Дипломная работа

**Тема: Медико-социальная помощь беременным женщинам**

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ……………………………………………………………………...2

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ

* 1. Понятие и сущность медико-социальной помощи………………………5
  2. Основные направления организации медико-социальной помощи беременным женщинам на современном этапе………………………………17

ГЛАВА 2 ИССЛЕДОВАНИЕ И ОБОЩЕНИЕ ОПЫТА РАБОТЫ В СФЕРЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕНЫМ ЖЕНЩИНАМ

* 1. Опыт работы в оказании медико-социальной помощи беременным в специализированных учреждениях…………………………………………...30
  2. Опыт работы в сфере медико-социальной помощи беременным женщинам в специализированных учреждениях на примере фельдшерско-акушерского пункта………………………………………………………....…42
  3. Разработка рекомендаций по совершенствованию работы с беременными женщинами на фельдшерско-акушерского пункте ……….…53

ЗАКЛЮЧЕНИЕ……………………………………………………….…….…..56

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ…………………….….…..60

ПРИЛОЖЕНИЕ…………………………………………………………..…..…69

ВВЕДЕНИЕ

Здоровье населения является важной составляющей социального, культурного и экономического развития страны. В на стоящее время растет понимание роли здоровья населения как стратегического потенциала, фактора национальной безопасности, стабильности и благополучия общества.

В современных условиях модернизации здравоохранения, направленной на повышение доступности и качества медико-социальной помощи, охрана материнства и детства, сохранение и укрепление здоровья населения в целом остаются стратегическими целями и приоритетными государственными задачами, обозначенные в послании Президента Российской Федерации Федеральному собранию от 10 мая 2005 г.

В условиях многолетнего реформирования и модернизации здравоохранения в России сохраняется устойчивое состояние депопуляции нации. С 1993 г. естественная убыль населения остается стабильной и составляет 0,7-0,9 млн. человек в год. Если в 1995 г. население Российской Федерации составило 148 376 тыс. человек, то в 2006 г. уже 142 753,5 тыс. человек. Несмотря на рост рождаемости за 10 месяцев 2007 г. по сравнению с 2006 г. на 8%, население страны уменьшилось до 141 847,8тыс. человек за этот же период. В то же время ухудшается здоровье населения в целом и женщин репродуктивного периода в частности. Болезни беременных, материнская и младенческая смертность, заболеваемость новорожденных называются в числе приоритетных проблем здоровья, по которым общество несет наибольшие потери. Количество женщин, умерших от осложнений беременности и родов, превышает европейский уровень более чем в 2 раза.

Несмотря на усилия врачей акушеров-гинекологов и повышение качества медицинской помощи данному контингенту населения, уровень заболеваемости, осложнений беременности и родов растет (В.И. Кулаков, В.Н. Серов, Ю.И. Барашнев и др., 2000; О.В. Шарапова, 2000; Ю.Л. Шевченко, 2001; Т.Г. Захарова, Г.Н. Гончарова, Г.Н. Захаров, 2002; О.Г. Фролова, И.А. Ильичева, 2003; М.М. Шехтман, 2003; Е.Ф. Селезнева, 2007).

На фоне вышеуказанной проблемы особую роль в настоящее время приобретает внедрение мер по оказанию медико-социальной помощи беременным женщинам, способствующей улучшению положения как в сфере укрепления здоровья будущих матерей, так и в социальной сфере.

В данной ситуации особенно важно учитывать, что только взаимодействие всех социальных институтов, ориентированных на предотвращение неблагоприятных воздействий на беременную женщину, реализация профилактических программ, наряду с улучшением диагностики, лечения, использованием современных медицинских технологий способны решать стратегические задачи по улучшению качества жизни беременных.

Выделенная нами проблема наиболее полно нашла свое отражение в фундаментальных трудах в области социологии медицины академика А.В. Решетникова, работах А.В. Сахно, Ю. Щепина, В. Стародубова, В. Филатова, Е. Дмитриевой. Интересен ряд публикаций авторов (М.Е. Баскаковой, Е. Здравомысловой, Г.Г Силласте, Е.В. Страховой, З.А. Хоткиной, О.А. Раковской, Т.Э. Ковалевой, Н.В. Иванчук, А.А. Темкиной, Л.В. Бабаевой, А.Е. Чириковой), занимающихся не стратификационной, а гендерной или феминологической проблематикой, посвященных рассмотрению отдельных аспектов положения женщин в обществе, раскрывающих основные направления работы с беременными женщинами.

Между тем ощущается явная нехватка исследований, которые давали бы комплексную оценку оказанию медико-социальной помощи беременным женщинам.

**Цель исследования:** Изучение работы в сфере оказания медико-социальной помощи беременным женщинам в современном обществе.

**Объект исследования:** медико-социальная помощь

**Предмет исследования:** оказание медико-социальной помощи беременным на современном этапе

**Задачи:**

1. Анализ научно-методической литературы по проблеме медико-социальной помощи беременным женщинам в современном обществе
2. Раскрыть сущность и понятие медико-социальной помощи
3. Рассмотреть основные направления медико-социальной помощи беременным
4. Проанализировать и обобщить опыт работы в сфере оказания медико-социальной помощи беременным женщинам.

**Гипотеза** медико-социальная помощь беременным будет более эффективной, если государство будет уделять должное внимание законодательным проектам в сфере социального обеспечения беременных женщин, если медико-социальная помощь будет оказываться до наступления беременности и в работе будут использованы новые адаптированных технологии и методы оказания медико-социальной помощи.

**Новизна исследования**

**Теоретическая и практическая значимость исследования** заключается в возможности использования его результатов в качестве базы для дальнейших теоретических и прикладных изысканий в области оказания медико-социальной помощи беременным женщинам в современном обществе.

**ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ**

* 1. **Понятие и сущность медико-социальной помощи**

В настоящее время, когда все большее значение придается приоритетам общечеловеческих ценностей, феномен «здоровье» становится неотделимым от понятия устойчивого развития общества, а социальная составляющая является одним из ведущих его компонентов. Снижение социально-экономических и социально-психологических возможностей общества приводит к уменьшению мотивации ведения здорового образа жизни и снижению ценности здоровья в сознании отдельных групп населения. Нарушение здоровья в сложной жизненной ситуации – своего рода социальный барьер, препятствующий свободному развитию индивидуума в обществе. Поэтому пожилые, безработные, малообеспеченные, дети из многодетных семей и др., хотя и не имеют статус инвалидов, однако нуждаются в помощи медико-социального характера.

Медико-социальная работа рассматривается учеными, как одно из направлений социальной работы и в то же время как важный компонент социальной медицины, имеющий выраженный прикладной характер [36, с.43-44].

Концепция и базовая модель медико-социальной работы в нашей стране были разработаны доктором медицинских наук, профессором А. В. Мартыненко. В 2005 г. доктор медицинских наук, профессор Е.А. Сигида издал учебник «Содержание и методика социальной работы», где совместно с И.Е.Лукьяновой осветил теоретические вопросы социально-медицинской работы. Некоторый вклад в теорию медико-социальной работы внесенкандидатом медицинских наук Р.А. Тлепцерищевым. В своей научной работе автор придерживается взглядов А.В. Мартыненко и Е.А. Сигиды и согласен с предлагаемыми ими основными понятиями и определениями в области медико-социальной работы.

Медико-социальная работа по А.В. Мартыненко – это новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально- правового характера, направленной на восстановление, сохранение и укрепление здоровья. И действительно, для оказания подобного вида услуг специалисту необходимо обладать знаниями и навыками многих областей знания: медицины, психологии, социологии, права и др.

Приводя данное определение, следует подчеркнуть, что «…медико-социальная работа имеет много общего с медико-социальной помощью и деятельностью органов здравоохранения в целом. Но при этом она не превышает пределы своей компетенции, не претендует на выполнение лечебно-диагностических функций, а предусматривает тесное взаимодействие с медицинским персоналом и четкое разграничение сфер ответственности».

Представляет интерес и определение медико-социальной работы, приведенное в Глоссарии терминов по медико-социальной помощи, как «…организованное социальное обслуживание в больнице или вне ее, с особым упором на связанные со здоровьем социальные проблемы» [27, с.34-35].

Объектом медико-социальной работы являются лица, имеющие выраженные как медицинские, так и социальные проблемы. Чаще всего это люди, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации. К ним относятся инвалиды, престарелые, больные социально значимыми и социально обусловленными заболеваниями и др. Причем тяжелые болезни порождают целый ряд социальных проблем, а трудная жизненная ситуация нередко приводит к социально обусловленным заболеваниям. И порой невозможно определить, что является причиной, а что следствием в страданиях человека в той ситуации, в которой он оказывается и попадает на консультацию к специалисту по социальной работе.

Указанному «порочному кругу» посвящено огромное количество работ. В 2004 г. Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения провел Российскую научно-практическую конференцию «Медико-социальные проблемы социально обусловленных заболеваний». В работах ученых, изданных по итогам конференции, приводятся проблемы социального характера, возникающие у наркоманов, алкоголиков, ВИЧ-инфицированных, страдающих заболеваниями, передающимися половым путем, больных туберкулезом и т. д.

Если рассматривать социально значимые заболевания: болезни органов кровообращения, новообразования, травмы и другие, то становится очевидным, что эти группы заболеваний ведут к таким тяжелейшим социальным последствиям, как ухудшение материального положения, потеря трудоспособности, и являются первопричинами инвалидности и смертности как среди населения в целом, так и среди лиц трудоспособного возраста.

Ведя речь о социально-медицинских проблемах, нельзя обойти вниманием, появившееся в конце 90-х гг. и активно развивающееся в организации здравоохранения направление, посвященное изучению качества жизни. С помощью методик и технологий данного направления представляется возможным изучение качества жизни, связанного со здоровьем, как интегративной характеристики физического, психологического, эмоционального и социального функционирования здорового или больного человека, которая основана на его субъективном восприятии. Исследования качества жизни, связанного со здоровьем, также дают подтверждение прямой и обратной зависимости медицинской и социальной составляющей жизни человека. Поэтому целью медико-социальной работы является достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физической и психической патологией, а также социальным неблагополучием [18, с.52].

Такая цель стоит и перед медицинскими работниками, и перед всем человечеством в целом, ведь она является стратегией Всемирной организации здравоохранения как подразделения Организации Объединенных Наций. Ее основы были заложены в 1978 г. на Алма-атинской международной конференции по первичной медико-санитарной (медико-социальной) помощи (ПМСП). В Алма-атинской Декларации ВОЗ (1978) отмечается, что ПМСП является неотъемлемой частью системы здравоохранения каждой страны, ее основной функцией и целью, существенной частью общего и экономического развития общества. ПМСП включает в себя следующие элементы: санитарное просвещение по актуальным проблемам охраны здоровья и способам их решения, включая профилактику; обеспечение достаточным количеством продуктов питания и содействие рациональному питанию; снабжение достаточным количеством чистой питьевой воды; проведение основных санитарно-гигиенических мероприятий; охрана здоровья матери и ребенка, включая планирование семьи; вакцинация против основных инфекционных болезней; лечение распространенных заболеваний и травм; обеспечение основными лекарственными средствами [26, с. 101].

С 1981 г. ВОЗ следовала стратегической линии «достижения здоровья для всех к 2000 г.». Причем все документы ООН, касающиеся вопросов здоровья, придерживаются ее определения, закрепленного Уставом ВОЗ: «Здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». В рамках этого направления в Оттаве (Канада) в 1986 г. состоялась I Международная конференция по укреплению здоровья. На этой конференции была принята хартия «Здоровье для всех к 2000 году».

Серьезная работа в направлении достижения здоровья для всех дала положительные результаты, но не решила до конца всех проблем здоровья населения земного шара. Кроме того, «болезни цивилизации» поражают все большие контингенты населения в развитых странах, возникли и возникают новые инфекционные заболевания, такие как СПИД, атипичная пневмония, птичий грипп и другие, возрождаются туберкулез и малярия. Поэтому в декабре 2000 г. в Республике Бангладеш состоялась Ассамблея здоровья народов, на которой участники из 93 стран единогласно приняли Хартию здоровья народов. Она продолжила курс ВОЗ и провозгласила: «Здоровье определяется социальным, экономическим и политическим положением населения и рассматривается выше всех других фундаментальных прав человека. Неравенство, нищета, эксплуатация, насилие и несправедливость лежат в основе болезней и смерти многих бедных и обездоленных, а также уязвимых групп населения. Здоровье для всех означает, что корыстным интересам сильных мира сего должны быть поставлены ограничения, глобализация должна быть остановлена, а политические и экономические приоритеты коренным образом изменены».

Р.А. Тлепцерищев, ссылаясь на работы И.П. Катковой и Н.А. Кравченко (1992), дает интерпретацию понятия «медико-социальная помощь», с которым мы полностью согласны. Он рассматривает медико-социальную помощь как вид общественно полезной межсекторальной деятельности работников социальных служб, при котором наряду с социально-бытовыми, юридическими, воспитательными и другими функциями выполняется определенный объем медицинских услуг по уходу за больными, престарелыми и детьми, а также ведется просветительская работа по гигиеническому воспитанию населения и профилактике заболеваний.

Медико-социальная помощь – представляет собой комплекс проводимых на государственном и муниципальном уровнях интегрированных мероприятий. Это сфера деятельности, виды, направления и организационные формы которой зависят как от политики государства в области охраны здоровья, так и от современной концепции здоровья и теорий социальной защиты населения.

В Основах законодательства РФ «Об охране здоровья граждан» в ст. 20 дается определение медико-социальной помощи, «…которая включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности» [Нормативные акты].

Е.А. Сигида в своих работах уделяет внимание такому определению, как медико-социальные услуги. Согласно его мнению, медико-социальные услуги – это координационная работа, позволяющая охватить необеспеченных и оказавшихся вне общества лиц услугами, которые так или иначе связаны с защитой их здоровья. Эта форма социальной работы предусматривает посредничество между учреждениями здравоохранения и населением. Медико-социальные услуги должны быть несложными в организации, доступными для всех слоев населения и социально гарантированными по объему и качеству.

Таким образом, медико-социальная помощь является одним из направлений медико-социальной работы, а оказание медико-социальных услуг – одним из видов этой помощи. Мы разделяем точку зрения А.В. Мартыненко о том, что медико-социальную работу можно рассматривать как стратегию развития медико-социальной помощи населению в современных условиях. А инновационные технологии медико-социальной работы определяем как методы решения основных задач, стоящих как перед здравоохранением, так и перед социальной защитой.

Всю медико-социальную работу А.В. Мартыненко делит условно на две составляющие: медико-социальную работу профилактической направленности и медико-социальную работу патогенетической направленности. При этом существенным является тот факт, что профилактические социально-медицинские технологии применяются во всех сферах деятельности специалистов по социальной работе, а патогенетические -преимущественно в учреждениях здравоохранения, так как касаются в основном лиц, уже имеющих определенную медицинскую патологию.

Медико-социальная помощь рассматривается и как новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленной не только на восстановление, но и сохранение, и укрепление здоровья граждан.

Она принципиально меняет существующий подход к охране здоровья, так как предполагает системное медико-социальное воздействие на более ранних этапах развития болезненных процессов, потенциально ведущих к тяжелым осложнениям, инвалидизации и летальному исходу. Таким образом, медико-социальная помощь приобретает не только выраженную реабилитационную, но и профилактическую направленность, что имеет особое значение отдельных категория населения.

Целью медико-социальной помощи является достижение оптимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц пожилого возраста, лиц с физической и психической патологией, а также социальным неблагополучием. Объектом медико-социальной помощи являются различные контингенты лиц, в том числе и пожилые, имеющие выраженные медицинские и социальные проблемы, которые тесно взаимосвязаны и их решение затруднительно в рамках односторонних профессиональных мероприятий. Работа с такими контингентами одинаково тяжела и недостаточно эффективна как для медицинских работников, так и для специалистов социальных служб, поскольку неизбежно они оказываются перед кругом проблем, выходящих за рамки их профессиональной компетенции.

Медико-социальную помощь условно можно разделить на два основные аспекта: медико-социальную помощь профилактической направленности и медико-социальную помощь патогенетической направленности.

Медико-социальные технологии профилактической направленности применяются для предупреждения социально зависимых состояний здоровья: социально значимых и особенно социально обусловленных заболеваний. Сюда относятся все профилактические технологии, применяемые в сферах здраво охранения, образования, социального обслуживания и в силовых структурах, для предупреждения нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья, формирование установок на здоровый образ жизни, обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья, участие в разработке целевых программ медико-социальной помощи на различных уровнях.

Медико-социальная помощь патогенетической направленности осуществляется с целью вмешательства в патогенетическую цепочку заболевания с целью ее разрыва. Такое вмешательство может быть в моменты любого этапа течения соматического, психического или инфекционного заболевания; освидетельствования больного с помощью медико-социальной экспертизы; при проведении реабилитационных мероприятий, в том числе при создании реабилитационной социально-бытовой инфра структуры. Нам представляется, что подобное деление полностью отражает официально принятое в здравоохранении деление профилактики на первичную и вторичную [ 23, с.65].

Таким образом, профилактическая направленность социально-медицинской работы по А.В. Мартыненко - это участие в мероприятиях по первичной профилактике, а патогенетическое направление - участие в мероприятиях по вторичной профилактике болезней. Таким образом, занимаясь социально- медицинской работой, социальные работники принимают активное участие в профилактическом направлении здравоохранения.

На сегодняшний день в России здравоохранение функционирует как стройная система, исторически и законодательно сложившийся социальный институт. А вот система социальной защиты и социальной работы, хотя и имеет законодательную базу и достаточно стройную структуру, по мнению ученых, находится в стадии становления [26, с78-79 ].

Е.А. Сигида и И.Е. Лукьянова (2004) определяют такие понятия, как социально-медицинский сервис и социально-медицинские услуги. По их мнению, социально-медицинский сервис решает широкий круг вопросов, включающих оказание услуг по сохранению здоровья многочисленным категориям социально-неустроенных людей: престарелых, временно нетрудоспособных, лицам без определенного места жительства и др., которые, потеряв здоровье, не получают достаточ ной медицинской помощи в органах здравоохранения. Социально-медицинские услуги выступают в форме социальных технологий, научных теорий, программ обеспечивающих введение приоритетных направлений сохранения общественного здоровья.

При сравнении понятий и категорий социальной и медицинской работы, становится понятным, что два этих вида деятельности стоят близко друг к другу, имеют много общего, взаимно проникают друг в друга и в то же время дополняют друг друга. Поэтому образование и выделение такого вида деятельности, как медико-социальная работа, представляется нам естественным и логичным, тем более что комплексный подход к решению проблем больных людей всегда, намного эффективнее, чем односторонний.

