DOI https://doi.org/10.30525/978-9934-26-240-1-10

РЕАЛІЗАЦІЯ ОПЕРАТИВНИХ ФУНКЦІЙ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В РАМКАХ РОБОТИ «ШКОЛИ СПРИЯННЯ ЗДОРОВ'Ю» НА ПРИКЛАДІ ДІАГНОСТИКИ ХАРЧОВОГО СТАТУСУ ПІДЛІТКІВ ЗАКЛАДІВ ЗАГАЛЬНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ

Латіна Г. О., Заікіна Г. Л.

ВСТУП

В Україні зберігається тенденція до погіршення показників здоров'я дітей та підлітків: спостерігається зростання поширеності гострої та хронічної соматичної захворюваності, морфофункціональних відхилень підростаючого організму[1]. При цьому, реєструється перевага у структурі неінфекційних захворювань підлітків захворювань шлунково-кишкового тракту та порушень обміну речовин[2]. Результати оцінки біологічних чинників ризику неінфекціних захворювань, за дослідженнями STEPS у 2019 році, вказують на поширеність проблеми надмірної ваги серед дорослого населення (індекс маси тіла (ІМТ) перевищує або дорівнює 25 кг/м^2), що в Україні є одним із вищих серед країн Східної Європи та Центральної Азії і становить 59 %. Крім того, поширеність ожиріння (ІМТ більше або дорівнює 30 кг/м^2) в Україні включає майже чверть населення (24,8 %)[3]. Тому, діяльність пов'язана із збереженням та зміцненням здоров'я підростаючого покоління визначає промоцію здоров'я працездатного[4]. Створення здоров'язбережувального освітнього середовища є головною

[1] Няньковський С. Л., Пасічнюк І. П. Оцінка нутритивного статусу школярів 1–11-х класів міста Львова. *Здоровье ребенка*. 2016. № 1 (69). С. 77–81. URL: https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/114159.pdf

[2] Даниленко Г. М., Авдієвська О. Г. Промоція здоров'я та харчовий статус підлітків великого промислового міста. Український журнал дитячої ендокринології. 2021. № 4. С. 27–33. http://doi.org/10.30978/uJPe2021-4-27

[3] Фактори ризику неінфекційних захворювань в Україні у 2019 році. Короткий огляд результатів дослідження STEPS, поетапного підходу ВООЗ до епідеміологічного нагляду за факторами ризику НІЗ (STEP wise approach to noncommunicable disease risk factor surveillance) та порівняння з іншими вибраними країнами. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/469174/Risk-factors-NCD-Ukraine-summary-ukr.pdf

[4] Selmani A., Coenen M., Voss S., et al. Health indices for the evaluation and monitoring of health in children and adolescents in prevention and health promotion: a scoping review. *BMC Public Health*. 2021. 21. С. 2309. https://doi.org/10.1186/s12889-021-12335-x

передумовою зміцнення здоров'я учнівської молоді, що передбачає раціональне планування навчального навантаження на дитину; вміле поєднання її рухової активності з розумовою діяльністю, організацію збалансованого харчування[5].

Зміцнення потенціалу системи громадського здоров'я населення через реалізацію оперативних функцій громадського здоров'я – основна мета розвитку здоров'я у Європейському регіоні[6]. Здоров'язбережувальне освітнє середовища «Школи сприяння здоров'ю» дає можливість реалізовувати, як мінімум чотири оперативних функцій громадського здоров'я, а саме: епіднагляд та оцінювання стану здоров'я і благополуччя населення; зміцнення здоров'я, у тому числі вплив на соціальні детермінанти і скорочення нерівностей за показниками здоров'я; профілактика хвороб, у тому числі раннє виявлення порушень здоров'я; інформаційно-роз'яснювальна діяльність (адвокація), комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я.

Розбудова системи громадського здоров'я на сучасному етапі може сміливо будуватись використовуючи досвід мережі шкіл сприяння здоров'я. У даному науковому дослідженні буде продемонстровано реалізацію оперативних функцій громадського здоров'я під час діагностики харчового статусу підлітків для реалізації оцінки ефективності освітньої здоров'язбережувальної технології за напрямом навчання збалансованому харчуванню учнів закладів загальної середньої освіти.

