

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ І
ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ

Факультет харчових технологій та управління якістю продукції АПК

УДК 613.292:314.116

ПОГОДЖЕНО

Декан факультету харчових технологій
та управління якістю продукції АПК
_____ Лариса БАЛЬ-ПРИЛИПКО

ГОЛЕМБОВСЬКА

« ____ » _____ 2025 р.

ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ

В.о. завідувача кафедри технології
м'ясних, рибних та морепродуктів
_____ Наталія

« ____ » _____ 2025 р.

МАГІСТЕРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на тему: «Оцінка сучасних методів дослідження харчового
статусу міського населення»

Спеціальність 181 «Харчові технології»

Освітня програма «Нутріціологія»

Орієнтація освітньої програми освітньо-наукова

Гарант освітньої програми

к.т.н., доцент

_____ Людмила ТИЩЕНКО

Керівник магістерської роботи

д.вет.н., доцент

_____ Руслана ПОСТОЙ

Виконав

_____ Сергій ВЛАСНЮК

КИЇВ – 2025

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ І
ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ**
Факультет харчових технологій та управління якістю продукції АПК

ЗАТВЕРДЖУЮ
**Завідувач кафедри технології м'ясних,
рибних та морепродуктів**

к.т.н., доцент _____ **Наталія ГОЛЕМБОВСЬКА**

«__» _____ 2025 року

ЗАВДАННЯ

**ДО ВИКОНАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ МАГІСТЕРСЬКОЇ РОБОТИ
СТУДЕНТУ**

Власнюк Сергію Миколайовичу

Спеціальність: 181 «Харчові технології»

Освітня програма: «Нутриціологія»

Орієнтація освітньої програма – Освітньо-наукова програма

Тема магістерської роботи: «Оцінка сучасних методів дослідження харчового статусу міського населення»

затверджена наказом ректора НУБіП України від «17» січня 2024 р. № 52
“С”

Термін подання завершеної роботи на кафедру «10» червня 2025 р.

Перелік питань, що підлягають дослідженню: огляд літературних джерел: розділи про оцінку факторів ризику та захворювань, пов'язаних із харчуванням, сучасні методи оцінки харчового статусу; матеріали та методи досліджень; аналіз результатів та їх обговорення; рекомендації, додатки, висновки та список використаних джерел

Дата видачі завдання «14» квітня 2024 р.

Керівник магістерської роботи _____ **Руслана ПОСТОЙ**

Завдання прийняв до виконання _____ **Сергій ВЛАСНЮК**

РЕФЕРАТ

Дана магістерська кваліфікаційна робота присвячена вивченню удосконаленню системних підходів до вивчення харчового статусу та методів виявлення розладів харчування на основі анкетно-опитувальних даних.

На фоні глобальних змін у харчових звичках у населення України і світу та підвищення рівня захворювань, пов'язаних із неправильним харчуванням, та зростаючої обізнаності про важливість здорового способу життя потрібні системні підходи, базовані на даних опитувань, які можуть слугувати науковою основою для подальших досліджень у сфері харчування та медицини. Вони сприяють формуванню нових гіпотез та виявленню тенденцій у зміні харчового статусу.

Анкетно-опитування є ефективним інструментом для залучення населення до досліджень, що може сприяти підвищенню обізнаності про важливість харчового статусу та способів його покращення. Сучасні технології, такі як мобільні додатки та платформи для збору даних, дозволяють полегшити процес збору анкетно-опитувальних даних, що підвищує якість інформації та забезпечує швидкий доступ до результатів. Удосконалення системних підходів до вивчення харчового статусу та методів виявлення розладів харчування є критично важливим завданням, що відповідає викликам сучасності та потребам суспільства. Це забезпечить не тільки поліпшення здоров'я населення, але й позитивно вплине на загальний рівень якості життя.

Метою дослідження було є розробка та удосконалення системних підходів до вивчення харчового статусу населення, а також оптимізація методів виявлення розладів харчування шляхом аналізу даних, отриманих через анкетно-опитування.

У роботі проведено теоретичний огляд понять харчової поведінки та соціальних звичок, розглянуті фактори, що впливають на формування цих

звичок та їх вплив на харчову поведінку та здоров'я. Були проаналізовані різні методи та інструменти оцінки харчової поведінки та здоров'я населення.

Окрема увага була приділена ролі соціального середовища у формуванні харчових звичок, включаючи вплив культурних, соціальних та економічних чинників. Також були розглянуті ефективність програм та ініціатив щодо зміни соціальних звичок щодо харчування.

Отримані результати дозволили зрозуміти складність взаємозв'язку між соціальними звичками, харчовою поведінкою та здоров'ям, а також виявити потенційні шляхи для подальших досліджень та розробки ефективних стратегій здорового харчування та попередження захворювань.

Робота містить 8 розділів, включаючи вступ, літературний огляд: розділи про оцінку факторів ризику та захворювань, пов'язаних із харчуванням, сучасні методи оцінки харчового статусу, матеріали та методи досліджень, аналіз результатів та їх обговорення, рекомендації, додатки, висновки та список використаних джерел.

Ключові слова: ХАРЧОВИЙ СТАТУС, РОЗЛАДИ ХАРЧУВАННЯ, ОЦІНКА ХАРЧОВИХ ЗВИЧОК, АНКЕТО-ОПИТУВАННЯ, ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ, ХАРЧОВА ОБІЗНАНІСТЬ

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	
1.1. Оцінка факторів ризику та захворювань, пов'язаних із харчуванням.	9
1.2. Сучасні методи оцінки харчового статусу	18
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ	28
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ТА ІХ ОБГОВОРЕННЯ	36
ВИСНОВКИ	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	57
РЕКОМЕНДАЦІЇ	62
ДОДАТКИ	64

ВСТУП

Харчування є одним із найважливіших чинників зовнішнього середовища, що впливає на організм людини протягом усього життя. Сучасні тенденції харчування негативно впливають на стан здоров'я населення. Ще нещодавно значна частина населення світу страждала від недоїдання, але сьогодні все більше людей страждають від переїдання [1].

В Україні спостерігається потрійний тягар порушень харчування: недоїдання співіснує з високим рівнем дефіциту мікроелементів та надмірною вагою. Основні сфери, які потребують уваги: дефіцити мікроелементів, надмірна вага та ожиріння, а також безпека харчових продуктів. Відомо, що в сучасному цивілізованому суспільстві відносно невеликий відсоток людей можна вважати здоровими. За деякими даними, в Україні цей показник становить приблизно 2% від загальної чисельності дорослого населення [2,3].

Погані харчові практики стають основними чинниками розвитку хронічних неінфекційних захворювань. Ці захворювання, такі як серцево-судинні хвороби, деякі види раку, діабет та ожиріння, часто є наслідком харчових звичок, що формуються в дитинстві. Звички харчування впливають на здоров'я, і знання про харчування відіграють важливу роль у їх формуванні [4].

Компоненти харчових продуктів у процесі метаболізму перетворюються на структурні та функціональні елементи клітин, а також на енергію, необхідну для нормального функціонування організму. Саме тому енергетична цінність, а також кількісний і якісний склад фактичного харчування, мають значний вплив на фізичну та розумову працездатність, адаптаційні можливості, імунний статус, стан здоров'я та тривалість життя людини [5].

Розлади харчування можуть мати серйозні наслідки для фізичного та психічного здоров'я [6]. Серед найбільш поширених розладів: анорексія -

характеризується відмовою від їжі та значною втратою ваги. Булімія - включає епізоди переїдання з подальшим очищенням організму. Хронічні розлади харчування - включають неповноцінні харчові звички, які можуть призводити до дефіциту поживних речовин [7].

Недоїдання може проявлятися в різних формах, включаючи недостатнє харчування, дефіцит поживних мікроелементів, а також надмірна вага і ожиріння [8].

Вивчення харчового статусу дозволяє виявити схильність організму до аліментарних і соматичних захворювань, пов'язаних із харчовими чинниками. Системний підхід до вивчення харчового статусу та виявлення розладів харчування дозволяє отримати комплексну картину, що враховує не лише фізіологічні аспекти, але й соціально-економічні фактори.

Анкетно-опитувальні дані відіграють важливу роль у виявленні розладів харчування, забезпечуючи структуровану інформацію для подальшого аналізу та втручання. Використання стандартизованих інструментів та комплексний підхід дозволяють отримати більш точні та репрезентативні результати. Це, в свою чергу, сприяє розробці ефективних стратегій профілактики та лікування розладів харчування [9].

Виявлення розладів харчування на основі анкетно-опитувальних даних має кілька особливостей та важливу роль у дослідженнях [10]:

1. **Скринінг та попередня діагностика:** анкетування дозволяє швидко виявити осіб, які можуть мати ризик розладів харчування, і направити їх на подальше обстеження.

2. **Збір даних:** анкети надають структуровану інформацію, яка може бути використана для статистичного аналізу та виявлення трендів.

3. **Розуміння контексту:** дані можуть допомогти дослідникам зрозуміти соціальні, психологічні та економічні фактори, що впливають на харчування.

4. Оцінка ефективності втручань: використання анкет до і після проведення програм втручання дозволяє оцінити їхню ефективність.

5. Підвищення обізнаності: анкетування може підвищити обізнаність респондентів про власні харчові звички і стан здоров'я.

Мета роботи - є розробка та удосконалення системних підходів до вивчення харчового статусу населення, а також оптимізація методів виявлення розладів харчування шляхом аналізу даних, отриманих через анкету-опитування.

Завдання роботи:

- проаналізувати існуючі підходи до вивчення сучасних методик оцінки харчового статусу та виявлення розладів харчування.
- розробити анкету для збору даних про харчові звички та стан здоров'я респондентів;
- розробити методику статистичного аналізу отриманих даних для виявлення закономірностей та проблем.
- на основі отриманих результатів сформулювати рекомендації для покращення харчового статусу населення та методів виявлення розладів харчування.
- оцінити ефективність розроблених методів на практиці.

Об'єктом дослідження - є харчовий статус населення та методи виявлення розладів харчування.

Предметом дослідження - є системні підходи до оцінки харчового статусу та специфічні методи аналізу даних анкету-опитувань, що стосуються харчових звичок і стану здоров'я респондентів.

РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1. Оцінка факторів ризику та захворювань, пов'язаних із харчуванням.

«Ми живемо не для того, щоб їсти, а їмо для того, щоб жити».

Сократ.

Право на харчування є основним правом людини, яке гарантує можливість харчуватися з гідністю. Воно передбачає, що у людей є доступ до достатньої кількості їжі, яка відповідає їх індивідуальним харчовим потребам. Це право забезпечує свободу від голоду, недоїдання та відсутності продовольчої безпеки [11].

Слід зазначити, що право на харчування не зобов'язує уряд безкоштовно постачати їжу всім бажаючим. Однак, у випадках, коли люди втрачають доступ до їжі з незалежних від них причин, наприклад, під час війни, стихійних лих або в місцях утримання, уряд зобов'язаний забезпечити їх харчуванням. Це право закріплене в Міжнародному пакті про економічні, соціальні та культурні права, який ратифікували 170 держав станом на квітень 2020 року [12].

Здорове харчування є пріоритетом державної соціальної політики, оскільки від нього залежить стале економічне зростання країни. Харчування є ключовим фактором для підтримки здоров'я [13].

До основних видів харчування належать:

- раціональне - забезпечує специфічну дію і є фізіологічно повноцінним для здорової людини.
- профілактичне - має неспецифічну дію, є раціональним і запобіжним, враховуючи ризики розвитку неінфекційних захворювань та індивідуальні фізіологічні й біохімічні особливості кожної людини.
- лікувально-профілактичне - забезпечує захисну дію і максимально наближене до раціонального, з підсиленням певних функцій їжі, щоб врахувати негативні впливи виробничих чинників.

- лікувально-дієтичне - забезпечує фармакологічну дію і є невід'ємною частиною комплексного лікування різних захворювань у лікувально-профілактичних закладах.

Основою організації раціонального харчування людини, незалежно від віку, стану здоров'я та професійної діяльності, є певні принципи. Розглянемо гігієнічні принципи раціонального харчування [14]:

Енергетична цінність харчового раціону повинна відповідати добовим енерговитратам людини. Для дітей енергетичну цінність слід збільшити на 10-15%, тобто харчування має бути адекватним.

Збалансованість раціону: харчовий раціон повинен містити всі необхідні харчові речовини у відповідних кількостях та співвідношеннях.

Правильний режим харчування: важливо дотримуватися часу та тривалості прийомів їжі, частоти і інтервалів між ними, черговості страв та розподілу раціону за прийомами [15].

Якість продуктів: їжа повинна готуватися з якісних, свіжих і різноманітних продуктів.

Санітарні норми: їжа повинна відповідати санітарно-епідеміологічним вимогам і не містити патогенних речовин.

Кулінарна обробка: слід проводити правильну кулінарну обробку продуктів.

Оптимальні умови для прийому їжі: це включає органолептичні властивості страв, сервування столу, інтер'єр їдальні, мікрокліматичний комфорт і відповідний об'єм їжі, що створює відчуття насичення [16].

Раціональне харчування повинно перш за все забезпечувати потреби організму в пластичних речовинах, з яких формуються клітини, тканини та органи, а також у енергетичних субстратах для покриття витрат енергії. Воно є важливою умовою підвищення фізіологічної реактивності (резистентності) організму до негативних впливів навколишнього середовища [17]. Раціональне харчування закладає основи для зміцнення

здоров'я та підвищення працездатності людей. Неповноцінне харчування може призвести до сповільнення темпів розвитку, зниження імунної реактивності та порушення функцій нервової системи та інших систем організму. Харчування вважається раціональним, якщо воно: повністю компенсує енергетичні витрати організму, забезпечує потреби організму в пластичних речовинах, включає всі необхідні для життєдіяльності речовини, зокрема вітаміни, мікроелементи, харчові волокна та інші, харчовий раціон за кількістю та набором продуктів відповідає ферментативним можливостям шлунково-кишкового тракту [18].

До основних функції їжі належать:

Енергетична - забезпечення організму енергією (вуглеводи, жири, білки, органічні кислоти, алкоголь).

Пластична - постачання пластичних речовин (білки, мінеральні речовини, жири, вуглеводи) для формування клітин і тканин.

Біорегуляторна - забезпечення надходження речовин, з яких утворюються біологічні регулятори обміну речовин у тканинах (білки, вітаміни, мікроелементи, поліненасичені жирні кислоти).

Пристосувально-регуляторна - постачання речовин, які допомагають адаптувати різні органи та системи до умов середовища (харчові волокна, вода).

Імуно-регуляторна - забезпечення речовинами, що допомагають організму протистояти ушкоджуючим чинникам (білки, вітаміни, мінеральні речовини).

Реабілітаційна - забезпечення організму речовинами, які сприяють відновленню здоров'я хворих (дієтичні продукти, фармакологічні властивості речовин, що зменшуються в раціоні або підлягають кулінарній обробці).

Сигнально-мотиваційна - надання організму смакових речовин, які підтримують рівень харчової мотивації (смакові та екстрактивні речовини).

