



Opieka domowa nad noworodkiem i matką w czasie połogu

Projekt mobilnego stanowiska pracy położnej



**Akademia Sztuk Pięknych
im. Jana Matejki w Krakowie
1818**

Wydział Form Przemysłowych
wzornictwo
Projektowanie Form Przemysłowych

Agnieszka Bujas
10960

Opieka domowa nad noworodkiem i matką w czasie połogu

Pracownia Projektowania Ergonomicznego

Promotor

prof. Czesława Frejlich
mgr Karol Cyrulik

Promotor z zakresu UX

dr Kamil Kamysz

Konsultacje

dr Ewa Bujak
Paweł Dębski, firma RADWAG

Kraków, 2024

Spis treści

1. Wstęp	
1.1 Cel pracy.....	10
1.2. Wybrane pojęcia	11
1.3. Wybór perspektywy badawczej	13
2. Problematyka	
2.1. Poruszone problemy	15
3. Opieka nad noworodkiem i matką	
3.1. Opieka okołoporodowa w Polsce	21
3.2. Czas po porodzie i wizyty patronażowe	24
3.3. Rola komunikacji w kontakcie z pacjentami	26
4. Rodzicielstwo	
4.1. Wybrane aspekty rodzicielstwa	29
4.2. Wyzwania stojące przed nowymi rodzicami	32
4.3. Rozwój dziecka w dwóch pierwszych miesiącach życia	38
5. Badania	
5.1. Badania własne.....	41
6. Analiza narzędzi położnej POZ	
6.1. Neseser położnej środowiskowej	74
6.2. Analiza rynku – kategorie istniejących rozwiązań	78
7. Rozwój projektu	
7.1. Założenia projektowe	83
7.2. Proces projektowy	86
8. Opis rozwiązania	
8.1. Opis rozwiązania	103
9. Podsumowanie	
9.1. Abstrakt	129
9.2. Bibliografia	130
9.3. Spis ilustracji	134
Podziękowania	136

1

Wstęp

Rodzice w obliczu narodzin dziecka stają przed nieznanymi im dotąd wyzwaniami. Okres okołoporodowy wiąże się dla nich ze zmianami zarówno w aspekcie fizycznym, psychologicznym, jak i społecznym.

W obliczu dezinformacji i presji społecznej związanej z ideałem macierzyństwa, wsparcie położnej jest kluczowe dla młodych rodziców. Wizyty patronażowe, trwające zazwyczaj około 6 miesięcy od narodzin dziecka, to istotna forma opieki, którą położna zapewnia w tym szczególnym czasie. Jej wiedza i doświadczenie stanowią często najbardziej rzetelne źródło informacji o opiece nad noworodkiem. Jednakże wykonywanie tego zawodu wiąże się z trudnościami, które nie raz ograniczają efektywność pracy specjalistki i czas poświęcany pacjentom. W zniwelowaniu tych problemów może pomóc dostarczenie jej odpowiednich narzędzi, pozwalających na lepszą organizację wykonywanej pracy.

1.1. Cel pracy

Nadrzędnym celem pracy jest wsparcie domowej opieki noworodka oraz zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i dobrostanu kobiecie w okresie połogu. Ważnym elementem jest wskazanie zależności występowania tych czynników z pracą położnej, która wydaje się mieć kluczowe znaczenie dla zdrowia rodziców i ich dzieci w całym okresie okołoporodowym.

Przeprowadzone badania i podjęte działania projektowe miały służyć opracowaniu rozwiązania, które usprawniłoby przebieg wizyt patronażowych, świadczonych przez położną w domu pacjentów po narodzinach dziecka. W związku z tym opracowany projekt skupia się na zwiększeniu komfortu pracy położnej oraz redukcji stresu rodziców, związanego z przyjęciem nowej roli społecznej, poprzez pomoc im w budowaniu pozytywnych relacji z położną środowiskową. Naczelną ideą projektu jest umożliwienie przeprowadzania badania w sposób, budzący w pacjentce poczucie bezpieczeństwa oraz zachowania prywatności, zarówno jej, jak i dziecka.

Ponadto, celem moich działań jest poprawa komunikacji pomiędzy personelem medycznym a rodzicami, która może przyczynić się do lepszego monitorowania stanu zdrowia pacjentów. Dodatkową korzyścią płynącą z projektu powinno być usprawnienie pracy położnej środowiskowej poprzez optymalizację czasu spędzanego przez nią w pracy, a także wzmocnienie jej autorytetu zawodowego.

Realizowany temat został poświęcony w równym stopniu dwóm grupom zainteresowanych: matkom i położnym. Dobrostan kobiety w połogu wydaje się tematem niezwykle ważnym, a ponieważ pomoc w tych trudnościach niesie jej najczęściej położna, to jej problemom należy przyjrzeć się w równym stopniu. Zapewnienie położnej dobrych warunków pracy i potrzebnych narzędzi może nieść korzyści zarówno dla niej (ułatwiając jej codzienną pracę), jak i jej pacjentom, którzy są beneficjentami świadczonych usług.

1.2. Wybrane pojęcia

N Niemowlę – według niektórych definicji dziecko w wieku poniżej 1 roku życia. Długość okresu niemowlęcego może się różnić, w zależności od stanu zdrowia dziecka po narodzinach.

Noworodek – według niektórych definicji dziecko od urodzenia do ukończenia 4 tygodni (28 dni) życia. Długość okresu noworodkowego może się różnić, w zależności od stanu zdrowia dziecka po narodzinach¹.

O Okres okołoporodowy (perinatalny) – obejmuje czas od trzeciego trymestru ciąży (od 22. tygodnia), przez sam poród, aż do pierwszych 7 dni życia dziecka. Jest to kluczowy okres w opiece nad matką i dzieckiem, wymagający szczególnej uwagi medycznej².

P Położna środowiskowa – określenie stosowane potocznie w branży medycznej, w stosunku do położnej pracującej w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) na określonym terytorium. Jest odpowiedzialna m.in. za opiekę nad kobietami w okresie ciąży, połogu oraz noworodkami, realizując wizyty patronażowe w domach pacjentek³.

Położnica – kobieta, która rodzi lub będąca w okresie połogu⁴.

Połów – okres po porodzie, w którym organizm matki wraca do stanu sprzed ciąży. Wiąże się z licznymi zmianami ogólnoustrojowymi oraz inwolucją narządów płciowych. Standardowo trwa około 6–8 tygodni, ale czas ten może się różnić w zależności od indywidualnych czynników zdrowotnych⁵.

POZ – Podstawowa Opieka Zdrowotna to część systemu opieki zdrowotnej w Polsce, która zapewnia kompleksowe i skoordynowane świadczenia zdrowotne dla osób uprawnionych, zarówno w warunkach ambulatoryjnych, jak i w domu pacjenta⁶.

W Wizyty patronażowe – odbywają się po narodzinach dziecka i mają na celu wsparcie rodziców w opiece nad noworodkiem. Podczas tych wizyt położna kontroluje stan zdrowia matki i dziecka oraz udziela instruktażu dotyczącego czynności pielęgnacyjnych oraz opieki nad noworodkiem⁷.

1. Mgr Jolanta Rusin, Noworodek a niemowlę – do kiedy dziecko jest noworodkiem, a kiedy zaczyna być niemowlęciem?, <https://www.bebiklub.pl/niemowle/rozwoj/wazne-momenty/> (dostęp: 25.02.2024)

2. Okres perinatalny, <https://fizjoterapeuty.pl/ginekologia/okres-perinatalny.html> (dostęp: 25.02.2024)

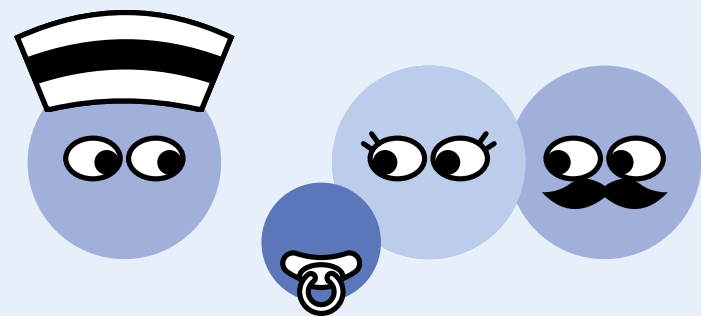
3. Położna POZ, <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swadczeniach/podstawowa-opieka-zdrowotna/> (dostęp: 25.02.2024)

4. położnica, <https://sjp.pwn.pl/szukaj/poloznic.html>, (dostęp: 25.02.2024)

5. Zob. prof. zw. dr hab. n. med. Michał Bokinić i inni, Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii, Lublin 2003, s. 195

6. Podstawowa opieka zdrowotna, <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swadczeniach/podstawowa-opieka-zdrowotna/> (dostęp: 25.02.2024)

7. Jakie są kompetencje położnej POZ? <https://szczepimysie.pacjent.gov.pl/system-opieki-zdrowotnej/jakie-sa-kompetencje-poloznej-poz> (dostęp: 25.02.2024)



8. GUS, Zasoby kadrowe w wybranych zawodach medycznych na podstawie źródeł administracyjnych w 2022 r., <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zasoby-kadrowe-w-wybranych-zawodach-medycznych-na-podstawie-zrodel-administracyjnych-w-2022-r-,28,2.html> (dostęp: 20.05.2024)

1.3. Wybór perspektywy badawczej

W mojej pracy koncentruję się na okresie okołoporodowym, widzianym oczami matki, ponieważ to ona wraz z dzieckiem jest formalnie objęta opieką położnej. Moim celem nie jest jednak marginalizacja roli ojca i pozostałych osób sprawujących opiekę nad noworodkiem, lecz świadome zawężenie bardzo złożonego tematu opieki nad dzieckiem, w celu dostosowania go do potrzeb przeprowadzenia procesu projektowego.

Nie tylko matki borykają się z wyzwaniami wynikającymi z opieki nad dzieckiem, jednak w moim opracowaniu poszczególne aspekty rodzicielstwa zostaną ukazane głównie na przykładzie kobiet. Problemy matek i ojców nie zawsze są tożsame. Mogą wynikać z różnych uwarunkowań psychologicznych oraz biologicznych, ale wiele z opisywanych trudności okazuje się wspólnych, niezależnie od płci.

Chciałabym, aby moja praca nie skupiała się na genezie i uwarunkowaniach tych problemów, lecz na ich wpływie na codzienne życie osób opiekujących się dzieckiem. Proponowane rozwiązania tych trudności mogłyby przyczynić się do poprawy codzienności osób opiekujących się noworodkami, bez względu na płeć czy sytuację rodzinną. Wybór perspektywy matki jako wiodącej w pracy badawczej wynika z przekonania, że jest to rola dotychczas najlepiej zbadana w dostępnych opracowaniach, a także z mojego osobistego zainteresowania tym konkretnym aspektem rodzicielstwa.

Podobnie w przypadku położnych, w mojej pracy decyduję się na uproszczenie i zawężenie grupy odbiorców projektu do kobiet, ponieważ stanowią one zdecydowaną większość wśród osób wykonujących ten zawód w Polsce. Według dostępnych źródeł całkowita liczba mężczyzn pracujących jako położni w naszym kraju wynosiła 78 osób w 2022 r., a 76 – w roku wcześniejszym⁸.

9. Compassion fatigue, https://en.wikipedia.org/wiki/Compassion_fatigue (dostęp: 10.09.2024)

2.1. Poruszone problemy

Okres okołoporodowy, choć rzadziej brany pod uwagę w dyskusji o macierzyństwie niż sama ciąża, niewątpliwie, podobnie jak ona, wiąże się z nowymi doświadczeniami i zmianami psychologicznymi. Szczególnie trudna wydaje się przede wszystkim sytuacja, w której ma się z nimi do czynienia po raz pierwszy.

Temat stresu i obaw związanych z przygotowaniem się do nowej roli społecznej i posiadaniem potomstwa jest powszechnie znany. Niemal każdy mógłby odnieść się do niego, bazując na doświadczeniach własnych czy swoich bliskich. W dobie Internetu trudy macierzyństwa można obserwować również wśród treści zamieszczanych przez licznych influencerów, opisujących swoje doświadczenia w mediach społecznościowych.

Narodziny dziecka są jednym z najważniejszych momentów w życiu rodziny, pełnym zarówno radości, jak i niepokoju. Brak odpowiedniego przygotowania rodziców może często prowadzić do trudności w radzeniu sobie z nowymi obowiązkami. W takich chwilach kluczowa jest pomoc położnej środowiskowej, która pomaga rodzinom w zachowaniu równowagi i spokoju. Położna oferuje wsparcie w rozwiązywaniu problemów, edukuje rodziców na temat zdrowego stylu życia oraz fizjologii kobiety i noworodka, co znacząco wpływa na dobrostan całej rodziny.

Natomiast z perspektywy położnej, wykonywanie wizyt domowych stanowi wyzwanie zarówno psychologiczne, jak i logistyczne. Oba czynniki są znaczące i przekładają się na jakość wykonywanych przez nią usług.

Położna, podobnie jak rodzina i partner, pełni dla swoich pacjentek rolę wsparcia psychologicznego. Wykazując się empatią i umiejętnością właściwej komunikacji ma wpływ na samopoczucie swoich podopiecznych. Silne emocjonalne powiązanie z pacjentami, podobnie jak w przypadku innych zawodów medycznych jest obarczone ceną jej kondycji psychicznej. Koszty współodczuwania problemów pacjentów zostały już nawet zdefiniowane i określa się je mianem Compassion Fatigue⁹.

Chęć posiadania potomstwa a stan opieki okołoporodowej

Polska populacja zmniejsza się i starzeje. Zgodnie z danymi udostępnionymi przez GUS szacuje się, że liczba urodzeń w Polsce wyniosła 272 tys. w roku 2023. Liczba ta, będąc niższa o 33 tys. w stosunku do roku poprzedniego, świadczy o 11-procentowym spadku. Według szefa GUS jest to najniższa liczba odnotowanych urodzeń w całym okresie powojennym, czyli po 1945 r. Badania nie określają jednoznacznej przyczyny tego zjawiska, ale jako jeden z głównych powodów zapaści demograficznej podaje się zmniejszającą się liczbę kobiet w wieku rozrodczym oraz spadek współczynnika dzietności, czyli statystycznej liczby dzieci urodzonych przez jedną kobietę¹⁰.

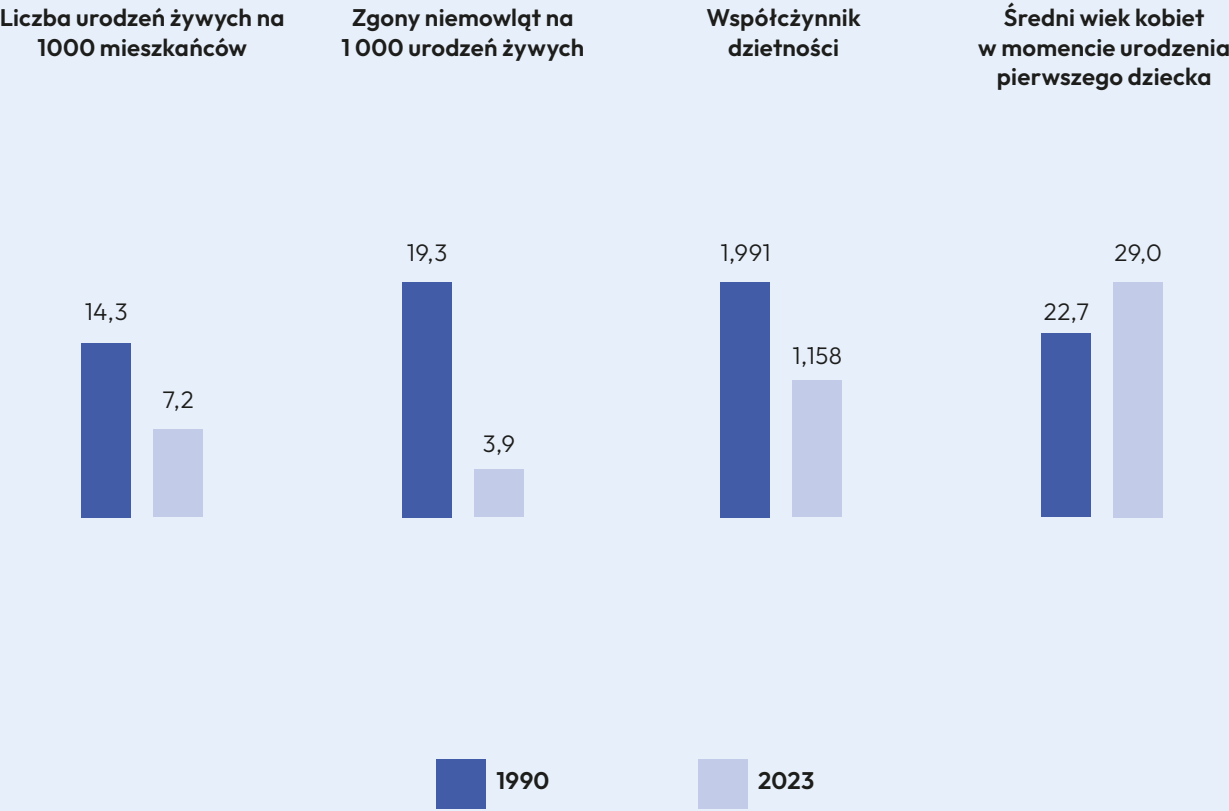
10. Robert Kędzierski, Są nowe dane o liczbie urodzeń. Tak źle nie było od 1945 r., <https://www.money.pl/gospodarka/sa-nowe-dane-o-liczbie-urodzen-tak-zle-nie-bylo-od-1945-r-6990617678306272a.html> (dostęp 20.05.2024)

Obraz macierzyństwa i podejście do posiadania potomstwa niewątpliwie uległ dużej zmianie na przełomie ostatnich dziesięcioleci. Powody, dla których rezygnuje się z posiadania potomstwa są jednak niejednoznaczne. Próbę opisania ich podjął Marcin Kędzierski w swoim artykule „25 powodów, dla których Polki i Polacy nie chcą mieć dzieci”, gdzie przedstawił złożoność tego zagadnienia. Wśród licznych powodów, takich jak: stygmatyzacja młodych matek, kryzys gospodarczy i związana z nią niepewność, zmiana modelu życia, czy katastrofa klimatyczna, wymienia on także niską jakość opieki okołoporodowej. Negatywne doświadczenia kobiet z pierwszej ciąży oraz opowieści o nich wśród bliskich, według autora, tworzą negatywny obraz macierzyństwa i zniechęcają do rodzicielstwa. O złym stanie opieki okołoporodowej w Polsce mówi też fundacja Rodzić po Ludzku, która wspiera kobiety w pozytywnym doświadczeniu rodzenia i walczy z przejawami złego traktowania pacjentów w okresie okołoporodowym¹¹.

11. Marcin Kędzierski, 25 powodów, dla których Polki i Polacy mogą nie chcieć dzieci, <https://wiesz.pl/2022/11/10/25-powodow-dla-ktorych-polki-i-polacy-moga-nie-chciec-dzieci/> (dostęp 20.05.2024)

Należy zaznaczyć, że tendencje związane ze wzrostem niechęci do posiadania potomstwa mają bardzo złożone uwarunkowania, jednak można przypuszczać, że poziom świadczonej opieki zdrowotnej może być jednym z czynników wpływających na decydowanie się młodych ludzi na potomstwo.

Wybrane dane demograficzne:



11.1. Wykres prezentujący wybrane dane statystyczne, źródło: GUS, Departament Opracowań Statystycznych, pod kierunkiem Magdaleny Ambroch, Polska w liczbach, 2024, Warszawa 2023

Analiza trendów

Przyszłe pokolenia rodziców stają przed nowymi wyzwaniami, z którymi nie mierzyli się ich rodzice i dziadkowie. Wśród mapy trendów opracowanej przez infuture.institute¹² pojawia się m.in. trend mówiący o wojnach międzypokoleniowych. Obserwowane narastające napięcie między pokoleniami (szczególnie X,Y z generacją Z) obejmuje szeroko rozumiane przekonania i prowadzi do sporów w kontekście podejmowanych decyzji, obieranych celów, czy światopoglądu. Należy mieć na uwadze, że rosnące różnice mogą mieć przełożenie także na decyzje o posiadaniu potomstwa lub poglądy dot. opieki nad noworodkiem i wychowywania dzieci.

12. infuture.institute – instytut forecastingowy, powołany przez Natalię Hatałską, który definiuje najważniejsze trendy, opisuje ich konsekwencje dla gospodarki i funkcjonowania rynku. Źródło: <https://infuture.institute/o-nas/> (dostęp: 10.07.2024)

Trendy wyszczególnione przez infuture.institute, które wydają się niepokojące w kontekście rodzicielstwa:

1. Kryzys zdrowia psychicznego

Odsetek ludzi doświadczających stresu, stanów lękowych, depresji i innych chorób psychicznych stale rośnie. Zaburzenia psychiczne przed ciążą zwiększają ryzyko ich nasilenia w okresie okołoporodowym, co oznacza, że coraz więcej kobiet decydujących się na macierzyństwo może być narażone na te problemy w okresie połogu.

2. Antynauka

Społeczne negowanie nauki i metod naukowych, sceptyczne podejście do wyników badań oraz dezinformacja dotycząca medycyny stają się coraz bardziej powszechne. Ten trend jest szczególnie niebezpieczny w kontekście zdrowia publicznego, w tym zdrowia dzieci. Współcześnie młode matki i ojcowie mogą być bardziej podatni na teorie spiskowe dotyczące szczepionek i leczenia, co wpływa na ich decyzje dotyczące opieki nad dzieckiem. Przyczyną tego trendu jest pogłębiający się kryzys zaufania do instytucji, ekspertów i polityków. Potęgować to zjawisko może np. używanie przez specjalistów skomplikowanego języka naukowego, który ogranicza przyswajanie wiedzy przez społeczeństwo. Konsekwencją jest pogorszenie zdrowia publicznego, zwiększone ryzyko epidemii oraz obciążenie systemów opieki zdrowotnej.

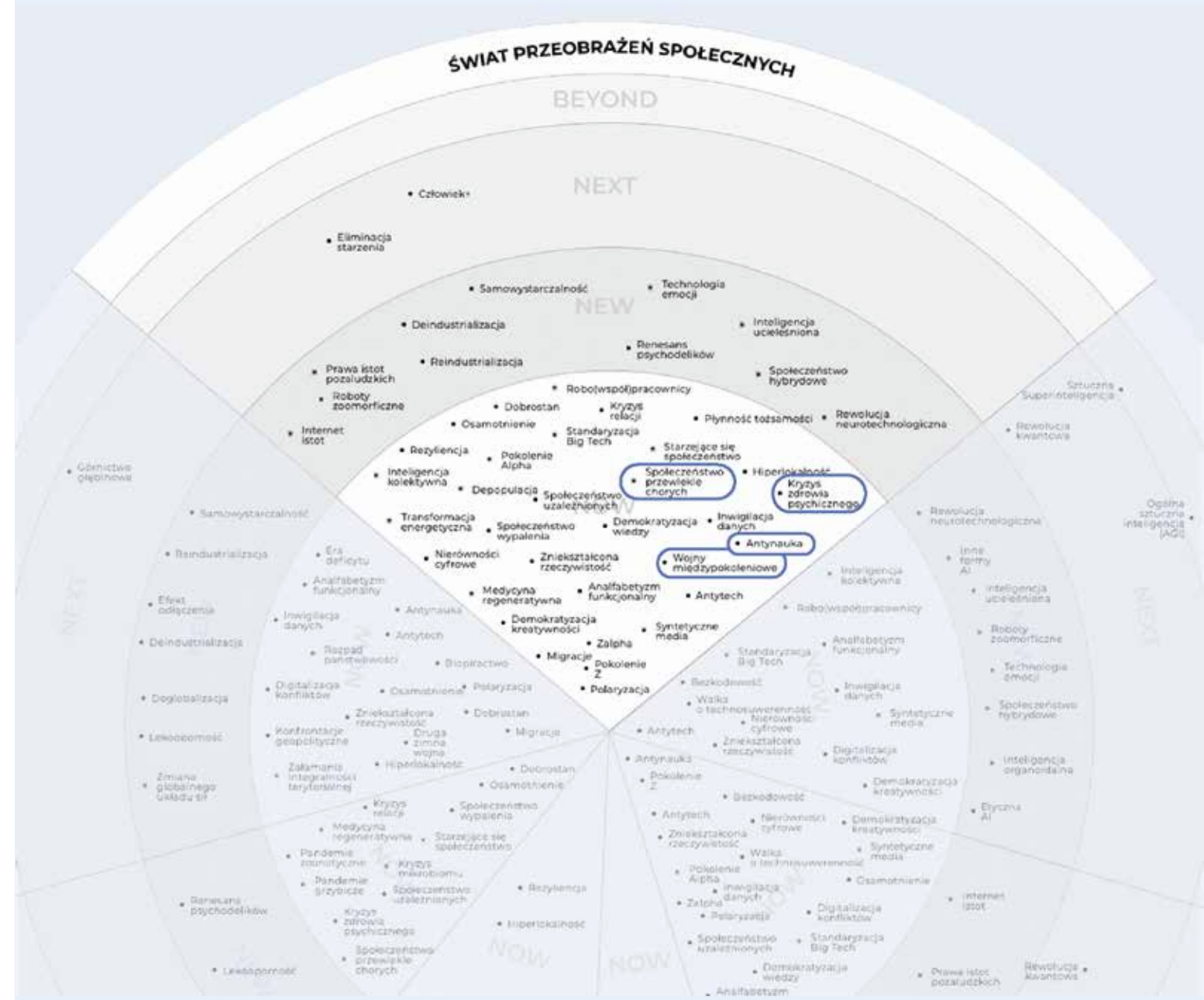
3. Społeczeństwo przewlekle chorych

Coraz większa część społeczeństwa choruje na przewlekłe schorzenia takie jak otyłość, choroby neurodegeneracyjne, nowotworowe, cukrzyca oraz problemy związane ze zdrowiem psychicznym. W obliczu tego wyzwania kluczowe jest wzmocnienie sektora ochrony zdrowia, optymalizacja pracy medyków oraz dostarczenie im niezbędnych narzędzi¹³.

