

Jacek POPLATEK, Jarosław BĄKOWSKI
Politechnika Gdańska
Wydział Architektury

HUMANIZACJA TRAKTU PORODOWEGO – TEORIA I PRAKTYKA

Streszczenie. Powszechny w latach osiemdziesiątych XX wieku zmedykalizowany model porodu podlega stopniowej humanizacji. Artykuł omawia współczesne tendencje w podejściu do porodu i ich wpływ na układ funkcjonalno-przestrzenny traktu porodowego. Przedstawia najważniejsze wymagania stawiane obecnie traktom porodowym. Na podstawie przykładów rozwiązań realizacyjnych i projektowych przedstawia problematykę modernizacji zespołów porodowych w Polsce.

Słowa kluczowe: trakt porodowy, architektura szpitali, architektura obiektów służby zdrowia, projektowanie szpitali, modernizacja szpitali.

LABOUR WARD HUMANIZATION – THEORY AND PRACTICE

Summary. The medicalized model of labour, common in the 1980's, has been undergoing gradual humanization. This article examines modern tendencies in the approach to labour, as well as their influence on the spatio-functional arrangement of labour wards. It also elaborates on the most important conditions presently applying to labour wards. Furthermore, it analyses the issue of the modernization of labour complexes in Poland, based on the examples of selected realizations and designs.

Keywords: labour ward, hospital architecture, health care facility architecture, hospital design, hospital modernization.

1. Medykalizacja porodu

W XX wieku położnictwo stało się nowoczesnym działem medycyny. Zaawansowane technicznie zaplecze diagnostyczne oraz specjalistyczne kwalifikacje lekarzy pozwalały na planowanie najbardziej racjonalnego porodu, przy jednoczesnym eliminowaniu zagrożeń wynikających z nieprawidłowej ciąży i stanu zdrowia rodzącej. W drugiej połowie ubiegłego stulecia większość porodów w krajach europejskich odbywała się w szpitalach, a od lat siedemdziesiątych niemal wszystkie. Doprowadziło to do instrumentalnego traktowania rodzącej (poród sterowany) i ukształtowania się medyczno-technokratycznego modelu

położnictwa. Medykalizacja porodu stała się faktem w krajach rozwiniętych na całym świecie. Marsden Wagner, konsultant Światowej Organizacji Zdrowia ds. położnictwa i opieki nad matką i dzieckiem, zdefiniował cechy porodu zmedykalizowanego, w tym te najważniejsze¹:

- Rodząca znajduje się w obcym środowisku wśród nieznanymi ludzi, poddana procedurom, których celu nie rozumie. Jej indywidualne potrzeby, uwarunkowania rodzinne, kulturowe i sytuacja osobista nie są brane pod uwagę.
- Personel medyczny zakłada niekompetencję kobiet i niemożność podejmowania przez nie decyzji o przebiegu porodu i kontakcie z dzieckiem.
- Kontrolę nad porodem przejmuje lekarz lub położna. Oznacza to dostosowanie tempa i czasu trwania porodu do standardów wypracowanych przez personel danego szpitala.
- Ograniczony jest kontakt matki z dzieckiem.

Medykalizacja porodu znalazła odzwierciedlenie w projektowanych ówczesnie zespołach porodowych. Trakt porodowy stanowił wyizolowaną, zabiegową część oddziału położniczego, gdzie rodząca podlegała procesowi „medycznej obróbki”. Mąż i inne bliskie osoby od czasu pozostawienia rodzącej w szpitalu przez kilka dni nie mogli zobaczyć ani młodej matki, ani narodzonego dziecka. Reakcją na taki stan rzeczy było powstanie w Europie Zachodniej w latach osiemdziesiątych XX wieku ruchów społecznych na rzecz humanizacji porodu, do których dołączyły międzynarodowe organizacje zajmujące się opieką zdrowotną. Profesjonalne zmiany w położnictwie zapoczątkował opublikowany w 1985 roku raport Światowej Organizacji Zdrowia „Właściwe techniki porodowe”, w którym podkreślano prawo kobiet do odpowiedniej formy opieki okołoporodowej oraz przedstawiono zalecenia (medyczne, psychologiczne, socjologiczne) na rzecz humanizacji porodu i prawidłowej opieki perinatalnej.

