NIE CZEKAJ AŻ
ZAPALI SIĘ KONTROLKA!



PANOWIE
JAZDA
PO ZDROWIE

„POL-MEN-HEALTH”

RAPORT Z KAMPANII “PANOWIE! JAZDA PO ZDROWIE”

Warszawa, listopad 2026



SŁOWO **WSTĘPU**

Szanowni **Państwo**

Kiedy rozpoczynaliśmy kampanię „Panowie! Jazda po zdrowie!”, przyświecał nam jeden cel: sprawić, by profilaktyka zdrowotna była bliżej mężczyzn - dosłownie i w przenośni. Chcieliśmy pokazać, że wykonanie podstawowych badań nie musi wiązać się z długim oczekiwaniem, skierowaniem czy skomplikowaną organizacją. Czasem wystarczy stworzyć odpowiednie warunki i zachęcić do zrobienia pierwszego kroku.

Tak narodziła się pierwsza w historii Fundacji Hasco-Lek ogólnopolska kampania profilaktyczna skierowana do mężczyzn, zrealizowana w ramach naszego programu „Zdrowie na Pokolenia”.

Od maja do lipca 2026 roku HascoBus, czyli Mobilna Stacja Kontroli Zdrowia, odwiedził 18 polskich miast, zatrzymując się w 20 lokalizacjach na terenie 9 województw. Wykonaliśmy 2834 bezpłatne badania i konsultacje profilaktyczne oraz zebraliśmy 694 anonimowe ankiety zdrowotne.

Za tymi liczbami stoją jednak przede wszystkim ludzie i ich historie. Podczas badań wykrywano nieprawidłowości w zapisie EKG, podwyższone wartości ciśnienia tętniczego oraz zmiany naczyniowe i inne niepokojące wyniki badań USG. Niektóre z nich wymagały dalszej, niekiedy pilnej diagnostyki. To pokazuje, jak ważne jest, aby nie czekać z kontrolą zdrowia do momentu pojawienia się pierwszych objawów.

Oddajemy dziś w Państwa ręce raport Pol-Men-Health, który podsumowuje wyniki naszej kampanii i przedstawia najważniejsze obserwacje dotyczące zdrowia jej uczestników. Choć zebrane dane nie są reprezentatywne dla całej populacji mężczyzn w Polsce, dostarczają cennych informacji o problemach zdrowotnych uczestników kampanii i pokazują, jak ważny jest łatwy dostęp do badań profilaktycznych.

Wierzę, że doświadczenia zdobyte podczas kampanii staną się punktem wyjścia do szerszej dyskusji o zdrowiu mężczyzn i rozwiązaniach, które pozwolą skuteczniej docierać z badaniami do osób na co dzień z nich niekorzystających. Chciałabym, aby nasza inicjatywa była nie tylko jednorazową akcją, ale również inspiracją do kolejnych działań.

Szczególne podziękowania kieruję do Rady Naukowej Fundacji Hasco-Lek za wiedzę, cenne wskazówki i merytoryczne wsparcie podczas przygotowania kampanii. Dziękuję także wszystkim partnerom, ambasadorom, zespołowi Fundacji oraz całej Grupie Hasco za zaangażowanie i wspólną pracę. To dzięki Państwu mogliśmy zrealizować przedsięwzięcie o tak szerokim zasięgu.

Zapraszam do lektury raportu i refleksji nad tym, co jeszcze możemy wspólnie zrobić, aby profilaktyka zdrowotna stała się naturalną częścią życia każdego mężczyzny.



AGNIESZKA HAN

Wiceprezes PPF Hasco-Lek
Prezes Fundacji Hasco-Lek

AUTOR I WYKONAWCA PROJEKTU:
Fundacja Hasco-Lek

FUNDACJA HASCO-LEK

RADA NAUKOWA FUNDACJI HASCO-LEK:

prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Zbigniew Doniec – Przewodniczący Rady, specjalista chorób płuc, chorób płuc dzieci, pediatrii i alergologii

prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Ernest Kuchar – Członek Rady , specjalista pediatrii, chorób zakaźnych i medycyny sportowej

prof. dr hab. n. med. Michał Lew-Starowicz – Członek Rady, specjalista psychiatrii i seksuologii, psychoterapeuta

dr hab. n. med. Małgorzata Łukowicz – Członkini Rady, specjalistka rehabilitacji medycznej oraz balneologii i medycyny fizykalnej

dr hab. n. med. Mateusz Babicki, prof. UMW – Członek Rady, specjalista medycyny rodzinnej

dr n. farm. Artur Owczarek – Członek Rady, specjalista farmacji przemysłowej

WSPARCIE EKSPERCKIE:

Ewelina Barylska
prezes zarządu Vratislavia Medica

dr n. med. Krzysztof Bilmin
dyrektor ds. medycznych, PPF Hasco-Lek S.A.

KOORDYNACJA KAMPANII „PANOWIE! JAZDA PO ZDROWIE”:

Katarzyna Kozłowska-Panek
kierownik Fundacji Hasco-Lek, profilaktyk

ANALIZA STATYSTYCZNA:

Matylda Radczuk

KOREKTA:

Agata Sikora-Witkowska
Adrianna Bielecka-Laskowicz

O KAMPANII „PANOWIE! JAZDA PO ZDROWIE”

„Panowie! Jazda po zdrowie” to projekt, który odpowiada na istotne wyzwanie zdrowia publicznego: niski poziom uczestnictwa mężczyzn w profilaktyce. Kampania nie ogranicza się do edukacji, lecz przełamuje bariery w dostępie do badań, łącząc działania komunikacyjne z realnym wsparciem diagnostycznym.

Analiza danych oraz obserwacji społecznych wskazała, że problemem nie jest wyłącznie dostęp do opieki zdrowotnej, ale również niechęć mężczyzn do badań profilaktycznych. Tradycyjna komunikacja zdrowotna często nie trafia do tej grupy odbiorców. Dlatego w kampanii postawiono na prosty i zrozumiały przekaz, język korzyści oraz motyw motoryzacyjny, który pomógł przełożyć temat profilaktyki na bliskie mężczyznom, codzienne doświadczenia. Zidentyfikowano również potrzebę połączenia edukacji z natychmiastowym działaniem. Same komunikaty informacyjne nie gwarantują zmiany zachowań, dlatego kluczowe stało się zapewnienie możliwości wykonania badań w tym samym miejscu i czasie, w którym odbiorca stykał się z przekazem kampanii.

Strategia opierała się na połączeniu edukacji i łatwego dostępu do profilaktyki. Głównym przekazem kampanii było porównanie regularnego przeglądu samochodu do regularnego „przeglądu zdrowia” (badań profilaktycznych). Zależało nam na podkreśleniu, że odpowiedzialny mężczyzna dba o zdrowie tak samo jak o bezpieczeństwo rodziny. Informacje o akcji docierały do odbiorców za pośrednictwem mediów tradycyjnych, mediów społecznościowych, działań eventowych i partnerów oraz zaangażowanych w akcję ambasadorów i influencerów. Ważnym elementem kampanii była Mobilna Stacja Kontroli Zdrowia (HascoBus), umożliwiająca wykonywanie badań bezpłatnie i blisko miejsca codziennego funkcjonowania odbiorców. Istotną rolę odegrali również eksperci medyczni i ambasadorzy, którzy – dzieląc się własnymi doświadczeniami – zachęcali mężczyzn do wykonywania badań profilaktycznych. Pozwoliło to połączyć wiarygodność merytoryczną z przekazem trafiającym do grup trudniej angażujących się w działania zdrowotne.

STRATEGIA OPIERAŁA SIĘ NA POŁĄCZENIU EDUKACJI I ŁATWEGO DOSTĘPU DO PROFILAKTYKI

KAMPANIA
W LICZBACH



Hascobus:
wyjechał 20 razy

2834 badań i konsultacji profilaktycznych

10 wolontariuszy i praktykantów

13 celebrytów:
7 Ambasadorów oraz 6 znanych osób, które poparły projekt

694 ankiety zdrowotne

Ponad 4500 przejechanych kilometrów

37 partnerów i patronów

321 publikacji w mediach społecznościowych
300 publikacji w mediach tradycyjnych

10 mln osób - całkowity zasięg kampanii, w tym działania edukacyjno-informacyjne dotarły do 4 mln odbiorców

Kampania osiągnęła zarówno cele zdrowotne, jak i komunikacyjne. W ramach projektu wykonano 2834 bezpłatne badania i konsultacje profilaktyczne oraz przeprowadzono 694 ankiety zdrowotne. Dzięki badaniom u części uczestników wykryto poważne, wcześniej niezdiagnozowane schorzenia, m.in. 90-procentowe zwężenie tętnic szyjnych, zmiany o charakterze nowotworowym, guza jądra oraz tętniaka aorty brzusznej. Mobilna Stacja Kontroli Zdrowia odwiedziła małe i duże miejscowości w całej Polsce, pokonując ponad 4500 km. W realizację kampanii zaangażowało się 13 ambasadorów oraz 37 partnerów i patronów. Działania edukacyjne i informacyjne dotarły do ponad 4 mln osób, a łączny zasięg kampanii przekroczył 10 mln odbiorców. Efektem prowadzonych działań było również ponad 300 publikacji medialnych poświęconych kampanii i problematyce zdrowia mężczyzn.

LICZBA WYKONANYCH BADAŃ Z PODZIAŁEM NA GABINETY

Gabinet pielęgniarki
1139

Gabinet USG
652

Gabinet długowieczności
470

Konsultacje z farmaceutą
573

RAZEM
2834

TABELA 1. **LICZBA WYKONANYCH BADAŃ Z PODZIAŁEM NA MIASTA**

MIASTO	LICZBA WYKONANYCH BADAŃ
Wrocław	445 (150, 172, 123)*
Oleśnica	151
Wałbrzych	146
Legnica	119
Łódź	124
Stryków	106
Siechnice	160
Częstochowa	107
Zabrze	135
Kraków	107
Nysa	202
Lądek-Zdrój	134
Milicz	134
Poznań	159
Gdańsk	158
Gdynia	159
Grudziądz	128
Warszawa	160

* HASCOBUS ODWIEDZIŁ WROCŁAW 3 RAZY

MĘŻCZYŹNI WCIĄŻ ZBYT RZADKO KORZYSTAJĄ Z PROFILAKTYKI

Polscy mężczyźni żyją krócej niż kobiety: w 2024 r. oczekiwana długość życia wynosiła odpowiednio 74,93 lata dla mężczyzn i 82,26 lat dla kobiet [1]. Najbardziej kompleksowe badania przeprowadzone w Polsce w maju i czerwcu 2020 r. wskazują na niski poziom korzystania z dostępnych badań profilaktycznych. W ogólnopolskim badaniu tylko 6,4% dorosłych wykonało wszystkie zalecane badania przesiewowe, a 4,3% skorzystało ze wszystkich rekomendowanych porad profilaktycznych. Wśród mężczyzn najczęściej wykonywano pomiar ciśnienia tętniczego (67,9%), oznaczenie glukozy (59,9%) i lipidogram (52,9%); znacznie rzadziej kolonoskopię (15,2%) i oznaczenie PSA (26,2%) [2]. Wyniki te potwierdzają, że korzystanie z profilaktyki zdrowotnej przez mężczyzn pozostaje ograniczone.