Важливим компонентом оцінки адекватності харчування є визначення харчового статусу організму, який є одним із основних показників стану здоров'я [19].

Харчовий статус - це фізіологічний стан, який залежить від особливостей харчування. Вивчення цього статусу допомагає визначити ймовірність розвитку аліментарних і соматичних захворювань, виявити ризикові харчові чинники та запобігти їх негативному впливу.

Неправильне харчування може проявлятися у тривалому недоодержанні їжі (недоїдання) або, навпаки, у надмірному споживанні певних продуктів, багатих на енергію (переїдання) [20].

У багатьох країнах існують різні форми недоїдання, що сприяють високій захворюваності та смертності, а також призводять до значних витрат на охорону здоров'я та перешкоджають економічному й соціальному розвитку. Недоїдання обумовлюється різноманітними економічними та соціальними факторами. Оцінка харчового статусу пацієнта починається з аналізу зовнішніх ознак і поведінкових особливостей [21].

Існують такі види харчового статусу: звичайний, оптимальний, надлишковий і недостатній. Звичайний харчовий статус характеризується харчуванням відповідно до норм, достатніх для нормального існування. Оптимальний статус визначається дотриманням спеціальних норм, які враховують екстремальні умови. Надлишковий та недостатній статуси виникають внаслідок надмірного або недостатнього споживання харчових речовин [22].

Сьогодні люди, особливо в містах, мають легкий доступ до численних закладів швидкого харчування, ресторанів та супермаркетів, що ставить їх перед вибором продуктів. Агресивний маркетинг висококалорійних продуктів, що містять багато жирів і цукру, з низьким вмістом або відсутністю мікроелементів, призводить до нездорового

вибору. Крім того, виділяють фальсифіковані продукти, натуральні властивості яких змінені з метою обману споживача (наприклад, розбавлення молока або додавання крохмалю до прокислого молока). Також є рафіновані продукти, що звільнені від баластних речовин (рафінована олія, цукор-рафінад тощо), і продукти-сурогати або ерзац-продукти, які виробляються для заміни натуральних (наприклад, ячмінна кава, соєвий шоколад) [23].

Важливим принципом раціонального харчування є вимога, щоб їжа була бездоганною в санітарно-епідеміологічному відношенні та не містила патогенних речовин. Це надзвичайно важливо для запобігання аліментарно зумовленим захворюванням і харчовим отруєнням.

Ще одним важливим елементом організації раціонального харчування є правильна кулінарна обробка, як з дієтологічної, так і з гігієнічної точки зору [24-26].

Існує 4 ступені якості харчових продуктів:

1. Доброякісний продукт - всі характеристики відповідають вимогам ДСТ.
2. Продукт зниженої якості - має невеликі відхилення від ДСТ, які не викликають скарг чи проблем зі здоров'ям.
3. Умовно-придатний продукт - має відхилення, які можуть викликати скарги, але їх можна усунути спеціальними заходами кулінарної обробки.
4. Недоброякісний продукт - має суттєві відхилення від ДСТ, що можуть викликати проблеми зі здоров'ям, і їх не можна усунути спеціальною обробкою.

До основних недоліків в харчуванні сучасної людини відносять:

Гіподинамія та ожиріння у високорозвинених країнах стали основними епідеміологічними факторами ризику, що призводять до зростання "захворювань цивілізації" - гіпертонії, інфарктів, інсультів тощо.

Основні помилки у харчуванні сучасної людини[27]:

Надмірне харчування - люди вживають забагато калорій, особливо ввечері та у святкові дні, споживаючи більше, ніж потрібно для витрат енергії [28].

Вживання надмірно жирної їжі. У середньому людина споживає 132 грами жиру щодня, тоді як норма становить 80 грамів, що загрожує здоров'ю.

Неправильний вибір їжі. Харчування часто є неповноцінним через недостатню кількість вітамінів, овочів, фруктів, білка та риби. У меню переважають білий хліб і мучні вироби.

Надмірне вживання рідини. Люди споживають забагато алкоголю і солодких напоїв, отримуючи в середньому 8% кілокалорій з алкогольних напоїв.

Неправильне вживання їжі. Їжа вживається нерегулярно, швидко і безконтрольно. Замість 5 разів на день люди їдять 3 рази, і то великими порціями.

Надмірне вживання солодоців. Частка солодоців і цукру в харчуванні надмірно висока.

Неправильне зберігання та приготування продуктів. Зловживання сіллю, вживаючи забагато смажених і варених страв.

Переїдання під час розваг. Наприклад, вечірні телевізійні передачі спонукають людей ласувати чимось смачним.

Недостатнє знання про харчування. Багато людей не знають про правильне харчування, калорійність продуктів та правильні способи приготування їжі.

Ігнорування вікових особливостей. Кожна четверта дитина віком 6–10 років перегодована, а літні люди забувають, що їсти потрібно менше, ніж раніше, через зменшення витрат енергії.

Людина повинна приймати їжу, коли відчуває голод. Важливо навчитися витримувати апетит до справжнього відчуття голоду, повільно і уважно пережовуючи їжу. Перед прийняттям їжі слід визначити, які страви будете їсти, в якій послідовності та кількості [27].

Основні недоліки харчування громадян економічно розвинутих країн:

Недооцінка шкідливості термообробки харчових продуктів.

Надмірне споживання білків та промислово оброблених продуктів (солодощі, вироби з першосортної муки тощо).

Зловживання консервованими продуктами.

Додавання хімікатів до харчових продуктів для покращення смаку, запаху та вигляду.

Часте споживання алкоголю, кави, чаю, какао та шоколаду.

Звичка багато їсти та перекушувати між сніданком, обідом і вечерею.

Недостатнє пережовування їжі.

При регульованому харчуванні їжа потрапляє в умови, які активізують умовно-рефлекторні механізми виділення травних соків, багатих ферментами. Це значно підвищує енергію перетравлення. Коли проміжки між прийомами їжі становлять 7-8 годин, важко стримати себе від переїдання. Дворазове харчування на добу знижує засвоюваність їжі на 10-15%.

Ознаки ожиріння - збільшення маси тіла на понад 20% у порівнянні з нормативною. Нормативна маса тіла корелює з найбільшою тривалістю життя. Для визначення нормальної маси тіла використовуються таблиці та номограми, створені на основі обстеження великої кількості людей.

У осіб, які займаються важкою фізичною працею або спортом, збільшення маси може свідчити про зростання м'язової маси (міофібрилярна гіпертрофія).

Основними причинами надмірної повноти є: спадковість, розлади функцій залоз внутрішньої секреції та ЦНС, надмірне споживання їжі та обмежена фізична активність.

Систематичне переїдання (булімія) особливо шкідливе після 30 років, адже з віком спостерігається зниження інтенсивності обмінних процесів. Підвищений тонус харчового центру голоду та зменшення енерговитрат призводять до збільшення жирової маси. У жінок підвищений апетит під час вагітності та годування дитини також може сприяти ожирінню. З часом енерговитрати знижуються, а апетит і раціон залишаються без змін.

У повних людей в крові спостерігається підвищення жирних кислот і глюкози, що гальмує їх засвоєння м'язами. Це призводить до підвищеної секреції інсуліну, який відповідає за депонування глюкози в м'язах, але надмірні жирові запаси перешкоджають цьому [32].

Відчуття ситості, викликане споживанням рафінованого цукру, є короткочасним. Такій людині постійно хочеться їсти. За таких умов виникають симптоми гіпоглікемії: відчуття голоду, слабкості, втоми, зниження активності та пригнічення настрою.

Щоб розірвати цей шкідливий цикл, важливо включити в раціон достатню кількість натуральних рослинних продуктів (овочі, фрукти, салати, каші), які містять клітковину. Це допоможе відчувати ситість довше.

Правила для попередження ожиріння:

Контроль за харчуванням дітей: Не перегодовувати їх. Уникання приправ, які посилюють апетит.

Збільшення споживання білкових продуктів рослинного походження та зменшення в раціоні концентрованих вуглеводів (хлібобулочні вироби, картопля, солодоші).

Обмеження для людей з надмірною масою тіла повинні супроводжуватися різноманітним і повноцінним харчуванням. Раціон має містити достатню кількість незамінних амінокислот, вітамінів та мікроелементів, а вміст жирів і вуглеводів - відповідати енерговитратам. Згідно з даними, споживання цукру потрібно знизити до 20-25 г на добу (або замінити медом), виключити тваринні жири, відмовитися від хліба та мучних виробів, зменшити споживання картоплі, солодких фруктів та солі [32]. Ці обмеження можна компенсувати споживанням сирих овочів, молочних продуктів, вареного м'яса та знежирених супів.

Проблема надмірного споживання кухонної солі: Надлишок солі в організмі призводить до обезводнення тканин, підвищення збудливості нервової системи та виведення кальцію. Це негативно впливає на шлунково-кишковий тракт, кровоносні судини та сечовий міхур, сприяє утворенню каменів у нирках і печінці. Депонування солі в підшкірній клітковині та органах викликає затримку води, набряки (до 3-4 кг зайвої води), підвищення артеріального тиску та порушення кровообігу.

Безсольова дієта: Вона допомагає зменшити набряки при хронічній серцевій недостатності, нормалізує вагу та артеріальний тиск. Безсольова дієта є ефективною при головних болях і депресіях. Для захворювань шкіри сіль особливо шкідлива, оскільки відкладається в підшкірній клітковині, що порушує кровообіг і функціонування шкіри.

Дієтологи вважають, що добова норма споживання солі не повинна перевищувати 5 г. Для людей, які займаються важкою фізичною працею або спортом, потрібна більша кількість солі, оскільки з потом втрачається близько 4 г солі на літр поту.

Перехід на безсольову дієту призводить до виведення з організму надлишків солі, що може допомогти зменшити жирову масу. Звичка до споживання кухонної солі в кулінарії часто стає причиною надмірного вживання.

Смакова альтернатива: Для поліпшення смакових якостей несолоної їжі можна використовувати лимонну кислоту, оцет, спеції та зелень.

Вплив термообробки на харчові продукти: Тривале зловживання термічно обробленими продуктами може призвести до втрати вітамінів і мікроелементів. При варінні очищеної картоплі значна частина вітамінів переходить у відвар. При смаженні зберігається 35% вітаміну С, а у вареній неочищеній і печеній картоплі - до 80%.

Тому для вирішення проблем зі здоров'ям, пов'язаних із харчуванням, спільноті необхідно надавати знання про правильний вибір продуктів, а також заохочувати їх до зміни ставлення до здорового харчування.

1.2. Сучасні методи оцінки харчового статусу

Протягом століть було загально визнаним, що люди по-різному реагують на їжу. Протягом останніх 50 років спостерігається зростання розладів харчової поведінки [29].

Звички, сформовані в дитинстві, значною мірою впливають на раціон в дорослому житті. Харчові практики дітей визначаються багатьма чинниками, такими як домашнє та шкільне середовище, економічні умови тощо. Важливу роль також відіграють знання та ставлення до харчування. Для здоров'я надзвичайно важливо своєчасне та систематичне харчування, яке має бути повноцінним. Це означає, що в раціоні повинні бути всі необхідні поживні речовини, мінеральні солі, вода та вітаміни. Склад їжі та правильний режим харчування суттєво впливають на фізичний розвиток і загальний стан здоров'я людей [36].

Порушення харчової поведінки відносяться до психічних розладів.

Розлади харчової поведінки представляють собою різноманітну групу захворювань, які можуть тривати протягом життя. Міжнародні інструменти діагностичної класифікації, такі як МКБ-11 і DSM-5, визнають шість основних клінічних розладів харчової поведінки. Серед клінічних форм виділяють нервову анорексію (AN), нервову булімію (BN), розлади переїдання (BED), розлади уникнення/обмеження прийому їжі (ARFID), розлад апетиту та жування (RD), що зазвичай спостерігається у дітей, а також інші уточнені розлади харчування або харчової поведінки [30].

Розлади харчової поведінки часто виникають у підлітковому та молодому віці, переважно у жінок, але їх дедалі частіше спостерігають і серед чоловіків, дітей та людей похилого віку. Хоча існують ефективні методи лікування, доступ до медичної допомоги часто обмежений через фінансові витрати та доступність, що призводить до хронічного перебігу цих розладів. Вони супроводжуються серйозними медичними

ускладненнями і мають найвищий рівень смертності серед психічних захворювань [30].

Оптимальне лікування передбачає мультидисциплінарний підхід, де команда фахівців зазвичай складається з лікаря, дієтолога та психолога, досвідченого в лікуванні таких розладів. Лікування включає не лише відновлення харчування та медичну стабілізацію, але й психотерапевтичні та психофармакологічні втручання [31].

Основні ознаки таких порушень включають:

Боязнь повноти, частково обумовлена модою на струнку фігуру. Важливо зазначити, що про розлади можна говорити лише тоді, коли тривога щодо власної ваги та фігури є більш сильною, ніж у "нормальної" особи тієї ж етнічної приналежності. Захворюванню сприяють певні особистісні риси, такі як перфекціонізм, нарцисизм і надмірна чутливість до думки оточуючих, що може бути виявлено за допомогою психодіагностики.

Самообмеження в їжі як наслідок боязні повноти. Найжорсткіші обмеження спостерігаються при нервовій анорексії, тоді як вони менш суворі при компульсивному переїданні у осіб з ожирінням. Хворі розробляють різноманітні правила харчування та намагаються їх дотримуватися, хоча ці правила часто є необґрунтованими. При нервовій булімії та компульсивному переїданні періоди самообмеження чергуються з нападами обжерливості.

Напади обжерливості - це епізоди втрати контролю над харчовим рефлексом, коли хворий не може стримати бажання з'їсти певні продукти. Важливо відрізнити ці напади від звичайного переїдання, яке може траплятися, наприклад, на свята. У випадку переїдання людина зазвичай може зупинитися, і це рідко супроводжується почуттям провини або тривоги [32,36].

Існуючі методи оцінювання фактичного харчування різних груп населення мають певні недоліки та дозволяють отримувати лише обмежену інформацію про його стан. Не існує універсального методу, який би комплексно оцінював харчування населення.

Результати багатоцентрових рандомізованих досліджень показують, що жінки, які перебувають у стаціонарі та мають кілька патологій, більш схильні до втрати апетиту та зменшення щоденного споживання їжі порівняно з чоловіками. Важливо зазначити, що позитивна реакція на харчові втручання може бути схожою в обох групах [33].

Споживання харчових продуктів в Україні демонструє різноманітні відхилення від раціональних норм. Так, рівень споживання молочних продуктів становить 52,7%, м'яса і м'ясних виробів - 66,7%, хлібних продуктів (перерахунок на борошно, крупи, рис, бобові) - 96,8%, а яєць - 97,1% [34.]

Населення споживає понад норму овочів і баштанних культур (187%), але недостатньо свіжих плодів, ягід та винограду (65,2%) відповідно до рекомендацій МОЗ України щодо здорового харчування [35].

Харчовий статус - стан здоров'я населення, що визначається харчуванням у певних конкретних умовах праці та побуту [36].