Обозначая место медико-социальной помощи среди смежных видов деятельности, необходимо отметить координирующую роль специалиста по медико-социальной работе в разрешении комплекса проблем, возникающих особенно у беременных женщин, и требующего соучастия специалистов смежных профессий - врачей, психологов, педагогов, юристов и других. Являясь видом мультидисциплинарной деятельности и реализуясь в области взаимных интересов здравоохранения и социальной защиты населения, медико-социальная помощь использует формы и методы, сложившиеся в системе здравоохранения - профилактические, реабилитационные, психотерапевтические и др.; в системе социальной защиты населения - социальное консультирование, социальные пособия, социальное обслуживание на дому социальное обслуживание в стационарных учреждениях, организация дневного пребывания в учреждениях социального обслуживания, предоставление временного приюта и др.

Медико-социальная помощь имеет много общего по своей сути с медицинской помощью и деятельностью органов здравоохранения в целом. Но при этом она не превышает пределы своей компетенции, не претендует на выполнение лечебных функций, а предусматривает тесное взаимодействие с медицинским персоналом и четкое разграничение сфер ответственности. Таким образом, с иной стороны, медико-социальную работу следует рассматривать как разновидность социальной работы, направленной на охрану и поддержку физического и психического здоровья граждан, а с другой - это вид деятельности, направленной на достижение “социального благополучия” и значительное улучшение качества их жизни.

Содержание медико-социальной помощи:

· взаимодействие с учреждениями здравоохранения;

· взаимодействия с учреждениями реабилитационного характера (санаторно - курортного плана);

· содействие в выявлении причины приведшей к данной ситуации;

· содействие в адаптации к нормальному образу жизни;

· установка на ЗОЖ (режим труда и отдыха);

· содействие в организации досуга;

· содействие в психологической помощи;

· содействие в получении бесплатной медицинской помощи;

· содействие в правовом консультировании:

1. медицинская помощь предоставляется бесплатно;

2. в течение шести месяцев клиент имеет право на получение бесплатных лекарственных средств;

3. клиент имеет право на бесплатную консультацию врача - кардиолога;

4. клиент имеет право на бесплатное санаторно - курортное лечение в течение двух недель с момента выписки из стационара;

5. работа с ближайшим окружением (семьей);

Формы медико-социальной помощи.

Существуют формы медико-социальной помощи как индивидуальные так и групповые. На первых этапах (когда клиента доставляют в кардиоблок) лицам, перенесшим инфаркт миокарда, приемлема индивидуальная форма помощи.

· она заключается с установлением первичной связи и потребности клиента в изменениях;

· исследование и расследование проблемы, начинается после того как клиент осознает, что нуждается в медико-социальной помощи;

· мотивация, происходит совместная оценка ситуации клиентом и специалистом социальной работы, установление первичного социального диагноза и работа над мотивацией к изменениям;

· здесь, специалист социальной работы и клиент согласовывают цели, которые нужно достигнуть и задачи, которые нужно решить для достижения цели;

· исследования стратегии решения, выбор и реализации;

Во время реабилитационного периода подходит групповой метод работы.

Человек становится членом какой - либо группы для того, чтобы решить свои особые проблемы. Группа в своем единстве представляет собой сборное «Я» в личности клиента, где разрозненные проблемы клиента приобретают некоторую целостность и отстраненность. Функцией групповой работы является защитная, оценочная и помощь в преодолении страха.

В основе групповой работы лежит:

· посреднический обмен информацией между клиентами

· общение

· самосознание существующей проблемы

· реалистичное оценивание своих проблем

К методам медико-социальной помощи относят:

· беседы

· лекции

· тренинги

· диагностика оказываемой помощи

· обеспечение специальной информационной литературой

· проведение разъяснительной работы

· патронаж

· консультирование

· просмотр фильмов по теме инфаркта миокарда и сердечно - сосудистых заболеваний, здорового и нездорового образа жизни

· мониторинг

Таким образом, рассмотрев в данной части работы сущность медико-социальной помощи отметим следующее. Медико-социальная помощь – представляет собой комплекс проводимых на государственном и муниципальном уровнях интегрированных мероприятий. Это сфера деятельности, виды, направления и организационные формы которой зависят как от политики государства в области охраны здоровья, так и от современной концепции здоровья и теорий социальной защиты населения.

Медико-социальная помощь является одним из направлений медико-социальной работы. Медико-социальная помощь рассматривается и как новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского. психолого-педагогического и социально-правового характера, направленной не только на восстановление, но и сохранение, и укрепление здоровья граждан.

* 1. **ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ**

В предыдущей части работы мы установили, что медико-социальная помощь – это комплекс проводимых на государственном и муниципальном уровнях интегрированных мероприятий.

Рассматривая данную проблему относительно беременных женщин на современном этапе можем отметить, что в настоящее время разработана система государственных мер, призванных обеспечивать охрану их здоровья и социального положения.

Государственная поддержка беременных осуществляется с помощью федерального и местного семейного законодательства, государственных целевых программ, системы государственных институтов. Косвенно поддержка беременных женщин осуществляется при выполнении иных нормативных актов, регулирующих иные или общие сферы общественной жизни, но также затрагивающих интересы женщины (ГК РФ, КЗоТ и т.д.).

Изучая «Основы законодательства Российской федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. Можем выделить следующие положения:

- Государство обеспечивает беременным женщинам право на работу в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья.

- Каждая женщина в период беременности, во время и после родов обеспечивается специализированной медицинской помощью в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

-Женщины во время беременности и в связи с рождением ребенка, а также во время ухода за больными детьми в возрасте до 15 лет имеют право на получение пособия и оплачиваемого отпуска в установленном законом порядке.

-Гарантированная продолжительность оплачиваемого отпуска по беременности и родам определяется законодательством Российской Федерации.

-Порядок обеспечения полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет, в том числе через специальные пункты питания и магазины по заключению врачей, устанавливается законодательством субъектов Российской Федерации.

Несколько лет назад была разработана на государственном уровне программа «Безопасное материнство».

Целью федеральной целевой программы "Безопасное материнство" на 1998-2000 годы (далее именуется - Программа) является создание необходимых условий для улучшения состояния здоровья женщин-матерей, снижения материнской заболеваемости и смертности, профилактики инвалидности, повышения качества здоровья новорожденных.

Программа предусматривала решение следующих задач: -

-совершенствование нормативно-правовой базы охраны материнства и детства;

-улучшение системы подготовки и повышения квалификации медицинских кадров, работающих в области охраны материнства, порядка оценки их знаний и допуска к работе;

-совершенствование организации и качества акушерско-гинекологической помощи женщинам. Внедрение системы мер, направленных на поддержку грудного вскармливания;

-проведение специальных научных исследований в области акушерства и перинатологии;

-разработка и внедрение системы мер информационного обеспечения населения по вопросам безопасного материнства, грудного вскармливания, рождения и воспитания здорового ребенка, здорового образа жизни;

-укрепление материально-технической базы родовспомогательных учреждений.

Служба охраны материнства и детства, представлена развитой сетью детских и родовспомогательных стационарных и амбулаторно - поликлинических учреждений, санаториев, домов ребенка, научно - исследовательских центров и медицинских вузов с педиатрическими факультетами, которые сосредоточены на ключевых направлениях, обеспечивающих решение задач по рождению здоровых детей, предупреждение детской инвалидности, снижение младенческой, детской и материнской смертности, заболеваемости среди женского и детского населения, на основе стратегических направлений развития службы охраны материнства и детства.

В соответствии с "Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" разработаны документы по реализации гарантий государства по охране здоровья женщин и детей.

Совместно с Фондом социального страхования Российской Федерации утверждена "Инструкция о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан", где закреплены права семьи на уход не только за заболевшими, но и в определенных случаях за здоровыми детьми, детьми - инвалидами. Установлен порядок предоставления женщинам отпуска в связи с беременностью и родами и при усыновлении новорожденного ребенка. Разработаны и утверждены приказами Минздравмедпрома РФ инструкции об искусственном прерывании беременности по медицинским показаниям, о медицинской стерилизации, искусственном оплодотворении и имплантации эмбриона.

Территориям направлены рекомендации по организации обеспечения беременных и кормящих женщин продуктами питания и витаминными препаратами.

В целях реализации прав беременных женщин на безопасные условия работы совместно с Госсанэпиднадзором РФ утверждены гигиенические рекомендации к рациональному трудоустройству беременных.

Так, государство предоставляет гарантии и льготы женщинам в связи с материнством. Например, ограничивают возможности работодателя в привлечении таких женщин к работе в ночное время, к работам в выходные и праздничные дни и направлении их в служебные командировки; предоставляются дополнительные отпуска, устанавливаются льготные режимы труда. Имеются и другие гарантии и льготы, установленные законами и иными нормативными правовыми актами.

В частности, статья 96 Трудового Кодекса гласит: привлечение к работе в ночное время и сверхурочным работам беременные женщины не допускаются. Женщины, имеющие детей в возрасте до трех лет, привлекаются к работе в ночное время и сверхурочным работам только с их письменного согласия, и при условии, что такие работы не запрещены им по состоянию здоровья.

Работодатель обязан устанавливать неполный рабочий день или неполную рабочую неделю по просьбе беременной женщины.

Запрещается отказывать женщинам в приеме на работу и снижать им заработную плату по мотивам, связанным с беременностью и наличием детей. Администрация обязана сообщать ей причины отказа в приеме на работу в письменной форме.

Увольнение беременных женщин и женщин, имеющих детей в возрасте до трех лет, а также одиноких матерей, при наличии у них ребенка в возрасте до 14 лет или ребенка-инвалида до 18 лет, не допускается, кроме случаев полной ликвидации предприятия, учреждения, организации (ст. 261 Трудового Кодекса).

При прохождении обязательного диспансерного обследования в медицинских учреждениях за беременными женщинами сохраняется средний заработок по месту работы (ст.254). Если перевести с сухого языка закона на общедоступный, сия статья гласит: за беременной женщиной, которая по поводу медицинского наблюдения за течением беременности должна проходить обследование в стационарных условиях (или в поликлинике) с отлучением от работы (т.к. врачи работают в тоже время что и вы), ее заработная плата сохраняется.

Законодательство Российской Федерации о государственных пособиях гражданам, имеющим детей, основывается на Конституции РФ.

Федеральный закон РФ "О государственных пособиях гражданам, имеющим детей" от 26.04.1995г., устанавливает единую систему государственных пособий гражданам, имеющим детей, в связи с их рождением и воспитанием, которая обеспечивает гарантированную государством материальную поддержку материнства, отцовства и детства.

Настоящим Федеральным законом устанавливаются следующие виды государственных пособий:

-пособие по беременности и родам;

-единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки;

-единовременное пособие при рождении ребенка;

-ежемесячное пособие на ребенка.

Рассмотрим каждый пункт в отдельности для того, чтобы иметь четкое и ясное представление о том, что же нам, женщинам, должно наше государство за увеличение численности населения нашей страны и всего человечества, в целом.

Право на пособие по беременности и родам имеют женщины, подлежащие государственному социальному страхованию (т.е. официально оформленных на работу), а также женщины, уволенные в связи с ликвидацией предприятий, учреждений, организаций, в течение двенадцати месяцев, предшествовавших дню признания их в установленном порядке безработными (ст.6 Закона).

Пособие по беременности и родам выплачивается за период отпуска по беременности и родам продолжительностью семьдесят (в случае многоплодной беременности - восемьдесят четыре) календарных дней до родов и семьдесят (в случае осложненных родов - восемьдесят шесть, при рождении двух или более детей - сто десять) календарных дней после родов (ст.7 Закона).

Данное пособие выплачивается работающим женщинам по месту работы при предоставлении больничного листа.

Пособие по беременности и родам устанавливается в размере среднего заработка (дохода) по месту работы женщины, и в размере 300 рублей в связи с ликвидацией предприятий.

Дополнительно к пособию по беременности и родам выплачивается единовременное пособие, в размере 300-от рублей всем женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние (до 12 недель) сроки беременности (ст. 9 Закона).

Единовременное пособие при рождении ребенка составляет 4500 рублей (ст.12 Закона), и выплачивается по месту работы одного из родителей, а неработающим - в органах социального обеспечения населения при предоставлении справки из ЗАГСа и свидетельства о рождении ребенка.

Право на ежемесячное пособие в период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет имеют матери и отцы, другие родственники и опекуны, фактически осуществляющие уход за ребенком, подлежащие государственному социальному страхованию (т.е. официально работающих).

Ежемесячное пособие на период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет выплачивается в размере 500 рублей, независимо от числа детей, за которыми осуществляется уход.

В случае если в период нахождения женщины в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет наступает отпуск по следующей беременности и родам, женщина имеет право выбора одного из двух, выплачиваемых в периоды соответствующих отпусков, видов пособий.

Ежемесячное пособие на ребенка до достижения им возраста 16 лет выплачивается органами социальной защиты населения по месту жительства семей с детьми в размере 70 рублей (ст.17 Закона). Основанием для выплаты данного пособия является свидетельство о браке (если имеется), свидетельство о рождении ребенка, справка о заработной плате, заявление. Неработающие родители имеют право на доплату к ежемесячному пособию на ребенка до достижения им возраста 16 лет.

Размер ежемесячного пособия на ребенка увеличивается на сто процентов на детей одиноких матерей, на пятьдесят процентов на детей, родители которых уклоняются от уплаты алиментов.

Рассматривая деятельность специализированных учреждений для беременных необходимо также выделить ряд направлений медико-социальной помощи, оказываемой женскими консультациями, фельдшерско-акушерскими пунктами, санаториями для беременных и т.д.

Содержание и направления медико-социальной помощи определяют, как мы уже отметили раннее, законы РФ «Об охране здоровья граждан» (1993), «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» (1995).

Медико-социальная помощь предусматривает в этом случае лечение заболеваний беременных, проведение санитарно-гигиенических мероприятий, медико-социальную профилактику заболеваний.

Медико-социальная помощь беременным включает в себя также социальную защиту в случае болезни, первичную медицинскую помощь, лечение хронических заболеваний.

Для женщин организуются следующие медико-социальные мероприятия: оздоровительные, профилактические, санитарно-гигиенические, санитарно-просветительская работа, медико-социальный патронаж беременных.

На сегодняшний день в целях совершенствования организации оказания первичной медико-санитарной помощи населению в женской консультации утверждены:

Положение об организации деятельности кабинета медико-социальной помощи женской консультации.

Положение об организации деятельности социального работника кабинета медико-социальной помощи женской консультации.

Кабинет медико-социальной помощи женской консультации создается с целью реализации медико-социальных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья женщин, их медико-социальную защиту, поддержку, профилактику и снижение заболеваемости, формирование устойчивых стереотипов здорового образа жизни.

Структура и штаты кабинета устанавливаются в зависимости от численности прикрепленного контингента, характера и объема работы. В штат кабинета могут входить социальный работник, психолог/медицинский психолог, юрисконсульт.

Определены основные функции социального работника, в том числе оказание социально-правовой помощи женскому населению в соответствии с задачами, определенными Положением об организации работы кабинета медико-социальной помощи женской консультации, внедрение в практику современных методов социальной работы, оформление в установленном порядке учетно-отчетной документации.

Ведущая роль в оказании комплексной, интегрированной, полноценной социальной помощи беременным женщинам, отводится специалисту социальной работы с медико-социальным направлением деятельности и социальному психологу, объединенных с врачом территориального лечебно - профилактического учреждения и врачом общей практики. В этом направлении необходимы дальнейшие пути поиска приемлемых вариантов сотрудничества специалистов различных направлений, для реализации социальных технологий сохранения здоровья, оказания комплексной помощи, лицам, перенесшим инфаркт миокарда, особенно социально незащищенным слоям в вопросах социально обеспечения.[21, с.117 ]

· облегчить процесс приобретения умений и навыков, необходимых для адаптации в окружающей среде и полноценной жизнедеятельности;

· устранить или уменьшить патологию;

· стимулировать поддержание и укрепление здоровья;

Основная цель медико-социальной помощи - развить у женщины ряд навыков, которые позволили бы на протяжении всей беременности реализовывать потребности и выполнять социальные функции и роли, необходимые для полноценной жизнедеятельности, получать от этого удовлетворение, в совершенстве владеть своим телом и чувствовать себя гармоничной частью окружающего мира.[34 ]

Основным методом выбора медико-социальной помощи является использование целенаправленной активности для ликвидации нарушений жизнедеятельности определенного характера. Поэтому деятельность является не только целью, но и представляет собой способ лечения, средством достижения эффективных сдвигов в реабилитации клиента.

Лечение и деятельность взаимосвязаны в медико - социальной помощи, так как деятельность занимает центральное место в адаптационном процессе, ее отсутствие или нарушение может представлять угрозу здоровью. Кроме того, любая осознанная деятельность является действенным способом, для того чтобы изменить биологическое или психологическое самочувствие человека в лучшую сторону.

Еще одним из основных направлений оказания медико-социальной помощи является оказание помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам.

Распространение ВИЧ-инфекции является одной из острых проблем среди населения, следствием которого является увеличение смертности, снижение численности трудоспособного населения, уменьшение количества родившихся детей, депопуляция, снижение жизненного уровня и темпов экономического роста. Проблемой, порожденной эпидемией ВИЧ-инфекции, является передача инфекции от матери к ребенку во время беременности, родов и грудного вскармливания, устройство отказных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, в дома ребенка, оказание им медико-социальной помощи, их воспитание и образование.

Организация медико-социальной помощи матери и ребенку осуществляется в соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (в ред. Федерального законов от 02.03.1998 N 30-ФЗ, от 20.12.1999 N 214-ФЗ, от 02.12.2000 N 139-ФЗ, от 10.01.2003 N 15-ФЗ, от 27.02.2003 N 29-ФЗ, от 30.06.2003 N 86-ФЗ, от 29.06.2004 N 58-ФЗ, от 22.08.2004 N 122-ФЗ, с изм., внесенными Указом Президента РФ от 24.12.1993 N 2288) и Федеральным законом от 30.03.95 N 38-ФЗ "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" (в редакции Федеральных законов от 02.08.96 N 112-ФЗ, от 09.01.97 N 8-ФЗ, от 07.08.2000 N 122-ФЗ, от 22.08.2004 N 122-ФЗ), Постановлениями Правительства Российской Федерации: от 28.07.2005 г. N 461 "О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2005 год"; от 01.12.2004 г. N 715 "Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих"; от 27.12.2004 г. N 856 "Об утверждении Правил обеспечения бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях", а также ведомственными нормативными документами.

Важными направлениями в организации этой работы являются предотвращение инфицирования ВИЧ/СПИД среди подростков и молодых людей, обучение методам контрацепции, профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, предоставление доступного современного лечения женщинам и детям с ВИЧ-инфекцией, социальной защиты и поддержки семьям и детям.

Основой организации медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным беременным и их детям, независимо от ВИЧ-статуса последних, является обеспечение этого контингента комплексным обследованием и лечением (АРВТ) в полном объеме, предоставление социальной помощи данной категории, мониторинг и оценка ситуации по ВИЧ-инфекции среди беременных и детей и информированность субъектов Российской Федерации о положении дел по данной проблеме.

