

TALLINNA TERVISHOIU KÕRGGKOO



Õenduse õppetool
Terviseteaduse õppekava

Liis Jõgis

**VESI- JA VETTESÜNNITUSE TEGEVUSJUHENDI LOOMINE
AS LÄÄNE-TALLINNA KESKHAIGLA NÄITEL**

Arendusprojekt

Tallinn 2023

Olen koostanud lõputöö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite töödest, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud. Luban Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolil avalikustada oma lõputöö PDF-versiooni raamatukogu programmis.

Lõputöö autori allkiri

Liis Jõgis

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

Lubatud kaitsmisele.

Juhendajad

Taimi Tulva PhD

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

Angela Eensalu- Lind RN, MA

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

KOKKUVÕTE

Liis Jõgis (2023). Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli Terviseteaduse õppekava. Vesi- ja vettesünnitus tegevusjuhendi loomine AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku näitel. Arendusprojekt on 42 leheküljel ja kasutatud on 41 kirjandusallikat. Töö sisaldab kolme joonist, nelja tabelit ja seitset lisa, mis on kokku 31. leheküljel.

Arendusprojekti eesmärgiks oli luua AS Lääne-Tallinna naistekliiniku näitel vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhend emadushooldusega seotud tervishoiutöötajatele, mis ühtlustab vesi- ja vettesünnitusega seotud teadmised, abi ja nõustamise põhimõtted. Arendusprojekti meetodika tugines PDCA mudelile, arendusprojekti ajakavale ja riskijuhtimise plaanile. Eesmärgi saavutamiseks lähtuti teaduskirjanduse ülevaate ja empiirilise teabe omavahelistest seostest, mille tulemusena valmis vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhend AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku näitel.

Tegevusjuhendi vajaduse hindamiseks viis läbi autor 12 poolstruktureeritud individuaalintervjuud. Respondentideks oli seitse emadushooldusega seotud tervishoiutöötajat ja viis vettesünnitanut. Tegevusjuhendi loomiseks moodustati interdistsiplinaarne emadushooldusega seotud tervishoiutöötajatest meeskond ja tegevusjuhendi teoreetiliseks raamistikuks kujunes EBHC mudel ja Eesti ravijuhendite koostamise mudel, mis kohandati AS Lääne-Tallinna Keskhaiglas kasutusel olevale vormile. Arendusprojekti tulemi kvaliteedikontrolliks küsiti kolmelt emadushooldusega seotud tervishoiutöötajast ekperdilt hinnang vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhendi kasutusmugavuse kohta.

Arendusprojekti tulemina valmis vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhend, mis on koostatud AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku emadushooldusega seotud tervishoiutöötajate vajadusest lähtuvalt. Tegevusjuhendi koostamisel võeti arvesse tõenduspõhist teaduskirjandust, uuringuid, rahvusvahelisi juhendeid, klinitsistide praktilist kogemust ning naisekeskset ja holistilist lähenemist.

Võtmesõnad: emadushooldus, naisekeskne hooldus, normaalne sünnitus, vesisünnitus, vettesünnitus, juhend tervishoiutöötajatele

SUMMARY

Liis Jõgis (2023). Tallinn Health Care Collage Curriculum of Health Science. The creation of water immersion and waterbirth guidelines based on the example of the AS West-Tallinn Central Hospital Women's clinic. The development project is written on 42 pages and 41 different scientific literary sources which have been used. The project includes three charts, four tables and seven appendices, totaling 31 pages.

The aim of this development project was to create a guideline for water immersion and waterbirth for AS West-Tallinn Central Hospital Women's clinic's maternity care healthcare workers, which harmonizes the principles of knowledge, assistance and advice related to water immersion and waterbirth. The methodology of the development project was based on the PDCA model, the development project schedule, and the risk management plan. To achieve the goal, the author of this project compared connections between scientific literature and empirical information, based on the connections found the author of this project created a water immersion and water birth operating manual which was based on the example of the AS West-Tallinn Central Hospital Women's clinic.

To evaluate the necessity of the guideline, the author of this work conducted twelve half-structured individual interviews. The responders consisted of seven maternity care healthcare workers and five patients who gave birth in the water. To create this guideline, they created a team of seven maternity care healthcare workers. A theoretical frame of an EBHC model and the Estonian treatment guide model were created, which were placed onto the existing AS West-Tallinn Central Hospital form. To quality check the result of the project, three maternity care workers were asked for their evaluation of the guideline for water immersion and water birth.

As a result of the development project, a guideline for water immersion and waterbirth was created - it was prepared based on the needs of maternity care health care workers at AS West-Tallinn Central Hospital Women's clinic. Evidence-based scientific literature, research, international guidelines, practical experience of clinicians and a woman-centered and a more holistic approach were considered when compiling this guideline.

Key words: maternity care, woman-centered care, normal birth, water birth, water immersion, guideline for healthcare professionals.

SISUKORD

KOKKUVÕTE.....	3
SUMMARY	4
SISUKORD.....	5
SISSEJUHATUS.....	7
1. ARENDUSPROJEKTI TEOREETILINE RAAMISTIK.....	9
1.1. Vesi- ja vettesünnituse praktiline kogemus erinevates riikides ja AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliinikus	9
1.2. Vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhendi vajalikkus ja koostamise mudelid	13
2. METOODIKA	16
2.1. Arendusprojekti teostamise meetodika	16
2.2. Valimi moodustamine.....	18
2.3. Andmete kogumine ja analüüs	18
2.4. Eetika ja usaldusväärsus	20
3. INTERVJUUDE TULEMUSED	21
3.1. Intervjuudes osalenud respondentide tausta kirjeldus	21
3.2. Vesi- ja vettesünnituse teema aktuaalsus respondentide vaates	22
3.3. Teadlikkuse tõstmine, tegevusjuhendi vajalikkus ja interdistsiplinaarse meeskonna vajadus.....	24
4. ARENDUSPROJEKTI KIRJELDUS	26
4.1. Arendusprojekti ajaline raamistik ja tegevused.....	26
4.2. Interdistsiplinaarse meeskonna loomine ja kommunikatsioonikava	27
4.3. Arendusprojekti eelarve ja ressursside kaasamine	28
4.4. Riskijuhtimise plaan	28
4.5. Arendusprojekti monitooring ja kvaliteedikontroll	30
4.6. Arendusprojekti rakenduskava analüüs	32
4.7. Arendusprojekti tulem	33
5. ARUTELU	34
JÄRELDUSED.....	38
KASUTATUD KIRJANDUS	39

LISAD:

LISA 1. Intervjuus kasutatud küsimused emadushooldusega seotud tervishoiutöötajale

LISA 2. Intervjuus kasutatud küsimused vettesünnitanule

LISA 3. Uuringu info ja informeeritud nõusolek

LISA 4. AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku juhtkonna kinnitus

LISA 5. Erialaeksperdi teema aktuaalsuse kinnitus

LISA 6. Erialaseltsi esindaja hinnang arendusprojekti vajalikkuse kohta

LISA 7. AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhend

SISSEJUHATUS

Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 (2019: 33) ja Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2021–2031 (2020: 10) üheks märksõnaks on inimkeskne tervishoid. Teenuseid kasutavad inimesed on võrdsed koostööpartnerid, lähtutakse nende individuaalsetest vajadustest, ootustest, antakse vajalikud teadmised sobivate valikuvõimaluste tegemiseks, toetatakse ja võimestatakse nende otsuseid, kaasatakse raviprotsessi ning nende lähedased on võimelised toetavas keskkonnas andma oma panuse.

Lisaks inimkesksele tervishoiule rõhutatakse *World Health Organization* (edaspidi WHO) ehk Maailma Tervise Organisatsiooni poolt (WHO, 2018) ja Eesti Ämmaemanduse arengukavas 2019–2024 (2019: 21) holistilise emadushoolduse rakendamise vajadust. Emadushoolduse all mõeldakse naise jälgimist, nõustamist, abistamist ja hooldust raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgsel perioodil naise individuaalseid vajadusi ja ootusi arvesse võttes. Rasedus ja sünnitus on naise loomuliku füsioloogilise elukaare osa. Oluline on pakkuda emadushooldust viisil, mis võimaldab naisel tunda end enesekindlalt, saada positiivne rasedus- ja sünnituskogemus, hoida sünnitus normaalsena ja vähendada meditsiinilisi vahele sekkumisi. (Ämmaemanduse arengukava, 2019: 1–21).

Vesi- ja vettesünnitus on normaalse madala sünnitusabiriskiga sünnituse osa, kus on võimalik rakendada naisekeskset, holistilist emadushooldust ja minimeerida meditsiinilisi vahele sekkumisi. Vesisünnituseks saab nimetada sünnitust kui vett kasutatakse sünnitusaegsete tuhudega kaasneva valu leevendamiseks, lapse sünnitamine toimub õhukeskkonnas. Vettesünnitusel laps sünnib veekeskkonda, tuuakse peale täielikku sünni õhukeskkonda ja sünnitaja lahkub alles pärast lapse sünni veest (Policy-Birth..., 2007: 2; Bovbjerg jt, 2016: 11).

Vesi- ja vettesünnituse praktiline kogemus riikides nagu Rootsi, Austraalia, Ühendkuningriik ja Ameerika Ühendriigid, on olnud erinev, kuid tänapäeval on pooldav lähenemine üle saja maailmariigi (Úlfssdóttir, 2019: 12; Lathrop jt, 2018: 1). AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliinikus on soosiv vettesünnituse käsitlus, kus on loodud toetav keskkond ja aastas sünnib ca 150 last vette (Jõgis, 2021: 3). Vettesünnituse toetamisel on lähtutud „Normaalse sünnituse käsitlemise juhendist“ (2016), milles puuduvad tõendus põhised soovitusel vettesünnituse ohtude, eeliste ja käsitluse kohta. Juhendi puudumine võib muuta patsiendi valikuvõimalusi (Cooper jt, 2018: 7) ja seada ohtu patsiendi turvalisuse. Patsiendiohtus koosneb protsessidest ja struktuuridest, kus püütakse vähendada vigade tekke võimalusi ja

vigade avastamisel selle mõju vähendada. Sellise tegevuse rakendamisel vähendatakse tervishoiutöötaja poolt patsiendile teadlike või teadmatuses tulenevate tegevustega põhjustatud tervisekahjustusi. (Patsiendiohutuse terminibaas). Patsiendi ohutuse eest vastutuse võtmine on iga tervishoiutöötaja põhiülesanne ja eetiline kohustus (Rahvastiku tervise..., 2020: 36–37).

Arendusprojekti **uurimisprobleemiks** on AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku emadushooldusega seotud tervishoiutöötajate vähene teadlikkus vesi- ja vettesünnitusest, kuna puudub juhend. Juhendi puudumine võib muuta patsiendi valikuvõimalusi (Cooper jt, 2018: 7) ja seada ohtu patsiendi turvalisuse. Vesi- ja vettesünnituse toetamisel on teenuseosutajal vajalikud teadmised eelistest ja ohtudest, et võtta teenuse kvaliteedi ja patsiendi ohutuse ees vastutust (Wilson ja Symon, 2002; All Wales..., 2017: 14–15).

Uurimisprobleemist lähtuvalt on **eesmärgiks** luua AS Lääne-Tallinna naistekliiniku näitel vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhend emadushooldusega seotud tervishoiutöötajatele, mis ühtlustab vesi- ja vettesünnitusega seotud teadmised, abi ja nõustamise põhimõtteid.

Eesmärgi saavutamiseks on püstitatud järgmised **uurimisülesanded**:

1. Koostada rahvusvahelise teaduskirjanduse põhjal ülevaade vesi- ja vettesünnituse praktikast erinevates riikides ja kirjeldada kasutatavaid juhendi koostamise mudeleid.
2. Selgitada AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku emadushooldusega seotud tervishoiutöötajate ja vettesünnitanute intervjuude põhjal välja vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhendi vajadus.
3. Luua tõenduspõhine vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhend AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku emadushooldusega seotud tervishoiutöötajatele.
4. Kirjeldada eksperthinnanguid koostatud vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhendi kasutusmugavuse kohta.

Käesolev arendusprojekt koosneb neljast peatükist. Esimeses peatükis, arendusprojekti teoreetilises raamistikus, antakse teaduskirjanduse ülevaade, millele toetudes on arendusprojekt koostatud. Teises peatükis kirjeldatakse arendusprojekti kasutatud meetodikat, kolmandas peatükis kirjeldatakse intervjuude tulemusi ja neljandas peatükis kirjeldatakse arendusprojekti teostust, arendusprojekti tulemit ja ekspertidelt saadud hinnanguid koostatud tegevusjuhendi kasutusmugavuse kohta.

1. ARENDUSPROJEKTI TEOREETILINE RAAMISTIK

1.1. Vesi- ja vettesünnituse praktiline kogemus erinevates riikides ja AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliinikus

Emadushooldusega seotud erinevate erialalade tervishoiutöötajad ämmaemandad, naistearstid, neonatoloogid, sünnitusabi- ja günekoloogia eriala residendid ja ämmaemanduse tudengid käsitlevad emadushooldust ja sünnitust erinevalt. Arstide vaatenurgast käsitletakse sünnitust pigem biomeditsiinilise mudeli alusel (Eesti Tervisedenduse ..., 2003: 53). See kirjeldab sünnitust kliinilise ja meditsiinilisena, keskendub ravimisele ja riskide hindamisele. Naistearstide ja neonatoloogide seisukohad tuginevad pigem patoloogiale ja kahjulike tagajärgede vähendamisele (Úlfsdóttir, 2019: 21; Milosevic jt, 2020: 11; Orrantia ja Petrick, 2021: 11).

Van Teijlingen'i (2005: 5) kirjeldatud ämmaemandusmudelis ja Rahvusvaheline Ämmaemandate Konföderatsiooni (Definition of..., 2017) ämmaemandusfilosoofias toetatakse holistilist ja naisekeskset lähenemist, kirjeldades sünnitust kui naise normaalse elutsükli füsioloogilise ja psühholoogilise sündmusena, millel on sügav tähendus nii naisele kui ka perele, austab naise etnilist ja kultuurilist eripära ja kaitseb naise vajadusi.

Emadushooldusega seotud tervishoiutöötajatel on erinev arusaam ka vesi- ja vettesünnituse käsitlesest. Ühendkuningriigis, Rootsis ja Kanadas tehtud uurimused kinnitavad emadushooldusega seotud tervishoiutöötajate erialadest tulenevaid vesi- ja vettesünnituse käsitlese erisusi, mis on seotud just probleemi defineerimise ja selle lahendamise viisist. (Úlfsdóttir, 2019: 21; Milosevic jt, 2020: 11; Orrantia ja Petrick, 2021: 11). Vaatamata filosoofilistest erinevustest erialade vahel, soovivad erinevate riikide uuringute autorid ja WHO (2018) välja töötada ühtsed arusaamad ja tegevused, pakkumaks sünnitajatele naisekeskset holistilist emadushooldusteenust.

Emadushooldusega seotud tervishoiutöötajate teadlikkuse tõstmine vesi- ja vettesünnituse riskide hindamise ja vettesünnituse juhtimise osas, tagab patsiendile turvalise sünnituskoha valikuvabaduse. Tervishoiutöötajad ei saa vastavate oskusteta võtta vastutust vesi- ja vettesünnituse juhtimise osas. (Wilson ja Symon, 2002; All Wales..., 2017: 14–15). Lewis jt (2018: 2) kinnitavad, et tagada emadushooldusteenust osutavate tervishoiutöötajate

kvalifikatsioon ja teenuse kvaliteet, peab olema juhend, mille alusel teenust osutada ja riske hinnata.

Vesi- ja vettesünnituse ohutuse tagamiseks tehakse uuringuid, et tõendada võimalikke riske nii sünnitajale kui sündivale vastsündinule (Lim jt, 2015: 4; Lathrop jt, 2018: 2), kuid teaduskirjanduses siiski ei ole selget üksmeelt vettesünnituse ohutuses (Peacock jt, 2018: 2). Retrospektiivsete kohortuuringute (Bailey jt, 2020: 4; Aughey jt, 2021: 7; Jacoby jt, 2019: 6), süstemaatilise ülevaate artikli (Clews jt, 2019: 7) ja kvalitatiivse uuringu (Feeley jt, 2020: 19) põhjal saab järeldada, et vettesünnitus on pigem ohutu ning õigeaegne rasedus- ja sünnitusabiriskide hindamine on vajalik, et hoida ära terviseprobleeme nii sünnitavale naisele kui ka sündivale lapsele. Üksmeelselt ollakse veendunud vesisünnituse ohutuses, nähakse kasu vee valuvaigistaval ja lõõgastaval toimel (Midwifery Care... 2018: 19; Peacock jt, 2018: 2).

Ühendkuningriigis, Austraalias ja Ameerika Ühendriigis tehtud vettesünnituse ohutuse hindamise retrospektiivsetest kohortuuringutest võib järeldada, et vettesünnituse järgne tulem on sünnijärgselt sarnane nii vee- kui ka õhukeskkonnas sündinud vastsündinutel. Veekeskonda sündinud lastel on esimese minuti Apgari hinne pigem kõrgem kui õhukeskkonnas sündinud lastel, samas viiendaks minutiks erinevused puuduvad ja vastsündinute intensiivravile sattumisel ei olnud erinevusi. Naistel on lahkliha rebendeid vähem ja sünnitusjärgselt verekaotuse erinevus puudub, kuid tuuakse välja vettesünnituse järgselt verekaotuse hindamise keerukust. (Peacock jt, 2018: 7; Jacoby jt, 2019: 6; Bailey jt, 2020: 4–6 ; Aughey jt, 2021: 7). Vettesünnituse ohutuse andmete ebaselgus tuleneb osaliselt uuringute valimite väiksusest (Cluett jt, 2018: 8; Milosevic jt, 2020: 2).

Teatatud on mitmetest tõsistest sünnitusel tekkida võivatest tüsistustest nagu nabaväädi rebenemine, vastsündinu sepsise ohu tõus, vastsündinu enneaegse hingetõmbe tegemine olles veekeskonnas, kuid tegelikku esinemissagedust pole populatsioonipõhiste analüüsidega kindlaks tehtud (Committee Option..., 2016: 2). Seepärast on ka vettesünnituse käsitlused olnud erinevates riikides heitliku iseloomuga.

The American College of Obstetricians and Gynecologists (edaspidi ACOG), mis on Ameerika Ühendriigi üleriigiline sünnitusabi suunav organisatsioon, 2016 aasta otsuse nr 679 kohaselt määratleb vettesünnituse mittesoosiva käsitluse. Põhjenduseks tuuakse andmete ebaselgust ja soovitatakse, et sünd toimuks pigem õhukeskkonnas. Üks korduv argument on, et võimalik kasu naisele ei kaalu üles võimalikku kahju vastsündinule. Vettesünnitust soovivaid naisi tuleb

informeerida võimalikest ohtudest ja eelistest, et naise valik oleks teadlik ja informeeritud. (Committee Option..., 2016: 5). Vaatamata vettesünnituse mittesoosivast käsitlusest, võib naine seda proovida tingimusel kui antud valik ei kahjusta naise ja loote tervist ning heaolu. Otsuses tuuakse välja, et *The American College of Nurse – Midwives* (edaspidi ACNM) ja teised rahvusvahelised sünnitusabi suunavad suurorganisatsioonid nagu *The Royal College of Obstetricians and Gynecologists* (edaspidi RCOG) ja *The Royal College of Midwives* (edaspidi RCM) pooldavad vesi- ja vettesünnitust tervetel madala sünnitusabiriskiga sünnitajatel. (Committee Opinion..., 2016: 2).

Rootsis on vesi- ja vettesünnitusega seotud praktika olnud heitlik, mis on seotud vähe esinevate probleemidega nagu vastsündinu haigestumine sepsisesse peale vette sünni, mis juhtumi aruande põhjal lõppes fataalselt. See omakorda tingis 1993. aastal Rootsi Tervise ja Heaoluameti (*The National Board of Health and Welfare*) otsuse, kus sõnastati vettesünnituse ebasoosiv käsitlus. (Úlfsdóttir, 2019: 13–14). Aastal 2001 toimub käsitluses muutus. Tõenduspõhiste uuringutele tuginedes lükatakse ümber algsed tõekspidamised ja uute kogutud andmete põhjal järeldati, et madala sünnitusabiriskiga sünnitajatel on vettesünnituse korral pigem positiivne tulem või sarnane õhukeskkonnas toimunud sünnitusega. Aastal 2001 uuendatud normaalse sünnituse käsitlemise juhendis rõhutatakse, et ämmaemandad ja naistearstid peaksid teavitama naisi vesi- ja vettesünnituse võimalusest, selgitama riske ja täielikult austama sünnitaja otsust (Nordström ja Waldenström, 2001). Tänu toetavale käsitlusele loodi 2014. aastal Stockholmis juba riiklikus sünnitusabikliinikus vesi- ja vettesünnituse võimalused ja see on jätkuvalt kasvav trend. (Ulfsdottir jt, 2018: 1; Úlfsdóttir, 2019: 13–14).

