

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ**

Кафедра туристичного та готельно-ресторанного бізнесу

На правах рукопису

СЕНЬКІНА ВЕРОНІКА ІГОРІВНА

**ОРГАНІЗАЦІЯ ТА УПРАВЛІННЯ ЛІКУВАЛЬНИМ
ХАРЧУВАННЯМ У САНАТОРНО-КУРОРТНИХ ЗАКЛАДАХ:
ОСОБЛИВОСТІ ТА ВИКЛИКИ**

Спеціальність 241 Готельно-ресторанна справа
(код) (назва спеціальності)

Освітня програма Готельно-ресторанна справа
(назва)

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня бакалавра

Науковий керівник:
Тесленко Тетяна Вікторівна,
кандидат економічних наук,
доцент

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

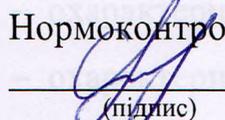
Протокол засідання кафедри

№ 8 від 02.06.2025

Завідувач кафедри

 (підпис) О. Месит (ім'я, прізвище)

Нормоконтроль

 (підпис) Наталія СЕРГІЄНКО
(Ім'я, ПРІЗВИЩЕ)

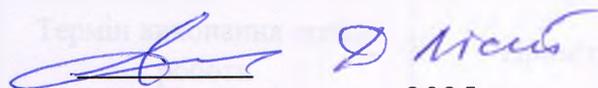
Дніпро, 2025

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ**

Кафедра туристичного та готельно-ресторанного бізнесу
Освітній ступінь бакалавр
Спеціальність 241 Готельно-ресторанна справа
Освітня програма «Готельно-ресторанна справа»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри туристичного та
готельно-ресторанного бізнесу


« _____ » _____ 2025 р.

**ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ
СЕНЬКІНОЇ ВІКТОРІЇ ІГОРІВНИ**

1. Тема роботи: **«Організація та управління лікувальним харчуванням у санаторно-курортних закладах: особливості та виклики».**
 2. Науковий керівник: кандидат економічних наук, доцент Тесленко Тетяна Вікторівна.
- Затверджено наказом вищого навчального закладу від «10» 03.2025 № 16-02
3. Термін подання роботи на кафедру: 01.06.2025 р.
 4. Мета кваліфікаційної роботи полягає в обґрунтуванні теоретико-методологічних положень та розробці практичних рекомендацій щодо організації та управління лікувальним харчуванням у санаторно-курортних закладах України.
 5. Завдання випускної кваліфікаційної роботи:
 - визначити сутність традиційних систем харчування;
 - охарактеризувати нетрадиційні види харчування та їх вплив на дієтологію;
 - охарактеризувати науково-гігієнічні основи лікувального та дієтичного харчування;
 - проаналізувати процес управління організацією харчування в санаторно-

курортних закладах України;

– виявити вплив особливостей організації харчування в закладах охорони здоров'я за кордоном на процес лікувального харчування у санаторно-курортних закладах України;

– обґрунтувати заходи з підвищення рівня організації та управління лікувальним харчуванням у санаторно-курортних закладах України.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН ВИКОНАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ

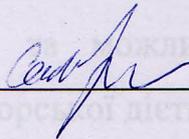
№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів роботи	Примітка
1.	Вступ	12.05.2025 р.	виконано
2.	I Розділ	12.05.2025 р.	виконано
3.	II Розділ	19.05.2025 р.	виконано
4.	III Розділ	29.05.2025 р.	виконано
5.	Робота в цілому	01.06.2025 р.	виконано

Науковий керівник _____



Тетяна ТЕСЛЕНКО

Здобувач вищої освіти _____



Вікторія СЕНЬКІНА

Дата видачі завдання 01.03.2025 р.

АНОТАЦІЯ

Сенькіна В. І. Організація та управління лікувальним харчуванням у санаторно-курортних закладах: особливості та виклики / Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «бакалавр» за спеціальністю 241 Готельно-ресторанна справа (освітньо-професійна програма «Готельно-ресторанна справа»). ВНПЗ ДГУ, Дніпро, 2025.

Структура роботи: 89 с., 14 рис., 18 табл., 43 джерела.

Перший розділ містить теоретичні основи організації та управління харчуванням з урахуванням особливостей традиційних та нетрадиційних видів харчування та їх впливу на дієтологію; науково-гігієнічні основи лікувального та дієтичного харчування.

В другому розділі роботи проведено комплексну оцінку процесу організації лікувального харчування в санаторно-курортних закладах України, проведено аналіз системи лікувального харчування в санаторії «Курорт Орлівщина» та виокремлено особливості організації харчування в закладах охорони здоров'я за кордоном, які можна запровадити в Україні.

Третій розділ кваліфікаційної роботи містить заходи з підвищення рівня організації та управління лікувальним харчуванням у санаторно-курортних закладах, що включають вдосконалення процесу складання меню з урахуванням норм законодавств, впровадження страв української кухні для лікувального харчування та можливості застосування в лікувальному харчуванні середземноморської дієти.

Ключові слова: дієтологія, дієтичне харчування, традиційна система харчування, меню, нетрадиційні види харчування, роздільне харчування, середземноморська дієта.

Список публікацій здобувача :

Сенькіна В. І., Лучанська Ю. Г. Організація та управління лікувальним харчуванням у санаторно-курортних закладах: особливості та виклики. *Актуальні проблеми та тренди розвитку систем управління в сучасних умовах [Текст] : матеріали Міжнародної науково-практичної конференції*, 26 березня 2025 р. / за заг. ред. Ю. Проїдака. Укр. держ. ун-т науки і технологій. Дніпро, 2025. С. 184-185.

ANNOTATION

Senkina V.I. Organization and management of medical nutrition in sanatoriums and resort facilities: features and challenges / Qualification work for obtaining a bachelor's degree in specialty 241 "Hotel and restaurant business" (educational and professional program "Hotel and restaurant business"). VNPZ DSU, Dnipro, 2025.

Information about the volume of the explanatory note: 89 pages, 14 figures, 18 tables, 44 sources.

The first section contains the theoretical foundations of nutrition organization and management, taking into account the characteristics of traditional and non-traditional types of nutrition and their impact on dietetics; scientific and hygienic foundations of therapeutic and dietary nutrition.

The second section of the work provides a comprehensive assessment of the process of organizing medical nutrition in sanatoriums and resort facilities in Ukraine, an analysis of the medical nutrition system in the sanatorium "Kurort Orlivshchyna" is carried out, and the features of organizing nutrition in healthcare facilities abroad that can be introduced in Ukraine are highlighted.

The third section of the qualification work contains measures to improve the level of organization and management of therapeutic nutrition in sanatoriums and resort facilities, including improving the process of menu preparation taking into account legislative norms, introducing Ukrainian cuisine dishes for therapeutic nutrition and the possibility of using the Mediterranean diet in therapeutic nutrition.

Keywords: dietetics, dietary nutrition, traditional nutrition system, menu, non-traditional types of nutrition, separate nutrition, Mediterranean diet..

List of publications of the acquirer :

Сенькіна В. І., Лучанська Ю. Г. Організація та управління лікувальним харчуванням у санаторно-курортних закладах: особливості та виклики. *Актуальні проблеми та тренди розвитку систем управління в сучасних умовах [Текст] : матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, 26 березня 2025 р. / за заг. ред. Ю. Пройдака. Укр. держ. ун-т науки і технологій. Дніпро, 2025. С.184-185.*



Звіт подібності

метадані

Назва організації

Dnipropetrovsk University of Humanities

Заголовок

ДР_Сенькина основа

Автор

Науковий керівник / Експерт

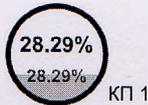
ДР_СенькинаТесленко Т.В.

підрозділ

Dnipropetrovsk University of Humanities

Обсяг знайдених подібностей

Коефіцієнт подібності визначає, який відсоток тексту по відношенню до загального обсягу тексту було знайдено в різних джерелах. Зверніть увагу, що високі значення коефіцієнта не автоматично означають плагіат. Звіт має аналізувати компетентна / уповноважена особа.



25

Довжина фрази для коефіцієнта подібності 2

15587

Кількість слів

119956

Кількість символів

Тривога

У цьому розділі ви знайдете інформацію щодо текстових спотворень. Ці спотворення в тексті можуть говорити про МОЖЛИВІ маніпуляції в тексті. Спотворення в тексті можуть мати навмисний характер, але частіше характер технічних помилок при конвертації документа та його збереженні, тому ми рекомендуємо вам підходити до аналізу цього модуля відповідально. У разі виникнення запитань, просимо звертатися до нашої служби підтримки.

Заміна букв		4
Інтервали		0
Мікропробіли		41
Білі знаки		0

Подібності за списком джерел

Нижче наведений список джерел. В цьому списку є джерела із різних баз даних. Копір тексту означає в якому джерелі він був знайдений. Ці джерела і значення Коефіцієнту Подібності не відображають прямого плагіату. Необхідно відкрити кожне джерело і проаналізувати зміст і правильність оформлення джерела.

10 найдовших фраз

Копір тексту

ПОРЯДКОВИЙ НОМЕР	НАЗВА ТА АДРЕСА ДЖЕРЕЛА URL (НАЗВА БАЗИ)	КІЛЬКІСТЬ ІДЕНТИЧНИХ СЛІВ (ФРАГМЕНТІВ)
1	https://mp1_ck.ua/%D0%BB%D1%96%D0%BA%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B5-%D1%85%D0%B0%D1%80%D1%87%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F-%D0%B4%D1%96%D1%94%D1%82%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D1%96%D1%8F/	210 1.35 %
2	https://mp1_ck.ua/%D0%BB%D1%96%D0%BA%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B5-%D1%85%D0%B0%D1%80%D1%87%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F-%D0%B4%D1%96%D1%94%D1%82%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D1%96%D1%8F/	191 1.23 %

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. Теоретичні основи організації та управління харчуванням.....	10
1.1. Характеристика традиційних систем харчування	10
1.2. Особливості нетрадиційних видів харчування та їх вплив на дієтологію	13
1.3. Науково-гігієнічні основи лікувального та дієтичного харчування	22
РОЗДІЛ 2. ОЦІНКА ПРОЦЕСУ ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ В САНАТОРНО-КУРОРТНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ	29
2.1. Управління процесом організації харчування в санаторно-курортних закладах України.....	29
2.2. Аналіз системи лікувального харчування в санаторії «Курорт Орлівщина»	44
2.3. Особливості організації харчування в закладах охорони здоров'я за кордоном.....	57
РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ЗАХОДІВ З ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА УПРАВЛІННЯ ЛІКУВАЛЬНИМ ХАРЧУВАННЯМ У САНАТОРНО- КУРОРТНИХ ЗАКЛАДАХ.....	65
3.1. Вдосконалення процесу складання меню з урахуванням норм законодавства	65
3.2. Приготування та подавання страв української кухні для лікувального харчування.....	69
3.3. Середземноморська дієта та можливість її застосування в лікувальному харчуванні.....	74
ВИСНОВКИ	79
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	83
ДОДАТКИ	88

ВСТУП

Актуальність досліджуваної теми. Досвід багатьох країн світу свідчить, що повноцінне, раціональне харчування дає позитивні результати в зниженні рівня захворюваності та поліпшенні показників здоров'я. Аналіз даних про стан здоров'я населення України, поширення захворювань, тісно пов'язаних зі станом харчування, свідчать про те, що в Україні склалася вкрай загрозна ситуація. Європейська комісія ООН провела Європейський економічний огляд у Східній Європі, у тому числі і в Україні. Встановлено зниження споживання харчових продуктів – молока, фруктів, овочів. Відзначено перехід на більш дешеві джерела калорій – збільшене споживання хліба, борошняних та кондитерських виробів [1]. Економічна та політична криза в Україні погіршує означену ситуацію та сприяє виникненню хвороб, що безпосередньо пов'язані із системою харчування, і в подальшому потребують саме лікувального та дієтичного харчування

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Проблему харчування та його вплив на здоров'я населення України в цілому та окремих груп досліджувала велика кількість науковців, зокрема М. І. Пересічний, Н. В. Цимбаліста, Н. В. Банковська, П. Карпенко, М. Гуліч, А. Гойчук, В. Власов, Л. Денисенко, І. Смірнова, В. Передерій, Н. Харченко, М. І. Кручаниця, І. С. Миронюк, Н. В. Розумикова, В. В. Кручаниця, В.В. Брич, В. П. Кіш та багато інших видатних науковців. Аналіз окремих досліджень показує, що в результаті неповноцінного харчування в Україні значно зросли:

- розлади харчування та порушення обміну речовин;
- тенденція до набирання зайвої маси тіла та поширення ожиріння;
- рівень хвороб кровообігу;
- рівень онкологічних захворювань;
- рівень психічних розладів.
- захворюваність на ендокринні хвороби;

Пригнічений стан, апатія, дисгармонія із зовнішнім світом і самим собою, як наслідки вад у харчуванні, відображаються на формуванні й засвоєнні соціальних ролей молоді, що, в свою чергу стає стаючи перепорою на шляху самореалізації і творчого вираження [1].

Метою роботи є розробка заходів щодо удосконалення процесу організації лікувального харчування в санаторно-курортних закладах України.

Досягнення мети дослідження передбачає постанову та розв'язання наступних **завдань**:

- дослідження основ організації та управління харчуванням, в тому числі лікувальним;
- характеристика традиційних та нетрадиційних видів харчування та їх вплив на дієтологію;
- дослідження науково-гігієнічних основ лікувального та дієтичного харчування;
- дослідження процесу організації харчування в санаторно-курортних закладах України;
- аналіз системи лікувального харчування в санаторно-курортних закладах Дніпра;
- оцінка можливостей щодо застосування досвіду закордонних санаторно-курортних закладів з організації лікувального харчування;
- обґрунтування заходів з підвищення рівня організації та управління лікувальним харчуванням у санаторно-курортних закладах за рахунок приготування та подавання страв української кухні та середземноморської дієти

Об'єктом дослідження є процес організації лікувального харчування.

Предметом дослідження є формування заходів з удосконалення процесу організації управління лікувальним харчуванням у санаторно-курортних закладах України.

Методологія дослідження. Базується на загальних положеннях математичної статистики та економічної теорії щодо реалізації процесу управління лікувальним харчуванням у санаторно-курортних закладах.

У кваліфікаційній роботі застосовані такі загально-наукові та конкретні **методи** досліджень, а саме:

- системний аналіз – для впровадження алгоритму проведення оцінки системи лікувального харчування в санаторно-курортних закладах;
- математичної статистики та соціального моделювання – для формування цифрового матеріалу в табличній формі та обґрунтування заходів з удосконалення процесу організації управління лікувальним харчуванням у санаторно-курортних закладах;
- якісного аналізу – для змістовної інтерпретації даних;
- графічного – для оформлення результатів виконаних досліджень.

Практична значимість одержаних результатів полягає в урахуванні отриманих результатів щодо вдосконалення процесу складання меню лікувального харчування з урахуванням норм законодавства, приготування страв української кухні та середземноморської дієти, що в подальшому призведе до підвищення рівня організації лікувального харчування в Україні та конкурентоспроможності санаторно-курортних закладів України на європейському ринку з надання відповідних послуг.

Інформаційну базу дослідження склали наукова література та періодичні видання, матеріали органів державної статистики України, Асоціації готелів та ресторанів України та світових інформаційних платформ, санаторно-курортних закладів Дніпра.

Структура кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, переліку джерел та додатків. У роботі розміщено 5 таблиць та 24 рисунка. Перелік джерел містить 43 найменування. Загальний обсяг роботи складає 89 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА УПРАВЛІННЯ

ХАРЧУВАННЯМ

1.1. Характеристика традиційних систем харчування

В культурі споживання фахівці розрізняють традиційні та нетрадиційні системи та види харчування. Традиційна їжа – це страви, які передаються з покоління в покоління або споживаються багатьма поколіннями поспіль. Формування традиційної їжі було під впливом природних, соціальних та політичних факторів [1]. Продукти харчування та страви що є традиційними мають історичний прецедент у розвитку національній кухні, регіональній кухні або місцевій кухні. Традиційні харчові продукти та напої можуть вироблятися у домашньому середовищі, у закладах громадського харчування та підприємствами харчової промисловості.

Деякі традиційні харчові продукти мають статус географічного зазначення щодо походження їх з певної території, країни, регіону або місцевості, а також відзнаку «Гарантована традиційна страва», яка визначає склад або традиційний спосіб виробництва продукту. Ці стандарти служать для популяризації та захисту назв якісних сільськогосподарських та харчових продуктів.

Незважаючи на те, що поняття традиційна і типова їжа зазвичай використовують як синоніми, вони мають суттєву різницю: «традиційна» кухня відноситься до кулінарних звичаїв, які незмінно успадковуються через передачу традицій у сім'ї або у громаді, як частина її культури та ідентичності; «типова» кухня або «популярна» кухня, це та, яка подобається у відповідний час, у відповідному місці більшості людей спільноти та масово використовується. На справді традиційна страва може бути типовою і навпаки, але не всі типові страви є традиційними і не всі традиційні страви є типовими.

Більшість традиційних страв виникли завдяки майстерності домогосподарок, які створили нові рецепти, які подобались людям та ставали популярними, поширювались довгий час й перетворювались у класичні рецепти, які склали традиційну їжу. Це відбувалось на одній території, тому класичні рецепти обов'язково пов'язані з країною походження, з конкретними продуктами території та специфічними місцевими звичкам. Класичні рецепти традиційної кухні території, які споживали масово та були популярні, стають частиною типової їжі. Мексиканський кулінарний антрополог Мару Толедо додає до цього процесу третю концепцію, сучасну, а саме «комерційну» (глобальну) кухню, яка присвоює характеристики традиційної їжі, але метою її є економічна вигода. Більшість населення вважає, що їжа, яку їм пропонують та яку вони купують, є «місцевою», таким чином відбувається своєрідна харчова акультурація і спрощується різноманітність продуктів, технік, рецептів та інших кулінарних аспектів традиції [1], що представлено автором роботи на рис. 1.1.

