

**Załącznik nr 1** do konkursu ofert na realizację programu polityki zdrowotnej pod nazwą: Wsparcie mieszkank Wrocławia w okresie menopauzy: MENOPAUZA – zdrowie, satysfakcja, dojrzałość!”

**AKCEPTUJĘ**

.....  
data, imię i nazwisko,  
stanowisko służbowe  
oraz podpis osoby  
zatwierdzającej  
program polityki  
zdrowotnej do  
realizacji

**”Wsparcie mieszkank Wrocławia w okresie  
menopauzy: MENOPAUZA – zdrowie,  
satysfakcja, dojrzałość!”**

Podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.]

Wrocław, 2025

**Wrocław** miasto spotkań

**Nazwa programu:**

“Wsparcie mieszkanek Wrocławia w okresie menopauzy:  
MENOPAUZA – zdrowie, satysfakcja, dojrzałość!”

**Okres realizacji programu:** 2026 (z możliwością kontynuacji)

Program zaplanowano na rok 2026, zgodnie z planowanym budżetem Miasta Wrocław. Zakłada się możliwość kontynuacji programu, zgodnie z budżetami planowanymi w kolejnych latach.

**Kontynuacja/trwałość programu:**

Opisywany program polityki zdrowotnej nie stanowi kontynuacji programu polityki zdrowotnej realizowanego w poprzednich latach, ale stanowi kontynuację wieloletnich działań miasta Wrocławia w obszarze wsparcia zdrowia kobiet w okresie menopauzy.

**Dane kontaktowe:**

Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych  
Urzędu Miejskiego Wrocławia  
Wrocław 50-320, ul. G. Zapolskiej 4  
tel. /71/ 777 77 60  
wzd@um.wroc.pl

**Data opracowania programu:** IV kwartał 2025 r.

## Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej .....	4
1. Opis problemu zdrowotnego .....	4
2. Dane epidemiologiczne .....	4
3. Opis obecnego postępowania .....	8
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu .....	12
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji .....	16
1. Cel główny .....	16
2. Cel szczegółowy .....	16
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej....	16
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji.....	17
1. Populacja docelowa .....	17
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w PPZ oraz kryteria wyłączenia z PPZ .....	18
3. Planowane interwencje .....	18
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej .....	25
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej ....	26
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej .....	26
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów .....	26
2. Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	27
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	29
1. Monitorowanie .....	29
2. Ewaluacja .....	30
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej .....	31
1. Koszty jednostkowe .....	31
2. Planowane koszty całkowite .....	32
3. Źródło finansowania .....	32
Bibliografia .....	33

# **I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej**

## **1. Opis problemu zdrowotnego**

Menopauza stanowi naturalny etap w biologicznym cyklu życia kobiety, oznaczający ustanie czynności jajników, a tym samym zakończenie cykli menstruacyjnych oraz utratę zdolności do naturalnej prokreacji. Należy ją rozumieć jako proces rozciągnięty w czasie, a nie jednorazowe wydarzenie. Zazwyczaj rozpoczyna się po 45 roku życia, choć moment jej wystąpienia jest zmienny i zależy od licznych czynników, w tym uwarunkowań genetycznych, stylu życia oraz ogólnego stanu zdrowia. Czas powolnego wygasania czynności hormonalnej jajników i w związku z tym szybko postępującej redukcji liczby pęcherzyków jajnikowych określa się jako okres premenopauzy<sup>1</sup>.

Konsekwencją stopniowego wygaszania funkcji jajników jest obniżenie stężenia kluczowych hormonów płciowych tj. estrogenu i progesteronu. Zmiana ta stanowi zasadniczy mechanizm biologiczny menopauzy i oddziałuje na liczne aspekty zdrowia kobiety, obejmujące zarówno sferę fizyczną, jak i emocjonalną<sup>2</sup>. Redukcja produkcji estrogenów prowadzi do szeregu zmian fizjologicznych i metabolicznych w organizmie. Estrogeny pełnią bowiem rolę wielokierunkową - uczestniczą w utrzymaniu gęstości mineralnej kości, regulują gospodarkę lipidową oraz wspierają prawidłowe funkcjonowanie układu sercowo-naczyniowego. Ich niedobór wiąże się ze zwiększonym ryzykiem rozwoju osteoporozy, chorób układu krążenia oraz zaburzeń metabolicznych charakterystycznych dla wieku okołomenopauzalnego<sup>3</sup>. Ponadto estrogeny odgrywają kluczową rolę w utrzymaniu zdrowia skóry,

---

<sup>1</sup> Pertyński T., Stachowiak G., Menopause - facts and controversies, Polish Journal of Endocrinology, Volume 57; Number 5/2006.

<sup>2</sup> Jankowska K., Przedwczesne wygasanie czynności jajników, Postępy Nauk Medycznych 12/2014, s. 860-864.

<sup>3</sup> Grycewicz J., Cypryk K., Wpływ hormonów płciowych na występowanie zaburzeń metabolicznych u kobiet w okresie menopauzy, Przegląd Menopauzalny 1/2008, s. 29-37.

włosów i błon śluzowych. Ich obniżony poziom może prowadzić do suchości skóry, utraty jej elastyczności, powstawania zmarszczek, a także do suchości pochwy, co często skutkuje obniżeniem komfortu życia intymnego i ogólnego samopoczucia kobiet w tym okresie<sup>4</sup>.

Z kolei progesteron, którego poziom również ulega obniżeniu w okresie menopauzy, pełni istotną funkcję w regulacji cyklu miesięczkowego oraz w modulowaniu nastroju. Jego niedobór może sprzyjać występowaniu typowych objawów klimakterycznych, takich jak uderzenia gorąca, nocne poty czy zaburzenia snu. Zmniejszona aktywność progesteronu wpływa również na neuroprzeżywalność i mechanizmy regulujące nastrój, co może skutkować zwiększoną drażliwością, gwałtownymi zmianami emocjonalnymi, a w niektórych przypadkach nawet rozwojem objawów depresyjnych. Warto podkreślić, że zarówno progesteron, jak i estrogen oddziałują na funkcjonowanie innych układów hormonalnych (w tym osi podwzgórze-przysadka-nadnercza) oraz gospodarki insulinowej. Zaburzenia w tej równowadze mogą prowadzić do zmian w masie ciała oraz zwiększonego ryzyka wystąpienia insulinooporności i cukrzycy typu 2<sup>5</sup>.

Przebieg menopauzy ma charakter wysoce indywidualny i może wiązać się z występowaniem różnorodnych objawów, których nasilenie i charakter ewoluują w czasie. Do najczęściej obserwowanych symptomów należą, wymienione już częściowo w poprzednich akapitach, uderzenia gorąca, nocne poty, zaburzenia nastroju, obniżone libido oraz problemy ze snem. Zmiany hormonalne wpływają również na inne aspekty zdrowia kobiety, takie jak przyrost masy ciała, pogorszenie kondycji skóry i włosów oraz wzrost ryzyka rozwoju osteoporozy, wynikający z obniżonej zdolności organizmu do utrzymania gęstości mineralnej kości<sup>6</sup>. Choć okres menopauzy bywa obciążający fizycznie i emocjonalnie, może

---

<sup>4</sup> Sugier A. Changes in the appearance of the skin and its appendages in women during menopause. *Aesth Cosmetol Med.* 2025;14(3):105-113

<sup>5</sup> Grycewicz J., Cypryk K., Wpływ hormonów płciowych... op. cit.