Існує декілька основних підходів до оцінки харчового статусу. Системний підхід передбачає комплексний аналіз факторів, що впливають на харчовий статус, включаючи соціально-економічні, культурні, психологічні та біологічні аспекти. Це дозволяє отримати більш глибоке розуміння проблеми та розробити ефективні стратегії втручання [36].

Недоїдання та ризик його виникнення є поширеними проблемами серед літніх людей, особливо у тих, хто має кілька супутніх захворювань та незначне запалення [37].

Системні підходи до вивчення харчового статусу:

1. Комплексний аналіз - вивчення харчового статусу з урахуванням не лише фізіологічних, але й психологічних, соціальних і економічних чинників.

2. Використання мультидисциплінарних команд (лікарі, дієтологи, психологи).

Використання моделей:

Моделі для оцінки впливу різних чинників на харчовий статус (екологічні, культурні, економічні). Наприклад, модель соціально-економічного впливу на харчування.

Для оцінки харчового статусу та якості харчування важливо визначити ступінь адекватності енергетичного та вітамінного забезпечення

Основними критеріями оцінки енергетичної адекватності харчування є: маса тіла, масо-ростовий показник та товщина підшкірно-жирової складки. А до критеріїв оцінки вітамінної адекватності харчування - резистентність капілярів, кількість аскорбінової кислоти, що виводиться з сечею. До симптомів часткової вітамінної недостатності належать набряклість, розпушування та кровоточивість ясен, фолікулярний гіперкератоз, сухість шкіри, жирна себорея, хейлоз та інші [39].

Фізичне обстеження, орієнтоване на харчування, є важливою складовою ретельної оцінки харчового статусу. Для цього проводиться ретельний огляд з голови до ніг та пальпацію для оцінки м'язової маси та запасів жиру, а також для виявлення ознак дефіциту мікроелементів. Також обстеження служить додатковим доказом для діагностики недоїдання. Інтерпретація фізичного обстеження, орієнтованого на харчування проводиться в контексті повної клінічної картини, що включає історію хвороби, тенденції росту, споживання поживних речовин, функціональний статус та біохімічні дані. Це обстеження має бути завершено під час первинної оцінки харчування та повторно оцінено у пацієнтів з ризиком харчового дефіциту [40].

Антропометричні методи - вимірювання зросту, ваги, індексу маси тіла (ІМТ) та інших параметрів.

Індекс маси тіла (ІМТ) є важливим показником для оцінки маси тіла в залежності від зросту. Формула для розрахунку ІМТ виглядає так:

$$\text{ІМТ} = \frac{\text{маса (кг)}}{\text{зрост (м)}^2}$$

Розподіл значень ІМТ у дорослих людей:

- < 18.5 кг/м²: недостатня вага
- 18.5 - 24.9 кг/м²: нормальна маса тіла
- 25.0 - 29.9 кг/м²: зайва вага
- ≥ 30.0 кг/м²: ожиріння

Нормальний ІМТ асоційований з найменшими ризиками для здоров'я.

Окружність талії є додатковим показником ризику захворювань:

- ≥ 80 см: підвищений ризик у жінок
- ≥ 88 см: високий ризик у жінок
- ≥ 94 см: підвищений ризик у чоловіків
- ≥ 102 см: високий ризик у чоловіків

Для дітей і підлітків, які продовжують рости, ІМТ оцінюється за спеціальними таблицями, які враховують вік і стать. Фахівці повинні використовувати ці таблиці під час оглядів, щоб визначити нормальні межі ІМТ для молодшої вікової групи.

Дієтичні методи - включають щоденний моніторинг харчування, методи 24-годинного recall, добові харчові журнали.

Біохімічні методи - аналіз крові, сечі та інших біологічних рідин на вміст специфічних поживних речовин (вимірювання рівнів мікроелементів, вітамінів).

Клінічні методи - оцінка фізичного стану пацієнтів, аналіз симптомів недостатності або надлишку живлення (вага, індекс маси тіла, обстеження на наявність розладів харчування).

Анкети та опитування є важливими інструментами для збору даних про харчові звички та статус. Вони дозволяють: збирати інформацію про споживання продуктів, визначати тенденції та особливості харчового статусу у різних популяціях. Стиль життя та фактори ризику.

Скринінгові інструменти: використання стандартизованих опитувальників (наприклад, EDE-Q, SCOFF) для виявлення потенційних розладів. Визначення ризиків за допомогою коротких тестів.

Клінічні інтерв'ю: проведення бесід з пацієнтами для глибшого розуміння їхньої поведінки щодо харчування. Аналіз психологічних аспектів (депресія, тривога) та їх впливу на харчування.

Спостереження: спостереження за поведінкою харчування в натуральних умовах (наприклад, під час прийому їжі). Аналіз динаміки зміни харчових звичок.

Біохімічні та фізіологічні дослідження: вимірювання рівня глюкози, холестерину, вітамінів у крові. Визначення складу тіла (жирові відкладення, м'язова маса).

Анкетування: розширені анкети для збору даних про звички, харчування та психологічний стан. Особливості виявлення розладів харчування [41].

Суб'єктивність відповіді: результати залежать від чесності та усвідомленості респондента. Складність у самооцінці та усвідомленні своїх харчових звичок може вплинути на точність даних.

Крос-культурні аспекти: культурні відмінності можуть впливати на сприйняття норм харчування та стосунків із їжею. Необхідність адаптації опитувальників до місцевих умов і культурних контекстів.

Мультиmodalність: анкети можуть бути доповнені іншими методами (інтерв'ю, спостереження), щоб отримати більш детальну картину.

Тайм-фрейм: важливо визначити, чи відповідають респонденти на питання про харчування в певному періоді (наприклад, останній місяць або рік) [40].

Формула Брока для розрахунку нормальної маси тіла.

Для чоловіків нормостенічної конституції нормальна маса тіла визначається за формулою:

$$MT = DT - 100 \text{ (при зрості 155-165 см);}$$

$$MT = DT - 105 \text{ (при зрості 166-175 см);}$$

$$MT = DT - 110 \text{ (при зрості більш, ніж 175 см),}$$

де MT - маса тіла, кг

DT - довжина тіла (см).

Для жінок маса тіла у всіх групах повинна бути на 5% меншою, ніж у чоловіків.

Формула Кребса (модифікована формула Брока).

$$\text{Для чоловіків: } MT = DT - 0,4 (B - 52).$$

$$\text{Для жінок: } MT - 0,2 (DT - 52).$$

де, MT - нормальна маса тіла, кг

DT - довжина тіла у сантиметрах мінус 100 .

Оцінюючи отримані результати, необхідно урахувати, що у гіперстеніків нормальна маса тіла може перевищувати визначену за формулою на 7%, у астеників може бути меншою на 6%.

Формула з урахуванням обводу грудної клітки (для чоловіків):

$$MT = 42 \times DT \times ОГК,$$

де MT - нормальна маса тіла, кг;

DT - довжина тіла, м;

$ОГ$ - обвід грудної клітки, м.

Оцінка результатів зіставлення фактичної і розрахункової «нормальної» маси здійснюється наступним чином: якщо фактична маса перевищує розрахункову

- не більше ніж на 5% - в межах норми;
- на 5-14% - надлишкова маса;
- на 15-29% - ожиріння I ступеня;
- на 30-49% - ожиріння II ступеня;
- на 50-99% - ожиріння III ступеня;
- на 100% і більше - ожиріння IV ступеня.

Розраховують біомас-індекс Кетле та оцінюють його за нормативами ВООЗ. Визначають конституційний тип обстежуваного.

Індекс Кетле - індекс маси тіла або біомас (ВМІ) визначають за формулою:

$$BMI = \frac{M}{DT^2};$$

де М - маса тіла, кг

ДТ - довжина тіла, м.

Конституційний тип визначають шляхом вимірювання кута, що утворений реберними дугами з вершиною на кінці мечовидного відростку груднини.

Оцінка результатів:

- кут близько 90 - нормостенічний тип;
- кут близько 90 (гострий) - астенічний тип;
- кут близько 90 (тупий) - гіперстенічний тип.

Якщо одержані результати перевищують нормативні величини, визначають, за рахунок якого компонента - жирового або м'язового, це відбулося. Для визначення жирового компонента маси тіла за стандартною методикою заміряють циркулем-вимірювачем або каліпером товщину шкірно-жирових складок у чотирьох місцях:

1. На спині - під кутом лопатки.
2. В області трицепсу - на задній поверхні плеча посередині між плечовим та ліктювим суглобом.
3. На грудях - в області передньої аксілярної лінії на рівні сьомого ребра.
4. На животі - в точці перетину вертикальної лінії, що проведена через правий сосок і горизонталі, що проведена через пупок.

Результати вимірювань товщини чотирьох шкірно-жирових складок підсумовують і за таблицею 4 визначають відносну кількість жирового компоненту.

Далі сантиметровою стрічкою на тому ж рівні, де вимірюється товщина шкірно-жирової складки трицепсу (ШСТ), визначають окружність плеча та розраховують величину окружності м'язів плеча (ОМП) за формулою $ОМП(см) = ОП(см) - (0,314 \times ШСТ(мм))$, де ШСТ - шкіряна складка трицепсу; ОП - окружність плеча. де ШСТ - товщина шкірно-жирової складки трицепсу, а ОП - окружність плеча.

Результати порівнюють із нормативами, наведеними в таблиці 5, детально аналізують дані про харчовий статус обстежуваного та оцінюють його (нормальний, оптимальний, надлишковий або недостатній). У разі виявлення симптомів, що свідчать про невідповідність аліментарного статусу нормативним показникам, визначають подальші напрямки обстеження пацієнта для встановлення причин цих явищ та можливостей їх усунення.

Гармонійність статури оцінюють за формулою:

$$\tilde{A}\tilde{N} = \frac{A}{AO} \cdot 100$$

де, ГС - показник гармонійності статури, %;

A - обвід грудної клітки в паузі, см;

ДТ - довжина тіла, см.

Оцінка результатів:

ГС = 50-55% - гармонійна статура;

ГС < 50% - дисгармонійна статура, слабкий розвиток;

ГС > 55% - дисгармонійна статура, надлишковий розвиток.

Таким чином, огляд літератури підтверджує, що ефективна оцінка харчового статусу та виявлення розладів харчування потребують інтеграції різних методів і підходів. Використання анкетно-опитувальних даних у поєднанні з системними підходами може суттєво покращити результати дослідження та сприяти розвитку практичних рекомендацій

РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

В оглядовій частині нашої роботи було використано теоретичний аналіз, мета-аналіз, системний та порівняльний аналіз.

Наше дослідження базується на працях українських і закордонних авторів, які розглядають системні підходи до вивчення харчового статусу та методів виявлення розладів харчування на основі анкетно-опитувальних даних [38-41].

Для проведення експериментального дослідження було застосовано комплекс взаємодоповнюючих методів. З емпіричних методів використовувалися: констатувальний експеримент, тестування та опитування. Для обробки та інтерпретації отриманих результатів застосовувалися кількісний та якісний аналіз, а також методи описової та індуктивної статистики, порівняльні та інтерпретаційні методи.

Дослідження проводилося на базі консультативно-діагностичного центру. Назву центру, в якому ми проводили анкетування, з метою попередження та етичності реклами в умовах суспільно-політичного життя в Україні ми не надаємо.

В умовах сучасного світу спостерігається збільшення кількості захворювань, пов'язаних із харчуванням, таких як ожиріння, діабет, серцево-судинні захворювання та інші. Удосконалення системних підходів дозволяє більш точно визначати фактори ризику та сприяти розробці превентивних заходів. Використання анкетно-опитувальних даних допомагає зрозуміти особливості харчових звичок різних груп населення. Це дозволяє адаптувати програми харчування та рекомендації відповідно до конкретних потреб людей.

1. Анкета, яку ми розробили для вивчення харчування та здоров'я молодих людей.

Інструкція: Будь ласка, заповніть цю анкету чесно. Ваша інформація є конфіденційною і буде використана лише для наукових цілей.

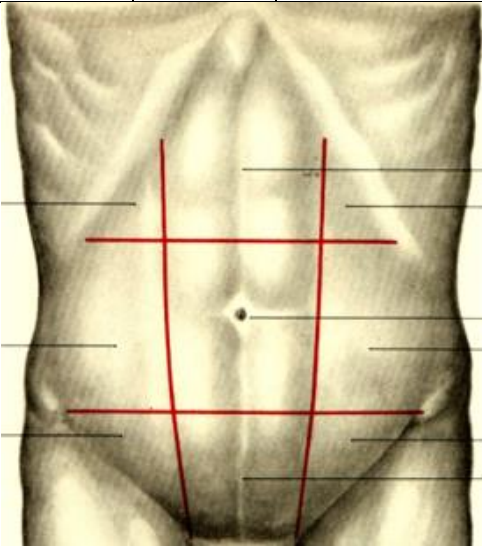
Ваші відповіді допоможуть у вивченні зв'язку між харчуванням, соціальними звичками та здоров'ям молодих людей.

Дата звернення _____

Телефон для зв'язку _____

Загальна інформація (паспортні дані)					
П.І.Б. (за бажанням)					
Вік (число)					
Стать:	Чоловік	Жінка	Інше		
Email					
Соціальний статус	Навчаюся	Працюю	Навчаюся+Працюю		
Умови праці та побуту (характер трудової діяльності)	Переважно розумова праця				
	Легка фізична праця				
	Середня фізична праця				
	Важка фізична праця				
	Особливо важка фізична праця				
	Шкідливі виробничі фактори				
Місце навчання					
Курс навчання	1	2	3	4	5
Сімейний стан	Одружений(на)		Не одружений(на)		Інше
Час, проведений в університеті протягом дня (скільки годин)					
Місце помешкання	Будинок	Гуртожиток	Квартира	Інше	
Проживаю	Окремо		З батьками		
Чи є діти та скільки?					
Середньомісячна кількість грошей, що припадає на Ваше харчування (гривень)					
Здоров'я					
Як би ви оцінили своє загальне самопочуття?		Дуже добре	Добре	Задовільно	Погано
Палите?	Так	Ні, не палив		Ні, кинув	Стаж паління (років)
Кількість випалених цигарок на день (штук)					
Скільки порцій алкоголю Ви споживаєте на тиждень?	1 порція відповідає 50мл міцних напоїв (горілка, коньяк)		150мл вина		330мл пива

Чи споживаєте Ви більше 5-ти порцій алкоголю протягом одного дня?	ТАК		НІ	
Чи займаєтесь спортом?	ТАК		НІ	
Якщо так, то яким? Ваша відповідь				
Скільки днів на тиждень?	1	2	3	
Стомлюваність, слабкість, різке зниження тонусу після 14:00, метеозалежність	ТАК	НІ	Якщо так, будь ласка, уточніть:	
Малорухливий спосіб життя	ТАК		НІ	Якщо так, будь ласка, уточніть:
Коли Ви лягаєте спати?				
Ви спите добре?	ТАК		НІ	
Ви легко прокидаєтесь? Легко встаєте з ліжка?	ТАК		НІ	
Які препарати Ви приймали за останні 6 місяців?				
Якщо Ви має проблеми зі сном, будь ласка, уточніть препарати які приймаєте?				
Зріст, см (Ваша відповідь)				
Маса тіла, кг (Ваша відповідь)				
Об'єм талії (Ваша відповідь)				
Об'єм стегон (Ваша відповідь)				
Складнощі зі зниженням ваги	ТАК		НІ	
Хвороба Крона	ТАК		НІ	
Дивертикуліт	ТАК		НІ	
Жирові відкладення вище талії	ТАК		НІ	
Свербіж	ТАК		НІ	
Акне	ТАК		НІ	
Інсулінорезистентність, діабет 2 типу	ТАК		НІ	
Чи мали ви будь-які проблеми зі здоров'ям, пов'язані з харчуванням?	ТАК		НІ	Якщо так, будь ласка, уточніть:
Тяга до їжі	ТАК		НІ	Якщо так, то до якого типу їжі?
Ви почуваетесь втомленим після їжі?	ТАК		НІ	Якщо так, то після якого типу їжі?
Будь ласка, оцініть за шкалою від 0 до 10, а також дайте відповідь Так чи Ні, якщо турбують такі скарги та захворювання: 0 - ні, 5 - іноді, 10 - весь час.				