Badanie ankietowe obejmujące 600 pracujących mężczyzn, opublikowane w „Medycynie Pracy" w 2021 r. wykazało, że mniej niż jedna trzecia osiągnęła wysoki poziom dbałości o własne zdrowie. Autorzy zalecili edukację zdrowotną skierowaną do młodszych mężczyzn, mężczyzn z niższym wykształceniem i pracowników fizycznych [3].

Z danych międzynarodowych wynika, że przyczyną nie jest wyłącznie dostępność świadczeń. Przegląd badań wskazuje, że niekorzystanie z badań profilaktycznych wynika m.in. z obawy przed rozpoznaniem choroby i niskiego poczucia ryzyka zdrowotnego [4]. Osoby niezgłaszające się na badania kontrolne często mają przy tym więcej czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych niż uczestnicy badań profilaktycznych [5].

W badaniu Cleveland Clinic, 61% mężczyzn deklarowało, że częściej korzystałoby z rutynowych kontroli, gdyby dostęp do nich był wygodniejszy [6]. Ta deklaracja wprost podkreśla znaczenie dostępności i wygody, jakie dają mobilne stacje kontroli, jako czynników warunkujących korzystanie przez mężczyzn z profilaktyki.



1037 MĘŻCZYZN OBJĘTYCH PROGRAMEM

64,3% Z NADWAGĄ LUB OTYŁOŚCIĄ

38,5% Z NIEPRAWIDŁOWYM CIŚNIENIEM

66,9% Z OTYŁOŚCIĄ BRZUSZNĄ

HASCOBUS PRZENIÓSŁ PROFILAKTYKĘ DO LOKALNYCH SPOŁECZNOŚCI



CO POKAZAŁY **BADANIA W HASCOBUSIE?**



WSKAŹNIK	UCZESTNICY KAMPANII
Wykształcenie	Wyższe 47%, średnie 46%, podstawowe 7%
Wiek	Największa grupa wiekowa: 40–49 lat (23,4%); 44,8% uczestników miało ≥50 lat
Nadciśnienie	38,5%
Nadwaga lub otyłość (BMI co najmniej 25)	64,3%, w tym: nadwaga 42,8%, otyłość: 21,5%
Otyłość brzuszna	WHR powyżej 0,90: 66,9%
Zaburzenia snu	Budzenie w nocy (24,8%); senność w ciągu dnia (16,1%); niezadowalająca jakość snu (12,2%)
Objawy bezdechu sennego	Zmęczenie w ciągu dnia (40,8%); głośne chrapanie (36,8%); bezdech zaobserwowany przez inną osobę (14,8%)
Stłuszczenie wątroby	38,5%
Torbiele narządów miąższowych (wątroba, nerki)	31,3%

WSKAŹNIK	UCZESTNICY KAMPANII
Przerost prostaty	23,8%
Kamica żółciowa	4,0%
Tętniak aorty brzusznej	1,6%
Blaszki miażdżycowe w tętnicach szyjnych	42,5%
Zwężenie tętnicy szyjnej	6,3%
Torbiele najądrza	39,1%
Żylaki powrózka nasiennego	11,2%
Wodniak jądra	1,7%

WPROWADZENIE I METODOLOGIA

Jak interpretować wyniki przedstawione w raporcie?

TRZY ZASADY INTERPRETACJI DANYCH

1. Odsetki odnoszą się do uczestników danego badania
Nie każdy uczestnik kampanii skorzystał ze wszystkich dostępnych badań i konsultacji. Dlatego przedstawione wartości procentowe odnoszą się do liczby osób, dla których uzyskano wynik określonego badania lub ocenianego parametru. Liczebność analizowanych grup może być różna.

2. Przedziały ufności określają precyzję oszacowania
Przedział ufności 95% (95% CI, 95% confidence interval) przedstawia zakres niepewności statystycznej związanej z oszacowaniem odsetka. Przy pozostałych warunkach porównywalnych węższy przedział oznacza większą precyzję oszacowania.
Przedziały ufności obliczono metodą Wilsona. Należy jednak pamiętać, że przedział ufności uwzględnia niepewność wynikającą z liczebności badanej grupy, ale nie eliminuje ograniczeń związanych z dobrowolnym doborem uczestników.

3. Wyniki opisują uczestników kampanii, a nie całą populację mężczyzn w Polsce
Udział w kampanii był dobrowolny, a uczestnicy nie stanowili reprezentatywnej próby populacyjnej. Uzyskane wyniki pozwalają scharakteryzować badaną grupę, ale nie mogą być bezpośrednio uogólniane na wszystkich mężczyzn w Polsce.

SŁOWNICZEK PODSTAWOWYCH POJĘĆ

BMI – wskaźnik masy ciała (Body Mass Index)
Wskaźnik obliczany jako stosunek masy ciała wyrażonej w kilogramach do kwadratu wzrostu wyrażonego w metrach (kg/m²). Zgodnie z klasyfikacją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) u osób dorosłych BMI ≥25 kg/m² oznacza nadwagę, a BMI ≥30 kg/m² – otyłość [7]. BMI jest powszechnie stosowanym wskaźnikiem oceny masy ciała, jednak nie pozwala bezpośrednio określić zawartości ani rozmieszczenia tkanki tłuszczowej.

WHR – wskaźnik talia–biodra (Waist-to-Hip Ratio)
Wskaźnik obliczany jako stosunek obwodu talii do obwodu bioder. U mężczyzn wartość WHR >0,90 jest jednym z kryteriów wskazujących na niekorzystną, centralną dystrybucję tkanki tłuszczowej, związaną ze zwiększonym ryzykiem metabolicznym i sercowo-naczyniowym [8]. WHR nie stanowi bezpośredniego pomiaru ilości trzewnej tkanki tłuszczowej.

Analiza składu ciała
Badanie umożliwiające oszacowanie udziału poszczególnych komponentów masy ciała, w tym tkanki tłuszczowej, beztłuszczowej masy ciała i wody ustrojowej. W przypadku zastosowania metody bioimpedancji elektrycznej (BIA, Bioelectrical Impedance Analysis) wyniki mają charakter szacunkowy i zależą między innymi od stopnia nawodnienia organizmu oraz zastosowanego urządzenia.

PBF – procentowa zawartość tkanki tłuszczowej (Percent Body Fat)
Parametr określający procentowy udział tkanki tłuszczowej w całkowitej masie ciała. Jest jednym ze wskaźników wykorzystywanych w ocenie składu ciała i może stanowić uzupełnienie wskaźnika BMI.

Trzewna tkanka tłuszczowa (Visceral Adipose Tissue, VAT)
Tkanka tłuszczowa zlokalizowana wewnątrz jamy brzusznej, w sąsiedztwie narządów wewnętrznych. Jej nadmierne nagromadzenie wiąże się ze zwiększonym ryzykiem zaburzeń metabolicznych i chorób sercowo-naczyniowych. W niektórych metodach oceny składu ciała powierzchnia trzewnej tkanki tłuszczowej wynosząca ≥100 cm² jest przyjmowana jako wartość podwyższona [9]. Interpretacja tego parametru zależy jednak od zastosowanej metody i urządzenia; nie jest to uniwersalny próg diagnostyczny.

Wiek metaboliczny
Orientacyjny parametr obliczany przez urządzenie analizujące skład ciała na podstawie własnego algorytmu, najczęściej z wykorzystaniem szacowanej podstawowej przemiany materii. Nie jest uznanym wskaźnikiem diagnostycznym ani miarą biologicznego wieku organizmu. Może pełnić funkcję pomocniczą w edukacji zdrowotnej, ale nie powinien stanowić podstawy decyzji klinicznych.

Blaszka miażdżycowa
Zmiana strukturalna rozwijająca się w ścianie tętnicy, związana z procesem miażdżycowym. Może zawierać lipidy, komórki zapalne, tkankę włóknistą oraz zwapnienia. Obecność blaszek miażdżycowych można oceniać między innymi w badaniu ultrasonograficznym tętnic szyjnych. Stwierdzenie blaszki wskazuje na obecność zmian miażdżycowych, ale nie jest równoznaczne z istotnym hemodynamicznie zwężeniem tętnicy.

Powiększenie gruczołu krokowego (prostaty)
Zwiększenie objętości gruczołu krokowego, które może zostać stwierdzone podczas badania ultrasonograficznego. Powiększenie gruczołu krokowego często wiąże się z łagodnym rozrostem stercza (BPH, Benign Prostatic Hyperplasia), jednak oba pojęcia nie są tożsame. Samo stwierdzenie zwiększonej objętości gruczołu krokowego w USG nie przesądza o rozpoznaniu BPH ani o obecności zaburzeń oddawania moczu. Interpretacja wyniku wymaga uwzględnienia wieku, objawów i danych klinicznych.

Ciśnienie tętnicze
Ciśnienie mierzono podczas wizyty jeden raz. Uzyskane wyniki mają wyłącznie charakter przesiewowy i nie stanowią rozpoznania klinicznego. W analizie wyróżnia się ciśnienie optymalne (< 120/70 mm Hg), podwyższone (120-139/70-89 mm Hg) oraz nadciśnienie tętnicze (≥ 140/90 mm Hg) zgodnie z klasyfikacją Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (PTNT).

