

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я ім. О. М. МАРЗЄЄВА»

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ПЕТРЕНКО ОЛЕНА ДМИТРІВНА

УДК 613.2-053.2/.6:614.2

**Наукове обґрунтування концептуальних основ системи профілактики
аліментарно-залежних захворювань у дітей та молоді**

14.02.01 - Гігієна та професійна патологія

22 - Охорона здоров'я

Подається на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ Петренко О.Д.

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий консультант – Гуліч Марія Павлівна,
доктор медичних наук, професор

Анотація

Петренко О.Д. Наукове обґрунтування концептуальних основ системи профілактики аліментарно-залежних захворювань у дітей та молоді. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.01 – Гігієна та професійна патологія (222 – Медицина, в галузі знань 22 – Охорона здоров'я).

Державна установа «Інститут громадського здоров'я імені О.М. Марзєєва Національної академії медичних наук України», спеціалізована вчена рада Д 26.604.01 – Київ, 2024.

Мета дисертаційної роботи – обґрунтування концептуальних основ системи профілактики аліментарно-залежної захворюваності шляхом вивчення особливостей її формування та внеску у загальну захворюваність дітей та молоді різних регіонів України.

Загалом протягом періоду дослідження було проаналізовано статистичні матеріали Центру громадського здоров'я МОЗ України, Статистичних збірників Державної служби статистики України, щорічних звітів про стан здоров'я населення України МОЗ України щодо захворюваності та поширеності хвороб серед дітей та підлітків за період з 2000 по 2017 рр.

Вивченню підлягали дані, які характеризували стан здоров'я дітей та підлітків за показниками загальної захворюваності та поширеності хвороб, які визначаються як аліментарно-залежні (захворювання крові та кровотворних органів, анемії, зокрема залізодефіцитні анемії, хвороб ендокринної системи (дифузний зоб I ступеня, дифузний зоб II-III ступеня, ожиріння), а також хвороби органів травлення) на території усіх областей України та м. Києва з частковим урахуванням тимчасово окупованих територій АР Крим, м. Севастополь та частини тимчасово окупованих Луганської та Донецької

областей. В процесі аналізу було враховано, що в сучасних умовах існує низка факторів, які негативно впливають на репрезентативність отриманих даних. Це перш за все перебудова медичної галузі охорони здоров'я, яка відбувалась в ці роки, створення нової ланки – центрів первинної діагностики та медико-санітарної допомоги, що супроводжувались змінами процедури реєстрації хвороб на тлі зміни умов проживання населення, в тому числі дітей, пов'язаних з воєнними діями після 2012 року.

Наукова новизна роботи полягає в тому, що це є перше комплексне наукове дослідження в Україні, спрямоване на обґрунтування концептуальних основ системи профілактики аліментарно-залежних хвороб дітей та молоді, аналіз і оцінку особливостей дитячої захворюваності, визначення їх внеску у загальну поширеність і захворюваність, вивчення особливостей харчування дітей та молоді.

На основі вирішення базового для роботи питання щодо захворюваності дітей та підлітків і визначення внеску аліментарно-залежних хвороб виявлено ряд принципово нових залежностей. Шляхом використання методу аналітичної епідеміології та мета-аналізу показано, що незважаючи на коливання рівня загальної захворюваності впродовж 2000 - 2017 рр. мало місце стійке зростання її показників на території усіх регіонів спостереження. Проте інтенсивність зростання та темпи приросту захворюваності характеризувались певними віковими та територіальними особливостями. Так, у молодшій групі, що включала дітей віком до 6 років від дня народження, приріст захворюваності був відносно незначний і не перевищував 6 %, тоді як серед дітей 7-14 років захворюваність зросла до 21,5%, а в третій групі, що охоплювала вже підлітків 15-17 років, приріст захворюваності сягав 29,2 %. Хоча статистично підтверджено достовірне зростання захворюваності 2 та 3 груп по відношенню до першої ($p < 0,01-0,001$), загальна тенденція до прояву вікової залежності кількості випадків захворювань на 10000 дітей беззаперечна.

На підставі теоретичного узагальнення отриманих даних висловлено припущення, що несуттєве зростання загальної захворюваності у дітей першої вікової групи пов'язано з тим, що їхній розвиток в цей період пов'язаний переважно з впливом спадкового чинника, тоді як у другій групі до цього додається ще вплив зовнішнього фактора, зокрема обумовленого переходом до колективного перебування в навчальних закладах та підвищення контактності, з одного боку, і учбового навантаження на організм – з іншого. В третій групі зростання захворюваності пов'язано з впливом на додаток до підвищеного учбового навантаження у старших класах ще й ендокринно-гормонального фактора в результаті нормального фізіологічного розвитку дитячого організму.

При цьому встановлено територіальні особливості формування дитячої захворюваності. Розрахунки, проведені в окремих регіонах з урахуванням специфічності екологічних чинників (хімічних, радіаційних, засобів захисту сільськогосподарських рослин, особливостей вмісту есенційних мікроелементів в ґрунтах тощо), дозволили проранжувати рівні захворюваності на теренах України наступним чином: області підвищеного радіаційного контролю > території з переважно промисловим характером господарювання ≥ області з переважно сільськогосподарською діяльністю > ендемічні території. І в той же час показано, що рівні аліментарно-залежних хвороб, на відміну від загальної захворюваності, не залежать від екологічного та економічного профілю окремих регіонів. В роботі зроблено припущення, що екологічні фактори відбиваються на стані загального здоров'я дитячого організму і в зв'язку з економічним та екологічним поділом території існує імовірність як різного рівня навантаження на організм так і ступеня прояву їх впливу.

В той же час процеси глобалізації харчування (стирання місцевих, регіональних особливостей, зниження частки місцевих продуктів в раціоні населення) сприяли зниженню впливу коливань харчового раціону на

популяційному рівні і, як результат, рівні аліментарно-залежних захворювань не відрізняються територіально.

Але при цьому, як і при характеристиці загальної захворюваності, зберігається вікова залежність розвитку аліментарно-обумовлених хвороб. Внесок аліментарно-залежних хвороб у загальну захворюваність складає: у дітей до 6 років — 4,92%, у віковій групі 7-14 років — 7,17%, а серед підлітків 15-17 років — 7,80%; водночас внесок у загальну поширеність відповідно становить 10,01%, 16,87% та 17,98%. Що стосується характеру самих аліментарно-залежних хвороб, то у дітей 0-6 років переважають хвороби крові та кровотворних органів, зокрема залізодефіцитні анемії. У віковій групі 7-14 років найпоширенішими є хвороби ендокринної системи та органів травлення. У групі 15-17 років спостерігається зростання більшості захворювань, за винятком хвороб органів травлення, що створює значне навантаження на підлітків, які переходять у дорослість з певним тягарем хворобливого стану.

Враховуючи стабільно високий рівень частки аліментарно-залежних хвороб у загальній захворюваності та їх значне збільшення у старших вікових групах, постає питання необхідності розробки заходів щодо їх попередження. Виходячи з цього положення, в роботі проведено другий блок досліджень, спрямований на вивчення харчової поведінки, рівня обізнаності та впливу військового стресу на дітей та молодь. За умов інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології на базі закладів освіти 4 областей України (Київської, Вінницької, Донецької, Сумської та м.Києва) проводились соціологічні опитування дітей та їхніх батьків щодо харчових звичок та особливостей харчової поведінки, зокрема з урахуванням таких факторів впливу, як стрес, особливі дієтичні потреби. Всього в дослідженнях опитано більше 26 000 осіб.

Зібрано і проаналізовано існуючі вітчизняні бази нормативно-методичних та правових документів, співставлено їх з базами даних країн ЄС та США, які

стосувались організації та забезпечення умов харчування в навчальних закладах середньої та вищої освіти. Особливу увагу приділено вивченню усвідомлення дітьми та їхніми батьками та студентською молоддю (Київський торговельно-економічний та Сумський педагогічний університети) питань щодо харчування як основи профілактики неінфекційних хвороб. Цей блок включав аналіз харчових звичок, рівня усвідомлення ризиків, а також дослідження впливу військового стресу на харчову поведінку та ставлення до шкільного й домашнього харчування. Для цього було виконано ряд масштабних соціологічних опитувань дітей і молоді різних вікових груп та їхніх батьків у середніх загальноосвітніх і вищих навчальних закладах.

Установлено, що переважна більшість респондентів (84,6–92,3%) добре обізнані про ці ризики. Однак, попри високу обізнаність усвідомлення загрози для здоров'я є недостатнім, що призводить до необдуманого ставлення до власного способу життя. Зокрема, значна кількість дітей та студентів не усвідомлюють шкоди від зловживання сіллю, цукром, солодкими газованими напоями, маргаринами та спредами, а також від недостатнього споживання фруктів і овочів. Виявлено, що понад 29% студентів споживають надлишкову кількість солі, тоді як 41% — надмірну кількість цукру. Вживання свіжих овочів і фруктів щодня не є звичкою для майже третини студентів, тоді як більше 80% студентської молоді регулярно споживають солодкі газовані напої.

Крім того, на підставі узагальнення власних даних та статистичних показників споживання основних груп харчових продуктів було визначено, що структура харчування населення України не відповідає вимогам раціонального харчування. Спостерігається низьке споживання м'яса та м'ясопродуктів (на 33,75% менше від рекомендованого), молока та молочних продуктів (на 46,97% менше), плодів і фруктів (на 34,44% менше), риби та рибних продуктів (на 34% менше). Це свідчить про розбалансованість харчування, що може призвести до аліментарно-залежних захворювань. Загальні тенденції у харчуванні українців

відображають культурні, економічні та соціальні особливості країни: низьке споживання м'яса, риби та рослинної олії порівняно з іншими країнами і помірне споживання цукру, молока та молочних продуктів поєднується з високим споживанням овочів та картоплі.

Аналіз сучасного стану забезпечення харчуванням дітей з особливими дієтичними потребами в закладах освіти показав його недостатність. Багато закладів не мають належної інфраструктури та ресурсів для забезпечення спеціальних дієтичних потреб. Виявлено проблеми у системі шкільного харчування, де 54,3% закладів не відповідають потребам дітей з дієтичними обмеженнями. У більшості навчальних закладів (97,3%) не передбачено готування спеціальних страв для таких дітей, а безпечні умови для зберігання їжі, принесеної з дому, відсутні. Це створює додаткові труднощі для дітей, які стикаються з психологічними проблемами через дієтологічні обмеження та ізоляцію у питаннях харчування. Розроблені основи дієтичного шкільного харчування включають рекомендації щодо створення спеціальних меню, навчання персоналу та забезпечення необхідними продуктами.

Доведено, що частота та тривалість порушень харчової поведінки у дітей значно залежать від їхнього місцеперебування відносно військових подій. Вплив стресу на харчову поведінку варіюється залежно від того, чи перебуває дитина на окупованих територіях, у зоні бойових дій, на мирних територіях, є внутрішньо переміщеною чи виїхала за кордон. Встановлено статистично значущі зв'язки між місцеперебуванням відносно військових подій і коливаннями статури дітей, обумовлені порушенням харчової поведінки ($\chi^2=17,818$, $p=0,037$). Недостатня доступність харчування виявилася причиною цього лише у 24,20% випадків, тоді як порушення харчової поведінки становило 57,38%. Тривалість порушень харчової поведінки є ключовим фактором для оцінки їхнього впливу на здоров'я дитини. Установлено, що 53,85% порушень зникали протягом місяця, проте тривалі порушення (43,15%) можуть призвести

до формування нездорових харчових звичок і підвищення частоти хронічних неінфекційних захворювань у подальшому житті.

На основі узагальнення отриманих результатів розроблено концептуальні засади системи організації харчування дітей та молоді, спрямовані на попередження розвитку аліментарно-залежних хвороб та забезпечення оптимального режиму харчування дітей з особливими дієтичними потребами. Провідним елементом цієї системи є розробка та впровадження медико-освітніх і технологічних правил. Показано, що одним із ключових аспектів оптимізації системи профілактичного харчування є нормативно-правове забезпечення попередження аліментарно-залежних хвороб. На підставі порівняльного аналізу вітчизняного та міжнародного законодавства було надано оцінку чинної нормативно-правової бази на території України в сучасних умовах і її відповідності вимогам ВООЗ. Визначено невідповідність ряду державних норм і правил зазначеним вимогам та обґрунтовано напрямки їх подальшого вдосконалення.

Матеріали роботи, включаючи нормативно-методичні документи, рецептурні збірники, технологічні карти та примірне чотиритижневе сезонне меню, зокрема Норми та Порядок організації харчування у закладах освіти та дитячих закладах оздоровлення та відпочинку (затверджено Постановою Кабінету міністрів України від 24.03.2021 № 305) та Національна стратегія розбудови безпечного і здорового освітнього середовища у Новій українській школі(затверджено Указом Президента України від 25.05.2020 № 195/2020) широко використовуються у практиці Центрів громадського здоров'я МОЗ України та в системі освіти навчальних закладів різного рівня, включаючи, заклади загальної середньої освіти та заклади вищої освіти.

Основні досягнення роботи:

-показано відсутність в країні єдиної обов'язкової системи організації та забезпечення диференційного харчування дітей молодших класів, підлітків, студентської молоді та дітей з особливими дієтичними потребами;

-на підставі аналізу даних соціологічного опитування на індивідуальному, груповому, популяційному рівнях визначено стан обізнаності та усвідомлення (компетентності) ризиків для здоров'я, пов'язаних з харчуванням. Визначено особливості харчових звичок і поведінки серед дітей та молоді в сучасних умовах. Показано, що 85-90 % дітей та молоді різних вікових груп та їхніх батьків усвідомлюють важливість і доцільність здорового харчування, проте лише 23-27 % дітей та студентської молоді дотримуються цих рекомендацій;

- на підставі порівняльного аналізу вітчизняного та міжнародного законодавства в галузі забезпечення організованого харчування для учнів навчальних закладів, в тому числі дітей з особливими дієтичними потребами надано оцінку діючої нормативно-правової бази в сучасних умовах на території України вимогам ВООЗ. Визначено невідповідність державних норм та запропоновано шляхи їх подальшого удосконалення;

- розроблено та обґрунтовано шляхи забезпечення та моделі організації харчування дітей з особливими дієтичними потребами в рамках Нової української школи;

- виявлено нові дані щодо взаємозв'язку між впливом стресу внаслідок військових дій та харчовою поведінкою у дітей шкільного віку.

- удосконалено підходи до профілактики аліментарно-залежних захворювань шляхом інтеграції медичних, соціологічних, психологічних та освітніх підходів.

Отримані результати спрямовані на розвиток наукових знань щодо зниження впливу аліментарних факторів ризику на здоров'я дітей та молоді, що сприятиме поліпшенню загального стану здоров'я населення.

Результати аналітичних, натурних досліджень та їх теоретичного узагальнення використано у розробці ряду нормативно-правових документів та впроваджено їх у практику Центрів контролю та профілактики хвороб МОЗ України, а також у систему освіти навчальних закладів різного рівня (заклади загальної середньої освіти, заклади вищої освіти). До найбільш значущих нормативно-методичних та правових документів відносяться:

1. Національна стратегія розбудови безпечного і здорового освітнього середовища у Новій українській школі(затверджено Указом Президента України від 25.05.2020 № 195/2020)

2. Санітарний регламент для закладів загальної середньої освіти (затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25.09.2020 № 2205)

3. Норми та Порядок організації харчування у закладах освіти та дитячих закладах оздоровлення та відпочинку (затверджено Постановою Кабінету міністрів України від 24.03.2021 № 305)

4. Технологічні карти для страв, призначених для організації шкільного харчування (висновок державної санітарно-епідеміологічної експертизи від 20.09.2021 № 169/8)

5. Примірне чотиритижневе сезонне меню рекомендованого для організації триразового харчування дітей віком від 1 до 6(7) років в закладах освіти та інших організованих дитячих колективах (на осінній та зимовий періоди) (затверджено Наказами МОЗ України від 05.11.2021 № 2441 та 03.02.2022 № 215 відповідно)

6. Алгоритм впровадження здоров'язберігаючих освітніх технологій в навчальний процес вищих навчальних закладів;

7. Методичні рекомендації щодо організації безглютенового харчування в закладах освіти (проект)

8. Навчальний курс щодо навиків правильного харчування (в освітній процес загальноосвітніх навчальних закладів) (проект);

Окрім цього в співавторстві з фахівцями інших організацій та наукових закладів розроблено:

Збірник рецептур страв, кулінарних виробів і напоїв (технологічних карт) для харчування дітей шкільного віку. Для закладів освіти, дитячих закладів оздоровлення та відпочинку та закладів сфери соціального захисту. Київ: Київський Національний торговельно-економічний університет; 2021. 672 с.

Збірник рецептур страв для харчування дітей в закладах освіти, дитячих закладах оздоровлення та відпочинку та закладах соціального захисту. Київ: GFA Consulting Group; 2024. 882 с.

Результати досліджень впроваджено у навчальний процес кафедр: Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця; Київського торговельно-економічного університету, що підтверджено відповідними актами впровадження.

Ключові слова: аліментарно-залежні захворювання, дитяче здоров'я, харчова поведінка, профілактика захворювань, організоване харчування, дієтичні потреби, освітні заклади, здорове харчування, громадське здоров'я, харчові звички.

Annotation

Petrenko O.D. Scientific substantiation of the conceptual foundations of the system of prevention of food-dependent diseases in children and youth. – Qualifying scientific work on manuscript rights.

Dissertation for obtaining the scientific degree of Doctor of Medical Sciences in the specialty 14.02.01 - Hygiene and occupational pathology (222 - Medicine, in the field of knowledge 22 - Health care).

State Institution «Marzиеiev Institute for Public Health of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», specialized academic council D 26.604.01 - Kyiv, 2024.

The purpose of the dissertation is to substantiate the conceptual foundations of the food-dependent morbidity prevention system by studying the peculiarities of its formation and contribution to the general morbidity of children and youth in different regions of Ukraine.

In general, during the research period, statistical materials of the Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine, Statistical Collections of the State Statistics Service of Ukraine, annual reports on the state of health of the population of Ukraine by the Ministry of Health of Ukraine regarding the incidence and prevalence of diseases among children and adolescents for the period from 2000 to 2017 were analyzed .

The data that characterized the state of health of children and adolescents according to indicators of general morbidity and prevalence of diseases defined as food-dependent (diseases of the blood and hematopoietic organs, anemia, in particular iron deficiency anemia, diseases of the endocrine system (diffuse goiter of the 1st degree, diffuse grade II-III goiter, obesity), as well as diseases of the digestive organs) in the territory of all regions of Ukraine and the city of of Kyiv with partial consideration of the temporarily occupied territories of the Autonomous Republic of Crimea, m. Sevastopol and parts of the temporarily occupied Luhansk and Donetsk

regions. In the process of analysis, it was taken into account that in modern conditions there are a number of factors that negatively affect the representativeness of the obtained data. This is, first of all, the restructuring of the medical field of health care, which took place in these years, the creation of a new link - centers for primary diagnosis and medical care, which were accompanied by changes in the procedure for registering diseases against the background of changes in the living conditions of the population, including children, associated with hostilities after 2012.

The scientific novelty of the work lies in the fact that this is the first comprehensive scientific study in Ukraine, aimed at substantiating the conceptual foundations of the system of prevention of food-dependent diseases in children and youth, analysis and evaluation of the characteristics of childhood morbidity, determination of their contribution to the overall prevalence and morbidity, study of the peculiarities nutrition of children and young people.

A number of fundamentally new additions were identified based on the solution of the basic issue for the work regarding the morbidity of children and adolescents and the determination of the contribution of food-dependent diseases . By using the method of analytical epidemiology and meta-analysis, it is shown that despite fluctuations in the level of general morbidity during 2000 - 2017. there was a steady growth of its indicators in the territory of all observation regions. However, the intensity of growth and rates of increase in morbidity were characterized by certain age and territorial features. Thus, in the younger group, which included children under the age of 6 from the date of birth, the increase in incidence was relatively insignificant and did not exceed 6%, while among children aged 7-14 the incidence increased to 21.5%, and in the third group, which already covered teenagers aged 15-17, the increase in morbidity reached 29.2%. Although a statistically significant increase in the incidence of the 2nd and 3rd groups in relation to the first ($p < 0.01 - 0.001$) was confirmed, the general tendency towards an age-dependent manifestation of the number of cases of diseases per 10,000 children is undeniable.

On the basis of the theoretical generalization of the obtained data, it is suggested that the insignificant increase in the overall morbidity in children of the first age group is due to the fact that their development during this period is mainly related to the influence of the hereditary factor, while in the second group, the influence is added to this an external factor, in particular due to the transition to a collective stay in educational institutions and increased contact, on the one hand, and the educational load on the body, on the other. In the third group, the increase in morbidity is associated with the effect of an endocrine -hormonal factor as a result of the normal physiological development of the child's body, in addition to the increased academic load in senior classes .

At the same time, the territorial peculiarities of the formation of children's morbidity have been established. Calculations carried out in individual regions, taking into account the specificity of environmental factors (chemical, radiation, means of protection of agricultural plants, peculiarities of the content of essential microelements in soils, etc.), made it possible to rank the level of morbidity in the territories of Ukraine as follows: areas of increased radiation control > territories with a predominantly industrial nature management \geq regions with mainly agricultural activity > endemic territories. And at the same time, it is shown that the levels of food-dependent diseases, in contrast to the general morbidity, do not depend on the ecological and economic profile of individual regions. The work assumes that environmental factors affect the general health of the child's body, and in connection with the economic and ecological division of the territory, there is a possibility of both a different level of load on the body and the degree of manifestation of their influence.

At the same time, the processes of globalization of nutrition (erasure of local, regional characteristics, reduction of the share of local products in the population's diet) contributed to the reduction of the influence of fluctuations in the food diet at the

population level and, as a result, the levels of food-dependent diseases do not differ territorially.

But at the same time, as with the characteristics of general morbidity, the age dependence of the development of alimentary diseases remains . The contribution of food-dependent diseases to the total morbidity is: in children under 6 years old — 4.92%, in the age group 7-14 years old — 7.17%, and among teenagers 15-17 years old — 7.80%; at the same time, the contribution to the total prevalence is 10.01%, 16.87% and 17.98%, respectively. As for the nature of food-dependent diseases themselves , diseases of the blood and hematopoietic organs, in particular iron deficiency anemia, predominate in children aged 0-6 years. In the age group of 7-14 years, diseases of the endocrine system and digestive organs are the most common. In the group of 15-17 years, there is an increase in most diseases, with the exception of diseases of the digestive organs, which creates a significant burden on adolescents, who enter adulthood with a certain burden of the disease state.

Taking into account the consistently high level of the share of food-dependent diseases in the total morbidity and their significant increase in older age groups, the question arises of the need to develop measures for their prevention. Based on this provision, the second block of research was conducted in the work, aimed at studying eating behavior, the level of awareness and the impact of military stress on children and youth. Under the conditions of informed consent and compliance with the principles of bioethics and deontology, sociological surveys of children and their parents were conducted on the basis of educational institutions in 4 regions of Ukraine (Kyiv, Vinnytsia, Donetsk, Sumy and the city of Kyiv) regarding eating habits and peculiarities of eating behavior, in particular taking into account the following factors effects such as stress, special dietary needs. In total, more than 26,000 people were interviewed in the research.

The existing national databases of normative, methodical and legal documents were collected and analyzed, compared with the databases of the EU and the USA,

which related to the organization and provision of food conditions in educational institutions of secondary and higher education. Special attention was paid to the study of the awareness of children and their parents and student youth (Kyiv University of Trade and Economics and Sumy Pedagogical University) on issues related to nutrition as a basis for the prevention of non-infectious diseases. This unit included an analysis of eating habits, level of risk awareness, and research into the impact of military stress on eating behavior and attitudes toward school and home meals. For this, a number of large-scale sociological surveys of children and youth of different age groups and their parents in secondary and higher educational institutions were carried out.

It was established that the vast majority of respondents (84.6–92.3%) are well aware of these risks. However, despite high awareness, the awareness of health threats is insufficient, which leads to a reckless attitude to one's own lifestyle. In particular, a significant number of children and students are not aware of the harm from abuse of salt, sugar, sweet carbonated drinks, margarines and spreads, as well as from insufficient consumption of fruits and vegetables. More than 29% of students were found to be consuming excessive amounts of salt, while 41% were consuming excessive amounts of sugar. Eating fresh vegetables and fruits every day is not a habit for almost a third of students, while more than 80% of college youth regularly consume sugary sodas.

In addition, on the basis of the generalization of own data and statistical indicators of consumption of the main groups of food products, it was determined that the structure of nutrition of the population of Ukraine does not meet the requirements of rational nutrition. Low consumption of meat and meat products (33.75% less than recommended), milk and dairy products (46.97% less), fruits and vegetables (34.44% less), fish and fish products is observed (34% less). This indicates an unbalanced diet, which can lead to food-dependent diseases. General trends in the diet of Ukrainians reflect the cultural, economic and social characteristics of the country: low consumption of meat, fish and vegetable oil compared to other countries and

moderate consumption of sugar, milk and dairy products combined with high consumption of vegetables and potatoes.

Analysis of the current state of food provision for children with special dietary needs in educational institutions showed its insufficiency. Many facilities do not have adequate infrastructure and resources to accommodate special dietary needs. Problems were identified in the school food system, where 54.3% of institutions do not meet the needs of children with dietary restrictions. Most educational institutions (97.3%) do not prepare special meals for such children, and there are no safe conditions for storing food brought from home. This creates additional difficulties for children who face psychological problems due to dietary restrictions and isolation in matters of nutrition. The developed basics of dietary school nutrition include recommendations for creating special menus, training staff and providing the necessary products.

It has been proven that the frequency and duration of eating disorders in children significantly depend on their location in relation to military events. The impact of stress on eating behavior varies depending on whether the child is in occupied territories, in a war zone, in peaceful territories, is internally displaced, or has gone abroad. Statistically significant relationships were established between the place of residence in relation to military events and fluctuations in children's physique caused by eating disorders ($\chi^2=17.818$, $p=0.037$). Insufficient availability of food was the cause of this in only 24.20% of cases, while disordered eating behavior was 57.38%. The duration of eating disorders is a key factor in assessing their impact on a child's health. It was established that 53.85% of violations disappeared within a month, however, long-term violations (43.15%) can lead to the formation of unhealthy eating habits and an increase in the frequency of chronic non-infectious diseases in later life.

Based on the generalization of the obtained results, the conceptual principles of the system of nutrition for children and youth were developed, aimed at preventing the development of food-dependent diseases and ensuring the optimal nutrition

regime of children with special dietary needs. The leading element of this system is the development and implementation of medical, educational and technological rules. It is shown that one of the key aspects of the optimization of the preventive nutrition system is the regulatory and legal support for the prevention of food-dependent diseases . On the basis of a comparative analysis of domestic and international legislation, an assessment of the current legal framework on the territory of Ukraine in modern conditions and its compliance with WHO requirements was provided. The inconsistency of a number of state norms and rules with the specified requirements was identified and directions for their further improvement were substantiated.

Work materials, including normative and methodical documents, recipe collections, technological maps and an approximate four-week seasonal menu, in particular the Norms and Procedure for the organization of food in educational institutions and children's health and recreation institutions (approved by Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine dated 24.03.2021 No. 305) and National strategy for building a safe and healthy educational environment in the New Ukrainian School (approved by the Decree of the President of Ukraine dated May 25, 2020 No. 195/2020) are widely used in the practice of Public Health Centers of the Ministry of Health of Ukraine and in the education system of educational institutions of various levels, including general secondary education institutions and institutions of higher education.

The main achievements of the work:

- it is shown that the country lacks a single mandatory system of organizing and providing differentiated nutrition for children of lower grades, teenagers, student youth and children with special dietary needs;

- on the basis of the analysis of sociological survey data at the individual, group, and population levels, the state of awareness and awareness (competence) of health risks related to food was determined. The peculiarities of eating habits and behavior among children and young people in modern conditions are determined. It is

shown that 85-90% of children and youth of different age groups and their parents are aware of the importance and feasibility of healthy nutrition, but only 23-27% of children and student youth follow these recommendations;

- on the basis of a comparative analysis of domestic and international legislation in the field of provision of organized meals for students of educational institutions, including children with special dietary needs, an assessment of the current regulatory and legal framework in modern conditions on the territory of Ukraine in accordance with WHO requirements was provided. The inconsistency of state norms was determined and ways of their further improvement were proposed;

- ways of ensuring and organizing food for children with special dietary needs within the framework of the New Ukrainian School were developed and substantiated;

- new data on the relationship between the impact of stress due to military operations and eating behavior in school-aged children were revealed.

- improved approaches to the prevention of food-dependent diseases by integrating medical, sociological, psychological and educational approaches.

The obtained results are aimed at the development of scientific knowledge regarding the reduction of the influence of alimentary risk factors on the health of children and youth, which will contribute to the improvement of the general health of the population.

The results of analytical, real-world studies and their theoretical generalization were used in the development of a number of regulatory and legal documents and were implemented in the practice of the Centers for Disease Control and Prevention of the Ministry of Health of Ukraine, as well as in the education system of educational institutions of various levels (general secondary education institutions, higher education institutions). The most significant regulatory and methodological and legal documents include:

1. National strategy for building a safe and healthy educational environment in the New Ukrainian School (approved by the Decree of the President of Ukraine dated May 25, 2020 No. 195/2020)

2. Sanitary regulations for institutions of general secondary education (approved by Order of the Ministry of Health of Ukraine dated September 25, 2020 No. 2205)

3. Norms and Procedures for the organization of meals in educational institutions and children's health and recreation institutions (approved by Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine dated 03.24.2021 No. 305)

4. Technological cards for dishes intended for the organization of school meals (conclusion of the state sanitary and epidemiological examination dated 09/20/2021 No. 169/8)

5. An approximate four-week seasonal menu recommended for the organization of three meals a day for children aged 1 to 6(7) years in educational institutions and other organized children's groups (for the autumn and winter periods) (approved by the Orders of the Ministry of Health of Ukraine dated 05.11.2021 No. 2441 and 03.02. 2022 No. 215 respectively)

6. Algorithm for introducing health-preserving educational technologies into the educational process of higher educational institutions;

7. Methodological recommendations for the organization of gluten-free food in educational institutions (project)

8. Training course on proper nutrition skills (in the educational process of general educational institutions) (project);

In addition, in co-authorship with specialists of other organizations and scientific institutions, the following were developed:

A collection of recipes for dishes, culinary products and drinks (technological maps) for feeding school-age children. For educational institutions, children's health

and recreation institutions, and institutions in the field of social protection. Kyiv: Kyiv National University of Trade and Economics; 2021. 672 p.

A collection of recipes for meals for children in educational institutions, children's rehabilitation and recreation institutions, and social welfare institutions. Kyiv: GFA Consulting Group ; 2024. 882 p.

The research results are implemented in the educational process of the departments: Vinnytsia National Medical University named after E. Pirogov; National Medical University named after O.O. Bogomolets; of the Kyiv University of Trade and Economics, which is confirmed by the relevant acts of implementation .

Key words: food-dependent diseases, children's health, eating behavior, disease prevention, organized nutrition, dietary needs, educational institutions, healthy nutrition, public health, eating habits.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

СПИСОК НАУКОВИХ ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Корзун В., Котикович Ю., Петренко О. Роль харчування в етіології та профілактиці йододефіцитних захворювань. Проблемы старения и долголетия. 2011;(2):189-96. *(Дисертантом проведено аналіз літератури, підготовку матеріалів до друку)*
2. Петренко О., Мельниченко Т. Йод і селен в продуктах моря: оцінка результатів дослідження. Довкілля та здоров'я. 2014. № 1(68). С. 22-7. *(Дисертантом проведено статистична обробка даних, дослідження, написання статті)*
3. Петренко О. Ефективний і надійний контроль вмісту йоду в об'єктах навколишнього середовища – актуальне завдання сьогодення. Гігієна населених місць. 2015;(65):200-3. *(Дисертантом проведено аналіз літератури, статистична обробка даних, дослідження, написання статті, підготовку матеріалів до друку)*
4. Петренко О. Еколого-гігієнічні аспекти оцінки вмісту есенційних мікроелементів у харчових продуктах півночі України. Проблеми харчування. 2015;(2):25-9. *(Дисертантом проведено аналіз літератури, статистична обробка даних, дослідження вмісту йоду в продуктах, написання статті)*
5. Сердюк А.В., Гуліч М., Коблянська А., Любарська Л. Обізнаність та усвідомлення молоддю загрози для здоров'я поведінкових факторів ризику розвитку неінфекційних захворювань – вагома складова реалізації профілактичних заходів. Довкілля та здоров'я. 2018 вересень; (3 (88)):62-6. <https://doi.org/10.32402/dovkil2018.03.062> *(Дисертантом проведено дослідження, написання статті, підготовку матеріалів до друку)*

6. Сердюк А., Гуліч М., Петренко О., Любарська Л., Коблянська А. Оцінка обізнаності та усвідомлення студентською молоддю ролі харчування в розвитку неінфекційних захворювань. Довкілля та здоров'я. 2019 червень; (2 (91)):27-31. <https://doi.org/10.32402/dovkil2019.02.027> (Дисертантом проведено аналіз літератури, статистична обробка даних)
7. Сердюк А.М., Гуліч М.П., Петренко О.Д., Любарська Л.С., Коблянська А.В. Обізнаність та усвідомлення студентською молоддю загрози для здоров'я факторів ризику розвитку неінфекційних хвороб – сучасний стан проблеми. Медичні перспективи. 2019 Apr 2; 24(1):4-14. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2019.1.162168> (Web of science) (Дисертантом проведено дослідження, написання статті)
8. Гуліч М.П., Петренко Е.Д., Любарська Л.С., Депутат Ю.М. Харчування солдатів у бойових умовах: еволюція від запорозької січі до сьогодення. Медичні перспективи. 2020 Apr 9; 25(1):221-9. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2020.1.200423> (Web of science) (Дисертантом проведено аналіз літератури, підготовку матеріалів до друку)
9. Гуліч М.П., Петренко О.Д., Любарська Л.С. Компетентності, набуті в шкільному віці, та їх роль у формуванні харчової поведінки молоді. Довкілля та здоров'я. 2021 червень; 99 (2):22-7. <https://doi.org/10.32402/dovkil2021.02.022> (Дисертантом проведено аналіз літератури, статистична обробка даних, дослідження)
10. Kalynychenko I.O., Gulich M.P., Petrenko O.D., Liubarska L.S., Latina H.O. Awareness of the threat to the health of behavioral risk factors for noncommunicable diseases by future teachers. World of Medicine and Biology. 2023;19(83):77. <https://doi.org/10.26724/2079-8334-2023-1-83-77-81> (Web of science, Scopus) (Дисертантом проведено статистична обробка даних, дослідження)

11. Гуліч М.П., Петренко О.Д. Здорове харчування як фактор запобігання захворювань: політика ВООЗ та вітчизняний досвід (до 75-річчя ВООЗ в Україні). Медичні перспективи. 2023 Sep 29; 28(3):152-62. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2023.3.289218> (Web of science) (Дисертантом проведено аналіз літератури, підготовку матеріалів до друку)
12. Гуліч М.П., Петренко О.Д., Антомонов М.Є., Федорова Д.В., Вепсяляйнен Х., Еркола М. Розлади харчової поведінки у дітей як наслідок стресу, спричиненого війною: загальні результати дослідження. Довкілля та здоров'я. 2023 грудень; (4 (109)):37-45. <https://doi.org/10.32402/dovkil2023.04.037> (Дисертантом проведено аналіз літератури, статистична обробка даних, дослідження, написання статті)
13. Гуліч М.П., Харченко О.О., Петренко О.Д., Яценко О.В., Любарська Л.С. Харчування та стрес: виклики воєнного стану. Довкілля та здоров'я. 2023 вересень; (3 (108)):31-8. <https://doi.org/10.32402/dovkil2023.03.031> (Дисертантом проведено аналіз літератури, підготовку матеріалів до друку)
14. Гуліч М.П., Петренко О.Д. Шкільне харчування: національні стандарти та принципи організації. Гігієна населених місць. 2023 Nov 20; 2023(73):132-40. <https://doi.org/10.32402/hygiene2023.73.132> (Дисертантом проведено аналіз літератури, написання статті, підготовку матеріалів до друку)
15. Gulich M., Petrenko O. Feature so feating behavior of early school-age children in the context of the implementation of the school meals reform. ScienceRise: Medical Science. 2024;59(2):51-7. <https://doi.org/10.15587/2519-4798.2024.308220> (Дисертантом проведено аналіз літератури, статистична обробка даних, дослідження, написання статті, підготовку матеріалів до друку)

- 16.Петренко О. Основи та передумови профілактики аліментарно-залежних захворювань у дітей та молоді в Україні. Перспективи та інновації науки. 2024 Jul 26;(7(41)). [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-7\(41\)-1110-1121](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-7(41)-1110-1121) (Дисертантом проведено аналіз літератури, написання статті)
- 17.Гуліч М., Петренко О. Проблемні питання забезпечення харчуванням дітей з особливими дієтичними потребами в закладах освіти України. Перспективи та інновації науки. 2024 тра 29;(5(39)). [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-5\(39\)-1195-1206](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-5(39)-1195-1206) (Дисертантом проведено дослідження, написання статті, підготовку матеріалів до друку)
- 18.Гуліч М.П., Петренко О.Д. Сучасний стан та просторово-часові тенденції аліментарно-залежної захворюваності дитячого населення України. Довкілля та здоров'я. 2024 березень; (1 (110)):32-8. <https://doi.org/10.32402/dovkil2024.01.032> (Дисертантом проведено статистична обробка даних, дослідження)
- 19.Петренко О.Д., Гуліч М.П., Любарська Л.С. До питання актуальності запровадження безглютенового шкільного харчування. Довкілля та здоров'я. 2023 черв; (2 (107)):48-55. <https://doi.org/10.32402/dovkil2023.02.048> (Дисертантом дослідження, написання статті, підготовку матеріалів до друку)
- 20.Петренко О.Д., Гуліч М.П. Ретроспективний аналіз споживання основних груп харчових продуктів населенням України. Довкілля та здоров'я. 2024 червень; (2 (111)):48-53. <https://doi.org/10.32402/dovkil2024.02.048> (Дисертантом проведено статистична обробка даних, дослідження, написання статті, підготовку матеріалів до друку)
- 21.Гуліч М.П., Петренко О.Д. Харчові звички у підлітковому віці: аналіз сучасного стану. Довкілля та здоров'я. 2024 Aug; (3 (112)):25-32. <https://doi.org/10.32402/dovkil2024.03.025> (Дисертантом проведено аналіз

літератури, статистична обробка даних, дослідження, написання статті, підготовку матеріалів до друку)

22. Gulich M., Fedorova D., Petrenko O., Vepsäläinen H., Erkkola M. War exposure and changes in eating behaviours in Ukrainian school-aged children: a cross-sectional online survey. *Maternal & Child Nutrition*. 2024 Sep 5. <https://doi.org/10.1111/mcn.13729> (**Web of science, Scopus**) *(Дисертантом проведено статистична обробка даних, дослідження)*

23. Чорна А.І., Шульга О.С., Петренко О.Д., Арсеньєва Л.Ю., Голь А.О., Кравчено О.В., винахідники. Патент на винахід "Спосіб йодування хлібобулочних виробів за допомогою їстівного покриття". Патент 114573. 26 черв. 2017. 4 с. *(Дисертантом проведено дослідження)*

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

24. Мазаракі А., редактор. Збірник рецептур страв, кулінарних виробів і напоїв (технологічних карт) для харчування дітей шкільного віку. Для закладів освіти, дитячих закладів оздоровлення та відпочинку та закладів сфери соціального захисту. Київ: Київський Національний торговельно-економічний університет; 2021. 672 с.

25. Клопотенко Є.В., Гуліч М.П., Гончар Ю.М., Любарська Л.С., Петренко О.Д., Григоренко А.А., Ламбріно І.Ф., Скорбун І.А. Збірник рецептур страв для харчування дітей в закладах освіти, дитячих закладах оздоровлення та відпочинку та закладах соціального захисту. Київ: GFA Consulting Group; 2024. 882 с.

26. Гуліч М.П., Петренко О.Д., Любарська Л.С., Харченко О.О., Яценко О.В. Організація шкільного харчування: міжнародний та вітчизняний досвід. Гігієна населених місць. 27 грудня 2019 р.; 2019(69):165-72. <https://doi.org/10.32402/hygiene2019.69.165>

27. Гуліч М.П., Петренко О., Любарська Л. До питання необхідності впровадження здоров'язберігаючих освітніх технологій в навчальний процес вищих навчальних закладів. Гігієна населених місць. 2018;(68):211-8.
28. Корзун В., Мельниченко Т., Петренко О., Тихоненко Ю. Сьогодення і біоетика. Київ: Авіцена; 2011. Біоетичні підходи при виборі та застосуванні засобів профілактики йододефіцитних захворювань; р. 385-94.
29. Корзун В., Петренко О., Котикович Ю., Болохнова Т., Деркач А., Гайдук М. Актуальні питання захисту довкілля та здоров'я населення. Київ; 2015. Закономірності формування мікроелементозів у населення Північного регіону України; р. 335-56.
30. Корзун В., Болохнова Т., Деркач А., Котикович Ю., Петренко О., Тананакіна Н. Проблеми йододефіцитних захворювань у вагітних. Чорнобиль: екологія і здоров'я. 2015;(3):62-81.
31. Сердюк А., Гуліч М.П., Коблянська А., Любарська Л., Петренко О., Харченко О., Яценко О., Ольшевська О. Актуальні питання захисту довкілля та здоров'я населення України (результати наукових розробок 2018 р) К., 2019. вип 5. С. 18 – 100. Київ; 2019. Обґрунтування наукових засад реалізації заходів профілактики неінфекційних захворювань в Україні відповідно до цілей сталого розвитку; р. 18-100.
32. Гуліч М., Петренко О., Любарська Л. Забезпечення шкільним харчуванням дітей з особливими потребами – актуальне завдання сьогодення. Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології. 2021;(1):41.
33. Петренко О. Moderní aspekty vmdy. Česka republika: Mezinárodní Ekonomické Institut s.r.o.; 2024. Сучасний стан та підходи до оптимізації системи профілактики аліментарно-залежних захворювань у дітей та молоді в Україні; р. 325-39

- 34.Петренко О., Мельниченко Т. Гігієнічна оцінка продуктів харчування з позицій втрати ними мікроелементів в процесі технологічної обробки та зберігання. Медичний форум. 2014;(3):171-5.
- 35.Мельниченко Т., Петренко О. Проблемні питання визначення мікроелементів методом інверсійної вольтамперометрії і шляхи їх вирішення. Журнал хроматографічного товариства. 2014;(1-4):44-51.
- 36.Чорна А.І., Шульга О.С., Петренко О.Д., Арсеньєва Л.Ю., Голь А.О., Кравчено О.В., винахідники. Патент на корисну модель "Спосіб йодування хлібобулочних виробів за допомогою їстівного покриття". Патент 110871. 25 жовт. 2016. 4 с.
- 37.Гуліч М., Петренко О.Д., Любарська Л.С., Коблянська А.В., Харченко О., Яценко О. Алгоритм впровадження здоров'язберігаючих освітніх технологій в навчальний процес вищих навчальних закладів України. Київ: Укрмедпатентінформ; 2019. 4 с. Інформаційний лист № 84.
- 38.Гуліч М., Петренко О.Д., Любарська Л.С. Алгоритм впровадження здоров'язберігаючих освітніх технологій в навчальний процес вищих навчальних закладів України. Київ: Укрмедпатентінформ; 2023. 4 с. Наукове повідомлення № 46/9/23.
- 39.Корзун В., Котикович Ю., Парац А., Петренко О.Д., Болохнова Т., Деркач А. Використання чорноморської водорості цистозіри для індивідуальної та групової профілактики йоддефіцитних захворювань. Київ: Укрмедпатентінформ; 2012. 7 с. Інформаційний лист № 241.

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

- 40.Мельниченко Т., Петренко О. Окремі аспекти визначення мікроелементів методом інверсійної вольтамперометрії.:Київська конференція з аналітичної хімії; 7-9 жовт. 2015; Київ. с. 131.

- 41.Петренко О. Оцінка вмісту деяких мікроелементів в харчових продуктах загального вжитку Північного регіону України.:Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України (одинадцяті марзєєвські читання); 8-9 жовт. 2015; Івано-Франківськ. с. 223-5.
- 42.Гуліч М., Любарська Л., Коблянська А., Петренко О., Харченко О., Ященко О. Вивчення обізнаності студентів вищих навчальних закладів України щодо впливу поведінкових факторів ризику на розвиток неінфекційних захворювань.:Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України; 11-12 жовт. 2018; Київ. с. 124-7
- 43.Гуліч М., Петренко О., Нікуліна Л., Діденко З. Досвід впровадження в учбовий процес закладів загальної освіти курсу "Гігієна харчування".:Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України; 17-19 жовт. 2019; Київ. с. 204-7.
- 44.Гуліч М., Петренко О., Любарська Л. Пріоритети та стереотипи харчування молоді як фактор розвитку хронічних неінфекційних захворювань.:Здоров'я, харчування, довголіття; 17 трав. 2021; Київ. с. 36-9.
- 45.Гуліч М., Петренко О., Любарська Л., Харченко О., Ященко О., Ольшевська О. Удосконалення організації шкільного харчування – необхідна ланка державної політики зміцнення здоров'я дітей.:Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України; 21-22 жовт. 2021; Київ. с. 427-9.
- 46.Петренко О., Гуліч М., Любарська Л., Харченко О., Ященко О., Моїсеєнко І. Проблема забезпечення шкільним харчуванням дітей з особливими дієтичними потребами в Україні.:Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України; 20-21 жовт. 2022; Київ. с. 387-9.
- 47.Гуліч М., Петренко О., Любарська Л., Харченко О., Ященко О., Моїсеєнко І. До питання визначення наявних порушень харчової поведінки дітей в умовах стресу, пов'язаного з війною.:Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України; 20-21 жовт. 2022; Київ. с. 367-9.

48. Гуліч М., Петренко О. Порушення харчової поведінки дітей в умовах військового стресу - проблема сьогодення.: Здорове харчування від дитинства до довголіття: стан та перспективи; 24 листоп. 2022; Київ. с. 18-20.
49. Гуліч М., Петренко О., Любарська Л. Проблема порушення харчової поведінки дітей як наслідок військового стресу.: Екологічні та гігієнічні проблеми сфери життєдіяльності людини; 15 берез. 2023; Київ. с. 92-3.
50. Гуліч М., Петренко О., Антомонов М., Федорова Д., Вепсяляйнен Х., Ерккола М. Стресові розлади харчування у дітей в умовах війни - загроза здоров'ю в подальшому житті.: Здорове харчування від дитинства до довголіття: стан та перспективи; 27 жовт. 2023; Київ.
51. Gulich M., Petrenko O., Fedorova D., Vepsäläinen H., Erkkola M. Distinguishing features of eating disorders in children in Ukraine during times of war.: Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України; 19 жовт. 2023; Київ. с. 151-2.
52. Gulich M., Fedorova D., Petrenko O., Vepsäläinen H., Erkkola M. War-Induced disrupted eating behaviors in Ukrainian school-aged children.: European nutrition conference. Basel Switzerland: MDPI; 2023. <https://doi.org/10.3390/proceedings2023091077>
53. Корзун В., Котикович Ю., Петренко О., Писаренко Ю., Гайдук М., Деркач А. Вода як джерело йоду для профілактики йододефіцитних захворювань.: Вода і здоров'я людини; 19-20 квіт. 2013; Ужгород.; 2013. с. 38-42.
54. Мельниченко Т., Петренко О. Застосування методу інверсійної вольтамперометрії для аналізу харчових продуктів: проблеми, недоліки і переваги.: Хімічна безпека: проблеми і рішення. Наукові і практичні аспекти вирішення проблем хімічної безпеки; 4-7 серп. 2013; Севастополь.; 2013. с. 13.

- 55.Петренко О., Мельниченко Т. Оцінка вмісту йоду в збагачених йодвмісними сполуками продуктах харчування.:Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України; 19 жовт. 2023; Київ. с. 245-6.
- 56.Мельниченко Т., Петренко О. Роль техногенних та природних факторів у виникненні мікроелементозів у населення в сучасних умовах.:Сучасні тенденції розвитку медичної науки та медичної практики; 26-27 груд. 2014; Львів. с. 66-7.
- 57.Петренко О., Мельниченко Т. Інформативність анкетування для оцінки стану харчування окремих груп населення при плануванні та проведенні профілактичних заходів.: Сучасні тенденції розвитку медичної науки та медичної практики; 26-27 груд. 2014; Львів. с. 68-70.

Директоратом громадського здоров'я та профілактики захворюваності Міністерства охорони здоров'я України підтверджено авторську участь Петренко О.Д. (Лист МОЗ 26-04/29682/2-23 від 18.10.2023)в розробці наступних документів:

- 58.Про Національну стратегію розбудови безпечного і здорового освітнього середовища у новій українській школі, Указ Президента України № 195/. 25 трав. 2020. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/195/2020#Text>
- 59.Про затвердження Санітарного регламенту для закладів загальної середньої освіти, Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 2205. 25 верес. 2020. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1111-20#Text>
- 60.Про затвердження норм та Порядку організації харчування у закладах освіти та дитячих закладах оздоровлення та відпочинку, Постанова Кабінету Міністрів України № 305, 24 берез. 2021. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/305-2021-п#Text>

61. Про затвердження рекомендованого Примірного чотиритижневого сезонного меню, рекомендованого для організації триразового харчування дітей віком від 1 до 6 (7) років в закладах освіти та інших організованих дитячих колективах на осінній період, Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 2441, 5 листоп. 2021.
62. Про затвердження рекомендованого Примірного чотиритижневого сезонного меню, рекомендованого для організації триразового харчування дітей віком від 1 до 6 (7) років в закладах освіти та інших організованих дитячих колективах на зимовий період, Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 215, 3 лют. 2022.
63. Технологічні карти для страв, призначених для організації шкільного харчування. висновок державної санітарно-епідеміологічної експертизи від 20.09.2021 № 169/8.

Зміст

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	37
ВСТУП	38
Розділ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	49
1.1. Проблема аліментарно-залежних захворювань: основні патології та глобальні бази даних	49
1.2. Сучасний стан та особливості харчування дитячого населення та молоді в Україні.....	59
1.3. Соціально-економічні наслідки аліментарно-залежних захворювань	71
Розділ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	79
2.1. Дизайн наукового дослідження	79
2.2. Методи дослідження	83
2.3. Методи вивчення статистичних показників стану здоров'я населення	84
2.4. Методи вивчення статистичних показників харчування	86
2.5. Методи проведення анкетного опитування.....	88
2.6. Статистичні методи дослідження	91
Розділ 3. АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ ТА МОЛОДІ: ЧАСОВІ ТА ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ, РОЛЬ ЧИННИКІВ ДОВКІЛЛЯ ТА УМОВ ПРОЖИВАННЯ, ВНЕСОК АЛІМЕНТАРНО-ЗАЛЕЖНИХ ХВОРОБ	93
3.1. Аналіз загальної захворюваності дитячого населення та молоді: часові тенденції, вікові особливості та вплив екологічних і соціальних чинників	93
3.2. Аналіз показників захворюваності на аліментарно-залежні захворювання серед дітей та молоді.....	104

3.3. Аналіз показників поширеності аліментарно-залежних захворювань серед дітей та молоді	110
---	-----

Розділ 4. ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ВІТЧИЗНЯНОГО ТА МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ ЩОДО ОРГАНІЗАЦІЇ І ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОПТИМАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ..... 118

4.1. Міжнародний досвід організації та оптимізації харчування для профілактики аліментарно-залежних хвороб серед дітей та молоді.....	118
---	-----

4.2. Вітчизняний досвід організованого харчування	127
---	-----

4.3 Порівняльний аналіз міжнародного та вітчизняного досвіду.	131
--	-----

Розділ 5. ВИВЧЕННЯ ТА ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ОСОБЛИВОСТЕЙ ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ В УКРАЇНІ У СУЧАСНИХ УМОВАХ, ДАНІ СОЦІАЛЬНОГО ОПИТУВАННЯ..... 142

5.1. Результати дослідження та аналіз сучасних особливостей харчування дітей молодшого шкільного віку.....	142
--	-----

5.2. Результати дослідження та аналіз сучасних особливостей харчування дітей середнього і старшого шкільного віку	153
---	-----

5.3. Результати дослідження та аналіз сучасних особливостей харчування студентської молоді:	168
---	-----

5.3.1. Результати дослідження та аналіз особливостей харчової поведінки, обізнаності щодо якості харчування та його ролі у підтримці здоров'я і попередження захворюваності серед здобувачів економічної спеціальності.....	168
---	-----

5.3.2. Результати дослідження та аналіз особливостей харчової поведінки, обізнаності щодо якості харчування як фактора ризику розвитку НІЗ здобувачів педагогічної спеціальності.....	177
---	-----

5.3.3. Порівняльний аналіз особливостей харчової поведінки, обізнаності студентської молоді різних регіонів України щодо основних аліментарних факторів ризику розвитку НІЗ та ролі якості харчування ...	185
---	-----

Розділ 6. ВИВЧЕННЯ ТА ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ В УМОВАХ СТРЕСУ, ОБУМОВЛЕНОГО ВІЙСЬКОВИМИ ДІЯМИ 195

Розділ 7. АНАЛІЗ ТА ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА ЯКОСТІ СПОЖИВАННЯ РІЗНИХ ГРУП ХАРЧОВИХ ПРОДУКТІВ НАСЕЛЕННЯМ УКРАЇНИ ТА ЇХ МІКРОЕЛЕМЕНТНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ ОРГАНІЗМУ ЯК ПРОФІЛАКТИЧНОГО ФАКТОРУ ПОПЕРЕДЖЕННЯ АЛІМЕНТАРНО-ЗАЛЕЖНИХ ХВОРОБ214

7.1. Аналіз споживання основних груп харчових продуктів населенням України як складових загального харчового раціону 214

7.2. Аналіз вмісту есенційних мікронутрієнтів в харчових продуктах загального вжитку: основи раціону населення та рівень забезпечення ними есенційних мікроелементів для забезпечення фізіологічних потреб організму 220

Розділ 8. НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ХАРЧУВАННЯ ОСІБ З ОСОБЛИВИМИ ДІЄТИЧНИМИ ПОТРЕБАМИ229

8.1. Розробка вимог до організації харчування осіб з особливими дієтичними потребами в закладах освіти 229

8.2. Наукове обґрунтування вимог та розробка рецептур до організації харчування осіб з особливими дієтичними потребами в закладах освіти (на прикладі безглютенового харчування) 232

8.3. Проектування раціонів для організації харчування осіб з особливими дієтичними потребами в закладах освіти(на прикладі безглютенового харчування) 235

Розділ 9. АЛГОРИТМ ВПРОВАДЖЕННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧИХ ОСВІТНІХ ТЕХНОЛОГІЙ У НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС ЗАКЛАДІВ ОСВІТИ НА ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ..... 238

Розділ 10. КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОСНОВИ ПРОФІЛАКТИКИ АЛІМЕНТАРНО-ЗАЛЕЖНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ В УКРАЇНІ (Заключення)	253
ВИСНОВКИ.....	264
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ АЛІМЕНТАРНО-ЗАЛЕЖНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ.....	270
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	272
ДОДАТОК А.....	317
ДОДАТОК Б.....	328
ДОДАТОК В.....	330
ДОДАТОК Г.....	336
ДОДАТОК Д.....	338
ДОДАТОК Е.....	347
ДОДАТОК Є.....	351
ДОДАТОК Ж	357
ДОДАТОК З	359
ДОДАТОК І.....	361
ДОДАТОК К	362
ДОДАТОК Л	363
ДОДАТОК М.....	365

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

Скорочення, термін, позначення	Пояснення
ЦПМСД	Центр первинної медико-санітарної допомоги
НІЗ	Неінфекційні захворювання
ЗВО	Заклад вищої освіти
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
IDF	Міжнародної федерації діабету
GBD	Global Burden of Disease
DALY	Disability-Adjusted Life Years
GHO	Global Health Observatory
ООН	Організація Об'єднаних Націй
FAO	Food and Agriculture Organization
FAOSTAT	Food and Agriculture Organization Statistics
EHIS	European Health Interview Survey
NHANES	National Health and Nutrition Examination Survey
ФКУ	Фенілкетонурія
КНТЕУ	Київський національний торговельно-економічний університет
СумДПУ	Сумський державний педагогічний університет
ВПО	Внутрішньо переміщена особа

ВСТУП

Актуальність роботи. Сучасні дослідження у сфері громадського здоров'я показують значне збільшення ролі аліментарних факторів ризику (хімічних, біологічних, способу життя, умов проживання тощо) впливу на стан людського організму, результатом чого розвиток таких патологій, як високий артеріальний тиск, підвищений індекс маси тіла, підвищений рівень глюкози в плазмі натщесерце та високий рівень холестерину. Хоча загальний тягар і вплив багатьох інших факторів ризику зменшуються, аліментарно-залежні фактори ризику продовжують зростати, особливо серед молодших демографічних груп [1], [2]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ), кількість дітей з аліментарно-залежними захворюваннями зростає з кожним роком у світі [3]. В Україні ця проблема також є надзвичайно актуальною, оскільки рівень аліментарно-залежних захворювань серед дітей та молоді постійно збільшується.

Аліментарно-залежні захворювання не лише мають серйозні безпосередні наслідки для здоров'я, але й призводять до важких довгострокових ускладнень. Згідно з висновками експертів ВООЗ, наслідки нездорового харчування в дитячому та молодому віці є ризиком розвитку ендокринних захворювань, розладів травної системи, порушення обміну речовин, патології системи кровообігу, алергічних, онкологічних захворювань [4]. Звідси, профілактика аліментарно-залежних захворювань на ранніх етапах життя є критично важливою для забезпечення здоров'я в дорослому віці.

Аліментарно-залежні захворювання також мають значний вплив на економіку країни через високі витрати на лікування та зниження продуктивності праці населення [1]. Профілактика аліментарно-залежних захворювань серед дітей та молоді може значно зменшити фінансовий тягар на

систему охорони здоров'я та покращити економічну стабільність у довгостроковій перспективі.

Організація харчування дітей у навчальних закладах в Україні відповідно до сучасних вимог залишається на недостатньому рівні [5]. Особливо це стосується дітей та молоді з особливими дієтичними потребами, які страждають на захворювання, що потребують спеціального дієтичного супроводу, алергічні захворювання або харчову непереносимість.

Також наше дослідження враховує психологічні аспекти порушення харчової поведінки, пов'язані зі стресом, який нині переживають українські діти через воєнний стан. При цьому ми акцентували увагу на важливості інтеграції освітніх програм щодо здорового харчування в навчальний процес, що допоможе підвищити обізнаність та мотивацію серед дітей та молоді щодо дотримання здорового харчування. Такі заходи, сприятимуть профілактиці аліментарно-залежних захворювань та формуванню здорових харчових звичок із самого дитинства, забезпечуючи покращення громадського здоров'я населення України.

Виходячи із зазначеного, наукове обґрунтування концептуальних основ системи профілактики аліментарно-залежних захворювань у дітей та молоді є надзвичайно актуальним завданням і відповідає на сучасні виклики у сфері громадського здоров'я та має потенціал зробити значний внесок у покращення здоров'я та якості життя підростаючого покоління. Розробка комплексних, науково обґрунтованих підходів до профілактики аліментарно-залежних захворювань дозволить ефективно вирішувати цю проблему та покращення громадського здоров'я населення України в цілому.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.
Дисертаційна робота виконана в рамках наступних науково-дослідних робіт:

- Вивчити мікроелементне забезпечення та розповсюдженість патологічних станів різної етіології у дітей – мешканців радіоактивно забруднених територій (№ держреєстрації 0115U000651, роки виконання 2015 - 2018)
- Обґрунтування наукових засад реалізації заходів профілактики неінфекційних захворювань в Україні відповідно до Цілей сталого розвитку (№ держ. реєстрації 0116U000758, роки виконання 2016 - 2018)
- Наукове обґрунтування удосконалення організації харчування дітей в Новій українській школі (№ держ. реєстрації 0120U105403, роки виконання 2021 - 2023)

Мета дисертаційної роботи – обґрунтування концептуальних засад системи профілактики аліментарно-залежної захворюваності шляхом вивчення особливостей її формування та внеску у загальну захворюваність дітей та молоді різних регіонів України.

Для досягнення поставленої мети було визначено такі завдання:

1. Вивчити особливості та основні тенденції захворюваності та поширеності захворювань, пов'язаних з аліментарним фактором серед дитячого населення та визначити орієнтовно її питому вагу у загальній захворюваності.
2. Оцінити загальний рівень споживання населенням в цілому та дітьми і молоддю зокрема, окремих груп харчових продуктів на загальнодержавному рівні та визначити їхню забезпеченість основними нутрієнтами.
3. Установити рівні обізнаності, усвідомлення та особливості здоров'язберігаючої поведінки щодо аліментарних факторів ризику для здоров'я серед дітей та молоді

4. Визначити найбільш ефективні форми організації харчування дітей в освітніх закладах Нової української школи з урахуванням вітчизняного та міжнародного досвіду.
5. Дати гігієнічну оцінку сучасного стану забезпечення харчуванням дітей з особливими дієтичними потребами в закладах освіти України та розробити основи дієтичного шкільного харчування;
6. Визначити наявні порушення харчової поведінки дітей в умовах стресу, обумовленого військовими діями.
7. Науково обґрунтувати комплексну систему профілактики аліментарно-залежних захворювань серед дітей та молоді як основу удосконалення організації харчування в освітніх закладах та формування здоров'язберігаючої поведінки відносно аліментарних факторів ризику для здоров'я.

Об'єкт дослідження – гігієнічні аспекти та особливості формування аліментарно-залежної захворюваності дітей різних вікових груп на теренах України.

Предмет дослідження – рівні споживання дітьми, підлітками та населенням в цілому окремих груп харчових продуктів, забезпеченість їх основними нутрієнтами; основні тенденції захворюваності та поширеності аліментарно-залежних захворювань серед дітей, підлітків та молоді, рівні їхньої обізнаності щодо аліментарних факторів ризику для здоров'я та усвідомлення необхідності здоров'язберігаючої поведінки; форми організації харчування дітей в освітніх закладах Нової української школи; порушення харчової поведінки дітей в умовах війни, наукове обґрунтування профілактичних заходів.

Методи дослідження: у дослідженні використано метод аналітичної епідеміології та мета-аналізу для оцінки стану поширеності та захворюваності хвороб дітей різних вікових груп на основі даних Державної служби статистики України, звітних матеріалів Міністерства охорони здоров'я; бібліографічний

метод в процесі аналізу наукової літератури та нормативно-правових актів щодо нормативів харчування для дітей та молоді, аліментарно-залежних захворювань і методів їх профілактики; системний аналіз – застосовувався на всіх етапах роботи для формування та розв'язання проблеми, зокрема оцінки впливу харчових звичок та харчової поведінки на здоров'я дітей та молоді; гігієнічний метод – розробка проектів нормативних документів щодо харчування дітей та молоді, вимог та рекомендацій щодо оцінки технологічної документації та раціонів організованого харчування дітей та молоді; соціологічний метод – анкетне опитування дітей, молоді, батьків дітей та здобувачів вищої освіти для оцінки харчових звичок та особливостей харчової поведінки, зокрема з урахуванням таких факторів впливу, як стрес, особливі дієтичні потреби; математико-статистичний метод – статистична обробка (розрахунок t-критерію Ст'юдента, з використанням поправки Бонферроні, z-тесту (критерію Фішера)) для аналізу результатів дослідження та виявлення значущих статистичних зв'язків.

Наукова новизна роботи полягає в тому, що це є перше комплексне наукове дослідження в Україні, спрямоване на обґрунтування концептуальних засад системи профілактики аліментарно-залежних хвороб дітей та молоді, аналіз і оцінку особливостей дитячої захворюваності, визначення їх внеску у загальну поширеність і захворюваність, вивчення особливостей харчування дітей та молоді.

У результаті проведених досліджень вперше було встановлено:

- -на підставі вивчення динаміки захворюваності дітей різних вікових груп за період 2000-2017 роки встановлено регіональні, часові та вікові особливості загальної захворюваності та поширеності захворювань серед дітей та молоді;
- -виявлено внесок аліментарно-залежних захворювань до яких відносяться захворювання крові та кровотворних органів, анемії, зокрема

залізодефіцитних анемії, хвороб ендокринної системи (дифузний зоб I ступеня, дифузний зоб II-III ступеня, ожиріння), а також хвороб органів травлення до загального обсягу захворювань. Показано зростання їхньої питомої ваги в кожній наступній віковій групі: в групі дітей 0-6 років – 9,0%, серед дітей 7-14 років – 21,4%, 15-17 років – 24,9%;

- -встановлено залежність розвитку дитячої захворюваності від екологічного та економічного стану умов проживання, індикаторним показником чого є наступні залежності рівнів загальної захворюваності: на території областей з підвищеним радіаційним контролем > областей з переважно промисловим характером діяльності, відповідно \geq областей з переважно сільськогосподарським господарюванням, відповідно > ендемічних областей з недостатнім вмістом йоду, селену тощо в ґрунтах;
- -показано відсутність в країні єдиної обов'язкової системи організації та забезпечення диференційного харчування дітей молодших класів, підлітків, студентської молоді та дітей з особливими дієтичними потребами;
- -на підставі аналізу даних соціологічного опитування на індивідуальному, груповому, популяційному рівнях визначено стан обізнаності та усвідомлення (компетентності) ризиків для здоров'я, пов'язаних з харчуванням. Визначено особливості харчових звичок і поведінки серед дітей та молоді в сучасних умовах. Показано що переважна кількість (до 90,0 %) дітей та молоді різних вікових груп та їх батьків усвідомлюють важливість і доцільність здорового харчування, лише 23,0-27,0% дітей та 8,0-36,0% студентської молоді дотримуються цих рекомендацій
- -на підставі порівняльного аналізу вітчизняного та міжнародного законодавства в галузі забезпечення організованого харчування для учнів навчальних закладів, в тому числі дітей з особливими дієтичними потребами, надано оцінку діючої нормативно-правової бази в сучасних

умовах на території України відносно вимог ВООЗ. Визначено невідповідність більшості державних норм та визначено напрямки їх подальшого удосконалення;

- -науково обґрунтовано новітні профілактичні заходи для запобігання НІЗ у дітей та молоді, включаючи розробку та впровадження медико-освітніх технологій як ключової частини системи профілактики аліментарно-залежних захворювань;
- -обґрунтовано доцільність, обсяги та напрями створення системи моніторингу аліментарно-залежних захворювань дітей та молоді в сучасних умовах. Визначено теоретичні принципи та методичні основи, на яких має функціонувати ця система, а також її змістове наповнення;
- -розроблено та обґрунтовано шляхи забезпечення та моделі організації харчування дітей з особливими дієтичними потребами в рамках Нової української школи;
- -виявлено нові дані щодо взаємозв'язку між впливом стресу внаслідок воєнних дій та харчовою поведінкою у дітей шкільного віку;
- -удосконалено підходи до профілактики аліментарно-залежних захворювань шляхом інтеграції медичних, соціологічних, психологічних та освітніх підходів.

Отримані результати спрямовані на розвиток наукових знань щодо зниження впливу аліментарних факторів ризику на здоров'я дітей та молоді та сприяння поліпшенню загального стану здоров'я населення.

Теоретичне значення полягає у:

- вивченні часових, вікових та регіональних особливостей формування загальної захворюваності та поширеності хвороб дтячого населення за період спостереження (2000-2017 рр.);

- виявленні вікових особливостей формування аліментарно-залежних хвороб, які становлять небезпеку в разі переходу підліткової за віком групи до групи дорослих;
- на підставі аналізу та гігієнічної оцінки сучасного стану вітчизняної системи організованого харчування в закладах освіти та співставлення з міжнародним досвідом розроблено Алгоритм впровадження здоров'язберігаючих освітніх технологій, спрямованих на профілактику аліментарно-залежних хвороб в навчальний процес вищих навчальних закладів України;
- сформульовано концептуальні основи профілактики аліментарно-залежних хвороб дітей та молоді на основі комплексних показників епідеміологічних, соціологічних і гігієнічних досліджень.

Практичне значення роботи полягає в розробці ряду нормативно-правових документів та впровадженні їх в практику Центрів контролю та профілактики хвороб МОЗ України, закладів освіти різного рівня.

До найбільш значущих нормативно-методичних та правових документів, які розроблено в рамках дисертаційного дослідження самостійно або в співавторстві, відносяться:

1. Національна стратегія розбудови безпечного і здорового освітнього середовища у Новій українській школі (затверджено Указом Президента України від 25.05.2020 № 195/2020).
2. Санітарний регламент для закладів загальної середньої освіти (затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25.09.2020 № 2205).
3. Норми та Порядок організації харчування у закладах освіти та дитячих закладах оздоровлення та відпочинку (затверджено Постановою Кабінету міністрів України від 24.03.2021 № 305).

4. Технологічні карти для страв, призначених для організації шкільного харчування (висновок державної санітарно-епідеміологічної експертизи від 20.09.2021 № 169/8).
5. Примірне чотиритижневе сезонне меню рекомендованого для організації триразового харчування дітей віком від 1 до 6(7) років в закладах освіти та інших організованих дитячих колективах (на осінній та зимовий періоди) (затверджено Наказами МОЗ України від 05.11.2021 № 2441 та 03.02.2022 № 215 відповідно).
6. Алгоритм впровадження здоров'язберігаючих освітніх технологій в навчальний процес вищих навчальних закладів.
7. Збірник рецептур страв, кулінарних виробів і напоїв (технологічних карт) для харчування дітей шкільного віку. Для закладів освіти, дитячих закладів оздоровлення та відпочинку та закладів сфери соціального захисту. Київ: Київський Національний торговельно-економічний університет; 2021. 672 с.
8. Збірник рецептур страв для харчування дітей в закладах освіти, дитячих закладах оздоровлення та відпочинку та закладах соціального захисту. Київ: GFA Consulting Group; 2024. 882 с.
9. Методичні рекомендації щодо організації безглютенового харчування в закладах освіти (проект); схвалені Комісією з гігієнічної регламентації та передані до затвердження до МОЗ України.
10. Навчальний курс щодо навиків правильного харчування (в освітній процес загальноосвітніх навчальних закладів).

Результати досліджень впроваджено у навчальний процес кафедр: Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця; Київського торговельно-економічного університету, що підтверджено відповідними актами впровадження, ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМНУ».

Особистий внесок здобувача

Автором самостійно здійснено інформаційний пошук та аналіз даних вітчизняної і зарубіжної літератури за темою дисертації, визначено мету і завдання дослідження, розроблено програму дослідження. Автором опановано і адаптовано методики, необхідні для досягнення поставленої мети та виконання завдань дисертаційної роботи, проведено збір первинних матеріалів. Дисертант особисто провів статистичну обробку та аналіз отриманих результатів, а також їх інтерпретацію. Матеріали дисертації відображені у опублікованих наукових працях за темою дисертації у вигляді графіків, таблиць, рисунків. У дисертаційній роботі автор самостійно сформулював висновки та практичні рекомендації. Дисертантом визначено проблематику та концепцію дослідження, обрано стратегічні напрямки виконаного дослідження.

У дисертаційній роботі не використовувалися результати та ідеї співавторів публікацій. Розроблені дисертантом наукові положення та отримані дані є його особистим внеском у вирішення проблеми.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертаційної роботи доповідалися та обговорювалися на науково-практичній конференції «Київська конференція з аналітичної хімії» (Київ, 2015); науково-практичній конференції «Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України (одинадцять марзеєвські читання)» (Івано-Франківськ, 2015); науково-практичній конференції «Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України» (Київ, 2018, 2019, 2021, 2022, 2023); науково-практичній конференції «Здоров'я, харчування, довголіття» (Київ, 2021); науково-практичній конференції «Здорове харчування від дитинства до довголіття: стан та перспективи» (Київ, 2022, 2023); науково-практичній конференції «Екологічні та гігієнічні проблеми сфери життєдіяльності людини» (Київ, 2023); міжнародній конференції «European nutrition conference» (Базель, Швейцарія, 2023); науково-практичній

конференції «Вода і здоров'я людини» (Ужгород, 2013); науково-практичній конференції «Хімічна безпека: проблеми і рішення. Наукові і практичні аспекти вирішення проблем хімічної безпеки» (Севастополь, 2013); науково-практичній конференції «Сучасні тенденції розвитку медичної науки та медичної практики» (Львів, 2014).

Публікації. Всього за темою дисертації опубліковано в 57 наукових праць: у тому числі 22 наукові праці у наукометричних та фахових виданнях, іноземних – 3, Scopus та Web of Science – 5, 10 – в інших виданнях, колективних монографій – 3, із них 1 в інших державах (Чехія), а також у 15 тезах доповідей матеріалів з'їздів і конференцій, написаних одноосібно та у співавторстві, видано 2 інформаційні листи, 1 методичні рекомендації, 3 збірники рецептур та технологічних карт страв та напоїв, призначені для організованого харчування дітей, 1 свідоцтво на раціоналізаторську пропозицію, 1 свідоцтво на винахід.

Розділ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1. Проблема аліментарно-залежних захворювань: основні патології та глобальні бази даних

За даними ВООЗ, близько 75% населення світу страждає від захворювань, що виникають через неправильне харчування [6]. Аліментарно-залежні захворювання значно впливають на здоров'я сучасної людини, оскільки саме харчування є вирішальним фактором у розвитку та перебігу багатьох хронічних захворювань, які визначають структуру захворюваності та впливають на якість життя населення на даний час. Термін «аліментарно-залежні захворювання» визначає суттєвий етіологічний та патогенетичний вплив фактору «харчування», вказуючи на те, що неправильне або незбалансоване споживання харчових речовин, їх дефіцит або надлишок можуть стати основними причинами їхнього виникнення та розвитку [7, 8].

Розвиток аліментарно-залежних захворювань пов'язаний з численними чинниками ризику, які взаємодіють між собою і підвищують ймовірність їх виникнення. Одним із головних чинників є неправильне або незбалансоване харчування. Надмірне споживання калорій, особливо жирів і вуглеводів, а також недостатнє споживання білків, вітамінів і мінералів сприяють розвитку ожиріння, цукрового діабету, серцево-судинних захворювань, а також дефіцитних станів, таких як анемії, рахіт або остеопороз [9, 10].

За останній час було проведено ряд глобальних досліджень, що стосувалися питання правильного харчування та його ролі у профілактиці хронічних захворювань. У дослідженні INTERHEART Study, що охоплювало 52 країни було встановлено, що зростання ризику серцево-судинних захворювань при неправильному харчуванні сягає 30%. Підвищений рівень ліпідів, паління, гіпертонія, діабет, абдомінальне ожиріння, психосоціальні фактори, алкоголь,

низьке споживання фруктів, овочів, а також низька регулярна фізична активність складають більшу частину ризику інфаркту міокарда в усьому світі в обох статей і в будь-якому віці в усіх регіонах [11]. Дослідження Nurses' Health Study, яке почалося в 1976 році та триває донині, виявило багато залежностей між нездоровими харчовими звичками (такими як високий вміст швидких вуглеводів у раціоні, споживання ультраобробленої їжі, підсолоджених напоїв, низьке споживання фруктів та овочів тощо) і підвищеним ризиком розвитку раку, серцево-судинних захворювань та діабету 2-го типу. Водночас здорові харчові звички можуть значно знизити цей ризик [12, 13]. Дослідження в області дієти, фізичного навантаження та раку, які проводяться під егідою World Cancer Research Fund, визначають тісний зв'язок між харчуванням та виникненням онкологічних захворювань. До 50,0% випадків онкологічних захворювань можна запобігти шляхом зміни раціону харчування, зокрема шляхом зменшення споживання червоного м'яса та оброблених продуктів [14]. Європейське перспективне дослідження раку та харчування (EPIC-Europe) – це масштабне довготривале дослідження, розпочате в 1990-х роках та триваюче і донині, присвячене вивченню взаємозв'язків між харчуванням, способом життя та ризиком розвитку раку і хронічних захворювань. EPIC-Europe показує, що харчування суттєво впливає на ризик розвитку раку. Дослідження підтверджує, що дієта, багата на фрукти, овочі, харчові волокна, а також зменшене споживання червоного та обробленого м'яса, зменшує ризик виникнення кількох видів раку, зокрема раку кишківника. Здорові харчові звички, такі як дотримання середньоморської дієти та обмеження алкоголю, також сприяють зниженню ризику ракових захворювань. Цим питанням також було присвячено ряд вітчизняних досліджень [15 –17]. Дослідження глобального тягара хвороб (Global Burden of Disease) є найповнішим світовим спостережним епідеміологічним дослідженням на сьогодні. При аналізі різних чинників та факторів, зокрема, було доведено, що неправильне харчування є головною

причиною глобальної епідемії ожиріння, що підвищує ризик серцево-судинних захворювань, діабету та раку [18, 19].

