

**DIE KEUSE VAN BABAVOEDINGSWYSE
BINNE DIE MIV/VIGS-EPIDEMIE:
VOORLIGTINGSIMPLIKASIES**

C.S. MINNIE
B. Art. et Scien (Verpleegkunde)
Honns B.A.

Skripsie voorgelê vir gedeeltelike nakoming van die vereistes vir die
graad

Magister Curationis
in
Verloskundige en Neonatologiese Verpleegkunde

by die

Skool vir Verpleegkunde

In die

Fakulteit Gesondheidswetenskappe

aan die

Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys

Studieleier: Prof.Dr. M. Greeff
Potchefstroom
Mei 2003

ERKENNING EN DANKBETUIGINGS

My opregte dank aan:

- My eggenoot, Frans vir sy liefde en ondersteuning;
- My kinders, Francois, Otto en Carisa vir hul geduld en hulp in die huis as ma “afwesig” was;
- My ouers, my pa vir sy aansporing om my beste te doen deur jare tot sy heengaan en my ma vir haar belangstelling en ondersteuning;
- My studieleier, Prof M Greeff vir haar leiding en inspirasie in my akademiese vorming;
- Mev L Vos, vir haar vriendelikheid en hulp met literatuursoektogte en navrae;
- Prof. A. Nolte en Dr. L Roets wat as vakkundiges die vraelyste gekontroleer het;
- Die veldwerkers wat behulpsaam was met data-insameling;
- Prof F Steyn, Dr S Ellis, Mev W Breytenbach vir die statistiese konsultasie-dienste;
- Mev C van der Walt vir haar vriendelikheid en noukeurige taalversorging;
- Die respondente wat die vraelyste voltooi het;
- My kollegas by die Skool vir Verpleegkunde vir hul ondersteuning en aanmoediging;
- Mev E Olivier wat my klasse waargeneem het tydens my studieverlof;
- Die Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys en die RGN vir finansiële ondersteuning.

“Aan Hom, die enigste en alwyse God, behoort die heerlikheid deur Jesus Christus tot in ewigheid! Amen” (Rom. 16:27)

OPSOMMING

Ongeveer 'n derde van die vroue wat die voorgeboorteklinieke in die Noordwes Provinsie besoek, is MIV-positief. Hierdie vroue moet 'n besluit neem aangaande die geskikste voedingswyse vir hul babas. Reeds in 1985 is bewys dat MIV-oordrag deur borsmelk kan plaasvind. Alhoewel die totale vermyding van borsvoeding die risiko van MIV-oordrag deur borsmelk volkome uitskakel, is dit nie noodwendig vir alle vroue die beste keuse nie. Ander faktore wat dit vir sommige vroue en hul babas gevaarlik maak om borsvoeding te vermy, moet ook in ag geneem word. Hierdie faktore is die risiko van infeksie as gevolg van onhygiëniese leefomstandighede, die moeder se vrees dat sy, as sy strydig met die kultuurnorm van borsvoeding optree, as MIV-positief geïdentifiseer kan word en sodoende gestigmatiseer word en die risiko van die oorspoeleffek as ook dié moeders wat dit nie veilig kan doen nie, hul babas met 'n borsmelksubstituut voed. Omdat die risiko van MIV-oordrag deur borsmelk afhang van faktore soos die viruslading in die moeder se bloed en melk, en of die moeder en baba se vel en slymvlies intak is of nie, kan 'n MIV-positiewe moeder wat borsvoed, aanpassings maak om die risiko van MIV-oordrag te beperk. Ten einde 'n ingeligte besluit oor die geskikste babavoedingswyse te kan neem, moet swanger vroue bemagtig word. Die navorser het in haar kontak met vroedvroue en swanger vroue waargeneem dat voorligting aangaande babavoeding gewoonlik net terloops melding maak van MIV en dat dit voorkom of die vroedvroue self onseker is oor hoe om die probleem aan te pak.

Die doel van hierdie studie was om die faktore te verken en te beskryf wat deur vroedvroue in ag geneem moet word by die voorligting aan swanger vroue oor MIV en babavoeding, die persepsies van vroedvroue en swanger vroue aangaande hierdie faktore asook die kennisvlak van die vroedvroue en swanger vroue ten opsigte van MIV-oordrag en babavoeding. Die einddoel is dan om vanuit die bevindinge riglyne saam te stel vir voorligting deur vroedvroue aan swanger vroue, ten einde hulle te bemagtig om 'n ingeligte keuse te maak rakende die geskikste babavoedingswyse.

'n Kwantitatiewe opname-ontwerp is gebruik. Vir data-insameling is van twee gestruktureerde vraelyste gebruik gemaak. Die vraelyste wat vanuit die literatuur begrond is, is aan navorsings- en vakkundiges voorgelê, waarna dit voor gebruik

aangepas is. Daar is eerstens toestemming van die Distriksbestuurder van die Departement van Gesondheid verkry. 'n Allesomvattende steekproef van vroedvroue wat in voorgeboorteklinieke in die Potchefstroom-distrik van die Noordwes Provinsie werksaam is, en 'n beskikbaarheidssteekproef van swanger vroue wat hierdie klinieke besoek, is gebruik. Opgeleide veldwerkers was behulpsaam met die data-insameling in die klinieke. 'n Totaal van 17 vroedvroue en 93 swanger vroue het, nadat hulle daartoe ingestem het, as respondente aan die studie deelgeneem. Data-analise is deur middel van frekwensieontleding en kruisverwysings gedoen.

Op grond van die bevindinge is tot die gevolgtrekking gekom dat alhoewel die vroedvroue oor basiese kennis van MIV en babavoeding beskik, daar spesifieke kennisleemtes en verwarring oor bepaalde temas bestaan. Die aspekte waarvan die vroedvroue nie oor genoegsame kennis beskik nie, is dié van onlangse tendense en ontdekkings. Die aspekte waarvoor verwarring bestaan, is dié waarvoor nog nie finale uitklaring in die literatuur en deur navorsing verkry is nie. Verder is bevind dat die kennis waarvoor die vroedvroue wel beskik, nie doeltreffend aan die swanger vroue oorgedra word nie. Volgens die vroedvroue en die swanger vroue se eie persepsie word hulle nie genoegsaam deur die voorligting bemagtig om 'n ingeligte besluit te kan neem nie.

Aanbevelings is vervolgens vir die verpleegonderwys, -navorsing en -praktyk geformuleer. Die navorsing het veral gefokus op doeltreffende voorligting deur vroedvroue wat daartoe sal bydra dat swanger vroue bemagtig word om 'n ingeligte keuse te kan maak aangaande die geskikste babavoedingswyse. Hierdie riglyne het aspekte soos die opdatering van die vroedvroue se eie kennis, die skep van 'n positiewe klimaat waarin die voorligting aangebied kan word asook die wyse van oordrag en die inhoud van die inligting ingesluit.

[Sleuteltermes: MIV-oordrag, moeder-na-kindoordrag, babavoedingswyse; vroedvrou, swanger vrou, voorgeboortevoorligting.]

SUMMARY

The choice of baby-feeding mode within the HIV/AIDS epidemic: Health education implications

Approximately one third of the women who visit the antenatal clinics in the North West Province are HIV positive. These women need to decide on the most appropriate method of feeding for their babies. As early as 1985 it was proven that HIV transmission through breast milk could take place. Although total avoidance of breast-feeding entirely rules out the risk of HIV-transmission, it is not necessarily the best choice for all women. Other factors that make it dangerous for some women and their babies to avoid breast-feeding must also be taken into consideration. These factors are the risk of infection as a result of unhygienic circumstances, the mothers' fear that she, should she act contrary to the cultural norm of breast-feeding, can be identified as HIV positive and therefore be stigmatised, and the risk of the spill-over effect if also those mothers who cannot do it safely, feed their babies with a breast milk substitute. Because the risk of HIV transmission through breast milk depends on factors such as the virus load in the mother's blood and milk, and whether the mother's and baby's skin and mucus membrane are intact or not, a HIV positive mother who breast feeds, can make adjustments to limit the risk of HIV transmission. In order to be able to make an informed decision on the most appropriate baby-feeding method, pregnant women must be empowered. In her contact with midwives and pregnant women the researcher observed that health education regarding baby-feeding normally only incidentally mentions HIV and that it appears as if the midwives themselves are uncertain as how to address the problem.

The aim of this study was to explore and describe the factors that should be taken into consideration by midwives in their health education of pregnant women on HIV and baby-feeding, the perceptions of midwives and pregnant women pertaining to these factors, as well as the level of knowledge of the midwives and pregnant women regarding HIV-transmission and baby-feeding. The final aim therefore is to compile guidelines from the findings for health education by midwives to pregnant women in order to empower them to make a choice pertaining to the most appropriate baby-feeding mode.

A quantitative survey design was used. Two structured questionnaires were used to do data collection. The questionnaires that were based on the literature were laid before research and subject experts, after which it was adjusted before it was

applied. First of all permission was obtained from the District Manager of the Department of Health. An all-inclusive sample of midwives who work in the antenatal clinics in the Potchefstroom district of the North West Province and an availability sample of pregnant women who visit these clinics were used. Trained field-workers assisted in collecting the data in the clinics. A total of 17 midwives and 93 pregnant women took part in the study after having giving their consent. Data analysis was done by means of frequency analysis and cross-references.

On the basis of the findings the conclusion was made that, although the midwives have a basic knowledge of HIV and baby-feeding, specific knowledge-gaps and confusion regarding distinct themes do exist. The aspects that the midwives do not have sufficient knowledge of are those of recent tendencies and discoveries. On the aspects final clearance has not yet been reached in the literature and through research, confusion still exists. Furthermore it has been found that the knowledge the midwives do indeed have is not efficiently conveyed to the pregnant women. According to the perceptions of the midwives and the pregnant women, they aren't sufficiently empowered by the health education to be able to make an informed decision.

Recommendations subsequently were formulated for the nursing education, research and practice. The study especially focused on efficient health education by midwives that will lead to empowering pregnant women to be able to make an informed choice regarding the most appropriate baby-feeding method. These guidelines are aspects such as updating the knowledge of the midwives, the creation of a positive climate in which the health education can be presented, as well as the method of conveyance of information and its contents.

[Key concepts: HIV transmission, mother-to-child transmission, baby-feeding, midwife, pregnant woman, antenatal health education.]

INHOUDSOPGAWE

	Bladsy	
Opsomming	i	
Summary	iii	
 HOOFSTUK 1 - ORIËNTASIE TOT DIE STUDIE		
1.1	INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING	1
1.2	NAVORSINGSDOELSTELLINGS	6
1.3	PARADIGMATIESE PERSPEKTIEF	7
1.3.1	Metateoretiese aannames	7
1.3.1.1	Die mens	7
1.3.1.2	Die omgewing	8
1.3.1.3	Gesondheid / Siekte	8
1.3.2	Teoretiese aannames	9
1.3.2.1	Sentraal teoretiese Argument	9
1.3.2.2	Teoretiese omskrywings	9
1.3.3	Metodologiese aannames	13
1.4	OORSIG OOR DIE NAVORSINGMETODOLOGIE	13
1.4.1	Literatuurstudie	14
1.4.2	Navorsingsontwerp	14
1.4.3	Navorsingsmetode	14
1.4.3.1	Steekproef	14
1.4.3.2	Data-insameling	15
1.4.3.3	Data-ontleding	15

		Bladsy
1.5	GELDIGHEID EN BETROUBAARHEID	16
1.6	ETIESE ASPEKTE	16
1.7	VERDERE HOOFSTUKINDELING	16

HOOFSTUK 2 - FAKTORE WAT IN AG GENEEM MOET WORD BY DIE VOORLIGTING AAN SWANGER VROUE OOR BABAVOEDING: 'N LITERATUURSTUDIE

2.1	INLEIDING	17
2.2	VOORDELE VAN BORSVOEDING	18
2.3	DIE RISIKO VAN VERTIKALE OORDRAG VAN MIV DEUR BORSMELK	22
2.4	FAKTORE WAT DIE RISIKO VAN VERTIKALE OORDRAG DEUR BORSMELK BEÏNVLOED	26
2.4.1.	Voedingswyse: Eksklusiewe borsvoeding teenoor gemengde voeding	26
2.4.2	Viruslading in die bloedstroom	32
2.4.2.1	Viruslading verhoog kort na serokonversie	33
2.4.2.2	Viruslading verhoog as gevorderde VIGS voorkom	34
2.4.2.3	Gebruik van Antiretrovirale middels	34
2.4.3	Viruslading in die borsmelk	40
2.4.3.1	Beskermende faktore in borsmelk	40
2.4.3.2	Hittebehandeling van borsmelk	41
2.4.3.3	Mastitis of borsabses	43

	Bladsy
2.4.4	Deurlaatbaarheid van die vel of slymvlies 45
2.4.4.1	Tepelbeskadiging 45
2.4.4.2	Deurlaatbaarheid van die slymvliese in die mond 47
2.4.4.3	Deurlaatbaarheid van die slymvlies van die spysverteringskanaal 48
2.4.5	Gestase-ouderdom van baba 48
2.5	EFFEK VAN BORSVOEDING OP DIE MIV-POSITIEWE VROU 49
2.6	GEBRUIK VAN BORSMELKSUBSTITUTE 50
2.6.1	Keuse van tipe borsmelksubstituut 51
2.6.2	Risiko verbonde aan die gebruik van borsmelksubstituut 52
2.6.3	Vereistes vir veilige voeding met borsmelksubstitute 54
2.6.3.1	Beskikbaarheid van borsmelksubstituut 54
2.6.3.2	Skoon water en goeie sanitasie 55
2.6.3.3	Benodighede soos bottels of koppies 56
2.6.3.4	Toerusting en brandstof om benodighede skoon te maak en te steriliseer 57
2.6.3.5	Privaatheid om risiko van stigmatisering te verminder 57
2.6.3.6	Toeganklike gesondheidsdienste 57
2.6.3.7	Ander faktore 58
2.7	RISIKO VAN OORSPOELEFFEK 59
2.8	BESTAANDE BELEIDSDOKUMENTE EN RIGLYNE OOR DIE BEKAMPING VAN MOEDER-NA-KINDOORDRAG VAN MIV 61
2.8.1	Faktore wat tydens beleidsformulering in ag geneem moet word 61
2.8.2	Beleid in ontwikkelde lande 63

	Bladsy	
2.8.3	Amptelike aanbevelings oor beleid van internasionale organisasies	64
2.8.3.1	Eerste dokument	64
2.8.3.2	Tweede dokument	64
2.8.3.3	Derde dokument	66
2.8.4	Beleid in Suid-Afrika	67
2.9	ONBEKENDE MIV-STATUS AS FAKTOR WAT DIE IMPLEMENTERING VAN RIGLYNE BEÏNVLOED	69
2.9.1	Geskikste tyd vir toetsing	69
2.9.2	Wyses om ingeligte toestemming vir toetsing te hanteer	70
2.9.3	Faktore wat 'n vrou se keuse om 'n MIV-siftingstoets te ondergaan, beïnvloed	71
2.9.4	Praktiese oorwegings ten opsigte van MIV-toetsing	72
2.10	WYSES WAT GEBRUIK WORD OM INLIGTING AAN SWANGER VROUE OOR MIV/VIGS EN BABAVOEDING TE VERSKAF	75
2.10.1	Inligting, opvoedings- en kommunikasieveldtogte	75
2.10.2	Vorgeboortevoorligting	77
2.10.3	Berading	79
2.11	DIE ROL VAN DIE GESONDHEIDSWERKER BY VOORGEBOORTEVOORLIGTING	82
2.12	FAKTORE WAT DIE KEUSE VAN 'N MIV-POSITIEWE SWANGER VROU RAKENDE DIE GESKIKSTE VOEDINGWYSE VIR HAAR BABA KAN BEÏNVLOED	86
2.12.1	Kennis as faktor	86

		Bladsy
2.12.2	Sosiale druk en ander sosiokulturele faktore	86
2.12.3	Stigma as faktor	87
2.13	SAMEVATTING	88

HOOFSTUK 3: NAVORSINGSMETODOLOGIE

3.1	INLEIDING	90
3.2	NAVORSINGSONTWERP	90
3.3	NAVORSINGSKONTEKS	91
3.4	NAVORSINGSMETODE	93
3.4.1	Steekproef	93
3.4.1.1	Populasie	93
3.4.1.2	Steekproefneming en Steekproefgrootte	93
3.4.2	Data-insameling	94
3.4.3	Data-ontleding	97
3.5	GELDIGHEID EN BETROUBAARHEID	98
3.5.1	Geldigheid	98
3.5.2	Betroubaarheid	99
3.6	ETIESE ASPEKTE	99
3.6.1	Verantwoordelikhede van die navorser	99
3.6.1.1	Verantwoordelikheid om die regte van die deelnemers te beskerm	100
3.6.1.2	Verantwoordelikheid om resultate te deel	101

		Bladsy
3.6.1.3	Verantwoordelikheid om toestemming om die navorsing te onderneem, te verkry	102
3.6.1.4	Verantwoordelikheid om navorsing van hoë kwaliteit te doen	102
3.7	SAMEVATTING	103

HOOFSTUK 4 - NAVORSINGSRESULTATE

4.1	INLEIDING	104
4.2	REALISERING VAN DIE NAVORSING	104
4.3	DIE RESULTATE EN BESPREKING VAN DIE NAVORSING	106
4.3.1	Resultate volgens die verskillende afdelings van die vraelys vir vroedvroue	106
4.3.1.1	Afdeling A: Biografiese inligting	106
4.3.1.2	Afdeling B: Faktore wat 'n rol speel by die keuse van babavoedingswyse	107
4.3.1.3	Afdeling C: Voorgeboortevoorligting aangaande keuse van babavoedingswyse	127
4.3.2.	Resultate van die vraelys vir vroedvroue as geheel	137
4.3.3	Resultate volgens die verskillende afdelings van die vraelys vir swanger vroue	138
4.3.3.1	Afdeling A: Biografiese inligting	138
4.3.3.2	Afdeling B: Faktore wat 'n rol speel by die keuse van babavoedingswyse	144
4.3.3.3	Afdeling C: MIV/VIGS en moeder-na-kindoordrag	148
4.3.3.4	Afdeling D: Voorgeboortevoorligting as bron van inligting	160

		Bladsy
4.3.4	Resultate van die vraelys vir swanger vroue as geheel	163
4.3.5	Vergelyking tussen die resultate van die vroedvroue en swanger vroue	164
4.4	SAMEVATTING	165

HOOFSTUK 5 - GEVOLGTREKKINGS, TEKORTKOMINGE VAN DIE STUDIE EN AANBEVELINGS MET SPESIFIEKE VERWYSING NA VOORLIGTING DEUR VROEDVROUE AAN SWANGER VROUE TEN EINDE HULLE TE BEMAGTIG OM 'N INGELIGTE KEUSE TE MAAK OOR DIE GESKIKSTE BABAVOEDINGSWYSE

5.1	INLEIDING	166
5.2	GEVOLGTREKKINGS	166
5.2.1	Gevolgtrekkings ten opsigte van die vroedvroue	166
5.2.1.1	Gevolgtrekkings ten opsigte van die demografiese data van die vroedvroue	166
5.2.1.2	Gevolgtrekkings ten opsigte van van die vroedvroue se kennis en persepsies van die faktore wat 'n rol speel by die keuse van babavoedingswyse	167
5.2.1.3	Gevolgtrekkings ten opsigte van die kennis en persepsies van vroedvroue oor voorgeboortevoorligting aangaande die keuse van babavoedingswyse	170
5.2.2.	Gevolgtrekkings ten opsigte van die swanger vroue	173
5.2.2.1	Gevolgtrekkings ten opsigte van die demografiese data van die swanger vroue	173

5.2.2.2	Gevolgtrekkings op grond van die voorkoms van faktore wat 'n rol speel by die keuse van babavoedingswyse	175
5.2.2.3	Gevolgtrekkings oor die kennis van swanger vroue oor MIV/VIGS en moeder-na-kindoordrag	176
5.2.2.4	Gevolgtrekkings oor die persepsies van die swanger vroue aangaande die faktore wat hul besluit ten opsigte van die geskikste babavoedingswyse beïnvloed	180
5.2.2.5	Gevolgtrekkings ten opsigte van die persepsies van die swanger vroue aangaande voorgeboortevoorligting as bron van inligting	180
5.2.3.	Samevattende gevolgtrekkings	181
5.3	TEKORTKOMINGE	182
5.3.1	Tekortkominge van die vraelyste	182
5.3.2	Tekortkominge van die data-insamelingsproses	182
5.3.3	Leemtes in die data	182
5.4	AANBEVELINGS	183
5.4.1	Aanbevelings ten opsigte van verpleegonderrig	184
5.4.1.1	Aanbevelings ten opsigte van basiese opleiding	185
5.4.1.2	Aanbevelings ten opsigte van opleiding in Gevorderde Verloskundige en Neonatologiese Verpleegkunde	186
5.4.2	Aanbevelings ten opsigte van navorsing	187
5.4.3	Aanbevelings ten opsigte van die praktyk	187
5.4.3.1	Riglyne ten opsigte van die indiensopleiding van vroedvroue	187
5.4.3.2	Riglyne om 'n positiewe klimaat vir voorligting te skep deur die publiek in te lig oor MIV-oordrag deur borsmelk	189
5.4.3.3	Riglyne om swanger vroue te motiveer om MIV-toetse te ondergaan	190

	Bladsy	
5.4.3.4	Aanbevelings aangaande voorligting aan swanger vroue	191
5.5	SAMEVATTING	198
BIBLIOGRAFIE		200
 LYS VAN TABELLE		
Tabel 4.1	Persentasie risiko van moeder-na-kindoordrag onder verskillende omstandighede	108
Tabel 4.2.	Omstandighede waaronder MIV deur borsmelk oorgedra kan word	109
Tabel 4.3	Beste raad vir MIV-positiewe moeder met mastitis of seer tepels	111
Tabel 4.4	Beste raad vir MIV-positiewe moeder wie se baba sproei of gastro-enteritis het	113
Tabel 4.5	Beste ouderdom om te begin om vaste kos te gee	114
Tabel 4.6	Beste manier vir 'n MIV-positiewe moeder wat borsvoed, om vaste kos by haar baba se dieet in te sluit	115
Tabel 4.7	Invloed van borsvoeding op 'n MIV-positiewe vrou se gesondheid	117
Tabel 4.8	Invloed van die gebruik van 'n antiretrovirale middel tydens die bevalling	118
Tabel 4.9	Voorligting aangaande die voeding van voortydig gebore babas van MIV-positiewe moeders	120

	Bladsy	
Tabel 4.10	Getoetste tegniek vir pasteurisasie van borsmelk	121
Tabel 4.11	Voorligting aangaande eksklusiewe borsvoeding	123
Tabel 4.12	Voorligting aangaande die gee van formulevoeding	125
Tabel 4.13	Maatreëls wat veilige babavoeding vir die meeste babas sal verseker	126
Tabel 4.14	Belangrike faktore by die gee van voorligting aan swanger vroue aangaande die geskikste babavoedingswyse	128
Tabel 4.15	Inhoud van voorligting aan swanger vroue oor babavoeding	129
Tabel 4.16	Stellings wat handel oor voorligting aan swanger vroue aangaande MIV en babavoeding	132
Tabel 4.17	Stellings wat handel oor die vroedvrou se eie kennis van moeder-na-kindoordrag	133
Tabel 4.18	Bron van vroedvroue se kennis van MIV en borsvoeding	134
Tabel 4.19	Die vroedvroue se persepsie van wie se taak dit is om swanger vroue in te lig oor MIV en babavoeding	134
Tabel 4.20	Huweliksstaat	140
Tabel 4.21	Beplanning ten opsigte van toekomstige gesinsbeplanning	146
Tabel 4.22	Faktore wat dit moeilik maak om met formulemelk te voed	147
Tabel 4.23	Risiko dat 'n baba deur die moeder MIV-geïnfekteerd kan word	149
Tabel 4.24	Beste ouderdom vir insluiting van vaste kos	150

	Bladsy
Tabel 4.25 Beste manier vir 'n MIV-positiewe moeder wat borsvoed om haar baba te speen	153
Tabel 4.26 Faktore wat 'n rol speel in die besluit om te borsvoed	159
Tabel 4.27 Faktore wat 'n rol speel in die besluit om die baba met formulemelk te voed	160
Tabel 4.28 Die swanger vroue se persepsie daarvan of hulle voldoende voorligting aangaande MIV en babavoeding ontvang	162

LYS VAN DIAGRAMME

Diagram 4.1 Verspreiding van die persentasie korrekte response van die vroedvroue	137
Diagram 4.2 Verspreiding van kultuurgroepe onder die swanger vroue	139
Diagram 4.3. Verspreiding van die persentasie korrekte response van die swanger vroue	163
Diagram 4.4 Vergelyking tussen die persentasies korrekte response van die twee groepe	164

FIGURE

Figuur: 5.1 Skematiese voorstelling van die proses van voorgeboortevoorligting deur die vroedvrou aan die swanger vrou ten einde haar te bemagtig om 'n ingeligte besluit te neem aangaande die geskikste babavoedingswyse	184
--	-----

LYS VAN BYLAES

Bylae A	Toestemming van distriksbestuurder	221
Bylae B	Brief vir hoofverpleegkundiges	222
Bylae C	Brief vir vroedvroue	224
Bylae D	Vraelys vir vroedvroue	226
Bylae E	Brief vir swanger vroue	235
Bylae F	Vraelys vir swanger vroue	237
Bylae G	Pretoria Pasteurisasie	248
Bylae H	IMCI riglyne vir voorligting vir MIV-positiewe moeders aangaande babavoeding	249

HOOFSTUK 1

ORIËNTASIE TOT DIE STUDIE

1.1 INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING

Uit die navorsingsvoorstel van die groeponavorsingsprojek van die Skool vir Verpleegkunde van die Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys oor dienslewering aan die MIV/VIGS-pasiënt in die Noordwes Provinsie van Suid-Afrika (Greeff & Du Plessis, 2001:3), blyk dit dat die Noordwes Provinsie hom in 'n krisis bevind met betrekking tot gesondheidsdienste vir MIV/VIGS-pasiënte. Die groot getalle MIV/VIGS-pasiënte plaas bykomende druk op die bestaande gesondheidsdienste (Greeff & Du Plessis, 2001:2).

Die MIV/VIGS-pandemie affekteer veral die mense wat in die ontwikkelende lande woon. Volgens Grimwood *et al.* (2000:288) woon 71% van die mense wat met MIV/VIGS geïnfekteer is in die Sub-Saharastreek van Afrika. Die beraamde 6,5 miljoen geïnfekteerdes maak van Suid-Afrika, wat deel uitmaak van die Sub-Saharastreek, die land in die wêreld met die meeste mense wat met MIV/VIGS leef (Dorrington *et al.*, 2002:4; Grimwood *et al.*, 2000:288).

Pienaar (2002b:2) berig dat, 24,8% van die swanger vroue wat tans voorgeboorteklinieke in Suid-Afrika besoek, volgens die Departement van Gesondheid se jaarlikse opname MIV-positief is. Die Noordwes Provinsie staan vyfde op die ranglys met 25,2% ná KwaZulu-Natal, die Vrystaat, Mpumalanga en Gauteng. Die suidelike streek van die Noordwes Provinsie wat Potchefstroom insluit, het volgens du Preez (2002:6) die hoogste persentasie mense wat MIV-positief is, naamlik 33,5%. Volgens 'n ander nasionale opname, die Huishoudelike Opname wat in 2002 deur die Nelson Mandela Stigting en die Human Sciences Research Council onderneem is, is die insidensie onder vroue in die ouderdomsgroep 15 tot 49 jaar in Noordwes 16,7% (Shisana & Simbayi, 2002:6) terwyl die beraamde totaal vroue in hierdie ouderdomsgroep wat met MIV/VIGS leef 3,2 miljoen is volgens Dorrington *et al.* (2002:4). Die verskil in die persentasies tussen die opnames van die Departement van

Gesondheid en dié van die Human Sciences Research Council kan toegeskryf word aan die verskillende populasies wat in die opnames gebruik is. Waar die opname van die Departement Gesondheid dalk nie die korrekte beeld gee van die prevalensie onder die algemene bevolking nie, is dit wel van toepassing in hierdie studie waar juis gefokus word op swanger vroue wat voorgeboorteklinieke besoek.

In Suid-Afrika neem die epidemie besonder vinnig toe. Die voorkoms onder swanger vroue toon van 1990 tot 1999 'n 32-keer toename in vergelyking met Thailand waar die infeksiesyfer konstant gebly het (Grimwood *et al.*, 2000:288). Altesaam 40% van die sterftes onder Suid-Afrikaners in die ouderdomsgroep 15 tot 49 jaar het in 2000 met VIGS verband gehou (Van Wyk, 2001:21) en volgens Dorrington *et al.* (2002:1) is VIGS tans die grootste enkele oorsaak van sterftes in Suid Afrika. Volgens Tshabalala-Msimang (soos aangehaal deur Greeff & Du Plessis, 2001:1) is daar ook 'n sorgwekkende toename in MIV/VIGS-voorkoms in die Noordwes Provinsie.

In die Noordwes Provinsie bestaan daar dan 'n dilemma ten opsigte van gesondheidsdienslewering aan MIV/VIGS-pasiënte. Greeff en Du Plessis (2001:2) voorsien veral probleme ten opsigte van die lewering van gesondheidsdienste aan kwesbare groepe, soos vroue en kinders. Die lewering van doeltreffende gesondheidsdienste word bemoeilik deur die problematiek rakende die bekendmaking van persone se MIV/VIGS-status en die ondergeskikte rol van die vrou in die gemeenskap. Faktore soos taal- en kultuurverskille en die gebrek aan goed ontwikkelde verwysingstrukture en strukture vir tuisgebaseerde versorging wat die effektiwiteit van gesondheidsvoorligting beïnvloed, vererger die probleem (Greeff & Du Plessis, 2001:2). Hierdie studie wil binne die groter projek bydra tot die verbetering van gesondheidsdienste deur te fokus op die faktore wat die keuse van babavoedingswyse beïnvloed.

Borsvoeding word gewoonlik in gesondheidsvoorligting in groepsverband en aan individuele moeders aanbeveel as die geskikste voeding vir die jong baba. Sedert daar in 1985 (Ziegler *et al.*, 1985:897) deur navorsing bewys is dat MIV deur borsmelk oorgedra kan word, kan borsvoeding nie meer altyd as ideale voedingswyse aanbeveel word sonder oorweging van elke moeder se unieke situasie nie. 'n Hele aantal faktore kompliseer die keuse van die geskikste babavoedingswyse.

Die Wêreldgesondheidsorganisasie (WHO, 2000) beveel aan dat, indien vervangingsvoeding aanvaarbaar, bekostigbaar, volhoubaar en veilig is, vermyding van borsvoeding vir alle MIV-geïnfekteerde moeders aanbeveel moet word. In Eerstewêreld-omstandighede is dit redelik veilig en word kommersiële formulemelk algemeen as babavoeding deur MIV-positiewe moeders gebruik (Beckerman, 2000; Canadian Paediatric Society, 2000; Olds *et al.*, 2000:370).

Vir die MIV-positiewe moeder in Derdewêreld-omstandighede is dit egter dikwels moeilik om kommersiële formulemelk veilig te gebruik. Sy beskik dikwels nie oor skoon waterbronne of die benodighede om voedings steriel voor te berei nie. Formulevoeding is duur (veral op die lange duur) en vanweë die groot aantal MIV-positiewe vroue kan regerings dit nie oral gratis verskaf nie. Waar borsvoeding die kulturele norm is, word vermoed dat 'n vrou wat nie borsvoed nie, MIV-positief is, wat dan bydra tot die probleem van stigmatisasie (Lindsey, 2001:10-7; Whiteside & Sunter, 2000:13). Al hierdie faktore bring dan probleme soos gastro-ïntestinale infeksies, wanvoeding en ook diskriminasie mee.

In teenstelling hiermee is borsvoeding ongetwyfeld die beste keuse vir die babas van MIV-negatiewe vroue. Die voordele van borsvoeding oorskadu in die meeste van die gevalle die moontlike voordele van voeding met 'n borsmelkssubstituut by verre, en babas moet dit nie onnodig ontnem word nie (Bertolli, 1998:1; Fowler & Newell, 2000). Voeding met formulemelk kan as 'n lewensgevaarlike praktyk beskou word in sub-higiëniese omstandighede as gevolg van die hoë mortaliteit wat daarmee gepaard gaan (Coutsoudis *et al.*, 2001b:6). Daar is met behulp van 'n meta-analise van navorsing wat reeds gepubliseer is, bevind dat 'n baba wat nie borsmelk ontvang nie, in die eerste twee maande van sy lewe 'n ses maal hoër risiko loop om weens 'n infeksie te sterf, as 'n baba wat wel geborsvoed word (WHO Collaborative Study Team, 1999). Dit is belangrik dat die aanbeveling van formulevoeding aan MIV-positiewe vroue wat dit veilig kan gebruik, nie oorspoel na die vroue vir wie dit nie aangedui is, of waar dié vorm van voeding nie in die baba se beste belang sal wees nie (Evian, 2000:228).

Daar bestaan tog veilige keuses van babavoedingswyse vir MIV-positiewe vroue met babas onder Derdewêreld-omstandighede. Coutsooudis *et al.* (1999:474; 2001b:15) het bevind dat babas wat uitsluitlik borsvoeding (slegs borsmelk met geen ander melk, water, sap, pap, ens.) gedurende die eerste drie maande ontvang, nie 'n groter risiko in hierdie tyd loop om geïnfekteer te raak as babas wat van geboorte af formulemelk

ontvang het nie. Babas wat beide borsvoeding en ander voeding ontvang het (gemengde voeding), loop die grootste risiko om MIV-geïnfekteer te raak (Coutsoudis *et al.*, 1999:474; 2001b:15). Ongelukkig is eksklusiewe borsvoeding nie die kulturele norm nie, en kom gemengde voeding baie algemeen voor, selfs in gemeenskappe waar die meeste moeders borsvoed (Coutsoudis *et al.*, 2001b:9). Kruger en Gericke (1999:1019) het bevind dat slegs 10,4% borsvoedende vroue in die Noordwes Provinsie uitsluitlik borsvoed en dat 71,8% reeds na 3 maande begin met die byvoeging van vaste kos.

Nog 'n moontlike alternatief is om borsmelk te pasteuriseer. Onlangse navorsing oor tuispasteurisasie van borsmelk het bevind dat dié melk nie meer infektiewe virusse bevat nie, terwyl dit steeds van die ander voordele van borsmelk besit en koste-effektief is (Jeffery *et al.*, 2001:348). Die tegniek is veral van waarde indien ander faktore wat die risiko van MIV-oordrag verhoog, voorkom soos mastitis, gebarste tepels of candida-infeksie. Die aanvaarbaarheid en praktiese uitvoerbaarheid van dié tegniek binne kultuurverband is nog nie op groot skaal bestudeer nie. Die effek van die gebruik van antiretrovirale middels wat deur 'n MIV-positiewe vrou as voorkoming van moeder-na-kindoorrag tydens swangerskap of tydens die geboorte geneem word, op die risiko tydens borsvoeding, is ook nog nie duidelik nie (McCoy, 2002:41). Al hierdie faktore wat die keuse van die geskikste babavoedingswyse kompliseer, moet tydens die oordra van inligting in verband met MIV-oordrag en babavoeding aan swanger vroue in ag geneem word.

Een van die faktore wat 'n moeder se keuse van die geskikste voedingswyse vir haar baba beïnvloed is die kennis waaroor sy beskik. Dit blyk dat daar nog 'n gebrek aan kennis met betrekking tot faktore van moeder-na-kindoorrag bestaan. In die Verenigde State van Amerika is bevind dat slegs 60% van die nuwe moeders bewus is daarvan dat MIV deur borsmelk oorgedra kan word (Walter *et al.*, 2001: 70). Du Plessis *et al.* (2000:693) het bevind dat 61% van die swanger vroue wat die Elsie-rivierkliniek besoek, nie bewus was daarvan dat oordrag van MIV deur borsmelk kan geskied nie.

Ook die kennis van die gesondheidswerkers wat die inligting aan die vroue moet oordra, is nie na wense nie. In 'n navorsingsprojek wat die kennis van gesondheidswerkers in KwaZulu-Natal met betrekking tot moeder-na-kindoorrag van MIV wou toets, is bevind dat hoewel die kennisvlak aangaande seksuele oordrag van MIV (100%) en die gebruik van kondome (84%) hoog was, slegs 33% kennis gedra het van moeder-na-kindoorrag (Majeke *et al.*, 2000:390).

