периода женщина осматривается акушером-гинекологом вторично через 5-6 недель после родов.

Патронажу подлежат родильницы:

. не явившиеся в консультацию через 10-12 дней после выписки из родильного дома;

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

. при осложненном течении послеродового периода;

. не явившиеся повторно в установленный срок.

Гинекологическая помощь:

. 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. 048/у), на осмотренных - «Карта профилактически осмотренного» (ф.074/у).

.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, главные образом, в женской консультации, но 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.

. 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.

.Экспертиза трудоспособности при гинекологических заболеваниях осуществляется на общих основаниях.

. Диспансеризация гинекологических больных и женщин с неблагоприятным акушерским анамнезом.

Выделяют три группы женщин, подлежащих диспансеризации в женской консультации:группа - здоровые и беременные;группа - акушерская; женщины с неблагоприятным акушерским анамнезом (осложнения в предыдущих родах, недонашивание и невынашивание, мертворождение, рождение детей с аномалиями, перенесшие кесарево сечение).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, бесплодие и т.д.).

На каждую женщину, подлежащую диспансеризации, заполняется «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (ф. 030/у).

. 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.

. 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.

. 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. 038-0/у).

. 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.

.4 Родовой сертификат

Современная государственная политика в сфере народонаселения привела к появлению принципиально нового документа - родового сертификата.

Цель данной программы - повышение доступности и качества оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и родов на основе внедрения экономических стимулов для медицинских работников и обеспечение дополнительных финансовых возможностей для улучшения материально-технической базы государственных (муниципальных) учреждений родовспоможения.

Введение родовых сертификатов предполагает стимулирование работы женских консультаций и родильных домов на территории России, которое должно привести к улучшению ситуации в родовспоможении, снижению материнской и младенческой смертности, повышению уровня сопровождения беременности и обслуживания. За каждым сертификатом стоит конкретная сумма, которая будет выплачиваться из Фонда социального страхования РФ, а, следовательно, учреждения будут заинтересованы в каждой конкретной беременной.

Сертификат представляет собой документ розового цвета из четырех позиций: корешок, два талона и сам сертификат. Первый талон (номиналом 2 тысячи рублей) остается в женской консультации, второй (номиналом 5 тысяч рублей) - в родильном доме, который роженица выберет самостоятельно. Собственно сам сертификат остается у молодой мамы как свидетельство того, что она получила медицинскую помощь. В сертификате предусмотрены графы, в которых будет отмечены рост, вес ребенка при рождении, время и место рождения. При этом сертификат не заменяет полиса обязательного медицинского страхования или каких-либо других документов. Действует он в любом населенном пункте России и выдается всем гражданкам РФ без исключения.

В соответствии с пунктом 6 приказа Минздрава России от 16.07.2014 N 370н "Об утверждении порядка и условий оплаты медицинским организациям услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, а также по проведению профилактических медицинских осмотров ребенка в течение первого года жизни" родовой сертификат выдают при предъявлении паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, полиса обязательного медицинского страхования и страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования.

Чтобы получить сертификат, беременной женщине достаточно прийти на прием в женскую консультацию на 30-й неделе беременности (при многоплодной беременности - на 28 неделе). Врач выдаст ей сертификат и сразу же заберет талон №1, предназначенный консультации. При этом беременная женщина не имеет права не отдать талон №1, даже если она недовольна работой врача. Специалисты советуют поменять врача до срока в 30 недель, если к нему есть претензии. Отказать в просьбе сменить врача в консультации беременной женщине не имеют права. Если отказ имеет место, следует обратиться к заведующей консультацией или главврачу медучреждения. Кроме того, чтобы женская консультация могла получить деньги по сертификату, требуется наблюдать беременную женщину непрерывно в течение 12 недель. Чем раньше будущая мама определится, где ей комфортнее наблюдаться, тем меньше вопросов возникнет по выдаче сертификата.

Следует учесть, что сертификат выдается на беременную женщину, а не на ребенка, поэтому даже при многоплодной беременности сертификат будет один. Если беременная женщина вообще не вставала на учет в ЖК, сертификат ей выдадут в том роддоме, в котором она будет рожать. В этом случае талон №1 будет погашен, то есть деньги по нему никто не получит.

Сертификат с талоном №2 роженица забирает в роддом вместе с остальными документами. Чтобы роддом смог получить деньги по этому талону, существует пока лишь один критерий - до выписки мать и дитя живы.

Если роженица предпочитает вариант платных родов (заключается договор с определенным врачом и акушером), сертификат роддом не получает. К платным родам не относятся сервисные услуги (например, платная палата повышенной комфортности). Следует учитывать, что беременная может активно использовать свое право на выбор роддома. Если жительница Архангельска решит рожать в Челябинске - роддом обязан ее принять.