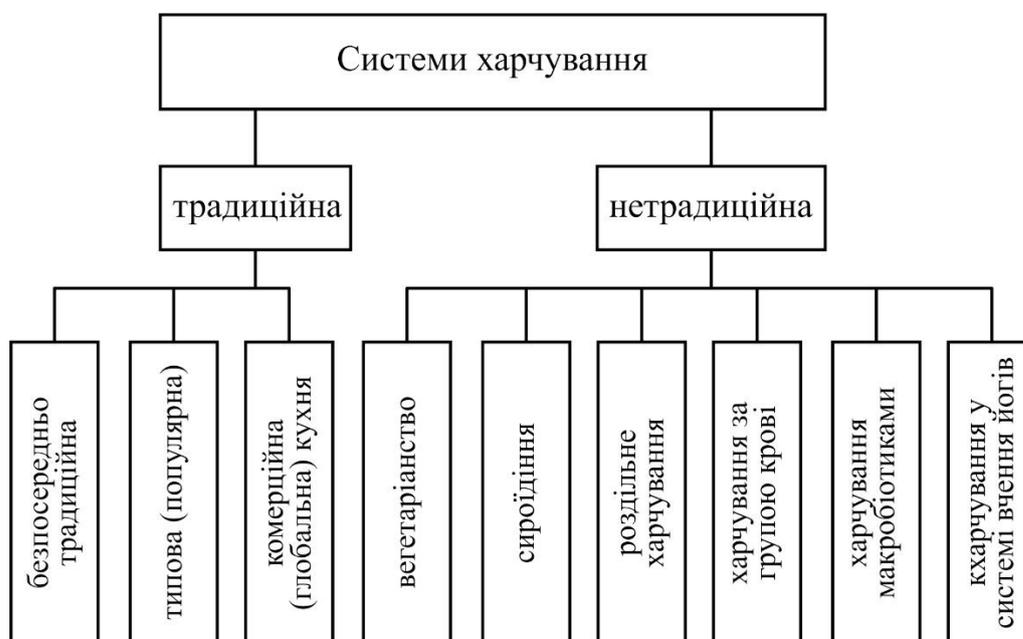


Рисунок 1.1 – Системи харчування

Джерело: складено автором на підставі [1]

У табл. 1.1 наведено приклади традиційних кухонь деяких країн світу, які мають досить різноманітні страви.

Таблиця 1.1

Традиційні страви деяких країн світу

Держава	Страви та їх характеристика
1. Болівія	Уміта: складається з тіста з кукурудзяного борошна (так звана «маса») та інших інгредієнтів (різні в різних країнах, найчастіше лаймовий сік, цибуля, рідше яйця, масло, цукор, базилік, сир), завернутого в листя кукурудзи або бананів, які потім варять або запікають [2].
2. Італія	Паста Піца Прошутто Равіолі Салямі Спагеті Італійське вино Маскарпоне Панна котта
3. Канада	Сільська їжа – відноситься до традиційного харчування аборигенів; Західна діста; Обід на День подяки; Кленовий сироп; Туртєр; Кретони; Фріко – традиційна акадська страв.
4. Велика Британія	Вівчарський пиріг; Риба з картоплею; Повний сніданок; Недільний обід; Валлійський кролик; Бара брит; Хаггіс.
5. Індонезія	Брем – ферментований пиріг-закуска; Гадо-гадо – традиційний салат в арахісовому соусі; Гудег – рагу з молодого незрілого джекфрута, традиційна їжа з Джок'якарти; Кетупат – традиційний рисовий вареник; Папеда – саго, традиційна страв Східної Індонезії (Малукські острови та Папуа); Ренданг – традиційна страв мінангкабау із Західної Суматри;

	<p>Сате – м'ясо на грилі на шампурах, різні традиційні регіональні варіанти існують в Індонезії;</p> <p>Сото – категорія традиційного супу Індонезії, існує безліч регіональних варіацій;</p> <p>Темпе – ферментований соєвий пиріг, традиційна страва з Яви;</p> <p>Тумпенг – церемоніальна рисова ріжка, оточена різними гарнірами, індонезійська національна страва.</p>
6. Ісландія	<p>Гаукарль – національна страва Ісландії;</p> <p>Ганьгійот;</p> <p>Торраматюр – м'ясні рибні продукти, нарізані скибочками або шматочками та подани з житним хлібом , маслом і алкогольним напоєм Бреннівін.</p>
7. Україна	<p>Борщі й пампушки;</p> <p>паляниці й галушки; грибна юшка; грибний соус; бануш;</p> <p>вареники й ковбаси; печені та напої з фруктів і меду [3].</p>

Джерело: узагальнено автором на підставі [1]

З метою розкриття теми дослідження нетрадиційні системи харчування, характеристика та її різновиди викладено у наступному підрозділі

1.2. Особливості нетрадиційних видів харчування та їх вплив на дієтологію

Під нетрадиційними видами харчування науковці розуміють такі види харчування, які відрізняються від прийнятих у сучасній медицині принципів і методів харчування здорової і хворої людини, представлені на рис. 1.2, кожен з яких має свої особливості, тому в межах кваліфікаційної роботи надано їх відповідну характеристику.

Вегетаріанство – загальна назва системи харчування, яка виключає або обмежує вживання продуктів тваринницького походження. Цей термін походить від латинського слова «вегетаріус» – рослинний. Ідея вегетаріанства стара як світ, але користь від нього пропагується тільки в останні десятиліття. Основний принцип вегетаріанців: «Я нікого не їм». Розрізняють старовегетаріанців, які харчуються лише рослинною їжею і виключають із

харчування всі продукти тваринного походження: м'ясо, птицю, рибу, яйця, молоко, сир.



Рисунок 1.2 – Основні види нетрадиційного харчування

Джерело : узагальнено автором на підставі [4]

Частіше зустрічаються младовегетаріанці, які, крім рослинної їжі, вводять у свій раціон молочні продукти і яйця. Розрізняють 3 основних види вегетаріанства:

- 1) веганство – суворе вегетаріанство – вживання тільки рослинної їжі у будь-якій кулінарній обробці;
- 2) лактовегетаріанство – вживання у їжу рослинних і молочних продуктів;
- 3) лактововегетаріанство – вживання у їжу рослинних і молочних продуктів, а також яєць [1].

Для розкриття теми дослідження в табл. 1.2 наведено особливості таких видів нетрадиційного харчування, як вегетаріанство та сиродіння.

Таблиця 1.2

Особливості вегетаріанства та сиродіння

Види нетрадиційного харчування	Переваги	Недоліки
Веганство	<ul style="list-style-type: none"> – високий вміст рослинних волокон, які призводять до відчуття ситості, сприяють виведенню з кишечника шкідливих речовин, попередженню атеросклерозу і раку; – значний вміст в овочах і фруктах вітамінів, які захищають від хвороб (вітаміни С і Р, фолати, каротиноїди), протиракові темпеноїди й інші речовини; – значний вміст в овочах і фруктах калію, який потрібний для захисту від хвороб, особливо у похилому віці, коли виникає тенденція до закислення внутрішнього середовища організму; – високий вміст магнію у деяких рослинних продуктах; – пригнічення фітонцидами рослинної їжі бактерій, які утворюють у кишечнику токсичні речовини; – відсутність холестерину, здатність багатьох рослин знижувати обсяг холестерину в крові. 	<ul style="list-style-type: none"> – недостатнє забезпечення організму кальцієм, залізом, цинком і деякими іншими мінеральними речовинами; – нестача низки амінокислот, що особливо погано в дитячому віці; – недостатнє забезпечення вітамінами D і B12; – дефіцит вітаміну B2 при виключенні молочних продуктів; – дефіцит вітаміну С при використанні переважно зернових раціонів.
Сиродіння	<p>наявність у сирій рослинній їжі «живої» (сонячної, космічної) енергії; відповідність сиродіння харчуванню предків людини до появи вогню, природністю сиродіння, оскільки всі тварини споживають їжу такою, якою їй дає природа; збереження вітамінів та інших біологічно активних речовин у сирих продуктах.</p>	<p>з'являються канцерогенні, мутагенні та інші шкідливі речовини (продукти полімеризації жирів, меланоїдини тощо), руйнуються термолабільні нутрієнти, перш за все вітаміни.</p>

Джерело: складено автором на підставі [4]

З урахуванням виконаних досліджень необхідно зазначити, що деякі види нетрадиційного харчування застосовуються у лікувальному харчуванні. Так перехід на вегетаріанську дієту рекомендується людям з порушеним обміном речовин, що проявляється ожирінням, подагрою, атеросклерозом, тому вважається, що вегетаріанство при цих хворобах є свого роду лікувальним харчуванням.

Також фахівці зазначають, що нетривале (1-3 тижні) сиродіння з переважанням у раціоні овочів і плодів застосовують як лікувально-дієтичний метод у разі ожиріння, гіпертонічної хвороби, подагри і сечокам'яної хвороби, хронічної ниркової недостатності, алергії. Сиродіння у вигляді розвантажувальних днів (яблучний, кавунний, огірковий тощо) широко використовують у лікуванні деяких захворювань, їх рекомендують вагітним жінкам під час ранніх і пізніх токсикозів вагітності [4].

Харчування за групами крові запропоновано у 1980 році американськими лікарями Пітером Д'Адамо і його батьком Джеймсом Д'Адамо, які відкрили лектини і запропонували «здорову їжу». Щоб бути активним і здоровим, потрібна їжа, що відповідає біохімічній індивідуальності (групі крові). У відповідності із запропонованою теорією кров і спожита їжа вступають у хімічну реакцію за допомогою лектинів – білків, які у великій кількості містяться у харчових продуктах, які мають аглютинуючі (склеюючі) властивості. Харчування залежно від групи крові спрямоване на:

- 1) збереження ідеальної маси тіла;
- 2) відновлення природних захисних функцій імунної системи,
- 3) стимуляцію діяльності шлунку і кишківника,
- 4) активізується функція обміну речовин та органів (печінки, селезінки, нирок і підшлункової залози),
- 5) детоксикацію організму (очищення від шкідливих продуктів обміну речовин).

Стосовно *роздільного харчування* фахівці передбачають розділення на кілька прийомів їжі, несумісних між собою продуктів. Їх поділяють за видами, представленими на рис. 1.3.

Основний принцип роздільного харчування – не поєднувати білки та вуглеводи, оскільки для перетравлення білків необхідне кисле середовище, а для вуглеводів – лужне. Нейтральні продукти можна поєднувати або з білками, або з вуглеводами.

Приклад меню під час окремого харчування наведено у Додатку А.

Так м'ясо та рибу не вживають в один прийом із хлібом, картоплею та злаками. Картоплю, хліб та інші вуглеводні продукти не рекомендується поєднувати з кислими продуктами, наприклад, з квашеною капустою, оскільки цим продуктам необхідні різні середовища перетравлення. Не можна їсти одночасно рослинну олію або сметану з яйцями або м'ясом.

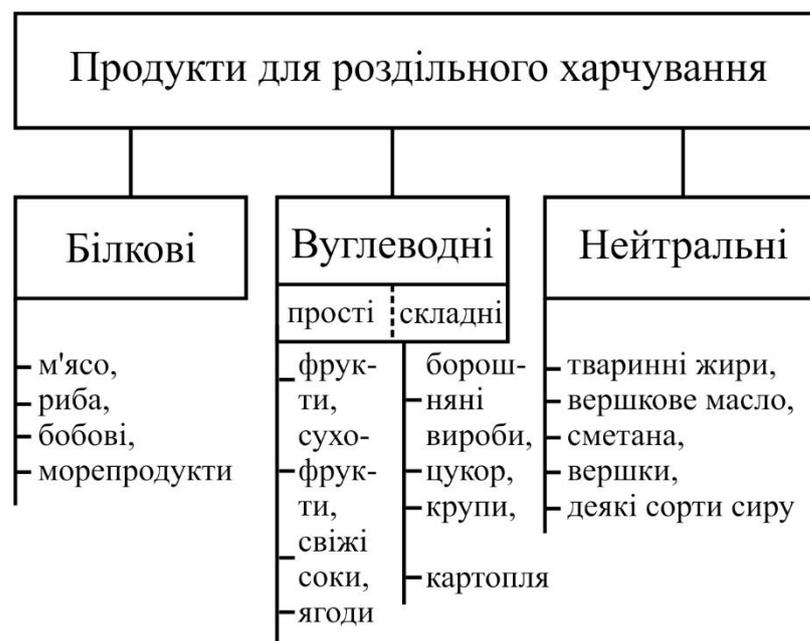


Рисунок 1.3 – Продукти для роздільного харчування [5]

Також необхідно виключити з раціону алкоголь, куріння, гострі прянощі, сіль, цукор, оцет. Також роздільне харчування передбачає розділення на кілька прийомів їжі, несумісних між собою продуктів.

Також в табл. 1.3 представлені правила роздільного харчування.

Таблиця 1.3

Основні принципи роздільного харчування

№	Рекомендовані принципи роздільного харчування
1.	Під час одного прийому їжі не варто поєднувати несумісні між собою продукти, наприклад, крохмалисті та вуглеводні продукти з білками та фруктами, що підвищують кислотність.
2.	Між прийомами їжі потрібно витримувати інтервал щонайменше три години, щоб продукти харчування повністю перетравилися і було навантаження для шлунково-кишкового тракту.
3.	Перший прийом їжі повинен містити лужні продукти, другий – білкові продукти, салати, третій - крохмальні продукти з овочами чи фруктами.
4.	Більшість раціону повинна складатися з овочів, третина – свіжі фрукти, решта – це білки.
5.	Вживати більше натуральних та цілозернових продуктів і скоротити споживання рафінованих.
6.	Необхідно відмовитися від споживання ковбаси, сосисок, солінь, різних копченостей, солодкого, соусів, швидкої їжі.
7.	Дотримуватися питного режиму. Вода має бути кімнатної температури. Після фруктів пити через 20 хвилин, після вуглеводів – через дві години, після білків – через 4 години

Джерело: складено автором на підставі [5]

Катерина Павлова, лікар-дієтолог клініки «Делікос», стосовно харчування макробіотиками зазначає, що макробіотична дієта або «харчування по дзену» здавна вважалася традиційною лікувальною дієтою Японії. Її фундаментом, що широко практикується в Японії, є східна філософія – Дзен-буддизм. Так харчування людини повинне будуватися на балансі продуктів, заснованому на взаємній врівноважені двох протилежних начал Інь і Янь. Тобто, макробіотична дієта передбачає попарне вживання продуктів в залежності від їх смакових характеристик: солодке- солоне, кисле-гірке, гостре і т.д.

Згодом популярність макробіотичної дієти зросла, і вона американізувалася, ставши своєрідним симбіозом вегетаріанської дієти і істинного «харчування по дзену». Тому для прихильників вегетаріанства і захоплення східною культурою це є відповідною дієтою.

Раціон сучасної макробіотичної дієти виключає смажене м'ясо, молочні продукти, шоколад, цукор, здобу, чай, кава, енергетичні напої і спеції, так як вони порушують кислотно-лужний баланс в організмі.

Основою харчування при макробіотичній дієті є неочищені крупи (переважно рис), овочі, соя, боби, горіхи, насіння, жирна риба, фрукти, а також супи з цих інгредієнтів. Вибір овочів і фруктів повинен керуватися сезоном і місцем проживання. Їжа повинна бути приготовлена на пару, зварена або запечена, крім того, перед вживанням їжу необхідно ретельно пережовувати.

Лікар-дієтолог, кандидат медичних наук Кириленко Олександра Євгенівна (Амбулаторія сімейної медицини "Юлія"), в свою чергу відмічає, що ця дієта дуже популярна сьогодні, але вона швидше є не дієтою, а зміною способу життя. Підходити до неї слід дуже усвідомлено і продумано. Якщо виключаються з харчування якісь продукти, то потрібно подумати, чим їх замінити. Наприклад, якщо людина відмовляється від м'яса, то потрібно включити в раціон горіхи, насіння, бобові. Також необхідно стежити за тим, щоб їжа була різноманітною. Ця дієта не розрахована на схуднення, скоріше це перебудова організму, якщо ви вибрали новий спосіб життя з релігійних чи етичних переконань. «Всі нововведення варто вводити поступово», – зазначає фахівчиня, – також не варто часто міняти свій спосіб життя – організм здатний до всього пристосуватися і, можливо, ви з часом станете краще себе почувати з новими звичками в харчуванні, але якщо ви вирішите повернутися до старих – для організму це буде стресом. Також ця дієта категорично протипоказана вагітним, годуючим мамам і підліткам. Вона безпечна, якщо ви правильно підібрали раціон, а саме: в раціоні присутній в достатній кількості джерела вітамінів, амінокислот, білків» [6].

Йогічне харчування наголошує на споживанні натуральних, необроблених продуктів, які сприяють духовному, психічному та фізичному здоров'ю і відповідають філософії йоги. Вона ґрунтується насамперед на йогівських принципах *ахімси, саттви та сауца*.

Ахімса зазвичай перекладається як ненасильство. Ахімса – це ідея про те, що всі живі істоти пов'язані між собою, і що світ був би кращим, якби ніхто не завдавали шкоди живим істотам. Найочевидніший спосіб не завдавати шкоди – зменшити або взагалі відмовитися від споживання м'яса та молочних продуктів.

Саттва – це стан незворушності, на який спрямовані йогічні практики. Дієта, в якій багато саттвічних продуктів, сприятиме спокійному серцю і ясному розуму. Саттвічна їжа – це, як правило, свіжі овочі, цільні зерна і боби, м'які цілющі спеції та інші помірно солодкі фрукти і овочі.

Сауча – це практика чистоти і охайності. Один з найпростіших способів сприяти сауча – це видалити або зменшити кількість домішок у вашому організмі, вживаючи лише органічні продукти, які не містять хімікатів.

Особливості йогічного харчування наведені у табл. 1.4.

Таблиця 1.4

Основні принципи йогічного харчування

Рекомендації щодо роздільного харчування	Основний зміст
1. Їжте свіжі сезонні продукти з цільних, свіжих, сезонних продуктів та органічних, вирощених на місцевому рівні, і максимально наближених до їх природного стану	Спробуйте вирощувати власні овочі на городі або в контейнерах, робити покупки на фермерських ринках або купувати безпосередньо у місцевих фермерів. Купуйте свіжі продукти в сезон і уникайте перероблених та упакованих продуктів, навіть якщо вони органічні.
2. Обирайте рослинну їжу.	Рослинна дієта, заснована на цільних продуктах, є важливою для йогів. На щастя, вегетаріанство і веганство стали досить популярними, що значно полегшує відмову від м'яса при покупці продуктів, приготуванні їжі та відвідуванні ресторанів. Горіхи, зелень і бобові – чудові джерела високоякісного білка.

