

# Pielęgnacja i opieka nad noworodkiem w warunkach szpitalnych

Klaudia Kasprzak

Promotor:

**prof. Czesława Frejlich**

Recenzent:

**dr Piotr Hojda**

Akademia Sztuk Pięknych  
im. Jana Matejki w Krakowie  
Wydział Form Przemysłowych  
Katedra Projektowania  
Ergonomicznego  
Pracownia Projektowania  
Ergonomicznego

Studia stacjonarne II stopnia  
Kraków  
rok akademicki 2018/19

# Spis

Wstęp 4

## CZĘŚĆ TEORETYCZNA

1	Dotyk i więź z dzieckiem	8
1.1	Teoria przywiązania	9
1.2	Kontakt STS	10
1.3	System rooming-in	11
1.4	Wpływ na matkę, obopólna korzyść, zalety systemu	12
1.5	Rola pielęgnacji	13
2	Przepisy prawne. Inicjatywa Szpitala Przyjaznego Dziecku wprowadzona przez WHO i UNICEF	14
2.1	„10 Kroków do Udanego Karmienia Piersią” (WHO/UNICEF 1989)	15
2.2	Fundacja Rodzić po Ludzku	15
2.3	Społeczne znaczenie zmian w organizacji oddziałów położniczych	16
3	Nauka pielęgnacji w szpitalu a opieka nad dzieckiem w warunkach domowych	18
4	Empatia personelu oddziałów położniczych	20

## CZĘŚĆ PROJEKTOWA

5	Podsumowanie wywiadów, ankiet i wizyt w szpitalach	24
6	Analiza konkurencji	54
7	Założenia projektowe	56
8	Analiza ergonomiczna	58
9	Szkice koncepcyjne i model w skali 1:1	60
10	Konsultacje	66
10.1	Z położną	66
10.2	Z handlowcem	68
10.3	Z konstruktorem	70
11	Opis projektu	72
12	Wymiary podstawowe	78
13	Wizualizacje	84

Spis materiałów graficznych 86

Bibliografia 88

Abstrakt 90

---

# Wstęp

Wybór tematu do poniższej pracy magisterskiej nie był przypadkowy. Codzienna praca projektanta nierzadko wiąże się z generowaniem ładniejszych rozwiązań, które lepiej wpasują się w rynek. Chciałam, aby mój kilkumiesięczny wkład w projekt dyplomowy był czymś więcej. Projektowanie dla branży medycznej bezpośrednio wpływa na jakość opieki medycznej i przyczynia się do poprawy standardów w szpitalach. Ma więc wymiar społeczny i przyczynia się do ogólnej poprawy jakości życia. Nie bez znaczenia była również motywacja do samodzielnego uczenia się i eksploracji. Przeprowadzenie wywiadów w środowiskach medycznych, szpitalnych wymaga szczególnego podejścia, empatii i znalezienia odpowiedniego sposobu komunikacji. Te kompetencje miękko wymagają praktyki, a okres pracy nad dyplomem jest doskonałym czasem na rozwój tych umiejętności.

W czasie spotkania z potencjalną firmą produkcyjną Formed wspólnie zawęziliśmy obszar analiz do oddziałów położniczo – noworodkowych. Postanowiłam skupić się na zagadnieniu kształtowania relacji między matką a dzieckiem w okresie poporodowym.

Niniejsza praca zawiera część teoretyczną – wprowadzającą w temat – oraz część obrazującą projekt. W pierwszej zawarte są informacje związane z rozwojem emocjonalnym noworodków. Opracowanie podkreśla rolę pielęgnacji jako czynności pobudzającej wszystkie zmysły malucha, co stanowi najsilniejszy impuls dla rozwoju mózgu. Uwzględniono też temat kształtowania się właściwej więzi w parze matka-dziecko. Przedstawia ono także obowiązujące przepisy prawne wprowadzone przez WHO i UNICEF określające postępowanie w placówkach położniczo – noworodkowych. Część ta zawiera również podsumowanie analiz i rozmów prowadzonych na oddziałach położniczych oraz z położnymi środowiskowymi. Wykonano przegląd rozwiązań dostępnych na rynku oraz analizę wymagań prawnych, jakie muszą pełnić sprzęty kierowane na oddziały położnicze.

Druga część pracy zawiera szczegółowy opis procesu projektowego od momentu formułowania założeń, przez projekty koncepcyjne, aż po prezentację ostatecznego projektu.

CZĘŚĆ  
TEORETYCZNA

Na żadnym innym etapie życia człowiek nie doznaje aż tylu przemian w sferze fizycznej i psychicznej.

# 1. Dotyk i więź z dzieckiem

Poród jest dla noworodka intensywnym przeżyciem. Opuszcza on bezpieczne środowisko wewnątrzmaciczne, aby rozpocząć życie w nowym, samodzielnym środowisku zewnętrznym. Miękką i ciepłą przestrzeń zamienia się na zimny i jasny świat, gdzie po raz pierwszy dziecko może doświadczyć chłodu, bólu, głodu i szokującego wypełnienia się płuc powietrzem. W kilka chwil po porodzie zaczyna się okres stabilizacji jego najważniejszych narządów i układów – oddechowego, krążenia, nerwowego i pokarmowego. Dlatego optymalna z punktu widzenia rodzącego się dziecka jest sytuacja, kiedy może ono łagodnie przejść z macicy w ramiona matki. Dziecko słyszy nadal bicie jej serca, czuje jej ciepło. W ten sposób minimalizuje się jego stres związany z porodem<sup>1</sup>.

To w tym momencie dla niemowlęcia zaczyna się okres największych rewolucji. Na żadnym innym etapie życia człowiek nie doznaje aż tylu przemian w sferze fizycznej i psychicznej. Noworodek przychodzi na świat i musi dostosować się do panujących warunków. Dlatego to, co istotne, w okresie pierwszego roku życia, to rozwój w sferze emocjonalno-społecznej. Tworzenie więzi dla niemowlaka ma kluczowe znaczenie dla jego rozwoju i relacji interpersonalnych w późniejszym życiu. Osobowość rodziców jak i innych osób pielęgnujących dziecko odgrywa bardzo istotną

<sup>1</sup> Oslislo A., Otffinowska A. Najważniejsza chwila w życiu. O pierwszym kontakcie matki z dzieckiem i możliwości jego realizacji w placówkach położniczych w Polsce. Fundacja Rodzic po Ludzku, Warszawa 2008, s.10

rolę ze względu na to, że właśnie ich postawy (zwłaszcza podczas pierwszych dwóch lat) mają znaczący wpływ na rozwój emocjonalny malucha<sup>2</sup>.

## 1.1 Teoria przywiązania

Jedną z najświetniejszych teorii więzi w psychologii jest teoria przywiązania, stworzona przez brytyjskiego lekarza i psychoanalityka Johna Bowlby'ego. Analizował on kwestie przywiązania na poszczególnych etapach rozwoju człowieka. Wyróżnił trzy fazy występujące w pierwszych trzech latach życia dziecka. Faza pierwsza trwa od momentu narodzin do 8-12 tygodni i charakteryzuje się wysyłaniem sygnałów przez dziecko w stronę dowolnych osób. W drugiej fazie utrzymują się przyjacielskie reakcje do ogółu, ale można już zauważyć wyraźniejsze sygnały skierowane do jednej lub kilku osób. Okres ten trwa do 6 miesięcy życia. W trzeciej fazie dziecko zaczyna być coraz bardziej ostrożne i podejrzliwe w nawiązywaniu kontaktu z innymi. Jest przywiązane do matki lub do osoby pełniącej wobec niego rolę matki. Do niej właśnie dziecko najbardziej się przywiązuje. Ponadto kilka innych osób z najbliższego otoczenia może zostać wybranych jako drugorzędne postaci przywiązania. Etap ten trwa do około 3 roku życia. Wpływ na to, czy dziecko przywiązuje się do danej osoby, ma kilka najważniejszych czynników. Pierwszym z nich jest gotowość tej osoby do reagowania na sygnały dziecka oraz do spędzania z nim czasu, na rozmowie, zabawie itp. Badacze przypuszczają jednak, że dziecko tworzy hierarchię przywiązania. Nie „dzieli” więc jego intensywności. Nawet w momencie, kiedy dziecko przywiązuje się do szerokiego grona osób, to nie osłabia w ten sposób swojej więzi z matką. *Nie jest też tak, że dziecko traktuje wszystkie osoby, do których jest przywiązane, jako równorzędne i „wymienialne”.* Należy raczej zakładać, że każde dziecko tworzy pewną swoją hierarchię przywiązania, w której matka zajmuje miejsce centralne i nie do zastąpienia<sup>3</sup>.

Obserwacje te jednoznacznie pokazują, że noworodek już w momencie narodzin posiada wiele mechanizmów umożliwiających mu nie tylko przeżycie, ale i aktywne włączenie się w relacje społeczne. Jednak tylko właściwa reakcja matki polegająca na zaspokojeniu potrzeb dziecka umożliwi ukształtowanie prawidłowej relacji przywiązania. Zakłócenie tego układu może powodować długotrwałe trudności poznawcze, społeczne i emocjonalne.

<sup>2</sup> Spock B., RotheWnberg M. Dziecko. Pielęgnowanie i wychowanie, Warszawa 1989, s. 48

<sup>3</sup> Marchwicki P., Teoria przywiązania J. Bowlby'ego, Seminare, 2006, nr 23

## 1.2 Kontakt STS

Kontakt skóra do skóry (skin to skin, STS) stanowi początek jak i podstawę właściwej interakcji między matką a noworodkiem, zarówno w zakresie relacji psychicznych, jak i fizycznych.

W latach 70. dwaj pediatriści Marshal Klaus i John Kennell przedstawili teorię podkreślającą znaczenie pierwszego kontaktu matki (również ojca – jeśli jest obecny przy porodzie). Opisana w książce „Maternal – Infant Bonding” (1976), koncepcja „gotowości opiekuńczej” mówi o biologicznie zaprogramowanym okresie gotowości opiekuńczej, który trwa około 12 godzin, a pojawia się niedługo po porodzie. Jest to czas, w którym matki i niemowlęta tworzą podstawy swojej więzi emocjonalnej<sup>4</sup>.

Dzięki tej teorii przez późniejsze dziesięciolecia zmieniał się obraz oddziałożeń położniczych na całym świecie. Zaczęto umożliwiać matkom przebywanie z nowo narodzonymi dziećmi w tym samym pomieszczeniu (system rooming-in), a także wprowadzono odgórne prawo do kontaktu „skóra do skóry” natychmiast po porodzie. Od 2011 roku w Polsce, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia, kontakt mamy z dzieckiem powinien nastąpić bezpośrednio po porodzie, o ile nie ma przeciwwskazań medycznych.

Wenda Trevathan w „Human Birth: An Evolutionary Perspective” (1987) opisuje fizjologiczne aspekty pierwszego spotkania matki ze swoim nowonarodzonym dzieckiem. Przede wszystkim zwraca uwagę na rolę dotyku i masażu, które stymulują oddech dziecka, dostarczają ciepła oraz pomagają z rozprowadzaniem substancji tłuszczowych zapobiegających utracie wody. Trzymanie dziecka po lewej stronie matki ułatwia kontakt wzrokowy, ze względu na to, że większość dzieci skręca swoją głowę w prawą stronę. *Jeżeli matka trzyma noworodka na wysokości swojego serca, dziecko uspokaja się słysząc jego rytm, stanowiący ważny element dotych-*

<sup>4</sup> Czapczyńska A., Bonding, „Remedium”, 2002, nr 3



1  
Infografika  
<https://www.rodzicpoludzku.pl/>

czasowego środowiska wewnątrzmacicznego. Dziecko odruchowo liże, dotyka a nawet ssie pierś matki wkrótce po porodzie. Kontakt z sutkami stymuluje wydzielanie oksytocyny, co przyspiesza rodzenie łożyska i chroni matkę przed krwotokiem<sup>5</sup>.

Kontakt ten przede wszystkim zachęca do prawidłowego rozpoczęcia karmienia piersią i umożliwia dziecku wypicie najbardziej wartościowego mleka – siary, czyli pierwszego mleka matki. Jest ono specjalnym rodzajem mleka wydzielanym przez gruczoły mlekowe ssaków jedynie przez kilka pierwszych dni po porodzie. Stanowi ona bogate źródło składników odżywczych oraz komponentów wspomagających układ odpornościowy. Zawiera 40-krotnie więcej związków aktywnych biologicznie niż mleko dojrzale. Siara uważana jest za najmocniejszy naturalny immunostymulant znany nauce. Dodatkowo w czasie kontaktu STS następuje kolonizacja noworodka bakteriami skóry matki, oraz kolonizacja matki bakteriami środowiska szpitalnego, co dziecku otrzymującemu pokarm własnej matki daje ochronę przed zakażeniami wewnątrzszpitalnymi<sup>6</sup>.

## 1.3

### System rooming-in

System rooming-in, czyli system w którym noworodek zostaje (w ruchomym łóżeczku) przy łóżku matki, która z pomocą personelu medycznego opiekuje się nim i przygotowuje do roli rodzica. Został on przedstawiony już w 1948 roku przez Edith Jackson, profesor w dziedzinie pediatrii i psychologii dziecięcej w Yale School of Medicine. Podkreślała ona korzystny wpływ owego modelu na rozwój więzi matki i dziecka. W wielu krajach ten system wprowadzono już w połowie lat siedemdziesiątych, natomiast w Polsce rozpowszechnianie go liczy sobie dopiero kilkanaście lat. W przeprowadzonych wywiadach położne podkreślały problemy finansowe z jakimi borykają się władze szpitala w związku z wprowadzeniem nowego systemu.

System zakłada zaaranżowanie sal w taki sposób aby były przeznaczone dla maksymalnie dwóch matek i dwóch noworodków z możliwością wstawienia trzeciego łóżeczka dla noworodka, wyposażone w zespół urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację dziecka. Taka reorganizacja oddziałów położniczych na nowy system niesie ze sobą wiele problemów natury finansowej, przestrzennej oraz personalnej dla oddziałów położniczych. Stanowi to spore wyzwanie, dlatego głównie możemy spotkać tego typu układy w nowych, prywatnych placówkach położniczych w Polsce. Dodatkowo sporym utrudnieniem wydają się braki kadrowe, które uniemożliwiają indywidualne podejście do pacjenta.

<sup>5</sup> Trevathan W. Human Birth: An Evolutionary Perspective, b.m. 1987

<sup>6</sup> Schanler R.J., Suitability of human milk for the low birth weight infant., Clin Perinatol, 1995, s. 207- 222

#### 1.4

##### Wpływ na matkę. Obopólna korzyść. Zalety systemu.

Wprowadzenie nowych procedur okołoporodowych ma nie tylko bardzo pozytywny wpływ na nowonarodzone dzieci, ale również na matkę. Mają one znaczenie w budowaniu matczynego poczucia więzi z noworodkiem. Przejawia się to w uczuciowych zachowaniach – głaskaniu, czujnym obserwowaniu malucha jak i w całowaniu go. Warto zaznaczyć, że kontakt STS ma realny wpływ na wzrost samooceny matki w odniesieniu do samodzielnej opieki nad dzieckiem. *Dodatkowo z badań wynika, że matki, które miały możliwość wczesnego kontaktu, odczuwają satysfakcję z porodu i chciałyby ponownie urodzić w podobnych warunkach<sup>7</sup>.*

Organizacja systemu niesie za sobą wiele korzyści. Trzymanie dziecka blisko siebie pozwala nauczyć się młodej mamie dbać o jego potrzeby, szczególnie, że z założenia personel jest w pobliżu, aby pomóc w przypadku jakichkolwiek problemów czy wątpliwości. Pomaga to matce w zwiększeniu pewności siebie, wiary we własną siłę i umiejętności samodzielnej opieki nad dzieckiem po powrocie do domu. Trzymanie, przytulanie, patrzenie, uczenie się i poznawanie swojego dziecka jest istotnym procesem w budowaniu relacji. Pojawia się jednak pytanie, czy stała obecność noworodka przy matce po porodzie (niezależnie od jego przebiegu: czy odbył się siłami natury czy przez cięcie cesarskie), może wpływać na zwiększenie poziomu zmęczenia jak i niewyspania kobiet?