13. infuture.institute, Mapa Trendów 2024, <https://infuture.institute/mapa-trendow/> (dostęp: 10.07.2024)

Mapa Trendów opracowana przez infuture.institute:

Il. 2. Fragment Mapy Trendów 2024. Źródło: infuture.institute, Mapa Trendów 2024, <https://infuture.institute/mapa-trendow/> (dostęp: 10.07.2024)



Opieka nad noworodkiem i matką

14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, (Dz.U. 2018 poz. 1756)

15. Rośnie liczba porodów domowych w Polsce. W Wielkiej Brytanii są refundowane, <https://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Ginekologia-i-poloznictwo/Rosnie-liczba-porodow-domowych-w-Polsce-W-Wielkiej-Brytanii-sa-refundowane,259684,209.html> (dostęp: 30.08.2024)

16. Anna Kwiatek-Kucharska, Ciągłość opieki położnej w innych krajach, <https://rodzicpoludku.pl/baza-wiedzy/ciaglosc-opieki-poloznej-w-innych-krajach/> (dostęp: 30.08.2024)

17. Fundacja Rodzić po Ludzku, <https://rodzicpoludku.pl> (dostęp 30.08.2024)

3.1.Opieka okołoporodowa w Polsce

Zasady organizacji opieki, mającej na celu zapewnienie odpowiedniego stanu zdrowia matki i dziecka, zostały określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Znajdują się w nim m.in. zapisy dotyczące opieki w czasie ciąży, łagodzenia bólu porodowego czy postępowania w trudnych sytuacjach. Jego celem jest zapewnienie jednolitej organizacji pracy, w sposób najbardziej efektywny, wykorzystując cały potencjał kadry, gwarantując bezpieczeństwo i komfort pacjentów.¹⁴

W Polsce już przed narodzinami dziecka kobieta znajduje się pod opieką położnych, które przygotowują rodziców do porodu podczas wizyt domowych i zajęć w szkole rodzenia. Choć porody domowe zyskują na popularności (szacunkowo ok. 1% kobiet w skali kraju¹⁵ rodzi w domu), to jednak większość kobiet w Polsce decyduje się na pobyt w szpitalu, gdzie często mierzy się z zupełnie nowymi dla niej okolicznościami. W niektórych przypadkach rodzice zabiegają o to, aby podczas całego procesu związanego z przyjściem na świat dziecka mieć kontakt z jedną położną. Ciągłość opieki położnej (ang. Midwifery Led Continuity of Care), jest jednym z zaleceń WHO dot. opieki okołoporodowej¹⁶, jednak w Polsce ta praktyka nie jest tak popularna, jak w innych krajach. Ponieważ nierzadko jest trudna do zrealizowania albo może wiązać się z dodatkowymi wydatkami, najczęściej kobiety na poszczególnych etapach okresu okołoporodowego nie zabiegają o taką kontynuację i spotykają na swojej drodze zupełnie nowych specjalistów.

Istnieje wiele opracowań i modeli opieki okołoporodowej, mówiących o tym, jak doświadczenie ciąży, porodu i połogu uczynić pozytywnym. Są one promowane przez liczne stowarzyszenia, które walczą o poszanowanie praw rodzących i podwyższanie standardu opieki okołoporodowej. Do takich organizacji, oferujących pomoc kobietom, można zaliczyć fundację „Rodzić po Ludzku” oraz Fundację Medycyny Prenatalnej im. Ernesta Wójcickiego. Podnoszenie standardu opieki okołoporodowej wydaje się niezwykle ważne, ponieważ, jak pokazują dane opisujące ten sektor opieki medycznej w Polsce – 18% kobiet uważa, że poród to traumatyczne lub negatywne doświadczenie¹⁷.

Zawód położnej

Od 5 lipca 1996 roku zawód położnej, jest zawodem samodzielnym, niewymagającym nadzoru lekarza¹⁸. Uprawnia on położną do wykonywania świadczeń zdrowotnych przez cały okres życia kobiet, a w szczególności do sprawowania opieki nad kobietami ciężarnymi, rodzącymi i w połogu¹⁹. W 2022 r. w Polsce prawo do wykonywania zawodu położnej posiadało 41,1 tys. kobiet i 78 mężczyzn²⁰. Zasady wykonywania zawodu, dróg kształcenia i posiadane przez położne kompetencje określa ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej²¹.

Statystyki dotyczące zawodu położnej mogą wydawać się niepokojące. Analiza GUS z 2022 pokazała, że liczba położnych (mężczyzn i kobiet) pracujących bezpośrednio z pacjentem według danych GUS z 31 grudnia 2022 roku, wynosiła 28,5 tysięcy, co daje ogólnopolską średnią 0,00146 położnej na pacjentkę. Wśród tych osób największą grupę stanowiły osoby w wieku 50–59 lat (35,8% wszystkich osób wykonujących zawód)²².

Chociaż położne w Polsce mogą prowadzić fizjologiczną ciążę samodzielnie (dopóki nie wystąpią w niej powikłania), to częściej, decyzją rodzącej, obowiązek ten przejmie lekarz. Przez cały okres okołoporodowy współpraca personelu medycznego pozostaje w ścisłym związku, a położna na wielu polach pracuje jako część większego zespołu.

Wizyty domowe stanowią unikalny element pracy położnej, w którym rodzienna ma bezpośredni i indywidualny kontakt z położną, a powodzenie ich spotkań w dużej mierze zależy od nawiązanej relacji. Na tym polu położna pracuje bardzo samodzielnie, podejmując decyzje w sprawie zdrowia swoich podopiecznych. Zawsze jednak, pomiędzy wizytami może skonfrontować swoje zdanie z innymi specjalistami, wspólnie czuwając nad dobrotą pacjentów. W sytuacjach tego wymagających obowiązkiem położnej jest przekierowanie pacjentki do specjalisty, mogącego udzielić jej dalszego wsparcia.

18. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej, (Dz.U. nr 91, poz. 410 z późn. zm.)

19. Katarzyna Salomońska, Samodzielność zawodu położnej, <https://nursing.com.pl/arttykul/samodziel-nosc-zawodu-polozonej-6255d086d4b-705fa5165c43a> (data dostępu: 31.01.2024)

20. GUS, Zasoby kadrowe..., dz. cyt., <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zasoby-kadrowe-w-wybranych-zawodach-medycznych-na-podstawie-zrodel-administracyjnych-w-2022-r-,28,2.html>, (dostęp: 20.05.2024)

21. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej, (Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039)

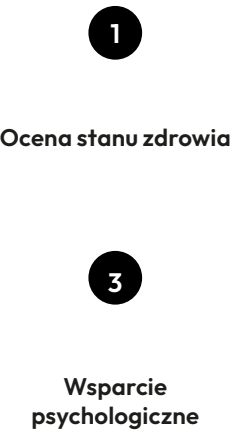
22. GUS, Departament Opracowań Statystycznych, pod kierunkiem Renaty Bielak, Polska w liczbach 2022, Warszawa, 2022

Specjalizacja położnej środowiskowej

Jedną z dróg zawodowych, którą może obrać położna, jest praca w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej i sprawowanie opieki nad kobietami poza szpitalem, na określonym obszarze. Terytorium to może być określone administracyjnie (np. konkretne osiedle, dzielnica, gmina) i zależy od organizacji opieki zdrowotnej w danym regionie.

Szczególnym zadaniem tzw. położnej środowiskowej, oprócz świadczenia wizyt domowych jest promowanie zdrowia, udzielanie porad i wspieranie kobiet w podejmowaniu świadomych decyzji dotyczących opieki nad dzieckiem i dbania o swój dobrostan. Taka położna sprawuje kompleksową opiekę położniczą i ginekologiczną nad kobietami oraz noworodkami do drugiego miesiąca życia. Położna POZ świadczy zarówno wizyty przedporodowe, odbiera porody domowe, odwiedza pacjentki w domu po narodzinach dziecka (wizyty patronażowe), jak i opiekuje się kobietami po operacjach ginekologicznych²³.

Rola położnej POZ:



Położna środowiskowa

Il. 3. Ilustracja własna, Rola położnej POZ

3.2. Czas po porodzie i wizyty patronażowe

Kontakt z położną przyszła matka może nawiązać już podczas przygotowań do porodu – podczas indywidualnych wizyt lub w szkole rodzenia. Następnie najczęściej korzysta z jej opieki w szpitalu.

Bezpośrednio po porodzie kobieta czuje się wyczerpana. Powodem są problemy ze snem, które towarzyszą ciąży, wysiłek fizyczny organizmu podczas porodu oraz obawy przed czekającymi je nieznanymi dotąd obowiązkami. Pobyt w szpitalu ma służyć regeneracji sił i rzeczywiście jest to ostatni moment, w którym całodobowo nad noworodkiem opiekę sprawują położne. Dodatkowo instruuje kobietę jak obchodzić się z dzieckiem i dbają o jej komfort.

Po wyjściu ze szpitala lub prywatnej kliniki (rzadziej po porodzie domowym), obowiązkiem rodziców w Polsce jest rejestracja dziecka w Urzędzie Stanu Cywilnego, odebranie aktu urodzenia czy złożenie wniosku o nadanie dziecku numeru PESEL²⁴. Jedną z powinności jest także odbycie obowiązkowych wizyt patronażowych położnej środowiskowej.

Wybraną położną środowiskową wskazuje się personelowi medycznemu już po porodzie, aby można było umieścić jej nazwisko w dokumentacji pacjentów, co jest warunkiem wypisu ze szpitala. Osoba wskazana do wykonania wizyt domowych może być dowolną położną, nieznaną wcześniej pacjentce, wybraną z polecenia lub taką, z którą pacjentka miała już wcześniej okazję pracować – decyzja należy do matki dziecka. Należy jednak zaznaczyć, że wśród położnych świadczących swoje usługi na NFZ wybór specjalistek może być ograniczony, a problem ten dotyka szczególnie mniejszych miejscowości.

Obowiązkiem położnej podstawowej opieki zdrowotnej jest opieka nad matką i noworodkiem do 2 miesięcy po porodzie. W tym czasie powinny odbyć się przynajmniej 4 takie wizyty (maksymalnie 6), opłacanych przez NFZ. Z uwagi na małą dostępność położnych środowiskowych, wiele kobiet decyduje się także na wizyty opłacane z własnej kieszeni, chcąc na przykład kontynuować wizyty z położną poznaną wcześniej na oddziale czy w szkole rodzenia.

Pierwsza wizyta położnej powinna odbyć się w nie później niż w ciągu 48 godzin od momentu narodzin dziecka. Wizyty kontrolne i profilaktyczne mogą odbywać się zarówno w gabinecie położnej, jak i w domu pacjentki.

24. Wyjście ze szpitala – i co dalej?, <https://www.bebiklub.pl/niemowle/rozwoj/wazne-momenty/wyjście-ze-szpitala-i-co-dalej>, (dostęp: 23.07.2024)

Przebieg wizyty

Położna środowiskowa, odwiedzając kobietę po porodzie bada zarówno matkę, jak i noworodka, m.in. ważąc go i oceniając stan jego skóry. Wizyta patronażowa ma duże znaczenie edukacyjne dla nowych rodziców, ponieważ położna udziela im instruktażu z zakresu pielęgnacji noworodka. W trakcie wizyty specjalistka musi dobrze obserwować matkę, ocenić, czy także w sferze jej zachowania, warunków w domu itp. nie pojawiają się żadne problemy, a rodzice będą w stanie dobrze zająć się dzieckiem. Ponadto jej zadaniem jest czuwanie nad stanem psychicznym matki i ewentualne rozpoznanie objawów depresji poporodowej, w celu skierowania kobiety po dalszą pomoc.

Położne po ukończeniu specjalnych szkoleń, często łączą swoje usługi z udzielaniem konsultacji z innych zakresów: są doradczyniami laktacyjnymi oraz chustonoszami, czasami udzielają także porad fizjoterapeutycznych.

Sam przebieg wizyty jest indywidualną kwestią każdej położnej, która może wykonać badanie w dowolnej dla siebie kolejności, bazując na swoim doświadczeniu i mając na względzie komfort badanej osoby.

Przykładowy przebieg wizyty patronażowej

Il.4. Ilustracja własna, Przykładowy przebieg wizyty patronażowej



3.3. Rola komunikacji w kontakcie z pacjentami

Źródła podają, że większy odsetek zażaleń składanych przez pacjentów dotyczy złej komunikacji z lekarzem niż błędów medycznych, związanych z procesem leczenia. Dobra komunikacja jest szczególnie ważna w przypadku wizyt domowych. Wytworzenie relacji z położną może silnie wpływać na dobrostan pacjentki oraz ułatwić pracę specjalistki. Badania potwierdzają także pozytywny wpływ wsparcia psychicznego, otrzymanego od drugiej osoby na redukcję powikłań okołoporodowych, skrócenie czasu trwania porodu, oraz poprawę interakcji pomiędzy matką a dzieckiem. Niektóre analizy pokazują, że wsparcie emocjonalne może nawet zmniejszyć zapotrzebowanie pacjentek na leki przeciwbólowe²⁵.

W literaturze występuje wiele definicji komunikacji i komunikowania. W kontekście opieki okołoporodowej bardzo ciekawa wydaje się koncepcja komunikacji terapeutycznej, którą opisywał w swoich pracach i artykułach Marek Motyka. Autor proponuje użycie tego terminu jako synonimu świadomych i zamierzonych oddziaływań psychologicznych stosowanych przez nie-psychologów (lekarzy, pielęgniarki, położne, fizjoterapeutów czy ratowników medycznych). Celem tych działań powinno być wspomaganie procesu leczenia środkami psychologicznymi, które byłyby zintegrowane z prowadzoną opieką medyczną²⁶.

Pomimo, że opisywane przez niego komunikaty są formułowane świadomie, nie mają charakteru specjalistycznego i nie są zarezerwowane wyłącznie dla psychologów. Komunikacja terapeutyczna powinna stanowić integralną część każdego leczenia, a nie być samodzielną metodą terapii. Autor tekstu tłumaczy, że do zbudowania relacji terapeutycznej konieczne są głównie dwie umiejętności, jakimi są empatia i asertywność. Pierwsza z nich pomaga położnej zrozumieć motywacje pacjenta, zaś jemu ustalić listę priorytetów i faktów dotyczących prowadzonego leczenia. Motyka, jako dobry sposób na okazanie pacjentowi zrozumienia, wymienia także aktywne słuchanie, które polega m.in. na odzwierciedlaniu uczuć, potwierdzaniu i parafrazowaniu wypowiedzi pacjenta. Zarówno komunikacja terapeutyczna, jak i aktywne słuchanie pozwalają na wzmocnienie osobistych zasobów pacjenta (jego zdolności do radzenia sobie ze stresem i procesem leczenia)²⁷.

Izabela Sebastyańska-Targowska w swoim opracowaniu opisuje, że wytworzeniu relacji z pacjentką może służyć także przebywanie z nią w odpowiednim dystansie, zależnym od kontekstu. Np. w trudnych sytuacjach wykluczony powinien być kontakt odbywający się w dużej przestrzeni. Wyrażenie empatii wymaga bowiem zmniejszenia odległości dzielącej dwie osoby²⁸. Zbliżając się do pacjentki, siadając obok lub pochylając się położy- na znajduje się w pozycji asocjacji-zaangażowania emocjonalnego. Podczas udzielania odpowiedzi czy wypełniania dokumentacji będzie to dystans

25. Marek Motyka, Znaczenie komunikacji terapeutycznej z pacjentem, Sztuka Leczenia, 2013, s. 21

26. Tamże, s.17

27. Tamże, s.17-18

28. I. Sebastyańska-Targowska, Obszar komunikacji niewerbalnej między położną a pacjentką w sytuacji poronienia, [w:] Pielęgniarstwo w systemie zarządzania opieką zdrowotną. Nowe wyzwania, nowe możliwości, red. Elżbieta Majchrzak Kłokocka, Romuald Holly, Olsztyn – Łódź 2012, s.61-71

29. Edward Hall, Ukryty wymiar, Warszawa, 2001, s. 149-162

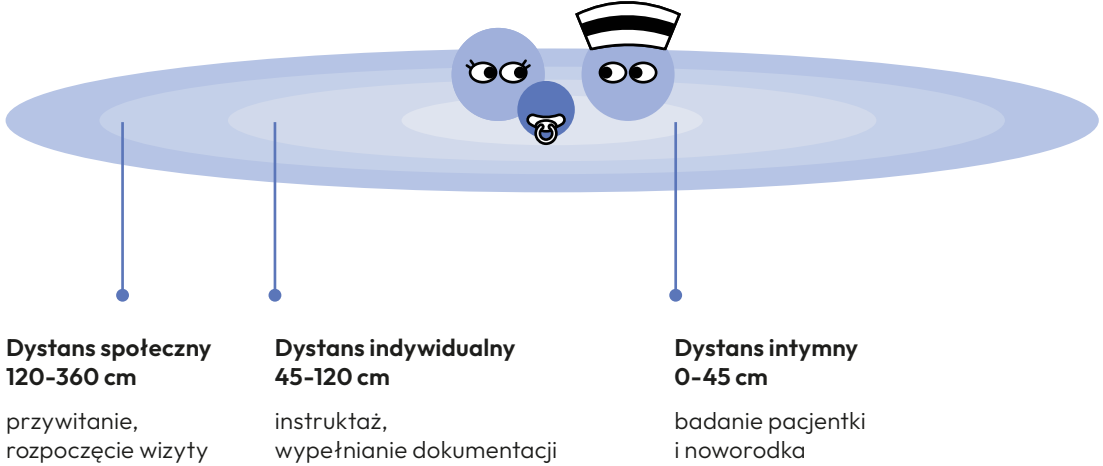
30. I. Sebastyańska-Targowska, Obszar komunikacj..., dz. cyt., s. 68

32. Tamże, s.68

indywidualny (45-120 cm), ale już w trakcie badania, czy pocieszania pacjentki mamy do czynienia z dystansem intymnym 0-45 cm²⁹. Dopiero przy takiej odległości pomiędzy osobami może pojawić się zaangażowanie emocjonalne, pozwalające na wytworzenie asocjacji. Położna, stojąc wyprostowana, w dużej odległości od pacjentki prezentuje dysocjację, czyli brak zaangażowania emocjonalnego³⁰.

W kontekście dystansu pomiędzy rozmówczyniami nie wolno wartościować asocjacji i dysocjacji jako złych czy dobrych. Każda forma jest pożądana w określonej sytuacji, stanowiąc skuteczny klucz do panowania nad emocjami w relacji z pacjentem. Położna może, więc korzystać z dysocjacji, gdy pojawiające się w kontakcie z pacjentką emocje są już dla niej samej destrukcyjne i silnie deformują jej racjonalne, logiczne myślenie³².

Dystanse personalne w trakcie wizyty patронаżowej



Il. 5. Ilustracja własna, Dystanse personalne w trakcie wizyty patронаżowej

33. Inwolucja – powrót organu do pierwotnych kształtów, położenia i stanu. Źródło: prof.zw.dr hab. n. med. Michał Bokiniec i inni, Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii, Lublin 2003, s. 195

4.1. Wybrane aspekty rodzicielstwa

Położ

Położ to okres około 6 tygodni po porodzie, w których ciało kobiety powraca do stanu sprzed ciąży. Czas trwania zachodzących w ciele kobiety zmian jest indywidualna dla każdej położnicy, jednak zawsze jest to czas bardzo intensywnych przemian, zarówno psychicznych, jak i fizycznych.

Towarzyszące temu okresowi dolegliwości bólowe wiążą się głównie z inwolucją³³ narządów i gojeniem się ewentualnych ran powstałych po nacięciu krocza lub w wyniku cięcia cesarskiego. Zarówno ciąża, poród, jak i położ są klasyfikowane jako stany fizjologiczne (niewymagające interwencji medycznej). W każdym z tych okresów mogą jednak wystąpić konkretne rodzaje problemów zdrowotnych, dlatego w okresie położu zaleca się dokładne monitorowanie stanu swojego zdrowia.

Doświadczenia z okresu położu mogą mieć wpływ na zdrowie matki przez resztę jej życia. Pomimo, że ten okres ma szczególne znaczenie dla położnicy i jej całej rodziny, pozostaje czasem niedocenianym. Przeprowadzone w związku z pracą badania własne pokazują, że kobiety często nie są gotowe, na trudności, które mogą pojawić się w tym czasie. Większość z nich skrupulatnie przygotowuje się do czasu ciąży i porodu, natomiast niewiele myśli o tym, co czeka je później. Trudności te to nie tylko dolegliwości fizyczne, ale przede wszystkim wyzwania w sferze emocjonalnej, na które wiele kobiet nie jest mentalnie przygotowanych.

Rola ojca w opiece nad niemowlęciem

Rola ojca w opiece nad dzieckiem ewoluuje, a podział obowiązków i modele rodziny w Polsce ulegają dynamicznym zmianom. Coraz więcej ojców angażuje się w wychowanie swoich dzieci i aktywnie uczestniczy w ich codziennym życiu. Niemniej jednak, według danych ZUS z 2022 roku, jedynie 1% osób korzystających z urlopu rodzicielskiego to ojcowie. Mimo że urlop ojcowski jest w pełni płatny i trwa tylko dwa tygodnie, nie wszyscy mężczyźni decydują się na jego wykorzystanie po narodzinach dziecka. Choć dysproporcja w podziale obowiązków domowych między matkami a ojcami pozostaje znacząca, nie oznacza to braku zaangażowania ojców w opiekę nad noworodkiem czy ich niechęci do uczestnictwa w wizytach patronażowych.

Szersze podejście ojców w Polsce do ról rodzicielskich prezentują m.in. dane zebrane w materiale „Tata 2022. Raport z badania polskich ojców”, które wskazują na to, że postrzeganie roli ojca w wychowywaniu dziecka znacząco zmieniło się w ciągu ostatnich lat. Choć wykazano w nim, że opieka nad niemowlęciem to według dużego odsetka ojców nadal domena matki, to coraz większa liczba ojców nie tylko wskazywała na to, że ojciec powinien być główną osobą zajmującą się pielęgnacją niemowlęcia (z 1,8% w 2014 r. do 6,3% w 2022 r.), jak i faktycznie nią jest (odpowiednio, z ok. 2,8% do ok. 6,6%). Dodatkowo w badaniu z 2014 roku żaden z ankietowanych nie wskazał ojca jako głównego opiekuna dziecka do 1. roku życia. Natomiast w nowszym badaniu z 2022 roku, już 6,9% ojców zadeklarowało, że to oni odgrywają rolę głównego opiekuna na tym etapie życia dziecka³⁴.

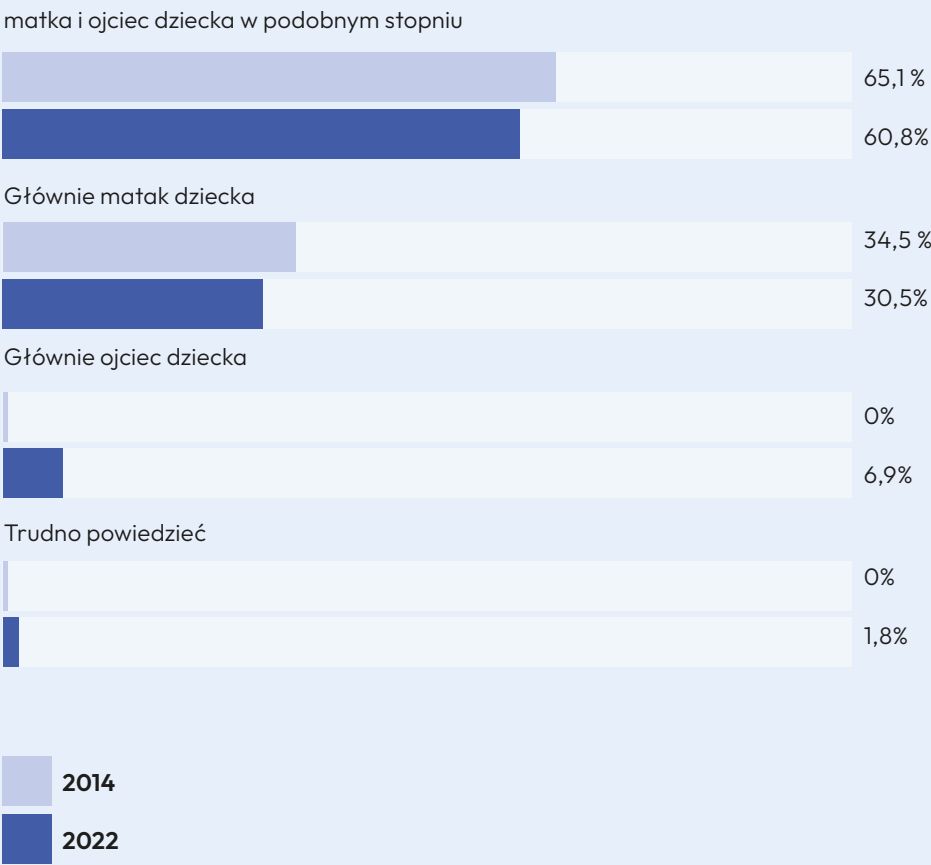
Zmiana w postrzeganiu roli ojca w wychowaniu dzieci może być efektem intensywnej promocji jego obecności w ostatnim czasie. W licznych spotach reklamowych i publikacjach influencerów podkreśla się, że jest ona szczególnie ważna, zwłaszcza w pierwszych miesiącach życia dziecka.

