

Дмитро Г. Шушпанов  
**СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СПОЖИВАННЯ  
 ПРОДУКТІВ ХАРЧУВАННЯ ТА ЇХ ВПЛИВ НА СТАН  
 ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ**

*У статті виявлено сучасні особливості споживання продуктів харчування різними демографічними та соціально-економічними групами населення (за статтю, віком, сімейним становищем, соціальним статусом, доходом та місцем проживання) в Україні. У результаті виділено групи ризику серед населення, для яких споживання продуктів харчування є однією з провідних детермінант здоров'я. Оцінено роль енергетичної цінності спожитих продуктів харчування для здоров'я різних децильних груп населення України. Окреслено пріоритетні напрями поліпшення доступності та якості харчування з метою збереження здоров'я населення.*

*Ключові слова:* споживання; продукти харчування; здоров'я населення; доходи населення.

*Рис. 3. Табл. 3. Літ. 20.*

Дмитрий Г. Шушпанов  
**СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ  
 ПОТРЕБЛЕНИЯ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ И ИХ ВЛИЯНИЕ  
 НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ**

*В статье выявлены современные особенности потребления продуктов питания различными демографическими и социально-экономическими группами населения (по полу, возрасту, семейному положению, социальному статусу, доходам, месту жительства) в Украине. В результате выделены группы риска среди населения, для которых потребление продуктов питания является одной из ведущих детерминант здоровья. Оценена роль энергетической ценности потребляемых продуктов питания для здоровья разных децильных групп населения Украины. Определены приоритетные направления улучшения доступности и качества питания с целью сохранения здоровья населения.*

*Ключевые слова:* потребление; продукты питания; здоровье населения; доходы населения.

Dmytro G. Shushpanov<sup>1</sup>  
**SOCIOECONOMIC FEATURES OF FOOD CONSUMPTION AND  
 THEIR INFLUENCE ON POPULATION HEALTH IN UKRAINE**

*The article outlines today's features of food consumption by various demographic, social and economic groups (by gender, age, marital status, social status and income, place of residence) in Ukraine. As a result, it defines the risk groups of population for whom food consumption is one of major determinants of health. The study also evaluates the role of the energy value of consumed food for health of various decile population groups in Ukraine and sets the priorities in improving the availability and quality in maintaining population health.*

*Keywords:* consumption; food products; population health; population incomes.

**Постановка проблеми.** Їжа є однією з основних потреб людини, тому харчування є важливою детермінантою, що визначає здоров'я. Обсяги та якість харчування залежать від багатьох чинників, як на макрорівні, так і на рівні індивідуума. Провідними серед цих чинників є соціально-економічні, зокрема, продовольча безпека, за відсутності якої громадяни не впевнені у можливості придбати продукти харчування потрібної якості та у відповідній кількості. Відсутність продовольчої безпеки є перешкодою для повноцінного харчу-

<sup>1</sup> Ternopil National Economic University, Ukraine.

вання. Населення відчуває продовольчу небезпеку в разі скорочення власних доходів, меншого споживання фруктів та овочів, молочних і м'ясних продуктів, продуктів, що містять багато вітамінів тощо. Це, своєю чергою, негативно позначається на стані здоров'я населення. Зокрема, сучасні показники стану здоров'я населення України (смертності та захворюваності) є незадовільними та певну роль у цьому відіграє неповноцінне харчування.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Незважаючи на те, що над обґрунтуванням значення продовольчої безпеки та якості харчування для здоров'я населення працюють не тільки окремі фахівці, але й установи на глобальному, регіональному і національному рівнях, досягти остаточного розуміння цього питання не вдається. Складність, як з методологічної, так й з практичної точок зору, полягає в тому, що суспільний розвиток за останні десятиріччя є надзвичайно динамічним. Зокрема, змінюються технології виробництва харчових продуктів, медичні технології, з'являються нові інфекції тощо. Ці зміни потребують інноваційних підходів до оцінювання зв'язку «дохід – харчування – здоров'я», особливо з позиції регулювання політики в сфері збереження здоров'я.

Існуючі підходи у світовій та українській науці можна поділити на два основні напрями: медичний, пов'язаний із дослідженням зв'язку «харчування – хвороба» [16; 18] та соціально-економічний, за яким харчування розглядається як одна із соціально-економічних детермінант здоров'я [17; 19]. Серед досліджень українських науковців, в яких порушується питання залежності стану здоров'я населення від рівня його харчування, потрібно відзначити праці М.П. Гулич [3] (соціально-гігієнічний аспект), Т.С. Грузевої [2], В.І. Корсака [5], Е.М. Лібанової [10], Н.О. Рингач [7] (соціально-економічний аспект) та ін. Однак ці дослідження не охоплюють усього спектру проблем. Крім цього, як ми вже зазначали, динамічність політичних та соціально-економічних процесів в українському соціумі вимагають їх постійного моніторингу, зокрема, важливим є оцінювання впливу продовольчої безпеки та рівня споживання продуктів харчування (СПХ) на здоров'я населення.

**Мета дослідження** – обґрунтування соціально-економічних особливостей споживання продуктів харчування та їх впливу на стан здоров'я населення України для розробки пріоритетних напрямів політики збереження здоров'я в частині поліпшення доступності та якості харчування.