Аліментарно-залежні захворювання включають різноманітні стани, пов'язані з харчуванням, які негативно впливають на здоров'я людини. Ці захворювання можуть бути наслідком дефіциту або надлишку поживних речовин у раціоні, що призводить до таких проблем, як ожиріння, розлади харчової поведінки, а також хронічних захворювань, таких як серцево-судинні захворювання, гіпертонія, онкологічні хвороби та цукровий діабет [20 –22]. Також до цієї категорії належать аномалії розвитку, яким можна запобігти завдяки дієті, спадкові порушення метаболізму, що піддаються корекції дієтичним шляхом, взаємодія продуктів і поживних речовин з ліками, харчові алергії та непереносимості, а також потенційні небезпеки, пов'язані з харчовими продуктами [6], [8, 23].

Низький рівень фізичної активності є ще одним важливим фактором ризику. Сучасний малорухливий спосіб життя, який стає все більш поширеним серед дітей і дорослих, призводить до збільшення маси тіла і порушень метаболізму [24]. Генетична схильність також може підвищувати ризик розвитку аліментарно-залежних захворювань. Люди, які мають спадкову схильність до таких станів, як ожиріння або цукровий діабет, мають підвищений ризик розвитку цих захворювань, особливо якщо їхній спосіб життя сприяє цьому [25 –28].

Негативну роль відіграють також соціально-економічні фактори такі, як рівень доходів і освіти, роль яких у ризику розвитку аліментарно-залежних захворювань відзначають численні дослідники [29 –31]. Показано, що люди з низьким рівнем доходів часто мають обмежений доступ до якісної та різноманітної їжі, що призводить до незбалансованого харчування і, як наслідок, до розвитку хронічних захворювань. До того ж низький рівень освіти і

недостатня обізнаність щодо здорового харчування також сприяють поширенню нездорових харчових звичок [32].

Значний вплив в цьому процесі відіграють традиції харчування, що передбачають споживання великої кількості жирної або солодкої їжі, сприяють розвитку ожиріння та інших захворювань. Харчові звички, сформовані в дитинстві, часто зберігаються протягом усього життя і мають значний вплив на здоров'я. Нездорові звички, такі як часте вживання фаст-фуду або переїдання, можуть призводити до розвитку аліментарно-залежних захворювань [33].

Як свідчать дані останніх років [34 –36] психоемоційні фактори: стрес, тривожність, втома також можуть впливати на харчову поведінку. У відповідь на стрес люди часто вдаються до переїдання або, навпаки, втрачають апетит, що може призвести до ожиріння або інших проблем зі здоров'ям. Психоемоційний стан може бути також причиною розладів харчової поведінки, таких як анорексія або булімія, які мають серйозні наслідки для здоров'я [37].

Виходячи з даних літератури [38 –40], аліментарно-залежні захворювання значно впливають на якість життя і часто мають хронічний характер. Вони можуть призводити до серйозних ускладнень, які вимагають тривалого та дорогого лікування. Ожиріння, діабет, серцево-судинні захворювання та інші пов'язані хвороби значно підвищують ризик передчасної смерті, знижують працездатність і спричиняють значні економічні втрати для суспільства [40].

Загалом, аліментарно-залежні захворювання мають великий соціально-економічний вплив. Вони спричиняють значні витрати на охорону здоров'я, втрати продуктивності через тимчасову або постійну непрацездатність, а також зниження якості життя населення. У зв'язку з цим профілактика та лікування аліментарно-залежних захворювань є одним із пріоритетів охорони здоров'я в багатьох країнах світу [41, 42].

На теренах України, проблема аліментарно-залежних захворювань з часом набуває все більш масштабного характеру. Проведені наукові дослідження

свідчить про суттєве зростання кількості випадків ожиріння серед населення, особливо серед дітей та молоді. Більшість населення не дотримується принципів збалансованого харчування, що сприяє поширенню цих захворювань, знижуючи якість і тривалість життя [7, 8, 43, 44].

Згідно з даними Міністерства охорони здоров'я України, частка дорослого населення з надмірною вагою та ожирінням становить близько 60%, що є одним із найвищих показників у Європі. З кожним роком кількість дітей і підлітків із надмірною вагою також зростає, що свідчить про серйозність проблеми [45].

Українські дослідження вказують на те, що основними факторами, що сприяють поширенню аліментарно-залежних захворювань, є не дотримання правил здорового харчування, в поєднанні з недостатньою фізичною активністю та високим рівнем стресу, які є додатковими факторами ризику розвитку хронічних НІЗ [24, 46 –50].

Харчування більшості українців характеризується надмірним споживанням хлібобулочних виробів, м'ясних продуктів із високим вмістом жиру, солодошів, а також недостатнім споживанням овочів, фруктів і риби. Ці харчові звички, поєднані з малорухливим способом життя, значно підвищують ризик розвитку ожиріння, діабету 2-го типу, серцево-судинних захворювань та інших аліментарно-залежних захворювань [45, 51].

Особливу увагу в Україні привертає проблема поширення аліментарно-залежних захворювань серед дитячого населення. За даними проведених досліджень, понад 10% дітей віком від 6 до 18 років мають надмірну вагу або ожиріння. Це є тривожним сигналом, оскільки ожиріння в дитинстві значно підвищує ризик розвитку серйозних хронічних захворювань у дорослому віці [52, 53].

Однією з головних причин цього є недостатня поінформованість про здорове харчування серед населення, зокрема серед батьків і вчителів [54, 55]. Більшість дітей харчуються нерегулярно, віддають перевагу фаст-фуду,

солодким напоям і снековим продуктам, які не забезпечують організм необхідними поживними речовинами [56]. Відсутність освітніх програм у школах, спрямованих на формування здорових харчових звичок, також є однією з причин зростання кількості дітей з аліментарно-залежними захворюваннями .

Ситуація з цукровим діабетом 2-го типу також викликає занепокоєння. В Україні кількість хворих на діабет постійно зростає, причому діабет 2-го типу становить більшість випадків [57]. Важливо відзначити наявність спадкових чинників виникнення аліментарно-залежних захворювань, зокрема, доведено що ожиріння, діабет та серцево-судинні захворювання можуть передаватися генетично [25, 26, 52]. Проте, значний вплив на розвиток аліментарно-залежних захворювань має надмірне споживання вуглеводів, що швидко засвоюються та, низький рівень фізичної активності [58 –61].

Ще однією серйозною проблемою є високий рівень захворювань серцево-судинної системи в Україні, що також тісно пов'язано з харчуванням. Українці споживають надмірну кількість солі та насичених жирів, що призводить до підвищеного артеріального тиску, атеросклерозу та інших серцево-судинних захворювань. Гіпертонія та ішемічна хвороба серця є одними з основних причин смертності в Україні [62 –65].

Проблема аліментарно-залежних захворювань ускладнюється також соціально-економічними умовами, що обмежують доступ населення до якісних продуктів харчування. Економічна криза, зниження рівня доходів, високі ціни на продукти з високим вмістом поживних речовин – все це сприяє тому, що українці часто обирають дешеві, але малопоживні продукти, що ще більше загострює проблему аліментарно-залежних захворювань.

Хвороби щитовидної залози, зокрема дифузний зоб, також є поширеними в Україні, особливо в регіонах із низьким вмістом йоду в ґрунті та воді. Програми йодизації солі допомогли знизити рівень цих захворювань, але проблема залишається актуальною, особливо серед населення, яке не має

доступу до йодованої солі або не поінформоване про важливість її використання [66, 67].

Серйозною проблемою є анемії, викликані дефіцитом заліза, особливо серед жінок, дітей та підлітків. Низький рівень споживання продуктів, багатих на залізо, таких як м'ясо, риба та зелені листові овочі, є основною причиною цього захворювання. В Україні анемії є однією з основних причин звернень до лікарів, і вони можуть мати серйозні наслідки для здоров'я, включаючи хронічну втому, зниження імунітету та когнітивних функцій.

Захворювання шлунково-кишкового тракту, особливо гастрит та виразкова хвороба також є поширеними серед різних вікових груп населення в Україні.

Виходячи з зазначеного, аліментарно-залежні захворювання є важливою проблемою громадського здоров'я, і перш за все, молодших демографічних груп населення, що потребує особливої уваги. Для дитячого та підліткового та молодого віку характерні такі стани як ожиріння, анемії, розлади харчової поведінки, захворювання шлунково-кишкового тракту, гіповітамінози, гіперхолестеринемія, захворювання щитоподібної залози та вроджені непереносимості та дефекти генів, які потребують аліментарної корекції, серед яких найбільш частими є непереносимість лактози та целиакія [68].

За останні десятиліття рівень поширеності цих захворювань значно зріс як у розвинених, так і в країнах, що розвиваються, включаючи Україну. Вплив аліментарно-залежних захворювань на здоров'я населення є масштабним і має серйозні соціальні та економічні наслідки.

У світі, останніми роками, спостерігається суттєве зростання числа аліментарно-залежних захворювань [1]. За даними ВООЗ, ожиріння стало глобальною епідемією, що охоплює як дорослих, так і дітей. ВООЗ зазначає, що з 1975 року кількість людей із ожирінням збільшилася майже втричі. Сьогодні в

світі понад 1,9 мільярда дорослих мають надмірну вагу, з них понад 650 мільйонів страждають від ожиріння. Що стосується дітей, то приблизно 41 мільйон дітей віком до п'яти років мають надмірну вагу або ожиріння, і ця проблема продовжує загострюватись [69].

Цукровий діабет 2-го типу є ще одним серйозним аліментарно-залежним захворюванням, який дедалі частіше діагностується у дітей і підлітків. За даними Міжнародної федерації діабету (IDF) у 2021 році близько 537 мільйонів дорослих у всьому світі мали діабет, і ця кількість прогнозується до збільшення до 643 мільйонів до 2030 року. Значний відсоток цих випадків припадає на діабет 2-го типу, який тісно пов'язаний із нездоровим харчуванням та малорухливим способом життя [57].

Серцево-судинні захворювання, включаючи ішемічну хворобу серця та інсульт, є провідною причиною смерті у світі. Близько 17,9 мільйона людей щорічно помирають від серцево-судинних захворювань, і багато з цих випадків можна було б уникнути за допомогою змін у харчуванні та способі життя. Гіпертонія, підвищений рівень холестерину і тригліцеридів у крові, атеросклероз – всі ці проблеми часто виникають через неправильне харчування, зокрема надмірне споживання насичених жирів, цукру та солі, а також недостатнє споживання овочів, фруктів та клітковини [41, 70].

Остеопороз, хоча і менш помітний у статистиці смертності, є значущою проблемою, особливо для людей похилого віку. Низький рівень споживання кальцію та вітаміну D, недостатня фізична активність та інші дієтичні фактори сприяють поширенню цієї хвороби. Це захворювання призводить до зниження якості життя через високий ризик переломів, зокрема, переломів шийки стегна, що є критичним для літніх людей [71, 72].

Щитовидна залоза також є важливим органом, який залежить від харчування, і захворювання, пов'язані з її функціонуванням, часто є наслідком дефіциту або надлишку йоду в раціоні. Зоб є найбільш поширеним

захворюванням щитовидної залози, яке виникає через недостатнє споживання йоду. Це захворювання поширене в багатьох країнах, зокрема в тих регіонах, де спостерігається низький вміст йоду в ґрунті і воді.

Анемії, які належать до аліментарно-залежних захворювань найчастіше викликані дефіцитом заліза, вітаміну В₁₂ або фолієвої кислоти в раціоні. Ці захворювання поширені серед жінок, дітей та літніх людей і можуть призводити до серйозних ускладнень, включаючи зниження працездатності, погіршення когнітивних функцій та підвищений ризик інфекцій.

Тісно пов'язані з харчуванням захворювання шлунково-кишкового тракту, особливо такі нозології, як гастрит, виразкова хвороба, дисбактеріоз та інші, також тісно пов'язані з харчуванням. Неправильне харчування, зокрема нерегулярне споживання їжі, надмірне вживання гострих, жирних або солоних продуктів, може спричинити або загострити ці захворювання. Окрім того, недостатнє споживання клітковини та рідини може призвести до закріпів, що збільшує ризик розвитку інших захворювань шлунково-кишкового тракту [73, 74].

Оцінюючи в цілому аліментарно-залежну захворюваність в світовій практиці, як показали дані літератури, фахівці орієнтуються на існуючі на сьогодні міжнародні бази, що дозволяють отримати доступ до глобальних статистичних даних, що охоплюють різні країни та регіони, відстежувати динаміку захворювань, ідентифікувати ключові фактори ризику та аналізувати вплив харчових звичок на здоров'я населення.

Однією з найвідоміших світових баз даних є **Global Burden of Disease (GBD)**, яка містить інформацію про захворюваність, смертність і фактори ризику для різних захворювань, включаючи аліментарно-залежні захворювання для більш ніж 200 країн. Надана інформація дозволяє оцінювати тягар захворювань на глобальному, регіональному та національному рівнях. Важливість цієї бази даних полягає в її здатності надавати комплексні дані, які

враховують втрати років життя з урахуванням інвалідності (DALY) та інші ключові показники, що дозволяє краще зрозуміти вплив захворювань на суспільство [18, 19].

Іншим важливим ресурсом є **Global Health Observatory (GHO)** від ВООЗ. GHO містить інформацію про широкий спектр питань здоров'я, включаючи аліментарно-залежні захворювання. База даних дозволяє здійснювати порівняння між країнами, відстежувати глобальні тенденції та оцінювати ефективність національних політик охорони здоров'я. GHO надає дані про захворюваність, смертність, фактори ризику, споживання їжі, а також інші показники, які дозволяють оцінити стан здоров'я населення світу [75].

Для оцінки ситуації з цукровим діабетом на глобальному рівні використовується **IDF Diabetes Atlas**. Ця база даних містить інформацію про поширеність, захворюваність та інші показники, пов'язані з діабетом. Atlas також надає дані про кількість людей з діабетом, фактори ризику, витрати на охорону здоров'я, пов'язані з діабетом, а також прогнозування тенденцій розвитку діабету на найближчі десятиліття. Цей ресурс є ключовим для оцінки глобального тягаря діабету та розробки стратегій боротьби з цією хворобою [57].

Ще одним важливим джерелом даних є **FAOSTAT** від Продовольчої та сільськогосподарської організації ООН (FAO). FAOSTAT містить інформацію про споживання продуктів харчування, виробництво сільськогосподарської продукції, продовольчі баланси, а також інші показники, пов'язані з харчуванням. Ця база даних дозволяє дослідникам оцінювати зміни в харчових звичках населення і їхній вплив на здоров'я, зокрема на поширення аліментарно-залежних захворювань [76].

Для моніторингу здоров'я населення в Європі використовується **European Health Interview Survey (EHIS)**. Ця європейська база даних містить інформацію про стан здоров'я, харчові звички, рівень фізичної активності та інші фактори

ризик у серед населення країн Європейського Союзу. EHIS дозволяє проводити порівняльний аналіз між країнами ЄС та оцінювати ефективність національних політик у сфері охорони здоров'я [77].

В США важливу роль у зборі та аналізі даних про здоров'я і харчування відіграє **National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)**. Ця база даних містить детальну інформацію про здоров'я, харчування та фактори ризику для різних захворювань, включаючи аліментарно-залежні захворювання. NHANES забезпечує доступ до даних про споживання їжі, рівні фізичної активності, біомаркери, стан здоров'я та інші важливі показники, що дозволяють оцінити стан здоров'я населення та розробити ефективні стратегії профілактики [78].

Нарешті, **Global Nutrition Report** являє собою щорічно оновлювану базу глобальних та національних даних щодо стану харчування населення, включаючи показники, пов'язані з аліментарно-залежними захворюваннями. Global Nutrition Report також слугує інструментом моніторингу прогресу щодо досягнення цілей у сфері харчування та здоров'я [79].

1.2. Сучасний стан та особливості харчування дитячого населення та молоді в Україні

Харчування дитячого населення та молоді є одним з основних чинників формування їхнього майбутнього здоров'я. Особливістю даного вікового періоду є активний ріст і розвиток, що обумовлює необхідність забезпечення цих процесів достатнім та збалансованим набором нутрієнтів. В Україні спостерігаються тривожні тенденції щодо харчових звичок молодого покоління, які безпосередньо впливають на їхнє здоров'я. В Україні, як і в багатьох інших країнах, раціон харчування дітей та молоді зазнає значних змін під впливом сучасних економічних, соціальних і культурних умов [5, 33, 80–82].

Нормальний фізіологічний, фізичний та психічний розвиток дітей дошкільного віку пов'язаний з раціоном харчування який відіграє провідну роль. У цей період організм активно зростає, тому потребує збалансованого надходження всіх необхідних поживних речовин [83]. Проте в Україні часто спостерігаються порушення харчування в цій віковій групі [84, 85].

Однією з найбільших проблем є дефіцит споживання овочів, фруктів як джерел вітамінів та мікроелементів. Водночас відбувається надмірне споживання продуктів з високим вмістом цукру, жирів та солі, що призводить до зайвої ваги та ожиріння вже у молодому віці. Вживання таких продуктів, як фаст-фуд, солодкі газовані напої, снеки, є поширеним явищем серед дітей і молоді, що сприяє порушенню обміну речовин і розвитку аліментарно-залежних захворювань у молодому віці [86].

Окрім якості харчування, варто звернути увагу на нерегулярність прийомів їжі, що також негативно впливає на здоров'я дітей і молоді. Багато школярів пропускають сніданки, вживають їжу нерегулярно або замінюють повноцінні страви перекусами, що призводить до зниження рівня енергії та концентрації протягом дня, а в довгостроковій перспективі сприяє розвитку хронічних захворювань [87].

Однією з основних проблем є недостатнє споживання білків, особливо тваринного походження, які необхідні для нормального росту та розвитку м'язової маси. Замість цього, велика частка калорій надходить з вуглеводів, таких як хліб, макарони, каші, які, хоч і забезпечують енергією, не містять достатньої кількості білка і необхідних мікроелементів [82].

Іншою проблемою є недостатнє споживання фруктів і овочів, що є джерелом важливих вітамінів, мінералів і клітковини. Багато дітей споживають недостатньо свіжих овочів і фруктів, що призводить до дефіциту вітамінів А і С, заліза, калію та інших важливих поживних речовин [82].

Крім того, часто спостерігається надмірне споживання солодощів і солоних снєків, що сприяє формуванню неправильних харчових звичок, які можуть зберігатися і в дорослому житті. Підсолоджені напої [88], цукерки, печиво, чіпси та інші подібні продукти часто стають частиною щоденного раціону дітей, що підвищує ризик розвитку ожиріння, карієсу та інших проблем зі здоров'ям [85].

Перехід до шкільного віку супроводжується змінами в харчуванні дітей, які часто не відповідають їхнім фізіологічним потребам. Зазвичай діти цього віку проводять більше часу поза домом, що впливає на регулярність і якість харчування. Шкільне харчування, яке має важливе значення для підтримки здоров'я дітей, не завжди забезпечує збалансований раціон [89, 90].

У підлітковому віці, який охоплює період від 11 до 14 років, організм зазнає значних фізіологічних змін, пов'язаних з активним ростом і статевим дозріванням. Це вимагає збалансованого надходження енергії та поживних речовин. Проте аналіз раціону харчування українських підлітків свідчить про наявність численних проблем [84].

Однією з основних проблем є недостатнє споживання білків і вітамінів. У раціоні підлітків часто переважають вуглеводи та жири, при цьому кількість білкових продуктів, таких як м'ясо, риба, яйця та молочні продукти, є недостатньою. Це може призвести до дефіциту незамінних амінокислот і мікроелементів, необхідних для нормального розвитку кісткової та м'язової системи [91].

Вітамінний дефіцит також є поширеною проблемою серед дітей та молоді. Недостатнє споживання фруктів і овочів призводить до дефіциту вітамінів А, С, Е та групи В, що негативно впливає на імунну систему, стан шкіри, волосся та нігтів, а також на загальний рівень енергії та працездатності.

Водночас, діти та молодь споживають надмірну кількість швидких вуглеводів у вигляді солодощів, підсолоджених напоїв та фаст-фуду. Це сприяє

розвитку ожиріння, підвищенню рівня глюкози в крові та ризику розвитку цукрового діабету 2-го типу. Крім того, висока кількість солі та насичених жирів у раціоні підлітків підвищує ризик розвитку серцево-судинних захворювань у майбутньому [92].

У старшому підлітковому віці та на початку молодості (15-18 років) харчові звички часто формуються під впливом соціального середовища, зокрема однолітків, моди та реклами. Це призводить до подальшого погіршення якості харчування, що вже почало формуватися у молодшому віці.

Однією з головних проблем є зниження споживання збалансованих домашніх страв і заміна їх на фаст-фуд та готові продукти. Багато підлітків і молодих людей харчуються нерегулярно, часто пропускають основні прийоми їжі, замінюючи їх швидкими перекусами, що не забезпечують організм необхідними поживними речовинами [93, 94].

Недостатнє споживання кальцію, вітаміну D і заліза є поширеною проблемою серед старших підлітків та молоді [95 –97], що може призвести до порушень у розвитку кісткової системи, зниження імунітету та появи анемії [98, 99]. Також зниження рівня фізичної активності, особливо серед молоді, призводить до збільшення ризику розвитку ожиріння та пов'язаних із ним захворювань [46, 48, 100 –102].

У той же час, спостерігається тенденція до поширення серед молоді розладів харчової поведінки, таких як анорексія та булімія, які викликані психологічними факторами, соціальним тиском і прагненням до відповідності сучасним стандартам краси. Ці розлади мають серйозні наслідки для здоров'я і потребують комплексного підходу до лікування.

Україна має значні регіональні та культурні відмінності, які впливають на харчові звички дітей та молоді. Ці відмінності обумовлені історичними, географічними, економічними та соціальними факторами, які визначають

доступність певних продуктів харчування, традиції їх приготування та споживання [103, 104].

Так, у західних регіонах України традиційне харчування характеризується широким використанням молочних продуктів, картоплі, капусти, буряка та м'яса [105]. Молочні продукти є важливим джерелом білка і кальцію, що сприяє нормальному розвитку кісткової системи. Однак надмірне споживання жирних молочних продуктів і м'яса може сприяти підвищенню рівня холестерину і ризику серцево-судинних захворювань.

З іншого боку, у раціоні західноукраїнських дітей та молоді часто недостатньо фруктів, риби та морепродуктів, що призводить до дефіциту важливих мікроелементів, таких як йод, омега-3 жирні кислоти та вітаміни. Це може негативно впливати на розвиток щитовидної залози та загальний стан здоров'я [106–110].

В той же час, в центральних регіонах України харчові звички часто визначаються традиційною українською кухнею, яка включає страви з м'яса, птиці, картоплі, бобових та хлібних виробів. У цій частині країни часто споживають велику кількість хліба, макаронних виробів і каш, що забезпечує високий рівень споживання вуглеводів.

Проте, надмірне споживання вуглеводів у поєднанні з недостатнім споживанням овочів, фруктів та риби може призвести до порушень обміну речовин і підвищити ризик розвитку ожиріння та пов'язаних із ним захворювань, таких як діабет і серцево-судинні хвороби.

Крім того, у центральній Україні часто спостерігається низький рівень споживання молочних продуктів, що може призводити до дефіциту кальцію та інших важливих мікроелементів, необхідних для здоров'я кісткової системи та нормального функціонування організму.

Східні регіони України характеризуються високим рівнем урбанізації, що впливає на харчові звички населення. У містах східної України спостерігається

тенденція до збільшення споживання фаст-фуду, готових продуктів і страв швидкого приготування, що не завжди відповідає вимогам збалансованого харчування.

Також слід відзначити, що в східній Україні, як і в інших регіонах, спостерігається проблема надмірного споживання солодошів і підсолоджених напоїв серед дітей та молоді, що сприяє розвитку карієсу, ожиріння та порушень метаболізму [111].

Останнім часом, в результаті глобалізації спостерігається тенденція до нівелювання місцевих харчових звичок населення в усьому світі, включаючи Україну і в той же час поширюються якісно нові уподобання. Отже, зростання доступу до інформації, розширення міжнародної торгівлі та поширення глобальних культурних тенденцій призводять до змін у раціоні дітей та молоді, що мають як позитивні, так і негативні наслідки, що загалом обумовлює зміни традиційних харчових моделей, які раніше були типовими для певних регіонів [10, 112].

Таким чином, глобалізація забезпечила доступ до більш різноманітної їжі, включаючи екзотичні фрукти, овочі, спеції та інші продукти, які раніше були недоступні. Це сприяє збагаченню раціону та можливості вибору здорових продуктів харчування [10].

Водночас, глобалізація також сприяє зниженню споживання традиційних продуктів, які є важливими джерелами поживних речовин [113, 114]. Наприклад, в Україні традиційно в раціоні було багато овочів, фруктів, зернових та молочних продуктів, які забезпечують організм вітамінами, мінералами та клітковиною [115]. Проте, через вплив глобальних тенденцій, споживання цих продуктів знижується, що призводить до дефіциту важливих поживних речовин і підвищення ризику розвитку аліментарно-залежних захворювань. Глобалізація сприяє поширенню продуктів, які раніше не були доступні в певних регіонах, що змінює харчові звички дітей і молоді.

Наприклад, продукція компаній з виробництва фаст-фуду, які сьогодні є глобальними брендами, стала доступною практично у всіх країнах світу. Це призвело до того, що діти та молодь дедалі частіше надають перевагу фаст-фуду замість традиційних страв [68].

З іншого боку, глобалізація також сприяла поширенню західної дієти та харчових продуктів, яка характеризується високим споживанням калорійної їжі з низьким вмістом поживних речовин, високооброблені продукти, фаст-фуд, підсолоджені напої та снеки, стає дедалі популярнішою серед дітей і молоді в усьому світі. Така дієта, як правило, багата на калорії, насичені жири, цукор і сіль, але бідна на поживні речовини, такі як вітаміни, мінерали і клітковина.

Крім того, зростання урбанізації та швидкий темп життя змусили багатьох батьків і дітей обирати швидкі та зручні продукти, які часто є менш поживними, ніж домашні страви. В кінцевому підсумку, вказані зміни формують негативні харчові звички, які зберігаються і в подальшому житті і негативно впливають на здоров'я [113, 116–120].

Недостатня фізична активність, збільшення часу, проведеного за електронними пристроями, сприяють погіршення стан здоров'я дитини [121, 122].

Отже, одним з суттєвих чинників розвитку аліментарно-залежних захворювань є недостатня увага до здорового харчування, як на індивідуальному рівні, так і на рівні суспільства загалом. Дослідження свідчать, що неправильний режим харчування, надмірне споживання жирів, особливо трансжирів, швидких вуглеводів і цукру, а також недостатнє споживання овочів, фруктів, цільнозернових і білкових продуктів є основними чинниками ризику розвитку цих захворювань [123–126].

Однією з найбільших проблем у харчуванні дітей є незбалансованість раціону, що проявляється **надмірним споживанням жирів, цукру та солі** [81, 127–135].

Жири є необхідним компонентом харчування, оскільки вони є джерелом енергії та сприяють засвоєнню жиророзчинних вітамінів (А, D, Е, К). Однак надмірне споживання насичених жирів і трансжирів, які містяться в багатьох готових до вживання продуктах, таких як чіпси, фаст-фуд, кондитерські вироби, призводить до збільшення ризику розвитку ожиріння, підвищення рівня холестерину в крові та ризику серцево-судинних захворювань [136, 137].

У багатьох дітей та підлітків в раціоні в надлишковій кількості наявні продукти, що містять високий рівень жирів. Це не тільки сприяє накопиченню зайвої ваги, але й впливає на загальну фізичну активність, оскільки діти, що споживають таку їжу, нерідко є менш активними, що в подальшому сприяє розвитку хронічних захворювань [43, 73]. Важливо також відзначити, що жири можуть сприяти розвитку атеросклерозу, що вже на ранньому віці може закласти основу для майбутніх проблем із серцем.

Споживання великої кількості цукру серед дітей є однією з найбільш поширених проблем сучасного харчування. Підсолоджені напої, цукерки, шоколад, печиво та інші солодощі стали невід'ємною частиною повсякденного раціону багатьох дітей. Надмірне споживання цукру веде до численних негативних наслідків для здоров'я, серед яких ожиріння, карієс, підвищений ризик розвитку цукрового діабету 2-го типу та порушень метаболізму [138 – 142].

Цукор також впливає на поведінкові та когнітивні функції дітей. Коливання рівня глюкози в крові після споживання великої кількості цукру можуть призводити до підвищеної дратівливості, гіперактивності та зниження здатності до концентрації уваги, що негативно впливає на навчання та соціальну адаптацію. Часті коливання рівня глюкози також можуть сприяти розвитку інсулінорезистентності, що є передумовою для розвитку цукрового діабету 2-го типу [143].

Сіль є необхідною для організму, оскільки вона бере участь у регуляції водно-сольового балансу та функціонуванні нервової системи. Проте надмірне споживання солі, яке часто спостерігається серед дітей через вживання готових продуктів, фаст-фуду, снеків, може призводити до підвищення артеріального тиску навіть у дитячому віці.

Поряд із надмірним споживанням шкідливих компонентів харчування, раціон багатьох дітей залишається недостатньо забезпеченим **вітамінами, мінералами та білками**, що може призводити до серйозних порушень у розвитку і функціонуванні організму.

Вітаміни не є джерелом енергії чи будівельного матеріалу, проте вони виконують критично важливу функцію регуляторів фізіологічних та метаболічних процесів, що забезпечують реалізацію більшості життєво необхідних функцій організму та підтримують злагоджену роботу його органів і систем. Мікро- та макроелементи, з іншого боку, є незамінними речовинами, які відіграють ключову роль у побудові органів, тканин, клітин і їх компонентів, забезпечують іонний баланс, водообмін і регулюють активність багатьох ферментів. Однак, через збіднення ґрунтів зменшується вміст вітамінів і мікроелементів у продуктах, що на них вирощуються. Крім того, останнім часом стиль харчування дітей і молоді в Україні все більше набуває рис західної дієти, що ще більше ускладнює ситуацію, оскільки така дієта часто є менш збалансованою за вмістом необхідних вітамінів і мінералів. [144]

Вітаміни є необхідними для підтримки життєвих функцій організму, і їх недостатнє споживання може призводити до різноманітних захворювань [92]. Наприклад, недостатнє споживання вітаміну D, який забезпечує нормальне засвоєння кальцію і фосфору, може призводити до рахіту у дітей, що проявляється порушенням розвитку кісткової тканини. Крім того, вітамін D грає важливу роль у підтримці імунної системи, і його дефіцит може збільшувати ризик інфекційних захворювань [72, 145].

Дефіцит вітаміну А може призводити до погіршення зору, зокрема, до розвитку нічної сліпоти, а також знижує здатність організму протистояти інфекціям [96, 146]. Вітамін С, який відповідає за зміцнення імунної системи та підтримку здоров'я шкіри, судин, необхідний для загоєння ран. Його дефіцит може викликати слабкість, анемію, кровоточивість ясен та інші проблеми [144, 147–150].

Мінерали, такі як залізо, кальцій, йод та цинк, є ключовими для розвитку та функціонування дитячого організму. Недостатнє споживання заліза є основною причиною розвитку залізодефіцитної анемії. За даними Sant-Rayn Pasricha, Jason Tye-Din, Martina U. Muckenthaler та Dorine W. Swinkels, дефіцит заліза є серйозною глобальною проблемою, особливо серед дітей, та загального населення у країнах із низьким і середнім рівнем доходу. Програми додавання заліза в цих країнах є важливим кроком у досягненні глобальних цілей ВООЗ щодо покращення харчування. Дефіцит заліза та залізодефіцитна анемія спричиняють значний тягар хвороб по всьому світу. У 2016 році було зареєстровано понад 1,2 мільярда випадків залізодефіцитної анемії. Вона входить до п'ятірки основних причин тривалості життя з інвалідністю у світі, є головною причиною років, прожитих з інвалідністю, у країнах із низьким і середнім рівнем доходу та серед жінок у 35 країнах. Боротьба з анемією є глобальним пріоритетом охорони здоров'я: ВООЗ прагне скоротити поширеність анемії серед жінок на 50% до 2025 року [151].

Дефіцит кальцію, який є основним будівельним матеріалом для кісткової тканини, може призводити до порушень у розвитку кісток, збільшення ризику переломів та розвитку остеопорозу в подальшому житті. Йод, необхідний для нормальної функції щитовидної залози, впливає на обмін речовин і розвиток нервової системи. Недостатність йоду, особливо в регіонах з низьким вмістом йоду в ґрунті, може призводити до розвитку зобу та інших порушень щитовидної залози, що негативно впливає на розвиток дітей [152–154].

Термін «дефіцит білка» характеризує не лише абсолютну або відносну недостатність, але і дефіцит окремих есенційних амінокислот [155]. Навіть незначний дефіцит білка, який зовні може бути майже непомітним, може послаблювати здатність боротися з інфекціями, уповільнювати загоєння ран, ріст нігтів і волосся, а також призводити до сухості шкіри. Серйозний дефіцит білка може порушити нормальне функціонування всіх органів і систем. Особливо небезпечний дефіцит білка в дитячому віці, оскільки він може вплинути на розумовий розвиток, формування м'язів та уповільнити ріст дитини [156]. Недостатнє споживання білків може призводити до затримки росту, зниження імунітету, порушень роботи внутрішніх органів, а також до загального ослаблення організму [157].

Білковий дефіцит також може призводити до зниження м'язової маси, що особливо небезпечно для дітей, оскільки м'язи грають важливу роль у підтримці постави, рухової активності та загальної фізичної форми. Крім того, білки беруть участь у процесах відновлення та регенерації тканин, тому їхній дефіцит може уповільнювати загоєння ран та збільшувати ризик інфекційних захворювань [158, 159].

Генетичні та імунологічні захворювання, що супроводжуються непереносимістю певних речовин, харчовими алергіями та ферментними недостатностями, хоча й не є аліментарно-залежними в класичному розумінні, вимагають ретельного підходу до організації дієтичного харчування, зокрема, організованого харчування в навчальних закладах. Основними з таких захворювань є:

1. **Фенілкетонурія (ФКУ)** – автосомно-рецесивне генетичне порушення метаболізму, яке характеризується недостатністю ферменту фенілаланінгідроксилази, що відповідає за перетворення амінокислоти фенілаланіну в тирозин. Накопичення фенілаланіну в організмі може

спричиняти серйозні порушення нервової системи, тому хворі на ФКУ повинні дотримуватися низькобілкової дієти, з виключенням продуктів з високим вмістом фенілаланіну (м'ясо, молочні продукти, риба, бобові тощо). Раціон має включати спеціальні лікувальні продукти з низьким вмістом фенілаланіну [160–164].

2. **Целіакія** – хронічне аутоімунне захворювання, при якому споживання глютену (білка, що міститься в пшениці, житі, ячмені) призводить до ураження слизової оболонки тонкого кишківника, порушуючи всмоктування поживних речовин. Пацієнти з целіакією повинні повністю виключити з раціону продукти, що містять глютен. У навчальних закладах має бути забезпечено глютен-free харчування, що включає спеціальні заміники пшениці та інших злаків [68, 165–170].
3. **Лактозна недостатність** – стан, зумовлений дефіцитом ферменту лактази, що ускладнює розщеплення лактози (молочного цукру) до глюкози та галактози. Непереносимість лактози призводить до кишкових розладів, тому для таких дітей необхідно забезпечувати доступ до безлактозних або рослинних альтернатив молочних продуктів [171–177].
4. **Галактоземія** – генетичне захворювання, при якому порушений метаболізм галактози через дефіцит ферментів, що забезпечують її перетворення. Споживання продуктів, що містять галактозу (молоко та інші молочні продукти), може спричинити токсичні ефекти на печінку, нирки та центральну нервову систему. Для пацієнтів із галактоземією необхідно повністю виключити галактозу з раціону [178–181].
5. **Харчові алергії** – імунологічні реакції на білки певних продуктів харчування, що можуть включати алергії на молоко, яйця, горіхи, рибу, морепродукти, соєві та пшеничні продукти. У дітей із харчовими

алергіями навіть мінімальний контакт з алергенами може спричинити серйозні алергічні реакції, включаючи анафілаксію. Тому в навчальних закладах необхідно забезпечити суворий контроль за інгредієнтами та уникати перехресного забруднення їжі алергенами [182 –189].

Таким чином, вплив аліментарно-залежних захворювань на дитяче населення та молодь є особливо серйозним. [86, 190 –192]. Поширення таких захворювань серед дітей та молоді має негативні наслідки для їхнього фізичного, розумового і соціального розвитку. Діти, які страждають на ожиріння або інші пов'язані із харчуванням захворювання, мають більші ризики розвитку серйозних проблем зі здоров'ям у майбутньому, що може призвести до скорочення тривалості їхнього життя та зниження якості життя.

1.3. Соціально-економічні наслідки аліментарно-залежних захворювань

Аліментарно-залежні захворювання, такі як ожиріння, діабет 2-го типу та серцево-судинні захворювання, мають серйозні соціально-економічні наслідки, що негативно впливають на здоров'я населення та економічну стабільність. Ці захворювання створюють значний тягар для систем охорони здоров'я, підвищуючи витрати на лікування і профілактику, а також знижуючи продуктивність праці через погіршення здоров'я населення. Лікування хронічних захворювань, пов'язаних із неправильним харчуванням, стає важливим фінансовим тягарем для системи охорони здоров'я. Високі витрати на медичне обслуговування, зокрема для лікування діабету та серцево-судинних хвороб, значно збільшуються через потребу в тривалому медикаментозному лікуванні, госпіталізації та хірургічних втручаннях. Це призводить до перевантаження систем охорони здоров'я, особливо в країнах з обмеженими

ресурсами [193, 194]. Аліментарно-залежні захворювання також впливають на економіку через зниження продуктивності праці. Люди, що страждають на хронічні захворювання, часто пропускають роботу через погіршення здоров'я або перебувають у стані часткової непрацездатності. Це призводить до зниження економічної активності та втрат для роботодавців і держави в цілому [193]. Передчасна смертність, викликана ускладненнями від аліментарно-залежних захворювань, ще більше підсилює ці негативні наслідки, спричиняючи значні економічні втрати.

Аліментарно-залежні захворювання мають не лише медичний, але й значний соціально-економічний вплив на суспільство. Поширення таких захворювань серед населення веде до серйозних економічних витрат як для окремих сімей, так і для системи охорони здоров'я загалом [194, 194–196].

Насамперед, лікування аліментарно-залежних захворювань вимагає значних фінансових ресурсів. Лікування таких захворювань, як ожиріння, діабет, серцево-судинні хвороби, часто є тривалим і вартісним. Це включає не лише медикаментозну терапію, але й необхідність зміни способу життя, регулярного медичного контролю та спеціалізованої допомоги за потреби, що тягне за собою значні фінансові навантаження особливо в умовах, коли ці захворювання набувають масового характеру [27, 195].

Соціально-економічні наслідки також поглиблюються нерівністю у доступі до якісного харчування. Малозабезпечені верстви населення частіше не можуть дозволити собі купувати здорові продукти, такі як свіжі овочі, фрукти та білкові продукти. Це призводить до того, що вони стають більш вразливими до розвитку аліментарно-залежних захворювань, оскільки змушені споживати дешеві, але менш поживні продукти. Таке харчування сприяє розвитку хронічних захворювань, що ще більше загострює економічні нерівності [114, 194]. У малозабезпечених родинах діти часто не отримують достатньо якісної та поживної їжі, що може призводити до дефіциту важливих мікроелементів і

вітамінів, таких як кальцій, залізо, вітамін D тощо. Це може стати причиною виникнення низки захворювань, таких як анемія, порушення розвитку кісткової системи, погіршення імунітету та загальної резистентності організму до інфекцій.

Хронічні захворювання не тільки впливають на фізичне здоров'я, але й значно знижують якість життя хворих. Люди, які страждають від діабету, ожиріння або серцевих захворювань, часто мають обмежені можливості для соціальної активності, що призводить до соціальної ізоляції, депресії та інших психічних розладів. Це створює додаткові витрати на лікування не лише фізичних, але й психічних захворювань, погіршуючи загальну ситуацію на рівні суспільства [114, 194]

Таким чином, аліментарно-залежні захворювання створюють значні соціально-економічні виклики, які потребують активного втручання на державному рівні для мінімізації їхнього впливу. Розробка державних програм, що спрямовані на покращення доступу до здорових продуктів і контроль над харчовою промисловістю, є ключовими заходами для зниження соціальних та економічних наслідків цих захворювань.

Демографічний вплив аліментарно-залежних захворювань також не можна недооцінювати. Поширення хронічних НІЗ серед молоді впливає на тривалість життя та репродуктивне здоров'я, що в довгостроковій перспективі може мати негативний вплив на демографічну ситуацію в країні. Зменшення народжуваності та збільшення смертності через хронічні захворювання створюють додаткове навантаження на соціальні системи та загрожують стійкому розвитку країни.

Здорове харчування дітей та молоді є важливою частиною глобальної політики охорони здоров'я, оскільки це допомагає запобігати аліментарно-залежним захворюванням, таким як ожиріння, діабет і серцево-судинні

захворювання. Ці захворювання стають все більш поширеними через неправильне харчування і недостатню фізичну активність. На глобальному рівні різні країни розробляють стратегії та програми, спрямовані на покращення харчування та підвищення обізнаності населення про важливість здорових звичок. Державна політика в галузі охорони здоров'я може мати суттєвий вплив на профілактику цих захворювань, через запровадження програм здорового харчування, контролю якості харчових продуктів, податкові заходи щодо зменшення споживання нездорових продуктів та інші ініціативи [197–200]

Загальносвітові тенденції включають національні стратегії, які охоплюють регулювання реклами продуктів із високим вмістом цукру та солі, введення обов'язкових стандартів шкільного харчування та активне сприяння інноваціям у харчовій промисловості. Зокрема, підвищується акцент на правильному маркуванні продуктів, що допомагає батькам і дітям краще розуміти склад харчових продуктів. Однак існує значна різниця між підходами до реалізації цих політик у розвинених країнах та тих, що розвиваються. У розвинених країнах діють комплексні програми шкільного харчування, тоді як у країнах, що розвиваються, подібні програми часто обмежені через недостатнє фінансування та ресурси [201, 202].

Однією з основних тенденцій є підвищення обізнаності населення щодо важливості здорового харчування через інформаційні кампанії та освітні програми в школах. Також загальною практикою стає впровадження обов'язкових стандартів шкільного харчування, що забезпечує дітей поживною і збалансованою їжею. Важливою частиною державної політики є контроль за рекламою нездорових продуктів. У багатьох країнах запроваджено обмеження на рекламу продуктів із високим вмістом цукру, солі та жирів, особливо тих, що орієнтовані на дітей. Це дозволяє зменшити негативний вплив маркетингу фаст-фуду та газованих напоїв на молодь [138, 141, 142, 202, 203].

В системі боротьби з аліментарно-залежними факторами одну з ключових ролей відіграє харчова промисловість зокрема, в процесі формування харчових звичок населення. Виробництво продуктів з високим вмістом цукру, солі, жирів і низьким вмістом поживних речовин сприяє поширенню аліментарно-залежних захворювань [204–207].

Одним з ключових інструментів державного регулювання є обов'язкове маркування продуктів харчування. Це дозволяє батькам і дітям робити більш обґрунтований вибір щодо того, які продукти купувати. У деяких країнах на упаковках продуктів харчування введено попереджувальні знаки, які вказують на підвищений вміст цукру або жиру. Це сприяє підвищенню прозорості та інформованості споживачів [208, 209].

Крім того, у світі активно підтримуються розробки інноваційних технологій та продуктів у харчовій промисловості. Уряди стимулюють виробництво продуктів з покращеними харчовими властивостями, таких як продукти з меншим вмістом цукру, солі та трансжирів. У деяких країнах також вводяться податкові стимули для виробників і споживачів здорових продуктів, що сприяє зростанню попиту на корисні харчові продукти [210–215].

У країнах, що розвиваються, проблеми з організацією здорового харчування дітей дійсно є нагальними і багатогранними. Обмежені ресурси, які часто спрямовуються на більш критичні потреби, не дозволяють створити комплексні шкільні програми харчування для всіх дітей. Це призводить до того, що лише певна частина учнів отримує доступ до регулярних і збалансованих обідів, тоді як інші залишаються поза цією допомогою.

Окрім того, контроль за рекламою шкідливих для здоров'я продуктів, таких як їжа з високим вмістом цукру, солі та трансжирів, у багатьох випадках є недостатнім. Це сприяє тому, що діти, особливо в міських районах, піддаються впливу реклами, яка заохочує їх до вибору нездорових продуктів харчування.

У сільській місцевості доступ до здорової їжі ще більше ускладнений через обмежений вибір продуктів, що може бути пов'язано з недостатньою інфраструктурою, транспортними проблемами та відсутністю місцевих ініціатив щодо вирощування і постачання свіжих продуктів. Нарешті, брак фінансових ресурсів та недостатня підтримка держави обмежують можливості для впровадження інновацій у харчовій промисловості. Це не дозволяє розвивати нові технології або методи, які могли б зробити здорове харчування більш доступним та поширеним серед дітей в цих країнах [216 –220].

Таким чином, державне регулювання здорового харчування дітей та молоді є загальносвітовою тенденцією, однак рівень його реалізації значно варіюється залежно від економічного розвитку країни. У розвинених країнах політика щодо здорового харчування є більш системною та ефективною, тоді як у країнах, що розвиваються, вона лише починає розвиватися і потребує значної підтримки та інвестицій для досягнення позитивних результатів

З огляду на вищевикладене, аналіз наукової літератури щодо проблем аліментарно-залежних захворювань, а також стану та особливостей харчування дитячого населення і молоді в Україні, висвітлює низку важливих питань, що потребують дослідження та вирішення на науковому рівні, рівні державної політики та суспільства загалом. Аліментарно-залежні захворювання, що виникають внаслідок незбалансованого харчування, яке не задовольняє потреб організму в основних поживних речовинах є однією з найбільш значущих проблем у сфері охорони здоров'я в Україні та світі. Серед найбільш поширених аліментарно-залежних захворювань можна виокремити ожиріння, цукровий діабет 2-го типу, серцево-судинні захворювання, артеріальну гіпертензію, порушення обміну речовин, зокрема холестерину, а також деякі форми раку. Важливу роль відіграє здорове харчування серед дитячого населення та молоді, оскільки саме в цьому віці закладаються основи майбутнього здоров'я. На жаль, сучасний стан харчування серед дітей і молоді в Україні вимагає уваги та

невідкладних дій на рівні державної політики, освіти та суспільства. Для запобігання соціально-економічним наслідкам аліментарно-залежних захворювань необхідно впроваджувати заходи, спрямовані на популяризацію здорового харчування, активного способу життя та профілактики хронічних захворювань. Тільки спільні зусилля громадськості, освітніх закладів та медичних установ зможуть знизити поширеність цих захворювань і забезпечити довготривалий позитивний вплив на здоров'я населення та економічну стабільність країни.

Висновки до розділу 1

Підсумовуючі дані аналітичного розгляду літератури останніх років щодо ролі харчування в житті людини та забезпечення її здоров'я та попередження численних НІЗ можна дійти наступних висновків:

1. Аліментарно-залежні захворювання є актуальними не лише для України, але й для всього світу. Ці захворювання, що відносяться до хронічних НІЗ, визнані епідемією на глобальному рівні і становлять серйозну загрозу для здоров'я населення.

2. Аналіз форм організованого харчування та профілактичних заходів в світовій практиці показав, що впровадження збалансованих раціонів харчування, освітніх програм та регулярного моніторингу здоров'я дітей та молоді є ефективними методами профілактики аліментарно-залежних захворювань, що є доказом необхідності розробки вітчизняної системи також і на теренах України. При цьому, показано, що для впровадження такої системи необхідно враховувати досвід інших країн з боку щодо удосконалення вітчизняної нормативно-правової бази щодо попередження аліментарно-залежних захворювань в державі.

3. Визначення поширеності захворювань, які відносяться до аліментарно-залежних захворювань, в Україні підкреслює необхідність

удосконалення профілактичних програм. Існуючі програми профілактики часто не враховують регіональні особливості та соціально-економічні умови, що знижує їх ефективність. Недостатня координація між різними структурами в Україні є значущим фактором, який потребує уваги і вдосконалення.

Загалом зазначене потребує проведення подальших досліджень для розробки та впровадження ефективних профілактичних заходів та удосконалення нормативно-правового забезпечення і підвищення обізнаності населення щодо здорового харчування в Україні.

Основні матеріали, наведені у цьому розділі, відображені в наступних публікаціях: [221 –228]

Розділ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Дизайн наукового дослідження

Для досягнення мети, що полягала в науковому обґрунтуванні оптимізації державного регулювання та нормативно-правового забезпечення системи соціально-профілактичних заходів для харчування дітей та молоді з метою профілактики аліментарно-залежних захворювань, нами було розроблено програму досліджень, яка включала 8 етапів. Кожен етап був спрямований на виконання конкретного завдання роботи із використанням методів та матеріалів, що відповідають поставленим завданням. Дослідження проводилося на базі ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМН України».

На першому етапі було здійснено аналітичний огляд зарубіжних та вітчизняних наукових джерел щодо питань організації та впровадження соціально-профілактичних заходів для харчування дітей та молоді. Проаналізовано 389 наукових джерел (149 кирилицею та 240 латиною). Встановлено, що обрана проблематика є актуальною для України, що підтверджує доцільність проведення наукових досліджень у цьому напрямку.

На другому етапі роботи розроблено програму дослідження, визначено об'єкт та предмет дослідження, обрано відповідні поставленим завданням матеріали та методи. Проведено розрахунки щодо визначення необхідних обсягів дослідження для отримання достовірних результатів, визначено часові межі проведення досліджень та безпосередньо регіони та навчальні заклади, де заплановано проведення дослідження (рисунок 2.1, таблиця 2.1).

На третьому етапі проводилося дослідження епідеміологічної ситуації щодо захворювань крові та кровотворних органів, анемії, зокрема залізодефіцитних анемії, хвороб ендокринної системи (дифузний зоб I ступеня,

дифузний зоб II-III ступеня, ожиріння), а також хвороб органів травлення в Україні впродовж сімнадцятирічного періоду: з 2000 по 2017 рр.

На четвертому етапі проводилась ретроспективна оцінка рівнів споживання окремих груп харчових продуктів населенням України. Дослідження включало аналіз інформації національних державних статистичних даних щодо харчування населення та його змін протягом тривалого періоду.

На п'ятому етапі проводилася оцінка ефективності наявних заходів профілактики аліментарно-залежних захворювань. Оцінювання включало аналіз впливу освітніх програм, організаційних заходів у сфері харчування та нормативно-законодавчих, методичних, технологічних документів щодо якості харчування дітей та молоді. Це дозволило визначити ефективність поточних заходів і виявити області, які потребують подальшого вдосконалення.

На шостому етапі дослідження проводилася розробка нормативної, методичної та технічної документації. В основу розробки зазначених документів було покладено результати досліджень особливостей звичок та харчової поведінки дітей та молоді 6-18 років, а також експертні твердження та висновки батьків щодо впровадження змін у шкільному харчуванні.

На завершальному етапі дисертаційної роботи проведено розробку та оцінку заходів з оптимізації державного регулювання та нормативно-правового забезпечення системи соціально-профілактичних заходів для харчування дітей та молоді з метою профілактики аліментарно-залежних захворювань в Україні.

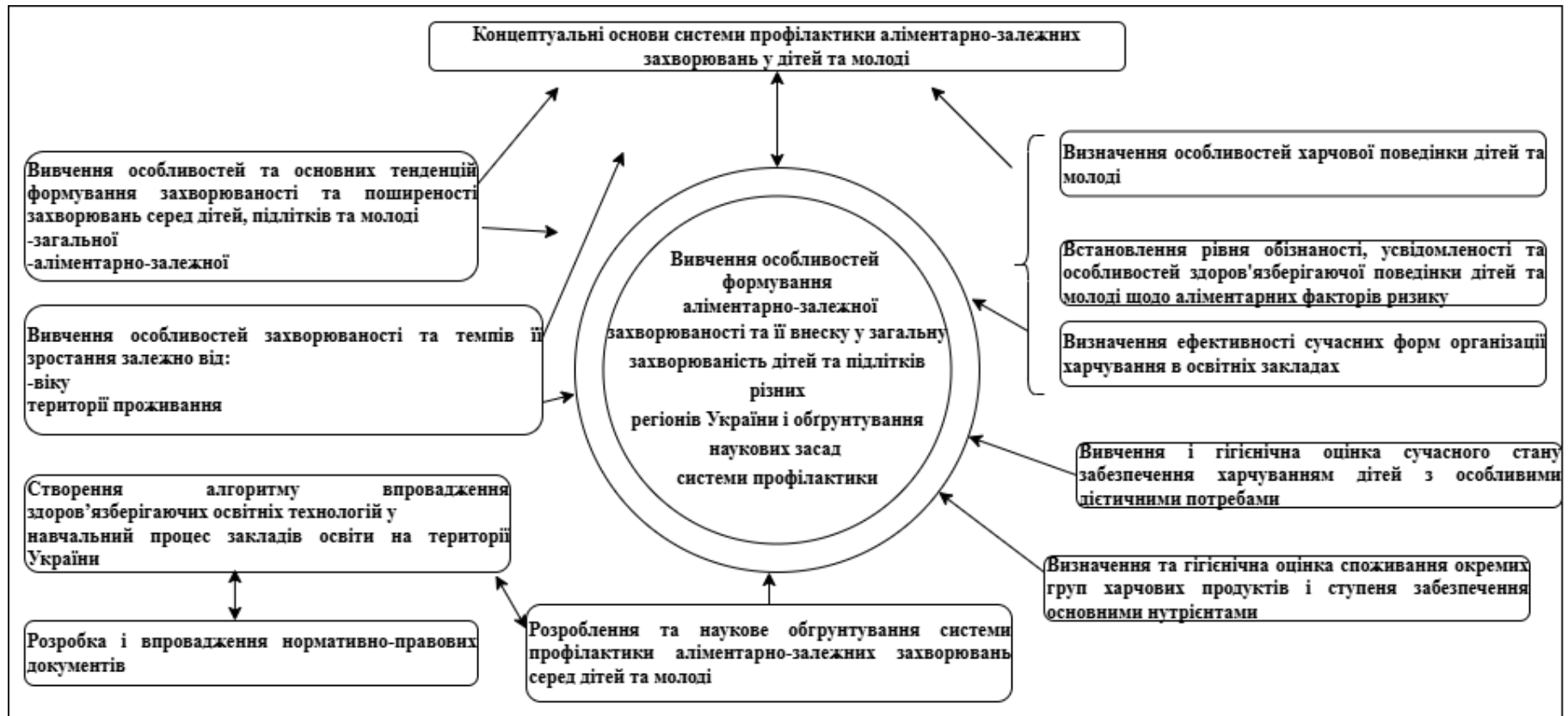


Рисунок. 2.1. Загальна схема-програма виконаних досліджень

Таблиця 2.1.

Задачі, методи та обсяг дослідження

<i>Предмет досліджень</i>	<i>Джерела інформації</i>	<i>Методи досліджень</i>	<i>Обсяг</i>
Дослідити проблему аліментарно-залежних захворювань, сучасного стану харчування дітей та молоді, а також їх соціально-економічних наслідків	Літературні джерела	бібліографічний аналіз	344 джерело
Захворюваність та поширеність захворювань: загальна захворюваність, захворювання крові та кровотворних органів, анемії, зокрема залізодефіцитні, хвороби ендокринної системи (дифузний зоб I-III ступеня, ожиріння), хвороби органів травлення.	Статистичні дані Центру громадського здоров'я МОЗ України	ретроспективно-аналітичні, статистичні	18-річний період спостережень, близько 30000 показників
Споживання основних продуктів харчування (на одну особу за рік; кілограмів)	Статистичні дані Держстату України	ретроспективно-аналітичні, статистичні	22-річний період, 44000 показників
Аналіз вмісту есенційних мікроелементів в харчових продуктах загального вжитку	Матеріали лабораторії Власні дослідження	хімічні	217 досліджень
Порівняльний аналіз вітчизняної та міжнародної нормативних баз щодо організації шкільного харчування	нормативні бази щодо організації харчування	аналітичні	Дані 10 країн ЄС, США, Японії, Фінляндії та України
Особливості харчової поведінки та харчові звички: -дітей молодшого шкільного віку -дітей середнього та старшого шкільного віку -здобувачів вищих навчальних закладів	Власні дослідження	соціологічні, статистичні	5401 осіб 5685 осіб 612 осіб
Відношення батьків до організації шкільного харчування	Власні дослідження	соціологічні, статистичні	9525 осіб
Особливості організації шкільного харчування дітей з особливими дієтичними потребами (опитування батьків)	Власні дослідження	соціологічні, статистичні	368 осіб
Порушення харчової поведінки дітей в умовах стресу, викликаного військовими діями	Власні дослідження	соціологічні, статистичні	5166(4884) осіб

2.2. Методи дослідження

Під час проведення дослідження було застосовано наступні методи: метод системного аналізу, бібліографічний, аналітичний епідеміологічний, соціологічний, гігієнічний, математико-статистичний метод таблиця 2.2.

Таблиця 2.2.

Розподіл методів та етапів дослідження

Методи дослідження	Етапи	Методи дослідження	Етапи
Системного аналізу	I-VI	Гігієнічний	VI
Бібліографічний	I	Аналітичний, інформаційний	V, VI
Аналітичний епідеміологічний	III	Математико-статистичний	II-VI
Соціологічний	IV, V		

Метод системного аналізу був задіяний на всіх етапах дослідження для комплексного вивчення, аналізу та узагальнення результатів щодо харчових звичок та харчової поведінки дітей і молоді в Україні, а також для розробки нормативних, методичних, технологічних документів з організації харчування.

Бібліографічний метод застосовували на першому етапі для вивчення та аналізу наукової літератури та нормативно-правових актів, що стосуються харчування дітей, молоді та профілактики аліментарно-залежних захворювань.

Аналітичний епідеміологічний метод використовували на третьому етапі для проведення ретроспективного аналізу епідеміологічної ситуації щодо захворювань, пов'язаних із харчуванням, серед дітей і молоді в Україні [229].

Соціологічний метод був задіяний для проведення анкетування серед дітей, їхніх батьків та здобувачів ЗВО для оцінки харчових звичок та особливостей харчової поведінки, зокрема з урахуванням стресових факторів та особливих дієтичних потреб [230].

Гігієнічний метод застосовували для розробки проектів нормативних документів, що стосуються організації харчування дітей і молоді, а також для оцінки технологічної документації та раціонів харчування [231].

Метод експертних оцінок був використаний на п'ятому та шостому етапах для розробки рекомендацій щодо вдосконалення харчових звичок серед дітей і молоді, а також для оцінки доцільності запропонованих змін у системі харчування [232].

Математико-статистичний метод застосовували для статистичної обробки даних, зокрема для розрахунків показників захворюваності, аналізу результатів анкетування та оцінки ефективності профілактичних заходів [233].

2.3. Методи вивчення статистичних показників стану здоров'я населення

Вивчення статистичних показників захворюваності та їх динаміки дозволяє визначити пріоритети у сфері охорони здоров'я, розробити та впровадити ефективні профілактичні та лікувальні заходи. Особливо актуальним є дослідження захворювань, пов'язаних із порушеннями харчування, оскільки вони мають значний вплив на загальний стан здоров'я населення, особливо серед дітей та молоді. У цьому контексті важливо

проводити ретельний аналіз епідеміологічної ситуації, що включає вивчення захворювань крові, ендокринної системи та органів травлення.

Для дослідження епідеміологічної ситуації щодо захворювань крові та кровотворних органів, анемій (зокрема залізодефіцитних анемій), хвороб ендокринної системи (дифузний зоб I ступеню, дифузний зоб II-III ступеню, ожиріння) та хвороб органів травлення в Україні, було проведено ретроспективне дослідження за період з 2000 по 2017 рр. Це дослідження базувалося на аналізі даних, наданих ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України».

Аналіз захворюваності дитячого населення на аліментарні захворювання проводився протягом 18 років, охоплюючи різні вікові періоди: 0-6 років, 7-14 років та 15-17 років. Дані були взяті з офіційної статистичної звітності, останній доступний період охоплював рік 2017, після якого, згідно з Наказом МОЗ України від 04.10.2018 р. № 1802, форму звітності № 12 «Звіт про число захворювань, зареєстрованих у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувального закладу» було скасовано, що призвело до недоступності інформації про захворюваність з 2018 року.

Для оцінки первинної захворюваності у дітей та молоді були виділені пріоритетні класи та нозологічні форми, пов'язані з харчуванням: хвороби крові (анемії), хвороби ендокринної системи (ендемичний зоб, ожиріння), хвороби органів травлення (загальна група). Загальна чисельність окремих вікових груп дітей по роках оцінювалася за даними інформаційного банку «Статистика населення України» .

Для проведення статистичного аналізу використовували програму Microsoft Excel. Розраховували відносні показники первинної захворюваності та поширеності (на 10 000 осіб) за класами та нозологічними аліментарними патологіями. За показниками захворюваності формувалися динамічні ряди, обчислювалися характеристики динамічного ряду:

ланцюгові абсолютні прирости, середньорічний абсолютний приріст з урахуванням річних коливань (до 2017 р. щодо 2000 р.), темп середньобагаторічного приросту. Статистичну достовірність визначали за допомогою однофакторного дисперсійного аналізу.

Дослідження враховувало річні звіти МОЗ України та ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», які висвітлювали стан здоров'я населення, санітарно-епідеміологічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я в Україні. Цей комплексний підхід дозволив отримати детальну картину стану здоров'я дитячого населення та визначити основні тенденції та проблеми, що потребують уваги та подальших досліджень.

2.4. Методи вивчення статистичних показників харчування

Дослідження включало аналіз інформації національних державних статистичних даних щодо харчування населення та його змін протягом тривалого періоду. Дане дослідження обмежене оглядом лише статистичних показників споживання основних груп продуктів на протязі тривалого часу та не розглядає особливості харчової поведінки, зокрема, споживання нездорової їжі, порушення режиму харчування тощо. Баланс споживання продуктів харчування вивчали за даними Державної служби статистики України [234, 235] за 2000 – 2021 роки. Споживання окремих груп харчових продуктів розраховано за п'ятирічними періодами (2000-2005, 2005-2010, 2010-2015, 2015-2020 рр.), протягом яких були зареєстровані зміни в обсягах та структурі споживання 10 основних груп продуктів: хлібних продуктів; картоплі; овочів та баштанних; свіжих фруктів; цукру; м'ясопродуктів; рибопродуктів; молока та молочних продуктів; яєць; олії рослинної. На жаль, на сьогодні в правовому полі відсутні затверджені загальні норми раціонального споживання окремих груп харчових продуктів для населення,

відповідно до яких можна було б порівняти статистичні дані. Тому для аналізу відповідності використано дані Орієнтовного набору основної продовольчої сировини та харчових продуктів (у середньому на душу населення України за період з 2005 по 2015 роки), рекомендовані МОЗ України. Для аналізу також використано дані середньодобового споживання основних мікро- та макроелементів у складі продуктів харчування, розраховані на підставі норм вмісту калорій, протеїну, жирів, мікроелементів у кілограмі відповідних продуктів. Зазначені дані порівнювали з Нормами фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах і енергії (затверджено Наказом МОЗ України від 03.09.2017 № 1073 «Про затвердження Норм фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах і енергії»).

Визначення в зразках продуктів масової частки йоду і селену проводили методом інверсійної вольтамперометрії за трьохелектродною схемою, який ґрунтується на принципі концентрування на індикаторному електроді безпосередньо з досліджуваного розчину елемента, що визначається, і наступному розчиненні концентрату з реєстрацією вольтамперної кривої.

Масову частку йоду визначали за допомогою вольтамперометричного аналізатору «Екотест-ВА», який укомплектовано імпрегнованим сребром графітовим електродом, допоміжним електродом типу ЕПВ-1СР, електродом порівняння типу ЭВЛ-1М3.1, а селену – за допомогою вольтамперометричного аналізатору «АВА-3», який укомплектовано індикаторним електродом ЭМ-5, допоміжним електродом типу ЕПВ-02, електродом порівняння типу ЭВЛ-1М4.

Принцип визначення йоду ґрунтується на електрохімічному окисленні йод-іонів до молекулярного йоду, осадженні малорозчинної комплексної сполуки, що включає до свого складу йод, з подальшим електрохімічним розчиненням на поверхні робочого електроду осаду при лінійній розгортці

потенціалу. Вимірюючи величину катодного струму при розчиненні осаду розраховують масову концентрацію йоду в досліджуваному розчині.

Принцип визначення селену ґрунтується на електрохімічному відновленні Se (IV) до Se (0), а реєстрація аналітичного сигналу на стадії розгортки відбувається в результаті електрохімічної реакції до Se (0) → Se (IV). Визначення масової концентрації селену в досліджуваному розчині проводиться методом стандартних добавок.

Методика включає «суху мінералізацію» – наважку проби обробляють розчином гідроксиду калію, спалюють спочатку на електроплитці, а потім – за допомогою системи для мікрохвильового озолення «PHOENIX»; отриману золу суспендують у воді, нейтралізують до рН 4-6, проводять центрифугування отриманого розчину (за необхідності); аліквоту проби вносять в електрохімічну чарунку з фоновим розчином та проводять вимірювання. За отриманими результатами обраховують масову частку елемента, що визначається.

2.5. Методи проведення анкетного опитування

З метою дослідження харчових звичок і поведінки школярів та здобувачів в Україні було проведено серію соціологічних опитувань, які дозволили отримати цінні дані про актуальний стан харчування молоді, а також визначити ефективність наявних профілактичних заходів і необхідність впровадження нових підходів.

У рамках дослідження було реалізовано три соціологічні опитування, спрямовані на вивчення харчових звичок різних вікових категорій школярів (молодшого, середнього та старшого шкільного віку) і здобувачів (соціологічні дослідження № 1-3). Для цього використовувалися опитувальники, розроблені авторами, які базувалися на принципах здорового харчування ВООЗ. Анкети були спеціально адаптовані відповідно

до вікових груп респондентів, що забезпечувало адекватне сприйняття питань і надання максимально точних відповідей. Опитувальники були створені з урахуванням суворих вимог ВООЗ до анкетування, що забезпечило їхню валідність і надійність.

Дослідження охоплювало школярів великих міст України (Київ, Суми, Вінниця) та населених пунктів обласного та районного підпорядкування (Київської та Донецької областей). Опитування здобувачів проводилося у двох вищих навчальних закладах: Київському національному торговельно-економічному університеті (далі – КНТЕУ) та Сумському державному педагогічному університеті (далі – СумДПУ). Метою було оцінити обізнаність майбутніх фахівців про здоровий спосіб життя та фактори розвитку НІЗ, адже ці спеціалісти у майбутньому будуть впроваджувати політику здорового харчування в громадському харчуванні та поширювати знання серед учнів.

Анкети (Додатки Б-Д): включали наступні розділи

Загальні відомості про респондента: Вік, стать, місце проживання.

Обізнаність щодо впливу неправильного харчування на здоров'я:
Рівень знань про наслідки нездорового харчування.

Харчування в шкільній їдальні (для школярів): Частота вживання їжі в шкільній їдальні, ступінь задоволеності якістю харчування.

Харчові звички та вподобання: Частота вживання різних продуктів, особисті переваги в харчуванні.

Основні перепони та мотиваційні чинники дотримання здорового харчування: Перешкоди на шляху до здорового харчування, мотиваційні аспекти дотримання здорового харчування.

Для студентської молоді особлива увага приділялася оцінці поширеності поведінкових факторів ризику НІЗ та рівню обізнаності щодо цих факторів. Питання в анкетах також були спрямовані на визначення ступеня дотримання здобувачами здорового способу життя та усвідомлення

важливості цього питання. Враховувалася суб'єктивна оцінка здобувачами наявних обмежень для ведення здорового способу життя, таких як стурбованість питаннями здорового харчування, рівень поінформованості про здоровий спосіб життя та мотивація до дотримання принципів здорового харчування як складової здорового способу життя [236].

Для визначення ставлення батьків до впровадження змін у шкільне харчування було розроблено анкету з запитаннями щодо шкільної їдальні та харчування, яку заповнювали батьки дітей різного віку. Це соціологічне дослідження (№ 4) дозволило зібрати детальну інформацію про думки батьків щодо якості та різноманітності шкільної їжі, її привабливості для дітей, а також з'ясувати, чи користуються діти шкільним харчуванням і, якщо ні, то чому. Отримані дані допомогли глибше зрозуміти ставлення батьків до впроваджених змін у харчуванні та підготувати більш ефективні харчові програми для шкіл.

Також було проведено опитування самих дітей та молоді, щоб отримати їхню думку про шкільне харчування та харчові звички. Анкети для дітей та молоді містили питання про їхні харчові вподобання, частоту вживання різних продуктів, а також рівень задоволеності їжею, яку вони отримують у школі. Це дозволило безпосередньо врахувати думки та побажання учнів при розробці рекомендацій щодо покращення шкільного харчування.

З метою визначення розладів харчової поведінки на основі опитування батьків та аналізу сприйняття поведінки дітей та молоді 5-17 років в умовах стресу, спричиненого війною, було проведено додаткове дослідження (соціологічне дослідження № 5. Використовувалася спеціально розроблена анкета, створена на основі стандартизованих опитувальників щодо дитячого стресу та розладів харчування. Опитування охоплювало питання про порушення харчової поведінки та включало інформацію про стать, вік, місце та умови перебування дитини, фінансове забезпечення та доступність

родини до харчових продуктів, загальні психічні прояви стресу, харчові розлади, які виникли внаслідок військових дій, зміни статури дитини тощо.

Окремим блоком було проведене опитування батьків дітей з особливими дієтичними потребами, що дало змогу вивчити специфічні вимоги та рекомендації для організації харчування цієї категорії дітей та молоді. Це дозволило врахувати індивідуальні потреби дітей та молоді з різними медичними станами та розробити рекомендації для їхнього харчування у навчальних закладах.

Анкети, що використовувалися для опитувань щодо особливостей харчування школярів та здобувачів, наведено в додатках (Додатки 2-6).

Ці комплексні анкетні дослідження забезпечили ґрунтовне розуміння харчових звичок та потреб дітей та молоді, а також допомогли визначити ефективні шляхи покращення системи харчування у навчальних закладах України.

2.6. Статистичні методи дослідження

Для аналізу результатів дослідження та виявлення значущих статистичних зв'язків було застосовано кілька взаємодоповнюючих статистичних методів. Зокрема, для оцінки різниці між середніми значеннями двох груп та визначення, чи є спостережувані відмінності випадковими або статистично значущими, використовувався t-критерій Стьюдента. Для підвищення надійності висновків і контролю рівня значущості під час множинних порівнянь застосовувалася поправка Бонферроні.

Порівняння середніх значень у великих вибірках здійснювалося за допомогою z-тесту для визначення статистичних відмінностей між середніми значеннями. Для оцінки варіативності даних та перевірки, чи є відмінності між групами статистично значущими, використовувався критерій Фішера (F-тест).

Окрім того, в межах виконання соціологічних досліджень для досягнення репрезентативності обчислювався необхідний розмір вибірки для відтворення характеристик генеральної сукупності та мінімізацію можливих похибок [233, 237].

Матеріали викладено [238 –243]

Розділ 3. АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ ТА МОЛОДІ: ЧАСОВІ ТА ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ, РОЛЬ ЧИННИКІВ ДОВКІЛЛЯ ТА УМОВ ПРОЖИВАННЯ, ВНЕСОК АЛІМЕНТАРНО-ЗАЛЕЖНИХ ХВОРОБ

3.1. Аналіз загальної захворюваності дитячого населення та молоді: часові тенденції, вікові особливості та вплив екологічних і соціальних чинників

Характеризуючи стан здоров'я дітей та молоді за основними класифікаційними групами – захворюваності та поширеності в Україні фахівці як правило використовують міжнародну класифікацію хвороб, травм і причин смерті (МКХ-10), яка періодично переглядається спеціальним Комітетом експертів з медичної статистики та підкомітетом з класифікації хвороб Всесвітньої організації охорони здоров'я. З січня 1993 року по теперішній час діє міжнародна статистична класифікація хвороб X перегляду (МКХ-10).

Згідно з даною класифікацією нами було відібрано 9 нозологічних груп, що в основному характеризують захворювання основних систем організму: I – інфекційні та паразитарні хвороби; II – новоутворення; III – хвороби крові та кровотворних органів, а також деякі порушення, що стосуються імунного механізму; IV – хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин; VI – хвороби нервової системи; I – хвороби системи кровообігу; X – хвороби органів дихання; XI – хвороби органів травлення; XVI – вроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії. Зазначені нозологічні групи хвороб окреслено нами для оцінки загальної захворюваності дітей та молоді у віці до 17 років з подальшим

визначення питомої ваги хвороб патогенез яких можна пов'язати з таким етіологічним чинником як харчування.

Захворюваність дитячого населення можна вважати найбільшим впливом показником умов життєдіяльності на його формування поряд з генетичним чинником.

Виходячи із зазначеного вважаємо за доцільне розглянути особливості перебігу захворюваності та поширеності всіх хвороб у дітей та молоді трьох вікових груп. При цьому період від народження до 6 років на нашу думку характеризує стан дитини що визначається впливом перш за все спадкового фактора. Організм дитини в період від 7 до 17 років і старше розвивається вже в умовах життєдіяльності і впливу низки додаткових факторів: навантаження учбового процесу, вплив різноманітних екологічних чинників тощо, про що ми будемо говорити безпосередньо при розгляді конкретних вікових груп.

Найбільш чітко виявлено особливості перебігу дитячої захворюваності та поширеності хвороб проявляються на регіональному рівні. Зокрема, в нашій роботі це було визначено під час розгляду проблеми, залежно від характеру промислового розвитку та природних явищ. З цією метою ми визначили 5 регіональних зон, які включали території з переважно промисловим розвитком (Донецька, Луганська, Дніпропетровська та Запорізька області), території із переважно сільськогосподарським господарюванням (Черкаська, Полтавська, Херсонська, Тернопільська, Миколаївська область), території змішаного господарювання (Харківська і Кіровоградська), території, законодавчо позначені, як області підвищеного радіаційного контролю (Чернігівська, Київська, Житомирська, Рівненська та Волинська області) та ендемічні території за вмістом йоду у ґрунтах (Львівська, Івано-Франківська, Чернівецька та Закарпатська області).

Спостереження за дитячими контингентами трьох вікових груп: 0-6 років, 7-14 років, 5-17 років і здійснювалось у динамічному режимі за період

з 2000 по 2017 роки включно, тобто в період до початку широкомасштабної війни, події якої порушили характер урахування змін показників захворюваності як територіально, так і демографічно тощо.

Динаміка змін загальної захворюваності в абсолютних цифрах наведено у таблицях.

Загалом, розглядаючи наведені дані, у цілому можна визначити ряд принципових особливостей. Хоча зміни показників захворюваності не досягали достовірних відмінностей, тенденції їх змін, залежно від вікових та територіальних особливостей проживання дитячих та підліткових груп, спостереження не викликають сумніву.

Таблиця 3.1.

Показники захворюваності дітей від народження до 6 років залежно від регіону проживання (на 10000 осіб)

Територія спостережень	Період спостережень, роки		
	2000 р.	2010 р.	2017 р.
Області з переважно промисловим характером діяльності	17648,0	19203,7	19381,0
Області з переважно сільськогосподарською діяльністю	15889,2	20995,6	16958,9
Змішана форма господарювання	18009,6	20064,5	18050,3
Області підвищеного радіаційного контролю	17492,8	24846,6	19190,2
Ендемічні області	15988,4	20548,3	15558,9

По-перше, аналізуючи дані абсолютних показників загальної захворюваності, можна відзначити двохфазну криву їх перебігу. Якщо в

перші десять років ми спостерігали зростання числа випадків захворюваності по всіх областях України, то в наступні роки мало місце їх поступове зменшення.