<sup>6</sup> Pertyński T., Stachowiak G., Menopause - facts and controversies... op. cit.

również stanowić okazję do pogłębienia świadomości własnego ciała oraz dostosowania stylu życia w sposób sprzyjający zachowaniu zdrowia i dobrostanu w późniejszych latach życia. Z tego względu kluczowe znaczenie ma zapewnienie kobietom w wieku okołomenopauzalnym rzetelnej edukacji zdrowotnej, profesjonalnego wsparcia medycznego oraz wsparcia emocjonalnego ze strony rodziny i całej społeczności. Regularne badania kontrolne i konsultacje lekarskie odgrywają istotną rolę w łagodzeniu objawów menopauzy oraz w zapobieganiu jej długofalowym następstwom zdrowotnym<sup>7</sup>.

Trudności wynikające ze zmian hormonalnych towarzyszących menopauzie nie dotyczą wyłącznie kobiet bezpośrednio ich doświadczających, lecz oddziałują również na funkcjonowanie ich rodzin, relacje partnerskie oraz efektywność zawodową. Z tego względu edukacja w zakresie fizjologii menopauzy oraz jej następstw ma kluczowe znaczenie. Pozwala ona zarówno kobietom, jak i ich bliskim lepiej rozumieć zachodzące procesy, a tym samym skuteczniej reagować na pojawiające się objawy i wyzwania związane z tym okresem życia. Choć menopauza stanowi naturalny etap w cyklu biologicznym, jej przebieg i konsekwencje mogą stanowić istotne obciążenie fizyczne i psychiczne, dlatego też konieczne jest kompleksowe podejście terapeutyczne, obejmujące zarówno profesjonalne wsparcie medyczne, jak i opiekę psychologiczną oraz działania edukacyjne ukierunkowane na zwiększenie świadomości społecznej dotyczącej tego okresu<sup>8</sup>.

Menopauzę uznaje się za potwierdzoną, gdy przez okres co najmniej 12 kolejnych miesięcy nie występuje krwawienie miesięczne<sup>9</sup>. Należy jednak pamiętać, że brak menstruacji może wynikać również z innych przyczyn, takich jak zaburzenia endokrynologiczne,

---

<sup>7</sup> Jurczak A., Udział pielęgniarki/położnej w edukacji kobiet w okresie premenopauzalnym, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2012, Tom 18, Nr 4, 308-313.

<sup>8</sup> Futyma K., Bielecka J., Chimkowska D., *Jakość życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym, Sytuacje trudne w ochronie zdrowia. T. 2 : praca zbiorowa*, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku 2017, s. 661-670.

<sup>9</sup> Pertyński T., Stachowiak G., *Menopause - facts and controversies...* op. cit.

dysfunkcje tarczycy czy, w rzadkich przypadkach, ciąża u kobiet w późnym okresie rozrodczym. Dlatego też kluczowe znaczenie ma konsultacja lekarska, umożliwiająca wykluczenie alternatywnych przyczyn zaniku menstruacji. Rozpoznanie menopauzy opiera się przede wszystkim na analizie objawów klinicznych, a w uzasadnionych przypadkach - na wynikach badań laboratoryjnych oceniających poziomy hormonów płciowych, w szczególności estrogenu i progesteronu. Uzyskanie takiego potwierdzenia jest istotne nie tylko z diagnostycznego punktu widzenia, lecz także w kontekście zapewnienia kobiecie odpowiedniego wsparcia medycznego i edukacyjnego, które umożliwi jej świadome zarządzanie zmianami zachodzącymi w organizmie oraz utrzymanie dobrostanu w okresie okołomenopauzalnym<sup>10</sup>.

W kontekście menopauzy szczególnego znaczenia nabiera także wsparcie psychologiczne, które stanowi istotny element kompleksowej opieki nad kobietą w tym okresie. Menopauza wiąże się bowiem nie tylko z objawami somatycznymi, lecz także z wyzwaniami natury emocjonalnej, takimi jak wahania nastroju, stany lękowe czy zaburzenia snu, mogącymi znacząco wpływać na jakość życia oraz relacje interpersonalne. Profesjonalna pomoc psychologiczna może odgrywać kluczową rolę w procesie adaptacji do zmian zachodzących w organizmie<sup>11</sup>. Równie istotna jest edukacja w zakresie skutecznego zarządzania objawami menopauzy, takimi jak uderzenia gorąca czy suchość pochwy, z wykorzystaniem zarówno konwencjonalnych metod terapeutycznych, jak i podejść komplementarnych (m.in. modyfikacje diety, regularna aktywność fizyczna, techniki relaksacyjne oraz inne interwencje sprzyjające równowadze psychofizycznej)<sup>12</sup>.

---

<sup>10</sup> Pertyński T., Stachowiak G., Stetkiewicz T., Rola ginekologa w okresie pre- i okołomenopauzalnym, *Przegląd Menopauzalny* 2/2007, s. 63-39.

<sup>11</sup> Koligat D. i in., Występowanie depresji i lęku u kobiet w okresie menopauzy, *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 3 (44) 2015, s. 159-163.

<sup>12</sup> Futyma K., Bielecka J., Chimkowska D., Jakość życia kobiet w okresie... op. cit.

Edukacja dotycząca znaczenia diety oraz aktywności fizycznej w łagodzeniu objawów menopauzy stanowi kluczowy element profilaktyki i promocji zdrowia kobiet w tym okresie. Odpowiednio zbilansowany sposób żywienia, bogaty w wapń, witaminę D oraz magnez, sprzyja utrzymaniu prawidłowej gęstości mineralnej kości, tym samym redukując ryzyko rozwoju osteoporozy, którego prawdopodobieństwo wzrasta po menopauzie<sup>13</sup>. Regularna aktywność fizyczna odgrywa równie istotną rolę, ponieważ wspomaga utrzymanie prawidłowej masy ciała, poprawia krążenie oraz wpływa korzystnie na samopoczucie psychiczne poprzez stymulację wydzielania endorfin. Dodatkowo może przyczyniać się do zmniejszenia częstotliwości i intensywności uderzeń gorąca, stanowiąc tym samym ważny element niefarmakologicznego wsparcia kobiet w okresie okołomenopauzalnym<sup>14</sup>.

Podsumowując, choć przebieg menopauzy jest zjawiskiem wysoce indywidualnym i każda kobieta doświadcza go w odmienny sposób, istnieją liczne strategie umożliwiające skuteczniejsze zarządzanie tym okresem życia. Kompleksowe podejście, łączące wiedzę medyczną, psychologiczną i edukacyjną, stanowi fundament skutecznego wspierania kobiet w okresie menopauzalnym i pozwala na utrzymanie wysokiej jakości życia mimo zachodzących zmian biologicznych.

## **2. Dane epidemiologiczne**

Globalna populacja kobiet po menopauzie systematycznie wzrasta. Z roku na rok coraz więcej kobiet spędza znaczną część swojego życia w fazie pomenopauzalnej, co wynika wprost ze wzrostu średniej długości życia. Według WHO, do 2030 roku ponad 1,2 miliarda kobiet na świecie będzie w okresie menopauzy lub po menopauzie. Dane te wskazują na konieczność postrzegania

---

<sup>13</sup> Brończyk Puzoń A. i in., Rola wybranych składników odżywczych diety u kobiet w okresie naturalnej menopauzy - przegląd piśmiennictwa, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2016, Tom 22, Nr 2, 83–88.

<sup>14</sup> Dąbrowska J. i in., Rola wysiłku fizycznego w okresie menopauzy, *Przegląd Menopauzalny* 6/2012, s. 445-448.

menopauzy i jej konsekwencji jako globalnego problemu zdrowia publicznego<sup>15</sup>.