**Основні результати дослідження.** Продовольча безпека має важливе значення для підтримання здоров'я і добробуту населення. Концептуально існує різниця між продовольчою безпекою певної території (наприклад, регіону, країни) та населення (або домашніх господарств). У нашому дослідженні мова буде йти про продовольчу безпеку населення, під якою ми розуміємо доступність «здорових» продуктів харчування високої якості для населення.

Багато епідеміологічних та інших досліджень вказують на зв'язок харчування із захворюваністю та смертністю, насамперед, від хвороб системи кровообігу, злоякісних новоутворень, жовчнокам'яної хвороби, ожиріння, подагри та ін. Тобто, здоров'я та харчування нерозривні. Перша умова здоров'я – це наявність їжі як такої. За оцінками Продовольчої та сільськогосподарської організації ООН (ПСО ООН) [6], станом на кінець 2015 р. у світі 795 млн насе-

лення (приблизно кожен восьмий мешканець планети) потерпали від хронічного недоїдання (нестачі енергії, яку отримують з їжею).

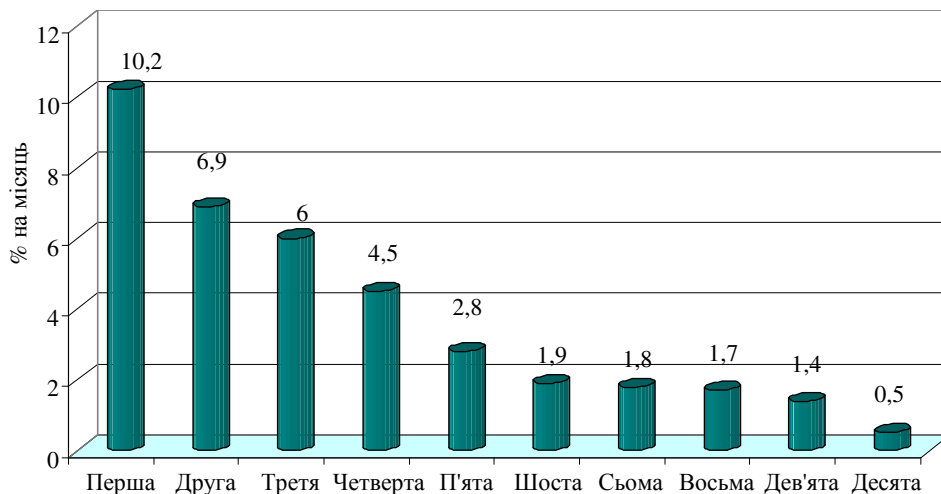
У глобальному розумінні голоду, який трактується як нестача продовольства, в Україні немає. Однак, за даними обстеження, яке щорічно проводить Державна служба статистики України (ДССУ) [8], у 2014 р. 534853 (або 3,7%) домогосподарствам не вдалося забезпечити наявним рівнем доходу навіть достатнє харчування. Причому це більше від 2013 р. на 0,2 пункти та на 0,8 пунктів – від 2011 року. Таке зростання пояснюється високим рівнем інфляції та зuboжінням населення, тобто соціально-економічними детермінантами.

Як не парадоксально, але ситуація щодо недостатньої доступності продуктів харчування ще донедавна була гіршою в сільській місцевості, де у 2013 р. не вдалося забезпечити достатнє харчування 4,8% домогосподарствам (проти 2,9% у міських поселеннях). Однак у 2014 р. ситуація змінилася: суттєво зросла частка тих, кому не вдалося забезпечити навіть достатнє харчування вже у міських поселеннях – до 3,9%, у той час як у сільській місцевості показник скоротився до 3,4%. Тобто інфляційні процеси, зростання цін на продукти харчування найбільше позначилися на мешканцях міст, що є цілком логічно, адже вони не займаються сільськогосподарським виробництвом. У будь-якому випадку, згідно із даними опитування, здоров'я населення власне міських домогосподарств поставлено під загрозу через недостатню доступність продуктів харчування. Отже, це – перша група ризику.

Розподіл домогосподарств за самооцінкою рівня доходів залежно від їх чисельного складу свідчить, що найбільший ризик недостатньо харчуватися мають домогосподарства з однією особою (6,1%) або з 5 та більше особами (5,1%). Це означає, що одинакам, які не мають підтримки від інших, або великим за кількістю домогосподарствам, що, як правило, мають багато дітей, важче себе забезпечити. Щодо кількості дітей у домогосподарствах, маємо чітку тенденцію: чим більше дітей, тим вище ймовірність опинитися в групі тих домогосподарств, яким не вдається забезпечити достатнє харчування: 3,0% із однією дитиною, 4,5% із двома дітьми, 11,0% – з трьома, 17,0% із чотирма. До групи ризику також найбільше потрапляють домогосподарства із однією особою в працездатному віці (6,7%) та двома і більше особами у непрацездатному віці (4,2%). За останні роки ситуація змінилася не на користь осіб у непрацездатному віці.

Розподіл домогосподарств за самооцінкою рівня їх доходів залежно від розміру середньодушових еквівалентних загальних доходів свідчить, що навіть деяким домогосподарствам, які мали досить високі середньодушові еквівалентні загальні доходи (понад 3720 грн) не вдалося забезпечити навіть достатнє харчування (0,3%, або 2424 домогосподарства). Хоча в цьому випадку варто врахувати також суб'єктивність самооцінки та відсутність чітких критеріїв поняття «достатнє харчування». За відсутності такого критерію респонденти визначають цей рівень самостійно. При цьому можна припустити, що різні соціальні страти «достатнє харчування» трактуватимуть по-різному: для найнижчої соціальної страти це може бути хліб, молоко, крупи, у той час як для вищих страт це може бути, наприклад, морська риба. Тим не менше, най-

більша частка домогосподарств, яким не вдалося забезпечити навіть достатнє харчування серед домогосподарств, які належать до першої (найнижчої) децильної групи – 10,2%. Найвищий – у десятій (вищій) групі – 0,5% (рис. 1).