Наведені в таблицях 3.1, 3.2, 3.3 дані свідчать про наявність статистично значущих змін при порівнянні періодів між 2000 та 2010 роками ($p = 0.0053$), де середня різниця становить 4126.14. Це свідчить про суттєве зростання рівня захворюваності в 2010 році порівняно з 2000 роком. Також значущою є відмінність між 2010 та 2017 роками ($p < 0.0215$), де середня різниця дорівнює -3303.88. Це вказує на помітне зниження рівня захворюваності у 2017 році порівняно з 2010 роком.

Таблиця 3.2.

Показники захворюваності дітей та молоді 7 - 14 років залежно від регіону проживання (на 10000)

Територія спостережень	Період спостережень, роки		
	2000 р.	2010 р.	2017 р.
Області з переважно промисловим характером діяльності	14685,5	20239,5	21930,0
Області з переважно сільськогосподарською діяльністю	15098,5	26937,1	17627,8
Змішана форма господарювання	14082,5	28673,7	17701,1
Області підвищеного радіаційного контролю	20664,3	30188,6	20743,6
Ендемічні області	15099,9	25927,0	17456,6

Відмінності між 2000 та 2017 роками не є статистично значущими, проте майже в усіх групах (за виключенням групи ендемічних територій) спостерігається стійка тенденція до збільшення показника захворюваності.

Наведені в таблиці дані свідчать про наявність статистично значущих змін при порівнянні періодів між 2000 та 2010 роками ($p < 0.05$), де в усіх регіонах спостерігається суттєве зростання показників захворюваності. Особливо вираженим є зростання в областях з радіаційним контролем, де показник загальної захворюваності серед дитячого населення збільшився з 20664.3 до 30188.6, а також у регіонах зі змішаною формою господарювання (зростання з 14082.5 до 28,673.7).

Також статистично значущою є відмінність між 2010 та 2017 роками ($p < 0.05$), де в більшості регіонів спостерігається помітне зниження рівня захворюваності. Наприклад, у областях з радіаційним контролем показник знизився з 30,188.6 до 20,743.6, а в регіонах зі змішаною формою господарювання – з 28673.7 до 17701.1.

Відмінності між 2000 та 2017 роками не є статистично значущими у більшості регіонів, хоча в окремих випадках спостерігається підвищення показника захворюваності. Наприклад, у промислових регіонах показник зріс із 14,685.5 у 2000 році до 21,930.0 у 2017 році. Отже, в даній когорті дітей спостерігалася динаміка змін, аналогічних ти, що мала місце в молодших групах.

Відмінності між 2000 та 2017 роками є статистично значущими в окремих регіонах, зокрема в областях підвищеного радіаційного контролю (зростання з 15,814.2 до 26,445.4) та сільськогосподарських регіонах (зростання з 15,506.0 до 21,379.8).

Таблиця 3.3.

Показники захворюваності молоді 15 - 17 років різних вікових груп залежно від регіону проживання (на 10000 осіб)

Територія спостережень	Період спостережень, роки		
	2000 р.	2010 р.	2017 р.
Області з переважно промисловим характером діяльності	14290,0	19143,7	18377,5
Області з переважно сільськогосподарською діяльністю	15506,0	19819,4	21379,8
Змішана форма господарювання	14082,4	23493,3	15558,9
Області підвищеного радіаційного контролю	15814,2	22756,8	26445,4
Ендемічні області	15988,4	26445,3	15558,9

Такий хід кривих важко пояснити, але, на нашу думку, це можливо пов'язано із змінами порядку реформування медичної служби, який спостерігався на той період і стосувався, зокрема, створення діагностичних поліклінічних, профілактичних центрів. Підтвердженням цього фактору, як провідного, є факт зміни майже одночасно по всій території України. При цьому, слід зауважити, що показники загальної захворюваності та поширеності захворювань серед дорослого населення, які аналізувалися в інших дослідженнях [244], і демонстрували тенденцію до зниження, що пов'язувалось з неповнотою статистичних даних, зумовленою воєнними діями на Донбасі та окупацією АР Крим, а також зі зменшенням звернень населення до закладів охорони здоров'я за медичною допомогою.

Але, незважаючи на такий коливальний характер змін, за період 2000–2017 років спостерігається тенденція до зростання загальної захворюваності дітей та молоді віком 0–17 років, яка є статистично значущою в окремих

регіонах (зони радіаційного контролю, сільськогосподарські області) та у старших вікових групах. Отже, захворюваність у 2017 році практично по усіх групах спостережень перевищувала показники 2000 року. Тобто, можна стверджувати, що, незважаючи на деякі коливання процесу реєстрації в країні, спостерігається тенденція до зростання загальної захворюваності дітей та молоді усіх трьох вікових груп.

По-друге, хоча загальна тенденція до зростання захворюваності є спільною, кількісна характеристика показників захворюваності для кожної з вікових груп має свої особливості.

Таблиця 3.4.

Показники приросту захворюваності дітей від народження до 6 років залежно від регіону проживання, %

Територія спостережень	Період спостережень, роки			
	2000 р.	2010 р. до 2000 р.	2017 р. до 2010 р.	2017 р. до 2000 р.
Області з переважно промисловим характером діяльності	100	+8,4	+1,0	+13,4
Області з переважно сільськогосподарською діяльністю	100	+32,0	-19,1	+10,0
Змішана форма господарювання	100	+11,6	-9,1	00,0
Області підвищеного радіаційного контролю	100	+41,6	-20,0	+10,0
Ендемічні області	100	+27,3	-23,9	-3,4

Так, в молодшій групі, що включала дітей від новонароджених до 6 років включно, у період з 2000 до 2017 року захворюваність дітей демонструє різну динаміку залежно від типу регіону. У період 2000–2010 років спостерігається суттєве зростання рівня захворюваності в усіх регіонах, найбільше у зонах підвищеного радіаційного контролю (+41,6%) та сільськогосподарських регіонах (+32,0%). Це свідчить про значний вплив зовнішніх чинників у цей період.

Підтвердженням зазначеного є на нашу думку той факт що якщо за весь період (2000–2017 роки) захворюваність зростає на 10–13% у більшості регіонів, особливо в промислових і сільськогосподарських областях, тоді як у ендемічних регіонах та областях підвищеного радіаційного контролю спостерігалось загальне зниження на 3,4%. Ці дані вказують на регіональні особливості динаміки, зумовлені специфічними екологічними, соціальними та економічними умовами. Особливо на цю думку схиляють нас дані щодо приросту захворюваності. Так спостерігаючи за зростанням показників у наймолодшій групі (0-6 років) для якої можна передбачити вплив переважно лише спадкового чинника, показники захворюваності практично залишалися на низькому рівні, зважаючи, що наявні перепади у зменшенні захворюваності, були обумовлені умовами їх реєстрації (таблиця 3.4.)

В той же час, в групі, до якої були включені діти від 7 до 14 років (таблиця 3.5), перепади захворюваності були чи не найбільшими. І це не дивно, так як на дітей цього віку суттєво почав впливати додатковий чинник – умови навчального закладу, учбового процесу та учбового навантаження, що до того ж супроводжувалося підвищенням кількості соціальних контактів. Останнє відбилося не тільки на рівні коливань, а й на абсолютних показниках захворюваності, які тут були на рівні найбільш високих цифр.

Таблиця 3.5.

Показники приросту захворюваності дітей вікової групи від 7 до 14 років залежно від регіону проживання, %

Територія спостережень	Період спостережень, роки			
	2000 р.	2010 р. до 2000 р.	2017 р. до 2010 р.	2017 р. до 2000 р.
Області з переважно промисловим характером діяльності	100	+37,4	+9,1	+49,9
Області з переважно сільськогосподарською діяльністю	100	+78,4	-21,6	+16,5
Змішана форма господарювання	100	+204,3	-30,2	+25,5
Області підвищеного радіаційного контролю	100	+51,0	-32,4	+0,01
Ендемічні області	100	+78,7	-33,0	+15,8

Зазначена тенденція зберігається і серед молоді старшої вікової групи (таблиця 3.6), що включає дітей від 15 до 17 років, тобто та молоді в період інтенсивного дорослішання, на яких поряд з учбовим процесом впливає ендокринно-гормональний фактор розвитку дитячого організму, з одного боку, а з другого – підсилюється вплив так званого третього вікна розвитку – «пубертатного періоду», коли дитячий організм є особливо чутливим до дій так званих «ендокринних дизрапторів», до яких відносяться численні чинники довкілля і побуту. Останнє перегукується із численними дослідженнями вітчизняних та закордонних авторів [245 –248].

Таблиця 3.6.

Показники приросту захворюваності молоді вікової групи від 15 до 17 років залежно від регіону проживання, %

Територія спостережень	Період спостережень, роки			
	2000 р.	2010 р. до 2000 р.	2017 р. до 2010 р.	2017 р. до 2000 р.
Області з переважно промисловим характером діяльності	100	+33,5	-3,7	+28,6
Області з переважно сільськогосподарською діяльністю	100	+27,6	+8,0	+36,7
Змішана форма господарювання	100	+36,7	-33,7	+10,7
Області підвищеного радіаційного контролю	100	+43,6	+16,0	+73,4
Ендемічні області	100	+65,0	-39,4	-3,3

І третє, наведені в таблицях дані, свідчать про роль у формуванні дитячої захворюваності умовно екологічних та природних факторів. Зокрема, найвищі абсолютні показники захворюваності реєструвалися в областях переважно промислової та сільськогосподарської діяльності. Так, на період 2017 року у першій віковій групі показники загальної захворюваності у промислових областях сягав 19 381 випадок на 10000 дітей, тоді як в районах змішаної форми господарювання – 18050,3, а в ендемічних областях – 15558,9 випадків.

У другій групі серед дітей 7-14 років в промислових областях загальна захворюваність на 10000 дітей дорівнювала 21930,0 випадків, тоді, як в

областях змішаної форми господарювання – 17701,1, а на ендемічних територіях – 17456,6 випадків.

Серед дітей третьої вікової групи найбільші показники реєструються як на промислово розвинутих, так і переважно сільськогосподарських територіях: 21379,8 та 18377,5 випадків на 10 тис. дітей відповідно. В той же час в областях із змішаною формою господарювання та ендемічних областях – 15 558,9 та 15558,9 випадків на 10 тис. дітей відповідно.

Але для усіх груп характерний ще більш високий рівень захворюваності серед дітей в областях підвищеного радіаційного контролю. Особливо це стосується дітей третьої групи, що пов'язано, на нашу думку, із впливом ендокринних дизрапторів, на що ми звертали увагу вище, та вплив аварії на ЧАЕС у 1986 році, особливо у разі ураження батьків, діти яких складають високу питому вагу в інформуванні загальних груп спостережень.

На це вказують численні епідеміологічні дослідження, виконані у науковому центрі радіаційної безпеки групами дослідників за керівництвом Прикашикової К.Є. [249] та дослідження Бандажевського Ю.І. і Дубової Н.Ф. [250–252].

І нарешті, звертає на себе увагу ще одне питання, яке стосується показників приросту захворюваності. Так, якщо у перших двох групах мало місце зменшення показників захворюваності у 2017 році у порівнянні з 2010, то в третій групі в областях підвищеного радіаційного контролю та в сільськогосподарських районах вже спостерігалось більш значне зростання захворюваності, яке було закріплене показниками захворюваності в 2017 році відносно вже і до 2000 року.

І загалом, зростання приросту захворюваності характеризувалося від 1 групи (в середньому – 6 %) до 2 (21,5%) і третьої груп (29,2%).

Отже, підсумовуючи аналітичний розгляд динамічних показників дитячої захворюваності, можна дійти висновку про зростання захворюваності з віком. Це важливо для визнання фактів, що молодь віком

від 15 до 17 років відзначаються збільшенням захворюваності на хронічні хвороби і з цим багажем вона буде переходити до групи дорослих людей.

3.2. Аналіз показників захворюваності на аліментарно-залежні захворювання серед дітей та молоді

Важливим аспектом загальної захворюваності є значна частка хвороб аліментарного генезу, до яких належать цукровий діабет, ожиріння, ендокринні порушення, хвороби органів травлення тощо. Ці захворювання суттєво впливають на стан здоров'я дітей і підлітків, демонструючи тенденцію до зростання з віком. Така динаміка підкреслює необхідність приділення особливої уваги профілактиці, ранній діагностиці та корекції факторів ризику для зменшення поширеності аліментарно-залежних хвороб і зниження їх впливу на загальну захворюваність. Порівняльний аналіз доступних даних щодо рівнів захворюваності та розрахунок показників приросту та темпів приросту, побудова трендів захворюваності дозволили з'ясувати особливості виникнення та поширення хвороб і класів хвороб етіологічно пов'язаним з аліментарним чинником серед різних вікових груп дитячого населення. Насамперед, слід зазначити, що дитяче населення є одною з найкритичніших верств, що найбільше підпадають під дію негативних соціальних та економічних чинників. Звертає на себе увагу зменшення кількості дітей з 49114950 осіб в 2000 році до 42414905 осіб в 2017 році. Аналіз доступних даних щодо загальної поширеності захворювань серед дитячого населення свідчить про повільне та неухильне зростання цих показників. При цьому вузькі та специфічні класи та групи захворювань демонструють тенденцію до зменшення. На цю особливість звертали увагу і інші дослідники. Вірогідно, такий характер показників свідчить про зниження доступності медичної допомоги і діагностики для населення взагалі, в тому числі, для дітей, особливо це стосується

вузькоспеціалізованої допомоги [89, 90]. Окремі дослідження дитячого контингенту свідчать про збільшення патологічної ураженості, зокрема, аліментарно-залежною патологією [253].

Таблиця 3.7.

Загальний внесок всіх аліментарно-залежних хвороб у %, до загальної захворюваності

Групи захворювань	Вікові групи		
	0-6 р.	7-14 р.	15-17 р.
Всі захворювання	18834,92	11951,71	10488,72
Хвороби крові, кровотв.органів	303,28	83,85	67,31
Хвороби ендокринної системи	164,65	232,97	275,82
Хвороби органів травлення	459,41	539,86	475,23
Внесок кожної групи хвороб у %, до загальної групи захворювань			
Хвороби крові, кровотв.органів	1,61	0,70	0,64
Хвороби ендокринної системи	0,87	1,95	2,63
Хвороби органів травлення	2,44	4,52	4,53
Загальний внесок всіх аліментарно-залежних хвороб у %, до загальної групи захворювань			
Всі групи захворювань	4,92	7,17	7,80

У таблиці 3.7 представлено дані щодо захворюваності дітей та підлітків у трьох вікових групах: 0–6 років, 7–14 років і 15–17 років, а також внесок аліментарно-залежних хвороб у загальну захворюваність. Цікаво, що загальна захворюваність є найвищою у дітей молодшої вікової групи (0–6 років) і поступово зменшується з віком, досягаючи найнижчих показників у групі 15–17 років. Водночас внесок аліментарно-залежних хвороб у загальну захворюваність навпаки, демонструє тенденцію до зростання з віком, що підтверджується збільшенням частки від 4,92% у групі 0–6 років до 7,80% у

групі 15–17 років. Статистичний аналіз виявляє сильну позитивну кореляцію між віком і сукупним внеском аліментарно-залежних хвороб (коефіцієнт кореляції: 0.951), хоча цей зв'язок не є статистично значущим. Загалом, така ситуація потребує розробки профілактичних заходів як в напрямку зменшення числа хворих дітей, так і зменшення тягаря для суспільства шляхом попередження числа хворих дорослого населення за рахунок підліткових груп.

Таблиця 3.8.

Загальноукраїнські показники середньобагаторічної захворюваності на аліментарно-залежну патологію серед окремих вікових груп дітей за 2000-2017 рр., на 10 000 осіб

Клас хвороб	0-6 років	7-14 років	15-17 років
Хвороби крові, кровотв.органів	303,28	83,85	67,31
Хвороби ендокринної системи	164,65	232,97	275,82
Хвороби органів травлення	459,41	539,86	475,23

Результати статистичного аналізу захворюваності серед дітей різних вікових груп на хвороби крові, ендокринної системи та органів травлення в Україні за період 2000-2017 років (таблиця 3.8) свідчать про значне зменшення захворюваності на хвороби крові, кровотворні органи з віком, зокрема між групами 0-6 років і 7-14 років, а також між групами 7-14 років і 15-17 років, що є статистично значущими. Для хвороб ендокринної системи спостерігається тенденція до зростання захворюваності з віком, однак ці зміни не є достовірними. Щодо хвороб органів травлення, відзначено суттєве зростання захворюваності в групі 7-14 років порівняно з групою 0-6 років, що є статистично значущим, в той час як порівняння груп 7-14 років і 15-17 років не виявляє статистично значущих змін.

Таблиця 3.9.

Захворюваність на хвороби крові, кровотворні органи та анемії серед дітей за віковими групами (на 10 000 осіб)

Клас хвороб	0-6 років	7-14 років	15-17 років
Хвороби крові, кровотв.органів	303,28	83,85	67,31
Анемії	295,97	80,06	64,90
Залізодефіцитні анемії	251,86	69,51	58,53

Показники захворюваності на хвороби крові, кровотворні органи (особливо анемії та залізодефіцитні анемії) (таблиця 3.9) демонструють значне їх зменшення з віком дітей. В групі дітей 0-6 років захворюваність на цю патологію є найвищою, зокрема, на залізодефіцитні анемії, показники якої сягають 251,86 на 10 000 осіб. З віком, у групах 7-14 та 15-17 років, спостерігається значне зниження захворюваності, причому у групі 7-14 років показники знижуються до 69,51.

Таблиця 3.10.

Захворюваність на хвороби ендокринної системи, дифузний зоб та ожиріння серед дітей за віковими групами (на 10 000 осіб)

Клас хвороб	0-6 р.	7-14 р.	15-17 р.
Хвороби ендокринної системи	164,65	232,97	275,82
Дифузний зоб I ступеня	28,74	131,15	141,65
Дифузний зоб II-III ступеня	1,04	9,62	15,92
Ожиріння	9,66	36,66	35,74

Рівень захворюваності на хвороби ендокринної системи значно збільшується у старших вікових групах, досягаючи найвищого рівня серед підлітків (15-17 років). Ожиріння та дифузний зоб є найбільш поширеними серед дітей середньої і старшої вікових груп (7-14 років та 15-17 років) (таблиця 3.10). Результати порівняльного аналізу середньорічних показників поширеності та захворюваності на аліментарно-залежну патологію вказують на суттєві відмінності у структурі цих показників серед різних вікових груп дітей (0-6 років, 7-14 років, 15-17 років). Сумарна частка аліментарно-залежних хвороб у загальній структурі захворювань складає 9,88 – 10,00 % у віці 0 -14 років та 17,98% в віці 15-17 років.

В групі дітей віком 0-6 років спостерігається найвища поширеність та захворюваність хворобами крові та кровотворних органів, основними серед яких є залізодефіцитні анемії. На другому місці розташовані хвороби органів травлення, а на третьому – хвороби ендокринної системи. У віковому діапазоні 7-17 років визначаючу роль відіграють хвороби ендокринної системи та хвороби органів травлення, при цьому хвороби органів крові і кровотворення, зокрема дефіцитні анемії в старшому віці, значно зменшуються.

Статистичний аналіз підтвердив значущі відмінності у захворюваності на аліментарно-залежні патології у різних вікових групах. Захворюваність хвороб крові та кровотворних органів вища у групі дітей 0-6 років у 3,61 раза порівняно з дітьми 7-14 років та у 4,51 раза порівняно з підлітками 15-17 років. Основну частину цих захворювань становлять залізодефіцитні анемії (79-83%).

В той же час, захворюваність на хвороби ендокринної системи з віком зростає. Наприклад, захворюваність на дифузний зоб I ступеня з віком зростає майже у 5 разів, а зобу II-III ступеня — більше ніж у 15 разів. Ці зміни обумовлені збільшенням потреб організму в йоді та інших

мікроелементах у процесі росту, які часто залишаються некомпенсованими через дефіцитні стани (таблиця 3.11).

Таблиця 3.11.

Динаміка захворюваності на аліментарно-залежну патологію серед окремих вікових груп дітей та молоді за 2000-2017 рр., на 10 000 осіб.

Клас хвороб або окремі нозологічні форми	Середньорічний абсолютний приріст, ‰			Середньорічний темп приросту, ‰		
	0-6 р.	7-14 р.	15-17 р.	0-6 р.	7-14 р.	15-17 р.
Групи хвороб						
Хвороби крові, кровотв.органів	-8,94	-1,90	2,27	-3,21%	-2,37%	3,75%
Анемії	-8,62	-1,73	2,18	-3,17%	-2,27%	3,74%
Залізодефіцитні анемії	-6,55	-1,13	2,07	-2,83%	-1,72%	3,88%
Хвороби ендокринної системи	-7,43	-7,82	-5,74	-4,84%	-3,41%	-1,88%
Дифузний зоб I ступеню	-2,20	-6,93	-5,97	-7,07%	-5,30%	-3,74%
Дифузний зоб II-III ступеню	-0,12	-0,95	-1,04	-7,69%	-8,71%	-5,61%
Ожиріння	0,19	0,87	1,74	2,82%	3,36%	5,80%
Хвороби органів травлення	-2,52	-4,61	12,99	-0,51%	-0,90%	2,79%

Захворюваність на ожиріння також зростає з віком, збільшуючись у 3,7 раза серед підлітків порівняно з молодшою віковою групою.

Щодо хвороб органів травлення, захворюваність залишається стабільно високою у всіх вікових групах, однак найбільший приріст реєструється при переході з вікової групи 0-6 років до 7-14 років.

3.3. Аналіз показників поширеності аліментарно-залежних захворювань серед дітей та молоді

Загальний рівень поширеності захворювань є найвищим у групі 7-14 років, із незначними відмінностями між іншими віковими групами. Внесок хвороб крові та кровотворних органів зменшується з віком: від 4.09% у групі 0-6 років до 0.90% у групі 15-17 років. Навпаки, частка ендокринних хвороб і захворювань органів травлення зростає, досягаючи максимуму в старшій віковій групі (7.59% та 9.49% відповідно) (таблиця 3.12).

Таблиця 3.12.

Загальний внесок всіх аліментарно-залежних хвороб у %, до загальної поширеності захворювань

Групи захворювань	Вікові групи		
	0-6 р.	7-14 р.	15-17 р.
всі захворювання	18242,41	18579,70	18521,36
Хвороби крові, кровотв.органів	746,44	266,19	166,94
Хвороби ендокринної системи	374,47	1167,49	1405,41
Хвороби органів травлення	705,52	1701,56	1757,15
Внесок кожної групи хвороб у %, до загальної групи захворювань			
Хвороби крові, кровотв.органів	4,09	1,43	0,90
Хвороби ендокринної системи	2,05	6,28	7,59
Хвороби органів травлення	3,87	9,16	9,49
Загальний внесок всіх аліментарно-залежних хвороб у %, до загальної групи захворювань			
загальний внесок	10,01	16,87	17,98

Загальний внесок усіх аліментарно-залежних хвороб також зростає з віком, становлячи 10.01% у групі 0-6 років, 16.87% у групі 7-14 років та 17.98% у групі 15-17 років. Це свідчить про зміну структури захворювань з віком, із переважанням ендокринних хвороб і хвороб травлення в старших вікових групах. Внесок аліментарно-залежних хвороб у загальну поширеність захворювань достовірно збільшується з віком ($p < 0.05$).

Таблиця 3.13.

Загальноукраїнські показники середньобагаторічної поширеності аліментарно-залежної патології серед окремих вікових груп дітей за 2000-2017 рр., на 10 000 осіб

Групи захворювань	0-6 р.	7-14 р.	15-17 р.
Хвороби крові, кровотв.органів	746,44	266,19	166,94
Хвороби ендокринної системи	374,47	1167,49	1405,41
Хвороби органів травлення	705,52	1701,56	1757,15

Аналіз середньобагаторічної поширеності аліментарно-залежної патології серед дітей за період 2000–2017 рр. вказує на статистично значущі відмінності між віковими групами ($p < 0.05$) для всіх представлених категорій захворювань (таблиця 3.13). Так, хвороби крові та кровотворних органів демонструють суттєве зниження поширеності з віком, що підтверджено статистично значущими відмінностями між групами. Разом з тим, хвороби ендокринної системи та хвороби органів травлення мають зростаючий тренд поширеності, зі значними відмінностями між молодшими та старшими віковими групами.

Ці дані свідчать про те, що вплив аліментарно-залежних факторів на здоров'я дітей різниться залежно від вікової групи, з більшою поширеністю захворювань ендокринної системи та органів травлення у старших вікових категоріях.

Таблиця 3.14.

Поширеність хвороб крові, кровотворних органів та анемії серед дітей за віковими групами (на 10 000 осіб)

Клас хвороб	0-6 р.	7-14 р.	15-17 р.
Хвороби крові, кровотв.органів	746,44	266,19	166,94
Анемії	727,98	248,58	154,56
Залізодефіцитні анемії	617,11	210,55	136,47

Також виявлено статистично значущі відмінності між віковими групами ($p < 0.05$) за рівнем поширеності анемії, зокрема, залізодефіцитних анемії, у класі хвороб крові та кровотворних органів (таблиця 3.14).

Таблиця 3.15.

Поширеність хвороб ендокринної системи та обміну речовин серед дітей за віковими групами (на 10 000 осіб)

Клас хвороб	0-6 р.	7-14 р.	15-17 р.
Хвороби ендокринної системи	374,47	1167,49	1405,41
Дифузний зоб I ступеню	100,62	768,71	803,25
Дифузний зоб II-III ступеню	3,30	49,38	93,05
Ожиріння	24,53	161,95	188,43

Як для загального класу ендокринні хвороби та розлади обміну речовин, так і для окремих хвороб ендокринної системи, найбільш залежних від харчових факторів (наприклад, дифузний зоб та ожиріння), виявлено статистично значущі відмінності між віковими групами ($p < 0.05$) (таблиця 3.15).

Таблиця 3.16.

Динаміка поширеності аліментарно-залежної патології серед окремих вікових груп дітей за 2000-2017 рр., на 10 000 осіб.

Клас хвороб або окремі нозологічні форми	Середньорічний абсолютний приріст, ‰			Середньорічний темп приросту, ‰		
	0-6	7-14	15-17	0-6	7-14	15-17
Хвороби крові, кровотв.органів	-18,99	-3,06	6,95	-2,72%	-1,22%	4,56%
Анемії	-18,34	-2,74	6,59	-2,70%	-1,17%	4,63%
Залізодефіцитні анемії	-14,70	-1,76	5,90	-2,54%	-0,89%	4,64%
Хвороби ендокринної системи	-17,49	-25,81	16,33	-4,80%	-2,38%	1,22%
Дифузний зоб I ступеню	-7,62	-24,75	-0,41	-6,97%	-3,58%	-
Дифузний зоб II-III ступеню	-0,32	-2,59	-1,31	-7,24%	-5,78%	-
Ожиріння	0,62	4,48	12,43	3,01%	3,44%	7,50%
Хвороби органів травлення	-2,83	-10,66	35,26	-0,37%	-0,65%	2,27%

Аналіз динаміки поширеності аліментарно-залежної патології серед дітей різних вікових груп враховуючи середньорічний абсолютний приріст та темп приросту для кожної нозології свідчить про зниження показників за період 2000–2017 рр., для більшості захворювань, у молодших вікових групах (0-6 та 7-14 років) (таблиця 3.16). Натомість у старшій віковій групі (15-17 років) переважає тенденція до зростання поширеності деяких захворювань, зокрема ожиріння, хвороб органів травлення та анемії. Ожиріння є єдиною нозологією, яка демонструє стабільне зростання в усіх вікових групах, із найбільшим приростом у підлітків 15-17 років. Поширеність хвороб крові та кровотворних органів, анемії та дифузного

зобу I-II ступенів зменшуються у молодших вікових групах, хоча серед підлітків 15-17 років у деяких випадках спостерігається незначне зростання. Хвороби ендокринної системи та хвороби органів травлення демонструють схожий тренд: зниження в молодших вікових групах і зростання серед підлітків.

Статистичний аналіз, проведений за допомогою однофакторного дисперсійного аналізу, підтвердив наявність значущих статистичних відмінностей між середньобагаторічними показниками поширеності та захворюваності на окремі аліментарно-залежні патології у вказаних вікових групах. При цьому важливо відзначити, що показники виявили різнонаправлені зміни в залежності від вікової категорії дітей та молоді. Аналіз свідчить, що захворюваність та поширеність хвороб крові та кровотворних органів знижується з віком. В групі дітей віком 0-6 років поширеність хвороб крові та кровотворних органів в 2,80 разів вища, ніж серед дітей 7-14 років, і в 4,47 рази вища, ніж серед підлітків віком 15-17 років. Захворюваність також виявляється вищою в групі 0-6 років в 3,61 раза відносно дітей 7-14 років і в 4,51 раза відносно підлітків 15-17 років. При цьому основну частину захворювань крові та кровотворних органів становлять залізодефіцитні анемії (від 82,67% до 79,09%). Відзначається, що хвороби ендокринної системи реєструються частіше в більш старших групах дітей. У групі 7-14 років поширеність цих захворювань вища в 3,12 рази, а в групі 15-17 років – в 3,75 рази, порівняно з дітьми молодшої групи. Важливим є виявлення збільшення реєстрації патології щитоподібної залози з віком: поширеність дифузного зобу збільшується майже в 8 разів, а зобу II-III ступеню – більше ніж в 28 разів. Захворюваність на дифузний зоб I ступеню зростає з віком майже в 5 разів, а зобу II-III ступеню – більше ніж в 15 разів.

Враховуючи, що основним чинником виникнення залізодефіцитних анемії та дифузного зобу є дефіцитні аліментарні стани, можна припустити, що для

дітей молодшого віку характерний більший дефіцит заліза в раціоні харчування, при умові відносного задоволення потреби в йоді та інших мікроелементах, необхідних для роботи щитоподібної залози. Збільшення інтенсивності росту та розвитку, гормональні зміни в період дорослішання вимагають активної роботи щитоподібної залози, яку не можливо забезпечити при дефіциті макро- і мікроелементів, необхідних для триєїдної функції. Значущим фактором є також тривалий вплив на щитоподібну залозу забруднювачів навколишнього середовища, таких як сільськогосподарські добрива та пестициди, промислові забруднювачі, що діють протягом багатьох років.

Отже підсумовуючі дані аналізу тенденцій поширеності та захворюваності на аліментарно-залежні захворювання серед дітей у різні вікові періоди протягом 2000-2017 років виявив наступні важливі особливості. Середньорічні показники абсолютного приросту та темпу приросту поширеності та захворюваності у всіх класах та окремих нозологічних формах аліментарно-залежних хвороб, за винятком ожиріння, характеризуються негативними значеннями у вікових групах 0-6 років та 7-14 років. Це свідчить про те, що протягом визначеного періоду відзначається загальне зменшення відносних показників реєстрації аліментарно-залежних захворювань серед дітей зазначених вікових груп.

В просторовому розрізі виявлено особливості поширеності та захворюваності на аліментарно-залежну патологію серед дітей у період з 2000 по 2017 роки (Додатки Є,І). Згідно з проведеним аналізом, визначено, що поширеність та захворюваність дитячого населення хворобами крові та кровотворних органів є найвищою в областях Івано-Франківській, Черкаській та Вінницькій. Щодо ендокринних захворювань, високі показники виявлено в Рівненській, Київській (поширеність), Волинській та Івано-Франківській (захворюваність) областях. Ожиріння є найбільш

поширеним у Черкаській, Київській, Вінницькій та Кіровоградській (захворюваність) областях.

Щодо хвороб органів травлення, поширеність найвища в місті Києві та Київській області, Чернігівській та Полтавській. Захворюваність на ці захворювання виявляється найвищою в Черкаській, Івано-Франківській та Рівненській областях. Проведений аналіз вказує на важливі відмінності в розподілі аліментарно-залежних хвороб серед дитячого населення в залежності від регіональних факторів та вимагає подальшого вивчення для розробки ефективних стратегій профілактики та лікування.

Таким чином, аналіз тенденцій поширеності та захворюваності на аліментарно-залежні захворювання серед дітей у різні вікові періоди протягом 2000-2017 років визначає важливі особливості в динаміці цих показників у різних вікових групах. Загальний аналіз свідчить про тенденцію до зниження поширеності та захворюваності на аліментарно-залежні хвороби серед дітей у визначених вікових групах на протязі 2000-2017 рр. Особливо це стосується хвороб органів крові та ендокринної системи. Інтенсивне зниження реєстрації первинних форм хвороб спостерігається в групі дітей віком 0-6 років. В віці 7-14 років протягом 2000-2017 років спостерігається інтенсивне зниження показників захворюваності та поширеності хвороб ендокринної системи та хвороб органів травлення., в той час як у підлітковому віці 15-17 років спостерігається суттєве зростання приросту та темпів приросту для більшості показників.

Таким чином, отримані результати вказують на необхідність подальших досліджень та розвитку превентивних заходів для покращення стану здоров'я дітей та зменшення поширеності аліментарно-залежних захворювань в різних вікових групах

Виходячи із наукового спрямування нашої дисертаційної роботи, подальші підрозділи будуть спрямовані на розгляд конкретних концептуальних, соціальних та методичних питань з попередження аліментарно залежних хвороб.

Висновки до розділу 3

1. Аліментарно-залежна патологія неінфекційного генезу займає суттєву частку в загальній захворюваності дітей всіх вікових груп. Сумарна частка аліментарно-залежних хвороб у загальній структурі захворювань складає 9,88 – 10,00 % у віці 0 -14 років та 17,98% в віці 15-17 років.
2. Поширеність аліментарно-залежних захворювань протягом 18 років має тенденцію до зниження, в тому числі, за рахунок зменшення його виявлення і реєстрації внаслідок соціально-економічних причин. Для дітей 0-6 років характерні переважно хвороби крові та кровотворних органів, основним чинником яких є залізодефіцитні анемії. У віковій групі 7-14 років лідерами за поширеністю та захворюваністю стають хвороби ендокринної системи та хвороби органів травлення. В групі молоді 15-17 років збільшується реєстрація практично всіх захворювань, за виключенням захворювань органів травлення.
3. Визначено статистично достовірну різницю показників поширеності та захворюваності на окремі аліментарно-залежні патології у різних вікових групах дітей. Головне навантаження припадає на підлітків у віці 15-17 років, коли вони переходять в дорослість із певним навантаженням хворобливого стану.

Матеріали даного розділу, відображені у наступних публікаціях [239,240]

Розділ 4. ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ВІТЧИЗНЯНОГО ТА МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ ЩОДО ОРГАНІЗАЦІЇ І ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОПТИМАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ

4.1. Міжнародний досвід організації та оптимізації харчування для профілактики аліментарно-залежних хвороб серед дітей та молоді

Важливу роль у регулюванні питань, пов'язаних із харчуванням та здоров'ям населення відіграють міжнародні правові та нормативні документи. Вони встановлюють загальні стандарти і рекомендації для країн, спрямовані на покращення здоров'я населення, запобігання захворювань, забезпечення доступу до якісної їжі та підвищення обізнаності про здорове харчування. Діяльність ВООЗ спрямована на покращення здоров'я людей у всьому світі, запобігання захворюванням і продовження тривалості життя. ВООЗ розробляє міжнародні стандарти, рекомендації та стратегії, які допомагають країнам-членам організації розробляти та впроваджувати національні програми охорони щодо здорового харчування [256]

Станом на сьогодні діє кілька ключових міжнародних документів, спрямованих на забезпечення здорового харчування та протидію НІЗ аліментарного генезу та призначені для створення відповідних глобальних і національних політик. Вони формують основу для міжнародної співпраці та є підґрунтям створення національних керівних документів в галузі здорового харчування. Основними з таких документів є:

1. Цілі сталого розвитку ООН (Sustainable Development Goals, SDGs) - 2015 рік

Цілі сталого розвитку, прийняті ООН, діють до 2030 року і включають завдання, пов'язані з харчуванням, зокрема Ціль 2: «Ліквідація голоду», спрямована на забезпечення всіх людей доступом до безпечної, поживної та достатньої їжі, а також на вирішення проблеми недоїдання серед дітей, молоді та інших вразливих груп [257].

2. Глобальна стратегія з питань раціону харчування, фізичної активності та здоров'я (Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health) - 2004 рік, спрямована на боротьбу з глобальною епідемією хронічних захворювань, пов'язаних із нездоровим харчуванням та недостатньою фізичною активністю [258].

3. Кодекс харчування (Codex Alimentarius)

Codex Alimentarius, розроблений ФАО та ВООЗ, є діючим набором міжнародних стандартів, керівництв і рекомендацій, що стосуються безпеки харчових продуктів, етикетування, харчових добавок та інших аспектів харчування. Він використовується як орієнтир для розробки національних стандартів і законодавства у сфері харчування [259].

4. Глобальний план дій щодо боротьби з НІЗ (Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs) - 2013-2020 рр. та оновлений план на 2023-2030 рр.

Новий план дій на 2023-2030 рр. зосереджується на досягненні цілей, пов'язаних зі зниженням глобального тягаря НІЗ загалом та тих, що пов'язані з харчуванням [260, 261].

5. Політика з питань харчування та розвитку дитини ЮНІСЕФ (UNICEF Nutrition and Child Development Policy)

ЮНІСЕФ продовжує реалізовувати свою політику, спрямовану на підтримку здорового харчування дітей, боротьбу з недоїданням та дефіцитом мікронутрієнтів. Програми ЮНІСЕФ охоплюють різні аспекти дитячого харчування, включаючи підтримку грудного вигодовування та забезпечення доступу до якісної їжі [262].

6. Віденська декларація з питань харчування та неінфекційних захворювань у контексті охорони здоров'я 2020 (Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020) - 2013 рік

Документ продовжує діяти, зосереджує увагу на питання боротьби з НІЗ через поліпшення харчування. Він закликає країни до розробки національних політик, що підтримують здорове харчування і сприяють зниженню споживання солі, цукру та насичених жирів [263].

7. Європейський план дій з питань харчування, харчових продуктів та неінфекційних захворювань (European Food and Nutrition Action Plan) - 2015-2020 рр. та оновлені плани дій

План дій 2015-2020 рр. завершився, але Європейське регіональне бюро ВООЗ продовжує роботу над новими ініціативами і стратегіями у сфері харчування, які адаптовані до сучасних викликів. Нинішні заходи продовжують орієнтуватися на підтримку здорового харчування і боротьбу з ожирінням та іншими НІЗ у європейському регіоні [264].

8. Програма шкільного харчування Всесвітньої продовольчої програми ООН (World Food Programme School Feeding Programme)

надає практичні рекомендації та підтримку країнам у розробці та впровадженні програм шкільного харчування і спрямована на забезпечення дітей безпечним і поживним харчуванням, що допомагає поліпшити їхнє здоров'я та освітні результати [265, 266].

9. ЮНІСЕФ: Стандарти харчування дітей (UNICEF Nutrition Standards for Children)

ЮНІСЕФ активно працює над підтримкою здорового харчування дітей, зокрема через шкільні програми харчування. ЮНІСЕФ розробляє стандарти і рекомендації для забезпечення дітей здоровим харчуванням, а також закликає уряди до підтримки таких програм та сприяти їх впровадженню [267].

Поряд з законодавчими програмами суттєвий вплив на організацію харчування відіграє Всесвітня декларація з питань продовольства та харчування (World Declaration on Nutrition), 1992 рік. У декларації підкреслюється важливість адекватного харчування для дітей та закликається до розробки національних програм, що забезпечують дітей збалансованим і поживним харчуванням. Вона також наголошує на необхідності забезпечення дітей здоровим харчуванням у школах як частини загального підходу до поліпшення здоров'я населення.

Ця стратегія ВООЗ акцентує увагу на необхідності створення здорового харчового середовища в школах, включаючи розробку та впровадження програм шкільного харчування, що сприяють здоровому харчуванню і фізичній активності серед дітей [268–274].

Ці міжнародні документи формують основу для розробки національних політик і програм шкільного харчування, спрямованих на забезпечення дітей та молоді здоровою і поживною їжею, яка відповідає їхнім потребам у розвитку.

Перелічені документи глобального значення є керівними і базовими для створення здорового харчового споживання. З цих позицій розглянемо досвід використання зазначених рекомендацій та їх висвітлення в національних документах ряду країн ЄС та США.

Аналіз міжнародного досвіду організації шкільного харчування дає змогу оцінити різноманітні підходи щодо забезпечення ним школярів.

У Великобританії в 1906 році вперше в світі було прийнято державну постанову, яка рекомендувала муніципальній владі забезпечувати школярів безкоштовним харчуванням. А з 1939 року багато школярів, в основному з бідних сімей, стали отримувати безкоштовні сніданки за рахунок державних коштів.

З 2018 року в усіх державних британських школах введені нові стандарти харчування, в яких враховано рекомендації дієтологів, лікарів і кулінарів. Відповідно до нових правил в шкільному харчуванні щоденно присутні овочі або салат. Обмежується споживання смаженої їжі, страв з тіста, рафінованих вуглеводів, солодких газованих напоїв тощо. Страви для харчування школярів, відповідно до нових вимог, готуються кухарями на шкільній кухні. У школах Великобританії приділяють значну увагу вихованню навиків правильного харчування. У 2013 році було опубліковано нову шкільну програму, за якою навчання таким навикам стало обов'язковим для дітей віком від 5 років до 14 років [275].

Відповідно до Закону про базову освіту **Фінляндії** кожен громадянин з 7 до 19 років отримує безкоштовний повноцінний обід в навчальному закладі. У Фінляндії щоденне шкільне харчування отримують приблизно 900 тис. дітей. Стандартний набір страв шкільного обіду містить салат, основну гарячу страву, молоко, хліб з маслом. Приготування страв здійснюється централізовано для обмеження участі шкільних кухарів в цьому процесі. Таким чином, скорочено ризик отруєнь школярів. Роздача обідів відбувається за участю персоналу школи та контролюється вчителями. У 2007 році Національною радою з питань харчування було створено робочу групу для виявлення харчових потреб молоді та розробку рекомендацій для місцевих керівників і шкіл щодо організації шкільного харчування [276–278].

У **Швеції** безкоштовний шкільний обід отримують учні початкової школи. Школи мають власну кухню, за винятком малокомплектних шкіл, які отримують харчування централізовано і потім розігрівають. У більшості шкіл завжди подають, як мінімум, два блюда, одне з яких вегетаріанське. На сьогоднішній день шкільне харчування в Швеції складається з гарячої основної страви, салату і напою (молоко або вода). Хліб і десерти не подаються. Діти їдять за загальними столами, часто з учителями.

Присутність і участь викладачів називається «педагогічним обідом». Учні вчать у вчителів, як правильно вести себе за столом і як користуватися столовими приборами [279].

Перший закон про шкільне харчування у **Словенії** був прийнятий в 1953 році. Уже після закінчення Другої світової війни в усіх початкових школах Словенії були обладнані шкільні кухні і їдальні. Прийнятий у 2010 році закон про шкільне харчування з внесеними у 2013 році змінами та доповненнями і передбачений ним загальнонаціональний документ, який визначив принципи здорового харчування в дитячих дошкільних установах, стали стандартом, на якому була побудована національна програма шкільного харчування, що зобов'язала школи як мінімум один раз в день забезпечувати всіх учнів збалансованою в плані змісту поживних речовин їжею. Як правило, школярі отримують другий сніданок або обід, енергетична і харчова цінність якого повинна відповідати встановленим вимогам. Крім того, враховуються вказівки щодо рекомендованих груп харчових продуктів. Але при цьому Національними документами визначено перелік харчових продуктів, які не рекомендовані для шкільного харчування. Також реалізуються різні додаткові ініціативи, наприклад, схема щотижневої роздачі овочів і фруктів, яка сьогодні охоплює 90,5% учнів молодших і середніх класів. Як правило, діти отримують свіжі овочі і фрукти, і тільки зрідка (менше 10% від загального обсягу) - сухофрукти та консерви.

Категорично заборонено розміщувати в школах автомати для продажу харчових продуктів і напоїв.

Крім того, паралельно програмі шкільного харчування організовується навчання з правильного харчування. Проводяться заняття з приготування їжі, дегустації, школярі працюють в шкільних городах і садах, відвідують ферми [280, 281].

В Японії суттєвою проблемою вважається глобалізація харчування, привнесення в харчування дітей фаст-фуду та іноземних рецептів приготування їжі, що призводить до втрати національних традицій харчування. З 2004 року всі японські школи беруть участь в програмі «Секуіку» («Вчимося правильно харчуватися»). Організація харчування школярів спрямована на формування у дітей здорових харчових звичок, а також навчання принципам раціонального харчування. А в 2005 році прийнято «Основний закон про продовольчу освіту» [282, 283].

В Сполучених штатах з 1946 року існує Програма національних шкільних обідів (NSLP). Це програма організації шкільного харчування федерального рівня, що діє в громадських та неприбуткових приватних школах і в закладах догляду за дітьми. В рамках цієї програми дітям кожного навчального дня надається обід за зниженою вартістю або безкоштовно. В 2016 році за даною програмою харчувалось більше 30 млн. дітей. Все харчування готується централізовано і розвозиться по школам. Програмою керує Служба продовольства і харчування Міністерства сільського господарства США (USDA). У шкільний обід зазвичай входить: гаряча страва (макарони з сиром, картопля з м'ясом, запіканки, овочі, фрукти, напій (молоко, вода, сік). Кожні п'ять років система шкільного харчування піддається аудиту щодо структури і співвідношення в шкільному харчуванні основних нутрієнтів та калорійності. Відповідно до діючих рекомендацій в США шкільне харчування має забезпечувати 1/3 потреб у білку, вітамінах А, С, залізі, кальції і калорійності (не більше ніж 30% калорій за рахунок жиру) [284].

В деяких країнах, зокрема **Норвегії, Данії, Нідерландах, Бельгії, Ізраїлю та Австралії**, шкільне харчування хоча і впроваджується на державному рівні проте не є обов'язковим. Дітям дозволяють приносити в школу свої упаковані «перекуси» та обіди. Для батьків розробляються та впроваджуються рекомендації щодо правильного харчування учнів.

Таким чином, проаналізувавши досвід шкільного харчування у країнах Європи, США слід відзначити, що наявність дієвих довгострокових програм оптимізації харчування школярів, сприятливо впливає на здоров'я дітей, культуру їх харчування і якість життя. Саме харчування в школі не лише забезпечує дітей поживними речовинами, необхідними для подальшого росту та розвитку, але і вчить їх здоровим дієтичним звичкам, які можуть супроводжувати їх упродовж усього життя. Організація шкільного харчування з урахуванням стандартів здорового харчування, дієтичних потреб і стандартів безпеки є важливою складовою здорового освітнього середовища в школі.

З досвіду організації шкільного харчування в зарубіжних країнах можна перейняти такі практики, як:

- забезпечення доступності шкільного харчування для дітей соціально незахищених верств населення
- виключення з раціону цукровмісних напоїв;
- обмеження споживання рафінованих жирів та вуглеводів;
- включення більшої кількості фруктів, овочів, молока і води;
- надання дітям можливості вибору окремих страв, не виключаючи контролю дорослих;
- впровадження в освітній простір школи нових методик навчання навикам здорового харчування.

Загалом проведений аналіз літературних джерел в галузі розробки та оцінки нормативно-методичної документації, практичних рекомендацій, рецептур та технологічних карток страв, меню для шкільного харчування дозволяє нам визначити основні принципи організації шкільного харчування, дотримання яких необхідне для забезпечення якісним та безпечним харчуванням учнів в закладах освіти, які викладено нижче.

- 1. Впровадження правил здорового харчування та міжнародних рекомендацій:** меню повинно містити різноманітні продукти з усіх груп харчування, включаючи білки, вуглеводи, жири, вітаміни та мінерали. акцент на овочі, фрукти та злаки.
- 2. Врахування регіональних особливостей стану здоров'я та харчування.**
- 3. Врахування наявних вподобань школярів при створенні меню.** Застосування принципу різноманітності та використання значної кількості рецептур для підтримки інтересу дітей та молоді до шкільного харчування.
- 4. Виключення з шкільного меню фаст-фуду та оброблених продуктів:** Орієнтація на використання натуральних та менш оброблених продуктів, які не містять штучних добавок і консервантів, розробка здорових альтернатив популярним стравам та продуктам.
- 5. Суворе дотримання стандартів якості та безпеки:** використання системи НАССР.
- 6. Врахування стану дітей та молоді з особливими дієтичними потребами:** індивідуальні дієтичні обмеження при плануванні меню.
- 7. Формування компетенцій та мотивації до дотримання здорового харчування в подальшому житті:** підвищення обізнаності та усвідомлення ролі здорового харчування учнів, педагогів, працівників кухні та батьків.
- 8. Забезпечення навчання та підтримки педагогів та працівників школи, які беруть участь в організації шкільного харчування для забезпечення стандартів якості та безпеки.**

Зазначені принципи засновані на досвіді та наукових дослідженнях та є узагальненням вітчизняних та міжнародних вимог щодо шкільного харчування.

4.2. Вітчизняний досвід організованого харчування

Вітчизняний досвід організованого харчування має глибоке історичне коріння, формуючись під впливом як соціально-економічних, так і культурних чинників. Організоване харчування в Україні включає різні форми забезпечення населення їжею.

Основними формами організованого харчування сьогодні є масовість і доступність організованого так і приватного харчування з урахуванням диференційних особливостей як для широких верств населення так і обмежених груп в закладах охорони здоров'я, освітніх установах.

Слід зазначити, що шкільне харчування, яке є предметом дослідження, історично сформувалося в нашій державі на основі розробок військового харчування та використання ідей нутрієнтного забезпечення. Цей зв'язок пояснюється тим, що принципи організації харчування для військових, такі як збалансованість раціону, забезпечення достатньої калорійності та поживності, були адаптовані для потреб дітей та молоді у навчальних закладах. Важливість підтримки здоров'я та витривалості через правильне харчування, що була ключовою у військовій системі, стала основою для формування стандартів шкільного харчування, спрямованого на забезпечення учнів необхідними поживними речовинами для їхнього зростання, розвитку та ефективного навчання.

Важливо зазначити, що сучасний вітчизняний досвід організованого харчування розвивається в умовах реформування як самої системи освіти, так і охорони здоров'я. Однією з ключових тенденцій є інтеграція підходів до здорового харчування на основі міжнародних стандартів та рекомендацій

Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) і Європейського Союзу. Це передбачає не лише модернізацію інфраструктури шкільних їдалень та кухонь, але й зміну підходів до формування меню, підвищення кваліфікації персоналу та впровадження освітніх програм для дітей та молоді, спрямованих на формування здорових харчових звичок.

Для забезпечення здорового харчування дітей та молоді та створення безпечного освітнього середовища в Україні розроблено низку правових та нормативних документів, які регулюють питання організації харчування у навчальних закладах, визначаючи вимоги до освітнього процесу, санітарних норм, стандартів якості продуктів та умов їх приготування. Нижче наведено основні документи, що формують правову основу для організації харчування у школах і дитячих садках:

1. **Закон України «Про освіту» № 2145-VIII від 05.вересня 2017**
Встановлює загальні вимоги до освітнього процесу, включаючи організацію харчування учнів [285].
2. **Закон України «Про охорону дитинства» №2402-III від 26 квітня 2001 року** охоплює питання захисту прав дітей, зокрема забезпечення їх безпечним харчуванням [286].
3. **Закон України «Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів» №771/97-ВР від 23 грудня 1997 року**
Встановлює вимоги до безпеки харчових продуктів, що використовуються для дитячого харчування [287].
4. **Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження норм та Порядку організації харчування у закладах освіти та дитячих закладах оздоровлення та відпочинку» №305 від 24 березня 2021 року**
Регламентує порядок організації харчування, визначає основні вимоги до раціону, меню та умов приготування їжі, включаючи добові калорійності, співвідношення білків, жирів та вуглеводів, вміст макро- та мікронутрієнтів [288].

5. **Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Норм фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах і енергії» № 1073 від 03 вересня 2017 року** Затверджує норми фізіологічних потреб дітей у харчових речовинах та енергії [289].
6. **Стратегія реформування системи шкільного харчування на період до 2027 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2023—2024 роках (схвалена розпорядженням Кабінету міністрів України № 990-р від 27 жовтня 2023 р.)** Визначає напрями реформування системи шкільного харчування, включаючи підвищення стандартів якості та модернізацію інфраструктури їдалень [290].

Санітарні регламенти:

7. **Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Санітарного регламенту для закладів загальної середньої освіти» № 2205 від 25 вересня 2020 року.** Визначає санітарно-гігієнічні вимоги до організації освітнього процесу в школах, включаючи харчування, санітарні умови, гігієну учнів та персоналу [291].
8. **Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Санітарного регламенту для закладів дошкільної освіти» № 234 від 24 березня 2016 р.** Встановлює санітарні норми для дитячих садків, включаючи організацію харчування, зберігання та приготування їжі [292].

Хоча, відносно розроблених урядових та відомчих (санітарні регламенти) документах в Україні задекларовано створення системи організації та впровадження науково обгрунтованих принципів забезпечення в закладах освіти різного рівня якісного і здорового і профілактичного харчування. І в той же час, як показали наші спостереження як за матеріалами власних досліджень так і за даними

літературних джерел [293 –296], система організованого харчування стикається з численними викликами, які потребують негайного вирішення для забезпечення дітей і молоді якісним та збалансованим харчуванням. Перш за все це пов'язане з наступними чинниками:

1. **Недостатнє фінансування, що призводить** до використання менш якісних продуктів, скорочення обсягів закупівель і, як наслідок, зниження якості харчування.
 2. **Відсутність культурного та освітнього компоненту.** В українських школах і дитячих садках культурний і освітній компонент харчування недостатньо розвинений. Діти часто не отримують знань про здорове харчування, не знайомляться з основами раціонального харчування, що призводить до формування неправильних харчових звичок, які можуть зберігатися протягом усього життя.
 3. **Проблеми з інтеграцією дітей з особливими дієтичними потребами.** Діти та молодь з алергіями, непереносимостями або іншими дієтичними потребами часто не отримують належної уваги в рамках існуючої системи організованого харчування. Це може призводити до серйозних проблем зі здоров'ям і порушенням прав таких дітей на безпечне і здорове харчування.
 4. **В той же час, в результаті реформ в шкільному харчуванні і спрямованих на покращення якості шкільного харчування видано ряд нових стандартів харчування** які передбачають зниження вмісту солі, цукру і жирів у стравах, а також підвищення кількості овочів і фруктів, сприяло поліпшенню раціону школярів.
1. **Інновації у шкільних їдальнях.** У деяких регіонах України вже реалізуються пілотні проекти, які передбачають впровадження інноваційних підходів до організації шкільного харчування. Це включає використання сучасного обладнання для приготування їжі,

перехід на більш здорові рецепти, а також введення системи контролю якості харчових продуктів.

2. **Підвищення кваліфікації персоналу.** Важливим досягненням стало впровадження програм підвищення кваліфікації для персоналу, який працює у сфері шкільного та дитячого харчування. Це дозволяє впроваджувати нові технології приготування страв, що відповідають сучасним стандартам.
3. **Співпраця з міжнародними організаціями,** такими як ВООЗ, ЮНІСЕФ та іншими, сприяє впровадженню найкращих практик у сфері організованого харчування.

Загалом, вітчизняний досвід організованого харчування в Україні свідчить про наявність як значних викликів, так і важливих досягнень у цій сфері. Незважаючи на низку проблем, таких як недостатнє фінансування, низька якість продуктів та недотримання нормативів, Україна робить кроки в напрямку покращення системи харчування в навчальних закладах та інших установах [290, 297]

4.3 Порівняльний аналіз міжнародного та вітчизняного досвіду.

Порівняльний аналіз міжнародного та вітчизняного досвіду в організації харчування дітей та молоді з позицій громадського здоров'я демонструє важливі аспекти, що впливають на здоров'я підростаючого покоління. Цей аналіз дозволяє зрозуміти, як різні підходи до організації харчування можуть сприяти або, навпаки, перешкоджати досягненню цілей громадського здоров'я, зокрема профілактиці хронічних захворювань, таких як ожиріння, діабет та серцево-судинні хвороби.

Фінансування та доступність шкільного харчування є критичними факторами, що визначають його вплив на здоров'я дітей. У багатьох європейських країнах (Фінляндія, Швеція, Кіпр, Чехія, Німеччина, Португалія, Іспанія тощо), шкільне харчування є безкоштовним або значно субсидованим державою. Такий підхід гарантує, що всі діти, незалежно від соціально-економічного статусу, отримують збалансоване і поживне харчування, що є основою для підтримання здоров'я та профілактики аліментарно-залежних захворювань [298]. В Україні ситуація дещо інша: фінансування шкільного харчування є недостатнім, що часто призводить до використання менш якісних продуктів та недостатньої кількості порцій. Часткова оплата харчування батьками може створювати фінансове навантаження на родини, особливо у соціально вразливих групах, що впливає на рівень доступності здорового харчування для всіх дітей. Це, своєю чергою, може призводити до нерівності в доступі до адекватного харчування, що є негативним фактором для громадського здоров'я [290, 299].

Якість та різноманітність продуктів, що використовуються для шкільного харчування, безпосередньо впливають на стан здоров'я дітей. У країнах Європейського Союзу, харчуванню школярів приділяється значна увага. Використання органічних продуктів, свіжих овочів та фруктів, а також мінімізація шкідливих добавок і консервантів сприяють формуванню здорового харчового середовища, що є важливим аспектом профілактики захворювань [300]. В Україні якість харчування в школах залишається проблемою. Використання продуктів з низькою поживною цінністю та недостатня увага до різноманітності меню можуть негативно впливати на здоров'я дітей, збільшуючи ризики розвитку хронічних НІЗ. Це підкреслює необхідність підвищення стандартів якості харчування у школах для покращення показників громадського здоров'я [290].

За результатами порівняльного аналізу міжнародного та вітчизняного досвіду в організації харчування дітей та молоді з позицій громадського здоров'я постає необхідність вдосконалення національної системи шкільного харчування в Україні. Запровадження сучасних стандартів якості харчування, інтеграція освітніх програм з виховання культури харчування, активне залучення батьків та громадськості, а також інтеграція шкільного харчування у загальну політику охорони здоров'я є критично важливими для покращення здоров'я підростаючого покоління і профілактики хронічних захворювань у майбутньому.

В Україні організоване харчування в навчальних закладах ще не стало частиною загальної стратегії охорони здоров'я. Відсутність інтегрованого підходу до вирішення проблем харчування, а також недостатня увага до профілактики захворювань, пов'язаних із неправильним харчуванням, призводить до того, що шкільне харчування залишається ізольованим від інших аспектів медичної та соціальної політики.

Отже, вітчизняний досвід організації дитячого харчування базується на нормативно-правовій базі, що регулює якість та безпеку харчових продуктів, а також стандарти харчування у навчальних закладах. Однак, попри наявність нормативних актів, існує ряд проблем, що потребують вирішення для забезпечення високого рівня харчування дітей та молоді.

Міжнародний досвід, зокрема в країнах Європейського Союзу, США та Японії, демонструє ефективні підходи до організації дитячого харчування, що базуються на тісній співпраці між державними органами, освітніми закладами та виробниками харчових продуктів. Ці країни впроваджують інноваційні програми, спрямовані на підвищення якості харчування та формування здорових харчових звичок у дітей та молоді.

Одним з ключових аспектів оптимізації системи профілактичного харчування є нормативно-правове забезпечення профілактики аліментарно-залежних хвороб. В Україні наразі відсутні спеціальні законодавчі акти та

програми, спрямовані саме на профілактику цих захворювань серед дітей та молоді. Тому є нагальна потреба у розробці та впровадженні таких нормативно-правових документів, а також у вдосконаленні механізмів їх реалізації та контролю. Досвід інших країн може бути корисним для адаптації та вдосконалення вітчизняних підходів.

В Україні на сьогоднішній день тривають процеси удосконалення нормативно-правової бази для підтримки здорового харчування та профілактики НІЗ, зокрема, реформування шкільного харчування [290].

За нашої участі в рамках виконання даної дисертаційної роботи розроблено та прийнято такі базові документи щодо шкільного харчування, які відповідають рекомендаціям ЮНІСЕФ та Всесвітньої організації охорони здоров'я: Наказ МОЗ України від 25.09.2020 № 2205 «Про затвердження Санітарного регламенту для закладів загальної середньої освіти» [291]. Санітарний регламент для закладів загальної середньої освіти визначає норми і правила, які регулюють умови, середовище та гігієнічні стандарти для забезпечення безпеки, здоров'я та комфорту учнів та персоналу в школах. Щодо харчування в школі, цей регламент включає наступні аспекти: Вимоги до влаштування приміщень харчоблоку та їдальні, санітарного режиму, організації харчування учнів, в тому числі дітей та молоді з особливими дієтичними потребами. Регламент містить орієнтовний перелік страв для організації шкільного харчування та вимоги до страв та продуктів відповідно до правил здорового харчування ВООЗ, зокрема, обмеження споживання цукру, солі, жирів тощо.

Основним нормативним актом, який визначає стандарти та процедури щодо організації харчування у школах, дитячих садках, таборах для дітей та інших дитячих закладах є Постанова Кабінету Міністрів України від 24 березня 2021 № 305 «Про затвердження Норм та Порядку організації харчування у закладах освіти та дитячих закладах оздоровлення та відпочинку» [288]. Документ містить низку важливих положень і вимог, до

організованого харчування дітей різного віку, в тому числі, до шкільного меню, складу раціону, режиму прийомів їжі, розміру порцій, дотримання санітарних норм та правил приготування страв. Зокрема, він визначає вимоги до приміщень, обладнання, персоналу, а також процедури контролю та нагляду за організацією харчування. У документі частково враховано потреби дітей та молоді з алергіями, дієтичними обмеженнями та іншими особливостями у харчуванні.

Постанова визначає норми споживання основних груп харчових продуктів на сніданок (другий сніданок), обід (підвечірок) та вечерю для дітей, які перебувають у закладах освіти за п'яти-, шести- або семиденним режимом. Порівняно до попередніх норм, в зазначеному документі зменшено кількість в раціоні солі, цукру, жирів тваринного і рослинного походження, а також соків. Виключено з раціону ковбасні вироби, сосиски, консерви (рибні, м'ясні, плодоовочеві) та кондитерські вироби через високий вміст солі, цукру, консервантів та трансжирів, що не відповідає принципам здорового харчування. Також зменшено кількість хліба та картоплі в раціоні. Натомість підвищено вміст молочних і кисломолочних продуктів, м'яса, риби, круп та бобових. [301].

Однак, ситуація з впровадженням шкільного меню за нормами Постанови Кабінету Міністрів України від 24 березня 2021 № 305 «Про затвердження Норм та Порядку організації харчування у закладах освіти та дитячих закладах оздоровлення та відпочинку», що склалась у закладах освіти на початку 2022 року, як стало відомо з коментарів у ЗМІ та соціальних мереж, була дуже неоднорідна: хтось з батьків тішиться змінами, а хтось критикує і відмовляється від неякісної послуги. Це питання зараз дуже актуальне і турбує батьків учнів шкіл та вихованців закладів дошкільної освіти [302].

Особливе значення має питання харчування у школі дітей, які мають відхилення здоров'я, та потребують дотримання спеціального дієтичного

харчування. До останнього часу забезпечення дітей з алергічними захворюваннями або такими, що потребують дієтичного харчування, в нормативному полі регулювалось недостатньо. В розроблених документах цьому питанню приділено більше уваги. Вимоги до організації харчування дітей з проблемами зі здоров'ям, включаючи харчову алергію та непереносимість окремих харчових продуктів або речовин, згідно Санітарного регламенту для закладів загальної середньої освіти включають необхідність урахування рекомендацій щодо обмеження/виключення відповідних харчових продуктів, напоїв та страв зазначених у медичній довідці. Енергетична та поживна цінність харчування для учнів з особливими потребами повинна відповідати віковим та статевим нормам та повинна бути забезпечена адекватною заміною тих харчових продуктів, напоїв та страв, що спричиняють алергічні реакції або непереносимість [291] . Норми та Порядок організації харчування у закладах освіти та дитячих закладах оздоровлення та відпочинку регулює питання забезпечення таких учнів відповідним харчуванням в умовах закладів освіти. Встановлено, що засновник (засновники), керівники закладів освіти та закладів оздоровлення та відпочинку створюють умови для забезпечення харчування здобувачів освіти/дітей з непереносимістю глютену та лактози. Забезпечення таким харчуванням здійснюється за наявності медичної довідки, виданої лікарем загальної практики - сімейним лікарем чи лікарем-педіатром, де зазначено особливі дієтичні потреби здобувача освіти/дитини із встановленням діагнозу. Для здобувачів освіти/дітей, що потребують лікувального харчування (спеціальних харчових продуктів, дієтичних добавок, призначених для хворих на фенілкетонурию та інші вроджені порушення метаболізму), створюються умови для споживання такого харчування за заявою одного з батьків або інших законних представників. Забезпечення таким харчуванням здійснюється відповідно до законодавства та не належить до обов'язків засновника (засновників), керівників

зазначених закладів. У разі прийняття рішення засновником (засновниками) таких закладів здобувачі освіти/діти, що потребують лікувального харчування), можуть забезпечуватися таким харчуванням.

В Постанові Кабінету Міністрів України від 24 березня 2021 № 305 «Про затвердження Норм та Порядку організації харчування у закладах освіти та дитячих закладах оздоровлення та відпочинку» передбачено надання інформації про харчові продукти щодо вмісту глютену; вимоги щодо інформування про вміст речовин у готових стравах/виробах, які призводять до алергічних реакцій або непереносимості. Здобувачам освіти/дітям з підтвердженим діагнозом целиакія (непереносимість глютену) та алергія на глютен з метою дотримання безглютенової дієти повинні пропонуватися продукти і страви, що не містять глютену та його слідів. Здобувачам освіти/дітям з харчовою алергією на молоко та молочні продукти (відповідно до медичної довідки, виданої лікарем загальної практики - сімейним лікарем чи лікарем-педіатром із встановленим діагнозом) для харчування пропонується молоко безлактозне або рослинні напої [303].

На жаль, в Україні на сьогодні в нормативно-правовому полі не визначено термінологію та класифікацію станів, що потребують особливих дієтичних потреб. Нами запропоновано визначення терміну «учні з особливими дієтичними потребами» – це здобувачі середньої освіти, які мають відхилення здоров'я, та потребують дотримання спеціального дієтичного харчування, а за його відсутності не можуть реалізувати право на освіту. Організація харчування таких дітей є важливим кроком забезпечення їх права на освіту, яке не можливе бути реалізованим без вирішення питання доступності відповідного дієтичного харчування в закладі освіти. Розробка засад організації харчування в навчальних закладах для таких дітей дасть їм можливість отримати відповідну освіту та професію, вести звичайний спосіб

життя та інтегруватись в суспільство. На сучасному етапі що стосується законодавчої бази то це питання врегульовано тільки частково.

Для успішної реалізації реформування шкільного харчування необхідно було не тільки створити нормативно-правову базу, а і розробити рецептури та технологічні карти страв та створити шкільне меню, які б відповідали зазначеним вище нормативно-правовим документам.

Це важливий процес, який повинен враховувати потреби учнів у збалансованому харчуванні, їх смакові вподобання та дотримуватися стандартів харчування та безпеки. За нашою безпосередньою участю ця робота проводилася постійно з 2018 року. Так під нашим патронажем у рамках програми «Нове шкільне харчування» було розроблено та видано «Збірник страв для харчування дітей шкільного віку в організованих освітніх та оздоровчих закладах», автором якого був відомий кулінарний експерт Євген Клопотенко. В подальшому ця робота подовжувалась і в 2020-2021 роках за нашим науковим супроводом ГО «Cult Food» розроблено ряд рецептур та технологічних карт страв та напоїв, призначених для шкільного харчування. Рецептури затверджено Держпродспоживслужбою, а Міністерством охорони здоров'я рекомендовано до використання школами на загальнонаціональному рівні. Згодом за нашою участю згідно напрацьованих рецептур було створено примірне двотижневе меню шкільного харчування. На даний час значна кількість шкіл по всій Україні повністю або частково використовують розроблені рецептури [304].

В 2022 році нами спільно в складі робочої групи сумісно з фахівцями Міністерства освіти та науки, Міністерства охорони здоров'я, Держпродспоживслужби, Національного університету харчових технологій, ВГО «Асоціація працівників дошкільної освіти» було напрацьовано декілька варіантів меню та рецептурна база, призначених для харчування дітей від 1 до 6 (7) років [305].

В 2020-2022 також нами проведено сумісно з науковим колективом Київського національного торговельно-економічного університету масштабну авторську роботу, результатом якої стало два видання «Збірника рецептур страв, кулінарних виробів і напоїв (технологічних карт) для харчування дітей шкільного віку (для закладів освіти, дитячих закладів оздоровлення та відпочинку та закладів сфери соціального захисту)». Цей Збірник включає 446 рецептур і технологічні вимоги та характеристику сировини, особливості та технологію приготування страв, виробів і напоїв, які відповідають сучасним принципам здорового харчування та рекомендацій ВООЗ, вимогам Санітарного регламенту для закладів загальної середньої освіти (Постанова Кабінету Міністрів України 25.09.2020 № 2205 «Про затвердження Санітарного регламенту для закладів загальної середньої освіти»), Нормам і порядку організації харчування у закладах освіти та дитячих закладах оздоровлення та відпочинку (Постанова Кабінету Міністрів України від 24 березня 2021 № 305 «Про затвердження Норм та Порядку організації харчування у закладах освіти та дитячих закладах оздоровлення та відпочинку»), мають високу поживну і біологічну цінність, прийнятні органолептичні характеристики, адаптовані до смакових уподобань школярів національних кулінарних традицій в поєднанні з інноваціями щодо використання локальної харчової сировини і сезонних продуктів та сучасного рівня техніки і технологій в закладах харчування [306].

На сьогодні зазначені збірники широко використовуються при організації шкільного харчування закладами загальної середньої освіти України.

З метою впровадження безпосередньо в шкільних їдальнях технологій харчової продукції, представлених у Збірнику рецептур, заплановано проведення серії навчальних тренінгів для працівників їдалень закладів освіти. З першого березня 2023 р стартував проєкт зі створення центрів

підготовки кухарів системи шкільного харчування. Проєкт реалізується в рамках стратегії реформи шкільного харчування Першої Леді за підтримки Швейцарської агенції розвитку та співробітництва (SDC) та Посольство Швейцарії в Україні. В проєкті беруть участь громадська організація ГО «Cult Food» в співпраці з Міністерством освіти та науки України і громадською організацією «Національна асоціація громадського харчування».

Таким чином, підсумовуючи аналітичні дані розділу можна підкреслити що організація шкільного харчування є важливою складовою навчально-виховного процесу та має велике значення для здоров'я та розвитку дітей. Основні принципи організації шкільного харчування спрямовані на забезпечення доступності, безпеки та якості харчування учнів. ці принципи допомагають створити ефективну та відповідальну систему шкільного харчування, яка сприяє здоровому розвитку дітей та підтримує їхнє навчання та добробут

Для вирішення цього завдання в Україні нами виконано наступні роботи:

-розроблена нормативно-правова база, яка визначає стандарти, норми і правила організації харчування в закладах освіти, оздоровлення та відпочинку, закладах сфери соціального захисту; вимоги до меню, кількості прийомів їжі, санітарних умов, якості продуктів та контролю якості; забезпечення харчуванням дітей, які мають особливі дієтичні потреби. Наразі основними з них є Санітарний регламент для закладів загальної середньої освіти (Постанова Кабінету Міністрів України 25.09.2020 № 2205 «Про затвердження Санітарного регламенту для закладів загальної середньої освіти»), Норми і порядок організації харчування у закладах освіти та дитячих закладах оздоровлення та відпочинку (Постанова Кабінету Міністрів України від 24 березня 2021 № 305 «Про затвердження Норм та

Порядку організації харчування у закладах освіти та дитячих закладах оздоровлення та відпочинку»),

-Проведена масштабна міждисциплінарна авторська робота по створенню Збірників рецептур та технологічних карт для харчування дітей шкільного віку у закладах освіти, дитячих закладах оздоровлення та відпочинку та закладах сфери соціального захисту.

-Спільно з харчовими технологами та фахівцями МОЗ нами розроблено та впроваджено рекомендоване МОЗ примірне меню для шкільного харчування, чотиритижневе сезонне меню, яке рекомендоване для організації одноразового харчування дітей віком від 6 до 18 років в закладах освіти та інших організованих дитячих колективах, примірне чотиритижневе сезонне меню рекомендованого для організації триразового харчування дітей віком від 1 до 6(7) років в закладах освіти та інших організованих дитячих колективах.

-На підставі багаторічних напрацювань в галузі створення та оцінки нормативно-правових документів, рецептур, технологічних карт та меню для шкільного харчування сформовано основні принципи організації шкільного харчування.

-Запропоновано визначення терміну «учні з особливими дієтичними потребами» – це здобувачі середньої освіти, які мають відхилення здоров'я, що потребують дотримання спеціального дієтичного харчування та за його відсутності не можуть реалізувати право на освіту.

Представлені в даному розділі дослідження, відображені у наступних публікаціях [307 –311].

Розділ 5. ВИВЧЕННЯ ТА ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА ОСОБЛИВОСТЕЙ ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ В УКРАЇНІ У СУЧАСНИХ УМОВАХ, ДАНІ СОЦІАЛЬНОГО ОПИТУВАННЯ

5.1. Результати дослідження та аналіз сучасних особливостей харчування дітей молодшого шкільного віку.

Молодший шкільний вік є періодом інтенсивного фізичного та психічного розвитку дитини. Невідповідне харчування в дитинстві, зокрема в періоді початкової школи, включаючи як недостатнє харчування, так і наявні ознаки надмірного харчування дітей, включаючи надмірну вагу та ожиріння, безпосередньо впливають на здоров'я та розвиток дитини в подальшому [312].

Докази різних досліджень свідчать, що впровадження програм шкільного харчування пов'язане з покращенням різноманітності раціону, збільшенням споживання основних макронутрієнтів і мікроелементів, покращенням фізичного розвитку дитини, а також підвищенням успішності в школі і поліпшенням когнітивних, емоційних, поведінкових показників.

Крім того, в даному віці закладаються та формуються основи здорового способу життя. Зазначений період формування харчових звичок є критичним, оскільки відбувається активний розвиток організму та формування життєвих звичок. У світлі зростаючої проблеми ожиріння серед дітей та підлітків, суттєвого омолодження та поширення хронічних НІЗ, а також загрози здоров'ю, пов'язаної з несвоєчасним або неправильним харчуванням, вивчення харчової поведінки стає актуальною та важливою темою для дослідження та розробки профілактичних заходів здорового харчування, здорового способу життя [313–315].

У нашій країні завжди приділялася увага якості харчового раціону дітей, але досліджень харчової поведінки та вподобань дітей, а також

факторів, що впливають на вибір продуктів, практично не достатньо. Проблема ця набрала особливої гостроти, оскільки фахівці ВООЗ наголошують на тому, що саме формування здорових харчових звичок та поведінки в дитячому та молодому віці є ключовим чинником збереження здоров'я та протидії хронічним НІЗ, які на сьогодні стали серйозним викликом для всесвітнього громадського здоров'я [316].

Суть роботи полягає в аналізі проведеного соціологічного опитування, відповідей дітей та батьків стосовно особливостей харчування, уподобань щодо окремих страв та продуктів та відношення до шкільної їдальні. Отримані дані дозволяють глибше зрозуміти, які фактори впливають на харчову поведінку дітей молодшого шкільного віку, що може бути використано при розробці профілактичних заходів, спрямованих на поліпшення якості харчування у закладах загальної середньої освіти та підтримку здорового способу життя серед дітей.

На запитання анкети «Як ти вважаєш, якщо неправильно харчуватись, можна захворіти?» аналіз відповідей дітей молодшого шкільного віку виявив наступне:

Більшість дітей (90,8%, 95% СІ [90,0% - 91,6%]) під час проведення анкетування зазначили, що неправильне харчування може призвести до захворювань. Проте, невелика частка дітей (4,1%, 95% СІ [3,6% - 4,6%]) відповіла, що шкода від неправильного харчування відсутня, що свідчить про недостатнє розуміння важливості здорового харчування та недостатню поінформованість дітей щодо зв'язку між харчуванням і здоров'ям. Було виявлено статистично значущу різницю між цими групами ($p < 0,005$). Близько (5,1 %, 95% СІ [4,6% - 5,6%]) дітей мають сумніви та не впевнені щодо зв'язку між харчуванням і здоров'ям.