WNIOSKI OGÓLNE

I. ZDROWIE KARDIOMETABOLICZNE

1. Ciśnienie tętnicze u mężczyzn

Badanie ciśnieniomierzem wykazało nieprawidłowe wartości ciśnienia tętniczego u ponad 90% badanych mężczyzn, a u niemal 40% wartości odpowiadały zakresowi nadciśnienia tętniczego według klasyfikacji Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (PTNT) [10]. To więcej niż w najnowszym ogólnopolskim badaniu WOBASZ III z lat 2025-2026 (32,3% dorosłych Polaków obu płci [11]) i mniej więcej tyle, ile w badaniach wcześniejszych (od ok. 37% w NATPOL 2011 [12] do ok. 43% w WOBASZ II realizowanym w latach 2013-2014 [13]).
Ciśnienie mierzono podczas wizyty jeden raz, są to więc wyniki przesiewowe, wskazujące na konieczność dalszych badań, a nie formalne rozpoznanie kliniczne.

2. Otyłość u mężczyzn

a) Otyłość (BMI). U prawie dwóch na trzech mężczyzn (64,3%) wskaźnik BMI wskazywał na nadwagę lub otyłość.

b) Otyłość brzuszna (WHR). U dwóch na trzech mężczyzn (66,9%) wskaźnik WHR był podwyższony.

c) Analiza składu ciała. Wyniki analizy składu ciała pokazują ten sam obraz: według norm uwzględniających wiek, 40% mężczyzn miało otyłość (zbyt dużo tkanki tłuszczowej), a u 35% poziom tłuszczu wokół narządów wewnętrznych (tłuszczu trzewnego) był podwyższony. Wiek metaboliczny wskazany przez urządzenie był średnio o 1,9 roku wyższy niż wiek rzeczywisty.

II. ZABURZENIA SNU I OBJAWY BEZDECHU SENNEGO

a) Zaburzenia snu. Wśród zgłaszanych objawów najczęstsze były nocne wybudzenia (24,8%) oraz senność w ciągu dnia (16,1%). Niezadowalającą jakość snu deklarowało 12,2% uczestników.

b) Objawy bezdechu sennego. Najczęściej zgłaszanymi objawami były zmęczenie w ciągu dnia (40,8%) oraz głośne chrapanie (36,8%). Prawie co siódmy badany (14,8%) miał bezdech zaobserwowany przez inną osobę.

c) Współwystępowanie objawów. Zaobserwowano współwystępowanie objawów bezdechu sennego i dodatniego wyniku przesiewowego w kierunku bezsenności. Odsetek osób z dodatnim wynikiem przesiewowym wzrastał z 30,0% wśród osób bez objawów bezdechu do 59,7% wśród osób zgłaszających co najmniej dwa objawy bezdechu sennego.

III. PRZESIEWOWE BADANIA USG

Uczestnicy mogli skorzystać z jednego, dwóch lub wszystkich trzech badań USG: badanie jamy brzusznej z oceną gruczołu krokowego, naczyń szyjnych oraz moszny, w tym jąder i najądrzy. Z tego powodu liczba wykonanych badań w poszczególnych modułach nie sumuje się do liczby wszystkich uczestników kampanii.

a) USG jamy brzusznej z oceną gruczołu krokowego. Stłuszczenie wątroby występowało u 38,5% mężczyzn, czyli częściej niż przeciętnie na świecie (ok. 25% dorosłych [14]), przerost prostaty – u 23,8%, kamica pęcherzyka żółciowego – u 4,0%, a tętniak aorty brzusznej (rzadka, ale groźna zmiana) – u 1,6%. Może to mieć związek z dużym odsetkiem osób z nadwagą i otyłością w badanej grupie.

b) USG naczyń szyi. Obecność blaszek miażdżycowych stwierdzono u 42,5% badanych. Ogólny odsetek obecności blaszek miażdżycowych był zbliżony do wyniku badania Białystok PLUS (49,7%), opublikowanego w 2023 roku (zob. Dyskusja) [15].

c) USG moszny, w tym jąder i najądrzy. Najczęściej występowały torbiele najądrza (39,1%), następnie żylaki powrózka nasiennego (11,2%); wodniak jądra występował rzadko (1,7%).

Co oznacza kategoria „inne zmiany”? W formularzu badania lekarz mógł zaznaczyć „inne zmiany patologiczne” bez opisywania, jaki był ich dokładny charakter. Jest to zatem kategoria zbiorcza, której nie da się rozbić na konkretne rozpoznania. Obejmuje ona 26% badań jamy brzusznej, 14% badań naczyń szyi i 14% badań moszny.

IV. EDUKACJA ZDROWOTNA I OPIEKA FARMACEUTYCZNA

Ważnym elementem kampanii „Panowie Jazda po zdrowie” były konsultacje realizowane w gabinecie edukacji zdrowotnej HascoBusa. Łącznie przeprowadzono 573 konsultacje farmaceutyczne, których zakres był dostosowany do indywidualnych potrzeb zdrowotnych uczestników. Konsultacje obejmowały przegląd domowej apteczki, ocenę stosowanej suplementacji oraz doradztwo farmaceutyczne. Podczas konsultacji o charakterze ogólnym farmaceuci udzielali praktycznych informacji dotyczących stosowania preparatów, możliwych zagrożeń wynikających z ich niewłaściwego stosowania oraz zasad racjonalnej suplementacji. Działanie miało charakter pilotażowy.

METODOLOGIA I BADANA POPULACJA

W tej części podsumowujemy liczbę uczestników na poszczególnych stacjach pomiarowych oraz wykluczenia wynikające z założeń projektu. Wszystkie kolejne statystyki bazują wyłącznie na puli mężczyzn, zgodnie z profilem kampanii.



TABELA 2. **LICZBA ZBADANYCH MĘŻCZYZN WEDŁUG RODZAJU BADANIA**

STANOWISKO	LICZBA ZBADANYCH MĘŻCZYZN
Gabinet pielęgniarski (ciśnienie, masa ciała, wzrost, obwody)	1037
Ocena snu	639
Analiza składu ciała	449
USG jamy brzusznej z oceną gruczołu krokowego	252
USG naczyń szyi	221
USG moszny, w tym jąder i najądrzy	179

Wyraźnie widać również, że liczba uczestników korzystających z badań USG jest mniejsza niż z gabinetu pielęgniarskiego: nie każdy uczestnik kampanii skorzystał z każdego gabinetu.

Poniżej przedstawiamy ogólny profil demograficzny badanych mężczyzn: wiek rzeczywisty i metaboliczny, wykształcenie oraz samoocenę sprawności fizycznej.

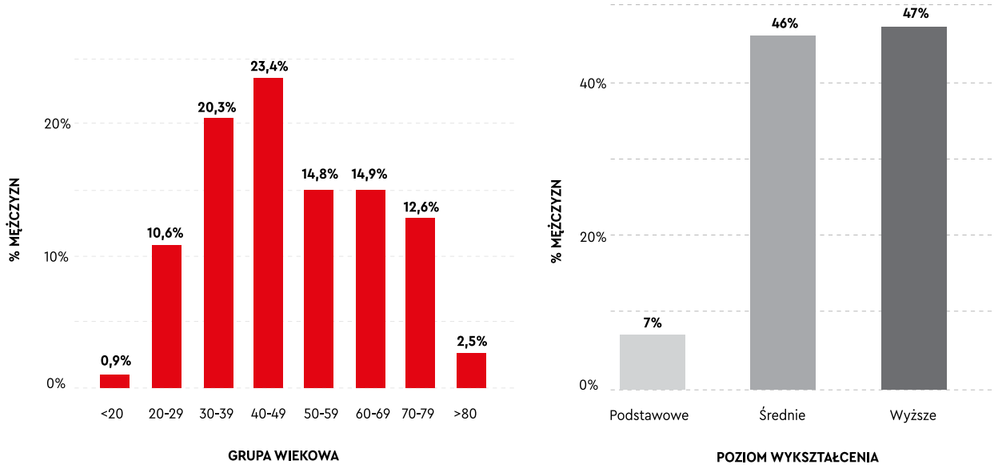
TABELA 3. **CHARAKTERYSTYKA DEMOGRAFICZNA UCZESTNIKÓW**

WSKAŹNIK DEMOGRAFICZNY	WARTOŚĆ / ODSETEK (%)
Średni wiek rzeczywisty	47 lat
Średni wiek metaboliczny	49 lat
Wykształcenie	
Podstawowe	71 (7,0%)
Średnie	465 (46,0%)
Wyższe	475 (47,0%)
Samoocena sprawności fizycznej	
Zła	32 (8,7%)
Dostateczna	106 (28,7%)
Dobra	163 (44,2%)
Bardzo dobra	68 (18,4%)

Średni wiek metaboliczny jest wyższy niż wiek rzeczywisty o około 1,9 roku. Wykształcenie średnie i wyższe były reprezentowane niemal po równo (odpowiednio 46% i 47% badanych), natomiast osoby z wykształceniem podstawowym stanowiły niewielką część uczestników (7%).

Wśród osób, które udzieliły odpowiedzi na pytanie o sprawność fizyczną, najczęściej wybierano ocenę „dobrze” (44,2%), następnie „dostatecznie” (28,7%) i „bardzo dobrze” (18,4%), natomiast 8,7% respondentów oceniło swoją sprawność fizyczną źle. Prawie dwie trzecie mężczyzn nie odpowiedziało na pytanie o samoocenę sprawności fizycznej, co warto uwzględnić, interpretując ten wskaźnik.

RYCINA 1. **ROZKŁAD WIEKU I POZIOMU WYKSZTAŁCENIA UCZESTNIKÓW**



W badaniu najliczniej reprezentowani byli mężczyźni w wieku 30-59 lat (58,5% badanych), z czego największą grupę stanowili 40-49-latkowie (23,4%). Osoby w wieku 50 lat i więcej stanowiły 44,8% uczestników, a poniżej 50. roku życia było ich 55,2%. Ma to znaczenie przy czytaniu wyników USG: zmiany związane z wiekiem, jak blaszki miażdżycowe czy przerost prostaty, dotyczą właśnie tej dobrze reprezentowanej części grupy.

PROFIL KARDIOMETABOLICZNY

W tej części podsumowujemy liczbę uczestników na poszczególnych stacjach pomiarowych oraz wykluczenia wynikające z założeń projektu. Wszystkie kolejne statystyki bazują wyłącznie na puli mężczyzn, zgodnie z profilem kampanii.



