

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК клинических дисциплин

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АКУШЕРКИ В
ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 31. 02. 02 Акушерское дело
4 курса группы 03051527
Кондратьевой Анастасии Сергеевны**

Научный руководитель:
преподаватель Бабынина Т.П. .

Рецензент:
Заведующая женской консультации
ОГБУЗ «ЦРБ г. Белгорода»
Квашенко Я.А.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ РАННИХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ.....	5
1.1. Структура и задачи женской консультации.....	5
1.2. Обследование беременных в женской консультации	7
1.3. Наблюдение женщин с высокой группой риска.....	16
1.4. Школа материнства	20
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АКУШЕРКИ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ	24
2.1. Организационная характеристика ОГБУЗ Белгородской центральной районной больницы села Стрелецкого	24
2.2. Материалы исследования и анализ результатов статистики по данным ОГБУЗ Белгородской центральной районной больницы.....	25
2.3. Анализ результатов анкетирования и оценка качества медицинской помощи при диспансерном наблюдении беременных	29
2.4. План мероприятий по совершенствованию профессиональной деятельности акушерки при диспансеризации беременных	40
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	44
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	46
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	48

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность: В настоящее время внимание многих медицинских работников привлечено к проблеме сохранения здоровья женщины и плода в период беременности.

Многие аспекты планирования семьи и непосредственно контроля беременности, связаны и с вопросами подготовки персонала, и с качеством обеспечения женских консультаций, родильных домов, с развитием частных клиник, с просвещением широких слоев населения о необходимости планирования семьи и контроля беременности - это, возможно, наиболее значимая проблема. Многие женщины не придают должного значения вопросу обращения в женскую консультацию. [4]

Цель: Проанализировать работу акушерки в диспансерном наблюдении беременных женщин.

Задачи:

1. Изучить структуру женской консультации, режим и принцип работы.
2. Провести исследование практической деятельности акушерки в диспансерном наблюдении беременных женщин.
3. Провести анализ практической деятельности акушерки в диспансерном наблюдении беременных женщин.

Объект исследования: статистические данные женской консультации ОГБУЗ Белгородской центральной районной больницы села Стрелецкое.

Предмет исследования: деятельность акушерки в диспансерном наблюдении беременных женщин.

Методы исследования:

- научно-теоретический анализ медицинской литературы по теме дипломной работы.,
- эмпирические методы (анализ документов).,
- статистический анализ полученных данных.

База исследования: ОГБУЗ «ЦРБ села Стрелецкое»

Время исследования – 2016 - 2018 гг.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ РАННИХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ

1.1. Структура и задачи женской консультации

Внебольничная акушерско-гинекологическая помощь женщинам оказывается в специальных организациях амбулаторно-поликлинического типа, основным из которых является Женская консультация. Женская консультация – может быть как самостоятельной организацией, так и подразделением родильного дома, поликлиники, медсанчасти либо больницы. ЖК взаимодействует с акушерско-гинекологическим стационаром, перинатальным центром, взрослой и детской поликлиникой, центром планирования семьи и репродукции, станцией скорой и неотложной медицинской помощи и другими ЛПО.[4]

Задачи женской консультации:

- профилактика акушерской патологии и оказание акушерской помощи женщинам во время беременности и в послеродовом периоде, подготовка к родам, грудному вскармливанию.
- профилактика гинекологической патологии и оказание помощи женщинам, девочкам и подросткам.
- диспансеризация женского населения. Подготовка к беременности женщин.
- проведение мероприятий по контрацепции.
- обеспечение женщин защитой в соответствии с законодательством охроне материнства и детства.
- проведение мероприятий по повышению знаний санитарной культуры населения в области охраны репродуктивного здоровья, профилактики материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.[5]

Структура женской консультации: предусмотрено наличие следующих подразделений: [6]

- управление
- регистратура
- кабинеты: а) участковых акушеров-гинекологов; б) врачей-специалистов (терапевт, стоматолог)
- процедурные кабинеты для: а) влагалищных манипуляций; б) внутривенных и подкожных вливаний
- стерилизационная
- диагностическая служба: а) эндоскопический кабинет; б) кабинет УЗИ; в) лаборатория
- кабинет для психопрофилактики и занятий «Школы матерей»
- кабинет контрацепции (планирования семьи)
- социально-правовой кабинет.

В число помещений женской консультации входят вестибюль, гардероб для больных и персонала, туалеты для женщин и персонала, кабинет сестры-хозяйки, хозяйственные и служебные помещения.

Организация работы женской консультации:

– В крупных городах лучшая по показателям работы ЖК выделяется как базовая. В ней оказываются все виды специализированной акушерско-гинекологической помощи (лечение гинекологических заболеваний в детском возрасте, бесплодного брака, эндокринных заболеваний и др.) [1, с.156].

– Работа ЖК строится по участково-территориальному принципу. Один акушерский участок равен примерно двум терапевтическим. Обслуживают акушерско-гинекологический участок акушер-гинеколог и акушерка. Норма нагрузки акушер-гинеколога на приеме в женской консультации – 4,75 посещений в час, при посещении больного на дому – 1,25 в час.

– Принцип участковости позволяет акушеру-гинекологу осуществлять постоянную связь с участковым терапевтом, терапевтом женской консультации и другими специалистами. Это способствует своевременному взятию на учет беременных женщин, решению вопросов о возможности беременности у женщин, страдающих экстрагенитальной патологией, обследованию и установлению соответствующего режима, лечения и совместного диспансерного наблюдения.[5]

– Благополучное родоразрешение беременных во многом зависит от своевременной постановки их на учет, регулярности, полноты обследования и качества наблюдения за ними во время беременности. [2, с 120].

1.2. Обследование беременных в женской консультации

Во время беременности очень важно постоянно посещать врача и проходить все обследования. Так можно следить за своим здоровьем и развитием ребенка, а в случае возникновения каких-либо проблем врачи успеют вовремя оказать необходимую помощь.[3, с. 231].

График обследования во время беременности:

Постановке на учет (8–12 недель)

Посещение гинеколога, гинекологический осмотр, мазок на флору

Измерение основных параметров (веса, роста, пульса, артериального давления, температуры тела и размера таза беременной

- Общий анализ мочи
- Общий анализ крови
- Коагулограмма
- Биохимический анализ крови
- Анализ на группу крови и резус-фактор
- Анализ крови на ВИЧ, гепатит В и С, сифилис

- Анализ крови на TORCH-инфекции

В течение 2 недель после постановки на учет

- Посещение терапевта, эндокринолога, офтальмолога, отоларинголога, кардиолога, стоматолога. [7]

16 недель

- Первый скрининг («двойной тест»), УЗИ
- Посещение гинеколога, измерение основных параметров, анализ

мочи

18 недель

- Общий анализ крови
- Второй скрининг («тройной тест»)
- УЗИ

20 неделя

- Посещение гинеколога
- Измерение основных параметров, анализ мочи

22 неделя

- Посещение гинеколога
- Измерение основных параметров, анализ мочи

24 неделя

- Посещение гинеколога
- Измерение основных параметров, анализ мочи

26 неделя

- Посещение гинеколога
- Измерение основных параметров, анализ мочи

28 неделя

- Посещение гинеколога
- Измерение основных параметров, анализ мочи

30 недель

– Посещение гинеколога, измерение основных параметров, оформление декретного отпуска

- Анализ мочи
- Мазок на флору
- Общий анализ крови
- Биохимический анализ крови
- Коагулограмма
- Посещение терапевта, окулиста

30-34 недель

- Анализ крови на ВИЧ, гепатит В и С, сифилис
- УЗИ

32-35 недель

- Посещение гинеколога, измерение основных параметров
- Общий анализ мочи
- Общий анализ крови
- Кардиотокография

36 неделя (и далее — раз неделю до родов)

- Посещение гинеколога
- Измерение основных параметров
- Мазок на флору

Обследования во время беременности: первый триместр (1–13 неделя)

Обращаться в женскую консультацию для постановки на учет лучше всего на сроке беременности 6–8 недель. Для оформления нужно предъявить паспорт и полис обязательного медицинского страхования. При ранней постановке на учет (до 12 недель) полагается денежное пособие. При нормальном течении беременности рекомендуется посещать гинеколога не менее семи раз за весь период беременности. В I триместре – раз в месяц, во II триместре – раз в 2–3 недели, с 36 недели и до родов – раз в неделю. За

время беременности надо будет обязательно пройти три УЗИ: на сроке 11–14 недель, 18–21 неделя и 30–34 недели.[3, с.231].

На первом приеме акушер-гинеколог осматривает женщину, подтверждает факт беременности, оценивает состояние стенок влагалища и шейки матки. Доктор измеряет вес, рост, артериальное давление и размер таза будущей мамы – в дальнейшем эти параметры будут фиксироваться при каждом осмотре. Врач заполняет необходимые документы, дает рекомендации по питанию и приему витаминов, выписывает направления на анализы и к другим специалистам.

Мазок на флору во время беременности. Врач обязательно берет мазок на флору и цитологию для микроскопического исследования. Повторно мазок на флору при беременности берут на 30-й и 36-й неделе. Анализ позволяет определить развитие воспалительного процесса, выявить инфекции. Некоторые инфекции представляют опасность для нормального развития плода, могут привести к появлению хромосомных отклонений, поражению плаценты и различных органов ребенка – их имеет смысл лечить. Из медикаментозных препаратов чаще всего применяют средства местного воздействия, не содержащие антибиотиков (свечи, кремы); начиная со второго триместра беременности, врач может назначить антибактериальные препараты.

Общий анализ мочи при беременности. Позволяет быстро оценить общее состояние здоровья беременной женщины и работу ее почек. В дальнейшем его проводят при каждом посещении врача в течение всего срока вынашивания ребенка. Собирать мочу нужно в специальный пластиковый контейнер (их можно купить в аптеке) утром, сразу после пробуждения. В ночное время почки работают активнее, в результате моча становится более концентрированной – это позволяет точнее провести диагностику.

В норме моча должна быть светло-желтой и практически прозрачной. Темная, мутная моча – верный признак отклонений в работе организма. Это

могут быть, например, заболевания почек, органов мочеполовой системы, развитие инфекций или диабета и многое другое. Точнее определить, что именно не в порядке, сможет врач после изучения результатов анализа мочи. По изменениям некоторых показателей можно заподозрить развитие [14, С.300] гестационного пиелонефрита (инфекционного воспаления почек, часто возникающего у беременных женщин из-за затрудненного оттока мочи) или гестоза (осложнение беременности, которое проявляется повышением давления, отеками и появлением белка в моче). Таким образом, регулярное исследование мочи позволяет своевременно отследить возникновение многих серьезных болезней и начать их лечение.

Общий (клинический) анализ крови при беременности. Один из самых точных анализов, наряду с анализом мочи, он позволяет оценить состояние здоровья женщины в целом, указывает на наличие проблем в работе определенных систем организма. Анализ крови при беременности сдают три раза: при постановке на учет и затем в каждом триместре (в 18 и 30 недель), а при необходимости – чаще. Это позволяет врачу, следить за динамикой состояния пациентки и контролировать важные показатели. По результатам клинического анализа крови при беременности определяют количество лейкоцитов, тромбоцитов, гемоглобина, [14, с.300] оценивают СОЭ и другие показатели. Например, высокий уровень лейкоцитов и нейтрофилов указывает на то, что в организме идет воспалительный процесс. Низкий уровень гемоглобина говорит о дефиците железа в организме и вероятности развития анемии. Данное заболевание опасно тем, что плод недополучает кислород, это негативно влияет на его развитие, также повышается риск выкидыша и преждевременных родов. Высокие показатели по СОЭ (скорость оседания эритроцитов) говорят о возможном развитии сразу нескольких серьезных заболеваний, вплоть до онкологических, в этом случае проводят дополнительные исследования для уточнения диагноза. Тромбоциты отвечают за свертываемость крови, поэтому их высокий уровень говорит о том, что существует риск образования тромбов.

Биохимический анализ крови при беременности. Обычно его делают одновременно с другими анализами крови. Он помогает выявить сбои в работе различных органов. Очень важный показатель – уровень глюкозы (анализ крови на сахар). Позволяет оценить работу поджелудочной железы и не пропустить начало развития довольно частого осложнения беременности – гестационного диабета. Это происходит потому, что во время беременности на поджелудочную железу приходится большая нагрузка. Повышенный уровень глюкозы в крови указывает на то, что железа не справляется со своими задачами.

Анализ на группу крови и резус-фактор. Точно определить группу крови очень важно, так как в случае большой кровопотери или внеплановой операции эта информация может срочно понадобиться врачам, а делать анализ уже не будет времени. Если у женщины отрицательный резус-фактор, а у отца ребенка – положительный, возможно возникновение резус-конфликта, когда организм мамы будет воспринимать ребенка как чужеродное тело и вырабатывать антитела, чтобы устранить его.[8, с.262]. Это может иметь серьезные последствия: вызвать развитие анемии, выкидыш или внутриутробную гибель плода. Поэтому, если выясняется, что у женщины отрицательный резус-фактор, кровь сдает отец ребенка. Если у него положительный резус-фактор, будущая мама регулярно сдает анализ, чтобы отследить появление антител: один раз в месяц до 32-й недели беременности, а после этого срока и до конца беременности – два раза в месяц. Если это первая беременность и до 28-й недели антитела не появились, врачи предлагают ввести специальный препарат, блокирующий выработку антител в дальнейшем.