*W pracach opartych głównie na badaniach ankietowych przeważają opinie pozytywne. Zdecydowana większość kobiet jako najważniejszą zaletę sys-*

<sup>7</sup> Oslislo A., Otfinowska A. Najważniejsza chwila w życiu. O pierwszym kontakcie matki z dzieckiem i możliwości jego realizacji w placówkach położniczych w Polsce. Fundacja Rodzic po Ludzku, Warszawa, 2008, s. 13



2

Infografika  
<https://www.rodzicpoludzk.pl/>

*temu rooming-in wymienia możliwość lepszego poznania swojego dziecka, jego reakcji i potrzeb oraz możliwość karmienia naturalnego<sup>8</sup>. W badaniach Pilewskiej i Śliwowskiej 70-83% kobiet ocenia ten system jako dobry lub bardzo dobry. Ankietowanie pacjentek umożliwia też ocenę pracy personelu, co korzystnie wpływa na poprawę opieki nad rodzicą, położnicą i noworodkiem<sup>9</sup>. System rooming-in jest również sprawdzeniem możliwości adaptacyjnych kobiet do nowej roli – roli matki<sup>10</sup>. Pytano też o spokojny sen młodej mamy, kiedy noworodek znajduje się pod jej opieką. Było to jedno z najczęstszych wątpliwości, ale odpowiedzi były jednoznaczne. Matki śpią spokojnie, wiedząc, że ich dzieci są z nim i personel jest w pobliżu.*

#### 1.5

##### Rola pielęgnacji

Psychologowie i pediatrzy podkreślają znaczącą rolę pielęgnacji noworodka przez rodziców. Jest ona czymś więcej niż tylko troską o zdrowie. Za pomocą dotyku umacnia się więź dziecka z rodzicami, a tym samym następuje pobudzenie wszystkich zmysłów malucha. Stanowi to najsilniejszy impuls do rozwoju mózgu małego człowieka.

<sup>8</sup> Pilewska A., Śliwowska K., System matka – dziecko w opinii położnic. Materiały z konferencji naukowej „Położnictwo u progu XXI wieku”, Lublin, 19-20 marca 1999, s.129-133.

<sup>9</sup> Suchocki S., Szymczyk A., Jastrzębski A., Ocena opieki w bloku porodowym i oddziale położniczym w systemie „matka – dziecko” na podstawie przeprowadzonej ankiety wśród kobiet rodzących. Ginekologia i Położnictwo. 1997; T.68, s. 265-268

<sup>10</sup> Oslislo A., Kamiński K. Rooming-In – Nowa jakość w położnictwie i neonatologii. Ginekologia i Położnictwo .2000; T.71, nr 4, s.202-207

## 2. Przepisy prawne. Inicjatywa Szpitala Przyjaznego Dziecku wprowadzona przez WHO i UNICEF.

Z uwagi na to, że jednoznacznie stwierdzono iż odseparowanie noworodka od matki jest jedną z głównych przyczyn zaburzających prawidłowy przebieg laktacji oraz kształtowanie się właściwej więzi emocjonalnej w parze matka-dziecko, ujednolicono standardy postępowania i procedury medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej.



3

Infografika  
<https://www.rodzicpoludku.pl/>

### 2.1 „10 Kroków do Udanego Karmienia Piersią” (WHO/UNICEF 1989)

W 1989 roku WHO oraz Fundusz Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci (UNICEF) opracował dokument pt. „Ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersią - szczególna rola placówek służby zdrowia”. Jest to zbiór zasad postępowania w placówkach opiekujących się matką i noworodkiem, których realizacja umożliwia karmienie naturalne. Dokument ten znany jest jako „10 kroków do udanego karmienia piersią”. W roku 1990 został on podpisany przez 29 krajów, w tym Polskę. Punkt siódmy dokumentu brzmi: „umożliwić matce przebywanie razem z noworodkiem od urodzenia i przez całą dobę.” Wdrożenie tego systemu opieki wiąże się ze zmianą organizacji pracy oddziału położniczo-noworodkowego. Wymaga to przeszkolenia personelu, który musi zmienić wiele dotychczas stosowanych procedur. Ale dzięki temu kobiety, szczególnie matki karmiące, mają zagwarantowaną opiekę medyczną najwyższej jakości – zgodnie z zaleceniami WHO. Dodatkowo szpitale promujące karmienie piersią i spełniające wszystkie kryteria systemu, które jednocześnie przestrzegają Międzynarodowego Kodeksu Marketingu produktów zastępujących mleko kobiece, tzn. na ich terenie obowiązuje zakaz reklamy mieszanek mlekozastępczych oraz akcesoriów do sztucznego karmienia, mogą się ubiegać o tytuł Szpitala Przyjaznego Dziecku (SPD). Pierwszy szpital w Polsce oceniono w 1994 roku, obecnie mamy w naszym kraju 90 placówek odznaczonych tym tytułem, z czego 13 po weryfikacji oceny (tzw. reocena). SPD stanowią w Polsce zaledwie 22% wszystkich placówek położniczych. Z krajów europejskich tylko w Szwecji i Norwegii wszystkie szpitale są „przyjazne dziecku”, a to dzięki temu, że zasady zaczerpnięte z „10 Kroków” zintegrowano z obowiązującymi standardami opieki okołoporodowej<sup>11</sup>.

### 2.2 Fundacja Rodzic po Ludzku

Od 1994 roku w Polsce działa Fundacja Rodzic po Ludzku. To akcja zainicjowana w 1996 roku, aby kontynuować działania zainicjowane przez grupę dziennikarzy i działaczy społecznych, która ujawniła pełną cierpienia i poniżenia codzienność polskich porodówek. W listach i ankietach pojawiły się wielokrotnie zażalenia o brak intymności, anonimowości na wieloosobowych salach porodowych. Zwracały także uwagę na poczucie samotności i brak wsparcia ze strony personelu. Matki nie mogły obejrzeć ani wziąć na ręce dziecka tuż po porodzie. Noworodek od razu trafiał do oddzielnej sali i miał kontakt z matką jedynie podczas karmienia. Ze względu na zakaz odwiedzin kobiety były odizolowane od swoich najbliższych. W efekcie pierwszej akcji zaproponowano kierunek działań mających na celu zmia-

<sup>11</sup> Oslisło A., Otffinowska A. Najważniejsza chwila w życiu. O pierwszym kontakcie matki z dzieckiem i możliwości jego realizacji w placówkach położniczych w Polsce. Fundacja Rodzic po Ludzku, Warszawa, 2008, s. 33



nę położnictwa na bardziej przyjazne dla matek i ich dzieci<sup>12</sup>. Wyniki rok później powtórzonej akcji ukazały rozpoczęcie się procesu przemian. Dyrektorzy wielu szpitali, lekarze i położne odpowiedzieli na postulaty akcji (m.in. dotyczące umożliwienia porodów rodzinnych, ciągłego kontaktu matki z dzieckiem oraz odwiedzin bliskich osób). W ramach Fundacji Rodzić po Ludzku prowadzona jest również baza szpitali i oddziałów położniczych w Polsce, stworzona z myślą o kobietach w ciąży, które zastanawiają się, gdzie urodzić swoje dziecko. Umożliwia to ocenę i wymianę doświadczeń młodych mam. To wszystko przyczyniło się do zmiany obrazu oddziałów położniczych w Polsce na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat.

### 2.3 Społeczne znaczenie zmian w organizacji oddziałów położniczych

W odniesieniu do poprzedniego systemu opieki okołoporodowej Lessing-Pernak J. zwraca uwagę na wpływ wczesnej deprivacji kontaktu między matką a dzieckiem w wymiarze populacyjnym. *Obecnie rodzące kobiety pochodzą z populacji, w której natychmiast po porodzie następowała separacja dziecka od matki, pobyt w szpitalu był długi, a kontakt z matką sporadyczny. Z psychologicznego punktu widzenia, takie populacyjne doświadczenie wczesnej separacji może odgrywać rolę w obecnym niżu demograficznym<sup>13</sup>.*

Z psychoanalitycznego punktu widzenia czas narodzin dziecka jest dla kobiet czynnikiem aktywizującym osobiste doświadczenia z tego właśnie okresu. W przypadku, jeśli miały one traumatyczny charakter, mogą wpływać na pojawienie się w kobiecie emocji takich jak lęk wobec macierzyństwa, niepewność i poczucie niekompetencji, a także powodować chęć zignorowania czy uniknięcia a nawet zaprzeczenia potrzeby prokreacji.

Benjamin Spock, amerykański pediatra i autor podręczników o wychowaniu dzieci, zwraca uwagę, że nasze społeczeństwo opracowało dziesiątki sposobów na zwiększenie dystansu między mamą a niemowlęciem. Poprzedni system nakazywał zabieranie noworodków zaraz po porodzie, opiekowali się nim inni, w czasie, kiedy rodzice pozostawali sam na sam z poczuciem niekompetencji. Maluchy były karmione butelką, kupowaną w sklepie mieszanką mleczną, co odbierało mamie i dziecku możliwość stworzenia silnej więzi. Współczesne rozwiązania takie jak leżaczki, w których przypina się niemowlęta, żeby nie trzymać ich na rękach, gdy nie śpią czy foteliki samochodowe, które można od razu umieścić na

<sup>12</sup> <http://www.rodzicpoludzku.pl/O-Fundacji>

<sup>13</sup> Lessing-Pernak J., Znaczenie przebiegu porodu i wczesnego kontaktu matki z dzieckiem dla rozwoju przywiązania, *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, tom 3, zeszyt 4, 2010, s. 282-289

wózku. Rynek oferuje ogromne ilości rozwiązań. Owszem, w dużej mierze ułatwiają codzienne czynności i odciążają matkę, ale trzeba pamiętać, że zarówno niemowlęta, jak i rodzice odczuwają silną potrzebę kontaktu fizycznego. U jednych i drugich dotyk uwalnia hormony wywołujące uczucie odprężenia i szczęścia<sup>14</sup>.

Warto też zwrócić uwagę na zachowania ludów pierwotnych. Niemowlęta zawsze były noszone przez matki, czując ciepło jej ciała. Uczestniczyły w codziennych czynnościach, a mamy zawsze były w pobliżu, aby nakarmić czy pogłaskać. Benjamin Spock w swojej książce przytacza historię dwóch znajomych lekarzy, którzy w indiańskiej wiosce w Gwatemali całymi miesiącami obserwowali dzieci wychowywane w warunkach prymitywnych. Podkreślali, że praktycznie nie spotkali wymiotujących, płaczących, nerwowych i cierpiących na kolkę niemowląt<sup>15</sup>.

Interesujące jest także doświadczenie osób starszych. Podczas rozmowy moja babcia – Krystyna Kasprzak – zwróciła uwagę na temat porodów rodzinnych, które odbywały się w domach. Opowiadała o pełnej ciepła atmosferze. *W pokoju, wśród bliskich osób rodziły się dzieci. Przychodziła wtedy położna i odbierała poród. Warto zaznaczyć, że był to czas kiedy dostęp do komunikacji i telefonów był ograniczony więc należało iść pieszo do położnej i ją powiadomić o rozpoczynających się skurczach. Położna przyjeżdżała wówczas na rowerze.*

<sup>14</sup> Spock B., Rothenberg M. Dziecko. Pielęgnacja i wychowanie, Poznań 2006, s. 25

<sup>15</sup> Spock B., Rothenberg M. Dziecko. Pielęgowanie i wychowanie, Warszawa 1989, s. 19

### 3. Nauka pielęgnacji w szpitalu a opieka nad dzieckiem w warunkach domowych

System zakłada, że zabiegi medyczne i pielęgnacyjne noworodka powinny odbywać się w obecności i za zgodą matki. Współudział rodziców w obserwacji i pielęgnacji dziecka jest ważny, wpływa on na rozwój więzi między noworodkiem a rodzicem. Czynny udział w opiece nad dzieckiem pomaga uzyskać większą pewność siebie i przygotowuje do samodzielnej opieki w domu po wypisaniu dziecka ze szpitala. Warto też wspomnieć, że *zauważono zmniejszającą się liczbę zakażeń szpitalnych, związaną z ograniczeniem kontaktów z personelem medycznym, oraz ograniczenie kolonizacji bakteryjnej układu pokarmowego noworodków szczepami patogennymi. Częstość występowania infekcji rotawirusowych zmalała w przypadku dzieci, które po porodzie przebywały razem z matką. Normą powinien być również fakt, że matka jest obecna podczas wizyty pediatrycznej. Badanie noworodka odbywa się w salach przy matce, co umożliwia otrzymywanie bezpośredniej informacji o stanie zdrowia dziecka oraz wyjaśnienie wszelkich niepewności i niepokojów. Powyższe zalety systemu pozwalają również przeciwdziałać występowaniu u matek zaburzeń nastroju po porodzie<sup>16</sup>.*

Jeszcze kilkanaście lat temu standardem było, że w opiekę nad dzieckiem powracającym do domu włączaly się babki lub ciotki mieszkające w pobliżu. Bazując na swoim doświadczeniu, pokazywały, wspierały i uczyły

<sup>16</sup> Bień A., Iwanowicz-Palus G., Zarajczyk M. Organizacja i funkcjonowanie oddziału położniczo-noworodkowego w systemie rooming-in, Ogólnopolski Przegląd Medyczny, 2013, nr. 7, s.42

młoda mamę codziennych czynności wokół noworodka. Dziś częściowo rolę tę pełni położna środowiskowa i szkoły rodzenia, w których odbywają się m.in. lekcje pokazowe z zakresu pielęgnacji noworodka.

Kursy w szkole rodzenia obejmują zwykle 8-12 cotygodniowych spotkań. Początkowo szkoły rodzenia skupiały się na samym porodzie i pielęgnacji noworodka, dzisiaj natomiast, oprócz wiedzy w zakresie fizjologii organizmu kobiety, placówki te koncentrują się na całej rodzinie z zaznaczeniem bardzo istotnej roli wsparcia ze strony partnera – ojca dziecka. Podkreślenie ważnej funkcji rodzinnej, poprzez uczestnictwo w porodzie osoby bliskiej, kształtowanie postaw, które wzmacniają więzi między małżonkami, jak też nabycie umiejętności pomagania swojej partnerce, nie tylko poprzez obecność na sali porodowej, ale rozumienia tego, co ma nastąpić w trakcie trwania porodu i po nim.

Opiekę nad noworodkiem i kobietą w okresie połogu, położna środowiskowa sprawuje w formie wizyt patronażowych do ukończenia przez dziecko 6 tygodnia życia. Nie później niż po 48 godzinach od otrzymania zgłoszenia położna rozpoczyna proces obejmujący pielęgnację jak i edukację rodziców na temat higieny i odpowiedniego odżywiania w trakcie połogu jak i laktacji i powrotu do płodności wraz z jej regulacją po porodzie. *Przebieg opieki zależy od bieżących potrzeb zdrowotno-rozwojowych dziecka i potrzeb rodziny oraz adaptacji partnerów do ról rodzicielskich<sup>17</sup>.*

<sup>17</sup> Iwanowicz-Palus G., Krysa J., Bień A. Rola położnej rodzinnej w Polsce. Medycyna Ogólna i Nauki o zdrowiu, 2013, tom 19, Nr 3, s. 272-278



## 4. Empatia personelu oddziałów położniczych

Dla właściwego wykorzystania możliwości systemu „matka z dzieckiem” kluczowe jest zrozumienie istoty rooming-in. Jest to przede wszystkim styl pracy całego personelu oddziału, stawiający komfort macierzyństwa jak i karmienia piersią na priorytetowej pozycji. Szczególnie istotny element stanowią jakość i profesjonalność usług pielęgniarских. Na skutek opracowania standardów opieki położniczej nad kobietą karmiącą piersią po porodzie fizjologicznym jak i danych z kwestionariusza oceny efektywności karmienia piersią wyodrębniono zadania, które powinny być wypełniane przez pielęgniarki i położne. W zakresie opieki na salach matek z dziećmi szczególnie ważna jest dokładna obserwacja procesu adaptacji poporodowej realizowana we współpracy z matką jak i edukowanie matek z pielęgnacji, karmienia piersią oraz zachowań prozdrowotnych. *Ponadto ważną cechą całego personelu powinna być umiejętność tworzenia w oddziale pogodnej, życzliwej atmosfery z gotowością niesienia stałej pomocy matce karmiącej. Nie można pominąć roli pielęgniarki w rozwiązywaniu problemów psychospołecznych*<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> Oslisło A., Kamiński K. Rooming-In – Nowa jakość w położnictwie i neonatologii. Ginekologia i Położnictwo.2000; T.71, nr 4, s. 204



## 5. Podsumowanie wywiadów, ankiet i wizyt w szpitalach

Pierwszy etap wywiadów i obserwacji został przeprowadzony na oddziale noworodkowym w Szpitalu Miejskim im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej oraz na oddziale dziecięcym w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie. Odbyło się również spotkanie z położną środowiskową świadcząca usługi na obszarze miasta Andrychów. W celu podsumowania wywiadów i obserwacji posłużyłam się mapą empatii. Pozwala ona na dogłębne zrozumienie potrzeb użytkowników. Diagnozuje i określa „ukryte motywacje”, które mają wpływ na zachowanie ludzi, a także pozwalają zrozumieć uwarunkowania rynkowe i technologiczne projektu.

Wywiady miały formę semi-ustrukturalizowanej rozmowy z położnymi, pracownikami oddziałów oraz pacjentami. Pytania naturalnie wynikały z zastanej i obserwowanej sytuacji i dotyczyły głównie opieki poporodowej noworodka, kształtowania relacji matka-dziecko zarówno w szpitalu, jak i kilka dni po jego opuszczeniu. Nierzadko rozmowa rozszerzała się na dużo większe pola tematyczne związane z kondycją polskich oddziałów położniczych, relacji ludzkich (personel – pacjent) a także wielu innych problemów związanych z wyposażeniem szpitali. Poniżej przedstawię najistotniejsze wnioski wynikające z przeprowadzonych rozmów i obserwacji.

# Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie (Prokocim)

Oddział: oddział dziecięcy i neonatologia  
 Producent sprzętów szpitalnych: Formed  
 Umieszczenie systemu do pielęgnacji dzieci 0-12 miesięcy: sala dla dzieci wraz z opiekunami

## Wnioski z obserwacji:

System do pielęgnacji firmy Formed wyposażony jest w szafki, które są nieużywane. Istnieje odgórny zakaz przechowywania rzeczy i środków chemicznych z uwagi na kolonizację bakterii chorobotwórczych. Znaczący jest też fakt, że dzieci przebywające na oddziale umieją już chodzić co umożliwia im wyciąganie przedmiotów z szafek. Szafki są więc w ogóle niefunkcjonalne, mało tego mogą wywołać nieporozumienia, ponieważ czasami rodzice chcą tam przechowywać swoje rzeczy, a jest to zabronione.

Wszelkie kosmetyki do pielęgnacji, ubranka, pampersy itp. są przechowywane w innych pomieszczeniach i przywożone na czas trwania zabiegów pielęgnacyjnych.

## Uwagi do systemu do pielęgnacji:

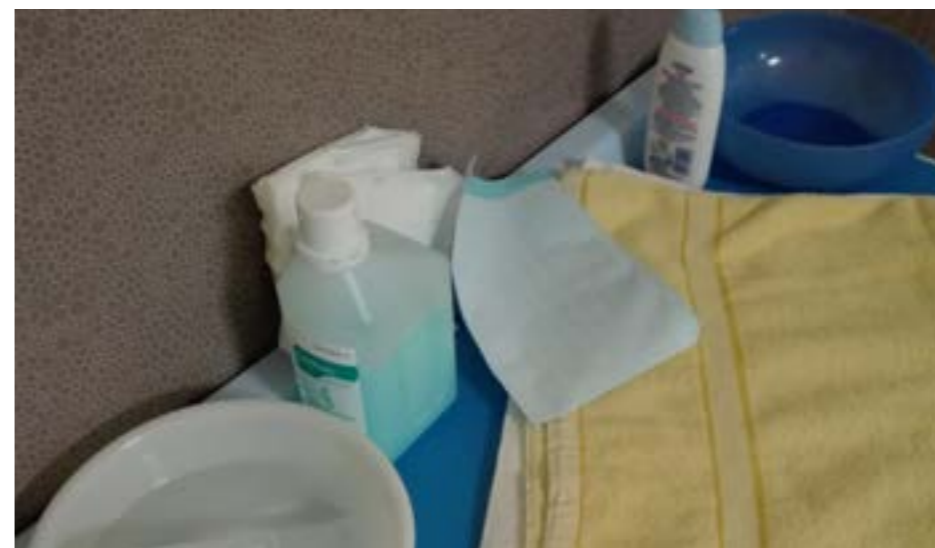
1. Brak przestrzeni odkładkowej na akcesoria potrzebne do pielęgnacji,
2. Mało ergonomiczne wyprofilowanie wanienki,
3. Położna w czasie mycia dziecka często narażona jest na zachlapanie wodą,

5

Stanowisko do pielęgnacji niemowląt.



4. Bateria umywalkowa jest na tyle nisko, że przeszkadza w czasie kąpienia,
5. Brak wyprofilowania przewijaka w taki sposób aby zabezpieczyć dziecko przed upadkiem,
6. System nie przylega do ściany, przez co tworzy się niebezpieczna przerwa między przewijakiem a ścianą,
7. Pod zlewem znajduje się nieużywany kosz - obok modułu stoi osobny, większy z którego się korzysta.



6

Brak przestrzeni odkładkowej w obrębie przewijaka.

7

Brak  
wyprofilowania  
przewijaka.



#### Inne uwagi:

Brak odpowiednich wózków do przewożenia dzieci na sale zabiegowe i operacyjne, obecnie używa się zwykłych „spacerówek” które wyściela się pieluszką lub inną tkaniną. Jest to oczywiście sprzęt niedostosowany do standardów obowiązujących w szpitalu. Personel medyczny tłumaczy, że wózki transportowe są za duże dla tak małych dzieci, a dwulatek boi się wózka inwalidzkiego, więc spacerówka jest jedyną alternatywą.



8

Wózki do  
przewożenia dzieci  
na sale zabiegowe  
i operacyjne.

## Rozmowa z Położną Środowiskową mgr Lidia Bizoń

Położna z okręgu  
Andrychowa z 34-letnim  
doświadczeniem. Na co  
dzień prowadzi także szkołę  
rodzenia, w której organizuje  
szkolenia z podstaw  
pielęgnacji noworodków.

Tematem głównym wywiadu było omówienie standardów oddziałów położniczych w Wadowicach, Bielsku-Białej i Suchej Beskidzkiej oraz uczestnictwo w lekcji pokazowej z fantomem noworodka wskolerodzenia<sup>19</sup>. Położna zwróciła uwagę na uczestnictwo ojców w szkoleniach okołoporodowych jak i później w pielęgnacji malucha. Świadomość mężczyzn stopniowo się zmienia i coraz chętniej świadomie angażują się także na początkowych etapach rodzicielstwa (porody rodzinne, wsparcie i zrozumienie dla młodych matek), co ma duże znaczenie

w budowaniu relacji ojca z dzieckiem. Jednak nadal często podczas szkoły rodzenia pojawia się niechęć do symulacji po stronie męskiej, „Ja lalki przecież myć nie będę!”

*Ludzie to tworzą!* – mówi mgr Lidia Bizoń – *Praca pielęgniarki, położnej to zawód z powołania, dobra wola personelu, pasji, pewna misja, ważna empatia, najważniejsi są ludzie, nawet jeśli system ma braki to ludzka życzliwość i empatia może zmienić wiele.* Położna mówiła o tym jak za każdym razem poruszają ją rozmowy z zestresowanymi pacjentkami, którym nikt nie poświęcił pięciu minut na pokazanie podstawowych czynności pielęgnacji

<sup>19</sup> Bizoń Lidia, rozmowę przepr. Klaudia Kasprzak, 20.11.2018

gnacyjnych, a to zawsze zwiększa pewność siebie w samodzielnej opiece nad dzieckiem. Równocześnie podkreśla, jak ogromne są braki kadrowe w szpitalach, brak miejsca na salach oraz jak niski jest nadal poziom wdrożenia stylu opieki rooming-in. W takich sytuacjach zestresowane pacjentki dzwonią do położnej, z prośbą o pomoc. Nadal są na etapie odreagowywania porodu, są przerażone na myśl o nieznanym i mają baby blues, dlatego, jak zaznacza położna, czasami lepiej żeby to ojciec uczestniczył przy pielęgnacji, bo będzie w stanie lepiej zapamiętać wszystkie szczegóły. Często położne są niechętne do pokazywania podstaw pielęgnacji, argumentując brak czasu – opiekują się wieloma noworodkami na raz, często także mają inne zajęcia od razu po wykonaniu zadania.

Pani Lidia opowiadała też o kontraście polskiej opieki ze standardami niemieckimi (Monachium). Zwróciła uwagę na różnicę w podejściu lekarzy, którzy budują rzeczywistą relację ze swoimi pacjentami jak i na dbanie o godność kobiety. Wspomniała także o tym jak w małych miasteczkach kilkanaście lat temu panowała inna, oparta o indywidualne podejście atmosfera.



9

Stanowisko  
do pielęgnacji  
niemowląt.

## Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej

Oddział: oddział  
noworodkowy  
Producent sprzętów  
szpitalnych: nieznanymi  
Umiejscowienie systemu  
do pielęgnacji dzieci 0-12  
miesiący: sala zabiegowa,  
brak systemu w salach  
dla matek z dziećmi

### Wnioski z obserwacji:

Pielęgnacja odbywa się w salach zabiegowych. Dzieci są przywożone w mobilnych łóżeczkach i kąpane zazwyczaj przez dwie położne. Wśród tych matek, które zostały zapytane o możliwość uczestnictwa w pielęgnacji najczęstszą odpowiedzią było: *Chciałabym uczestniczyć, ale panie położne powiedziały, że nie ma to sensu, ponieważ nie kąpią dziecka w wannie więc nie nauczy się pani niczego co będzie przydatne w domowej pielęgnacji.* Natomiast personel medyczny zaznacza, iż występują ogromne braki kadrowe i nie są w stanie poświęcić wystarczająco dużo czasu każdemu dziecku i matce.

### Uwagi do systemu do pielęgnacji:

1. System uniemożliwia zachowanie prawidłowej postawy ciała podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych,
2. Otwierane szafki ze względu na ich głębokość uniemożliwiają sprawne wyjmowanie ubranek,
3. Wiele akcesoriów, koszy rozmieszczonych w całym pomieszczeniu – utrudniona organizacja pracy,





10

Mobilne łóżeczka.



11

Kąpanie noworodka pod kranem.

4. Zlew uniemożliwiający mycie noworodka jak w wanience.

#### Uwagi do mobilnego łóżeczka:

1. Naklejane kartki z imieniem i nazwiskiem (odklejają się)
2. Przechowywanie wszystkich rzeczy wewnątrz łóżeczka: pampersy, chusteczki, maści, ubrania, rzeczy osobiste mamy,
3. Drażek do zawieszania ręcznika, pieluszki (nieużywany i niefunkcyjny)
4. Propozycje wewnątrz szpitala, aby pojemniki były doczepiane do każdego łóżeczka (we własnym zakresie)
5. Nieużyteczna regulacja wysokości,
6. Mało zwrotne kółka

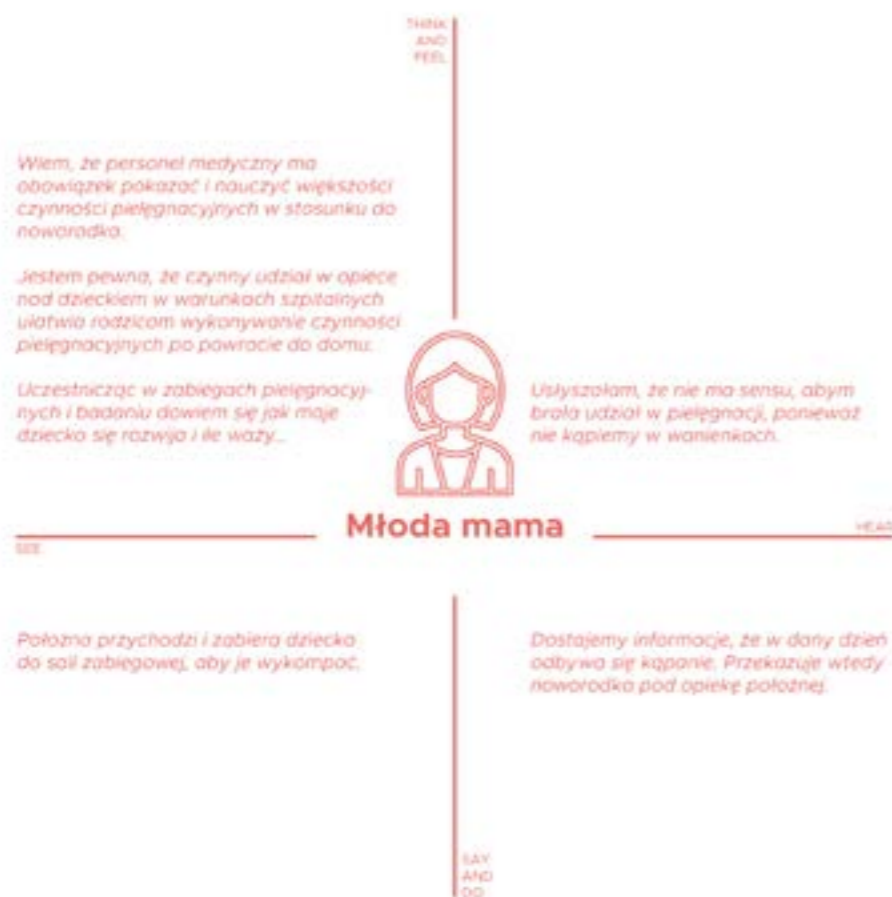


12

Przechowywanie przedmiotów.

# Mapa empatii

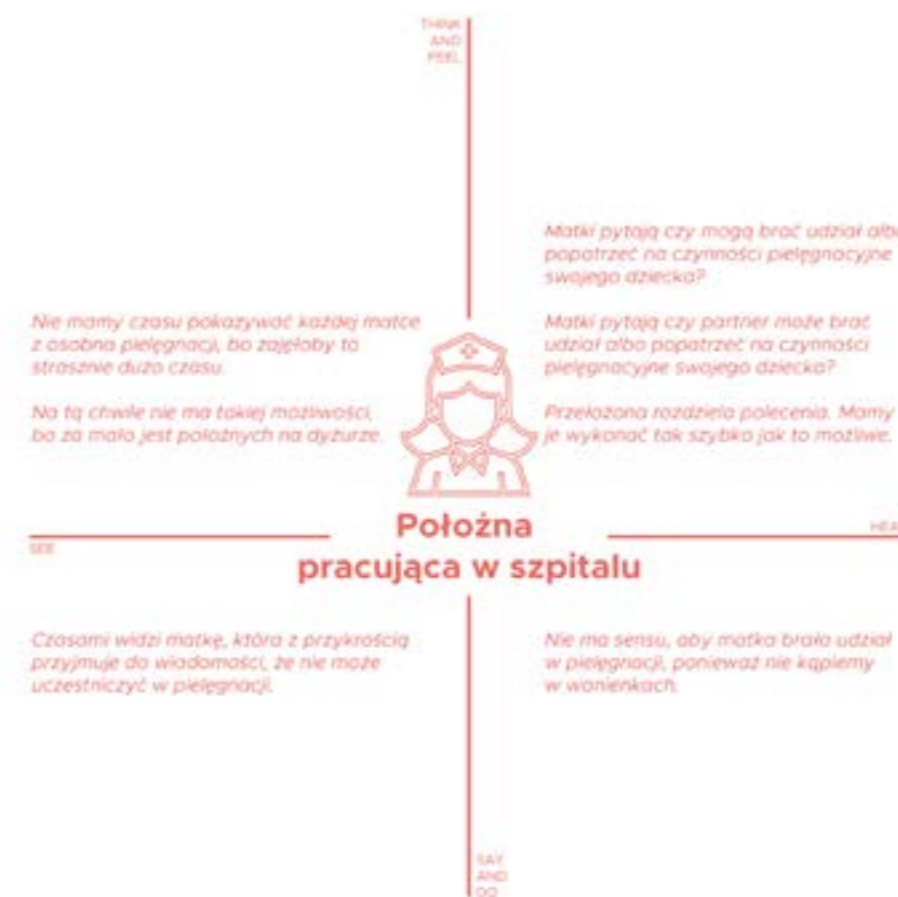
Młode mamy podkreślały potrzebę uczestniczenia w czynnościach pielęgnacyjnych swojego dziecka. Niestety, w niektórych szpitalach były zniechęcane słowami, że jest to inna procedura niż w domach prywatnych - dlatego nie ma to najmniejszego sensu.



13

Mapa empatii:  
Młoda mama

Położne pracujące w szpitalu zwracały dużą uwagę na braki kadrowe i zbyt wiele zajęć przydzieloną na jedną osobę. Chciałyby pokazywać czynności pielęgnacyjne, niestety nie mają aż tyle czasu. Wykąpanie 15-20 noworodków wieczorem uniemożliwia skupienie się na każdej matce i dziecku indywidualnie.



