RAPORT 2026

ZDROWIE BEZ STEREOTYPÓW

czyli jak leczą się współcześni mężczyźni

Dane, trendy i wnioski
o zdrowiu mężczyzn w Polsce
– między gabinetem,
apteką, internetem
a codziennymi wyborami.



LECZENIE I PROFILAKTYKA | ŹRÓDŁA WIEDZY I WSPARCIA | ZDROWIE FIZYCZNE I PSYCHICZNE | TRENDY I WYZWANIA | OCZEKIWANIA WOBEC SYSTEMU

Spis treści

Wstęp

1. Metodologia i najważniejsze wnioski 6
2. Wspólna perspektywa – podsumowanie ekspertów 9
3. Bariery korzystania z opieki zdrowotnej czyli dlaczego mężczyźni rezygnują z profilaktyki 22
4. Postawy wobec profilaktyki i zdrowia 27
5. Partnerska komunikacja jako warunek skutecznej komunikacji 32
6. Stosowanie zaleceń medycznych i zmiana stylu życia 44
7. Wpływ stereotypów na zachowania zdrowotne 47
8. Różnice między grupami wiekowymi 50
9. Najważniejsze wyzwania zdrowotne mężczyzn 52
10. Podsumowanie i rekomendacje 55

Zdrowie nie powinno zależeć od płci, wieku, miejsca zamieszkania ani statusu społecznego. Nie powinno też być zakładnikiem stereotypów, uprzedzeń czy społecznych oczekiwań. Tymczasem to właśnie one wciąż wpływają na to, jak postrzegamy zdrowie, kiedy szukamy pomocy, czy korzystamy z profilaktyki i w jaki sposób podejmujemy decyzje dotyczące własnego ciała i życia.

Jednym z obszarów, w których wpływ stereotypów pozostaje szczególnie widoczny, jest zdrowie mężczyzn. Przez lata wokół męskości budowano przekonanie, że mężczyzna powinien być silny, odporny, samodzielny i nie powinien okazywać słabości. W tej perspektywie ból można przeczekać, niepokojące objawy zignorować, a wizytę u lekarza odłożyć na później. Profilaktyka bywa traktowana jako coś, co można zrobić „kiedyś”, gdy znajdzie się czas lub gdy pojawi się wyraźny problem.

Tymczasem zdrowie nie jest sprawą siły charakteru ani miarą męskości. Nie jest też wyłącznie indywidualną odpowiedzialnością. Na nasze decyzje wpływają wiedza, doświadczenia, dostęp do opieki zdrowotnej, sytuacja zawodowa i rodzinna, miejsce zamieszkania, a także przekonania i wzorce, które towarzyszą nam od najmłodszych lat. Jeżeli chcemy skutecznie poprawiać zdrowie Polaków, musimy lepiej rozumieć te mechanizmy — również te, które sprawiają, że mężczyźni rzadziej lub później korzystają z profilaktyki i pomocy medycznej.

Z tej potrzeby powstała Koalicja na rzecz Zdrowia bez Stereotypów, czyli oddolna inicjatywa ludzi, których łączy przekonanie, że zdrowie publiczne wymaga odwagi, współpracy i konkretnych działań. Koalicja tworzy przestrzeń do spotkania różnych perspektyw i doświadczeń. Tworzą ją osoby reprezentujące medycynę, naukę, samorząd, organizacje społeczne oraz środowisko edukacyjne. Nie jest instytucją ani kolejną formalną strukturą. Jest społecznością ludzi, którzy postanowili wspólnie działać na rzecz zdrowszej Polski.

KOALICJA
NA RZECZ
ZDROWIA
BEZ STEREOTYPÓW
WIEDZA • PROFILAKTYKA • WSPÓŁPRACA

Koalicja powstała z przekonania, że samo mówienie o problemach nie wystarczy. Potrzebujemy zmiany sposobu myślenia o zdrowiu, która przełoży się na codzienne decyzje ludzi, ale również na rozwiązania systemowe i politykę zdrowotną. Chcemy, aby profilaktyka przestała być wyjątkiem, a stała się standardem. Aby dostęp do rzetelnej wiedzy nie zależał od miejsca zamieszkania, wykształcenia czy sytuacji społecznej. Aby każdy człowiek mógł zadbać o swoje zdrowie bez obawy przed oceną, bagatelizowaniem problemów czy koniecznością mierzenia się ze stereotypami.

Dlatego działalność Koalicji koncentruje się nie tylko na promowaniu zdrowego stylu życia. Jej celem jest inicjowanie debaty, integrowanie ekspertów i praktyków, wspieranie edukacji zdrowotnej opartej na faktach oraz poszukiwanie rozwiązań, które mogą realnie poprawiać zdrowie publiczne. Wierzymy, że zdrowie nie zaczyna się i nie kończy w gabinecie lekarskim. Jest obecne w codziennych wyborach, w jakości naszej edukacji, sposobie odżywiania, aktywności fizycznej, zdrowiu psychicznym, relacjach społecznych i warunkach, w których żyjemy.

Raport „Zdrowie bez stereotypów – czyli jak leczą się współcześni mężczyźni” jest ważnym elementem tej misji. Powstał, ponieważ nie możemy skutecznie zmieniać rzeczywistości, jeśli nie rozumiemy, jak wygląda ona dzisiaj. Aby mówić o zdrowiu mężczyzn w sposób odpowiedzialny, potrzebujemy odejść zarówno od stereotypowego obrazu „mężczyzny, który nie chodzi do lekarza”, jak i od prostych, uniwersalnych recept. Współcześni mężczyźni nie są jednorodną grupą. Różnią się wiekiem, sytuacją życiową, miejscem zamieszkania, poziomem wiedzy, doświadczeniami z systemem ochrony zdrowia oraz podejściem do profilaktyki i leczenia.

Dlatego w centrum tego raportu znajdują się pytania o to, jak współcześni mężczyźni naprawdę podchodzą do własnego zdrowia. Kiedy reagują na niepokojące objawy? Co skłania ich do wykonania badań? Co powstrzymuje ich przed wizytą u lekarza? Jak oceniają swoje zdrowie i na ile czują, że mają wpływ na podejmowane decyzje dotyczące leczenia i profilaktyki? W jakim stopniu ich zachowania są wynikiem indywidualnych wyborów, a w jakim konsekwencją barier, doświadczeń i stereotypów?

Ten raport nie powstał po to, by oceniać mężczyzn ani utrwalać przekonanie, że „nie dbają o zdrowie”. Powstał po to, aby lepiej ich zrozumieć. Pokazać rzeczywiste postawy, zachowania, potrzeby i bariery, a następnie wykorzystać tę wiedzę do prowadzenia skuteczniejszej edukacji zdrowotnej, projektowania działań profilaktycznych i budowania rozwiązań odpowiadających na realne potrzeby.

Wierzymy, że stereotypy są szkodliwe nie tylko wtedy, gdy prowadzą do dyskryminacji. Są szkodliwe również wtedy, gdy upraszczają rzeczywistość i utrudniają znalezienie właściwych rozwiązań. Stereotyp, że „mężczyźni po prostu nie chcą się badać”, może zwalniać nas z obowiązku zadania ważniejszego pytania: dlaczego część z nich nie korzysta z profilaktyki i co możemy zrobić, aby to zmienić?

„Zdrowie bez stereotypów – czyli jak leczą się współcześni mężczyźni” jest więc zaproszeniem do spojrzenia na zdrowie mężczyzn bez uproszczeń. Do oparcia dyskusji na danych, doświadczeniach i rzeczywistych potrzebach. Do zadania pytania nie tylko o to, czy mężczyźni chcą się leczyć, ale przede wszystkim: czy system, komunikacja i działania profilaktyczne są wystarczająco dobrze dostosowane do tego, aby chcieli i mogli skutecznie zadbać o swoje zdrowie.

Bo zdrowie bez stereotypów to nie hasło. To zobowiązanie do działania.

Zapraszam do zapoznania się z treścią raportu



Jakub Przeorek
Współzałożyciel Koalicji na rzecz Zdrowia bez stereotypów

1. Metodologia i najważniejsze wnioski

Zdrowie mężczyzn od wielu lat pozostaje jednym z najważniejszych wyzwań zdrowia publicznego w Polsce. Mężczyźni żyją krócej niż kobiety około 7 lat[1], częściej umierają przedwcześnie z powodu chorób sercowo-naczyniowych, nowotworów czy przyczyn zewnętrznych[2], a jednocześnie rzadziej korzystają z profilaktyki, później zgłaszają się do lekarzy i znacznie rzadziej sięgają po wsparcie specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego czy zmiany stylu życia.

Przez lata zjawisko to tłumaczono przede wszystkim stereotypami dotyczącymi męskości i przekonaniem, że „prawdziwy mężczyzna powinien radzić sobie sam”, nie okazywać słabości i zgłaszać się po pomoc dopiero wtedy, gdy problem staje się poważny. Jednak współczesne wyzwania zdrowotne pokazują, że rzeczywistość jest bardziej złożona. Na decyzje dotyczące zdrowia wpływają nie tylko normy społeczne, lecz także doświadczenia pacjentów, sposób komunikacji personelu medycznego, dostępność świadczeń oraz poczucie, że leczenie uwzględnia indywidualne potrzeby.

Raport „Zdrowie bez stereotypów, czyli jak leczą się współcześni mężczyźni” przedstawia wyniki badania przeprowadzonego wśród mężczyzn w wieku 35–64 lata. Jego celem było poznanie postaw wobec profilaktyki, korzystania z opieki zdrowotnej oraz czynników wpływających na decyzje o zgłoszeniu się po pomoc medyczną. Badanie pozwala spojrzeć na zdrowie mężczyzn z perspektywy codziennych doświadczeń, przekonań i barier, które często pozostają niewidoczne w statystykach medycznych.

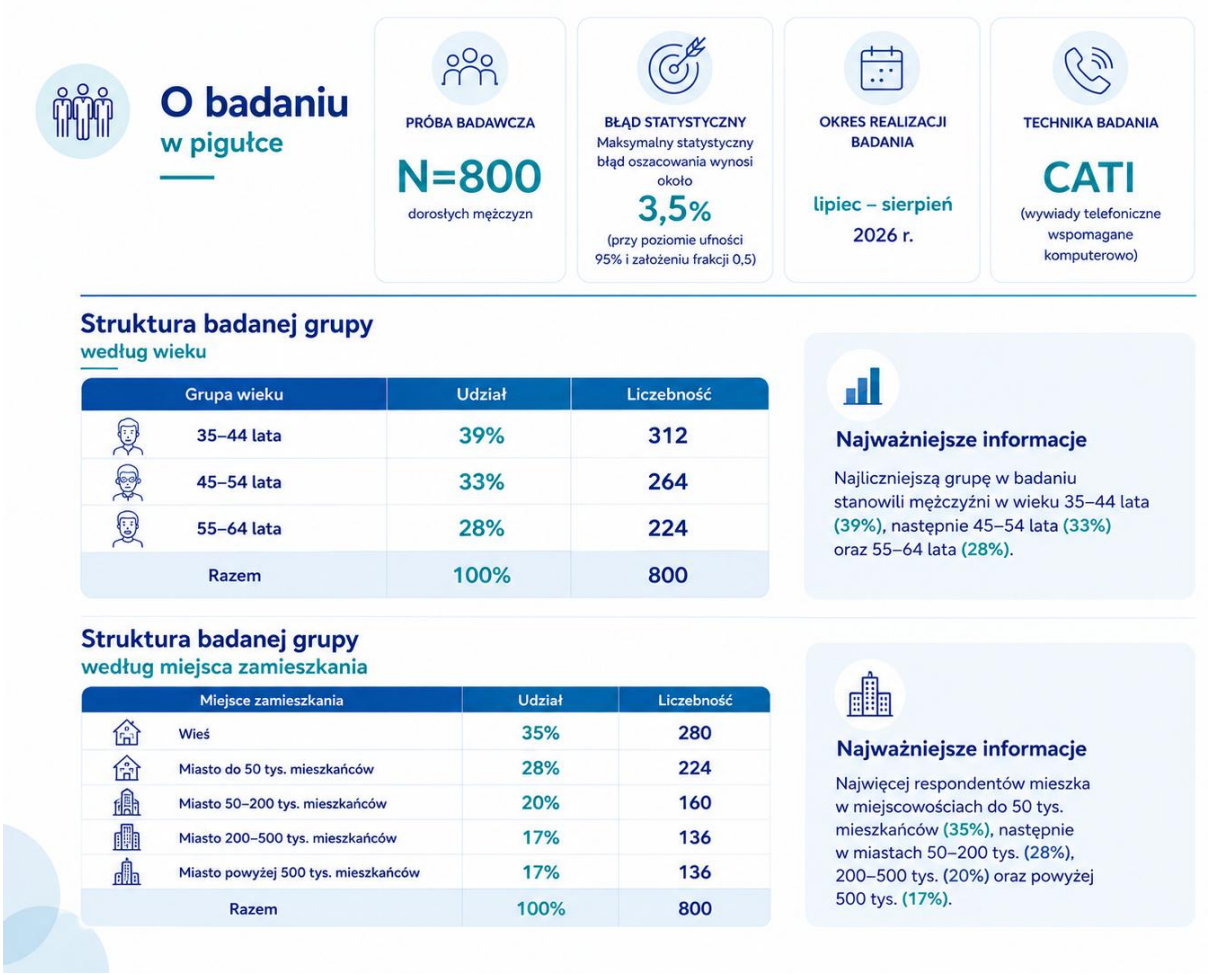
Opracowanie stanowi punkt wyjścia do dyskusji o tym, jak projektować skuteczną profilaktykę zdrowotną, która będzie odpowiadała na realne potrzeby współczesnych mężczyzn, zamiast utrwalać stereotypowe wyobrażenia na temat ich zachowań

Uzyskane wyniki pokazują, że współcześni mężczyźni nie odrzucają troski o zdrowie. Znacznie częściej odkładają ją na później, podporządkowując obowiązkom zawodowym, rodzinnym i społecznym. Jednocześnie oczekują większego partnerstwa w relacji z lekarzem, indywidualnego podejścia oraz wsparcia, które nie będzie ograniczało się wyłącznie do nakazów i zakazów.

.Raport „Zdrowie bez stereotypów, czyli jak leczą się współcześni mężczyźni” został opracowany na podstawie ogólnopolskiego badania ilościowego przeprowadzonego wśród dorosłych mężczyzn w wieku 35–64 lata w okresie lipiec – sierpień 2026 r. Celem

[1] Główny Urząd Statystyczny, Trwanie życia w 2025 r., Warszawa 2026
[2] Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH–PIB, Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania – 2025, Warszawa 2025

badania było poznanie postaw, doświadczeń oraz zachowań zdrowotnych mężczyzn, ze szczególnym uwzględnieniem korzystania z profilaktyki, relacji z personelem medycznym, stosowania zaleceń lekarskich oraz wpływu stereotypów na decyzje dotyczące zdrowia.



Badanie zostało zrealizowane techniką wywiadu telefonicznego wspomaganego komputerowo CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing) w profesjonalnym STUDIO CATI. Ostateczna liczebność próby analitycznej wyniosła N=800 kompletnych wywiadów. Dobór próby miał charakter kwotowy, z kontrolą struktury respondentów na etapie realizacji badania. Oznacza to, że badania nie należy opisywać jako klasycznej prostej próby losowej, w której każda jednostka populacji ma znane i jednakowe prawdopodobieństwo wylosowania. W odniesieniu do wieku przyjęto następującą strukturę końcowej próby (według danych GUS zgodnie z tabelą powyżej). Struktura ta była kontrolowana w toku realizacji. Rekrutację w poszczególnych kategoriach prowadzono do momentu osiągnięcia wymaganej liczebności dla danej grupy. Po wypełnieniu określonej kwoty kolejni respondenci należący do tej kategorii nie byli włączani do zasadniczej próby badawczej. Takie rozwiązanie pozwala ograniczać przypadkowe odchylenia struktury próby, które w badaniach telefonicznych mogą wynikać z różnej dostępności i różnej skłonności poszczególnych grup do udziału w badaniu.

Dla próby N=800 teoretyczny maksymalny błąd oszacowania, obliczony przy założeniach właściwych dla prostej próby losowej, wynosi około ±3,5 punktu procentowego przy poziomie ufności 95% i frakcji p=0,5. Ze względu na kwotowy charakter doboru próby wartość tę należy traktować jako orientacyjny punkt odniesienia dla precyzji oszacowań.

Rekrutacja miała charakter telefoniczny. Po nawiązaniu kontaktu w pierwszej kolejności weryfikowano kryteria kwalifikacyjne, przede wszystkim płeć i wiek respondenta, a następnie dostępność miejsca w odpowiedniej komórce kwotowej.

Do próby właściwej kwalifikowano wyłącznie osoby spełniające kryteria populacji badanej, tj. mężczyzn w wieku 35–64 lata, dla których odpowiednia komórka kwotowa pozostawała otwarta oraz które wyraziły zgodę na udział i ukończyły wywiad w zakresie pozwalającym zaklasyfikować go jako kompletny. Kontakty inicjowano na podstawie operatu telefonicznego stanowiącego bazę numerów przeznaczonych do realizacji badań CATI. Rekordy kierowane do realizacji były wybierane niezależnie od odpowiedzi respondentów i podlegały następnie procedurze kwalifikacji według kryteriów badania oraz kontroli kwot.

Wyniki przedstawione w raporcie zostały opracowane bez zastosowania wag analitycznych ex post. Każdy kompletny wywiad wnosił do wyników taką samą wagę jednostkową. Kontrola podstawowych charakterystyk strukturalnych próby została przeprowadzona ex ante – poprzez mechanizm doboru kwotowego, a nie ex post poprzez korektę wagową. Wartości procentowe prezentowane w raporcie odnoszą się bezpośrednio do zrealizowanej próby N=800. Operacyjna responsywność badania wyniosła około 3%. 25 867 przypadków nie zakończyły się kompletnym wywiadem. Grupa ta obejmuje m.in. brak nawiązania kontaktu, odmowy udziału, osoby niespełniające kryterium wieku lub płci, numery nieaktywne lub błędne, przypadki zakończone na screeningu, przypadki należące do już zamkniętych komórek kwotowych oraz przerwane wywiady.

Kwestionariusz badania obejmował pytania dotyczące częstotliwości wykonywania badań profilaktycznych, barier korzystania z opieki zdrowotnej, postaw wobec profilaktyki, relacji z lekarzami, przestrzegania zaleceń medycznych, korzystania z pomocy specjalistów (m.in. psychologa i dietetyka), a także wpływu stereotypów związanych z męskością na zachowania zdrowotne. W raporcie przedstawiono zarówno wyniki dla całej badanej populacji, jak i analizy porównawcze według wieku oraz miejsca zamieszkania respondentów. Pozwoliło to zidentyfikować różnice pomiędzy poszczególnymi grupami oraz wskazać obszary wymagające szczególnej uwagi w planowaniu działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki.

2. Wspólna perspektywa – podsumowanie ekspertów



dr inż. Dawid Panek - naukowiec i farmaceuta, adiunkt na Wydziale Farmaceutycznym UJ CM. Specjalizuje się w badaniach nad nowymi substancjami biologicznie aktywnymi i projektowaniu innowacyjnych terapii. Kieruje projektami badawczymi finansowanymi przez NCN i NCBR, łącząc doświadczenie naukowe z interdyscyplinarnym podejściem do współczesnych wyzwań zdrowotnych.

Raport „Zdrowie bez stereotypów” dotyka problemu znacznie szerszego niż jedynie gotowość i potrzeba mężczyzn do wykonywania badań profilaktycznych. Pokazuje, że jednym z kluczowych wyzwań pozostaje sposób, w jaki rozmawiamy z pacjentem o zmianie zachowań zdrowotnych. Blisko połowa badanych mężczyzn deklaruje, że podczas wizyty otrzymuje przede wszystkim zakazy i ograniczenia, a 45,7% nie zgadza się ze stwierdzeniem, że przedstawiane są im różne sposoby postępowania. Warto więc postawić pytanie, czy w XXI wieku skuteczna profilaktyka powinna nadal opierać się przede wszystkim na komunikacie: „nie pal”, „schudnij”, „nie pij”, „zmień dietę”, czy raczej na przedstawieniu pacjentowi realnych możliwości zmiany i wspólnym wyborze rozwiązania dostosowanego do jego potrzeb, motywacji i sytuacji życiowej.