2. Idea porodu współcześnie

Obecnie kobiety rodzące i położnice mogą korzystać z wielu udogodnień podczas pobytu w szpitalu:

Kobieta decyduje, jak urodzi swoje dziecko. Poród aktywny przywraca kobiecie naturalną, biologiczną zdolność do urodzenia dziecka, polegającą zarówno na fizycznej aktywności, jak i uczestniczeniu rodzącej w podejmowaniu decyzji na podstawie wiary we własne siły i intuicji. Kobieta może współdecydować o technice porodu, tj. o przyjmowaniu optymalnej pozycji porodowej lub o porodzie w immersji wodnej. Aktywność rodzącej

¹ M. Wagner: Fish can't see the water: the need to humanize birth. „Int. J. Gynecol. „Obstet”., vol. 75, Supplement 1, 2001, p. 25–37.

skutecznie zmniejsza zakres ingerencji analgetycznej oraz zabiegowej i może być wspierana niefarmakologicznymi zabiegami, takimi jak masaż, homeopatia, hydroterapia.

Poród jest wydarzeniem intymnym. Urodzenie dziecka to jedno z najważniejszych wydarzeń w życiu kobiety. Należy do sfery intymnej i jest głęboko przeżywane. Dlatego niezbędne jest zapewnienie kobiecie psychicznego komfortu, atmosfery intymności i prywatności, a także odpowiednich warunków do wypoczynku po trudach porodu i do kontaktów z personelem medycznym. Tych warunków nie spełniały powszechne jeszcze kilkanaście lat temu wieloosobowe sale porodowe, gdzie kobiety w czasie obchodu leżały w pozycji na wznak i były poddawane obserwacji szerokiego gremium medycznego.

Poród to wydarzenie rodzinne. Od około dwóch dekad jesteśmy świadkami przemiany kulturowej w postrzeganiu narodzin. Z wydarzenia medycznego stają się one także wydarzeniem rodzinnym. Zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia poród rodzinny to poród odbywający się:

- z niewielką ingerencją ze strony personelu medycznego i aparatury;
- z zapewnieniem intymności oraz bliskości osób zyczliwych (męża);
- ze stałą obecnością matki i dziecka (tzw. rooming-in).

W ważnym, ale równocześnie trudnym dla kobiety momencie porodu obecność kogoś bliskiego jest szczególnie ważna. W obcym, szpitalnym środowisku korzystnie wpływa na samopoczucie rodzącej i zmniejsza stres, a tym samym ułatwia poród. Wspólny poród zwiększa także zaangażowanie obojga małżonków w przywiązanie do dziecka i w jego wychowanie, a u ojca pobudza wytwarzanie postawy opiekuńczej. Czynny udział ojca przy porodzie wymaga zapoznania go z przebiegiem ciąży i porodu. Z tego powodu poród rodzinny powinien być poprzedzony wspólnym uczestnictwem ciężarnej i przyszłego ojca w szkole rodzenia, gdzie pary biorą udział w profesjonalnie przygotowanych zajęciach teoretycznych i ćwiczeniach praktycznych.

Zdrowy noworodek powinien przebywać z matką. Szpital powinien ułatwić nawiązanie więzi między matką a noworodkiem poprzez ich stałą obecność – o ile na to pozwala stan zdrowia obojga – od chwili urodzenia przez cały czas pobytu na trakcie porodowym i oddziale położniczym. W opinii neonatologów bezpośredni i stały kontakt matki i noworodka po porodzie pozwala na zachowanie równowagi biologicznej i immunologicznej pomiędzy nimi i ma ogromne znaczenie dla późniejszego rozwoju dziecka. Prowadzenie obserwacji zdrowego noworodka nie uzasadnia oddzielenia go od matki. Jednakże, biorąc pod uwagę powyższe, nie można zapominać o zapewnieniu matce wypoczynku i regeneracji po wyczerpującym porodzie. Wypoczynek matki związany jest z długością pobytu w szpitalu po porodzie. W ostatnich dziesięcioleciach uległ on skróceniu z dwóch zasadniczych powodów: społecznego (tendencja do demedycyzacji porodu, czyli unikania zbędnych działań w szpitalach) oraz ekonomicznego (minimalizacja kosztów pobytu w szpitalu). Badania wykazują, że krótszy okres hospitalizacji nie przynosi ujemnych skutków dla matki i dziecka. Jednak trzeba pamiętać, że matka, przebywając w szpitalu, ma zapewnioną opiekę i

