

Оцінювання прихильності до здорового способу життя серед студентів медичних закладів вищої освіти, лікарів-інтернів і лікарів-практиків

І. Г. Палій, К. В. Ксенчина, Д. В. Палій, Т. В. Шмигельська
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

В Україні рівень смертності від серцево-судинних захворювань стабільно залишається одним із найвищих серед європейських країн. Контроль дотримання принципів здорового способу життя та регулярний скринінг є ключовими для профілактики й своєчасного виявлення хронічних захворювань.

Мета дослідження: оцінити ставлення до здорового способу життя студентів медичних закладів вищої освіти, лікарів-інтернів і лікарів-практиків та провести порівняльний аналіз отриманих результатів.

Матеріали та методи. Для досягнення мети нашого дослідження ми провели анонімне опитування 232 респондентів (42 лікарі, 55 інтернів, 135 студентів) щодо дотримання принципів здорового способу життя за допомогою Microsoft Forms. Питання анкети стосувалися харчування, фізичної активності, куріння, вживання алкоголю, тривалості сну, значень індексу маси тіла (ІМТ) та обхвату талії, здійснення регулярного контролю артеріального тиску (АТ), глюкози, ліпідів крові. Оцінювання вказаних критеріїв ми здійснювали відповідно до рекомендацій «Української тарілки здорового харчування» та Міністерства охорони здоров'я України. Статистичний аналіз включав t-тест, коефіцієнти кореляції, точний тест Фішера, регресійний аналіз впливу соціально-демографічних характеристик на ступінь прихильності до здорового способу життя (0–5 балів). Аналіз проводили в MedCalc® версії 23.2.1, значущим вважали показник за умови $p < 0,05$.

Результати. Встановлено, що групи не відрізнялися за статтю та місцем проживання, але група лікарів мала достовірні відмінності за сімейним статусом і доходом. Водночас усі групи учасників достовірно відрізнялися за віком ($p < 0,0001$). Серед усіх учасників на основі оцінювання ІМТ було виявлено надлишкову масу тіла в 16% опитаних, ожиріння – у 10%. Студенти мали нижчі середні значення ІМТ порівняно з іншими. Найбільша поширеність шкідливих звичок (куріння, алкоголь) спостерігалась у групі студентів. Найменше курців було зафіксовано серед лікарів (74%), а у групі інтернів найчастіше вказували на достатню фізичну активність (73%) та повноночний сон (67%). Оцінювання проведення необхідної вакцинації за календарем щеплень показала найвищу прихильність у групі інтернів (98%). Під час наступного оцінювання харчування було відзначено у всіх групах домінування споживання м'яса порівняно з рибою. Про щоденне споживання овочів і фруктів зазначили 54,7% лікарів, 40% інтернів і лише 34% студентів. Надмірне вживання солі частіше спостерігалось серед лікарів (26%). Щодо наявності хронічних захворювань, то найвищий показник реєструвався серед лікарів і становив 45%. За результатами опитування, регулярний контроль АТ проводили 81% лікарів, 77% студентів, 64% інтернів, щорічно перевіряли рівень глюкози близько 30% респондентів, холестерину – лише 15–26%. Множинна регресія показала достовірний зв'язок між місцем проживання та прихильністю до здорового способу життя: сільські мешканці мали кращі показники ($\beta = 0,798$; $p = 0,016$). ІМТ, дохід, вік і сімейний статус не мали статистично значущого впливу.

Висновки. Результати опитування засвідчили наявність як позитивних тенденцій, так і суттєвих викликів у дотриманні здорового способу життя серед медичних працівників та студентів. Попри обізнаність, поширеність шкідливих звичок і недостатнє дотримання окремих складових зі здорового способу життя залишаються значними, особливо серед студентів. Це свідчить про потребу посилення уваги до профілактики та формування здорових звичок ще на етапі навчання.

Ключові слова: здоровий спосіб життя, індекс маси тіла, фізична активність, харчування, серцево-судинний ризик, студенти медичних закладів вищої освіти, лікарі.

Assessment of adherence to a healthy lifestyle among students of medical higher institutions, interns and practical doctors

I. G. Paliy, K. V. Ksenchyna, D. V. Paliy, T. V. Shmyhelska

In Ukraine, the mortality rate from cardio-vascular diseases remains consistently one of the highest among European countries. Monitoring adherence to the principles of a healthy lifestyle and regular screening are the key points of the prevention and timely diagnosis of chronic diseases.

The objective: to assess the attitude towards a healthy lifestyle of students of higher medical institutions, interns and practical physicians and to conduct a comparative analysis of the obtained results.

Materials and methods. To achieve the goal of our study, we conducted an anonymous survey of 232 respondents (42 doctors, 55 interns, 135 students) on adherence to the principles of a healthy lifestyle using Microsoft Forms. The questionnaire questions concerned nutrition, physical activity, smoking, alcohol consumption, sleep, body mass index (BMI) and waist circumference, regular monitoring of blood pressure (BP), glucose, and blood lipids. We assessed the specified criteria in accordance with

the recommendations of the “Ukrainian Plate of Healthy Eating” and the Ministry of Health of Ukraine. Statistical analysis included t-test, correlation coefficients, Fisher's exact test, regression analysis of the influence of sociodemographic characteristics on the degree of adherence to a healthy lifestyle (0–5 points) with. The analysis was conducted in MedCalc® version 23.2.1, the indicator was considered significant if $p < 0.05$.

Results. It was found that the groups were not differ in gender and place of residence, but the group of doctors had significant differences in family status and income. At the same time, all groups of participants significantly differed in age ($p < 0.0001$). Among all participants, based on BMI assessment, overweight was detected in 16% of respondents, obesity – in 10%. Students had lower average BMI values compared to other participants. The highest prevalence of harmful habits (smoking, alcohol) was observed in the group of students. The least number of smokers was identified among doctors (74%), while in the group of interns, sufficient physical activity (73%) and adequate sleep (67%) were most often indicated. Assessment of the necessary vaccination according to the vaccination calendar showed the highest adherence in the group of interns (98%). The subsequent assessment of nutrition revealed the dominance of meat consumption in all groups, compared to fish. Daily eating of vegetables and fruits was noted by 54.7% of doctors, 40% of interns, and only 34% of students. Excessive salt consumption was more often observed among doctors (26%). Based on the assessment of the presence of chronic diseases, the highest rate was found among doctors, which was 45%. According to the survey results, regular BP control was carried out by 81% of doctors, 77% of students, and 64% of interns, about 30% of respondents checked their glucose level annually, and cholesterol – only 15–26%. Multiple regression showed a significant relationship between place of residence and adherence to a healthy lifestyle: rural residents had better indicators ($\beta = 0.798$; $p = 0.016$). BMI, income, age and marriage did not have a statistically significant effect.

Conclusions. The survey results showed both positive trends and significant challenges in adhering to a healthy lifestyle among medical professionals and students. Despite awareness, the prevalence of harmful habits and insufficient adherence to individual components of a healthy lifestyle remain significant, especially among students. This indicates the need to increase attention to prevention and the formation of healthy habits at the stage of education.

Keywords: healthy lifestyle, body mass index, physical activity, nutrition, cardiovascular risk, medical university students, doctors.

У сучасному світі охорона здоров'я стикається з низкою серйозних викликів, серед яких провідне місце займають хронічні захворювання, стрес і несприятливі соціально-економічні умови. Забезпечення здоров'я через свідомий вибір способу життя є найефективнішим інструментом для запобігання хронічним захворюванням та поліпшення якості життя.

