

**DIE ONTWERP VAN 'N OUERLEIDINGSPROGRAM VIR MOEDERS  
IN 'N KANGAROEMOEDERSORG-PROGRAM:  
'N OPVOEDKUNDIG SIELKUNDIGE BENADERING**

deur

**AMELIA SNYMAN**

voorgelê ter gedeeltelike vervulling van die vereistes vir die graad

**MAGISTER EDUCATIONIS – MET SPESIALISERING IN VOORLIGTING**

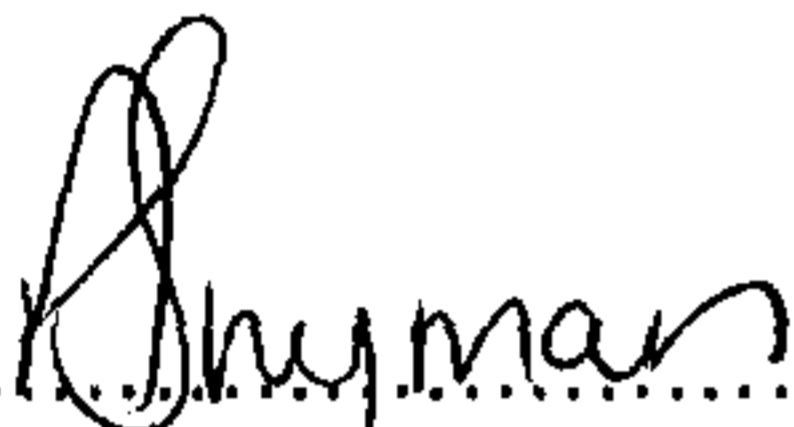
aan die

**UNIVERSITEIT VAN SUID-AFRIKA**

**STUDIELEIER: PROF A C LESSING  
MEDESTUDIELEIER: DR A P BERGH**

**JUNIE 2002**

Ek verklaar hiermee dat **Die ontwerp van 'n ouerleidingsprogram vir moeders in 'n kangaroemoedersorg-program: 'n opvoedkundig sielkundige benadering** my eie werk is en dat ek alle bronne wat ek gebruik of aangehaal het deur middel van volledige verwysings aangedui het.

  
.....  
HANDTEKENING  
(MEV. A SNYMAN)

18.10.2002  
.....  
DATUM

**DIE ONTWERP VAN 'N OUERLEIDINGSPROGRAM VIR MOEDERS IN 'N  
KANGAROEMOEDERSORG-PROGRAM: 'N OPVOEDKUNDIG-SIELKUNDIGE  
BENADERING**

**DEUR:** A SNYMAN

**GRAAD:** MAGISTER EDUCATIONIS (met spesialisering in  
Voorligting)

**DEPARTEMENT:** OPVOEDKUNDESTUDIES

**STUDIELEIER:** PROF A C LESSING

**MEDESTUDIELEIERS:** DR A P BERGH  
MEV A E PULLEN

\*\*\*\*\*

**OPSOMMING**

Die doel van hierdie studie is die ontwikkeling van 'n ouerleidingsprogram vir moeders wat hul premature babas in 'n kangaroemoedersorgprogram versorg. Die program het ten doel om die moeders in die onmiddellike versorging, sowel as die toekomstige begeleiding van hul kinders, toe te rus. 'n Literatuuroorsig word gegee van prematuriteit as fenomeen en van kangaroemoedersorg (KMS) as versorgingswyse, met spesifieke verwysing na die toepassing daarvan in Kalafong-hospitaal. Die grondslae van ouerleiding word uit die literatuur opgesom en riglyne word ook gestel vir die samestelling van 'n ouerleidingprogram. Die kwalitatiewe navorsingsmetode word gebruik om die inhoud van die ouerleidingsprogram te bepaal en om ondersoek in te stel na die mees geskikte aanbiedingswyses. Die verslag word afgesluit met riglyne vir die samestelling van 'n prakties-toepasbare ouerleidingsprogram waarin inhoudsmoontlikhede, idees vir aanbieding en wyses vir die bepaling van gestelde uitkomst uitgeengesit word.

## ABSTRACT

The aim of this study is the development of parental guidance for mothers who take care of their premature babies in a programme of Kangaroo Mother Care. The programme aims to equip mothers for immediate and future care of their children. A literature review of prematurity as phenomenon and of *kangaroo mother care* as care method is presented with specific reference to the way it is applied in Kalafong-hospital. The basics of parental care are summated from literature and guidelines are set to design a parental guidance programme. The qualitative research method is put into operation to determine the content of the parental guidance programme and to investigate the most appropriate method of presentation. The report is concluded with guidelines for setting up a practical and applicable parental guidance programme in which subject possibilities, ideas for presentation and means for determining set outcomes are explained.

### Key terms

kangaroo mother care; premature infants; low birth weight infants; mother and baby care; breastfeeding; educational programme; parent education; program development

## BEDANKINGS

Ek bedank graag die volgende persone en instansies:

Dr Anne-Marie Bergh, wat altyd tyd gemaak het, geduldig ondersteun het, uitstekende raad en leiding gegee het en werklik die ekstra myl geloop het.

Prof Lessing, vir u bekwame en professionele leiding en insig.

Mev Annelize Pullen, dr Elize van Rooyen, prof Suzanne Delpont en suster Lizzie Makhinta, vir u tyd, leiding en waardevolle insette.

Die moeders en personeel werksaam in Kalafong-hospitaal se kangaroesaal, wat deelgeneem het aan die onderhoude.

Die Mediese Raad se Navorsingseenheid vir Moeder- en Babagesondheidsorgstrategieë, vir die inskakeling van hierdie navorsing by die groter navorsingsprogram vir kangaroemoedersorg.

Die Kalafong-hospitaal en die Gauteng Departement van Gesondheid, vir die vergunning om die navorsing in Kalafong te kon doen.

My man, Andries, vir jou liefdevolle ondersteuning, geduld, hulp en aanmoediging en veral vir al die opofferings wat gemaak is om hierdie studie te voltooi.

My ouers, vir julle belangstelling en ondersteuning deur baie jare van studies. Dankie ook vir hierdie geleentheid.

My seuntjie, André, by wie ek elke dag leer.

Karen, wat bereid was om op verskeie maniere te help.

Aan my skoonouers, sussies en vriendinne vir julle belangstelling, aanmoediging en gebede.

*Dankie aan my Hemelse Vader, want sonder Hom is niks vir my moontlik nie.*

Opgedra aan al die kinders wat kan baat by die program

# INHOUDSOPGAWE

Opsomming	i
Abstract	ii
Bedankings	iii
<b>HOOFSUK 1</b>	
<b>Oriëntering tot die navorsing</b>	
1.1 Inleiding	1
1.2 Probleemstelling	2
1.2.1 Bewuswording en ontleding van die probleem	2
1.2.2 Verkenning van die probleem	3
1.2.3 Navorsingsvraag	5
1.3 Doel van die navorsing	6
1.3.1 Algemene doelstelling	6
1.3.2 Spesifieke doelstelling	6
1.4 Navorsingsmetode	7
1.4.1 Literatuurstudie	7
1.4.2 Empiriese studie	8
1.5 Afbakening van die navorsing	9
1.6 Begripsverklarings	10
1.6.1 Kangaroemoedersorg (KMS)	10
1.6.2 KMS-program	10
1.6.3 KMS-eenheid	10
1.6.4 Vel-tot-vel-versorging	10
1.6.5 Premature baba / laegeboortegewigbaba	11
1.6.6 Ouerleiding	11
1.6.7 Ouerleidingsprogram	12
1.7 Navorsingsprogram	12
1.8 Samevatting	13

## HOOFSTUK 2

### Die ontwikkeling van riglyne vir 'n ouerleidingsprogram vir moeders in die KMS-program in Kalafong-hospitaal

2.1 Inleiding	14
2.1.1 Begripsverklarings	15
2.1.1.1 Neonatale intensiewesorgeenheid	15
2.1.1.2 Hoësorgeenheid	15
2.1.1.3 Kangaroesaal	16
2.2 Die fenomeen: prematuriteit	16
2.2.1 Omskrywing	16
2.2.2 Oorsake van prematuriteit	17
2.2.3 Gevolge van prematuriteit	18
2.3 Die KMS-program in Kalafong-hospitaal	20
2.3.1 Aard van die KMS-program	20
2.3.1.1 Aanvang van KMS	22
2.3.1.2 Duur van KMS per dag	23
2.3.2 Beginsels van die KMS-program	24
2.3.2.1 Kangaroeëposisie	24
2.3.2.2 Kangaroeëvoeding	25
2.3.2.3 Kangaroeë-ontslag	26
2.3.3 Die versorging van die premature baba	27
2.3.3.1 Versorging in die hoësorg-eenheid	27
2.3.3.2 Versorging in die kangaroesaal	28
2.4 Voortgesette ouerleiding aan moeders in die KMS-program in Kalafong-hospitaal	29
2.4.1 Die pasiënteprofiel	30
2.4.2 Die grondslae van ouerleiding en die implikasies vir KMS	32
2.4.2.1 Onvoorwaardelike liefde vir die kind	32
2.4.2.2 Aanvaarding	33
2.4.2.3 Die skep van sekuriteit en veiligheid by die kind	34



2.4.2.4	Effektiewe en positiewe interaksie met die kind	34
2.4.2.5	Ontwikkeling van 'n positiewe selfkonsep	35
2.4.2.6	Ontwikkeling van 'n waardestelsel	35
2.4.2.7	Opvoeding tot verantwoordelikheid en selfstandigheid	36
2.4.2.8	Opvoeding tot gehoorsaamheid	36
2.5	Riglyne vir die samestelling van 'n ouerleidingsprogram vir moeders in die KMS-program in Kalafong-hospitaal	37
2.5.1	Inhoud van die program	37
2.5.2	Benaderings tot die effektiewe aanbieding van 'n program	38
2.5.3	Aanbiedingswyses	41
2.6	Samevatting	43

## HOOFSTUK 3

### Navorsingsontwerp

3.1	Inleiding	45
3.2	Navorsingsdoelstelling	46
3.3	Navorsingsmetode	46
3.3.1	Die keuse van kwalitatiewe navorsing	47
3.3.2	Data-insameling	48
3.3.2.1	Metode	48
3.3.2.2	Steekproef en steekproefrealisering	52
3.4	Datavaslegging en –verwerking	54
3.5	Etiese maatreëls	55
3.6	Vertrouenswaardigheid	58
3.7	Samevatting	61

## HOOFSTUK 4

### Bevindinge

4.1	Inleiding	63
4.2	Bevindinge met betrekking tot die huidige program	64
4.2.1	Inhoud van die huidige program	65
4.2.1.1	Voeding	66
4.2.1.2	Versorging van die baba	68
4.2.1.3	Baba se gedrag en ontwikkeling	68
4.2.1.4	Veiligheid en higiëne	68
4.2.2	Aanbieding van die huidige program	69
4.3	Bevindinge met betrekking tot die inhoudsbehoefte vir die voorgestelde program	72
4.3.1	Prematuriteit en die oorsake daarvan	73
4.3.2	Kangaroemoedersorg	74
4.3.3	Voeding	74
4.3.4	Versorging van die baba	75
4.3.5	Baba se gedrag en ontwikkeling	76
4.3.6	Opvoedingsmilieu	77
4.3.7	Gesinsbeplanning	78
4.3.8	Die belangrikheid van die moeder se gemoedstoestand	78
4.3.9	Slotsom	79
4.4	Beperkinge van die navorsing	79
4.4.1	Beperkinge in die navorsingsproses	80
4.4.1.1	Beperkinge met betrekking tot die onderhoude met moeders	80
4.4.1.2	Beperking met betrekking tot die onderhoude met die personeel	82
4.4.2	Beperkinge ten opsigte van die navorsingsresultate	83
4.5	Samevatting	84

## HOOFSTUK 5

### Aanbevelings en gevolgtrekking

5.1 Inleiding	86
5.2 Voorgestelde riglyne vir die ouerleidingsprogram	86
5.2.1 Oorkoepelende uitkomst	86
5.2.2 Programinhoud en die verdeling in eenhede	87
5.2.3 Programmaanbieding	90
5.2.3.1 Skedulering	90
5.2.3.2 Aanbiedingswyses	92
5.2.4 Bereiking van uitkomst	96
5.3 Verdere toepassings- en navorsingsmoontlikhede	98
5.4 Slotopmerking	101

<b>BRONNELYS</b>	103
------------------	-----

### BYLAES

Bylaag A: Voordele van kangaroemoedersorg	109
Bylaag B: Die aanvang van kangaroemoedersorg	120
Bylaag C: Bespreking van die MI-virus en borsvoeding	122
Bylaag D: Ingeligte toestemmingsvorm vir deelnemers	124
Bylaag E: Kangaroo Mother Care Made Easy (plakkaat)	126
Bylaag F: Inligtingsblaadjies wat tans in die kangaroesaal gebruik word	127
Bylaag G: Voorgestelde riglyne vir die ouerleidingsprogram	128
Bylaag H: Predischarge Score Sheet	143

## LYS VAN TABELLE

### Tabel 2.1

'n Vergelyking tussen die inskakeling van KMS in die *Harare Maternity Hospital* in Zimbabwe en die kangaroesaal in Kalafong-hospitaal in Suid-Afrika

21

### Tabel 2.2

Die verskille tussen onderwysergesentreerde en probleemgesentreerde leer

40

### Tabel 4.1

'n Opsomming van die kategorieë wat uit die onderhoude met moeders en personeel na vore gekom het

64

### Tabel 5.1

Voorstel vir studente-aanbiedings

95

### Tabel 5.2

Moontlike wyses vir die bepaling van die bereiking van uitkomst

98

# HOOFSTUK 1

## Oriëntering tot die navorsing

### 1.1 INLEIDING

Kangaroemoedersorg (KMS), in Engels bekend as *Kangaroo Mother Care*, is 'n relatief nuwe metode vir die versorging van premature babas en/of laegeboortegewig-babas. Dit het in 1978 in Bogotá, Colombia ontstaan, waar daar 'n gebrek aan gespesialiseerde toerusting, asook 'n hoë infeksiekoers en sterftesyfer onder laege-boortegewigbabas in die babasale was. Groot getalle laegeboortegewigbabas en beknopte ruimte het hierdie probleme vererger (Bingham 1998:19; Charpak, Ruiz-Pelaez & Figueroa de Calume 1996:108; Bell & McGrath 1996:387). Dokter Edgar Rey en Hector Martinez het besef dat hierdie situasie nie kan voortduur nie en alter-natiewe versorgingsmetodes begin ondersoek. Hulle het gevolglik die moeders van premature babas aangemoedig om 'n "menslike broeikas" vir hul babas te wees deur die baba vel-tot-vel in 'n regopposisie tussen hul borste vas te hou (Hamelin & Ramachandran 1993:15-16). Hierdie sogenaamde kangaroestyl het soveel voordele vir die baba, die moeder en die hospitaal ingehou, dat dit vinnig na ander wêrelddele versprei het (Bingham 1998:20).

In Suid-Afrika was die Grootte Schuur-hospitaal se neonatale eenheid die eerste om KMS op 'n groot skaal te institutionaliseer. Die inisiële KMS-implementering in 1996 in hierdie hospitaal was 'n gekontroleerde kliniese waarneming waarby 28 babas (elk met 'n geboortegewig van onder 1500 gram) betrek is (Hann, Malan, Kronson, Bergman & Huskisson 1999:37). Die sukses van hierdie waarneming het daartoe gelei dat 'n KMS-eenheid by Grootte Schuur-hospitaal ontwikkel is en dat KMS-programme ook in ander staatshospitale geïmplementeer is, onder meer in Kalafong-hospitaal in Pretoria, Gauteng en die Witbank-hospitaal in Mpumalanga (Bergh 2000: persoonlike kommunikasie).

Ná 'n besoek aan Kalafong-hospitaal en die lees van 'n populêre tydskrifartikel, (Cullinan 2001:58-59) het dit onder die navorsers se aandag gekom hoeveel bykomende ander voordele die implementering van KMS kan inhou. Al die partye betrokke baat daarby: die baba, moeder en hospitaaladministrateurs. Bergman (1998:9) som die primêre voordele van KMS soos volg op:

- Vir die baba bied KMS verbeterde kardio-respiratoriese stabiliteit en vinniger groei en ontwikkeling.
- Vir die moeder bied hierdie versorgingswyse voordele vir borsvoeding aangesien dit melkproduksie vermeerder en meer moeders suksesvol maak met borsvoeding. Daar is ook 'n beter band (*bonding*) tussen moeder en baba weens die fisiese nabyheid tussen moeder en baba. Die moeder word bemagtig om die primêre versorger van haar baba te word en ondergaan sielkundige genesing.
- Vir die hospitaal wat KMS toepas, is daar aansienlike kostebesparings, 'n verbeterde moraal onder personeel, beter oorlewing (in 'n "derdewêreld"-opset) en beter gehalte sorg (in 'n "eerstewêreld"-opset).

Bylaag A gee 'n volledige opsomming van die voordele van KMS soos in die literatuur opgeteken, ook ten opsigte van dié voordele wat vanuit 'n opvoedkundig-sielkundige perspektief van besondere belang is.

## **1.2 PROBLEEMSTELLING**

In die ontleding van die probleem word gelet op die bewuswording van die probleem wat tot die aanvanklike vraag gelei het. Verder word die aanvanklike vraag deur verkenning verfyn om 'n probleemstelling te formuleer.

### **1.2.1 Bewuswording en ontleding van die probleem**

Die kangaroesaal in Kalafong-hospitaal is 'n navorsingseenheid waar navorsing ten opsigte van die implementering van KMS gedoen word onder toesig van die Mediese

Navorsingsraad se Navorsingseenheid vir Moeder- en Babagesondheidsorgstrategieë. Tydens 'n besoek aan die saal en uit onderhoude met personeel en ander persone betrokke by die navorsing, het dit geblyk dat daar 'n moontlike leemte bestaan ten opsigte van voorligting aan moeders wat aan die KMS-program deelneem, onder meer ten opsigte van 'n georganiseerde sosiale program. Aangesien moeders vir ten minste twee tot vier weke KMS kontinu (voltyds) toepas en tydens hierdie tydperk almal saam in die kangaroesaal in Kalafong-hospitaal opgeneem word, skep dit die ideale geleentheid vir die implementering van programme wat kan help met die toerusting van die moeder ten opsigte van die versorging en opvoeding van haar kind. Die program het ten doel om moeders van premature babas te ondersteun in hul kort-, medium- en langtermynbehoefte en -probleme ten opsigte van sekere opvoedingsaspekte rakende hul kinders.

### **1.2.2 Verkenning van die probleem**

Vorige navorsing by Kalafong-hospitaal het bevestig dat 'n wesenlike behoefte bestaan aan 'n opvoedkundige program vir moeders in KMS (Bergh 2000: persoonlike kommunikasie bestaan). In 'n gesprek met dr Elise van Rooyen, onder wie se toesig die kangaroesaal val, het aan die lig gekom dat daar nie altyd eenvormige boodskappe oor KMS as intervensie na die moeders wat dit toepas, uitgaan nie en dat moeders nie altyd voldoende ingelig is oor al die aspekte van die program nie (Van Rooyen 2000: persoonlike kommunikasie). Een tipe opvoedkundige program waaraan daar 'n voortdurende behoefte by (veral nuwe) ouers is, is ten opsigte van oerleiding oor verskeie aspekte in die opvoeding van hul kind.

Die taak van die opvoedkundige sielkundige is nie net om as terapeut op te tree nie, maar om ook voorkomend op te tree (Wolfaardt 1998:68) ten aansien van die opvoedingsgebeure waarbinne kinders hulle mag bevind. Die begeleiding van ouers in die opvoeding van hul kinders kan gebruik word òf as voorkomende maatreël (soos van wat met hierdie studie beoog is) òf vir die hantering van 'n problematiese opvoedingssituasie. Ouers kan ook bedag gemaak word op moontlike probleme wat die gevolg van prematuriteit kan wees, aangesien die babas in die KMS-program almal prematuur of met 'n lae gewig gebore is.

Volgens Louw (1991:153) word voortydige geboortes en lae geboortegewig met 'n verskeidenheid psigologiese probleme by die baba geassosieer. Dit is oorverteengewordigend by verstandelik gestremde persone, terwyl probleme ten opsigte van taalontwikkeling en akademiese prestasies, hiperkiniese en outisme later kan voorkom. Doussard-Roosevelt, Porges, Scanlon, Alemi en Scanlon (1997:173) voeg by dat prematuur-gebore babas 'n groter as gemiddelde kans staan vir agterstande met motoriese vaardighede en verstandelike prosessering. Hierdie probleme kom veral voor by premature babas wat daarbenewens ook nog in 'n nie-optimaal-funksionerende milieu moet grootword (Louw 1991:153). Die genoemde aspekte behoort onder moeders se aandag gebring te word, asook verdere voorsorgmaatreëls wat getref kan word om probleme betyds te identifiseer, vroegtydig aan te spreek en te probeer minimaliseer. 'n Georganiseerde program, soos 'n ouerleidingsprogram, behoort in bogenoemde begeleidingsbehoefte vir moeders te voorsien.

Daar is juis op ouerleiding as 'n moontlike program vir aanbieding besluit, omdat die beginsels van KMS verband hou met die eerste treë van ouerskap:

- Die toepassing van vel-tot-velkontak tydens KMS bevorder die binding (*bonding*) tussen die moeder en haar kind en is 'n goeie vertrekpunt tot verhoudingsbou tussen moeder en kind.
- Die totale instelling van die moeder op haar baba tydens die toepassing van KMS vorm 'n basis vir die instelling op latere behoeftes van haar kind namate hy/sy groei en ontwikkel.

Die ontwikkeling van premature babas oor die algemeen word onder meer beïnvloed deur die wyse waarop hulle versorg word (waarvan KMS een wyse is). Die ontwikkeling sluit benewens die neurogedrags-, motoriese, taal- en spraakontwikkeling, ook die emosionele ontwikkeling in (wat aanvanklik veral met die binding tussen die moeder en baba gepaard gaan). Die ontstaan en ontwikkeling van die KMS-praktyk is dus nie bloot in mediese verband belangrik nie, maar ook in multidissiplinêre spanverband. Vanuit 'n opvoedkundig-sielkundige perspektief bestaan daar die behoefte om op georganiseerde wyse inligting aan die moeders te verskaf en om



KMS ook in die breër konteks van ouerskap te plaas. Een manier om dit te doen is deur middel van 'n effektiewe oerleidingsprogram.

Die babas wat in die kangaroesaal van Kalafong-hospitaal opgeneem word, is prematuur gebore en/of het 'n lae geboortegewig. Agterstande ten opsigte van ontwikkeling sal dus by meer as die gemiddeld van hierdie profiel babas voorkom. Die ouers van hierdie babas het gevolglik spesifieke riglyne nodig vir die hantering en versorging van hulle kinders en om hulle op alle ontwikkelingsvlakke te begelei.

Na aanleiding van die navorsing se waarnemings van moeders in die KMS-program en gesprekke met personeel by Kalafong-hospitaal, sal só 'n program ook aan ander uitdagings onderworpe wees, nie net by hierdie hospitaal nie, maar ook by ander Suid-Afrikaanse hospitale. Hierdie uitdagings hou verband met inhoud, aanbieders en aanbiedingswyses. In ooreenstemming met die regte van die moeder moet haar kultuur, geloof en sienings binne die aard van só 'n program gerespekteer word. Die inhoud van die program moet van só 'n aard wees dat dit geskik is vir kruiskulturele aanbieding (waar van toepassing). Dit is dus 'n uitdaging om met behulp van deeglike navorsing vas te stel watter uitkomst en inhoude tot die samestelling van riglyne vir 'n effektiewe oerleidingsprogram kan bydra.

Die aanbieders van die program sal waarskynlik hoofsaaklik die verpleegpersoneel van die kangaroesaal wees. Hulle vervul 'n besondere ondersteuningsrol en staan in die buffergebied tussen die moeder en ander gesondheidswerkers. Van verdere belang ten opsigte van die programinhoud is dat die aanbieders eienaarskap daarvan moet neem (Van Rooyen 2000: persoonlike kommunikasie). Indien die aanbieders nie dink dat dit belangrik is vir die moeders om kennis te neem van die inhoud van die program nie, kan dit moontlik hul gemotiveerdheid om die program aan te bied, negatief beïnvloed.

### **1.2.3 Navorsingsvraag**

Die praktykprobleem wat aanleiding gegee het tot hierdie studie is dat daar 'n leemte bestaan ten opsigte van oerleidingsprogramme wat kan bydra tot die toerusting van KMS-moeders ten opsigte van die versorging en opvoeding van hul kinders. Die

probleem is in die literatuur en deur onderhoude met kundiges verken en op grond daarvan is die volgende navorsingsprobleem geïdentifiseer:

Hoe behoort 'n ouerleidingsprogram te lyk vir moeders wat vir 'n relatief lang tydperk in die kangaroesaal van Kalafong-hospitaal moet vertoef, sodat dié moeders toegerus word vir die onmiddellike versorging, sowel as die toekomstige begeleiding van hul kinders?

Die hoofdoel met die navorsing was dus om riglyne vir 'n ouerleidingsprogram te ontwerp wat bogenoemde vraag sou aanspreek.

### **1.3 DOEL VAN DIE NAVORSING**

Die doel van die navorsing word in 'n algemene en spesifieke doelstelling onderskei. Dit word vervolgens bespreek.

#### **1.3.1 Algemene doelstelling**

Deur middel van 'n deeglike literatuurstudie is aspekte rakende die samestelling van riglyne vir die ouerleidingsprogram vasgestel (sien 1.4.1). Die hoofdoel hiermee was om die navorsingsvraag (sien 1.2.3) vanuit die literatuur te beantwoord. Om die taak te vergemaklik, is die volgende subvrae gestel:

- Wat is prematuriteit? (sien 2.2)
- Wat is 'n KMS-program en hoe word dit in die Kalafong-hospitaal toegepas? (sien 2.3)
- Op watter grondslae behoort voortgesette ouerleiding vir moeders in die KMS-program gebou te word? (sien 2.4)

#### **1.3.2 Spesifieke doelstelling**

Die navorsing is deel van die groter aksienavorsingsprogram by Kalafong-hospitaal en ingestel om praktykverbeteringsgerig te wees deur te kyk na die ontwerp van 'n

moontlike program. Die uitdaging was om beginsels te identifiseer en riglyne vir die samestelling van 'n program te ontwerp wat in ander gesondheidsorgfasiliteite aangepas kon word om kontekstueel relevant te wees. Die inhoud moet op só 'n manier bepaal en uiteengesit word dat die personeel wat die program aanbied, eienaarskap daarvoor kan neem.

Die spesifieke navorsingsdoelstellings was om deur middel van kwalitatiewe navorsing die inhoud van die ouerleidingsprogram vas te stel. Die moeders en personeel werksaam in die kangaroesaal is deur middel van individuele en groeps-onderhoude betrek om insette oor die programinhoud (sien 1.4.2) te lewer, waarna riglyne vir 'n ouerleidingsprogram daargestel is.

#### **1.4 NAVORSINGSMETODE**

Die navorsing is deur middel van 'n literatuurstudie en 'n empiriese studie voltrek. Dit word vervolgens bespreek.

##### **1.4.1 Literatuurstudie**

'n Literatuurstudie word deur Johnson en Christensen (2000:152) beskryf as die insameling van sekondêre data deur die navorser. Die data word as sekondêr tot die betrokke studie beskou, omdat dit vroeër versamel of aangeteken is, gewoonlik deur ander persone of navorsers, vir 'n ander doel as die betrokke studie op hande. Dit kan byna enige soort inligting insluit, soos onder meer koerantberigte, opvoedkundige joernale, jaarverslae, boeke en gepubliseerde artikels.

Vir die doel van hierdie studie is daar hoofsaaklik van boeke en wetenskaplike artikels gebruik gemaak om agtergrondsinsligting oor die volgende aspekte in te samel:

- Wetenskaplike artikels en boeke is bestudeer om inligting oor prematuriteit te bekom. Babas wat prematuur (voortydig) gebore word, asook babas met 'n lae geboortegewig, is hierby ingesluit en daar is spesifiek gefokus op die oorsake en gevolge van prematuriteit.

- Alle fasette van kangaroemoedersorg is uit die literatuur (wetenskaplike bronne) bestudeer om die navorser breedvoerig in te lig oor onder meer die voordele van KMS, die toepassing daarvan by verskillende instansies en die basiese elemente waaruit KMS bestaan. Afleidings is uit die literatuur gemaak en vergelyk en deurgetrek na die kangaroemoedersorg-program in Kalafong-hospitaal.
- Enkele ongepubliseerde bronne oor die KMS-program in Kalafong is ook geraadpleeg en inligting is deur middel van gesprekke met sleutel-informante aangevul.
- Die grondslae van ouerleiding is uit die literatuur uitgelig om te bepaal wat die verband daarvan met KMS is en watter implikasies prematuriteit vir ouerleiding inhou.
- Op grond van die inligting oor die inhoud waaruit die ouerleidingsprogram kan bestaan, die aanbiedingswyses wat vir die program gevolg kan word en die effektiewe aanbieding daarvan, is daar besin oor die riglyne vir die samestelling van só 'n program.

#### **1.4.2 Empiriese studie**

Vanweë die verkennende aard van hierdie studie, het die keuse op kwalitatiewe navorsing geval. Benewens informele waarnemings en verkennende gesprekke met sleutelpersone betrokke by die KMS-program by Kalafong-hospitaal om agtergronds-inligting in te samel, is die volgende metodes beplan:

- Ongestruktureerde fokusgroep- en individuele onderhoude met moeders in die kangaroesaal (waar kontinue KMS toegepas word) om te bepaal wat hulle behoeftes ten opsigte van opvoedkundige programme in die algemeen en ouerleiding in die besonder was. Tussen drie en vyf van hierdie onderhoude is met 'n steekproef uit die moeders wat op die tydstip van elke onderhoud in die saal was, beplan. Die steekproef moes verteenwoordigend van die pasiënteprofiel wees.

- Ongestruktureerde fokusgroep- en individuele onderhoude met personeel in die kangaroesaal om hulle behoeftes ten opsigte van opvoedkundige programme in die algemeen en oerleiding in die besonder te bepaal. Daar is beplan om twee tot drie onderhoude met soveel moontlik van die personeel te voer wat op die tydstip van die onderhoud beskikbaar was.
- Verdere fokusgroep- of individuele onderhoude, indien nodig.

Die data vir die navorsing is op die volgende manier opgeteken en ontleed:

- Veldaantekeninge tydens en ná besoeke (uit waarnemings en informele gesprekke).
- Die onderhoude sou aan die hand van 'n onderhoudsgids op oudioband opgeneem word (met vooraf toestemming) en die gedeeltes relevant tot die studie sou dan deur die navorser self getranskribeer word.
- Die data-analise sou geskied deur die maak van 'n groslys van al die inligting (inhoud en vaardighede) wat die moeders en die personeel dink nodig sou wees om in die program in te bou. Aanvaarde koderingsmetodes vir kwalitatiewe navorsing is beplan vir die sortering van die inligting onder verskillende opskrifte.

## **1.5 AFBAKENING VAN DIE NAVORSING**

In hierdie studie is die steekproef van persone wat aan die oerleidingsprogram sou deelneem, duidelik afgebaken. Dit sou slegs uit moeders wat vir 'n tydperk (gewoonlik tussen twee weke en drie maande) in die kangaroesaal in die Kalafong-hospitaal opgeneem is, bestaan. Daar is ander hospitale wat oor soortgelyke eenhede beskik, maar vanweë logistieke en praktiese redes is daar besluit om slegs van die een hospitaal se pasiënte te gebruik.

Hierdie verslag is 'n verhandeling van beperkte omvang (skripsie), wat impliseer dat slegs 'n oorsig van toepaslike literatuur gegee kan word. Slegs een literatuurhoofstuk

word aangebied met die oog op agtergrondsinsigting vir die empiriese ondersoek (sien 1.4.1).

## **1.6 BEGRIPSVERKLARING**

Vir die doel van hierdie studie word die volgende definisies van begrippe aanvaar:

### **1.6.1 Kangaroemoedersorg (KMS)**

Die konsep kangaroemoedersorg word gebruik as gevolg van die ooreenkoms in die wyse waarop buideldiere vir hul pasgebore babas sorg (Anderson 1989:662; Martinez, Rey & Marquette 1992:55). KMS is 'n versorgingswyse wat gebruik word in die versorging van pasgebore babas - veral premature en laegeboortegewigbabas. Dit bestaan uit drie komponente waarvan al drie in 'n ondersteunende omgewing moet voorkom, naamlik KMS-posisie, KMS-voeding en KMS-ontslag (sien 2.3.2 en onderafdelings; Bergh 2001:9).

### **1.6.2 KMS-program**

Dit is die sisteem of program van KMS wat in 'n gesondheidsorgfasiliteit gevolg word (Bergh 2001:4).

### **1.6.3 KMS-teenheid**

Dit dui op die plek wat toegeken is en gebruik word om KMS te beoefen. Dit kan ook bekend staan as die KMS-saal of die kangaroesaal (Bergh 2001:4). By Kalafong-hospitaal word daar 'n onderskeid getref tussen die hoësonde-teenheid en die kangaroesaal, waar kangaroesoorg toegepas word. Hierdie verskille word in afdeling 2.3.3 en onderafdelings uitgelig en verduidelik.

### **1.6.4 Vel-tot-velversorging**

Dit is 'n versorgingswyse van babas waar die moeder of ander persoon, die baba onder haar klere (tussen haar borste) dra, sodat die moeder en baba vel-tot-velkon-

tak het. Vel-tot-velversorging (*skin-to-skin care*) dui slegs op een van die komponente van KMS, naamlik die posisionering van die baba. Daar word soms hierna verwys as kangaroesorg, terwyl kangaroemoedersorg meer omvattend is en borsvoeding, vroeë ontslag en aanhoudende KMS insluit (Van Rooyen 2001: persoonlike kommunikasie).

### **1.6.5 Premature baba / laegeboortegewigbaba**

Laegeboortegewigbabas is babas wat by geboorte onder 2500 gram weeg. Premature babas is babas wat vóór 37 weke swangerskapsduur gebore word. Gewoonlik het 'n premature baba ook 'n lae geboortegewig. Voltermynbabas (babas wat ná 37 weke swangerskapsduur gebore word) kan ook 'n lae geboortegewig hê. Die rede hiervoor is gewoonlik groeivertraging in die baarmoeder (Van Rooyen 2002: persoonlike kommunikasie; sien ook 2.2.1).

### **1.6.6 Ouerleiding**

Ouerleiding is 'n omvattende term wat soms ook omskryf word as oueropleiding, ouerbegeleiding, ouerskapsprogramme en ondersteuning in ouerskap. Volgens Van Rooyen (1987:44-45) is ouerbegeleiding die voorligting, raadgewing, leiding en steungewing wat aan die ouer gebied word, sodat daar 'n gesonde opvoedingsverhouding tussen ouer en kind geskep kan word en die vraagstukke of probleme wat die ouer in sy of haar ouerskapstaak mag ondervind, toereikend hanteer kan word.

Fine (1980:5-6) definieer die begrip ouerleiding (*parent education*) as “...(the) *instruction on how to be a parent*”.

Volgens Jansen (1993:37) is die primêre beginsels wat by ouerleiding geld, die verskaffing van inligting (kennis) aan die ouer en skoling van bepaalde vaardighede by die ouer. Sy is van mening dat hierdie beginsels geïntegreer behoort te word by die primêre beginsels wat by ouerbegeleiding geld, naamlik die verlening van affektiewe (emosionele) steungewing en hulpverlening aan die ouer (insluitend voorligting en raadgewing).

Uit die bogenoemde definisies word die volgende definisie van ouerleiding vir die doel van hierdie studie gestel:

Ouerleiding is 'n proses van hulpverlening en steungewing aan ouers. Dit geskied deur middel van raadgewing, voorligting en die verskaffing van inligting ten opsigte van bepaalde aspekte rakende die opvoeding van kinders en ouerskap in die algemeen. Hierdie hulpverlening en steungewing word gegee deur betekenisvolle ander persone, wat ook kundiges op die gebied kan wees of spesifieke opleiding ontvang het (soos die gesondheidsorgpersoneel wat by KMS betrokke is).

### **1.6.7 Ouerleidingsprogram**

Kachelhoffer (1993:26) verduidelik dat 'n program beweging aandui en dat 'n begin, bepaalde verloop en 'n einde veronderstel word. 'n Ouerleidingsprogram kan dus gesien word as 'n program wat leiding aan ouers gee met betrekking tot sekere aspekte rakende die opvoeding van hul kinders (sien 1.6.6).

## **1.7 NAVORSINGSPROGRAM**

Die verslagdoening van hierdie studie word soos volg in hoofstukke ingedeel:

### *Hoofstuk 1: Oriëntering tot die navorsing*

In hierdie hoofstuk word die agtergrond tot die probleem geskets en die probleem ontleed. Die navorsingsbeplanning word ook hier beskryf.

### *Hoofstuk 2: Literatuuroorsig oor die ontwikkeling van riglyne vir 'n ouerleidingsprogram vir moeders in die KMS-program in Kalafong-hospitaal*

Belangrike aspekte om die navorsingsprobleem op te los, word in Hoofstuk 2 uit die literatuur verkry. Premature babas, die KMS-program in Kalafong-hospitaal, voortgesette ouerleiding aan moeders in die KMS-program en ander aspekte van die program, naamlik inhoud, aanbiedingswyse en effektiewe aanbieding, geniet aandag (sien 1.4.1).



### *Hoofstuk 3: Navorsingsontwerp*

Die presiese uiteensetting van hoe die empiriese navorsing ontwerp en aangepak is en hoe die data verwerk is, word hier volledig omskryf.

### *Hoofstuk 4: Bevindinge*

Die bevindinge van die empiriese navorsing, wat uit onderhoude en waarnemings van die navorser bestaan, word volledig hier uiteengesit.

### *Hoofstuk 5: Aanbevelings en gevolgtrekking*

Riglyne vir die samestelling van 'n ouerleidingsprogram, gebaseer op die navorsing word in hierdie hoofstuk uiteengesit. Enkele leemtes in die studie, geleenthede vir verdere navorsing en aanbevelings word ook geformuleer.

## **1.8 SAMEVATTING**

Uit die inleidende bespreking van hierdie studie is dit duidelik dat KMS kan uitkring en ook ander vakgebiede aanraak. Vanuit 'n opvoedkundig-sielkundige benadering is daar 'n behoefte raakgesien ten opsigte van die toerusting van moeders wat aan 'n KMS-program deelneem. Die doel met die studie is gevolglik om in dié leemte te voorsien, deur riglyne daar te stel vir 'n ouerleidingsprogram vir moeders van premature en/of laegeboortegewigbabas.

In Hoofstuk 1 is 'n oriëntering en inleiding tot die voorgenome studie gegee. Van die belangrikste begrippe is hier beskryf en die beplande navorsingsprogram is uiteengesit. Die volgende hoofstuk bied 'n literatuuroorsig oor die ontwikkeling van riglyne vir 'n ouerleidingsprogram vir moeders, spesifiek in die KMS-program van Kalafong-hospitaal.

## HOOFSTUK 2

### **Die ontwikkeling van riglyne vir 'n ouerleidingsprogram vir moeders in die KMS-program in Kalafong-hospitaal**

#### **2.1 INLEIDING**

In hierdie hoofstuk word 'n literatuurverkenning van verskeie aspekte gedoen. Vir hierdie doel is daar meestal van wetenskaplike tydskrifartikels en boeke gebruik gemaak. Daar was tot onlangs geen gepubliseerde wetenskaplike artikels oor die toepassing van kangaroemoedersorg (KMS) as intervensie in Kalafong-hospitaal beskikbaar nie. In die afdeling hieroor (sien 2.3) is inligting dus hoofsaaklik verkry uit persoonlike onderhoude met die sleutelpersone by Kalafong-hospitaal en enkele ongepubliseerde verslae. Die literatuur is wel deeglik bestudeer ten opsigte van alle aspekte van KMS en daar is hierdeur ook vasgestel hoe KMS in ander instansies toegepas word. Die toepassing in ander instansies is met die toepassing daarvan in Kalafong-hospitaal vergelyk.

Die riglyne vir die ouerleidingsprogram wat uit hierdie studie voortspruit, is gerig op die ouers (veral moeders) van premature babas. Premature babas, en in die besonder die oorsake van prematuriteit en die gevolge wat ouers moontlik te wagte kan wees, word vanuit 'n opvoedkundig-sielkundige perspektief bespreek. In Kalafong-hospitaal word die prematuur-gebore babas deur middel van KMS versorg as gevolg van die voordele van dié versorgingswyse (sien 1.1 en Bylaag A). KMS word dus bespreek in die lig van die toepassing daarvan in Kalafong-hospitaal.

Die voorkomssyfer van premature geboortes is nie presies dieselfde op alle vlakke van die samelewing nie en is hoër in onderontwikkelde gebiede. Omdat Kalafong-hospitaal grootliks 'n onderontwikkelde bedieningsarea het en ook as verwysings-hospitaal vir hoërisikoswangerskappe dien, is die voorkoms van premature geboortes hier hoër as die gemiddelde (Van Rooyen, Pullen, Pattinson & Delport 2002:1; sien ook 2.4.1). Die pasiënteprofiel van die kangaroesaal in Kalafong-hospitaal word in

afdeling 2.4.1 bespreek om te verduidelik waarom ouerleiding juis onder hierdie pasiënte noodsaaklik is. Om alle aspekte van die navorsingsvraag (sien 1.2.3) aan te spreek, word daar nie net stilgestaan by die onmiddellike versorging van die baba nie, maar die grondslae van ouerleiding word ook uiteengesit as riglyne vir die opleiding van moeders in die toekomstige hantering van hul premature babas.

Die hoofstuk word afgesluit deur riglyne uit die literatuur daar te stel ten opsigte van die inhoud, die aanbiedingswyse en die effektiewe aanbieding van 'n ouerleidingsprogram aan moeders in die kangaroesaal van Kalafong-hospitaal.

### **2.1.1 Begripsverklaring**

Vir die doel van hierdie hoofstuk word die volgende begrippe verduidelik aan die hand van die terminologie wat in Kalafong-hospitaal gebruik word:

#### *2.1.1.1 Neonatale intensiewesorgeenheid*

Dit is 'n afdeling in 'n hospitaal waar intensiewe sorg aan babas verleen word. Ventilators kan hier gebruik word om babas te help wat nie selfstandig kan asemhaal nie. Gewoonlik word siek babas (waarvan die meeste vroeggebore is), net ná geboorte hier versorg, maar ander, ouer siek babas kan ook in die eenheid opgeneem word.

#### *2.1.1.2 Hoësorgeenheid*

Siek laegeboortegewigbabas wat nie ventilators nodig het om asem te haal nie, word in die hoësorgeenheid opgeneem en hoofsaaklik in broeikaste versorg. Feitlik al hierdie babas is prematuur gebore en het 'n lae geboortegewig. In hierdie eenheid word mediese sorg op 'n hoër vlak as in 'n algemene saal aan die pasiënte verskaf. Laegeboortegewigbabas wat uit die neonatale intensiewesorgeenheid ontslaan word, word hier versorg alvorens hulle na 'n laesorgsaal oorgeplaas word.

### 2.1.1.3 Kangaroesaal

Hierdie saal is eksklusief vir laegeboortegewig en premature babas wat met behulp van die kangaroemetode deur hul moeders versorg word. Die moeders loseer in die saal en hanteer die meeste van die versorging van hulle babas self.