Warte zaznaczenia jest także to, że wsparcie partnera jest jednym z kluczowych czynników, wpływających na dobrostan kobiety w połogu. Przykładem tekstu opisującego tę zależność jest praca Marty Serwy. Autorka przytacza badania, w których wykazano, że poziom otrzymywanego wsparcia społecznego ma kluczowe znaczenie na poziom satysfakcji z życia w tym czasie, a kobiety oczekują go i otrzymują przede wszystkim od partnera romantycznego³⁵.

34. J. Włodarczyk, Tata 2022. Raport z badania polskich ojców, Warszawa, 2022

35. M. K. Serwa, Satysfakcja z życia kobiet po porodzie w kontekście ich nastroju, zadowolenia ze związku i zasobów osobistych, Kraków 2023

Postawy ojców wobec podziału opieki nad dzieckiem do 1 r.ż. w latach 2014 i 2022 (%)



II. 6. Wykres, Postawy ojców wobec podziału opieki nad dzieckiem do 1 r.ż w latach 2014 i 2022. Źródło: J. Włodarczyk, Tata 2022. Raport z badania polskich ojców, Warszawa, 2022

4.2. Wyzwania stojące przed nowymi rodzicami

Chaos informacyjny

Kobiety przygotowujący się do roli matki często zmagają się z nadmiarem informacji, pochodzących z wielu różnych źródeł, które nie raz są ze sobą sprzeczne. Zrozumienie nadchodzących zmian jest kluczowe dla zachowania przez nie dobrego samopoczucia. Brak rzetelnych informacji może nasilać niepokój towarzyszący okresowi okołoporodowemu i nie pozwolić im w pełni cieszyć się nowym etapem życia. W związku z tym ocena przez położną indywidualnej sytuacji rodziny jest niezwykle wartościowa dla rodziców w tym okresie.

Przedstawiciele opieki medycznej muszą nieustannie aktualizować swoją wiedzę, aby nadążyć za dynamicznie zmieniającymi się doniesieniami naukowymi i pozostać dobrze poinformowanymi. Choć nie każdy medyk regularnie rozwija swoje umiejętności, położnicy i położne często stanowią najbardziej wiarygodne źródło wiedzy dla młodych rodziców, oferując im sprawdzone i aktualne informacje.

Współczesny, nieograniczony dostęp do informacji sprawił, że samodzielne diagnozowanie się za pomocą Internetu stało się powszechnym zjawiskiem, często przywoływanym w kontekście humorystycznym. Kobiety, poszukując odpowiedzi na pytania związane ze swoim zdrowiem, mogą doświadczać przeciążenia informacyjnego z powodu nadmiaru, a nierzadko sprzeczności, w dostępnych źródłach. Tego typu samodzielne diagnozy często nie są oparte na rzetelnych danych, co może prowadzić do błędnych wniosków. Troska o zdrowie nie tylko własne, ale i dziecka może dodatkowo potęgować ich lęki. Mnogości opinii w danym zagadnieniu dot. opieki nad noworodkiem mogą doświadczać nie tylko w Internecie, ale też konfrontując się z poglądami znajomych czy prosząc o radę członków swojej rodziny. Dla młodych rodziców duży dostęp do informacji ma swoje wady i zalety, ale ważne jest umiejętne korzystanie ze źródeł i weryfikowanie ich ze specjalistą znającym indywidualną sytuację pacjenta.

Problemy emocjonalne i ryzyko chorób psychicznych

Stan kobiety po porodzie jest kształtowany przez szereg czynników, zarówno biologicznych, jak i psychospołecznych. Zmiany hormonalne, w tym fluktuacje poziomów progesteronu i estradiolu, mają znaczący wpływ na nastrój i funkcje poznawcze. Deprywacja snu, która jest powszechnym zjawiskiem w okresie okołoporodowym, może dodatkowo nasilać zmęczenie, obniżać zdolność koncentracji oraz zwiększać labilność emocjonalną. Również psychologiczne aspekty, takie jak wsparcie społeczne, wcześniejsze doświadczenia życiowe i stres związany z nową rolą rodzicielską, odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu zdrowia psychicznego kobiety po porodzie³⁶. Emocjonalne wyzwania, z jakimi mierzy się współczesny ojciec po narodzinach dziecka, nie są wcale mniej skomplikowane niż te, które przeżywają młode matki. Ze względu na społeczne stereotypy, mężczyźni mogą spotykać się z mniejszym zrozumieniem i wsparciem w obliczu tych trudności.

W okresie poporodowym kobiety mogą doświadczać różnych zaburzeń psychicznych, mających wpływ na ich zdrowie emocjonalne i zdolność do opieki nad noworodkiem. Do najczęściej występujących należą³⁷:

- Baby blues: łagodny i przejściowy stan obniżonego nastroju. Pojawia się w 3 lub 4 dobie po porodzie i trwa do ok. dwóch tygodni. Dotyka nawet 85% kobiet³⁸. Jest uważany za czynnik ryzyka dla późniejszego rozwoju depresji poporodowej.
- Depresja poporodowa: poważne zaburzenie nastroju, które może wystąpić do sześciu tygodni po porodzie, objawiające się m.in. problemami poznawczymi i trudnościami w relacjach z dzieckiem.
- Psychoza poporodowa: rzadkie, ale poważne zaburzenie psychiczne, które może obejmować omamy, urojenia, dezorientację i myśli samobójcze oraz takie doł. zrobienia krzywdy dziecku.
- Zaburzenia lękowe: występują w różnej formie, np. ogólnione zaburzenie lękowe czy obsesyjno-kompulsyjne, ataki paniki i fobie społeczne.
- Zaburzenia stresowe pourazowe (PTSD): mogą wystąpić w odpowiedzi na traumatyczne doświadczenia związane z porodem.

36. Zob. M. K. Serwa, Satysfakcja z życia..., dz.cyt.

37. dr Joanna Krzyżanowska-Zbucka, Problemy emocjonalne kobiet w okresie okołoporodowym, Fundacja

38. Ewa Cichocka, Zdrowie psychiczne kobiety w okresie poporodowym, [w:] Edukacja poporodow, red. K.Augustyniak, J.Rudnicki, Wydawnictwo Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, 2015, str. 128-138

Depresja poporodowa

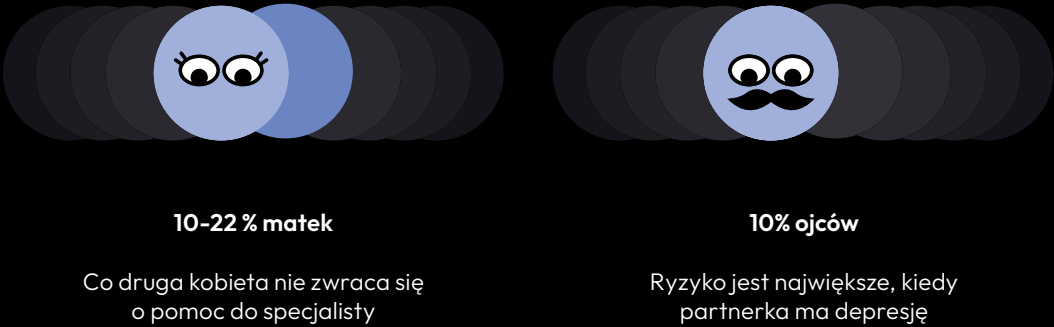
Depresja poporodowa jest szczególnie niebezpieczna dla młodych rodziców, ponieważ może negatywnie wpływać na ich zdolność do opieki nad noworodkiem, osłabiając ich więź z dzieckiem i umiejętność zaspokajania jego podstawowych potrzeb. W skrajnych przypadkach depresja może prowadzić do myśli samobójczych lub myśli o skrzywdzeniu dziecka. Rozpoznanie choroby bywa trudne, ponieważ objawy takie jak obniżony nastrój, zmęczenie, problemy ze snem i lęk o rozwój dziecka są często mylnie przypisywane standardowym skutkom przyjęcia nowej roli rodzica i opieki nad dzieckiem.

Depresja poporodowa dotyka od 10 do 22 procent kobiet po porodzie i około 1 na 10 mężczyzn. Największe ryzyko wśród mężczyzn pojawia się zazwyczaj, gdy dziecko ma od 3 do 6 miesięcy i wzrasta, jeśli partnerka również zmaga się z tym schorzeniem³⁹.

Położna dysponuje narzędziami do rozpoznania depresji poporodowej, takimi jak obserwacja stanu emocjonalnego pacjentki oraz wywiad medyczny. Popularnym wśród położnych narzędziem pomocnym w wykryciu objawów depresji jest Edynburska Skala Depresji Poporodowej. Mimo dostępnych metod, rozpoznanie depresji poporodowej nie jest łatwe, ponieważ wymaga dużej empatii, wnikliwości, wiedzy oraz umiejętności rozmowy o trudnych emocjach.¹

39. Młoda matka w depresji, <https://pacjent.gov.pl/jak-zyc-z-choroba/mloda-matka>

Odsetek rodziców chorujących na depresję poporodową



Il.7. Ilustracja własna. Odsetek rodziców chorujących na depresję poporodowąMłoda matka w depresji, <https://pacjent.gov.pl/jak-zyc-z-choroba/mloda-matka>

Stereotypy i indywidualne wyobrażenia

Na temat macierzyństwa krąży wiele mitów i błędnych wyobrażeń. O ich konfrontacji z rzeczywistością oraz o innych zmaganiach związanych z wejściem w nową rolę opowiadają Anna Weber, oraz Aleksandra Woźniak na swoim kanale na YouTube „Mama Lama”. Kobiety dzieląc się trudnościami, jakie spotkały ich podczas połogu, mówią np. o zaburzeniach nastroju i depriwacji snu. Jednym z ciekawych stwierdzeń autorek kanału jest to, że przy opiece nad dzieckiem przytłaczająca może być już sama odpowiedzialność za jego zdrowie i życie⁴⁰. Młodym rodzicom może towarzyszyć ciągły lęk o zdrowie dziecka, a wizja zrobienia mu przez przypadek krzywdy czy śmierci łóżeczkowej może bardzo przytłaczać i pozostawiać ich w stanie ciągłego niepokoju.

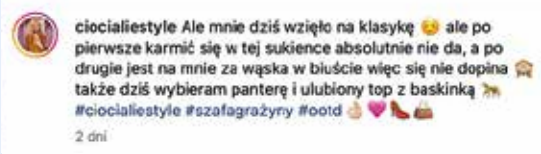
40. Kanał „Mama Lama”, <https://www.youtube.com/@mamalama/videos>, (dostęp: 13.07.2024)

Ważnym tematem jest też stereotypowy obraz matki i rodziny, przez który każde odstępstwo od idealnego obrazu wydawać się może niepożądane. Choć obraz wzorowego rodzicielstwa w mediach podlega ciągłym zmianom, to bardzo zakorzeniony w naszej kulturze jest stereotyp „Matki Polki”⁴¹ dźwigającej cały ciężar macierzyństwa na swoich barkach. Ten stereotyp, choć coraz częściej przełamywany, kreuje w młodych rodzicach powinność podołania nowej sytuacji i wewnętrznego braku przyzwolenia na drobne porażki. Często może też prowadzić do przesadnego skupiania się na potrzebach innych w codziennych sytuacjach, kosztem własnego komfortu i potrzebnego odpoczynku.

Samo wyobrażenie rodziców sprzed porodu, o tym, jak będzie wyglądać ich przyszłe życie w zderzeniu z rzeczywistością, może powodować rozczarowanie. Podobnie jak w innych obszarach naszego życia, obrazy przedstawiane w mediach społecznościowych mogą potęgować uczucie niebycia wystarczającym, a także prowadzić do kreowania przez przyszłe matki wysokich oczekiwań względem siebie i planowanych zdarzeń. Jedną z pozytywnych tendencji jest coraz częstsze pokazywanie przez „instagramowe” mamy nieidealnych stron macierzyństwa i dzielenie się swoimi rozterkami z innymi.

41. Zob. Justyna Szlachta-Ignatowicz, Ewolucja stereotypu Matki Polki, Przegląd Środkowo-Wschodni t.7/2022, Uniwersytet Warszawski, 2022

Przykłady dzielenia się trudnymi lub nieidealnymi momentami macierzyństwa w mediach społecznościowych



Il. 8. Instagram, wpis na profilu @simplybypola, <https://www.instagram.com/simplybypola/>, (dostęp 9.09.2024)

Il.9. Instagram, wpis na profilu @ciocialestyle, <https://www.instagram.com/ciocialestyle/>, (dostęp 9.09.2024)

4.3. Rozwój dziecka w dwóch pierwszych miesiącach życia

Pierwsze dwa miesiące życia dziecka to okres niezwykle dynamicznego rozwoju, podczas którego maluch szybko zmienia się zarówno pod względem fizycznym, jak i poznawczym. To właśnie w tym czasie wykonywane są obowiązkowe wizyty patronażowe.

1 miesiąc życia – noworodek

Okres noworodkowy obejmuje pierwsze cztery tygodnie życia dziecka, w których noworodek poznaje świat poza łonem matki i zaczyna samodzielnie funkcjonować. Ciało malucha stopniowo adaptuje się do nowej rzeczywistości. Jego organy dojrzewają i zaczynają wykonywać swoje funkcje niezależnie – do tej pory wszystkie procesy, takie jak oddychanie, odżywianie i regulacja temperatury, były zarządzane przez organizm matki⁴³. Noworodek śpi przez większą część doby, a jego okresy czuwania są stosunkowo krótkie⁴⁴.

Masa i długość ciała

W przypadku noworodków, które pojawiły się na świecie w terminie, za prawidłową masę urodzeniową uznaje się przedział 2,5–4,5 kg. Średnio długość ciała dzieci po urodzeniu wynosi zaś 47–55 cm. Szczegółowe standardy rozwoju ciała dzieci w poszczególnych miesiącach życia określają siatki centylowe.

Ułożenie i ruch ciała

Zaraz po narodzinach dzieci mają stale zgięte kończyny, a ich ruchy można określić jako nieskoordynowane. W trakcie pierwszego miesiąca życia noworodek powoli prostuje się, ale jego nogi pozostają lekko podkurczone. O prawidłowym rozwoju świadczy m.in. podnoszenie głowy przez dziecko w trakcie leżenia na brzuchu na przynajmniej na 3 sekundy. Czasami głowa noworodka przemieszcza się wtedy chwiejnie na boki. Dziecko nie potrafi usztywnić jeszcze szyi, więc podciągając go z pozycji leżącej, głowa opada do tyłu. Odruch chwytny jest natomiast nadal mocny, ale dziecko stopniowo zaczyna otwierać już piąstki, chwycić automatycznie przedmioty, a nawet utrzymywać je samodzielnie w ręce.

Wzrok, słuch i artykulacja

Wzrok jednomiesięcznego dziecka jest słabo rozwinięty – noworodek nie rozpoznaje kształtów, ale stopniowo zaczyna rozróżniać kontrastowe barwy. Widzi obraz tylko na odległość 20 cm, a jego oczy nie dostosowują ostrości widzenia. Wzrokowo rejestruje jedynie ruch. Słuch w tej fazie rozwoju pozwala mu na lokalizowanie źródła dźwięku. Powoli uruchamiają się narządy artykulacyjne. Do wyrażenia swoich emocji i potrzeb dziecko używa głośnego płaczu i różnicuje go, w zależności od powodu niezadowolenia⁴⁵.

43. Mgr Jolanta Rusin, Noworodek a niemowlę – do kiedy dziecko jest noworodkiem, a kiedy zaczyna być niemowlęciem?, <https://www.bebi-klub.pl/niemowle/rozwoj/wazne-momenty/> (dostęp: 25.02.2024)

44. Agnieszka Pawełko, Rozwój psychofizyczny dziecka od urodzenia do lat 3, Szpital Pediatryczny w Bielsku Białej, <https://www.szpitalpediatryczny.pl/ped2/poradnik/Rozwoj%20psychofizyczny%20dziecka%20od%20urodzenia%20do%20lat%203.pdf>, (dostęp: 27.08.2024)

45. 1. miesiąc życia dziecka, 2024, <https://www.zdrowystartwprzyszlosc.pl/1-miesiac-zycia-dziecka>, (dostęp: 27.08.2024)

46. Mgr Jolanta Rusin, Noworodek a niemowlę – do kiedy dziecko jest noworodkiem, a kiedy zaczyna być niemowlęciem?, <https://www.bebi-klub.pl/niemowle/rozwoj/wazne-momenty/> (dostęp: 25.02.2024)

47. 2. miesiąc życia dziecka, 2024, <https://www.zdrowystartwprzyszlosc.pl/2-miesiac-zycia-dziecka>, (dostęp: 27.08.2024)

48. Głuzenie (gruchanie) – wypowiedanie przez dziecko przypadkowych gardłowych dźwięków, które nie służą jeszcze komunikacji. Źródło: <https://www.zdrowystartwprzyszlosc.pl/1-miesiac-zycia-dziecka>, (dostęp: 27.08.2024)

49. J. Szczapa, Podstawy Neonatologii, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa, 2008, s.32

2 miesiąc życia – niemowlę

Okres niemowlęctwa umownie kończy się w dniu pierwszych urodzin dziecka (według niektórych źródeł) i obfituje w wiele zmian⁴⁶. Aż do ukończenia ok. 2 miesiąca dziecko zdaje się nie reagować na bodźce z zewnątrz. Nadal śpi przez większość doby, natomiast jego rytm dnia staje się coraz bardziej unormowany.

Ułożenie i ruch ciała

Dziecko w drugim miesiącu życia wykazuje się większą ruchliwością⁴⁷. Leżąc na plecach, zaczyna prostować ręce i nogi. Przyjmuje wtedy charakterystyczną, asymetryczną pozycję (tzw. odruch szermierza) z głową na boku i wyprostowanymi po tej samej stronie ciała kończynami.

W pozycji na brzuszku, opierając się na przedramionach, prostuje tułów i na chwilę unosi głowę. Na krótki czas utrzymuje ją w górze, choć pozostaje nadal niestabilna. Podczas podciągania go do pozycji siedzącej próbuje trzymać głowę sztywno. Coraz częściej prostuje palce, otwierając piąstki.

Wzrok, słuch, węch i artykulacja

W drugim miesiącu życia zwiększa się już jego zainteresowanie otoczeniem – zaczyna intensywniej obserwować przedmioty i ludzi, śledząc ich ruchy wzrokiem. Ożywia się na widok rodziców i uśmiecha się już w sposób świadomy (w odróżnieniu od pierwszego miesiąca, w którym uśmiechy są przypadkowe). Jego uwagę przyciągają skomplikowane kształty, kontrastowe barwy, na których zatrzymuje wzrok. Świat poznaje już nie tylko wzrokowo – mocno rozwija się jego słuch i węch. Dziecko głuży⁴⁸, wymawiając przeciągle niektóre samogłoski.

Odruch Moro

Od momentu urodzenia do ok. 4 miesiąca życia u dzieci można obserwować odruch Moro (tzw. odruch obejmowania), który polega na jednoczesnym odrzuceniu obu rąk na boki, a następnie przyciągnięciu ich z powrotem do ciała. Odruch jest pierwotną reakcją obronną na nieznane bodźce, takie jak szybki wzrost temperatury, nagła zmiana pozycji głowy czy hałas. Wraz z odruchem Babińskiego jest jednym z fizjologicznych odruchów u niemowląt⁴⁹.

5 Badania

5.1. Badania własne

Przeprowadzone badania miały na celu dogłębne zrozumienie sytuacji młodych rodziców, szczególnie w przypadku, który wydał się najtrudniejszy, czyli po narodzinach pierwszego dziecka. Kompleksowe poznanie perspektywy rodziców i położnych w kontekście wizyt patронаżowych pozwoliło mi na wybranie problemu projektowego i późniejsze sformułowanie założeń projektowych.

Pierwsze obserwacje miały charakter zapoznawczy, a prowadzone wywiady obejmowały szeroki zakres zagadnień, nie tylko dotyczący połogu, ale też czasu ciąży i porodu, co pomogło mi szerzej spojrzeć na opracowywany temat. Następne działania i obserwacje prowadziły do doprecyzowania wiedzy na temat poszczególnych aspektów wizyt domowych.

Il. 10. Fotografia własna.
Rekonstrukcja przebiegu wizyty z
wykorzystaniem fantomu noworodka



Obserwacje swobodne podczas wizyty patronażowej

Cel obserwacji

Pierwszym podjętym przeze mnie działaniem w ramach badań było uczestnictwo w dwóch wizytach patronażowych. Podczas nich położna odwiedziła pacjentkę, która urodziła po raz pierwszy. Mogłam zobaczyć pracę położnej od momentu wyjścia z domu do jej powrotu z wizyt.

Wizyta 1

Wizyta była pierwszym ze spotkań położnej z pacjentką i odbyła się po wcześniejszym umówieniu jej terminu przez telefon. Nie mogłam obserwować jej pierwszego etapu – oceny stanu zdrowia matki, będącego badaniem intymnym, natomiast byłam obecna podczas badania dziecka i uzupełniania dokumentów. Badanie matki trwało około 10 minut i polegało m.in. na sprawdzeniu stanu rany po nacięciu krocza, natomiast badanie dziecka skończyło się po około 30 minutach. Pozostały czas godzinnej wizyty został poświęcony na wypełnienie dokumentów, w którego trakcie matka dziecka zadawała położnej dodatkowe pytania.

Dobre warunki mieszkaniowe pozwoliły na komfortowe przeprowadzenie badania: badanie matki odbyło się za zamkniętymi drzwiami, w sypialni, a po jego zakończeniu, w tym samym pokoju w pobliżu produktów potrzebnych do pielęgnacji dziecka, położna mogła obejrzeć noworodka. Dokumenty były wypełniane w kuchni, przy stole.

Po zakończonej wizycie miałam okazję przeprowadzić krótki wywiad z pacjentką, pytając ją o doświadczenia związane z powrotem do domu i przygotowaniem do wizyty. Najważniejszymi wnioskami z wywiadu okazały się:

Pacjentka nie miała żadnych uwag co do przeprowadzonej wizyty, ale jeszcze przed spotkaniem z położną, nie do końca wiedziała, jak powinna się do niego przygotować.

Według kobiety dominującą emocją towarzyszącą jej i jej partnerowi w pierwszych dniach z dzieckiem był lęk, który był potęgowany przez ich niewiedzę na temat laktacji i duży ból, wynikający z nacięcia krocza podczas porodu.

Il. 11. → Dokumentacja fotograficzna.
Obserwacje podczas pierwszej
wizyty patronażowej



1 Wstępny wywiad



2 Badanie matki



3 Przygotowanie miejsca badania



4 Ocena stanu zdrowia dziecka



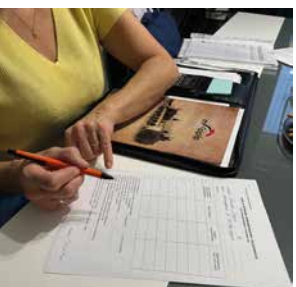
5 Zabiegi pielęgnacyjne



6 Ważenie dziecka



7 Uzupełnienie dokumentacji



Wizyta 2

Obserwowałam także drugą z sześciu wizyt przeprowadzonych u tej pacjentki. Badanie matki zajęło położnej nie więcej niż 5 minut i polegało na szybkim sprawdzeniu stanu gojącej się rany po nacięciu krocza. Badanie dziecka również trwało krócej niż za pierwszym razem. Dziecko zostało obejrzane przez specjalistkę w celu oceny rozwoju psychoruchowego i prewencji ewentualnych chorób, a następnie zważone. Badanie matki odbywało się w sypialni, natomiast dziecko było badane na kuchennym stole, ponieważ do pomieszczenia wpadało o wiele więcej światła dziennego, a produkty do pielęgnacji w czasie drugiego spotkania nie były już wykorzystywane. Wizyta zakończyła się uzupełnieniem dokumentacji. W czasie całego spotkania pacjentka zadawała położnej pytania dot. opieki nad dzieckiem.

Wnioski z wywiadu przeprowadzonego po drugiej wizycie:

- Kobieta w ciągu tygodnia często kontaktowała się z położną. Według niej, możliwość zapytania o nurtujące ją kwestie była niezwykle pomocna.
- W ciągu tygodnia zauważyła dużą poprawę swojego samopoczucia. Otrzymane informacje na temat opieki nad dzieckiem pozwoliły jej na większą swobodę, pewność siebie w wykonywaniu poszczególnych czynności, a w związku z tym obniżenie poziomu lęku, większe poczucie spokoju i bezpieczeństwa zagwarantowanego możliwością rozmowy z położną.
- Dolegliwości bólowe na tym etapie połogu nie były już tak uciążliwe, jak na początku. Choć nadal się pojawiały, to pacjentka była już spokojniejsza o swoje zdrowie.

II. 12. → Dokumentacja fotograficzna.
Obserwacje podczas drugiej
wizyty patronażowej



1 Przygotowanie miejsca badania i wstępny wywiad



2 Ocena stanu zdrowia pacjentów



3 Ważenie dziecka



4 Uzupełnienie dokumentacji

Wnioski z obserwacji wizyt

- O wyborze miejsca badania może decydować poziom nasłonecznienia pokoju lub dostęp do innych źródeł światła.
- Do przeprowadzenia badania matki konieczne jest miejsce, które zapewni pacjentce komfort i poczucie intymności oraz pozwoli jej na wygodne położenie się.
- Do przeprowadzenia badania dziecka potrzebna jest płaska powierzchnia, na której można postawić wagę.
- Jeśli pacjentka jest chętna udostępnić położnej swoje produkty pielęgnacyjne, to nie ma konieczności, aby specjalistka korzystała ze swoich preparatów.
- Możliwość zadania położnej pytań podczas wizyty oraz zwrócenia się do niej o poradę w dowolnym momencie pomiędzy wizytami jest bardzo ważna z perspektywy pacjentki.
- Wypełnianie dokumentów podczas spotkania trwa długo, ale jednocześnie daje pacjentce czas na zebranie myśli i zadanie dodatkowych pytań, a położnej pozwala na dłuższą obserwację.
- Choć pacjentka uważa, że przedmioty, które położna ma ze sobą, świadczą o jej profesjonalizmie, to znacznie ważniejsze dla matki jest to, jakie informacje i w jaki sposób są jej przekazywane przez specjalistkę.
- Położna nie odłożyła swojej torby na ziemi – umieszczała ją zawsze na meblu (np. na łóżku, krześle).