Dobrym przykładem jest problem nadmiernej masy ciała. Według najnowszych danych NIZP PZH–PIB zbyt wysoką masę ciała ma około 64% polskich mężczyzn, a otyłość około 15%; w grupach mężczyzn w wieku 40–59 oraz 60–74 lata otyłość dotyczy około 19%[3]. To kolejny obszar, w którym proste zalecenie „proszę schudnąć” jest dalece niewystarczające. W ostatnich latach pojawiły się niezwykle skuteczne możliwości farmakoterapii, w tym semaglutyd i tirzepatyd. Ich rosnąca popularność pokazuje jednak również drugą stronę problemu – farmakoterapia nie powinna zastępować diagnozy, profesjonalnego prowadzenia pacjenta ani indywidualnego planu leczenia. Leki te powinny być stosowane zgodnie ze wskazaniami i pod właściwą kontrolą medyczną, a nie traktowane jako uniwersalny i samodzielnie stosowany sposób na redukcję masy ciała.

Podobny problem widoczny jest w przypadku uzależnienia od palenia tytoniu. Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH–PIB na początku 2025 r. codzienne palenie tradycyjnych wyrobów tytoniowych deklarowało aż 28,8% polskich

[3] NIZP PZH–PIB, Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania – 2025, Warszawa 2025

mężczyzn, a w grupie wieku 40–59 lat odsetek ten sięgał 34,5%[4]. Mimo wieloletniej polityki ograniczania palenia problem pozostaje wciąż niezwykle poważny i niesie rujnujące skutki zdrowotne i ekonomiczne. Nie powinno to zaskakiwać – uzależnienie od nikotyny jest silnym uzależnieniem, a decyzja o zaprzestaniu palenia często nie jest tylko kwestią wiedzy o jego szkodliwości czy „silnej woli”. Polskie badania pokazują, że 77% palaczy podejmowało próby zaprzestania palenia bez żadnego wsparcia, a nikotynową terapię zastępczą i inne metody farmakologiczne stosowało około 20% osób podejmujących próby rzucenia palenia[5].

W tym miejscu szczególnego znaczenia nabiera indywidualizacja postępowania. Pacjent powinien otrzymać informację o dostępnych, opartych na dowodach metodach leczenia uzależnienia, w tym poradnictwie i farmakoterapii, takiej jak wspomniana nikotynowa terapia zastępcza, oraz pomoc w wyborze rozwiązania, które ma największą szansę sprawdzić się w jego sytuacji. W przypadku osób, które nie są gotowe na natychmiastowe zaprzestanie używania nikotyny, dyskusja może obejmować również strategie redukcji szkód. Wśród konsumenckich produktów nikotynowych interesującą z tej perspektywy kategorią są saszetki nikotynowe: podobnie jak nikotynowa terapia zastępcza dostarczają nikotynę bez procesu spalania tytoniu i bez inhalacji dymu, a jednocześnie nie odtwarzają samego rytuału palenia papierosa. Nie należy jednak utożsamiać ich z nikotynową terapią zastępczą ani przedstawiać jako produktu leczniczego – są produktem konsumenckim i nie mają takiego samego statusu ani bazy dowodowej jak zatwierdzone metody leczenia uzależnienia. To rozróżnienie jest istotne, jeśli punktem wyjścia ma być świadome i bezpieczne zmniejszanie szkód zdrowotnych, które ewentualnie można wspólnie z pacjentem dostosować do jego indywidualnej sytuacji i potrzeby.

W obu przykładach – uzależnienia od nikotyny i otyłości – widać potrzebę odejścia od jednego schematu postępowania. Dla jednego pacjenta właściwym rozwiązaniem będzie farmakoterapia, dla innego intensywna zmiana stylu życia, wsparcie psychologiczne, dietetyczne lub połączenie kilku metod. Coraz większą rolę mogą odgrywać również nowoczesne technologie: aplikacje monitorujące aktywność, dietę i postępy terapii, urządzenia ubieralne czy odpowiednio zaprojektowane narzędzia wykorzystujące sztuczną inteligencję. Ich wartość nie polega jednak na pozostawieniu pacjenta samemu sobie z aplikacją czy algorytmem. Rolą profesjonalisty powinno być również pokazanie, jak z tych narzędzi korzystać bezpiecznie, krytycznie i skutecznie, a następnie włączenie ich w indywidualny plan działania.

Najważniejszym przesłaniem raportu jest więc w moim odczuciu potrzeba zmiany filozofii komunikacji dotyczącej zdrowia. Skuteczna profilaktyka nie powinna oznaczać rezygnacji z jasnego informowania o ryzyku ani relatywizowania zachowań szkodliwych. Powinna

[4] NIZP PZH–PIB, Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania – 2025, Warszawa 2025

[5] Z. Zatoński, M. Przewoźniak i wsp., „Patterns of motivations and ways of quitting smoking among Polish smokers: a questionnaire study”, BMC Public Health, vol. 8, art. 274, 2008, doi: 10.1186/1471-2458-8-274.

jednak dawać pacjentowi coś więcej niż listę zakazów. Powinna również przedstawiać dostępne możliwości, tłumaczyć różnice między nimi, wyznaczać osiągalne cele i pozwalać wspólnie wybrać drogę najlepiej dopasowaną do konkretnego człowieka. Jest to szczególnie ważne w przypadku uzależnień, otyłości i innych problemów wymagających długotrwałej zmiany zachowania.

Pacjent, który rozumie swoje możliwości i uczestniczy w podejmowaniu decyzji, ma szansę stać się aktywnym partnerem w procesie dbania o własne zdrowie, a nie jedynie odbiorcą kolejnego nakazu.



Anna Dela – absolwentka studiów Executive MBA w ochronie zdrowia, założycielka i Prezeska Fundacji Polityka dla Zdrowia, ekspertka w obszarze zdrowia publicznego, łączy wiedzę naukową oraz wieloletnie doświadczenie zawodowe w ochronie zdrowia, zarządzaniu i komunikacji publicznej. W latach 2018-2024 związana z NIZP-PZH PIB gdzie pełniła funkcję m.in. Pełnomocniczki Dyrektora ds. Badań i Rozwoju oraz Operacyjnych, a także Rzeczniczki Prasowej.

Raport „Zdrowie bez stereotypów, czyli jak się leczą współcześni mężczyźni” pokazuje jeden z najważniejszych paradoksów współczesnego zdrowia publicznego. Posiadamy rozległą wiedzę na temat czynników ryzyka zdrowotnego, dysponujemy coraz skuteczniejszymi metodami diagnostyki i leczenia, a mimo to wciąż mamy trudności z przełożeniem tego na codzienne wybory i zachowania zdrowotne. Przede wszystkim należy sobie uświadomić, że problem nie polega wyłącznie na niewystarczającej świadomości społeczeństwa. W znacznej mierze dotyczy również sposobu organizacji profilaktyki i skuteczności prowadzonej polityki zdrowotnej.

Wyniki przeprowadzonego w ramach raportu badania powinny skłaniać do refleksji. Zaledwie 17% respondentów deklaruje wykonywanie badań profilaktycznych przynajmniej raz w roku, a 66,2% przyznaje, że zgłasza się do lekarza dopiero wtedy, gdy objawy są silne lub utrudniają codzienne funkcjonowanie. Jest to mocny sygnał, że profilaktyka nie stała się jeszcze naturalnym elementem życia znacznej części badanych mężczyzn. Jednocześnie trudno oczekiwać zmiany tych zachowań, jeżeli odpowiedzią systemu pozostają przede wszystkim kolejne kampanie informacyjne i apele o większą odpowiedzialność za własne zdrowie.

Z perspektywy zdrowia publicznego szczególnie istotne jest odejście od przekonania, że wystarczy uświadomić człowiekowi zagrożenie, aby zmienił swoje postępowanie. Gdyby sama wiedza o konsekwencjach zdrowotnych była wystarczająca, problemy

otyłości, palenia tytoniu, szkodliwego spożywania alkoholu czy niedostatecznej aktywności fizycznej miałyby dziś znacznie mniejszą skalę. Tymczasem zachowania zdrowotne są wynikiem złożonych mechanizmów psychologicznych, społecznych i ekonomicznych, a w przypadku uzależnień również biologicznych.

Dlatego skuteczna polityka zdrowotna nie może ograniczać się do zakazów, nakazów i informowania o ryzyku. Regulacje ograniczające dostępność szkodliwych produktów mogą być ważnym elementem profilaktyki, ale nie zastąpią dostępnego leczenia, profesjonalnego wsparcia i długofalowych działań edukacyjnych. Szczególnie w obszarze uzależnień potrzebujemy kompleksowego podejścia, obejmującego zapobieganie inicjacji, wczesną interwencję, leczenie oraz strategie redukowania szkód zdrowotnych, stosowane tam, gdzie ich skuteczność znajduje potwierdzenie w dowodach naukowych.

Wyniki raportu wskazują również na konieczność większej indywidualizacji działań. Innego wsparcia potrzebuje mężczyzna, który nie wykonuje badań z powodu braku czasu, innego osoba obawiająca się diagnozy, a jeszcze innego pacjent zmagający się z uzależnieniem lub chorobą przewlekłą. Jednolity przekaz i jednakowe rozwiązania nie będą równie skuteczne w każdej z tych sytuacji.

Odpowiedzialność za zmianę tego modelu spoczywa nie tylko na pacjentach i personelu medycznym, lecz również na instytucjach odpowiedzialnych za kształtowanie polityki zdrowotnej. Potrzebujemy lepiej skoordynowanych programów profilaktycznych, łatwiejszego dostępu do specjalistycznego wsparcia oraz systematycznej oceny skuteczności podejmowanych interwencji. Miarą sukcesu nie powinna być liczba przeprowadzonych kampanii czy wprowadzonych regulacji, ale rzeczywista poprawa zachowań zdrowotnych i ograniczenie przedwczesnej umieralności.

Najważniejszy wniosek płynący z raportu jest więc szerszy niż sama potrzeba zmiany postaw mężczyzn. Jeżeli chcemy, aby ludzie podejmowali lepsze decyzje dotyczące zdrowia, musimy stworzyć system, który nie tylko mówi im, co powinni robić, ale rzeczywiście pomaga im to zrobić.



Karolina Dobosz - specjalistka ds. komunikacji i popularyzacji wiedzy, związana z Wydziałem Farmaceutycznym UJ CM. Łączy doświadczenie w obszarze nauk farmaceutycznych z kompetencjami w zakresie social mediów, strategii komunikacji i tworzenia treści.

Zanim powiemy „mężczyźni nie dbają o zdrowie”. W komunikacji o zdrowiu mężczyzn mamy tendencję do zaczynania od tego, czego mężczyźni nie robią. Nie badają się regularnie, zbyt długo czekają z wizytą u lekarza, niechętnie proszą o pomoc, bagatelizują pierwsze objawy. Problem w tym, że im częściej powtarzamy taki obraz, tym łatwiej sami zaczynamy komunikować się poprzez stereotyp, zamiast próbować zrozumieć człowieka, do którego chcemy dotrzeć. A przecież za decyzją o niewykonaniu badania czy odłożeniu wizyty może stać wiele powodów: brak czasu, codzienne obowiązki, obawa przed diagnozą, wcześniejsze doświadczenia z systemem ochrony zdrowia czy przekonanie, że problem nie jest jeszcze wystarczająco poważny. Dlatego pytanie nie powinno brzmieć wyłącznie: „Dlaczego mężczyźni nie dbają o zdrowie?”. Z perspektywy komunikacji równie ważne jest inne: „Co możemy zrobić, żeby łatwiej było im zacząć o nie dbać?” To pozornie niewielka różnica, ale całkowicie zmienia sposób budowania przekazu. Samo dostarczanie wiedzy nie wystarcza. Można wiedzieć, że profilaktyka jest ważna, znać podstawowe zalecenia i jednocześnie przez kolejne miesiące odkładać badanie. Sama świadomość nie oznacza jeszcze działania. Dobra komunikacja zdrowotna powinna pomagać zrobić ten kolejny krok – nie poprzez kolejne nakazy, lecz poprzez przekaz zrozumiały, konkretny i możliwy do zastosowania w codziennym życiu. Dlatego w komunikacji kierowanej do mężczyzn warto odejść zarówno od straszenia, jak i od zawstydzania. Hasła odwołujące się do „prawdziwej męskości”, siły czy obowiązku mogą zwrócić uwagę, ale jednocześnie utrwalają schemat, z którym próbujemy walczyć. Jeśli chcemy mówić o zdrowiu bez stereotypów, nie możemy wykorzystywać stereotypów jako głównego narzędzia przekonywania.

Znacznie większy potencjał ma komunikacja partnerska. Taka, która nie mówi: „powinieneś”, lecz pokazuje: „to możesz zrobić teraz”. Wyjaśnia sens działania, daje wybór, porządkuje informacje i pozostawia odbiorcy poczucie wpływu na własne zdrowie. W praktyce oznacza to mniej komunikatów typu „powinieneś się zbadać”, a więcej odpowiedzi na pytania: po co, kiedy, gdzie i od czego zacząć. Ważny jest również sposób, w jaki pokazujemy korzyść. Profilaktyka nie powinna być przedstawiana wyłącznie jako sposób na uniknięcie choroby w przyszłości. Warto mówić o niej jako o części dbania

o jakość życia dzisiaj – energię, sprawność, możliwość realizowania planów, pracy i bycia obecnym dla osób, które są ważne.

Ta sama zasada dotyczy komunikacji w gabinecie. Mężczyzna nie powinien być jedynie

odbiorcą listy zaleceń. Potrzebuje wiedzieć, dlaczego właśnie te działania są ważne w jego sytuacji, co może dzięki nim zyskać i od czego realnie powinien zacząć. Język specjalisty może budować poczucie wpływu i otwierać rozmowę albo sprawić, że przy kolejnych wątpliwościach pacjent ponownie będzie próbował „poradzić sobie sam”.

Dlatego, mówiąc o zdrowiu mężczyzn, warto zrezygnować z prostych ocen. Za podobnym zachowaniem mogą stać zupełnie różne potrzeby, obawy i doświadczenia. Jeśli chcemy zmieniać zachowania, nie wystarczy mówić głośniej i częściej. Trzeba mówić tak, aby odbiorca zobaczył w przekazie siebie, swoje potrzeby i realny powód do działania. Skuteczna komunikacja o zdrowiu nie zaczyna się od powiedzenia mężczyźnie, co robi źle. Zaczyna się od zrozumienia, co może pomóc mu zrobić pierwszy krok.



Piotr Śliwiński – prawnik, socjolog, ekonomista. Absolwent Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Uniwersytetu Warszawskiego oraz uniwersytetów w Bonn, Hamburgu i Rotterdamie. Zastępca Rzecznika Dyscyplinarnego Izby Adwokackiej w Warszawie.

Stereotypowy mężczyzny ostentacyjnie manifestującego frywolny stosunek do własnego zdrowia, należy już na szczęście do przeszłości. Mimo to statystyki są bezlitosne. W Polsce mężczyźni nadal żyją przeciętnie 7 lat krócej niż kobiety. Co prawda różnica ta zmniejsza się, jednak dokonuje się to w żółwim tempie. Na przestrzeni 35 lat od 1990 r. do 2025 r. jej spadek wyniósł zaledwie 2 lata. Jeśli nie nastąpią żadne zmiany i wspomniana luka będzie się kurczyć równie „szybko” co dotychczas, to ma szansę zniknąć nie wcześniej niż w okolicach połowy przyszłego stulecia.

Społeczna świadomość problemu systematycznie się zwiększa. Mężczyźni coraz częściej rozumieją znaczenie profilaktyki i systematycznych kontroli swojego stanu zdrowia. Ponieważ mówimy tutaj jednak o grupie stanowiącej blisko połowę całej populacji, próby generalizowania mogą być mylące. Wiek, wykształcenie, osiągane dochody, miejsce zamieszkania i inne czynniki składające się na tak zwany kapitał kulturowy, mają duży wpływ na zachowania mężczyzn oddziałujące na ich zdrowie. Dość wspomnieć o obserwowanym w państwach rozwiniętych fenomenie polegającym na pozytywnej korelacji ubóstwa i otyłości. Podobne zależności można mnożyć.

Same trendy obecne w otaczającej nas kulturze masowej, takie jak np. moda na bieganie, to zatem zdecydowanie za mało. Państwo powinno w przemyślany i długofalowy sposób kształtować i wzmacniać pozytywne zmiany. Niestety podejmowane na tym polu działania legislacyjne są wyrywkowe, reaktywne i zwykle mocno spóźnione. Próby przeciwdziałania negatywnym skutkom szkodliwych dla zdrowia zachowań, sprowadzają się najczęściej do wprowadzanych przypadkowo zakazów i nakazów, za którymi nie stoi żadna spójna polityka zdrowotna. Co gorsza, w wielu przypadkach są one przyjmowane pod wpływem doraźnej medialnej paniki, a z uwagi na swój fragmentaryczny i incydentalny charakter, nie mają większych szans, aby przełożyć się na realną i trwałą zmianę.

Problematyczne są też nierzadko relacje na linii lekarz-pacjent. Choć ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjentów obowiązuje już od 18 lat, zawarty w niej katalog uprawnień nie zawsze znajduje swoje odzwierciedlenie w codziennych realiach polskiej służby zdrowia, borykającej się z wiecznymi problemami finansowymi i przepracowanym personelem. Z zadowoleniem odnotować natomiast należy wzrastającą świadomość samych pacjentów w zakresie przysługujących im praw oraz zmiany w obrębie środowiska zawodów medycznych, które instytucji Rzecznika Praw Pacjenta nie postrzega już w kategoriach adwersarza, a raczej sojusznika w wysiłkach o podnoszenie standardów leczenia.

Jak wydostać się z sytuacji, w której dobre intencje ustawodawcy zamiast rozwiązywać problemy, pogłębiają jedynie chaos prawny i nakładają kontrproduktywne ograniczenia? Przede wszystkim potrzebujemy zmiany sposobu myślenia i przestawienia się z widzenia tunelowego, na holistyczne, a więc takie, które nie ogranicza się do reagowania ad hoc i w wycinkowym zakresie. Potrzebujemy regulacji kompleksowej, bazującej na merytorycznych danych i odpowiadającej współczesnym uwarunkowaniom. Dzięki niej mamy szansę sprawić, że deklarowane przez większość mężczyzn znaczenie jakie nadają swojemu zdrowiu, przełoży się wreszcie w bardziej powszechny i stabilny sposób na ich realne działania, które jego zachowaniu w jak najlepszej kondycji, będą faktycznie służyć.



Katarzyna Łukowska – Lewandowska - psycholog o specjalności klinicznej, profilaktyk uzależnień, zastępca dyrektora PARPA/KCPU w latach 2005 – 2025. Honorowy członek Polskiego Towarzystwa Terapii Motywującej.

Raport „Zdrowie bez stereotypów, czyli jak leczą się współcześni mężczyźni” to wartościowe przedsięwzięcie, podejmujące zagadnienie istotne dla zdrowia publicznego. Jego szczególną zaletą jest uwzględnienie zarówno zachowań zdrowotnych mężczyzn, jak i ich doświadczeń związanych z opieką medyczną. Pozwala to wyjść poza uproszczony wniosek, że mężczyźni nie dbają o zdrowie, i postawić bardziej użyteczne pytanie: jakich warunków i jakiego wsparcia potrzebują, aby wcześniej korzystać z pomocy oraz skuteczniej wprowadzać zalecane zmiany?

Szczególnie cenne jest zwrócenie uwagi na rozbieżności między wiedzą o zdrowiu, a postępowaniem oraz oczekiwaniu bardziej partnerskiej relacji z lekarzem. Bardzo ważny w tym kontekście jest wynik, zgodnie z którym prawie połowa respondentów zgadza się ze stwierdzeniem, że podczas wizyty otrzymuje jedynie zakazy i ograniczenia. Jest to tym samym zaproszenie do refleksji nad sposobem udzielania zaleceń. Wiedza o tym, co należy zmienić, nie oznacza jeszcze gotowości do działania, a zgoda pacjenta podczas konsultacji nie musi oznaczać, że potrafi on zastosować zalecenie w swoim życiu.

