

подвигом, и практически всегда вызывает одобрение и поддержку, которые проецируются на семью и весь род террориста. Это не значит, что семьи поощряют или не испытывают чувства горя, но и семьи, и сами террористы знают, что, вместе со скорбью и болью утраты, будут присутствовать принятие жертвы, понимание, одобрение и даже гордость. Такая смерть считается не самоубийством, а мученичеством, при котором конкретный человек навсегда сливается с историей общества или нации, с его прошлым, настоящим и будущим [1].

Страны, наиболее пострадавшие от терроризма в 1994—2004 годах Место в рейтинге Страна Число погибших в терактах на территории страны в 1994—2004 годах Число погибших в терактах (на 1 млн. жителей страны):

США	3238
Россия	2111
Индия	1928
Израиль	1274
Колумбия	1135
Ирак	1122
Алжир	869
Пакистан	783
Уганда	471
Шри-Ланка	409

За последние 10 лет количество террористических атак выросло на 25%.

В силу выше изложенного, террорист практически не поддается рациональному разубеждению. Ему неведом страх и раскаяние в содеянном. Попытка изобразить террориста как психически больного не верна по сути и никуда не ведет. Столь же неверны представления о террористе, как примитивном малообразованном человеке. В заключение нужно добавить, что к каждому террористу нужен индивидуальный подход.

Литература

1. Решетников М.М. Психологический портрет террориста// Доклад на форуме «Психология и психопатология терроризма. Гуманитарные стратегии антитеррора». Санкт-Петербург, 23–25 мая 2004 г.
2. Ольшанский Д.В. Психология терроризма. - Питер, 2002г.

КАЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМИ НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Ямпольская Г.П., Мельник Е.Г.

*МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

В последние годы всё более актуальным становится вопрос повышения качества жизни больных с хронической почечной недостаточности (ХПН), которое зависит не только от соблюдения пациентом общепринятых правил жизни, но и от успешности проводимых процедур гемодиализа, а также от квалификации медицинского персонала и наличия современной аппаратуры.

В основе деятельности медицинских сестер НЦ «Нефрос» лежат разделы, которые должны подлежать контролю и оценке в виду их приоритетной значимости и влияния на качество лечебно-диагностического процесса: подготовка больного к постановке диализного доступа, уходе за доступом, обучению пациента правилам жизни с ним, осуществление процедуры гемодиализа, а также обеспечение санитарно-эпидемиологического режима [1].

Цель: оценить качество работы среднего медицинского персонала отделения гемодиализа в уходе за нефрологическими больными.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе отделения гемодиализа НЦ «Нефрос» и его филиалов, находящихся в Краснодарском крае, в течение 2015 года методом анкетирования и ретроспективного анализа архивного материала (стационарных карт больных). В анкете для медицинских сестер содержался перечень вопросов, адаптированных к условиям отделения гемодиализа НЦ «Нефрос» в том числе, было выяснено, что может повлиять на качество их работы, а также что они делают для повышения своего профессионализма. В анкете для пациентов по балльной системе: от 0 (крайне негативная оценка) до 5 (позитивная оценка) выяснялось их мнение по различным аспектам работы сестринского персонала [2].

Результат исследования показал, что в НЦ «Нефрос» трудились медицинские

сестры всех возрастов, без существенных различий по возрастным группам, $p > 0,05$. В когорте обследуемых не выявлено лиц старше 60 лет. Большинство (38%) медсестер имели общий медицинский стаж 1-5 лет и стаж работы в данном ЛПУ 6-10 лет (50,52%). Преобладали респонденты, имеющие вторую квалификационную категорию (38%) и те, у кого нет категории (49%). Среди 95 медицинских сестер отделения преобладали работники диализного профиля (71%) ($p < 0,05$); медсестер хирургического и перитонеального профиля было по 14%. Основные документы, регламентирующие работу медицинских сестер НЦ «Нефрос» были приказы министерства здравоохранения.

