



Maluchy na brzuchy

Katalog dobrych praktyk kontaktu skóra do skóry po porodzie

Maluchy na brzuchy

Katalog dobrych praktyk kontaktu skóra do skóry po porodzie

pod redakcją

Małgorzaty Bryl-Sikorskiej
Anny Kwiatek-Kucharskiej
Małgorzaty Tutko
Doroty Wiśniewskiej-Stachniuk
Olgi Vitoš

© Stowarzyszenie Tulimy Mamy, Cieszyn 2025

ISBN: 978-83-977318-0-6

Opracowanie redakcyjne: Małgorzata Bryl-Sikorska,
Anna Kwiatek-Kucharska

Skład: Olga Vitoš

Fotografia na okładce: Małgorzata Kozłowska

Sfinansowano ze środków Narodowego Instytutu
Wolności – Centrum Rozwoju Społeczeństwa
Obywatelskiego w ramach rządowego programu
Funduszu Inicjatyw Obywatelskich NOWEFIO 2021–2030.

Spis treści:

Wstęp.....	4
Bytom – Szpital Specjalistyczny nr 2.....	6
Hawierzów – Nemocnice Havířov, p. o.....	16
Katowice – Szpital Położniczo-Ginekologiczny "Łubinowa 3" Sp. z o.o	27
Mysłowice – Mysłowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. Szpital nr 1.....	39
Myszków – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej	52
Kontakt skóra do skóry w świetle dowodów naukowych.....	62
Posłowie.....	70

Drogie czytelniczki, drodzy czytelnicy,

Z prawdziwą radością oddajemy w Wasze ręce pierwszą w Polsce taką publikację poświęconą kontaktowi skóra do skóry w czasie porodu. Jest to zbiór dobrych praktyk realizowanych w najlepszych śląskich szpitalach przekazany nam przez pracujące w nich położne, pielęgniarki oraz lekarzy ginekologów-położników i neonatologów.

Pod szyldem „Maluchy na brzuchy” od wielu lat działamy na rzecz upowszechnienia kontaktu skóra do skóry w Polsce. Zajmujemy się przede wszystkim monitoringiem realizacji prawa do tego kontaktu. Dzięki danym z ankiety „Głos matek”, prowadzonej przez Fundację Rodzić po Ludzku, co roku przyznajemy medale za realizację kontaktu skóra do skóry. Dzięki temu wiemy, które szpitale w województwie śląskim najlepiej realizują prawo do kontaktu skóra do skóry i właśnie personel tych placówek zaprosiliśmy do współpracy nad niniejszą publikacją. Przy każdym ze szpitali znajdziecie medal z osiągniętym przez placówkę wskaźnikiem kontaktu skóra do skóry.

Wyjątkiem jest szpital w Hawierzowie. To placówka położona również na Śląsku, ale w Republice Czeskiej. Nie jest ona objęta naszym monitoringiem, ale wiemy, że opieka nad kobietami i dziećmi jest tam na najwyższym, światowym poziomie. Uważamy, że tak bliskie sąsiedztwo może ułatwić przeniesienie dobrych praktyk stosowanych za granicą do Polski.

Szczególnie jeśli chodzi o opiekę, w tym kontakt skóra do skóry w czasie cesarskiego cięcia.

Niniejszy e-book zawiera wywiady z przedstawicielkami i przedstawicielami pięciu szpitali w porządku alfabetycznym według nazw miejscowości oraz artykuł podsumowujący dowody naukowe dotyczące kontaktu skóra do skóry.

Zarówno współczesna wiedza z zakresu medycyny i fizjologii, jak i oparty o nią w tym zakresie Standard Organizacyjny Opieki Okołoporodowej, jasno wskazują, że każda matka i każde dziecko powinni mieć nieprzerwany i przynajmniej dwugodzinny kontakt skóra do skóry po porodzie. Nawet jeśli poród odbywa się drogą cięcia cesarskiego, taki kontakt powinien być realizowany jak najszybciej. Przerwanie kontaktu lub jego skrócenie ma mieć miejsce tylko w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia.

Mamy nadzieję, że zarówno doświadczenia specjalistek i specjalistów ochrony zdrowia, jak i odniesienia do publikacji naukowych zawarte w tym e-booku pomogą przyspieszyć wprowadzanie realizacji prawa do kontaktu skóra do skóry w miejscach, gdzie jeszcze nie jest on praktykowany na taką skalę, jak być powinien.

Owocnej lektury!

Anna Kwiatek-Kucharska
współinicjatorka kampanii „Maluchy na brzuchy”
członkini Stowarzyszenia Tulimy Mamy

BYTOM – SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 2

Ranking Maluchy na Brzuchy 2024:

81% złoty medal

Rozmowa z dr. n. med. Michałem Bablokiem



Jak w Państwa placówce przebiega kontakt skóra do skóry po porodzie siłami natury i po cięciu cesarskim?

Oczywiście, w obu przypadkach taki kontakt jest zachowany.

Jeśli chodzi o kontakt po porodzie siłami natury, to wygląda to dość standardowo. Zaraz po urodzeniu dziecka kładziemy noworodka na pacjentkę, na gołą skórę, żeby był ten kontakt skóra do skóry jeszcze przed odpępnieniem. Potem, nie ograniczając tego kontaktu, czekamy, aż pępowina przestanie tętnić, dochodzi do odpępnienia, a następnie położna i neonatolodzy przeprowadzają podstawowe czynności z noworodkiem. Jeśli stan pacjentki i noworodka nie budzi naszych zastrzeżeń, kontakt jest podtrzymywany co najmniej przez dwie godziny.

Chciałbym w tym punkcie podkreślić, że doceniamy możliwość znieczulenia zewnątrzoponowego, bo jeśli jest konieczne znieczulenie do przeprowadzenia różnego rodzaju koniecznych procedur medycznych w czasie porodu czy po porodzie, to ten typ znieczulenia sprawia, że pacjentka jest świadoma i kontakt skóra do skóry może być zachowany. Kiedyś było tak, że z powo-

du braku dostępnego znieczulenia zewnątrzoponowego przy wymaganych zabiegach chirurgicznych w krótkim okresie po urodzeniu musieliśmy niestety ten kontakt skóra do skóry zakończyć.

Natomiast jeśli chodzi o cięcie cesarskie, to w naszej praktyce wygląda to w ten sposób, że wydobywamy noworodka, odpępniamy go i pokazujemy matce, następnie przekazujemy go położnej, która transportuje dziecko do odcinka dla pediatrów. Tam dziecko jest ważone, mierzone, badane przez neonatologię, zakładane są tasiemki i następnie w miarę możliwości jak najszybciej trafia z powrotem na salę operacyjną, gdzie dochodzi do kontaktu między noworodkiem a matką. I następnie po jakimś czasie dziecko zostaje przetransportowane do kącika noworodkowego, gdzie zachęcamy ojców do kangurowania, czyli kontaktu skóra do skóry z ojcem, który trwa u nas co najmniej dwadzieścia minut.

Następnie po zakończonym cięciu cesarskim przekazujemy pacjentkę na odcinek położniczy, gdzie dziecko do niej wraca, żeby w tym okresie pooperacyjnym kontakt z matką był w miarę możliwości jak najszybciej.

A kiedy zaczęliście Państwo realizować taki nieprzerwany, dwugodzinny kontakt skóra do skóry?

W 2012 roku weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardu opieki okołoporodowej, które między innymi mówiło o tym kontakcie skóra do



Fot. archiwum szpitala

skóry, więc u nas nastąpiło to wraz z pojawieniem się tego rozporządzenia.

Jakie były największe wyzwania w czasie wprowadzania kontaktu skóra do skóry do standardu pracy? Co było najtrudniejsze?

Wyzwania są zazwyczaj dwa w takich przypadkach. Pierwsze wyzwanie to przyzwyczajenia pracowników szpitala, bo trzeba było zmienić organizację pracy

i personelu. Przy zmianie różnego rodzaju standardów podstawowa jest świadomość personelu na temat tego, jak powinno się to wdrażać i czemu to jest ważne, co w efekcie skutkuje zmianą postaw tych pracowników. Wyzwaniem były ponadto przyzwyczajenia pacjentek, bo pojawiały się kobiety, które rodziły przed wejściem w życie nowych zasad i też nie były do końca przyzwyczajone do takiego postępowania. Trzeba było więc popracować także z ich przyzwyczajeniami.

Drugim wyzwaniem były kwestie logistyczne i organizacyjne w kontekście sali cięć cesarskich. Sala operacyjna to miejsce, które wymaga określonego postępowania aseptycznego, ma swoją specyfikę pracy oraz interdyscyplinarny zespół. Zatem tutaj też trzeba było przyzwyczaić i personel bloku operacyjnego, i z naszej strony, i ze strony anestezjologicznej oraz zorganizować tę pracę tak, żeby nie pogarszała jakości samego zabiegu i pracy na bloku operacyjnym.

A jakie strategie i narzędzia pomogły Wam wprowadzić kontakt skóra do skóry?

Na pewno transparentność samych procedur, usystematyzowanie tego, opracowanie zasad krok po kroku, żeby można było łatwo się tego nauczyć, zrozumieć, jak to ma wyglądać. Chodziło o wytworzenie przyzwyczajenia, żeby to było intuicyjne i żeby mieć taką checklistę dla każdego: co ma robić i dlaczego. Tutaj zawsze ważną strategią jest uświadamianie i edukacja.

Pewne procedury będą dobrze wykonywane, kiedy personel będzie rozumieć, czemu one są wdrożone i że są faktycznie istotne. W przypadku procedury kontaktu skóra do skóry bardzo ważne jest, żeby personel wiedział, jak kluczowa jest to procedura z punktu widzenia i fizjologii noworodka, i matki, i laktacji, i tworzenia więzi między dzieckiem a pacjentką.

Ważne okazało się też dla nas wzajemne sprawdzanie się przy tych procedurach, czyli personel społeczny (położniczo-pielęgniarski), jak i lekarski wzajemnie weryfikował swoje kroki. Ponadto każde odłączenie dziecka od pacjentki, najczęściej uzasadniane wskazaniami neonatologicznymi, zostawało odnotowywane w dokumentacji medycznej. Stwarzało to potem okazję do debriefingu i można było omówić różne sytuacje.

“Bardzo ważne jest, żeby personel wiedział, jak kluczowa jest to procedura z punktu widzenia i fizjologii noworodka, i matki, i laktacji, i tworzenia więzi między dzieckiem a pacjentką.”

Czy w obszarze realizacji kontaktu skóra do skóry stawiacie sobie Państwo kolejne wyzwania? Co chcielibyście jeszcze zmienić?

My już wiele zmieniliśmy przez ten czas i bardzo dużo kroków było podjętych, żeby zoptymalizować kontakt

skóra do skóry. Natomiast myślę, że w chwili obecnej mamy do wykonania dwa ważne plany. Pierwszy plan to wydłużenie tego kontaktu na sali cięć cesarskich, bo jednak u nas noworodek idzie od matki, potem wraca do matki, potem idzie do ojca, ale chodziłoby tu o wydłużenie tego czasu matki i dziecka w sali cięć cesarskich. To jest na pewno do poprawienia i możliwe do wydłużenia. Natomiast z naszej strony ta zmiana wymagałaby na pewno więcej personelu, ale jest to do zrobienia.