14

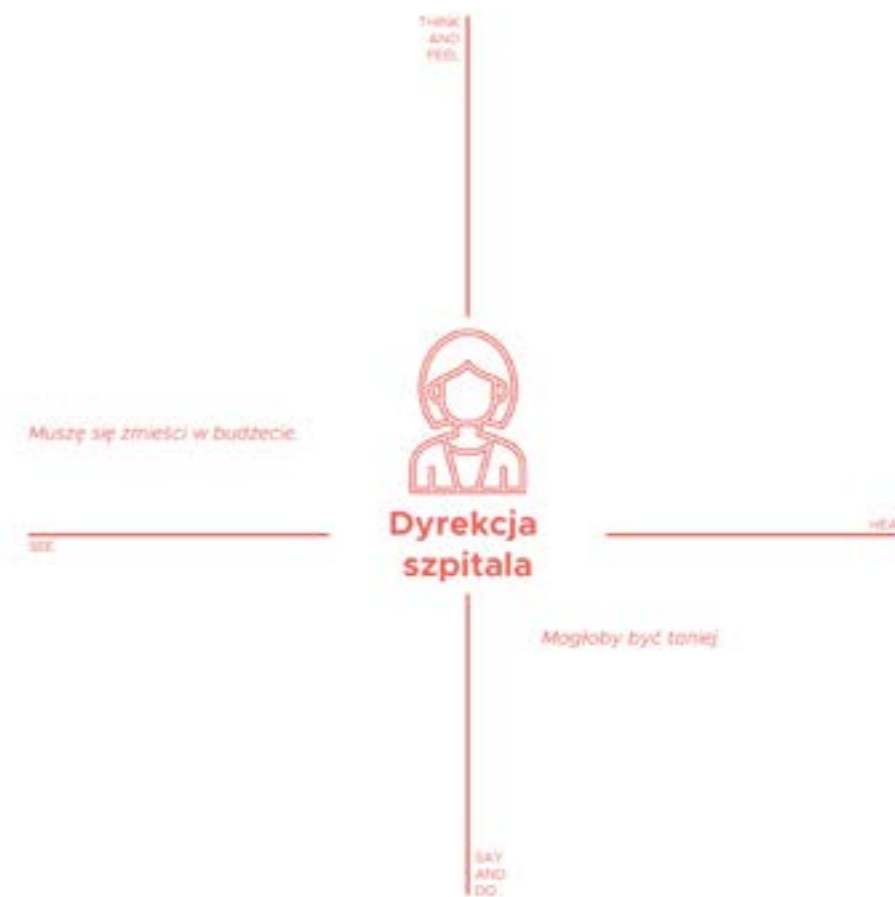
Mapa empatii:  
Położna pracująca  
w szpitalu

Położna środowiskowa jako jednostka medyczna pozostająca w najbliższym kontakcie z położnicą często odbiera szczerze odczucia kobiet po porodach. Przytaczała wiele historii, kiedy młode mamy dzwoniły do niej już ze szpitala z poczuciem braku kompetencji jeśli chodzi o opiekę nad dzieckiem. To pokazuje braki w opiece okołoporodowej lub też zmniejszoną empatię ze strony personelu. Położna podkreślała, że poświęcenie tych kilku minut na rozmowę z młodą matką podczas pielęgnacji w niektórych przypadkach odgrywa ogromną rolę.



15  
Mapa empatii:  
Położna  
środowiskowa

Informacje od osób zarządzających szpitalem dotyczyły głównie budżetu. Narzekano na wysokie ceny i słabą jakość produktów dostępnych na rynku.



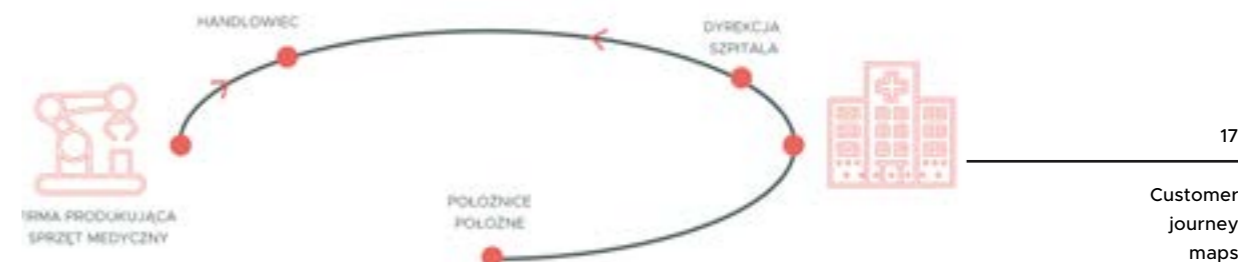
16  
Mapa empatii:  
Dyrekcja szpitala

# Zawężenie obszaru projektowego

Po tych obserwacjach nastąpiło spotkanie z firmą Formed i przedstawienie trzech możliwych obszarów projektowych:



Analiza plusów i minusów każdego obszaru projektowego pod kątem możliwości firmy, potrzeb rynku i problemów projektowych oraz innowacyjności projektowanego produktu.



	<p><b>+</b> projekt złożonego systemu; wykorzystanie corianu, które daje duże możliwości kształtowania powierzchni; wiele kwestii ergonomicznych do rozwiązania</p> <p><b>-</b> zabudowa SymbioMed, więc większa część projektu jest odgórnie narzucona; kwestie finansowe, skoro corian to redukcja kosztów na pozostałych elementach?; wizualna meblościanka (słaba wartość wizualna w kwestii dyplomu)</p>	<p style="text-align: right;">19</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Analiza plusów i minusów zagadnienia</p>
	<p><b>+</b> produkty dostępne na rynku mają swoje wady; projekt prosty, minimalistyczny w formie; wprowadzając kilka modyfikacji można zaprojektować także wózek do przewożenia dzieci do lat 2</p> <p><b>-</b> bardzo ważną kwestią jest cena produktu; główny komponent projektu tj. przezroczysta wanienka sprowadzana od producenta; mało elementów do projektowania</p>	<p style="text-align: right;">20</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Analiza plusów i minusów zagadnienia</p>
	<p><b>+</b> wielofunkcyjny produkt, o większym stopniu skomplikowania; możliwość dodatkowego opracowania koncepcji usługi-wypożyczanie; dobry kontakt z położną środowiskową, która prowadzi szkołę przygotowania dla młodych mam; koncepcja przyszłościowa, która może wypełnić lukę rynkową</p> <p><b>-</b> inne rozwiązania na rynku; rozbieżność z produktami oferowanymi przez firmę Formed; dotychczasowe obserwacje były prowadzone pod kątem sprzętu szpitalnego</p>	<p style="text-align: right;">21</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Analiza plusów i minusów zagadnienia</p>

Wspólnie ustaliliśmy, że dalsze obserwacje w szpitalach będą prowadzone pod kątem zestawu do pielęgnacji noworodka w warunkach szpitalnych.

Obserwacje przeprowadzone zostały w Szpitalu Położniczo-Ginekologicznym UJASTEK, w Szpitalu Miejskim Specjalistycznym im. Gabriela Narutowicza w Krakowie oraz szkole rodzenia RODZINEK.

Analiza tematu była również poszerzona o telefoniczne wywiady z dr Małgorzatą Gierszewską z Pracowni Podstaw Opieki Położniczej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu (Wydział Nauk o Zdrowiu) oraz z dr Ryszardą Jankowską z Oddziału Noworodków i Intensywnej Terapii Neonatologicznej z Wojewódzkiego Szpitala im. L. Rydygiera w Bydgoszczy.

# Wizyta Szpital Położniczo-Ginekologiczny Ujastek

(mgr Anna Jajeśniak)

**Oddział:** oddział noworodkowy  
**Producent systemu do pielęgnacji:** TechMed  
**Umieszczenie systemu do pielęgnacji:** sala zabiegowe, sale dla matek z dziećmi w salach dodatkowo płatnych

## Wnioski z obserwacji:

Pielęgnacja odbywa się w salach zabiegowych. Dzieci są przywożone w mobilnych łóżeczkach i kąpane zazwyczaj przez jedną położną, matki i ojcowie coraz częściej biorą w tym udział. W salach dodatkowo płatnych systemy znajdują się w pokojach matek, położna przychodzi i pielęgnacja odbywa się przy udziale położnej i matki lub innych członków rodziny.

## Uwagi do systemu do pielęgnacji:

1. Brak miejsca na odkładanie przedmiotów.
2. W salach zabiegowych w szafkach przechowuje się ubranka, natomiast w systemach znajdujących się w pokojach matek szafki są puste,
3. Szczeliny wynikające z konstrukcji mebla są problematyczne w utrzymaniu prawidłowej czystości,
4. Wokół systemu do pielęgnacji znajduje się wiele koszy, pojemników na brudne tekstylia (ubranka, beciki, materacyki itp),

22

Stanowisko do pielęgnacji niemowląt w sali



## Dodatkowe uwagi:

Mycie noworodka rozpoczyna się zazwyczaj 24 godziny od porodu - na dziecku nadal znajdują się m.in. zaschnięty śluz i krew. Kąpiel w wannie często stanowi problem ze względu na trudność z myciem głowy niemowlaków. Położna wspominała naukę pielęgnacji w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie z wykorzystaniem wanienki, która była wyposażona w dodatkowy element blokujący, mający na celu zabezpieczenie dziecka przed zsunieniem.



23

Stanowisko do pielęgnacji niemowląt. w sali dla matek (wersja dodatkowo płatna).

# Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie

(mgr Magdalena Wyrzykowska-Kochanek)

Oddział: oddział noworodkowy

Producent systemu do pielęgnacji:

UniMed

Umieszczenie systemu do  
pielęgnacji: sale zabiegowe,  
sale dla matek

## Wnioski:

1. System znajdujący się w salach dla matek.

Puste, niewykorzystane szafki, przewijak z zamontowanym promiennikiem, zlew, płyny i inne kosmetyki znajdują się wokół zlewu, przewijak wyłożony wyściółką z jednorazowego materiału, zabezpieczenie boczne w postaci drążka stalowego, płyny do dezynfekcji zamontowane na ścianie,

2. System znajdujący się w sali zabiegowej.

Akcesoria w koszykach wokół kranu i przewijaka, rękawiczki, pudełka, pojemnik na brudne waciki, w szufladach strzykawki, plasterki, wenflony, waciki, w szafce ubranka, pieluszki, pod zlewem smoczki, mokre chusteczki, generalnie zapasy, koło systemu kosz na brudne ubranka, różnego rodzaju kosze na różne odpadki,

24

Stanowisko  
do pielęgnacji  
niemowląt w sali



## Uwagi do systemu do pielęgnacji:

1. Brak przestrzeni odkładkowej, przedmioty leżą wokół przewijaka w zasięgu rączek dziecka, wokół systemu znajduje się wiele różnych pojemników, koszy na odpadki i brudne ubranka;
2. Niewykorzystana przestrzeń na ścianie, problem z wyjmowaniem przedmiotów z szafek (zbyt duża głębokość szafki)



25

Brak przestrzeni  
odkładkowej.  
Przedmioty leżą  
w obrębie  
przewijaka.

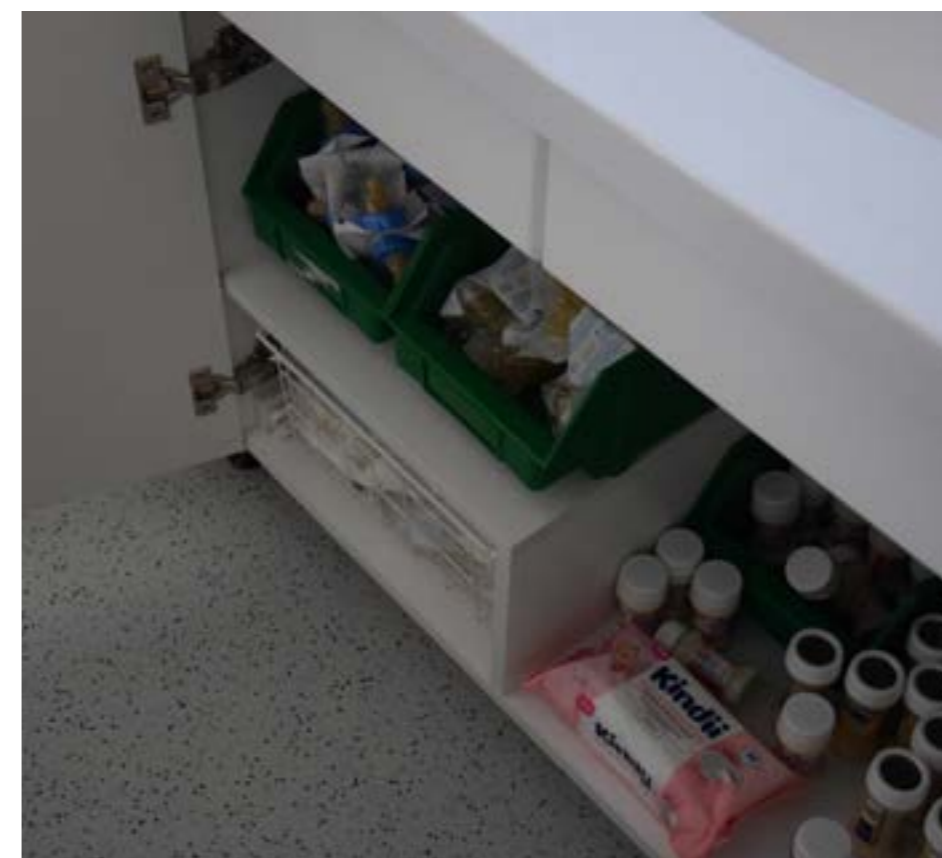


26

Brak przestrzeni odkładkowej.

27

Różnego rodzaju kosze na odpadki, brudne ubranka itp.



28

Przechowywanie przedmiotów.



# Wizyta w Szkole Rodzenia

(mgr Magdalena Wyżykowska-Kochanek)

Podczas zajęć w szkole rodzenia RODZINEK omawiane były kwestie pielęgnacji noworodka. Pani Magdalena pokazywała optymalny chwyt ułatwiający sprawne i bezpieczne kąpanie. Następnie każdy z uczestników miał powtórzyć zadania. Interesujące było podejście przyszłych ojców do czynności pielęgnacyjnych, wykazywali duże zaangażowanie na wszystkich etapach – zarówno w szpitalu jak i w domu.



29

Lekcja pokazowa  
kąpania noworodka.

30

Lekcja pokazowa  
pielęgnacji  
noworodka.



## Rozmowa z dr n. med. Małgorzatą Gierszewską (Pracownia Podstaw Opieki Położniczej w Bydgoszczy)

Pracownia Podstaw Opieki Położniczej jest jednostką naukowo-dydaktyczną, realizującą proces kształcenia studentów kierunku Położnictwo z zakresu nauki zawodu położnej, w tym zajęcia teoretyczne i kształcenie praktyczne. W czasie rozmowy zostały omówione poprzednie obserwacje w szpitalach. Pani Małgorzata potwierdziła, że młode położne uczone są mycia noworodka jak w waniencie, ale zaznacza, że z uwagi na nadmiar pracy położne nie mają czasu na indywidualną pracę z każdą pacjentką. System, który posiadają, umożliwia mycie dziecka do ok. 3 miesiąca życia. Pojawił się pomysł, aby przy wyprofilowanym zlewie zastosować odpowiednią wkładkę umożliwiającą zabezpieczenie dziecka przed zsuwaniem się<sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup> Gierszewska Małgorzata, rozmowę przepr. Klaudia Kasprzak, 28.02.2019

## Rozmowa z dr Ryszardą Jankowską (Oddział Noworodków i Intensywnej Terapii Neonatologicznej z Wojewódzkiego Szpitala im. L. Rydygiera w Toruniu)

Pani dr Ryszarda Jankowska opowiedziała o procedurach związanych z czynnościami pielęgnacyjnymi noworodka w szpitalu w Toruniu. Była wyraźnie zdziwiona, że są jeszcze placówki w Polsce, które nie praktykują mycia w waniencie, a „pod kranem”. Na ich oddziale systemy do pielęgnacji znajdują się w salach zabiegowych i pokojach matek, przed każdą kąpielą zlew wyścielany jest specjalną folią jednorazową. Ponownie system w salach matek wyposażony jest w szafki, z których nikt nie korzysta. Bardzo optymistyczne nastawienie do zastosowania systemów typu CARGO, znanych z rozwiązań kuchennych. Mają one duże możliwości aranżacyjne – odpowiednio dobrany kosz cargo może spełniać swoją funkcję w każdym, nawet najbardziej wąskim meblu. Przychylna reakcja również względem kołnierza zabezpieczającego przed zachlapaniem i wyprofilowaniem zlewo-wanienki<sup>21</sup>.