Die beleid van die Direkoraat van die Nasionale Departement van Gesondheid vir MIV/VIGS en Seksueel Oordraagbare Siektes (SA, 2002a:8) sowel as Woods (1999:Unit 32-2) beveel aan dat die moeder betyds inligting moet ontvang in verband met al die faktore wat 'n rol kan speel by die keuse van die geskikste babavoedingswyse, sodat sy geleentheid het om die voor- en nadele van al die keuses te kan oorweeg. Sengwana *et al.* (2000:102) het bevind dat MIV-positiewe moeders wat aan 'n AZT-program in Kaapstad deelgeneem het, opdrag gekry het om nie te borsvoed nie, maar hulle het geen inligting in verband met die risiko's daarvan om *nie* te borsvoed, of oor hoe om die formulevoeding veilig voor te berei, ontvang nie. Die navorsers meld dat die berading van 'n swak kwaliteit was en dat daar 'n dringende behoefte bestaan om gesondheidswerkers op te lei om die geskikte inligting aan moeders oor te dra.

Hoofsaaklik twee wyses bestaan waarop gesondheidspersoneel inligting aan swanger vroue oordra. Swanger vroue (ongegag hul MIV-status), ontvang voorgeboortevoorligting aangaande MIV-oordrag en babavoeding, terwyl vroue wat as MIV-positief gediagnoseer is op individuele basis tydens natoetsberading inligting hieroor ontvang (McCoy, 2002:14).

In die openbare sektor van Suid-Afrika is dit hoofsaaklik geregistreerde vroedvroue wat gesondheidsdienste aan swanger vroue (ook dié wat MIV-positief is) lewer. Hierdie vroedvroue is in klinieke en hospitale werksaam (Sellers, 1993:xxxiii). Aangesien voorligting aangaande MIV-oordrag en babavoeding reeds in die voorgeboortetyd aandag moet geniet, is dit hoofsaaklik vroedvroue in klinieke wat daarby betrokke is. Alhoewel ander professionele (en nie-professionele) persone ook betrokke is by die voorligting en berading met betrekking tot MIV-oordrag en babavoeding, is vroedvroue die gesondheidswerkers wat deurlopend die meeste kontak het met swanger vroue en gewoonlik in beheer is van die voorligtingsprogram (McCoy, 2002:65). Die kennisvlak van die vroedvrou is dus bepalend ten opsigte van die inligting wat aan die swanger vroue oorgedra word, alhoewel die inhoud van die spesifieke voorligting wat gegee word, grootliks dieselfde is, ongeag wie die gesondheidswerker is.

Dit is die navorser in haar hoedanigheid as dosent in Verloskundige Verpleegkunde se subjektiewe waarneming tydens haar kontak met vroedvroue, swanger vroue en moeders met babas, dat voorligting aangaande borsvoeding gewoonlik net terloops melding maak van MIV. Dit wil voorkom of vroedvroue self onseker is en dikwels nie

bewus is van die jongste navorsing nie, of nie weet watter inligting om by voorligting aan swanger vroue in te sluit nie.

Uit bogenoemde ontstaan die volgende **navorsingsvrae**:

- Watter *faktore* moet deur vroedvroue in ag geneem word by voorligting aan swanger vroue aangaande MIV en babavoeding?
- Wat is die *persepsie* van vroedvroue en swanger vroue van die faktore wat swanger vroue beïnvloed in die keuse van die geskikste babavoedingswyse?
- Wat is die vlak van vroedvroue en swanger vroue se *kennis* ten opsigte van MIV-oordrag en babavoeding?
- Hoe kan vroedvroue deur *voorligting* as deel van dienslewering van hoë gehalte, swanger vroue bemagtig om 'n ingeligte keuse te maak rakende die geskikste babavoedingswyse?

1.2 NAVORSINGSDOELSTELLINGS

In die lig van persoonlike waarnemings, bogenoemde oriëntering en die navorsingsvrae word 'n literatuurstudie en navorsingsprojek aangepak waarin die navorsingsvrae binne die volgende navorsingsdoelstellings ondersoek sal word, naamlik:

- om faktore wat deur vroedvroue in ag geneem moet word by voorligting aan swanger vroue oor MIV en babavoeding te verken en te beskryf;
- om die persepsie van vroedvroue en swanger vroue van die faktore wat swanger vroue se keuse van die geskikste babavoedingswyse beïnvloed, te verken en te beskryf;
- om die vlak van vroedvroue en swanger vroue se kennis ten opsigte van MIV-oordrag en babavoeding te verken en te beskryf;
- om riglyne saam te stel aangaande die proses van voorligting as deel van dienslewering van hoë gehalte deur vroedvroue aan swanger vroue, ten einde hulle te bemagtig om 'n ingeligte keuse te maak rakende die geskikste babavoedingswyse.

1.3 PARADIGMATIESE PERSPEKTIEF

Die navorser se lewensbeskouing is gegrond op die Christelik-Reformatoriese godsdiensbenadering en is kongruent aan die filosofie van die Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys. Vervolgens word die paradigmatiese perspektief van die navorser weergegee ooreenkomstig die metateoretiese, teoretiese en metodologiese aannames.

1.3.1 Metateoretiese aannames

Aspekte van die aannames van die Verplegingsteorie vir Mensheelheid (RAU, 1992) voorsien die raamwerk van die paradigmatiese perspektief vir hierdie studie. Die teorie is oorspronklik ontwikkel deur die Oral Roberts University Anna Vaugh School of Nursing in die Verenigde State van Amerika en is gebaseer op 'n Judeo-Christelike wêreldbeskouing waardeur die hele Bybel as die bron van waarheid gesien word. Ander Christelike benaderings word aanvullend gebruik.

1.3.1.1 Die mens

Die mens is 'n unieke, Godgeskape eenheidswese wat op 'n biopsigososiale en geestelike wyse funksioneer in sy strewe na heelheid. Hy beskik oor die vermoë om op 'n verantwoordelike wyse interaksie te laat plaasvind tussen sy interne en eksterne omgewing en is by magte om besluite te neem wat sy gesondheid beïnvloed. Volgens Calvin (soos aangehaal deur Van Wyk, 1993:5) is die mens deur God geskape en is hy goed geskape. Na die sondeval is die mens egter verdorwe en word die beeld van God uitsluitlik herstel deur geloof in die verlossing deur Jesus Christus. Van Wyk (1993:17) noem ook dat Calvin besondere klem lê op medemenslike verhoudinge en naasteliefde. Die pasgebore baba word ook as volwaardige mens geag, alhoewel hy nog nie by magte is om deur besluite sy eie gesondheid te beïnvloed nie, maar grootliks afhanklik is van sy moeder.

Vir die doeleindes van hierdie studie is die mens, die vroedvrou en die swanger vrou wat mekaar se strewe na heelheid beïnvloed tydens interaksie met mekaar. As gevolg van die gebrokenheid van die wêreld is siekte (en dus ook MIV/VIGS) 'n realiteit. Alhoewel die manier wat die swanger vrou geïnfekteerd geraak het moontlik nie ooreenstem met die waardes van die vroedvrou nie, moet sy in opdrag van die liefdesgebod die vrou nie

verwerp nie, maar alles in haar vermoë doen om haar te ondersteun om die situasie binne haar omstandighede optimaal te hanteer. Verder word aanvaar dat die besluite van die swanger vrou die gesondheid van haar baba na geboorte kan beïnvloed op 'n fasiliterende of belemmerende wyse.

1.3.1.2 Die omgewing

Volgens die Verplegingsteorie van Mensheerheid (RAU, 1992:7) sluit die konsep omgewing, die interne en eksterne omgewing in. Die interne omgewing bestaan uit liggaamlike, psigiese en geestelike dimensies terwyl die eksterne omgewing op sy beurt bestaan uit fisiese, sosiale en geestelike dimensies. Kenmerkende wyses van interaksie tussen die interne en eksterne omgewing bepaal die gesondheidstatus van die mens.

Vir die doeleindes van hierdie studie is faktore in die interne omgewing van die swanger vrou soos haar intellek, emosies, wil, waardes en etiese beginsels van belang. Die gesondheidsvoorligting deur die vroedvrou sowel as die gesins- en kulturele konteks as komponente van die sosiale dimensie, vorm deel van die eksterne omgewing van die swanger vrou. Die vroedvrou (binne haar eie interne en eksterne omgewing) moet dus in haar gesondheidsvoorligting altyd rekening hou met die interne en eksterne omgewing waarin die swanger vrou haar besluit oor die geskikste babavoedingswyse moet neem.

1.3.1.3 Gesondheid / Siekte

Gesondheid is 'n dinamiese toestand wat verwys na fisieke, psigiese en geestelike heelerheid. Gesondheid kan kwalitatief op 'n kontinuum van minimum tot maksimum gesondheid geplaas word en die gesonde persoon (beide die vroedvrou en die swanger vrou) beskik oor die potensiaal om siek te word. Gesondheid en heelerheid word as sinonieme beskou.

Siekte is 'n dinamiese toestand wat die aard van die mens se interaksiepatrone ten opsigte van stresfaktore in sy interne en eksterne omgewing weerspieël. Siekte kan kwalitatief op 'n kontinuum van ernstige tot minimale siekte beskryf word (RAU, 1992:4,5).

Die populasie wat in hierdie studie ondersoek word, is swanger vroue, ongeag MIV-status. Die feit dat 'n swanger vrou MIV-positief kan wees, asook dat sy bekommerd is dat die virus na haar baba oorgedra kan word, kan as stressors in haar interne omgewing beskou word. In watter mate en op watter wyse sy daarop reageer, sal bepaal

hoe siek sy is. Die persoon wat siek is, het ook die potensiaal om gesond te word. Die vroedvrou kan deur gesondheidsvoorligting aangaande die geskikste voeding vir haar baba fasiliterend optree om die gesondheid van die swanger vrou (en haar fetus/baba) te bevorder.

1.3.2 Teoretiese aannames

Teoretiese aannames behels die formulering van die sentraal teoretiese argument sowel as die teoretiese omskrywing van sleutel terme.

1.3.2.1 Sentraal teoretiese argument

Kennis van die faktore wat deur vroedvroue in ag geneem moet word by voorligting aan swanger vroue aangaande MIV-oordrag en babavoeding, die persepsies van vroedvroue en swanger vroue van die faktore wat swanger vroue se keuse rakende die geskikste babavoedingswyse beïnvloed sowel as die kennisvlak van vroedvroue en swanger vroue ten opsigte van MIV-oordrag en babavoeding, sal bydra tot die formulering van riglyne aangaande die proses van voorligting as deel van dienslewering van hoë gehalte, deur vroedvroue aan swanger vroue ten einde hulle te bemagtig om 'n ingeligte keuse te maak rakende die geskikste babavoedingswyse.

1.3.2.2 Teoretiese omskrywings

Die volgende konsepte staan sentraal tot hierdie studie en word soos volg gedefinieer.

- Menslike immuniteitsgebrek-virus (MIV of MI-virus):

Die term verwys na die MIV-virus wat die oorsaak is van Verworwe immuniteitsgebrek-sindroom (VIGS) (Evian, 2000:5).

- MIV-positiewe individu:

'n Individu wat deur die MI-virus geïnfekteer is. Die persoon kon 'n MIV-toets ondergaan het en bewus wees daarvan dat hy geïnfekteer is, of nog nie 'n toets ondergaan het of nie weet wat die uitslag van die toets is nie.

- Moeder-na-kindoordrag:

Die term verwys na die oordrag van 'n infeksie, in hierdie geval MIV, van 'n vrou met die infeksie (MIV-positiewe) na haar baba gedurende swangerskap of baring, of deur borsvoeding. Vertikale oordrag en perinatale oordrag is sinonieme vir moeder-na-kindoordrag (WHO, 1998). Die Engelse term word gebruik in die naam van die program van die Suid-Afrikaanse regering om hierdie tipe oordrag te voorkom – Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT) program.

- Baba:

'n Kind jonger as twee jaar word gewoonlik as 'n baba beskou. Die jong baba word vir die doeleindes van hierdie studie beskou as 'n baba onder ses maande wat nog nie komplementêre voeding benodig nie. In hierdie studie verwys baba na beide manlike en vroulike babas. Waar "hy" in hierdie studie gebruik word, verwys dit na manlike sowel as vroulike babas.

- Borsmelk / moedersmelk:

Melk komende van die menslike lakterende bors. Dit kan direk van die bors (borsvoeding), of as uitgemelkte borsmelk, deur middel van 'n bottel of koppie gegee word.

- Eksklusiewe borsvoeding:

Die frase impliseer dat die baba, benewens borsmelk, geen ander vloeistof of voeding soos ander melk, water, sap of pap behalwe druppels soos vitamine, mineraal-aanvullings of medisyne inneem nie (WHO, 1998; Labbok, 2000:20).

- Gemengde voeding:

Die baba ontvang borsmelk tesame met ander vloeistof of voedsel soos ander melk, water, sap of pap (Smith & Kuhn, 2000:333).

- Komplementêre voeding:

Enige voedsel wat industrieel of self voorberei word, wat as aanvulling tot borsmelk gegee word om aan voedingsbehoefte te voldoen (WHO, 1998; Labbok, 2000:20). Aangesien borsmelk tot ongeveer ses maande ouderdom aan die voedingsbehoefte van 'n jong baba kan voldoen, is komplementêre voeding (vaste kos) gewoonlik eers na hierdie ouderdom nodig.

- Borsmelksubstituut:

Enige voedsel wat as plaasvervanger van borsmelk gegee word. Dit kan tuis voorberei word uit vars of geprosesseerde dieremelk deur dit met water te verdun en suiker by te voeg, of dit kan kommersiële formulemelk wees.

- Formulevoeding:

'n Borsmelksubstituut wat industrieel volgens spesifieke standaarde vervaardig word om aan die voedingsbehoefte van 'n baba te voldoen. Formulemelk en melkformule is sinonieme van formulevoeding (WHO, 1998).

- Eksklusiewe formulevoeding:

Slegs formulevoeding word gegee sonder enige borsvoeding op enige tydperk.

- Vervangingsvoeding:

Die voed van 'n baba wat geen borsvoeding ontvang nie, met 'n dieet wat aan al sy voedingsbehoefte voldoen. Voor die ouderdom van ses maande impliseer dit 'n geskikte borsmelksubstituut, en daarna 'n borsmelksubstituut wat met komplementêre voedsel gekombineer word (WHO, 1998).

- Vinnige spening:

Die speen van 'n baba van borsmelk, waar daar nie 'n tydperk is waartydens die baba beide bors- en formulevoeding of vaste kos ontvang nie.

- Babavoeding:

Die voedsel wat aan 'n baba gegee word om aan sy voedingsbehoefte te voldoen. Dit sluit borsvoeding, voeding met 'n borsmelksubstituut soos formulevoeding en komplementêre voeding in, ongeag van die wyse waarop dit gegee word.

- Babavoedingswyse:

Die wyse waarop die babavoeding vir die baba gegee word. Borsmelk kan direk van die bors gegee word (borsvoeding) en uitgedrukte borsmelk of 'n borsmelksubstituut kan per bottel of koppie gegee word. Die babavoeding (borsmelk of substituut) kan ook eksklusief of as deel van gemengde voeding gegee word.

- Vroedvrou:

'n Persoon wat as vroedvrou geregistreer is nadat sy wetlik erkende opleiding in verloskunde suksesvol voltooi het en aan al die vereistes vir registrasie voldoen het. Afgesien van die sorg aan vroue tydens swangerskap, baring en puerperium, het sy ook 'n belangrike funksie betreffende voorligting en berading. Hierdie funksie sluit voorgeboortevoorligting in (Sellers, 1993:xxxiii). Manlike persone wat aan die vereistes voldoen, word as vroedmeesters geregistreer. Waar die term "vroedvrou" en die voornaamwoorde "sy of haar" in hierdie studie gebruik word, word insgelyks ook na vroedmeesters verwys.

- Voorgeboortevoorligting:

Die gesondheidsvoorligting wat 'n vrou (en haar man) tydens haar swangerskap ontvang. Die inhoud van hierdie voorligting behels gewoonlik aspekte van swangerskap, baring en ouerskap. 'n Belangrike aspek van ouerskap wat onder die loep geneem word is babavoeding.

- MIV/VIGS-voorligting:

Dit maak deel uit van inligtingverspreiding, onderrigging en kommunikasie om die publiek bewus te maak van MIV/VIGS.

- MIV/VIGS-berading:

Vir die doeleindes van hierdie studie impliseer die term MIV/VIGS-berading, voortoetsberading sowel as natoetsberading. Dit behels verder ook begeleiding met betrekking tot hoe om met die toestand saam te leef. Berading vir swanger vroue wat bewus daarvan is dat hulle MIV-positief is, moet die beste beskikbare inligting in verband met die risiko van MIV-oordrag deur borsvoeding, die voordele van borsvoeding, die risiko's en moontlike voordele verbonde aan ander babavoedingwyses insluit (WHO, 2000)

- Ingeligte besluit / keuse:

Met die erkenning van 'n persoon se basiese reg om self besluite te neem wat hom/haar direk raak, kom ook die verantwoordelikheid om so 'n persoon ten volle in te lig oor alle aspekte wat die besluit kan beïnvloed. Die persoon moet met alle relevante kennis bemagtig word (WHO, 1998; Seidel, 1998:75).

1.3.3 Metodologiese aannames

Die metodologiese dimensie van navorsing is die logika onderliggend aan die implementering van wetenskaplike metodes by die bestudering van die werklikheid (Mouton & Marais, 1992:16). Volgens Botes (1991:21) se funksionele denkbenadering impliseer die doel van navorsing teorievorming wat die verplegingspraktyk kan verbeter. Die kennis wat deur navorsing geïm word, moet bruikbaar en toepaslik wees vir die uitdagings wat in die praktyk ervaar word. Die navorser beplan om kennis ten opsigte van die faktore wat die keuse van die geskikste babavoedingswyse beïnvloed en die kennisvlak van vroedvroue en swanger vroue rakende moeder-na-kindoordrag van MIV, bruikbaar en toepaslik te maak deur riglyne te formuleer aangaande die voorligting aan swanger vroue.

Verder word gebruik gemaak van die navorsingsmodel van Botes (1992:40) wat opgebou word uit drie ordes wat in verhouding tot mekaar staan. Die eerste orde is die verplegingspraktyk as navorsingsterrein met verpleging as aktiwiteit. Die probleem wat geïdentifiseer is, naamlik die onsekerheid by vroedvroue oor die voorligting aan swanger vroue aangaande die keuse rakende die geskikste voedingswyse vir haar baba binne die realiteit van die MIV/VIGS-pandemie, is op hierdie orde geleë. Die tweede-orde-aktiwiteit is navorsing en teorievorming. In hierdie studie dien die tweede orde die eerste orde deur kennis te genereer wat aangewend kan word om riglyne te formuleer met betrekking tot die voorligting aan swanger vroue aangaande die geskikste babavoedingswyse in verskillende omstandighede, en so meer duidelikheid te verskaf. Die derde orde het betrekking op die paradigmatiese perspektief van waaruit die navorser sekere aannames maak. Hiervolgens word metateoretiese aannames vanuit die Verplegingsteorie vir Mensheerheid (RAU, 1992) en ander Christelike godsdienstenaderings gebruik. Teoretiese aannames van verpleegteorieë en aanverwante vakgebiede gebruik, sowel as metodologiese aannames soos deur Mouton en Marais (1992:23) sowel as Botes (1991:21;1992:40) geformuleer.

1.4 OORSIG OOR DIE NAVORSINGMETODOLOGIE

In hierdie onderafdeling word die navorsingsmetodologie slegs kursories bespreek, aangesien dit meer volledig in Hoofstuk 3 beskryf word.

1.4.1 Literatuurstudie

'n Literatuurstudie word onderneem om al die faktore te bestudeer wat deur voedvroue in ag geneem moet word by die voorligting aan swanger vroue aangaande MIV en babavoeding. Die studie word deur die literatuurstudie, begrend en temas word geïdentifiseer wat by die vraelyste ingesluit behoort te word.

Temas wat onder andere ondersoek sal word, is:

- faktore wat die risiko van MIV-oordrag deur borsmelk beïnvloed;
- voor- en nadele van voedingswyses vir babas van MIV-positiewe moeders;
- bestaande riglyne vir voorligting aan swanger vroue aangaande die keuse van babavoedingswyse; en
- faktore wat die keuse van 'n swanger vrou oor die geskikste voedingswyse vir haar baba beïnvloed.

Die volgende databasisse word gebruik: Nexus, Repertorium van Suid-Afrikaanse Tydskrifartikels, Medline, ASE (Academic Search Elite), Ebsco-med, World Wide Web.

1.4.2 Navorsingsontwerp

'n Eenvoudige opname-ontwerp met kwantitatiewe metodologie word gebruik (Brink, 1999:109) om die kennis van voedvroue en swanger vroue ten opsigte van MIV-oordrag en babavoeding, asook hul persepsie van faktore wat 'n swanger vrou se keuse binne die konteks van die Potchefstroom-distrik in die Noordwes Provinsie van Suid-Afrika beïnvloed, te verken en dan te beskryf.

1.4.3 Navorsingsmetode

Ten einde aan die doelstelling te beantwoord word die volgende navorsingsmetode gevolg.

1.4.3.1 Steekproef

- Populasie

Populasie 1: Vroedvroue wat in voorgeboorteklinieke in die Potchefstroom-distrik van die Noordwes Provinsie werksaam is.

Populasie 2: Swanger vroue van alle bevolkingsgroepe wat voorgeboorteklinieke in die Potchefstroom-distrik van die Noordwes Provinsie besoek.

- Steekproefneming

Steekproef 1: 'n Omvattende steekproef wat die volle populasie insluit, word gebruik.

Steekproef 2: 'n Beskikbaarheidssteekproef word uit populasie 2 getrek.

- Steekproefgrootte

Steekproef 1: 'n Allesinsluitende steekproef word gebruik.

Steekproef 2: Die grootte van die beskikbaarheidssteekproef word bepaal deur riglyne wat deur die Statistiese Konsultasiediens van die Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys neergelê is.

1.4.3.2 Data-insameling

Gestruktureerde vraelyste word vir beide populasies gebruik. Die inhoud van die vraelyste word uit die literatuur begrond. Na die ontwerp daarvan word die vraelyste eers vir kommentaar oor die geldigheid daarvan aan kundiges voorgelê. Daarna word 'n loodsstudie uitgevoer en aanpassings gemaak waar nodig (Brink, 1999:154-157). 'n Onderneming van anonimiteit word gegee en maak deel uit van die meegaande brief by die vraelys. Skriftelike toestemming om die studie te onderneem, word vooraf van die bestuurder van die gesondheidsdistrik van die Departement van Gesondheid verkry.

Die navorser besorg die vraelyste by die klinieke en deel self die vraelyste aan die geïdentifiseerde vroedvroue uit. Tswana-sprekende opgeleide veldwerkers deel die vraelyste aan die swanger vroue uit en help ongeletterdes en respondente wat nie Afrikaans of Engels verstaan nie om die vraelys in te vul. Sodra die vraelyste ingevul is, word dit deur die navorser afgehaal.

1.4.3.3 Data-ontleding

Die resultate van die vraelyste word met beskrywende statistiek deur middel van die frekwensiemetode (Brink, 1999:180; Burns & Grove, 2001:499) ontleed en aan die hand van tabelle en grafieke weergegee.

1.5 GELDIGHEID EN BETROUBAARHEID

Die studie moet beantwoord aan die vereistes vir geldigheid en betroubaarheid. Kriteria vir geldigheid en betroubaarheid soos deur Burns en Grove (2001:406) gestel, sal gebruik word.

1.6 ETIESE ASPEKTE

Etiese aspekte wat in aanmerking geneem word, ooreenkomstig die riglyne van Burns en Grove (2001:196-212), DENOSA (1997:1-8) en Brink (1999:39-41) sal in Hoofstuk 3 volledig bespreek word.

1.7 VERDERE HOOFSTUKINDELING

- HOOFSTUK 2: Faktore wat in ag geneem moet word by die voorligting aan swanger vroue oor babavoeding: 'n Literatuurstudie
- HOOFSTUK 3: Navorsingsmetodologie
- HOOFSTUK 4: Navorsingsresultate
- HOOFSTUK 5: Gevolgtrekkings, tekortkominge van die studie en aanbevelings met spesifieke verwysing na voorligting deur vroedvroue aan swanger vroue ten einde hulle te bemagtig om 'n ingeligte keuse te maak oor die geskikste babavoedingswyse

HOOFSTUK 2

FAKTORE WAT IN AG GENEEM MOET WORD BY DIE VOORLIGTING AAN SWANGER VROUE OOR BABAVOEDING: 'N LITERATUURSTUDIE

2.1. INLEIDING

Swanger vroue is gewoonlik besonder ontvanklik en gemotiveerd om te leer aangaande aspekte soos gesondheid tydens swangerskap, geboorte asook babaversorging en babavoeding (Bennett & Brown, 1999:192). Die gee van gesondheidsvoorligting tydens hul swangerskap kan dus baie effektief wees. Wat babavoeding betref, het 'n vrou dikwels voor die swangerskap reeds begin dink oor hoe sy haar baba sal wil voed (Bennett & Brown, 1999:712). Alhoewel borsvoeding steeds die ideale voeding vir die meeste babas is, moet die risiko van moeder-na-kindoordrag van MIV en die hoë MIV-voorkoms onder swanger vroue in ag geneem word. Elke vrou se individuele omstandighede sal ook 'n rol speel by haar uiteindelijke besluit op die geskikste babavoedingswyse. Vervolgens word aandag geskenk aan die probleem van moeder-na-kindoordrag van MIV.

Moeder-na-kindoordrag van MIV is 'n tragedie wat, indien enigsins moontlik, voorkom moet word. Omdat 'n baba se immuniteitstelsel nog nie ten volle ontwikkel is nie (Jackson, 2002:144), sterf tot 'n derde van die babas wat deur vertikale transmissie geïnfekteer word, binne een jaar (Spira *et al.*, 1999:1118). Vyf en sewentig persent (75%) van dié wie se moeders nie antiretrovirale middels kry nie, sterf voor die ouderdom van 5 jaar (Olayinka *et al.*, 2000:316). In Suid-Afrika het die babasterftesyfer van 1992 tot 1997 toegeneem van 39 tot 56 per 1000 en die onder- vyf-sterftesyfer van 53 tot 71 per 1000 (Nannan *et al.*, 2000:175). Tydens dié kort lewe ly die geaffekteerdes aan toestande soos pneumonie, meningitis, septisemie, absesse, herpes simplex, tuberkulose sowel as chroniese diarree (Woods, 1999:Unit 34-10). 'n Totaal van 35% van die pediatriese beddens in die Gauteng Provinsie word beset deur MIV/VIGS-pasiënte en daar word voorspel dat die toestand in 2008 vir tot 50% van die sterftes verantwoordelik sal wees (Myburgh, 1998:12).

Vandat 'n gevallestudie wat gedui het op die moontlikheid van MIV-oordrag deur borsmelk die eerste keer in die Lancet gepubliseer is (Ziegler *et al.*, 1985:897), is heelwat navorsing reeds oor hierdie probleem gedoen. Volgens Seidel (1998:68) word die meeste van die navorsing toegespits op kliniese projekte om verskillende intervensies te toets, en bestaan daar 'n behoefte aan navorsing oor die uitvoerbaarheid en houdings oor die verskillende intervensies. Hierdie navorsing wil 'n bedrae lewer tot die uitbreiding van kennis oor voorgeboortevoorligting as intervensie.

In ontwikkelde lande word vroue wat MIV-positief is, aangeraai om kommersiële formulevoeding vir hul babas te gee, maar in ontwikkelende lande is voeding met 'n borsmelksubstituut nie altyd veilig, aanvaarbaar of bekostigbaar nie as gevolg van onhygiëniese omstandighede, kultuurdruk en beperkte finansiële bronne (Bertolli, 1998:1). Borsvoeding bly in hierdie omstandighede steeds die beste keuse vir die meeste moeders, óók die wat MIV-positief is, veral as die borsvoedingswyse aangepas word om die oordrag van MIV deur borsvoeding te beperk. Daar kan dus gepraat word van “veiliger” borsvoeding.

Met hierdie hoofstuk word verslag gelewer oor wat reeds gepubliseer is aangaande die voordele van borsvoeding – ook die van eksklusiewe borsvoeding - die risiko van vertikale oordrag van MIV deur borsmelk, die faktore wat hierdie risiko beïnvloed, die gebruik van borsmelksubstitute, die risiko van 'n oorspoeleffek na MIV-negatiewe moeders, bestaande riglyne vir voorligting aan swanger vroue aangaande die keuse van 'n babavoedingswyse en onbekende MIV-status as faktor wat die implementering van die riglyne beïnvloed, asook wyses wat gebruik word om inligting aan swanger vroue te verstrek oor babavoeding en MIV/VIGS. Laastens word ook aandag geskenk aan die faktore wat die keuse van 'n MIV-positiewe swanger vrou rakende die geskikste voedingswyse vir haar baba kan beïnvloed.

2.2 VOORDELE VAN BORSVOEDING

Verskeie outeurs (Kovar *et al.*, 1984:636; Latham & Preble, 2000:1657; Moodley *et al.*, 1999:682) is dit met mekaar eens dat borsvoeding onder normale omstandighede die gewenste wyse van babavoeding is. Verder is dit goedkoop, gemaklik vir die moeder en

bevorder dit die binding tussen moeder en baba (Kovar *et al.*, 1984:634; Enkin *et al.*, 2000:439).

Sommige voordele is van spesifieke belang vir die baba van 'n MIV-positiewe moeder:

- Borsmelk as voedingsbron

Borsmelk voldoen aan al die voedingsbehoefte van 'n baba onder ses maande. Tussen ses en twaalf maande verskaf dit die helfte en tussen twaalf en vier en twintig maande tot 'n derde van die voedingsbehoefte (WHO, 1998:1). Van die voedingstowwe wat nie in borsmelksubstitute voorkom nie, is maklik verteerbare proteïene van hoë kwaliteit, langketting poli-onversadigde vetsure wat belangrik is vir breinontwikkeling asook verskeie mikronutriënte soos yster in 'n maklik absorbeerbare vorm (Bertolli, 1998:1). Die baba van 'n MIV-positiewe moeder moet, net soos ander babas, die bes moontlike voedsel ontvang om optimale groei en ontwikkeling te verseker. Ruff *et al.*(1992: 327) sowel as Smith en Kuhn (2000:337) wys daarop dat daar nog nie genoeg navorsing gedoen is om vas te stel of die melk van MIV-positiewe moeders steeds die ideale voedingswaarde het, soos die waaroor die melk van nie-geïnfekteerde moeders beskik nie.

- Borsmelk se beskermende funksie

Borsgevoede babas word teen verskeie siektes beskerm – veral gastro-intestinale en respiratoriese infeksies (Isaacs *et al.*, 1986:966; Kovar *et al.*, 1984:623; Latham & Preble, 2000:1657). Die Wêreldgesondheidsorganisasie (WHO Collaborative study team, 1999:451) het in 'n analise van gepubliseerde navorsingstudies bevind dat borsvoeding die oorhoofse babamortaliteit te wyte aan diarree en akute respiratoriese infeksies gedurende die eerste twee lewensmaande, tot ses maal verminder. Oxtoby (1988:829) sowel as Fowler en Newell (2000:1) lê klem op die belangrikheid van die beskermende effek van borsvoeding, veral in situasies waar swak sanitasiegeeriewe voorkom.

Bertolli (1998:1), Ruff (1992:327) en die Integrated Management of Childhood Illness-program (South Africa, 2003:18) noem die moontlikheid dat borsvoeding die geskikste voedingswyse is vir babas wat reeds met MIV-geïnfekteer is, omdat dit voorkom of die borsmelk addisionele beskerming verleen aan hierdie babas wie se immuniteit reeds

verswak is. Volgens Van de Perre *et al.* (1993:917) kom verhoogde afskeiding van Immunoglobuliene A en Immunoglobuliene M in die borsmelk van MIV-geïnfekteerde vroue voor –hoër as in die melk van MIV-negatiewe vroue. Hierdie immunoglobuliene kan virusse onskadelik stel of vernietig, (ook MI-virusse in vroue met nog 'n relatief lae virustelling in hul bloed (en melk). As dit dus bekend is dat 'n baba reeds in utero of tydens die geboorteproses geïnfekteer is, en die moeder se virustelling laag is, is dit vir die baba voordeliger om borsmelk te ontvang.

Die beskermende funksie is veral waardevol en is ook meer effektief as die baba eksklusief geborsvoed (2.4.1) word. Die waarde van eksklusiewe borsvoeding word lank reeds besef. Smith en Kuhn (2000:334) bespreek die beskermende meganismes daarvan wat voordelig kan wees ten opsigte van die moontlike oordrag van MIV soos volg:

- Bevordering van die vroeë vermindering van deurlaatbaarheid van die dermmukosa. Die mukosa is net na geboorte baie deurlaatbaar om deurlating van die moederlike immunoglobuliene te fasiliteer, maar moet daarna sluit om die deurlaat van ander makromolekules of mikro-organismes te voorkom. Navorsing het bewys dat die deurlaatbaarheid van die dermmukosa van eksklusief borsgevoede babas beduidend minder is vir die eerste 12 lewensweke, in vergelyking met die van babas wat kommersiële formulevoeding ontvang het. Dit kan toegeskryf word aan groeifaktore (epidermale groeifaktor en transformerende groeifaktor β) wat die ontwikkeling van die epiteelskans van die dermkanaal bevorder. Die oorgang van die MI-virus kan sodoende voorkom word (Coutsoudis *et al.*, 1999:472).
- Verminderde blootstelling aan antigene. As 'n baba, voordat dit noodsaaklik word, aan voedsel soos beesmelk (en formulevoedings wat daarop gebaseer is) blootgestel word, kan dit sensitisering inisieer wat aanleiding gee tot allergieë. Hierdie sensitisering veroorsaak inflammasie van die mukosa en so word die integriteit van die dermkanaal verder bedreig. Eksklusiewe borsvoeding kan dus hierdie inflammasie en die moontlike infektering met MIV voorkom.
- Verminderde blootstelling aan patogene organismes. As die baba net met sy eie moeder se bakterieë aan haar hande en borste in aanraking kom, ontwikkel hy weerstand daarteen en verminder dit blootstelling aan

patogene wat in water, ander voedsel en op eetgerei kan voorkom (Moodley *et al.*, 1999:682; Clemens *et al.*, 1993, 684). Infektiewe diarree kom twee maal meer voor by borsgevoede babas onder die ouderdom van drie maande, wat ook water of tee ontvang, as by babas wat slegs borsvoeding ontvang, terwyl die voorkoms van diarree nog hoër is wanneer borsmelksubstitute of vaste kos bygevoeg word. Die deurlaatbaarheid van die dermmukosa verhoog verder tydens en na episodes van diarree.

- Bevordering van groei van voordelige intestinale mikroflora.

Lactobacillus bifidus verlaag die pH in die dermkanaal en bevorder so weerstand teen patogene organismes. Wanneer met gemengde voeding begin word, word hierdie balans versteur, maar 'n meer volwasse baba het dan gewoonlik ander meganismes om hierdie verhoogde vatbaarheid vir infeksie te hanteer. Die vermyding van insluiting van enigiets anders as borsvoeding in die baba se dieet voorkom die versteuring van die balans tussen voordelige en patogene intestinale mikroflora en bied so verdere beskerming teen die moontlike infeksie met MIV deur borsmelk (Smith & Kuhn, 2000:336).

- Borsvoeding as kontraseptiewe metode

Borsvoeding bevorder ook die gesondheid van die moeder en baba deurdat dit die tydperk tussen swangerskappe verleng deur middel van anovulasie (Latham & Preble, 2000:1658; Sellers, 1993:235; Pretorius, 1989:25). Hierdie voordeel maak nie 'n beduidende verskil in lande waar vroue toegang het tot 'n verskeidenheid kontraseptiewe middels nie, maar in sommige gemeenskappe is borsvoeding een van die belangrikste maniere van geboortebepaling en dit voorkom so dat die gesin se ekonomiese status verswak (Nicoll *et al.*, 1995:109; Van de Perre, 1995:485). Die kontraseptiewe effek van borsvoeding is die effektiwste terwyl die baba baie dikwels en vir lang periodes drink en in die tydperk voordat die baba komplementêre voeding kry (Bennett & Brown, 1999:643). Die effektiwiteit neem dus af nadat die baba begin vaste kos inneem.

Hierdie voordeel is veral vir die MIV-positiewe vrou van belang omdat elke volgende swangerskap nog 'n las op haar reeds belemmerde gesondheid plaas, asook bydra tot die probleem van VIGS-wesies (Latham & Preble, 2000:1658). UNAIDS (1999:1) beveel

aan dat alle vroue wat nie borsvoed nie, spesifiek berading moet ontvang ten opsigte van gesinsbeplanning. In gevalle waar 'n vrou nie borsvoed nie, moet seker gemaak word dat 'n vrou binne ses weke na die geboorte toegang het tot 'n veilige gesinsbeplanningsmetode (WHO,1998:1). Volgens Moodley (soos aangehaal deur Pienaar, 2002a:4) behoort die regering in te gryp om verdere swangerskappe van MIV-positiewe vroue te ontmoedig. Van de Wal (1998:1283) gaan so ver as om voor te stel dat die voorsiening van antiretrovirale middels onderhewig moet wees aan sterilisasie na die huidige swangerskap. Dit is baie drasties en die moontlikheid van verdere swangerskappe moet eerder tydens berading met die vrou (en haar man) bespreek word.