У контексті зростаючого навантаження на системи охорони здоров'я інтеграція принципів здорового способу життя із систематичним скринінгом не лише сприяє ранньому виявленню різноманітної патології, а й дає змогу оптимізувати подальше лікування та знизити економічні витрати [1].

Основною причиною смерті у всьому світі є серцево-судинні захворювання (ССЗ) [2].

В Україні смертність від ССЗ продовжує залишатися однією з найвищих в Європі. Зокрема, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), 67% усіх смертей в Україні пов'язані з неінфекційними захворюваннями, причому більшість із них припадає на ССЗ [3].

Артеріальна гіпертензія. У близько 34% дорослого населення України спостерігається підвищений артеріальний тиск (АТ), що значно збільшує ризик ССЗ [4].

Водночас варто відзначити, що ССЗ розглядаються як стани, яким можна і потрібно запобігати. Так, дослідження Р. Joseph et al. (2017) продемонструвало, що модифіковані фактори ризику становлять понад 90% імовірності настання первинних серцево-судинних подій. Це робить профілактичні заходи, спрямовані на зменшення цих факторів ризику, пріоритетними для зниження глобального тягаря ССЗ [5].

Малорухливий спосіб життя. Проблема недостатньої фізичної активності серед населення України залишається актуальною. Про це свідчать результати соціологічного дослідження, яке провів Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ) за підтримки Центру з контролю та профілактики захворювань США [6].

Рівень фізичної активності близько 16,6% населення не відповідає рекомендаціям ВООЗ. Фахівці вважають, що для гарного самопочуття необхідно виконувати принаймні 150–300 хв аеробних вправ помірної інтенсивності або 75–150 хв – високої інтенсивності впродовж тижня [7].

Однак загальновідомим є той факт, що рівень фізичної активності є одним із чинників, що безпосередньо сприяє розвитку хронічних захворювань. Фізична активність впливає на загальний стан здоров'я як загалом, так і в окремих аспектах фізичного функціонування [8, 9].

Куріння. Попри зменшення кількості курців, значна частина населення України продовжують вживати тютюн, причому серед чоловіків цей показник вищий.

За результатами опитувань, проведених Київським міжнародним інститутом соціології у співпраці з громадською організацією «Життя», відсоток курців в Україні варіюється залежно від періоду дослідження та охоплених категорій. За даними на травень 2025 р., 31% українців вживають тютюнові або нікотинові вироби. Указане дослідження демонструє відновлення негативної тенденції до зростання споживання тютюну та нікотину. Найбільш значуще зростання споживання тютюнових і нікотинових виробів зафіксовано серед молодого населення віком 18–39 років – 45% (у 2024 р. – 33%) [10, 11].

Надмірна вага та ожиріння також залишаються значною проблемою. В Україні, як повідомило МОЗ за результатами дослідження STEPS (STEPwise Approach to Surveillance) у 2019 р., понад 50% дорослого населення страждають від надлишкової маси тіла, що є основним фактором ризику для ССЗ і цукрового діабету. Це один із найвищих результатів серед країн Східної Європи та Центральної Азії [12, 13].

Ще одним (новим) чинником підвищення ризику розвитку ССЗ визнано *недостатню тривалість сну* [14].

З іншого боку, у 2023 р. China Kadoorie Biobank Collaborative Group визначила групу факторів ризику, що справляють позитивний вплив і запобігають розвитку

хронічних хвороб, а саме: негативний статус курця, щоденне вживання < 30 г (чоловіки) та < 15 г (жінки) чистого алкоголю, середньо- або високоінтенсивна фізична активність, вік < 50 років, індекс маси тіла (ІМТ) 18,5–27,9 кг/м², обхват талії (ОТ) < 90 см у чоловіків та < 85 см у жінок, наявність мінімум 4 із наступних харчових звичок: споживання свіжих овочів щодня, фруктів щодня, червоного м'яса 1–6 днів на тиждень, бобових ≥ 4 днів на тиждень, риби ≥ 1 дня на тиждень [15].

Отже, основою профілактики багатьох захворювань є здоровий спосіб життя, до якого належать правильне харчування, регулярна фізична активність, достатній відпочинок і психоемоційна стабільність. Формування здорових звичок дозволяє знизити ризик розвитку ССЗ, цукрового діабету, ожиріння та інших хронічних патологій. Усвідомлення того, що кожен наш вибір – від складу раціону до режиму сну – впливає на фізичний стан, стимулює активну участь у підтриманні власного здоров'я, що, своєю чергою, дає довгостроковий позитивний ефект не лише для окремої людини, а й для суспільства загалом.

В Україні зростає обізнаність про важливість здорового способу життя. Спостерігається позитивна динаміка щодо формування здорових звичок серед молодшого населення, особливо у великих містах, де ширше розвинена інформаційна інфраструктура та доступніші рекреаційні можливості. Водночас у цьому питанні відзначають значні регіональні та соціально-демографічні розбіжності. Так, показники прихильності до здорового способу життя серед мешканців сільської місцевості часто нижчі через обмежений доступ до сучасних медичних послуг, спорудженої спортивної інфраструктури та профілактичних програм.

За даними офіційних джерел (наприклад, сайту Міністерства молодіжної політики України), основними компонентами здорового способу життя в Україні є:

Правильне харчування. Частина опитаних зазначає намір вводити в раціон більше овочів, фруктів і цільно-зернових продуктів, але загальний рівень дотримання оптимальних харчових норм залишається невисоким.

Фізична активність. Молодь у містах частіше займається спортом або веде активний спосіб життя, тоді як у сільській місцевості показники регулярної фізичної активності суттєво нижчі.

Відмова від шкідливих звичок, оскільки проблеми куріння, зловживання алкоголем та іншими речовинами досі чинять значний вплив на загальний стан здоров'я населення [16].

Попри наявність позитивних тенденцій, існує кілька ключових викликів:

Недостатній рівень профілактичних заходів. Незважаючи на зростаючу зацікавленість, доступ до сучасних методик профілактики, регулярних медичних обстежень і ознайомлення з останніми рекомендаціями часто обмежується через фінансові та інфраструктурні бар'єри.

Нерівномірність впровадження здорових звичок. В умовах, що склалися в Україні сьогодні, багато українців опинилися в ситуації, коли, попри бажання змінити спосіб життя на здоровіший, їм бракує ресурсів і підтримки з боку державних установ.

Інформаційна ізоляція певних груп населення. Частина населення, особливо у віддалених регіонах, не має

доступу до сучасних каналів інформації про здоров'я, що значно ускладнює популяризацію здорових звичок.

Таким чином, в Україні існують як позитивні тенденції, так і суттєві виклики щодо впровадження здорового способу життя. Для подальшого поліпшення ситуації необхідна координація між державними установами, громадськими організаціями та приватним сектором із метою створення умов для рівномірного підвищення рівня здоров'я населення [17, 18].

Значну роль у формуванні та популяризації здорового способу життя зазвичай відіграють лікарі, адже їхній авторитет, знання та особистий приклад здатні суттєво впливати на поведінку як окремих громадян, так і усього населення загалом.

Коли медичні працівники самі дотримуються здорового способу життя – займаються фізичною активністю, харчуються збалансовано, уникають шкідливих звичок і приділяють увагу психоемоційному здоров'ю – це позитивно впливає на їхню здатність консультовати пацієнтів щодо профілактики захворювань.

У багатьох країнах світу проводили опитування та аналізи, які демонструють наведені нижче результати.

Фізична активність і харчування. Дослідження, проведені в США, Європі та Азії, свідчать, що лише близько 30–50% лікарів регулярно займаються фізичною активністю і дотримуються правильного харчування, попри наявність глибоких знань у сфері здоров'я.