## 2.2 DIE FENOMEEN: PREMATUREIT

Premature babas of babas wat prematuur gebore is, word vervolgens omskryf. Daar word gekyk na oorsake van prematuriteit en moontlike gevolge wat dit op kort en lang termyn vir die baba kan inhou.

### 2.2.1 Omskrywing

'n Baba wat gebore word voordat 37 swangerskapweke (of minder as 259 dae vanaf die eerste dag van die laaste menstruasie) voltooi is, word deur die meeste navorsers as prematuur beskou (Kelnar & Harvey 1987:90; Yu & Wood 1987:3). Robinson en Gonzales (1999:373-374) beskou egter 'n baba wat gebore word voordat 38 swangerskapweke voltooi is, as prematuur. Dié verskynsel staan dan as 'n premature geboorte bekend en die baba word 'n premature baba genoem. Hierdie definisie vir premature babas word ook so in Kalafong-hospitaal aanvaar (Van Rooyen 2002: persoonlike kommunikasie).

'n Baba wat met 'n geboortegewig van onder 2500 gram gebore word, ongeag die lengte van die swangerskap, word as 'n laegeboortegewigbaba beskou (Kelnar & Harvey 1987:90; MacArthur & Dezoete 1992:12; Robinson & Gonzales 1999:374; Yu & Wood 1987:3). Babas wat minder as 1500 gram by geboorte weeg, ongeag die lengte van die swangerskap, word as baie-laegeboortegewigbabas beskou (*very low birth weight*) (MacArthur & Dezoete 1992:12). In Kalafong-hospitaal word babas wat minder as 2500 gram weeg, ook as laegeboortegewigbabas beskou (Van Rooyen 2002: persoonlike kommunikasie).

### 2.2.2 Oorsake van prematuriteit

Daar is verskeie oorsake vir premature geboortes of 'n lae geboortegewig by babas. Hoewel sommige van hierdie geboortes voorkom kan word, is dit meestal nie moontlik nie.

Die volgende oorsake van prematuriteit of 'n lae geboortegewig word in die literatuur gemeld:

- Onvoldoende of nie genoegsame professionele voorgeboortelike sorg nie (MacArthur & Dezoete 1992:13; Sammons & Lewis 1985:29; Yu & Wood 1987: 12).
- Die rook van sigarette deur die moeder tydens swangerskap (MacArthur & Dezoete 1992:13; Petropulos 2001:340; Sammons & Lewis 1985:29; Yu & Wood 1987:12).
- Die gebruik van oormatige alkohol en verslawingsmiddels (Petropulos 2001:340; Yu & Wood 1987:13).
- Swak voeding van die moeder tydens swangerskap (Balaskas & Gordon 2001: 321; Petropulos 2001: 340; Sammons & Lewis 1985:29; Sugar 1982:110; Yu & Wood 1987:13).
- 'n Spanningsvolle swangerskap met min of geen ondersteuning van ander persone (Sammons & Lewis 1985:29; Yu & Wood 1987:17).
- Tienerswangerskappe (MacArthur & Dezoete 1992:13; Sammons & Lewis 1985:29; Sugar 1982:110).
- 'n Meervuldige swangerskap - dus waar twee of meer babas verwag word (Balaskas & Gordon 2001:321; MacArthur & Dezoete 1992:13; Petropulos 2001:340).
- Indien 'n vrou eenmaal geboorte geskenk het aan 'n premature en/of laegeboortegewigbaba, is die kans groter as gemiddeld dat dit by 'n volgende swangerskap weer die geval kan wees (Sammons & Lewis 1985:29; Yu & Wood 1987:77).

Sekere mediese toestande by die moeder kan ook bydra tot 'n vroeë geboorte, waaronder die voortydige losskeuring van die plasenta, plasenta previa, abnormale

hoë of lae hoeveelhede vrugwater en diabetes (Balaskas & Gordon 2001:322; MacArthur & Dezoete 1992:13; Petropulos 2001:340; Sammons & Lewis 1985:29; Sugar 1982: 110).

### 2.2.3 Gevolge van prematuriteit

Prematuriteit hou vir die baba (en ook later vir die jong kind) sekere gevolge in. In die samestelling van riglyne vir 'n ouerleidingsprogram vir moeders in 'n KMS-eenheid, sal dit dus van pas wees om die gevolge van prematuriteit te bespreek. Wanneer die gevolge van prematuriteit in die ouerleidingsprogram bespreek word, word moeders op die moontlikhede bedag gemaak, en sodoende toegerus om moontlike probleme wat voortspruit uit prematuriteit te kan identifiseer en aan te spreek.

Uit die literatuur blyk dit dat ontwikkelingsagterstande by die baba en die jong kind 'n gevolg van prematuriteit kan wees. Macias, Saylor, Younginer en Katikaneni (2000: 47) het deur studies aangetoon dat 'n laer inkomste en die voorkoms en frekwensie van mediese probleme by die premature baba die twee belangrikste faktore is wat kan bydra tot ontwikkelingsagterstande. Verskeie studies het aan die lig gebring dat die volgende probleme in ontwikkeling geassosieer kan word met babas wat prematuur gebore is:

- Daar is 'n groter moontlikheid vir *taal- en spraakagterstande* by premature babas as by voltermynbabas (Briscoe, Gathercole & Marlow 1998:654; Cherkes-Julkowski 1998:294; Costarides & Shulman 1998: 27; Gonzales, Montgomery, Fucci, Randolph & Mata-Pistokache 1997:1; Sajaniemi, Hakamies-Blomqvist, Maekelae, Avellan, Rita & Von-Wendt 2001:329).
- Studies van premature babas wat vóór 32 swangerskapweke gebore is, het aangedui dat die premature babas se *korttermyngeheue* nie so goed ontwikkel was soos dié van die voltermynbabas op drie- tot vierjarige ouderdom nie (Briscoe *et al.* 1998:654).
- In 'n vergelykende studie tussen sestienjarige kinders wat onderskeidelik voltermyn en prematuur, maar gesond gebore is, is bevind dat *visueel-motoriese*

*agterstande* steeds by die prematuur-gebore tieners voorgekom het (Foreman, Fielder, Minshell, Hurrion & Sergienko 1997:27).

Ander probleme wat met kinders se skoolprestasies en gedrag verband hou en met prematuriteit geassosieer word, word vervolgens kortliks gelys:

- *Leergestremdheid* kom meer dikwels voor (Cherkes-Julkowski 1998:294).
- *Swakker geheue* en sekere aspekte van *prosesseringspoed* (Rose & Feldman 1996:2005) wat prematuur-gebore kinders se akademiese vordering negatief kan beïnvloed.
- *Gedragsprobleme* word oor die algemeen meer by kinders wat prematuur gebore is aangetref as by kinders wat voltermyn gebore is (Hack & Taylor 2000:1973).
- *Aandagafleibaarheid* kom meer gereeld voor (Cherkes-Julkowski 1998:294).
- *Swakker akademiese prestasie* word oor die algemeen geassosieer met 'n lae geboortegewig en babas wat prematuur gebore is (Cherkes-Julkowski 1998:294; Costarides & Shulman 1998: 27; Farel, Hooper, Teplin, Henry & Kraybill 1998:118; Hack & Taylor 2000:1973).
- *Globale kognitiewe agterstande, serebrale gestremdheid, blindheid en doofheid* word ook met premature geboortes in verband gebring (Balaskas & Gordon 2001:321; Hack & Taylor 2000:1973; Robinson & Gonzales 1999:374).

Ander probleme, soos die voorkoms van 'n onderontwikkelde imuunstelsel (Stoppard 2001:27), kom ook meer by premature babas voor, maar aangesien hierdie studie vanuit 'n opvoedkundig-sielkundige perspektief onderneem word, word slegs die gevolge tersaaklik vir hierdie studie hier uiteengesit.

Die versorging van premature en laegeboortegewigbabas is weens die besondere behoeftes van die baba meer intensief as voltermynbabas. Tradisioneel word babas onder meer in broeikaste versorg, maar daar word tans in sekere hospitale voorsiening gemaak vir KMS. Hierdie navorsing is daarop gemik om moeders wat KMS in Kalafong-hospitaal se kangaroesaal toepas, deur middel van 'n oerleidingsprogram te begelei en te ondersteun. Hierdie begeleiding en ondersteuning het ten doel om moeders toe te rus in die onmiddellike versorging en verder ook in die toekomstige

hantering van hul prematuur-gebore kind. Daar word dus voorts stilgestaan by die onmiddellike versorging van die baba deur middel van KMS soos wat dit in Kalafong-hospitaal toegepas word.

## 2.3 DIE KMS-PROGRAM IN KALAFONG-HOSPITAAL

In Kalafong-hospitaal word KMS in twee verskillende sale vir premature of laegeboortegewigbabas toegepas. Babas wat nie sterk genoeg is om self asem te haal nie, word in die **neonatale intensiewe eenheid** deur middel van onder meer ventilators versorg. Sterker babas wat selfstandig asemhaal, word aanvanklik met tussenposes (intermitterend) in die **hoësonde** aan KMS blootgestel. Voorgenoemde twee eenhede is in dieselfde saal en die babas word hier versorg totdat hul toestand só verbeter het dat hulle na die **kangaroesaal (KMS-saal)** oorgeplaas kan word, waar kontinue KMS, 24 uur per dag, toegepas word (Delpont 2000: persoonlike kommunikasie).

### 2.3.1 Aard van die KMS-program

Elke hospitaal se opset, pasiënteprofiel en beskikbaarheid van fasiliteite en hulpbronne is uniek en daarom behoort elke hospitaal wat KMS toepas, 'n unieke stel reëls of beleid op te stel. Dié reëls en beleid staan ook as 'n protokol bekend. Dit gee aan die personeel die riglyne waarvolgens daar gewerk word, bied struktuur aan die program en dien as inligting vir die moeders. Die personeel betrokke by Kalafong-hospitaal het 'n protokol waarvolgens hulle tans KMS toepas.

Dr Kambarami van die Universiteit van Zimbabwe het praktiese riglyne saamgestel wat die personeel in die *Harare Maternity Hospital* moet nakom (Kambarami 1996:5-6). Aangesien Zimbabwe ook 'n "derdewêreld"-land is en daar in baie opsigte dieselfde toestande as in Kalafong-hospitaal heers, kan die twee hospitale se toepassing van KMS met mekaar vergelyk word. Hierdie vergelyking sal dan ook gebruik word om die toepassing van KMS in Kalafong-hospitaal uit te lig. Die twee hospitale toon die volgende ooreenkomste: Albei hospitale toon tekorte aan genoegsame hulpbronne, het meer as die gemiddelde hoërisiko-kraamgevälle en het nie altyd voldoende opgeleide personeel aan diens nie. Die reëlins vir die toepassing van



KMS in die *Harare Maternity Hospital* word in Tabel 2.1 vergelyk met die praktyk in die **kangaroesaal** van Kalafong-hospitaal, soos dit deur die navorser waargeneem en uit gesprekke met dr Van Rooyen (2001: persoonlike kommunikasie) aangeteken is.

Tabel 2.1

'n Vergelyking tussen die inskakeling van KMS in die *Harare Maternity Hospital* in Zimbabwe en die kangaroesaal in Kalafong-hospitaal in Suid-Afrika

<b>Harare Maternity Hospital, Zimbabwe</b>	<b>Kalafong-hospitaal, (kangaroesaal) Suid-Afrika</b>
Die kamer se temperatuur moet warm wees (25°C - 28°C).	Die kamer word deur verwarmers warm gehou, teen ongeveer 30°C.
Die baba se liggaamstemperatuur moet twee maal per dag, of wanneer die baba se hande of voete koud voel, gemonitor word. (Dit behoort tussen 36.5°C en 37.5°C te wees.)	Die babas se liggaamstemperatuur word ses-uurliks gemonitor en behoort tussen 36.5°C en 37.5°C te wees.
Die baba se gewig moet daagliks gekontroleer en aangeteken word. Die baba mag dalk oor die eerste paar dae gewig verloor, maar daarna word verwag dat die baba 10 tot 50 gram per dag moet optel.	Die babas se gewig word daagliks gekontroleer, opgeteken en met die moeders bespreek. Die personeel is tevrede met die gewigstoename van die baba indien 'n baba 15 tot 30 gram per dag optel.
Die moeder se klagtes en probleme moet daagliks aangeteken word en probleme moet uitgestryk word.	Moeders is vry om enige tyd klagtes en probleme te opper. Dit word ook aangeteken en aangespreek.
Die baba moet verkieslik nie daagliks gebad word nie. Hy/sy kan eerder net afgespons word.	Babas word net afgespons tot op 1400 gram en daarna daagliks gebad.
Slegs moedersmelk moet aan die baba gegee word en gereelde voedings moet aangemoedig word (twee-uurliks bedags en op aanvraag snags).	Moedersmelk word in die meeste gevalle gegee (sien 2.3.2.2) en die voedings vind drie-uurliks plaas, bedags en snags. Indien nodig, word sekere babas bedags elke twee uur gevoed. MIV-positiewe moeders word aangemoedig om moedersmelk te pasteuriseer (sien Bylaag C).
Eenvoudige mediese toestande wat die baba kan opdoen (bv. luierslag) kan in die KMS-eenheid behandel word, en die baba hoef nie na die neonatale eenheid teruggeneem te word nie.	Dieselfde beleid geld as in Zimbabwe. Selfs as babas 'n verkoue opdoen, word hulle in die kangaroesaal versorg.

<b>Harare Maternity Hospital, Zimbabwe</b>	<b>Kalafong-hospitaal, (kangaroesaal) Suid-Afrika</b>
Babas wat siek lyk of siek voorkom, word dadelik na die neonatale eenheid verwys.	Babas met 'n terugslag word terugverwys na die neonatale saal of na die hospitaal se pediatriese eenheid.
Alle premature babas wat minder as 1800 gram weeg, moet die volgende aanvullings ontvang: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vitamien D (400 eenhede daaglik vanaf 2 weke)</li> <li>• Foliensuur (2.5 mg twee maal per week vanaf 2 weke)</li> <li>• Ysteraanvullings vanaf 4 weke tot en met 6 maande.</li> </ul>	Al die babas in die kangaroesaal ontvang die volgende aanvullings: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Multivitamiene (vanaf 1 week)</li> <li>• Vitamien D (vanaf 1 week)</li> <li>• Ysteraanvullings (vanaf 1 maand).</li> </ul>

In bogenoemde tabel is daar gewys op die toepassing van KMS in die **kangaroesaal**. In die **hoësonde** van die Kalafong-hospitaal word sekere van bogenoemde riglyne vir die kangaroesaal-saal ook gevolg. Die kamertemperatuur word konstant warm gehou, die babas se liggaamstemperatuur word ook gereeld gemonitor en hul gewig daaglik gekontroleer. Die babas word nie gebad nie, word drie-uurliks (meestal deur hul moeders self) met moedersmelk gevoed, en moeders word, net soos in die kangaroesaal, aangemoedig om enige probleme of klagtes dadelik met die personeel te bespreek (Delport 2000: persoonlike kommunikasie).

### 2.3.1.1 Aanvang van KMS

Vanweë hul mediese toestand is dit nie moontlik dat alle premature of laegeboortegewigbabas onmiddellik ná geboorte in KMS geplaas kan word nie. Sommige babas het die hulp van ventilators nodig om asem te haal (sien 2.3) en ander is onstabiel en het konstante mediese toesig nodig. Hospitale gebruik dus bepaalde riglyne om te besluit wanneer 'n baba in KMS geplaas kan word en ook aan watter tipe KMS (sien 2.3.1.2) die baba blootgestel kan word.

Dokters en ander persone betrokke by die versorging van die premature en/of laegeboortegewigbabas in die Kalafong-hospitaal oorweeg ook eers sekere faktore op 'n kontinuum voordat daar besluit word *wanneer* daar met KMS begin kan word. Volgens Anderson (1991:216) behoort die volgende faktore in ag geneem te word:

- die baba se ouderdom tydens die geboorte (m. a. w. hoeveel weke die moeder swanger was)
- die baba se geboortegewig
- die baba se huidige ouderdom (ná geboorte)
- die baba se toestand of stabiliteit.

Volgens bogenoemde faktore word die babas dan in vier kategorieë verdeel wat bepaal hoe lank na geboorte hulle met KMS kan begin (Anderson 1991:216-217; sien Bylaag B):

- Latere kangaroesorg (*late kangaroo care*)
- Intermediêre kangaroesorg (*intermediate kangaroo care*)
- Vroeë kangaroesorg (*early kangaroo care*)
- Baie vroeë kangaroesorg (*very early kangaroo care*).

Die bespreking van die toepassing van hierdie kategorieë by Kalafong-hospitaal word weens die beperkte omvang van die studie nie hier uiteengesit nie, maar in Bylaag B bespreek. Daaruit blyk dit duidelik dat babas met verskillende mediese toestande en verskillende grade van stabiliteit in KMS by die Kalafong-hospitaal geakkommodeer word. Op grond van die voordele wat KMS vir die moeder en die baba inhou (sien Bylaag A), is dit gewens dat die baba so gou moontlik ná geboorte aan KMS blootgestel word. Dit blyk dat hierdie beginsel ook in die Kalafong-hospitaal toegepas word.

### 2.3.1.2 Duur van KMS per dag

Betreffende die hoeveelheid tyd per dag wat 'n baba in KMS behoort te wees, onderskei die Kalafong-hospitaal tussen kontinue kangaroemoedersorg en intermitterende (afwisselende) kangaroemoedersorg (Van Rooyen 2000: persoonlike kommunikasie). (In mediese kringe word die woord "intermitterend" as die Afrikaanse vertaling van "*intermittent*" gebruik soos dit in die Engelse literatuur voorkom.) Intermitterende kangaroemoedersorg vind in die hoërsorgeenheid by Kalafong-hospitaal plaas en behels die posisionering van die baba in die kangaroeposisie vir 'n paar uur per dag.

In die kangaroesaal word intermitterende, maar ook kontinue KMS toegepas, met ander woorde die baba is vir 24 uur per dag in die kangaroeposisie. Die beleid hieroor word meer breedvoerig in afdeling 2.3.3 en onderafdelings bespreek.

### **2.3.2 Beginsels van die KMS-program**

Elke hospitaal wat KMS toepas, kan sy eie benadering, strategie en program ontwikkel, maar die meeste hospitale se KMS-programme onderskei tussen drie basiese elemente, naamlik die kangaroeposisie, kangaroevoeding en kangaroe-ontslag (Ruiz-Pelaez & Charpak 1998:62). Bergh (2001:2) beklemtoon dat hierdie drie elemente in 'n ondersteunende omgewing, in die hospitaal en ook tuis, behoort voor te kom. Hierdie beginsels word by Kalafong-hospitaal toegepas en word vervolgens bespreek.

#### *2.3.2.1 Kangaroeposisie*

Die kangaroeposisie herinner aan die posisie wat 'n babakangaroo in die moeder se buidel inneem. Ten opsigte van mensbabas behels dit dat stabiele, premature babas sonder klere, met net 'n doek aan, tussen hul moeders se borste geplaas word (Affonso, Wahlberg & Persson 1989:43; Törnbage, Serenius, Uvnäs-Moberg & Lindberg 1998:645).

Hierdie beginsel word presies só by Kalafong toegepas. Volgens Van Rooyen (2001: persoonlike kommunikasie) is dit baie belangrik dat die babas baie versigtig hanteer word as hulle in die KMS-posisie geplaas word. Die vel-tot-velkontak verskaf warmte vanaf 'n natuurlike bron, naamlik dié van hul eie moeders (Affonso *et al.* 1989:43).

Die baba kan maklik onder die moeder se gewone klere vasgemaak word (Anderson 1989:662). Moeders word gevra om hul bra's uit te trek vir groter gemak en vel-tot-velkontak (Gale, Franck & Lund 1993:51). In die kangaroesaal by Kalafong-hospitaal dra die meeste moeders dan ook 'n hospitaaljurk, soos wat daar voorgestel word deur die *Maricopa Health System* in Arizona (Bell & McGrath 1996:391). Sommige van die moeders gebruik groot handdoeke of lakens om die baba in posisie vas te maak.

Volgens Anderson (1989:662) is 'n wiegstoel wat gekantel is tot 60° die ideale posisie vir die moeder wat haar baba in die KMS-posisie dra. As gevolg van gebrekkige hulpbronne word daar nie in Kalafong-hospitaal gebruik gemaak van wiegstoel nie. Moeders in die hoësonde sit op regopstoele terwyl hulle KMS toepas en die moeders in die kangaroesaal ondersteun dikwels hulself met kussings om in 'n skuins posisie op die bed te kan lê. Moeders in die kangaroesaal word ook aangemoedig om met hul babas in die saal rond te beweeg - die beweging het dieselfde gewenste uitwerking as wat die beweging van 'n wiegstoel sou hê. Op hierdie manier word moeders ook daarop voorberei dat hulle tuis hul huishoudelike take met die baba in die KMS-posisie kan verrig.

### 2.3.2.2 *Kangaroovoeding*

Kangaroovoeding behels uitsluitlike borsvoeding wat bevorder word deur die baba se posisie (Bergman 1998:9). Daar moet dikwels van verskeie metodes gebruik gemaak word om die borsmelk aan die baba te gee, aangesien premature babas dit soms moeilik vind om regstreeks aan die bors te suig (Nyqvist, Sjoden & Ewald 1999:247) as gevolg van die suigrefleks wat onvoldoende ontwikkel is (Stoppard 2001:27).

Babas wat nog nie in staat is om te suig nie ontvang die moeder se melk en ander voedingsaanvullings (indien nodig) deur 'n nastogastriese buis of met behulp van 'n spuit, koppie of teelepel. Borsmelk word steeds as die beste bron van nutriënte beskou en moeders word aangemoedig om uit te melk (Stoppard 2001:27). Die babas behoort egter so gou moontlik self aan die moeder se bors te drink. Soms laat die moeders die babas oefen om te suig voor of nadat hulle deur middel van 'n ander metode gevoed is, ook om melkproduksie te bevorder (Bier, Ferguson, Liebling, Morales, Archer, Oh & Vohr 1995:103).

Daar is wel gevalle waar borsmelk om die een of ander rede nie vir die baba geskik is nie. Hierdie aspek het in die Suid-Afrikaanse konteks al hoe belangriker geword as gevolg van die hoë voorkoms van MIV-infeksie. In Bylaag C word 'n uiteensetting gegee van die voor- en nadele van borsvoeding geassosieer met die MIV. By die

Kalafong-hospitaal word ook 'n nuwe metode (Pretoria-pasteurisasie) gebruik om die MIV in borsmelk onaktief te maak. Die toepassing hiervan word ook in Bylaag C beskryf.

### 2.3.2.3 Kangaroo-ontslag

Die derde kernelement van KMS is kangaroo-ontslag. Hierdie beginsel dui daarop dat die moeder en die baba uit die hospitaal ontslaan word terwyl die baba nog in die kangarooeposisie is. Die ontslag van die moeder en die baba geskied dikwels voordat die baba die tradisionele ontslaggewig bereik het, aangesien die KMS-metode die moeder in staat stel om die baba tuis na behore te ondersteun en te versorg (Bergh 2001:2). Die voorwaarde vir die vroeër ontslag is dat die baba tuis in die kangarooeposisie versorg moet word en dat die moeder en baba opvolgklinieke moet bywoon (Van Rooyen 2001: persoonlike kommunikasie) sodat die baba se vordering gemonitor kan word (Martinez, Rey & Marquette 1992:55; Cattaneo, Davanzo, Uxa, & Tamburlini 1998:444).

KMS beweeg weg van die tradisionele sorg waar die gesondheidswerkers die primêre versorging van die baba behartig het en in die kangaroosaal word die moeder die primêre versorger. By Kalafong-hospitaal word die moeder en baba as 'n eenheid geëvalueer en die moeder se vermoë om die baba te kan versorg is een van die belangrike kriteria in die personeel se besluit op ontslag.

Nadat 'n baba en moeder uit Kalafong-hospitaal se kangaroosaal ontslaan is, word daar normaalweg van die moeder verwag om een maal per week haar baba na die opvolgkliniek te bring. Hier word die baba geweeg om te bepaal of hy/sy voldoende gewig optel en die baba se algemene gesondheid word gemonitor. Die moeder kry die geleentheid om met ander moeders te gesels oor hul ervaring van KMS by die huis. Sy kan ook vrae aan die mediese beampte wat die kliniek waarneem of aan die verpleegpersoneel van die saal stel om onduidelikhede uit die weg te ruim. Indien die baba sterker word en gereeld genoegsaam gewig optel, word die kliniekbesoeke verminder na een maal in twee weke en daarna bring die moeder haar baba een maal per maand (Van Rooyen 2001: persoonlike kommunikasie).

Bell en McGrath (1996:391) stel voor dat kangaroesorg eindig wanneer die moeder gereed is daarvoor of wanneer die baba tekens van spanning toon. By die opvolgklinik van Kalafong-hospitaal word daar voorgestel dat kangaroesorg eindig wanneer die baba in hierdie posisie te swaar vir die moeder word, of wanneer die baba onrustig raak of tekens van ongemak in die posisie toon (Van Rooyen 2001: persoonlike kommunikasie).

### **2.3.3 Die versorging van die premature baba**

Aangesien 'n premature baba so klein is, maak dit die versorging meer ingewikkeld, en daar is moeders wat aanvanklik bang en onseker is om self hul babas te hanteer. By die toepassing van KMS is dit egter noodsaaklik dat die verpleegpersoneel die moeder moet help om so vinnig moontlik vertrouwd te raak met die hantering van die baba. Vervolgens word gelet op die versorging van die baba in die hoërsorgeenheid en in die kangaroesaal by Kalafong-hospitaal (sien 2.3.1).

#### *2.3.3.1 Versorging in die hoërsorgeenheid*

Volgens die Bogotá-model (Anderson, Marks & Wahlberg 1986:808) en die model wat in Kalafong-hospitaal gevolg word, word die moeders so gou moontlik opgelei om hul premature of laegeboortegewigbabas self te versorg. In die hoërsorgeenheid van Kalafong-hospitaal word die babas hoofsaaklik tydens en na voedings deur hul moeders hanteer en in die kangaroeëposisie vasgehou. Die moeders loseer in geriewe op die hospitaalperseel om dit vir hulle moontlik te maak om voedingstye by hul babas te wees (Delport 2000: persoonlike kommunikasie). Die voedingstye word vir elke twee of drie uur geskeduleer sodat die moeders weet wanneer om vir die voedings aan te meld. Twee voedings in die nag word deur die personeel aan diens behartig en die moeders word die geleentheid gegee om te rus. Die meeste van die babas in die eenheid is nog te swak om regstreeks aan die bors te drink. Die meeste moeders melk dus uit en die melk word per buis of koppie aan die baba gegee (sien 2.3.3.2).

Die eenheid is verder ingerig met 'n regopstoel voor elke broeikas, sodat die moeders gerieflik hul babas self kan voed (onder leiding van die hospitaalpersoneel) en in die

kangarooëposisie kan vashou (sien 2.3.2.1). 'n Lekevrou, me Martha Rabothata, doen daaglik diens in die eenheid by Kalafong-hospitaal. Hoewel sy nie oor verpleegopleiding beskik nie, het sy goeie kennis van die toepassing van KMS wat sy in die eenheid geleer het. Sy is die moeders veral behulpsaam met die voeding en die posisionering tydens KMS. Op hierdie wyse word die probleem met personeeltekorte ook aangespreek (Delpont 2000: persoonlike kommunikasie).

Die dokters besoek die babas in die eenheid daaglik en die verpleegpersoneel monitor voortdurend die babas se vordering, terwyl die moeders ook bewus gemaak word oor hul babas se reaksies en vordering. Anderson (1989:663) merk op dat moeders vertrou het om hul babas se gesondheid in 'n hoësoorgeneheid te monitor. By waarneming in Kalafong-hospitaal is daar opgemerk dat van die moeders in staat is om te herken wanneer hul babas mediese sorg nodig het en hulle kon dit self by die verpleegpersoneel aanmeld. Die moeders word ook psigies en emosioneel ondersteun en touwys gemaak in die toepassing van KMS.

### *2.3.3.2 Versorging in die kangaroesaal*

In die praktyk is die moeder die primêre versorger van haar baba in die kangaroesaal en nie die dokters en verpleegpersoneel nie. Die oorspronklike KMS-model van Bogotá behels dat die moeders en babas so gou moontlik ontslaan word en die moeders dan by die huis die baba deur middel van KMS versorg (Bingham 1998:20). In Kalafong-hospitaal is die oorspronklike model gewysig deurdat die moeders in die hospitaal se kangaroesaal, onder leiding van die verpleegpersoneel, hul babas met behulp van KMS versorg.

In Kalafong-hospitaal is die saal se uitleg beplan om 'n huislike atmosfeer te skep. Daar is 'n aparte kombuis en eetsaal waar die moeders almal, met hul babas stewig in die kangarooëposisie, hul etes geniet. Die kombuis kan gebruik word om self iets te drinke voor te berei en die moeders help met die skoonmaak en instandhouding van die saal. Die idee is om moeders selfvertroue te gee met die voltooiing van hul gewone huislike take en aktiwiteite terwyl die baba in die kangarooëposisie gedra word (Van Rooyen 2001: persoonlike kommunikasie).



Omdat die moeders by Kalafong-hospitaal aangemoedig word om self hul babas te versorg (hulle volg ook die voorbeeld van die ander in die saal), is hulle redelik vertrouwd met die hantering en versorging van hul babas en is daar tot dusver volgens die verpleegpersoneel nie enige noemenswaardige probleme aangemeld nie. Affonso, Bosque, Wahlberg en Brady (1993:29) het deur hul navorsing bevind dat moeders wat KMS toepas selfvertroue met die versorging van hul baba en ten opsigte van moederskap in die algemeen ontwikkel. Hulle het ook bevind dat die moeders hul babas en die babas hul moeders leer ken. Dit dui dus daarop dat die moeders hulself as betrokke by die baba beleef.

In die kangaroesaal word die babas daaglik deur hul moeders gebad nadat die personeel dit aanvanklik aan die moeder gedemonstreer het. Die babas word op aanvraag gevoed en nie meer noodwendig elke drie uur nie. Tussen voedings word die baba vir die res van die dag in die kangaroeposisie gedra, met uitsondering van die tye wanneer die moeder stort of die badkamer gebruik (Makhinta 2001: persoonlike kommunikasie).

Aangesien die moeders in hierdie saal vir 'n redelike lang tydperk gehospitaliseer word (gewoonlik tussen twee weke en drie maande), is psigiese en emosionele ondersteuning in hierdie tyd belangrik omdat die moeder, onder toesig, moet leer om die primêre versorger van die baba te word. Hierdie tyd skep dus ook die ideale geleentheid vir voorligting aan die moeders in hul ouerskap. Hulle het moontlik vrae oor die premature geboorte en die onmiddellike en latere versorging en hantering van hul baba, en in die hospitaal is daar die geleentheid om ook in hierdie behoeftes van die moeders te voorsien. Die personeel hou van tyd tot tyd praatjies oor sekere temas maar 'n meer gestruktureerde program behoort met sukses hier aangewend te kan word.

## **2.4 VOORTGESETTE OUERLEIDING AAN MOEDERS IN DIE KMS-PROGRAM IN KALAFONG-HOSPITAAL**

Die opleiding en ondersteuning van moeders in die KMS-program ten opsigte van die toepassing van die KMS-beginsels en die hantering en versorging van premature- en/of laegeboortegewigbabas, is 'n belangrike faktor vir die uiteindelijke suksesvolle

aanbieding van 'n KMS-program. Hierdie riglyne vir die onmiddellike versorging van die baba behoort effektief deur middel van 'n gestruktureerde ouerleidingsprogram aan die moeders oorgedra te word. Wat die toekomstige hantering van die ouer baba en/of kind betref, is daar ook belangrike fasette wat aan die moeders verduidelik kan word. Sommige moeders is meer afhanklik van die insette van ander, wat dan 'n groter behoefte skep aan 'n ouerleidingsprogram wat aspekte oor die grondslae van ouerskap insluit. Daar word voorts na die pasiënteprofiel van die moeders in die kangaroesaal in Kalafong-hospitaal gekyk om die unieke opset in die hospitaal beter te begryp en om te bepaal waarom daar juis hier 'n behoefte aan 'n ouerleidingsprogram is.

#### **2.4.1 Die pasiënteprofiel**

Kalafong-hospitaal in Gauteng staan bekend as 'n groot streeks-akademiese opleidingshospitaal wat ook as 'n verwysingshospitaal dien (Van Rooyen, Pullen, Pattinson & Delpont 2002a:7). 'n Verwysingshospitaal beteken dat die hospitaal voorsiening maak vir pasiënte wat van ander hospitale na die spesifieke hospitaal verwys word omdat dit 'n hoër tipe sorg kan hanteer (Pullen 2002: persoonlike kommunikasie). Die bedieningsarea is grotendeels die westelike gedeelte van die groter Tshwane-metropool met 'n hoofsaaklik swart stedelike populasie. Meer as die gemiddelde hoeveelheid hoërisiko-kraampasiënte skenk jaarliks hier geboorte (Van Rooyen *et al.* 2002a:7). Op grond van die talle voordele wat KMS aan die hospitaal, die moeder en die premature baba bied (sien Bylaag A), is KMS juis hier ingestel om die relatief groot hoeveelheid premature en laegeboortegewigbabas wat in hierdie spesifieke bedieningsarea voorkom, op dié wyse te versorg.

'n Studie is onderneem oor die opvoedkundige en sosiale agtergrond van moeders wat in die kangaroesaal van Kalafong-hospitaal oor 'n tydperk van ses maande opgeneem is. Ten opsigte van opleidingspeil het 72 persent van die moeders in die studie ten minste oor 'n Graad 8-kwalifikasie beskik. 'n Hoeveelheid van 60 persent moeders het aangedui dat hul Sepedi praat en die meeste het aangedui het dat hulle Afrikaans of Engels tot 'n sekere mate verstaan. Slegs 28 persent van die moeders was werksaam en het 'n inkomste verdien, terwyl 50 persent van die moeders van ander familie (uitgesluit hul eggenote) afhanklik was ten opsigte van finansiële

ondersteuning om in hul basiese lewensbehoefte te voorsien. In die vrae om te bepaal in watter mate die moeders koerante, tydskrifte of boeke lees, het dit uit die moeders se antwoorde geblyk dat 10 persent van die respondente gereeld lees, maar meer as 10 persent nooit lees nie (Van Rooyen, Pullen & Zondo 2002b).

Die ouderdomme van die moeders in voorgenoemde studie in die kangaroesaal het gewissel van 16 jaar tot 42 jaar, met 'n gemiddelde ouderdom van 28.9 jaar. Omdat Kalafong-hospitaal 'n verwysingshospitaal is en een van die min hospitale is wat voldoende voorsiening maak vir laegeboortegewigbabas, word babas en hul moeders van so ver as Polokwane, Nelspruit, Witbank, Middelburg, Springs en Hammanskraal na die eenheid oorgeplaas. Die meeste moeders wat egter in die kangaroesaal opgeneem word, woon in die bedieningsarea van die hospitaal self en slegs 30 persent was nie in Gauteng woonagtig nie (Van Rooyen *et al.* 2002b).

Die profiel van die moeders is grotendeels dié van persone met 'n laer sosio-ekonomiese agtergrond met 44 persent moeders wat maandeliks minder as R1000 verdien. 'n Verdere 20 persent van die respondente in bogenoemde studie het aangedui dat hulle nie seker is wat hul inkomste is nie en mag moontlik ook in hierdie kategorie val (Van Rooyen *et al.* 2002b). Premature geboortes en/of die geboortes van laegeboortegewigbabas kom meer as gemiddeld in só 'n gemeenskapsprofiel voor (sien 2.2.2). Dié moeders loop dus 'n hoër risiko om geboorte te skenk aan 'n baba met eiesoortige behoeftes wat die gevolg van prematuriteit kan wees. Omdat baie van hierdie moeders in 'n lae-inkomstegroep geklassifiseer sou kon word, is die kans op ontwikkelingsagterstande by die babas groter (Macias *et al.* 2000:47; sien 2.2.3). Benevens die hulpverlening met die fisiese versorging van die baba deur die KMS-program, kan daar ook 'n behoefte by die moeders wees ten opsigte van die toekomstige begeleiding van die prematuur-gebore babas. Verder kan moontlike onkunde by die moeders bestaan oor sekere aspekte van kinderopvoeding. Die belangrikste aspekte van kinderopvoeding, te wete die grondslae van ouerleiding, ten opsigte waarvan ouers 'n moontlike behoefte aan ouerleiding kan hê, word vervolgens bespreek.

## 2.4.2 Die grondslae van ouerleiding en die implikasies vir KMS

Die gesin is die eerste opvoedingsmilieu waarin die kind hom-/haarself bevind (Engelbrecht, Kok & Van Biljon 1990:189), wat beteken dat die ouers die kind se eerste opvoeders is. Dit word deur die volgende aanhaling uit Pretorius (1992:3) beklemtoon:

*“Die opvoedingsgedrag van die ouer oefen ‘n betekenisvolle en kragtige invloed uit op die belewinge, gedrag en persoonlikheidsontwikkeling van die kind.”*

Die belangrike rol wat die ouer as opvoeder in die kind se lewe in die geheel speel, kan dus nie onderskat word nie. Uit verskillende bronne word riglyne aan ouers gegee om hul opvoedingsdoel te bereik, naamlik om hul kind tot behoorlike volwasseheid op te voed. Vir die doel van hierdie studie word agt basiese grondslae van ouerleiding uit Du Toit (2000), Packard (1983) en Prinsloo (1984) saamgevat. Sommige van die grondslae van ouerleiding wat bespreek word neem reeds by die toepassing of inskakeling van KMS die een of ander gestalte aan. By die afdelings waar dit ter sake is (2.4.2.1-2.4.2.4), word die grondslae van ouerleiding en die wyse waarop die grondslae deur die toepassing van KMS versterk word, bespreek. Prematuriteit kan ook ‘n sekere invloed op die toepassing van die grondslae hê en in daardie gevalle word dit ook in hierdie afdeling aangedui.

### 2.4.2.1 Onvoorwaardelike liefde vir die kind

Onvoorwaardelike liefde impliseer konstante, oorvloedige liefde in alle omstandighede (selfs wanneer tug toegepas word). Wat egter belangrik is, is dat die kind dit só moet beleef en ervaar (Packard 1983:329) sodat ‘n vertrouensverhouding tussen die ouer en kind gevestig kan word (Du Toit 2000:22). ‘n Konsekwente beleving van die ouer se liefde sal die vertrouensverhouding stabiliseer, wat die kind se gevoelslewe versterk en aan hom/haar ‘n waaghouding bied (Prinsloo 1984:51).

Die swanger moeder koester bepaalde verwagtings van haar nuwe baba. By die prematuur-gebore baba word daar moontlik nie aan al die verwagtings van die moeder voldoen nie. Sy ervaar verlies met betrekking tot ‘n voltermynswangerskap

en 'n gesonde baba; haar baba is klein en het intensiewe mediese sorg nodig; en die baba se voorkoms kan verskil van hoe sy haar dit voorgestel het. Onvoorwaardelike liefde en aanvaarding vir 'n prematuur-gebore baba is dan ook meer gekompliseerd. Die rol wat die hospitaal kan speel, is om die moeder by die versorging van die baba te betrek, sodat sy nie uitgesluit en onmagtig voel om vir haar kind iets te beteken nie. Met KMS as versorgingswyse word die moeder juis betrek by haar baba en dit is een wyse om haar liefde vir die nuwe baba te versterk en aan te moedig.

Deurdat KMS kontinu (dit wil sê vir 24 uur per dag) toegepas word, ervaar die premature babas dat hul moeders altyd daar is (konsekwent) en getrou in hul basiese behoeftes voorsien (vertroue). Die kinders ervaar dus op 'n jong ouderdom hul moeder se konstante liefde. Die ouers se onvoorwaardelike liefde word aangemoedig deurdat die bindingsproses tussen moeder en kind versterk word deur die toepassing van KMS (sien 1.1 en 1.2.2).

#### 2.4.2.2 Aanvaarding

Wedersydse aanvaarding tussen ouer en kind is belangrik in opvoeding omdat dit die ouer inspireer om die kind met liefde en begrip op te voed en die kind bereid maak om hom/haar vir opvoeding deur die ouer oop te stel (Prinsloo 1984:50). By kinders met gestremdhede of ander probleme is dit die ouerlike taak om toe te sien dat die kinders beleef dat hulle onvoorwaardelik deur almal in die gesin aanvaar word. Die voorbeeld wat die ouers hierin speel, is belangrik vir ander gesins- en familieledede. Dit is veral belangrik by prematuur-gebore kinders aangesien latere leer- en gedragsprobleme en selfs gestremdhede, kan voorkom (sien 2.2.3). Dit is dus belangrik dat die moeder haar kind (ten spyte van moontlike tekortkominge) onvoorwaardelik sal aanvaar en liefhê. Sy kan riglyne in ouerleiding ontvang om dit ook in die interaksie met haar kind só aan die kind oor te dra.

Die babas in KMS aanvaar hierdie versorgingswyse omdat hulle gerief en gemak ervaar en liefdevolle versorging beleef wanneer hulle vel-tot-velkontak met die moeders het. Hierdie vroeë, nabye vel-tot-velinteraksies tussen moeder en kind in KMS versterk die moeder-baba-binding en help die moeder om die baba te aanvaar. Studies in Maputo *Central Hospital* het getoon dat geen premature baba wat deur

middel van KMS versorg is, deur die moeder in die hospitaal weggewys of verstoot is nie. Tog was dit nie 'n vreemde verskynsel in die hospitaal voordat KMS daar ingeskakel is nie (Colonna, Uxa, Da Graca & De Vonderweld 1990:338).

#### *2.4.2.3 Die skep van sekuriteit en veiligheid by die kind*

Om liefde te ontvang, gee aan die kind basiese sekuriteit en geborgenheid (Prinsloo 1984:52). Die versorgingswyse van die ouers (van die babajare af) bied aan die kind veiligheid al dan nie. Kinders kan ervaar dat hulle met liefde en deernis versorg word, of dat hulle versorging vir die ouer 'n las is (Prinsloo 1984:53). Kinders met genoegsame sekuriteit en veiligheid ontwikkel 'n waaghouding, wat hulle in staat stel om hulle wêreld te gaan verken (eksploreer) en met selfvertroue op te tree.

Babas in die KMS-posisie (sien 2.3.3.1) ervaar sekuriteit, geborgenheid en veiligheid omdat hulle stewig vasgemaak is en hul moeders se hartklop en bekende stem hoor en ook haar liggaamshitte ervaar. Hierdie versorgingswyse kan dus as basis dien vir die kind se latere sekuriteits- en veiligheidsbelewinge. Moeders het steeds riglyne nodig vir die praktiese uitvoering van die skep van sekuriteit en veiligheid by die kind ten einde vir hul kinders ook later in hul lewe die ervaring van sekuriteit en veiligheid te gee.

#### *2.4.2.4 Effektiewe en positiewe interaksie met die kind*

Alle vorme van interaksie met die baba, maar veral verbale kommunikasie, is belangrik. Vanaf die babajare, waar die baba nog nie enige taal verstaan nie, is verbale interaksie belangrik vir onder meer die stigting van die ouer-kind-verhouding en die kind se taalontwikkeling (Packard 1983:330). Die ouers se stemtoon en gesigsuitdrukkings vorm deel van die verbale kommunikasie (Packard 1983:330). Dit openbaar verder ook hoe opreg die moeder luister (Breytenbach 1980:52) en aan die kind aandag gee.