3. Уникайте хімікатів та стимуляторів	Однією з цілей йоги є очищення фізичного та енергетичного тіла, тому заохочується зменшення або виключення хімічних речовин і стимуляторів. Де це можливо – уникайте оброблених продуктів, штучних підсолоджувачів, кофеїну, алкоголю і тютюну, щоб рухатися до здорового способу життя і створити чистоту в тілі і розумі.
4. Їжте через рівні проміжки часу і робіть перерви між прийомами їжі	За винятком першого прийому їжі протягом дня, важливо робити перерви між прийомами їжі щонайменше п'ять годин, що дозволить організму повністю перетравити їжу з останнього прийому. Коли їсти через рівні проміжки часу, – їжа буде смачнішою, і буде менше шансів переїсти. Найкраще їсти тільки тоді, коли дійсно голодні, а не через стрес або нудьгу.
5. Їжте за дві години до практики асан або сну	Щоб уникнути дискомфорту від переповненого шлунку під час практики асан, важливо, щоб прийоми їжі були невеликими і легкими. Також важливо їсти щонайменше за дві години до занять йогою.
6. Зробіть обід найбільшим прийомом їжі за день	Аюрведична теорія стверджує, що травний вогонь найсильніший опівдні, і заохочує з'їдати найбільшу кількість їжі саме в обідній час. Сирі овочі та важкоперетравлювані білки найкраще підходять для обідньої їжі йога. Невелика кількість жирів повинна надходити з корисних джерел, таких як горіхи та насіння, оливкова олія холодного віджиму або сафлорова олія з високим вмістом олеїнової кислоти.
7. На вечерю їжте переважно приготувану їжу	Рекомендації йогівської дієти заохочують їсти приготувану вечерю, тому що її легше перетравлювати, ніж сиру їжу. Організм набагато легше перетравлює приготувану їжу, що сприяє швидшому засвоєнню і дозволяє більше відпочивати після їжі. Рекомендовано їсти якомога більше варених овочів під час вечірньої трапези, включати в раціон заспокійливі супи і коренеплоди, такі як морква, солодка картопля, батат, зимовий кабачок і буряк.
8. Надавайте перевагу цілющим травам і спеціям	Йога-дієта робить акцент на цілющих травах і спеціях, таких як куркума, кардамон, кориця, імбир, фенхель, м'ята, базилік, кмин, петрушка, кінза і чорний перець. Ці спеції мають багато переваг для організму, зокрема сприяють травленню, олужнюють кров, підвищують настрій, зменшують тривожність, сприяють очищенню та загоєнню.
9. Їжте з усвідомленістю та позитивним настроєм	Усвідомлене харчування може допомогти уникнути бездумного пережовування або переїдання. Коли розвинуто душевний спокій щодо їжі, то можна почати вчитися усвідомлено

	харчуватися, контролювати кількість з'їденого і розуміти, чого потребує організм для підтримки балансу і здоров'я. Уважне ставлення до того, що ви їсте, може привести до втрати ваги, здорового серця, спокійного розуму та довшого життя.
--	---

Джерело: складено автором на підставі [6]

Виконані дослідження підтверджують думку фахівців про те, що деякі види нетрадиційного харчування застосовуються у лікувальному та дієтичному харчуванні.

1.3. Науково-гігієнічні основи лікувального та дієтичного харчування

Лікувальне харчування (дієтотерапія) – це застосування з лікувальною або профілактичною метою спеціально складених харчових раціонів і режимів харчування для хворих (з гострими захворюваннями або загостреними хронічними захворюваннями) людей. Лікування пацієнта харчуванням – дієтотерапія – невід'ємний і істотний аспект загального плану лікувальних заходів при всіх захворюваннях, має на меті відновити порушення в обміні речовин, впливати на хворобливий процес, виключити продукти, що шкідливо впливають на хворі органи, і всім цим поліпшити стан хворих.

Дієтичний режим залежить від характеру захворювання, його стадії, стану хворого і його індивідуальних особливостей.

Більшість дієт, особливо призначаються на тривалий час, містить фізіологічну норму всіх харчових речовин. При підвищеній потребі в деяких харчових речовинах в зв'язку з захворюванням (збільшена витрата білка, вітамінів, заліза, втрата рідини, мінеральних солей) зміст окремих компонентів може бути збільшено.

Іноді (наприклад, в післяопераційному періоді або при гострому панкреатиті) на короткий термін може бути призначена фізіологічно

неповноцінна дієта або голод. Лікування деяких пацієнтів вимагає зміни способу прийому їжі і характеру кулінарної обробки продуктів [7].

Фахівці наголошують на таких основах лікувального харчування:

Важливим елементом харчування є режим, під яким слід розуміти:

1. Дотримання дієтичних приписів (столів), кількісне і якісне розподіл добового раціону, проміжків між окремими прийомами їжі. Оптимальний проміжок між прийомами їжі дорівнює 4 годинам. За п'ятиразового харчування організовується другий сніданок, при шестикратному – полуденок.

2. Режим харчування (час і частота прийому їжі). Нічна перерва має становити 10-11 годин, і за дві години до сну їжу приймати не рекомендується.

3. Необхідно враховувати якісний склад їжі (збільшення або зменшення в харчовому раціоні білків, жирів, вуглеводів та ін.) І її кількість. Мають значення обсяг порцій, смакові і фізичні властивості їжі. Температура гарячих страв повинна бути близько 60 ° С, а холодних 10-15 ° С.

4. Характер кулінарної обробки продуктів (ступінь подрібнення, теплова обробка: відварювання на пару або у воді, запікання і т. д.).

5. Не слід забувати про значення апетиту і всього того, що йому сприяє. Важливе значення має естетичне оформлення страв, сервірування столу, а також створення спокійної обстановки під час прийому їжі. Столи в їдальні повинні бути розраховані на 2-4 людини, причому об'єднують хворих, які перебувають на одній дієті.

Дієтичне харчування – харчування людей із хронічними захворюваннями у стадії ремісії.

Лікувальне харчування базується на таких принципах:

1) щадний принцип – принцип оберегання хворої системи або органа.

Мається на увазі *фізичне, механічне та хімічне* оберегання.

Фізичне оберегання означає насамперед певний температурний режим страв. Температура гарячих страв повинна становити 55-65 ° С, холодних – 10-15 ° С. Наприклад, хворим на виразкову хворобу з небезпекою кровотечі

призначають холодні та ледь теплі страви. Хворим у період наростання гарячки треба часто давати гарячі напої. Слід дотримуватись також певного оброблення страв. Наприклад, хворим із захворюваннями травного тракту протипоказані смажене м'ясо, риба; ці продукти показані їм тільки у відвареному вигляді або у вигляді парових котлет [7].

Механічне обєріганя – певне подрібнення страв, тобто певне кулінарне оброблення, виходячи з хвороби. Це також має велике значення для лікування й одужання хворого. Наприклад, для хворого в перші дні після операції резекції шлунка обов'язковим є значне механічне подрібнення їжі (слизисті каші, перетерті супи), що є чинником, який сприяє видужуванню пацієнта. Не можна давати грубу їжу хворим з виразковою хворобою шлунка в стадії загострення, з проносами, із запаленням підшлункової залози. А хворим із атонією кишок, холециститом, що виник на підґрунті застою жовчі, слід давати більш грубу, багату на клітковину їжу.

Хімічне обєріганя. Хімічно щадну дієту призначають насамперед хворим із захворюванням травного тракту з метою:

- а) зменшення хімічного подразнення запаленої слизової оболонки травного тракту або при наявності ерозії та виразок;
- б) зменшення або збільшення секреторної функції травних залоз;
- в) зменшення або збільшення моторної функції шлунка або кишок.

Наприклад, щоб не спричинити хімічного подразнення виразки шлунка, з дієти такого хворого вилучають кислі, гострі страви, прянощі, м'ясні відвари. Але слід пам'ятати, що тривале обєріганя може призвести до негативних наслідків: зниження функцій хворого органа і розвитку авітамінозу; виникнення звичайних закрєпів тощо. Тому щадну дієту необхідно призначати тільки у період гострого захворювання або при загостренні хронічного. При цьому треба пам'ятати, що переходити від щадної дієти до звичайної слід поступово, знімаючи ті чи інші обмеження (наприклад, від дієти № 1а до № 1б і до № 1);

2) принцип коригування базується на збалансованості харчування щодо білків, жирів, вуглеводів, мінеральних солей, уведення рідини. Наприклад, виснажені пацієнти, хворі на анемію, хворі, що одужують після тяжких інфекційних хвороб, потребують більшої від звичайної кількості білків; хворим на гострий гломерулонефрит, який супроводжується явищем ниркової недостатності, добова кількість білків зменшується до 40 г. [7]

Але слід запам'ятати, що, якщо хворий протягом тривалого часу одержує менше ніж 1 г білка на 1 кг маси тіла за добу, можуть виникнути явища тяжкого білкового голодування організму. У хворих з порушенням вуглеводного обміну (наприклад при цукровому діабеті) кількість складних вуглеводів у денному раціоні повинна бути суворо обмеженою, а прості вуглеводи взагалі виключають з харчування.

Хворим із запальними захворюваннями жовчного міхура та жовчно-вивідних шляхів, захворюваннями печінки обмежують кількість жирів, а частку вуглеводів у денному раціоні, навпаки, збільшують. Хворим на панкреатит обмежують білки тваринного походження, білки молочнокислих продуктів і жири.

При захворюваннях нирок, серця, гіпертонічній хворобі, набряках обмежують вживання кухонної солі та рідини. Уведення рідини збільшують при отруєннях, зневодненні організму (пронос, нестримне блювання).

Важливе значення має *врахування енергетичної цінності харчового раціону*, який залежить від таких чинників, а саме:

а) *виду захворювання*, наприклад, хворому після тяжкого, виснажливого захворювання, у гарячковий період хвороби, дуже схудлим хворим треба призначати таку дієту, щоб енергетична цінність її набагато перевищувала енерговитрати хворого. Хворі з ожирінням одержують дієту, енергетична цінність якої є значно меншою, ніж енерговитрати; хворі літнього та старечого віку також потребують меншої енергетичної цінності харчування;

б) *загального стану хворого та його фізичної активності*.

Хворі, які перебувають на ліжковому режимі, потребують харчування меншої енергетичної цінності;

в) *дотримання певного режиму харчування*. Режим харчування охоплює дотримання певних проміжків між годуванням хворого залежно від захворювання та загального стану хворого. Взагалі у стаціонарах прийнято три-чотириразове харчування. Але з цього правила є винятки. Наприклад, хворі з гарячкою потребують шести-, семи-, восьмиразового харчування; 5-6 разів на день треба годувати хворих на виразкову хворобу шлунка або дванадцятипалої кишки [7].

Загальноприйняте чотириразове харчування передбачає певний розподіл кількості добового раціону. Перший сніданок становить 30 %, другий – 10 %, обід – 40 %, вечеря – 20 % добового раціону. Таким чином, проміжок між споживанням їжі при такому режимі становить 3-4 год.

Годувати хворих треба в один і той самий час, щоб створювався умовний рефлекс, а у зв'язку з цим поліпшувались апетит, перетравлювання їжі, засвоєння поживних речовин.

Слід пам'ятати, що безладне харчування протягом доби, особливо з одноманітним перевантаженням шлунка у післяобідні та вечірні години, знижує засвоюваність їжі, веде до захворювань органів травлення (жовчнокам'яної хвороби, панкреатиту, виразкової хвороби),

Білкові продукти дають хворим тільки у першу половину дня, на вечерю давати тваринні білки не бажано, тому що вони погано перетравлюються, а продукти їхнього розкладання збуджують нервову систему, погіршують сон.

Хворі з гарячкою можуть харчуватись нерегулярно, споживати їжу не тільки вдень, а й вночі, а також у ті години, коли прокидаються від забуття або опритомнюють;

г) мають значення також естетичне *оформлення страв, створення спокійного оточення* під час годування хворого;

3) принцип заміщення. Він означає, що у разі потреби хворому вводять ті речовини, яких в організмі бракує, що стало причиною виникнення

захворювання. Сюди належать продукти, багаті на вітаміни, призначають при авітамінозі, харчові білки, що призначають хворим, причиною хвороби, яких стало тривале «лікувальне» голодування [8].

Лікувальне та дієтичне харчування ставить певні вимоги до режиму харчування та умов приймання їжі. Так правильний режим харчування забезпечує наступне:

- апетит;
- достатнє подрібнення їжі при жуванні;
- оптимальне травлення та засвоєння їжі.

Безумовно, що кожна освічена людина повинна виконувати певні вимоги, узагальнені науковцем Зубар Н. М. та наведені на рис. 1.5.



Рисунок 1.5 – Фізіолого-гігієнічні вимоги до раціонального харчування [8]

Таким чином, правильним режимом харчування є мінімум триразове харчування (краще — чотири чи п'ятиразове). Складовою частиною

раціонального харчування є фізіолого-гігієнічні вимоги до умов приймання їжі, представлені у табл. 1.5.

Таблиця 1.5

Структура харчового раціону

Сніданок	Холодна закуска для збудження пониженого вранішнього апетиту; гаряча страва, яка є основним джерелом енергії та незамінних нутрієнтів; тонізуючий напій
Обід	Холодна закуска, гарячі (перша та друга) страви, солодка страва та напої, які компенсують енерговитрати організму, та подовжують задоволення від спожитої їжі
Полуденок	Бутиброди, круп'яні страви, хлібобулочні вироби, фрукти, ягоди, напої, оскільки вживання сухої їжі погано впливає на процеси травлення
Вечеря	Легкоперетравлювані страви з риби, молочних продуктів, яєць, нежирні та несмажені страви, нетонізуючі напої; жирна і важкоперетравлювана їжа на вечерю може спричинити серцево-судинні захворювання та параліч мозкових центрів

Джерело: складено автором

Наведені теоретичні основи лікувального харчування докладно розглянуті в наступному розділі.

РОЗДІЛ 2

ОЦІНКА ПРОЦЕСУ ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ В САНАТОРНО-КУРОРТНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ

2.1. Управління процесом організації харчування в санаторно-курортних закладах України

Харчування є одним із ключових факторів, що безпосередньо впливають на стан здоров'я людини, особливо в умовах санаторно-курортного лікування, де воно виконує не лише поживну, але й лікувально-профілактичну функцію. У системі санаторно-курортного оздоровлення організація якісного, збалансованого, а іноді й суворо дієтичного харчування є важливою складовою терапевтичного процесу. Саме тому управління процесом організації харчування в таких закладах потребує комплексного, професійного та системного підходу.

Лікувальне харчування є невід'ємною складовою санаторно-курортного лікування, відіграючи ключову роль у відновленні здоров'я та профілактиці хронічних захворювань. Раціонально організована система дієтотерапії сприяє покращенню стану пацієнтів, підвищенню ефективності лікувальних процедур та загальному оздоровленню. Особливо в той час коли у нашій країні відбуваються воєнні дії з країною агресора. В цей час не тільки військовослужбовці а й цивільні люди потребують санаторного лікування, через поранення, стрес, втому або інших психологічних чи фізичних причин [9].

Проте, організація та управління лікувальним харчуванням у санаторно-курортних закладах стикається з низкою викликів. Серед них – необхідність персоналізованого підходу до дієтичного раціону, забезпечення якісних та безпечних продуктів, дотримання сучасних стандартів нутриціології та ефективне управління ресурсами. Важливим аспектом є також впровадження

інноваційних технологій у сфері харчування, що сприятиме підвищенню рівня послуг у санаторно-курортних установах [9].

У сучасних умовах, коли спостерігається зростання попиту на оздоровчі послуги, санаторно-курортні заклади повинні не лише відповідати високим стандартам якості, але й оперативно адаптуватися до змін, включаючи нові вимоги до харчування, дієтологічні рекомендації, санітарні норми та очікування клієнтів. Управління харчуванням охоплює багатоаспектну діяльність: починаючи від планування раціонів відповідно до профілю захворювання пацієнтів, закінчуючи контролем за якістю продуктів, технологіями приготування страв, організацією обслуговування та зворотного зв'язку з відпочивальниками.

В Україні система санаторно-курортного лікування має давні традиції, які сформувались ще в радянський період, однак сьогодні вона потребує осучаснення. Застарілі підходи до організації харчування поступово замінюються більш гнучкими, орієнтованими на клієнта моделями управління. На перший план виходять такі аспекти, як персоналізація харчування, інтеграція сучасних технологій (у тому числі програмного забезпечення для управління харчоблоком), оптимізація ресурсів та забезпечення санітарно-гігієнічних вимог на новому рівні.

Крім того, ключовим є кадровий потенціал, який бере участь в організації харчування: лікарі-дієтологи, кухарі, технологи, обслуговуючий персонал – усі вони повинні діяти узгоджено, відповідно до затверджених стандартів і внутрішніх регламентів. Роль управлінського персоналу полягає не тільки у стратегічному плануванні й контролі, а й у постійному вдосконаленні системи харчування, впровадженні новітніх технологій та забезпеченні високої якості послуг.

Водночас, постають і певні виклики, зокрема нестача фінансування, проблеми з постачанням якісних продуктів, недостатній рівень професійної підготовки персоналу, труднощі з дотриманням санітарних норм в умовах зношеної інфраструктури. Саме тому ефективне управління організацією

харчування має стати пріоритетом керівництва санаторно-курортних закладів, що прагнуть підвищити свою конкурентоспроможність і рівень обслуговування клієнтів.

У цьому підрозділі буде детально розглянуто основні етапи та аспекти управління процесом організації харчування в санаторно-курортних закладах України, а також визначено ключові особливості та проблеми, з якими стикаються фахівці у цій сфері.

Моніторинг харчового забезпечення у санаторно-курортних закладах здійснюється на рівні керівника закладу. За наказом МОЗ України [10], генеральний директор або директор санаторію несе відповідальність за організацію виробничо-господарської діяльності, включно з харчоблоком: розробка та виконання оперативних планів, планування бюджету, координація структурних підрозділів, управління персоналом, контроль санітарних норм, закупівлі продуктів і фінансові результати.

Керівником санаторно-курортного закладу може бути особа, яка відповідає встановленим МОЗ кваліфікаційним вимогам [11]. Серед них є вимоги про наступне:

- Наявність вищої освіти другого (магістерського) рівня у галузях знань "Управління та адміністрування" або "Публічне управління та адміністрування", або "Державне управління", або "Право", або "Охорона здоров'я";
- У разі наявності вищої освіти у галузі знань "Охорона здоров'я" також вимагається наявність спеціалізації за спеціальністю "Організація і управління охороною здоров'я" або спеціалізації за однією з лікарських спеціальностей (для керівника закладу охорони здоров'я, що надає виключно первинну медичну допомогу). Безперервний професійний розвиток [12].

До обов'язків керівника закладу входять такі пункти:

- здійснює керівництво роботою санаторно-курортного закладу,

- забезпечує раціональний добір кадрів, створює необхідні умови для підвищення фахового і кваліфікаційного рівня працівників, організовує і забезпечує умови для повноцінного лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань;
- відкриває в установах банків поточні та інші рахунки;
- забезпечує дотримання санітарно-гігієнічних та протипожежних норм, техніки безпеки, законодавства про працю;
- видає в межах своєї компетенції накази і контролює їх виконання;
- контролює організацію лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань;
- здійснює інші визначені статутом (положенням) санаторно-курортного закладу повноваження [11].

Керівнику санаторно-курортного закладу підпорядковується весь персонал, який вказаний на рис. 2.1.



Рисунок 2.1 – Структура кадрового забезпечення санаторно-курортних закладів

Джерело: складено автором

До обслуговуючого персоналу входять працівники харчоблоку, а саме: шеф-кухар (завідувач виробництвом), кухарі різних розрядів та спеціалізації, офіціанти, посудомийки. Розряд кухарів може бути від 3 до 6, за зоною приготування спеціалізація працівників може бути така:

- Кухар гарячого цеху;
- Кухар холодного цеху;
- Кухар м'ясного або рибного цеху;
- Кухар овочевого цеху;
- Кондитер;
- Пекар.