Fot. archiwum szpitala

Drugi plan to opracowanie procedury skóra do skóry u wcześniaków, ponieważ my jako ośrodek trzeciego stopnia referencyjności mamy wiele porodów, które kończą się wcześniactwem na bardzo różnym etapie. Te dzieci są dużo bardziej narażone na różnego rodzaju

powikłania, a kontakt skóra do skóry poprawia ich warunki i rokowanie. Dlatego chcielibyśmy w miarę możliwości wydłużyć kontakt skóra do skóry również przy tych procedurach neonatologicznych czy po-urodzeniowych wcześniaków. To jest oczywiście nasza interdyscyplinarna praca z neonatologami. Jednocześnie jestem świadomy, że nie zawsze jest to możliwe, czasem stan matki albo stan noworodka powoduje, że niestety dziecko musi być zabrane przykładowo do oddziału intensywnej terapii. Jednak w miarę możliwości chcielibyśmy, żeby interwencje medyczne, które można w ten sposób wykonać, były wykonywane jeszcze w trakcie pobytu wcześniaka na klatce piersiowej pacjentki.

Gdyby miał Pan coś doradzić osobom, które w swoich szpitalach chcą podnieść jakość kontaktu skóra do skóry, to co by Pan powiedział?

Na pewno to, co wcześniej wymieniłem, czyli edukacja i współdziałanie personelu. A w ich kontekście: transparentność, systematyczność i checklisty. Procedura musi być jasna (nie jest trudna, jest dość oczywista), natomiast personel musi być wyedukowany, musi rozumieć, o co w tym chodzi. Kiedy pracownicy będą rozumieli i będzie prosty schemat postępowania, to na pewno jest to do wprowadzenia wszędzie w optymalnej wersji.

Gdyby miał Pan wskazać największą korzyść z kontaktu skóra do skóry, to co by to było?

“Dziś wiemy, że ten kontakt jest tak ważny, że projektowanie badań, w ramach których musielibyśmy specjalnie odebrać pacjentce dziecko na te dwie godziny po porodzie, byłoby po prostu nieetyczne.”

Oczywiście, tych korzyści można wymienić bardzo dużo. Mówiąc o zaletach, przede wszystkim trzeba podkreślić, że to nie jest nic wziętego z sufitu. To są dane poparte wiedzą naukową i wieloletnimi badaniami, to jest EBM. Jest to już wiedza na tyle powszechna, że gdybyśmy mieli teraz projektować badania na temat kontaktu skóra do skóry, tak jak były projektowane kilkanaście, kilkadziesiąt lat temu, to one już nie miałyby racji bytu. Dziś wiemy, że ten kontakt jest tak ważny, że projektowanie badań, w ramach których musielibyśmy specjalnie odebrać pacjentce dziecko na te dwie godziny po porodzie, byłoby po prostu nieetyczne. Natomiast oczywiście z tego, co obserwujemy, korzyść z kontaktu skóra do skóry jest bardzo duża. Po pierwsze przyczynia się do powstawania więzi między dzieckiem a rodzicem. Tutaj oczywiście ten kontakt powoduje, że reguluje się akcja serca, zmniejszają się wyrzuty kortyzolu, zmniejsza się stres i u pacjentki, i u dziecka.



Fot. archiwum szpitala

Po drugie wiemy, że skóra do skóry powoduje z jednej strony u dziecka stymulację chęci odżywiania się, czyli szukania tego pożywienia, a z drugiej strony wspiera laktację u pacjentki. Także to łączy się i dzięki temu pacjentka może lepiej karmić czy w ogóle może karmić. Dla nas to bardzo istotna sprawa.

Rozmawiała: Dorota Wiśniewska-Stachniuk



dr n. med. Rafał Bablok – lekarz ginekolog-położnik, absolwent Wydziału Lekarskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, od czasu specjalizacji związany ze Szpitalem Specjalistycznym nr 2 w Bytomiu. Łączy pracę na stanowisku starszego asystenta z pracą dydaktyczną – wykłada ginekologię i położnictwo na ŚUM-ie.

HAWIERZÓW – NEMOCNICE HAVÍŘOV, P. O.



Rozmowa z MUDr. Hynkiem Canibalem

Spotykam się z Panem, ponieważ wiemy, że posiadacie Państwo na oddziale świetne procedury kontaktu skóra do skóry zarówno po porodzie drogami natury, jak i przy cesarskim cięciu. W związku z tym proszę opowiedzieć, jak konkretnie wyglądają te procedury w Państwa placówce?

U nas kontakt skóra do skóry po porodzie drogami natury i po porodzie przez cięcie cesarskie w zasadzie wygląda podobnie. Przy porodzie przez cesarskie cięcie, kiedy dziecko zostaje wydobyte, podnosimy płachtę, która znajduje się między kobietą a raną, aby nie musieli jej widzieć i ona, i jej partner, który siedzi obok. Płachta idzie do góry, noworodka przesuwamy pod płachtę i układamy na klatce piersiowej kobiety. Noworodek zostaje nadal połączony pępowiną. To jest kolejna ważna rzecz, że staramy się tutaj opóźnić przecięcie pępowiny przynajmniej o minutę albo dwie. Jeśli wszystko jest w porządku, nic nie krwawi, zazwyczaj czekamy te dwie minuty, zanim przetniemy pępowinę. Potem kobieta leży ze swoim dzieckiem ułożonym na jej klatce piersiowej. Przy tym kontakcie w sali operacyjnej pomaga nasza położna i partner kobiety. Ponadto kobieta też jest w stanie współpracować, ponieważ zawsze ma wolną jedną rękę. W drugiej ręce może mieć jakąś kroplówkę, ale ta jedna ręka jest zawsze wolna, aby mogła przytulać noworodka.

Jeśli kobieta nie czuje się źle, ponieważ może poczuć się gorzej ze względu na leki, noworodek jest u niej od pięciu do dziesięciu minut. W tym czasie stale jest stymulowana produkcja oksytocyny u noworodka i u kobiety, a dzięki temu jest mniejsza utrata krwi przy operacji. Dowodzą tego też badania naukowe. Następnie noworodek zostaje przekazany do taty na kangurowanie, a potem wraca znowu do mamy. Transport noworodka do pokoju pooperacyjnego znów odbywa się na mamie. Najważniejsze jest, aby noworodek nigdy nie był sam. Zaraz po urodzeniu jest z mamą, potem chwilę z tatą, a potem znowu z mamą. Nawet podczas transportu noworodek nie jest sam, a jest na mamie. Jeśli przy porodzie przez cięcie cesarskie zamiast partnera jest doula jako osoba towarzysząca, to może być w sali operacyjnej razem z kobietą.

“Płachta idzie do góry, noworodka przesuwamy się pod płachtą i układamy na klatce piersiowej kobiety. Noworodek zostaje nadal połączony pępowiną.”

Przy porodzie drogami natury noworodek łąduje na brzuchu mamy i jest ciągle podłączony do pępowiny. Tutaj też staramy się poczekać z przecięciem pępowiny, czasami i dziesięć minut albo aż pępowina całkiem przestanie tętnić. Przy cięciu cesarskim kontakt skóra do skóry przejmują mama i tata, natomiast przy porodzie

drogami natury noworodek zostaje u mamy minimalnie dwie godziny. Staramy się, aby w tym czasie dziecko samo przystawiło się do piersi. Ważne jest, żeby nie tylko odliczyć te dwie godziny, bo mogą to być dwie godziny albo więcej, ale żeby noworodek w tym czasie zaczął ssać pierś.



Fot. archiwum szpitala

Nikt w trakcie tych dwóch godzin nie waży i nie mierzy noworodka?

Nie, na to wszystko czas jest później. O ile adaptacja noworodka przebiega dobrze, dziecko jest różowe, ma odpowiednie napięcie mięśniowe, wszystko jest z nim w porządku, to nie przeprowadzamy badania neonatologicznego od razu. Jeśli jest potrzeba, podejrzenie jakiegoś problemu, możemy przeprowadzić badanie na mamie. Bierzymy stetoskop i osłuchujemy klatkę piersiową. Można te podstawowe badania przeprowadzić i nie musimy dziecka separować od mamy. A to, ile waży i ile mierzy, nie jest w tej chwili ważne.

Kiedy zaczęliście Państwo prowadzić nieprzerwany kontakt skóra do skóry?

Zaczęliśmy pracować z oddziałową Ivoną Mikulenkovą w Hawierzowie pod koniec 2018 roku. A cały ten program zmiany porodówki był procesem, który rozpoczął się między marcem a kwietniem 2019 roku. To wszystko nie stało się od razu i trwało mniej więcej rok, zanim ta praktyka została w pełni wdrożona. Od 2020 roku kontakt skóra do skóry po porodach drogami natury stał się normą, a w trakcie ostatnich dwóch czy trzech lat taką normą jest również kontakt skóra do skóry po cesarskich cięciach.

Jakie były największe wyzwania w czasie wprowadzenia kontaktu skóra do skóry do standardu Państwa pracy?

Wyzwaniem było to, że to nie był standard. Ta procedura musiała stać się normą. Musieliśmy przekonać zespół ginekologów i nasz zespół pediatryczny, aby kontakt skóra do skóry stał się normalną częścią pracy neonatologów. Zdrowe dziecko ma adaptować się w takich warunkach i nie należy tego zakłócać. Kontakt (ze strony personelu) ma się minimalizować, światła mają być przyciemnione. Kobieta ma mieć w tym momencie spokój. Nie potrzebuje mieć tam pięciu ludzi. To jest po to, aby kobieta mogła tą oksytocyną wręcz emanować. To jest ważne. Każde działanie, które przeszkadza, wprowadza zamieszanie w tym czasie, jest szkodliwe. Wszystko ma zmierzać ku temu, by mogło mieć miejsce to pierwsze zakochanie, bo tu nie chodzi tylko o funkcje fizjologiczne, ale też o więź. Fakt, że noworodek ma lepszą temperaturę, mniej stresu, lepiej oddycha, jest jasny. Jednak w tym czasie powstaje też coś, co będzie trwać dziesiątki lat między nimi. Nie chcemy tego przerywać.

“Procedury powinny działać w ten sposób, że wszystko, co powoduje separację, jest jak najkrótsze, a neonatolog musi ciągle myśleć o tym, że chce tego noworodka jak najszybciej oddać mamie.”

Cieężko naprawić przerwany proces tworzenia się więzi.

Przyszło mi też do głowy, że jeśli coś złego dzieje się z noworodkiem, na przykład musimy przeprowadzić reanimację i zabrać go od mamy, to da się zrobić tak zwany rebonding. Jeśli nie dało się zapobiec separacji, można dziecko przynieść później i zrobić kontakt skóra do skóry w późniejszym czasie. Kobieta może przeżyć kontakt z dzieckiem na drugi dzień. U nas oczywiście takie sytuacje w zasadzie nie zdarzają się, bo mamy pod opieką w większości zdrowe kobiety i dzieci, ale to może mieć miejsce. A gdy coś takiego przydarzy się, to trzeba od razu myśleć o tym kontakcie skóra do skóry i dać kobiecie szansę na przeżycie tego kontaktu jeszcze raz.