Ühendkuningriigis on soosiv ja toetav käsitlus 1980-ndatest aastatest kui loodi sünnitusabikliinikutes vesi- ja vettesünnitamise võimalused. Aastast 1994 on vesi- ja vettesünnitust toetav juhend, kus koostöös erinevate emadushooldusega seotud tervishoiutöötajate poolt on kooskõlastatud ühtsed soovitusel ja kokkulepped. Aastal 2006 on juhendis määratletud juba täpsemalt, millistel tingimustel saab vesi- ja vettesünnitus toimuda. (Immersion in ..., 2006: 1). Tänapäevaks on juhendit korduvalt uuendatud vastavalt uuele tõenduspõhisele teabele.

Aastatel 1994–1996 tehtud uuringu kohaselt oli Ühendkuningriigis vettesünnituste arv alla 1% kõikidest sünnitustest (Immersion in ..., 2006: 1), siis tänu soosivale vesi- ja vettesünnituse

käsitlusele on 2015. aasta andmete põhjal tõusnud see ligi 9%-le (Lim jt, 2016: 2; Úlfsdóttir, 2019: 6), mis viitab soovitud sünnitusviisile ja soosivale käsitlusele.

Austraalias on vesi- ja vettesünnituse toetamiseks loodud üleriigilised juhendid ja soosiv käsitlus aastast 2009. Juhendite loomisel on lähtunud naisekeskse hoolduse põhimõttest. Sünnitajale antakse vajalikud teadmised sobivatest valikutest, kaasatakse protsessi ka nende lähedased ning võimestatakse tehtud otsuseid. Enamikes sünnitusmajades on loodud toetavad võimalused ja haiglate veebilehtedelt on võimalik avalikult vastavasisulist teavet saada. Samas on ka kajastatud teave kui vesi- ja vettesünnitusteenust ei osutata. Vettesünnitusega seotud andmete kogumine Austraalias ei ole reguleeritud, mis raskendab uuringute tegemist. Erinevate sünnitusmajade avalikustatud statistikast lähtuvalt on kõikidest sünnitustest vettesünnitusi 4–5%, mis viitab populaarsele sünnitusviisile (Lewis jt, 2017: 3).

Eestis hakkasid ämmaemandad praktiseerima vettesünnitusi erinevates sünnitusmajades 1990-ndate aastate algusest. AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliinikus on loodud vesi- ja vettesünnituse võimalused ja on soosiv käsitlus. AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku sünnitusosakonnas teostatud statistika alusel on madala sünnitusabiriskiga ämmaemanda juhitud sünnituse korral vettesünnituste arv 8%, see on ca 150 vettesünnitust aastas (Jõgis, 2021: 3), mis viitab soosivale käsitlusele ja populaarsele sünnitusviisile. Tänapäevani on vesi- ja vettesünnituse toetamisel lähtunud juhendist “Juhend normaalse sünnituse käsitlemiseks” (2016), milles puuduvad tõenduspõhised soovitud vesi- ja vettesünnituse toetamiseks. Seepärast on oluline lahendada probleem, leida ühtsed tõekspidamised ja kokkulepped, ühtlustada teadmisi, abi ja nõustamise põhimõtted AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliinikus, et sünnitajatel oleksid ühtsed valikuvõimalused ja teenuse osutamisel oleks tagatud patsiendi ohutus.

Vaatamata heitlikust vesi- ja vettesünnituse käsitlusest erinevates riikides nagu Ameerika Ühendriigi, Ühendkuningriigi, Rootsi, Austraalia ja tuginedes teaduskirjanduses olevale teabele, on levimas tänapäeval pigem soosiv käsitlus. Emadushooldusega seotud tervishoiutöötajatel on erinev probleemi defineerimise oskused, on siiski oluline leida koostöös ühised tõekspidamised, kokkulepped ja soovitud, kus lähtutakse naisekesksest ja holistilise emadushoolduse põhimõttest, mis võimaldab nõustada naisi ja tugiisikuid arvestades nende individuaalseid soove ja eripärase valida sünnituskoht ja -asend (Policy-Birth..., 2007: 1) ja võimestada nende teadmisi emaks saamisel (Statement 2002: 1–2; All Wales..., 2017: 1). AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliinikus on soosiv lähenemine, kuid erialade vahelised

kokkulepped, soovitusel ja juhend puudub, mis omakorda võib muuta sünnitaja valikuvõimalusi ja seada ohtu patsientide turvalisuse.

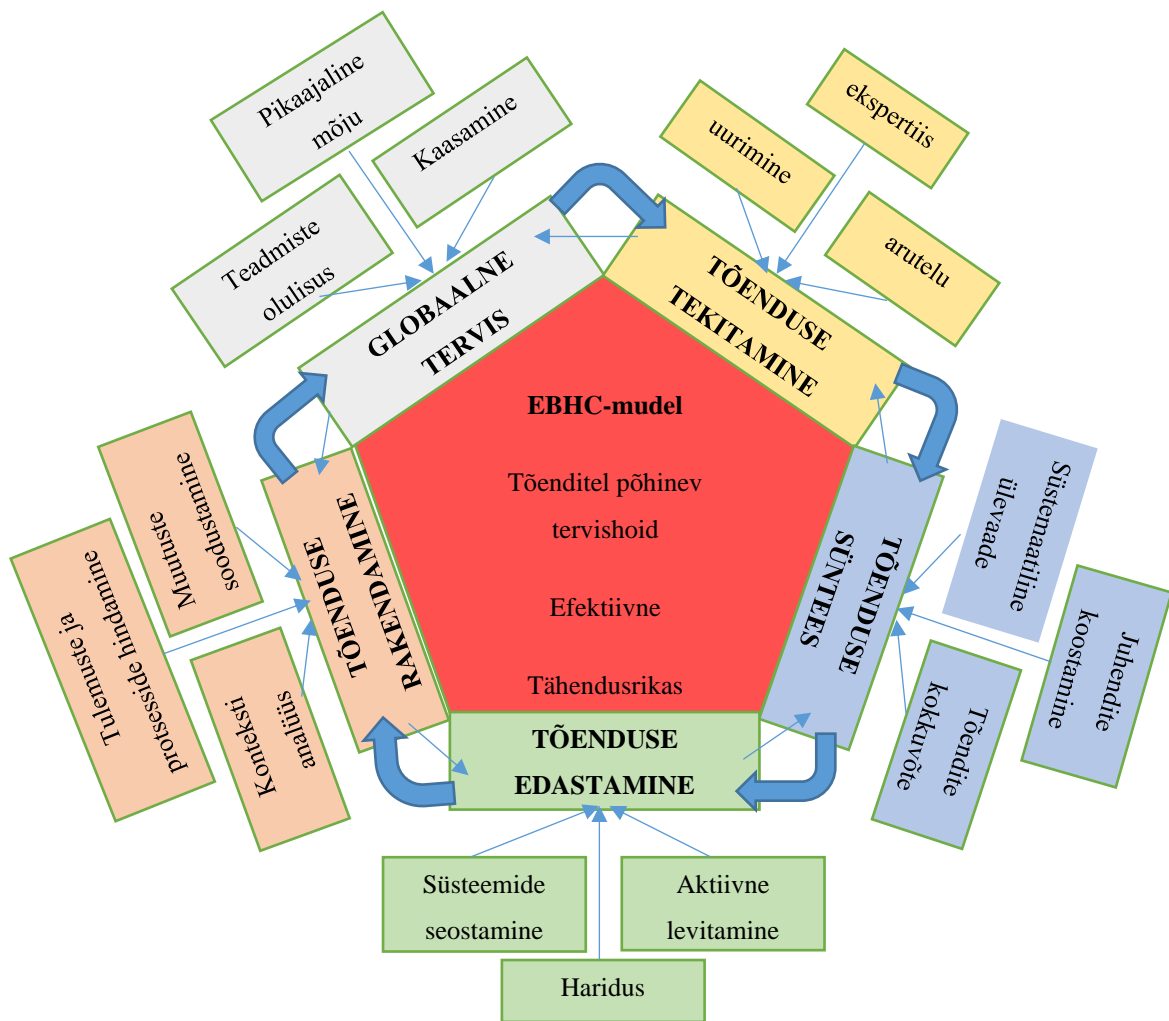
1.2. Vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhendi vajalikkus ja koostamise mudelid

Vesi- ja vettesünnitusega seotud nõustamine ja sünnitusabi riskide hindamine toimub raseduse ja sünnituse erinevates etappides ning sellest võtavad osa erinevad emadushooldusega seotud tervishoiutöötajad. Ühtsete arusaamade puudumine võib piirata patsiendi valikuvõimalusi ja naisekeskset lähenemist. Emadushooldusega seotud tervishoiutöötajate suhtumine vesi- ja vettesünnitusse võib olla erinev, kuna probleemi lahendamises võivad olla filosoofilise käsitlusest tulenevad erisused (Úlfisdóttir, 2019: 21; Milosevic jt, 2020: 11; Orrantia ja Petrick, 2021: 11). Vesi- ja vettesünnitusega seotud tüsistused on haruldased kui järgitakse tõenduspõhiseid soovitusi (Immersion in ..., 2006: 1). Õigeaegne rasedus- ja sünnitusabiriskide hindamine on vajalik, et hoida ära terviseprobleeme nii sünnitavale naisele kui ka sündivale vastsündinule. (Clews jt, 2020: 7; Feeley jt, 2020: 19).

Milosevic jt (2020) kvalitatiivses uuringust lähtuvalt juhendi olemasolu toetab emadushooldusega seotud tervishoiutöötajate usaldust, autonoomiat, vähendab ebakõlasid nende koostöö vahel, tõstab patsiendi ohutust ja tagab patsientidele ühtsed valikuvõimalused. Juhendi olemasolu ei välista spetsialisti kliinilist isemõtet. Vesi- ja vettesünnituse juhendite järjepidev rakendamine aitab tagada patsiendi ohutuse ja naised saavad vett kasutada nii sünnituse valutustamise ja vette sünnitamise eesmärgil. (Milosevic, 2020: 11-13).

Austraalias ja Ameerika Ühendriikides on laialdaselt kasutusel erinevate meditsiiniliste küsimuste käsitlemiseks, kujundamiseks ja juhendite väljatöötamiseks *The Joanna Briggs Institute* (JBI) poolt 2005. aastal loodud tõenditel põhinev tervishoiu mudel - *The Model of Evidence Based Healthcare* (edaspidi EBHC mudel). EBHC mudeli eesmärgiks on selgitada tõendite loomise sünteesi edastamise ja rakendamise kontseptuaalset integreerimist, sidudes nende toimimise paratamatuid väljakutseid pakkuva dünaamikaga. Antud mudel võtab arvesse erinevat tüüpi tõendite rolli, nii uuringuid kui ka avaldatud teadusartikleid, eriala ekspertarvamusi ja seeläbi aitab kaasa paremate tervise tulemuste saavutamisele nii kohalikul tasandil kui kogu maailmas. EBHC mudelit on korduvalt täiendatud, viimane täiendus toimus aastal 2018. (Jordan jt, 2019: 52–61).

EBHC mudelis arvestatakse võrdsust erinevate professionide vahel, praktilisi kogemusi, kliinilisi teadmisi, patsiendi eelistusi ja väärtusi. Mudel arvestab inimkeskseid põhimõtteid. EBHC mudeli sisemised segmentid annavad kontseptuaalselt edasi kliiniliste otsuste tegemise tõenduspõhise lähenemisviisi. Mudeli ilmestamiseks on loodud joonis, mille autor kohandas ja tõlkis eesti keelde (vt joonis 1).



Joonis 1. Joanna Briggsi Instituudi tõenditel põhineva tervishoiu mudel (*The Joanna Briggs Institute, The Model of Evidence Based Healthcare, 2018*) (Jordan jt, 2019, kohandatud autori poolt).

Protsessi saavutamiseks olulised sammud on välistes segmentides, mis rakendavad mudeli komponente ja selgitavad neid pragmaatilisel viisil. Päripäeva kulgevate nooltega tähistatud vool on pikk ja kestav tsükkel ning väiksemad nooled tagasiside jaoks, kus tsükkel on veidi lühem. EBHC mudel ei ole puhas lineaarne protsess. Kasutaja saab hakata mudeliga tegelema alates lähtepunktist, mis vastab hetke vajadustele kõige paremini. (Jordan jt, 2019: 61).

EBHC mudeli üheks osaks on juhendite loomine. Mudelist tulenevalt peaksid juhendid olema rangete tõendite tekitamise metoodikast lähtuvad. Analüüsitakse süstemaatilisi kirjanduse ülevaateid, kliinilisi juhendeid, muid tõendeid, mis arvestaks tasakaalu kasu ja kahju üle. Soovitused kirjeldatakse selgelt ja mõistetavalt, mis arvestaks patsiendi eelistusi ja väärtushinnanguid. Kliinilised juhendid sisaldavad lisaks sekkumiste tõhususe kohta ka teatud tingimustel suuniseid alternatiivsete valikute kasutamisel asjakohasust ja mõttekust. (Jordan jt, 2019: 66).

Eestis ravijuhendeid koostatakse aastast 2012 “Ravijuhendite koostamise käsiraamatu” alusel, kinnitatakse ravijuhendite nõukoja poolt, Tartu Ülikooli koordineerimisel ja rahastajaks on Eesti Haigekassa. Juhendi koostamisel kuuluvad meeskonda ravijuhendi nõukoja liikmed, püsisekretariaat ja erialaekspertidest koosnev töörühm, kes sõnastab juhendis kajastamisele tulevad soovitused. Juhendid, mis on koostatud vastavalt kinnitatud käsiraamatule ja vastab ravijuhendite mudeli koostamise põhimõtetele, kuid ei ole leidnud Haigekassa poolset rahastust, võib esitada ravijuhendite nõukojale ülevaatamiseks ja kinnitamiseks. (Ravijuhendite koostamise ..., 2017).

“Ravijuhendite koostamise käsiraamatu” viimane tööversioon on kasutusel aastast 2017, kus öeldakse, et ravijuhend *“on tervishoiutöötajate üldtunnustatud töövahend, mis annab juhiseid ravimite ja tervisetehnoloogiate kasutamiseks ning võimaldab parandada osutatavate tervishoiuteenuste kvaliteeti.”* Tavaliselt käsitletakse juhendis ühte haigust või seisundit, kus tuuakse parimad ravi- ja hoolduspõhimõtted, et parandada tervishoiuteenuse kvaliteeti. Ravijuhendis olevate soovitustega antakse edasi riigis kokkulepitu, kirjeldatakse tõenduspõhine teave, kulutõhusus ja hea tava ning selle alusel peaks tervishoiutöötaja teemat käsitlema. (Ravijuhendite koostamise ..., 2017).

Arendusprojekti tõenduspõhise teaduskirjanduse analüüsile tuginedes kujuneb vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhendi koostamise teoreetiliseks raamistikuks Eesti ravijuhendite koostamise mudel ja EBHC mudel, mida kohandatakse AS Lääne-Tallinna Keskhaigla juhendi koostamise vormile. Antud mudelites peetakse oluliseks erialaspetsialistide kaasamist, uue tõenduspõhise teaduskirjanduse, olemasolevate kliiniliste juhendite ja muu teabe analüüsimist, mis arvestaks tasakaalu kasu ja kahju üle ning lähtub inimkesksest ja holistilisest lähenemisest. AS Lääne-Tallinna Keskhaiglas on juhendi koostamiseks ettenähtud vorm hõlbustab ja ühtlustab juhendite vormistust asutuse siseselt ja tõstab kasutusmugavust.

2. METOODIKA

2.1. Arendusprojekti teostamise metoodika

Arendusprojekti autor töötab AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku sünnitusosakonnas ämmaemandusjuhina ning tööst tulenevalt tekkis möödapääsmatu vajadus vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhendi loomiseks. Arendusprojekti eesmärgi sõnastamise järgselt, alustas autor esialgu iseseisvalt, hiljem koos interdistsiplinaarse meeskonnaga, teaduskirjanduse läbitöötamist, mis avas uurimisülesannetes püstitatud teoreetilised lähtekohad. Erinevate ravijuhendite koostamise mudelite läbitöötamise tulemusena kujunes teoreetiliseks raamistikuks EBHC mudel ja Eesti ravijuhendite koostamise mudel, mida kohandati AS Lääne-Tallinna Keskhaiglas kehtivale juhendite koostamise vormile. EBHC mudelile iseloomulikult moodustati siduserialade esindajatest koosnev meeskond ning lisaks teaduskirjanduse ja olemasolevate rahvusvaheliste kliiniliste juhendite analüüsimisele, arvestatakse ka praktilist kogemust ja alternatiivseid võimalusi, et leida tasakaal kasu ja kahju üle. Eesti ravijuhendite koostamise mudelile soovitude kohaselt on vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhendis lähtutud kolmest põhilisest soovitusest, kus on kirjeldatud soovituse tugevuse ja tõendatuse aste.

Uurimistöös kasutati kvalitatiivset uurimismeetodit. Kvalitatiivses uurimuses käsitletakse teavet, mida arvuliselt väljendada on ebaotstarbekas või võimatu (Lagerspetz, 2017: 122). Tekstilised andmed koguti poolstruktureeritud individuaalintervjuudega.

Intervjuudes kasutatud küsimustiku loomisel on lähtutud arendusprojekti eesmärgist, võetud arvesse tõenduspõhist teaduskirjandust ja saadud ideid Walker jt (2015: 3–4) valideeritud küsimustikust: *Childbirth experience questionnaire* (CEQ) ja Ûlfdóttir (2019: 18) küsimustikust. Emadushooldusega seotud tervishoiutöötajatele suunatud intervjuu küsimustikus on 17 avatud küsimust (vt lisa 1) ja vette sünnitanutele suunatud küsimustikus on 10 avatud küsimust (vt lisa 2).

Küsimustiku kasutuskindluse kinnituseks viidi autori poolt läbi 2022. aasta aprillis AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliinikus neli prooviintervjuud. Teostati kaks poolstruktureeritud individuaalintervjuud emadushooldusega seotud tervishoiutöötajaga, kahe sünnitusosakonna ämmaemandaga, ja kahe vettesünnitanud naisega. Prooviintervjuudest saadud materjali

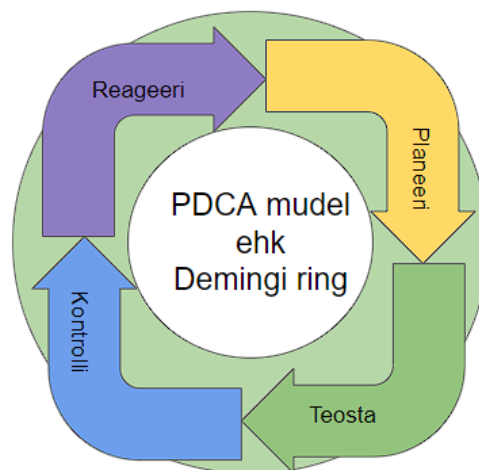
analüüsi järgselt ei kaasnenud intervjuu küsimuste struktuuris muudatusi. Tegevusjuhendi vajaduse hindamiseks viis autori läbi 12 poolstruktureeritud individuaalintervjuud.

Eksperthinnangute saamiseks koostas autor neli avatud küsimust loodud tegevusjuhendi kasutusmugavuse tagasisidestamiseks:

- Tooge välja tegevusjuhendi kasutamise positiivsed küljed.
- Tooge välja, kuidas mõjutab antud tegevusjuhend AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku emadushooldusega seotud tervishoiutöötajate teadmisi, nõustamise põhimõtteid ja abi osutamist.
- Tooge välja, millised on tegevusjuhendi kasutamise negatiivsed küljed.
- Tooge välja, mis on tegevusjuhendis puudu, mida sooviksite täiendada.

Autor edastas valminud tegevusjuhendi ja koostatud küsimused e-posti teel kolmele erialaekspertidele, kelleks olid Eesti Ämmaemandate Ühingu juhatuse liige ja kaks AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku emadushooldusega seotud tervishoiutöötajat, sünnitusosakonna naistearst ja ämmaemand. Respondendid vastasid vabas vormis kirjalikult. Saadud tagasisidet ja ettepanekuid muudatusteks analüüsiti interdistsiplinaarse meeskonnaga.

Tegevusjuhendi loomisel ja arendamisel lähtuti dr William Edwards Demingi loodud *Plan - Do - Check - Act* mudelist (edaspidi PDCA mudel) ehk Demingi ringist (vt joonis 2).



Joonis 2. PDCA mudel ehk Demingi ring (The Deming ..., 2020, kohandatud töö autori poolt).

PDCA mudel on süstemaatiline meetod protsesside ja teenuste pidevaks täiendamiseks ja arendamiseks (The Effectiveness..., 2019). Mudelil on neli etappi planeerimine, teostamine,

kontrollimine ning reageerimine. Arendusprojekti arendamisel ja tegevuste järjestamisel andis PDCA mudel loogilise aluse arendusprojekti tegevuskava kujundamisele ja eesmärkide täitmisele.

2.2. Valimi moodustamine

Arendusprojektis püstitatud eesmärkide saavutamiseks ja teema aktuaalsuse esiletoomiseks moodustati valim, kes mingil, nendele eriomasel viisil antud teemaga kokku puutuvad (Lagerspetz, 2017: 217). Uurimistöösse kaasati vettesünnitanud ja AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliinikus emadushooldusega seotud tervishoiutöötajad, kelle igapäevatöö on nõustada, toetada ja võimendada rasedaid, sünnitajaid vesi- ja vettesünnituse eelistest ja ohtudest ning pakkuda naisekeskset hooldust. Respondentidelt saadud teave oli oluline teema lahti mõtestamisel, teema aktuaalsuse, teadmiste välja selgitamiseks, abi ja nõustamise põhimõtete ning juhendi koostamise vajaduse määratlemiseks.