Il. 13. Dokumentacja fotograficzna.
Obserwacje sposobu odkładania
przez położną torby patronażowej



Dokumentacja fotograficzna wizyt

To, w jakim pokoju będzie odbywać się wizyta patronażowa, zazwyczaj zależy od warunków zastanych przez położną w domu pacjentki i wskazanego przez rodziców dziecka preferowanego miejsca. Zebrane fotografie posłużyły do określenia sposobu przeprowadzenia badania w zależności od tych czynników. Pozwoliły także na szerszą obserwację, m.in. przyjmowanych przez specjalistkę pozycji podczas wykonywanych czynności.



1 Przygotowanie miejsca badania i przeniesienie dziecka

Badanie noworodka może odbyć się na przewijaku, łóżeczku dziecka lub w innym dogodnym miejscu. Dla dobrego pomiaru wagi bardzo ważną jest płaska powierzchnia, która umożliwi prawidłowy odczyt masy noworodka.



2 Obserwacja, badanie dziecka

50. Jakie są kompetencje położnej POZ?, <https://szczepimysie.pacjent.gov.pl/system-opieki-zdrowotnej/jakie-sa-kompetencje-poloznej-poz> (dostęp: 20.12.2023)

W czasie obserwacji bardzo ważny jest dostęp do dobrego oświetlenia, które pozwoli na prawidłową ocenę stanu skóry noworodka (w szczególności jej koloru) i przewidzenie ryzyka wystąpienia żółtaczki. Położna może realizować wizyty od poniedziałku do piątku, w godzinach pomiędzy 8:00 a 18:00⁵⁰, co przez większość roku gwarantuje jej dostęp do dziennego światła, jeśli tylko warunki mieszkaniowe na to pozwalają. Położna sprawdza też, m.in. ułożenie ciała oraz prawidłowość jego odruchów.



3 Instruktaż

Przez całą wizytę rodzice mają możliwość zadania położnej nurtujących pytań dot. opieki nad dzieckiem i dbania o swoje samopoczucie po ciąży. Czasami na prośbę rodziców specjalistka kąpie wraz z nimi maluszka. Jeśli specjalizuje się w laktacji lub chustonoszeniu, to w czasie wizyt domowych udziela matce porad także w tym zakresie. Wykonuje podstawowe zabiegi pielęgnacyjne (jak wyczyszczenie pępka i pach), jednocześnie informując rodziców o tym, jak prawidłowo je wykonywać.

Il. 14. Dokumentacja fotograficzna wizyt patronażowych w domach różnych pacjentek



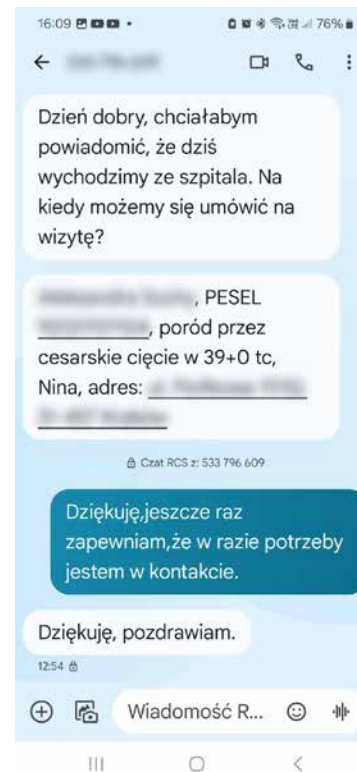
4 Pomiar wagi

Pomiar wagi noworodka powinien odbywać się na płaskiej powierzchni, co jednak bywa trudne w sytuacjach, gdy rodzina jest w trakcie przeprowadzki lub mieszka w nieodpowiednich warunkach. W takich przypadkach położna czasami decyduje się ważyć dziecko na podłodze, co jednak może być postrzegane przez rodziców jako niekomfortowe i nieprofesjonalne, a położnej nie zapewnia wygodnej pozycji.



5 Uzupełnienie dokumentacji

Może zostać wykonane zarówno w domu pacjentki, jak i po wizycie. Wypełnienie dokumentacji u pacjentki pozwala położnej na uzupełnienie informacji na bieżąco, możliwość ich potwierdzenia z pacjentką. Rodzice w tym czasie mają czas na zadanie dodatkowych pytań oraz wstępne umówienie się z położną na kolejną wizytę.



6 Kontakt pomiędzy wizytami

Położna zazwyczaj umawia się z pacjentkami na kolejne wizyty telefonicznie. W ten sam sposób udziela im również licznych porad pomiędzy spotkaniami. Jeśli tylko wyraża na to zgodę, kobiety mogą prosić ją o pomoc o każdej porze dnia.

Il. 12. ← Dokumentacja fotograficzna. Obserwacje podczas drugiej wizyty patронаżowej

Rekonstrukcja wizyty patronażowej

W następnym kroku prowadzonych obserwacji zdecydowałam się zrekonstruować całość wizyty z pomocą położnej środowiskowej. Poprosiłam ją o wykonanie kolejnych czynności, jakie przeprowadzane są w czasie standardowej wizyty, wraz z komentarzem słownym i przy użyciu fantomu noworodka. Dzięki temu miałam okazję dokładniej zorientować się, co mają na celu kolejne kroki oraz w jakich pozycjach są wykonywane. Przeprowadzone obserwacje były mi szczególnie przydatne do dowiedzenia się, jak wygląda badanie pacjentki, którego nie mogłam obserwować w rzeczywistych warunkach, z uwagi na jego prywatny charakter.

Dzięki rozmowie z położną mogłam wyszczególnić czynności, które podczas wizyt sprawiają jej największą trudność:

- znalezienie miejsca badania – bywa trudne, kiedy warunki mieszkaniowe nie pozwalają na swobodny wybór odpowiedniej przestrzeni;
- ściąganie szwów pacjentki z raną pooperacyjną – nie wszystkie położne decydują się na wykonanie tej czynności w domu, ponieważ ich zdaniem źle wykonana może wymagać interwencji lekarza;
- wyrzucanie odpadów medycznych – zbieranie odpadów i odwożenie ich do przychodni bywa uciążliwe.

W komentarzu słownym położna wyszczególniła dla mnie też przypadki, kiedy badanie bywa przeprowadzane w niewygodnych pozycjach:

- dziecko podczas badania leży na łóżku (w przypadku braku przewijaka), a położna klęczy na podłodze;
- badanie matki odbywa się w obecności innych domowników (choć zdarza się to rzadko);
- warunki mieszkaniowe pacjentki nie są najlepsze, powierzchnie nie są czyste i brakuje miejsca do położenia wagi niemowlęcej.

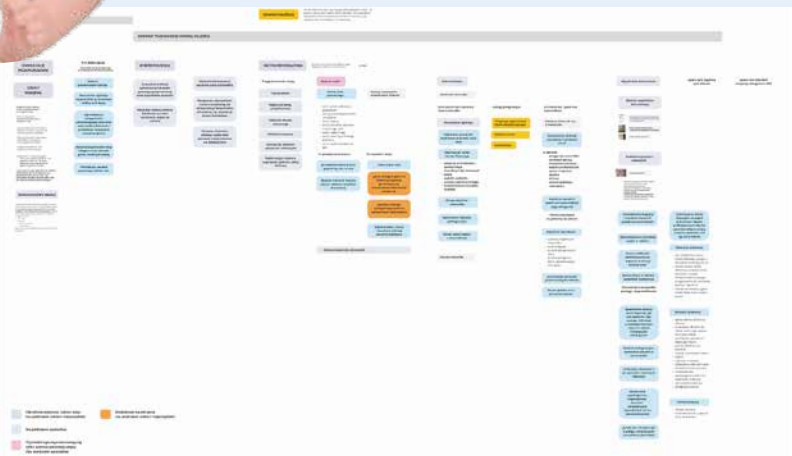
Przeprowadzone obserwacje dokumentowałam na wideo, a zapis poszczególnych klatek pozwolił mi na wyszczególnienie przyjmowanych pozycji i kolejnych kroków położnych. Zebrane informacje przedstawia scenariusz na kolejnych stronach. Zapis jest przykładem przebiegu wizyty, które mogą różnić się od siebie kolejnością i rodzajem wykonywanych czynności, ponieważ zależą od preferencji położnej wykonującej badanie oraz potrzeb konkretnego pacjenta.

Opracowanie schematu przykładowej wizyty

Fantom noworodka



Rekonstrukcja użytkowa z położną



Analiza przepisów i informacji z wywiadów dot. przebiegu wizyty

Il. 16. Fotografia fantomu noworodka. Źródło: <https://www.fantom-fw.pl/produkt/model-noworodka-chlopiec/>

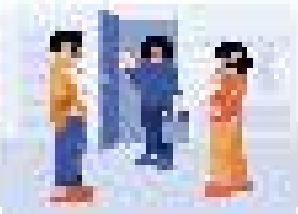
Il. 17. Dokumentacja fotograficzna. Odtworzenie przebiegu wizyty patronażowej z pomocą położnej

Il. 18. Zrzut ekranu. Widok tablicy Miro z zebranymi informacjami dot. przebiegu wizyty patronażowej

Przykładowy przebieg wizyty patronażowej

II. 19. Opracowanie własne. Przykładowy przebieg wizyty patronażowej

1 Rozpoczęcie wizyty



1a. Przywitanie i wstępny wywiad, ocena relacji rodziny z noworodkiem



1b. Założenie obuwia ochronnego



1c. Odłożenie torby

2 Badanie matki



2a. Umycie rąk i wybór miejsca badania



2b. Przygotowanie do badania i ocena stanu położniczego



2c. Badanie inwolucji mięśni i wysokości dna macicy



2d. Ocena stanu rany pooperacyjnej brzucha (w przypadku cięcia cesarskiego)



2e. Założenie rękawiczek ochronnych



2f. Sprawdzenie stanu krocza (w przypadku porodu naturalnego)



2g. Zdjęcie rękawiczek ochronnych

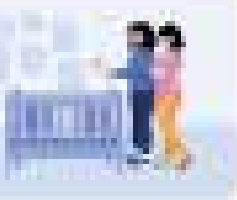


2h. Pomoc pacjentce w powrocie do pozycji siedzącej

3 Badanie dziecka



3a. Umycie rąk i wybór miejsca badania



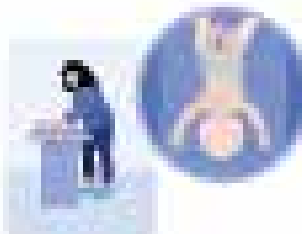
3b. Przeniesienie noworodka na miejsce badania



3c. Ściągnięcie ubrań oraz pieluszki



3d. Obserwacja i ocena rozwoju fizycznego (m.in. adaptacji do środowiska zewnętrznego, stanu skóry i błon śluzowych, pępka, wydzielin, rozwoju psychoruchowego, funkcjonowania narządów oraz zmysłów)

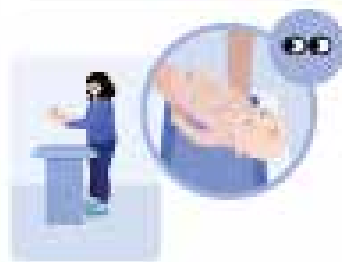


3e. Ułożenie dziecka na brzuchu i dalsza ocena rozwoju fizycznego



3f. Pielęgnacja pępka, ucięcie kłemu zabezpieczającego kikut pępowinowy.





3g. Ocena kondycji
oraz koloru skóry



3h. Przygotowanie wagi



3i. Pomiar masy ciała
noworodka



3j. Udzielenie instruktażu
z zakresu opieki nad dzieckiem
(m.in. czynności higienicznych
oraz pielęgnacyjnych)



3k. Utylizacja
odpadów
medycznych



4a. Udzielanie porad, promowanie zachowań
prozdrowotnych, ocena stanu psychicznego
położnicy oraz ryzyka wystąpienia depresji
poporodowej



4b. Wypełnienie
dokumentów



4c. Zdjęcie obuwia
ochronnego



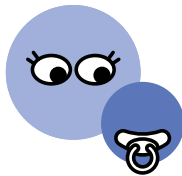
4d. Zakończenie wizyty

Wywiady swobodne, pogłębione

Przeprowadzone rozmowy miały na celu uzyskanie wieloaspektowego obrazu rodzicielstwa oraz wsparcia okołoporodowego z perspektywy różnych uczestników tego procesu: matek, położnych środowiskowych oraz specjalistów z zakresu psychologii. Wywiady zostały przeprowadzone z 19 osobami, w tym z dziesięcioma położnymi środowiskowymi, siedmioma matkami dzieci poniżej 1 roku życia oraz dwoma psychologkami. Pytania w wywiadach dotyczyły szerokiego spektrum zagadnień związanych z okresem po narodzinach dziecka – od problemów i frustracji, z jakimi mierzą się matki w pierwszych miesiącach życia dziecka, przez ich wyobrażenia i oczekiwania wobec tego okresu, aż po konkretne doświadczenia związane z wizytami patronażowymi.

Liczba przeprowadzonych wywiadów

Matki dzieci
poniżej 1 roku życia



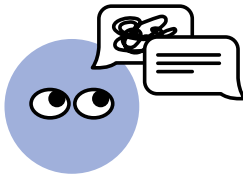
10

Położne
środowiskowe



7

Specjalistki
z zakresu psychologii



2

Il. 20. Ilustracja własna. Liczba przeprowadzonych wywiadów

Wywiady z matkami

Rozmowy z matkami przybliżyły mi przede wszystkim to, w jaki sposób narodziny dziecka zmieniły ich codzienność. Rozmowy dotyczyły pierwszych dni po powrocie ze szpitala, samopoczucia i frustracji kobiet w pierwszych dniach połogu oraz ich doświadczeń związanych z wizytami patronażowymi.

Częściowo przedstawiły mi także doświadczenia ich partnerów, ojców dzieci. Niestety, nie udało się przeprowadzić z nimi indywidualnych wywiadów z powodu ograniczeń czasowych oraz decyzji o skupieniu się na dogłębnym poznaniu perspektywy matki.

Podczas rozmów największą różnicę zauważyłam pomiędzy osobami, które rodziły po raz pierwszy, a tymi, które opowiadały z perspektywy drugiej ciąży. Porównując poszczególne wypowiedzi, można było dostrzec, jak bardzo znajomość nadchodzących zmian wpływa na dobrostan kobiet w ciąży i połogu.

Zauważone problemy

Dolegliwości fizyczne

W pierwszych dniach po powrocie ze szpitala i na późniejszych etapach połogu kobietom doskwierały różne dolegliwości. Do najczęściej wymienianych należały:

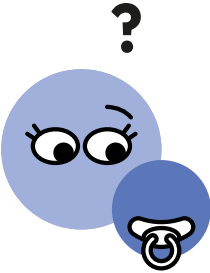
- gojenie się ran pooperacyjnych,
- bóle wtórne (skurcze macicy),
- bóle kręgosłupa (często spowodowane karmieniem czy nieprawidłowym odkładaniem dziecka do łóżka).

Lęki i frustracje

Młode matki często wyrażały lęk przed przypadkowym wyrządzeniem krzywdy dziecku. Wiele z nich martwiło się także ryzykiem, tzw. śmierci łóżeczkowej⁵¹. W pierwszych dniach po powrocie ze szpitala towarzyszyły im również obawy, że nie będą w stanie odpowiednio zająć się noworodkiem.

Deprywacja snu

Kobiety nadmieniały, że szczególnie uciążliwy w czasie połogu był dla nich brak snu. Zmęczenie przyczyniało się do obniżenia nastroju, potęgowało drażliwość i sprawiało trudności w codziennym funkcjonowaniu. Już w szpitalu, po urodzeniu dziecka trudno było o odpoczynek, a po powrocie do domu



51. Śmierć łóżeczkowa – właściwie: zespół nagłego zgonu niemowląt (SIDS), sytuacja, w której pozornie zdrowy noworodek umiera podczas snu. Źródło: <https://www.termedia.pl/ginekologia/Zespol-naglej-smiercilozeczkowej-moze-miec-podlozebiologiczne,51697.html>, (dostęp: 12.07.2024)

52. Zasoby osobiste – wewnętrzne cechy i umiejętności, które pomagają danej osobie radzić sobie ze stresem oraz trudnymi sytuacjami. Najbardziej znaną koncepcją opisującą to pojęcie jest tzw. teoria zachowania zasobów, opisana przez S. E. Hobfolla. Źródło: <https://two-jpsycholog.pl/blog/czym-sa-zasoby-i-dlaczego-warto-je-odkrywac-i-rozwijac>, (dostęp: 05.09.2024)

sytuacja rzadko kiedy się polepszała, co przyczyniało się do ciągłego poczucia wyczerpania.

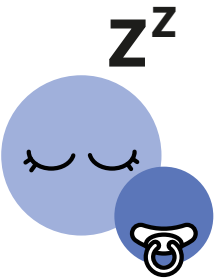
Samopoczucie w połogu

W wywiadach dało się zauważyć, że sposób, w jaki matki radziły sobie z nową sytuacją, był uzależniony nie tylko od odpowiedniego przygotowania czy wsparcia otrzymanego od bliskich, ale również od zasobów osobistych⁵², którymi dysponowały kobiety przed ciążą – ich nastawienia do trudnych sytuacji oraz umiejętności radzenia sobie ze stresem.

Zarówno matki, które miały trudności z przejściem przez połóg, jak i te, które radziły sobie lepiej w tym okresie, opisywały podobne odczucia: wrażenie, że nie są wystarczająco dobre oraz przekonanie, że złe samopoczucie i problemy nigdy nie miną. Wiele z kobiet mówiło o braku zrozumienia dla swoich słabości, czego przykładem są słowa jednej z moich rozmówczyń:

„W połogu dużo płakałam. Towarzyszyło mi poczucie bezradności, a jednocześnie świadomość, że muszę dać radę. Przydałaby mi się większa świadomość tego, co mnie czeka i intensywna praca nad sobą jeszcze przed porodem. Wydaje mi się, że wtedy w pierwszych dniach połogu byłabym bardziej pewna siebie i mniej zagubiona”.

– wypowiedź Karoliny, matki 1-roczej Zosi (wywiad 3.12.2023)



Oczekiwania i wyobrażenia

Oczekiwania na temat przebiegu porodu i swojego macierzyństwa kształtowały się u kobiet już podczas ciąży. Kiedy późniejsza rzeczywistość odbiegała od tych wyobrażeń, na przykład w przypadku braku możliwości urodzenia naturalnie lub problemów z karmieniem piersią, często odczuwały poczucie winy i rozczarowanie.

Dopiero po czasie, większość z nich zorientowała się, jak nieprzewidywalny jest okres po narodzinach dziecka. Często podsumowywały to stwierdzeniem, że w tym czasie trudno jest cokolwiek zaplanować, dlatego najlepiej byłoby unikać wszelkich prób przewidywania przyszłych wydarzeń. Jednak presja społeczeństwa do bycia dobrą matką i wciąż żywy mit „Matki Polki” radzącej sobie z wszelkimi trudnościami sprawiały, że kobiety najczęściej stawiały sobie wyjątkowo ambitne cele w roli matek.

Aspekt społeczny

Podczas wywiadów kobiety często wspominały o poczuciu, że cała uwaga otoczenia została skierowana na dziecko, a one same czuły się czasem

pomijane. Zdarzało się, że brakowało im pytań o ich samopoczucie oraz większego wsparcia ze strony bliskich. Dlatego, po narodzinach dziecka zawiązywały silniejsze więzi z osobami w podobnej sytuacji, które podobnie jak one poświęciły opiece nad noworodkiem swoją codzienność. Przyjaźnie w takich grupach dawały im poczucie zrozumienia i realnego wsparcia oraz możliwość otrzymania porady w wielu kwestiach dot. opieki nad dzieckiem.

Chaos informacyjny

Nadmiar informacji oraz brak ich wiarygodności stanowiły istotny problem dla młodych rodziców. Kobiety wyrażały rozczarowanie, że nawet opinie medyków często były niespójne, co prowadziło je do dezorientacji. Dodatkowo porady bliskich, takich jak rodzice czy dziadkowie, często okazywały się nieaktualne, co niejednokrotnie powodowało konflikty i konieczność konfrontacji własnych przekonań z otrzymywanymi radami.

Kobiety często czuły się nieprzygotowane na okres połogu, ponieważ edukacja przedporodowa koncentrowała się głównie na przebiegu ciąży i porodu, pomijając istotne aspekty związane z tym wymagającym czasem.

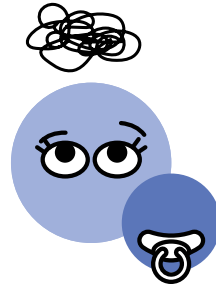
„Słyszysz się bardzo sprzeczne komunikaty, nawet w szpitalu. Jedna osoba mówi, że coś na pewno pomoże, a inna kwestionuje, jak można daną rzecz w ogóle robić”.

– wypowiedź Oli, matki 4-miesięcznego Mateusza (wywiad 18.11.2023)

Wizyty patronażowe

Choć wiele z kobiet było bardzo zadowolonych z opieki położnej w połogu, to część z nich powiedziało mi o zaniedbaniach ze strony położnych, które np. opiekę nad przypisaną im rodziną ograniczały do 1-2 wizyt patronażowych, jeśli uznały, że rodzice radzą sobie dobrze z dzieckiem. Niektóre wizyty były bardzo krótkie, a niekiedy położne rezygnowały z pełnych badań, koncentrując się na wypełnianiu dokumentacji. W efekcie pacjentki czuły się niedostatecznie zaopiekowane i brakowało im możliwości omówienia ważnych dla nich kwestii. Te z mniejszych miejscowości, napotykały często trudności związane z brakiem możliwości wyboru odpowiedniej położnej. Dodatkowo wiele pacjentek nie było świadomych, że mogą bezpłatnie zmienić położną środowiskową, co sprawiało, że pozostawały pod opieką osoby, która nie zawsze spełniała ich oczekiwania.

Kobiety zwracały również uwagę, że brakowało im wiedzy na temat przebiegu wizyty patronażowej oraz wskazówek, jak się do niej odpowiednio przygotować. To dodatkowo potęgowało stres związany z odwiedzinami położnej.



W wielu przypadkach brak dostępu do dobrej specjalistki w momentach kryzysowych, takich jak problemy z karmieniem, prowadził do poczucia bezsilności. W jednej z rozmów matka wyraźnie zaznaczyła, że w pierwszej ciąży nie otrzymała wystarczającego wsparcia, przez co czas po porodzie był dla niej wyjątkowo trudny. Dopiero przy drugiej ciąży, gdy trafiła na położną wywiązującą się ze swoich obowiązków, dostrzegła znaczącą poprawę swojego samopoczucia. Dzięki pracy z kompetentną i zaangażowaną osobą była zaskoczona, że doświadczenie połogu nie musi być wcale tak uciążliwe.

„Pierwsza wizyta trwała chyba 20 minut, więc najbardziej brakowało mi czasu na spokojną rozmowę. Właściwie większość wizyty poświęciliśmy na wypełnienie potrzebnej dokumentacji”.

–wypowiedź Moniki, mamy półrocznego Pawła (wywiad 28.11.2023)



Wywiady z matkami rodzącymi za granicą

Przeprowadziłam rozmowy z dwiema kobietami, które rodziły za granicą. Umożliwiło mi to poznanie perspektywy osób, które w przeciwieństwie do pozostałych rozmówczyń, po porodzie nie miały zapewnionych wizyt patronażowych.

Rozmowa z matką, która rodziła w Szwecji, uwidoczniła mi istotne różnice w systemie opieki medycznej naszych krajów. W szwedzkim systemie położna jest pierwszym kontaktem dla kobiety zarówno w czasie ciąży, jak i po porodzie, natomiast lekarz interweniuje jedynie w wymagających tego przypadkach. Po narodzinach dziecka personel medyczny pojawia się w domu pacjentki tylko raz, aby sprawdzić stan noworodka, a kolejne wizyty pediatryczne odbywają się już w przychodni. Z kolei rozmowa z matką, która rodziła w Chinach, ukazała wpływ kultury na opiekę nad noworodkiem. Kobieta wytłumaczyła mi, jak bardzo tradycje, wierzenia i przesady determinują tam sposób opieki nad dzieckiem. Po wyjściu ze szpitala nie odbywają się tam żadne wizyty domowe. Najczęściej to nie rodzice, a babcie, czyli matka lub teściowa, przejmują obowiązki związane z opieką nad dzieckiem, podczas gdy oni szybko wracają do pracy.

Wywiady z położnymi

Rozmowy z położnymi miały na celu zrozumienie ich codziennych obowiązków i wyzwań, z jakimi się mierzą. Położne pracujące prywatnie często opowiadały o znaczeniu empatii i umiejętności nawiązywania kontaktu z pacjentkami, który nie zawsze jest dla nich łatwy. Z kolei położne pracujące w ramach NFZ skupiały się na problemach logistycznych i trudnościach związanych z koniecznością łączenia nadmiarowych obowiązków z zapewnieniem odpowiedniej opieki pacjentkom.

Dodatkowo jednym z wywiadów była rozmowa z położną, która pracuje jako wykładowczyni położnictwa na Uniwersytecie Jagiellońskim. Pozwoliła mi ona lepiej zrozumieć, jak wygląda droga kształcenia położnych oraz z jakimi wyzwaniami muszą mierzyć się osoby wykonujące ten zawód we współczesnym świecie.