- Ander voordele van borsvoeding

In gemeenskappe waar veilig van borsmelksubstitute gebruik gemaak kan word, en kontraseptiewe middels algemeen gebruik word, is die voordele nie so dramaties nie, maar speel faktore soos verhoogde intellektuele vermoë en laer voorkoms van diabetes, allergieë en wiegiedood 'n groter rol (Kovar, 1994:634; Moodley *et al.*, 1999:683). Kramer en Kukama (2002:2-3) het in die sistematiese oorsig van navorsing oor die optimale duur van eksklusiewe borsvoeding bevind dat, afgesien van reeds genoemde beskermende voordele, die volgende geassosieer word met veral eksklusiewe borsvoeding: vinniger neurokognitiewe ontwikkeling, beskerming teen chroniese siektes soos vetsug, tipe 1 diabetes mellitus, Crohn se siekte en limfoom. Vroue wat eksklusiewe borsvoeding toegepas het, ervaar verhoogde beskerming teen borskanker, ovariële kanker en osteoporose.

2.3. DIE RISIKO VAN VERTIKALE OORDRAG VAN MIV DEUR BORSMELK

Die eerste geval van MIV-oordrag deur borsvoeding is in 1985 deur Ziegler *et al.* (1985:896) geïdentifiseer toe die baba van 'n vrou wat na 'n keisersnit 'n bloedoortapping met MIV-besmette bloed ontvang het, gediagnoseer is met limfadenopatie, onvoldoende groei en chroniese infeksies en toe MIV-positief getoets is. In dieselfde jaar is die virus wat VIGS veroorsaak ook in borsmelk geïsoleer (Thiry *et al.*, 1985:891). Later is vasgestel dat beide vrysel- en selgeassosieerde MIV in borsmelk en in kolostrum voorkom (Van de Perre *et al.*, 1993:917). Daar is steeds nog nie vasgestel of die oordrag van MIV deur die vrysel of selgeassosieerde virusse geskied nie (Fowler

& Newell, 2000:3). Van de Perre (1999:405) noem ook dat die alveolêre en buisselle in die borste self ook MI-virusse kan produseer, en dit nie noodwendig slegs in die melk wat uit bloed geproduseer word, voorkom nie. Volgens Semba *et al.* (1999b:305) kom opspoorbare vlakke van MIV in een derde van die melkmonsters van bevestigde MIV-geïnfekteerde gevalle voor.

Die risiko van moeder-na-kindoordrag van MIV word soos volg bereken. As 'n swanger vrou MIV-positief is, is die risiko ongeveer 5% dat die baba tydens die swangerskap geïnfekteer word, 15% dat die infeksie tydens die geboorteproses plaasvind en 10% dat die baba postpartum deur borsmelk geïnfekteer raak. Die totale risiko vir infeksie is dus ongeveer 30%, en tot 70% van die babas van MIV-positiewe vroue word dus glad nie geïnfekteer nie (Wilkinson & McIntyre, 1998:1304). Enkele studies het hoër risikowaardes bereken, soos blyk uit die studie van Olayinka *et al.* (2000:314) wat die totale risiko vir intra-uteriene, perinatale en postnatale infeksie vir babas van MIV-positiewe moeders in Harare op 40,3% bereken het. 'n Moontlike verklaring hiervoor is dat van die talle faktore wat die risiko beïnvloed, moontlik 'n rol gespeel het.

Dit was moeilik om te bepaal wat die bydrae van infeksie deur borsmelk in die totale risiko van moeder-na-kindoordrag is. In ontwikkelde lande is alle moeders wat MIV-positief is gou reeds aangemoedig om nie hul babas te borsvoed nie, terwyl dit in ontwikkelende lande waar borsvoeding algemeen gebruik word, moeilik was om 'n kontrolegroep wat nie borsvoed nie, te vind. In 'n sistematiese oorsig is studies gekombineer waar die oordragisiko van borsgevoede en bottelgevoede babas van moeders wat met die bevalling reeds MIV-positief was, vergelyk is (Dunn *et al.*, 1992:587). Die addisionele risiko van oordrag deur borsvoeding, afgesien van die risiko tydens die swangeskap of geboorte, is bereken op 14% (Dunn *et al.*, 1992:587). Dit korreleer met die internasionale multisentrum saamgestelde analise van Leroy *et al.* (1998b:600) wat ook die risiko op 14% bereken het. Die Departement van Gesondheid van die Wes-Kaap (South Africa, 2002:10) wys daarop dat hierdie 14% van toepassing is indien borsvoeding tot 24 maande ouderdom voortduur. As daar net tot 6 maande ouderdom geborsvoed word, verminder die risiko tot ongeveer 5%. Eksklusiewe borsvoeding (en die gebruik van antiretrovirale middels) verminder hierdie risiko nog verder (Coutsoudis *et al.*, 2001b:15).

Latham en Preble (2000:1656) stel dat die risiko verbonde aan vertikale oordrag deur borsvoeding in perspektief gesien moet word. Selfs in gebiede met 'n hoë prevalensie (25% van die vroue is geïnfekteer) beteken dit dat slegs 4% van alle babas geïnfekteer sal word. Zwi en Söderlund (2000:1659) wys weer daarop dat, al is die persentasie babas wat deur borsvoeding geïnfekteer word slegs 4%, dit steeds 30 000 nuut geïnfekteerde babas per jaar in Suid-Afrika beteken.

Newell en Peckham (1994:43) het navorsing gedoen om die moontlike verklarings vir die variasie in bevindings van die studies te identifiseer. Die bevinding was dat die metodes en definisies by die studies baie verskil het. In 'n poging om te standaardiseer is 'n instrument met riglyne vir watter faktore alles in ag geneem behoort te word, ontwikkel (Piwoz, 2000:490).

Verskillende toetse is byvoorbeeld gebruik om MIV-infeksie by die baba te diagnoseer. Die eerste toetse het MIV-infeksie bevestig op grond van die teenwoordigheid van MIV-teenliggame (*ELISA-toets*: "enzyme-linked immunosorbent assay" en "*Western blot*"-toets) (Dabis *et al.*, 1995:68). Alhoewel die teenwoordigheid van die teenliggame by 'n volwassene op infeksie met die virus dui kan die teenwoordigheid daarvan by 'n baba slegs 'n aanduiding wees van infeksie by die moeder, aangesien die teenliggame deur die plasentale skans kan dring. Omdat die moederlike teenliggame geleidelik uit die bloed van 'n baba verdwyn, beteken die teenwoordigheid van teenliggame teen 'n ouderdom van 15 maande eers daarop dat die baba self ook deur die MI-virus geïnfekteer is (Olayinka *et al.*, 2000:315). Later het toetse wat direk vir die teenwoordigheid van die MI-virus self toets, meer algemeen beskikbaar geraak, naamlik die *p24 antigeentoets* en *PCR*: "*polymerase chain reaction*"-toets wat vir die teenwoordigheid van DNS en RNS van die MI-virus toets (Dabis *et al.*, 1995:68; Woods, 1999:Unit 31-3). Dit is noodsaaklik dat die navorsers die tipe toetse wat in die navorsing gebruik is, duidelik uiteensit sodat die resultate daarvan korrek geïnterpreteer kan word.

As MIV-infeksie reeds in die eerste ses weke na geboorte by die baba gediagnoseer word (vroeë postnatale oordrag), is dit onmoontlik om te identifiseer of die infeksie in utero, tydens geboorte of deur borsvoeding veroorsaak is. Die tydperk kort na geboorte word dus gewoonlik nie by studies om die oordragisiko deur borsvoeding te bepaal, ingesluit nie (Dabis *et al.*, 2000:1021).

Sommige studies het nie gespesifiseer wanneer die moeder geïnfekteer geraak het, of wat die viruslading in haar bloed of plasma was nie en dit bring mee dat die resultate nie met ander studies vergelyk kan word nie. Hierdie gegewens moet in ag geneem word by die bepaling van die risikopeil, omdat die risiko vir oordrag hoër is indien die viruslading in die moeder se bloed of plasma verhoog is kort na serokonversie of in die eindstadium van VIGS (Newell & Peckham, 1994:43; Blanche *et al.*, 1994:311).

Vandat dit duidelik geword het dat die risiko vir oordrag voortduur solank die baba borsmelk inneem, het dit nodig geword om duidelik te spesifiseer wat die risiko op 'n spesifieke ouderdom is. Alhoewel daar aanvanklik vermoed is dat daar hoër virusladings in kolostrum as in volwasse melk sal voorkom, omdat kolostrum 'n hoër konsentrasie limfosiete bevat, is bevind dat kolostrum 'n laer MIV-lading het as melk 8-90 dae na die bevalling (Bertolli, 1998:1). Alhoewel sommige studies (Nduati *et al.*, 2000a:1173; Moodley, 2000:16) bevind het dat die oordragrisiko in die vroeë laktasieperiode (ouderdom 6-8 weke) hoër was as later, het ander studies die teendeel bevind. 'n Moontlike verklaring vir die teenstrydige bevindinge is dat daar nie tydens hierdie studies gedifferensieer is tussen eksklusiewe borsvoeding en gemengde voeding nie.

Leroy *et al.* (1998a:1630) stel dit duidelik dat die gevolgtrekking van hul studie was dat hoe langer die borsvoedingsperiode duur, hoe hoër is die kummulatiewe risiko vir infeksie deur borsmelk. Gray *et al.* (1996:13) het ook in hul studie in Soweto bevind dat tot 17,4% van die totale infeksies as gevolg van moeder-na-kindoordrag voorgekom het na 'n borsvoedingsperiode van ses maande. Volgens Bertolli (1998:1) is die risiko 11% vir babas wat korter as ses maande lank geborsvoed is, en 24% as borsvoeding langer as ses maande geduur het. Briggs (1999:1) bereken die toenemende risiko wat aan borsvoeding toegeskryf kan word op 0,5% per maand. Die hoër infeksiepeil kan verklaar word deur die feit dat die kanse dat met ander vloeistof en vaste kos begin word toeneem, hoe ouer die baba word, en ook die feit dat groter volumes melk deur 'n ouer baba ingeneem word (Taren *et al.*, 2000:72).

Vroeër is gemeen dat die voedingstatus van die moeder die oordraging van MIV na haar baba beïnvloed. So het Nduati *et al.* (1996:10) bevind dat vroue met laer Vitamien A-vlakke, verhoogde vlakke MI-virus in hul melk gehad het. Later het Semba *et al.*

(1999b:305) bewys dat by MIV-geïnfekteerde vroue wie se melkmonsters hoër plasmavlakke van antioksidante soos karoteen (Vitamien A) en laer natriumvlakke bevat het, minder mastitis voorgekom het. Dit het gelei tot die hipotese dat aanvulling met Vitamin A die risiko van mastitis en MIV-oordrag sou laat verminder. Studies in Suid-Afrika, Malawi en Tanzanië kon egter nie daarin slaag om te bewys dat Vitamin A-aanvulling 'n vermindering in vertikale oordrag teweeg bring nie (Dabis *et al.*, 2000:1022). By voortydse gebore babas wie se moeders Vitamin A ontvang het, bestaan 'n verminderde risiko om geïnfekteer te raak, wel (Coutsoudis *et al.*, 1999:473). Dit is moeilik om hierdie bevinding in die praktyk toe te pas, aangesien dit gewoonlik nie vooraf bepaal kan word watter babas voortydig gebore sal word nie, alhoewel voortydse baring blykbaar meer by vroue wat MIV-positief is, voorkom (Evian, 2000:214). Tans beveel die Departement van Gesondheid aan dat MIV-positiewe swanger vroue se dieet daaglik aangevul moet word met 200 000 eenhede Vit A (South Africa, 2002a:50).

2.4. FAKTORE WAT DIE RISIKO VAN VERTIKALE OORDRAG DEUR BORSMELK BEÏNVLOED

Dit het algaande al duideliker uit die navorsing geblyk dat spesifieke faktore bestaan wat die risiko van MIV-oordrag deur borsvoeding verhoog of verminder. Die verskillende faktore wat die risiko beïnvloed, asook die implikasie wat dit vir gesondheidsvoorligting aan swanger vroue inhou, word vervolgens bespreek. Die implikasies word geformuleer as 'n samevatting van feite, gebaseer op die literatuur.

2.4.1. Voedingswyse: Eksklusiewe borsvoeding teenoor gemengde voeding

Die navorsing wat deur Coutsooudis *et al.* (1999:474) gedoen is, was baanbrekerswerk wat bewys het dat die risiko van moeder-na-kindoordrag deur borsmelk grootliks daarvan afhang of die baba slegs borsmelk ontvang, en of die borsmelk aangevul word. Die risiko van moeder-na-kindoordrag van MIV tydens eksklusiewe borsvoeding is om die volgende redes geringer as by gemengde voeding:

- Omdat daar by eksklusiewe borsvoeding minder blootstelling aan vreemde materiale (antigene) wat inflammasie veroorsaak asook patogene organismes wat infeksie (gastro-enteritis) kan veroorsaak geskied, vind daar minder

-
- versteuring van die deurlaatbaarheid van die slymvlies plaas en word die ontwikkeling van die epiteellaag van die spysverteringskanaal bevorder.
- Eksklusiewe borsvoeding stimuleer kolonisasie van die spysverteringskanaal met voordelige mikroflora soos *Lactobacillus bifidus*. Sodoende voorkom dit dat patogene bakterieë dominant word, en omdat die derm pH verlaag word, stel dit ook patogene organismes onskadelik. Die verlaagde suur-basis-balans aktiveer ook die CD4 limfosietwerking en verminder die vashegting van MIV aan die mukosa-selle. Die insluiting van water of tee by die dieet van 'n borsgevoede baba jonger as ses maande verdubbel die risiko van diarree in vergelyking met 'n baba wat borsvoeding eksklusief ontvang. Die risiko verhoog nog verder as die water nie skoon is nie of as 'n borsmelksubstituut of vaste kos saam met die borsmelk van 'n MIV-positiewe vrou gegee word (Smith & Kuhn, 2000:335).
 - Eksklusiewe borsvoeding verseker die optimale samestelling van borsmelk. Dit is moontlik dat daar te min van sekere bestanddele soos die beskermende faktore ingeneem word as 'n baba ook ander vloeistof of vaste kos saam met borsmelk ontvang. Eksklusiewe borsvoeding hou verband met verhoogde frekwensie van borsvoedingsessies en verhoogde Immunoglobulien A- en M-vlakke.
 - Eksklusiewe borsvoeding bevorder die integriteit van die mamma-epiteel. Vroeë, dikwelse, eksklusiewe borsvoeding, voorkom stuwing en inflammasie wat tot mastitis kan lei (Smith & Kuhn, 2000: 334-336; Coutsoudis, 1999:474).
- Onduidelikheid ten opsigte van die term "borsvoeding"
- Labbok (2000:19), Labbok en Krasovec (1990:226) asook die Wêreld-gesondheidsorganisasie (WHO, 2001:7) wys op die verskillende konsepte wat onder "borsvoeding" verstaan kan word. Hulle pleit vir eenvormigheid ten opsigte van die gebruik van terme. So het die aanvanklike navorsing oor MIV-oordrag via borsvoeding net onderskei tussen vroue wat ooit of nooit borsvoeding gegee het en nie spesifiseer oor hoe dikwels die borsvoeding geskied en wat saam met die melk gegee word nie (Smith & Kuhn, 2000:333). Aanvanklik is die term "eksklusiewe borsvoeding" ook anders gebruik. In die studie van Bobat *et al.* (1997:1631) is die term "eksklusiewe borsvoeding" gebruik vir babas wat borsvoeding met ander kos of water, maar nie formulevoeding gekry het nie. Die term word tans baie streng gedefinieer naamlik dat die baba behalwe borsmelk, geen ander vloeistof of voeding soos ander melk, water, sap of pap benewens

druppels soos vitamine, mineraalaanvullings of medisyne inneem nie (WHO, 1998:1; Labbok, 2000:20).

- Risiko van oordrag tydens eksklusiewe borsvoeding

Van die eerste studies wat differensieer tussen eksklusiewe en gemengde borsvoeding, is deur die Suid Afrikaanse Vitamin A-studiegroep in 1999 in die Lancet gepubliseer (Coutsoudis *et al.*, 1999:472). Coutsooudis *et al.* (1999:474, 2001b:15) het bevind dat babas van MIV-positiewe moeders wat tydens die eerste drie maande na geboorte slegs borsmelk met moontlik vitamienstroop of medisyne maar geen water, ander vloeistowwe of vaste kos ontvang het nie, se risiko om MIV-geïnfekteer te raak vergelykbaar was met die risiko van babas wat slegs formulevoeding ontvang het (vir albei groepe 17% - dit is die persentasie wat geïnfekteer geraak het tydens swangerskap of baring). Die risiko vir die babas wat gemengde voeding ontvang het, was betekenisvol hoër op 24% beraam (Coutsoudis *et al.*, 1999:472). Selfs toe hierdie babas opgevolg is tot die ouderdom van 15 maande, is bevind dat die MIV-infeksierisiko vir die babas wat drie maande lank eksklusiewe borsvoeding ontvang het en daarna vinnig gespeen is, steeds betekenisvol laer was as vir die babas wat borsmelk tesame met ander vloeistowwe of voedsel ontvang het (Coutsoudis, 2000:102). Ook Taren *et al.* (2000:72) het bevind dat die risiko vir moeder-na-kindoordrag by borsgevoede babas hoër was as daar reeds met gemengde voeding voordat die baba 120 dae oud is begin is, in vergelyking met babas waar gemengde voeding eers na 120 dae ouderdom gegee is.

- Waarde van eksklusiewe borsvoeding

Die waarde van eksklusiewe borsvoeding vir alle jong babas onder die ouderdom van ses maande voordat die baba se voedingsbehoefte nie meer deur borsmelk alleen bevredig word nie, word algemeen besef (Smith & Kuhn, 2000:333). Van die voordele is reeds onder 2.2 bespreek. In 1990 is die "Innocenti Verklaring" gesamentlik deur die Wêreldgesondheidsorganisasie en die Verenigde Volke se kinderfonds uitgereik. Daarvolgens moet alle vroue in staat gestel word om hul babas eksklusief te borsvoed en alle babas moet borsmelk eksklusief ontvang van geboorte af tot die ouderdom van ses maande. Daarna moet babas en jong kinders steeds geborsvoed word tot die ouderdom van twee jaar of selfs later, terwyl hulle ook komplementêre voedsel daarmee saam ontvang (WHO & UNICEF, 1992:1).

Krasovec en Söderlund (2000:107) het bepaal dat dit koste-effektief is en lewens red as eksklusiewe borsvoeding as strategie om moeder-na-kindoordrag van MIV te beperk, bevorder word. Selfs as twee derdes van die MIV-positiewe moeders wat hoofsaaklik eksklusief borsvoed wel ander voedsel of vloeistof vir die baba gee voor die ouderdom van drie maande, is dit steeds meer koste-effektief as om eksklusiewe formulevoeding aan te moedig. As die persentasie moeders wat aanvulling gee verminder, byvoorbeeld van 75% tot 25% kan 200 addisionele lewens uit 'n groep van 20 000 geboortes in 'n jaar gered word. Dit vergelyk goed met 'n strategie soos om 'n kortkursus antiretrovirale medikasie aan alle MIV-positiewe vroue te gee wat 250 addisionele lewens in bogenoemde groep spaar.

- Voorkoms van gemengde voeding

Smith en Kuhn (2000:334) en Nicoll *et al.* (1995:110) wys daarop dat, uit studies wat in 24 ontwikkelende lande gedoen is, dit duidelik blyk dat die meeste babas jonger as vier maande wat borsmelk ontvang, nie eksklusiewe borsvoeding kry nie, aangesien voeding met ander melksoorte en vaste voedsel reeds vroeër 'n aanvang neem. Richter (1994:1) het bevind dat 62% vroue in Soweto ander vloeistowwe as borsvoeding in die eerste paar dae na geboorte aan hul babas gegee het. Kambarami en Kowo (1997:21) het ook in Zimbabwe bevind dat die kans 65% was dat borsgevoede babas tussen een en vier maande reeds vaste kos ontvang en Taren *et al.* (2000:72) het in Kenia bevind dat 30% moeders voor 30 dae na geboorte, en 86% voor 120 dae na geboorte reeds gemengde voeding vir hul babas gegee het. Faber *et al.* (1997:46) het in hul studie waar die voedingsgewoontes van babas in lae sosio-ekonomiese groepe in landelike en stedelike gebiede vergelyk is, bevind dat die gemiddelde ouderdom vir insluiting van vaste voedsel in die landelike groep 2,8 maande en in die stedelike groep 2,9 maande is. Volgens Bland *et al.* (2000:102) het slegs 5% babas in KwaZulu-Natal wie se moeders aangedui het dat hulle hul babas eksklusief wil borsvoed, op die ouderdom van ses weke nog geen aanvulling ontvang, nie. In Coutsooudis *et al.* (1999:472) se studie in Durban is bevind dat dit die kulturele norm is dat water en kruietee vroeg in die borsvoedingsperiode gegee word, terwyl daar reeds met die gee van babapap binne die eerste maand begin word. Die gemiddelde tydperk waartydens die vroue in hul studie eksklusief geborsvoed het, was een maand (Coutsooudis *et al.*, 1999:473). Kruger en Gericke (1999:1019) het bevind dat moeders in die Moretele-distrik in die Noordwes-Provinsie gewoonlik borsvoeding as voedingskeuse verkies, maar dat vaste kos

algemeen teen drie maande bygevoeg word. Dit kan aanvaar word dat die praktyk in die Potchefstroom-distrik grootliks hiermee ooreenstem.

Bland *et al.* (2000:102) noem sommige van die redes wat deur die moeders aangevoer word waarom daar met gemengde voeding begin is, naamlik dat daar nie genoeg melk was nie, en dat die baba lastig was. Smith en Kuhn (2000:337) en Faber *et al.* (1997:45) noem ook ander redes soos dat moeders wat buitenshuis werk, beperkte tyd, bekommernis dat die baba later nie ander voedsel sal aanvaar nie, of dat die baba nie meer wil borsvoed nie. Alhoewel gemengde voeding baie algemeen voorkom, is dit tog moontlik om vroue te motiveer om eksklusief te borsvoed as die nodige ondersteuning verskaf word. (Coutsoudis *et al.*, 2001b:27; Morrow *et al.*, 1999:1229).

Ook as 'n baba hoofsaaklik formulevoeding ontvang, maar wel by geleentheid ook borsvoeding van sy MIV-positiewe moeder ontvang, kan dit beskou word as gemengde voeding, en is dit 'n gevaarlike praktyk ten opsigte van MIV-oordrag. In 'n studie wat in Kenia gedoen is (Nduati *et al.*, 2000a:1170), is gevind dat baie van die MIV-positiewe moeders wat aan die studie deelgeneem het en deeglike voorligting en gratis formulevoeding ontvang het, soms wel die baba geborsvoed het. Die verklaring hiervoor was dat daar groot druk van die familie en gemeenskap is om te borsvoed en dat die feit dat hulle nie borsvoed nie, die moeders brandmerk as MIV-positief.

- Tydperk van eksklusiewe borsvoeding

Omdat 'n periode waartydens borsmelk tesame met ander voedselsoorte gegee word, tot 'n hoër risiko van MIV-oordrag lei, sal 'n MIV-positiewe moeder haar baba vinnig moet speen sodra sy vaste kos vir haar baba begin gee (verkieslik teen vier tot ses maande). Daar bestaan nog baie kontroversie oor wat die optimale duur van eksklusiewe borsvoeding is, maar na 'n sistematiese oorsig oor navorsing wat hieroor handel, het Kramer en Kakuma (2002:11) bevind dat daar geen nadele daaraan verbonde is om te wag totdat die baba ses maande oud is voordat met ander voedsel as melk begin word nie. Na dié ouderdom mag die baba anemies raak as ysterryke voedsel nie ook ingeneem word nie. Ook Whitehead (1994:1) wat navorsing oor die voedingsbehoefte en groei van babas gedoen het, het tot die gevolgtrekking gekom dat eksklusiewe borsvoeding tot die ouderdom van ses maande genoegsaam is om 'n baba teen ten minste die 25ste persentielkurwe te laat groei. Hy meld wel dat as die

energiebehoefte toeneem, soos byvoorbeeld wanneer infeksies voorkom, borsmelk dalk nie voldoende sal wees nie.

Die risiko van MIV-oordrag bly voortbestaan solank die baba borsvoeding ontvang, maar die voordeel wat die beskermende faktore inhou, neem na ses maande relatief af omdat die immunitietstelsel op hierdie ouderdom beter in staat is om self weerstand te bied teen infeksies (Nagelkerke *et al.*, 1995:177). Wat die voorkoms van infeksies by die babas van MIV-positiewe moeders betref, het Mbori-Ngacha *et al.* (2000:101) bevind dat daar 'n verhoogde risiko vir diarree, dehidrasie en boonstelugweginfeksie voorgekom het by babas jonger as drie maande wat formulevoeding ontvang het, in vergelyking met borsgevoede babas. Na twee jaar was daar geen verskil ten opsigte van mortaliteit tussen die twee groepe babas nie. Die mortaliteit as gevolg van MIV/VIGS-infeksie raak dus op 'n sekere ouderdom 'n groter bedreiging as die beskermende effek wat borsvoeding teen ander infeksies bied. Nagelkerke *et al.* (1995:178) sowel as Kuhn en Stein (1997:930) het met wiskundige berekeninge wat talle faktore in ag neem, bevind dat die risiko vir die baba van 'n MIV-positiewe moeder om geïnfekteer te word, die voordele daarvan om wel te borsvoed, op 'n tydstip tussen drie en sewe maande ouderdom verbysteek, afhangende van individuele omstandighede.

Smith en Kuhn (2000:337) sowel as De Cock *et al.* (2000:1179) wys daarop dat verdere navorsing nodig is om te bepaal of die vinnige spening en ontneming van die ideale voedingsbron werklik tot voordeel van die babas van MIV-positiewe moeders is, en of 'n verlengde periode van borsvoeding saam met die gee van antiretrovirale middels nie eerder oorweeg moet word nie. Volgens Fowler en Newell (2000:7) word daar reeds aan talle navorsingsprojekte gewerk wat die effektiwiteit van die toediening van antiretrovirale middels vir die babas van MIV-positiewe moeders wat verkies om te borsvoed, ondersoek.

❖ *Implikasie ten opsigte van voorgeboortevoorligting*

Bland et al. (2000:102) wys daarop dat die belangrikheid van eksklusiewe borsvoeding reeds tydens die voorgeboortetydperk onder die moeders se aandag gebring moet word, aangesien die besluit van babavoedingskeuse reeds voor die geboorte van die baba geneem moet word.

Gewoonlik word MIV-negatiewe moeders voorgelig dat eksklusiewe borsvoeding van die baba tot die ouderdom van vier tot ses maande ideaal is. Daarna moet ander voedselsoorte geleidelik bygevoeg word. Die borsmelkvoedings neem geleidelik af maar voorsien steeds vir die eerste twee jaar nog 'n belangrike komponent van die baba se voedingsbehoefte. Veral in swak sosio-ekonomiese toestande of in die geval van 'n familiegeskiedenis van allergieë, word borsvoeding vir so lank as moontlik aanbeveel. Na een jaar kan ander melk (byvoorbeeld beesmelk) geleidelik by die dieet ingesluit word, wat heel waarskynlik daartoe sal lei dat die baba minder sal wil borsvoed sodat die melkproduksie in die borste afneem, en die baba geleidelik gespeen raak (Bergh, 1988:126-127; Breastfeeding Association of South Africa, 1991:77).

As 'n MIV-positiewe moeder verkies om haar baba te borsvoed, moet die voorliging aangepas word om die minste risiko vir MIV-oordrag te verseker. Streng eksklusiewe borsvoeding moet verskaf word totdat daar met die gee van vaste kos begin word teen 'n ouderdom van vier tot ses maande. Coutsoudis et al. (1999:475) wys daarop dat groot aanpassings nie in bestaande riglyne hoef aangebring te word nie. Daar moet net groter klem gelê word op die belangrikheid van eksklusiewe borsvoeding wat in elk geval vir die babas van MIV-negatiewe vroue ook aanbeveel word. Die belangrikste aanpassing is dat, sodra daar met ander vloeistowwe of voedsel begin word, die baba vinnig van die bors gespeen moet word (Coutsoudis et al., 1999:475; 2001b:24) en daarna borsmelksubstituut as melkvoeding moet ontvang (Newell, 1999:1). As die baba geleidelik gespeen word deur een borsmelkvoeding elke paar dae uit te skakel, sal 'n periode van gemengde voeding, wat 'n verhoogde risiko van MIV-oordrag inhou, voorkom. Die vinnige spening kan bewerkstellig word deurdat die moeder haar borste opbind en vloeistofinname beperk om sodoende stuwings en die risiko van mastitis te bekamp (Enkin et al., 2000:468). Medikasie om die melkproduksie te termineer, kan ook voorgeskryf word (Bergh, 1988:127). As die moeder daarvoor kans sien, kan sy uitmelk en haar eie melk aan die baba aanbied nadat dit gepasteuriseer is (Coutsoudis, 2001b:24).

2.4.2 Viruslading in die bloedstroom

Volgens die Departement van Gesondheid (South Africa, 2000a:7) is die risiko van MIV-oordrag betekenisvol hoër wanneer die viruslading in die bloed hoër as 50 000

virusdeeltjies/ml is. Sapalya *et al.* (2000:367) het bevind dat daar 'n betekenisvolle hoër MI-viruslading in borsmelk voorgekom het by vroue wie se bloedviruslading hoër as 41 000 virusdeeltjies/ml is. Die afsnypunt van die "bloed-bors-skans" van die Departement van Gesondheid blyk dus sinvol te wees. Newell en Peckham (1994:43) het bevind dat, by toestande waar reeds bewys is dat die viruslading verhoog is, soos wanneer die moeder kort vantevore geïnfekteer geraak het of reeds VIGS het, die risiko van oordrag tot 30% hoër was.

2.4.2 1 Viruslading verhoog kort na serokonversie

Dunn *et al.* (1992:586), Newell en Peckham (1994:43) sowel as Van Dyk (2001:67) stel dit duidelik dat die viruslading in die bloed merkbaar hoër is tydens die primêre infeksie in vergelyking met pasiënte wat reeds 'n gevestigde infeksie het en reeds voor die geboorte positief met die MIV-teenliggaamtoets getoets is. As 'n vrou reeds geruime tyd gelede geïnfekteer is, ontvang die baba tydens swangerskap ook van die teenliggaampies teen die virus. Dit verskaf egter nie genoegsame beskerming om die fetus/baba self teen MIV-infeksie te beskerm nie. Omdat bevind is dat die viruslading in bloed kort na serokonversie besonder hoë vlakke bereik, maak Ruff *et al.* (1992:325) die aanname dat dit dan ook besonder hoog sal wees in ander liggaamsvloeistowwe soos melk. Dunn *et al.* (1992:587) het opgemerk dat die serokonversie van die babas van moeders wat na die bevalling geïnfekteer geraak het, binne drie maande na die serokonversie van die moeder gevolg het en maak die afleiding dat die risiko vir oordrag deur borsvoeding kort na infeksie hoër is.

Van Dyk (2001:29) en Matheson *et al.* (1996:1254) wys op die moontlikheid van herinfeksie (superinfeksie) van 'n persoon wat reeds MIV-positief is. Elke addisionele infeksie verhoog die viruslading in die bloed (en ook in die borsmelk). Van Dyk (2001:29) waarsku veral teen herinfeksie tydens swangerskap of laktasie omdat dit die risiko van moeder-na-kindoordrag verhoog. Matheson *et al.* (1996:1252) het die seksuele gewoontes van twee groepe MIV-positiewe vroue; een groep wie se babas deur moeder-na-kindoordrag geïnfekteer is en 'n ander groep vroue wie se babas nie geïnfekteer is nie, met mekaar vergelyk. Daar is bevind dat, by die vroue wat kondome gebruik het of geen heteroseksuele omgang tydens die swangerskap gehad het nie, die oordrag syfer betekensvol laer was.

❖ *Implikasie ten opsigte van voorgeboortevoorligting*

Die praktiese implementering van hierdie kennis impliseer dat alle vroue (ook swanger en lakterende vroue) voorligting moet ontvang aangaande veilige seksuele gewoontes met die oog op die voorkoming van MIV-infeksie. MIV-negatiewe swanger vroue en lakterende moeders moet veilige seksuele praktyke beoefen om sodoende nie net hulleself nie, maar ook hul babsa teen primêre infeksie te beskerm, terwyl vroue wat reeds MIV-positief is, hulleself teen die risiko van herinfeksie en hul babas teen die verhoogde risiko van infeksie moet beskerm (Bertolli,1998:1; Coutsooudis et al., 2001b,24).

2.4.2.2 Viruslading verhoog as gevorderde VIGS voorkom

'n Verband is gevind tussen die ernstigheid van 'n moeder se VIGS-simptome en die risiko dat haar baba geïnfecteer sal word, sowel as die ernstigheid van die simptome wat die baba ondervind (Blanche et al., 1994:311). Pasiënte met gevorderde immuniteitsgebrek se CD4-tellings neem af (Bertolli, 1998:1; van Dyk, 2001:67) en volgens die Departement van Gesondheid (South Africa, 2000a:6) is die risiko vir oordrag hoër wanneer die CD4-telling 200 selle/ml of minder is. Die addisionele las van laktasie op die liggaam van die vrou wat reeds verswak is as gevolg van VIGS, kan ook haar dood verhaas (2.5).

❖ *Implikasie ten opsigte van voorgeboortevoorligting*

Swanger vroue moet voorligting ontvang dat dit beter is om nie te borsvoed as hulle reeds simptome van VIGS ondervind en verswak is nie (WHO, 1998:10). Dit sal veiliger wees om in hierdie gevalle 'n borsmelkssubstituut te gebruik.

2.4.2.3 Gebruik van Antiretrovirale middels

Die gebruik van hierdie middels as behandeling ter verligting van simptome of om die virustelling laag te hou, of net om die moontlikheid van moeder-na-kindoordrag te beperk, verskil tussen ontwikkelde en ontwikkelende lande.

- Gebruik van antiretrovirale middels in ontwikkelde lande

In ontwikkelde lande word die CD4- en virustellings van alle MIV-positiewe persone streng gekontroleer. As die bloedtellings en kliniese toestand dit regverdig, word daar

met 'n kombinasie van antiretrovirale middels begin as chroniese medikasie omdat dit die viruslading in die bloed verlaag en so die algemene welstand verhoog en die vordering na VIGS vertraag (Canadian Paediatric Society, 2000:1; Olds *et al.*, 2000:370). MIV-positiewe vroue wat nog nie kwalifiseer vir HAART (Highly active antiretroviral therapy) nie, ontvang zidovudine (AZT) monoterapie om spesifiek die risiko van moeder-na-kindoordrag te beperk (Chen *et al.*, 2000:1618). Volgens Beckerman (2000:1) het die grootskaalse gebruik van antiretrovirale middels in ontwikkelende lande daartoe bygedra dat die moeders se gesondheid en oorlewing verbeter het. As 'n sekondêre voordeel is toe bevind dat die gebruik van die middels moeder-na-kindoordrag drasties beperk het. Die gebruik van antiretrovirale middels het die risiko van vertikale oordrag van MIV verlaag van ongeveer 30% tot ongeveer 3% tot 10% (Briggs, 1999:1; Beckerman, 2000:1).

- Gebruik van antiretrovirale middels in ontwikkelende lande

In ontwikkelende lande kan die algemene gebruik vir behandeling gewoonlik nie bekostig word nie, en word dit hoofsaaklik profylakties gebruik om vertikale oordrag tydens swangerskap en baring te beperk (McIntyre & Gray, 2000:30; Lindsey, 2001:10-5; Söderlund *et al.*, 1999:1650; Woods, 1999:Unit 31-10).

- Verskillende regimens van antiretrovirale middels

Die eerste navorsing om die effektiwiteit van die gebruik van antiretrovirale middels te bepaal, het die doeltreffendheid van *Zidovudine* in relatief hoë dosisse wat vanaf die veertiende week van swangerskap geneem word, getoets (PACTG O76-studie). Daar is toe bevind dat hierdie komplekse regimen die risiko van moeder-na-kindoordrag van MIV met 67% verminder het (Wilkinson & McIntyre, 1998:1304; Lindsey, 2001:10-5). Algaande het die regimen eenvoudiger geword terwyl dit steeds 'n hoë mate van beskerming teen oordrag tydens baring kon verskaf. So rapporteer Sanne en Smego (1998:38) en Chen *et al.* (2000:1620) dat die gee van retrovirale middels volgens die metode wat in Thailand getoets is met 300mg *Zidovudine* twee maal per dag vanaf die ses en dertigste week van swangerskap en 300 mg *Zidovudine* drie-uurliks tydens kraam, die risiko van vertikale oordrag met 51% persent verminder. Die koste verbonde aan hierdie regimen is tans R 10.00 per vrou en die vervaardiger Boehringer Ingelheim het aangebied om dit vir die volgende vyf jaar gratis aan die Departement van Gesondheid beskikbaar te stel (Mulder & Pienaar, 2001:2). Volgens Wilkinson *et al.*

(2000:797) is hierdie regimen koste-effektief as dit vergelyk word met reeds bestaande programme soos die uitgebreide immunisasieprogram of die algemene beskikbaarstelling van gesinsbeplanningsmetodes.