Menopauza w populacji polskich kobiet najczęściej występuje w wieku od 45 do 55 r. ż., a mediana jej wieku wynosi ok. 51 lat<sup>16</sup>. Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w Polsce żyje obecnie ponad 9,6 mln kobiet w wieku 45 lat i więcej. W województwie dolnośląskim jest to ponad 750,1 tys. kobiet, a w samym Wrocławiu – ponad 163,2 tys. (45,8% ogółu żeńskiej populacji miasta). Zgodnie z prognozami GUS, bazującymi na danych Narodowego Spisu Powszechnego z 2021 roku, można szacować, że populacja ta do roku 2060 wzrośnie o ok. 32%. Jak już wspomniano w poprzednim akapicie, obserwowana sytuacja demograficzna wynika przede wszystkim ze wzrostu oczekiwanej długości życia. Zgodnie z danymi za rok 2024 przeciętne dalsze trwanie życia dla kobiet w wieku 45 lat wynosi we Wrocławiu 39,4 i jest to wartość wyższa, zarówno od wskaźnika dla województwa dolnośląskiego (38), jak i kraju (38,3). Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet w wieku 45 lat wydłużyło się we Wrocławiu w ostatnich 10 latach o 1,4, a prognozy wskazują na dalszy wzrost tego wskaźnika<sup>17</sup>. Dane te niewątpliwie podkreślają konieczność podejmowania efektywnych interwencji służących poprawie jakości życia kobiet w okresie menopauzalnym i pomenopauzalnym.

Jak już wspomniano, menopauza w populacji polskich kobiet najczęściej występuje w wieku od 45 do 55 r. ż., natomiast części populacji dotyczy problem wczesnej menopauzy tj. pojawiającej się w wieku 40-44 lat. Według szacunkowych danych epidemiologicznych w krajach o wysokich dochodach, do których zalicza się Polska, problem ten dotyczy ok. 8% kobiet. Dodatkowo,

---

<sup>15</sup> Delanerolle G. et al., Menopause: a global health and wellbeing issue that needs urgent attention, *The Lancet Global Health*, Volume 13, Issue 2, 196-198.

<sup>16</sup> Kaczmarek M., Określenie wieku menopauzy naturalnej w populacji polskich kobiet, *Przegląd Menopauzalny* 2/2007s. 77-82.

<sup>17</sup> Bank danych lokalnych, [bdl.stat.gov.pl](http://bdl.stat.gov.pl).

u ok. 2% kobiet menopauza pojawia się jeszcze wcześniej, a więc przed 40 r. ż. – jest to tzw. przedwczesna niewydolność jajników (przedwczesna menopauza). Zarówno wczesna menopauza, jak i przedwczesna niewydolność jajników, mogą istotnie wpływać na zwiększone ryzyko chorób przewlekłych, w tym szczególnie chorób układu krążenia, osteoporozy i zaburzeń metabolicznych<sup>18</sup>.

Choroby układu krążenia są główną przyczyną zgonów kobiet w populacji Polski, a wskaźnik zgonów kobiet ogółem z powodu chorób układu krążenia na 100 tys. kobiet wyniósł w 2023 roku 469,9. We Wrocławiu, w analogicznym okresie, wskaźnik ten był niewiele niższy, ponieważ wyniósł 447,8/100 tys. kobiet, natomiast wyższy od ogólnopolskiego był już wskaźnik zgonów kobiet w wieku do 65 lat z powodu chorób układu krążenia na 100 tys. kobiet w tym wieku (37,1 vs. 25,6 w kraju ogółem). Należy podkreślić, że choroby układu krążenia stanowią poważny problem w okresie menopauzy, głównie w związku ze zwiększonym ryzykiem choroby wieńcowej i miażdżycy, wynikającym ze zmniejszającego się poziomu estrogenów. Badania naukowe wskazują, że kobiety doświadczające przedwczesnej menopauzy (przed 40 r. ż.) mają o 55% wyższe ryzyko wystąpienia nieśmiertelnego zdarzenia sercowo-naczyniowego, a kobiety z wczesną menopauzą (w wieku 40-44 lat) mają to ryzyko wyższe o 30%<sup>19</sup>. Zgodnie z najnowszymi publikowanymi w mapach potrzeb zdrowotnych danymi, chorobowość szpitalna kobiet w wieku 65 lat i więcej z powodu chorób układu krążenia w roku 2023 wyniosła we Wrocławiu 8 279,24/100 tys. ludności i była to wartość wyższa od średniej dla województwa dolnośląskiego (8 008,9), a także wartość wyższa od tej z roku 2021 (6 645), co wskazuje na tendencję rosnącą w tym zakresie<sup>20</sup>. Dane te podkreślają konieczność zwrócenia szczególnej

---

<sup>18</sup> Mishra G. et al., Optimising health after early menopause, *The Lancet*, Volume 403, Issue 10430, 958-968.

<sup>19</sup> Zhu, D · Chung, H-F · Dobson, AJ · et al. Age at natural menopause and risk of incident cardiovascular disease: a pooled analysis of individual patient data, *Lancet Public Health*. 2019; 4:e553-e564.

<sup>20</sup> Mapa potrzeb na lata 2022-2026, Leczenie szpitalne, [basiw.mz.gov.pl](http://basiw.mz.gov.pl).

uwagi na działania edukacyjne w obszarze profilaktyki chorób układu krążenia w populacji mieszkank Wrocławia w okresie okołomenopauzalnym.

Kolejnym poważnym problemem w populacji kobiet, prowadzącym do złamań kości i zwiększonego wskaźnika niepełnosprawności, pozostaje osteoporoza. Najgwałtowniejsza utrata masy kostnej następuje w ciągu 5 lat po menopauzie. Spadek produkcji estrogenu powoduje zwiększoną resorpcję kości i zmniejszone wchłanianie wapnia. Roczne zmniejszenie masy kostnej w pierwszych latach po menopauzie wynosi 3-5%, zaś po 65. roku życia zmniejsza się nawet do 1%<sup>21</sup>. Badania naukowe wskazują, że kobiety z wczesną menopauzą, w porównaniu do kobiet przechodzących ją później, mają o 83% wyższe ryzyko osteoporozy oraz o 68% wyższe ryzyko złamań kości<sup>22</sup>. Zgodnie z najnowszymi publikowanymi w mapach potrzeb zdrowotnych danymi, chorobowość szpitalna kobiet w wieku 65 lat i więcej z powodu zaburzeń mineralizacji i struktury kości w roku 2023 wyniosła we Wrocławiu 84,66/100 tys. ludności i była to wartość wyższa od średniej dla województwa dolnośląskiego (56,79) oraz kraju (80,08), a także wartość wyższa od tej z roku 2021 (71,35), co wskazuje na tendencję rosnącą w tym zakresie<sup>23</sup>. Dane te podkreślają konieczność zwrócenia szczególnej uwagi na działania edukacyjne w obszarze profilaktyki osteoporozy w populacji mieszkank Wrocławia w okresie okołomenopauzalnym.

Kobiety w okresie menopauzalnym i pomenopauzalnym narażone są także na rozwój zaburzeń metabolicznych, w tym szczególnie zespołu metabolicznego. Wiek menopauzalny jest uważany zarówno za niezależny czynnik ryzyka zespołu metabolicznego, jak i każdego z jego poszczególnych elementów (otyłość, podwyższone ciśnienie tętnicze, cukrzyca lub stan przedcukrzycowy). Szacuje się, że ryzyko

---

<sup>21</sup> Andryskowski G., Postmenopausal calcium supplementation, *Przegląd Menopauzalny*, 5/2006, s. 329-332.