Zauważone problemy

Trudności w komunikacji

Jako najbardziej kłopotliwe w wizytach patronażowych położne wymieniały problemy z komunikacją z pacjentami. Zdarzało się, że brak zaufania rodziców do wiedzy i doświadczenia położnych utrudniał im sprawne przeprowadzenie badania. Inną sytuacją, przytaczaną jako problematyczna, była także odmienność poglądów dot. opieki nad dzieckiem, szczególnie jeśli np. rodzice nie chcieli podjąć się obowiązkowych szczepień. Takie sytuacje wymagały od położnych dużo cierpliwości i rozważnego argumentowania swoich racji, tak aby móc dalej działać na korzyść zdrowia dziecka.

Dojazd do pacjentów

Położne pracujące na NFZ muszą nieraz wykonywać kilka lub nawet kilkanaście wizyt dziennie, w domach pacjentek nie raz oddalonych od siebie o spore dystanse. Dodatkowe problemy sprawia przemieszczanie się pomiędzy lokalizacjami w zakorkowanym mieście i przypadki losowe mogące powodować spóźnienia.

Przeniesienie potrzebnych przedmiotów

Zarówno te położne, które na miejsce wizyty dojeżdżały samochodem, jak i te, które korzystały z komunikacji miejskiej lub chodziły pieszo, skarżyły się na wagę narzędzi potrzebnych podczas wizyt. Zdecydowanie najbardziej problematyczną do przeniesienia rzeczą była według nich waga



niemowlęca. Ze względu na jej rozmiary, Panie potrzebowały do jej schowania niestandardowej torby, zabieranej najczęściej jako dodatkowy bagaż. Położne mówiły mi o przypadkach, w których rezygnowały nawet z zabrania wagi i prosiły rodziców o zważenie dziecka w przychodni.

Większość z położnych zadeklarowało zabieranie na wizyty elektronicznej wagi z szalką. Pomimo, że niemowlęce wagi ręczne są dużo lżejsze, to większe z urządzeń nie tylko jest według położnych dokładniejsze, ale też zapewnia większy komfort psychiczny matkom, obserwujących ważenie dziecka z boku.



Il. 21. Fotografia własna. Ważenie dziecka za pomocą niemowlęcej wagi ręcznej

Obszerna dokumentacja

Położne skarżyły się na potrzebę wypełniania obszernej dokumentacji, którą niektóre z nich musiały wprowadzić jeszcze raz do systemu cyfrowego. Ponadto, programy komputerowe, z których korzystają położne są według nich przestarzałe. W procesie zbierania informacji o pacjentach można byłoby wprowadzić wiele ulepszeń. Wiele położnych chciałoby ograniczyć „papierkowe” czynności do minimum, aby móc poświęcić więcej czasu na rozmowę z pacjentami.

Brak przygotowania pacjentki do wizyty

Położne zaznaczały, że wiele z pacjentek nie zna swoich praw i nie wie, jak wizyta patronażowa powinna zostać prawidłowo przeprowadzona. To rodzi problemy nie tylko dla nich, ale i dla odwiedzającą ich położną. Pacjentki przed spotkaniami nie przygotowują miejsca do zważenia noworodka czy wypełnienia dokumentów. Jeśli zaczęłyby to robić, badanie mogłoby często zastać przeprowadzone znacznie sprawniej i w nieco bardziej komfortowy dla obu stron sposób.

Tryb czuwania

Praca położnej często wymaga gotowości do interwencji i wsparcia pacjentów przez całą dobę, co jest szczególnie widoczne w przypadku położnych środowiskowych, które pozostają w stałym kontakcie z podopiecznymi.

Praca położnych jest nieprzewidywalna i zależna od indywidualnych potrzeb pacjentek, takich jak konieczność zadania większej liczby pytań czy dłuższy instruktaż. To sprawia, że trudno wcześniej dokładnie zaplanować czas wizyty u danej osoby.

Kontakt telefoniczny między wizytami jest istotnym elementem współpracy położnej z pacjentkami. Choć wygodny dla pacjentek, może być wyczerpujący dla położnej, wymagając od niej ciągłej gotowości do udzielania odpowiedzi. Z drugiej strony, pacjentki często przesyłają zdjęcia z pytaniami dotyczącymi niepokojących sytuacji, a brak szybkiej reakcji położnej może budzić ich obawy. W skrajnych przypadkach brak odpowiedzi może być niekorzystny dla dziecka, na przykład, gdy matka wstrzymuje karmienie, oczekując na wiadomość od położnej.

Zaburzenia rytmu dobowego

Położne środowiskowe często oprócz wizyt pracują także na oddziałach szpitalnych, co wiąże się dla nich z pracą zmianową. Czuwanie w nocy zaburza rytm dobowy organizmu, co przekłada się na jego zdrowe funkcjonowanie.

Brak wsparcia psychologicznego

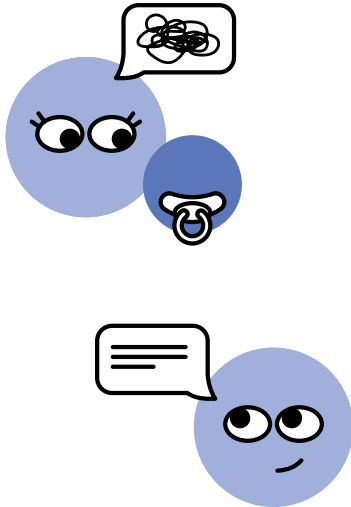
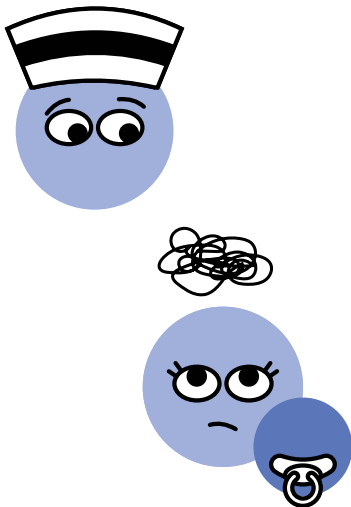
Praca położnej, podobnie jak w przypadku innych zawodów medycznych, często wiąże się z koniecznością stawiania czoła trudnym sytuacjom, takim jak cierpienie czy śmierć. Położne, z którymi rozmawiałam, podkreślały brak odpowiedniego wsparcia psychologicznego dla personelu medycznego, które mogłoby pomóc im w radzeniu sobie z emocjonalnymi wyzwaniami związanymi z wykonywaną pracą.

Trudność rozpoznania objawów depresji poporodowej

Wydaje się, że większość zadań związanych z wizytami patronażowymi jest dla położnych dobrze znana i rutynowa, jednak rozpoznanie pierwszych objawów depresji poporodowej stanowi dla nich szczególne wyzwanie. Bywa, że ankieta Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej, wykorzystywana często na wizytach patronażowych, nie jest wystarczająca. Pierwsze objawy depresji można nie trudno pomylić z obniżonym nastrojem, dość standardowym po urodzeniu dziecka, czy pojawiającym się w wielu przypadkach baby bluesem.

Obecność domowników podczas wizyt patronażowych

Oprócz bezpośredniej komunikacji z pacjentką położne często muszą nawiązać relacje z innymi członkami rodziny obecnymi podczas wizyty. Zdarzają się sytuacje, w których ich zalecenia dotyczące opieki nad dzieckiem są kwestionowane przez domowników, takich jak dziadkowie noworodka. Czasami bliscy podważają również kompetencje matki, komentując np.: „Ja zrobię to szybciej i lepiej, na co położna powinna odpowiednio zareagować.



Wywiady z psycholożkami

W rozmowach z psycholożkami starałam się dowiedzieć, jakie kluczowe czynniki wpływają na dobrostan pacjentek po porodzie oraz jakie metody wsparcia stosuje się w przypadku młodych osób, które w obliczu nowej roli społecznej doświadczają lęków, obaw i problemów psychicznych.

Rozmowy se specjalistkami

Pierwsza z moich rozmówczyń była jednocześnie matką i psycholożką pracującą z nastolatkami oraz młodymi dorosłymi. Kobieta nie posiadała doświadczenia z pacjentkami w połogu, ale podzieliła się ze mną swoją historią. Po urodzeniu drugiego dziecka sama zachorowała na depresję, czego, pomimo swojej wiedzy, przez długi czas nie była świadoma. Problemy z funkcjonowaniem takie jak mandat za złe parkowanie, czy gubienie rzeczy nie uświadomiły jej, że coś może być nie tak. Dopiero po konsultacji z psychologiem rozumiała, że od dłuższego czasu cierpiała na depresję poporodową, nie rozpoznając jej objawów.

Druga z psycholożek, z którymi rozmawiałam, na co dzień pracuje na oddziale neonatologii. W wywiadzie wyjaśniła, na czym polega jej praca z pacjentkami w szpitalu. Zwróciła uwagę na ograniczony dostęp do pomocy psychologicznej w Polsce, co skutkuje długim czasem oczekiwania na konsultację. Jednak w przypadku depresji poporodowej i poważnych zaburzeń, pacjentki są kierowane w trybie pilnym do odpowiedniego specjalisty.

Praca z pacjentkami w ciąży i po porodzie

Praca psychologa na oddziale położniczym polega na pomocy tym pacjentkom, które zgłoszą potrzebę konsultacji lub takim, u których niepożądane zachowanie zostały zauważone przez położne i lekarzy. Szczególną opieką obejmowane są kobiety, dla których poród był wyjątkowo trudnym doświadczeniem lub które mierzą się ze stratą dziecka.

Wiedza na temat zmian warunkiem komfortu psychicznego matki

Najciekawszym wnioskiem z przeprowadzonego wywiadu było dla mnie to, że psycholog, po rozmowie z pacjentką zgłaszającą problemy z samopoczuciem, często najpierw kieruje ją na konsultację z położną, która może udzielić szczegółowych informacji na temat leczenia i przyczyn podejmowanych działań. Wyjaśnienie niejasnych kwestii bywa pierwszym krokiem w procesie wsparcia i dalszej konsultacji psychologicznej. Niekiedy samo dostarczenie pacjentce potrzebnych informacji wystarcza, by zredukować jej stres i przywrócić spokój.

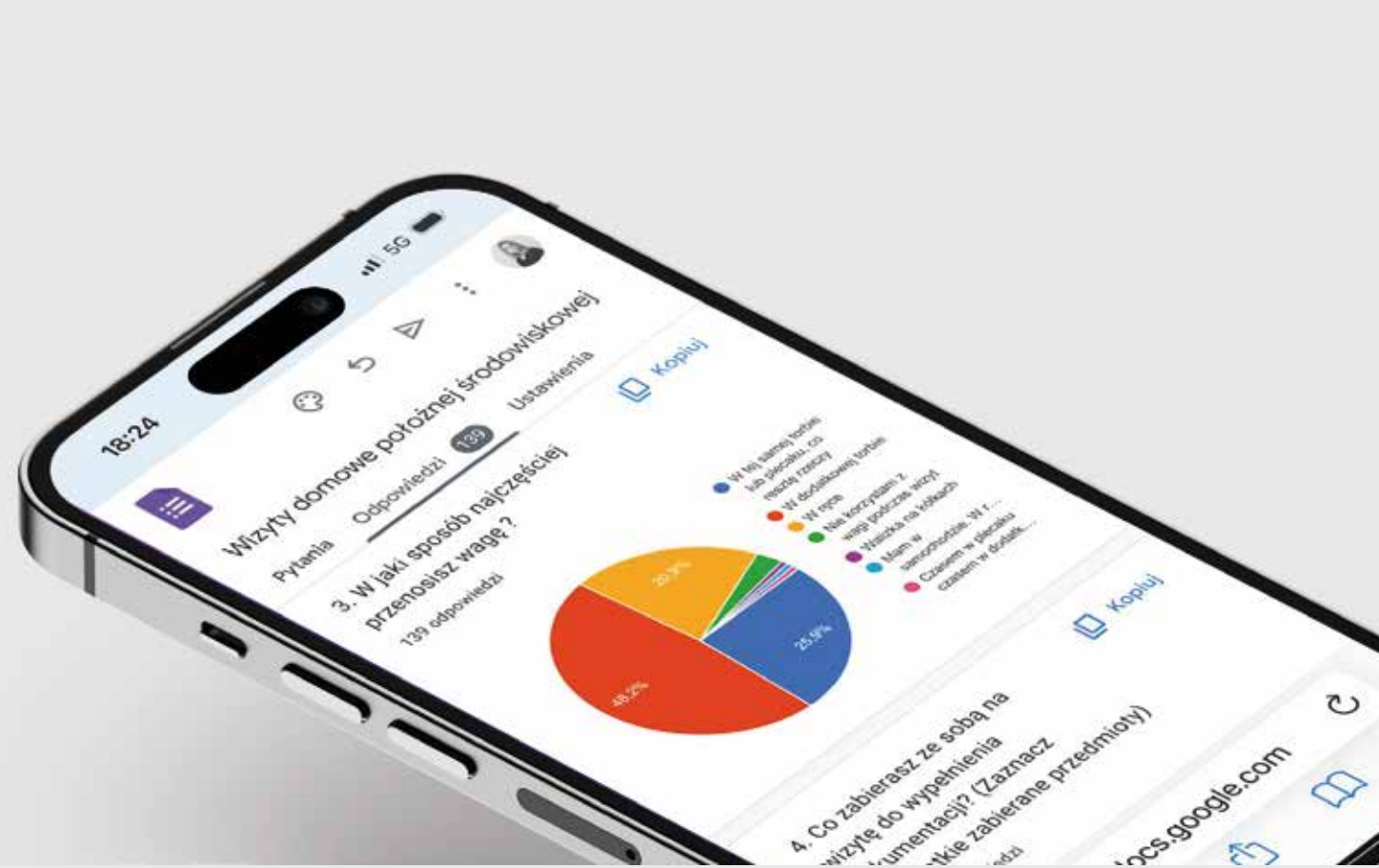
Ankieta wśród położnych

Ankieta internetowa została przeprowadzona wśród 137 położnych, które zostały zaproszone do udziału za pośrednictwem grup na Facebooku, profili na Instagramie, a także z pomocą osób, z którymi przeprowadziłam wywiady.

Ankieta miała na celu doprecyzowanie czynności wykonywanych podczas odwiedzin w domu pacjentki i określenie rodzaju przedmiotów, które zabierają ze sobą w zależności od charakteru wykonywanej wizyty. Narzędzie to pozwoliło mi skonfrontować obowiązujące wytyczne legislacyjne z rzeczywistością i dowiedzieć się, co faktycznie jest niezbędne położnym podczas patronażu. Na tym etapie pracy szczególnie interesowały mnie również kwestie związane z wypełnianiem dokumentacji medycznej oraz sposób utylizacji odpadów.

Badanie uwzględniało rodzaje wizyt wykonywanych przez położne – niemal wszystkie respondentki, z wyjątkiem jednej, przeprowadzały wizyty patronażowe, co umożliwiło mi doprecyzowanie przebiegu tych spotkań.

Il. 22. Ankieta internetowana wśród położnych. Przykładowe pytania formularza



Wnioski

Potrzebne narzędzia
Zabierane przez położne przedmioty były najważniejszą kwestią, która miała rozjaśnić ankietę. Położne były pytane o przedmioty zabierane w przypadku trzech rodzajów wizyt: przedporodowych, porodów domowych oraz wizyt poporodowych (patronażowych).

Ilość osób zabierających ze sobą poszczególne przedmioty na wizyty patronażowe:

130	jednorazowe rękawiczki ochronne	71	rozcinacz, zaciskaczy pępowinowych
129	płyn do dezynfekcji rąk i skóry	65	nakłuwacz jednorazowy
114	zestaw do usuwania szwów	52	jednorazowe obuwie ochronne
113	waga niemowlęca (z szalką)	37	fartuch ochronny
112	jałowe gaziki	36	zestaw do przetaczania płynów infuzyjnych
99	gaziki dezynfekujące	29	podkłady poporodowe
98	ciśnieniomierz	25	zestaw do zacisnięcia klemu
89	skalpel	24	bandaż
86	pojemnik do utylizacji odpadów medycznych	23	ręczna waga niemowlęca
83	płyn do odkarzania powierzchni	24	bilirubinometr
78	zestaw do iniekcji	25	zestaw do zacisnięcia klemu
77	maseczka ochronna	3	stetoskop
77	worki do utylizacji odpadów medycznych	2	próbki produktów pielęgnacyjnych

Uzupełnianie dokumentacji

Najwięcej ankietowanych, 80 położnych (58,85%), zadeklarowało, że dokumentację papierową wypełnia bezpośrednio w domu pacjentki, podczas gdy 18,4% respondentek w ogóle nie korzysta z tej formy dokumentacji. Z kolei dokumentację elektroniczną większość położnych (55,9%) wypełnia w przychodni. Tylko 9,6% położnych uzupełnia dokumentację elektroniczną w domu pacjentki, a dokładnie taka sama liczba osób zadeklarowała, że w ogóle nie korzysta z dokumentacji elektronicznej.

Ocena ryzyka wystąpienia depresji poporodowej

W pytaniu dotyczącym przekazywania pacjentkom ankiety oceniającej ryzyko wystąpienia depresji poporodowej, 71,3% położnych zadeklarowało, że przekazuje ją wszystkim pacjentkom. Z kolei 19,1% robi to jedynie w przypadku zauważenia takiej potrzeby. Choć 7,4% położnych nie stosuje ankiety, nie oznacza to pomijania oceny objawów – mogą one być identyfikowane innymi metodami. Niemniej jednak ustandaryzowane narzędzie, takie jak ankieta, wydaje się kluczowe dla rzetelnej oceny ryzyka depresji.

Utylizacja odpadów medycznych

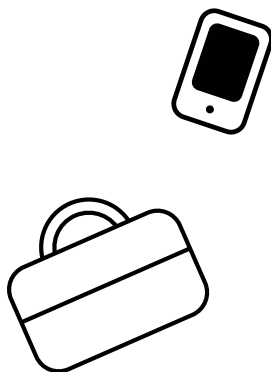
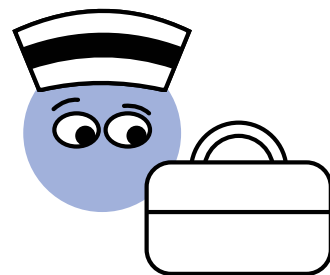
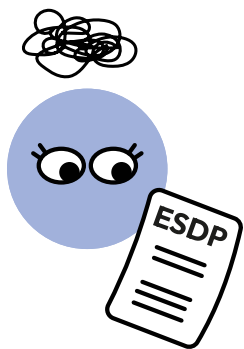
W ankiecie podjęłam próbę dowiedzenia się, jak położne radzą sobie z utylizacją odpadów medycznych. Odpady podzieliłam zgodnie z rozporządzeniem ujmującym zasady ich utylizacji i pytałam o odpady zakaźne i niebezpieczne oraz o pozostałe odpady medyczne, podając ankietowanym definicje dla obu przypadków.

Zakładając, że położne w anonimowym badaniu odpowiadały zgodnie z prawdą, bez obawy przed odpowiedzialnością, większość z nich (80,3%, czyli 110 osób) deklarowała przechowywanie i utylizację odpadów zakaźnych i niebezpiecznych zgodnie z przepisami – odpady te zabierają w workach lub pojemnikach i utylizują w przychodni. Pojawiły się także nieliczne głosy, mówiące o zostawianiu odpadów medycznych w domu pacjentki. Chodź zachowanie to w mojej ocenie i położnych, z którymi rozmawiałam, nie budzi obaw (może dotyczyć odpadów niestanowiących zagrożenia dla środowiska, podobnych do takich, które generujemy na co dzień w swoich domach), to zgodnie z przepisami, należałoby je wyeliminować.

Wykonywane wizyty a przeznaczenie torby

Ankieta pozwoliła ustalić, ile położnych realizowało wszystkie trzy rodzaje wizyt, ile uczestniczyło w dwóch, a ile tylko w jednej, co umożliwiło zidentyfikowanie wspólnych przedmiotów zabieranych na różne wizyty i dopasowanie torby do potrzeb związanych z każdym typem opieki.

Mogłam też lepiej określić, jakie narzędzia w torbach patronażowych są uniwersalne, a które są specyficzne dla konkretnych wizyt. Potwierdziłam też swoje przypuszczenia: na wizyty poporodowe nie zabiera się już chociażby zestawu do porodu nagłego (wyszczególnionego w wytycznych dla nesesera położnej POZ), ani lalek edukacyjnych, natomiast na wcześniejszych wizytach, przedporodowych zbędny jest zestaw do usuwania szwów.



Sposób przechowywania torby

Najwięcej ankietowanych – 37,23% (51 osób) zadeklarowało przechowywanie rzeczy potrzebnych do wizyty w torbie lub plecaku w samochodzie. Bardzo zbliżona liczba – 35,77% (49 osób) przechowywała rzeczy w plecaku lub torbie w przychodni. 17,52% (24 osoby) przechowywało rzeczy w domu, a z kilku różnych toreb do przechowania korzystało tylko 12 kobiet, czyli 8,8% ankietowanych.

Przenoszenie potrzebnych przedmiotów

Najwięcej położnych przenosi narzędzia potrzebne do wizyty w torbie na ramię – 48,8%, a w torbie trzymanej w dłoni – 39,7%. Zaskakująco mało położnych korzysta z plecaków (8,8%) czy walizek (2,9%), choć mogłyby one być wygodniejsze do przenoszenia liczego sprzętu. Jednak wiele położnych dojeżdża na wizyty samochodem, co może wyjaśniać, dlaczego preferują torby na ramię lub do ręki.

Wagę noworodka położne najczęściej przenoszą w dodatkowej torbie – 48,5%, podczas gdy 25% mieści ją w tej samej torbie, co pozostałe narzędzia.

Dezynfekcja wagi

Czyszczenie wagi przed każdym badaniem wydaje się być praktykowane przez większość położnych – 84,6% (116 osób) robi to przed każdą wizytą. Około 7,4% (10 położnych) wykonuje dezynfekcję co 2-5 wizyt, a tylko 5,1% (7 położnych) robi to rzadziej. Przy okazji tego pytania, jedynie 4 położne wykonujące wizyty poporodowe zadeklarowały, że nie korzystają z wagi podczas wizyt.

Inne uwagi

Wśród odpowiedzi na pytanie otwarte, kończące ankietę, najczęściej pojawiającym się postulatem była potrzeba posiadania jednej, bardziej funkcjonalnej torby, która pomieściłaby zarówno narzędzia, jak i wagę, eliminując konieczność noszenia kilku oddzielnych toreb. Położne wskazywały na brak wygody w obecnych rozwiązaniach, wyrażając potrzebę lżejszego i łatwiejszego do przenoszenia wyposażenia. Istotną kwestią okazała się również organizacja przestrzeni wewnątrz torby, w tym liczba przegródek, która ułatwiałaby uporządkowanie narzędzi.

Ponadto, niektóre położne podkreśliły, że ściśle przestrzegają wytycznych dotyczących wyposażenia torby medycznej, sugerując potrzebę zrewidowania obowiązujących przepisów i dostosowania wytycznych do ich faktycznych potrzeb.

6 Analiza narzędzi położnej POZ

6.1. Neseser położnej środowiskowej

Dokumentacja fotograficzna

Zebrane fotografie od położnych pozwoliły mi na przeanalizowanie noszonych przez nie przedmiotów i ich sposobów na przenoszenie wagi. Położne poproszone o zdjęcia toreb udostępniały mi je bardzo niechętnie, narzekając na ich nieprofesjonalny wygląd.

Il. 23. Dokumentacja fotograficzna. Zdjęcia toreb patronażowych otrzymane od położnych.

Torba położnej wykonującej wizyty patronażowe, poporodowe.



Plecak położnej, która na wizyty chodzi zazwyczaj pieszo lub korzysta z komunikacji miejskiej. Waga przenoszona jest w osobnej torbie.



Zwykła torebka zaadaptowana do przenoszenia narzędzi na patronaże.



Niestety nie mam takiej porządnej torby :(Mój zestaw wygląda turbo nieprofesjonalnie :(
Plus waga osobno 😞

Przenoszenie części przedmiotów potrzebnych podczas wizyty w zwykłej torebce, w tym niemowlęcej wagi ręcznej. Waga pozwala na zabranie mniejszej torebki, ale wg innych położnych nie jest wystarczająco dokładna.



Torba położnej środowiskowej, szyta na zamówienie, z odbłaskiem i oddzielną kieszenią na wagę niemowlęcą.



Torba w której zabierana jest dodatkowo waga niemowlęca, nie pozwalająca na wygodny chwyt.



Torba położnej wykonującej wizyty patronażowe, poporodowe, zostawiana przez położną w przychodni. Została uzupełniona na podstawie wytycznych rozporządzenia.



Normy prawne dotyczące nesesera położnej

Zawartość nesesera położnej POZ została opisana w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, z zaznaczeniem, że w placówce medycznej powinny znajdować się w liczbie odpowiadającej ilości położnych, które jednocześnie świadczyłyby wizyty domowe⁵³.

Niektóre narzędzia z listy wyposażenia, jak zestaw do porodu nagłego, wydają się zbędne podczas wizyt poporodowych i nie odpowiadają faktycznym potrzebom ich użytkowniczek. W wywiadach i ankietach wskazywały one na inne przedmioty, które zabierają na wizyty. Sugeruje to, że opisany w rozporządzeniu zestaw jest jedynie standardem, który musi zapewnić przychodnia, a nie rzeczywistym wyposażeniem używanym do pracy. Na podstawie odpowiedzi udzielonych w ankiecie, można przypuszczać, że część położnych interpretuje rozporządzenie jako obowiązek posiadania całego zestawu na każdej wizycie, inne natomiast dopasowują torbę do własnych potrzeb.

53. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 16 czerwca 2023 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, (Dz.U. 2023 poz. 1427)

Il. 24. Zrzut ekranu. Widok tablicy Miro z zebranymi zaleceniami dot. wyposażenia nesesera położnej oraz pierwsza strona Obwieszczenia Ministra Zdrowia

Inwentaryzacja potrzebnych narzędzi

Na podstawie ankiety, otrzymanych od położnych zdjęć toreb potrtonaowych oraz wywiadów sporządziłam listę potrzebnych w trakcie wizyty narzędzi. Przeanalizowałam je pod względem rodzaju wykonywanej wizyty oraz ilości położnych deklarujących zabieranie je do domu pacjentek.

Po zważeniu wszystkich przedmiotów okazało się, że zestaw wszystkich narzędzi i przyborów pielęgnacyjnych ważył 6.5 kg. Osobno zważyłam wagi niemowlęce – waga ręczna ważyła niespełna 200 g, natomiast elektroniczna waga z szalką, do której miałam dostęp, ważyła około 1.5 kg. Zebranie wszystkich przedmiotów posłużyło mi do prototypowania, a poznanie ich masy do sformułowania założeń projektowych dot. sposobu ich przenoszenia.

II. 25. Fotografia własna. Przykładowy zbiór przedmiotów potrzebnych podczas wizyty

Przykładowy zbiór przedmiotów potrzebnych podczas wizyty



6.2. Analiza rynku

Torby patronażowe

Analizując rynek pod kątem przenoszenia narzędzi przez położne, można zauważyć, że istnieje bardzo ograniczona oferta toreb zaprojektowanych specjalnie z myślą o ich potrzebach. W przeciwieństwie do innych zawodów medycznych, takich jak lekarze, ratownicy czy pielęgniarki, położne mają znacznie mniejszy wybór odpowiednich toreb. Wiele dostępnych modeli ma przestarzały design, który może zniechęcać do zakupu. Choć większość z tych toreb ma profesjonalny wygląd, ich mocno „medyczny” charakter, przypominający torby ratownicze czy szpitalne, może budzić u pacjentów niepokój lub nieprzyjemne skojarzenia, co w kontekście wizyt domowych wydaje się niepożądane.

Innym rozwiązaniem dostępnym na rynku są futerały na wagi niemowlęce, jednak są one zawsze dopasowane do konkretnego modelu urządzenia. Natomiast torby umożliwiające jednocześnie przenoszenie zarówno narzędzi pielęgnacyjnych, jak i wagi niemowlęcej, są rzadkością. W odpowiedzi na ten brak niektóre położne decydują się na samodzielne uszycie takiego akcesorium lub zlecenie jej wykonania. Choć uszycie torby na miarę może rozwiązać problem przenoszenia narzędzi przez położne, nie jest to rozwiązanie dostępne dla wszystkich. Takie przedsięwzięcie wymaga czasu oraz nakładów finansowych, co czyni je mniej atrakcyjnym lub niewykonalnym dla niektórych osób.

Kategorie istniejących rozwiązań



Torby medyczne

Torby dużych rozmiarów, głównie dla ratowników, lekarzy i pielęgniarek

Il. 26. Torba medyczna dla lekarza i ratownika o pojemności 35l. Źródło: <https://medyczny.store/torby-medyczne/1697-torba-medyczna-dla-lekarza-i-ratownika-35l-trm-50-20-marbo.html>, (dostęp: 11.09.2024)



Futerały transportowe

Dopasowane do konkretnego modelu wagi

Il. 27. Torba transportowa Charder Źródło: <https://medwil.pl/pl/p/Torbatransportowa-Charder-AR2481-dowagi-niemowlecej-Charder-MS2400-i-stadiometru-HP200P/1548>, (dostęp: 11.09.2024)



Nesesery do wizyt domowych

Torby dla położnych i pielęgniarek, zazwyczaj przystosowane do porodów domowych.

Il. 28. Torba pielęgniariska przeznaczona do wizyt domowych. Źródło: <https://medwil.pl/torba-pielgniarska-na-wizyty-domowe-sweet-rozowa>, (dostęp: 11.09.2024)

Wagi niemowlęce

Legalizacja wag niemowlęcych

Do użytku przy pracy z pacjentem dopuszczone są jedynie wagi, które posiadają ważną legalizację. Legalizacja wagi to zaświadczenie wydawane przez Główny Urząd Miar, które potwierdza, że dana waga wykonuje pomiar zgodnie z określoną dokładnością i gwarantuje jego precyzyjny odczyt. Po czasie jednak waga traci legalizację i konieczne jest odnowienie jej w odpowiednim urzędzie⁵⁴.

Podczas wizyt położne powinny korzystać tylko z zalegalizowanych wag. Przeprowadzając wywiady z położnymi, dowiedziałam się, że sprzęt jednak jest drogi i nie każda położna decyduje się na zakup właściwej wagi. Nie wszystkie z położnych mają też zagwarantowaną taką wagę w przychodni.

Istniejące rozwiązania

Na rynku obok dużych wag niemowlęcych, przystosowanych do użytku w przychodni, istnieją także mniejsze urządzenia, które są lżejsze i dostosowane do wygodnego przenoszenia. Większość z nich posiada jednak gabaryt, który trudno umieścić w standardowej torbie. Z tego powodu wielu producentów oferuje swoje produkty wraz z dodatkowymi futerałami, służącymi do ich transportu.

W dostępnej ofercie brakuje także małych wag, które jednocześnie posiadałyby legalizację. Wiele mniejszych produktów to tańsze rozwiązania, niezatwierdzone przez Urząd Miar.

Szukając wag łatwych do przeniesienia, można zauważyć, że istnieje wiele bardzo dobrych produktów, pozwalających na złożenie ich na czas transportu i szybki montaż w domu pacjentki. Natomiast, przykładem dobrej propozycji dla przychodni są urządzenia modułowe. Mogą służyć one jako wagi niemowlęce, a po wyjęciu z nich modułu z czujnikami pomiarowymi, można użyć go do ważenia starszego dziecka, w pozycji stojącej.

Wiele z opcji dostępnych na rynku oferuje też połączenie wagi z aplikacją, zapisującą wykonane pomiary. Są to jednak w większości produkty przeznaczone dla rodziców kontrolujących rozwój swoich pociech, a nie urządzenia specjalistyczne.

54. Waga niemowlęca z legalizacją czy bez?, <https://medycznawagi.pl/waga-niemowleca-z-legalizacja-czy-bez/?srsltid=AfmBOoo-g-H1O0VbFr0nDtwccXNqpZq4DI16D2J48xq5YVXSu7GxU9gf> (dostęp: 1.03.2024)

Kategorie istniejących rozwiązań



Wagi modułowe, wielofunkcyjne

Dużych rozmiarów, głównie dla ratowników, lekarzy i pielęgniarek

Il. 29. Waga dla niemowląt z dodatkową tacką do ważenia małych dzieci <https://www.chardermedical.com/pl/infant-weighing-scales/MS3500-wireless.html>, (dostęp: 11.09.2024)



Wagi składane, łatwe w transporcie

Dopasowane do konkretnego modelu wagi

Il. 30. Waga BabyOno SMART ze składaną szalką i możliwością pomiaru wzrostu dziecka, <https://www.euro.com.pl/wagi-dzieciece-/babyono-smart-2-w-1-z-blue-tooth-789.bhtml>, (dostęp: 11.09.2024)



Wagi połączone z aplikacją i EMR⁵⁵

Duże torby dla położnych i pielęgniarek, zazwyczaj przeznaczone do porodów domowych

55. EMR – (ang. Electronic Medical Record) jeden z elektronicznych systemów prowadzenia dokumentacji medycznej. Źródło: <https://synappse-health.com/pl/articles/i/elektroniczna-dokumentacja-medyczna-syste-my-emr-i-ehr/>, (dostęp: 11.09.2024)

Il. 31. Waga Hubble Connected Grow+ Smart Scale, <https://buybuybaby.com/products/hubble-connected-grow-plus-smart-scale>, (dostęp: 11.09.2024)

7 Rozwój projektu

7.1. Założenia projektowe

Wnioski z badań i wyzwanie projektowe

Wnioski wysunięte z etapu analitycznego pracy nad projektem pozwoliły mi na zdefiniowanie wyzwania projektowego:

Jak można wesprzeć położną POZ w realizacji wizyt domowych, aby jej pacjenci odczuwali poziom opieki porównywalny z usługami świadczonymi prywatnie?

Na tym etapie pracy sformułowałam hipotezę, że położnym brakuje profesjonalnych narzędzi do pracy, które pozwoliłyby na przeprowadzenie badań podczas wizyty patронаżowej, a jednocześnie były łatwe do przeniesienia. Rozwiązanie problemów z przeniesieniem narzędzi pracy położnej pozwoliłoby na zoptymalizowanie czasu ich pracy, a ich profesjonalny i spójny wygląd zwiększyłby autorytet wśród pacjentów, podwyższając rangę zawodu i posiadane przez położną kompetencje.

Obecny sposób przenoszenia narzędzi przez położne:



Il. 32. Ilustracja własna. Obecny sposób przenoszenia narzędzi przez położne

Komunikacja z pacjentami jest kluczowym elementem pracy położnej. Odpowiednie podejście nie tylko buduje zaufanie i poczucie bezpieczeństwa u pacjentów, ale także ułatwia przebieg wizyt i zabiegów. Położne, które muszą zarządzać wieloma informacjami, takimi jak miejsca zamieszkania, inne dane personalne oraz wyniki badań, mogłyby skorzystać z narzędzi wspierających ich organizację. Ułatwiłoby to efektywniejsze zarządzanie informacjami i poprawiło zarówno komfort pracy położnych, jak i jakość opieki świadczonej przez nie pacjentom.

Il. 33. Ilustracja własna. Wybrany kierunek projektu.



Przenoszenie potrzebnych narzędzi

System komunikacji

W moim projekcie chciałabym oprócz zapewnienia położnym możliwości komfortowego przeniesienia potrzebnych przedmiotów, uwzględnić także narzędzie pozwalające im na sprawniejsze zbieranie informacji o pacjentach i monitorowanie ich zdrowia.

Wybierając kierunek projektu, zdecydowałam się na stworzenie kompleksowego rozwiązania, które umożliwiłoby zoptymalizowanie ciężaru zabieranych przedmiotów, a jednocześnie stało się standardem wyposażenia gabinetów dla położnych środowiskowych. Podjęłam również decyzję o zaprojektowaniu wagi, możliwej do późniejszej legalizacji i odpowiedniej do potrzeb położnej, a jednocześnie lekkiej i łatwej do przeniesienia.

Założenia projektowe

Na podstawie przeprowadzonych badań i analiz, mogłam sformułować założenia projektowe. Aby jak najlepiej dopasować oba aspekty projektu do potrzeb użytkowników, oddzielnie sformułowałam wymagania dla projektowanych narzędzi oraz dla produktu cyfrowego.

Torba patronażowa z wagą niemowlęcą

- Usprawnienie przenoszenia narzędzi potrzebnych do przeprowadzenia wizyty
 - Zapewnienie właściwych warunków do kontroli skóry noworodka
 - Możliwość wykonania pomiarów z dużą dokładnością
 - Materiały zapewniające łatwość w czyszczeniu oraz dezynfekcji
 - Profesjonalny wygląd, przy zachowaniu przyjaznego i domowego charakteru produktów
 - Zapewnienie prawidłowej pozycji położnej podczas pracy oraz prawidłowego ułożenia ciała pacjentów w czasie wykonywanych badań
- Rozmieszczenie potrzebnych narzędzi w zasięgu ręki położnej
 - Umożliwienie rozłożenia stanowiska i zważenia dziecka bezpośrednio na torbie przy ograniczonym dostępie do płaskich powierzchni
 - Ochrona narzędzi potrzebnych do przeprowadzenia wizyty przed zabrudzeniami i uszkodzeniami

Produkt cyfrowy

- Usprawnienie komunikacji z pacjentką
 - Usprawnienie przekazywania i zapisywania informacji pomiędzy rodzicami, położną i lekarzem POZ
 - Zapis i kontrola dokonywanych pomiarów ciała
 - Dostarczenie informacji przygotowujących rodziców do wizyty
 - Usprawnienie przebiegu konsultacji telefonicznych
- Zastosowanie odpowiednich komunikatów (niebudzących paniki, poczucia zagrożenia)
 - Zapewnienie poufności danych
 - Możliwość korzystania ze stanowiska pracy bez użycia aplikacji
 - Profesjonalny charakter, dający odbiorcy gwarancję bezpieczeństwa, pewnego źródła informacji

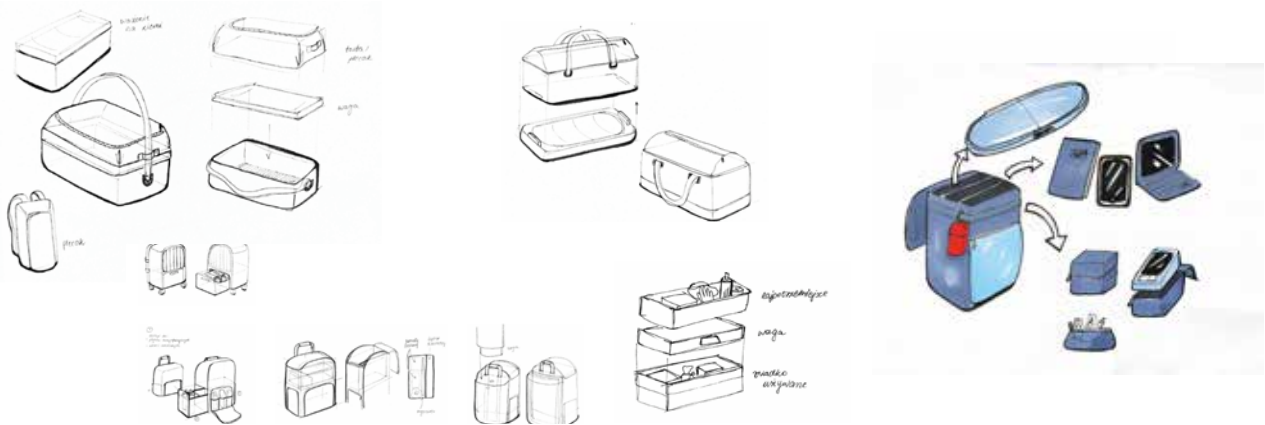
7.2 Proces projektowy



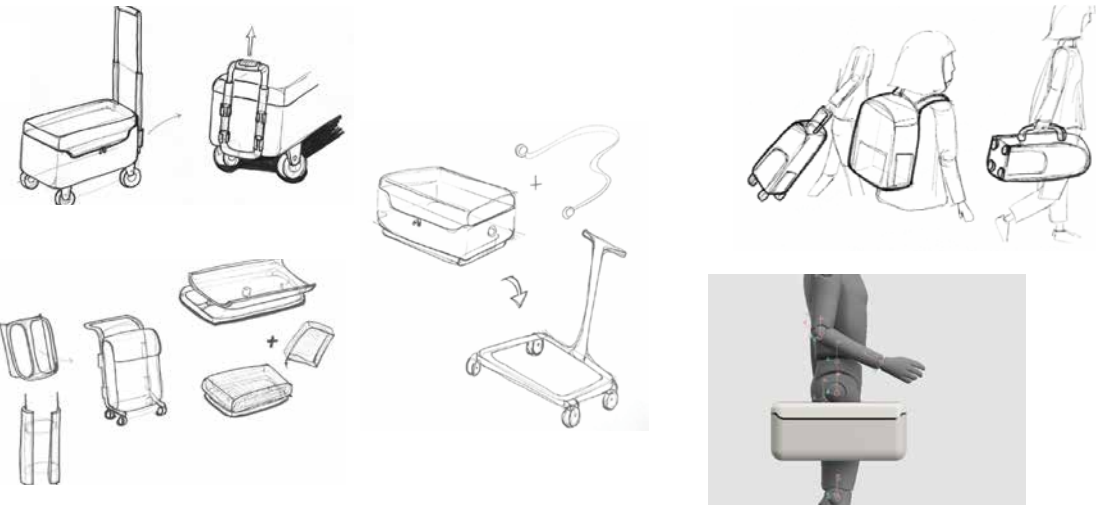
Il. 34. Zrzuty ekranu i fotografie własne. Przebieg procesu projektowego.

Szkice ręczne, poszukiwanie funkcjonalności

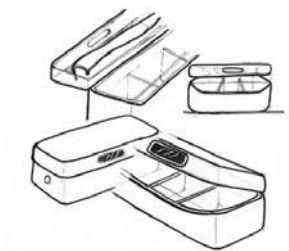
Il. 35. Skany szkiców ręcznych. Poszukiwanie funkcjonalności.



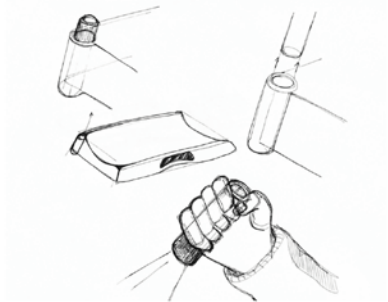
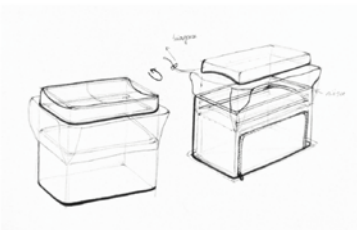
Organizacja narzędzi



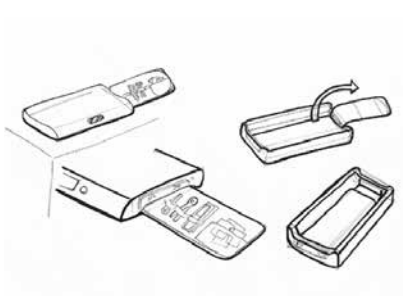
Sposoby przenoszenia przedmiotów



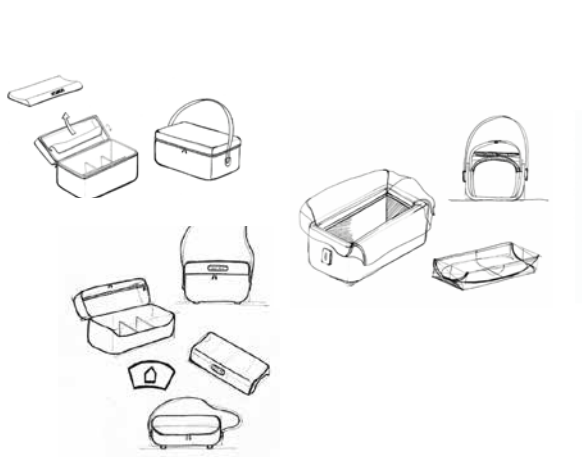
Organizery, futery



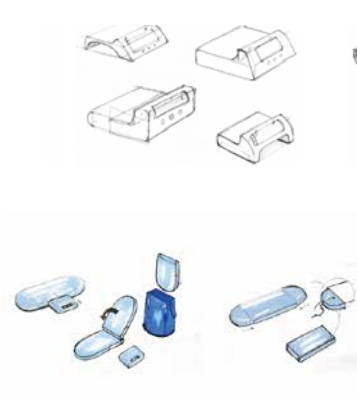
Oświetlenie



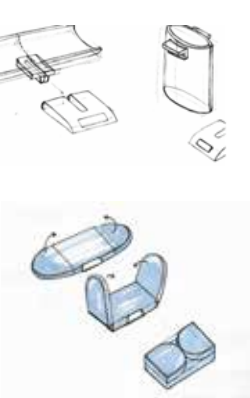
Składanie urządzenia



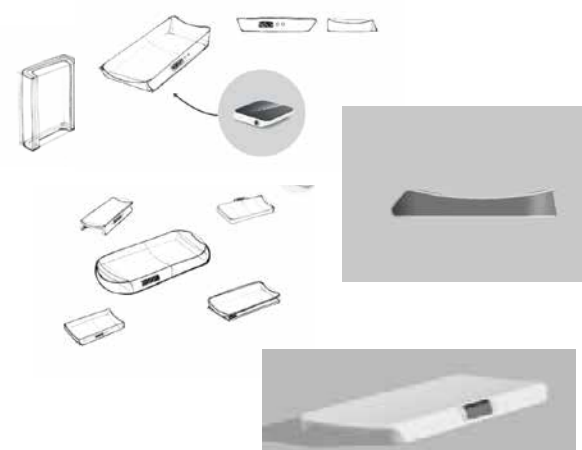
Zabezpieczenie wagi



Składanie urządzenia



Kształt, interface



Wybór materiałów

Rozważając materiały, które będą wykorzystane w projekcie zastanawiałam się nad dwoma drogami rozwoju projektu.



Koncepcja 1

Tworzywowa walizka

Pierwszy z kierunków rozwoju projektu opierał się na zastosowaniu form wtryskowych i formie inspirowanej konstrukcją walizek turystycznych. Zaletą tego rozwiązania mógłby być profesjonalny charakter, który dobrze wpisałby się w branżę medyczną. Tworzywo sztuczne umożliwiałoby łatwą dezynfekcję, a także zapewniło bardzo dobre zabezpieczenie wagi. Minusem natomiast byłby wysoki koszt produkcji, który mógłby sprawić, że rozwiązanie to nie byłoby dostępne dla wszystkich położeńych.

Il. 36. Pierwsza koncepcja rozwoju projektu. Źródła: Layer Design, HOP bag, <https://www.behance.net/gallery/94546183/HOP>, (dostęp: 02.04.2024) oraz fotografie własne



Koncepcja 2:
Model oparty na lekkim, aluminiowym stelażu

Dругa koncepcja zakładała użycie lekkiego, aluminiowego stelaża jako podstawy konstrukcji torby. Zalety tego rozwiązania to niższy koszt produkcji przy jednoczesnym zapewnieniu dobrego zabezpieczenia wagi. Materiałowe obicie pozwoliłoby na elastyczność w organizacji przestrzeni wewnątrz torby. Dodatkowo umieszczenie specjalnych uchwytów na stelażu ułatwiłoby podnoszenie torby podczas wizyt, co znacząco wpłynęłoby na jej mobilność i wygodę użytkowania.

Prototypowanie

Na początku procesu projektowego, za pomocą modeli fizycznych ustaliłam optymalne wymiary torby oraz wagi. W dalszej kolejności wykonywałam szybkie modele, aby sprawdzić poszczególne funkcjonalności. Na końcu próbne wydruki 3D pomogły w przetestowaniu wypracowanych rozwiązań.

Modele gabarytowe torby patronażowej.



Il. 38. Dokumentacja fotograficzna. Wykonane modele fizyczne.



Konstrukcja oparta na stelażu z uchwytami do podnoszenia torby. Przechowywanie wagi i narzędzi w tej samej komorze.



Walizka z kółkami oparta na stelażu.



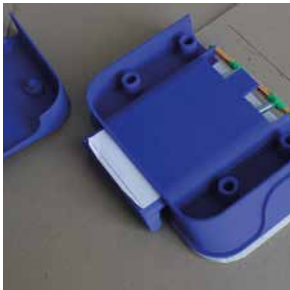
Model fizyczny torby, wózka i wagi, służące sprawdzeniu opracowanego scenariusza użytkowego.



Modele gabarytowe wagi i sprawdzanie wymiarów.



Próbne wydruki 3D, pozwalające na przetestowanie budowy i funkcjonalności wagi niemowlęcej



Konsultacje projektu

Konsultacje projektu z firmą RADWAG

RADWAG to polski producent wag elektronicznych, który w swojej ofercie oprócz urządzeń przemysłowych i laboratoryjnych, posiada także produkty medyczne, w tym wagi niemowlęce. Podczas konsultacji z przedstawicielem firmy zapoznałam się z kluczowymi aspektami konstrukcji tych urządzeń pomiarowych, które są istotne z perspektywy produkcji, dystrybucji oraz późniejszego serwisowania produktów. Spotkanie pozwoliło mi lepiej zrozumieć oczekiwania producenta i ograniczenia związane z wprowadzaniem rozwiązań tego typu na rynek.

Podczas konsultacji zostałam zapoznana z uwagami zebranymi przez firmę od użytkowników ich produktów i historii zmian, które w związku z nimi wprowadzili. Omówiliśmy również aspekty technologiczne mojego projektu. Wybraliśmy m.in. rodzaj czujnika pomiarowego i staraliśmy się dopasować do jego działania budowę i konstrukcję wagi, tak aby zapewnić wykonywanie na niej prawidłowych pomiarów i dopasować produkt do specyficznych wymogów branżowych.

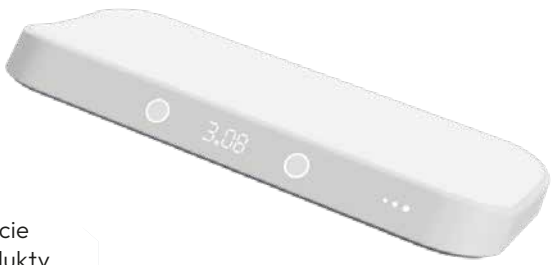
Wnioski z konsultacji

Ochrona wagi w torbie

Projektowana torba powinna zapewniać odpowiednią ochronę wagi przed zgnieceniem, zarówno z zewnątrz, jak i spowodowanego nadbieranym bagażem we wnętrzu torby. Ważne, aby kieszeń, w której przenoszone będzie urządzenie była wytrzymała i zabezpieczała je przed uszkodzeniem.

Zabezpieczenie i umiejscowienie czujników

Ze względu na wrażliwość czujników, waga nie powinna być chwyтана za jej szalkę. Należy zadbać o inny sposób przenoszenia urządzenia, aby nie narażać wewnętrznej elektroniki na usterkę. Ponadto, w niedalekiej odległości od czujników nie powinny znajdować się magnesy, ponieważ mogą one zakłócić działanie wagi i wpłynąć na dokładność wykonywanych pomiarów.