Die regimen wat tans voorgestel word en getoets is in Uganda (HIVNET 012 studie) (Guay *et al.*, 1999:795), is 'n enkeldosis van 200 mg *Nevirapine* tydens baring met 'n enkeldosis (2 mg/kg) aan die baba binne 72 uur na geboorte. Dit verminder die risiko van vertikale oordrag (tydens swangerskap en baring) van 23% na 13% (7% gedurende swangerskap en slegs 6% in plaas van 16% gedurende baring) (McCoy *et al.*, 2002:26). Die regimen is heelwat goedkoper en makliker uitvoerbaar as die regimens wat vroeër aanbeveel is, ook omdat baie moeders eers laat in die swangerskap vir die eerste keer 'n kliniek besoek (Marseille *et al.*, 1999:808). Dit is ook heelwat goedkoper (slegs R23.00 per moeder-baba-paar) as die mediese sorg wat nodig sou wees as hierdie babas wel geïnfekteer sou word (Myburgh, 1998:12). Tallis (1997:4) wys daarop dat die sosiale en psigologiese implikasies van vertikale oordrag nie kwantifiseerbaar is nie, maar ook in ag geneem moet word.

Marseille *et al.* (1999:808) stel voor dat 'n algemene beleid van 'n enkeldosis *Nevirapine* vir alle swanger vroue, ongeag MIV-status, in Sub-Sahara Afrika gegee moet word. Dit blyk dat dit onder populasies (soos in groot dele van Sub-Sahara Afrika) koste-effektief aangewend kan word waar die prevalensie van MIV ten minste 15% is. Die medikasie word dan roetinegewys aan alle vroue in kraam en aan alle babas binne die eerste 72 uur van hul lewe toegedien. Dit sou die risiko van moeder-na-kindoordrag grootliks verminder, maar omdat die moeder nie berading en 'n positiewe diagnose met behulp van 'n toets ontvang het nie, verbeur sy die geleentheid om verantwoordelikheid vir haar eie lewe te aanvaar (en 'n ingeligte besluit te neem ten opsigte van haar baba se voeding). In gebiede waar behoorlike voor- en natoetsberadingsdienste nog nie ingestel is nie, sou hierdie beleid wel die lewens van babas red en word dit dus as tussentydse maatreël voorgestel. 'n Alternatiewe reëling selfs as 'n beradingsdiens wel beskikbaar is, kan wees om *Nevirapine* aan alle moeders aan te bied en 'n positiewe MIV-toets opsioneel te maak. Hierdie tydelike oplossing totdat die gemeenskap meer openlik en ondersteunend rakende MIV/VIGS is, maak voorsiening vir optimale beskerming vir die baba sonder dat die moeder die risiko van psigiese ongemak hoef te loop (Jackson, 2002:159).

Algemene toediening van *Nevirapine* aan alle moeders en babas verhoog die risiko van weerstandigheid (Chen *et al.*, 2000:1620), alhoewel die risiko daarvoor laag is aangesien net 'n enkeldosis van die middel toegedien word. Jackson (2002:159) meld die probleem dat baie MIV-negatiewe moeders en hul babas ook aan die nuwe-effekte van medikasie wat hulle nie benodig nie, blootgestel word. Volgens De Cock *et al.* (2000:1178) is 'n regimen ook ondersoek waar slegs die neonaat antiretrovirale profilakse binne 48 uur na die geboorte ontvang het, sonder dat die moeder medikasie gekry het. Dit was suksesvol om die risiko vir oordrag van 26,6% na 9,3% te verklein.

- Moontlike nadele van die gebruik van antiretrovirale middels

Tydens 'n studie in Frankryk waar die veiligheid en effektiwiteit van antiretrovirale middels (*Zidovudine* en *Lamivudine*) getoets is (Blanche *et al.*, 1999:1085), is afwykende mitochondriawerking gevind, wat moontlik toegeskryf kan word aan die antiretrovirale middels wat die moeders ontvang het. By agt van die 1 754 babas wat deel uitgemaak het van die opname en aan antiretrovirale middels vir 'n gemiddelde tydperk van 17,2 weke blootgestel was, het abnormale mitochondriawerking, wat biochemiese, hart-, visuele en neurologiese probleme veroorsaak, voorgekom. Twee van die babas het as gevolg van die abnormale mitochondriawerking gesterf. Meer navorsing en opvolgstudies is nodig, veral aangesien studies met groot steekproewe in die Verenigde State van Amerika (Beckerman, 2000:1) en in die loodssentra van die voorkoming van moeder-na-kindoordragprogram in Suid-Afrika (McCoy *et al.*, 2002:82) geen tekens van tetrageniese effekte bevestig het nie. Stringer *et al.* (2002:366) het bevind dat die toediening van *Nevirapine* steeds voordelig sou wees al sou dit 42 maal meer toksies wees. Blanche *et al.* (1999:1089) beveel aan dat swanger vroue wat MIV-positief is, ingelig moet word oor die voordele sowel as oor die moontlike nadelige effekte van die medikasie, sodat 'n ingeligte besluit geneem kan word.

Bertolli (1998:1) en Van de Perre (1999:406) noem die verskynsel dat die viruslading in plasma toeneem na die onttrekking van antiretrovirale medikasie. Dit is nog nie bekend of die viruslading in borsmelk ook toeneem nie, maar dit kan implikasies hê omdat die kort kursus van die middels wat tydens baring toegedien word, dan die risiko van oordrag tydens borsvoeding sou kon verhoog. Volgens Fowler en Newell (2000:6) is so 'n effek nie opgemerk in 'n studie waar die oordragstelsel van borsgevoede babas

waarvan sommige se moeders antiretrovirale middels ontvang het, en ander nie, met mekaar vergelyk is nie. Dabis *et al.* (2000:1020) rapporteer dat antiretrovirale middels 'n betekenisvolle bydrae lewer om vertikale oordrag te verminder afgesien van watter voedingswyse gebruik word. Ook Coutsooudis *et al.* (2002:156) en Jackson (2002:158) meld dat die voorkoms van MIV-infeksies by babas afneem as die moeder *Nevirapine* ontvang het, ongeag of die baba borsmelk alleen of formulevoeding alleen ontvang het. Daar het dus nie verhoogde oordrag, nadat die medikasie gestaak is, plaasgevind nie.

Nog 'n moontlike nadeel van die algemene gebruik van antiretrovirale middels om vertikale oordrag van MIV te beperk is dat weerstandigheid kan ontwikkel sodat hierdie middels later nie meer vir die behandeling van MIV infeksie en VIGS nie gebruik kan word nie (Lawson *et al.*, 1999:64; Beckerman, 2000:1; Marseille *et al.*, 1999:808). Volgens Pienaar (2002a:4) is bevind dat daar in die bloed van 19% van die MIV-positiewe vroue wat 'n enkeldosis *Nevirapine* tydens baring ontvang het, *Nevirapine*-weerstandige virusse voorgekom het. Hierdie weerstandige virusse verdwyn na 'n jaar, maar dit is moontlik dat die vrou die weerstandige virus kan oordra, alhoewel die moontlikheid volgens Eshleman *et al.* (2001:1953) onwaarskynlik is. Coovadia van die Universiteit van Natal (soos aangehaal deur Pienaar, 2002a:4) meen dat, alhoewel hierdie bevinding kommerwekkend is, dit opgeweeg moet word teen die voordele van die gebruik van antiretrovirale middels. Ook McCoy *et al.* (2002:82) neem hierdie probleem onder die loep in die dokument wat die voorlopige bevindinge van die toetsing van die nasionale program ter voorkoming van moeder-na-kindoordrag weergee. Alhoewel *Nevirapine* weerstandige MI-virusse wel 'n kort tydperk lank in die bloed van moeders wat 'n enkel dosis *Nevirapine* tydens baring ontvang het kan voorkom, kom dié virusse blykbaar algemeen by MIV positiewe persone voor – ook die wat nog nooit *Nevirapine* ontvang het nie. As so 'n persoon *Nevirapine* ontvang, sal die meer algemene en sterker tipe MI-virus tydelik onderdruk word terwyl die weerstandige virusse proporsioneel toeneem (Abdool *et al.*, 2002:992). Die sterker tipe MI virus sal egter spoedig weer oorneem as die meer algemene virustipe omdat dit meer suksesvol reproduceer. Daar word dus nie verwag dat *Nevirapine* minder effektief sal wees ter voorkoming van moeder-na-kindoordrag met 'n volgende swangerskap, of as deel van die behandeling van die moeder of 'n persoon wat deur haar geïnfekteer is nie (McCoy *et al.*, 2002:82). Alhoewel antiretrovirale medikasie tot nuwe-effekte soos lewer-en

beenmurgonderdrukking kan lei (Swanepoel, 2001:13), veroorsaak die enkeldosis wat gedurende baring geneem word gewoonlik geen newe-effekte nie.

- Gebruik van antiretrovirale middels om oordrag van MIV deur borsmelk te beperk
As antiretrovirale middels deur die moeder gebruik word, verminder dit die viruslading in haar bloedplasma en dus ook in die borsmelk. In ontwikkelde lande gebruik die moeder dit ter wille van haar eie gesondheid en word aanbeveel dat die baba 'n veilige alternatiewe voeding ontvang (Canadian Paediatric Society, 2000:1). Antiretrovirale middels word in die ontwikkelende lande wat dit kan bekostig, toegedien om oordrag voor en veral tydens baring te verminder, en nie om oordrag tydens borsvoeding te beperk nie. Tog berig Chen *et al.* (2000:1620) dat daar in navorsing waar MIV-positiewe vroue *Zidovudine* volgens die Thailand-regimen ontvang het, bevind is dat die risiko vir borsgevoede babas wie se moeders die antiretrovirale middel vir een week lank na die bevalling ontvang het, om geïnfecteer te raak, met 30% tot 37% verklein het.

Fowler en Newell (2000:1) beveel aan dat meer navorsing gedoen moet word oor die moontlikheid dat die moeder 'n kombinasie van antiretrovirale middels tydens laktasie ontvang. McCoy *et al.* (2002:41) bespreek ook die moontlikheid dat die Suid-Afrikaanse regering eerder aan MIV-positiewe moeders antiretrovirale medikasie tydens die nageboortetydperk verskaf sodat borsvoeding 'n veiliger opsie word, in plaas daarvan om formulevoedings gratis te voorsien. Dabis *et al.* (2000:1024), Marseille *et al.* (1999:808) sowel as Smith en Kuhn (2000:337) stel voor dat navorsing gedoen moet word oor die moontlikheid dat die baba antiretrovirale middels oor 'n langer periode ontvang (byvoorbeeld vir 14 tot 16 weke). Ook Nduati *et al.* (2000a:1169) beveel aan dat moeder-na-kindoorrag via borsvoeding beperk moet word deur antiretrovirale middels oor weke of maande heen vir die baba te gee in kombinasie met eksklusiewe borsvoeding tot dat die baba ongeveer ses maande oud is, waarna vinnige spening moet plaasvind.

❖ *Implikasie ten opsigte van voorgeboortevoorligting*

Swanger vroue moet voorligting ontvang aangaande die voor-en nadele van die gebruik van antiretrovirale middels. Die middels kan 'n drastiese verlaging in die risiko van moeder-na-kindoorrag van MIV teweeg bring, maar hou ook 'n geringe kans van newe-effekte of weerstandigheid in (Blanche et al., 1999:1089). Vroue

moet ingelig word oor die nuutste regimens wat beskikbaar is om moeder-na-kindoordrag (ook oordrag deur borsmelk) te beperk.

2.4.3 Viruslading in die borsmelk

Dit wil voorkom of die viruslading in die bloedstroom nie altyd direk verband hou met die viruslading in die borsmelk self nie (Semba *et al.*, 1999a:95), en die lading in die borsmelk moet dus ook in ag geneem word.

2.4.3.1 Beskermende faktore in borsmelk

Soos reeds in 2.2 bespreek, beskik borsmelk oor beskermende faktore wat die baba teen patogene toestande beskerm. Talle van hierdie faktore kan nie kunsmatig gereproduseer word om deel uit te maak van kommersiële formulevoedings nie omdat dit lewendige selle is en ook gedurig verander om by omstandighede aan te pas. Voorbeelde van hierdie beskermende faktore is volgens Semba *et al.* (1999b:305) laktoferrin, oligosakkarine, glikosamino-glikogene, immuuneffektorselle en immunoglobuliene. Ruff *et al.* (1992:325) merk op dat die meerderheid (71%) babas van MIV-positiewe moeders wat aan hul studie deelgeneem het, nie geïnfekteer geraak het nie, en spekuleer dat daar moontlik faktore voorkom wat die risiko van oordrag verminder. Semba *et al.* (1999b: 305) het ook bevind dat opspoorbare vlakke van MIV net by een derde van die melkmonsters van die bevestigde MIV-geïnfekteerde gevalle voorgekom het. Dit kan verklaar word deur die beskermende faktore in borsmelk wat die baba teen infeksies soos gastro-enteritis beskerm, wat ook beskerming teen MIV-oordrag bied (Semba *et al.*, 1999a:93). Volgens Van de Perre (1995:484) is verhoogde MIV- spesifieke immunoglobulin A-teenliggame wat in die melk van MIV-positiewe vroue voorkom, nie 'n teken dat 'n verhoogde risiko vir moeder-na-kindoordrag bestaan nie, maar eerder dat die sekresie in die borsmelk geskied as gevolg van die virus in die bloedstroom en as beskerming teen oordrag dien. Soos reeds genoem (2.4.1), neem 'n baba meer van hierdie beskermende faktore in as hy borsvoeding eksklusief ontvang.

Daar is bevind dat die intrinsieke aktiwiteit van borsmelk vrysel-MI-virusse kan vernietig in monsters wat 30 minute lank teen kamertemperatuur gelaat word (Isaacs *et al.*, 1986:968; Jeffery & Mercer, 2000:222). Dit wil dus voorkom of elemente in borsmelk die MI-virus kan vernietig, en sodoende oordrag daarvan na die baba kan voorkom.

2.4.3.2 Hittebehandeling van borsmelk

Alhoewel die MIV-vryselement deur die intrinsieke aktiwiteit van borsmelk vernietig word, is hittebehandeling nodig om die selgeassosieerde MI-virusse onskadelik te stel. In 1993 reeds is vasgestel dat beide vrysel- en selgeassosieerde MI-virusse vernietig word as menslike melk, wat daarmee geïnokuleer is, 30 minute lank verhit word teen 56°C (Orloff *et al.*, 1993:16). Teen hierdie temperatuur bly die meeste van die beskermende faktore soos Immunoglobuliene A steeds behoue. Sommige riglyne (Lindsey, 2001:10-7; South Africa, 2000b:22; South Africa, Dept van Gesondheid, Prov Admin Western Cape, 2002:14) meld dat borsmelk gekook kan word om patogene organismes te vernietig. Daar word aanbeveel dat uitgemelkte melk tot kookpunt gebring moet word, en daarna vinnig afgekoel word deur dit in 'n yskas of in in 'n houer met koue water te plaas. Relatief baie van die voordele van borsmelk soos die voedingsamestelling en die beskermende faktore word egter teen kookpunt vernietig, maar dit kan tog gebruik word omdat die tegniek so eenvoudig en maklik om te onthou, is.

Moedersmelk vir gebruik van voortydiggebore babas word op 'n gesofistikeerde manier in ontwikkelde lande soos Frankryk en die Verenigde State van Amerika in melkbanke gepasteuriseer om MI-virusse onskadelik te stel (Tully, 1999:345). In Durban, KwaZulu-Natal is ook onlangs 'n melkbank geopen. Skenkers moet geen aansteeklike siektes hê nie, en ook nie dwelmmiddels gebruik nie. Die melk word na skenking gepasteuriseer, in steriele plastieksakkies verpak en in 'n yskas bewaar. Die melk word dan vir voortydiggebore, siek babas en babas wie se moeders aan VIGS oorlede is, gebruik (De Bruin, 2001:23).

Om duur tegnologie uit te skakel is 'n metode, Pretoria Pasteurisasie, ontwikkel waardeur die melk deur passiewe oordrag van hitte, verhit word. 'n Verskeidenheid houers en volumes water is getoets om die melk solank moontlik so na as moontlik aan die ideale temperatuur van tussen 56 en 62,5°C te hou vir. Met kommersiële pasteurisasie word die melk 30 minute lank tussen dié temperatuurgrense gehou voordat dit vinnig verkoel word. Vierhonderd en vyftig ml water in 'n aluminium kastrol is tot kookpunt gebring en daarna van die hittebron verwyder. Daar is toe onder verskillende omstandighede getoets hoe lank die temperatuur van borsmelk in 'n glasbotteltjie met 'n volume van 430 cm³ en 'n massa van 220g waarin 410g

grondboontjebotter verpak word en wat in die kokende water geplaas is, tussen die temperatuurgrense bly. Daar is vasgestel dat die volume van die melk in die botteltjie of die begintemperatuur daarvan (liggaamstemperatuur of kamertemperatuur) nie die tydsduur (10-15 minute) waartydens dit binne die temperatuurgrense gehou is, betekenisvol beïnvloed het nie (Jeffery & Mercer, 2000:223).

Omdat die melk nie 30 minute lank tussen die temperatuurgrense gebly het nie, was opvolgstudies nodig om vas te stel of die MI-virus wel in die korter tydsduur onskadelik gestel word. Die helfte van die monsters van uitgemelkte melk van MIV-positiewe vroue (wat ook 'n bloedtoets vir plasmaviruslading ondergaan het) is volgens die Pretoria-metode gepasteuriseer en daarna vergelyk met die monsters wat nie behandel is nie (Jeffery *et al.*, 2001:346). Daar is bevind dat geen virusse in die gepasteuriseerde monsters opgespoor kon word nie, terwyl die viruslading toegeneem het in sommige van die kontrolemonsters. Die feit dat dit nie in al die onbehandelde monsters toegeneem het nie, kan verkeer word deur die feit dat beskermende faktore in die borsmelk die vrysel-MI-virus oor tyd heen vernietig (Jeffery *et al.*, 2001:349).

Latham en Preble (2000:1658) beskou die hittebehandeling van uitgemelkte borsmelk as 'n goeie alternatief vir borsvoeding omdat die baba steeds 'n goeie voeding kry en dit maklik bekombaar en goedkoop is. Bewyse bestaan dat sommige van die immunologiese en voedingswaarde van die melk met pasteurisasie verlore gaan (Oxtoby, 1988:830), maar die gepasteuriseerde melk is nog steeds waardevol, veral in 'n huisgesin waar bronne beperk is.

Dit wil voorkom of dit moeilik sal wees om uitmelk en pasteurisasie oor maande heen vol te hou, tensy 'n moeder baie gemotiveerd is, aangesien dit tydrowend is, en die moeder se melkproduksie heel waarskynlik sal afneem as gevolg van verminderde direkte stimulasie wat die prolaktien en oksitosiensekresie benadeel. Die aanvaarbaarheid en praktiese uitvoerbaarheid moet nog vasgestel word, maar hierdie metode hou belofte in van 'n veilige, bekostigbare voedingswyse vir babas van MIV-positiewe moeders. By die Kalafong Hospitaal is bevind dat MIV-positiewe moeders wat in elk geval moes uitmelk vir hul voortydiggebore babas wat nasogastriese voeding moes ontvang, die Pretoria Pasteurisasiemetode maklik aangeleer het en daarmee volhard het (Mokhondo *et al.*, 2002:115). Dit wil dus voorkom of die voedingswyse prakties bruikbaar is in gevalle waar 'n bykomende risiko van moeder-na-kindoordrag bestaan, en die moeder net vir 'n

beperkte tydperk daarmee hoef vol te hou. In teenstelling hiermee het Chopra en Piwoz (2000:157) bevind dat die idee om uitgemelkte borsmelk te verhit vir die moeders wat aan hul studie deelgeneem het, vreemd en onaanvaarbaar was.

Daar word aanbeveel dat 'n moeder wat hittebehandelde melk vir haar baba gee, dit eerder met 'n koppie as met 'n bottel doen. Reeds in 1994 is navorsing gedoen oor die gebruik van koppies in 'n eenheid vir premature babas in Exeter in die Verenigde Koningryk. Daar is bevind dat dit selfs vir babas van 32 weke gestasie-ouderdom met sukses gebruik kan word, en dat dit talle voordele inhou bo bottelvoeding. Dit is veral geskik as tydelike maatreël totdat 'n moeder direk borsvoed omdat dit nie bottelborsverwarring veroorsaak nie (Lang *et al.*, 1994:365-366). Koppievoeding sal dus ideaal wees om hittebehandelde melk vir 'n baba te gee totdat 'n toestand wat die risiko van moeder-na-kindoordrag verhoog, opgeklaar het.

❖ *Implikasie ten opsigte van voorgeboortevoorligting*

Swanger vroue moet voorligting ontvang aangaande die waarde van hittebehandeling om MIV in die borsmelk te vernietig, en so die risiko van MIV-oordrag te bekamp. Dit is veral van toepassing in omstandighede waar faktore wat tot verhoogde risiko aanleiding gee, voorkom. Dit kan dus gebruik word vir voortydiggebore babas, wanneer die moeder mastitis of gebarste tepels het, wanneer die baba mondseer of diarree ondervind of wanneer die moeder begin om ook ander voedselsoorte vir die baba te gee.

2.4.3.3 Mastitis of borsabses

Mastitis is 'n inflammatoriese toestand van die borste waarin die parasellulêre kanale tussen die melkvormende alviolêre selle verwyd sodat inflammatoriese selle en ekstravaskulêre vloeistof die melk binnedring (Semba *et al.*, 1999a:93). Die deurlaatbaarheid van die melkbuis word dus verhoog (Fowler & Newell, 2000:3). Nie-infektiewe mastitis word gewoonlik veroorsaak deur 'n geblokkeerde melkbuis, onvoldoende lediging, trauma of drukking wat inflammasie van die borsweefsel veroorsaak. Dit tas dikwels net een van die borste aan, en word gekenmerk deur swelling, pyn, koors en gelokaliseerde rooiheid (WHO, 2001:9). As dit nie opgehef word nie, en daar 'n toegangsroete vir patogene organismes ontstaan, kan infektiewe bakteriële mastitis volg, wat tot 'n abses kan lei (Enkin *et al.*, 2000:451). 'n Borsabses is

die versameling van etter in 'n deel van die bors. Dit gaan gepaard met 'n pynlike swelsel en benodig dikwels sjirurgiese dreinerings (WHO, 2001:9).

Hierdie toestande kan grootliks voorkom word as 'n baba wat eksklusief geborsvoed word, onbeperkte toegang tot die bors het en reg geïmposisioneer is (Enkin *et al.*, 2000:454). So word goeie lediging van die bors verkry en borsstuwings en stasies van melk wat inflammasie en mastitis voorafgaan, voorkom (Coutsoudis *et al.*, 1999:472). Mastitis is behandelbaar met antibiotika indien bakteriële infeksie sekondêr tot die inflammasie ingetree het (Enkin *et al.*, 2000:451).

Die teenwoordigheid van die plasmavloeistof en inflammatoriese selle soos MIV-geïnfekteerde limfosiete verhoog die MIV-lading in die borsmelk. Volgens Semba *et al.* (1999a:93; 1999b:305) bestaan 'n sterk verband tussen borsmelk met 'n verhoogde natrium- en laktoferriënhoud wat met mastitis geassosieer word, en verhoogde MIV-viruslading in die plasma en die melk. By vroue met mastitis is die risiko van vertikale oordrag twee maal so hoog as by die moeders by wie normale natriumvlakke in die borsmelk voorkom. Ook by vroue by wie 'n subakute vorm van mastitis met verhoogde natriumvlakke in die melk maar geen kliniese simptome nie, voorgekom het, was die risiko van MIV-oordrag verhoog. Willumsen *et al.* (2000:424) het in hul studie in Durban bevind dat daar by die melkmonsters van 26% van die MIV-positiewe vroue wat aan hul studie deelgeneem het, verhoogde natriumvlakke wat met mastitis verband hou, voorgekom het.

Volgens Kinlay *et al.* (1998:312) sowel as Riordan en Nichols (1990:55) kom die meeste gevalle van mastitis binne die eerste paar weke na die bevalling voor. Tot 'n derde van alle vroue wat borsvoed, kan gedurende die periode terwyl hulle borsvoed, mastitis ontwikkel (Riordan & Nichols, 1990:55). Dit is dus 'n heel algemene toestand.

- *Implikasie ten op sigte van voorgeboorteverligting*

Omdat die risiko van MIV-oordrag selfs by subakute mastitis verhoog is, is die voorkoming van mastitis baie belangrik. Maatreëls wat gepromoveer kan word ten einde mastitis en borsabsesse te voorkom is eksklusiewe borsvoeding gepaardgaande met korrekte posisionering aan die bors, vroeë inisiasie van borsvoeding en gereelde aanvraagvoedings deur die dag en nag. As mastitis

voorkom word, word die versteuring van die deurlaatbaarheid van die borsepiteelselle beperk (Coutsoudis et al., 1999:472; Smith & Kuhn, 2000:336).

Swanger vroue moet voorligting ontvang aangaande die tekens van mastitis en dat dit beter is as MIV-positiewe vroue nie direk borsvoed terwyl hulle mastitis het nie. Alhoewel borsvoeding by MIV-negatiewe vroue nie onderbreek hoef te word as mastitis voorkom nie (Bergh, 1988:74; Riodan & Nichols, 1990:57), moet 'n MIV-positiewe moeder nie voortgaan om haar baba direk vanaf die geïnfekteerde borste te borsvoed nie. Sy kan uitmelk en die melk dan pasteuriseer, of borsvoeding totaal staak en 'n borsmelksubstituut gee as haar omstandighede gunstig is. Coutsooudis et al. (2001b: 24) beveel aan dat as 'n abses as komplikasie van mastitis voorkom, borsvoeding uit die geïnfekteerde bors gestaak moet word totdat die toestand opgeklaar het, terwyl die moeder steeds kan borsvoed vanaf die bors wat nie geïnfekteer is nie.

2.4.4 Deurlaatbaarheid van die vel of slymvlies

Omdat die vel of slymvlies gewoonlik dien as beskerming teen die binnedring van patogene organismes, kan die MI-virus nie die liggaam binnedring nie, tensy die vel of slymvlies beskadig is (Van Dyk, 2001:19). As MI-virusse in die bloedstroom en borsmelk van die moeder voorkom, sal 'n groter hoeveelheid daarvan die baba bereik of sy liggaamselle binnedring indien die vel van die moeder se tepel, die baba se mondslymvlies of die slymvlies in sy spysverteringskanaal beskadig is (Coutsoudis, 1999:474).

2.4.4.1 Tepelbeskadiging

Seer of gebarste tepels is van die mees algemene redes waarom moeders borsvoeding staak of gemengde voeding gee. Die beseerde tepel kan ook die oorsprong van infeksie wees as patogene organismes die bors so binnedring (Smith & Kuhn, 2000: 336). Tepelbeskadiging word gewoonlik veroorsaak deur die verkeerde posisionering van die baba aan die bors (Royal College of Midwives, 1991:13). As die toestand verwaarloos word, kan direkte kontak met moederlike bloed voorkom as die tepel reeds gebars is (Smith & Kuhn, 2000:336). Beide vroeë gemengde voeding en die verhoogde deurlaatbaarheid van die vel verhoog die risiko van MIV-oordrag (Coutsoudis,

1999:474). Volgens Fowler en Newell (2000:5) word veral moeder-na-kindoordrag na die ouderdom van 6 maande geassosieer met borskomplikasies soos gebarste tepels.

Kambarami en Kowo (1997:20) het bevind dat toestande waarin die tepelvel beskadig is algemeen voorkom by MIV-positiewe moeders wat hul babas borsvoed. Tepelbeskadiging (ekseem, seer en gebarste tepels) het by 30,8% van die lakterende vroue in hul studie voorgekom. Mondseer het by 58,8% van die babas voorgekom, en die toestande het dikwels met mekaar gepaard gegaan. Die risiko van MIV-oordrag is nie bepaal nie, aangesien hierdie babas reeds almal seropositief was. Dit sal egter beslis die risiko van MIV-oordrag verhoog.

Nog 'n oorsaak van seer tepels is infeksie veroorsaak deur *Candida albicans*. Die toestand word gekenmerk deur pyn in die borste tussen voedings en jeukerige tepels wat duidelik rooi en teer is (WHO, 2001:9). Volgens Heinig *et al.* (1999:281) veroorsaak *Candida albicans* oppervlakkige sowel as dieperliggende infeksies in die buisstelsel van die bors. Die bors is vatbaar vir hierdie infeksie as gevolg van die klam vel en moontlike beserings wat plaasvind as gevolg van die swak posisionering van die baba se mond op die bors. Candida-infeksie kan ook oraal, op die periniale streek van die baba, of vaginaal by die moeder voorkom (Sellers, 1993:659). Herhaalde kruisinfeksies kom dikwels voor as die moeder en baba nie albei behandel word nie. Afgesien van die pyn en jeuk wat met hierdie inflammatoriese toestand gepaard gaan, kan nekrose van die melkproduserende weefsel wat tot verminderde laktasie lei voorkom. Omdat die vel en slymvlies nie meer intakt is nie, vind infeksie met bakterieë soos *Staphylococcus aureus* wat mastitis kan veroorsaak, en MIV-oordrag makliker plaas (Heinig *et al.*, 1999:283).

Die studie van Heinig *et al.* (1999:285) is nie onder MIV-positiewe moeders gedoen nie, maar daar word gemeld dat toestande wat die immunitietstelsel aantast, die risiko vir 'n candida-infeksie verhoog. Omdat candida-infeksie beskou word as 'n opportunistiese infeksie wat met VIGS gepaardgaan, kan aanvaar word dat hierdie infeksie meer by MIV-positiewe vroue sal voorkom as by ander vroue.

- *Implikasie ten opsigte van voorgeboortevoorligting*
Alle swanger vroue moet gedurende die voorgeboortetydperk voorligting ontvang aangaande die korrekte borsvoedingstegniek. Verder moet alle borsvoedende vroue

tydens die eerste paar borsvoedings geobserveer word om die posisionering van die baba aan die bors te kontroleer, en indien nodig gehelp word om die korrekte posisionering te verkry. So kan seer en gebarste tepels voorkom word (Coutsoudis et al., 2001b:24; Smith & Kuhn, 2000:336).

Higiëne en om die tepelarea droog te hou is ook belangrike voorkoming- en behandelingstrategieë (Pretorius, 1998:42; Bergh, 1988:64). 'n Verskeidenheid van medikasietipes is beskikbaar om candida-infeksies by die moeder en baba te behandel (Sellers, 1993:659; Bergh, 1988:67).

Dit is veilig (en gewens) dat 'n MIV-negatiewe moeder wat seer tepels ondervind, hulp ontvang om die regte posisionering aan die bors te verseker en dan met borsvoeding voort gaan (Enkin et al., 2000:454). Daarenteen beveel Coutsooudis et al. (2001b:24) aan dat 'n MIV-positiewe moeder nie direk vanaf 'n bors met gebarste, bloeiende tepels moet borsvoed nie. Die moeder kan uitmelk en die borsmelk nadat dit gepasteuriseer is, vir die baba gee totdat die toestand opgeklaar het.

2.4.4.2 Deurlaatbaarheid van die slymvliese in die mond

Ruff et al. (1992:326) maak die aanname dat, aangesien daar bewys is dat die virus deur beskadigde vaginale slymvlies oorgedra word dit waarskynlik ook die risiko van oordraging deur borsmelk verhoog as die orale slymvlies beskadig is, soos by toestande soos orale candida-infeksie, gingivostomatitis of farangitis. Orale candida-infeksie word gekenmerk deur 'n wit aanpaksel op 'n rooi agtergrond binne die mond. Die wit aanpaksel kan nie afgevee word nie, is dikwels pynlik en meng in met voeding. Fowler en Newell (2000:5) rapporteer dat oordrag deur borsmelk by babas ouer as ses maande dikwels met orale candidose gepaard gaan.

- *Implikasie ten opsigte van voorgeboortevoorligting*
Swanger vroue moet voorligting ontvang aangaande die tekens van orale candida-infeksie sowel as ander infeksies van die slymvliese van die baba, sodat sy die baba dadelik na die kliniek kan bring vir behandeling. Coutsooudis et al. (2001b:24) beveel aan dat orale Candida-infeksie dadelik behandel word. Omdat kruisinfeksie tussen die moeder en baba dikwels voorkom, moet beide behandeling ontvang. Gedurende

die periode van infeksie is dit veiliger dat die moeder haar uitmelk en die melk vir die baba gee nadat dit gepasteuriseer is. Indien haar omstandighede gunstig is, kan sy ook haar baba van die bors speen en verder met 'n borsmelkssubstituut voed.

2.4.4.3 Deurlaatbaarheid van die slymvlies van die spysverteringskanaal

Coutsoudis *et al.* (2001b:18) verklaar die verskil in risiko van oordrag tussen babas wat eksklusiewe borsvoeding ontvang het en die wat gemengde voeding gekry het soos volg. Allergene en kontaminante (gekontamineerde water, ander vloeistowwe en voedsel en moontlike onhigiëniese voedselvoorbereidingspraktyke) veroorsaak inflammatoriese reaksies van die slymvliese in die dermkanaal wat dit dan meer deurlaatbaar maak vir die MI-virus. Omdat die MI-virus makliker vernietig word in 'n suuromgewing soos die maag, word die baba moontlik beskerm deur die verlaagde pH van die maag mits die slymvliese intakt bly (Ruff *et al.*, 1992:326). Volgens Evian (2000:221) bestaan 'n verhoogde risiko van MIV-infeksie deur borsmelk ook as die baba gastro-enteritis het. Dit kan weereens verklaar word deur die verhoogde deurlaatbaarheid as gevolg van die inflammatoriese slymvlies.

- *Implikasie ten opsigte van voorgeboortevoorligting*
Eksklusiewe borsvoeding voorkom dus verhoogde deurlaatbaarheid op twee maniere. Eerstens word die primêre inflammatoriese reaksie wat deur allergene en kontaminante veroorsaak word voorkom en verder word die baba ook teen simptomatiese gastro-enteritis wat ook deurlaatbaarheid veroorsaak, beskerm. Vroue moet gedurende die voorgeboortetydperk voorligting ontvang dat alhoewel die babas van MIV-negatiewe moeders meer dikwels tydens periodes van diarree moet geborsvoed moet word (Bergh, 1988:95), 'n MIV-positiewe moeder nie gedurende hierdie tydperk direk moet borsvoed nie, maar eerder gepasteuriseerde borsmelk vir haar baba moet gee.

2.4.5 Gestasie-ouderdom van baba

Voortydiggebore babas se immuniteitstelsel is nog nie ten volle ontwikkel nie, en hierdie babas is dus besonder vatbaar vir infeksie. Volgens Briggs (1999) kom 'n verhoogde insidensie van MIV-oordrag by voortydiggebore babas voor in vergelyking met voltydse babas. Die gestasieperiode beïnvloed dus ook die risiko vir MIV-oordrag. Aan die ander

kant het hierdie babas juis borsmelk nodig om hul onder andere teen nekrotiserende enterokolitis te beskerm (Kenner, 1998:402). Daar kan dus aanbeveel word dat gepasteuriseerde borsmelk die ideale voeding vir voortydiggebore babas is.

- *Implikasie ten opsigte van voorgeboortevoorligting*

Swanger vroue moet voorligting ontvang dat voortydiggebore babas 'n verhoogde risiko van moeder-na-kindoordrag van MIV dra, en dat dit beter is dat die borsmelk vir hierdie babas eers gepasteuriseer word, voordat dit vir hul gegee word.

2.5 EFFEK VAN BORSVOEDING OP DIE MIV-POSITIEWE VROU

Relatief min navorsing is nog oor die eienskappe van laktasie by die MIV-positiewe vrou gedoen. Dit is nog nie bekend of die melkvolume of voedingswaarde deur die toestand geaffekteer word nie. Die effek van borsvoeding op die immunstatus van MIV-positiewe vroue is ook nog nie ondersoek nie. Omdat die hormoon prolaktien 'n immunstimulerende werking het, is dit moontlik dat die hoë vlakke wat die hormoon tydens dikwelse eksklusiewe borsvoeding bereik, die moeder se immuniteit kan bevorder. Daar is egter ook bewys dat die immunoglobuline in die melk van 'n wangevoede vrou minder is as by 'n welgevoede vrou. Die beskermende effek van borsmelk is dus minder by so 'n MIV-positiewe vrou (Smith & Kuhn, 2000:337).