<sup>22</sup> Svejme, O · Ahlborg, HG · Nilsson, J-Å · et al. Early menopause and risk of osteoporosis, fracture and mortality: a 34-year prospective observational study in 390 women, *BJOG*. 2012; 119:810-816.

<sup>23</sup> Mapa potrzeb na lata 2022-2026, Leczenie szpitalne... op. cit.

rozwoju zespołu metabolicznego wzrasta do ok. 15 lat po menopauzie, a następnie spada<sup>24</sup>. Zgodnie z najnowszymi publikowanymi w mapach potrzeb zdrowotnych danymi, chorobowość szpitalna kobiet w wieku 65 lat i więcej z powodu chorób metabolicznych w roku 2023 wyniosła we Wrocławiu 679,65/100 tys. ludności i była to wartość wyższa od średniej dla województwa dolnośląskiego (594,93) oraz kraju (543,2), a także wartość wyższa od tej z roku 2021 (483,28), co wskazuje na tendencję rosnącą w tym zakresie<sup>25</sup>. Dane te podkreślają konieczność zwrócenia szczególnej uwagi na działania edukacyjne w obszarze profilaktyki zaburzeń metabolicznych w populacji mieszkanki Wrocławia w okresie okołomenopauzalnym.

### **3. Opis obecnego postępowania**

W warunkach polskiego systemu opieki zdrowotnej na rynku publicznym, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, realizowane są porady ginekologiczne i liczne badania diagnostyczne<sup>26</sup>. Z kolei świadczenia gwarantowane podstawowej opieki zdrowotnej obejmują m.in. wizyty i porady położnej POZ realizowane w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcą lub na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności<sup>27</sup>. Poradnictwo psychologiczne na rynku publicznym realizowane jest na podstawie przepisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia

---

<sup>24</sup> Stachowiak G., Zając A., Pertyński P., Zespół metaboliczny u kobiet w okresie menopauzy, *Przegląd Menopauzalny*, 1/2009, s. 6-10.

<sup>25</sup> Mapa potrzeb na lata 2022-2026, Leczenie szpitalne... op. cit.

<sup>26</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [Tekst jedn. Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.].

<sup>27</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej [Tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.].

uzależnień<sup>28</sup>. Należy wyraźnie podkreślić, że ww. świadczenia, pomimo ich obecności w wykazie świadczeń gwarantowanych, nie są w żaden sposób ze sobą skoordynowane w ramach opieki nad kobietą w okresie okołomenopauzalnym. Interwencje zaplanowane do realizacji w niniejszym programie pozwolą na udzielenie skoordynowanego wsparcia kobietom w tym szczególnym okresie, a także - dzięki działaniom edukacyjnym i szkoleniowym - będą stanowiły wartość dodaną do obecnie obowiązujących świadczeń.

#### **4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu**

Kobiety w okresie okołomenopauzalnym, według ekspertów WHO, potrzebują dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych oraz społeczności i systemów, które mogą je wspierać. Niestety, zarówno świadomość, jak i dostęp do informacji oraz usług związanych z przebiegiem menopauzy pozostają poważnym wyzwaniem w większości krajów świata. Temat menopauzy często pozostaje przemilczany, zarówno w rodzinach, jak i lokalnych społecznościach, miejscach pracy oraz placówkach opieki zdrowotnej. Kobiety mogą nie zdawać sobie sprawy, że objawy, których doświadczają, są związane z menopauzą, ani że istnieją możliwości terapii i poradnictwa, które mogą pomóc złagodzić odczuwany dyskomfort oraz w efekcie przyczynić się istotnie do poprawy jakości życia. Zgodnie z zaleceniami WHO, społeczne, psychologiczne i fizyczne wsparcie zdrowotne w okresie menopauzy i po menopauzie powinno stanowić integralną część systemu opieki zdrowotnej<sup>29</sup>. Działania zaproponowane w niniejszym programie, zaplanowane do realizacji na terenie Wrocławia, stanowią odpowiedź na te zalecenia.

Warto także podkreślić, że Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2027-2031<sup>30</sup> wyraźnie wskazuje, że w województwie dolnośląskim należy

---

<sup>28</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień z późn. zm.].

<sup>29</sup> WHO, [who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause](http://who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause).

<sup>30</sup> Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2025.42]

intensyfikować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechniać profilaktykę zdrowotną oraz edukować społeczeństwo. W odpowiedzi na ww. rekomendację, w programie zaplanowane zostały działania edukacyjne i szkoleniowe. Wdrożenie programu zwiększającego dostęp do kompleksowego wsparcia dla kobiet w okresie okołomenopauzalnym we Wrocławiu jest działaniem istotnym, ponieważ wczesna i trafna diagnoza jest warunkiem niezbędnym do tego aby zapobiec licznym objawom menopauzy lub zmniejszyć ich intensywność, co w konsekwencji pozwoli na zwiększenie jakości życia kobiet w tym szczególnym okresie.

Działania możliwe do realizacji w planowanym programie polityki zdrowotnej wpisują się w następujące krajowe, regionalne i lokalne dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia:

1. Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.<sup>31</sup>: Obszar Pacjent Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych; Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych:
  - Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych,
  - Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia;
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025<sup>32</sup>: Cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne;
3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026<sup>33</sup>: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa dolnośląskiego, obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: Rekomendacja 3.2. Należy podejmować działania mające na

---

<sup>31</sup> Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” [RM-06111-193-21].

<sup>32</sup> Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

<sup>33</sup> Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69]

- celu propagowanie zdrowego stylu życia. Istotna jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, na które należy zwiększyć nakłady finansowe;
4. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2027-2031<sup>34</sup>:  
rekomendowane kierunki działań na terenie województwa dolnośląskiego: obszar czynniki ryzyka i profilaktyka:  
Rekomendacja 3.1. Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa;
  5. Krajowy plan transformacji na lata 2022-2026 – obszar czynniki ryzyka i profilaktyka;
  6. Wojewódzki plan transformacji dla województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026<sup>35</sup> - obszar czynniki ryzyka i profilaktyka:  
Rekomendacja 1.2. Należy podejmować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia. Istotna jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, na które należy zwiększyć nakłady finansowe;
  7. Strategia Wrocław 2030<sup>36</sup>: Priorytet 5. Zdrowi i aktywni mieszkańcy;
  8. Założenia i kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej w latach 2022-2026: Priorytet taktyczny 1.1. Poprawa jakości działań prozdrowotnych w zakresie głównych czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych, Priorytet taktyczny 1.2. Zwiększenie uczestnictwa w programach profilaktyki onkologicznej, Priorytet taktyczny 1.3. Przeciwdziałanie wybranym chorobom cywilizacyjnym, Priorytet taktyczny 1.4. Promocja i ochrona zdrowia psychicznego.

---

<sup>34</sup> Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy... op. cit.

<sup>35</sup> Obwieszczenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji Wojewódzkiego Planu Transformacji Województwa Dolnośląskiego na lata 2022-2026.

<sup>36</sup> Strategia Wrocław 2030, Załącznik do uchwały nr LI/1193/18 Rady Miejskiej Wrocławia z dnia 15 lutego 2018 r.