Regulacja wysokości szalki i ugięcie czujnika pomiarowego

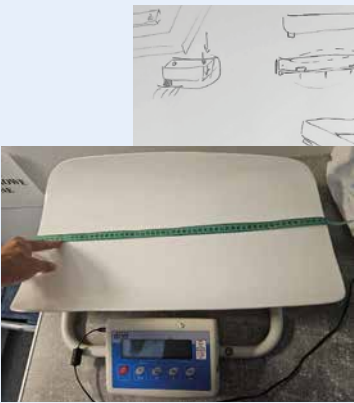
Konstrukcja wagi powinna umożliwiać zmianę wysokości szalki, na której ważone jest dziecko. Zapewnienie mobilności tego elementu umożliwi delikatne ugięcie czujnika pomiarowego umieszczonego zaraz pod nim i jego prawidłowe działanie.

Oddzielenie interface'u od szalki wagi

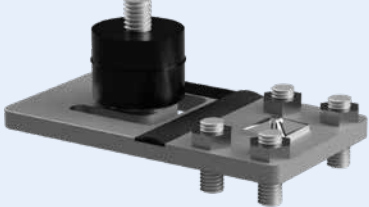
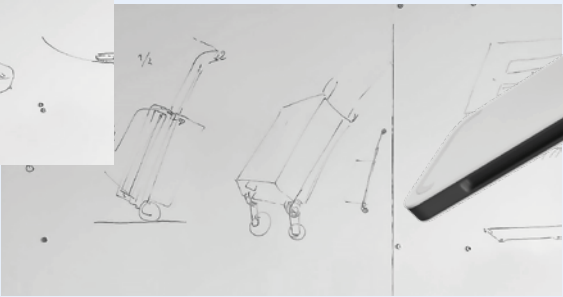
Przyciski sterujące wagą powinny być konstrukcyjnie oddzielone od elementu, na którym kładzione jest dziecko. Dzięki temu zabiegowi, naciskanie ich nie wpłynie na dokładność pomiarów.

Il. 39. ← Konceptcja wagi omawiana w formie konsultacji online.
Il. 40. ↓ Przebieg konsultacji z firmą RADWAG Wagi Elektroniczne

Przebieg konsultacji



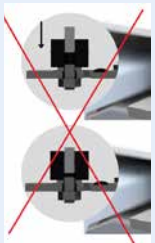
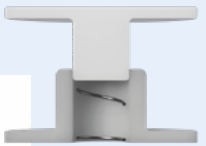
Spotkanie w celu omówienia koncepcji projektu



Wybór czujnika pomiarowego



Konsultacje techniczne



Konsultacje z krawcowymi i wykonanie finalnego prototypu w firmie PRO-TEHT

Firma PRO-TEHT specjalizuje się w szyciu toreb i plecaków medycznych. W swojej ofercie posiada kilka własnych produktów, jednak głównie realizuje zamówienia indywidualne, co jest rzadkością wśród polskich szwalni przemysłowych zajmujących się produkcją tego typu asortymentu.

Firma zgodziła się wesprzeć mnie w stworzeniu prototypu torby. Proces odszycia finalnego modelu rozpoczął się od przekazania pracownikom wymiarów opartych na modelu 3D oraz wstępnych wykroi wykonanych w cienkim pergaminie. Szczegółowy projekt został przedstawiony wykonawcom podczas konsultacji oraz przekazany w formie prezentacji, zawierającej wizualizacje wraz z opisem poszczególnych elementów. Dostarczyłam również wybrane materiały i akcesoria krawieckie. Współpraca obejmowała konsultacje z zakresu konstrukcji torby i zastosowanych rozwiązań podczas odszywania pierwszych prototypów. Wprowadzenie potrzebnych zmian pozwoliło na wypracowanie koncepcji finalnego produktu.



Il. 41. ↑ Render na podstawie modelu 3D torby patronażowej o wymiarach przekazanych wykonawcy

Il. 42. ← Maszyna do szycia we wnętrzu szwalni PRO-TEHT

Il. 43. → Dokumentacja fotograficzna. Proces odszycia modelu torby

Proces odszycia modelu torby



Wstępne wykroje i konstrukcja stelaża torby przekazane szwalni



Model 1



Model 2

Projekt aplikacji

Projekt aplikacji realizowałam w ramach konsultacji dyplomowych oraz zajęć w Pracowni Projektowania Interakcji, prowadzonych przez dr Kamila Kamysza. Celem opracowanego rozwiązania było zapewnienie połoŹnym oraz rodzicom intuicyjnego narzędzia, wspierającego ich w organizowaniu wizyt patronaŹowych, monitorowaniu zdrowia dziecka i obserwowaniu swojego samopoczucia.

ŚcieŹka uŹytkownika

W procesie projektowania aplikacji kluczowe było zrozumienie, jakie kroki podejmują połoŹne i rodzice w celu organizacji wizyt patronaŹowych. Konsultacje z uŹytkownikami pomogły mi zrozumieć kolejne etapy ich wzajemnej komunikacji – od pierwszego kontaktu, przez zarządzanie danymi i umawianie wizyt, aż do zakończenia spotkań.

Zgromadzone informacje oraz wnioski z przeprowadzonych wcześniej obserwacji umożliwiły mi stworzenie ścieŹki uŹytkownika aplikacji z perspektywy rodziców oraz połoŹnej. Po ustaleniu kluczowych funkcji produktu

Il. 44. Widok ekranu Figmy z analizą ścieŹki uŹtkowników aplikacji.

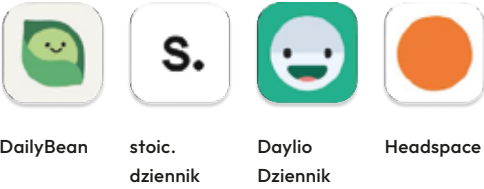


skupiłam się na dopracowaniu jego interfejsu. Następnie, korzystając z funkcjonalnego prototypu, przeprowadziłam testy uŹyteczności i wprowadziłam konieczne zmiany w projekcie.

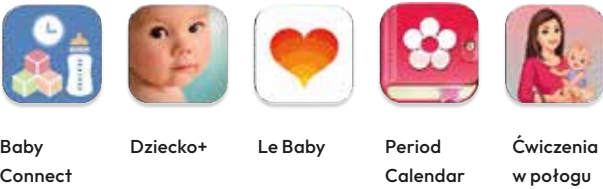
Przegląd istniejących rozwiąŹań

Na rynku funkcjonuje niewiele aplikacji skierowanych do połoŹnych. Nie udało mi się również znaleźć rozwiązania, które słuŹyłoby kompleksowej organizacji wizyt domowych oraz umożliwiałoby zbieranie szczegółowych informacji o stanie zdrowia pacjentów. Analizując dostępne narzędzia, szukałam rozwiąŹań, które spełniałyby poszczególne funkcje z moich załoŹeń, takie jak zarządzanie czasem, monitorowanie zdrowia czy umawianie wizyt.

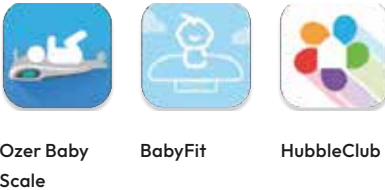
Obserwacja nastroju



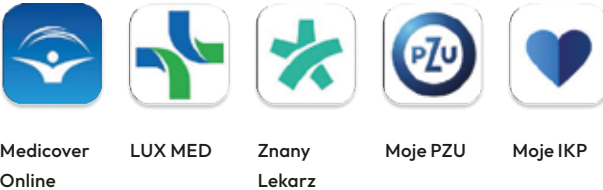
Monitorowanie zdrowia dziecka oraz samoobsereacja zmian po porodzie



Aplikacje zintegrowane z wagą niemowlęcią



Planowanie wizyt



8 Opis rozwiązania



8.1. Opis rozwiązania

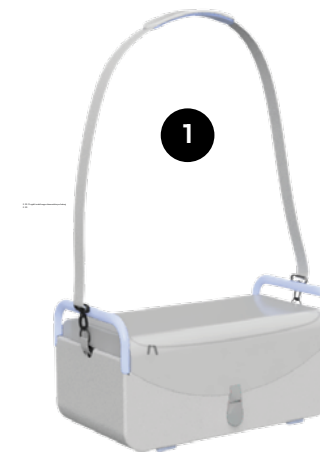
Projekt mobilnego stanowiska pracy położnej składa się z trzech głównych elementów.

Pierwszym z nich jest torba patronażowa, która zapewnia wygodne przenoszenie wszystkich niezbędnych narzędzi. Dzięki możliwości przypięcia jej do dodatkowego wózka transport narzędzi staje się prostszy, szczególnie gdy konieczne jest zabranie większej ilości sprzętu.

Drugi element to elektroniczna waga niemowlęca, zaprojektowana tak, aby pasowała do torby – jej kompaktowe rozmiary umożliwiają łatwe przenoszenie bez utraty funkcjonalności.

Trzeci komponent to aplikacja mobilna, zintegrowana z wagą, która umożliwia śledzenie pomiarów masy noworodka i wspomaga położną w zarządzaniu informacjami dotyczącymi jej pacjentów.

Rozwiązanie ma stanowić narzędzie wspierające codzienną pracę położnej, zapewniając lepszą organizację oraz skuteczniejszą opiekę nad noworodkiem i matką.



Torba patronażowa



Waga niemowlęca



Aplikacja

Il. 46. Projekt używany podczas wizyty patronażowej

Il. 47. Elementy zaprojektowanego zestawu

Sposoby przenoszenia

Dzięki zastosowaniu aluminiowego stelaża w konstrukcji torby, akcesorium pozostaje wyjątkowo lekkie i łatwe do przenoszenia.

Projekt zakłada elastyczność w sposobie transportu, dostosowaną do aktualnych potrzeb położnej. Dzięki regulowanemu paskowi z wygodnym naramiennikiem można nosić ją na różne sposoby – na jednym ramieniu lub przewieszając na ukos. Wykorzystanie paska jest szczególnie wygodne, gdy położna korzysta z samochodu, ponieważ umożliwia jej łatwe przeniesienie torby z pojazdu do domu pacjentki.

Dodatkowym akcesorium jest metalowy wózek, który umożliwia łatwe przewożenie sprzętu w sytuacjach, gdy waga przenoszonych przedmiotów przekracza możliwości położnej do przeniesienia torby w ręce.

Il. 48. Dwie możliwości założenia paska : na jedno ramię oraz na skos.

Il. 49. Przewożenie torby za pomocą dodatkowego wózka.



Transport i przechowywanie

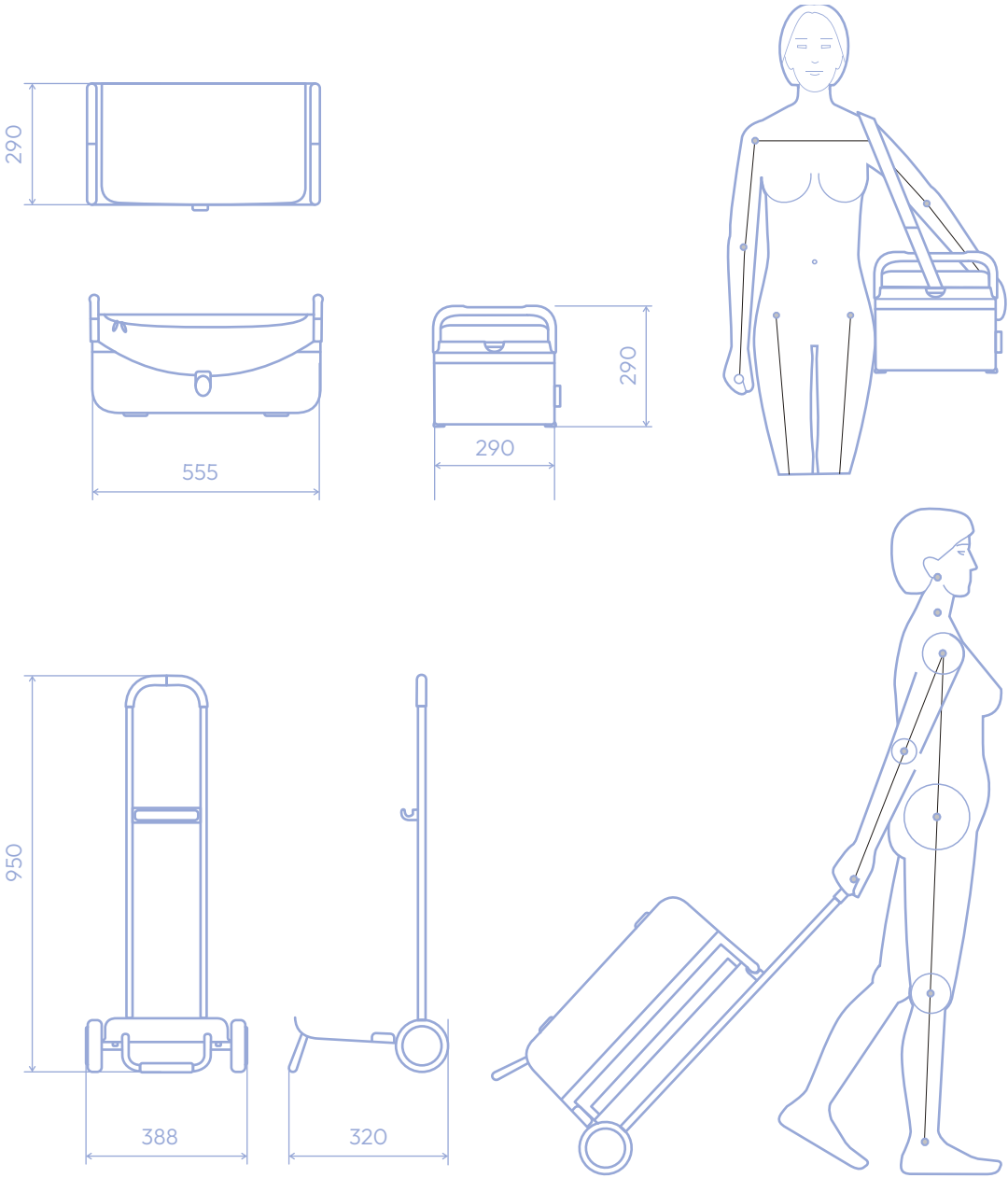
Torba patronażowa została zaprojektowana z myślą o łatwym transporcie oraz wygodnym przechowywaniu. Jej wymiary pozwalają na komfortowe przenoszenie, a także na przewożenie jej dowolnym środkiem transportu. Projekt jest dostosowany do przechowywania torby zarówno w domu, przychodni, jak i w pojeździe, jeśli tylko na zewnątrz panują odpowiednie warunki temperaturowe.

Łatwy demontaż i możliwość złożenia wózka na płasko zapewnia oszczędność miejsca, co ułatwia jego przechowywanie, gdy nie jest w użyciu.

Il. 50. Przewożenie torby patronażowej w samochodzie.



Wymiary gabarytowe



Il. 51. Rysunki prezentujące wymiary gabarytowe torby patronażowej wraz z wózkiem.



Rozmieszczenie materiałów i narzędzi

Torba została zaprojektowana z myślą o optymalizacji pracy położnej, zapewniając jej szybki dostęp do wszystkich niezbędnych narzędzi podczas wizyty domowej. Po otwarciu kłapy wszystkie z nich znajdują się w zasięgu wzroku i ręki położnej, co pozwala jej na sprawne wykonywanie obowiązków. Dzięki modułowemu systemowi przegród położna może łatwo dostosować ich układ do indywidualnych potrzeb.

Bardzo ważnym aspektem projektu jest sposób przenoszenia wagi niemowlęcej. Wydzielenie specjalnej, usztywnionej kieszeni zapewnia jej bezpieczeństwo przez uszkodzeniami oraz stabilność w trakcie transportu.

Il. 53. Położna wyciągająca z torby potrzebne narzędzia

Il. 54. Fotografie prezentujące poszczególne elementy torby, służące organizacji przenoszonych narzędzi



Usztywniona kieszeń do przenoszenia wagi



System przepinanych przegród



Uchwyty na butelki



Kieszeń na dokumenty



Stabilizacja wagi

Rozwiązanie pozwala na zważenie dziecka na stelażu torby, w sytuacjach, które wymagałyby od położnej wykonania pomiaru na podłodze lub zrezygnowania z niego podczas wizyty. Wysuwane uchwyty wagi zapewniają stabilne i bezpieczne umocowanie na torbie, a aluminiowy stelaż gwarantuje odpowiednią pozycję do wypoziomowania wagi.

Il. 55. Możliwość umieszczenia wagi bezpośrednio na torbie patronażowej.

Il. 56. Ważenie dziecka na wadze zamontowanej na konstrukcji torby.





Waga niemowlęca

Waga niemowlęca została zaprojektowana z myślą o ergonomii i komforcie użytkowania przez położne, jednocześnie mając na uwadze przyjazny charakter urządzenia, który wpływa na pozytywne doświadczenie rodziców obserwujących badanie.

Zapisywanie pomiarów

Wszystkie pomiary wykonane za pomocą wagi są automatycznie zapisywane w aplikacji mobilnej, co umożliwia systematyczne monitorowanie masy noworodka i dostęp do historii wyników.

Kompaktowe wymiary

Urządzenie zostało zoptymalizowane do łatwego przenoszenia w torbie, która jest częścią zestawu. Zminimalizowanie rozmiarów wagi sprawia, że jest łatwa w transporcie, co jest kluczowe dla komfortu pracy położnej.

Konstrukcja umożliwiająca legalizację

Waga została dostosowana do obowiązujących norm branży medycznej i zaprojektowana w taki sposób, aby jej dokładność pomiarowa umożliwiała późniejszą legalizację.



Uchwyty pozwalające na umieszczenie wagi na torbie



Uchwyt do przenoszenia wagi



Złącze USB-C

Il. 57. Projekt elektronicznej wagi niemowlęcej

Il. 58. Poszczególne elementy zaprojektowanej wagi

Interface

Przyciski HOLD i TARE to system znany położnym z innych urządzeń tego typu, dzięki czemu obsługa wagi nie wymaga nauki – jest dla nich intuicyjna. Obok włącznika znajduje się wskaźnik baterii, który informuje położną, kiedy konieczne będzie ponowne podpięcie urządzenia do zasilania.



Automatyczne wyłączenie

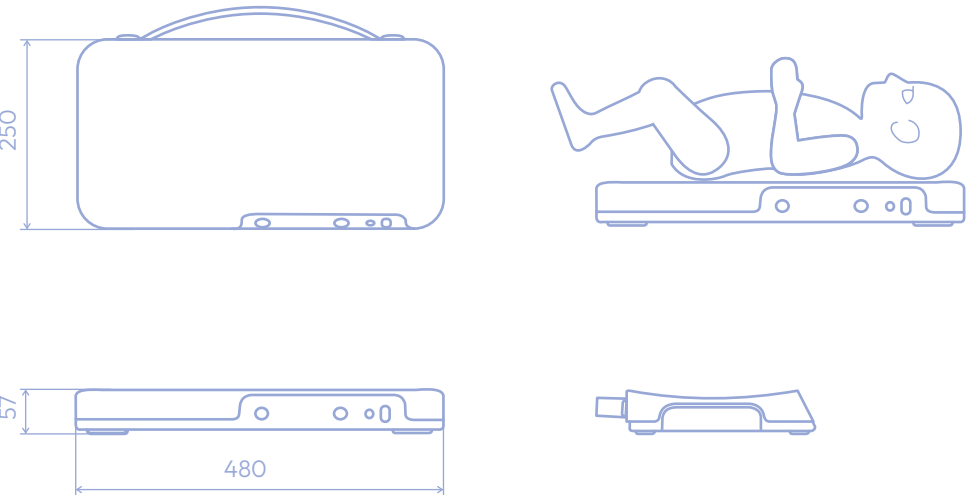
Waga wyłącza się automatycznie po upływie 120 sekund bezczynności, co pomaga oszczędzać energię i zwiększa żywotność urządzenia.

Wybór jednostki masy

Jednostka masy może być skonfigurowana w aplikacji przy pierwszym użyciu wagi i nie wymaga późniejszych zmian, co ułatwia korzystanie z urządzenia i redukuje błędy pomiarowe.

Il. 59. Interface wagi niemowlęcej.

Wymiary gabarytowe



Il. 60. Rysunki prezentujące wymiary gabarytowe wagi niemowlęcej
Il. 61. Noworodek ważony na wadze w czasie wizyty patронаżowej

Aplikacja

Aplikacja skierowana jest do specjalistów z zakresu opieki okołoporodowej i rodziców, którzy korzystają z ich usług po narodzinach dziecka. Szczególnie pomocna będzie dla tych, którzy są w tej roli po raz pierwszy lub wcześniej nie mieli okazji współpracować z położną.

Aplikacja ma wspierać:

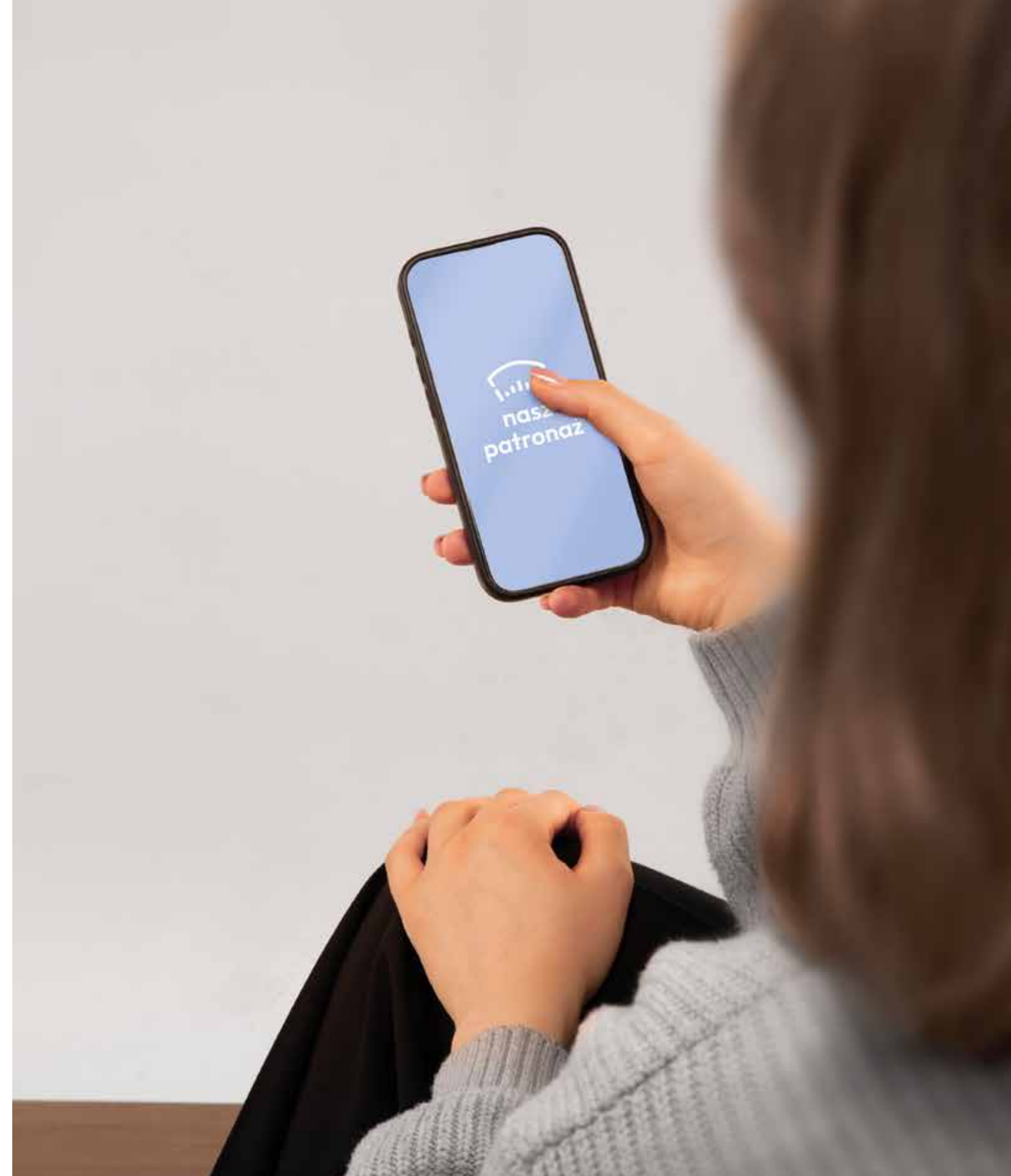
- organizację wizyt i pomoc kobietom w znalezieniu dobrych specjalistów,
- lepsze monitorowanie zdrowia dziecka i kontrolowanie pomiarów masy ciała,
- obserwację swojego samopoczucia przez rodziców,
- usprawnienie wypełniania ankiety Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej, która służy położnym do oceny stanu psychicznego pacjentów po porodzie
- lepszy dostęp do informacji dot. przebiegu wizyt i praw przysługujących rodzicom.

Rozwiązanie umożliwia płynny i zorganizowany kontakt z położną oraz wspiera rodziców w codziennej opiece nad dzieckiem, zapewniając im narzędzia do monitorowania i kontrolowania stanu zdrowia ich rodziny.