Fot. archiwum szpitala

Jakie strategie i narzędzia pomogły Państwu wprowadzić kontakt skóra do skóry do standardu pracy w szpitalu?

Najważniejsze było przekonanie, że to jest dobre. Jeśli ktoś chce gdzieś wprowadzić taką procedurę, to kierownictwo szpitala musi rozumieć, że medycyna oparta na faktach naukowych mówi, że to jest ważne. Potem jest istotne, aby przekonać cały personel medyczny. To musi iść od głowy.



Fot. archiwum szpitala

My z oddziałową Ivoną Mikulenkovą mieliśmy jasne przekonanie, że tak chcemy i że tak to będzie. Oczywiście, napotkaliśmy na opór, bo kiedyś pracowało się inaczej i tak jest chyba w każdym zawodzie. Jednak dzisiaj muszę powiedzieć, że to działa dobrze. Wszyscy widzą pozytywny wpływ, bo te dzieci są zdecydowanie bardziej stabilne.

Jakie macie Państwo kolejne wyzwania w aspekcie kontaktu skóra do skóry?

Chciałbym na przykład, aby pępowina była przecinana dopiero po urodzeniu łożyska. Jak wszystko idzie dobrze, to można poczekać. Co do cesarskiego cięcia, to myślę, że osiągnęliśmy maksimum tego, co jest możliwe. Jest jeszcze szansa na to, aby kontakt skóra do skóry robić też w przypadku pełnej narkozy, gdyby była pomoc położnej i partnera. Może i kobieta tego nie będzie świadoma, ale noworodek tak i dla tego dziecka byłoby to super. Obecnie w przypadku pełnej narkozy w większości sytuacji zabieramy noworodki od matek. Dopiero wypróbujemy ten kontakt z asystą podczas narkozy, ale jeszcze to nie jest standard naszej pracy. Tu trzeba ciągle mieć w głowie, że noworodek przynależy do matki, nawet gdy ta matka śpi.

Gdyby miał Pan coś poradzić osobom, które chcą w swoich szpitalach podnieść jakość kontaktu skóra do skóry, to co by to było?

Obecnie mamy dużo dowodów naukowych w tym zakresie. To nie jest coś alternatywnego.

Dzisiaj nie zrobić kontaktu skóra do skóry, to postępować non lege artis. Mamy bardzo dużo informacji, że jest to dobre dla matki, dziecka i całej rodziny. We współczesnym dyskursie już nie rozważa się, czy robić kontakt skóra do skóry. Uważam, że jeśli ktoś tego kontaktu nie robi, to powinien zastanowić się nad tym, że jego postępowanie jest nieprawidłowe



Fot. archiwum szpitala

z punktu widzenia opieki neonatologicznej. To powinno być automatycznie standardem. A jeśli trzeba zabrać noworodka, powinien mieć miejsce rebonding, o którym mówiłem wcześniej, i matka powinna mieć kontakt z dzieckiem jak najszybciej. Procedury powinny działać w ten sposób, że wszystko, co powoduje separację, jest jak najkrótsze, a neonatolog musi ciągle myśleć o tym, że chce tego noworodka jak najszybciej oddać mamie. Na przykład, jeśli dziecko potrzebuje dostać dodatkowy tlen, to ten tlen można podać, gdy noworodek jest ciągle na mamie. Zakładamy wtedy dziecku wąsy tlenowe, by nie musiało być w inkubatorze. Ciągłe uznaje się inkubator za podstawę opieki, a to matka jest podstawą opieki: jej ciało, jej ciepło, jej bijące serce.

**“Dzisiaj nie zrobić kontaktu skóra do skóry,
to postępować non lege artis.”**

Gdyby miał Pan wskazać największą korzyść z kontaktu skóra do skóry, jaką Pan widzi, to co by to było?

Jest ich milion. Mogę wymienić z dziewięć największych: podstawa dobrej laktacji, stabilizacja dziecka: termoregulacja, regulacja oddechu, zmniejszenie stresu. Mniejsze krwawienie u kobiety, co jest ważne przy cesarskim cięciu, ale też przy porodzie drogami natury. Tworzenie się więzi między matką a dzieckiem.

Oksytocyna to hormon miłości, który wydziela się właśnie wtedy. Rozwój mózgu. Dzieci są spokojniejsze i bardziej zadowolone.

Rozmawiała: Olga Vitoš

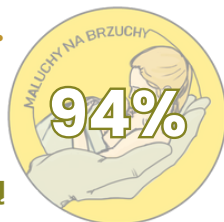


MUDr. Hynek Canibal - od 2018 roku ordynator oddziału dziecięcego i neonatologicznego szpitala w Hawierzowie. W 2005-2006 pracował Anglii - Manchester, Looe - BMI Hospital. Profesjonalnie zajmuje się wprowadzaniem medycyny opartej na dowodach naukowych do codziennej lekarskiej praktyki.

KATOWICE – SZPITAL POŁOŻNICZO- GINEKOLOGICZNY “ŁUBINOWA 3” SP. Z O.O.

Ranking Maluchy na Brzuchy 2024:
94% złoty medal

Rozmowa z dr hab. n. o zdr. Mariolą Czajkowską



Jak w Państwa placówce przebiega kontakt skóra do skóry po porodzie siłami natury i po cięciu cesarskim?

Przede wszystkim od lat rozmawiamy na temat kontaktu skóra do skóry i ciągle zastanawiam się, dlaczego teraz też na ten temat rozmawiamy. Wydaje się, że Standard Organizacyjny Opieki Okołoporodowej, który obowiązuje w Polsce od wielu, wielu lat, dokładnie nam wskazuje, w jaki sposób mamy postępować. Myślę, że gdyby wszyscy pracownicy ochrony zdrowia znali ten Standard i stosowali go jako złoty standard, to wiele niepotrzebnych sytuacji nie musiałoby wydarzyć się, a wiele walk kobiet o to, by móc być w kontakcie skóra do skóry, niezależnie od formy porodu, byłoby po prostu zupełnie niepotrzebnych.

Kontakt skóra do skóry odbywa się u nas od zawsze. W moim życiu zawodowym, a pracuję już trzydzieści lat jako położna, było mi dane zawsze korzystać z kontaktu skóra do skóry. Sama rodząc dwadzieścia cztery lata temu, miałam dziecko w kontakcie skóra do skóry po cięciu cesarskim, pomimo że byłam znieczulona w znieczuleniu ogólnym. Było to możliwe dzięki osobom, które przeszły do naszej placówki z poprzedniego

szpitala. Dla nich kontakt skóra do skóry był absolutnym standardem i stałą praktyką dostępną w tym szpitalu. Ten standard obowiązuje u nas do dziś, czyli co najmniej dwugodzinna możliwość kontaktu skóra do skóry matki i dziecka.



Fot. archiwum szpitala

Jeżeli mama jest po porodzie siłami natury, oczywiście ten kontakt jest już w momencie, kiedy dziecko rodzi się. Po ustaniu tętnienia pępowiny noworodek jest odpępniany, ale wszystko nadal odbywa się w konta-

kie skóra do skóry. Jeśli kobieta rodziła w pozycji wertykalnej albo kolankowo-łokciowej, to pomagamy jej odwrócić się do tego kontaktu. Niezależnie od tego, czy noworodek rodzi się do wody czy, w cudzysłowie, na łądzie, zawsze ten kontakt jest możliwy. Kiedy kobieta wychodzi z wanny porodowej, dziecko cały czas jest w kontakcie, bo najczęściej jeszcze nie jest odpępnione. Mama przytula dziecko w obrębie klatki piersiowej, bo wiemy, że tam temperatura jest najwyższa. Oczywiście, następuje osuszenie, żeby noworodek nie tracił energii na wyrównywanie temperatury. Jeżeli jakiegokolwiek dalsze procedury mają zostać przeprowadzone, to one są dalej w kontakcie z matką. Oczywiście, jedynym wykluczeniem tego kontaktu są sytuacje, kiedy jest zagrożenie życia lub zdrowia matki bądź dziecka. Zawsze mówimy mamom: „Dbaj o to, żebyś mogła skorzystać z tego kontaktu”. Często dzięki temu, że są porody rodzinne, to taką osobą, która dba o to prawo, jest osoba towarzysząca i nie mówimy tutaj tylko o ojcu dziecka, ale również o doulach czy innych osobach towarzyszących.

Przy cięciu cesarskim również istnieje możliwość kontaktu skóra do skóry, ale tutaj decyzja należy już do mamy, jaką formę wybiera. Oczywiście, istnieje możliwość współudziału osoby towarzyszącej na bloku operacyjnym w trakcie cięcia cesarskiego i kontakt skóra do skóry najczęściej odbywa się właśnie z mamą. Potem rodzice podejmują decyzję, czy ten kontakt chcą bezpośrednio po urodzeniu czy bezpośrednio po

zbadaniu, czy chcą, aby kontakt był delegowany na przykład na ojca.

Wszystko zależy od oczekiwań rodziców i ich potrzeb związanych z porodem, a jest to możliwe dzięki naszej edukacji, bo my edukujemy zarówno w trakcie edukacji przedporodowej, która jest dostępna dla każdej kobiety w Polsce, jak i w ramach zajęć szkoły rodzenia. Zawsze mówię kobietom, z którymi rodzimy, by zapoznały się ze Standardem Organizacyjnym Opieki Okołoporodowej, ale również z prawami pacjenta. Podkreślam, że rodzice mają prawo do pełnej informacji, a pełna informacja jest właśnie możliwa, kiedy jesteśmy świadomi tego, o co mamy zapytać. I właśnie Standard dokładnie wskazuje, na jakie elementy warto zwrócić uwagę, również w kontekście kontaktu skóra do skóry. Kobiety przychodzące do porodu nazywamy niejednokrotnie pacjentkami, ale przecież najczęściej mamy do czynienia z porodem fizjologicznym, więc nie należałoby mówić „pacjentki” tylko „kobiety rodzące”.

Na wagę pierwszego kontaktu wskazał też dwa lata temu Tydzień Godnego Porodu organizowany przez Fundację Rodzić po Ludzku.



Fot. archiwum szpitala

W trakcie tego wydarzenia pojawiły się porady, co możemy zrobić czy powiedzieć wobec zachowania niektórych pracowników ochrony zdrowia, którzy kwestionują istotność kontaktu skóra do skóry i sugerują jego przerwanie. Współpracuję z wieloma położnymi i doulami w całej Polsce i okazuje się, że kontakt skóra do skóry dostępny bezpośrednio po porodzie nie wszędzie jest oczywistością. Nadal są miejsca, w których mamy usłyszą: „Na chwilę zabierzemy sobie dziecko do badania, przecież pani je widzi”. Nie, to jest absolutnie niedopuszczalne, bo ten kontakt ma być nieprzerwany.

Stale edukujemy kobiety czy całe rodziny o korzyściach wynikających z kontaktu skóra do skóry, na przykład możliwości inicjacji laktacji. Oczywiście, część kobiet nie będzie podejmowała wyzwania karmienia piersią, ale ten kontakt jest też bardzo istotny do nawiązania więzi z dzieckiem zarówno dla mamy, jak i dla ojca.