## **II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji**

### **1. Cel główny**

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu kompetencji zdrowotnych w zakresie menopauzy wśród co najmniej 70%\* uczestniczek kompleksowego wsparcia w okresie menopauzalnym

### **2. Cel szczegółowy**

1) Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie menopauzy wśród co najmniej 70%\* uczestniczek szkoleń dla kobiet w okresie okołomenopauzalnym i menopauzalnym

2) Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie wsparcia kobiet w okresie menopauzy wśród co najmniej 70%\* uczestników szkoleń dla personelu medycznego

\* Wskaźniki docelowe przyjęto bazując na sprawozdaniach z realizacji działań Miasta Wrocławia w obszarze wsparcia zdrowia kobiet w okresie menopauzy, realizowanych w latach poprzednich poza formułą programu polityki zdrowotnej

### **3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej**

**Tab. I. Mierniki efektywności PPZ**

Cel	Miernik efektywności
Główny	Odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom kompetencji zdrowotnych w zakresie menopauzy (co najmniej 8 pkt. w ankiecie kompetencji zdrowotnych) względem wszystkich uczestniczek kompleksowego wsparcia w okresie menopauzalnym, które wypełniły pre-test
Szczegółowy 1	Odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 80% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie menopauzy, względem wszystkich uczestniczek szkoleń dla kobiet w okresie okołomenopauzalnym i menopauzalnym, które wypełniły pre-test
Szczegółowy 2	Odsetek osób z personelu medycznego, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 80% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie wsparcia kobiet w okresie menopauzy, względem wszystkich uczestników szkoleń dla personelu medycznego, którzy wypełnili pre-test

### **III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji**

#### **1. Populacja docelowa**

Program skierowany będzie do następujących grup docelowych:

1) **w zakresie kampanii informacyjno-edukacyjnej** – do ogółu populacji kobiet w okresie okołomenopauzalnym oraz menopauzalnym w wieku 40-55 r. ż., zamieszkujących Wrocław; według GUS<sup>37</sup> populacja ta liczy ok. 79,2 tys. osób;

2) **w zakresie szkoleń dla kobiet w okresie okołomenopauzalnym i menopauzalnym** – do ogółu populacji kobiet w okresie okołomenopauzalnym oraz menopauzalnym w wieku 40-55 r. ż., zamieszkujących Wrocław; według GUS<sup>38</sup> populacja ta liczy ok. 79,2 tys. osób, w związku z ograniczeniami finansowymi zaplanowano 3 szkolenia, które obejmą maksymalnie 120 osób;

3) **w zakresie webinarów dla personelu medycznego** – do personelu medycznego, w tym lekarzy, położnych, pielęgniarek, świadczących usługi zdrowotne dla kobiet w okresie menopauzalnym na terenie Miasta Wrocławia; według danych map potrzeb zdrowotnych<sup>39</sup> na terenie miasta pracuje ok. 270 lekarzy specjalistów w dziedzinie położnictwa i ginekologii, ok. 965 położnych oraz ok. 7,7 tys. pielęgniarek; w związku z ograniczeniami finansowymi zaplanowano 2 szkolenia, które obejmą maksymalnie 80 osób;

4) **w zakresie kompleksowego wsparcia w okresie menopauzalnym** – do populacji kobiet w wieku 40-55 r. ż., zamieszkujących Wrocław, u których na podstawie wstępnego wywiadu stwierdza się obecność co najmniej trzech typowych

---

<sup>37</sup> Bank danych lokalnych, bdl.stat.gov.pl.

<sup>38</sup> Ibidem.

<sup>39</sup> Mapa potrzeb na lata 2022-2026, Kadry medyczne, dane za rok 2024, basiw.mz.gov.pl.

objawów charakterystycznych dla okresu menopauzalnego;  
w związku z ograniczeniami danych statystycznych  
i epidemiologicznych liczebność tej populacji jest trudna do  
oszacowania, w związku z ograniczeniami finansowymi zaplanowano  
objęcie kompleksowym wsparciem 100 kobiet z populacji docelowej.

Wskaźniki docelowe dotyczące zgłaszalności do programu, a tym  
samym liczby osób objętych poszczególnymi działaniami, przyjęto  
bazując na sprawozdaniach z realizacji działań Miasta Wrocławia  
w obszarze wsparcia zdrowia kobiet w okresie menopauzy,  
realizowanych w latach poprzednich poza formułą programu polityki  
zdrowotnej.

## **2. Kryteria kwalifikacji do udziału w PPZ oraz kryteria wyłączenia z PPZ**

### **1) Kampania informacyjno-edukacyjna**

a) Kryteria włączenia:

- kobieta w wieku 40-55 lat
- zamieszkiwanie na terenie Miasta Wrocławia

b) Kryteria wyłączenia: brak

### **2) Szkolenia dla kobiet w okresie okołomenopauzalnym i menopauzalnym**

a) Kryteria włączenia:

- kobieta w wieku 40-55
- zamieszkiwanie na terenie Miasta Wrocławia

b) Kryteria wyłączenia:

- uczestnictwo w działaniach edukacyjnych z tego samego zakresu tematycznego, finansowanych ze środków publicznych w okresie ostatnich 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu

### **3) Szkolenia dla personelu medycznego**

a) Kryteria włączenia:

- przedstawiciel personelu medycznego: lekarz, położna, pielęgniarka
- świadczenie usług zdrowotnych dla kobiet w okresie menopauzalnym na terenie Miasta Wrocławia

b) Kryteria wyłączenia:

- uczestnictwo w działaniach edukacyjnych z tego samego zakresu tematycznego, finansowanych ze środków publicznych w okresie ostatnich 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu

#### **4) Kompleksowe wsparcie kobiet w okresie menopauzalnym**

a) Kryteria włączenia:

- kobieta w wieku 40-55
- obecność co najmniej trzech typowych objawów charakterystycznych dla okresu menopauzalnego, takich jak: pierwsze zaburzenia miesiączkowania, suchość pochwy, infekcje układu moczowego, spadek hormonów gonadalnych, przyrost masy ciała, uczucie zmęczenia i apatia, obniżenie nastroju, drażliwość, nerwowość, osłabienie zdolności do koncentracji uwagi i zapamiętywania, zaburzenia snu, płaczliwość, objawy lękowe, trudność we współżyciu, obniżenie poczucia własnej wartości, wahania nastroju
- zamieszkiwanie na terenie Miasta Wrocławia

b) Kryteria wyłączenia:

- pozostawanie pod opieką specjalistyczną w poradni ginekologiczno-położniczej w związku z podejrzeniem lub diagnozą rozpoczęcia okresu menopauzalnego
- indywidualne przeciwwskazania zdrowotne do udziału w programie

### **3. Planowane interwencje**

#### **Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej**

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez realizatora w ramach współpracy z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej,

ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (poradnie położniczo-ginekologiczne), innymi podmiotami leczniczymi, organizacjami pozarządowymi. Ponadto informacje o programie dostępne będą w siedzibie realizatora, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Miejskim Wrocławia (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Akcje promocyjne mogą odbywać się także z uwzględnieniem lokalnych mediów (np. prasa, radio, tv, spoty w autobusach miejskich), publikacji w mediach społecznościowych, kolportażu ulotek i plakatów informacyjnych na terenie miasta. Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o programie ostatecznie zależny będzie od wyboru narzędzi przez realizatora. Akcja informacyjna prowadzona będzie w sposób ciągły w całym okresie realizacji programu.