Aan die ander kant kan die eise wat laktasie ten opsigte van energie- en mikrovoedingstofbehoefte aan die liggaam stel, 'n vrou wat reeds ondervoorsien is, onder druk plaas. Dit wil voorkom of die fisiologiese eise wat borsvoeding aan die liggaam stel, gevaarlik vir die wangevoede MIV-positiewe moeder kan wees (Smith & Kuhn, 2000:337).

Nduati *et al.* (2000b:101) het bevind dat die mortaliteit van MIV-positiewe vroue wat hul babas geborsvoed het, drie maal hoër teen 18 maande na die geboorte was, as by die MIV-positiewe vroue wat nie geborsvoed het nie. Die moeders het geen antiretrovirale middels gebruik nie. Alhoewel die mortaliteit van borsvoedende moeders ook deur navorsers in Durban (Coutsoudis *et al.*, 2001a: 654) ondersoek is, is die bevindinge van Nduati *et al.* nie bevestig nie. Die vroue in Durban was oor die algemeen gesonder, soos

afgelei kan word uit 'n laer voorkoms van anemie en 'n beter immuniteitstatus. Meer navorsing is hieroor nodig, veral ook by moeders wat antiretrovirale middels ontvang.

Die feit dat die lewensverwagting van die moeder moontlik ingeperk word as sy borsvoed, moet ook in ag geneem word by die keuse van 'n babavoedingswyse van die baba. 'n MIV-positiewe moeder sal ook moontlik langer leef as sy nie 'n siek kind hoef te versorg totdat sy sterf nie (UNAIDS, 1999:1).

- *Implikasie ten opsigte van voorgeboortevoorligting*

Swanger vroue moet voorgelig word dat 'n moontlikheid bestaan dat MIV-positiewe vroue wat borsvoed en wangevoed is, vroeër kan sterf as wanneer hulle nie borsvoed nie. Hul moet ook ingelig word daaroor dat hierdie inligting bekom is deur studies waarin die vroue nie antiretrovirale middels ontvang het nie, en dat die inligting nog nie bevestig is nie. Dit is belangrik dat 'n MIV-positiewe persoon (veral 'n vrou wat borsvoed) 'n gesonde dieet, met aanvulling indien beskikbaar, ontvang. 'n Swanger vrou moet dus ook voorligting ontvang aangaande die wyse waarop sy in haar omstandighede die gesondste dieet moontlik kan inneem.

2.6. GEBRUIK VAN BORSMELKSUBSTITUTE

Tydens die eerste vier tot ses maande van 'n baba se lewe moet 'n melkvoeding gebruik word om aan die voedingsbehoefte te voldoen. Alhoewel borsvoeding die ideale samestelling het, en ook oor ander voordele beskik (2.2), kan dit vanweë die risiko van moeder-na-kindoordrag van MIV nie meer as die gewenste babavoedingswyse vir alle moeders beskou word nie. Moeders wat MIV-positief is, moet met inagneming van hul omstandighede besluit wat die veiligste vir hul babas sal wees. Die enigste praktyk om die moontlikheid van moeder-na-kindoordrag deur borsmelk volkome te vermy, is om 'n borsmelkssubstituut as vervangingsvoeding te gebruik (WHO, 1998:2). Hier is egter ook risiko's aan verbonde. Die gevaar verbonde aan hierdie risiko's hang af van elke vrou se unieke omstandighede. Verskillende tipes voeding kan as borsmelkssubstituut gebruik word.

2.6.1 Keuse van tipe borsmelksubstituut

Indien besluit word dat 'n borsmelksubstituut gebruik gaan word, moet op 'n bepaalde tipe besluit word. Gemodifiseerde poeiermelkformules is die duurste, maar ook die naaste in samestelling aan borsmelk omdat die bees- of bokmelk of sojaboonprodukt aangepas word om so na as moontlik met die samestelling daarvan ooreen te stem, en dit reeds met vitamienes en minerale verryk is (Pretorius,1998:53). Verskillende tipes is beskikbaar, waarvan die aangesuurdes moontlik die beste alternatief vir borsvoeding by die babas van MIV-positiewe moeders is, is as dit goedkoop of gratis aan gesinne wat in swak sosio-ekonomiese toestande lewe, verskaf word. Die tipe formule is nie smaaklik vir ouer kinders of volwassenes nie, en kan ook nie soos ander kommersiële melkformules in koffie of tee gebruik word nie. Dit sal dus heel waarskynlik gebruik word vir die baba wat dit benodig. McCoy *et al.* (2002:30) het reeds bevind dat van die gratis formulevoeding wat as deel van die Suid-Afrikaanse regering se program vir voorkoming van moeder-na-kindoordrag uitgereik is, vir ander gesinslede gebruik is. Die aangesuurde melk word blykbaar makliker verteer as ander melkformules en minder gastro-intestinale infeksies kom voor (Pretorius, 1998:54). Die groot hoeveelhede melksuurbasille in die tipe melk voorkom kontaminasie van die aangemaakte voeding, wat voordelig is vir moeders wat nie oor 'n yskas beskik nie en in swak higiëniese omstandighede lewe (Pretorius, 1998:54).

As baie bees- of bokmelk beskikbaar is (byvoorbeeld op 'n plaas), kan dit tuis, nadat dit gekook is, volgens die volgende formule aangepas word om beter aan die voedingsbehoefte van 'n jong baba te voldoen: 100 ml dieremelk, 50 ml water en 10g suiker (Pretorius, 1998:50). Gepasteuriseerde dieremelk hoef nie eers gekook te word nie, alhoewel die kook daarvan ook help om die moeilik verteerbare proteïene af te breek (veral vir 'n jong baba) (Sellers, 1993:769). Dieremelk moet aangevul word met vitamienes en minerale aangesien die samestelling daarvan van dié van borsmelk verskil en onvoldoende hoeveelhede mikronutriënte soos maklik absorbeerbare yster, sink, Vitamienes A en C sowel as foliensuur bevat. 'n Jong baba jonger as ses maande moet ongeveer 150 ml per kilogram per dag van hierdie aangepaste melk drink (WHO:1998:12).

Na die ouderdom van ses maande moet die baba se melkvoeding aangevul word met ander voedingsoorte. Na hierdie ouderdom kan ander melkprodukte gebruik word en spesiaal aangepasde borsmelksubstitute is dan nie meer nodig nie (DeVincenzi, 1998:6).

Latham en Greiner (1998:737) beveel aan dat ander tipes borsmelksubstitute soos die gebruik van 'n soogmoeder ondersoek moet word. In die Ivoorkus is 'n projek aangepak waarin die babas van MIV-positiewe moeders deur sero-negatiewe vroue 14 maande lank geborsvoed is. Hierdie babas het steeds die voedings- en beskermende voordele van borsmelk geniet sonder die risiko van infeksie deur die melk van hul eie moeders. Die soogmoeders het finansiële vergoeding van die regering ontvang (Lamah, 2000:274). Waar soogmoeders algemeen binne gesinsverband gebruik word, moet verseker word dat die skenker nie ook met MIV geïnfekteer is nie, of die melk moet gepasteuriseer word (Bertolli, 1998:3). Die moontlikheid bestaan ook dat die baba reeds geïnfekteer is en dat die soogmoeder dan so geïnfekteer kan word. Die gebruik van soogmoeders word ook in die amptelike riglyne van die Departement van Gesondheid van Suid-Afrika as opsie voorgestel (South Africa, 2000b:22).

Soos reeds bespreek (2.4.3.2), word melkbanke jare lank reeds in ontwikkelde lande gebruik om voortydiggebore babas wie se eie moeders nie genoegsame borsmelk kan verskaf nie, van borsmelk afkomstig van skenkers te voorsien. Ook in Suid-Afrika bestaan enkele van hierdie banke by groot hospitale. As die melk gepasteuriseer word, kan die moontlikheid van oordrag van virusse soos MIV voorkom word, maar dit is nie prakties moontlik om melkbanke op groot skaal vir alle babas wie se moeders MIV-positief is, te gebruik nie. (De Bruin, 2001:23).

2.6.2 Risiko verbonde aan die gebruik van borsmelksubstituut

Afgesien van die koste van kommersiële formulevoeding, moet die risiko van MIV-oordrag in ontwikkelende lande opgeweeg word teen die risiko van mortaliteit as daar nie geborsvoed word nie (Coutsoudis *et al.*, 2001b:3). 'n Meta-analise van reeds gepubliseerde navorsing het bevind dat 'n baba tydens sy eerste twee lewensmaande 'n ses maal groter risiko loop om aan 'n infektiewe toestand te sterf as hy nie borsmelk ontvang nie, as 'n baba wat wel geborsvoed word (WHO Collaborative study team,

2000:3). Weens die beskermende faktore in moedersmelk word dit beskou as 'n "veiligheidsnet" teen die gevare van armoede (Coutsoudis *et al.*, 2001b:6).

Soos reeds bespreek (2.4.1), het Mbori-Ngacha *et al.* (2000:101) se studie in Kenia bevind dat die mortaliteit van die babas van MIV-positiewe moeders na twee jaar dieselfde was – ongeag of hulle borsvoeding of formulevoeding ontvang het. Alhoewel 'n hoër persentasie van die borsgevoede babas MIV-geïnfekteer was, en gesterf het aan VIGS, is dieselfde persentasie babas wat formulevoeding ontvang het, dood weens ander oorsake soos diarree en lugweginfeksie. Die moeders wat verkies het om formulevoeding te gebruik, het toegang gehad tot skoon water en gratis melkformule en het gereëlde huisbesoeke as ondersteuning ontvang. Hierdie studie is uitgevoer voor die waarde van eksklusiewe borsvoeding besef is, en die borsvoedinggroep het heel waarskynlik gemengde voeding toegepas.

Suid-Afrika het 'n hoë babasterftesyfer as dit vergelyk word met ontwikkelde lande. Die babasterftesyfer ("infant mortality rate"/ IMR) is 'n indikasie van die hoeveelheid sterftes in babas onder een jaar per 1000 lewende geboortes (South Africa, 2000b:11). Die babasterftesyfer vir Suid-Afrika as geheel word beraam op 45,4/1000 lewende geboortes (South Africa, 1998:101). Dit wissel egter baie in verskillende areas (van 24 tot 103/1000 lewende geboortes) (South Africa, 2000b:11). In Suid-Afrika is die hoofoorsaak van dood (afgesien van MIV/VIGS) in hierdie ouderdomsgroep diarree, respiratoriese lugweginfeksie en wanvoeding. Die voorkoms van diarree en wanvoeding hou direk verband met die afwesigheid van skoon water, goeie sanitasie en hoëgehaltevoedsel. In hierdie omstandighede is bottelvoeding lewensgevaarlik. Daar is ook met die SAHS (South African Health Survey) (South Africa, 1998:105) bevind dat die babasterftesyfer dramaties hoër was by gesinne waar geen skoon drinkwater (35,3 teenoor 64/1000 lewende geboortes) of spoeltoilette (29,4 teenoor 64,4/1000 lewende geboortes) beskikbaar was nie. Borsvoeding is 'n belangrike faktor ten opsigte van die feit of babas hul eerste lewensjaar oorleef (South Africa, 2000b:11). Die risiko van sterfte as gevolg van die gebruik van 'n borsmelksubstituut hang dus besonder nou saam met 'n gesin se huislike omstandighede en moet opgeweeg word teen die risiko van sterfte as gevolg van moeder-na-kindoordrag van MIV.

2.6.3 Vereistes vir veilige voeding met borsmelksubstitute

Verskeie outeurs (Nicoll *et al.*, 1995:109; South Africa, 2000b:13, Waanders, 1999:115; Latham & Greiner, 1998:737) wys op 'n verskeidenheid faktore wat as vereistes vir veilige voeding met borsmelksubstitute beskou kan word.

2.6.3.1 Besikbaarheid van borsmelksubstituut

Genoegsame borsmelksubstituut wat aan die voedingsbehoefte van 'n baba voldoen en mikrobiologies veilig is, moet bekostig kan word. In sommige Afrikalande beloop die koste om 'n baba 'n dag lank met 'n kommersiële formulevoeding te voed, meer as 'n dagwerker se loon. Volgens die Wêreldgesondheidsorganisasie (WHO, 1998:12) word 44 x 500g blikke benodig om 'n baba ses maande lank te voed. Die koste vir 'n tydperk van ses maande beloop ongeveer \$72-\$120 (McCoy *et al.*, 2002:32). Die Departement van Gesondheid het die koste verbonde aan melkformule bereken op ongeveer R 100.00 per maand (South Africa, 2000b:12). As daar nie genoeg formule is nie, word dit dikwels verdun om dit langer te laat hou, en dit lei tot wanvoeding (Nicoll *et al.*, 1995:109). Die koste verbonde aan borsmelksubstituut is die hoofrede waarom MIV-positiewe moeders wat bewus is van die risiko van MIV-oordrag, dit nie gebruik nie. As 'n gesonde alternatief wel beskikbaar is, speel die bekostigbaarheid daarvan die grootste rol wanneer 'n moeder besluit om nie meer te borsvoed nie (Ndagire *et al.*, 2000:402).

As dit gratis deur die staat voorsien word of gesubsidieer word, dra die land as geheel en die belastingbetaler die las. Die gee van gratis melkformule is ook nie sonder komplikasies nie. Volgens McCoy *et al.* (2002:41), in die voorlopige verslag oor die toetsing van die Suid-Afrikaanse regering se program ter voorkoming van moeder-na-kind oordrag van MIV, word die volgende ten opsigte van voorsiening van formulemelk in Suid-Afrika deur die staat aanbeveel, naamlik:

- dat alle vroue voorligting moet ontvang aangaande die voor- en nadele van die verskillende babavoedingswyses maar dat eksklusiewe formulevoeding net aanbeveel word vir MIV-positiewe moeders wat self die voeding kan bekostig; of

-
- dat formulevoeding wel gratis verskaf word, maar dat die opsie net gebruik word in gemeenskappe en huishoudings wat wel in staat is om formulevoeding veilig te kan gebruik; en
 - dat, waar gratis formulevoeding wel gegee word, dit maklik toeganklik vir die moeder moet wees sodat onveilige voedingspraktyke en aanvulling van die baba se dieet met borsvoeding, voorkom kan word. Die Departement van Gesondheid (South Africa, 2000b:13) wys ook daarop dat die melk maklik beskikbaar moet wees. Vir vroue op die platteland wat ver van 'n kliniek af woon, is dit vanweë die afstand dikwels nie vrylik beskikbaar nie.

McCoy *et al.* (2002:32) wys daarop dat as gratis formulevoeding deur die regering aan MIV-positiewe moeders verskaf word, die gratis uitdeel daarvan gewoonlik op ses maande ouderdom gestaak word omdat dit daarna nie meer die enigste voedingsbron vir die baba is nie en om dit vir die staat meer bekostigbaar te maak en sodoende meer moeder-baba-pare kan help. Dit bring mee dat die baba eensklaps 'n betekenisvolle bron van sy daaglikse voedingsbehoefte ontnem word. As die moeder nie kan bekostig om voort te gaan om formulevoeding of ander hoëkwaliteitvoedsel te gee nie, word die baba aan wanvoeding blootgestel. Die probleem dat daar skielik onkoste aan die voeding van die baba verbonde is, geld ook vir 'n moeder wat eksklusief geborsvoed het en haar baba dan vinnig speen as sy vaste kos begin gee. In ideale omstandighede moet 'n vrou hierdie onkoste in ag neem voordat sy 'n swangerskap beplan. As sy nie voor haar swangerskap daarvan bewus was dat sy MIV-positief is nie, moet sy aangemoedig word om betyds vir hierdie uitgawes te begin spaar.

2.6.3.2 Skoon water en goeie sanitasie

Soos reeds bespreek (2.6.2), is die risiko van babasterfte weens diarree hoër as 'n gesin nie oor skoon water en goeie sanitasie beskik nie. Skoon, maklik bekombare water is 'n vereiste omdat water in die aanmaak van formulevoedings gebruik word en genoeg water ook beskikbaar moet wees om die voorbereidingsbenodighede skoon te maak en te steriliseer. As 'n vrou nie skoon water afkomstig van 'n kraan in haar huis beskikbaar het nie, gaan sy baie tyd en energie moet bestee om water aan te dra en eers veilig te maak deur dit te kook. Heel waarskynlik sal so 'n vrou soms gevaarlike praktyke toepas en sal die voorbereiding van formulevoeding en die skoonmaak van benodighede dus

nie altyd optimaal wees nie, wat die risiko van kontaminasie verhoog (South Africa, 2000b:13).

Ook goeie huishoudelike sanitasie is 'n vereiste om veilige formulevoeding te verseker. Ongeveer die helfte van die huishoudings in Suid-Afrika (49,9%) beskik nie oor spoelfoilette nie (South Africa, 1998:16). Dit is moeilik vir 'n vrou om in sulke omstandighede optimale higiëne te verseker en die risiko van kontaminasie is dan groot (South Africa, 2000b:13).

Nog 'n voorvereiste vir veilige voeding met 'n borsmelkssubstituut is dat daar nie in die moeder se gesin 'n geskiedenis babasterftes as gevolg van gastro-enteritis of wanvoeding moes voorgekom het nie. As daar wel so 'n babasterfte was, dui dit op 'n verhoogde risiko dat dit weer kan gebeur.

2.6.3.3 Benodighede soos bottels of koppies

Benodighede soos bottels, spene of 'n koppie/beker moet beskikbaar wees. Selfs as 'n moeder gratis formulemelk vir haar baba ontvang, moet sy steeds die benodighede om dit vir die baba te voer, self bekostig. Bottels is duur, en as dit reg gebruik en gesteriliseer, word is meer as een bottel nodig. Die spene wat daarmee gebruik word, moet dikwels vervang word.

As borsmelkssubstituut (of gepasteuriseerde borsmelk) gegee word, beveel die Wêreldgesondheidsorganisasie (WHO, 1998:14) en die Integrated management of childhood illness (IMCI)-program (South Africa, 2003:19, 20, 36) aan dat koppies in plaas van bababottels gebruik word, veral in suboptimale higiëniese omstandighede. 'n Koppie kan makliker gewas word, minder water en tyd word benodig om dit te steriliseer en omdat die baba vasgehou moet word, is daar beter psigososiale stimulerings as by bottelvoeding waar die bottel gestut kan word terwyl die baba neergelê word. Koppies is ook gewoonlik reeds beskikbaar en hoef nie spesiaal aangekoop te word nie (Armstrong, 1999:297).

Chopra en Piwoz (2000:490) het bevind dat MIV-positiewe moeders wat borsmelkssubstituut gebruik, gewillig is om gedurende die dag met 'n koppie te voed,

maar snags 'n bottel verkies. Al die babas wat by hul studie ingesluit is, was reeds ouer as drie maande. Hierdie praktyk sal sommige van die voordele van koppievoeding inhou, maar dit impliseer dat bottels (wat moeilik skoongehou word) steeds aangekoop moet word.

2.6.3.4 Toerusting en brandstof om benodighede skoon te maak en te steriliseer

Fasiliteite en beskikbaarheid van brandstof (elektrisiteit, paraffien, hout) om benodighede skoon te maak en te steriliseer is noodsaaklik. As water vinnig tot kookpunt gebring kan word soos met elektrisiteit of paraffien sal dit eerder as hout of kole gebruik word. Moeders wat dus nie elektrisiteit of paraffien gebruik vir waterverhitting nie, sal moontlik die moeite ontsien om water vir die steriliseer van toerusting te kook. Selfs al word die formulevoeding gratis deur die staat voorsien, moet die moeder steeds die koste van die brandstof en benodighede self dra. Volgens McCoy *et al.* (2002:31) lê die hoogste risiko vir onveilige en potensieel dodelike praktyke juis by die moeders wat nie formulevoeding kan bekostig nie.

2.6.3.5 Privaatheid om risiko van stigmatisering te verminder

Privaatheid vir die moeder en haar baba is ook belangrik. Volgens Semba *et al.* (1999a:93) veroorsaak die stigma wat steeds aan MIV/VIGS kleef dat, waar omstandighede min ruimte vir privaatheid bied, MIV-positiewe vroue in gemeenskappe waar hoofsaaklik geborsvoed word, nie hul babas met 'n borsmelkssubstituut sal kan voed nie, omdat 'n ander voedingswyse as borsvoeding haar MIV-status aan die gemeenskap sal openbaar. Groot sosio-kulturele druk heers om te borsvoed, wat dit vir 'n vrou wat verkies om 'n borsmelkssubstituut te gebruik, moeilik maak (McCoy *et al.*, 2002:31).

2.6.3.6 Toeganklike gesondheidsdienste

Beide die Nasionale Departement van Gesondheid (South Africa, 2000b:13) en die Departement van Gesondheid van die Wes-Kaap (South Africa, Prov Admin Western Cape, 2002:17) wys daarop dat die moeder en baba toegang tot gesondheidsdienste moet hê om te verseker dat die groei en ontwikkeling van die baba gemonitor word.

Alhoewel dit vir alle babas van belang is, word spesifiek klem daarop gelê by die babas van MIV-positiewe moeders omdat 'n groter risiko vir gastro-intestinale en respiratoriese infeksie by hulle bestaan. Daar is bevind dat selfs waar formulemelk gratis verskaf word, baie moeders nie gereeld die melkformule afhaal nie en dus eintlik gemengde voeding toepas. Die oorsaak hiervan is heelwaarskynlik familie- en gesinsdruk omdat borsvoeding die norm is. Vroue is ook bang vir viktimisasie en stigmatisering as hulle nie borsvoed nie. As gevolg van die vlak van druk van die gemeenskap om te borsvoed sal die vrou ook oor volwasseheid en selfhandhawende gedrag moet beskik om weerstand daarteen te kan bied.

Volgens die Departement van Gesondheid van die Wes-Kaap (South Africa, Prov Admin Western Cape, 2002:17) moet MIV-positiewe vroue wat verkies om formulemelk te gebruik baie ondersteuning van hulle eggenote, ander familieledes en gesondheidspersoneel kry.

2.6.3.7 Ander faktore

Faktore wat nie noodwendig veilige formulevoeding verseker nie bestaan ook, maar omdat die risiko van Moeder-na-kindoordrag so groot is, of omdat borsvoeding onmoontlik is, moet dit gebruik word. Sulke toestande kom voor wanneer die moeder reeds tekens van VIGS toon of in swak gesondheid verkeer of wanneer sy ernstige borsprobleme soos mastitis of gebarste tepels ondervind, of die baba mondletsels het wat nie op behandeling reageer nie (Waanders, 1999:115). Al hoe meer gevalle van moederlike sterftes kom ook voor, wat impliseer dat die baba formulevoeding van die vader, ouma of ander gesinslid moet ontvang. Hierdie versorgers het dikwels geen kennis of ondervinding van die voed met 'n borsmelksubstituut nie, en moet dan heelwat voorligting en ondersteuning kry om die baba se oorlewing te verseker.

❖ *Implikasies vir voorligting*

Kennis ten opsigte van die gebruik van borsmelksubstitute is 'n vereiste vir die veilige gebruik daarvan. Moeders moet voorligting ontvang aangaande die vereistes vir veilige voeding sodat hulle kan besluit of hulle dit veilig in hul unieke omstandighede kan gebruik. Daar moet 'n fyn balans gehandhaaf word om borsvoeding nie te ondermyn waar dit steeds aangewese is nie. Dit is noodsaaklik

dat gezondheidswerkers self oor die korrekte kennis moet beskik voordat hulle dit aan moeders kan oordra.

Die Wêreldgesondheidsorganisasie (WHO, 1998:14) en IMCI beveel aan dat die korrekte metode van voorbereiding gedemonstreer moet word en dan deur die moeder nagedoen moet word om te verseker dat dit korrek gedoen kan word. Aandag moet spesifiek geskenk word aan die korrekte aanmaak van die formule omdat verdunning dikwels voorkom wat aanleiding kan gee tot wanvoeding. Die opvoedingsvlak van die moeder is ook belangrik omdat sy die metode van formulevoorbereiding korrek moet verstaan. Moeders wat nie die instruksies op die melkformuleblik kan lees nie, en ook ander versorgers is hoërisikogroepe en moet spesiale aandag geniet.*

Dit is ook belangrik dat moeders die noodsaaklikheid van eksklusiewe formulevoeding verstaan omdat bevind is dat selfs moeders wat gratis formulevoeding ontvang, soms wel hul babas borsvoed, wat neerkom op gemengde voeding, wat 'n baie hoë risiko van moeder-na-kindoordrag van MIV dra (Nduati et al., 2000a:1170).

2.7 RISIKO VAN OORSPOELEFFEK

Vir die babas van MIV-negatiewe moeders (ongeveer 70-75% van alle babas) sowel as babas van MIV-positiewe moeders wat reeds in-utero of tydens die geboorte geïnfekteer geraak het (13% van alle babas as Nevirapine tydens die geboorte gebruik word), is borsvoeding ongetwyfeld die beste keuse (Coutsoudis et al., 2001b:29; McCoy et al., 2002:29). Volgens Coutsooudis et al. (1999:471) kan kulturele diffusie veroorsaak dat 'n gebrek aan vertrouwe in borsvoeding na alle vroue versprei. Die feit dat formulevoeding in sommige gevalle deur gezondheidswerkers aanbeveel of selfs verskaf word, kan deur moeders gesien word as die onderskrywing daarvan in alle gevalle. Daar kan vasgestel word of "oorspoel" wel voorkom deur borsvoedingsyfers voor en na die implementering van 'n voorligtings/beradingsprogram oor die risiko van MIV-oordrag deur borsvoeding te vergelyk (WHO Collaborative study team, 1999:2). Volgens McCoy et al. (2002:29) is daar reeds in Botswana, Kenia, Namibië en Uganda tekens dat die bevordering van borsvoeding afgeneem het.

Coutsoudis (2001b:29) verduidelik die dilemma van die oorspoeleffek soos volg: uit 100 swanger vroue is omtrent 25 vroue (in die Noordwes Provinsie 25,2%) MIV- positief. Vyf van die vroue se babas (as die oordragrisiko teen 20% bereken word) sal reeds tydens die swangerskap en bevalling geïnfekteer word, terwyl die oorblywende 20 vroue 'n 14% risiko loop om deur borsmelk (gemengde voeding) geïnfekteer te raak (dus 2,8 uit die 20 babas). Deur borsvoeding te ontmoedig om drie babas van moontlike MIV- infeksie te beskerm, word 92 babas aan 'n verhoogde risiko vir morbiditeit en mortaliteit blootgestel, terwyl die vyf babas wat reeds geïnfekteer is die beskermende en ander voordele van borsvoeding ontnem word.

Die vooruitgang wat gedurende die tagtigerjare gemaak is ten opsigte van die beskerming, ondersteuning en bevordering van borsvoeding deur die "Babavriendelike Hospitaal Inisiatief" en die "Etiese kode aangaande die bemerking van borsmelksubstitute" moet nie verlore gaan nie (Latham & Preble, 2000:1658). Hierdie veldtogte wat suksesvol was om borsvoeding te bevorder, moet nou aangepas word om voorsiening te maak vir die babas van moeders wat MIV-positief is (Seidel, 1998:72).

Volgens DeVincenzi (1998:8) moet beleidmakers daarop let dat die oorspoeleffek na MIV-negatiewe moeders en vroue met onbekende status, beperk moet word. Alle gesondheidswerkers moet bewus wees van die "Etiese kode aangaande die bemerking van borsmelksubstitute" en dit in hul werk toepas. Alle vroue moet voorligting kry aangaande die voordele van borsvoeding – veral van eksklusiewe borsvoeding. Volgens Carlisle (1997:61) en Waanders (1999:116) moet voorligting aangaande die praktyk van voeding met borsmelksubstitute op 'n individuele grondslag plaasvind om sodoende die oorspoeleffek te beperk en ook om seker te maak dat die moeder goed verstaan.

Nog 'n tegniek om die oorspoeleffek te beperk is om waar kommersiële formulevoeding deur die staat verskaf word of teen 'n verminderde prys verkoop word, 'n generiese produk wat nie aan 'n spesifieke handelsnaam gekoppel word nie, te gebruik (WHO, 1998). Woods (1998:948) maak 'n aanbeveling dat melk wat op 'n tenderbasis deur die staat aangeskaf word, in sakkies sonder enige produknaam of advertensie verpak moet word. Dit moet soos medisyne uitgereik word vanaf 'n sentrale punt in die gemeenskap (Seidel, 1998:76). Op die verpakking moet aanwysings oor hoe om die formule voor te

berei asook die voordele van voeding per koppie in plaas van per bottel, aangebring word (Woods, 1998:948).

Gedurende 2001 is 'n debat in die Verenigde State van Amerika en die Europese pers gevoer oor die feit dat UNICEF blykbaar duisende kinders in Afrika na 'n gewisse dood wil stuur omdat dit nie die aanbod van die grootste formulevoedingvervaardigers in die wêreld (Nestlé) wat gratis formulemelk wou skenk, wou aanvaar nie (Yamey, 2001:1). Sommige publikasies soos "The Wall Street Journal" het die saak ooreenvoudig, en het nie al die faktore wat 'n rol speel in ag geneem nie. Verteenwoordigers van UNICEF moes hulle daarop wys dat baie MIV-positiewe moeders in Afrika moet kies tussen die risiko van dood vir hul babas weens MIV-infeksie deur borsvoeding en die risiko van dood weens die voeding met gekontameneerde formulevoeding. Dit kan nie bekostig word dat die algemene verspreiding van formulevoeding in Afrika aanleiding gee tot 'n groot gesondheidsramp nie (Yamey, 2001:1).

❖ *Implikasie ten opsigte van voorgeboorteverligting:*

Die boodskap moet duidelik oorgedra word dat borsvoeding steeds die beste keuse is vir die meeste babas, en dat slegs moeders wat 'n borsmelkssubstituut veilig kan gebruik, dit as opsie moet oorweeg.

2.8 BESTAANDE BELEIDSDOKUMENTE EN RIGLYNE OOR DIE BEKAMPING VAN MOEDER-NA-KINDOORDRAG VAN MIV

Ten einde 'n suksesvolle program te loots om moeder-na-kindoordrag van MIV te beperk, moet beleid geformuleer word. Hierdie beleid sal die besondere omstandighede van die betrokke land in ag moet neem.

2.8.1 Faktore wat tydens beleidsformulering in ag geneem moet word

Volgens Nicoll *et al.* (1995:114) en Söderlund *et al.*, (1999:1653) moet die volgende faktore in ag geneem word by die bepaling van 'n plaaslike beleid ten opsigte van die voorkoming van MIV-oordrag deur borsvoeding:

- Seroprevalensie van MIV-1 onder swanger vroue;
- Houding van swanger vroue teenoor vrywillige MIV-toetsing;

-
- Vermoë om vrywillige MIV-toetsing met voor- en na-toetsberading te verskaf en daarmee vol te hou;
 - Mate van stigmatisasie van persone wie se MIV-status bekend is;
 - Bestaande voedingspraktyke: voorkoms en duur van borsvoeding, gebruik van soogmoeders en kolostrumgebruik;
 - Bestaande gelowe oor borsvoeding, borsmelk, kolostrum en MIV;
 - Berekende plaaslike risiko vir gevare verbonde aan die gebruik van borsmelksubstituut;
 - Babasterftesyfer te wyte aan gastroïntestinale en respiratoriese infeksies
 - Bronne beskikbaar byvoorbeeld skoon water, elektrisiteit en brandstof vir verhitting en sterilisasie.
 - Koste vir die land om borsmelksubstituut in te voer of te verskaf;
 - Vermoë van individue om veilige borsmelksubstituut te bekostig en daarmee vol te hou;
 - Berekende plaaslike risiko vir MIV-oordrag deur borsvoeding;
 - Besikbaarheid en koste-effektiwiteit van antiretrovirale middels;
 - Voorligting aan gesondheidswerkers en moeders;
 - Kwaliteit van die sorg wat vir MIV-positiewe moeders beskikbaar is;
 - Kennisvlak van swanger vroue en gesondheidswerkers oor MIV en verskillende voedingswyses, mastitis en tepelbesering; en
 - Besikbaarheid, bekostigbaarheid en gebruik van kontraseptiewe middels.

Wilkinson *et al.* (2000:795) stel die volgende vereistes as voorwaardes om 'n suksesvolle program om moeder-na-kindoordrag te beperk, te loots:

- Soveel as moontlik vroue moet die voorgeboorteklinieke so vroeg moontlik tydens swangerskap begin besoek.
- Soveel as moontlik vroue moet vir MIV-antiliggame getoets en ook voor- en natoetsberading ontvang.
- Soveel as moontlik vroue moet die antiretrovirale behandeling korrek ontvang.
- Soveel as moontlik vroue moet in klinieke of hospitale geboorte skenk sodat intra-partum-behandeling toegedien kan word.

-
- Die risiko weens oordrag deur borsvoeding moet so ver moontlik beperk word, en indien moontlik moet 'n geskikte borsmelkssubstituut gratis verskaf word.
 - 'n Program om die moeder-kind-pare op te volg, moet geïmplimenteer wees.

2.8.2 Beleid in ontwikkelde lande

Volgens Dunn *et al.* (1992:587) het die "Centers for Disease Control" in die Verenigde State van Amerika op grond van een gevallestudie en een verslag oor virusisolasië aanbeveel dat MIV-geïnfekteerde moeders 'n veilige alternatief vir borsvoeding moet gebruik. Die aanbeveling is toe wêreldwyd deur ontwikkelde lande aanvaar. Seidel (1998:77) wys daarop dat die probleem van keuse van babavoeding nie veel aandag in die ontwikkelde wêreld geniet nie, omdat daar relatief min MIV-positiewe vroue is wat swanger raak, wat meebring dat die voorkoms van moeder-na-kindoordrag laag is. Verder word borsvoeding nie so algemeen toegepas nie, omdat dit nie die enigste beskikbare voedingsbron vir 'n baba is nie en die sosiale druk nie so groot is nie.

In eerstewêreldomstandighede waar relatief min MIV-positiewe pasiënte voorkom en geld vir gratis gesondheidsdienste beskikbaar is, ontvang 'n MIV-positiewe moeder gewoonlik antiretrovirale middels, word die baba deur middel van 'n keisersnit gebore en ontvang hy slegs kommersiële formulevoeding. Beide die moeder en baba word ook voor- en nageboortelik sorgvuldig deur spesialiste opgevolg (Beckerman, 2000:1; Canadian Paediatric Society, 2000:2; Olds *et al.*, 2000:370). In die Oekraïne, die land in Europa met die hoogste MIV/VIG-syfer (0,63% swanger vroue is MIV-positief), ontvang vroue kommersiële formulevoeding en word borsvoeding afgeraai (Maede, 2001:15).

McCarthy (1999:1506) berig dat 'n MIV-positiewe moeder in Oregon in die Verenigde State van Amerika met 'n hofbevel verbied is om haar baba borsvoeding te gee. Die staatsaanklaer het die moeder se argument dat sy 'n ingeligte besluit geneem het nadat sy opgelees het oor MIV/VIGS, afgemaak as 'n slegte besluit. In Brittanje het 'n hofspraak gediën waarin die staat ouers wou dwing om hul baba vir MIV te laat toets nadat die MIV-positiewe moeder haar baba geborsvoed het (Dyer, 1999:1; Kaufmann, 2000:369).

2.8.3 Amptelike aanbevelings oor beleid van internasionale organisasies

'n Verskeidenheid amptelike dokumente is deur die jare deur internasionale organisasies uitgereik.

2.8.3.1 Eerste dokument: *Consensus statement from the WHO/UNICEF consultation on HIV transmission and breastfeeding : 1992*

Die eerste amptelike verklaring van die WHO (Wêreldgesondheidsorganisasie) en UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund) het soos volg gelui:

"Where infectious diseases and malnutrition are the main cause of infant deaths and the infant mortality rate is high, breastfeeding should be the usual advice given to pregnant women including those who are HIV infected. This is because their baby's risk of HIV infection through breastmilk is likely to be lower than the risk of death from other causes if it is not breastfed." (WHO/UNICEF, 1992:1.)

2.8.3.2 Tweede dokument: *HIV and Infant Feeding: A policy statement developed collaboratively by UNAIDS, WHO and UNICEF: 1997*

Die riglyne is in 1997 vervang met die volgende verklaring:

"When children born to HIV-infected women can be assured of uninterrupted access to nutritionally adequate breastmilk substitutes that are safely prepared and fed to them, they are at less risk of illness and death if they are not breastfed. However, when these conditions cannot be met – in particular in environments where infectious diseases and malnutrition are the primary causes of death during infancy – then artificial feeding substantially increases children's risk of illness and death. The policy objective must be to minimize all infant feeding risk and to urgently expand access to adequate alternatives so that HIV-infected women have a range of choices. The policy should also stipulate what measures are being taken to make breastmilk

substitutes available and affordable; to teach the safest means of feeding them to infants; and to provide the conditions which will diminish the risk of using them.” (WHO, 1998:2.)