Verskeie navorsers het in navorsing aangetoon dat daar 'n groter moontlikheid vir taal- en spraakagterstande by premature babas as by voltermyn babas is (sien 2.2.3). Verbale interaksie, wat volgens Packard (1983:330) belangrik is vir die kind

se taalontwikkeling, moet dan juis prioriteit geniet waar daar 'n moontlike probleem ten opsigte van taalontwikkeling voorkom.

Om van kleins af met die baba te kommunikeer, dra nie net by tot die kind se taalontwikkeling nie, maar versterk ook die interaksie tussen moeder en baba. Dit dra beslis ook by tot die band wat tussen die twee ontstaan. Van Rooyen (2001: persoonlike kommunikasie) verwys na oogkontak tussen moeder en baba tydens borsvoeding (soos wat voorkom tydens die toepassing van KMS) en meld dat dit ook 'n vorm van interaksie of kommunikasie met 'n baba is.

#### *2.4.2.5 Ontwikkeling van 'n positiewe selfkonsep*

Wanneer die ouers deur die nodige goedkeuring, erkenning en aanmoediging die kind goed laat voel oor *wie* hy/sy is en oor *wat* hy/sy kan doen, dra hulle by tot die verwerkliking van 'n positiewe selfkonsep by die kind (Prinsloo 1984:60). Kinders wat ervaar dat hulle ouers hulle vertrou, werklik in hulle belangstel en hulle respekteer, sal in staat wees om 'n positiewe selfkonsep te ontwikkel (Packard 1983:331-332). Aangesien veral kinders met gedragsprobleme (soos wat die geval mag wees by prematuurgebore kinders) voortdurende negatiewe terugvoer oor hul gedrag by verskillende persone kry, kan dit stremmend op hulle selfkonsepontwikkeling inwerk. Hulle beleef hulself as ontoereikend in sosiale omstandighede en is onseker oor watter gedrag meer aanvaarbaar sou wees. Die ouers speel veral hierin 'n belangrike rol om deur onvoorwaardelike liefde (sien 2.4.2.1) en aanvaarding (sien 2.4.2.2) 'n milieu te skep waarin die kind se selfkonsep positief kan ontwikkel.

#### *2.4.2.6 Ontwikkeling van 'n waardestelsel*

Ouers wat werk daarvan maak om 'n aanvaarbare waardestelsel by hulle kinders te ontwikkel, maak reeds in die lewe van die jong kind 'n toekomsbelegging (Packard 1983:338). Kulturele en godsdienstige oortuigings kan deur die ouers se voorbeeld aan die kind oorgedra word. Deur met die kind oop gesprekke te voer oor aanvaarbare en onaanvaarbare gedrag in die gesin, by die skool en vir die samelewing, kan die kind leer om ook self 'n waarde-oordeel te vel.

#### 2.4.2.7 Opvoeding tot verantwoordelikheid en selfstandigheid

Prinsloo (1984:54) beklemtoon dat, met die opvoeding van die kind tot selfstandigheid, dit die ouerlike taak is om die kind "...so te begelei dat hy bereid is om self die wêreld in te vaar, dit self te leer ken en self betekenis daaraan te gee". Indien kinders ervaar dat ouers hulle vertrou om self besluite te neem en self dinge te doen, word daar reeds 'n stap geneem in die rigting van selfstandigwording (Prinsloo 1984:54).

#### 2.4.2.8 Opvoeding tot gehoorsaamheid

"n Kind het behoefte aan gesag..." (Prinsloo 1984:59) en indien ouers gesag uitoefen waarin kinders steeds aanvaarding en liefde beleef, sal hulle teregwysing aanvaar. Die stel van sekere grense (sonder om die kind onnodig in te perk) en die konstante en ferm toepassing daarvan deur die ouers, is die basis van gesag (Prinsloo 1984:59), waardeur terselfdertyd sekuriteit aan die kind oorgedra word. Wanneer 'n klein premature baba gebore word, is dit 'n menslike reaksie om die baba te wil beskerm of selfs oorbeskermend te wil optree. Indien hierdie houding of ingesteldheid steeds teenoor ouer prematuur-gebore kinders voorkom, kan die ouers ook neig om té toegeeflik op te tree. Dit beteken dat ouers nie die kinders straf en sodoende aan hulle die nodige grense in hul opvoeding stel nie, omdat hulle - dalk onbewustelik - steeds 'n besorgheid of 'n dringendheid om te beskerm, teenoor die kinders voel. Ouers moet daarvan bewus gemaak word, sodat hulle daarteen kan waak en sodoende die kinders tot gehoorsaamheid kan opvoed.

Bogenoemde agt grondslae is sekerlik nie die enigste punte van belang by opvoeding wat onder die ouers se aandag gebring kan word nie. Die beperkte omvang van die skripsie maak dit egter slegs vir die navorser moontlik om op die belangrikste aspekte van opvoeding te fokus soos wat hier gedoen is. Soos by die aanbieding van enige program, behoort die ouers se kultuur, agtergrond, verwysingsraamwerk en ander fasette ook by die aanbieding van hierdie grondslae in gedagte gehou te word. Die manier waarop 'n program saamgestel behoort te word, met inagneming van die programinhoud en effektiewe wyses van die aanbieding daarvan, is uit die literatuur bestudeer en word in die volgende afdeling uiteengesit.



## 2.5 RIGLYNE VIR DIE SAMESTELLING VAN 'N OUERLEIDINGSPROGRAM VIR MOEDERS IN DIE KMS-PROGRAM BY KALAFONG-HOSPITAAL

Vir die uiteindelijke voorstelling van 'n ouerleidingsprogram is onder meer in die literatuur ondersoek ingestel na prematuriteit as fenomeen, die toepassing van die KMS-program by Kalafong-hospitaal en die belangrikste grondslae van ouerleiding. Gedeeltes van bogenoemde temas is moontlikhede vir die inhoud van die uiteindelijke program. Die wyse waarop die aanbieders die program effektief kan aanbied en die keuse van die mees geskikte aanbiedingswyses, maak (net soos die programinhoud) 'n belangrike deel uit van die program se beplanning. By die voorstel van riglyne behoort al hierdie aspekte uit die literatuur bestudeer te word.

### 2.5.1 Inhoud van die program

Om die aanvanklike probleemstelling aan te spreek (sien 1.2.3) behoort die inhoud van die ouerleidingsprogram sodanig geselekteer te word dat dit voorsiening maak vir ouerleiding oor die huidige versorging van die premature baba, sowel as die toekomstige hantering van die kind. Uit die literatuur is voorlopige temas geïdentifiseer wat gebruik kan word by die samestelling van riglyne vir 'n ouerleidingsprogram aan moeders in die kangaroesaal.

Wat die *huidige versorging* betref, behoort die volgende aspekte oor KMS en prematuriteit ingesluit te word:

- Die oorsake van prematuriteit (sien 2.2.2)
- Die posisionering van die baba (sien 2.3.2.1)
- Borsvoeding as voedingswyse by KMS (sien 2.3.2.2), asook alternatiewe voedingswyses en die redes waarom dit gebruik word (sien 2.3.2.2 en Bylaag C)
- Ontslag uit die hospitaal en die voortsetting van KMS by die huis (sien 2.3.2.3)

Om die moeders voor te berei en aan hulle leiding te gee ten opsigte van die *toekomstige hantering* van die prematuur-gebore baba, kan die volgende as riglyne vir die inhoud van die ouerleidingsprogram gebruik word:

- Die grondslae van ouerleiding, soos wat dit in 2.4.2 opgesom is.
- Die identifisering en hantering van die kind met akademiese en/of gedragsprobleme en waar om hulp te soek (sien 2.2.3).
- Die inspan van sekere aktiwiteite om die baba, kleuter en jong kind te stimuleer om voorkomend op te tree ten opsigte van moontlike agterstande en probleme wat met prematuriteit verband hou (sien 2.2.3).

### 2.5.2 Benaderings tot die effektiewe aanbieding van 'n program

Om die inhoud van enige leerprogram effektief by die leerders tuis te bring, moet daar stilgestaan word by die verskillende wyses waarop inligting aan leerders verskaf kan word. Ook in hierdie ouerleidingsprogram vir moeders in 'n KMS-eenheid, behoort daar met omsigtigheid bepaal te word wat die effektiefste aanbiedingswyses is waarvolgens optimale leer by die moeders (leerders) kan plaasvind.

Oor die laaste paar jaar het 'n drastiese verskuiwing in die aanbieding of fasilitering van leerprogramme (soos ouerleidingsprogramme) plaasgevind. Die tradisionele benadering tot leer, waar die klem op die onderwyser of instrukteur geval het en waar die leerder maar net passief moes deelneem, word deesdae al hoe meer vervang deur 'n groter leerdergesentreerde benadering, waarvolgens die instrukteur minder as 'n absolute bron van kennis en vaardighede beskou word en 'n nuwe rol as bemiddelaar van kennis inneem (sien Tabel 2.2; Harden & Crosby 2000:339). Vir die doel van hierdie hoofstuk verwys die woord *onderwyser* ook na *instrukteur* of *opvoeder*. In die geval van Kalafong-hospitaal en die programaanbieding wat in die kangaroesaal sal geskied, sal die verwysing na *verpleegpersoneel* van die kangaroesaal ook *aanbieders, instrukteurs* of *opvoeders* insluit.

Ulrich en Glendon (1999:1) beskryf die tradisionele benadering tot leer as die *instruksieparadigma* en die nuwer benadering as die *leerparadigma*. Hierdie

navorsers verduidelik, soos Dart (1997:30), Tennant en Pogson (1995:173) en Harden en Crosby (2000:339), dat die instruksieparadigma gebaseer is op die idee dat dit die instrukteur se taak is om inligting of kennis aan die leerder deur te gee of oor te dra. Die leerparadigma fokus op die leerder eerder as op die fasiliteerder en die fasiliteerder se hoofsaak is eerder om die regte atmosfeer te skep sodat die leerder self kan ondersoek en nuwe kennis kan ontdek.

Alhoewel die verskillende navorsers verskillende benamings aan die ouer en nuwer leermodelle gee, stem hulle saam oor die fundamentele aspekte van die twee modelle. Ulrich en Glendon (1999:1) noem die nuwe benadering tot leer *probleemgesentreerde leer*, terwyl Dart (1997:30) dit beskryf as die *konstruktivistiese teorie*. Die term *probleemgesentreerde leer* word verder in hierdie hoofstuk gebruik om na genoemde benadering te verwys. Die verskille tussen die ou en die nuwe benadering word in Tabel 2.2 saamgevat:

Tabel 2.2

Die verskille tussen onderwysergesentreerde en probleemgesentreerde leer

Onderwysergesentreerde leer	Probleemgesentreerde leer
Onderwyser is die kenner en die middelpunt van kennis	Geen onderwyser nie, maar wel 'n fasiliteerder van leer
Onderwyser fokus op wat hy/sy doen in die leersituasie	Fasiliteerder fokus op wat besig is om met die leerders te gebeur
Individuele en kompeterende leer	Groeps-, koöperatiewe en uitgebreide leer
Leerders is passief in die leerproses	Leerders is aktief betrokke by die leerproses
Onderwyser verwag van leerders om 'n sekere siening oor 'n saak te ontwikkel	Fasiliteerder help leerders om hul eie sienings oor 'n saak te identifiseer
Onderrig is om inligting oor te dra en deur te gee	Onderrig is om die leerders se omgewing só te struktureer dat hulle kennis kan <i>ontdek</i>
Leerders luister, neem in en memoriseer inligting	Leerders pas hul kennis toe, dink krities, kommunikeer effektief en reflekteer hul eie gevoelens

(Dart 1997:31; Ulrich & Glendon 1999:2; Neville 1999:393)

'n Verandering na 'n probleemgesentreerde benadering tot onderrig en leer sal beteken dat die opvoeders hul eie toepassingswyses en benaderings tot onderrig en leer moet ondersoek en tot die besef moet kom dat hulle nuwe vaardighede en houdings teenoor onderrig en leer sal moet ontwikkel en dit moet inskakeel (Khumalo & Gwele 2000:57). Dit is 'n drastiese skuif, en dit sal dus nodig wees om die regte motivering en ondersteuning aan die onderwysers/fasiliteerders te bied sodat hulle die nuwe probleemgesentreerde benadering effektief kan toepas.

Verskeie navorsers berig oor die verskillende voordele van 'n probleemgesentreerde benadering, en daar word onder meer gemeld dat dit leerders in staat stel om die teorie met die praktyk te verbind (Peterson, Hakendorf & Guscott 1999:120), dat die leerders dit geniet, dat probleemoplossingsvaardighede aangeleer word, dat dit die geleentheid skep om van ander leerders te leer, en dat beginsels verstaan en toegepas kan word (Chapagain, Bhattacharya, Jain, Kaini, Koirala & Jayawickramarajah 1998:687).

Bogenoemde voordele van probleemgesentreerde leer is juis wat die benadering so geskik maak om by die ouerleidingsprogram vir moeders in 'n kangaroesaal te gebruik. In hierdie studie word 'n ouerleidingsprogram opgestel wat ten doel het om moeders in die kangaroesaal in hul rol as ouers toe te rus. Die idee is juis dat die moeders aktief betrokke by die leergeleentheid moet wees, dat hulle aangemoedig moet word om uit die program te leer, dat hulle die nuutgeleerde kennis prakties moet kan toepas en dat hul sienings oor sekere aspekte van ouerskap geïdentifiseer behoort te word.

### **2.5.3 Aanbiedingswyses**

Die aanbiedingswyses van enige program - ook 'n ouerleidingsprogram - speel 'n belangrike rol in die uiteindelijke sukses wat behaal kan word. D'Agostino (2001: 132) voer aan dat deeglike beplanning nodig is om die wyses waarop die program aangebied word, te bepaal. Hy beweer verder dat fasiliteerders/aanbieders oor sekere vaardighede en kennis moet beskik om die program effektief te kan implementeer. Daar kom soms verskille voor tussen die aanbiedingswyse wat die programontwikkelaar voorstel en die fasiliteerder(s) se uiteindelijke toepassing daarvan. D'Agostino (2001:132) beweer dat die fasiliteerders dikwels meer op grondvlak met die leerders te doen het en self 'n aanvoeling ontwikkel oor die aanbiedingswyses wat vir die betrokke leerders werk. Die ontwikkelaar beskik meestal oor die teoretiese kennis, maar die fasiliteerders wat direk met die leerders werk, kan dit soms nodig vind om van die voorgestelde metode af te wyk ten einde resultate te behaal.

Daar bestaan verskeie maniere waarop programme, ook ouerleidingsprogramme, aangebied kan word indien 'n probleemgesentreerde benadering gevolg word. Daines, Daines en Graham (1993:33) stel dit duidelik dat daar nie een metode vir onderrig aan volwassenes bestaan wat in elke omstandigheid geskik sal wees nie. Uit ondervinding meen hulle dat 'n kombinasie van metodes geneig is om meer effektief te wees as enige enkele metode. Die gebruik van verskillende metodes hou die leerders geïnteresseerd en kan motivering in die hand werk.

By die keuse van 'n metode moet die volgende belangrike aspekte in gedagte gehou word (Daines *et al.* 1993:33):

- Spesifieke doelwitte wat bereik wil word
- Tipe studiemateriaal wat beskikbaar is
- Behoeftes ten opsigte van 'n verskeidenheid aktiwiteite
- Metodes wat reeds aan die groep bekend is
- Groep se voorkeure
- Fasiliteerder se ervaring met en voorkeur vir bepaalde metodes
- Vaardighede van die fasiliteerder om die metode suksesvol aan te bied
- Beskikbare fasiliteite.

Daines *et al.* (1993:34-35) voorsien 'n lys van aanbiedingswyses. Die volgende wyses wat geskik behoort te wees om 'n ouerleidingsprogram in die Kalafong-hospitaal se kangaroesaal aan te bied, is hieruit geselekteer:

- Demonstrasie (slegs wys)
- Demonstrasie (met saamdoenaktiwiteite)
- Kleingroepaktiwiteite en -take
- Gespreksgroepe
- Individuele toepassing met supervisie
- Individuele hulpverlening ("tutorials").

Bogenoemde aanbiedingswyses is geselekteer omdat almal op die leerders se deelname berus. Aangesien die KMS-beginsels 'n praktiese aktiwiteit is wat die moeders dadelik moet begin toepas, is dit gepas om van deelnemende wyses gebruik te maak om die inligting aan hulle oor te dra. Ten opsigte van die toekomstige hantering van hul kinders en bykomende aspekte, wat in die ouerleidingsprogram ingebou sal wees, kan gespreksgroepe, lesings met groepdeelname en kleingroepaktiwiteite en -take veral goed gebruik word.

Omdat **kleingroepaktiwiteite** so 'n gewilde benadering in probleemgesentreerde leer is (Hmelo & Evensen 2000:2; Mpofu, Das, Stewart, Dunn & Schmidt 1998:421), word daar ten slotte by 'n paar belangrike punte daarvan stilgestaan.

Die ideale *grootte* van 'n klein groep word deur verskillende navorsers beskryf. Barker, Wahlers en Watson (1995:7) meen dat drie die minimum aantal lede tot so 'n groep is en dat daar tot vyftien lede per groep kan wees. In Chapagain *et al.* (1998:587) se studie is vyf tot ses lede per groep gebruik. In die kangaroesaal van die Kalafong-hospitaal is daar 'n maksimum van 20 moeders gelyktydig in die saal (Pullen 2002: persoonlike kommunikasie), maar gewoonlik tussen 10 en 14 van hulle. Die moeders kan dus almal saam een groep vorm of in twee verdeel word om die kleingroepaktiwiteite te voltooi.

Imel (in Mowatt & Siann 1997:103) wys daarop dat leer in klein groepe as aanbiedingswyse verskeie *voordele* inhou, waaronder die aanmoediging van portuurgroepondersteuning. By die toepassing van kleingroepaktiwiteite word daar verder 'n appèl tot die deelnemer gerig om effektief te luister. Daar word van alle deelnemers verwag om insette te lewer en daarom word die luisteraktiwiteite noodwendig verhoog (Barker *et al.* 1995:77). Vir die KMS-opset is die portuurgroepondersteuning wat uit die inskakeling van klein groepe voortvloei, belangrik omdat KMS in 'n ondersteunende omgewing behoort plaas te vind (Bergh 2001:4). Die kleingroepbenadering sluit dus aan by die beginsels van KMS.

## 2.6 SAMEVATTING

Aan die begin van hierdie hoofstuk is die fenomeen prematuriteit te bespreek en uit die oorsake van prematuriteit het dit duidelik geword dat alle swangerskappe nie 'n gelyke kans staan om in 'n premature geboorte te eindig nie (MacArthur & Dezoete 1992:13). Dit is juis moeders wat in 'n lae-inkomstegroep val, by wie die risiko groter is. Hierdie moeders is dikwels ook nie opgewasse vir hul taak as ouers nie, omdat hulle self nie genoegsaam daaraan blootgestel is nie. Dit is juis die groter risiko vir premature geboortes en die groter behoefte aan ouerleiding ten opsigte van die effektiewe opvoeding van die kind, wat die moeders in die kangaroesaal in Kalafong-hospitaal die ideale groep maak vir die samestelling van 'n ouerleidingsprogram.

Uit die literatuurnavorsing wat in hierdie hoofstuk gedoen is, is riglyne saamgestel vir die aanbieding van 'n ouerleidingsprogram vir moeders in 'n kangaroesaal. Hierdie navorsing, veral wat die inhoud van die program betref, behoort met die empiriese navorsing vergelyk te word alvorens die riglyne vir 'n program gefinaliseer kan word.

In die volgende hoofstuk word die navorsingsontwerp van die empiriese gedeelte van die navorsing bespreek.



## HOOFSTUK 3

### Navorsingsontwerp

#### 3.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die navorsingsontwerp bespreek. Na aanleiding van die navorsingsprobleem, wat volledig in Hoofstuk 1 bespreek is, sal vervolgens beskryf word hoe daar beplan is om hierdie probleem deur middel van empiriese navorsing aan te spreek.

Hierdie studie is uitgevoer om 'n sekere praktykprobleem te hanteer, naamlik die leemte wat bestaan ten opsigte van ouerleidingsprogramme wat kan bydra tot die opleiding en toerusting van moeders in 'n KMS-program ten opsigte van die versorging en opvoeding van hul kinders. Op grond daarvan is die volgende navorsingsprobleem geïdentifiseer:

Hoe behoort 'n ouerleidingsprogram te lyk vir moeders wat vir 'n relatief lang tydperk in die kangaroesaal van Kalafong-hospitaal moet vertoef, sodat die moeder toegerus word in die

- onmiddellike versorging, sowel as die
- toekomstige begeleiding van haar prematuur-gebore kind?

In die res van die hoofstuk word die doel met die empiriese navorsing beskryf, asook die metodes wat in die bereiking daarvan aangewend is. Verder word daar ook verslag gedoen oor die wyse waarop die ingesamelde data aangeteken en verwerk is. Laastens word daar gekyk na watter maatreëls getref is om te verseker dat hierdie studie eties verantwoordbaar en vertrouenswaardig is.

### 3.2 NAVORSINGSDOELSTELLING

Die *hoofdoel* met die navorsing was om temas te identifiseer wat relevant sou wees in die aanbieding van 'n ouerleidingsprogram. Die empiriese navorsingsdoelstelling kan dus onder die volgende punte saamgevat word:

- Die identifisering van temas wat gebruik kan word in die ouerleidingsprogram om moeders van prematuur-gebore babas toe te rus en op te lei in die onmiddellike versorging en toekomstige begeleiding van hul kinders. Die temas vir die program behoort só saamgestel te word dat die personeel wat die program uiteindelik sal aanbied of koördineer, eienaarskap sal neem van die program en daarvan oortuig sal word dat die KMS-moeders by die program sal baat.
- Die selektering van die geskikste aanbiedingswyse(s) vir die aanbieding van die ouerleidingsprogram, sodat die moeders effektief daaruit kan leer en die kennis onmiddellik en ook later toegepas kan word.

Die samestelling van die program moes ook van sodanige aard wees dat ander gesondheidsorginstansies dit kon aanpas om in hul spesifieke voorligtingbehoefte te voorsien.

### 3.3 NAVORSINGSMETODE

Getrou aan kwalitatiewe navorsing was daar aanvanklik 'n voorlopige navorsingsontwerp wat tydens die empiriese ondersoek verder ontvou het (McMillan & Schumacher 1993:408). In die loop van die navorsing moes daar dus aanpassings ten opsigte van die toepassing van die navorsingsmetode gemaak word. Hierdie afdeling doen verslag oor die aanvanklike beplanning en die werklike verloop van die navorsing.

### 3.3.1 Die keuse van kwalitatiewe navorsing

Kwalitatiewe navorsing is volgens McMillan en Schumacher (1993:372) 'n natuurlike ondersoek waar datainsamelingsmetodes die volgend moet bepaal: Die natuurlike verloop van gebeure en prosesse en hoe die deelnemers dit beleef en interpreteer, sonder dat daar ingemeng word met die natuurlike verloop. Inmenging in die verloop kan meebring dat die gedrag wat bestudeer word, verander (Johnson & Christensen 2000:19). Hierbenewens gaan dit om die interpretasie van gevalle in die sosiale konteks van die deelnemers (Neuman 2000:144). Kwalitatiewe navorsing neig dus om individualisties skyn te wees op grond van die unieke omstandighede van die mense of aspekte wat bestudeer word (Ellis 1994:119). Vir dié KMS-studie is daar gefokus om die unieke omstandighede en behoeftes van moeders te verstaan wat hul prematuur-gebore babas voor ontslag uit die Kalafong-hospitaal, in die kangarooëposisie versorg.

'n Kwalitatiewe navorsingstrategie is vir die doel van hierdie studie op grond van redes soos deur Johnson en Christensen (2000:313) opgeteken, gekies. Die redes wat vermeld word, is dus gegrond op hierdie navorsers se ondersoek (tensy 'n ander bron gemeld word) en word op hierdie studie van toepassing gemaak:

- 'n Induktiewe werkswyse is gevolg deur die besonderhedel in die konteks van 'n spesifieke saal van 'n gesondheidsorginstitusie te bestudeer en daaruit spesifieke kategorieë saam te stel. Induktiewe navorsing is eie aan kwalitatiewe navorsing en begin met die insameling van data en bou van kategorieë wat uit die verbande tussen data opgespoor word (LeCompte & Preissle 1993:42).
- Kwalitatiewe data verkry uit direkte waarnemings en diepte-onderhoude is gebruik om sekere afleidings te maak, onder meer deur gebruik te maak van direkte aanhalings ("ryk" beskrywings") (sien Hoofstuk 4).
- Die navorser het onderhoudvoering in die proses gebruik deur persoonlik met die deelnemers kontak te maak.

- Die uitgangspunt van hierdie navorsing was dat elke deelnemer 'n unieke standpunt het of 'n bydrae kon lewer. Daarom is daar ook van ongestruktureerde onderhoude gebruik gemaak om geleentheid te bied vir deelnemers se unieke insette.
- Die navorsing is gebruik om die sosiale verskynsel vanuit die deelnemers se perspektief te verstaan (McMillan & Schumacher 1993:373). Die perspektief (gevoelens, geloof, idees, denke en optredes) van die deelnemers ten opsigte van hul situasie in die spesifieke saal is bepaal.

Uit bogenoemde toepassing is dit duidelik waarom 'n kwalitatiewe benadering die geskikste vir hierdie studie was.

### **3.3.2 Data-insameling**

Die wyse waarop die data ingesamel is, word onder die metode en steekproef bespreek.

#### *3.3.2.1 Metode*

McMillan en Schumacher (1993:374) meld dat kwalitatiewe navorsers, afhangende van die doel van die studie, moet besluit van watter navorsingsmetodes hulle gebruik wil maak. In ooreenstemming met die aanvanklike beplanning, is daar in hierdie studie van die volgende data-insamelingstrategieë gebruik gemaak:

1. Informele waarnemings en verkennende gesprekke met sleutelpersone betrokke by die KMS-program by Kalafong-hospitaal (tussen Oktober 2000 en April 2002). (Hoofstuk 1 en 2. Vergelyk Patton 1990, in LeCompte & Preissle 1993:169).
2. 'n Literatuurstudie (Hoofstuk 2) vanuit 'n opvoedkundig-sielkundige perspektief oor die volgende aspekte:
  - Prematuriteit (veral die gevolge en oorsake daarvan)

- Alle fasette van KMS soos wat dit in wetenskaplike artikels aangeteken is
- Die toepassing van KMS in Kalafong-hospitaal soos beskryf deur ongepubliseerde dokumente.
- Grondslae van ouerleiding
- Die samestelling van riglyne vir 'n ouerleidingsprogram met inagneming van die inhoud en die aanbieding daarvan.

### 3. Ongestruktureerde fokusgroep- en individuele onderhoude met moeders en personeel werkzaam in die kangaroesaal in Kalafong-hospitaal.

Daar is besluit op onderhoude met die deelnemers omdat die navorser op dié wyse meer van die verlangde inligting sou inwin as deur ander kwalitatiewe navorsingsmetodes. Tydens onderhoude kry die deelnemers die geleentheid om hul insette te verbaliseer en uit die verbale opmerkings kan dus die nodige afleidings gemaak word. McMillan en Schumacher (1993:374) stel dit dat daar op die volgende vir die onderhoude besluit moet word:

- Hoeveel onderhoude gevoer gaan word.
- Hoe gestruktureerd of ongestruktureerd die onderhoude gaan wees.
- Wanneer die onderhoude gevoer sal word.
- Waar die onderhoude gevoer gaan word.

Vir die doel van die studie is daar as oorspronklike riglyn twee tot vier ongestruktureerde onderhoude (individuele en fokusgroeponderhoude) met moeders in die kangaroesaal van Kalafong-hospitaal gestel. Twee tot drie ongestruktureerde onderhoude (individuele of groepsonderhoude) is ook beplan met die personeel werkzaam in die kangaroesaal van dieselfde hospitaal. Uiteindelik was dit nodig om vyf onderhoude met die moeders te voer (twee fokusgroepe en drie individuele onderhoude), terwyl die onderhoude met die personeel uit twee aanvanklike en een opvolgonderhoud bestaan het (sien 3.3.2.2 vir 'n bespreking van die realisering van die steekproef).

Volgens Van der Merwe (1996:296) word die navorsing in die natuurlike omgewing gedoen wanneer dit belangrik is om die verskynsel juis op die plek waar die verskynsel hom voordoet, waar te neem. Die onderhoud is om hierdie rede in die hospitaal se kangaroesaal gevoer terwyl die moeders daar opgeneem was. Dit is die plek waar die ouerleidingsprogram uiteindelik aangebied sou word en dit was wat die moeders tydens hul verblyf in die saal op die hart gehad het, is juis die temas wat in die program aangespreek moes word.

Die onderhoud is in Junie 2001 gevoer en is op die volgende manier ingeskakel:

- Nadat aspekte van die navorsing aan die deelnemers verduidelik is en die ingeligte toestemmingsvorm onderteken is (sien Bylaag D), is die onderhoud op informele wyse begin.
- Die onderhoud met die moeders is begin deur met die moeders oor hulself en hul babas te gesels. Daarna is gevra of daar enige iets spesifiek is waarvoor hulle graag meer inligting sou wou hê terwyl hulle in die hospitaal was. Hulle is ook aangemoedig om enige vrae, onsekerhede of bekommernisse ten opsigte van hulle babas nou en in die toekoms te noem. Daar is op hierdie werkswyse besluit om die onderhoud minder bedreigend te maak en om te verseker dat die moeders beter sou verstaan wat van hulle verwag word.
- Hoewel die onderhoud met die personeel ook op informele wyse begin is, kon daar vinniger op die werklike doel gefokus word as gevolg van hul meer uitgebreide agtergrondskennis. Twee vrae is gevra, naamlik wat hulle reeds in die saal vir die moeders leer en watter temas hulle dink addisioneel ook geleer kan word indien hulle die inligting sou hê. Hulle is ook gevra op watter wyse die moeders leiding ontvang, sodat daar 'n idee gevorm kon word oor die huidige aanbiedingswyses wat toegepas word.

Hieronder volg 'n verdere beskrywing van die verskillende tipes onderhoud wat gevoer is en die veldaantekeninge wat gemaak is.

#### a. Individuele onderhoude

Die rede vir die beplanning van individuele onderhoude is dat die deelnemer tydens 'n onderhoud nie deur ander persone se sienings of denke beïnvloed kan word nie. Die bedreigende faktor om voor ander deelnemers insette te lewer, word ook uitgesluit. In hierdie studie was daar die moontlikheid dat veral die verpleegpersoneel huiwerig kon wees om sekere bekentenisse of opmerkings voor kollegas te maak (sien 4.4.1.2).

#### b. Fokusgroeponderhoude

Ten einde ryker data te bekom (McMillan & Schumacher 1993:432) is daar besluit om saam met die individuele onderhoude ook gebruik te maak van fokusgroeponderhoude. In hierdie onderhoude het die navorser die gesprek oop gelaat en elke deelnemer kon vrylik insette lewer, sonder dat 'n bepaalde opeenvolging van insette per persoon afgedwing is. Die uiteindelijke doel van die groepsonderhoude was ooreenstemmend met dié van die individuele onderhoude. Sekere eienskappe van groepe is egter nie op individue en individuele gedrag van toepassing nie (Van der Merwe 1996:294). Deur die inskakeling van groepsonderhoude kon die algemene waardes, menings, houdings en voorkeure van die groep (moeders of verpleegpersoneel) bepaal word.

#### c. Opvolgonderhoud

Die doel van 'n opvolgonderhoud is om na afloop van die aanvanklike onderhoude 'n addisionele onderhoud te voer om onduidelikhede en onopgeklarede sake uit die aanvanklike onderhoude aan te spreek, of om sekere sake wat in die aanvanklike onderhoude genoem is, in groter diepte te ondersoek. Opvolgonderhoude kan ook gebruik word om spesifieke persone, wat nie tydens die aanvanklike onderhoude betrek is nie, vir sekere redes by die studie te betrek. Tydens die aanvanklike onderhoude met die personeellede is daar drie persone betrek. Die suster in bevel van die saal was nie onder dié drie nie en nadat daar begin is om die data te verwerk, het die behoefte ontstaan om ook met haar 'n individuele onderhoud te voer. Sy is in beheer van die huidige voorligting aan die moeders in die saal, en

daarom was dit belangrik om haar insette vir die ontwikkeling van 'n gestruktureerde program te kry. Tydens hierdie onderhoud op 28 Augustus 2001 is daar aan haar gevra wat die personeel reeds in die saal doen en wat volgens haar mening daar bygevoeg kon word.

#### d. Veldaantekeninge

Bogdan en Biklen (1992:107) beskryf veldaantekeninge as die geskrewe aantekeninge van wat die navorser hoor, sien, beleef en dink terwyl die data in 'n kwalitatiewe studie ingesamel en geïnterpreteer word. Volgens LeCompte en Preissle (1993:224) verteenwoordig veldaantekeninge die interaksies en aktiwiteite van die navorser en die mense wat bestudeer word. Veldaantekeninge word beskou as die steunpilaar van kwalitatiewe navorsing, omdat die suksesvolle uitkoms van die navorsing op gedetailleerde, akkurate en uitgebreide veldaantekeninge berus (Bogdan & Biklen 1992:107). Die navorser het dit daarom nodig geag om van veldaantekeninge gebruik te maak na aanleiding van besoeke aan die kangaroesaal en informele gesprekke en onderhoude met personeel betrokke by die saal. Hierdie aantekeninge is gebruik as data wat ook neerslag gevind het in die bevindinge, wat in Hoofstuk 4 bespreek word.

#### 3.3.2.2 Steekproefbeplanning en -realisering

Volgens die literatuur bestaan daar verskeie metodes om die steekproef vir 'n kwalitatiewe navorsingstudie te kies (Johnson & Christensen 2000:180; McMillan & Schumacher 1993:388). Doelgerigte steekproefkeuse (*purposive sampling*) beteken dat die navorser voordat die navorsing begin, ondersoek instel na individue, groepe, plekke of gebeure wat bestudeer kan word om die toepaslike inligting uit die navorsing te kry (McMillan & Schumacher 1993:378). Daar bestaan verskillende tipes doelgerigte steekproefkeuse en in hierdie studie is seleksie op grond van perseel (*site selection*) gedoen. Hiervolgens word persone geselekteer op grond van die plek of lokaliteit waarin hulle hulself bevind en waar daar 'n sekere gebeurtenis of proses plaasvind (McMillan & Schumacher 1993:379). In hierdie studie is die deelnemers aan die navorsing beperk tot die moeders wat op die tydstip van data-



insameling in die kangaroesaal van Kalafong-hospitaal opgeneem was en die personeel wat daar werksaam was. Die redes hiervoor is die volgende:

- Uit die aard van die moeders se huidige gesitueerdheid en die personeel se ondervinding in die saal, sou die gekose deelnemers na alle waarskynlikheid die inligting wat uit die navorsing verlang is, kon verskaf.
- Dit sou te tydrowend en duur wees om elke KMS-eenheid te betrek, hetsy landwyd of wêreldwyd. Die navorser was ook nie daarvan oortuig dat die betrekking van ander eenhede noodwendig die vertrouenswaardigheid van die navorsing sou verhoog nie. Om logistieke redes en as gevolg van die beperkte omvang van die skripsie is die navorsing dus net by Kalafong-hospitaal voltrek.
- Daar word net moeders en babas in die kangaroesaal opgeneem; vaders of ander gesinslede was dus nie bereikbaar nie.

Al die moeders en al die personeel is nie by die steekproef ingesluit nie. Die keuse van wie ingesluit word, kon nie vooraf gedoen word nie. Op die geskeduleerde onderhoudsdae is die beskikbare personeellede en moeders by die onderhoude betrek. Net moeders wat nie geslaap het, met hul babas se versorging besig was of aandag van 'n personeellid ontvang het nie, was dus beskikbaar. Hierdie geriefsteekproef (*convenience sample*) is op grond van etiese oorwegings gemaak (sien 3.5).

Die realisering van die steekproef het anders verloop as wat aanvanklik beplan is, naamlik om uit die gekose steekproef twee tot vier onderhoude met KMS-moeders te voer (individuele of fokusgroeponderhoude) en twee tot drie onderhoude (individuele of fokusgroeponderhoude) met personeellede (sien 3.3.2.2). Volgens Johnson en Christensen (2000:146) bestaan fokusgroepe uit ses tot agt deelnemers. Die fokusgroepe wat in hierdie studie gebruik is, het uit minder as dié voorgestelde aantal lede bestaan. Daar is meestal net drie personeellede in die kangaroesaal aan diens en omdat al die personeel nie gelyktydig by die onderhoude betrokke kon wees nie, is die maksimum aantal deelnemers wat op die spesifieke onderhoudsdae betrek kon

word, beperk tot twee. By die twee fokusgroepe met die moeders was daar onderskeidelik drie en ses deelnemers. Die relatief kleiner groepe het dit vir die moeders makliker gemaak om vrymoedig te kommunikeer en deel te neem. Die moeders was meestal afkomstig uit 'n kultuur met die norm dat ondergeskiktes nie hul mening behoort te lug nie. In kleiner groepe was hulle waarskynlik meer bereidwillig om voor ander hul opinies uit te spreek as in 'n groter groep.

Die onderhoude met die moeders was relatief korter as wat van diepte-onderhoude by kwalitatiewe navorsing verwag word. Die redes hiervoor sal in die volgende hoofstuk (sien 4.4.1.1) gemeld word. Gevolglik is daar meer as die beplande onderhoude gevoer om soveel as moontlik inligting te versamel en om te verseker dat die data 'n versadigingspunt bereik. Altesaam vyf onderhoude is gevoer waarvan drie individuele onderhoude was en twee groepsonderhoude. Daar was onderskeidelik ses en drie moeders. Twaalf moeders is dus by die onderhoude betrek.

Die beplande twee tot drie onderhoude met verpleegpersoneel het in drie onderhoude gerealiseer. Die eerste onderhoud was 'n individuele onderhoud. By die tweede is twee verpleegpersoneellede in die onderhoud betrek. Die derde onderhoud kan as 'n opvolgonderhoud beskryf word waartydens een spesifieke personeellid ondervra is. Die redes vir die opvolgonderhoud en die keuse van die persoon is reeds in paragraaf c van afdeling 3.3.2.1 beskryf.

### **3.4 DATAVASLEGGING EN -VERWERKING**

Die oorspronklike plan was om al die individuele en fokusgroeponderhoude met oudioband op te neem sodat die onderhoude daarna deur die navorser self getranskribeer kon word. Die deelnemers het egter nie almal toestemming hiervoor gegee nie (sien 3.5) en die navorser het self tydens hierdie onderhoude aantekeninge gemaak as gevolg van die praktiese onmoontlikheid om 'n geskikte assistentmoderator te identifiseer. Nadat die onderhoud voltooi is, het die navorser, waar nodig, sekere opmerkings bygeskryf om die inhoud en verloop van die onderhoud, asook die deelnemers se reaksies so volledig as moontlik weer te gee.

Tydens die data-insamelingsperiode het die navorser reeds begin om data te skandeer (*scan*) vir kontrole ten opsigte van die volledigheid daarvan (LeCompte & Preissle 1993:236). Die gevolg hiervan was onder meer die besluit om 'n opvolgonderhoud, asook informele gesprekke met sleutelpersone te voer.

Nadat die navorser herhaalde kere deur die transkripsies en aantekeninge van die onderhoude en veldaantekeninge gelees het, is begin om die inhoud met behulp van segmentering te orden, met ander woorde om die data in betekenisvolle analitiese eenhede te verdeel (McMillan & Schumacher 1993:482). Tydens die lees van die transkripsies en aantekeninge, het die navorser gekonsentreer op die volgende: Die uitken van eenhede, waar elkeen begin, wat alles deel daarvan is en waar elke eenheid eindig. Die segmente kan woorde, 'n sin, 'n paar sinne of selfs 'n langer paragraaf wees (McMillan & Schumacher 1993:482). Die segmente wat hier uitgeken is, is aparte of losstaande idees om in 'n oerleidingsprogram in te bou. Hierdie werkswyse stem ooreen met wat Strauss (1987, in Neuman 2000:421) "oop kodering" noem.

Daar is verder van koderingswyses gebruik gemaak soos dit in Johnson en Christensen (2000:427) verduidelik word. Die geïdentifiseerde datasegmente is elk met 'n kategorie-naam gemerk na gelang van die idee of tema. 'n Lys met al die kategorieë is op datum gehou en sodra daar 'n nuwe kategorie-naam geïdentifiseer is, is dit by die bestaande lys gevoeg. Daar is gepoog om die aantal kategorie-name te minimaliseer deur dieselfde kategorieë waar moontlik te herhaal, eerder as om vir elke segment 'n eie kategorie-naam te skep. Hierdie was dus 'n eerste poging tot die lê van verbande en die identifisering van kerntemas vir 'n oerleidingsprogram. Dit kom ooreen met Strauss (1987, in Neuman 2000:423) se "aksiale kodering".

Die uiteindelijke oerleidingsprogram (sien 5.2 en onderafdelings en Bylaag G) is die uitkoms van die finale stadium van die kodering wat Strauss (1987, in Neuman 2000:423-429) "selektiewe kodering" noem.

### 3.5 ETIESE MAATREËLS

Voordat daar met hierdie studie begin kon word, moes die navorser goedkeuring van die Gautengse Departement van Gesondheid kry vir die uitvoering van die projek. Die navorsingsprotokol is deur die etiese komitee van die Fakulteit Geneeskunde van die Universiteit van Pretoria goedgekeur. Kalafong-hospitaal is 'n opleidingshospitaal van die Universiteit van Pretoria en alle navorsing wat in die hospitaal plaasvind, moet deur die komitee goedgekeur en gemonitor word.

Johnson en Christensen (2000:89) het riglyne opgestel waarvolgens 'n navorser in die opvoedkunde behoort te handel om eties korrek op te tree. Volgens hulle is die behandeling van die deelnemers aan die navorsing die mees fundamentele etiese kwessie en is daar drie riglyne wat gevolg moet word:

1. Dit is belangrik om ingeligte en oorwoë toestemming tot deelname van elke deelnemer te kry.
2. Die deelnemers het die reg om enige tyd gedurende die navorsing hulself van die navorsing te onttrek.
3. Vertroulikheid en anonimiteit moet deurgaans gehandhaaf word.

In die KMS-studie is die deelnemers oor aspekte van die navorsing, soos uiteengesit op die toestemmingsvorm, ingelig. Die deelnemers het ook skriftelik toestemming tot deelname gegee deur die toestemmingsvorm te onderteken (sien Bylaag D) voordat hulle betrek is. In hierdie vorm is die volgende punte gedek:

- Doel van die studie
- Prosedures - individuele en fokusgroeponderhoude met moeders en personeel (met oudiobandopname indien toestemming verleen) en die opteken van waarnemings
- Geen persoonlike voordeel vir deelnemers uit die navorsing nie
- Vrywillige deelname en vryheid om te enige tyd te onttrek en geen gevolge as gevolg van weiering tot deelname nie
- Vertroulikheid en anonimiteit ten opsigte van inligting verskaf

Behalwe dat die etiese maatreëls soos in die toestemmingsvorm uiteengesit nagekom is, is die volgende maatreëls ook ingestel om die deelnemers te beskerm:

- Daar is by geen geleentheid kameras of videokameras in die saal ingeneem of gebruik nie, aangesien dit die privaatheid van die pasiënte en die personeel kon skend.
- Personeel wat besig was met pasiënte, is nie in hul werk gehinder deur van hulle te verwag om aan onderhoude deel te neem of ander vrae van die navorser te beantwoord nie.
- Pasiënte wat geslaap of hul babas versorg het, is nie wakker gemaak of gepla deur hulle te vra om aan 'n onderhoud deel te neem nie.
- Een onderhoud is voortydig beëindig as gevolg van die gemoedstoestand van die moeders (sien 4.3.8). Die navorser wou nie op hulle persoonlike vreugde inbreuk maak nie.
- Daar is 'n aanvanklike bekendstellingsfunksie gereël waarna al die verpleegpersoneel van die spesifieke saal uitgenooi is. Die doel met die funksie was om die navorser aan die personeel voor te stel, die personeel in te lig oor die doel en aard van die navorsing en hulle ook te wys op die uiteindelijke voordele vir die kangaroesaal wat uit die navorsing kon spruit. Die funksie is deur dr Elise van Rooyen (onder wie se toesig die kangaroesaal val) gelei, 'n persoon met wie die personeel nou saamwerk en op wie hulle vertrou. Die navorser het op informele wyse met die personeel kontak gemaak, terwyl versnaperinge geniet is. Later, tydens die inskakeling van die navorsing, was die navorser dus nie 'n vreemdeling in die saal nie.
- Die navorser het vooraf sleutelpersone geraadpleeg oor die toepaslikste wyses waarop die personeel en moeders benader moes word sodat die verloop en prosedures in die saal nie onnodig versteur sou word nie. Op dié manier is daar ook

seker gemaak dat alle belanghebbendes betrek word en die integriteit van die navorsing aanvaar word.