Большинство (66%) средних медицинских сестер за смену диализируют от 9 до 12 пациентов отделения за 3 смены ($p < 0,05$), а 19 % - работают с чрезмерной нагрузкой, обслуживая 13-20 человек. Такое положение дел объясняется, с одной стороны, тем, что штат недоукомплектован, с другой стороны, сестринский персонал, стремясь получить больше денежных выплат, увеличивает интенсивность своего труда, расширяет зону обслуживания за счёт свободных ставок в отделении.

Вне отделения, сестринский персонал в рабочее время проводит в среднем 46,6 минут в день, занимаясь уборкой диализного зала и утилизацией использованных систем, диализаторов. Обращает внимание и то, что уборка помещений и утилизация мусора отнимает большое количество рабочего времени - в среднем 1 час 29 мин. в день. На выполнение перевязок уходит 50-70% рабочего времени. Большинство (57%) респондентов тратят на подготовку аппарата 2,5-3 часа ($p < 0,05$), что соответствует норме (среднее значение – 2,58 часа). В группе перитонеальных медсестер, большинство (71%) ($p < 0,05$) на обучение пациента тратит более 90 минут в день, что связано с необходимостью обучить их правильности проведения процедуры, умения соблюдать стерильность, умения самостоятельно проводить «слив» и «залив» для дальнейшего своевременного осуществления процедуры в домашних условиях самостоятельно. К частой помощи врача при работе с сосудистым доступом прибегает лишь 3% респондентов; 24% - только при работе с «молодым» сосудом и большинст-

во (73%) пользуются собственным опытом и выполняют манипуляцию самостоятельно ($p < 0,05$).

Большинство медсестер решая вопрос о самообразовании ограничиваются посещением ежеквартальных конференциях (43%) и интернетом (44 %), только 12% читают статьи и научные работы.

В гемодиализе нуждались преимущественно мужчины (59%) старше 45 лет с самой частой причиной ХБП - хронический пиелонефрит (30,1%) и гломерулонефрит (29,6%), мнение которых учитывалось при оценки качества работы среднего медицинского персонала ДЦ «Нефрос». Большинство (61%) пациентов, имеющих такое серьезное заболевание продолжают трудиться ($p < 0,05$).

В целом, работой медицинских сестер удовлетворены 99% пациентов. Большинство отметили отличное владение мед. сестер манипуляцией - пункции сосудов фистульной иглой (63%), аппаратом «искусственная почка» (86%) и поставили наивысший бал ($p < 0,05$). Интегральный балл (оценка общей удовлетворенности пациентов качеством сестринской помощи) составил 4,72, что свидетельствует о хорошей организации работы среднего медицинского персонала отделения.

Важным показателем качества работы среднего медицинского персонала в уходе за больными нефрологического профиля отделения гемодиализа НЦ «Нефрос» является показатель эффективности гемодиализа - Kt/V , который составил за изучаемый период $1,33 \pm 0,08$ и соответствует требованиям NCDS и других исследований (Kt/V у всех больных не ниже 1,4) [1].

Выводы: 1. В ДЦ «Нефрос» работают медицинские сестры активного трудоспособного возраста - до 35 лет (78%), имеющие преимущественно 2-ю квалификационную категорию (48%), получающие информацию по профессии пассивно: из интернета (44%) и посещая ежеквартальные конференции (43%).

Показатель качества проведенного гемодиализа средним медицинским персоналом ДЦ «Нефрос» Kt/V у 99% больных соответствует среднему показателю - $1,33 \pm 0,08$ (норма не ниже 1,) $p < 0,05$

Пациенты отделения гемодиализа НЦ «Нефрос» работу среднего медицинского персонала по уходу оценили на 4,72 балла

(интегральный балл 0,8), что свидетельствует, об их удовлетворенности и высоком качестве работы сотрудников.

Литература:

1. Ермоленко В.М., Шутов Е.В. и др. Исследование качества жизни больных на лечении программным гемодиализом и пери-

тонеальным диализом // Лечащий врач. – 2011. – №1. – С.57–60.

2. Железняк Е.С., Вишняков Н.И. и др. Мнение пациентов как важное направление улучшения системы обеспечения качества медицинской помощи в крупной многопрофильной больнице// Здоровоохранение РФ. 2008.-Кs5.- С. 39-41.