Emadushooldusega seotud tervishoiutöötajatest respondentide valikul oli neli peamist kriteeriumi: respondent töötab AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliinikus, respondentil on teadmised ja kogemused emadushooldusega ja sünnitusabiga, respondent oli võimeline suhtlema eesti keeles ning respondent on nõus uurimistöös osalema.

Vettesünnitanud respondentide valikul oli neli peamist kriteeriumi: respondent on nõus uurimistöös osalema, respondent on rasedusaegsel jälgimisel ja vettesünnitus on toimunud AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliinikus, vettesünnitusest on möödunud vähemalt 1 päev ning respondent on võimeline suhtlema eesti keeles.

Respondendid kodeeriti autori poolt, andes igale emadushooldusega seotud tervishoiutöötajast respondentile tähe ja numbrilise tunnuse (nt R1, R2, R3 jne). Igale vettesünnitanud respondentidele andis autor tähtede ja numbrilise tunnuse (nt RS1, RS2, RS3 jne).

2.3. Andmete kogumine ja analüüs

Andmete kogumiseks viidi autori poolt läbi 12 poolstruktureeritud individuaalintervjuud, mis on kvalitatiivse uurimismeetodi üks võimalikest viisidest koguda tekstilisi andmeid (Kalmus, 2015). Intervjuud viidi läbi AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliinikus 2022. aasta maist–

septembrini. Intervjuus osales seitse emadushooldusega seotud tervishoiutöötajat, kaks raseduskeskuses töötavat ämmaemandat, kaks sünnitusosakonnas töötavat ämmaemandat, kaks sünnitusosakonnas töötavat naistearsti, üks perekeskuses perekooli loenguid läbiviiv ämmaemand, ja viis vettesünnitanud naist.

Autori poolt tutvustati AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku üldkoosolekul emadushooldusega seotud tervishoiutöötajatele uurimistöö eesmärgi ja uurimistöös osalemise võimalust. Kutse uurimistöös osalemiseks oli leitav sünnitusjärgse osakonna infostendil veebruar–märts 2022. aastal ja uuringus osalemise soovist sai teatada e-posti teel. Seejärel lepiti kokku intervjuu läbiviimise aeg ja koht.

Intervjuud viidi läbi individuaalselt, vabatahtlikkuse alusel. Enne intervjuu salvestuse algust selgitas autor uurimistöö eesmärgi, uurimusest keeldumise ja loobumise võimalusi, andmete säilitamise turvalisust ja andis mõista, et kõik mõtted on lubatud, kartmata eelarvamusi. Osalemise kinnitas respondent allkirjaga uuringu info ja nõusoleku lehel (vt lisa 3), millest üks eksemplar jäi autorile teine respondentile. Intervjuud salvestati kasutades programmi “Salvestaja”. Intervjuud kodeeriti vastavalt tunnustele, et tagada respondentide konfidentsiaalsus. Seejärel toimus transkribeerimine ja saadud andmeid analüüsiti võimalikult kiiresti, et kogutud teave saaks talletatud.

Transkribeerimisel ja andmete analüüsi käigus kuulas autor salvestusi korduvalt. Saadud teave süstematiseeriti ja kategoriseeriti kolme rühma. Esimeses ülakategoorias kirjeldatakse respondentide tausta, teises ülakategoorias kirjeldatakse vesi- ja vettesünnituse teema aktuaalsust respondentide vaatest ning kolmandas ülakategoorias vesi- ja vettesünnituse teadlikkuse tõstmise, juhendi koostamise ja interdistsiplinaarse meeskonna vajadust. Seejärel autor edastas saadud teabe, mis oli vajalik vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhendi loomiseks ja täiendamiseks, seitsme liikmelisele interdistsiplinaarse meeskonnale.

Koostatud tegevusjuhendile saadi eksperthinnangud kolmelt erialaekspertidelt 2022. aasta septembris. Erialaekspertideks oli Ämmaemandate Ühingu juhatuse liige ja kaks AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku emadushooldusega seotud tervishoiutöötajat, ämmaemand ja naistearst. Saadud tagasisidet ja tehtud ettepanekuid analüüsiti koos meeskonnaga.

2.4. Eetika ja usaldusväärsus

Teadustöö hõlmab lisaks andmete kogumise ja analüüsi ka ohutust, turvalisust ja kaasatud isikute heaolu tagamise küsimusi, kus on arvestatud õigusi ja huve. Arendusprojekti läbiviimisel on oluline tagada respondentide konfidentsiaalsus, isikuautonoomia, privaatsus, vabatahtlikkus ja uuringu läbiviimisel välditaks kahju tekitamist. (Hea teadustava, 2017: 12). Intervjuude läbiviimine oli individuaalne, vabatahtlikkuse alusel ja delikaatseid isikuandmeid ei kogutud. Respondentide isikud ei ole tuvastatavad. Uuringus osalejaid informeeriti andmete kogumise eesmärgist ja uuringus osalemise nõusolek allkirjastati nõusolekulehel (vt lisa 3), millest üks eksemplar jäi respondentile teine autorile. Respondentidel oli õigus iga hetk katkestada intervjuu ja paluda andmed kustutada.

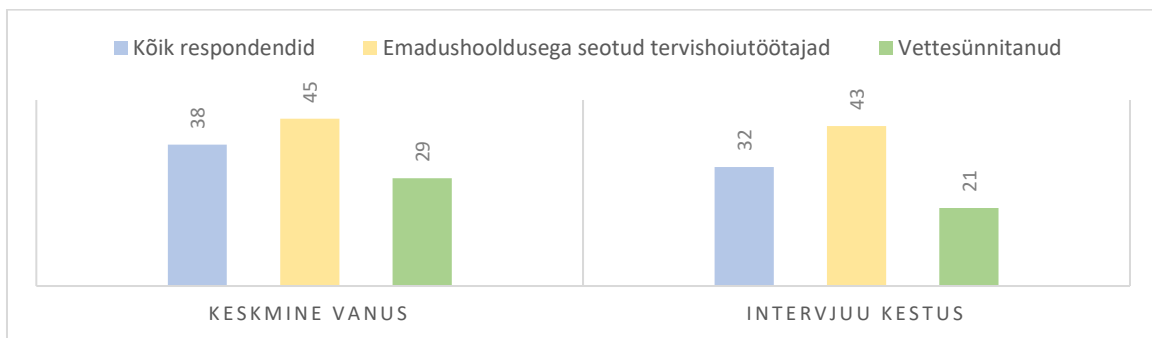
Kogutud andmeid, transkriptsioone ja helisalvestisi säilitatakse autori isiklikul mälufulgal kodeeritud kaustas, millele ligipääs on ainult arendusprojekti autoril. Andmete analüüsi aluseks on respondentide tervikmõtted, ei avalikustata kogu intervjuu teksti ja väljendatud tervikmõtteid esitatakse tsitaatidena. Kogutud materjali kasutatakse ainult antud arendusprojekti raames ja isikuid ei avalikustata. Andmeid säilitatakse arendusprojekti esitamiseni ja seejärel hävitatakse.

Arendusprojekt on koostatud vastavalt Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli kirjalike tööde koostamise ja vormistamise juhendile. Töös kasutatud teave on viidatud ja metoodika on kirjeldatud. Arendusprojekti läbiviimiseks saadi asutuse poolne kinnitus (vt lisa 4), erialaspetsialistilt teema aktuaalsuse kinnitus (vt lisa 5) ja arendusprojekti vajalikkust on kinnitanud Eesti Ämmaemandate Ühingu esindaja (vt lisa 6), mis lisavad usaldusväärust ja eetilistust. Autor järgis hea teadustava reegleid.

3. INTERVJUUDE TULEMUSED

3.1. Intervjuudes osalenud respondentide tausta kirjeldus

Arendusprojekti uurimistöös osales 12 respondenti. Emadushooldusega seotud tervishoiutöötajad on kodeeritud tunnustega R1 - R7. Vettesünnitanud on kodeeritud tunnustega RS1 - RS5. Kõik respondendid on seotud vesi- ja vettesünnitusega ja AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliinikuga neile omasel viisil. Valimi moodustamine on toodud arendusprojekti alapeatükis 2.2. Intervjuus osalenud respondentide keskmine vanus oli 38 aastat ning teostatud intervjuu kestus oli keskmiselt 32 minutit (vt joonis 3).



Joonis 3. Respondentide vanuse ja intervjuu kestuse kirjeldus (koostanud töö autor).

Respondentide R1 - R7 keskmine vanus oli 45 aastat ja respondentide RS1 - RS5 vanus oli keskmiselt 29 aastat. Intervjuu emadushooldusega seotud tervishoiutöötajaga kestis keskmiselt 43 minutit ja vettesünnitanuga 21 minutit.

Viiel ämmaemandatest respondentidest oli rakenduskõrgharidus ja ühel lisaks magistrikraad. Kahel naistearstist respondentil oli kõrgharidus. Keskmine töökogemus emadushoolduses on 16, 1 aastat. Kõik respondendid R1 - R7 puutuvad kokku vesi- ja vettesünnituse teemaatikaga igapäevaselt läbi nõustamise, viis respondenti puutub igapäevaste tööülesannete täitmisel kokku vesi- ja vettesünnitusega seotud abi pakkumisega ja vettesünnitusega seotud riskide hindamisega sünnitajal ja vastsündinul.

Uurimistöös osalenud vettesünnitanud respondendid on kolmel juhul korduvsünnitajad: kahel juhul oli tegemist teise sünnitusega ja ühel juhul oli tegemist kolmanda sünnitusega. Kahel juhul oli respondent esmasünnitaja.

3.2. Vesi- ja vettesünnituse teema aktuaalsus respondentide vaates

Uurimistöös osalenud kõik respondendid pidasid arendusprojekti raames käsitletavat teemat aktuaalseks ja teema uurimist vajalikuks. Vesi- ja vettesünnituse teemaline nõustamine on emadushooldusega seotud tervishoiutöötajate igapäevane töö nii raseduse kui ka sünnituse ajal ja kõik respondendid nägid oma rolli läbi nõustamise, abi osutamise või läbi teenuse saamise.

R3: " Ja, kindlasti!./.../ see on ./.../ igapäevane töö."

RS2: "/.../olin sellest kuulnud ja tahtsin ka proovida."

Välja toodud tsitaadid kirjeldavad teema aktuaalsust kõikide respondentide seas nii raseduse kui ka sünnituse ajal. Sünnitajatel on teema suhtes huvi ja emadushooldusega seotud tervishoiutöötajad saavad sünnitajate soove võimestada läbi nõustamise.

R4: „./.../ Tegelikult naised ju tahavad seda. ./.../ see on ./.../ loomulik. ./.../ vesi sobib ja nad tahaksid ./.../, siis on täiesti sobilik ja vajalik asi."

RS1: "/.../ ämmaemandalt küsisin ja uurisin/.../“

Uurimistöös osalenud respondentide arvates on AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliinikus vesi- ja vettesünnitust soosiv ja toetav käsitus. Samas respondendid R1 - R7 mainisid ebakindlust nõustamisel, abi osutamisel ja teadmiste tagasihoidlikkust, kuna puudub juhend, mis käsitleks üksnes vesi- ja vettesünnitust. Senini on lähtutud normaalse madala sünnitusabi riskiga sünnituse korral juhendist "Juhend normaalse sünnituse käsitlemiseks" (2016), milles puuduvad soovitud vajalikud soovitused vesi- ja vettesünnituse toetamiseks.

RS5: "Siin on ju igas toas vann, ju siis ikka on soositud ja lubatud sünnitusviis ./.../."

R6: "Meil on võimalused aga infot on vähe tegelikult ./.../, kõik nagu teavad, et see on väga popp ja väga hea, ./.../ aga otsest sellist head ./.../ infot ./.../ ei ole."

R4: "Arvan, /.../ et lihtsalt teadmatus, mis tekitab ebakindlust. /.../tekib kõhklus /.../, et kuidas meie haiglas täpselt siis ja kas ikka on õige /.../."

Respondentide R1 - R7 teadmised baseeruvad interneti avarustest saadud teabel, isiklikel ja kolleegi kogemustel. Neli respondenti mainisid, et koolist erialase põhiõppe ajal on vesi- ja vettesünnituse teemat puudutatud, kuid sellest on möödas rohkem kui 10 aastat.

R7: "Ei, ole läbinud, lugenud RCOG juhiseid ja see on ka kõik."

R3: "Ei ole, mitte ühtegi. Kõik on õpitud teistelt kolleegidelt. /.../ "

Samas respondentide RS1 - RS5 teadmised põhinevad pigem emadushooldusega seotud tervishoiutöötajate nõustamisel, sünnitajatele suunatud loengutest või internetist omal käel leitud teabel.

RS1: " /.../ ta saatis mind perekooli loengusse ja ütles, et uuriksin Ämmaemandate Ühingu kodulehte, seal on ehk õiged artiklid. /.../ "

RS3: " /.../ ämmaemandaga rääkisin. "

Teadmatus, ebakindlus, isiklik kogemus, juhendi ja erinevate emadushooldusega seotud tervishoiutöötajate vaheliste kokkulepete puudumine ning erialast tulenev oskus probleemi defineerida võib kahjustada omakorda töötajate vahelisi suhteid või piirata patsiendi valikuvõimalusi. Emadushooldusega seotud tervishoiutöötajatest respondendid näevad selles takistust, kuid leiavad, et kokkulepped on vajalikud, et tõsta nii teenuse kvaliteeti kui ka ühtlustada teadmisi.

R1: " /.../see kõik oleneb ämmaemandast, arstist. Osadel on väga suur valmisolek /.../. /.../on mingid kolmandad põhjused. /.../ "

R5: "Naistearstid eriti vist ei poolda vettesünnitust, kardavad, et kuidas seal saab aidata? /.../ naine /.../ vees on, /.../ nad lepivad /.../ ämmaemanda otsusega. /.../, /.../ usaldavad /.../ ämmaemandat tunduvalt rohkem selles olukorras kui iseennast. "

Samas intervjueeritud vettesünnitanud respondendid rõhutavad rahulolu ja usaldavad täielikult emadushooldusega seotud tervishoiutöötajaid.

RS4: "arvan, et ämmaemand teab, millal ma midagi tegema pean."

Eeltoodud respondentide vastustest võib järeldada, et vesi- ja vettesünnitus on aktuaalne nii sünnitajate kui ka emadushooldusega seotud tervishoiutöötajate seas ja AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliinikus, kus on soosiv käsitlus. Patsiendi valikuvõimalusi võib piirata emadushooldusega seotud tervishoiutöötaja isiklik kogemus või teadmatus. Tagasihoidlikud teadmised, ebakindlus, juhendi ja erinevate emadushooldusega seotud tervishoiutöötajate vaheliste kokkulepete puudumine ning erialast tulenev oskus probleemi defineerida, võib kahjustada töötajate vahelisi suhteid, piirata patsiendi valikuvõimalusi või seada ohtu patsiendi turvalisuse.

3.3. Teadlikkuse tõstmine, tegevusjuhendi vajalikkus ja interdistsiplinaarse meeskonna vajadus

Intervjuudes osalenud respondendid R1 - R7 formuleerisid vesi- ja vettesünnitust reguleeriva tegevusjuhendi ja temaatilise koolituse vajaduse, mis on tingitud tagasihoidlikest teadmistest ja ebakindlusest. Nende arvates vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhend AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliinikus ühtlustab ja tõstab emadushooldusega seotud tervishoiutöötajatel vesi- ja vettesünnitusega seotud teadmisi, abi ja nõustamise põhimõtteid, vähendab vettesünnitusega seotud riske sünnitajale ja vastsündinule ning reguleerib vesi- ja vettesünnituse jälgimist haiglas toimuva sünnituse korral.

R2: “/.../ võiks /.../ koolituse läbida, mis oleks eestikeelne /.../ ja /.../ ametlik dokument, mis suunaks ja aitaks /.../ selgust tuua, millal võib, millal pigem mitte jne. /.../ sobiks ka LTKH sisene juhend, kuid riiklikult oleks see teema ka vaja selgeks vaielda /.../. Kõik saavad ühtemoodi asjadest aru.”

Lisaks toodi välja respondendi R3 poolt simulatsioonkoolituse ja noore kolleegi mentorluse vajadus ja respondendi R4 poolt õppefilmi vajadus.

R3: ”Simulatsiooniõppus /.../ oleks vaja, juhtubki verejooks, õlad jäävad kinni /.../. /.../näiteks ämmaemand, kes juba teeb vettesünnitust /.../saaks /.../ õpetada, mina olen näiteks nõus /.../täitsa võiks mentor olla /.../ sünnitusel.”

R4: “/.../videokoolitused /.../”

Tegevusjuhendi koostamisel peeti oluliseks teiste riikide praktilist kogemust, tõenduspõhise kirjanduse analüüsi, teistes riikides olemasolevate juhendite analüüsimist ja erinevate emadushooldusega seotud eriala ekspertide kaasamist.

R7: “/.../ kõik, kes /.../ sellega igapäevaselt tegelevad, /.../kellel on kogemus, peaks kaasama juhendi koostamisse. Muidu on jälle teoreetikud ainult koos ja praktikas juhend ei kõlba kasutada!”

Respondendid R1 - R7 märkisid oluliseks lisaks kirjalikule tegevusjuhendile veel tutvustava seminari vajalikkust ning eestikeelse täiendkoolituse vajadust. Koolitusel võiks käsitleda vettesünnitusega seotud riskide hindamisi, ohtude vältimisi, vastunäidustustest ja millal suhtuda ettevaatusega vettesünnitusse.

R7: “/.../ oleks vajalik /.../ juhendit tutvustav koolitus /.../ riskide hindamisest ja vältimisest /.../.”

R2: “/.../koolitust riskidest, millal välja peab tulema, millal kindlasti vettesünnitust ei tohi pakkuda /.../.”

Respondendid R1 - R7 tundsid ebakindlust ja tõdesid vähest teadlikkust vesi- ja vettesünnitusest. Samas kinnitasid, et antud teemaga seotud teadmised on vajalikud, et tagada patsiendi ohutus ja turvalisus. Respondentide R1 - R7 arvates on oluline luua AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliinikumis emadushooldusega seotud tervishoiutöötajatele vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhend, mis tõstab teadlikkust, ühtlustab abi, nõustamise põhimõtted ja reguleerib vesi- ja vettesünnitust haiglas toimuva sünnituse korral. Respondendid R1 - R7 märgivad, et tegevusjuhendi loomisel on oluline erineva tõenduspõhise kirjanduse, teiste riiklike juhendite läbitöötamisele lisaks moodustada interdistsiplinaarne meeskond, kellel on praktilist kogemust, sest see annab probleemikäsitlusele ja selle lahendamisele laiema vaatenurga. Lisaks tegevusjuhendi loomisele peeti oluliseks juhendit tutvustavat seminari, simulatsioonkoolituse ja mentorluse tekitamise võimalusi.

4. ARENDUSPROJEKTI KIRJELDUS

4.1. Arendusprojekti ajaline raamistik ja tegevused

Arendusprojekti autor alustas teema kaardistamise ja ideekavandi loomisega 2021. aasta mais, et kandideerida Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli õenduse õppetooli terviseteaduse magistriõppesse. Õpingute raames arendati sama teemat edasi arendusprojektiks. Ajaline raamistik ja arendusprojekti tegevused on esitatud tegevuspõhiselt kronoloogilises järjestuses kuude lõikes Gantti graafikuna tabeli kujul, kus kollase värviga on tähistatud planeeritud aeg ja oranži värviga lisa-aeg, mida esialgu ei olnud planeeritud (vt tabel 1).

Tabel 1. Arendusprojekti planeeritavad tegevused ja ajaline raamistik (koostanud töö autor).

	Planeeritud aeg												Lisaaeg									
	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2022	2022	2022	2022	2022	2022	2023	2023		
Väljund: Vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhendi loomine AS Lääne-Tallinna Keskaigla Naistekliinikus näitel																						
Arendusprojekti tegevused	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2
Arendusprojektiks sobiva teema, aktuaalsuse kaardistamine, ideekavandi loomine	■	■	■	■																		
Arendusprojekti eesmärgi ja uurimistulesannete püstitamine, teoreetilise raamistiku loomine, infootsing				■	■	■	■	■	■													
Eesti Ammaamandate Ühinguga läbirääkimised algavast projektis, teema aktuaalsuse kinnituse saamine								■	■													
AS Lääne-Tallinna Keskaigla naistekliinikus arendusprojekti eesmärkide, uurimistulesannete tutvustamine									■	■												
AS Lääne-Tallinna Keskaigla naistekliinikus arendusprojekti kooskõlastamine ja kinnituse saamine										■	■											
Interdistsiplinaarse meeskonna loomine, eesmärkide tutvustamine ja tegevusjuhendi väljatöötamine, koosolekud meeskonnaga											■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Intervjuude läbiviimine (sh kavand ja proovintervjuu), analüüs												■	■	■	■	■	■	■				
Tegevusjuhendi tutvustamine juhtkonnale, tagasiside, analüüs																■	■	■	■			
Eksperthinnangud tegevusjuhendile, tagasiside, analüüs																	■	■	■			
Tegevusjuhendi kinnitamine AS Lääne-Tallinna Keskaiglas																	■	■	■			
Tegevusjuhendi tutvustamine emadushooldusega seotud tervishoiutöötajatele																		■	■	■		
Tegevusjuhendi rakenduvuse monitoring																				■	■	■
Arendusprojekti esitamine ja kaitsmine																					■	■
Arendusprojekti jätkutegevused siduserialaseltsidega																						■

Põhitegevusteks oli teemakohase teoreetilise raamistiku loomine, intervjuuküsimustike loomine, intervjuude läbiviimine emadushooldusega seotud tervishoiutöötajatega ja vettesünnitanutega, kogutud teabe analüüsimine, vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhendi koostamine koos interdistsiplinaarse meeskonnaga, eksperthinnangute kogumine

tegevusjuhendi kasutusmugavuse kohta, arendusprojekti esitamine ja selle kaitsmine. Arendusprojekti eesmärkide tutvustamine AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku emadushooldusega seotud tervishoiutöötajatele, andis aluse interdistsiplinaarse meeskonna moodustamisele.