### **3.1. Kampania informacyjno-edukacyjna**

- realizowana poprzez udostępnianie informacji o celach programu, populacji docelowej, proponowanych interwencjach, sposobach zgłaszania się do programu, terminach przyjmowania zgłoszeń, miejscach i formach realizacji poszczególnych działań w ramach programu;
- realizowana poprzez opracowanie i dystrybucję materiałów edukacyjnych (ulotek, broszur), pozwalających na zwiększenie świadomości na temat objawów menopauzy, sposobów radzenia sobie z trudnościami wynikającymi z tego okresu, a także możliwości uzyskania wsparcia specjalistycznego;
- realizowana z uwzględnieniem dostosowania języka i zakresu tematycznego podejmowanych działań do odbiorców przekazu;
- realizowana z możliwością wykorzystania materiałów edukacyjnych przygotowanych przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia (np.: materiały edukacyjne opracowane przez Ministerstwo Zdrowia, NFZ, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH, organizacje pozarządowe).

### **3.2. Szkolenia dla kobiet w okresie okołomenopauzalnym i menopauzalnym**

- skierowane do kobiet w wieku 40-55 r. ż., będących w okresie okołomenopauzalnym lub menopauzalnym,
- realizowane w formie webinarów (3 szkolenia rocznie trwające co najmniej 4h edukacyjne);
- uwzględniające opracowanie i przekazanie uczestnikom materiałów w formie broszur lub prezentacji edukacyjnych;
- poświęcone szeroko pojętej tematyce menopauzy, w tym:
  - zrozumienie menopauzy i zmian zachodzących w organizmie kobiety w tym szczególnym okresie (fazy klimakterium, fizjologia i objawy, zaburzenia hormonalne i ich skutki, wpływ zmiany gospodarki estrogenowej na skórę, błony śluzowe, układ kostny i naczyniowy, diagnostyka okresu okołomenopauzalnego)
  - hormonalna terapia zastępcza podczas menopauzy (wskazania, przeciwwskazania, formy terapii)
  - zdrowie intymne po menopauzie (suchość pochwy, infekcje, nietrzymanie moczu, rola położnej w profilaktyce i leczeniu)
  - rola stylu życia w okresie okołomenopauzalnym, menopauzalnym i pomenopauzalnym (znaczenie zdrowych nawyków żywieniowych, aktywności fizycznej, snu i regeneracji, negatywny wpływ używek i przewlekłego stresu)
  - dobrostan psychiczny w menopauzie (radzenie sobie ze zmianami nastroju, radzenie sobie ze stresem i adaptacja do zmian, poczucie kobiecości i seksualności po menopauzie)
  - profilaktyka chorób układu krążenia u kobiet po 45 roku życia (czynniki ryzyka, zmiany metaboliczne po menopauzie, znaczenie aktywności fizycznej, diety i kontroli lipidów, dostępne programy profilaktyczne i badania diagnostyczne)
  - profilaktyka osteoporozy u kobiet po 45 roku życia (czynniki ryzyka, utrata masy kostnej po menopauzie, znaczenie ruchu,

- diety i suplementacji, dostępne programy profilaktyczne i badania diagnostyczne)
- profilaktyka zaburzeń metabolicznych u kobiet po 45 roku życia (czynniki ryzyka, diagnostyka zespołu metabolicznego, znaczenie ruchu, diety i suplementacji, dostępne programy profilaktyczne i badania diagnostyczne)
- obejmujące badanie poziomu wiedzy przy zastosowaniu pre-testu przed szkoleniem oraz post-testu po szkoleniu, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych (wzoru testu nie dołączono do programu polityki zdrowotnej, ponieważ wzór ten opracuje realizator na podstawie planu tematyki szkoleń, test będzie tematycznie zgodny z zakresem szkoleń).

### **3.3. Szkolenia dla personelu medycznego**

- skierowane do personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych na terenie Wrocławia kobietom w okresie menopauzalnym, w tym do położnych, pielęgniarek i lekarzy specjalistów w dziedzinie położnictwa i ginekologii;
- realizowane w formie webinarów (2 szkolenia rocznie trwające co najmniej 4h edukacyjne);
- uwzględniające opracowanie i przekazanie uczestnikom materiałów w formie broszur lub prezentacji edukacyjnych;
- poświęcone szeroko pojętej tematyce menopauzy w praktyce zawodowej położnej, pielęgniarki i lekarza ginekologa, w tym np.:
  - współczesne podejście do menopauzy (fizjologia i patofizjologia okresu menopauzalnego, diagnostyka zgodna z aktualną wiedzą medyczną i aktualne standardy postępowania, diagnostyka laboratoryjna i obrazowa, interpretacja wyników w praktyce klinicznej, nowoczesne strategie leczenia objawów menopauzy, leczenie zindywidualizowane)
  - choroby towarzyszące i działania profilaktyczne w okresie okołomenopauzalnym, menopauzalnym i pomenopauzalnym (wpływ menopauzy na rozwój chorób układu krążenia,

- osteoporozy oraz profilaktyka tych schorzeń, zespół metaboliczny i insulinooporność w okresie okołomenopauzalnym - strategie żywieniowe i farmakologiczne, profilaktyka onkologiczna u kobiet w okresie menopauzy - zasady badań przesiewowych i efektywnej edukacji pacjentek)
- aspekty psychologiczne i komunikacyjne w opiece nad kobietą w okresie menopauzy (rola kompetencji miękkich w zakresie komunikacji, empatii i wsparcia emocjonalnego pacjentek, psychologiczne aspekty menopauzy, rola położnej/pielęgniarki w edukacji i wsparciu emocjonalnym kobiety, komunikacja z pacjentką w okresie zmian, rola współpracy zespołu terapeutycznego – formy i cele współpracy lekarza, położnej, pielęgniarki i psychologa, modele koordynowanej opieki nad kobietą w wieku okołomenopauzalnym)
  - obejmujące badanie poziomu wiedzy przy zastosowaniu pre-testu przed szkoleniem oraz post-testu po szkoleniu, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych (wzoru testu nie dołączono do programu polityki zdrowotnej, ponieważ wzór ten opracuje realizator na podstawie planu tematyki szkoleń, test będzie tematycznie zgodny z zakresem szkoleń).

#### **3.4. Kompleksowe wsparcie kobiet w okresie menopauzalnym**

- skierowane do kobiet w wieku 40-55 r. ż., posiadających objawy typowe dla okresu menopauzalnego;
- ukierunkowane na wstępne rozpoznanie problemów zdrowotnych kobiet w okresie menopauzy;
- uwzględniające holistyczne podejście do zdrowia kobiety poprzez uwzględnienie sfery fizycznej, psychicznej i społecznej;
- obejmujące trzy następujące konsultacje specjalistyczne dla wszystkich uczestniczek:
  - konsultację lekarską ginekologiczną – obejmującą rozmowę mającą na celu poszerzenie świadomości w kwestii każdego etapu okresu menopauzy, przeprowadzenie wywiadu,