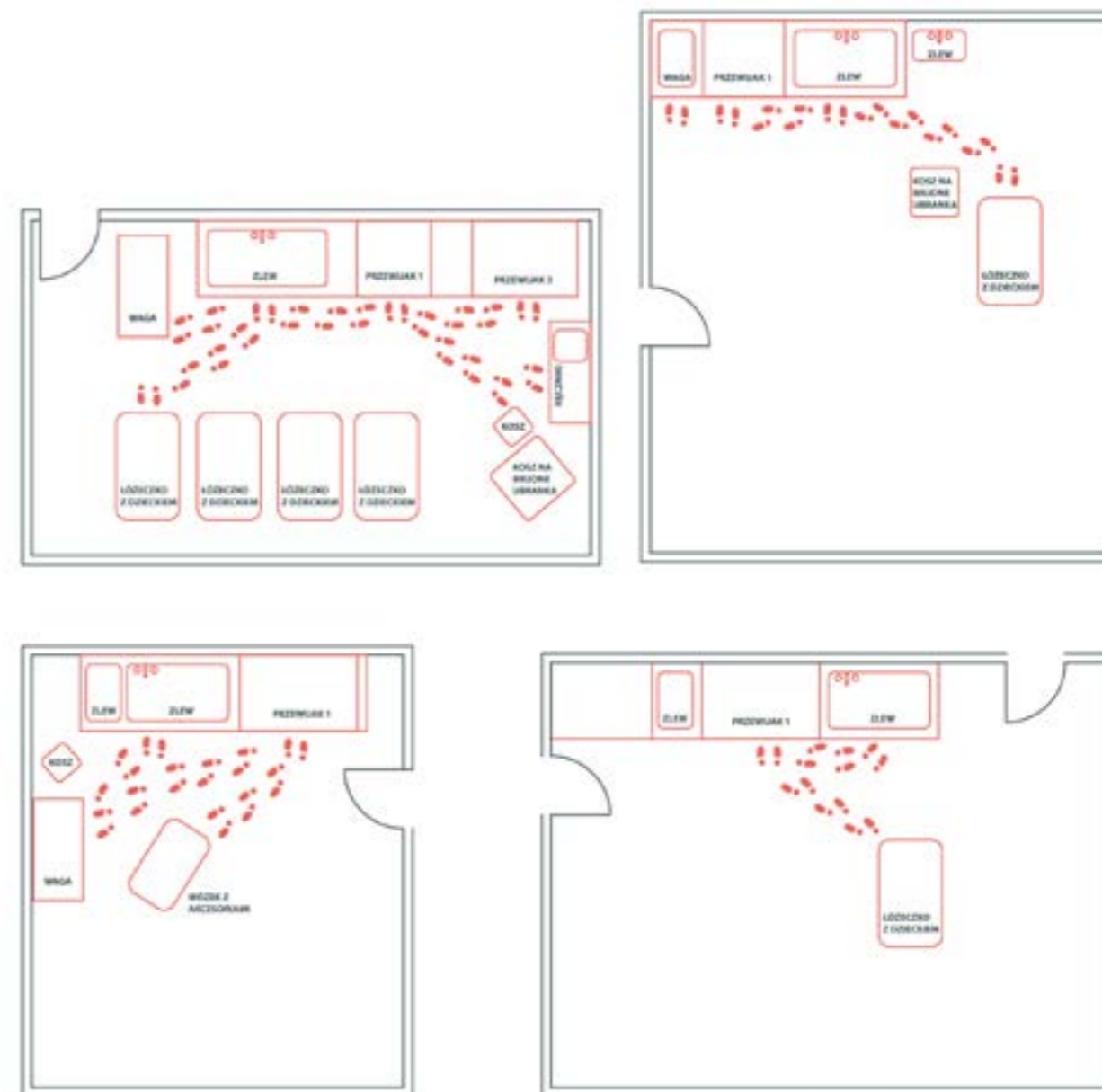
---

<sup>21</sup> Jankowska Ryszarda, rozmowę przepr. Klaudia Kasprzak, 28.02.2019

# Analiza procesu pracy

Analiza czynności pielęgnacyjnych w szpitalach wykazała, że każdy oddział posiada swoje wyuczone schematy. Nie ma jednej właściwej procedury pielęgnacyjnej.

Najczęściej rozpoczyna się od przywiezienia dziecka w mobilnym łóżeczku do sali zabiegowej (jeśli nie jest kąpane w salach „matki z dzieckiem”), następnie rozbierane w łóżeczku i przenoszone na przewijak lub bezpośrednio pod bieżącą wodę. Kolejno odkładane na ręcznik znajdujący się na przewijaku, wycierane do sucha i smarowane odpowiednimi kosmetykami. W zależności od sytuacji może być również ważone lub poddawane czynnościom zabiegowym.



## 6. Analiza konkurencji

Firma Formed wskazała trzy główne przedsiębiorstwa na rynku. Produkty Unimed i Techmed zostały przeanalizowane w związku z wizytą w szpitalach, ponieważ znajdowały się na oddziałach, które miałam okazję oglądać. Natomiast firma Loxos jest francuską firmą specjalizującą się w systemach do pielęgnacji małych dzieci. Wyposażają oni głównie oddziały noworodkowe, dziecięce oraz żłobki.

Rynek oferuje rozwiązania, które znamy z zabudowy kuchennej w naszych domach. Powyższe obserwacje wykazały, że ten typ nie sprawdza się w systemie rooming-in. Szpital zamawia systemy meblowe do sal dla matek, mające szafki, szuflady, które następnie są kompletnie niewykorzystywane. Płaci w ten sposób za rozwiązania, których tak naprawdę nie potrzebuje.

**Powyższa analiza wskazuje wyraźną potrzebę zaprojektowania stanowiska, które będzie bezpieczne dla noworodka, odciąży położną i uschematyzuje ich pracę, a także umożliwi zaangażowanie matek i ojców w czynności pielęgnacyjne.**



## 7. Założenia projektowe (producenta i własne)

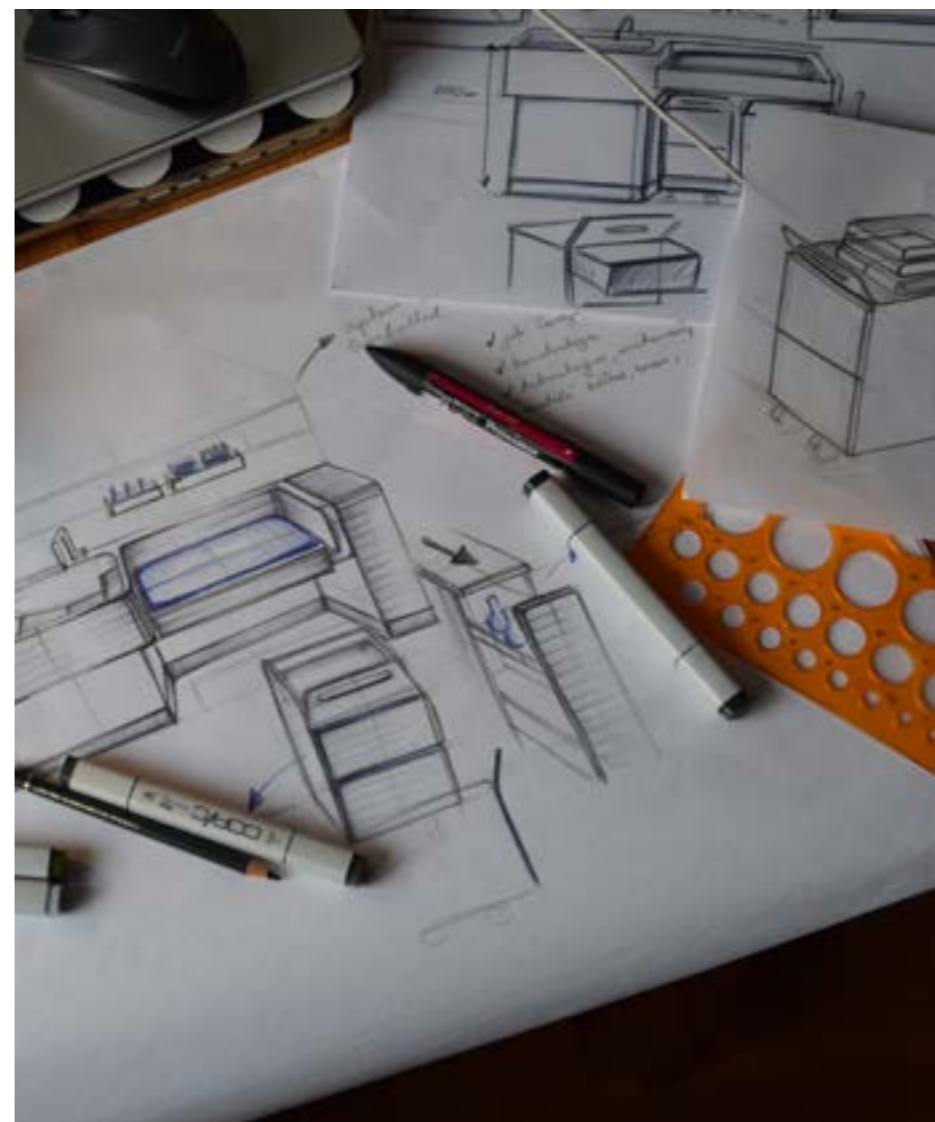
- zaprojektowanie stanowiska pracy położnej do kąpieli noworodka, przewijania i kosmetyki, ogrzewania, prowadzenia badań, rutynowych zabiegów, ważenia,
- dzieci 0-12 miesięcy
- przeznaczone do sal zabiegowych i pokoi matek,
- zapewnienie standardów określonych przez Ministerstwo Zdrowia,
- umożliwienie matce nauki pielęgnacji w szpitalu,
- stanowisko spójne wizualnie z współczesnym wyposażeniem szpitali (odejście od stylistyki „kuchennej”)

### funkcje:

- modułowość rozwiązania (moduły umożliwiające budowanie kilku zestawów)
- poprawa ergonomii stanowiska do pielęgnacji
- właściwa organizacja pracy (optymalizacja czynności pielęgnacyjnych)
- stanowisko umożliwiające mycie noworodków w zlewo-waniecie (nie wykluczając mycia pod kranem)
- zabezpieczenie położnej przed zachlapaniem
- wydzielenie przestrzeni odkładkowej na kosmetyki do pielęgnacji
- modułowy zestaw pojemników do przechowywania nad blatem akcesoriów (np. strzykawki, wenflony)
- modułowe, mobilne segmenty do przechowywania

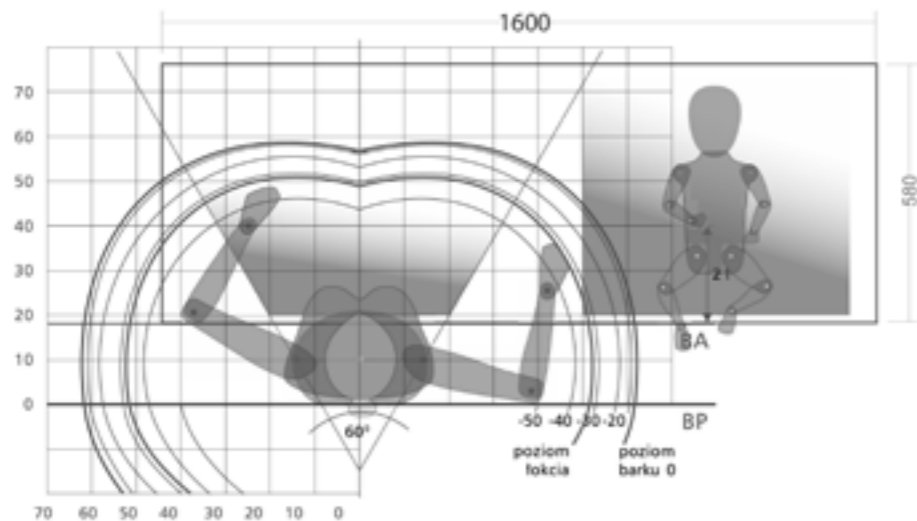
### gabaryty i technologia:

- wersja podstawowa (wanienka + przewijak ok.170 cm)
- wersja rozbudowana (wanienka + przewijak + przewijak ok. 200 cm)
- moduł uzupełniający (dostosowanie do wielkości pomieszczeń)
- moduł z umywalką
- uwzględnienie koniecznego wyposażenia (promiennik, waga)
- wizualne nawiązanie do SymbioMed



## 8. Analiza ergonomiczna

Analiza wykazała, że należy zmienić wysokość wanienki. Kołnierz otaczający zlew powinien być na wysokości umożliwiającej wsparcie łokci w czasie kąpieli i to zarówno przy myciu „pod kranem”, jak i sposobem wanienkowym. Jednocześnie rozwiązanie to zakłada wyprofilowanie wanienki w taki sposób, aby dziecko leżało pod delikatnym kątem, a spad kierował się w stronę odpływu. Ważne jest również aby umożliwić maksymalne podejście do obiektu, tzn. przestrzeń pod zlewem powinna dawać możliwość wejścia stopami w głąb mebla. Wysokość przewijaka zostaje ustalona na maksymalnie 90 cm. Głębokość mebla nie powinna przekraczać 58 cm z wyjątkiem przewijaka, którego głębokość powinna być modyfikowana w zależności od potrzeb szpitala.

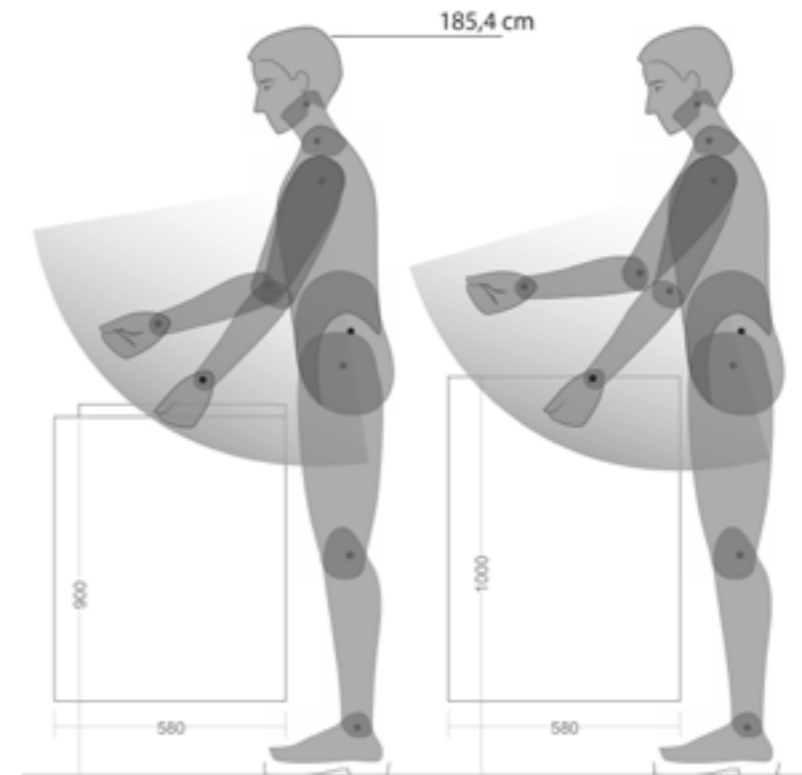
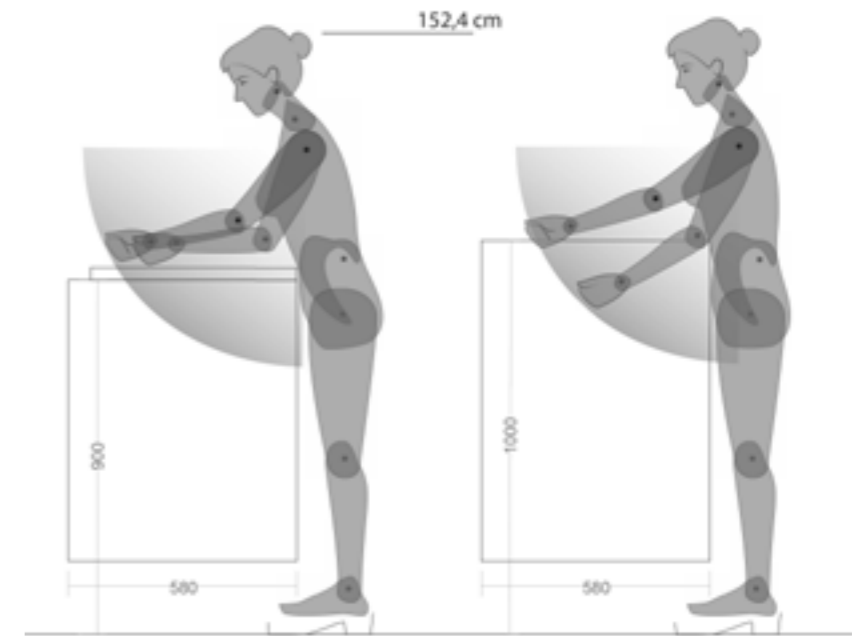


34

Przestrzeń pracy  
rąk: zasięgi  
maksymalne kobiet.

35

Przestrzeń pracy  
rąk: wysokość pola  
pracy w pozycji



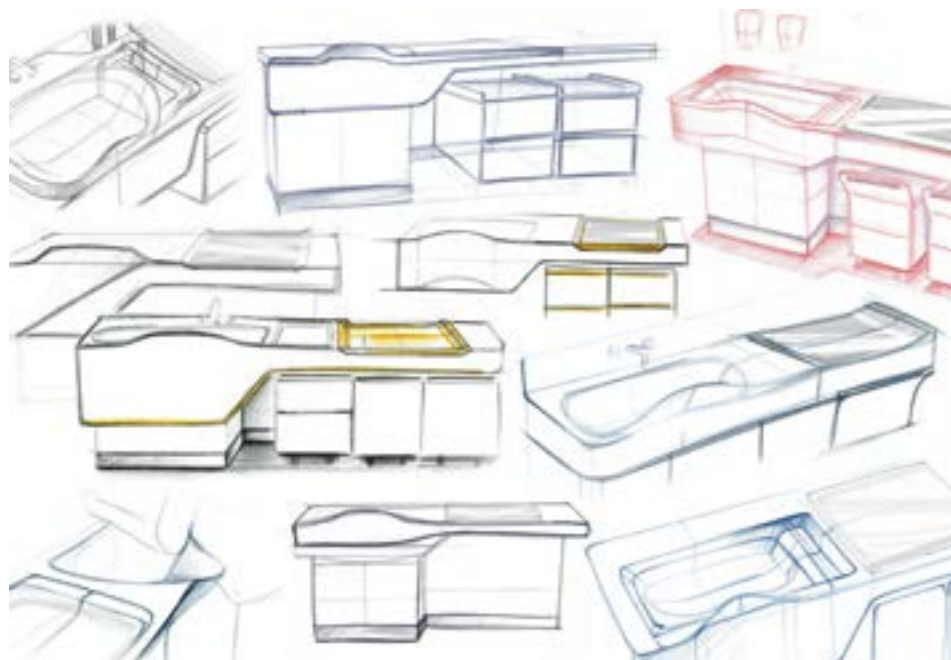
36

Przestrzeń pracy  
rąk: wysokość pola  
pracy w pozycji  
stojącej dla 95c  
mężczyzn.