Kiedy zaczęliście Państwo realizować taki nieprzerwany, dwugodzinny kontakt skóra do skóry?

W mojej opinii stosujemy go od zawsze, bo szpital działa od osiemnastu lat, a ja pamiętam, że ta procedura była tu od samego początku i realizowały ją wszystkie osoby pracujące w sali porodowej. Myślę, że było to możliwe również dzięki ogromnemu zaangażowaniu poprzedniej i obecnej oddziałowej oddziału noworodkowego, które szczególnie zwracały na to uwagę. Bywało, że o drugiej w nocy ktoś miał

pomysł przerywania kontaktu o dziesięć minut za szybko, to od razu był głos czujnej oddziałowej, że absolutnie nie można skrócić tego czasu. Natomiast często zdarza nam się wydłużać czas kontaktu skóra do skóry. Czasami ojcowie przychodzą do nas i mówią, że te dwie godziny już minęły, a my na to odpowiadamy: „To super, że minęły, ale to nie znaczy, że trzeba już kończyć, bo to jest co najmniej dwugodzinny kontakt skóra do skóry”.

Według mnie procedury skóra do skóry wprowadziliśmy, zanim zaczął obowiązywać Standard Organizacyjny Opieki Okołoporodowej. Kiedy Standard dokładnie sprecyzował procedurę kontaktu skóra do skóry, ucieszyliśmy się, że w naszej placówce nie jest potrzebna żadna dyskusja z personelem na ten temat.

Czyli nie było żadnych wyzwań przy wprowadzeniu kontaktu skóra do skóry do standardu Państwa pracy?

Pewnie większe trudności stanowi cięcie cesarskie, gdyż tutaj zawsze trzeba stworzyć warunki dla mamy i ojca, bo wiemy, że ojciec nie zawsze jest gotowy do bycia w sali operacyjnej. Panowie podejmują takie decyzje pod wpływem głosów z środowiska (mój kolega był, to ja też), a potem okazuje się, że od zawsze nie lubili widoku krwi i źle się tam czują.

“Widzimy, że obecność partnera lub innej osoby towarzyszącej jest absolutnie priorytetowa i również dla nas jest pomocna.”

Myślę, że mocną stroną naszego szpitala jest też możliwość konsultacji kobiet z psychologiem. Jest to przydatne zwłaszcza w przypadku kobiet, które mają traumy z poprzedniego porodu czy chorują na tokofobię i rzeczywiście ten strach jest dominujący. Często spotykamy się z pacjentkami wcześniej, jeśli ma elektywne cięcie cesarskie, czyli zaplanowane, i wprowadzamy ją na blok operacyjny, żeby mogła się z nim zapoznać. Sprawdzamy wówczas, co tak naprawdę najbardziej ją przestymulowuje i co możemy zniwelować, na przykład odgłosy.



Fot. archiwum szpitala

Wiemy jednak, że to poród rodzinny w przypadku cięcia cesarskiego bardzo pomaga pacjentkom z dużymi trudnościami emocjonalnymi. Widzimy, że obecność partnera lub innej osoby towarzyszącej jest absolutnie priorytetowa i również dla nas jest pomocna. Zauważyliśmy też, że dużym wsparciem jest cięcie cesarskie z gwizdkiem, dzięki któremu pacjentka skupia się na swoim oddechu. Oczy-

wiecie, gwizdek jest niemy, ale używająca go kobieta uspokaja się i ma poczucie sprawczości. Jest to szczególnie przydatne w przypadku kobiet, które mają ogromne poczucie kontroli albo odczuwają silny strach przed planowaną operacją, ale myślę, że jeszcze bardziej stresujące jest nagłe cięcie cesarskie. Tą sprawczość kobiety przy cięciu cesarskim podkreśla też personel, bo zwracamy uwagę na to, by nie mówić, że dziecko wydobyto o tej czy o tej godzinie tylko zostało urodzone. Sprawczość mamy jest dla nas bardzo ważna.

Jakie strategie i narzędzia pomogły Państwu wprowadzić kontakt skóra do skóry do standardów pracy?

Przyjęliśmy, że tak ma być i koniec. Wiemy, że Standard wskazuje, że kontakt skóra do skóry ma być niezależnie od formy porodu, więc to jest kolejne wyzwanie, rozwijamy się. Nasze pacjentki wychodzące ze szpitala dostają ankiety dotyczące poprawy jakości. Jeśli coś poprawiamy, to właśnie z uwzględnieniem potrzeb i oczekiwań rodziców.

Po to prowadzimy dni otwarte czy zajęcia w szkole rodzenia, żeby wręcz namawiać rodziców, by korzystali ze swoich praw. Ja wręcz proszę ich, jeżeli wybierają placówkę do porodu, żeby doczytali lub zapytali na przykład, kiedy ostatni raz był tam prowadzony poród w pozycji wertykalnej i wtedy dowiedzą się, czy te porody faktycznie tam przebiegają w taki sposób. Ponadto warto zapytać, w jaki sposób wygląda kontakt skóra do

skóry, bo jak zapytamy, czy istnieje, to wszyscy powiedzą, że tak. Oczywiście, Standard też mówi, że w przypadku dzieci przedwcześnie urodzonych kontakt ma być przeprowadzony najwcześniej, jak to jest możliwe, ale jeżeli mamy do czynienia z porodem fizjologicznym, to tutaj po prostu bezpośrednio po porodzie. Są też sytuacje, kiedy mamy niekompletne łożysko i pacjentka wymaga znieczulenia ogólnego, to ten kontakt ma przejść na ojca czy inną osobę towarzyszącą, która uczestniczy w porodzie.

“Kluczowa jest komunikacja pomiędzy personelem.”

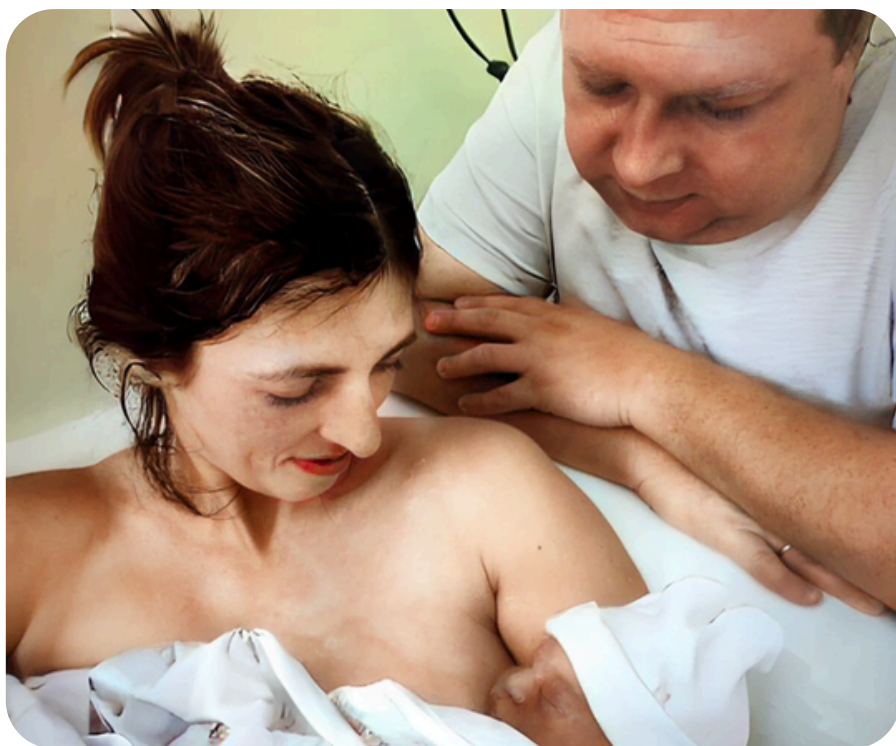
Myślę, że ciągły rozwój poprawia jakość. Dzięki temu, że aktywnie uczestniczymy w różnych działaniach edukacyjnych czy włączamy się w Tydzień Godnego Porodu, zwiększamy świadomość kobiet i całych rodzin z zakresu ich praw. A jeżeli zwiększamy tę świadomość, to oni wiedzą, czego mogą od nas wymagać. Jeżeli mogą od nas tego wymagać, to my musimy to realizować.

Czy w obszarze realizacji kontaktu skóra do skóry stawiacie sobie Państwo jakieś kolejne wyzwania? Co chcielibyście jeszcze zmienić na lepsze?

Zastanawiam się cały czas nad późnym odpępnieniem na bloku operacyjnym i myślę, że nad tym trzeba popracować.

Posiadamy już mocną procedurę pobierania krwi czy wykonywania badań przesiewowych (za zgodą rodziców) również w kontakcie skóra do skóry. Nawet jeśli mama świadomie nie decyduje się na karmienie piersią, to te endorfiny, które pojawiają się przy kontakcie skóra do skóry, działają nie tylko na laktację, ale też przeciwbólowo. I dzięki temu nie mamy płaczących dzieci podczas procedur pobierania krwi.

Także myślę, że to taka mocna strona kontaktu skóra do skóry i warto o tym mówić, żeby kobiety wiedziały, że mogą z tego skorzystać.



Fot. archiwum szpitala

Co poradziłaby Pani osobom, które chcą podnieść jakość kontaktu skóra do skóry w szpitalu, w którym pracują?

Myślę, że kluczowa jest komunikacja pomiędzy personelem. Pamiętajmy o tym, że obowiązujący system w Polsce to rooming in. Czyli jedna osoba ma zajmować się zarówno matką, jak i dzieckiem, ale wiemy, że bywa z tym różnie w placówkach. I teraz jeśli nie ma komunikacji pomiędzy tymi zespołami, to nie ma możliwości prawidłowego zrealizowania procedury. Kluczowe jest też stawianie twardych zasad, że działamy zgodnie ze Standardem. Jeżeli nie działamy zgodnie ze Standardem, to znaczy, że nie realizujemy tych oczekiwań i potrzeb kobiet, które są aktem prawnym.

Gdyby miała Pani wskazać największą zaletę kontaktu skóra do skóry, to co by to było?

Myślę, że to niepowtarzalne chwile, które rodzina przeżywa, bo ja jestem dwadzieścia cztery lata po porodzie i dokładnie tę chwilę pamiętam. I to są absolutnie nieodtwarzalne doznania, które zostają z nami przez całe życie. Myślę, że nie tylko z nami jako mamami i ojcami, ale to, co przeżywają te dzieci w tym czasie, też jest wyjątkowe.

“Endorfiny, które pojawiają się przy kontakcie skóra do skóry, działają nie tylko na laktację, ale też przeciwbólowo.”

Współczesne kobiety niejednokrotnie rodzą raz w życiu, więc to są takie unikatowe emocje, które towarzyszą nam przez całe życie. Nie powinnyśmy podchodzić do porodu w ten sposób, że jakoś to będzie, bo nie tak to ma wyglądać tylko zgodnie z naszymi oczekiwaniami i marzeniami. Oczywiście, wiemy, że czasami pewne elementy mogą być modyfikowane, ale zgodnie z tym, jak ja chcę, żeby to był dobry poród. Niezależnie tak naprawdę od tego, czy to będzie poród siłami natury czy poprzez cięcie cesarskie, on ma być dobrym porodem.