1. Оцінка харчового статусу підлітків 10–16 років закладів загальної середньої освіти

Сучасна наука розглядає основні терміни у галузі гігієни харчування, таких як, «раціональне харчування», «збалансоване харчування», «адекватне харчування», «харчова поведінка» та «харчовий статус (ХС)»[7]. За ДСТУ 3038-95 у розділі гігієна під терміном «харчовий статус» рекомендують розуміти стан здоров'я населення, що

[5] Демінська Л. О. Аналіз змісту й умов використання здоров'язберігаючих технологій у системі загальноосвітніх шкіл. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. 2010. № 11. С. 23–26.

[6] Слабкий Г. О., Миронюк В. І., Качала Л. О. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 3. 24–31. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2017_3_8

[7] Латіна Г. О. Гігієнічна оцінка харчового статусу учнів середнього шкільного віку. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2020. Т. 5, № 1 (23). С. 348–353. http://doi.org/10.26693/jmbs05.01.348

визначається харчуванням у певних конкретних умовах праці та побуту. Тоді як, «харчовий статус» Я. В. Нікіфорова визначає стан здоров'я, що утворився на тлі конституціональних особливостей організму під впливом фактичного харчування. Також, харчовий статус розглядається як інтегральний показник загального функціонального стану дитини, генетично детермінованих особливостей обміну речовин і дії факторів навколишнього середовища[8]. Враховуючи співвідношення фізичного розвитку людини з віком Bardov V. G. у поняття «харчовий статус» ввів необхідність враховувати наявність ознак аліментарних і аліментарно зумовлених розладів та захворювань[9].

Мета дослідження – оцінити за нормами індексу маси тіла харчовий статус підлітків 10–16 років закладів загальної середньої освіти.

Для досягнення поставленої мети проведено антропометричну оцінку зросту та маси тіла у 453 підлітків 10–16 років двох закладів загальної середньої освіти м. Суми. Батьки підлітків дали інформовану згоду на проведення дослідження у 2021 році. Підлітки було розподіллено на 2 групи з урахуванням препубертатного та пубертатного періодів розвитку: перша група – 10–13 років, друга група – 14–16 років. Серед обстежених підлітків 199 хлопців та 236 дівчат.

Результати антропометричних досліджень оцінено за стандартною методикою обрахунку ІМТ та розподіллено на три групи: знижений харчовий статус ХС, підвищений та оптимальний ХС. Визначення трьох груп дослідження проводилось відповідно до вікових норм ІМТ Сумської області, які представлені у таблиці 1.

Таблиця 1

Рівні харчового статусу за індексом маси тіла (кг/м^2)

Вік, роки	Харчовий статус		
	знижений	оптимальний	підвищений
10	менше 14,53	14,53–19,44	більше 19,44
11	менше 14,30	14,53–20,31	більше 20,31
12	менше 15,81	15,81–21,21	більше 21,21
13	менше 16,22	16,22–21,78	більше 21,78
14	менше 16,27	16,27–21,56	більше 21,56
15	менше 17,23	17,23–22,15	більше 22,15
16	менше 17,76	17,76–22,11	більше 22,11

[8] Нікіфорова Я. В. Взаємозв'язок харчової поведінки з метаболічними чинниками ризику. *Сучасна гастроентерологія.* 2015. № 3 (83). С. 113–121. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/SGastro_2015_3_16

[9] Bardov V. G. Hygiene and ecology. 2nd ed. Vinnytsya : Nova Knyha Publishers, 2018. P. 688.

Також використана «Методика оцінки ефективності освітньої здоров'язбережувальної технології за напрямом навчання збалансованому харчуванню учнів закладів загальної середньої освіти» (Калиниченко І. О., Латіна Г. О., Замятіна Р. В., Горєла Т. В., 2020).

Математична обробка включала розрахунок первинних статистичних показників, порівняння вибірок та дисперсійний аналіз з використанням стандартного статистичного пакету STATISTICA 6.0.