Анализ крови на ВИЧ, гепатит В и С, сифилис. Инкубационный период этих заболеваний длительный, они могут проявить себя не сразу или вовсе не проявляться в период беременности, результаты анализов также некоторое время могут быть отрицательными. Поэтому на ВИЧ и гепатит кровь проверяют два раза – в начале беременности и на 30–35-й неделе. Для

диагностики сифилиса используют тест на реакцию Вассермана (RW) – его делают при постановке на учет, на сроке 30–35 недель и за 2–3 недели до предполагаемой даты родов. Если какое-либо из перечисленных серьезных заболеваний выявляется на раннем сроке, возможен вариант прерывания беременности, если на позднем – врач по возможности назначает лечение.

Анализ крови на TORCH-инфекции. Сюда относят: токсоплазму, краснуху, цитомегаловирус, герпес и некоторые другие инфекции. Они опасны не столько для здоровья мамы, сколько для развития ребенка. Если женщина до беременности перенесла заболевания, которые вызывают перечисленные инфекции, то у нее должен выработаться иммунитет к потенциально вредным для плода TORCH-инфекциям, а в крови будут присутствовать специальные антитела – их наличие и позволяет выявить данный анализ. Если же антител нет, врач расскажет будущей маме о мерах профилактики, которые она должна соблюдать.

Также в первые две недели после обращения в женскую консультацию женщине нужно будет посетить терапевта, эндокринолога, офтальмолога и отоларинголога, сделать электрокардиограмму. Если у будущей мамы есть проблемы со здоровьем, какие-либо хронические заболевания – могут понадобиться консультации других специалистов и дополнительные обследования при беременности.

Если беременность поздняя или есть другие показания, между 10-й и 12-й неделями врач может назначить пробу на ворсины хориона (ПВХ) – исследование тканей плаценты для определения хромосомных нарушений у зародыша.

«Двойной тест»

На сроке 11–14 недель по плану обследования при беременности делают первый скрининг, или «двойной тест». Его тоже используют, чтобы выяснить, есть ли риск появления у плода хромосомных отклонений, таких как синдром Дауна. Скрининг включает в себя ультразвуковое исследование,

анализ крови для определения уровня хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) и белка, который вырабатывается плазмой (РАРР-А).

Обследования при беременности: второй триместр (с 14-й по 27-ю неделю)

Во II триместре рекомендуется посещать гинеколога раз в 2–3 недели, с 16-й недели врач во время осмотра начинает измерять высоту положения дна матки и объем живота, чтобы определить, правильно ли проходит развитие ребенка. Эти параметры будут фиксироваться при каждом посещении. В 18–21 неделю проводят второй скрининг или «тройной тест». С его помощью снова определяют наличие ХГЧ, альфа-фетопротеина (АФП) и свободного эстриола (стероидного гормона). Все вместе эти показатели позволяют врачам сделать достаточно точный прогноз. Однако даже если обнаружится, что риск развития патологии у ребенка велик – это еще не приговор. В этом случае проводят дополнительные уточняющие исследования, например анализ околоплодных вод (между 14-й и 20-й неделями).

В период с 18-й по 21-ю неделю проводят второе плановое УЗИ, во время которого оценивают состояние плаценты и околоплодных вод, соответствие развития ребенка нормам, также уже можно определить пол малыша. [10]

Обследования при беременности: третий триместр (с 28-й по 40-ю неделю)

На 30-й неделе врач женской консультации оформляет декретный отпуск и выдает беременной обменную карту. От 30-й до 34-й недели делают УЗИ в третий раз – для определения роста и приблизительного веса плода, его положения в матке, состояния плаценты, количества и качества околоплодных вод, наличия обвития пуповины. На основе этих данных врач дает рекомендации относительно способа родоразрешения.

На сроке 32–35 недель проводят КТГ – исследование работы сердечно-сосудистой системы эмбриона и его двигательной активности. При помощи этого метода можно определить, насколько хорошо себя чувствует ребенок.

С 36-й недели до родов врач проводит плановый осмотр каждую неделю. В течение всего периода вынашивания малыша гинеколог может назначать дополнительные анализы или отправлять будущую[11] маму на консультации к другим врачам – все зависит от особенностей течения беременности.

Обменная карта – самый главный документ будущей мамы

Обменную карту выдают в женской консультации на сроке 22–23 недели, и лучше всегда иметь ее при себе. Это важный медицинский документ беременной женщины, который понадобится при оформлении в роддом.

Обменная карта состоит из трех частей:

Сведения женской консультации о беременной. Сюда акушер-гинеколог, на протяжении всего периода беременности, вносит основную информацию: личные данные будущей мамы, группу крови и резус-фактор, перенесенные и хронические заболевания, сведения о предыдущих беременностях и родах, результаты осмотров, анализов, скринингов, УЗИ, КТГ, заключения других специалистов. Ознакомившись с этими данными, врач в роддоме сможет узнать всю необходимую информацию об особенностях данной беременности и оценить состояние здоровья женщины.

Сведения родильного дома о родильнице. Заполняет врач перед выпиской женщины из роддома – вносит информацию о том, как прошли роды и период после них, о наличии каких-либо осложнений, делает отметки о необходимости дальнейшего лечения. Эту часть карты нужно будет отдать врачу женской консультации.[12]

Сведения родильного дома о новорожденном. Здесь фиксируют все параметры малыша: рост, вес, оценку по шкале Апгар (суммарный анализ пяти важных критериев состояния младенца) и другие. Эту часть карты нужно будет передать педиатру, который будет наблюдать ребенка, он заведет медицинскую карту и перенесет туда все необходимые данные.

1.3. Наблюдение женщин с высокой группой риска

Различают группы перинатального риска со стороны плода и группы беременных с акушерской и экстрагенитальной патологией.

Среди факторов перинатального риска выделяют пренатальные социально-биологические:

- акушерско-гинекологический анамнез,
- экстрагенитальная патология,
- осложнение настоящей беременности,
- оценка состояния плода и интранатальные.

Каждый фактор риска оценивают в баллах, суммируя их, устанавливают степень риска.

Различают: высокую (10 баллов и выше), среднюю (5-9 баллов) и низкую (до 4 баллов) степени риска.

В группу беременных с акушерской патологией включают женщин со следующей патологией: [5]

- поздние гестозы,
- невынашивание беременности,
- гнойно-септические осложнения и кровотечения,
- анемия,
- слабость родовой деятельности,
- неправильные положения и тазовые предлежания плода,
- перенесенные операции на матке,
- отягощенные анамнез и наследственность.

В группу беременных с экстрагенитальной патологией включают женщин с патологией:

- сердечно-сосудистой системы,
- сахарным диабетом,
- заболеваниями органов пищеварительной системы,

– болезнями почек и мочевыводящих путей.

В эти группы беременных выделяет терапевт при взятии их на учет и в сроки беременности 30 и 36-37 недель

Принадлежность к группе риска и степень его уточняются в 28-30 и 36-38 недель беременности, когда дорабатывается план ведения беременности и родов.

Тактика ведения больных групп риска зависит от вида патологии. При органических поражениях сердца показаны: плановая госпитализация в ранние сроки беременности, в 28-32 недели и за 2-3 недели до родов; регулярные консультации терапевта и акушера-гинеколога 2 раза в месяц в первой половине беременности и 3 раза в месяц - во второй. При сахарном диабете независимо от степени его тяжести показаны: плановая госпитализация в ранние сроки беременности, в 20-24 недели и 32-33 недели для подготовки к досрочному родоразрешению; раннее назначение и постоянная коррекция дозы инсулина; диетотерапия с ограничением углеводов и жиров; посещение акушера-гинеколога и терапевта 1 раз в 10 дней на протяжении всей беременности.

При болезнях почек и мочевыводящих путей необходимо посещение акушера-гинеколога и терапевта 1 раз в 2 недели в первой половине беременности и 1 раз в 7-10 дней - во второй; консультация уролога и нефролога - по показаниям; плановая госпитализация в ранние сроки беременности, в 28-30 и 37 недель беременности.

Беременные с изоиммунным конфликтом (с выявленными антителами к резус-фактору) должны быть госпитализированы в сроки 12, 16, 24, 30, 32-34 недели беременности, желательно в специализированные стационары, где им будет проведена десенсибилизирующая терапия (инфузия гемодеза, аминокaproновой кислоты, введение дексаметазона, гемосорбция, трансплантация женщине кожного лоскута или введение лимфоцитов от мужа) и осуществлена подготовка к досрочному родоразрешению.

Основные принципы ведения беременных с тазовыми предлежаниями, поперечными и косыми положениями плода заключаются в следующем: ранняя диагностика, проведение корригирующей гимнастики по методу И.И.Грищенко и А.Е.Шулешовой (1968) в сроки от 29 до 32 недели беременности - при тазовых предлежаниях и от 29 недель и до родов - при поперечном и косом положениях плода; своевременное направление в стационар в срок 33-34 недели беременности для наружного поворота плода при неэффективности корригирующей гимнастики; госпитализация беременных с исправленным положением плода за 1 неделю с неисправленным - за 2 недели до родов.

Группы риска при беременности

– Возраст будущей матери:

Это один из важнейших факторов, который во многом определяет общий ход вынашивания плода. Если будущая роженица моложе 18 лет или старше 38, она попадает в группу риска и нуждается в особом наблюдении.

– Количество детей

Рождение 4-го или 5-ого ребенка может сопровождаться ягодичным предлежанием плода, потерей большого количества крови и другими отклонениями. Связано это в первую очередь с тем, что матка с каждой новой беременностью теряет сократительную способность и общий тонус. [9]

– Если плод не один

Если будущая мать ожидает появления близнецов (особенно если их больше двух), она попадает в группы риска при беременности и обязательно должна находиться под особым наблюдением, включающим более частые ультразвуковые исследования и консультации врачей практически каждую неделю. Следует также обратиться в специализированный родильный дом и провести роды именно там.

– Осложненный анамнез

Специалист, наблюдающий женщину в положении, должен знать обо всех отклонениях[9], которые имели место в предыдущей беременности. К

ним может относиться кровотечение, врожденные патологии у ребенка, задержка внутриутробного развития, осложнения во время родовой деятельности, смерть плода и так далее.

Болезни будущей матери

В группу риска включают женщин, страдающих следующими заболеваниями:

- анемия;
- алкоголизм;
- повышенное артериальное давление;
- краснуха;
- сахарный диабет;
- герпес;
- инфекции мочеполовой системы;
- вирусный гепатит;
- несовместимые резус-факторы.

Дополнительные исследования женщин группы риска:

Женщины, находящиеся в группе риска, требуют строгого наблюдения. Они должны посещать специалистов как минимум два раза в месяц, а иногда и каждую неделю.

Им дополнительно назначаются следующие процедуры:

- УЗИ;
- эндоскопия плода;
- пункция пуповины;
- аппарат Допплера;
- амниоскопия (исследуется околоплодная жидкость);
- эмбриоскопия;
- определения содержания ГТ 21 (гормон);
- биопсия трофобласта;
- определения содержания альфафетопротеина;

- рентген малого таза.

Сохранение беременности:

Иногда будущих матерей из группы риска нужно определить в дневной стационар, чтобы в течение 6-8 часов в сутки за ними наблюдали врачи, оказывали необходимую медицинскую помощь и проводили некоторые процедуры. Только на основании предоставленных наблюдающим гинекологом данных женщине могут назначить пребывание в поликлинике в дневное время.[6, с.131].

Основанием для этого могут послужить следующие показатели:

- анемия;
- обострение хронического гастрита;
- угроза выкидыша в первом или втором триместрах;
- вегетососудистая дистония в первом или втором триместрах;
- ранний токсикоз при транзиторной кетонурии;
- подозрение на патологию мочеполовых органов, на порок сердца и других заболеваний;
- немедикаментозная терапия;
- резусконфликт в первом или втором триместрах;
- продолжения частичного лечения и наблюдения после длительного пребывания беременной женщины в стационаре;
- алкоголизм, наркомания и курение.

1.4. Школа материнства

О работе школы материнства.

Школа материнства работает на базе акушерско – гинекологического отделения, педиатрического отделения, женской консультации и детского кабинета

Занятия проводятся на приеме у врача, в детском кабинете, женской консультации, в отделениях

Форма обучения – очная. В обучении принимают участие врач, фельдшер, медицинские сестры лечебно-профилактического учреждения.

Занятия проводятся согласно учебного плана.

Принципы занятий семьи подготовки к родам:

- Начинать с момента взятия беременной женщины на учет в женской консультации.

- Дородовую подготовку необходимо проводить с учетом личностных и психологических особенностей семейной пары.[15]

- Поощрение партнерских отношений во время беременности и в родах, грудного вскармливания.

- Проведение занятий по дородовой подготовке акушером-гинекологом совместно с психотерапевтом.