4.2. Interdistsiplinaarse meeskonna loomine ja kommunikatsioonikava

Arendusprojekti eesmärgi ja uurimisülesannete tutvustamise järgselt saadi kinnitus AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku juhtkonnalt (vt lisa 4), mis andis võimaluse moodustada interdistsiplinaarse meeskonna tegevusjuhendi loomiseks. Meeskonda kuulus kolm ämmaemandat, kolm naistearsti ja neonatoloog. Interdistsiplinaarse meeskonna loomine toimus 2022. aasta veebruaris. Autor oli meeskonna juht ja osales meeskonnas kui ämmaemand. Vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhend sai valmida tänu meeskonna paindlikule, innovaatilisele ja eelarvamuste vabale suhtumisele ja kõik liikmed panustasid võrdväärselt arendusprojekti eesmärkide saavutamisse. Lisaks arendusprojekti raames loodud interdistsiplinaarsele meeskonnale moodustus ka meeskond koolipoolsete juhendajatega, kellega koostöös valmis töö tervikuna.

Kommunikatsiooni ajakava erinevate gruppide vahel on esitatud kronoloogilises järjestuses kuude lõikes Gantti graafikuna tabeli kujul (vt tabel 2). Koolipoolsete juhendajatega suhtlus on markeeritud kollase värviga, interdistsiplinaarse meeskonnaga koosolekud on markeeritud rohelise värviga ja asutuse juhtkonnaga suhtlus on markeeritud siniseks.

Tabel 2. Kommunikatsiooni ajakava erinevate gruppide vahel (koostanud töö autor).

Kommunikatsiooni ajakava	Koolipoolsed juhendajad												Interdistsiplinaarne meeskond												Asutuse juhtkond		
	2021												2022												2023		
Tegevused	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3				
Kommunikatsioon e-posti teel	■				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■							
Koosolekud	■								■	■	■	■	■	■		■	■	■	■	■	■	■	■				
Esitlused									■			■		■	■	■	■	■	■	■			■				

Arendusprojekti eesmärgi ja uurimisülesannete saavutamiseks toimus erinevate gruppide vahel tihe suhtlus nii e-posti teel kui ka koosolekute raames. Autor juhtis üheksat koosolekut, mis toimusid ajavahemikus 2022. aasta veebruar–oktoober. Koosolekul arutatud teemad hõlmasid arendusprojekti eesmärkide tutvustamist, uurimisülesandeid, tõenduspõhise teaduskirjanduse

tuge juhendi koostamise vajalikkuse kohta, koosolekute ajakava määratlemist, teemade ajaraamistiku fikseerimist, intervjuu küsimuste kooskõlastamist, prooviintervjuude käigus kogutud teabe edastamist, intervjuude käigus kogutud teabe edastamist, tegevusjuhendi loomisel struktuuride koostamist ja tegevusjuhendi kasutusmugavuse eksperthinnangute edastamist. Arutati koolituse läbiviimise vajalikkust ja emadushooldusega seotud tervishoiutöötajaid koondavate seltside kaasamisega seotud küsimusi.

Autor koos meeskonnaga, tegi esitlusi asutuse juhtkonnale tegevusjuhendi valmimise erinevates etappides, kus toimus ka vahetu tagasisidustus. Vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhendi kinnitamine toimus AS Lääne-Tallinna Kesksaigla juhatuses 18.10.2022.aastal.

4.3. Arendusprojekti eelarve ja ressursside kaasamine

Ressursside määratlemine ja nende jälgimine on oluline. Arendusprojekti koostamisel on autor kasutanud ajalist, rahalist ja inimressurssi. Kõige enam on ajaliselt panustanud arendusprojekti juhina autor ja koolipoolsed juhendajad.

Inimressursi kaasamine, interdistsiplinaarse meeskonna loomine vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhendi koostamiseks AS Lääne-Tallinna Kesksaigla naistekliinikus, aitas kaasa arendusprojekti eesmärkide saavutamisele ning võimaldas laiapõhjalisemat probleemi käsitlemist ja selle lahendamist. Autori poolt moodustatud meeskonnaliikmed panustasid arendusprojekti eesmärkide täitmisse tööajast põhitasu alusel. Sellest johtuvalt projekt rahastust ei vajanud.

4.4. Riskijuhtimise plaan

Riskid on ohud, mis võivad eesmärkide saavutamist mõjutada või takistada eesmärkide saavutamisele suunatud võimaluste kasutamist ja nendega toime tulemiseks peab olema kehtestatud riskijuhtimine. Riskijuhtimine on protsess, kus toimub riski kõrvaldamis- või vähendamismeetmete kavandamisele suunatud süstemaatiline riski tuvastamine, hindamine ja ohjamine. (Riskijuhtimine, 2013: 3).

Riskide juhtimiseks ja hindamiseks koostas autor riskijuhtimisplaani (vt tabel 3), kus on kirjeldatud võimalikku riski, esinemise tõenäosust, nende ennetamisega ja ilmnemisega seotud

tegevusi. Arendusprojektis kõrge esinemise tõenäosusega võimalikud riskid on tähistatud punase värvusega, kollasega on märgistatud keskmise ja rohelisega madala võimaliku riski esinemise tõenäosus.

Tabel 3. Riskijuhtimise plaan (koostanud töö autor).

Võimalik risk	Esinemise tõenäosus	Riski ennetamisega seotud tegevus	Riski ilmnemisega seotud tegevus
Arendusprojekt ei valmi määratud tähtajaks.	Kõrge	Realistliku ajakava määramine ja sellest kinnipidamine. Enesedistsipliini säilitamine ja süstemaatiline enesekontroll. Töö arendamine etapiliselt eesmärgistatult.	Arendusprojekti planeeritud tegevuste ja ajalise raamistiku kriitiline ülevaatamine, ümberkorraldamine. Tähtaegade korrigeerimine. Eneserefleksioon.
Arendusprojekti tulemi mittevõimaline tähtajaks.	Kõrge	Meeskonnaga koos ajaliste eesmärkide püstitamine, sellest kinnipidamine, süstemaatiline kontroll ja ülevaade töö valmimise etappidest.	Koostöös meeskonnaga uue tegevuse ja ajalise raamistiku loomine. Uue tähtaja seadmine.
Arendusprojekti tulem on ebaselge.	Keskmine	Arendusprojekti eesmärkide tutvustamine, vajaduste kaardistamine, interdistsiplinaarse meeskonna kaasamine. Ekspertnõu saamine arendusprojekti tulemile.	Ravijuhendite koostamise mudelite kaasamine arendusprojekti tulemi parandamiseks.
Arendusprojekti tulemit ei kinnitata asutuses.	Keskmine	Interdistsiplinaarse meeskonna kaasamine. Organisatsiooni diagnostika. Arendusprojekti läbiviimiseks loa taotlemine.	Arendusprojekti eesmärkide tutvustamine, vajaduse ja teema aktuaalsuse selgitamine juhtkonnale.
Motivatsiooni kadumine tegevusjuhendi loomisel.	Madal	Teema aktuaalsuse kaardistamine, eesmärkide tutvustamine, interdistsiplinaarse meeskonna kaasatus.	Organisatsiooni diagnostika ja vajaduse selgitamine.
Töö autoril kaob motivatsioon projekti rakendada ja juhtida.	Madal	Enesedistsipliini hoidmine, ajaressursi realistlik kasutamine, arendusprojekti kasutegurite analüüsimine, meeskonna toetus.	Isikliku vastutuse hindamine, eneserefleksioon meeskonnale.

Autori hinnangul on kõige kõrgem risk seotud arendusprojekti ja selle tulemi tähtajalise valmimisega. Antud riski ennetamiseks on autor koostanud realistliku ajakava nii arendusprojekti kui ka arendusprojekti tulemi koostamiseks. Eesmärkide seadmine, nende sõnastamine, tööde etapiline valmimine ja realistlike tähtaegade määramine, annab võimaluse süstemaatilisele enesekontrollile ja meeskonna juhtimisele. Süstemaatilise kontrolli käigus selgunud probleemistikule pöörati koheselt tähelepanu ja vajadusel uuendati tähtaegu või suunati lisaressursi probleemi lahendamise.

Arendusprojekti tulemi ebaselgust ja asutuse poolse ametliku kinnituseeta jäämist hindas autor keskmise võimaliku riski esinemise tõenäosusega. Arendusprojekti teema aktuaalsuse, probleemi kaardistamise, arendusprojekti eesmärkide avaliku tutvustamine juhatusele ja emadushooldusega seotud tervishoiutöötajatele, asutuse juhtkonnalt arendusprojekti läbiviimiseks loa saamine, asutuse sisese interdistsiplinaarse meeskonna kaasamisega ja eksperthinnangud tegevusjuhendi kasutusmugavuse kohta, minimeeritakse autori hinnangul võimalike riskide tekkimist.

Kõige ebatõenäolisemaks riskiks, mida on määratletud madala võimaliku riski esinemise tõenäosusega ja on tähistatud rohelise värviga, hindab autor asutuse ja autori enda motivatsiooni langust arendusprojekti tulemi loomisel, rakendamisel ja juhtimisel. Asutuse juhtkonna ja autori hinnangul on möödapääsmatu vajadus tegevusjuhendi loomiseks. Takistuseks võib osutada ajaline ressurss, kuid mitte motivatsioon.

4.5. Arendusprojekti monitooring ja kvaliteedikontroll

Arendusprojekti raames monitooris ja jälgis autor iseseisvalt interdistsiplinaarse meeskonna juhina planeeritud tegevuste teostumist ja ressursside kasutamist. Arendusprojekti kvaliteedi tagamiseks on autor dokumenteerinud tegevused ja kõik vajalik on koondatud ühte kausta. Paber kandjal allkirjastatud uuringu info ja informeeritud nõusolekud (vt lisa 3) on kättesaadavad üksnes autorile.

Arendusprojekti monitoorimisel ja kvaliteedikontrollimisel lähtuti terviklikust kvaliteedijuhtimise PDCA mudelist (vt eespool lk 17 toodud joonis 2), kus on võimalik kvaliteediga seonduvaid probleeme lahendada. “*Plan*” ehk “planeeri” etapis tuvastati ja sõnastati arendusprojekti uurimisprobleem, seati eesmärk ja püstitati uurimisküsimused. “*Do*” ehk “teosta” etapis toimus arendusprojekti teoreetilise raamistiku loomine, arendusprojekti empiiriline osa ja koostöös meeskonnaga loodi tegevusjuhend. “*Check*” ehk “kontrolli” etapis mõeldi läbi, kas leitud lahendus on kooskõlas püstitatud eesmärgiga ja toimus ka erialaekspertidelt hinnangu kogumine koostatud tegevusjuhendile. “*Act*” ehk “reageeri” etapis viiakse muudatus ellu. Vajadusel sai sama protsessi korrata korduvalt.

Vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhendi kvaliteedi ja kasutusmugavuse hindamiseks koostas autor neli avatud küsimust, mille saatis e-posti teel kolmele erialaekspertidele. Kasutusmugavuse tagasisidestamiseks saadeti e-kiri Eesti Ämmaemandate Ühingu juhatuse liikmele ja kahele AS

Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku emadushooldusega seotud tervishoiutöötajatele, sünnitusosakonna naistearstile ja ämmaemandale. Küsimustele ootas autor vastuseid nädala jooksul. Respondendid vastasid vabas vormis kirjalikult e-kirja teel. Ekspert hinnangutele tuginedes on autor koostanud tabeli, kus tuuakse välja esitatud küsimuste lühikirjeldus ja ekspertidelt saadud vastused (vt tabel 4).

Tabel 4. Erialaekspertide hinnang vesi- ja vettesünnitus tegevusjuhendi kasutusmugavusele (koostanud töö autor).

Tegevusjuhendi positiivsed küljed	Tegevusjuhendi mõju teadmistele, nõustamise põhimõtetele ja abi osutamisele	Tegevusjuhend negatiivsed küljed	Tegevusjuhendi puudujäägid, ettepanekud
Sisu ja ülesehitus on lihtsasti kirja pandud ja arusaadav ning kordab tähtsamaid ohutuspunkte. Tabel annab võimaluse info kiireks leidmiseks. Innovaatiline.	Juhend tõstab kindlasti personali teadlikkust ja ühtlustab arusaama	Ei leidnud	Sünnitajale võiks ka välja töötada lühivormi juhendist nõustamiselehe või infovoldiku näol, selgitamiseks vesi- ja vettesünnituse olemust.
Tabel võimaldab kiirelt leida vastuse ja nõuande ning jõuda ühiselt parima lahenduseni. Juhend on loogilise ülesehitusega, selgelt ja lihtsalt esitatud. Kergesti kasutatav, ka neile, kes puutuvad vesi- ja vettesünnituse nõustamisega kokku esimest korda või harva.	Antud juhend tõstab emadushooldusega seotud tervishoiutöötajate teadmisi. Ühtlustab personali nõustamise põhimõtteid ja lihtsustab peredele selgitamist.	Ei leidnud	Juhendi võiks edasi esitada üleriigiliseks kasutamiseks. Juhendis võiks veel käsitleda mõningaid erandeid, mis tingimustel võiks vett kasutada tuhande leevendamiseks nt kaksikud, enneaegsed, tuharseis.
Juhendi sisu ja ülesehitus oli hästi läbimõeldud. Juhend on põhjalikult lahti kirjutatud.	Ühtlustab ja tõstab teadmisi kohe kindlasti.	Mind häiris ainult veetemperatuur, mille vahemik oli nii väike (36,5-37,5 C). Ei leidnud selgitust	Ei ole

Ekspertide hinnangul on vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhendis kirjeldatud tegevusi ja üldisi põhimõtteid arusaadavalt. Tegevusjuhendi ülesehitus ja sisu on hästi läbimõeldud ning esitatud loogiliselt, soovitusel on konkreetsed, suunavad ja tänu tegevusjuhendis olevale tabelile on infot võimalik kiirelt leida. Pikemad selgitused soovitustele ja tegevustele on lahti kirjeldatud tegevusjuhendi tekstis. Ekspertide hinnangul tõstab ja ühtlustab tegevusjuhend emadushooldusega seotud tervishoiutöötajate teadmisi ja nõustamise põhimõtteid.

Ühele eksperdile jäi tegevusjuhendi analüüsimise järgselt ebaselgeks veetemperatuuri vajalik vahemik. Autor edastas tekkinud küsimuse tegevusjuhendi koostamisel osalenud meeskonnale ja koos jõuti järeldusele, et muudatusi olemasolevas juhendis ei ole vaja teostada, kuna vajalik info on vee kasutustingimuste juures kirjeldatud. Ettepanekuteks lisasid eksperdid, et sünnitajale tuleb välja töötada infovoldik ja loodud tegevusjuhend sobib üleriigiliseks kasutamiseks.

Tegevusjuhend võetakse kasutusele pärast tutvustavat seminari AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku emadushooldusega seotud tervishoiutöötajatele. Edaspidi on tegevusjuhend kättesaadav haigla siseveebis ja paberkandjal osakondades. Siseveebis oleva juhendi läbi lugemine ja selle kinnitamine on võrdväärne paberkandjal allkirjastamisega.

Autoril on võimalus sünnitusosakonna ämmaemandusjuhina monitoorida sekkumisest tulenevat kvaliteedi muutust, mida planeeritakse lähtuvalt arendusprojekti tegevuste ajaraamistiku tabelis peale arendusprojekti kaitsmist (vt eespool lk 27 toodud tabel 1). Emadushooldusega seotud tervishoiutöötajatel on võimalus tegevusjuhendi muudatusteks teha ettepanekuid. Tegevusjuhendi koostamise meeskonna poolt vaadatakse vajadusest lähtuvalt tegevusjuhend üle, kuid seda tehakse igal juhul mitte harvem kui üks kord viie aasta jooksul.

4.6. Arendusprojekti rakenduskava analüüs

Autoril oli koostatud neli peamist tegevust, mis tulenesid arendusprojekti uurimisülesannetest. Peamised tegevused olid teaduskirjanduse ülevaate koostamine, mille lõpuajaks planeeriti 2022. aasta juuniks, intervjuude läbiviimine ja analüüsimine, mille lõpp planeeriti 2022. aasta juuliks, interdistsiplinaarse meeskonna loomine ja tegevusjuhendi väljatöötamine, valmimistähtaeg planeeriti 2022. aasta augustiks, ja erialaekspertidelt tegevusjuhendile tagasiside saamine kasutusmugavuse kohta, mida planeeriti 2022. aasta septembriks. Esimese peamise tegevuse läbimise tulemusena sai liikuda edasi järgmistesse tegevustesse. Edasised tegevused olid osaliselt paralleelselt teostatavad.

Autor konsulteeris erinevate takistuste lahendamiseks koolipoolsete juhendajatega või interdistsiplinaarse meeskonnaliikmetega. Enamus planeeritud tegevusi viidi täide ajaraamistiku tabelisse (vt eespool toodud lk 27 tabel 1) märgitud tähtaegadel. Tegevusjuhendi kinnitamine oli esialgselt planeeritud 2022. aasta august, kuid kinnitamine toimub tegelikkuses 2022. aasta oktoobris. Edasilükkumine on seotud interdistsiplinaarse meeskonnaliikmete

suvekuudel toimunud korraliste puhkustega, mida autor ei olnud tähtaegade seadmisel arvestanud. Sellest tulenevalt lükkus edasi erialaekspertidelt tegevusjuhendile tagasiside saamine 2022. aasta oktoobrisse ja seepärast lükkusid ajalises raamistikus edasi ka tegevusjuhendi tutvustav seminar ja tegevusjuhendi kasutuselevõtu monitooring. Esialgelt oli koolitus planeeritud 2022. aasta september ja kahe kuu möödumisel tegevusjuhendi rakendumise monitooring. Tegevusjuhendi tutvustav seminar toimus 2022. aasta novembris ja kasutuselevõtu efektiivsust saab monitoorida 2023. aasta jaanuar–veebruar, mida plaanib autor teostada peale arendusprojekti kaitsmist.

4.7. Arendusprojekti tulem

Arendusprojekti tulemina valmis tõenduspõhine vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhend AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku emadushooldusega seotud tervishoiutöötajatele (vt lisa 7), mis tugineb erialasele tõenduspõhisele teaduskirjandusele, intervjuudest kogutud teabele ja eksperthinnangutele. Tegevusjuhendi koostamisel kujunes teoreetiliseks raamistikuks EBHC mudel ja Eesti ravijuhendite koostamise mudel, mida kohandati AS Lääne-Tallinna Keskhaigla juhendite koostamise vormile. Loodud tegevusjuhend aitab vältida väärarusaamisi, kuna sisaldab kindlaid seisukohti, mis on kõikidele teemaga seotud tervishoiutöötajatele üheselt mõistetavad. See vähendab ebakõlasid erialade vahelisel koostööl, tõstab patsiendi ohutust, ravikvaliteeti ja tagab patsientidele ühtsed valikuvõimalused.

Vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhendis on toodud tingimused kasutatavale veele, sünnitusaegse nõustamise lähtekohad ja soovitused, kus kirjeldatakse vesi- ja vettesünnitusega seotud eeliseid, ohtusid sünnituse erinevates etappides ja vastsündinu hoolduse üldisi põhimõtteid. Soovitustega antakse edasi haiglas kehtivad kokkulepped, kuidas ühes või teises olukorras peaks tegutsema. Soovituse tugevus ja tõendatuse aste on edasi antud kasutades kolme värvilist süsteemi: roheline märgisega on märgistatud teave, mis on tugeva positiivse soovitusena, madala tõendatuse astmega, kollase märgisega on kirjeldatud praktilist soovitusi ning punase märgisega on tugev soovitus mitte teha.

Erialaekspertidelt saadud hinnangutest tulenevalt võib järeldada, et koostatud vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhend on üheselt mõistetav, loogilise ülesehitusega ja tabel võimaldab info kiire leidmise, mis muudab tegevusjuhendi kasutamise mugavamaks. Tegevusjuhend on uudne, vajalik ja innovaatiline.