Дослідження проводили у відповідності до Конвенції Ради Європи «Про захист прав людини і людської гідності в зв'язку з застосуванням досягнень біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину (ETS № 164 від 04.04.1997 р.», і «Правил етичних принципів проведення наукових медичних досліджень за участю людини», затверджених Гельсінською декларацією (1964–2013 рр.).

Робота виконана згідно з планом науково-дослідних робіт Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка кафедри громадського здоров'я та медико-біологічних основ фізичної культури за темою «Комплексне дослідження функціонального стану, адаптаційних можливостей організму та ризику розвитку захворювань у різних групах населення» (№ державної реєстрації 0120U100799).

В результаті оцінки харчового статусу підлітків 10–16 років встановлено оптимальний його рівень у 69,20 %, що в середньому складає 18,24±0,09 кг/м^2 за ІМТ. Відхилення від вікової норми мали 30,8 % підлітків, з яких 12,87 % підлітків мають знижений ХС (15,57±0,18 кг/м^2) та 17,93 % – підвищений ХС (24,07±0,35 кг/м^2) (табл. 2). Встановлена особливість свідчить, що 30,8 % підлітків мають порушення харчового статусу у бік невідповідності маси тіла і може бути прогностичним критерієм розвитку хронічної соматичної патології[10].

Таблиця 2

Середні значення рівнів харчового статусу підлітків за ІМТ (M±m, кг/м^2)

Групи дослідження	Харчовий статус		
	знижений	оптимальний	підвищений
у цілому, *n*=435	15,57±0,18	18,24±0,09	24,07±0,35
хлопці, *n*=199	15,36±0,32	18,01±0,14	24,48±0,67
дівчата, *n*=236	15,71±0,22	18,44±0,13	23,69±0,29

[10] Калиниченко І. О., Стеценко О. В., Стеценко Н. М., Стефаник Т. В. Оцінка стану здоров'я школярів загальноосвітніх навчальних закладів різного типу. *Вісник СумДУ. Серія 172 «Медицина».* 2012. № 1. С. 172–177.

Розподіл рівнів ХС за статевими ознаками має загальну тенденцію. Так, у хлопців оптимальний рівень ХС (70,35 %) у 6,4 рази вище від зниженого ХС (11,06 %) і у 3,8 рази від підвищеного ХС (18,59 %). У дівчат оптимальний рівень ХС (68,22 %) у 4,7 рази вище за знижений ХС (14,41 %) і у 3,9 рази від підвищеного ХС (17,37 %). Таким чином, відхилення харчового статусу зафіксовано у 29,65 % хлопців та 31,78 % дівчат.

Під час порівняння статевих особливостей формування рівнів ХС встановлено формування оптимального (53,49±2,54 %, t=2,1, p<0,05) та зниженого рівнів (60,71±2,89 %, t=6,2, p<0,001) переважно за рахунок дівчат. Підвищений рівень ХС формується рівнозначно, як за рахунок хлопців (47,44±2,25 %), так і дівчат (52,56±2,49 %, t=1,52, p>0,05).

В результаті анкетування з збалансованому харчуванню учнів закладів загальної середньої освіти визначено провідні, значимі та потенційні мотиви щодо дотримання правил здорового харчування. До провідних мотивів віднесено профілактику виникнення хвороб (22,42 %), гарний зовнішній вигляд (21,91 %) та тривале активне життя (14,69 %). Значимі мотиви щодо дотримання правил здорового харчування мають наступну структуру: стати успішною людиною (10,57 %), бути модним (10,31 %) та бути здоровим (9,28 %). До потенційних мотивів віднесено можливість створити сім`ю (7,99 %) та «важко визначити» (2,84 %).

Джерелами знань учнів щодо правил здорового харчування закладу освіти є школа (30,9 %), батьки (21,9 %), власний досвід (14,1 %), мережа інтернет (9,8 %), медичні працівники (8,2 %), художні фільми (8 %), засоби масової інформації (7,1 %).