Benewens die oorwegings van 'n verskeidenheid etiese aspekte is daar in die navorsing ook aandag gegee aan vertrouenswaardigheidskwessies:

### 3.6 VERTROUENSWAARDIGHEID

In die kwalitatiewe navorsingstradisie word verskillende terminologie gebruik om na dieselfde prosesse te verwys. In ooreenstemming met die kwantitatiewe tradisie verkies sommige om die konsepte betroubaarheid en geldigheid te gebruik (McMillan & Schumacher 1993; LeCompte & Preissle 1993). Ander, in navolging van Guba en Lincoln (1981), verkies om van vertrouenswaardigheid te praat (Johnson & Christensen 2000). In hierdie verslag word laasgenoemde term gebruik.

Volgens Johnson en Christensen (2000:207) is vertrouenswaardigheid veral belangrik by kwalitatiewe navorsing en is dit juis die bepalende faktor vir 'n studie om as suksesvol beskou te word. Volgens hulle is vertrouenswaardige navorsing geloofwaardig, aanneemlik en betroubaar. Gevolglik kan die resultate van só 'n studie verdedig word. Vertrauenswaardigheid moet gehandhaaf word by die *navorsingsontwerp* van 'n studie sowel as by die *data-insameling* (McMillan & Schumacher 1993:385). Dit word verhoog indien die navorser se interaksiestyl, wyse van data-optekening en analise en interpretasies van die data konstant bly. By kwalitatiewe navorsing is dit uit die aard van die saak moeilik om konstantheid te kry, aangesien geen navorser twee onderhoude of waarnemingsessies op presies dieselfde wyse kan hanteer nie (McMillan & Schumacher 1993:386). Verder kan navorsing in natuurlike omgewings nie elders herhaal word nie, maar slegs ten opsigte van die proses nagemaak word (LeCompte & Preissle 1993:332).

McMillan en Schumacher (1993:386-388) beskryf aspekte van belang by die vertrouenswaardigheid van die **navorsingsontwerp** wat ook op hierdie studie van toepassing gemaak kan word:

- Indien die navorser as buitestaander die navorsing voltrek, verhoog die vertrouenswaardigheid omdat die navorser se eie idees, empatie met die deelnemers en ervaringe van vorige waarnemings nie die resultate beïnvloed nie. Die navorser in hierdie studie was 'n buitestaander wat nie voorheen kontak met die deelnemers gehad het nie en nog nie voorheen aan 'n soortgelyke projek gewerk het nie.
- Steekproefkeuse kan die vertrouenswaardigheid van die navorsing negatief beïnvloed indien daar om sekere redes spesifieke deelnemers geselekteer word sonder om die keuse met geldige redes te kan regverdig. Daar is homogene groepe in die onderhoude van hierdie studie betrek, naamlik moeders en personeel afsonderlik. Sulke groepe bevorder volgens Johnson en Christensen (2000: 146) gesprekke. Die wyse waarop steekproefselektering in hierdie studie plaasgevind het en die redes waarom spesifieke deelnemers betrek is, is volledig in afdeling 3.3.2.2 uiteengesit.
- Die sosiale konteks waarin die data versamel word is belangrik vir die vertrouenswaardigheid van die studie. Die interpersoonlike verhoudinge en interaksie wat tussen die deelnemers bestaan kan moontlik die navorsingsproses beïnvloed. In hierdie studie is 'n kombinasie van individuele en fokusgroeponderhoude ingeskaakel sodat die interaksie in groepe bepaal en waargeneem kon word, maar ook sodat daar geleenthede geskep kon word vir deelnemers om individueel hul insette aan die navorser oor te dra, sonder dat hul verhouding met ander deelnemers 'n invloed daarop sou hê. In aansluiting hierby is daar reeds gemeld dat die onderhoude in die natuurlike omgewing van die deelnemers plaasgevind het (sien 3.3.1).
- Die data-insamelingstegnieke moet presies weergegee word om in die geval van verdere navorsing die vertrouenswaardigheid te behou. Dit sluit in die verskillende waarnemings- en onderhoudsprosedures en die wyse waarop en onder watter omstandighede die data aangeteken is. Hierdie uiteensetting is in afdeling 3.3.2 en onderafdelings weergegee.

McMillan en Schumacher (1993:388-391) gee ook verdere riglyne ten einde die vertrouenswaardigheid ten opsigte van die **data-insamelingsprosesse** te verseker:

- Die gebruik van direkte aanhalings uit die onderhoude vir die navorsing by die rapportering van bevindings (sien 4.2 en 4.3).
- Die gebruik van lae-intervensiebeskrywings om waarnemings en veldaantekeninge te doen. Dit is konkrete, presiese beskrywings van die gebeure in die saal en waarnemings deur die navorser self. Indien die navorser self die aantekeninge maak, soos in hierdie geval, dra dit by tot die vertrouenswaardigheid omdat middelpersone wat die mediasie van betekenis kan beïnvloed, uitgeskakel word.
- Indien meer as een navorser gebruik word, verhoog die vertrouenswaardigheid. In hierdie studie is daar net een navorser gebruik, wat as 'n beperking beskou kan word (sien ook 4.4.2). Die hulp van 'n ander persoon wat ook navorsing in dieselfde hospitaal uitvoer, maar wat nie in die kangaroesaal werksaam is nie, is ingeroep. Sy het waardevolle agtergrondskennis verskaf en die navorser oorsaker van haar sleutelbevindings ingelig.
- Bandopnames van onderhoude verhoog die vertrouenswaardigheid aangesien daar herhaaldelik na die onderhoud geluister kan word om addisionele inligting te kry wat nie tydens die oorspronklike onderhoud aangeteken is nie. Waar toestemming verleen is, is hierdie hulpmiddel ook in hierdie studie gebruik (sien 3.4).

Johnson en Christensen (2000: 208) verduidelik dat terugvoer aan die deelnemers die vertrouenswaardigheid van 'n studie kan verhoog. Die navorsingsresultate is na afloop van die onderhoude aan die personeel in die kangaroesaal voorgelê om te bevestig dat dit 'n korrekte weergawe was van wat hulle by die navorser wou tuisbring. Daar is dus kontrole uitgevoer en verdere byvoegings kon deur die deelnemers gemaak word. Uiteindelik is die voorgestelde program aan die personeel vir finale goedkeuring voorgelê.



'n Ander aspek wat volgens Johnson en Christensen (2000:209) die vertrouenswaardigheid van die navorsing kon belemmer, is die feit dat die navorser nie dieselfde moedertaal as die meeste van die deelnemers praat nie en daar dus ander betekenisse aan insette geheg kon word as wat die deelnemer bedoel het. Om hierdie probleem te oorkom, het die navorser seker gemaak wat die deelnemers se bedoeling met 'n stelling was. Hul stelling is herhaal of in ander woorde aan hulle gestel om te bevestig dat die navorser dit reg verstaan het. Waar nodig is daar ook van 'n tolk gebruik gemaak. Die navorser het wel 'n basiese kennis van Sepedi, die moedertaal van die meerderheid moeders, wat voordelig was in die skep van 'n interaktiewe klimaat.

By kwalitatiewe navorsing tree die navorser ook as instrument in die navorsing op deurdat die navorser self interpretasies van gebeure maak, die onderhoude persoonlik voer en dus persoonlik betrokke raak. Dit is van kardinale belang dat die navorser sekere stappe neem om te verseker dat die navorsing steeds vertrouenswaardig bly. Die volgende aspekte uit Johnson en Christensen (2000:313) word voorgehou as belangrik in dié opsig:

- 'n Empatiese, neutrale houding (wat nie-veroordelend is) moet gehandhaaf word in die aangesig-tot-aangesig-navorsing.
- Die navorsing moet nie vir eie gewin uitgevoer word nie.
- 'n Bepaalde ingesteldheid is nodig om die situasie in konteks te kan verstaan.

In die uitvoering van dié studie het die navorser dus seker gemaak dat bogenoemde riglyne gehandhaaf is om die vertrouenswaardigheid van die studie te verseker.

### **3.7 SAMEVATTING**

In hierdie hoofstuk is alle aspekte rondom die beplanning en uitvoering van die navorsing sistematies bespreek. Daar is besluit om eerder van kwalitatiewe as kwantitatiewe navorsing gebruik te maak ten einde die doelstellings van die studie te verwerklik. Alle belangrike aspekte van die navorsingsmetode, soos die wyse waarop die data-insameling plaasgevind het, asook die manier waarop die steekproef

geselekteer is, is breedvoerig bespreek. Die belangrikheid van sekere etiese kwessies en die manier waarop daar in hierdie studie te werk gegaan is om basiese etiese beginsels na te kom, is beskryf. Verskillende stappe is geneem om die studie se vertrouenswaardigheid te verseker. Maatreëls vir die instelling van vertrouenswaardigheid is ter afsluiting van die hoofstuk uitgelig.

In die volgende hoofstuk word die inhoudsbehoefte en aanbiedingswyses vir die voorgestelde program soos dit uit die bevindinge verkry is, volledig uiteengesit. Die bevindinge rakende die programinhoud word ook reeds in hierdie hoofstuk in die verskillende kategorieë (sien 4.3) saamgevat.

## HOOFSTUK 4

### Bevindinge

#### 4.1 INLEIDING

In die vorige hoofstuk is die navorsingsontwerp breedvoerig beskryf. Individuele- en fokusgroeponderhoude is met moeders in die kangaroesaal gevoer, asook met die personeel wat daar werksaam is. Die resultate van die onderhoude met die twee groepe persone word in hierdie hoofstuk bespreek. Hieruit kan temas vasgestel word om in die ouerleidingsprogram in te bou. Voorstelle kan ook gemaak word ten opsigte van geskikte aanbiedingswyses. Waarnemings wat tydens besoeke aan die saal en tydens die afneem van die onderhoude gedoen is, asook veldaantekeninge wat gemaak is, word ook as deel van die empiriese navorsing beskou en het ook tot die bevindinge bygedra.

Die behoeftes wat deur die KMS-moeders en die personeel geïdentifiseer is as idees of temas wat in 'n ouerleidingsprogram aangespreek kan word, is na transkribering en segmentering in kategorieë verdeel. Volgens die personeel word sommige van hierdie kategorieë op een of ander wyse wel in die huidige program aangespreek, terwyl ander deur die personeel as tekortkominge in hul huidige program aan die moeders geïdentifiseer is. Daar word later in hierdie hoofstuk verder aandag gegee aan hierdie verskille wat uit die onderhoude na vore gekom het.

Tabel 4.1 gee 'n uiteensetting van kategorieë wat deur moeders en personeel gemeld is, as iets wat òf in die huidige program ingesluit is òf as iets wat 'n behoefte vir 'n toekomstige program is. Vervolgens word 'n bespreking gegee van wat volgens die personeel tans in die program opgeneem is. Dit word gevolg deur 'n afdeling waarin addisionele inhoudsbehoefte na vore gebring word. Die hoofstuk word afgesluit met 'n uiteensetting van die beperkinge van die navorsing.

Tabel 4.1

'n Opsomming van die kategorieë wat uit die onderhoude met moeders en personeel na vore gekom het.

Tema	Gemeld tydens onderhoude met moeders	Gemeld tydens onderhoude met personeel
1. Prematuriteit en die redes vir 'n vroeë geboorte	■	
2. Kangaroemoedersorg (KMS)	■	■
3. Voeding	■	■
4. Versorging van die baba	■	■
5. Baba se gedrag en ontwikkeling	■	■
6. Opvoedingsmilieu	■	
7. Veiligheid en persoonlike versorging		■

#### 4.2 BEVINDINGE MET BETREKKING TOT DIE HUIDIGE PROGRAM

Die program wat tans by Kalafong-hospitaal aangebied word, vind meestal op informele wyse plaas. Daar is nie 'n gestruktureerde indeling van temas of 'n vasgestelde tyd wat opsy gesit word vir voorligting aan die moeders nie. Volgens die personeel is daar 'n tekort aan personeel in die kangaroesaal, maar hulle verstaan dat dit belangrik is en wend pogings aan om dit reg te kry.

Navorsers: *"Do you have an organised programme, say Mondays you do bed-wetting,*

*Tuesdays you do developmental milestones? Or do you do that only as the time gets ready?"*

Suster: *"Yes, when we are ready. Everyday when we are ready."*

Navorsers: *"It's difficult here to have a time. Do you think the staff does this every day or do you think they slip up on days?"*

Suster: *"Because in the wards we are short of staff, so we cannot do it every day...And then but we try our utmost best that the mothers must be taught before they go home. They must know what to do with their children. When they've got problems they must know what to do. So we are trying to empower our mothers."*

Tydens die onderhoude met die verskillende deelnemers en uit waarnemings in die kangaroesaal het die volgende aspekte rakende die inhoud en die aanbieding van die huidige program na vore gekom:

#### **4.2.1 Inhoud van die huidige program**

Volgens die verpleegpersoneel beskou hulle die KMS-tema as belangrik en word begeleiding daarvoor gedoen - *"And then we teach them how to give KMC for the babies"*. Hulle het ook verwys na die drie kernelemente van KMS (sien 2.3.2):

*"KMC position, skin-to-skin, and then we tell them about the KMC nutrition. KMC nutrition is we encourage them to breastfeed, and KMC discharge where they go home and carry on...all about KMC."*

Sedert Februarie 2002 word 'n eenvoudige video (Bergman 2001) asook 'n plakkaat wat die drie kernelemente saamvat (sien Bylaag E) as voorligtingsmiddels gebruik.

Verder word in die kangaroesaal die beleid gevolg dat die moeder 'n keuse het in die wyse waarop haar premature baba versorg word. Die toepassing van KMS word aan haar verduidelik en daarna kan sy self die besluit neem of sy haar baba só wil versorg - *"I don't force her to do KMC, it's her own choice."*

Ouerleiding oor ander onderwerpe vind wel plaas. Daar is onderwerpe wat die personeel aan diens aan die hand van gedrukte inligtingsblaadjies met die moeders bespreek, wat meestal verband hou met die baba se onmiddellike fisiese versorging. Inligtingsblaadjies is vir die volgende onderwerpe beskikbaar (sien Bylaag F):

- Borsvoeding
- Luierslag
- Voeding aan babas en peuters
- Dehidrasie
- Immunisering
- Die baba met koors
- Die baba met koliek
- Slaapprobleme by die baba
- Ontwikkelingsmylpale
- Bednatmaak (enurese)

Ander temas wat volgens die personeel in die huidige program met die moeders aangespreek word, is die volgende:

- MIV en alternatiewe voedingswyses (slegs aan moeders wat hierdie inligting nodig het)
- Versorging van die baba in die hospitaal
- Persoonlike higiëne
- Noodhulp tuis

Met betrekking tot bogenoemde lysie met temas het die personeel ten opsigte van sekere items verdere opmerkings gemaak.

#### *4.2.1.1 Voeding*

Die geïdentifiseerde temas wat verband hou met voeding is borsvoeding, MIV en alternatiewe voedingswyses, en die inskakeling van vaste kos.

Volgens een personeellid is die aspekte van **borsvoeding** wat met die moeders behandel en bespreek word, die belangrikheid van borsvoeding, die posisionering van die baba aan die bors en hoe lank daar met borsvoeding voortgegaan kan word. Die wyse waarop borsmelk aan premature babas toegedien word, verdien spesiale melding omdat hierdie babas se suigrefleks nog nie voldoende ontwikkel is nie (sien

2.3.2.2). Volgens die suster in beheer van die saal is al die personeel verantwoordelik om hierdie toedieningsmetodes aan die moeders te verduidelik.

*"I give them the topics to teach about...the different methods of feeding, starting with the tube, syringe, cup-feeding and then from the cup it's breast-feeding. But strictly that is breastmilk."*

**MIV** is 'n sensitiewe onderwerp wat met groot omsigtigheid en empatie in die kangaroesaal hanteer word om stigmatisering te voorkom.

*"We [personeel - AS] don't separate her [moeder wat MIV-positief is - AS] or we don't discriminate, or we don't say you are HIV you stay there. No, she becomes our group, one of our group."*

Weens die feit dat MIV deur borsvoeding van moeder tot kind oorgedra kan word, bespreek die personeel **alternatiewe voedingswyses** met die MIV-positiewe moeders. Indien die moeder sou besluit op bottelvoeding, word daar soos volg te werk gegaan:

*"We give her formula milk and then we teach her how to prepare formula milk, how to look after the bottles, teets and everything. How to sterilize them at home."*

Sedert die onderhoude gevoer is, is pasteurisasie van die moeder se melk as alternatiewe voedingswyse ingevoer (sien Bylaag C). Dit stel ook besondere voorligtingseise.

Die personeel het verder ook aangedui dat hulle aandag gee aan **vaste kos** as onderwerp.

*"We even prepare them for the toddlers, we give them infant and toddler nutrition topic."*

#### 4.2.1.2 *Versorging van die baba*

Versorging van die baba het nie alleen te doen met die versorging in die hospitaal nie, maar ook met die langtermyn-voorkomende versorging. Die personeel het aangedui dat hulle die moeders wel voorlig ten opsigte van sekere aspekte van die **versorging** van die baba **in die hospitaal**. Dit kan met roetine-aksies te doen hê, soos *"how to wash your baby"* of *"how to give the medicine"*. Dit kan ook verband hou met alledaagse probleempies - *"We tell them about nappy rash."*

Ten opsigte van langtermynversorging het personeel gemeld dat hulle ook (waar nodig) aandag gee aan **spesiale mediese toestande** en gepaardgaande probleme wat met prematuriteit geassosieer kan word, byvoorbeeld *"the hydrocephalus"*.

Verder word die belangrikheid van **immunisering** en die aantekening daarvan op 'n kliniekkartaat onder die aandag van die moeders gebring.

*"The importance of immunization...we talk to them. And then the importance of documentation of that yellow cards, the immunization cards. Because if they go to school they want it...and how to care for it."*

#### 4.2.1.3 *Baba se gedrag en ontwikkeling*

Tydens die onderhoude met die personeel was daar ook algemene verwysings na voorligting - *"We teach them about..."* - met betrekking tot babas se **slaapprobleme, die huilende baba en ontwikkelingsmylpale**.

#### 4.2.1.4 *Veiligheid en higiëne*

Dit is nie net belangrik vir die moeders om na hul eie persoonlike higiëne om te sien nie, maar ook om bewus gemaak te word van hoe om na die **baba se higiëne** om te sien - *"The baby's hygiene: How to wash them and keep them clean."*

Volgens die personeel gee hulle ook aandag aan ander aspekte wanneer die moeder en baba reeds tuis is. Twee aspekte is die **persoonlike higiëne** van die moeders en



maatreëls om te tref om die **kind se veiligheid** te verseker. Die suster in beheer van die saal het byvoorbeeld aangedui dat sy temas vir die personeel gee, waarvoor voorligting gedoen kan word: *"like the personal hygiene."*

Die personeel het verder gevoel dit is belangrik om die moeders bewus te maak van die moontlike gevare in en om die huis, sodat hulle voorkomend kan optree om die kinders te beskerm. Die gevare wat pertinent genoem is, is oop vlamme soos vure en kerse, paraffien, stoofplate en petrol.

Die personeel was verder van mening dat die moeders opgelei behoort te word om **basiese siektetoestande** soos griep en diarree wat by die kind kan voorkom, te hanteer.

*"If the baby gets sick, maybe it's the flu, then what she must do."*

*"We also give them topics about dehydration."*

Die volgende is verder ook genoem:

*"It's important to observe that if they get ill, it's important to take them to hospital."*

Volgens die personeel sluit basiese nood sorg ook koors by die baba in en hoe om dit te behandel.

*"We teach them about the baby with fever, those who are having a high temperature what you should do before they send the patient to hospital."*

#### **4.2.2 Aanbieding van die huidige program**

Soos reeds gemeld het personeellede met verwysing na hulle begeleiding van moeders in die kangaroesaal, die volgende aangedui: - *"ja, we talk to them here"*. Die veronderstelling is ook dat daar nie net een personeellid by die voorligting betrek word nie, soos wat die suster in beheer van die saal aangedui het:

*"I'm not doing the whole work myself, I delegate some of my staff to do some of the things."*

Die wyse waarop daar tans deur die aanbieders te werk gegaan word om die huidige program aan die moeders oor te dra, word vervolgens met behulp van aanhalings uit die onderhoude verduidelik:

- Daar word by geleentheid van **herhaling** gebruik gemaak om te verseker dat die inhoude deur die moeder verstaan en onthou word. Die inligting word mondelings aan die moeder oorgedra en indien sy nie kan onthou wat geleer is nie, word die inligting op dieselfde wyse herhaal (weer deur mondelinge oordrag) totdat die personeel tevrede is dat die moeder verstaan wat gesê is.

*"We teach them and then before you finish your topic, you let them tell you what they did understand from it, from what you were saying. And then if you see that they didn't understand, then you repeat again, until you see they all understood what you said. Even the next day we just stand there, we just say, tell me what I taught yesterday."*

- By aspekte waar daar praktiese vaardighede betrokke is, soos byvoorbeeld hoe om die baba te bad, word daar van die moeders verwag om aktief by die leerproses betrokke te wees. Hier is dus sprake van 'n **leerdersgesentreerde benadering** tot leer (sien 2.5.2). Daar word eers aan die moeders verduidelik of gewys hoe om die baba te bad en daarna word daar van die moeder verwag om die kennis self prakties toe te pas.

*"I talk to her and then from there I observe her when she washes her baby, to see if she is doing it correctly. If she is not doing it correctly, I'm correcting her then and there."*

- Daar word soms ook 'n **onderwysersgesentreerde benadering** gevolg waar die leerders (moeders) passief in die leerproses staan (sien 2.5.2). Inligting word deur die programaanbieders oorgedra en die leerders luister passief daarna. Die

aanbieders wat hierdie werkswyse in hul aanbieding volg, sien self die leemte daarin raak soos wat dit uit die volgende gesprek duidelik word:

- Suster: *"The importance of immunization."*  
 Navorsers: *"Do you talk about that to them here?"*  
 Suster: *"Ja we talk to them."*  
 Navorsers: *"Do they believe you or not all of them?"*  
 Suster: *"They just listen, they don't ask. Even if we ask them, they are supposed to ask questions, they just keep quiet. So we are not sure if they understood or not."*

- Tydens die twee onderhoude met personeel het dit aan die lig gekom dat hulle voel dat die **huidige materiaal** (inligtingsblaadjies; sien Bylaag D) wat tot hulle beskikking gestel word, nie genoegsaam is nie. Hulle voel dat ander media ook ingeskakel kan word om die leerproses te verbeter.

*"I think you must bring a video because they won't see that everyday, this [die huidige materiaal - AS] is going to bore them."*

- Die feit dat daar nie altyd voldoende personeel in die kangaroesaal aan diens is nie, bemoeilik die aanbieding van temas deur die personeel. Daar word egter ander aanbiedingswyses (soos "**selfstudie**") gevolg indien die personeel nie direk met die moeders kan praat nie - *"If I don't have time to teach them, then I have books on breastfeeding."*

Na aanleiding van die literatuurstudie oor die aanbiedingswyses van oerleidingsprogramme is 'n leerdergesentreerde benadering 'n geskikte wyse vir die aanbieding van die beoogde oerleidingsprogram (sien 2.5.2). Uit die navorsing kom dit voor asof dit nie die enigste benadering is wat daar tans gevolg word nie. Die personeel in die kangaroesaal van Kalafong-hospitaal het nie almal dieselfde vlak van opleiding nie. Hierdie verskillende opleidingsvlakke kan 'n invloed hê op die personeel (aanbieders) se vaardigheid om leerdergesentreerd te kan optree. Sommige het moontlik opleiding ontvang in verskillende aanbiedingswyses en ander nie. Sommige

van die aanbieders se eie skoolopleiding en opleiding as verpleegpersoneel het moontlik vanuit 'n onderwysergesentreerde benadering plaasgevind. Hulle het dus nie 'n voorbeeld of rolmodel gehad om te kon navolg nie. Van die senior personeellede wat gemaklik is met die leerdergesentreerde benadering en dit kan toepas, kan ook as rolmodelle optree om 'n voorbeeld vir die ander aanbieders daar te stel. Sodoende kan alle personeel wat uiteindelik as aanbieders van die program sal optree, opgelei word in fasilitering en die hantering van kleingroepe (sien 2.5.3) as wyse van inskakeling van die leerdergesentreerde benadering (sien 2.5.2).

#### **4.3 BEVINDINGE MET BETREKKING TOT DIE INHOUDSBEHOEFTE VIR DIE VOORGESTELDE PROGRAM**

Hoewel die personeel aangedui het dat hulle 'n hele aantal van die aspekte wat hieronder gemeld word, wel aanspreek, het daar tog addisionele behoeftes in die onderhoude met moeders en personeel en uit die navorser se waarnemings na vore gekom. Die redes vir die moeders se onsekerhede en vrae oor hierdie spesifieke temas kan moontlik die volgende wees:

- Die spesifieke tema is nog nie in die saal met die moeder wat die vrae gehad het, bespreek nie, omdat die moeder nog nie lank genoeg in die saal opgeneem was nie.
- Die inligting wat die personeel aan die moeders verskaf het of wat tydens die bespreking met die moeders uitgelig is, was nie voldoende nie. Die moeders het ander vrae gehad as wat in die bespreking aangeraak is. Dit kan wees dat die personeel nie oor die nodige inligting beskik nie of dat hulle sekere inligting het maar dit nie as belangrik beskou nie (terwyl dit wel vir die moeders belangrik is).
- Die personeel kon dalk in die onderhoude met die navorser temas aangedui het wat hulle met die moeders bespreek, terwyl dit nie in die praktyk gedoen word nie. Hulle was dalk bewus daarvan dat dit 'n belangrike tema is om te bespreek en het geweet dat hulle veronderstel is om daarby uit te kom, maar as gevolg van sekere omstandighede nog nie die kans gehad het om dit wel te doen nie.

Dit is belangrik vir die inhoud van die beoogde ouerleidingsprogram om ook te let op watter inhoude op watter stadium aan moeders in die kangaroesaal aangebied kan word. Tydens die navorsing was daar 'n geval waar die navorser nie 'n onderhoud kon voltooi nie as gevolg van die gemoedstoestand van die deelnemers met wie die onderhoud gevoer is (sien 4.3.8). Die afleidings wat daaruit gemaak kan word, is ook belangrik vir die samestelling van die inhoud van die ouerleidingsprogram.

#### 4.3.1 Prematuriteit en die oorsake daarvan

Daar is moeders wat meer inligting verlang oor die redes vir hul baba se vroeë geboorte, met ander woorde oor die **oorsake van die premature geboorte**. Dit het hulle verwoord met vrae soos die volgende:

*"Why was it born before nine months?"*

*"Why my baby she is coming before the time?"*

Daar is verder ook 'n besorgheid oor die moontlike probleme wat prematuriteit oor die algemeen mag inhou. Uit ander opmerkings kan daar onderskei word tussen bekommernisse oor huidige en toekomstige probleme wat met prematuriteit geassosieer word. **Bekommernisse oor huidige probleme** word saamgevat in vrae soos:

*"...and why do they sometimes change colour?"*

*"The prem baby, will it grow like the normal one?"*

*"Hoekom die baba so klein is want die ander ene is groot?"*

Moeders het ook bekommernisse oor **probleme met 'n toekomsdimensie** uitgespreek, soos of hul kind dalk gestremd gaan wees, die moontlike voorkoms van leerprobleme en of kinders probleme met hul oë gaan hê ná die suurstoefoediening in die hospitaal.

Die verpleegpersoneel blyk bewus te wees van die impak wat die voorkoms van die premature baba op die moeder het:

*"They are afraid if they see it, they don't even want to touch the baby. Sometimes it is as if they think it is a snake or a lion. So we should prepare the mothers for KMC."*

Dit is egter opvallend dat 'n diepte-verduideliking van prematuriteit nie in die huidige program opgeneem is nie. Die personeel het moontlik nie die nodige opleiding ontvang om genoegsame kennis te dra oor sake soos die oorsake en gevolge van prematuriteit nie. Indien die personeel self 'n verdere indiensopleiding hieroor kry, sal hulle moontlik ook in staat wees om die meeste van die moeders se vrae hieroor te beantwoord en sodoende die onsekerhede oor prematuriteit wat tans by die moeders heers, te verminder.

#### 4.3.2 Kangaroemoedersorg

Ten spyte van die aandag wat KMS in die huidige program kry, het addisionele behoeftes ook na vore gekom. Daar bestaan byvoorbeeld onduidelikheid en ongeloofwaardigheid by sommige moeders oor die werklike voordele (sien Bylaag A) wat KMS vir hul premature baba inhou - *"Is it really that the kangaroo will grow the baby?"* Daar is ook onsekerheid oor die toepassing van KMS en hoe die baba veronderstel is om daarop te reageer. Een moeder het haar bekommernis soos volg uitgespreek: *"Ek doen so die kangaroo maar ek weet nie hoekom hy slaap so baie nie."*

#### 4.3.3 Voeding

Ten spyte van die voorligting het moeders steeds vrae oor **borsvoeding** en die gee van vaste kos gehad. Een moeder met 'n tweeling het byvoorbeeld vrae gehad oor haar melkproduksie en die feit dat albei babas net aan een bors gedrink het.

*"As ek terug by die huis ek dink hulle sal nie genoeg eet [drink- AS] nie. Die ander een bors het nie melk nie, hulle drink net een."*

Ten opsigte van **vaste kos** is die voorligting wat tans gegee word miskien onvoldoende. Daar word byvoorbeeld gevra oor wanneer daar met vaste kos begin

behoort te word - *"Which month is the baby supposed to eat?"*. Daar was ook onsekerhede oor hoe en wanneer premature babas met vaste kos begin in vergelyking met voltermynbabas.

*"Premature baby, o ja bjalo ka nine months baby?" [Sal 'n premature baba kan eet soos 'n voltermynbaba? - AS]*

Ander onsekerhede was met betrekking tot die aanvanklike inskakeling van vaste kos, soos met watter kossoorte daar begin kan word en dan ook watter kossoorte vir watter ouderdom geskik is. Die moeders het verder ook aangetoon dat hulle riglyne sal wil ontvang oor gebalanseerde maaltye, en oor watter kossoorte watter voedingswaardes bevat. Een van die personeellede het ook bevestig dat daar nie oor alle aspekte van vaste kos met die moeders gepraat word nie. Sy het op 'n vraag oor wat verder aan die moeders geleer kan word, gereageer deur onder andere te noem *"...something about healthy food."*

#### **4.3.4 Versorging van die baba**

Binne die kategorieë wat handel oor die versorging van die baba was daar voorligtingsbehoefte ten opsigte van die versorging in die hospitaal sowel as die versorging tuis.

Met die toepassing van KMS word die moeders by die **versorging** van hulle babas **in die hospitaal** betrek en word veel in hulle hande oorgelaat, onder toesig van die personeel. Daar is steeds moeders wat voel dat hulle nie oor alle aspekte van die versorging ingelig word nie, soos een moeder dit stel: *"Die suster gee die medisyne. Nou ek wil net sien hoekom as sy gee die medisyne."*

Oor die **versorging tuis** is daar reeds gemeld van die moeder met die tweeling wat onseker was oor haar voortgesette melkproduksie. Dit was egter vir die personeel belangrik dat die moeders wat ontslaan word, vertrou sal hê in die hantering en versorging van die baba tuis - *"they must know what to do with their children"*.

Die personeel het gemeen dat daar leemtes in die voorligting aan die moeders bestaan ten opsigte van sekere versorgingsaspekte wat tuis geskied, soos hoe om op te tree as die baba koud kry of asemhalingsprobleme ondervind.

#### 4.3.5 Baba se gedrag en ontwikkeling

Behoeftes wat geïdentifiseer is wat te make het met die gedrag en ontwikkeling van die baba hou verband met slaap, groei en ontwikkelingsmylpale.

Moeders het melding gemaak van **slaapprobleme en -patrone** van hul babas wat volgens hulle òf te min òf te veel geslaap het.

*"As hy klaar is hy wil nie slaap nie"*

*"Ek doen die kangaroo maar ek weet nie hoekom hy slaap so baie nie".*

In verskeie onderhoude het dit na vore gekom dat daar by moeders kommer heers oor die **groei** en gewigstoename van hulle babas. So byvoorbeeld was hulle bekommerd oor die rol wat KMS in die groeiproses speel - *"Is it really that the kangaroo will grow the baby?"* Daar was ook onsekerhede rondom gewigsverlies by die premature baba - *"Why my baby lost more weight? Lost weight, every time, every time he lost weight."*

Die grootte van die babas het die moeders ook laat wonder waarom die babas klein bly alhoewel hulle volgens die skaal gewig optel. Moeders was ook besorg oor die verskil in groei en gewigstoename tussen die premature baba en die voltermynbaba - *"Will the baby grow like the nine month baby?"*

Daar is nie tydens die onderhoude met die personeel in die saal enige melding van dié tema gemaak nie.

**Ontwikkelingsmylpale** het ook in die onderhoude met moeders ter sprake gekom. Hulle het onkundig en onseker voorgekom oor veral die motoriese ontwikkeling van die premature baba, byvoorbeeld: *"When will the baby sit alone?"*



#### 4.3.6 Opvoedingsmilieu

Hoewel die moeders baie gefokus was op die hier en nou, het daar tog ook gedagtes deurgeskemer oor die toekomstige opvoedingsmilieu wat verband gehou het met dissipline en finansiële bekommernisse.

Wat betref **opvoeding en dissipline** is daar by sekere van die moeders 'n behoefte om riglyne te kry in die hantering van die baba en jong kind, veral met betrekking tot die volgende aspekte:

- die aanleer van waardes

*“As hulle groot is moet hulle skool toe gaan en kerk toe. Ek dink want as hulle nie gaan skool toe en kerk toe, hulle gaan skelm.”*

- die betoon van respek teenoor meerderes

*“Hulle moet goed verstaan van groot mense en klein mense.”*

In een van die onderhoude het 'n moeder ook gemeld dat sy gehoor het dat premature babas baie stout is en dat sy graag riglyne wou hê vir die hantering van só 'n kind. Gedragsprobleme wat 'n moontlike gevolg van prematuriteit is (sien 2.2.3) en die dissiplinering van die kind is dus 'n leemte in die huidige program wat aangebied word en die moeders wil inligting daarvoor verkry.

Die basiese behoeftes van 'n persoon moet eers aangespreek word voordat daar na ander behoeftes gekyk kan word. Dit is daarom verstaanbaar dat daar moeders is wat in die eerste plek **finansiële bekommernisse** het en wonder of hulle in hul kind(ers) se basiese behoeftes soos voedsel en klere sal kan voorsien.

*“Ek dink met die klere van die kinders...ek werk nie, sy pa werk nie. Hy werk maar hy het nie vaste job nie.”*

#### 4.3.7 Gesinsbeplanning

Die personeel meen *family planning is another topic*" wat goed gebruik kan word in die aanbieding van 'n ouerleidingsprogram aan nuwe moeders. Dit is 'n behoefte wat 'n mens waarskynlik in die kategorie van persoonlike versorging sal kan plaas.

#### 4.3.8 Die belangrikheid van die moeders se gemoedstoestand

Die navorser het probeer om 'n onderhoud te voer met 'n groep van drie moeders wie se babas die vorige dag uit die neonatale eenheid na die kangaroesaal oorgeplaas is. Dit was duidelik dat hierdie moeders 'n emosionele tyd in die neonatale eenheid beleef het omdat daar vir hul babas se lewens gevrees is. Met die oorplasing uit die eenheid na die kangaroesaal het daar vir hulle aansienlike verligting ingetree, aangesien hulle nou geweet dat hul babas waarskynlik buite lewensgevaar was. Hulle was opgewonde oor die vordering en herstel wat hul babas getoon het. Tydens die onderhoud is daar aan hulle dieselfde vraag gestel as aan die ander moeders, naamlik om enige probleme te noem of temas te identifiseer waarvoor hul meer inligting verlang. Die moeders kon nie een aan iets dink waarvoor hul bekommerd was of waarvoor hulle onseker was nie. Hulle het by herhaling aan die navorser gesê hoe gelukkig hulle is dat hulle babas nou in hierdie kangaroesaal kan wees en dat hulle die babas kan vashou en hulle self kan versorg.

Die onderhoud is nie verder gevoer nie aangesien die navorser gevoel het dit sou oneties en onvanpas wees om aan te hou uitvra totdat daar probleemareas geïdentifiseer is om in 'n ouerleidingsprogram aan te spreek. Die moeders was positief en gelukkig dat hul babas leef en die navorser wou nie hulle blydschap demp nie.

'n Belangrike afleiding wat uit hierdie onderhoud gemaak kan word, is dat al die moeders in die kangaroesaal nie dieselfde emosies beleef nie. Die moeders wat langer in die saal was, kon gemaklik probleme of onsekerhede noem, wat daarop wys dat hul reeds daaraan gedink het, terwyl die moeders in hierdie spesifieke onderhoud aan geen verdere probleme met hul kinders kon dink nie.

By die aanbied van 'n ouerleidingsprogram moet daar dus in gedagte gehou word dat alle moeders nie noodwendig gereed is om aan alle inligting blootgestel te word nie. Vir 'n moeder wie se baba die vorige dag uit die neonatale eenheid oorgeplaas is na die kangaroesaal, sal dit meer gepas wees om 'n minder bedreigende tema uit die ouerleidingsprogram aan te spreek, byvoorbeeld iets oor borsvoeding. Om dadelik só 'n moeder te konfronteer met die moontlike probleme wat later kan opduik as gevolg van 'n premature geboorte, kan net onnodige negatiewe emosies uitlok.

#### 4.3.9 Slotsom

Uit die temas wat deur die moeders en die personeel geïdentifiseer is en in afdelings 4.2 en 4.3 uiteengesit is as moontlike temas om in die ouerleidingsprogram in te bou, is dit duidelik dat moeders en personeel fokus op die *huidige versorging* van die baba eerder as op die *toekomstige hantering* van die kind. Dit kan daaraan toegeskryf word dat die moeders in hul huidige gesitueerdheid vaskyk en net die probleme wat op die oomblik vir hulle relevant is, raaksien. Daar is moontlik ook by die moeders onkunde oor die moontlike langtermyngevolge van prematuriteit en daarom het hulle nie enige vrae oor dié aspekte nie. Hulle behoeftes ten opsigte van ouerleiding, spesifiek met betrekking tot hul premature baba, sal verander soos wat die kind groei en verder ontwikkel. Dit is nie onvanpas of onnodig indien 'n buitestaander soos die navorser die leemte in ouerleiding oor begeleiding ten opsigte van die *toekomstige hantering* van 'n moeder se kind aanspreek nie.

### 4.4 BEPERKINGE VAN DIE NAVORSING

Die beperkings wat in die empiriese navorsing voorgekom het, word verdeel in beperkinge ten opsigte van die navorsingsproses en beperkinge ten opsigte van die navorsingsresultate.

#### 4.4.1 Beperkinge in die navorsingsproses

Daar word onderskei tussen die beperkinge wat voorgekom het tydens die onderhoude met die moeders en tydens die onderhoude met die personeel. 'n Beperking wat egter kon voorkom tydens die onderhoude met al die deelnemers

(moeders en personeel) is dat die deelnemers aspekte kon meld wat hulle dink die navorser wou hoor. Hulle kon dus sake aanraak en noem om die navorser bloot net tevrede te stel. Volgens LeCompte en Preissle (1993:165-166) is die voordeel van onderhoude dat die navorser deur die persoonlike interaksie beter data kan bekom om die navorsingsvrae te beantwoord. Hulle kan egter ook reaktief en opdringerig wees deurdat deelnemers bewustelik of onbewustelik vals of misleidende data verskaf.

#### *4.4.1.1 Beperkinge met betrekking tot onderhoude met moeders*

Die onderhoude wat met die moeders gevoer is, was korter as wat daar oor die algemeen verwag word van 'n ongestruktureerde diepte-onderhoud. Die onderhoudvoerder het tydens die onderhoude vir die moeders ruim geleentheid gegee om insette te lewer. By elke onderhoud het die moeders aangedui dat hulle nie verder wou vrae stel of opinies lug nie. Moontlike redes vir die relatief korter onderhoude sluit die volgende in:

##### a. Die onderhoudsituasie as bedreiging

'n Groot aantal moeders was nog nie vantevore blootgestel aan 'n onderhoudsituasie nie. Ten spyte van verduidelikings oor hoe dit werk en wat van hulle verwag is, was hulle moontlik steeds onseker oor die navorser se verwagtinge. Daar was byvoorbeeld een moeder wat tydens die onderhoud gevra het of sy moet praat totdat die bladsy wat die navorser vir aantekeninge gebruik het, vol was.

Ten spyte daarvan dat die moeders ingelig is oor die gebruik van 'n oudiobandmasjien en die vertroulikheid van die inligting kon dit ook steeds 'n bedreigende faktor gewees het.

##### b. Die fokus op die onmiddellike behoeftes

Dit wil voorkom of die moeders miskien onbewus daarvan was dat premature babas ook op die langtermyn moontlik probleme en agterstande kon hê wat

voortspruit uit die feit dat hul te vroeg gebore is. Die moeders dink dus meer oor die huidige probleme van die baba, terwyl onsekerhede of bekommernisse oor latere probleme of behoeftes nog nie duidelik geword nie.

### c. Taal- en kultuurfaktore

Die meeste moeders was Sepedi-sprekend en in hierdie kultuur word daar van die vroue verwag word om nie te veel vrae te vra of uitlatings te maak nie. Volgens hul tradisie behoort hul te aanvaar wat vir hulle gesê word, veral as dit van 'n gesagsfiguur soos die verpleegpersoneel of die navorser afkomstig is. Hierdie opvatting kon moontlik ook 'n remmende invloed gehad het op die moeders se vrymoedigheid om al hul probleme en onsekerhede uit te lig.

Die taalverskille tussen die navorser en die moeders kon ook 'n negatiewe uitwerking op die moeders se vrymoedigheid om te praat, geplaas het. Daar is by die onderhoude van 'n tolk gebruik gemaak indien die moeders nie Afrikaans of Engels magtig was nie. Enige gesprek vloei nietemin gemakliker indien albei partye in dieselfde taal met mekaar praat.