Неуклонно возрастающее количество ВИЧ-инфицированных беременных женщин и рожденных ими детей, привело к активному вовлечению в процесс оказания им медико-социальной помощи родовспомогательных и педиатрических учреждений. Для решения широкого спектра проблем у этой группы населения требуется привлечение большого круга специалистов медицинских, социальных и других организаций.

Совместная деятельность инфекционной, родовспомогательной, педиатрической и социальной служб должна быть направлена на первичную профилактику, выявление ВИЧ-инфицированных беременных и детей, привлечение их диспансерному наблюдению и лечению, обеспечение АРВП перинатальной передачи ВИЧ-инфекции и адекватного обследования, социально-психологического сопровождения. В настоящее время в рамках одного специализированного учреждения - Центра по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД, как правило, находящегося на уровне субъекта Российской Федерации, решить в целом все эти вопросы зачастую невозможно, поэтому назрела необходимость объединения усилий разных учреждений и организаций, которые постоянно работают с этой категорией населения. Целесообразно создать эффективный механизм оказания медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным беременным и детям, который был бы применим в разных регионах Российской Федерации.

Количественные и качественные характеристики проблем, связанных с ВИЧ-инфицированием, могут существенно различаться в разных географических и административных территориях России. Особенности взаимодействия различных учреждений здравоохранения и социальных служб определяются совокупностью условий, связанных с уровнем пораженности и заболеваемости ВИЧ-инфекцией, адекватностью региональной нормативной правовой базы, ресурсным обеспечением родовспомогательных, педиатрических, социальных учреждений, центров по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД и финансовыми возможностями каждого субъекта Российской Федерации.

Организация системы взаимодействия инфекционной, родовспомогательной, педиатрической и социальной служб по оказанию медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным беременным и детям направлена на решение следующих задач:

- обеспечение консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции и своевременного выявления ВИЧ-инфекции у беременных и детей;

- осуществление диспансерного дородового и послеродового наблюдения;

- проведение комплексной профилактики перинатальной передачи, включая более широкое применение трехэтапной АРВП;

- обеспечение нуждающихся высокоактивной АРВТ;

- обеспечение доступности искусственного вскармливания детей, родившихся от ВИЧ инфицированных матерей;

- обеспечение социально-психологического сопровождения для женщин и детей;

- оценка эффективности проводимой профилактики и лечения, социально-психологического сопровождения;

- проведение обучения по вопросам ВИЧ-инфекции персонала, вовлеченного в оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным беременным и детям.

На сегодняшний день проведение дородового и послеродового диспансерного наблюдения ВИЧ-инфицированных беременных женщин и рожденных ими детей, АРВП перинатальной передачи проводится в родовспомогательных и педиатрических учреждениях. В территориальных центрах по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД этой категории населения оказывается специализированная медицинская помощь (консультативная, диагностическая и лечебно-профилактическая). Но этот вид помощи не всегда является доступным из-за отдаленности учреждения от места проживания беременной женщины и ребенка, а также ее состояния по беременности, состояния новорожденного в первые 18 месяцев жизни.

Учитывая, что в последние три года число ВИЧ-инфицированных беременных и соответственно рожденных ими детей неуклонно увеличивается, на акушеров-гинекологов и педиатров, работающих в центрах по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД, ложится большая нагрузка по обеспечению приема и оказания помощи этой группе населения, контроля качества профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции и лечения. В этой связи меры профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку не должны применяться изолированно - по мере возможности их необходимо интегрировать в существующие инфраструктуры системы здравоохранения, обеспечивающие медицинский уход и охрану репродуктивного здоровья. Интеграция профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции в родовспомогательную, педиатрическую и социальные службы уже начата в регионах, однако требует более четкого определения функций медицинских и социальных работников, основой которых являются виды и объемы помощи ВИЧ-инфицированным беременным и детям, уровень предоставления этой помощи.

**ГЛАВА 2 ИССЛЕДОВАНИЕ И ОБОЩЕНИЕ ОПЫТА РАБОТЫ В СФЕРЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕНЫМ ЖЕНЩИНАМ**

* 1. **Основные положения оказания медико - социальной помощи беременным в специализированных учреждениях**

Рассматривая вопрос об оказании медико-социальной помощи беременным женщинам в данной части нашей работы остановимся на изучении основных положений специализированных учреждений, призванных оказывать медицинскую, социальную и психологическую помощь женщинам в период беременности.

Консультативная помощь беременным в настоящее время оказывается в специализированных кабинетах женских консультаций, стационарах, базах кафедр образовательных медицинских учреждений, НИИ.

В настоящее время государство тратит громадные средства на обеспечение медико-социальной помощи беременным, вкладываются многомиллионные средства, создаются все новые и новые государственные, общественные организации и учреждения, призванные помощь беременным женщинам

Обобщая накопленный опыт по работе с беременными женщинами во всем мире, можно увидеть, что решение проблем беременности должно включать целый комплекс мероприятий, осуществляемых на разных уровнях государства и общества. Эти мероприятия относятся к масштабам общей социальной политики государств и направлены на общество в целом, это и более селективные меры, относящиеся к определенным социальным группам. И, наконец, это - мероприятия, которые адресованы индивидуальному, личностному уровню конкретной женщины.

К мерам, направленным на оказание медико-социальной помощи беременным, проводимым в масштабах, касающихся существенных частей всего общества, относится вся социальная политика государства.

Важными мероприятиями в масштабах государства являются: увеличение продолжительности декретного отпуска и мера его оплаты. Очень важным фактором являются также бесплатные службы здравоохранения.

Социальная политика большинства современных европейских стран предусматривает оказание беременным значительной помощи со стороны государства. Одним из примеров модели помощи малообеспеченным беременным женщинам является Великобритания. Здесь более половины всех беременных получают материальную помощь в рамках программы "Поддержка дохода".

В Норвегии одиноким матерям представляется специальная материальная помощь, с тем чтобы они могли оставаться дома но достижении ребенком 10 лет. Кроме того, неполные семьи имеют систему социальных льгот и пособий, позволяющих им жить выше уровня официальной бедности в стране.

В США государственная помощь беременным несравненно ниже Европейской, однако она может быть чрезвычайно высокой в связи с широким распространением программ на уровне отдельных штатов, частных и религиозных благотворительных обществ, иных территориальных программ. Широкое распространение в США получили группы само- и взаимопомощи беременным женщинам. Члены таких организаций обмениваются педагогическим опытом, помогают друг другу проводить выходные дни, отпуска. Организации оказывают им как медицинскую, социальную так и юридическую поддержку. В СИТА существует множество просветительских программ, оказывающих педагогическую и психологическую помощь беременным женщинам. Они действуют при церквях, семейных службах, местных социальных агентствах, работающих с семьями, в школах, медицинских учреждениях. Однако, для проведения целенаправленной и эффективной социальной политики но предупреждению нарушенного материнского поведения и их, последствий необходимо учитывать, что актуализация только отдельных (в данном случае материальных) факторов в ущерб другим приводит к негативным результатом. Так, опыт экономически развитых стран показывает, что огромные материальные вложения государств в стимуляцию рождаемости путем только увеличения социальных пособий одиноким и неимущим матерям, создание для рисковых групп беременных благоприятной общественной моральной ситуации действительно резко снижают число наиболее агрессивных форм отказов от материнства (детоубийств и физического бросания), однако, перед обществом в полный рост встают проблемы истязаемых, насилуемых, растлеваемых матерями детей-сирот при живых родителях, даже во внешне благополучных семьях. Поэтому в комплексе мероприятий, проводимых в масштабах всего общества, задачами неоценимой значимости являются работа с общественным сознанием в отношении вопросов социального сиротства; воспитание родительских чувств, осведомленность родителей (будущих родителей) в вопросах психологии супружеской жизни, возрастной психологии и педагогики. Орудием данного воспитания являются популярные публикации, лекции и вся система массовой информации. Просвещение общества в области проблем, социального сиротства, истинных причин, его порождающих, его драматических последствий для ребенка и матери может ознакомить широкую общественность и создать необходимый благоприятный моральный климат для беременных женщин, Ведущей задачей просвещения в данной области является указание путей, с помощью которых можно преодолеть противоречие между потребностями ребенка в тесном и непосредственном контакте с матерью (в том числе с приемной) и потребностями общества в современных условиях.

Специальной формой социально-педагогической деятельности, нацеленной на молодежь, является воспитание родительских чувств и обязанностей. К сожалению, иногда данное воспитание суживается до информации о сексуальных вопросах. Однако, воспитание будущих родителей является гораздо более широкой и глубокой задачей.

Чрезвычайно актуальной формой деятельности с беременными, в частности по предупреждению отказов от материнства является конкретная работа в группах повышенного риска. Одно из таких форм является женский кризисный центр Центр имеет круглосуточный телефон доверия, на котором работают психологи. Посетители центра могут пользоваться его услугами до 4-х месяцев. За этот период персонал центра (психологи, социальные работники, юристы) снимают стрессовые состояния, заставляют объективно оценить причины и характер кризиса беременной женщины, найти оптимальный путь выхода из создавшейся ситуации, нормализовать социальные связи, укрепить внутрисемейные отношения.

Кризисная женская клиника для молодых беременных женщин более 30 лет функционирует в США на базе университетской клиники. Созданию клиники предшествовало осознание того факта, что беременность юной незамужней женщины открывает собой порочный цикл: прерванное образование и низкий материальный достаток влекут за собой зависимость юной матери от систем социальной помощи государства, снижают мотивацию для создания собственной, стабильной семьи, тем самым начинают новый цикл воспроизводства внебрачного потомства. В результате пойманная в этот цикл девушка становится депрессивной, зависимой, потерявшей перспективу многодетной матерью. Цель деятельности клиники - оказать психологическую и моральную помощь юным беременным. Находясь в клинике, будущие матери проходят курс специальной подготовки, обучаются эффективным формам поведения, уходу за будущим ребенком и т. д.

Чрезвычайно распространенной и весьма эффективной формой помощи беременным из социально неблагополучных слоев общества является движение "поддерживающих семей". Деятельность этого организуемого религиозными общинами движения заключается в том, что благополучные (обычно многодетные, имущие) семьи берут под опеку и оказывают всестороннюю помощь одиноким, многодетным и молодым беременным - становятся на время не только источником дополнительных материальных средств, но и моральной поддержкой для кризисных и малоимущих семей [].

Изучая особенности оказания медико-социальной помощи беременным в нашей стране, остановимся на следующем.

На сегодняшний день в России отсутствуют государственные структуры, перед которыми стоит задача решения комплексных задач социально-психологической, медико-социальной и правовой помощи беременной женщине. В данных условиях общественные организации, чья деятельность направлена на защиту материнства и детства, все чаще выступают остро востребованными социальными институтами, которые оказывают реальную комплексную помощь матери и ребенку и плодотворно работают в направлении улучшения демографической ситуации, возрождения и укрепления семейных ценностей. Такие организации имеют возможность отрабатывать наиболее эффективные модели комплексной социально-психологической, медико-социальной, правовой и иной помощи матери и ребенку, распространяя полученный опыт работы среди заинтересованных организаций и государственных структур, уделяя приоритетное внимание тем регионам, которые охвачены депопуляцией (убылью населения).

Так в Москве и Московской области создан Центр защиты материнства и детства.

Задачи Центра:

-Продолжить разработку методик, способствующих повышению рождаемости, усовершенствовать консультационно-психологическую и социальную практику работы с беременными женщинами и их ближайшим окружением.

-Способствовать дальнейшему расширению данной деятельности в субъектах Российской Федерации с неблагоприятной демографической динамикой (с депопуляционными показателями рождаемости и широким распространением абортов); содействовать созданию общероссийской сети общественных организаций, действующих в направлении профилактики социально обусловленных абортов и охраны репродуктивного здоровья российских женщин.

-Обеспечить оказание социально-психологической и иной необходимой помощи в трудной жизненной ситуации, связанной с неожиданной беременностью, в качестве фактора профилактики социально опасных форм поведения в среде молодых женщин, включая суициды, виктимность (предрасположенность к положению жертвы насилия), правонарушения и тяжелые психологические состояния.

-Способствовать устранению или максимальному снижению рисков, связанных с репродуктивным здоровьем в среде женщин детородного возраста. Содействовать оказанию квалифицированной медицинской помощи, сохранению репродуктивного здоровья и детородного потенциала женщин посредством своевременной профилактики прерывания беременности и формирования ориентации на сохранение ребенка, его рождение и воспитание.

-Сформировать позитивные жизнеутверждающие психологические установки, нацеленные на преодоление кризисной ситуации; способствовать восприятию беременности и последующего рождения ребенка как фактора, укрепляющего семью, гармонизирующего отношения с супругом(потенциальным супругом) и первичной социальной микросредой.

Способы реализации поставленных задач:

-телефонное психологическое консультирование;

-очное психологическое консультирование;

-распространение информации о работе службы телефона доверия в СМИ, сети Интернет, районных управах и т.д.;

-ведение учета обращаемости и эффективности работы с беременными женщинами;

-социальное сопровождение подопечных Центра защиты материнства и детства;

-работа с окружением беременных женщин, оказавшихся в кризисной ситуации;

-проведение обучающего консультирования по вопросам ухода за ребенком;

-проведение благотворительных акций в пользу малообеспеченных беременных женщин;

-оказание материально-финансовой помощи подопечным Центра (с предварительной инспекцией условий проживания и материального положения);

-организация групп взаимопомощи и взаимоподдержки среди женщин, оказавшихся в кризисной ситуации;

-проведение встреч, тренингов, мастер-классов, семинаров и прочих необходимых мероприятий с представителями региональных инициативных групп и общественных организаций, проводящих данную деятельность, либо желающих ее начать: обмен положительным опытом, выработка совместной рабочей стратегии; стажировка представителей регионов в предполагаемом московском Центре, поездки с целью обмена опытом в регионы;

-проведение переговоров и специальных мероприятий с врачами женских консультаций и родильных домов;

-фандрайзинг (проведение работы по привлечению средств);

-популяризация идеи необходимости улучшения демографической ситуации и проведения деятельности по защите материнства в различных информационных источниках.

В настоящее время в различных регионах нашей страны создаются перинатальные центры, основными задачами которых являются:

-Повышение доступности специализированной высококвалифицированной помощи женщинам города и области.

-Оказание плановой и экстренной консультативно-диагностической, лечебной и реабилитационной помощи женщинам в любые сроки беременности, в родах, послеродовом периоде и новорожденным группы повышенного риска развития заболеваний.

-Предоставление полного спектра акушерской помощи по программе « Родовые сертификаты».

-Оказание помощи женщинам с заболеваниями репродуктивной системы на основе использования современных медицинских технологий.

-Координация и осуществление функциональных связей между учреждениями родовспоможения и детства по Кировской области.

-Организационно-методическая работа в районах области по подготовке и обучению кадров. Проведение мониторинга и анализа основных статистических показателей состояния здоровья женщин и детей, совершенствование основных направлений развития службы материнства и детства.

Среди основных направлений работы в перинатальных центрах с беременными женщинами выделяют:

- Оказание специализированной высококвалифицированной помощи беременным высокой группы перинатального риска, а также новорожденным (в том числе недоношенным и с экстремально низкой массой тела).

- Оказание консультативной помощи по планированию семьи.

- Оказание лечебно-диагностической помощи женщинам (супружеским парам) с нарушением репродуктивного здоровья, генетическое консультирование, пренатальная диагностика аномалий развития плода.

- Оказание помощи подросткам по сохранению репродуктивного здоровья.

- Перинатальный центр обеспечивает проведение системы реабилитационных мероприятий, а также медико-психологическую и социально-правовую помощь.

- Учебно-методическая работа, проводится совместно с кафедрой акушерства и гинекологии. На базе Перинатального центра обучаются и совершенствуются специалисты с высшим и средним медицинским образованием, проходят практику студенты медицинской академии и медицинского колледжа. Ведется активная научная работа.

- Совместно с кафедрой акушерства и гинекологии разрабатываются, апробируются и внедряются в деятельность ЛПУ области клинические алгоритмы диагностики и лечения акушерских и гинекологических заболеваний, а так же заболеваний новорожденных, с целью профилактики материнской и перинатальной смертности.

Программа работы с беременными женщинами включает курс занятий специалистов Центра социальной помощи семье и детям (с участием докторов: педиатра, акушера-гинеколога, семейного врача), детских поликлиник и женских консультаций по месту жительства, психологов, социальных педагогов, юристов в форме практических, индивидуальных и групповых занятий, видеолекториев.

Неблагоприятная ситуация в состоянии здоровья женщин фертильного возраста, в том числе беременных женщин, в последние годы отмечена специалистами отделов здравоохранения всех регионов нашей страны.

В настоящее время специалистами регионов отмечается налаживающееся межведомственное взаимодействие. Так, в Ленинградской области создано отделение помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, СПб ГУ «Центр социального обслуживания населения», деятельность которого направлена на профилактику отказов от детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, а также на содействие в решении социальных вопросов, оказание психологической поддержки беременным и женщинам с детьми до 3-х лет.

Дородовый патронаж семьи проводится врачом акушером-гинекологом или акушеркой с целью обследования санитарных и материально-бытовых условий, в которых живет беременная женщина, а в дальнейшем будет расти и развиваться ребенок. Во время патронажа проводятся беседы о том, что необходимо приобрести для ребенка, как правильно ухаживать за ним, что делать в различных ситуациях, беседы о правильном питании, режиме дня, как должны члены семьи вести себя после рождения ребенка, о роли мужа в создании благоприятной психологической обстановки в семье. Работа с беременными из группы высокого социального риска проводится совместно с социальным работником и психологом. Особое внимание уделяется беременным несовершеннолетним. Специалист по социальной работе оказывает помощь в социализации подростков, а именно: помощь в налаживании отношений с родителями, родственниками, учебными заведениями. При необходимости оказывает содействие в трудоустройстве, оформлении документов на оказание материальной финансовой помощи. Кроме того, социальный работник помогает при оформлении документов на получение мер социальной поддержки мамы с ребенком. Социальный работник активно взаимодействует с городским детским центром «Ювента», с городскими поликлиниками №№72, 51, 73, с отделом образования, социальными службами района, комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав, с отделением по делам несовершеннолетних УВД районов области.

Все женские консультации тесно взаимодействуют с учреждениями социального обслуживания, прокуратурой района в целях обеспечения контроля за несовершеннолетними, профилактики ранней половой жизни и ИППП. Сведения обо всех обратившихся за медицинской помощью несовершеннолетних беременных подаются, согласно законодательству, в органы правопорядка. При отказе родильницы от новорожденного акушерско-гинекологическая служба ГУЗ «Городская больница №33» сообщает о факте отказа в отделы опеки и попечительства муниципальных образований. В Курортном районе Санкт-Петербурга взаимодействие учреждений здравоохранения с органами правоохранительной системы и с социальными службами в целях предупреждения социально опасного положения беременных женщин и детей осуществляется по мере необходимости. В Московском районе в женской консультации беременные женщины могут получить юридическую помощь.