Наступним блоком питань були такі, що висвітлюють відношення дитини до шкільній їдальні. На запитання, чи подобається харчуватись в

шкільній їдальні, більша частина опитаних дітей молодшого шкільного віку відповіла, що позитивно відноситься до харчування в їдальні (53,0%, 95% СІ [51,6% - 54,4%]), (18,2%, 95% СІ [17,1% - 19,3%]) дітей зазначили, що їм дуже подобаються шкільні страви, а (28,6% 95% СІ [27,3% - 29,9%]) опитаних дітей взагалі не подобається харчуватись в шкільній їдальні. Різниця між групами дітей, яким подобається харчуватись в шкільній їдальні, і тих, кому це не подобається, є статистично значущою ($p < 0,005$). При цьому (31,7%, 95% СІ [30,4% - 33,0%]) опитаних дітей молодшого шкільного віку користуються буфетом або додатково купують щось в їдальні, (15,8%, 95% СІ [14,8% - 16,8%]) дітей зауважили, що роблять додаткові замовлення вкрай рідко. Різниця між групами дітей, які користуються буфетом, і тих, які не користуються, є статистично значущою ($p < 0,005$).

З огляду на те, що більше третини респондентів все ж таки купують додаткову їжу, нами було визначено переважний асортимент продуктів та страв, які купують діти в шкільній їдальні. Так, найбільш популярними продуктами виявились булочки, пиріжки, солодощі та сік. Так, (73,0%, 95% СІ [71,7% - 74,3%]) дітей, які щось додатково купують в шкільному буфеті або їдальні, віддають перевагу булочкам, (36,0%, 95% СІ [34,7% - 37,3%]) купують сік, (27,0%, 95% СІ [25,8% - 28,2%]) - пиріжки та кожна четверта дитина (25,1%, 95% СІ [23,9% - 26,3%]) – солодощі (вафлі, цукерки, печиво, батончики тощо).

З собою в школу їжу для перекусу беруть (78,2%, 95% СІ [77,0% - 79,4%]) опитаних дітей молодшого шкільного віку, при цьому (61,4%, 95% СІ [60,1% - 62,7%]) беруть перекуси з собою в школу регулярно, а (16,8%, 95% СІ [15,8% - 17,8%]) – рідко. Різниця між групами дітей, які беруть з собою їжу для перекусу, і тих, хто не бере, є статистично значущою ($p < 0,005$). Зважаючи на те, що переважна більшість дітей молодшого шкільного віку приносить та споживає в школі їжу з дому, важливим є визначення

асортименту таких продуктів та страв, оскільки це суттєвим чином впливає на структуру раціону. Так, (33,7%, 95% СІ [32,4% - 35,0%]) дітей, які беруть щось з собою в школу, беруть бутерброди, (28,0%, 95% СІ [26,7% - 29,3%]) - булочки, (8,0%, 95% СІ [7,3% - 8,7%]) - солодоші, фрукти – (59,7%, 95% СІ [58,3% - 61,1%]), овочі – (4,6%, 95% СІ [4,0% - 5,2%]) тощо.

Слід зазначити, що всі продукти та страви, які діти приносять з дому для перекусу або додатково купують в шкільному буфеті чи їдальні, є джерелами значної кількості простих вуглеводів (за виключенням овочів, які беруть з собою з дому менше 5 % дітей) та можуть суттєво впливати на раціон дитини та формування її харчових звичок в майбутньому.

Враховуючи значну кількість досліджень, проведених останнім часом в різних країнах щодо необхідності та важливості сніданку вдома для дитини шкільного віку, під час нашого дослідження дітям було запропоновано питання щодо сніданків вдома [87, 317, 318]. За нашими даними, переважна більшість дітей молодшого шкільного віку – (55,0%, 95% СІ: 53,67% - 56,33%) опитаних регулярно отримують сніданок вдома. Рідко снідають вдома (21,2%, 95% СІ: 20,11% - 22,29%) опитаних, взагалі не снідають – (23,5%, 95% СІ: 22,37% - 24,63%) дітей. Таким чином, можна стверджувати, що майже половина дітей молодшого шкільного віку (44,7 %, 95% СІ: 43,37% - 46,03%), які брали участь в дослідженні, не отримують сніданок перед школою щодня, що негативно позначається на їхньому фізичному і розумовому розвитку, стані здоров'я і погіршує успішність під час навчання.

Важливою проблемою, яка вивчається останнім часом, є порушення режиму харчування сучасної людини, зокрема дітей шкільного віку. Значна кількість перекусів, за даними досліджень, сприяє порушенню функціонування та виникненню захворювань шлунково-кишкового тракту. Одною з суттєвих проблем є формування звички до безсистемного/безрежимного споживання їжі при роботі з електронними

пристроями або перегляді телевізора. За даними нашого дослідження, навіть вже в віці 6-11 років у переважній більшості дітей вже сформовано звичку до споживання їжі в такому форматі. Дуже подобається споживати їжу при роботі з гаджетами чи перегляді телевізору (27,3%, 95% СІ [26,0% - 28,6%]) опитаних дітей, подобається – (48,1%, 95% СІ [46,8% - 49,4%]) опитаних, не подобається – (24,3%, 95% СІ [23,1% - 25,5%]) опитаних дітей. Таким чином, можна вважати, що достовірна переважна більшість дітей (75,4%, 95% СІ [74,1% - 76,7%]), ($p < 0,005$) мають сформовану негативну харчову звичку до безсистемного/безрежимного споживання їжі при роботі з гаджетами або перегляді телевізора, що може негативно позначитись на їхньому здоров'ї в майбутньому.

З метою визначення харчових вподобань молодших школярів респондентам було запропоновано ряд питань щодо відношення до страв з різних груп продуктів, а також їжі, яка має виражений солоний або солодкий смак. За результатами нашого дослідження молодшим школярам достовірно більше подобається (різниця між групами позитивного та негативного відношення статистично достовірна ($p < 0.005$) те, що має солодкий та солоний смак, а також м'ясні продукти, свіжі овочі та фрукти. Звертає на себе увагу негативне відношення суттєвої частки опитаних до страв з риби (не подобається – (45,5%, 95% СІ [44,2% - 46,8%]) (таблиця 5.1).

Споживання достатньої кількості рідини в дитячому віці є вкрай важливим фактором збереження здоров'я. Результати нашого дослідження доводять, що значна кількість школярів не споживає достатньої кількості води на добу. Так, за рекомендацією МОЗ України [319] єдиних норм споживання рідини немає, але слід орієнтуватись на загальні рекомендації щодо питного режиму для дітей: діти 4-8 років: 5 склянок; діти 9 -13 років: 7-8 склянок; 14 і більше: від 8 до 11 склянок.

Таблиця 5.1.

Харчові вподобання дітей молодшого шкільного віку щодо страв з різних груп продуктів, а також солоної та солодкої їжі

Смакові вподобання	Негативне відношення		Позитивне відношення			
	Не подобається	95% СІ	Подобається	95% СІ	Дуже подобається	95% СІ
Смакові вподобання щодо солодких страв	1,4	[1,1-1,7]	33,5	[32,2-34,8]	65,1	[63,8-66,4]
Смакові вподобання щодо солоних страв	25,5	[24,3-26,7]	60,2	[58,9-61,5]	14,3	[13,4-15,2]
Смакові вподобання щодо м'ясної їжі	9,8	[9,0-10,6]	46,7	[45,4-48,0]	43,5	[42,2-44,8]
Смакові вподобання щодо страв з риби	45,5	[44,2-46,8]	38,3	[37,0-39,6]	16,2	[15,2-17,2]
Смакові вподобання щодо свіжих овочів та салатів з них	18,2	[17,2-19,2]	43,0	[41,7-44,3]	38,8	[37,5-40,1]
Смакові вподобання щодо свіжих фруктів	1,1	[0,8-1,4]	19,8	[18,7-20,9]	79,1	[78,0-80,2]

Також існують рекомендації EFSA щодо щоденного споживання води (1700 мл/ на день для хлопчиків від 9 до 13 років і 1,520 мл/день для дівчаток від 9 до 13 років) [320, 321].

За нашими даними, майже третина опитаних дітей (31,6 %, 95% СІ: [30,36% - 32,84%]) споживає лише 3 склянки (600 мл) води на день, (41,2 %, 95% СІ: [39,89% - 42,51%]) споживають не більше 5 склянок води на день (1

л). Наведені дані свідчать про наявну проблему з недостатнім споживанням рідини у значної частини опитаних дітей молодшого шкільного віку, що є суттєвою проблемою та потребує подальшого вивчення.

Паралельне опитування стосувалося вражень батьків та їх ставлення до харчування дітей у школі. Після впровадження змін у шкільне харчування батькам було поставлено запитання: «Останнім часом у школі впроваджено зміни шкільного харчування. Чи подобається Вам нове шкільне харчування?». Результати розподілилися таким чином: 34,0% батьків відповіли, що їм не подобається нове харчування (95% СІ: 33,0% – 35,0%), 39,0% висловили задоволення (95% СІ: 38,0% – 40,0%), 21,8% залишилися невизначеними (95% СІ: 21,0% – 22,6%) і 5,2% обрали інші варіанти відповіді (95% СІ: 4,8% – 5,6%).

Більшість батьків зауважила, що їхні діти користуються шкільним харчуванням один раз протягом навчального дня (61,0%; 95% СІ: 60,0% – 62,0%), а двічі відвідують шкільну їдальню або буфет 25,2% дітей (95% СІ: 24,3% – 26,1%).

Також ми запитали батьків, що їм подобається в новому шкільному харчуванні. Відповіді розподілилися таким чином: взагалі нічого не подобається – 24,2% (95% СІ: 23,3% – 25,1%), дитині подобається шкільне харчування – 14,4% (95% СІ: 13,7% – 15,1%), подобається, що в новому меню дотримані правила здорового харчування – 23,2% (95% СІ: 22,4% – 24,1%), наявність нових страв до вподоби 8,6% батьків (95% СІ: 8,0% – 9,2%) та більш широкий асортимент меню подобається 20,0% батьків (95% СІ: 19,2% – 20,8%).

Щодо вартості харчування, 19,7% батьків зазначили, що вона занадто висока (95% СІ: 18,9% – 20,5%). Проте 14,5% вказали, що їхній дитині взагалі не подобається харчуватись у школі (95% СІ: 13,8% – 15,2%), 24,4% відповіли, що їх усе влаштовує (95% СІ: 23,5% – 25,3%), 17,9% вважають

страви несмачними (95% CI: 17,1% – 18,7%), а 15,6% - незвичними (95% CI: 14,9% – 16,3%).

Реформу шкільного харчування, на думку 16,5% батьків, не варто було проводити (95% CI: 15,8% – 17,2%), 50,3% вважають, що зміни треба було вводити більш поступово (95% CI: 49,3% – 51,3%), а 29,6%, навпаки, відзначають своєчасність проведеної реформи (95% CI: 28,7% – 30,5%).

В наш час проблема забезпечення дітей здоровим та відповідним шкільним харчуванням для збереження їхнього здоров'я є важливою в усьому світі. Проте, навіть найкращі ініціативи у цьому напрямку можуть виявитися малоефективними, якщо діти та їх батьки не проявляють достатньої зацікавленості та підтримки в цих змінах, або навіть ставляться до них негативно.

Отримані результати свідчать про те, що харчова поведінка дітей та їх ставлення до шкільного харчування в певних аспектах відрізняються від результатів досліджень, проведених в інших країнах. В той же час, виявлено загальні тенденції, які спостерігаються у різних країнах і виявлені в інших подібних роботах.

Знання дітей про вплив неправильного харчування на здоров'я. Результати опитування вказують на те, що більшість дітей молодшого шкільного віку (90,8%, 95% CI [90,0%-91,6%]) усвідомлює, що неправильне харчування може призвести до захворювань. Дослідження в інших країнах показують, що з 5-7 річного віку діти починають розуміти вплив їжі на організм, проте цей процес залежить від ряду факторів, зокрема, самооцінки, освіти, реклами тощо [322, 323]. За нашими результатами, майже 10% дітей не володіють такою інформацією або навіть впевнені, що між харчуванням та здоров'ям зв'язок відсутній. Зазначені результати можуть свідчити про потребу в додаткових освітніх заходах для покращення розуміння важливості здорового харчування.

Ставлення до шкільного харчування. Проведене дослідження показало, що більшість дітей молодшого шкільного віку (53,0%, 95% СІ [51,6%-54,4%]) позитивно ставиться до харчування в шкільній їдальні, однак (28,6% 95% СІ [27,3%-29,9%]) дітей взагалі не подобається їжа в школі, зокрема, через смакові властивості або незвичність страв. Отримані дані свідчать про те, що частина дітей не споживає /обмежено споживає страви шкільної їдальні через власні вподобання. Про це також свідчать дані досліджень проведених в Італії [324], Нідерландів [325], Кореї [326]. Крім того, (31,7%, 95% СІ [30,4%-33,0%]) дітей користуються буфетом або купують додаткові продукти, серед яких популярні булочки, пиріжки, солодощі та соки, що вказує на високий рівень споживання простих вуглеводів, що може бути фактором ризику розвитку хронічних НІЗ, зокрема, ожиріння, метаболічного синдрому тощо. Отримані результати підтверджуються даними іншого дослідження, в якому визначається що діти які вибирають в шкільному харчуванні високовуглеводні продукти, мають звички домашнього харчування з високим вмістом цукру [327].

Перекуси з дому. Більше ніж три чверті всіх опитаних (78,2%, 95% СІ [77,0%-79,4%]) дітей беруть перекуси з дому, зокрема, приносять в школу бутерброди (33,7%, 95% СІ [32,4%-35,0%]), булочки (28,0%, 95% СІ [26,7%-29,3%]) та солодощі (8,0%, 95% СІ [7,3%-8,7%]), фрукти – (59,7%, 95% СІ [58,3%-61,1%]). Враховуючи, що асортимент та якість цих перекусів формують батьки, результати свідчать про потребу в освітніх програмах для батьків, щодо здорового харчування дітей. Отримані дані підтверджуються результатами інших досліджень, зокрема, [328], де вказано, що діти також приносять до школи фрукти (50,0%), закуски (50,0%), солодощі (48,0%) і підсолоджені напої (31,0%).

Режим харчування та сніданки вдома. Майже половина дітей (44,7%, 95% СІ: [43,37%-46,03%]) не отримує сніданок вдома щодня, що може мати негативні наслідки для здоров'я, фізичного та психічного розвитку.

Дослідження, проведене в країнах Європейського регіону, показує, що частота пропуску сніданків в робочі дні коливається від 44,0% (Словенія) до 8,0% (Іспанія), що опосередковано, крім іншого, національністю батьків [196]. Відсутність сніданку за умови значного навантаження в школі може призвести до зниження концентрації, швидкої втомлюваності та інших когнітивних порушень.

Споживання їжі під час використання гаджетів. Більше ніж три чверті дітей (75,4%, 95% СІ [74,1%-76,7%]) мають звичку споживати їжу під час роботи з гаджетами або перегляду телевізора. Ряд дослідників вказують на численні негативні ефекти, такі як зниження когнітивного контролю над споживанням їжі, відволіканням, порушенню зв'язку між почуттям голоду, спожитою їжею та почуттям ситості [329]. Все вищезначене призводить до збільшення кількості калорій та загального об'єму спожитої їжі. Безумовно, використання гаджетів та одночасне споживання їжі є негативною харчовою звичкою, яка може призвести до безсистемного/безрежимного споживання їжі, переїдання та розвитку захворювань.

Харчові вподобання. Результати опитування показали, що діти віддають перевагу солодким (65,1% 95% СІ: [63,8%-66,4%] дуже подобається) та м'ясним стравам (43,5%, 95% СІ: [42,2%- 44,8%] дуже подобається), тоді як страви з риби не любляють (45,5%, 95% СІ: [44,2%-46,8%]) дітей. Щодо страв з риби, негативне відношення до них визначено в дослідженні проведеному в Сербії, з віком прихильність до страв з риби зростала [330]. Дослідження щодо визначення сприйняття різних смаків свідчить, що саме солодкий смак сприймається дітьми молодшого шкільного віку найбільш позитивно [331], що може спровокувати формування харчової звички споживати надмірні кількості цукру. Отримані дані свідчать про необхідність урізноманітнення шкільного меню, зокрема зменшення кількості солодких страв та популяризації страв з риби.

Споживання рідини. Недостатнє споживання води є суттєвою проблемою, оскільки майже третина дітей споживає лише 3 склянки води на день, а, (41,2 %, 95% CI: [39,89% - 42,51%]) - не більше 1 л на день, що значно менше рекомендованої норми. Результати перехресних опитувань у 13 країнах також показують, що 61,0% дітей та 75,0% підлітків не споживають достатньо води [321, 332], відповідно до рекомендацій щодо щоденного споживання води EFSA [320]. Отримані дані свідчать про необхідність впровадження заходів та програм, які сприяють регулярному споживанню дітьми достатньої кількості води.

Відношення батьків. Зміна харчування в школах спрямована на покращення якості їжі та формування здорових харчових звичок у дітей, однак значна частина батьків (24,2%, 95% CI: [22,9% - 25,5%]) повідомляє, що нововведення їм взагалі не подобаються. Несмачні та незвичні страви (відповідно (17,9%, 95% CI: [16,8% - 19,0%]) та (15,6%, 95% CI: [14,5% - 16,7%])) можуть призводити до того, що діти вибиратимуть менш корисні страви та продукти, що негативно вплине на їхнє харчування та здоров'я. Позитивним аспектом є те, що (23,2%, 95% CI: [21,9% - 24,5%]) батьків відзначили дотримання правил здорового харчування у новому меню.

Питання вартості також є важливим для (19,7%, 95% CI: [18,5% - 20,9%]) батьків, що може обмежувати доступ до шкільного харчування та потребує розробки та впровадження соціальних програм щодо безкоштовного забезпечення уразливих категорій дітей шкільним харчуванням. Більшість батьків (50,3%, 95% CI: [48,8% - 51,8%]) вважає, що зміни, передбачені реформою шкільного харчування, потрібно вводити поступово. Проблема сприйняття батьками змін у харчуванні в школах відзначена і в інших дослідженнях, що підкреслює важливість врахування їхньої позиції, проведення просвітницької роботи та впровадження комплексного підходу до покращення шкільного харчування та формування здорових харчових звичок серед дітей [333, 334]. Це свідчить про

необхідність більш поетапного підходу до впровадження реформ, аби діти та батьки могли адаптуватися до нових умов.

5.2. Результати дослідження та аналіз сучасних особливостей харчування дітей середнього і старшого шкільного віку

Підлітки є особливою групою з унікальними харчовими звичками та потребами, адже в даний період життя відбуваються значні фізичні та психічні зміни, що обумовлює підвищену потребу в калоріях та поживних речовинах та впливає на їхню харчову поведінку. Сучасні підлітки часто стикаються з різноманітними викликами відносно дотримання принципів здорового харчування. Швидкий темп життя, вплив медіа та реклами, соціальні та економічні фактори можуть призводити до незбалансованого раціону та розвитку аліментарно-залежних захворювань. У віці 11-17 років діти та молодь можуть бути дуже чутливими до свого зовнішнього вигляду. Бажання відповідати певним стандартам краси може підштовхнути їх до нездорових дієт або розладів харчової поведінки. У період підліткового віку формуються стійкі харчові моделі, які можуть впливати на здоров'я як у короткостроковій, так і у довгостроковій перспективі. Неправильне харчування в цей важливий період може закласти основи для майбутніх проблем зі здоров'ям, що можуть проявитися вже в дорослому віці.

Розуміння особливостей харчової поведінки підлітків та напрямків її зміни є ключовими для забезпечення ефективності будь-яких профілактичних заходів, спрямованих на поліпшення харчового статусу та здоров'я молодого покоління. Зміни в шкільному харчуванні повинні враховувати вподобання, потреби та звички учнів, щоб бути ефективними і прийнятими. Завдання полягало у виявленні основних тенденцій та проблем у харчуванні підлітків, а також факторів, що впливають на формування їх

харчової поведінки, зокрема відношення та особливостей сприйняття шкільного харчування.

На питання «Як ти вважаєш, якщо неправильно харчуватись, можна захворіти?» відповіді опитаних розподілились наступним чином: 8,72% 95% СІ: [7,96% - 9,48%] дітей та молоді не знають про можливі ризики неправильного харчування. 9,00% 95% СІ: [8,23% - 9,77%] не впевнені, що неправильне харчування може призвести до захворювань. Переважна більшість, а саме 82,28% 95% СІ: [81,19% - 83,37%], вважають, що здоров'я залежить від харчування. Отримані результати свідчать про те, що діти та молодь різного віку у переважній більшості добре поінформовані щодо ризиків неправильного харчування. Значна частина респондентів усвідомлює важливість харчування для підтримання здоров'я, що відображає високий рівень інформованості серед підлітків щодо наслідків неправильного харчування. Проте залишається певний відсоток дітей та молоді, які не знають або не впевнені у впливі харчування на здоров'я: 18% 95% СІ: [17,00% - 19,00%] дітей все ще потребують додаткової інформації, щоб повністю зрозуміти важливість правильного харчування.

На питання «Чи дотримуєшся ти правил здорового харчування?» відповіді розподілилися наступним чином: 19,98% 95% СІ: [18,95% - 21,01%] дітей та молоді не знають, чи дотримуються правил здорового харчування. 32,55% 95% СІ: [31,33% - 33,77%] зазначили, що не дотримуються правил здорового харчування. 47,46% 95% СІ: [46,18% - 48,74%] відповіли, що дотримуються правил здорового харчування. Ці результати показують, що майже половина підлітків дотримується правил здорового харчування, проте значний відсоток дітей та молоді (близько 52% 95% СІ: [53,04% - 55,62%]) або не дотримується правил, або не знає, чи дотримується їх.

Цікаво порівняти частки тих, хто вважає, що харчування впливає на здоров'я, з тими, хто не впевнений або взагалі заперечує це твердження,

відносно того, як вони виконують чи не виконують правила здорового харчування (таблиця 5.2).

Таблиця 5.2.

Ставлення до впливу харчування на здоров'я та дотримання правил здорового харчування, %

№ з/п	Група	Дотримуються правил здорового харчування		Не дотримуються правил здорового харчування		Вагаються	
		(%)	95% CI	(%)	95% CI	(%)	95% CI
1	Вважають, що здоров'я не залежить від харчування	41,85	[40,57% - 43,13%]	40,09	[38,82% - 41,36%]	18,06	[17,06% - 19,06%]
2	Не впевнені	39,09	[37,82% - 40,36%]	37,50	[36,24% - 38,76%]	23,41	[22,31% - 24,51%]
3	Об'єднана група (1 та 2)	40,49*	[39,21% - 41,77%]	38,82	[37,55% - 40,09%]	20,69	[19,64% - 21,74%]
4	Вважають, що здоров'я залежить від харчування	48,96*	[47,66% - 50,26%]	31,20	[30,00% - 32,40%]	19,83	[18,79% - 20,87%]

Порівняння об'єднаної групи з групою, яка вважає, що здоров'я залежить від харчування, показало, що частка тих, хто дотримується правил

здорового харчування, є достовірно вищою серед тих, хто вважає, що здоров'я залежить від харчування.

Дослідження також вивчало частоту харчування серед дітей та молоді віком 11-17 років. Результати показали, що більшість дітей та молоді дотримуються трьохразового режиму харчування, що становить 54,33% 95% СІ: [53,04% - 55,62%]. Два прийоми їжі на день мають 23,36% 95% СІ: [22,21% - 24,51%] дітей та молоді, а чотириразове харчування – 14,87% 95% СІ: [13,94% - 15,80%]. Менше поширені інші режими харчування: один раз на день харчується 4,76% 95% СІ: [4,26% - 5,26%] дітей та молоді, п'ять разів на день – 2,70% 95% СІ: [2,29% - 3,11%]. Отримані дані свідчать про те, що трьохразовий режим харчування є найбільш поширеним серед підлітків, крім того існує певна частка дітей та молоді, які харчуються рідше 3 разів на день, що не відповідає рекомендаціям щодо здорового харчування.

Дослідження показало, що 47,29% 95% СІ: [46,00% - 48,58%] дітей та молоді регулярно вживають солодкі газовані напої, 40,16% 95% СІ: [38,91% - 41,41%] роблять це іноді, а 12,56% 95% СІ: [11,70% - 13,42%] заявили, що ніколи їх не вживають. Таким чином, споживання солодких напоїв серед підлітків є поширеним, що може мати негативний вплив на їхнє здоров'я, сприяючи розвитку карієсу, ожиріння та інших захворювань.

Результати дослідження щодо додаткового застосування солі під час прийому їжі серед дітей та молоді виявили наступне. Значна більшість, а саме 77,81% 95% СІ: [76,68% - 78,94%] дітей та молоді, не досолюють свої страви додатково. Однак, 22,19% 95% СІ: [21,06% - 23,32%] дітей та молоді все ж додають сіль в уже готові страви. Цей відсоток досить значний і може свідчити про те, що певна частина дітей та молоді звикла до більш солоних смаків або відчуває недостатність смаку в приготованих стравах. Це може бути результатом сімейних харчових звичок або впливу реклами та медіа, які часто пропагують продукти з високим вмістом солі. Важливо звернути

увагу на цю групу дітей та молоді, оскільки доведено, що додаткове підсолювання з часом приводить до загального надмірного споживання солі. Відомо, що надмірне споживання солі може призвести до різних проблем зі здоров'ям, включаючи підвищення кров'яного тиску та ризик розвитку серцево-судинних захворювань.

Вживання гарячих напоїв з цукром є поширеною звичкою серед дітей та молоді. За результатами проведеного опитування, 75,73% 95% СІ: [74,55% - 76,91%] дітей та молоді додають цукор у свої напої, тоді як лише 24,27% 95% СІ: [23,09% - 25,45%] п'ють їх без цукру. Такий високий відсоток може вказувати на вплив смакових уподобань, сформованих з дитинства щодо споживання цукру.

Розподіл кількості ложок цукру, які додаються до напоїв, показує, що найпопулярнішим є додавання двох ложок цукру – це роблять 44,33% 95% СІ: [43,02% – 45,64%] дітей та молоді. Менша частка, 12,71% 95% СІ: [11,86% – 13,56%], обмежується однією ложкою, тоді як 14,59% 95% СІ: [13,63% – 15,55%] додають три ложки цукру. Ці дані свідчать про те, що значна частина дітей та молоді споживає надлишкові кількості цукру щоденно разом з напоями.

Такі звички можуть призводити до різних проблем зі здоров'ям, зокрема підвищення ризику розвитку ожиріння, діабету та карієсу.

Аналіз результатів щодо вживання води показує, що серед дітей та молоді спостерігається недостатнє її споживання. Так, 26,14% 95% СІ: [24,98% - 27,30%] дітей та молоді п'ють три чашки на день, 36,00% 95% СІ: [34,74% - 37,26%] вживають п'ять чашок (приблизно 1 літр), а 20,98% 95% СІ: [19,89% - 22,07%] споживають більше ніж 1,1 літра води щоденно.

Аналіз результатів щодо отримання сніданків, вказує на те, що хоча більшість підлітків мають звичку снідати, існує значна частина молоді, яка або взагалі не снідає, або робить це дуже рідко. Так, за нашими даними, 64,17% 95% СІ: [62,93% - 65,41%] підлітків завжди снідають вдома, 14,69%

95% СІ: [13,70% - 15,68%] взагалі не снідають, а 21,16% 95% СІ: [20,03% - 22,29%] снідають вкрай рідко. Таким чином, більше ніж третина опитаних не отримують щоденно сніданок.

Звичка перекушувати під час роботи або розваг перед комп'ютером є поширеною серед підлітків. Дослідження показало, що 56,93% 95% СІ: [55,63% - 58,23%] підлітків часто перекушують перед комп'ютером, 31,07% 95% СІ: [29,86% - 32,28%] роблять це зрідка, а 12,02% 95% СІ: [11,17% - 12,87%] взагалі не перекушують під час комп'ютерних занять. Такі дані свідчать про значну популярність споживання їжі під час занять перед екраном, що може впливати на загальний рівень здоров'я та харчові звички підлітків.

Найпопулярнішими перекусом є бутерброди (65,90%, 95% СІ: [64,63% - 67,17%]) та чай (64,62%, 95% СІ: [63,33% - 65,91%]). Інші поширені перекуси включають печиво (53,79%, 95% СІ: [52,44% - 55,14%]), булочки (47,23%, 95% СІ: [45,86% - 48,60%]), цукерки (35,52%, 95% СІ: [34,19% - 36,85%]) та сік (32,47%, 95% СІ: [31,17% - 33,77%]). Ці продукти часто містять високий рівень цукру та жирів, що може негативно впливати на здоров'я підлітків при частому споживанні.

Менш популярні перекуси включають пиріжки (25,57%, 95% СІ: [24,36% - 26,78%]), вафлі (22,05%, 95% СІ: [20,91% - 23,19%]), горіхи (17,98%, 95% СІ: [16,91% - 19,05%]), сухофрукти (16,28%, 95% СІ: [15,26% - 17,30%]), чіпси (15,72%, 95% СІ: [14,71% - 16,73%]), насіння (9,04%, 95% СІ: [8,29% - 9,79%]), сухарики (12,19%, 95% СІ: [11,34% - 13,04%]), хліб (13,08%, 95% СІ: [12,20% - 13,96%]), попкорн (8,07%, 95% СІ: [7,37% - 8,77%]), фрукти (3,55%, 95% СІ: [3,13% - 3,97%]) та овочі (0,18%, 95% СІ: [0,05% - 0,31%]).

Менш популярні перекуси, такі як горіхи, сухофрукти, насіння та овочі, є значно кориснішими для здоров'я, проте споживаються набагато рідше. Наприклад, лише 0,18% підлітків перекушують овочами (95% СІ:

[0,05% - 0,31%]), що свідчить про низький рівень їх споживання як перекусу. З іншого боку, чіпси (15,72%, 95% СІ: [14,71% - 16,73%]) та попкорн (8,07%, 95% СІ: [7,37% - 8,77%]), які також містять високий рівень жирів та солі, споживаються дещо частіше, але їх популярність виявляється низькою порівняно з іншими перекусами.

Аналіз результатів частоти споживання різних страв підлітками показує певні тенденції та харчові звички (таблиця 5.3). Смажені страви є досить популярними серед підлітків, з 46,01% (95% СІ: [44,68% - 47,34%]) споживають їх 2-3 рази на тиждень, що може свідчити про прихильність до цього способу приготування їжі, проте це може бути небажаним з огляду на високий вміст жиру та калорій. Перші страви, такі як супи та борщі, не споживають щоденно майже половина підлітків (48,0%, 95% СІ: [46,67% - 49,33%]). Круп'яні, борошняні та страви з картоплі споживаються переважною частиною підлітків 2-3 рази на тиждень. Споживання сиру є досить розповсюдженим, з частотою щоденного споживання у 27,08% (95% СІ: [25,83% - 28,33%]). Більшість підлітків, а саме 74,85% (95% СІ: [73,62% - 76,08%]), регулярно (щоденно) споживають свіжі овочі та фрукти. Однак 25,15% (95% СІ: [23,92% - 26,38%]) не включають їх у свій раціон. Не кожен день вживають молочні продукти 57,08% підлітків (95% СІ: [55,74% - 58,42%]), а 24,39% (95% СІ: [23,21% - 25,57%]) взагалі їх не споживають. Щоденне споживання молока розподіляється наступним чином: 8,96% (95% СІ: [8,20% - 9,72%]) випивають одну чашку, 4,84% (95% СІ: [4,26% - 5,42%]) – дві чашки, і 2,00% (95% СІ: [1,63% - 2,37%]) – три чашки.

Більшість підлітків (57,08%, 95% СІ: [55,74% - 58,42%]) споживає інші молочні продукти дуже рідко. Лише 18,53% (95% СІ: [17,47% - 19,59%]) підлітків споживають їх щодня. Щоденно споживають страви з м'яса або риби 76,05% (95% СІ: [74,90% - 77,20%]) підлітків. Загалом, результати показують, що підлітки мають досить різноманітний раціон, однак певні звички, такі як часте споживання смажених страв та низьке споживання

молочних продуктів, можуть потребувати корекції для забезпечення здорового розвитку.

Таблиця 5.3.

Частота вживання різних страв

Страва	Дуже рідко	1 раз на тиждень	2-3 рази на тиждень	Щоденно
Смажені страви	17,97 [16,97% - 18,97%]	21,78 [20,71% - 22,85%]	46,01 [44,71% - 47,31%]	11,20 [10,38% - 12,02%]
Перші страви	8,47 [7,75% - 9,19%]	6,66 [6,01% - 7,31%]	30,39 [29,19% - 31,59%]	52,04 [50,74% - 53,34%]
Страви з картоплі	6,44 [5,8% - 7,08%]	14,02 [13,12% - 14,92%]	50,75 [49,45% - 52,05%]	17,61 [16,62% - 18,6%]
Макарони	12,02 [11,17% - 12,87%]	22,72 [21,63% - 23,81%]	48,00 [46,7% - 49,3%]	10,17 [9,38% - 10,96%]
Крупи	10,23 [9,44% - 11,02%]	13,56 [12,67% - 14,45%]	47,38 [46,08% - 48,68%]	18,97 [17,95% - 19,99%]
Сир	20,56 [19,51% - 21,61%]	16,75 [15,78% - 17,72%]	32,88 [31,66% - 34,1%]	27,08 [25,92% - 28,24%]
Молоко та ін,	57,08 [55,79% - 58,37%]	18,53 [17,52% - 19,54%]	—	—
М'ясо або риба	23,95 [22,84% - 25,06%]	—	—	76,05 [74,94% - 77,16%]
Свіжі овочі та фрукти	—	—	—	74,85 [73,72% - 75,98%]

Дослідження показало різноманітне ставлення підлітків до харчування в школі. 25,81% дітей та молоді зазначили, що їм не подобається шкільне харчування (95% СІ: [24,70% - 26,92%]). Водночас 27,81% дітей та молоді навпаки, задоволені шкільною їжею (95% СІ: [26,66% - 28,96%]). Значна

частина респондентів, а саме 35,16%, не змогли визначитися зі своїм ставленням до шкільного харчування (95% СІ: [33,89% - 36,43%]). Ці результати демонструють, що значна частина підлітків має неоднозначне або негативне ставлення до харчування в школі, що може впливати на їхні загальні харчові звички та здоров'я.

Для визначення вподобань і бажання дітей та молоді харчуватись у шкільній їдальні, ми запитали, наскільки їм подобається харчуватись в інших місцях (таблиця 5.4).

Таблиця 5.4.

Оцінка харчування в різних місцях

Місце харчування	Не подобається	Подобається	Дуже подобається
Вдома	1,15 [0,87% - 1,43%]	47,75 [46,45% - 49,05%]	49,76 [48,46% - 51,06%]
В кафе	9,65 [8,88% - 10,42%]	64,75 [63,51% - 65,99%]	25,60 [24,47% - 26,73%]
В шкільній їдальні	45,97 [44,67% - 47,27%]	51,25 [49,95% - 52,55%]	2,78 [2,35% - 3,21%]
У закладах швидкого харчування	38,10 [36,84% - 39,36%]	51,86 [50,56% - 53,16%]	10,07 [9,29% - 10,85%]

Більшість підлітків позитивно оцінюють харчування вдома та в кафе. Негативне ставлення до харчування в шкільній їдальні підкреслює необхідність покращення шкільного харчування. Харчування у закладах швидкого харчування має неоднозначну оцінку.

За нашими даними (таблиця 5.5), часте відвідування кафе або закладів швидкого харчування не є характерним для більшості підлітків. 47,65% відвідують такі заклади один раз на місяць або рідше (95% СІ: [46,34% - 48,96%]), а 9,30% ніколи не відвідують кафе чи заклади швидкого харчування (95% СІ: [8,55% - 10,05%]). Тобто, більш ніж половина респондентів рідко або взагалі не звертається до такого типу харчування, можливо, через особисті уподобання, фінансові обмеження або переконання щодо здорового харчування.

Таблиця 5.5.

Частота відвідування кафе або закладів швидкого харчування

Частота відвідування	Частка відвідувань підлітками (%)	95% СІ
1 раз на місяць або рідше	47,65	[46,35% - 48,95%]
Ніколи не відвідують	9,30	[8,55% - 10,05%]
Декілька разів на місяць	26,09	[24,95% - 27,23%]
1 раз на тиждень	9,22	[8,47% - 9,97%]
Декілька разів на тиждень	7,73	[7,04% - 8,42%]

Водночас, 26,09% підлітків відвідують кафе або заклади швидкого харчування декілька разів на місяць (95% СІ: [24,95% - 27,23%]), що свідчить про те, що для значної частини молоді такі заклади є звичним місцем для харчування, але не надто частим. Приблизно 9,22% підлітків відвідують кафе або заклади швидкого харчування один раз на тиждень (95% СІ: [8,47% - 9,97%]), а 7,73% роблять це декілька разів на тиждень (95% СІ: [7,04% - 8,42%]). Ці результати вказують на те, що приблизно

17,0% підлітків часто звертаються до таких закладів, що може бути пов'язано з їхньою зручністю, доступністю та привабливістю для молоді.

Щодо смакових уподобань (таблиця 5.6), більшість підлітків відзначають, що їм подобається солодке – 69,02% (95% СІ: [67,82% - 70,22%]), причому 23,83% дуже його люблять (95% СІ: [22,72% - 24,94%]). Лише 7,18% зазначили, що їм не подобається солодке (95% СІ: [6,51% - 7,85%]). Солоні їжі подобається 62,14% підлітків (95% СІ: [60,88% - 63,4%]), і лише 13,18% дуже подобається (95% СІ: [12,3% - 14,06%]). Негативне ставлення до солоного висловили 24,68% респондентів (95% СІ: [23,56% - 25,8%]).

М'ясні страви подобаються 64,87% підлітків (95% СІ: [63,63% - 66,11%]), а 25,42% дуже їх люблять (95% СІ: [24,29% - 26,55%]). Лише 9,73% висловили негативне ставлення до м'ясних страв (95% СІ: [8,96% - 10,5%]), що вказує на високу популярність м'яса серед підлітків. Риба подобається меншій кількості підлітків: 47,24% респондентів зазначили, що їм подобається риба (95% СІ: [45,94% - 48,54%]), і тільки 8,57% дуже її люблять (95% СІ: [7,84% - 9,3%]). Значна частина, 44,20%, висловила негативне ставлення до риби (95% СІ: [42,91% - 45,49%]). Це може свідчити про специфічні смакові уподобання або обмежену популярність рибних страв серед підлітків.

Овочі подобаються 61,34% підлітків (95% СІ: [60,07% - 62,61%]), а 29,08% дуже їх люблять (95% СІ: [27,9% - 30,26%]). Лише 9,58% не подобаються овочі (95% СІ: [8,81% - 10,35%]), що показує досить позитивне ставлення до цього виду їжі. Фрукти дуже популярні серед підлітків: 55,80% зазначили, що їм подобаються фрукти (95% СІ: [54,51% - 57,09%]), і 41,46% дуже їх люблять (95% СІ: [40,18% - 42,74%]). Лише 2,74% висловили негативне ставлення до фруктів (95% СІ: [2,32% - 3,16%]), що вказує на загальну прихильність до них серед молоді.

Таблиця 5.6.

Ставлення до різних видів їжі

Категорія	Не подобається		Подобається (%)		Дуже подобається (%)	
	(%)	95% CI	(%)	95% CI	(%)	95% CI
Солодке	7,18	[6,60% - 7,76%]	69,02	[67,89% - 70,15%]	23,83	[22,84% - 24,82%]
Солоне	24,68	[23,63% - 25,73%]	62,14	[60,97% - 63,31%]	13,18	[12,38% - 13,98%]
М'ясне	9,73	[9,04% - 10,42%]	64,87	[63,65% - 66,09%]	25,42	[24,32% - 26,52%]
Риба	44,20	[42,91% - 45,49%]	47,24	[45,94% - 48,54%]	8,57	[7,93% - 9,21%]
Овочі	9,58	[8,91% - 10,25%]	61,34	[60,14% - 62,54%]	29,08	[27,90% - 30,26%]
Фрукти	2,74	[2,32% - 3,16%]	55,80	[54,51% - 57,09%]	41,46	[40,18% - 42,74%]

Таким чином, ставлення до різних видів їжі серед підлітків є неоднозначним. Солодке є найбільш популярним, що може свідчити про високий рівень споживання цукру серед молоді. Негативне ставлення до риби може бути пов'язане з відсутністю традицій та звички щодо їх споживання. Позитивне ставлення до овочів і фруктів є обнадійливим, оскільки це свідчить про готовність дітей та молоді включати ці важливі продукти в свій раціон.

Також ми запитували респондентів щодо джерел, звідки діти та молодь отримують знання щодо здорового харчування (таблиця 5.7).

Найбільша частина підлітків отримує знання про здорове харчування від своїх батьків – 74.66%. Значна частина знань також отримується в школі та через медіа. Власний досвід і консультації з медичними працівниками також відіграють важливу роль, хоча і меншою мірою. Важливо підкреслити, що використання кількох джерел інформації може забезпечити більш комплексне розуміння здорового харчування серед підлітків.

Таблиця 5.7.

Джерела знань про здорове харчування, %

Джерело знань	Частка підлітків, (%)	95% СІ
Від батьків	74,66	[73,53% - 75,79%]
В школі	49,07	[47,77% - 50,37%]
ЗМІ, інтернет, фільми	29,97	[28,78% - 31,16%]
Власний досвід	37,39	[36,13% - 38,65%]
Від медичних працівників	21,41	[20,34% - 22,48%]
З лекцій та бесід	16,16	[15,20% - 17,12%]
Все вищенаведене	12,85	[11,98% - 13,72%]

Дослідження показало, що підлітки стикаються з різними перешкодами, які, на їхню думку, заважають їм дотримуватись здорового харчування (таблиця 5.8). Основні перешкоди включають відсутність вільного часу (12,93%, 95% СІ: [12,06% - 13,8%]), відсутність бажання або лінь (21,27%, 95% СІ: [20,21% - 22,33%]), економічний фактор (19,73%, 95% СІ: [18,7% - 20,76%]), 7,89% (95% СІ: [7,19% - 8,59%]) зазначили відсутність знань та інформації. Деякі респонденти (2,42%, 95% СІ: [2,02% - 2,82%]) висловили побоювання, що їхні друзі не зрозуміють їхнє прагнення до

здорового харчування. Водночас, 40,55% респондентів (95% СІ: [39,27% - 41,83%]) активно намагаються дотримуватися здорового харчування.

Таблиця

5.8.

Перепони для дотримання здорового харчування

Перешкода	Частка підлітків, (%)	95% СІ
Немає вільного часу	12,93	[12,06% - 13,8%]
Важко відповісти	25,18	[24,05% - 26,31%]
Немає перешкод	18,12	[17,12% - 19,12%]
Немає бажання, лінь	21,27	[20,21% - 22,33%]
Я намагаюсь дотримуватись здорового харчування	40,55	[39,27% - 41,83%]
Дорого	19,73	[18,7% - 20,76%]
Відсутність знань інформації	7,89	[7,19% - 8,59%]
Не зрозуміють друзі	2,42	[2,02% - 2,82%]

Щодо мотивів дотримання здорового харчування (таблиця 5.9), то Найбільший вплив має бажання уникнути хвороб (64,66%, 95% СІ: [63,42% - 65,9%]), бажання добре виглядати (54,19%, 95% СІ: [52,89% - 55,49%]), бажання жити довше (35,39%, 95% СІ: [34,15% - 36,63%]) і досягнення життєвого успіху (20,55%, 95% СІ: [19,5% - 21,6%]). Модність здорового способу життя мотивує 28,97% респондентів (95% СІ: [27,79% - 30,15%]), а бажання мати можливість створити здорову сім'ю в майбутньому зазначили

14,81% підлітків (95% СІ: [13,89% - 15,73%]). Водночас, 16,54% підлітків (95% СІ: [15,57% - 17,51%]) важко визначити конкретні мотиви для дотримання здорового харчування.

Таблиця 5.9.

Мотиви дотримання здорового харчування

Мотив	Частка підлітків, (%)	95% СІ
Щоб добре виглядати	54,19	[52,89% - 55,49%]
Щоб не виникали хвороби	64,66	[63,42% - 65,9%]
Важко відповісти	16,54	[15,57% - 17,51%]
Щоб довго жити	35,39	[34,15% - 36,63%]
Життєвий успіх	20,55	[19,5% - 21,6%]
Бути здоровим модно	28,97	[27,79% - 30,15%]
Мати можливість створити сім'ю	14,81	[13,89% - 15,73%]

Підсумовуючи викладене, можна зробити висновок, що більшість підлітків усвідомлюють важливість здорового харчування та намагаються дотримуватися правил здорового харчування. Однак існують певні явні та умовні перешкоди, які заважають їм це робити, включаючи відсутність вільного часу, високу вартість здорових продуктів та відсутність бажання. Підлітки отримують знання про здорове харчування з різних джерел, причому найбільш впливовими є їхні батьки та школа.

5.3. Результати дослідження та аналіз сучасних особливостей харчування студентської молоді:

5.3.1. Результати дослідження та аналіз особливостей харчової поведінки, обізнаності щодо якості харчування та його ролі у підтримці здоров'я і попередження захворюваності серед здобувачів економічної спеціальності

Світовим досвідом доведено, що нераціональне та незбалансоване харчування є одним з надважливих факторів ризику розвитку серцево-судинних захворювань, раку, різних форм діабету, ожиріння, виснаження та інших патологічних станів.

Боротьба з неповноцінним харчуванням в усіх його формах є однією з найбільших проблем всіх країн світу. На сьогодні кожна третя людина страждає однією із форм неповноцінного харчування. Такими формами є недоїдання, дефіцит мікронутрієнтів, надлишкова вага або ожиріння.

Розбалансоване, полідефіцитне харчування в молодому віці призводить до зниження працездатності, погіршення зору та пам'яті, в результаті негативно позначається на навчальному процесі здобувачів та може привести до значного порушення здоров'я, а згодом до розвитку хронічних НІЗ [335].

Тому дуже важливим було визначити рівень обізнаності здобувачів - майбутніх фахівців, які будуть реалізовувати політику здорового харчування в сфері громадського харчування, щодо одного з провідних факторів ризику розвитку НІЗ, а саме нераціонального харчування [236].

В даному розділі нами проведено аналіз таких індикаторів як обізнаність здобувачів Київського національного торговельно-економічного університету (далі – КНТЕУ) щодо харчування як фактору ризику НІЗ; обізнаність щодо зловживання солі та цукру, роль яких в розвитку НІЗ доведено. Також за результатами анкет було проаналізовано вживання

молоддю таких харчових продуктів як свіжі фрукти та овочі, газовані солодкі напої, маргарини та спреди, значення яких в розвитку НІЗ також доведено. Дуже важливим було визначити фактичну кількість солі та цукру в щоденному споживанні здобувачами.

На запитання анкети «Чи відомо Вам, що факторами ризику хронічних НІЗ є нераціональне харчування та зловживання солі і цукру?» не надали відповіді лише 2,6 % і відповіли 97,4 % респондентів (рисунок 5.1). З категорії здобувачів, які дали відповідь на це запитання – 87,4 % (СІ 95 %: [84,2 %; 90,6 %]) відомо, що нераціональне харчування та надмірне споживання солі і цукру є фактором ризику НІЗ. Проте 9,70 % (СІ 95 %: [6,9 %; 12,5 %]) із них не обізнані в цьому питанні.

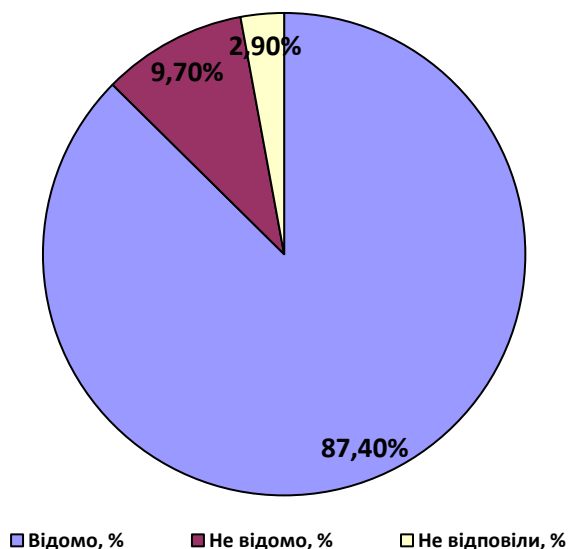


Рисунок. 5.1.- Обізнаність респондентів щодо впливу нераціонального харчування, як фактору ризику розвитку НІЗ, %

Подальшим етапом досліджень була оцінка здобувачів із загальної кількості що відповіли (97,4 %), які фактично щоденно споживають свіжі фрукти та овочі; солодкі газовані напої, що містять значну кількість цукру; маргарини та спреди з вмістом транс-ізомерів жирних кислот. Результати аналізу представлено в таблицях 5.10, 5.11, 5.12.

Таблиця 5.10.

Розподіл відповідей на запитання щодо споживання деяких груп харчових продуктів, %

Продукти	Так	СІ (95%)	Ні	СІ (95%)	Іноді	СІ (95%)
Свіжі фрукти та овочі, %	74,2	[70,0%; 78,4%]	25,8	[21,6%; 30,0%]	-	
Солодкі газовані напої, %	33,8	[28,9%; 38,7%]	25,0	[20,1%; 29,9%]	41,2	[36,5%; 45,9%]
Маргарини та спреди, %	26,5	[22,0%; 31,0%]	73,5	[68,5%; 78,5%]	-	

Результати аналізу показали, що 74,2 % опитаних, які надали відповідь, щодня вживають свіжі овочі та фрукти (СІ 95 %: [70,0 %; 78,4 %]), і така ж кількість – 73,5 % не вживають маргарин та спреди (СІ 95 %: [68,5 %; 78,5 %]).

Солодкі газовані напої вживають 33,8 % респондентів, що відповіли на запитання (СІ 95 %: [28,9 %; 38,7 %]), і 41,2 % вказали, що вживають їх іноді, але все ж таки вживають (СІ 95 %: [36,5 %; 45,9 %]). Лише 25,0 % здобувачів від загальної кількості опитаних відмовляються від вживання солодких газованих напоїв (СІ 95 %: [20,1 %; 29,9 %]).

Що стосується вживання солі на добу, то 70,5 % із 97,4 % загальної кількості респондентів вказали, що вживають у приблизній кількості 5 грамів (СІ 95 %: [65,5 %; 75,5 %]), але 29,5 % надають перевагу від 25 і більше грамів солі на добу (СІ 95 %: [24,5 %; 34,5 %]).

Таблиця 5.11.

Розподіл відповідей здобувачів, щодо кількості вживання солі

Розподіл споживання солі за добу, г	К-ть здобувачів, %	СІ (95 %)
5	70,5	[66,1 %; 74,9 %]
25	24,8	[20,7 %; 28,9 %]
35	3,5	[1,7 %; 5,3 %]
>35	1,2	[0,2 %; 2,2 %]

Результати аналізу досліджень, показали, що 39,1 % від усіх здобувачів вживають чай чи каву без цукру (СІ 95 %: [34,3 %; 43,9 %]), 19,8 % до чаю чи кави додають 1 ложку цукру (СІ 95 %: [15,8 %; 23,8 %]). Проте 41,1 % до чаю чи кави додають 2 і більше ложки цукру (СІ 95 %: [36,3 %; 45,9 %]).

Таблиця 5.12.

Розподіл відповідей здобувачів, щодо кількості споживання цукру

Кількість ложок цукру вживають з гарячими напоями – чай чи кава	К-ть здобувачів, %	СІ (95 %)
1 ложка	19,8	[16,0 %; 23,6 %]
2 ложки	33,3	[28,8 %; 37,8 %]
3 ложки	7,8	[5,3 %; 10,3 %]
Без цукру	39,1	[34,5 %; 43,7 %]

Таким чином, можна констатувати, що значна кількість здобувачів зловживає сіллю (29,5 %, СІ 95 %: [24,5 %; 34,5 %]) та цукром (41,1 %, СІ 95 %: [36,3 %; 45,9 %]), споживає солодкі газовані напої з великою кількістю цукру (75 %, СІ 95 %: [70,0 %; 80,0 %]) і маргарини та спреда, що містять транс-ізомери жирних кислот (26,5 %, СІ 95 %: [22,0 %; 31,0 %]), а також

вживає недостатню кількість овочів та фруктів (25,8 %, СІ 95 %: [21,6 %; 30,0 %]).

Цікаво виглядають дані з порівняльної характеристики відповідей здобувачів різної статі, які обізнані чи необізнані щодо впливу харчування як найважливішого з провідних факторів ризику розвитку НІЗ. Здобувачів було поділено на дві групи: перша – ті, що обізнані (87,4 %, СІ 95 %: [84,2 %; 90,6 %]), з них юнаків – 25,0 % і дівчат – 75,0 %. Друга група – не обізнані (10,0 %, СІ 95 %: [6,9 %; 12,5 %]), з них юнаків – 37,0 % і дівчат – 63,0 %. Результати аналізу представлено (рисунок 5.2, 5.3).

Розглянувши рівень споживання солі на добу, слід зазначити, що майже чверть дівчат в кожній групі споживають досить значну кількість солі, а саме від 25 грамів та більше. Дуже значна частка опитаних дівчат вживає солодкі газовані напої, як в обізнаній групі (68,0 %) так і в групі здобувачок (74,0 %), яким не відомо, що нераціональне харчування є фактором ризику НІЗ.

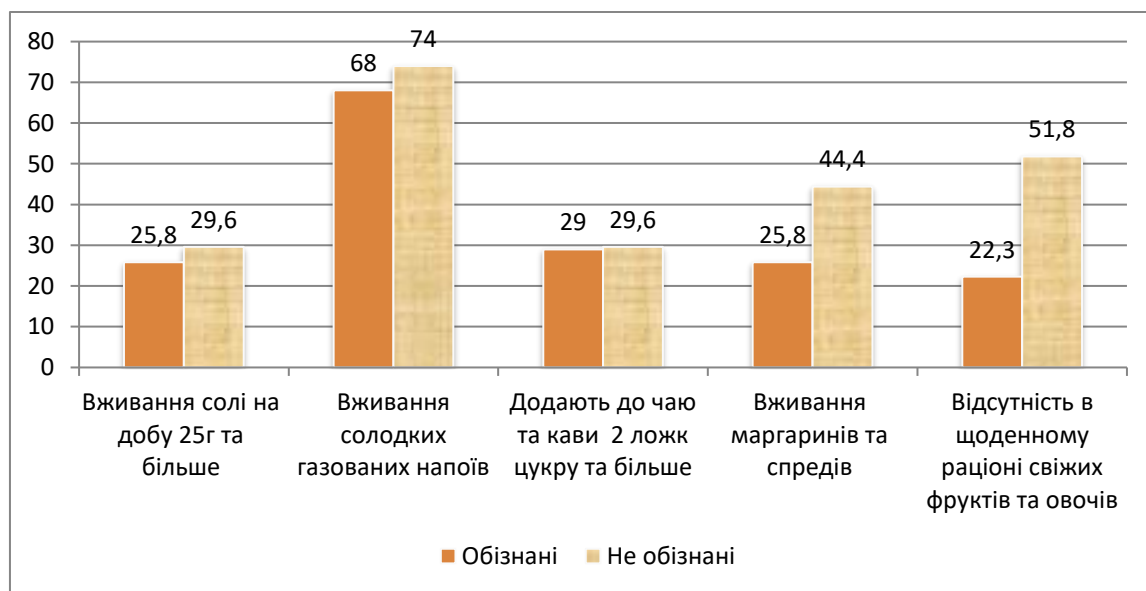


Рисунок 5.2. Розподіл відповідей дівчат на запитання в різних групах обізнаності, щодо нераціонального харчування, як фактору ризику розвитку НІЗ, %

Однакову кількість відповідей здобувачок, які додають до чаю чи кави 2 та більше ложок цукру, було виявлено як в обізнаній групі (29 %, СІ 95 %: [24,0 %; 34,0 %]), так і в групі здобувачок (29,6 %, СІ 95 %: [24,5 %; 34,7 %]), яким не відомо, що нераціональне харчування є фактором ризику НІЗ.

Найбільший відсоток дівчат, які використовують у своїх раціонах маргарин та спреди, було виявлено серед необізнаної групи здобувачок, яка становила 44,4 % (СІ 95 %: [38,2 %; 50,6 %]), що, в порівнянні з обізнаною групою (25,8 %, СІ 95 %: [21,6 %; 30,0 %]) опитаних, на 42 % більше.

За даними анкетування, найбільша кількість (51,8 %, СІ 95 %: [46,1 %; 57,5 %]) опитаних дівчат, які не споживають щодня свіжі фрукти та овочі, була виявлена у групі здобувачів, яким не відомо, що нераціональне харчування є фактором ризику НІЗ.

Що стосується юнаків, то надмірну кількість солі споживають 31,5 % (СІ 95 %: [26,3 %; 36,7 %]) у групі обізнаних здобувачів і 37,5 % (СІ 95 %: [32,2 %; 42,8 %]) серед здобувачів, яким не відомо, що нераціональне харчування є фактором ризику НІЗ. Порівнюючи отримані дані щодо споживання солі з аналогічними даними у дівчат (рисунок 5.3), встановлено, що у юнаків ці показники на 18 % і 21 % більші.

Значний відсоток юнаків споживають солодкі газовані напої як в обізнаній (92 %, СІ 95 %: [88,5 %; 95,5 %]) так і необізнаній (93 %, СІ 95 %: [89,6 %; 96,4 %]) групі, що на 26 % і 21 % відповідно більше в порівнянні з дівчатами.

Також у ході досліджень було виявлено відмінності у споживанні юнаками кількості цукру. Так, найбільша кількість здобувачів (68,0 %, СІ 95 %: [62,5 %; 73,5 %]), які випивають чай чи каву з 2 і більше ложками цукру, була в групі опитаних, яким не відомо, що нераціональне харчування є фактором ризику НІЗ. У порівнянні з дівчатами, ця кількість юнаків на 57,0 % більша.

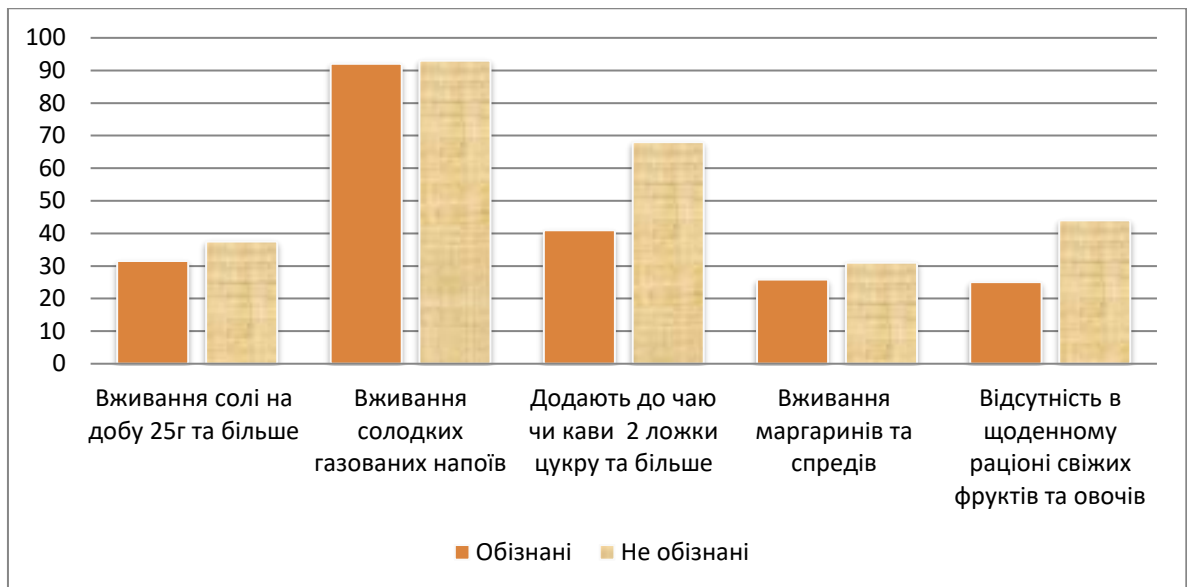


Рисунок 5.3. Розподіл відповідей юнаків на запитання в різних групах обізнаності, щодо нераціонального харчування, як фактору ризику розвитку НІЗ

В групі обізнаних кількість юнаків, які випивають чай чи каву з 2 та більше ложками цукру, становить 41 % (СІ 95 %: [36,3 %; 45,7 %]), що на 29 % більше ніж у дівчат.

Однаковий відсоток юнаків і дівчат (по 25,8 %, СІ 95 %: [21,6 %; 30,0 %]) вживають маргарини та спреди саме в обізнаній групі. В необізнаній групі кількість опитаних здобувачів-юнаків, які вживають маргарини та спреди становить 31 % (СІ 95 %: [26,0 %; 36,0 %]), що на 30 % менше в порівнянні з опитаними здобувачами.

Чверть юнаків в обізнаній групі споживають щодня свіжі фрукти та овочі (СІ 95 %: [20,3 %; 29,7 %]), що на 13 % більше в порівнянні з дівчатами. Проте в групі юнаків, яким не відомо, що нераціональне харчування є фактором ризику НІЗ, – 44 % здобувачів (СІ 95 %: [39,0 %; 49,0 %]) не вживають щодня фрукти та овочі.

Таким чином, результати дослідження встановили, що достатньо значний відсоток здобувачів 87,4 % (СІ 95 %: [84,2 %; 90,6 %]) із числа

опитаних обізнані, що нераціональне харчування є фактором ризику розвитку НІЗ. Проте обізнаність їхня не призводить до усвідомленості про загрозу для здоров'я зловживання харчових продуктів, які визнані такими, що призводять до розвитку НІЗ. Це видно на прикладі споживання ними найбільш небезпечних щодо розвитку НІЗ харчових продуктів: солі, цукру, солодких газованих напоїв та твердих жирів.

Так, із 87,4 % обізнаних здобувачів 25,8 % (СІ 95 %: [21,6 %; 30,0 %]) дівчат і 31,5 % (СІ 95 %: [26,5 %; 36,5 %]) юнаків споживають 25 грамів і більше солі на добу. При цьому серед необізнаної молоді цей відсоток майже не відрізняється і становить 29,6 % (СІ 95 %: [24,5 %; 34,7 %]) і 37,5 % (СІ 95 %: [32,2 %; 42,8 %]) відповідно.

Відомо, що високий рівень споживання солі відіграє важливу роль в підвищенні біологічних факторів ризику НІЗ, а саме високого тиску, що вже є індивідуальним біологічним фактором розвитку серцево-судинних захворювань. Тому ВООЗ рекомендує для виключення ризику щоденне споживання солі менше 5 г.

За результатами досліджень, майже третина дівчат серед обізнаних і необізнаних додають до чаю чи кави 2 та більше ложок цукру. Треба зазначити, що порівняно з дівчатами кількість юнаків, які надмірно споживають цукор, більша і становить 41 % (СІ 95 %: [36,3 %; 45,7 %]) в обізнаній групі і 68 % (СІ 95 %: [62,5 %; 73,5 %]) в необізнаній групі.

Аналіз відповідей здобувачів свідчить також про однаково високий рівень споживання солодких газованих напоїв, як в обізнаній групі здобувачів (68 %, СІ 95 %: [62,0 %; 74,0 %] - дівчата, 92 %, СІ 95 %: [88,5 %; 95,5 %] - юнаки), так і в групі здобувачів, яким не відомо, що зловживання цукру та солодких газованих напоїв є факторами ризику НІЗ (74 %, СІ 95 %: [68,5 %; 79,5 %] - дівчата, 93 %, СІ 95 %: [89,6 %; 96,4 %] - юнаки).

Споживання цукру та солодких газованих напоїв є однією з причин збільшення кількості людей, які страждають на ожиріння та цукровий діабет.

За рекомендацією ВООЗ у раціоні харчування з енергетичною цінністю 2200-2500 ккал на добу кількість цукру повинна становити 50 г. При цьому, для отримання додаткового позитивного ефекту для здоров'я, ВООЗ рекомендує знизити і цю кількість цукру. Потрібно враховувати, що велика частка цукру надходить до організму людини з солодкими напоями. Так, вміст цукру в літровій пляшці солодкого газованого напою становить 40 г (приблизно 10 чайних ложок).

В результаті проведених досліджень нами було виявлено в необізнаній групі здобувачів значний відсоток тих, які широко вживають у своєму харчуванні маргарини та спреди (44,4 %, СІ 95 %: [38,2 %; 50,6 %] - дівчата і 31 %, СІ 95 %: [26,0 %; 36,0 %] - юнаки). Однак і в обізнаній групі цей відсоток досить високий – по 25,8 % (СІ 95 %: [21,6 %; 30,0 %]) як у дівчат, так і у юнаків.

За даними ВООЗ споживання твердих жирів, особливо маргаринів і спредів, які містять значну частку транс-ізомерів жирних кислот (до 30-40 %), пов'язано з підвищенням ризику розвитку, перш за все, серцево-судинних, онкологічних захворювань та діабету.

На жаль, у студентської молоді рівень споживання найбільш корисних харчових продуктів - свіжих фруктів і овочів перебуває не на належному рівні. Половина здобувачів, яким не відомо, що нераціональне харчування є фактором ризику НІЗ, не споживають щоденно свіжі фрукти і овочі (51,8 %, СІ 95 %: [46,1 %; 57,5 %] - дівчата, 44 %, СІ 95 %: [39,0 %; 49,0 %] - юнаки). Навіть обізнані здобувачі тільки на чверть (дівчата (22,3 %, СІ 95 %: [18,0 %; 26,6 %]) і юнаки (25 %, СІ 95 %: [20,3 %; 29,7 %])) щодня вживають свіжі фрукти і овочі.

Слід зазначити той факт, що низький рівень споживання фруктів та овочів входить в десятку факторів ризику, які призводять до смерті.

За оцінками ВООЗ, низький рівень вживання овочів та фруктів є причиною 19 % випадків шлунково-кишкового раку, 31 % випадків ішемічної хвороби серця і 11 % випадків інсульту в світі. Біля 85 % глобального тягаря хвороб, які викликані низьким споживанням фруктів та овочів, припадає на серцево-судинні захворювання та 15 % – на онкозахворювання. При споживанні фруктів та овочів в достатній кількості в світі можливо потенційно врятувати до 1,7 млн життів щорічно.

Тому незважаючи на високий рівень обізнаності, частина студентської молоді не усвідомлює шкоду від зловживання солі та цукру, солодких газованих напоїв, маргаринів та спредів та недостатньої кількості щоденного вживання свіжих фруктів та овочів, що може спричинити збільшення ризику розвитку НІЗ.

5.3.2. Результати дослідження та аналіз особливостей харчової поведінки, обізнаності щодо якості харчування як фактора ризику розвитку НІЗ здобувачів педагогічної спеціальності

В останні роки зросла увага науковців та суспільства в цілому до проблем формування здорового способу життя, що пов'язано з неухильним погіршенням стану здоров'я різних верств населення, зокрема, студентської молоді. Питання долучення молоді до здорового способу життя особливо актуальне в ЗВО педагогічного спрямування.

Враховуючи педагогічний профіль освіти вкрай важливо, на наш погляд, сформувати орієнтацію майбутніх освітян на збереження та покращення власного здоров'я, а також здоров'я дітей та молоді. Важливим завданням, вирішення якого необхідне для розробки та втілення

ефективних, адекватних та сучасних здоров'язберігаючих заходів є вивчення обізнаності та усвідомлення здобувачами ролі різних чинників розвитку НІЗ в формуванні стану здоров'я.

При вивченні обізнаності здобувачів-майбутніх педагогів Сумського державного педагогічного університету (далі – СумДПУ) щодо основних факторів ризику розвитку НІЗ, а також їх поширеності нами отримано наступні дані.

На запитання анкети «Чи відомо Вам, що факторами ризику хронічних НІЗ є нераціональне харчування та зловживання солі і цукру?» 85,6 % респондентів відповіли, що їм відомо про такі фактори ризику (СІ 95 %: [80,9 %; 90,3 %]). Водночас 14,4 % здобувачів надали негативну відповідь або обрали інші фактори розвитку НІЗ (СІ 95 %: [9,7 %; 19,1 %]). (рисунок 5.4).

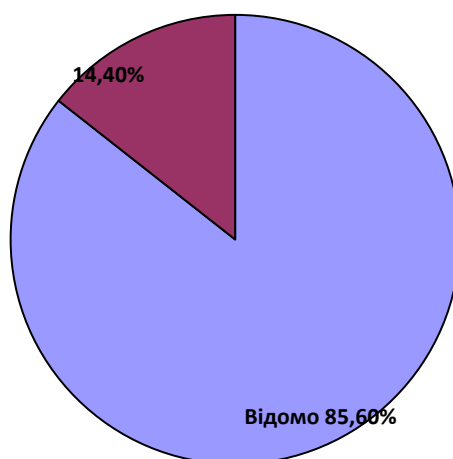


Рисунок 5.4. Аналіз обізнаності респондентів щодо впливу нераціонального харчування, як фактору ризику розвитку НІЗ, %

В ході подальших досліджень нами було встановлено частку осіб, які фактично щоденно споживають свіжі фрукти та овочі; а також тих, в раціоні яких постійно присутні солодкі газовані напої, що містять значну кількість

цукру; маргарини та спреди, що містять транс-ізомери жирних кислот. Результати аналізу представлено в таблицях 5.13, 5.14, 5.15.

Таблиця 5.13.

Розподіл відповідей на запитання щодо споживання деяких груп харчових продуктів, %

Запитання	Так	СІ (95 %)	Ні	СІ (95 %)	Іноді	СІ (95 %)
Свіжі фрукти та овочі	68,5	[62,3 %; 74,7 %]	31,5	[25,3 %; 37,7 %]		-
Солодкі газовані напої	45,4	[38,7 %; 52,1 %]	17,1	[12,0 %; 22,2 %]	37,5	[31,0 %; 44,0 %]
Маргарини та спреди	35,2	[28,8 %; 41,6 %]	64,8	[58,4 %; 71,2 %]		-

Результати наших досліджень показали, що 68,5 % опитаних, які надали відповідь, щодня вживають свіжі овочі та фрукти (СІ 95 %: [62,3 %; 74,7 %]), що безумовно є позитивним. При цьому близько третини опитаних (31,5 %, СІ 95 %: [25,3 %; 37,7 %]) зауважили, що не вживають свіжі овочі та фрукти щодня.

Солодкі газовані напої вживають 82,9 % респондентів, при цьому 45,4 % опитаних відповіли цілком ствердно (СІ 95 %: [38,7 %; 52,1 %]), 37,5 % споживають такі напої іноді (СІ 95 %: [31,0 %; 44,0 %]), та лише 17,1 % опитаних відповіли, що взагалі їх не вживають (СІ 95 %: [12,0 %; 22,2 %]).

Маргарини та спреди присутні в раціоні 35,2 % (СІ 95 %: [28,8 %; 41,6 %]), згідно отриманих даних, а майже дві третини – 64,8 % (СІ 95 %: [58,4 %; 71,2 %]) взагалі не їх споживають.

Що стосується вживання солі на добу, то 73,6 % з тих, що надали відповідь (96,3 % від опитаних), зазначили, що вживають щоденно не більше 5 г солі (СІ 95 %: [67,6 %; 79,6 %]). 25 % вказали, що споживають 25

г солі на добу (СІ 95 %: [19,1 %; 30,9 %]), і 1,4 % – більше 35 г солі на добу (СІ 95 %: [-0,2 %; 3,0 %]). (таблиця 5.14).

Таблиця 5.14.

Розподіл відповідей здобувачів, щодо кількості вживання солі

Розподіл споживання солі за добу, г	К-ть здобувачів, %	СІ (95 %)
5 г	73,6	[67,6 %; 79,6 %]
25 г	25	[19,1 %; 30,9 %]
35 г	0	[0,0 %; 0,0 %]
>35 г	1,4	[-0,2 %; 3,0 %]

Результати аналізу досліджень, показали, що 27,3 % від усіх здобувачів СумДПУ, що надали відповідь, вживають чай чи каву, додаючи до них 1 ложку цукру, 40,1% - 2 ложки, 9,5% - 3 ложки.

Таблиця 5.15.

Розподіл відповідей здобувачів, щодо кількості споживання цукру

Кількість ложок цукру вживають з гарячими напоями – чай чи кава	К-ть здобувачів, %	СІ (95 %)
1 ложка	27,3	[21,3 %; 33,3 %]
2 ложки	40,1	[33,5 %; 46,7 %]
3 ложки	9,5	[5,6 %; 13,4 %]
Інше	23,1	[17,4 %; 28,8 %]

Таким чином, можна констатувати, що значна кількість здобувачів СумДПУ зловживає сіллю, оскільки 26,4 % споживають 25 г і більше солі

(СІ 95 %: [20,9 %; 32,4 %]), а також цукром, оскільки 49,6 % додають до чаю чи кави дві та більше ложок цукру (СІ 95 %: [43,7 %; 55,5 %]). Крім того, 82,9 % здобувачів споживають солодкі газовані напої з великою кількістю цукру (СІ 95 %: [78,1 %; 87,7 %]), і 35,2 % використовують у своєму раціоні маргарини та спреди, що містять транс-ізомери жирних кислот (СІ 95 %: [28,8 %; 41,6 %]). При цьому 31,5 % опитаних не вживають щодня свіжі овочі та фрукти (СІ 95 %: [25,3 %; 37,7 %]).

Для визначення статевих розбіжностей, а також значимості обізнаності щодо впливу харчування як найважливішого із провідних факторів ризику розвитку НІЗ респонденти були розподілені на групи відповідно до отриманих відповідей.

Результати аналізу представлено на рисунках 5.5, 5.6.

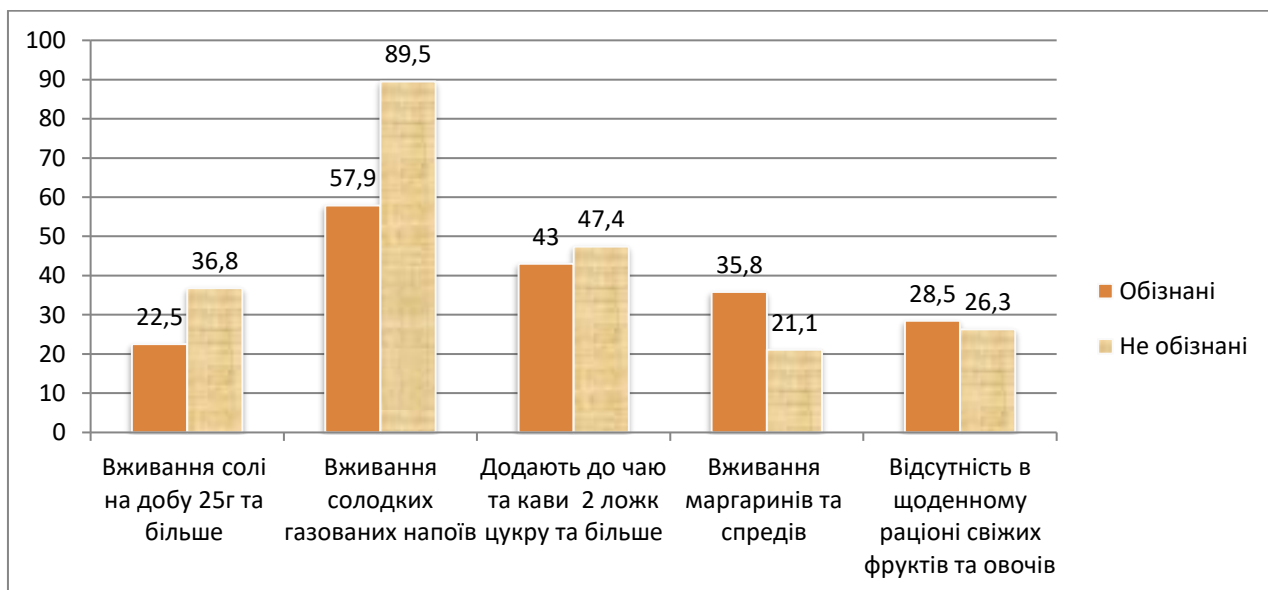


Рисунок 5.5. Розподіл відповідей дівчат, здобувачок СумДПУ на запитання в різних групах обізнаності, щодо нераціонального харчування, як фактору ризику розвитку НІЗ, %

Слід зазначити, що рівень обізнаності серед дівчат суттєво впливав на споживання солі та солодких газованих напоїв. Так, високе споживання солі спостерігалось серед обізнаних дівчат у 22,5 % (СІ 95 %: [16,9 %; 28,1 %]), а

серед необізнаних – у 36,8 % (СІ 95 %: [30,3 %; 43,3 %]). Вживання солодких газованих напоїв у групі обізнаних дівчат спостерігалось у 57,9 % (СІ 95 %: [51,3 %; 64,5 %]), а в групі необізнаних – у 89,5 % (СІ 95 %: [85,4 %; 93,6 %]).