Профілактика та консультування. Виявлено, що лікарі, які активно підтримують власне здоров'я, значно частіше консультують своїх пацієнтів із профілактики хронічних захворювань. Вони демонструють менший рівень професійного вигорання, що позитивно корелює з якістю медичної допомоги.

Програми підтримки. Ряд розвинених країн інвестують у спеціальні програми підвищення добробуту лікарів, що включають як регулярні профілактичні огляди, так і психологічну підтримку, що допомагає зменшити стрес та зберегти фізичну активність.

В Україні лікарі, як і в усьому світі, визнають важливість здорового способу життя, проте існують специфічні чинники, які впливають на їхні можливості:

Висока робоча навантаженість і стрес. Українські лікарі часто стикаються з надзвичайними темпами роботи, нестачею ресурсів й обмеженим часом для догляду за собою. Це призводить до підвищеного ризику професійного вигорання та негативно впливає на власне здоров'я.

Інфраструктура й підтримка. У великих містах з'являються проекти, спрямовані на покращення умов праці медиків (розвиток спортивних комплексів, організація програм «здоров'я лікаря»), проте в регіонах і сільській місцевості подібна підтримка все ще залишається недостатньою.

Культура та освітні програми. Попри високий рівень професійних знань, багато лікарів в Україні не мають систематизованих програм із підтримки власного здоров'я, що могло б стимулювати формування позитивних звичок.

Мета дослідження: оцінити ставлення до здорового способу життя студентів медичних закладів вищої освіти, лікарів-інтернів і лікарів-практиків та провести порівняльний аналіз отриманих результатів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для виконання поставленої мети ми провели анкетування учасників дослідження щодо основних принципів здорового способу життя за допомогою опитувальника, створеного в Microsoft Forms. Ми обрали анонімний варіант опитування із застосуванням власних смартфонів (рис. 1). Респондентам надавалась можливість зворотного зв'язку у випадку виникнення питань щодо суті пунктів опитувальників. Анонімність була обрана з метою отримання максимально щирої інформації в контексті споживання алкоголю, тютюну та схильності до малорухливого способу життя.

В опитуванні взяли участь 232 особи, серед яких були лікарі (n = 42), лікарі-інтерни (n = 55) та студенти вищого медичного закладу освіти (n = 135).

Розроблена нами анкета включала питання, що охоплювали такі ключові складові здорового способу життя, як здорове харчування, регулярні фізичні вправи, соціальний статус, пізнавальну діяльність, відсутність шкідливих звичок (куріння в минулому або його відсутність, а також повна відмова від алкоголю), тривалість сну та контроль АТ, ліпідів і глюкози крові.

Авторський колектив провів оцінювання та інтерпретацію результатів опитування з використанням критеріїв, які були визначені прийнятними, на підставі наявних медичних рекомендацій під назвою «Українська тарілка здорового харчування» [19]:

- споживання солі – нормальним вважалося споживання солі в осіб, які віддавали перевагу недосолених їжі;
- споживання свіжих овочів і фруктів – щоденне споживання вважалося достатнім;
- споживання риби – достатнім вважалося споживання 1 та більше разів на тиждень;

- вживання алкоголю вважалося підвищеним, якщо становило понад 1 раз на тиждень;
- рухова активність – хоча б 150 хв на тиждень вважалася достатньою;
- оцінювання статусу курця – відповіді «Не курю», «Курю в цей час» або «Кинув курити менше ніж 1 рік тому»;
- оцінювання сну – його тривалість вважалася оптимальною 7–9 год, для визначення наявності хронічного та зупинок дихання уві сні було запропоновано відповісти: «Так», «Ні», «Не знаю»;
- контроль рівня глюкози крові вважався достатнім у випадку його визначення щороку;
- контроль АТ вважався достатнім хоча б 1 раз на рік у випадку його вимірювання дорослим віком від 40 років, в осіб із підвищеним ризиком розвитку артеріальної гіпертензії (з високим нормальним АТ, надмірною вагою або ожирінням, жінки в менопаузі, жінки з гестаційною гіпертензією та/або прееклампсією в анамнезі), а особами віком від 18 до 39 років із нормальним рівнем АТ – 1 раз на 1–3 роки [20];
- контроль холестерину крові вважався достатнім для осіб віком понад 35 років щороку, для осіб віком до 35 років без додаткових факторів ризику ССЗ – 1 раз на 5 років [20].

Оцінювання антропометричних показників

У всіх групах для визначення маси тіла ми використали основні антропометричні показники – ІМТ та значення ОТ. Для розрахунку ІМТ ми використовували стандартизовану формулу (масу тіла (кг) поділити на квадрат зросту (м²)), ОТ вимірювали за допомогою медичної сантиметрової стрічки відповідно до визначеної методології. Значення отриманого ІМТ

Опитування інтернів «ОЦІНЮВАННЯ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ»

* Обов'язково

10. Ви курите? *

☐ Так, «курю в даний час» або «кинув курити менше ніж 1 рік тому»

☐ Ні, «не курю і не курив ніколи» або «кинув курити більше ніж 1 рік тому»

Назад Далі

Сторінка 2 із 3

Готово forms.office.com

11. Оцініть свою фізичну активність (ФА): *

☐ Висока (більше 300 хвилин на тиждень ФА середньої інтенсивності (ходьба) або більше 150 хвилин на тиждень високої інтенсивності (аеробіка, біг))

☐ Помірна (150–300 хвилин на тиждень ФА середньої інтенсивності або 75–150 хвилин на тиждень високої інтенсивності)

☐ Низька (менше 150 хвилин на тиждень ФА середньої інтенсивності або менше 75 хвилин на тиждень високої інтенсивності (аеробіка, біг))

☐ Переважно веду сидячий спосіб життя.

12. Яка тривалість Вашого сну? *

☐ Менше 7 годин

☐ 7–9 годин

☐ Більше 9 годин

Готово forms.office.com

15. Скільки Ви споживаєте солі? *

☐ Часто досоложую їжу

☐ Не досоложую їжу

☐ Віддаю перевагу недосоленим їжі

16. Як часто Ви споживаєте овочі та фрукти? *

☐ Щодня

☐ Кілька разів на тиждень

☐ Рідше ніж 1 раз на тиждень

17. Як часто Ви споживаєте морську рибу? *

☐ 2 та більше разів на тиждень

☐ Щотижня

☐ Рідше ніж 1 раз на тиждень

Рис. 1. Скріншот анкети з екрана смартфона

в кожному випадку ми порівнювали з визначеними нормативними показниками.

Залежно від отриманих значень, провели аналіз кількості осіб у досліджуваних групах із недостатньою ($IMT < 18,5 \text{ кг/м}^2$), нормальною ($IMT = 18,5\text{--}24,9 \text{ кг/м}^2$), надлишковою масою тіла ($IMT = 25,0\text{--}29,9 \text{ кг/м}^2$), а також із різними ступенями ожиріння ($IMT > 30 \text{ кг/м}^2$). Оцінювання ОТ проводили з використанням критеріїв метаболічного синдрому, визначених Міжнародною діабетичною федерацією (2005) – $OT > 94 \text{ см}$ для чоловіків та $> 80 \text{ см}$ для жінок [21].