Начальник виробництва або завідувач харчоблоком – ключова фігура в організації харчування. Згідно з наказом №411 МОЗ України [10], він контролює:

- дотримання технологій приготування дієтичних страв;
- якість виробленої продукції та її енергетичну цінність;
- проведення бракеражу готової продукції й лабораторні дослідження;
- санітарний стан харчоблоку, транспортування та зберігання сировини;
- організацію харчування тяжких хворих;
- навчання медперсоналу та кухонного персоналу з питань дієтотерапії й санітарії [10].

Таким чином, керівник визначає стратегію й забезпечує ресурсну базу, а начальник виробництва безпосередньо координує технологічний процес і контролює суміжні функції.

Ефективне управління харчуванням передбачає щільну взаємодію трьох зацікавлених груп: адміністрації/керівництво, яке відповідає за бюджетне та матеріально-технічне забезпечення, інвестиції в обладнання, автоматизацію та підготовку кадрів; медичний персонал (лікар-дієтолог, медсестри, дієтсестри), які в свою чергу формують лікувальні раціони, контролюють відповідність приготування дієтичного харчування, ведуть бракераж, консультують щодо

змін раціону, забезпечують взаємозв'язок з пацієнтами; кухонний персонал – відповідає за приготування, дотримання рецептур, технологічних карт, оформлення харчоблоку та збереження санітарних умов. Між ними встановлюється пряма комунікація через наради, медичні засідання, інструктажі та спільний моніторинг якості лікувального харчування. Наприклад, медсестри-дієтсестри складають щоденне меню спільно з завідувачем виробництва по шеф-кухарем та здійснюють контроль якості. Така взаємодія забезпечує системність і оперативність у коригуванні харчування відповідно до потреб пацієнтів.

Організація харчування у санаторіях регламентується рядом внутрішніх актів, адаптованих до державних нормативів:

- Інструкції та регламенти – що описують послідовність технологічних операцій: прийом продукції, транспортування, зберігання, приготування, видача страв.
- Меню-розкладки – типовий двотижневий раціон на літньо-осінній і зимово-весняний періоди. Затверджуються керівником установи й враховують дієтичні призначення .
- Графіки робочих змін і санітарні журнали – для здійснення стратегічного управління й забезпечення безперервності обслуговування і задоволення санітарних норм.
- Журнали бракеражу та контролю якості – медсестри-дієтсестри реєструють результати перевірок якості та беруть участь у лабораторних дослідженнях .
- Технологічні карти та енергетичні розрахунки – відповідають за підбір інгредієнтів та калорійності раціону відповідно до дієтичних норм.

Виконання цих документів забезпечує відповідність харчоблоку стандартам МОЗ (наприклад, наказ № 97 від 08.02.2013 для дитячих санаторіїв [13]), КПМУ, Держпродспоживслужби.

Планування меню в санаторно-курортних закладах України зосереджується на створенні лікувальних раціонів, що відповідають профілю

закладу та потребам пацієнтів. Базуються вони на 15-ти столовій системі за Певзнером, що офіційно рекомендована МОЗ України та Інститутом харчування АМН колишнього СРСР. Загальна характеристика кожної дієти наведена у табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Загальна характеристика дієт за М. І. Повзнером

№	Показники	Складові дієти						
		Білки, г, твар	Жири, г росл.	Вуглеводи, г, цукор	Сіль, г	Вільна рідина	Енерг. цінність	Режим харч.
1	Виразкова хвороба шлунку, гастрити із збереженою функцією	90-100 (60%)	100 (30%)	400-420	10-12	1,5	2800-3000	5-6
2	Гастрити із секреторною недостатністю, хронічні ентерити і коліти	90-100 (60%)	90-100 (25%)	400-420	До 15	1,5	2800-3000	4-5
3	Хронічні хвороби кишківника зі закрепам	90-100 (55%)	90-100 (30%)	400-420	15	1,5	2800-3000	4-6
4	Хронічні хвороби кишківника у стадії загострення зі проносами	90 (60-65%)	70	250 (40-50г)	8-18-100	1,5-2	2000	5-6
5	Хвороби печінки і жовчних шляхів	90-100 (60%)	80-90 (30%)	400-450 (70-80г)	10	1,5-2	2800-2900	5
6	Подагра, сечокам'яна хвороба	70-80 (50%)	80-90 (35%)	400 (80 г)	10	1,5-2	2700-2800	4
7	Хвороба нирок	80 (50-60%)	90-100 (25%)	400-450 (80-90г)	3-6	0,9-1,1	2700-2800	4-5
8	Ожиріння	90-100 (60%)	80-85 (30%)	150	5-6	1,0-1,2	1700-1800	5-6
9	Цукровий діабет	90-100 (55%)	75-80 (30%)	300-350	12	1,5	2300-2500	5-6
10	Хвороби серцево-судинної системи зі НК 1-П	90 (60%)	70 (25-30%)	350-400 (70-80г)	6-7	0,6-0,7	2500-2600	6
11	Туберкульоз	110-130 (60%)	100-120 (20-25%)	400-450	15	1,5	3000-3500	5
12	Неврологічні захворювання	80-90 (55-60%)	70 (30%)	350	6	1-1,5	2300-2400	5
13	Гострі інфекційні хвороби	75-80 (60%)	60-70 (15%)	300-350 (90-100г)	8-10	2	2200-2300	5-6
14	Сечокам'яна хвороба зі лужною реакцією сечі	90	100	380-400	10-12	1,5-2	2500	4

15	Перехідна до звичайного харчування. Захворювання, що не потребують спеціальних лікувальних дієт	90-95 (55%)	100-105 (30%)	400	15	1,5-2	2800-2000	4
----	---	-------------	---------------	-----	----	-------	-----------	---

Джерело: [14]

Наприклад, у санаторії «Поляна», що розташований у селі Поляна Закарпатської області, використовуються дієти № 1 (для гастритів і виразок), № 4 (при кишкових розладах), № 5 (для печінки й жовчного міхура), № 9 (для цукрового діабету), а також № 15 (загальний фізіологічний раціон) [15]. Аналогічний підхід застосовується в санаторії «Хмільник», який має одноіменну назву з містом в якому розташований у Вінницькій області, де пропонують харчування за всіма 15 дієтетичними столами, під наглядом лікарів-дієтологів [16].

Планування меню здійснюється із урахуванням не лише хвороб пацієнтів, а й особливостей їх фізичного стану, віку, статі, енергетичних потреб, тому 15-ти столова система за Певзнером на сьогоднішній день є офіційно скасована за наказом МОЗУ від 29 жовтня 2013 року №931 [17]. Причиною слугувало те, що система Певзнера не відповідає принципам доказової медицини та не враховує індивідуальних потреб людини в калоріях, макро- та мікронутрієнтах, особливо за наявності декількох патологій.

Незважаючи на офіційне скасування, деякі санаторії все ще можуть використовувати термінологію "дієта №5", "дієта №9" тощо, оскільки ці назви глибоко вкорінені в медичній практиці та є зрозумілими для пацієнтів. Однак, поточне лікувальне харчування базується на сучасних, індивідуалізованих підходах до дієтотерапії, що враховують принципи доказової медицини та новітні знання про харчування, а не на застарілих жорстких "столах" Певзнера.

Актуальні підходи до дієтотерапії в Україні зосереджені на:

- Індивідуалізації: врахування конкретного діагнозу, супутніх захворювань, віку, статі, фізичної активності та індивідуальних потреб пацієнта.
- Доказовій медицині: використання дієтичних рекомендацій, що ґрунтуються на клінічних дослідженнях та наукових доказах.
- Збалансованості: забезпечення оптимального співвідношення білків, жирів, вуглеводів, вітамінів та мінералів.
- Коригуванні за потребою: можливість швидкої зміни раціону залежно від стану пацієнта.

Лікувальне харчування здійснюється відповідно до принципів та методологій, визначених Порядком організації системи лікувального харчування хворих у закладах охорони здоров'я, затвердженим наказом МОЗУ від 29 жовтня 2013 року № 931 [17].

Сучасне лікувальне харчування є невід'ємною складовою комплексної терапії та реабілітації пацієнтів у санаторно-курортних закладах. Його основною метою є забезпечення організму необхідними поживними речовинами з урахуванням характеру захворювання, індивідуальних потреб, віку, статі та супутніх патологій. Основні принципи формуються на основі науково обґрунтованих дієтологічних стандартів та клінічних протоколів.

Перш за все, раціон має бути індивідуалізованим, що передбачає адаптацію харчування до стану конкретного пацієнта. Оцінювання пацієнтів здійснюється шляхом визначення їх маси тіла, що дозволяє розрахувати добову потребу в енергії, білках, жирах, вуглеводах, а також загальну калорійність раціону, яку необхідно спожити протягом доби у певній кількості прийомів їжі та з дотриманням часових інтервалів. На основі індексу маси тіла усі пацієнти, які перебувають на лікуванні в санаторно-курортних закладах, класифікуються на певні групи:

- гіпотрофіків - $< 18,5 \text{ кг/м}^2$ (енергетична цінність дієти на рівні 2400 - 2700 ккал з вмістом білка на рівні 90-100 г, вуглеводів на рівні 400-450 г);

- нормотрофіків - 18,5 - 25 кг/м² (енергетична цінність дієти 2200 - 2400 ккал з вмістом білка на рівні 80-90 г, вуглеводів на рівні 350 г);
- гіпертрофіків - > 25 кг/м² (низькокалорійна дієта, калорійність якої знижена за рахунок вуглеводів. Енергетична цінність становить 1800-2000 ккал, при достатньому вмісті білків на рівні 80-90 г). При суворому постільному режимі енерговитрати пацієнтів не перевищують 2000 ккал [17].

Всі прийоми їжі у закладах санаторного типу контролюються та регулюються державою. У табл. 2.2 представлені норми енергетичної цінності раціону та нутрієнтний склад на добу для всіх пацієнтів, залежно від індексу маси тіла, у санаторних закладах.

Таблиця 2.2

Система лікувального харчування [17]

№ з/п	Енергетична цінність раціону, нутрієнтний склад	Гіпотрофія	Нормотрофія	Гіпертрофія
1	Потреба в енергії на день, ккал/кг	35-40	30-35	25-30
2	Білки, у тому числі тваринні, на день, г/кг	до 1,5 до 0,8	до 1,0 до 0,5	до 0,75 до 0,4
3	Жири, у тому числі рослинні, на день, г/кг	до 1,5 до 0,8	до 1,0 до 0,5	до 0,75 до 0,4
4	Вуглеводи, у тому числі прості, на день, г/кг	до 6,5 до 1,0	до 5,5 до 0,8	до 3,0 до 0,5**
5	Енергетична цінність, ккал	2400-2700	2200-2400	1900-2000
6	Білки, у тому числі тваринні, г	100 (55)	90 (45)	80 (40)
7	Жири, у тому числі рослинні, г	70 (40)	70 (40)	60 (30)
8	Вуглеводи, у тому числі прості, г	400 (150)***	350 (100)***	350 (50) ***
Примітка	* Не поширюється на лікувальне харчування дітей. ** Чоловіки мають збільшену на 10 % потребу в енергії та нутрієнтах. *** При цукровому діабеті використовують підсолоджувачі.			

При цьому формується 7-10-ти денне типове (робоче) меню з розподілом по калорійності, складається добове виконавче меню з призначенням конкретних страв і кількостей, вихідної ваги та вартості [18].

Важливим етапом у процесі є погодження меню з фахівцями-дієтологами. Це забезпечує відповідність раціону медичним стандартам і індивідуальним потребам пацієнтів. У санаторії «Квітка полонини», який знаходиться у селі Солочин Закарпатської області, рецептури та технології страв розроблено й затверджено завідувачем кафедри гастроентерології та дієтології НМАПО ім. Шупика [19]. У «Хмільнику» меню побудовано за узгодженням із лікарем-дієтологом, який надає кваліфіковані консультації пацієнтам [16]. Сам процес погодження зазвичай включає:

1. Розробку типової дієти відповідно до профілю (наприклад, дієти № 5 для печінки).
2. Оцінку енергетичної цінності, вмісту білків, жирів, вуглеводів, вітамінів, мікроелементів.
3. Внесення коригувань на індивідуальних консультаціях пацієнта (алергії, непереносимості).
4. Остаточне затвердження меню-розкладки лікарем-дієтологом.

Такий підхід гарантує, що система харчування буде не лише смачною, а й лікувальною та безпечною. Сезонне меню дозволяє забезпечити максимальну харчову та біологічну цінність продуктів, а також підтримувати інтерес пацієнтів. Санаторій «Моршинкурорт», який знаходиться у місті Моршин Львівської області, наприклад, розробляє 7-денні сезонні меню – літньо-осінні та зимово-весняні [20]. Такі меню враховують наявність свіжих локальних овочів і фруктів, регіональні кулінарні традиції (у Карпатах – овечі сири, брусниця, трав'яні чаї, страви на пару чи запечені), використання сезонних культур. Санаторій «Квітка полонини» спеціально проводить тематичні дні закарпатської, словацької та угорської кухні – все адаптовано до дієтичного формату [19]. Це підвищує психологічне задоволення, сприяє гастрономічній різноманітності та підтримує місцевих виробників.

Для санаторно-курортного закладу критично важливо забезпечити стабільність поставок якісної та безпечної сировини. Відбір постачальників здійснюється через тендерні комітети або закупівельні процедури, що погоджуються з територіальною Держпродспоживслужбою. Для пріоритету обираються ті компанії, які здійснюють прямі поставки без посередників та мають відповідні державні сертифікати якості й потужності [21]. Особлива увага приділяється продуктам з органічним маркуванням: такий формат гарантує відсутність пестицидів, ГМО та синтетичних добавок. Постачальники органічної продукції зобов'язані мати сертифікати, що підтверджують їхній статус. Це особливо важливо для швидкопсувних продуктів, овочів, фруктів, молочних продуктів, які повинні відповідати високим санітарно-гігієнічним показникам.

Під час вибору також враховується репутація постачальника: наявність позитивних відгуків, історія співпраці з іншими закладами охорони здоров'я, відсутність порушень у постачанні та відповідність сертифікаційних вимог. Після укладення договорів та надходження продукції на харчоблок проводиться ретельна перевірка якості – бракераж. Це процес перевірки візуальних, органолептичних (запах, смак), санітарних і документальних показників. Комісію складають завідувач виробництва, медсестра-дієтолог або бракеражна комісія [22]. Продукти приймаються лише за наявності повного пакету супровідних документів: товарно-транспортної накладної, сертифікатів якості, ветеринарних довідок, інформації про дату виробництва та термін придатності. Особливе значення мають швидкопсувні продукти – терміни та умови їхнього зберігання фіксуються в годинах. У разі виявлення невідповідностей (термін придатності закінчився, відхилення за запахом або зовнішнім виглядом тощо) складається акт бракеражу. На його підставі продукцію повертають постачальнику, а також направляють претензію та повідомлення до Держпродспоживслужби [22].

Санаторії повинні застосовувати систему ХАССП – особливо важлива програма «Специфікації постачальників», яка регламентує прозору процедуру

оцінки, вибору та контролю постачальників, а також «Зберігання і транспортування» для безпечного поводження з продукцією. В Україні впровадження системи ХАССП (НАССР – Hazard Analysis and Critical Control Points) є обов'язковим для всіх операторів ринку харчових продуктів, за винятком первинних виробників. Це визначено Законом України "Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів"[23]. Цей закон гармонізував українське законодавство з нормами Європейського Союзу у сфері безпечності харчових продуктів.

Правильне зберігання – ключ до збереження якості харчової сировини. Державні санітарні правила [24] чітко описують умови зберігання та розміщення продуктів у оздоровчих закладах. У кожному холодильнику та коморі ведуться чек-листи температур і умов зберігання, які документуються відповідно до НАССР-вимог і надаються для перевірок. Також, згідно із санітарними нормами, тара після використання обов'язково миється, дезінфікується (кип'ятіння або оброблення 2% розчином кальцінованої соди), а стелажі та приміщення – регулярно очищуються, дезінфікуються та проходять заходи проти шкідників [22].

На харчоблоці кожен крок фіксується під контролем та моніторингом. До них відноситься внутрішній аудит процесів харчування, оцінка задоволеності відвідувачів, а також звітність та аналіз ефективності. Внутрішній аудит у кухонному комплексі – це систематична оцінка всіх етапів виробництва та обігу харчової продукції, що проводиться з метою виявлення невідповідностей міжнародним стандартам (НАССР, ISO 22000, ISO 9001) та впровадження коригувальних заходів [25]. Основні складові:

- Оцінка умов приміщень та обладнання, санітарного стану, профілактики перехресного забруднення;
- перевірка оперативності документування (чек-листи, журнали температури, акти бракеражу);
- оцінка компетентності персоналу;

- контроль закупівель і постачань, відповідність сертифікаціям постачальників, а також система реєстрації сировини;
- регулярність внутрішніх аудитів, як частина системи НАССР, з фіксацією невідповідностей і вжиттям коригувальних заходів [25].

Такий аудит дає змогу своєчасно виявити слабкі місця в процесах і оперативно реагувати, що підвищує загальну ефективність системи харчування. Оцінка споживачів – ключовий елемент моніторингу успішності харчового обслуговування. Окрім хіміко-технологічного контролю, необхідно враховувати і суб'єктивні враження пацієнтів: анкетування та опитування, платформи для зворотного зв'язку, а також аналіз тенденцій. Результати опитувань впроваджуються в коригувальні заходи, наприклад, зміна рецептур, додавання сезонних компонентів, адаптація подачі. Це сприяє модернізації харчування під потреби клієнтів і підвищує їх рівень задоволеності.

Документальний супровід і аналіз результатів – невід'ємна частина системного контролю:

- Регулярна звітність: щотижневі/місячні звіти щодо виконання стандартів НАССР, відповідності технологічним картам, температур контролю, показників задоволеності клієнтів та фінансів .
- Аналітика ефективності: вивчається собівартість страв, витрати сировини, відхилення від планових норм, обґрунтування економічних рішень та інвестицій в оснащення та навчання персоналу.
- Прийняття управлінських рішень на основі звітів: проведення коригувальних заходів (вдосконалення технологій, перенавчання, зміна меню), обґрунтована закупівельна політика.

Звітність дозволяє керівництву приймати обґрунтовані рішення, оптимізувати процеси та покращувати якість харчової служби в закладі. Впровадження інструментів цифрового обліку сировини та планування меню значно підвищує ефективність управління. Це суттєво зменшує ручну працю, знижує ризик помилок, оптимізує закупівлі і підвищує якість обслуговування. Окрім обліку сировини, сучасні системи включають модулі управління

комплексними процесами. Завдяки подібним системам, керівництво має реальну картину ефективності харчоблоку, оперативну статистику, а також можливість автоматизувати адаптацію меню на основі аналітики.