- omówienie objawów klinicznych i sposobów radzenia sobie z nimi (w tym także z uwzględnieniem potrzeby stosowania hormonalnej terapii zastępczej według indywidualnych wskazań) oraz wydanie zaleceń dotyczących dalszego postępowania, w tym w zakresie dalszej diagnostyki lub terapii realizowanej poza programem,
- konsultację psychologiczną – obejmującą udzielenie wsparcia mającego na celu przeciwdziałanie pogłębianiu się problemów w obszarze zdrowia psychicznego (np. depresji, uzależnień, objawów lękowych, apatii itp.), poszerzenie samoświadomości na temat objawów okresu menopauzalnego związanych ze sferą psychiczną, wydanie zaleceń dotyczących dalszego postępowania, w tym w zakresie dalszej diagnostyki lub terapii realizowanej poza programem,
  - konsultację położnej – obejmującą udzielenie wsparcia mającego na celu zwiększenie wiedzy i poszerzenie świadomości w zakresie przebiegu menopauzy, a także edukację zdrowotną w zakresie wpływu czynników stylu życia na przebieg okresu menopauzalnego i pomenopauzalnego, a także edukację w zakresie profilaktyki chorób okresu pomenopauzalnego (np. osteoporozy, chorób układu krążenia, zaburzeń metabolicznych);
- obejmujące maksymalnie 2 dodatkowe konsultacje położnej dla uczestniczek, u których podczas pierwszej konsultacji położnej stwierdzono występowanie problemów zdrowotnych wymagających wsparcia w większym wymiarze liczby godzin konsultacji (na podstawie doświadczeń w realizacji działań w latach poprzednich, szacuje się, że dodatkowego wsparcia wymagało będzie ok. 20% uczestniczek);
  - obejmujące maksymalnie 2 dodatkowe konsultacje psychologiczne dla uczestniczek, u których podczas pierwszej konsultacji psychologicznej stwierdzono występowanie problemów zdrowotnych wymagających wsparcia w większym wymiarze liczby godzin konsultacji (na podstawie doświadczeń

w realizacji działań w latach poprzednich, szacuje się, że dodatkowego wsparcia wymagało będzie ok. 20% uczestniczek);

- obejmujące badanie poziomu satysfakcji z otrzymanego wsparcia przez uczestniczkę po konsultacji (wzór – załącznik 4);
- obejmujące badanie poziomu kompetencji zdrowotnych w zakresie menopauzy przed pierwszą konsultacją w formie pre-testu oraz po ostatniej konsultacji w formie post-testu (wzór – załącznik 5).

### **Dowody skuteczności planowanych działań**

Wszystkie zaplanowane w programie interwencje są skuteczne i bezpieczne dla uczestników, zgodne z rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji, w tym z zaleceniami i wytycznymi WHO<sup>40</sup> oraz NICE (2024)<sup>41</sup>.

### **4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej**

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Rekrutacja uczestniczek przeprowadzana będzie m.in. poprzez materiały informacyjno-edukacyjne (ulotki, broszury) oraz poprzez komunikat zamieszczony na stronie internetowej realizatora, na której znajdzie się harmonogram realizacji poszczególnych interwencji oraz podstawowe informacje o realizowanym programie. W realizacji programu będą brały udział osoby obsługujące wszelkie działania od strony organizacyjnej i administracyjnej. Zadania te będą obejmowały udzielanie informacji i rejestrację telefoniczną do udziału w programie, wraz ze wstępną weryfikacją spełniania

---

<sup>40</sup> WHO, [who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause).

<sup>41</sup> NICE guideline, NG23, Menopause: identification and management, Published: 12 November 2015, Last updated: 07 November 2024, [nice.org.uk/guidance/ng23](https://www.nice.org.uk/guidance/ng23).

kryteriów włączenia, a także koordynację realizacji programu i nadzór organizacyjny.

## **5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej**

Sposoby zakończenia udziału w PPZ są następujące:

- w przypadku uczestników szkoleń dla kobiet w okresie okołomenopauzalnym i menopauzalnym – udział w programie kończy się w momencie wypełnienia post-testu wiedzy po szkoleniu,
- w przypadku uczestników szkoleń dla personelu medycznego – udział w programie kończy się w momencie wypełnienia post-testu wiedzy po szkoleniu,
- w przypadku uczestniczek interwencji w obszarze kompleksowego wsparcia w okresie menopauzalnym – udział w programie kończy się w momencie zakończenia ostatniej konsultacji oraz wypełnienia ankiety satysfakcji z otrzymanego wsparcia i ankiety kompetencji zdrowotnych w zakresie menopauzy,
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w programie,
- zakończenie realizacji PPZ.

## **IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej**

### **1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów**

- 1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (IV kwartał 2025);
- 2) zaopiniowanie programu polityki zdrowotnej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (I kwartał 2026);
- 3) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej tj. wyłonienie realizującego program podmiotu, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (I-II kwartał 2026);

- 4) podpisanie umowy na realizację programu (I-II kwartał 2026);
- 5) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (II-IV kwartał 2026):
  - realizacja kampanii informacyjno-edukacyjnej
  - realizacja szkoleń dla kobiet w okresie okołomenopauzalnym i menopauzalnym
  - realizacja szkoleń dla personelu medycznego
  - realizacja konsultacji specjalistycznych w ramach kompleksowego wsparcia w okresie menopauzalnym
  - bieżący monitoring;
- 6) zakończenie realizacji PPZ (I kwartał 2027 r.);
- 7) rozliczenie finansowania PPZ (I kwartał 2027 r.);
- 8) przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji (I kwartał 2027 r.).

## **2. Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych**

Koordynatorem programu będzie Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego Wrocławia. Realizatorem Programu może być podmiot wykonujący działalność leczniczą, spełniający następujące wymagania formalne:

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [Tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 450 z późn. zm.]
- zapewnienie koordynacji realizacji programu przez pracownika administracyjnego z co najmniej 2-letnim stażem w zakresie koordynacji programów profilaktycznych,
- zapewnienie prowadzenia szkoleń dla kobiet w okresie okołomenopauzalnym i menopauzalnym przez personel medyczny z wykształceniem wyższym i co najmniej 3-letnim

doświadczeniem w pracy z pacjentkami w okresie menopauzy (lekarz specjalista ginekologii i położnictwa, położna)

- zapewnienie prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego przez personel medyczny z wykształceniem wyższym i co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentkami w okresie menopauzy (lekarz specjalista ginekologii i położnictwa, położna, psycholog – wyłącznie w zakresie treści z obszaru psychologii)
- zapewnienie realizacji konsultacji specjalistycznych w ramach kompleksowego wsparcia w okresie menopauzalnym przez personel z wykształceniem wyższym i co najmniej 3-letnim doświadczeniem w pracy klinicznej (lekarz specjalista ginekologii i położnictwa, położna, psycholog)
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

W przypadku wymagań dotyczących ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji (załącznik 3). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 2). W załącznikach do PPZ przedstawiono wzory ww. dokumentów – mogą być one modyfikowane wyłącznie w sposób pozwalający na pozyskanie wszystkich informacji niezbędnych dla monitorowania i ewaluacji PPZ. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta

i Rzeczniku Praw Pacjenta [tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 581 ze zm.], Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 302], a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [Dz.U. 2019 poz. 1781 ze zm.].

Realizator będzie także zobowiązany do zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, na podstawie przepisów ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami [Tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 1411], z uwzględnieniem minimalnych wymagań, o których mowa w art. 6 ww. ustawy w zakresie dostępności architektonicznej, cyfrowej oraz informacyjno-komunikacyjnej. Ponadto, realizator będzie zobowiązany do przygotowania wszelkich materiałów edukacyjnych i promocyjnych zgodnie z ustawą z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych [Tekst jedn. Dz. U. 2023 poz. 1440] i zapewnienia dostępności cyfrowej wszelkich materiałów informacyjnych powstałych podczas realizacji umowy, zgodnie z wytycznymi, o których mowa w zasadach WCAG 2.1 i ww. ustawie.