Майже половина опитаних дівчат вживає значну кількість цукру, як в обізнаній групі (43 %, СІ 95 %: [36,4 %; 49,6 %]), так і в групі здобувачок (47,4 %, СІ 95 %: [40,7 %; 54,1 %]), яким не відомо, що нераціональне харчування є фактором ризику НІЗ.

Найбільше дівчат, які використовують у своїх раціонах маргарин та спреди, було виявлено серед обізнаної групи здобувачок СумДПУ – 35,8 % (СІ 95 %: [29,4 %; 42,2 %]), тоді як серед необізнаних цей показник становив 21,1 % (СІ 95 %: [15,6 %; 26,6 %]).

За даними анкетування, приблизно однакова кількість опитаних дівчат, які не споживають щодня свіжі фрукти та овочі, була виявлена як у групі обізнаних (28,5 %, СІ 95 %: [22,4 %; 34,6 %]), так і серед тих, яким не відомо, що нераціональне харчування є фактором ризику НІЗ (26,3 %, СІ 95 %: [20,4 %; 32,2 %]).

Що стосується юнаків, то обізнаність щодо факторів НІЗ переважно не впливала на частоту таких негативних чинників, як високе вживання солі, солодких газованих напоїв, маргаринів та спредів. Так, приблизно третина як обізнаних (29,4 %, СІ 95 %: [23,3 %; 35,5 %]), так і необізнаних юнаків (33,3 %, СІ 95 %: [27,0 %; 39,6 %]) споживають надмірну кількість солі. Переважна більшість – 79,4 % (СІ 95 %: [74,0 %; 84,8 %]) серед обізнаних та 83,3 % (СІ 95 %: [78,3 %; 88,3 %]) серед необізнаних – вживають солодкі газовані напої. У групі обізнаних юнаків частка тих, що споживають надмірну кількість цукру, становить 79,4 % (СІ 95 %: [74,0 %; 84,8 %]), а в групі необізнаних – 66,6 % (СІ 95 %: [60,3 %; 72,9 %]).

За даними опитування встановлено, що 41,2 % обізнаних юнаків включають до свого раціону маргарини та спреди (СІ 95 %: [34,6 %; 47,8

%), а серед необізнаних цей показник складає 33,3 % (СІ 95 %: [27,0 %; 39,6 %]).

Суттєва різниця між групами обізнаних та необізнаних юнаків спостерігається в питанні щодо споживання свіжих овочів та фруктів. Зокрема, в групі обізнаних частка тих, що не споживає овочі та фрукти складає 35,3 % (СІ 95 %: [28,9 %; 41,7 %]), а в групі необізнаних – 58,3 % (СІ 95 %: [51,7 %; 64,9 %]).

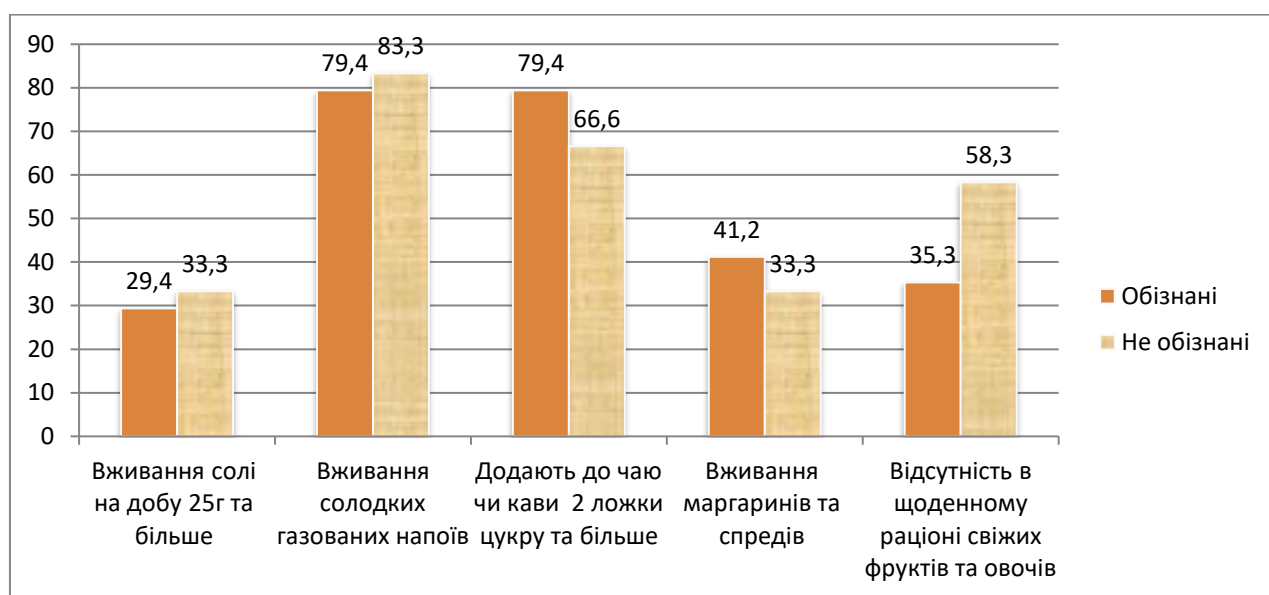


Рисунок 5.6. Розподіл відповідей юнаків, здобувачів СумДПУ на запитання в різних групах обізнаності, щодо нераціонального харчування, як фактору ризику розвитку НІЗ

Слід зауважити, що серед дівчат незалежно від рівня обізнаності, порівняно з юнаками частка тих, що споживає значну кількість цукру, суттєво менша (45,2 %, СІ 95 %: [38,5 %; 51,9 %]). Серед необізнаних юнаків, порівняно з дівчатами, суттєво більша частка тих, хто не споживає свіжі овочі та фрукти (58,3 %, СІ 95 %: [51,7 %; 64,9 %]), а серед обізнаних – тих, хто вживає солодкі газовані напої (79,4 %, СІ 95 %: [74,0 %; 84,8 %]).

Таким чином, за даними опитування встановлено, що переважна більшість здобувачів (85,6 %) із числа опитаних, обізнані, що одним з

факторів ризику розвитку НІЗ є нераціональне харчування. Але обізнаність не призводить до усвідомленості про небезпеку для здоров'я означеного фактора. Про це свідчать дані щодо споживання солі, цукру, солодких газованих напоїв та жирів, що містять транс-ізомери жирних кислот.

Так, із 85,6 % обізнаних здобувачів 22,5 % дівчат і 29,4 % юнаків споживають 25 грамів і більше солі на добу. Серед необізнаних здобувачів цей показник є дещо вищим та становить майже не відрізняється і становить 36,8 % і 33,3 % відповідно.

Результати проведених досліджень свідчать, що 43,0 % обізнаних та 47,3 % необізнаних дівчат, а також 79,4 % обізнаних юнаків (СІ 95 %: [74,0 %; 84,8 %]) і дві третини необізнаних – 66,6 % (СІ 95 %: [60,3 %; 72,9 %]) додають до чаю чи кави 2 і більше ложок цукру. Слід зазначити, що порівняно з дівчатами кількість юнаків, які надмірно споживають цукор, більша і становить 79,4 % в обізнаній групі і 66,6 % в необізнаній групі.

За даними проведеного дослідження встановлено, що частка обізнаних дівчат, яка споживає солодкі газовані напої, складає 57,9 % (СІ 95 %: [51,3 %; 64,5 %]), проте вона є значно меншою відповідного показника в групі необізнаних – 89,5 % (СІ 95 %: [85,4 %; 93,6 %]). Серед юнаків такої різниці не спостерігається – солодкі газовані напої споживають 79,4 % обізнаних (СІ 95 %: [74,0 %; 84,8 %]) та 83,3 % необізнаних юнаків (СІ 95 %: [78,3 %; 88,3 %]).

Аналіз відповідей здобувачів СумДПУ показав, що 35,8 % обізнаних дівчат (СІ 95 %: [29,4 %; 42,2 %]) та 41,2 % обізнаних юнаків (СІ 95 %: [34,6 %; 47,8 %]) споживають маргарини та спреди. В групах необізнаних дівчат та юнаків цей показник складав відповідно 21,1 % (СІ 95 %: [15,6 %; 26,6 %]) та 33,3 % (СІ 95 %: [27,0 %; 39,6 %]).

Відповідно до наданих відповідей на час опитування 28,5 % обізнаних і 26,3 % необізнаних дівчат та 35,3 % обізнаних (СІ 95 %: [28,9 %; 41,7 %]) і

58,3 % необізнаних юнаків (СІ 95 %: [51,7 %; 64,9 %]) зазначили, що не споживають свіжі овочі та фрукти щоденно.

Таким чином, високий рівень обізнаності респондентів не призводить до усвідомлення небезпеки споживання маргаринів та спредів, солодких газованих напоїв. Надмірних кількостей солі та цукру і відсутності щоденного вживання свіжих фруктів та овочів, що може спричинити підвищення ризику розвитку НІЗ.

Отже два блоки спостережень виконаних за різних умов проживання і харчування студентської молоді включаючи результати опитування що охоплюють як окремі регіони так і молодь що навчається в одному закладі і проживає в одному місці вивели нас на спільні результати. При чому однотипність відповідей характеризувалась не тільки спорідненими показниками якості, а ще й були близькі кількісно.

Виходячи із зазначеного, дозволяє нами дійти висновку, що отримані дані є репрезентативними для усіх популяцій молоді в Україні і відповідно до цього єдиною базою прийняття попереджувальних дій спрямованих на зміцнення здоров'я та запобігання ряду аліментарно-залежних форм неінфекційної патології.

5.3.3. Порівняльний аналіз особливостей харчової поведінки, обізнаності студентської молоді різних регіонів України щодо основних аліментарних факторів ризику розвитку НІЗ та ролі якості харчування

Сьогодні хронічні НІЗ є основними причинами смертності в Україні. Їх можна уникнути шляхом трансформації соціального, економічного та фізичного середовища, що визначає поведінку, пов'язану зі здоров'ям. Причини НІЗ добре відомі та можуть ефективно вирішуватися, як окремими особами, так і групами людей. Для цього вони повинні бути поінформовані

та вмотивовані вести здоровий спосіб життя для збереження свого здоров'я та запобігання розвитку хронічних НІЗ.

Тому, одним з важливих завдань підготовки здобувачів у ЗВО має бути формування в них культури здорового способу життя, засвоєння основних знань щодо чинників ризику розвитку хронічних НІЗ.

Порівняльний аналіз вивчення показників обізнаності та усвідомлення здобувачами вищих навчальних закладів з різним напрямом фахової підготовки дозволить визначити особливості уявлень здобувачів економічних і педагогічних спеціальностей щодо здорового способу життя, факторів ризику розвитку НІЗ та дозволить скоригувати, за необхідності, освітній процес відповідних ЗВО.

За даними порівняльного аналізу результатів анкетування, проведеного серед здобувачів КНТЕУ та СумДПУ визначено рівень обізнаності здобувачів щодо основних факторів розвитку НІЗ (рисунок. 5.7). Так, встановлено, що переважна більшість опитаних виявляє обізнаність щодо негативного впливу факторів розвитку НІЗ на стан здоров'я.

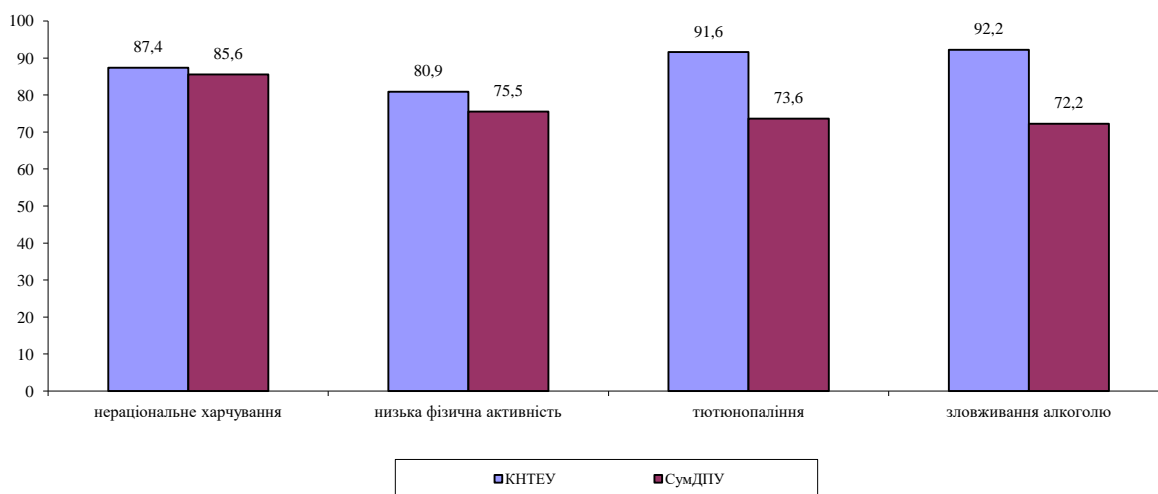


Рисунок 5.7 – Частка здобувачів, яким відомо про вплив основних факторів розвитку НІЗ, %

Негативний вплив нераціонального харчування є відомим для 87,4 % здобувачів КНТЕУ та 85,6 % здобувачів СумДПУ. Лише 12,6 % опитаних, які навчаються в КНТЕУ та 14,4 % здобувачів СумДПУ невідомо про такий фактор розвитку хронічних НІЗ.

Кількість обізнаних щодо негативного впливу на здоров'я низької фізичної активності серед опитаних здобувачів обох навчальних закладів також суттєво не відрізнялась. Так, 80,9 % здобувачів КНТЕУ та 75,5 % здобувачів СумДПУ обізнані щодо впливу даного фактору на здоров'я.

Показники ж обізнаності здобувачів КНТЕУ та СумДПУ щодо негативного впливу тютюнопаління і споживання алкоголю дещо відрізняються. Майже всі опитані здобувачі КНТЕУ при анкетуванні вказали, що їм відомо про такі фактори розвитку НІЗ, як тютюнопаління і споживання алкоголю (91,6 % та 92,2 % відповідно). Частка обізнаних здобувачів СумДПУ щодо тютюнопаління становила 73,6 %, споживання алкоголю – 72,2 %. Таким чином, більше чверті опитаних здобувачів СумДПУ є необізнаними з приводу негативного впливу тютюнопаління та споживання алкоголю на стан здоров'я (26,4 % та 27,8 % відповідно). Вищевикладені результати свідчать про досить високий рівень обізнаності студентської молоді щодо основних факторів розвитку НІЗ, зокрема, нераціонального харчування, низької фізичної активності, тютюнопаління, споживання алкоголю тощо. Однак той факт, що більше четверті здобувачам СумДПУ не відомо про ризик тютюнопаління та споживання алкоголю для здоров'я, безумовно свідчить про необхідність підвищення рівня просвітницької роботи серед даного контингенту, а також внесення питання про шкоду тютюнопаління та споживання алкоголю до відповідних навчальних програм СумДПУ.

Порівняння даних, отриманих в ході анкетування здобувачів, дозволило встановити наступні особливості харчування здобувачів вищих навчальних закладів.

Частка осіб, які споживають щоденно свіжі овочі та фрукти, серед опитаних здобувачів КНТЕУ складала 74,2 %, серед здобувачів СумДПУ – 68,5 % (таблиця 5.16). При цьому встановлено, що близько чверті респондентів, які навчаються в КНТЕУ (25,8 %) та близько третини здобувачів СумДПУ (31,5 %) взагалі не вживають свіжі овочі та фрукти кожного дня.

Таблиця 5.16.

Споживання фруктів та овочів здобувачами КНТЕУ та СумДПУ, %

Навчальний заклад	Відповіді здобувачів, %	
	Так	Ні
КНТЕУ	74,2	25,8
СумДПУ	68,5	31,5

Тобто, за даними анкетування, частка осіб, раціон харчування яких не включає щоденне споживання свіжих овочів та фруктів, виявилася вищою серед опитаних здобувачів СумДПУ.

Солодкі газовані напої споживають 75 % здобувачів КНТЕУ та 82,9 % здобувачів СумДПУ (таблиця 5.17). Порівнюючи отримані дані, слід зазначити, що частка осіб, які ствершливо відповіли на запитання щодо споживання солодких газованих напоїв серед здобувачів СумДПУ вища та перевищує аналогічну частку здобувачів КНТЕУ на 11,6 %.

Таблиця 5.17.

Споживання солодких газованих напоїв здобувачами КНТЕУ та СумДПУ, %

Навчальний заклад	Відповіді здобувачів, %		
	Так	Ні	Іноді
КНТЕУ	33,8	25,0	41,2
СумДПУ	45,4	17,1	37,5

При цьому більша частка осіб які споживають солодкі газовані напої серед здобувачів КНТЕУ зазначила, що споживають їх іноді, періодично (41,2 %), в той час як серед здобувачів СумДПУ більшість споживає солодкі газовані напої постійно (45,4 %).

Вивчення показників споживання здобувачами маргаринів та спредів, які містять трансізомери жирних кислот, дозволило виявити наступне.

Переважає більшість опитаних здобувачів обох навчальних закладів під час анкетування зазначила, що не використовує в своєму харчуванні маргарини та спреди (таблиця 5.18). Проте частка здобувачів, які ствердливо відповіли на запитання щодо споживання даних продуктів склала в КНТЕУ 35,2 % від усіх опитаних, в СумДПУ – 26,5 %.

Таблиця 5.18.

Споживання маргаринів та спредів здобувачами КНТЕУ та СумДПУ, %

Навчальний заклад	Відповіді здобувачів, %	
	Так	Ні
КНТЕУ	35,2	64,8
СумДПУ	26,5	73,5

Таким чином, частка осіб, в раціоні яких постійно присутні продукти, що містять трансізомери жирних кислот вища серед опитаних здобувачів КНТЕУ та перевищує аналогічний показник серед здобувачів СумДПУ на 8,7 %.

Таблиця 5.19.

Розподіл відповідей здобувачів, щодо кількості вживання солі здобувачами КНТЕУ та СумДПУ, %

Розподіл споживання солі за добу, г	К-ть здобувачів КНТЕУ, %	К-ть здобувачів СумДПУ, %

5	70,5	73,6
25	24,8	25
35	3,5	0
>35	1,2	1,4

Порівнюючи дані щодо споживання солі здобувачами вищих навчальних закладів встановлено, що відносна кількість здобувачів, які споживають сіль на рівні 5 та 25 г на добу в обох навчальних закладах суттєво не відрізняється та становить 70,5 % та 24,8 % серед здобувачів КНТЕУ і 73,6 % та 25,0 % серед здобувачів СумДПУ (таблиця 5.19). Проте серед здобувачів КНТЕУ є незначна частка осіб, які споживають сіль на рівні 35 г (3,5 %), яка серед здобувачів СумДПУ відсутня. Відносна кількість осіб, які споживають сіль в кількості вище 35 г на добу серед здобувачів обох вищих навчальних закладів незначна та суттєво не відрізняється.

Таблиця 5.20.

Розподіл відповідей здобувачів, щодо кількості споживання цукру здобувачами КНТЕУ та СумДПУ, %

Кількість ложок цукру вживають з гарячими напоями – чай чи кава	Рівень споживання здобувачами	
	КНТЕУ, %	СумДПУ, %
1 ложка	19,8	27,3
2 ложка	33,3	40,1
3 ложки	7,8	9,5
Без цукру	39,1	23,1

Споживання цукру оцінювалось за кількістю, який здобувачі додають до гарячих напоїв - чаю або кави (таблиця 5.20). Порівнюючи отримані дані, слід зазначити, що рівень споживання цукру серед здобувачів СумДПУ дещо вищий порівняно зі здобувачами КНТЕУ. Так, частка здобувачів які

споживають цукор, додаючи його до гарячих напоїв серед опитаних здобувачів СумДПУ складає 76,9 %, що на 16, 0 % аналогічного показника серед здобувачів КНТЕУ (60,9 %) менше.

Також нами було проведено вивчення отриманих даних з врахуванням обізнаності та статі опитаних здобувачів (таблиця 5.21, 5.22).

Таблиця 5.21.

Розподіл відповідей дівчат на запитання в різних групах обізнаності, щодо нерационального харчування, як фактору ризику розвитку НІЗ, %

№ з/п	Питання, що вивчалось	Здобувачі КНТЕУ		Здобувачі СумДПУ	
		Обізнані	Не обізнані	Обізнані	Не обізнані
1.	Вживання солі на добу 25г та більше	25,8	29,6	22,5	36,8
2.	Вживання солодких газованих напоїв	68	74	57,9	89,5
3.	Додають до чаю та кави 2 ложк цукру та більше	29	29,6	43	47,4
4.	Вживання маргаринів та спредів	25,8	44,4	35,8	21,1
5.	Відсутність в щоденному раціоні свіжих фруктів та овочів	22,3	51,8	28,5	26,3

За кількістю ложок цукру, що додаються до чаю або кави, частка здобувачів СумДПУ, яка додає до гарячих напоїв 1 ложку цукру, перевищує відповідний показник серед здобувачів КНТЕУ на 7,5 %, 2 ложки – на 6,8 %, 3 ложки – на 1,7 %.

При розподілі отриманих даних встановлено, що порівняно з дівчатами, які навчаються в КНТЕУ, здобувачки СумДПУ суттєво більше споживають надмірні кількості цукру (таблиця 3.3.6). Так, споживання цукру в надмірній кількості дівчатами СумДПУ (45,2 %) перевищує

аналогічний показник серед дівчат-здобувачок КНТЕУ (29,3 %) більше ніж в 1,5 рази.

Таблиця 5.22.

Розподіл відповідей юнаків на запитання в різних групах обізнаності, щодо нерационального харчування, як фактору ризику розвитку НІЗ

№ з/п	Питання, що вивчалось	Здобувачі КНТЕУ		Здобувачі СумДПУ	
		Обізнані	Не обізнані	Обізнані	Не обізнані
1.	Вживання солі на добу 25г та більше	31,5	37,5	29,4	33,3
2.	Вживання солодких газованих напоїв	92	93	79,4	83,3
3.	Додають до чаю та кави 2 ложк цукру та більше	41	68	79,4	66,6
4.	Вживання маргаринів та спредів	25,8	31	41,2	33,3
5.	Відсутність в щоденному раціоні свіжих фруктів та овочів	25	44	35,3	58,3

При оцінці отриманих даних з врахуванням обізнаності серед юнаків слід зазначити, що порівняно з хлопцями-здобувачами КНТЕУ, здобувачі СумДПУ менше споживають солодких газованих напоїв, а також серед них суттєво більша (в 1,4 рази) частка осіб, які не споживають щоденно свіжі овочі та фрукти.

Нами встановлено, що в навчальному процесі цих ЗВО є дисципліни, які містять елементи знань щодо здорового способу життя. Незважаючи на те, що КНТЕУ викладають такі дисципліни як «Гігієна та санітарія», «Оздоровче харчування», «Технологія спеціальних харчових продуктів». А СумДПУ є: «Кафедра здоров'я, фізичної терапії, реабілітації», «Кафедра медико-біологічних основ фізичної культури» є дисципліни, які містять елементи знань щодо здорового способу життя.

Однак, існують відмінності у викладанні цих дисциплін. Якщо в КНТЕУ більше уваги приділяється здоровому харчуванню як фактору ризику розвитку захворювань, то в СумПУ увага приділяється більше фізичному розвитку як фактору здорового способу життя. Тому, на наш погляд, суттєво різняться соціологічні показники двох ЗВО щодо поведінкових факторів ризику відносно паління та вживання алкогольних напоїв.

Більшість ЗВО, навчальний профіль яких не стосується здоров'я людини, взагалі не включають до навчального плану подібні програми або знання в них відображаються частково та однобоко, відповідно до вимог певної професії. Наслідком такого процесу є абсолютна або часткова непоінформованість значної кількості здобувачів щодо здорового способу життя та ризику розвитку НІЗ.

Тому, одним з важливих завдань підготовки здобувачів у ЗВО має бути формування в них культури здорового способу життя, засвоєння основних знань щодо чинників ризику розвитку хронічних НІЗ.

Висновки до розділу

1. Встановлено, що діти та молодь мають високий рівень обізнаності про важливість здорового харчування, проте це не завжди позначається на поведінці. Зокрема, 82,28% вважають, що харчування впливає на

здоров'я, але лише 47,46% підлітків дотримуються принципів здорового харчування.

2. Харчування дітей та молоді поза школою демонструє досить різноманітне, однак 25,15% підлітків не включають свіжі овочі та фрукти до свого раціону. Перекуси часто складаються з продуктів із високим вмістом вуглеводів, жирів та цукру. Зокрема, 56,93% підлітків регулярно перекушують перед комп'ютером, що може негативно впливати на їх здоров'я.
3. Популярність шкільного харчування значно знижується з віком. Лише 27,81% дітей та молоді задоволені шкільною їжею, тоді як 45,97% не подобається їжа в шкільній їдальні. Це пов'язано з економічними чинниками, незвичністю страв та відсутністю моди на шкільне харчування.
4. Студентська молодь демонструє високу обізнаність, проте недостатнє усвідомлення щодо впливу деяких факторів харчування на здоров'я. Наприклад, 29,5% студентів КНТЕУ та 26,4% студентів СумДПУ споживають надмірну кількість солі, а солодкі газовані напої вживають 75,0% і 82,9% відповідно. Такі звички потребують корекції через освітні заходи, спрямовані на усвідомлення ризиків неправильного харчування для здоров'я.

Матеріали даного розділу, відображені у наступних публікаціях [276–284]

Розділ 6. ВИВЧЕННЯ ТА ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ В УМОВАХ СТРЕСУ, ОБУМОВЛЕНОГО ВІЙСЬКОВИМИ ДІЯМИ

Дані зарубіжних досліджень [345, 346] свідчать, що порушення харчової поведінки, пов'язані зі стресом сприяють виникненню та закріпленню психологічних проблем відношення до їжі та/або окремих продуктів харчування, і можуть бути фактором порушення психічного і фізичного розвитку та здоров'я. Дослідженнями [347] відмічено взаємозв'язок між порушеннями харчової поведінки та депресивними розладами, порушенням сну, метаболічним синдромом тощо. До віддалених наслідків порушень харчової поведінки внаслідок стресу в дитячому віці відносять підвищений ризик розвитку всього спектру хронічних НІЗ, психічних розладів, імунної патології, шкідливих звичок.

Ми вивчали розлади харчової поведінки дітей та молоді у віці від 5 до 17 років, що охоплює як дошкільний, так і шкільний вік обов'язкової підготовки. Дані вікові категорії були обрані через можливість застосування корекційних та профілактичних заходів на основі наших досліджень. Це обумовлено тим, що діти та молодь в такому віці є найбільш організованими групами, серед яких можна найбільш об'єктивно оцінювати ефекти впровадження корекційних та профілактичних заходів.

Для отримання інформації щодо місцеперебування дитини відносно воєнних дій, як основного фактору впливу на харчову поведінку дітей та молоді та джерела стресових чинників, в анкету були внесені запитання щодо характеристики місцеперебування: або на окупованих територіях, або в безпосередній близькості від бойових дій, чи на мирній території, або відносяться до внутрішньо переміщених осіб (далі – ВПО) або виїхали за кордон. Батьки мали змогу зазначити всі варіанти перебування та переміщення дитини за час воєнного стану. Відповідно до чого отримані

комбінації відповідей з подальшим статистичним аналізом згруповано в 5 (V1 -V5) групи характеристик місцеперебування дитини, які виступили основними змінними в цьому дослідженні за період 2022-2023 рр.

До уваги взято характеристики з поширеністю понад 1% в досліджуваній групі (таблиця 6.1). До групи V5 увійшли анкети, в яких респонденти зазначили, що дитина не перебувала в запропонованих в дослідженні умовах. Через малу виборку (n=42) та неможливість встановити статистичний зв'язок між перебуванням дитини та виявленими порушеннями харчової поведінки з урахуванням зазначеного група V5 була виключена із подальшого розгляду.

Таблиця 6.1.

Характеристика місцеперебування дитини відносно територій України під час воєнного стану

№ з/п	Варіант місцеперебування		n=4854
	V1	Перебування дитини виключно на мирних територіях	n=3988
	V2	Внутрішнє переселення або виїзд за кордон без перебування дитини на окупованих територіях або в безпосередній близькості від бойових дій	n=435
	V3	Перебування дитини на окупованих територіях або в безпосередній близькості від бойових дій	n=178
	V4	Перебування дитини на окупованих територіях або в безпосередній близькості від бойових дій та наступне внутрішнє переміщення або виїзд за кордон	n=211
	V5	Інше	n=42

Відносно перебування дитини відповіді опитаних батьків розподілились наступним чином: знаходились в безпосередній близькості від бойових дій – 16,7 %, знаходились в місцях, де відчувались вибухи, обстріли, тривога – 63,30 %, перебували на мирній території – 20,0% (рисунок 6.1).



Рисунок 6.1. Місцеперебування дитини під час активних бойових дій (за відповідями батьків), %

Слід зазначити, що психологічний та емоційний стан дітей та молоді, батьки яких відповідали на запитання також суттєво залежав від місця перебування дитини.

Таблиця 6.2.

Короткочасні загальні психологічні прояви стресу у дітей та молоді залежно місцеперебування (терміном до 1 місяця), %

Прояви стресу	Варіант місцеперебування				
	V1	V2	V3	V4	V5
Порушення емоційного стану	32,24	41,30	34,67	22,74	16,33
Порушення сну	30,60	29,13	26,22	16,26	16,33
Порушення пам'яті та уваги	23,50	20,87	20,72	14,65	14,29
Порушення спілкування	12,57	18,26	13,95	7,07	6,12
Порушення фізичного стану	23,50	20,87	16,49	13,78	12,24
Нав'язливі рухи чи дії	15,85	18,70	15,43	11,91	6,12
Інше	17,49	25,22	12,47	8,51	6,12

Таблиця 6.3.

Тривалі загальні психологічні прояви стресу у дітей та молоді залежно місцеперебування (терміном більше 1 місяця)

Прояви стресу	Варіант місцеперебування				
	V1	V2	V3	V4	V5
Порушення емоційного стану	23,50	33,04	16,07	8,82	8,16
Порушення сну	10,93	22,17	9,51	4,89	2,04
Порушення пам'яті та уваги	14,75	20,87	12,90	7,56	6,12
Порушення спілкування	4,92	15,65	9,09	3,26	0,00
Порушення фізичного стану	10,38	10,00	6,34	4,49	8,16
Нав'язливі рухи чи дії	18,03	25,22	19,45	10,02	14,29
Інше.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

За відповідями батьків, чи відчували вони труднощі з забезпеченням продуктами харчування. Майже 70,0 % постійно чи періодично відчують

нестачу продуктів, що позначалось на раціоні харчування дитини (рисунок 6.2).

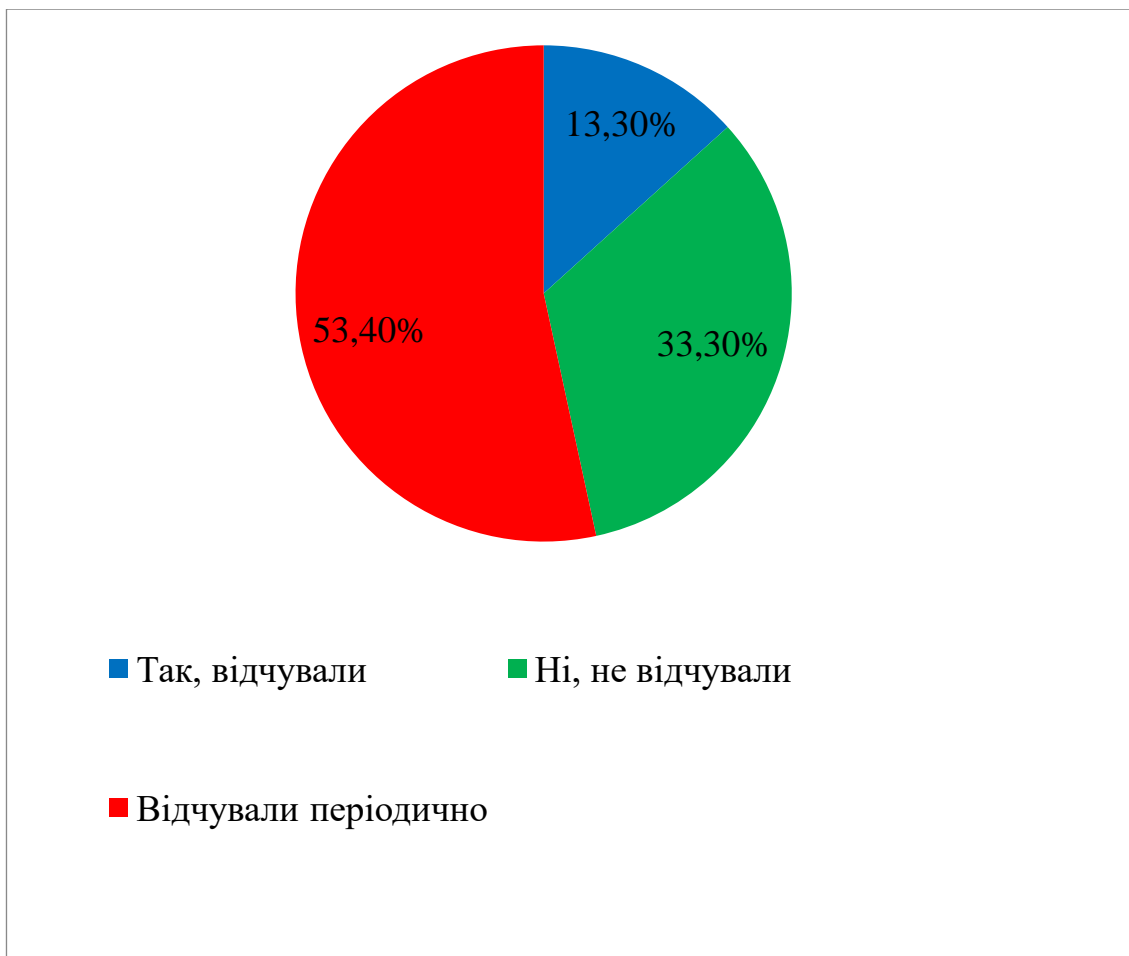


Рисунок 6.2. Частка родин, які відчували труднощі із забезпеченням продуктами під час активних бойових дій, %

Загальні прояви стресу у дітей та молоді внаслідок військових подій найчастіше включають в себе: порушення емоційного стану – в 40,0% дітей та молоді, нав'язливі рухи, порушення сну, швидку втомлюваність, фізичні скарги, не пов'язані з фізичним станом чи хворобою, а також загрозливі чи неприємні спогади (рисунок 6.3).



Рисунок 6.3 - Загальні прояви стресу, що виникли у дітей та молоді саме як наслідок воєнних подій, %

Важливим питанням є тривалість стресових поведінкових розладів, оскільки, за даними досліджень, їх закріплення свідчить про серйозну травматизацію психіки дитини, що впливає на розвиток особистості та може бути основою подальшого формування психічних розладів,

посттравматичного синдрому. За даними батьків стресові зміни в поведінці набувають тривалого характеру майже у половини дітей та молоді, що безперечно потребує уваги та в подальшому проведення реабілітаційних та корекційних заходів (рисунок 6.4).

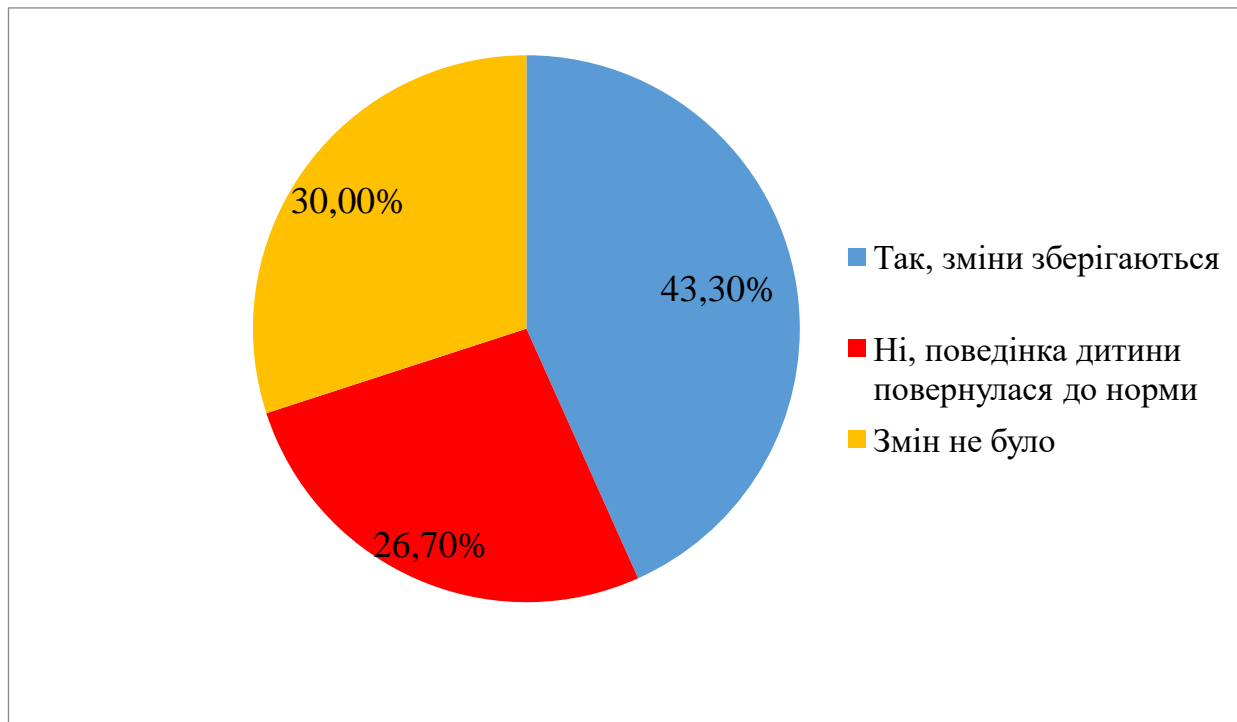


Рисунок 6.4 - Тривалість загальних проявів стресу серед дітей та молоді за впливу суспільних змін під час військових дій, %

На рисунку 6.5 представлено розподіл відповідей батьків щодо наявних розладів харчування, обумовлених стресом під час воєнного стану. У третини дітей та молоді, батьки яких наразі відповіли на запитання анкети спостерігається примхливість в їжі, майже в кожній четвертій дитині – безпідставний раптовий прояв пристрасті до певних продуктів – в пріоритеті солодощі, піца та соуси, звуження асортименту звичних продуктів, що входять до раціону за рахунок зміни уподобань дитини. Нами визначено негативні зміни режиму харчування дітей та молоді як реакцією на стрес внаслідок воєнного стану. Якщо в звичайний мирний час кількість основних прийомів їжі складала 3-4 рази на добу, то внаслідок стресу режим

харчування змінився. Кожна п'ята дитина, це 20,0% систематично відмовляється від харчування, а 7,0 % дітей та молоді навпаки, потребують додаткових прийомів їжі.



Рисунок 6.5 - Розлади харчування, обумовлені стресом, %

Перші результати нашого дослідження свідчать, що третина дітей та молоді втратила вагу внаслідок дії стресу під час воєнного стану і 13,0% дітей набрали зайву вагу. За даними аналізу анкет щодо тривалості порушень харчової поведінки нами встановлено, що близько третини батьків зауважили нормалізацію у режимі харчування дитини. Проте приблизно в такої ж кількості – порушення харчової поведінки виявляються стійкими і в подальшому можуть бути основою причиною ризику розвитку порушень психофізіологічного стану дитини (рисунок 6.6).



Рисунок 6.6.Тривалість розладів харчування серед дітей та молоді різних вікових груп, обумовлених стресом внаслідок воєнних дій %

Поширеність порушень харчової поведінки серед дітей та молоді, внаслідок стресу, є серйозною проблемою, яка набуває особливого значення в умовах триваючого воєнного стану. Ця проблема стає значущою через

складні умови, які впливають на психічне та фізичне здоров'я дітей та молоді. Для оцінки харчової поведінки нами обрано ряд порушень, які відображають зміни харчування у відповідь на стрес внаслідок воєнних дій. Отримані нами результати свідчать про суттєвий вплив воєнних дій в Україні як стресового фактору на харчову поведінку дітей та молоді. В цілому, про наявність хоча б одного порушення повідомляло 63,16% батьків. Батьки зауважили, що значна частка зафіксованих порушень з часом зникала, що відповідає уявленням про адаптацію дитини до стресу. Загалом, на протязі місяця, зникало більше половини (53,85 %) виявлених порушень харчової поведінки. Частіше носили короткочасний характер зміни апетиту, затримка насичення під час їжі, сомато-вегетативні прояви тощо. Поява короткочасних розладів харчової поведінки під час стресу або одразу після нього може свідчити про емоційне переживання дитиною певних подій та викликати відповідні психологічні та фізичні прояви, які описуються як реакція організму на стрес. Вивчення короткочасних порушень харчової поведінки у дітей та молоді внаслідок стресу обумовленого воєнними діями в країні має велике значення для налагодження ефективних програм та заходів ранньої підтримки дітей, які пережили стрес внаслідок воєнних дій (таблиця 6.4).

Таблиця 6.4.

Короткочасні порушення харчової поведінки (до 1 місяця) залежно від місцеперебування дитини, (%)

№ з/п	Характеристика порушення харчової поведінки	Варіант місцеперебування (n=4812)				Загалом (n=4854)
		V1	V2	V3	V4	
	Відсутність або зниження апетиту	16,20	19,31	17,49	19,91	16,65

Швидке насичення	10,36	12,41	10,93	16,59	10,84
Насичення затримується	5,57	8,51	8,20	12,32	6,18
Звуження переліку продуктів	9,68	12,64	15,85	14,22	10,40
Підвищення апетиту	6,75	11,72	12,02	13,27	7,70
Примхливість в їжі	17,15	15,86	15,30	13,27	16,71
Нерозбірливість в їжі	4,81	2,30	4,37	4,27	4,51
Неїстівні речі	0,73	0,92	2,19	0,95	0,82
Відраза	12,59	14,48	15,30	14,22	12,92
Незвична пристрасть	16,70	15,86	15,85	18,48	16,63
Відмова від їжі в звичайний час	11,71	14,94	13,11	11,37	12,03
Бажання споживати її в незвичний час	8,65	9,20	8,20	9,48	8,76
Бажання постійно щось жувати, зросла частота перекусів	7,90	8,74	10,93	16,11	8,43
Сомато-вегетативні прояви	4,64	6,21	6,56	4,27	4,86

Але з точки зору громадського здоров'я більшого значення набувають порушення харчової поведінки, які зберігаються тривалий час і можуть в подальшому дорослому житті формувати негативні харчові звички та бути провісниками розвитку хронічних НІЗ аліментарного генезу(таблиця 6.5). До таких хвороб, зокрема, можна віднести надлишкову масу тіла та ожиріння, серцево-судинні, онкологічні захворювання, цукровий діабет тощо. В проведеному дослідженні встановлено, що харчові порушення у дітей та молоді внаслідок стресу, обумовленого воєнними діями набували тривалого характеру майже у половині випадків. Частіше тривалий характер мають порушення відношення до їжі (відраза або пристрасть), примхливість

тощо. Також, нами зафіксована тривала зміна відношення дітей та молоді шкільного віку до певних харчових продуктів (рисунок 6.7, 6.8).

Таблиця 6.5.

Тривалі порушення (більше 1 місяця) харчової поведінки залежно від місцеперебування дитини, (%)

№ з/п	Характеристика порушення харчової поведінки	Варіант місцеперебування (n=4812)				Загалом (n=4854)
		V1	V2	V3	V4	
1.	Відсутність або зниження апетиту	7,15	8,28	11,48	11,37	7,56
2.	Швидке насичення	6,70	11,26	13,11	17,54	7,89
3.	Насичення затримується	2,78	4,37	4,37	5,69	3,15
4.	Звуження переліку продуктів	7,95	10,34	10,93	18,96	8,74
5.	Підвищення апетиту	3,41	6,21	8,20	11,85	4,22
6.	Примхливість в їжі	18,53	24,83	28,96	31,28	20,05
7.	Нерозбірливість в їжі	3,66	3,22	2,73	5,69	3,71
8.	Неїстівні речі	0,60	1,84	2,19	0,00	0,74
9.	Відраза	15,17	19,08	17,49	20,38	15,80
10.	Незвична пристрасть	20,19	28,05	30,60	30,33	21,78
11.	Відмова від їжі в звичайний час	7,10	8,28	10,93	13,74	7,60
12.	Бажання споживати її в незвичний час	6,47	8,05	7,10	16,59	7,07
13.	Бажання постійно щось жувати, зросла частота перекусів	5,89	10,57	12,02	18,48	7,13
14.	Сомато-вегетативні прояви	2,01	3,45	4,92	4,27	2,35

Відразу до деяких продуктів харчування виникла у 15,16 % дітей та молоді з досліджуваної групи, незвичне вподобання якогось продукту (пристрасть) – у 13,89 %. Цікаво зазначити, що відразу найбільше виникала до «звичайних» продуктів раціону - фруктів, овочів, злаків, бобових, м'яса, а от більше половини «вподобань» (51,63%) відносилось до солодошів, меду, цукру та солодких напоїв.

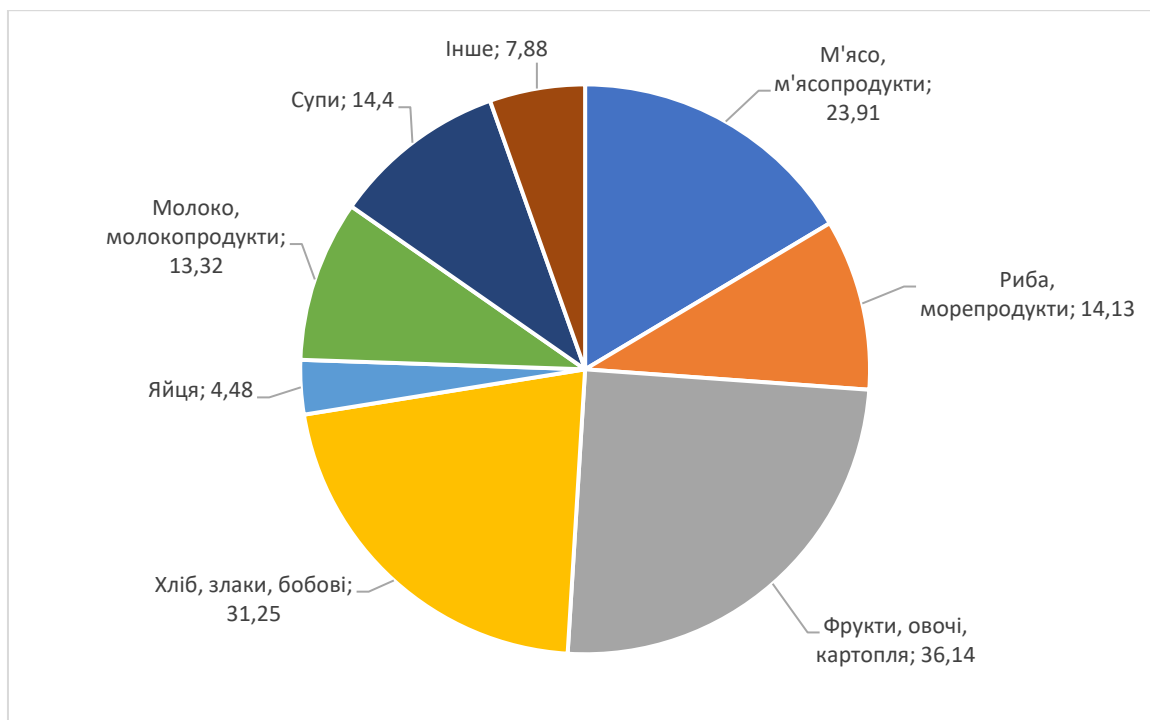


Рисунок 6.7.Зміна відношення дітей та молоді шкільного віку до харчових продуктів у період воєнних дій – формування відрази до певного продукту (15,16 % в загальній досліджуваній групі, n=4854)

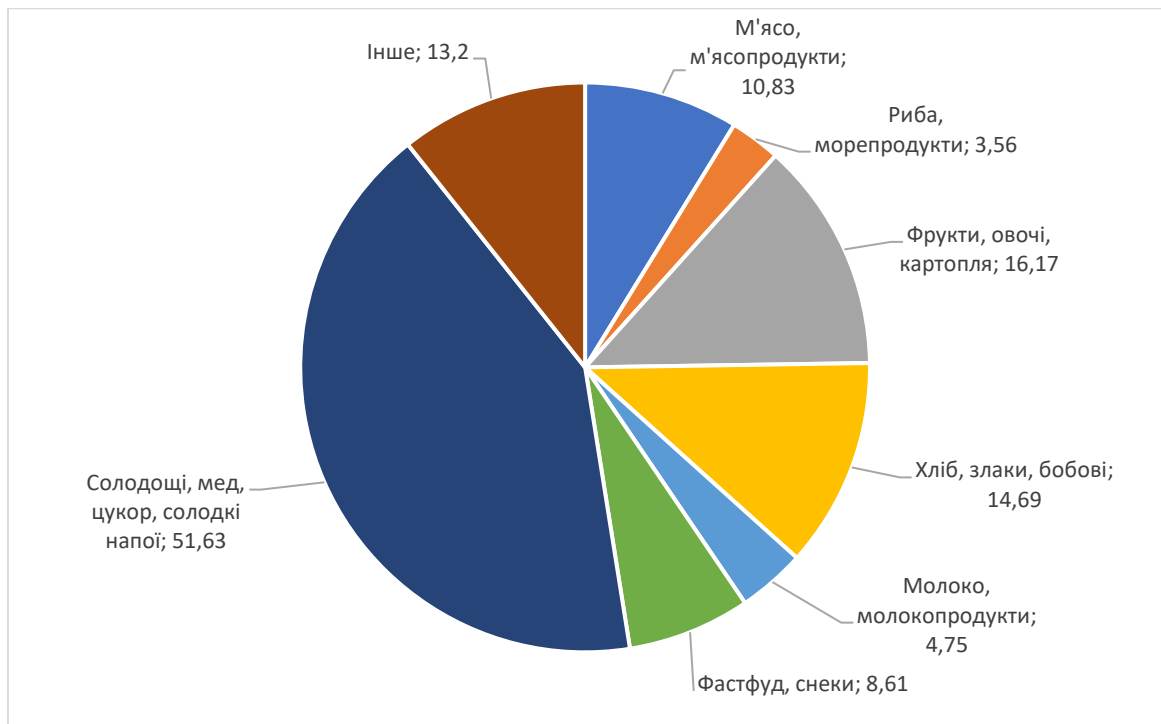


Рисунок 6.8.Зміна відношення дітей та молоді шкільного віку до харчових продуктів у військовий період – формування пристрасті до певного продукту (13,89 % в загальній досліджуваній групі, n=4854)

Одним з найбільш ранніх та явних наслідків порушення харчування дітей та молоді внаслідок війни є зміна статури дитини, не пов'язана з віковими процесами росту та розвитку організму. За результатами нашої роботи в загальній досліджуваній групі такі зміни зафіксовані від 18,67% до 34,6% дітей та молоді, в залежності від місцеперебування (таблиця 6.6).

Зміна статури дитини, не пов'язана з віковими процесами росту та розвитку організму, може бути серйозним наслідком порушення харчування дітей та молоді та бути обумовленою не лише порушенням харчової поведінки, а різними аспектами доступності харчування. За даними наших досліджень щодо думки батьків по питанню порушень харчової поведінки у їх дітей, які призвели до змін статури дитини встановлено наступне: зміна статури дитини обумовлена недоступністю харчування (нестачею їжі, відсутністю звичних харчових продуктів або харчування) – 24,20 %, зміною

апетиту – 26,36 %, іншими змінами харчової поведінки – 31,02 %, іншими причинами – 18,43 %.

Таблиця 6.6.

Зміни статури дитини залежно від місцеперебування та в загальній досліджуваній групі, (%)

№ з/п	Зміна статури	Варіант місцеперебування, (n=4812)				Загалом (n=4854)
		V1	V2	V3	V4	
	Дитина схудла	7,47	12,87	14,75	17,06	8,63
	Дитина погладшала	9,20	14,48	11,48	17,54	10,09
	Змін немає	79,69	69,43	67,76	59,24	77,60
	Не знаю	3,64	3,22	3,28	6,16	3,67

Таким чином, на переконання батьків, зміни статури дитини, здебільшого обумовлені саме зміною апетиту та іншими порушеннями харчової поведінки, що виникали внаслідок впливу воєнних дій.

При проведенні дослідження ми притримувались припущення, що всі діти та молодь, незалежно від місця перебування підпадали під дію стресу. Проте, інтенсивність і характер стресового впливу в різних групах суттєво відрізнялись. Основними стресовими чинниками, пов'язаними з місцеперебуванням дитини відносно воєнних дій були: перебування на окупованій території або в безпосередній близькості до бойових дій та внутрішнє переміщення або виїзд за кордон. Стресовими впливами в цих випадках були переважно гострі травмуючі події: епізоди насильства, смерті, свідками або навіть жертвами яких могли бути діти, розлука з близькими, вимушений переїзд тощо. Діти та молодь, які постійно перебували на мирній території, також відчували високі рівні стресового впливу, але це був в першу чергу, хронічний стрес, пов'язаний з

інформаційним тиском, переживанням за рідних та близьких, страх перед можливими ракетними ударами та повітряними тривогами тощо. Визначені особливості місцеперебування дитини було проранжовано за інтенсивністю стресового впливу. Наступний розрахунок з визначенням достовірності за допомогою коефіцієнту Спірмена (r_s) та χ^2 -квдрату Пірсона (χ^2) дозволив встановити статистично значущий зв'язок між місцеперебуванням дитини та частотою і тривалістю більшості досліджуваних порушень харчової поведінки. (таблиця 6.7). Відсутність такого зв'язку спостерігалась за аналізу порушень харчової поведінки, які з близькою частотою виявлялись в усіх групах дітей та молоді з різними особливостями перебування: відсутність або зниження апетиту, швидке насичення, відраза або пристрась до їжі взагалі, бажання споживати їжу в незвичний час з порушенням режиму. Споживання неїстівних речей (крейди, землі тощо) як реакція на стрес, навпаки, реєструвалось достатньо рідко та не залежала від умов перебування дитини відносно воєнних подій.

Таблиця 6.7.

Зв'язок між місцеперебуванням дитини відносно бойових дій і поширеністю та тривалістю порушень харчової поведінки

№ з/п	Характеристика порушення харчової поведінки	критерій	значення	Достовірність (p)
	Насичення затримується	χ^2	14,273	0,027
	Звуження переліку продуктів	χ^2	20,928	0,002
	Підвищення апетиту	χ^2	27,622	<0,001
	Примхливість в їжі	rS	0,026	0,074
	Нерозбірливість в їжі	χ^2	18,023	0,006
	Відмова від їжі в звичайний час	χ^2	14,877	0,021
	Бажання постійно щось	χ^2	14,474	0,025

	жувати, зросла частота перекусів			
	Сомато-вегетативні прояви	χ^2	11,007	0,088
	Інші порушення харчової поведінки	χ^2	14,833	0,002
	Відраза до певного продукту	χ^2	7,869	0,049
	Пристрасть до певного продукту	χ^2	6,921	0,074
	Зміна статури дитини за час війни	χ^2	17,818	0,037

Таким чином, нами встановлено, що порушення харчової поведінки дітей та молоді є широко розповсюдженою реакцією на стрес, обумовлений воєнними діями. Отримані дані є важливими для розуміння того, як стрес обумовлений воєнними діями, впливає на харчову поведінку дітей та молоді та які фактори можуть призводити до порушення харчування. Для більшості визначених порушень харчової поведінки встановлено статистично значущий зв'язок (таблиця 6.7) з місцеперебуванням дитини відносно воєнних дій. Тривалість порушень харчової поведінки є ключовою для розуміння їх ролі в формуванні ризику розвитку хронічних НІЗ в подальшому житті та плануванні заходів громадського здоров'я. Більшість зафіксованих в нашому дослідженні порушень були короткочасними та обумовленими гострою реакцією дитини на стрес. Їх вивчення є основою для подальшого налагодження ефективних програм та заходів ранньої підтримки дітей та молоді, які пережили стрес, обумовлений воєнними діями.

хронічних НІЗ аліментарного генезу. Це підкреслює важливість врахування поширення та особливостей порушень харчової поведінки,

спричинених військовими подіями, при плануванні заходів профілактики хронічних НІЗ в довгостроковій перспективі.

Таким чином, попередні результати дослідження свідчать про наявність суттєвої проблеми порушень харчової поведінки у дітей та молоді внаслідок стресу, обумовленого воєнними подіями. В значної частини дітей та молоді ці порушення набувають постійного характеру та можуть бути прогностичним чинником низки патологічних станів та хвороб, зокрема, хронічних НІЗ. Отримані дані можуть використовуватись при створенні матеріалів для інформування медичних фахівців, психологів, вчителів та сімей про важливість надання підтримки дітям та молоді, які пережили стрес, обумовлений воєнними діями. Забезпечення належної підтримки, включаючи профілактику та корекцію порушень харчової поведінки, може допомогти зменшити негативні наслідки стресу для психологічного та фізичного стану дітей та молоді і сприяти збереженню здоров'я в подальшому житті.

Висновки до розділу 6

1. Доведено, що частота та тривалість порушень харчової поведінки у дітей та молоді пов'язана з їхнім місцеперебуванням відносно воєнних подій.
2. Встановлено статистично значущі зв'язки між місцеперебуванням відносно воєнних подій і коливаннями статури дітей ($\chi^2=17,818$, $p=0,037$), які в основному обумовлені порушенням харчової поведінки. Недостатня доступність харчування виявилася причиною цього лише у 24,20%, тоді як порушення харчової поведінки становила у 57,38% дітей та молоді.
3. Визначено, що тривалість порушень харчової поведінки є ключовою для визначення їх впливу на здоров'я дитини як в найближчому часі, так і в подальшому житті. Більшість зафіксованих нами порушень –

53,85% зникало протягом місяця, що дозволяє визначити їх як прояв ранньої реакції дитини на стрес. Тривалі порушення – 43,15%, фактично є передумовою формування нездорових харчових звичок та можуть призвести до підвищення частоти хронічних НІЗ в подальшому житті.

Матеріали розділу відображено в наступних публікаціях [348 –356]

**Розділ 7. АНАЛІЗ ТА ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА ЯКОСТІ
СПОЖИВАННЯ РІЗНИХ ГРУП ХАРЧОВИХ ПРОДУКТІВ
НАСЕЛЕННЯМ УКРАЇНИ ТА ЇХ МІКРОЕЛЕМЕНТНЕ
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ ОРГАНІЗМУ ЯК
ПРОФІЛАКТИЧНОГО ФАКТОРУ ПОПЕРЕДЖЕННЯ
АЛІМЕНТАРНО-ЗАЛЕЖНИХ ХВОРОБ**

**7.1. Аналіз споживання основних груп харчових продуктів
населенням України як складових загального
харчового раціону**

Загальні показники споживання основних груп харчових продуктів, що визначаються на державному рівні, не є специфічними лише для дітей та молоді, однак вони відображають важливі довготривалі тенденції в харчуванні всього населення. Харчова поведінка формується під впливом численних соціальних, економічних та культурних чинників, які змінюються з часом. Спостереження за цими показниками дозволяє оцінювати зміни в харчових звичках цілого покоління. Визначення таких тенденцій є важливим для розробки профілактичних заходів, оскільки ці загальні зміни в харчуванні значною мірою впливають на харчову поведінку дітей та молоді.

Протягом періоду спостереження з 2000 по 2021 рік структура харчового раціону населення України зазнала значних змін (таблиця 7.1). Ключовими тенденціями за цей період були:

- збільшення споживання м'яса, яєць, риби, овочів, фруктів та рослинної олії: споживання м'яса зросло на 61,58%, яєць – на 63,86%, риби – на

57,14%, овочів та баштанних культур – на 63,13%, плодів – на 101,37%, рослинної олії – на 44,68%;

- зменшення споживання хлібних продуктів та цукру: споживання хлібних продуктів зменшилося на 25,78%, а цукру – на 22,55%.

Зазначені зміни свідчать про певні позитивні тенденції в харчуванні населення України. Зміни в структурі харчового раціону, зокрема, загальне збільшення споживання білків, овочів та фруктів, можуть бути відображенням змін у соціально-економічному становищі країни, зокрема зростання доступу до різноманітних продуктів.

Таблиця 7.1.

Споживання основних продуктів харчування (на одну особу за рік; кілограмів) за 2000 – 2021 рр.

Групи харчових продуктів	Норма	2000	2005	2010	2015	2017	2018	2019	2020	2021
М'ясо та м'ясні продукти	80	32,8	39,1	52,0	50,9	51,7	52,8	53,6	53,8	53,0
Молоко та молочні продукти	380	199,1	225,6	206,4	209,9	200,0	197,7	200,5	201,9	201,5
Яйця, шт.	290	166	238	290	280	273	275	282	278	272
Хлібні продукти	101	124,9	123,5	111,3	103,2	100,8	99,5	97,6	96,6	92,7
Картопля	124	135,4	135,6	128,9	137,5	143,4	139,4	135,7	134,0	132,4
Овочі та баштанні прод. культури	161	101,7	120,2	143,5	160,8	159,7	163,9	164,7	164,0	165,9
Плоди, ягоди та виноград	90	29,3	37,1	48,0	50,9	52,8	57,8	58,7	56,5	59,0
Риба та рибні продукти	20	8,4	14,4	14,5	8,6	10,8	11,8	12,5	12,4	13,2

Цукор	38	36,8	38,1	37,1	35,7	30,4	29,8	28,8	27,8	28,5
Олія	13	9,4	13,5	14,8	12,3	11,7	11,9	12,0	12,3	13,6

За період спостереження в п'ятирічних інтервалах виявлено загальну тенденцію до збільшення споживання певних продуктів (таблиця 7.2). Особливо помітний приріст споживання відбувся у періоди з 2000 по 2005 рік і, за деякими групами, з 2005 по 2010 рік. Загалом, можна виділити 3 періоди основних змін структури харчування:

2000–2005 роки: в даний період спостерігається значне збільшення споживання деяких продуктів, таких як м'ясо та м'ясні продукти, яйця, риба, овочі та баштанні культури, плоди, а також рослинна олія. Споживання м'яса зросло на 19%, яєць – на 43,4%, риби – на 71,4%, овочів – на 18,1%. Водночас спостерігається зменшення споживання хлібних продуктів на 1,1% та цукру на 3,5%.

2005–2010 роки: продовжує зростати споживання м'яса та м'ясних продуктів на 33,1%, яєць на 21,8%, плодів і ягід на 37,4%, а також олії на 9,6%. Спостерігається незначне зниження споживання молока та молочних продуктів на 3,1%, хлібних продуктів на 9,9% та цукру на 2,6%.

2010–2015 роки: в цей період було зафіксовано загальне зниження темпів споживання більшості продуктів, зокрема м'яса та м'ясних продуктів (зниження на 2,1%), молока та молочних продуктів (зниження на 3,1%), яєць (зниження на 5,9%), хлібних продуктів (зниження на 9,5%), риби та рибних продуктів (зниження на 40,3%), а також олії (зниження на 20,8%). Натомість, споживання картоплі збільшилось на 4,3%, овочів – на 11,3%, а плодів і ягід – на 3,7%.

2015–2020 роки: в цей період спостерігається деяке збільшення споживання м'яса та м'ясних продуктів на 5,3% та яєць на 0,7%. Однак, продовжує повільно знижуватись споживання молока та молочних продуктів (зниження

на 1,1%), а також споживання хлібних продуктів (зменшуються на 3,2%). Спостерігається зменшення споживання картоплі на 2,8%, тоді як споживання овочів продовжує зростати на 3,1%.

Порівнюючи отримані дані з нормами, розрахованими раніше МОЗ як «Орієнтовний набір основної продовольчої сировини і харчових продуктів забезпечення у середньому на душу населення України на 2005-2015 роки» можна дійти висновку, що незважаючи на позитивні зміни в структурі харчування населення, загальний раціон харчування містить недостатньо м'яса та м'ясопродуктів (менше рекомендованого на 33,75%), молока та молочних продуктів (менше на 46,97%), плодів та фруктів (менше на 34,44%), риби та рибних продуктів (менше на 34 %). Отримані статистичні показники свідчать про незбалансоване харчування населення, що не відповідає раціональним нормам.

Таблиця 7.2.

Приріст споживання основних продуктів харчування (за періоди 2000-2005, 2005-2010, 2010-2015, 2015-2020 рр.) %,

Групи харчових продуктів	Часові періоди			
	2000/2005	2010/2005	2015/2010	2020/2015
М'ясо та м'ясні продукти	19,21	32,99	-2,12	5,70
Молоко та молочні продукти	13,31	-8,51	1,70	-3,81
Яйця, шт.	43,37	21,85	-3,45	-0,71
Хлібні продукти	-1,12	-9,88	-7,28	-6,40
Картопля	0,15	-4,94	6,67	-2,55
Овочі та баштанні прод. Культури	18,19	19,38	12,06	1,99
Плоди, ягоди та виноград	26,62	29,38	6,04	11,00

Риба та рибні продукти	71,43	0,69	-40,69	44,19
Цукор	3,53	-2,62	-3,77	-22,13
Олія	43,62	9,63	-16,89	0,00

Відповідно до розрахованого середньодобового споживання населенням основних нутрієнтів можна відзначити дещо знижену калорійність раціону, яка не задовольняє потреби окремих категорій дорослого населення, зайнятого важкою працею згідно з Нормами фізіологічних потреб, а також низький вміст кальцію (таблиця 7.3).

Таблиця 7.3.

Середньодобове споживання населенням енергії, білків, жиру, основних мікро- та макроелементів у складі продуктів харчування, (у розрахунку на одну особу/

Нутрієнт	Розрахункові дані					Потреба
	2017	2018	2019	2020	2021	
Калорійність, ккал	2707	2706	2691	2674	2677	2000-4100
Протеїн, г	84,3	84,3	84,3	83,9	82,3	58-117
Жири, г	89,9	90,8	91,8	92,7	95,2	58-154
Кальцій, мг	874	872	879	880	879	1100-1200
Залізо, мг	20,2	20,2	19,9	19,7	19,4	15-17
Ретинол, мкг	1044	1034	1049	1055	1051	1000
Тіамін, мг	1,81	1,80	1,80	1,80	1,80	1,3-1,6
Рибофлавін, мг	2,49	2,60	2,60	2,60	2,60	1,6-2,0
Ніацин, мг	18,6	18,6	18,5	18,4	18,1	16-22
Аскорбінова кислота, мг	133	136	135	133	135	70-80

(відповідно до Норм фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах і енергії [6])

Порівнюючи дані щодо споживання різних груп продуктів з аналогічними показниками в інших країнах, можна побачити, що населення України

споживає значно менше м'яса та м'ясних продуктів порівняно з населенням інших держав (Додаток І). При цьому споживання молока та молокопродуктів визначається на середньому рівні.

Водночас виявляється значне споживання овочів та картоплі, а рівень споживання риби та рослинної олії є низьким. Щодо цукру, його споживання є помірним. Вищенаведені дані вказують на певні особливості структури харчування населення України порівняно з іншими країнами. Низьке споживання м'яса та м'ясних продуктів може бути пов'язане з економічними обмеженнями. Високе споживання молока та молокопродуктів може бути визначене традиціями харчування та культурними уподобаннями, крім того, продукти вважаються важливими джерелами кальцію та поживних речовин. Значне споживання овочів та картоплі може бути обумовлене їхньою доступністю, та низькою вартістю, а низьке споживання риби та рослинної олії може бути зумовлене їхньою доступністю або культурними уподобаннями. Помірне споживання цукру, порівняно з іншими країнами є позитивним явищем, оскільки високе споживання цукру може мати негативний вплив на здоров'я.

Таким чином, підсумовуючи вищевикладене, слід зазначити, що відображені дані вказують на складну динаміку у споживанні харчових продуктів в Україні, яка має як позитивні, так і негативні аспекти. Позитивні аспекти включають збільшення споживання білкових продуктів (м'ясо, яйця), овочів, фруктів та олії, що може свідчити про певний прогрес у рівні харчування та доступності деяких корисних продуктів. Однак зниження загальної калорійності раціону, нестача кальцію можуть вказувати на можливий негативний вплив на здоров'я населення. Розгляд зміни структури харчування за часом дозволив виявити, що на протязі 2000 -2010 років спостерігалось підвищення споживання різних груп харчових продуктів, а з 2010 року відбувається поступове зниження споживання. що може

вказувати на подальше погіршення забезпеченості харчового раціону населення. Порівняння споживання різних груп продуктів з аналогічними показниками в інших країнах виявляє відносно низьке споживання м'яса та риби. Виявлені тенденції в структурі харчування однозначно свідчать про значний вплив цих змін на життєдіяльність населення, зокрема, на формування здоров'я та збільшення ризику розвитку аліментарно-залежних захворювань. Це наголошує на необхідності реалізації політики громадського здоров'я та впровадженні заходів, спрямованих на попередження негативних наслідків неправильного харчування.

7.2. Аналіз вмісту есенційних мікронутрієнтів в харчових продуктах загального вжитку: основи раціону населення та рівень забезпечення ними есенційних мікроелементів для забезпечення фізіологічних потреб організму

Вивчення вмісту йоду в продуктах харчування свідчить про вкрай низький вміст цього мікроелементу в досліджуваних зразках. Порівняння отриманих даних щодо вмісту йоду, селену, міді, заліза та цинку з даними розрахункових таблиць, які використовуються для розрахунку вмісту макро- та мікроелементів в раціонах харчування, дозволило виявити наступне.

Вміст йоду в харчових продуктах місцевого виробництва суттєво знижений. Так, рівень йоду в капусті, огірках та редисці не перевищував межу чутливості приладу (0,0002 мг/кг). Вміст йоду в картоплі, буряку, моркві становив лише 8,3 – 11,8 % від розрахункових значень. Хліб містив 5,7 – 12,1 % від табличного нормативу вмісту йоду. Вміст йоду у продуктах

тваринного походження був дещо вищим. Так, вміст йоду у м'ясі курки становив майже 60 % від розрахункових показників, молоко – 22,2 - 97,4 %.

Таблиця

7.4.

Вміст йоду в зразках харчових продуктів за даними лабораторних досліджень (I) та розрахункових таблиць (II)

№ з/п	Зразок	Вміст йоду, $M \pm m$ (мг/кг)	
		I	II
	Буряк	0,0066 \pm 0,001	0,056
	Кабачки	Нижче межі визначення	-
	Капуста	Нижче межі визначення -	0,030
	Картопля	0,0030 \pm 0,001	0,036
	М'ясо курки	0,0268 \pm 0,001	0,045
	Молоко	0,0200 \pm 0,003 - 0,0877 \pm 0,013	0,090
	Морква	0,0043 \pm 0,001	0,040
	Огірки	0,0002 \pm 0,0001	0,030
	Редиска	0,0002 \pm 0,0001	0,080
	Риба (короп)	0,0396 \pm 0,001	0,500
	Сир твердий	0,2327 \pm 0,011	-
	Хліб	0,0032 \pm 0,0009 - 0,0068 \pm 0,002	0,056

Результати дослідження вмісту селену в продуктах харчування наведено в таблиця 7.5

Таблиця

7.5.

Вміст селену в зразках харчових продуктів за даними лабораторних досліджень (I) та розрахункових таблиць (II) *

№ з/п	Зразок	Вміст селену, $M \pm m$, мг/кг	
		I	II
1.	Борошно пшеничне	0,300±0,100 - 2,250±0,680	0,060
2.	Буряк	0,013±0,005 - 0,034±0,013	-
3.	Кабачки	< 0,01	-
4.	Капуста	0,014±0,005	-
5.	Картопля	0,039±0,015 - 0,28±0,10	-
6.	М'ясо курки	0,280±0,100	-
7.	Масло вершкове	1,240±0,310	-
8.	Молоко	0,013±0,005 - 1,51±0,41	0,200
9.	Морква	< 0,01 - 0,014±0,005	-
10.	Огірки	< 0,01	-
11.	Полуниця	0,061±0,021	-
12.	Редиска	< 0,01	-
13.	Риба (короп)	0,320±0,120	-
14.	Сир	0,350±0,130	-
15.	Сметана	0,031±0,011	-

* дослідження виконано спільно з с.н.с., к.б.н. Мельниченко Т.І.

16.	Хліб	0,760±0,270 - 2,380±0,710	-
17.	Цибуля ріпчаста	2,830±0,850	-
18.	Яйце куряче	0,300±0,100 - 2,460±0,740	-
19.	Яйце перепілки	0,060±0,020 - 0,650±0,240	-
20.	Яловичина	0,950±0,330	-

За результатами проведених досліджень, має місце суттєве коливання фактичного вмісту селену в харчових продуктах загального вжитку, навіть у межах однієї групи (зокрема в зразках молока, хліба та яєць). Порівняння отриманих даних щодо вмісту селену в харчових продуктах з розрахунковими неможливе через відсутність таких даних в розрахункових таблицях. При цьому, спостерігаються різнонаправлені коливання вмісту цього мікроелементу в харчових продуктах, що може суттєво позначитися на рівні надходження селену до організму.

Отримані нами дані щодо вмісту заліза в деяких харчових продуктах свідчать про його низький вміст, що і обумовлює недостатність цього елемента в раціонах харчування (таблиця 7.6).

Так, вміст даного мікроелементу в борошні пшеничному становить 4,01 мг/кг, що майже втричі менше аналогічного табличного показника (12 мг/кг), картопля містить 0,48 мг/кг заліза, що в 13,5 разів менше розрахункових даних (6,5 мг/кг). М'ясо курки містить 6,76 мг/кг заліза, що на 43,7 % менше розрахункових даних.

Вміст заліза в зразках харчових продуктів за даними лабораторних досліджень (I) та розрахункових таблиць (II)*

№ з/п	Зразок	Вміст заліза, М±m (мг/кг)	
		I	II
2	Борошно пшеничне	4,01±0,80	12,00
2	Картопля	0,07±0,01 - 0,48±0,10	9,00
2	М'ясо курки	6,76±1,35	16,00
2	Молоко	0,45±0,09 - 1,02±0,2	0,70
2	Риба (короп)	0,87±0,17	8,00
2	Хліб пшеничний	0,84±0,17 - 1,30±0,26	19,00
2	Цибуля ріпчаста	0,61±0,12 - 0,89±0,18	8,00
2	Яйце куряче	4,50±0,90	25,00

Разом з тим, спостерігається значне перевищення (майже втричі) вмісту міді у зразках риби (короп), що, скоріше за все, свідчить про забруднення водного об'єкту пестицидами, які містять мідь. Кількість міді в курятині знижена в 2,1 рази, в борошні – на третину, в молоці – у 6 разів, у хлібі – в 2,6 разів, в яйці – в 1,6 разів. Лише в деяких пробах картоплі вміст міді був знижений незначно.

За результатами наших досліджень вміст міді в більшості зразків був значно нижчим за розрахункові дані (таблиця 7.7).

* дослідження виконано спільно з с.н.с., к.б.н. Мельниченко Т.І.

Таблиця

7.7.