Порядок работы школы материнства:

Занятия проводятся согласно учебного плана.

В структуре каждого занятия целесообразно использовать:

1 блок – информационный. Включает в себя акушерские и психологические аспекты. Женщинам предлагают темы мини-лекции по внутриутробному развитию и воспитанию ребенка, по периодам родов, грудному вскармливанию, уходу за новорожденным и др.

Достаточное количество информации позволяет справляться со стрессовыми событиями.

2 блок – психологический. Формирование материнских и отцовских чувств (родительства); обсуждение психологических проблем, возникающих в период беременности.

3 блок – релаксационный. Обучение будущих родителей методом релаксации, дыхания, правильному поведению в родах.

Информирование и обучение будущих родителей, которое является чрезвычайно важной частью антенатального наблюдения, должно начинаться

с первого визита в женскую консультацию. [15] Необходимо поощрять решение супружеских пар делать антенатальные визиты вместе. Антенатальное обучение должно проводиться не только как отдельные занятия по специальной программе, но и включать представление наиболее важной информации во время каждого визита.

Программа «школа материнства»

Цель:

- охрана здоровья детей.
- формирование здорового человека,
- формирование навыков и потребностей у детей здорового образа жизни.
- ориентация на минимизацию факторов,
- негативно влияющих на здоровье детей;
- предоставление достоверной медико-генетической информации направленной на выработку умений и навыков здорового образа жизни, предупреждение болезней.

Задачи:

- формирование отношения к своему здоровью, здоровью детей, как к важнейшей социальной ценности;
- выработка умения и навыков сохранения и укрепления здоровья ребенка и его безопасного и ответственного поведения;
- закрепления гигиенических навыков и привычек;
- приобщение к разумной физической активности;

Программа:

- планирование семьи;
- безопасное материнство;
- грудное вскармливание;
- питание и рост ребенка;
- СПИД, вредные привычки;

- развитие и воспитание ребенка;
- кишечные инфекции;
- респираторные инфекции;
- заболевания желудочно-кишечного тракта;
- неотложные состояния;
- болезни органов дыхания.

Программа тренинга для беременных:

- включает психологическую подготовку; (См. приложение 1)
- эмоциональную диагностику;
- концентрация на ребенке в общем;
- проработка страхов;
- групповые беседы, занятия; (См. приложение 2)
- обучение методу общения с ребенком и его развития до рождения; (См.приложение 3)
- повышение самооценки, саморефлексия, саморегуляция;
- арт-терапия; (См. приложение 4)
- куклотерапия; (См. приложение 5)
- дыхательная гимнастика.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АКУШЕРКИ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

2.1. Организационная характеристика ОГБУЗ Белгородской центральной районной больницы села Стрелецкого

Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Белгородская центральная районная больница» - государственное бюджетное учреждение, оказывающее медицинские услуги населению.

Больница предоставляет консультации и лечение за счет средств бюджета, страховых взносов, других поступлений. В учреждении здравоохранения трудятся дипломированные, опытные врачи, постоянно повышающие свою квалификацию. ОГБУЗ «БЕЛГОРОДСКАЯ ЦРБ» села Стрелецкого обладает высокотехнологичным оборудованием, позволяющим проводить исследования разного спектра, оказывать неотложную медицинскую помощь.

Главным врачом организации является ТИШИН СЕРГЕЙ ИВАНОВИЧ.

Рейтинг

На основе реальных оценок и отзывов граждан о медицинской организации представляем вам средний балл, отображающий качество оказания платных и бесплатных медицинских услуг в ОГБУЗ «БЕЛГОРОДСКАЯ ЦРБ» села Стрелецкого.

Планируя свой визит, обязательно уточняйте график работы по телефону.

Врачи

В учреждении работают врачи, специализирующиеся на диагностике, лечении и профилактике различных заболеваний. График приема специалистов соответствует последним актуальным данным.

2.2. Материалы исследования и анализ результатов статистики по данным ОГБУЗ Белгородской центральной районной больницы

Для достижения цели дипломной работы нами была поставлена задача, проанализировать статистические данные женской консультации за 2016 г.- 2018 г., из которых мы видим, что общее число поступивших беременных в 2016 году составляет – 1774 женщин. В 2017 году – 1606 женщин, в 2018 году – 1561 женщина. (Рис 1.)

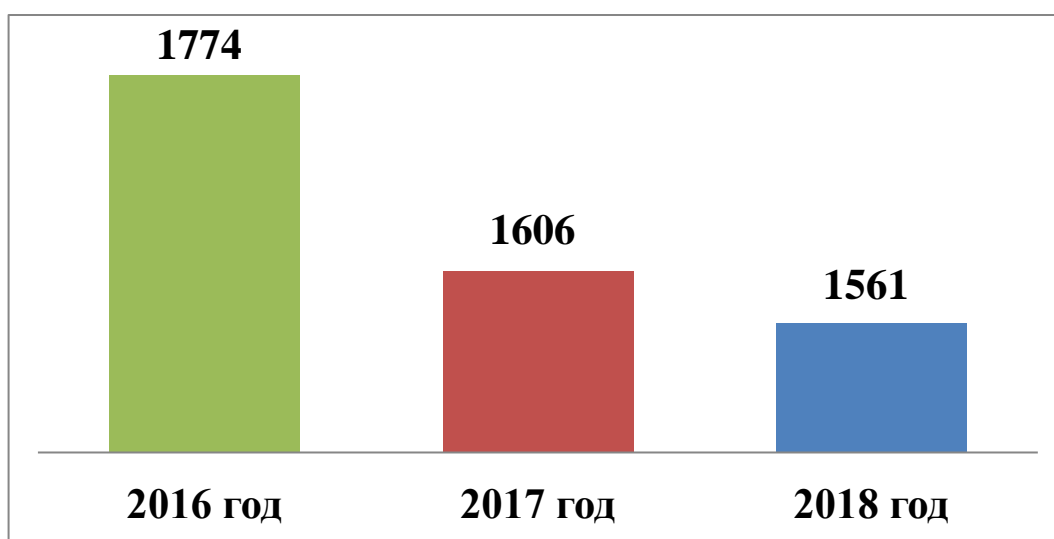


Рис. 1. Число поступивших беременных

Из общего числа беременных мы видим, что вставших на учет до 12 недель в 2016 году составляло – 1675 беременных. В 2017 году – 1447 беременных, в 2018 году – 1324 беременных. (Рис 2.)

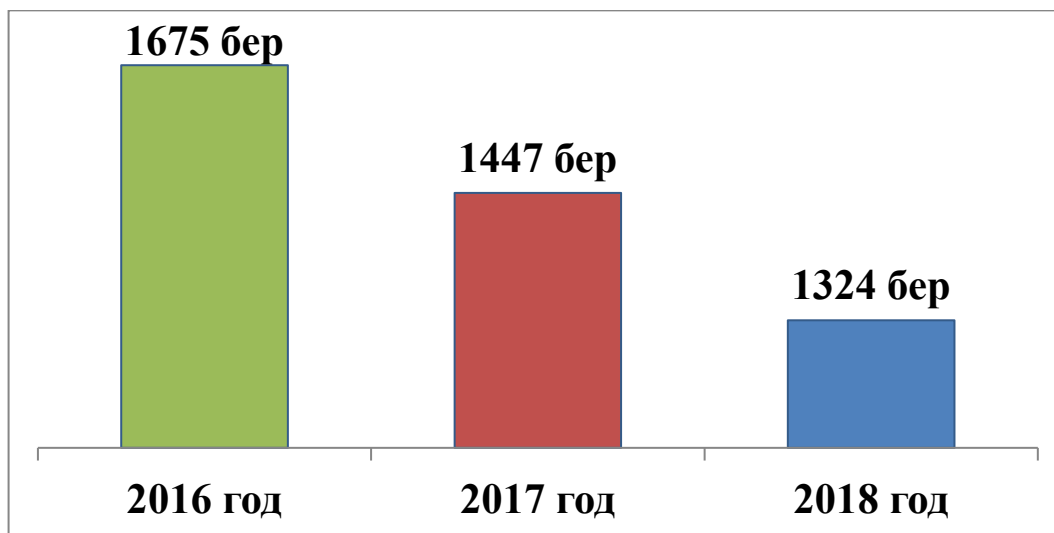


Рис. 2. Вставшие на учет до 12 недель

Из общего числа беременных мы видим, что вставших на учет после 30 недель составляло в 2016 году – 19 беременных, в 2017 году – 15 беременных, в 2018 году – 12 беременных. (Рис 3.)

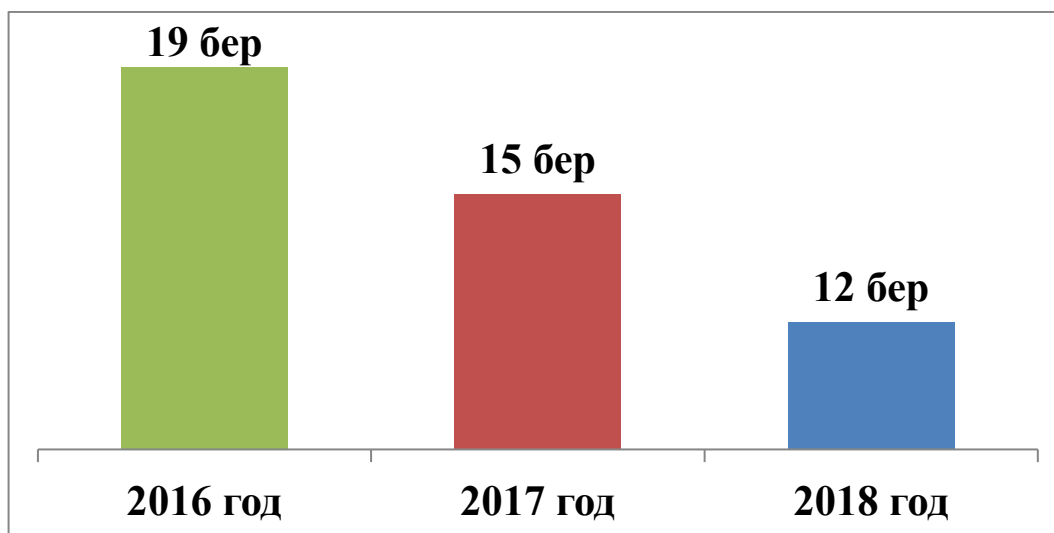


Рис. 3. Вставшие на учет после 30 недель

Женщины, делавшие УЗИ на 11-14 нед. В 2016 году – 538 беременных, в 2017 году – 486 беременных, в 2018 году – 452. (Рис 4.)

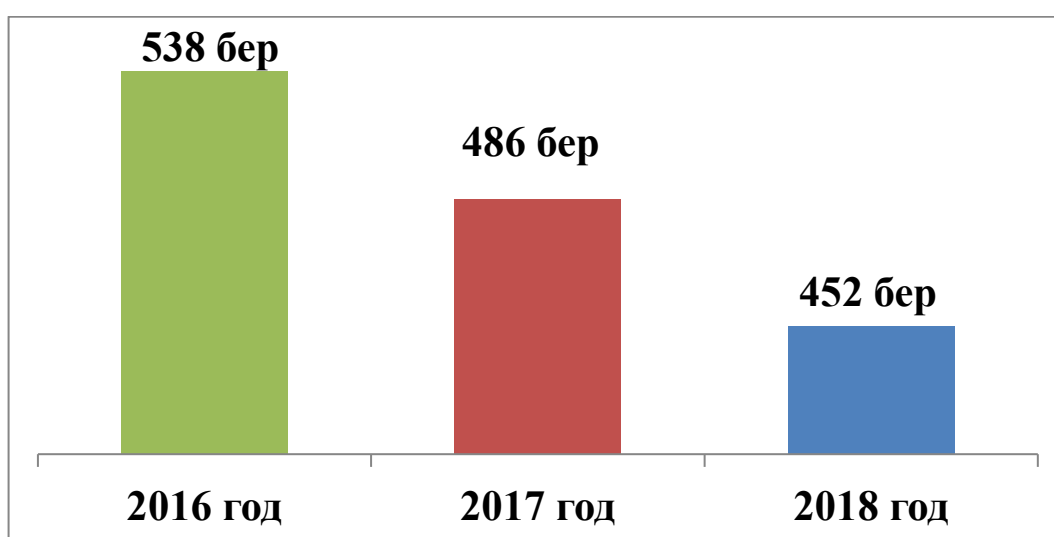


Рис. 4. УЗИ на 11-14 неделях

Женщины делавшие УЗИ на 20-22 нед. В 2016 году – 563 беременных, в 2017 году – 504 беременных, в 2018 году – 453 беременных. (Рис 5.)