Tydens die fokusgroeponderhoude het dit gelyk asof die moeders bang was oor wat die ander moeders van hulle sou dink indien 'n stelling gemaak of 'n behoefte uitgespreek word. Dit het 'n onmiddellike stremming op 'n onderhoud indien almal nie met vrymoedigheid kan gesels nie, ongeag van wat die ander dink. Veral sensitiewe sake is om hierdie rede moontlik nie altyd in onderhoude uitgelig nie.

Die feit dat die onderhoude relatief kort was, het nie noodwendig 'n uitwerking op die kwaliteit van die inhoud van die onderhoude nie. Aangesien daar wel ooreenstemming was ten opsigte van sekere temas wat die moeders in die onderhoude gemeld het, kan daar afgelei word dat die meeste van die belangrike sake wel tydens die onderhoude aangespreek is.

Die meeste van die moeders in die kangaroesaal het 'n traumatiese ervaring as gevolg van die geboorte van 'n premature baba deurgemaak, aangesien daar vir baie van die babas se lewens gevrees is. Die babas word oorgeplaas van die neonatale

eenheid nadat hulle gestabiliseer is, gewig opgetel het en sterker geword het. Vir die moeders is dit 'n verligting dat hul baba nou na alle waarskynlikheid buite lewensgevaar is. Dit is daarom vir hulle moeilik om aan probleemareas (veral toekomstige probleemareas) te dink waarin hul graag ouerleiding wil ontvang en dit het in ten minste een geval 'n direkte remming op die onderhoud geplaas (sien 4.3.8). Die moeders in die spesifieke onderhoud kon aan geen idees of temas dink waaroor hulle graag meer inligting in die hospitaalsaal sou wou hê nie, juis omdat die positiewe emosies rondom die herstel van die baba oorweldigend was en hulle nie aan probleme en tekortkominge kon of wou dink nie.

#### *4.4.1.2 Beperkinge met betrekking tot die onderhoude met die personeel*

Die onderhoude met die personeel was ook relatief kort in vergelyking met die verwagte lengte van ongestruktureerde kwalitatiewe onderhoude. Die volgende redes kan vir die korter as verwagte onderhoude aangevoer word:

- Die **personeel was aan diens** tydens die onderhoud en omdat daar gelyktydig 'n beperkte aantal personeellede in die saal werksaam is, kon hul nie onbeperkte tyd aan die onderhoude afstaan nie. Daar is vir hierdie leemte voorsiening gemaak deurdat hul tydens die onderhoud geleentheid gegun is om na die pasiënte om te sien soos dit nodig was, waarna die onderhoud weer hervat is. Dit kon egter beide navorser en personeel se konsentrasie beïnvloed het. Om logistieke redes moes die onderhoude met die personeel noodwendig geskied in die tye wat hulle aan diens was. Die personeel woon meestal ver van die hospitaal af en was nie bereid om vir slegs 'n onderhoud na die hospitaal te kom nie. Die navorser het besluit om die onderhoude in die kangaroesaal af te neem omdat dit die natuurlike omgewing is (sien ook 3.3.2.1).
- Die personeel wat genader is, kon waarskynlik onsekerhede beleef het ten opsigte van **wat die ander personeellede** van hul insette **sou dink** tydens die onderhoud.

- Omdat al die personeellede nie dieselfde vlak van opleiding het nie, bestaan daar 'n mate van 'n hiërargie in die kangaroesaal. Dit kon 'n direkte invloed gehad het op die bereidwilligheid van die personeel om insette te lewer, aangesien elke personeellid volgens dié hiërargie sekere besluite in die saal neem, ook ten opsigte van die voorligting aan die moeders. Personeel kon dalk gevoel het dat hul insette geen gewig sou dra nie of dat hulle nie teen die idees van hulle sogenaamde meerderes gekant wou wees nie.

Dit is belangrik om hier te meld dat daar ooreenkomste was in die temas wat deur die personeel in verskillende onderhoude gemeld is (sien Tabel 4.1). Dit is 'n aanduiding dat die belangrikste temas waarskynlik wel uit die onderhoude na vore gekom het.

#### 4.4.2 Beperkinge ten opsigte van die navorsingsresultate

In Hoofstuk 3 is beskryf watter vertrouenswaardigheidsmaatreëls daar ingestel is sodat die beperkinge van die navorsingsproses en navorsingsresultate geminimaliseer kon word (sien 3.6). Van die maatreëls wat daar genoem is, word hier bespreek om te verduidelik hoe dit bygedra het of hoe dit kon bydra tot sekere beperkinge in die navorsingsresultate.

- Die deelname van slegs een navorser aan die studie, kon 'n beperking plaas op die resultate. Die navorser interpreteer die data alleen, met ander woorde segmenteer, kategoriseer en maak daarvan afleidings sonder om insette van ander navorsers of kenners in te win. Om hierdie beperking te oorkom is die resultate nadat dit gekategoriseer is aan kenners voorgelê vir kruiskontrole. Die kategorieë is ook aan die deelnemers voorgelê om te bepaal of hulle saamstem met die navorser se analise van die inhoud en of die navorser hulle reg verstaan het tydens die onderhoude.
- Die ideaal sou wees om al die onderhoude op band op te neem omdat bandopnames bydra tot die vertrouenswaardigheid van die resultate aangesien direkte aanhalings uit die onderhoude gebruik kan word. Om etiese redes is daar aan die deelnemers die keuse gestel met betrekking tot die gebruik van 'n

bandmasjien. Die deelnemers het nie almal ingestem nie. Daar is tydens daardie onderhoude deeglike aantekeninge geneem en die aantekeninge is gebruik tydens die data-analise (sien ook 3.6).

- Die selektering van die steekproef speel 'n belangrike rol in die verkryging van die resultate. Die keuse van deelnemers is in afdeling 3.3.2.2 beskryf. Nadat die onderhoude gevoer is, is daar besluit op 'n addisionele opvolgonderhoud wat beteken dat 'n deelnemer geselekteer is wat nie tydens die aanvanklike steekproef gekies is nie. Die redes waarom daar op 'n opvolgonderhoud besluit is en vir die keuse van daardie betrokke persoon is in Hoofstuk 3 verduidelik (sien 3.3.2.1, paragraaf c).

#### 4.5 SAMEVATTING

Die bevindinge van die empiriese studie is in hierdie hoofstuk uiteengesit onder twee hoofopskrifte, naamlik die bevindinge uit die onderhoude en waarnemings met betrekking tot die inhoud van die voorgestelde program en die bevindinge uit die onderhoude en waarnemings met betrekking tot die huidige program. Hieruit is daar 'n beeld gevorm van die inhoud en aanbieding van die informele program wat tans in die saal gevolg word. Die leemtes in die huidige program is uitgelig en kan aangespreek word in die voorstelling van die nuwe, meer gestruktureerde program.

Die inhoud wat deur die deelnemers in die navorsing geïdentifiseer is as moontlikhede vir die voorgestelde program sal, met inagneming van die probleemstelling van hierdie studie, ingebou en gebruik word in die konseptualisering van die ouerleidingsprogram. Die moeders sowel as die personeel het by die identifisering van inhoud vir die program meer gefokus op die onmiddellike versorging van die babas as op die toekomstige begeleiding wat die moeder mag nodig kry. Die huidige program spreek ook merendeels die onmiddellike versorging van die baba aan. Daar is dus geleentheid en ruimte vir voorligting aan die moeders ten opsigte van die toekomstige begeleiding van hul prematuur-gebore babas.

Laastens is sekere beperkinge ten opsigte van die bevindinge, asook hoe dit geminimaliseer is, in hierdie hoofstuk bespreek. Die finale hoofstuk sal riglyne



daarstel vir die ontwerp van die oerleidingsprogram met inagneming van die bevindinge wat in hierdie hoofstuk bespreek is.

## HOOFSTUK 5

### Aanbevelings en gevolgtrekking

#### 5.1 INLEIDING

In hierdie finale hoofstuk word aangetoon hoe die navorsingsdoelstellings van die studie bereik is met behulp van die literatuur- en die empiriese navorsing. Die bevindinge soos wat dit in Hoofstuk 4 uiteengesit is, word met inagneming van die literatuuroorsig in Hoofstuk 2, saamgevoeg om riglyne voor te stel vir 'n ouerleidingsprogram vir 'n kangaroesaal. Dit sluit in riglyne met betrekking tot die inhoud en die aanbieding van die program, asook riglyne om te bepaal of die uitkomst van elke sessie in elke eenheid bereik is. Meer uitgebreide voorstelle ten opsigte van elk van die sessies in die ouerleidingsprogram word in Bylaag G saamgevat. Daar word verder in die hoofstuk voorstelle ten opsigte van verdere toepassings- en navorsingsmoontlikhede gemaak.

#### 5.2 VOORGESTELDE RIGLYNE VIR DIE OUERLEIDINGSPROGRAM

Die riglyne vir die ouerleidingsprogram word bespreek deur te fokus op die oorkoepelende uitkomst van die program, die programinhoud, programaanbieding en die beoordeling van die bereiking van uitkomst.

##### 5.2.1 Oorkoepelende uitkomst

Die hoofdoel met die ouerleidingsprogram is om die moeder tydens haar verblyf in die kangaroesaal toe te rus in die onmiddellike versorging en die toekomstige begeleiding van haar kind (sien 1.2.3).

By haar ontslag uit die hospitaal, behoort sy **selfvertroue** in die onmiddellike en toekomstige hantering van haar kind en ook sekere **basiese vaardigede** te hê. Die inhoud van die sessies wat sy wel bygewoon het, moet sy **ken en verstaan** en dit

suksesvol kan **toepas**. Sy moet veral weet dat daar instansies is wat **hulp** aanbied met vrae en onsekerhede wat sy ook na ontslag mag hê, en weet waar en hoe om vir hulp aan te klop. Die aanbied van die sessies moet so geskied dat dit daar 'n **oop interaksie** tussen die moeders onderling en tussen moeder en personeel geskep word. Die moeder moet die vrymoedigheid hê om enige aspek met die personeel of ander moeders te bespreek en weet dat sy nie verneder of selfbewus sal voel oor haar onkunde nie. Met die bywoon van die sessies moet die moeder se **probleemoplossingsvaardighede** verbeter, en sy moet selfvertroue kry in **besluitneming**.

### 5.2.2 Programinhoud en die verdeling in eenhede

Die bevindinge wat uit die empiriese navorsing voortgevloei het, het daarop gedui dat daar 'n aantal temas is wat volgens sowel die moeders as die verpleegpersoneel belangrik is om in die oerleidingsprogram aan te spreek (sien Tabel 4.1). Sommige van hierdie temas word reeds in die huidige program in Kalafong-hospitaal in 'n meerdere of mindere mate deur die personeel aangespreek, terwyl hulle ander as belangrik beskou maar nog nie aanspreek nie. Hierdie agt temas word deur die navorser as belangrik beskou omdat die temas deur albei die twee verskillende groepe deelnemers geïdentifiseer en ook algemeen in die populêre ouerskapliteratuur voorkom (sien byvoorbeeld Hobbs 1997:69, 195, 270, 328, 355; Stoppard 1993: 13, 16, 20, 65). Die temas word kortliks hieronder gelys en sal prioriteit geniet in die seleksie van temas vir riglyne van die voorgestelde oerleidingsprogram:

- kangaroemoedersorg
- borsvoeding
- vaste kos
- versorging in die hospitaal
- versorging tuis
- slaappatrone en -probleme
- die baba wat huil
- ontwikkelingsmylpale.

Dit is belangrik om in ag te neem dat die moeders sowel as die personeel geneig was om tydens die onderhoude op die huidige probleme wat die moeders met hul premature babas ondervind, te fokus. Die moontlike redes hiervoor is in Hoofstuk 4 (sien 4.3.9) bespreek. Die bogenoemde temas wat geïdentifiseer is, fokus dus meer op die onmiddellike versorging van die baba (sien 1.2.3). Die toerusting van die moeder vir die toekomstige begeleiding van haar kind (sien 1.2.3) word ook vir die voorgestelde ouerleidingsprogram as belangrik beskou en is 'n leemte in die huidige program. Dit is daarom nodig om ook temas in die program in te bou wat nie noodwendig deur die moeders en/of personeel geïdentifiseer is nie, maar wat uit die literatuurnavorsing verkry is (sien 2.4.2 en onderafdelings).

Met inagneming van die bevindinge uit die empiriese studie en die literatuurnavorsing, is daar besluit om die volgende temas voor te stel om in die ouerleidingsprogram aan te bied. Hierdie is slegs temas wat ingedeel sal word in die verskillende eenhede van die program.

- Kangaroemoedersorg
- Borsvoeding
- Bottelvoeding (formulevoeding)
- Vaste kos
- Prematuriteit
- Immunisering
- Ontwikkelingsmylpale
- Opvoeding en dissiplinering
- Tuisversorging
- Persoonlike higiëne
- Veiligheid van babas en kleuters by die huis.

Daar word voorgestel dat die ouerleidingsprogram in eenhede ontwikkel word. 'n Eenheid sluit meer as een tema in en word onderverdeel in twee sessies. Verdere sessies of eenhede kan ook bygevoeg word na gelang van die behoeftes en omstandighede wat op 'n bepaalde tydstip heers. Een tema wat nie in hierdie

program ingesluit is nie, maar wat beslis in die toekoms aangespreek moet word, is dié van die persoonlike versorging van die moeder. Hieronder sou aspekte soos vrouwees, bevordering van haar selfbeeld, vroueregte, gesinsbeplanning en seksueel oordraagbare siektes bespreek kon word. In die lig van die erns van die vigs-pandemie, sal die voorkoming van MIV-infeksie en die hantering van infeksie ook onder die loep geneem moet word.

Die uiteensetting van die verskillende eenhede vir die oerleidingsprogram word volledig in Bylaag G gedoen. Hier word net 'n opsomming van die voorgestelde eenhede gegee met die sessies wat in elke eenheid ingesluit sal word.

### **Eenheid 1: Kangaroemoedersorg**

Sessie 1: Kangaroemoedersorg (voordele; kernelemente)

Sessie 2: Borsvoeding as voedingswyse by KMS (voordele; tegniek)

### **Eenheid 2: Voeding van die baba**

Sessie 1: Instandhouding van laktasie en probleme by borsvoeding

Sessie 2: Vaste kos

### **Eenheid 3: Prematuriteit**

Sessie 1: Die hier-en-nou (oorsake en eienskappe)

Sessie 2: Langtermyngevolge

### **Eenheid 4: Groei en ontwikkeling**

Sessie 1: Immunisering

Sessie 2: Ontwikkelingsmylpale

### **Eenheid 5: Opvoeding en dissiplinerings**

Sessie 1: Liefde, aanvaarding en interaksie met die kind

Sessie 2: Dissipline en sekuriteit

### **Eenheid 6: Tuisversorging na ontslag**

Sessie 1: Higiëne en veiligheid

Sessie 2: Die siek of beseerde baba

Wat betref die voeding van die baba (sien Eenheid 2) is dit ook belangrik om inligting rakende alternatiewe tot borsvoeding aan sekere van die moeders oor te dra. Volgens die Internasionale Kode vir die Bemaking van Borsmelks Substitute moet slegs moeders wat nie kan of mag borsvoed nie, ingelig word oor formulevoeding (Chetley 1985:21). Hierdie aspek van voeding kan dus nie in 'n program aan al die moeders aangebied word nie. Dit is egter belangrik dat die personeel sal toesien dat die moeders op wie dit van toepassing is, hierdie voorligting op 'n ander tyd as die geskeduleerde programtye sal ontvang.

### **5.2.3 Programaanbieding**

KMS is 'n belangrike en integrale deel van die moeders se versorging van die baba in die hospitaal. Dit is belangrik dat al die moeders die inhoud van hierdie sessie verstaan (Eenheid 1 sessie 1). Hierdie tema behoort elke week aangebied te word. Nuwe moeders maak op dié wyse ook vinnig kennis met die voordele en die basiese elemente van KMS. Dit sou ook moontlik wees om die moeders wie se babas nog in Kalafong-hospitaal se neonatale saal is by hierdie sessie te betrek, aangesien intermitterende KMS reeds in die hoësoorgeneheid toegepas word.

#### *5.2.3.1 Skedulering*

Aangesien die moeders vir verskillende tydperke, van twee weke tot drie maande, in die kangaroesaal opgeneem is (sien 2.3.3.2) en nie almal gelyktydig opgeneem word nie, is dit nie sinvol om 'n program met 'n vasgestelde volgorde met al die moeders te deurloop nie. Die program moet sodanig gestruktureer word dat moeders op verskillende stadiums kan inval (na opname) en steeds by die program kan baat. 'n Program met sessies van eenhede wat op 'n rotasie-basis aangebied word, word voorgestel. Die program kan in 'n drieweke-siklus aangebied word met vier of vyf sessies per week (Maandae tot Vrydae) van tussen 20 en 60 minute elk.

As gevolg van die uiteenlopendheid van die onderwerpe, die uitkomst wat bereik moet word en die omvang van die inhoud wat gedek moet word, kan daar groot verskille in die lengte van die sessies wees. Verskille in aanbieders se ervaring kan



Week 3:	Maandag:	Eenheid 5 sessie 1 (Liefde, aanvaarding en interaksie)
	Dinsdag:	Eenheid 5 sessie 2 (Dissipline en sekuriteit)
	Woensdag:	Eenheid 1 sessie 1 (KMS)
	Donderdag:	Eenheid 6 sessie 1 (Higiëne en veiligheid)
	Vrydag:	Eenheid 6 sessie 2 (Die siek of beseerde baba)

Die ideaal sou wees dat elke moeder elk van die veertien voorligtingsgeleenthede bywoon, maar vir die moeders wat vir korter as drie weke in die kangaroesaal opgeneem is, is dit nie moontlik nie. Die voorgestelde sessies sal losstaande van mekaar wees, wat beteken dat die een nie voortbou op die volgende nie. 'n Moeder sou dus op enige stadium kon inskakel en op enige stadium kon staak sonder dat dit afbreuk doen aan die relevansie van die inhoud vir daardie spesifieke moeder.

Die uitgewerkte program, met die tye en dae van aanbieding, kan op 'n aansteekbord of ander sigbare plek in die saal aangebring word. Op dié manier weet die moeders voordat die voorligtingsessies begin wat die tema is waaroor daar gepraat gaan word. Hulle kan dan vooraf met mekaar daaroor gesels en reeds moontlike vrae en onsekerhede bespreek. Die personeel weet ook vooraf presies waaroor die voorligting gaan handel. Hierdie bekendmaking van die sessies kan dien as kontrole omdat enige persoon wat in die saal instap, weet wat veronderstel is om te gebeur. Dit kan dan ook as 'n aanwyser gebruik word in die oudit- en kwaliteitsversekeringsmeganismes van die kangaroesaal.

#### *5.2.3.2 Aanbiedingswyses*

By die keuses van die aanbiedingswyses vir die aanbieding van hierdie spesifieke oerleidingsprogram, behoort die profiel van die moeders wat die program gaan deurloop, in ag geneem te word.

In die studie wat onderneem is om die sosiale en maatskaplike samestelling van die moeders in die kangaroesaal vas te stel, is bevind dat slegs 10 persent van die moeders in die saal gereeld koerante, tydskrifte of ander materiaal lees (Van Rooyen



*et al.* 2002b; sien 2.4.1). Dit impliseer dat geskrewe materiaal nie die mees geskikte hulpmiddel vir die ouerleidingsprogram sou wees nie. Ander hulpmiddels, soos visuele materiaal en praktiese demonstrasies sal meer aftrek kry en tot beter leer bydra.

Die taal waarin die sessies aangebied word, moet met omsigtigheid bepaal word. Die meeste van die moeders is Sepedi-sprekend (60 persent) alhoewel nie almal van die ander dié taal verstaan nie. Baie van die moeders het ook aangedui dat hulle wel 'n mate van Afrikaans of Engels verstaan, maar ook nie almal nie. Daar word aanbeveel dat die aanbieder(s) van die program, voordat daar met 'n sessie begin word, eers vasstel of daar 'n taal is waarmee al die leerders in die betrokke sessie vertrouwd is en kan verstaan. Indien daar nie een taal is nie, moet daar oorweeg word om die sessie in twee tale aan te bied. Om die taalkwessie verder te bowe te kom, word daar aanbeveel dat die sessies tot 'n groot mate prakties aangebied word en daar sover moontlik van demonstrasies gebruik gemaak word. Demonstrasies hoef nie aan 'n taal gekoppel te wees nie en die leerders kan *sien* wat van hulle verwag word sonder om alles te *verstaan* wat gesê word.

Daar word voorgestel dat die verpleegpersoneel in die saal as aanbieders optree. Hulle het baie kontak met die moeders, behoort in voeling met die moeders se emosies en behoeftes te wees en het die tyd om 'n band van vertroue met hulle op te bou. Ander bekwame gekwalifiseerde persone kan egter ook aangewys word om die program - of sekere sessies van die program - aan te bied.

Indien die ouerleidingsprogram as opleidingsgeleentheid vir studente in 'n multidissiplinêre span gebruik sou word, is Tabel 5.1 'n voorbeeld van 'n moontlike alternatief (sien bladsy 99). Die dae en tye waarop elke tema aangebied word, word dan aangepas volgens die verskillende studente se roosters en programme. As alternatief kan een groep studente (byvoorbeeld in verpleegkunde) die hele program as deel van hulle opleiding aanbied. Hierdie program sou ook gebruik kon word as deel van die praktiese komponent van die opleiding van lekegesondheidswerkers wat in die gemeenskap diens sal doen.

'n Probleemgesentreerde benadering is 'n meer geskikte wyse tot leer as die tradisionele onderwysergesentreerde benadering (sien 2.5.2) en daar word voorgestel dat hierdie benadering in die sessies toegepas word. In Bylaag G word volledige voorstelle gemaak vir die aanbieding van elke sessie. Al die aanbieders sal nie noodwendig vertrouwd wees met hierdie wyse van aanbieding nie en daarom sal daar aanvanklik 'n mate van opleiding nodig wees.

Tabel 5.1

Voorstel vir studente-aanbiedings

EENHEID	SESSIE	STUDENTE							
		Verpleeg- kunde	Medies	Opvoed- kundige sielkunde	Dieet- kunde	Arbeids- terapie	Spraak- terapie	Fisio- terapie	Maat- skaplike werk
1 Kangaroo- moedersorg	1 KMS	■							
	2 Borsvoeding	■			■				
2 Voeding	1 Laktasie	■			■				
	2 Vaste kos	(■)			■		(■)		
3 Prematuriteit	1 Hier-en-nou	(■)	■						
	2 Langtermyn			■		■	■		
4 Groei & ontwikkeling	1 Immunisering	■	(■)						
	2 Ontwikkelingsmylpale	■		■		■	(■)	■	
5 Opvoeding & dissiplinering	1 Liefde, aanvaarding ens.			■					■
	2 Dissipline & sekuriteit			■					■
6 Tuisversorging	1 Higiëne & veiligheid	■							■
	2 Siek baba	■	■						

(■) Gedeeltelik

#### 5.2.4 Bereiking van uitkomst

Die bereiking van oorkoepelende, eenheid- en sessie-uitkomst kan op verskillende maniere beoordeel word. Na afloop van 'n sessie of selfs tydens 'n sessie (as moeders 'n demonstrasie "oefen"). Korttermynuitkomst kan ook tussen die voorligtingsessies by individuele moeders op informele wyse in die saal waargeneem word. 'n Mens sou ook aan die begin van die sessie die hoofpunte van die vorige sessie se inhoud opsommend kon bespreek om te bepaal waar die moeders staan.

Aan die einde van elke sessie wat aangebied word is dit noodsaaklik om te bepaal of die moeders wel baat gevind het by die sessie en hoeveel hulle geleer het. Deur te bepaal in watter mate die gestelde uitkomst van elke sessie bereik is, kry die aanbieders terugvoer oor die geskiktheid van die inhoud, sowel as oor die effektiwiteit van die gekose aanbiedingswyse. Hulle kan dan weer die inhoud en aanbiedingswyses heroorweeg of aanpas indien nodig.

Om te bepaal of die uitkomst bereik is, word die volgende idees voorgehou. Hierdie idees is slegs voorlopige voorstelle. Die aanbieder, haar besondere styl, die samestelling van die groep, die kulturele aanvaarbaarheid van die beoordelingswyse en ander faktore moet in ag geneem word by die keuse van die wyses waarop die bepaling van die bereiking van uitkomst gedoen sal word. Die aanbieder kan op een van die voorstelle (of 'n kombinasie van voorstelle) besluit om na afloop van die sessie in te skakel.

- Die aanbieder **vra direkte vrae** oor die inhoud aan die leerders. Die leerders kan die vrae individueel of in die groepe beantwoord. Hierdie beoordelingswyse sal veral geskik wees waar daar nie praktiese vaardighede aangeleer is nie, maar eerder inligting oorgedra is en waar begrip dus belangrik is. Hierdie is waarskynlik 'n geskikte beoordelingsstrategie vir eenhede drie en vier.

- Die moeders kan in twee groepe verdeel word en 'n **informele vasvrakompetisie** kan gehou word. Hier moet spesifiek gemeld word dat alle kultuurgroepe nie geredelik dié idee sal aanvaar nie. Die een span mag aan die ander span vrae vra en indien hulle reg antwoord verdien hulle 'n punt. Die rolle ruil dan om en die ander span kry die geleentheid om die vrae te beantwoord. Daar kan vooraf besluit word of die hele span saam mag dink oor die antwoord en of die span wat die vrae stel, een spesifieke leerder uit die ander span moet identifiseer om die vraag te beantwoord. Die bereiking van uitkomst van Eenheid 2, 3, 4, 5 en 6 kan op dié manier bepaal word.
- Die moeders kan gevra word om sekere vaardighede te **demonstreer**. Die bereiking van uitkomst van Eenheid 1 en 2 kan op die wyse bepaal word.
- Daar kan van **rollespel** gebruik gemaak word. Een van die moeders kan byvoorbeeld as 'n kind met dissiplinêre of enige ander probleme optree en 'n ander moeder, wat die rol van dié kind se moeder vertolk, kan die situasie hanteer. Die groep kan dan kommentaar lewer na afloop van die rollespel en besluit of die moeder reg opgetree het al dan nie. Daar kan dan 'n ander moeder gevra word om die rol van die moeder te vertolk, terwyl die kind weer dieselfde gedrag in sy rol uitspeel. Die bereiking van die uitkomst van Eenheid 5 kan sodoende bepaal word.
- Die moeders kan gevra word om individueel of in kleingroepe van twee of drie moeders, **visuele voorstelle** te maak van wat hulle in die sessie geleer het. Die visuele voorstelle kan dan aan die groot groep verduidelik word. Sekere hulpmiddels soos vetkryt, ou tydskrifte, skêre, gom, kleurpotlode en karton sal benodig word. Later kan hierdie voorstelle as saalversierings of visuele hulpmiddels by volgende sessies gebruik word. Die bereiking van uitkomst van al die eenhede behoort effektief op hierdie wyse bepaal te kan word.

- Die moeders kan gevra word om aan die einde van die sessie aan die groep **terug te verduidelik** wat hulle geleer uit. Om hierdie aktiwiteit minder bedreigend te maak, kan daar van elke moeder verwag word om een of twee punte noem, in plaas daarvan dat een moeder alles moet herhaal. Hierdie beoordelingstrategie behoort aan die einde van al die sessies toegepas te kan word.

Tabel 5.2 bied 'n opsomming van die verskillende wyses waarop uitkomst bepaal kan word. Daar word telkens aangedui watter tegniek vir watter sessie geskik behoort te wees.

Tabel 5.2

Moontlike wyses vir die bepaling van die bereiking van uitkomst:

	Eenheid 1		Eenheid 2		Eenheid 3		Eenheid 4		Eenheid 5		Eenheid 6	
	Ses-sie 1	Ses-sie 2	Ses-sie 1	Ses-sie 2	Ses-sie 1	Ses-sie 2	Ses-sie 1	Ses-sie 2	Ses-sie 1	Ses-sie 2	Ses-sie 1	Ses-sie 2
<b>Direkte vrae</b>					*	*						
<b>Vasvra-kompetisie</b>												
<b>Demon-strasie</b>												
<b>Rollespel</b>												
<b>Visuele skeppings</b>												
<b>Terug-verduidelik</b>												

### 5.3 VERDERE TOEPASSINGS- EN NAVORSINGSMOONTLIKHEDE

Hierdie navorsingstudie is om sekere redes (sien 1.5) slegs in een hospitaal gedoen, wat moontlike **leemtes** kon inhou. Uit die literatuur is daar egter wel vergelykings getref tussen die toepassing van KMS in Kalafong-hospitaal en ander gesondheidsorginstansies (sien 2.3.1).

Inligting oor die toepassing van KMS in Kalafong-hospitaal was nie in gepubliseerde artikels beskikbaar nie. Die navorser kon dus nie in artikels die feite bekom nie en moes deur middel van onderhoude en ongepubliseerde materiaal die nodige inligting bekom. Daar is gepoog om die veld so goed as moontlik te dek deur die toepassing van KMS in Kalafong-hospitaal te vergelyk met dit wat in die internasionale literatuur beskikbaar was.

Hierdie studie het nie die werklike opleiding van die personeel ingesluit nie. As gevolg van die beperkte omvang van die studie kon daar nie genoeg aandag gegee word om hulle as aanbieders op te lei nie. Die ideaal sou wees indien die program só saamgestel kon word dat opleiding aan die aanbieders tydens die inskakeling van die program kon geskied.

Ten opsigte van die **verdere uitvoering van die program** by Kalafong-hospitaal word die volgende voorstelle gemaak:

- Die program kan op 'n proefbasis aangebied word. Daarna kan daar besin word oor die inhoud, die aanbieding en die bereiking van uitkomst. Die program kan verder verfyn word na aanleiding van insette van die personeel (aanbieders) en die moeders wat die program deurloop het.
- Opleiding aan die personeel in die aanbieding van die program kan deurlopend geskied. Nuwe personeellede of personeel wat nie genoeg selfvertroue of ondervinding het in programaanbieding nie, kan insit as ander personeel 'n sessie aanbied.
- Positiewe motivering aan die personeel kan gebruik word om die suksesvolle implementering te ontwikkel. Enige voorstelle vir die verbetering van die program moet verwelkom word. Personeel moet ook voortdurend (weekliks) die geleentheid gegun word om aangeleenthede rakende die program, byvoorbeeld probleme wat hulle ervaar of idees wat goed werk tydens die aanbieding, met mekaar te kan bespreek. Dit

kan moontlik 'n vaste punt op die agenda van hul weeklikse vergaderings gemaak word.

- Die uitoefen van kontrole om te verseker dat die program wel aangebied word is 'n sensitiewe punt wat met omsigtigheid hanteer moet word. Personeel moet nie ervaar dat hulle wantrou word in die uitvoer van hulle take nie. Uit waarnemings by die kangaroesaal was dit vir die navorser duidelik dat die personeel reeds voel dat hulle met werk oorlaai word. Om die program aan te bied is nog 'n verpligting wat by hul pligstaat gevoeg word. Hulle kan byvoorbeeld op 'n werksverslagvorm aandui watter sessies deur watter personeellid uitgevoer is.
- 'n Ander wyse waarop die personeel positief benader kan word met die doel om kontrole oor die aanbieding van die program uit te oefen, is om aan elke moeder 'n sertifikaat of bywoningskaart uit te reik. Die eenhede en sessies is dan daarop aangedui en indien 'n sessie bygewoon word, teken die personeellid wat die aanbieding waargeneem het, dit op die moeder se kaart aan.

Hierdie studie het ook die moontlikheid geskep om **verdere navorsing** oor verskeie ander aspekte (wat met prematuriteit en KMS verband hou) vanuit 'n opvoedkundig-sielkundige perspektief te bestudeer. Enkele moontlikhede is die volgende:

- Hierdie ouerleidingsprogram kan ook in ander gesondheidsorg-instansies getoets word en die geskiktheid en geslaagdheid daarvan kan met behulp van navorsing vasgestel word.
- Die aard van die pasiëntprofiel by Kalafong-hospitaal maak dit die ideale opset om ook verdere innoverende kwalitatiewe metodes van data-insameling te verken, soos byvoorbeeld die gebruik van moeders wat vantevore vir die kangaroesaal opgeneem was om as veldwerkers op te tree of deur rollespel in te span om "agter die kap van die byl" te kom.



- Aangesien moeders so pertinent op die huidige situasie gefokus was, is die toekomstige behoeftes nie goed deur hulle uitgespel nie. Aanvullend tot die huidige studie sou byvoorbeeld 'n studie onderneem kon word waar moeders met ouer kinders wat prematuur gebore is, genader word. Hulle kon ondervra word waarom hulle graag meer voorligting in die kraamhospitaal sou wou ontvang het.
- Om 'n premature baba deur middel van kangaroemoedersorg te versorg, ontlok sekere emosies by die moeder. Moeders wie se premature babas volgens konvensionele metodes versorg word, het moontlik ander emosies rondom hul baba en die premature geboorte. 'n Studie kan onderneem word om die verskille ten opsigte van hierdie twee groepe se emosies en veral angsvlakke te bepaal en ook om te kyk wat die verskille in hulle behoeftes aan 'n ouerleidingsprogram is.
- Die trauma waardeur 'n moeder (en gesin) by die geboorte van 'n premature baba gaan, kan nie oorgesien word nie. 'n Terapeutiese program kan deur navorsing ontwikkel word om moeders en hul gesinne deur hierdie trauma te begelei.

#### **5.4 SLOTOPMERKING**

Daar is deur middel van 'n aanvanklike literatuuroorsig 'n navorsingsvraag vir die studie daargestel. 'n Leemte ten opsigte van 'n ouerleidingsprogram aan moeders in die kangaroesaal van Kalafong-hospitaal is raakgesien. Hierdie program moes verder voldoen aan die begeleiding van die moeder in die onmiddellike versorging van haar premature baba sowel as die toekomstige begeleiding van die kind. Op grond van 'n literatuurstudie en kwalitatiewe navorsing in die hospitaal self, is daar 'n gevolgtrekking gemaak in die vorm van voorstelle ten opsigte van 'n ouerleidingsprogram vir moeders tydens hul verblyf in die kangaroesaal. Só 'n program kan op verskillende wyses aangebied word. Voorstelle is ook gemaak ten opsigte van die beoordeling

van die bereiking van die uitkomst wat vir die program gestel is, sodat die implementering prakties en nie net op die inhoud gerig sou wees nie.

Die kort- en langtermyngevolge wat spruit uit 'n premature geboorte is nie algemeen aan die breë publiek bekend nie. Indien die moeder voortydig geboorte skenk aan 'n baba of die baba met 'n lae geboorte gewig gebore word, is die moeder en die gesin onbewus van dit wat moontlik vir hulle kan voorlê. Die moeder word dikwels oorspoel met verskeie emosies soos vrees, onsekerheid, bekommernis, woede, teleurstelling maar dikwels ook blydskap oor 'n lewendige baba. Die moeder behoort ondersteuning te kry in die verwerking van die trauma van die premature geboorte en ook in die hanteling van die emosies daar rondom. Om ingelig te wees oor aspekte waaroor daar onsekerheid en bekommernisse heers, kan 'n mate van verligting by die moeder bring. Voorligtingsessies soos in hierdie ouerleidingsprogram uiteengesit kan hiervoor gebruik word. Die uiteindelijke doel van die program is dus meer as die toerusting van die moeders in die onmiddellike versorging en toekomstige hantering van die prematuur gebore baba, maar dien ook as ondersteuning vir die moeder se emosionele toestand. Die babas word ook bevoordeel indien hulle moeders ingelig is. Hulle moeders verstaan hulle behoeftes beter. Die moeders is ook in staat om probleme raak te sien, en om vir hulp te gaan aanklop. Hoe vinniger die moontlike probleme aangespreek word, hoe beter kan die baba of kind gehelp word. Die navorser sal hierdie studie as 'n sukses beskryf indien moeders kan meld dat hulle én hulle babas voordeel, van watter aard ook al, uit die ouerleidingsprogram getrek het.

## BRONNELYS

Affonso, D, Bosque, E, Wahlberg, V & Brady, JP. 1993. Reconciliation and healing for mothers through skin-to-skin contact provided in an American tertiary level intensive care nursery. *Neonatal Network* 12(3):25-32.

Affonso, DD, Wahlberg, V & Persson, B. 1989. Exploration of mothers' reactions to the kangaroo method of prematurity care. *Neonatal Network* 7(6): 43-51.

Anderson, GC, Marks, EA & Wahlberg, V. 1986. Kangaroo care for premature infants. *American Journal of Nursing* 86(7): 807-809.

Anderson, GC. 1989. Skin to skin: Kangaroo care in Western Europe. *American Journal of Nursing* 89(5): 662-666.

Anderson, GC. 1991. Current knowledge about skin-to-skin (kangaroo) care for preterm infants. *Journal of Perinatology* 11(3): 216-226.

Balaskas, J & Gordon, Y. 2001. *The encyclopedia of pregnancy and birth*. London: Little, Brown & Company.

Barker, LL, Wahlers, KJ & Watson, KW. 1995. *Groups in progress. An introduction to small group communication*. Boston: Allyn & Bacon.

Bell, RP & McGrath, JM. 1996. Implementing a research-based kangaroo care programme in the NICU. *Nursing Clinics of Northern America*, 31(2): 387-403.

Bergh, A-M. 2000. Persoonlike onderhoud.

Bergh, A-M. 2001. Implementation workbook for kangaroo mother care (KMC). Pretoria: Medical Research Council Unit for Maternal and Infant Health Care Strategies. Ongepubliseerde manuskrip.

Bergman, N. 1998. Introducing kangaroo-mother care. *PEDMED* Sept/Oct: 9-10.

Bergman, N. 2001. *Kangaroo mother care. Rediscover the natural way to care for your newborn baby*. Video.

Bier, JB, Ferguson, AE, Liebling, JA, Morales, Y, Archer, D, Oh, W & Vohr, BR. 1995. Skin-to-skin contact improves physiologic states of breast-fed low-birth-weight (LBW) infants. *Pediatric Research* 37(4): 103.

Bingham, RJ. 1998. Reviewing the "rudiments" of kangaroo care. *Mother Baby Journal* 3(4): 19-23.

Bogdon, RC & Biklen, SK. 1992. *Qualitative research for education. An introduction to theory and methods*. Boston: Allyn & Bacon.

Breytenbach, JA. 1980. Die verband tussen ouerskap en probleme met identiteitsverwerwing deur die kind-in-opvoeding. Ongepubliseerde MEd-verhandeling. Pretoria: Universiteit van Suid-Afrika.

- Briscoe, J, Gathercole, SE & Marlow, N. 1998. Short-term memory and language outcomes after extreme prematurity at birth. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 41(3): 654-666.
- Cattaneo, A, Davanzo, R, Uxa, F & Tamburlini, G. 1998. Recommendations for the implementation of kangaroo mother care for low birth weight infants. *Acta Paediatrica* 87(4): 440-445.
- Chapagain, ML, Bhattacharya, N, Jain, BK, Kaini, KR, Koirala, S & Jayawickramarajah, PT. 1998. Introducing problem-based learning into an organ system programme. *Medical Teacher* 20(6): 587-589.
- Charpak, N, Ruiz-Pelaez, JG & Figueroa de Calume, Z. 1996. Current knowledge of kangaroo mother intervention. *Current Opinion in Pediatrics* 8(2): 108-112.
- Cherkes-Julkowski, M. 1998. Learning disability, attention-deficit disorder, and language impairment as outcomes of prematurity: a longitudinal descriptive study. *Journal of Learning Disabilities* 31(3): 294-306.
- Chetley, A. 1985. *Protecting infant health. A health worker's guide to the international code of marketing of breast milk substitutes*. Penang: International Organisation of Consumers Unions.
- Colonna, F, Uxa, F, Da Graca, AM & De Vonderweld, U. 1990. The "kangaroo-mother" method: evaluation of an alternative model for the care of low birth weight newborns in developing countries. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics* 31:335-339.
- Costarides, AH & Shulman, BB. 1998. Norm-referenced language measures: implications for assessment of infant and toddlers. *Topics in Language Disorders* 18(3):26-33.
- Cullinan, G. 2001. Lessons from nature. *Clicks Club Card Summer 2001*:58-59.
- D'Agostino, JV. 2001. Increasing the role of educational psychology theory in programme development and evaluation. *Educational Psychologist* 36(2):127-132.
- Daines, J, Daines, C & Graham, B. 1993. *Adult learning adult teaching*. 3<sup>rd</sup> edition. Nottingham: University of Nottingham.
- Dart, B. 1997. Adult learners' metacognitive behavior in higher education, in *Adult learning: A reader*, edited by P Sutherland. London: Kogan Page.
- Delport, SD. 2000. Persoonlike onderhoud.
- Doussard-Roosevelt, JA, Porges, SW, Scanlon, JW, Alemi, B & Scanlon, KB. 1997. Vagal regulation of heart rate in the prediction of developmental outcome for very low birth weight preterm infants. *Child Development* 68(2): 173-186.
- Du Toit, SJ. 2000. Grondslae van ouerbegeleiding en van opvoeding, in *Ouerbegeleiding. Enigste studiegids vir OSI 441-8*. Pretoria: Universiteit van Suid-Afrika.
- Du Toit, SJ, Fourie, HM, Lessing, AC, Prinsloo, E. 2000. *Ouerbegeleiding. Enigste studiegids vir OSI 441-8*. Pretoria: Universiteit van Suid-Afrika.

- Ellis, L. 1994. *Research methods in die social sciences*. Madison: Brown & Benchmark Publishers.
- Engelbrecht, CS, Kok, JC & van Biljon, SS. 1990. *Volwassewording*. Durban: Butterworth.
- Evensen, DH & Hmelo, CE (ed). 2000. *Problem-based learning. A research perspective on learning interactions*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Farel, AM, Hooper, SR, Teplin, SW, Henry, MM & Kraybill, EN. 1998. Very-low-birth weight infants at seven years: an assessment of the health and neurodevelopmental risk conveyed by chronic lung disease. *Journal of Learning Disabilities* 31(2): 118-126.
- Ferreira, GV (red). 1992. *Temas in die psigopedagogiek*. Pretoria: Van Schaik.
- Fine, MJ. 1980. *Handbook on parent education*. New York: Academic Press.
- Foreman, N, Fielder, A, Minshell, C, Hurrion, E & Sergienko, E. 1997. Visual search, perception, and visual-motor skill in "healthy" children born at 27-32 weeks' gestation. *Journal of Experimental Child Psychology* 64(1): 27-41.
- Gale, G, Franck, L & Lund, C. 1993. Skin-to-skin (kangaroo) holding of the intubated premature infant. *Journal of Neonatal Nursing* 12(6): 49-56.
- Garbers, JG. (red). 1996. *Doeltreffende geesteswetenskaplike navorsing*. Pretoria: Van Schaik.
- Gonzales, MD, Montgomery, G, Fucci, D, Randolph, E, & Mata-Pistokache, T. 1997. A comparison of language abilities between groups of premature Hispanic infants and one group of full-term Hispanic infants. *Infant Toddler Intervention: The Transdisciplinary Journal* 7(1): 1-16.
- Hack, M & Taylor, HG. 2000. Perinatal brain injury in preterm infants and later neurobehavioral function. *JAMA (Journal of the American Medical Association)* 284(15): 1973-1974.
- Hamelin, K & Ramachandran, C. 1993. Kangaroo care. *The Canadian Nurse* 89(6): 15-17.
- Hann, M, Malan, A, Kronson, M, Bergman, N & Huskisson, J. 1999. Kangaroo mother care. *South African Medical Journal* 89(1) 37-39.
- Harden, RM & Crosby, J. 2000. AMEE guide no 20: the good teacher is more than a lecturer - the twelve roles of the teacher. *Medical Teacher* 22(4):334-345.
- Hmelo, CE & Evensen, DH. 2000. Problem-based learning: Gaining insights on learning interactions through multiple methods of inquiry, in *Problem-based learning. A research perspective on learning interactions*, edited by DH Evensen & CE Hmelo. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Hobbs, J-A. 1997. *Babas en peuters. Hoe om hulle te oorleef*. Parow-Oos: CTP Boekdrukkers.