**Рис. 1. Частка домогосподарств України, яким не вдалося забезпечити достатнє харчування, за самооцінкою рівня їх доходів, за децильними групами залежно від розміру середньодушових еквівалентних грошових доходів (2014 рік), побудовано за даними [8]**

Існують також регіональні відмінності у розподілі домогосподарств, яким не вдалося забезпечити навіть достатнє харчування за самооцінкою рівня доходів. Найвищі показники у Карпатському (8,9%), Донецькому (6,6%) та Подільському (4,1%) економічних районах. Присутність у цьому переліку Донецького економічного району (Донецька та Луганська область) цілком зрозуміла через АТО. Високі показники західних областей можна пояснити низьким рівнем зайнятості та відповідно невисокими доходами, а також вищими вимогами населення цього регіону до стандартів життя. До речі, найвищий показник в Україні за останні роки стабільно має Закарпатська область (у 2014 р. – 45,5%). Навіть зважаючи на певну суб'єктивність наведених даних, адже самооцінка не може бути абсолютно точною, цифри доволі високі.

З метою ґрунтовного оцінювання соціально-економічних детермінант здоров'я населення у серпні 2015 р. було проведено авторське соціологічне опитування: «Сучасний стан та детермінанти здоров'я населення України» за сприяння Українського центру вивчення громадської думки «Соціоінформ». Загалом було опитано 1200 респондентів з усіх регіонів України (за винятком окупованої АР Крим). Вибіркова сукупність – випадкова, стратифікована за статеві-віковими групами (особи від 18 років і старше), типом населеного пункту (місто / сит / село) та областями.

Серед запитань були такі, що стосувались оцінки рівня харчування населення. За результатом оцінювання встановлено, що 9,3% опитаних оцінили своє харчування як погане (8,9%) або дуже погане (0,4%), дуже добре та добре – понад половина населення, що в цілому відповідає обстеженням, які прово-

дить ДССУ. Серед чоловіків виявилось більше таких, які оцінили своє здоров'я як погане (9,2%) або дуже погане (0,5%), ніж серед жінок (8,7% та 0,3% відповідно). Однак при цьому респондентів-жінок, які оцінюють своє здоров'я як добре та дуже добре, менше (54,5%), ніж респондентів-чоловіків (48,5%).

Опитуванням підтверджено, що харчування суттєво залежить від доходів населення (табл. 1). 90% осіб, місячний дохід яких перевищує 5 тис., оцінюють своє харчування як добре та дуже добре. 54% тих, хто має місячний дохід менше 2 тис. грн, оцінює своє харчування як задовільне, погане або дуже погане. Коефіцієнт кореляції Пірсона між доходами та харчуванням населення становить  $r = 0,239$  при високій статистичній значимості  $p \leq 0,001$  (табл. 2). Ще більші значення кореляції зафіксовано між СПХ та соціальним статусом опитаних  $r = 0,337$ ,  $p \leq 0,001$ . Це свідчить про те, що дохід не завжди визначає вірний вибір продуктів харчування особою. Значну роль тут відіграє освіта, культура, виховання та інші характеристики, рівень яких часто прямо пропорційний соціальному статусу.

**Таблиця 1. Оцінка зв'язку між споживанням продуктів харчування та рівнем доходу населення України, авторська розробка**

Як Ви оцінюєте своє харчування?		Який на даний час дохід на 1 члена Вашої сім'ї (у середньому за місяць), тис. грн:						Разом
		до 1	1-2	2-3	3-5	5-10	понад 10	
<b>Дуже добре</b> (збалансоване, різноманітне, з дотриманням режиму харчування 3-4 рази на добу)	осіб	9	21	18	3	9	0	60
	%	15,0	35,0	30,0	5,0	15,0	0,0	100,0
<b>Добре</b> (недостатньо різноманітне, однак регулярно споживаю овочі, фрукти, рибу, м'ясо)	осіб	79	264	145	55	10	1	554
	%	14,3	47,7	26,2	9,9	1,8	0,2	100,0
<b>Задовільне</b> (одноманітне, недостатньо споживаю овочів, фруктів, риби, м'яса, режиму харчування не дотримуюсь)	осіб	99	260	74	21	2	0	456
	%	21,7	57,0	16,2	4,6	0,4	0,0	100,0
<b>Погане</b> (лише інколи споживаю овочі, фрукти, рибу, м'ясо, надаючи перевагу дешевим продуктам)	осіб	34	63	9	1	0	0	107
	%	31,8	58,9	8,4	0,9	0,0	0,0	100,0
<b>Дуже погане</b> (недоїдаю)	осіб	5	0	0	0	0	0	5
	%	100	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
<b>Важко відповісти</b>	осіб	3	11	4	0	0	0	18
	%	16,7	61,1	22,2	0,0	0,0	0,0	100,0
Разом	осіб	229	619	250	80	21	1	1200
	%	19,1	51,6	20,8	6,7	1,7	0,1	100,0

Проведене дослідження підтверджує дані ДССУ й в тій частині, які стосуються залежності СПХ та місця проживання. За нашими даними, частка тих, хто має погане або дуже погане харчування, в сільській місцевості менше – 6,9% опитаних, у той час як у міських поселеннях – 10,6%.