## **V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej**

### **1. Monitorowanie**

1) Ocena zgłaszalności do programu na podstawie następujących mierników:

- liczba rozpowszechnionych materiałów edukacyjnych
- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie
- liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie
- liczba kobiet uczestniczących w szkoleniach z zakresu menopauzy
- liczba osób z personelu medycznego uczestniczących w szkoleniach z zakresu wsparcia kobiet w okresie menopauzy

- liczba kobiet uczestniczących w konsultacjach specjalistycznych w ramach kompleksowego wsparcia w okresie menopauzalnym
- odsetek uczestniczek, które po udziale w interwencji w obszarze kompleksowego wsparcia w okresie menopauzalnym zadeklarowały wysoki poziom satysfakcji z otrzymanego wsparcia
- liczba osób, które nie zostały objęte programem polityki zdrowotnej z powodów zdrowotnych lub z innych powodów
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie, ze wskazaniem przyczyn

2) Ocena jakości świadczeń w programie na podstawie:

- analizy wyników ankiety satysfakcji uczestnika programu
- bieżącej analizy pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu

## **2. Ewaluacja**

Ocena efektywności programu prowadzona na podstawie następujących mierników efektywności:

- odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom kompetencji zdrowotnych w zakresie menopauzy (co najmniej 8 pkt. w ankiecie kompetencji zdrowotnych) względem wszystkich uczestniczek kompleksowego wsparcia w okresie menopauzalnym, które wypełniły pre-test
- odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 80% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie menopauzy, względem wszystkich uczestniczek szkoleń dla kobiet w okresie okołomenopauzalnym i menopauzalnym, które wypełniły pre-test
- odsetek osób z personelu medycznego, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 80% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie wsparcia kobiet

w okresie menopauzy, względem wszystkich uczestników szkoleń dla personelu medycznego, którzy wypełnili pre-test

- odsetek uczestniczek, które po udziale w interwencji w obszarze kompleksowego wsparcia w okresie menopauzalnym zostały skierowane do dalszej diagnostyki i/lub terapii w poradni ambulatoryjnej opiece specjalistycznej,
- odsetek uczestniczek, które po udziale w interwencji w obszarze kompleksowego wsparcia w okresie menopauzalnym zostały skierowane do dalszej diagnostyki i/lub terapii w poradni zdrowia psychicznego

Ewaluacja będzie oparta na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu i stanu po jego zakończeniu. Wyniki ewaluacji zostaną przedstawione w raporcie końcowym z realizacji programu.

## **VI. Budżet programu polityki zdrowotnej**

### **1. Koszty jednostkowe**

W tabeli III przedstawiono szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ. Faktyczne koszty wynikały będą z oferty złożonej przez podmioty, które przystąpią do konkursu na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej.

**Tab. III. Szacunkowe koszty jednostkowe interwencji w ramach PPZ**

Nazwa interwencji
Szkolenie z zakresu menopauzy dla kobiet w okresie okołomenopauzalnym i menopauzalnym – jedno spotkanie
Szkolenie dla personelu medycznego z zakresu wsparcia kobiet w okresie menopauzy – jedno spotkanie
Kompleksowe wsparcie w okresie menopauzalnym – pakiet 3 konsultacji
Kompleksowe wsparcie w okresie menopauzalnym – konsultacja lekarska
Kompleksowe wsparcie w okresie menopauzalnym – konsultacja psychologiczna
Kompleksowe wsparcie w okresie menopauzalnym – konsultacja położnej

## **2. Planowane koszty całkowite**

Całkowity koszt programu szacowany jest na 147 700 zł.  
Świadczenia w programie będą udzielane według kolejności zgłoszeń, do wyczerpania zaplanowanego budżetu.

## **3. Źródło finansowania**

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Miasta Wrocławia

## Bibliografia

1. Andrykowski G., Postmenopausal calcium supplementation, *Przegląd Menopauzalny*, 5/2006, s. 329-332.
2. Bank danych lokalnych, [bdl.stat.gov.pl](http://bdl.stat.gov.pl).
3. Brończyk Puzoń A. i in., Rola wybranych składników odżywczych diety u kobiet w okresie naturalnej menopauzy - przegląd piśmiennictwa, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2016, Tom 22, Nr 2, 83–88.
4. Dąbrowska J. i in., Rola wysiłku fizycznego w okresie menopauzy, *Przegląd Menopauzalny* 6/2012, s. 445-448.
5. Delanerolle G. et al., Menopause: a global health and wellbeing issue that needs urgent attention, *The Lancet Global Health*, Volume 13, Issue 2, 196-198.
6. Futyma K., Bielecka J., Chimkowska D., Jakość życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym, *Sytuacje trudne w ochronie zdrowia. T. 2 : praca zbiorowa*, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku 2017, s. 661–670.
7. Grycewicz J., Cypryk K., Wpływ hormonów płciowych na występowanie zaburzeń metabolicznych u kobiet w okresie menopauzy, *Przegląd Menopauzalny* 1/2008, s. 29-37.
8. Jankowska K., Przedwczesne wygasanie czynności jajników, *Postępy Nauk Medycznych* 12/2014, s. 860-864.
9. Jurczak A., Udział pielęgniarki/położnej w edukacji kobiet w okresie premenopauzalnym, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2012, Tom 18, Nr 4, 308-313.
10. Kaczmarek M., Określenie wieku menopauzy naturalnej w populacji polskich kobiet, *Przegląd Menopauzalny* 2/2007s. 77-82.
11. Koligat D. i in., Występowanie depresji i lęku u kobiet w okresie menopauzy, *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 3 (44) 2015, s. 159-163.
12. Mapa potrzeb na lata 2022-2026, Kadry medyczne, [basiw.mz.gov.pl](http://basiw.mz.gov.pl).
13. Mapa potrzeb na lata 2022-2026, Leczenie szpitalne, [basiw.mz.gov.pl](http://basiw.mz.gov.pl).
14. Mishra G. et al., Optimising health after early menopause, *The Lancet*, Volume 403, Issue 10430, 958-968.
15. NICE guideline, NG23, Menopause: identification and management, Published: 12 November 2015, Last updated: 07 November 2024, [nice.org.uk/guidance/ng23](http://nice.org.uk/guidance/ng23).
16. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69]
17. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2025.42]
18. Obwieszczenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji Wojewódzkiego Planu Transformacji Województwa Dolnośląskiego na lata 2022-2026.
19. Pertyński T., Stachowiak G., Menopause - facts and controversies, *Polish Journal of Endocrinology*, Volume 57; Number 5/2006.

20. Pertyński T., Stachowiak G., Stetkiewicz T., Rola ginekologa w okresie pre- i okołomenopauzalnym, *Przegląd Menopauzalny* 2/2007, s. 63-39.
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień z późn. zm.].
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej [Tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.].
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [Tekst jedn. Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.].
24. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
25. Stachowiak G., Zając A., Pertyński P., Zespół metaboliczny u kobiet w okresie menopauzy, *Przegląd Menopauzalny*, 1/2009, s. 6-10.
26. Strategia Wrocław 2030, Załącznik do uchwały nr LI/1193/18 Rady Miejskiej Wrocławia z dnia 15 lutego 2018 r.
27. Sugier A. Changes in the appearance of the skin and its appendages in women during menopause. *Aesth Cosmetol Med.* 2025;14(3):105-113.
28. Svejme, O · Ahlborg, HG · Nilsson, J-Å · et al. Early menopause and risk of osteoporosis, fracture and mortality: a 34-year prospective observational study in 390 women, *BJOG.* 2012; 119:810-816.
29. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” [RM-06111-193-21].
30. WHO, [who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause).
31. Zhu, D · Chung, H-F · Dobson, AJ · et al. Age at natural menopause and risk of incident cardiovascular disease: a pooled analysis of individual patient data, *Lancet Public Health.* 2019; 4:e553-e564.