Сучасна дієтична кухня все більше використовує новітні підходи у приготуванні:

- Пароварки та комбіновані печі з технологіями low-temperature cooking (су-від) – зберігають живильні властивості, роблячи страви максимально корисними.
- Молекулярна гастрономія (гелі, піни, емульсії) в адаптованому дієтичному форматі – створює привабливі, інноваційні страви, які добре сприймаються пацієнтами.
- Термічна обробка з вакуумом (sous-vide) – забезпечує рівномірну температуру і максимальну безпеку страв, що критично для лікувальних раціонів.
- Фуд-дизайн – подача у вигляді порційних боксів, пайків (для лікувальних програм), що дозволяє контролювати калорійність та склад раціону.
- Тематичні дні (локальні кухні), які підвищують зацікавленість пацієнтів та мотивацію до проходження лікувального харчування.

Всі ці технології допомагають поєднати медичну функцію й привабливий вигляд страв, підвищують мотивацію до дотримання режиму харчування, особливо в санаторно-курортному середовищі. А також ця синергія аудиту, аналізу, технологічного оснащення та інновацій робить лікувальне харчування в українських санаторіях більш ефективним, безпечним і привабливим для пацієнта, що є критично важливим для реалізації місії закладу.

Управління процесом організації харчування в санаторно-курортних закладах України є багаторівневою та комплексною діяльністю, яка поєднує в собі медичні, адміністративні, технологічні та економічні аспекти. Ефективне функціонування цієї системи передбачає чітко структуровану організаційну

модель із розподілом відповідальності між керівництвом, медичним персоналом та фахівцями харчоблоку.

Ключовими елементами є: розробка раціонів із урахуванням профілю захворювань пацієнтів, погодження меню з лікарями-дієтологами, впровадження принципів сезонності та локальності в харчуванні, а також забезпечення якості продуктів через ретельну систему закупівель, зберігання й контролю. Не менш важливим є кадрове забезпечення, підготовка персоналу та дотримання санітарно-гігієнічних норм.

Сучасні технології управління, автоматизовані системи обліку та інноваційні методи обробки продуктів сприяють підвищенню ефективності та гнучкості харчування, дозволяючи адаптувати страви до індивідуальних потреб пацієнтів. Постійний моніторинг, аналіз задоволеності споживачів і внутрішній аудит забезпечують якість на всіх етапах організації харчування.

Таким чином, ефективне управління харчуванням є не лише складовою якісного оздоровчого процесу, а й конкурентною перевагою сучасного санаторно-курортного закладу.

2.2. Аналіз системи лікувального харчування в санаторії «Курорт Орлівщина»

Санаторій «Курорт Орлівщина» розташований у селі Орлівщина Новомосковського району, Дніпропетровської області, в екологічно чистій зоні серед реліктового соснового лісу на березі річки Самара. Загальна площа території становить понад 5 гектарів, що дозволяє поєднувати лікувальні процедури з природною терапією – лісо- та аероіонами [26]. Заклад має власний піщаний пляж (рис. 2.2), зони відпочинку (рис. 2.3 – 2.4), дитячі майданчики (рис. 2.5.), зал для ЛФК, тенісний корт, клуб, а також бювет із природною мінеральною водою «Новомосковська», який зображено на рис. 2.6 [27].



Рисунок 2.2 – Піщаний пляж санаторію «Курорт Орлівщина» [27]



Рисунок 2.3 – Зона для відпочинку №1 [27]



Рисунок 2.4 – Зона для відпочинку №2 [27]



Рисунок 2.5 – Дитячий майданчик [27]



Рисунок 2.6 – Бювет з природною мінеральною водою «Новомосковська» [27]

Основна мета діяльності закладу – проведення комплексної санаторно-курортної реабілітації з акцентом на гастроентерологічний профіль. У санаторії лікують хронічні гастрити, виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки, холецистит, гепатохолецистит, гепатит, а також стан після оперативного втручання на органах ШКТ. Дієтичне харчування в цьому випадку відіграє ключову роль, виступаючи основним елементом терапії поряд із бальнеологічними та фізіотерапевтичними методами [27].

Контингент пацієнтів переважно складають дорослі особи з хронічними захворюваннями, однак санаторій також приймає дітей (є окрема програма дитячого оздоровлення), людей похилого віку та учасників бойових дій. Крім лікувальних програм, доступна програма корекції ваги та детоксикації організму [27].

Організаційна структура харчоблоку в санаторії «Курорт Орлівщина» побудована таким чином, щоб забезпечити чіткий розподіл обов'язків між адміністративним, медичним та виробничим персоналом:

- Завідувач виробництвом (начальник харчоблоку) керує технологічними процесами харчоблоку, контролює виконання технологічних карт, розподіл задач і забезпечує відповідність нормам санітарії та якості продуктів. Він координує роботу між кухнею та адміністрацією.
- Лікар-дієтолог виконує ключову роль у складанні та затвердженні меню, аналізує потреби пацієнтів згідно їхнього стану, діагнозів і метаболічних потреб. У «Курорті Орлівщина» лікар-дієтолог також бере участь у роботі програми корекції ваги разом із медсестрами (проект із Дніпропетровським інститутом гастроентерології) [26].
- Медсестра-дієтолог відповідає за прийом і розподіл дієтичних страв згідно призначень лікаря, бере участь у бракеражі та контролі якості доставлених продуктів до їдальні.
- Кухарі, які працюють за затвердженими технологічними картами (у «Курорті Орлівщина» – більше 750 моделей страв) і забезпечують приготування дієтичних, протертих і стандартних раціонів [27];
- Дієтсестри, які безпосередньо координують роздачу їжі пацієнтам, проводять органолептичний контроль сервісу;
- Обслуговуючий персонал, відповідальні за сервіровку, чистоту в їдальні, комфортні умови подачі страв з урахуванням мікроклімату приміщення (кондиціонування, музика) [27].

Якщо говорити про систему контролю та комунікації, то в закладі провадять щоденні наради між завідувачем, кухарями та медичною сестрою, які дозволяють оперативно вирішувати поточні питання меню, індивідуальних призначень та стану запасів. В свою чергу як медичні ради проводяться регулярно за участі лікарів, адміністрації та харчоблоку для аналізу стану пацієнтів і коригування раціону. Внутрішні аудити впроваджені згідно з принципами HACCP/POS – перевіряється дотримання санітарних норм, технічного оснащення, контролю температури, журналів, технологічних карт і інвентаризації.

Спільна координація між адміністрацією, кухнею та медичною частиною забезпечує своєчасність, якість та гнучкість харчування, особливо для пацієнтів, які потребують складної дієти або мають хронічні захворювання. Структурована й скоординована робота адміністративного керівництва, медичного персоналу та кухонної служби створює ефективну організацію харчування. Система щоденного контролю, внутрішніх аудитів і комунікацій забезпечує баланс між медичними потребами пацієнтів та оперативною діяльністю харчоблоку. Такий підхід сприяє впровадженню якісного лікувального харчування, яке відповідає сучасним стандартам, нормам та очікуванням клієнтів.

Одним із ключових принципів організації лікувального харчування в санаторії «Курорт Орлівщина» є використання системи дієт, розробленої Мануїлом Ісааковичем Певзнером – видатним радянським клініцистом і дієтологом. Ця система, що охоплює 15 основних дієтичних столів, є класичним стандартом лікувального харчування і донині зберігає актуальність в санаторно-курортній практиці України. Вона адаптована до сучасних умов та доповнена елементами нутриціології, але зберігає базову структуру, перевірену часом. У санаторії «Курорт Орлівщина» найчастіше застосовуються столи №1, №2, №5, №9, №10, №12 а також №15 як базовий профілактичний раціон для пацієнтів без супутніх захворювань (рис. 2.7). Вибір раціону визначається лікарем-дієтологом на основі даних медичної карти пацієнта та результатів первинного обстеження.

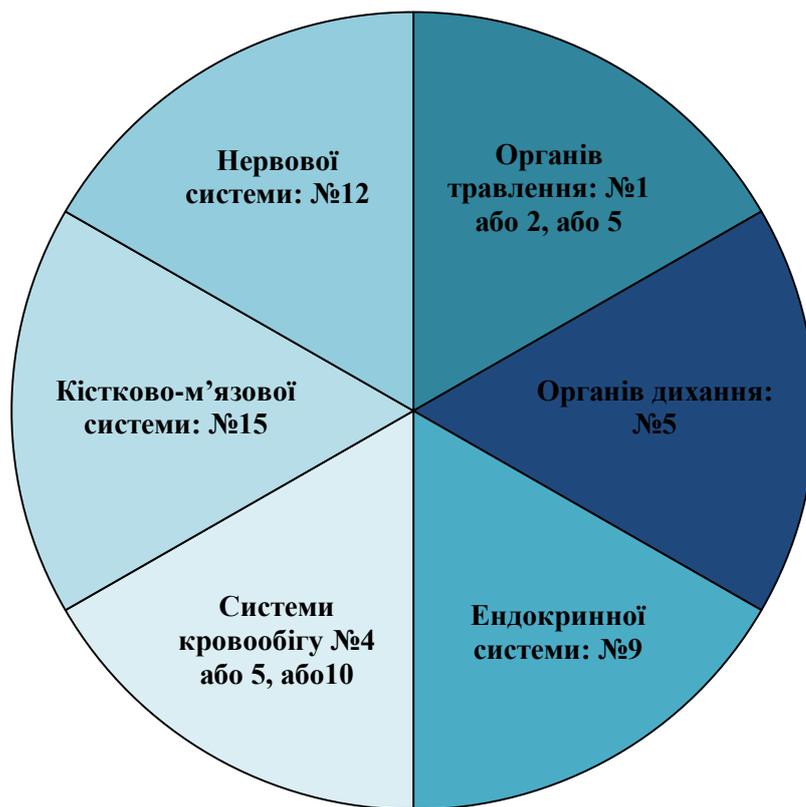


Рисунок 2.7 – Основні дієти, які впроваджені у санаторії «Курорт Орліщина» [27]

Особливістю використання системи Певзнера у санаторії є її адаптація до потреб сучасного клієнта:

- Раціони узгоджені з сучасними принципами нутриціології (збалансованість білків, жирів і вуглеводів, достатній вміст клітковини, обмеження солі, цукру, насичених жирів).
- Дієтичні страви готуються за оновленими технологічними картами, у яких враховано сучасні методи обробки (варіння, запікання, приготування на пару).
- Застосовується модифікація раціону залежно від індивідуальних потреб – наприклад, додаткове протиалергенне меню або безглютенові позиції.

Пацієнт має можливість обирати страви з урахуванням призначеного дієтичного столу, що забезпечується завдяки функції «меню на замовлення» (з підтримкою понад 750 страв у базі) [27].

Складання меню в «Орлівщині» є результатом злагодженої співпраці лікаря-дієтолога, медсестри-дієтолога та технолога харчоблоку. Меню розробляється щотижнево, узгоджується з планом дієтотерапії та затверджується головним лікарем. Кожен дієтичний стіл має:

- добове меню (4–5 прийомів їжі);
- визначену енергетичну цінність (від 1500 до 2800 ккал залежно від типу столу);
- структуру БЖВ: білки (15–20%), жири (25–30%), вуглеводи (50–55%);
- список дозволених та заборонених продуктів;
- методи термічної обробки (без смаження, обмеження спецій, кислот, дратівливих речовин).

Це дозволяє підтримувати високу якість лікувального харчування та забезпечує сувору відповідність медичним стандартам. Приклад меню на один день для дієти №5 вказано у табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Меню санаторію «Курорт Орлівщина» на один день за дієтичним столом №5

Страва	Вага (г)	Білки (г)	Жири (г)	Вуглеводи (г)	Калорії (ккал)	Сіль (г)
Сніданок						
Рисова каша на молоці (2,5%)	250	6.0	5.5	42.0	250	0.4
Омлет паровий (2 яйця)	140	12.0	10.0	1.0	150	0.4
Хліб білий підсушений	30	2.5	1.0	13.0	80	0.2
Чай з молоком	200	2.0	2.0	6.0	60	0.1
Всього:		22.5	18.5	26.5	540	1.1
Обід						
Суп овочевий з рисом	250	3.5	1.5	10.0	80	0.3
Картопляне пюре	180	2.5	4.0	18.0	130	0.5
Тефтелі з індички парові	150	20.0	10.0	3.0	230	0.5
Салат з моркви з яблуком	100	1.0	0.5	8.0	60	0.1
Компот із сухофруктів	200	1.0	0.0	18.0	80	0.2
Хліб пшеничний підсушений	40	3.0	1.5	15.0	100	0.2

Всього:		31.0	17.5	72.0	680	1.8
Полуденок						
Сирна запіканка з родзинками	180	14.0	8.0	23.0	230	0.4
Печене яблуко з медом	150	1.0	0.3	22.0	120	0.1
Відвар шипшини	200	0.5	0.0	12.0	50	0.1
Всього:		15.5	8.3	57.0	400	0.6
Вечеря						
Овочеve рагу	200	3.0	3.0	20.0	120	0.3
Риба відварна (хек)	120	20.0	5.0	0.0	140	0.4
Гречка з маслом	150	5.0	6.0	28.0	200	0.3
Чай з медом	200	0.5	0.0	12.0	60	0.1
Хліб житній підсушений	30	2.5	1.0	11.0	80	0.2
Всього:		31.0	15.0	71.0	600	1.3
Всього за день		100.0	59.3	262.0	2200	4.8

Джерело: [27]

В меню ми бачимо розрахунок білків, жирів, вуглеводів та кількості солі і калорійність на кожен страву, на прийом їжі та на день за нормами дієтичного меню №5, яке може редагуватись в залежності від призначення лікаря після огляду пацієнта. Меню розроблено таким чином, щоб забезпечити оптимальний баланс білків, жирів, вуглеводів, вітамінів і мінералів. Щоденне харчування включає:

- м'ясні, рибні та молочні продукти,
- насичення салатами, супами, заправленими олією,
- свіжі соки та фрукти,
- випічку – солодку або дієтичну, що відповідає потребам діт.

Таке поєднання гарантує енергетичну цінність та відповідає лікувальній меті. У санаторії використовують елементи гнучкої дієтотерапії:

- Індивідуальні страви для людей з алергіями або непереносимістю окремих продуктів;
- Калорійна корекція для пацієнтів з ожирінням або дефіцитом ваги;
- Введення вітамінізованих напоїв (шипшина, обліпіха, імбирний чай), фітокомплексів;

- Дотримання добової норми води – разом із харчуванням пропонується вживання мінеральної води з бювету (Новомосковська вода має доказані лікувальні властивості при гастроентерологічних розладах) [26].

Застосування системи дієт за Певзнером у «Курорті Орлівщина» дозволяє досягати зменшення симптомів при хронічних захворюваннях ШКТ, поліпшення метаболічних показників у пацієнтів з цукровим діабетом, нормалізації ваги тіла, скорочення термінів реабілітації після хірургічних втручань, покращення самопочуття і підвищення якості життя пацієнтів [27].

Застосування 15-столової системи Певзнера в санаторії «Курорт Орлівщина» є прикладом збереження кращих традицій вітчизняної дієтології з урахуванням сучасних тенденцій. Завдяки гнучкому підходу, технологічному оновленню та міждисциплінарній співпраці, дієтичне харчування в закладі ефективно підтримує лікувальний процес, сприяє реабілітації й підвищує задоволеність пацієнтів.

Стандартний режим включає триразове харчування з чітко визначеним часовим інтервалом: сніданок (08:00–09:00), обід (13:00–14:00) і вечеря (18:00–19:00) [27]. Для пацієнтів із цукровим діабетом та тих, хто проходить інсулінотерапію, передбачена додаткова вечеря. Також у разі потреби можливе дробове харчування – винятково для пацієнтів із порушеннями травлення або специфічними розпорядженнями лікаря. Заклад використовує практику так званого «меню на замовлення» – кожен відпочивальник може обрати страви зі зручного каталогу, що включає понад 750 технологічних карт (рецептур). Це дозволяє адаптувати щоденне меню і забезпечити персоналізований підхід навіть у межах загальних дієтичних схем. Мініатюризація (протерта їжа для осіб після операцій) також доступна, що значно підвищує якість лікування.

Санаторій активно використовує сезонну сировину – свіжі фрукти, овочі, ягоди, домашню випічку і локальні продукти. Сезонність дозволяє урізноманітнити щоденне меню та зробити його більш привабливим для пацієнтів, а також сприяє оздоровленню та комплексній терапії.

У санаторії «Курорт Орлівщина» контроль за дотриманням технології приготування страв є обов'язковим і системним процесом. Жодна страва не потрапляє до раціону пацієнта без попереднього узгодження з технологічною картою – документом, що містить точний рецепт, норму закладки продуктів, калорійність, спосіб термічної обробки та вимоги до подачі. Кожна карта відповідає стандартам ГОСТ, СанПіН або внутрішньому нормативу закладу.

Оцінка реакції пацієнтів на якість харчування є невід'ємною частиною моніторингу ефективності санаторної програми. У «Курорті Орлівщина» впроваджуються кілька методів збору фідбеку:

- Анкетування та опитування: щотижневі анкети оцінюють смакові якості страв, їх температуру, різноманітність меню, комфорт їдальні та сервіс обслуговування. Ці дані аналізуються медичною службою та адміністрацією.
- Особисті відгуки: на сайті санаторію («Відгуки») пацієнти залишають власні коментарі, позитивні чи критичні огляди харчування [27].
- Аналіз популярності страв: за допомогою технології «menu on demand» визначають найбільш вподобані позиції – рибні та молочні страви, випічка тощо.

Санаторій пропонує спеціальні дієтичні програми, зокрема «Детокс/Корекції ваги» – низькокалорійний раціон із чітким контролем харчових норм. Програма включає співпрацю з гастроентерологами, застосування мінеральної води з бювету та фізіотерапію. Такі програми допомагають нормалізувати метаболічні процеси й сприятливо впливають на загальний стан. Харчування синхронізовано з іншими процедурами закладу – бальнеотерапією, фізіотерапевтичними сеансами, кліматотерапією, відпочинком біля бювету. Це забезпечує синергію між дієтотерапією та фізичними навантаженнями, сприяючи ефективному оздоровленню.

Не зважаючи на високий рівень організації процесу харчування в санаторії «Курорт Орлівщина», певні виклики та недоліки все ж залишаються. Вони не лише знижують задоволеність пацієнтів, але й можуть впливати на

загальну ефективність лікувального процесу, де харчування виконує роль терапевтичного інструменту.

Найбільш поширеною проблемою, яка фігурує в численних відгуках, є черги під час отримання їжі. У години пік, особливо під час обіду, в їдальні утворюється скупчення людей. Для багатьох це стає справжнім випробуванням, адже частина клієнтів – це особи похилого віку або пацієнти після хірургічного втручання, яким важко довго стояти в черзі.

Крім того, помірно стабільним залишається питання одноманітності меню. Попри велику базу технологічних карт, окремі пацієнти відзначають повторюваність страв і недостатній креатив у формуванні щоденного раціону. В умовах санаторного перебування, де пацієнт харчується з одного джерела протягом 10–21 дня, важливо не тільки лікувати, а й створювати позитивний емоційний досвід через гастрономію.