Перешкодами на шляху до дотримання правил здорового харчування учнями є лінощі (21,6 %), відсутність вільного часу (12,8 %), вартість здорового харчування (7,9 %), відсутність інформації (7,5 %), немає перешкод (7 %) та відсутність підтримки від друзів (6,6 %).

Слід звернути увагу, що 29,1 % учнів намагаюсь дотримуватись правил здорового харчування і 7,5 % учням важко відповісти.

2. Вікові особливості харчового статусу підлітків 10–16 років закладів загальної середньої освіти

На подальшому етапі нашого дослідження проведено аналіз розподілу рівнів ХС в залежності від віку. Так, оптимальний рівень ХС найвищим встановлено у хлопців 10 років (100 %) з різницею у 50 % ХС хлопців 16 років (50 %). Як представлено у рисунку 1, частка оптимального рівня ХС хлопців 11 років (81,08±5,71 %) на 18,9 % менша за відповідний рівень ХС хлопців 10 років (100 %).

Оптимальний рівень ХС хлопців 12 років (73,33±5,15 %) на 26,7 % менший за частку оптимального рівня ХС хлопців 10 років (100 %). Частка оптимального рівня ХС хлопців 13 років (65,72±4,59 %) на 34,8 % і хлопців 14 років (69,39±4,88 %) на 30,6 % менше за частку оптимального рівня хлопців 10 років. Таке ж зменшення оптимального рівня ХС спостерігається і в хлопців 15 років (57,89±4,07 %), показник яких на 42,1 %. Такі значення частки оптимального рівня ХС у хлопців різного віку свідчать про зниження оптимального рівня ХС з віком, тобто зниження частки хлопців з нормою співвідношення ваги до зросту з віком.

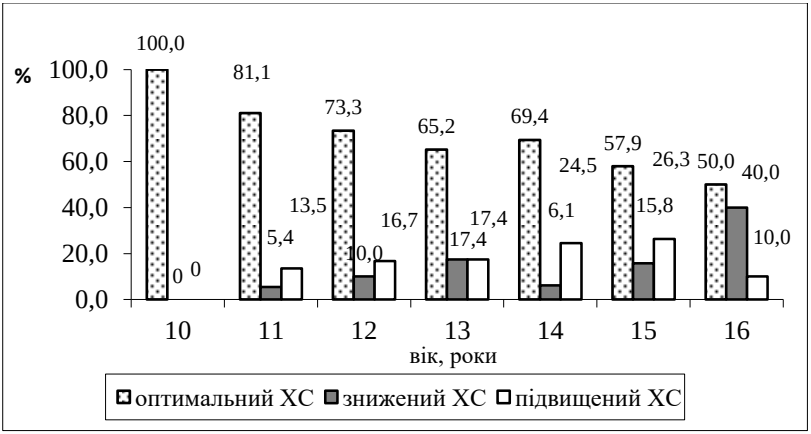

Рис. 1. Розподіл рівнів харчового статусу у хлопців 10–16 років

Знижений ХС хлопців зростає з віком. Як представлено на рисунку 1, у хлопців 10 років не зустрічається зниженого ХС. Його виявлено вперше у 11-річних хлопців з часткою – 5,41±0,33 %. Частка зниженого ХС хлопців 12 років (10±0,67 %) на 4,6 % більше за 11-річних хлопців (5,41±0,33 %). У хлопців 13 років частка зниженого ХС (17,39±1,19 %) на 12,3 % більше за відповідний показник 11 хлопців.

Частка зниженого ХС у хлопців 14 років (6,12±0,4 %) на 0,7 % більша за показник 11 років, однак на 11,3 % менша за показник хлопців 13 років (17,39±1,19 %). Це відбувається за рахунок часки підвищеного ХС хлопців 14 років, показник якого є одним з двох високих у досліджуваних вікових групах (24,5±1,7 %). У хлопців 15 років частка зниженого ХС на 11,3 % більша за показник хлопців 11 років, тоді як у хлопців 16 років (10±0,67 %) на 34,6 % більше. Таким чином, саме хлопці 16 років мають найбільшу питому вагу

зниженого ХС, що свідчить про недостатню вагу хлопців у зв'язку з порушенням харчової поведінки.