Скарги в анамнезі:	Обведіть ТАК або НІ		Оцінка 0-10
Біль у животі	ТАК	НІ	
Де виникають больові відчуття? (Вкажіть на рисунку) Фіксовані чи колючі? (підкресліть)			
Біль у ділянці прямої кишки / в попереку	ТАК	НІ	
Харчова алергія, непереносимість або чутливість	ТАК	НІ	
Закреп	ТАК	НІ	
Чи використовуєте Ви проносні засоби?	ТАК		НІ
Діарея	ТАК	НІ	
Чергування закрепів і діареї	ТАК	НІ	
Скільки випорожнень у Вас є на тиждень? (Вкажіть)			
Скільки випорожнень у Вас є на день? (Вкажіть)			
Нудота	ТАК	НІ	
Рефлюкс	ТАК	НІ	
Гази	ТАК	НІ	
Здуття після їди	ТАК	НІ	
Хвороба Крона	ТАК	НІ	
Несвіже дихання	ТАК	НІ	
Риніти та синусити	ТАК	НІ	
Астма	ТАК	НІ	
Бронхіт	ТАК	НІ	
Кашель	ТАК	НІ	
Дерматит	ТАК	НІ	
Випадіння або витончення волосся	ТАК	НІ	
М'язовий біль	ТАК	НІ	
Порушення настрою	ТАК	НІ	
Злість	ТАК	НІ	
Низька стресостійкість	ТАК	НІ	
Депресія	ТАК	НІ	
Поганий характер	ТАК	НІ	
Перепади настрою	ТАК	НІ	
Синдром дефіциту уваги та гіперактивність	ТАК	НІ	
Тривожність	ТАК	НІ	
Відчуваєте/відчували якусь частину свого тіла занадто товстою, думаєте/думали, що схуднення позбавить вас від	ТАК	НІ	

проблем								
Чи є у вас страх набору ваги?					ТАК	НІ		
Чи поділяєте Ви продукти на «корисні» та «шкідливі»?					ТАК	НІ		
Чи є у вас напади заїдання (тяга до їжі) при стресі?					ТАК	НІ		
Чи вдаєтесь Ви до дієт, голодування, тренувань, щоб спалити калорії?					ТАК	НІ		
Чи бувають у Вас нав'язливі думки про їжу, дієти, калорії, тренування?					ТАК	НІ		
Чи відчуваєте почуття провини за з'їдене, покарання себе?					ТАК	НІ		
Постійне зважування					ТАК	НІ		
Відчуваєте/відчували у себе відсутність контролю (за короткий проміжок часу з'їдаєте велику кількість їжі)					ТАК	НІ		
Чи вдаєтесь Ви до очищення шлунка після їжі за допомогою блювоти або таблеток?					ТАК	НІ		
Чи соромно Вам їсти на людях?					ТАК	НІ		
Чи дотримуетесь певних ритуалів прийому їжі (їсте/їли стоячи, плануєте/планували свій зрив або переїдання, сортуєте/сортували їжу за кольорами, не їсте/не їли певний продукт, якщо не знаєте/не знали скільки в ньому калорій)?					ТАК	НІ		
Чи маєте постійні зригування на певну їжу, наприклад, шоколад, фастфуд тощо?					ТАК	НІ		
Чи маєте Ви проблеми з вагою (Ваша вага коливається/коливалася через дієти; вага нижче норми, але Ви продовжуєте/продовжували худнути)?					ТАК	НІ		
Чи відчували Ви страх або відмовлялися від зустрічей, бо там може бути «шкідлива» їжа тощо?					ТАК	НІ		
Чи відчували Ви відсутність почуття насичення або почуття голоду?					ТАК	НІ		
Як часто Ви звертаєтесь до лікаря?		Часто	Не звертаюся	1 раз на рік	2-3 рази на рік			
Ваше ставлення до здорового способу життя?		Веду здоровий спосіб життя		Намагаються його дотримуватися	Не веду і не збираюся			
Як часто ви займаєтесь фізичною активністю?				Часто		Рідко	Ніколи	
Робота з ПК, гаджетами понад 8 годин на день, перед сном				Часто		Рідко	Ніколи	
Дратівливість, тривожність, пригніченість, перепади настрою тощо.					ТАК		НІ	
Апатія, депресія					ТАК		НІ	
Порушення сну. Після сну не відчуваєте себе відпочилим					ТАК		НІ	
Часті застудні захворювання та (або) тривале одужання					ТАК		НІ	
Стиль харчування								
Як часто Ви їсте?		1 раз на день		2 рази на день	3 рази на день		Частіше 3 разів	
Яким чином Ви оцінюєте свою швидкість прийому		Дуже швидко		Швидко	Помірно		Повільно	

їжі?						
В яких умовах Ви частіше вживаєте їжу?	Перед комп'ютером	У ліжку	За столом для обідів	В автомобілі	У кафе або ресторани	
Чи приймаєте Ви їжу в один і той же час?		ТАК		НІ		
Чи пропускаєте Ви сніданок як один із прийомів їжі?		ТАК		НІ		
Додаткові джерела надходження харчових продуктів		Присадибна ділянка	Передачі батьків з сільської місцевості	Немає	Інше	
Які саме групи продуктів надходять з додаткових джерел? Ваша відповідь						
Як Ви вважаєте, Ви харчуєтесь різноманітно?			ТАК		НІ	
Що для Вас є пріоритетним при виборі харчових продуктів для свого харчового раціону?			Якість харчових продуктів	Біологічна цінність продуктів	Ціна продукту	
Чи має вплив фінансова спроможність при виборі Вами харчових продуктів?			ТАК		НІ	
Чи орієнтуються в поняттях збалансованості, раціональності та адекватності харчування?			ТАК		НІ	
Яким чином Ви розподіляєте об'єм спожитої їжі?			Рівномірно		Нерівномірно	
Які платформи ви використовуєте для отримання інформації про харчування? (можна обрати кілька варіантів)	Соціальні мережі	Блоги/вебсайти	Друзі/сім'я	Книги	Інше:	
При нерівномірному розподілі найбільший об'єм спожитої їжі припадає на:	Сніданок	Обід	Підвечірок		Вечерю	
Які способи термічної обробки їжі Ви використовуєте	Варіння - тушіння	Жаріння	Гриль	Паром	Інше:	
Ваша мотивація раціонального харчування? (можна обрати кілька варіантів)	Турбота про фізичне здоров'я і зовнішній вигляд	Поліпшення самопочуття	Корекція фігури		Збереження здоров'я	
У Вашому	Включені гарячі		Віддає перевагу їжі всухом'ятку			

щоденному раціоні	перші страви				
Чи вживаєте Ви вітамінно-мінеральні комплекси?	Не вживаю			Якщо так, то які саме?	
Чи харчуєтесь Ви в закладах громадського харчування?	не харчуюсь	більше 1 разу на день	1 раз на день	2-3 рази на тиждень	1 раз на тиждень
Які види їжі ви зазвичай вживаєте? (можна обрати кілька варіантів)	Борошняні та круп'яні страви	М'ясо та риба	Молочні страви та яйця	Фрукти та сирі овочі	
Вкажіть як часто Ви споживаєте протягом доби такі продукти та масу порції	Хліб та макаронні вироби			до 100 г	
				100-200 г	
				понад 200 г	
				не вживаю	
	Рис			до 100 г	
				100-200 г	
				понад 200 г	
				не вживаю	
	Гречка			до 100 г	
				100-200 г	
				понад 200 г	
				не вживаю	
	Вівсяна крупа			до 100 г	
				100-200 г	
				понад 200 г	
				не вживаю	
	М'ясо			до 100 г	
				100-250 г	
				понад 250 г	
				не вживаю	
	Свинина			до 100 г	
				100-250 г	
				понад 250 г	
				не вживаю	
	Яловичина			до 100 г	
				100-250 г	
				понад 250 г	
				не вживаю	
Птиця			до 100 г		
			100-250 г		
			понад 250 г		
			не вживаю		
М'ясні продукти (ковбаса, сосиски, копченості, паштети)			до 100 г		
			100-200 г		
			понад 200 г		
			не вживаю		
Сало			до 30 г		
			30-50 г		

					понад 100 г не вживаю
	Консервовані фрукти, овочі, ягоди				до 100 г
					100-200 г
					понад 200 г
					не вживаю
	Риба: Морська Річна Морепродукти				до 100 г
					100-200 г
					понад 200 г
					не вживаю
	Яйця				1 яйце
					2 яйця
					Понад 2 яйця
					не вживаю
	Молоко та кисломолочні продукти				до 250 г
					250-400 г
					понад 400 г
					не вживаю
	Сир твердий				до 10 г
					10-20 г
					понад 20 г
					не вживаю
	Масло вершкове				до 15 г
					понад 15 г
					не вживаю
	Олія рослинна				до 25 г
				понад 25 г	
				не вживаю	
Картопля				до 100 г	
				100-250 г	
				понад 250 г	
				не вживаю	
Овочі, зелень, Капуста, Буряк, Морква				до 50 г	
				50-100 г	
				понад 100 г	
				не вживаю	
Фрукти, ягоди, Яблука, Груші, Цитрусові				до 200 г	
				200-400 г	
				понад 400 г	
				не вживаю	
	1 раз на день	2 рази на день	3 рази на день	Частіше 3 разів	
Як часто вживаєте солодкі газовані напої?	Щодня	1 раз на тиждень	2-3 рази на тиждень	Рідко вживаю	Взагалі не вживаю
Який об'єм рідини Ви споживаєте протягом доби? Вкажіть в літрах з десятими, наприклад - 3,2 л					

Часте вживання кави, чаю (більше 2-х чашок на день)			Так	Ні
П'ю чай?	Без цукру	1 ложка цукру	2-3 ложки цукру	3-4 ложки цукру
Яку саме питну воду використовуєте?	Мінеральну	Водопровідну	Інше:	
Продуктам якого виробництва Ви віддасте перевагу?	Не надаю значення	Вітчизняного	Зарубіжного	
Яким продуктам Ви надасте перевагу?	натуральним	технологічно обробленим	не бачу великої різниці між ними	
Ставлення до видів харчування				
Фаст-фуд?	Позитивне	Нейтральне	Негативне	
Домашня кухня?	Позитивне	Нейтральне	Негативне	
Здорове харчування?	Позитивне	Нейтральне	Негативне	
Напівфабрикати?	Позитивне	Нейтральне	Негативне	
Приготування їжі для головного прийому?	Готую сам	Готую сам із використанням напівфабрикатів	Харчуюся в закладах громадського харчування	Використовую напівфабрикати
В яких саме закладах громадського харчування Ви харчуєтесь (як правило, а не як виключення)?	Кафе			
	Їдальні			
	Ресторани			
	Буфети			
	Бари			
	Закусочні			
	Вендингові автомати			
	Інше			

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ТА ІХ ОБГОВОРЕННЯ

У нашому дослідженні взяли участь 46 осіб, серед яких 26 (56,5%) були жінками, а 20 (43,5%) - чоловіками віком від 20 до 34 років. Всі учасники належали до II - III груп фізичної активності (низька фізична активність, коефіцієнт фізичної активності 1,6 та невелике м'язове навантаження), мали постійне місце роботи, або навчалися та не знаходилися в шкідливих умовах (рис. 3.1).



Рис 3.1. Гендерний склад випадкової вибірки

Витрата енергії в організмі відбувається трьома основними шляхами: через основний обмін, специфічну динамічну дію їжі та м'язову діяльність.

Основний обмін - це мінімальна кількість енергії, необхідна людині для підтримання життєдіяльності в стані спокою. Він залежить від віку, загальної маси тіла, зовнішніх умов середовища та індивідуальних особливостей. У середньому під час основного обміну витрачається близько 1 ккал на 1 кг маси тіла за годину. У осіб, які регулярно займаються фізичною активністю, основний обмін може підвищуватися на 30%.

Фізична активність суттєво впливає на енергетичні витрати. Чим вища фізична активність, тим більше енергії витрачає організм. Якщо вага

людини перевищує стандартну, енергетичні витрати під час активності зростають, а якщо менша - знижуються.

Добові енерговитрати залежать від віку, статі, маси тіла, характеру трудової діяльності, кліматичних умов та індивідуальних особливостей обміну речовин.

Основні види активної діяльності та енергетичні витрати:

Сидяча робота, що не вимагає фізичних зусиль (офісний працівник, бібліотекар): приблизно 2250-2500 ккал на добу.

Заняття, пов'язані з м'язовою роботою, але в сидячій позиції (вчитель, ювелір, продавець): приблизно 2650-2800 ккал на добу.

Невелике м'язове навантаження (листоноша, офіціант, кухар, лікар): до 3000-3150 ккал на добу.

Відносно інтенсивна м'язова робота (слюсар на СТО, маляр, фітнес-тренер): близько 3500 ккал на добу.

Важка фізична праця (працівник цеху, вантажник, спортсмен): трохи більше 4000 ккал на добу.

Дуже важка праця (працівник шахти, муляр): понад 5000 ккал на добу.

При оцінці вживання тютюну враховуються частота куріння в даний час, тривалість куріння та кількість вживаних тютюнових виробів. Поточну поширеність куріння визначають як частку населення, яке повідомило про вживання (щоденне чи ні) будь-якого типу тютюнових виробів.

Середній вік (у роках) початку куріння використовували для визначення середньої тривалості куріння протягом життя; показником кількості вживаних тютюнових виробів уживаних тютюнових виробів була кількість цигарок, які викурювали курцями за день (Рис. 2).

Приблизно 50-60% чоловіків у цій віковій групі палять, що робить їх більш вразливими до проблем зі здоров'ям, пов'язаних із палінням. Серед жінок

показники значно нижчі, на рівні 25-29% у цій же віковій групі. Проте спостерігається тенденція до зростання числа жінок, які починають палити, особливо в молодому віці.