Вміст міді в зразках харчових продуктів за даними лабораторних досліджень (I) та розрахункових таблиць (II)*

№ з/п	Зразок	Вміст міді, $M \pm m$, (мг/кг)	
		I	II
2	Борошно пшеничне	0,23±0,05 - 3,84±0,81	1,00
3	Кабачок	1,03±0,22	-
3	Картопля	0,36±0,07 - 1,31±0,26	1,40
3	Крупа гречана	7,26±1,60	6,40
3	М'ясо курки	0,14±0,03 - 0,36±0,07	0,760
3	Молоко	0,02±0,007	0,12
3	Риба (короп)	3,62±0,54	1,3
3	Хліб	0,51±0,10 - 0,75±0,15	1,34 – 2,22
3	Цибуля ріпчаста	0,33±0,07 - 0,62±0,13	0,85
3	Яйце курки	0,44±0,09 - 0,68±0,14	0,83

В переважній більшості проаналізованих проб харчових продуктів (борошно пшеничне, картопля, молоко, риба, куряче яйце) майже співпадав з розрахунковими значеннями, або був дещо знижений (таблиця 7.8).

*дослідження виконано спільно з с.н.с., к.б.н. Мельниченко Т.І.

Таблиця

7.8.

Вміст цинку в зразках харчових продуктів за даними лабораторних досліджень (I) та розрахункових таблиць (II)*

№ з/п	Зразок	Вміст цинку, $M \pm m$, (мг/кг)	
		I	II
1.	Борошно пшеничне	2,93±0,59 - 10,40±2,03	7,00
2.	Кабачок	2,32±0,46	-
3.	Картопля	1,05±0,21 - 3,24±0,65	3,60
4.	Крупа гречана	12,60±2,46	20,50
5.	М'ясо курки	4,77±0,95 - 4,81±0,94	20,55
6.	Молоко	4,61±0,92	4,00
7.	Риба (короп)	19,90±3,98	20,80
8.	Хліб	3,65±0,73 - 3,92±0,78	7,35
9.	Цибуля ріпчаста	0,77±0,15 - 1,51±0,31	8,50
10.	Яйце курки	8,20±1,64 - 11,70±2,28	11,10

Разом з тим, катастрофічно низький вміст цинку спостерігається у м'ясі курки (нижче розрахункових значень у 4,3 рази) та у цибулі ріпчастій (у 5,7 рази). Вміст цинку в гречаній крупі та хлібі знижений майже вдвічі, що, з огляду на підвищене споживання цих продуктів, безумовно призведе до дефіциту цинку в організмі людини. Дещо поліпшити ситуацію може

*дослідження виконано спільно з с.н.с., к.б.н. Мельниченко Т.І.

споживання продуктів харчування з високим вмістом цинку – коропу (19,90 мг/кг) та яєць курячих (8,20 мг/кг).

Недостатність вмісту більшості вітамінів і мікроелементів у харчових продуктах обумовлене, насамперед, збідненням ґрунтів, забрудненням навколишнього середовища екоотоксикантами, а також впровадженням різноманітних технологічних операцій при обробці сировини для подовження строків зберігання, надання кращого товарного вигляду та ін., що знижує вміст мікронутрієнтів у готовому продукті.

Однією з груп продуктів, яка могла б бути джерелом дефіцитних мікроелементів, є морська риба та морепродукти. Проте, незважаючи на позитивну тенденцію щодо збільшення споживання риби в Україні, загалом українці традиційно вживають її дуже мало, як це було показано в попередньому підрозділі. Наші дослідження свідчать про значні коливання вмісту йоду в різних зразках морської риби та морепродуктів. Наприклад, найвищий рівень йоду спостерігається в ламінарії (сухий) — 1042,83 мг/кг. Однак, кулінарна обробка, особливо термічна обробка та багаторазове заморожування риби, призводить до значних втрат йоду. Зокрема, заморожена нототенія містить лише 0,02 мг/кг йоду, що в 10 разів менше відповідних розрахункових показників.

Крім того, було проведено дослідження вмісту селену в морських рибах та морепродуктах, яке також показало значні коливання цього мікроелементу. Найвищий рівень селену виявлений у фукусі сухому — 4,85 мг/кг. Водночас, в деяких зразках риби, таких як свіжозаморожена сайда та охолоджена форель, вміст селену був вкрай низьким (< 0,01 мг/кг). Це може бути пов'язано з різними умовами обробки та зберігання продукції, що значною мірою впливає на збереження мікроелементів у рибі та морепродуктах.

1. Структура харчування населення України, не відповідає вимогам FAO/WHO до раціонального харчування. Аналіз споживання основних груп харчових продуктів з 2010 року свідчить про поступове зниження споживання деяких груп продуктів та розбалансованість харчування населення. Визначено низьке споживання м'яса та м'ясопродуктів (менше рекомендованого на 33,75%), молока та молочних продуктів (менше на 46,97%), плодів та фруктів (менше на 34,44 %), риби та рибних продуктів (менше на 34 %). Також виявлено, що калорійність раціону не задовольняє потреби деяких категорій населення, а розрахунковий вміст кальцію є недостатнім.

2. Виявлений стан харчування населення відображає культурні, економічні та соціальні особливості харчування українців. Виявлено позитивні зміни стану харчування населення, разом з тим, наявні негативні тенденції харчування населення можуть сприяти розвитку аліментарно-залежних захворювань, що вимагає комплексного підходу до проблеми та спільних дій держави, суспільства, науковців.

3. У більшості продуктів загального вжитку, що належать до основних груп харчових продуктів, виявлено знижений вміст есенційних мікроелементів. Це додатково поглиблює вже існуючу нестачу мікроелементів в раціоні населення, зумовлену незбалансованим харчуванням. Зниження вмісту есенційних мікроелементів у продуктах може стати суттєвим негативним чинником, що сприяє подальшому погіршенню здоров'я населення. Така ситуація підкреслює необхідність зміни харчових звичок та впровадження ефективних профілактичних заходів для попередження аліментарно-обумовлених захворювань.

Матеріали розділу представлено в наступних публікаціях: [357 –364]

Розділ 8. НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ХАРЧУВАННЯ ОСІБ З ОСОБЛИВИМИ ДІЄТИЧНИМИ ПОТРЕБАМИ

8.1. Розробка вимог до організації харчування осіб з особливими дієтичними потребами в закладах освіти

Враховуючи актуальність питання організації шкільного харчування для дітей та молоді з особливими дієтичними потребами та розробки основ дієтичного шкільного харчування нами розроблено проект методичного документу, що визначає порядок організації харчування дітей та молоді з особливими дієтичними потребами в середніх загальноосвітніх закладах. Наразі проект пройшов обговорення з громадськими організаціями (ВГО «Українська спілка целіакії» ГО «Фенілкетонурія-Україна»), які опікуються проблемами дітей з особливими дієтичними потребами.

Основні положення Проекту методичного документу визначають порядок організації харчування дітей та молоді з особливими дієтичними потребами в середніх загальноосвітніх закладах різного підпорядкування виходячі з наших соціологічних досліджень і є наступними:

Учні з особливими дієтичними потребами – це здобувачі середньої освіти, які мають відхилення здоров'я, що потребують організації спеціального дієтичного харчування в закладах освіти та за його відсутності не можуть реалізувати право на освіту.

В закладі освіти за наявності серед контингенту учнів з особливими дієтичними потребами повинне бути організоване дієтичне харчування, при тривалості перебування в закладі освіти для дітей молодшої шкільної групи більше 3,5 год, для середньої та старшої шкільної групи – 5 год.

Основними принципами організації дієтичного харчування в середніх загальноосвітніх закладах є:

- Використання для приготування дієтичних страв натуральної харчової сировини з урахуванням дієтичних обмежень;
- Забезпечення щадливої функції дієтичного харчування – виключення смажених страв, продуктів, що мають подразливу дію на шлунково-кишковий тракт дитини, механічне подрібнення продуктів за необхідності, додержання оптимальних температурних меж видачі страв;
- Обмеження або повне виключення харчових речовин, що погіршують протікання хвороби;
- Забезпечення раціонального нутрієнтного складу харчування за рахунок заміни продуктів або застосування спеціальних продуктів за необхідністю;

Підставою для організації дієтичного харчування є надання батьками (опікунами) дитини медичної довідки про необхідність та індивідуальні особливості дієтичного харчування для дитини.

Харчування учнів з особливими дієтичними потребами має організовуватись шляхом приготування дієтичного меню або окремих страв на харчоблоці закладу освіти, за принципом кейтерінгового харчування або шляхом організації умов прийому їжі, принесеної учнями з дому.

Контроль за дотриманням особливостей застосування харчових продуктів та їх кулінарної обробки для дієтичного харчування покладається на медичного працівника закладу освіти.

Для приготування страв для дієтичного харчування, що передбачає обмеження або повне виключення певних харчових речовин (фенілаланіну, лактози, глютену тощо) використовується окремий спеціально промаркований посуд та кулінарний інвентар.

Для дітей з алергічними захворюваннями (непереносимістю) певних харчових продуктів слід організувати приготування страв, наближених до загального меню з заміною відповідних харчових продуктів на такі, що не викликають патологічних проявів.

Недопустимо зниження енергетичної або харчової цінності прийомів їжі для дітей з особливими дієтичними потребами порівняно з загальними меню (якщо це не передбачено медичними рекомендаціями).

Для організації дієтичного харчування дозволяється використовувати окремі спеціальні харчові продукти, що надаються батьками (опікунами) дитини. Спеціальні харчові продукти можуть бути передані на харчоблок в непошкодженій промисловій упаковці, за наявності супровідної документації та дотримання умов зберігання та строків придатності.

При складанні меню для учнів з особливими дієтичними потребами слід керуватись індивідуальними медичними рекомендаціями, рецептурами та технологічними картами страв, призначених для шкільного харчування, відповідним до дієтичних особливостей учнів.

В разі, якщо організація дієтичного харчування неможлива, в закладі освіти повинне бути організоване місце для прийому учнями їжі, принесеної з дому, а також умови для безпечного зберігання такої їжі (холодильник) та можливість її розігріву.

За наявності серед контингенту середніх загальноосвітніх закладів учнів з особливими дієтичними потребами, заклад може закуповувати необхідні спеціальні харчові продукти, з урахуванням відповідних дієтичних потреб учнів.

Медичний працівник закладу освіти повинен інформувати учнів з особливими дієтичними потребами про необхідність дотримання дієтичних обмежень, разом з педагогічними працівниками, працівниками харчоблоку контролювати дітей під час прийому їжі, інформувати батьків (опікунів) про особливості харчування дитини під час її перебування в закладі освіти.

Гарантування належного харчування для дітей з особливими дієтичними потребами є ключовим кроком у забезпеченні їх можливості отримати освіту. Це право стає реальністю лише у випадку вирішення питань, пов'язаних із доступністю відповідного дієтичного харчування у навчальних закладах. Розробка ефективних принципів організації харчування для цієї групи дітей відкриє перед ними можливість отримати необхідну освіту та підготовку та успішно адаптуватися в суспільстві.

8.2. Наукове обґрунтування вимог та розробка рецептур до організації харчування осіб з особливими дієтичними потребами в закладах освіти (на прикладі безглютенового харчування)

Клінічно підтверджена непереносимість глютену передбачає тривале, часто, довічне дотримання дієти з виключенням всіх продуктів, страв та напоїв, що містять глютен

1. Основні принципи безглютенової дієти:

- Виключення з раціону харчування всіх злаків, до складу яких входить глютен, а також продуктів, які можуть їх містити.
- Використання в харчуванні продуктів, які природньо не містять глютену, а також страв та напоїв, приготованих з них
- Вжиття заходів щодо недопущення перехресного забруднення страв призначених для харчування осіб з непереносимістю глютену, продуктами, що містять глютен
- Використання в харчуванні продуктів спеціально вироблених та промаркованих, з гарантованою відсутністю глютену
- Дотримання вікових потреб в харчовій та енергетичній цінності харчування

- Дотримання принципу «щадної» дієти при обранні технології приготування страв
2. До суворо заборонених продуктів належать: пшениця (в тому числі спельта, тритикале, полба, інші сорти пшениці та крупи, виготовлені з неї – манна, пшенична, артек, семоліна, булгур, кус-кус тощо), жито, ячмінь (перлова, ячна крупи) та овес (вівсяна, «геркулес», толокно). Також суворо заборонено використовувати макаронні вироби, борошно та висівки виготовлені з цих зернових;
 3. Заборонені продукти промислового виробництва, які можуть мати в своєму складі «прихований» глютен, зокрема, м'ясні, кисломолочні, кондитерські вироби; солодощі; овочеві, рибні, фруктові консерви; соуси промислового виробництва; приправи
 4. Дозволено до використання в харчуванні дітей з НГ зернові, які природньо не містять глютену: рис, гречка, кукурудза, пшоно та продукти їх переробки (крупи, борошно, крохмалі) за умови гарантованого виключення їх забруднення глютенвмісними продуктами при переробці.
 5. При супутній непереносимості інших харчових речовин, зокрема, лактози, раціон коригується відповідно до визначених лікарем наявних харчових потреб дитини.
 6. Тривалість призначення безглютенової дієти є індивідуальною та визначається лікарем.
 7. Режим, калорійність, нутрієнтний та продуктовий склад раціону харчування залежить від віку дитини, важкості та періоду захворювання, що спричиняє НГ, наявності супутніх захворювань та визначається лікарем.
 8. Для забезпечення «щадної» функції їжі для приготування страв використовується готування на парі, запікання, варіння, тушкування. .
Температура подачі страв може коливатися від 20 до 60 °С.

9. Рекомендовані продукти та страви:

- Круп'яні страви, виготовлені з рису, гречки, кукурудзи, пшона
- Овочеві страви запечені, тушковані, відварені
- Страви з безглютенових макаронних виробів запечені, тушковані, відварені
- Свіжі овочі та фрукти та салати з них
- Перші страви з овочами, м'ясом, птицею, рибою з додаванням рису, гречки, кукурудзи, пшона;
- Страви виготовлені з молока та кисломолочних продуктів (кефіру, м'якого сиру, твердого сиру, сметани, молока) – за наявності непереносимості лактози їхня кількість обмежується.
- Страви з яєць у вигляді запечених, парових страв, відварені яйця
- Страви з м'яса, птиці та риби у відвареному, тушкованому та запеченому вигляді;
- Сухофрукти, насіння та горіхи.
- Фруктові та овочеві соки, чай, какао, кисіль з використанням кукурудзяного або рисового крохмалю.
- Безглютенові хлібці та безглютенові хлібобулочні вироби.
- Рослинна олія та масло вершкове.

При приготуванні всіх страв та напоїв для дітей з НГ необхідно враховувати дані щодо вмісту глютену відповідно до Інформації про харчові продукти щодо вмісту глютену для організації дієтичного харчування у закладах освіти та дитячих закладах оздоровлення та відпочинку (Додаток 12 Норм і порядку організації харчування у закладах освіти та дитячих закладах оздоровлення та відпочинку (Постанова Кабінету Міністрів України від 24 березня 2021 № 305 «Про затвердження Норм та Порядку організації харчування у закладах освіти та дитячих закладах оздоровлення та відпочинку»)

10. Для організації суворої безглютенової дієти необхідно уникати перехресної контамінації продуктів, для чого:

- При приготуванні та відпусканні страв використовувати окремий спеціально промаркований посуд, ємності та інвентар
- Ретельно мити руки, очищати поверхню кухонних столів, на яких можуть лишатись залишки глютенвмісних продуктів. Також можлива організація окремого місця для приготування та зберігання страв та продуктів, призначених для безглютенового харчування
- Забезпечити герметичне зберігання страв до моменту подачі для уникнення забруднення їх глютенвмісними продуктами
- Забезпечення дітей з НГ окремими промаркованими столовими приборами та посудом, миття яких здійснюється окремо від іншого столового посуду.

8.3. Проектування раціонів для організації харчування осіб з особливими дієтичними потребами в закладах освіти(на прикладі безглютенового харчування)

Запропоновано приклад складання меню (Додаток 3) згідно норм споживання основних груп харчових продуктів для організації одноразового харчування (Додаток 9 Норм і порядку організації харчування у закладах освіти та дитячих закладах оздоровлення та відпочинку (Постанова Кабінету Міністрів України від 24 березня 2021 № 305 «Про затвердження Норм та Порядку організації харчування у закладах освіти та дитячих закладах оздоровлення та відпочинку»))Представлені страви та напої відповідають вимогам Санітарного регламенту для закладів загальної середньої освіти.

Наведений приклад складання меню можна використовувати для розробки повноцінного чотиритижневого сезонного меню відповідно до

вимог чинного законодавства з врахуванням стану здоров'я, смакових уподобань дітей та технологічних можливостей конкретних закладів .

Рецептури наведених страв для безглютенового харчування відкориговані відповідно до вимог діючих нормативних документів, зокрема, енергетична та поживна цінність страв, вміст основних груп харчових продуктів (курятини, риби, молока, овочів, фруктів, круп, бобових), олії, масла вершкового відповідають нормам споживання основних груп харчових продуктів для організації одноразового харчування в закладах загальної середньої освіти та інших закладах освіти, що провадять освітню діяльність на певному рівні (рівнях) повної загальної середньої освіти, дитячих закладах оздоровлення та відпочинку у разі п'ятиденного перебування. Зміни складу рецептур обумовлені необхідністю дотримання вимог Санітарного регламенту для закладів загальної середньої освіти (Постанова Кабінету Міністрів України 25.09.2020 № 2205 «Про затвердження Санітарного регламенту для закладів загальної середньої освіти».) щодо забезпечення енергетичної та поживної цінності раціону дітей з особливими дієтичними потребами та відповідають п.2.2. Правил роботи закладів (підприємств) ресторанного господарства (Затверджено Наказом Міністерства економіки та європейської інтеграції № 219 від 24.07.2002), де вказано на можливість заміняти (виключати) у рецептурах відсутні види продовольчої сировини та харчових продуктів (крім основних складників страви) або додатково включати їх у необхідних кількостях, не погіршуючи смакових властивостей страв (виробів), при цьому не допускати порушення технологічного режиму виробництва продукції, погіршення споживних властивостей та якості страв (виробів).

Висновки до розділу

Розробка та впровадження заходів з організації харчування для дітей та молоді з особливими дієтичними потребами в навчальних закладах є

актуальним і необхідним кроком, спрямованим на забезпечення їхнього права на якісну освіту та здорове життя. Ці заходи сприятимуть створенню умов для якісного дієтичного харчування, що є ключовим чинником у збереженні здоров'я, соціальній адаптації та інтеграції дітей у освітній процес.

Розділ 9. АЛГОРИТМ ВПРОВАДЖЕННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧИХ ОСВІТНІХ ТЕХНОЛОГІЙ У НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС ЗАКЛАДІВ ОСВІТИ НА ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ

Алгоритм впровадження здоров'язберігаючих освітніх технологій в навчальний процес вищих навчальних закладів України розроблено у відповідності та на підтримку «Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку на період до 2030 року» (2018 р.) та «Комунікаційної стратегії Профілактика/попередження неінфекційних захворювань в Україні до 2025 року», схваленого експертами МОЗ і європейського бюро ВООЗ в Україні.

Успішність виконання Стратегії сталого розвитку «Україна – 2020» значною мірою залежить від стану здоров'я населення, як основного людського ресурсу державної економіки. Сучасні проблеми громадського здоров'я в Україні обумовлені ростом хронічних НІЗ, які на даний час вже набули характер епідемії. Особливу загрозу становить те, що вік розвитку цих хвороб значно помолодшав.

Вирішальну роль у формуванні негативних тенденцій у сфері громадського здоров'я відіграють поведінкові фактори ризику розвитку хронічних захворювань, які характеризують спосіб життя людини. Це, перш за все: нераціональне харчування, низька фізична активність, тютюнопаління, зловживання алкоголем.

Світовою практикою доведено, що, спираючись на доктрину «факторів ризику», є реальна можливість проводити профілактику хронічних НІЗ не тільки на індивідуальному рівні, але й на популяційному рівні, перш за все серед молоді.

Спрямування зусиль на молодь - це збереження потенціалу майбутнього здоров'я нації, це можливість ще суттєво вплинути на формування у них здорового способу життя і це дає перспективи реалізації загальнодержавних профілактичних заходів щодо НІЗ.

В даний час все більшої актуальності набуває питання збереження та покращення стану здоров'я студентської молоді. Вони є достатньо специфічною групою населення, для якої характерно підвищення рівня розумового навантаження та психоемоційного стресу, різка зміна способу життя, зміна соціальних відносин, схильність до ризикової поведінки тощо

За даними Державного управління статистики України (2023р.) в нашій державі здобувають освіту 1355535 здобувачів вищої освіти. Сьогодні вони не захищені від ризикових форм поведінки, включаючи зловживання тютюном, алкоголем, наркотиками. В Доповіді UNICEF (2000) «Молодь в світі, що змінюється» підкреслюється, що «глобалізація нездорового способу життя серед молоді часто просто не враховується в статистичних звітах або обстеженнях».

Одним з важливих завдань підготовки здобувачів у ЗВО має бути формування в них культури здорового способу життя, засвоєння основних знань щодо чинників ризику розвитку хронічних неінфекційних захворювань. Проте, більшість ВНЗ, навчальний профіль яких не стосується здоров'я людини, взагалі не включають до навчального плану подібні програми. Наслідком такого процесу є абсолютна або часткова непоінформованість значної частки здобувачів щодо здорового способу життя та ризику розвитку НІЗ.

Без сумніву першоосновою профілактики хронічних захворювань та збереження громадського здоров'я є «забезпечення підвищення рівня обізнаності різних верств населення щодо факторів ризику розвитку НІЗ».

За даними проведених нами досліджень в рамках виконаної в 2016 р. - 2018 р. НДР «Обґрунтування наукових засад реалізації заходів

профілактики НІЗ в Україні відповідно до цілей сталого розвитку» встановлено, що переважна більшість здобувачів (72,2 - 92,2 %) обізнані щодо конкретних факторів ризику НІЗ, проте обізнаність їхня не призводить до усвідомленості ними загрози для здоров'я цих факторів.

Визначено достатньо високий рівень поширеності поведінкових факторів ризику НІЗ серед здобувачів. Найбільш поширеним виявилось надмірне споживання цукру та солодких газованих напоїв, алкогольних та слабоалкогольних напоїв, а також недостатнє споживання свіжих фруктів та овочів і недостатній рівень фізичної активності здобувачів.

Науково обгрунтовано необхідність подальшого доопрацювання та удосконалення наявних інформаційних та навчальних програм та створення нових освітніх навчальних технологій для молоді і здобувачів з метою покращення їх обізнаності та усвідомлення небезпеки основних поведінкових факторів ризику розвитку НІЗ з точки зору збереження подальшого здоров'я.

З метою вирішення означених проблем запропоновано Алгоритм (рисунок 9.1) підвищення рівня усвідомлення студентською молоддю факторів ризику розвитку хронічних НІЗ (надалі - Алгоритм), який містить рівні виконання, принципи, низку задач та заходів, виконання яких дозволить подолати наявні проблеми.

2 МЕТА, ПРИНЦИПИ ТА ЗАВДАННЯ

Загальна мета – формування освітньої та навчальної складової у напрямку пропаганди здорового способу життя та профілактики неінфекційних захворювань (згідно «Національного плану», завдання 2 і 3).

Оперативні завдання :

1. Впроваджувати в навчальний процес вищих навчальних закладів сучасні навчальні та освітні матеріали з питань здорового способу життя, профілактики неінфекційних захворювань та чинників ризику розвитку НІЗ.

2. Підвищувати рівень знань студентської молоді щодо важливості здорового способу, підтримки належної маси тіла, профілактики неінфекційних захворювань.

3. Підвищувати обізнаність здобувачів щодо загрози для здоров'я поведінкових факторів ризику розвитку НІЗ.

4. Підвищувати у студентської молоді мотивацію до здорового способу життя для збереження здоров'я та подальшого життєвого успіху.

Відповідно до положень розробленого Алгоритму основним інструментом підвищення рівня обізнаності та усвідомлення здобувачами факторів ризику розвитку неінфекційних захворювань є сучасні освітні технології, які впроваджуються в навчальний процес вищого навчального закладу на місцевому (локальному) рівні. Конструктивна взаємодія між всіма виконавцями Алгоритму забезпечить її дієвість та в кінцевому рахунку сприятиме покращенню стану здоров'я студентської молоді.

Конкретна мета - підвищення рівня усвідомлення студентською молоддю загрози для здоров'я поведінкових факторів ризику розвитку хронічних неінфекційних захворювань для зміни поведінки цільової аудиторії.

Алгоритм має реалізуватися у всіх ВНЗ України відповідно до принципів, рівнів та заходів викладених нижче.

Основні принципи

Виконання всіх заходів в рамках даної Алгоритму будуть здійснюватися за наступними принципами:

1. Своєчасність: всі заходи виконуються з врахуванням раніше отриманих даних, останніх індикаторних показників ефективності Алгоритму а також відповідно до нормативних документів даної галузі.

2. Адаптивність: виконання Алгоритму допускає внесення змін запланованих заходів на різних рівнях реалізації відповідно до результатів вже виконаних заходів.

3. Екстраполяція: можливість застосування Алгоритму для підвищення рівня обізнаності та усвідомлення щодо ризиків розвитку неінфекційних захворювань іншими когортами населення.

4. Структурованість: всі заходи виконання Алгоритму здійснюються відповідно до викладених принципів, рівнів та заходів.

5. Безперервний моніторинг: оцінка ефективності виконання Алгоритму, як в кінці всього періоду реалізації алгоритму, так і після кожного проведеного заходу.

6. Обґрунтованість: розробка будь-якого заходу ґрунтується на показниках результативності попередньо впроваджених заходів та даних проведеного первинного соціологічного опитування (моніторингу).

3 ВИКОНАВЦІ АЛГОРИТМУ

Основними виконавцями Алгоритму, які забезпечують розробку та впровадження запланованих заходів, контроль за виконанням плану та моніторинг ефективності, є:

- адміністрація ЗВО – участь в розробці і впровадженні освітніх технологій, організація соціальних опитувань в рамках Алгоритму;
- викладачі ЗВО (кафедри, які викладають дисципліни що мають елементи здоров'язберігаючих знань – безпосереднє впровадження);
- наукові установи, що мають пріоритетні напрями наукових досліджень в галузі громадського здоров'я – забезпечують науковий супровід, оцінку ефективності Алгоритму, накопичення даних та їх аналіз з метою пошуку ефективних методів вирішення проблем;
- центральні та регіональні медіаресурси;

- представники організацій, що надають послуги з організації громадського харчування в ЗВО.

4 ХАРАКТЕРИСТИКА ЦІЛЬОВОЇ АУДИТОРІЇ (ЗДОБУВАЧІ, ЯКІ НАВЧАЮТЬСЯ В ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ)

Студентська молодь – специфічна соціальна група, яка має свої відмінні риси та особливості. Насамперед, з соціальної точки зору, здобувачі вищої освіти об'єднані за родом занять – навчальною діяльністю. Також можна виділити такі психологічні особливості студентської молоді як висока соціальна активність, формування професійних, світоглядних якостей, зміни системи цінностей, високої мотивації до навчання та отримання нових знань. Саме тому студентська молодь є оптимальною цільовою аудиторією для впровадження здоров'язберігаючих знань.

За даними проведеного в ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМН України» дослідження незважаючи на високу обізнаність, далеко не всі здобувачі усвідомлюють та мотивовані діяти відповідно до наявних знань. Існує низка перепон, звичок та стереотипових уявлень, які перешкоджають здоровому способу життя. Під час опитування до таких факторів здобувачі віднесли:

- брак вільного часу (43,8 %) – стереотипове уявлення про необхідність додаткових витрат часу на ведення здорового способу життя;
- відсутність бажання (30,5 %) – відсутність мотивації до ведення здорового способу життя;
- низький рівень доходів (30,2 %) – стереотипове уявлення про необхідність суттєвих фінансових витрат на ведення здорового способу життя.

Незважаючи на це, існують фактори, здатні підвищити мотивацію щодо ведення здорового способу життя та змінити поведінку здобувачів. За даними дослідження до таких факторів відносяться:

- подовження тривалості життя (79,6 %);
- покращення зовнішнього вигляду (71,5 %);
- збереження здоров'я (відсутність хвороб) (58,2 %);
- життєвий успіх (46,0 %);
- бажання створити сім'ю (43,2 %);
- «мода» на здоровий спосіб життя (30,8 %).

Таким чином, освітні технології мають бути спрямовані на подолання шкідливих звичок та стереотипових уявлень молоді відносно перепон щодо ведення здорового способу життя та розкриття основних мотиваційних факторів подовження життя, покращення зовнішнього вигляду та здоров'я, успішності людей, які ведуть здоровий спосіб життя, його вплив на сімейний стан тощо.

5 ОСНОВНІ ЗАХОДИ ВПРОВАДЖЕННЯ АЛГОРИТМУ

Всі заходи, заплановані в рамках реалізації Алгоритму розробляються та впроваджуються з урахуванням особливостей, інтересів і пріоритетів студентської молоді, на яку вони спрямовані.

1. Координація дій і контроль за виконанням заходів Алгоритму.

Виконавці: Адміністрація ЗВО; Наукові установи, що мають пріоритетні напрями наукових досліджень в галузі громадського здоров'я

- розробка стандартизованих освітніх здоров'язберігаючих технологій для впровадження в навчальний процес ЗВО;
- підвищення компетентності виконавців Алгоритму, розробка та удосконалення освітніх програм для після вузівської підготовки педагогічного складу щодо факторів ризику розвитку НІЗ.

2. Науковий супровід освітніх технологій.

Виконавці: Наукові установи, що мають пріоритетні напрями наукових досліджень в галузі громадського здоров'я

- моніторинг та оцінка результативності і ефективності Алгоритму, акумулювання та аналіз даних соціологічних опитувань;
- організація, проведення та підтримка наукових досліджень, щодо поширення неінфекційних захворювань, нераціонального харчування, низької фізичної активності, ризикової поведінки серед студентської молоді, пошук ефективних методів вирішення проблем, пов'язаних з цим.

3. Інформаційне забезпечення впровадження Алгоритму.

Виконавці: Адміністрація ЗВО; Наукові установи, що мають пріоритетні напрями наукових досліджень в галузі громадського здоров'я;

Центральні та регіональні медіа ресурси:

- підтримка веб-сайту щодо поширення якісної та актуальної інформації, освітніх матеріалів та програм, можливість проведення онлайн-опитування;
- поширення інформації щодо здорового способу життя в суспільстві шляхом залучення центральних та регіональних медіа ресурсів.

4. Забезпечення освітнього процесу.

Виконавці: Адміністрація ЗВО; Викладачі ЗВО (кафедри, які викладають здоров'язберігаючі дисципліни).

- впровадження освітніх здоров'язберігаючих технологій в навчальний процес ЗВО;
- збільшення кількості годин позанавчальних спортивних заходів.

5. Отримання даних та відповідне коригування освітніх програм

Виконавці: Адміністрація ЗВО; Наукові установи, що мають пріоритетні напрями наукових досліджень в галузі громадського здоров'я

- проведення соціологічних опитувань студентської молоді щодо факторів розвитку НІЗ;
- участь в первинній розробці та корекції освітніх здоров'язберігаючих технологій з врахуванням профілю ЗВО та особливостей соціальних показників студентської молоді.

6. Забезпечення доступності здорового способу життя

Виконавці: Адміністрація ЗВО; представники організацій, що надають послуги з організації громадського харчування в ЗВО

- забезпечення доступності спортивних споруд та майданчиків для студентської молоді;
- підвищення доступності здорового харчування та обмеження/заборона реалізації харчових продуктів, які не рекомендуються до споживання в закладах громадського харчування, які обслуговують ЗВО.

6 ПОКРОКОВЕ ВИКОНАННЯ ЗАДАЧ АЛГОРИТМУ

Впровадження в навчальний процес ЗВО здоров'язберігаючих освітніх технологій має відбуватись покроково з послідовним виконанням наступних задач, що забезпечить ефективність Алгоритму та його чутливість до змін відповідних соціологічних показників (рис 1.).

Задача 1. Вивчення обізнаності та усвідомлення здобувачами ризику для здоров'я повідникових факторів розвитку НІЗ, виявлення груп ризикової поведінки шляхом проведення епідеміологічних досліджень.

Є обов'язковою первинною ланкою впровадження освітніх технологій в навчальний процес ЗВО. При складанні соціальних опитувальників слід дотримуватись рекомендацій ВООЗ щодо вивчення факторів ризику розвитку НІЗ.

За результатами епідеміологічних досліджень здійснюється організація психологічної допомоги особам з ризиковою поведінкою на базі

медичної установи, за якою закріплено надання медичної допомоги здобувачам та, за наявності, фахівцями психологічної служби самого ЗВО.

Задача 2. Аналіз освітніх здоров'язберігаючих програм ЗВО

Відповідно до профілю підготовки майбутніх фахівців, навчальні програми ЗВО можуть містити певну кількість здоров'язберігаючих дисциплін. Однак, більшість ЗВО взагалі не включають до навчального плану подібні програми. Наслідком такого процесу є абсолютна або часткова непоінформованість значної частки здобувачів щодо здорового способу життя та ризику розвитку НІЗ.

Саме тому впровадженню здоров'язберігаючих освітніх технологій має передувати аналіз базових освітніх програм ЗВО.

Задача 3. Розробка освітніх технологій щодо факторів ризику розвитку НІЗ, формування здорового способу життя

Розробка освітніх технологій щодо факторів ризику розвитку НІЗ має відбуватися на основі стандартизованих освітніх програм з врахуванням даних соціологічного опитування здобувачів та аналізу освітніх програм ЗВО

Задача 4. Впровадження освітніх технологій в навчальний процес ЗВО

Впровадження освітніх технологій в навчальний процес ЗВО, за підтримки адміністрації, має забезпечуватись викладачами кафедр ЗВО, які викладають здоров'язберігаючі предмети.

Задача 5. Формування навичок здорового способу життя та здоров'язберігаючої поведінки щодо харчування, фізичної активності зловживання алкоголю, тютюну, наркотиків.

Формування навичок здорового способу життя та здоров'язберігаючої поведінки є основним очікуваним результатом впровадження Алгоритму. Воно відбувається під дією навчального процесу, організації поза

навчальних занять здобувачів, медіа підтримки, підвищення доступності здорового харчування та спортивних споруд.

Задача 6. Моніторинг обізнаності та усвідомлення здобувачами поведінкових факторів ризику розвитку НІЗ, ризикової поведінки

Показники обізнаності та усвідомлення факторів НІЗ описано в розділі 7.

Задача 7. Моніторинг охоплення здобувачів навчанням по здоров'язберігаючим технологіям

Показники охоплення здобувачів навчанням описано в розділі 7.

Задача 8. Модифікація освітніх технологій щодо факторів ризику розвитку НІЗ, формування навичок здорового способу життя, запобігання ризикової поведінки.

Виконання даної задачі забезпечує адаптивність освітніх технологій та своєчасність внесення змін до навчальних програм.

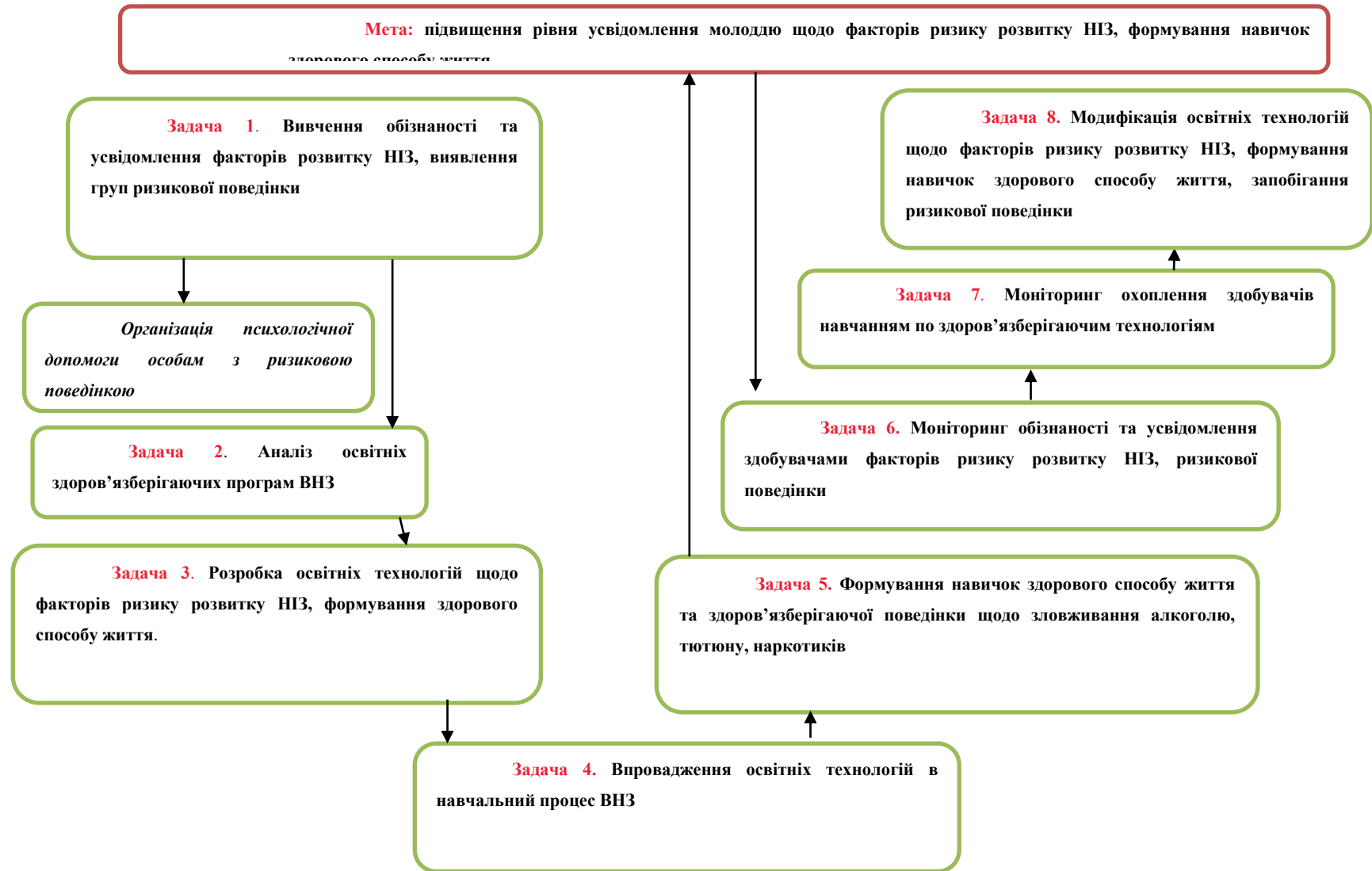


Рисунок 9.1 - Алгоритм впровадження здоров'язберігаючих освітніх технологій в навчальний процес ЗВО

7 МОНІТОРИНГ ЕФЕКТИВНОСТІ, ОСНОВНІ ІНДИКАТОРНІ ПОКАЗНИКИ

Показники ефективності втілення Алгоритму поділяються на дві групи:

Кількісні – показники охоплення студентської молоді

Якісні – результати соціологічних досліджень щодо обізнаності та усвідомлення студентською молоддю ризиків розвитку НІЗ, соціологічні показники поширеності ризикових форм поведінки.

До непрямих якісних показників ефективності впровадження Алгоритму також можна віднести зміни в законодавстві, ініційовані виконавцями щодо основних завдань Алгоритму.

Результатом виконання Алгоритму є:

- підвищення частки здобувачів, що виявляють обізнаність щодо основних факторів розвитку НІЗ;
- підвищення частки здобувачів, що виявляють усвідомлення щодо основних факторів розвитку НІЗ;
- підвищення частки здобувачів, що ведуть фізично активний спосіб життя
- зниження показників споживання студентською молоддю солі, цукру, маргаринів (спредів), солодких газованих напоїв тощо;
- підвищення показників усвідомлення здобувачами користі щоденного споживання свіжих овочів та фруктів;
- формування стійкого негативного відношення до таких явищ, як тютюнопаління, зловживання алкоголю, наркотиків тощо;
- зниження частки осіб, серед студентської молоді, які палять та зловживають алкоголем, мають інші форми ризикової поведінки;
- формування стійкої мотивації кинути палити у курців.

На початку реалізації Алгоритму виробляється план виконання заходів для кожного рівня реалізації, відповідно до закладених принципів, переліку

виконавців Алгоритму, строків проведення заходів тощо. Контроль за виконанням заходів та моніторинг показників здійснюється з залученням наукових установ відповідного профілю.

Для оцінки ефективності впровадження Алгоритму необхідно щонайменше два соціологічні опитування:

1. На початку виконання Алгоритму – для визначення первинних показників обізнаності та усвідомлення студентською молоддю факторів розвитку НІЗ, визначення особливостей освітніх технологій для даного контингенту;
2. Наприкінці проведеного навчального курсу з застосуванням освітніх технологій – визначення фактичних змін соціологічних показників, внесення коректив в планування наступних заходів виконання Алгоритму.

Крім того, проводиться періодичне опитування виконавців Алгоритму з метою визначення непрямих показників ефективності Алгоритму, наявних проблем виконання заходів на всіх рівнях.

Моніторинг показників ефективності Алгоритму забезпечує адаптивність освітніх здоров'язберігаючих технологій, можливість своєчасного коригування окремих навчальних програм, накопичення даних для наукового аналізу та прогнозування.

Висновок до розділу 9

Розроблено та впроваджено Алгоритм, спрямований на формування здорового способу життя серед здобувачів освіти шляхом інтеграції здоров'язберігаючих технологій у навчальний процес, популяризації здорового харчування та підвищення фізичної активності.

Для успішного впровадження Алгоритму важливим є системний моніторинг ефективності освітніх заходів, аналіз соціологічних даних і

епідеміологічних досліджень. Це дозволить своєчасно адаптувати освітні технології до потреб здобувачів освіти та підвищити їхню результативність у запобіганні розвитку неінфекційних захворювань.

Матеріали викладено в наступних публікаціях: [365, 366].

Розділ 10. КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОСНОВИ ПРОФІЛАКТИКИ АЛІМЕНТАРНО-ЗАЛЕЖНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ В УКРАЇНІ (Заключення)

Аліментарно-залежні захворювання становлять значний виклик у сучасному світі, збільшуючи тягар хронічних захворювань і впливаючи на соціально-економічний стан суспільства. З точки зору профілактичної медицини, харчування є керованим чинником. Виникаючи переважно неправильне харчування, аліментарно-залежні захворювання здебільшого мають поліетіологічну природу. В той же час, з точки зору профілактичної медицини, харчування є керованим чинником, вплив якого значною мірою залежить від поведінкових та соціальних аспектів життєдіяльності людини. Зміни у способі життя та харчових звичок, з одного боку, призводять до збільшення частоти таких захворювань, як ожиріння, діабет, інші ендокринні розлади, серцево-судинні захворювання, метаболічні розлади, онкологічні захворювання, хвороби шлунково-кишкового тракту тощо, а з другого – можуть бути основою їх попередження [367, 368]. Отже, запобігання цим захворюванням є критично важливим для забезпечення здорового розвитку та благополуччя населення. При цьому, для захворювань, які виникають в результаті неправильного харчування, доцільно використовувати всі відомі та розроблені принципи профілактики, що вимагає системного підходу шляхом узгодженого розгляду різних факторів, що впливають на харчові звички та загальний стан здоров'я.

В останні роки значна кількість досліджень присвячена проблемі клінічних особливостей та лікування захворювань, пов'язаних з фактором

«харчування» серед дітей та молоді, що підкреслює актуальність цієї теми на світовому рівні [50, 369 –372]. Показано, що саме з чинником «харчування» пов'язані ризики виникнення хронічних захворювань, таких як ожиріння, діабет і серцево-судинні захворювання. Крім того, наявні публікації зосереджені на описі та оцінці ефективності розроблених заходів профілактики аліментарно-залежних захворювань серед дітей та молоді [367, 368]. В той же час, незважаючи на важливість комплексного підходу до проблеми профілактики аліментарно-залежних захворювань в Україні цій проблемі не приділяється достатньо уваги. З точки зору громадського здоров'я, проблема здорового харчування населення досліджується лише окремими науковими групами [373 –375].

Мета нашої роботи, як видно з попередніх розділів, полягає у розробці концептуальних засад профілактики аліментарно-залежних захворювань у дітей та молоді України на підставі комплексного урахування епідеміологічних, соціальних, гігієнічних оцінок реального стану харчування та міжнародного досвіду реалізації проблеми в країнах ЄС та США.

Як ми показали в дослідженнях, викладених раніше, Україна активно імплементує міжнародні рекомендації та нормативні документи в галузі боротьби з хронічними неінфекційними захворюваннями, зокрема, такими, що спричинені нездоровим харчуванням [224, 261, 262, 376, 377]. І на сьогодні, в країні існує досить розвинена нормативно-правова база, яка регулює забезпечення харчуванням дітей в закладах освіти. До того ж, якість цієї нормативної бази за останні роки значно удосконалено. Було введено в дію санітарні регламенти для закладів дошкільної освіти та загальної середньої освіти, а також затверджено норми та Порядок організації харчування у закладах освіти та дитячих закладах оздоровлення та відпочинку [291, 378]. Методичним забезпеченням цього процесу стала розробка та введення в дію значної кількості технологічної документації, яка відповідає вимогам сучасних

стандартів, а також створення оновлених шкільних меню. В рамках реформування шкільного харчування була проведена модернізація шкільних харчоблоків, обладнання новими пристроями, що дозволяє готувати страви з дотриманням правил здорового харчування, та навчання кухарів. Проте, не дивлячись на значні зусилля у впровадженні змін, існують проблеми зі сприйняттям нових страв школярами у шкільних їдальнях та буфетах. Більшість учнів не відчують симпатії до нових страв, а їхні батьки залишаються незадоволеними. Це частково пояснюється змінами у харчових традиціях та незвичністю пропонованих страв, а також економічними складнощами. Подальші власні дослідження доводять, що діти та молодь переважно не мотивовані дотримуватись правил здорового харчування, хоча і в переважній більшості, володіють інформацією щодо ризику нездорового харчування як фактору виникнення хвороб [373, 374]. Попри значні зусилля в удосконаленні шкільного харчування відповідно до рекомендацій ВООЗ, недостатньо уваги приділяється питанням здорового харчування у інших сферах, зокрема, в освітній роботі. Це є серйозною проблемою, оскільки формування здорових харчових звичок та збалансованого підходу до харчування важливе для здоров'я дітей та майбутнього добробуту всього населення. Однак, в Україні питання освіти щодо дотримання правил здорового харчування не висвітлене належним чином. Хоча в останні роки зроблено значні кроки щодо вдосконалення нормативно-правової бази у сфері організації шкільного харчування, питання систематичної освіти дітей з цього приводу залишається недостатньо розробленим на законодавчому рівні. Відсутність комплексних законодавчих норм, які б регулювали цей аспект, обмежує можливості для широкомасштабного впровадження програм з навчання здоровому харчуванню у школах та інших освітніх закладах. Також аналіз нормативної бази не виявив жодного документа, спрямованого на впровадження заходів профілактики аліментарно-залежних захворювань та дотримання правил здорового харчування для осіб позашкільного віку, зокрема

здобувачів. Соціологічні дослідження, проведені нами, підтверджують, що серед молоді старшого віку – здобувачів вищих навчальних закладів різного спрямування – також існує подібна проблема. Ця вікова група часто стикається зі значними змінами в режимі харчування через переїзд з дому, самотійне проживання та нестабільний графік навчання. Відсутність належної підтримки знань та мотивації щодо дотримання правил здорового харчування може призвести до розвитку аліментарно-залежних захворювань [309]. Заходи вторинної профілактики, спрямовані на зменшення інцидентів аліментарно-залежних захворювань, мають на меті раннє виявлення аліментарно-залежних захворювань шляхом систематичного моніторингу. В Україні система медичних оглядів дітей шкільного та дошкільного віку регулюється законодавством [379, 380]. Медогляди здобувачів інших рівнів освіти не є обов'язковими і проводяться лише за вимогою закладів освіти. Слід зазначити, що згідно з чинним законодавством, зазначені медичні огляди мають обмежений потенціал щодо діагностики аліментарно-залежних захворювань. Проте система шкільних та дошкільних медичних оглядів є досить загальною і здатна виявити такі стани, як надлишок або нестача ваги, а також деякі ознаки аліментарно-залежних захворювань. До таких ознак належать показники індексу маси тіла, рівень гемоглобіну, рівень цукру в крові, а також інші ознаки захворювань, які можна виявити при загальному огляді. Статистична звітність, яка ведеться на основі результатів медичних оглядів, могла б стати важливим інструментом для моніторингу стану здоров'я дітей. Проте, звітні форми не враховують дані, які стосуються аліментарно-залежних захворювань [292]. Заходи третинної профілактики аліментарно-залежних захворювань серед дітей та молоді значною мірою розпорошені між різними медичними фахівцями, а затверджені протоколи медичної допомоги містять рекомендації щодо харчування відповідно до нозології захворювання, проте ці дані не є систематизованими і відсутній загальний погляд на проблему. Додатково слід зазначити, що статистична звітність щодо захворюваності та поширеності

захворювань, включаючи ті, що етіологічно пов'язані з аліментарним фактором, була скасована в 2018 році. Це робить практично неможливим аналіз цих показників на загальнодержавному рівні за останні роки [292]. До заходів третинної профілактики також належить організація харчування дітей з особливими дієтичними потребами в закладах освіти, що покликане забезпечити дотримання індивідуальних дієтичних рекомендацій та зменшити ризики розвитку ускладнень, пов'язаних з харчуванням. Організація харчування дітей з особливими дієтичними потребами є важливим кроком забезпечення їх права на освіту, яке не можливе бути реалізованим без вирішення питання доступності відповідного дієтичного харчування в закладі освіти. На сучасному етапі це питання частково врегульовано нормативно-правовими документами з організації харчування в закладах освіти [378, 381]. Проте існують суттєві проблеми щодо організації харчування таких дітей, створення меню, добору рецептур, закупівлі продуктів, інформування персоналу та педагогічних працівників щодо особливостей харчування таких дітей, відповідальність до забезпечення тощо. Таким чином, підсумовуючи вищевикладене, можна виділити наступні напрями, на які мають бути спрямовані зусилля:

1. Освіта, мотивація та інформаційна обізнаність: передбачає не лише поширення знань про здорове харчування, але й мотивацію до змін у харчових звичках. Важливо залучати батьків, педагогів і медичних працівників до процесу освіти та підтримки здорового харчування серед дітей.
2. Створення здорових харчових звичок: передбачає розвиток інфраструктури для доступу до якісних харчових продуктів у шкільних столових, підтримку програм харчування з урахуванням вікових та індивідуальних потреб дітей, а також ініціативи щодо виховання свідомого вибору продуктів серед учнів та їхніх сімей.

3. Доступність харчування в освітніх закладах для осіб з особливими дієтичними потребами: передбачає розробку і впровадження дієтичних програм для дітей з певними харчовими обмеженнями або хронічними захворюваннями, врахування потреб учнів з особливими потребами.
4. Забезпечення статистичного обліку аліментарно-залежних захворювань: передбачає систематичний збір і аналіз епідеміологічних даних щодо поширення аліментарно-залежних захворювань серед дітей та молоді, що є важливим для розробки та оцінки ефективності профілактичних заходів.
5. Системний підхід: передбачає інтеграцію різноманітних ініціатив і стратегій на різних рівнях управління – від національних урядових програм до адміністрації навчальних закладів, координацію між усіма зацікавленими сторонами та створення сприятливих умов для впровадження комплексних підходів до профілактики аліментарно-залежних захворювань у дітей та молоді.

Пропонована оптимізована система профілактики аліментарно-залежних захворювань у дітей та молоді має на меті покращення ефективності профілактичних заходів шляхом застосування систематичних та координованих підходів [382]. Вона включає визначення ключових цілей, заходів, цільових аудиторій та виконавців і є фундаментом для розробки більш конкретних планів, програм і заходів. Основними складовими цієї системи є заходи державного регулювання, освітні програми для дітей та молоді, фахівців медичного та педагогічного профілю, інформаційно-просвітницькі ініціативи тощо.

Відповідно до підходу до проблеми профілактики аліментарно-залежних захворювань, виділено цільові аудиторії - групи людей або організації, до яких спрямовані конкретні заходи з метою досягнення певних цілей у системі профілактики аліментарно-залежних захворювань.

Цільові аудиторії, на які спрямовано наші заходи з одного боку, а з другого – інтереси яких мають бути ураховані є наступні:

1. Діти та молодь, які навчаються у освітніх закладах різного рівня
2. Батьки та опікуни дітей
3. Освітняни
4. Медичні працівники
5. Представники громадських об'єднань
6. Підприємства, що організують харчування дітей та молоді

Основними критеріями визначення цільових аудиторій є їх відношення до проблеми профілактики аліментарно-залежних захворювань серед дітей та молоді. Пріоритетними для реалізації заходів профілактики аліментарно-залежних захворювань є перша та друга цільові аудиторії. Третя та четверта цільові аудиторії – спеціалісти, які впливають на формування та стан аліментарно-залежних захворювань безпосередньо на місцях (таблиця 10.1).

Таблиця 10.1.

Мета, заходи та виконавці системи профілактики аліментарно-залежних захворювань

<p>1. Цільова аудиторія: Діти та молодь, які навчаються у навчальних закладах різного рівня</p> <p>Мета: Підвищити рівень знань та мотивацію до здорового харчування</p> <p>Заходи:</p> <ul style="list-style-type: none">• Включення навчальних матеріалів у шкільну програму, які охоплюють основи здорового харчування, приготування здорових страв та розуміння етикеток на продуктах.• Забезпечення якісного та здорового харчування в їдальнях навчальних закладів <p>Виконавці: адміністрації навчальних закладів, педагогічні працівники, персонал харчоблоків та/або підприємств, які займаються організацією</p>

харчування в освітніх закладах

2. Цільова аудиторія: Батьки та опікуни дітей

Мета: Підвищити обізнаність батьків про важливість здорового харчування та навчити та мотивувати їх до запровадження здорового харчування вдома

Заходи:

- Освітні семінари: Проведення семінарів та вебінарів для батьків на тему здорового харчування, планування меню та приготування здорових страв.
- Інформаційні матеріали: Розробка та поширення буклетів, брошур та онлайн-матеріалів з рекомендаціями щодо здорового харчування для дітей.

Виконавці: медичні та педагогічні працівники, громадські організації

3. Цільова аудиторія: Педагогічні працівники

Мета: Підвищити рівень знань освітян щодо важливості здорового харчування та способів його інтеграції у навчальний процес.

Заходи:

- Професійний розвиток: Проведення тренінгів та семінарів для вчителів з питань здорового харчування та методик його викладання.
- Розробка навчальних матеріалів: Створення та поширення навчальних матеріалів, які допоможуть вчителям інтегрувати тему здорового харчування у навчальні плани.

Виконавці: адміністрація навчального закладу, педагогічний персонал, міністерство освіти та науки

4. Цільова аудиторія: Медичні працівники

Мета: Забезпечити медичних працівників знаннями та інструментами для пропаганди здорового харчування серед дітей та їхніх батьків.

Заходи:

- Тренінги та семінари: Проведення навчальних заходів для медичних працівників з питань профілактики аліментарно-залежних захворювань.
- Розробка рекомендацій для медичних працівників щодо консультування з питань здорового харчування.
- Розробка та впровадження облікових форм статистичної звітності щодо поширеності та захворюваності аліментарно-залежними захворюваннями

Виконавці: заклади охорони здоров'я, медичні організації та асоціації

5. Цільова аудиторія: Представники громадських об'єднань

Мета: Залучення громадських організацій до пропаганди здорового харчування та підтримки відповідних ініціатив. Співпраця з громадськими організаціями для спільної реалізації програм та заходів з пропаганди здорового харчування.

Заходи:

- Інформаційні кампанії: Проведення інформаційних кампаній та акцій, спрямованих на підвищення обізнаності громадськості щодо важливості здорового харчування.
- Волонтерські програми: Залучення волонтерів для проведення освітніх заходів та розповсюдження інформаційних матеріалів.

Виконавці: громадські організації, волонтерські групи, місцеві органи влади, медіа та освітні платформи

6. Цільова аудиторія: Підприємства, що організують харчування дітей та молоді

Мета: Забезпечити наявність здорових та збалансованих страв у навчальних закладах та інших місцях, де харчуються діти.

Заходи:

- Стандарти якості: Впровадження стандартів якості та сертифікації для підприємств, які організують харчування дітей.
- Тренінги для персоналу: Проведення навчальних програм для кухарів та персоналу підприємств з приготування здорових страв.
- Контроль: Регулярне контролювання якості харчування в навчальних закладах та інших місцях.

Виконавці: керівництво підприємств, персонал харчоблоків та/або підприємств, які займаються організацією харчування в освітніх закладах, заклади охорони здоров'я та освітні установи

Оцінка ефективності та перспективи розвитку

Ефективність впроваджених заходів має оцінюватися за допомогою наукових досліджень та статистичних даних. Критерії оцінки можуть включати зміни у рівні поширеності аліментарно-залежних захворювань, моніторинг та анкетні дані щодо харчових звичок серед дітей та молоді. Перспективи розвитку системи профілактики включають постійне оновлення освітніх програм, постійний моніторинг та оцінку ефективності заходів, а також подальшу співпрацю з міжнародними організаціями.

Система профілактики аліментарно-залежних захворювань, яка була запропонована, отримала високу оцінку від фахівців-експертів. Це підтверджує доцільність її впровадження в навчальні та медичні заклади, що сприятиме зменшенню захворюваності та поширеності таких захворювань серед дітей та молоді України, а також покращенню їхнього здоров'я.

Висновки до розділу 10

1. За результатами аналізу стану профілактики аліментарно-залежних захворювань в Україні встановлено, що нормативно-правова база, що регулює забезпечення харчуванням дітей у навчальних закладах, є розвиненою. Однак існують значні проблеми, такі як недостатня увага до

освіти та мотивації дітей і молоді стосовно дотримання правил здорового харчування. Також залишаються невирішеними проблеми із забезпеченням шкільним харчуванням учнів з особливими дієтичними потребами. Не проводиться статистичний облік аліментарно-залежних захворювань, і відсутній загальний погляд на проблему через розпорошеність відповідальності між медичними фахівцями.

2. За результатами роботи сформульовано оптимізовану систему профілактики аліментарно-залежних захворювань у дітей та молоді, яка включає визначення ключових цілей, заходів, цільових аудиторій та виконавців, що є фундаментом для розробки більш конкретних планів, програм і заходів. Вона отримала високу оцінку від фахівців-експертів, що підтверджує доцільність її впровадження на загальнодержавному рівні. Впровадження цієї системи сприятиме зменшенню захворюваності та поширеності аліментарно-залежних захворювань серед дітей та молоді України, а також покращенню їхнього здоров'я.

Матеріали розділу викладено в публікаціях [255, 383 –389]

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі вперше на підставі комплексних аналітичних, санітарно-епідеміологічних, бібліосемантичних і математичних досліджень, даних соціологічних опитувань компетентності дітей, молоді та їхніх батьків на індивідуальному, соціальному (навчальний колектив) та суспільному (заклад освіти) рівнях та теоретичного узагальнення результатів науково обґрунтовано концептуальні основи системи профілактики аліментарно-залежних захворювань у дітей та молоді для вирішення актуального завдання профілактичної медицини – забезпечення умов збереження здоров'я підростаючого покоління та попередження аліментарно-залежних захворювань шляхом оптимізації харчування дітей та учнів закладів загальної освіти.

1. Встановлено неоднорідний характер зміни показників загальної захворюваності та поширеності захворювань серед дітей і молоді трьох вікових груп (0-6 років, 7-14 років, 15-17 років) за період з 2000 по 2017 рік, який характеризувався певним зростанням у період з 2000 по 2010 рік та зменшенням у наступні роки. В той же час визначено, що показники як захворюваності, так і поширеності всіх хвороб у 2017 році суттєво перевищували аналогічні характеристики вихідного 2000 року по всіх областях України.
2. Встановлено вікові особливості зміни поширеності хвороб та загальної захворюваності. Зокрема, аналіз вікових груп засвідчив різні темпи зростання захворюваності. Так, у молодшій групі, що включала дітей від новонароджених до шести років, приріст захворюваності за період спостережень був незначним і знаходився в межах до 6 %, що можливо пов'язано з тим, що діти даної вікової групи розвиваються у цей період переважно за впливу тільки спадкового чинника. В той же час діти другої вікової групи (7-14 років) до спадкового чинника відчують вплив вже зовнішнього фактору, зокрема обумовленого переходом до колективного

перебування в учбових закладах та підвищення кількості соціальних контактів, з одного боку, і учбового навантаження на організм – з іншого. Загальний приріст захворюваності дітей у цій віковій групі сягнув 21,5%. У третій віковій групі зростання захворюваності за період з 2000-2017 рр. досягло 29,2%. Хоча статистично підтверджено достовірність зростання захворюваності тільки у другій та третій групі по відношенню до першої ($p < 0,01 - 0,001$) та відсутність такої поміж другою і третьою групами ($p > 0,05$).

3. Встановлено територіальні особливості формування дитячої захворюваності. Розрахунки, проведені в окремих регіонах з умовним урахуванням специфічності екологічних чинників (хімічні, радіаційні, засоби захисту сільськогосподарських рослин, особливості вмісту есенційних мікроелементів в ґрунтах тощо) дозволили проранжувати рівні захворюваності на теренах України наступним чином: області підвищеного радіаційного контролю > території з переважно промисловим характером господарювання \geq області з переважно сільськогосподарською діяльністю > ендемічні території. Зроблено припущення, що екологічні фактори відбиваються на стані загального здоров'я дитячого організму і в зв'язку з економічним та екологічним поділом території існує імовірність різного рівня прояву їх впливу.
4. Показано, що приріст загальної захворюваності збільшується від молодшої групи дітей до середньої та старшої груп, що надзвичайно важливо для прогнозу рівнів захворюваності дорослого населення, пов'язаного з тим, що після 17 років підліткові групи з накопиченим кумулятивним ефектом хронічних хвороб переходять до дорослої групи. Встановлено, що серед загальної захворюваності аліментарно-залежні хвороби (ожиріння, ендокринні порушення, хвороби травного тракту, залізодефіцитні анемії) займають питому вагу від 4,92% до 7,80%, а за показниками поширеності — від 10,01% до 17,80%.

5. Виявлено, що на відміну від загальної захворюваності показники аліментарно-залежних захворювань не відрізняються за територіальною ознакою, хоча при цьому зберігаються вікові особливості. Внесок аліментарно-залежних хвороб у загальну захворюваність складає: у дітей до 6 років — 4,92%, у віковій групі 7-14 років — 7,17%, а серед підлітків 15-17 років — 7,80%; водночас внесок у загальну поширеність відповідно становить 10,01%, 16,87% та 17,98%. У віковій групі 7-14 років найпоширенішими є хвороби ендокринної системи та органів травлення. У групі 15-17 років спостерігається зростання більшості захворювань, за винятком хвороб органів травлення, що створює значне навантаження на підлітків, які переходять у дорослість з певним тягарем хворобливого стану.
6. Встановлено, що переважна більшість дітей шкільного віку (84,6 – 92,3 %) та здобувачів вищих навчальних закладів обізнані про фактори ризику розвитку неінфекційних захворювань, такі як нераціональне харчування, недостатня фізична активність, зловживання алкоголем і тютюнопаління. Однак, ця обізнаність не завжди переходить в усвідомлення загрози для здоров'я, що призводить до недостатньо обдуманого ставлення до власного способу життя. Визначено, що значна кількість дітей та здобувачів не усвідомлюють шкоду від зловживання сіллю, цукром, солодкими газованими напоями, маргаринами та спредами, а також недостатнього споживання фруктів та овочів. Понад 29 % здобувачів споживають надлишкову кількість солі, тоді як 41 % споживають надмірну кількість цукру. Вживання свіжих овочів і фруктів щодня не є звичкою для майже третини здобувачів, а солодкі газовані напої споживають більш ніж 80 % здобувачів.
7. На підставі узагальнення власних даних та статистичних показників споживання основних груп харчових продуктів визначено, що Структура харчування населення України не відповідає вимогам до раціонального харчування, зокрема спостерігається низьке споживання м'яса та

м'ясопродуктів (на 33,75 % менше від рекомендованого), молока та молочних продуктів (на 46,97 % менше), плодів та фруктів (на 34,44 % менше), риби та рибних продуктів (на 34 % менше). Це свідчить про розбалансованість харчування, що може призвести до аліментарно-залежних захворювань. Калорійність раціону не задовольняє потреби деяких категорій населення, зайнятого важкою працею, а вміст кальцію є недостатнім. Виявлені негативні тенденції у харчуванні українців відображають культурні, економічні та соціальні особливості країни. Низьке споживання м'яса, риби та рослинної олії, порівняно з іншими країнами, і помірне споживання цукру, молока та молокопродуктів поєднується з високим споживанням овочів та картоплі. Ці тенденції потребують комплексного підходу та спільних зусиль науковців, держави та суспільства для покращення раціону та профілактики аліментарно-залежних захворювань.

8. Показано що, сучасний стан забезпечення харчуванням дітей з особливими дієтичними потребами в закладах освіти є недостатнім. Багато закладів не мають належної інфраструктури та ресурсів для забезпечення спеціальних дієтичних потреб. Виявлено проблеми у системі шкільного харчування щодо невідповідності потребам дітей з дієтичними обмеженнями (54,3 %). В більшості навчальних закладів (97,3 %) готування в їдальнях страв для таких дітей не передбачено та відсутні безпечні умови для зберігання їжі, принесеної ними із дому. При цьому діти (22,8 %) стикаються з психологічними проблемами через дієтологічні обмеження та відсторонене харчування в школі. Розроблені в рамках роботи основи дієтичного шкільного харчування включають рекомендації щодо створення спеціальних меню, навчання персоналу та забезпечення необхідними продуктами.
9. Доведено, що частота та тривалість порушень харчової поведінки у дітей значно залежать від їхнього місцеперебування відносно військових подій. Вплив стресу на харчову поведінку варіюється залежно від того, чи перебуває дитина на окупованих територіях, в зоні бойових дій, на мирних

територіях, або є внутрішньо переміщеною чи виїхала за кордон. Встановлено статистично значущі зв'язки між місцеперебуванням відносно військових подій і коливаннями статури дітей, обумовлені порушенням харчової поведінки ($\chi^2=17,818$, $p=0,037$). Недостатня доступність харчування виявилася причиною цього лише у 24,20% випадків, тоді як порушення харчової поведінки становило 57,38%. Тривалість порушень харчової поведінки є ключовою для оцінки їх впливу на здоров'я дитини, де 53,85% порушень зникали протягом місяця, а тривалі порушення (43,15%) можуть призвести до формування нездорових харчових звичок і підвищення частоти хронічних неінфекційних захворювань у подальшому житті.

10. На підставі узагальнення отриманих результатів розроблено концептуальні засади системи організації харчування дітей та молоді, спрямованої на попередження розвитку аліментарно-залежних хвороб та оптимального режиму харчування дітей з особливими дієтичними потребами, провідним елементом якої є розробка та впровадження медико-освітніх та технологічних правил.

Показано, що одним з ключових аспектів оптимізації системи профілактичного харчування є нормативно-правове забезпечення попередження аліментарно-залежних хвороб.

На підставі порівняльного аналізу вітчизняного та міжнародного законодавства надано оцінку діючій нормативно-правовій базі на території України в сучасних умовах і її відповідність вимогам ВООЗ. Визначено невідповідність ряду державних норм і правил зазначеним вимогам та обґрунтовано напрямки їхнього подальшого удосконалення.

11. Матеріали роботи, включаючи нормативно-методичні документи, рецептурні збірники, технологічні карти та примірне чотиритижневе сезонне меню, зокрема Норми та Порядок організації харчування у закладах освіти та дитячих закладах оздоровлення та відпочинку (затверджено Постановою Кабінету міністрів України від 24.03.2021 № 305) та Національна стратегія

розбудови безпечного і здорового освітнього середовища у новій українській школі(затверджено Указом Президента України від 25.05.2020 № 195/2020) широко використовуються в практиці Центрів громадського здоров'я МОЗ України та в системі освіти навчальних закладів різного рівня, включаючи заклади загальної середньої освіти та заклади вищої освіти.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ АЛІМЕНТАРНО-ЗАЛЕЖНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ

На державному рівні:

Відновити та впровадити системний моніторинг захворюваності та поширеності захворювань серед усіх вікових категорій, що передбачає:

1. Проведення регулярних медичних оглядів та збір даних щодо харчування і здоров'я дітей та молоді.
2. Скринінг аліментарно-залежних захворювань, таких як ожиріння, анемія, порушення обміну речовин та дефіцитні стани.
3. Аналіз результатів моніторингу для формування політики здорового харчування та рекомендацій для різних вікових груп.

На рівні навчальних закладів:

Серед дітей дошкільного та молодшого шкільного віку:

1. Залучення батьків до раннього формування харчових звичок у дітей шляхом їх інформування щодо значення здорового харчування для фізичного та розумового розвитку дитини.
2. Надання рекомендацій батькам щодо здорового харчування вдома та формування корисних перекусів для школи.
3. Забезпечення здорового харчування у дитячих, навчальних закладах. Подальше удосконалення нормативно-правового забезпечення здорового харчування з урахуванням фізіологічних потреб дітей.

Серед дітей та молоді середнього та старшого шкільного віку:

1. Впровадження навчальних курсів, які охоплюють основи здорового харчування та ризику, пов'язані з порушенням харчової поведінки.

2. Консультування підлітків щодо ризиків розвитку аліментарно-залежних захворювань. Рекомендації щодо контролю ваги, корекції харчових звичок та включення регулярної фізичної активності.

3. Психологічна підтримка на рівні навчальних закладів різних типів з метою запобігання розладам харчової поведінки, в тому числі, обумовлених стресом.

4. Забезпечення збалансованого харчування у навчальних закладах: Подальше удосконалення нормативно-правового забезпечення здорового харчування з урахуванням фізіологічних потреб дітей та молоді.

Серед молоді та під час переходу до дорослості:

1. Розвиток навичок самоконтролю в харчуванні, зокрема, вибору їжі, оцінки нутрієнтної цінності їжі, контролю харчування.

2. Інтеграція освітніх програм щодо здорового харчування в навчальні плани та програми вищих навчальних закладів.

3. Забезпечення доступності здорового харчування в їдальнях вищих навчальних закладів, обмеження продуктів з високим вмістом цукру та жирів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Brauer M, Roth GA, Aravkin AY, Zheng P, Abate KH, Abate YH, et al. Global burden and strength of evidence for 88 risk factors in 204 countries and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*. 2024 May 18;403(10440):2162–203 Available from: [10.1016/S0140-6736\(24\)00933-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00933-4)
2. Afshin A, Sur PJ, Kairsten A. Fay, Cornaby L, Ferrara G, Joseph S. Salama, et al. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the global burden of disease study 2017. *The Lancet*. 2019 May;393(10184):1958–72. Available from: [10.1016/S0140-6736\(19\)30041-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30041-8)
3. Obesity and overweight. WHO. 2024. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
4. WHO. Nutrition in adolescence: issues and challenges for the health sector: issues in adolescent health and development. World Health Organization; 2005. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/43342>
5. Качинська НФ, Полукаров ЮО, Солосіч ЮС Актуальні проблеми гігієни шкільного харчування з точки зору організаційно-економічних аспектів. In: Abstracts of V International Scientific and Practical Conference. Barcelona, Spain: Barca Academy Publishing; 2020. p. 135–44.
6. Шадрін О, Белоусова О. Рациональне харчування в дитячому віці – запорука майбутнього здоров'я. 2020. Available from: <https://health-ua.com/pediatrics/alergiia/61923-ratconalne-harchuvannya-vdityachomu-vtc-zapорука-majbutnogo-zdorovya>
7. Матасар ІТ, Петрищенко ЛМ. Оптимізація харчування населення як засіб профілактики захворювань аліментарного генезу. 2023. Київ, ГО «Національна академія наук вищої освіти України», 112с.

8. Гребняк МП, Кірсанова ОВ, Таранов ВВ, Мікрюкова НГ. Інноваційні аліментарні технології у системі громадського здоров'я. Єдине здоров'я та проблеми харчування України. 2018;(2):5-12. Available from: <https://doi.org/10.33273/2663-9726-2018-49-2-5-12>
9. Антипкін Ю, Горбань Н, Луценко О. Фактори ризику розвитку хвороб цивілізації. Здоров'я України. 2021;(1):8-11.
10. Geyik O, Hadjidakou M, Karapinar B, Brett A. Bryan. Does global food trade close the dietary nutrient gap for the world's poorest nations? *Global Food Security*. 2021 Mar;28:100490 Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gfs.2021.100490>
11. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* (London, England). 2004 Sep 11;364(9438):937–52. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17018-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17018-9)
12. The Nurses' Health Study and Nurses' Health Study II are among the largest investigations into the risk factors for major chronic diseases in women. Available from: <https://nurseshealthstudy.org/>
13. Cao Z, Xu C, Yang H, Li S, Wang Y. The role of healthy lifestyle in cancer incidence and temporal transitions to cardiometabolic disease. *JACC: CardioOncology*. Груд. 2021 ;3(5):663-74. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.09.016>
14. Cancer Prevention Organisation | World Cancer Research Fund International. WCRF International. Available from: <https://www.wcrf.org/>
15. The European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. Available from: <https://epic.iarc.fr/>
16. Циприян ВІ, Ялкупт СІ. Питание в профилактике опухолей. Книга плюс. Київ; 2000. 150 p.
17. Рубенчик БЛ. Питание, канцерогены и рак. Научная думка. Київ; 1979. 220 p.

18. Global Burden of Disease (GBD). Available from: <https://www.healthdata.org/research-analysis/gbd>
19. Global health data to drive change and improve lives. Available from: <https://www.thelancet.com/gbd/about>
20. Ksouri R. Food components and diet habits: chief factors of cancer development. *Food Quality and Safety*. 2019 Nov;3(4):227–31. Available from: <https://doi.org/10.1093/fqsafe/fyz021>
21. Weininger J. Nutritional disease | definition, examples, & facts. 2024. Available from: <https://www.britannica.com/science/nutritional-disease>
22. Mozaffarian D. Dietary and policy priorities for cardiovascular disease, diabetes, and obesity. *Circulation*. 2016 Jan;133(2):187–225 Available from: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018585>
23. Moiseenko RA, Dudina EA, Goyda NG. Analysis of incidence and prevalence of diseases among children in Ukraine for the 2011-2015 period. *Sovremennaya Pediatriya*. 2017 Apr;82(2):17–27 Available from: <https://doi.org/10.15574/SP.2017.82.17>
24. Hozak SV, Yelizarova OT, Kalinichenko IA, Stankevych TV, Parats AM. Scientific substantiation of standards of health physical activity for primary-school-age children. *Environment & Health*. Bepec. 2022;(3 (104)):37-43. Available from: <https://doi.org/10.32402/dovkil2022.03.037>
25. Bustos-Aibar M, Torres-Martos Á, Gil Á, Aguilera CM. Chapter 3 - Genetic and epigenetic origins of childhood obesity. In: Moreno LA, editor. *Childhood Obesity*. Academic Press; 2025. p. 41–88 Available from: <https://doi.org/10.1016/b978-0-443-21975-7.00003-4>
26. Livingstone KM, Brayner B, Celis-Morales C, Ward J, Mathers JC, Bowe SJ. Dietary patterns, genetic risk, and incidence of obesity: Application of reduced rank regression in 11,735 adults from the UK Biobank study. *Preventive Medicine*. 2022 May 1;158:107035 Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2022.107035>

27. Bays HE, Bindlish S, Clayton TL. Obesity, diabetes mellitus, and cardiometabolic risk: An Obesity Medicine Association (OMA) Clinical Practice Statement (CPS) 2023. *Obesity Pillars*. 2023 Mar 1;5:100056 Available from: <https://doi.org/10.1016/j.obpill.2023.100056>
28. Bays HE, Kirkpatrick CF, Maki KC, Toth PP, Morgan RT, Tondt J, et al. Obesity, dyslipidemia, and cardiovascular disease: A joint expert review from the Obesity Medicine Association and the National Lipid Association 2024. *Journal of Clinical Lipidology*. 2024 May 1;18(3):e320–50 Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jacl.2024.04.001>
29. Miller V, Webb P, Micha R, Mozaffarian D. Defining diet quality: a synthesis of dietary quality metrics and their validity for the double burden of malnutrition. *The Lancet Planetary Health*. 2020 Aug;4(8):e352–70 Available from: [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(20\)30162-5](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(20)30162-5)
30. Ali Z, Scheelbeek PF, Dalzell S, Hadida G, Alcade C, M'boob S, et al. Socio-economic and food system drivers of nutrition and health transitions in The Gambia from 1990 to 2017. *Global Food Security*. 2023 Jun;37:100695 Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gfs.2023.100695>
31. Del Gobbo LC, Khatibzadeh S, Imamura F, Micha R, Shi P, Smith M, et al. Assessing global dietary habits: a comparison of national estimates from the FAO and the Global Dietary Database. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2015 Mar;101(5):1038–46 Available from: <https://doi.org/10.3945/ajcn.114.087403>
32. Wrottesley SV, Mates E, Brennan E, Bijalwan V, Menezes R, Ray S, et al. Nutritional status of school-age children and adolescents in low- and middle-income countries across seven global regions: a synthesis of scoping reviews. *Public Health Nutrition*. 2022 Feb;1–33 Available from: <https://doi.org/10.1017/S1368980022000350>

33. Піддубний В, Тарасюк Г, Чагайда А. Знання про харчування та продовольча безпека молоді. *Modern engineering and innovative technologies*. 2019 Dec;(24–01):41–6
34. Chiu DT, Parker JE, Wiley CR, Epel ES, Laraia BA, Leung CW, et al. Food insecurity, poor diet, and metabolic measures: The roles of stress and cortisol. *Appetite*. 2024 Jun 1;197:107294
35. Vepsäläinen H, Hautaniemi H, Sääksjärvi K, Leppänen MH, Nissinen K, Suhonen E, et al. Do stressed children have a lot on their plates? A cross-sectional study of long-term stress and diet among Finnish preschoolers. *Appetite*. 2021 Feb 1;157:104993
36. Cedillo YE, Kelly T, Davis E, Durham L, Smith DL, Kennedy RE, et al. Evaluation of food security status, psychological well-being, and stress on BMI and diet-related behaviors among a sample of college students. *Public Health*. 2023 Nov 1;224:32–40
37. Zanella E, Lee E. Integrative review on psychological and social risk and prevention factors of eating disorders including anorexia nervosa and bulimia nervosa: seven major theories. *Heliyon*. 2022 Nov 1;8(11):e11422
38. Gropper SS. The Role of Nutrition in Chronic Disease. *Nutrients*. 2023 Jan 28;15(3):664
39. Curioni CC, Da Silva ACF, Da Silva Pereira A, Mocellin MC. The Role of Dietary Habits on Development and Progress of Risk Factors of Chronic Non-communicable Diseases. In: Kelishadi R, editor. *Healthy Lifestyle*. Cham: Springer International Publishing; 2022. p. 105–29. (Integrated Science; vol. 3)
40. Sullivan DH. The role of nutrition in increased morbidity and mortality. *Clinics in Geriatric Medicine*. 1995 Nov;11(4):661–74
41. Constantinides S, Blake C, Frongillo E, Avula R, Thow AM. Double burden of malnutrition: the role of framing in development of political priority in the context of rising diet-related non-communicable diseases in Tamil Nadu, India (P22-005-19). *Current Developments in Nutrition*. 2019 Jun;3(Supplement_1).