## 9. Szkice koncepcyjne i model w skali 1:1

Pierwszy etap szkiców koncepcyjnych opierał się na idei kołnierza zabezpieczającego położoną przed zachlapaniem oraz wprowadzeniu mobilnych szafek, które podczas procesów pielęgnacyjnych można wysunąć spod blatu, w ten sposób aranżując samodzielnie przestrzeń do pracy.

Po wykonaniu modelu w skali 1:1 rozwiązanie z kołnierzem wykazało, że może on być uciążliwy przy poruszaniu się w obrębie wanienki.



37

Model w skali 1:1.  
Weryfikacja  
rozwiązania  
z kołnierzem  
zabezpieczającym.

38

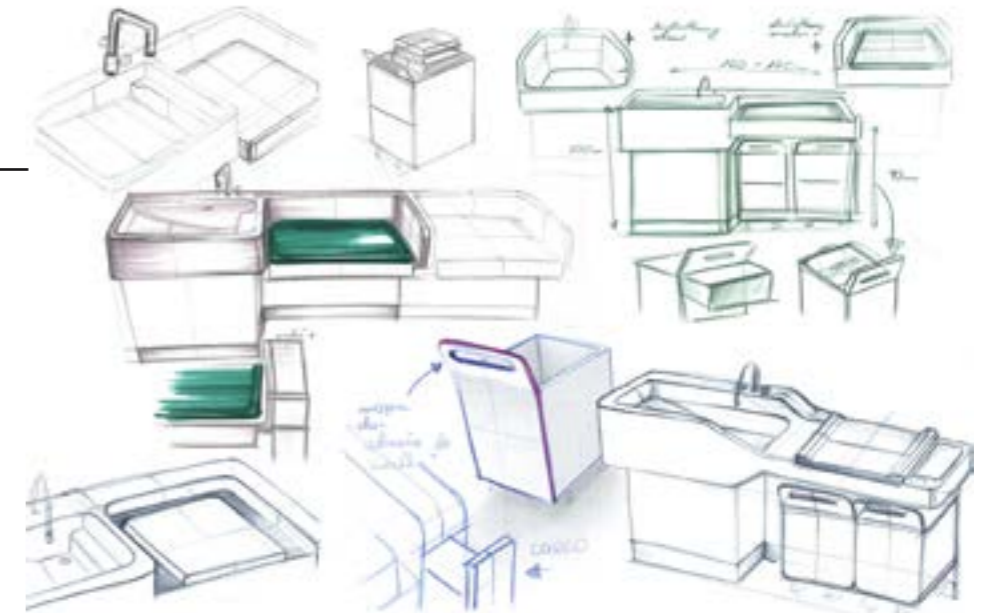
Szkice  
koncepcyjne.





39

Szkice  
konceptyjne.



40

Model w skali 1:1

Na podstawie analizy ergonomicznej i testów doszłam do wniosku, że kołnierz (rant) powinien otaczać cały zlew, podnosząc tym samym krawędź na której wspierają się łokcie w czasie pielęgnacji. Nieznaczne podniesienie dna zlewu, wyprofilowanie wanienki i podwyższenie wspomnianego kołnierza o ok. 10 cm znacząco poprawia postawę ciała pielęgniarce w czasie wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych.



41

Najczęściej spotykana wysokość stanowiska do pielęgnacji noworodka ok. 868 mm



Marta,  
wzrost 158 cm

Pani Agnieszka,  
wzrost 175 cm

**Podsumowując etap szkiców i testów wyodrębniono 6 zasadniczych cech produktu:**

1. Modułowość
2. Mobilność - aranżowanie przestrzeni
3. Poprawa ergonomii stanowiska do pielęgnacji
4. Mycie noworodków w zlewo-waniu, jednocześnie nie wykluczając mycia pod kranem
5. Wydzielenie przestrzeni odkładkowej na produkty do pielęgnacji
6. Stanowisko spójne wizualnie ze współczesnym wyposażeniem (odejście od stylistyki „kuchennej”)



Marta,  
wzrost 158 cm

Pani Agnieszka,  
wzrost 175 cm

42

Zaproponowana wysokość stanowiska do pielęgnacji ok. 1000 mm na podstawie wniosków z analizy ergonomicznej.

## 10.1 Konsultacje z położną (testy użytkownika)

Przy użyciu modelu funkcjonalnego zostały przeprowadzone testy i konsultacje z Panią Magdaleną – położną ze Szpitala Miejskiego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie. Celem, było omówienie użyteczności i funkcjonalności nowo zaprojektowanych elementów stanowiska, oraz sprawdzenie modułów pod kątem ergonomicznym. Koncepcja spotkała się z pozytywnym odbiorem i pozwoliła na dalszy rozwój projektu w oparciu o wcześniej określone założenia.



43

Kąpanie noworodka  
sposobem  
wanienkowym.

44

Kąpanie noworodka  
pod kranem.





## 10.2 Konsultacje z handlowcem

45

Szkice koncepcyjne

Spotkanie z Panią Agnieszką Krzyżowską i z Panem Grzegorzem Holiczem dotyczyło omówienia nowego produktu w rzeczywistym otoczeniu rynkowym. Jednoznacznie stwierdzono, iż rozwiązanie posiada potencjał handlowy.



46

Kąpanie noworodka sposobem wanienkowym.

## 10.3 Konsultacje z konstruktorem

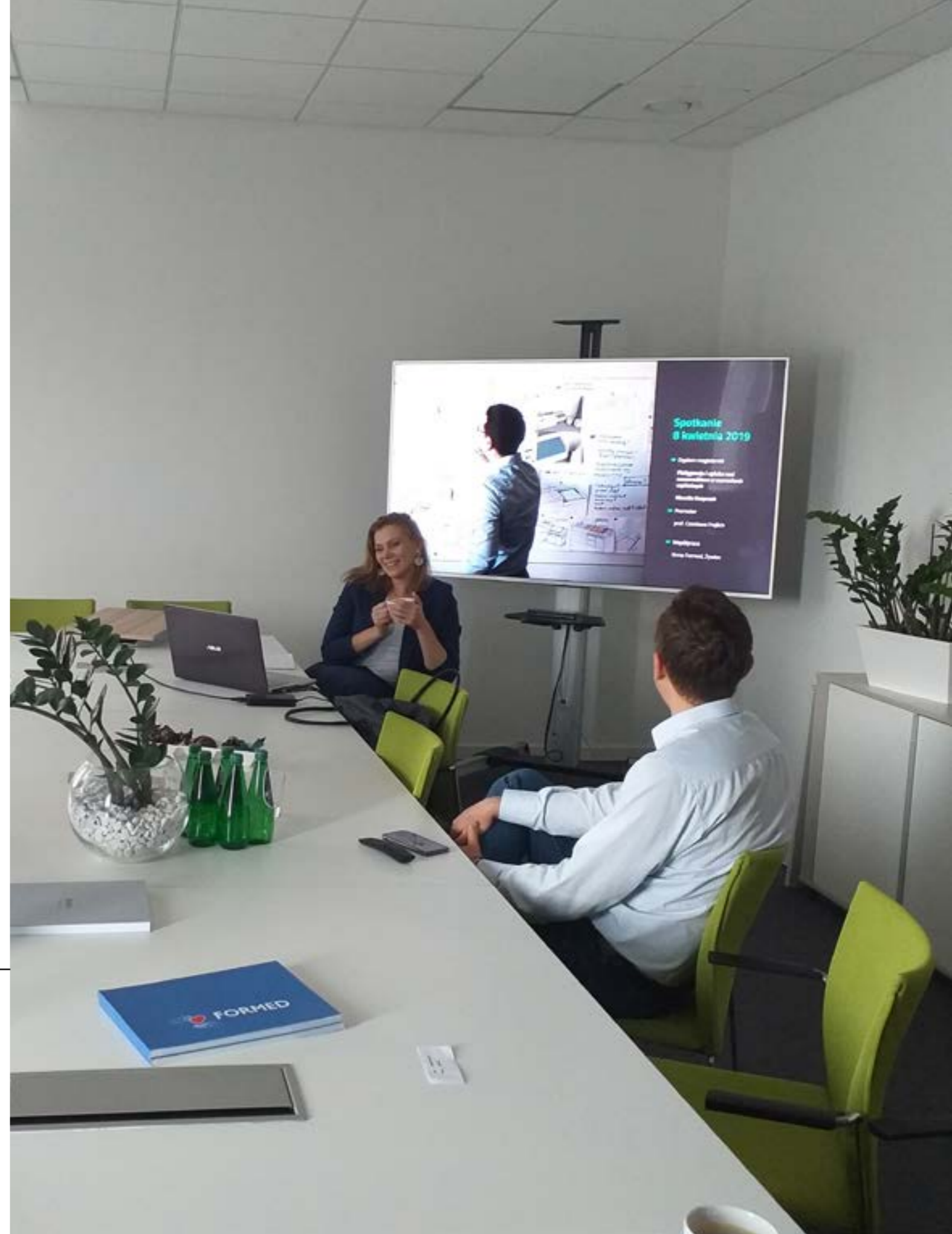
Spotkanie w siedzibie firmy Formed skupiało uwagę na technologicznych i konstrukcyjnych aspektach projektu.

Wstępnie ustalono, iż główny, górny element składający się z przewijaka i waniarki będzie wykonany z Corianu ze względu na potencjał zarejestrowania produktu jako wyrób medyczny. Corian jest trwałym, nieporowatym, jednorodnym materiałem, który sprzyja utrzymaniu higienicznej powierzchni – tak ważnej w przestrzeniach szpitalnych. Corian nie sprzyja rozwojowi bakterii ani grzybów.

Zalecono zastosowanie konstrukcji podwieszanej – montowanej bezpośrednio do ściany lub występującej odrębnie, jako obiekt wolnostojący. W nowo budowanych placówkach szpitalnych unika się coraz częściej elementów osadzonych na podłożu z uwagi na problemy w utrzymaniu czystości. Zdarza się natomiast, że ze względu na słabą jakość konstrukcyjną ścian, nie istnieje możliwość zastosowania podwieszanych elementów – dlatego obiekt powinien występować w różnych konfiguracjach.

47

Spotkanie  
w siedzibie firmy  
Formed.



# 11.Opis projektu

W ramach pracy magisterskiej został opracowany projekt stanowiska do pielęgnacji noworodków w warunkach szpitalnych. W skład projektu wchodzi moduł podstawowy, uwzględniający wanienkę i przewijak. Może on być rozbudowywany o dodatkowy moduł z przewijakiem lub umywalkę. W zależności od potrzeb szpitala stanowisko może być uzupełniane o mobilne szafki w trzech konfiguracjach przechowywania (dwie płytkie szuflady, jedna głęboka lub z pokrywą na brudne ubrania). System pojemników zawieszanych na ścianie umożliwi zaaranżowanie przestrzeni według indywidualnych potrzeb.

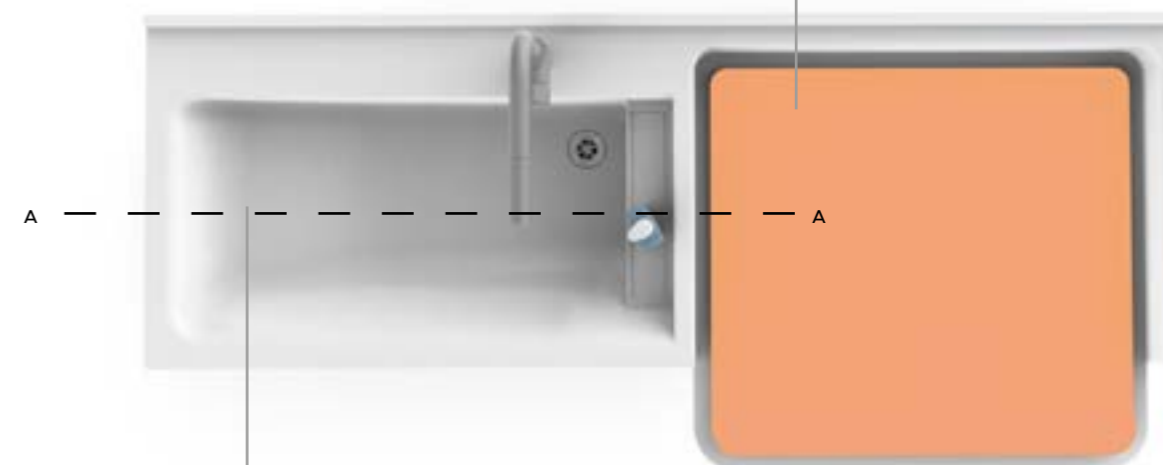


48

Moduł podstawowy składający się z przewijaka i wanienki (wolnostojący).

49

Widok z góry.



Dwie głębokości przewijaka 670 mm i 770 mm - w zależności od potrzeb szpitala.

Górny element modułu podstawowego wykonany z Corianu.



50

Przekrój AA modułu podstawowego - wyprofilowanie wanienki.

51

Moduł podstawowy, konstrukcja podwieszana.



Dwie płytkie szuflady.

Jedna głęboka szuflada.

Otwierana górna pokrywa - pojemnik na brudne ubranka.



52

Szafki mobilne w trzech konfiguracjach przechowywania.

53

Rozbudowane stanowisko do pielęgnacji.



Promiennik podczerwieni.

Podłączenia sanitarne obudowane płytą meblową.

Fronty szafki wykonane z płyty meblowej.

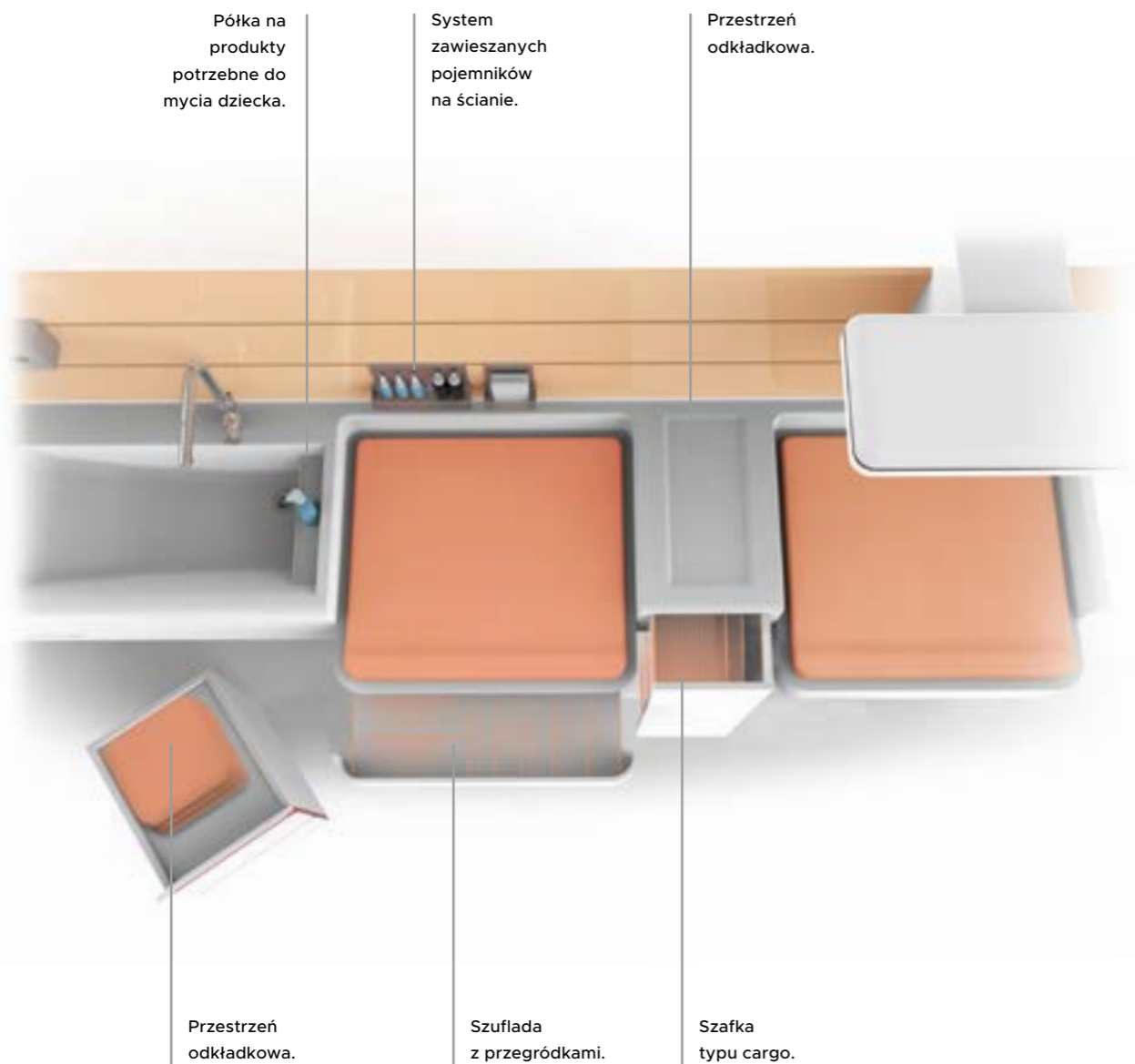
Wbudowana waga pod materacykiem.

