

следує по даним літератури коливається від 10 до 25%. Проаналізовані дві групи пацієнтів із середнього по розмірам промислового і малого міста з різною інтенсивністю міграційних процесів. В територіальних реєстрах містилися дані про всі зареєстровані в містах випадки захворювання глаукомою. Коефіцієнти успадкування ізольованої глаукоми у населення малого міста в порівнянні з населенням міста середнього розміру були вище в 2,5 рази (7,7+3,7% і +2,75+0,4% відповідно). Це може свідчити на користь того, що при гомозиготизації популяції генні комплекси, відповідальні за виникнення даної патології, мають більшу ймовірність створити патологічний фенотип. Таким чином, генетико-демографічні особливості популяції, зокрема коефіцієнти міграції, ступінь аутбредності впливають на рівень захворюваності глаукомою, пояснюють різну величину коефіцієнтів успадкування, наведені в літературі.

### **RELATIONSHIP OF GENETIC PARAMETERS OF POPULATIONS OF LEVELS WITH THE FORMATION OF MULTIFACTORIAL DISEASES**

*E.M. Omelchenko, O.P. Vitovska, N.J. Flis O.I. Timchenko*

*The role of genetic components in the event of such a socially significant diseases such as glaucoma, which is the leading cause of blindness. Her heritability reported in the literature ranges from 10 to 25%. Analyzed two groups of patients from medium-size commercial and small towns with different intensity of migration processes. In the regional registries contain data on all reported cases in the cities of glaucoma. The coefficients of the inheritance of glaucoma in an isolated population of a small city in comparison with a population of medium size were higher by 2.5 times (7.7 and 3.7% 2.75 0.4%, respectively). This may indicate that the benefit of that population homozygotization gene complexes responsible for the emergence of this disease are more likely to create a pathological phenotype. Thus, genetic and demographic characteristics of populations, in particular, the coefficients of the migration, the degree of outbred affect the incidence of glaucoma, explains the different values of the coefficients of inheritance are given in the literature.*

УДК 159.9

### **ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ РЕПРОДУКТИВНИХ РОЗЛАДАХ**

*\* Приходько А.М., \*\* Поканевич Т.М., \*\*\* Максіян О.І.,  
\*\*\*\* Бенедичук Ю.В., \*\* Линчак О.В., \*\* Тимченко О.І.*

*\* Київський Національний університет імені Тараса Шевченка,*

*\*\* ДУ «Інститут гігієни та медичної екології ім. О.М. Марзєєва НАМН України» м. Київ,*

*\*\*\* Обласний центр антенатальної охорони плоду та медичної генетики*

*Чернівецького обласного медичного діагностичного центру,*

*\*\*\*\* Житомирський обласний центр планування сім'ї та репродукції людини*

**Актуальність.** За останні роки на світовому рівні у наданні медичної допомоги населенню відбулися корінні зміни, що привели до розширення прав пацієнта в процесі лікування та загальної гуманізації взаємовідносин медичного персоналу та хворих [1,2].

В процесі лікування приймають участь дві сторони – лікар і його пацієнт.

Обидві сторони несуть значне психоемоційне навантаження, тому при їх взаємному спілкуванні як у пацієнтів, так і у лікарів виникають психоемоційні зміни. Значення підходу, який лікар знаходить до хворого, є важливим, оскільки він допомагає активізувати позицію пацієнта по відношенню до процесу лікування.

Взаємовідносини лікаря та пацієнта в кожному конкретному випадку складаються індивідуально. Важливими є характеристики і психологічні риси особистості лікаря. Адже лікар часто перебуває під впливом стресових ситуацій (неадекватна заробітна плата, тяжкий перебіг хвороби у пацієнта, ненормований графік роботи, відсутність необхідних ліків та обладнання тощо).