Ще одним важливим аспектом є відсутність глибокої автоматизації облікових процесів. Попри загальну організованість, система все ще багато в чому базується на ручному плануванні, що створює ризики для помилок у замовленнях, контролі порцій і звітності. В умовах зростаючого потоку пацієнтів та складності дієтичних запитів, доцільним виглядає впровадження ERP-рішень і цифрових платформ контролю харчування (наприклад, НАССР-системи або модулі POS).

Крім цього, частина обладнання харчоблоку потребує модернізації. Особливо це стосується устаткування для щадних способів термічної обробки – пароварок, sous-vide установок, багатофункціональних котлів. Їх відсутність або зношений стан обмежує можливості персоналізації харчування та приготування складних дієтичних страв.

У зв'язку з вищезазначеним, варто сформулювати рекомендації, які дозволять удосконалити систему організації харчування в санаторії «Курорт Орлівщина», зробивши її ще більш адаптованою до потреб пацієнтів та вимог сучасної гастрономічної медицини. По-перше, доцільно впровадити спеціалізоване програмне забезпечення для обліку харчування: цифрову базу

рецептів, контроль витрат, підрахунок порцій, температурних показників тощо. Такі системи дають змогу не лише мінімізувати помилки, а й аналітично передбачати потреби пацієнтів, формувати адаптивне меню. По-друге, слід запровадити щотижневі опитування пацієнтів, що дозволить в реальному часі виявляти проблеми у сфері харчування: від надмірного часу очікування до побажань щодо асортименту. Це також стане інструментом діалогу між адміністрацією та клієнтом. По-третє, важливо інвестувати у навчання персоналу: підвищення кваліфікації з технології дієтичного приготування, знання вимог НАССР, сервісної етики – усе це сприятиме підвищенню якості обслуговування.

Також варто оновити кухонне устаткування, особливо на ділянках, де готуються страви для дієт із підвищеною вимогою до консистенції (протерті, низькожирові, варені на пару). Це дозволить підвищити харчову цінність страв і зробити харчування комфортнішим для осіб зі складними діагнозами.

Крім цього, можна оптимізувати сервіс подачі їжі. Наприклад, за допомогою електронних талонів, попереднього бронювання часу прийому їжі, розподілу на потоки – це дозволить уникнути скупчення, особливо в обідній час.

Окремої уваги заслуговує ідея впровадження тематичних тижнів харчування: страви національних кухонь, сезонні кулінарні дні (наприклад, «Осінній ярмарок», «День Карпатської кухні») можуть стати не лише елементом гастрономічного різноманіття, але й важливою складовою емоційного комфорту пацієнта.

Застосування цих кроків зробить систему харчування не лише ефективнішою, а й більш «людяною» – адаптованою до потреб сучасного пацієнта, який прагне не просто лікуватися, а відчувати себе у закладі як вдома.

Аналіз системи лікувального харчування в санаторії «Курорт Орлівщина» засвідчив, що заклад володіє розвиненою інфраструктурою, фаховою кадровою базою та чітко структурованою організацією процесів

харчування. Використання класичної 15-столової системи Певзнера у поєднанні з сучасними підходами до планування меню, індивідуалізацією раціону та сезонністю продуктів забезпечує відповідність харчування як медичним потребам пацієнтів, так і їхнім очікуванням щодо смаку, якості та комфорту. Харчування в «Курорті Орлівщина» інтегроване в загальну систему лікування, що дозволяє досягати більш високих результатів у реабілітації хворих. Разом з тим, подальший розвиток можливий за рахунок цифровізації обліку, оновлення обладнання, підвищення кваліфікації персоналу та впровадження інноваційних сервісних підходів. Застосування запропонованих у роботі рекомендацій дозволить удосконалити систему харчування, забезпечити її гнучкість, безпечність і комфортність для кожного пацієнта.

2.3. Особливості організації харчування в закладах охорони здоров'я за кордоном

Організація харчування в закладах охорони здоров'я – це не лише логістичне чи кулінарне завдання, а повноцінна частина лікувального процесу, яка напряду впливає на одужання, відновлення та якість життя пацієнтів. У багатьох країнах світу система лікувального харчування вийшла за межі класичної «дієтичної їдальні» й трансформувалася у потужний міждисциплінарний інструмент, у якому гармонійно поєднуються медицина, нутриціологія, технології та культура харчування.

У країнах Європейського Союзу, а також у США, система харчування у лікарнях і реабілітаційних центрах базується на принципах персоналізації, доказової медицини та дотримання міжнародних стандартів (зокрема, рекомендацій ESPEN – Європейського товариства клінічного харчування). У таких країнах як Німеччина, Франція чи Швеція, дієтичне харчування не вважається другорядним, а є офіційно закріпленою частиною медичного протоколу. Крім того, пацієнтам часто надається вибір – як у складі страв, так і в способі їх подачі.

У США система клінічного харчування працює через окрему професію – зареєстрованих дієтологів (Registered Dietitian Nutritionist), які є частиною команди лікарів. Застосовується розширене меню, враховуються релігійні й етичні вподобання, використовуються технології попереднього замовлення, кейтерингові сервіси та навіть елементи гастропсихології. Подібні практики виводять лікувальне харчування на принципово новий рівень, де їжа не лише відновлює фізіологію, а й формує позитивний емоційний стан.

Організація лікувального харчування у країнах Європейського Союзу та США ґрунтується на поєднанні медичних стандартів, доказової клінічної практики, сучасних технологій і орієнтації на індивідуальні потреби пацієнтів. Основними принципами цієї системи є персоналізація, багаторівнева відповідальність, стандартизація, а також активне залучення дієтологів і нутриціологів до лікувального процесу.

У країнах ЄС нормативною основою виступають документи Європейського товариства клінічного харчування та метаболізму (ESPEN) [28]. Зокрема, у рекомендаціях ESPEN з ентерального харчування зазначено, що пацієнти з тяжкими станами повинні отримувати харчування вже у перші 24-48 годин, а енергетичні потреби мають розраховуватися індивідуально (ESPEN Guidelines, 2021) [29]. Ці протоколи використовуються у клініках Франції, Німеччини, Нідерландів, Італії та інших країн ЄС.

У США система клінічного харчування базується на стандартах USDA (United States Department of Agriculture) та професійних асоціацій, таких як Academy of Nutrition and Dietetics. Ключову роль відіграють зареєстровані дієтологи-нутриціоністи (Registered Dietitian Nutritionists, RDN), які проходять сертифікацію та постійне підвищення кваліфікації (Academy of Nutrition and Dietetics, 2023) [30]. RDN входять до медичної команди й розробляють раціони на основі діагнозу, метаболічних потреб і навіть релігійних переконань пацієнта.

Особливістю є і мультидисциплінарний підхід. У провідних клініках Європи та США за плануванням харчування слідкують не лише кухарі чи

медсестри, а й нутриціологи, гастроентерологи, психологи та спеціалісти з клінічної фармакології. Наприклад, у Німеччині навіть у звичайних лікарнях наявна посада «Ernährungsberater/in» (консультант з харчування), яка передбачає щоденний контакт із пацієнтами для уточнення їхніх вподобань, алергенів та культурних особливостей (BDA e.V., 2022) [31].

Також важливо відзначити рівень автоматизації в системі клінічного харчування. У США поширені програми типу CBORD або Computrition, які дозволяють формувати персоналізоване меню, вести облік нутрієнтів, фіксувати алергени та вподобання пацієнта (CBORD Group, 2022) [32]. У Нідерландах існують централізовані кухні, які автоматично розподіляють страви по лікарнях залежно від індивідуальних призначень.

На відміну від української практики, де меню часто фіксоване, у США та країнах ЄС застосовується система харчування на вибір (room service-style). Пацієнт може обрати страву з декількох варіантів, при цьому медична система блокує недопустимі продукти (наприклад, при нирковій недостатності або діабеті) (USDA Hospital Nutrition Standards, 2021) [33]. Додатково враховуються вегетаріанські, веганські, халяльні, кошерні опції, що формує більш сприятливе середовище для перебування у закладі охорони здоров'я.

Отже, система лікувального харчування в країнах ЄС та США відзначається високим рівнем стандартизації, автоматизації, доказовим підходом та орієнтацією на потреби пацієнта. Запровадження таких елементів у систему українських санаторно-курортних закладів може стати кроком до підвищення якості медичних послуг і задоволеності пацієнтів.

У Німеччині лікувальне харчування в лікарнях та реабілітаційних закладах ґрунтується на розгорненій системі клінічної дієтології, яка включає не лише приготування дієтичних страв, а й інтеграцію з медичною стратегією пацієнта, регулярний контроль харчового статусу та індивідуальний супровід.

По-перше, центральною фігурою у харчовій моделі є екіпаж з клінічної дієтології (Ernährungsteam) – мультидисциплінарна група, до якої входять дієтолог (Dietitian), лікар-нутриціолог, медсестра та часто фармацевт

(співпраця з фармакологом при наявності потреби). Ця команда формує харчові протоколи, аналізує лабораторні дані, оцінює тяжкість метаболічного статусу і визначає частоту контрольних оглядів. Клінічна дієтологія в Німеччині розвивається завдяки діяльності Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung (АКЕ) – національної асоціації, що популяризує стандарти Німеччини, Австрії та Швейцарії. АКЕ проводить семінари, консультує лікарні та забезпечує впровадження рекомендацій, зокрема з управління недоїданням [34]. Наприклад, кожна велика лікарня уникає марних чи надмірних дієт, а команда АКЕ підтримує проекти аудиту харчової безпеки.

Німеччина приділяє велику увагу ранньому виявленню недоїдання: щонайменше 25–30 % госпіталізованих потребують дієтичного втручання через ризик недостатньої харчової підтримки. На базі таких оцінок запроваджують нутриціологічні плани та контрольні точки – щоденні чи раз на два тижні.

Ще одним важливим елементом є харчові підтримки (nutrition support teams) в лікарнях. У науковому дослідженні 2000 року описано роботу 47 подібних команд у 1999–2000 роках, що демонструє їхню багаторівневу участь: від підготовки ентеральних сумішей до контролю за парентеральним живленням [35]. Німецькі лікарні активно впроваджують принципи HACCP, ISO 22000 та локальні стандарти DGEM (Німецьке товариство клінічної дієтології). Це гарантує відповідність технологій приготування, зберігання та транспортування їжі до найвищих вимог.

Система клінічного харчування включає двоетапну оцінку: первинне – за шкалами сторіннього харчового статусу при поступленні, вторинне – динамічне тестування через 7–14 днів. Це дозволяє коригувати раціони оперативно: впроваджувати висококалорійні суміші, ентеральне або парентеральне живлення за необхідності.

Отже, особливістю німецької моделі є ефективна комбінація інституційної підтримки (АКЕ, DGEM), ранній супровід дієтологами, суворі міжнародні стандарти та наявність спеціалізованих харчових команд. Цей

приклад можна адаптувати в Україні, зокрема шляхом формування дієтологічних бригад і впровадження моніторингу харчового статусу.

Французька система лікувального харчування поєднує медичні протоколи, узгоджені з гастрономічною культурою, та тісну інтеграцію з клінічними службами. Життєва мудрість суспільства знаходить відображення у догляді за пацієнтом за принципом «bien-être et bien-manger».

Центром наукового супроводу слугують Centre de Recherche en Nutrition Humaine (CRNH), об'єднання науковців із лікарень, університетів та державних структур. У Rhone-Alpes група CRNH підтримує дослідження з дієтології, ожиріння, діабету та недоїдання, з механізмом координації між стаціонаром і науковими лабораторіями [36].

У лікарнях, таких як CHU Ліона або Pitié-Salpêtrière у Парижі, діють едукативні програми: клієнт отримує меню, що запобігає надмірним дієтам, враховує харчові потреби, рекомендовані асоціаціями AFDN та SFNCM. Зокрема, існує 23 рекомендації для стандартизованих та лікувальних дієт, результат Delphi-консенсусу французьких експертів [37].

Французи активно впровадили концепт «spoken menu» – пацієнт обирає страви, потім лікар заблокує недопустимі продукти (наприклад, при діабеті чи нирковій недостатності). Цей підхід показав зменшення відмов від їжі та підвищення задоволеності пацієнтів.

Гастрономічний елемент не ігнорується – у Франції цінують не лише корисність, а й смак. Тому меню складається з адаптованих класичних страв (супи, рагу, гратен), де зберігається текстура, запах і презентація їжі. Це важливо з огляду на значення емоційного подання їжі в процесі реабілітації.

Велика увага приділяється перевагам пацієнта: французькі лікарні проводять анкетування та опитування, оцінюючи вподобання, відмінність смаків та вплив на апетит.

У Франції також присутня система психогастрономії: психологи, дієтологи та кухарі спільно формують меню, де враховуються психологічний

фактор смачного харчування для пацієнтів із затяжним перебуванням у відділенні.

Загалом, французький досвід відзначається глибокою інтеграцією гастрономії та клініки, підтриманою науковими рекомендаціями AFDN/SFNCM і програмами CRNH. Цю модель можна успішно адаптувати в українських санаторіях шляхом інтеграції меню на вибір, проведення задоволеності пацієнтів і збереження гастрономічної привабливості.

У країнах ЄС та США лікувальне харчування функціонує як інтегральна частина медичного процесу, де пацієнт має можливість вибору, а дієта адаптована під його індивідуальні потреби, інтегрується в систему доказової медицини (ESPEN, USDA). Україна ж продовжує застосовувати класичну систему дієт Певзнера, імplementовану МОЗ, але без належної автоматизації та мультидисциплінарної команди. У 2024 році в рамках реформ військового харчування впроваджено стандарти, що враховують релігійні та медичні потреби, але ці підходи ще не повністю інтегровані в цивільну систему охорони здоров'я. Розглянемо порівняльний аналіз медичного харчування у Євро Союзі та США разом з Україною у табл. 2.4.

Таблиця 2.4

Порівняльний аналіз медичного харчування: ЄС/США vs Україна

Параметр	ЄС / США	Україна
Нормативна база	ESPEN, USDA, AFDN/SFNCM – доказова медицина, оновлені стандарти	ГОСТи за Певзнером, адаптовані МОЗ стандарти, обмежена цифровізація
Роль професіоналів	Зареєстровані RDN, клінічні дієтологи – у складі мультидисциплінарної команди	В Україні – дієтсестри чи дієтологи лабораторій, відсутній статус клінічного RDN
Автоматизація і рівень сервісу	Системи CBORD, MyPlate, електронні замовлення, меню на вибір із «блокуванням»	Переважно традиційний підхід, мала наявність цифрових HACCP/POS систем
Гнучкість меню	Вегетаріанські, халяльні, безглютенові опції, меню-спіккінг	Обмежена різноманітність, адаптація for military rations 2024 року
Контроль якості	HACCP, ISO 22000, DGEM, внутрішні моніторинги	Початок впровадження HACCP з 2018, потрібне посилення контролю і аудитів

Культура харчування	Гастропсихологія, «bien-être», гармонія смаку і лікувального ефекту	Акцент на лікування, хоч є зростаючий академічний інтерес, професійна наукова асоціація створює дискусію
---------------------	---	--

Джерело: складено автором

Досвід країн ЄС і США демонструє, що лікувальне харчування – це комплексний комплекс, який поєднує:

- сучасну нормативну базу (ESPEN, USDA),
- професіоналізацію через зареєстрованих дієтологів (RDN),
- цифрові технології для планування та контролю,
- мультикультурні меню з увагою до культурних та релігійних особливостей,
- увагу до гастрономічного та емоційного аспекту харчування пацієнтів.

Серед основних напрямів адаптації в Україні можливе впровадження в таких напрямках:

1. Нормативна база – інтегрувати європейські рекомендації (ESPEN, AFDN) до українських регламентів та наказів МОЗ (як це робиться в Німеччині/Франції).
2. Професійна команда – створити статус RDN/клінічного дієтолога, розвивати мультидисциплінарні харчові бригади (за прикладом АКЕ у Німеччині).
3. Автоматизація – впровадити програмні рішення (НАССР, POS, електронні меню) для санаторно-курортних закладів з уніфікованими вимогами.
4. Гнучкість меню – розширити спектр дієт: халляльні, кошерні, безглютенові, вегетаріанські; особливо для військових пацієнтів відповідно до НАТО/військових стандартів 2024 року .
5. Якість та контроль – впровадити системні внутрішні аудити за стандартами ISO 22000, DGEM; розвивати публічну мережу професійної наукової асоціації для обміну досвідом і генерації нормативів.

6. Культура харчування – інтегрувати гастропсихологію, тематичні меню, «зручне меню», психологічну підтримку пацієнтів.

Застосування міжнародного досвіду у сфері лікувального харчування дозволяє підвищити якість і комфорт для українських пацієнтів. Оскільки наша країна має добру теоретичну базу (Певзнер, накази МОЗ), часові зміни мають відбутися саме у сполученні цифровізації, професіоналізації, культурності та персоналізації харчування.

Цей напрямок стає логічним продовженням реформи охорони здоров'я та курортно-санаторної системи – і запровадження цих передових практик у вітчизняний медичний контекст сприятиме підвищенню якості населення та зміцненню довіри до системи охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3

РОЗРОБКА ЗАХОДІВ З ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА УПРАВЛІННЯ ЛІКУВАЛЬНИМ ХАРЧУВАННЯМ У САНАТОРНО- КУРОРТНИХ ЗАКЛАДАХ

3.1. Вдосконалення процесу складання меню з урахуванням норм законодавства

Організація харчування в закладах охорони здоров'я та санаторно-курортних установах України підлягає обов'язковому регулюванню згідно з низкою нормативно-правових актів. Це з одного боку гарантує безпеку та збалансованість, а з іншого – створює основу для вдосконалення процесу за рахунок інтеграції сучасних технологій, доказової медицини та індивідуального підходу.

Основу становить Наказ МОЗ № 931 від 29.10.2013 [17], який затвердив Порядок організації системи лікувального харчування в закладах охорони здоров'я та Інструкцію з його реалізації. У ньому прописані:

- добова потреба в енергії, БЖВ для нормо-, гіпо- та гіпертрофічних станів;
- склад продуктових наборів для різних захворювань;
- порядок затвердження меню;
- зобов'язання готувати за технологічними картами.

На сьогодні меню складається на основі середньодобових раціонів, технологічних карт, погодження з лікарем-дієтологом, із циклічністю 7–14 днів. Але в текстах нормативів зберігається класичний підхід – без урахування автоматизації, індивідуального сервісу або високооточних даних нутріціології. Водночас накази чітко вимагають відповідності нормам БЖВ, але не містять жодного слова про цифровий контроль або електронне погодження меню.

Система відстеження залишається паперовою: журнали бракеражу, технологічні картки на паперових носіях. Це збільшує кількість помилок, затримок та відсутність оперативного моніторингу.