możliwość wypoczynku. W szpitalu do dyspozycji są położne, które służą pomocą i radą. Kobieta właśnie tu może nauczyć się prawidłowej opieki i codziennej pielęgnacji noworodka.

3. Wymagania stawiane współczesnym traktom porodowym

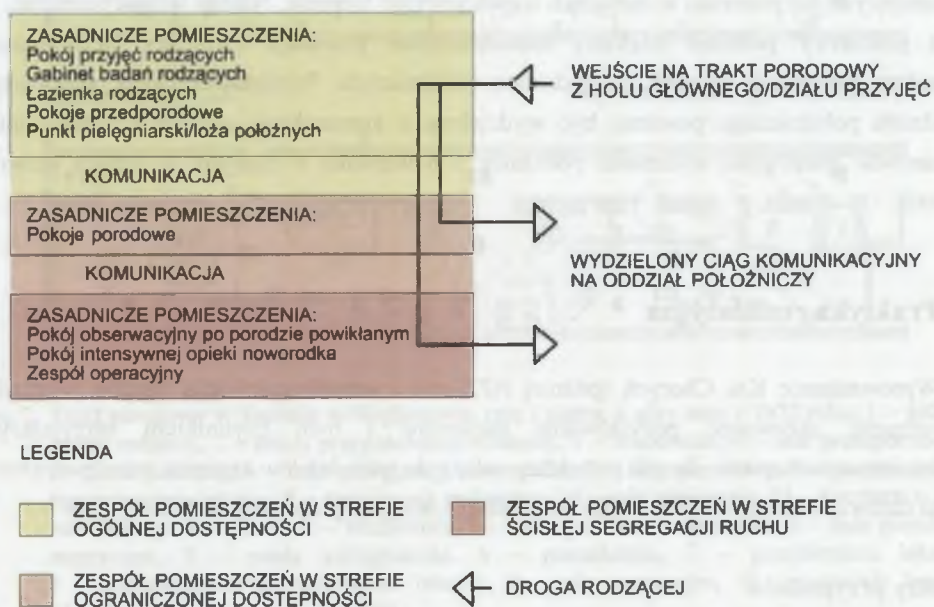
Do zasadniczych pomieszczeń w zespole porodowym należą sale porodowe. Pomimo że obowiązujące przepisy pozwalają na stosowanie wielostanowiskowych sal porodowych, zasadne jest odejście od takiego rozwiązania na korzyść indywidualnych pokoi porodowych. Indywidualne sale porodowe zapewniają kobiecie poczucie intymności i pozwalają na prowadzenie porodów rodzinnych. Ważna jest dbałość o właściwy dobór materiałów wykończenia wnętrza, kolor i akustykę. Modyfikując środowisko narodzin, należy zapewnić kobiecie warunki do odbycia porodu aktywnego. Pokoje porodowe, ich powierzchnia i wyposażenie, powinny pozwolić rodzącej na możliwość swobodnego ruchu, relaksu poprzez ćwiczenia fizyczne, na przyjmowanie dowolnych pozycji porodowych, w tym porodu lub relaksu w immersji wodnej. Przynajmniej jeden pokój w zespole porodowym powinien być przystosowany do porodu w wodzie. Pokoje porodowe powinny być wyposażone w stanowiska pielęgnacji noworodka. Wskazane jest, aby resuscytacja noworodka (ze względów psychologicznych – ochrona położnicy) odbywała się w osobnym pomieszczeniu, usytuowanym w sąsiedztwie pokoi porodowych. Z punktu widzenia profilaktyki zakażeń wewnątrzszpitalnych największe bezpieczeństwo zapewnia traktowanie każdej rodzącej jako potencjalnie zakaźnej. Zaletą indywidualnych pokoi porodowych jest minimalizowanie zagrożenia przeniesienia infekcji od jednej pacjentki do drugiej oraz poprawa warunków higieniczno-sanitarnych i aseptyki działu porodowego.