Не менш важливими є психологічні особливості пацієнта, які значною мірою залежать від стану, в якому він перебуває та виду патології, на яку страждає. Нині визнано, що відповідальність за стан здоров'я майже у тій же мірі, що і на лікареві, лежить на хворому, тому варто звернути увагу на характеристики пацієнта як активного суб'єкта: саме його зусилля, спрямовані на одужання та набуття працездатності із збереженням активної ролі в суспільстві, вважаються ключовими.

Проте лікар має взяти на себе роль модератора на всіх етапах профілактичного, лікувально-діагностичного та реабілітаційного процесів: він має враховувати соціально-психологічні особливості пацієнта, зрозуміти у якому стані він перебуває і, виходячи із цього, доносити до хворого необхідну інформацію та вибудовувати продуктивну взаємодію. Здатність лікаря налагодити ефективне спілкування з пацієнтом, враховуючи його психологічні особливості, є вагомою складовою, що формує позитивну взаємодію. Інтерперсональній взаємодії лікаря та хворого, які чинять вагомий вплив один на одного, надається найважливіше значення. При цьому на якість взаємодії впливають статеві та вікові відмінності, рівень освіти, соціальний статус. Від того чи було спілкування з лікарем позитивним у значній мірі залежить задоволеність пацієнта лікуванням.

В українському суспільстві спостерігається недостатнє розуміння значення психосоціальної складової взаємодії лікаря та хворого для успіху лікувального процесу. Існує проблема розвитку гуманістичних відносин лікаря і пацієнта. Вона проявляється в тому, що відносини між сторонами, які беруть участь у процесі лікування, в ряді випадків будуються на директивній основі з елементами прагматизму, з пригніченням волі пацієнта, при недостатньому врахуванні його

індивідуальних психологічних особливостей і психосоматичного стану. Відсутність уваги до особистісного ресурсу і можливостей гуманістичної концепції взаємодії «пацієнт-лікар» призводить до пасивного відношення пацієнта до лікування, знижує ефективність лікувальних заходів і зменшує шанси на одужання. Задоволення пацієнтів процесом і результатами лікування також знижується, як і задоволення лікарів. Між тим, гуманізм в медицині передбачає не тільки відомий принцип «не зашкодь» і аналогічні традиції, але й трансформацію ролей лікаря та пацієнта, побудову їх відносин на партнерській основі. Суттєвої ваги вищевказане набуває в сфері забезпечення репродуктивного здоров'я населення та народження здорової дитини. При нинішньому поширенні незадоволення населення якістю медичної допомоги та стані його здоров'я, пошук шляхів підвищення ефективності лікування, в т.ч. задоволення пацієнта спілкуванням із лікарем та лікуванням, є надзвичайно актуальним.

Спостереження свідчать, що досвідчені лікарі спілкуванню з пацієнтом (збір анамнезу та огляд хворого) приділяють значну увагу, а дані інструментальних та лабораторних досліджень використовують як допоміжні. Правильний діагноз за даними анамнезу ставиться у 45-50% хворих, а на підставі опитування та огляду пацієнта – у 80-85% осіб. Лише 15-20% пацієнтів для постановки діагнозу потребують поглибленого лабораторного та інструментального обстеження [3].

Праця лікаря як специфічне суспільне явище має свої особливості, оскільки передбачає процес взаємодії людей. У лікаря предметом праці є людина, продуктом праці – також людина [4,5]. Лікувально-діагностичні методи нерозривно сплітаються з особистісними відносинами, у зв'язку з чим особливу важливість набувають моральні і психологічні аспекти цього процесу. Особливого значення набуває проблема гуманізації такої взаємодії у медико-генетичній практиці. Отримана при медико-генетичному консультуванні інформація стосується не тільки пацієнта, а й членів його сім'ї та може мати певні наслідки для нащадків.