Статистичний аналіз

Якісні змінні були виражені у вигляді абсолютних чисел та відсотків. Кількісні змінні – у вигляді середніх значень і стандартних відхилень або медіан та міжквартильних діапазонів. Перед виконанням статистичних розрахунків перевіряли нормальність розподілу даних за допомогою критерію Д'Агостіно – Пірсона. Для даних із нормальним розподілом застосовували параметричні статистичні методи, як-от середнє арифметичне, стандартне відхилення, коефіцієнт кореляції Пірсона та t-тест. У випадках ненормального розподілу ми обчислювали медіану (Me) та міжквартильні діапазони, коефіцієнт кореляції Кендалла. Якщо загальна кількість клітин була < 5 , використовували точний тест Фішера. Також ми застосували регресійний аналіз (метод множинної лінійної регресії) для виявлення зв'язку між прихильністю до здорового способу життя (залежна змінна) та соціально-демографічними характеристиками. Ступінь прихильності до здорового способу життя оцінювався експертом і мав градацію від 0 до 5 балів, залежно від дотримання принципів здорового способу життя (дотримання принципів здорового харчування – 1 бал, достатня фізична активність – 1 бал, достатня тривалість сну – 1 бал, відсутність куріння – 1 бал,

відсутність вживання алкоголю – 1 бал). Як незалежні змінні було включено: вік, ІМТ, місце проживання (місто / сільська місцевість), сімейний статус і рівень доходу. Оцінювання статистичної значущості проводили за допомогою t-критерію для кожного регресійного коефіцієнта. Усі статистичні обрахунки здійснювали за допомогою програмного забезпечення MedCalc® (версія 23.2.1, MedCalc Software Ltd, Бельгія). Значення $p < 0,05$ вважали статистично значущим.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Ми провели порівняння груп лікарів, лікарів-інтернів і студентів-медиків за віком, статтю, сімейним та соціальним статусом. Відповідно до результатів усі групи не відрізнялися між собою за гендерним розподілом і місцем проживання. Розподіл відповідно до сімейного статусу та рівня доходів відрізнявся в групі лікарів порівняно з іншими учасниками, між групою студентів і лікарів-інтернів відмінності за цими характеристиками встановлено не було.

Під час проведення порівняльного аналізу досліджуваних груп за віком відзначено статистично достовірну відмінність між усіма групами ($p < 0,0001$) (табл. 1).

Наступним етапом нашого дослідження було порівняння показників оцінювання надлишкової маси тіла (середні значення ІМТ в групах та ОТ), як одного з вагомих факторів ризику розвитку найпоширеніших хронічних неінфекційних захворювань, зокрема ССЗ, цукрового діабету, онкологічних та хронічних обструктивних захворювань легень.

При проведенні порівняння середніх значень ІМТ серед учасників статистично достовірно між собою відрізнялися групи студентів і лікарів-інтернів. Такі ж результати ми отримали під час порівняння середніх

Таблиця 1

Соціально-демографічні характеристики учасників дослідження

Параметри	Студенти	Лікарі-інтерни	Лікарі
Середній вік, років $\pm$ SD	21,66 $\pm$ 0,89*	24,12 $\pm$ 1,20**	45,95 $\pm$ 13,59***
Стать (n, %):			
– чоловіча	35 (26)	13 (24)	10 (24)
– жіноча	100 (74)	42 (76)	32 (76)
Місце проживання (n, %):			
– місто	119 (88,2)	47 (85,5)	39 (92,8)
– селище	10 (7,4)	1 (1,8)	2 (4,8)
– село	6 (4,4)	7 (12,7)	1 (2,4)
Сімейний статус (n, %):			
– заміжня/одружений	13 (9,6)	9 (16,4)	23 (54,7)
– незаміжня/неодружений	122 (90,4)	46 (83,6)	11 (26,2)
– вдова/вдівець	0	0	1 (2,4)
– розлучена/розлучений	0	0	7 (16,7)
Рівень доходу (n, %):			
– низький	75 (55,5)	30 (54,6)	13 (31,0)
– середній	58 (43,0)	23 (41,8)	21 (50,0)
– високий	2 (1,5)	2 (3,6)	8 (19,0)
Усього, n	135	55	42

Примітки: * – встановлено статистично достовірну відмінність між групами студентів і лікарів-інтернів за віком $p < 0,0001$; ** – встановлено статистично достовірну відмінність між групами лікарів-інтернів та лікарів за віком $p < 0,0001$; *** – встановлено статистично достовірну відмінність між групами студентів і лікарів за віком $p < 0,0001$.

Показники оцінювання надлишкової маси тіла

Основні показники	Студенти	Лікарі-інтерни	Лікарі
Середній ІМТ, кг/м ² ± SD	22,22 ± 3,44*	24,10 ± 5,25**	26,02 ± 4,30***
ІМТ, кг/м ² (n, %):			
– ≤ 25	113 (83,7)	35 (63,6)	24 (57,2)
– > 25 та < 30	18 (13,3)	10 (18,2)	9 (21,4)
– ≥ 30	4 (3,0)	10 (18,2)	9 (21,4)
ОТ, см (n, %):			
– < 80	6 (4,44)	27 (49,00)	9 (21,43)
– 80–94	37 (27,41)	21 (38,00)	18 (42,86)
– > 94	92 (68,15)	7 (13,00)	15 (35,71)

Примітки: * – встановлено статистично достовірну відмінність між групами студентів та лікарів-інтернів за масою тіла $p < 0,05$; ** – встановлено статистично достовірну відмінність між групами лікарів-інтернів і лікарів за масою тіла $p > 0,05$; *** – встановлено статистично достовірну відмінність між групами студентів та лікарів за масою тіла $p < 0,0001$.

значень ІМТ студентів та лікарів, де також було отримано статистично достовірну відмінність. Порівнюючи середні значення ІМТ між лікарями-інтернами й лікарями, результати не мали достовірної статистичної відмінності.

Крім того, ми оцінили ІМТ учасників із нормативними значеннями (18,5–25 кг/м²). Серед 232 опитуваних осіб 37 (16%) мали значення ІМТ, що відповідало надлишкової масі тіла, та у 23 (10%) респондентів діагностували ожиріння (табл. 2).

Крім того, ми провели оцінювання дотримання здорового способу життя серед учасників за п'ятьма основними критеріями: відмова від куріння, вживання алкоголю, рівень фізичної активності, тривалість сну та вакцинація відповідно до календаря щеплень.

Найвищий відсоток осіб, які не курять, було визначено серед лікарів – 74%, а найнижчий результат зафіксований серед студентів – 68%.

Відмова від вживання алкоголю серед лікарів-інтернів була вищою порівняно зі студентами та лікарями, які продемонстрували майже однакові результати.

Достатня фізична активність спостерігалася частіше серед лікарів-інтернів, показник поширеності становив 73%.

Найменш задовільна частота достатньої тривалості сну була визначена у студентів і сягала лише 41,48%. Серед інтернів та лікарів відсоток тих, хто отримував достатній відпочинок, був вищий – 67,3% та 62%, відповідно.

Найвищий рівень охоплення вакцинацією зафіксовано в групі лікарів-інтернів – 98%, водночас цей критерій досягав 97,6% у лікарів та 91% у студентів (рис. 2).

Крім того, ми провели детальніше опитування тих учасників, які вказували на наявність шкідливих звичок.

У групах інтернів та лікарів переважає куріння за допомогою електронних засобів IQOS, тоді як у групі студентів розподіл був приблизно однаковий як для традиційних цигарок, так і електронних засобів куріння. Тривалість куріння була довшою в групі лікарів.

У всіх групах більшість відзначали перевагу споживання < 7 порцій алкоголю на тиждень та < 2 порцій за одне застілля (табл. 3).