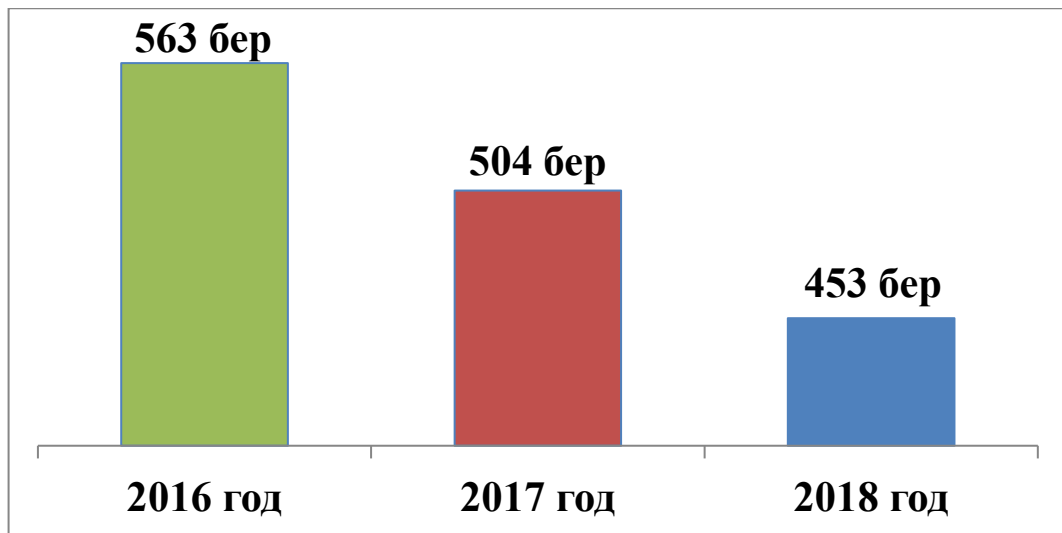


Рис. 5. УЗИ на 20-22 неделях

Женщины делавшие УЗИ на 32-34 нед. В 2016 году – 563 беременных, в 2017 году – 505 беременных, в 2018 году – 453 беременных. (Рис 6.)

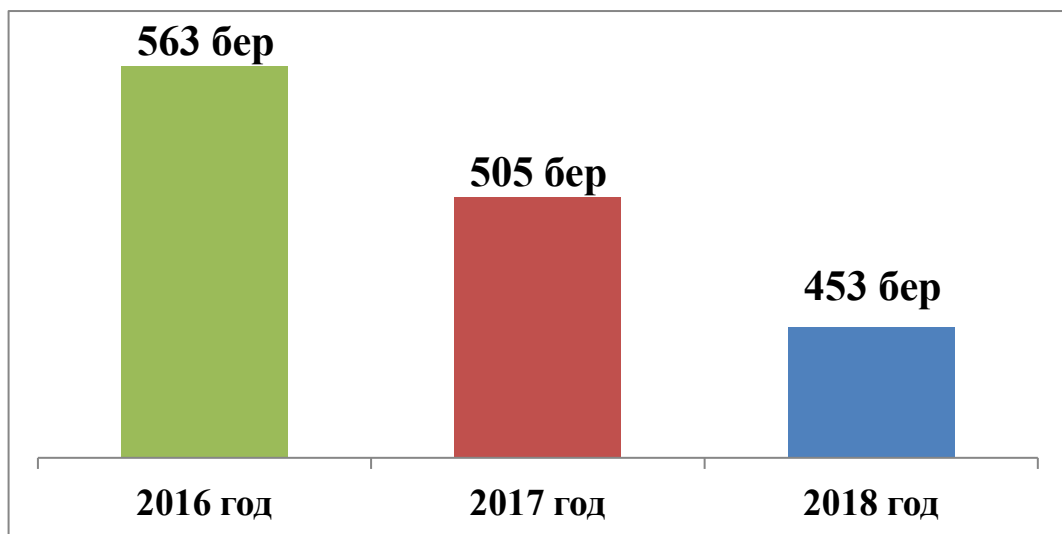


Рис. 6. УЗИ на 32-34 неделях

Так же нами было выявлено сколько беременных наблюдаются в женской консультации с двойней. В 2016 году – 2,9% беременных. В 2017 году – 1,6% беременных, в 2018 году – 1,1% беременных. (Рис 7.)

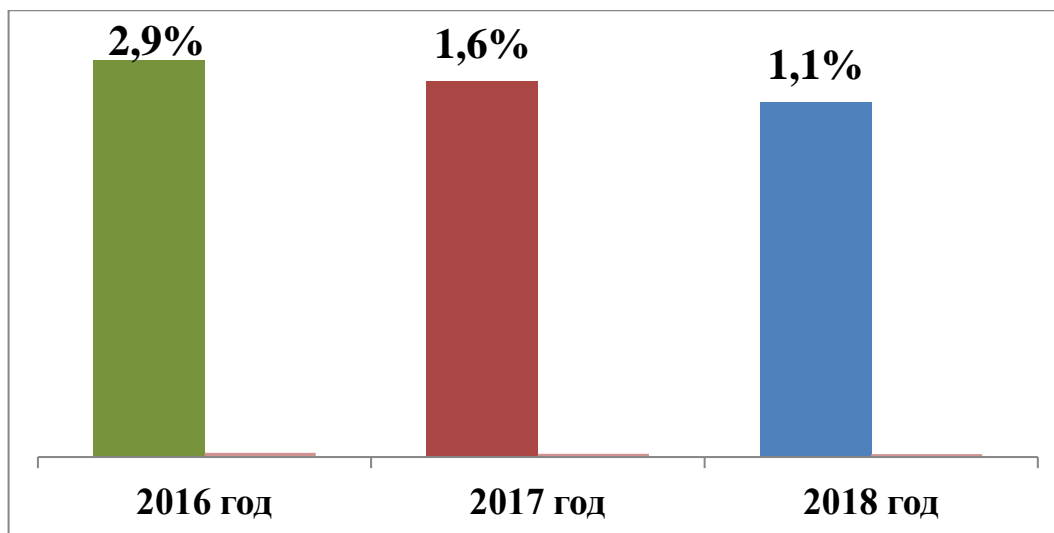


Рис. 7. Беременные двойней

Беременных делавших КТГ в 2016 году составляло – 35 %, в 2017 году – 40%, в 2018 году – 25%. (Рис 8.)

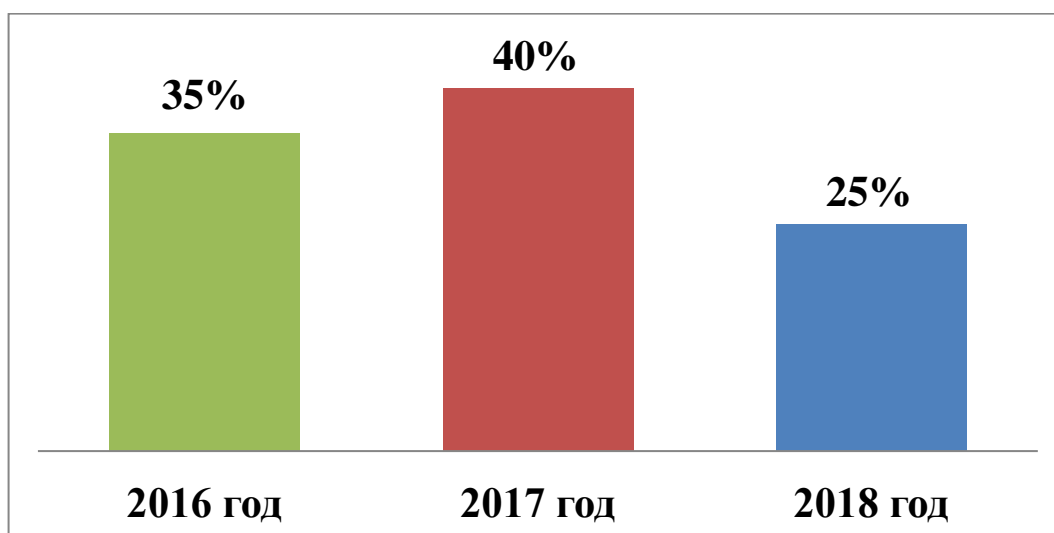


Рис. 8. Беременные делавшие КТГ

Процент беременных с группой риска. (Рис 9.)

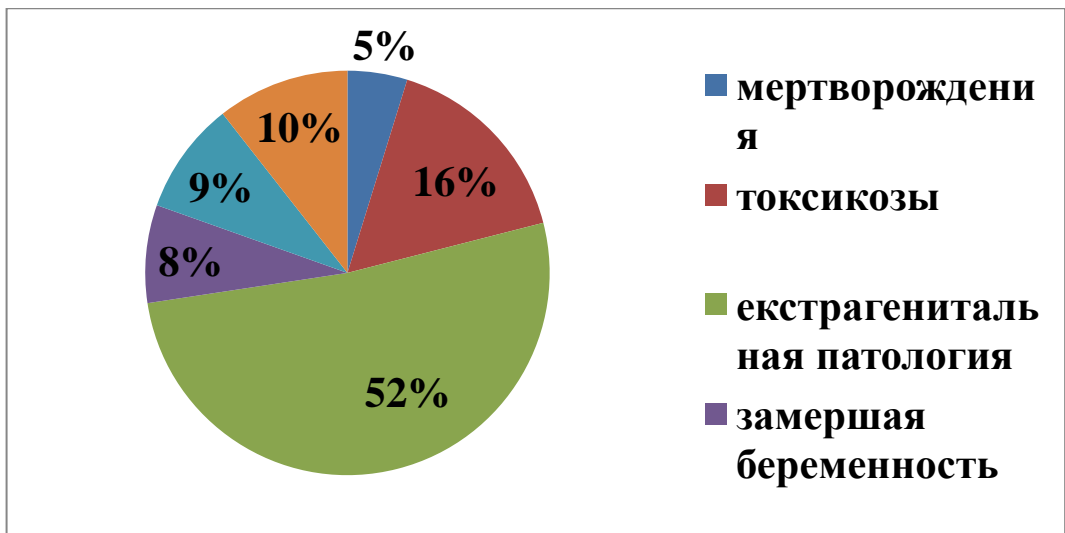


Рис. 9. Отягощенный акушерский анамнез

Исход беременности. (Рис 10.)

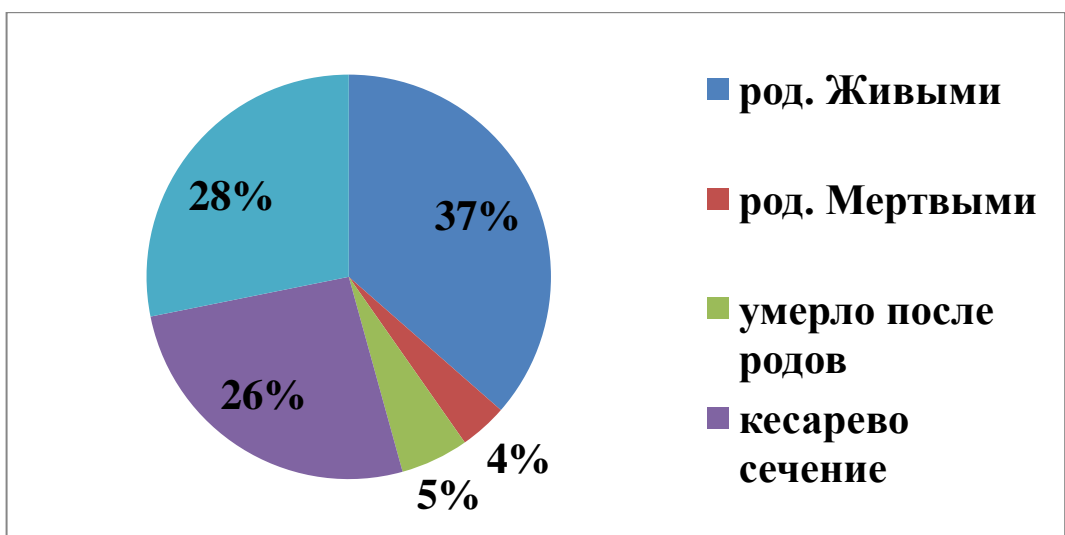


Рис. 10. Чем закончилась беременность

2.3. Анализ результатов анкетирования и оценка качества медицинской помощи при диспансерном наблюдении беременных

Беременным были предложены анкеты с вопросами:

Было опрошено 32 человека. (Рис 11.)

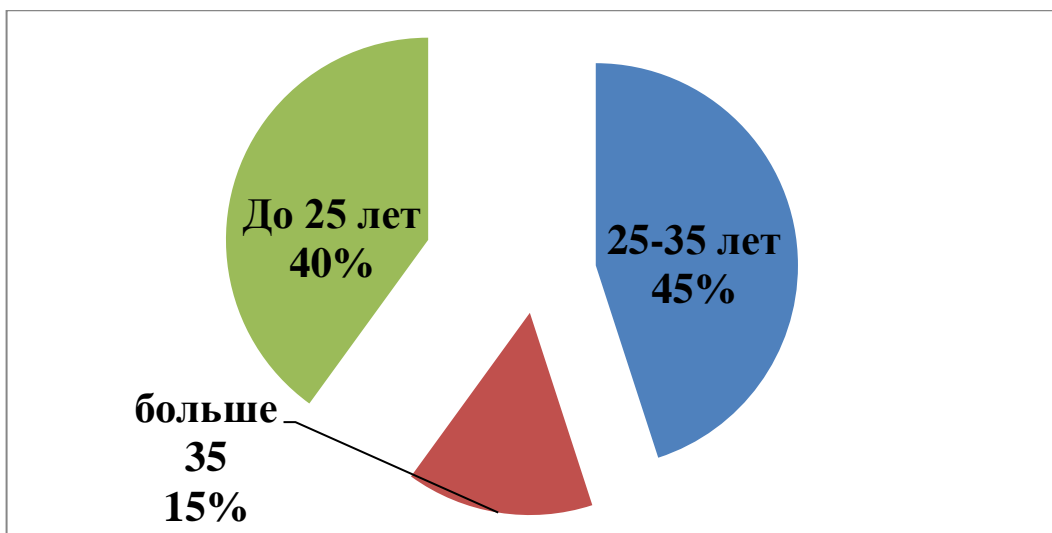


Рис. 11. Возраст беременных

Следующий вопрос: Когда вы встали на учет? (Рис 12.)