В доступній літературі проблема взаємодії лікаря та пацієнта, яка є для українсь-

кого суспільства надзвичайно важливою, розглядається побічно через близькі за темою роботи, що нещодавно почали виконуватися на російських теренах [6-10]. Також слід відмітити, що в представлених джерелах психосоціальні чинники розглядаються окремо для лікаря та окремо для пацієнта. Чинники, що супроводжують взаємодію в діаді «лікар-пацієнт» не досліджувались.

Вищевикладене свідчить, що в умовах системи охорони здоров'я в Україні потребується дослідження психосоціальних чинників, які стоять на заваді, та виявлення факторів, що сприяють формуванню позитивних взаємовідносин між лікарем і хворим, що і склало завдання представленої роботи.

**Матеріали та методи.** Об'єктом дослідження виступав процес взаємодії лікаря та пацієнта. Предмет дослідження склали виділені на основі аналізу джерел літератури соціально-психологічні характеристики лікаря та пацієнта, що уявлялися визначальними при їх взаємодії [11-13].

Для дослідження взаємовідносин лікаря та пацієнта вибрані Чернівецька, Київська та Житомирська області. Спільним для всіх областей є те, що в них більше 10 років тому (тобто одними з перших в країні) засновані Центри охорони здоров'я матері та дитини (Обласний центр антенатальної охорони плоду та медичної генетики Чернівецького обласного медичного діагностичного центру, Київський обласний центр охорони здоров'я матері і дитини, Житомирський обласний Центр планування сім'ї та репродукції людини). Заснування таких центрів свідчить про те, що місцева влада на рівні обласних державних адміністрацій не тільки розуміла проблеми, що виникли та існують в Україні в сфері репродуктивного здоров'я населення, а й намагалася вжити заходи для їх вирішення. Головні лікарі вищевказаних установ, пацієнти та лікарі згодились на проведення дослідження та йшли назустріч під час його виконання.

Вибірку склали лікарі цих центрів а також пацієнти, що звертались за медичною допомогою у обрані медичні установи. Респонденти відбиралися за принципом випадковості. Загальна вибірка проведеного дослідження становить 150 чоловік. З них 125 осіб є пацієнтами вищеперахованих медичних

закладів, 25 осіб – лікарі. Респонденти-лікарі були переважно (88%) особами жіночої статі. Абсолютна кількість респондентів-пацієнтів також були жінками. Тобто, у даному дослідженні можна говорити про можливість виявити саме особливості жінки як лікаря та як пацієнта. Зі 125 пацієнтів – 47 були вагітними, що складає 37,6% від усієї вибірки, інші причини звернення та перебування у стаціонарі варіюють від 5,6% до 0,8%. 37 респондентів утримались від зазначення причини перебування у лікарні, що складає 29,6%. Такий високий відсоток пацієнтів, що не вважали за доцільне вказувати причини знаходження у центрах, які опікуються репродуктивним здоров'ям, ймовірно, ілюструє надвисокий ступінь інтимності даної сфери. 60% склали лікарі, які за спеціалізацією були акушерами-гінекологами

У пацієнтів і лікарів вимірювали захисні механізми особистості: витіснення, заперечення, заміщення, компенсацію, гіперкомпенсацію, проєкцію, інтелектуалізацію та регресію. Вивчали симптоми емоційного вигорання (фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, що характеризується порушенням продуктивності в роботі і втому, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань). Визначали тип ставлення до хвороби – гармонійний, тривожний, іпохондричний, меланхолічний, апатичний, неврастенічний, obsесивно-фобічний, сенситивний, егоцентричний, ейфоричний, анозоностичний (активне відкидання думок про хворобу та її можливі наслідки), ергопатичний („втеча від хвороби в роботу”), паранойяльний. Опитування включало такі теми: самопочуття, настрої, сон, апетит, відношення до хвороби; ставлення до лікування, медперсоналу, родичів, роботи, оточуючих, самотності, майбутнього. Вивчали уявлення про хворобу та оцінювали тип взаємодії з лікарями за проєктивною методикою. У лікарів визначали самооцінку процесу та результату їх лікувальної діяльності і взаєностосунків з пацієнтами, використовуючи шкали: «Взаємодія з пацієнтами», «Задоволеність процесом праці», «Задоволеність результатами лікування». Аналізували оцінку пацієнтами якості, тривалості та результатів лікування за критеріями: «Робота медичного персоналу», «Тривалість лікування», «Задо-