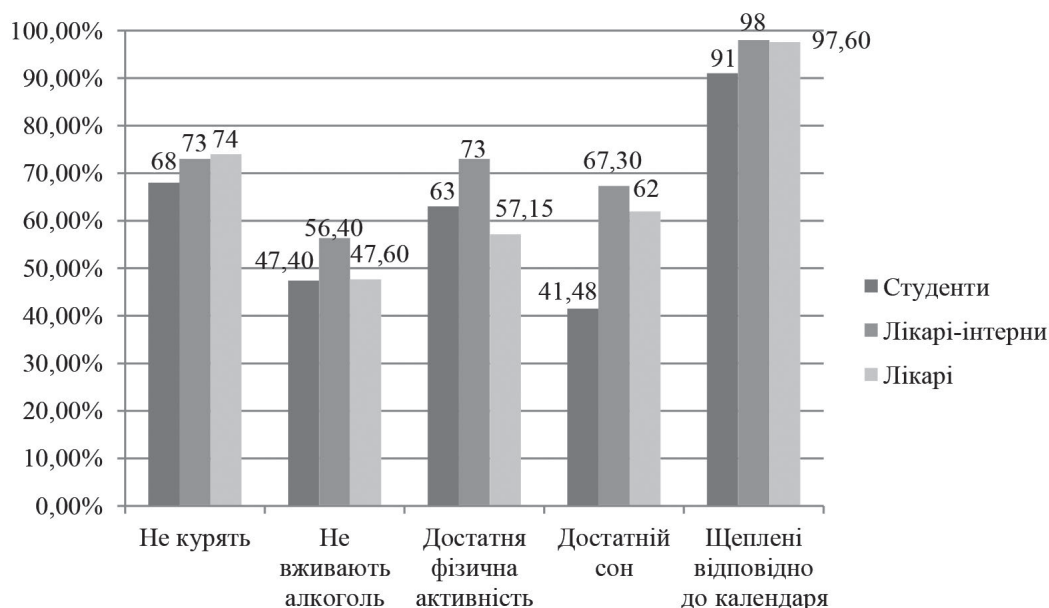


Рис. 2. Поширеність здорових звичок серед студентів, лікарів-інтернів та лікарів, %

Деталізація даних поширення шкідливих звичок

	Студенти	Лікарі-інтерни	Лікарі
Куріння			
Кількість курців, n	43	15	11
Що курите? (n, %)			
– IQOS	10 (23,25)	8 (53,30)	6 (54,55)
– вейпи	14 (32,50)	4 (26,70)	2 (18,18)
– цигарки	10 (23,25)	3 (20)	3 (27,27)
– різні засоби	9 (21,00)	0	0
Тривалість, років (n, %):			
– 1–5	36 (84)	11 (73)	1 (9)
– 6–10	7 (16)	3 (20)	2 (18)
– 11–15	0	1 (7)	1 (9)
– > 15	0	0	7 (64)
Вживання алкоголю			
Кількість осіб, які вживають алкоголь, n	71	24	22
На тиждень, порцій (n, %):			
– < 7	70 (98,5)	23 (96,0)	21 (95,5)
– < 41	1 (1,5)	1 (4,0)	1 (4,5)
За одне застілля вживаю, порцій (n, %):			
– < 2	41 (58,0)	8 (14,6)	10 (23,8)
– < 3	14 (20,0)	5 (9,1)	3 (7,1)
– < 4	3 (4,0)	4 (7,3)	5 (12,0)
– < 5	5 (7,0)	5 (9,1)	3 (7,1)
– > 6	8 (11,0)	2 (3,5)	1 (2,4)
Усього в групі, n	135	55	42

Наступним етапом дослідження був аналіз особливостей харчування представників досліджуваних груп щодо споживання риби, овочів і фруктів, м'яса та солі.

Результати засвідчили найнижче серед проаналізованих продуктів споживання риби в усіх групах.

Про щоденну наявність у раціоні овочів і фруктів вказували лише 54,7% лікарів, 40% лікарів-інтернів і 34% студентів.

М'ясо виявилось основним харчовим продуктом у всіх групах, на щоденне його споживання вказало 94% лікарів-інтернів, 97% студентів та 97,6% лікарів.

За результатами опитування, вживання солі виявилось найвищим серед лікарів – 26% опитуваних у цій групі не віддавали перевагу недосолений їжі (рис. 3).

На основі подальшого порівняння результатів опитування було встановлено найвищу поширеність

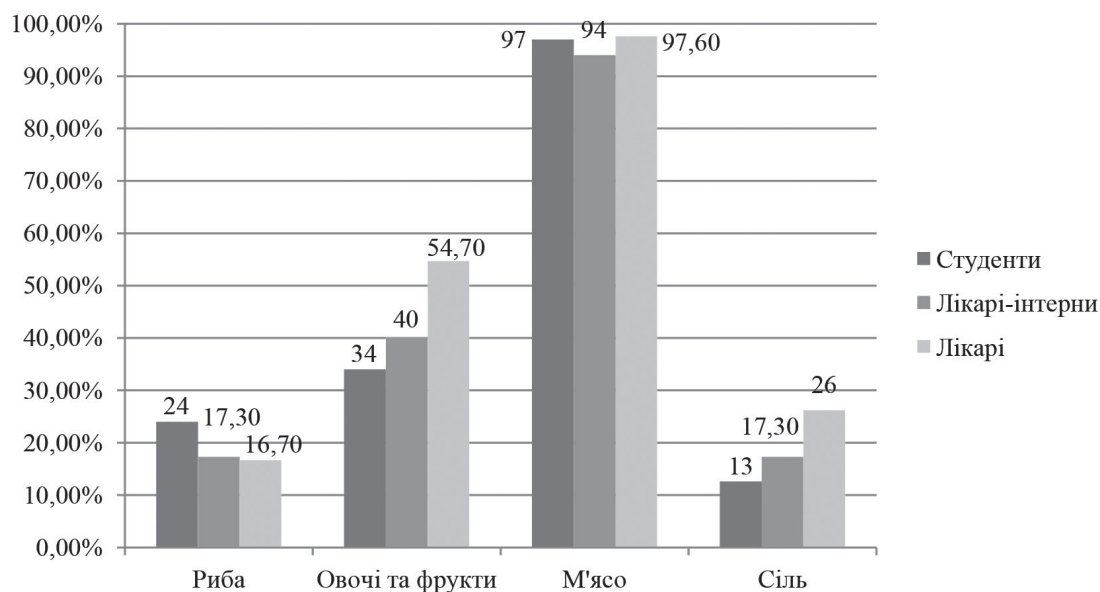


Рис. 3. Харчові звички студентів, лікарів-інтернів та лікарів, %

хронічних захворювань серед лікарів: 45,24% учасників у цій групі вказали на їх наявність.

Крім того, ми проаналізували регулярність контролю основних показників здоров'я (АТ, глюкози й холестерину в крові) серед студентів, лікарів-інтернів і лікарів.

На регулярний контроль АТ вказали 81% лікарів, 77% студентів і 64% інтернів. Частота контролю рівня глюкози в крові визначалась у всіх групах на зівставному рівні та становила: серед студентів – 32,59%, лікарів-інтернів – 30,8% та лікарів – 35,71%. На здійснення регулярного контролю рівня холестерину в крові вказали 26,2% лікарів, тоді як студентів – 15,4% та інтернів – 15,6%. Цей показник був найвищим серед лікарів (рис. 4).

Надалі ми провели оцінювання впливу соціально-демографічних факторів на прихильність до здорового способу життя.