Pomocnym uzupełnieniem interpretacji tych wyników może być transteoretyczny model zmiany zachowania Jamesa Prochaski i Carla DiClemente. Pozwala on spojrzeć na zmianę jako proces, w którym człowiek może jeszcze nie rozważać modyfikacji zachowania, zastanawiać się nad nią, przygotowywać do działania, podejmować je, a następnie pracować nad utrzymaniem efektów. Z tej perspektywy zalecenie „proszę mniej pić”, „proszę schudnąć” czy „proszę zacząć ćwiczyć” często wyprzedza etap, na którym znajduje się pacjent. Lekarz przedstawia oczekiwane działanie, podczas gdy pacjent dopiero zastanawia się, czy zmiana jest mu potrzebna, obawia się jej konsekwencji np. jak będzie funkcjonował bez papierosów albo nie wierzy, że sobie poradzi. Warto więc ustalić, co pacjent myśli o proponowanej zmianie, jakie widzi korzyści i trudności oraz czy jest gotowy wykonać pierwszy krok, który także na etapie przygotowania do zmiany należy z pacjentem omówić.

Praktycznym sposobem rozwinięcia postulowanego w raporcie partnerstwa jest dialog motywujący (DM). To oparty na współpracy sposób prowadzenia rozmowy, służący wzmacnianiu własnej motywacji i zobowiązania osoby do zmiany. DM choć wywodzi się

z nurtu leczenia uzależnień to znajduje zastosowanie także w rozmowach o aktywności fizycznej, odżywianiu, stosowaniu zaleceń lekarskich czy innych zachowaniach wpływających na zdrowie. Znaczenie dialogu motywującego dla relacji lekarz–pacjent polega przede wszystkim na zmianie sposobu realizacji zaleceń. W stylu nakazowym lekarz określa problem i zaleca postępowanie np. „musi Pan przestać palić, „musi pan schudnąć 10 kg”, zakładając, że przekazanie informacji o ryzyku oraz wskazanie właściwego postępowania wystarczą do podjęcia działania. Jest to styl dowodzący. W podejściu partnerskim (styl ukierunkowujący) wiedza medyczna lekarza spotyka się z wiedzą pacjenta o własnym życiu: jego możliwościach, wartościach, obawach, doświadczeniach i priorytetach. Lekarz jasno przedstawia zalecenie, a następnie pomaga ustalić, co pacjent o tym myśli, na ile jest gotowy je zrealizować i jakie wsparcie będzie mu potrzebne.

Ważne jest wydobywanie powodów do wprowadzenia danej zmiany, które mają znaczenie dla konkretnej osoby. Dla jednego mężczyzny będzie to zachowanie sprawności i samodzielności, dla innego lepszy sen, więcej energii, poprawa życia seksualnego, możliwość dalszej pracy zawodowej czy realizowania sportowych pasji. Motywacją może być również aktywne uczestniczenie w życiu dzieci, towarzyszenie im w dorastaniu, poprawa relacji z partnerką lub partnerem albo zachowanie zdrowia, aby móc realizować wspólne plany. W duchu dialogu motywującego warto zapytać: „Co ta zmiana pozwoliłaby Panu robić, co jest dla Pana ważne?” lub „Co chciałby Pan dzięki niej zachować albo odzyskać?”.

Postulat przejścia od komunikacji nakazowej do partnerskiej znajduje uzasadnienie w badaniach nad zastosowaniem dialogu motywującego w opiece medycznej. Rubak i współpracownicy (2005), w przeglądzie obejmującym 72 badania randomizowane, wskazali na korzyści z zastosowania DM w porównaniu z tradycyjnym udzielaniem porad w odniesieniu do różnych problemów zdrowotnych i zachowań.

Z tego powodu szczególnie popieram zawarty w raporcie postulat indywidualizacji wsparcia.

Warto również zwrócić uwagę na ambiwalencję, która może towarzyszyć decyzjom zdrowotnym badanych mężczyzn. Obowiązki zawodowe i rodzinne, wskazywane jako powód odkładania profilaktyki, mogą jednocześnie stanowić ważną osobistą motywację do zadbania o zdrowie. Z jednej strony pacjent rezygnuje z wizyty, ponieważ chce być dostępny dla rodziny i wywiązywać się z zadań zawodowych; z drugiej — troska o zdrowie może zwiększać jego szanse na dalsze pełnienie tych ról. W rozmowie prowadzonej w duchu dialogu motywującego warto pomóc pacjentowi przyjrzeć się obu stronom tej sytuacji, bez zawstydzania i podważania znaczenia jego obowiązków. Pomocne może być odzwierciedlenie: „Z jednej strony trudno Panu znaleźć czas na badania, bo praca i rodzina są wymagające czasowo, a z drugiej chciałby Pan zachować zdrowie, żeby nadal móc być aktywnym zawodowo i obecnym w życiu bliskich”. Następnie warto zapytać: „Jak

Pan to widzi?” oraz „Jaki pierwszy krok byłby możliwy w Pana obecnej sytuacji?”. Takie podejście pozwala poszukiwać motywacji w wartościach konkretnego pacjenta, zamiast narzucać mu kolejne powinności i odwoływać się do wartości ogólnych i jednak abstrakcyjnych takich jak „zdrowie”. Odwołanie do osobistych wartości powinno otwierać rozmowę o jego potrzebach i możliwościach, bez wzbudzania poczucia winy z powodu niezrealizowania kolejnego obowiązku narzuconego przez lekarza.

W kontekście zachęcania mężczyzn do profilaktyki oraz wdrażania zaleceń lekarskich szczególne znaczenie ma rozpoznanie zarówno ich gotowości, jak i rzeczywistych możliwości wprowadzenia zaleceń. Pacjent może rozumieć potrzebę zadbania o zdrowie, a jednocześnie nie wierzyć, że zdoła pogodzić wizyty i badania z obowiązkami, zmienić utrwalone nawyki np. jeść mniej słodyczy lub utrzymać podjęte zobowiązania np. regularnie przyjmować leki. W duchu dialogu motywującego warto zatem zbadać trzy odrębne kwestie: na ile zmiana jest dla niego ważna, na ile jest gotowy ją podjąć oraz na ile wierzy, że potrafi ją przeprowadzić. Pomocne są pytania skalujące, na przykład: „Na skali od 0 do 10, na ile jest Pan gotowy zadzwonić do specjalistycznej poradni i umówić wizytę?”, „Na ile jest Pan gotowy regularnie czyli codziennie przyjmować leki na nadciśnienie? oraz „Na ile jest Pan przekonany, że uda się Panu zrealizować ten zamiar w najbliższym miesiącu?”. Odpowiedzi powinny otwierać rozmowę o ewentualnych przeszkodach i dotychczasowych doświadczeniach. Warto zapytać: „Co pomogłoby Panu zwiększyć tę pewność o jeden punkt?” oraz „Jakiego wsparcia Pan potrzebuje?” „Co ułatwiłoby Panu pamiętanie o regularnym przyjmowaniu leków?. Niska wiara we własne możliwości nie musi oznaczać braku motywacji — może wskazywać na potrzebę uproszczenia planu, usunięcia bariery organizacyjnej lub ustalenia mniejszego, osiągalnego kroku np. najpierw korzystam z farmakoterapii w kierunku całkowitego zaprzestania palenia. Tak prowadzona rozmowa pozwala wspólnie uzgodnić działanie odpowiadające sytuacji pacjenta i wzmacniać jego poczucie sprawczości, zamiast poprzestawać na przekazaniu zalecenia.

Podsumowując raport stanowi wartościowy punkt wyjścia do rozwijania profilaktyki, która lepiej odpowiada na potrzeby mężczyzn. Jego użyteczność dla zdrowia publicznego dostrzegam przede wszystkim w powiązaniu zachowań pacjentów z jakością otrzymywanego wsparcia. Uzupełnienie tej perspektywy o proces zmiany i dialog motywujący może nadać rekomendacjom bardziej praktyczny wymiar. Pacjent potrzebuje jasnej informacji, ale również przestrzeni, by określić własną gotowość, nazwać trudności i uzgodnić możliwy do wykonania krok. Właśnie takie rozumienie pomocy uważam za szczególnie ważny kierunek rozwinięcia projektu.

Bibliografia wykorzystana do opracowania opinii:

- Prochaska J.O., DiClemente C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51(3), 390–395.

- Miller W.R., Rollnick S. (2023). Motivational Interviewing: Helping People Change and Grow. Guilford Press.
- Lundahl B. i in. (2013). Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Patient Education and Counseling, 93(2), 157–168.
- Frost H. i in. (2018). Effectiveness of Motivational Interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: A systematic review of reviews. PLOS ONE, 13(10),
- Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. British Journal of General Practice, 55(513), 305–312



dr Jakub Rokicki - lekarz kardiolog, I Klinika Kardiologii Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Warszawie, asystent, Zakład Informatyki Medycznej i Telemedycyny, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Zdrowie mężczyzn z perspektywy kardiologa – dlaczego nie możemy czekać na pierwsze objawy? Raport „Zdrowie bez stereotypów, czyli jak leczą się współcześni mężczyźni” to publikacja potrzebna i wartościowa. Opiera się na ogólnopolskim badaniu 800 mężczyzn w wieku 35–64 lat i – co w debacie o zdrowiu mężczyzn wciąż rzadkie – nie poprzestaje na stwierdzeniu, że mężczyźni „nie dbają o zdrowie”, lecz pyta, dlaczego tak się dzieje i co można zmienić. Z perspektywy kardiologa to pytanie kluczowe: choroby układu krążenia są dla mężczyzn o prawie 50% większym zagrożeniem życia niż dla kobiet, a wielu zawałom, udarom i przypadkom niewydolności serca można zapobiec.

Raport trafnie pokazuje, gdzie leży problem. Zaledwie 17% badanych wykonuje badania profilaktyczne przynajmniej raz w roku, a 66,2% zgłasza się do lekarza dopiero wtedy, gdy objawy są nasilone lub utrudniają codzienne funkcjonowanie. Tymczasem nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, cukrzyca typu 2 i rozwijająca się miażdżyca przez wiele lat nie dają dolegliwości. Brak objawów nie oznacza braku choroby. Szczególnie cenne jest wskazanie mężczyzn w wieku 35–44 lat jako grupy priorytetowej: tylko 8,7% z nich bada się co roku, a to właśnie w tym wieku kontrola ciśnienia i cholesterolu przynosi największą korzyść w perspektywie całego życia.

Wnioski raportu dobrze wpisują się w aktualne wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC). Profilaktyka nie wymaga corocznego „robienia wszystkich badań”, lecz znajomości kilku liczb. ESC zaleca pomiar ciśnienia tętniczego co najmniej raz na 3 lata przed 40. rokiem życia i co najmniej raz w roku od 40. roku życia; wartości 120–139/70–89 mm Hg uznaje się już za podwyższone, a od 140/90 mm Hg rozpoznaje się nadciśnienie. Od 40. roku życia warto oszacować 10-letnie ryzyko w skali SCORE2 (Polska należy w niej do regionu wysokiego ryzyka), a mężczyźni z czynnikami ryzyka powinni mieć je ocenione niezależnie od wieku. Podstawą są profil lipidowy, glukoza na czczo lub HbA1c, obwód talii (u mężczyzn sygnałem ostrzegawczym jest wartość powyżej 94 cm), a przynajmniej raz w życiu także lipoproteina(a). Skoro najczęściej wskazywaną barierą jest brak czasu (53,6%), profilaktyka musi mieścić się w codziennym życiu: pomiar ciśnienia w domu lub w aptece, badania w miejscu pracy i bezpłatny program „Moje Zdrowie”, dostępny w POZ od 20. roku życia.

Trafna jest też obserwacja, że samo zalecenie „proszę schudnąć” nie wystarcza. Nadwagę lub otyłość ma 70% mężczyzn w wieku 18–64 lat, u których pomiary wykonano w POZ, a otyłość, nadciśnienie i cukrzyca typu 2 często współwystępują i wspólnie prowadzą do zawału, udaru i niewydolności serca. Otyłość jest chorobą przewlekłą, którą można skutecznie leczyć: obok zmiany stylu życia dysponujemy lekami o udowodnionym działaniu – semaglutyd w badaniu SELECT zmniejszył o 20% ryzyko poważnych zdarzeń sercowo-naczyniowych u osób z nadwagą lub otyłością i chorobą sercowo-naczyniową. Leki te wymagają jednak właściwych wskazań i kontroli lekarskiej. U mężczyzn z cukrzycą typu 2, którzy nie mają jeszcze choroby serca, ESC zaleca ocenę ryzyka w skali SCORE2-Diabetes.

Raport słusznie zwraca uwagę również na palenie tytoniu – codziennie pali 28,8% polskich mężczyzn, a w wieku 40–59 lat aż 34,5%. Najskuteczniejszą formą ograniczenia ryzyka związanego z paleniem jest całkowite zaprzestanie palenia tytoniu. Uzależnienie od nikotyny jest jednak chorobą przewlekłą, a nie wyłącznie kwestią silnej woli. Punktem wyjścia powinny być sprawdzone metody leczenia: wsparcie oraz nikotynowa terapia zastępcza, wareniklina, bupropion lub cytyzyna. Dla palaczy, którzy nie są w stanie lub nie są gotowi rzucić, realną strategią redukcji szkód jest całkowite przejście na produkty dostarczające nikotynę bez spalania tytoniu – e-papierosy, tytoń podgrzewany lub saszetki nikotynowe. Większość szkód zdrowotnych palenia powoduje dym, a przegląd Cochrane z 2026 r. wskazuje z wysoką pewnością, że e-papierosy z nikotyną skuteczniej niż nikotynowa terapia zastępcza pomagają rzucić papierosy. Nikotyna nie jest jednak obojętna dla serca – podnosi ciśnienie i przyspiesza rytm – dlatego produkty te są alternatywą wyłącznie dla dorosłych palaczy, a nie dla osób niepalących czy młodzieży. Liczy się pełne przejście, bez łączenia z papierosami, a docelowo także uwolnienie się od nikotyny.

Największą wartością raportu jest jednak przesłanie o partnerskiej komunikacji. Niemal połowa badanych (48%) ma poczucie, że podczas wizyty otrzymuje jedynie zakazy i ograniczenia. Odpowiedzią nie jest łagodzenie zaleceń, lecz inna rozmowa: konkretne wartości do osiągnięcia, wspólnie ustalony plan i realne możliwości leczenia – od zmiany stylu życia po skuteczną farmakoterapię.

Raport „Zdrowie bez stereotypów” jest wartościowym głosem w debacie o zdrowiu mężczyzn i dobrą podstawą do projektowania działań profilaktycznych, zwłaszcza adresowanych do mężczyzn przed 45. rokiem życia. Profilaktyka chorób sercowo-naczyniowych musi wyprzedzać objawy, a dbanie o zdrowie powinno być świadomym priorytetem, nie reakcją na chorobę. Jeśli chcemy ograniczyć przedwczesną umieralność mężczyzn, musimy docierać do nich, zanim choroba zmusi ich do szukania pomocy.

3. Bariery korzystania z opieki zdrowotnej czyli dlaczego mężczyźni rezygnują z profilaktyki?

Jednym z najważniejszych celów badania było zidentyfikowanie czynników, które sprawiają, że mężczyźni odkładają działania profilaktyczne i zgłaszają się po pomoc medyczną dopiero wtedy, gdy problemy zdrowotne zaczynają utrudniać codzienne funkcjonowanie. Analiza wyników pokazuje, że przyczyny tego zjawiska są wielowymiarowe. Na decyzje podejmowane w zakresie własnego zdrowia wpływają zarówno bariery organizacyjne całego systemu, jak i wewnętrzne przekonania, emocje czy utrwalone od pokoleń wzorce zachowań.

P1. Jak często korzysta Pan z profilaktycznych badań lekarskich (niezwiązanych z nagłą chorobą)?



DEKOMPOZYCJA WEDŁUG WIEKU (M1)

Kod	Odpowiedź	35–44 lata	45–54 lata	55–64 lata
1	Raz w roku lub częściej	8,7%	15,5%	30,4%
2	Co 2–3 lata	24,0%	40,2%	36,6%
3	Rzadziej niż co 3 lata	36,5%	26,9%	22,3%
4	Nigdy	30,8%	17,4%	10,7%

DEKOMPOZYCJA WEDŁUG MIEJSCA ZAMIESZKANIA (M2)

Kod	Odpowiedź	Wieś	Miasto do 20 tys.	Miasto 20–100 tys.	Miasto 100–500 tys.	Miasto powyżej 500 tys.
1	Raz w roku lub częściej	12,2%	18,0%	16,2%	21,8%	27,1%
2	Co 2–3 lata	32,2%	32,0%	30,0%	36,3%	36,5%
3	Rzadziej niż co 3 lata	33,1%	26,0%	30,0%	25,8%	24,0%
4	Nigdy	22,5%	24,0%	23,8%	16,1%	12,5%

Uzyskane wyniki wskazują, że regularne wykonywanie badań profilaktycznych nie jest powszechną praktyką wśród mężczyzn. Jedynie 17% respondentów deklaruje wykonywanie badań przynajmniej raz w roku lub częściej, podczas gdy ponad połowa (50,2%) wykonuje je rzadziej niż raz na trzy lata lub nie wykonuje ich wcale.

Jednocześnie widoczny jest wyraźny wpływ wieku na zachowania profilaktyczne. Najmłodsi respondenci (35–44 lata) zdecydowanie rzadziej wykonują badania profilaktyczne niż mężczyźni po 55. roku życia.

W najstarszej grupie odsetek osób regularnie kontrolujących stan zdrowia jest niemal czterokrotnie wyższy niż wśród najmłodszych uczestników badania.

Profilaktyka nadal nie jest postrzegana jako stały element dbania o zdrowie, lecz raczej jako działanie podejmowane dopiero wraz z pojawieniem się większego ryzyka zdrowotnego lub pierwszych dolegliwości. Na tej podstawie można stwierdzić, że działania edukacyjne powinny być kierowane przede wszystkim do mężczyzn w średnim wieku, zanim rozwiną się choroby przewlekłe, a ich treść dostosowana do konkretnych potrzeb tak by oddziaływać na odbiorcę tu i teraz, nie za 10 lat. Respondenci zostali również zapytani o przyczyny, które utrudniają im korzystanie z opieki zdrowotnej.