воленість якістю лікування». Оцінювали суб'єктивну задоволеність пацієнта лікуванням: результатами; взаємостосунками лікар-хворий; побутовими умовами та навколишнім оточенням; стигматизацію, що відображає ступінь хворобливості у сприйнятті статусу пацієнта. Під задоволеністю результатами лікування розуміли задоволеність поліпшенням самопочуття, усуненням симптоматики та ряду психологічних проблем (складностей у спілкуванні, вирішенні життєвих завдань, самооцінці). У неї включені загальна задоволеність; відповідність результатів очікуванням; оцінка впливу ліків і їх побічних ефектів; динаміка самопочуття з фізичним станом включно; динаміка самооцінки комунікативної та проблемно-вирішальної поведінки в результаті лікування; динаміка погляду на майбутнє як наслідок терапії, сприйняття майбутнього.

Для дослідження обрані такі опитувальники та методики. Для лікарів: особистісний опитувальник Плутчіка-Келлермана-Конте, опитувальник В.В. Бойко «Діагностика рівня емоційного вигорання», особистісний опитувальник Бехтерівського Інституту (тип ставлення до хвороби), модифікація методики Дембо-Рубінштейн (введення таких шкал: «Взаємодія з пацієнтами», «Задоволеність процесом праці», «Задоволеність результатами лікування», проєктивна методика «Уявлення про хворобу». Для пацієнтів: особистісний опитувальник Плутчіка-Келлермана-Конте, опитувальник В.В. Бойко «Діагностика рівня емоційного вигорання», особистісний опитувальник Бехтерівського Інституту (тип ставлення до хвороби), опитувальник Бехтерівського Інституту «Суб'єктивне задоволення лікуванням», модифікація методики Дембо-Рубінштейн (введення таких шкал: «Робота медичного персоналу», «Тривалість лікування», «Задоволеність якістю лікування», проєктивна методика «Уявлення про хворобу».

За відповідями респондентів на запитання опитувальників та результатами виконання методик були створені комп'ютерні файли даних у програмі SPSS 17. Правильність вводу даних в комп'ютер контролювалась повторною перевіркою відповідності кожної десятої введеної відповіді респондента її паперовому носію.

Для подальшого аналізу використовували чотири масиви даних. В один створений масив увійшли респонденти-лікарі. Другий масив даних утворений з пацієнтів. Третій масив був створений через злиття даних двох попередніх вибірок для можливості їх порівняння. Для з'ясування психологічних особливостей взаємодії лікаря та його пацієнтів був створений четвертий масив даних, в якому лікарі виступали залежною змінною.

Статистичну обробку виконували за програмою SPSS 17 (статистичний пакет для соціальних наук) із застосуванням методів кореляційного аналізу, порівняння за Т-критерієм, однофакторного та багатфакторного дисперсійного аналізів, лінійної регресії та ін. [10].

**Результати та їх обговорення.** Результати проведеного дослідження процесу взаємодії лікарів, які працюють в сфері репродуктивного здоров'я, з їх пацієнтками свідчать, що до найважливіших чинників, які впливають на нього, відносяться захисні механізми особистості; симптоми емоційного вигорання; тип ставлення до хвороби; уявлення про хворобу; тип взаємодії з пацієнтом; самооцінка процесу та результату професійної діяльності лікарів і взаємостосунків з пацієнтами; оцінка пацієнтами якості, тривалості та результатів лікування; суб'єктивна задоволеність лікуванням. Важливими також є вік, стать та рівень життя.