В Новосибирской области на сегодняшний день налажено взаимодействие между женскими консультациями, взрослыми и детскими поликлиниками. К беременным женщинам, вставшим своевременно на учет в женских консультациях, дважды в течение беременности выполняется патронаж участковой сестрой или врачом-педиатром ДПО. Во время патронажей выясняются бытовые условия проживания беременных, состояние их здоровья, даются советы по организации рационального питания, необходимого режима дня, по подготовке к родам и встрече новорожденного в семье. В Молодежно-консультативном центре г.Новосибирска ведется активная работа с подростками как с будущими родителями и санитарно-просветительная работа с девушками подросткового возраста по ведению здорового образа жизни, по профилактике ЗППП, предупреждению нежелательной беременности. Врачами Центра и медицинскими работниками школ было проведено 34 занятия с участием 377 девушек в рамках российской программы «Вместе против рака груди».

С 2007 году во многих женских консультациях открыта Школа Материнства, где рассматриваются вопросы подготовки беременной к родам, организации ухода за новорожденным, профилактики заболеваний, борьба за грудное вскармливание. В Школе Материнства будущие матери получают квалифицированные консультации юристов, социальных работников по вопросам социальных выплат. В каждом конкретном случае имеется взаимодействие с другими субъектами профилактики (взрослая, детская поликлиника, органами управления социальной защиты населения, органами опеки и попечительства, управлением внутренних дел), что способствовало предупреждению социально опасного положения беременных женщин и их детей.

**Молодая семья** – одно из приоритетных направлений семейной политики города Кемерово. С целью привлечения внимания к проблемам молодой семьи, беременной женщине, оказания ей комплексной помощи в реализации основных функций, ориентации ее на семейное благополучие в городе с 2003 года реализуется План совместных действий служб города по работе с молодыми семьями и женщинами, ожидающими ребенка.

**2.2.Опыт работы в сфере медико-социальной помощи беременным женщинам в специализированных учреждениях (на примере фельдшерско-акушерского пункта с. Угдан)**

Основной задачей акушерско-гинекологической помощи в сельской местности является приближение врачебной помощи к жительницам села, преемственность в работе отдельных ее звеньев, совершенствование форм, методов профилактической работы, динамического наблюдения и медико-социальной помощи.

Амбулаторно-поликлиническую акушерско-гинекологическую помощь на селе оказывают женские консультации районных, центральных районных больниц, в акушерско-гинекологических кабинетах сельских врачебных амбулаторий, ФАПах. Консультативная, в основном специализированная, помощь обеспечивается акушерско-гинекологическими отделениями республиканских, областных больниц, перинатальных центров, в том числе на базах профильных кафедр образовательных медицинских учреждений и НИИ.

В оказании амбулаторно-поликлинической акушерско-гинекологической помощи ведущую роль играет женская консультация и фельдшерско-акушерский пункт.

Учитывая особое значение женских консультаций в профилактике осложнений беременности, родов, послеродового периода, охране репродуктивного здоровья женщин, в целях развития и дальнейшего совершенствования организации акушерско-гинекологической помощи, эти учреждения внесены в номенклатуру учреждений здравоохранения, утвержденную в установленном порядке.

ФАП с. Угдан осуществляет амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь в соответствии с действующим положением об организации деятельности женской консультации фельдшерско-акушерского пункта, утвержденным приказом Минздрава России от 30.12.1999 г. N 462 "О совершенствовании организации медицинской помощи беременным женщинам и гинекологическим больным" (в гос. регистрации не нуждается; письмо Минюста России от 09.02.2000 N 820-ЭР).

Территория деятельности женской консультации и ФАП устанавливается соответствующим органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

Режим работы ФАП с. Угдан организуется с учетом обеспечения максимальной доступности амбулаторной акушерско-гинекологической помощи женскому населению. Время работы установлено с 8 до 20 часов; в субботу, предпраздничные и праздничные дни - с 8 до 18 часов.

Основной задачей фельдшерско-акушерского пункта с. Угдан является оказание первичной медико-санитарной помощи населению.

Функциями фельдшерско-акушерского пункта являются:

- Оказание первичной медико-санитарной и неотложной медицинской помощи населению;

- Наблюдение за детьми и беременными женщинами;

- Проведение мероприятий по профилактике и раннему выявлению социально- значимых и социально-опасных видов заболеваний;

- Проведение мероприятий по иммунопрофилактике;

- Проведение совместно с кабинетами укрепления здоровья Центров семейной медицины санитарно-просветительной работы среди населения по формированию ЗОЖ;

- Проведение совместно с представителями службы санитарно-эпидемического надзора противоэпидемических мероприятий;

- Взаимодействие с сельскими комитетами здоровья и общественными организациями в решении вопросов охраны здоровья населения.

Особенностью организации акушерско-гинекологической помощи женщинам в сельской местности является этапность ее оказания, позволяющая предоставлять различный объем и уровень медицинского обследования и лечения в зависимости от мощности и оснащения акушерско-гинекологических учреждений, квалификации врачей, наличия анестезиолого-реанимационной службы. В ряде случаев эту помощь оказывает средний медперсонал.

На I этапе амбулаторная акушерско-гинекологическая помощь жительницам села оказывается акушерками ФАПов и участковых больниц, врачами общей практики.

Эта работа в основном носит профилактический характер в целях предупреждения осложнений беременности и возникновения гинекологических заболеваний.

Здоровые женщины с неосложненным течением беременности могут постоянно находиться под динамическим наблюдением акушерок, посещая врача акушера-гинеколога женской консультации ЦРБ, районной больницы или выездной врачебной бригады 6-8 раз за время беременности. Объем медицинского обследования на I этапе соответствует требованиям, предъявляемым к ФАПам и участковым больницам.

На II этапе амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается женскими консультациями районных, центральных районных больниц, территориальных медицинских объединений государственного и муниципального подчинения. На этом этапе обеспечивается углубленное обследование состояния здоровья беременной, при необходимости проводятся консультации другими специалистами, после чего составляется индивидуальный план наблюдения за беременными для медицинского персонала первого этапа; за беременными группы риска устанавливается динамическое наблюдение, в необходимых случаях решается вопрос о целесообразности дальнейшего сохранения беременности.

Беременные и гинекологические больные, нуждающиеся в специальном обследовании и лечении, направляются на III и IV этапы в женские консультации, поликлиники и стационары города.

Сельскому населению отдаленных и труднодоступных районов врачебная акушерско-гинекологическая помощь оказывается также выездными бригадами, в состав которых входят врач акушер-гинеколог, педиатр, терапевт, зубной врач, лаборант, акушерка, детская медицинская сестра.

Работу врача акушера-гинеколога выездной бригады координирует районный врач акушер-гинеколог. График выезда бригады медицинских работников доводится до сведения главных врачей участковых больниц, заведующих фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами. Фельдшер и акушерка имеют список женщин участка, подлежащих профилактическим и периодическим осмотрам.

Врач акушер-гинеколог, входящий в состав выездной бригады:

- проводит профилактический осмотр женщин, их лабораторное обследование;

- обследует беременных и гинекологических больных;

- обучает женщин методам и средствам контрацепции;

- оказывает при необходимости экстренную медицинскую помощь при акушерско-гинекологической патологии;

- проводит беседы или лекции для населения.

Свою деятельность врач акушер-гинеколог выездной бригады фиксирует в документации того учреждения, на базе которого он работает. При повторном выезде врач акушер-гинеколог проверяет выполнение акушеркой ФАП назначений и рекомендаций.

Справки о необходимости перевода на более легкую работу или о предоставлении отпуска по беременности и родам, листки нетрудоспособности в связи с выявленной патологией выдаются женщинам врачами акушерами-гинекологами или акушерками, наблюдающими за ними.

Следует предусмотреть возможность самозаписи на прием к врачу или посещения врача с талоном на руках. Запись к специалистам и для обследования может быть предварительной. В соответствии с этими записями акушерка готовит к приему необходимую документацию. Женщине предоставляется право выбора врача по ее желанию. В целях оптимизации преемственности рекомендуется наблюдение женщины во время беременности и после родов одним и тем же врачом.

Помощь на дому беременным, родильницам и гинекологическим больным оказывает лечащий или дежурный врач ФАП. Помощь на дому осуществляется в день вызова. После посещения женщины врач вносит соответствующую запись в первичную медицинскую документацию. Лечебные и диагностические манипуляции на дому выполняются средним медицинским персоналом (по назначению врача).

Во время приема больных основную помощь врачу оказывает акушерка, которая готовит инструменты, медицинскую документацию, осуществляет взвешивание беременных, измерение артериального давления, оформляет выдачу направлений на анализы и консультации, проведение лечебных процедур, патронаж на дому.

Социальный работник участвует в работе по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи. Основной его задачей является работа с подростками, молодежью и женщинами социальной группы риска по предупреждению непланируемой беременности, инфекций, передаваемых половым путем.

При первом обращении женщины в консультацию по поводу беременности врач ознакомится с общим и акушерско-гинекологическим анамнезом, обратив особое внимание на семейный анамнез, перенесенные в детстве и зрелом возрасте соматические и гинекологические заболевания, особенности менструального цикла и репродуктивной функции.

При ознакомлении с семейным анамнезом следует выяснить наличие у родственников сахарного диабета, гипертонической болезни, туберкулеза, психических, онкологических заболеваний, многоплодной беременности, наличие в семье детей с врожденными и наследственными заболеваниями.

Необходимо получить сведения о перенесенных женщиной заболеваниях, особенно краснухе, токсоплазмозе, генитальном герпесе, цитомегаловирусной инфекции, хроническом тонзиллите, болезнях почек, легких, печени, сердечно-сосудистой, эндокринной, онкологической патологии, повышенной кровоточивости, операциях, переливании крови, аллергических реакциях, а также об употреблении табака, алкоголя, наркотических или токсических средств.

Особого наблюдения требуют курящие беременные, употребляющие алкоголь или наркотические средства. В целях убеждения в необходимости полного отказа от курения в течение всей беременности и кормления грудью с курящими женщинами проводится разъяснительная работа. При выявлении употребления алкоголя или наркотических средств беременную следует убедить обратиться к врачу психиатру-наркологу по месту жительства в интересах сохранения здоровья своего и будущего ребенка. Дальнейшее наблюдение за течением беременности, а также после родов осуществляется врачом акушером-гинекологом с выполнением рекомендаций врача психиатра-нарколога.

Все беременные группы риска осматриваются главным врачом (заведующим) ФАП, а по показаниям направляются на консультацию к соответствующим специалистам для решения вопроса о возможности пролонгирования беременности.

"Индивидуальные карты беременной и родильницы" хранятся в кабинете врача акушера-гинеколога в картотеке по датам очередного посещения.

В картотеке выделены также карты родивших; женщин, подлежащих патронажу, и беременных, госпитализированных в стационар.

Для патронажа отбираются карты женщин, не явившихся в назначенный срок. Патронаж на дому производится акушеркой по назначению врача.

При наличии вредных и опасных условий труда беременным с момента первой явки выдается "Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу" с сохранением среднего заработка по прежней работе.

При решении вопроса о трудоустройстве беременных женщин следует пользоваться гигиеническими рекомендациями к рациональному трудоустройству беременных женщин.

Врач женской консультации выдает на руки беременной в сроки 22-23 недели "Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы".

Листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается врачом акушером-гинекологом, а при его отсутствии - врачом, ведущим общий прием. Выдача листка нетрудоспособности производится с 30 недель беременности единовременно продолжительностью 140 календарных дней (70 календарных дней до родов и 70 календарных дней после родов).

При оформлении отпуска по беременности и родам женщинам разъясняется необходимость регулярного посещения консультации и предоставляется подробная информация по уходу за будущим ребенком. Во время беременности женщин следует ознакомить с преимуществом грудного вскармливания и методами контрацепции, рекомендуемыми после родов.

Подготовка к родам и материнству проводится как индивидуально, так и в группах.

Наиболее перспективной и эффективной формой занятий является семейная подготовка к рождению ребенка, направленная на привлечение членов семьи к активному участию в дородовой подготовке.

Подготовка беременной и ее семьи к рождению ребенка осуществляется в соответствии с современными требованиями.

Метод физиопсихопрофилактической подготовки беременных и их семей к рождению ребенка может применяться всеми беременными, особенно группы высокого риска. Противопоказаний к использованию данного метода нет.

Наряду с семейной формой подготовки к деторождению рекомендуется использование традиционных методов по психофизической подготовке беременных к родам, а также обучение их правилам личной гигиены, подготовки к будущим родам и уходу за ребенком в "Школах материнства", организуемых в женских консультациях. При этом используются демонстрационные материалы, наглядные пособия, технические средства и предметы ухода за ребенком.

Непосредственными помощниками врачей при проведении занятий в "Школе материнства" являются акушерки и медицинские сестры, получившие специальную подготовку.

Программа занятий с беременными в "Школе материнства" включает в себя такие темы как: «Первые признаки беременности», «Алкоголь, курение, прием наркотических и токсических веществ родителями как вредный фактор риска патологии плода», «Роль семьи в психологической и физической поддержке женщины во время беременности, родов и после рождения ребенка» и многое другое.

Также при фельдшерско-акушерском пункте существует специализированный кабинет (прием) по планированию семьи, который оснащен аудио- и видеотехникой, с демонстрацией средств контрацепции, наглядными пособиями, печатными информационными материалами для населения по вопросам планирования семьи и профилактики абортов.

В настоящее время фельдшерско-акушерским пунктом с. Угдан оказываются следующие виды работ:

-проводится пропаганда медицинских знаний, здорового образа жизни, рационального питания, гигиеническое обучение и воспитание различных групп населения;

- осуществляется взаимодействие с комитетами здоровья и проводить занятия по оказанию самопомощи и взаимопомощи, обучать родственников тяжелобольных основам ухода, оказанию первой медицинской помощи;

- даются рекомендации по вопросам вскармливания, воспитания, закаливания, подготовки детей к детским дошкольным учреждениям, школе;

- осуществляется консультирование по вопросам планирования семьи;

- ведется наблюдение за беременными и родильницами;

- совместно с представителями службы санитарно-эпидемического надзора организуются и проводятся противоэпидемические мероприятий в очаге инфекции, иммунопрофилактика;

- проводится работу по выявлению ранних и скрытых форм заболеваний и факторов риска, оказывается содействие в снижении их влияний на пациента;

- проводится учет граждан, нуждающихся в медико-социальной помощи, оказать консультативную помощь по медико-социальным аспектам жизни семьи, планированию семьи.

**Работа** с молодой семьей начинается **до рождения ребенка в семье.**  
Все детские поликлиники принимают участие в работе акушерско - терапевтическо - педиатрического комплекса: выполняются дородовые патронажи, осуществляется наблюдение девочек - подростков, беременных женщин, молодых мам.

Первым этапом работы является связь **детской поликлиники с женскими консультациями.** Работа с врачами женских консультаций, как и со всеми другими структурами, должна быть взаимной. Это своевременная передача беременной женщины на патронаж в детскую поликлинику и передача данных на выявленную беременную женщину в женскую консультацию (активное выявление на участке медицинскими работниками, информация от соседей, выявление на профилактических осмотрах в школах и т.д.).

При получении информации о беременной женщине участковая медицинская сестра и участковый педиатр проводят **дородовый патронаж.** Цель патронажа – познакомиться с семьей, собрать анамнез и пригласить в школу будущих родителей, которая проводится в поликлинике еженедельно.   
Следующий этап - работа **с родильными домами.**

На базе ЛПУ работают: “**Школа сознательного материнства (отцовства), “Школа планирования семьи», школы «Молодых родителей», «Здорового ребенка» и др.**

Школа будущих родителей проводится в **кабинете по воспитанию здорового ребенка.** Проводит занятия врач-неонатолог и медицинская сестра кабинета. Врач-неонатолог обучает теоретическим знаниям, а медицинская сестра обучает будущих родителей практическим навыкам (пеленать, купать и т.д.).

Вот уже не первый год в городе реализуется **медико-социальный проект** поддержки студенческих семей **«Нет, будущего без детей»** особенностью которого является **взаимодействие лечебного учреждения – студенческой поликлиники с общественной организацией – благотворительным фондом «Будущее Кузбасса» и Кемеровской Епархии.**

На уровне поликлиники решение вопроса сохранения семьи, материнства среди учащейся молодежи идет по двум направлениям:

- Профилактика нежеланной беременности.

Немаловажное значение имеет неинформированность молодежи о формах и методах современной контрацепции. Основное внимание здесь уделяется пропаганде здорового образа жизни. С этой целью в образовательных учреждениях проводятся лекции, видеолектории, круглые столы, групповые и индивидуальные беседы. Помимо информационного материала, этот вопрос решается обеспечением молодых женщин средствами контрацепции бесплатно.

- Второе направление - формирование мотивации к материнству в период беременности.

С этой целью для женщин работает «Школа молодых матерей». Наряду с теоретическими аспектами материнства идет духовная подготовка будущей мамы представителями православного духовенства.  
Большую материальную поддержку беременным женщинам из числа малообеспеченных и сирот оказывает **благотворительный фонд «Будущее Кузбасса».** Каждая женщина при рождении ребенка получает коляску, детскую кроватку, комплект новорожденного. Ежемесячно семьям, находящимся под патронатом Фонда, выделяется **2 500 - 3000** руб. на приобретение средств по уходу и одежды для ребенка. За 3 года под патронаж фонда взяты и находятся 47 детей и 10 беременных женщин. Помощь женщина получает до окончания учебного заведения.   
**Помощь молодым семьям, ожидающим ребенка,** оказывается посредством привлечения будущих мам в социальные клубы.  
На базе Центра социальной помощи семье и детям с 2001 года функционирует социально-ориентированный клуб – «Школа молодой семьи» для женщин, молодых пар, ожидающих рождения ребенка. Данная форма работы также обусловлена совместными формами работы медицинских учреждений и учреждений социальной защиты населения города.  
Деятельность клуба направлена на ориентацию молодых семей и беременных женщин на позитивное материнство и ответственное родительство. Занятия в клубе проводят специалисты различного профиля: психологи, врачи, юрист, социальные педагоги, специалисты по социальной работе.

**2.3.Разработка рекомендаций**

Общесоциальной, образовательной проблемой государства по отношению к населению является то, что в стране наблюдается крайне низки уровень правового сознания и образования граждан. В рамках нашей работы - отсутствие должного правового сознания у большинства матерей, беременных женщины, которые не знакомы со своими правами, вытекающих из трудового законодательства и конституции. Работодатель не склонен посвящать женщину в ее права, поэтому возникают ситуации, когда человек просто не знает как себя защитить и смиряется с незаконным увольнением, непредоставлением отпуска, ненадлежащими условиями труда и т.п.