Рис. 3.2. Поширеність тютюнопаління на даний час у популяції віком 20-34 років.

На 2024 рік середньомісячні витрати на харчування в Україні, згідно з даними Державної служби статистики, становлять приблизно 3,500-4,500 гривень на особу, що співпадає з нашими опитуваннями.

Різноманіття продуктів харчування складається з комбінацій харчових речовин: білків, жирів, вуглеводів, вітамінів, мінералів і води. Кожен продукт має свій унікальний хімічний склад.

Енергетична цінність харчового раціону визначається вмістом білків, жирів і вуглеводів. Вуглеводи в основному забезпечують енергію, тоді як жири й білки не лише постачають енергію, а й є необхідними для відновлення клітинних і субклітинних структур.

Оптимальне співвідношення (за масою) білків, жирів і вуглеводів у раціоні здорової людини становить 1:1,2:4. Це співвідношення сприяє задоволенню як пластичних, так і енергетичних потреб організму. Білки

повинні становити близько 12%, а жири - 30-35% загальної калорійності раціону.

Раціон дорослої людини, яка займається легкою фізичною працею, має містити 80-90 г білків, 100-105 г жирів та 360-400 г вуглеводів, з енергетичною цінністю 2750-2800 ккал. Оптимальне співвідношення тваринних і рослинних білків у раціоні коливається від 60:40 до 50:50.

При визначенні потреби в жирах важливо враховувати необхідність забезпечення організму повноцінними жирами, зокрема незамінними жирними кислотами, фосфоліпідами, які потрібні для оновлення клітин, а також жиророзчинними вітамінами.

Норма споживання вуглеводів за науковими рекомендаціями становить 386 г на день. Цукор, хоча й є джерелом енергії, не містить важливих харчових компонентів і може сприяти розвитку карієсу, а також підвищувати ризик виникнення цукрового діабету через підвищення рівня глюкози в крові.

Рослинні волокна або баластні речовини, переважно представлені клітковиною та пектином, мають оптимальну норму споживання 10-15 г на день, зокрема 9-10 г клітковини та 5-6 г пектинових речовин. Вони покращують функцію шлунково-кишкового тракту та допомагають уникнути застійних явищ у кишківнику.

Як показало наше дослідження, харчування не відповідає гігієнічним рекомендаціям та калорійність оцінених раціонів, не відповідала фізіологічній потребі для цієї когорти досліджуваних: 3000-3500 ккал на добу, а потрібно приблизно 2250-2500 ккал на добу. Структура харчування населення за розрахунковим середньодушовим споживанням основних харчових речовин можна оцінити як незбалансовану за білками і жирами в бік їхнього надлишкового споживання за дефіциту споживання складних вуглеводів (овочі, фрукти) і надлишку простих вуглеводів (кондитерські вироби). Проте енергетична цінність раціонів забезпечувалася переважно

за рахунок вуглеводів і жирів. Встановлено про низьку кількість споживання овочів і фруктів, недостатнє споживання молочних продуктів (включно з кисломолочним сиром, сметаною, сиром та ін.) у $(57,1 \pm 1,2)$ % опитаних, риби та продуктів моря - у $(37,5 \pm 1)$ % досліджуваних (за даними індивідуальної оцінки добового набору харчових продуктів).

Добове споживання харчових жирів за рахунок рослинної олії перевищувало рекомендовані величини в середньому на 15-38 %. Вуглеводи в раціоні харчування представлені в основному групою та хлібними продуктами (58-75 %), картоплі – на 45-53 %, а також кондитерськими виробами та цукром (39-63 %), зерновими продуктами (18,2 %), і лише на 11,2 % - вуглеводами овочів, фруктів, плодів і соків.

Науковцями доведено, що зміни в дієті впливають на склад мікробної спільноти нашого організму. Так, тваринна дієта збільшує чисельність толерантних до жовчі мікроорганізмів (*Alistipes*, *Bifidobacteria* і *Bacteroides*) і знижує чисельність бактерій, що метаболізують харчові рослинні полісахариди (*Roseburia*, *Eubacterium rectale* і *Ruminococcus bromii*). Ці дані підтверджують наявні відмінності між мікроорганізмами кишківника вегетаріанців і м'ясоїдних суб'єктів, які є основними для вуглеводної та білкової ферментації. Харчові волокна, які присутні у високоволокнистих дієтах, поділяються на складні вуглеводи (засвоювані й незасвоювані) та олігосахариди. Вони чинять сильний вплив на склад кишкової мікрофлори і, отже, на кишковий ферментативний обмін. Частина складних вуглеводів звичайного харчового раціону людини залишається неперетравленою в тонкому кишечнику, проходить через товсту кишку і далі - назовні. Неперетравлені компоненти включають рослинні сполуки, що містять полісахариди клітинної стінки (целюлоза та пектин) та певні «полісахариди зберігання» (наприклад, інулін і олігосахариди) відіграють важливу роль у харчуванні. Харчовий крохмаль

також містить резистентний компонент, який не повністю перетравлюється в тонкому кишечнику.

Дослідження показали, що споживання складних вуглеводів сприяє збільшенню чисельності бактерій родів *Bacteroides*, *Clostridium leptum* і *Eubacterium rectale*, а також підвищує частку бактерій, які продукують бутират, в основному з груп *Clostridium leptum* і *Eubacterium rectale*. Складні вуглеводи також сприяють зростанню корисних бактерій, зокрема *Bifidobacteria* spp. У складі кишкової мікрофлори вегетаріанців найбільше представлені бактерії роду *Prevotella*. З іншого боку, зменшення загального вмісту вуглеводів у раціоні призводить до значного зниження частки бактерій групи *Roseburia/E. rectale*.

Не лише складні вуглеводи, а й олігосахариди, такі як фруктани, інулін, фруктоолігосахариди (ФОС), галактоолігосахариди (ГОС) і арабіноксилан-олігосахариди, здатні змінювати кишкову мікрофлору. Інулін і ФОС сприяють зростанню *Bifidobacterium* spp. і *Lactobacillus* spp., тоді як добавка фруктану знижує рівні *Bacteroides* spp. і *Clostridium* spp. Фруктани також можуть сприяти росту *Faecalibacterium prausnitzii* - корисних бактерій, що продукують бутират. Галактоолігосахариди значно стимулюють ріст *Bifidobacteria* spp. (особливо *B. adolescentis* і *B. catenulatum*) і збільшують популяцію *Faecalibacterium*, хоча з міжіндивідуальною мінливістю. Аналогічно, арабіноксилан-олігосахариди також збільшують загальну бактеріальну популяцію.

Жирні кислоти у високожирових дієтах можна поділити на три основні категорії: насичені (НЖК), мононенасичені (МНЖК) та поліненасичені (ПНЖК). Есенціальні ПНЖК представлені двома важливими групами: омега-6 і омега-3. У ряді досліджень доведена роль конкретних жирних кислот. Наприклад, високожирова дієта, багата на сафлорову олію (джерело омега-6 ПНЖК), зменшує популяцію *Bacteroides* і одночасно збільшує популяції *Firmicutes*, *Actinobacteria* та *Proteobacteria*.

В ході досліджень *in vitro* оцінювали вплив ПНЖК на ріст і адгезію різних бактерій. Дослідження показали, що різні штами *Lactobacillus* (наприклад, *L. rhamnosus* GG, *L. casei shirota*, *L. delbrueckii ssp. bulgaricus*) мають різні результати впливу залежно від штаму. Високі концентрації поліненасичених жирних кислот (ПНЖК) інгібують як адгезію до слизу, так і ріст усіх тестованих бактерій. Натомість невеликі кількості γ -ліноленової кислоти та арахідонової кислоти сприяють росту та адгезії *L. casei shirota*.

У людей споживання мононенасичених жирних кислот (МНЖК) пов'язане з нижчим рівнем *Bifidobacteria spp.* і незначним підвищенням *Bacteroides spp.* Водночас високий рівень омега-6 ПНЖК зменшує чисельність *Bifidobacteria*. Регулярне споживання червоного м'яса сприяє значному зростанню *Bacteroides*. Дієта, багата насиченими жирами (наприклад, молочні продукти), може ініціювати зростання дельта-протеобактерій, зокрема *Bilophila wadsworthia*. У свою чергу, високий вміст жирів у раціоні може призводити до дисбактеріозу, що супроводжується значним скороченням видів *Roseburia*.

Відомо, що деякі види кишкової флори можуть сприяти запаленню, хоча точні механізми цього досі не до кінця з'ясовані.

Метаболічна адаптація до дієти з високим вмістом жирів супроводжується змінами у складі КМ. Зафіксовано, що така дієта стимулює проліферацію деяких грамнегативних бактерій, зокрема *Enterobacteriaceae*, що може призвести до підвищення концентрації кишкових ліпополісахаридів (ЛПС) у крові. Підвищена проникність кишечника пов'язана зі зменшенням *Bifidobacteria spp.*, які, як відомо, знижують рівні ЛПС та покращують бар'єрну функцію кишечника. Лікування пребіотиками (незасвоюваними вуглеводами) сприяє збільшенню кількості біфідобактерій, зменшує кишкову проникність, концентрацію ЛПС і метаболічну ендотоксемію.

Фактичне споживання обстежуваними особами харчових речовин та енергії рис.3-9.

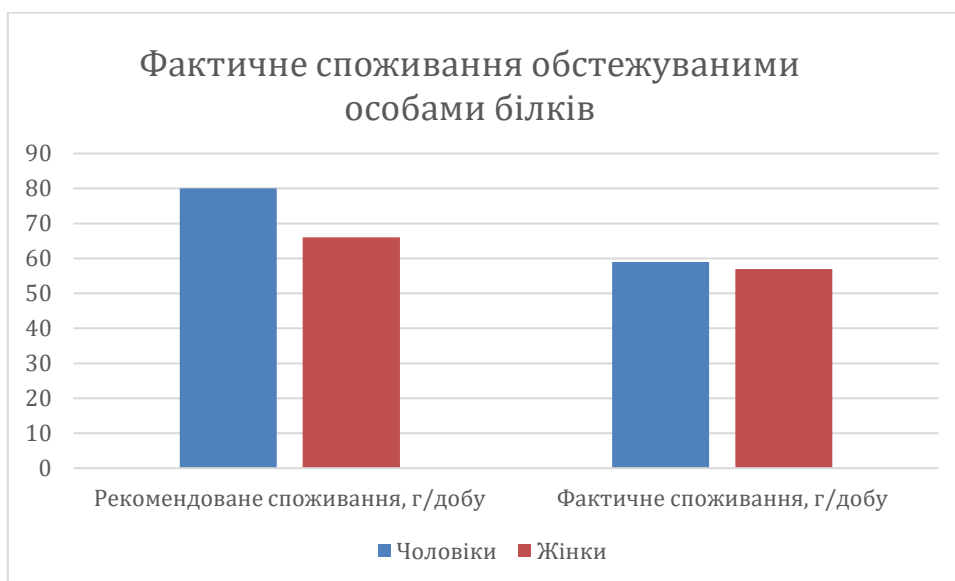


Рис. 3.3. Фактичне споживання обстежуваними особами білків

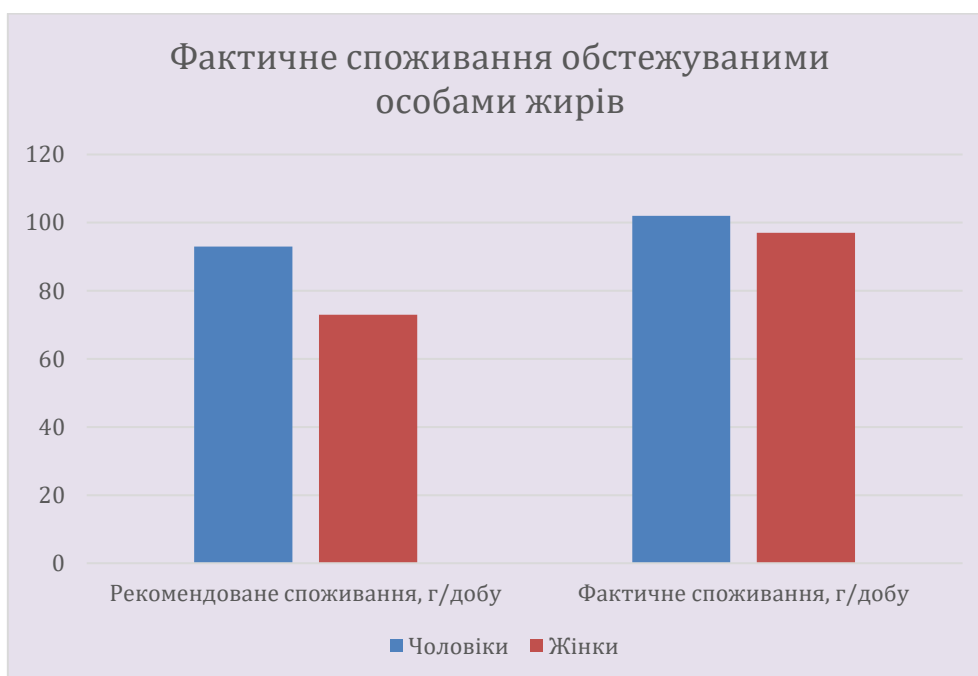


Рис. 3.4. Фактичне споживання обстежуваними особами жирів



Рис 3.5. Фактичне споживання обстежуваними особами вуглеводів

Таким чином, частки вуглеводів і жиру перевищували рекомендовані норми, що було зумовлено незбалансованістю основного раціону та професійною діяльністю.

У групі порівняння спостерігалось відхилення розподілу прийомів їжі на користь вечері, що, ймовірно, було пов'язано з професійною діяльністю (при триразовому харчуванні в нормі: сніданок – 29,9%, обід – 39,4%, вечеря – 30,7%), тоді як частка вечері у нашому дослідженні зростала до 48,8%.

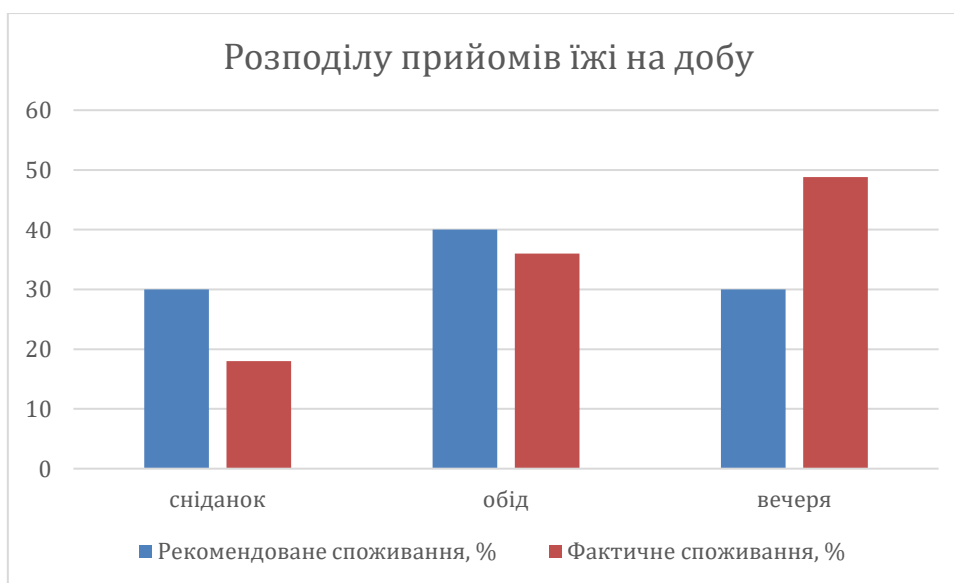


Рис 3.6. Розподілу прийомів їжі на добу



Рис. 3.7. Внесок основних харчових речовин у калорійність різних прийомів їжі на сніданок.