Rozmawiała: Dorota Wiśniewska-Stachniuk



Fot. archiwum szpitala



dr hab. n. o zdr. Mariola Czajkowska, prof. ŚUM – położna, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego, Certyfikowany Doradca Laktacyjny. Dyrektor ds. Pielęgniarek i Położnych w Prywatnym Szpitalu Położniczo-Ginekologicznym „Łubinowa 3” w Katowicach. Profesor Wydziału Nauk o Zdrowiu w Katowicach Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

MYŚLOWICE – MYŚLOWICKIE CENTRUM ZDROWIA SP. Z O.O. SZPITAL NR 1

**Ranking Maluchy na Brzuchy 2024:
93% złoty medal**

**Rozmowa z położną, mgr Katarzyną
Jendrysko-Jamrozik**



Jak w Państwa placówce przebiega kontakt skóra do skóry po porodzie siłami natury i po cięciu cesarskim?

W naszym szpitalu rocznie przychodzi na świat około 500-600 dzieci, w zależności od rocznika. Są lata chudsze, są lata grubsze, jeśli chodzi o liczbę urodzeń. Średni odsetek cięć cesarskich wynosi 33 % z tej sumy. Od 2012 roku jestem w Myślowickim Centrum Zdrowia położną koordynującą blok porodowy i kontakt skóra do skóry jest tu wprowadzony właściwie od pierwszego dnia mojej pracy. Jest to tutaj normalna i powszechna praktyka, nie ma rozbieżności, jeżeli chodzi o procedurę i każdy pracownik oddziału ją stosuje.

Noworodki po porodach drogami natury są kładzione bezpośrednio na brzuchach kobiet. Mamy bardzo małą liczbę noworodków odsyłanych po porodach do ośrodków o wyższej referencyjności, kiedy dzieci potrzebują wsparcia oddechowego czy pomocy pediatri. Zatem można powiedzieć, że u nas prawie 100 % dzieci urodzonych drogami natury jest w ramionach mamy co najmniej dwie godziny, a nawet i dłużej.

Z racji tego, że mamy kameralny oddział, nie mamy tutaj nawału pacjentek rodzących, nie ma potrzeby ich poganiania, że dwie godziny minęły i trzeba zwolnić łóżko na sali porodowej. W związku z tym na przykład jeżeli kobieta rodzi o piątej rano, to możemy ją przetrzymać na bloku porodowym do godziny siódmej czy siódmej trzydzieści, żeby mogła w spokoju zjeść śniadanie. Dlatego w naszej praktyce noworodki są na brzuchach mam dłużej niż te dwie godziny. Wszystkie procedury za zgodą rodziców robimy po zakończonym pełnym kontakcie skóra do skóry, czyli zabieg Credego, szczepienia, badania pediatryczne. Wymienione procedury mają miejsce na oddziale noworodkowym, nie robimy tego w ramach sali porodowej. Jedynie jeżeli musimy podać maść na oczy (oczywiście za zgodą rodziców), to robimy to na porodówce.

“Kontakt skóra do skóry jest dla nas priorytetem.”

Jeśli chodzi o cięcie cesarskie, to trzeba pamiętać o tym, że nie każda pacjentka przychodzi z partnerem czy mężem do tego zabiegu. U nas jest możliwość towarzyszenia osoby bliskiej przy cięciu, natomiast nie każdy z tego korzysta. Nie zmuszamy do niczego, bo jest to wola pacjentki i jej osoby bliskiej. Jednak jeżeli wiemy, że tata jest przy cięciu albo oczekuje obok (bo nie chce być bezpośrednio na sali operacyjnej), to noworodek urodzony cięciem cesarskim prosto z sali operacyjnej

trafia na kangurowanie do taty. Zazwyczaj kangurowanie odbywa się na sali porodowej, gdzie tata czeka na dziecko, aby mógł je mieć w kontakcie skóra do skóry, natomiast z chwilą wywiezienia rodzącej z sali operacyjnej do sali porodowej przekładamy noworodka wprost z ramion taty do ramion mamy. I dalej mama albo tata kangurują maluszka. W praktyce kobieta przebywa cały czas z noworodkiem i dziecko po cięciu cesarskim jest tak długo w kontakcie skóra do skóry, aż nie spionizujemy mamy. Jeżeli nic nie dzieje się z pacjentką i noworodkiem, kontakt skóra do skóry trwa około sześć czy siedem godzin, aż do momentu uruchomienia położnicy, więc jest to dosyć długi czas. Oczywiście, w tym czasie poddajemy mamę i dziecko działaniom takim, jak rozkręcenie laktacji i usprawnienie techniki karmienia piersią, natomiast nie przerywamy kontaktu mamy i dziecka, noworodek nie przeszkadza nam w żadnych czynnościach.



Fot. Małgorzata Kozłowska

A czy jest możliwość w Państwa szpitalu, żeby mama po cięciu cesarskim mogła być w kontakcie skóra do skóry z noworodkiem już na sali operacyjnej?

Powiem szczerze i nie będę niczego ukrywać. Mamy tak zaprojektowany blok operacyjny i salę cięć (która ma już kilkanaście lat), że niestety nawiew z klimatyzacji mamy bezpośrednio nad stołem pacjentki. Architekt prawdopodobnie był facetem i niestety nie pomyślał o tym, że może być taka procedura, jak kontakt skóra do skóry na sali cięć i niestety wstawił wywiew z tej klimatyzacji w taki sposób. Dlatego, że temperatura w sali operacyjnej musi mieć około 18-20 stopni Celsjusza, a bezpośrednio nad stołem jest zimny nawiew, jest za zimno, by noworodek był nagi. To sprawia, że najpierw dajemy mamie noworodka na chwilę, a potem przekazujemy go tacie na kangurowanie. Jeżeli jednak nie ma takiej możliwości, bo mama nie ma koło siebie partnera ani innej osoby towarzyszącej, to wtedy noworodek czeka w kąciaku noworodkowym i łąduje na piersi mamy, kiedy zostanie przewieziona do sali poporodowej.

Wspomniała Pani, że te procedury kontaktu skóra do skóry w Państwa placówce wyglądają w ten sposób od dwunastu lat.

Tak, z chwilą, gdy przyszedłam tutaj do pracy i zaraz po wejściu w życie Standardu Organizacyjnego Opieki Okołoporodowej realizowaliśmy prawo do kontaktu skóra do skóry.

Waga noworodka nie była nam do niczego potrzebna w pierwszej minucie jego życia ani inne pomiary, w związku z tym noworodek trafiał w ramiona mamy i na niej pozostawał przez dwie godziny. Co też jest ważne, jeżeli nie ma żadnych komplikacji ze strony mamy ani dziecka, u nas noworodek jest bardzo długo na pępowinie (czyli czekamy z odpępnieniem maluszka). Nieraz jest to godzina, półtorej godziny, a nawet do dwóch godzin!

Miło to słyszeć. Jakie były największe wyzwania w czasie, kiedy wdrażaliście Państwo procedurę kontaktu skóra do skóry?

Na początku była obawa pediatrów (tego teraz nie ma), że dziecko wychłodzi się, że musi gdzieś trafić do inkubatora (mówię o czasach dawnych) albo musi być poowijane kocykami, poubierane w śpiochy, kaftaniki, bo przecież wyziębia się. Natomiast z czasem nowa procedura kontaktu skóra do skóry przyjęła się. Wiadomo, wszystkie rewolucje nie mogą być tak od razu wprowadzane w życie. Wszystko musi postępować powoli, żeby przygotować personel i pokazać, że nic złego nie dzieje się z dzieckiem. Pediatrzy byli zdziwieni, że noworodkom nic się nie dzieje, nie wychładzają się, więc Standard w kontekście skóra do skóry wszedł nawet gładko. Do tej pory nie ma z tym problemu. Nawet dochodzi do takich sytuacji, że czasem gdy musimy dziecko trochę wcześniej przekazać na oddział, to pediatrzy sami pytają: „Co się dzieje? Już? Po co tak szybko?”. Są różne sytuacje pediatryczne bądź inne,

rodzinne, gdy za zgodą matki ten kontakt skóra do skóra należy przerwać wcześniej.

Jakie strategie i narzędzia pomogły Państwu wprowadzać kontakt skóra do skóry do standardu pracy w szpitalu?

Na pewno przyczyniło się do tego wejście w życie Standardu Organizacyjnego Opieki Okołoporodowej, bo, jakby nie było, jest to regulacja prawna i wszystkie nasze działania na sali porodowej opieramy o ten dokument. Nasza placówka ma pierwszy stopień referencyjności, więc nam jest łatwiej, bo mamy najwięcej fizjologicznych ciąż i porodów. Dodatkowo jesteśmy jedynym szpitalem na Śląsku, gdzie my – położne prowadzimy porody samodzielnie.



Fot. Małgorzata Kozłowska

Nie wzywamy lekarza do porodu fizjologicznego, więc taki rodzaj porodu jest bardzo zbliżony do prowadzenia w warunkach domowych. Oczywiście, trudno nazywać szpital domem, jednak nasz blok porodowy jest znany z tego, iż wystrój sal porodowych jest zbliżony do wystroju domowego. Nie mamy tutaj żadnych sprzętów szpitalnych na wierzchu, nie mamy też standardowych łóżek porodowych. Mamy tylko jedno profesjonalne łóżko porodowe, które służy nam czasami do głębszych szyć czy kontroli. Jako pierwsi w kraju zakupiliśmy kanapę porodową i na tej kanapie możemy prowadzić pacjentkę w różnych pozycjach przez cały poród. Kanapa składa się jak klocki czy puzzle. Standard Organizacyjny dał nam bardzo dużo, jesteśmy wdzięczne, że taki dokument prawny powstał i dzięki temu możemy pracować. Tam jest napisane szczegółowo, kto może prowadzić poród, a wiadomo, że jest to i położna, i lekarz ginekolog-położnik. Położna jest odpowiedzialna za fizjologię, a kiedy z fizjologii robi nam się patologia, wtedy wzywamy lekarza. Noworodki po porodzie oraz matki są pod naszą opieką.

Jak rozumiem, Standard Organizacyjny Opieki Okołoporodowej pomógł Państwu wdrożyć różne procedury, w tym kontakt skóra do skóry?

Tak i przede wszystkim dał nam – położnym duże pole do popisu, jeżeli chodzi o samodzielność, o wykazywanie się naszymi umiejętnościami. Poskutkowało to jeszcze jednym chlubnym wyróżnikiem naszej placówki.

Myślę, że mogę zaryzykować stwierdzeniem, że mamy w Polsce pierwsze miejsce, jeżeli chodzi o ochronę krocza przy porodzie, bo my krocza nie nacinamy. Nie wiem, czy ktoś może pochwalić się takimi statystykami. Nie mówię tutaj o szpitalach, które mają drugi czy trzeci stopień referencyjności, bo tam nigdy się tego nie osiągnie ze względu na większą skalę patologii. Natomiast jeśli chodzi o szpitale w kraju, które mają pierwszy stopień referencyjności, śmiało mogę powiedzieć, że jesteśmy na pierwszym miejscu, jeżeli chodzi o ochronę krocza. W 2025 roku, a wywiad przeprowadzamy w lipcu, nacięliśmy krocze tylko jednej pacjentki i to było ściśle ze wskazań medycznych, natomiast w skali roku to są średnio dwie lub trzy pacjentki potrzebujące nacięcia krocza. Od kilkunastu lat udaje nam się zachować taką średnią statystykę.