Tabela przedstawia podstawowe parametry kardiometaboliczne zarejestrowane przez personel pielęgniarski: ciśnienie tętnicze, masę ciała i otyłość brzuszną. Kategoryzacja ciśnienia tętniczego została oparta na wytycznych Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (PTNT)

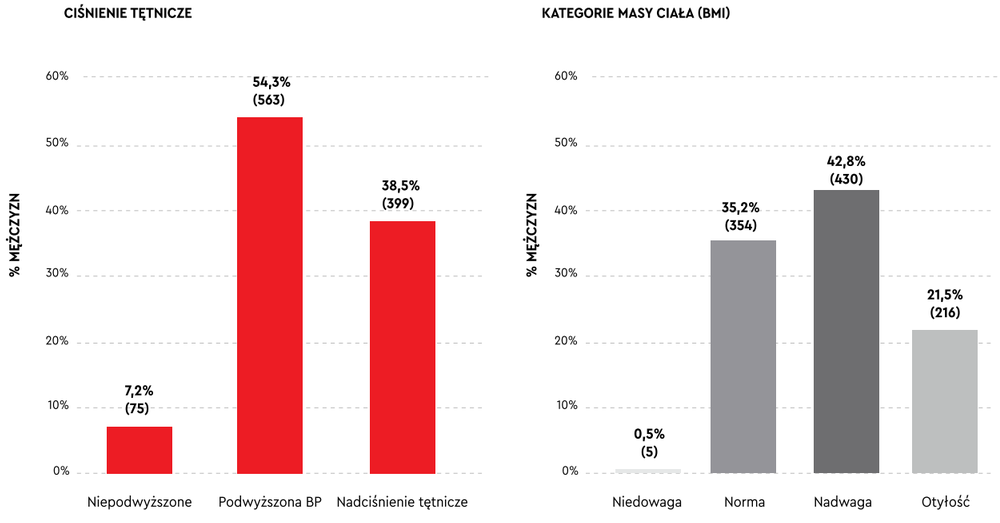
TABELA 4. **CIŚNIENIE TĘTNICZE, MASA CIAŁA I OTYŁOŚĆ BRZUSZNA UCZESTNIKÓW**

WSKAŹNIK	LICZBA BADANYCH	LICZBA OSÓB / ODSETEK (%)
Ciśnienie tętnicze	1037	
Niepodwyższone BP (< 120 i < 70)		75 (7,2%)
Podwyższone BP (120–139 i/lub 70–89)		563 (54,3%)
Nadciśnienie tętnicze (≥ 140 i/lub ≥ 90)		399 (38,5%)
Masa ciała (BMI)	1005	
Niedowaga (<18,5)		5 (0,5%)
Norma (18,5–24,9)		354 (35,2%)
Nadwaga (25–29,9)		430 (42,8%)
Otyłość (≥30)		216 (21,5%)
Otyłość brzuszna (WHR)	1032	
Norma (≤ 0,90)		342 (33,1%)
Podwyższone (> 0,90)		690 (66,9%)

Co oznaczają te wyniki?

U dwóch na trzech badanych mężczyzn (64,3%) występowała nadwaga lub otyłość, podobnie dwie trzecie (66,9%) miało podwyższone WHR wskazujące na otyłość brzuszną.

RYCINA 2. **ROZKŁAD KATEGORII CIŚNIENIA TĘTNICZEGO I MASY CIAŁA (BMI)**



Mniej niż 10% mężczyzn miało w pełni prawidłowe ciśnienie. Rozkład BMI jest przesunięty podobnie: ponad 60% próby znajduje się w kategorii nadwagi lub otyłości, co pokrywa się ze skalą nieprawidłowego ciśnienia opisaną w tej samej grupie.

Poniższa tabela pokazuje typowe wartości wskaźników w całej badanej grupie.

TABELA 5. **ŚREDNIE WARTOŚCI WSKAŹNIKÓW KARDIOMETABOLICZNYCH**

WSKAŹNIK	ŚREDNIA	TYPOWY ROZRZUT	MEDIANA	NAJNIŻSZA	NAJWYŻSZA	LICZBA BADANYCH
Masa ciała (BMI)	27,00	4,28	26,45	16,4	48,8	1005
Ciśnienie skurczowe	132,86	16,99	132,0	80	202,0	1037
Ciśnienie rozkurczowe	81,98	10,85	81,0	47,0	135,0	1037
WHR	0,94	0,09	0,95	0,64	1,25	1032

Co oznaczają te wyniki?

Średnie BMI wyniosło 27,0 kg/m², co odpowiada kategorii nadwagi. Średnie wartości ciśnienia tętniczego wynosiły 132,86/81,98 mmHg, natomiast średni wskaźnik WHR osiągnął wartość 0,94, przekraczając przyjęty próg otyłości brzusznej dla mężczyzn. Wskazuje to, że przeciętny uczestnik badania cechował się podwyższonym ryzykiem kardiometabolicznym.

Jednocześnie duży rozrzut wyników pokazuje znaczną heterogeniczność badanej populacji, obejmującą zarówno osoby z prawidłowymi parametrami zdrowotnymi, jak i uczestników wymagających dalszej diagnostyki i opieki lekarskiej.

ANALIZA SKŁADU CIAŁA

BMI pozwala ocenić masę ciała w stosunku do wzrostu, ale nie pokazuje, jaką część tej masy stanowi tkanka tłuszczowa, a jaką mięśnie. Dlatego 449 uczestników przeszło dodatkowo analizę składu ciała, która pozwala oszacować skład ciała: ile jest w nim tłuszczu (także tego niebezpiecznego, otaczającego narządy), a ile mięśni czy wody. Otłuszczenie oceniono według norm dopasowanych do wieku [16]. Ponieważ wartości referencyjne pochodzą od innego producenta niż wykorzystane urządzenie (Charder MA601), wynik określający poziom tkanki tłuszczowej (PBF) należy traktować orientacyjnie.



TABELA 6. **PARAMETRY SKŁADU CIAŁA UCZESTNIKÓW**

PARAMETR	ŚREDNIA WARTOŚĆ / ODSETEK
Tkanka tłuszczowa ogółem (PBF, %)	24,4
Masa tłuszczowa FM (kg)	22,0
Otyłość wg PBF	Z otyłością 179 (40%); bez otyłości 264 (60%)
Tłuszcz trzewny (powierzchnia, cm²)	89,2 cm²
Osoby z tłuszczem trzewnym ≥100 cm²	powyżej 100 cm² 158 (35%); poniżej 100 cm² 291 osób (65%
Tłuszcz podskórny (powierzchnia, cm²)	203,0 cm²
Masa białkowa (kg)	13,0 kg
Masa mineralna (kg)	4,2 kg
Woda całkowita TBW (L)	47,2 l
Woda wewnątrzkomórkowa ICW (L)	29,2 l
Woda pozakomórkowa ECW (L)	18,0 l
WHR (talia/biodra)	0,91
WHtR (talia/wzrost)	0,53

Co oznaczają te wyniki?

Dwóch na pięciu mężczyzn spełniało kryteria otyłości według wskaźnika PBF (40%), a u co trzeciego poziom tłuszczu trzewnego wskazywał na podwyższone ryzyko zdrowotne (35%). Oba parametry, choć opierają się na innej metodzie oceny składu ciała niż BMI, prowadzą do podobnych wniosków: wielu uczestników zmaga się z nadmierną masą ciała i otyłością brzuszną. Oznacza to, że nieprawidłowości obserwowane na podstawie BMI znajdują potwierdzenie również w bardziej szczegółowej analizie składu ciała. Wyniki te są spójne z obserwacjami z badania przeprowadzonego w gabinecie pielęgniarskim.

WYNIKI PRZESIEWOWYCH BADAŃ USG

W HascoBusie wykonywano trzy rodzaje USG: badanie jamy brzusznej z oceną gruczołu krokowego, naczyń szyjnych oraz moszny, w tym jąder i najądrzy. Poniżej prezentujemy wyniki każdego z nich. Odsetek zawsze dotyczy tylko osób, które wykonały dane badanie, a przy każdym wyniku podajemy przedział ufności (95% CI, wyjaśniony we wstępie).



TABELA 7. **WYNIKI USG JAMY BRZUSZNEJ Z OCENĄ GRUCZOŁU KROKOWEGO**

WYNIK	LICZBA OSÓB	ODSETEK BADANYCH (95% CI)
Stłuszczenie wątroby	97/252	38,5% (32,7–44,6%)
Torbiele narządów miąższowych	79/252	31,3% (25,9–37,3%)
Przerost prostaty	60/252	23,8% (19,0–29,4%)
Kamica pęcherzyka żółciowego	10/252	4,0% (2,2–7,1%)
Tętniak aorty brzusznej	4/252	1,6% (0,6–4,0%)
Inne zmiany jamy brzusznej	65/252	25,8% (CI 20,8–31,5%)

Co oznaczają te wyniki?

Stłuszczenie wątroby, czyli odkładanie się tłuszczu w komórkach wątroby, stwierdzono u 38,5% badanych. Torbiele narządów miąższowych występowały u 31,3% uczestników, a przerost prostaty u 23,8%. Kamica pęcherzyka żółciowego występowała rzadziej (4,0%). Tętniak aorty brzusznej wykryto u 4 osób (1,6%); mimo niewielkiej liczby przypadków jest to zmiana wymagająca dalszej konsultacji lekarskiej.

TABELA 8. **WYNIKI USG NACZYŃ SZYI**

WYNIK	LICZBA OSÓB	ODSETEK BADANYCH (95% CI)
Blaszki miażdżycowe	94/221	42,5% (36,2–49,1%)
Zwężenie tętnicy szyjnej	14/221	6,3% (3,8–10,4%)
Pogrubienie kompleksu intima-media	8/221	3,6% (1,8–7,0%)
Inne zmiany naczyniowe	31/221	14,0% (10,1–19,2%)

Co oznaczają te wyniki?

Blaszki miażdżycowe stwierdzono u 42,5% badanych, co oznacza, że występowały u ponad dwóch na pięciu uczestników. Z kolei zwężenie tętnicy szyjnej (6,3%) oraz pogrubienie kompleksu intima-media (3,6%) występowały rzadziej. Mimo niewielkiej częstości występowania, zmiany te mogą mieć znaczenie dla zdrowia i wymagają indywidualnej konsultacji lekarskiej.

TABELA 9. **WYNIKI USG MOSZNY, W TYM JĄDER I NAJĄDRZY**

WYNIK	LICZBA OSÓB	ODSETEK BADANYCH (95% CI)
Torbiele najądrza	70/179	39,1% (32,3–46,4%)
Żylaki powrózka nasiennego	20/179	11,2% (7,4–16,6%)
Wodniak jądra	3/179	1,7% (0,6–4,8%)
Inne zmiany moszny	25/179	14,0% (9,6–19,8%)

Co oznaczają te wyniki?

