

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України
Міністерство охорони здоров'я
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical
Medicine

Збірник тез доповідей
III Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)

Суми
Сумський державний університет
2015

які сприяють нормалізації рівня психоемоційного напруження і як наслідок відновленню функціонування вегетативних систем (підвищення зниженого і зниження підвищеного АТс).

Таким чином, таке уявлення добре узгоджується з положенням теорії функціональних систем про визначення ендogenous ритмів процесами саморегуляції, а також з інтегративною теорією емоцій, яка припускає двосторонній взаємозв'язок у психоемоційних відношеннях, коли разом з центральним впливом розглядається зворотна аферентація від внутрішніх органів в емоціогенні центри, які поєднують периферичні органи з відповідними центральними механізмами.

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ВАГІТНИХ ЖІНОК

*Яценко А.О., Чумак О.І.- студентки 4 курсу, Михайлова Т.І.- доцент кафедри.
СумДУ Медичний інститут, кафедра фізіології та патофізіології з курсом медичної біології.*

На даний момент ще не достатньо вивчені питання психоемоційного стану жінок, пов'язані з народженням дитини. Тому необхідно вивчати емоційний стан вагітних жінок, зміни у сприйнятті навколишнього світу, відношення до майбутньої дитини, вплив взаємовідношень з близькими людьми на протязі вагітності.

Завданням та метою нашої роботи став аналіз психоемоційного стану вагітних жінок в період підготовки до пологів. Дослідження проводилось на базі пологового відділення ЦРЛ м. Путивль в період 2012-2014 рік. Об'єктом дослідження були вагітні жінки у віці 20-27 років у кількості 40 чоловік. Жінок розділили на 2 групи: 1 група експериментальна, це жінки, які відвідували заняття по підготовці до пологів; 2 контрольна група жінок, які не відвідували занять. У роботі використані наступні методи: методика "САН" Н.А. Курганського, шкала оцінки психосоматичного стану вагітних жінок В.В. Абрамченко і Т.А. Немчика, анкети сімейних пар. В обстежених групах у 75% вагітних жінок були високі показники психоемоційної тривоги. Встановлено, що основними причинами стали: страх пологів (59% і 41% відповідно), страх смерті (51% і 49%), страх за дитину (48% і 52% відповідно), емоційні проблеми з дитиною (45% і 55%), невпевненість у своїх материнських якостях (41% і 59% відповідно).

У групі жінок, які пройшли психопрофілактику в період вагітності, рівень тривоги і напруження знижувалися на 38%, а настрої підвищувалися по відношенню з жінками, які не займалися з психологами.

Таким чином, обговорюється роль психопрофілактики у підготовці вагітних до пологів.

IMPROVING THE QUALITY OF MEDICAL CARE HYPERTENSION THROUGH THE INTRODUCTION OF INTERNAL AUDIT MECHANISM

*Krasnopol'skaya N., Zaitseva T., 5th year students
Leaders - Smiianov V.A., Demikhova N.V.
Sumy State University*

Clinical audit is the process of improving the quality of care provided by the systematic verification of care with clearly defined criteria and subject to subsequent changes. *The purpose of the study* is to show the possibility of the author's model of quality management of medical care on the basis of the mechanism of internal audit in hypertensive patients, introduced in the Sumy City Clinic Hospital number 5.

Material and methods. Data from 452 patients with a note about putting on a clinical account for hypertension were analyzed. Evaluate compliance with existing data outpatients protocol indicators and the proposed system performance. Identified for improvement of quality of medical care for patients with arterial hypertension at the primary level, namely full coverage dispensary patients specialist consultation, laboratory and instrumental methods of survey data on risk

stratification for prognosis, data on end-organ damage and others. Monitoring of compliance dispensary patients with preventive and therapeutic recommendations of doctors.

Results. An audit of medical records showed that: 14% of outpatients there is no information about the medical condition of the patient during the year; recommendations for lifestyle modifications received only 40% of patients, 18% of outpatients patients there is no record of the risk factors in outpatients 46% of patients no information on target organ damage or lack of them, in 81% of outpatients patients have a record of concomitant diseases or lack thereof, in 70% of outpatients is evidence expert advice; 62% of family physicians have standardized protocols for patients with hypertension; not carried out the recommended level dynamic monitoring of the hypertensive patients, so dispensary examinations held twice a year only 41% of patients; only 53% of outpatients patients have data on the level of cholesterol, 85% - information about the complete blood count, 80% - a record of urinalysis in 76% of outpatients patients there is evidence of the level of blood glucose, 41% - the level creatinine in 79% of outpatients patients there is evidence of an electrocardiography, 45% of outpatients patients have a record of the results of the ultrasound examination of the cardiovascular system, 73% of outpatients has a record of carrying out fluorography, 48% of outpatients patients no information on risk stratification; target BP level was achieved in only 14% of patients.

According to the results of monitoring activities are designed and implemented to raise awareness in hypertensive patients by strengthening advocacy by using information and communication technologies.

Conclusions. Medico-social mechanism of internal audit provided the feasibility of making and implementing management decisions to ensure continuous improvement of the quality of medical care to patients with arterial hypertension in the studied institutions.

FEATURES OF THE HEALTH CARE SYSTEM OF NIGERIA

As. Smiianova O.I., Egejuru Christian Chisom

Suny State University, Department of Social Medicine

Nigeria, the most populous country in Africa with 140 million people, has more than 250 ethnic groups. The vast oil wealth accounts for 40% of the country's gross domestic product. However, years of military rule, and mismanagement have limited the country's economic growth and resulted in rising levels of poverty. The rating by the United Nations Human Poverty Index in 1999 revealed that Nigeria has been ranked among the poorest nations in the world. Per capita income is estimated at \$692 25th USD, with an estimated two-thirds of the population living in poverty. However, in addition to rebuilding the economic and political system of the country, the Nigerian government embarked upon rebuilding its health infrastructure and since Nigeria operates a mixed economy, private providers of health care significantly contribute to health care delivery. Health care provision in Nigeria is a concurrent responsibility of the three tiers of government in the country and is structured such that, the Federal government's role is mostly limited to coordinating the affairs of the University Teaching Hospitals, Federal Medical Centers (tertiary health care) while the state government manages the various general hospitals (secondary health care) and the local government focuses on dispensaries (primary health care) , (which are regulated by the federal government through National Primary Health Care Development Agency-NPHCDA).

Although the recurrent expenditure on health has risen from Nigeria Naira 12.48 million in 1970 to 98.200 million in 2008, health care system remains inefficient and plays a key role in the poverty status of the country. Over the last two decades, Nigeria's public health care system has deteriorated in large partly because of a lack of resources and a "brain drain" syndrome of Nigerian doctors as well as skilled health workers to other countries. For instance, infant mortality rates have been deteriorating from 85 per 1000 live births in 1982, 87 in 1990, 93 in 1991 to 100 in 2003, according to the Nigeria Demographic and Health Survey, 2003. And in 2007, the Federal Ministry of Health reported 110 deaths per 1000 live births. Its under-five mortality rate is 197 deaths per 1000 live births, and HIV, malaria and diarrheal disease account for about a quarter of the deaths among