Розглянемо розподіл підвищеної частки ХС серед хлопців різного віку. Відсутня частка підвищеного ХС у хлопців 10 років. Найвища частка підвищеного ХС спостерігається у хлопців 14 (24,49±1,7 %) та 15 років (26,32±1,83 %). Найнижча частка встановлена у хлопців 16 років (10±0,67 %). У хлопців 11 років частка підвищеного ХС складає 13,5±0,92 %, що на 3,2 % менше за показник хлопців 12 років (16,67±1,14 %). Також, частка підвищеного ХС хлопців 13 років (17,39±1,95 %) є вищою на 3,9 % за частку хлопців 11 років (13,5±0,92 %).

Таким чином у хлопців 10–14 років спостерігається гетерохронність розподілу рівнів ХС: зі зниженням оптимального рівня ХС відбувається зростання рівнів, які характеризують порушення ХС. Оптимальний ХС мають хлопці 10 років. Хлопці 16 років у 50 % мають порушення ХС з перевагою зниженого ХС. Порушений ХС хлопців у віці 14 та 15 років, формується за рахунок підвищеного ХС. Таку динаміку можна пояснити початком пубертатного періоду у 14-річному віці та його розвитком у 16 років з підвищеним ростом кістково-м'язової системи та відставанням розвитку м'язової системи на фоні зовнішніх факторів.

У дівчат 10–16 років спостерігається з віком зниження оптимального ХС. Однак, на відміну від хлопців, у дівчат 10 років оптимальний рівень ХС представлено у 80 %. Цей показник не суттєво зменшується у дівчат 11 (79,4±5,14 %), 12 (71,7±4,63 %), 13 (71,4±4,66 %) та 14 (75±4,85 %) років. Вірогідна відмінність встановлено у показнику 15 (56,4±3,64 %) та 16-річних (51,5±3,32 %) порівняно з 10-річними дівчатами їх відмінність склала 23,6 % та 28,5 % (рис. 2).

У дівчат вже у 10 років реєструється підвищений ХС (20 %), який при зниженні частки в 11 років (11,8±0,73 %) на 8,2 %, на 15,6 % у 12 років (4,4±0,08 %), на 4,1 % у 14 років (15,9±1,01 %) зростає у 15 років (30,8±1,97 %) на 10,8 % та на 4,2 % у 16 років (24,2±1,55 %). Встановлено однакову питому вагу зниженого ХС у дівчат у 11 (8,8±0,54 %), 13 (8,6±0,52 %) та 14 років (9,1±0,56 %). Також, без вірогідної відмінності знижений рівень ХС встановлено у дівчат 12 (23,9±1,52 %) та 16 років (24,2±1,54 %), однак їх показники вищі від показнику зниженого ХС дівчат 11, 13 та 14 років (p<0,01). Дівчата 15 років (12,8±0,8 %) зі зниженим ХС мають вищий показник на 3,7 % за дівчат 14 років (9,1±0,56 %) і нижчий на 11,4 % за дівчат 16 років (24,2±1,54 %).