Таблиця 2. Коефіцієнти кореляції між споживанням продуктів харчування та соціальним статусом і доходами населення, авторська розробка

	Значення (r)	Зміщення (p)	Похибка	95% довірчий інтервал	
				Нижня	Верхня
Дохід	0,239	0,001	0,026	0,189	0,288
Соціальний статус	0,337	0,001	0,029	0,396	0,280
Кількість спостережень (N)	1200	0	0	1200	1200

Виявлено незначний зв'язок між СПХ та рівнем здоров'я (наявністю або відсутністю хронічного захворювання). Шанси не мати жодного захворювання зростають із зростанням якості харчування ( $r = 0,166$  ( $0,106 - 0,222$ ),  $p < 0,001$ ). Також необхідно зауважити, що серед окремих хвороб найвищу обернену кореляційну залежність від харчування мають хвороби кровоносної системи ( $r = -0,160$  ( $-0,106 - -0,218$ ),  $p < 0,001$ ).

Наступним важливим складником зв'язку «дохід – харчування – здоров'я» є якісні параметри харчування. Адже метою продовольчої безпеки є збільшення доступу населення не просто до харчування, а до здорової їжі для активного, здорового способу життя на стійкій основі.

Цей складник варто розглядати із двох позицій, що пов'язані між собою: якість продуктів харчування та раціональність харчування.

Більш якісні продукти харчування («здорові продукти»), виготовлені на основі натуральної сировини або представляють собою цю сировину, як правило, дорожчі. Тому вони важкодоступні для осіб/домогосподарств із низькими доходами. Щоправда, як свідчить значна частина досліджень щодо якості продуктів харчування, в Україні мало «здорових продуктів» і торгових мереж, які їх розповсюджують. Гострою потребою, яка є зараз для України, є розподіл торгових мереж на категорії:

- такі, що торгують тільки продуктами з натуральної сировини;
- такі, що торгують переважно продуктами з натуральної сировини;
- такі, що торгують будь-якими продуктами в межах чинного законодавства.

Така практика існує у багатьох країнах. Завдяки цьому людина з високим або середнім рівнем доходу має вибір, які продукти їй купувати та споживати. На жаль, в Україні у більшості населених пунктах населення з будь-яким рівнем доходу позбавлене можливості вибору якісних продуктів харчування через недостатній державний контроль якості, низький рівень соціальної відповідальності як з боку виробників, так й з боку тих, хто реалізовує продукцію. Така ситуація є однією з головних передумов нераціонального харчування населення.

Оцінювати якість харчування можна кількома методами: за спожитими кілограмами, кілокалоріями та співвідношення між спожитими білками, жирами та вуглеводами. Сучасні рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), ПСО ООН, Європейської організації з безпеки харчових продуктів та інших міжнародних організацій ґрунтуються на використанні при оцінці значення продуктів харчування для здоров'я їх енергетичну цін-



ність і вміст поживних речовин у спожитих продуктах, не виключаючи при цьому обсяги спожитих кілограм певних продуктів харчування на душу населення [6].

Детальний аналіз СПХ в домогосподарствах за децильними групами за рівнем середньодушових еквівалентних загальних доходів показує суттєву диференціацію між першою та десятою децильними групами у споживанні всіх продуктів, особливо фруктів, ягід, горіхів, винограду – у 2,32 раза, м'яса і м'ясопродуктів – у 2,21 раза, масла – 2,00, молока та молочних продуктів – у 1,89 раза, риба і рибопродукти – у 1,83 раза (табл. 3). Хоча ці співвідношення за останні роки зменшуються, їх значення залишаються високими і свідчать про нерівність у доступності продуктів харчування між різними верствами населення та низький рівень продовольчої безпеки населення, що має низький рівень доходів. Враховуючи, те, що більшість із перерахованих груп продуктів власне належать до рекомендованих дієтологами та іншими спеціалістами до споживання як «здорові» продукти харчування, можна говорити про те, що низький дохід – це високий ризик здоров'ю.

Аналіз динаміки споживання продуктів харчування в домогосподарствах першої та десятої децильних груп у період 2000–2014 рр. свідчить про те, що суттєво зросло споживання усіх (крім картоплі) продуктів у першій групі та скоротилося споживання більшості продуктів (крім м'яса і м'ясопродуктів; фруктів, ягід, горіхів, винограду) у десятій групі. У першій групі особливо зросло споживання м'яса і м'ясопродуктів; риби і рибопродуктів (понад два рази); молока і молочних продуктів; яєць, олій та інших рослинних жирів; фруктів, ягід, горіхів, винограду (понад 1,5 раза). На жаль, позитивна тенденція щодо зростання споживання продуктів як у першій децильній групі, так і низки продуктів у десятій у 2000–2009 рр. змінилася на суттєве зниження споживання у 2010–2014 рр., що мабуть було пов'язано з наслідками світової фінансової кризи 2008 р. та досить високим рівнем інфляції в Україні за ці роки. У 2013–2014 рр. зазначена тенденція на зниження споживання зберігалася.