5. ARUTELU

Vesi- ja vettesünnitus on madala sünnitusabiriskiga sünnituse osa, kus on võimalik rakendada naisekeskset, holistilist emadushooldust ja minimeerida meditsiinilisi vahelesekumisi. Rahvusvaheliselt on olnud praktiline kogemus heitlik, mida kinnitavad erinevate maade käsitlused ja Peacock jt (2018) toovad välja, et ka teaduskirjanduses ei ole selget arusaama vettesünnituse ohutuses. Úlfsdóttir (2019), Milosevic jt (2020), Orrantia ja Petrick (2021) uurimused kinnitavad emadushooldusega seotud tervishoiutöötajate erialadest tulenevaid vesi- ja vettesünnituse käsitluse erisusi, mis on seotud just erialast tuleneva probleemi defineerimise ja selle lahendamise viisist. Vaatamata filosoofilistest erinevustest erialade vahel, soovivad autorid ja ka WHO (2018) välja töötada ühtsed arusaamad ja tegevused, pakkumaks sünnitajatele naisekeskset holistilist emadushooldusteenust. Jacoby jt (2019) toovad välja, et üksmeel on saavutatud vesisünnituse ohutuses, kus nähakse kasu vee valuvaigistaval ja lõõgastaval toimel.

Erinevate riikide käsitluses on olnud mitmesuguseid vesi- ja vettesünnituse praktikast lähtuvaid kogemusi. Ameerika Ühendriikides on pigem mittesoosiv käsitlus, mida kinnitab ACOG otsus nr 679 (Committee Opinion..., 2016). Otsuses ei keelustata vesi- ja vettesünnitust, vaid pigem selgitatakse, et tõendite olemasolu on ebaselge ja seniks, kuni pole tõendatud ohutus, peaks sünd toimuma pigem õhukeskkonnas. Sünnitajaid, kes soovivad vesi- ja vettesünnitust, tuleb informeerida võimalikest ohtudest ja eelistest, et tehtav valik oleks teadlik ja riske arvestav.

Rootsis oli vesi- ja vettesünnitus keelatud kuni 2000-ndate alguseni, kuni uue tõenduspõhise teabe kogunemiseni. Rootsi naistearstid Nordström ja Waldenström (2001) toovad praktikasse uue lähenemise, mis omakorda tõi käsitluse murrangulise muutuse, mille tulemusena muutus vesi- ja vettesünnituse käsitlus soosivaks.

Ühendkuningriigis on soosiv käsitlus 1980-ndatest ja on juhendid, mida uuendatakse vastavalt uuele tõenduspõhisele teabele. Lim jt (2016) ja Úlfsdóttir (2019) kinnitavad, et tegemist on soovitud sünnitusviisiga ja tänu soosivale käsitlusele on 2015. aasta andmete põhjal tõusnud madala sünnitusabiriskiga sünnitajate seas vettesünnitus 9%. Austraalis on soosiv käsitlus aastast 2009 ja vettesünnitusi toimub 4–5% sünnitustest. Teemakohast infot on võimalik leida kõikide sünnitusmajade veebilehtedelt, ka see info on kirjeldatud, kui antud teenust ei osutata.

AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliinikus on soosiv käsitlus ja pikaajaline praktiline kogemus, mida kinnitasid arendusprojekti raames teostatud uurimistöös osalenud

respondendid. Uurimistöös osalenud emadushooldusega seotud tervishoiutöötajad tõdesid samas ebakindlust vesi- ja vettesünnituse nõustamises, mis tuleneb vähesest teadlikkusest ja juhendi puudusest.

Arendusprojekti tõenduspõhise teaduskirjanduse analüüsile tuginedes kujunes vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhendi koostamise teoreetiliseks raamistikuks Eesti ravijuhendite koostamise mudel ja EBHC mudel, mida kohandati AS Lääne-Tallinna Keskhaigla juhendi koostamise vormile. Austraalias ja Ameerika Ühendriikides laialt kasutatav EBHC mudel (Jordan, 2019) ja Eestis ravijuhendite koostamisel kasutatav „Ravijuhendite koostamise käsiraamat“ (2017) ühendavad hea tava, kliinilised kogemused, teoreetilised teadmised, mis toetuvad tõenduspõhisele teaduskirjandusele, uuringutele, ja rõhutavad erinevate erialade kaasamise olulisust probleemi lahendamisel.

Tegevusjuhendi vajaduse määratlemiseks teostas autor 12 poolstruktureeritud individuaalintervjuud. Uurimistöö tulemustele tuginedes võib järeldada, et kõik respondendid pidasid käsitletavat teemat aktuaalseks ja vajalikuks ning emadushooldusega seotud töötajatest respondendid pidasid oluliseks vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhendi loomist. Toetudes teaduskirjanduse analüüsile ja uurimistulemustele sai kinnitust teema aktuaalsus, mis omakorda suurendas tegevusjuhendi väljatöötamise vajadust. Wilson ja Symon (2002) ja Lewis jt (2018) arvates ei saa emadushooldusega seotud tervishoiutöötaja võtta vastutust, kui ei ole vastavaid teadmisi ning Cooper jt (2018) sõnul võib see muuta patsiendi valikuvõimalusi ja seada ohtu patsiendi turvalisuse. Kvaliteedi tagamiseks ja emadushooldusteenust osutavate tervishoiutöötajate kvalifikatsiooni parandamiseks peab olema juhend, mille alusel teenust osutada ja riske hinnata.

Arendusprojekti toel on loodud tõenduspõhine vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhend AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku emadushooldusega seotud tervishoiutöötajatele, mis ühtlustab vesi- ja vettesünnitusega seotud teadmised, abi ja nõustamise põhimõtted. Lisaks reguleerib tegevusjuhend vesi- ja vettesünnituse jälgimist haiglas toimuva sünnituse korral. Tegevusjuhendis on saavutatud erialade vahelised kokkulepped, mis toetuvad teaduskirjandusele, heale tavale ja klinitsistide kogemusele. See omakorda aitab vältida väärarusaamisi, vähendab ebakõlasid erialade vahelisel koostööl, tõstab patsiendi ohutust, ravikvaliteeti ja tagab patsientidele ühtsed valikuvõimalused.

Arendusprojekti raames kogutud ekspertarvamustele tuginedes, võib järeldada, et loodud tegevusjuhend on ülesehituselt loogiline, teave on selgelt, arusaadavalt kirjeldatud ja tegevusjuhendis olev soovitude tabel annab kiire võimaluse info otsimiseks, mis omakorda muudab tegevusjuhendi kasutamise mugavaks. Tegevusjuhendi koostamiseks kaasas autor seitsme liikmelise interdistsiplinaarse meeskonna.

Kokkuvõtvalt võib tuua, et vesi- ja vettesünnitus on populaarne sünnitusviis madala sünnitusabiriskiga sünnitajate seas ning millel on soosiv käsitlus ülemaailmselt ja ka AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliinikus. Koostatud tegevusjuhendi tutvustamise järgselt on AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku emadushooldusega seotud tervishoiutöötajatele juhend kättesaadav nii siseveebis kui ka paber kandjal osakonnas. Sekkumise analüüs toimub pärast arendusprojekti kaitsmist. Emadushooldusega seotud tervishoiutöötajatel peavad olema teadmised ja oskused, et nõustada sünnitajaid, võimestada nende soove ja hinnata tegevusjuhendile tuginedes ohte ja eeliseid, mis tagab sünnitajatele ühtsed valikuvõimalused ja patsiendi ohutuse. Tegevusjuhendi olemasolu annab aluse emadushooldusega seotud tervishoiutöötajate teadmiste ühtlustamiseks ja teenuse kvaliteedi tõstmiseks, millest omakorda võib välja töötada koolitusprogrammi või patsiendile infolehe.

Autori ja eksperthinnangutele tuginedes võib järeldada, et arendusprojekti tulemil on tugev positiivne mõju AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku emadushooldusega seotud tervishoiutöötajate teadmiste, abi ja nõustamise põhimõtete ühtlustamisel ja tõstmisel. Arendusprojekti koostamine ja interdistsiplinaarse meeskonna juhtimine andis autorile märkimisväärse isikliku arengu ämmaemanduserialal ja andis hea võimaluse kordineerida siduserialade vahelist koostööd. Lisaks näeb autor tegevusjuhendi olulisust Eesti tervishoius. Eksperthinnangule tuginedes on arendusprojekti tulem sobilik alusdokument, et koostöös emadushooldusega seotud erialaseltsidega töötada välja vesi- ja vettesünnitusega seotud ühtsed üleriigilised nõustamise põhimõtted ja soovitusel.

Arendusprojekti kitsaskohtadena toob autor välja täielikult puuduvad vesi- ja vettesünnituse kontekstist lähtuvad uuringud Eestis, kuigi minimaalselt on AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku aastaaruannetes kajastatud vettesünnitust. Ühtlasi näeb autor takistusena, et antud töö on koostatud ainult ühe asutuse näitel, mistõttu ei pruugi autori ja interdistsiplinaarse meeskonna poolt koostatud tegevusjuhendist tulenevad soovitusel sobida kõigile emadushooldust pakkuvatele asutustele ja nende töötajatele, mis omakorda tõstab esile vajadust üleriigilise juhendi väljatöötamiseks.

Autori ettepanekud edasiseks arendustegevuseks:

- Monitoorida vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhendist tulenevat kvaliteedi muutust AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliinikus.
- Koostada edaspidi arendusprojektina vesi- ja vettesünnituse koolitus- ja mentorlusprogramm emadushooldusega seotud tervishoiutöötajatele teadlikkuse suurendamiseks.
- Luua vesi- ja vettesünnituse patsiendi infovoldik sünnitajate teadlikuse tõstmiseks.
- Tutvustada loodud tegevusjuhendit konverentsidel ja koostada artikkel Eesti Õdede ajakirja.
- Luua koostöös emadushooldusega seotud erialaseltsidega vesi- ja vettesünnituse juhend, mis ühtlustab ja reguleerib Eestis toimuvad vesi- ja vettesünnitusi.

Autori hinnangul said arendusprojekti eesmärk ja uurimisülesanded täidetud. Loodud tegevusjuhend toetub tõenduspõhisele teaduskirjandusele, vastab AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku emadushooldusega seotud tervishoiutöötajate vajadustele ja omab ekspertidelt saadud kasutusmugavuse kohta positiivseid hinnanguid. Arendusprojekti tulemi jätkusuutlikkuse tagab aktiivne kasutus AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliinikumis, sekkumise järgne monitooring ja selle analüüs ning pidev tegevusjuhendi täiendamine ajas, kus lähtutakse uuenenud tõenduspõhisest teabest ja vajadusest tervishoius.

JÄRELDUSED

Arendusprojekti eesmärgi saavutamiseks püstitatud uurimisülesannetest tulenevalt saab teha järgmised järeldused:

- Autor koostas teaduskirjanduse ülevaate vesi- ja vettesünnituse praktikast rahvusvahelise teaduskirjanduse põhjal. Erinevate riikide praktilisest kogemusest lähtuvalt on vesi- ja vettesünnituse käsitus olnud heitlik, kuid tänapäeval on levimas pigem soosiv käsitus. Lisaks selgus, et emadushooldusega seotud tervishoiutöötajatel on erinev arusaam vesi- ja vettesünnituse käitlusest, mis tuleneb probleemi defineerimise ja selle lahendamise oskusest. Juhend aitab vältida vääritariusaamisi, kuna sisaldab kindlaid seisukohti, mis kõikidele teemaga seotud tervishoiutöötajatele üheselt mõistetavad. See vähendab ebakõlasid erialade vahelisel koostööl, tõstab patsiendi ohutust, ravikvaliteeti ja tagab patsientidele ühtsed valikuvõimalused. Arendusprojekti raames kirjeldati erinevaid juhendi koostamise mudeleid. Tegevusjuhendi teoreetiliseks raamistikuks kujunes EBHC mudel ja Eestis kasutatava ravijuhendite koostamise mudel, mis on kohandatud AS Lääne-Tallinna Keskhaigla juhendi koostamise vormile.
- Arendusprojekti valmimise protsessis selgus vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhendi vajadus AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku emadushooldusega seotud tervishoiutöötajatele. Intervjuudest järeldus, et emadushooldusega seotud tervishoiutöötajate teadmised on vesi- ja vettesünnitusest tagasihoidlikud ja tegevusjuhendi loomine on vajalik. Lisaks tegevusjuhendile peetakse oluliseks teadlikkuse suurendamisel koolitusprogrammi ja patsiendi infovoldiku loomist.
- Loodud tõendus põhine vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhend ühtlustab AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku emadushooldusega seotud tervishoiutöötajate teadmised, abi ja nõustamise peamised lähtekohad.
- Kirjeldati ekspertidelt saadud hinnanguid koostatud vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhendi kasutusmugavust, kus toodi esile sisu ja ülesehituse lihtsus ning juhendis oleva tabeli olulisus, mis hõlbustab info kiiret leidmist.

Autor leiab, et arendusprojekti eesmärk ja uurimisülesanded on täidetud.

KASUTATUD KIRJANDUS

All Wales Midwife-Led Care Guidelines. (2017). Wales Midwives.

<https://ales.nhs.uk/sitesplus/documents/861/All%20Wales%20Midwife%20led%20care%20Guidelines%20final%2010%20Dec%20131.pdf> (12.12.2021)

Aughey, H., Jardine, J., Moitt, N., Fearon, K., Hawdon, J., Pasupathy, D., Urganci, I., Harris, T. (2021). Waterbirth: A National Retrospective Cohort Study of Factors Associated with Its Use among Women in England. *BMC Pregnancy and Childbirth* 21(1):1–9.

doi: 10.1186/s12884-021-03724-6.

Bailey, J. M., Zielinski, R. E., Emeis, C. L., Low, L. K. (2020). A Retrospective Comparison of Waterbirth Outcomes in Two United States Hospital Settings. *Birth* 47(1):98–104.

doi: 10.1111/birt.12473.

Bovbjerg, M. L., Cheyney, M., Everson, C. (2016). Maternal and Newborn Outcomes Following Waterbirth: The Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009 Cohort. *Journal of Midwifery & Women's Health* 61(1):11–20.

doi: 10.1111/JMWH.12394.

Clews, C., Church, S., Ekberg, M. (2019). Women and Waterbirth: A Systematic Meta-Synthesis of Qualitative Studies. *Women and Birth* 33(6):566–73.

doi: 10.1016/J.WOMBI.2019.11.007.

Cluett, E. R., Burns, E., Cuthbert, E. (2018). Immersion in Water during Labour and Birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018(5):1–5.

doi: 10.1002/14651858.CD000111.pub4.

Committee Opinion No. 679: Immersion in Water During Labor and Delivery. (2016). The American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstetrics and Gynecology* 128(5):e231–36.

doi: 10.1097/aog.0000000000001771.

Cooper, M., McCutcheon, H., Warland, J. (2018). Water Immersion Policies and Guidelines: How Are They Informed? *Women and Birth* 32(3):246–54

doi: 10.1016/j.wombi.2018.08.169.

Definition of midwifery, 29 [Josanpu zasshi] *The Japanese journal for midwife* 390. (2017). International Confederation of Midwives (ICM). (2017). Position Statement Midwives'. Appropriate services for normal pregnancy, childbirth and the postnatal period. 1–2.

Eesti Tervisedenduse Ühing. (2003). *Tervisemõju Analüüsi Käsiraamat. Abiks Poliitikule Ja Praktikule.*

<http://www.salutare.ee/files/raamatud/Tervisem%C3%B5ju%20anal%C3%BC%C3%BCsi%20k%C3%A4siraamat.pdf> (15.04.2022)

Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2021–2030, 1–20. Ühised Sammud Terviseeni. (2020). Eesti Õdede Liit, Eesti Ämmaemandate Ühing. https://www.estnda.ee/pildid/dokumendid/Avaleht/Eesti_oenduse_ammaemanduse_arengustrateegia_2021_2030.pdf (01.04.2022)

Feeley, C., Cooper, M., Burns, E. (2020). A Systematic Meta-Thematic Synthesis to Examine the Views and Experiences of Women Following Water Immersion during Labour and Waterbirth. *Journal of Advanced Nursing* 77(7):2942–56.
doi: 10.1111/JAN.14720.

Hea teadustava. (2017). Tartu: Tartu Ülikooli eetikakeskus. https://www.eetika.ee/sites/default/files/www_ut/hea_teadustava_trukis.pdf (04.06.2022).

Immersion in water during labour and Birth. (2006). Royal College of Obstetricians and Gynaecologists/Royal College of Midwives Joint statement No.1. The Royal College of Midwives.
<http://activebirthpools.com/wp-content/uploads/2014/05/RCOG-waterbirth.pdf> (06.06.2022)

Jacoby, S., Becker, G., Crawford, S., Wilson, R. D. (2019). Water Birth Maternal and Neonatal Outcomes Among Midwifery Clients in Alberta, Canada, from 2014 to 2017: A Retrospective Study. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada* 41(6):805–12.
doi: 10.1016/j.jogc.2018.12.014.

Jordan, Z., Lockwood, C., Munn, Z., Aromataris, E. (2019). The Updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 17(1):58–71.
doi: 10.1097/XEB.000000000000155.

Juhend normaalse sünnituse käsitlemiseks. (2006). Eesti Naistearstide Selts, Eesti Ämmaemandate Ühing, Eesti Perinatoloogia Selts. Tallinn. https://ammaemand.org/wp-content/uploads/2022/01/synnituse_juhend_2014_kor_2016.pdf (02.08.2021)

Jõgis, L. (2021). AS Lääne-Tallinna Keskhaigla Naistekliiniku sünnitusosakonna iseseisev ämmaemandus 2021 aasta aruanne. AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku aastaaruanded. Tallinn

Kalmus, V., Masso, A., Linno, M. (2015). Kvalitatiivne sisuanalüüs. Tartu Ülikool. <https://samm.ut.ee/kvalitatiivne-sisuanalyys> (10.12.2022)

Kutsestandard, Ämmaemand, tase 7. KUTSESTANDARD Ämmaemand, tase 7. , (2018). <https://www.kutseregister.ee/ctrl/et/Standardid/vaata/10684540> (15.04.2022)

Lagerspetz, M. (2017). *Ühiskonna uurimise meetodid*. Tallinn: Tallinna Ülikooli Kirjastus.

Lathrop, A., Bonsack, C. F., Haas, D. M. (2018). Women's Experiences with Water Birth: A Matched Groups Prospective Study. *Birth* 45(4):416–23.
doi: 10.1111/birt.12362.

Lewis, L., Hauck, Y. L., Crichton, C., Barnes, C., Poletti, C., Overing, H., Keyes, L., Thomson, B. (2018). The Perceptions and Experiences of Women Who Achieved and Did Not Achieve a Waterbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth* 18(1).
doi: 10.1186/s12884-017-1637-5.

Lim, K. M. X., Tong, P. S. Y., Seng Chong, Y. (2016). A Comparative Study between the Pioneer Cohort of Waterbirths and Conventional Vaginal Deliveries in an Obstetrician-Led Unit in Singapore. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* 55(3):363–67.
doi: 10.1016/j.tjog.2016.04.012.

Midwifery Care in Labour Guidance for All Women in All Settings. (2018). The Royal College of Midwives. M. *RCM Midwifery Blue Top Guidance* 11(1):1–28.
<https://www.rcm.org.ukwww.rcm.org.uk> (12.12.2021)

Milosevic, S., Channon, S., Hughes, J., Hunter, B., Nolan, M., Milton, R., Sanders, J. (2020). Factors Influencing Water Immersion during Labour: Qualitative Case Studies of Six Maternity Units in the United Kingdom. *BMC Pregnancy and Childbirth* 20(1):1–14.
doi: 10.1186/s12884-020-03416-7.

Nordström, L., & Waldenström, U. (2001). Socialstyrelsen: handläggning av den normala förlossningen – State of the art. Säkerhet och kvinnans valfrihet. Hämtad 19 januari, 2015, från https://www.sfog.se/media/212605/state_of_the_art_pn.pdf (21.09.21)

Orrantia, E., Petrick, C., (2021). Beliefs and Perspectives of Women and Obstetrical Providers in Northern Ontario on Water Births. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada* 43(3):313–21.
doi: 10.1016/j.jogc.2020.07.010.

Patsiendiohutuse terminibaas.
<https://sonaveeb.ee/ds/pot> (01.04.2022)

Peacock, P., Stanley J., Zengeya, T., Cochrane, L., Sleath, M. (2018). Neonatal Outcomes Following Delivery in Water: Evaluation of Safety in a District General Hospital. *Cureus* 10(2).
doi: 10.7759/cureus.2208.

Policy – Birth in water. (2007). Government of South Australia Department of Health, 2007, *Policy – Birth in water*, 2007, Dec
<http://activebirthpools.com/wp-content/uploads/2016/11/South-Australia-Water-Birth-Policy-1.pdf> (15.06.2021)

Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030. (2020). Sotsiaalministeerium. Tallinn.
<https://www.sm.ee/et/rahvastiku-tervise-arengukava-2020-2030> (01.04.2022)

Riskijuhtimine.(2013). Sisekontrolli koordineerimise talitus Finantskontrolli osakond. Rahandusministeerium. Tallinn.
<https://www.fin.ee> (04.12.2022)

Statement, Consensus. (2002). "The Use of Water in Labour and Birth." (July):1–2. <https://www.midwife.org.nz/wp-content/uploads/2019/05/The-Use-of-Water-for-Labour-and-Birth.pdf> (12.12.2021)

Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli kirjalike tööde koostamise ja vormistamise juhend (2019). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool. Tallinn.

Úlfisdóttir, H. (2019). To Give Birth in Water. https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/46765/Thesis_Hanna_U%cc%81lfsdo%cc%81ttir.pdf?sequence=1&isAllowed=y (10.10.2021)

Úlfisdóttir, H., Saltvedt, S., Georgsson, S. (2018). "Waterbirth in Sweden – a Comparative Study." *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 97(3):341–48. doi: 10.1111/AOGS.13286.