Данную проблему можно решить следующим образом: во-первых, необходимо повышать грамотность населения путем повышении значения такого образования в рамках школы, вуза, тем более, что большое количество девушек сталкиваются с ситуацией беременности сразу после школы, вуза; во-вторых, поскольку донести знания до абсолютного большинства граждан попросту невозможно, необходимо чтобы функционировали специальные органы, следящие за соблюдением прав данной группы работников.

Изучая проблему положения беременных женщин на современном этапе важно выдвинуть следующие предложения и рекомендации:

При разработке текущих и долговременных мер государственной политики в отношении беременных женщин необходимо совершенствовать законодательную базу на федеральном, региональном и муниципальном уровнях с учетом реформирования отраслей социальной медико-социальной сферы;

В области социально-экономической поддержки:

* продолжить деятельность, направленную на увеличение благосостояния женщин, организацию нормальных условий и оплаты труда при дополняющей роли социальных пособий, льгот;
* обеспечить реализацию демографических целей в семейной политике через увеличение размеров детских пособий на страховой основе.

В области труда и занятости:

* усилить государственный контроль за соблюдением законодательства РФ в правовой защите интересов беременных женщин;
* использовать экономические стимулы и льготы, повышающие заинтересованность работодателей в приеме на работу беременных женщин, в том числе на условиях неполного рабочего времени, по гибкому графику и т.д.

В области охраны здоровья беременной женщины:

* считать защиту материнства приоритетным направлением развития медицинской помощи населению РФ;
* обеспечить доступность для всех женщин медицинской помощи на основе сочетания бесплатной медицинской помощи и платного медицинского обслуживания;
* с целью повышения доступности медицинской помощи женщинам в период беременности развивать выездные формы обслуживания жителей удаленных и малонаселенных сельских местностей;
* проводить профилактику инвалидности, развития медико-социальной помощи населению, совершенствования и внедрения перинатальных технологий;
* улучшать медико-социальную помощь беременным женщинам, включая квалифицированное восстановительное лечение в случае болезни, разработку и внедрение программ, направленных на улучшение качества жизни беременных женщин;
* осуществлять медико-социальное просвещение населения по вопросам здорового образа жизни, безопасного материнства, профилактики заболеваний;
* развивать систему охраны продуктивного здоровья семьи;
* в целях улучшения репродуктивного здоровья развивать программы по применению новых диагностических и репродуктивных технологий.

В области развития социального обслуживания беременных женщин:

* способствовать развитию сети государственных и негосударственных учреждений, оказывающих помощь беременным женщинам;
* развивать деятельность в области профилактики нежелательной беременности, отказа от детей.
* Развивать систему учреждений социальной поддержки беременных;
* расширять сеть учреждений для временного проживания беременных женщин в случае кризисной ситуации;
* осуществлять межведомственное взаимодействие при оказании услуг органов социальной защиты, медицинских, правовых, досуговых, общественных и других организаций обеспечивающих оказание медико-социальной помощи беременным женщинам.

Таким образом, подводя итоги в данной части работы выделим следующее.

Решение проблем беременности должно включать целый комплекс мероприятий, осуществляемых на разных уровнях государства и общества. К мерам, направленным на оказание медико-социальной помощи беременным, проводимым в масштабах, касающихся существенных частей всего общества, относится вся социальная политика государства.

Важными мероприятиями в масштабах государства являются разработка и реализация программ медицинской и социальной защиты беременных женщин, законопроектная деятельность в области охраны здоровья будущих матерей.

Основными направлениями в области оказания медико-социальной помощи на уровне медицинских и медико-социальных учреждений для беременных являются:

- Оказание специализированной высококвалифицированной помощи беременным высокой группы перинатального риска, а также новорожденным (в том числе недоношенным и с экстремально низкой массой тела).

- Оказание консультативной помощи по планированию семьи.

-Оказание лечебно-диагностической помощи женщинам (супружеским парам) с нарушением репродуктивного здоровья, генетическое консультирование, пренатальная диагностика аномалий развития плода;

- Оказание плановой и экстренной консультативно-диагностической, лечебной и реабилитационной помощи женщинам в любые сроки беременности, в родах, послеродовом периоде и новорожденным группы повышенного риска развития заболеваний.

- Оказание социально-психологической и иной необходимой помощи в трудной жизненной ситуации, связанной с беременностью женщины.

# **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Из года в год ухудшается здоровье беременных женщин, в том числе отмечаются стабильно высокие показатели экстрагенитальной патологии у беременных женщин. Среди беременных женщин зарегистрировано 85215 заболеваний, т.е. на одну беременную приходится более двух заболеваний. В 2007 году общее число больных беременных женщин составило 33 779 чел. (84%), практически здоровых – 16%. Показатель заболеваемости в 2007 году составил 213,1 на 100 беременных, что несколько ниже показателя 2006 года (217,0) В структуре заболеваний по-прежнему ведущими являются заболевания мочеполовой системы, анемия, болезни системы кровообращения, показатель некоторых из них (анемия и сахарный диабет) увеличился в сравнении с 2006 годом.

Беременные женщины – это те категория населения любой страны, которые нуждаются в особой поддержке и заботе со стороны государства, т.к. от них напрямую зависит будущее страны, ее демографический статус, количество работоспособного человеческого ресурса – и в целом экономическое, социальное и культурное процветание государства. Тем более в настоящее время, когда с каждым годом население России снижается, и, и если не принимать решительных мер, то по прогнозам исследователей к 2050 году население России составит приблизительно 101 миллион человек – сегодня же эта цифра составляет около 143 миллионов. В последнее десятилетие сократилось количество браков, резко снизилась рождаемость. Вырос коэффициент смертности у женщин репродуктивного возраста, по-прежнему велика младенческая и материнская смертность. Существующая система медико-социальной помощи семьям малоэффективна, в том числе и потому, что она ориентирована в основном на женщину-мать, а не на обоих родителей, то есть на семью в целом - семья же должна быть защищаема как единое целое.

Трудовое законодательство в теории достаточно четко и полно защищает права женщин и детей. Практике применения норм Трудового кодекса 2001 года еще только предстоит сложиться, с учетом норм международного права, которые должны неукоснительно соблюдаться.

Итак, в ходе проведенного исследования нами были получены следующие выводы:

Охрана здоровья беременных женщин – это созданные государством условия, направленные на обеспечение необходимых условий для вынашивания и рождения полноценно здоровых детей. Сюда входят как соответствующие законодательные акты, так и действенные механизмы их реализации, а также гарантии по осуществлению и защите прав матери и ребенка в различных сферах жизнедеятельности.

Трудовой кодекс РФ 2001г. закрепляет и защищает трудовые права беременных женщин, матерей с детьми и несовершеннолетних работников, гарантируя им защиту в случае нарушения их конституционного права на труд. Специальные и особые нормы, регулирующие трудовые отношения данных категорий работников явились знаком того, что государство особенно заботится о судьбе будущих поколений граждан. Несмотря на то, что судебной практики по защите трудовых прав указанных групп населения не так много, можно смело сказать, что при должном юридическом просвещении работников, и беременные женщины, и матери, и несовершеннолетние смогут отстаивать свои права перед работодателем.

Нормы иных отраслей права (уголовного, административного, права социального обеспечения и др.) также максимально поддерживают и защищают интересы рассматриваемых групп.

В данной работе мы подробной рассмотрели проблему оказания медико-социальной помощи беременным женщинам как на государственном и региональном уровнях так и на уровне отдельных учреждений, призванных оказывать медицинскую, социальную, психологическую поддержку женщинам, ожидающим ребенка.

В заключении работы подобраны некоторые рекомендации по усовершенствованию медико-социальной помощи данной категории населения.

В работе мы опирались на исследования Афанасьевой Т.М., Лебедевой Л.Ф., Панова А.М., Стрельниковой Н.Н., Холостовой Е.И. и др.

Также использованы законодательные акты, распоряжения Министра здравоохрания, Концепции государственных проектов по охране материнства и детства в Российской Федерации.

# **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

Нормативные акты

1. Всеобщая декларация прав человека (принята на третьей сессии Генеральной Ассамблеи ООН резолюцией 217 А (III) от 10 декабря 1948 г.) // Российская газета. - 10 декабря 1998г.
2. Конвенция Международной Организации Труда № 103 об охране материнства (пересмотренная в 1952 году) (Женева, 28 июня 1952 г.) // Конвенции и рекомендации, принятые Международной Конференцией труда. 1919 - 1956. Т. I». Женева, Международное бюро труда, 1991.
3. Конвенция Международной Организации Труда № 138 о минимальном возрасте для приема на работу (Женева, 26 июня 1973 г.)
4. Конвенция Международной Организации Труда № 182 о запрещении и немедленных мерах по искоренению наихудших форм детского труда (Женева, 17 июня 1999 г.)
5. Конвенция Международной Организации Труда № 29 о принудительном или обязательном труде (Женева, 10 июня 1930 г.)
6. Конвенция Международной Организации Труда № 3 об охране материнства (1919 г.) // Конвенции и рекомендации, принятые Международной Конференцией труда. 1919 - 1956. Т. I». Женева, Международное бюро труда, 1991.
7. Международный пакт о гражданских и политических правах (Нью-Йорк, 19 декабря 1966 г.) // Библиотечка Российской газеты. - №№22-23. - 1999г.
8. Рекомендация Международной Организации Труда от 15 июня 2000 г. № 191 о пересмотре рекомендации 1952 года об охране материнства
9. Рекомендация Международной Организации Труда от 28 июня 1952 г.№ 95 об охране материнства // Конвенции и рекомендации, принятые Международной Конференцией труда. 1919 - 1956. - Т. I». Женева, Международное бюро труда, 1991.
10. Хартия социальных прав и гарантий граждан независимых государств (утв. Межпарламентской Ассамблеей государств-участников Содружества Независимых Государств 29 октября 1994 г.) // Российская газета. - №22 – 23. - 1999г.
11. Конституция Российской Федерации от 12 декабря 1993 года // Российская газета. – 25 декабря 1993 года.
12. Семейный кодекс Российской Федерации от 29 декабря 1995 г. № 223-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. - 1 января 1996г. - №1. - Ст. 16.
13. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30 декабря 2001 г. № 197-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. - 7 января 2002г. - №1. - Ст.3.
14. Уголовный кодекс РФ от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации - 17 июня 1996 г. - № 25 - Ст. 2954.
15. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 г. № 195-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации - 7 января 2002 г. - № 1 (часть I) ст. 1
16. Федеральный закон от 17 июля 1999 г. № 181-ФЗ «Об основах охраны труда в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации - 19 июля 1999 г., - № 29, - Ст. 3702.
17. Федеральный закон от 19 мая 1995 г. № 81-ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей» // Собрание законодательства Российской Федерации. - 22 мая 1995г. - №21. - Ст.1929.
18. Федеральный закон от 29 декабря 2004 г. № 202-ФЗ «О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на 2005 год» // Собрание законодательства Российской Федерации. - 3 января 2005г. - №1 (часть I). - Ст. 28.
19. Федеральный законом от 19 июня 2000 г. №82-ФЗ «О минимальном размере оплаты труда» // Собрание законодательства Российской Федерации - 26 июня 2000 г., - № 26, - Ст. 2729.
20. Закон РФ от 15 мая 1991 г. № 1244-1 «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС» // Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации - 23 мая 1991 г., - № 21, - Ст. 699.
21. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487-I // Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации. - 19 августа 1993г. - №33. - Ст.1318.
22. Положение о порядке обеспечения пособиями по государственному социальному страхованию (утв. постановлением Президиума ВЦСПС от 12 ноября 1984 г. №13-6) (в ред. на 15 апреля 1992 г.) // Социальная защита. – 1995. - №4.
23. Постановление Правительства РФ от 19 сентября 1997 г. № 1207 «О федеральных целевых программах по улучшению положения детей в Российской Федерации на 1998-2000 годы» // Собрание законодательства Российской Федерации - 13 октября 1997 г., №41 - Ст. 4705.
24. Постановление Правительства РФ от 25 февраля 2000 г. №162 «Об утверждении перечня тяжелых работ и работ с вредными или опасными условиями труда, при выполнении которых запрещается применение труда женщин» // Собрание законодательства Российской Федерации. - 6 марта 2000г. - №10. - Ст.1130.
25. Постановление Правительства РФ от 25 февраля 2000 г. №163 «Об утверждении перечня тяжелых работ и работ с вредными или опасными условиями труда, при выполнении которых запрещается применение труда лиц моложе восемнадцати лет» // Собрание законодательства Российской Федерации. - 6 марта 2000г. - №10. - Ст.1131.
26. Постановление Правительства РФ от 3 октября 2002 г. № 732 «О федеральной целевой программе «Дети России» на 2003 - 2006 годы» // Собрание законодательства Российской Федерации. - 14 октября 2002г. - №41.
27. Постановление Правительства РФ от 4 сентября 1995 г. №883 «Об утверждении Положения о порядке назначения и выплаты государственных пособий гражданам, имеющим детей» // Собрание законодательства Российской Федерации. - 11 сентября 1995г. - №37. - Ст. 3628.
28. Постановление Правительства РФ от 6 февраля 1993 г. №105 «О новых нормах предельно допустимых нагрузок для женщин при подъеме и перемещении тяжестей вручную» // Собрание актов Президента и Правительства Российской федерации. - 15 февраля 1993г. - №7. - Ст. 566.
29. Постановление Минтруда РФ от 7 апреля 1999 г. №7 «Об утверждении Норм предельно допустимых нагрузок для лиц моложе восемнадцати лет при подъеме и перемещении тяжестей вручную» // Бюллетень Министерства труда и социального развития Российской Федерации. - 1999г. - №7.
30. Постановление КМ РТ от 14 ноября 2003 г. № 585 «Об утверждении Концепции государственной социальной поддержки семьи и детей в Республике Татарстан» // Сборник постановлений и распоряжений КМ РТ и нормативных актов республиканских органов исполнительной власти. - №23. - 2003г.
31. Постановление КМ РТ от 3 сентября 2001 г. № 603 «О дополнительных мерах по обеспечению безопасного материнств»
32. Кодекс законов о труде РСФСР 1922 г. (с изд. и доп. на 10 августа 1929 г.) – Изд-во «Вопросы труда». – М., 1929 г.

Специальная литература:

1.Авакьян С.А. Конституция России: природа, эволюция, современность: 2-е изд. - М.: РЮИД, «Сашко», 2000. – СПС «Гарант».

2.Гражданское право. Том 3. Учебник. / Под ред. А.П. Сергеева, Ю.К. Толстого. – М.: Проспект. – 2001.

3.Гуев А.Н. Постатейный комментарий к Трудовому кодексу Российской Федерации . - М.: Дело, 2003.

4.Дювернуа Н.Л. Чтения по гражданскому праву. - С.-Петербург, Типография М.М. Стасюлевича, 1902 г.

Е5.листратов А.И. Административное право. - Москва, Типография И.Д. Сытина, 1911 г.

6.Комментарий к Кодексу Российской Федерации об административных правонарушениях / Под ред. Ю.М.Козлова. - М.: Юристъ, 2002.

7.Комментарий к Семейному кодексу Российской Федерации / Отв. ред. Кузнецова И. М. - М., 2000г.

8.Комментарий к Трудовому кодексу Российской Федерации (под ред. К.Н.Гусова) - М.: ООО «ТК Велби», ООО «Издательство Проспект», 2003. – с.291.

9.Королев Ю.А. Комментарий к Семейному кодексу Российской Федерации - М.: Юридический Дом Юстицинформ, 2003.

10.Кузнецова И.М. Семейное прав. Учебник. – М. Юрист. – 1998.

11. «Личность – семья – общество: социальные проблемы, тенденции, прогнозы»//Материалы международной научно-практической конференции 1993 г. М.: 1994 г. – 48 с.

12. Мамонов В.В. Обеспечение демографической безопасности - приоритетная задача Российского государства // Журнал российского права - № 6 - 2002 г.

13.Михеева Л.Ю.. Опека и попечительство: Теория и практика / под ред. д.ю.н., профессора Р.П. Мананковой. - Волтерс Клувер, - 2004 г. – СПС «Гарант».

14.Научно-практический комментарий к Конституции Российской Федерации / Отв. ред. В.В.Лазарев - СПС «Гарант» - 2003 г.

15.О положении семей в РФ//Юридическая литература. 1994 – 64 с.

16. Основы социальной работы. Павленок П.Д. М.: Инфра, 1999 – 368 с.

17. Отчет по диспансеризации за 2000 г. Иглинской женской консультации.

18. Отчет ЦРБ «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам за 2000 г.».

20. Отчет Министерству «Сведения о состоянии детской инвалидности в возрасте до 18 лет» на 01.01.2001 г. по Иглинскому району.

21. Развитие системы социального обслуживания населения. Стрельникова Н.Н.//Семья в России. № 2, 1996 г. – 127 с.

22. Роль семьи в процессе развития. Сокальский Х.Д., М.: 1994 – 28 с.

23. Семья. Афанасьева Т.М., М.: Просвещение,1988 г. – 284 с.

24. Семья в Российской Федерации//Статистический сборник материалов. М.: 1994 – 25 с.

25. Семья в процессе развития. М.: 1993 г. – 192 с.

37. Семья в России//Научный общественно-политический журнал. № 2,

1994 г., № 2, 1996 г.

26. Семья и социальная работа. Холостова Е.И. Материалы международной научно-практической конференции «Семья в процессе развития»., М.: 1994 г. – 8 с.

27. Социальная помощь семье и детям//Под редакцией Иващенко Г.В., М.:

1994 – 149 с.

28. Социальная защита. Журнал № 1, 2001 г.

29. Словарь-справочник по социальной работе//Под редакцией Холостовой Е.И., М.: Юристъ, 1997

30. Социальное обслуживание населения, семьи и детей//Роль в современном российском обществ, проблемы и перспективы//Материалы международной научно-практической конференции «Семья в процессе развития». М.: 1994 – 8 с.

31. Стрельникова Н.И. Развитие системы социального обслуживания населения//Семья в России//№ 2 1996 – 127 с.

32. Социальная работа за рубежом//Состояние, тенденции, перспективы//Козлов А.А., М.: Флинта, 1998 – 218 с.

33. Семья как объект деятельности социального работника//Материалы международной научно-практической конференции «Семья в процессе развития».

М.: 1994 г. – 154 с.

34. Лебедева Л.Ф. «Проблемы формирования семейно-ориентированных программ//Семья в России № 2, 1996 г. – 113 с.

35. Личность, семья, общество, взаимодействие в современных условиях//Семья в России//Архангельский В.И., Кумачева О.В. № 2, 1996, 64 с.

36. Теория и методика социальной работы//Под редакцией Зайнышева

И.Г., М.: ГАСБУ, 1995, с.320

37. Теория и практика социальной работы//Методические материалы//Ответственные редакторы Панов А.М., Холостова Е.И., М.: ИСР,

1997 г.

38. Феминология. Семьеведение//Под редакцией Шинелевой Л.Т., М.:

Издательство МГСУ «Союз», 1997 – 220 с.