Важливим аспектом оцінювання рівня СПХ є структура їх споживання. Найбільшу частку в обох децильних групах має молоко та молочні продукти. На другому місці у структурі СПХ у першій децильній групі є хліб і хлібні продукти (17,9%), у той час як на другому місці у десятій децильній групі – овочі та баштанні (15,8%). Крім цього, інші «здорові» продукти також мають вищу питому вагу у цій групі домогосподарств.

Варто зауважити, що за споживанням багатьох груп продуктів перша децильна група суттєво поступається раціональній нормі споживання продуктів, затвердженій Міністерством охорони здоров'я України (МОЗ України). Насамперед, це стосується молока і молочних продуктів (31,2% від раціональної норми), споживання фруктів, ягід, горіхів, винограду (41,3), м'яса і м'ясопродуктів (43,3). Суттєвим є «дефіцит» споживання цих продуктів першою децильною групою порівняно із споживанням в ЄС. Деякі продукти харчування споживаються недостатньо та серед десятої децильної групи, насамперед фрукти, ягоди, виноград, молоко і молочні продукти. Хоча відхилення від норм у цьому випадку значно менше, ніж у першій децильній групі, варто

Таблиця 3. Споживання продуктів харчування в домогосподарствах першої та десятої децильних груп за рівнем середньодушових еквівалентних загальних доходів в Україні (у середньому за місяць у розрахунку на одну особу, кг)\*

	За децильними групами (2014 р.)		Співвідношення між десятою та першою децильними групами, %	Рациональна норма споживання	Індекс достатності споживання продуктів за децильними групами до рациональної норми, %		Індекс достатності споживання продуктів за децильними групами України до споживання в ЄС, %		
	Перша	Десята			Перша	Десята	Перша	Десята	
									Споживання в ЄС (2011 р.)
М'ясо і м'ясопродукти, кг	2,9	6,4	2,21	6,7	0,43	0,96	7,9	0,37	0,81
Молоко і молочні продукти, кг	9,9	18,7	1,89	31,7	0,31	0,59	20	0,50	0,94
Яйця, шт.	18	23	1,28	24,2	0,74	0,95	18,5	0,97	1,24
Риба і рибопродукти, кг	1,2	2,2	1,83	1,7	0,71	1,29	2	0,60	1,10
Цукор (включаючи цукор у кондитерських виробках), мед, кг	2,4	3,5	1,46	3,2	0,75	1,09	3,4	0,71	1,03
Олія і жири, кг	1,1	1,6	1,45	1,1	1,00	1,45	1,7	0,65	0,94
Овочі та баштанні культури, кг	6,7	11,6	1,73	13,4	0,50	0,87	9,7	0,69	1,20
Фрукти, ягоди, виноград, кг	3,1	7,2	2,32	7,5	0,41	0,96	9,2	0,34	0,78
Хліб і хлібні продукти, кг	7,8	9,4	1,21	8,4	0,93	1,12	7,6	1,03	1,24

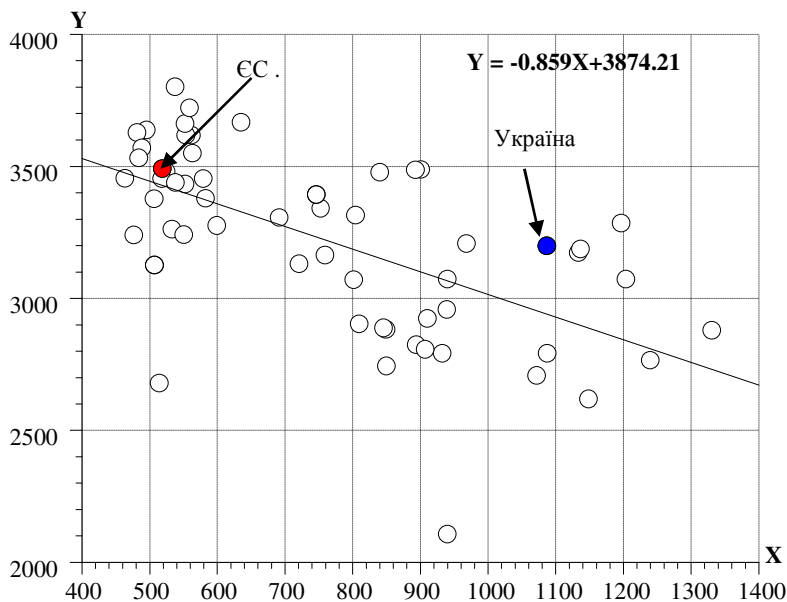
\* побудовано за даними [1; 9; 13].



зауважити, що фрукти та овочі є важливим компонентом здорового життя. Нові наукові дані вказують на те, що регулярне низьке споживання фруктів і овочів може служити фактором ризику хронічних захворювань, таких як хвороби системи кровообігу та деякі види раку [12; 20]. За підрахунками ВООЗ, на частку низького споживання фруктів та овочів припадає близько 11% всіх випадків смерті в результаті ішемічної хвороби серця і 9% всіх випадків смерті в результаті інсульту [15].

За методологією ПСО ООН, нерівність у споживанні вимірюється за допомогою коефіцієнта варіації енергетичної цінності спожитих продуктів харчування. Цей показник складається з двох основних компонентів: перший відображає нерівність СПХ, обумовлену доходами, другий – нерівність, пов'язану з біологічними чинниками (стать, вік і вага членів домашніх господарств).