Рис. 12. Учет беременности

Следующий вопрос: Были ли у вас ранее беременности, закончившиеся родами? Да, были – 72 %, Да, две и более – 20%, Нет – 8 %.(Рис 13.)

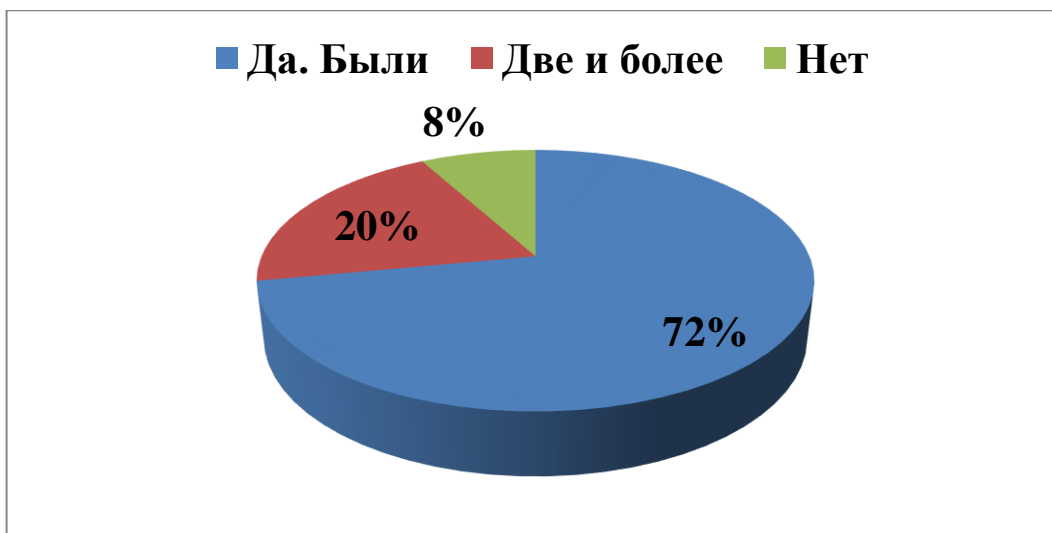


Рис. 13. Ранее беременности

Срок беременности в акушерских неделях. 17% беременных ответили 28 и более, 39% - 13-37 недель, 44% - до 12 недель. (Рис 14)

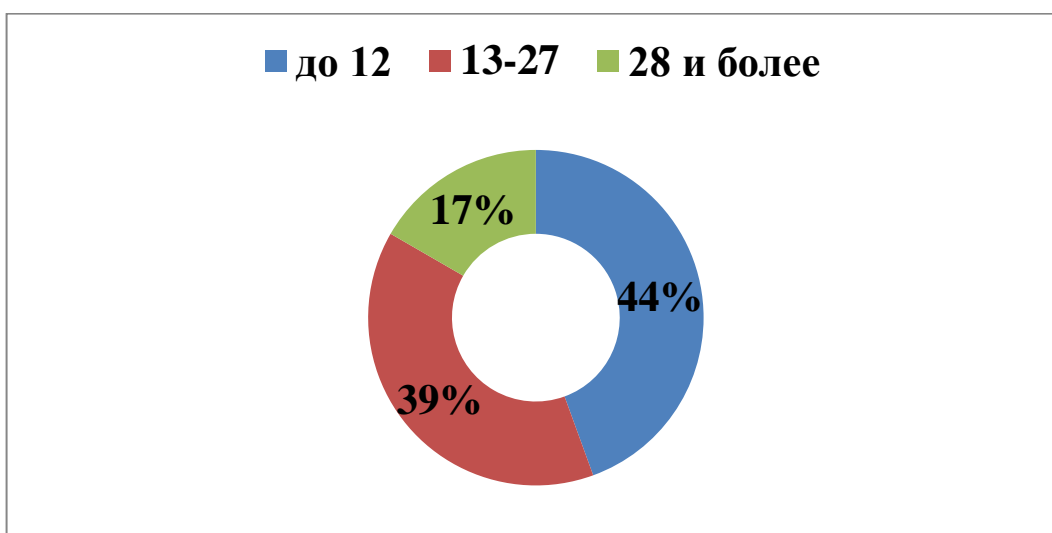


Рис. 14. Срок беременности

Первая ли у вас беременность? Да-70 %, нет- 30%. (Рис 15.)

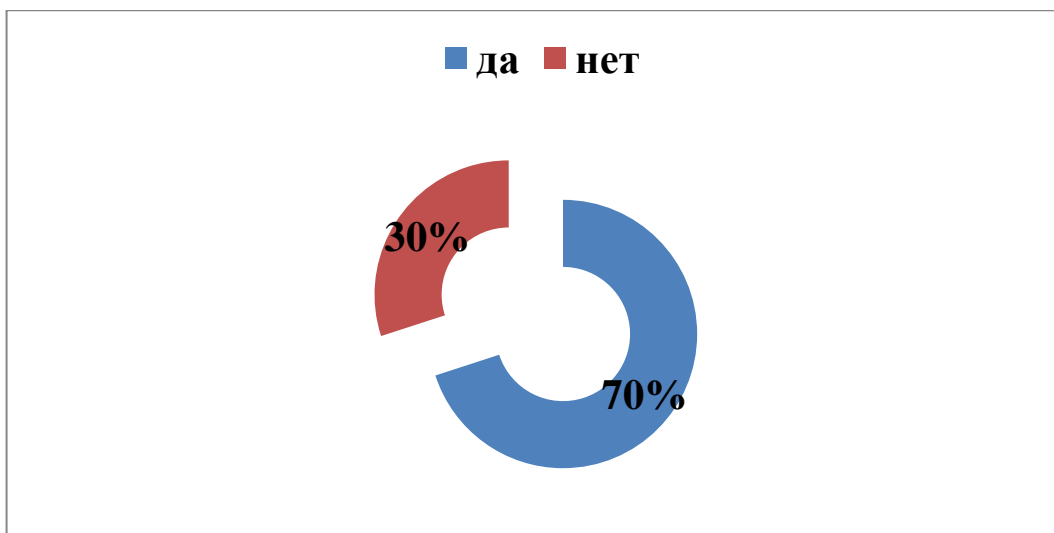


Рис. 15. Какая беременность?

Какие анализы проводили? (Рис 16.)



Рис. 16. Анализы

Каких врачей проходили? (Рис 17.)

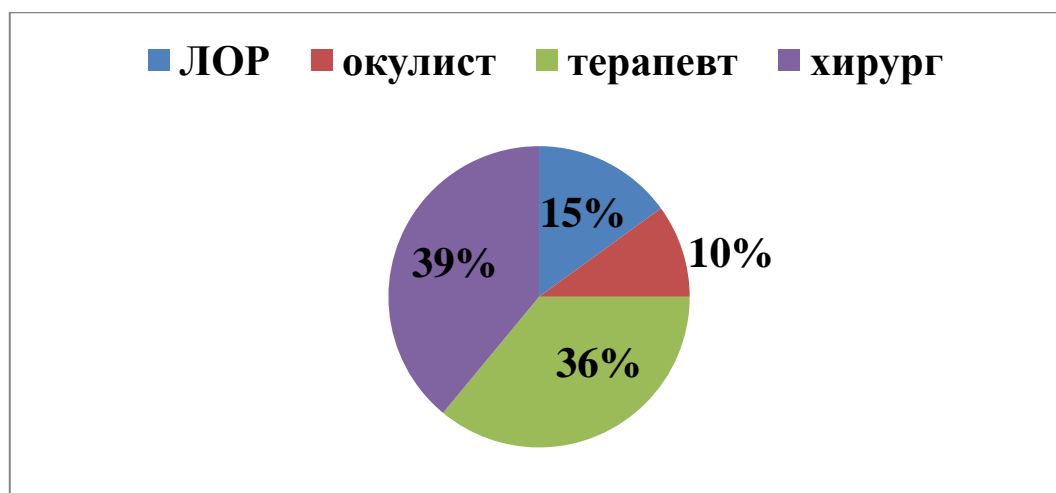


Рис. 17. Медицинский осмотр врачей

Сколько раз делали УЗИ? (Рис 18.)

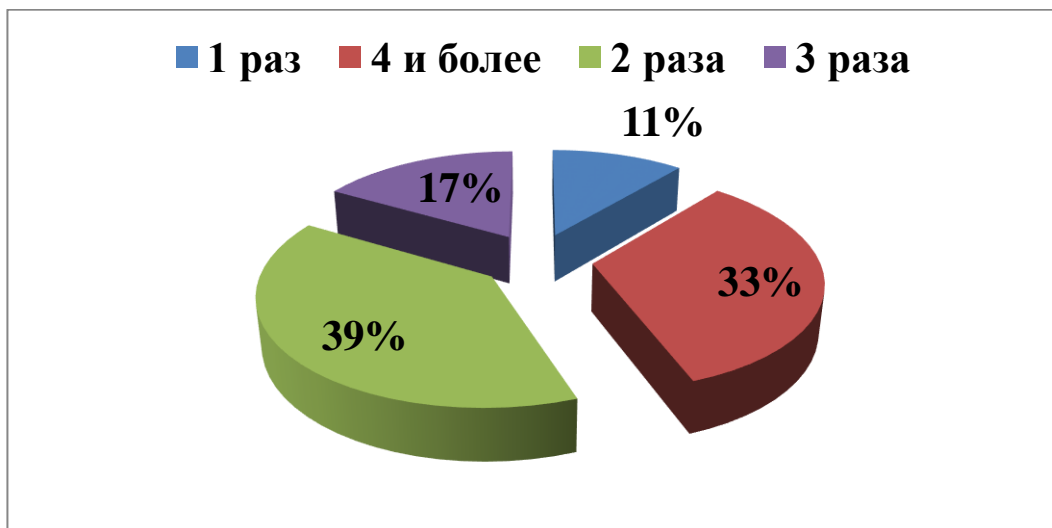


Рис. 18. Численность УЗИ

Планировали ли беременность? (Рис 19.)

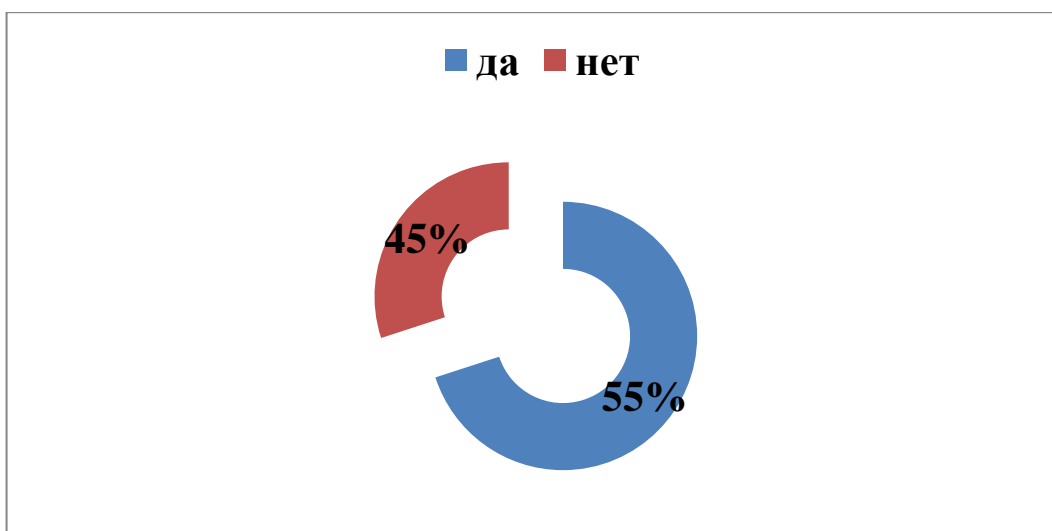


Рис. 19. Планирование беременности

Направляли ли в стационар на лечение? (Рис 20.)