Загалом ми отримали статистично значущу регресійну модель ($p < 0,05$). Відповідно до отриманих результатів було встановлено достовірний вплив місця проживання ($\beta = 0,798$; $p = 0,016$), який демонструє, що мешканці міст є менш прихильними до здорового способу життя порівняно із сільськими мешканцями.

Крім того, ми виявили тенденцію до того, що старші респонденти ($p = 0,056$) та неодружені ($p = 0,087$) мають кращу прихильність до здорового способу життя, хоча отримані результати й не досягли статистично значущого зв'язку.

Показники ІМТ ($p = 0,336$) та рівень доходу ($p = 0,224$) не продемонстрували достовірного асоціативного зв'язку (табл. 4).

Отримані нами результати свідчать про загалом вищий рівень дотримання принципів здорового способу життя серед лікарів порівняно з іншими категоріями опитаних, проте певні показники серед студентів виявилися несподівано високими, що може вказувати на загальну обізнаність щодо здоров'я вже на початку здобуття медичної освіти. Водночас відповідно до результатів опитування серед усіх учасників дослідження у визначених групах ми спостерігали значну частку осіб зі шкідливими звичками.

У дослідженні, яке ми провели, більшість учасників становили особи жіночої статі: 74% серед студентів і 76% серед лікарів. Подібна тенденція спостерігалась у польському дослідженні М. Kurnik-Łucka et al. (2024), в якому взяли участь 84,2% осіб жіночої статі серед

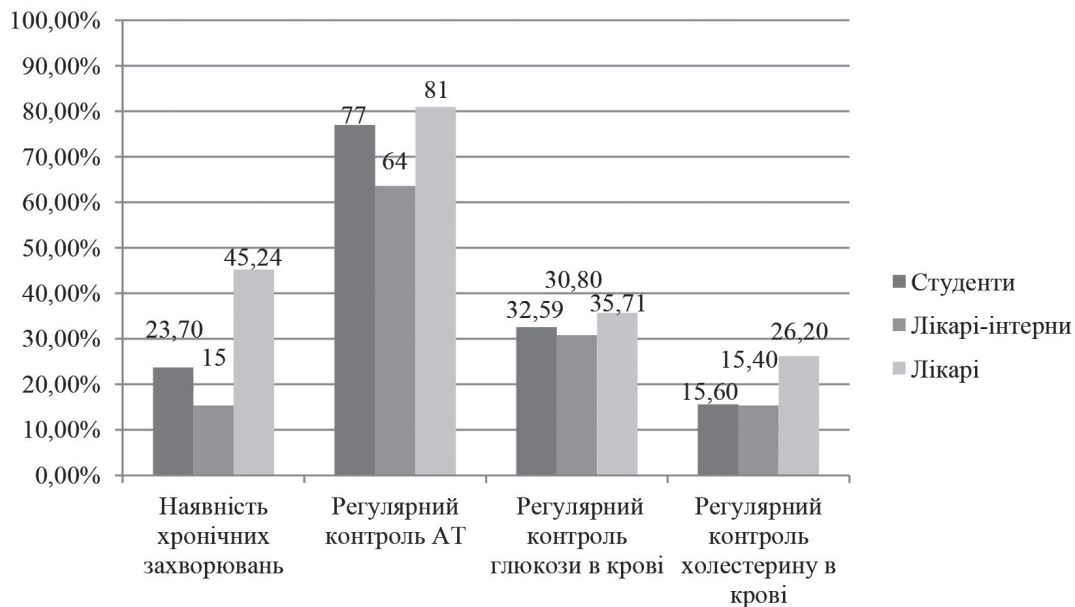


Рис. 4. Оцінювання проведення контролю основних показників, що є факторами серцево-судинного ризику, %

Таблиця 4

Результати множинного лінійного регресійного аналізу впливу соціально-демографічних факторів на прихильність до здорового способу життя

Незалежні змінні	Коефіцієнт	Стандартна похибка	p
Вік	0,01646	0,008570	0,056
ІМТ	-0,01832	0,01900	0,336
Місце проживання (місто, сільська місцевість)	0,7979	0,3291	0,016
Сімейний статус	0,3152	0,1833	0,087
Дохід	0,1852	0,1519	0,224

Примітки: константа – 2,2451; F-ratio = 2,515; $p = 0,031$.

студентів-медиків та 87,2% серед медичних працівників. Такий гендерний розподіл може частково справляти вплив на отримані результати, з огляду на те що жінки загалом демонструють вищу зацікавленість у питаннях здоров'я та профілактики.

Аналіз поширеності такого шкідливого для здоров'я фактору, як споживання алкоголю, показав, що в групі студентів 52,6% учасників його вживали.

Тоді як, наприклад, за опублікованими результатами анкетування Tetiana S. Gruziova et al. (2019), серед українських студентів алкоголь вживали близько 75%. Такі результати можуть свідчити про позитивну динаміку протягом останніх років у боротьбі з його вживанням [22].

Порівнюючи результати опитування щодо тютюнокуріння в групах лікарів та інтернів, ця шкідлива звичка була менш поширеною порівняно з групою студентів. Тривалість куріння серед лікарів очевидно була вищою у зв'язку з відмінністю цієї групи від групи студентів і лікарів-інтернів за віком.

Ми відмітили, що серед вітчизняних студентів відсоток тих, хто курить, був дещо вищим порівняно з результатами досліджень в інших країнах. Так, у проведеному нами дослідженні було встановлено, що 32% (43 зі 135) студентів-медиків були курцями, при цьому середній вік учасників становив $21,66 \pm 0,89$ року.

Отримані розрахунки збігаються з результатами проведеного Київським міжнародним інститутом соціології всеукраїнського опитування 2025 р., яке засвідчує, що 31% українців вживають тютюнові або нікотинові вироби. Варто зазначити, що зростання поширеності куріння було зафіксовано серед осіб віком 18–39 років – 45%, а близько 21% курців вживає два чи три види продукції тютюнових або нікотинових виробів.

За опублікованими результатами дослідження, проведеного в Аргентині L. E. Gonzalez et al. (2016), 29% опитаних студентів-медиків виявилися курцями.

Подібні результати демонструє і нещодавнє дослідження M. Kurnik-Łucka et al. (2024), проведене в Польщі: некурцями виявились 79,6% студентів і 85,2% медичних працівників.

Проте варто зазначити, що, хоча 68% студентів і 74% лікарів – учасників дослідження – не курять, що є подібним до результатів польського анкетування, однак серед вітчизняних студентів було продемонстровано нижчий рівень відмови від куріння.

Під час аналізу розподілу використання різних засобів куріння було встановлено, що більшість із них – 55,75% (24 з 43) – віддають перевагу електронним засобам для куріння, тоді як 23,25% (10 із 43) курять традиційні сигарети. Ще 21% (9 із 43) студентів курять, використовуючи різні засоби.

Порівнюючи ці дані з результатами закордонних досліджень, варто вказати, що в польському дослідженні G. Brożek et al. (2017), яке охопило 1318 студентів-медиків із середнім віком $22,1 \pm 2,2$ року, 18,1% курили традиційні цигарки, 1,3% – електронні засоби, а 2,2% курили як цигарки, так і електронні засоби.

Надалі, порівнюючи результати опитування щодо рівня фізичної активності, як важливої складової здорового способу життя, у нашому дослідженні ми вия-

вили, що 63% студентів-медиків і лише 57,15% лікарів вели достатньо активний спосіб життя.

За результатами дослідження M. Kurnik-Łucka et al. (2024), 69,2% студентів і 71,8% медичних працівників у Польщі повідомили про необхідний рівень фізичної активності.