39. Экономические основы социальной работы. Пантелеева Т.С.,

Червякова Г.А., М.: ГИЦ ВЛАДОС – 1999 – 160 с.

Приложение 1

ПРИМЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ О КРИЗИСНОМ ЦЕНТРЕ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ

ПРИЛОЖЕНИЕ

к постановлению Министерства труда и социального развития Российской Федерацииот 10 июля 1997 г. № 40

1. Общие положения

1.1 Кризисный центр помощи женщинам (далее - Центр) является учреждением государственной (муниципальной) системы социального обслуживания населения, предназначенным для оказания женщинам, находящимся в кризисной ситуации, социальной помощи различных видов.

1.2. Центр создается, реорганизуется и ликвидируется местными органами исполни тельной власти по согласованию с соответствующими территориальными органами социальной защиты населения.

1.3. Свою деятельность Центр осуществляет в соответствии с Конституцией Российской Федерации, законами Российской Федерации, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, решениями органов местного самоуправления, а также Примерным положением о Кризисном центре помощи женщинам (далее - Положение).

1.4. Центр организуется и содержится за счет средств, предусмотренных бюджетами субъектов Российской Федерации, местными бюджетами, а также за счет доходов от хозяйственной и иной деятельности Центра и других внебюджетных поступлений.

1.5. Органы социальной защиты населения субъектов Российской Федерации, органы управления социальной защитой населения краев, областей, автономной области, автономных округов, городов Москвы и Санкт-Петербурга осуществляют координацию деятельности центров, расположенных на их территории, и оказывают им организационно-методическую и практическую помощь.

1.6. Для размещения Центра в установленном порядке выделяются специальные помещения, которые должны соответствовать реализации цели и задач этого учреждения и рас полагать всеми необходимыми видами коммуникаций (отопление, водопровод, канализация, электричество, газ, радио, телефон и пр.), отвечать санитарно-гигиеническим нормам, противопожарным требованиям.

1.7. Центр является юридическим лицом, имеет собственное имущество, самостоятельный баланс, печать, бланк со своим наименованием, открывает счета в банках (включая валютные), в том числе внебюджетный счет для поступления средств от предприятий и организаций, общественных объединений и граждан.

1.8. Штатное расписание Центра утверждается директором Центра в пределах установленного фонда оплаты труда (Примерное штатное расписание - приложение к настоящему Положению).

1.9. Правила внутреннего трудового распорядка Центра утверждаются общим собранием (конференцией) его работников по представлению администрации Центра, а правила поведения граждан, обслуживаемых Центром, директором Центра.

1.10. Центр развивает и поддерживает контакты с другими учреждениями социальной защиты населения, взаимодействует с органами здравоохранения, образования, внутренних дел и другими органами и учреждениями, осуществляющими работу с населением, общественными объединениями, религиозными организациями, благотворительными фондами и гражданами в целях эффективной социальной поддержки женщин, находящихся в кризисных ситуациях.

1.11. При Центре может создаваться попечительский совет для решения различных проблем обеспечения его деятельности.

1.12. Ответственность за соблюдение анонимности, прав и свобод женщин, обратившихся в Центр, несет как руководство, так и каждый сотрудник Центра в рамках действующего законодательства.

II. Цель, задачи и основные направления деятельности Центра

2.1. Целью создания Центра является: оказание психологической, юридической, педагогической, социальной и др. помощи женщинам, находящимся в кризисном и опасном для физического и душевного здоровья состоянии или подвергшимся психофизическому насилию.

2.2. Основными задачами Центра являются: создание необходимых условий для обеспечения максимально полной социально-психологической реабилитации и адаптации в обществе, семье; привлечение различных государственных органов и общественных объединений к решению вопросов социальной помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, и координация их деятельности в этом направлении.

2.3. Деятельность Центра направлена на:

-выявление совместно с государственными органами и общественными объединениями (органами и учреждениями образования, здравоохранения, внутренних дел, по делам молодежи, занятости, миграции, комитетами Общества Красного Креста, ассоциациями много- детых, неполных семей, обществами инвалидов и другими) женщин, остронуждающихся в незамедлительной социальной защите и помощи;

-предоставление клиентам Центра необходимых социальных услуг разового или постоянного характера;

-поддержка женщин в решении проблем мобилизации их собственных возможностей и внутренних ресурсов по преодолению сложных жизненных ситуаций;

-социальный патронаж женщин, нуждающихся в социальной помощи, реабилитации и поддержке, предоставление временного приюта;

-повышение стрессоустойчивости и психологической культуры населения, особенно в сфере межличностного, семейного, родительского общения;

-помощь женщинам в создании в семье атмосферы взаимопонимания и взаимного уважения, благоприятного микроклимата, преодолении конфликтов и иных нарушений супружеских и внутрисемейных отношений;

-социально-психологическая помощь женщинам в социальной адаптации к изменяющимся социально-экономическим условиям жизни,

-рекламно-пропагандистская работа (распространение информации о задачах и перечне услуг, оказываемых Центром, пропаганда в местных средствах массовой информации о деятельности Центра).

2.4. Центр оказывает социальные услуги следующим категориям женщин:

-подвергшимся психофизическому насилию,

-потерявшим родных и близких (вдовы); имеющим детей-инвалидов; женщинам-инвалидам;

-одиноким матерям с несовершеннолетними детьми; несовершеннолетним матерям;

-беременным женщинам, в т.ч. несовершеннолетним и одиноким; женщинам из неполных семей;

-находящимся в предразводной и послеразводной ситуации;

-находящимся в конфликте с семьей;

-находящимся в отпуске по уходу за ребенком;

-самостоятельно проживающим выпускницам детских домов и школ-интернатов;

-женщинам, вышедшим на пенсию и испытывающим психологический дискомфорт, в т.ч. одиноким пожилым женщинам, брошенным детьми.

2.5. Центр может оказывать социальные услуги женщинам как обратившимся по собственной инициативе, так и по направлению органов системы социальной защиты населения, образования, здравоохранения, внутренних дел, по труду и занятости, миграции и других.

2.6. Социальные услуги оказываются Центром, как правило, бесплатно.

По решению руководства Центра и местной администрации отдельные виды социальных услуг могут предоставляться за плату. Денежные средства, взимаемые за предоставление этих социальных услуг, зачисляются на счет Центра и направляются на его развитие, улучшение социального обслуживания клиентов сверх выделяемых ассигнований по бюджету.

III. Структурные подразделения Центра

3.1. Центр может иметь следующие подразделения:

Отделение дневного пребывания; Стационарное отделение.

3.2. Отделение дневного пребывания предназначается для:

-диагностики состояния женщин;

-разработки мероприятий по реабилитации женщин и координации их выполнения;

-оказания экстренной психологической помощи по телефону доверия;

-организации поэтапного выполнения мероприятий по реабилитации женщин;

-оказания женщинам медико-социальной, психолого-педагогической, юридической, бытовой помощи;

-проведения досуговых мероприятий (в т.ч. с целью профилактики);

-индивидуальной работы с клиентами по предупреждению и избавлению от вредных привычек, по подготовке к созданию семьи и рождению ребенка;

-консультирования по медико-социальным вопросам (планирование семьи, современные средства контрацепции, гигиена питания и жилища, избавление от избыточного веса, вредных привычек, сексуальные расстройства, психосексуальное развитие и др.);

-содействия в направлении в специализированные учреждения лиц, требующих лечения в специализированных учреждениях органов здравоохранения.

Отделение работает в течение рабочей недели в дневное и вечернее время.

3.3. Стационарное отделение создается для пребывания в нем женщин и обеспечивает бытовые, психологические и прочие условия их жизнедеятельности на срок не более двух месяцев.

Основными направлениями деятельности отделения являются:

-обеспечение доступной, своевременной и эффективной помощи женщинам, нуждающимся во временном приюте;

-оказание квалифицированного и разностороннего (психологического, педагогического, медицинского, юридического и др.) консультирования в зависимости от конкретных при чин социальной дискомфортности;

-проведение индивидуальных диагностических бесед с целью выявления актуальных проблем и степени психологического стресса, помощь в их разрешении, педагогической коррекции, медико-социальной адаптации и реабилитации;

-предоставление бесплатного питания;

-содействие в принятии юридического решения об изменении или создании новых условий дальнейшей жизнедеятельности женщин в семье, на работе или иной среде жизнедеятельности;

-привлечение к сотрудничеству организаций, индивидуальных лиц, способных оказать моральную, методическую или финансовую поддержку. Оказание помощи женщинам осуществляется в любое время суток. Независимо от места жительства любая женщина в Центре может получить первичную консультацию специалистов.

В ряде конкретных случаев женщины могут проходить курс реабилитации (независимо от места жительства) в отделении дневного пребывания и в стационарном отделении.

Срок пребывания в Центре зависит от конкретных обстоятельств и индивидуальных особенностей обратившихся за помощью, но не более двух месяцев.

Основой жизнедеятельности женщин, проживающих в Центре, являются: взаимопомощь, самообслуживание, соблюдение общечеловеческих нравственных норм общежития. Права и обязанности проживающих в отделении регламентируются документами, утвержденными директором Центра.

Приложение 2

**Кодекс законов о труде РФ «Охрана труда беременных женщин В редакции на 25 сентября 1992 г.»**

Ст. 160 Труд беременных женщин, имеющих несовершеннолетних детей или осуществляющих уход за больными членами их семей.Запрещается применение труда женщин на тяжёлых работах, на вредном производстве…, подземных работах (Список тяжёлых работ прилагается). Запрещается переноска и передвижение женщинами тяжестей, превышающих норму

Ст 161 Запрещается привлечение беременных женщин к работе в ночное время

Ст 163 Запрещается привлечение к сверхурочным работам мужчин/женщин имеющих детей до 14 лет, детей-инвалидов, работников, осуществляющих уход за больными членами их семей.

*Ст 163.1. Одному из работающих родителей (опекуну/попечителю) для ухода за детьми-инвалидами и инвалидами детства до 18 лет предоставляется 4 дополнительных рабочих дня*

*Ст 164 Беременным женщинам в соотв. С мед. Заключением снижаются нормы выработки, нормы обслуживания либо они переводятся на другую работу, более лёгкую и исключающую воздействие неблагоприятных производственных факторов*

*Ст 165 Женщинам предоставляются отпуска по беременности и родам продолжительностью в 70 (в случае с многоплодной беременностью - 80) календарных дней и 70 (в случае осложнения родов – 86, в случае рождения двух и более детей - 110)*

*…Ст 170 Запрещается отказывать в приёме на работу и снижать заработную плату работникам по мотивам, связанным с наличием детей, а женщинам также по мотивам, связанным с беременностью. Отказ от найма на работу может быть обжалован в суде.*

*Увольнение беременных женщин, женщин, имеющих детей в возрасте до 3х лет, работников, имеющих детей инвалидов или инвалидов детства до достижения ими возраста 18 лет, одинокой матери или одинокого отца, имеющих ребёнка до 14 лет, по инициативе работодателя не допускается, кроме случаев ликвидации организации, когда допускается увольнение с обязательным трудоустройством*

*Ст 171 Администрация предприятий, организаций по согласованию с соотв. Выборным профсоюзным органом предприятия, организации в случае необходимости может выдавать беременным женщинам путёвки в санатории и дома отдыха, а также оказывать им материальную помощь.»*

Приложение 3

БУЙРУК ПРИКАЗ № 627

от 24 ноября 2006 года

Об утверждении нормативных правовых документов, регулирующих деятельность фельдшерско - акушерских пунктов

В целях повышения потенциала фельдшерско-акушерских пунктов, улучшения качества и доступности предоставляемых медицинских услуг населению сельской местности и исполнения Национальной программы реформирования здравоохранения Кыргызской Республики «Манас-таалими» на 2006 – 2010 годы

ПРИКАЗЫВАЮ

Утвердить:

1.1. Положение о фельдшерско-акушерском пункте ( приложение 1);

1.2. Квалификационную характеристику фельдшера фельдшерско-акушерского пункта (приложение 2);

1.3. Положение о заведующем фельдшерско- акушерским пунктом ( приложение 3);

1.4. Квалификационную характеристику акушерки фельдшерско-акушерского пункта ( приложение 4);

1.5. Положение об акушерке фельдшерско- акушерского пункта ( приложение 5);

1.6. Квалификационную характеристику медицинской сестры фельдшерско- акушерского пункта ( приложение 6);

1.7. Положение о медицинской сестре фельдшерско- акушерского пункта (положение 7);

1.8. Положение о санитарке фельдшерско- акушерского пункта ( приложение 8);

1.9. Санитарные требования к фельдшерско-акушерскому пункту ( приложение 9);

1.10. Перечень оборудования для фельдшерско- акушерского пункта ( приложение 10);

1.11. Перечень медицинской учетно-отчетной документации фельдшерско-акушерского пункта (приложение 11).

Директорам центров семейной медицины, клиническим руководителям юридически самостоятельных групп семейных врачей:

2.1. привести должностные инструкции и организацию работы специалистов сестринского дела фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с настоящим приказом в срок до 01.02.2007 г.;

2.2. обеспечить ведение медицинской документации, утвержденной настоящим приказом.

Считать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 12 июля 2005 года № 289 « Об утверждении нормативных правовых документов, регулирующих деятельность специалистов сестринского дела ФАП, ГСВ и ЦСМ» пункты: 1.10; 1.11; 1,12; 1.13; 1.15.

Контроль за исполнением данного приказа возложить на заместителя министра М.М. Каратаева.

Министр Ш.Н. Ниязов

Приложение 1

к приказу Минздрава КР

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 2006 г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Положение о фельдшерско-акушерском пункте

Общие положения

1.1 Фельдшерско-акушерский пункт является структурным подразделением группы семейных врачей, оказывающим первичную медико-санитарную помощь обслуживаемому населению.

1.2 Открытие и закрытие фельдшерско-акушерского пункта производится местной госадминистрацией по согласованию с Министерством здравоохранения Кыргызской Республики в установленном порядке.

Штаты фельдшерско-акушерского пункта определяются в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики № 101 от 02.04.2001 г.« О центре семейной медицины». Работу фельдшерско-акушерского пункта возглавляет заведующий.

1.4 На фельдшерско-акушерский пункт могут возлагаться функции аптечного пункта по реализации населению готовых лекарственных форм и других аптекарских товаров при наличии разрешительных документов Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

1.5 Фельдшерско-акушерский пункт должен иметь набор помещений, отвечающих санитарно-гигиеническим требованиям и задачам работы.

1.6 Фельдшерско-акушерский пункт должен быть оснащен оборудованием, средствами связи и транспортом (велосипед, гужевой или др. вид транспорта).

1.7 На фельдшерско-акушерском пункте ведется утвержденная Министерством здравоохранения Кыргызской Республики медицинская учетно-отчетная документация.

1. 8 Персонал фельдшерско-акушерского пункта в своей деятельности руководствуется действующим законодательством, приказами Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, указаниями и распоряжениями директора Центра семейной медицины, руководителя группы семейных врачей и настоящим Положением.

II. Задачи и функции

Основной задачей фельдшерско-акушерского пункта является оказание первичной медико-санитарной помощи населению.

Функциями фельдшерско-акушерского пункта являются:

2.1 Оказание первичной медико-санитарной и неотложной медицинской помощи населению;

2.2 Наблюдение за детьми и беременными женщинами;

2.3 Проведение мероприятий по профилактике и раннему выявлению социально- значимых и социально-опасных видов заболеваний;

2.4 Проведение мероприятий по иммунопрофилактике;

2.5 Проведение совместно с кабинетами укрепления здоровья Центров семейной медицины санитарно-просветительной работы среди населения по формированию ЗОЖ;

2.6 Проведение совместно с представителями службы санитарно-эпидемического надзора противоэпидемических мероприятий;

2.7 Взаимодействие с айыл окмоту, сельскими комитетами здоровья и общественными организациями в решении вопросов охраны здоровья населения.

Приложение 2

к приказу Минздрава КР

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 2006 г.

Квалификационная характеристика фельдшера фельдшерско-акушерского пункта

I. Общие знания.

Фельдшер должен знать:

1.1. профессиональное назначение, функциональные обязанности, права и ответственность фельдшера;

1.2. основы организации медицинской помощи населению на уровне первичной медико-санитарной помощи и основы семейной медицины;

1.3. основы законодательства и права в области здравоохранения;

1.4. основы обязательного медицинского страхования, Программу государственных гарантий;

1.5. организацию работы ПМСП в условиях Единого Плательщика и новых методов оплаты труда;

1.6. основы доказательной медицины;

1.7. основные причины, клинические проявления, методы диагностики, осложнения, принципы лечения заболеваний, ухода и реабилитации пациента в соответствии с клиническими протоколами;

1.8. статистику здоровья населения, демографическую и социальную характеристики прикрепленного населения;

1.9. национальные и отраслевые программы в области охраны здоровья населения;

1.10. анатомию и физиологию человека в различные возрастные периоды;

1.11. закономерности физического и нервно-психического развития ребенка;

1.12. методы обследования детей и беременных женщин;

1.13. организацию лечебно-профилактической работы с населением;

1.14. фармакологическое действие лекарственных препаратов, их совместимость, побочные действия, дозировку, способы и методы введения в организм;

1.15. порядок лекарственного обеспечения на уровне первичной медико-санитарной помощи;

1.16. основы сестринского дела и сестринский процесс;

1.17. основы межличностного общения и медицинской этики;

1.18. учетно-отчетную медицинскую документацию фельдшерско-акушерского пункта;

1.19. правила охраны труда и техники безопасности;

1.20. основы оказания неотложной помощи;

II. Общие умения.

Фельдшер должен уметь:

2.1. организовать амбулаторный прием;

2.2. проводить осмотр и оценивать данные физического исследования пациента;

2.3. интерпретировать результаты анализов: общий анализ крови, мочи, мокроты, желчные пигменты, сахар крови, мочи, микроскопия мочевого осадка, микроскопия уретрального и вагинального мазка, копрограммы;

2.4. владеть принципами и методами профилактики и лечения наиболее распространенных заболеваний, реабилитации пациентов;

2.5. проводить наблюдение и выполнять назначения врача пациентам с хроническими инфекционными и неинфекционными заболеваниями согласно клинических протоколов;

2.6. принимать решения в пределах своей профессиональной компетенции и полномочий;

2.7. проводить пропаганду медицинских знаний, здорового образа жизни, рационального питания, гигиеническое обучение и воспитание различных групп населения;

2.8. осуществлять взаимодействие с комитетами здоровья и проводить занятия по оказанию самопомощи и взаимопомощи, обучать родственников тяжелобольных основам ухода, оказанию первой медицинской помощи;

2.9. давать рекомендации по вопросам вскармливания, воспитания, закаливания, подготовки детей к детским дошкольным учреждениям, школе;

2.10. осуществлять консультирование по вопросам планирования семьи;

2.11. вести наблюдение за беременными и родильницами;

2.12. совместно с представителями службы санитарно-эпидемического надзора организовать проведение противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции, иммунопрофилактику;

2.13. проводить работу по выявлению ранних и скрытых форм заболеваний и факторов риска, оказывать содействие в снижении их влияний на пациента;

2.14. владеть техникой манипуляций, указанных в разделе III настоящей квалификационной характеристики;

2.15. готовить пациента к лабораторным, функциональным, инструментальным исследованиям;

2.16. выписывать рецепты по дополнительной программе застрахованным гражданам по линии обязательного медицинского страхования;

2.17. соблюдать порядок учета, хранения и использования лекарственных средств;

2.18. проводить приписку населения;

2.19. совместно с врачом группы семейных врачей проводить анализ состояния здоровья населения;

2.20. проводить учет граждан, нуждающихся в медико-социальной помощи, оказать консультативную помощь по медико-социальным аспектам жизни семьи, планированию семьи;

2.21. рационально использовать ресурсное обеспечение деятельности (оборудование, инструментарий, расходный материал и т. д.);

2.22. вести утвержденную учетно-отчетную медицинскую документацию.