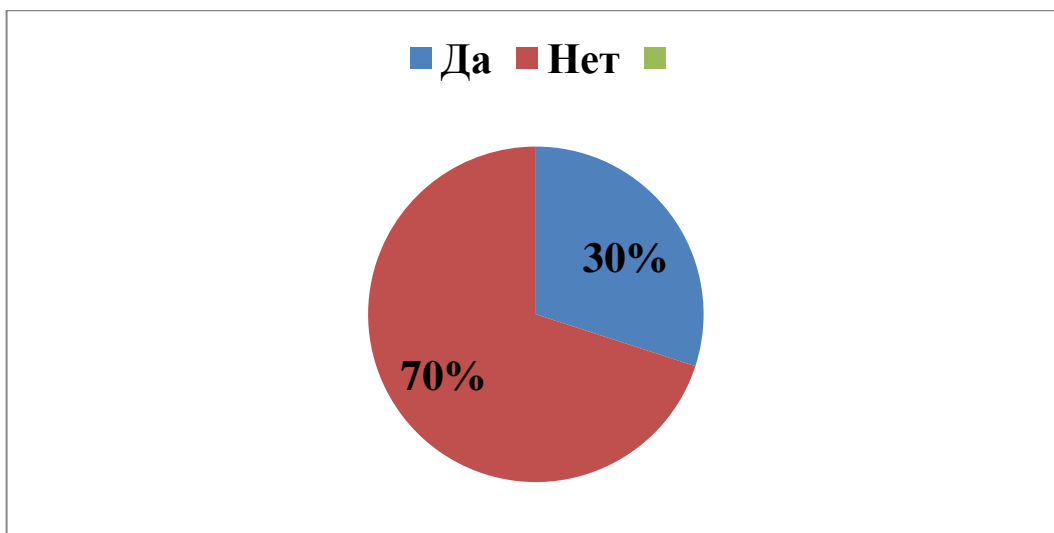


Рис. 20. Лечение в стационаре

Довольны ли вы работой женкой консультации? (Рис 21.)

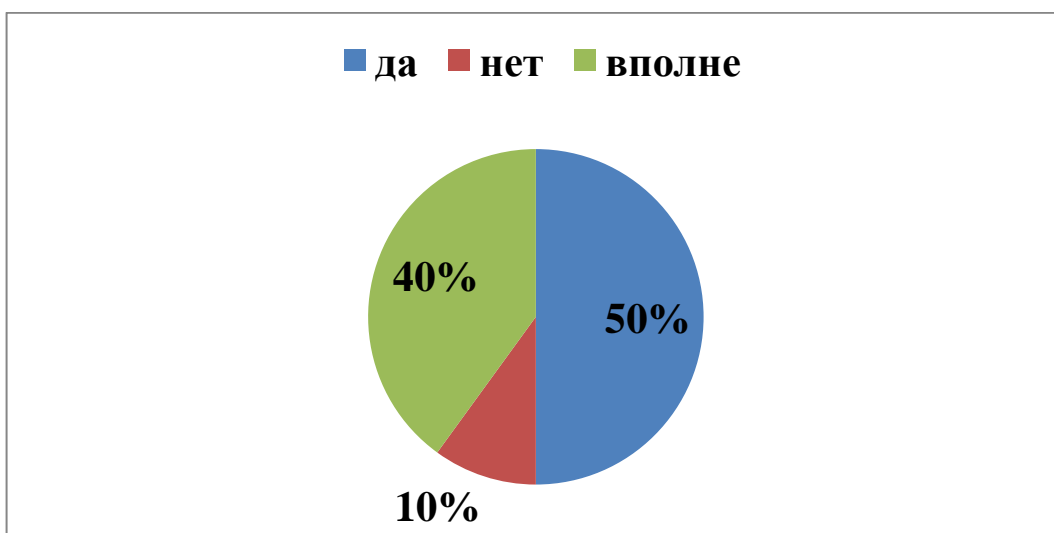


Рис. 21. Работа женской консультации

Довольны ли вы работой акушерки? (Рис 22.)



Рис. 22. Работа акушерки

Чтобы понять устраивает ли акушеров их работа в женской консультации. Мы так же провели опрос и раздали им анкеты.

Ваш возраст? (Рис 23)

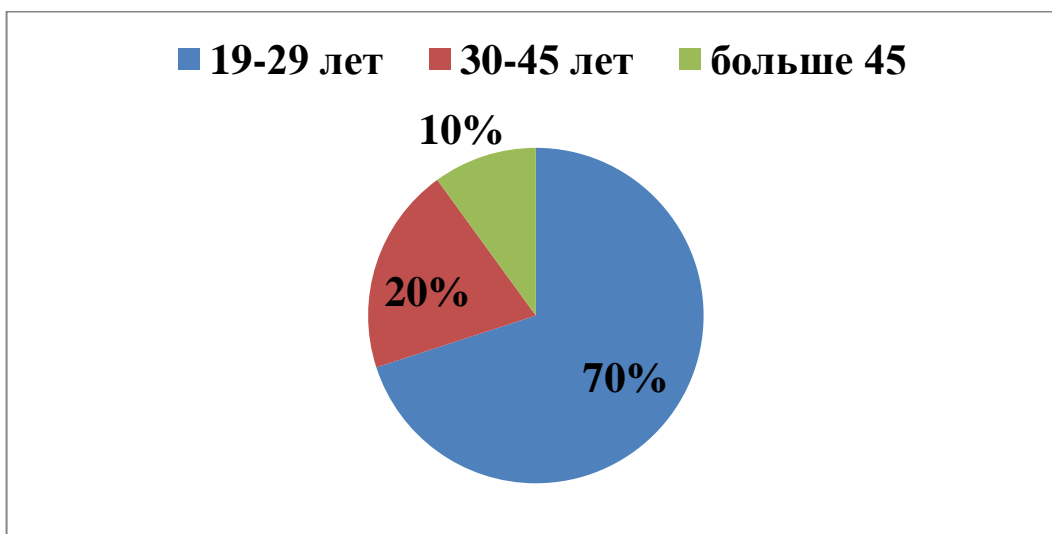


Рис. 23. Возраст акушеров

Ваш профессиональный стаж? (Рис 24)

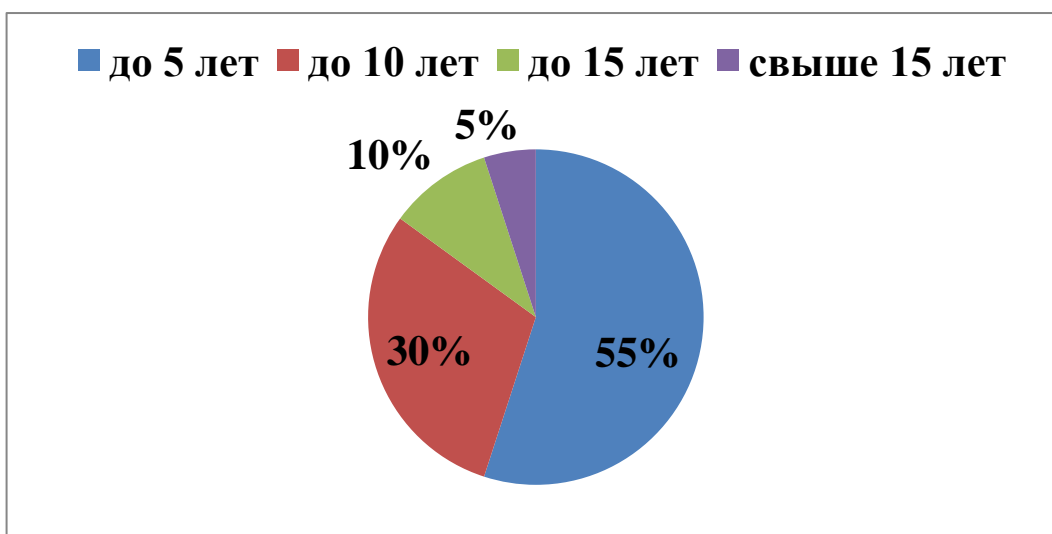


Рис. 24. Стаж акушерки

Ваша медицинская категория? (Рис 25.)

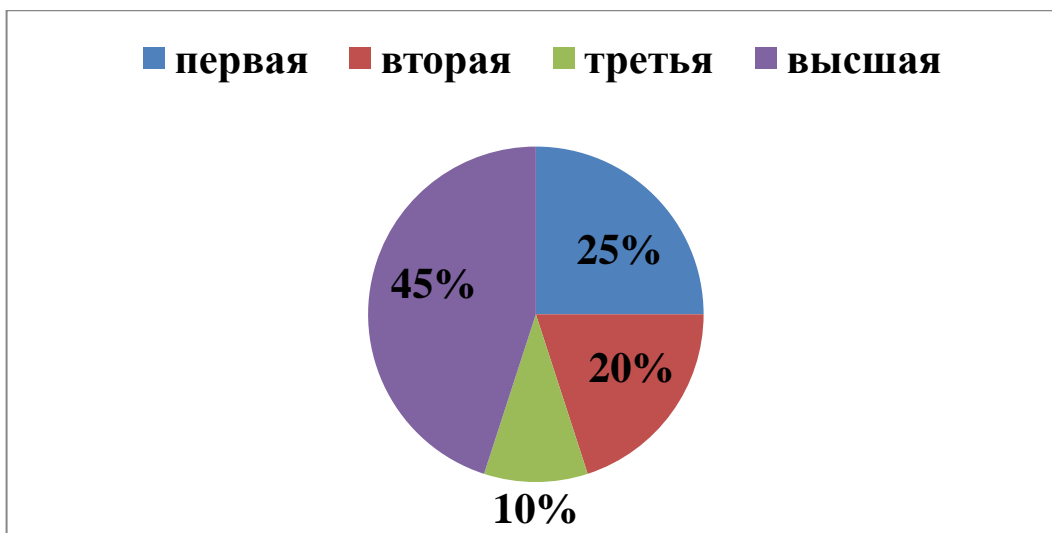


Рис. 25. Категория акушерки

Проходили ли вы курсы для повышения квалификации акушерок? (Рис 26)

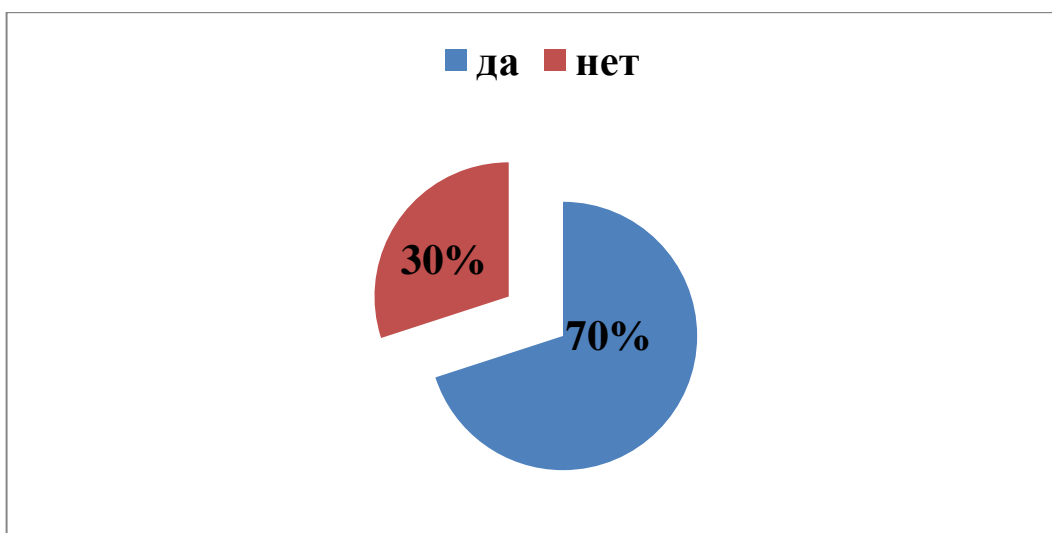


Рис. 26. Квалификация акушерки

Нужно ли давать акушеркам больше свободы в своих действиях?