Однак у загальнонаціональному опитуванні, проведеному N. Yahia et al. (2017) в США, 79,1% студентів не досягали рекомендованого рівня фізичної активності.

Отже, в американському дослідженні було продемонстровано нижчий рівень фізичної активності порівняно з вітчизняними респондентами, однак у польському анкетуванні студенти вказували на наявний достатній рівень фізичної активності з більшою частотою.

Отримані нами дані виявились найближчими до результатів досліджень, проведених у Польщі. Така подібність може бути пояснена спільними історичними та соціокультурними характеристиками. Важливим є також те, що студенти-медики в обох країнах проходять навчання за подібними європейськими програмами, що формує спільні погляди на здоровий спосіб життя.

Аналіз харчової поведінки студентів також продемонстрував схожі проблеми в міжнародній спільноті.

За отриманими нами результатами, 66% студентів вказували на відсутність у раціоні овочів та фруктів щодня, про переважання м'яса в раціоні вказували 97%, а достатню кількість риби споживали лише 24%.

Споживання овочів і фруктів виявилось найбільшим серед лікарів, однак переважання м'яса в раціоні та порівняно високе вживання солі було відзначено в усіх групах.

Згідно з результатами дослідження N. Yahia et al. (2017), 96,2% американських студентів не вживали щоденно рекомендовану кількість фруктів і овочів, що свідчить про недостатню якість харчування в цій групі.

У німецькому дослідженні A. Helbach et al. (2023) також відзначено низький рівень споживання фруктів та овочів: лише 31% студентів споживали достатню кількість фруктів, а 24% – овочів. Водночас понад 80% респондентів регулярно споживали червоне та оброблене м'ясо, а рибу – не частіше ніж 1 раз на тиждень. Це демонструє значне відхилення від рекомендованої дієти, розробленої Німецьким товариством харчування.

Таким чином, незбалансованість у харчуванні простежується в студентських вибірках різних країн, оскільки було виявлено недостатнє споживання їжі рослинного походження та переважання м'ясних продуктів [23–28].

У результаті оцінювання такого критерію, як здоровий сон, у нашому дослідженні було продемонстровано, що лише 41,48% студентів мали достатній сон у межах 6–8 год.

За даними опитування, проведеного в Саудівській Аравії Khalid A Bin Abdulrahman et al. (2021), 87,6% студентів спали від 4 до 8 год на день, однак 44% були незадоволені своїм сном.

На основі результатів аналізу значень ІМТ ми встановили, що серед 232 учасників нашого дослідження 37 (16%) мали надлишкову масу тіла, а 23 (10%) особи – ожиріння. Водночас у проведеному

систематичному огляді Chatterjee Ayan et al. (2021) 39% дорослих віком ≥ 18 років мали надмірну вагу, а 13% – ожиріння. Тобто результати, отримані серед медичних працівників і студентів, є дещо кращими, однак не надто оптимістичними.

Аналіз моніторингу показників скринінгу найпоширеніших неінфекційних захворювань показав, що наявність хронічних захворювань серед лікарів становила – 45,24%, серед студентів – 23,7% та найменше спостерігалася серед лікарів-інтернів – лише 15%. Така відмінність може бути пояснена насамперед віковими особливостями досліджуваних груп.

Необхідний регулярний контроль АТ здійснюють 81% лікарів, 77% студентів і 64% інтернів. Високий показник серед студентів можна пов'язати з підвищеним рівнем тривожності щодо можливої наявності хронічних захворювань. Визначення рівня глюкози в крові в усіх групах відзначалося на зіставному рівні: у групі студентів – 32,59%, лікарів-інтернів – 30,8%, лікарів – 35,71%. Контроль рівня холестерину в крові найчастіше проводять лікарі – 26,2%, а в групах студентів та інтернів ці показники були подібними – 15,4% та 15,6%, відповідно.

ВИСНОВКИ

Результати проведеного опитування свідчать, що, попри наявність позитивних тенденцій, ми відзначили й суттєві виклики щодо впровадження здорового способу життя.

Роль медичних працівників у пропаганді здорового способу життя є багатогранною: через власний приклад, професійне консультування, інформаційну діяльність і участь у формуванні профілактичних програм

вони стають ключовими агентами змін у суспільстві. Забезпечення підтримки та мотивації з їхнього боку може виступати потужним інструментом у боротьбі з хронічними захворюваннями та сприяти загальному оздоровленню населення.

Однак, попри загальну обізнаність медичних працівників та студентів, поширеність шкідливих звичок і недостатнє дотримання деяких аспектів здорового способу життя залишаються значними. Група студентів продемонструвала дещо нижчий рівень дотримання здорових звичок, що може бути пов'язано з недостатнім усвідомленням важливості профілактичної медицини.

Для подальшого поліпшення ситуації необхідна координація зусиль державних установ, громадських організацій і приватного сектору для створення умов, що сприятимуть формуванню та підтримці здорових звичок серед усього населення, включно з медичними працівниками.

Для України: розробка програми підтримки на національному рівні здоров'я медичних кадрів, що враховують регіональні особливості, підвищення рівня фінансування заходів профілактики серед лікарів, забезпечення кращого доступу до регулярних профілактичних оглядів і психологічної підтримки.

Глобально: сприяння програмам обміну досвідом між країнами, що вже впровадили ефективні моделі підтримки здоров'я лікарів, адаптуючи найкращі практики до місцевих умов.

Наше дослідження, хоча й зосереджене на медичних працівниках і студентах, ілюструє ширші проблеми, пов'язані зі здоровим способом життя в Україні, та наголошує на необхідності комплексних заходів для їх вирішення.

Відомості про авторів

Палій Ірина Гордіївна – Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова. *E-mail:* prof.iryyna@gmail.com
ORCID: 0000-0002-9464-4928

Ксенчина Катерина Володимирівна – Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова. *E-mail:* zaluzhna.katia@gmail.com
ORCID: 0009-0008-1506-2673

Палій Дмитро Володимирович – Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова. *E-mail:* dimapaliy@gmail.com
ORCID: 0000-0001-6537-6912

Шмигельська Тетяна Віталіївна – Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова. *E-mail:* tshmyhelska99@gmail.com
ORCID: 0009-0006-5363-0243

Information about the authors

Paliy Iryna G. – National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya. *E-mail:* prof.iryyna@gmail.com
ORCID: 0000-0002-9464-4928

Ksenchyna Kateryna V. – National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya. *E-mail:* zaluzhna.katia@gmail.com
ORCID: 0009-0008-1506-2673

Palii Dmytro V. – National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya. *E-mail:* dimapaliy@gmail.com
ORCID: 0000-0001-6537-6912

Shmyhelska Tetiana V. – National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya. *E-mail:* tshmyhelska99@gmail.com
ORCID: 0009-0006-5363-0243

ПОСИЛАННЯ

1. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA*. 2004;291(10):1238-45. doi: 10.1001/jama.291.10.1238.
2. Vaduganathan M, Mensah GA, Tur-

- co JV, Fuster V, Roth GA. The global burden of cardiovascular diseases and risk: A compass for future health. *J Am Coll Cardiol*. 2022;80(25):2361-71. doi: 10.1016/j.jacc.2022.11.005.
3. World Health Organization. Too many

Ukrainians die early from preventable causes – action is needed to curb noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: WHO; 2019. Available from: [https://www.who.int/europe/news/item/11-06-2019-too-many-ukrainians-die-early-from-pre-](https://www.who.int/europe/news/item/11-06-2019-too-many-ukrainians-die-early-from-pre-ventable-causes-action-is-needed-to-curb-noncommunicable-diseases)

ventable-causes-action-is-needed-to-curb-noncommunicable-diseases.