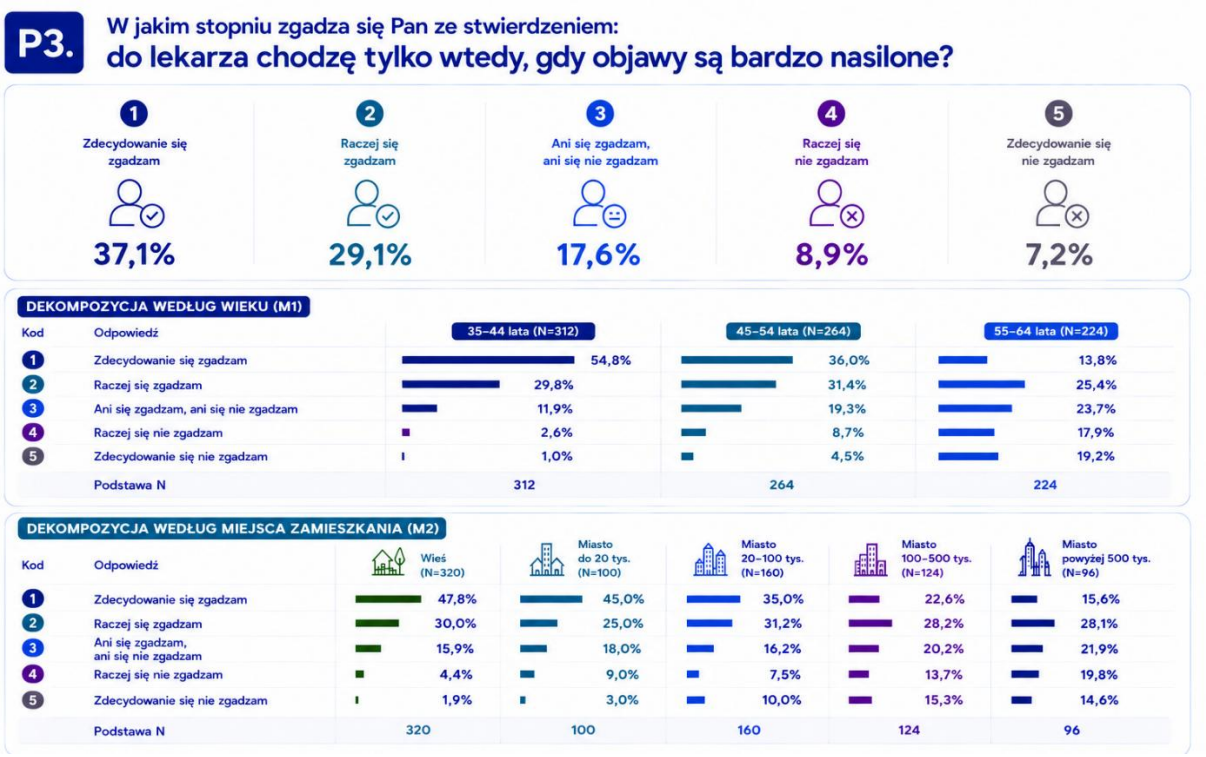
Najczęściej wskazywaną odpowiedzią był brak czasu (53,6%). Współczesny mężczyzna często funkcjonuje jednocześnie w wielu rolach: pracownika, partnera, ojca, syna czy opiekuna rodziny. Każda z nich wiąże się z określonymi obowiązkami, oczekiwaniami i odpowiedzialnością. W praktyce oznacza to, że czas, energia i uwaga są często kierowane przede wszystkim na potrzeby innych oraz realizację bieżących zadań, podczas gdy własne zdrowie schodzi na dalszy plan. Presja sprostania wszystkim obowiązkom może sprawiać, że dbanie o zdrowie jest odkładane „na później”. Wizyta u lekarza, wykonanie badań czy rozpoczęcie leczenia wymagają nie tylko czasu, ale czasem również zatrzymania się i przyznania, że pojawił się problem. Dla części mężczyzn trudnością może być także konieczność reorganizacji codziennego życia, zwolnienia tempa czy zmiany dotychczasowych nawyków. Warto jednak spojrzeć na tę sytuację z wielu stron, ponieważ nie zawsze brak wykonywania badań wynika z lekceważenia zdrowia. Często jest efektem przeciążenia obowiązkami, braku czasu, trudności w dostępie do opieki medycznej czy przekonania, że skoro nie ma wyraźnych objawów, problem nie wymaga natychmiastowej reakcji. Z tej perspektywy zdrowie może być traktowane jako coś, czym

należy zająć się dopiero wtedy, gdy wszystkie inne sprawy zostaną załatwione. Z drugiej strony, niepokojące objawy mogą budzić obawę przed diagnozą i jej konsekwencjami. Badanie lub wizyta lekarska oznaczają możliwość usłyszenia informacji, która wpłynie nie tylko na samego mężczyznę, ale również na jego pracę, rodzinę, plany i poczucie bezpieczeństwa. Odkładanie kontaktu z lekarzem może więc być czasem sposobem na odsunięcie tej konfrontacji. Istotne znaczenie mają również społeczne wzorce dotyczące męskości i stereotypy, którym tak często się poddajemy. Przekonanie, że należy być samodzielnym, wytrzymałym i radzić sobie z problemami bez pomocy, może utrudniać otwarte mówienie o zdrowiu i korzystanie ze wsparcia. Niemal czterech na dziesięciu badanych (39,5%) przyznaje przede wszystkim, że obawia się usłyszeć diagnozę, a 33,2% uważa, że nie otrzyma porady odpowiadającej ich potrzebom. Dodatkowo 32,8% respondentów wskazuje trudności z umówieniem wizyty. Świadczy to o tym, że decyzje o rezygnacji z profilaktyki są wynikiem współwystępowania kilku czynników. Z jednej strony występują bariery systemowe, takie jak dostępność do świadczeń czy ograniczenia czasowe, z drugiej natomiast znaczącą rolę odgrywają bariery psychologiczne czy brak zaufania do skuteczności konsultacji oraz przekonanie, że wizyta nie przyniesie oczekiwanych korzyści.

Brak czasu jest barierą dla wszystkich grup wiekowych, jednak najczęściej wskazują ją najmłodsi badani mężczyźni, co może świadczyć o istniejącej w tym przedziale wiekowym presji łączenia wielu ról społecznych związanych z życiem zawodowym i prywatnym. Mieszkańcy wsi oraz małych miejscowości zdecydowanie częściej wskazują na trudności związane z umówieniem wizyt, co może nadal wskazywać na trudności w dostępie do świadczeń na tym terenie.

Jednocześnie można zauważyć stopniową zmianę w postrzeganiu roli współczesnego mężczyzny, w której odpowiedzialność za rodzinę wiąże się także z troską o własne zdrowie i kondycję. Kluczowym wyzwaniem jest więc nie tylko przekonywanie mężczyzn, że powinni się badać, ale stworzenie takich warunków i sposobów komunikacji, które uwzględniają ich codzienną rzeczywistość. Profilaktyka powinna być łatwo dostępna, możliwa do pogodzenia z pracą i obowiązkami oraz przedstawiana jako element odpowiedzialności za siebie i swoich bliskich.

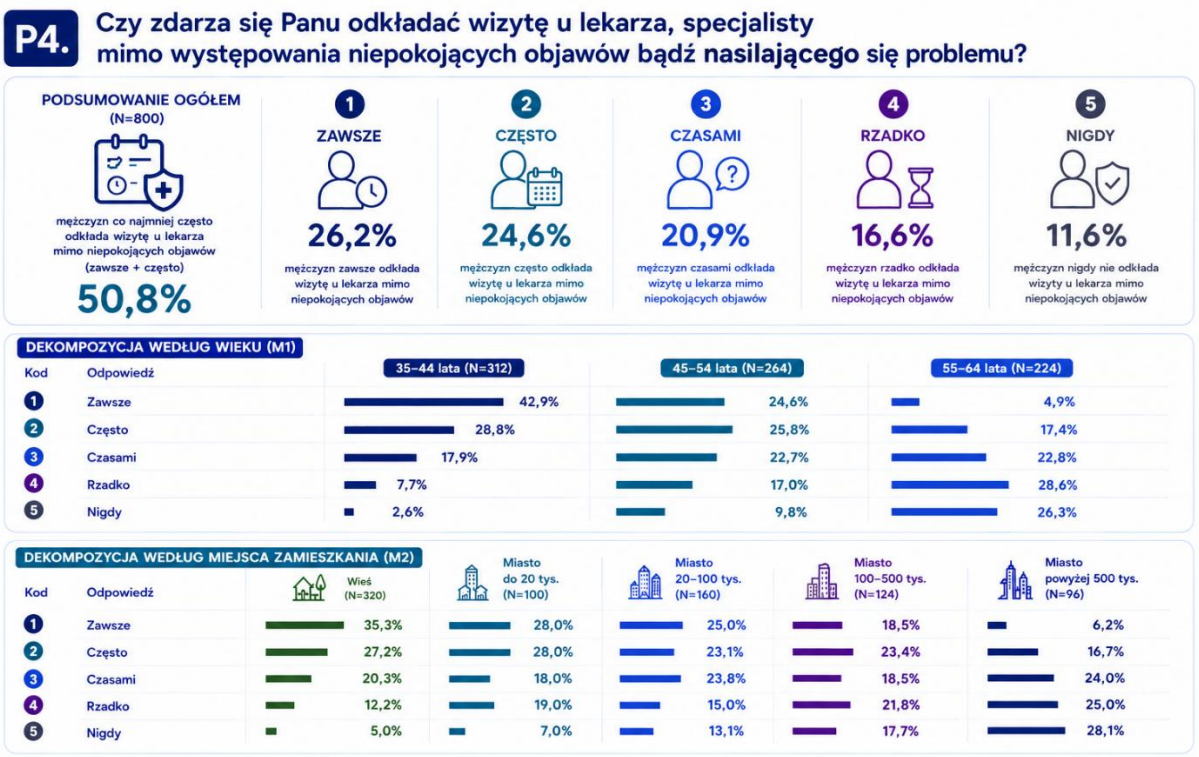
Ankietowani zostali zapytani również o to w jakim stopniu zgadzają się ze stwierdzeniem, że do lekarza chodzą tylko wtedy gdy objawy są bardzo nasilone.



Badanie potwierdza przekonanie nt. utrwalonego modelu zachowań zdrowotnych mężczyzn. Ponad dwie trzecie respondentów (66,2%) przyznaje, że zgłasza się do lekarza dopiero wtedy, gdy objawy są silne lub utrudniają codzienne funkcjonowanie, natomiast jedynie niewielka grupa (16,1%) deklaruje, że reaguje już na pierwsze symptomy.

Co warte podkreślenia, wraz z wiekiem wyraźnie spada skłonność mężczyzn do zwlekania z wizytą u lekarza. Problem ten w największym stopniu dotyczy najmłodszej grupy badanych, czyli mężczyzn w wieku 35–44 lata, wśród których częściej widoczna jest postawa odkładania kontaktu z lekarzem mimo występowania niepokojących objawów. Podobną tendencję można zauważyć wśród mieszkańców wsi i mniejszych miejscowości, gdzie decyzja o konsultacji lekarskiej częściej jest przesuwana w czasie. Może to świadczyć o tym, że dla wielu mężczyzn sama obecność objawów nie jest jeszcze wystarczającym powodem do podjęcia działania. Decyzja o wizycie pojawia się często dopiero wtedy, gdy dolegliwości zaczynają istotnie utrudniać codzienne funkcjonowanie, nasilają się lub przekraczają indywidualny próg tolerancji. Innymi słowy, zdrowie bywa traktowane reaktywnie, a problem musi stać się na tyle wyraźny, aby uzasadnić poświęcenie czasu na wizytę. Jednocześnie wraz z wiekiem widać zmianę tej postawy: starsi mężczyźni częściej reagują na sygnały wysyłane przez organizm. Może to wynikać zarówno z większego doświadczenia zdrowotnego, jak i większej świadomości konsekwencji zbyt późnego zgłoszenia się do lekarza.

Najważniejszym wnioskiem jest to, że skuteczna profilaktyka powinna koncentrować się nie tylko na zachęcaniu mężczyzn do wykonywania badań, ale również na zmianie momentu, w którym uznają oni problem zdrowotny za wystarczająco ważny, by podjąć działanie. Warto zauważyć, że szczególnej uwagi w tym obszarze wymagają młodsi mężczyźni oraz mieszkańcy wsi i mniejszych miejscowości, u których bariera „jeszcze nie jest tak źle” może skutecznie opóźniać kontakt z lekarzem.



Wyniki te znajdują również potwierdzenie w odpowiedziach dotyczących odkładania wizyty lekarskiej pomimo pojawienia się niepokojących objawów. Ponad połowa badanych (50,8%) przyznaje, że zawsze lub często odkłada konsultację medyczną, a jedynie 20,9% deklaruje, że robi to czasami. Zestawienie powyższych wyników pokazuje spójny mechanizm zachowań. Wielu mężczyzn świadomie odkłada kontakt z lekarzem, licząc na samoistne ustąpienie dolegliwości lub próbując poradzić sobie z problemem we własnym zakresie. W praktyce analiza odpowiedzi respondentów wskazuje, że moment zgłoszenia się po pomoc często następuje dopiero wtedy, gdy dolegliwości są na tyle nasilone, że utrudniają codzienne funkcjonowania. Niezwykle ważny jest fakt, że możliwości skutecznej profilaktyki lub wczesnego leczenia są wtedy już bardzo często ograniczone.

Rozkład odpowiedzi respondentów wskazuje, że problem nie sprowadza się wyłącznie do dostępności świadczeń zdrowotnych.

Znaczna część ankietowanych odkłada na później wizytę nie dlatego, że nie może jej umówić, ale dlatego, że nie odczuwa wystarczającej motywacji do podjęcia działań lub obawia się ich konsekwencji.

Obawa przed usłyszeniem niekorzystnej diagnozy, przekonanie o konieczności samodzielnego radzenia sobie z problemami zdrowotnymi oraz nadzieja, że dolegliwości ustąpią samoistnie prowadzą do odwlekania decyzji o konsultacji medycznej. W efekcie profilaktyka przestaje pełnić swoją podstawową funkcję i zostaje zastąpiona interwencją podejmowaną dopiero po wystąpieniu wyraźnych objawów.

Rezygnacja z profilaktyki nie wynika z jednej przyczyny. Jest konsekwencją nakładania się wielu czynników organizacyjnych, psychologicznych i społecznych. Brak czasu, obawy związane z diagnozą oraz ograniczone zaufanie do skuteczności konsultacji medycznych prowadzą do odkładania decyzji o wykonaniu badań i zgłoszeniu się do lekarza.

Szczególnie niepokojące jest to, że opisany model zachowań jest najbardziej widoczny wśród najmłodszych respondentów. To właśnie mężczyźni w wieku 35–44 lata najrzadziej wykonują badania profilaktyczne i najczęściej odwlekają kontakt z lekarzem. Pozwala to sformułować wniosek, że działania profilaktyczne powinny być rozpoczynane znacznie wcześniej, zanim utrwalą się niekorzystne nawyki i pojawią się pierwsze choroby przewlekłe.

Co niezwykle istotne z perspektywy systemu ochrony zdrowia to fakt, że zwiększenie liczby badań profilaktycznych nie będzie możliwe wyłącznie poprzez poprawę dostępności świadczeń. Równie ważne jest budowanie motywacji do dbania o zdrowie, ograniczanie lęku przed diagnozą oraz wzmacnianie przekonania, że profilaktyka jest inwestycją w długie i dobre życie, a nie reakcją na pojawiającą się chorobę.

4. Postawy wobec profilaktyki i zdrowia

Przeprowadzone badania pokazują, że sposób, w jaki mężczyźni postrzegają profilaktykę zdrowotną, wykracza poza kwestie organizacyjne czy dostępność świadczeń. Na decyzje dotyczące wykonywania badań czy korzystania z pomocy specjalistów oraz podejmowania działań prozdrowotnych wpływają przede wszystkim przekonania dotyczące własnego zdrowia, poczucie potrzeby korzystania z pomocy oraz oczekiwania wobec specjalistów. Analiza odpowiedzi wskazuje, że wśród wielu respondentów profilaktyka nadal podejmowana jest głównie w odpowiedzi na pojawiające się dolegliwości, a nie jako element świadomego dbania o zdrowie.

Profilaktyka wciąż utożsamiana jest z leczeniem choroby,
a nie jej zapobieganiem.

Odpowiedzi na pytanie dotyczące postaw wobec profilaktyki pokazują, że wielu mężczyzn nadal kieruje się przekonaniem, iż badania są potrzebne przede wszystkim dopiero wtedy, gdy pojawiają się objawy choroby.



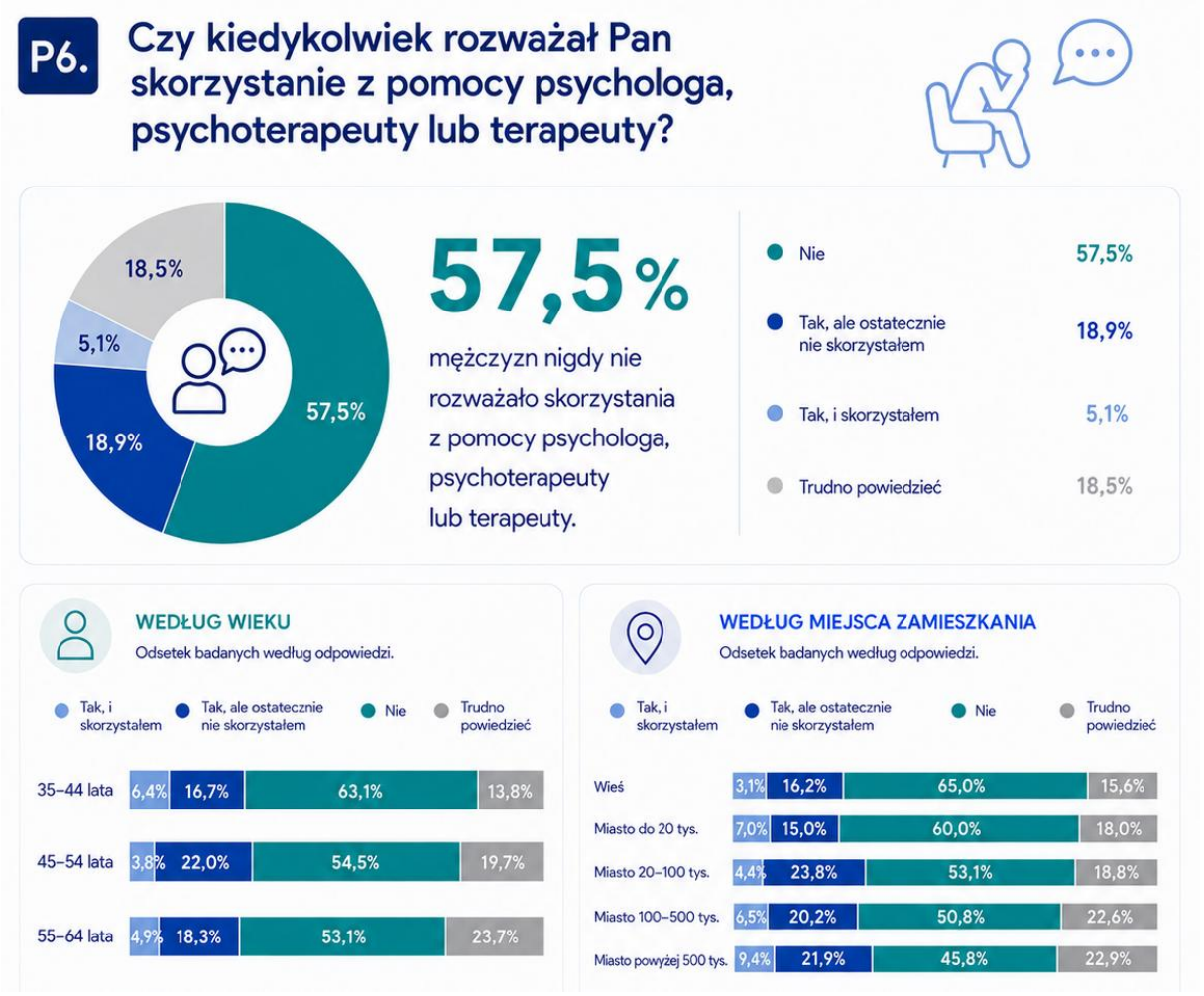
Ponad połowa respondentów (51%) zgadza się ze stwierdzeniem, że jeśli nic nie boli, wykonywanie badań profilaktycznych nie jest konieczne. Wyniki te pokazują współistnienie dwóch postaw, ponieważ jednocześnie 46% badanych deklaruje, że regularne badania są ważne niezależnie od samopoczucia. Na pierwszy rzut oka wyniki mogą wydawać się sprzeczne, jednak dobrze odzwierciedlają ambiwalentne postawy wobec profilaktyki. Wielu mężczyzn posiada wiedzę na temat znaczenia badań profilaktycznych, ale nie przekłada jej na własne zachowania. Na tej podstawie można stwierdzić, że świadomość zdrowotna nie zawsze prowadzi do podejmowania konkretnych działań wobec własnej osoby.

Równocześnie 45,5% respondentów uważa, że lekarze rzadko proponują rozwiązania dopasowane do indywidualnych potrzeb pacjenta, co może dodatkowo osłabiać motywację do regularnego korzystania z opieki zdrowotnej.

Wyniki te sugerują, że skuteczna edukacja zdrowotna nie powinna ograniczać się do przekazywania wiedzy o profilaktyce. Równie ważne jest budowanie przekonania, że badania profilaktyczne są elementem odpowiedzialnego stylu życia, a nie wyłącznie reakcją na chorobę.

Profilaktyka uznawana jest za bardzo ważną wśród mieszkańców największych miast. Osoby mieszkające w największych ośrodkach mają częstszy kontakt z kampaniami edukacyjnymi, programami profilaktycznymi oraz przekazami dotyczącymi zdrowego stylu życia. W efekcie profilaktyka częściej jest postrzegana jako element codziennej troski o zdrowie, a nie wyłącznie jako reakcja na chorobę. Jednocześnie wyniki badania pokazują, że nawet w tej grupie pozytywne nastawienie do profilaktyki nie zawsze przekłada się na regularne korzystanie z badań. Sugeruje to, że samo budowanie świadomości nie jest wystarczające, równie ważne jest tworzenie zachęt ułatwiających podejmowanie zachowań prozdrowotnych.