Для сертификата не предусмотрены дубликаты в случае потери или порчи. Однако выдача документа будет зафиксирована в женской консультации (талон №1), благодаря чему роддом сможет получить деньги, доказав, что родоразрешение состоялось именно в нем. Беременная женщина не может обменять сертификат на деньги, так как это не финансовая помощь матерям, а средство стимулирования медицинских учреждений в условиях конкуренции.

1.5 Основная медицинская учётная документация женской консультации

Качество работы женской консультации во многом зависит от точности и своевременности заполнения надлежащей медицинской документации. Важнейшее значение имеет грамотное ведение медицинской документации. Основной медицинской документации женской консультации является:

. Медицинская карта прерывания беременности (форма № 003-1/у) заводится на всех женщин, поступивших в стационар для искусственного прерывания беременности или по поводу самопроизвольного аборта;

. Медицинская карта амбулаторного больного (форма № 025/у) - основной первичный медицинский документ больного, лечащегося амбулаторно или на дому, и заполняется на всех больных при первом обращении за медицинской помощью в данное лечебное учреждение. На каждого больного ведётся одна медицинская карта независимо от того, лечится ли он у одного или нескольких врачей;

. Индивидуальная карта беременной и родильницы (форма № 111/у) заполняется на каждую обратившуюся в женскую консультацию беременную, желающую сохранить беременность. В карту заносятся данные анамнеза (особо подробно о течении и исходах предыдущих беременностей), результаты общего и специального акушерского обследования, заключения терапевта и других специалистов о состоянии здоровья беременной. В специальный раздел карты записываются жалобы, данные объективного обследования и назначения при повторных посещениях. Эти сведения позволяют проследить динамику объективных показателей состояния беременной и плода и принять меры в случае отклонения их от нормы. В карте представлен специальный лист для подклейки анализов и других документов:

Сведения о течении и исходе родов (на основании талона № 2 обменной карты ф.№ 113/у), а также о течении послеродового периода после выписки родильницы из стационара. После снятия женщины с диспансерного наблюдения карта за подписью лечащего врача и заведующего консультацией поступает в архив женской консультации (родильного дома);

Контрольная карта диспансерного наблюдения (форма № 030/у). В правом верхнем углу указывают диагноз заболевания, дату его установления и способ выявления (при обращении за лечением, при профилактическом осмотре). В специально отведённом месте записывают возникающие осложнения, сопутствующие заболевания, изменения диагноза и наиболее важные лечебно-профилактические мероприятия (госпитализация, санаторно-курортное лечение, перевод на инвалидность и т.д.).

Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы, сведения женской консультации о беременной (форма № 113/у) состоит из трёх отрывных талонов. Она предназначена для осуществления преемственности в наблюдении за женщиной и её ребёнком женской консультации, акушерского стационара и детской поликлиники.

.6 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. Поздняя (после 28 недель беременности) постановка женщин на учет может неблагоприятно сказаться на течении родов, здоровье ребенка.

Значительная часть женщин с гинекологическими заболеваниями нуждается в динамическом наблюдении и контроле.

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 молочной железы.

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

Рекомендуется и организовывать 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 (кабинетах) должны привлекаться опытные (стаж работы не менее 5 лет) врачи акушеры-гинекологи, прошедшие специальную подготовку.

Специализированный кабинет по планированию семьи должен оснащаться аудио и видеотехникой с демонстрацией средств контрацепции, наглядными пособиями, печатными информационными материалами для населения по планированию семьи и профилактике абортов.

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

Работа с молодежью, представляющей группу риска по возникновению нежелательной беременности и ИПППП, может осуществляться путем выделения специальных часов на специализированных приемах в кабинетах планирования семьи.

1.7 Анализ показателей деятельности женской консультации

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

. Показатель обеспеченности врачебными кадрами (средними медицинскими работниками):



В 2014 г. в Российской Федерации показатель обеспеченности врачебными кадрами акушера-гинеколога составил 5 на 10 тыс. населения.

. Коэффициент совместительства врачей (средних медицинских работников):



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

. Показатель удельного веса посещений с профилактической целью:



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

. Показатель выполнения плана посещений на конец отчетного периода:



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

. Показатель полноты охвата населения медицинскими осмотрами:



Оптимальный показатель должен приближаться к 100%.

. Показатель своевременности взятия 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:

. 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 отягощенном анамнезе; своевременно скорректировать имеющиеся патологические состояния у матери и плода, а также наметить тактику наблюдения 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.