При високому значенні коефіцієнта варіації (30 та більше) нерівномірність розподілу енергії серед населення пов'язана, насамперед, з нерівномірністю розподілу доходів. При низькому значенні (близько 20) нерівномірність обумовлена головним чином біологічними чинниками. В Україні значення коефіцієнта варіації хоч і має тенденцію до зниження, залишається доволі високим – 33,06% у 2013 р. (у 2007 р. – 40,9). Це свідчить про нерівномірність доступу до продовольства серед населення, обумовлену розходженням у рівні доходів.



X – Стандартизований коефіцієнт смертності від усіх причин (все населення) на 100000  
Y – Середня кількість калорій на одну людину на добу (Ккал)

**Рис. 2. Кореляція між рівнем смертності населення та кількістю спожитих кілокалорій в Європі, 2013 р., побудовано за даними [14]**

Дослідження енергетичної цінності харчування у країнах Європи доводять, що існує досить високий зворотний зв'язок між ним та рівнем смертності населення ( $r = -0,611$  ( $-0,751 - -0,418$ ),  $p < 0,05$ ) (рис. 2). Тобто, чим більше

калорій споживає населення – тим нижче рівень смертності. У розрізі причин смертності та захворюваності в Європі найбільший зв'язок енергетичної цінності харчування із смертністю від хвороб системи кровообігу ( $r = -0,662$  ( $-0,786 - -0,486$ ),  $p < 0,05$ ) та туберкульозу ( $r = -0,505$  ( $-0,675 - -0,283$ ),  $p < 0,05$ ), а також із захворюваністю туберкульозом ( $r = -0,516$  ( $-0,683 - -0,297$ ),  $p < 0,05$ ). Це, власне, ті причини смертності та захворюваності, показники яких в Україні суттєво вищі за європейські. Тому поліпшення якості і структури харчування є одним із пріоритетних напрямків їх зниження.

Аналіз енергетичної цінності харчування серед населення України свідчить, що загальна кількість спожитих кілокалорій суттєво менша у першій децильній групі: 2614 Ккал проти 3793 Ккал у середньому за добу на одну особу у десятій децильній групі (рис. 3). Аналіз динаміки цих показників за останні роки показує зниження їх величин в першій групі та зростання – в десятій. Це може бути однією з детермінант вищого рівня захворюваності та, можливо, і смертності серед населення першої децильної групи. Хоча слід зауважити, що оцінка співвідношення між цими показниками з наукової точки зору є дещо суб'єктивною, адже є узагальненою і не враховує споживання в розрізі окремих статевих-вікових груп населення, для яких формування норми споживання кілокалорій за добу є різними (навіть індивідуальними).

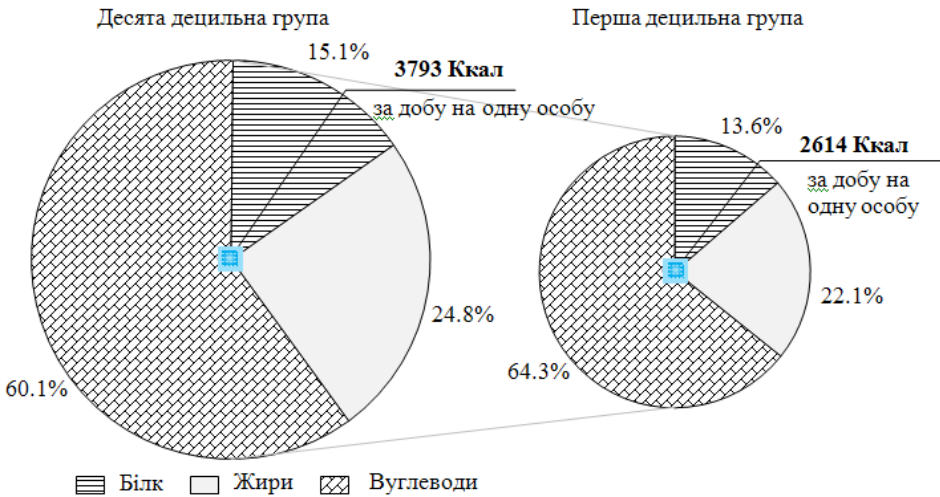


Рис. 3. Енергетична цінність і вміст поживних речовин у спожитих у домогосподарствах продуктах харчування у першій та десятій децильній групах в Україні у 2014 р., побудовано за даними [1]

Збалансованість раціону харчування, яке споживає населення, визначається за міжнародними стандартами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), відповідно до яких, частка білків не повинна бути нижчою або вищою 10–15%, частка жирів повинна бути в межах 15–30%, частка вуглеводів – 55–75%. Проте ці співвідношення були запропоновані з урахуванням того, що значна частина населення світу (слаборозвинені країни) страждає від голоду та недоїдання. Останні дослідження науковців в економічно розвине-

них країнах пропонують таку оптимальну для здоров'я енергетичну структуру споживання: білки – 21–24%, жири – 30–33% (насичені жири мають становити не більше 12%), вуглеводи – 46% [11]. У середньому, по ЄС, частка білків у структурі споживання становить 11–14%, жирів – 35–40%, вуглеводів – 46–50%. Причому спостерігається висока обернена кореляція між стандартизованим коефіцієнтом смертності від усіх причин ( $r = -0,778$  ( $-0,863 - -0,650$ ),  $p < 0,05$ ), хвороб кровоносної системи ( $r = -0,797$  ( $-0,875 - -0,678$ ),  $p < 0,05$ ), органів травлення ( $r = -0,598$  ( $-0,742 - -0,402$ ),  $p < 0,05$ ), туберкульозу ( $r = -0,645$  ( $-0,774 - -0,464$ ),  $p < 0,05$ ), а також захворюваності на туберкульоз ( $r = -0,754$  ( $-0,847 - -0,615$ ),  $p < 0,05$ ) з споживанням жирів. Тобто, споживання жирів у межах 35–40% знижує ризик захворюваності та смертності від зазначених причин. Однак варто загострити увагу на тому, що у багатьох європейських країнах у структурі споживання жирів переважають ненасичені.