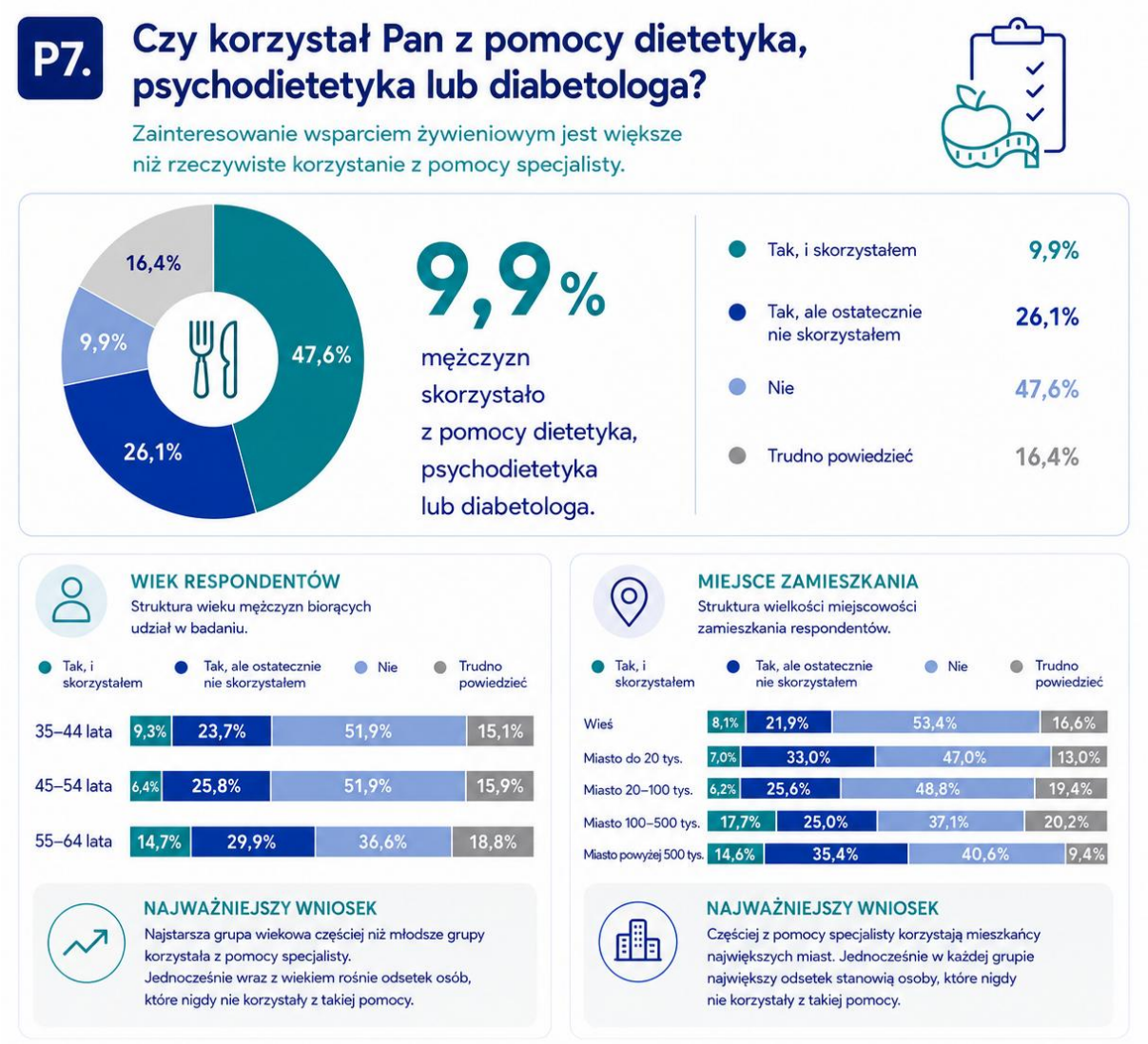
Korzystanie z pomocy psychologa nadal nie jest powszechnym elementem dbania mężczyzn o własne zdrowie.



Jedynie 5,1% respondentów deklaruje, że korzystało z pomocy psychologa, natomiast 18,9% przyznaje, że odczuwało taką potrzebę, ale nie zdecydowało się na konsultację.

Najliczniejszą grupę stanowią osoby (57,5%), które deklarują, że nie odczuwały potrzeby korzystania z takiego wsparcia. W tym kontekście szczególnie istotna jest grupa mężczyzn, którzy dostrzegli potrzebę pomocy, ale z niej nie skorzystali. Może to świadczyć o istnieniu barier psychologicznych czy społecznych takich jak obawa przed oceną otoczenia lub nawet najbliższych, przekonanie o konieczności samodzielnego radzenia sobie z problemami czy brak zaufania do otrzymania konkretnej pomocy. Pomimo stopniowego wzrostu społecznej akceptacji dla korzystania z pomocy psychologów czy psychoterapeutów, zdrowie psychiczne nadal pozostaje obszarem, w którym wielu mężczyzn nie otrzymuje potrzebnego wsparcia, a potrzeba otrzymania wsparcia schodzi na dalszy plan.

Podobny mechanizm widoczny jest w przypadku korzystania z porad dietetyka.



Z pomocy dietetyka, psychodietetyka lub diabetologa skorzystało 9,9% respondentów, natomiast 26,1% deklaruje, że chciało skorzystać z takiej porady, ale ostatecznie tego nie zrobiło. Analiza wskazuje, że potencjalne zainteresowanie profesjonalnym wsparciem w zakresie odżywiania jest znacznie większe niż rzeczywiste wykorzystanie takich usług.

Wyniki mogą wskazywać na rosnącą świadomość znaczenia stylu życia dla zachowania zdrowia wśród mężczyzn, przy jednoczesnym występowaniu czynników, które mogą wpływać na decyzję o skorzystaniu z konsultacji. Mogą one wynikać zarówno z powodów finansowych czy ograniczonej dostępności refundowanych usług, jak i przekonania, że odpowiednie zmiany można wprowadzić samodzielnie i nie wymagają konsultacji ze specjalistą. Warto zwrócić uwagę, że różnica pomiędzy odsetkiem osób korzystających z pomocy dietetyka, a grupą deklarującą niezrealizowaną potrzebę jest znacznie większa niż w przypadku psychologa. Wyniki mogą sugerować rosnącą świadomość znaczenia właściwego sposobu odżywiania dla zachowania zdrowia, która jednak nie w każdym przypadku znajduje pełne odzwierciedlenie w deklarowanych postawach i codziennych wyborach.

Postawy wobec zdrowia stopniowo się zmieniają, ale nie przekładają się jeszcze na jednoznaczne działania.

Może to oznaczać, że współcześni mężczyźni znajdują się na etapie przejściowym w podejściu do własnego zdrowia. Wzrost świadomości zdrowotnej nie zawsze przekłada się na równie wyraźne zmiany w codziennych zachowaniach. Pomiędzy wiedzą, a konkretnym działaniem istnieje wyraźna luka, która może wynikać z utrwalonych nawyków, stereotypów dotyczących męskości oraz doświadczeń związanych z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia. Wyniki badania wskazują, że największym wyzwaniem nie jest brak świadomości znaczenia zdrowia, lecz trudność w przekładaniu tej wiedzy na codzienne decyzje. Wielu mężczyzn deklaruje, że rozumie wartość profilaktyki i dostrzega korzyści płynące z profesjonalnego wsparcia, jednak nadal regularnie korzysta z badań profilaktycznych dopiero po wystąpieniu objawów oraz stosunkowo rzadko korzysta z pomocy psychologa czy dietetyka.

Jednocześnie widoczny jest rosnący potencjał do zmiany. Znaczna grupa respondentów deklaruje niezrealizowaną potrzebę skorzystania ze wsparcia specjalistów, co oznacza, że barierą nie jest brak zainteresowania zdrowiem, lecz ograniczona gotowość do podjęcia działania. Można zatem wnioskować, że skuteczne działania z zakresu zdrowia publicznego powinny koncentrować się nie tylko na edukacji, ale przede wszystkim na wzmacnianiu motywacji do działania, ułatwianiu dostępu do specjalistów oraz budowaniu przekonania, że korzystanie z profilaktyki, wsparcia psychologicznego czy dietetycznego jest przejawem odpowiedzialności za własne zdrowie, a nie oznaką słabości. Takie podejście może skuteczniej odpowiadać na potrzeby współczesnych mężczyzn i przyczynić się do zwiększenia wykorzystania działań profilaktycznych.

5. Partnerska komunikacja jako warunek skutecznej profilaktyki

Jednym z najważniejszych czynników wpływających na skuteczność profilaktyki i leczenia jest jakość relacji pomiędzy pacjentem, a personelem medycznym. Współczesne podejście do opieki zdrowotnej zakłada, że pacjent nie jest wyłącznie odbiorcą zaleceń, lecz partnerem uczestniczącym w procesie podejmowania decyzji terapeutycznych. Analiza odpowiedzi respondentów wskazuje jednak, że wielu mężczyzn nie doświadcza takiego modelu współpracy.

Wyniki przeprowadzonego badania pozwalają przypuszczać, że respondenci oczekują przede wszystkim większej indywidualizacji leczenia, lepszej komunikacji oraz realnego wpływu na podejmowane decyzje.

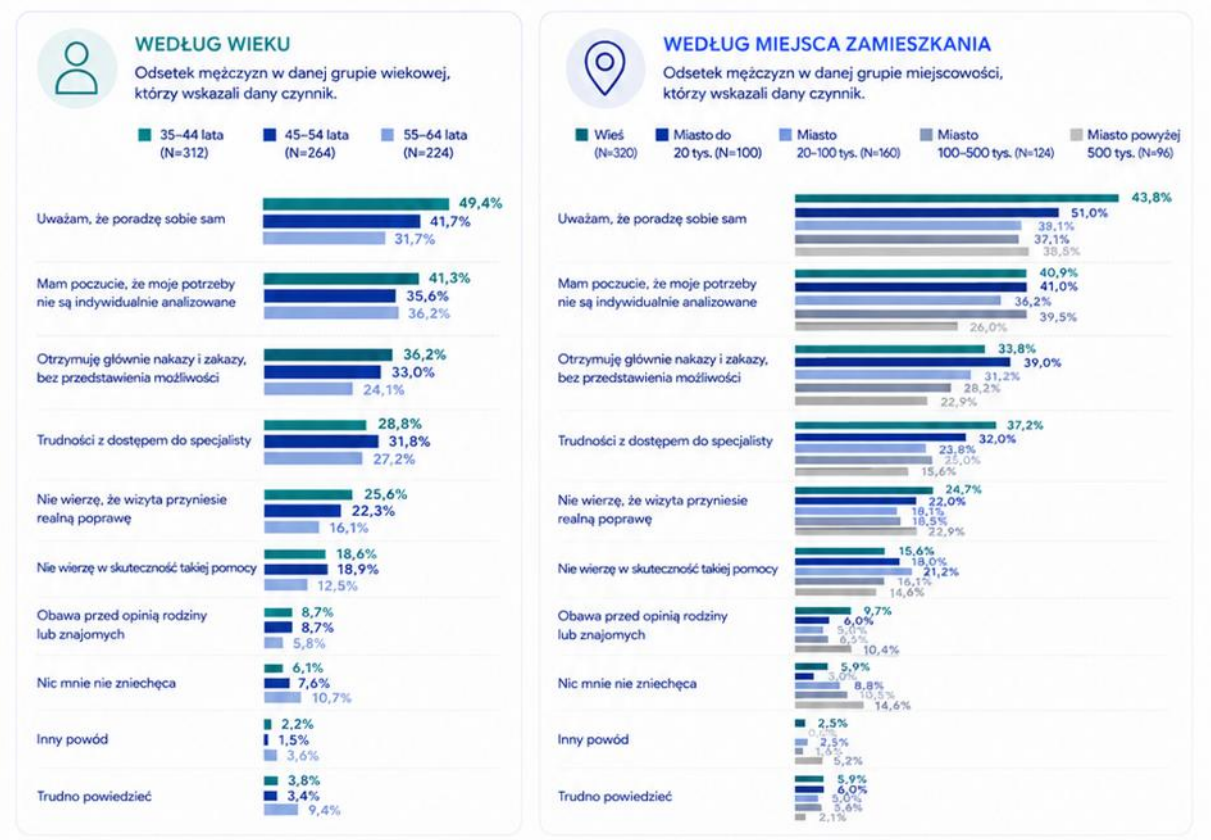
Niedostatki w tych obszarach mogą ograniczać zaufanie pacjentów do systemu ochrony zdrowia, osłabiać ich motywację do korzystania z profilaktyki oraz zmniejszać gotowość do stosowania się do zaleceń medycznych.



Respondenci wskazują, że jedną z istotnych barier korzystania z pomocy specjalistów jest brak poczucia indywidualnego traktowania: 38% badanych uważa, że ich potrzeby nie są analizowane indywidualnie, a 31,8% deklaruje, że podczas konsultacji otrzymuje przede wszystkim nakazy i zakazy zamiast praktycznego wsparcia. Co bardzo ważne, aż 41,9% respondentów przyznaje, że w przypadku problemów zdrowotnych woli radzić sobie

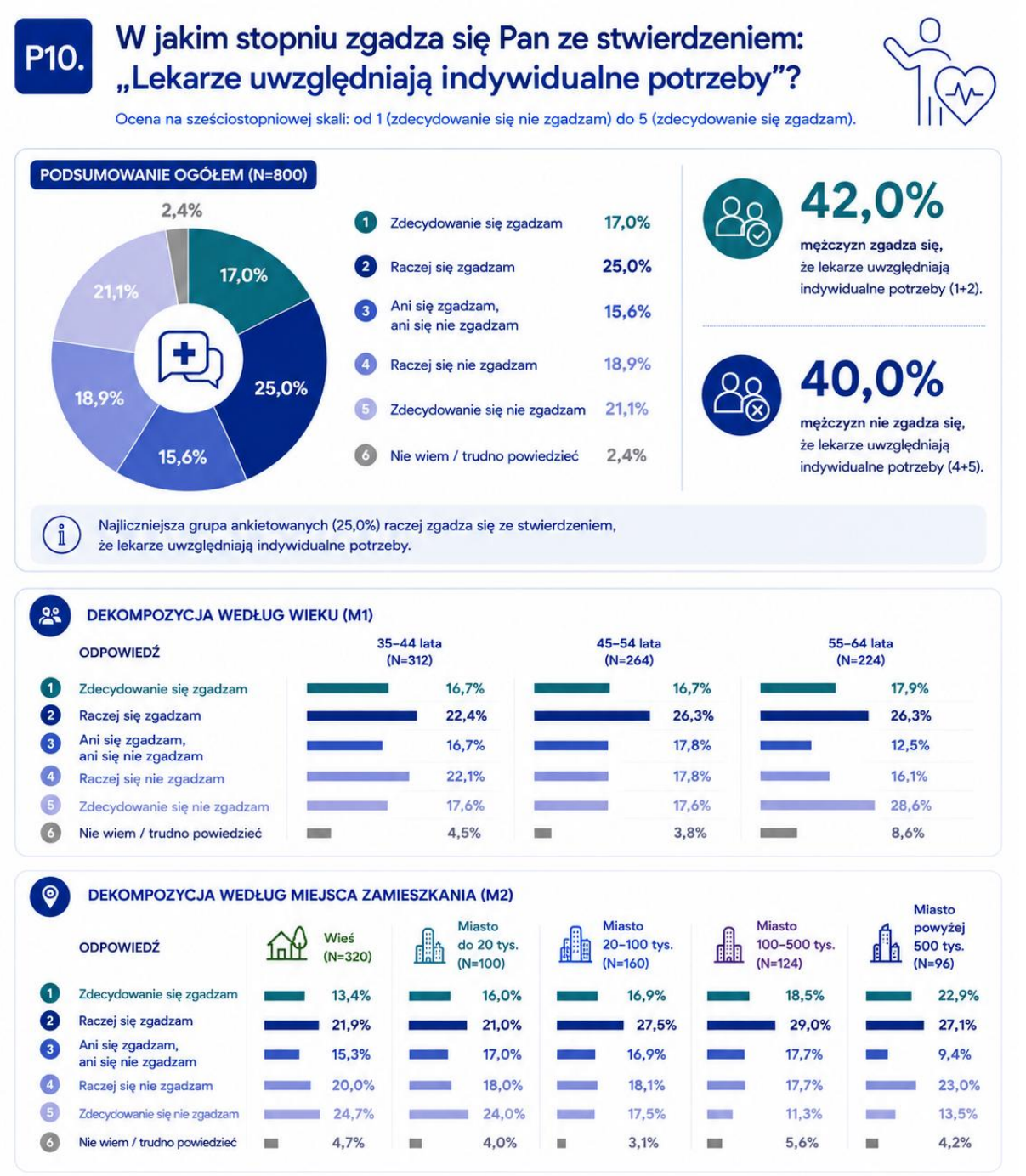
samodzielnie. Takie odpowiedzi sugerują, że część mężczyzn nie postrzega konsultacji ze specjalistą jako procesu wspólnego poszukiwania najlepszego rozwiązania.

Jeżeli pacjent nie ma poczucia wysłuchania i uwzględnienia swojej sytuacji życiowej, jego motywacja do korzystania z opieki zdrowotnej może ulegać osłabieniu.



Warto zwrócić uwagę, że wraz z wiekiem rośnie odsetek mężczyzn mających niskie zaufanie do systemu opieki zdrowotnej. Najbardziej charakterystyczną zależnością jest wpływ wieku na przekonanie o konieczności samodzielnego radzenia sobie z problemami. Najmłodsi respondenci (35–44 lata) zdecydowanie częściej niż pozostali wskazują odpowiedź „Uważam, że poradzę sobie sam” (49,4%). W grupie 45–54 lata odsetek ten spada do 41,7%, a wśród mężczyzn 55–64 lata wynosi już tylko 31,7%. Należy zatem uznać, że wraz z wiekiem maleje przekonanie o konieczności samodzielnego rozwiązywania problemów zdrowotnych, a rośnie gotowość do korzystania z profesjonalnego wsparcia. Z kolei najstarsi respondenci rzadziej wskazują bariery związane z komunikacją i skutecznością pomocy, natomiast częściej wybierają odpowiedź „Trudno powiedzieć” (9,4%) oraz „Nic mnie nie zniechęca” (10,7%), co może sugerować większą otwartość na korzystanie ze wsparcia lub większe doświadczenie w kontaktach z systemem ochrony zdrowia.

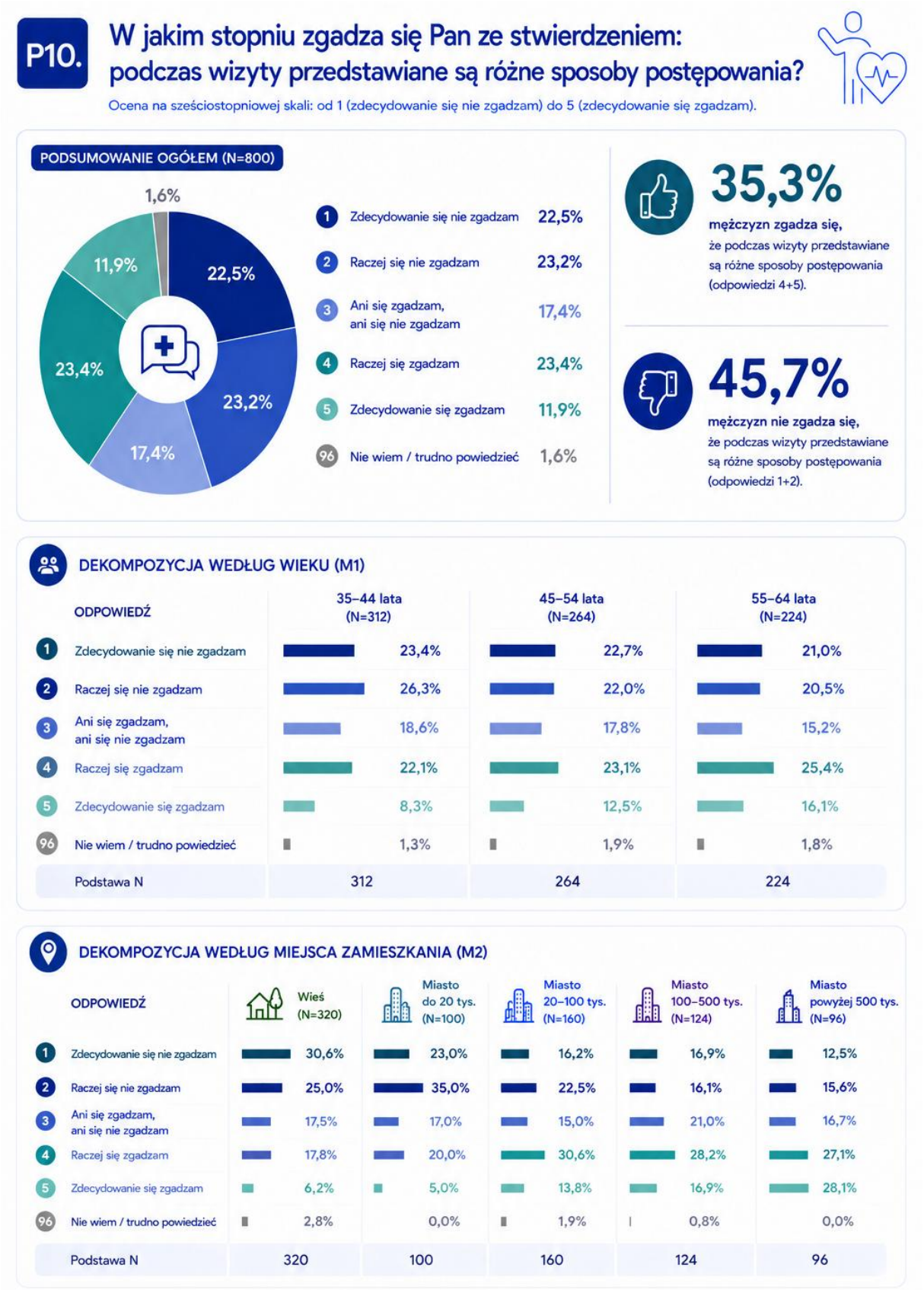
Ankietowani zostali również zapytani o to w jakim stopniu zgadzają się z różnymi stwierdzeniami dotyczącymi kontaktu z lekarzem i systemem opieki zdrowotnej.