Die Wêreldgesondheidsorganisasie (WHO, 1998:2) verduidelik die doel met die beleidsverklaring, naamlik dat dit moet bydra tot die voorkoming van MIV-oordrag deur borsvoeding, terwyl dit steeds borsvoeding by MIV-negatiewe moeders en die wie se MIV-status nie bekend is nie, moet beskerm, bevorder en ondersteun.

Gebaseer op die 1997-verklaring is die volgende dokumente in 1998 uitgereik: *“HIV and Infant Feeding: Guidelines for decision-makers”* en *“HIV and Infant Feeding: A guide for health-care managers and supervisors”* (WHO, 1998).

Day (1999:167) vat die riglyne vir besluitnemers en gesondheidsdiensbestuurders soos volg saam:

- Alle vroue moet ingelig word oor die risiko van MIV-oordrag deur borsvoeding.
- Alle vroue moet toegang hê tot 'n vrywillige MIV-toets na berading.
- Elke vrou moet ondersteun word in haar keuse van babavoedingswyse - of dit borsvoeding of 'n borsmelksubstituut is.

Die belangrikste verandering aan die riglyne van 1997 in vergelyking met die vorige dokument was dat meer ruimte gelaat is vir ingeligte besluitneming deur individue. Veral vroue wat in omgewings woon waar 'n hoë babamortaliteitsyfer is, maar haar baba wel veilig met 'n borsmelksubstituut kan voed, het nou die opsie om 'n ingeligte besluit te kan neem.

Latham en Preble (2000:1657) meen dat dit voortydig van die Wêreldgesondheidsorganisasie was om die beleidsriglyne in 1997 te wysig deur borsmelksubstitute vir MIV-positiewe moeders wat hul babas veilig daarmee kan voed, aan te beveel. Hul meen sommige beleidmakers in Afrikalande het toe vir die eerste keer verneem dat MIV deur borsvoeding oorgedra kan word en dat dit verreikende gevolge kan hê as regeringsbeleide verander sonder dat al die gevolge in ag geneem is. Volgens Nicoll *et al.* (1995:112) sal 'n aanbeveling van voeding met 'n borsmelksubstituut in ontwikkelde lande tot 'n daling in die babasterfte lei, maar sal so 'n

aanbeveling die teenoorgestelde uitwerking hê in lande waar die babasterftesyfer hoog is en 'n hoë voorkoms van MIV-infeksie is.

2.8.3.3 Derde dokument: *WHO, UNICEF, UNAIDS Statement on current status of WHO/UNAIDS/UNICEF policy guidelines, 2000*

In hierdie verklaring het die Wêreldgesondheidsorganisasie se tegniese span die nuwe navorsing tot daardie stadium bygewerk en die volgende aanbevelings ten opsigte van babavoeding gemaak:

- As vervangingsvoeding aanvaarbaar, bekostigbaar, volhoubaar en veilig is, moet die vermyding van borsvoeding aan alle MIV-geïnfekteerde moeders aanbeveel word.
- Indien bogenoemde nie van toepassing is nie, moet eksklusiewe borsvoeding vir die eerste paar maande aanbeveel word.
- Om die MIV-oordragrisiko te beperk, moet borsvoeding so gou moontlik gestaak word, met in agneming van plaaslike omstandighede, die individuele vrou se situasie en die risiko van ander infeksies.
- As MIV-positiewe vroue verkies om nie te borsvoed nie, of dit staak, moet hulle spesifieke raad en ondersteuning ontvang vir die eerste twee jaar van die kind se lewe om sodoende voldoende vervangingsvoeding te verseker. Daar moet daarna gestreef word om omstandighede so te verander dat vervangingsvoeding veilig gegee kan word.
- MIV-positiewe moeders moet tydens spening raad en ondersteuning ontvang ten einde nadelige voedings- en psigologiese gevolge asook borspatologie te voorkom.
- Alle MIV-positiewe moeders moet berading oor die risiko's en voordele van die verskillende voedingskeuses, sowel as meer doelgerigte leiding oor watter keuse in hul omstandighede die geskikste is, ontvang. Die moeder moet verder in haar uiteindelijke keuse ondersteun word.
- Ondersoeke moet gedoen word om vas te stel watter voedingskeuses aanvaarbaar, prakties moontlik, bekostigbaar en volhoubaar is en veilig gebruik kan word.
- Inligting oor moeder-na-kindoordrag moet dringend onder die publiek versprei word.
- Genoeg persone moet dringend opgelei, ontplooi en ondersteun word om MIV-positiewe moeders oor babavoedingskeuses te beraad.

-
- MIV-positiewe vroue wat borsvoed, moet hulp ontvang om te verseker dat hulle die regte borsvoedingstegnieke gebruik om toestande soos mastitis, borsabses en gebarste tepels te voorkom.
 - MIV-positiewe vroue moet toegang hê tot inligting, opvolgsorg en ondersteuning, insluitend gesinsbeplanningdienste. Gesinsbeplanning is veral belangrik vir vroue wat nie borsvoed nie (WHO,2000:1).

2.8.4 Beleid in Suid-Afrika

Die eerste riglyne ten opsigte van die voorkoming van moeder-na-kindoordrag van MIV is in 1997 vrygestel as 'n besprekingsdokument van die Nasionale Departement van Gesondheid (Waanders,1999:113). Dit het riglyne ten opsigte van wanneer borsvoeding of formulevoeding aanbeveel moet word, bevat.

Volgens die eerste MIV/VIGS-beleidsriglyne vir die voorkoming van moeder-na-kind MIV-oordrag en die hantering van MIV-positiewe swanger vroue wat in Suid-Afrika verskyn het (South Africa, 2000b:5) word dit beplan om die amptelike beleid gereeld ooreenkomstig die jongste navorsing en strategieë wat ontwikkel word, aan te pas. Alhoewel dié beleidsriglyne beskikbaar is as 'n afsonderlike dokument, maak dit ook deel uit van die algemene riglyne "Guidelines for maternity care in South Africa" (South Africa, 2002a:152).

Die inhoud van die beleidsdokument betreffende babavoedingskeuse is soos volg: Daar moet 'n keuse gemaak word tussen eksklusiewe borsvoeding, formulevoeding en uitmelk en hittebehandeling van borsmelk. Die hittebehandeling van borsmelk word dan in groter detail bespreek, maar daar is geen verduideliking ten opsigte van die eerste twee keuses nie. Met betrekking tot die gebruik van soogmoeders word genoem dat hoewel dit in sekere gemeenskappe kultureel aanvaarbaar is, daar wel 'n risiko aan verbonde is as 'n MIV-positiewe soogmoeder 'n baba borsvoed – veral as haar tepelvel nie intakt is nie. Verder word genoem dat 'n program om moeder-na-kindoordrag van MIV te bekamp net binne 'n klimaat van sosiale ondersteuning en gemeenskapsbetrokkenheid sal slaag (South Africa, 2002a:152-153). Die dokument verskaf dus net vae riglyne en bemagtig nie 'n gesondheidswerker om 'n moeder effektief by te staan in haar keuse ten opsigte van voedingswyse vir haar baba nie.

Die Nasionale Departement van Gesondheid het besluit om eers hul program om moeder-na-kindoordrag te bekamp (PMTCT – Prevention of mother-to-child transmission), in 18 loodssentra te toets. Die verslag na die toetstydperk het in Februarie 2002 verskyn (McCoy *et al.*, 2002:1). Die program wat getoets is, sluit vrywillige toetsing na berading, die toediening van 'n enkelosis *Nevirapine* vir die moeder in baring en vir haar baba binne 72 uur na geboorte, berading en ondersteuning ten opsigte van voedingsopsies (insluitend gratis formulevoeding vir die moeders wat dit verkies) asook die opvolg van die moeder en baba na geboorte, in (McCoy *et al.*, 2002:1). Die resultate van die toetsing in die loodssentra word tans gebruik om te bepaal watter ander sentra in die land wel oor die nodige infrastruktuur en personeel beskik om by die program betrek te word, en watter addisionele opleiding en ander aanpassings nodig is. McCoy *et al.* (2002:40) meld dat die program ter voorkoming van moeder-na-kindoordrag nie in isolasie gesien moet word nie, maar as 'n geleentheid beskou moet word om die infrastruktuur van gesondheidsdienste as geheel op te gradeer. Dienste soos obstetriese dienste, MIV-berading, natoetsing en ondersteuning, kliniese behandeling en die versorging van persone met MIV/VIGS sowel as kindergesondheidsorg en voeding hou verband met moeder-na-kindoordrag van MIV en moet ook verbeter word om die volhoubaarheid van die program te verseker.

Die verskillende provinsiale gesondheidsdepartemente kan ook hul eie beleidsdokumente saamstel. So het die gesondheidsdepartement van die Wes-Kaap 'n inligtingsboekie saamgestel, wat baie nuttig deur gesondheidswerkers gebruik kan word (South Africa, Prov Admin Western Cape, 2002:2).

Die dokumente wat deur die internasionale organisasies opgestel is, sowel as die nasionale en provinsiale beleidstukke (South Africa, 2000b:8) dien as riglyne vir die bestuurders van elke individuele gesondheidsdiens om in samewerking met die gemeenskap 'n eie beleid/protokol vir hul diens saam te stel.

2.9 ONBEKENDE MIV-STATUS AS FAKTOR WAT DIE IMPLEMENTERING VAN RIGLYNE BEÏNVLOED

Ten einde 'n ingeligte besluit te kan neem oor watter voedingswyse die geskikste wees vir haar baba sal wees, moet 'n vrou bewus wees van haar eie MIV-status. Vroue wie se status onbekend is, moet aangemoedig word om 'n MIV-toets te ondergaan (Moodley, 1999:684).

Persone wat bewus is daarvan dat hulle geïnfekteer is, is volgens UNAIDS (1999:1) meer gemotiveerd om na hul eie gesondheid om te sien, om hul gedrag te verander en om mediese hulp te bekom wanneer hulle gesondheidsprobleme ondervind. MIV-positiewe vroue kan dan ook ingeligte besluite neem oor sekspraktyke, geboorte en babavoeding. Persone wat nie geïnfekteer is nie, kan berading ontvang oor hoe om hulle self teen die infeksie te beskerm (Lindsey, 2001:7-4).

2.9.1 Geskikste tyd vir toetsing

Tallis (1997:5) beveel aan dat toetsing verkieslik reeds voor swangerskap moet geskied vanweë die komplekse aard van al die faktore rakende die swangerskap en MIV-positiewe-status. Ook Enkin *et al.* (2000:30) en Jackson (2002:148) beskou MIV-toetsing voor swangerskap as die ideaal. As 'n vrou reeds voor swangerskap oor haar status ingelig is, kan sy die feit reeds in ag neem by haar besluit of sy swanger wil raak of nie. Vroeg in haar swangerskap moet sy ook besluit of sy met die swangerskap wil voortgaan of die swangerskap wil laat termineer (South Africa, 2002a:9)

In Potchefstroom kry swanger vroue gewoonlik met hul eerste voorgeboortebesoeke die geleentheid om vir MIV getoets te word. Die voortoetsberading word in 'n groep gedoen, en die toets is vrywillig. Die resultate word vertroulik gehou en individueel met elke vrou tydens 'n natoetsberadingsessie bespreek. Die uitslag word nie op die vrou se kaart aangedui nie en dit is haar eie keuse wie sy oor die uitslag wil inlig. Vroue in baring wat nie die voorgeboortekliniek besoek het nie, kan met behulp van 'n kitstoets in die hospitaal getoets word wanneer hulle reeds in kraam is, maar die omstandighede is nie optimaal vir behoorlike berading nie (Pretorius, 2002:1). Daar word aanbeveel dat 'n kitstoets wat positief wys, opgevolg moet word met 'n ander MIV-toets omdat talle vals positiewe toetse voorkom. Behandeling kan intussen op die uitslag van die kitstoets

gebaseer word, maar die vrou se status sal eers met 'n volgende positiewe toets bevestig kan word (CDC, 2001:74).

2.9.2 Wysies om ingeligte toestemming vir toetsing te hanteer

Die Wêreldgesondheidsorganisasie beveel aan dat alle vroue na berading, toegang moet hê tot 'n vrywillige MIV-toets (Day, 1999:167). Nie alle vroue maak van die geleentheid gebruik nie en daar is bevind dat net 35% van die vroue in die Verenigde Koninkryk wel versoek het om getoets te word. Daar is bevind dat baie meer vroue bereid was om hulle te laat toets indien die MIV-toets as een van die roetine voorgeboortetoetse wat altyd gedoen word tensy die kliënt weier, aangebied word, in plaas daarvan dat hulle aktief daarom moes vra (Simpson *et al.*, 1999:1661).

Die "Centre for Disease Control" in die Verenigde State van Amerika het in 2001 hul riglyne vir die toets vir MIV by swanger vroue aangepas. Volgens die nuwe riglyne word MIV-toetsing as deel van die roetine voorgeboortesorg van alle vroue beskou. Vroue moet ingelig word dat hulle vir MIV getoets word en dat hulle 'n reg het om die toets te weier. Voortoetsberading word in die VSA afgeskaal om die proses te vereenvoudig. Inligting oor die toets en ander inligting oor MIV/VIGS word wel deur voorligting en deur middel van pamflette oorgedra, maar is nie 'n voorvereiste vir toetsing nie. MIV-positiewe vroue ontvang natoetsberading en word vir psigologiese, maatskaplike en regsondersteuning verwys as hulle probleme soos diskriminasie, viktimisasie en verhoudingsprobleme ondervind (CDC, 2001:72). Die redes waarom sommige vroue weier word opgevolg, en later tydens die swangerskap word geleentheid weer geskep om die toets te laat doen (CDC, 2001:76).

Volgens Postma *et al.* (1999:1656) is universele vrywillige MIV-toetsing koste-effektief in gebiede waar meer as 5/10 000 swanger vroue nie bewus is van hul positiewe MIV-status nie. Die koste van die toetse is minder as wat dit sou kos om 'n MIV-positiewe vrou en haar baba tot hul dood toe te moet behandel.

In Suid-Afrika is gratis toetse nog nie oral in die land beskikbaar nie. Die Departement van Gesondheid van Suid-Afrika beskou die uitbreiding van gesondheidsdienste waar vrywillige MIV-toetse na berading ("Voluntary counselling and testing", VCT) beskikbaar

is, as 'n priortiteit in die totale MIV/VIGS bekampingsprogram. Die verskaffing van hierdie diens maak ook deel uit van die PMTCT-program. In die 2001/2002 Jaarverslag van die Nasionale Departement van Gesondheid word aangedui dat daar teen April 2002, 691 dienste bestaan het wat VCT aanbied (South Africa, 2002b:39).

2.9.3 Faktore wat 'n vrou se keuse om 'n MIV-siftingstoets te ondergaan, beïnvloed

In ontwikkelde lande word MIV-toetse tydens swangerskap deur die meeste swanger vroue as voordelig beskou, omdat effektiewe behandeling en die uitvoer van advies om borsvoeding te vermy die moeder in staat stel om MIV-oordrag na haar baba te voorkom. As haar positiewe status aan haar bekend is, bemagtig dit ook die vrou om 'n ingeligte besluit te neem aangaande toekomstige swangerskappe. Tydens die berading kry MIV-negatiewe vroue inligting oor hoe om infeksie in die toekoms te voorkom (Sanne & Smego, 1998:39).

Sommige vroue in die VSA weier om die toets te laat doen, al kan hulle antiretrovirale middels ontvang. Van die redes wat hulle aanvoer is vrees vir 'n positiewe uitslag, vrees vir geweld van haar eggenoot as die uitslag positief is, vrees vir stigmatisering of diskriminasie of 'n kennisgebrek aangaande die gevolge van die toestand. Daar word aanbeveel dat vroue deur middel van gesondheidsvoorligting en deur 'n vertrouensverhouding met hulle op te bou, oorgehaal moet word om die toets tog te ondergaan. Daar is ook vroue wat op grond van 'n vorige negatiewe toets weier om weer getoets te word. Hierdie vroue moet ingelig word dat hul status intussen kon verander het en dat 'n toets tydens swangerskap dus belangrik is (CDC, 2001:75).

Die situasie in ontwikkelende lande verskil hiervan. Vroue wat in Kenia aan 'n studie oor die voorkoming van moeder-na-kindoordrag deelgeneem het, is uitgevra oor hoe hulle daarvoor voel om oor hul MIV-positiewe status ingelig te wees. Sewe en sewentig persent van die vroue het dit as nuttig beskou dat hulle bewus is van hul status, hoofsaaklik omdat dit hulle in staat stel om beter na hul eie en hul baba se gesondheid om te sien, terwyl 15% dit nie as nuttig beskou nie omdat dit hulle depressief maak en omdat VIGS tog nie genees kan word nie (Gaillard *et al.*, 2000:334). Dit sal moeilik wees om vroue van die voordele van toetsing te oortuig as hulle nie meen dat dit vir hulle voordeel inhou om oor hul status ingelig te wees nie. Novello *et al.* (2000:401) het bevind dat meer

vroue bereid was om getoets te word, na 'n program waartydens antiretrovirale middels verskaf word, ingestel is. Dit sal moontlik ook dwarsdeur Suid-Afrika die geval wees, sodra antiretrovirale middels aan alle MIV-positiewe vroue beskikbaar is.

2.9.4 Praktiese oorwegings ten opsigte van MIV-toetsing

Dabis *et al.* (2000:1018) meld dat die infrastruktuur wat beskikbaar is vir vrywillige toetsing met voor- en naberading, antiretrovirale middels sowel as voorligting en ondersteuning ten opsigte van 'n keuse van babavoedingswyse in die meeste ontwikkelende lande suboptimaal is. Daar is ook in die loodsprojek van die program ter voorkoming van moeder-na-kindoordrag in Suid-Afrika tot die gevolgtrekking gekom dat die gehalte van die vrywillige berading en toetsingdiens deurslaggewend is vir die sukses van die program (South Africa, 2002b:37).

Elke vrou het die reg om nie te wil weet wat haar status is nie, maar dit sal waarskynlik minder voorkom as inligting oor die voordele van programme om moeder-na-kindoordrag te voorkom, meer algemeen beskikbaar word. Die uitslag moet gou bekend wees sodat die geskikste intervensies kan volg indien die uitslag positief is. Kitstoetse (*rapid tests*) kan die probleem dat die uitslag nie vinnig beskikbaar is nie, oplos (De Cock *et al.*, 2000:1180). Daar is egter vrae rakende die doeltreffendheid van die berading wat daarmee gepaard gaan. Die Wêreldgesondheidsorganisasie (WHO, 1998:2) noem ook die probleem dat die kitstoetse nie die beste keuse is nie, omdat 'n vrou tyd nodig het om al die inligting te verwerk.

Volgens UNAIDS (1996:287) is dit verkieslik om die swanger vrou se maat saam met haar te laat toets (Couple testing), omdat dit tot gesamentlike verantwoordelikheid van ouerskap kan bydra. Dit sal ook bydra om uiteindelik die probleem van stigmatisering op te los. Gesamentlike toetsing na voortoetsberading word deur Painter (2001:1399) as die ideaal voorgelê. Al is die maat gewoonlik nie by die voortoetsberading betrokke nie, beïnvloed hy wel die besluite wat die vrou op grond van die berading moet neem, byvoorbeeld om haar te laat toets of nie, om terug te gaan vir die uitslag of nie en om die uitslag bekend te maak al dan nie. Daar is volgens hom in verskeie Afrikalande bevind dat 'n beter reaksie ten opsigte van die verandering van hoërisikogedrag voorgekom het wanneer 'n paartjie saam getoets is, as wanneer die vrou alleen getoets word (Painter,

2001:1399). Dit is dus verkieslik dat die man reeds uit die staanspoor by die voortoetsberading reeds betrokke is. "Couple HIV testing" word ook in die voorlopige verslag oor die loodsstudie van die Suid-Afrikaanse program ter voorkoming van moeder-na-kindoordrag, genoem as intervensie wat sal help om stigmatisering en vooroordeel te beperk (McCoy *et al.*, 2002:iv). Volgens Jackson (2002:145) kan die volgende strategieë gebruik word om mans meer betrokke te kry:

- Bewusmakingsveldtogte in die gemeenskap om mans en vroue in te lig oor die voordele van MIV-toetsing – veral voor en tydens swangerskap, ten einde die baba teen moontlike infeksie te beskerm;
- Deur gesamentlike toetsing aan te moedig by voorgeboorteklinieke waar vroedvroue mans welkom laat voel of deur verwysing na ander klinieke;
- Deur beradings- en toetsdienste beter aan die gemeenskap as geheel bekend te stel en toeganklik te maak.

Tallis (1997:5) het bevind dat die meeste MIV-positiewe vroue wat deelgeneem het aan die studie wat gehandel het oor die psigo-sosiale impak van MIV en swangerskap, nie in die ideale omstandighede getoets is nie. Min vroue het ingeligte toestemming tot die toets gegee en baie min voor- en natoetsberading het plaasgevind. Die meeste het nie verstaan wat die uitslag van die toets beteken nie, of hoe dit hul swangerskap raak nie. Al die vroue het emosionele trauma beleef en het emosies soos skok, skuldgevoelens, vrees, isolasie, angs en depressie ondervind. Daar was geen ondersteuning om die uitslag te verwerk nie. Net 'n paar van die vroue het gekies om hul maats in te lig oor hul status, en baie van hulle is toe verwerp en selfs mishandel. Shah en Shah (2000:467) het in Indië bevind dat vroue (en soms paartjies) deur die gemeenskap verwerp en mishandel word as hul MIV-positiewe status bekend word. Ook Gaillard *et al.* (2000:334) het met hul navorsing in Kenia bevind dat net 32% van die MIV-positiewe vroue wat in 'n stabiele verhouding verkeer, die vrymoedigheid gehad het om die uitslag van hul MIV-toets met hul mans te deel. Ses persent van die vroue is mishandel of die verhouding is deur die man beëindig. Net nege van 22 vroue wat deel vorm van 'n steungroep vir MIV-positiewe vroue in Soweto, het hul mans of maats vertel dat hulle MIV-positief is. Die ander was bang dat hulle verwerp sal word en dan nie finansieël die mas sal opkom nie. Een vrou se man het gedreig om haar dood te maak as sy MIV-positief is (Swanepoel, 2002:17).

In Potchefstroom word die uitslag van die MIV-toets nie op die pasiënt se kaart aangebring nie en dit is haar keuse wie sy oor die uitslag wil inlig (Pretorius, 2002). Hierdie beleid beskerm die regte van die pasiënt maar bemoeilik die sorg aan haar en haar baba. As dit bekend raak dat vroue tydens kraam toegang het tot antiretrovirale middels, sal hulle heel waarskynlik meer geneë wees om hul positiewe status openlik aan die gesondheidspersoneel bekend te maak.

Doeltreffende geïndividualiseerde gesondheidsvoorligting kan nie gegee word as die pasiënt se status nie aan die gesondheidswerkers bekend is nie. Dienste in Suid-Afrika maak van 'n verskeidenheid metodes, byvoorbeeld verskillende kleure afspraakkaarte of kodes gebruik om 'n aanduiding van 'n vrou se MIV-status aan die gesondheidspersoneel te gee sonder om dit direk op haar kaart aan te bring, met die oog daarop dat die vertroulikheid ten opsigte daarvan nie by haar huismense in gevaar gestel word nie. Tydens die loodsstudie van die moeder-na-kindoordrag voorkomingsprogram is ook bevind dat sommige vroue se kaarte "verlore" geraak het as direk daarop aangedui is dat die vrou aan die program deelneem (en dus MIV-positief is). Daar is toe ook eerder van kodes gebruik gemaak (McCoy *et al.*, 2002:67). Dit bly egter 'n onbevredigende situasie omdat die vrou se status wel op 'n manier bekend kan word en 'n vrou dan die gesondheidspersoneel kan kwalik neem vir die bekendmaking van haar status. Die situasie sal eers normaliseer wanneer die stigma wat aan MIV-positiewe persone kleef verdwyn en MIV/VIGS net soos enige ander chroniese siekte hanteer word.

❖ *Implikasie ten opsigte van voorgeboortevorligting*

Alle swanger vroue moet voorligting ontvang aangaande die waarde daarvan om oor hul eie MIV-status ingelig te wees. Verkieslik moet hulle reeds voor die swangerskap saam met hul maats getoets word. Swanger vroue moet ook voorligting ontvang aangaande die oorsake en aard van MIV/VIGS. As lede van die gemeenskap kan hulle ook 'n bydrae daartoe lewer om MIV/VIGS soos enige ander siekte te beskou sodat die stigma wat daarmee gepaard gaan, geleidelik afneem en verdwyn. Vroue wat self MIV-positief is, moet die waarde daarvan insien om hul status aan die gesondheidspersoneel bekend te maak sodat hulle optimale sorg kan ontvang, en alle moontlike maatreëls getref kan word om oordrag van MIV na die baba te voorkom.

2.10 WYSES WAT GEBRUIK WORD OM INLIGTING AAN SWANGER VROUE OOR MIV/VIGS EN BABAVOEDING TE VERSKAF

Omdat die vrou self 'n belangrike rol speel by die voorkoming van vertikale oordrag weens die besluite wat sy neem, is korrekte inligting waarop hierdie besluite gebaseer is, belangrik. Blamey (1997:20) en Seidel (1998:72) wys op die menseregtekonsekwensies van die mens se reg om besluite te neem op grond van inligting wat verskaf moet word. Swanger vroue het die reg om inligting te ontvang oor die wenslikheid daarvan om oor hul MIV-status ingelig te wees en bewus te wees van die risiko van moeder-na-kindoordrag wat verbonde is aan gemengde voeding sowel as van die risiko daaraan verbonde om nie te borsvoed nie.

Du Plessis *et al.* (2000:695) het bevind dat, alhoewel die meeste swanger vroue wat aan hul studie deelgeneem het oor 'n redelike kennis ten opsigte van die seksuele oordrag van MIV beskik het, die meeste vroue nie bewus was van die moontlikheid van oordrag deur borsmelk van 'n MIV-geïnfekteerde moeder nie. In 'n studie oor die invloed van die moeder-na-kindoordrag bekampingsprogram op die babavoedingspraktyke van MIV-positiewe moeders in Khayelitsha, Wes-Kaap, is bevind dat 80% van die moeders oor kennis beskik het aangaande moeder-na-kindoordrag maar dat slegs 27% bewus was daarvan dat MIV deur borsmelk oorgedra kan word (Chopra & Piwoz, 2000:157).

Die inligting waaroor 'n swanger vrou beskik wanneer sy besluit oor 'n voedingswyse vir haar baba kom uit verskillende bronne, naamlik deur opvoedings- en kommunikasieveldtogte aan die publiek, voorgeboortevoorligting en MIV/VIGS-berading - veral voor- en natoetsberading.

2.10.1 Inligting, opvoedings- en kommunikasieveldtogte

Inligting oor MIV/VIGS kry deurentyd aandag in die gedrukte en elektroniese media. Grilli *et al.* (2002:1) het met 'n sistematiese oorsig van navorsing oor die effektiwiteit van massamedia veldtogte ten opsigte van die gebruik van gesondheidsdienste bevind dat dié tipe veldtogte wel effektief is om inligting mee oor te dra. Hulle beveel dan ook aan dat navorsers hiervan gebruik moet maak om inligting oor effektiewe intervensies aan die publiek oor te dra. Akkurate inligting wat algemeen bekend word, sal wanpersepsies,

mites en ouvroustories beperk sodat vrees, stigmatisering en isolasie afneem (Lindsey, 2001:9-1)

Volgens Luo *et al.* (2000:72) moet die breë gemeenskap inligting oor die voorkoming van vertikale oordrag ontvang, aangesien die MIV-positiewe swanger vrou of moeder nie in isolasie haar besluit neem oor die geskikste voedingswyse vir haar baba nie. Ook Rantona *et al.* (2000:197) meld dat dit vir swanger vroue in Botswana moeilik is om besluite (oor of hulle getoets wil word, of hulle antiretrovirale middels gaan neem en of hulle gaan borsvoed of gratis formulevoeding vir hul babas gaan gee) te neem sonder die ondersteuning van die vader van die baba, die uitgebreide gesin en die plaaslike gemeenskap. Die gemeenskap beskik nie oor genoegsame kennis om die vrou in haar besluite te ondersteun nie. Hulle beveel dan ook aan dat inligtingsveldtogte inligting oor moeder-na-kindoordrag moet insluit en op swanger vroue, hul maats, uitgebreide gesinslede sowel as die breë publiek moet fokus (Ratona *et al.*, 2000:197).

Die breë publiek ontvang dikwels inligting oor MIV/VIGS in die algemeen, maar in die media kry vertikale oordrag en veral oordrag deur borsmelk min aandag. In die jongste tyd geniet die rol wat antiretrovirale middels kan speel wel aandag, maar die verskillende veilige voedingskeuses ontvang nog nie genoeg aandag in die media nie. McCoy *et al.* (2002:vi) noem dan ook dat, alhoewel heelwat publisiteit aan die Suid-Afrikaanse regering se standpunt rakende die verskaffing van *Nevirapine* gegee is, die beleid en standpunt rakende babavoeding en die uitdeel van gratis formulevoeding verwaarloos word. Hulle noem ook dat, hoewel die langtermynmikpunt veilige, bekostigbare eksklusiewe formulevoeding vir alle babas van MIV-positiewe moeders is, universele formulevoeding in die huidige omstandighede tot verhoogde morbiditeit en mortaliteit as gevolg van ander siektes, sowel as gemengde voeding wat tot verhoogde moeder-na-kindoordrag aanleiding gee, kan lei.

Pamflette en plakkate kan ook aangewend word om die inligting oor moeder-na-kindoordrag aan die publiek oor te dra (Lindsey, 2001:9-5). Televisie- en radioprogramme kan ook 'n belangrike rol speel om die breë publiek in te lig.

2.10.2 Voorgeboortevoorligting

Voorligting aan swanger vroue in groepsverband word normaalweg tydens die voorgeboortetydperk gegee. In die privaatopset word spesiale voorgeboorteklasse aangebied met benamings soos: perinatale onderrig, geboorteonderrig of voorgeboorteonderrig. In 'n proefskrif oor standarde vir perinatale onderrig (Richter, 2000:5) word gemeld dat dit onwaarskynlik is dat jong, ongetroude vroue en dié van 'n lae sosio-ekonomiese status formele perinatale klasse sal bywoon. Dit stel 'n uitdaging omdat dit juis die babas van hierdie moeders is wat 'n hoë risiko ten opsigte van gesondheid loop. Die doel van gesondheidsonderrig, en ook perinatale onderrig is gerig op die verbetering of beskerming van gesondheid deur vrywillige verandering in gedrag. Persoonlike onderrig verbeter kennis met betrekking tot gesondheid, verbeter 'n kliënt se selfbeeld en lei tot selfbemagtiging (Richter, 2000:7). Deelnemers aan Richter (2000:50) se studie het aangetoon dat hulle 'n behoefte daaraan het dat inligting aangaande MIV en borsvoeding by die program ingesluit moet word.

Die boeke oor voorgeboortevoorligting wat oorsee gepubliseer is, maak melding daarvan dat babavoeding bespreek moet word, maar meld nie spesifiek die dilemma betreffende MIV en borsvoeding nie (Nolan, 1998:72; Nichols & Humenick, 1988:71). Die rede hiervoor is waarskynlik omdat MIV nie so algemeen in die ontwikkelde lande voorkom nie, en formulevoeding algemeen aanbeveel word, wanneer dit wel voorkom. Volgens een van die jongste uitgawes van 'n handboek vir vroedvroue wat in die Verenigde Koningryk gepubliseer is, moet 'n vroedvrou die inhoud van ouerskapvoorligtingsessies by die behoeftes van die groep aanpas (Bennett & Brown, 1999:197). Dit sou dus sin maak om in die Suid-Afrikaanse opset, waar 'n hoë insidensie van MIV/VIGS onder swanger vroue voorkom, die voor- en nadele van die verskillende voedingskeuses by die kurrikulum in te sluit. Waanders (1999:87), wat navorsing oor borsvoeding in Potchefstroom gedoen het, noem spesifiek dat swanger vroue inligting moet ontvang oor MIV en ander seksueel oordraagbare siektes.

In die openbare opset word daar ook voorgeboortevoorligting gegee. Dit kan die vorm aanneem van 'n lesing of praatjie aan die groep wat byvoorbeeld wag om deur die vroedvroue ondersoek te word. Die klasse kan deur vroedvroue of gesondheidsvoorligters aangebied word. By klinieke in die Potchefstroom-distrik word praatjies oor 'n verskeidenheid temas (ook oor moeder-na-kindoordrag van MIV) aangebied (Pretorius, 2002).

Seidel (1998:70, 73) wys op die teenstrydigheid met algemene voorligting wat steeds net die "Breast is best"-boodskap uitdra, terwyl moeders wat in 'n posisie is om 'n besluit te moet neem, nie die nodige inligting oor die risiko wat borsvoeding en gemengde voeding ten opsigte van MIV-oordrag kan inhou ontvang nie. Dit wil voorkom of die voorligting aangaande babavoeding wat versprei word met behulp van plakkaat en pamflette en voorligtingspraatjies wat vanuit klinieke aangebied word, nog nie by die realiteit van MIV aangepas is nie. Binne die realiteit van 'n hoë infeksiesyfer in die Noordwes Provinsie (25,2%) en die feit dat die status van die meeste vroue onbekend is, moet die voorligting in groepsverband of met individuele vroue wie se status nie aan die gesondheidswerker bekend is nie, aangepak word asof die vroue in 'n hoërisikogroep val.

Die voor- en nadele van al die voedingswyses en veral die praktiese aspekte verbonde aan die gebruik van die "veiliger" keuses moet uitgespel word. Coutsoudis *et al.* (2001b:24), wat baanbrekerswerk gedoen het aangaande navorsing oor die verlaagde risiko van moeder-na-kindoordrag van MIV by babas wat eksklusiewe borsvoeding ontvang het, wys ook op die belangrikheid daarvan om reeds voor die geboorte voorligting aangaande hierdie aspek aan moeders te gee. Afgesien van voorligting oor eksklusiewe borsvoeding – wat dit beteken en hoe dit toegepas kan word ten spyte van sosiale druk en die praktiese aspekte daaraan verbonde om vinnige te speen sodra daar met vaste kos begin word - moet aandag ook geskenk word aan die voorkoming van borsprobleme, die tegniek verbonde aan uitmelk en aan pasteurisasie en koppievoeding.

Die moeder wat kies om formulevoeding te gee, moet die volgende inligting tydens die swangerskap ontvang (Waanders, 1999:116):

- Moeders moet hul eie formulevoeding en koppie/bottels na die hospitaal saambring, omdat dit nie in die hospitale voorsien word nie.

-
- Daar moet bykomende sorg verleen word om hierdie babas teen infeksie te beskerm omdat die baba nie voordeel trek uit die beskermende meganismes van wat borsvoeding sou kon bied, nie.
 - Inligting oor die voorbereiding van formulevoeding asook die steriliseer van toerusting word net gegee aan moeders wat reeds gekies het om formulevoeding te gee asook aan kinderversorgers wat moontlik die babas sal moet versorg.
 - Moeders moet kennis dra van die finansiële implikasies daarvan om formulevoeding te gee en ook van die risiko's ten opsigte van die baba se gesondheid.
 - Die moeders moet ook gewys word op die gevaar daarvan om met geleentheid wel te borsvoed. Geen borsvoedings moet gegee word nie.
 - Vroue moet voorligting ontvang oor hoe om laktasie te onderdruk terwyl hulle glad nie borsvoed nie. Volgens Enkin *et al.* (2000:468) kom meer simptome van borsongemak in die eerste week voor as 'n vrou nie-farmakologiese metodes soos om die borste op te bind en vloeistofinname te beperk gebruik, maar na drie weke is die simptome weer meer by vroue wat farmakologiese middels gebruik.

Die fokus by hierdie studie val juis op die voorgeboortevoorligting wat in groepsverband gegee word. Die empiriese deel verken en beskryf die kennisvlakke van beide die vroedvroue wat in die voorgeboorteklinieke werk en die van die swanger vroue wat hierdie klinieke besoek. Alhoewel erken word dat die swanger vroue hul kennis ook uit ander bronne kan bekom, kan die vroedvroue 'n betekenisvolle bydrae tot die vroue se kennis lewer deur voorgeboortevoorligting in die klinieke te gee.

2.10.3 Berading

Volgens die Wêreldgesondheidsorganisasie (WHO, 1998) is berading 'n gesprek waardeur 'n individu in staat gestel word om besluite te neem en om maniere te vind om die situasie te hanteer. Berading is nie dieselfde as adviseer of voorskryf nie. Daar is tog verskillende benaderings tot die gee van hierdie "berading". So beveel Evian (2000:222) aan dat 'n vrou deeglik uitgevra moet word aangaande haar omstandighede wat faktore soos beskikbaarheid van skoon water, sanitasie, geskiedenis van babasterftes binne een jaar insluit, en dat die berader dan op grond van hierdie beraming 'n aanbeveling ten opsigte van die korrekte voedingskeuse vir die vrou in haar spesifieke omstandighede, maak. Daarenteen beveel van Dyk (2001:31) aan dat 'n vrou volledige

inligting ontvang oor die voor- en nadele van die verskillende voedingskeuses sodat sy self 'n ingeligte besluit op grond daarvan kan maak. Die amptelike beleidsriglyne van die Departement van Gesondheid (South Africa, 2002a:13) beveel aan dat die verskillende babavoedingswyses en spesifiek die voor- en nadele van borsvoeding gedurende die berading van MIV-positiewe vroue bespreek moet word.