- 42.Lundborg P, Rooth DO, Alex-Petersen J. Long-Term effects of childhood nutrition: evidence from a school lunch reform. *The Review of Economic Studies*. 11 трав. 2021. Available from: <https://doi.org/10.1093/restud/rdab028>
- 43.Denysova MF, Gorban NE, Muzyka NM, Bukulova NY. До актуальності проблеми аліментарних хвороб у дітей. *Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics*. 2023;(1(93)):113–7
- 44.Матасар І, Петрищенко Л М. Профілактика захворювань аліментарного та аліментарно залежного генезу. Єдине здоров'я та проблеми харчування України. 2023 Jun;58(1):56–67.
- 45.STEPS. Prevalence of noncommunicable disease risk factors in Ukraine 2019. Available from: <https://ukraine.un.org/en/101307-steps-prevalence-noncommunicable-disease-risk-factors-ukraine-2019>
- 46.Шепелла ГЛ, Брич ВВ. Окремі аспекти формування фізичної активності у дітей шкільного віку. *Громадське здоров'я*. 2024;(2):41-50. Available from: <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.2/07>
- 47.Сердюк АМ, Полька НС, Гуліч МП Профілактика неінфекційних захворювань, що пов'язані зі способом життя, особливостями харчування та фізичною активністю – вагомий напрям національної стратегії охорони здоров'я населення України. *Журнал Академії медичних наук України*. 2010;16:2 299-307
- 48.Боднар ІР, Гук ГІ, Рихаль ВІ, Пастерніков ВВ.. Рухова активність дітей середнього шкільного віку *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова. Серія 15. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт)*. 1 груд. 2022 ;(11(157)):35-40. Available from: [https://doi.org/10.31392/npuc-series15.2022.11\(157\).09](https://doi.org/10.31392/npuc-series15.2022.11(157).09)
- 49.Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: WHO; 2004. 18 . WHA57.17. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf

50. Arellano-Gómez LP, Chávez-Palencia C, Ramos-García CO, Orozco-Hernández RP, Rodríguez-Preciado SI, Ochoa-González H, et al. Participatory intervention to improve nutrition and physical activity of school-age children in Mexico. *Contemporary Clinical Trials*. 2023 Mar;107138.
51. Kryvych IP, Chumak YY, Gusieva HM. Modern state of the health of the population in Ukraine. *Environment & Health*. 2021 Sep;100(3):4–12.
52. Yakovenko V, Henn L, Bettendorf M, Zelinska N, Soloviova G, Hoffmann GF, et al. Risk factors for childhood overweight and obesity in Ukraine and Germany. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*. 2019 Sep;11(3):247–52.
53. Традиції та реальність харчування українців. znaimo: Платформа про здорове шкільне харчування. Available from: <https://znaimo.gov.ua/tradytsii-ta-realnist-kharchuvannia-ukraintsiv>
54. Коваленко АВ. Проблеми здорового харчування та їхнє висвітлення в інформаційних мобільних застосунках. У: *Радіоелектроніка та молодь у ХХІ столітті*; 16-18 квіт. 2024; Харків: ХНУРЕ; с. 118-20.
55. Брич В, Білак-Лук'яничук В, Слабкий Г, Гуцол І, Потокій Н. *Здорове харчування*. Ужгород; 2020. 64 с. Available from: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/29992/1/>.
56. Рогач І, Керецман А, Погоріляк Р, Палко А, Микита Х, Фегер О. Фактичний стан харчування дитячого та дорослого населення закарпатської області та практичні поради щодо його корекції. Ужгород: РІК-У; 2019. 160 с.
57. IDF Diabetes Atlas. Available from: <https://diabetesatlas.org/>
58. Abdalrahim O, Ali M. Diabetes and its relationship to heredity among a sample of diabetes patients in el-beyda city. *Libyan Journal of Basic Sciences*. 2021;15(1):1-10.
59. Sinthania D. Factors associated with diabetes mellitus incidence. In: *1st International Conference on Sport Sciences, Health and Tourism (ICSSHT 2019)*. Atlantis Press; 2021. p. 140–4.

60. Odoh UE, Egbuna C, Chukwube VO, Diovu EO, Stephen AB, Onyegbulam CM, et al. Nutrigenomics of type 2 diabetes: Gene–diet interactions. In: Role of Nutrigenomics in Modern-day Healthcare and Drug Discovery. Elsevier; 2023. p. 85–113.
61. Lopez-Jimenez F, Almahmeed W, Bays H, Cuevas A, Di Angelantonio E, le Roux CW, Sattar N, Sun MC, Wittert G, Pinto FJ, Wilding JP. Obesity and cardiovascular disease: mechanistic insights and management strategies. A joint position paper by the world heart federation and world obesity federation. *European Journal of Preventive Cardiology* . 25 серп. 2022 . Available from: <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwac187>
62. Сіренко ЮМ. Стан проблеми серцево-судинної захворюваності та смертності в Україні. *Ліки України*. 2022 [cited 2024 Sep 16];(2(258)):11–4.
63. Лихота КО, Закалюжний ВМ. Серцево-судинні захворювання та здоров'я населення України. У: *Методика навчання природничих дисциплін у середній та вищій школі (XXVIII Каришинські читання): 27-28 трав. 2021 р*; Полтава: Астроя; с. 205-207
64. Попова ІА, Демченко НВ. Дослідження динаміки поширення серцево-судинних захворювань. У: *Формування Національної лікарської політики за умов впровадження медичного страхування: питання освіти, теорії та практики*; 13-14 берез. 2024; Харків: НФАУ; с. 417-425
65. Коц С, Коц В, Коваленко П. Функціональний стан серцево-судинної системи дітей молодшого та середнього шкільного віку. *Grail of Science* . 9 черв. 2022;(14-15):248-54. Available from: <https://doi.org/10.36074/grail-of-science.27.05.2022.045>
66. Zelinska NB, Rudenko NG, Globa EV, Rudenko OV. Diseases of the endocrine system in children in Ukraine and specialized care to pediatric patients in 2021. *Ukrainian Journal of Pediatric Endocrinology*. 2022 Jun; (1–2):6–16.
67. Zelinska NB, Rudenko NG, Globa EV, Rudenko OV, Grishchenko K, Kavetska YS. Diseases of the endocrine system in children in Ukraine and the provision of

- specialized care to pediatric patients in 2020. *Ukrainian Journal of Pediatric Endocrinology*. 2021 Jul; (2):4–14.
68. Littlejohns TJ, Chong AY, Allen NE, Arnold M, Bradbury KE, Mentzer AJ, Soilleux EJ, Carter JL. Genetic, lifestyle, and health-related characteristics of adults without celiac disease who follow a gluten-free diet: a population-based study of 124,447 participants. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 12 листоп. 2020. Available from: <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa291>
69. Jiada J. Zhan, Bui L, Rebecca A. Hodge, Zimmer M, Pham T, Rose D, et al. Planetary health diet index trends and associations with dietary greenhouse gas emissions, disease biomarkers, obesity, and mortality in the United States (2005-2018). *Current Developments in Nutrition*. 2024 Jul;8:102267.
70. Hoes LL, Geleijnse JM, Bonekamp NE, Dorresteijn JA, van der Meer MG, van der Schouw YT, Visseren FL, Koopal C. Prevalence and determinants of self-reported low-fat-, low-salt-, and vegetarian diets in patients with cardiovascular disease between 1996 and 2019. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*. Січ. 2024. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2024.01.015>
71. Bouillon R, Antonio L, Narinx N. Vitamin D status in children. *Jornal de Pediatria*. 2024 Jul 1;100(4):335–9.
72. Zhang X, Liu Z, Xia L, Gao J, Xu F, Chen H, et al. Clinical features of vitamin D deficiency in children: A retrospective analysis. *The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*. 2020 Feb 1;196:105491.
73. Сорокман ТВ, Молдован ПМ, Макарова ОВ. Характеристика харчового раціону дітей шкільного віку та частота патології шлунково-кишкового тракту. *Здоров'я дитини*. 2021;16(5):338–43.
74. Воронцова Т. О., Федорців О. Є., Крицький І. О., Гоцинський П. В., Дживак В. Г. Ефективність корекції дієтичного харчування дітей із функціональними захворюваннями шлунково-кишкового тракту харчовими продуктами для

- спеціальних медичних цілей. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2022 May;(2):12–6.
- 75.Global Health Observatory. Available from: <https://www.who.int/data/gho>
- 76.FAOSTAT. Available from: <https://www.fao.org/faostat/en/#home>
- 77.European health interview survey. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>
- 78.NHANES. The National Health and Nutrition Examination Survey. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/nhanes/index.htm>
- 79.Global Nutrition Report. Available from: <https://globalnutritionreport.org/>
- 80.Pryadko O, Butenko A, Tkachuk V. Аналіз раціону шкільного харчування. Товарознавчий вісник. 2021 Mar;1(14):58–64.
- 81.Башта А., Стеценко НО, Бажай-Жежерун СА.. Дослідження особливостей харчування студентської молоді і рівня її усвідомлення факторів ризику хронічних неінфекційних захворювань. Наукові праці Національного університету харчових технологій . Серп. 2023 ;29(4). Available from: <https://doi.org/10.24263/2225-2924-2023-29-4-14>
- 82.Denysova MF, Gorban NE, Muzyka NM, Bukulova NY. To the relevance of the problem of alimentary diseases in children. Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics . 28 берез. 2023;(1(93)):113-7. Available from: <https://doi.org/10.15574/pp.2023.93.113>
- 83.Грущенко А., Пермяков О. А. Роль раціонального харчування дітей та підлітків у фізичному розвитку / Тези 74-ї наукової конференції професорів, викладачів, наукових працівників, аспірантів та студентів Національного університету «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка». Том 2. (Полтава, 25 квітня – 21 травня 2022 р.). Полтава: Національний університет імені Юрія Кондратюка, 2022. С. 341–342.
- 84.Карпінська ТГ, Грабовська ТВ, Серета СВ, Короткий ВВ. Показники стану здоров'я сучасних підлітків, як одна із складових здоров'я населення держави. Український медичний часопис. 2021;3(143):834

85. Підкова В, Пащенко І, Круть О, Соляник О, Безсмертна Ж, Дейнега В. Тенденції дитячого харчування. Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології. 2021;14(1):100.
86. Kansra AR, Lakkunarajah S, Jay MS. Childhood and adolescent obesity: a review. *Frontiers in pediatrics*. 2021;8:581461.
87. ALBashtawy M. Breakfast eating habits among schoolchildren. *Journal of Pediatric Nursing*. 2017 Sep;36:118–23.
88. Chahaida A, Tarasiuk H. Assessment of the level of consumption of non-alcoholic high-calorie drinks by youth of Ukraine. *European Science*. 2022 Jan 30 [cited 2024 Sep 22];(sge08-03):59–75.
89. Halushko NA. Evolution of nutrition system of the population of independent Ukraine. *Ukrainian Journal of Modern Toxicological Aspects*. 2018 Sep;82–83(2–3):107–17.
90. Nyankovsky N, Yatsula M, Tytusa A. Nutritional deficiencies and features of nutritional provision in primary school children. *Lviv Clinical Bulletin*. 2021 Dec;2–3(35–36):16–22.
91. Heiko L, Yurochko T. Healthy diet policy for children of early school age in Ukraine: literature review. *Investytsiyyi: praktyka ta dosvid*. 2020 Sep;(15–16):81.
92. Larson NI. Nutritional problems in childhood and adolescence: a narrative review of identified disparities. *Nutrition Research Reviews*. 2020 Apr;1–31.
93. Cowan-Pyle AE, Bailey RL, Gao J, Hess JM, Ademu LO, Smith JL, Mitchell DC, Racine EF. Dietary quality and diet-related factors among U.S. emerging adults (18–23y) are a cause for concern, NHANES 2015–2018. *The Journal of Nutrition*. Черв. 2024. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.tjnut.2024.06.015>
94. Clark H, Coll-Seck AM, Banerjee A, Peterson S, Dalglish SL, Ameratunga S, et al. A future for the world's children? A WHO–UNICEF–Lancet Commission. *The Lancet*. 2020 Feb;395(10224):605–58.

95. Harkness LS, Bonny AE. Calcium and Vitamin D Status in the Adolescent: Key Roles for Bone, Body Weight, Glucose Tolerance, and Estrogen Biosynthesis. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2005 Oct 1;18(5):305–11.
96. Darnton-Hill I. Public Health Aspects in the Prevention and Control of Vitamin Deficiencies. *Current Developments in Nutrition*. 2019 Sep 1 [cited 2024 Sep 16];3(9):nzz075.
97. Thandrayen K, Pettifor JM. The roles of vitamin D and dietary calcium in nutritional rickets. *Bone Reports*. 2018 Jun 1 [cited 2024 Sep 16];8:81–9.
98. Cohen CT, Powers JM. Nutritional Strategies for Managing Iron Deficiency in Adolescents: Approaches to a Challenging but Common Problem. *Advances in Nutrition*. 2024 May 1 [cited 2024 Sep 16];15(5):100215.
99. Powers JM. Chapter 4 - Nutritional anemias. In: Fish JD, Lipton JM, Lanzkowsky P, editors. *Lanzkowsky's Manual of Pediatric Hematology and Oncology (Seventh Edition)*. Academic Press; 2022. p. 61–80.
100. Рогач ІМ, Палко АІ, Фегер ОВ, Віраг МВ. Аналіз фізичної активності школярів Закарпатської області в умовах дистанційного навчання. *Науковий вісник Ужгородського університету : серія: медицина*. 2021;1(63):65-8.
101. Трачук С, Долженко Л, Мамедова І, Довгаль В. Сталий розвиток освітнього середовища для заохочення рухової активності школярів. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту*. 2023;(2):81–5.
102. Цодікова ОА, Очеретнюк ДА, Плахтій ЮЮ, Тарновська КС, Ємець АВ. Характеристика фізичної активності школярів мегаполіса. В: *The 4th International scientific and practical conference “Modern directions of scientific research development”* (28-30 вересня 2021). VoScience Publisher, Chicago, USA 2021. С. 72.
103. Konovalenko AS. Соціально-демографічні чинники розвитку ринку продуктів та послуг харчування дітей. *Scientific Bulletin of Polissia*. 2019;(2(18)):42–9.

104. Хмельницька Л. Еволюція традиційної системи харчування українців. *Scientific Notes on Ukrainian History* . 10 лип. 2019;(46):49-56. Available from: <https://doi.org/10.31470/2415-3567-2019-46-49-56>
105. Грищенко ОВ, Тігран А. Історія української кухні. В: The 6th International scientific and practical conference “International scientific innovations in human life”(15-17 грудня 2021). Cognum Publishing House, Manchester, United Kingdom 2021. С. 590.
106. Мудрик МР, Сакалош ТМ, Бугина ЛМ, Паук АМ, Бойко НВ. Традиційна їжа: концепція, біологічно активні компоненти, їх потенційний вплив на здоров'я людини. *Науковий вісник Ужгородського університету : Серія: Медицина*. 2015;(37):113-9.
107. Яценко СА. Традиційна народна їжа як предмет етнографічного дослідження. *Вісник Житомирського державного університету ім І. Франка*. 2006;(28):233–6.
108. Вітюк ММ. Традиційна обрядова їжа Західного Поділля. *Гілея: науковий вісник*. 2018;(135):79–84.
109. Давидюк М. Традиційне харчування волинян. *Народна творчість та етнологія*. 2006;(2):61-70.
110. Русінова Т. Традиційне харчування поліщуків: історіографічний аспект. *Народна творчість та етнологія*. 2015;(1):39-48.
111. Хмельницька Л. Еволюція традиційної системи харчування українців. *Наукові записки з української історії* . 2019;(46):49-56. Available from: <https://doi.org/10.31470/2415-3567-2019-46-49-56>
112. Борисенко В. Процеси трансформації в національній кухні українців на зламі ХХ–ХХІ століть. *Народна творчість та етнологія*. 2021;(3):72–81.
113. Марущак МІ, Гущук ІВ, Довгалець ОМ, Коробко ЛР, Мялюк ОП. Урбанізація та її вплив на глобальне здоров'я. *Health & Education*. 2024;(1):54–61.

114. Cuevas García-Dorado S, Cornselsen L, Smith R, Walls H. Economic globalization, nutrition and health: a review of quantitative evidence. *Globalization and Health*. 2019 Feb 20;15(1):15.
115. Цегельник АО. Формування культури харчування: до історіографії проблеми. *Питання культурології*. 2013;(29):146–52.
116. Ярославська ЛП, Загородній ВВ. Проблеми здорового харчування молоді. *Innovations and Technologies in the Service Sphere and Food Industry* . 26 черв. 2020;(1):73-81. Available from: <https://doi.org/10.24025/2708-4949.1.2020.206452>
117. Кіцула Л. Вміст у раціонах сучасної студентської молоді оброблених кулінарних інгредієнтів. У: Актуальні проблеми товарознавства, біотехнології, експертизи та митної справи; 20 лют. 2024; Полтава.: Полтавський університет економіки і торгівлі; с. 84-6.
118. Ren Y, Castro Campos B, Peng Y, Glauben T. Nutrition transition with accelerating urbanization? Empirical evidence from rural China. *Nutrients*. 2021;13(3):921.
119. Amare M, Arndt C, Abay KA, Benson T. Urbanization and child nutritional outcomes. *The World Bank Economic Review*. 2020;34(1):63–74.
120. De Bruin S, Holleman C. Urbanization is transforming agrifood systems across the rural–urban continuum creating challenges and opportunities to access affordable healthy diets. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2023. 62 с. FAO 23-08.
121. Huang BH, Hamer M, Chastin S, Pearson N, Koster A, Stamatakis E. Cross-sectional associations of device-measured sedentary behaviour and physical activity with cardio-metabolic health in the 1970 British Cohort Study. *Diabetic Medicine*. 2021 Feb;38(2):e14392.
122. Park JH, Moon JH, Kim HJ, Kong MH, Oh YH. Sedentary lifestyle: overview of updated evidence of potential health risks. *Korean Journal of Family Medicine*. 2020;41(6):365.

123. Nestel PJ, Mori TA. Dietary patterns, dietary nutrients and cardiovascular disease. *Reviews in Cardiovascular Medicine*. 2022 Jan 14;23(1):1.
124. Guidelines: saturated fatty acid and trans-fatty acid intake for adults and children . Geneva: World Health Organization; 2018. 101 с. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/nutritionlibrary/cfs-vgfsyn/draft-who-sfa-tfa-guidelines-public-consultation.pdf?sfvrsn=dc29c6af_5.
125. Cena H, Calder PC. Defining a healthy diet: evidence for the role of contemporary dietary patterns in health and disease. *Nutrients*. 2020;12(2):334.
126. Mukhopadhyay S, Goswami S, Mondal SA, Dutta D. Dietary fat, salt, and sugar: a clinical perspective of the social catastrophe. *Dietary Sugar, Salt and Fat in Human Health*. Elsevier; 2020. p. 67–91.
127. Гейко ЛІ, Юрочко ТП. Політика здорового харчування для дітей раннього шкільного віку в Україні: огляд літератури. *Інвестиції: практика та досвід*. 4 верес. 2020;(15-16):81. Available from: <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2020.15-16.81>
128. Барна ОМ, Барна ЛС. Місце системи громадського здоров'я у профілактиці хронічних неінфекційних захворювань. *Ліки України*. 2023;(8(274)):24–6.
129. Мизгіна Т, Трубнікова С. Роль якості харчування у збереженні здоров'я населення України. У: *Фізична реабілітація та здоров'язбережувальні технології: реалії та перспективи*; 15 жовт. 2023; Полтава: Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»; с. 202-3.
130. Gowrishankar M, Blair B, Rieder MJ. Dietary intake of sodium by children: why it matters. *Paediatrics & Child Health*. 2020;25(1):47–53.
131. Al-Jawaldeh A, Taktouk M, Nasreddine L. Food consumption patterns and nutrient intakes of children and adolescents in the Eastern Mediterranean Region: A call for policy action. *Nutrients*. 2020;12(11):3345.
132. Dighikar V, Singh S. Review on health impact of fast food on younger children. *Journal of Pharmaceutical Research International*. 2021;33(44B):172–7.

133. Genovesi S, Giussani M, Orlando A, Orgiu F, Parati G. Salt and sugar: two enemies of healthy blood pressure in children. *Nutrients*. 2021;13(2):697.
134. Gupta P, Sachdev HS. The Escalating Health Threats from Ultra-processed and High Fat, Salt, and Sugar Foods: Urgent Need for Tailoring Policy. *Indian Pediatrics*. 2022 Mar;59(3):193–7.
135. Wambogo EA, O'Connor LE, Shams-White MM, Herrick KA, Reedy J. Top sources and trends in consumption of total energy and energy from solid fats and added sugars among youth aged 2–18 years: United States 2009–2018. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2022;116(6):1779–89.
136. Malesza IJ, Malesza M, Walkowiak J, Mussin N, Walkowiak D, Aringazina R, et al. High-Fat, Western-Style Diet, Systemic Inflammation, and Gut Microbiota: A Narrative Review. *Cells*. 2021 Nov 14;10(11):3164.
137. Amerzadeh M, Takian A, Pouraram H, Sari AA, Ostovar A. Policy analysis of socio-cultural determinants of salt, sugar and fat consumption in Iran. *BMC Nutrition*. 2022 Mar 25;8(1):26.
138. Ma X, Nan F, Liang H, Shu P, Fan X, Song X, et al. Excessive intake of sugar: An accomplice of inflammation. *Frontiers in Immunology*. 2022;13:988481.
139. Herman MA, Birnbaum MJ. Molecular aspects of fructose metabolism and metabolic disease. *Cell Metabolism*. 2021 Dec 7;33(12):2329–54.
140. Arnone D, Chabot C, Heba AC, Kökten T, Caron B, Hansmannel F, et al. Sugars and Gastrointestinal Health. *Clinical Gastroenterology and Hepatology: The Official Clinical Practice Journal of the American Gastroenterological Association*. 2022 Sep;20(9):1912–24.e7
141. Gillespie KM, Kemps E, White MJ, Bartlett SE. The Impact of Free Sugar on Human Health-A Narrative Review. *Nutrients*. 2023 Feb 10;15(4):889.
142. Wang L, Martínez Steele E, Du M, Pomeranz JL, O'Connor LE, Herrick KA, et al. Trends in Consumption of Ultraprocessed Foods Among US Youths Aged 2-19 Years, 1999-2018. *JAMA*. 2021 Aug 10;326(6):519–30.

143. Haque M, McKimm J, Sartelli M, Samad N, Haque SZ, Bakar MA. A narrative review of the effects of sugar-sweetened beverages on human health: A key global health issue. *J Popul Ther Clin Pharmacol*. 2020 Mar 3;27(1):e76–103.
144. Горобець АО. Вітаміни і мікроелементи як специфічні регулятори фізіологічних та метаболічних процесів в організмі дітей та підлітків. *Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics* . 30 груд. 2019;(4(80)):75-92. Available from: <https://doi.org/10.15574/pp.2019.80.75>
145. Beketova HV, Klymova YuV. Nutrition to support a healthy skeleton. *Child's Health*. 2024 Jul 28;19(4):182–9.
146. Nankumbi J, Grant F, Sibeko L, Mercado E, O'Neil K, Cordeiro LS. Effects of Food-Based Approaches on Vitamin A Status of Women and Children: A Systematic Review. *Adv Nutr*. 2023 Nov 1;14(6):1436–52.
147. Carr AC, Rowe S. Factors affecting vitamin C status and prevalence of deficiency: A global health perspective. *Nutrients*. 2020;12(7):1963.
148. Rowe S, Carr AC. Global vitamin C status and prevalence of deficiency: a cause for concern? *Nutrients*. 2020;12(7):2008.
149. Kaźmierczak-Barańska J, Boguszewska K, Adamus-Grabicka A, Karwowski BT. Two faces of vitamin C—antioxidative and pro-oxidative agent. *Nutrients*. 2020;12(5):1501.
150. Doseděl M, Jirkovský E, Macáková K, Krčmová LK, Javorská L, Pourová J, et al. Vitamin C—sources, physiological role, kinetics, deficiency, use, toxicity, and determination. *Nutrients*. 2021;13(2):615.
151. Pasricha SR, Tye-Din J, Muckenthaler MU, Swinkels DW. Iron deficiency. *Lancet*. 2021 Jan 16;397(10270):233–48.
152. Drewnowski A, Amanquah D, Gavin-Smith B. Perspective: How to Develop Nutrient Profiling Models Intended for Global Use: A Manual. *Advances in Nutrition*. 2021 Jun 1;12(3):609–20.
153. Tako E. Dietary Trace Minerals. *Nutrients*. 2019 Nov 19;11(11):2823.

154. Duntas LH. Nutrition and thyroid disease. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*. 2023 Dec 1;30(6):324–9.
155. Bhutta ZA, Sadiq K. Protein Deficiency. In: Caballero B, editor. *Encyclopedia of Human Nutrition*. 3rd ed. Waltham: Academic Press; 2013. p. 111–5.
156. Стеценко Н. Проблема дефіциту білку у харчуванні населення України та шляхи її вирішення. *Modern Engineering and Innovative Technologies*. 2023 Aug 30;(28–01):41–5.
157. Bhutta ZA, Dewraj HL. Protein | Deficiency. In: Caballero B, editor. *Encyclopedia of Human Nutrition*. 2nd ed. Oxford: Elsevier; 2005. p. 82–6.
158. Corsetti G, Pasini E, Scarabelli TM, Romano C, Singh A, Scarabelli CC, et al. Importance of Energy, Dietary Protein Sources, and Amino Acid Composition in the Regulation of Metabolism: An Indissoluble Dynamic Combination for Life. *Nutrients*. 2024 Jul 25;16(15):2417.
159. Bilsborough S, Mann N. A review of issues of dietary protein intake in humans. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*. 2006 Apr;16(2):129–52.
160. Гречанюк ВЮ, Новікова ІП. Фенілкетонурія: причини, симптоми, діагностика, лікування та наслідки захворювання. У: *Біологічні дослідження – 2022; 10-11 жовт. 2022; Житомир: Євро-Волинь*. с. 170-2.
161. Elhawary NA, AlJahdali IA, Abumansour IS, Elhawary EN, Gaboon N, Dandini M, et al. Genetic etiology and clinical challenges of phenylketonuria. *Hum Genomics*. 2022 Dec;16(1):22.
162. Nyhan WL, Hoffmann GF, Al-Aqeel AI, Barshop BA. Phenylketonuria. In: Nyhan WL, editor. *Atlas of Inherited Metabolic Diseases*. 2020. p. 116–26.
163. van Spronsen FJ, Blau N, Harding C, Burlina A, Longo N, Bosch AM. Phenylketonuria. *Nature reviews Disease primers*. 2021;7(1):36.
164. Hillert A, Anikster Y, Belanger-Quintana A, Burlina A, Burton BK, Carducci C, et al. The genetic landscape and epidemiology of phenylketonuria. *The American Journal of Human Genetics*. 2020;107(2):234–50.

165. Губерґріц НБ, Беляєва НВ, Цис ОВ, Гомозова ОА, Супрун ОО. Печінка та целіакія. Огляд літератури. Сучасна гастроентерологія. 2023;(5):78–84.
166. Товкес А, Панчук О. Целіакія як захворювання зі спадковою схильністю. Grail of Science. 2023;(25):514–6.
167. Guandalini S, Discepolo V. Celiac Disease. In: Guandalini S, Dhawan A, editors. Textbook of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition.; 2022. p. 525–48.
168. Rubin JE, Crowe SE. Celiac Disease. Ann Intern Med. 2020 Jan 7;172(1):ITC1.
169. Sahin Y. Celiac disease in children: A review of the literature. World J Clin Pediatr. 2021;10(4):53.
170. Lebwohl B, Rubio-Tapia A. Epidemiology, presentation, and diagnosis of celiac disease. Gastroenterology. 2021;160(1):63–75.
171. Bulgaru V, Popescu L, Siminiuc R. Lactose intolerance and the importance of lactose-free dairy products in this condition. Journal of Social Sciences. 2021;(4):119–33.
172. del Carmen Toca M, Fernándezb A, Orsic M, Tabaccod O, Vinderolae G. Lactose intolerance: myths and facts. An update. Archives of Argentinos Pediatrics. 2022;120(1):59–66.
173. Bouchoucha M, Fysekidis M, Rompteaux P, Raynaud JJ, Sabate JM, Benamouzig R. Lactose sensitivity and lactose malabsorption: the 2 faces of lactose intolerance. Journal of Neurogastroenterology and Motility. 2021;27(2):257.
174. Qi X, Tester RF. Lactose, Maltose, and Sucrose in Health and Disease. Molecular Nutrition & Food Research. 2020 Apr;64(8):1901082.
175. Vázquez SM, de Rojas JN, Troche JR, Adame EC, Ruíz RR, Domínguez LU. The importance of lactose intolerance in individuals with gastrointestinal symptoms. Revista de Gastroenterología de México (English Edition). 2020;85(3):321–31.

176. Власик МА, Погоріла ІО. Лактазна недостатність у дітей в Україні. In: The 14th International scientific and practical conference “Modern scientific research: achievements, innovations and development prospects” (July 17-19, 2022). MDPC Publishing, Berlin, Germany; 2022. p. 44.
177. Качур С, Іщенко А, Яніцька Л. Молекулярно-генетичні причини непереносимості лактози. У: Традиції та нові наукові стратегії у Центральній та Східній Європі; Запоріжжя. Запоріжжя: ГО «Інститут інноваційної освіти»; Науково-навчальний центр прикладної інформатики НАН України; 2023. с. 66-70.
178. Денисенко АМ, Науменко НА. Галактоземія: поширена проблема сьогодення. У: Досягнення сучасної медичної та фармацевтичної науки – 2022; 4 лют. 2022; Запоріжжя: ЗДМУ. с. 29.
179. Ластівка ІВ. Дієтотерапія при галактоземії. In: VII International scientific and practical conference "Scientific Research: Theoretical Foundations and Practical Applications" (January 24-26, 2024). Vienna, Austria, International Scientific Unity; 2024. p. 301.
180. Nyhan WL, Hoffmann GF, Al-Aqeel AI, Barshop BA. Galactosemia. In: Atlas of Inherited Metabolic Diseases. CRC Press; 2020. p. 425–34.
181. Hermans ME, Van Oers HA, Geurtsen GJ, Haverman L, Hollak CEM, Rubio-Gozalbo ME, et al. The challenges of classical galactosemia: HRQoL in pediatric and adult patients. *Orphanet Journal of Rare Diseases*. 2023 Jun 2;18(1):135.
182. Чернуха ОВ, Борисова АІ, Рева КО. Поширеність, перебіг, профілактика алергії серед населення України в ХХІ столітті. In: The 12th International scientific and practical conference "Innovations and prospects in modern science" (November 20-22, 2023). SSPG Publish, Stockholm, Sweden; 2023. p. 163.
183. Курченко АІ, Романюк ЛІ, Левченко АР. Харчова алергія. Сучасний погляд на діагностику та лікування. *Астма та алергія*. 2023;2023(4):65-73. Available from: <https://doi.org/10.31655/2307-3373-2023-4-65-73>

184. Харчова непереносимість і харчова алергія у дітей. Дитячий лікар. 2011;3(10):38–45.
185. Sampath V, Abrams EM, Adlou B, Akdis C, Akdis M, Brough HA, et al. Food allergy across the globe. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2021;148(6):1347–64.
186. Gargano D, Appanna R, Santonicola A, De Bartolomeis F, Stellato C, Cianferoni A, et al. Food allergy and intolerance: A narrative review on nutritional concerns. *Nutrients*. 2021;13(5):1638.
187. Sicherer SH, Warren CM, Dant C, Gupta RS, Nadeau KC. Food allergy from infancy through adulthood. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*. 2020;8(6):1854–64.
188. Muthukumar J, Selvasekaran P, Lokanadham M, Chidambaram R. Food and food products associated with food allergy and food intolerance—An overview. *Food Research International*. 2020;138:109780.
189. Peters RL, Krawiec M, Koplin JJ, Santos AF. Update on food allergy. In: Ebisawa M, editor. *Pediatric Allergy and Immunology*. 2021 May;32(4):647–57.
190. Denche-Zamorano Á, Franco-García JM, Carlos-Vivas J, Mendoza-Muñoz M, Pereira-Payo D, Pastor-Cisneros R, et al. Increased risks of mental disorders: Youth with inactive physical activity. *Healthcare*. 2022;10(2):237.
191. Abiri B, Hosseinpanah F, Banihashem S, Madinehzad SA, Valizadeh M. Mental health and quality of life in different obesity phenotypes: a systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2022 Dec;20(1):63.
192. Iguacel I, Gasch-Gallen A, Ayala-Marin AM, De Miguel-Etayo P, Moreno LA. Social vulnerabilities as risk factor of childhood obesity development and their role in prevention programs. *International Journal of Obesity*. 2021;45(1):1–11.
193. Odoms-Young A, Brown AGM, Agurs-Collins T, Glanz K. Food insecurity, neighborhood food environment, and health disparities: State of the science, research gaps, and opportunities. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2024 Mar 1;119(3):850–61.

194. Løvhaug AL, Granheim SI, Djojosoeparto SK, Harrington JM, Kamphuis CBM, Poelman MP, et al. The potential of food environment policies to reduce socioeconomic inequalities in diets and to improve healthy diets among lower socioeconomic groups: an umbrella review. *BMC Public Health*. 2022 Mar 4;22(1):433.
195. Bastian GE. Exploring sociodemographic and chronic disease factors associated with chronic, seasonal, intramonthly, and intermittent presentations of food security instability. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2024 Jun;124(6):686–99.
196. Manios Y, Moschonis G, Androutsos O, Filippou C, Lippevelde WV, Froydis N. Vik, et al. Family sociodemographic characteristics as correlates of children’s breakfast habits and weight status in eight European countries. The ENERGY (European Energy balance Research to prevent excessive weight Gain among Youth) project. *Public Health Nutrition*. 2014 Jul;18(5):774–83.
197. Barnes PA, Erwin PC, Moonesinghe R. Measures of highly functioning health coalitions: Corollaries for an effective public health system. *American Journal of Public Health*. 2014 Dec;104(12):e43–7.
198. Hawkes C, Ruel MT, Salm L, Sinclair B, Branca F. Double-duty actions: seizing programme and policy opportunities to address malnutrition in all its forms. *The Lancet*. 2020;395(10218):142–55.
199. Norris SA, Frongillo EA, Black MM, Dong Y, Fall C, Lampl M, et al. Nutrition in adolescent growth and development. *The Lancet*. 2022;399(10320):172–84.
200. Hargreaves D, Mates E, Menon P, Alderman H, Devakumar D, Fawzi W, et al. Strategies and interventions for healthy adolescent growth, nutrition, and development. *The Lancet*. 2022;399(10320):198–210.
201. Global strategy for women’s, children’s and adolescents’ health . New York: Every Woman Every Child; 2015. 108 c. Available from:

<https://data.unicef.org/resources/global-strategy-womens-childrens-adolescents-health/>.

202. United nations children’s fund nutrition strategy 2020-2030 . New York: UNICEF; 2020. 110 c. Available from: <https://www.unicef.org/reports/nutrition-strategy-2020-2030>
203. Thomas C, Breeze P, Cummins S, Cornelsen L, Yau A, Brennan A. The health, cost, and equity impacts of restrictions on the advertisement of high fat, salt, and sugar products across the transport for London network: a health economic modelling study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2022 Jul 27;19(1):93.
204. Fardet A, Rock E, Bassama J, Bohuon P, Prabhasankar P, Monteiro C, et al. Current food classifications in epidemiological studies do not enable solid nutritional recommendations for preventing diet-related chronic diseases: the impact of food processing. *Advances in Nutrition*. 2015 Nov;6(6):629–38.
205. Wood B, Williams O, Baker P, Sacks G. Behind the ‘creative destruction’ of human diets: An analysis of the structure and market dynamics of the ultra-processed food manufacturing industry and implications for public health. *Journal of Agrarian Change*. 2023 Oct;23(4):811–43.
206. Lencucha R, Thow AM. Intersectoral policy on industries that produce unhealthy commodities: governing in a new era of the global economy? *BMJ Global Health*. 2020;5(8):e002246.
207. Laar A. The role of food environment policies in making unhealthy foods unattractive and healthy foods available in Africa. *EClinicalMedicine* . Черв. 2021;36:100908. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100908>
208. Schulze C, Matzdorf B, Rommel J, Czajkowski M, García-Llorente M, Gutiérrez-Briceño I, et al. Between farms and forks: Food industry perspectives on the future of EU food labelling. *Ecological Economics*. 2024 Mar 1;217:108066.

209. Turner PJ, Gerds J, Brooke-Taylor S. Food labelling and food allergies. In: Sicherer SH, editor. *Encyclopedia of Food Allergy*. 1st ed. Oxford: Elsevier; 2024. p. 192–216.
210. Pervin R, Hossain MA, Debnath D, Nath BD. Chapter 1 - Epidemiological perspectives of dietary sugars, salts, and fats. In: Preuss HG, Bagchi D, editors. *Dietary Sugar, Salt and Fat in Human Health*. Academic Press; 2020. p. 3–23.
211. Antunes AEC, Gallina DA, Rodrigues VC da C, da Cunha DT. Chapter 9 - Dairy foods reformulation by lower salt, sugar, and fat content. In: Cruz AG da, Ranadheera CS, Nazzaro F, Mortazavian AM, editors. *Dairy Foods*. Woodhead Publishing; 2022. p. 195–213.
212. Therdthai N. Chapter Seven - Sugar, salt and fat reduction of bakery products. In: Zhou W, Gao J, editors. *Advances in Food and Nutrition Research*. Academic Press; 2022. p. 283–327.
213. Belc N, Smeu I, Macri A, Vallauri D, Flynn K. Reformulating foods to meet current scientific knowledge about salt, sugar and fats. *Trends in Food Science & Technology*. 2019 Feb 1;84:25–8.
214. Pineda E, Gressier M, Li D, Brown T, Mounsey S, Olney J, et al. Review: Effectiveness and policy implications of health taxes on foods high in fat, salt, and sugar. *Food Policy*. 2024 Feb 1;123:102599.
215. Mozaffarian D. Salt, sugar, and fat or branding, marketing, and promotion? *The Lancet*. 2013 Oct 19;382(9901):1322–3.
216. Zailani H, Owolabi OA, Sallau AB. Contribution of school meals to the recommended nutrient and energy intake of children enrolled in the National Homegrown School Feeding Program in Zaria, Nigeria. *Archives de Pédiatrie*. 2023 Oct 1;30(7):471–6.
217. Mohammed B, Belachew T, Kedir S, Abate KH. Effect of school feeding program on academic performance of primary school adolescents: A prospective cohort study. *Clinical Nutrition ESPEN*. 2023 Aug 1;56:187–92.

218. Kaur R. Estimating the impact of school feeding programs: Evidence from mid day meal scheme of India. *Economics of Education Review*. 2021 Oct 1;84:102171.
219. Sanghvi TG, Godha D, Frongillo EA. Inequalities in complementary feeding programs in randomized intervention and nonintervention areas after program implementation in Bangladesh, Ethiopia, and Vietnam. *Current Developments in Nutrition*. 2024 Sep 1;8(9):104426.
220. Zhao C, Chen B, Song Z. School nutritious feeding and cognitive abilities of students in poverty: Evidence from the nutrition improvement program in China. *Children and Youth Services Review*. 2024 Apr 1;159:107519
221. Корзун В, Петренко О, Котикович Ю, Болохнова Т, Деркач А, Гайдук М. Актуальні питання захисту довкілля та здоров'я населення. Київ: 2015. Закономірності формування мікроелементозів у населення Північного регіону України; с. 335-56.
222. Сердюк А, Гуліч МП, Коблянська А, Любарська Л, Петренко О, Харченко О, Яценко О, Ольшевська О. Актуальні питання захисту довкілля та здоров'я населення України (результати наукових розробок 2018 р). Київ;; 2019. Обґрунтування наукових засад реалізації заходів профілактики неінфекційних захворювань в Україні відповідно до цілей сталого розвитку; с. 18-100.
223. Корзун В, Котикович Ю, Петренко О, Писаренко Ю, Гайдук М, Деркач А. Вода як джерело йоду для профілактики йододефіцитних захворювань. У: Вода і здоров'я людини; 19-20 квіт. 2013; Ужгород. 2013. с. 38-42.
224. Gulich MP, Petrenko OD. Healthy nutrition as a disease prevention factor: WHO Policy and National Experience (to mark the 75th anniversary of WHO in Ukraine). *Medicni Perspektivi*. 2023 Sep;28(3):152–62.
225. Корзун В., Болохнова Т., Деркач А., Котикович Ю., Петренко О., Тананакіна Н. Проблеми йододефіцитних захворювань у вагітних. Чорнобиль: екологія і здоров'я. 2015;(3):62-81.

226. Корзун В., Котикович Ю., Петренко О. Роль харчування в етіології та профілактиці йододефіцитних захворювань. Проблемы старения и долголетия. 2011;(2):189-96
227. Корзун В, Мельниченко Т, Петренко О, Тихоненко Ю. Сьогодні і біоетика. Київ: Авіцена; 2011. р. 385–94.
228. Gulich MP, Petrenko ED, Lubarskaya LS, Deputat YM. Nutrition of soldiers in battle conditions: the evolution from Zaporizhzhia Sich until today. *Medicni Perspektivi (Medical Perspectives)*. 2020 Apr;25(1):221–9.
229. Лехан ВМ. Епідеміологічні методи вивчення неінфекційних захворювань. Донецьк: АРТ-ПРЕС; 2004. р. 184.
230. Antomonov MY. The methodological issues of questionnaire survey in the environmental-and-hygienic research. *Environment & Health* . Лют. 2022 ;(1 (102)):67-75. Available from: <https://doi.org/10.32402/dovkil2022.01.067>
231. В Г Бардов, С Т Омельчук, Н В Мережкіна, В Д Алексійчук, Є М Анісімов, А М Антоненко. Гігієна та екологія. Вінниця: Нова книга; 2020. 472 с.
232. Ребуха ЛЗ. Методологія наукових досліджень: способи пошуку та опрацювання наукової інформації. Наукові записки Серія: Педагогічні науки. 2020;(189):59–62.
233. Антомонов М. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных. Киев: МИЦ "Мединформ"; 2018. 579 с.
234. Державна служба статистики України. Available from: <https://www.ukrstat.gov.ua/>
235. Баланси та споживання основних продуктів харчування населенням України. Київ: Державна служба статистики України; 2021. 57 с.
236. Ieltsova LB, Omelchuk ST. Substantiation of ways for improvement of questionnaire-survey method of assessment of population's actual nutrition. *Medicni Perspektivi*. 2017;22(3):104–12.

237. Грузева Т, Лехан В, Огнєв В, Галієнко Л, Крячкова В, Паламар Б. Біостатистика. Вінниця: Нова книга; 2020. 384 с.
238. Петренко О. Ефективний і надійний контроль вмісту йоду в об'єктах навколишнього середовища – актуальне завдання сьогодення. Гігієна населених місць. 2015;(65):200-3
239. Петренко О. Ефективний і надійний контроль вмісту йоду в об'єктах навколишнього середовища – актуальне завдання сьогодення. Гігієна населених місць. 2015;(65):200-3
240. Петренко О., Мельниченко Т. Інформативність анкетування для оцінки стану харчування окремих груп населення при плануванні та проведенні профілактичних заходів.: Сучасні тенденції розвитку медичної науки та медичної практики; 26-27 груд. 2014; Львів. с. 68-70.
241. Мельниченко Т., Петренко О. Окремі аспекти визначення мікроелементів методом інверсійної вольтамперометрії.:Київська конференція з аналітичної хімії; 7-9 жовт. 2015; Київ. с. 131.
242. Петренко О., Мельниченко Т. Оцінка вмісту йоду в збагачених йодвмісними сполуками продуктах харчування.:Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України; 19 жовт. 2023; Київ. с. 245-6.
243. Мельниченко Т., Петренко О. Проблемні питання визначення мікроелементів методом інверсійної вольтамперометрії і шляхи їх вирішення. Журнал хроматографічного товариства. 2014;(1-4):44-51.
244. Chorna VV, Khliestova SS, Gumeniuk NI, Makhniuk VM, Sydorchuk TM. Morbidity indicators and dissemination and modern attitudes on disease prevention. Reports of Vinnytsia National Medical University. 2020;24(1):158–64.
245. Prysyzhnyuk AYе, Bazyka DA, Gudzenko NA, et al. Thyroid cancer incidence in the population of Ukraine and its epidemiological determinants:

- Ionizing radiation and endocrine disruptors. *Problemy radiatsiyanoi medytsyny ta radiobiolohiyi*. 2023;28:176–90.
246. Ahn C, Jeung EB. Endocrine-Disrupting Chemicals and Disease Endpoints. *International Journal of Molecular Sciences*. 2023;24(6):5342.
247. Kassotis CD, Vandenberg LN, Demeneix BA, Porta M, Slama R, Trasande L. Endocrine-disrupting chemicals: economic, regulatory, and policy implications. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2020;8(8):719–30.
248. Kahn LG, Philippat C, Nakayama SF, Slama R, Trasande L. Endocrine-disrupting chemicals: implications for human health. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2020;8(8):703–18.
249. Prykashchykova KYe, Yaroshenko ZhS, Kapustynska OA, et al. The effects of small doses of ionizing radiation in the development of the incidence of diseases of the digestive organs in persons evacuated from the 30-kilometer zone of the Chernobyl NPP during 1992-2016. Epidemiological observation. *Environment & Health*. 2022;4(105):28–35.
250. Dubovaya NF, Bandazhevsky YuI. Assessment of adaptation capabilities of the cardiovascular system of schoolchildren living near the Chernobyl Exclusion Zone. *Environment & Health*. 2023;2(107):24–9.
251. Bandazhevskiy Y, Dubova N. Comparative assessment of metabolic processes in children living in the areas affected by the Chernobyl nuclear power plant accident. *Environment & Health* . Груд. 2017 ;(4 (84)):27-30. Available from: <https://doi.org/10.32402/dovkil2017.04.027>
252. Lototska O, Prokopov V. Assessment of the risk of the consumption of drinking water with the increased content of nitrates for the health of the people of the Ternopil region. *Environment & Health* . Груд. 2018 ;(4 (89)):20-4. Available from: <https://doi.org/10.32402/dovkil2018.04.020>
253. Corsello A, Pugliese D, Gasbarrini A, Armuzzi A. Diet and Nutrients in Gastrointestinal Chronic Diseases. *Nutrients*. 2020 Sep 3;12(9):2693.

254. Гуліч М.П., Петренко О.Д. Сучасний стан та просторово-часові тенденції аліментарно-залежної захворюваності дитячого населення України. Довкілля та здоров'я. 2024 березень; (1 (110)):32-8. Available from: <https://doi.org/10.32402/dovkil2024.01.032>
255. Петренко О. Moderni aspekty vmdy. Cheska republika: Mezinbrodny Ekonomicke Instituts.r.o.; 2024. Сучасний стан та підходи до оптимізації системи профілактики аліментарно-залежних захворювань у дітей та молоді в Україні; р. 325-39
256. World Health Organization (WHO). Available from: <https://www.who.int/>
257. 17 Sustainable Development Goals Available from: <https://sdgs.un.org/goals>
258. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: WHO; 2004. 18 с. WHA57.17.
259. Codex Alimentarius Commission Procedural Manual. FAO; WHO; 2023. Available from: <http://www.fao.org/documents/card/en/c/cc5042en>
260. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: WHO Document Production Services; 2013. 55 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>
261. Implementation roadmap 2023-2030 for the Global action plan. Available from: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/governance/roadmap>
262. United nations children's fund nutrition strategy 2020-2030 . New York: UNICEF; 2020. 110 с. Available from: <https://www.unicef.org/reports/nutrition-strategy-2020-2030>
263. Europe WHORO for, Health 2020 WMC on N and ND in the C of. Vienna Declaration on nutrition and noncommunicable diseases in the context of Health 2020. Vienna, Austria; 4–5 July 2013. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/350439>
264. European food and nutrition action plan 2015-2020. Copenhagen: World Health Organization; 2014. 24 p. Available from: 300

- <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337971/64wd14e-FoodAndNutritionAP-140426.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
265. FAO, IFAD UNICEF, WFP and WHO. The State of Food Security and Nutrition in the World 2020. Transforming food systems for affordable healthy diets. FAO. Population and Development Review. 2020;47(2):320. Available from: <https://doi.org/10.1111/padr.12418>
266. School meals | World Food Programme. 2023. Available from: <https://www.wfp.org/school-meals>
267. Transforming food systems for children. New York: UNICEF; 2023. 36 c. Available from: <https://www.unicef.org/documents/nutrition/transforming-food-systems-children>
268. WHO. Childhood overweight and obesity. 2019. Available from: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>
269. WHO. Food and nutrition policy for schools. 2006. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/152218/E89501.pdf?ua=1
270. Global nutrition policy review: what does it take to scale up nutrition action? Geneva: World Health Organization; 2013. 122 c.
271. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: WHO; 2004. 18 c. WHA57.17.
272. Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. Geneva: World Health Organization; 2014. 28 c.
273. WHO. Healthy diet. Key facts. 2020. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
274. School policy framework : implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: World Health Organization; 2008. 52 c.
275. British Nutrition Foundation. Homepage. Available from: <https://www.nutrition.org.uk/>
276. Education Finland . School meals. Available from: <https://www.educationfinland.fi/schoolmeals>

277. Finnish National Agency for Education . School meals in Finland;. Available from: <https://www.oph.fi/en/education-and-qualifications/school-meals-finland>
278. Finnish school meals system – Health and Well-being for Children since 1948. Available from: <https://www.finnishschoolmealsystem.fi/>
279. Skolmat Sverige. Available from: <https://www.skolmatsverige.se/>
280. Poličnik R, Rostohar K, Škrjanc B, Seljak BK, Blaznik U, Farkaš J. Energy and Nutritional Composition of School Lunches in Slovenia: The Results of a Chemical Analysis in the Framework of the National School Meals Survey. *Nutrients*. 2021 Nov 27;13(12):4287.
281. Fras Z, Jakše B, Kreft S, Malek Ž, Kamin T, Tavčar N, et al. The Activities of the Slovenian Strategic Council for Nutrition 2023/24 to Improve the Health of the Slovenian Population and the Sustainability of Food: A Narrative Review. *Nutrients*. 2023 Oct 16;15(20):4390.
282. Asakura K, Sasaki S. School lunches in Japan: their contribution to healthier nutrient intake among elementary-school and junior high-school children. *Public Health Nutrition*. 2017 Jun;20(9):1523–33.
283. Maruyama S, Kurokawa A. The Operation of School Lunches in Japan: Construction of a System Considering Sustainability. *The Japanese Journal of Nutrition and Dietetics*. 2018 Jul 1;76(Supplement):S12–22.
284. USDA ERS - national school lunch program;. Available from: <https://www.ers.usda.gov/topics/food-nutrition-assistance/child-nutrition-programs/national-school-lunch-program/>.
285. Про освіту, Закон України № 2145-VIII, 5 верес. 2017. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19#Text>
286. Про охорону дитинства, Закон України № 2402-III, 26 квіт. 2001. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2402-14#Text>
287. Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів, Закон України № 771/97-ВР, 23 груд. 1997. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/771/97-вр#Text>

288. Про затвердження норм та Порядку організації харчування у закладах освіти та дитячих закладах оздоровлення та відпочинку, Постанова Кабінету Міністрів України № 305, 24 берез. 2021. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/305-2021-п#Text>
289. Про затвердження Норм фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах і енергії, Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 1073, 3 верес. 2017 (Україна). Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1206-17#Text>
290. Про схвалення Стратегії реформування системи шкільного харчування на період до 2027 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2023-2024 роках, Розпорядження Кабінету Міністрів України № 990-р, 27 жовт. 2023 (Україна). Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990-2023-р#Text>
291. Про затвердження Санітарного регламенту для закладів загальної середньої освіти, Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 2205, 25 верес. 2020. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1111-20#Text>
292. Про затвердження Санітарного регламенту для дошкільних навчальних закладів, Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 234, 24 берез. 2016. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0563-16#Text>
293. Всеосвіта. Національна освітня платформа . Реформа шкільного харчування: за і проти; 22 січ. 2022. Available from: <https://vseosvita.ua/c/pedagogy/post/52426>
294. Міністерство освіти і науки України. Шкільне харчування: розв'язання проблеми спільними зусиллями; 17 жовт. 2023. Available from: <https://mon.gov.ua/news/shkilne-kharchuvannya-rozvyazannya-problemi-spilnimi-zusillyami>
295. Управління освіти і науки Черкаської ОДА . Як учні та батьки оцінюють харчування та їдальні у школах – оприлюднено результати опитування;

- 15 верес. 2020. Available from: <https://osvita-cherkasy.gov.ua/usinovini/novyny/yak-uchni-ta-batky-otsiniuiut-kharchuvannia-ta-idealni-u-shkolakh-opryliudneno-rezultaty-opytuvannia>
296. Протасова Н, Полторак В, Жабенко Л, редактори. Дослідження розвитку освіти в громадах: Аналітичний звіт І етап. Київ: Швейцарсько-український проєкт DECIDE; 2022. 346 с. Децентралізація для розвитку демократичної освіти.
297. Лопушинський І, Лопушинська Н. Реформування системи шкільного харчування в Україні: управлінський аспект. Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. 2024;1:85–93.
298. Guio AC. Free school meals for all poor children in Europe: An important and affordable target? *Children & Society*. 2023;37(5):1627–45.
299. Expanding the national school meals programme in Ukraine: policy brief. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2024. 19 с. WHO/EURO:2024-9413-49185-73403.
300. Juniusdottir R, Hörnell A, Gunnarsdottir I, Lagstrom H, Waling M, Olsson C, Talvia S, Olafsdottir AS. Composition of School Meals in Sweden, Finland, and Iceland: Official Guidelines and Comparison With Practice and Availability. *Journal of School Health*. 10 верес. 2018;88(10):744-53. Available from: <https://doi.org/10.1111/josh.12683>
301. Скапа Т. Міністерство освіти і науки України . Принципові зміни, що запроваджує реформа харчування; 23 квіт. 2021. Available from: https://mon.gov.ua/static-objects/mon/sites/1/news/2021/23.04/Pryntsypovi%20zminy_shcho%20zaprovadzhuje%20reforma%20kharchuvannya_Tetyana%20Skapa.pdf
302. Про проблеми впровадження нових меню і норм. Znaimo: Платформа про здорове шкільне харчування. Available from: https://znaimo.gov.ua/pro_problemy_vprovadzhennia_novykh_menu_i_norm

303. Про затвердження норм та Порядку організації харчування у закладах освіти та дитячих закладах оздоровлення та відпочинку: Постанова Кабінету Міністрів України від 24.03.2021 р. № 305. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/305-2021->
304. Меню та технологічні карти. Znaimo: Платформа про здорове шкільне харчування. Available from: <https://znaimo.gov.ua/techcards>
305. Про затвердження рекомендованого Примірною чотиритижневого сезонного меню рекомендованого для організації триразового харчування дітей віком від 1 до 6(7) років в закладах освіти та інших організованих дитячих колективах на зимовий період, Наказ МОЗ України № 215, 3 лют. 2022.
306. Мазаракі А., редактор. Збірник рецептур страв, кулінарних виробів і напоїв (технологічних карт) для харчування дітей шкільного віку. Для закладів освіти, дитячих закладів оздоровлення та відпочинку та закладів сфери соціального захисту. Київ: Київський Національний торговельно-економічний університет; 2021. 672 с.
307. Гуліч М.П., Петренко О., Любарська Л. До питання необхідності впровадження здоров'язберігаючих освітніх технологій в навчальний процес вищих навчальних закладів. Гігієна населених місць. 2018;(68):211-8.
308. Гуліч М, Петренко О, Любарська Л, Харченко О, Яценко О, Ольшевська О. Організація шкільного харчування: міжнародний та вітчизняний досвід. Гігієна населених місць. 2019;69:165.
309. Гуліч М, Петренко О, Любарська Л, Харченко О, Яценко О, Ольшевська О. Удосконалення організації шкільного харчування – необхідна ланка державної політики зміцнення здоров'я дітей. Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України. 2021:427–9.
310. Гуліч МП, Петренко ОД. Шкільне харчування: національні стандарти та принципи організації. Гігієна населених місць. 2023;73:132–40.

311. Gulich M, Petrenko O. Features of eating behavior of early school-age children in the context of the implementation of the school meals reform. *ScienceRise: Medical Science*. 2024;59(2):51–7.
312. Escher NA, Andrade GC, Ghosh-Jerath S, Millett C, Seferidi P. The effect of nutrition-specific and nutrition-sensitive interventions on the double burden of malnutrition in low-income and middle-income countries: a systematic review. *The Lancet Global Health* . Січ. 2024. Available from: [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(23\)00562-4](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(23)00562-4)
313. Xu YY, Sawadogo-Lewis T, Shannon EK, Mitchell A, Roberton T. Integrating nutrition into the education sector in low- and middle-income countries: a framework for a win–win collaboration. *Maternal & Child Nutrition*. 2021 Feb;17(3).
314. Chrissini MM, Panagiotakos DB. Public health interventions tackling childhood obesity at European level: A literature review. *Preventive Medicine Reports* . Груд. 2022 ;30:102068. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2022.102068>
315. Nogueira-de-Almeida CA, Weffort VR, Ued FD, Ferraz IS, Contini AA, Martinez EZ, Ciampo LA. What causes obesity in children and adolescents? *Jornal de pediatria* . Жовт. 2023. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2023.09.011>
316. Nutrition action in schools: a review of evidence related to the nutrition-friendly schools initiative. Geneva: World Health Organization; 2020. 166 c.
317. Cuadros-Meñaca A, Thomsen MR, Nayga RM. The effect of breakfast after the bell on student academic achievement. *Economics of Education Review*. 2022 Feb;86:102223.
318. Tambalis KD, Panagiotakos DB, Sidossis LS. Dietary habits among 177091 greek schoolchildren by age, sex, weight status, region, and living area. A cross-sectional study. *Hellenic Journal of Cardiology* . Квіт. 2024. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.hjc.2024.04.004>

319. Скільки води треба пити дорослим і дітям. 2018. Available from: <https://moz.gov.ua/article/health/skilki-vodi-treba-piti-doroslim-i-ditjam>
320. Scientific opinion on dietary reference values for water. EFSA Journal . Берез. 2010 ;8(3). Available from: <https://doi.org/10.2903/j.efsa.2010.1459>
321. Drozdowska A, Falkenstein M, Jendrusch G, Platen P, Luecke T, Kersting M, et al. Water consumption during a school day and children's short-term cognitive performance: the cognidrop randomized intervention trial. *Nutrients*. 2020 May;12(5):1297.
322. Brecic R, Gorton M, Cvencek D. Development of children's implicit and explicit attitudes toward healthy food: personal and environmental factors. *Appetite*. 2022 May;106094.
323. Ares G, De Rosso S, Mueller C, Philippe K, Pickard A, Nicklaus S, van Kleef E, Varela P. Development of food literacy in children and adolescents: implications for the design of strategies to promote healthier and more sustainable diets. *Nutrition Reviews* . 20 черв. 2023. Available from: <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuad072>
324. Maietta OW, Gorgitano MT. School meals and pupil satisfaction. Evidence from Italian primary schools. *Food Policy*. 2016 Jul;62:41–55.
325. Frédérique C. Rongen, S. Coosje Dijkstra, Tobie H. Hupkens, Monique H. Vingerhoeds, Jacob C. Seidell, Kleef E van. A qualitative study exploring the perceptions of children, parents and school staff towards the development and implementation of school lunch provision within primary schools in the Netherlands. *BMC Public Health*. 2023 Nov 29;23(1):2367. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17265-4>.
326. Lee KY, Bae YJ, Choi MK, Kim MH. Satisfaction on school meal service and food preference of elementary school students in Chungnam. *The Korean Journal of Food and Nutrition*. 2017 Feb;30(1):129–38.

327. Baghlaif K, Muirhead V, Pine C. Relationships between children's sugar consumption at home and their food choices and consumption at school lunch. *Public Health Nutrition*. 2020 Jan;23(16):2941–9.
328. Song S, Tabares E, Ishdorj A, Crews M, Dave J. The quality of lunches brought from home to school: a systematic review and meta-analysis. *Advances in Nutrition*. 2024 Jun;100255.
329. Marra ML, Caviglia G, Perrella R. Using smartphones when eating increases caloric intake in young people: an overview of the literature. *Frontiers in Psychology*. 2020 Dec; Dec 3:11:587886. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.587886>.
330. Djordjevic V, Sarcevic D, Petronijevic R. The attitudes and habits of Serbian schoolchildren to consumption of fish. *Procedia Food Science*. 2015;5:73–6.
331. Ervina E, Berget I, Nilsen A, Almli VL. The ability of 10–11-year-old children to identify basic tastes and their liking towards unfamiliar foods. *Food Quality and Preference*. 2020 Jul;83:103929.
332. Martinez H, Guelinckx I, Salas-Salvadó J, Gandy J, Kavouras SA, Moreno LA. Harmonized cross-sectional surveys focused on fluid intake in children, adolescents and adults: the liq.in7 initiative. *Annals of Nutrition and Metabolism*. 2016;68(Suppl. 2):12–8.
333. Askelson NM, Golembiewski EH, Ghattas A, Williams S, Delger PJ, Scheidel CA. Exploring the parents' attitudes and perceptions about school breakfast to understand why participation is low in a rural midwest state. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 2017 Feb;49(2):107-116.e1.
334. Martinelli S, Acciai F, Au LE, Yedidia MJ, Ohri-Vachaspati P. Parental perceptions of the nutritional quality of school meals and student meal participation: before and after the Healthy Hunger-Free Kids Act. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 2020 Nov;52(11):1018–25.
335. Omelchuk S, Yeltsova L, Kozyarin I, Aleksiichuk V, Ivahno O, Galan I, et al. Nutrition of students' youth nowadays and it's correction ways. *Wiadomosci*

lekarskie 2022;75(5 pt 1):1147-1151. Available from:
<https://doi.org/10.36740/WLek202205117>

336. Гуліч М., Любарська Л., Коблянська А., Петренко О., Харченко О., Ященко О. Вивчення обізнаності студентів вищих навчальних закладів України щодо впливу поведінкових факторів ризику на розвиток неінфекційних захворювань.:Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України; 11-12 жовт. 2018; Київ. с. 124-7
337. Гуліч М, Петренко О, Нікуліна Л, Діденко З. Досвід впровадження в учбовий процес закладів загальної освіти курсу ‘Гігієна харчування’.:Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України; 17-19 жовт. 2019. р. 204–7.
338. Гуліч М.П., Петренко О.Д., Любарська Л.С. Компетентності, набуті в шкільному віці, та їх роль у формуванні харчової поведінки молоді. Довкілля та здоров'я. 2021 червень; 99 (2):22-7. Available from:
<https://doi.org/10.32402/dovkil2021.02.022>
339. Сердюк А.В., Гуліч М., Коблянська А., Любарська Л. Обізнаність та усвідомлення молоддю загрози для здоров'я поведінкових факторів ризику розвитку неінфекційних захворювань – вагома складова реалізації профілактичних заходів. Довкілля та здоров'я. 2018 вересень; (3 (88)):62-6. Available from: <https://doi.org/10.32402/dovkil2018.03.062>
340. Сердюк А.М., Гуліч М.П., Петренко О.Д., Любарська Л.С., Коблянська А.В. Обізнаність та усвідомлення студентською молоддю загрози для здоров'я факторів ризику розвитку неінфекційних хвороб – сучасний стан проблеми. Медичні перспективи. 2019 Apr 2; 24(1):4-14. Available from:
<https://doi.org/10.26641/2307-0404.2019.1.162168>
341. Сердюк А., Гуліч М., Петренко О., Любарська Л., Коблянська А. Оцінка обізнаності та усвідомлення студентською молоддю ролі харчування в розвитку неінфекційних захворювань. Довкілля та здоров'я. 2019 червень; (2 (91)):27-31. Available from: <https://doi.org/10.32402/dovkil2019.02.027>

342. Гуліч М., Петренко О., Любарська Л. Пріоритети та стереотипи харчування молоді як фактор розвитку хронічних неінфекційних захворювань.:Здоров'я, харчування, довголіття; 17 трав. 2021; Київ. с. 36-9.
343. Гуліч М.П., Петренко О.Д., Любарська Л.С. Компетентності, набуті в шкільному віці, та їх роль у формуванні харчової поведінки молоді. Довкілля та здоров'я. 2021 червень; 99 (2):22-7. Available from: <https://doi.org/10.32402/dovkil2021.02.022>
344. Kalynychenko IO, Gulich MP, Petrenko OD, Liubarska LS, Latina HO. Awareness of the threat to the health of behavioral risk factors for noncommunicable diseases by future teachers. *World of Medicine and Biology*. 2023;19(83):77.
345. Keskin G. Approach to stress endocrine response: somatization in the context of gastroenterological symptoms: a systematic review. *African Health Sciences*. 2019 Nov;19(3):2537–45.
346. Yamada C. Involvement of ghrelin dynamics in stress-induced eating disorder: effects of sex and aging. *International Journal of Molecular Sciences*. 2021 Oct;22(21):11695.
347. Hou F, Xu S, Zhao Y, Lu Q, Zhang S, Zu P, et al. Effects of emotional symptoms and life stress on eating behaviors among adolescents. *Appetite*. 2013 Sep;68:63–8.
348. Gulich M, Petrenko O, Liubarska L, Kharchenko O, Yashchenko O, Moiseienko I. Do pytannia vyznachennia niakhnykh porushen kharchovoi povedinky ditei v umovakh stresu, poviazanoho z viinoiu. *Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України*; 20-21 жовт. 2022. р. 367–9.
349. Gulich M, Petrenko O. Porushennia kharchovoi povedinky ditei v umovakh viiskovogo stresu - problema sihodennia. *Zdorove kharchuvannia vid dytynstva do dovolittia: stan ta perspektyvy*; 24 lyst. 2022. р. 18–20.

350. Gulich M, Petrenko O, Liubarska L. Problema porushennia kharchovoi povedinky ditei yak naslidok viiskovogo stresu. *Ekologichni ta hihienichni problemy sfery zhyttiediial'nosti liudyny*; 15 ber. 2023. p. 92–3.
351. Гуліч М, Петренко О, Антомонов М, Федорова Д, Vepsäläinen Х, Ерккола М. Розлади харчової поведінки у дітей як наслідок стресу, спричиненого війною: загальні результати дослідження. *Довкілля та здоров'я*. 2023; 4(37): 18-22.
352. Гуліч М, Петренко О, Антомонов М, Федорова Д, Vepsäläinen Х, Ерккола М. Стресові розлади харчування у дітей в умовах війни - загроза здоров'ю в подальшому житті. *Здорове харчування від дитинства до довголіття*. 2023; с. 18–20.
353. Гуліч М, Харченко О, Петренко О, Яценко О, Любарська Л. Харчування та стрес: виклики воєнного стану. *Довкілля та здоров'я*. 2023; 3(31): 25–28.
354. Гуліч М, Федорова Д, Петренко О, Vepsäläinen Х, Ерккола М. Distinguishing features of eating disorders in children in Ukraine during times of war. *Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України*. 2023; 15(7): 5–10.
355. Gulich M, Fedorova D, Petrenko O, Vepsäläinen H, Erkkola M. War exposure and changes in eating behaviours in Ukrainian school-aged children: A cross-sectional online survey. *Maternal & Child Nutrition*. 2024; 20(1): e13729.
356. Gulich M, Fedorova D, Petrenko O, Vepsäläinen H, Erkkola M. Гуліч М, Федорова Д, Петренко О, Vepsäläinen Х, Ерккола М. War-induced disrupted eating behaviors in Ukrainian school-aged children. *European Nutrition Conference*. Basel, Switzerland: MDPI; 2023. с. 1-3. Available from: <https://doi.org/10.3390/proceedings2023091077>
357. Петренко О, Мельниченко Т. Гігієнічна оцінка продуктів харчування з позицій втрати ними мікроелементів в процесі технологічної обробки та зберігання. *Медичний форум*. 2014; 3(29): 47–51.

358. Петренко О. Еколого-гігієнічні аспекти оцінки вмісту есенціальних мікроелементів у харчових продуктах півночі України. Проблеми харчування. 2015; 1(70): 33–37.
359. Петренко О, Мельниченко Т. Йод і селен в продуктах моря: оцінка результатів дослідження. Довкілля та здоров'я. 2014; 1(68): 22–27.
360. Петренко О. Оцінка вмісту деяких мікроелементів в харчових продуктах загального вжитку Північного регіону України.:Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України (одинадцяті марзєєвські читання); 8-9 жовт. 2015; Івано-Франківськ. с. 223-5.
361. Чорна АІ, Шульга ОС, Петренко ОД, Арсеньєва ЛЮ, Голь АО, Кравченко ОВ, та ін. Патент на винахід «Спосіб йодування хлібобулочних виробів за допомогою їстівного покриття». Патент. 2014; 114573: 26.
362. Чорна АІ, Шульга ОС, Петренко ОД, Арсеньєва ЛЮ, Голь АО, Кравченко ОВ, та ін. Патент на корисну модель «Спосіб йодування хлібобулочних виробів за допомогою їстівного покриття». Патент. 2016; 110871: 25.
363. Петренко ОД, Гуліч МП. Ретроспективний аналіз споживання основних груп харчових продуктів населенням України. Довкілля та здоров'я. 2024; 2(111): 48–53. Available from: <https://doi.org/10.32402/dovkil2024.02.048>.
364. Мельниченко Т., Петренко О. Роль техногенних та природних факторів у виникненні мікроелементозів у населення в сучасних умовах.:Сучасні тенденції розвитку медичної науки та медичної практики; 26-27 груд. 2014; Львів. с. 66-7.
365. Гуліч М., Петренко О.Д., Любарська Л.С., Коблянська А.В., Харченко О., Ященко О. Алгоритм впровадження здоров'язберігаючих освітніх технологій в навчальний процес вищих навчальних закладів України. Київ: Укрмедпатентінформ; 2019. 4 с. Інформаційний лист № 84.
366. Гуліч М., Петренко О.Д., Любарська Л.С. Алгоритм впровадження здоров'язберігаючих освітніх технологій в навчальний процес вищих

навчальних закладів України. Київ: Укрмедпатентінформ; 2023. 4 с. Наукове повідомлення № 46/9/23.

367. Micha R, Jose L. Peñalvo, Cudhea F, Imamura F, Colin D. Rehm, Mozaffarian D. Association between dietary factors and mortality from heart disease, stroke, and type 2 diabetes in the united states. *Jama*. 2017 Mar;317(9):912.
368. Jullien S, Carai S, Martin W. Weber. Addressing the growing burden of obesity, diabetes and asthma in children and adolescents: the role of primary health care and the WHO pocket book in europe for a healthy future. *Global Pediatrics*. 2024 May;100186.
369. Ma L, Xu H, Zhang Z, Li L, Lin Z, Qin H. Nutrition knowledge, attitudes, and dietary practices among parents of children and adolescents in Weifang, China: a cross-sectional study. *Preventive Medicine Reports*. 2023 Oct;35:102396.
370. Zhao C, Ma L, Gao L, Wu Y, Yan Y, Peng W, et al. Effectiveness of a multifaceted intervention for the improvement of nutritional status and nutrition knowledge of children in poverty-stricken areas in Shaanxi, China. *Global Health Journal*. 2022; 6(3): 156-163. <https://doi.org/10.1016/j.glohj.2022.07.009>.
371. Choi SE, Davene R. Wright, Sara N. Bleich. Impact of restricting sugar-sweetened beverages from the supplemental nutrition assistance program on children's health. *American Journal of Preventive Medicine*. 2020 Dec; 60 (2): 276-284. doi: 10.1016/j.amepre.2020.08.023
372. Demir D, Bektas M. The effect of an obesity prevention program on children's eating behaviors, food addiction, physical activity, and obesity status. *Journal of Pediatric Nursing*. 2021 Nov;61:355–63.
373. Serdyuk AM, Gulich MP, Petrenko OD, Lyubarskaya LS, Koblyanskaya AV. The awareness and consciousness of young students about the threat of risk factors of development of non-infectious diseases – modern status of the problem. *Medicni Perspektivi (Medical Perspectives)*. 2019 Apr;24(1):4–14.
374. Гуліч М.П., Петренко О.Д., Любарська Л.С. Компетентності, набуті в шкільному віці, та їх роль у формуванні харчової поведінки молоді.