. Удельный вес беременных, осмотренных терапевтом:



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



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

. Удельный вес беременных, обследованных на реакцию Вассермана:



Оптимальный показатель должен быть не менее 95%

. Удельный вес беременных, обследованных на резус-принадлежность:



Оптимальный показатель должен быть не менее 95%

. Удельный вес беременных, обследованных 3-кратно УЗИ:



Оптимальный показатель должен быть не менее 95%

. Удельный вес беременных, обследованных на αФП (α-фетопротеин) и ХГЧ (хорионический гонадотропин человеческий):



Оптимальный показатель должен быть не менее 95%

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



Оптимальный показатель должен быть не менее 95%

.Охват женщин гормональной контрацепцией:



женский консультация учётный статистический

10. Охват женщин внутриматочной контрацепцией:



. Частота абортов у женщин фертильного возраста:



Показатель не должен превышать 30

. Частота абортов у первобеременных:



13. Удельный вес абортов у женщин в возрасте 15-19 лет:



. Удельный вес преждевременных родов:



Среднестатистический показатель равен 3,7%.

2. Практическая часть

.1 Исходные данные для расчета статистических показателей женской консультации

Исходные данные для расчета статистических показателей приведены в таблице 1.

Таблица 1

|  |  |
| --- | --- |
| Среднегодовая численность населения | 46 552 |
| Число физических лиц врачей акушеров-гинекологов | 9 |
| Число физических лиц средних медицинских работников | 17 |
| Число занятых врачебных должностей | 12 |
| Число занятых должностей средних медицинских работников | 25 |
| Число врачебных посещений ЖК с профилактической целью на конец отчетного периода | 13 608 |
| Общее (фактическое) число врачебных посещений ЖК на конец отчетного периода | 41 237 |
| Плановое число врачебных посещений ЖК на конец отчетного периода | 40 000 |
| Число осмотренных лиц | 1287 |
| Число лиц, подлежащих медицинским осмотрам | 1329 |
| Число больных, взятых под диспансерное наблюдение в течение года (из числа лиц с впервые установленным диагнозом) | 5687 |
| Общее число лиц с впервые в данном году установленным диагнозом | 7049 |
| Число больных, взятых под диспансерное наблюдение в течение года (из числа лиц с впервые установленным диагнозом) | 4125 |
| Общее число лиц с впервые в данном году установленным диагнозом | 4347 |
| Число беременных, поступивших под диспансерное наблюдение со сроком до 12 недель  | 594 |
| Общее число беременных, поступивших под диспансерное наблюдение в женскую консультацию | 720 |
| Число беременных, осмотренных терапевтом | 576 |
| Число беременных, осмотренных терапевтом до 12 недель беременности | 462 |
| Число беременных, обследованных на реакцию Вассермана | 718 |
| Число беременных, обследованных на резус-принадлежность | 703 |
| Общее число женщин, закончивших беременность родами и абортами | 826 |
| Число беременных, охваченных УЗИ не менее 3 раз за беременность | 574 |
| Число беременных, обследованных на α-фетопротеин и хорионический гонадотропин человеческий | 563 |
| Число беременных, обследованных на инфекции, передающиеся преимущественно половым путем | 563 |
| Общее число женщин, закончивших беременность родами | 598 |
| Численность женщин фертильного возраста (15-49 лет) | 14 400 |
| Число женщин, использующих гормональную контрацепцию | 5935 |
| Число женщин, использующих ВМС | 2496 |
| Число абортов у женщин фертильного возраста | 228 |
| Число первобеременных | 504 |
| Число абортов у первобеременных | 71 |
| Число абортов среди женщин 15-19 лет | 133 |
| Число женщин, закончивших беременность преждевременными родами | 18 |

.2 Расчет статистических показателей женской консультации

Для расчета статистических показателей воспользуемся формулами, приведенными в пункте 1.7:

Обеспеченность врачебными кадрами акушера-гинеколога =  на 10 000 населения;

Обеспеченность кадрами средних медицинских работников = на 10 000 населения;

Коэффициент совместительства врачей акушеров-гинекологов = ;

Коэффициент совместительства средних медицинских работников = ;

Показатель удельного веса посещений с профилактической целью = ;

Показатель выполнения плана посещений на конец отчетного периода =

Показатель полноты охвата населения медицинскими осмотрами = ;

Показатель своевременности взятия больных под диспансерное наблюдение = ;

Показатель раннего охвата беременных диспансерным наблюдением = ;

Удельный вес беременных, осмотренных терапевтом = ;

Удельный вес беременных, осмотренных терапевтом до 12 недель беременности = ;

Удельный вес беременных, обследованных на реакцию Вассермана = ;

Удельный вес беременных, обследованных на резус-принадлежность = ;

Удельный вес беременных, обследованных 3-кратно УЗИ = ;

Удельный вес беременных, обследованных на αФП ( α-фетопротеин) и ХГЧ (хорионический гонадотропин человеческий) = ;