Po porodzie opiekę nad położnicą przejmuje oddział położniczy. Pokoje typu rooming-in wyposażone są w łóżeczka i stanowiska do pielęgnacji noworodka. W szpitalach w Europie Zachodniej uwidacznia się tendencja do rodzinnego traktowania położnictwa. Ostatnio coraz modniejszy staje się termin „bonding”, polegający na przystosowaniu pokoi do przebywania rodzin, tj. matki, noworodka oraz ojca. Pojawiają się rozwiązania pokoi podobnych do hotelowych, z osobnymi łózkami dla matki i ojca, a nawet z łózkami małżeńskimi (szpitale Karolinen-Hospital Huesten w Arnsberg, Danderyd w Sztokholmie).

W programie funkcjonalno-przestrzennym traktu porodowego niezbędny jest zespół operacyjny, umożliwiający podjęcie natychmiastowej interwencji chirurgicznej. Natychmiastowa interwencja może mieć decydujące znaczenie dla zdrowia rodzącej i noworodka (zwłoka może spowodować niedotlenienie płodu, powodujące nieodwracalne konsekwencje na całe życie). Interwencje operacyjne odbywające się na trakcie porodowym (cesarskie cięcia) należą do inwazyjnych zabiegów chirurgicznych i powinny być traktowane jak inne zabiegi inwazyjne odbywające się w szpitalnych zespołach operacyjnych. Stąd dla

zespołu operacyjnego na trakcie porodowym należy przyjmować takie same kryteria i założenia do projektowania, jak dla szpitalnych działów operacyjnych.

Otwarcie działu porodowego dla osób trzecich (odwiedzający, mąż, rodzina) może powodować zagrożenie infekcjami dla rodzących, położnic i noworodków. W celu ochrony zdrowia rodzącej i noworodka przy projektowaniu traktu porodowego właściwym rozwiązaniem powinno być – przy założeniu postępowego ciągu funkcji – wprowadzenie strefowania komunikacji, tj. ograniczeń dostępu do poszczególnych pomieszczeń zespołu porodowego, co pokazano na rys. 1:



Rys. 1. Schemat dostępności pomieszczeń traktu porodowego i drogi rodzącej
Fig. 1. Scheme of accessibility of rooms within labour ward and parturient track

Rodząca i personel medyczny z założenia mają dostęp do wszystkich pomieszczeń, odwiedzający tylko do pierwszych dwóch grup pomieszczeń. Wprowadzenie osób trzecich (odwiedzających) poza granicę pokoi porodowych, w strefę pomieszczeń zabiegowych i nadzoru aparaturowego oraz wydzielonej komunikacji z oddziałem położniczym, powinno być eliminowane.

Pochodną postępu w medycynie jest skracanie się średniego czasu pobytu pacjenta w szpitalu. Działy szpitala coraz bardziej zmieniają swój charakter i zwracają się w kierunku działów diagnostyczno-zabiegowych. Maleje powierzchnia oddziałów pielęgnacji chorych, rośnie powierzchnia i liczba działów diagnostyczno-zabiegowych. Współczesny trakt

porodowy staje się zespołem o rozbudowanym programie funkcjonalno-przestrzennym, zajmującym znaczną powierzchnię i obecnie zmierza do przekształcenia się w samodzielny dział szpitala. Samodzielność zespołu porodowego wpływa na większą swobodę w jego usytuowaniu w strukturze szpitala. W programie funkcjonalnym traktu porodowego występują pomieszczenia o wysokich wymaganiach technologiczno-instalacyjnych (zespół operacyjny, sale porodowe). Lokalizacja traktu porodowego w zespole pomieszczeń diagnostyczno-zabiegowych stwarza mu podobne warunki techniczne i higieniczno-sanitarne, jak dla działów zabiegowych (wyposażenie instalacyjne, wysokości pomieszczeń). Usytuowanie traktu porodowego w strefie działów diagnostyczno-zabiegowych lub na granicy działów diagnostyczno-zabiegowych i łóżkowych jest logiczną konsekwencją dokonujących się przemian w metodach współczesnego leczenia. Należy jednak pamiętać, że trakt porodowy pomimo większej samodzielności pozostaje związany funkcjonalnie z działem pielęgnacji chorych, tj. oddziałem położniczym. Powiązanie działu porodowego i oddziału położniczego powinno być wydzielone z komunikacji ogólnej szpitala i musi eliminować możliwość styczności położnicy i noworodka z chorymi z innych działów szpitala.