Volgens De Vincenzi (1998:7) is berading 'n intensiewe, tydrowende proses wat 'n hele reeks van die kliënt se probleme moet ondervang. Elke kliënt moet voor- en natoetsberading ontvang en die wat MIV-positief, is ook verdere berading en ondersteuning. In die geval van swanger en postpartum vroue moet die berading inligting en hulp met die neem van 'n ingeligte besluit aangaande die geskikste voedingswyse vir haar baba insluit. Tydens die natoetsberadingsessie, wanneer die uitslag en die konsekwensies daarvan aan 'n vrou gestel word, kan individuele voorligting aan 'n MIV-positiewe vrou gegee word. Rekening moet gehou word daarmee dat die skok van die uitslag die retensie van inligting wat oorgedra is, nadelig kan beïnvloed. Die vrou moet aangemoedig word om vir 'n opvolgessie terug te kom.

Die realiteit van groot getalle pasiënte en dienste wat oorstroom word, bring mee, dat berading nie altyd optimaal gedoen kan word nie. Ross (2000:2207) het bevind dat MIV-positiewe moeders selfs na 'n natoetsberadingsessie nog nie oor genoegsame kennis beskik het, om 'n ingeligte besluit oor die keuse van die geskikste babavoedingswyse vir hul babas te neem nie.

Volgens die voorlopige verslag oor die loodsstudie van die Suid-Afrikaanse regering se program ter voorkoming van moeder-na-kindoordrag word berading ("counselling") dikwels in 'n eng sin van voortoetsberading om toestemming vir die doen van die toets en natoetsberading om die uitslag te bespreek, gesien. Daar word aanbeveel dat meer aandag aan aspekte soos die bemagtiging van vroue met kennis (t.o.v. geboorte, MIV/VIGS, moeder-na-kindoordrag asook babavoeding), volgehoue psigologiese en emosionele ondersteuning aan MIV-positiewe vroue en raad oor die bekendmaking van diagnose asook verwysing na gemeenskapsgroepe en finansiële bronne geskenk moet word (McCoy *et al.*, 2002:39). Enkin *et al.* (2000:467) wys op die emosionele konflik wat 'n MIV-positiewe vrou moet hanteer tussen die moederinstink wat dring dat sy graag

haar baba aan haar bors wil voed, en die wete dat sy haar baba kan infekteer as sy wel borsvoed.

Die seleksie van die persoon wat die berading gaan behartig, is baie belangrik. De Vincenzi (1998:9) wys daarop dat die gesondheidswerkers wat by berading betrokke is oor die regte kennis moet beskik. Verder is dit ook belangrik dat die persoon wat die berading doen, deur die gemeenskap aanvaar moet word. Seidel (1998:77) wys daarop dat gesondheidspersoneel wat vroue moet help om 'n ingeligte besluit te neem daarmee rekening moet hou dat vroue moontlik onwillig sal wees om die faktore wat hul ingeligte besluit kan beïnvloed (kulturele druk, finansiële tekort of ver afstande wat geloop moet word om skoon water of brandhout te bekom) bekend te maak aan 'n persoon wat nie deel van die gemeenskap uitmaak nie. Persoonlikheidseienskappe is ook belangrik omdat MIV-positiewe persone net hul probleme sal deel met iemand wat hulle vertrou. So 'n persoon moet hartlik en eerlik wees en ander mense met respek behandel. Die pasiënt moet seker wees daarvan dat vertroulikheid nie verbreek sal word nie (Van Dyk, 2001:211). Die personeel wat by berading betrokke is, moet dus spesiaal geselekteer word.

Afgesien van verpleegkundiges/vroedvroue word maatskaplike werkers of gemeenskapsgesondheidswerkers as voorligters en beraders aangewend. In die Oekraïne is 'n projek van stapel gestuur waarin spesiaal geselekteerde, goed opgeleide MIV-geïnfekteerde moeders as eweknieberaders gebruik is om voor- en naberading te gee (Maede, 2001:15-16). Ook Painter (2001:1402) bespreek die moontlikheid om MIV-positiewe persone wat hul diagnose goed verwerk het, na hulle opleiding as beraders aan te wend. McCoy (2002:36) beskou die aanwending van lekeberaders uit die gemeenskap as een van die sukseselemente van die Suid-Afrikaanse loodsprogram om moeder-na-kindoordrag te beperk. Probleme ten opsigte van die eenvormige opleiding, bestuur en vergoeding van die beraders is ondervind, maar dit is grootliks opgelos. Die beraders speel 'n kritieke rol en hul dienste word aangevul deur verpleegkundiges, vroedvroue in die klinieke en sale sowel as mediese praktisyns. 'n Probleem word ondervind met die feit dat die lekeberaders by 'n sentrale plek opleiding ontvang en die vroedvrou wat in 'n spesifieke kliniek werksaam is, dikwels nie insae het in die opleiding van die beraders nie, en dus nie weet watter inligting deur hulle aan pasiënte oorgedra word nie. Beter kommunikasie kan hierdie probleem oplos.

2.11 DIE ROL VAN DIE GESONDHEIDSWERKER BY VOORGEBOORTE-VOORLIGTING

Die gesondheidswerker (en ook die vroedvrou) het 'n besondere verantwoordelikheid om toe te sien dat die korrekte inligting aan die moeder verskaf word. Gebrekkige kennis en die verkeerde houding van die gesondheidswerkers kan die sukses van vertikale-oordragprogramme benadeel.

Alhoewel daar ook ander professionele (en nieprofessionele) persone betrokke is by die voorligting en berading oor MIV-oordrag en babavoeding, is die vroedvrou die gesondheidswerker wat die meeste kontak het met swanger vroue en gewoonlik in beheer is van die voorligtingsprogram. Die kennisvlak van die vroedvrou is dus bepalend ten opsigte van die inligting wat aan swanger vroue oorgedra word.

Handboeke wat in die opleiding van vroedvroue gebruik word, bevat min wetenskaplike inligting oor MIV en die voor- en nadele van die verskillende voedingskeuses. Boeke uit die Verenigde State van Amerika (Olds, 2000:370; Pillitteri, 1995:337) asook uit die Verenigde Koninkryk (Bennett & Brown, 1999:345) behandel die onderwerp vanuit 'n eerstewêreldperspektief, waar relatief min swanger vroue MIV-positief is, en waar antiretrovirale middels en formulevoeding wel deur die individu en/of staat bekostig kan word. Die babasterftesyfer as gevolg van infektiewe toestande soos gastro-enteritis en wanvoeding is laer as in die ontwikkelende lande, en formulevoeding kan relatief veilig gegee word.

In Suid-Afrikaanse handboeke (Sellers, 1993:767; Nolte, 1998:359) word die onderwerp ook net oppervlakkig gedek, en stel die inligting daarin vervaar, nie 'n vroedvrou in staat om genoegsame voorligting aan swanger vroue te gee sodat 'n ingeligte besluit geneem kan word nie. Daar is wel 'n module oor perinatale MIV/VIGS ontwikkel as deel van die Perinatale onderrigprogram (PEP: Perinatal Education Programme). Die program het ten doel om vroedvroue en mediese personeel wat in kraamdienste werksaam is, geleentheid te bied om deur selfstudie verdere onderrig te ondergaan – ook ten opsigte van perinatale MIV/VIGS (Woods, 1999:Unit 1-i). Die voltooiing van hierdie modules lei nie tot enige professionele kwalifikasie nie, maar is tog waardevol omdat addisionele

kennis en vaardighede daardeur bekom word. Daar word voorsien dat hierdie module aangepas sal word namate nuwe kennis deur navorsing bekend word.

Twee verskillende formele indiensopleidingskursusse wat handel oor MIV en babavoeding word deur die Nasionale Departement van Gesondheid aangebied. Na die verslag rakende die loodsstudie van die program ter voorkoming van moeder-na-kindoordrag pertinent gemeld het dat babavoeding die kwesbaarste area van die voorkomingsprogram blyk te wees en dat die gesondheidswerkers verward is omdat hulle teenstrydige boodskappe ontvang, is op aksies besluit. Dit het die ontwikkeling van 'n nuwe vyfdae kursus wat spesifiek handel oor babavoeding binne die konteks van MIV; die Prevention of mother to child transmission (PMTCT)-kursus en die aanpassing van die IMCI (Integrated management of childhood illness)-kursus, ingesluit (Goga *et al*, 2003:8).

Die PMTCT-kursus is gebaseer op navorsing oor perinatale MIV, asook kursusse van die Wêreldgesondheidsorganisasie oor borsvoedingberading asook hul MIV en babavoedingberadingskursus. Volgens Goga *et al* (2003:9) word die volgende inhoud ingesluit in 'n omvattende handleiding wat tans saamgestel word:

- Die voorkoms van MIV/VIGS in die verskillende provinsies;
- MIV/VIGS- basiese wetenskaplike kennis, en MIV-toetse vir moeders en babas;
- Oorsig van moeder-na-kindoordrag;
- Hantering van MIV-negatiewe vroue;
- Faktore wat die risiko van moeder-na-kindoordrag beïnvloed en hoe om dit te hanteer: voorgeboortelik, tydens kraam, na die geboorte en spesifiek rakende babavoeding;
- Oorsig van beradingsbeginsels en tegnieke;
- Verskillende beradingsituasies;
- Opvolg van die moeder en baba;
- Hantering van lae geboortegewig en siek babas;
- Gemeenskapsmobilisering;
- Ondersteuning vir die versorgers.

Die doel van hierdie kursus is om gesondheidswerkers in staat te stel om effektiewe, onpartydige babavoedingberading te kan gee, en die kennis en vaardighede te verskaf

om vroue in hul keuse van babavoedingswyse te ondersteun (Goga *et al*, 2003:10). Daar word beplan dat die kursus gedentraliseerd aangebied gaan word en fasiliteerders word tans opgelei.

Die IMCI-kursus wat deur alle gesondheidswerkers in primêre gesondheidsdienste deurloop moet word aangepas is aangepas deur meer inligting aangaande die voeding van die baba van 'n MIV-positiewe moeder, in te sluit en eenvormigheid met die PMTCT-kursus te verseker. Ten opsigte van die IMCI-kursus is terugvoer ontvang dat daar binne die kursus baie min tyd aan hierdie aspek afgestaan kan word, maar dat daar tog waardering daarvoor is dat die inhoud grootliks ooreenstem met die van die PMTCT-kursus (Goga *et al*, 2003:13).

Die vroedvroue wat nog nie hierdie kursusse deurloop het nie, beskik nie oor genoegsame kennis nie. Chopra *et al*. (2000:490) meld dat geen van die gesondheidswerkers met wie hulle onderhoude gevoer het, in staat was om "eksklusiewe" borsvoeding korrek te definieer nie. Hulle het ook nie geweet wat die risiko vir MIV-oordrag deur borsvoeding was nie. Volgens Dunnett en Chopra (2000:103) is gesondheidswerkers wat MIV-positiewe moeders volgens die beleid in Khayelitsha moet afraai om te borsvoed, ongemaklik daarmee en beskik hulle nie oor genoegsame kennis om dit te kan doen nie. Hul voorligting was vaag en hulle het 'n dubbele boodskap aan die moeders deurgestuurd. Die moeders het nie inligting gekry oor die gevare daarvan as hulle nie borsvoed nie en net die helfte het voorligting gekry oor hoe om die formulevoeding voor te berei. Volgens Sengwana *et al*. (2000:102) was al die moeders wat aan die studie in Khayelitsha deelgeneem het, se voedingspraktyke suboptimaal sodat hul babas aan die risiko van wanvoeding en infeksie blootgestel is, omdat hulle nie genoeg inligting oor die voorbereiding en gebruik van formulevoeding ontvang het nie.

In Suid-Afrika word vroedvroue deur die regulasies van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging gelas om borsvoeding te bevorder. Dit word egter pertinent in Reg. 2499 (Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, 1990:3) wat handel oor die voorwaardes waaronder geregistreerde vroedvroue en ingeskrewe vroedvroue hul beroep mag uitoefen, gestel dat vroedvroue vroue oor borsvoeding moet onderrig solank daar geen kontra-indikasie is nie. Die regulasie maak dus wel voorsiening daarvoor dat vir vroue

waar 'n kontra-indikase soos verhoogde risiko vir oordra van MIV voorkom, onderrig gegee kan word oor die veilige gebruik van borsmelksubstitute.

Omdat borsvoeding die afgelope 20 jaar so aktief bevorder is, word daar tydens die opleiding van gesondheidspersoneel min aandag aan die gebruik van kommersiële formules geskenk. Daar is 'n dringende behoefte daaraan om gesondheidswerkers op te lei sodat al die nodige inligting aan moeders oorgedra kan word om hul keuse van babavoedingswyse veilig uit te oefen (Seidel, 1998:72).

Die Internasionale etiese kode vir die bemarking van borsmelksubstitute het wêreldwyd 'n invloed gehad. Daarvolgens mag daar geen advertensies of direkte voorligting aan die publiek gegee word ten opsigte van borsmelksubstitute nie (Bergh, 1988:155). In Brittanje is 'n debat tussen ondersteuners van borsvoeding en die vervaardigers van formulemelk gevoer omdat vroue wat verkies om nie te borsvoed nie, nie die nodige voorligting kry om hul babas veilig met 'n bottel te voed nie (Carlisle, 1997:61). Carter (1996:150) wys ook daarop dat vroedvroue nie die optimale sorg aan al hul pasiënte verleen as hulle nie ook die vroue wat nie kan (of wil) borsvoed, ondersteun nie. Die formele en informele opleiding van gesondheidswerkers moet meer aandag aan die voor- en nadele sowel as aan die praktiese gebruik van die verskillende voedingswyses skenk.

Pinch (1994:40) beskou die probleem van MIV/VIGS uit 'n feministiese perspektief. Sy bespreek die faktore wat vroue besonder vatbaar maak vir die negatiewe invloede van MIV/VIGS. Verpleegkundiges moet volgens haar, in hul kontak met vroue, die komplekse faktore ten opsigte van die vrou se psigologiese en sosiale geskiedenis, haar selfpersepsie en die morele konflik wat sy moontlik ervaar, in ag neem. Dit is byvoorbeeld bekend dat vroue hulleself tekort sal doen terwille van hul kinders. Sommige sal ook die bestaan van die risiko ontken (en weier om 'n MIV-toets te ondergaan), sodat hulle nie met die moontlikheid dat hulle kinders dalk kan ly, gekonfronteer hoef te word nie. Vroedvroue moet dus onthou om vroue in hul sorg se omstandighede in ag te neem.

2.12 FAKTORE WAT DIE KEUSE VAN 'N MIV-POSITIEWE SWANGER VROU RAKENDE DIE GESKIKSTE VOEDINGWYSE VIR HAAR BABA KAN BEÏNVLOED

Verskeie faktore werk in op 'n swanger vrou en beïnvloed so haar keuse ten opsigte van 'n babavoedingswyse.

2.12.1 Kennis as faktor

Pinch (1994:41) wys daarop dat korrekte kennis noodsaaklik is voordat besluite op grond daarvan geneem kan word. Sy wys ook daarop dat die gee van voorligting aan vroue wat min beheer oor hul eie lewe (en besluite) het, 'n formidale taak is.

Alhoewel aanvaar kan word dat 'n minimum kennisvlak nodig is voordat 'n verandering van denke (en gedrag) kan plaasvind, is daar ten opsigte van die bevordering van borsvoeding bevind dat, al is goeie inligting in die vorm van aantreklike, duidelike inligtingspamflette aan moeders verskaf, dit skynbaar min invloed gehad het op die moeder se keuse van 'n voedingsopsie (Enkin *et al.*, 2000:440; Waanders, 1999:93). Die ondersteuning wat die moeder ten opsigte van haar keuse ontvang, speel net so 'n groot rol as die inligting wat sy ontvang. Die vroedvrou moet dus in ag neem dat al beskik 'n vrou oor al die korrekte kennis, sy nie net op grond daarvan haar besluit ten opsigte van die geskikste babavoedingswyse sal neem nie.

2.12.2 Sosiale druk en ander sosiokulturele faktore

Coutsoudis *et al.* (1999:475) het bevind dat MIV-positiewe moeders wat voorligting aangaande eksklusiewe borsvoeding ontvang het, maar toe wel ander voedsel saam met borsmelk gegee het, dit gedoen het weens sosiale druk. Ook Ross (2000, 2208) en Seidel (1998:75) het bevind dat moeders nie werklik 'n onafhanklike besluit kan neem nie, al ontvang hulle voorligting of berading. In gemeenskappe waar borsvoeding die kulturele norm is, is dit vir 'n vrou baie moeilik om daarteen te skop. Slegs baie selfhandhawende vroue sal daarin slaag om sonder ondersteuning 'n standpunt wat nie met die kulturele norme strook nie, in te neem en daarby te hou.

Seidel (1998:77) wys op die verskonings wat vroue in 'n gemeenskap waar borsvoeding as die norm beskou word moet voorhou. In KwaZulu-Natal word verskonings dat 'n vrou

se melk opgedroog is omdat sy getoor is deur drome deur die gemeenskap aanvaar, eerder as verklarings dat dit deur die dokter aanbeveel is. Sy beveel aan dat verklarings wat vir die gemeenskap aanvaarbaar is, eerder gebruik moet word. Vroue in Soweto wat lede is van 'n steungroep vir MIV-positiewe vroue en almal hul babas met formulemelk voed, gebruik verskonings soos dat hulle nie genoeg melk het nie, of dat 'n operasie borsvoeding onmoontlik maak (Swanepoel, 2002:17). Hierdie verskonings sal meer van pas wees in 'n stedelike omgewing.

Vroue se sosio-kulturele omstandighede, insluitend hul verhoudings in die gesin, speel 'n groot rol by hul besluitneming. Die Departement van Gesondheid (2002a:19) noem pertinent dat 'n program om die moeder-na-kindoordrag van MIV te bekamp, alleenlik sal slaag in 'n klimaat van sosiale ondersteuning en gemeenskapsbetrokkenheid. Dit is net moontlik as die breë gemeenskap oor die korrekte inligting beskik. Rantona *et al.* (2000:197) het in Botswana bevind dat die betrokkenheid van 'n vrou by 'n program om moeder-na-kindoordrag te beperk, en die keuses wat sy maak, byvoorbeeld oor die geskikste voedingswyse vir haar baba, in 'n groot mate deur haar man en die gemeenskap bepaal word. In sommige van die tradisionele Afrikakulture speel die skoonmoeder van die nuwe moeder 'n groot rol (Jackson, 2002:163).

Specter (1998:13) wys daarop dat keuses ook deur ander kulturele faktore beïnvloed word. Mense in die tradisionele Ugandagemeenskappe vind dit vreemd dat daar mense is wat dink dat, omdat die moeder moontlik nie gaan oorleef nie, alles moontlik nie gedoen word om die kind te red nie. Hulle kan ook nie verstaan dat daar vroue is wat nie verder wil voortplant nie – selfs al is hulle MIV-positief. In 'n tradisionele Afrikagemeenskap is die belange van die gemeenskap belangriker as dié van die individu. 'n Kind word beskou as 'n simbool deur wie 'n gemeenskap 'n afgestorwene kan onthou, en is dus altyd gewens (Specter, 1998:15).

2.12.3 Stigma as faktor

Vrees vir stigmatisering, veroorsaak dat projekte om vroue aan te moedig om getoets te word, om hul status aan hulle familie en vriende bekend te maak sodat hulle ondersteun kan word en om gedragsverandering te ondergaan, moeilik van die grond af kom. (McCoy *et al.*, 2002:16). Volgens Semba *et al.* (1999a:93) veroorsaak die stigma wat steeds aan MIV/VIGS kleef, dat waar omstandighede min ruimte vir privaatheid bied,

MIV-positiewe vroue sal borsvoed omdat enige ander voedingswyse haar MIV-status aan die gemeenskap sal openbaar. Dit verklaar waarom MIV-positiewe vroue leuens vertel as hul besluit om hul babas met formulemelk te voed, maar steeds hul MIV-status geheim wil hou (Swanepoel, 2002:17).

Aanmelding van alle VIGS-gevalle soos die geval is met ander aansteeklike siektes, kan moontlik bydra daartoe om die persepsie daarvan te normaliseer as synde 'n siekte soos baie ander. Dit kan daartoe bydra om die stigmatisering te temper. Grimwood *et al.* (2000:298) wys daarop dat so 'n beleid net kan slaag as prominente persone wat self MIV-positief is hul status bekend maak, anders sal dit die situasie vererger en die epidemie ondergronds dryf.

Om doeltreffend te kan wees, moet 'n program om moeder-na-kindoordrag te bekamp, ook 'n verandering in die gesindheid van die gemeenskap as geheel teweeg bring sodat die stigma wat aan die diagnose kleef, uit die weg geruim kan word (Dabis *et al.*, 2000:1023).

2.13 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is 'n literatuurstudie gedoen oor al die faktore wat 'n vroedvrou in ag moet neem by haar voorligting aan swanger vroue aangaande MIV en babavoeding. Nadat die voordele van borsvoeding omskryf is, is daar gekyk hoedat die risiko van vertikale oordrag van MIV deur borsmelk algaande duideliker geword het namate die verskillende faktore wat die risiko van vertikale oordrag deur borsmelk beïnvloed, bekend geword het. Hierdie faktore is of die baba eksklusiewe borsvoeding of gemengde voeding ontvang, die viruslading in die bloedstroom en die borsmelk van die moeder, die mate van deurlaatbaarheid van die vel of slymvlies asook die gestasie-ouderdom van die baba. Vervolgens is die risiko wat borsvoeding vir die MIV-positiewe moeder kan inhou onder die loep geneem.

Daarna is gekyk na die gebruik van borsmelksubstitute, spesifiek die keuse van die tipe borsmelksubstituut, die risiko verbonde aan die gebruik van borsmelksubstituut en die vereistes vir veilige voeding met borsmelksubstitute. Die risiko van die oorspoeleffek na MIV-negatiewe moeders en die gevaar daarvan vir hul babas is daarna van nader bestudeer.

Vervolgens is gekyk na bestaande beleidsdokumente oor en riglyne vir die bekamping van moeder-na-kindoordrag van MIV met besondere verwysing na die faktore wat tydens beleidsformulering in ag geneem moet word, die beleid in ontwikkelde lande, amptelike aanbevelings oor beleid wat deur internasionale organisasies gemaak is en die beleid in Suid-Afrika.

Aspekte betreffende onbekende MIV-status as faktor wat die implementering van riglyne beïnvloed, is vervolgens behandel. Daar is spesifiek gekyk na die geskikste tyd vir toetsing, wyses waarop ingeligte toestemming vir toetsing te hanteer moet word, faktore wat 'n vrou se keuse om 'n MIV-siftingstoets te ondergaan beïnvloed asook praktiese oorwegings ten opsigte van MIV-toetsing.

Daarna is gekyk na wyses wat gebruik word om inligting aan swanger vroue oor MIV/VIGS en babavoeding te verskaf. Die wyses is inligting, opvoedings- en kommunikasieveldtogte, voorgeboortevoorligting en berading. Die rol van die gesondheidswerkers in voorgeboortevoorligting het daarna aan die bod gekom. Laastens is die faktore wat die keuse van 'n MIV-positiewe swanger vrou oor die geskikste voedingwyse vir haar baba kan beïnvloed, naamlik kennis, sosiale druk, en ander sosio-kulturele faktore sowel as stigatisering behandel.

In Hoofstuk 3 word die navorsingsmetodologie wat gevolg in detail bespreek.

HOOFSTUK 3

NAVORSINGSMETODOLOGIE

3.1 INLEIDING

Die vorige hoofstuk is gewy aan 'n literatuurstudie wat handel die faktore wat vroedvroue in ag moet neem tydens die voorligting aan swanger vroue aangaande MIV-oordrag en babavoeding. Die literatuurstudie ondersoek die teoretiese konteks en begroning waarin die studie plaasvind.

Hierdie hoofstuk fokus op 'n volledige uiteensetting van die navorsingsontwerp, -metode, geldigheid en betroubaarheid asook etiese aspekte soos van toepassing in hierdie studie.

3.2 NAVORSINGSONTWERP

'n Eenvoudige opname-ontwerp met kwantitatiewe metodologie word gebruik om die kennis van vroedvroue en swanger vroue ten opsigte van moeder-na-kindoordrag van MIV en babavoeding asook die twee groepe se persepsies van watter faktore 'n swanger vrou se keuse van die geskikste babavoedingswyse beïnvloed, te verken en beskryf. Die opname-ontwerp is die laagste vlak nie-eksperimentele navorsingsontwerp en is verkennend en beskrywend van aard (Brink, 1999:109; LoBiondo-Wood & Haber, 1990:167).

Volgens Mouton en Marais (1992:450) word verkenning en beskrywing veral gebruik om 'n relatief onbekende terrein te ondersoek en dan noukeurig te beskryf. Dit kan dan dien as 'n voorondersoek tot 'n meer gestruktureerde studie van die verskynsel. Alhoewel navorsing reeds in die Wes-Kaap en KwaZulu-Natal gedoen is oor die kennis van MIV en moeder-na-kindoordrag waarvoor gesondheidspersoneel en swanger vroue beskik, is daar nie op babavoeding gefokus nie (Du Plessis *et al.*, 2000:693; Majeke *et al.*, 2000:390). Die beoogde doel van hierdie studie is om die situasie in die Noordwes Provinsie na te vors en die kennis in verband te bring met voorgeboortevoorligting aangaande MIV en babavoeding. Verdere navorsing kan fokus op aspekte soos die praktiese uitvoerbaarheid van die verskillende babavoedingswyses.

Van die voordele van 'n verkennende en beskrywende ontwerp, soos deur LoBiondo-Wood en Haber (1990:167) en Cresswell (1994:119) bespreek, is dat relatief baie inligting vinnig op 'n ekonomiese manier bekom kan word en dat akkurate inligting in verband met 'n spesifieke groep binne 'n spesifieke konteks verkry kan word. Een van die nadele is dat die inligting wat bekom word oppervlakkig is (LoBiondo-Wood & Haber, 1990:168). Dit is 'n geskikte ontwerp om in hierdie studie te gebruik aangesien relatief baie inligting op 'n ekonomiese manier bekom kan word via die vroedvroue en swanger vroue van die Potchefstroom-distrik. Die keuse van ontwerp is ook vanpas omdat resultate van hierdie studie kan dien as basis vir ander studies wat die aspek in meer diepte kan bestudeer. Eerstens moet byvoorbeeld vasgestel word wat die vlak van kennis ten opsigte van die verskillende voedingswyses is, voordat die houdings teenoor die praktiese uitvoerbaarheid daarvan verken kan word.

3.3 NAVORSINGSKONTEKS

Mouton en Marais (1992:51) onderskei tussen navorsing van kontekstuele belang en dié van 'n meer verteenwoordigende of universele belang. Studies met 'n kontekstuele navorsingstrategie poog om die verskynsel binne sy onmiddellike konteks te bestudeer omdat die verskynsel van intrinsieke belang vir die navorser is en nie om die bevindinge te veralgemeen nie. Hierdie studie word spesifiek in die konteks van die Potchefstroom-distrik uitgevoer omdat dit prakties makliker uitvoerbaar is en aangesien dit kan dien as vooronderzoek vir 'n detailstudie oor die voorkoms van moeder-na-kindoordrag in die Noordwes Provinsie.

Hierdie studie word uitgevoer binne die konteks van die Potchefstroom-distrik (Inwonertal 165 700) wat deel uitmaak van die suidelike streek van die Noordwes Provinsie van Suid-Afrika. Op die stadium toe data-insameling gedoen is (Desember 2002), was daar ses munisipale klinieke: Potchefstroomkliniek, Promosakliniek, Mohadinkliniek, Top Citykliniek, Lesegokliniek en Boiki Tlhapikliniek (Sedertdien is 'n sewende kliniek – Steve Tswetekliniek geopen). By al die klinieke word vorgeboorteklinieksessies op Maandae of Dinsdae aangebied.

Volgens die kwartaallikse statistiek vind gemiddeld 1500 tot 2000 besoeke per maand aan die vorgeboorteklinieke van hierdie munisipale klinieke plaas. **Besoeke** is nie noodwendig gelyk aan **pasiënte** nie, omdat swanger pasiënte aan die einde van hul swangerskap die kliniek meer as een keer per maand besoek.

Die besoekskedule, soos voorgeskryf in die Suid Afrikaanse Raad op Verpleging se Regulasie 2488 van 1990 (soos gebaseer op die Wet op Verpleging, No. 50 van 1978), word gebruik waar swanger vroue die kliniek ten minste een maal per maand besoek tot op 28 weke swangerskap, daarna elke twee weke tot week 36 en dan weekliks totdat die pasiënt in baring gaan. Almal word ook een maal tydens die swangerskap vir 'n mediese ondersoek na die geneesheer verwys, gewoonlik by die Potchefstroom Hospitaal se voorgeboortekliniek. Hoërisikopasiënte besoek die kliniek meer dikwels. Baie vroue besoek die kliniek eers op 'n laat stadium van die swangerskap vir die eerste keer en kom dus slegs enkele kere by die kliniek uit.

Twintig geregistreerde verpleegkundiges is by die ses munisipale gemeenskapsklinieke werksaam. Die geregistreerde verpleegkundiges in die gemeenskapsklinieke lewer 'n omvattende diens en is daarom ook as vroedvroue betrokke by die swanger vrou wat die voorgeboorteklinieke besoek.

'n Bloedtoets wat toets vir die teenwoordigheid van MIV-antiliggame, is by die klinieke beskikbaar en word aan alle swanger vroue wat die kliniek besoek, voorgestel. Die vrou wat bereid is om getoets te word se bloed word dan getrek na voor-toetsberading. Tydens 'n na-toetsberadingsessie word die uitslag vertroulik aan die vrou bekend gemaak. Hierdie na-toetsberading behels ook dat elke vrou individueel onder andere berading met betrekking tot die verskillende opsies van babavoeding wat vir haar beskikbaar is, ontvang. Die uitslag van die MIV-toets word nie op die kaarte aangeteken nie, en personeel wat nie betrokke was by die na-toetsberading nie, ken dus nie 'n spesifieke vrou se MIV-toetsuitslag nie.

Tydens die voorgeboortekliniekbesoek word die toestand van die swanger vrou, haar fetus en ook die vordering van die swangerskap met behulp van ondersoek beraam. Verpleegaksies kan dan beplan en geïmplementeer word ooreenkomstig die probleme en behoeftes wat tydens die beraming geïdentifiseer is. Verpleegaksies kan geïndividualiseerde gesondheidsvoorligting, gerusstelling, toedien of uitreik van medikasie volgens die Essensial Drug List-protokol of verwysing insluit. As die vroedvrou bewus is van 'n vrou se MIV-positiewe status, sal voorligting aangaande babavoeding ook tydens die geïndividualiseerde gesondheidsvoorligting gegee word. Die klinieke volg 'n voorligtingsprogram waartydens gesondheidsvoorligting aangaande verskillende temas van belang vir 'n swanger vrou in groepsverband aangebied word. Babavoeding en veral borsvoeding geniet ook tydens hierdie voorligtingsessies aandag. Dit is hierdie voorligting aangaande babavoeding wat in

groepsverband, met MIV-positiewe en MIV-negatiwe vroue saam in die groep, aangebied word, wat die fokus van hierdie studie is. Borsvoeding word gewoonlik in hierdie groepsvoorligting baie sterk gepromoveer, terwyl dit binne die konteks van die MIV/VIGS-epidemie nie meer noodwendig vir almal die regte keuse is nie, of moontlik aangepas moet word. Daar moet ook rekening gehou word met die 20-30% vroue wat MIV-positief is.

Die kennis van die swanger vroue sal dus afkomstig wees van gesamentlike groepsvoorligting, ander bronne soos radio, televisie of pamflette, en wat die MIV-positiewe vroue betref, ook inligting wat sy bekom het deur na-toetsberading en geïndividualiseerde gesondheidsvoorligting.

3.4 NAVORSINGSMETODE

Die navorsingsmetode sluit die steekproef, data-insameling en data-ontleding in.

Die doelstelling van die empiriese gedeelte van die studie lui soos volg: Bepaling van die vlak van vroedvroue en swanger vroue se kennis rakende moeder-na-kindoordrag en babavoeding asook hul persepsies van die faktore wat 'n swanger vrou se keuse rakende die geskikste babavoedingswyse beïnvloed.

3.4.1. Steekproef

Die populasie en steekproefneming wat tydens die eerste fase gebruik word, word vervolgens bespreek.

3.4.1.1 Populasie

Populasie 1: Vroedvroue wat in voorgeboorteklinieke in die Potchefstroom-distrik van die Noordwes Provinsie werksaam is.

Populasie 2: Swanger vroue van alle bevolkingsgroepe wat voorgeboorteklinieke in die Potchefstroom-distrik van die Noordwes Provinsie bywoon.

3.4.1.2 Steekproefneming en Steekproefgrootte

Steekproef 1 - Vroedvroue:

'n Omvattende steekproef wat die volle populasie insluit, word gebruik. Normaalweg werk navorsers eerder met steekproewe as met populasies omdat dit meer

ekonomies en wel effektief is (Polit & Hungler, 1997:225), maar omdat die populasie in hierdie studie klein is, kan al die elemente wat aan die kriteria voldoen by die studie, ingesluit word.

Die kriteria vir insluiting as deelnemers in hierdie studie is:

Die persoon moet:

- 'n geregistreerde vroedvrou wees wat by 'n voorgeboortekliniek in die Potchefstroom-distrik van die Noordwes Provinsie wees;
- 'n minimum van 2 jaar reeds as vroedvrou by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging geregistreer wees;
- beskikbaar wees en bereid wees om deel te neem; en
- Afrikaans of Engels magtig wees.

Steekproef 2 – Swanger vroue:

'n Besikbaarheids steekproef word uit populasie 2 getrek. Die grootte van die ewekansige steekproef word bepaal deur riglyne wat deur die Statistiese Konsultasiediens van die Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys neergelê. Met 'n populasie van ongeveer 1500 besoeke per maand behoort 'n steekproef van ongeveer 100 getrek te word afhangende van die praktiese uitvoerbaarheid ten opsigte van die beskikbaarheid van veldwerkers en ander oorwegings. Hier word geen aannames oor veralgemening gemaak nie. Die steekproef word getrek deur al die swanger vroue wat aan die vereistes voldoen, en gedurende 'n spesifieke week die kliniek besoek het, te nader om as respondente deel te neem.

Die kriteria vir insluiting is dat die vrou:

- teen die tyd van ondersoek tussen 26 en 40 weke swanger moet wees, aangesien die keuse van babavoedingswyse meer relevant is vir 'n vrou wat naby die einde van haar swangerskap is;
- ten minste een maal vantevore die voorgeboortekliniek besoek het;
- 'n inwoner van die Potchefstroom-distrik moet wees; en
- beskikbaar moet wees en bereid moet wees om deel te neem.

3.4.2 Data-insameling

Volgens Burns en Grove (2001:426) kan vraelyste gebruik word om vas te stel watter feite aangaande 'n situasie vir 'n respondent bekend is. Dit is 'n goedkoop manier om relatief baie inligting te bekom. In hierdie studie word vraelyste gebruik om die

doelstellings ten opsigte van die kennisvlak van die vroedvroue en swanger vroue ten opsigte van MIV en babavoeding, sowel as hul persepsies van watter faktore die besluit oor die geskikste babavoedingswyse beïnvloed, te verken.

As vraelys-meetinstrument word gestruktureerde vraelyste met vrae oor MIV, moeder-na-kindoordrag en babavoeding vir beide populasies gebruik (Bylaes D en F).

Die eerste stap by die keuse van 'n vraelys is om te besluit watter inligting by die vraelys ingesluit moet word om die navorsingsdoelwitte te bereik. Daarna word die literatuur gefynkam om vraelyste wat aan die vereistes voldoen, op te spoor. As 'n geskikte vraelys opgespoor word, kan die vraelys net so gebruik word, of aangepas word, terwyl dit die verdere voordeel inhou dat die uitslae van die studies met mekaar vergelyk kan word (Burns & Grove, 2001:427). Geen vraelys kon opgespoor word wat inligting sou verskaf wat aan die navorsingsdoelwitte beantwoord nie, en nuwe vraelyste moes dus saamgestel word.