Van Teijlingen, E. (2005). A Critical Analysis of the Medical Model as Used in the Study of Pregnancy and Childbirth. in *Sociological Research Online*. Vol. 10. SAGE Publications Sage UK: London, England. doi:10.5153/sro.1034

Wilson, J. H., Symon, A. (2002). *Clinical Risk Management in Midwifery. The right to a perfect baby?* Oxford: Books for Midwives.

World Health Organization. (2018). Intrapartum care for a positive childbirth experience. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-careguidelines/en/> (14.04.2022)

Ämmaemanduse arengukava 2019–2024. (2019). Eesti Ämmaemandate Ühing. Tallinn. https://ammaemand.org/wp-content/uploads/2021/12/A%CC%88mmaemanduse-arengukava_2019-2024.pdf (15.04.2022)

Intervjuus kasutatud küsimused emadushooldusega seotud tervishoiutöötajatele

1. Kellena Te töötate?
2. Kui vana Te olete?
3. Kui pikk on olnud Teie tööstaaž praegusel ametikohal?
4. Millised on olnud Teie kokkupuuted vettesünnitusega?
5. Kuidas suhtute vesi- ja vettesünnitusse?
6. Kui sageli olete pidanud igapäevatöös nõustama rasedaid vesi- ja vettesünnituse teemal?
7. Kui sageli olete kaalunud igapäevatöös vesi- ja vettesünnitust?
8. Millised on Teie arvates eelised vettesünnitusel?
9. Millised on Teie arvates riskid vettesünnitusel?
10. Milliseid erialaseid täienduskoolitusi olete läbinud vesi- ja vettesünnituse kohta?
11. Millistest allikatest olete saanud teavet vesi- ja vettesünnituse toetamiseks, nõustamise läbiviimiseks ja riskide hindamiseks?
12. Milline on Teie hinnang Eestis toimuvale vesi- ja vettesünnitusele?
13. Kuidas hindate AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku sünnitusosakonna valmidust pakkuda vesi- ja vettesünnitust?
14. Kuidas hindate AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku teiste ämmaemandate/naistearstide valmisolekut toetada naist vesi- ja vettesünnituse nõustamisel?
15. Milline on Teie arvamus, mis abistaks Teid raseda ja sünnitaja nõustamisel vesi- ja vettesünnituse toetamise juures?
16. Milliseid teemakohaseid täiendkoolitusi vajaksite, et täiendada teadmisi vesi- ja vettesünnituse nõustamisel, riskide ja eeliste hindamisel?
17. Millised oleksid teie ettepanekud antud teema edendamiseks?

Intervjuus kasutatud küsimused vettesünnitanule

1. Kui vana Te olete?
2. Mitmes sünnitus Teil on?
3. Kuidas tekkis mõte proovida vesi- ja vettesünnitust?
4. Millistest allikatest saite teavet vesi- ja vettesünnituse kohta?
5. Milline on Teie hinnang tervishoiutöötaja (sh ämmaemanda/naistearsti) teadmistele rasedusaegse vesi- ja vettesünnituse toetamise nõustamisele?
6. Milline on Teie hinnang tervishoiutöötaja (sh ämmaemanda/naistearsti) teadmistele sünnituse ajal vesi- ja vettesünnituse toetamise nõustamisele?
7. Milline on Teie hinnang tervishoiutöötaja panusele tugiisiku nõustamisel vesi- ja vettesünnitusest?
8. Milline on Teie hinnang tervishoiutöötaja panusele vesi- ja vettesünnituse toetamisel?
9. Milline on Teie hinnang tervishoiutöötaja meditsiiniliste teadmiste kohta vettesünnituse toetamisel?
10. Kuidas hindate rahulolu saadud vettesünnitamise kogemusest?

Uuringu info ja informeeritud nõusolek

Lugupeetud osaleja!

Aitäh, et osalete uuringus, mille eesmärgiks on koostada emadushooldusega seotud tervishoiutöötajatele vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhend AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku näitel. Juhend arvestab naisekeskset lähenemist, pakub patsientidele ühtseid valikuvõimalusi, toetab teenuseosutajaid ja tõstab patsiendi ohutust. Uuringu tulemusena valmib Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli õenduse õppetooli terviseteaduse õppekava magistritöö.

Uuringu käigus palume anda intervjuu, milles osalemine on vabatahtlik ja loobumine on võimalik igas etapis. Osalejad on emadushooldusega seotud tervishoiutöötajad nagu ämmaemandad, naistearstid ja vettesünnitanud patsiendid. Intervjuu kestus on orienteeruvalt kuni 30 minutit sõltuvalt vastuste mahust. Respondentide delikaatseid isikuandmeid ei koguta, intervjuud kodeeritakse, transkribeeritakse ja täistekstid on teada üksnes autorile. Andmete analüüsil võetakse täistekstidest välja tervikmõtted, mida kasutatakse ainult tsitaatidena. Täispikka intervjuud ei avalikustata. Peale magistritöö kaitsmist andmed hävitatakse. Seni säilitatakse andmeid autori isiklikul mälupulgal koodiga kaitstud failina.

Uuringus kogutud andmete analüüsile tuginedes koostatakse emadushooldusega seotud tervishoiutöötajatele vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhend AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku näitel.

Mind,, on informeeritud

uurimistöö eesmärkidest, meetodikast ja kinnitan oma nõusolekut selles osalemiseks allkirjaga.

Uurimistöö käigus tekkivate küsimuste kohta saab täiendavat informatsiooni uuringu teostajalt:

Liis Jõgis

amet: ämmaemandusjuht

töökoht: AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliinik sünnitusosakond

e-post: jogis.liis@gmail.com

mob: +372 53 432 166

Juhendajad: Taimi Tulva, taimi.tulva@ttk.ee; Angela Eensalu-Lind, angela.eensalu-lind@ttk.ee

Respondendi nimi/allkiri:

Kuupäev, kuu, aasta

AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku juhtkonna kinnitus

Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolile

Käesolevaga kinnitame, et vesi- ja vettesünnitus on oluline uurimistöö teema ja kiidame heaks LTKH naistekliiniku sünnitusosakonna ämmaemandusjuhi Liis Jõgis vastavateemalise magistratöö koostamise.

Piret Veerus, LTKH naistekliiniku juhataja

Eva-Kaisa Zupping, LTKH naistekliiniku ravikvaliteedi juht

Jana Klementsov, LTKH naistekliiniku sünnitusosakonna juhataja

/Allkirjastatud digitaalselt/

Tallinnas, 21.veebruari 2022.

Erialaeksperti teema aktuaalsuse kinnitus

Tere, Liis!

Minul ja meie sünnitusmajal on hea meel, et selle teemaga tegeled ja Sinu magistritööna valmib praktiline tööjuhend vettesünnitusest. Seda juhendit on vaja nii personalile kui ka patsientidele. Personal saab tõenduspõhisele materjalile tuginedes õiget teavet patsiendi nõustamiseks, toetamiseks ja patsient tunneb, et on kindlates kätes.

Sinu arendusprojekt on väga vajalik nii meie naistekliinikule kui ka laiemalt Eesti teistele sünnitusosakondadele. Saame vajaliku, seni puudu oleva tõenduspõhise tegevusjuhendi, mida lihtsalt hetkel ei ole. Sünnitusabi edendamiseks on see väga vajalik dokument, millest saavad kasu kõik Eesti sünnitusosakonnad.

Heli Rannu

Naistekliiniku Ämmaemandusjuht | AS Lääne-Tallinna Keskhaigla

666 5702 | heli.rannu@keskhaigla.ee | www.keskhaigla.ee

Erialaseltsi esindaja hinnang arendusprojekti vajalikkuse kohta

Saatja: Eesti Ämmaemandus Ühingu president Liis Raag

Digiallkirjastatud 10.02.2022.a.

Normaalse sünnituse käsitlemisel lähtutakse Eestis 2016. aastal koostatud juhendist. Nimetatud juhendis on küll nimetatud sooja vett efektiivse valutustamismeetodina sünnituse avanemisperioodis, kuid vettesünnituse kohta nõustamisalused puuduvad.

Eesti sünnitusosakondades on olemas tingimused vettesünnituseks ning läbi aastate on olnud sünnitajatel kõrge huvi ja ettevalmistus vettesünnituseks. Sünnitusabi osutajatele on väga vajalik juhendi olemasolu, mis toetab vettesünnitust ja pakub ühtseid nõustamisaluseid.


Eesti Ämmaemandate Ühing soovib Liis Jõgise magistritööna valmiva juhendi võtta aluseks kas iseseisva riikliku juhendi koostamisel või normaalse sünnituse käsitlemise juhendi täiendamisel.

Liis Raag

EÄÜ president

/digiallkirjastatud/

AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhend

AS LTKH Naistekliinik	VESI- JA VETTESÜNNITUS TEGEVUSJUHE		 LÄÄNE-TALLINNA KESKHAIGLA
Koostanud: L. Jõgis NAISTEKL M.Tammela NAISTEKL J.Klementsov NAISTEKL P. Saik NAISTEKL H. Rannu NAISTEKL	Kooskõlastanud: E.-K. Zupping NAISTEKL P. Veerus NAISTEKL	Kinnitanud: I. Moks Juhatuse NR otsus: 18.10.2022 Kehtib alates: 19.10.2022	Tähis: <i>Juhend</i>

EESMÄRK

Ühtlustada AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliinikus vettesünnitusega seotud abi ja nõustamise põhimõtteid. Vähendada vettesünnitusega seotud riske sünnitajale ja vastsündinule, reguleerida vettesünnituse jälgimist haiglas toimuva sünnituse korral.

VASTUTUS

Kirjalik „Vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhend“ (edaspidi juhend) on kättesaadav kõigile AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku töötajatele. Vesi- ja vettesünnitusega kokkupuutuv töötaja vastutab oma teadmiste ja oskuste eest ning on kursis kehtiva juhendiga. Juhendiga on võimalik tutvuda läbi iseteenindusportaali ning juhendiga tutvumise kinnitamine on võrdväärne allkirjaga paber kandjal.

Juhend on mõeldud kasutamiseks emadushooldusega seotud tervishoiutöötajatele: naistearstidele, neonatoloogidele, sünnitusabi- ja günekoloogia eriala residentidele, ämmaemandatele ja ämmaemanduse tudengitele.

KEHTIVUS

Juhend vaadatakse üle töörühma poolt vastavalt vajadusele, kuid mitte harvem kui üks kord 5 aasta jooksul. Töörühma koosseis on toodud LISA 1.

MÕISTED

Normaalne sünnitus – algab iseeneslikult raseduse 37+0...41+6 nädalal ning kulgeb naise ja loote jaoks ohutult. Loode on peaseisus ja sünnib vaginaalsel teel ilma instrumentaalse abita, platsenta väljub spontaanselt ja terviklikult. Pärast sünnitust/sündi on ema ja vastsündinu heas seisundis.

Vesisünnitus – normaalse sünnituse osa, kus vett kasutatakse valutustamise eesmärgil avanemis- ja/või väljutusperioodis, kuid sünnitus lõpeb õhukeskkonnas.

Vettesünnitus – normaalse sünnituse osa, kus sünnitaja jääb väljutusperioodi lõpuni vette, laps sünnib täielikult veekeskonda ning peale sündi tuuakse veepinnale. Vettesünnituseks ei loeta kui sünnitaja kasutab vett sünnituse avanemis- ja/või väljutusperioodil sünnitustuhude leevendamiseks ja vastsündinu sünnib õhukeskkonnas.

VEE KASUTAMISE VÕIMALIKUD EELISED

Uuringute põhjal võib järeldada, et vesi- ja vettesünnituse võimalikud eelised on:

- Vesi on lõõgastava, pingeid alandava, valuaistingut vähendava efektiga.
- Vee kasutamine sünnituse avanemisperioodis võib kiirendada sünnituse kulgu.
- Sünnituse avanemisperioodis vesi lootele ebasoodsat mõju ei avalda.
- Loote sündi peetakse pehmemaks, sujuvamaks nii emale kui lootele.
- Sünnitusmuhu tekke risk on väiksem.
- Vette sündinud lastel on esimese minuti Apgari hinne pigem kõrgem kui õhukeskkonnas sündinud lastel, samas viiendaks minutiks erinevused puudusid ja vastsündinute intensiivravile sattumisel erinevusi ei olnud.
- Sünnitusjärgsete rebendite esinemissagedus on madalam.
- Rahulolu sünnituskogemusega on suurem.

VEE KASUTAMISE VÕIMALIKUD OHUD

Uuringute põhjal võib järeldada, et vesi- ja vettesünnituse kõige levinumad ohud on:

- Vee liigne või varajane kasutamine võib sünnitustegevusele avaldada pärssivat mõju.
- Vee kõrge temperatuur võib tõsta sünnitusaegset või -järgset verejooksu riski, tekitada sünnitajal hüpertermiat, lootel tahhükardiat ja suurendada nii sünnitaja kui ka vastsündinu infektsiooniriski.
- Vee madal temperatuur ja loote pea liigne palpeerimine võib tõsta sünnitusteedes oleva vastsündinu enneaegse hingetõmbe riski, millega võib kaasnedä sünnil vette vee aspiratsioon kopsudesse.
- Saastunud vannivesi võib suurendada vastsündinu sepsise ohtu.
- Vastsündinu veepinnale toomisel võib tekkida nabaväadi rebenemise oht.
- Pikk veeta periood ja platsentaarperioodi juhtimine vees võib tõsta patsiendil emboolia riski.
- Kiire sekkumise vajadus sünnituse käigus võib osutuda keerukaks ja vajaliku abi osutamine võib seetõttu viibida, nt loote distressi kahtlus, episiotoomia teostamine, abistamine õlgade düstookia korral, sünnitaja abistamine erakorralistes olukordades (südameseiskus, emboolia, kollabeerumine), adekvaatse verekaotuse hindamine sünnitusjärgselt.

TINGIMUSED KASUTATAVALE VEELE:

Allpool loetletud abinõud aitavad vähendada infektsiooni riski:

- Vann täidetakse veega vahetult enne kasutamist.
- Vanni täitmiseks kasutada voolavat kraanivett (ka dušš).
- Enne vanni täitmist lasta veel paar minutit joosta, et tagada võimalikult puhas kraanivesi ja loputada vann puhastus- ja desinfitseerimisvahendite võimalikest jääkidest.
- Mullivanni kasutamine ei ole sobiv, kuna düüside puhastamine ja desinfitseerimine võib osutuda ebaefektiivseks.

- Veetemperatuur sünnituse ajal (ka platsentaarperioodis) jääb vahemikku 36,5 °C–37,5 °C, et vältida sünnitaja hüpo- või hüpertermiat, sünnitusaegset või -järgset verejooksu riski, lootel tahhükardiat ja sünnitajal kui ka vastsündinul infektsiooniriski. Jälgida sünnitaja enesetunnet ja vee temperatuuri sobilikkust. Avanemisperioodil veetemperatuur lootele ebasoodsat mõju ei avalda. Vee kasutamise lõpetamist kaaluda kui sünnitaja soovib kõrgemat veetemperatuuri või kui vannivee temperatuur on juhuslikult tõusnud üle 37,5 °C. Antud tegevus aitab vältida võimalikke infektsiooniriske nii sünnitajale kui vastsündinule. Vette võib naasta kui sünnitajal haigustunnused puuduvad, normaalse kardiotokogrammi olemasolul ja vee temperatuuri normaliseerumise järgselt. Jaheda vee kasutamine (alla 36,0 °C), võib sünnitusteedes oleval lootel käivitada hingamistegevuse.
- Vannis istuvale sünnitajale peaks vesi ulatuma vähemalt rindadeni.
- Vanni vees lisaainete (nt seep, eeterlike õlid) kasutamine on ebavajalik ja sündivale lapsele võib olla ohtlik.
- Sünnituse ajal tuleb hoida vannivesi võimalikult puhas, et vältida infektsioonide levikut (nt. Pseudomonas aeruginosa).
- Pärast vanni kasutamist tühjendatakse, puhastatakse ja desinfitseeritakse vann tavapäraselt kliinikus kasutusel olevate puhastus- ja desinfitseerimisvahenditega.
- Statsionaarset vanni tuleb kasutusest sõltumata desinfitseerida igapäevaselt ruumi tavapärase koristamise käigus.

TEGEVUSKIRJELDUS

1. Sünnitusaegne nõustamine

Vesi- ja vettesünnituse sobivust tuleb hinnata raseduse ja sünnituse ajal korduvalt. Koos sünnitaja ja tugiisikuga arutada vesi- ja vettesünnituse sobivust, eeliseid ja ohutust, mis aitaks perel teha teadlikke otsuseid vee kasutamise kohta. Teavet edastada sünnitajale ja tugiisikule arusaadavalt ja kultuuriliselt sobivalt. Kokkulepped dokumenteerida sünnituslukku.

1.1 Avanemisperiood

Sünnitusvalude leevendamiseks avanemisperioodis soovitatakse vee kasutamist enamikule madala sünnitusabi riskiga rasedatele. Vesi on lõõgastava, valuaistingut vähendava efektiga ning vee kasutamine sünnituse avanemisperioodis võib kiirendada sünnituse kulgu. Samas on täheldatud vahel ka vee sünnitustegevust pärssivat mõju. Seepärast on oluline jälgida enne vee kasutamist ja vees oleku ajal sünnitustegevuse aktiivsust, veetemperatuuri, sünnitaja ja loote üldseisundit, et vältida edasisi kõrvalekaldeid.

1.1.1 Sünnitaja, kellele võib sobida vesisünnitus avanemisperioodil

- Spontaanne sünnitustegevuse algus raseduse 37+0 ... 41+6 rasedusnädalal;
- Üksikrasedus;
- Loode on peaseisus;
- Adekvaatne sünnitustegevus;
- Haigustunnusteta (sh normotermia);
- Ei ole nakkushaigusi (B-, C-hepatiit, HIV), ägedat herpest;
- Selge lootevee puhkemisest on möödas vähem kui 18 tundi;
- Kui selge lootevee puhkemisest on möödas rohkem kui 18 tundi, tuleb vähemalt 30 minutit enne vee kasutamist manustada profülaktiline antibiootikum;
- B-rühma streptokokk-positiivse staatusega sünnitaja, kellele on sünnituse ajal vähemalt 30 minutit enne vee kasutamist alustatud profülaktilise GBS-vastase antibiootikumraviga;
- Kehamassiindeks (KMI) on raseduse alguses < 35 ;
- Kes on füüsiliselt võimelised minimaalse abiga vanni sisenema ja sealt väljuma;
- Kes ei ole saanud opioidanalgeesiat kahe tunni jooksul enne vanni minekut;
- Kellele ei ole tehtud epiduraalanalgeesiat;
- Sünnitaja, kellele enne vanni sisenemist on tehtud vähemalt 30 minutiline adekvaatset hindamist võimaldav kardiotokeogramm ja see on kõrvalekalleteta.

1.1.2 Sünnitaja, kelle puhul vesisünnitusse peaks suhtuma ettevaatusega, kuid pole absoluutne vastunäidustus

- Anamneesis keisrilõige;
- Anamneesis epilepsia;
- Indutseeritud sünnitustegevus;
- Kaksikrasedus;
- Enneaegne sünnitus alates 34 rasedusnädalast, sünnituse korral raseduse kestvuses 24+0 ... 33+6 ei ole vesisünnitus lubatud;
- Eelmisel sünnitusel loote õlgade düstokia;
- Eelmisel sünnitusel sünnitusjärgne verejooks;
- Ultraheliuuringul kinnitatud loote makrosoomia (>90 protsentiil) või oletatav lootemass >4500g;
- Antud raseduse ajal eelnevalt esinenud veritsust suguteedest;
- Lootevee puhkemisest on möödunud rohkem kui 24 tundi. Pikk veeta periood võib tõsta sünnitajal emboolia riski. Enne vee kasutamist veenduda, et on alustatud profülaktilist antibiootikumravi.
- Sünnituse juhtimise ja valutustamise plaan kooskõlastada naistearstiga. Nõustamised ja kokkulepped sünnitajaga dokumenteerida sünnituslukku.

1.1.3 Soovitused sünnitaja jälgimiseks vesisünnitusel

- Enne vee kasutamist dokumenteerida sünnituslukku nii vannivee (ka dušš) kui ka sünnitaja temperatuur.
- Jälgida sünnitustegevuse intensiivsust ja loote südametegevust 15–30 minutise intervalliga.
- Sünnitaja piisava hüdratatsiooni tagamiseks, pakkuda sagedasti sünnitajale joogiks jahedat vett.
- Jälgida ja dokumenteerida sünnitaja elulisi parameetreid vähemalt 2 tunni järgi.

- Vaginaalset läbivaatust vannis teha ainult puhta vannivee puhul. Saastunud vee puhul paluda sünnitajal vaginaalseks vaatluseks vannist välja tulla. Personal puhastab vanni ja vahetab vee.
- Sünnitaja järjestikune vannis viibimise aeg ei ületa 2 tundi. Peale 2 tunni möödumist paluda sünnitajal veest väljuda, seejärel vahetada vannivesi. Paar tundi võiks sünnitaja viibida õhukeskkonnas ning siis sünnitaja soovi korral vanni naasta.
- Saastunud vannivee korral vahetada vesi enne 2 tunni möödumist.
- Lisavalutustamise eesmärgil võib sünnitaja vannis kasutada dilämmastikoksiidi ja hapnikku (naerugaasi). Vajalik on kasutamise õige ja ohutu juhendamine.
- Vannis viibimise ajal ei tohi jätta sünnitajat üksi.