- Jansen, CA. 1993. Ouerbegeleiding in 'n kontemporêre samelewing. Ongepubliseerde DEd-proefskrif. Pretoria: Universiteit van Suid-Afrika.
- Johnson, B & Christensen, L. 2000. *Educational research. Quantative and qualitative approaches*. Boston: Allyn & Bacon.
- Kachelhoffer, PM. 1993. Die kurrikulum en sillabus in die skool, in *Klaskamerpraktyk - 'n oriëntasie*, onder redaksie van WJ Louw. Pretoria: Academica.
- Kambarami, RA. 1996. *Kangaroo care method (mother-baby skin to skin care). A guide for health workers*. Harare: Departement of Paediatrics and Child Health, University of Zimbabwe.
- Kelnar, CJH & Harvey, D. 1987. *The sick newborn baby*. 2<sup>nd</sup> edition. London: Bailliere Tindall.
- Khumalo, MF & Gwele, NS. 2000. Perceptions of nurse educators about problem-based learning. *Curationis* 23(2):57-61.
- LeCompte, MD & Preissle, J. 1993. *Ethnography and qualitative design in educational research*. 2<sup>nd</sup> edition. San Diego, CA: Academic Press.
- Louw, DA (red). 1991. *Menslike ontwikkeling*. 2<sup>de</sup> uitgawe. Pretoria: HAUM.
- Louw, WJ (red). 1993. *Klaskamerpraktyk - 'n oriëntasie*. Pretoria: Academica.
- Ludington-Hoe, SM & Swinth, JY. 1996. Development aspects of kangaroo care. *Journal of Obstetric, Gynaecological and Neonatal Nursing* 25(8): 691-703.
- MacArthur, B & Dezoete, A. 1992. *Early beginnings: Development in children born preterm*. Auckland: Oxford University Press.
- Macias, MM, Saylor, CF, Younginer, E & Katikaneni, LD. 2000. Predictors of developmental outcome in very low birth weight infants. *Early Child Development and Care* 161:47-59.
- Makhinta, L. 2001. Persoonlike onderhoud.
- Martinez, GH, Rey, SE & Marquette, CM. 1992. The mother kangaroo programme. *International Child Health* 3(1): 55-67.
- McMillan, JH & Schumacher, S. 1993. *Research in education: A conceptual introduction*. New York, NY: Harper Collins Publishers
- Mowatt, I & Siann, G. 1997. Learning in small groups, in *Adult learning: a reader*, edited by P Sutherland. London: Kogan Page.
- Mpofu, DJS, Das, M, Stewart, T, Dunn, E & Schmidt, H. 1998. Perceptions of group dynamics in problem-based learning sessions: a time to reflect on group issues. *Medical Teacher* 20(5): 421-427.
- Neuman, WL. 2000. *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches*. 4<sup>th</sup> edition. Boston: Allyn & Bacon.

- Neville, AJ. 1999. The problem-based learning tutor: Teacher? Facilitator? Evaluator? *Medical Teacher* 21(4): 393-401.
- Nyqvist, KH, Sjoden, P & Ewald, U. 1999. The development of preterm infants' breastfeeding behavior. *Early Human Development* 55(3): 247-264.
- Packard, V. 1983. *Our endangered children. Growing up in a changing world.* Boston: Little, Brown & Company.
- Peterson, R, Hakendorf, M & Guscott, T. 1999. Improving aged care education for Australian rural nurses using problem-based learning. *Journal of Continuing Education in Nursing* 30(3): 120-127.
- Petropulos, M. 2001. *Baby and child care handbook.* Camps Bay: Creder Communications.
- Pretorius, JWM. 1992. Opvoedingsgedrag en die psigiese lewe van 'n kind - 'n psigopedagogiese analise, in *Temas in die Psigopedagogiek*, onder redaksie van GV Ferreira. Pretoria: Van Schaik.
- Prinsloo, H. 1984. Die invloed van die ouer se wyses van opvoeding op die kind, in *Opvoeding en opvoedingsprobleme tussen ouer en kind*, onder redaksie van MCH Sonnekus. Pretoria: HAUM.
- Pullen, AE. 2002. *Persoonlike onderhoud.*
- Robinson, D & Gonzales, LS. 1999. Children born premature: A review of linguistic and behavioral outcomes. *Infant Toddler Intervention: The Transdisciplinary Journal* 9(4): 373-390.
- Rose, SA & Feldman, JF. 1996. Memory and processing speed in preterm children at eleven years: a comparison with full-terms. *Child Development* 67(5): 2005-2021.
- Ruiz-Pelaez, JR & Charpak, N. 1998. Kangaroo care: commentary on a commentary. *Birth* 25(1): 62-64.
- Sajaniemi, N, Hakamies-Blomqvist, L, Maekelae, J, Avellan, A, Rita, H & Von-Wendt, L. 2001. Cognitive development, temperament and behavior at 2 years as indicative of language development at 4 years in pre-term infants. *Child Psychiatry and Human Development* 31(4): 329-346.
- Sammons, WAH & Lewis, JM. 1985. *Premature babies. A different beginning.* St Louis: CV Mosby.
- Sonnekus, MCH (red). 1984. *Opvoeding en opvoedingsprobleme tussen ouer en kind.* Pretoria: HAUM.
- Stoppard, M. 1993. *Know your child.* Cape Town: Struik Publishers.
- Stoppard, M. 2001. *Complete baby and child care.* London: Dorling Kindersley.
- Sugar, M. 1982. *The premature in context.* Lancaster: MTP.
- Sutherland, P (ed). 1997. *Adult learning: a reader.* London: Kogan Page.

- Tennant, M & Pogson, P. 1995. *Learning and change in the adult years. A developmental perspective*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Törnåge, C-J, Serenius, F, Uvnäs-Moberg, K & Lindberg, T. 1998. Plasma somatostatin and cholecystokinin levels in preterm infants during kangaroo care with and without nasogastric tube-feeding. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism* 11(5): 645-651.
- Ulrich, DL & Glendon, KJ. 1999. *Interactive group learning. Strategies for nurse educators*. New York: Springer.
- Van der Merwe, J. 1996. Die navorsingsproses: Probleemstelling en navorsingsontwerp. In *Doeltreffende geesteswetenskaplike navorsing*, onder redaksie van JG Garbers. Pretoria: Van Schaik.
- Van Rooyen, E, Pullen, AE, Pattinson, RC & Delport, SD. 2002. The value of the Kangaroo Mother Care Unit at Kalafong Hospital. *Geneeskunde - The Medicine Journal* 44(3):6-10.
- Van Rooyen, E, Pullen, AE, Zondo, M. 2002. A survey of the social, cultural and educational background of mothers in a Kangaroo Mother Care (KMC) Unit (ongoing study). Paper presented at the 21<sup>st</sup> Priorities in Perinatal Care Conference, 6-9 March 2002, Fish River Sun, Eastern Cape.
- Van Rooyen, E. 2000. Persoonlike onderhoud.
- Van Rooyen, E. 2001. Persoonlike onderhoud.
- Van Rooyen, E. 2002. Persoonlike onderhoud.
- Van Rooyen, L. 1987. Die beplanning van 'n oerleidingsprogram vir onderwysers in gesinsvooringligting. Ongepubliseerde PhD-proefskrif. Pretoria: Universiteit van Pretoria.
- Wolfaardt, T. 1998. Sosiale vaardigheidstekorte by die leergestremde adolessent: riglyne vir oerbegeleiding. Ongepubliseerde MEd-verhandeling. Pretoria: Universiteit van Pretoria.
- Yu, VYH & Wood, EC. 1987. *Prematurity*. Singapore: Churchill Livingstone.



## BYLAAG A

### Voordele van kangaroemoedersorg

#### Inhoudsopgawe

1. Voordele vir die moeder	110
1.1 Voeding	110
1.2 Selfvertroue	110
1.3 Binding	110
1.4 Psigologiese herstel.	110
2. Voordele vir die baba	111
2.1 Liggaamsfunksie	111
2.2 Liggaamstoestand	111
2.3 Groei	111
2.4 Stimulasie.	111
3. Voordele vir die hospitaal	111
3.1 Kostebesparing	111
3.2 Personeelwerkklas.	112
4. Binding tussen moeder en baba	112
5. Die ontwikkeling van die premature baba	113
5.1 Outonome funksie	114
5.2 Motoriese funksie	115
5.3 Statiese funksie	115
5.4 Aandag-/ interaksiefunksie	116
5.5 Selfregulerende funksie.	116
Bronnelys	116

Volgens die literatuur is daar baie voordele van KMS vir die moeder, baba en die hospitaal. Die voordele word hieronder in afsonderlike groepe bespreek.

Volgens die perspektief waaruit hierdie studie geskryf word, gaan veral twee voordele van KMS gepaard met opvoedkundig-sielkundige aspekte. Die eerste voordeel is die sterker binding wat daar tussen moeder en baba plaasvind en die tweede is die positiewe effek wat KMS op die ontwikkeling van die baba het. Hierdie voordele word in twee aparte afdelings bespreek.

Dr RA Kambarani (1996:4) gee in 'n pamflet wat by die Universiteit van Zimbabwe uitgegee is, 'n opsomming van die belangrikste algemene voordele van KMS:

- Borsvoeding word bevorder.
- Die binding tussen moeder en baba word bevorder.
- Verminderde risiko dat die baba kan koud kry.

- Verminderde risiko vir infeksies.
- Groei word bevorder.
- Moeders het meer selfvertroue in die versorging van hul babas, wat lei tot vinniger ontslag.
- Intensiewe bystand deur verpleegpersoneel is nie nodig nie.

Vervolgens word daar onderskei tussen die voordele vir die moeder, die baba en die hospitaal.

## **1. VOORDELE VIR DIE MOEDER**

### **1.1 Voeding**

Volgens Anderson (1991:217) se samevatting van aangetekende navorsingsbevindings is bevind dat die moeders wat aan 'n KMS-program deelneem, meer gereedelik bereid was tot borsvoeding as ander moeders. Hulle het ook meer melk geproduseer en langer aangehou met borsvoeding. In 'n studie wat in Swede onderneem is, is gevind dat daar by die toepassing van KMS meer babas geborsvoed is ten tye van hul ontslag (Affonso, Wahlberg & Persson 1989:44).

### **1.2 Selfvertroue**

Moeders wat KMS toegepas het, het die volgende vermeld: hulle het naby aan hul babas gevoel, hulle was nie bang om die babas se vordering of gesondheid te monitor nie en het genoeg selfvertroue gehad om hul babas tuis te gaan versorg (Anderson 1991:217). Dié ouers het ook vermeld dat hulle oor 'n beter kennis van hul babas beskik (Gale, Franck & Lund 1993:52).

### **1.3 Binding**

Gale *et al.* (1993:52) beskryf die bevindinge van onderhoude wat met ouers wat aan KMS deelgeneem het, gevoer is. Die moeders en vaders het tydens die onderhoude gemeld dat die vel-tot-velkontak met hul babas positief en persoonlik verrykend was. Dit het uit die onderhoude deurentyd na vore gekom dat die ouers gevoel het dat hul gevoelens teenoor die baba deur KMS versterk is. Mishandeling van babas het minder voorgekom by kangaroesorgbabas as by babas wat deur die tradisionele metode net in broeikaste versorg is (Bingham 1998:20). Diaz-Rossello (1996:109) meld in hierdie verband dat vel-tot-velkontak 'n positiewe invloed op die sielkundige aspekte van die moeder-baba-verhouding het (sien punt 4 hieronder).

### **1.4 Psigologiese herstel van die moeder**

Moeders en babas ontspan tydens die toepassing van KMS en dit is terapeuties vir die families wat die trauma van 'n vroeë geboorte en vrees dat die baba kon sterf, moes deurgaen (Whitelaw & Sleath 1985:1208). KMS dra dus by tot die psigologiese herstel van die moeder. Van Rooyen (2001: persoonlike kommunikasie) is van mening dat die moeders se saamwees in Kalafong-hospitaal se kangaroesaal hulle die geleentheid bied om met mekaar te identifiseer en dus ook mekaar te ondersteun en bemoedig.

## 2. VOORDELE VIR DIE BABA

### 2.1 Liggaamsfunksies

Verskeie studies het aangetoon dat met die toepassing van KMS die volgende liggaamsfunksies van die baba konstant gebly het:

- liggaamstemperatuur (Monasterelo, Beneitez, Olive, Martinez & Papi 1998:495; Hamm, Stoffel, Strebel, Wyss 1993:10; Johanson, Spencer, Rolfe, Jones & Malla 1992:859; Karlsson 1996:130; Whitelaw 1990:605);
- hartklop (Monasterelo *et al.* 1998:495; Ludington-Hoe, Anderson, Simpson, Hollingsead, Argote & Rey 1999:97);
- asemhaling (Monasterelo *et al.* 1998:495; Messmer, Rodriques, Adams, Wells-Gentry, Washburn, Zabaleta & Abreu 1997:408).

### 2.2 Liggaamstoestand

In 'n samevatting van navorsingsbevindings meld Anderson (1991:217) dat babas in KMS altyd warm genoeg is, voldoende suurstof het en daar nie 'n vermeerdering in infeksies aangemeld is nie. Feitlik geen gehuilery van die baba kom voor tydens KMS nie, en daar is gevind dat babas wat op ses maande deur KMS versorg is, minder as ander babas huil. Daar is selfs aangedui dat babas tydens KMS geglimlag het (Monasterelo *et al.* 1998:495).

### 2.3 Groei

In Affonso *et al.* (1989:44) se bevindinge oor navorsing wat in Swede gedoen is, word gemeld dat duidelike verskille aangetoon is ten gunste van die groep babas wat in KMS geplaas is teenoor die kontrolegroep wat in tradisionele neonatale eenhede versorg is. Die babas in KMS kon vinniger uit die broeikas gehaal word, het weekliks meer gewig opgetel en hul hospitalisasie was korter. Omdat die babas vasgemaak word en styf teen hul moeders lê, kan hulle nie onwillekeurige bewegings met hul arms en bene uitvoer nie. Daar is dus 'n verlaagde energieverbruik (Ludington 1997:9) wat groei bevorder.

### 2.4 Stimulasie

Die feit dat die baba in die kangarooëposisie geplaas word, skep reeds die geleentheid tot stimulasie vir die baba. Verdere stimulasies word ervaar omdat daar direkte vel-tot-velkontak is en ouditiewe stimulasie vind plaas wanneer die moeder praat (Affonso *et al.* 1989: 43). Van Rooyen (2001: persoonlike kommunikasie) maak ook melding dat die moeder en baba tydens borsvoeding oogkontak het, wat visuele stimulasie bevorder.

Daar is geleentheid vir neurogedragsmaturasie om plaas te vind (Ludington-Hoe & Swinth 1996:691). Daar word later meer hieroor uitgebrei (sien punt 5).

## 3. VOORDELE VIR DIE HOSPITAAL

### 3.1 Kostebesparing

Vinniger groei en gewigstoename van babas as gevolg van KMS lei tot vinniger ontslag uit die hospitaal (Kambarami 1996:4). Dit hou ook finansiële voordele vir die hospitaal in (Merenstein 1994:890). In 'n studie wat in die Grootte Schuur Hospitaal in Kaapstad gedoen is, is ook gevind dat KMS tot kostebesparings lei as gevolg van die vroeër ontslag. Vergelykende studies van 1995 (sonder die toepassing van

KMS) en 1997 (met die toepassing van KMS) het getoon dat daar in 1997 onderskeidelik 859 (vir babas onder 1500 gram) en 449 (vir babas tussen 1500 gram en 1999 gram) minder pasiëntdae in die hospitaal was. Dit is vanselfsprekend besparend vir die hospitaal (Hann *et al.* 1999:38). Sloan, Camacho, Rojas en Stern (1994:785) het in hul studie ook aangedui dat KMS kostebesparing vir die hospitaal inhou.

Neonatale eenhede waar premature babas tradisioneel versorg word, is 'n hoësoorgeenheid wat 'n baie duur versorgingsmetode vir enige hospitaal is. Indien 'n baba dan uitgeplaas kan word na die kangaroesaal of -eenheid, word hy of sy oorgeplaas na 'n laesorgsaal. Hierdie versorgingsmetode is vir 'n hospitaal 'n goedkoper metode (Van Rooyen, 2001: persoonlike kommunikasie). Die hospitaal baat dus direk by die verskuiwing van 'n premature baba uit die neonatale eenheid na die kangaroesaal as gevolg van die kostebesparing.

### 3.2 Personeelwerkklas

Tydens 'n onderhoud met Suster Makhinta (2001: persoonlike kommunikasie) in Kalafong-hospitaal, is gemeld dat die moeders die verpleegpersoneel se taak vergemaklik. Elke moeder is baie fyn ingestel op haar eie baba, dat sy dadelik opmerk as iets nie reg is nie. Die moeders bring dus enige probleem onmiddellik onder die verpleegpersoneel se aandag sodat dit dadelik aandag kan geniet. Elke baba se toestand word dus deur die moeder en die verpleegpersoneel gemonitor.

Aangesien die moeders die meeste van die versorging van hul babas self hanteer, kan daar kan ook afgelei word dat daar minder werk vir die verpleegpersoneel is en dat die hoeveelheid verpleegkundiges aan diens verminder kan word. Dit kom weer eens neer op kostebesparings vir die hospitaal.

## 4. DIE BINDING TUSSEN MOEDER EN BABA

Die konsep van kangaroemoedersorg, soos wat dit in Bogotá ontstaan het, was primêr gerig op verligting in die oorvol neonatale eenheid en as antwoord op die gebrek aan toerusting in die hospitaal. Eers later is KMS aanvaar as 'n manier om die binding tussen ouer en baba te versterk (De Leeuw, Colin, Dunnebier, & Mirmiran 1991:149).

Uit ondergenoemde aanhaling is dit duidelik dat kangaroesorg 'n belangrike aandeel het in die ouers se aanvaarding van hul premature baba. Indien 'n ouer nie sy of haar kind onvoorwaardelik aanvaar nie, sal die bindingsproses moontlik ook skade lei.

*"We found this technique [kangaroo care - AS] ....promoted parental attachment, even in parents who were at high risk for attachment impairments. [Kangaroo care - AS] ...may offer some parents an effective method to overcome some of the barriers to attachment imposed by the infant's hospitalization." (Gale et al. 1993:49).*

Binding het te doen met die nabyheid tussen moeder en baba en word in Engels vertaal met *bonding of attachment*. As 'n mens die betekenis van hierdie woorde ontleed, blyk dit dat nabyheid gebaseer is op die konsep dat die affektiewe band tussen moeder en baba ontwikkel uit spesifieke responspatrone wat daargestel is om te verseker dat die baba versorg sal word (Campell & Taylor, in Gloppestad 1996:22). Die *Handwoordeboek vir die Afrikaanse Taal (HAT)* beskryf nabyheid as "ruimte digby iemand of iets" en binding as "gehegtheid aan iemand of iets waardeur

die gedrag beïnvloed of bepaal word" (Odendal, Schoonees, Swanepoel, du Toit & Booysen 1987:722 & 93). Gloppestad (1996:22) verduidelik dat binding of nabyheid (*attachment*) wederkerig is, dit is van moeder na baba en ook van baba na moeder. Hierdie band ontwikkel geleidelik gedurende die baba se eerste lewensjaar. Die pasgebore baba se bindingsgedrag is nog baie oneffektief net ná die geboorte, veral dan as die baba te vroeg gebore is (Gloppestad 1996:22).

Kommer heers oor die sielkundige uitwerking van verlengde intensiewe sorg op babas en hul moeders. 'n Verhoogde aantal gevalle van kindermishandeling is gevind in babas wat in neonatale eenhede versorg is (Lynch & Roberts, in Whitelaw 1986:244). In studies wat in Maputo se *Central Hospital* gedoen is, is gevind dat geen baba wat tydens die studie deur die KMS-metode versorg is, in die hospitaal deur die moeder verwerp of weggestoot is nie. Voordat KMS geïmplementeer is, was dit nie vreemd indien 'n moeder haar baba wegwys nie. Hierdie vroeë, nabye interaksies tussen moeder en kind in KMS is dus versterkend vir die moeder-bababinding en help die moeder om die baba te aanvaar (Colonna, Uxa, da Graca & de Vonderweld 1990:338).

Kangaroesorg voorsien in die spesiale krag, ondersteuning en emosionele balans wat babas in hoë mate nodig het, en waarin net hul moeders kan voorsien (Martinez, Rey & Marquette 1992:66). Kangaroesorg kan dus 'n rol speel om die ouer en kind nader aan mekaar te bring (Anner 1995:1; Mondlane, de Graca & Ebrahim 1989:326).

Moeders wat tuis geboorte geskenk het, se natuurlike reaksies is dopgehou. Die meeste moeders het spontaan ná die geboorte die baba opgetel en in 'n aangesig-tot-aangesig-posisie teen hulle vasgehou (Klaus & Kennell, in Gloppestad 1996:22). Hierdie natuurlike reaksie word voortgesit in die kangaroemetode, wanneer moeders aangemoedig word om hul babas in 'n soortgelyke posisie vas te hou. Die feit dat die moeder 'n begeerte het om met haar pasgebore baba te bind of 'n band te vorm, word benadruk in bogenoemde stellings van die moeders se natuurlike reaksies. Hierdie vroeë binding word gefasiliteer deur vel-tot-velkontak, wat deel is van die KMS-metode.

Die inisiële binding tussen moeder en baba is belangrik ten opsigte van verskeie aspekte van die kind se latere ontwikkeling, onder andere vir gevoelens van sekuriteit en die ontwikkeling van die vermoë om verhoudings te stig. Omdat die baba se bindingsgedrag ná geboorte oneffektief is, is dit die taak van die moeder om die inisiatief te neem in hul bindingsproses.

Ná die geboorte van voltermyn babas of babas wat nie enige mediese ingrypings na afloop van die geboorte nodig het nie, kan die moeder en baba die natuurlike bindingsproses volg en is dit vir hul moontlik om 'n band te vorm. Premature babas of babas wat om mediese redes in broeikaste geplaas moet word, het nie die geleentheid om die nabyheid en liefde van hul moeders te ervaar nie. Die KMS-metode gee egter aan die moeders die geleentheid om hul babas vel-tot-vel vas te hou, wat afgesien van al die voordele reeds genoem, ook die binding bevorder.

## 5. DIE ONTWIKKELING VAN DIE PREMATURE BABA

Kangaroemoedersorg het aanvanklik ontwikkel om aan vroeggebore of premature babas 'n beter kans op oorlewing te gee. Die fokus wat net op die oorlewing van die baba geval het, het verder verskuif, namate meer navorsingsresultate bekend geword het, onder meer oor die ontwikkeling en stimulering van die baba, die

opleiding aan die ouers en die binding tussen baba en moeder (Bingham 1998:20). Ontwikkelingsorg het dus ook belangrik geword in die toepassing van KMS.

In hierdie afdeling word spesifiek gekyk na die ontwikkeling van die premature baba en die invloed wat kangaroesorg (met ander woorde veral die kangarooeposisie) daarop het. In hierdie verband word die term *neurogedragsorganisasie* gebruik om die mens se aanpasbaarheid by eksterne omgewingsfaktore te verduidelik. Die doel van ontwikkelingsorg is dus om die premature baba se neurogedragsorganisasie te ondersteun en te bevorder (Ludington-Hoe & Swinth 1996:691).

Als (in Ludington-Hoe & Swinth 1996:691) onderskei tussen vyf dimensies van neurogedragsorganisasie, naamlik:

- outonome funksies
- motoriese funksies
- statiese funksies
- aandag- / interaksiefunksies
- selfregulerende funksies.

Hierdie vyf verskillende dimensies word vervolgens bespreek.

### 5.1 Outonome funksies

Die baba moet eerstens in terme van die outonome dimensie kontrole kry. Premature babas reageer op 'n verskeidenheid fisiologiese wyses op omgewingsveranderlikes. Só byvoorbeeld kan die premature baba op die volgende wyse reageer indien hy of sy 'n harde geluid (die omgewingsveranderlike) hoor:

- Hart- en asemhalingstempo verander.
- Suurstofverbruik verminder.
- Liggaamskleur verander van pienk na grys.

Dit is uit hierdie voorbeeld duidelik dat 'n baba wat op só 'n dramatiese wyse reageer, nog nie fisiologies stabiel is nie. Ouer, gesonder babas se outonome funksies bly meer stabiel ten tyde van omgewingsveranderinge. Daar kan dus saamgevat word dat 'n outonome stabiele baba, een is wie se outonome funksies stabiel bly in die teenwoordigheid van omgewingssteurnisse (Ludington-Hoe & Swinth 1996:691).

#### *Die verband tussen kangaroesorg en outonome regulering*

Daar is gevind dat kangaroesorg aan die baba 'n milieu voorsien wat sy/haar outonome stabiliteit ondersteun en ook die geleentheid bied vir verbetering in basiese fisiologiese funksionering (Ludington-Hoe & Swinth 1996:691). Verskeie navorsers het bevind dat die volgende tydens KMS plaasvind:

- die baba se hartklop versnel (De Leeuw *et al.* 1991:151; Ludington-Hoe, Hadeed & Anderson 1991:22)
- die asemhaling konstant bly (De Leeuw *et al.* 1991:151; Ludington-Hoe *et al.* 1991:22)
- die suurstofinname verbeter (Anderson 1989:663; Hamelin & Ramachandran 1993:15)
- minder kort episodes van apnee voorkom (Anderson 1991:217; De Leeuw *et al.* 1991:149; Whitelaw 1986:246)

- die baba se liggaamstemperatuur behou word of verbeter (Acolet, Sleath & Whitelaw 1989:192; Anderson 1991:217; Ludington-Hoe *et al.* 1991:23; Mondlane *et al.* 1989:325; Whitelaw 1986:246).

## 5.2 Motoriese dimensie

Die motoriese dimensie van neurogedragsorganisasie sluit alle gedrag in wat verband hou met spiertonus, liggaamshouding en algemene liggaamsbeweging (Als, in Ludington-Hoe & Swinth 1996:695). Hoe jonger die baba by geboorte is, hoe minder kontrole het hy/sy oor doellose bewegings. Wanneer die premature baba dan blootgestel word aan omgewingsveranderlikes, kan daar 'n oorreaksie van groot motoriese bewegings voorkom, byvoorbeeld om die beentjies styf te skop en die koppie van kant tot kant te draai. Hierdie doellose bewegings verbruik waardevolle suurstof en kaloriereserwes, wat veel eerder vir groei en herstel van die liggaam aangewend kon word.

Soos wat 'n baba ouer word, behoort die motoriese response minder algemeen en meer spesifiek te word. Ongeorganiseerde liggaamsbewegings dui op motoriese disorganisasie. Dit impliseer dat betekenisvolle en gefokusde liggaamsbewegings kenmerkend is van 'n motories-georganiseerde baba. Die doel van ontwikkelingsorg is om doellose en energie-verbruikende motoriese bewegings te minimaliseer en om die baba se oorreaksie tot omgewingsverandering te verminder (Ludington-Hoe & Swinth 1996:695).

### *Die verhouding tussen kangaroesorg en motoriese regulering*

Uit verskillende bronne is dit duidelik dat KMS wel 'n positiewe invloed op die premature- of laegeboortegewigbaba se motoriese regulering het. Kliniese waarnemings het ook bevestig dat die babas in KMS se psigomotoriese optrede ná net 'n paar dae van kangaroesorg verbeter het (Colonna *et al.* 1990:338). Die baba se aktiwiteitsvlak bly konstant of neem gedurende KMS af (De Leeuw *et al.* 1991:152; Hamelin & Ramachandran 1993:17; Ludington 1997:9), wat verhoed dat onnodige energie verbruik word.

Die baba ontspan ook wanneer hy of sy in die kangaroeposisie gedra word (Whitelaw 1986:244; Whitelaw & Sleath 1985:1208). Wanneer die baba ontspan, verlaag die spiertonus en sigbare tekens van spanning verdwyn. Die respiratoriese spiere se tonus verlaag ook, wat die lug toelaat om meer vrylik deur die longe en borskas te beweeg (Ludington-Hoe & Swinth 1996:695).

## 5.3 Statiese funksie

Die statiese funksie dui op die baba se vermoë om die verskillende state van slaap tot wakker te wys. Die baba se vermoë om van die een staat na die volgende oor te gaan, is ook hierby ingesluit (*National Association of Neonatal Nurses*, in Ludington-Hoe & Swinth 1996:695). 'n Staties-georganiseerde baba kan dus gladde oorskakelings maak tussen die verskillende state en volgens die fisiologiese en gedragskondisies van elke staat optree.

### *Die verhouding tussen kangaroesorg en die statiese funksie*

Verskeie navorsers het op verskillende maniere die verband tussen KMS en die statiese funksie van 'n baba bestudeer. Daar is gevind dat babas in KMS meer slaap as ander babas (Messmer *et al.* 1997:412). In dié verband dui Ludington-Hoe, Anderson, Swinth, Thompson & Hadeed (1994:21) verder aan dat die tyd wat 'n baba

in stil, gewone slaap deurbring tydens KMS verdubbel. In verband met die babas se huilpatrone is daar gevind dat daar feitlik geen babas tydens KMS huil nie (De Leeuw *et al.* 1991:152; Whitelaw 1986:246), dat dié babas ook minder as ander babas gehuil het en op die ouderdom van drie maande meer as ander babas geglimlag het (Whitelaw 1986:244). Hierdie babas het op ses maande ná ontslag ook minder as ander babas gehuil (Whitelaw 1990:604).

#### **5.4 Aandag- / interaksiefunksie**

Wanneer babas gereed is vir stimuli, kan hulle in staat wees om hul kognitiewe vermoëns in te span om insette vanuit die omgewing waar te neem en te verwerk. Die aandagspan gaan kort wees, maar die nuuskierige gesiggie gaan opgemerk word. Georganiseerde babas is in staat om hul aandag op iets te fokus, die fokus te behou en om dit na willekeur te onttrek. 'n Interaksie-georganiseerde baba is in staat om op insette en die teenwoordigheid van die moeder op só 'n manier te reageer dat verdere interaksie aangemoedig word, sonder om spanning te ervaar (Ludington-Hoe & Swinth 1996:698).

##### *Die verhouding tussen KMS en die aandag- / interaksiefunksie*

Geen studies is tot dus ver uitgevoer om die verhouding tussen KMS en die aandag- / interaksiefunksie te bepaal nie. Deur kliniese waarnemings wil dit voorkom asof jong babas tydens KMS op insette van hul moeders reageer (Ludington-Hoe & Swinth 1996:699). In Kalafong-hospitaal is daar opgemerk dat die babas wat kangaroesorg ontvang, hul ogies oopmaak, anders as ander babas wat in broeikaste versorg word (Delport, 2000: persoonlike kommunikasie). Drosten-Brooks (1993:250) het ook gemerk dat hierdie babas se ogies oopgaan en dat hulle rondkyk voordat hulle aan die slaap raak.

#### **5.5 Selfregulerende funksies**

Die selfregulerende funksie word geassosieer met die baba se vermoë om 'n balans van al die neurogedragsfunksies te verkry en te behou. Dit vind plaas deur die gebruik van selfvertroostende gedrag, soos om te suig (Als, in Ludington-Hoe & Swinth 1996: 699).

##### *Die verhouding tussen KMS en selfregulerende gedrag*

'n Belangrike selfvertroostende gedragsaspek wat deur KMS bevorder word, is die voortdurende beskikbaarheid van borsmelk en die geleentheid vir die baba om aan die bors te suig (Ludington-Hoe & Swinth 1996:699). Hierdie suigrefleks is ontspannend en vertroostend vir die baba. Studies is onderneem om die verhouding tussen KMS en borsvoeding te bepaal. Gale *et al.* (1993:52) en Wahlberg, Affonso & Persson (1992:36) rapporteer dat daar meer KMS-moeders is wat borsvoed by ontslag uit die hospitaal.

#### **Bronnelys**

Acolet, D, Sleath, K & Whitelaw, A. 1989. Oxygenation, heart rate and temperature in very low birthweight infants during skin-to-skin contact with their mothers. *Acta Paediatrica Scandinavica* 78:189-193.

Affonso, DD, Wahlberg, V & Persson, B. 1989. Exploration of mothers' reactions to the kangaroo method of prematurity care. *Neonatal Network* 7(6):43-51.



- Anderson, GC. 1989. Skin to skin: Kangaroo care in Western Europe. *American Journal of Nursing* 89(5):662-666.
- Anderson, GC. 1991. Current knowledge about skin-to-skin (kangaroo) care for preterm infants. *Journal of Perinatology* 11(3):216-226.
- Anner, J. 1995. Kangaroo care: A father's story of caring for his premature daughter. *Childbirth Instructor Magazine* 4(2):12-17.
- Bingham, RJ. 1998. Reviewing the "rudiments" of kangaroo care. *Mother Baby Journal* 3(4):19-23.
- Colonna, F, Uxa, F, da Graca, AM & de Vonderweld, U. 1990. The "kangaroo-mother" method: Evaluation of an alternative model for the care of low birth weight newborns in developing countries. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics* 31:335-339.
- De Leeuw, R, Colin, EM, Dunnebie, EA & Mirmiran, M. 1991. Physiological effects of kangaroo care in very small preterm infants. *Biology of the Neonate* 59(3):149-155.
- Delport, SJ. 2000. Persoonlike onderhoud.
- Diaz-Rossello, J. 1996. Caring for the mother and preterm infant: kangaroo care. *Birth: Issues in Perinatal Care and Education* 23:108-111.
- Drosten-Brooks, F. 1993. Kangaroo care: skin-to-skin contact in the NICU. *American Journal of Maternal Child Nursing* 18(15):250-253.
- Gale, G, Franck, L & Lund, C. 1993. Skin-to-skin (kangaroo) holding of the intubated premature infant. *Journal of Neonatal Nursing* 12 (6):49-56.
- Gloppestad, K. 1996. Parents' skin to skin holding of small premature infants. *Nursing Science* 16(1):22-27.
- Hamelin, K & Ramachandran, C. 1993. Kangaroo care. *The Canadian Nurse* 89(6):15-17.
- Hamm, S, Stoffel, L, Strebel, E, Wyss, E. 1993. So warm wie im Kanguruh-beutel. *Krankenpflege* 68(8):9-11.
- Hann, M, Malan, A, Kronson, M, Bergman, N & Huskisson, J. 1999. Kangaroo mother care. *South African Medical Journal* 89(1):37-39.
- Johanson, RB, Spencer, SA, Rolfe, P, Jones, P & Malla, DS. 1992. Effect of post-delivery care on neonatal body temperature. *Acta Paediatrica* 81(11):859-863.
- Kambarami, RA. 1996. *Kangaroo care method (Mother-baby skin to skin care). A guide for health workers*. Harare: Department of Paediatrics and Child Health, University of Zimbabwe.
- Karlsson, H. 1996. Skin to skin care: heat balance. *Archives of Disease in Childhood* 75:130-132.
- Ludington, SM. 1997. Revolutionary NICU intervention - kangaroo care. *The Nursing Spectrum* 7(1):8-9.

Ludington-Hoe, SM, Anderson, GC, Simpson, S, Hollingsead, A, Argote, LA & Rey, H. 1999. Birth-related fatigue in 34-36-week preterm neonates: Rapid recovery with very early kangaroo (skin-to-skin) care. *Journal of Obstetric, Gynaecological and Neonatal Nursing* 28(1):94-103.

Ludington-Hoe, SM, Anderson, GC, Swinth, J, Thompson, C & Hadeed, AJ. 1994. Kangaroo care: research results, practice implications and guidelines. *Neonatal network* 13(1):19-27.

Ludington-Hoe, SM, Hadeed, AJ & Anderson, GC. 1991. Physiologic responses to skin-to-skin contact in hospitalized premature infants. *Journal of Perinatology* 11(1):19-24.

Ludington-Hoe, SM & Swinth, JY. 1996. Developmental aspects of kangaroo care. *Journal of Obstetric, Gynaecological and Neonatal Nursing* 25(8):691-703.

Makhinta, L. 2001. Persoonlike onderhoud.

Martinez, GH, Rey, SE, Marquette, CM. 1992. The mother kangaroo programme. *International Child Health* 3(1):55-67.

Messmer, PR, Rodrigues, S, Adams, J, Wells-Gentry, J, Washburn, K, Zabaleta, I & Abreu, S. 1997. Effect of kangaroo care on sleep time for neonates. *Pediatric Nursing* 23(4):408-414.

Merenstein, GB. 1994. Individualized developmental care. An emerging new standard for neonatal intensive care units. *Journal of American Medical Association* 272(11):890-891.

Monasterelo, RC, Bebeitez, JM, del Olive, MR, Martinez, MJM & Papi, AG. 1998. Método canguro en recién nacidos prematuros ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. *Medicina Fetal Neonatologia* 49(5):495-498.

Mondlane, RP, de Graca, AMP & Ebrahim, GJ. 1989. Skin-to-skin contact as a method of body warmth for infants of low birth weight. *Journal of Tropical Pediatrics* 35:321-326.

Odendal, FF, Schoonees, PC, Swanepoel, CJ, du Toit, SJ & Booyesen, CM. 1987. *Verklarende handwoordeboek van die Afrikaanse taal*. Johannesburg: Perskor Uitgewers.

Sloan, NL, Camacho, LWL, Rojas, EP, Stern, C. 1994. Kangaroo mother method: Randomised controlled trial of an alternative method of care for stabilised low-birthweight infants. *The Lancet* 344(8925):782-785.

Van Rooyen, E. 2001. Persoonlike onderhoud.

Wahlberg, V, Affonso, DD & Persson, B. 1992. A retrospective, comparative study using the kangaroo method as a complement to the standard incubator care. *European Journal of Public Health* 2:34-37.

Whitelaw, A. 1986. Skin-to-skin contact in the care of very low birth weight babies. *Maternal and Child Health* 17:242, 244, 246.

Whitelaw, A. 1990. Kangaroo baby care: just a nice experience or an important advance for preterm infants? *Paediatrics* 85(4):604-605.

Whitelaw, A & Sleath, C. 1985. Myth of the marsupial mother: home care for very low birth weight babies in Bogota, Colombia. *The Lancet* May 25:1206-1208.

**BYLAAG B**

**Die toepassing van die vier kategorieë vir die inskakeling van KMS by Kalafong-hospitaal soos deur Anderson (1991) beskryf.**

Kategorie	Beskrywing	Toepassing by Kalafong
1 Latere kangaroosorg	Dit begin gewoonlik nadat die baba die intensiewe-sorgprogram (sien 2.1.1.6) voltooi het, die baba se asemhaling stabiel is, hy/sy self kan asemhaal en nie meer suurstoftoevoegings nodig het nie. Dit is gewoonlik 'n paar dae of weke na geboorte.	Babas wat na geboorte nie self kan asemhaal nie of om 'n ander rede intensiewe mediese sorg nodig het, word in die neonatale intensiewe eenheid versorg totdat hul stabiel is. Hulle word dan oorgeplaas na die hoërsorgeenheid waar intermitterende kangaroemoedersorg toegepas word.
2 Intermediêre kangaroosorg	Dit begin nadat die baba 'n aanvanklike intensiewe-sorgprogram voltooi het, gewoonlik sewe dae na geboorte. Hierdie babas het gewoonlik steeds suurstof nodig en apnee (asemhalingsstilstand) kan voorkom. Babas wat deur middel van ventilators gestabiliseer is, val ook in hierdie kategorie.	Die meeste premature babas in die hoërsorgeenheid van Kalafong-hospitaal ontvang intermediêre kangaroemoedersorg (sien 2.4.1) so gou as moontlik na geboorte, gewoonlik binne sewe dae.
3 Vroeë kangaroosorg	Hierdie soort kangaroosorg word geïmplementeer op babas wat maklik stabiliseer en begin so gou as moontlik na geboorte. Dit kan so vroeg as die eerste dag of selfs 'n paar uur na geboorte wees.	Sommige premature of laegeboortegewigbabas stabiliseer maklik en hul asemhaling is spontaan. Hulle word vinnig oorgeplaas na die kangaroesaal waar kontinue kangaroemoedersorg plaasvind.
4 Baie vroeë kangaroosorg	Babas word 'n paar minute na geboorte vir hul moeders gegee. Hulle word nie direk na geboorte gewas of ondersoek nie. Die baba lê op die moeder se bors en kan op aanvraag borsvoed.	Voltermynbabas wie se moeders kangaroemoedersorg wil toepas, word op hierdie wyse hanteer. Die babas is nie hoërsikogevalle nie en 'n roetine mediese ondersoek direk na geboorte is nie noodsaaklik nie.

(Anderson 1991:216-217)

#### Bron

Anderson, GC. 1991. Current knowledge about skin-to-skin (kangaroo) care for preterm infants. *Journal of Perinatology* 11(3):216-226.

## BYLAAG C

### Bespreking van die MIV-virus en borsvoeding

By Kalafong-hospitaal word die moeders voor of net ná die geboorte getoets vir die MIV-virus en die uitslag van die toets word met die moeders bespreek. Die moeders wat wel MIV-positief is word ondersteun in die besluit wat hul neem rondom borsvoeding. Die beleid word in die hospitaal gevolg dat die finale besluit om die baba te borsvoed of nie by die moeder berus (Van Rooyen 2001: persoonlike kommunikasie).

Aangesien voeding een van die kernkomponente van KMS is, is dit nodig om kortliks die voedingsimplikasies rondom die gee van bors- en formulemelk uit te spel. Alhoewel daar verskillende menings is of die MIV positiewe moeder moet borsvoed al dan nie, is die volgende aspekte van belang by berading van die moeders:

MIV kan deur borsmelk oorgedra word van die moeder aan die baba (Coutoudis & Spooner 1999:10; Weinberg 2000:199; Jeffery & Mereer 2000:219) wat dan lewensgevaarlike implikasies vir die baba kan inhou. Daar is egter net 'n 12 tot 14% addisionele risiko vir die oordraging van MIV met die inneem van borsmelk (Weinberg 2000:199). Veral in ontwikkelende lande is daar belangrike koste-implikasies van bottelvoeding sowel as die risiko vir swak higiëniese toestande by bottelvoeding wat in gedagte gehou moet word. Indien die moeder nie borsvoed nie, moet formulemelk aangekoop word, daaglik beskikbaar wees en onder genoegsame higiëniese toestande voorberei en vir die baba aangebied word. Die gevare van borsvoeding (oordraagbaarheid van MIV) en van bottelvoeding (opdoen van infeksies as gevolg van onhigiëniese toestande, koste-implikasies en die beskikbaarheid van formule-melk) behoort dus deur die gesondheidsorgwerkers aan die moeders uitgelig te word sodat die moeders 'n ingeligte besluit kan neem. Volgens Makhinta (2001: persoonlike kommunikasie) word hierdie faktore wel deeglik met die betrokke moeders in die kangaroesaal bespreek. Moeders wat op bottelvoeding besluit, word ook opgelei in die sterilisering van die bottels en higiëniese aanbieding van die formulemelk.