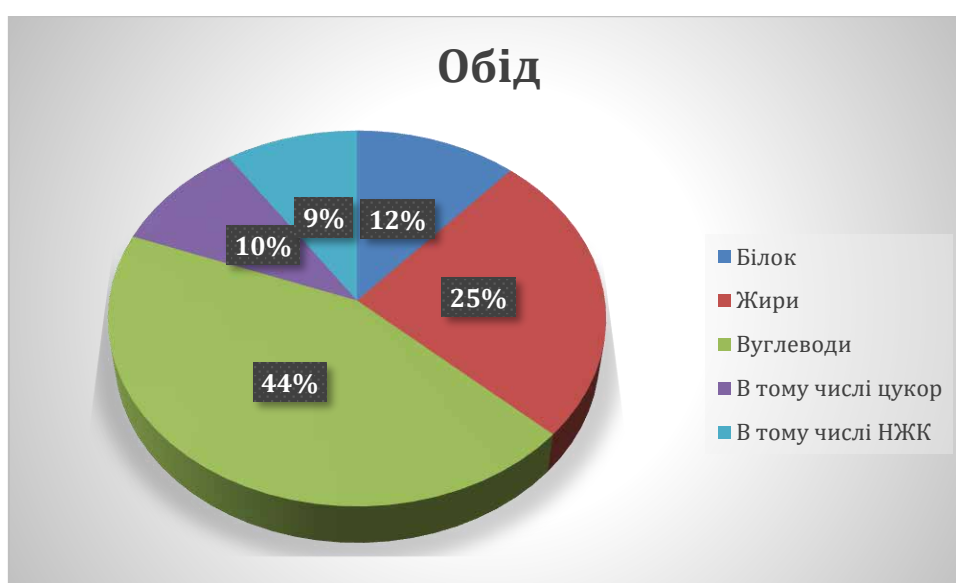


Рис. 3.8. Внесок основних харчових речовин у калорійність різних прийомів їжі на обід.



Рис. 3.9. Внесок основних харчових речовин у калорійність різних прийомів їжі на вечерю.



Рис. 3.10. Поширеність поточного недостатнього вживання фруктів і (або) овочів.

Результати анкетування показали, що 40,8% учасників опитування, переважно чоловіки, не мають чіткого уявлення про поняття збалансованого, раціонального та адекватного харчування. Тільки 14,6% чоловіків і 15,1% жінок споживають їжу чотири рази на день, а понад 43% чоловіків та 45% жінок пропускають сніданок.

Ще одним важливим моментом є швидкість прийому їжі: лише 36% чоловіків і 52,5% жінок їдять повільно, що є важливим фактором для нормального травлення. Більшість респондентів харчується в кафе та ресторанах, а не готує вдома.

Ці результати свідчать про серйозні порушення в харчуванні, що може призвести до розвитку хвороб шлунково-кишкового тракту, таких як гастрит, езофагіт, дискінезія жовчного міхура та кишківника. Окрім того, харчування на ніч підвищує ризик розвитку зайвої ваги та метаболічних порушень.

Ці виявлені проблеми корелюють з даними Державного комітету статистики України, який повідомляє про 35% зростання захворюваності серед студентів, зокрема через хвороби травної системи. Такі порушення можуть вплинути на загальний стан здоров'я, зокрема на функціонування інших органів і систем.

Половина респондентів (50,6%) звертає увагу на склад продуктів харчування, причому жінки роблять це в 1,5 раза частіше, ніж чоловіки. Калорійність продуктів цікавила 22,6% учасників опитування, всі з яких були жінками. Водночас абсолютна більшість респондентів (89,3%) приділяє увагу явним аспектам безпеки, таким як дата виробництва і термін придатності продуктів, при цьому чоловіки і жінки звертають на це увагу в рівних частках.

Загалом, ставлення більшості учасників до здорового способу життя є позитивним. 31,3% респондентів вважають, що ведуть здоровий спосіб життя, а 49,5% намагаються його дотримуватися. Проте викликає занепокоєння той факт, що кожен п'ятий учасник визнає, що не веде здоровий спосіб життя і не планує дотримуватися його принципів.

Також наше дослідження виявило, що менше 20% опитаних включають у свій раціон рибу, морепродукти, яйця та продукти з високим вмістом жиру. Тим часом, продукти тваринного походження є важливим

джерелом легко засвоюваних поживних речовин, що необхідні для підтримки здоров'я. Вони постачають організму повний набір незамінних амінокислот, мінералів та вітамінів у біодоступній формі, що забезпечується їх комплексуванням з апоферментами, які сприяють транспорту цих речовин.

Неадекватне споживання таких продуктів може призвести до розвитку дефіциту полінутриєнтів, зокрема тваринних білків, незамінних амінокислот, важливих мікронутрієнтів і, в подальшому, до розвитку аліментарних захворювань. Це підкреслює необхідність корекції харчових звичок студентів, зокрема щодо збільшення частоти споживання продуктів тваринного походження.

Щодня до 30% чоловіків та 15-19% жінок включають до свого раціону крупи і макарони. Водночас, третина чоловіків вживає солодощі (цукор, варення, мед) щодня, тоді як серед жінок цей показник становить лише 10-12%.

Овочі та фрукти є основними джерелами важливих нутрієнтів, таких як харчові волокна, водорозчинні вітаміни, мінерали, флавоноїди та біоактивні пептиди. Їх дефіцит може призвести до розвитку гіповітамінозів, порушення антиоксидантного захисту організму, а також зниження ефективності протизапальних та онкопротекторних механізмів.

Зернові продукти, в свою чергу, забезпечують організм важливими макро- та мікронутрієнтами. Вони є основним джерелом вуглеводів, білків, ліпідів, а також вітамінів групи В, Е та мінералів, зокрема фосфору, цинку, калію, кальцію, а також селену, який є важливим елементом антиоксидантного захисту. В середньому, зернові продукти покривають 20-30% добової потреби в білках, тиаміні, фосфорі, цинку, та 10-20% потреби в поліненасичених жирних кислотах (ПНЖК), натрії, калії, кальції, рибофлавіні, ніацині і вітаміні В6.

Правильне споживання овочів, фруктів і цільнозернових продуктів може значно знизити ризик розвитку хронічних захворювань, таких як цукровий діабет, ожиріння, метаболічний синдром, серцево-судинні та онкологічні хвороби.

Наступним етапом нашого дослідження стало вивчення середньодобового споживання продуктів тваринного походження. З'ясовано, що третина респондентів, незалежно від статі не вживає молоко. Лише 20% студентів споживають рекомендовану кількість молока (250-400 мл) щодня.

Що стосується кисломолочних продуктів, то половина опитаних зовсім не включає їх у свій раціон. Тільки 20% з них споживають рекомендовану кількість кисломолочних напоїв (250-400 мл) щодня, у той час серед жінок до 33%, тоді як серед чоловіків лише 20%. Споживання сиру також не є оптимальним: 33% жінок та 30% чоловіків споживають сир в межах 10-20 г на день. Лише 20% жінок і 10% чоловіків споживають більше 20 г сиру на день.

Щодо масла, то 20% чоловіків та 33% жінок не включають його до свого раціону. Тільки 5-10% вживають більше 15 г масла на день.

Згідно з національними рекомендаціями, молочні та кисломолочні продукти повинні вживатися не менше трьох разів на день у кількості, що покриває фізіологічні потреби організму в нутрієнтах. Ці продукти є важливими джерелами біодоступного кальцію, легко засвоюваних білків з оптимальним амінокислотним складом, що має велике значення для росту та розвитку молодого організму.

Порівняння рекомендованих середньодобових норм споживання молочних та кисломолочних продуктів з фактичними даними показує, що їх вживання є недостатнім. Регулярне споживання молочних і, зокрема, кисломолочних продуктів пов'язане зі зниженням ризиків розвитку серцево-судинних захворювань, онкологічних хвороб та цукрового діабету.

Порівнюючи рекомендації ВООЗ щодо споживання м'яса та м'ясних продуктів з фактичним раціоном опитаних, з'ясувалося, що близько третини чоловіків та половина жінок не вживають свинину. Щоденно 100-250 г свинини споживають лише 1/3 опитуваних. Яловичину не споживають 50% респондентів, а 1/5 чоловіків і 1/3 жінок вживають її в межах 100-250 г на день. Що стосується птиці (курятини), то майже половина респондентів вживає її по 100-250 г на добу. Водночас від споживання курятини відмовились 1/4 чоловіків, а також 1/10 жінок загальної кількості.

Щодня понад третина опитуваних споживає до 100 г варених чи копчених м'ясних продуктів (ковбаси, гастрономічних виробів). Це є фактором ризику для розвитку запальних та онкологічних захворювань шлунка, підшлункової залози та ободової кишки, оскільки навіть невеликі кількості технологічно оброблених м'ясопродуктів (30-50 г) можуть сприяти їх виникненню.

Сало є традиційним українським продуктом і важливим джерелом арахідонової кислоти, його не вживають 1/3 чоловіків та половина жінок. При цьому, згідно з рекомендаціями, споживання тваринних жирів має бути обмежене до 30 г на день. Більше третини респондентів вживають 1 або 2 яйця щодня, а 10% опитуваних зовсім не споживають яйця.

Рекомендується споживати 1-2 курячих яйця на день, оскільки вони є важливим джерелом незамінних амінокислот, фосфоліпідів, жиророзчинних вітамінів, лецитину та фолієвої кислоти. Жовток яйця містить компоненти, необхідні для кровотворення.

Аналіз споживання риби та морепродуктів серед опитаних показав значний дефіцит цих продуктів у їхньому раціоні. Морську та річкову рибу не споживають 50% респондентів. Лише 20% чоловіків і 25% жінок споживають морську рибу в рекомендованій кількості (100-200 г на добу). Морепродукти відсутні в раціоні 70%. За рекомендаціями, оптимальний

рівень споживання риби - 2-3 страви на тиждень, з яких хоча б одна має бути з морської риби. Така ситуація призводить до дефіциту вітаміну D, омега-3 жирних кислот та важливих мікроелементів, таких як йод, цинк і селен, що може спричинити нутрієнтні дефіцити.

Порівняльний аналіз фактичного споживання основних груп тваринних продуктів з рекомендаціями ВООЗ показав значний дефіцит у харчуванні опитуваних усіх категорій продуктів - м'яса, молока та молочних продуктів, риби, морепродуктів і яєць. Це стосується джерел повноцінних білків, незамінних амінокислот, есенціальних жирів (зокрема ПНЖК омега-3), а також вітамінів групи В, жиророзчинних вітамінів А, Е, D, мікроелементів для кровотворення (Fe, Cu, Co, Zn), а також селену та йоду. Це особливо важливо для жителів України, зокрема для молоді, яка має високі потреби у цих нутрієнтах.

Продукти рослинного походження є основними джерелами вуглеводів з низьким глікемічним індексом, харчових волокон, вітамінів, мінералів та біофлавоноїдів. Рекомендується споживати до 4-5 видів овочів та 2-3 видів фруктів щодня, 300 г овочів (у 4-5 порціях), 75 г бобових, 300 г фруктів та ягід (у 2 порціях). Дослідження показують, що кожна додаткова порція овочів та фруктів (80 г) знижує смертність від серцево-судинних захворювань на 4%. Збільшення їх споживання також асоціюється зі зменшенням ризику онкологічних захворювань.

Аналіз споживання продуктів рослинного походження у опитуваних показав, що традиційні українські овочі, такі як капуста, морква і буряк, включають у свій раціон в достатній кількості половина респондентів, незалежно від статі та курсу навчання. Однак 1/5 чоловіків та 1/10 жінок не споживають капусту та моркву, а буряк не включає в раціон третина респондентів. Половина опитуваних щодня вживають картоплю в кількості до 100 г, а третина – 100-250 г на добу. 1/10

досліджуваних зовсім не споживає картоплю, хоча за рекомендаціями картопля не повинна суттєво змінювати кількість овочів у раціоні.

Що стосується фруктів, то найпопулярнішими є яблука. Більше половини опитаних вживають яблука у рекомендованій кількості (200 г і більше) щодня, що забезпечує їх організм водорозчинними вітамінами, залізом, калієм, а також пектинами та клітковиною - природними детоксикантами. Проте 1/10 чоловіків та 1/20 жінок не споживають яблука взагалі. Цитрусові, в кількості до 200 г на день, додають до раціону 1/3 респондентів, а решта не включають їх у свій щоденний раціон.

У 1/5 учасників опитування в раціоні присутні груші (до 200 г). Половина респондентів вживає домашні консервовані овочі та фрукти, зокрема 1/5 чоловіків та більше 1/5 жінок споживають їх у кількості 100-200 г на добу.

Оцінюючи середньодобове споживання овочів та фруктів, можна зробити висновок, що їхнє вживання є недостатнім. Це може сприяти розвитку гіповітамінозів, зниженню імунітету та підвищенню рівня загальної захворюваності. Недостатнє споживання цих продуктів також негативно впливає на якість життя, зменшує тривалість життя, знижує працездатність і може призвести до гіпомікроелементозу та полінутрієнтного дефіциту.

Проведений аналіз опитувальних анкет у молодих людей, особливо у жінок, виявив у нас стурбованість:

Спотворене сприйняття тіла (наприклад, відчуваєте/відчували якусь частину свого тіла занадто товстою, думаєте/думали, що схуднення позбавить вас проблем) 32,7%. Страх набору ваги 81,0 %. Поділ продуктів на «корисні» і «шкідливі» (орторексія) 8,5 %. Напади заїдання стресу 2,2%. Вдавання до дієт, голодування, тренувань, щоб спалити калорії 47,3. Нав'язливі думки про їжу, дієти, калорії, тренування 2,4%. Підрахунок

калорій, жорсткі обмеження в їжі 41,5 %. Почуття провини за з'їдене, покарання себе 11,5%. Постійне зважування 8,8%. Відсутність контролю (за короткий проміжок часу з'їдаєте велику кількість їжі) 27,3%.

Проблеми з вагою (Ваша вага коливається/коливалася через дієти; вага нижче норми, але Ви продовжуєте/продовжували худнути) 5,1 %

Відсутність почуття насичення або почуття голоду 7,8%.