Ocena stopnia, w jakim lekarze uwzględniają indywidualne potrzeby pacjentów, jest wśród badanych mężczyzn wyraźnie zróżnicowana. Łącznie 42,0% respondentów zgadza się ze stwierdzeniem, że lekarze uwzględniają ich indywidualne potrzeby, w tym 17,0% zdecydowanie, a 25,0% raczej. Jednocześnie 40,0% badanych prezentuje opinię przeciwną: 18,9% raczej się nie zgadza, a 21,1% zdecydowanie się nie zgadza. Kolejne 15,6% respondentów nie zajmuje jednoznacznego stanowiska. Wyniki wskazują, że doświadczenia mężczyzn związane z kontaktem z lekarzami są niejednorodne

i częściowo spolaryzowane. Odsetek osób pozytywnie oceniających indywidualne podejście lekarzy jest jedynie nieznacznie wyższy od odsetka respondentów, którzy takiego podejścia nie dostrzegają. Oznacza to, że dla znacznej części badanych kontakt z systemem ochrony zdrowia nie wiąże się z poczuciem pełnego uwzględnienia ich osobistej sytuacji, potrzeb czy oczekiwań. Analiza wyników według miejsca zamieszkania pokazuje wyraźne różnice. Pozytywna ocena indywidualnego podejścia lekarzy rośnie wraz z wielkością miejscowości od 35,3% na wsi do 50,0% w miastach liczących powyżej 500 tys. mieszkańców. Jednocześnie na wsi odsetek odpowiedzi negatywnych wynosi 44,7%, co wskazuje na szczególnie krytyczną ocenę doświadczeń związanych z kontaktem z lekarzem. Zróżnicowanie widoczne jest również w poszczególnych grupach wiekowych. Wśród mężczyzn w wieku 35–44 lata pozytywnie ocenia indywidualne podejście lekarzy 39,1%, w grupie 45–54 lata — 43,0%, a wśród respondentów w wieku 55–64 lata — 44,2%. Jednocześnie najstarsza grupa charakteryzuje się większą polaryzacją opinii obok stosunkowo wysokiego odsetka ocen pozytywnych występuje również wysoki udział odpowiedzi zdecydowanie negatywnych.

Wyniki te mogą mieć istotne znaczenie dla działań profilaktycznych. Poczucie, że lekarz rozumie indywidualną sytuację pacjenta i uwzględnia jego potrzeby, może wpływać na gotowość do podejmowania kolejnych kontaktów z systemem ochrony zdrowia, otwartość podczas wizyty oraz stosowanie się do zaleceń. Jeżeli pacjent odbiera konsultację jako schematyczną lub niedopasowaną do jego sytuacji, może być mniej skłonny do regularnego korzystania z badań profilaktycznych i zgłaszania się do lekarza na wczesnym etapie problemu. Wyniki sugerują zatem, że zachęcanie mężczyzn do większego zaangażowania w profilaktykę powinno obejmować nie tylko działania informacyjne, ale również wzmacnianie partnerskiego i bardziej zindywidualizowanego modelu komunikacji lekarza z pacjentem. Szczególnej uwagi mogą wymagać mieszkańcy wsi i mniejszych miejscowości, gdzie pozytywna ocena indywidualnego podejścia lekarzy jest wyraźnie niższa.



Wyniki wskazują, że badani mężczyźni częściej krytycznie niż pozytywnie oceniają zakres informacji otrzymywanych podczas wizyty lekarskiej. Ze stwierdzeniem, że podczas wizyty przedstawiane są różne sposoby postępowania, zgadza się łącznie 35,3%

respondentów, w tym 23,4% raczej się zgadza, a 11,9% zdecydowanie się zgadza. Odmienną opinię wyraża natomiast 45,7% badanych: 23,2% raczej się nie zgadza, a 22,5% zdecydowanie się nie zgadza. Kolejne 17,4% respondentów zajmuje stanowisko neutralne, a 1,6% nie ma sprecyzowanej opinii. Oznacza to, że w ocenie badanych przedstawianie pacjentowi różnych możliwości postępowania nie jest powszechnym elementem doświadczenia związanego z wizytą lekarską. Oceny stają się bardziej pozytywne wraz z wiekiem respondentów. W grupie mężczyzn w wieku 35–44 lata ze stwierdzeniem zgadza się 30,4%, podczas gdy 49,7% wyraża opinię przeciwną. W grupie 45–54 lata odsetki te wynoszą odpowiednio 35,6% i 44,7%. Wśród najstarszych respondentów, w wieku 55–64 lata, opinie są bardziej zrównoważone — 41,5% badanych zgadza się ze stwierdzeniem i taki sam odsetek, 41,5%, się z nim nie zgadza. Dane wskazują więc, że najmłodsi mężczyźni najczęściej mają poczucie, że podczas wizyty nie przedstawia się im różnych możliwości postępowania, natomiast wraz z wiekiem rośnie odsetek ocen pozytywnych.

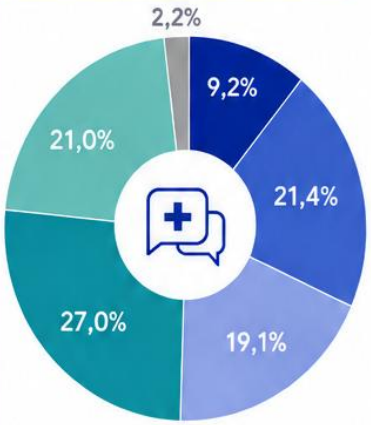
Jeszcze wyraźniejsze różnice widoczne są w zależności od miejsca zamieszkania. Najbardziej krytyczne opinie prezentują mieszkańcy małych miast do 20 tys. mieszkańców, wśród których 58% respondentów nie zgadza się ze stwierdzeniem, że podczas wizyty przedstawiane są różne sposoby postępowania. Podobnie wysoki odsetek odpowiedzi negatywnych występuje wśród mieszkańców wsi (55,6%). Wraz ze wzrostem wielkości miejscowości wyraźnie rośnie natomiast odsetek ocen pozytywnych.

Wyniki mogą wskazywać na istotne wyzwanie związane z partnerskim modelem relacji lekarz–pacjent i sposobem komunikowania możliwych ścieżek postępowania. Jeżeli pacjent nie ma poczucia, że przedstawiono mu dostępne możliwości, może odbierać proces leczenia lub profilaktyki jako jednostronny i oparty przede wszystkim na wydaniu konkretnego zalecenia. Ma to szczególne znaczenie w przypadku mężczyzn, których wcześniejsze odpowiedzi w badaniu wskazują na występowanie barier związanych z korzystaniem z profilaktyki i kontaktu z lekarzem. Sposób prowadzenia rozmowy podczas wizyty może wpływać nie tylko na poziom satysfakcji pacjenta, ale również na jego gotowość do stosowania zaleceń, podejmowania kolejnych wizyt oraz aktywnego angażowania się w działania profilaktyczne.

P10. W jakim stopniu zgadza się Pan ze stwierdzeniem: podczas wizyty otrzymuję jedynie zakazy i ograniczenia?

Ocena na sześciostopniowej skali: od 1 (zdecydowanie się nie zgadzam) do 5 (zdecydowanie się zgadzam).

PODSUMOWANIE OGÓŁEM (N=800)



1	Zdecydowanie się nie zgadzam	9,2%
2	Raczej się nie zgadzam	21,4%
3	Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	19,1%
4	Raczej się zgadzam	27,0%
5	Zdecydowanie się zgadzam	21,0%
96	Nie wiem / trudno powiedzieć	2,2%

48,0% **mężczyzn zgadza się,** że podczas wizyty otrzymują jedynie zakazy i ograniczenia (odpowiedzi 4+5).

30,6% **mężczyzn nie zgadza się,** że podczas wizyty otrzymują jedynie zakazy i ograniczenia (odpowiedzi 1+2).

Najliczniejsza grupa ankietowanych (27,0%) raczej zgadza się ze stwierdzeniem, że podczas wizyty otrzymują jedynie zakazy i ograniczenia.

DEKOMPOZYCJA WEDŁUG WIEKU (M1)

ODPOWIEDŹ	35–44 lata (n=312)	45–54 lata (n=264)	55–64 lata (n=224)	OGÓŁEM (N=800)
1 Zdecydowanie się nie zgadzam	7,7%	10,6%	9,8%	9,2%
2 Raczej się nie zgadzam	17,3%	23,1%	25,0%	21,4%
3 Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	18,9%	17,4%	21,4%	19,1%
4 Raczej się zgadzam	28,8%	27,3%	24,1%	27,0%
5 Zdecydowanie się zgadzam	25,3%	19,7%	16,5%	21,0%
96 Nie wiem / trudno powiedzieć	1,9%	1,9%	3,1%	2,2%

DEKOMPOZYCJA WEDŁUG MIEJSCA ZAMIESZKANIA (M2)

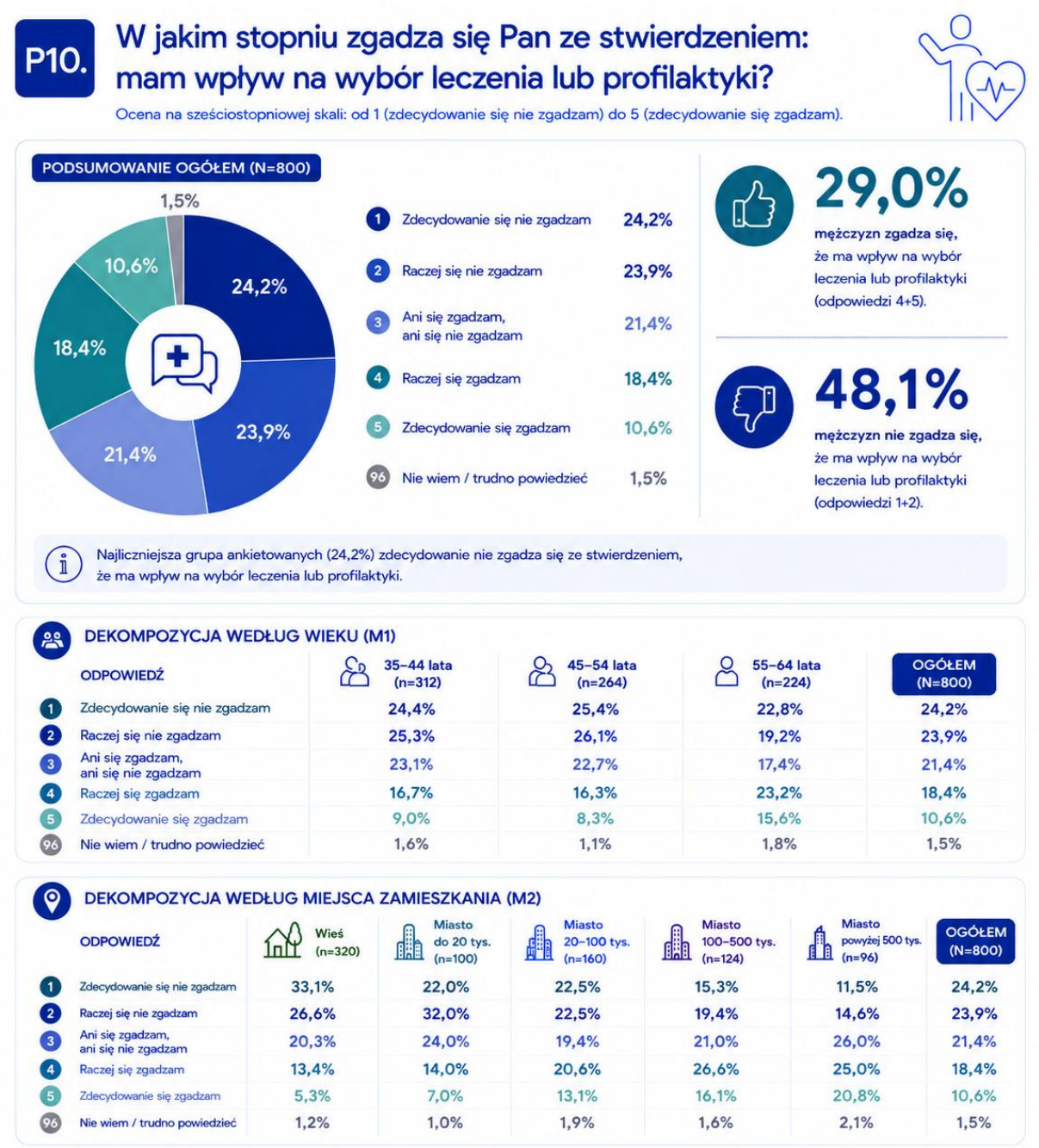
ODPOWIEDŹ	Wieś (n=320)	Miasto do 20 tys. (n=100)	Miasto 20–100 tys. (n=160)	Miasto 100–500 tys. (n=124)	Miasto powyżej 500 tys. (n=96)	OGÓŁEM (N=800)
1 Zdecydowanie się nie zgadzam	5,6%	10,0%	5,0%	15,3%	19,8%	9,2%
2 Raczej się nie zgadzam	18,4%	16,0%	21,2%	28,2%	28,1%	21,4%
3 Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	16,6%	20,0%	20,6%	20,2%	22,9%	19,1%
4 Raczej się zgadzam	30,3%	29,0%	25,0%	23,4%	21,9%	27,0%
5 Zdecydowanie się zgadzam	27,5%	23,0%	25,6%	10,5%	3,1%	21,0%
96 Nie wiem / trudno powiedzieć	1,6%	2,0%	2,5%	2,4%	4,2%	2,2%

Wyniki pokazują, że doświadczenia mężczyzn związane ze sposobem komunikacji lekarzy są wyraźnie zróżnicowane, jednak częściej przeważa przekonanie, że podczas wizyt dominują zakazy i ograniczenia, niż opinia przeciwna. Łącznie 48,0% respondentów

zgadza się ze stwierdzeniem, że podczas wizyty otrzymuje jedynie zakazy i ograniczenia, w tym 21,0% zdecydowanie się z nim zgadza, a 27,0% raczej się zgadza. Odmienną opinię wyraża 30,6% badanych – 21,4% raczej się nie zgadza, a 9,2% zdecydowanie się nie zgadza. Kolejne 19,1% zajmuje stanowisko neutralne, natomiast jedynie 2,2% respondentów nie potrafiło jednoznacznie ocenić tej kwestii. Wynik ten może wskazywać, że dla istotnej części mężczyzn komunikacja dotycząca zdrowia i profilaktyki jest odbierana przede wszystkim jako system nakazów, zakazów i ograniczeń, a w mniejszym stopniu jako partnerska rozmowa o możliwościach, korzyściach i sposobach osiągnięcia poprawy zdrowia. Taki sposób komunikacji może mieć znaczenie szczególnie w kontekście wcześniejszych wyników badania dotyczących odkładania wizyt i ograniczonego korzystania z profilaktyki. Badanie pokazuje, że młodsi mężczyźni częściej odbierają kontakt z lekarzem jako komunikację skoncentrowaną na tym, czego nie wolno robić, a nie na wspólnym poszukiwaniu możliwych rozwiązań. Jest to istotne, ponieważ właśnie ta grupa częściej odkłada wizyty i kontaktuje się z lekarzem dopiero wtedy, gdy objawy stają się bardziej nasilone. Jeszcze silniejsze zróżnicowanie widoczne jest w zależności od miejsca zamieszkania. Najwyższy odsetek odpowiedzi potwierdzających, że podczas wizyty dominują zakazy i ograniczenia, występuje wśród mieszkańców wsi (57,8%) oraz miast do 20 tys. mieszkańców (52,0%).

Sposób komunikowania zaleceń zdrowotnych może stanowić istotny element wpływający na stosunek mężczyzn do profilaktyki i kontaktu z systemem ochrony zdrowia. Jeżeli zalecenia są odbierane przede wszystkim jako lista zakazów – ogranicz palenie, schudnij, nie pij, zmień dietę – mogą wywoływać opór, poczucie oceniania lub ograniczania autonomii. Szczególne znaczenie ma to w przypadku mężczyzn, którzy już wcześniej deklarują obawy przed wizytą, niechęć do kontaktu z lekarzem lub skłonność do odkładania badań i konsultacji. Komunikacja skoncentrowana wyłącznie na negatywnych konsekwencjach może w takich przypadkach nie zwiększać motywacji do zmiany, lecz wzmacniać dystans wobec lekarza i systemu ochrony zdrowia. Wyniki sugerują potrzebę większego wykorzystania komunikacji opartej na partnerstwie, przedstawianiu alternatywnych możliwości działania oraz wskazywaniu konkretnych korzyści wynikających ze zmiany zachowania. Szczególnie istotne może być odejście od przekazu sprowadzającego się do „nie wolno” na rzecz rozmowy odpowiadającej na pytania: co można zrobić, jakie są dostępne możliwości, od czego warto zacząć i jakie korzyści pacjent może osiągnąć.

Z perspektywy działań profilaktycznych szczególnej uwagi wymagają młodsi mężczyźni oraz mieszkańcy wsi i mniejszych miejscowości, którzy najczęściej wskazują, że komunikacja podczas wizyt ma charakter ograniczający i nakazowy. To właśnie w tych grupach bardziej partnerski, praktyczny i skoncentrowany na rozwiązaniach sposób rozmowy może mieć szczególne znaczenie dla budowania zaufania, zwiększania gotowości do korzystania z profilaktyki i podejmowania trwałych zmian zdrowotnych.



Wyniki wskazują na ograniczone poczucie sprawczości mężczyzn w procesie podejmowania decyzji dotyczących leczenia i profilaktyki. Łącznie 48,1% respondentów nie zgadza się ze stwierdzeniem, że ma wpływ na wybór leczenia lub profilaktyki, w tym 24,2% zdecydowanie się z nim nie zgadza. Jednocześnie jedynie 29,0% badanych deklaruje, że ma taki wpływ, przy czym 18,4% raczej się zgadza, a 10,6% zdecydowanie się zgadza. Kolejne 21,4% respondentów zajmuje stanowisko neutralne. Oznacza to, że dla znaczącej części mężczyzn kontakt z systemem ochrony zdrowia nadal ma charakter raczej hierarchiczny niż partnerski. Pacjent może postrzegać siebie przede wszystkim jako odbiorcę decyzji podejmowanych przez specjalistę, a nie jako aktywnego uczestnika procesu wyboru sposobu leczenia lub działań profilaktycznych. Taki sposób postrzegania relacji może osłabiać poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie,

zaangażowanie w realizację zaleceń oraz gotowość do podejmowania długofalowych zmian. Analiza wyników według wieku pokazuje także, że poczucie wpływu na decyzje zdrowotne rośnie wraz z wiekiem. Może to wskazywać, że wraz z wiekiem, a prawdopodobnie również z rosnącym doświadczeniem w korzystaniu z systemu ochrony zdrowia, mężczyźni częściej rozwijają kompetencje i pewność siebie potrzebne do aktywniejszego uczestniczenia w decyzjach dotyczących własnego zdrowia. Jeszcze wyraźniejsze różnice widoczne są w zależności od miejsca zamieszkania. Najniższe poczucie wpływu deklarują mieszkańcy wsi i małych miast. Na wsi aż 59,7% respondentów nie zgadza się ze stwierdzeniem, że ma wpływ na wybór leczenia lub profilaktyki, podczas gdy jedynie 18,7% deklaruje poczucie sprawczości. Najbardziej pozytywny obraz widoczny jest w największych miastach. W miejscowościach powyżej 500 tys. mieszkańców 45,8% respondentów uważa, że ma wpływ na decyzje dotyczące leczenia lub profilaktyki, podczas gdy jedynie 26,1% nie podziela tego przekonania.