Удельный вес беременных, обследованных на инфекции, передающиеся преимущественно половым путем = ;

Охват женщин гормональной контрацепцией = ;

Охват женщин внутриматочной контрацепцией = ;

Частота абортов у женщин фертильного возраста = ;

Частота абортов у первобеременных = ;

Удельный вес абортов у женщин в возрасте 15-19 лет = ;

Удельный вес преждевременных родов = 

.3 Анализ статистических показателей женской консультации

При анализе показателей обеспечения кадрами выявлено, что показатель обеспеченности врачебными кадрами и средними медицинскими работниками ниже среднестатистических. Настораживает высокий коэффициент совместительства врачей -1,3 и средних медицинских работников -1,5 , что отрицательно сказывается на качестве оказываемой медицинской помощи и состоянии здоровья медицинских работников. Зато показатель выполнения плана посещений (103,1%) немного превышает рекомендуемого значения.

Анализ профилактической работы женской консультации выявил, что показатель охвата населения медицинскими осмотрами и полнота охвата населения диспансерным наблюдением в пределах нормы. Удельный вес беременных, осмотренных терапевтом (69,7%) и осмотренных терапевтом до 12 недель беременности (55,9%) ниже среднестатистических показателей.

Углубленный статистический анализ деятельности женской консультации на основе полученных результатов выявил, что значения показателей диспансеризации беременных, наблюдаемых в данной консультации (удельный вес беременных, обследованных на реакцию Вассермана (86,9%), резус-принадлежность (85,1%), α-ФП и ХГЧ(94,1%), а также ИПППП), не соответствуют рекомендуемым значениям.

Однако, такие показатели, как ранний охват беременных диспансерным наблюдением (82,5%) удельный вес беременных, охваченных УЗИ не менее 3 раз(96%), охват женщин гормональной (412,20/00) и внутриматочной (173,30/00) контрацепцией - хорошие и соответствуют рекомендуемым значениям.

Кроме того, анализ показателей абортов (частота абортов у женщин фертильного возраста - 15,80/00, частота абортов у первобеременных - 140,90/00; удельный вес абортов у женщин в возрасте 15-19 лет - 58,3%) свидетельствует о недостаточной работе, проводимой специалистами женской консультации по вопросам планирования семьи, профилактики абортов. Все это требует принятия дополнительных мер по улучшению охраны женского здоровья.

Заключение

На данном примере, который был рассмотрен в практической части, низкие показатели удельного веса беременных, осмотренных терапевтом за всё время наблюдения и сроком до 12 недель. Если женщину брать на учёт при сроке до 12 недель, то это позволит своевременно диагностировать экстрагенитальную патологию и решить вопрос о целесообразности дальнейшего сохранения беременности, рациональном трудоустройстве, установить степень риска и при необходимости обеспечить оздоровление беременной. Санитарно-просветительная работа в сочетании с квалифицированным врачебным наблюдением - основной резерв для увеличения числа женщин, обращающихся к врачам в ранние сроки беременности.

Эффективность раннего взятия беременной на учёт будет полностью нивелирована, если в минимальные сроки не обследовать беременную по полной программе. В результате обследования определяют возможность вынашивания беременности и степень риска, а также вырабатывают план ведения беременности.

Высокий уровень абортов современными методами регулирования рождаемости создает реальную опасность для репродуктивного здоровья женщин и требует организации широкого комплекса мер, направленных на профилактику искусственных абортов. Данное направление деятельности должно более эффективно реализоваться посредством организации кабинета (приема) по планированию семьи, для работы в котором выделяется специальный врач. При отсутствии в структуре женской консультации такого кабинета его функции возлагаются на акушеров-гинекологов, работающих на участке.

Здесь женщины могут получить информацию и приобрести навыки безопасного сексуального поведения: подобрать и обучиться правильному применению средств контрацепции, пополнить знания по вопросам предупреждения заболеваний органов репродуктивной системы, включая инфекции, передающиеся половым путем, и др.

Организация широкого комплекса мер по улучшению качества оказываемой медицинской помощи даст положительные результаты охраны женского здоровья.

Список литературы

1. В.А. Медик, В.К. Юрьев. Общественное здоровье и здравоохранение / Москва - 2014.-272с., 293 с., 305 с.

. Ордиянц И.М., Оразмурадов. Женская консультация / Москва- 2011.-142 с.

. Л.Н. Войт, Е.А. Дроздова. Организация и анализ деятельности женской консультации / Благовещенск-2010.-6 с.,14 с.

. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 2 октября 2009 г. N 808н "Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи"

. Приказа Минздрава России от 16.07.2014 N 370н "Об утверждении порядка и условий оплаты медицинским организациям услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, а также по проведению профилактических медицинских осмотров ребенка в течение первого года жизни".