Таким чином, поєднуючи і аналізуючі всі ключові моменти нашої роботи ми можемо акцентувати увагу на важливості збалансованого харчування, підкреслюючи недоліки в раціонах опитаних і необхідність зробити корекції дієти для покращення здоров'я у вигляді наступних рекомендацій:

Рекомендації щодо основних шляхів корекції раціонів харчування у молоді

1. Збільшення споживання продуктів тваринного походження

Молочні продукти: Споживати молоко та кисломолочні продукти (250-400 мл на день) для забезпечення організму кальцієм та білками.

М'ясо: Включати в раціон різні види м'яса (яловичина, свинина, птиця), 100-250 г щоденно.

Риба та морепродукти: Споживати морську та річкову рибу 2-3 рази на тиждень (100-200 г на день).

Яйця: Вживати 1-2 яйця на день для отримання амінокислот та жиророзчинних вітамінів.

2. Збільшення споживання овочів та фруктів

Овочі: Споживати 4-5 видів овочів на день (300 г у 4-5 порціях). Включати капусту, моркву, буряк, картоплю (в помірних кількостях).

Фрукти: Споживати 2-3 види фруктів (300 г на день). Включати яблука, цитрусові, ягоди та інші сезонні фрукти.

Цитрусові та ягоди: Споживати до 200 г цитрусових і ягід для забезпечення організму вітамінами С, А, антиоксидантами.

3. Оптимізація вживання зернових та бобових

Зернові продукти: Включати в раціон цільнозернові крупи, макарони, хліб із цільного зерна для забезпечення організму вуглеводами, білками, клітковиною.

Бобові: Споживати бобові культури (горох, квасоля, соя) для забезпечення білками та мінералами.

4. Обмеження споживання продуктів з високим вмістом насичених жирів і цукрів

5. Обмеження споживання м'ясних продуктів, що піддаються технологічній обробці (ковбаси, копченості): Споживати їх у мінімальних кількостях, оскільки вони можуть бути фактором ризику для здоров'я.

6. Зменшення споживання солодощів та продуктів з доданим цукром: Потрібно обмежити споживання солодких продуктів (цукерок, тортів, газованих напоїв), оскільки вони сприяють розвитку ожиріння та діабету.

7. Поліпшення режиму харчування

Регулярне харчування: Приділяти увагу регулярним прийомам їжі (не менше 3 основних прийомів їжі на день), зберігати оптимальні інтервали між прийомами їжі.

Вечеря: Уникати великих обсягів їжі на вечірній прийом, щоб запобігти набору ваги та порушенням обміну речовин.

8. Збільшення вживання рідини

Вода: Споживати достатню кількість води (не менше 1,5-2 л на день) для підтримки водного балансу та нормального функціонування організму.

Чай та соки: Споживати трав'яні чаї та свіжовичавлені соки в помірних кількостях, віддаючи перевагу натуральним продуктам.

9. Моніторинг харчових звичок

Самоконтроль і планування раціону: Студенти повинні вести облік свого харчування, вивчаючи рекомендовані норми та аналізуючи свої звички для корекції дефіцитів або надлишків певних нутрієнтів.

10. Консультації з фахівцями: Рекомендується звертатися до дієтологів або лікарів для індивідуальних консультацій і корекції харчування.

ВИСНОВКИ

1. Огляд літератури підтверджує, що ефективна оцінка харчового статусу та виявлення розладів харчування потребують інтеграції різних методів і підходів. Використання анкетно-опитувальних даних у поєднанні з системними підходами може суттєво покращити результати дослідження та сприяти розвитку практичних рекомендацій для покращення харчування населення.

2. Результати дослідження фактичного харчування показали, що більшість опитаних чоловіків не споживають овочеві соки, сухофрукти, мед, вершкове масло, птицю, рибу та рибопродукти, сир, сметану і яйця. У жінок спостерігається аналогічна картина: у їх раціоні також бракує фруктів і ягод, овочевих соків, сухофруктів, меду, вершкового масла, молоко і молочно-кислі продукти, м'яса і м'ясопродуктів, птиці, рибопродуктів та яєць. Крім того, вони у великій кількості споживають хліб, картоплю, та рослинну олію.

3. Аналіз харчових звичок опитуваних також показав, що 70% раціонів не відповідають національним рекомендаціям щодо споживання рослинних продуктів, таких як овочі, фрукти, ягоди, хліб, крупи, макарони та солодощі. Це свідчить про значний дисбаланс у харчуванні та вказує на потребу в адаптації раціонів для досягнення більшої харчової різноманітності та здорового балансу.

4. Аналіз режиму харчування та структури добового раціону показав, що вони не повністю відповідають принципам здорового харчування. Зокрема, значна частка калорійності припадала на другу половину дня, зокрема на прийом їжі безпосередньо перед сном. У зв'язку з цим важливо розробити як освітні програми, так і програми для організаторів харчування. Особливу увагу слід приділити плануванню оптимального часу прийомів їжі відповідно до принципів здорового харчування.

5. Вибір їжі кожною людиною зумовлений як потребами виживання, так і смаковими уподобаннями, що призводить до значної варіативності складу мікрофлори кишечника. Дієта з високим вмістом харчових волокон сприяє бактеріальному розмаїттю, що веде до позитивних змін у функціях організму. Натомість дієта, багата на жири, викликає зростання «запальної» флори, що може призвести до розвитку хронічної ендотоксемії та системного запалення. Зростанню та поширенню запальних захворювань, ймовірно, сприяє так звана «західна» дієта, яка характеризується високим вмістом жирів і низьким вмістом харчових волокон.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Chaves, E., DiPangrazio, A., Paponetti, M. & Stout, G (2024). Disordered Eating in Pediatric Obesity. *Pediatric Clinics of North America*. 71, (5), 879-896. doi.org/10.1016/j.pcl.2024.06.009
2. Даниленко, Г. М., Авдієвська, О. Г. (2021). Промоція здоров'я та харчовий статус підлітків великого промислового міста. *Український журнал дитячої ендокринології*. № 4 doi.org/10.30978/UJPE2021-4-27
3. Мардар М. Р. (2012). Харчовий статус населення України / *Наукові праці Одеської національної академії харчових технологій*. 42(2). 167-171.
4. Єльцова, Л.Б., Омельчук, С.Т., Алексійчук, В.Д. & Петросян, А.А. (2018). Профілактика гіповітамінозів та гіпомікроелементозів у студентської молоді *Environment & Health. Довкілля та здоров'я*. 4. (89). 53-58.
- 5 Півень, Н. (2017). Рекомендації щодо здорового харчування дорослих. *Міністерство Охорони Здоров'я України*.
https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B8/01122017_Basic_Recommendations-1.pdf
6. Chen, S.T., Ong, S.H., Lim, P.Y. & Chong, K.S. (2024). Nutrition-Focused Physical Exam in assessing nutritional status of children with neurological impairment. *Human Nutrition & Metabolism*. 37. doi.org/10.1016/j.hnm.2024.200279
7. Treasure, J., Himmerich, H. (2024). Eating disorders. *Medicine*. 52,(8).501-505. doi.org/10.1016/j.mpmed.2024.05.011
8. Sharma, V.K. (2025). Eating Disorders. *International Encyclopedia of Public Health (Third Edition)* 300-305. doi.org/10.1016/B978-0-323-99967-0.00240-4
9. Weaver, C., Ahles, S., Murphy, K., Shyam, S., Cade, J., Plat, J., Schwingshackl, L., Roche, H.M., Lachat, K., Minihane, A. & Rigutto-Farebrother, J. (2024) Perspective: Peer Evaluation of Recommendations for CONSORT

Guidelines for Randomized Controlled Trials in Nutrition. *Advances in Nutrition*. 15,(1). doi.org/10.1016/j.advnut.2023.100154

10. Wunderle, C., Suter., S., Endner, N., Haenggi, E., Kaegi-Braun., & Schuetz, P. (2024). Sex differences in clinical presentation, treatment response, and side effects of nutritional therapy among patients at nutritional risk: a secondary analysis of the randomized clinical trial EFFORT. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 21 doi.org/10.1016/j.ajcnut.2024.09.020

11. Lipp, M., Bessy, C., Cannavan, A., Dupouy, E., Fattori, V., Kopko, C., Lejeune, J., Mukherjee, K., Ferreira, J.P., & Zhou, K. (2024). Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). *Encyclopedia of Food Safety (Second Edition)*. 752-760.

doi.org/10.1016/B978-0-12-822521-9.00134-9

12. Про якість та безпеку харчових продуктів і продовольчої сировини [Електронний ресурс]: Закон України від 28 грудня 2004 р. № 67–XIII / Верховна Рада України. Законодавство України. Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/771/97-вр>

13. Про затвердження Вимог до тверджень про поживну цінність харчових продуктів та тверджень про користь для здоров'я харчових продуктів. [Електронний ресурс]: Наказ МОЗ України від 15.05.2020 № 1145 Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0745-20#Text>

14. Про інформацію для споживачів щодо харчових продуктів [Електронний ресурс]: Закон України 2019, № 7, ст.41). Верховна Рада України. Законодавство України. Режим доступу : https://zakononline.com.ua/documents/show/369768__758461

15. Про удосконалення організації лікувального харчування та роботи дієтологічної системи в Україні [Електронний ресурс]: Наказ МОЗ України від 29.10.2013 № 931 Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2205-13#Text>

16. Баль - Прилипко Л.В., Ніколаєнко М.С., Ткач Г.Ф [та ін.]. Наукове обґрунтування удосконалення технології харчових продуктів спеціального призначення. Монографія./ Під. Загальною редакцією професора Л.В. Баль – Прилипко. 2022. К: НУБіП. 436 с.
17. Goday, P.S. Walia C. (2022) Pediatric Nutrition for Dietitians Book 1st Edition Bioscience, *Medicine, Dentistry, Nursing & Allied Health* 484.
<https://doi.org/10.1201/9781003147855>
18. Elmira, E.S., Chichaibelu, B.B. & Qaim, M. (2024). Marriage customs and nutritional status of men and women. *Food Policy* 128.
doi.org/10.1016/j.foodpol.2024.102734
19. Levenstein, Harvey A. (2012) Fear of food: a history of why we worry about what we eat .Book. Chicago : University of Chicago Press 218.
20. Landry, M. J., Ledoux, T.A., Collins, S.C., Linsenmeyer, W., Gonzalez, A.L., Bassett, E.L., Wijayatunga, N.N. & Rozga, M. (2024). Communicating Nutrition and Dietetics Research: A Crucial Step to Advancing Evidence-Based Practice. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 23
doi.org/10.1016/j.jand.2024.09.004
21. Renner, B., Buyken, A., Gedrich, K., Lorkowski, S., Watzl, B., Linseisen, J. & Daniel, J. (2023). Perspective: A Conceptual Framework for Adaptive Personalized Nutrition Advice Systems (APNASs). *Advances in Nutrition* 14, (5), 983-994. doi.org/10.1016/j.advnut.2023.06.009
22. Weaver, C., Ahles, S., Murphy, K., Shyam, S., Cade, J., Plat, J., Schwingshackl, L., Roche, H.M., Lachat, K., Minihane, A. & Rigutto-Farebrother, J. (2024) Perspective: Peer Evaluation of Recommendations for CONSORT Guidelines for Randomized Controlled Trials in Nutrition. *Advances in Nutrition*. 15,(1). doi.org/10.1016/j.advnut.2023.100154
23. Saibeni, S., Zanetti, M., Bezzio, C., Pironi, L., Armuzzi, A., Riso, S., Caprioli, F., & Giorgetti, G. . (2023). Nutritional care at centres managing patients with

inflammatory bowel disease: A nationwide survey in Italy. *Digestive and Liver Disease*. 55, (8). 1028-1033. doi.org/10.1016/j.dld.2023.05.029

24. Баль-Прилипко Л.В. Іноваційні технології якісних та безпечних м'ясних виробів/ Л.В. Баль-Прилипко – Київ: Монографія, 2012 -207.

25. Баль-Прилипко Л.В. Актуальні проблеми рибопереробної галузі: [Монографія] / за ред. Л.В. Баль-Прилипко – Київ: ЦП «Компринт», 2018 - 214 с.

26. Баль-Прилипко Л.В. (2021). Наукові основи створення комплексу технологій харчових продуктів оздоровчого призначення [Монографія]/ Л.В.Баль-Прилипко , Г.А Толок, М.С. Ніколаєнко та ін.. - К.: ФОП Ямчинський О.В. -248 с.

27. Leulier, F., MacNeil, L., Lee,W., & Simpson., C. (2017) .Integrative Physiology: At the Crossroads of Nutrition, Microbiota, Animal Physiology, and Human Health. *Cell Metabolism* 7 doi.org/10.1016/j.cmet.2017.02.001

28. Keren, M., Erlich, S.,Ashkenazi-Hoffnung., L. (2024). Eating Disorders in Infancy: Assessment and Interventions. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 27. doi.org/10.1016/j.chc.2024.08.008

29. Le, L., Barendregt, J., Hay, P. & Mihalopoulos C. (2017). Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 53. 46-58. doi.org/10.1016/j.cpr.2017.02.001

30. Treasure, J. Himmerich. H. (2024). Eating disorders Medicine. 52,(8) 501-505. doi.org/10.1016/j.mpmed.2024.05.011

31. Bonnamy, J., Calvert, S., Bennett, C., Dart, J., Molloy, R. & Brand, G. (2025). Students' perspectives from co-designed, lived experience eating disorders education: A qualitative inquiry. *Nurse Education Today*. 144. doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106412

32. Chaves, E., DiPangrazio, A., Paponetti, M. & Stout, G. (2024). Disordered Eating in Pediatric Obesity. *Pediatric Clinics of North America*. 71. (5). 879-896. doi.org/10.1016/j.pcl.2024.06.009

33. Stice, E., Marti, C., Shaw, H. & Rohde, P. (2019). Meta-analytic review of dissonance-based eating disorder prevention programs: Intervention, participant, and facilitator features that predict larger effects. *Clinical Psychology Review* 70, 91-107.
34. Шинкарук Л.В. (2022). Продовольча безпека: світові тенденції та можливості агропродовольчого комплексу України [Монографія] / за ред. Л.В. Шинкарук - Київ: НУБіП України, 2022 -214 с.
35. Єльцова, С.Т. Омельчук, В.Д. Алексійчук, А.А. Петросян, Л.Б. (2018). Профілактика гіповітамінозів та гіпомікроелементозів у студентської молоді / *Environment & Health. Довкілля та здоров'я*. 4 (89). 53-58.
36. Sharma, V.K. (2025). Eating Disorders. *International Encyclopedia of Public Health (Third Edition)*. 4. 300-305. doi.org/10.1016/B978-0-323-99967-0.00240-
37. Zanetti, M., Veronese, N., Riso, S., Boccardi, V., Bolli, C. & Pilotto, A. (2023). Polypharmacy and malnutrition in older people: A narrative review. *Nutrition*. 115. doi.org/10.1016/j.nut.2023.112134
38. Oliveira, J., Paixão, V., Cardoso, G., Xavier, M. & Oliveira-Maia, A. (2021). Childhood adversities and the comorbidity between mood and general medical disorders in adults: Results from the WHO World Mental Health Survey Portugal. *Brain, Behavior, & Immunity - Health*. 17 doi.org/10.1016/j.bbih.2021.100329
39. Lorenzo, C., Labarta-Monzón, Puzo-Foncillas, J., Mallor-Bonet, T., Lafita-López, A., Bueno-Vidales, N. & Montoro-Huguet, M. (2022). Malnutrition Screening and Assessment. *Nutrients*. 9;14(12):2392 doi: 10.3390/nu14122392
40. Mello, J., Schoebrechts, E., Lepeleire, P., Matthys, C., Declerck, D. & Duyck, J. (2024). Insights into the associated risk factors of malnutrition among nursing home residents: A longitudinal study. *Nutrients*. 43, (11). 166-173 doi.org/10.1016/j.clnu.2024.09.024

41. Єльцова, Л.Б., Омельчук, С.Т. (2017). Обґрунтування шляхів удосконалення анкетно-опитувального методу оцінки фактичного харчування населення. *Профілактична медицина*. 17. (22). 3. 104 -112.