Wyniki pokazują wyraźny związek pomiędzy poczuciem sprawczości pacjenta, a wiekiem i miejscem zamieszkania. Szczególnej uwagi wymagają młodsi mężczyźni oraz mieszkańcy wsi i mniejszych miejscowości, którzy najczęściej deklarują brak wpływu na decyzje dotyczące własnego leczenia i profilaktyki. Może to mieć istotne konsekwencje dla skuteczności działań zdrowotnych. Pacjent, który nie czuje się współuczestnikiem procesu decyzyjnego, może być mniej skłonny do zadawania pytań, zgłaszania własnych potrzeb i wątpliwości oraz konsekwentnego realizowania zaleceń. W konsekwencji relacja z lekarzem może być postrzegana jako jednostronna, a odpowiedzialność za zdrowie przenoszona przede wszystkim na system i specjalistów.

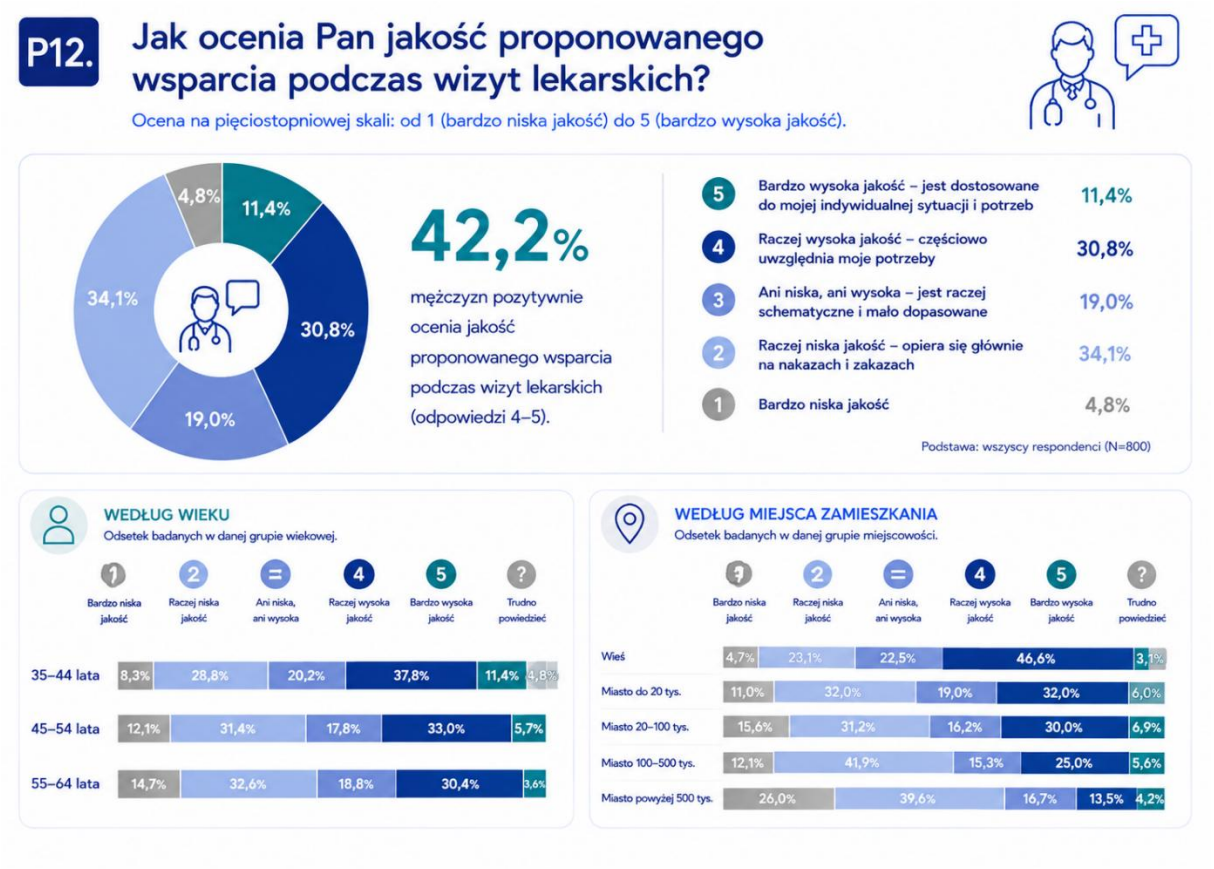
Analiza wszystkich czterech stwierdzeń jednoznacznie pokazuje, że największym wyzwaniem jest niewystarczające poczucie partnerstwa w relacji lekarz–pacjent. Respondenci stosunkowo rzadko mają poczucie, że: ich sytuacja jest analizowana indywidualnie, przedstawiane są im różne możliwości postępowania, uczestniczą w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia.

W ocenie wielu badanych lekarze rzadko prezentują różne możliwości leczenia, co może ograniczać poczucie sprawczości pacjentów oraz utrudniać budowanie zaufania.

Wyniki wskazują, że choć relacja lekarz–pacjent opiera się na wysokich kompetencjach medycznych specjalistów, nie zawsze spełnia oczekiwania dotyczące komunikacji i współpracy. To pozostawia dużą przestrzeń do budowania takiej komunikacji, która da pacjentowi poczucie realnego wpływu i współdecydowania o procesie dochodzenia do zdrowia we wszystkich tych przypadkach, w których jest to możliwe, a czasem wręcz pożądane. Badanie obrazuje potrzebę wzmacniania modelu partnerskiej komunikacji z pacjentem, w którym lekarz nie tylko przedstawia zalecenia, ale również wyjaśnia

dostępne możliwości, uwzględnia preferencje pacjenta i zachęca go do aktywnego udziału w podejmowaniu decyzji. Zwiększenie poczucia wpływu może być jednym z elementów wzmacniających zaangażowanie mężczyzn zarówno w proces leczenia, jak i w działania profilaktyczne. Warto wskazać również, że im starsi mężczyźni, tym częściej wskazują objawy zdrowotne jako główną motywację do dbania o własne zdrowie, co oznacza, że to nie profilaktyka, a jednak skutek choroby znajduje się nadal na pierwszym miejscu.

Respondenci zostali również poproszeni o ocenę jakości proponowanego wsparcia podczas wizyt lekarskich.



Jedynie 11,4% badanych deklaruje, że otrzymuje indywidualne wsparcie dostosowane do swojej sytuacji, natomiast 34,1% respondentów uważa, że komunikacja ze strony personelu medycznego opiera się głównie na nakazach i zakazach, które nie stanowią dla nich rozwiązania problemu. Wynik ten potwierdza, że znaczna część mężczyzn nie doświadcza procesu leczenia jako współpracy ukierunkowanej na osiągnięcie wspólnego celu.

Zamiast tego konsultacja bywa postrzegana jako przekazanie utrwalonego zestawu zaleceń, bez wystarczającego uwzględnienia możliwości, ograniczeń i preferencji pacjenta.

W praktyce może to prowadzić do obniżenia motywacji do realizacji zaleceń terapeutycznych oraz ograniczać skuteczność działań profilaktycznych. Wyniki przeprowadzonego badania wskazują na możliwy związek pomiędzy doświadczeniami pacjentów, a ich późniejszymi decyzjami zdrowotnymi. Respondenci, którzy mają poczucie braku indywidualnego podejścia, ograniczonego wpływu na proces leczenia oraz komunikacji opartej głównie na zakazach, mogą być mniej skłonni do ponownego korzystania z konsultacji medycznych. Wyniki badania sugerują, że takie doświadczenia mogą sprzyjać opóźnianiu kontaktu z lekarzem, podejmowaniu prób samodzielnego radzenia sobie z problemem lub zgłaszaniu się po pomoc dopiero po nasileniu objawów. Badanie respondentów wskazuje, że jakość relacji z lekarzem staje się jednym z elementów wpływających na skuteczność profilaktyki.

Nawet najlepsze zalecenia medyczne mogą okazać się mniej efektywne, jeśli pacjent nie rozumie ich celu, nie utożsamia się z nimi lub nie czuje się partnerem w procesie leczenia.

Współcześni mężczyźni oczekują od systemu ochrony zdrowia nie tylko wysokiej jakości świadczeń, ale również relacji opartej na dialogu, zaufaniu i partnerskim podejmowaniu decyzji (podobnie jak w innych sytuacjach życiowych również w procesie leczenia chcą mieć poczucie partnerstwa i współodpowiedzialności). Największym wyzwaniem wydaje się brak poczucia indywidualnego podejścia oraz ograniczone zaangażowanie pacjentów w proces leczenia. Wielu respondentów deklaruje, że ich potrzeby nie są wystarczająco uwzględniane, nie mają realnego wpływu na wybór terapii, a otrzymywane wsparcie sprowadza się przede wszystkim do znanych schematów.

Wyniki badania wskazują, że poprawa relacji lekarz–pacjent może stać się jednym z najważniejszych narzędzi zwiększania skuteczności profilaktyki zdrowotnej.

Budowanie partnerskiej komunikacji, przedstawianie różnych możliwości postępowania, wspólne ustalanie celów leczenia oraz uwzględnianie indywidualnej sytuacji pacjenta mogą nie tylko zwiększyć satysfakcję z opieki zdrowotnej, ale również poprawić przestrzeganie zaleceń medycznych i zachęcić mężczyzn do wcześniejszego korzystania z profilaktyki.

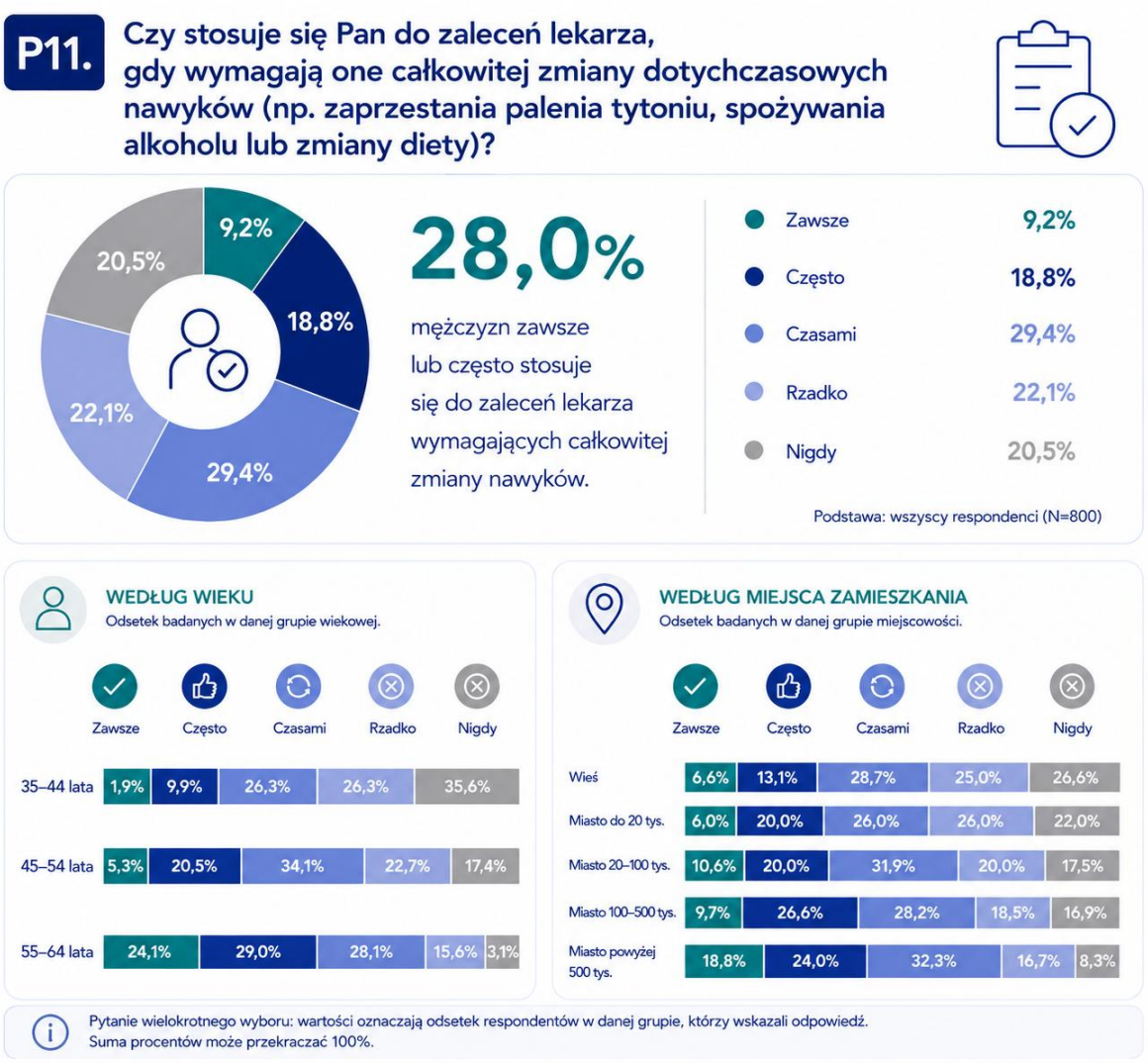
W kontekście całego badania relacja z lekarzem pojawia się nie jako element drugoplanowy, lecz jako jeden z kluczowych czynników wpływających na zachowania zdrowotne mężczyzn. W rezultacie skuteczna profilaktyka wymaga nie tylko zwiększania dostępności do świadczeń, ale również rozwijania modelu opieki skoncentrowanej na

pacjencie, w którym komunikacja i współpraca stanowią integralną część procesu leczenia.

6. Stosowanie zaleceń medycznych i zmiana stylu życia

Trwała zmiana stylu życia jest jednym z najważniejszych elementów skutecznej profilaktyki i leczenia chorób przewlekłych. Regularna aktywność fizyczna, właściwe odżywianie, utrzymanie prawidłowej masy ciała czy ograniczenie używek należą do najczęściej rekomendowanych działań medycznych. Jednak skuteczność tych zaleceń zależy nie tylko od wiedzy pacjenta, ale również od jego wewnętrznej motywacji, jakości komunikacji z personelem medycznym oraz poczucia sprawczości w procesie leczenia. Obserwowana zależność wskazuje, że wielu mężczyzn ma trudność z trwałym wdrażaniem zaleceń wymagających zmiany codziennych nawyków. Wynika to nie tylko z indywidualnych postaw, lecz również z doświadczeń związanych z kontaktem z systemem ochrony zdrowia.

Respondenci zostali zapytani, jak często stosują zalecenia lekarskie wymagające zmiany stylu życia.



Wyniki pokazują, że jedynie 28% badanych deklaruje, że zawsze lub często stosuje takie zalecenia. Jednocześnie 42,6% respondentów przyznaje, że robi to rzadko lub nigdy. Można przypuszczać, że dla znacznej części mężczyzn wdrożenie zmian dotyczących codziennych nawyków okazuje się trudniejsze niż samo przyjęcie informacji o konieczności leczenia. Problem nie dotyczy więc wyłącznie świadomości zdrowotnej, ale przede wszystkim utrzymania długoterminowej motywacji do zmiany zachowań. W tym kontekście szczególnie niepokojące jest to, że najmłodsi respondenci najrzadziej deklarują stosowanie zaleceń związanych ze zmianą stylu życia. To właśnie grupa, która najrzadziej korzysta z profilaktyki i najczęściej odkłada wizyty lekarskie, wykazuje również najmniejszą gotowość do wdrażania zaleceń medycznych. Zmiana stylu życia wymaga nie tylko przekazania zaleceń, ale przede wszystkim zrozumienia ich celu oraz dostosowania ich do możliwości pacjenta. Analiza odpowiedzi z całego raportu pozwala stwierdzić jednak, że około 48% respondentów uważa, iż lekarz koncentruje się głównie na informowaniu, czego pacjentowi nie wolno robić i jednocześnie blisko połowa badanych nie ma poczucia realnego wpływu na wybór sposobu leczenia. Takie doświadczenia mogą ograniczać gotowość do wprowadzania zmian. Jeżeli pacjent nie uczestniczy

w podejmowaniu decyzji terapeutycznych, znacznie trudniej jest mu utożsamiać się z przyjętym planem leczenia i konsekwentnie realizować zalecenia.

Współczesne badania dotyczące komunikacji medycznej wskazują, że pacjenci znacznie częściej przestrzegają zaleceń, gdy rozumieją ich cel, mają możliwość zadawania pytań oraz uczestniczą w ustalaniu planu postępowania.

Wyniki niniejszego badania sugerują, że taki model współpracy nadal nie jest powszechnym doświadczeniem respondentów. Jedynie 11,4% respondentów deklaruje, że otrzymuje indywidualne wsparcie dostosowane do swojej sytuacji.

Powyższe pokazuje, że wielu pacjentów nie otrzymuje praktycznych wskazówek ułatwiających wdrożenie zmian w codziennym życiu. Ograniczenie konsultacji jedynie do przekazania zaleceń bez omówienia ewentualnych trudności, preferencji czy samych możliwości pacjenta może zmniejszać skuteczność procesu terapeutycznego. Zmiana stylu życia jest procesem wymagającym czasu, wsparcia oraz stopniowego budowania nowych nawyków. Respondenci wyraźnie sygnalizują, że oczekują bardziej partnerskiego podejścia i indywidualnego dopasowania zaleceń do swojej sytuacji.

Warto wskazać, że przestrzeganie zaleceń jest niejednokrotnie konsekwencją wcześniejszych doświadczeń pacjenta, a stosowanie zaleceń medycznych nie jest wyłącznie kwestią samodyscypliny pacjentów. Respondenci, którzy nie czują się partnerami w procesie leczenia oraz nie otrzymują indywidualnego wsparcia, mogą być mniej skłonni do konsekwentnego wdrażania zaleceń dotyczących zmiany stylu życia. Wyniki badania mogą wskazywać, że sposób komunikacji jest jednym z czynników związanych z gotowością do zmiany zachowań zdrowotnych.

Im bardziej pacjent rozumie sens proponowanych działań i uczestniczy w ich planowaniu, tym większa szansa, że będzie je konsekwentnie realizował.

Przeprowadzone badanie pokazuje, że największym wyzwaniem nie jest samo formułowanie zaleceń medycznych, lecz ich skuteczne wdrażanie w codziennym życiu. Ponad czterech na dziesięciu badanych (42,6%) przyznaje, że rzadko lub nigdy nie stosuje zaleceń wymagających zmiany stylu życia. Jednocześnie respondenci wskazują na ograniczony wpływ na wybór sposobu leczenia oraz niedostateczne indywidualne wsparcie ze strony personelu medycznego. Wobec powyższego skuteczność leczenia nie zależy wyłącznie od jakości zaleceń medycznych, ale również od sposobu ich

przekazywania. Z perspektywy zdrowia publicznego oznacza to, że działania na rzecz poprawy zdrowia mężczyzn powinny wykraczać poza tradycyjny model oparty wyłącznie na przekazywaniu informacji.

Potrzebne jest rozwijanie opieki skoncentrowanej na pacjencie, w której lekarz i pacjent wspólnie planują możliwe do osiągnięcia cele zdrowotne, monitorują postępy oraz dostosowują zalecenia do realiów codziennego życia.

Taki model może zwiększyć skuteczność profilaktyki, poprawić przestrzeganie zaleceń terapeutycznych oraz sprzyjać trwałej zmianie stylu życia.