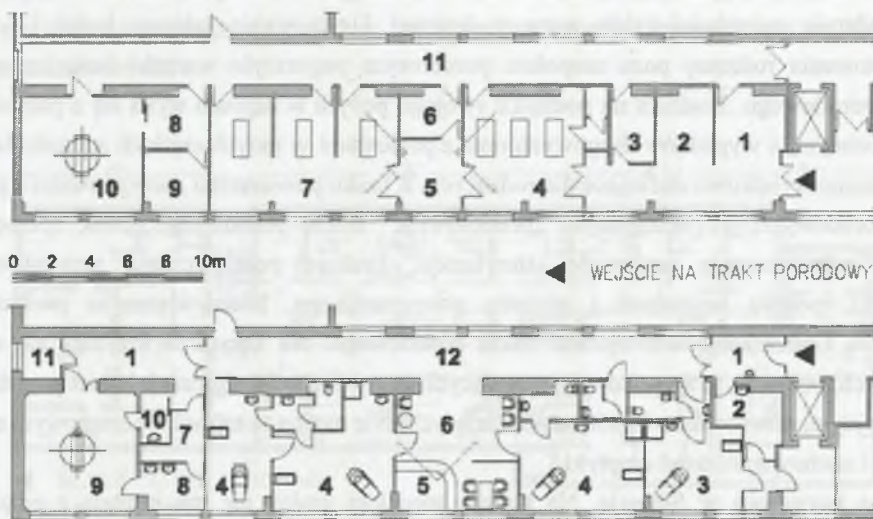
4. Praktyka realizacyjna

Wprowadzenie Kas Chorych (później NFZ-etu) i samofinansowania szpitali wymusiło konieczność aktywnego pozyskiwania pacjentów i było czynnikiem sprzyjającym modernizowaniu szpitali. Zespół porodowy należy do tych działów szpitala, które począwszy od lat dziewięćdziesiątych XX wieku najczęściej podlegały pracom modernizacyjnym.

Analizy przypadków

Trakt porodowy szpitala w Wejherowie. Do szpitali, w którym przeprowadzono modernizację traktu porodowego, należy Szpital Specjalistyczny w Wejherowie, w województwie pomorskim, zrealizowany na podstawie typowego projektu szpitala powiatowego z 1972 roku [6]. Zasadnicze cechy traktu porodowego sprzed modernizacji były charakterystyczne dla projektów pochodzących z tego okresu. Trakt porodowy stanowił część zabiegową oddziału położniczego. Wejście na trakt porodowy zlokalizowano na parterze, w strefie przyjęć przypadków nagłych działu pomocy doraźnej, w znacznym oddaleniu od wejścia głównego do szpitala. Stamtąd rodzica trafiała wydzieloną windą do zespołu porodowego zlokalizowanego na I piętrze. Tam przechodziła kolejno przez logicznie zaplanowane pomieszczenia traktu porodowego, począwszy od pokoi przygotowawczych do pomieszczeń właściwego porodu. Właściwy poród odbywał się w trzystanowiskowej sali porodowej. W sąsiedztwie sali porodowej zlokalizowano boks pierwszej pielęgnacji noworodka oraz łożę położnych. Ostatnimi pomieszczeniami ciągu funkcjonalnego traktu

porodowego były sala zabiegowa z pomieszczeniem przygotowania lekarzy i pomieszczeniem podręcznej sterylizacji. Taki program funkcjonalny traktu porodowego był właściwy dla okresu, w którym powstał. Obecnie jego nadmiernie uproszczona funkcja nie spełnia wymogów stawianych współczesnym traktom porodowym.