<https://doi.org/10.26641/2307-0404.2017.3.111935>

РЕКОМЕНДАЦІЇ

Формула «оптимального харчування» включає в себе обов'язкове споживання:

Натуральних традиційних продуктів, які містять оптимальний склад макронутрієнтів (білки, жири та вуглеводи) в кількостях, необхідних для задоволення пластичних, енергетичних та інших потреб організму.

Збагачених продуктів. Біологічно активних добавок до їжі (БАД).

Функціональних харчових продуктів, що відрізняються покращеною якістю завдяки модифікації складу, включаючи додавання макронутрієнтів (які визначають харчову та енергетичну цінність продукту) і мікронутрієнтів (вітамінів, мінералів та мікроелементів).

Органічних продуктів, які характеризуються підвищеною якістю завдяки усуненню ризику забруднення сторонніми речовинами та збереженню корисних властивостей на етапі виробництва. Виробництво органічних продуктів здійснюється на основі нових принципів, серед яких пріоритетною є екологічна безпека сировини, довкілля та технологій. Органічні продукти не містять добавок, які можуть спричиняти різні захворювання, а маркування «органічний продукт» слугує запорукою здорового харчування та безпеки для споживача.

Заборону на використання агрохімікатів, пестицидів, антибіотиків, стимуляторів росту та відгодівлі тварин, гормональних препаратів, за винятком дозволених на території України.

Заборону на трансплантацію ембріонів, клонування та методи генної інженерії, включаючи генно-інженерно-модифіковані та трансгенні організми.

Заборону на гідропонний метод вирощування рослин. Заборону на використання іонізуючого випромінювання.

Використання засобів біологічного походження для боротьби зі шкідниками та хворобами рослин і тварин.

Використання харчових добавок, технологічних допоміжних засобів, ароматизаторів, підсилювачів смаку, ферментних препаратів, мікроелементів, вітамінів та амінокислот, відповідно до національних та міжнародних стандартів.

Застосування біологічних, зокрема пробіотичних, мікроорганізмів, які традиційно використовуються під час переробки харчових продуктів.

Заборону на використання упаковки та тари, що можуть призвести до забруднення органічної продукції та довкілля, зокрема на використання полівінілхлориду. Наявність товарів з маркуванням «біо» чи «еко», які не відповідають критеріям органічної продукції, є лише маркетинговим ходом.

Основні правила здорового і правильного харчування:

Зменшити споживання тваринних жирів.

Збільшити вживання продуктів, багатих насиченими жирними кислотами, таких як Омега-3 (червона риба, рослинні олії, горіхи).

Споживати продукти, що містять клітковину (злаки, овочі, фрукти, сухофрукти).

Вживати свіжоприготовлені страви.

Уникати надмірно солоних продуктів.

Включати в раціон молочнокислі продукти (кефір, йогурт, ряжанку).

Щодня споживати салат зі свіжих овочів або фруктів.

Щоб дотримуватися принципів здорового харчування, необхідно обмежити споживання таких продуктів: цукор, соління, копченості, смажені страви, жирна свинина, вироби зі здобного тіста, а також консерви та консервовані продукти.

ДОДАТКИ

Таблиця 1

Нормальна маса тіла у віці 25-30 років, кг

Довжина тіла, см	Чоловіки			Ріст, см	Жінки		
	Вузька грудна клітка (астенік)	Нормальна грудна клітка (нормостенік)	Широка грудна клітка (гіперстенік)		Вузька грудна клітка (астенік)	Нормальна грудна клітка (нормостенік)	Широка грудна клітка (гіперстенік)
155,0	49,3	56,0	62,2	152,5	47,8	54,0	59,0
157,5	51,7	58,0	64,0	155,0	49,2	55,2	61,6
160,0	53,5	60,0	66,0	157,5	50,8	57,0	63,1
162,5	55,3	61,7	68,0	160,0	52,1	58,5	64,8
165,0	57,1	63,5	69,5	162,5	53,8	60,1	66,3
167,5	59,3	65,8	71,8	165,0	55,3	61,8	67,8
170,0	60,5	67,8	73,8	167,5	56,6	63,0	69,0
172,5	63,3	69,7	76,8	170,0	57,8	64,0	70,0
175,0	65,3	71,7	77,8	172,5	59,0	65,2	71,2
180,0	68,9	75,2	81,2	175,0	60,3	66,5	72,5
182,5	70,9	77,2	83,6	177,5	61,5	67,7	74,9
185,0	72,8	79,2	85,2	180,0	62,7	68,9	73,7

Таблиця 2
Максимально допустима маса тіла у залежності від статі, довжини тіла та віку, кг

Довжи на тіла, см	20-29 років		30-39 років		40-49 років		50-59 років		60-69 років	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
148	50,8	48,4	55,0	52,3	56,6	54,7	56,0	53,2	53,9	52,2
150	51,3	48,9	56,7	53,9	58,1	58,0	55,7	55,7	57,3	54,8
152	53,1	51,0	58,7	55,0	61,5	59,5	61,1	57,6	60,3	55,9
154	55,3	53,0	61,6	59,1	64,5	62,4	63,8	60,2	61,2	61,9
156	58,5	55,8	64,4	61,5	67,3	66,0	65,8	62,4	63,7	60,9
158	61,2	58,1	67,3	64,1	70,4	67,9	68,0	64,5	67,0	62,4
160	62,9	59,8	69,2	65,8	72,3	69,9	69,7	65,8	68,2	64,6
162	64,6	61,6	71,0	68,5	74,4	72,2	72,7	68,7	69,1	66,5
164	67,3	63,6	73,9	70,8	77,2	74,0	75,6	72,0	72,2	70,0
166	68,8	65,2	74,5	71,8	78,0	76,5	76,3	73,8	74,3	71,5
168	70,8	68,5	76,2	73,7	79,6	78,2	77,9	74,8	76,0	73,3
170	72,7	69,2	77,7	75,8	81,0	79,8	79,6	76,8	76,9	75,0
172	74,1	72,8	79,3	77,0	82,8	81,7	81,1	77,7	78,3	76,3
174	77,5	74,3	80,8	79,0	84,4	83,7	82,5	79,4	79,3	78,0
176	80,8	76,8	83,6	79,9	86,0	84,6	84,1	80,5	81,9	79,1
178	83,0	78,2	85,6	82,4	88,0	86,1	86,5	82,4	82,8	80,9
180	85,1	80,9	88,0	83,9	89,9	88,1	87,5	84,1	84,4	81,6
182	87,2	83,3	90,6	87,7	91,4	89,3	89,5	86,5	85,4	82,9
184	89,1	85,5	92,0	89,4	92,9	90,9	91,6	87,4	88,0	85,8
186	93,1	89,2	95,0	91,0	96,6	92,9	92,8	89,6	89,0	87,3
188	95,8	91,8	97,0	94,4	98,0	95,8	95,0	91,5	91,5	88,8
190	97,1	92,3	99,5	95,6	100,7	97,4	99,4	95,6	94,8	92,9

Примітка

1) у віці понад 30 років допустимим є збільшення маси, у порівнянні з даними таблиці

1: для чоловіків - на 2,5-6 кг, для жінок - на 2,5-5 кг.

2) для осіб з астеничною конституцією віднімають 3-5% від величин маси, указаной в таблиці 3, з гіперстенічною - додають 1-2%.

Оцінка стану харчування за величиною вмі згідно з рекомендаціями вооз (у залежності від статі)

Таблиця 3

Показник ВМІ		Оцінка стану харчування
Жінки	Чоловіки	
до 16,0	до 16,0	Гіпотрофія III ступеня
16,0-17,99	16,0-16,99	Гіпотрофія II ступеня
18,0-20,0	17,0-18,49	Гіпотрофія I ступеня
20,10-24,99	18,50-23,8	Адекватне харчування (діапазон коливань)
22,0	22,80	Адекватне харчування (оптимальна середня величина)
25,0-29,99	23,90-28,50	Ожиріння I ступеня
30,0-39,99	28,60-39,99	Ожиріння II ступеня
понад 40,0	понад 39,0	Ожиріння III ступеня

Таблиця 4

Таблиця для визначення відносної кількості жирового компоненту маси тіла. За сумою чотирьох шкіро-жирових складок.

Сумарна товщина складок	Кількість жиру у чоловіків, %	Кількість жиру у жінок, %	Сумарна товщина складок	Кількість жиру у чоловіків, %	Кількість жиру у жінок, %
15	3.7	5.2	110	27.4	33.1
20	6.7	9.2	115	27.9	33.7
25	9.8	12.3	120	28.4	34.3
30	12.0	14.9	125	28.9	34.9
35	13.8	17.1	130	29.4	35.4
40	15.4	18.9	135	29.8	36.0
45	16.8	20.6	140	30.2	36.5
50	18.0	22.0	145	30.7	37.0
55	19.2	23.3	150	31.2	37.4
60	20.2	24.6	155	31.4	37.9
65	21.1	25.7	160	31.8	38.3
70	22.0	26.8	165	32.2	38.8
75	22.8	27.7	170	32.5	39.2
80	23.6	28.5	175	32.9	39.6
85	24.3	29.5	180	33.2	40.0
90	25.0	30.3	185	33.5	40.4
95	25.6	31.0	190	33.9	40.7
100	26.2	31.8	195	34.2	41.1
105	26.8	32.4	200	34.5	41.5

Цей план харчування забезпечує різноманітність і баланс нутрієнтів, підтримуючи здоровий спосіб життя.

Приклад меню на тиждень для трьохразового здорового харчування, включаючи орієнтовну кількість калорій і основні нутрієнти:

Понеділок

Сніданок:

Овсянка (50 г) на воді з яблуком (1 шт.) і медом (1 ч.л.)

Чай зелений (1 чашка)

Калорії: 300

Білки: 7 г, **Жири:** 3 г, **Вуглеводи:** 63 г

Обід:

Куриное філе (150 г) з овочевим салатом (огірок, помідор, перець, 200 г)

Оливкова олія (1 ст.л.)

Калорії: 450

Білки: 40 г, **Жири:** 20 г, **Вуглеводи:** 30 г

Вечеря:

Запечена риба (150 г) з броколі (150 г) та кіноа (50 г)

Калорії: 500

Білки: 35 г, **Жири:** 15 г, **Вуглеводи:** 50 г

Вівторок

Сніданок:

Йогурт натуральний (200 г) з ягодами (100 г) і горіхами (30 г)

Калорії: 400

Білки: 15 г, **Жири:** 18 г, **Вуглеводи:** 45 г

Обід:

Гречка (100 г) з тушкованими овочами (200 г) та яйцем (1 шт.)

Калорії: 450

Білки: 20 г, **Жири:** 12 г, **Вуглеводи:** 65 г

Вечеря:

Салат з тунцем (100 г), авокадо (1/2 шт.) та зеленню

Калорії: 400

Білки: 25 г, **Жири:** 25 г, **Вуглеводи:** 10 г

Середа

Сніданок:

Яйця варені (2 шт.) з цільозерновим хлібом (2 скибки) і помідором

Калорії: 350

Білки: 20 г, **Жири:** 15 г, **Вуглеводи:** 40 г

Обід:

Червона чечевиця (100 г) з овочами (200 г)

Калорії: 400

Білки: 25 г, **Жири:** 5 г, **Вуглеводи:** 65 г

Вечеря:

Індика (150 г) з печеними овочами (150 г)

Калорії: 450

Білки: 40 г, **Жири:** 10 г, **Вуглеводи:** 35 г

Четвер**Сніданок:**

Смузі з шпинату, банана, йогурту (200 г) та меду (1 ч.л.)

Калорії: 300

Білки: 10 г, **Жири:** 5 г, **Вуглеводи:** 60 г

Обід:

Суп з броколі і куркою (150 г)

Часник, спеції

Калорії: 400

Білки: 30 г, **Жири:** 10 г, **Вуглеводи:** 50 г

Вечеря:

Запечений батат (200 г) з салатом (зелені, оливкова олія)

Калорії: 400

Білки: 5 г, **Жири:** 15 г, **Вуглеводи:** 70 г

П'ятниця**Сніданок:**

Каша з гречки (50 г) з медом (1 ч.л.) і ягодами (100 г)

Калорії: 350

Білки: 8 г, **Жири:** 3 г, **Вуглеводи:** 75 г

Обід:

Риба (150 г) з рисом (100 г) і шпинатом (150 г)

Калорії: 500

Білки: 40 г, **Жири:** 15 г, **Вуглеводи:** 60 г

Вечеря:

Салат з кіноа (50 г) з овочами (200 г) і бобами

Калорії: 400

Білки: 15 г, **Жири:** 10 г, **Вуглеводи:** 65 г

Субота**Сніданок:**

Тост з авокадо (1 шт.) і яйцем-пашот (1 шт.)

Калорії: 350

Білки: 15 г, **Жири:** 20 г, **Вуглеводи:** 30 г

Обід:

Курячий салат (150 г) з зеленню і горіхами

Калорії: 450

Білки: 35 г, **Жири:** 25 г, **Вуглеводи:** 20 г

Вечеря:

Овочеve рагу з сочевицею (150 г) та кіноа (50 г)

Калорії: 400

Білки: 20 г, **Жири:** 10 г, **Вуглеводи:** 65 г

Неділя**Сніданок:**

Чіа-пудинг з молоком (200 г) і фруктами (100 г)

Калорії: 350

Білки: 10 г, **Жири:** 15 г, **Вуглеводи:** 50 г

Обід:

Яловичина (150 г) з квасолею (100 г) і овочами

Калорії: 500

Білки: 40 г, **Жири:** 20 г, **Вуглеводи:** 40 г

Вечеря:

Печена курка (150 г) з солодким картоплею (200 г)

Калорії: 450

Білки: 35 г, **Жири:** 10 г, **Вуглеводи:** 60 г

Загальний підрахунок

Середня кількість калорій на день: приблизно 1500-1800 калорій, в залежності від вибору страв.

Основні нутрієнти

Білки: 80-100 г

Жири: 50-70 г

Вуглеводи: 200-250 г