Задоволеність пацієнток взаємодією залежить не лише від дій лікарів, але й в значній, подекуди у значно більшій мірі, від їх психоемоційного стану.

Захисні механізми особистості, які мають статистично значущий зв'язок із суб'єктивною задоволеністю, не сприяють розвитку останньої. Лікар має це враховувати.

Найбільший внесок у значення показника „суб'єктивна задоволеність лікуванням” обумовлюють оцінка якості роботи медперсоналу та ідеальної тривалості лікування, причому для збільшення суб'єктивної задоволеності ідеальна тривалість лікування має бути мінімальною. Цей фактор сприймається респондентами не як індикатор комфортності, а, скоріше, як показник того, як оцінює свій стан особистість залежно від її психологічних особливостей. Надалі цей показ-

ник не слід застосовувати як критерій оцінки якості та комфорту медичного закладу, а, навпаки, якщо і використовувати, то як зворотній показник. Також це може свідчити про «зліплення» у свідомості пацієнок таких характеристик процесу лікування як «швидко» та «якісно», що часто призводить до надання переваги неперевіреному, методам лікування.

Пацієнтки, які в середньому нижче оцінюють роботу медичного персоналу, частіше перебувають у союзі із лікарем. Як для цих лікарів, так і для їх пацієнок характерний вищий прояв захисного механізму регресії (процес, в ході якого людина ухиляється від складної ситуації). Також у лікарів цих пацієнок значущо нижчі домагання щодо результатів праці, задоволеності процесом праці та взаємодії з пацієнтами.

Лікарі, яким притаманний анозогносичний тип реакції на власну хворобу (активне відкидання думок про хворобу та її можливі наслідки), у більшості мають пацієнтів з ейфоричним типом реакції (зневага, легковажне ставлення до хвороби та лікування).

Незадоволеність собою та напруження лікарів, які негативно корелюють із задоволеністю взаємодією лікарів із пацієнтами, так само негативно корелюють із суб'єктивною задоволеністю лікуванням пацієнтів, що свідчить про можливість впливу лікаря на покращення взаємодії через зниження власної напруги психокорекційними методами та підвищення рівня саморозвитку.

Оскільки задля формування можливостей позитивного впливу на лікування лікар має уважно спостерігати не лише за розвитком хвороби, але й за особистістю пацієнта, ступенем його задоволеності процесом ліку-

вання та за власними психологічними особливостями, уявляється доцільним, починаючи з перших років навчання, впровадження в систему медичної освіти соціально-психологічних тренінгів.

Розвиток характеристик, які будуть сприяти розвитку позитивної взаємодії лікаря та пацієнта можна та необхідно здійснювати у спеціальних тренінгових програмах, призначених для медичного персоналу, що працює в сфері репродуктивного здоров'я. Програми повинні враховувати соціально-психологічні особливості діяльності медичних працівників як соціального інституту та бути центрованими на індивідуальних потребах кожного окремого лікаря, враховуючи його психологічні особливості, оскільки останні знаходять своє відображення у сприйманні та типі реагування пацієнтів на хворобу.

Важливим є систематичний та стандартизований зворотний зв'язок від пацієнтів, який дозволяє використовувати персональні дані з метою вдосконалення медичної допомоги. Хоча задоволеність пацієнтів може не зовсім точно відображати якість реально наданої клінічної допомоги, що часто і зустрічається, такий огляд показує сприйняття лікувального процесу пацієнтами та є випереджаючим індикатором ефективності роботи лікарні. За допомогою оглядів задоволеності можна відстежувати динаміку та циклічність задоволеності пацієнтів, які надалі використовувати як важливий інструмент її корекції. Хоча огляди задоволеності пацієнтів і не сприймаються багатьма лікарями як корисні, вони спрямовані на покращення медичної допомоги і повинні впроваджуватися у практику медичних установ.