В Україні продукти тваринного походження становлять 28,9% від усіх спожитих продуктів. У першій децильній групі цей відсоток вищий. Крім цього, цей показник щороку зростає (у 2000 р. він склав 23,0%). Високий рівень споживання жирів такого походження є передумовою для низки захворювань органів травлення, кровоносної системи, ендокринних порушень (ожиріння) тощо.

Аналіз раціону харчування домогосподарств України за останні роки свідчить, що структура споживання перебуває у межах рекомендованих ВООЗ, у як в десятій, так і в першій децильних групах. Однак, враховуючи більш сучасні рекомендації, що використовуються в розвинених країнах, в Україні, як в десятій, так і в першій децильних групах, з одного боку, недостатнє споживання білків та жирів, а з іншого – суттєво вищий рівень споживання вуглеводів (рис. 3). Хоча при цьому десята децильна група більше наближена до оптимального співвідношення, адже має меншу частку вуглеводів у структурі споживання і дещо більшу частку білків і жирів, ніж у першій групі. Населення цієї групи недостатньо споживає білків і жирів, але забагато вуглеводів. А як відомо [4], дефіцит білка знижує рівень імунітету та стійкість організму до інфекцій, водночас надлишок вуглеводів призводить до ожиріння та цукрового діабету.

#### **Висновки та перспективи подальших досліджень:**

1. Проведений аналіз виявив взаємозв'язок між такими соціально-економічними детермінантами здоров'я населення як дохід, соціальний статус, СПХ. З'ясовано, що в Україні значна частина населення (близько 9,3–9,5%) не може забезпечити собі достатній рівень харчування. Щороку частка такого населення зростає. Існує суттєва диференціація у СПХ між першою та десятою децильними групами населення (розподіл за доходами), як за рівнем споживання окремих продуктів, так і за енергетичною цінністю. Порівняльний аналіз харчування першої та десятої децильних груп за рівнем середньодушових еквівалентних загальних доходів в Україні дає підстави для висновку, що високі доходи є однією з передумов більш якісного, раціонального, «здорового» харчування.

2. Порівняльний аналіз СПХ та їх енергетичної цінності в Україні та ЄС засвідчив недостатність споживання українцями: фруктів, ягід, винограду;

м'яса та м'ясних продуктів. Особливо це стосується першої децильної групи, для якої ця нестача є дуже суттєвою. Також в Україні нижча енергетична цінність харчування та незначний дисбаланс у споживанні білків, жирів та вуглеводів із більшою часткою останніх. Даний факт є однією з причин надвисокого рівня захворюваності та смертності від хвороб системи кровообігу та туберкульозу.

3. За результатами проведеного аналізу в Україні можна виділити найбільшу зону ризику для здоров'я населення через недостатнє харчування: це багатодітні сім'ї або особи непрацездатного віку з низьким рівнем доходу (перша децильна група), які проживають у міських поселеннях західних областей України або в Донецькому регіоні.

4. Сприяння «здоровому» харчуванню з метою збереження здоров'я нації, має охоплювати низку заходів, спрямованих на покращення культури харчування:

- пріоритетність споживання продуктів рослинного походження, фруктів, овочей, бобових, цільнозернових продуктів і горіхів;
- заміна насичених жирів на ненасичені, виключення трансжирних кислот; обмеження споживання вільного цукру тощо.

5. Ключовим моментом покращення якості харчування є підвищення доходів населення, а також просвітницькі заходи, спрямовані на навчання як дітей, так і дорослих. Необхідно запроваджувати у навчальних закладах «фреш-кіоски» (продають свіжі фрукти та соки з них), розширювати у засобах масової інформації рекламу здорового харчування, мотивувати лікарів проводити бесіди про користь такого харчування, знижувати мито на імпортовані фрукти та овочі та збільшити акцизний збір із продажу «шкідливих» продуктів, жорстко контролювати якість продуктів харчування.

6. Підхід до збереження здоров'я має бути комплексним, не обмежуватись тільки покращенням харчування, охоплювати усі сфери, які його детермінують: зростання доходів, підвищення рівня освіти населення щодо збереження здоров'я, розширення можливостей соціального маркетингу, збільшення доступності медичних товарів та послуг тощо.

1. Витрати і ресурси домогосподарств України у 2014 році (за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств України): Статистичний збірник / Відп. за вип. І.І. Осипова. – К.: ДССУ, 2015. – 379 с.

Vytraty i resursy domohospodarstv Ukrainy u 2014 rotsi (za danymy vybirkovoho obstezhennia umov zhyttia domohospodarstv Ukrainy): Statystychnyi zbirnyk / Vidp. za vyp. I.I. Osypova. – K.: DSSU, 2015. – 379 s.