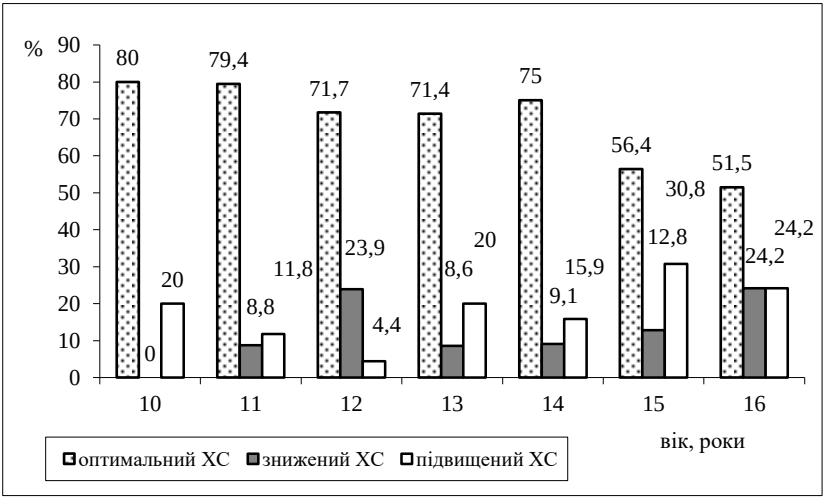

Рис. 2. Розподіл рівнів харчового статусу у дівчат 10–16 років

Порушення ХС найбільше розповсюджено у 44,8 % дівчат 16 років та у 43,6 % 15 років. Найменші прояви порушення ХС встановлено у дівчат 10 (20 %) та 11 років (20,6 %). У дівчат 12 (28,3 %), 13 (28,6 %) та 14 років (25 %) порушення ХС знаходяться на проміжному, перехідному рівні. Таким чином, у дівчат спостерігається зростання порушення ХС з віком.

Враховуючи закономірності змін пубертатного періоду нами проведено аналіз відмінностей рівнів харчового статусу враховуючі статеві особливості в залежності від препубертатного (10–13 років) та пубертатного (14–16 років) періодів розвитку. Як представлено у рисунку 3, частка оптимального ХС у препубертатному періоді вища, як у хлопців, так і у дівчат. У хлопців частка оптимального ХС у 10–13 років (64,29±4,15 %) на 28,58 % вища за частку хлопців 14–16 років (35,71±1,66 %, t=6,39, p<0,001). У дівчат розбіжність в частці оптимального ХС менша, однак складає 10,56 % (t=2,69, p<0,05) в бік меншої частки дівчат 14–16 років (44,72±1,61 %) порівняно з дівчатами 10–13 років (55,28±3,57 %).

Серед учнів зі зниженим ХС відмінності у проявах в залежності від вікових періодів встановлено у хлопців. Так, частка зі зниженим ХС у хлопців 10–13 років (54,55±3,51 %) на 9,1 % вища за частку хлопців віком 14–16 років (45,45±1,6 %, t=2,35, p<0,05). У дівчат не встановлено відмінностей у частках зниженого ХС обох вікових груп, як представлено у рисунку 3.

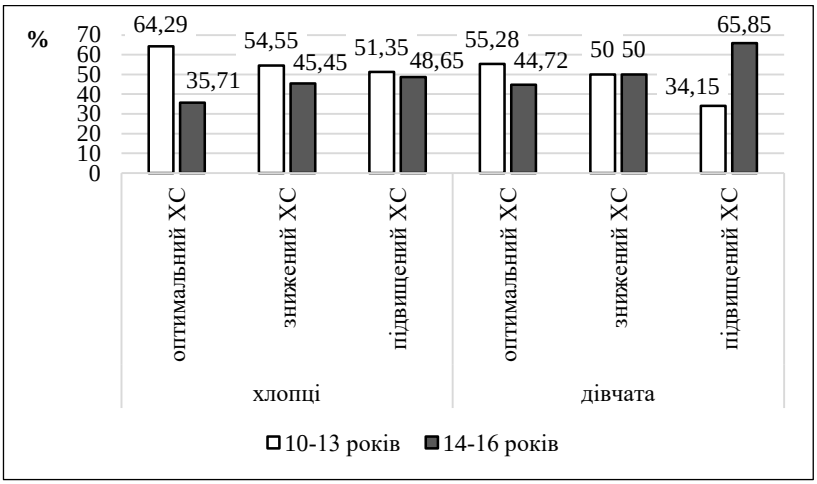

Рис. 3. Розподіл рівнів харчового статусу в залежності від статі та вікових груп

Підвищений ХС у хлопців не має відмінностей в залежності від вікової групи і майже рівнозначно представлено в обох вікових групах (t=0,74, p>0,05). У дівчат 14–16 років (65,85±1,27 %) частка підвищеного ХС на 31,7 % вища за частку дівчат 10–13 років (34,15±2,19 %, t=12,53, p<0,001).