4. World Health Organization. Tackling noncommunicable diseases in Ukraine (2018) [Internet]. Geneva: WHO; 2018. 12 p. Available from: [https://www.who.int/europe/news/item/11-06-2019-too-many-ukrainians-die-early-from-pre-](https://www.who.int/europe/news/item/11-06-2019-too-many-ukrainians-die-early-from-pre-ventable-causes-action-is-needed-to-curb-noncommunicable-diseases)

- who.int/andorra/publications/m/item/tackling-noncommunicable-diseases-in-ukraine-%282018%29.
5. Joseph P, Leong D, McKee M, Anand SS, Schwalb JD, Teo K, et al. Reducing the global burden of cardiovascular disease, Part 1: The epidemiology and risk factors. *Circ Res*. 2017;121(6):677-94. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.117.308903.
6. Center for Public Health of Ukraine. 23.9% of Ukrainians are interested in the composition of the products they consume: The results of the study on the factors of non-communicable diseases development are presented [Internet]. Kyiv: Center for Public Health of Ukraine; 2024. Available from: <https://phc.org.ua/news/239-ukrainci-vikravlyatsya-skladom-produktiv-yaki-spozhyvayut-predstavleno-rezultati>.
7. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance [Internet]. Geneva: WHO; 2021. 24 p. Available from: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789240014886>.
8. Kaminsky LA, German C, Imboden M, Ozemek C, Peterman JE, Brubaker PH. The importance of healthy lifestyle behaviors in the prevention of cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis*. 2022;70:8-15. doi: 10.1016/j.pcad.2021.12.001.
9. Izquierdo M, de Souto Barreto P, Arai H, Bischoff-Ferrari HA, Cadore EL, Cesari M, et al. Global consensus on optimal exercise recommendations for enhancing healthy longevity in older adults (ICFSR). *J Nutr Health Aging*. 2025;29(1):100401. doi: 10.1016/j.jnha.2024.100401.
10. Center for Public Health of Ukraine. Bright products – dark intentions: 45% of young people use tobacco and nicotine products. What should the state do? [Internet]. Kyiv: Center for Public Health of Ukraine; 2025. Available from: <https://phc.org.ua/news/yaskravi-virobi-temni-namiri-45-molodi-vzhivae-tyutyunovi-ta-nikotinovi-virobi-yak-diyati>.
11. Kyiv International Institute of Sociology. Use of tobacco and nicotine products: February-March 2025 [Internet]. Kyiv: Kyiv International Institute of Sociology; 2025. Available from: <https://center-life.org/wp-content/uploads/2025/05/Zvit-Spozhyvannia-tiutynovykh-ta-nikotynovykh-vyrobiv-v-Ukrai-ni-2025.pdf>.
12. Chatterjee A, Prinz A, Gerdas M, Martinez S. Digital Interventions on Healthy Lifestyle Management: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2021;23(11):e26931. doi: 10.2196/26931.
13. Nordestgaard BG, Langsted A, Mora S, Kolovou G, Baum H, Bruckert E, et al. Fasting is not routinely required for determination of a lipid profile: Clinical and laboratory implications including flagging at desirable concentration cut-points—a joint consensus statement from the European Atherosclerosis Society and European Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine. *Eur Heart J*. 2016;37(25):1944-58. doi: 10.1093/eurheartj/ehw152.
14. Wang Y, Tian F, Qian ZM, Ran S, Zhang J, Wang C, et al. Healthy lifestyle, metabolic signature, and risk of cardiovascular diseases: A Population-based study. *Nutrients*. 2024;16(20):3553. doi: 10.3390/nu16203553.
15. China Kadoorie Biobank Collaborative Group. Healthy lifestyle and life expectancy free of major chronic diseases at age 40 in China. *Nat Hum Behav*. 2023;7(9):1542-50. doi: 10.1038/s41562-023-01624-7.
16. Ministry of Youth and Sports of Ukraine. Information on a healthy lifestyle [Internet]. 2016. Available from: <https://mms.gov.ua/molodizhna-politika/napryami-molodizhnoyi-politiki/zdorovij-ta-bezpechnij-sposib-zhittya/informaciya-shchodo-zdorovogo-sposobu-zhittya>.
17. Novytskyi Y, Zhuravlov S, Luskan O, Mykhailenko V, Kuzmenko N. Modern problems of developing a healthy lifestyle among young people. *Sci J National Pedagogical Dragomanov Uni*. 2023;12(172):9-12.
18. Griban GP, Myroshnychenko MS, Tkachenko PP, Yavorska TY, Kolesnyk NY, Novitska IV, et al. Bad habits and their impact on students' health. *Wlad Lek*. 2020;73(11):2386-95.
19. Center for Public Health of Ukraine. A plate of healthy food [Internet]. Kyiv: Center for Public Health of Ukraine; 2024. Available from: <https://phc.org.ua/news/tarilka-zdorovogo-kharchuvannya>.
20. State Expert Center of the Ministry of Health of Ukraine, NGO Ukrainian Association of Family Medicine. Screening in primary care (evidence-based clinical guideline) [Internet]. Kyiv: Ukrainian Association of Family Medicine; 2018. Available from: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2018_09_21_kn_scrinning.pdf.
21. International Diabetes Federation. The IDF consensus worldwide definition of the METABOLIC SYNDROME [Internet]. Belgium: IDF; 2006. 24 p. Available from: <https://idf.org/media/uploads/2023/05/attachments-30.pdf>.
22. Gruzdeva TS, Galienko LI, Holovanova IA, Zamkevich VB, Antonyuk OY, Kononova LV, et al. Prevalence of bad habits among students of the institutions of higher medical education and ways of counteraction. *Wlad Lek*. 2019;72(3):384-90.
23. Brożek G, Jankowski M, Zejda J, Jarońska A, Idzik A, Bańka P. E-smoking among students of medicine – frequency, pattern and motivations. *Adv Respir Med*. 2017;85(1):8-14. doi: 10.5603/ARM.2017.0003.
24. Gonzalez LE, Lescano NA, Terrasa SA, Salgado MV. Smoking rates among students of Medicine at a university institute in Buenos Aires: Cross section study. *Vertex*. 2016;17(128):256-62.
25. Kurnik-Lucka M, Grońska D, Salwa I, Niedbałowska J, Skowron KP, Dyląg KA, et al. Dietary habits, awareness, and knowledge among polish healthcare providers and healthcare students. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(19):1931. doi: 10.3390/healthcare12191931.
26. Yahia N, Brown CA, Snyder E, Cumper S, Langolf A, Trayer C, et al. Prevalence of Metabolic Syndrome and Its Individual Components Among Mid-western University Students. *J Community Health*. 2017;42(4):674-87. doi: 10.1007/s10900-016-0304-5.
27. Helbach A, Dumm M, Moll K, Böttrich T, Leineweber CG, Mueller W, et al. Improvement of Dietary Habits among German Medical Students by Attending a Nationwide Online Lecture Series on Nutrition and Planetary Health ("Eat This!"). *Nutrients*. 2023;15(3):580. doi: 10.3390/nu15030580.
28. Bin Abdulrahman KA, Khalaf AM, Bin Abbas FB, Alanezi OT. The Lifestyle of Saudi Medical Students. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(15):7869. doi: 10.3390/ijerph18157869.

Стаття надійшла до редакції 23.05.2025. – Дата першого рішення 28.05.2025. – Стаття подана до друку 04.07.2025