Torbiele najądrza były najczęstszą pojedynczą zmianą wynikającą z badania USG moszny (39,1%). Żylaki powrózka nasiennego stwierdzono u około jednego na dziewięciu badanych (11,2%). Wodniak jądra, choć rzadki (3 przypadki), jest zmianą wymagającą indywidualnej oceny urologicznej.

ZABURZENIA SNU I OBJAWY BEZDECHU SENNEGO



Zdrowy sen stanowi jeden z fundamentów dobrego zdrowia, jednak bywa pomijany w codziennej profilaktyce. Dlatego uczestnicy mogli wypełnić dwie krótkie ankiety przesiewowe dotyczące jakości snu oraz objawów bezdechu sennego, czyli nawracających przerw w oddychaniu podczas snu. Poniżej prezentujemy, jak często ankietowani zgłaszali poszczególne dolegliwości.

Zdrowy sen stanowi jeden z fundamentów dobrego zdrowia, jednak bywa pomijany w codziennej profilaktyce. Dlatego uczestnicy mogli wypełnić dwie krótkie ankiety przesiewowe dotyczące jakości snu oraz objawów bezdechu sennego, czyli nawracających przerw w oddychaniu podczas snu. Poniżej prezentujemy, jak często ankietowani zgłaszali poszczególne dolegliwości.

JAK INTERPRETOWAĆ POSZCZEGÓLNE WYNIKI?

1. **Objawy bezdechu sennego:**
   - **Głośne chrapanie** – uczestnik odpowiedział twierdząco na pytanie, czy chrapie na tyle głośno, że słychać go przez zamknięte drzwi lub że partner/partnerka szturcha go w nocy z powodu chrapania.
   - **Zmęczenie w ciągu dnia** – uczestnik odpowiedział twierdząco na pytanie, czy często czuje się zmęczony, wyczerpany lub senny w ciągu dnia.
   - **Bezdech zaobserwowany przez inną osobę** – ktoś zauważył u uczestnika przerwy w oddychaniu lub duszenie się we śnie.

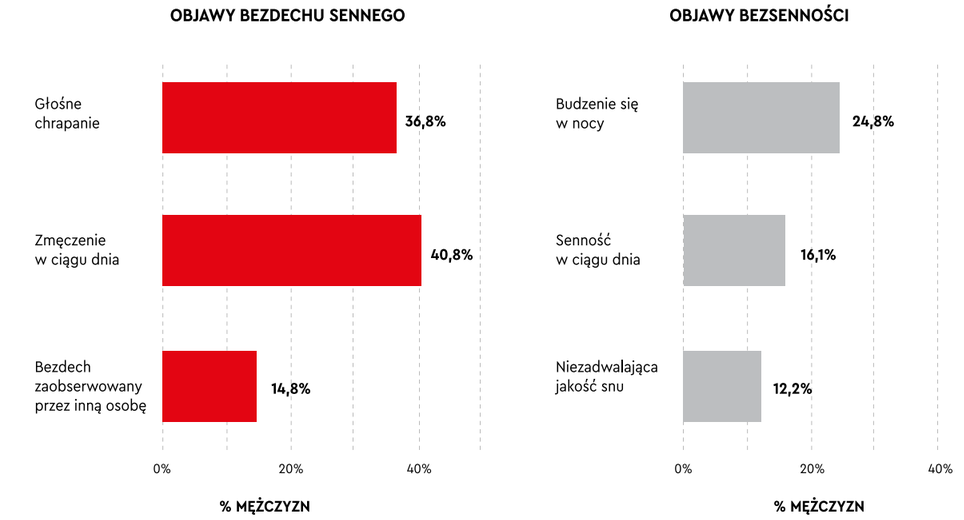
2. **Objawy bezsenności:**
   - **Budzenie się w nocy** – uczestnik udzielił odpowiedzi „często” lub „bardzo często”.
   - **Senność w ciągu dnia** –uczestnik udzielił odpowiedzi „wyraźna” lub „bardzo nasilona”.
   - **Niezadowalająca jakość snu** – uczestnik ocenił jakość swojego snu jako „wyraźnie” lub „całkowicie niesatysfakcjonującą”.

TABELA 10. **CZĘSTOŚĆ ZGŁASZANYCH OBJAWÓW ZABURZEŃ SNU**

WYNIK	LICZBA OSÓB	ODSETEK BADANYCH (95% CI)
Objawy bezdechu sennego		
Głośne chrapanie	235/638	36,8% (33,2–40,6%)
Zmęczenie w ciągu dnia	259/635	40,8% (37,0–44,7%)
Bezdech zaobserwowany przez inną osobę	94/634	14,8% (12,3–17,8%)
Objawy bezsenności		
Budzenie w nocy	158/638	24,8% (21,6–28,3%)
Senność w ciągu dnia	103/638	16,1% (13,5–19,2%)
Niezadowalająca jakość snu	78/638	12,2% (9,9–15,0%)

Poniższywykres przedstawia wybrane objawy w obu grupach

RYCINA 3. **OBJAWY BEZDECHU I BEZSENNOŚCI**



Co trzeci badany zgłaszał głośne chrapanie (36,8%) lub zmęczenie w ciągu dnia (40,8%), a prawie jeden na czterech (24,8%) budził się w nocy. Senność w ciągu dnia występowała u 16,1% badanych, a 12,2% oceniało jakość swojego snu jako niezadowalającą. Prawie co siódmy mężczyzna (14,8%) miał w nocy bezdech zaobserwowany przez inną osobę.

Według Amerykańskiej Akademii Medycyny Snu taki objaw, zwłaszcza w połączeniu z chrapaniem i sennością w ciągu dnia, zwiększa prawdopodobieństwo obturacyjnego bezdechu sennego [17.] Wynik ten może stanowić wskazanie do konsultacji lekarskiej i dalszej diagnostyki.

ZMIANY ZDROWOTNE W RÓŻNYCH GRUPACH WIEKOWYCH

Zestawienie pokazuje, w której dekadzie życia ryzyko konkretnej zmiany wyraźnie przyspiesza. Poniższa tabela liczy stłuszczenie wątroby, przerost prostaty i blaszki miażdżycowe tylko wśród mężczyzn, którzy przeszli odpowiednie badanie USG.

TABELA 11. **ŚREDNIE WARTOŚCI WSKAŹNIKÓW KARDIOMETABOLICZNYCH**

GRUPA WIEKOWA	LICZBA OSÓB (GABINET)	NADCIŚNIENIE	LICZBA OSÓB (USG JAMY BRZUSZNEJ)	STŁUSZCZENIE WĄTROBY	PRZEROST PROSTATY	LICZBA OSÓB (USG NACZYŃ SZYI)	BLASZKI MIAŻDŻY-COWE
20–29	103	18,4%	15	33,3%	0	9	11,1%
30–39	201	29,9%	33	27,3%	6,1%	28	3,6%
40–49	230	35,2%	51	29,4%	7,8%	45	11,1%
50–59	148	44,6%	56	33,9%	21,4%	43	32,6%
60–69	150	50,7%	53	54,7%	45,3%	42	76,2%
70–79	123	52,8%	32	43,8%	46,9%	43	81,4%

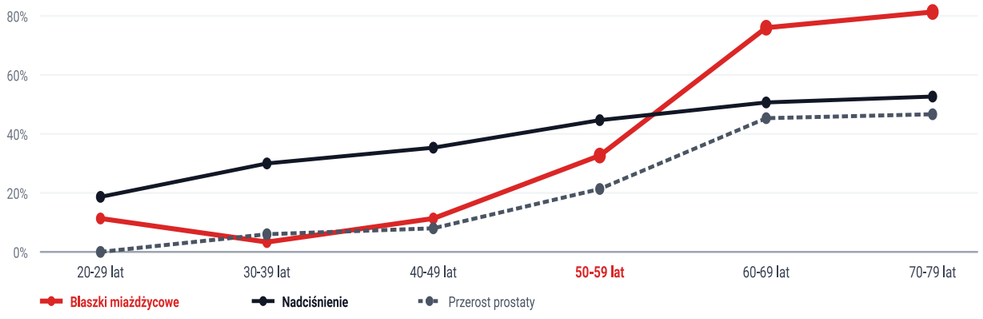
Co widać?

Tabela wskazuje, że po 50. roku życia wyraźnie wzrasta odsetek mężczyzn z przerostem prostaty oraz obecnością blaszek miażdżycowych. W przypadku przerostu prostaty odsetek ten zwiększa się z 7,8% w grupie 40-49 lat do 21,4% w wieku 50-59 lat, a następnie do około 45,3% po 60. roku życia. Obserwowany wzrost częstości przerostu prostaty wraz z wiekiem jest zgodny z wynikami wcześniejszych badań [18].

Jeszcze wyraźniejszy wzrost obserwuje się dla blaszek miażdżycowych: z 11,1% w grupie 40-49 lat do 32,6% w wieku 50-59 lat oraz ponad 76% po 60. roku życia.

Podobnie częstość występowania nadciśnienia tętniczego zwiększa się stopniowo wraz z wiekiem, od 18,4% w grupie 20-29 lat do 52,8% wśród mężczyzn w wieku 70-79 lat, bez tak wyraźnego skoku w jednej grupie wiekowej.

RYCINA 4. **CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA WYBRANYCH ZMIAN W ZALEŻNOŚCI OD WIEKU**



Co widać?

Rycina 4 ilustruje odmienne wzorce zmian związanych z wiekiem. Najbardziej dynamiczny wzrost po 50. roku życia obserwuje się w przypadku blaszek miażdżycowych i przerostu prostaty. Częstość stłuszczenia wątroby również zwiększa się wraz z wiekiem, osiągając najwyższą wartość w grupie 60-69 lat (54,7%).