## Висновки

Таким чином, визначення і вплив на характеристики взаємодії лікаря та пацієнта (захисні механізми особистості; симптоми емоційного вигорання; тип ставлення до хвороби; уявлення про хворобу; тип взаємодії з пацієнтом; самооцінка процесу та результату професійної діяльності лікарів і взаємостосунків з пацієнтами; оцінка пацієнтами якості, тривалості та результатів лікування; суб'єктивна задоволеність лікуванням, вік, стать та рівень життя) будуть допомагати активному залученню особистості пацієнта у процес лікування та позитивно впливати на його результати. Розвиток таких характеристик можна та необхідно здійснювати у спеціальних тренінгових програмах для медичного персоналу, що працює в сфері репродуктивного здоров'я. Рекомендується впровадження оглядів задоволеності пацієнтів у практичну діяльність медичних закладів.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Chapman G.B. Decision making in health care. Theory, Psychology and applications /G.B. Chapman, F.A. Sonnenberg. –Cambridge University Press, –2003. –438 p.
2. Гнатейко О.З. Етичні проблеми медико-генетичного консультування /О.З. Гнатейко. – Біоетика в системі охорони здоров'я і медичної освіти: Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції 26-27 березня 2009 р. Львів: ЛНМУ імені Данила Галицького, – 2009. –630, –С. 126-129.
3. Данилов Д.С. Влияние клинических, терапевтических и микросоциальных факторов на терапевтическое сотрудничество при лечении больных шизофренией (клинико-статистическое исследование) /Д.С. Данилов //Российский психиатрический журнал. – 2008. –№2. –С. 66-74.
4. Грандо А.А. Врачебная этика и медицинская деонтология /А.А. Грандо. –К.: Вища школа, –1982. –168 с.
5. Ташлыков В.А. Психологическая защита у больных неврозами и психосоматическими расстройствами. Пособие для врачей /А.А. Ташлыков. –СПб., –1992. –24 с.
6. Аленинская О.А. Психолого-акмеологические условия развития гуманистической концепции пациента у врача: дис. канд. псих. наук /О.А. Аленинская. –Тамбов, –2008. –179 с.
7. Константинова Т.В. Особенности коммуникативных установок во взаимодействии врача с больными: дис. канд. псих. наук /Т.В. Константинова. –Самара, –2006. –156 с.
8. Кузнецов А.В. Социальные взаимоотношения врачей, пациентов и СМИ в процессе медиализации: дис. канд. соц. наук /А.В. Кузнецов. –Волгоград, –2009. –152 с.
9. Ли Вон Хо. Социально-психологическая наблюдательность и ее формирование у врача: дис. канд. псих. наук /Ли Вон Хо. –М., –2007. –173 с.
10. Чазова А.А. Копинг-поведение врача и больного в процессе преодоления болезни: дис. докт. псих. наук /А.А. Чазова. –Бишкек, –1998.–269 с.
11. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология /Б.Д. Карвасарский. –Л.: М., –1982. –272 с.
12. Лутова Н.Б. Метод оценки субъективной удовлетворенности психически больных лечением в психиатрическом стационаре: методические рекомендации /Н.Б. Лутова, А.В. Борцов. –СПб: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева, –2007. –19 с.
13. Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания /Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. –СПб.: Питер, –2008. –258, –С. 45-49.
14. Наследов А.Д. SPSS15: профессиональный статистический анализ данных /А.Д. Наследов. –СПб.: Питер, –2008. –416 с.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
ПРИ РЕПРОДУКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ**

*Приходько А.Н., Поканевич Т.М., Максиян О.И.,  
Бенедичук Ю.В., Линчак О.В., Тимченко О.И.*