III. Манипуляции.

Фельдшер должен владеть следующими навыками и манипуляциями.

Общие манипуляции:

3.1 Физикальный осмотр

3.2 Измерение температуры тела

1. Построение графика температурной кривой

2. Измерение пульса

3. Определение числа дыхательных движений

4. Измерение артериального давления

5. Проведение антропометрических измерений пациента

6. Проведение пикфлоуметрии

7. Снятие и расшифровка ЭКГ

8. Проведение лабораторных - экспресс методов: сахар крови, белок в моче, тест на беременность

9. Взятие мазков на исследование (из зева, влагалища, раны)

10. Сбор мокроты

11. Определение суточного диуреза

12. Введение лекарственных средств:

- подкожные инъекции

- внутримышечные инъекции

- внутривенные капельные и струйные вливания

13. Закапывание капель в нос, уши, глаза, закладывание мази за веко

14. Применение мази, пластыря, присыпки

15. Пользование ингалятором

16. Подача кислорода

17. Введение питательной смеси через зонд

18. Проведение физиотерапевтических процедур

19. Катетеризация мочевого пузыря (мягким катетером)

20. Постановка газоотводной трубки

21. Постановка всех видов клизм

22. Методы ухода:

- санитарная обработка пациента

- транспортировка и перекладывание пациента

- приготовление постели

- смена нательного и постельного белья

- туалет больного

- профилактика пролежней

23. Приготовление дезинфицирующих растворов

24. Дезинфекция предметов ухода за пациентом

25. Предстерилизационная очистка инструментов

Манипуляции для оказания экстренной помощи:

26. Искусственное дыхание "рот в рот", "рот в нос"

27. Методы очистки верхних дыхательных путей, аспирация жидкости

28. Непрямой массаж сердца;

29. Первая помощь при травмах, ожогах, обморожениях, удушении, утоплении.

30. Остановка наружного кровотечения;

31. Промывание желудка

Хирургические манипуляции:

32. Подготовка и пользование стерильного бикса

33. Техника мытья и обеззараживания рук

34. Накрытие стерильного стола

35. Проведение инфильтративной анестезии

36. Первичная хирургическая обработка ран, наложение и снятие швов при поверхностных ранах

37. Обработка ожоговой поверхности, инфицированных ран

38. Наложение мягких повязок

39. Вправление вывихов

40. Транспортная иммобилизация при переломах костей конечностей, позвоночника

41. Удаление поверхностно расположенных инородных тел

42. Вскрытие абсцессов, панарициев, флегмон

43. Удаление вросшего ногтя

Умения и манипуляции, применяемые в неврологии:

44. Исследование моторных качеств (поза, мышечный тонус, контрактура, атрофия мышц)

45. Определение чувствительности

46. Обследование сухожильных рефлексов

47. Оценка координации движений

Оториноларингологические манипуляции:

48. Передняя риноскопия, фарингоскопия, ларингоскопия, отоскопия

49. Остановка носового кровотечения (передняя тампонада носа)

50. Зондирование и промывание лакун миндалин

Офтальмологические манипуляции:

51. Определение остроты зрения

52. Наружный осмотр глаза

Умения и манипуляции, применяемые в акушерстве, гинекологии и педиатрии:

53. Двуручное влагалищное и ректовагинальное исследование

54. Пальцевое обследование молочной железы

55. Определение срока беременности

56. Введение внутриматочных контрацептивов

57. Наружное акушерское обследование, оценка сердцебиения плода

58. Ведение физиологических родов (в случаях невозможности транспортировки в родильное отделение):

- оценка состояния последа

- оценка состояния новорожденного

- проведение первичного туалета новорожденного

59. Обработка пупочной ранки

60. Оценка психомоторного и физического развития ребенка

61. Проведение вакцинации согласно календаря профилактических прививок.

Приложение 3

к приказу Минздрава КР

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 2006 г.

Положение о заведующем фельдшерско- акушерского пунктом

I. Общие положения.

1. На должность заведующего фельдшерско-акушерским пунктом назначается лицо, имеющее высшее сестринское образование или среднее медицинское образование по специальности «Лечебное дело», «Лечебно-акушерское дело», « Сестринское дело» или специалист сестринского дела со стажем работы не менее 5 лет в организациях здравоохранения, прошедший обучение по семейной медицине и получивший сертификат.

2. Заведующий фельдшерско-акушерским пунктом назначается на должность и увольняется директором Центра семейной медицины или руководителем юридически самостоятельных групп семейных врачей в соответствии с действующим законодательством.

3. Заведующий фельдшерско-акушерским пунктом находится в непосредственном подчинении руководителя группы семейных врачей, является материально-ответственным лицом.

4. Заведующий фельдшерско-акушерским пунктом руководствуется в своей деятельности действующим законодательством, приказами Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, приказами Центра семейной медицины, юридически самостоятельных групп семейных врачей и настоящим положением.

II. Обязанности.

Заведующий фельдшерско-акушерским пунктом для осуществления своих функций обязан:

1. Осуществлять амбулаторный прием пациентов.

2. Проводить профилактические, диагностические, лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия в соответствии с клиническими протоколами на основе принципов доказательной медицины.

3. Оказывать своевременную неотложную медицинскую помощь.

4. Выполнять назначения врача.

5. Проводить мероприятия по иммунопрофилактике населения.

6. Проводить совместно с кабинетами укрепления здоровья центра семейной медицины пропаганду медицинских знаний и обучение ЗОЖ, информировать население о реализации прав в области охраны здоровья.

7. Соблюдать права пациента, включая права на конфиденциальность медицинской информации о пациенте.

8. Готовить пациентов к приему семейного врача на фельдшерско-акушерском пункте.

9. Проводить дородовой и послеродовой патронаж.

10. Осуществлять работу по планированию семьи и репродуктивному здоровью.

11. Организовать совместно со специалистами группы семейных врачей проведение профилактических осмотров детей в дошкольных и школьных учреждениях.

12. Проводить занятия с пациентом (семьей) по контролю заболеваний, оказанию само и взаимопомощи и обучению навыкам ухода за тяжелобольными на дому.

13. Проводить подготовку пациента к лабораторным и инструментальным исследованиям.

14. Выполнять требования контроля по инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала.

15. Выявлять случаи заболеваний или подозрений на инфекционные заболевания с проведением совместно с эпидемиологом мероприятий по предотвращению дальнейшего распространения.

16. Осуществлять ведение учета и отчетности в соответствии с действующими нормативными документами.

17. Взаимодействовать с айыл окмоту, общественными объединениями и комитетами здоровья по вопросам охраны здоровья населения.

18. Обеспечивать сохранность и эффективное использование медицинского оборудования и имущества.

19. Повышать уровень профессиональных знаний, умений и навыков.

20. Соблюдать правила техники безопасности на рабочем месте.

III. Права.

Заведующий фельдшерско-акушерским пунктом имеет право:

1. Осуществлять свою деятельность в соответствии с квалификационной характеристикой.

2. Ставить диагноз и назначать лечение в пределах профессиональной компетенции.

3. Принимать самостоятельные решения по оказанию медицинских услуг при острых и неотложных состояниях.

4. Осуществлять наблюдение за хроническими больными в соответствии с назначениями врача.

5. Проводить наблюдение за беременными и детьми.

6. Выписывать лекарственные средства по Дополнительной программе обязательного медицинского страхования застрахованным гражданам, приписанным к ФАП.

7. Выдавать листки нетрудоспособности на срок до 6 дней и справки.

8. Осуществлять реализацию лекарственных препаратов, предметов санитарии, гигиены и ухода за пациентами при наличии разрешительных документов.

9. Получать информацию, необходимую для выполнения своих функциональных обязанностей.

10. Вносить предложения по совершенствованию качества медицинской помощи населению.

11. Оказывать помощь роженицам при физиологических родах в случае невозможности транспортировки в родильное отделение.

12. Повышать свою квалификацию, проходить аттестацию для присвоения квалификационной категории.

13. Принимать участие в семинарах, совещаниях, конференциях и т.д.

14. Иметь необходимые условия труда, обеспечивающие качественное оказание медико-санитарной помощи населению.

15. Участвовать в работе профессиональных ассоциаций, общественных организаций.

IV. Ответственность.

Заведующий фельдшерско-акушерским пунктом несет ответственность за:

1. Результаты своей работы, качество оказываемой медицинской помощи.

2. Сохранность и эффективное использование вверенного медицинского оборудования, медикаментов, расходного материала.

3. Достоверность, своевременность и сохранность заполняемой медицинской документации.

4. За невыполнение и ненадлежащее исполнение возложенных на него профессиональных обязанностей заведующего фельдшерско-акушерским пунктом несет ответственность в соответствии с действующим законодательством Кыргызской Республики.

Приложение 4

к приказу Минздрава КР

№ \_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 2006 г.

Квалификационная характеристика

акушерки фельдшерско-акушерского пункта

1. Общие знания

Акушерка должна знать:

- профессиональное назначение, функциональные обязанности, права и ответственность специалиста;

- основы законодательства и права в здравоохранении;

- основы медицинского страхования;

- законодательные и директивные документы, определяющие акушерско-гинекологическую помощь в Кыргызской Республике;

- показатели материнской и перинатальной смертности и роль акушерки в их снижении;

- теоретические основы акушерского дела;

- психологию профессионального общения;

- медицинскую этику и деонтологию;

- основные причины, клинические проявления, методы диагностики, осложнения, принципы лечения и профилактики акушерско-гинекологической патологии;

- организацию ухода за пациентами на основе этапов сестринского процесса;

- структуру организаций здравоохранения - учреждений родовспоможения, назначение каждого подразделения;

- виды, формы и методы реабилитации в акушерской практике; (после родов, гестоза, операции и т.д.)

- основы фармакологии, показания и противопоказания к применению лекарственных средств, характер их взаимодействия, возможные осложнения; нормативные документы, регламентирующие фармацевтический порядок в медицинском учреждении;

- методы и средства гигиенического воспитания, роль специалистов акушерского дела в программах охраны здоровья населения;

- систему инфекционного контроля, инфекционной безопасности пациентов, персонала организации здравоохранения; систему взаимодействия организации здравоохранения с учреждениями санитарно-эпидемиологического профиля;

- организацию делопроизводства и учетно-отчетной деятельности структурного подразделения, основные виды медицинской документации;

- охрану труда и технику безопасности в организации здравоохранения;

- функциональные обязанности, права и ответственность технического персонала;

2. Общие умения

- анализировать сложившуюся ситуацию и принимать решения в пределах своей профессиональной компетенции и полномочий;

- владеть коммуникативными навыками общения;

- выполнять диагностические, лечебные, реанимационные, реабилитационные, профилактические, лечебно-оздоровительные, санитарно-гигиенические мероприятия в соответствии со своей профессиональной компетенцией, полномочиями и врачебными назначениями;

- осуществлять и документировать этапы сестринского процесса при уходе за беременными, роженицами и пациентами с акушерской патологией;

- владеть техникой сестринских и акушерских манипуляций;

- оценивать состояние и выделять ведущие синдромы и симптомы у пациентов и пострадавших, находящихся в тяжелом и терминальном состоянии, оказать экстренную помощь при неотложных состояниях, травмах, проводить сердечно-легочную реанимацию;

- оценивать действие лекарственных средств у конкретного пациента, оказать первую медицинскую помощь при лекарственном отравлении, анафилактическом шоке;

- знать правила подготовки пациента к лабораторным, функциональным, инструментальным исследованиям;

- выполнять основные виды физиотерапевтических процедур, занятия по лечебной гимнастике, владеть приемами массажа, контролировать выполнение диеты;

- владеть методами профилактики, направленными на воспитание и обучение отдельных лиц, семей, групп населения по сохранению и укреплению здоровья;

- соблюдать правила получения, хранения и использования лекарственных средств;

- вести медицинскую документацию;

- соблюдать правила техники безопасности и безопасности труда;

- выполнять требования контроля инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала;

- повышать профессиональный уровень знаний, умений и навыков.

Специальные знания

В области акушерства:

- основные вопросы физиологии здоровых женщин и акушерской патологии;

- физиология и патология беременности, родов и послеродового периода у здоровых женщин, включая группы риска;

- инфекции при беременности и внутриутробные инфекции;

- порядок проведения родовспоможения;

- принципы профилактики мастита после родов;

- влияние производственных факторов на специфические функции женского организма;

- вопросы асептики и антисептики в акушерстве;

- санитарно-эпидемиологический режим родильного отделения/родильного дома;

- принципы обезболивания в акушерстве, основы интенсивной терапии и реанимации у женщин и новорожденных;

- основы фармакологии в акушерстве;

- основные методы оперативного акушерства;

- роль акушерки в обеспечении безопасного материнства.

В области гинекологии:

- процесс и этапы деятельности специалиста в гинекологии;

- современные методы профилактики и лечения акушерско-гинекологической патологии;

- профилактика и ранняя диагностика опухолевых заболеваний у женщин, ранние симптомы рака шейки матки, молочных желез, опухолевых образований матки и придатков, внематочной беременности, «острого живота» и др.;

- особенности наблюдения за беременной в условиях первичного уровня здравоохранения;

- проведение наблюдения здоровых женщин, женщин с гинекологическими заболеваниями;

- особенности санитарно-эпидемиологического режима в гинекологических отделениях;

- оборудование и оснащение родильного зала, операционных, палат интенсивной терапии и реанимации;

- гинекологические заболевания у девочек;

- планирование семьи и современную контрацепцию;

- заболевания, передаваемые половым путем, ВИЧ/СПИД;

В области неонатологии:

- основные принципы организации лечебно-профилактической помощи детям;

- основы законодательства об охране здоровья матери и ребенка;

- этапы внутриутробного развития плода, влияние вредных факторов на плод;

- оценка состояния новорожденного;

- этапы сестринского процесса в неонатологии;

- основные заболевания плода и новорожденного;

- календарь прививок;

4. Специальные умения

В акушерстве:

- выявлять ранние признаки беременности, определять ее сроки, положение плода, размеры таза;

- собирать информацию о заболеваниях беременной женщины, течении беременности;

- владеть навыками обследования, диагностики, наблюдения, родоразрешения, ухода при физиологических акушерских состояниях;

- выявлять факторы риска возникновения акушерской патологии;

- владеть навыками ухода за беременными при акушерской патологии;

- распознать акушерскую патологию и определить тактику действий акушерки;

- выявлять причины кровотечения;

- определять группу крови и Rh-фактор у беременной, знать и владеть техникой гемотранфузии;

- своевременно выявлять осложнения беременности (токсикозы 1-2-й половины, узкий таз, кровотечение, многоплодие, неправильное положение плода и др.);

- своевременно выявлять осложнения течения родов, изменения в состоянии роженицы, оказывать первую медицинскую помощь;

- проводить профилактику и борьбу с кровотечением при угрозе разрыва матки, преэклампсии, оказать первую медицинскую помощь;

- обучать женщин профилактике трещин сосков и мастита после родов;

- выявлять признаки послеродовых заболеваний, оказать первую медицинскую помощь;

В области гинекологии:

- распознавать гинекологические заболевания;

- готовить женщину к гинекологическому обследованию и операции;

- владеть методами наружного и влагалищного исследования беременных, здоровых женщин и женщин с гинекологическими заболеваниями;

- владеть техникой осмотра матки «в зеркалах», пальпации молочных желез;

- проводить консультирование по вопросам планирования семьи, подготовке беременной к родам, гигиене брака, пропаганде грудного вскармливания.

В неонатологии:

- владеть основными методами борьбы с асфиксией плода и техникой проведения реанимационных мероприятий новорожденному ребенку;

- владеть навыками первичного туалета новорожденного;

- осуществлять уход за новорожденным;

- владеть методами раннего прикладывания новорожденного к груди;

- использовать систему мониторирования жизненно важных функций организма ребенка и по их показателям определять изменения в состоянии новорожденного.

5. Манипуляции

- измерять массу, рост, АД беременной, провести наружное и внутреннее акушерское исследование;

- исследовать пробу мочи беременной на наличие белка;

- при влагалищном исследовании в родах установить степень раскрытия шейки матки, целостность плодного пузыря, предлежащую часть, виды предлежания головки, предлежание плода и др.;

- принять физиологические роды и оказать типичное акушерское пособие;

- провести внутривенные вливания, трансфузию крови (под наблюдением врача);

- провести ручное обследование и массаж матки при акушерском кровотечении;

- ушивать разрывы влагалища и промежности 1-2 степени;

- провести осмотр последа и определить дефекты плаценты;

- алгоритм действий при первичной реанимации новорожденного;

- выполнить влагалищные процедуры по назначению врача (обработка шейки матки, спринцевание, ванночки и др.)

- перевязать и обработать пуповину;

- провести антропометрию и первичный туалет новорожденного;

- пеленание ребенка;

- произвести осмотр кожи и слизистых оболочек у ребенка, использовать систему мониторирования показателей жизненно важных функций организма ребенка (t˚, А/Д, ЧД, ЧСС);

- использовать кювез для ухода за новорожденным;

- приложить ребенка к груди;

- владеть приемами искусственного вскармливания ребенка;

- владеть техникой сестринских манипуляций;

- обеспечение зондового кормления, уход за зондом;

- постановка очистительной и лечебной клизмы;

- определение группы крови и Rh-фактора у ребенка;

- подготовка системы капельного вливания жидкости, использование различных инфузоров и перфузоров;

- проведение внутривенных, внутримышечных, внутрикожных, подкожных инъекций;

- поставка внутривенного, периферического катетера «бабочка»;

- уход за центральным и периферическим катетером;

- постановка мягкого мочевого катетера мальчику и девочке;

- способы подачи кислорода ребенку;

- подготовка ребенка к плевральной и спинномозговой пункции;

- проведение сердечно-легочной реанимации;

- остановка кровотечения из поверхностно расположенных сосудов

Приложение 5

к приказу Минздрава КР

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 2006 г.