1.1.4 Covid-positiivne sünnitaja ja vesi

Teenust osutavad töötajad peavad olema tutvunud nakkust ennetavate juhistega ja oskama kasutada isikukaitsevahendeid.

Vesisünnitus ei ole vastunäidustatud naistele, kellel on COVID-19 viiruse kulg asümptoomne, kuid SARS-COV-2 antigeeni test on positiivne, kuid vettesünnitus ei ole lubatud. Hetkel on ebapiisavad andmed viiruse vees edasikandumise ohu kohta.

Sünnitajad, kellel on COVID-19 sümptomid (nt köha, palavik või halb enesetunne) ei ole vesi- ja vettesünnitus lubatud.

Abistaja isikukaitsevahendite märgumisel tõuseb Covid-19 viirusesse haigestumise risk.

1.2 Väljutusperiood ja vettesünnitus

1.2.1 Sünnitaja, kellele võib sobida vettesünnitus

- Spontaanne sünnitustegevuse algus raseduse 37+0 ... 41+6 rasedusnädalat;
- Üksikrasedus;
- Loode on peaseisus;
- Adekvaatne sünnitustegevus;
- Ei ole varasemat keisrilõiget;
- Eelnevatel sünnitustel ei ole olnud loote õlgade düstookiat;

- Eelnevatel sünnitustel ei ole olnud sünnitusjärgset verejooksu;
- Lootel ei ole diagnoositud kasvupeetust või makrosoomiat;
- Ei esine aktiivset veritsust suguteedest;
- Haigustunnusteta (sh normotermia);
- Ei ole nakkushaigusi (B-, C-hepatiit, HIV), ägedat herpest;
- Kehamassiindeks (KMI) raseduse alguses <35;
- Sünnitaja, kes on füüsiliselt aktiivne, võimeline minimaalse abiga vanni sisenema ja sealt väljuma;
- Kes ei ole saanud opioidanalgeesiat kahe tunni jooksul enne vanni sisenemist;
- Kellele ei ole tehtud epiduraalanalgeesiat;
- Kellel on puhkenud selge lootevesi ja lootevee puhkemisest möödab vähem kui 18 tundi.
- Sünnitajale on teostatud adekvaatset hindamist võimaldav kardiotokogramm, mille kestus on vähemalt 30 minutit ning on kõrvalekalleteta.

1.2.2 Sünnitaja, kelle puhul vettesünnitusse peaks suhtuma ettevaatusega, kuid ei ole absoluutne vastunäidustus

- Anamneesis keisrilõige;
- Indutseeritud sünnitustegevus;
- Lootevee puhkemisest on möödab rohkem kui 18 tundi ja tegemist on selge looteveega. Vähemalt 30 minutit enne vee kasutamist alustada intravenoosse profülaktilise antibiootikumraviga;
- B-rühma streptokokk-positiivse staatusega sünnitaja, kellele on sünnituse ajal vähemalt 30 minutit enne vee kasutamist manustatud antibiootikum GBS-ravi.

Sünnituse juhtimise plaan kooskõlastada naistearstiga. Sünnitaja nõustamisel selgitada võimalikke kõrvalekaldeid ning vajadust vettesünnituse katkestamiseks. Nõustamine ja kokkulepped sünnitajaga dokumenteerida sünnituslukku.

1.2.3 Sünnitaja, kellele on vettesünnitus vastunäidustatud

- Mitmikrasedus;
- Loote tuharseis;

- Loote väärasetus;
- Loote makrosoomia (loote oletatav kaal >4500g);
- Loote kasvupeetus;
- Loote enneaegsus;
- Sünnitajal hüpo- või hüpertoonia;
- Sünnitajal anamneesis epilepsia;
- Anamneesis nakkushaigused (B-, C-hepatiit, HIV), äge herpes;
- Sünnitajal aneemia;
- Sünnitajal on vereeritus sünnitusel;
- Sünnitustegevuse toetuseks või intensiivistamiseks kasutatakse oksütotsiiniga stimulatsiooni;
- Kahtlane või halvasti interpreteeritav kardiotokeogramm;
- Pikale veninud avanemisperiood;
- Aktiivse väljutusperioodi venimine üle 2 tunni;
- Muude rasedus- ja sünnitusabiriskide esinemisel.

1.2.4 Soovitused sünnitaja ja loote jälgimiseks väljutusperioodis ja vettesünnitusel

- Sünnitaja juhendamine ja nõustamine peaks toimuma verbaalselt, kasutades „käed eemal“ tehnikat.
- Julgustada sünnitajat vees olles asendeid vahetama.
- Sünnitustegevuse ja loote jälgimine vastavalt normaalse sünnituse juhendile.
- Lootepea liigse palpatsiooni vältimiseks ja liikumise jälgimiseks kasutada peeglit.
- Nabaväädi rebenemisohu minimeerimiseks peale lapse sünni vältida nabaväädi pingestamist. Loote pea sünni järgselt vältida rutiinselt nabaväädi vabastamist, välja arvatud olukorras, kus nabaväädi takistab loote keha sünni. Lapse veepinnale toomisel väldi nabaväädi liigset pingestamist paludes naisel asendit vahetada (nt tõstes tuharaid veepinnale lähemale).
- Nabaväädi sulgemine või läbilõikamine enne lapse täielikku sünni ja veepinnale toomist ei ole soovitatud, sest see võib stimuleerida loote hingamisliigutuste teket. Olukord, kus antud tegevus on vältimatu, tuleb katkestada vettesünnitus ja järgnevad tegevused teha õhukeskkonnas.

Lisa 7 järg

- Sünnitaja ebaadekvaatse käitumise korral tuleks katkestada vettesünnitus ning jätkata sünnituse juhtimist õhukeskkonnas.
- Asendite vahetamisel väljutusperioodis vältida loote pea kokkupuutumist õhukeskkonnaga, mis võib stimuleerida enneaegset hingamisliigutuste teket. Olukorras, kus on tekkinud kahtlus loote pea kokkupuutele õhukeskkonnaga, katkestada vettesünnitus!
- Manipulatsioonid pea ja õlgade sündimisel ei ole vajalikud. Olukorras, kus loote pea on sündinud ja tuhu lõpeb, oodata rahulikult uut kontraktsiooni. Loote õlgade düstokia kahtlusel (nt esineb loote pea sünni järgselt „kilpkonna” efekt) katkestada vettesünnitus! Sünnitaja aidata koheselt veest välja, et pakkuda vajalikku abi.
- Pärast lapse täielikku sünni veekeskonda, vajadusel vabastada nabaväät ja tuua vastsündinu veepinnale pea ees, nägu allapoole.
- Jälgida, et vastsündinu nägu ei satuks uuesti vee alla!
- Vastsündinu asetada emale nahk-naha kontakti, kuivatada lapse nägu, pea, katta soojalt ja asetada pähe müts. Soodustada esmast imetamist.

1.2.5 Põhjused vettesünnituse katkestamiseks

- Selguvad lisaasjaolud, kellele on vettesünnitus vastunäidustatud (vt täpsemalt punkt 1.2.3);
- Väljaheitega saastunud vannivesi;
- Kahtlus verejooksule;
- Loote pea juhuslik kokkupuude õhukeskkonnaga väljutusperioodis;
- Olukord, kus kontraktsioonid muutuvad ebaefektiivseks või vähenevad ja kahtlustatakse või diagnoositakse sünnituse pikenemist;
- Kardiotokogrammis esinevad muutused;
- Sünnitaja ei ole koostööaldis;
- Muude vastunäidustuste või füsioloogilise sünnituse kulus kõrvalekallete ilmnemisel.

1.3 Platsentaarperioodi juhtimine vettesünnituse järgselt

Tüsistusteta sünnituse ja madala sünnitusjärgse verejooksu tekkimise riski korral võib sünnitanu valida füsioloogilise (äraootava taktika) või aktiivse platsentaarperioodi juhtimise vahel, jätkates vees viibimist või soovi korral väljuda vannist.

Aktiivse platsentaarperioodi juhtimise eelised: verekaotuse hindamine adekvaatne (veest väljumise korral), uterotoonilise ravimi manustamine võib vähendada sünnitusjärgse verejooksu riski 60% ja lühendab seeläbi platsentaarperioodi kestust.

Äraootava taktika korral sünnitatakse platsenta emapoolse jõupingutusega, vajadusel manustatakse uterotoonilisi ravimeid pärast platsenta sündi. Verekaotuse hindamine vees võib osutuda keeruliseks, kuna vees ei ole võimalik hinnata adekvaatselt eritunud vere kogust. Naisel tekivad füüsilised sümptomid alles suure verekaotuse korral.

Naisele anda teavet erinevate taktikate eeliste ja ohtude kohta. Sünnituse platsentaarperioodi aktiivne juhtimine on soovitatav kõikidel sünnitustel, ka vettesünnitusel.

1.3.1 Aktiivne platsentaarperioodi juhtimine

- Vettesünnituse järgselt on verejooksu profülaktika manustamine vajalik ja soovitatud.
- Oksütotsiini manustamine on põhjendatud, kuna vähendab sünnitusjärgset verejooksu riski 60%. Manustada tavapäraselt, vältides ravimi manustamist vee all. Kui oksütotsiin ei ole kättesaadav, sünnitanu ei soovi mingil põhjusel või on ravim vastunäidustatud, siis võib kasutada metüülargometriini intramuskulaarselt või misoprostooli 200–400 mcg (sõltuvalt sünnitanu kehamassist) sublinguaalselt.
- Peale nabaväädi sulgemist soovitatakse aidata naine ja lapse vannist välja, et tagada adekvaatne jälgimine nii platsentaar- kui ka varases sünnitusjärgses perioodis.
- Abistada naist vannist väljumisel, ennetada sünnitanu kukkumist.
- Peale vannist väljumist abistatakse naist kuivatamisel (võimalusel kasutada sooja rätikut) ja voodis olev naine kaetakse tekiga (lisaks termotekk), et tagada soojus.
- Platsenta sünnib õhukeskkonnas.
- Platsenta eemaldatakse kontrollitud tõmbega nabaväädist. Mitte kunagi ei tohi nabaväädist tõmmata ilma vastusurvet osutamata!

- Kui kiire sekkumine ei ole vajalik (nt puudub aktiivne verejooks), lükata perineumi õmblemist edasi ca tund aega pärast vannist väljumist, et anda perineaalkoele taastumiseks aega. Sünnitusteede rebendite õmblemisel on vajalik piisav valutustamine (infiltratsioonanalgeesia). Rebendite õmblemiseks kasutada resorbeeruvat sünteetilist õmblusmaterjali.
- Sünnitanut informeerida vigastuse ulatusest ja planeeritavast kirurgilisest korrigeerimisest. Võimaluse korral ei võeta rebendite õmblemise ajaks vastsündinut ema rinnalt ära.
- Pärast rebendite õmblemist pakutakse naisele valuvaigistit (NSAID), kui ei esine vastunäidustusi selle kasutamiseks.

1.3.2 Äraootav taktika platsentaarperioodi juhtimisel

- Vettesünnituse korral ei ole platsentaarperioodi äraootav taktika soovitatav.
- Platsentaarperioodi juhtimine toimub naise soovil veest väljumata ning platsenta sünnib veekeskkonda.
- Nõustada ja selgitada põhjuseid (võimalik hüpotermia nii naisel kui lapsel, sünnitusjärgse verejooksu risk suureneb, verehulga määramine ebaadekvaatne, emboolia riski tõus, vannist lahkumine kriitilises seisus võib osutada probleemseks jne), millal kindlasti katkestatakse vees olemine ja alustatakse aktiivse vahelesekkumisega.
- Platsenta sünnitatakse emapoolse jõupingutusega.
- Platsenta sünni oodata veest väljumata maksimaalselt 30 minutit, eeldusel, et sünnitanu üldseisund on hea, puudub aktiivne verejooks, vannivee värvust on võimalik hinnata ja veetemperatuur on vahemikus 36,5 °C –37,5 °C.
- Peale platsenta sünni abistada naist vannist väljumisel, vältida sünnitanu kukkumist.
- Peale vannist väljumist abistada sünnitanut kuivatamisel (võimalusel kasutada sooja rätikut) ja voodis olev naine katta tekiga (lisaks termotekk) soojuse tagamiseks.
- Edasised tegevused on samad, mis aktiivse platsentaarperioodi juhtimise puhul, vt täpsemalt punkt 1.3.1.

1.3.3 Nabaväädi sulgemine

- Nabaväädi rebenemisohu minimeerimiseks peale lapse sündi vältida nabaväädi pingestamist.
- Nabaväädist HAT-analüüsi võtmiseks tõsta nabaväät veepinnale, vältida nabaväädi liigset pingestamist ja analüüsi võtmist vee all.
- Eelistatud on nabaväädi hiline sulgemine, kus nabaväädi sulgemine toimub 2 minutit pärast lapse sündi või siis, kui nabaväädi pulsatsioon on lakanud. Nabaväädi hilise sulgemise korral esineb vastsündinutel ja lapse esimese eluaasta jooksul vähem aneemiat. Nabaväädi hilise sulgemise puuduseks on mõningane hüperbilirubineemia esinemissageduse tõus.
- Pulseeriva nabaväädi klemmimine võib häirida platsentaarperioodi füsioloogilist kulgu ja võib soodustada sünnitusjärgse verejooksu teket ja/või platsenta peetust.
- Varast nabaväädi sulgemist (varem kui 1 minut pärast sündi) kasutada siis, kui laps sünnib asfüksias ja vajalik on kohene abistamine.

2 Vastsündinu hooldus peale vette sündi

Peale sündi tuua vastsündinu veepinnale õhukeskkonda, asetada ema rinnale nahk-naha kontakti, vältida jahtumist.

2.1 Soovitused vastsündinu hoolduseks peale vettesündi

- Peale vettesündi tuua vastsündinu veepinnale pea ees, nägu allapoole. NB! Peale vastsündinu õhukeskkonda toomist jälgida, et vastsündinu nägu ja pea ei satuks enam vee alla, vältida vee aspiratsiooni!
- Luua nahk-naha kontakt vastsündinu ja ema vahel. Vastsündinu keha võib jääda vette, veest väljaulatuv osa katta sooja rätikuga.
- Peale vastsündinu veepinnale toomist on vajalik lapse pea kuivatamine sooja rätikuga ja pea katmine kuiva sooja mütsiga.
- Vastsündinu vees viibimisel jälgida vannivee temperatuuri, mis peab jääma 36,5 °C – 37,5 °C. Soe vesi ja ema rinnal viibimine, pea kuivatamine ja katmine mütsiga aitab vältida vastsündinul jahtumist.

Lisa 7 järg

- Veepoleval vastsündinul tagada normotermia. Madalama kehatemperatuuril katkestada vees viibimine!
- Vastsündinu väljumisel veest, kuivatada, katta sooja rätikuga, asetada vajadusel pähe uus kuiv, soe müts ja jälgida vastsündinu normotermiat.
- Eelistatud on nabavädi hiline sulgemine, oodata vähemalt 2 minutit või kui pulsatsioon on lõppenud.
- Julgustada imetamise alustamist juba vees olles.
- Vastsündinu üldseisundi hindamine toimub tavapäraselt. Apgari hinne määratakse esimesel ja viiendal minutil.
- Vajalik on K-vitamiini manustamine ühekordse süstena vanemate nõusolekul.

Vesi- ja vettēsünnitus tegevusjuhendi soovitusete loetelu

Tingimused veele (vt täpsemalt juhendist Tingimused kasutatavale veele)		
✓	Vann täita vahetult enne kasutamist kraaniveega, lisandeid mitte kasutada, enne vanni täitmist lasta veel paar minutit joosta. Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste	Lisandid, eriti vanniõlid, võivad olla sündivale lapsele ohtlikud. Antud tegevus vähendab infektsiooniohtu ja kahjulike ainete sattumist vannivette.
✓	Avanemis-,väljutusperioodis, vettēsünnitusel ja platsentaarperioodis vanni veetemperatuuri monitooritud enne vanni minekut, enne lapse sünni ja peale lapse sünni. Soovitud temperatuur on vahemikus 36,5 °C–37,5 °C. Veetemperatuur dokumenteerida sünnituslukku. Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste	Jälgida, et sünnitajal on vees mugav. Kuum vesi võib põhjustada sünnitajal temperatuuri tõusu, lootel tahhükardiat, tõuseb verejooksu ja infektsioonirisk. Külma vesi ei oma lõõgastavat efekti ja tekitab sünnitajale hüpotermiat. Külma vesi võib käivitada sünnitusteedes oleval lootel hingamistegevuse, mis tõttu võib toimuda vee aspiratsiooni kopsudesse. Vältida hüpotermiat nii sünnitajal kui vastsündinul. Avanemisperioodis kasutatava veetemperatuuri mõju lootele on madal.
✓	Vannivett hoida võimalikult puhatana. Puhutuse tagamiseks kasutada sõela või vahetada vett vastavalt vajadusele. Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste	Roojasaaste minimeerimisega väheneb infektsioonirisk. Saastunud vee korral paluda sünnitajal veest väljumist, tühjendada, puhastada vann ja täita uuesti. Sünnitaja võib taaskasutada vanni. Selline tegevus vähendab patogeensete organismide edasikandumise ohtu (nt <i>Pseudomonas aeruginosa</i>).
!	Veetase vannis istuvale sünnitajale on vähemalt rindadeni. Praktiline soovitus	Praktiline soovitus, mis aitab vältida sünnituse ajal lapse juhuslikku kontakti õhuga.
!	Vanni puhastamine ja desinfitseerimine toimub vastavalt kliinikus kasutusel olevate vahenditega. Praktiline soovitus	Pärast vanni kasutamist tühjendatakse, puhastatakse ja desinfitseeritakse vann tavapäraselt kliinikus kasutusel olevate vahenditega. Vanni puhastamine ja desinfitseerimine on oluline sõltumata kasutusest igapäevaselt.
✗	Mullivann ei ole kasutamiseks sobilik. Tugev soovitus mitte teha	Mullivanni düüside puhastamine ja desinfitseerimine võib jääda puudulikuks, mis tõstab infektsiooni leviku riski.

Sünnitusaegne nõustamine		
✔	Sobivust vesi- ja vettesünnituseks hinnata raseduse ja sünnituse ajal korduvalt. Eelistest ja ohtudest anda teavet sünnitajale ja tema tugiisikule arusaadavalt. Nõustamine ja kokkulepped dokumenteerida sünnituslukku. Tugev positiivne soovitus, kõrge tõendatuse aste.	
Avanemisperiood (vt täpsemalt juhendist punkt 1.1)		
✔	Sünnitaja soovi korral kasutada tuhande leevendamiseks vett. Enne vee kasutamist hinnata rasedus- ja sünnitusabiriske, sünnitustegevust, loote ja sünnitaja üldseisundit. Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste	Rasedus- ja sünnitusabiriskide analüüsimine, KTG teostamine, KTG hindamine ja vajadusel vaginaalne vaatlus. Antud tegevused aitavad hinnata vesi- ja vettesünnituse võimalikkust.
✔	Hinnata sünnitaja temperatuuri enne vee kasutamist ja vees oleku ajal. Dokumenteerida sünnituslukku. Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste	Normotermiast (36,0 °C–37,0 °C) erineva temperatuuri korral ei ole vesi- ja vettesünnitus sobilik. Sünnitaja temperatuuri tõus võib viidata infektsioonile, dehüdratatsioonile või liigkuumale vannivee kasutamisele.
✔	Sünnitajale pakkuda joogiks jahedat vett, et vältida dehüdratatsiooni. Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste	Säilitada hüdratsioon ja minimeerida liigsoe veekeskond.
✔	Vaginaalse läbivaatuse teostamiseks ei ole vajalik veest lahkumine. Staatuse määratlemine jääb ebaselgeks, siis paluda sünnitajal veest väljumist. Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste	Vajalik sünnituse kulu hindamiseks. Vaginaalset läbivaatust teostada ainult puhtas vannivees. Antud tegevus aitab vähendada infektsiooniriski. Saastunud vee korral või vaginaalse staatuse määratlemine jääb ebaselgeks, paluda sünnitajal vannist väljuda, vann puhastatakse ja vesi vahetatakse. Sünnitaja võib naasta peale toiminguid uuesti vette.
✔	Loote südamelöökiide jälgimine vastavalt normaalse sünnituse käsitlemise juhendile, 15–30 minutise intervalliga. Loote südame löögisageduse jälgimiseks kasutada veekindlat aparatuuri. Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste	Loote distressi kahtlusel, paluda sünnitajal veest väljumist, et jätkata loote jälgimist õhukeskkonnas.
✔	Paluda sünnitajal urineerimiseks regulaarselt veest väljuda. Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste	Vajalik vannivee saastumise minimeerimiseks ja infektsiooniriski vähendamiseks. Hõlbustab hüdratsiooni kliinilist hindamist.