TABELA 12. **SZCZEGÓŁOWE WYNIKI BADAŃ USG W ZALEŻNOŚCI OD WIEKU**

GRUPA WIEKOWA	LICZBA OSÓB (USG JAMA BRZUSZNA)	STŁUSZCZENIE	PRZEROST PROSTATY	KAMICA	TĘTNIAK AORTY	LICZBA OSÓB (USG NACZYNIA SZYI)
20–29	103	18,4%	15	33,3%	0	9
30–39	201	29,9%	33	27,3%	6,1%	28
40–49	230	35,2%	51	29,4%	7,8%	45
50–59	148	44,6%	56	33,9%	21,4%	43
60–69	150	50,7%	53	54,7%	45,3%	42
70–79	123	52,8%	32	43,8%	46,9%	43

BLASZKI	ZWĘŻENIE TĘTNICY	LICZBA OSÓB (USG MOSZNA)	TORBIELE NAJĄDRZA	ŻYLAKI	WODNIAK
20–29	103	18,4%	15	33,3%	0
30–39	201	29,9%	33	27,3%	6,1%
40–49	230	35,2%	51	29,4%	7,8%
50–59	148	44,6%	56	33,9%	21,4%
60–69	150	50,7%	53	54,7%	45,3%
70–79	123	52,8%	32	43,8%	46,9%

Co widać?

Tabela 12 przedstawia pełne zestawienie wszystkich zmian wykrytych w trzech badaniach USG, rozszerzając dane zaprezentowane na powyższym wykresie, który uwzględnia jedynie najczęściej występujące nieprawidłowości. Tabela pokazuje również, że część nieprawidłowości, takich jak torbiele najądrza czy stłuszczenie wątroby, występowała we wszystkich grupach wiekowych, choć z różną częstością.

W przypadku rzadszych zmian, takich jak tętniak aorty brzusznej czy wodniak jądra, liczba rozpoznań w poszczególnych grupach wiekowych była niewielka. Dlatego wyniki te należy traktować orientacyjnie.

WNIOSKI KOŃCOWE

Najważniejsze obserwacje kliniczne

1. Czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego występują już u młodych mężczyzn

Podwyższone wartości ciśnienia tętniczego, spełniające przyjęte w kampanii kryteria przesiewowe, stwierdzono u 18,4% mężczyzn w wieku 20–29 lat. Częstość występowania nieprawidłowych wartości ciśnienia zwiększała się w kolejnych grupach wiekowych. Obserwacja ta wskazuje na potrzebę wczesnej identyfikacji czynników ryzyka sercowo-naczyniowego oraz prowadzenia działań profilaktycznych również wśród młodych dorosłych, bez ograniczania ich do mężczyzn po 50. roku życia.

2. Wraz z wiekiem zwiększa się częstość zmian naczyniowych i nieprawidłowości dotyczących gruczołu krokowego

W starszych grupach wiekowych, szczególnie po 50. roku życia, obserwowano wyraźny wzrost częstości wykrywania blaszek miażdżycowych w tętnicach szyjnych oraz ultrasonograficznych cech powiększenia gruczołu krokowego. Wyniki te podkreślają znaczenie oceny indywidualnego ryzyka sercowo-naczyniowego oraz uwzględniania problemów urologicznych w profilaktyce zdrowotnej mężczyzn w średnim i starszym wieku. Zakres dalszej diagnostyki powinien być ustalany indywidualnie, z uwzględnieniem wieku, objawów klinicznych i współistniejących czynników ryzyka.

3. Zaburzenia snu stanowią istotny, często niedostatecznie rozpoznawany problem zdrowotny

Do często zgłaszanych dolegliwości należały zmęczenie w ciągu dnia oraz głośne chrapanie. U 14,8% uczestników zgłaszano epizody bezdechu podczas snu obserwowane przez inną osobę. Wyniki te wskazują na zasadność uwzględniania oceny jakości snu i objawów sugerujących obturacyjny bezdech senny w profilaktyce zdrowotnej mężczyzn. Szczególne znaczenie ma identyfikacja takich objawów u osób z otyłością, nadciśnieniem tętniczym oraz innymi czynnikami ryzyka kardiometabolicznego. Dodatni wynik oceny przesiewowej powinien stanowić wskazanie do odpowiednio ukierunkowanej dalszej diagnostyki, a nie być utożsamiany z rozpoznaniem zaburzenia snu.

4. Badania obrazowe umożliwiają identyfikację nieprawidłowości o potencjalnie istotnym znaczeniu klinicznym

Podczas kampanii zidentyfikowano cztery przypadki tętniaka aorty brzusznej, 14 przypadków zwężenia tętnicy szyjnej oraz trzy przypadki wodniaka jądra. Nieprawidłowości te różnią się znaczeniem klinicznym i wymagają indywidualnej oceny, zależnej między innymi od charakteru i zaawansowania zmian oraz obecności objawów. Szczególne znaczenie ma identyfikacja tętniaków aorty brzusznej i istotnych zwężeń tętnic szyjnych, które mogą wymagać dalszej diagnostyki i specjalistycznego postępowania. Wyniki te pokazują praktyczną wartość odpowiednio dobranych badań obrazowych w identyfikowaniu zmian potencjalnie bezobjawowych, nie stanowią jednak samodzielnego uzasadnienia dla wykonywania szerokiego panelu badań ultrasonograficznych u wszystkich mężczyzn.

DYSKUSJA

Kampania „Panowie! Jazda po zdrowie” pokazała, że mobilne badania profilaktyczne mogą stanowić praktyczne uzupełnienie tradycyjnych form opieki zdrowotnej. Realizacja programu w różnych lokalizacjach umożliwiła mężczyznom skorzystanie z badań przesiewowych, konsultacji medycznych i farmaceutycznych oraz edukacji zdrowotnej poza placówkami ochrony zdrowia.

Uzyskane wyniki pozwalają wskazać najważniejsze problemy zdrowotne występujące wśród uczestników, a jednocześnie dostarczają doświadczeń dotyczących organizacji profilaktyki adresowanej do mężczyzn. Ich interpretacja wymaga uwzględnienia dobrowolnego udziału w kampanii i przesiewowego charakteru badań.

Czynniki ryzyka kardiometabolicznego

Jedną z najważniejszych obserwacji kampanii była znaczna częstość występowania czynników ryzyka kardiometabolicznego.

Podwyższone wartości ciśnienia tętniczego, spełniające przyjęte kryteria przesiewowe, stwierdzono u 38,5% badanych mężczyzn. Nadwagę lub otyłość, ocenianą na podstawie wskaźnika masy ciała (BMI), odnotowano u 64,3% uczestników, natomiast podwyższony wskaźnik talia–biodra (WHR) u 66,9%.

Wyniki te wskazują, że nieprawidłowości dotyczące ciśnienia tętniczego i masy ciała stanowią istotny problem zdrowotny wśród uczestników kampanii. Szczególne znaczenie ma możliwość ich występowania u osób, które nie odczuwają wyraźnych dolegliwości i nie mają świadomości zwiększonego ryzyka zdrowotnego.

Dla porównania, w ogólnopolskim badaniu WOBASZ III częstość nadciśnienia tętniczego wynosiła 32,3%, a we wcześniejszym badaniu WOBASZ II – 39,2% [11–13].

Porównanie to ma charakter orientacyjny. Badania WOBASZ obejmowały populację kobiet i mężczyzn wyłonionych w procedurze losowego doboru, podczas gdy uczestnicy kampanii HascoBus zgłaszali się dobrowolnie. Ponadto pomiar ciśnienia tętniczego w kampanii miał charakter przesiewowy i nie był równoznaczny z klinicznym rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego.

Praktyczne znaczenie tych obserwacji polega przede wszystkim na możliwości identyfikowania osób wymagających dalszej oceny ciśnienia tętniczego oraz edukacji dotyczącej modyfikowalnych czynników ryzyka.

Nieprawidłowości wykrywane w badaniach ultrasonograficznych

Istotnych informacji o stanie zdrowia uczestników dostarczyły również badania ultrasonograficzne.

Cechy stłuszczenia wątroby stwierdzono u 38,5% mężczyzn poddanych badaniu USG jamy brzusznej. Wynik ten zwraca uwagę na znaczenie zaburzeń metabolicznych i potrzebę uwzględniania zdrowia wątroby w działaniach profilaktycznych [14].

Należy jednak podkreślić, że ultrasonograficzne stwierdzenie stłuszczenia wątroby nie jest równoznaczne z pełnym rozpoznaniem określonej choroby wątroby. W przypadku nieprawidłowego wyniku konieczna może być dalsza ocena kliniczna.

Obecność blaszek miażdżycowych w tętnicach szyjnych stwierdzono u 42,5% uczestników, u których wykonano odpowiednie badanie USG.

W badaniu populacyjnym Białystok PLUS blaszki miażdżycowe wykazano u 49,7% uczestników [15]. W grupach o zbliżonym wieku obserwowano jednak wyraźniejsze różnice. Wśród uczestników HascoBus w wieku 40–59 lat obecność blaszek stwierdzono u 21,6%, podczas gdy w badaniu Białystok PLUS w grupie 41–60 lat odsetek ten wynosił 49,3%.

Rozbieżności te mogą wynikać z odmiennej charakterystyki uczestników, sposobu rekrutacji oraz metod oceny ultrasonograficznej. Dlatego wyniki obu badań należy traktować jako szerszy kontekst epidemiologiczny, a nie podstawę do bezpośredniego porównywania częstości miażdżycy w badanych populacjach.

Z praktycznego punktu widzenia istotne jest, że badania ultrasonograficzne umożliwiły identyfikację zmian wymagających indywidualnej interpretacji i, w uzasadnionych przypadkach, dalszej diagnostyki. Wyniki kampanii nie stanowią jednak podstawy do rekomendowania powszechnego przesiewowego USG tętnic szyjnych u bezobjawowych mężczyzn.

Zaburzenia snu – problem wymagający większej uwagi

Wyniki kampanii zwróciły również uwagę na występowanie dolegliwości związanych ze snem, takich jak nocne wybudzenia, chrapanie czy nadmierna senność dzienna.

Problemy te bywają traktowane jako mniej istotne niż inne czynniki ryzyka zdrowotnego, mimo że mogą wpływać na codzienne funkcjonowanie, jakość życia oraz stan zdrowia. Podobnie wysoki odsetek problemów ze snem obserwowano również w badaniu NATPOL, w którym subiektywne trudności ze snem zgłaszało 41,4% mężczyzn [19]. Wynik ten jest zbliżony do odsetka uczestników naszej kampanii, którzy uzyskali dodatni wynik przesiewowy.

Należy jednak pamiętać, że w badaniu NATPOL oceniano subiektywne skargi na sen za pomocą innych pytań niż zastosowane w naszej kampanii, dlatego wyniki nie są bezpośrednio porównywalne. Dodatkowo zaobserwowano współwystępowanie objawów bezdechu sennego i dodatniego wyniku przesiewowego w kierunku bezsenności. Odsetek osób z dodatnim wynikiem przesiewowym wzrastał z 30,0% wśród uczestników bez objawów bezdechu do 59,7% wśród osób zgłaszających co najmniej dwa objawy bezdechu sennego.