Uchwyt szafki wykonany z giętej płyty HPL.

Kolorowe obrzeża nawiązujące do linii produktowej SymbioMed.

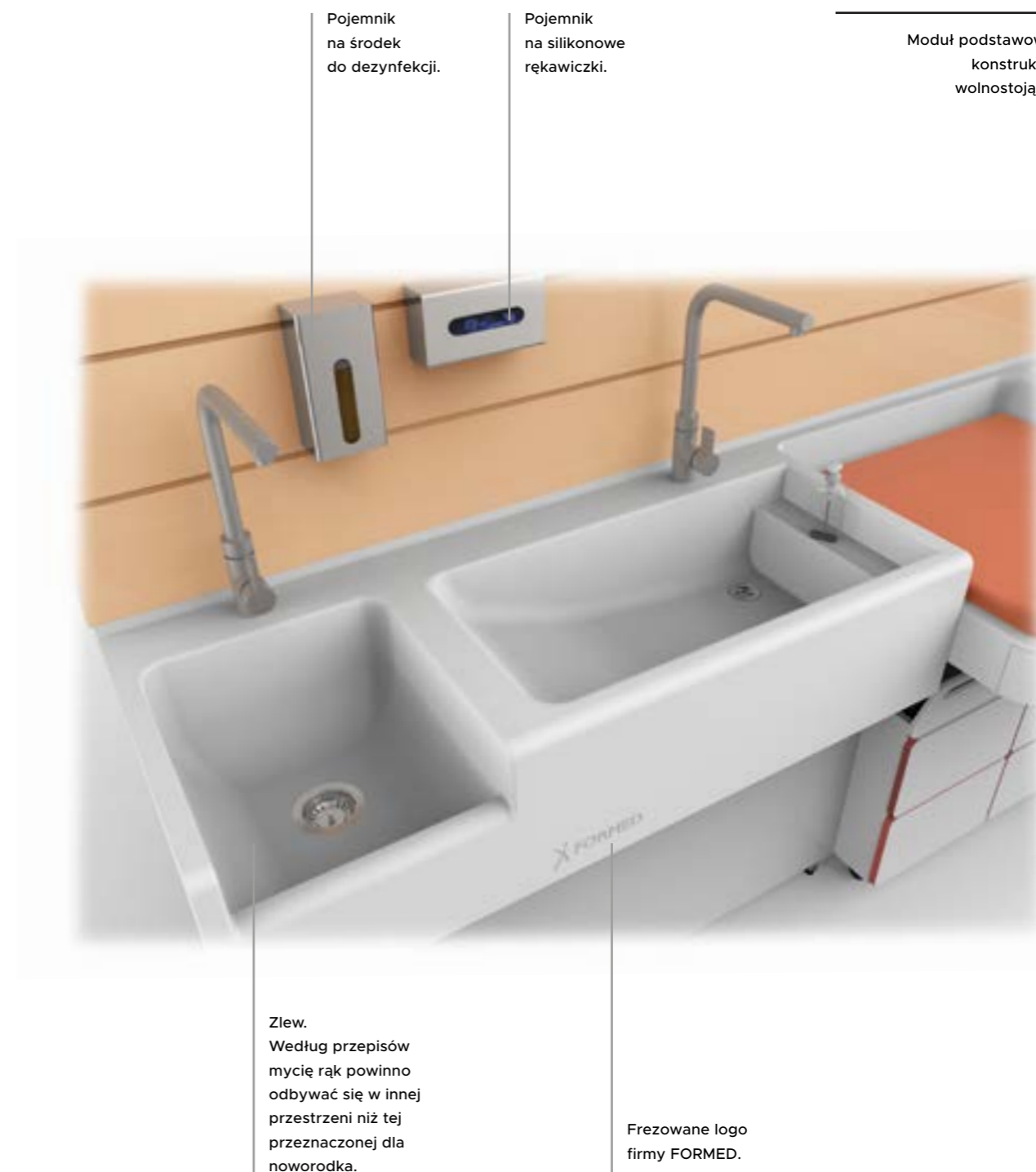
54

Przechowywanie.

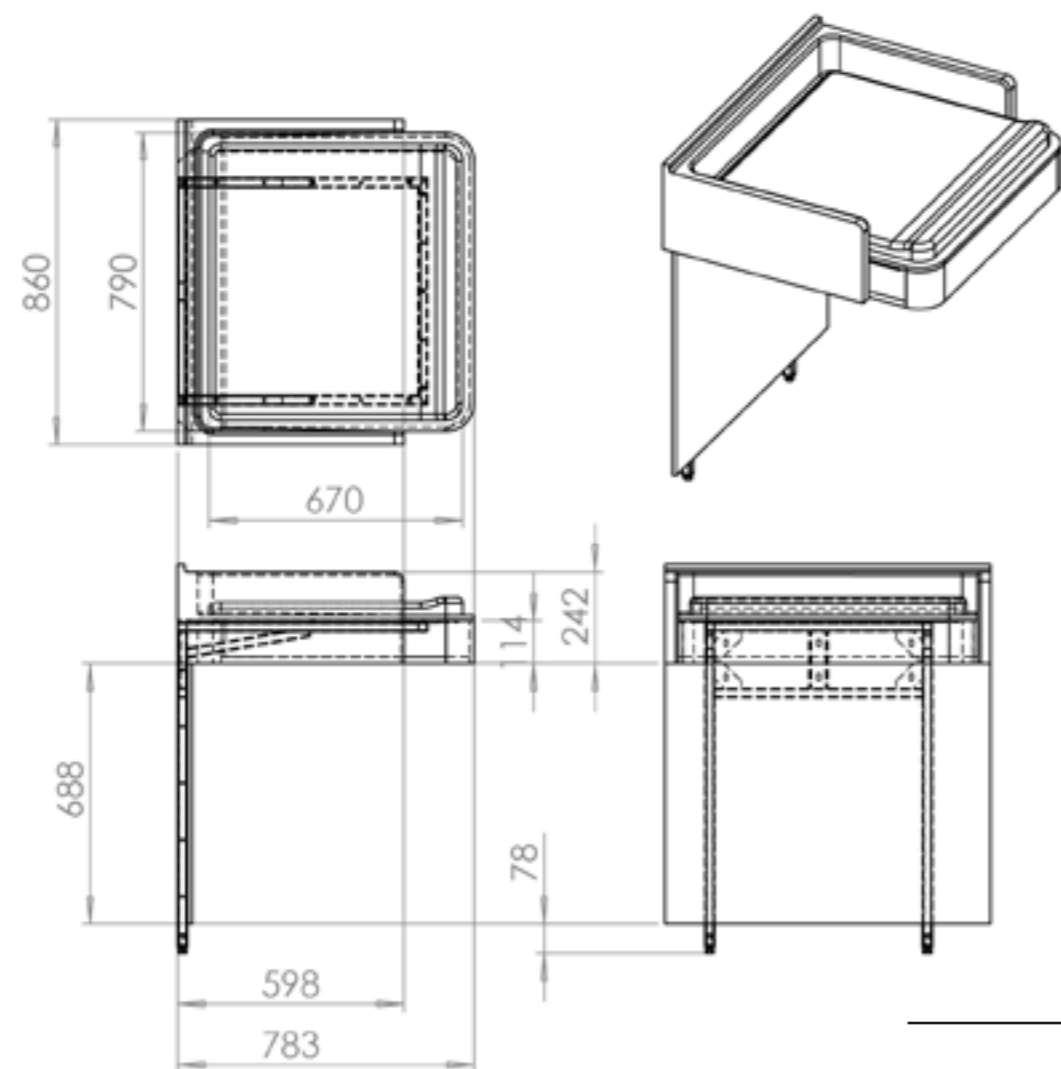


55

Moduł podstawowy, konstrukcja wolnostojąca.

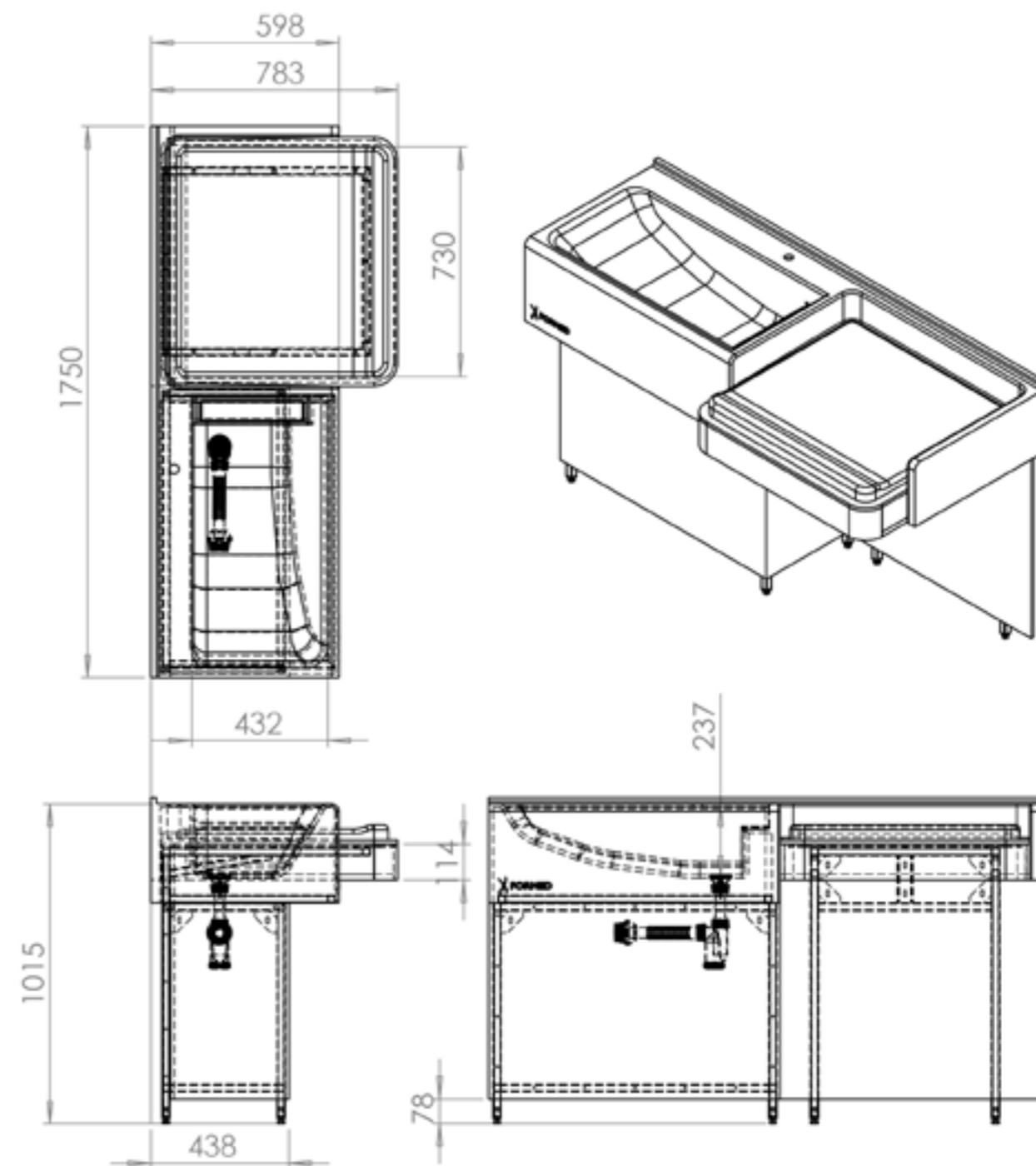


## 12. Wymiary podstawowe



56

Moduł  
z przewijakiem,  
skala 1:20



57

Moduł podstawowy,  
wolnostojący,  
skala 1:20

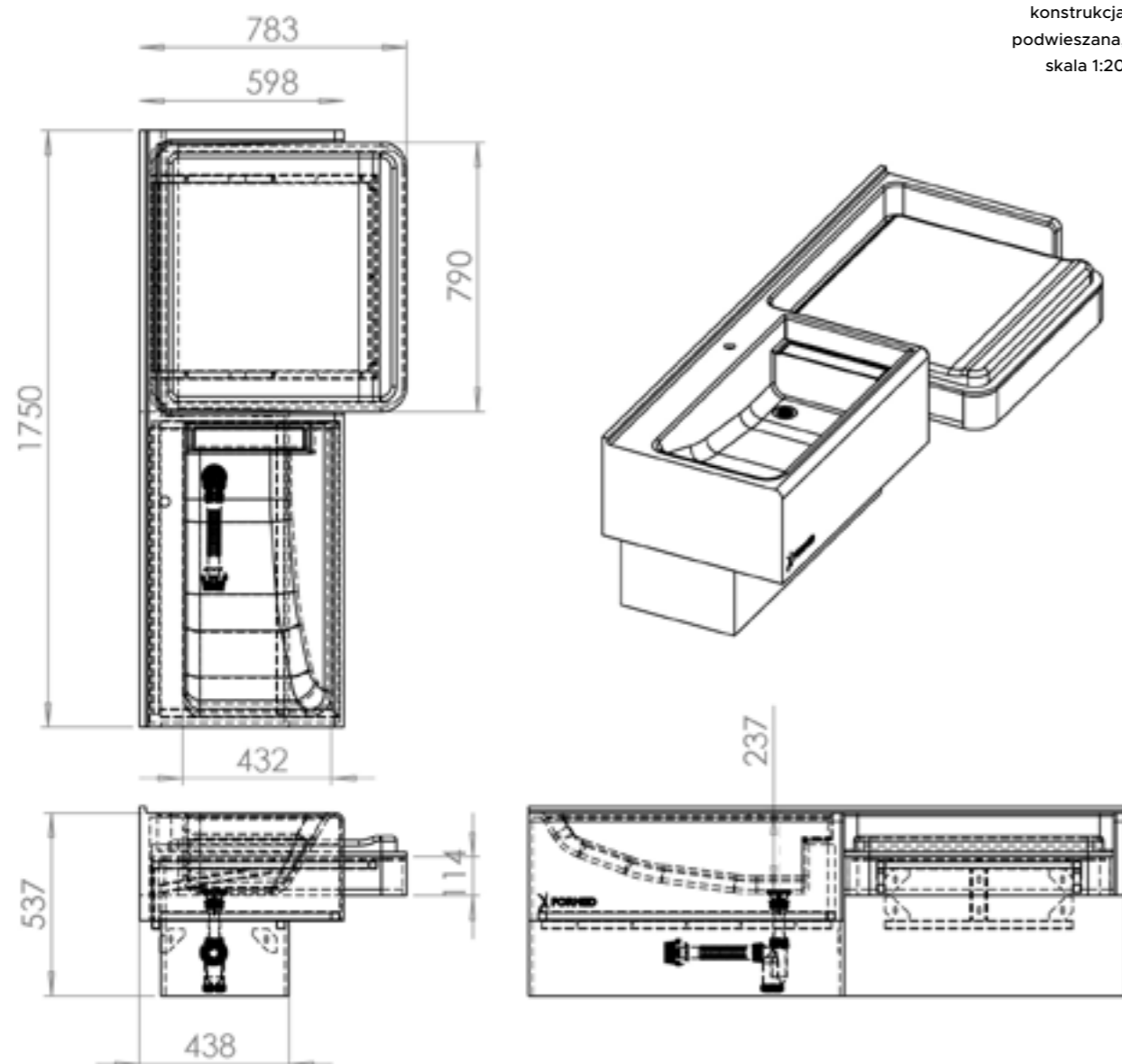


Stanowisko może być osadzone na konstrukcji podwieszanej – montowanej bezpośrednio do ściany lub występować odrębnie, jako obiekt wolno stojący.