- Довкілля та здоров'я. 2021 червень; 99 (2):22-7. Available from: <https://doi.org/10.32402/dovkil2021.02.022>
375. Yeltsova LB, Omelchuk ST, Petrosian AA. Hygienic assessment of frequency of consuming food products of animal origin in the diet of medical students and rationale of ways of its correction. *Medicni Perspektivi (Medical Perspectives)*. 2019 Jun;24(2):73–82.
376. Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century . Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2013. 182 с. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/326386>
377. Rezende JLC, Duarte MC de MF, Giselle Rhaisa do Amaral e. Melo, Santos LC dos, Toral N. Food-based dietary guidelines for children and adolescents. *Frontiers in Public Health*. 2022 Dec;10. Available from: <https://doi.org/2:10:1033580> [10.3389/fpubh.2022.1033580](https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1033580)
378. Про затвердження норм та Порядку організації харчування у закладах освіти та дитячих закладах оздоровлення та відпочинку, Постанова Кабінету Міністрів України № 305, 24 берез. 2021. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/305-2021-п#Text>
379. Про затвердження Порядку здійснення медичного обслуговування учнів закладів загальної середньої освіти, Постанова Кабінету Міністрів України № 31, 20 січ. 2021. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/31-2021-п#Text> <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/31-2021-п#Text>
380. Про затвердження форми звітності з питань надання медичної допомоги дітям, форми звітності щодо осіб, які мають розлади психіки через уживання психоактивних речовин, та інструкцій щодо їх заповнення, Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 665, 31 лип. 2013. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1423-13#Text>
381. Про організацію медичних оглядів дітей та інших осіб для зарахування їх до закладів освіти, дитячих закладів оздоровлення та відпочинку, Наказ

Міністерства охорони здоров'я України № 1351, 25 лип. 2023. Available from:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1682-23#Text>

382. Петренко О. Сучасний стан та підходи до оптимізації системи профілактики аліментарно-залежних захворювань у дітей та молоді в Україні. In: *Moderní aspekty vědy. Česká republika: Mezinárodní Ekonomický Institut*; 2024. p. 325–39.
383. Петренко О. Основи та передумови профілактики аліментарно-залежних захворювань у дітей та молоді в Україні. *Перспективи та інновації науки* . 2024. Available from: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-7\(41\)-1110-1121](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-7(41)-1110-1121)
384. Петренко О.Д., Гуліч М.П., Любарська Л.С. До питання актуальності запровадження безглютенового шкільного харчування. *Довкілля та здоров'я*. 2023 черв; (2 (107)):48-55. Available from: <https://doi.org/10.32402/dovkil2023.02.048>
385. Гуліч М., Петренко О., Любарська Л. Забезпечення шкільним харчуванням дітей з особливими потребами – актуальне завдання сьогодення. *Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології*. 2021;(1):41.
386. Клопотенко Є.В., Гуліч М.П., Гончар Ю.М., Любарська Л.С., Петренко О.Д., Григоренко А.А., Ламбріно І.Ф., Скорбун І.А. *Збірник рецептур страв для харчування дітей в закладах освіти, дитячих закладах оздоровлення та відпочинку та закладах соціального захисту*. Київ: GFA Consulting Group; 2024. 882 с.
387. Мазаракі А, редактор. *Збірник рецептур страв, кулінарних виробів і напоїв (технологічних карт) для харчування дітей шкільного віку. Для закладів освіти, дитячих закладів оздоровлення та відпочинку та закладів сфери соціального захисту*. Київ: Київський Національний торговельно-економічний університет; 2021. 672 с.
388. Петренко О., Гуліч М., Любарська Л., Харченко О., Яценко О., Моїсеєнко І. Проблема забезпечення шкільним харчуванням дітей з

особливими дієтичними потребами в Україні.:Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України; 20-21 жовт. 2022; Київ. с. 387-9.

389. Гуліч М, Петренко О. Проблемні питання забезпечення харчуванням дітей з особливими дієтичними потребами в закладах освіти України. Перспективи та інновації науки. 2024 тра 29;(5(39)). Available from: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-5\(39\)-1195-1206](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-5(39)-1195-1206)

ДОДАТОК А

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

390. Корзун В., Котикович Ю., Петренко О. Роль харчування в етіології та профілактиці йододефіцитних захворювань. Проблеми старения и долголетия. 2011;(2):189-96. *(Дисертантом проведено аналіз літератури, підготовку матеріалів до друку)*
391. Петренко О., Мельниченко Т. Йод і селен в продуктах моря: оцінка результатів дослідження. Довкілля та здоров'я. 2014. № 1(68). С. 22-7. *(Дисертантом проведено статистична обробка даних, дослідження, написання статті)*
392. Петренко О. Ефективний і надійний контроль вмісту йоду в об'єктах навколишнього середовища – актуальне завдання сьогодення. Гігієна населених місць. 2015;(65):200-3. *(Дисертантом проведено аналіз літератури, статистична обробка даних, дослідження, написання статті, підготовку матеріалів до друку)*
393. Петренко О. Еколого-гігієнічні аспекти оцінки вмісту есенційних мікроелементів у харчових продуктах півночі України. Проблеми харчування. 2015;(2):25-9. *(Дисертантом проведено аналіз літератури, статистична обробка даних, дослідження вмісту йоду в продуктах, написання статті)*
394. Сердюк А.В., Гуліч М., Коблянська А., Любарська Л. Обізнаність та усвідомлення молоддю загрози для здоров'я поведінкових факторів ризику розвитку неінфекційних захворювань – вагома складова реалізації профілактичних заходів. Довкілля та здоров'я. 2018 вересень; (3 (88)):62-6. <https://doi.org/10.32402/dovkil2018.03.062> *(Дисертантом проведено дослідження, написання статті, підготовку матеріалів до друку)*

395. Сердюк А., Гуліч М., Петренко О., Любарська Л., Коблянська А. Оцінка обізнаності та усвідомлення студентською молоддю ролі харчування в розвитку неінфекційних захворювань. Довкілля та здоров'я. 2019 червень; (2 (91)):27-31. <https://doi.org/10.32402/dovkil2019.02.027> (Дисертантом проведено аналіз літератури, статистична обробка даних)
396. Сердюк А.М., Гуліч М.П., Петренко О.Д., Любарська Л.С., Коблянська А.В. Обізнаність та усвідомлення студентською молоддю загрози для здоров'я факторів ризику розвитку неінфекційних хвороб – сучасний стан проблеми. Медичні перспективи. 2019 Apr 2; 24(1):4-14. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2019.1.162168> (Web of science) (Дисертантом проведено дослідження, написання статті)
397. Гуліч М.П., Петренко Е.Д., Любарська Л.С., Депутат Ю.М. Харчування солдатів у бойових умовах: еволюція від запорозької січі до сьогодні. Медичні перспективи. 2020 Apr 9; 25(1):221-9. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2020.1.200423> (Web of science) (Дисертантом проведено аналіз літератури, підготовку матеріалів до друку)
398. Гуліч М.П., Петренко О.Д., Любарська Л.С. Компетентності, набуті в шкільному віці, та їх роль у формуванні харчової поведінки молоді. Довкілля та здоров'я. 2021 червень; 99 (2):22-7. <https://doi.org/10.32402/dovkil2021.02.022> (Дисертантом проведено аналіз літератури, статистична обробка даних, дослідження)
399. Kalynychenko I.O., Gulich M.P., Petrenko O.D., Liubarska L.S., Latina H.O. Awareness of the threat to the health of behavioral risk factors for noncommunicable diseases by future teachers. World of Medicine and Biology. 2023;19(83):77. <https://doi.org/10.26724/2079-8334-2023-1-83-77-81> (Web of science, Scopus) (Дисертантом проведено статистична обробка даних, дослідження)
400. Гуліч М.П., Петренко О.Д. Здорове харчування як фактор запобігання захворювань: політика ВООЗ та вітчизняний досвід (до 75-річчя ВООЗ в

- Україні). Медичні перспективи. 2023 Sep 29; 28(3):152-62. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2023.3.289218> (Web of science)
(Дисертантом проведено аналіз літератури, підготовку матеріалів до друку)
401. Гуліч М.П., Петренко О.Д., Антомонов М.Є., Федорова Д.В., Вепсяляйнен Х., Еркола М. Розлади харчової поведінки у дітей як наслідок стресу, спричиненого війною: загальні результати дослідження. Довкілля та здоров'я. 2023 грудень; (4 (109)):37-45. <https://doi.org/10.32402/dovkil2023.04.037> (Дисертантом проведено аналіз літератури, статистична обробка даних, дослідження, написання статті)
402. Гуліч М.П., Харченко О.О., Петренко О.Д., Яценко О.В., Любарська Л.С. Харчування та стрес: виклики воєнного стану. Довкілля та здоров'я. 2023 вересень; (3 (108)):31-8. <https://doi.org/10.32402/dovkil2023.03.031> (Дисертантом проведено аналіз літератури, підготовку матеріалів до друку)
403. Гуліч М.П., Петренко О.Д. Шкільне харчування: національні стандарти та принципи організації. Гігієна населених місць. 2023 Nov 20; 2023(73):132-40. <https://doi.org/10.32402/hygiene2023.73.132> (Дисертантом проведено аналіз літератури, написання статті, підготовку матеріалів до друку)
404. Gulich M., Petrenko O. Feature so feating behavior of early school-age children in the context of the implementation of the school meals reform. ScienceRise: Medical Science. 2024;59(2):51-7. <https://doi.org/10.15587/2519-4798.2024.308220> (Дисертантом проведено аналіз літератури, статистична обробка даних, дослідження, написання статті, підготовку матеріалів до друку)
405. Петренко О. Основи та передумови профілактики аліментарно-залежних захворювань у дітей та молоді в Україні. Перспективи та інновації науки. 2024 Jul 26;(7(41)). [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-7\(41\)-1110-1121](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-7(41)-1110-1121) (Дисертантом проведено аналіз літератури, написання статті)

406. Гуліч М., Петренко О. Проблемні питання забезпечення харчуванням дітей з особливими дієтичними потребами в закладах освіти України. Перспективи та інновації науки. 2024 тра 29;(5(39)). [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-5\(39\)-1195-1206](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-5(39)-1195-1206) (Дисертантом проведено дослідження, написання статті, підготовку матеріалів до друку)
407. Гуліч М.П., Петренко О.Д. Сучасний стан та просторово-часові тенденції аліментарно-залежної захворюваності дитячого населення України. Довкілля та здоров'я. 2024 березень; (1 (110)):32-8. <https://doi.org/10.32402/dovkil2024.01.032> (Дисертантом проведено статистична обробка даних, дослідження)
408. Петренко О.Д., Гуліч М.П., Любарська Л.С. До питання актуальності запровадження безглютенового шкільного харчування. Довкілля та здоров'я. 2023 черв; (2 (107)):48-55. <https://doi.org/10.32402/dovkil2023.02.048> (Дисертантом дослідження, написання статті, підготовку матеріалів до друку)
409. Петренко О.Д., Гуліч М.П. Ретроспективний аналіз споживання основних груп харчових продуктів населенням України. Довкілля та здоров'я. 2024 червень; (2 (111)):48-53. <https://doi.org/10.32402/dovkil2024.02.048> (Дисертантом проведено статистична обробка даних, дослідження, написання статті, підготовку матеріалів до друку)
410. Гуліч М.П., Петренко О.Д. Харчові звички у підлітковому віці: аналіз сучасного стану. Довкілля та здоров'я. 2024 Aug; (3 (112)):25-32. <https://doi.org/10.32402/dovkil2024.03.025> (Дисертантом проведено аналіз літератури, статистична обробка даних, дослідження, написання статті, підготовку матеріалів до друку)
411. Gulich M., Fedorova D., Petrenko O., Vepsäläinen H., Erkkola M. War exposure and changes in eating behaviours in Ukrainian school-aged children: a cross-sectional online survey. *Maternal & Child Nutrition*. 2024 Sep 5.

<https://doi.org/10.1111/mcn.13729> (Web of science, Scopus) (Дисертантом проведено статистична обробка даних, дослідження)

412. Чорна А.І., Шульга О.С., Петренко О.Д., Арсеньєва Л.Ю., Голь А.О., Кравчено О.В., винахідники. Патент на винахід "Спосіб йодування хлібобулочних виробів за допомогою їстівного покриття". Патент 114573. 26 черв. 2017. 4 с. (Дисертантом проведено дослідження)

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

413. Мазаракі А., редактор. Збірник рецептур страв, кулінарних виробів і напоїв (технологічних карт) для харчування дітей шкільного віку. Для закладів освіти, дитячих закладів оздоровлення та відпочинку та закладів сфери соціального захисту. Київ: Київський Національний торговельно-економічний університет; 2021. 672 с.

414. Клопотенко Є.В., Гуліч М.П., Гончар Ю.М., Любарська Л.С., Петренко О.Д., Григоренко А.А., Ламбріно І.Ф., Скорбун І.А. Збірник рецептур страв для харчування дітей в закладах освіти, дитячих закладах оздоровлення та відпочинку та закладах соціального захисту. Київ: GFA Consulting Group; 2024. 882 с.

415. Гуліч М.П., Петренко О.Д., Любарська Л.С., Харченко О.О., Яценко О.В. Організація шкільного харчування: міжнародний та вітчизняний досвід. Гігієна населених місць. 27 грудня 2019 р.; 2019(69):165-72. <https://doi.org/10.32402/hygiene2019.69.165>

416. Гуліч М.П., Петренко О., Любарська Л. До питання необхідності впровадження здоров'язберігаючих освітніх технологій в навчальний процес вищих навчальних закладів. Гігієна населених місць. 2018;(68):211-8.

417. Корзун В., Мельниченко Т., Петренко О., Тихоненко Ю. Сьогодення і біоетика. Київ: Авіцена; 2011. Біоетичні підходи при виборі та застосуванні засобів профілактики йододефіцитних захворювань; р. 385-94.

418. Корзун В., Петренко О., Котикович Ю., Болохнова Т., Деркач А., Гайдук М. Актуальні питання захисту довкілля та здоров'я населення. Київ; 2015. Закономірності формування мікроелементозів у населення Північного регіону України; р. 335-56.
419. Корзун В., Болохнова Т., Деркач А., Котикович Ю., Петренко О., Тананакіна Н. Проблеми йододєфіцитних захворювань у вагітних. Чорнобиль: екологія і здоров'я. 2015;(3):62-81.
420. Сердюк А., Гуліч М.П., Коблянська А., Любарська Л., Петренко О., Харченко О., Яценко О., Ольшевська О. Актуальні питання захисту довкілля та здоров'я населення України (результати наукових розробок 2018 р) К., 2019. вип 5. С. 18 – 100. Київ; 2019. Обґрунтування наукових засад реалізації заходів профілактики неінфекційних захворювань в Україні відповідно до цілей сталого розвитку; р. 18-100.
421. Гуліч М., Петренко О., Любарська Л. Забезпечення шкільним харчуванням дітей з особливими потребами – актуальне завдання сьогодення. Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології. 2021;(1):41.
422. Петренко О. Moderní aspekty vmdy. Cheska republika: Mezinbrodnn Ekonomické Institut.s.r.o.; 2024. Сучасний стан та підходи до оптимізації системи профілактики аліментарно-залежних захворювань у дітей та молоді в Україні; р. 325-39
423. Петренко О., Мельниченко Т. Гігієнічна оцінка продуктів харчування з позицій втрати ними мікроелементів в процесі технологічної обробки та зберігання. Медичний форум. 2014;(3):171-5.
424. Мельниченко Т., Петренко О. Проблемні питання визначення мікроелементів методом інверсійної вольтамперометрії і шляхи їх вирішення. Журнал хроматографічного товариства. 2014;(1-4):44-51.
425. Чорна А.І., Шульга О.С., Петренко О.Д., Арсенєва Л.Ю., Голь А.О., Кравченко О.В., винахідники. Патент на корисну модель "Спосіб йодування

хлібобулочних виробів за допомогою їстівного покриття". Патент 110871. 25 жовт. 2016. 4 с.

426. Гуліч М., Петренко О.Д., Любарська Л.С., Коблянська А.В., Харченко О., Ященко О. Алгоритм впровадження здоров'язберігаючих освітніх технологій в навчальний процес вищих навчальних закладів України. Київ: Укрмедпатентінформ; 2019. 4 с. Інформаційний лист № 84.
427. Гуліч М., Петренко О.Д., Любарська Л.С. Алгоритм впровадження здоров'язберігаючих освітніх технологій в навчальний процес вищих навчальних закладів України. Київ: Укрмедпатентінформ; 2023. 4 с. Наукове повідомлення № 46/9/23.
428. Корзун В., Котикович Ю., Парац А., Петренко О.Д., Болохнова Т., Деркач А. Використання чорноморської водорості цистозіри для індивідуальної та групової профілактики йоддефіцитних захворювань. Київ: Укрмедпатентінформ; 2012. 7 с. Інформаційний лист № 241.

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

429. Мельниченко Т., Петренко О. Окремі аспекти визначення мікроелементів методом інверсійної вольтамперометрії.:Київська конференція з аналітичної хімії; 7-9 жовт. 2015; Київ. с. 131.
430. Петренко О. Оцінка вмісту деяких мікроелементів в харчових продуктах загального вжитку Північного регіону України.:Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України (одинадцяті марзеєвські читання); 8-9 жовт. 2015; Івано-Франківськ. с. 223-5.
431. Гуліч М., Любарська Л., Коблянська А., Петренко О., Харченко О., Ященко О. Вивчення обізнаності студентів вищих навчальних закладів України щодо впливу поведінкових факторів ризику на розвиток неінфекційних захворювань.:Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України; 11-12 жовт. 2018; Київ. с. 124-7

432. Гуліч М., Петренко О., Нікуліна Л., Діденко З. Досвід впровадження в учбовий процес закладів загальної освіти курсу "Гігієна харчування": Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України; 17-19 жовт. 2019; Київ. с. 204-7.
433. Гуліч М., Петренко О., Любарська Л. Пріоритети та стереотипи харчування молоді як фактор розвитку хронічних неінфекційних захворювань.: Здоров'я, харчування, довголіття; 17 трав. 2021; Київ. с. 36-9.
434. Гуліч М., Петренко О., Любарська Л., Харченко О., Яценко О., Ольшевська О. Удосконалення організації шкільного харчування – необхідна ланка державної політики зміцнення здоров'я дітей.: Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України; 21-22 жовт. 2021; Київ. с. 427-9.
435. Петренко О., Гуліч М., Любарська Л., Харченко О., Яценко О., Моїсеєнко І. Проблема забезпечення шкільним харчуванням дітей з особливими дієтичними потребами в Україні.: Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України; 20-21 жовт. 2022; Київ. с. 387-9.
436. Гуліч М., Петренко О., Любарська Л., Харченко О., Яценко О., Моїсеєнко І. До питання визначення наявних порушень харчової поведінки дітей в умовах стресу, пов'язаного з війною.: Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України; 20-21 жовт. 2022; Київ. с. 367-9.
437. Гуліч М., Петренко О. Порушення харчової поведінки дітей в умовах військового стресу - проблема сьогодення.: Здорове харчування від дитинства до довголіття: стан та перспективи; 24 листоп. 2022; Київ. с. 18-20.
438. Гуліч М., Петренко О., Любарська Л. Проблема порушення харчової поведінки дітей як наслідок військового стресу.: Екологічні та гігієнічні проблеми сфери життєдіяльності людини; 15 берез. 2023; Київ. с. 92-3.
439. Гуліч М., Петренко О., Антомонов М., Федорова Д., Вепсяляйнен Х., Ерккола М. Стресові розлади харчування у дітей в умовах війни - загроза

здоров'ю в подальшому житті.:Здорове харчування від дитинства до довголіття: стан та перспективи; 27 жовт. 2023; Київ.

440. Gulich M., Petrenko O., Fedorova D., Vepsäläinen H., Erkkola M. Distinguishing features of eating disorders in children in Ukraine during times of war.:Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України; 19 жовт. 2023; Київ. с. 151-2.
441. Gulich M., Fedorova D., Petrenko O., Vepsäläinen H., Erkkola M. War-Induced disrupted eating behaviors in Ukrainian school-aged children.:European nutrition conference. Basel Switzerland: MDPI; 2023. <https://doi.org/10.3390/proceedings2023091077>
442. Корзун В., Котикович Ю., Петренко О., Писаренко Ю., Гайдук М., Деркач А. Вода як джерело йоду для профілактики йододефіцитних захворювань.:Вода і здоров'я людини; 19-20 квіт. 2013; Ужгород.; 2013. с. 38-42.
443. Мельниченко Т., Петренко О. Застосування методу інверсійної вольтамперометрії для аналізу харчових продуктів: проблеми, недоліки і переваги.:Хімічна безпека: проблеми і рішення. Наукові і практичні аспекти вирішення проблем хімічної безпеки; 4-7 серп. 2013; Севастополь.; 2013. с. 13.
444. Петренко О., Мельниченко Т. Оцінка вмісту йоду в збагачених йодвмісними сполуками продуктах харчування.:Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України; 19 жовт. 2023; Київ. с. 245-6.
445. Мельниченко Т., Петренко О. Роль техногенних та природних факторів у виникненні мікроелементозів у населення в сучасних умовах.:Сучасні тенденції розвитку медичної науки та медичної практики; 26-27 груд. 2014; Львів. с. 66-7.
446. Петренко О., Мельниченко Т. Інформативність анкетування для оцінки стану харчування окремих груп населення при плануванні та проведенні

профілактичних заходів.: Сучасні тенденції розвитку медичної науки та медичної практики; 26-27 груд. 2014; Львів. с. 68-70.

Директоратом громадського здоров'я та профілактики захворюваності Міністерства охорони здоров'я України підтверджено авторську участь Петренко О.Д. (Лист МОЗ 26-04/29682/2-23 від 18.10.2023) в розробці наступних документів:

447. Про Національну стратегію розбудови безпечного і здорового освітнього середовища у новій українській школі, Указ Президента України № 195/. 25 трав. 2020. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/195/2020#Text>
448. Про затвердження Санітарного регламенту для закладів загальної середньої освіти, Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 2205. 25 верес. 2020. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1111-20#Text>
449. Про затвердження норм та Порядку організації харчування у закладах освіти та дитячих закладах оздоровлення та відпочинку, Постанова Кабінету Міністрів України № 305, 24 берез. 2021. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/305-2021-п#Text>
450. Про затвердження рекомендованого Примірного чотиритижневого сезонного меню, рекомендованого для організації триразового харчування дітей віком від 1 до 6 (7) років в закладах освіти та інших організованих дитячих колективах на осінній період, Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 2441, 5 листоп. 2021.
451. Про затвердження рекомендованого Примірного чотиритижневого сезонного меню, рекомендованого для організації триразового харчування дітей віком від 1 до 6 (7) років в закладах освіти та інших організованих дитячих колективах на зимовий період, Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 215, 3 лют. 2022.

452. Технологічні карти для страв, призначених для організації шкільного харчування. висновок державної санітарно-епідеміологічної експертизи від 20.09.2021 № 169/8.

ДОДАТОК Б

Анкета для вивчення харчування молодших школярів

№ _____ Дата Школа _____

1. Скільки тобі років?

2. В якому класі ти навчаєшся?

3. Вкажи свою стать

Хлопчик _____ Дівчинка _____

4. Як ти вважаєш, якщо неправильно харчуватись, можна захворіти?

Так _____ Ні _____ Не знаю _____

5. Наскільки тобі подобається харчуватись в шкільній їдальні?

Обведи смайлик 😊 😐 ☹️

6. Ти купляєш щось додатково в шкільній їдальні на перервах?

Так _____ Ні _____ Дуже рідко _____

Якщо так, то що саме?

чай _____ сік _____ булочку _____ пиріжок _____ цукерки _____

печиво _____

вафлі _____ воду _____ компот _____ щось інше? _____

(напиши) _____

7. Ти береш з собою в школу якусь їжу, щоб перекусити?

Так _____ Ні _____ Дуже рідко _____

Якщо так, то яку саме?

Бутерброд _____ булочку _____ воду або чай _____ фрукти _____

овочі _____

щось інше? (напиши) _____

8. Зазвичай ти снідаєш вдома чи вже коли прийдеш до школи?

Завжди снідаю вдома _____ Не снідаю вдома _____ Дуже рідко снідаю вдома _____

9. Коли ти граєшся чи працюєш за комп'ютером або дивишся телевізор, тобі подобається щось з'їсти? Обведи смайлик



10. Скільки рідини ти випиваєш за день?

3 чашки

5 чашок

3 чашки та пляшку 0.5л

щось інше? (напиши) _____

11. Наскільки тобі подобаються різні страви? Обведи смайлик навпроти різних страв

- Тобі подобається солодке?
- Тобі подобається солоне?
- Тобі подобається м'ясна їжа?
- Тобі подобаються страви з риби?
- Тобі подобаються свіжі овочі та салати з них?
- Тобі подобаються свіжі фрукти?

ДЯКУЄМО!

ДОДАТОК В

Анкета для вивчення харчування школярів

№	Питання	Напиши або підкресли
1.	Скільки тобі років?	
2.	В якому класі ти навчаєшся?	
3.	Вкажи свою стать	Чоловіча Жіноча
4.	Як ти вважаєш, якщо неправильно харчуватись, можна захворіти?	Так Ні Не знаю
5.	Як ти вважаєш, ти дотримуєшся правил здорового харчування?	Так Ні Не знаю
6.	Скільки разів на день ти споживаєш їжу? (не включаючи перекуси)	1 раз 2 рази 3 рази 4 рази 5 разів
7.	Чи вживаєш ти солодкі газовані напої?	Так Ні Іноді
8.	Ти часто досолоюєш їжу?	Так Ні
9.	Ти п'єш чай або інші напої без цукру чи з цукром ?	Без цукру З цукром
10.	Якщо з цукром : скільки чайних	1 ложку

	ложок цукру ти кладеш в чашку чаю або іншого напою?	2 ложки 3 ложки інше? напиши _____
11.	Скільки рідини загалом ти випиваєш за день?	3 чашки (600 мл) 5 чашок (1 л) 3 чашки та пляшку 0,5 л (1,1 л) щось інше? напиши _____
12.	Чи споживаєш ти щодня свіжі овочі та фрукти?	Так Ні
13.	Скільки за день ти випиваєш молока?	Не п'ю молоко зовсім Я п'ю молоко не кожен день 1 чашку 2 чашки 3 чашки щось інше? напиши _____
14.	Чи споживаєш ти щодня страви з м'яса або риби?	Так Ні
15.	Зазвичай ти снідаєш вдома чи вже коли прийдеш до школи?	Завжди снідаю вдома Не снідаю вдома Дуже рідко снідаю вдома
16.	Коли ти граєшся чи працюєш за комп'ютером чи смартфоном\планшетом або дивишся телевизор, тобі подобається в цей час щось з'їсти?	Так Ні Дуже рідко
17.	Що ти споживаєш на перекус?	Чай сік булочку пиріжок цукерки печиво вафлі чіпси сухарики попкорн хліб бутерброд булочку горіхи

		насіння сухофрукти щось інше? напиши _____
18.	Як часто ти споживаєш смажене? (млинці, оладки, смажену картоплю, смажені котлети, битки та ін.)	Щоденно 2-3 рази на тиждень 1 раз на тиждень Дуже рідко щось інше? напиши _____
19.	Як часто ти споживаєш перші страви (суп, борщ) або будь-яку іншу гарячу першу страву?	Щоденно 2-3 рази на тиждень 1 раз на тиждень Дуже рідко щось інше? напиши _____
20.	Як часто ти споживаєш страви з картоплі?	Декілька разів на день 1 раз на день 2-3 рази на тиждень 1 раз на тиждень Дуже рідко щось інше? напиши _____
21.	Як часто ти споживаєш макарони, спагеті, ріжки ?	Декілька разів на день 1 раз на день 2-3 рази на тиждень 1 раз на тиждень Дуже рідко щось інше? напиши _____
22.	Як часто ти споживаєш кашу (гречку, рис, пшоно, манку і т.д.)?	Декілька разів на день 1 раз на день 2-3 рази на тиждень 1 раз на тиждень

		Дуже рідко щось інше? напиши _____		
23.	Як часто ти споживаєш твердий чи м'який сир та страви з нього?	Щоденно 2-3 рази на тиждень 1 раз на тиждень Дуже рідко щось інше? напиши _____		
24.	Скільки приблизно скибочок хліба (батон, українськи, пшеничний і т.д.) ти споживаєш на день?	Не їм хліба взагалі 1-3 скибочки 3-5 скибочок Більше		
25.	Ти купляєш щось додатково в шкільній їдальні на перервах?	Так Ні Дуже рідко		
26.	Якщо купляєш, то що саме?	Чай сік булочку пиріжок цукерки печиво вафлі воду компот щось інше? напиши _____		
27.	Ти береш з собою в школу якусь їжу, щоб перекусити?	Так Ні Дуже рідко		
28.	Якщо так, то яку саме?	Бутерброд булочку печиво цукерки воду або чай фрукти овочі щось інше? напиши _____		
29.	Наскільки тобі подобається харчуватись в наступних місцях?			
	Вдома	Не подобається	Подобається	Дуже подобається
	В кафе	Не подобається	Подобається	Дуже подобається

	В шкільній їдальні	Не подобається	Подобається	Дуже подобається
	В закладах швидкого харчування	Не подобається	Подобається	Дуже подобається
30.	Як часто ти відвідуєш кафе та заклади швидкого харчування?	Ніколи не відвітую Декілька разів на тиждень 1 раз на тиждень Декілька разів на місяць 1 раз на місяць чи рідше		
31.	Тобі подобається солодке?	Не подобається	Подобається	Дуже подобається
32.	Тобі подобаються солоні страви?	Не подобається	Подобається	Дуже подобається
33.	Тобі подобається м'ясна їжа?	Не подобається	Подобається	Дуже подобається
34.	Тобі подобаються страви з риби?	Не подобається	Подобається	Дуже подобається
35.	Тобі подобаються свіжі овочі та салати з них?	Не подобається	Подобається	Дуже подобається
36.	Тобі подобаються свіжі фрукти?	Не подобається	Подобається	Дуже подобається
37.	Ваші знання щодо правил здорового харчування отримані:	в школі із ЗМІ, інтернету, фільмів від батьків із власного досвіду від медичних працівників із лекцій, бесід все вище наведене		

		щось інше? напиши _____
38.	Що може завадити тобі дотримуватись правил здорового харчування?	<p>відсутність знань / інформації</p> <p>дорого</p> <p>немає вільного часу</p> <p>немає бажання, лінь</p> <p>не зрозуміють друзі</p> <p>я намагаюсь дотримуватись здорового харчування</p> <p>важко відповісти</p> <p>немає перешкод</p> <p>щось інше? напиши _____</p>
39.	Для чого ти дотримуєшся правил здорового харчування?	<p>щоб не виникали хвороби</p> <p>щоб довго жити</p> <p>щоб гарно виглядати</p> <p>щоб бути успішною людиною і досягти всього в житті</p> <p>бути здоровим модно</p> <p>щоб мати можливість створити сім'ю</p> <p>важко відповісти</p> <p>щось інше? напиши _____</p>

ДОДАТОК Г

АНКЕТА ДЛЯ БАТЬКІВ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЩОДО ОСОБЛИВОСТЕЙ ХАРЧУВАННЯ

Вкажіть, в якому населеному пункті Ви живете? _____

1. Вкажіть вік Вашої дитини _____

2. Вкажіть стать Вашої дитини

Хлопчик

Дівчинка

3. Скільки разів Ваша дитина відвідує шкільну їдальню або буфет під час перебування в школі?

Ніколи не відвідує

Відвідує іноді

1 раз

2 рази

Інше _____

4. Останнім часом в школі введено зміни шкільного харчування. Чи подобається Вам нове шкільне харчування?

Подобається

Не подобається

Не знаю

Інше _____

5. Що Вам подобається в новому шкільному харчуванні?

Значна кількість нових страв

Дотримання правил здорового харчування

Дитині подобається харчуватись в їдальні

Розширення асортименту продуктів та страв, які пропонуються дітям

Взагалі нічого не подобається

Інше _____

6. Що не подобається в новому шкільному харчуванні?

Страви не смачні

Дитині не подобається харчуватись в їдальні

Продукти та страви, які пропонуються дітям є незвичними

Вартість харчування зросла

Мене все влаштовує

Інше _____

7. Ваша дитина бере з собою в школу якусь їжу, щоб перекусити?

Так

Ні

Дуже рідко

8. Якщо так, то яку саме?

Бутерброд

Булочку

Печиво

Цукерки

Воду або чай

Фрукти

Овочі

Інше _____

9. Як Ви вважаєте чи доречне саме зараз запровадження нового шкільного харчування?

Так, ці зміни є своєчасними

Ні, реформу системи шкільного харчування проводити не варто

Так, але зміни системи шкільного харчування варто впроваджувати поступово

Інше _____

10. Напишіть, які зміни для удосконалення нового шкільного харчування на Ваш погляд необхідні

ДОДАТОК Д

ОПИТУВАННЯ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ПОРУШЕНЬ ХАРЧУВАННЯ У ДІТЕЙ, ЩО ВИНИКЛИ ЯК НАСЛІДОК СТРЕСУ, ПОВ'ЯЗАНОГО З ВІЙНОЮ

Доброго дня. Ми займаємось вивченням порушення харчування у дітей, що виникли як наслідок стресу, пов'язаного з триваючою війною в нашій країні. Опитування призначене для батьків або інших осіб, які є опікунами дітей та містить питання щодо загальної інформації, проявів стресу та порушень харчування і харчової поведінки дитини. Опитування цілком анонімне. Ваші відповіді допоможуть визначити найбільш ефективні форми профілактики та корекції порушень харчування у дітей, пов'язаних зі стресом. Просимо взяти участь в опитуванні, ретельно відповівши на всі запитання. Якщо Ви є батьками чи опікунами декількох дітей, пройдіть опитування повторно, надавши відповіді стосовно кожної дитини.

*Обов'язкове поле

Вік та стать

1. Будь ласка, надайте Інформацію щодо віку та статі Вашої дитини, що необхідно для статистичної обробки. Анкетування анонімне

1.

Вкажіть вік дитини *

2.

Вкажіть стать дитини

Хлопчик

Дівчина

2. Загальні питання

3.

Де перебувала Ваша дитина під час активних бойових дій? *

Виберіть лише один варіант.

Знаходилась на окупованій території

Знаходилась в безпосередній близькості до бойових дій

Виїжджали на мирну територію

Знаходились в місцях, де явно відчувались вибухи, обстріли, повітряна тривога тощо

Інше:

4.

Ви відчували труднощі із забезпеченням харчовими продуктами під час активних бойових дій? *

Виберіть лише один варіант.

Так, відчували

Ні, не відчували

Відчували періодично

Інше:

3. Загальні прояви стресу

Звертаємо Вашу увагу, що наявність цих проявів може бути також ознакою інших захворювань і якщо вони з'явилися і тривалий час зберігаються, Вам

потрібно проконсультуватись з лікарем для впевненості щодо здоров'я Вашої дитини.

5.

Чи помічали Ви зміни в поведінці та/або стані дитини, в період активних бойових дій або в перший місяць після них? Відмітьте або опишіть ті, що виникли саме як наслідок цих подій

У кожному рядку виберіть лише один варіант.

Порушення емоційного стану (легко лякається чи засмучується, дратується, злиться, настрої швидко міняється)

Загрозливі чи неприємні спогади, сни

Порушення сну (безсоння або, навпаки, потреба в додатковому часі для сну)

Зниження здатності до навчання, важко запам'ятовувати

Порушення уваги (важко зосередитися на якійсь справі, важко тримати увагу під час звичайних навчальних вправ, важко виконувати звичайні завдання по дому чи навчальні вправи)

Порушення спілкування (важко спілкуватись з однолітками та/або членами родини, близькими, уникає спілкування)

Фізичні скарги не пов'язані з порушенням фізичного стану або хворобою (біль в животі, гикавка, нудота, утруднене дихання тощо)

Нав'язливі рухи чи дії (гризе ногті, смикає волосся, бовтає ногою тощо)

Дитина заторможена або метушлива

Дитина швидко втомлюється

Дитина повернулася до того, що переросла (смокче пальці, нічне нетримання сечі тощо)

Порушення емоційного стану (легко лякається чи засмучується, дратється, злиться, настрої швидко міняється)

Загрозливі чи неприємні спогади, сни

Порушення сну (безсоння або, навпаки, потреба в додатковому часі для сну)

Зниження здатності до навчання, важко запам'ятовувати

Порушення уваги (важко зосередитися на якійсь справі, важко тримати увагу під час звичайних навчальних вправ, важко виконувати звичайні завдання по дому чи навчальні вправи)

Порушення спілкування (важко спілкуватись з однолітками та/або членами родини, близькими, уникає спілкування)

Фізичні скарги не пов'язані з порушенням фізичного стану або хворобою (біль в животі, гикавка, нудота, утруднене дихання тощо)

Нав'язливі рухи чи дії (гризе ногті, смикає волосся, бовтає ногою тощо)

Дитина заторможена або метушлива

Дитина швидко втомлюється

Дитина повернулася до того, що переросла (смокче пальці, нічне нетримання сечі тощо)

Тривалість розладів

б.

Вкажіть, чи зберігаються зміни в поведінці та/або стані дитини на протязі тривалого часу (якщо вже минуло більше місяця) після відчутого стресу *

Виберіть лише один варіант.

Так, зміни в поведінці та/або стані дитини зберігаються (можливо змінюються - полегшуються, погіршуються, але все одно наявні)

Ні, поведінка та стан дитини повернулися до норми

Змін в поведінці та/або стані дитини внаслідок стресу, пов'язаного з війною, не було

4. Порухення харчування та/або харчової поведінки

Ви помічали явні зміни відношення дитини до харчування взагалі та/або до звичних харчових продуктів під час або після відчутого стресу в період активних бойових дій або в перший місяць після них? Відмітьте твердження, які вірні або часто вірні для Вашої дитини або опишіть ті, що виникли саме як наслідок цих подій

Звертаємо Вашу увагу, що наявність цих проявів може бути також ознакою інших захворювань і якщо вони з'явилися і тривалий час зберігаються, Вам потрібно проконсультуватись з лікарем для впевненості щодо здоров'я Вашої дитини.

7.

У кожному рядку виберіть лише один варіант.

Так

Відсутність або зниження апетиту

Під час прийому їжі швидко наїдається та втрачає апетит

Під час прийому їжі не наїдається, хоча з'їла достатньо, відчуття насичення затримується

Звуження переліку продуктів, що входять до звичайного щоденного раціону за рахунок вподобань дитини

Підвищення апетиту - «вовчий» апетит, немотивовані напади голоду

Примхливість в їжі

Нерозбірливість в їжі - з'їсть все, що дадуть

Бажання споживати неїстівні речі (крейду, папір, землю тощо)

Відраза до певних продуктів харчування/страв

Незвична пристрасть, бажання споживати певні продукти або страви (наприклад, солодке)

Відмова від їжі в звичний час

Бажання споживати їжу в незвичний час (наприклад, вночі)

Бажання постійно щось жувати, зросла частота перекусів

Поява гикавки, відрижки, нудоти, пов'язаної з прийомом їжі, запахом, думками про їжу, знаходженням в місці прийому їжі тощо

Відсутність або зниження апетиту

Під час прийому їжі швидко наїдається та втрачає апетит

Під час прийому їжі не наїдається, хоча з'їла достатньо, відчуття насичення затримується

Звуження переліку продуктів, що входять до звичайного щоденного раціону за рахунок вподобань дитини

Підвищення апетиту - «вовчий» апетит, немотивовані напади голоду

Примхливість в їжі

Нерозбірливість в їжі - з'їсть все, що дадуть

Бажання споживати неїстівні речі (крейду, папір, землю тощо)

Відраза до певних продуктів харчування/страв

Незвична пристрасть, бажання споживати певні продукти або страви
(наприклад, солодке)

Відмова від їжі в звичний час

Бажання споживати їжу в незвичний час (наприклад, вночі)

Бажання постійно щось жувати, зросла частота перекусів

Поява гикавки, відрижки, нудоти, пов'язаної з прийомом їжі, запахом, думками про їжу, знаходженням в місці прийому їжі тощо

8.

Якщо в дитини виникла відраза до продуктів та/або страв, будь-ласка зазначьте їх

9.

Якщо в дитини виникла незвична пристрасть до продуктів та/або страв, будь-ласка зазначьте їх

Продовження

10.

Скільки разів на добу дитина харчувалась в звичайний мирний час (тільки основні прийоми їжі)? *

Виберіть лише один варіант.

2 рази

3 рази

4 рази

5 разів

6 разів

Інше:

11.

Скільки разів на добу дитина харчувалась під час або після перебування в стессових умовах, пов'язаних з війною (тільки основні прийоми їжі)?

*

Виберіть лише один варіант.

2 рази

3 рази

4 рази

5 разів

6 разів

Інше:

12.

Загалом, кількість прийомів їжі дитиною за добу змінилась?

*

Виберіть лише один варіант.

Так, збільшилась

Так, зменшилась

Ні, не змінилась

13.

В результаті змін в харчуванні та харчовій поведінці дитина схудла

Виберіть лише один варіант.

Так

Ні

14.

В результаті змін в харчуванні та харчовій поведінці дитина погладшала *

Виберіть лише один варіант.

Так

Ні

15.

Якщо є якісь інші зміни в харчуванні або харчовій поведінці дитини, пов'язані зі стресом обумовленим війною, будь-ласка, опишіть їх

Тривалість розладів харчування та/або харчової поведінки

16.

Вкажіть, чи зберігаються зміни харчування та/або харчової поведінки дитини на протязі тривалого часу (якщо вже минуло більше місяця) після відчутого стресу *

Виберіть лише один варіант.

Так, зміни харчування та/або харчової поведінки дитини зберігаються (можливо змінюються - полегшуються, погіршуються, але все одно наявні)

Ні, харчування дитини повернулося до норми

Ніяких змін не було

Дякуємо за надані відповіді!

ДОДАТОК Е

населений пункт _____

АНКЕТА ДЛЯ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ДІЄТИЧНИМИ ПОТРЕБАМИ

1. Вкажіть вік Вашої дитини _____

2. Вкажіть стать Вашої дитини

Хлопчик

Дівчинка

3. Вкажіть діагноз Вашої дитини, який є причиною особливих дієтичних потреб _____

4. Ваша дитина харчується в школі?

Так

Ні

5. Скільки годин приблизно в навчальні дні Ваша дитина перебуває в школі?

Менше 3-х годин на день

3-5 годин на день

Більше 6 годин на день

6. Чи буває так, що Ваша дитина не харчується на протязі всього шкільного дня через відсутність прийнятних для неї страв та продуктів?

Так, буває часто

Так, іноді буває

Ні, ніколи не буває

7. Чи вважаєте Ви організоване на сьогодні харчування дитини адекватним та достатнім для здоров'я та підтримки працездатності на протязі навчального дня?

Так, харчування задовольняє потреби дитини

Ні, харчування дитини потребує змін (напишіть, які зміни необхідні _____)

8. Чи було колись погіршення стану здоров'я Вашої дитини через невідповідність шкільного харчування її дієтичним потребам?

Так

Ні

9. Харчування Вашої дитини потребує:

-особливого приготування страв («щадлива» дієта, виключення солі, гострих, кислих страв тощо)

-застосування особливих харчових продуктів та препаратів

-особливого режиму харчування

Інше _____

10. Чи враховуються особливі дієтичні потреби Вашої дитини працівниками школи при організації харчування дітей?

Так

Ні

11. Чи знає дитина які саме дієтичні обмеження їй необхідні, чи дотримується вона їх?

Так, знає та дотримується

Знає але не дотримується, потребує контролю з боку дорослих

Ні, не знає, потребує контролю з боку дорослих

12. Які продукти з наявного асортименту шкільного буфету може споживати Ваша дитина?

Випічка

Соки

Вода

Перші та другі страви

Печиво

Кондитерські вироби

Інше _____

Ніякі

13. Вкажіть приблизно, яку частину страв може споживати Ваша дитина з запропонованих шкільною їдальнею?

100%

50%

70%

30%

10%

Взагалі не споживає

14. Ваша дитина бере з дому харчування, яке відповідає її потребам?

Так, постійно

Так, періодично

Ні

15. Яким чином і де споживає дитина принесені з дому страви та продукти?

В класі

В їдальні з іншими дітьми

В їдальні, окремо від інших дітей

Інше _____

16. Чи є в школі можливість безпечного зберігання страв та продуктів, принесених з дому дитиною (наприклад, доступ до холодильника)?

Так, така можливість є

Ні, продукти зберігаються в рюкзаку або з особистими речами дитини

Інше

17. Чи виникають у Вашої дитини психологічні проблеми через необхідність харчуватись іншими стравами та продуктами ніж однолітки або дотримання іншого режиму харчування?

Проблеми спілкування

Сором'язливість

Насмішки однолітків

Замкненість

Проблем не виникає

Інше

18. Чи слідкують працівники школи за харчуванням Вашої дитини?

Так, медичний працівник

Так, вчитель

Так, працівник харчоблоку

Ні, ніхто не слідкує

19. Чи може Ваша дитина споживати гаряче шкільне харчування, яке організується для всіх учнів?

Так, може

Так, але деякі страви

Ні, не може

20. Чи вважаєте Ви, що порівняно з батьками інших дітей Ви змушені витратити на харчування в школі додаткові кошти через неможливість скористатись шкільним харчуванням?

Так

Ні

ДОДАТОК Є

Анкета

Визначення рівня обізнаності щодо здорового способу життя та факторів ризику розвитку неінфекційних захворювань

Дата проведення опитування

« _____ » _____ 2017 рік

Розділ I. Загальні відомості про респондента

Вік _____ років. Стать: Чоловіча Жіноча

Зріст, у см _____

Маса, у кг _____

Освіта:

Навчаюсь на:

1-шому курсі _____ на останньому курсі _____ інше _____

Спеціальність _____

Розділ II. Спосіб життя

2.1	Чи відомо Вам, що факторами, які впливають на здоров'я є: <i>Генетичні</i> Так _____ Ні _____ <i>Стан навколишнього середовища</i> Так _____ Ні _____ <i>Медичне обслуговування</i> Так _____ Ні _____ <i>Умови та спосіб життя людей</i> Так _____ Ні _____	2.2	Чи відомі Вам правила здорового способу життя? Так _____ Ні _____
2.3	На Ваш погляд, ознаками здорового способу життя є: <i>Особиста гігієна</i> Так _____ Ні _____ <i>Відмова від шкідливих звичок</i> Так _____ Ні _____ <i>Раціональне харчування</i> Так _____ Ні _____ <i>Оптимальний руховий режим</i> Так _____ Ні _____ <i>Заняття фізкультурою та спортом</i> Так _____ Ні _____ <i>Відсутність психоемоційних навантажень</i> Так _____ Ні _____	2.4	Чи відомо Вам про такі хронічні неінфекційні захворювання, як: <i>Серцево-судинні захворювання</i> Так _____ Ні _____ <i>Онкологічна патологія</i> Так _____ Ні _____ <i>Хронічні захворювання легенів</i> Так _____ Ні _____ <i>Цукровий діабет II типу</i> Так _____ Ні _____

	<p>Навички безпечної поведінки Так _____ Ні _____</p> <p>Сексуальна культура Так _____ Ні _____</p> <p>Регулярні медичні огляди та профілактика захворювань Так _____ Ні _____</p> <p>Культура освіти та праці Так _____ Ні _____</p> <p>Безпечне навколишнє середовище Так _____ Ні _____</p> <p>Все вище наведене Так _____ Ні _____</p> <p>13.Важко відповісти</p>		
2.5	<p>Чи відомо Вам, що факторами ризику хронічних неінфекційних захворювань є:</p> <p>Низка фізична активність Так _____ Ні _____</p> <p>Нераціональне харчування / зловживання солі/цукру Так _____ Ні _____</p> <p>Тютюнопаління Так _____ Ні _____</p> <p>Зловживання алкоголем Так _____ Ні _____</p> <p>Надлишкова маса тіла та ожиріння Так _____ Ні _____</p> <p>Високий рівень холестерину Так _____ Ні _____</p> <p>Високий рівень артеріального тиску Так _____ Ні _____</p> <p>Високий рівень цукру Так _____ Ні _____</p>	2.6	<p>Чи задоволені Ви станом свого здоров'я? Так _____ Ні _____ Важко відповісти _____</p>
2.7.	<p>Чи контролюєте Ви свій стан здоров'я? Так _____ Ні _____</p>	2.8	<p>Якщо «Так» на п. 2.7., то яким чином?</p> <p>Спостерігаюся у лікаря (профілактичний огляд) Так _____ Ні _____</p> <p>Перевіряю рівень холестерину Так _____ Ні _____</p> <p>Перевіряю рівень цукру Так _____ Ні _____.</p> <p>Перевіряю рівень артеріального тиску? Так _____ Ні _____</p> <p>5Інше _____</p>
2.9.	Чи контролюєте Ви свою масу	2.10.	Чи вважаєте Ви свій спосіб життя

	тіла? Так _____ Ні _____		здоровим? Так _____ Не зовсім _____ Ні _____ Важко відповісти _____
2.11.	Чи дотримуєтесь Ви принципів раціонального харчування? Так _____ Ні _____ Іноді _____	2.12	Чи ведете Ви фізично активний спосіб життя? Так _____ Не зовсім _____ Ні _____ Важко відповісти _____

Розділ III. Фактори ризику

3.1.	Де ви харчуєтесь? <i>Дома</i> Так _____ Ні _____ Іноді _____ <i>Заклади громадського харчування (їдальні тощо)</i> Так _____ Ні _____ Іноді _____ <i>Кафе КНТЕУ</i> Так _____ Ні _____ Іноді _____	3.2.	Чи споживаєте Ви продукти з високим вмістом солі? Часто _____ Рідко _____ Ніколи _____
3.3.	Чи досолоєте Ви їжу? Так _____ Ні _____ Іноді _____	3.4	Скільки приблизно солі Ви вживаєте з їжею за добу? 5г. _____ 25г. _____ 35г. _____ більше _____
3.5	Чи вживаєте Ви солодкі газовані напої? Так _____ Ні _____ Іноді _____	3.6.	Скільки ложок цукру Ви кладете в чашку чаю, або кави? 1 ложку _____ 2 ложку _____ 3 ложку _____ Інше _____
3.7.	Чи знаєте Ви в яких продуктах містяться трансізомери жирних кислот? Так _____ Ні _____	3.8.	Чи вживаєте Ви маргарини та спреди або готові продукти з їх використанням? Та _____ Ні _____
3.9.	Чи споживаєте Ви щодня свіжі фрукти та овочі? Так _____ Ні _____	3.10.	Якщо «Так» п.3.9 то які самі та в якій кількості? <i>фрукти:</i> _____ <i>овочі :</i> _____
3.11.	Чи знаєте Ви про наслідки для здоров'я дефіциту в раціоні харчування вітамінів і	3.12	Чи вживаєте Ви алкогольні та слабоалкогольні напої (у тому числі пиво)?

	мінеральних речовин? Так _____ Ні _____ Важко відповісти _____		Так _____ Ні _____
3.13.	Якщо «Так» на п. 3.12., то як часто? 1-2 рази на тиждень _____ 2-3 рази на тиждень _____ Більше _____ Інше _____	3.14.	Чи вважаєте Ви необхідним при маркуванні харчових продуктів зазначати точний вміст солі? Так _____ Ні _____ Важко відповісти _____
3.15.	Чи вважаєте Ви необхідним при маркуванні харчових продуктів зазначати точний вміст цукру? Так _____ Ні _____ Важко відповісти _____	3.16	Чи вважаєте Ви необхідним при маркуванні харчових продуктів зазначати точний вміст трансізомерів жирних кислот? Так _____ Ні _____ Важко відповісти _____
3.17.	Чи Ви палите? Так _____ Ні _____ Іноді _____ Чи палити Ви електронні сигарети? Так _____ Ні _____ Іноді _____	3.18	Якщо «Так» на п. 3.17, скільки сигарет в день Ви вкурюєте? Від 1 до 10 штук _____ Від 11 до 20 штук _____ Більше 20 штук _____
3.19.	Якщо «Так», чи хотіли б Ви кинути палити? Так _____ Ні _____ Важко визначитися _____	3.20	Чи палять Ваші батьки? Так _____ Ні _____
3.21	Чи вважаєте Ви ефективним заборону продажу тютюнових виробів та алкоголю дітям та підліткам? Так _____ Ні _____ Важко відповісти _____	3.22	Як Ви ставитеся до вживання наркотиків? Позитивно Негативно Байдуже Чи вживали Ви коли-небудь наркотики? Так _____ Ні _____
3.23.	Чи займаєтесь Ви підтримкою своєї фізичної форми? Так _____ Ні _____ Важко відповісти _____	3.24	Якщо «Так» на п. 3.21, яким чином (конкретизувати)? Займаюсь в спортивному залі _____ Плаваю _____ Бігаю _____ Фітнес _____ Інше _____

IV. Навколишнє середовище

4.1.	Чи вважаєте Ви умови навчання безпечними? Так _____ Ні _____ Немає інформації _____	4,2	Якщо «Ні» на п.4.1., чи можете Ви конкретизувати шкідливі навчальні фактори, або шкідливі фактори оточуючого середовища в місті вашого проживання (промислове підпр., навантажена автомобільна траса) тощо? Так _____ Ні _____
4.3.	Чи вважаєте Ви наявні житлові умови безпечними? Так _____ Ні _____ Важко відповісти _____	4.4.	Якщо «ні» на п. 4.3., чи можете Ви конкретизувати шкідливі побутові фактори? Так _____ Ні _____

V. Спадковість

5.1	Чи відомо Вам про випадки серцево-судинних захворювань, онкологічної патології, цукрового діабету та патології органів дихання у Вашій сім'ї? Так _____ Ні _____ Немає інформації _____	5.2	Якщо «Так» на 5.1., вкажіть конкретну патологію у Вас та у кого з родичів було виявлено хронічне неінфекційне захворювання? Серцево-судинне _____ Онкологічне _____ Діабет _____ Захворювання легенів _____
-----	---	-----	--

VI. Здоровий спосіб життя

6.1.	Що може завадити Вам вести здоровий спосіб життя (підкреслити)? Відсутність знань / інформації Низький рівень доходів Брак вільного часу Немає бажання, лінь Не розуміють друзі Я намагаюсь вести здоровий спосіб життя Важко відповісти Немає перешкод Інше _____	6.2.	Ваші знання щодо здорового способу життя отримані (підкреслити): В навчальному закладі Із ЗМІ, фільмів Від батьків Із власного досвіду Від медичних працівників Із лекцій, бесід Все вище наведене Інше _____
6.3.	З якою метою Ви ведете здоровий спосіб життя (підкреслити)? Щоб не виникали хвороби Щоб довго жити Щоб гарно виглядати Щоб бути успішною людиною і досягти всього в житті Бути здоровим модно Щоб мати можливість створити _____	6.4.	Чи вважаєте Ви визначені в анкеті питання необхідно вирішувати на державному (національному) рівні? Так _____ Ні _____ Важко визначитися _____

	сім'ю Важко відповісти Інше		
--	-----------------------------------	--	--

ДОДАТОК Ж

Регіональні особливості захворюваності на аліментарно-залежну патологію серед дитячого населення України,
середньобагаторічні показники (2000-2017 рр.), на 10000 осіб

Область	Хвороби крові	Анемії	ЗДА	Хвороби ендокринної системи	Дифузний зоб І ст.	Дифузний зоб II-III ст.	Ожиріння	Хвороби органів травлення
1	2	3	4	5	6	7	8	9
АР Крим	95,64	93,06	80,29	276,50	151,79	5,23	27,86	263,31
Вінницька	277,98	271,69	264,54	353,77	126,94	5,46	50,84	488,39
Волинська	144,10	141,32	134,96	387,97	286,10	16,03	18,08	630,42
Дніпровська	149,03	143,41	101,67	199,82	51,76	9,86	21,23	444,78
Донецька	87,85	84,10	53,53	109,33	18,12	1,60	21,13	402,07
Житомирська	174,28	158,85	137,86	260,66	140,97	13,21	35,26	623,01
Закарпатська	222,37	218,62	205,87	310,60	162,45	17,01	25,54	613,19
Запорізька	72,89	70,50	67,92	88,43	14,95	1,72	21,73	329,86
Івано-Франківська	386,11	381,57	368,85	422,74	238,42	3,16	26,74	760,82
Київська	132,50	130,64	129,81	236,50	143,60	21,87	31,58	469,79
Кіровоградська	140,65	137,15	134,70	253,84	88,56	9,08	45,79	533,17

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Луганська	86,19	82,42	74,55	100,53	28,99	5,11	10,27	282,44
Львівська	140,51	138,32	94,69	234,13	162,07	6,09	18,53	522,73
Миколаївська	107,72	105,51	99,14	136,89	34,70	2,06	27,82	365,05
Одеська	76,34	74,62	73,88	100,97	12,34	1,98	20,31	300,18
Полтавська	134,95	127,77	111,35	102,69	23,44	2,11	20,07	474,39
Рівненська	338,11	323,55	200,82	507,20	320,28	31,63	28,08	798,29
Сумська	137,11	125,22	60,47	225,84	128,12	13,48	27,94	373,90
Тернопільська	144,92	142,43	134,96	327,26	182,67	9,07	38,20	487,85
Харківська	162,92	154,66	148,33	145,85	35,41	4,76	30,93	581,19
Херсонська	147,33	144,93	141,34	128,04	22,30	2,74	27,46	401,08
Хмельницька	175,79	170,54	167,55	261,61	138,86	8,55	31,15	690,79
Черкаська	317,61	311,87	311,30	248,16	58,13	15,09	42,90	702,26
Чернівецька	188,80	185,69	184,06	248,10	109,69	10,20	26,46	509,61
Чернігівська	147,88	145,79	21,86	208,99	106,19	7,75	21,46	482,33
м.Київ	102,74	101,05	100,57	148,61	44,90	5,56	22,19	603,84
м.Севастополь	48,35	44,88	44,45	70,16	39,41	5,04	13,21	292,88
По Україні	155,53	150,85	129,83	215,22	97,14	8,00	26,24	494,07

ДОДАТОК 3

Регіональні особливості поширеності аліментарно-залежної патології серед дитячого населення України, середньобагаторічні показники (2000-2017 рр.), на 10000 осіб

Область	Хвороби крові	Анемії	ЗДА	Хвороби ендокринної системи	Дифузний зоб І ст.	Дифузний зоб II-III ст.	Ожиріння	Хвороби органів травлення
1	2	3	4	5	6	7	8	9
АР Крим	287,09	275,67	250,17	1152,62	712,45	21,20	121,92	957,12
Вінницька	891,92	867,14	846,01	1392,65	647,88	23,07	231,59	1045,83
Волинська	364,12	353,53	336,86	2453,13	2061,17	84,64	88,81	1598,99
Дніпровська	340,51	326,08	234,66	593,24	224,23	46,40	85,72	1222,78
Донецька	275,09	260,41	166,28	438,60	100,04	6,39	105,20	1568,00
Житомирська	416,92	385,21	342,59	1133,98	754,90	64,65	131,54	1540,01
Закарпатська	524,47	511,38	488,25	1147,03	712,60	77,59	98,32	986,03
Запорізька	125,36	116,79	111,80	306,70	66,87	7,34	88,60	732,19
Івано-Франківська	998,60	981,51	947,44	1516,21	1032,21	18,69	105,72	1334,30
Київська	345,02	335,68	333,61	2131,97	1563,00	214,68	198,75	1922,38
Кіровоградська	334,24	320,58	314,85	823,99	379,45	30,24	141,95	1068,12

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Луганська	204,12	187,55	169,18	318,99	107,49	21,29	39,00	642,62
Львівська	419,49	412,98	276,67	1477,82	1187,78	27,36	94,12	1106,62
Миколаївська	253,69	243,31	226,96	367,69	93,61	7,25	108,38	814,12
Одеська	154,38	146,63	144,61	317,32	52,72	12,64	81,59	719,61
Полтавська	355,36	324,77	289,87	365,62	103,59	8,51	93,24	2114,52
Рівненська	597,75	568,36	361,11	1935,01	1409,24	151,98	107,70	1635,49
Сумська	440,98	394,22	196,71	803,26	462,42	58,29	102,47	1100,43
Тернопільська	404,74	396,92	373,82	1104,19	589,77	46,39	155,98	1204,68
Харківська	404,53	369,58	357,76	495,29	135,49	20,27	126,09	1742,02
Херсонська	316,28	307,63	299,71	369,67	58,89	10,49	112,31	1041,89
Хмельницька	450,05	427,70	420,39	990,73	594,46	35,46	135,45	1465,50
Черкаська	953,50	933,88	931,69	762,65	216,71	55,65	176,40	1681,63
Чернівецька	571,71	557,35	552,68	1024,90	562,12	67,54	123,72	1117,63
Чернігівська	720,08	708,19	84,61	1842,48	1362,67	65,56	141,89	2069,35
м.Київ	283,20	271,92	269,85	623,80	253,93	28,68	100,87	2403,91
м.Севастополь	108,09	92,70	89,55	151,19	75,84	10,88	23,69	631,31
По Україні	410,23	393,61	335,04	922,66	536,04	42,15	114,37	1345,02

ДОДАТОК І

Зразок складання меню для організації безглютенового харчування

День тижня	Найменування страв та продуктів	Маса нетто		
		6-11 років	11-14 р	14 -18 років
Понеділок	Картопля відварна	123,5	154	154,5
	Салат з запеченої капусти з родзинками	87,5	84	81
	Курка по італійськи	58,9	83,9	101,5
	Салат фруктовий з горіхами	116,4	116,4	116,4
	Йогурт	125	125	125
Вівторок	Гарбуз припущений	84,1	85,1	86,1
	Пухкий омлет з орегано безглютеновий	50,3	50,3	50,3
	Горошок овочевий відварений	123,5	154	154,5
	Какао	190	190	190
	Хлібці безглютенові (Додаток 1)	30	50	50
	Свіжі фрукти (яблука)	100	100	100
Середа	Каша гречана з чебрецем	123,2	150	150,3
	Овочеve соте «Літне»	74,4	75,4	76,4
	Товченики рибні	83,9	125,1	166,2
	Йогурт	125	125	125
	Хлібці безглютенові	30	50	50
	Свіжі фрукти (банан)	100	100	100
Четвер	Салат асорті овочеve	110,5	111,5	112,5
	Макаронні вироби безглютенові відварені з сиром твердим	138,3	169,6	170,1
	Яблуко печене	83,3	83,3	83,3
	Чай трав'яний	200	200	200
	Хлібці безглютенові	30	50	50
П'ятниця	Салат з буряка та селери з сиром	113,8	114,5	115,4
	Каша кукурудзяна розсипчаста	123,5	154	154,5
	Курка запечена соусі «Імбирному»	60	85	100
	Бланманже, 100г	100	100	100
	Свіжі фрукти (яблука)	100	100	100
	Сік	200	200	200

ДОДАТОК К

Споживання продуктів харчування в окремих країнах у 2019 році (на одну особу за рік; кілограмів) (за даними FAO/WHO) за даними Державної служби статистики України

Країни	М'ясо та м'ясні продукти	Молоко та молочні продукти	Масло вершкове	Овочі	Картопля	Риба і рибні продукти	Олій рослинні	Цукор
Австрія	90	182	5,46	91	59	13,9	15	42
Болгарія	67	133	1,30	97	26	7,3	15	27
Бразилія	106	139	0,54	51	19	9,0	22	39
Індія	5	74	3,30	89	26	6,8	9	20
Іспанія	109	163	1,25	119	59	42,4	30	33
Італія	79	200	1,92	100	36	29,8	27	32
Канада	95	161	3,72	102	82	21,8	26	35
Китай	70	23	0,14	381	44	50,8	9	7
Латвія	74	165	3,35	89	112	24,7	16	31
Нідерланди	57	314	5,90	71	76	21,9	15	36
Німеччина	80	169	6,05	88	65	12,6	17	37
Польща	86	182	3,73	124	99	12,4	7	44
Румунія	79	228	1,28	142	97	8,3	15	27
США	130	231	2,43	107	50	22,1	20	33
Фінляндія	75	336	5,02	85	58	33,5	3	29
Чехія	89	145	4,17	77	66	9,3	18	30
Японія	53	47	0,65	97	19	47,0	15	16
Україна*	53,6	200,5		164,7	135,7	12,5	12,0	28,8

ДОДАТОК Л



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

вул. М.Грушевського, 7, м. Київ, 01601, тел. (044) 253-61-94, E-mail: moz@moz.gov.ua,
web:<http://www.moz.gov.ua>, код ЄДРПОУ 00012925

від _____ 202 р. № _____

На № 8.2/2383 від 27.09.2023 р.

**Національна академія медичних
наук України**

**Державна установа «Інститут
громадського здоров'я
ім. О.М. Марзєєва НАМН України»**



Департамент громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України розглянув лист від 27.09.2023 № 8.2/2383 та підтверджує активну участь в роботі міжвідомчої робочої групи з розробки нормативно-правових актів з питань санітарного законодавства, а також міжвідомчої робочої групи з питань визначення норм харчування населення, в тому числі дітей в навчальних, оздоровчих закладах, будинках дитини тощо та робочої групи щодо напрацювання проєктів примірного чотиритижневого сезонного меню рекомендованого для організації триразового харчування дітей. Фахівці лабораторії профілактики аліментарно-залежних захворювань ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМН України» д.мед.н. проф. Гуліч М.П., к.мед.н. Петренко О.Д., к.б.н. Любарська Л.С. безпосередньо приймали авторську участь в розробці наступних документів:

- Національна стратегія розбудови безпечного і здорового освітнього середовища у новій українській школі (затверджено Указом Президента України від 25.05.2020 № 195/2020);
- Санітарний регламент для закладів загальної середньої освіти (затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25.09.2020 № 2205);
- норми та Порядок організації харчування у закладах освіти та дитячих закладах оздоровлення та відпочинку (затверджено Постановою Кабінету міністрів України від 24.03.2021 № 305);
- технологічні карти для страв, призначених для організації шкільного харчування (висновок державної санітарно-епідеміологічної експертизи від 20.09.2021 № 169/8);



АСУД "ДОК ПРОФ З"
Міністерство охорони здоров'я України
26-04/29682/2-23 від 18.10.2023
Підписання КЕП Даниленко Олександр Миколайович
3FAA9288358EC003040000082B23100EB9BB500

Міністерство охорони здоров'я України

26-04/29682/2-23 від 18.10.2023



- Примірне чотиритижневе сезонне меню рекомендованого для організації триразового харчування дітей віком від 1 до 6(7) років в закладах освіти та інших організованих дитячих колективах (на осінній та зимовий періоди) (затверджено наказами МОЗ України від 05.11.2021 № 2441 та 03.02.2022 № 215 відповідно).

**Директор Департаменту
громадського здоров'я**

Олексій ДАНИЛЕНКО



ДОДАТОК М

«ЗАТВЕРДЖУЮ»



Перший проректор
Дніпровського державного медичного
університету, професор
Ігор ШПОНЬКА
"05" вересня 2024 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції щодо впровадження: Алгоритм впровадження здоров'язберігаючих освітніх технологій в навчальний процес вищих навчальних закладів України

Установа-розробник: ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєсва НАМН України» за адресою: 02094, м. Київ, вул. Гетьмана Павла Полуботка, 50

Автори: Гуліч М. П., Петренко О. Д., Любарська Л.С., Коблянська А.В., Харченко О.О., Ященко О. В.

Джерело інформації: Алгоритм впровадження здоров'язберігаючих освітніх технологій в навчальний процес вищих навчальних закладів України. Інформаційний лист № 84 – 2019. К., Укрмедпатентінформ МОЗУ. 2019. 4 с.

Де і коли впроваджено: Дніпровський державний медичний університет, кафедра гігієни, екології та охорони праці.

При проведенні яких робіт впроваджена пропозиція: впроваджено у навчальний процес під час викладання навчальної дисципліни «Профілактична медицина, гігієна та екологія», Модуль 2. Спеціальні питання гігієни та екології для студентів III курсу за спеціальністю 222 Медицина.

Терміни впровадження: 2023-2024 навчальний рік

Ефективність впровадження: підвищення рівня професійної підготовки студентів та популяризація здоров'язберігаючих технологій у вищій освіті.

Зауваження, пропозиції: не має.

Відповідальний за впровадження:

завідувач кафедри гігієни,

екології та охорони праці,

д.мед.н., професор

"05" вересня 2024 р.

Олександр ШЕВЧЕНКО

"ЗАТВЕРДЖУЮ"
 Проректор з науково-педагогічної та лікувальної роботи
 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова
 проф. Василь ПОГОРІЛИЙ



2024 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції щодо впровадження: матеріалів дисертаційного дослідження Петренко О. Д. «Наукове обґрунтування концептуальних основ системи профілактики аліментарно-залежних захворювань у дітей та молоді»
Установа-розробник: ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзеєва НАМН України», 02094, м. Київ, вул. Гетьмана Павла Полуботка, 50

Автори: Петренко О.Д.

Зміст впроваджених матеріалів:

Особливості загальної поширеності та захворюваності дітей в Україні, територіальні особливості даних показників; особливості виникнення та накопичення аліментарно-залежних патологій серед дітей та молоді; особливості харчової поведінки різних вікових груп та фактори, що на неї впливають, зокрема, стрес; особливості мікроелементного складу та рівні споживання основних груп харчових продуктів населенням України; вітчизняний та міжнародний досвід організації шкільного харчування; концептуальні засади системи профілактики аліментарно-залежних захворювань у дітей та молоді.

Форма впровадження: Впроваджено у цикл лекцій та практичних занять під час викладання дисциплін:

Ефективність впровадження: підвищення ефективності навчального процесу, покращення якості підготовки студентів в галузі профілактики аліментарно-залежних захворювань у дітей та молоді

Соціально-економічний ефект: підвищення рівня усвідомлення та мотивації студентів до дотримання правил здорового харчування

Зауваження та пропозиції: відсутні


Відповідальний за впровадження:

к.мед.н., доцент,
 завідувач кафедри МК та ВМ

док.мед.н., доцент



Підпис *Микола Матвійчук*
 завіряю *Чорна*
 національного медичного університету ім. М. І. Пирогова



" " " 20 р.

Микола Матвійчук

Валентина Чорна

"ЗАТВЕРДЖУЮ"

Проректор з науково-педагогічної та лікувальної роботи

Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова
проф. Василь ПОГОРЛИЙ



"....." 2024 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції щодо впровадження: Збірник рецептур страв для харчування дітей в закладах освіти, дитячих закладах оздоровлення та відпочинку та закладах соціального захисту.

Установа-розробник: ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМН України» за адресою: 02094, м. Київ, вул. Гетьмана Павла Полуботка, 50

Автори: Клопотенко Є.В., Гуліч М.П., Гончар Ю.М., Любарська Л.С., Петренко О.Д., Григоренко А.А. та ін.

Джерело інформації: Збірник рецептур страв для харчування дітей в закладах освіти, дитячих закладах оздоровлення та відпочинку та закладах соціального захисту. Київ: GFA ConsultingGroup; 2024. 882 с.

Форма впровадження: Впроваджено у навчальний процес кафедр:

Ефективність впровадження: соціальний ефект

Соціально-економічний ефект: підвищення якості знань студентів щодо організації харчування дітей шкільного віку.

Зауваження та пропозиції: відсутні.

Відповідальний за впровадження:

к.мед.н., доцент,
завідувач кафедри МК та ВМ



Микола Матвійчук

док.мед.н., доцент

Валентина Чорна

"ЗАТВЕРДЖУЮ"

Проректор з науково-педагогічної та лікувальної роботи

Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

проф. Василь ПОГОРІЛИЙ



2024 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Найменування пропозиції щодо впровадження: Збірник рецептур страв, кулінарних виробів і напоїв (технологічних карт) для харчування дітей шкільного віку

Установа-розробник: ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМН України» за адресою: 02094, м. Київ, вул. Гетьмана Павла Полуботка, 50

Автори: А.А. Мазаракі, Н.В. Притульська, М.П. Гуліч, Д.В. Федорова, В.А. Гніцевич, Т.В. Юдіна, М.Ф. Кравченко, О.П. Вітряк, І.Ю. Антонюк, А.О. Медведєва, О.О. Васильєва, Л.С. Любарська, Г.Я. Онопрієнко, О.Д. Петренко

Джерело інформації: Збірник рецептур страв, кулінарних виробів і напоїв (технологічних карт) для харчування дітей шкільного віку: для закл. освіти, дит. закл. оздоровлення та відпочинку та закл. сфери соц. захисту / за заг. ред. А. А. Мазаракі,; Київ. нац. торг.-екон. ун-т, Нац. акад. мед. наук України, ДУ "Ін-т громад. здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України". - Київ : Київ. нац. торг.-екон. ун-т, 2021. - 671 с.

Форма впровадження: Впроваджено у навчальний процес кафедр:

Ефективність впровадження: соціальний ефект

Соціально-економічний ефект: підвищення якості знань студентів щодо організації харчування дітей шкільного віку.

Зауваження та пропозиції: відсутні

Відповідальний за впровадження:

к.мед.н., доцент,
завідувач кафедри МК та ВМ

док.мед.н., доцент



Микола Матвійчук

Валентина Чорна

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Генеральний директор
ДУ «Запорізький ОЦКПХ МОЗ»
Гарас ТИЩЕНКО

17 травня 2023 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва пропозицій для впровадження Наукове повідомлення «Організація харчування дітей з особливими дієтичними потребами в закладах загальної середньої освіти».

(гігієнічні рекомендації, методи визначення шкідливих речовин навколишнього середовища, прогностичні моделі, алгоритм, форми організації роботи та ін.)

2. Ким і коли запроваджена ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Маршова Національної академії медичних наук України», д.мед.н., професор Гуліч М.П., к.мед.н. Петренко О.Д., к.б.н. Любарська Л.С.

3. Джерело інформації ПЕРЕЛІК наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я (Випуск 9), 2023р. Розділ «Гігієна дітей та підлітків, комунальна гігієна, гігієна харчування». Наукове повідомлення, реєстраційний № 46/9/23.

(методичні рекомендації, інформаційний лист, звіти про НДР, дисертації, монографії, з'їзди конференцій, семінари та ін.)

4. Ким і коли впроваджено відділом епідеміологічного нагляду (спостереження) та профілактики неінфекційних захворювань ДУ «Запорізький ОЦКПХ МОЗ» «17» травня 2023 р.

(дата початку впровадження)

5. При проведенні яких видів робіт проведено впровадження оцінка середовища життєдіяльності дітей при проведенні моніторингу

(проведення зовнішнього і внутрішнього санітарних оглядів, оцінка стану навколишнього середовища, розробка простих документів, будівництво об'єктів, складання періодичних документів, доповіді в державні органи, проведення інших заходів, направлених на покращення умов, збереження та покращення якості навколишнього середовища та ін.)

6. Ефективність впровадження. Використання матеріалів інформаційного листа в роботі закладів загальної середньої освіти, постачальників харчових продуктів та/або послуг з харчування сприятиме удосконаленню забезпечення шкільним харчуванням дітей з особливими дієтичними потребами.

(підвищення якості санітарного нагляду; покращення забудови або оздоровлення навколишнього середовища; покращення стану здоров'я населення; економічний ефект. Скорочення часу проведення нагляду, інші показники)

7. Зауваження, пропозиції пропонується до впровадження

Дата 17 травня 2023 р.

Підпис Макаров Д.О.
(відповідальний за впровадження)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Генеральний директор
Державної установи
«Дніпропетровський обласний центр
контролю та профілактики хвороб
Міністерства охорони здоров'я
України»

Сергій ВАЛЬЧУК
«18» травня 2023 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва пропозицій для впровадження Наукове повідомлення «Організація харчування дітей з особливими дієтичними потребами в закладах загальної середньої освіти».

(гігієнічні рекомендації, методи визначення шкідливих речовин навколишнього середовища, прогностичні моделі, алгоритм, форми організації роботи та ін.)

2. Ким і коли запроваджена ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва Національної академії медичних наук України», д.мед.н., професор Гуліч М.П., к.мед.н. Петренко О.Д., к.б.н. Любарська Л.С.

3. Джерело інформації ПЕРЕЛІК наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я (Випуск 9), 2023р. Розділ «Гігієна дітей та підлітків, комунальна гігієна, гігієна харчування». Наукове повідомлення, реєстраційний № 46/9/23.

(методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, з'їзди конференцій, семінари та ін.)

4. Ким і коли впроваджено Державна установа «Дніпропетровський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України» «18» травня 2023р. (дата початку впровадження)

5. При проведенні яких видів робіт проведено впровадження матеріалів інформаційного листа включені в програму проведення гігієнічного навчання для працівників закладів загальної середньої освіти (вчителів, працівників харчоблоків, медичного персоналу закладів на ін.)

(проведення запобіжного і поточного санітарних оглядів, оцінка стану навколишнього середовища, розробка просвітної документації, будівництво об'єктів, складання керівних документів, доповіді в директивні органи, проведення інших заходів, направлених на оптимізацію збудованих, збереження та покращення якості навколишнього середовища та ін.)

6. Ефективність впровадження. Використання матеріалів інформаційного листа в роботі закладів загальної середньої освіти, постачальників харчових продуктів та/або послуг з харчування сприятиме удосконаленню забезпечення шкільним харчуванням дітей з особливими дієтичними потребами.

(підвищення якості санітарного нагляду; попередження забруднення або оздоровлення навколишнього середовища, покращення стану здоров'я населення, економічний ефект. Скорочення часу проведення аналізу, інші покращення)

7. Зауваження, пропозиції _____

Дата 18 травня 2023р.

Підпис _____

(відповідальний за впровадження)