2. Грузева Т.С. Харчування різних груп населення України в сучасних умовах стратифікації суспільства // [www.medved.kiev.ua](http://www.medved.kiev.ua).

Hruzieva T.S. Kharchuvannia ryznykh hrup naselennia Ukrainy v suchasnykh umovakh stratyfikatsii suspilstva // [www.medved.kiev.ua](http://www.medved.kiev.ua).

3. Гулич М.П. Здоровье человека: научные основы питания // [health-ua.com](http://health-ua.com).

Gulich M.P. Zdorove cheloveka: nauchnye osnovy pitaniia // [health-ua.com](http://health-ua.com).

4. Екотрофологія. Основи екологічно безпечного харчування: Навч. посібник / Т.М. Димань, М.М. Барановський, Г.О. Білявський, О.В. Власенко, Л.В. Мороз. – К.: Лібра, 2006. – 304 с.

Ekotrofologhiia. Osnovy ekolohichno bezpechnoho kharchuvannia: Navch. posibnyk / T.M. Dyman, M.M. Baranovskiy, H.O. Biliavskiy, O.V. Vlasenko, L.V. Moroz. – K.: Libra, 2006. – 304 s.

5. Корсак В.І. Структура споживання як визначальний фактор регіональної диференціації тривалості життя населення // Науковий вісник Полтавського університету економіки і торгівлі.– 2012.– №1. – С. 105–115.

*Korsak V.I. Struktura spozhyvannia yak vyznachalniy faktor rehionalnoi dyferentsiatsii tryvalosti zhyttia naselennia // Naukovyi visnyk Poltavskoho universytetu ekonomiky i torhivli.– 2012.– №1. – S. 105–115.*

6. Положение дел в области продовольствия и сельского хозяйства. Социальная защита и сельское хозяйство: разорвать порочный круг нищеты в сельских районах / Продовольственная та селськохазяйствена організація ООН // [www.fao.org](http://www.fao.org).

*Polozhenie del v oblasti prodovolstviia i selskogo khoziaistva. Sotcialnaia zashchita i selskoe khoziaistvo: razorvat porochnyi krug nishchety v selskikh raionakh / Prodovolstvennaia ta selskokhozi- aistvennaia organizatsiia OON // www.fao.org.*

7. Рингач Н.О. Промадське здоров'я як чинник національної безпеки: Монографія. – К.: НАДУ, 2009. – 296 с.

*Rynhach N.O. Hromadske zdorovia yak chynnyk natsionalnoi bezpeky: Monohrafiia. – K.: NADU, 2009. – 296 s.*

8. Самооцінка домогосподарствами України рівня своїх доходів (за даними вибіркового опитування домогосподарств у січні 2015 року): Статистичний збірник / Відп. за вип. І.І. Осипова. – К.: ДССУ, 2015. – 76 с.

*Samoosinka domohospodarstvamy Ukrainy rivnia svoikh dokhodiv (za danymy vybirkovoho opytuvannia domohospodarstv u sichni 2015 roku): Statystychnyi zbirnyk / Vidp. za vyp. I.I. Osypova. – K.: DSSU, 2015. – 76 s.*

9. Сегеда С.А. Оцінка споживання основних продовольчих продуктів // Збірник наукових праць ВНАУ.– Серія: Економічні науки.– 2012.– №3. – С. 195–199.

*Seheda S.A. Otsinka spozhyvannia osnovnykh prodovolchyykh produktiv // Zbirnyk naukovykh prats VNAU.– Serii: Ekonomichni nauky.– 2012.– №3. – S. 195–199.*

10. Смертність населення України у трудоактивному віці: Монографія / Відпов. ред. Е.М. Лібанова. – К.: Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2007. – 211 с.

*Smertnist naselennia Ukrainy u trudoaktyvnomu vitsi: Monohrafiia / Vidpov. red. E.M. Libanova. – K.: In-t demografii ta sotsialnykh doslidzhen NAN Ukrainy, 2007. – 211 s.*

11. Carbs, Protein or Fat – How much? When? Why? // New Zealand Institute of Health and Fitness // [www.nzihf.co.nz](http://www.nzihf.co.nz).

12. Dauchet, L., Amouyel, Ph., Hercberg, S., Dallongeville, J. (2006). Fruit and Vegetable Consumption and Risk of Coronary Heart Disease: A Meta-Analysis of Cohort Studies // [jn.nutrition.org](http://jn.nutrition.org).

13. European Food Safety Authority // [www.efsa.europa.eu](http://www.efsa.europa.eu).

14. European health for all database (HFA-DB) World Health Organization Regional Office for Europe // [data.euro.who.int](http://data.euro.who.int).

15. Global Health Risks Summary // [www.who.int](http://www.who.int).

16. Jarrett, R.J. (ed.) (1979). Nutrition and disease. London: Croom Helm. 218 p.

17. Marmot, M., Wilkinson, R. (2006). Social Determinants of Health. 2nd ed. Oxford University Press. 376 p.

18. Morrison, G., Hark, L. (eds.) (2009). Medical nutrition and disease: a case-based approach. Oxford: Wiley-Blackwell. 556 p.

19. Raphael, D. (ed.) (2009). Social determinants of health: Canadian perspectives. Toronto: Canadian Scholar's Press. 475 p.

20. Wang, X. et al. (2014). Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies // [www.bmj.com](http://www.bmj.com).

Стаття надійшла до редакції 1.03.2016.