Rys. 2. Trakt porodowy w Szpitalu w Wejherowie, rzut I piętra; u góry stan z 1972 roku: 1 – gabinet badań rodzącej, 2 – pokój przygotowania rodzącej, 3 – brudownik, 4 – sala przedporodowa, 5 – łoża położnej, 6 – boks pielęgnacji noworodka, 7 – sala porodowa, 8 – pomieszczenie przygotowania lekarzy, 9 – sterylizacja podręczna, 10 – sala zabiegowa, 11 – korytarz; u dołu stan obecny: 1 – śluza, 2 – brudownik, 3 – sala porodowa septyczna, 4 – sale porodowe aseptyczne, 5 – punkt pielęgniarstwa, 6 – poczekalnia, 7 – przebieralnia lekarzy, 8 – pomieszczenie przygotowania lekarzy, 9 – sala operacyjna, 10 – materiały brudne, 11 – materiały czyste, 12 – korytarz

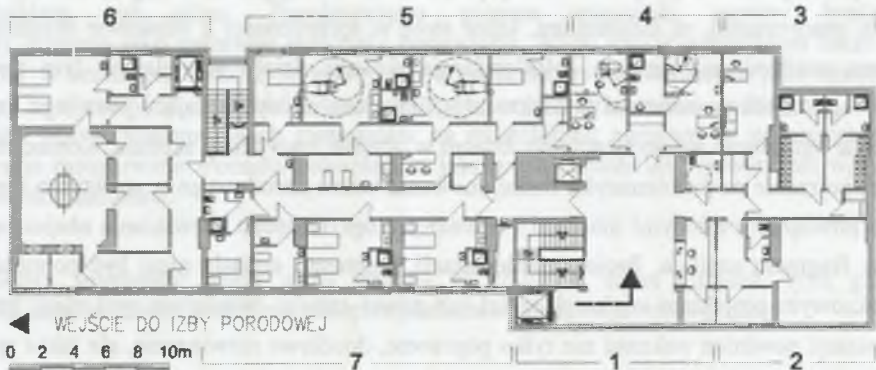
Fig. 2. Labour ward in hospital in Wejherowo, first floor plan; above situation in 1972: 1 – parturient examination room, 2 – parturient preparation room, 3 – waste, 4 – prenatal room, 5 – nursing unit, 6 – infant nursing room, 7 – delivery room, 8 – doctors preparation room, 9 – immediate-use sterilization, 10 – operating room, 11 – hall; below current situation: 1 – sluice, 2 – waste, 3 – septic delivery room, 4 – aseptic delivery rooms, 5 – nursing unit, 6 – waiting room, 7 – doctors changing room, 8 – doctors preparation room, 9 – operating room, 10 – waste, 11 – clean materials, 12 – hall

Zespół porodowy szpitala w Wejherowie funkcjonował w swojej pierwotnej formie do 2004 roku, kiedy przeprowadzono jego modernizację. Zakres modernizacji ograniczał się do pomieszczeń traktu porodowego, nie zmieniając jego powiązań z pozostałymi działami szpitala. Autorzy zaprojektowali indywidualne pokoje porodowe oraz punkt pielęgniarstwa z poczekalnią dla osób towarzyszących. Niewątpliwą zaletą modernizacji było zastąpienie wielostanowiskowej sali porodowej indywidualnymi pokojami porodowymi. Pokoje porodowe wyposażono w łóżka porodowe pozwalające na wybór optymalnej pozycji