Положение об акушерке фельдшерско-акушерского пункта

I. Общие положения

1. На должность акушерки фельдшерско-акушерского пункта назначается лицо, имеющее высшее сестринское образование или среднее медицинское образование по специальности «Лечебное дело», «Лечебно-акушерское дело» или специалист сестринского дела со стажем работы не менее 5 лет в организациях здравоохранения, прошедший подготовку по акушерскому делу или семейной медицине.

2. Акушерка фельдшерско-акушерского пункта назначается на должность и увольняется директором Центра семейной медицины или руководителем юридически самостоятельной группы семейных врачей в соответствии с действующим законодательством.

3. Акушерка фельдшерско-акушерского пункта находится в непосредственном подчинении заведующего фельдшерско-акушерского пункта и руководителя группы семейных врачей.

4. Акушерка фельдшерско-акушерского пункта руководствуется в своей деятельности действующим законодательством, приказами Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, приказами Центра семейной медицины, юридически самостоятельной группы семейных врачей и настоящим положением.

II. Обязанности

Акушерка фельдшерско-акушерского пункта для осуществления своих функций обязана:

1. Осуществлять амбулаторный прием пациентов.

2. Осуществлять патронаж беременных и родильниц на дому.

5. Оказывать экстренную акушерскую и гинекологическую помощь с последующим вызовом врача или направлением пациенток в стационар.

6. Направлять своевременно беременных к врачам группы семейных врачей.

7. Проводить профилактические осмотры женщин в сроки, устанавливаемые Министерством здравоохранения Кыргызской Республики.

8. Наблюдать за состоянием здоровья и развитием детей первого года жизни.

9. Выполнять назначения врача.

10. Подготавливать беременных и женщин с гинекологическими заболеваниями к приему врача на фельдшерско-акушерском пункте.

11. Оказывать первую неотложную медицинскую помощь при острых заболеваниях и несчастных случаях.

12. Проводить простейшие лабораторные исследования, связанные с оказанием медицинской помощи беременным и женщинам с гинекологическими заболеваниями.

13. Проводить санитарно- просветительную работу среди населения по вопросам охраны здоровья материнства и детства.

14. Проводить профилактические, диагностические, лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия в соответствии с клиническими протоколами на основе принципов доказательной медицины.

15. Проводить мероприятия по иммунопрофилактике населения.

16. Проводить совместно с кабинетами укрепления здоровья центра семейной медицины пропаганду медицинских знаний и обучение ЗОЖ, информировать население о реализации прав в области охраны здоровья.

17. Соблюдать права пациента, включая права на конфиденциальность медицинской информации о пациенте.

18. Осуществлять работу по планированию семьи и репродуктивному здоровью.

19. Проводить подготовку пациенток к лабораторным и инструментальным исследованиям.

20. Выполнять требования контроля по инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала.

21. Выявлять случаи заболеваний или подозрений на инфекционные заболевания с проведением совместно с эпидемиологом мероприятий по предотвращению дальнейшего их распространения.

22. Взаимодействовать с айыл окмоту, общественными объединениями и комитетами здоровья по вопросам охраны здоровья населения.

23. Осуществлять ведение учета и отчетности в соответствии с действующими нормативными документами.

24. Обеспечивать сохранность и эффективное использование медицинского оборудования и имущества.

25. Повышать уровень профессиональных знаний, умений и навыков.

26. Соблюдать правила техники безопасности на рабочем месте.

III. Права.

Акушерка фельдшерско-акушерского пункта имеет право:

1. Осуществлять свою деятельность в соответствии с квалификационной характеристикой.

2. Проводить обследование, устанавливать сроки беременности, назначать и проводить лечение, выполнять медицинские манипуляции.

3. Оказывать помощь роженицам при физиологических родах в случае невозможности транспортировки в родильное отделение.

4. Проводить наблюдение за женщинами с гинекологическими заболеваниями.

5. Выписывать рецепты по дополнительной программе обязательного медицинского страхования для застрахованных граждан.

6. Заведующая фельдшерско-акушерским пунктом вправе привлекать акушерку в пределах ее компетенции и профессиональных прав для выполнения функций, возложенных на фельдшерско-акушерский пункт.

7. Получать информацию, необходимую для выполнения своих функциональных обязанностей.

8. Вносить предложения по совершенствованию качества медицинской помощи населению.

9. Повышать свою квалификацию, проходить аттестацию для присвоения квалификационной категории.

10. Принимать участие в семинарах, совещаниях, конференциях и т.д.

11. Иметь необходимые условия труда, обеспечивающие качественное оказание медико-санитарной помощи населению.

12. Участвовать в работе профессиональных ассоциаций, общественных организаций.

IV. Ответственность.

Акушерка фельдшерско-акушерского пункта несет ответственность за:

1. Результаты своей работы, качество оказываемой медицинской помощи.

2. Сохранность и эффективное использование вверенного медицинского оборудования, медикаментов, расходного материала.

3. Достоверность, своевременность и сохранность заполняемой медицинской документации.

4. За невыполнение и ненадлежащее исполнение возложенных на него профессиональных обязанностей фельдшер несет ответственность в соответствии с действующим законодательством Кыргызской Республики.

Приложение 6

к приказу Минздрава КР

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 2006 г. № \_\_\_\_\_\_\_\_

Квалификационная характеристика

медицинской сестры фельдшерско-акушерского пункта

I. Общие знания.

Медицинская сестра должна знать:

1.1. профессиональное назначение, функциональные обязанности и права медицинской сестры;

1.2. основы организации медицинской помощи населению и основы семейной медицины;

1.3. этику сестринского дела;

1.4. основы законодательства и права в области здравоохранения;

1.5. основы медицинского страхования;

1.6. организацию работы в условиях Единого Плательщика и новых методов оплаты труда;

1.7. основы сестринского дела;

1.8. основы сестринского процесса;

1.9. основы межличностного общения;

1.10. статистику здоровья населения, демографическую и социальную характеристику прикрепленного населения;

1.11. национальные и ведомственные программы в области охраны здоровья населения;

1.12. анатомию и физиологию человека в различные возрастные периоды; физиологические и патологические процессы;

1.13. основные причины, клинические проявления, методы диагностики, осложнения, принципы лечения заболеваний, ухода и реабилитации пациента;

1.14. закономерности физического и нервно-психического развития ребенка;

1.15. методы обследования детей и беременных женщин;

1.16. организацию профилактической работы с населением;

1.17. фармакологическое действие основных лекарственных препаратов, их совместимость, побочные действия, дозировку, способы и методы введения в организм;

1.18. порядок лекарственного обеспечения на уровне первичной медико-санитарной помощи ;

1.19. учетно-отчетную медицинскую документацию в ФАП;

1.20. правила охраны труда и техники безопасности;

1.21. основы оказания неотложной помощи при чрезвычайных ситуациях;

II. Общие умения.

Медицинская сестра должна уметь:

2.1. проводить персональный учет, сбор демографической и медико-социальной информации о прикрепленном населении;

2.2. проводить профилактические мероприятия по снижению влияния факторов риска на состояние здоровья;

2.3. принимать решения в пределах своей профессиональной компетенции и полномочий;

2.4. рационально использовать ресурсное обеспечение деятельности (оборудование, инструментарий, расходный материал);

2.5. оценивать состояние и определять приоритетные проблемы у пациентов;

2.6. выполнять диагностические, лечебные, реанимационные, реабилитационные, профилактические, санитарно-гигиенические, санитарно-просветительные мероприятия в пределах своей компетенции;

2.7. вести утвержденную учетно-отчетную медицинскую документацию;

2.8. владеть техникой сестринских манипуляций;

2.9. готовить пациента к лабораторным, функциональным, инструментальным исследованиям;

2.10. соблюдать порядок учета, хранения и использования лекарственных средств;

2.11. выполнять требования инфекционного контроля;

2.12. осуществлять взаимодействие с санитарно-эпидемиологическими организациями;

2.13. проводить иммунопрофилактическую работу среди приписанного населения;

2.14. организовать и проводить санитарно-просветительную работу среди приписанного населения, включающую пропаганду медицинских знаний, гигиеническое воспитание и обучение населения здоровому образу жизни;

2.15. проводить обучение по вопросам вскармливания, закаливания, подготовки детей к дошкольным и школьным учреждениям;

2.16. проводить учет граждан, нуждающихся в медико-социальной помощи, оказывать консультативную помощь по медико-социальным аспектам жизни семьи, планированию семьи;

2.17. организовать медико-психологическую поддержку членам семьи пациента с учетом состояния здоровья и возрастных особенностей;

2.18. организовать амбулаторный прием, подготовку рабочего места, оборудования, инструментов, подготовку медицинских карт амбулаторного больного, бланков рецептов;

2.19. осуществлять взаимодействие с общественными комитетами здоровья;

2.20. проводить занятия по оказанию самопомощи и взаимопомощи, обучать родственников тяжелобольных основам ухода, оказанию первой медицинской помощи.

III. Манипуляции.

Медицинская сестра должна владеть следующими манипуляциями:

1. Физикальный осмотр

2. Измерение температуры тела

3. Построение графика температурной кривой

4. Измерение пульса

5. Определение числа дыхательных движений

62. Измерение артериального давления

63. Проведение антропометрических измерений пациента

64. Проведение пикфлоуметрии

65. Снятие ЭКГ

66. Определение остроты зрения

67. Измерение внутриглазного давления

68. Проведение отоскопии

69. Проведение лабораторных - экспресс методов: сахар крови, белок в моче, тест на беременность

70. Взятие мазков на исследование (из зева, влагалища, из раны)

71. Сбор мокроты

72. Определение суточного диуреза

73. Введение лекарственных средств парентеральным и энтеральным путем

74. Закапывание капель в нос, уши, глаза, закладывание мази за веко

75. Применение мази, пластыря, присыпки

76. Пользование ингалятором

77. Первичный туалет новорожденного

78. Туалет новорожденного и уход за пуповиной

79. Подготовка и пользование стерильного бикса

80. Техника мытья и обеззараживания рук

81. Накрытие стерильного стола

82. Обработка раны

83. Наложение всех видов повязок

84. Иммобилизация

85. Остановка всех видов наружных кровотечений

86. Введение питательной смеси через зонд

87. Проведение физиотерапевтических процедур

88. Катетеризация мочевого пузыря (мягким катетером)

89. Постановка газоотводной трубки

90. Постановка всех видов клизм

91. Методы ухода:

- санитарная обработка пациента

- транспортировка и перекладывание пациента

- приготовление постели

- смена нательного и постельного белья

- туалет больного

- профилактика пролежней

92. Приготовление дезинфицирующих растворов

93. Дезинфекция предметов ухода за больным

94. Предстерилизационная очистка инструментов

Приложение 7

к приказу Минздрава КР

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 2006 г. № \_\_\_\_\_\_\_\_

Положение

о медицинской сестре фельдшерско-акушерского пункта

I. Общие положения

1. На должность медицинской сестры фельдшерско-акушерского пункта назначается лицо, имеющее высшее сестринское образование или среднее медицинское образование по специальности «Лечебное дело», «Лечебно-акушерское дело» или «Сестринское дело».

2. Медицинская сестра фельдшерско-акушерского пункта назначается на должность и увольняется директором Центра семейной медицины или руководителем юридически самостоятельной группы семейных врачей в соответствии с действующим законодательством.

3. Медицинская сестра фельдшерско-акушерского пункта находится в непосредственном подчинении заведующего фельдшерско-акушерского пункта и руководителя Группы семейных врачей.

4. Медицинская сестра фельдшерско-акушерского пункта руководствуется в своей деятельности действующим законодательством, приказами Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, приказами Центра семейной медицины, юридически самостоятельных групп семейных врачей и настоящим положением.

II. Обязанности

Медицинская сестра фельдшерско-акушерского пункта для осуществления своих функций обязана:

1. Проводить профилактические, диагностические, лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия в соответствии со стандартами сестринской практики.

2. Помогать пациентам, получать информацию о здоровье, проводить пропаганду медицинских знаний и обучать население здоровому образу жизни.

3. Осуществлять работу по планированию семьи и репродуктивному здоровью.

4. Проводить обучение по вопросам вскармливания, закаливания, подготовке детей к дошкольным и школьным учреждениям.

5. Проводить занятия с пациентом (семьей) по контролю своего заболевания, оказанию само и взаимопомощи, обучать родственников навыкам ухода за тяжелобольными на дому.

6. Проводить подготовку пациента к лабораторным и инструментальным исследованиям.

7. Проводить лечебно-профилактические мероприятия по борьбе с социально значимыми заболеваниями (туберкулез, ИППП, гепатиты В и С, болезни, вызванные ВИЧ, злокачественные новообразования, сахарный диабет, психические расстройства и расстройства поведения, болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением).

8. Соблюдать права пациента, включая права на конфиденциальность медицинской информации о пациенте.

9. Проводить мероприятия по оказанию неотложной помощи населению в чрезвычайных ситуациях.

10. Выполнять требования контроля по инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала.

11. Выявлять случаи заболеваний или подозрений на инфекционные заболевания с проведением совместно с эпидемиологом мероприятий по предотвращению их дальнейшего распространения.

12. Обеспечивать сохранность и эффективное использование медицинского оборудования и имущества.

13. Повышать уровень профессиональных знаний, умений и навыков.

14. Вести утвержденную медицинскую документацию

III. Права.

Медицинская сестра фельдшерско-акушерского пункта имеет право:

1. Осуществлять свою деятельность в соответствии с квалификационной характеристикой.

2. На условия труда, обеспечивающие качественное оказание медико- санитарной помощи.

3. Получать информацию, необходимую для выполнения возложенных на нее обязанностей.

4. На работу по совместительству в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

5. Повышать свою квалификацию, проходить аттестацию на присвоение квалификационной категории.

6. Принимать участие в семинарах, совещаниях, конференциях и т.д.

7. Участвовать в работе профессиональных общественных организаций.

8. На иные права, предусмотренные законодательством Кыргызской Республики.

IV. Ответственность.

Медицинская сестра фельдшерско-акушерского пункта несет ответственность за:

1. Результаты своей работы, качество оказываемой медицинской помощи.

2. Сохранность и эффективное использование вверенного медицинского оборудования, медикаментов, расходного материала.

3. Достоверность, своевременность и сохранность заполняемой медицинской документации.

4. За невыполнение и ненадлежащее исполнение возложенных на нее профессиональных обязанностей медицинской сестры несет ответственность в соответствии с действующим законодательством Кыргызской Республики.

Приложение 8

к приказу Минздрава КР

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 2006 г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Положение о санитарке фельдшерско-акушерского пункта

1. На должность санитарки фельдшерско-акушерского пункта назначаются лица не моложе 16 лет.

2. Санитарка назначается на должность и увольняется директором Центра семейной медицины или руководителем юридически самостоятельной группы семейных врачей в соответствии с действующим законодательством.

3. Санитарка для осуществления своих функций обязана выполнять:

- вспомогательную работу при приеме населения на фельдшерско-акушерском пункте и проведении персоналом фельдшерско-акушерского пункта профилактических мероприятий;

- все работы по содержанию в чистоте помещения и прилегающей к нему территории;

- топку печей и прочие работы, не требующие специального образования с соблюдением правил техники безопасности.

4. Санитарка непосредственно подчиняется заведующему фельдшерско-акушерского пункта.

Приложение 9

к приказу Минздрава КР

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 2006 г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Санитарные требования к фельдшерско-акушерскому пункту

Структура фельдшерско-акушерского пункта

Кабинет приема фельдшера - 1

Кабинет приема акушерки - 1

Кабинет процедурный/прививочный - 1

Комната ожидания

1. Требования к процедурному и акушерскому кабинетам:

- рекомендуемая площадь помещений должна быть не менее 18м 2 .

- поверхность стен, потолков и полов помещений должна быть гладкой, легкодоступной для влажной уборки и устойчивой при использовании моющих и дезинфицирующих средств, разрешенных к применению в установленном порядке.

Требования к водоснабжению и канализации:

- учреждение должно быть оборудовано водопроводом, канализацией (если имеется централизованное водоснабжение и общепоселковая система канализации) или должно иметь местный септик.

Требования к освещению:

- помещения фельдшерско-акушерского пункта должны иметь естественное и искусственное освещение.

Требования к отоплению:

- фельдшерско-акушерский пункт может иметь местное отопление (печное, электрическое или смешанное).

Требования к вентиляции:

- помещения оборудуются естественной вентиляцией (форточки, откидные фрамуги и др.), оборудованные системой фиксации.

Основание: СанПиН-2.1.3.003-03 «Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров».

6. Требования к прививочному кабинету:

- внутренняя отделка должна быть гладкой, выдерживающей влажную уборку и дезинфекцию.

- кабинет должен иметь естественное освещение, подключение к водопроводу, канализации, отоплению, раковину для мытья рук.

- при отсутствии централизованного водоснабжения и канализации необходимо предусмотреть умывальник для рук.

- кабинет должен иметь следующее оборудование и инвентарь:

1) холодильник достаточной емкости для хранения вакцин, с маркированными полками и термометром;

2) термоконтейнер или холодовая сумка для транспортировки и хранения вакцин с двойным комплектом хладоэлементов;

3) медицинский стол для подготовки вакцин к использованию;

4) медицинские шкафы для хранения медикаментов и инструментов, документации;

5) рабочий стол и стулья;

6) пеленальный стол и (или) медицинская кушетка.

Основание: Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 7.10.2003г № 430 «О совершенствовании безопасной практики иммунизации и системы эпиднадзора за поствакцинальными осложнениями»:

Приложение 10

к приказу Минздрава КР

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 2006 г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Перечень оборудования для фельдшерско-акушерского пункта

№ Наименование предметов оборудования

Количество

I. Аппараты и приборы

1 Глюкометр 1

2 Весы для взрослых 2

3 Электронные весы детские, настольные 1

4 Ростомер для взрослых 1

5 Ростомер для новорожденных 1

6 Таблица для определения остроты зрения Головина-Сивцева или РОРБА 1

7 Отоскоп 1

8 Пикфлоуметр 1

10 Таймер 1

11 Гемоглобинометр по Сали 1

12 Лампа бактериоцидная -портативная 1

13 Коробка (бикс) стерилизационная – набор из 2 штук разных размеров 4

14 Контейнер для транспортировки мокроты по потребности

15 Сухожаровой шкаф 1

16 Лампа смотровая 1

17 Отсос механический 1

18 Мешок Амбу (Набор ручной ИВЛ) 1

21 Холодильник 1- камерный с предохранителем 1

23 Термосумка 1

24 Резервуар для льда (холодовые элементы) 10

II. Медицинский инструментарий

1 Тонометр 1

2 Стетофонендоскоп 1

3 Стетоскоп акушерский 1

4 Шпатель для языка 25

5 Шпатель гинекологический по Эйеру 1

6 Корнцанг изогнутый и прямой 3

7 Пинцеты (хирургический и анатомический) 4

8 Иглодержатель 1

9 Шовный материал