(Рис 27)

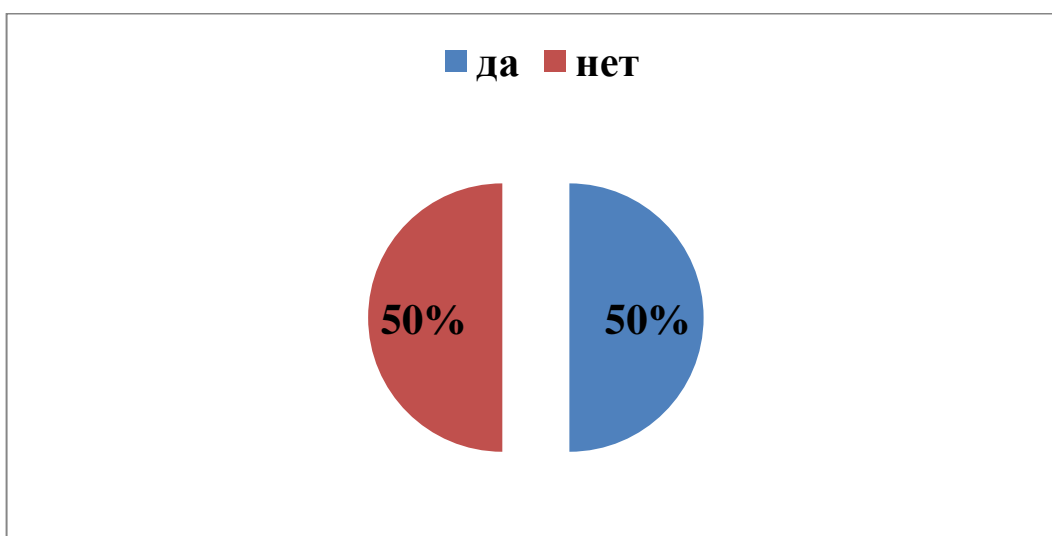


Рис. 27. Свобода в действиях акушерки

Устраивает ли вас распределение обязанностей между врачом и акушеркой? (Рис 28)

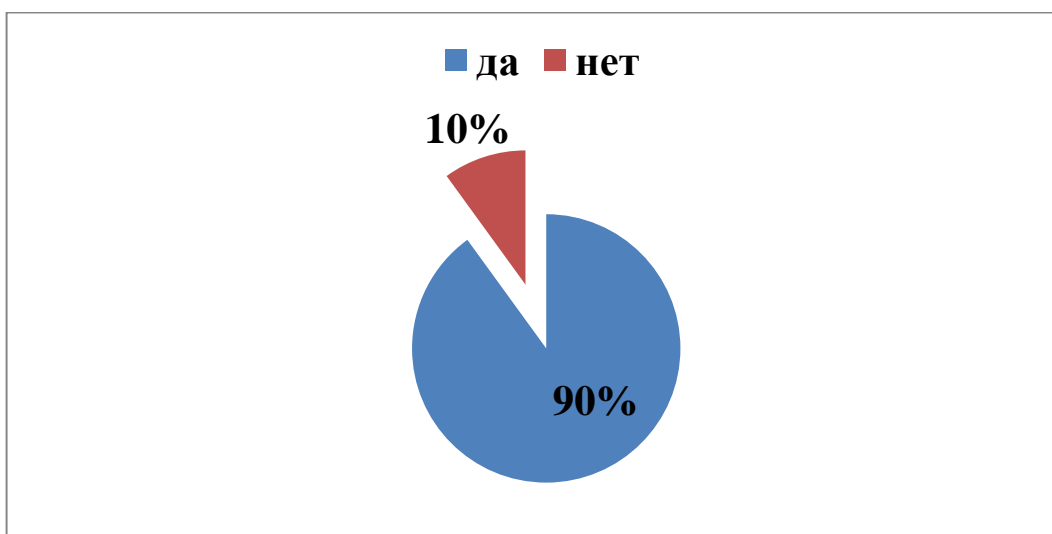


Рис. 28. Обязанности акушерки и врача

Можно ли сказать, что в учреждении в котором вы работаете созданы все условия для комфорта женщины? (Рис 29)

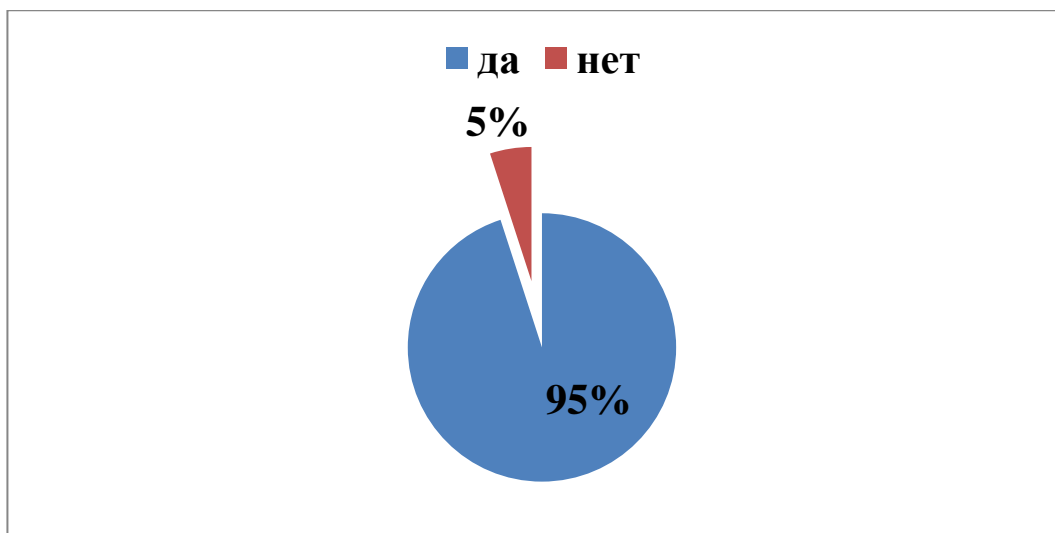


Рис. 29. Комфорт для женщины

Считаете ли вы, что учреждении в котором вы работаете, позитивно влияет на женщину? (Рис 30)

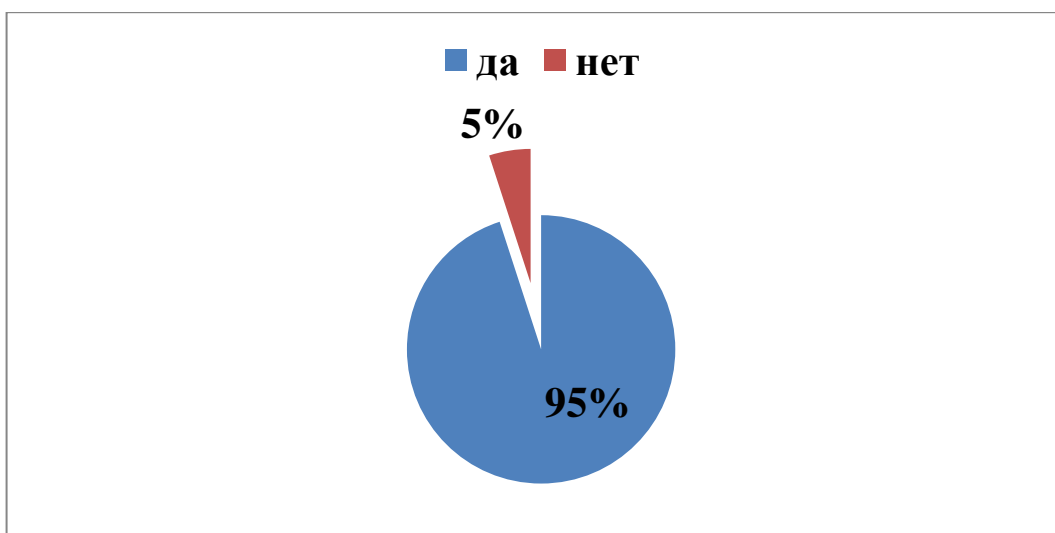


Рис. 30. Позитив для женщины

Устраивает ли вас рабочая нагрузка? (Рис 31.)

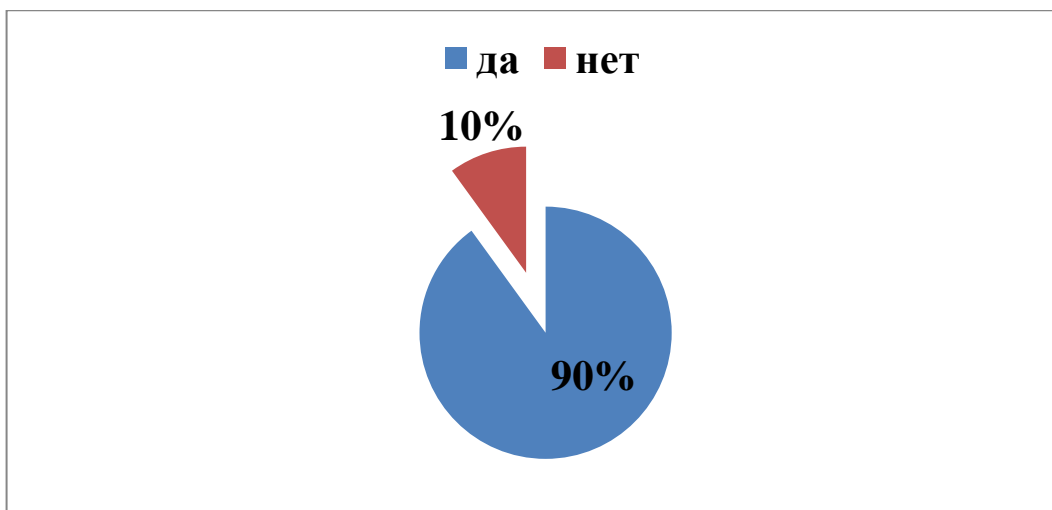


Рис. 31. Рабочая нагрузка

Хватает ли вам времени на отдых? (Рис 32.)

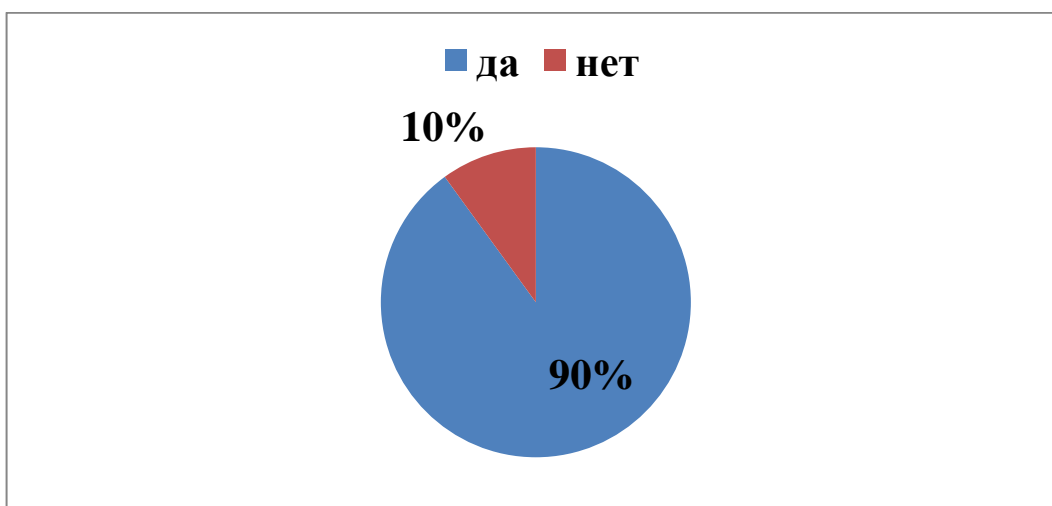


Рис. 32. Отдых акушерки

Улучшили бы вы профилактическую работу женской консультации?
(Рис 33.)

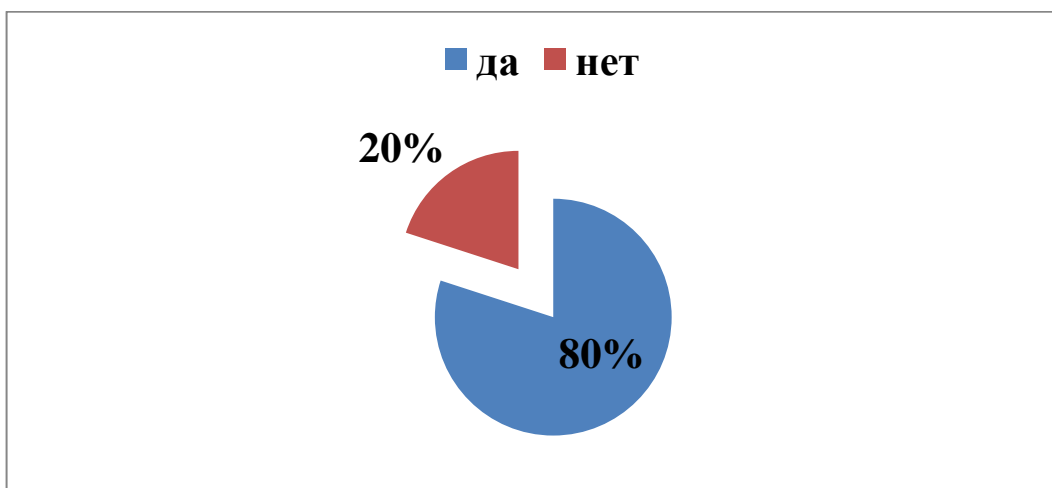


Рис. 33. Профилактическая работа

Устраивает ли вас оборудование кабинетов? (Рис 34.)