Il. 62. Aplikacja. Ekran logowa

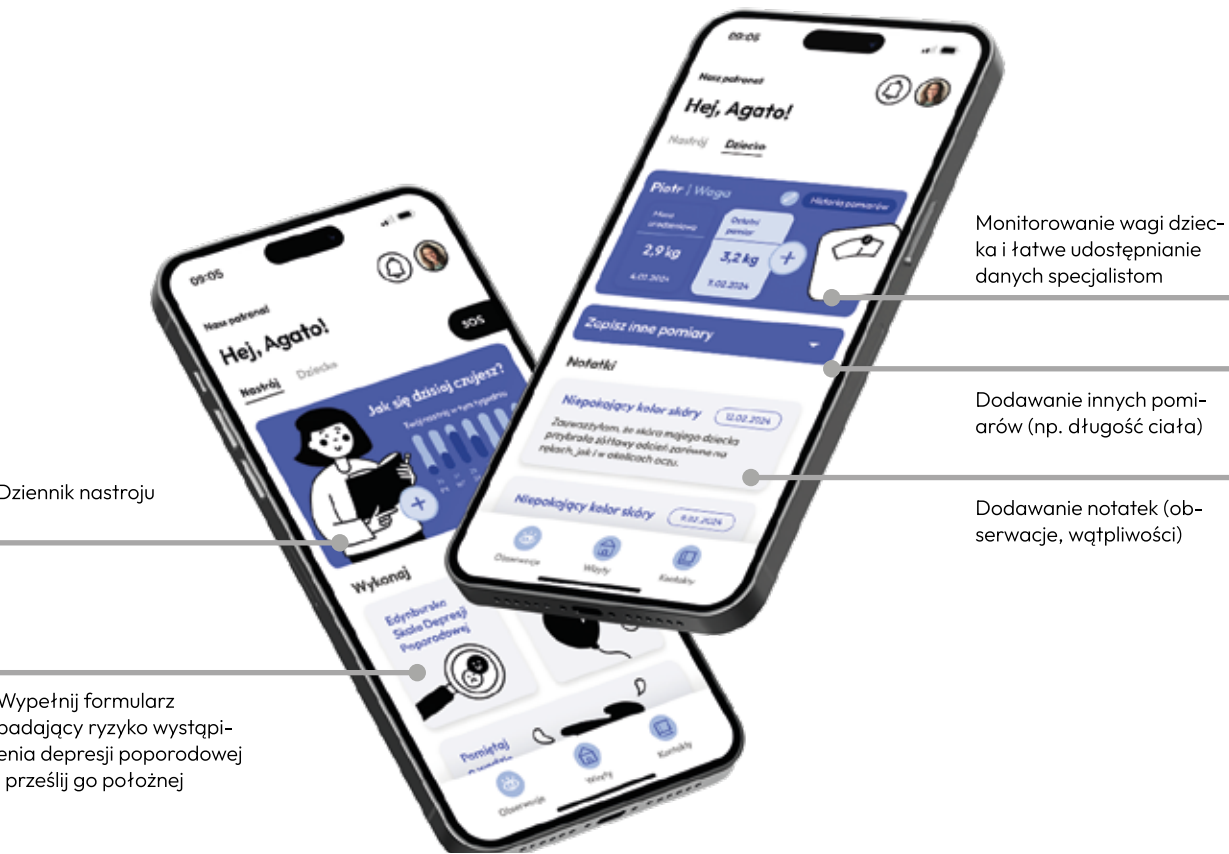
Il. 63. Korzystanie z aplikacji



Funkcje dla rodziców

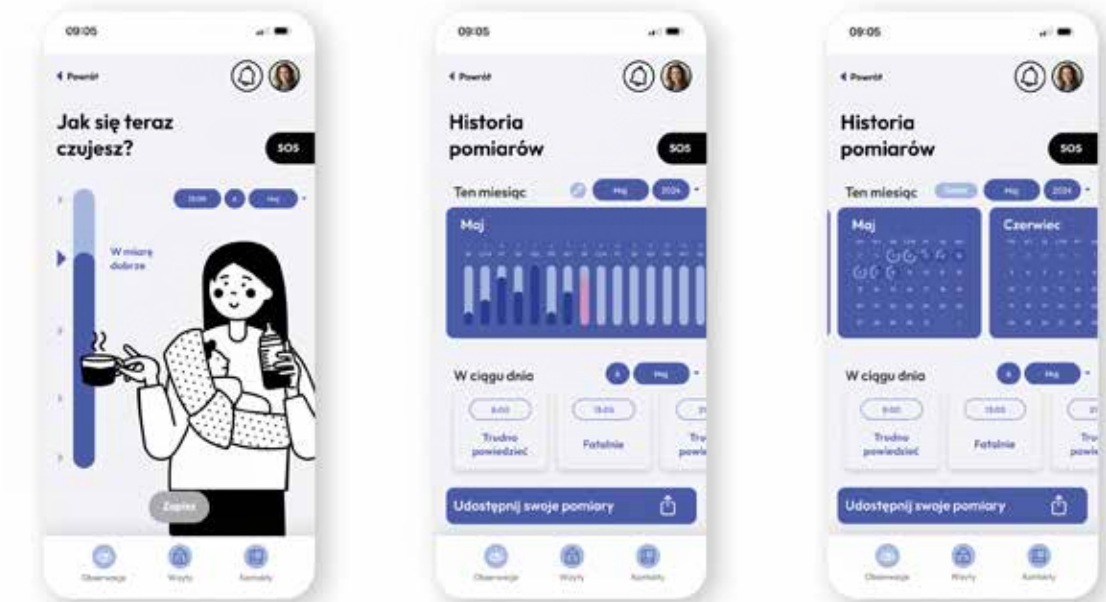
Dzięki współdzielonemu profilowi rodzice mogą być zaangażowani w obserwację dziecka w równym stopniu. Oboje mają dostęp do informacji o noworodku, jednocześnie mogąc samodzielnie prowadzić swoje obserwacje. Aplikacja umożliwia im łatwe przesyłanie informacji pomiędzy sobą i przekazywanie im konkretnym specjalistom.

Monitorowanie stanu zdrowia



Il. 64. Zakładka „Obserwacje” i wybrane funkcje aplikacji

Samoobserwacja nastroju



Kontakt ze specjalistami



Inne funkcje aplikacji:

- Dostęp do bazy specjalistów
- Informacja o przebiegu wizyty oraz możliwości zmiany wybranej położnej
- Możliwość umówienia oraz zmiany daty spotkania

Il. 65. Projekt aplikacji. Widoki poszczególnych ekranów

Funkcje dla położnych

Aplikacja jest skierowana Głównie do położnych, ale nie tylko – w bazie specjalistów mogą zarejestrować się też inne osoby, specjaliści i specjalistki z zakresu fizjoterapii, pediatrii, chustonoszenia, czy psychologii.



Monitorowanie samopoczucia pacjentów

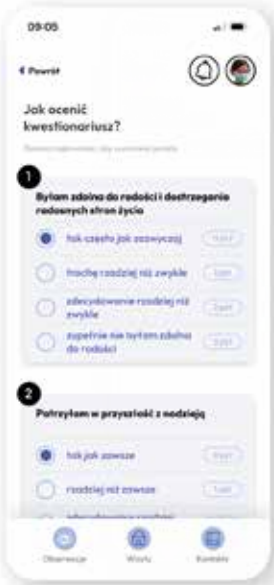
- Wypełnione formularze ESDP przesłane przez pacjentów
- Wydrukuj formularz Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej lub prześlij pdf pacjentom
- Przycisk SOS, taki sam, jak na ekranie pacjentki



Ocena kwestionariuszy otrzymanych od pacjentek



Ocena wypełnionych kwestionariuszy



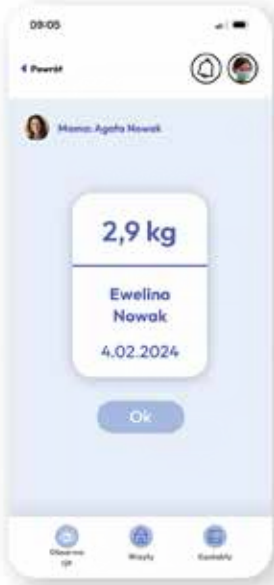
Udostępnianie wyników



Ręczne wprowadzanie wyników pomiarów



Automatyczne zapisywanie pomiarów i możliwość ich późniejszej edycji

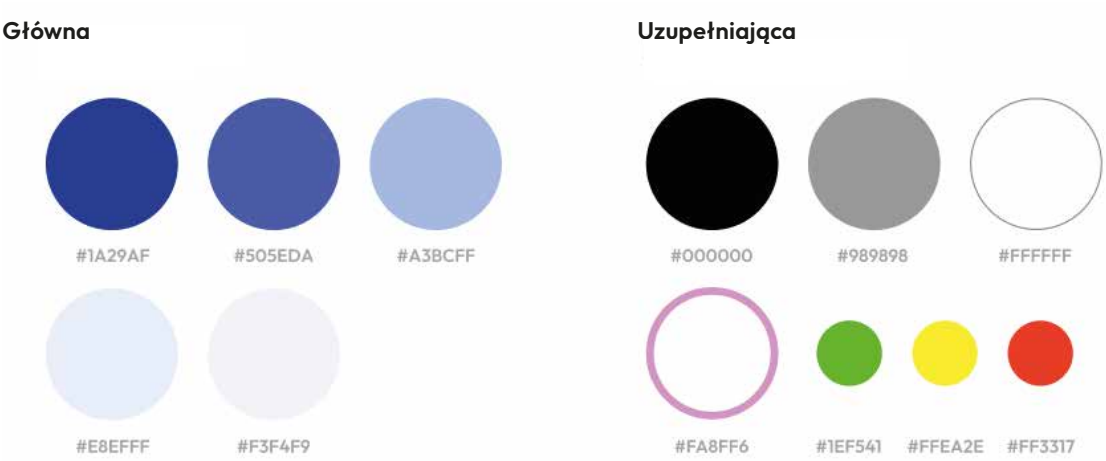


Il. 66. Projekt aplikacji – konto specjalisty. Widoki poszczególnych ekranów

Logo



Kolorystyka aplikacji



Typografia



Ilustracje



Piktogramy



9.1. Abstrakt

PL

Rodzice w obliczu narodzin dziecka stają przed nieznanymi im dotąd wyzwaniami, a okres połogu wiąże się z szeregiem zmian w ciele i psychice kobiety. W zapewnieniu dobrostanu matki oraz dziecka w tym wyjątkowym czasie kluczową rolę odgrywa położna, sprawująca nad nimi opiekę w formie wizyt domowych. Do efektywnego wykonywania swoich obowiązków, niezbędne są jej odpowiednie narzędzia, które mogą usprawnić wykonywane czynności, a tym samym pozwolić poświęcić jej więcej czasu na wytworzenie właściwej relacji z pacjentami.

Przedmiotem projektu dyplomowego jest mobilne stanowisko pracy położnej, które obejmuje torbę patronażową wraz z wagą niemowlęcą. Mały wymiar wagi ułatwia jej transport w specjalnej kieszeni. Zaprojektowana torba pozwala na lepszą organizację przenoszonych narzędzi i zabezpiecza je przed uszkodzeniem. Co więcej, dzięki aluminiowej konstrukcji stelaża torby, położna może w sytuacji braku dostępu do płaskiej powierzchni, stabilnie umieścić urządzenie pomiarowe na torbie. Przeprowadzając badanie w ten sposób, uniknie kładzenia wagi na podłodze i będzie mogła przyjąć wygodniejszą dla siebie pozycję.

Integralną częścią projektu jest aplikacja, która wspiera planowanie wizyt, monitorowanie zdrowia dziecka oraz prowadzenie obserwacji samopoczucia rodziców. Opracowane rozwiązanie usprawnia pracę położnej, jednocześnie gwarantując rodzicom dostęp do pewnego źródła informacji o przebiegu wizyt i stanie zdrowia noworodka.

ENG

Parents face many new challenges when their baby is born, and the postnatal period involves a number of changes in a woman's body and mind. The midwife plays a key role in ensuring the wellbeing of both mother and baby at this unique time by providing care during home visits. In order to carry out her duties effectively, she needs the right tools to improve her work and spend more time developing a proper relationship with her patients.

The subject of the diploma project is the midwife's mobile workstation, which consists of a special bag containing a baby scale. The small size of the device makes it easy to transport in a special compartment. The design of the bag allows for better organisation of the items carried and protects them from damage. In addition, the aluminium frame of the bag allows the midwife to place the scale on the bag for stability when there is no flat surface.

Another element of the project is an app that helps to schedule appointments, monitor the baby's health and track the parents' well-being. The

9.2. Bibliografia

Książki

- Edward Hall, Ukryty wymiar, Warszawa, 2001
- Ewa Cichocka, Zdrowie psychiczne kobiety w okresie poporodowym, Edukacja poporodowa, red. K. Augustyniak, J. Rudnicki, Wydawnictwo Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, 2015
- dr Joanna Krzyżanowska-Zbucka, Problemy emocjonalne kobiet w okresie około-porodowym, Fundacja
- I. Sebastyańska-Targowska, Obszar komunikacji niewerbalnej między położną a pacjentką w sytuacji poronienia, [w:] Pielęgniarstwo w systemie zarządzania opieką zdrowotną. Nowe wyzwania, nowe możliwości, red. Elżbieta Majchrzak Kłokocka, Romuald Holly, Olsztyn – Łódź 2012, s. 61-71
- J. Włodarczyk, Tata 2022. Raport z badania polskich ojców, Warszawa, 2022
- J. Szczapa, Podstawy Neonatologii, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa, 2008
- Justyna Szlachta-Ignatowicz, Ewolucja stereotypu Matki Polki, Przegląd Środkowo-Wschodni t.7/2022, Uniwersytet Warszawski, 2022
- Marek Mołyka, Znaczenie komunikacji terapeutycznej z pacjentem, Sztuka Leczenia, 2013
- M. K. Serwa, Satysfakcja z życia kobiet po porodzie w kontekście ich nastroju, zadowolenia ze związku i zasobów osobistych, Kraków 2023
- prof. zw. dr hab. n.med. Michał Bokiniec i inni, Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii, Lublin 2003

Akty prawne / Czasopisma

- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, (Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039)
- Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, (Dz.U. nr 91, poz. 410 z późn. zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej,
- (Dz.U. 2018 poz. 1756)
- GUS, Departament Opracowań Statystycznych, pod kierunkiem Renaty Bielak, Polska w liczbach 2022, Warszawa, 2022
- GUS, Departament Opracowań Statystycznych, pod kierunkiem Magdaleny Ambroch, Polska w liczbach, 2023, Warszawa 2023
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 16 czerwca 2023 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, (Dz.U. 2023 poz. 1427)

Źródła internetowe

- Agnieszka Pawełko, Rozwój psycho- fizyczny dziecka od urodzenia do lat 3, Szpital Pediatryczny w Bielsku Białej, <https://www.szpitalpediatryczny.pl/ped2/poradnik/Rozwoj%20psychofizyczny%20dziecka%20od%20urodzenia%20do%20lat%20203.pdf>, (dostęp: 27.08.2024)
- Anna Kwiatek-Kucharska, Ciągłość opieki położnej w innych krajach, <https://rodzicpoludzk.pl/baza-wiedzy/ciaglosc-opiekipoloznej-w-innych-krajach/> (dostęp: 30.08.2024)
- Compassion fatigue, https://en.wikipedia.org/wiki/Compassion_fatigue (dostęp: 10.09.2024)
- Fundacja Rodzić po Ludzku, <https://rodzicpoludzk.pl> (dostęp 30.08.2024)
- Głuszenie (gruchanie) – wypowiedanie przez dziecko przypadkowych gar-dłowych dźwięków, które nie służą jeszcze komunikacji. <https://www.zdro-wystartwprzyszlosc.pl/1-miesiac-zycia-dziecka>, (dostęp: 27.08.2024)
- infuture.institute, Mapa Trendów 2024, <https://infuture.institute/mapa-trendow/> (dostęp: 10.07.2024)
- infuture.institute – instytut forecastingowy, powołany przez Natalię Hatałską, który definiuje najważniejsze trendy, opisuje ich konsekwencje dla gospodarki i funkcjonowania rynku. <https://infuture.institute/o-nas/> (dostęp: 10.07.2024)
- Jakie są kompetencje położnej POZ? <https://szczepimysie.pacjent.gov.pl/system-opieki-zdrowotnej/jakie-sa-kompetencje-poloznej-poz> (dostęp: 25.02.2024)
- Katarzyna Salomońska, Samodzielność zawodu położnej, <https://nursing.com.pl/artukul/samodzielosc-zawodu-poloznej-6255d-086d4b705fa5165c43a> (data dostępu: 31.01.2024)
- Jakie są kompetencje położnej POZ? <https://szczepimysie.pacjent.gov.pl/system-opieki-zdrowotnej/jakie-sa-kompetencje-poloznej-poz>, (dostęp: 20.05.2024)
- Kanał „Mama Lama”, <https://www.youtube.com/@mamalama/videos>, (dostęp: 13.07.2024)
- Marcin Kędzierski, 25 powodów, dla których Polki i Polacy mogą nie chcieć dzieci, <https://wiesz.pl/2022/11/10/25-powodow-dla-ktorych-polki-i-polacy-moga-nie-chciec-dzieci/> (dostęp 20.05.2024)
- Mgr Jolanta Rusin, Noworodek a niemowlę – do kiedy dziecko jest noworodkiem, a kiedy zaczyna być niemowlęciem?, <https://www.bebiklub.pl/niemowle/rozwoj/wazne-momenty/> (dostęp: 25.02.2024)
- Młoda matka w depresji, <https://pacjent.gov.pl/jak-zyc-z-choroba/mloda-matka> (dostęp: 23.07.2024)
- Okres perinatalny, <https://fizjoterapeuty.pl/ginekologia/okres-perinatalny.html> (dostęp: 25.02.2024)

- Podstawowa opieka zdrowotna, <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swadczeniach/podstawowa-opieka-zdrowotna/> (dostęp: 25.02.2024)
- Położna POZ, <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swadczeniach/podstawowa-opieka-zdrowotna/> (dostęp: 25.02.2024) położnica, <https://sjp.pwn.pl/szukaj/położnic.html>, (dostęp: 25.02.2024)
- Robert Kędzierski, Są nowe dane o liczbie urodzeń. Tak źle nie było od 1945 r., <https://www.money.pl/gospodarka/sa-nowe-dane-o-liczbieurodzen-tak-zle-nie-bylo-od-1945-r-6990617678306272a.html> (dostęp 20.05.2024)
- Rośnie liczba porodów domowych w Polsce. W Wielkiej Brytanii są refundowane, <https://www.rynekzdrowia.pl/SerwisGinekologia-i-poloznictwo/Rosnie-liczba-porodow-domowychw-Polsce-W-Wielkiej-Brytanii-sarefundowane,259684,209.html> (dostęp: 30.08.2024)
- Śmierć łóżeczkowa – właściwie: zespół nagłego zgonu niemowląt (SIDS), sytuacja, w której pozornie zdrowy noworodek umiera podczas snu.
- <https://www.termedia.pl/ginekologia/Zespol-naglejsmiercilozeczkowej-mozemiecpodlozebiologiczne,51697.html>, (dostęp: 12.07.2024)
- Waga niemowlęca z legalizacją czy bez?, <https://medycznawagi.pl/waga-niemowleca-z-legalizacja-czybez/?srsId=AfmBOoo-g-H1O0VbFr0 nDtwc-cXNqpZq4DII6D2J48xq5YVXSU 7GxU9gf> (dostęp: 1.03.2024)
- Waga dla niemowląt z dodatkową tacką do ważenia małych dzieci <https://www.chardermedical.com/pl/infant-weighing-scales/MS3500-wireless.html>, (dostęp: 11.09.2024)
- Wyjście ze szpitala – i co dalej?, <https://www.bebiklub.pl/niemowle/rozwoj/wazne-momenty/wyjscie-zeszpitala-i-co-dalej>, (dostęp: 23.07.2024)
- Zasoby osobiste – wewnętrzne cechy i umiejętności, które pomagają danej osobie radzić sobie ze stresem oraz trudnymi sytuacjami. Najbardziej znaną koncepcją opisującą to pojęcie jest tzw. teoria zachowania zasobów, opisana przez S. E. Hobfolla. <https://twojpsycholog.pl/blog/czym-sa-zasoby-idlaczego-warto-jedodkrywac-i-rozwijac>, (dostęp: 05.09.2024)
- 1. miesiąc życia dziecka, 2024, <https://www.zdrowystartwprzyszlosc.pl/1-miesiac-zycia-dziecka>, (dostęp: 27.08.2024)
- 2. miesiąc życia dziecka, 2024, <https://www.zdrowystartwprzyszlosc.pl/2-miesiac-zycia-dziecka>, (dostęp: 27.08.2024)

9.3. Spis ilustracji

Il. 1. Wykres prezentujący wybrane dane statystyczne
Il. 2. Fragment Mapy Trendów 2024.
Il. 3. Ilustracja własna, Rola położnej POZ
Il. 4. Ilustracja własna, Przykładowy przebieg wizyty patronażowej
Il. 5. Ilustracja własna, Dystanse personalne w trakcie wizyty patronażowej
Il. 6. Wykres, Postawy ojców wobec podziału opieki nad dzieckiem do 1 r.ż w latach 2014 i 2022.
Il. 7. Ilustracja własna. Odsetek rodziców chorujących na depresję poporodową
Il. 8. Instagram
Il. 9. Instagram
Il. 10. Fotografia własna. Rekonstrukcja przebiegu wizyty z wykorzystaniem fantomu noworodka
Il. 11. Dokumentacja fotograficzna. Obserwacje podczas pierwszej wizyty patronażowej
Il. 12. Dokumentacja fotograficzna. Obserwacje podczas drugiej wizyty patronażowej
Il. 13. Dokumentacja fotograficzna. Obserwacje sposobu odkładania przez położną torby patronażowej
Il. 14. Dokumentacja fotograficzna wizyt patronażowych w domach różnych pacjentek
Il. 15. Dokumentacja fotograficzna. Obserwacje podczas drugiej wizyty patronażowej
Il. 16. Fotografia fantomu noworodka.
• Il. 17. Dokumentacja fotograficzna. Odtworzenie przebiegu wizyty patronażowej z pomocą położnej
Il. 18. Zrzut ekranu. Widok tablicy Miro z zebranymi informacjami dot. przebiegu wizyty patronażowej
Il. 19. Opracowanie własne. Przykładowy przebieg wizyty patronażowej
Il. 20. Ilustracja własna. Liczba przeprowadzonych wywiadów
Il. 21. Fotografia własna. Ważenie dziecka za pomocą niemowlęcej wagi ręcznej
Il. 22. Ankieta internetowa wśród położnych. Przykładowe pytania formularza
Il. 23. Dokumentacja fotograficzna. Zdjęcia toreb patronażowych otrzymane od ich położnych
Il. 24. Zrzut ekranu. Widok tablicy z Miro z zebranymi zaleceniami dot. wyposażenia necesera położnej oraz pierwsza strona Obwieszczenia Ministra Zdrowia
Il. 25. Fotografia własna. Przykładowy zbiór przedmiotów potrzebnych podczas wizyty
Il. 26. Torba medyczna dla lekarza i ratownika o pojemności 35 l
Il. 27. Torba transportowa Charder
Il. 28. Torba pielęgniarska przeznaczona do wizyt domowych
Il. 29. Waga dla niemowląt z dodatkową tacką do ważenia małych dzieci
Il. 30. Waga BabyOno SMART ze składaną szalką i możliwością pomiaru wzrostu dziecka

Il. 31. Waga Hubble Connected Grow+ Smart Scale
Il. 32. Ilustracja własna. Obecny sposób przenoszenia narzędzi przez położne
Il. 33. Ilustracja własna. Wybrany kierunek projektu.
Il. 34. Zrzuty ekranu i fotografie własne. Przebieg procesu projektowego.
Il. 35. Skany szkiców odręcznych. Poszukiwanie funkcjonalności.
Il. 36. Pierwsza koncepcja rozwoju projektu.
Il. 37. Pierwsza koncepcja rozwoju projektu
Il. 38. Dokumentacja fotograficzna. Wykonane modele fizyczne.
Il. 39. Koncepcja wagi omawiana w formie konsultacji online.
Il. 40. Przebieg konsultacji z firmą RADWAG Wagi Elektroniczne
Il. 41. Render na podstawie modelu 3D torby patronażowej o wymiarach przekazanych wykonawcy
Il. 42. Maszyna do szycia we wnętrzu szwalni PRO-TEHT
Il. 43. Dokumentacja fotograficzna. Proces odszycia modelu torby
Il. 44. Widok ekranu Figmy z analizą ścieżki użytkowników aplikacji.
Il. 45. Analiza dostępnych rozwiązań. Zbiór aplikacji zbliżonych do funkcji finalnego opracowania.
Il. 46. Projekt używany podczas wizyty patronażowej
Il. 47. Elementy zaprojektowanego zestawu
Il. 48. Dwie możliwości założenia paska : na jedno ramię oraz na skos.
Il. 49. Przewożenie torby za pomocą dodatkowego wózka
Il. 50. Przewożenie torby patronażowej w samochodzie
Il. 51 Rysunki prezentujące wymiary gabarytowe torby patronażowej wraz z wózkiem
Il.52. Projekt mobilnego stanowiska położnej
Il.53. Położna wyciągająca z torby potrzebne narzędzia
Il. 54. Fotografie prezentujące poszczególne elementy torby, służące organizacji przenoszonych narzędzi
Il. 55. Możliwość umieszczenia wagi bezpośrednio na torbie patronażowej.
Il. 56. Ważenie dziecka na wadze zamontowanej na konstrukcji torby.
Il. 57. Projekt elektronicznej wagi niemowlęcej
Il. 58. Poszczególne elementy zaprojektowanej wagi
Il. 59. Interface wagi niemowlęcej.
Il. 60. Rysunki prezentujące wymiary gabarytowe wagi niemowlęcej
Il. 61. Noworodek ważony na wadze w czasie wizyty patronażowej
Il. 62. Aplikacja. Ekran logowania
Il. 63. Korzystanie z aplikacji
Il. 64. Zakładka „Obserwacje” i wybrane funkcje aplikacji
Il. 65. Projekt aplikacji. Widoki poszczególnych ekranów
Il. 66. Projekt aplikacji – konto specjalisty. Widoki poszczególnych ekranów