Одним із найперспективніших напрямів вдосконалення процесу складання меню в закладах охорони здоров'я є цифрова трансформація, яка відкриває нові можливості для автоматизації обліку, планування харчування та погодження раціонів. Використання сучасного програмного забезпечення, зокрема ERP-систем, платформ НАССР/POS, дає змогу створити динамічну базу даних для відстеження вмісту білків, жирів, вуглеводів, алергенів, складу інгредієнтів, а також формувати економічну звітність по продуктах і порціях. Такий підхід дозволяє не тільки мінімізувати помилки у складанні меню, а й забезпечити відповідність до індивідуальних дієтичних потреб пацієнтів. Особливо ефективним є впровадження електронної платформи узгодження меню між виробничим персоналом (кухарем, комірником) і медичними працівниками (лікарем-дієтологом, медсестрою-дієтологом), де всі дані в реальному часі проходять перевірку за встановленими нормами та протоколами харчування.

Разом з цифровізацією, ще однією важливою складовою вдосконалення є адаптація чинних нормативів до сучасних реалій. Ідеться про актуалізацію рецептур із врахуванням міжнародних стандартів, зокрема рекомендацій ESPEN і BOOЗ, які акцентують на обмеженні трансжирів, зниженні рівня холестерину в раціоні та перевазі в раціоні повільних вуглеводів. Важливою також є відповідність калорійного розподілу між прийомами їжі, наприклад: сніданок має забезпечувати 25–30 % добової енергетичної цінності, обід – 30–35 %, що прямо передбачено в Наказі МОЗ України № 931 [17].

У контексті сучасного харчування також надзвичайно важливою є варіативність страв. У багатьох європейських клініках існує меню для вегетаріанців, осіб з безглютеновою дієтою, хворих на діабет, а також тих, хто дотримується релігійних обмежень (наприклад, халяль). В українських умовах реалізація такого підходу можлива через розробку кількох паралельних меню

з адаптованими технологічними картами. Особливо ефективним є впровадження системи «меню на запит» у разі контрактного харчування або при індивідуальній оплаті пацієнта, що дозволяє забезпечити персоналізований підхід і водночас зменшити харчові відходи.

Окремо варто зупинитися на вдосконаленні циклічності складання меню. У традиційній практиці українських медичних закладів застосовуються семи- або десятиденні меню з однаковим повтором упродовж лікувального курсу. Такий підхід часто призводить до одноманітності раціону, зниження апетиту пацієнтів та недоотримання поживних речовин. Натомість перспективним є адаптивний підхід, за якого базове меню складається на 7 днів окремо для осінньо-зимового та весняно-літнього періодів, а щомісяця додаються оновлені позиції на основі сезонних овочів, фруктів, зелені, локальних продуктів та кулінарних трендів. Це дозволяє не лише урізноманітнити страви, а й поліпшити загальну якість харчування та його відповідність сучасним гастрономічним очікуванням пацієнтів.

Таким чином, удосконалення процесу складання меню вимагає синхронного впровадження цифрових технологій, модернізації дієтичних протоколів, підвищення гнучкості раціону та орієнтації на сучасні стандарти нутриціології. Водночас, ці кроки мають реалізовуватись на основі чинного законодавства, з поступовим його оновленням відповідно до міжнародних практик. Такий підхід дозволить зробити харчування не лише безпечним і збалансованим, а й комфортним, ефективним з лікувальної точки зору та соціально значущим компонентом загальної стратегії охорони здоров'я. Розглянемо порівняння традиційного та вдосконаленого підходів до складання меню у табл. 3.1.

Порівняння традиційного та вдосконаленого підходів до складання
меню в закладах охорони здоров'я

Критерій	Традиційний підхід	Вдосконалений підхід (рекомендований)
Циклічність меню	7-10 днів, повторюваність страв	7-14 днів + сезонне/місячне оновлення меню
Технологія складання меню	Паперові шаблони, ручний підрахунок калорійності та БЖВ	Програмне забезпечення (ERP/НАССР), автоматизований розрахунок нутрієнтів
Затвердження меню	Лікар-дієтолог на основі шаблонів	Командне узгодження (дієтолог, технолог, адміністратор) через цифрову платформу
Урахування медичних показань	Столи за Певзнером (1–15), однакові для всіх	Персоналізовані раціони: з урахуванням ІМТ, хронічних захворювань, алергій
Вибір для пацієнта	Відсутній, фіксоване меню	Можливість вибору зі списку дозволених страв (меню «на запит», «spoken menu»)
Контроль якості	Бракераж, ручні журнали	Вбудований цифровий контроль, аудит за НАССР, ISO 22000
Наявність спеціальних дієт	Дієта для діабетиків, шлункових хвороб, іноді вегетаріанська	Розширений перелік: безглютенова, веганська, релігійна, низькопуринова, безлактозна
Оновлення рецептур	Раз на рік або рідше, застарілі рецепти	Постійне оновлення згідно з рекомендаціями WHO, ESPEN, AFDN
Інтеграція в лікувальний процес	Обмежена, формально прив'язана до профілю відділення	Активна — дієтолог як частина мультидисциплінарної команди
Документальне оформлення	Накази МОЗ (№931, №220), технологічні картки на папері	Оцифровані картки, контроль відповідності до законодавства та протоколів харчування

Джерело: складено автором

Ця таблиця підкреслює, наскільки велика різниця між старою моделлю й сучасним підходом. Ключове завдання – трансформувати складання меню з паперового процесу до інтелектуальної системи, що забезпечить:

- автоматичне налаштування раціонів з норм БЖВ;
- врахування профілю пацієнта;
- цифрову взаємодію між персоналом;
- можливість вибору меню пацієнтом;
- відповідність законодавству та стандартам.

Впровадження пропонованих елементів дозволить не лише покращити процес організації харчування, а й сформувати новий стандарт лікувального харчування Польщу рівня, що відповідає принципам доказової медицини й комфортній експлуатації цифрового рішення.

3.2 Приготування та подавання страв української кухні для лікувального харчування

Інтеграція елементів української національної кухні в лікувальне харчування санаторно-курортних закладів є не лише культурно важливою, але й функціонально доцільною. Традиційні українські страви мають значний потенціал для адаптації до вимог лікувальних дієт завдяки використанню натуральних інгредієнтів, великої кількості овочів, круп і легкозасвоюваних продуктів. Наприклад, борщ без засмажки, приготований на курячому бульйоні, або печені яблука з медом – це страви, що не лише смачні, а й відповідають дієтам №1 та №5, які застосовуються при хворобах шлунково-кишкового тракту. Впровадження таких страв також має психологічну цінність – знайомі смаки покращують апетит, сприяють відчуттю домашнього комфорту та позитивно впливають на настрій пацієнтів. Крім того, демонстрація української гастрономічної культури сприяє іміджу закладу, особливо серед іноземних гостей або внутрішніх туристів, що цікавляться автентикою. Принципи адаптації українських страв до лікувального харчування роздивимось у табл. 3.2.

Принципи адаптації українських страв до лікувального харчування

Принцип	Опис
Технологічні методи	Варіння, тушкування, запікання замість смаження – мінімізація жирів і агресивних спецій
Корекція інгредієнтів	Замінити жирне м'ясо на курятину/індичку, сметану – йогуртом або кефіром
Контроль поживних речовин	Аналіз БЖВ, вмісту солі, цукру, калорійності згідно з нормами лікувальних дієт
Безпечна подача	Подрібнення, правильна температура, зручний об'єм порцій (4–5 разів на день)

Джерело: складено автором

Розглянемо приклади адаптованих страв таких як дієтичний борщ [38]. Основою в цій страві слугують овочі (буряк, капуста, картопля, морква, томати) без засмажки – лише тушкування, білковою частиною є куряча грудка та нежирний бульйон. Під час подачі можливо замінити сметану на знежирений йогурт.



Рисунок 3.1 – Борщ дієтичний без смаження [38]

Ще одна українська страва, яку можна адаптувати до дієтичного та лікувального харчування – зелений борщ. Інгредієнти які входять до страви вказані у табл. 3.3.

Рецептура зеленого борщу для дієтхарчування

№	Найменування сировини	Брутто	Нето
1	Щавель	300	280
2	Картопля	350	330
3	Морква	100	88
4	Цибуля ріпчаста	100	90
5	Кріп	55	50
6	Петрушка	55	50
7	Зелена цибуля	55	50
8	Яйце	110	100
9	Знежирений йогурт	-	30
	Вода	-	2500
	Вихід	-	3000

Джерело: [39]

Зелений борщ без м'яса стає легшим, але не втрачає своєї насиченості. Щавель, кріп, зелена цибуля та овочі створюють ароматну симфонію, а правильний рецепт дозволяє зберегти всі корисні речовини. Такий борщ ідеально підходить для вегетаріанців, тих, хто постить, або просто хоче додати більше зелені у свій раціон [39].

Відсутність м'яса робить страву бюджетною, але не менш поживною. Наприклад, за даними дослідження USDA, щавель містить до 48 мг вітаміну С на 100 г, що покриває половину добової норми. Додавання яєць або сметани забезпечує білок, а картопля та морква додають вуглеводи для енергії. Це ідеальний баланс смаку та користі [39].

Існує ще багато українських страв, які можливо адаптувати під лікувальне харчування. Деякі з них ми можемо розглянути у табл. 3.4.

Страви української кухні які застосовують в лікувальному харчуванні

Назва страви	Основні інгредієнти	Метод приготування	Лікувальні властивості / дієтична користь
Голубці з гречкою та овочами	Гречка, морква, цибуля, капуста	Тушкування	Джерело клітковини, мікроелементів, легко засвоюється, рекомендовано при гастритах
Вареники на пару з картоплею або сиром	Тісто, картопля, нежирний сир	Варіння на пару	Зниження навантаження на печінку, підходять при хронічному панкреатиті (дієта №5)
Печений гарбузовий десерт	Гарбуз, мед, яблуко/ягідне пюре	Запікання	Джерело вітаміну А, нормалізує перистальтику, без цукру – для діабетичних дієт
Каша з пшона на воді з гарбузом	Пшоно, гарбуз, трохи олії	Варіння	Підвищений вміст заліза, корисна при анемії та захворюваннях печінки
Кисіль з ягід (чорниця, журавлина)	Ягоди, вода, крохмаль	Варіння, без цукру або з медом	Має обволікаючий ефект, підходить при гастриті та виразці
Тушковані овочі з кропом і петрушкою	Морква, кабачок, цвітна капуста	Тушкування з мінімумом олії	Покращують роботу кишечника, низькокалорійна страва
Сирники парові з манкою	Нежирний сир, манка, яйце	Приготування на пару	Білкова страва, легко засвоюється, підходить для дитячого та відновного харчування
Куліш пісний з овочами	Пшоно, картопля, морква, зелень	Варіння	Ситна та поживна страва, знижений вміст жиру, високий рівень клітковини

Джерело: складено автором

Впровадження українських страв у систему лікувального харчування санаторно-курортних закладів має значний потенціал, адже багато

традиційних страв української кухні можуть бути адаптовані під вимоги лікувальних дієт, зокрема столів за Певзнером. Наприклад, борщ без засмажки, приготований на курячому бульйоні або навіть повністю овочевий, може бути рекомендований для дієти №1, що призначається при гастритах та виразковій хворобі. Він є щадним, містить клітковину, вітаміни та не подразнює слизову оболонку шлунка. Для дієти №2, яка призначається при хронічних захворюваннях шлунково-кишкового тракту в стадії відновлення, чудово підходять подрібнені голубці з гречкою або овочами, а також вареники на пару з картоплею чи нежирним. Ці страви є легкозасвоюваними, мають невисоку калорійність, не містять шкідливих жирів, і при цьому мають знайомий смак, що позитивно впливає на апетит і психологічний стан пацієнтів.

Переваги впровадження національних страв у лікувальне харчування включають покращення привабливості меню, особливо для внутрішніх туристів та осіб похилого віку, які з ностальгією сприймають звичні страви. Окрім того, це дозволяє формувати індивідуальне меню, виходячи не лише з діагнозу, а й зі смакових вподобань, що сприяє підвищенню задоволеності послугами. Водночас існують певні виклики: зокрема, необхідність підвищення кваліфікації кухарів у сфері дієтичної кулінарії, адже приготування лікувальних варіантів традиційних страв потребує знань про щадні технології, обмеження жирів, солі, цукру. Також важливо забезпечити санаторії якісними та натуральними продуктами – сезонними овочами, пісним м'ясом, свіжими фруктами. Це потребує додаткових витрат і логістичних зусиль.

Для ефективного впровадження українських дієтичних страв у меню рекомендується створити збірник рецептур із зазначенням складу, калорійності та БЖВ (білки, жири, вуглеводи) кожної страви; провести пілотні дегустації серед пацієнтів; зібрати відгуки та провести оцінку впливу на апетит і самопочуття; а також організувати навчання персоналу – кухарів, дієтологів і менеджерів харчоблоку. Це дозволить не лише урізноманітнити

лікувальне меню, а й наблизити його до гастрономічних звичок відпочивальників, зберігаючи медичну ефективність харчування.

Адаптація українських традиційних страв до лікувального харчування – ефективний шлях поєднання гастрономічної культурної спадщини з медичною ефективністю. Такий підхід сприяє не лише фізичному, але й психологічному оздоровленню пацієнтів. Його успіх залежить від чіткої рецептурної бази, навчання персоналу та регулярної оцінки результатів. Це дозволить санаторіям підвищити якість послуг та авторитет у галузі медико-курортного харчування.

3.3. Середземноморська дієта та можливість її застосування в лікувальному харчуванні

Середземноморська дієта – система харчування, яка сформувалася історично в регіоні Середземного моря (Італія, Греція, південь Франції, Іспанія) та набула світового визнання завдяки численним доказам позитивного впливу на здоров'я. У 2010 р. ЮНЕСКО визнало середземноморську дієту нематеріальною культурною спадщиною людства, підкреслюючи її важливість не лише як харчової традиції, але й як стилю життя [40].

Дослідження останніх десятиліть підтвердили, що середземноморська модель харчування істотно знижує ризик розвитку серцево-судинних захворювань, метаболічного синдрому, діабету 2 типу, ожиріння, деяких видів раку, а також уповільнює процеси старіння. Зокрема, за даними метааналізу Sofi et al. (2010), дотримання цієї дієти знижує загальний ризик смертності на 9%, а серцево-судинної смертності – на 9% [41]. Завдяки цим доказам дієта дедалі частіше розглядається як ефективний компонент лікувального харчування.

Середземноморська дієта передбачає не суворі обмеження, а певний харчовий стиль, що базується на регулярному вживанні таких груп продуктів:

- овочі, фрукти, бобові, зелень – щодня в великих кількостях;
- оливкова олія – головне джерело жирів;
- цільнозернові продукти – хліб, крупи;
- молочні продукти – переважно йогурт, сир (помірно);
- риба і морепродукти – 2–3 рази на тиждень;
- червоне м'ясо – рідко, не частіше 1–2 разів на місяць;
- горіхи та насіння – як джерело білка та жирних кислот;
- червоне вино – помірно, зазвичай 1 келих за обідом (опційно, не для всіх категорій пацієнтів).

Загальна калорійність дієти варіюється залежно від індивідуальних потреб, однак головною особливістю є співвідношення макроелементів: високе споживання мононенасичених жирних кислот (омега-9 з оливкової олії), достатнє споживання білків (особливо з риби), низький глікемічний індекс страв і обмеження насичених жирів та цукрів. Базові продукти у середземноморській дієті ми можемо розглянути у табл. 3.5.

Таблиця 3.5

Базові продукти середземноморської дієти [42]

Група продуктів	Рекомендована частота	Приклади
Овочі	Щодня	Помідори, перець, баклажан, цукіні, шпинат
Фрукти	Щодня	Яблука, груші, виноград, цитрусові, гранат
Бобові	3-4 рази на тиждень	Нут, сочевиця, квасоля
Цільнозернові продукти	Щодня	Булгур, кіноа, цільнозерновий хліб, макарони
Оливкова олія	Щодня	Холодного віджиму, для салатів, приготування
Горіхи та насіння	4-5 разів на тиждень	Мигдаль, волоські горіхи, насіння гарбуза
Риба, морепродукти	2-3 рази на тиждень	Лосось, тунець, скумбрія, кальмари
Яйця	2-4 рази на тиждень	Варені, омлет на пару
Молочні продукти	Щодня, в помірних кількостях	Йогурт, фета, рикотта
Червоне м'ясо	1-2 рази на місяць	Яловичина, баранина

Застосування середземноморської дієти у санаторно-курортних закладах має потенціал як у профілактичному, так і в терапевтичному аспектах.

Основна перевага – природний баланс макро- та мікронутрієнтів без потреби у штучних замінниках чи добавках. Овочі та бобові, багаті клітковиною, покращують моторику шлунково-кишкового тракту, сприяють нормалізації мікрофлори кишечника. Оливкова олія, завдяки вмісту олеїнової кислоти, знижує рівень «поганого» холестерину LDL і підвищує «хороший» HDL.

Дієта також має потужний антиоксидантний ефект – завдяки споживанню свіжих овочів, фруктів та зелені організм отримує багато вітамінів С, Е, поліфенолів та флавоноїдів. У результаті сповільнюються процеси старіння клітин, зменшується ризик запалень і хронічних захворювань.

На рис. 3.2 нижче зображено класичну піраміду Середземноморської дієти, що використовується у клінічній практиці та освітніх програмах нутриціологів.



Рисунок 3.2 – Піраміда Середземноморської дієти [43]

Попри те, що середземноморська дієта сформувалася у специфічному кліматичному та культурному середовищі, її головні принципи є універсальними й легко адаптуються до українських реалій, зокрема у сфері

лікувального харчування в санаторно-курортних закладах. Важливо не стільки дотримуватись автентичних страв, скільки наслідувати структуру харчування, склад продуктів та технології приготування. Основні напрями адаптації:

1. Олії та жири: Оскільки оливкова олія в Україні є порівняно дорогою, її можна частково замінити лляною, гарбузовою або нерафінованою соняшниковою олією, які також багаті на моно- та поліненасичені жирні кислоти.
2. Риба та морепродукти: Замість тунця чи лосося цілком прийнятно використовувати судака, щуку, коропа, оселедець. Це дозволяє забезпечити надходження білків і омега-3 кислот.
3. Злакові: Місцеві крупи, такі як гречка, пшоно, перловка, овес, повноцінно замінюють булгур чи кіноа. Хліб бажано використовувати житній, з висівками, без дріжджів.
4. Овочі та зелень: Влітку в українських регіонах доступна велика кількість помідорів, огірків, кабачків, буряка, моркви, шпинату, кропу, петрушки, щавлю, які відповідають вимогам дієти.
5. Фрукти: Можна використовувати яблука, груші, сливи, вишні, кавуни, що забезпечують організм природними цукрами, вітамінами та водою.
6. Молочні продукти: Серед українських аналогів можна застосовувати кефір, ряжанку, кисле молоко, домашній сир з низьким вмістом жиру.

У додатку Б наведено приклади страв, які відповідають принципам середземноморської дієти, адаптованої під українські продукти, й можуть бути включені в раціон пацієнтів у санаторно-курортних закладах.