Таким чином, у хлопців оптимальний та знижений ХС спостерігається у препубертатному періоді, тоді як, підвищений ХС однаково представлено в обох вікових періодах. У дівчат оптимальний ХС притаманний препубертатному періоду, знижений ХС обом періодам і підвищений ХС спостерігається у пубертатному періоді.

Результати проведеного дослідження є негайна корекція програми освітньої здоров'язбережувальної технології за напрямом навчання збалансованому харчуванню. Новими напрямами визначено робота з мотивацією учнів та пошук шляхів з створення умов з дотримання збалансованого харчування.

Так, робота з мотивацією учнів повинна бути спрямована до психологічної служби за напрямом мотивації до збалансованого харчування: діагностика та робота з профілактики прокрастинації; позбавлення сприйняття учнями «збалансованого харчування» як нав'язаного завдання дорослими через створення батьками, учителями та оточенням учнів умов для рефлексії отриманих знань та прийняття здорового способу життя; профілактика орторексії.

Пошук шляхів з створення умов з дотримання збалансованого харчування повинен включати: зміну формату подачі інформації зі

здорового харчування; тренінг з тайм-менеджменту з акцентом на пошук вільного часу для здорового харчування; майстер-класи, тренінги зі створення умов власного досвіду здорового харчування: (майстер-клас з оцінки складу продуктів з магазину; майстер-клас зі складання власного кошторису харчування; фізіологічний тренінг – вивчення впливу харчових продуктів на розвиток систем організму людини; тренінг з фізичної культури – рух запорука балансу ваги тіла); тренінги для батьків які проводять учні «Економіка здорового харчування», «Я є те, що я їм», «Я фітнес-тренер родини!».

Таким чином, практичне застосування результатів наукового супроводу освітньої здоров'язбережувальної технології за напрямом навчання збалансованому харчуванню учнів закладу загальної середньої освіти полягають в долученні психологічної служби, зміни формату подачі правил здорового харчування та введення майстер-класів та тренінгів учнів для батьків.

ВИСНОВКИ

1. У структурі харчового статусу підлітків 10–16 років переважає оптимальний ХС (69,20 %) порівняно зі зниженим ХС (12,87 %) та підвищеним ХС (17,93 %). Статеві особливості ХС полягають у формуванні оптимального (53,49±2,54 %, t=2,1, p<0,05) та зниженого рівнів (60,71±2,89 %, t=6,2, p<0,001) за рахунок дівчат, підвищеного рівня ХС не залежно від статі (хлопці – 47,44±2,25 %, дівчата 52,56±2,49 %).

2. Встановлено зниження з віком оптимального харчового статусу. У хлопців у препубертатному періоді домінує оптимальний та знижений харчовий статут. У дівчат оптимальний харчовий статус притаманний препубертатному періоду, підвищений – у пубертатному періоді. Підвищений харчовий статус у хлопців та знижений харчовий статус у дівчат не пов'язані з віком.

3. Визначено провідні, значимі та потенційні мотиви дотримання правил здорового харчування, які стали основою практичних рекомендацій з оптимізації здоров'язбережувальної діяльності у закладі загальної середньої освіти: діагностика та робота з профілактики прокрастинації, профілактика орторексії, практичні тренінги.

АНОТАЦІЯ

Розбудова системи громадського здоров'я на сучасному етапі може сміливо будуватись використовуючи досвід мережі шкіл сприяння здоров'я. У даному науковому дослідженні продемонстровано реалізацію оперативних функцій громадського здоров'я під час діагностики харчового статусу підлітків для реалізації оцінки

ефективності освітньої здоров'язбережувальної технології за напрямом навчання збалансованому харчуванню учнів закладів загальної середньої освіти.

Мета дослідження – оцінити за нормами індексу маси тіла харчовий статус підлітків 10–16 років закладів загальної середньої освіти.