Szczególne znaczenie ma możliwość współwystępowania zaburzeń snu z otyłością, nadciśnieniem tętniczym i chorobami układu sercowo-naczyniowego.

Przesiewowa ocena snu nie pozwala na rozpoznanie bezsenności ani obturacyjnego bezdechu sennego, może jednak wskazać osoby wymagające dalszej diagnostyki.

Doświadczenia kampanii przemawiają za tym, aby pytania dotyczące jakości snu stały się bardziej naturalnym elementem rozmowy o zdrowiu mężczyzn, podobnie jak pytania o aktywność fizyczną, palenie tytoniu czy ciśnienie tętnicze.

Mobilna profilaktyka – znaczenie dostępności badań

Jednym z ważnych doświadczeń kampanii było zainteresowanie badaniami w różnych grupach wiekowych.

Mężczyźni poniżej 50. roku życia stanowili 55,2% uczestników. W młodszych grupach wiekowych również identyfikowano podwyższone wartości ciśnienia tętniczego oraz inne czynniki ryzyka zdrowotnego.

Obserwacje te wskazują, że mobilne badania mogą być atrakcyjną formą profilaktyki nie tylko dla osób starszych, lecz także dla mężczyzn w wieku produkcyjnym.

Podobne doświadczenia przedstawiano w środowiskowych programach profilaktycznych realizowanych w Bostonie, Detroit, Londynie i Chester [20–23]. Ich wspólną cechą było przeniesienie wybranych działań zdrowotnych do miejsc codziennego funkcjonowania odbiorców.

Istotnym zagadnieniem pozostaje jednak dostępność profilaktyki dla grup, które rzadziej korzystają z badań kontrolnych.

Ponad 90% uczestników kampanii deklarowało wykształcenie co najmniej średnie. Nie gromadzono natomiast danych dotyczących wykonywanego zawodu. Ogranicza to możliwość oceny, w jakim stopniu program docierał do różnych grup społecznych i zawodowych.

W przyszłości warto zatem rozwijać współpracę z zakładami pracy, przedsiębiorstwami przemysłowymi, samorządami lokalnymi oraz organizacjami społecznymi.

Od badania przesiewowego do dalszej opieki

Najważniejszym wyzwaniem związanym z rozwojem mobilnej profilaktyki pozostaje zapewnienie dalszego postępowania osobom, u których wykryto nieprawidłowości.

Badanie przesiewowe może wskazać potencjalny problem zdrowotny, ale samo w sobie nie gwarantuje poprawy zdrowia uczestnika. Znaczenie takiej interwencji zależy od tego, czy osoba z nieprawidłowym wynikiem podejmie dalszą diagnostykę, otrzyma odpowiednie leczenie lub wprowadzi zalecane zmiany stylu życia.

Znaczenie łączenia łatwo dostępnej profilaktyki z dalszą opieką potwierdzają wyniki amerykańskiego badania interwencyjnego realizowanego w zakładach fryzjerskich. W badaniu tym farmaceuci prowadzili aktywną opiekę terapeutyczną nad mężczyznami z nadciśnieniem tętniczym. Po sześciu miesiącach średnie obniżenie skurczowego ciśnienia tętniczego wynosiło około 27 mmHg w grupie interwencyjnej i około 9 mmHg w grupie kontrolnej [24].

Doświadczenie to pokazuje, że szczególną wartość może mieć połączenie identyfikacji problemu zdrowotnego z możliwością dalszej, zorganizowanej opieki.

W przypadku HascoBusa ważnym elementem programu było połączenie badań przesiewowych z konsultacjami medycznymi, farmaceutycznymi i edukacją zdrowotną.

Kolejnym krokiem powinno być rozwijanie rozwiązań, które ułatwią uczestnikom kontynuowanie diagnostyki i leczenia po zakończeniu wizyty w mobilnym punkcie profilaktycznym.

REKOMENDACJE I DALSZE DZIAŁANIA

Doświadczenia kampanii „Panowie! Jazda po zdrowie” wskazują, że dalszy rozwój mobilnej profilaktyki powinien koncentrować się na trzech zasadniczych celach: zwiększaniu dostępności badań, zapewnianiu dalszej opieki osobom z nieprawidłowymi wynikami oraz doskonaleniu organizacji programu.

Na tej podstawie sformułowano następujące rekomendacje.

1. Zapewnienie dalszej ścieżki diagnostycznej

W kolejnych edycjach warto wprowadzić prosty i czytelny sposób kierowania uczestników do dalszej diagnostyki.

Każda osoba z wynikiem wymagającym dodatkowej oceny powinna otrzymać informację o stwierdzonej nieprawidłowości, jej możliwym znaczeniu oraz zalecanym dalszym postępowaniu.

Warto również dokumentować wydane zalecenia i informacje o skierowaniu do lekarza lub na dodatkowe badania.

Za zgodą uczestników można rozważyć kontakt po 3–6 miesiącach w celu ustalenia, czy wykonali zalecone badania lub skorzystali z konsultacji medycznej. Pozwoli to ocenić, czy udział w kampanii rzeczywiście prowadzi do dalszych działań na rzecz zdrowia.

2. Docieranie do grup rzadziej korzystających z profilaktyki

W przyszłych edycjach warto zwiększyć udział działań realizowanych w miejscach pracy i codziennej aktywności mężczyzn.

Szczególne znaczenie może mieć współpraca z przedsiębiorstwami przemysłowymi, zakładami zatrudniającymi pracowników fizycznych, samorządami oraz lokalnymi organizacjami społecznymi.

Warto również rozszerzyć podstawowy zakres zbieranych informacji o wykonywany zawód i wybrane dane dotyczące sytuacji społecznej uczestników. Umożliwi to lepsze planowanie kolejnych działań oraz ocenę, do jakich grup rzeczywiście dociera program.

3. Włączenie oceny jakości snu do rutynowej profilaktyki

Pytania dotyczące jakości snu powinny stanowić stały element rozmowy profilaktycznej.

Krótka ocena obejmująca trudności z zasypianiem, chrapanie, nocne wybudzenia oraz senność dzienną może pomóc w identyfikowaniu osób wymagających dalszej diagnostyki. Szczególnie istotne jest uwzględnianie jakości snu u mężczyzn z nadmierną masą ciała, podwyższonym ciśnieniem tętniczym oraz innymi czynnikami ryzyka kardiometabolicznego.

4. Rozwijanie współpracy lekarzy, pielęgniarek i farmaceutów

Warto kontynuować interdyscyplinarny charakter kampanii, łączący badania przesiewowe, konsultacje i edukację zdrowotną.

Konsultacje farmaceutyczne mogą wspierać uczestników w zrozumieniu zasad farmakoterapii, identyfikowaniu problemów związanych z przyjmowaniem leków oraz przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych.

Współpraca różnych zawodów medycznych może zwiększać kompleksowość działań profilaktycznych i ułatwiać uczestnikom podejmowanie dalszych kroków.

5. Ujednolicenie badań i dokumentacji

W kolejnych edycjach warto stosować jednolite zasady wykonywania badań oraz dokumentowania wyników.

Dotyczy to szczególnie pomiarów ciśnienia tętniczego, oceny parametrów antropometrycznych, badań ultrasonograficznych i kwestionariuszy dotyczących jakości snu.

Warto również odróżniać wcześniej rozpoznane choroby od nieprawidłowości zidentyfikowanych po raz pierwszy podczas kampanii.

Takie rozwiązania ułatwią porównywanie wyników kolejnych edycji i zwiększą ich przydatność w planowaniu działań profilaktycznych.

6. Ocena praktycznych efektów programu

W przyszłości warto rozszerzyć ocenę kampanii poza liczbę wykonanych badań i konsultacji.

Szczególnie przydatne będą informacje dotyczące liczby osób z nowo wykrytymi nieprawidłowościami, realizacji zaleceń, podjęcia dalszej diagnostyki oraz rozpoczęcia leczenia.

Pozwoli to lepiej określić, jakie konkretne działania zdrowotne podejmują uczestnicy po zakończeniu wizyty w mobilnym punkcie badań.

7. Rozwijanie współpracy z systemem ochrony zdrowia

Mobilna profilaktyka może stanowić wartościowe uzupełnienie świadczeń realizowanych w placówkach medycznych.

Warto rozważyć rozwijanie współpracy z podstawową opieką zdrowotną, samorządami oraz organizatorami lokalnych programów zdrowotnych.

Celem powinno być stworzenie prostych mechanizmów umożliwiających kontynuowanie diagnostyki i opieki nad osobami, u których podczas kampanii stwierdzono nieprawidłowości.

W dłuższej perspektywie doświadczenia HascoBusa mogą posłużyć do opracowania powtarzalnego modelu mobilnej profilaktyki, możliwego do realizacji również w ramach szerszych programów zdrowotnych.

8. Dalsze wykorzystanie danych z kampanii

Zgromadzone dane stanowią wartościowy materiał do pogłębionych analiz dotyczących zdrowia mężczyzn.

Odrębne publikacje naukowe pozwolą dokładniej ocenić zależności pomiędzy wiekiem, czynnikami ryzyka kardiometabolicznego, zaburzeniami snu i wynikami badań ultrasonograficznych. Wnioski z tych analiz mogą wspierać projektowanie kolejnych edycji kampanii i bardziej ukierunkowanych działań profilaktycznych.

PODSUMOWANIE

Kampania **„Panowie! Jazda po zdrowie”** dostarczyła istotnych danych dotyczących stanu zdrowia mężczyzn uczestniczących w mobilnym programie profilaktycznym, a jednocześnie pozwoliła ocenić praktyczne możliwości realizacji badań przesiewowych poza tradycyjnymi placówkami ochrony zdrowia. Z badań skorzystało ponad tysiąc mężczyzn reprezentujących różne grupy wiekowe.

Uzyskane wyniki wskazują na częste występowanie nieprawidłowości w zakresie ciśnienia tętniczego, masy i składu ciała oraz jakości snu. Znaczna część zidentyfikowanych czynników ryzyka może rozwijać się przez długi czas bez wyraźnych objawów klinicznych, co podkreśla znaczenie wczesnej identyfikacji zagrożeń zdrowotnych i systematycznych działań profilaktycznych.