*Исследованы психосоциальные факторы, затрудняющие и способствующие формированию позитивных взаимоотношений между врачом и пациентом при лечении репродуктивных расстройств. К ним относятся защитные механизмы личности; симптомы эмоционального выгорания; тип отношения к болезни; представления о болезни; тип взаимодействия с пациентом; самооценка процесса и результата профессиональной деятельности врачей и взаимоотношений с пациентами; оценка пациентами качества, длительности и результатов лечения; субъективная удовлетворенность лечением, возраст, пол и уровень жизни. Развитие таких характеристик можно и необходимо осуществлять в специальных тренинговых программах для медицинского персонал, работающего в сфере репродуктивного здоровья. Рекомендуется внедрять в практику работы лечебных учреждений обзоры удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью.*

**PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF MEDICARE AT GENESIAL DISORDERS***A.M. Prykhodko, T.M. Pokanevich, O.I. Maxijan, Yu.W. Benedychuk, O.V. Lynchak, O.I. Timchenko*

*Psychosocial factors, that contribute and hinder deformation of positive relationships between doctor and patient in treatment of reproductive disorders where investigate. These included personalities psychological defenses, emotional burnout, types of attitude toward disease, the idea of disease, type of interaction with doctors, self-estimation of the result and process of professional practice and interaction with patients, patients grade of quality, lasting and results of healing, subjective satisfaction with treatment, age, sex, and level of living. Development and taking in account such factors is needed to be done in special psychosocial training programs for medical stuff, working in reproductive health sphere. Survey of patient's satisfaction with medical help is recommended to be introduced and rooted in everyday hospital practice.*

УДК 613.84- 616-053/071.3

**АНТРОПОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ НЕМОВЛЯТ,  
НАРОДЖЕНИХ МАТЕРЯМИ, ЩО ПАЛЯТЬ***Качко Г.О., Линчак О.В.**ДУ „Інститут гігієни та медичної екології ім. О.М. Марзєєва НАМН України”, м. Київ*

**Актуальність проблеми.** Сьогодні підвищення ролі жінок в сучасному житті, зміна їх пріоритетів та норм поведінки при значних психологічних і стресорних навантаженнях призводять, в тому числі, і до значного поширення тютюнопаління серед них. За даними МОЗ України в сучасних умовах активним курцем є кожна п'ята жінка [1]. За результатами соціально-демографічного обстеження „Молодь України” поширеність паління серед молоді в нашій країні є досить високою (23%, серед яких 17% позбулися цієї звички) і лише 60% жінок ніколи не курили [2]. Це викликає особливе занепокоєння, оскільки жіночий організм більш чутливий до токсичної та канцерогенної дії тютюну, що, в свою чергу, приводить до патології перебігу вагітності та пологів, підвищення перинатальної смертності, а також в подальшому негативно впливає на здоров'я народженої дитини [3]. Останнє особливо актуальне в умовах сучасної демографічної кризи.

В результаті комплексної дії таких факторів як рівень та спосіб життя, стан соціального середовища та природного довкілля, стан медичної допомоги тощо приводить до погіршення з кожним роком стану здоров'я дітей, в т.ч. і новонароджених [4].

Одним із найбільш об'єктивних і достовірних показників здоров'я новонароджених є параметри фізичного розвитку, і перш за все, – маса тіла при народженні, яка відображає умови внутрішньоутробного розвитку плоду. Розподіл новонароджених за масою тіла визначений критерієм якості здоров'я народжених нащадків, а зміна його розподілу відображає ті чи інші тенденції розвитку популяції [5]. Окрім цього, ріст і масу новонароджених та співвідношення між цими параметрами використовують в якості показників пристосованості населення та стану його генофонду [6,7]. Так, наприклад, показано, що зменшення зросту новонароджених у м. Запоріжжі порівняно з показниками інших немовлят області може бути обумовленим змінами в генофонді населення під впливом антропогенних забруднювачів [8].

Враховуючи вищевикладене, метою даного дослідження було визначення впливу паління жінок на зміну антропометричних показників новонароджених в Запорізькій області.

**Завдання дослідження** полягали у визначенні ризику народження дітей з низькою масою в Запорізькій області порівняно з Україною та оцінці антропометричних пока-