7. Wpływ stereotypów na zachowania zdrowotne

Na decyzje zdrowotne mężczyzn wpływają nie tylko dostępność świadczeń czy organizacja systemu ochrony zdrowia, ale również utrwalone przekonania dotyczące męskości. Stereotyp „silnego mężczyzny”, który powinien być samodzielny, odporny na trudności i nieokazujący słabości, nadal znajduje odzwierciedlenie w codziennych zachowaniach zdrowotnych respondentów. To właśnie stereotypowe postrzeganie męskości wpływa na sposób korzystania z opieki zdrowotnej, podejście do profilaktyki, korzystanie z pomocy specjalistów oraz gotowość do zmiany stylu życia.



W odpowiedzi na pytanie znaczna część respondentów zgadza się z przekonaniami odzwierciedlającymi tradycyjny model męskości. Najczęściej akceptowanym stwierdzeniem jest przekonanie, że mężczyzna powinien sam radzić sobie z problemami zdrowotnymi. Co warto podkreślić, wielu respondentów uważa również, że zgłaszanie się po pomoc dopiero w sytuacji poważnych dolegliwości jest naturalnym sposobem postępowania. Chociaż nie wszyscy badani identyfikują się z takim podejściem, wyniki pokazują, że stereotyp samodzielności mężczyzny nadal pozostaje istotnym elementem wpływającym na decyzje dotyczące zdrowia.

Jak pokazano wcześniej w raporcie, 66,2% respondentów deklaruje, że zgłasza się do lekarza dopiero wtedy, gdy objawy są nasilone lub utrudniają codzienne funkcjonowanie. Ponadto ponad połowa badanych przyznaje, że często lub zawsze odkłada wizytę mimo zauważenia niepokojących objawów. Takie zachowania są spójne z przekonaniem, że odpowiedzialność za rozwiązanie problemu zdrowotnego spoczywa przede wszystkim na samym mężczyźnie. W efekcie pomoc specjalisty traktowana jest jako ostateczność, a nie element świadomej profilaktyki.

Warto podkreślić, że stereotyp samodzielności nie musi oznaczać braku troski o zdrowie. Często prowadzi jednak do odwlekania decyzji o konsultacji medycznej, co może skutkować późniejszym rozpoznaniem chorób i ograniczeniem możliwości skutecznego leczenia.

Zdrowie psychiczne pozostaje szczególnie podatne na wpływ stereotypów

Najsilniejszy wpływ stereotypów widoczny jest w obszarze zdrowia psychicznego. Jak pokazują wyniki badania, jedynie 5,1% respondentów korzystało z pomocy psychologa, podczas gdy blisko 19% przyznało, że odczuwało taką potrzebę, lecz nie zdecydowało się na konsultację. Powyższe może sugerować, że przekonanie o konieczności samodzielnego radzenia sobie z problemami ogranicza gotowość do korzystania ze wsparcia psychologa czy psychoterapeuty. Pomimo stopniowej zmiany społecznego podejścia do zdrowia psychicznego, dla wielu mężczyzn pomoc specjalisty nadal może być postrzegana jako oznaka słabości lub utraty kontroli nad własnym życiem. Wpływ stereotypowych przekonań nie ogranicza się wyłącznie do korzystania z opieki medycznej. Znajduje również odzwierciedlenie w realizacji zaleceń zdrowotnych. Jak pokazują wyniki badania ponad 40% respondentów rzadko lub nigdy nie stosuje zaleceń wymagających zmiany stylu życia, a jedynie 28% deklaruje ich regularne przestrzeganie. Może to wskazywać, że zmiana codziennych nawyków jest mniej istotna niż leczenie już istniejących problemów zdrowotnych lub że mężczyzna powinien poradzić sobie z nimi samodzielnie, bez korzystania z dodatkowego wsparcia. W rezultacie profilaktyka oraz długofalowe działania prozdrowotne przegrywają z doraźnym reagowaniem na pojawiające się objawy. Coraz więcej mężczyzn deklaruje, że zdrowie jest dla nich ważne, jednak jednocześnie wielu nadal zachowuje wzorce postępowania charakterystyczne dla tradycyjnego modelu męskości.

Jednym z możliwych wyjaśnień jest to, że zmiana świadomości zdrowotnej przebiega szybciej niż zmiana utrwalonych zachowań. Wyniki badania sugerują, że respondenci dostrzegają znaczenie profilaktyki, choć świadomość ta nie zawsze przekłada się na podejmowanie regularnych działań prozdrowotnych, takich jak korzystanie z konsultacji lekarskich, wsparcia psychologicznego czy konsekwentne stosowanie zaleceń dotyczących stylu życia.

Jednocześnie z analizy danych wynika, że współcześni mężczyźni nie odrzucają troski o zdrowie. Może to również świadczyć o tym, że dostrzegają jej znaczenie, jednak nadal funkcjonują w otoczeniu społecznym, które wzmacnia przekonanie, że odpowiedzialność za zdrowie oznacza przede wszystkim samodzielne radzenie sobie z problemami. W praktyce działania na rzecz poprawy zdrowia mężczyzn powinny wykraczać poza tradycyjne kampanie zachęcające do wykonywania badań.

Równie istotne jest przełamywanie stereotypów związanych z męskością oraz promowanie nowoczesnego modelu odpowiedzialności za zdrowie, w którym korzystanie z profilaktyki, konsultacji lekarskich czy wsparcia psychologicznego jest przejawem świadomej troski o siebie i swoich bliskich, a nie oznaką słabości.

Tylko takie kompleksowe podejście może skutecznie zmieniać utrwalone zachowania zdrowotne i zwiększać efektywność działań profilaktycznych.

8. Różnice między grupami wiekowymi

Analiza odpowiedzi według wieku respondentów pokazuje, że podejście mężczyzn do zdrowia nie jest jednolite. Wraz z wiekiem zmieniają się zarówno zachowania zdrowotne, jak i postrzeganie profilaktyki, korzystanie z opieki medycznej oraz gotowość do podejmowania działań prozdrowotnych. Wyniki badania wskazują, że poszczególne grupy wiekowe stoją przed odmiennymi wyzwaniami, co oznacza, że skuteczne działania edukacyjne i profilaktyczne powinny być dostosowane do ich specyficznych potrzeb. Największe różnice dotyczą regularności wykonywania badań profilaktycznych, powodów odkładania wizyt lekarskich, stosunku do korzystania z pomocy specjalistów oraz gotowości do zmiany stylu życia.

Najmłodsi uczestnicy badania są grupą, która najrzadziej regularnie korzysta z badań profilaktycznych. Jednocześnie najczęściej deklarują odkładanie wizyt lekarskich oraz zgłaszanie się do lekarza dopiero wtedy, gdy dolegliwości zaczynają utrudniać codzienne funkcjonowanie. To właśnie w tej grupie najczęściej pojawiają się bariery związane z intensywnym życiem zawodowym i rodzinnym i koniecznością łączenia wielu ról społecznych. Jednocześnie brak czasu jest jedną z najczęściej wskazywanych przyczyn rezygnacji z profilaktyki. Respondenci w wieku 35–44 lata częściej niż starsi mężczyźni deklarują zainteresowanie korzystaniem z pomocy dietetyka oraz wykazują większą otwartość na nowoczesne podejście do zdrowia. Paradoksalnie jednak to właśnie oni najrzadziej stosują zalecenia wymagające zmiany stylu życia.

Może to wskazywać na rosnącą świadomość znaczenia zdrowia wśród młodszych mężczyzn, która jednak nie w każdym przypadku znajduje odzwierciedlenie w systematycznym podejmowaniu działań profilaktycznych.

Respondenci w średniej grupie wiekowej prezentują najbardziej zrównoważone wyniki we wszystkich analizowanych obszarach. Regularność wykonywania badań profilaktycznych jest wyższa, jednak nadal znaczna część respondentów odwleka kontakt z lekarzem. Mężczyźni w tym wieku częściej niż młodsi deklarują stosowanie zaleceń medycznych oraz większą gotowość do podejmowania działań profilaktycznych. Jednocześnie nadal dostrzegają problemy związane z komunikacją z lekarzami oraz ograniczonym indywidualnym podejściem do pacjenta. Grupa 45–54 lata wydaje się znajdować na etapie stopniowej zmiany postaw zdrowotnych. Wyniki badania mogą wskazywać, że rosnącej świadomości znaczenia profilaktyki stopniowo towarzyszy podejmowanie konkretnych działań, choć część dotychczasowych nawyków pozostaje niezmieniona.

Najstarsi respondenci zdecydowanie najczęściej wykonują badania profilaktyczne oraz rzadziej deklarują całkowitą rezygnację z kontaktu z lekarzem. Może to wynikać zarówno z większej świadomości zdrowotnej, jak i częstszego występowania chorób przewlekłych oraz wcześniejszych doświadczeń związanych z leczeniem. Jednocześnie starsi mężczyźni częściej wskazują, że utrzymanie zdrowego stylu życia staje się dla nich wyzwaniem. W tej grupie częściej pojawia się również potrzeba kompleksowej opieki medycznej oraz lepszej koordynacji procesu leczenia. Analiza odpowiedzi pokazuje, że wraz z wiekiem maleje znaczenie stereotypów związanych z koniecznością samodzielnego radzenia sobie z problemami zdrowotnymi. Starsi respondenci są bardziej skłonni korzystać z pomocy lekarzy oraz akceptować konieczność regularnych badań profilaktycznych. Nie oznacza to jednak, że ich potrzeby są w pełni zaspokojone. Również ta grupa zwraca uwagę na potrzebę lepszej komunikacji z lekarzami oraz większego dostosowania zaleceń do indywidualnej sytuacji pacjenta.

Analiza wszystkich odpowiedzi przeprowadzonego badania pokazuje, że wiek respondentów znacznie silniej różnicuje zachowania zdrowotne niż miejsce zamieszkania.

Największe różnice pomiędzy grupami wiekowymi dotyczą:

- regularności wykonywania badań profilaktycznych,
- momentu zgłaszania się do lekarza,
- częstości odkładania wizyt lekarskich,
- stosowania zaleceń wymagających zmiany stylu życia,
- postrzegania stereotypów związanych z męskością.

Znacznie mniejsze różnice dotyczą natomiast oceny jakości komunikacji z lekarzami oraz oczekiwań wobec systemu ochrony zdrowia. Bez względu na wiek respondenci oczekują bardziej partnerskich relacji, większej indywidualizacji leczenia oraz lepszego wsparcia w podejmowaniu decyzji zdrowotnych. Każdy etap życia wiąże się z odmiennymi wyzwaniami i wymaga innego sposobu komunikacji.

Uzyskane rezultaty świadczą o tym, że uniwersalne kampanie kierowane do wszystkich mężczyzn mogą mieć ograniczoną skuteczność.

Znacznie większy potencjał mają działania dopasowane do wieku, doświadczeń i etapu życia odbiorców.

Takie podejście zwiększa szansę na trwałą zmianę zachowań zdrowotnych i skuteczniejsze wykorzystanie profilaktyki jako narzędzia poprawy zdrowia mężczyzn.

9. Najważniejsze wyzwania zdrowia mężczyzn

Przeprowadzone badanie sugeruje, że współcześni mężczyźni dostrzegają znaczenie zdrowia i profilaktyki, choć świadomość ta nie zawsze znajduje pełne odzwierciedlenie w codziennych zachowaniach. Wyniki wskazują również, że podejście do zdrowia i korzystania z profilaktyki może być związane z wzajemnym oddziaływaniem wielu czynników: indywidualnych, społecznych i systemowych, a nie wyłącznie z dostępnością świadczeń medycznych.

Największym wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia pozostaje niewystarczające wykorzystanie badań profilaktycznych. Większość respondentów nie wykonuje ich regularnie, a kontakt z lekarzem najczęściej następuje dopiero po pojawieniu się nasilonych objawów. Jednocześnie ponad połowa badanych przyznaje, że odkłada wizytę lekarską mimo występowania niepokojących sygnałów. Wynik ten wskazuje, że profilaktyka nadal pełni przede wszystkim funkcję reakcji na chorobę, zamiast służyć jej zapobieganiu lub wczesnemu wykrywaniu. Zmiana tego modelu zachowań stanowi jedno z najważniejszych wyzwań dla zdrowia publicznego.

Brak czasu pozostaje najczęściej wskazywaną przeszkodą w korzystaniu z opieki zdrowotnej, jednak dane potwierdzają, że równie istotną rolę odgrywają czynniki psychologiczne. Obawa przed usłyszeniem diagnozy, przekonanie o konieczności samodzielnego radzenia sobie z problemami oraz ograniczone zaufanie do skuteczności konsultacji powodują, że wielu mężczyzn świadomie odkłada decyzję o zgłoszeniu się do lekarza. Wynik ten potwierdza, że poprawa dostępności świadczeń, choć niezbędna, nie będzie wystarczająca bez równoczesnego wzmacniania motywacji do podejmowania działań profilaktycznych.

Jednym z najbardziej wyraźnych wniosków płynących z badania jest ograniczone korzystanie z pomocy psychologicznej. Choć część respondentów deklaruje, że odczuwała potrzebę konsultacji, tylko niewielki odsetek zdecydował się na skorzystanie z pomocy specjalisty. Zdrowie psychiczne nadal pozostaje obszarem silnie

obciążonym stereotypami dotyczącymi męskości oraz samodzielności. W konsekwencji wielu mężczyzn pozostaje bez profesjonalnego wsparcia mimo odczuwanych trudności.

Wielu respondentów deklaruje zainteresowanie profesjonalnym wsparciem dietetycznym oraz dostrzega znaczenie profilaktyki. Jednocześnie stosunkowo niewielka część badanych konsekwentnie realizuje zalecenia wymagające zmiany stylu życia. Największym wyzwaniem staje się nie przekazywanie wiedzy, lecz wspieranie trwałej zmiany zachowań. Kampanie edukacyjne powinny więc nie tylko informować, ale przede wszystkim pomagać mężczyznom w przekładaniu wiedzy na codzienne decyzje.

Respondenci wyraźnie oczekują bardziej partnerskiego modelu opieki zdrowotnej. Wielu badanych wskazuje na brak indywidualnego podejścia, ograniczony wpływ na decyzje terapeutyczne oraz komunikację opartą głównie na przekazywaniu zakazów i nakazów. Takie doświadczenia mogą ograniczać zaufanie do systemu ochrony zdrowia oraz zmniejszać gotowość do stosowania zaleceń medycznych. Badanie oraz wnioski płynące z niniejszego raportu jasno pokazują, że skuteczna profilaktyka wymaga nie tylko wysokiej jakości świadczeń, ale również relacji opartej na dialogu, wzajemnym zaufaniu i współodpowiedzialności za proces leczenia. Działania edukacyjne oraz programy profilaktyczne powinny być również dostosowane do wieku, doświadczeń oraz etapu życia odbiorców.

Największym wyzwaniem dla zdrowia mężczyzn nie jest brak wiedzy o znaczeniu profilaktyki, lecz trudność w przekładaniu tej wiedzy na codzienne decyzje. Wielu respondentów deklaruje, że zdrowie jest dla nich ważne, jednak równocześnie odkłada wizyty lekarskie, regularnie korzysta z badań profilaktycznych dopiero po wystąpieniu objawów, rzadko korzysta z pomocy psychologicznej oraz nie wdraża zaleceń dotyczących zmiany stylu życia. Źródłem tych zachowań są zarówno bariery organizacyjne, jak i utrwalone stereotypy dotyczące męskości oraz doświadczenia związane z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia. W efekcie profilaktyka nadal zbyt często ustępuje miejsca leczeniu już rozwiniętej choroby. Skuteczna poprawa zdrowia mężczyzn wymaga odejścia od tradycyjnego modelu opartego wyłącznie na edukacji. Potrzebne są działania, które jednocześnie zwiększą dostępność profilaktyki, będą wzmacniać motywację do podejmowania działań prozdrowotnych, przełamywać stereotypy związane z korzystaniem z pomocy medycznej oraz rozwijać partnerską relację pomiędzy pacjentem a personelem medycznym.

Zdrowie mężczyzn nie powinno być postrzegane wyłącznie jako odpowiedzialność jednostki. Jest ono również wyzwaniem społecznym i systemowym, wymagającym współpracy instytucji publicznych, pracodawców, organizacji pozarządowych, środowiska medycznego oraz samych mężczyzn.

Tylko kompleksowe podejście może przyczynić się do trwałej zmiany zachowań zdrowotnych i skuteczniejszego wykorzystania profilaktyki jako inwestycji w dłuższe, zdrowsze i bardziej aktywne życie.

10. Podsumowanie i rekomendacje

Wyniki badania „Zdrowie bez stereotypów, czyli jak leczą się współcześni mężczyźni” pokazują, że współcześni mężczyźni nie są obojętni wobec własnego zdrowia. Przeciwnie, większość respondentów deklaruje, że zdrowie jest dla nich ważne, dostrzega znaczenie profilaktyki i interesuje się zdrowym stylem życia. Jednocześnie pomiędzy deklaracjami, a rzeczywistym zachowaniem nadal istnieje wyraźna luka. Regularne badania profilaktyczne wykonuje stosunkowo niewielka część badanych, wielu mężczyzn zgłasza się do lekarza dopiero wtedy, gdy objawy utrudniają codzienne funkcjonowanie, a ponad połowa przyznaje, że odkłada wizytę mimo zauważenia niepokojących sygnałów. Wynik ten wskazuje, że profilaktyka wciąż przegrywa z codziennymi obowiązkami, brakiem czasu, obawą przed diagnozą oraz utrwalonym przekonaniem, że z problemami zdrowotnymi należy radzić sobie samodzielnie. Badanie pokazuje jednak coś jeszcze niezwykle istotnego, fakt, że wielu mężczyzn nie odrzuca profilaktyki dlatego, że jej nie potrzebuje, lecz dlatego, że nie odnajduje się w obecnym modelu komunikacji dotyczącej zdrowia. Jednym z najważniejszych wniosków płynących z badania jest to, że sztywny, nakazowy sposób komunikowania zaleceń zdrowotnych może działać odwrotnie do zamierzonego celu.



Respondenci wielokrotnie wskazywali, że podczas kontaktu z personelem medycznym spotykają się przede wszystkim z komunikatami opartymi na zakazach: czego nie wolno jeść, czego nie wolno robić, z czego należy zrezygnować. Jednocześnie wielu badanych deklaruje, że nie otrzymuje indywidualnego wsparcia ani praktycznych wskazówek dostosowanych do swojej sytuacji. Taki model komunikacji może prowadzić do kilku niekorzystnych zjawisk.

Po pierwsze, zmniejsza poczucie sprawczości pacjenta. Zamiast wspólnie poszukiwać rozwiązań, pacjent staje się odbiorcą poleceń. Po drugie, wzmacnia przekonanie, że kontakt z lekarzem oznacza przede wszystkim ocenę dotychczasowego stylu życia i konieczność rezygnacji z wielu przyjemności. Po trzecie, może powodować unikanie wizyt profilaktycznych. Jeżeli pacjent spodziewa się przede wszystkim krytyki, kolejnych zakazów i restrykcyjnych zaleceń, motywacja do zgłoszenia się na badania znacząco maleje. W efekcie profilaktyka przestaje być postrzegana jako inwestycja w zdrowie, a zaczyna kojarzyć się z ograniczeniami.

Niniejszy raport jednoznacznie pokazuje, że współcześni mężczyźni oczekują zupełnie innego modelu opieki zdrowotnej. Chcą być wysłuchani, chcą rozumieć sens proponowanych działań i mieć możliwość wspólnego podejmowania decyzji dotyczących leczenia. Oczekują praktycznych rozwiązań możliwych do wdrożenia w codziennym życiu, a nie jedynie listy zakazów. Nie wskazuje to na konieczność rezygnacji z wymagań medycznych ani obniżenia standardów leczenia. Oznacza natomiast zmianę sposobu prowadzenia rozmowy z pacjentem. Jednocześnie komunikacja dotycząca zdrowia powinna odchodzić od języka strachu i nakazów na rzecz języka korzyści. Mężczyźni znacznie chętniej angażują się w działania, które pokazują, co mogą zyskać: więcej energii, lepszą sprawność, możliwość dłuższego aktywnego życia, większą samodzielność czy więcej czasu z rodziną. Zdrowie bez stereotypów to nie tylko więcej badań profilaktycznych. To przede wszystkim zmiana sposobu myślenia o zdrowiu zarówno po stronie pacjentów, jak i całego systemu ochrony zdrowia.

Profilaktyka nie powinna zaczynać się od zakazu. Powinna zaczynać się od rozmowy.