Istotną wartością kampanii było połączenie dostępności badań z możliwością indywidualnej oceny wybranych parametrów zdrowotnych oraz wskazania potrzeby dalszej diagnostyki, konsultacji lekarskiej lub modyfikacji stylu życia. Należy przy tym podkreślić, że uzyskane wyniki mają charakter przesiewowy i nie stanowią podstawy do formułowania rozpoznań klinicznych bez odpowiedniej weryfikacji diagnostycznej.

Doświadczenia kampanii wskazują na potencjał mobilnych modeli profilaktyki w docieraniu do mężczyzn i identyfikowaniu nierozpoznanych wcześniej czynników ryzyka zdrowotnego. Jednocześnie stanowią przesłankę do dalszej oceny skuteczności takich działań, w szczególności ich wpływu na podejmowanie diagnostyki, zmianę zachowań zdrowotnych oraz długoterminowe wyniki zdrowotne uczestników.

HascoBus może być postrzegany jako przykład modelu profilaktyki środowiskowej, którego dalszy rozwój i integracja z systemem podstawowej opieki zdrowotnej zasługują na pogłębioną analizę.

Dyskusja – bibliografia

1. Główny Urząd Statystyczny. Trwanie życia — Baza Demografia [Internet]. [cyt. 13.10.2026]. https://demografia.stat.gov.pl/BazaDemografia/TrwanieZycia.aspx

2. Agrawal S, Gołębiowska J, Makuch S, Mazur G. Prevalence of Use of Preventive Services in Poland: Result from a Population-Based Nationwide Study. J Clin Med. 2021;10(10):2084. doi:10.3390/JCM10102084.

3. Hildt-Ciupińska K, Pawłowska-Cyprysiak K. Care for health among Polish men, taking into account social and economic factors, as well as the type of work. Med Pr. 2021;72(4):351–362. doi:10.13075/MP.5893.01056.

4. Teo CH, Ng CJ, Booth A, White A. Barriers and facilitators to health screening in men: A systematic review. Soc Sci Med. 2016;165:168–176. doi:10.1016/J.SOCSCIMED.2016.07.023.

5. Dryden R, Williams B, McCowan C, Themessl-Huber M. What do we know about who does and does not attend general health checks? BMC Public Health. 2012;12. doi:10.1186/1471-2458-12-723.

6. Cleveland Clinic. Men will do Almost Anything to Avoid Going to the Doctor [Internet]. [cyt. 14.10.2026]. https://newsroom.clevelandclinic.org/2019/09/04/cleveland-clinic-survey-men-will-do-almost-anything-to-avoid-going-to-the-doctor

7. World Health Organization (WHO). Obesity and overweight [Internet]. [cytowane 14 października 2026]. Dostępne na: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

8. World Health Organization (WHO). (2011). Waist circumference and waist-hip ratio : report of a WHO expert consultation, Geneva, 8-11 December 2008. 39.

9. Matsuzawa, Y., Nakamura, T., Takahashi, M., Ryo, M., Inoue, S., Ikeda, Y., Ohno, M., Sakata, T., Fukagawa, K., Saitoh, Y., Sato, Y., Shirai, K., Miyazaki, S., Tokunaga, K., Yamanouchi, K., Takahashi, M., Shibasaki, T., & Nagai, M. (2002). New criteria for „obesity disease" in Japan. Circulation journal : official journal of the Japanese Circulation Society, 66(11), 987–992. https://doi.org/10.1253/CIRCJ.66.987

10. Prejbisz, A., Dobrowolski, P., Doroszko, A., Olszanecka, A., Tycińska, A., Tykarski, A., Adamczak, M., Begier-Krasińska, B., Chrostowska, M., Dzida, G., Filipiak, K. J., Gaciong, Z., Gąsecki, D., Gierlotka, M., Grabowski, M., Grodzicki, T., Jankowski, P., Kamiński, K., Kapłon-Cieślicka, A., ... Wolf, J. (2024). Guidelines for the management of hypertension in Poland 2024 - the position of the Polish Society of Hypertension/Polish Cardiac Society Experts. Arterial Hypertension (Poland), 28(1), 91–146. https://doi.org/10.5603/AH.103916

11. Pinkosz, K. (2026). Zdrowie Polaków. Wyniki największego badania epidemiologicznego w Polsce zaskakują. [cyt. 13.10.2026]. https://newsmed.pl/aktualnosci/12442581/zdrowie-polakow-wyniki-wobasz-3-najwiekszego-badania-w-polsce-zaskakuja.html

12. Publikacja – Ocena rozpowszechnienia i kontroli czynników ryzyka chorób serca i naczyń w Polsce - badania NATPOL 1997, 2002, 2011 – Polska Platforma Medyczna [Internet]. [cyt. 19.10.2026]. Available from: https://ppm.edu.pl/info/article/UJCMfb5a8c763c84477ab41d4b7cff6f9bc7/

13. Niklas A, Flotyńska A, Puch-Walczak A, Polakowska M, Topór-Mądry R, Polak M, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the adult Polish population - Multi-center National Population Health Examination Surveys - WOBASZ studies. Arch Med Sci. 2018;14(5):951–61. doi:10.5114/AOMS.2017.72423 PubMed PMID: 30154875.

14. Younossi, Z. M., Koenig, A. B., Abdelatif, D., Fazel, Y., Henry, L., & Wymer, M. (2016). Global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease-Meta-analytic assessment of prevalence, incidence, and outcomes. Hepatology (Baltimore, Md.), 64(1), 73–84. https://doi.org/10.1002/HEP.28431

15. Lisowska, A., Dubatówka, M., Chlabicz, M., Jamiołkowski, J., Kondraciuk, M., Szyszkowska, A., Knapp, M., Szpakowicz, A., Łukasiewicz, A., & Kamiński, K. (2023). Disparities in the Prevalence and Risk Factors for Carotid and Lower Extremities Atherosclerosis in a General Population—Bialystok PLUS Study. Journal of Clinical Medicine, 12(7), 2627. https://doi.org/10.3390/JCM12072627/S1

16. TANITA Polska. Jak czytać pomiary? Zakresy referencyjne PBF dopasowane do wieku i płci [Internet]. [13.10.2026]. https://www.tanitapolska.pl/baza-wiedzy/analiza-wynikow-pomiarowych

17. Kapur, V. K., Auckley, D. H., Chowdhuri, S., Kuhlmann, D. C., Mehra, R., Ramar, K., & Harrod, C. G. (2017). Clinical Practice Guideline for Diagnostic Testing for Adult Obstructive Sleep Apnea: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. Journal of Clinical Sleep Medicine : JCSM : Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine, 13(3), 479. https://doi.org/10.5664/JCSM.6506

18. Berry, S. J., Coffey, D. S., Walsh, P. C., & Ewing, L. L. (1984). The development of human benign prostatic hyperplasia with age. The Journal of Urology, 132(3), 474–479. https://doi.org/10.1016/S0022-5347(17)49698-4

19. Nowicki Z, Grabowski K, Cubała WJ, Nowicka-Sauer K, Zdrojewski T, Rutkowski M, et al. Prevalence of self-reported insomnia in general population of Poland. Psychiatr Pol. 2016;50(1):165–73. doi:10.12740/PP/58771 PubMed PMID: 27086336.

20. Hill, C., Zurakowski, D., Bennet, J., Walker-White, R., Osman, J. L., Quarles, A., & Oriol, N. (2012). Knowledgeable Neighbors:A Mobile Clinic Model for Disease Prevention and Screening in Underserved Communities. American Journal of Public Health, 102(3), 406. https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300472

21. Brook, R. D., Korzeniewski, S. J., Foster, B., Kurian, P., Reed, B., Steinberg-Abreu, A., Young, J. L., & Levy, P. D. (2026). Mobile Health Unit Outreach to Socially Disadvantaged Urban Communities Detects Uncontrolled Cardiometabolic Risk Factors. Journal of the American Heart Association, 15(10). https://doi.org/10.1161/JAHA.125.047852

22. Moghul, M., Croft, F., Mutch, F., Westaway, E., Bradshaw, K., Kierkegaard, P., Kinsella, N., Cahill, D., & James, N. D. (2025). The Man Van phase 2 results: Mobile targeted case finding for prostate cancer. Journal of Clinical Oncology, 43(5_suppl), 317–317. https://doi.org/10.1200/JCO.2025.43.5_SUPPL.317

23. West, J., Humphreys, M., Durand, M., Green, E., Hochard, K. D., & Stewart, A. (2026). 'Bringing services to communities: Identifying service users at risk of developing cardiovascular disease through mobile opportunistic screening in deprived or underserved communities'. Public Health in Practice, 11. https://doi.org/10.1016/j.puhip.2025.100690

24. Victor, R. G., Lynch, K., Li, N., Blyler, C., Muhammad, E., Handler, J., Brettler, J., Rashid, M., Hsu, B., Foxx-Drew, D., Moy, N., Reid, A. E., & Elashoff, R. M. (2018). A Cluster-Randomized Trial of Blood-Pressure Reduction in Black Barbershops. New England Journal of Medicine, 378(14), 1291–1301. https://doi.org/10.1056/NEJMOA1717250

SPIS TREŚCI

Słowo wstępu 2

O kampanii „Panowie! Jazda po zdrowie" 5

Kampania w liczbach 6

Mężczyźni wciąż zbyt rzadko korzystają z profilaktyki 8

Co pokazały badania w HascoBusie? 10

Wprowadzenie i metodologia 12

Wnioski ogólne 13

Metodologia i badana populacja 14

Profil kardiometaboliczny 16

Analiza składu ciała 18

Wyniki przesiewowych badań USG 19

Zaburzenia snu i objawy bezdechu sennego 20

Zmiany zdrowotne w różnych grupach wiekowych 25

Wnioski końcowe 27

Dyskusja 28

Rekomendacje i dalsze działania 30

Podsumowanie 32

Bibliografia 33

„POL-MEN-HEALTH”

RAPORT Z KAMPANII “PANOWIE! JAZDA PO ZDROWIE”

PANOWIE
JAZDA
PO ZDROWIE

Organizator:

FUNDACJA
HASCO-LEK

Więcej informacji:
www.fundacjahasco-lek.pl

Partnerzy:

HASCO-LEK

VRATISLAVIA
MEDICA
SZPITAL IM. ŚW. JANA PAWŁA II
WE WROCŁAWIU