Wracając do tematu głównego, jakim jest kontakt skóra do skóry po porodzie drogami natury i cięciu cesarskim, czy jako szpital stawiacie sobie kolejne wyzwania w tych kwestiach?

Jeżeli chodzi o porody drogami natury, nie przeskoczmy już tej statystyki, bo na ten moment mamy ją wysoko wyśrubowaną: to 99 %. Na pewno życzymy sobie, aby pacjentki stawiające się u nas do cięcia cesarskiego, przychodziły z partnerami, aby oni mogli kangurować. Nie wszyscy tatusiowie przychodzą na samo cięcie, tym samym kangurowanie w pierwszych minutach życia jest przez to utrudnione. W takiej

sytuacji czekamy, aż mama wyjedzie z sali operacyjnej, aby ona mogła być z dzieckiem w kontakcie skóra do skóry.



Fot. Małgorzata Kozłowska

Czy jest realna zmiana warunków panujących na sali operacyjnej, by umożliwić kontakt skóra do skóry mamy i dziecka na sali operacyjnej po porodzie przez cięcie cesarskie?

Oczywiście! Będziemy próbować coś z tym zrobić w najbliższym półroczu. Natomiast na ten moment toczą się też inne prace remontowe na terenie szpitala. Obecnie remontujemy sale dla pacjentek na oddziale położniczym, a do tego mamy też remont klatki schodowej. Gdybyśmy w tym momencie rozkopali jeszcze salę operacyjną, to byłby dramat. Najpierw skończymy zaczęte remonty, ale myślę, że to kwestia

czasu, aby coś zrobić z tym nawiewem w sali do cięć. Na pewno będziemy dążyć do tego, aby to maleństwo urodzone cięciem cesarskim mogło od razu po porodzie znaleźć się na klatce piersiowej swojej mamy.

Jako stowarzyszenie Tulimy Mamy będziemy bardzo trzymać za to kciuki. Gdyby miała Pani coś poradzić osobom, które chcą usprawnić w swoim szpitalu kontakt skóra do skóry, to co by to było?

Trudno wchodzić w skórę kogoś, kto pracuje w szpitalu o trzecim stopniu referencyjności. Jednak jeżeli miałabym odnieść się do szpitali z pierwszym stopniem referencyjności, gdzie pracują położne odpowiedzialne za procesy fizjologiczne, to pierwsza byłaby rada, że położna powinna w swojej pracy cały czas wysoko stawiać sobie poprzeczki i rozwijać się zawodowo. Akurat kontakt skóra do skóry jest najłatwiejszym elementem porodu fizjologicznego, ponieważ niczego to od nas nie wymaga jako od położnych. Nic. Położenie tylko noworodka na mamie, zabezpieczenie jego

**“Położnych i lekarzy kontakt skóra do skóry
nic nie kosztuje.”**

termoregulacji i tak naprawdę przyglądanie się ich relacji (mama-dziecko). Później naszym zadaniem jest ułatwianie i propagowanie wczesnego karmienia piersią. Oczywiście, o ile pacjentki wyrażają zgodę na karmienie piersią. Jeżeli kobieta nie decyduje się na naturalne karmienie, nie zmuszamy jej do tego,

natomiast rozmawiamy o tym i mówimy o korzyściach. Jeżeli mama wyraża chęć, to instruujemy ją, jak prawidłowo powinna podać piersć. Bardzo rzadko używamy do tego dłoni, bo idea w kontakcie skóra do skóry jest taka, że mama radzi sobie sama przy pomocy naszych komunikatów słownych. Zawsze jako położne jesteśmy do jej dyspozycji i pomagamy położnicy. Ponadto myślę, że kluczowa jest praca zespołowa, żeby cały zespół pracujący w szpitalu chciał danej procedury. Czasem zdarza się tak, że jedna zmiana w szpitalu chce kontaktu skóra do skóry, a druga nie chce. Położnych i lekarzy kontakt skóra do skóry nic nie kosztuje.



Fot. Małgorzata Kozłowska

Jaką widzi Pani największą korzyść wynikającą z kontaktu skóra do skóry?

Nie ma wad. Są tylko i wyłącznie korzyści. Bo jakie mogą być wady tego, że położę dziecko na klatkę piersiową mamy czy przyłożę do jej piersi? Na tym polega macierzyństwo, początki macierzyństwa. Rodzi się mama, kobieta rodzi się matką. To jest jej nowa rola, ma przy sobie noworodka. Nie wiem, czy może być coś łatwiejszego w początkach jej macierzyństwa. Urodziła, dała radę, pokonała ten trud porodu i teraz ma owoc swojej pracy – wielogodzinnej nieraz. To jest ich przestrzeń, ich czas, żeby popatrzyli sobie w oczy, byli razem, żeby nikt im w tym nie przeszkadzał, bo to są jedne z najpiękniejszych chwil, które już nie wrócą w ich życiu. Tu są same korzyści, tu wad nie ma żadnych.

Rozmawiała: Małgorzata Tutko



Katarzyna Jendrysko-Jamrozik – absolwentka Wyższej Szkoły Medycznej w Sosnowcu, specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego, położna od dwudziestu pięciu lat. Związana z Salą Porodową Mysłowickiego Centrum Zdrowia w Mysłowicach od 2012 roku. Ponad 2000 przyjętych porodów.

MYSZKÓW – SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ

**Ranking Maluchy na Brzuchy 2024:
80% złoty medal**

Rozmowa z pielęgniarką, mgr Jadwigą Głąb



Jak w Państwa placówce przebiega kontakt skóra do skóry po porodzie siłami natury i po cięciu cesarskim?

Po porodzie siłami natury noworodka układamy na brzuchu kobiety i czekamy, aż pępowina przestanie tętnić. Po ustaniu tętnienia pępowiny dziecko układamy między piersiami matki na klatce piersiowej. Następnie osuszamy, sprawiamy, że dzieciątku będzie ciepło, czyli okrywamy ciepłymi, nagrzanymi w inkubatorze kocykami, które przynosimy w momencie urodzenia. I pozostawiamy kobietę i noworodka, żeby dzieciątko samo zaczęło przystawiać się do piersi. Najważniejsze, żeby maluch po prostu był z mamą. W tym czasie nie przerywamy ich kontaktu. Oczywiście monitorujemy, musimy mieć też bezpieczeństwo, czyli zakładamy kardiomonitor na rączkę albo na nóżkę. Jeżeli uznajemy, że po pięciu, dziesięciu i piętnastu minutach od porodu wszystko jest w porządku z akcją serca i saturacją dziecka (wiemy, jakie są normy, także nie boimy się tych chwilowych spadków), to pozostawiamy w ciszy i spokoju rodziców razem z maluszkiem.

Ewentualnie później, gdy dzieciątko zacznie już szukać,

pełznąć do piersi, pomagamy, jeżeli mama o to prosi. Cały czas jesteśmy do dyspozycji, delikatnie dopytujemy, sprawdzamy parametry na monitorach.

“Najważniejsze, żeby maluch po prostu był z mamą.”

Natomiast po cięciu cesarskim jest troszeczkę inaczej, ponieważ my nie mamy stanowiska do badania noworodka w sali cięć cesarskich. W związku z tym musimy czekać, aż dzieciątko zostanie wywiezione, przekazane nam z sali operacyjnej. Tam jest oglądane przez lekarza i zanosimy z powrotem do mamy, żeby mama przytuliła się, pocałowała, żeby to dzieciątko chwilę z nią było. Oczywiście, robimy wtedy sesję zdjęciową, nagrywamy filmik, żeby mieli na pamiątkę. Kiedy chwilę nacieszą się sobą, przekazujemy noworodka do kangurowania z tatą, który jest przygotowany i siedzi przed salą operacyjną na fotelu do kangurowania. Do czasu zakończenia operacji dzieciątko jest z tatą i jest pod jego opieką również monitorowane. Po operacji mama zostaje przewieziona do sali rodzinnej, w której mogą być razem we trójkę i cieszyć się sobą. Wtedy przekazujemy noworodka mamie do dalszego kontaktu skóra do skóry, ale już go nie monitorujemy. Najczęściej obserwujemy wtedy, że dziecko jest już gotowe do ssania piersi, bo od porodu upłynął czas od dwudziestu do czterdziestu minut. Pomagamy wówczas w przystawieniu do piersi i pozostawiamy ich oczywiście razem na dwie godziny.

Od kiedy kontakt skóra do skóry jest realizowany w Państwa w placówce w ten sposób?

Zaczęliśmy go wprowadzać, gdy weszło w życie rozporządzenie o Standardzie Opieki Okołoporodowej, czyli w 2012 roku. Natomiast te początki nie wyglądały tak, jak dzisiaj. To wszystko wydarzyło się po tym, jak wszedł drugi Standard Organizacyjny Opieki Okołoporodowej 1 stycznia 2019 roku. Wtedy zostało już bardzo dokładnie opisane, czego należy przestrzegać i jak to ma wyglądać.

Zaczęliśmy przygotowywać się, żeby spełniać wszystkie punkty Standardu, czyli przygotowywać opis:

jak wyglądał ten kontakt, ile trwał, czy go przerwano i z jakiego powodu oraz na czyje polecenie, czy dziecko zaczęło ssać piersć. To wszystko wtedy zaczęło być już opisywane w dokumentacji pielęgniarskiej, bo wszyscy uznali, że jest to ważne. Z każdym rokiem oczywiście coraz bardziej staramy się dostosować do wymogów i może też do życzeń rodziców, bo oni są bardzo świadomi



Fot. archiwum szpitala

tego, że ten kontakt im przysługuje, że chcą go mieć, chcą to dzieciątko mieć na piersi i wymagają tego. My też staramy się dostosować i tym faktem zachęcić pacjentki, żeby wybrały szpital w Myszkowie do porodu.

Jakie były największe wyzwania w czasie, kiedy ten kontakt skóra do skóry był wprowadzany?

Przed wszystkim wyzwaniem była zmiana sposobu myślenia personelu medycznego, bo personel medyczny namiętnie pytał: „Tylko zważymy i zmierzymy. Przecież co się stanie, jak zabierzemy na chwilę? Co się stanie, jak lekarz zbada i oddamy mamie? Wypełnimy sobie dokumenty. Po co z tym wszystkim czekać?”. Trzeba było dużo pracy, tłumaczenia, że to jest ważne, że nie przerywamy, że zabranie dziecka na pomiary nie jest najważniejsze. Pierwsze badanie przecież może odbywać się do dwunastu godzin po urodzeniu. Na wszystko mamy czas.

Wyzwaniem była też oczywiście obawa pracowników, personelu, pielęgniarek i położnych wobec niepokojących sygnałów ze strony dziecka. Oni musieli nauczyć się, że ta pulsoksymetria w pierwszych minutach jest niższa i że to jest dobrze, że nic się nie dzieje, że nie trzeba natychmiast interweniować, przerywać tego, że to wszystko wymaga czasu, cierpliwości, spokoju.