✓	Lisavalutustamise eesmärgil võib vees olles kasutada naerugaasi. Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste	Naerugaas aitab valuaistingu leevendamisele kaasa. Vajalik ohutu kasutamise juhendamine.
✓	Sünnitaja järjestikune vannis viibimise aeg ei tohi ületada 2 tundi. Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste	Liigne vee kasutamine võib aeglustada sünnitustegevust.
✓	GBS-positiivse staatusega sünnitajal on vesi- ja vettesünnitus lubatud tingimusel kui sünnituse ajal on manustatud naisele profülaktilist antibiootikumravi. Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste	Sünnitajale on manustatud profülaktilist antibiootikumravi vähemalt 30 minutit enne vesi- või vettesünnitust.
✓	Lootevesi on puhkenud ja on selge iseloomuga Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste	Vesi- ja vettesünnitus on lubatud kui lootevee puhkemisest on möödas rohkem kui 18 tundi, kui lootevesi on selge ja on alustatud vähemalt 30 minutit enne vee kasutamist intravenoosse profülaktilise antibiootikumraviga. Pikk veeta periood (>24 tundi) tõstab emboolia riski.
!	Vette sisenemine, lahkumine ja nende põhjused dokumenteerida sünnituslukku. Seadusest tulenev praktiline soovitus	Dokumenteerimine peab vastama nõuetele.
✗	Epiduraalanalgeesiaga patsientidele ei sobi vesi- ega vettesünnitus. Tugev soovitus mitte teha	Tõstab emboolia riski. Tagab hea ravikvaliteedi ja patsiendi ohutuse.
Vettesünnitus (vt täpsemalt juhendist punkt 1.2)		
!	Vettesünnituse korral peaks olema vähemalt 2 sünnitusabi spetsialisti sünnitusel ja vees olevat sünnitajat ei tohi üksi jätta. Praktiline soovitus	Patsiendi ohutuse tagamiseks ja prima abi osutamiseks hädaolukorras nii sünnitajale kui vastsündinule.
✓	Sünnituse väljutusperioodis kontrollida veetemperatuuri 30 minutise intervalliga . Optimaalne veetemperatuur on 36,5 °C–37,5 °C. Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste	Kuum vesi võib põhjustada sünnitajal temperatuuri tõusu, lootel tahhükardiat, tõuseb verejooksu- ja infektsioonirisk. Külma vesi ei oma loõgastavat efekti ja tekitab sünnitajale hüpotermiat. Sünnitusteedes oleval lootel võib külm vesi käivitada hingamistegevuse, mis tõttu võib toimuda vee aspiratsiooni kopsudesse.

✓	<p>Loote südame löögisageduse jälgimine vastavalt normaalse sünnituse juhtimise juhendile.</p> <p>Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</p>	Loote distressi kahtlusel katkestada vettesünnitus, edasine jälgimine õhukeskkonnas.
✓	<p>Julgustada füsioloogilist spontaanset pressimist.</p> <p>Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</p>	Spontaansete pressidega on tagatud vastsündinul parem verevarustus.
✓	<p>Vältida pea liigset palpeerimist. Pea edasi liikumist saab jälgida peegli abil.</p> <p>Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</p>	Vältida pea asjatut puudutamist, liigne palpatsioon võib stimuleerida hingamismehhanismi käivitumist. Kasutada verbaalset juhendamist, "käed eemal" tehnikat.
!	<p>Julgustada sünnitajal vees olles asendeid vahetama.</p> <p>Praktiline soovitus</p>	Asendi vahetamine aitab sünnitusteedes oleval lootel laskuda. Asendite vahetamisel vältida tuharate väljumist veest.
✓	<p>Kui loote pea on kokku puutunud õhuga, siis katkestada vettesünnitus ja jätkata sünnituse juhtimist õhukeskkonnas.</p> <p>Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</p>	Kokkupuude õhuga võib sünnitusteedes oleval lootel stimuleerida enneaegset hingamistegevust. Kahtlusel katkestada vettesünnitus!
✓	<p>Pärast vastsündinu täielikku sündi vette, vabastada vajadusel nabaväät, tuua laps veepinnale pea ees, nagu allapoole. Peale õhukeskkonda toomist, ei tohi enam vastsündinu pea sattuda vee alla.</p> <p>Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</p>	Täielik vettesünd takistab spontaanset hingamise alustamist vees, esmased hingetõmbed tekivad jaheda õhuga kokkupuutel. Hoida lapse pea õhukeskkonnas, mis väldib võimalikku vee aspiratsiooni kopsudesse.
✓	<p>Nabaväädi rebenemisohu minimeerimiseks vältida igasugust nabaväädi pingestamist.</p> <p>Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</p>	Rutiinselt vältida nabaväädi vabastamist peale loote pea sündi, välja arvatud olukorras, kus nabaväät takistab loote keha sündi. Lühikese nabaväädi korral paluda naisel asendit vahetada.
✓	<p>Loote õlgade düstookia kahtlusel katkestada vettesünnitus.</p> <p>Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</p>	Üldjuhul ei ole manipulatsioonid vajalikud. Peale pea sündi ja tuhu lõppemisel oodata vähemalt kaks kontraktsiooni enne vettesünnituse katkestamist. Loote õlgade düstookia kahtlusel (kilpkonnaefekti ilmumine jne) katkestada vettesünnitus! Aidata sünnitaja veest välja ja pakkuda vajalikku abi õhukeskkonnas.
✓	<p>Vastsündinu seisundit hinnata tavapäraselt.</p> <p>Tugev positiivne soovitus, tugev tõendatuse aste</p>	Vastsündinu seisundi hindamine Apgari skoori järgi toimub tavapäraselt esimesel ja viiendal minutil.

✓	Vastsündinu normotermia säilitamiseks tagada nahk-naha kontakt, kuivatada pea, asetada pähe müts ja hoida ülejäänud keha vee all või katta sooja rätikuga. Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste	Vältida lapse hüpotermiat. Varajane nahk-naha kontakt loob kontakti ema ja lapse vahel ning edendab ja hõlbustab imetamist.
✓	Julgustada ja soodustada varajast imetamist. Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste	Varajane imetamine soodustab laktatsiooni ja toetab emaka kokkutõmbeid, mis soosib platsentaarperioodi kulgu.
Platsentaarperiood (vt täpsemalt juhendist punktist 1.3)		
✓	Platsentaarperioodi aktiivseks juhtimiseks paluda naisel veest väljumist. Abistamisel tagada nii naise kui lapse ohutus. Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste	Platsentaarperioodi aktiivne juhtimine vähendab sünnitusjärgse verejooksu riski ja lühendab perioodi kestust. Oksütotsiini manustamise viivitus võib pikendada platsentaarperioodi. Oksütotsiini manustamise aeg dokumenteerida.
✓	Oksütotsiini puudusel, sünnitaja keeldumisel või vastunäidustuste esinemisel kasutada alternatiivina misoprostooli 200–400 mcg s/l (vastavalt sünnitanu kehakaalule). Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste	Aktiivne platsentaarperioodi juhtimine vähendab sünnitusjärgset verejooksu. Ravimi manustamise aeg dokumenteerida.
✗	Ravimite manustamine vee all ei ole lubatud. Tugev soovitus mitte teha	Ravimite manustamine vee all on keelatud! Naisel paluda vahetada asendit, et ravimi manustamine toimuks õhukeskkonnas või kasutada suukaudseid ravimeid.
✗	Nabaväädist HAT-analüüsi kogumine vee all ei ole lubatud. Tugev soovitus mitte teha	Analüüsi kogumine veekeskkonnas on keelatud! Nabaväät tõsta veest välja, seejuures vältides nabaväädi liigset pingestamist.
✓	Heas üldseisundis sündinud vastsündinul oodata nabaväädi sulgemisega ja läbi lõikamisega vähemalt 2 minutit. Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste	Nabaväädi hilisel sulgemisel esineb vastsündinutel vähem aneemiat. Nabaväädi hilise sulgemise puuduseks on mõningane hüperbilirubineemia esinemissageduse tõus. Pulseeriva nabaväädi klemmimine võib häirida platsentaarperioodi füsioloogilist kulgu ja võib soodustada sünnitusjärgse verejooksu teket ja/või platsenta peetust.
✓	Varast nabaväädi sulgemist (varem kui 1 minut) kasutada kui laps sünnib asfüksias ja vajalik kohene abistamine. Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste	Vastsündinu abistamine toimub õhukeskkonnas. Naine abistada veest välja rahulikult ja ohutult viisil platsentaarperioodi juhtimiseks.

✓	Nabaväädi terviklikkust kontrollida kohe pärast lapse sünni. Olla valmis võimalikuks nabaväädi rebenemiseks. Koheselt sulgeda rebenenud nabaväät. Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste	Nabaväädi katkemine on haruldane, kuid võimalik sünnitusega seotud tüsistus. Nabaväädi sulgemisel peab olema laps toodud õhukeskkonda.
✓	Platsentaarperioodi juhtimine vees kestab kuni 30 minutit, edasine äraootava taktikaga platsentaarperioodi juhtimine toimub õhukeskkonnas. Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste	Vees platsentaarperioodi juhtimine on võimalik kui sünnitanu üldseisund on hea, ei esine verejooksu ja vee värvust on võimalik hinnata. Emakat ei stimuleerita enne platsenta ja lootekestade väljumist. Uterotooniliste ravimite manustamine toimub peale platsenta sünni.
✓	Verejooksu kahtlusel aidata naine koheselt vannist välja. Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste	Verekaotuse täpne hindamine on vees olles keeruline. Naise füüsilise seisundi hindamine on oluline, sest naisel ei pruugi ilmneda füüsilisi kaebusi kuniks on toimunud märkimisväärne verekaotus.
✓	Aktiivse veritsuse puudumisel lükata perineumi õmblemine edasi kuni 1 tund veest väljumise hetkest. Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste	Pärast pikaajalist vees olemist vajab perineaalne kude taastumiseks aega.
Vastsündinu peale vettesünni (vt täpsemalt juhendist punkt 2)		
✓	Peale sünni hoia vastsündinu soojas. Kuivata ja kata vastsündinu sooja rätikuga, asetada vastsündinule pähe müts. Jälgida temperatuuri vees viibimise ajal ja pärast vannist väljumist. Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste	Vältida hüpotermiat. Lapse pea hoidmine kuiva ja soojana soodustab vastsündinu termoregulatsiooni.
✓	Välgi lapse näo ja pea sattumist vee alla. Tugev positiivne soovitus	Antud tegevus väldib vee aspiratsiooni.
✓	Vastsündinu seisundit hinnata tavapäraselt. Tugev positiivne soovitus	Vastsündinu seisundi hindamine Apgari skoori järgi toimub tavapäraselt esimesel ja viiendal minutil.
✓	Manustada vastsündinule vanemate nõusolekul K-vitamiini i/m. Tugev positiivne soovitus, tugev tõendatuse aste	Ravimi manustamine toimub õhukeskkonnas. Vajalik eelnev vanemate nõustamine, dokumenteerida ravimi manustamine.

Tegevusjuhendi koostamisel kasutatud kirjandus:

All Wales Midwife-Led Care Guidelines. (2017). Wales Midwives. <http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/861/All%20Wales%20Midwife%20led%20care%20Guidelines%20final%2010%20Dec%20131.pdf> (21.09.2021). Barton, M. et al. (2017).

Bovbjerg, M., Cheyney, M., Everson, C. (2016). Maternal and Newborn Outcomes Following Waterbirth: The Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004-2009 Cohort. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 61(1), p 11-20. doi: 10.1111/jmwh.12394 (01.10.21).

Committee Opinion No. 594 Immersion in Water During Labor and Delivery. (2014). ACOG. doi: 10.1097/01.AOG.0000445585.52522.14 (29.09.21).

Committee Opinion No. 679: Immersion in Water During Labor and Delivery. (2016). ACOG. doi: 10.1097/AOG.0000000000001771

Cluett, E.R., Burns, E. & Cuthbert, A. (2018). Immersion in water in labour and birth (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 5. Art. No.: CD000111. doi: 10.1002/14651858.CD000111.pub4

Cohain, JS. Waterbirth and GBS. (2011). *Midwifery Today Int Midwife*. 2010-2011 Winter. (96):9-10. PMID: 21322437

Davies R, Davis D, Pearce M, Wong N. (2015). The effect of waterbirth on neonatal mortality and morbidity: a systematic review and meta-analysis. *JBI Database System Rev Implement Rep*;13:180–231. doi: 10.11124/jbisrir-2015-2105

Department of Health, Western Australia. Prevention of Early Onset Group B Streptococcal Disease (GBS) in Neonates and Identification of Mothers who are Group B Streptococcal Carriers (online). (2004). (cited 2016). http://www.health.wa.gov.au/circularsnew/circular.cfm?Circ_ID=11852 (21.03.2022).

Edmondson, M. (2017). Why water birth? Exploring the barriers and challenges for midwives. *MIDIRS Midwifery Digest*, p 472-477. https://issuu.com/nctmidirs/docs/886_mid_digest_dec17-complete (12.03.2022).

Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour. Immersion in Water for Labour and Birth. (2012). The Royal College of Midwives. https://waterbirth.org/wp-content/uploads/2021/08/RCM-Guidelines_2012.pdf (23.03.2022).

Guidelines for Water immersion and water birth. (2016). Arizona Department of Health Services.

<https://www.azdhs.gov/documents/licensing/special/midwives/training/guidelines-for-water-immersion-waterbirth.pdf> (12.03.2022).

Guideline for the use of Water in labour and birth. (2021). British Columbia College of Nurses & Midwives. Canada, Vancouver. https://www.bccnm.ca/Documents/standards_practice/rm/RM_Guideline_for_the_Use_of_Water_in_Labour_and_Birth.pdf (15.09.2022).

Guideline for the management of Waterbirth. Women's services directorate. (2020). University Hospital Wishaw. NHS Lanarkshire. <https://nhslguidelines.scot.nhs.uk/media/1950/waterbirth-april-2020.pdf> (15.09.2022).

Hodgson Z.G., Comfort L.R., Albert A.A.Y. (2020). Water Birth and Perinatal Outcomes in British Columbia: A Retrospective Cohort Study. *J Obstet Gynaecol Can.* 42(2):150-155. doi: 10.1016/j.jogc.2019.07.007

Jacoby, Susan, Gisela Becker, Susan Crawford, and Robert Douglas Wilson. (2019). Water Birth Maternal and Neonatal Outcomes Among Midwifery Clients in Alberta, Canada, from 2014 to 2017: A Retrospective Study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology.* Canada 41(6):805–12. doi: 10.1016/j.jogc.2018.12.014.

Joint Statement No.1: Immersion in Water During Labour and Birth. (2006). Royal College of Obstetricians and Gynaecologists and Royal College of Midwives. Update 2014. <http://activebirthpools.com/wp-content/uploads/2014/05/RCOG-waterbirth.pdf> (10.10.21).

Juhend normaalse sünnituse käsitlemiseks. (2016). Eesti Naistearstide Selts, Eesti Ämmaemandate Ühing, Eesti Perinatoloogia Selts. Tallinn. https://ammaemand.org/wp-content/uploads/2022/01/synnituse_juhend_2014_kor_2016.pdf (02.08.2021).

Labouring in Water (Policy WW.05.04). (2016). BC Women's Hospital & Health Centre. Vancouver, BC. <http://policyandorders.cw.bc.ca/resourcegallery/Documents/BC%20Women's%20Hospital%20Fetal%20Maternal%20Newborn/WW.05.04%20Labour%20in%20Water.pdf> (12.03.22).

Lathrop, A., Bonsack C. F., Haas, D.M. (2018). Women's Experiences with Water Birth: A Matched Groups Prospective Study. *Birth* 45(4):416–23. doi: 10.1111/birt.12362

Legionellosis following water birth in a hot tub in a Canadian neonate. (2017), *CMAJ* 189 (42) E1311-E1313. doi: 10.1503/cmaj.170711 (01.10.21).

Midwifery Care in Labour Guidance for All Women in All Settings. (2018). The Royal College of Midwives. *RCM Midwifery Blue Top Guidance* 11(1):1–28. https://www.rcm.org.uk/media/5460/midwifery-care-for-induction-of-labour-a4-2019-16pp_2v2.pdf (15.09.2022).

Nutter, E., Meyer, S., Shaw, J., et al. (2014). Waterbirth: An Integrative Analysis of Peer-Reviewed Literature. *59*(3). 286-319. doi: 10.1111/jmwh.12194

NZCM Consensus Statement: The Use of Water for Labour and Birth. (2015). New Zealand College of Midwives. https://www.bettersafecare.vic.gov.au/sites/default/files/202105/GUIDANCE_Water%20for%20labour%20and%20birth.pdf (15.09.2022).

Peacock, P. J., Zengeya S.T., Cochrane, L., Sleath, M. (2018). Neonatal Outcomes Following Delivery in Water: Evaluation of Safety in a District General Hospital. *Cureus* 10(2). doi: 10.7759/cureus.2208

Policy for first stage labour and birth in water in South Australian Public Health Services. (2017). South Australian Public Health Services. Government of South Australia, Department for Health and Ageing. https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/ae527200465ec14d8572ff2e504170d4/First+Stage+Labour+and+Birth+in+Water_CD_v4_0.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACEae527200465ec14d8572ff2e504170d4-ocR8jFJ (15.09.2022).

Statewide Clinical Guidelines for Women Requesting Immersion in Water for Pain Management during labour and/or *Birth*. (2017). Government of Western Australia. <https://ww2.health.wa.gov.au/~media/Files/Corporate/Policy%20Frameworks/Clinical%20Services%20Plannin%20and%20Programs/Policy/Women%20requesting%20immersion%20in%20water%20for%20pain%20management/Supporting/Statewide-clinical-guidelines-forwomen-requestingimmersion-in-water.pdf> (12.03.2022).

Taylor, H., Kleine, I., Bewley, S., Loucaides, E., Sutcliffe, A. (2016). Neonatal outcomes of waterbirth: a systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*; 101:F357–65. doi: 10.1136/archdischild-2015-309600 The use of water during labour and birth. (2021). Victorian Government. Safer Care Victoria. https://www.safercare.vic.gov.au/sites/default/files/2021-05/GUIDANCE_Water%20for%20labour%20and%20birth.pdf (09.09.2022).

The use of water in labour and birth. (2015). Canterbury District Health Board. <https://www.midwife.org.nz/wp-content/uploads/2019/05/The-Use-of-Water-for-Labour-and-Birth.pdf> (23.10.21).

Úlfisdóttir, H. (2019). To Give Birth in Water. <https://login.e.bibl.liu.se/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=edsswe&AN=edsswe.oai.openarchive.ki.se.10616.46765&lang=sv&site=eds-live&scope=site> (21.09.2021).

Ulfisdottir, H., Saltvedt, S., Georgsson, S. (2018). Waterbirth in Sweden – a Comparative Study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 97(3):341–48. doi: 10.1111/AOGS.13286

Ulfsdottir, H., Saltvedt, S., Georgsson, S. (2019). Women's Experiences of Waterbirth Compared with Conventional Uncomplicated Births. *Midwifery* 79. doi: 10.1016/j.midw.2019.102547

Use of the Pool During labour and Birth. (2020). Obstetrics and Gynaecology Clinical Governance Committee. Frimley Health Nhs Foundation Trust. <https://www.frimleyhealthandcare.org.uk/media/2318/pool-birth-guideline.pdf> (15.09.2022).

Vanderlaan J, Hall, PJ, Lewitt, MJ. (2018). Neonatal outcomes with water birth: A systematic review and metaanalysis. *Midwifery* 59 27-38. doi: 10.1016/j.midw.2017.12.023

Waterbirth. Guidelines for the use of water for labour and birth. (2004). University Hospital of Leicester. NHS Trust. <https://secure.library.leicestershospitals.nhs.uk/PAGL/Shared%20Documents/Water%20Birth%20UHL%20Obstetric%20Guideline.pdf> (08.09.2022).

Waterbirth during the COVID-19 Pandemic. (2022). The Royal College of Midwives. <https://www.rcm.org.uk/media/5166/waterbirth-in-a-time-of-covid.pdf> (15.09.22).

Water Birth – Guidelines for the use of water for labour and birth. (2020). University Hospital of Leicester. <https://secure.library.leicestershospitals.nhs.uk/PAGL/Shared%20Documents/Water%20Birth%20UHL%20Obstetric%20Guideline.pdf> (15.09.2022).

Water Immersion Birth. (Policy WW.05.20). (2016). Retrieved from BC Women's Hospital & Health Centre. Vancouver, BC. Retrieved from: <http://policyandorders.cw.bc.ca/resourcegallery/Documents/BC%20Women's%20Hospital%20-%20Fetal%20Maternal%20Newborn/WW.05.20%20Water%20Immersion%20Birth.pdf> (12.03.22).

Water Immersion in Queensland: Evidence, Access and Uptake. (2012). Queensland Center for Mothers & Babies. https://researchmgt.monash.edu/ws/portalfiles/portal/250851974/250850163_oa.pdf (09.09.2022).

Tegevusjuhendi Lisa 1.

Vesi- ja vettesünnituse tegevusjuhendi koostanud töörühm:

Merit Tammela, sünnitusosakond, vastutav ämmaemand

Liis Jõgis, sünnitusosakond, ämmaemandusjuht

Jana Klementsov, sünnitusosakond, ülemarst

Pille Saik, lasteosakond, ülemarst

Heli Rannu, kliiniku ämmaemandusjuht

Eva-Kaisa Zupping, kliiniku ravikvaliteedijuht

Piret Veerus, kliiniku ülemarst