Konstrukcje opracował Dominik Dyrłaga z firmy Formed.

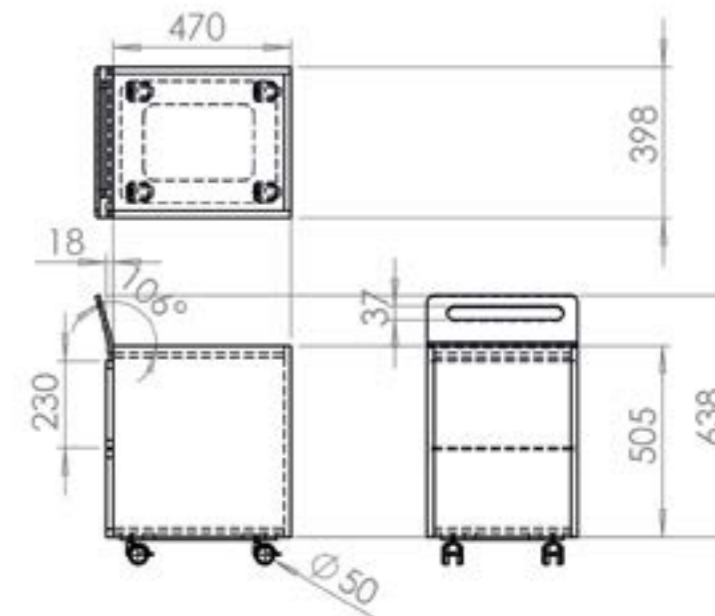
58

Moduł podstawowy,  
konstrukcja  
podwieszana,  
skala 1:20



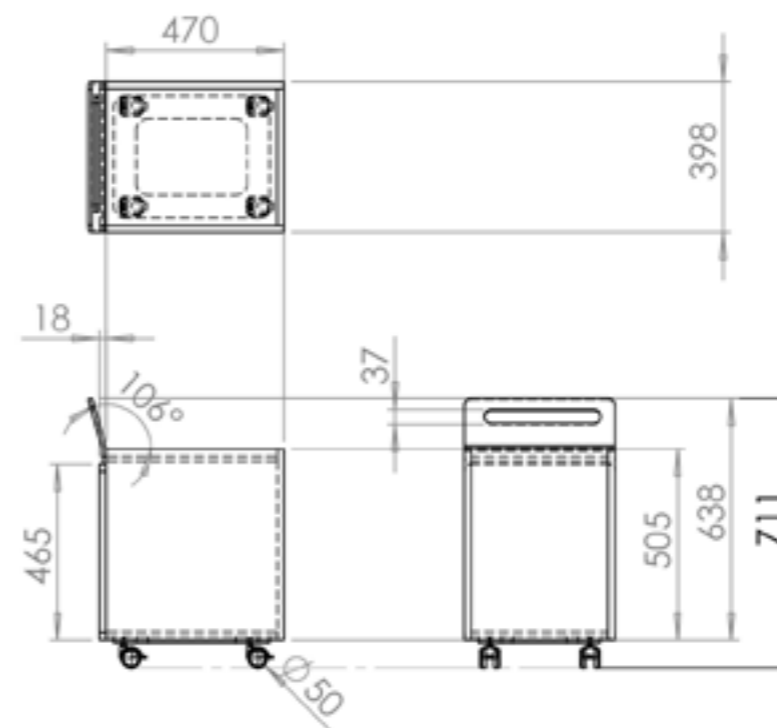
59

Mobilna szafka  
z dwiema  
szufladami,  
skala 1:20



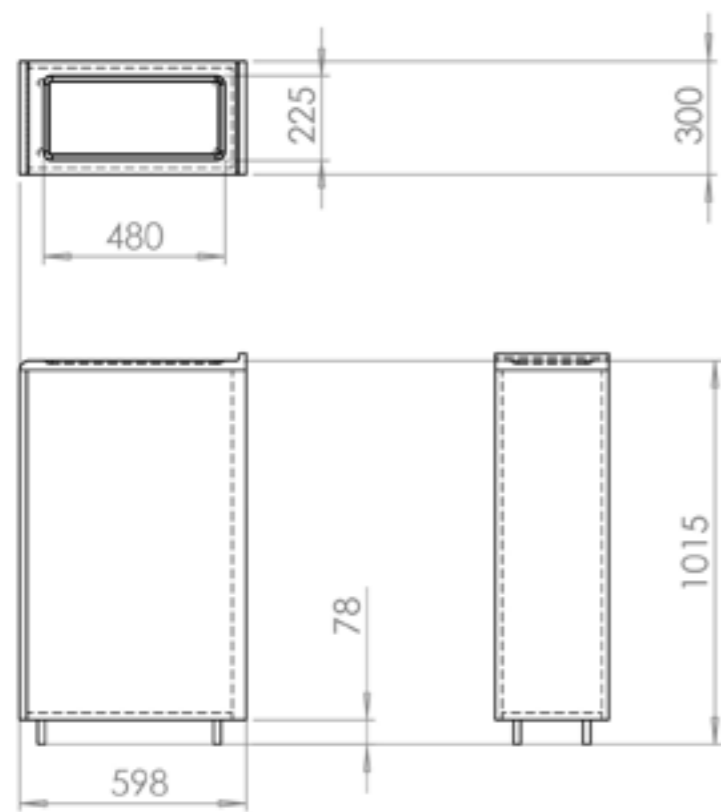
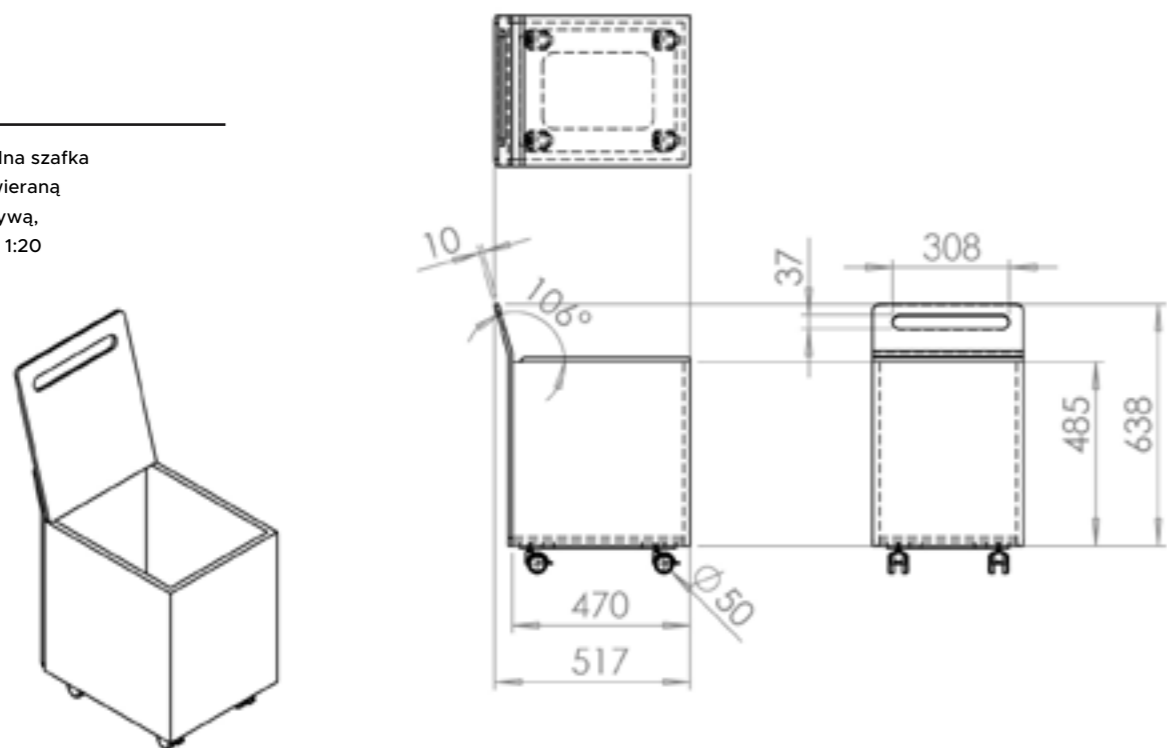
60

Mobilna szafka  
z jedną szufladą,  
skala 1:20



61

Mobilna szafka  
z otwieraną  
pokrywą,  
skala 1:20

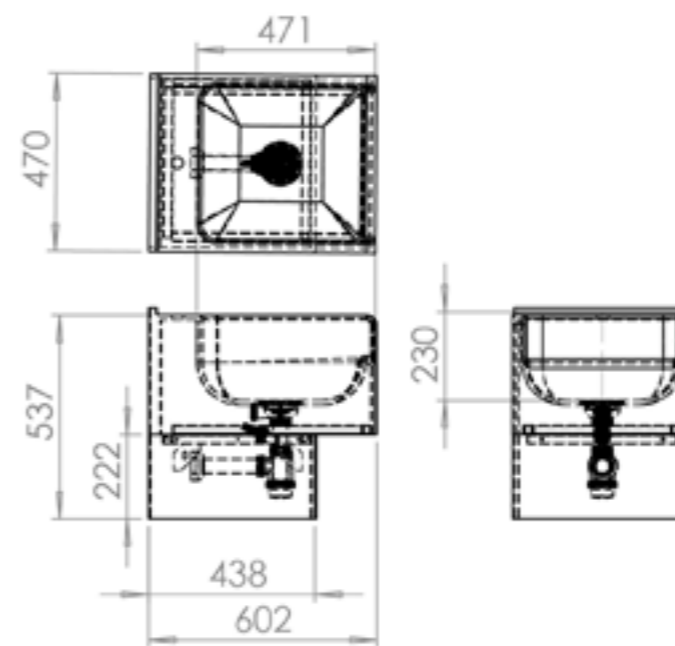
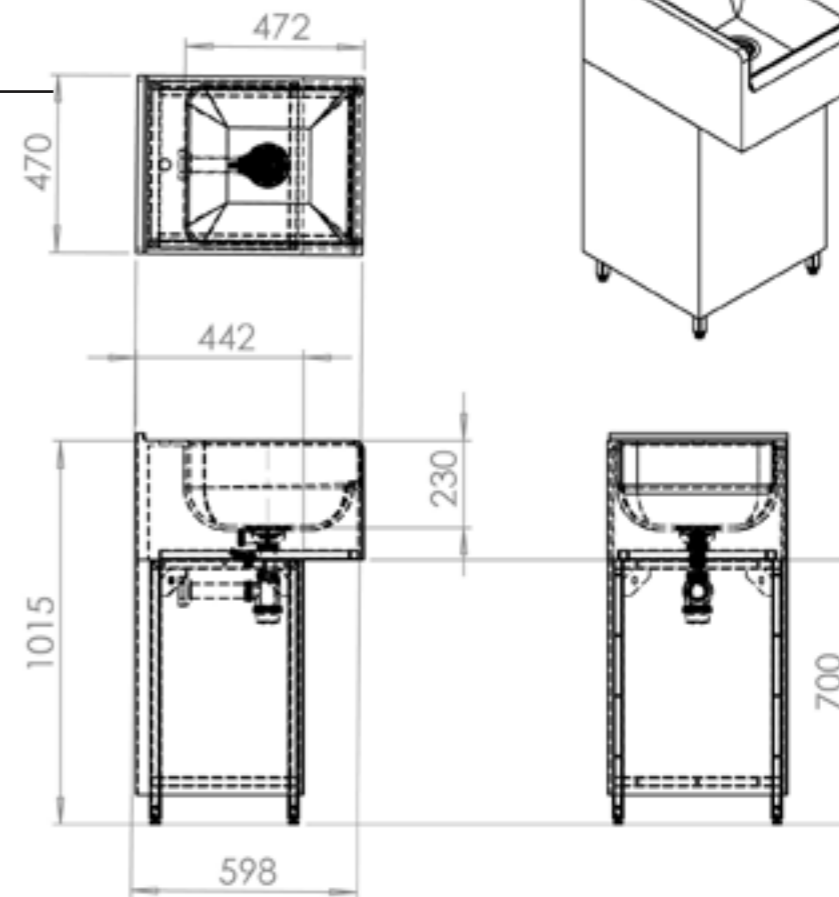


62

Moduł z szafką  
typu cargo,  
skala 1:20

63

Moduł z umywalką,  
wolnostojąca,  
skala 1:20



64

Moduł  
z umywalką,  
konstrukcja  
podwieszana,  
skala 1:20

## 13. Wizualizacje



65

Wizualizacja  
rozbudowanego  
stanowiska do  
pielęgnacji w sali  
zabiegowej..



66

Wizualizacja modułu  
podstawowego  
w pokoju matki  
według systemu  
rooming-in.

---

# Spis materiałów graficznych

Ilustracje od numeru 1 do 4 pochodzą ze strony [www.rodzicpoludzku.pl](http://www.rodzicpoludzku.pl) i zostały przygotowane w ramach kampanii „Rodzę – Mam prawa”.

Pozostałe materiały graficzne są autorstwa Klaudii Kasprzak.

---

# Bibliografia

1. Carfoot S., Williamson P., Dickson R, *A randomized controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breastfeeding*, *Midwifery*, 2005, b.m
2. Czapczyńska A., *Bonding „Remedium”*, 2002
3. Marchwicki P., *Teoria przywiązania J. Bowlby’ego*, *Seminare*, 2006
4. Mikulska M., Rzempoluch J., Książewski B., *Psychosomatyczne aspekty działalności oddziału położniczo-noworodkowego w ramach Szpitala Przyjaznego Dziecku*, *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*, Suplement XII., 1996
5. Oslisło A., Otfinowska A., *Najważniejsza chwila w życiu. O pierwszym kontakcie matki z dzieckiem i możliwości jego realizacji w placówkach położniczych w Polsce*. Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa 2008
6. Pilewska A., Śliwowska K., *System matka - dziecko w opinii położnic. Materiały z konferencji naukowej „Położnictwo u progu XXI wieku”*., Lublin, 1999
7. Schanler R.J., *Suitablility of human milk for the low birth weight infant*, *Clin Perinatol*, 1995
8. Spock B., Rothenberg M., *Dziecko. Pielęgnowanie i wychowanie*, Warszawa 1989
9. Suchocki S., Szymczyk A., Jastrzębski A., *Ocena opieki w bloku porodowym i oddziale położowym w systemie „matka-dziecko” na podstawie przeprowadzonej ankiety wśród kobiet rodzących.*, *Ginekologia i Położnictwo*, 1997, nr. 68
10. Trevathan W., *Human Birth: An Evolutionary Prespective*, 1987,b.m

---

# Abstrakt

Projekt stanowiska do pielęgnacji noworodków w warunkach szpitalnych

Celem był projekt stanowiska do kąpieli noworodka, przewijania i kosmetyki, ogrzewania, prowadzenia badań, rutynowych zabiegów oraz ważenia w warunkach szpitalnych. Obserwacje wykazały, że dostępne rozwiązania nie przystają do obowiązujących standardów i potrzeb. Nie spełniają ergonomicznych norm i zaleceń Ministerstwa Zdrowia i WHO.

Projekt zwraca szczególną uwagę na polepszenie organizacji wykonywanych czynności i poprawy pozycji pracy położnej. Rozwiązanie poprawia bezpieczeństwo noworodka poprzez ścisłe wydzielenie stref pielęgnacyjnych i odkładkowych. Sprzyja zaangażowaniu matek i ojców w czynności pielęgnacyjne.

Cechami charakterystycznymi stanowiska są modułowość i mobilność, umożliwiające zaaranżowanie przestrzeni szpitala ze względu na rodzaj pomieszczenia jak również sposobu pracy pielęgniarzki. Z formalnego punktu widzenia obiekt został ukształtowany jako stanowisko pracy, a nie, jak do tej pory, kształtowany identycznie jak meble kuchenne. Dodatkowo rozwiązanie wpisuje się w możliwości technologiczne oraz linie produktową SymbioMed potencjalnego producenta.

słowa kluczowe: wyposażenie szpitala, meble medyczne, stanowisko do pielęgnacji noworodków, opieka nad noworodkiem

Design of a neonatal care station in a hospital environment

The aim of the thesis was to design a stand for the newborn, which would be designed for bathing, swaddling, newborn cosmetics, heating, conducting tests, routine treatments and weighing in a hospital setting. The observations have shown that the solutions available on the market do not meet the current standards and needs. They do not meet the ergonomic standards and recommendations of the Ministry of Health and the WHO.

The project particularly emphasizes and pays special attention to improving the organization of activities and the midwife's job position. The solution improves the safety of the newborn by strictly separating care and storage areas. It favors the involvement of mothers and fathers in nursing and care activities.

The characteristic features of the stand are modularity and mobility, allowing to arrange the hospital space in terms of individual needs. From a formal point of view, the object was shaped as a workstation, and – unlike previously – resembling kitchen furniture. Additionally, it is supposed to match the technological capabilities and the SymbioMed product line – the line of the manufacturer interested in this project.

keywords: hospital equipment, medical furniture, neonatal care station, neonatal care