Daar is 'n nuwe ontwikkeling in die hantering van moeders wat MIV-positief is vir die borsvoeding van hul babas, naamlik die Pretoria pasteurisasieproses. Aangesien die MIV-virus onskadelik gestel word deur hitte, is 'n goedkoop metode ontwikkel waartydens borsmelk in 'n huislike opset gepasteuriseer kan word (Jeffery & Mereer 2000:219). Hierdie toepassing word die afgelope paar maande ook by Kalafong-hospitaal toegepas. Die betrokke moeders word opgelei om hul borsmelk te steriliseer, sonder dat daar van die belangrike nutriënte verlore gaan, sodat die melk veilig is vir hul babas om te drink (Pullen 2002: persoonlike kommunikasie).

#### Bronnelys

Coutoudis, A & Spooner, E. 1999. Influence of infant feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV - Durban study. *Aids Scan* 11(3):10-12.

Jeffery, BS. & Mereer, KG. 2000. Pretoria pasteurisation: A potential method for the reduction of postnatal mother to child transmission of the Human Immunodeficiency Virus. *Journal of Tropical Pediatrics* 46:219-223

Makhinta, L. 2002. Persoonlike onderhoud.

Pullen, AE. 2002. Persoonlike onderhoud.

Van Rooyen, E. 2001. Persoonlike onderhoud.

Weinberg, GA. 2000. The dilemma of postnatal mother-to-child transmission of HIV: to breastfeed or not? *Birth* 27(3):199-205.

## BYLAAG D

### Ingeligte toestemmingsvorm vir personeel

I, \_\_\_\_\_, willingly agree to participate in this study which has been explained to me by Mrs Amelia Snyman.

This research study is being conducted by the Department of Educational Studies, University of South Africa (UNISA) in conjunction with the Research Unit for Maternal and Child Health Care Strategies of the Medical Research Council.

You should understand that this study involves research.

#### Purpose of the study

You are already part of the kangaroo mother care programme. The aim of my research is to explore what educational activities could help mothers in this programme in their role as parents.

#### Description of Procedures

The research will consist of making observations, interviewing mothers and staff members, and conducting group interviews and/or group discussions. Some of the interviews may be recorded on audio-tape (tape recorder) if the participants agree.

#### Benefits

It is not possible to predict whether or not any personal benefit will result. You may get to know more about kangaroo mother care and its benefits.

#### Voluntary Participation

Your participation in this project is voluntary. No compensation will be given. You are free to withdraw your consent to participate in this study at any time. Refusing to participate will involve no penalty or loss of benefits.

#### Confidentiality

No information by which you can be identified will be released or published.

I have read all of the above, had time to ask questions, received answers concerning areas I did not understand and I willingly give my consent to participate in this programme.

I give my consent that this interview may be recorded on an audio-tape (tape recorder).

Yes  No

\_\_\_\_\_  
Colleague: Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Witness 1: Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Witness 2: Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Researcher: Signature

\_\_\_\_\_  
Date



# Kangaroo Mother Care

## MADE EASY

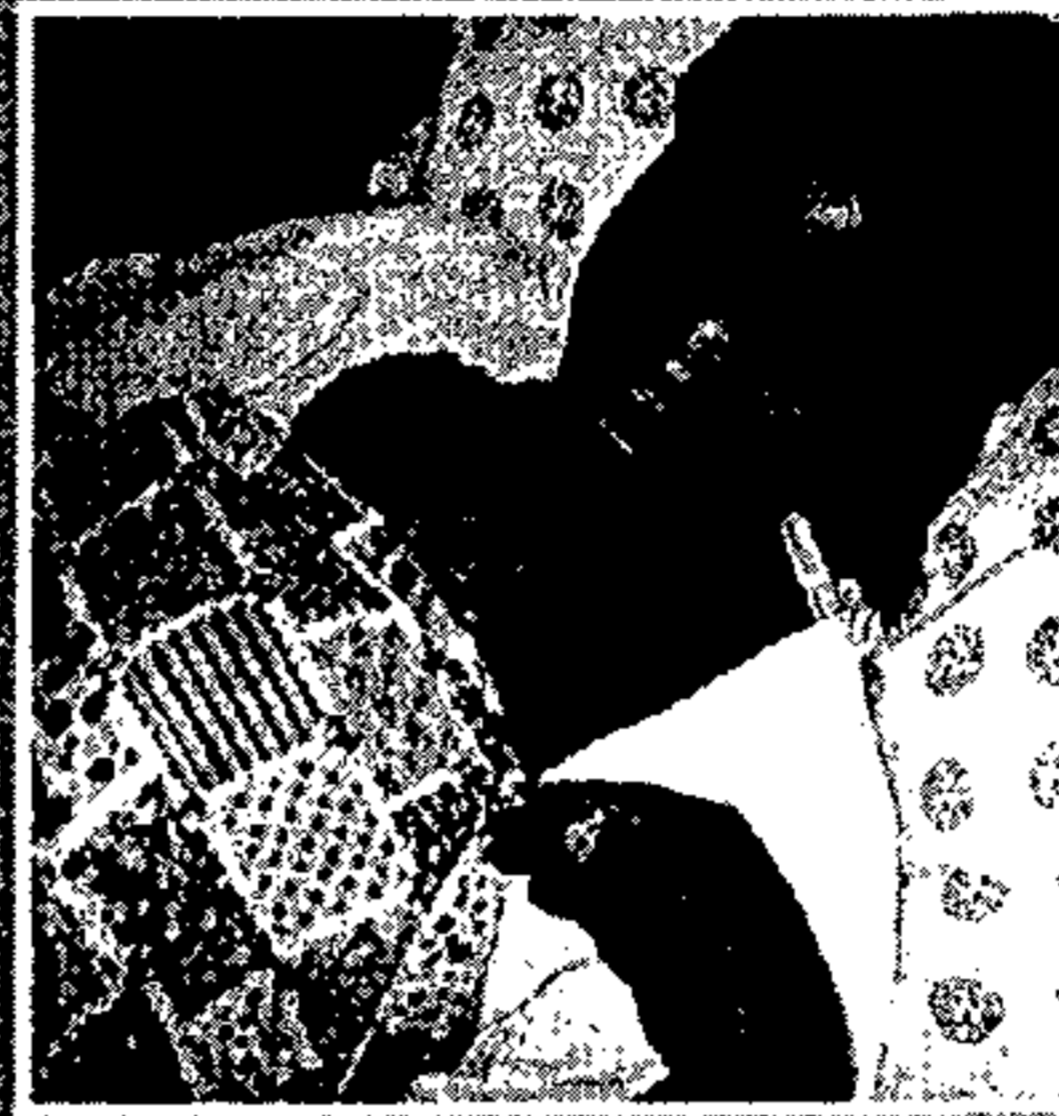
### POSITION



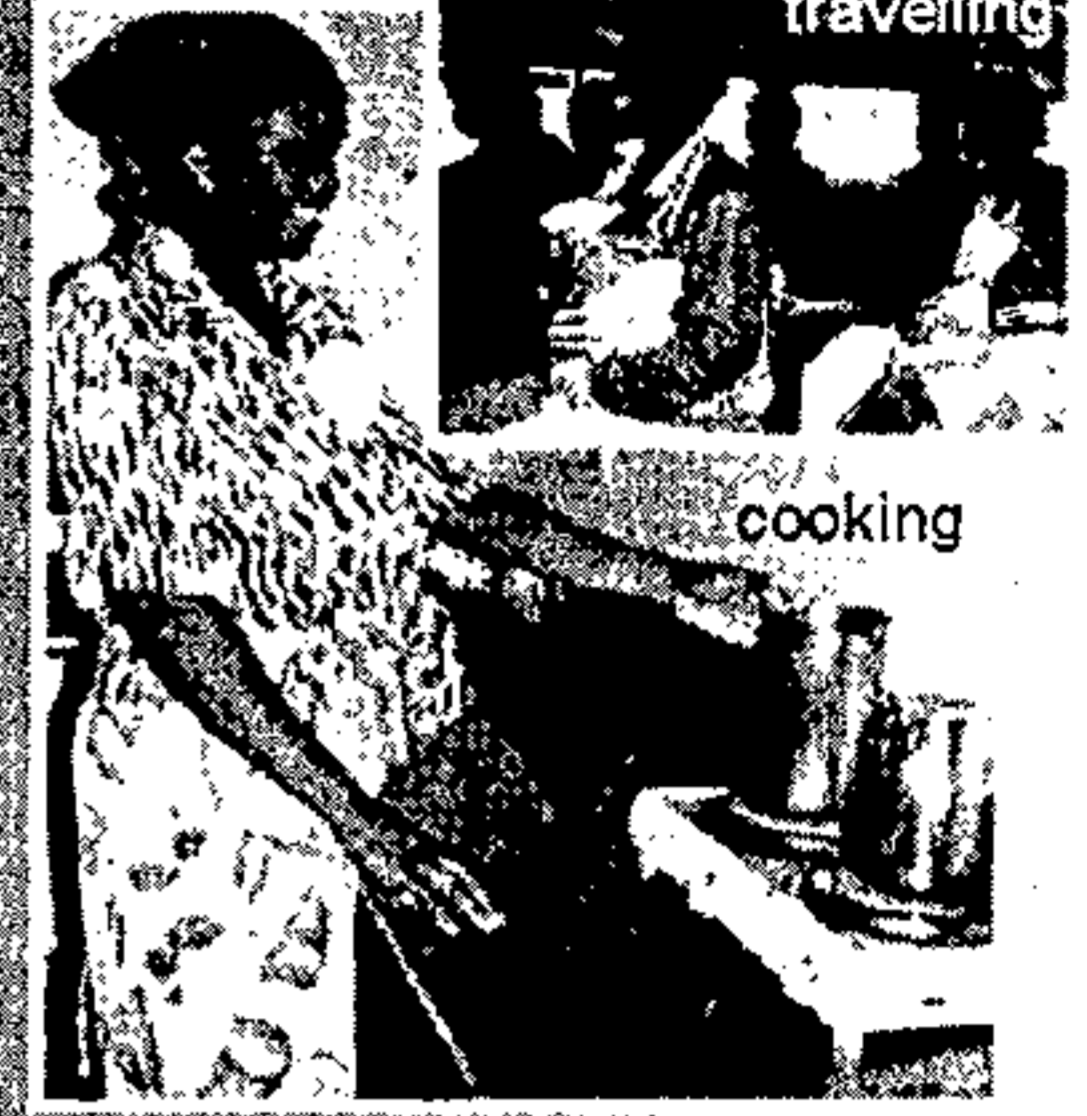
Baby is dressed in nappy and hat. Place in flexed position on chest.



Secure baby with a cloth or blouse. Support the head.



Keep your baby in this position, even when sleeping. Your body keeps baby warm.



**ALWAYS** carry your baby in the kangaroo position. Baby is safe in this position, whatever you do.

### FEEDING



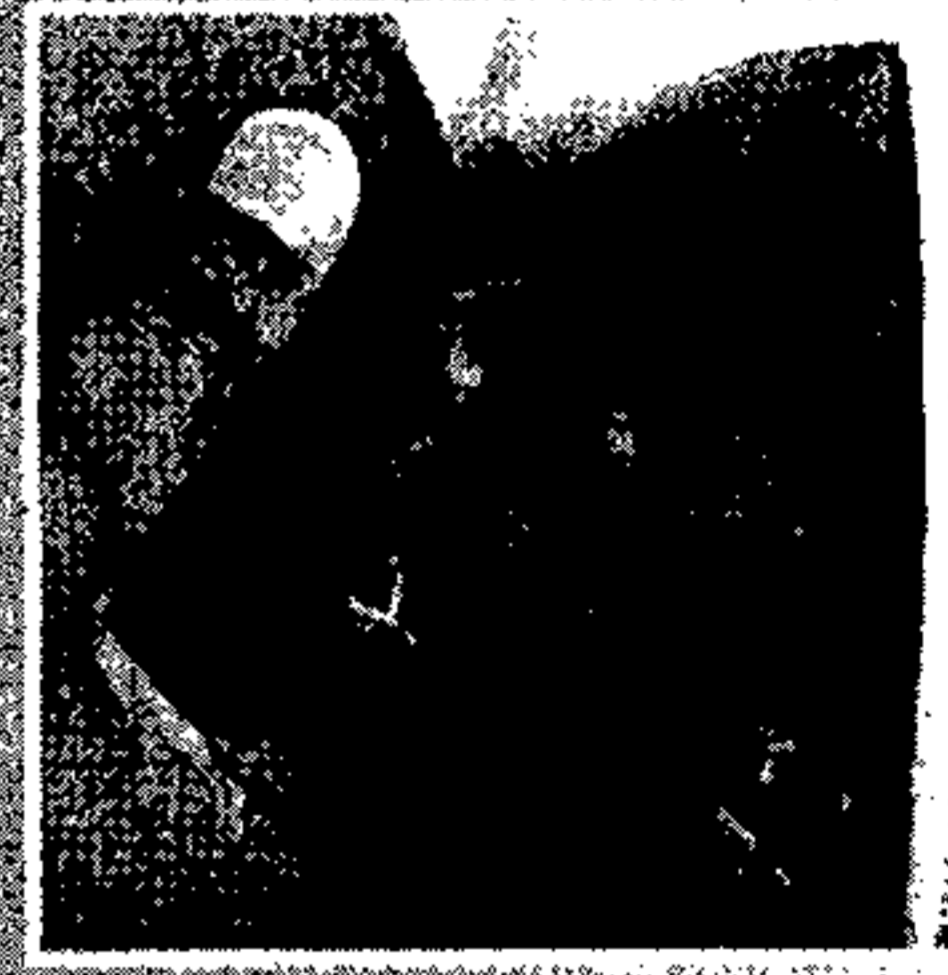
Breast milk is best for a baby. Express your milk if your baby cannot feed from the breast.



Feed the expressed milk by cup or nasogastric tube. You can also feed the milk with a teaspoon or syringe.



Let your baby suckle from the breast as soon as possible. Baby's head, neck and back are in a straight line.



This is a good feeding position. Baby's mouth is wide open and the chin is against the breast.

### SUPPORT



Kangaroo mother care promotes bonding between you and your baby.



You are the primary caregiver. The health care workers will support you.

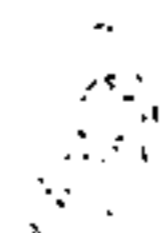


Other members of the family can also carry the baby in the kangaroo position.



Bring your baby back for follow-up visits or go to your local clinic regularly to make sure baby is growing well.

MRC Research Unit for Maternal and Infant Health Care Strategies, University of Pretoria  
Kalafong Hospital, Private Bag X396, Pretoria, 0001



Maternal, Child and Women's Health  
Province of Kwa-Zulu Natal, Department of Health  
Private Bag X54316, Durban 4000

*Kangaroo Mother Care is a basic right of the new born, and should be an integral part of the management of low birth-weight and full term newborns, in all settings and at all levels of care in all countries - Bogota Declaration of KMC, 1998*

**BYLAAG F****Inligtingsblaadjies wat tans in die kangaroesaal gebruik word**



# Nappy Rash

- ✱ Heat rash caused by the blockage of pores that lead to the sweat glands. This increases with heat and humidity. The sweat glands attempt to provide the sweat they would normally, but because of the blockage this sweat is held within the skin causing little red bumps, and occasionally blisters.
- ✱ A condition called *erythema toxicum neonatorum* can cause flat red splotches that appear in 50% of babies. They appear at five days of age and disappear by two weeks. They are nothing to worry about.
- ✱ The mother's hormones cause baby acne. Usually seen as little white dots, particularly on the face, caused by excessive skin oil. It can occur as early as two weeks and last up to a year and a half, although it usually resolves in three months.

## Complications of nappy rash

- ✱ Thrush is when the baby has an oral (in the mouth) candida infection, and always ought to be looked for when nappy rash is present. It is recognised as painless white or creamy yellow patches anywhere inside, or outside, of the mouth. Treatment prescribed by a doctor, would consist of an anti-fungal ointment for the nappy rash, and anti-fungal drops for thrush.
- ✱ Nappy rash can become infected either by a fungus, as discussed above, or sometimes by bacteria. A bacterial infection can cause pus-filled pimples or oozing yellowish patches, together with a fever. The treatment for this would be a topical (cream or ointment applied to the skin) or oral (by mouth) antibiotic medication. Your baby would also be likely to have a fever together with the rash.
- ✱ In male babies repeated infections can cause a condition called meatal stenosis. This is a narrowing of the urethra (urine pipe) at the head of the penis.

## Coping with nappy rash

- ✱ Change nappies more frequently - don't leave a soiled nappy on the baby.
- ✱ Use an effective barrier cream.

This prevents the moisture or other irritants from aggravating the skin further. Barrier creams are readily available, over-the-counter preparations, but ask your doctor for suggestions as to which is the most suitable for your baby.

- ✱ Cornstarch is another product that can be used, *but not in the presence of a yeast infection* (candida and thrush), as the fungus can use the cornstarch as an energy source to grow.
- ✱ Do not use talcum powder. When your baby's skin is irritated, inflamed and cracked, the powder could cause a further inflammatory reaction worsening the condition.
- ✱ Avoid waterproof plastic pants if using cloth nappies.
- ✱ Speed healing by leaving the nappy off altogether when possible, and expose your baby's skin to air.
- ✱ If an allergy to a disposable nappy or detergent is suspected, switch brands.

## When to see a doctor?

- It is usually not necessary to consult a medical practitioner for a simple nappy rash. Keeping your baby clean and dry should prevent most nappy rashes. Call your doctor if:
- ✱ Home treatment does not clear the rash up after three or four days.
  - ✱ The rash worsens.
  - ✱ If signs of infection appear such as fever, pimples, oozing, or blisters.
  - ✱ The rash spreads.
  - ✱ Your baby tries to scratch the rash.
  - ✱ You suspect an allergy.

## Treatment

Most rashes respond very well to the home remedies outlined previously, and barrier creams, such as zinc oxide.

In cases of infection, topical and oral antibiotics are prescribed for bacterial infections, and antifungal creams and drops for candida and thrush respectively.

Seborrhoeic dermatitis and eczema may require the prescription of hydrocortisone cream.

## Preventing nappy rash

- ✱ Change nappies frequently, which can be as much as 12 times per day, and always before putting your baby down after a feed, or to sleep.
- ✱ Gently and thoroughly clean the nappy area, from front to back, as soon as possible after bowel movements. Use mild soap and plain water, rinse and pat dry gently and thoroughly.
- ✱ Ensure disposable nappies or plastic pants are loose enough to allow air to circulate within the nappy.
- ✱ Apply ointment to protect the baby from accumulated moisture. With dry skin a lubricating lotion can be used, with moist skin calamine lotion.
- ✱ Introduce solid foods one at a time. It is then easier to identify a possible allergy.

*This information is of a general nature only. Essential Media (Pty) Ltd, or its advertisers, accepts no liability for loss, damage or injury affecting anyone acting on this information.*

## Notes

---

---

---

---

---

---

---

---



**LEADERS IN BABY CARE** For a free sample email us at : [bennetts@netactive.co.za](mailto:bennetts@netactive.co.za)  
Website address : [www.bennettsforbabies.co.za](http://www.bennettsforbabies.co.za) **Bennett's**



# Infant and Toddler Nutrition

introduced first, your baby may refuse vegetables altogether.

Problems associated with starting solids too early are:

- ✱ Cramping or constipation.
- ✱ Overfeeding.
- ✱ Increased risk of allergies.
- ✱ Reduced intake of breast-milk.

Problems associated with starting solids too late are:

- ✱ Difficulty adapting to solid foods.
- ✱ Slower development of chewing and speech skills.
- ✱ Undernutrition.

As the quantity of solid foods increases, so milk consumption will decline.

Diluted juices (or rooibos tea) are useful for introducing new flavours. Juices specifically designed for infants are best, as they are rich in vitamin C (which enhances iron absorption) and do not contain added sugar. They should never replace a milk feed, but can be given between meals.

By five or six months your child will be able to indicate likes and dislikes. Introducing variety is important for the provision of needed vitamins and minerals, and to encourage acceptance of new foods. Your baby is ready for this stage if:

- ✱ Your baby is five months or older.
- ✱ Can sit with or without support.
- ✱ Is eager to try new foods and flavours.
- ✱ Grasps objects with fingers and palm.

By seven or eight months your child is ready for more complex tastes and textures and proteins can be introduced. At this stage, your baby should be able to:

- ✱ Mash food with gums or teeth.
- ✱ Crawl (or is learning to crawl).
- ✱ Stand holding on to things.

At this stage you can introduce dairy products like cheese or yoghurt, chicken or chopped meat, and pasta. As your child gets better at chewing, you can increase the variety of foods offered. The

combination of protein, starch, fruit and vegetables ensure a balanced diet. Remember that the introduction of texture also helps with speech development.

## Three notes of caution

- ✱ The presence of teeth does not mean that a baby is able to properly chew or swallow food. Avoid nuts, grapes, popcorn and other small hard foods that could choke your child.
- ✱ Sugar, salt and seasoning are unnecessary and should not be used as additives.
- ✱ Egg yolk can be tolerated at eight months, but your child has to be at least one year old before egg whites are introduced, because the protein in it can cause an allergic reaction.

## One to three years

Your baby is now a toddler, and is intent on fully exploring the environment. His food habits will vary from becoming bored quickly with a certain food, to wanting it every day. There are no hard and fast rules determining the number of meals per day. As a parent do not force these issues. Accommodate your child's preferences as far as is practical and possible. Remember he will now only gain weight at the rate of two to three kilograms per year as compared to the six or seven kilograms in the first twelve months. Obviously his appetite will be less!

Check height and weight charts with your doctor. If your child is within the parameters, there ought to be no concerns as to whether he is

eating enough.

Feeding habits are often the same as those of the parents, and therefore by eating a healthy and nutritious diet yourself, you will increase the chances of your child doing likewise. The foundations for heart disease in later life can start as early as two to three years of age. Therefore avoid a high fat diet for yourself, your toddler, and the rest of the family by using lean meats, poultry, fish, lots of fruits and vegetables, whole grain and low fat dairy products. Fibre is also very important.

## Tips

- ✱ Children prefer raw to cooked vegetables.
- ✱ If your child is being picky, plays with food, and won't eat, let him leave the table. There is no point making an issue out of this if your child is healthy and his weight is appropriate for his age and height.
- ✱ Have a variety of different but healthy foods available always, and keep offering them, even if refused previously.
- ✱ Try the same food in different forms: raw or cooked, shredded or whole, juiced or solid.
- ✱ Yoghurt and cheese can be substituted for milk.
- ✱ Snacks should be nutritious such as fruit, cheese, and whole grains.

*This information is of a general nature only. Essential Media (Pty) Ltd, or its advertisers, accepts no liability for loss, damage or injury affecting anyone acting on this information.*

## Notes

---

---

---

---

---

---

---

---



# PURITY<sup>†</sup>

THE BABY FEEDING EXPERTS



# Dehydration

an illness, and pay attention to both the intake and output of fluid.

## Oral Rehydration Therapy

For infants and young children, specific solutions are available that replace the lost fluids, and provide the right amount of essential electrolytes to prevent derangements of blood chemistry.

- ✧ Give the child as much solution it needs frequently, and in small amounts.
- ✧ Give other fluids alternately, such as breast milk and juices.
- ✧ Continue with solids if your child is 4 months or older.
- ✧ If your child vomits, wait 10 minutes and continue.

## Myths and misconceptions

An extremely dangerous misconception is that to stop vomiting or diarrhoea, fluids should be restricted. Such an approach will hasten the onset of severe dehydration, cause rapid deterioration in the child's condition and will result in death.

A common myth is that the administration of an enema(s) to an infant or child will 'cleanse' the bowel and so stop diarrhoea. In fact, quite the opposite will occur. Besides irritating and inflaming the bowel, causing a potential infection, or making one worse, it will accelerate the fluid loss. This happens because many home enema 'remedies' are highly concentrated, so they draw even more fluids out of the bloodstream and into the bowel. This results in an accelerated process of dehydration, with rapid deterioration of the child's condition.

## When to call your doctor

Dehydration is a major problem in infants and young children, occurs rapidly and requires careful, thoughtful and continuous monitoring to identify any change in your child's status.

*It is wise to seek medical advice as quickly as possible for a young child with dehydration.*

Your doctor will want to examine your child to determine the cause of the symptoms and to evaluate the degree of dehydration. Severe dehydration can seriously threaten a child's health by placing undue stress on the kidneys and heart as they try to compensate for the fluid depletion. Prolonged and severe dehydration can lead to shock and even death.

Call your doctor if you see any of the signs of dehydration described above, as well as:

- ✧ If your child has diarrhoea and episodes of vomiting for more than 24 hours.
- ✧ Your child has been too ill to drink for more than 24 hours.

*Note that your child can become severely dehydrated at a rapid rate.*

Your doctor will look for the presence of physical signs such as:

- ✧ Low blood pressure (hypotension).
- ✧ Rapid heart rate (tachycardia).
- ✧ Shock.

Further tests performed may include:

- ✧ Blood chemistry to check electrolyte levels.
- ✧ Urine specific gravity - a measure of its concentration.
- ✧ Other tests to determine the specific cause of the dehydration (for example, a blood sugar to check for diabetes).

## Treatment of dehydration

The best treatment, of course, is prevention, as described above. Even if your child has no appetite when ill,

encourage the intake of fluids. Most cases of dehydration can be treated at home with fluid supplementation.

Oral rehydration for approximately 12 to 24 hours can be used to successfully rehydrate most previously healthy infants and children. Readily available rehydration solutions containing an appropriate balance of sodium, chloride and other electrolytes will promote optimal absorption of fluid from the intestine.

Use of plain water can worsen the problem by drawing needed electrolytes out of the body. If the child is vomiting, too ill to drink or unable to take in sufficient quantities of fluid to counteract the losses, intravenous fluid replacement may be required. This is known as parenteral fluid therapy and requires hospitalisation.

The nature of the child's illness and the severity of the dehydration will determine the course of parenteral therapy and the length of the hospital stay. Your doctor will also determine and treat the cause of the dehydration.

Rapid recognition and treatment of dehydration will result in an excellent outcome.

*This information is of a general nature only. Essential Media (Pty) Ltd, or its advertisers, accepts no liability for loss, damage or injury affecting anyone acting on this information.*

## Notes



**A tasteful way to Stop Dehydration**

Searle, Division of Monsanto South Africa (Pty) Ltd. Company Reg. No.: 68/01485/07 A224

**REHIDRAT®**

ORAL ELECTROLYTE MIXTURE FOR THE TREATMENT OF DEHYDRATION



Each 14g sachet of flavoured powder contains:  
Sodium Chloride 0,44g; Potassium Chloride 0,38g;  
Sodium Bicarbonate 0,42g; Glucose 4,1g; Sucrose 8,1g.  
Orange flavour. Reg. No.: Y/24/181;  
Lemon/Lime flavour. Reg. No.: N/24/103;  
Blackcurrant flavour. Reg. No.: Y/24/214.



# Immunisation

The diphtheria and tetanus components of the vaccine can cause pain and swelling at the site of vaccination within 24 hours. The pertussis component causes redness and tenderness at the site and the child may be feverish and irritable. Very, very rarely, inflammation of the brain can occur. The pertussis vaccine is not given after the age of two because of possible side effects.

For a slightly raised temperature, you can give paracetamol, but if your child seems particularly ill, then see the doctor as soon as possible. Excessive redness at the site, a fever of more than 40,5°C within 48 hours, convulsions and uncontrollable crying indicate that the pertussis component must not be repeated. An extremely severe reaction called anaphylaxis means that no further DTP should be given.

Whooping cough is a serious illness in young children and can be fatal. Tetanus (lockjaw) is another extremely serious illness and half the people who get it, and who have not been immunised, die. Tetanus can be contracted through a cut or a scratch, so it is essential that everyone have a booster shot every ten years and immediately after injury if it is longer than a year since your last vaccination. Tetanus vaccine can and should be given during pregnancy to protect the foetus from neonatal tetanus.

**Hib** - Haemophilus Influenzae Type B  
The vaccine is available on its own (or in combination with DTP as stated) and is a new addition to the schedule available through the state. *Haemophilus Influenzae* Type B can cause meningitis and pneumonia and is commonly found in the nose and throat. It can also cause ear infections and bronchitis.

## Measles

Measles vaccine can be given at any age if not given in infancy. It should not be given within a month of the BCG since they are both live vaccines - meaning that they contain weakened versions of the disease-causing organism. The measles vaccination should be delayed if the child has an illness with a high temperature.

Measles is a serious disease, particularly in children who are malnourished. It can cause complications such as pneumonia, encephalitis and chronic lung disease. It also lowers the body's resistance to other disease.

Measles vaccine and egg allergy - The vaccine used at the moment is grown in eggs, but even if your child has a frank egg allergy, an allergy to the measles vaccine is very rare. If the child has previously had a severe reaction to egg, consult your doctor.

A reaction to the measles vaccine may develop between five and twelve days after the immunisation, manifesting as a mild fever and a rash similar to measles. This is neither serious nor contagious. You can give paracetamol if necessary.

## HBV - Hepatitis B

This is a serious and highly contagious infection, which is endemic in South Africa and can lead to untreatable liver disease.

There is usually no reaction to the vaccine.

## Other vaccines

**MMR** - combined measles, mumps and rubella (German measles)

This is only available from your doctor, not free from state clinics. It is given at 15 to 18 months so the measles vaccination is given at the best time. A single injection provides life-long protection. Even if your child has had the measles vaccine at nine months, it can be repeated.

Children who have had the injection do not pose a threat to a pregnant woman. Any reaction to the measles component

will be the same as that to the single measles vaccination. The mumps component can cause slight swelling under the jaw and the rubella component can cause joint pain.

Allergy to neomycin is a contraindication for the rubella vaccine.

## Hepatitis A

Hepatitis A is easily transmitted via the faecal/oral route and can be a very serious illness in adults and there is no effective treatment for it. It is therefore advisable to vaccinate children against this disease. The vaccine is well tolerated and is given in a simple two-dose regimen.

## Influenza

This should be given to children over the age of six months who have severe asthma, cystic fibrosis, HIV infection, chronic heart or kidney disease, chronic lung disease or who are on long term aspirin therapy. It has also been shown to reduce the occurrence of ear infections. It should be given before the winter. Children under the age of eight who have not been previously vaccinated should have a second dose not less than four weeks after the first dose.

The newer vaccines have fewer reactions other than soreness at the site of the injection and possibly a mild fever.

*This information is of a general nature only. Essential Media (Pty) Ltd, or its advertisers, accepts no liability for loss, damage or injury affecting anyone acting on this information.*

## Notes

---

---

---

---

---

---



HELPLINE  
0860 160160

**Aventis Pasteur**  
call during office hours Monday-Friday



# The Baby with Fever

- ✧ Irritability or persistent crying.
- ✧ Unusual sleepiness or fatigue.
- ✧ Severe headache.
- ✧ Inability to swallow or sore throat.
- ✧ Difficulty in breathing.
- ✧ Ear pain.
- ✧ Pain with urination.

Always be aware of these warning signs as they will give you and the doctor a clue to the site, cause and severity of the infection.

## Comforting the baby and reducing fever

Keeping the baby comfortable and controlling the fever are essential in the management of a fever:

- ✧ Keep the baby at rest or moderate activity, but prevent over-exertion. The baby doesn't have to be restricted to bed unless the symptoms are severe.
- ✧ Give the baby plenty of fluids to prevent dehydration.
- ✧ Don't starve a fever - sick babies need plenty of calories and liquids.
- ✧ Dress the baby in light, cotton clothing. Don't bundle up the baby to "burn out the fever".
- ✧ Keep the bedroom cool. If necessary, use a fan, and use only a sheet or light blanket for covering.
- ✧ Give the baby paracetamol. This medication is sold under different names. It also comes in several forms, (drops, liquid or tablets) and in different strengths, so read labels and follow directions for age or weight very carefully.
- ✧ If medicine alone doesn't bring the fever down, try a sponge bath. Put the baby in a shallow tub of lukewarm water, and rub the body, one area at a time, with a lightly wet cloth. Don't dry the skin off - let the water evaporate. This should reduce the fever in 10 to 20 minutes. Do not use alcohol for sponge baths, since it can be absorbed through the skin.

Never give aspirin to a child who may have any form of a virus infection. The combination of aspirin and virus in children can cause a serious condition called Reye's Syndrome which can lead to coma and death. This is especially important for children with chickenpox.

## Antibiotics

The doctor may prescribe antibiotics to treat an underlying bacterial infection. Always observe the following guidelines when taking antibiotics:

- ✧ Never stop taking the antibiotics part of the way through a course, even if symptoms improve. This may increase the resistance of the bacteria to antibiotics and make treatment more difficult in the future.
- ✧ Never use antibiotics prescribed for another baby, even if symptoms are similar.
- ✧ Although rare, always be on the lookout for allergic reactions or side effects of antibiotics, or any other medication.

## When to call the doctor

You should always call the doctor when:

- ✧ Rectal temperature of a baby less than two months old is above 38°C.
- ✧ Fever of 38.4°C or higher is present in babies younger than three or four months.
- ✧ A baby of any age has a rectal temperature of 40°C or more.
- ✧ The fever doesn't respond to paracetamol or other home treatments within four or five hours.
- ✧ If a baby younger than three years (but older than three months) has a high fever that lasts for 24 hours.
- ✧ The fever is accompanied by any extreme or unusual symptoms, like breathing problems, rash, drooling, stiff neck or vomiting.

- ✧ There are signs of dehydration.
- ✧ There is a lot of pain, especially in the abdomen.
- ✧ The child acts very sick.

## Febrile convulsions

A febrile convulsion is a fever-induced seizure or fit. During this seizure, the baby may turn pale, stiffen, twitch uncontrollably, and perhaps even lose consciousness.

Although this is scary to watch, it rarely harms the baby. During the seizure, don't restrain the baby in any way. Just loosen any tight clothing and remove any surrounding objects which may injure the baby. Call your doctor when the seizure has ended. Seizures usually last for about 20 seconds, and rarely more than two minutes. In the event that a convulsion lasts more than four minutes, call an ambulance or take your baby to the emergency room immediately.

Call your doctor if you are unsure about the symptoms and what to do. Don't be afraid to call and ask questions, even if you feel silly or embarrassed. In short, deciding when to call your doctor should not be based on temperature alone. It is important to pay as much attention to the baby's behaviour as to the numbers. Remember the medical slogan: "Treat the child, not the thermometer".

*This information is of a general nature only. Essential Media (Pty) Ltd, or its advertisers, accepts no liability for loss, damage or injury affecting anyone acting on this information.*

## Notes



Sta-soft is now available in a delicately perfumed hypo-allergic "Baby" variant.

Sta-soft - caring for you and your baby.

Soft as a mother's touch

**Sta-soft**

For all your medical information requirements, visit:  
[www.healthzone.co.za](http://www.healthzone.co.za)



# Baby Sleeping Problems

in your arms, taking them for a walk around the block or rhythmically patting on the back - even if they fuss, they will settle, so just stay with them.

**Feeding.** Should feeding be the only way to get baby to sleep, this is fine, but if she wakes when being laid down, preferably stop the feed before she falls deeply asleep, and then pat her on the back.

**Be calm.** Do not expect problems; radiate calmness and believe in your baby's ability to sleep as well as she can - this will often reassure an anxious child.

**Get your own sleep too.** Most babies sleep well pre-midnight and you should make use of these hours to turn in early as you will feel more rested - quality time between partners can be arranged over the weekend while using a babysitter.

**Massage.** Massage the spot between baby's eyebrows, both temples and behind the ears with baby massage oil to induce peaceful sleep.

If baby wakes after you have retired, simply bring her into your bed, offer her a feed if necessary and let her sleep between you. This way she learns to go to bed in her own room or bed and you sleep better too. If you feel that there is not enough place in your bed, get dad to turn around with his head at the foot of the bed - all fit in snugly this way. As baby grows to toddlerhood, she can be the one to sleep this way round, should she come through at night. Have all requirements for night time parenting like bottles, formula powder, teething medication, etc, next to your bed. Learn to lie and breastfeed as you can catch up on rest and sleep in this way.

**Controlled crying.** Certain practitioners advise the controlled

crying approach for babies who cry at night. This involves allowing your baby to cry in her cot, for a gradually increasing period of time, until she becomes used to falling asleep on her own. Speak to your doctor or clinic sister for more information on this technique.

**Restless sleeper.** If baby is a restless sleeper and wakes you, try keeping her in her own room or in a camp cot in your room. The homeopathic remedy Nerva 2 can help improve restless sleep.

**Softly, softly.** Keep the lights low and do not make eye contact with or talk to your baby at night - simply do what you need to quietly and settle again. Play soothing music softly if baby is fretful. Do not have a TV on in the bedroom or watch TV before putting your little one down for the night.

**Homeopathic options.** The homeopathic remedy Sedasleep contains Valerian, Melissa, Avena Sativa and Lavender, all of which safely help induce restful sleep for babies and parents alike.

Use Rescue tablets or drops for both mom and baby if pregnancy or birth trauma or anxiety and tension influence sleep negatively.

If you feel that you are not coping take Nerva 3 homeopathic drops in addition to Rescue tablets.

**Develop a bed-time routine.** As baby grows, put her to bed after a wind-down routine to the day, say goodnight and then sit next to her and read or listen to music through headphones. Baby might well cry and try to interact with you, but simply stay where you are and try to relax. If all her needs have been attended to, so long as you do not leave her to cry alone, she will soon enough settle down to sleep.

**Relax.** Do not react to the first cry as baby may simply need to wriggle around and then fall asleep alone again. Do not leave your bed if possible, so that you do not thoroughly wake. In addition, do not count the times baby wakes up or clock-watch as this adds to your anxiety and baby's restlessness.

## Remember

Babies will grow up and sleep will return to normal one day. Concentrate on finding ways of surviving this time well, rather than forcing sleep on the baby. The key is to relax and not let sleep become an issue.

*This information is of a general nature only. Essential Media (Pty) Ltd, or its advertisers, accepts no liability for loss, damage or injury affecting anyone acting on this information.*

## Notes

---

---

---

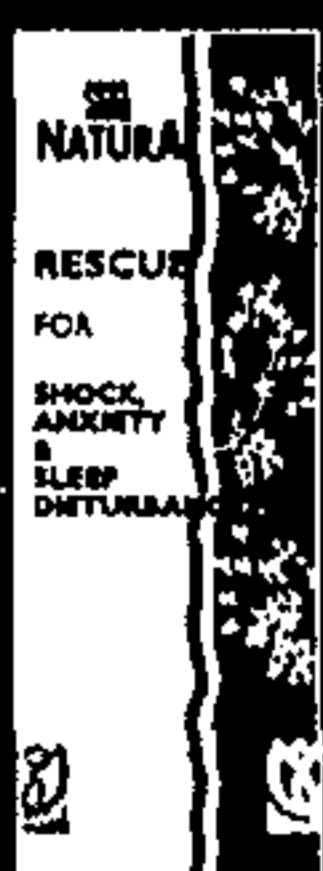
---

---

---

---

---



## Rescue: The-instant-shock-grief-anxiety- help-you sleep-better-remedy

Natura's Rescue is a unique combination of flower essences and homeopathic remedies to help you cope better with emergencies and stressful situations by calming the nervous system and restoring internal balance.

**NATURA**

House of Homoeopathy

PRETORIA HEAD OFFICE:  
8, 18th Street, Hazelwood, Pretoria, 0081.

Tel 012-346 1230, Fax: 012-460 6405

e-mail: [mailbox@natura.co.za](mailto:mailbox@natura.co.za)  
<http://www.natura.co.za>





# Developmental Milestones

- ✧ Release objects when asked to.
- ✧ Say first words like "mama" and "dada" with meaning.
- ✧ Understand simple commands.

**Developmental problems: first year**  
Remember that the timing of certain milestones is only a guideline. While some children develop nerve and muscle co-ordination very fast, others are slower, but still within normal limits.

There are times however, when a parent should seek the help of a doctor to assess that all is indeed well. If you notice any of the following, please visit your doctor:

#### At six weeks

- ✧ A very floppy body and it seems as if the child is stretching his limbs out all the time.
- ✧ Movements are totally lopsided.
- ✧ A poor sucking reflex and not ever smiling.

#### At six months

- ✧ Floppiness in the body.
- ✧ Not using both hands.
- ✧ Not turning towards sounds.
- ✧ A squint.
- ✧ A poor response to people.

#### At nine months

- ✧ Not sitting.

#### At twelve months

- ✧ Not standing, even with support.
- ✧ An abnormal grasp.
- ✧ Not responding to sounds.

#### Hearing Loss.

Suspect hearing loss if your child demonstrates any of the following:

#### Birth-six months

- ✧ Your baby does not startle when a loud noise is made.
- ✧ He is not alerted by loud sounds such as a telephone ringing or the sound of a household appliance.
- ✧ He does not quiet down or smile at the sound of your voice.

#### Six-twelve months

- ✧ Your baby does not respond to his own name.
- ✧ He does not respond to your conversation with him by babbling.

- ✧ He does not turn his head towards you when you use your voice.

## The second year

During his second year your child is learning to be more independent which is the result of greater nerve and muscle development. This allows him not only to be more mobile, but also to develop language, fine muscular co-ordination and social skills even further.

#### At 15 months, your toddler can:

- ✧ Walk with hands held up.
- ✧ Make attempts to start feeding himself with a spoon (spilling most of the food!)
- ✧ Use single words meaningfully.

#### At 18 months, your young child:

- ✧ Walks.
- ✧ Swings his arms.
- ✧ Pulls toys and throws a ball without falling.
- ✧ Climbs onto chair.
- ✧ Builds a two- to three-cube tower.
- ✧ Feeds himself with a spoon and spills much less.
- ✧ Makes two-word sentences.
- ✧ Looks at pictures in a book.
- ✧ Turns several pages at a time.

#### At 24 months, your two-year-old can:

- ✧ Kick balls.
- ✧ Go up and down stairs by putting both feet on each step.
- ✧ Build a six-cube tower and a horizontal train of three blocks.
- ✧ Copy a horizontal and vertical line.
- ✧ Copy phrases used in the home.
- ✧ Say short phrases.
- ✧ Refer to himself by name.
- ✧ Sense that he is a separate being, which is portrayed by his use of words like "mine", "me", "I" and "you".
- ✧ Can follow simple instructions.

## Notes

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Developmental problems: second year**  
If you notice any of the following danger signals you should take your child to the doctor for an assessment.

#### At 18 months

- ✧ Child is not walking, still mouthing and drooling.

#### At 24 months

- ✧ There is a tremor or lack of co-ordination and your child is unable to understand simple commands.

## Assisting your child's development

- ✧ Take time to play creatively with your child.
- ✧ Make things from scratch.
- ✧ Let your child work alongside you as an apprentice.
- ✧ Make an effort to dress up.
- ✧ Roll on the floor.
- ✧ Brush up on those nursery rhymes.
- ✧ Build your relationship with your child. People and relationships are more important than objects in a child's developmental process.
- ✧ Do activities which involve improvisation, free play and social play.

These activities enhance social and emotional "intelligence" and count massively towards later success in school and adult life. They are also free - allowing you to save for an education policy!