**“Pierwsze badanie przecież może odbywać się
do dwunastu godzin po urodzeniu.
Na wszystko mamy czas.”**

A jakie strategie i narzędzia pomogły Państwu wprowadzić kontakt skóra do skóry? Wspomniała Pani, że zaczęliście Państwo bardzo pilnować dokumentacji medycznej, zapisów na ten temat. Czy dodałaby Pani jeszcze coś w tym kontekście?

Przede wszystkim edukacja personelu. Poza tym stwierdziliśmy też, że trzeba edukować pacjentki, żeby one wiedziały, co mogą u nas mieć, czego mogą chcieć, że ten kontakt skóra do skóry jest dla nich też ważny. Stworzyliśmy Szkołę Rodzenia „Koala”, która



Fot. archiwum szpitala

u nas od lat bardzo fajnie funkcjonuje. Mamy około dziewięćdziesiąt par rocznie w Szkole Rodzenia, co jak na szpital powiatowy, uważam, jest bardzo dużo. Kobiety po naszej szkole rodzenia czy innych szkołach dostępnych lokalnie przychodzą do naszej placówki już świadome, one wiedzą, że mogą wymagać od nas kontaktu skóra do skóry i że my powinniśmy spełnić te życzenia, nie zabierać maluszka.

Poza tym zorganizowaliśmy Salę Porodów Rodzinnych z wanną, pięknymi tapetami, aromaterapią i muzykoterapią. Ta sala też nam bardzo pomogła, bo panują w niej takie ciepło i intymność. Dbamy także o prywatność, czyli po prostu zamykamy drzwi na Sali Porodów Rodzinnych.



Fot. archiwum szpitala

Czy w obszarze realizacji kontaktu skóra do skóry stawiacie sobie Państwo jakieś kolejne wyzwania? Jeśli tak, to co by to było, co chcielibyście robić lepiej?

Właśnie cały czas zastanawiamy się, co możemy usprawnić. I tutaj w ostatnim czasie wypłynęło to, że możemy zmodyfikować kontakt skóra do skóry po cięciu cesarskim. Chcielibyśmy pozostawić

dziecko na piersiach mamy w czasie operacji, czyli wydłużyć ten czas ich kontaktu do dziesięciu minut, następnie przetransportować noworodka na oględziny, a potem, tak, jak mówiłam wcześniej, na kangurowanie do taty. Oczywiście, po operacji dzieciątko trafiłoby z powrotem do mamy, bo wtedy emocje opadają i zawsze są łzy szczęścia. A do tego dzieciątko na piersi, wspaniała sprawa. I to chcemy zmienić, więc będziemy dążyć w tym kierunku.

Bardzo cieszą te słowa, bo w Polsce niestety jeszcze jest niewiele szpitali, które realizują pierwszy kontakt mamy i dziecka już na sali operacyjnej. Trzymamy kciuki, żeby to było bardziej powszechne. Mam jeszcze pytanie, czy gdyby miała Pani udzielić jakiejś porady osobom, które chcą podnieść w swoich szpitalach jakość kontaktu skóra do skóry, to co by to było?

Przede wszystkim nie spieszyć się z wykonaniem procedur medycznych i badaniem lekarskim. Jeżeli dziecko rodzi się w stanie ogólnym dobrym, to czekamy z wykonaniem wszystkiego. Mamy na to czas. Mamy na to całe dwanaście godzin, żebyśmy mogli zmierzyć, zważyć, wykonać szczepienia czy testy pulsoksymetryczne.

Należy dać chwilę rodzicom, tej rodzinie. Matka nigdy nie jest sama, przeważnie rodzi w asyście męża, partnera lub kogoś z rodziny, bo to też wiadomo, że mężowie mogą nie zdążyć na poród. Poczekać, dać im chwilę, zapewnić im ten minimum dwugodzinny czas

po porodzie przepływający w atmosferze intymności i miłości. Po prostu nie przeszkadzać. Życzylibyśmy sobie, żeby tak było również u innych, bo słuchamy opinii i czasami te oceny innych szpitali są nefajne.

“Prosta zasada: nie przeszkadzać, zostawić w spokoju, będzie dobrze.”

Zatem to naprawdę nie są skomplikowane rzeczy, prawda? Wydaje się, że jest to prosta zasada: „Nie przeszkadzać”.

Prosta zasada: nie przeszkadzać, zostawić w spokoju, będzie dobrze. Jednak jednocześnie prowadzić nadzór i monitorowanie sytuacji, żeby wychwycić w porę coś niepokojącego.

A gdyby miała Pani wskazać największą zaletę z kontaktu skóra do skóry, to co by to było z Pani obserwacji?

Trudno wybrać tę największą zaletę. Myślę, że kontakt skóra do skóry przede wszystkim pozwala na zbudowanie więzi matka-dziecko. To jest istotne, bo to jest baza na całe życie. Poza tym kontakt zmniejsza stres u matki, a zarazem stres u noworodka. Ponadto noworodek na skórze jest grzany przez mamę, więc jest naturalna termoregulacja, a po chwili sam próbuje przystawić się do piersi. A kiedy dziecko ssie pierś, macica kobiety prawidłowo obkurcza się po porodzie.

“Kontakt skóra do skóry to wielopoziomowa i wielokierunkowa korzyść.”

Te korzyści są z każdej strony, więc nie wiem, czy możemy mówić o jednej. Kontakt skóra do skóry to wielopoziomowa i wielokierunkowa korzyść. Na pewno warto, żeby to realizować. Nikogo to nic nie kosztuje, należy to po prostu zapewnić i nie przeszkadzać.

Rozmawiała: Anna Kwiatek-Kucharska



Fot. archiwum szpitala



mgr Jadwiga Głab – pielęgniarka dyplomowana, od 2002 roku pełni funkcję oddziałową Oddziału Neonatologii w SP ZOZ w Myszkowie. Specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego. Aktywnie uczestniczy w szkoleniach i konferencjach z zakresu opieki nad noworodkiem. W pracy szczególną uwagę przywiązuje do edukacji rodziców i wspierania kontaktu skóra do skóry.

KONTAKT SKÓRA DO SKÓRY W ŚWIETLE DOWODÓW NAUKOWYCH

Co to jest kontakt skóra do skóry?

W Polsce kontaktem skóra do skóry nazywamy położenie nagiego noworodka na brzuchu lub piersi matki tuż po jego urodzeniu, w trakcie porodu. Ten artykuł dotyczy przede wszystkim właśnie kontaktu skóra do skóry w porodzie, ale możliwe jest korzystanie z tej formy opieki nad dzieckiem także po porodzie.

Kontakt skóra do skóry w czasie porodu to praktyka wpisana do Standardu Organizacyjnego Opieki Okołoporodowej (1), w którym znajdujemy następujący zapis:

„bezpośrednio po urodzeniu należy umożliwić dziecku nieprzerwany kontakt z matką >>skóra do skóry<<, trwający dwie godziny po porodzie.

W tym czasie należy zachęcać matkę do rozpoznania momentu, kiedy dziecko jest gotowe do ssania piersi, a także obserwować matkę i dziecko, kontrolując cechy dobrego przystawienia i pozycji przy piersi, a w razie potrzeby zaoferować pomoc. Kontakt ten może być przerwany wyłącznie w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka, odnotowanego w dokumentacji medycznej.”

Rekomendację rutynowego stosowania kontaktu skóra do skóry zawierają także aktualne zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dotyczące opieki okołoporodowej. Czytamy w nich, że kontakt skóra do skóry powinien być rutynowym elementem opieki dla zdrowych matek i zdrowych noworodków oraz, że nie należy rozdzielać matki i dziecka (2).

Dlaczego kontakt skóra do skóry jest tak ważny?

Aktualna wiedza z dziedzin fizjologii i medycyny oraz psychologii wskazuje, że po porodzie kobieta i dziecko nie powinni być traktowani jak osobne jednostki, ale jak diada – dwie osoby tak ściśle ze sobą związane, że ich zdrowie i dobrostan zależą od wzajemnego kontaktu. Obserwacje ssaków, do których zalicza się człowiek, wskazują na to, że bliski kontakt fizyczny matki i dziecka jest naturalnym elementem porodu (3). Znamy już także mechanizmy hormonalne wspierające dobrostan matki i dziecka oraz fakt, że karmienie piersią jest zależne od tego kontaktu. To dlatego w XXI wieku kontakt skóra do skóry powinien być standardem.

Jakie korzyści daje kontakt skóra do skóry?

Ponieważ kontakt skóra do skóry jest naturalną częścią porodu, wspiera fizjologiczne procesy zarówno u kobiety, jak i u dziecka. Warto to wykorzystać nawet, jeśli poród nie jest w pełni naturalny albo odbył się drogą cesarskiego cięcia. Korzyści z kontaktu skóra do skóry są uniwersalne i procentują w dłuższej perspektywie czasowej u wszystkich matek i dzieci.

Korzyści dla kobiety:

- wsparcie urodzenia łożyska (4–6),
- mniejsze ryzyko krwotoku (4,6),
- łatwiejszy start karmienia piersią, a więc większe szanse na realizację celów laktacyjnych kobiety, jeśli zamierza ona karmić piersią (5,7–9),
- poczucie kontroli i zapewniania opieki dziecku (10),
- większa satysfakcja z porodu (11),
- lepszy nastrój w pierwszych dniach i tygodniach po porodzie (12,13).

Korzyści dla noworodka:

- mniejszy stres (14),
- lepsza kontrola temperatury (5,15),
- łatwiejszy start w jedzeniu z piersi (5,7–9),
- kolonizacja bakteriami matki (16),
- wsparcie rozwoju ośrodkowego układu nerwowego noworodka przez stymulację i bliskość rodzica (14).

Budowanie więzi między matką a dzieckiem to złożony proces i wpływa na niego wiele czynników. Jednak istniejące dowody naukowe wskazują, że kontakt skóra do skóry w czasie porodu może pomóc obojgu budować relację (17).

Jakie są największe bariery dla kontaktu skóra do skóry?

Sytuacje zagrożenia zdrowia lub życia, w których korzystniejsze niż zapewnienie kontaktu skóra do skóry jest podjęcie interwencji medycznych, są rzadkie.

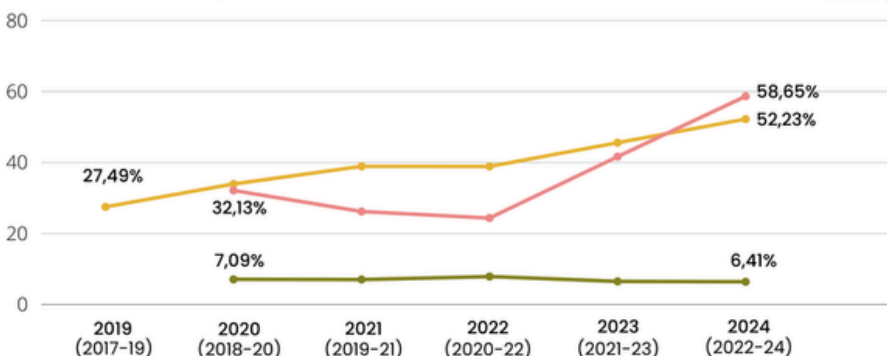
Większość kobiet i dzieci w Polsce ma kontakt skóra do skóry, ale często jest on krótszy niż powinien. Najczęściej kontakt jest przerywany w celu ważenia i mierzenia dziecka (18). Tymczasem te rutynowe czynności zgodnie z prawem powinny być wykonane już po zakończeniu pierwszego kontaktu.