Для ефективного впровадження цієї дієти в санаторіях варто врахувати такі аспекти:

- Навчання кухарів у специфіці технологій приготування страв без смаження, з акцентом на варіння, тушкування, запікання.
- Корекція меню відповідно до захворювань (наприклад, зниження кількості фруктози при цукровому діабеті).

- Естетичне оформлення страв – кольорова гама, використання зелені, подача в теплому вигляді.
- Освітні заходи для пацієнтів, що пояснюють переваги такого харчування (буклети, лекції).

Середземноморська дієта є однією з найбільш науково обґрунтованих систем харчування, що поєднує профілактичні та лікувальні властивості. Її основні характеристики – високе споживання овочів, фруктів, цільнозернових продуктів, бобових, риби, оливкової олії, а також низьке споживання червоного м'яса та насичених жирів – забезпечують природну гармонію поживних речовин, знижують ризики хронічних захворювань і сприяють загальному оздоровленню організму.

Для санаторно-курортних закладів України така модель харчування може бути ефективно адаптована з урахуванням регіональних особливостей, доступних продуктів та медичних показань пацієнтів. Заміна окремих інгредієнтів на місцеві аналоги не знижує терапевтичного потенціалу дієти, натомість дозволяє зробити її більш економічно обґрунтованою та доступною.

Запровадження середземноморської дієти в лікувальному харчуванні сприяє не лише покращенню стану здоров'я пацієнтів, а й формує культуру раціонального харчування, що може мати довготривалий вплив на якість життя. У поєднанні з фізичною активністю, психологічним комфортом та оздоровчими процедурами, ця система може стати основою для індивідуалізованих програм санаторно-курортного оздоровлення.

ВИСНОВКИ

У результаті виконання кваліфікаційної роботи на тему «Організація та управління лікувальним харчуванням у санаторно-курортних закладах: особливості та виклики» було всебічно досліджено теоретичні, практичні та прикладні аспекти організації харчування у сфері охорони здоров'я, а також сформовано низку висновків і практичних рекомендацій щодо підвищення ефективності цього процесу в сучасних українських умовах.

На теоретичному рівні було розглянуто класичні та нетрадиційні системи харчування, їх вплив на сучасну дієтологію, а також науково-гігієнічні засади формування лікувальних дієт. Було встановлено, що історично в Україні склалася система лікувального харчування, базована на принципах Певзнера, яка передбачає використання 15 основних дієт, кожна з яких відповідає певному профілю захворювання. Ця система, хоча й зберегла свою цінність, потребує адаптації до сучасних викликів: індивідуалізації, культурної різноманітності, наявності хронічних захворювань у пацієнтів, змін у кулінарних традиціях і зростання рівня обізнаності суспільства у питаннях здорового харчування.

Важливим акцентом у дослідженні стала оцінка практики організації лікувального харчування в конкретному санаторно-курортному закладі – санаторії «Курорт Орлівщина». Аналіз внутрішньої системи управління, складу меню, логістики постачання та ролі медичних працівників дозволив визначити як сильні сторони, так і наявні проблеми. Зокрема, було встановлено, що санаторій забезпечує різноманітне харчування з урахуванням класичних дієт, надає пацієнтам можливість індивідуального підбору меню, а також впроваджує принципи сезонності та локальних продуктів. У той же час зафіксовано типові для багатьох вітчизняних закладів недоліки – відсутність електронної системи обліку та автоматизованого складання меню, одноманітність у циклічності страв, недостатній рівень технічної модернізації харчоблоку, а також скарги пацієнтів на черги та сервісну складову.

Порівняльний аналіз систем лікувального харчування в медичних закладах Німеччини, Франції та США засвідчив принципову різницю в підходах до харчування пацієнтів. У зазначених країнах дієтичне харчування є інтегрованою частиною лікувального протоколу, яка реалізується через роботу мультидисциплінарних команд, участь сертифікованих клінічних дієтологів (RDN), використання цифрових платформ для обліку, персоналізованого меню, контролю нутрієнтів та алергенів. Меню формується з урахуванням медичних показань, етичних, культурних і релігійних вподобань пацієнтів, а також із використанням технології «spoken menu» або «room service», де пацієнт має реальний вибір страв. На цьому тлі українська система виглядає доволі консервативною, з переважно паперовим документообігом, фіксованим меню та обмеженими ресурсами для адаптації до сучасних умов.

На основі цього аналізу у третьому розділі роботи було запропоновано низку практичних заходів для модернізації процесів організації харчування у санаторно-курортних закладах. Зокрема, було обґрунтовано доцільність цифровізації процесу складання меню з урахуванням норм українського законодавства (Наказ МОЗ №931, ДСанПіН, ГОСТ), а також міжнародних рекомендацій (ESPEN, WHO, USDA). Важливо, що у межах удосконалення запропоновано впровадження програмного забезпечення ERP або HACCP-систем для формування циклічного меню, розрахунку БЖВ, енергетичної цінності, ведення бракеражних журналів у цифровому форматі. Це дозволить не лише мінімізувати людський фактор і знизити навантаження на персонал, а й створити прозору, контрольовану і гнучку систему з персоніфікованим підходом до кожного пацієнта.

Окрему увагу приділено можливості інтеграції в систему лікувального харчування адаптованих страв української кухні, що дозволить не тільки зберегти національну кулінарну ідентичність, а й підвищити рівень задоволеності клієнтів. На прикладі адаптованих варіантів борщу, запечених овочів, безглютенових страв з кукурудзяного борошна або гречки доведено,

що елементи української кухні можуть успішно поєднуватися з дієтичними вимогами.

Крім того, запропоновано елементи середземноморської дієти як одного з найбільш визнаних у світі стандартів здорового харчування. Включення в раціон оливкової олії, морської риби, свіжих овочів, горіхів, цільнозернових продуктів сприяє зниженню ризику серцево-судинних захворювань, покращенню роботи шлунково-кишкового тракту, зменшенню запальних процесів. Ці страви можуть стати частиною раціону в межах санаторно-курортного лікування, особливо для пацієнтів із метаболічним синдромом, ожирінням, гіпертензією та цукровим діабетом II типу.

У підсумку проведеного дослідження можна дійти висновку, що процес організації та управління лікувальним харчуванням потребує системних змін. Ключовими чинниками цих змін мають стати:

- цифровізація та автоматизація обліку;
- оновлення нормативної бази з урахуванням сучасних міжнародних протоколів;
- професіоналізація кадрів через введення спеціальностей клінічної дієтології;
- культурна адаптація раціонів;
- розвиток гнучких моделей харчування з можливістю вибору;
- включення в харчування елементів національної та середземноморської кухні;
- впровадження систем контролю якості на основі стандартів HACCP, ISO 22000.

Реалізація цих кроків дозволить вивести систему лікувального харчування на новий рівень якості, зробити її дійсно ефективним і гнучким елементом медичної допомоги, який враховує не лише потреби організму, а й індивідуальні особливості, комфорт, традиції та сучасні стандарти.

Таким чином, лікувальне харчування перестає бути допоміжною ланкою і перетворюється на самостійний напрям у сфері охорони здоров'я, здатний

суттєво впливати на ефективність лікування, тривалість реабілітації та якість життя пацієнтів. Перехід від формального до інтегрованого підходу є не лише актуальною тенденцією, а й стратегічною необхідністю для українських медичних установ, особливо в умовах реформування галузі та руху до європейських стандартів.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Традиційна їжа. URL :

https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B8%D1%86%D1%96%D0%2%B9%D0%BD%D0%B0_%D1%97%D0%B6%D0%B0

Дата звернення 15.04.2025

2. Уміта. URL :

<https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A3%D0%BC%D1%96%D1%82%D0%B0>

Дата звернення 15.04.2025

3. Традиційна їжа в Україні. URL :

https://www.google.com/search?q=%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B8%D1%86%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%B0+%D1%96%D0%B6%D0%B0&sca_esv=255bbd3e2019d6ad&sxsrf=АНТn8zq30NcWCB9q65n1IJ8pGHj

Дата звернення 15.04.2025

3. Основи харчування: підручник / М. І. Кручаниця, І. С. Миронюк, Н. В. Розумикова, В. В. Кручаниця, В. В. Брич, В. П. Кіш. Ужгород: Вид-во УжНУ «Говерла», 2019. 252 с.

4. Роздільне харчування – що це і чи є в ньому сенс? URL :

<https://vansiton.ua/ua/blog/razdelnoe-pitanie-chto-jeto-i-est-li-v-nem-smisl.html>

Дата звернення 15.04.2025

5. Макробіотична дієта - що потрібно знати? URL :

<https://doc.ua/ua/news/articles/makrobioticheskaya-dieta-chto-nuzhno-znat>. Дата

звернення 15.04.2025

6. Що таке йогічне харчування або йогічна дієта? URL :

<https://kundalini-yoga.com.ua/yohichne-kharchuvannia-shliakh-do-vnutrishnoi-i-zovnishnoi-harmonii/>.

Дата звернення 15.04.2025

7. Лікувальне харчування (дієтотерапія). URL :

<https://mp1.ck.ua/%D0%BB%D1%96%D0%BA%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B5->

Дата звернення 24.04.2025

8. Зубар Н. М. Основи фізіології та гігієни харчування: підручник. К.: Видавничий дім «Кондор». 2018. 444 с.

9. Сенькина В. І., Лучанська Ю. Г. Організація та управління лікувальним харчуванням у санаторно-курортних закладах: особливості та виклики. *Актуальні проблеми та тренди розвитку систем управління в сучасних умовах*: матер. Міжн. наук.-практ. конф. Дніпро. Український державний університет науки і технології. 2025. С. 184-185.

10. Наказ МОЗу від 23.06.2014 року №411 «Про затвердження Положення про організацію роботи санаторно-курортних закладів Збройних Сил України».

11. Постанова Кабінету Міністрів України від 11 липня 2001 р. № 805 «Про затвердження Загального положення про санаторно-курортний заклад».

12. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 березня 2002 р. № 117.

13. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 08 лютого 2013 року № 97 «Про затвердження Порядку організації харчування в державних і комунальних дитячих санаторно-курортних закладах (крім протитуберкульозних)»

14. Мальцева О. Б., Ляховець Л. О., Семаль Н. В. Гігієна. Навчальний посібник. м.Ужгород : Друкарня Бреза. 2023. 164 с.

15. Санаторій «Поляна». Офіційний сайт. URL: <https://sanpolyana.com/diyetychne-harchuvannya/>. Дата звернення 05.05.2025

16. Хмільник. Профспілковий санаторій. Офіційний сайт. URL: <https://khmilnyk-zdrav.com.ua/harchuvannya/>. Дата звернення 05.05.2025

17. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 жовтня 2013 року №931 «Про удосконалення організації лікувального харчування та роботи дієтологічної системи в Україні»

18. Заваріка Г. М. Курортна справа : навч. посіб. Київ, 2015. 264 с.

19. Санаторій «Квітка полонини» (ТОВ «Сузір'я»). Офіційний сайт. URL: <https://kvitkapolonyny.com/>. Дата звернення 05.05.2025
20. Санаторій “Моршин курорт”. Офіційний сайт. URL: <https://morshynkurort.net/ua/food/>. Дата звернення 05.05.2025
21. Рекомендації по підготовці закладів оздоровлення та відпочинку. Головне управління Держспоживслужби в Чернігівській області. URL: <https://dpssc.gov.ua/bezpechnist-kharchovykh-produktiv-ta-veterynariia/haccp/normatyvno-pravovi-akty-po-vprovadzhenniu-systemy-haccp/551/informatsiia-do-vidoma-kerivnykiv-zakladiv-ozdorovlennia-ta-vidpochynku.html?>. Дата звернення 06.05.2025
22. Організація харчування у закладах охорони здоров'я. Медична справа. URL: <https://medplatforma.com.ua/article/95-organizatsija-kharchuvannja-uzakladakh-okhoroni-11> Дата звернення 06.05.2025.
23. Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів. Закон України. Відомості Верховної Ради (ВВР) від 1998 року з поточними змінами. №19, ст. 98.
24. Державні санітарні правила розміщення, улаштування та експлуатації оздоровчих закладів. Затверджено Наказом Міністерства охорони і здоров'я України від 19.06.1996 № 172.
25. Внутрішній аудит НАССР. Особливості. Техконсалт Україна. URL: <https://www.techconsult.com.ua/ua/sistemi-menedzhmentu-iso/osoblivosti-vnutrishnogo-audituhaccp/> . Дата звернення 06.05.2025
26. Санаторій «Курорт Орлівщина» – відпочинок для тих хто цінує магію природи. Портал «ДніпроКультура». URL: https://www.dnipro.lib.dp.ua/lisoterapiya_sanatoriya_kurort . Дата звернення 07.05.2025
27. Санаторій «Курорт Орлівщина». Офіційний сайт. URL: <https://spa-kurort.com.ua/> . Дата звернення 07.05.2025

28. Empowering Patients and Professionals in Evidence-Based Nutritional Therapy. Nutritional therapy for IBD. URL: <https://www.nutritionaltherapyforibd.org/> . Дата звернення 07.05.2025
29. ESPEN Guidelines on Clinical Nutrition in the Intensive Care Unit. *Clinical Nutrition*, 2021
30. Academy of Nutrition and Dietetics. What is a Registered Dietitian Nutritionist (RDN)? URL: <https://www.eatright.org/> . Дата звернення 07.05.2025
31. Bundesverband Deutscher Ernährungsberater (BDA e.V.). URL: <https://www.bda.de/> . Дата звернення 12.05.2025
32. CBORD Group – Healthcare Nutrition Management Software. URL: <https://www.cbord.com/> . Дата звернення 12.05.2025
33. USDA Hospital Nutrition Guidelines. URL: <https://www.usda.gov/about-food/nutrition-research-and-programs/dietary-health> . Дата звернення 12.05.2025
34. Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung. Wikipedia. URL: https://de.wikipedia.org/wiki/Arbeitsgemeinschaft_f%C3%BCr_klinische_Ern%C3%A4hrung . Дата звернення 12.05.2025
35. Shang E., Suchner U., Dormann A. and Senkal M. Structure and organisation of 47 nutrition support teams in Germany: a prospective investigation in 2000 German hospitals in 1999. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2003
36. Centre de recherche en nutrition humaine Rhône-Alpes. Wikipedia. URL: https://fr.wikipedia.org/wiki/Centre_de_recherche_en_nutrition_humaine_Rh%C3%B4ne-Alpes . Дата звернення 12.05.2025
37. Керівні принципи щодо стандартних та терапевтичних дієт для дорослих у лікарнях, підготовлені Французькою асоціацією дієтологів-нутриціологів (AFDN) та Франкомовним товариством клінічного харчування та метаболізму (SFNCM). MDPI. URL: https://www.mdpi.com/2072-6643/13/7/2434?utm_source=chatgpt.com . Дата звернення 12.05.2025
38. Рецепт ситного дієтичного борщу, який готується лише 20 хвилин. Hysea. URL: <https://recepty.hyser.com.ua/uk/197301-chtoby-ne-nabrat-lishnie->

kilogrammy-zimoy-recept-bystrogo-dieticheskogo-borshcha-kotoryy-gotovitsya-20-minut . Дата звернення 13.05.2025

39. Як варити зелений борщ без м'яса. Vidia. URL: <https://vidia.ua/yak-varyty-zelenyj-borshh-bez-myasa/> . Дата звернення 13.05.2025

40. Середземноморську дієту внесли в спадщину ЮНЕСКО. Firtka – агенція новин. URL: <https://firtka.if.ua/blog/view/seredzemnomorsku-dietu-wnesli-v-spadsinu-unesko1263> . Дата звернення 13.05.2025

41. Sofi F, Cesari F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18786971/> . Дата звернення 13.05.2025

42. Список продуктів середземноморської дієти: як слідувати популярному харчуванню, URL: https://24shopping.com.ua/blog/sport-i-fitness-ovety-i-novosti/spisok-produktv-seredzemnomorsko-dti-yak-sludovati-populyarnomu-harchuvannyu/?srsltid=AfmBOoogwhkEbxxh2Md8LQKdkl_aIyyHXz17f0z6YKSBo8_i8gnZmtsV . Дата звернення 13.05.2025

43. Mediterranean diet. LaRambla. URL: <https://haziendalarambla.com/en/p/mediterranean-diet/the-food-pyramid-1-4> . Дата звернення 14.05.2025

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

МОЖЛИВЕ МЕНЮ НА 7 ДНІВ ПІД ЧАС РОЗДІЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ

День 1

Сніданок: вівсяна каша зі знежиреним молоком з додаванням фруктів, чаю чи кави без цукру.

Обід: відварена або запечена куряча грудка з овочевим салатом, два шматки сиру.

Вечеря: овочевий суп, омлет із яєць без жиру.

День 2

Сніданок: гречана каша з фруктами.

Обід: запечена або варена нежирна риба, тушковані овочі або салат.

Вечеря: овочевий суп, варене яйце, салат.

День 3

Сніданок: варене філе індички, апельсиновий сік.

Обід: відварена або запечена телятина із салатом чи тушкованими овочами.

Вечеря: запечені овочі (броколі або цвітна капуста) із твердим сиром.

День 4

Сніданок: мюслі із фруктами, чай без цукру.

Обід: відварені морепродукти із запеченим кабачком або баклажаном, два шматочки твердого сиру.

Вечеря: салат із тушкованими овочами, сухофрукти.

День 5

Сніданок: вівсяні пластівці з йогуртом та ківі.

Обід: варена або запечена грудка, салат з капусти.

Вечеря: курячий суп, печені помідори із сиром, фрукти.

День 6

Сніданок: гречана каша, кефір.

Обід: риба на пару або запечена, салат або рагу з овочів, кілька шматочків твердого сиру.

Вечеря: омлет із грибами та салат з овочів.

День 7

Сніданок: кускус з овочами.

Обід: відварена або запечена телятина із салатом чи тушкованими овочами.

Вечеря: овочевий суп, шматочок цілозернового хліба.

ДОДАТОК Б

ПРИКЛАДИ СТРАВ, ЯКІ ВІДПОВІДАЮТЬ ПРИНЦИПАМ СЕРЕДЗЕМНОМОРСЬКОЇ ДІЄТИ, АДАПТОВАНОЇ ПІД УКРАЇНСЬКІ ПРОДУКТИ

Варіанти сніданків:

- Салат із буряка, моркви та горіхів з краплею олії;
- Вівсяна каша на воді з родзинками та яблуком;
- Сир нежирний з зеленню, помідором і житнім хлібом;
- Чай із чебрецем або м'ятою.

Варіанти обіду:

- Крем-суп із сочевиці з грінками з цільнозернового хліба;
- Тушкована риба з овочами;
- Гречка з олією та зеленню;
- Компот з сушених фруктів без цукру.

Варіанти вечері:

- Овочеve рагу з кабачків, моркви, цибулі;
- Запечене яблуко з медом;
- Йогурт натуральний без добавок.