*This information is of a general nature only. Essential Media (Pty) Ltd, or its advertisers, accepts no liability for loss, damage or injury affecting anyone acting on this information.*

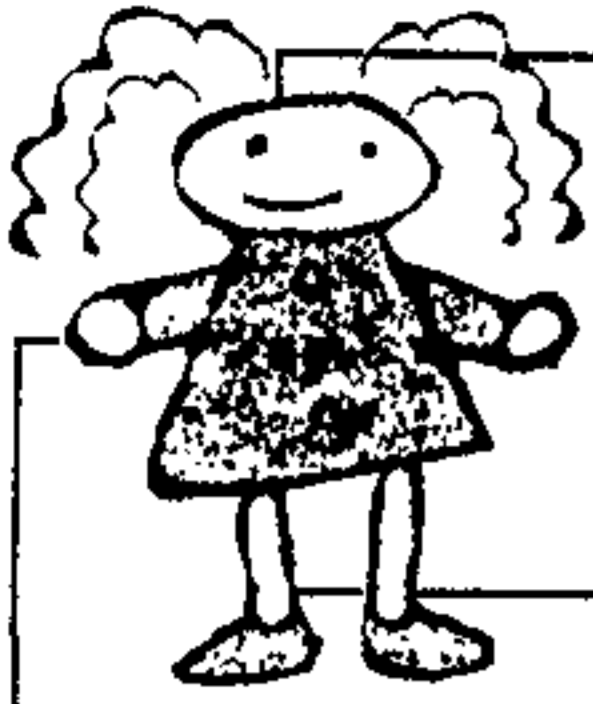


**Wouldn't you like to guarantee your child a job one day?**

For more information on how **EduFocus** can lay the foundation of your child's financial future, speak to your Sanlam adviser or broker, or contact Sanlam on 0860 000 121. Alternatively, visit us at [www.sanlam.co.za](http://www.sanlam.co.za)

edu√focus

 **Sanlam**  
*Your future in good hands*



# Breastfeeding

## BREASTFEEDING TIP

To break the strong suction of baby's mouth on your breast, gently insert your little finger between baby's lips and the nipple.



## Breastfeeding: the facts

A woman's breasts reach their full development when she nurses her baby. The mammary glandular tissue becomes a veritable factory. The mother's blood is the raw product, and the alveoli in the breast form the production line that makes and secretes the milk. The hormones prolactin and oxytocin are the managers and facilitators of the process. Once lactating, a woman's breasts are never altogether empty, but fresh milk is made on demand for the suckling baby. The milk collected in the lactiferous ducts is called foremilk and has a more watery consistency in order to quench a baby's thirst. Latching and sucking well stimulates the let-down reflex which ejects the new supply of thicker, creamy milk from the alveoli - this satisfies hunger and provides all necessary nutrients. It is essential that a baby is not restricted in the length of a feed so that this full cycle can take place to ensure the best nutrition, although the amount of time needed at each breast will differ from one baby to the next. One needs simply to let them take the lead for

this system to work well.

Breast-milk is the perfect food for human babies, containing all the essential amino acids for growth and, with more whey protein than casein, it is easier to digest and provides better nutritional value. Many harmful bacteria are also destroyed by breast-milk. The constituents of breast-milk are ideal for the rapid growth of brain tissue in babies, the most important part of early human development. The type and amount of fat in mother's milk are also tailor-made for ensuring that human babies survive well. So unique is this system that it alters with the baby's requirements at any particular time. Lactose levels are high in breast-milk and provide steady energy levels, optimal brain and nervous tissue growth and healthy bacterial growth in the intestines, with protection from disease and ensuring innocuous stools. Lactose intolerance is unlikely unless as a reaction to high intake of dairy lactose in the mother's diet. Human milk lactose levels also ensure optimal absorption of minerals and vitamins, which need to be correspondingly less in amount. Research has also demonstrated how breast-milk strengthens resistance against disease and allergies.

## Nine easy steps to successful breastfeeding

- ✧ Have as drug-free a birth as possible to ensure an alert baby with a good feeding reflex.
- ✧ Encourage baby to latch as soon as possible after birth, preferably within half an hour.
- ✧ Be patient and let baby help you with the first feeds.
- ✧ Ask to be left alone to feed if you will feel more comfortable.
- ✧ Do not restrict length of a feed but ensure that baby latches behind the nipple to prevent pain.
- ✧ Feed your baby when he needs to, not on a schedule. This will often be two-hourly with the occasional longer break.
- ✧ Understand that babies sometimes need to rest between "courses" and that this does not mean that you do not have enough milk, but that they

are tired and simply eat in a civilised way!

- ✧ Avoid all supplementary feeds, whether water, dextrose water or formula, unless medically necessary, so that baby adapts quickly to nursing.
- ✧ Learn to lie down and feed as you will then catch up on rest and sleep and will enjoy the experience more.

## Early troubleshooting

After the first few days of only colostrum, your milk will come in and your breasts become very full and tender. If the pain is unbearable and your breasts are stretched too taut for baby to latch, this condition is called engorgement. Place a whole cabbage leaf (in which you have made a hole for your nipple), that has been briefly dipped in boiling water, over your breast while still warm. This will soothe the pain and begin milk flow. Wear inside your bra until you are ready to feed baby. Massage of the breast can also ease discomfort, as can warm baths. It is essential that baby helps empty the breasts.

Cracked, sore or bleeding nipples occur if baby latches incorrectly, if he has oral thrush or from using nipple extractors to help with flat or inverted nipples. Apply Calendula cream, expose to air for ten minutes after each feed and sun them twice a day for five or ten minutes. Pull down on baby's chin to ensure wide opening of the mouth to help correct latching and treat both yourself and baby if thrush is present (speak to your pharmacist or use homeopathic Buso or the tissue salt Kali mur). If your nipples are flat or inverted, apply a cold cloth just before feeding to make them erect, grasp between thumb and index finger and gently pull outwards while rolling. Baby will help you do the rest.

Lumpy tender breasts may indicate blockage in one or more of the milk ducts. Massage these areas until soft and encourage baby to drink on that side so that this does not escalate into a bigger problem.



We have everything you'll need to keep your little one safe, comfortable and happy.



WOOLWORTHS

write to us at Woolworths/Sister Lillian P O Box 680 Cape Town 8000 or e-mail us on [www.woolworths.co.za](http://www.woolworths.co.za)

## BYLAAG G

### Voorgestelde riglyne vir die ouerleidingsprogram

Inhoudsopgawe

<b>EENHEID 1 KANGAROEMOEDERSORG</b>	<b>129</b>
<b>Sessie 1: Voordele en kernelemente van KMS</b>	<b>129</b>
a. Uitkomst	129
b. Inhoudsmoontlikhede	130
c. Idees vir aanbieding	130
<b>Sessie 2: Borsvoeding as voedingswyse by KMS</b>	<b>131</b>
a. Uitkomst	131
b. Inhoudsmoontlikhede	131
c. Idees vir aanbieding	132
<b>EENHEID 2 VOEDING VAN DIE BABA</b>	<b>132</b>
<b>Sessie 1: Instandhouding van laktasie en probleme by borsvoeding</b>	<b>132</b>
a. Uitkomst	133
b. Inhoudsmoontlikhede	133
c. Idees vir aanbieding	133
<b>Sessie 2: Vaste kos</b>	<b>133</b>
a. Uitkomst	133
b. Inhoudsmoontlikhede	133
c. Idees vir aanbieding	133
<b>EENHEID 3 PREMATURITEIT</b>	<b>134</b>
<b>Sessie 1: Prematuriteit: die hier-en-nou</b>	<b>134</b>
a. Uitkomst	135
b. Inhoudsmoontlikhede	135
c. Idees vir aanbieding	135
<b>Sessie 2: Prematuriteit: langtermyngevolge</b>	<b>135</b>
a. Uitkomst	136
b. Inhoudsmoontlikhede	136
c. Idees vir aanbieding	136
<b>EENHEID 4 GROEI EN ONTWIKKELING</b>	<b>137</b>
<b>Sessie 1: Immunisering</b>	<b>137</b>
a. Uitkomst	137
b. Inhoudsmoontlikhede	137
c. Idees vir aanbieding	137
<b>Sessie 2: Ontwikkelingsmylpale</b>	<b>137</b>
a. Uitkomst	138
b. Inhoudsmoontlikhede	138
c. Idees vir aanbieding	139

<b>EENHEID 5 OPVOEDING EN STIMULERING</b>	<b>139</b>
<b>Sessie 1: Liefde, aanvaarding en interaksie met die kind</b>	<b>139</b>
a. Uitkomst	139
b. Inhoudsmoontlikhede	139
c. Idees vir aanbieding	140
<b>Sessie 2: Dissipline en veiligheid</b>	<b>140</b>
a. Uitkomst	140
b. Inhoudsmoontlikhede	140
c. Idees vir aanbieding	140
<b>EENHEID 6 TUISVERSORGING NA ONTSLAG</b>	<b>141</b>
<b>Sessie 1: Higiëne en veiligheid</b>	<b>141</b>
a. Uitkomst	141
b. Inhoudsmoontlikhede	141
c. Idees vir aanbieding	141
<b>Sessie 2: Die siek of beseerde baba</b>	<b>142</b>
a. Uitkomst	142
b. Inhoudsmoontlikhede	142
c. Idees vir aanbieding	142
Bronnelys	142

Die ses verskillende eenhede soos wat dit voorgestel word, word hier uiteengesit. Die inhoudsmoontlikhede, idees vir aanbieding en uitkomst word afsonderlik by elke sessie genoem. Aangesien hierdie slegs riglyne vir die eenhede is, is die inhoude wat telkens genoem word die minimuminhoude wat in 'n eenheid / sessie gedek moet word. Indien die gesprek verder as die gestelde inhoude lei, of die moeders ander vrae of probleme tydens die sessies uitlig, behoort dit nie uit die aanbieding uitgesluit te word nie.

## **EENHEID 1: Kangaroemoedersorg**

### **Sessie 1: Voordele en kernelemente van KMS**

Kangaroemoedersorg en al die fasette daarvan is te breedvoerig om aan die moeders te verduidelik en met hulle te bespreek. Die studies wat onderneem is ten opsigte van KMS is in die vorm van wetenskaplike artikels beskikbaar. Die breë publiek vind sulke artikels gewoonlik nie lesersvriendelik of relevant nie. Daar kan dus eerder op die praktiese toepassing sowel as die voordele van KMS (sien Bylaag A) gekonsentreer word in die aanbieding van die sessie.

#### **a. Uitkomst**

Na afloop van die sessie behoort die moeder

- te weet wat die drie kernelemente van KMS is
- te verstaan waarom KMS belangrik is en dit getrou toegepas moet word
- te weet wat die kangaroeposisie alles behels
- die kangaroeposisie korrek te kan toepas
- te weet wat van haar verwag word na ontslag

- te weet watter kriteria by die moeder en die baba ontslag uit die hospitaal sal bepaal (sien Bylaag H)

### **b. Inhoudsmoontlikhede**

Die belangrikheid van KMS moet uitgewys word. Dit kan aan die hand van die voordele (sien Bylaag A) verduidelik word.

Twee van die drie kernelemente van kangaroemoedersorg behoort in die sessie bespreek en op praktiese wyse verduidelik te word, naamlik

- kangaroeposisie
- kangaroo-ontslag

#### Kangaroeposisie sluit aspekte in soos:

- die posisie wat die moeders moet inneem
- die posisie wat die baba teen haar lyf inneem
- vel-tot-vel-versorging
- hoe die baba vasgemaak word
- baba wat net 'n doek dra en geen klere nie

#### Kangaroo-ontslag sluit die volgende aspekte in

- wanneer sal die moeder en baba reg wees vir ontslag
- ondersteuning vir die moeder by die huis
- wat die opvolgklinieke behels, wanneer om te kom en waarom dit noodsaaklik is
- optrede indien die baba 'n terugslag beleef
- optrede tuis indien die baba respiratoriese probleme ervaar
- wanneer word KMS gestaak

Die voordele van KMS vir die moeder en baba soos opgeteken in verskillende bronne (sien Bylaag A) behoort ook uitgelik te word tydens die sessie. Die volgende voordele kan bespreek word:

- beter binding tussen moeder en baba
- die bevordering van borsvoeding
- verbeterde groei en gewigstoename vir die baba
- verminderde risiko dat die baba kan koud kry
- verminderde risiko vir infeksies
- bevordering van die moeders se selfvertroue om die baba te versorg
- addisionele stimulering vir die baba (byvoorbeeld ouditiewe en sensoriese stimulering).

### **c. Idees vir aanbieding**

Daar is beskikbare plakkate in die kangaroesaal wat gebruik kan word in aanbieding van die sessie (sien Bylaag E). Ander idees wat met die gebruik van die plakkaat gekombineer kan word is die volgende:

#### Kangaroeposisie

Die meeste moeders het reeds hul babas by opname met die hulp van die personeel in die kangaroeposisie vasgemaak. Die korrekte wyse van posisionering kan deur 'n demonstrasie net weer onder die moeders se aandag gebring word. Individuele hulpverlening aan moeders wat vrae het of sukkel met die posisie kan deur die aanbieder en deur medeleerders gebied word. Daar kan 'n verduideliking gegee word oor hoekom dit juis hierdie posisie is wat gebruik word en die gesprek kan as aanknopingspunt vir die voordele van KMS gebruik word.

### Kangaroo-ontslag

Gesprekke waar die moeders deelneem kan hier gebruik word. Die gesprek kan ingelei word deurdat die moeders kan meld waarom hulle onseker sal wees na ontslag, waarna hul uitsien om huis toe te gaan en wie gaan hul by die huis ondersteun. Die belangrikheid van die opvolgklinieke kan deur die aanbieder uitgewys word. As 'n saamdoen-aktiwiteit kan die items op die "*Predischarge Scoring Sheet*" (sien Bylaag H) vir die moeders verduidelik word terwyl elke moeder met haar eie leër voor haar sit terwyl dit verduidelik word. Op hierdie manier voel die moeders betrokke en deel van die besluit rondom haar ontslag.

### Voordele van KMS

Die sessie kan begin word deur aan die moeders te vra wat hulle tot dusver van KMS gehoor het of wat hulle van KMS weet. Uit die aspekte wat hulle noem kan die voordele saamgevat word. 'n Plakkaat kan ook gebruik word om die verskillende voordele visueel aan die moeders voor te hou. Die aanbieder kan dan na aanleiding van die plakkaat die voordele met die moeders bespreek. Hier kan reeds tydens hierdie sessie inleidend na die gevolge van prematuriteit verwys word en ook die rol wat KMS hierin speel.

As alternatief kan die video van Nils Bergman byvoorbeeld elke tweede week aan die moeders gewys word. Hierdie video omsluit die drie kernelemente van KMS.

### **Sessie 2: Borsvoeding as voedingswyse by KMS**

Die derde kernelement van kangarooemoedersorg wat nie in Eenheid 1 sessie 1 bespreek is nie, is kangaroovoeding en word in sessie 2 afsonderlik bespreek. Die opset in Kalafong-hospitaal is van so aard dat die moeders reeds in die hoësonde KMS toegepas het. Hulle het dus reeds leiding in sekere aspekte van KMS, veral wat betref borsvoeding, ontvang. Hierdie aspekte word hier genoem maar met (HS) gemerk wat beteken dat dit nie noodwendig in die geval van Kalafong-hospitaal in die kangaroosaal aangespreek sal word nie, tensy die moeders wie se babas in die hoësonde is ook die voorligtingsessies bywoon.

#### **a. Uitkomst**

Na afloop van die sessie behoort die moeder:

- te weet wat die voordele van borsvoeding is
- te weet watter gevare bottelvoeding inhou
- haar baba met selfvertroue te kan borsvoed.

#### **b. Inhoudsmoontlikhede**

##### Voordele van borsvoeding

- Die korrekte samestelling van die melk:
  - regte hoeveelhede proteïene en vet
  - voldoende vitamienes en yster vir die baba
  - voldoende waterinhoud
  - korrekte hoeveelhede sout, kalsium en fosfaat
- Beskerm die baba teen infeksies op grond van die volgende eienskappe:
  - lewendige witbloedselle wat bakterieë doodmaak
  - teenligaampies teen die meeste algemene siektes
  - 'n substansie wat diarree voorkom
- Binding tussen moeder en baba verbeter
- Dra by tot vinniger herstel van die moeder na die geboorteproses

- Gerief:  
melk is altyd beskikbaar en geen voorbereidings is nodig nie  
melk kan nie suur of oud word terwyl dit in die bors is nie  
borsmelk is gratis.

(King 1992:24-26)

#### Tegniek

- voedingsposisies van die moeder
  - aansit aan en afhaal van die bors
  - korrekte posisionering voorkom seer tepels
  - gereeldheid van voedings
  - hantering van baba na 'n voeding
  - uitmelk van moeder se borste (HS)
  - hantering van oorvol borste
  - alternatiewe wyses waarop babas wat sukkel om te suig borsmelk kan inneem (HS).
- (Bergh 1988:21-28)

#### **c. Idees van aanbieding**

Dieselfde plakkaat wat in sessie 1 gebruik is, kan ook hier gebruik word. Daar is fotos van moeders wat borsvoed en aan die hand van die plakkaat kan die nodige verduidelikings geskied.

Moeders kan hulle babas voed en uitmelk tydens 'n sessie. Daarna kan basiese anatomie van die bors en fisiologie van laktasie verduidelik word deurdat die moeders kyk na wat hul eie babas of dié van ander doen.

Indien die moeders van die hoësoorgeneheid die sessie bywoon, kan die moeders van die kangaroesaal aan hul verduidelik hoe hulle die uitmelk van hul borste hanteer het.

Foto's en diagramme kan gebruik word. Diagramme van die basiese anatomie en foto's om verskillende aspekte van die tegniek te illustreer, kan op kartonne gemonteer word en tydens die aanbieding gebruik word.

Kleingroep-besprekings kan gebruik word. Daar kan vrae aan die kleingroepe gestel word en die moeders in die groep kan oplossings vir die vrae bespreek. Dit is belangrik dat die aanbieder later in die sessie terugvoer van die groepe sal vra en dan in die groter groep die oplossings waartoe die betrokke kleingroep gekom het, sal bespreek.

#### Moontlike vrae om aan kleingroepe te vra tydens die aanbieding:

- Waarom is borsvoeding so belangrik vir my baba se gesondheid?
- Hoekom is borsvoeding gerieflik?
- Hoe sal 'n mens weet 'n baba suig reg aan die bors?
- Hoe sal ek vir iemand verduidelik hoe om haar baba aan die bors te posisioneer?

## **EENHEID 2: VOEDING VAN DIE BABA**

### **Sessie 1: Instandhouding van laktasie en probleme by borsvoeding**

Die voordele en tegnieke van borsvoeding is reeds in Eenheid 1 sessie 2 bespreek. In hierdie sessie word daar na ander aspekte en moontlike probleme van moeders wat borsvoed, gekyk.

### a. Uitkomst

Na afloop van die sessie behoort die moeder:

- te weet hoe om laktasie in stand te hou en melkproduksie te bevorder
- te verstaan dat daar probleme met borsvoeding kan opduik
- te weet hoe om die algemeenste probleme met borsvoeding te hanteer
- te weet waar om hulp te gaan soek indien sy nie die probleme self kan oplos nie.

### b. Inhoudsmoontlikhede

Laktasie

- Melkproduksie - hoe om te weet jy voorsien in jou baba se behoeftes
  - - hoe om voldoende melkproduksie te verseker
- Gereeldheid van voedings
- Lengte van voeding en tydsbeperking aan die bors.

Die baba

- Baba tel nie voldoende gewig op nie
- Stoelgange
- Opbring van melk
- Hik
- Krampe en koliek.

Die moeder se borste

- Tepelsorg
- Mastitis.

(King, 1993:43-54; Bergh 1988:31-68)

Die teenstrydige advies wat die moeders ontvang kan ook aangespreek word. In verskillende kulture bestaan daar verskillende idees oor sekere van die bogenoemde aspekte. Sommige van die idees kan aan die hand van mediese feite met die moeders bespreek word om die relevansie al dan nie daarvan uit te wys.

### c. Idees vir aanbieding

Die fokus van hierdie sessie behoort te val op die voorkoming van probleme, gerusstelling en praktiese wenke.

Moeders wat reeds ander kinders geborsvoed het, kan tepelsorg, asook mastitis aan die groep verduidelik indien daar iemand met ondervinding daarvan is.

Kleingroep-besprekings kan aangewend word. Elke groep word gekonfronteer met een van die probleemareas wat hierbo geïdentifiseer is. Die groep moet dan weer 'n oplossing probeer bereik. Terugvoer aan die groter groep en fasilitering deur die aanbieder is belangrik.

Die sessie moet afgesluit word oor presies waar en hoe die moeders kan aanklop vir hulp met borsvoeding nadat hulle ontslaan is.

## Sessie 2: Vaste kos

### a. Uitkomst

Na afloop van die sessie behoort die moeder:



- te weet wanneer om met die inskakeling van vaste kos te begin
- te weet watter kos om vir die baba te gee
- te verstaan hoekom 'n gebalanseerde dieet belangrik is
- met selfvertroue vaste kos vir die baba te kan voorberei.

## **b. Inhoudsmoontlikhede**

### Wanneer kan vaste kos ingeskakel word

- Die belangrikheid van nekbeheer van die baba
- Gemiddelde ouderdom vir inskakeling.

### Watter vaste kos behoort ingeskakel te word

- Eerste bekendstelling aan vaste kos (maklik verteerbare voedsel)
- Hoofvoedselgroepe (proteïene, groente en vrugte, stysel) en die belangrikheid van gebalanseerde maaltye, gekoppel met bekostigbaarheid
- Bederfbare voedselsoorte en voedselvergiftiging
- Moontlike allergieë.

### Hoe word vaste kos ingeskakel

- Voorbereiding van kos vir verskillende ouderdomme
- Belangrikheid van higiëniese voorbereiding
- Berging van voedsel.

## **c. Idees vir aanbieding**

Vaste kos en die inskakeling daarvan kan deur 'n gesprek van die aanbieder ingelei word. Daarna kan die moeders geleentheid kry om vrae te vra oor enige kwessie rondom vaste kos. Daar kan dan aan die ander moeders geleentheid gegee word om die vrae in die groot groep te beantwoord. Die aanbieder kan ook vrae vra om die gesprek in die gekose rigting te lei sodat al die uitkomst bereik kan word.

Modelle van verskillende kossoorte of leë houers waarin kos verpak word, kan gebruik word om seker te maak die moeders weet presies waarvan daar gepraat word.

Onder leiding van die dieetkundige kan die moeders self kos vir die ouer baba voorberei. Die etes kan dan aan die kinders in die pediatriese saal gegee word.

Die moeders kan die basiese beginsels van tuinmaak geleer word met die oog om groente vir eie gebruik te kweek. Om hulle op hierdie manier toe te rus, kan groente gereeld en goedkoper in hul eie huise beskikbaar wees.

## **EENHEID 3: PREMATURITEIT**

### **Sessie 1: Prematuriteit: die hier-en-nou**

Die oorsake en eienskappe van prematuriteit kan hier bespreek word. Die oorsake behoort egter met groot omsigtigheid en empatie bespreek te word. Om die gesprek te fokus op dit wat die moeder moontlik verkeerd gedoen het as rede vir die premature geboorte sal onvanpas en onsimpatiek wees. Dit is eerder belangrik om die moeder daarop te wys dat daar nou niks daaraan verander kan word nie en dat daar nou op die hulp aan die kind gefokus moet word.

### a. Uitkomst

Na afloop van die sessie behoort die moeder:

- te weet wat die moontlike oorsake van 'n premature geboorte is
- die verskille tussen 'n premature baba en 'n voltermynbaba te kan noem
- die algemeenste korttermyngevolge wat moontlik uit 'n premature geboorte spruit, te verstaan.

### b. Inhoudsmoontlikhede

#### Oorsake van prematuriteit

Volgens die redes gemeld in die inleiding van hierdie sessie behoort dit voldoende te wees om net by die volgende oorsake stil te staan:

- Mediese toestande wat bydra tot die vroeë geboorte
- Sekere oorsake is onafwendbaar en nie die moeder se skuld nie
- Tienerswangerskappe
- Oormatige rook van sigarette en/of alkoholgebruik.

#### Eienskappe van die premature baba

- Swak suigrefleks
- Onderontwikkelde immuunstelsel
- Asemhalingsprobleme
- Probleme met die behoud van liggaamshitte.

### c. Idees vir aanbieding

Die oorsake van prematuriteit (soos hierbo genoem) kan net kortliks deur die aanbieder aan die moeders genoem word. Die aanbieder behoort die moeders daarop wys dat hulle hul nie langer hierteen moet vaskyk nie. 'n Toekomsvisie kan eerder aangemoedig word deur te kyk na wat voorlê en hoe die kind daarin bygestaan kan word.

Die eienskappe van die premature baba kan deur middel van kleingroepe bespreek word. Daar kan aan die verskillende kleingroepe dieselfde opdrag gegee word, naamlik om die verskille tussen 'n premature baba en 'n voltermynbaba te identifiseer. (Daar is moontlik moeders wat reeds ander kinders het wat voltermyn gebore was en dit is nie onwaarskynlik nie dat die moeders reeds tydens die baba se versorging in die neonatale saal inligting van die personeel gekry het of die onderwerp in gesprekke met ander moeders opgehaal het.) Na die bespreking kan daar in die groter groep terugvoer gegee word en die aanbieder kan die gesprek lei sodat al die eienskappe genoem word. Indien die materiaal beskikbaar is, kan daar nou van elke kleingroep gevra word om 'n plakkaat te maak om die eienskappe van die premature baba aan te dui.

Die moeders kan weer in dieselfde kleingroepe verdeel en die volgende vraag beantwoord, naamlik: Hoe behoort daar verskillend teenoor 'n premature baba as 'n voltermynbaba opgetree te word na aanleiding van die geïdentifiseerde verskille?. Die kleingroepe kan dan van hulle plakkaate gebruik maak om hulle te help in die soeke na antwoorde. Na afloop van die kleingroepe se gesprekke, kan daar weer in die groter groep onder leiding van die aanbieder, terugvoer gegee word.

### Sessie 2: Prematuriteit: langtermyngevolge

Daar is moontlike langtermyn gevolge wat prematuriteit vir die baba kan inhou en die moeder behoort daarop bedag gemaak te word in hierdie sessie.

### a. Uitkomst

Aan die einde van die sessie behoort die moeder:

- die gevolge van prematuriteit te kan identifiseer
- te weet waar om aan te klop vir hulp betreffende die gevolge
- te weet wanneer die kind hulp nodig het
- te verstaan hoekom die opvolgbesoeke belangrik is
- bewus te wees van watter stimulasie op watter ouderdom die versorger tuis aan die kind kan bied om die gevolge te minimaliseer.

### b. Inhoudsmoontlikhede

#### Langtermyngevolge van prematuriteit

- Ontwikkelsagterstande
  - later bereiking van motoriese mylpale
  - later taalontwikkeling
- Leerprobleme
- Gedragsprobleme soos by hiperaktiwiteit.

#### Hulp aan die kind

- Vroegtydige identifisering
- Waar om aan te meld vir hulp.
- Wanneer het die kind hulp nodig
- Optrede van versorger om gevolge te minimaliseer
  - stimulering ten opsigte van motoriese mylpale
  - stimulering vir taalontwikkeling.

### c. Idees vir aanbieding

Die langtermyn gevolge van prematuriteit kan aan die moeders genoem word. Uit die empiriese navorsing was dit duidelik dat daar nie baie moeders was wat daarvan bewus was dat daar wel latere probleme kan wees nie. Daarom behoort daar in die sessie die geleentheid te wees vir die moeders om hul emosies hierrondom met mekaar of met die aanbieder te bespreek voordat daar verder gegaan word.

Die belangrikheid van vroegtydige identifisering van probleme by die kind kan onder die moeders se aandag gebring word. Hierdie sessie kan suksesvol met die hulp van ander spesialiste aangebied word. 'n Arbeidsterapeut, fisioterapeut en/of spraakterapeut werksaam in die hospitaal kan genader word om die moeders te wys op die eerste tekens van probleme op die verskillende terreine. 'n Moeder wie se eie baba ook prematuur gebore is en wat moeite gedoen het met die stimulering en ontwikkeling van die kind, kan ook waardevolle bydraes lewer. Die lesing behoort prakties te wees sodat die moeders self die probleme later sal kan identifiseer.

Deur 'n praktiese demonstrasie op die babas in die saal, kan daar deur die aanbieder of ander kenner (soos 'n arbeids-, fisio- of spraakterapeut) aan die moeder gedemonstreer word hoe om haar baba motories te stimuleer sodat die motoriese ontwikkeling aangemoedig kan word. Daar kan dan ook deur demonstrasie verduidelik word dat daar voortdurend met die baba gepraat moet word om taalontwikkeling aan te moedig. Die moeders kan dan gevra word om die aksies met hul eie babas te herhaal en sodoende die nuwe kennis prakties toe te pas.

Die plekke waar die moeders kan aanklop vir hulp, asook die kontaknommers en adresse, kan skriftelik vir elke moeder gegee word. Sy sal bemagtig voel in die hulp wat sy aan haar kind kan bied.

## **EENHEID 4: GROEI EN ONTWIKKELING**

### **Sessie 1: Immunisering**

Alhoewel die moeders wat aan die empiriese navorsing deelgeneem het nie besorg was oor die immunisering van hulle babas nie, het die personeel aangedui dat hulle wel in die huidige program met die moeders oor immunisering praat. Dit is volgens die navorser ook 'n belangrike aspek wat nie weggelaat kan word nie.

#### **a. Uitkomst**

Na afloop van die sessie behoort die moeder:

- die belangrikheid van immunisering aan ander te kan verduidelik
- te weet waarheen om haar kind te neem vir immunisering
- te weet op watter ouderdom haar kind immunisasies moet ontvang.

#### **b. Inhoudsmoontlikhede**

Tydens die bespreking oor immunisering behoort die volgende aspekte ten minste aandag te geniet:

- die belangrikheid van immunisering
- waar immunisering gedoen kan word
- die koste verbonde aan immunisering
- watter entstof dié kind op watter ouderdom sal ontvang
- wyses waarop die entstowwe toegedien word
- die belangrikheid van kontrole deur middel van 'n kliniekaart.

#### **c. Idees vir aanbieding**

Die feite rondom immunisasie kan deur middel van 'n gestruktureerde praatjie aan die moeders oorgedra word. Die moeders - veral die met ervaring van vorige babas - behoort egter in die gesprek betrokke te wees en die geleentheid gegee te word vir deelname. Daar kan ook gedurende die gesprek vrae aan hulle gestel word.

Die moeders kan ook gewys word hoe 'n kliniekaart lyk, waar op die kaart die baba se volgende inenting aangedui word en waar die groiekurwe aangeteken word. Verskillende voorbeelde van ingevulde kaarte kan gebruik word om die moeders te wys op 'n voltermynbaba se normale kurwe, 'n laegeboortegewigbaba se normale kurwe en hoe 'n kurwe lyk as 'n baba swak groei. Die "*Road to Health Card*" kan ook aan die moeders gewys en verduidelik word.

### **Sessie 2: Ontwikkelingsmylpale**

Die ontwikkelingsmylpale van die baba sluit aan by die vorige eenheid oor die gevolge van prematuriteit maar word hier meer breedvoerig bespreek.

### a. Uitkomst

Na afloop van die sessie behoort die moeder:

- die ouderdomme vir die bereiking van die verskillende mylpale (motories, taal en affektiewe) te ken
- haar kind te kan stimuleer ten einde die bereiking van mylpale aan te moedig
- te weet wanneer haar kind professionele terapie nodig het as gevolg van agterstande in die ontwikkeling
- te weet waar om vir hulp aan te klop vir professionele hulp (indien beskikbaar)
- verskillende stimulasie-oefeninge vir verskillende ouderdomme te kan toepas
- te verstaan wat skeidingsangs by die baba is en hoe om dit te hanteer.

### b. Inhoudsmoontlikhede

Die ontwikkeling van die premature baba is normaalweg nie op peil in vergelyking met die ontwikkeling van voltermynbabas nie. Daar moet 'n ouderdomsregstelling plaasvind en die premature baba se ontwikkeling moet gemeet word teen sy ouderdom vanaf 40 weke swangerskap. Indien daar onsekerheid bestaan oor die verwagte datum van die baba, kan daar verwag word dat die premature baba gemiddeld twee tot drie maande (selfs meer) agter sy ouderdomsgroep sal ontwikkel op bykans alle terreine. Daar moet in die aanbieding van hierdie tema aandag gegee word aan die volgende aspekte:

- ontwikkelingsagterstande van premature babas
- stimulering om die ontwikkeling aan te moedig
- optrede indien die baba steeds nie na wense ontwikkel nie
- geskatte ouderdomme waarop die premature baba mylpale op verskillende ontwikkelingsterreine (motories, taal en affektief) behoort te bereik.

#### Motoriese ontwikkeling

- nek- en kopbeheer
- sit met ondersteuning
- gebruik van hande om items vas te hou
- sit sonder ondersteuning
- aangee van items van een hand na ander hand
- kruip
- optrek teen meubels
- loop teen meubels
- staan sonder ondersteuning
- loop sonder ondersteuning.

#### Taalontwikkeling

- babageluide
- reseptiewe taalontwikkeling
- eerste klankies
- eerste woord
- tweewoordsinne
- driewoordsinne

#### Affektiewe ontwikkeling

- die eerste glimlag
- die eerste hardoplag
- herkenning van bekendes as hulle gesien word
- herkenning van bekendes as hul stemme gehoor word

- skeidingsangs as normale ontwikkelingsmylpaal (Bach *et al.* 1999)

### c. Idees vir aanbieding

Die moeders kan deur middel van 'n plakkaat op die verskillende ontwikkelingsmylpale gewys word. Die volgorde waarin die baba die mylpale sal bereik en die ouderdom waarop dit bereik moet wees, kan op dié manier ook uitgelig word.

In aansluiting by Eenheid 3 sessie 2, kan daar op die stimulering tot die bereiking van die mylpale gewys word. Die aanbieder kan ook verskillende idees vir stimulering aan die moeders wys. Daar kan van huishoudelike materiaal op goedkoop wyse speelgoed gemaak word wat tot die stimulering kan bydrae. Om die moeders prakties te wys hoe die latere stimulering kan plaasvind, kan daar ouer kinders gebruik word om op te illustreer.

## EENHEID 5: OPVOEDING EN STIMULERING

Die grondslae van ouerleiding soos wat dit in Hoofstuk 2 bespreek is (sien 2.4.2) omvat die temas opvoeding en dissipline. Die grondslae wat in Hoofstuk 2 opgesom is kan egter nie almal tydens die sessies bespreek word nie as gevolg van 'n gebrek aan tyd. Die belangrikste grondslae vir die moeders wat hierdie spesifieke ouerleidingsprogram gaan deurloop, word in twee sessies saamgevat.

### Sessie 1: Liefde, aanvaarding en interaksie met die kind

#### a. Uitkomstes

Na afloop van die sessie behoort die moeder:

- selfvertroue te hê ten opsigte van die opvoeding van haar kind.
- haar eie idees rondom haar opvoedingstyl wat betref liefde, aanvaarding en interaksie met die kind, te kan verduidelik

#### b. Inhoudsmoontlikhede

##### Liefde

- wys aan die kind dat jy hom/haar liefhet
- vertroeteling en fisiese kontak
- sê vir die kind dat jy hom/haar liefhet
- onvoorwaardelike liefde

##### Aanvaarding

- begrip vir kind se probleme
- aanvaarding deur die ouers
- aanvaarding deur ander familieledes
- kind se belewing van aanvaarding.

##### Interaksie met die kind

- kommunikasie met die baba
- positiewe kommunikasie met die peuter/ kleuter en opbouende woordkeuses
- skep van 'n begrypingsverhouding tussen ouer en kind.

### c. Idees vir aanbieding

Die sessie kan ingelei word deurdat die moeders vertel van die wyse waarop hulle grootgemaak is. (Kulturele verskille kan voorkom en behoort met sensitiwiteit hanteer te word.) Die positiewe en negatiewe aspekte daarvan kan uitgelig word. Hulle kan ook gevra word om te besin oor wat die implikasies vir hul latere ontwikkeling as volwassenes was deur die optrede van hul ouers of ander volwassenes teenoor hulle. Die aanbieder kan hierna die grondslae van ouerleiding soos in die inhoudsmoontlikhede vir hierdie sessie opgesom aan die groep voorhou en verduidelik.

Die moeders kan dan na die gesprek gevra word om uit hul betrokke kultuur, elk hul eie persoonlike lysie met *moets* en *moenies* vir die opvoeding van hulle kinders saam te stel en dan 'n onderneming te maak om daarby te bly. (Moeders wat moontlik nie kan skryf nie kan hulp van ander kry in dié taak.) Die moeders het dan 'n skriftelike opsomming van hoe hulle beplan om met hulle kinders om te gaan sodat die kind tot behoorlike volwassenheid opgevoed kan word.

## Sessie 2: Dissipline en veiligheid (geborgeneheid)

### a. Uitkomst

Na afloop van die sessie behoort die moeder:

- selfvertroue te hê in die latere dissiplinerings van haar kind
- te verstaan hoekom die skep van sekuriteit by haar kind belangrik is
- te weet hoe om veiligheid en geborgeneheid aan haar kind te kommunikeer.

### b. Inhoudsmoontlikhede

#### Sekuriteit en veiligheid (geborgeneheid)

- herhaling van aktiwiteite in die huis (roetine)
- nabyheid en beskikbaarheid van een bindingspersoon
- verwagte optrede van kind indien die bindingspersoon vir langer tye moet weggaan (soos om te gaan werk) en die optrede van die volwassene.

#### Dissipline

- dissipline begin by roetine
- watter optredes regverdig tug
- op watter ouderdom sal die kind tug verstaan
- wyses van tug
- konsekwentheid by tug
- regte van die kind.

### c. Idees vir aanbieding

Die sessie kan begin word deur aan die moeders te vra wat gee vir hulle 'n gevoel van sekuriteit en veiligheid (geborgeneheid) by die huis. Die skep van sekuriteit en veiligheid (geborgeneheid) vir die kind kan dan deur die aanbieder uitgelig word.

Daar kan van 'n witbord of ander hulpmiddel wat al die moeders kan sien, gebruik gemaak word. Die moeders kan gevra word om verskillende wyses van tug te noem. 'n Lys kan op hierdie manier saamgestel word. Die aanbieder kan die gesprek verder lei deur aan die moeders die inhoudsmoontlikhede hierbo genoem, te verduidelik. Die konsekwentheid van tug behoort uitgelig te word.

## EENHEID 6: TUISVERSORGING Ná ONTSLAG

### Sessie 1: Higiëne en veiligheid

Die persoonlike versorging van die moeder en die veiligheid van babas en kleuters by die huis word in hierdie sessie bespreek:

#### a. Uitkomst

Na afloop van die sessie behoort die moeder:

- bewus te wees van die belangrikheid van persoonlike higiëne
- moontlike gevare in en om die huis vir kinders te kan opnoem
- wyses voor te stel oor hoe om die tuiste veilig vir kinders te maak.

#### b. Inhoudsmoontlikhede

##### Algemene higiëne

- belangrikheid van persoonlike higiëne met die hantering van 'n baba
- hoe om die huis higiënies te hou
- premature baba se swak ontwikkelde immuunstelsel
- gevare van infeksies by die baba.

##### Veiligheid van kleuters en kinders

Bespreking van potensiële gevare in en om die huis en praktiese wyses om dit te voorkom:

- oop vure
- brandende kerse
- warm voedsel, olie of ander vloeistowwe
- paraffien of ander gifstowwe binne bereik van kinders
- gevaarlike of skerp voorwerpe in die huis
- medikasie soos pille binne die bereik van die kind
- warm stoofplate
- verdrinking (damme, emmers vol water)
- blootstelling aan die son vir lang tye sonder beskerming.

#### c. Idees vir aanbieding

Daar kan een moeder (dalk iemand wat reeds deur die sessie was) geselekteer word om vir die ander moeders 'n praatjie te gee oor persoonlike higiëne en hoe om dit in die hospitaal en by die huis toe te pas. Na afloop van haar praatjie kan ander gevra word om nog idees te gee. Die moeders kan dan ook in die groot groep gevra word om die belangrikheid van higiëne (veral in die lig daarvan dat hulle premature babas hanteer) uit te lig.

Die groep kan in kleingroepe verdeel word waartydens hulle elkeen 'n potensiële gevaar in hulle eie huise vir 'n baba of kleuter moet identifiseer. Hulle moet ook aan die groep verduidelik wat hulle gaan doen om die situasie te beveilig.

Die aanbieder kan verskillende huishoudelike items aan die moeders wys en telkens die vraag stel hoe die spesifieke item 'n gevaar kan inhou. Voorbeelde van sulke items is onder meer: 'n kers, 'n emmer met water, 'n mes, vork of ander skerp item en paraffien binne die kind se bereik.

Die moeders kan anekdotes vertel van gevalle waar 'n kind seergekry het as gevolg van 'n gevaar wat nie voldoende aangespreek is nie.



## Sessie 2: Die siek of beseerde baba

### a. Uitkomst

Na afloop van die sessie behoort die moeder:

- 'n siek baba op die regte wyses kan versorg
- te weet wanneer doktersbehandeling of hospitalisasie vir die kind nodig is
- sekere basiese noodhulptegnieke te kan toepas.

### b. Inhoudsmoontlikhede

Indien 'n ongeluk plaasgevind het of die kind siek voel, moet die ouers of ander toesighoudende volwassenes kennis te dra van basiese optredes vir noodhulp. Die volgende is voorbeelde van situasies wat hier bespreek kan word:

- kleuters of babas met koors
- dehidrasie of ontwatering
- brandwonde
- wonde wat bloei
- verstikking
- verdrinking.

### c. Idees vir aanbieding

Die hantering van die siek baba kan in klein groepe bespreek word. Elke groep kry een of twee "babas" met probleme (simptome van die baba wat genoem word) en die groep moet besluit hoe om die baba te help. Indien daar hulpmiddele beskikbaar is, kan die groep 'n pop kry sodat hulle prakties kan demonstreer hoe hulle te werk sal gaan. Terugvoer en fasilitering in die groot groep is belangrik sodat die groep ook bymekaar kan leer.

Wat betref die beseerde baba, kan die aanbieder sekere noodhulptegnieke met poppe demonstreer. Die moeders kan daarna die tegnieke op die poppe oefen.

## Bronnelys

Bach, P, Bender, M, Braga, J, Braga, L, Early, G, Grimley, L, Hannemann, R, Kottler, S, Peterson, B. 1999. *Growing Child. Child development guide timed to the age of your baby.* Ongepubliseerde manuskrip.

Bergh, A-M. 1988. *Borsvoeding.* Kaapstad: Struik Uitgewers.

King, F.S. 1992. *Helping mothers to breastfeed.* Revised edition. Nairobi: African Medical and Research Foundation.

## BYLAAG H

### Predischarge Score Sheet

#### Explanation of the KMC Daily Score Sheet

The usual observations that are part of nursing care in a premature unit remain part of the normal nursing duties in our KMC unit. We have also introduced a special score sheet which helps us to evaluate the progress of mother and baby daily.

This score sheet was originally compiled for the Intra-Hospital KMC Training Programme in Bogotá, Colombia. We have adapted it to our needs and its function is to assist the nursing and medical staff in their decision as to when a mother and baby are ready for discharge.

Overleaf is an example of the pre-discharge daily score sheet used at Kalafong Hospital to determine the readiness of a mother-infant pair for discharge from hospital.

Babies are weighed daily and the weight gain is scored. The mother is evaluated according to her breastfeeding abilities, breast milk production, knowledge of KMC, acceptance and application of KMC, confidence in handling her baby and administration of medications. The score sheet has also been adapted for mothers who do not breastfeed.

In our unit we decided to discharge babies as soon as the scores for the following are satisfactory:

#### The mother

- understands KMC
- is producing enough milk
- is able to breastfeed her baby
- is confident in taking care of her baby

#### The baby

- latches well onto the breast
- suckles well
- has a daily weight gain that is satisfactory

Most of the above factors are incorporated on the daily score sheet and when mother and baby as a pair score continuously above a certain count, they are considered for discharge, regardless of the baby's weight (>19 in the case of breastfeeding and >15 in the case of formula feeding).

Elise van Rooyen  
Kalafong Hospital