Według badaczek i badaczy, aby zapewnić realizację kontaktu skóra do skóry, powinien on być chroniony przez procedury oparte na dowodach naukowych, które są respektowane przez personel (16).

Dlatego powstaje Ranking "Maluchy na brzuchy". Czytamy odpowiedzi kobiet dotyczące kontaktu w ankiecie „Głos matek” prowadzonej przez Fundację Rodzić po Ludzku. Co roku na początku września publikujemy listę placówek, które najlepiej realizują prawo do kontaktu skóra do skóry w czasie porodu drogami natury i w czasie cesarskiego cięcia.

Ranking Maluchy Na Brzuchy 2024

- średnia realizacji kontaktu STS w porodach drogami natury
- średnia realizacji kontaktu STS po cięciach cesarskich
- średnia realizacji kanguruwania przez os. bliską po cięciach



Realizowanie prawa do kontaktu skóra do skóry i realizowanie kanguruwania w poszczególnych latach (w %), w nawiasach podany lata, w których rodzili ankietowane kobiety.

Kontakt skóra do skóry nie tylko w czasie porodu i nie tylko z matką

Opieka nad noworodkiem i niemowlęciem, której podstawą jest kontakt skóra do skóry w kolejnych godzinach, dniach i tygodniach, to nic innego jak kangurowanie. Kangaroo Mother Care – Opieka Matki przez Kangurowanie – to metoda opisana szczegółowo przez WHO (19). Pierwotnie została zaproponowana jako model opieki nad wcześniakami i powinna być podstawą opieki nad dziećmi przedwcześnie urodzonymi i z niską wagą urodzeniową w szpitalach. Dzisiaj wiemy już, że kontakt skóra do skóry z mamą, tatą lub inną bliską osobą jest korzystny dla wszystkich dzieci. Spędzanie czasu w kontakcie skóra do skóry w położu i później jest korzystne dla wszystkich kobiet i dzieci. Również kontakt skóra do skóry między dzieckiem a ojcem przynosi korzyści zarówno dzieciom, jak i rodzicom od pierwszych dni po porodzie (20,21).

Opracowała: Anna Kwiatek-Kucharska

Źródła:

1. Ministerstwo Zdrowia. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej [Internet]. 2018 [cytowane 7 września 2020].

Dostępne na:

<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001756/O/D20181756.pdf>

2. Fundacja Rodzić po Ludzku [Internet]. 2020 [cytowane 3 maja 2024]. Zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia: Opieka okołoporodowa wspierająca poród jako doświadczenie pozytywne.

Dostępne na: <https://rodzicpoludzku.pl/baza-wiedzy/wiedza-o-porodzie-baza-wiedzy/zalecenia-swiatowej-organizacji-zdrowia-opieka-okoloporodowa-porod/>

3. Goer H., Romano A. Optimal Care in Childbirth: The Case for a Physiologic Approach, Pinter & Martin Limited; 2013. s. 407.

4. KARIMI FZ, HEIDARIAN MIRI H., SALEHIAN M., KHADIVZADEH T., BAKHSHI M. The Effect of Mother-Infant Skin to Skin Contact after Birth on Third Stage of Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis. Iran J Public Health. kwiecień 2019;48(4):612–20.

5. Marín Gabriel M., Llana Martín I, López Escobar A, Fernández Villalba E, Romero Blanco I, Touza Pol P. Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. Acta Paediatrica. 2010;99(11):1630–4.

6. Essa R.M., Ismail NIAA. Effect of early maternal/newborn skin-to-skin contact after birth on the duration of third stage of labor and initiation of breastfeeding. Journal of Nursing Education and Practice. 2 lutego 2015;5(4):98.

7. Moore E.R., Bergman N., Anderson G.C., Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2016 [cytowane 7 września 2020];(11). Dostępne na: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub4/full>

- 8. Aghdas K., Talat K., Sepideh B.** Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: a randomised control trial. *Women Birth*. marzec 2014;27(1):37–40.
- 9.** Evidence for the ten steps to successful breastfeeding [Internet]. [cytowane 30 maja 2024]. Dostępne na: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9241591544>
- 10. Deys L., Wilson V., Meedya S.** What are women's experiences of immediate skin-to-skin contact at caesarean section birth? An integrative literature review. *Midwifery*. 1 październik 2021;101:103063.
- 11. Kahalon R., Preis H., Benyamini Y.** Who benefits most from skin-to-skin mother-infant contact after birth? Survey findings on skin-to-skin and birth satisfaction by mode of birth. *Midwifery*. 1 stycznia 2021;92:102862.
- 12. Bigelow A., Power M., MacLellan-Peters J., Alex M., McDonald C.** Effect of mother/infant skin-to-skin contact on postpartum depressive symptoms and maternal physiological stress. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2012;41(3):369–82.
- 13. Handlin L., Jonas W., Petersson M., Ejdebäck M., Ransjö-Arvidson A.B., Nissen E., i in.** Effects of sucking and skin-to-skin contact on maternal ACTH and cortisol levels during the second day postpartum-influence of epidural analgesia and oxytocin in the perinatal period. *Breastfeed Med*. grudzień 2009;4(4):207–20.
- 14. Ionio C., Ciuffo G., Landoni M.** Parent-Infant Skin-to-Skin Contact and Stress Regulation: A Systematic Review of the Literature. *Int J Environ Res Public Health*. 28 kwietnia 2021;18(9):4695.
- 15. Safari K., Saeed A.A., Hasan S.S., Moghaddam-Banaem L.** The effect of mother and newborn early skin-to-skin contact on initiation of breastfeeding, newborn temperature and duration of third stage of labor. *International Breastfeeding Journal*. 16 lipca 2018;13(1):32.
- 16. Widström A.M., Brimdyr K., Svensson K., Cadwell K., Nissen E.** Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica*. 2019;108(7):1192–204.

17. Bystrova K., Ivanova V., Edhborg M., Matthiesen A.S., Ransjö-Arvidson A.B., Mukhamedrakhimov R., i in. Early Contact versus Separation: Effects on Mother–Infant Interaction One Year Later. *Birth*. 2009;36(2):97–109.

18. Adamska-Sala I., Baranowska B., Doroszevska A., Piekarek M., Pietrusiewicz J. Fundacja Rodzić po Ludzku. 2018 [cytowane 18 października 2022]. Raport z monitoringu oddziałów położniczych. Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle doświadczeń kobiet. Dostępne na: <https://rodzicpoludzku.pl/raporty/raport-z-monitoringu-oddzialow-poloznicznych-opieka-okoloporodowa-w-polsce-w-swietle-doswiadczen-kobiet/>

19. WHO [Internet]. World Health Organization; [cytowane 29 marca 2020]. WHO | Kangaroo mother care: a practical guide. Dostępne na: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590351/en/

20. Chen EM, Gau ML, Liu CY, Lee TY. Effects of Father–Neonate Skin-to–Skin Contact on Attachment: A Randomized Controlled Trial. *Nurs Res Pract*. 2017;2017:8612024.

21. Shorey S., He HG, Morelius E. Skin-to-skin contact by fathers and the impact on infant and paternal outcomes: an integrative review. *Midwifery*. wrzesień 2016;40:207–17.

POSŁOWIE

Z przeprowadzonych przez nas rozmów wynika, że zmiana praktyki na wspierającą kontakt skóra do skóry jest możliwa w każdym szpitalu, niezależnie od stopnia referencyjności. Kluczowymi czynnikami w tej transformacji są wiedza na temat kontaktu skóra do skóry i korzyści, jakie on niesie oraz zaangażowanie i współpraca personelu realizującego opiekę. Nasze rozmówczynie i rozmówcy zgodnie podkreślają, że w XXI wieku, w świetle współczesnej wiedzy, wsparcie kontaktu skóra do skóry jest niezbędnym elementem opieki okołoporodowej.

Większość naszych ekspertów wskazała, że wprowadzenie w Polsce w latach 2012 i 2019 rozporządzeń w sprawie standardów opieki okołoporodowej stanowiło dla nich bazę do transformacji opieki w ich placówkach. Natomiast tam, gdzie kontakt skóra do skóry był już prowadzony, standardy dały dodatkowe wsparcie tej praktyki. W rozmowach wybrzmiała też rola edukacji kobiet i ich bliskich na temat kontaktu skóra do skóry oraz praw kobiet rodzących ogólnie. Podnoszenie jakości opieki w oparciu o zapisy Standardu Organizacyjnego Opieki Okołoporodowej i praw pacjenta to jedno, natomiast przy staraniach o najlepsze rezultaty istotne jest też świadome stawianie wymagań personelowi medycznemu przez rodziców i opiekunów.

Z zebranych przez nas rozmów płynie także jasne przesłanie: kontakt skóra do skóry w porodzie należy do ludzkiej fizjologii, wspiera zdrowie oraz dobrostan kobiet i dzieci, ale też łączy rodziny na poziomie wykraczającym poza opiekę zdrowotną. Dlatego też ten wyjątkowy czas powinien być chroniony, a odbieranie go kobietom, dzieciom i ich rodzinom jest po prostu nieetyczne. W sytuacjach, kiedy kontakt skóra do skóry jest niemożliwy lub musiał zostać przerwany, można i należy umożliwić go tak szybko, jak to będzie możliwe. Przerwanie tego kontaktu zawsze powinno być wyjątkową sytuacją, w której korzyści z interwencji przeważają nad ryzykiem związanym z uniemożliwieniem kobiecie i dziecku kontaktu skóra do skóry. Rutynowe badania i procedury mogą poczekać.

Osoby, którym zależy na poprawie wsparcia kontaktu skóra do skóry w porodzie, powinny przyjrzeć się barierom, jakie występują obecnie w realizacji prawa do tego kontaktu oraz szukać rozwiązań na miarę sytuacji w danej placówce. Przykłady praktyk przytaczane przez specjalistki i specjalistów zgromadzone w tym e-booku mogą pomóc przeprowadzić zmianę z zachowaniem poczucia bezpieczeństwa zarówno personelu, jak i rodzących kobiet i ich rodzin.

Kontakt skóra do skóry jest „procedurą” bezkosztową. Wymaga jedynie cierpliwości ze strony personelu i dostosowania opieki tak, aby to kobieta i dziecko oraz ich kontakt były w centrum.

Członkinie Stowarzyszenia Tulimy Mamy

Sprawdź nasze inne projekty:



Akademia Tulimy Mamy – portal edukacyjny dla kobiet w ciąży i po porodzie oraz ich rodzin.

Aplikacja – porady online w aplikacji: położna, fizjoterapeutka uroginekologiczna, doradczyni laktacyjni oraz doula.



Eventy – wspierające wydarzenia dla kobiet. Wypoczynek i edukacja pod okiem doświadczonych specjalistek okołoporodowych.