porodowej, stanowiska pierwszej pielęgnacji i resuscytacji noworodka oraz indywidualne łazienki. Na pozostałej przestrzeni pozostawiono w pierwotnej lokalizacji salę operacyjną. Powierzchnia wymienionych pomieszczeń zajęła niemal 90% powierzchni użytkowej traktu porodowego. Niedobór powierzchni wymusił najistotniejszą zmianę – przeniesienie funkcji przyjęcia i badania rodzącej poza obręb zespołu porodowego. Obecnie rejestracja rodzącej, badanie oraz przygotowanie odbywa się w zaadaptowanych pomieszczeniach parteru, w sąsiedztwie poczekalni działu pomocy doraźnej. Usytuowanie gabinetu badań i pokoju przygotowania rodzącej poza zespołem porodowym pogorszyło warunki funkcjonowania traktu porodowego. Rodząca na początku swojego pobytu w szpitalu styka się z pacjentami przywożonymi z wypadków drogowych oraz z pacjentami w innych ciężkich stanach. Jest to rozwiązanie wyjątkowo stresujące dla rodzających. Z braku powierzchni zrezygnowano z pokoi przedporodowych, co zmniejszyło „przelotowość” traktu porodowego. Blok operacyjny utracił pomieszczenie podręcznej sterylizacji. Brakuje pomieszczenia przygotowania pacjentki, pokoju wybudzeń i nadzoru pooperacyjnego. Nierozwiązany problem pozostała komunikacja wewnętrzna traktu porodowego. Na korytarzu krzyżują się drogi rodzających, położnic, przypadków wymagających interwencji chirurgicznej, kobiet po zabiegu operacyjnym, noworodków i osób odwiedzających. Nie można tu mówić o postępowym ciągu funkcji i zachowaniu zasad aseptyki.

Izba porodowa w Sopocie. Na terenie sopockiej gminy nie ma szpitala z oddziałem położniczym i traktem porodowym. Obecnie władze miasta planują inwestycję polegającą na realizacji szpitala, jednak już w 2010 roku pojawiła się idea modernizacji istniejącego budynku przychodni SPZOZ przy ul. Chrobrego, polegająca na nadbudowie kondygnacji. Projekt architektoniczny koncepcyjny wykonał zespół pod kierunkiem arch. J. Droszcza [1]. W projektowanej kondygnacji V piętra istniejącego budynku SPZOZ usytuowano zespół izby porodowej. Dostęp do zespołu zapewniono poprzez strefę głównego wejścia, projektowanym dźwigiem osobowym bezpośrednio do holu-poczekalni zespołu porodowego. Wszystkie pomieszczenia izby porodowej zlokalizowano w projektowanej kondygnacji. W części przygotowawczej usytuowano zespół pomieszczeń przyjęcia, badania i przygotowania rodzącej oraz jednołóżkowy pokój przedporodowy z indywidualną łazienką. Do pomieszczeń właściwego porodu należą dwa indywidualne pokoje porodowe z łazienkami i stanowiskami pielęgnacji noworodka, pokój poporodowy obserwacyjny, punkt pielęgniarstwa, pomieszczenie resuscytacji noworodka oraz zespół operacyjny. Aseptyczny zespół operacyjny składa się z sali operacyjnej ze stanowiskiem resuscytacji noworodka, pomieszczeń przygotowania pacjentki oraz przygotowania lekarzy, podręcznej sterylizatorni, instrumentarium oraz pokoju wybudzeń. Dla przypadków nagłych zaprojektowano dodatkowy dźwig osobowy, komunikujący zespół porodowy z istniejącym w kondygnacji parteru pogotowiem ratunkowym. Usytuowanie dźwigu osobowego w strefie pomieszczeń zabiegowych zespołu porodowego pozwala na transport przypadków nagłych w obie strony z pominięciem komunikacji ogólnej. Zespoły funkcjonalne izby porodowej powiązано w sposób

zapewniający postępowy ciąg funkcji, tj. jednokierunkowy ruch rodzących, począwszy od pomieszczeń przyjęcia rodzącej, pomieszczeń przygotowawczych, poprzez indywidualne pokoje porodowe do zespołu pomieszczeń położniczych. Przyjęte strefowanie komunikacji – polegające na zapewnieniu osobnych, wydzielonych korytarzy dla zespołu pomieszczeń porodowych, dla zespołu operacyjnego oraz dla zespołu pomieszczeń położniczych – pozwala na prawidłowe funkcjonowanie całego zespołu, minimalizuje ryzyko przeniesienia infekcji oraz pozwala na prowadzenie porodów rodzinnych w sposób niepowodujący zagrożeń dla położnic i noworodków.