В результаті проведеного дослідження встановлено структуру харчового статусу підлітків 10–16 років в якій переважає оптимальний ХС (69,20 %) порівняно зі зниженим ХС (12,87 %) та підвищеним ХС (17,93 %). Статеві особливості ХС полягають у формуванні оптимального (53,49±2,54 %, t=2,1, p<0,05) та зниженого рівнів (60,71±2,89 %, t=6,2, p<0,001) за рахунок дівчат, підвищеного рівня ХС не залежно від статі (хлопці – 47,44±2,25 %, дівчата 52,56±2,49 %).

Встановлено зниження з віком оптимального харчового статусу. У хлопців у препубертатному періоді домінує оптимальний та знижений харчовий статут. У дівчат оптимальний харчовий статус притаманний препубертатному періоду, підвищений – у пубертатному періоді. Підвищений харчовий статус у хлопців та знижений харчовий статус у дівчат не пов'язані з віком. Визначено провідні, значимі та потенційні мотиви дотримання правил здорового харчування, які стали основою практичних рекомендацій з оптимізації здоров'язбережувальної діяльності у закладі загальної середньої освіти: діагностика та робота з профілактики прокрастинації, профілактика орторексії, практичні тренінги.

ЛІТЕРАТУРА

1. Даниленко Г. М., Авдієвська О. Г. Промоція здоров'я та харчовий статус підлітків великого промислового міста. *Український журнал дитячої ендокринології*. 2021. № 4. С. 27–33. http://doi.org/10.30978/uJPe2021-4-27

2. Демінська Л. О. Аналіз змісту й умов використання здоров'язберігаючих технологій у системі загальноосвітніх шкіл. Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2010. № 11. С. 23–26.

3. Калиниченко І. О., Стеценко О. В., Стеценко Н. М., Стефаник Т. В. Оцінка стану здоров'я школярів загальноосвітніх навчальних закладів різного типу. *Вісник СумДУ. Серія 172 «Медицина»*. 2012. № 1. С. 172–177.

4. Латіна Г. О. Гігієнічна оцінка харчового статусу учнів середнього шкільного віку. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2020. Т. 5, № 1 (23). С. 348–353. http://doi.org/10.26693/jmbs05.01.348

5. Нікіфорова Я. В. Взаємозв'язок харчової поведінки з метаболічними чинниками ризику. *Сучасна гастроентерологія*. 2015. № 3 (83). С. 113–121. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/SGastro_2015_3_16

6. Няньковський С. Л., Пасічнюк І. П. Оцінка нутритивного статусу школярів 1–11-х класів міста Львова. Здоровье ребенка. 2016. № 1 (69). С. 77–81.

7. Слабкий Г. О., Миронюк В. І., Качала Л. О. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст. Україна. Здоров'я нації. 2017. № 3. 24–31. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2017_3_8

8. Фактори ризику неінфекційних захворювань в Україні у 2019 році. Короткий огляд результатів дослідження STEPS, поетапного підходу ВООЗ до епідеміологічного нагляду за факторами ризику НІЗ (STEP wise approach to noncommunicable disease risk factor surveillance) та порівняння з іншими вибраними країнами. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/469174/Risk-factors-NCD-Ukraine-summary-ukr.pdf

9. Bardov V. G. Hygiene and ecology. 2nd ed. Vinnytsya : Nova Knyha Publishers, 2018. P. 688.

10. Selmani A., Coenen M., Voss S. et al. Health indices for the evaluation and monitoring of health in children and adolescents in prevention and health promotion: a scoping review. BMC Public Health. 2021. 21. C. 2309. https://doi.org/10.1186/s12889-021-12335-x

Information about the authors:
Latina Hanna Oleksandrivna,
Candidate of Biological Sciences,
Associate Professor at the Department of public health and medical and biological fundamentals of physical culture
Sumy State Pedagogical University named after A. S. Makarenko
87, Romenska str., Sumy, 40002, Ukraine

Zaikina Hanna Leonidivna,
Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor,
Vice Rector for Scientific and Pedagogical (Educational and Social) Work
Sumy State Pedagogical University named after A. S. Makarenko
87, Romenska str., Sumy, 40002, Ukraine