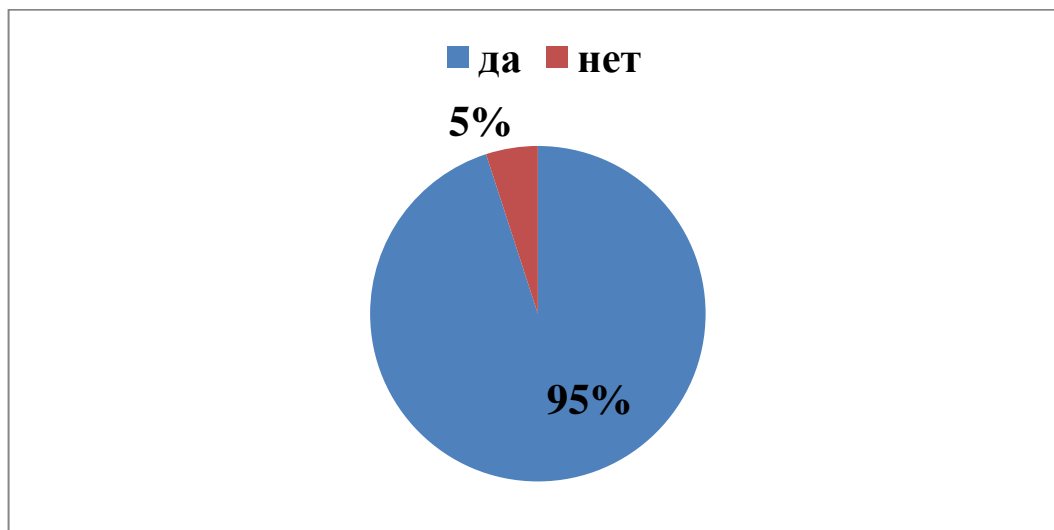


Рис. 34. Оборудование женской консультации

2.4. План мероприятий по совершенствованию профессиональной деятельности акушерки при диспансеризации беременных

Основными принципами рациональной организации и качественного проведения профилактической помощи и диспансеризации женского населения являются:

- обработка четкой преемственности в выполнении оздоровительных и лечебно-профилактических мероприятий в условиях акушерско-терапевтического-педиатрического комплекса;
- широкое использование медицинских сестер с высшим образованием в проведении профилактических и периодических осмотров женского населения с целью выявления «групп риска» и женщин с акушерско-гинекологической патологией и их диспансеризации;
- ежегодное наращивание контингента диспансерных групп, расширение объема и повышение качества клинико-лабораторного исследования;

- центральный сбор сведений о результатах гинекологических осмотров в женских консультациях центральной районной (городской) больницы и другого базового учреждения;

- динамический контроль и анализ работы по диспансеризации, а также оценка ее эффективности.

Для обеспечения ежегодной диспансеризации необходимо предусмотреть разделы работы по:

- санитарно-гигиеническому воспитанию населения и пропаганде здорового образа жизни;

- широкому участию медицинских сестер с высшим образованием в проведении первичной профилактики акушерско-гинекологической патологии;

- дообследованию лиц, нуждающихся в проведении углубленного клинико-лабораторного обследования;

- внедрению современных профилактических, лечебно-оздоровительных и санитарно-гигиенических мероприятий;

- совершенствованию технического обеспечения проведения ежегодных осмотров и динамического наблюдения за больными и лицами с повышенными факторами риска с использованием автоматизированных систем.

Профилактическим гинекологическим осмотрам подлежит все женское население с 15 лет, осмотры проводятся не реже 1 раза в год.

Учет обслуживаемого (проживающего на территории, прикрепленной к лечебно-профилактическому учреждению) женского населения проводится территориальными женскими консультациями, гинекологическими кабинетами городских и сельских участковых больниц и амбулаторий.

При его отсутствии списочный состав женщин составляется совместно с участковым терапевтом, ответственным за проведение ежегодной диспансеризации на данном участке медицинского обслуживания.

В вышеуказанных картотеках, составленных по территориальному, цеховому и приписному принципу обслуживания, выделяются лица, подлежащие периодическим медицинским осмотрам в соответствии с приказами и инструкциями, которыми определены периодичность осмотра, участие специалистов и объем обследований.

Периодические гинекологические осмотры планируются совместно с участковым терапевтом и проводятся комплексно с врачами других специальностей в соответствии с нормативными установками и с учетом требований ежегодной диспансеризации.

При отсутствии возможности организации гинекологического осмотра врачом акушером-гинекологом осмотр проводится акушеркой (фельдшером).

По каждому участку составляют план-график ежегодных гинекологических осмотров всех работающих женщин, учитывая гигиенические особенности производства, характер профессиональных вредностей, специфику сельскохозяйственных работ, а также разрабатывают годовые и квартальные месячные планы проведения осмотров женского населения участка обслуживания, о чем информируют своего руководителя и согласовывают с администрацией и профсоюзной организацией предприятия.

На основе данных с участков составляется общий план и график проведения профилактических осмотров обслуживаемого консультированием женского населения, который согласовывается с отделением (кабинетом) профилактики (районной, центральной, городской больницы) или терапевтом сельской участковой больницы, ответственным за проведение ежегодной диспансеризации.

В проведении профилактических гинекологических осмотров участвуют все типы амбулаторно-поликлинических учреждений, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь, при этом могут быть использованы разнообразные формы их осуществления:

– совместно с бригадами врачей-специалистов непосредственно на предприятии, в организации, учреждении, учебном заведении;

– при самостоятельном обращении населения в амбулаторно-поликлинические учреждения с целью получения справки о состоянии здоровья, для оформления санаторно-курортной карты, направления в санаторий-профилакторий и т. д. Женщины, не прошедшие гинекологического осмотра в текущем году или не позднее 6 месяцев прошлого года, должны быть направлены в смотровой кабинет поликлиники.

Дата прохождения гинекологического осмотра регистрируется в левом верхнем углу титульного листа амбулаторной карты больного (уч. ф. № 25).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Профессия акушерки – одна из наиболее древних. Сначала помощь в родах оказывали старшие родственницы, которые сами много раз рожали и наблюдали большое количество родов. Очевидно, что это были наиболее опытные и умелые пожилые женщины. Однако можно предположить, что не всегда эти «акушерки» могли спасти мать и ребенка, в те времена более всего действовал естественный отбор и выживали сильнейшие.

В настоящее время главной целью профессиональной деятельности акушерок является обеспечение безопасности материнства, борьба с материнской и перинатальной заболеваемостью и смертностью. Для этого необходимы хорошие знания, профессионализм и большая ответственность.

При этом акушерка не должна забывать о соблюдении прав пациентки, культуре обслуживания, милосердии. Акушерка должна хорошо различать норму и патологию и консультироваться с врачом по поводу сомнений.

Роль акушерки как в планировании, так и в самом течении беременности очень важна, так как именно с женской консультации начинается планирование, ведение и сохранение беременности. Акушерка, как никто другой, помогает женщине в самый главный период ее жизни.

В процессе исследования мы выяснили, что объем работы акушерок женской консультации при ведении физиологической беременности достаточно велик.

Большую нагрузку добавляет ведение рукописной документации, которая к сожалению, в век компьютеризации доставляет не мало хлопот, но и отнимает много времени, которое могло бы быть потрачено с пользой на беременных женщин. Уровень профессионализма сотрудников женской консультации напрямую влияет на благополучный исход беременности и родов пациенток, наблюдаемых в женской консультации.

У беременных женщин первого и второго триместра ниже уровень осознанности родительства. Особенно это ярко проявляется в родительской

позиции, родительских чувствах, родительских отношениях и в стилях семейного воспитания. К третьему триместру осознанность родительства значительно увеличивается.

Несмотря на то, что женщина должна стать на учет при сроке беременности до 12 недель, в 2018 году по сравнению с 2016 годом процентное количество вставших на учет снижается. Это не позволяет своевременно диагностировать экстрагенитальную патологию и решать вопрос о целесообразности дальнейшего сохранения беременности, рациональном трудоустройстве, установить степень риска и при необходимости обеспечить оздоровление беременной.

Установлено, что при наблюдении женщин в ранние сроки беременности и посещениях ими врача 7-12 раз уровень перинатальной смертности в 2-2,5 раза ниже, чем у всех беременных в целом, и в 5-6 раз ниже, чем при посещении врача в сроке беременности после 28 недель.

Таким образом, санитарно-просветительная работа в сочетании с квалифицированным врачебным наблюдением - основной резерв для увеличения числа женщин, обращающихся к врачам в ранние сроки беременности.

Также в ходе написания дипломной работы выявлена роль акушерки в наблюдении и ведении физиологической беременности.

Рассмотрены основные принципы акушерки при выполнении своей работы. Показаны какими навыками и знаниями должна обладать акушерка. Определена роль акушерки в подготовке к родам.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акушерство [Текст]: учебник/ Э. К. Айламазян [и др.]. – 9-е изд., перераб. И доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – с. 156.
2. Акушерство [Текст]: национальное руководство/ под. ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 120 с.
3. Акушерство [Текст]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. – 2-е изд., перераб и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 340 с.
4. Гуськова, Н. А. Акушерство [Текст]: учебник для средних медицинских учебных заведений. / Н. А. Гуськова, М. В. Солодейникова, С. В. Харитонова. – 3-е изд., испр. и доп. – Спб. : СпецЛит, 2014. – 231 с.
5. Группы риска[Электронный ресурс]Режим доступа fobdo.ru/rukovodstvo_dlya_samostoyatelnoiy_deyatelnosti_akusherki/vydelenie_b_ereennyh_v_gruppy_riska.htm
6. Деятельность акушерки [Электронный ресурс]Режим доступа https://otherreferats.allbest.ru/medicine/00723800_0.html
7. Женская консультация[Электронный ресурс]Режим доступа <https://studfiles.net/preview/1564625/>
8. Линева, О. И. Акушерство [Текст]: учеб. для студ. сред. проф. учеб. заведений / О. И. Линева, О. В. Сивочалова, Л. В. Гаврилова. – М.: Издательский центр «Академия», 2013. – 262 с.
9. Осложненный анамнез[Электронный ресурс]Режим доступа fobdo.ru/rukovodstvo_dlya_samostoyatelnoiy_deyatelnosti_akusherki/vydelenie_b_ereennyh_v_gruppy_riska.htm
10. Презентация [Электронный ресурс режим <http://www.myshared.ru/slide/941270/>

11. Полный план обследования [Электронный ресурс] Режим доступа <https://www.9months.ru/zdorovieberem/5706/polnyy-plan-obsledovaniy-pri-beremennosti>
12. Реферат [Электронный ресурс] Режим доступа <https://studfiles.net/preview/1564625/>
13. Сидорова, И. С. Руководство по акушерству [Текст] / И. С. Сидорова, В. И. Кулаков, И. О. Макаров. – Москва: «Медицина», 2006. – 131 с.
14. Тамендаров И.В. Гинекология: болезни, причины, способы диагностики. СПб.: Питер, 2017. – 300 с.
15. Школа материнства [Электронный ресурс] Режим доступа www.bcrb.by/informacia/shkoly-zdorovya/241-shkola-materinstva

ПРИЛОЖЕНИЯ











Анкета для беременных женщин.

1. Ваш возраст?

- А) до 25
- Б) 25-35
- В) больше 35

2. Когда вы встали на учет?

- А) до 11 недели
- Б) после 12 недель
- В) во втором триместре

3. Были ли у Вас ранее беременности, закончившиеся родами?

- А) да. были
- Б) две и более
- В) нет

4. Срок Вашей беременности в акушерских неделях?

- А) до 12
- Б) 13-27
- В) 28 и более

5. Первая ли у вас беременность?

- А) Да
- Б) Нет

6. Какие анализы проводились?

- А) ХГЧ
- Б) ВИЧ
- В) Общий анализ крови
- Г) Гепатиты

7. Каких врачей проходили?

- А) ЛОР
- Б) Окулист
- В) Терапевт
- Г) Хирург

8. Сколько раз делали УЗИ?

- А) 1 раз
- Б) 4 и более
- В) 2 раза
- Г) 3 раза

9. Планировали ли беременность?

- А) Да
- Б) Нет

10. Направляли ли в стационар на лечение?

- А) Да
- Б) Нет

11. Довольны ли вы работой ЖК?

- А) Да
- Б) Нет
- В) Вполне довольна

12. Довольны ли вы работой акушерки?

- А) Да
- Б) Нет
- В) Вполне довольна

Анкета для работников.

1. Ваш возраст:
 - А) 19-29 лет
 - Б) 30-45 лет
 - В) больше 45 лет
2. Ваш профессиональный стаж:
 - А) до 5 лет
 - Б) до 10 лет
 - В) до 15 лет
 - Г) свыше 15 лет
3. Ваша медицинская категория:
 - А) Первая
 - Б) Вторая
 - В) Третья
 - Д) Высшая
4. Проходили ли Вы курсы повышения квалификации для акушерок?
 - А) Да
 - Б) Нет
5. Нужно ли давать акушеркам больше свободы в своих действиях?
 - А) Да
 - Б) Нет
6. Устраивает ли Вас распределение обязанностей между врачом и акушеркой?
 - А) Да
 - Б) Нет
7. Можно ли сказать, что в учреждении, в котором Вы работаете, созданы все условия для комфорта женщины?
 - А) Да

Б) Нет

8. Считаете ли Вы, что атмосфера медицинского учреждения, в котором Вы работаете, позитивно влияет на роженицу?

А) Да

Б) Нет

9. Устраивает ли вас рабочая нагрузка?

А) Да

Б) Нет

10. Хватает ли вам времени на отдых?

А) Да

Б) Нет

11. Улучшили бы вы профилактическую работу ЖК?

А) Да

Б) Нет

12. Устраивает ли вас оборудование кабинетов?

А) Да

Б) Нет