Rys. 3. Izba porodowa w Sopocie, rzut V piętra: 1 – zespół wejściowy, 2 – szkoła rodzenia, 3 – zespół pomieszczeń personelu, 4 – zespół pomieszczeń przyjęcia i badania rodzącej, 5 – zespół pomieszczeń porodowych, 6 – zespół operacyjny, 7 – zespół pomieszczeń położniczych

Fig. 3. Delivery clinic in Sopot, fifth floor plan: 1 – entrance, 2 – school of birth, 3 – medical staff rooms, 4 – parturient examination and preparation rooms, 5 – delivery room complex, 6 – operation theatre, 7 – obstetric rooms

Z analizy omawianego przypadku wynika, że projektantom udało się zrealizować zasadnicze wymagania stawiane współcześnie traktom porodowym, przy tym jednak nie uniknięto błędów. Wadą izby porodowej jest zachwianie proporcji między ilością łóżek porodowych i łóżek w zespole położniczym. Skutkiem tej dysproporcji jest mała „przelotowość” całego zespołu oraz nieefektywne wykorzystanie wyspecjalizowanego personelu medycznego. Wady te są spowodowane – podobnie jak to miało miejsce w przypadku szpitala w Wejherowie – ograniczeniami powierzchniowymi, pomimo powiększenia planu nadbudowanej kondygnacji (nawieszenia fragmentów) w stosunku do kondygnacji niższych.

5. Podsumowanie

W podsumowaniu rozważań należy stwierdzić, że trakt porodowy na przestrzeni lat przeszedł znaczną ewolucję i obecnie wymaga szerszych ram funkcjonalno-przestrzennych. Współczesny trakt porodowy jest zespołem o rozbudowanej funkcji i zajmuje powierzchnię nawet kilkukrotnie większą niż kilkadziesiąt lat temu. Fragmentarycznie realizowane modernizacje, ograniczone do zmian w obrębie jednego działu szpitala, nie mogą przynieść zadowalających efektów i nie można ich uznać za rozwiązania poprawne i docelowe. Niewielkie zmiany, polegające głównie na zamianie wielostanowiskowych sal porodowych na pokoje indywidualne, wymianie zużytych elementów wyposażenia ogólnobudowlanego i sprzętu medycznego, są działaniami, które stoją w sprzeczności z właściwie rozumianym pojęciem modernizacji szpitala. Modernizacja danego działu szpitala, w tym zespołu porodowego, może powodować konsekwencje funkcjonalne wykraczające poza jego granice i nie może ograniczać się wyłącznie do działań w obrębie tego działu szpitala. Konieczne jest szersze spojrzenie na problematykę funkcjonowania traktu porodowego w strukturze szpitala, na jego powiązanie z innymi działami i znalezienie optymalnego rozwiązania obejmującego większy fragment szpitala. Projekt modernizacji fragmentu szpitala musi być poprzedzony kompleksowym projektem większej części lub nawet całości. Właściwie wykonany projekt modernizacji powinien wskazać nie tylko poprawne, docelowe rozwiązanie, ale także sposób skutecznej i możliwie niekonfliktowej realizacji tego rozwiązania.

Bibliografia

1. Droszcz J., Poplatek J., Kwieciński A., Droszcz K.: Projekt koncepcyjny zespołu porodowego SPZOZ Uzdrowisko w Sopocie. Studio Architektoniczne Kwadrat, Gdynia 2011.
2. Fisher J. (ed.): Medical design. Daab, Kłn 2006, p. 18–152.
3. Laudański T.: Modyfikacja środowiska narodzin – potrzeby matki i dziecka a potrzeby nowoczesnego położnictwa. „Ginekologia Polska”, nr 72/8, 2001, s. 668–673.
4. Nickl-Weller Ch., Nickl H.: Hospital Architecture. Verlaghaus Braun, Berlin 2007.
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 roku w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej, Dz. U. 2011, nr 31, poz. 158.
6. Szanajca J., Borkowski R.: Szpital powiatowy w Wejherowie. BPSZ, Warszawa 1972.
7. Torbe A., Ćwiek D., Modrzejewska E.: Humanizacja porodu we współczesnym położnictwie. „Nowa Medycyna”, nr 3, 2010, s. 104–112.