By die saamstel van die items moet die vrae en instruksies duidelik gestel word sodat die respondent presies verstaan wat bedoel word. In hierdie studie word van geslote-eindevrae (meervoudige keuse) sowel as oopeindevrae gebruik gemaak. Alhoewel geslote-eindevrae makliker is om te analiseer en vinniger is om af te neem, kan dit gebeur dat nie alle belangrike data verkry word as daar nie ook van oopeindevrae gebruik gemaak word nie. Vrae wat oor dieselfde tema handel, moet saam gegroepeer word, en meer sensitiewe vrae moet aan die einde van die vraelys gestel word (Brink, 1999:156). Die lengte van die vraelys hang af van hoeveel data nodig is om aan die navorsingsdoelstelling te voldoen asook van die tyd wat nodig is om dit in te vul. Brink (1999:156) beveel aan dat 'n vraelys nie langer as 20 tot 25 minute moet neem om in te vul nie.

Die vraelys vir vroedvroue (Bylae D) bestaan uit 3 afdelings, naamlik: Afdeling A wat uit 4 biografiese geslote vrae bestaan, Afdeling B wat bestaan uit 16 vrae oor die vroedvroue se kennis ten opsigte van die faktore wat 'n rol speel by die keuse van babavoedingswyse en Afdeling C wat handel oor voorgeboortevoorligting aangaande die keuse van babavoedingswyse (8 vrae). Afdelings B en C bestaan uit meervoudige keuse geslote-eindevrae met ruimte wat na elke vraag voorsien is waarin die antwoord gemotiveer kan word.

Die vraelys vir swanger vroue (Bylae F) is in 4 afdelings verdeel. Afdeling A bestaan uit 13 meervoudigekeusevrae wat handel oor biografiese data en huishoudelike omstandighede, terwyl Afdeling B handel oor faktore wat haar keuse van babavoedingswyse beïnvloed. Dit bestaan uit 6 meervoudigekeusevrae. Afdeling C handel oor die kennis ten opsigte van IV/VIGS en babavoeding en bestaan uit 16 meervoudigekeusevrae. Die laaste deel, Afdeling D, handel oor voorgeboortevoorligting as 'n bron van inligting en bestaan uit 4 meervoudigekeusevrae.

Nadat die vraelyste aan kundiges voorgelê is om insette te lewer ten opsigte van die sig- en inhoudsgeldigheid, word aanpassings gemaak. Daarna word 'n loodsstudie uitgevoer deur die vraelys deur 4 vroedvroue en 20 swanger vroue in 'n naburige kliniek te laat invul. Daardeur word die uitvoerbaarheid van die vraelys bepaal, byvoorbeeld hoe lank dit neem om in te vul asook of die vrae duidelik genoeg gestel is sodat dit reg verstaan word. Aanpassings word gemaak waar nodig (Brink, 1999:157). Die vraelyste word in Afrikaans opgestel en daarna in Engels vertaal.

Afgesien van geldigheid wat die hele navorsingsontwerp raak, moet daar ook instrumentgeldigheid wees. Dit beteken dat die instrument moet meet wat dit veronderstel is om te meet binne die konteks waarin dit gebruik word (Brink, 1999:167). Die vyf tipes geldigheid waaraan die instrument (vraelys) volgens Brockopp en Hastings-Tolsma (1995:190) moet voldoen is: siggeldigheid, inhoudsgeldigheid, voorspellingsgeldigheid, differensiëringsgeldigheid en konstruktiegeldigheid. Die volgende is op hierdie studie van toepassing:

- *Siggeldigheid* is 'n oppervlakkige oordeel oor die vraag of die instrument die konsep onder bespreking meet. Dit is subjektief van aard en daar word nie groot waarde hieraan geheg nie.
- *Inhoudsgeldigheid* bepaal in watter mate die instrument items van al die belangrikste kenmerke insluit. Die oordeel hieroor is ook dikwels subjektief. In hierdie studie word die instrument aan kundiges vir kommentaar oor die sig- en inhoudsgeldigheid daarvan voorgelê.
- *Konstruktiegeldigheid* bepaal in watter mate 'n hoë meting volgens die instrument ooreenstem met 'n hoë voorkoms van die gemete fenomeen (Brink, 1999:170; Polit & Hunger, 1997:302). Aangesien groot gedeeltes van beide vraelyste oor objektiewe kennis handel, waar daar wel 'n regte en verkeerde antwoord is, kan die response met 'n memorandum vergelyk word.

'n Week voor die data-insameling gedoen word, word inligtingsbriewe (Bylae B) aan die verpleegkundiges in bevel van die verskillende klinieke deur die navorser self oorhandig. Daarin word die doel van die studie verduidelik, versekering word gegee dat toestemming reeds by die Distriksbestuurder verkry is om die studie te onderneem (Bylae A) en die reëlins oor die data-insameling word uiteengesit.

Die vraelyste vir die vroedvroue word elkeen afsonderlik in 'n verseëlbare koevert geplaas en deur die navorser by die verskillende klinieke besorg. Die vroedvroue word versoek om die vraelys in te vul wanneer hulle tyd het. Reëlins word getref om die koeverte met die ingevulde vraelyste na 'n week af te haal.

Tswana-sprekende veldwerkers word gebruik om die vraelyste aan swanger vroue by die klinieke uit te deel asook om vroue wat nie geletterd is nie en vroue wat nie Afrikaans of Engels magtig is nie, te help om die vraelys in te vul. Die veldwerkers is geletterde vroue uit die gemeenskap wat al vroeër met navorsingsprojekte as veldwerkers opgetree het. Hulle word vooruit opgelei in die afneem van die vraelyste.

Daar word besluit op spesifieke dae waarop die navorser die veldwerkers tesame met die vraelyste by die verskillende klinieke sal besorg. Die navorser self beweeg tussen die klinieke rond om probleme uit te klaar. Na afloop van die voorgeboorteklinieksessies, gaan die navorser weer by al die klinieke om, om die veldwerkers en ingevulde vraelyste op te laai.

3.4.3 Data-ontleding

Met beskrywing as doel word die data (itemresponse) wat deur middel van die vraelyste ingesamel is, ontleed volgens die frekwensieontledingsmetode. Frekwensieontleding is die eenvoudigste tipe beskrywende statistiese tegniek want slegs die frekwensie van elke tipe respons word bepaal sonder dat enige aannames ten opsigte van oorsaak en gevolg gemaak word (Brink, 1999:182; Burns & Grove, 2001:499). Die resultate word deur middel van verspreiding en tabelle weergegee. Daar word ook enkele kruisverwysings gemaak tussen die response op verskillende vrae.

By die vrae waarop korrekte antwoorde (gegrond op die literatuur) wel voorkom, word die resultate vir beide groepe as persentasie korrekte antwoorde uitgedruk en op 'n poligoon-verspreidingsdiagram uitgebeeld. Die persentasie van die twee

groepe respondente wat sekere persentasies korrekte antwoorde behaal het, word ook saam op 'n enkele poligoon-grafiek uitgebeeld waarvolgens die prestasie van die vroedvroue en swanger vroue dan met mekaar vergelyk kan word.

3.5 GELDIGHEID EN BETROUBAARHEID

Die studie as geheel moet beantwoord aan die vereistes vir geldigheid en betroubaarheid. Die navorsing moet wetenskaplik wees sodat die resultate daarvan geloofwaardig is.

3.5.1 Geldigheid

Omdat hier nie sprake van 'n eksperimentele ontwerp is nie, is van die verskillende strategieë wat volgens Burns en Grove (2001:406-407) gebruik kan word om geldigheid te verseker, van toepassing:

- Dat die respondente verteenwoordigend van die populasie is, word verseker sodat daar nie sydigheid ten opsigte van seleksie is nie (*Steekproef 1 is omvattend terwyl die respondente vir steekproef 2 ewekansig geselekteer word*), terwyl die feit dat die vraelyste verteenwoordigend is, verseker word deur die vrae op die literatuur te baseer en dit deur kundiges te laat kontroleer.
- Die invloed van die navorser se teenwoordigheid word gekontroleer omdat dit die respondente se gedrag kan beïnvloed. (*Die navorser is nie fisies betrokke wanneer die vraelyste ingevul word nie, maar is wel beskikbaar vir navrae.*)
- Die weeg van die getuienis terwyl die data verkort word deur seker te maak dat belangrike data nie in die proses verlore gaan nie. (*Sorg word gedra tydens die data-ontleding gedra dat belangrike data nie verlore gaan nie.*)
- Tref van vergelykings tussen kontrasterende bevindinge. (*Waar die resultate van byvoorbeeld die twee steekproewe van mekaar verskil, word die twee groepe met mekaar vergelyk.*)
- Die betekenis van "uitskieters" word vasgestel. (*Daar word verdere ondersoek ingestel as enkele resultate (motiverings) van die ander verskil deur verklarings daarvoor te soek.*)
- Daar word seker gemaak dat daar nie onbekende faktore is wat die resultate kon beïnvloed wat nie in ag geneem is nie.
- Ander moontlike verklarings vir die bevindinge word oorweeg.

Al hierdie strategieë word deurentyd ingedagte gehou en toegepas.

3.5.2 Betroubaarheid

Ten einde betroubaarheid te verseker moet die navorsing volgens Burns en Grove (2001:396-398) *stabiel* wees ten opsigte van herhaalbaarheid, *billik* wees waar verskillende navorsers die resultate dieselfde sal beoordeel en *homogeen* wees waar een helfte van die toets dieselfde as die ander helfte meet. Omdat hierdie studie konteksgebonde is en daar nie veralgemeen word nie, sal dit nie herhaalbaar wees nie. Omdat die vraelys met behulp van 'n memorandum nagesien word, waar daar wel regte en verkeerde antwoorde is, sal dit billik wees omdat dit waarskynlik dieselfde gemerk sal word. Homogeniteit tussen die items is nie by hierdie studie ter sprake nie.

3.6 ETIESE ASPEKTE

Etiese aspekte moet altyd in gedagte gehou word waar navorsing met mense as respondente uitgevoer word. Heel eerste word goedkeuring om die studie te onderneem van die Navorsingskomitee en die Fakulteitsraad van die Fakulteit Gesondheids-wetenskappe van die Potchefstroom se Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys verkry. Omdat die studie onder toesig van die akademiese inrigting en 'n ervare studieleier geskied, word verseker dat die hele navorsingsproses eerlik en eties verloop en dat regte nie misken word nie.

Die Democratic Nursing Organisation of South Africa (DENOSA) het etiese standaarde gepubliseer wat as riglyn kan dien vir verpleegkundiges wat navorsing doen of daaraan deelneem (DENOSA, 1997:2). Hierdie riglyne word vervolgens tesame met die riglyne, soos uiteengesit in Brink (1999:39-41) en Burns en Grove (2000:196-212), gebruik om die etiese aspekte soos van toepassing in hierdie studie, te bespreek.

3.6.1 Verantwoordelikhede van die navorser

Volgens DENOSA (1997:5) het die navorser spesifieke verantwoordelikhede. Vervolgens word verduidelik hoe hierdie verantwoordelikhede in hierdie studie toegepas word.

3.6.1.1 Verantwoordelikheid om die regte van die deelnemers te beskerm

Die navorser moet daarteen waak om die regte van die deelnemers skade aan te doen of te bedreig. Deelnemers kan aanspraak maak op spesifieke regte.

- Reg tot voordeligheid en voorkoming van nadeligheid.

Beide Burns en Grove (2001:205) en Brink (1999:40) maak melding van die beginsel van voordeligheid, en dat seker gemaak moet word dat die deelnemers beskerm word teen nadeligheid wat ook ongemak insluit. In hierdie studie kan deelnemers dalk ongemak en verhoogde spanning ondervind om oor MIV te praat, maar daar word gewaak teen onnodige ongemak deurdat deelnemers nie hul eie MIV-status bekend hoef te maak nie. Daar is ook gepoog om respondente nie aan oormatige ongemak bloot te stel nie, deurdat swanger vroue die vraelyste kan invul terwyl hulle in die wagkamer wag om deur die vroedvroue ondersoek te word, en dit dus nie op hul persoonlike tyd inbreuk gemaak gemaak het nie. Die vraelyste vir die vroedvroue word by die klinieke afgegee en eers na 'n week afgehaal, sodat dit ingevul kan word op 'n tyd wanneer dit nie baie besig is nie.

- Reg tot regverdige seleksie en behandeling.

Deelnemers moet volgens Brink (1999:40) nie net geselekteer word omdat hulle maklik beskikbaar is nie. Seleksie moet gebaseer wees op die doelstellings van die studie. Verder moet besonder weerbare persone (soos minderjariges, terminaal siek persone of diegene in inrigtings) nie as respondente gebruik word nie tensy die voordele van die studie die nadele daarvan oortref (Burns & Grove, 2001:197). In hierdie studie gaan dit om die kennis en persepsies van vroedvroue en swanger vroue in die Potchefstroom-distrik, en seleksie word hierop gebaseer.

- Reg tot konfidensialiteit en anonimiteit.

In studies oor MIV/VIGS bestaan 'n groot risiko dat oneties opgetree kan word ten opsigte van konfidensialiteit en anonimiteit omdat dit so 'n sensitiewe onderwerp is. Omdat die ondersoek oor gesondheidsvoorligting aan swanger handel vroue ongeag hul MIV- status, hoef die MIV-status van die vroue nie aan die navorser bekend te wees nie. Die vroue wat bewus daarvan is dat hulle MIV-positief is, hoef nie bevrees te wees dat hul status bekend sal word nie. Tydens die data-insameling en analise van die vraelyste word van nommers in plaas van name gebruik gemaak. Respondente word briewe (Bylaes B en D), wat saam met die vraelyste versprei word, verseker van anonimiteit en dat inligting wat in die loop van die studie aan die navorser bekend word, nie aan individue gekoppel word nie.

-
- Reg tot ingeligte toestemming.

Ten opsigte van ingeligte toestemming word die respondente deeglik ingelig aangaande die doel en aard van die studie en skriftelike toestemming word van hulle verkry. Burns en Grove (2001:196) maak melding van die deelnemer se reg tot selfbeskikking. Respondente het die reg om self te besluit of hulle aan die navorsing wil deelneem of nie. In hierdie studie word die respondente skriftelik in 'n brief wat die vraelys vergesel (Bylaes B en D), versoek om deel te neem. Die versekering word gegee dat daar nie teen hulle gediskrimineer sal word as hul nie wil deelneem nie.

- Reg tot inligting.

Deelnemers word mondeling asook skriftelik per brief (Bylaes B en D) ingelig oor die doelstellings van die studie, die voordele en nadele van deelname, die navorsingsmetode wat gevolg word, die aard van die deelname wat verwag word, hoe die resultate gebruik en gepubliseer sal word, die identiteit en kwalifikasies van die navorser en medewerkers, en hoedat konfidensialiteit en anonimiteit verseker word (DENOSA, 1997:3). Die besonderhede van 'n kontakpersoon, aan wie respondente navrae of klagtes kan rig, word ook verskaf.

3.6.1.2 Verantwoordelikheid om resultate te deel

Nog 'n verantwoordelikheid van die navorser is om die resultate wat die navorsing opgelewer het, met ander te deel. Die navorsing bly 'n akademiese oefening as die resultate nie aan ander persone wat dit kan gebruik, meegedeel word nie.

- Terugvoer oor die navorsing aan die deelnemers en ander rolspelers.

Soos deur DENOSA (1997:5) aanbeveel, word deelnemers in hierdie studie in die brief wat die vraelys vergesel (Bylaes B en D), uitgenooi om hul besonderhede te verskaf sodat 'n afskrif van die navorsingsverslag na afloop van die studie aan hulle versend kan word.

- Versprei van inligting in verband met die navorsing aan ander wetenskaplikes en diensverskaffers

Dit is 'n belangrike afrondingstaak van enige navorsingstudie hierdie omdat daar sodoende verseker word dat die praktyk voordeel uit die navorsing kan trek. Na afloop van die studie word beplan om die navorsingsresultate in 'n vakwetenskaplike tydskrif as artikel te publiseer. Die resultate van die studie word ook aan die diensverskaffers verstrekk sodat die riglyne implementeer kan word (DENOSA, 1997:5).

3.6.1.3 Verantwoordelikheid om toestemming om die navorsing te onderneem, te verkry

Afgesien van die toestemming wat by die Navorsingskomitee en Fakulteitsraad van die Fakulteit Gesondheidswetenskappe van die Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys verkry word, word daar ook skriftelike toestemming gevra by die distriksbestuurder van die Gesondheidsdepartement van die Stadsraad van Potchefstroom verkry om die studie by die klinieke uit te voer (Bylae A). Die distriksbestuurder het in die brief ook inligting ontvang in verband met die data-insamelingsinstrument, hoe die steekproef geselekteer word, watter tipe deelname van die respondente verwag word asook die identifikasie en kwalifikasies van die navorser en ander persone betrokke.

3.6.1.4 Verantwoordelikheid om navorsing van 'n hoë kwaliteit te doen

Dit is voorts belangrik dat die navorsing van hoë gehalte gedoen moet word om sodoende 'n bydrae tot die vakwetenskap te lewer (DENOSA, 1997:6).

- Hoë standaarde ten opsigte van beplanning, implementering en verslagdoening

Die navorser het onderneem om hoë standaarde ten opsigte van die beplanning, implementering en verslagdoening van die navorsing te handhaaf en nie 'n projek wat buite die vermoë van die navorser asook studieleier val, aan te pak nie. Die navorser is goed onderlê in die vakkennis en verder word die studie onder die leiding van 'n ervare studieleier uitgevoer wat toesig hou oor die wetenskaplikheid van die navorsing.

- Integriteit deur ondersteunende en opponerende standpunte te stel

Die navorsing word met integriteit gedoen deur ondersteunende sowel as opponerende standpunte, soos in die literatuur gestel, te bespreek en bewus te wees van eie sydigheid. Alhoewel die navorser persoonlik 'n kampvegter vir borsvoeding is, word die saak wetenskaplik benader op grond van inligting wat uit die literatuurstudie bekom is, sowel as data wat deur die empiriese navorsing geïm is.

- Ander vereistes vir navorsing van hoë kwaliteit

Die navorsing word eerlik en sonder enige bedrog gedoen. Al die resultate word gerapporteer, sonder om inligting te verbloem. Verder word die bydraes van al die medewerkers en enige finansiële steun of borgskap skriftelik erken.

3.7 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die metode van navorsing wat in hierdie studie gevolg word, breedvoerig bespreek. Ten eerste is die spesifieke navorsingsontwerp wat gebruik word, bespreek. Daarna is die steekproef, data-insamelingstegniek en data-ontledingstegnieke sowel as die geldigheid en betroubaarheid volledig bespreek. Ten slotte is etiese aspekte wat 'n rol kan speel, behandel. In die volgende hoofstuk word die resultate van die navorsing weergegee.

HOOFSTUK 4

NAVORSINGSRESULTATE

4.1 INLEIDING

In die voorafgaande hoofstuk is die navorsingsontwerp en -metode wat gevolg is, bespreek. In hierdie hoofstuk word aandag geskenk aan die realisering van die data-insameling en analise en daarna word die resultate van die twee vraelyste (vir vroedvroue en vir swanger vroue) respektiewelik bespreek.

4.2 REALISERING VAN DIE NAVORSING

Kennis ten opsigte van die faktore wat die keuse van babavoedingswyse beïnvloed, is in twee populasiegroepe ondersoek. By die eerste populasie wat bestaan uit vroedvroue wat in voorgeboorteklinieke in die Potchefstroom gesondheidsdistrik werksaam is, is 'n omvattende steekproefgroep wat al die vroedvroue wat aan die kriteria voldoen, gebruik. Die tweede steekproefgroep wat getrek is uit die populasie van swanger vroue wat voorgeboorteklinieke in die Potchefstroom gesondheidsdistrik besoek, bestaan uit al die swanger vroue wat aan die kriteria voldoen, en wat tydens 'n spesifieke week die klinieke besoek het.

Twee verskillende gestruktureerde vraelyste is vir die twee populasies (Bylaes C en F) ontwerp. Die vrae is op die literatuur gebaseer. Sig- en inhoudsgeldigheid is verseker deur die vraelyste aan kenners voor te lê en veranderinge aan te bring volgens hul aanbevelings. Die bruikbaarheid is verder getoets deur loodsstudies met soortgelyke proefpersone te onderneem en weereens aanpassings aan te bring om die duidelikheid van vrae te verseker. Albei vraelyste is daarna ook in Engels vertaal en gedupliseer.

Briewe wat die doel van die navorsing, die versekering dat daar reeds toestemming deur die distriksbestuurder verleen is en reëlins in verband met die data-insameling ingesluit het, is 'n week voor die data-insamelingsdatum aan die verpleegkundiges in bevel van die verskillende klinieke uitgedeel (Bylae B).

Elke vraelys is vergesel van 'n brief wat die volgende bevat:

- die doelstellings van die navorsing;
- 'n versekering dat toestemming van die distrikbestuurder verkry is;
- 'n onderneming van anonimiteit;
- 'n uitnodiging om hul kontakbesonderhede te verskaf indien hulle na afloop van die studie verslag wil ontvang oor die resultate daarvan; en
- 'n toestemmingsvorm dat die respondent vrywillig aan die studie deelneem wat deur die respondent, die navorser en 'n getuie onderteken moes word (Bylaes C en F).

Daar was 20 van die vraelyste vir vroedvroue en elkeen is met 'n toestemmingsbrief in 'n koevert wat na die tyd gebruik kon word om die ingevulde vraelys te verseël, geplaas. Die vraelyste vir vroedvroue is deur die navorser self by die verskillende klinieke uitgedeel. Daar is op 'n datum ooreengekom wanneer die voltooide vraelyste afgehaal kon word. Daar was uiteindelik 'n totaal van 17 respondente wat ingestem het om deel te neem. Die verseëelde vraelyste is 'n week nadat dit by die klinieke gelaat is, weer afgehaal. Sommige van die vroedvroue het toe nog nie die vraelys klaar ingevul nie, en die res is toe na 'n verdere week afgehaal.

Vir die data-insameling by die swanger vroue is van veldwerkers gebruik gemaak. Die veldwerkers was vroue uit die gemeenskap wat op gereëelde grondslag as veldwerkers of navorsingsassistentes vir navorsing in verskillende vakgebiede gebruik word. Daar is aanvanklik beplan om hulle 'n week voor die data-insamelingsdag op te lei. Nadat die navorser die verpleegkundiges in bevel van die verskillende klinieke besoek het, is beseft dat baie van die vroedvroue reeds beplan het om verlof te neem in die tydperk wat beplan is om die data-insameling te doen. Minder van die swanger vroue as gewoonlik het terugkeerdatum (opvolg-afspraak) vir die periode ontvang. Dit sou kon meebring dat die populasie nie verteenwoordigend is nie, gevolglik is daarop besluit dat die data-insameling 'n week vroeër as beplan, moes geskied. Die veldwerkers is toe die oggend voordat daar met data-insameling begin is, opgelei. Geen probleme is daarmee ondervind nie.

Een honderd en twintig van die vraelyste vir swanger vroue is gedupliseer. Die rol van die veldwerkers was om die invul van die vraelyste in die verskillende klinieke te

organiseer, en om die ongeletterdes of vroue wat nie Afrikaans of Engels verstaan nie, individueel te help om dit in te vul. Die navorser het tussen die klinieke beweeg en ook vrae wat ontstaan het, beantwoord. Nadat die data-insameling voltooi is, het die navorser die vraelyste by die verskillende klinieke, bymekaargemaak. 'n Totaal van 93 swanger vroue het as respondente deelgeneem en vraelyste ingevul.

Die ingevulde vraelyste is deur die Statistiese Konsultasiedienste van die PU vir CHO verwerk deur middel van die "FREQ"-prosedure. Enkele kruisverwysings tussen verskillende vrae is ook gedoen.

4.3 DIE RESULTATE EN BESPREKING VAN DIE NAVORSING

Die resultate en bespreking daarvan word in vyf dele behandel. Ten eerste word die vraelys wat deur die vroedvroue ingevul is, vraag vir vraag volgens die verskillende afdelings bespreek en daarna word die vraelys as geheel behandel. Daarna volg die bespreking van die vraelys wat deur die swanger vroue ingevul is – eers vraag vir vraag volgens die verskillende afdelings en daarna as geheel. Ten laaste word die resultate van die vroedvroue en die van die swanger vroue met mekaar vergelyk.

4.3.1 Resultate volgens die verskillende afdelings van die vraelys vir vroedvroue

Die vraelys (Bylae C) is verdeel in drie afdelings, naamlik 'n afdeling wat handel oor biografiese inligting (vier vrae), 'n afdeling wat handel oor die faktore wat 'n rol speel by die keuse van babavoedingswyse (16 vrae) en 'n afdeling wat handel oor voorgeboortegesondheidsvoorligting aangaande die keuse van babavoedings-wyse (agt vrae). 'n Totaal van 17 vroedvroue het vraelyste ingevul. Vervolgens word die resultate vraag vir vraag volgens die afdelings bespreek.

4.3.1.1 Afdeling A: Biografiese inligting

Ten eerste word die resultate van die vier vrae wat oor biografiese inligting handel weergegee. Die doel met hierdie vrae is om die leser in staat te stel om 'n indruk te kry van die vroedvroue wat by die klinieke in Potchefstroom werksaam is en wat aan die studie deelgeneem het.

Ses van die respondente val in die ouderdomsgroep 21 tot 30 jaar terwyl die res van die 17 respondente ouer as 31 jaar is. Ten opsigte van die tydperk wat hulle reeds as vroedvroue praktiseer, het twee respondente aangedui dat hulle vir minder as twee jaar as vroedvroue praktiseer, vyf tussen twee en vyf jaar, drie tussen ses en tien jaar terwyl vyf reeds langer as elf jaar as vroedvroue praktiseer. Twee respondente het nie hierdie vraag beantwoord nie. Uit die verdeling ten opsigte van ouderdomsgroepe sowel as uit die periode wat die vroedvroue reeds praktiseer, blyk dit duidelik dat die meeste nie meer baie jonk is nie en al heelwat ondervinding as vroedvroue het.

Wat posbenaming of vlak betref, blyk dit dat dertien van die respondente op die intreevlak as geregistreerde verpleegkundiges (en vroedvroue) aangestel is. Geen senior en slegs twee hoofverpleegkundiges het die vraelyste ingevul. Die vroedvroue wat as respondente deelgeneem het is dus dié wat direkte kontak met pasiënte het.

Ten opsigte van kultuurgroep het 41% aangedui dat hulle tot die Tswana-kultuurgroep behoort terwyl 35% hulle as Afrikaans geklassifiseer het. By elk van die volgende kultuurgroepe het 5,8% aangedui dat hulle daartoe behoort: Suid-Sotho, Noord-Sotho en Xhosa. Die meeste vroedvroue behoort dus tot die twee kultuurgroepe waartoe die meeste van die swanger vroue ook behoort (4.3.3.1).

4.3.1.2 Afdeling B: Faktore wat 'n rol speel by die keuse van babavoedingswyse

Vervolgens word die resultate van die 16 vrae wat handel oor die kennis van die vroedvroue ten opsigte van die MIV en babavoeding weergegee. Die doel met hierdie vrae is om vas te stel of die vroedvroue oor genoegsame kennis beskik om die regte voorligting aan swanger vroue te gee ten einde hulle in staat te stel om 'n ingeligte besluit oor die geskikste babavoedingswyse te neem. Die afdeling waarin die tema in Hoofstuk 2 behandel word, word telkens tussen hakies aangedui. Die temas word vervolgens met die volgende simbole aangedui: hooftemas met 'n • en die subtemas met 'n -.

- **Die risiko van moeder-na-kindoordrag onder verskillende omstandighede**

Vrae 5, 6 en 7 handel oor die risiko van moeder-na-kindoordrag onder verskillende omstandighede. Die korrekte persentasie risiko gebaseer op die literatuur (2.3) word vervolgens weergegee.

- Die risiko dat 'n MIV-positiewe moeder haar baba tydens swangerskap of geboorte, of deur borsvoeding sal infekteer, is ongeveer 30% (Vraag 5: Opsie 3).
- Die risiko dat 'n MIV-positiewe moeder haar baba na geboorte sal infekteer as sy borsmelk saam met ander vloeistof of voedsel gee, is ongeveer 14% (Vraag 6: Opsie 2).
- Die risiko dat 'n MIV-positiewe moeder haar baba na geboorte sal infekteer as sy borsmelk alleen gee, is ongeveer 4% (Vraag 7: Opsie 1).

Die keuses wat deur die vroedvroue by die verskillende opsies gemerk is, word vervolgens in tabelvorm weergegee.

Tabel 4.1 Persentasie risiko van moeder-na-kindoordrag onder verskillende omstandighede.

Vrae	<5%	5-19%	20-49%	50-100%	Weet nie	Totaal
5. Die risiko dat 'n MIV-positiewe moeder haar baba tydens swangerskap of geboorte, of deur borsmelk sal infekteer, is soos volg:	1	2	8	4	2	17
6. Die risiko dat 'n MIV-positiewe moeder haar baba na geboorte sal infekteer as sy borsmelk saam met ander vloeistof of kos gee, is soos volg:	0	8	1	5	3	17
7. Die risiko dat 'n MIV-positiewe moeder haar baba na die geboorte sal infekteer as sy borsmelk alleen gee, is soos volg:	8	2	2	1	4	17

Die korrekte antwoorde is telkens deur agt van die sewentien respondente verstrek. Dit was nie dieselfde agt respondente nie. Daar was slegs twee respondente wat al drie

antwoorde korrek beantwoord het, sewe wat twee uit die drie reg gehad het, vier wat een korrekte antwoord verstrek het, terwyl vier respondente nie een van die drie vrae korrek beantwoord het nie. Uit die verspreiding van die response, sowel as die aantal respondente wat aangedui het dat hulle nie die antwoorde ken nie, blyk dit dat die kennis oor hierdie sentrale aspekte gebrekkig is en dat daar 'n neiging bestaan om die risiko te oorskat. As die vroedvroue self nie bewus is van wat die risiko van moeder-na-kindoordrag onder spesifieke omstandighede is nie, sal hulle ook nie die korrekte inligting aan hul pasiënte kan oordra nie. As moeders ook die neiging oorskat, kan dit bydra tot die probleem van oorspoeling omdat moeders 'n onrealistiese vrees kan ervaar dat hul babas deur borsmelk met MIV geïnfekteer kan word, en dan formulemelk gebruik in gevalle waar die gebruik daarvan nie geïndikeerd is nie.

- **Kennis ten opsigte van omstandighede waaronder MIV deur borsmelk oorgedra kan word**

Alhoewel faktore bestaan wat die risiko van oordrag verhoog, kan dit steeds enige stadium tydens die borsvoedingperiode oorgedra word (2.3), en dit is belangrik om te weet of vroedvroue bewus is van hierdie feit. As die vroedvroue self nie hiervan bewus is nie, kan die verkeerde boodskap aan hul pasiënte oorgedra word. Die keuses wat deur die vroedvroue afgemerk, is word vervolgens in tabelvorm oorgedra.

Tabel 4.2. Omstandighede waaronder MIV deur borsmelk oorgedra kan word

Vraag	Keuses	Frekwensies	Persentasie respondente
8. MIV kan onder die volgende omstandighede deur borsmelk aan 'n baba oorgedra word:	In enige stadium van borsvoeding	13	76,5%
	Slegs deur kolostrum	1	5,9%
	As die baba slegs borsmelk ontvang	4	23,5%
	Slegs as die baba sproei het	4	23,5%
	Weet nie	1	5,9%
Totale aantal response (respondente kon meer as een opsie merk)		23	

Die meeste van die vroedvroue (76,5%) het hierdie vraag korrek beantwoord. Van die motiverings waaruit insig blyk, lui soos volg:

"HIV cells are found in breastmilk of HIV- infected mothers throughout breastfeeding".

“The virus is found in breastmilk as it is also a body fluid”.

Een van die respondente se motivering lui soos volg:

“The baby being breast fed by a HIV- positive mother must also receive formula to reduce the risk of infection”.

Hierdie motivering dui daarop dat hierdie voedvrou die dilemma rondom gemengde voeding verkeerd verstaan, en dit moontlik ook verkeerd aan pasiënte sal oordra. As formulemelk saam met borsvoeding gegee word, verhoog dit die risiko van infeksie (2.4.1).

- **Faktore wat die risiko van MIV-oordrag deur borsmelk verhoog.**

Vroedvroue moet oor die regte kennis beskik ten einde die regte voorligting aan swanger vroue te kan gee aangaande hoe om die risiko van MIV-oordrag te beperk wanneer faktore teenwoordig is wat die risiko van MIV-oordrag deur borsmelk verhoog.

As sulke faktore teenwoordig is, soos waar die virustelling van die borsmelk verhoog is, of waar die vel of slymvlies van die moeder of baba se integriteit versteur is, moet aanpassings in die voedingswyse gemaak word. In hierdie gevalle moet die swanger vrou voorgelig word dat dit die veiligste sal wees om:

- borsvoeding te staak (mits die moeder 'n borsmelksubstituut veilig kan gee), of
- uit te melk en die melk dan na hittebehandeling vir die baba te gee (2.4.3.3, 2.4.4.1).

As voortgegaan word met borsvoeding, word die baba aan 'n verhoogde risiko van moeder-na-babaoordrag blootgestel. Die toestand moet dus behandel word voordat die baba weer direk geborsvoed kan word. Selfs al besluit die moeder om borsvoeding te staak en voortaan die baba met 'n borsmelksubstituut te voed, bly behandeling belangrik om komplikasies soos 'n borsabses te voorkom.

- **Mastitis of seer tepels**

As mastitis voorkom, is die MI-viruslading in die borsmelk verhoog (2.4.3.3), en by seer (of gebarste) tepels bestaan 'n verhoogde risiko dat die virus van die bloed na die baba oorgedra kan word (2.4.4.1). As een van die toestande voorkom, moet dus aanbeveel word dat borsmelk nie voor hittebehandeling vir die baba gegee moet word nie.

Een van die motiverings van die respondente wat korrekte keuses gemaak het, was soos volg:

“Heat treatment of breast milk destroy the HI virus and thus the baby will still have breast milk as first choice”.

Die motivering dui op insig ten opsigte van die feit dat borsmelk steeds as eerste keuse voorgehou kan word, mits dit onskadelik gemaak word.

’n Ander respondent het die volgende motivering verskaf:

“It is better to advise heat treatment of expressed breast milk, if you don’t know the financial status of the mother”.

Hierdie respondent hou rekening met die feit dat dit vir baie moeders nie finansiëel moontlik is om borsvoeding finaal te staak en die baba met ’n borsmelksubstituut te voed nie. Sy beveel dan aan dat hittebehandeling van borsmelk eerder aanbeveel moet word as die finansiële omstandighede van die pasiënt nie bekend is nie.

Vervolgens word die keuses van die vroedvroue op hierdie vraag in tabelvorm weergegee.

Tabel 4.3 Beste raad vir MIV-positiewe moeder met mastitis of seer tepels

Vraag	Keuses	Frekwensies	Persentasie respondente
9. Die beste raad vir ’n MIV-positiewe moeder wat probleme met mastitis of seer tepels ondervind, is:	Gaan voort met borsvoeding	2	11,8%
	Staak borsvoeding	4	23,5%
	Melk uit en kook / pasteuriseer melk voordat dit vir baba gegee word, behandel toestand	9	52,9%
	Behandel toestand en gaan voort met borsvoeding	4	23,5%
Totale aantal response (respondente kon meer as een opsie merk)		19	

Net drie van die respondente het al twee korrekte keuses gemerk, terwyl agt een van die korrekte keuses afgemerk het. Ses van die respondente het selfs van die onveilige opsies afgemerk. Die meeste vroedvroue beskik dus nie oor genoegsame kennis ten opsigte van hierdie aspek om korrekte voorligting aan hul pasiënte te kan verskaf nie. As wanpersepsies van onveilige praktyke aan pasiënte oorgedra word, kan die voorligting van die vroedvrou selfs die risiko van MIV-oordrag verhoog.

- **Orale Candida albicans (sproei) of gastro-enteritis**

Hierdie toestande by die baba is ook faktore wat die risiko van MIV-oordrag verhoog, omdat die vel of slymvlies van die baba beskadig is, en die virus dus sy sirkulasiesisteem makliker kan binnedring. Weereens is die korrekte response om borsvoeding te staak (mits die moeder 'n borsmelksubstituut veilig kan gebruik), of uit te melk en die melk dan nadat dit gekook of gepasteuriseer is, vir die baba te gee (2.4.4.2: 2.4.4.3). Die toestand moet dan behandel word, voordat die baba weer direk geborsvoed kan word.

Van die motiverings wat met van die korrekte keuses gepaard gegaan het, was soos volg:

"Milk expressed from the breast and boiled will do baby good while the conditions are being treated. The HI virus is destroyed by boiling"

"It allows the trush time to heal and by giving breast-milk which has been pasteurised, decreases infection to the baby"

"As gevolg van gastro-enteritis is die dermkanaal beseer, en sproei beskadig die mond, dus vermeerder die kans van oordrag van MIV"

Hierdie motiverings dui daarop dat van die respondente oor insig beskik en die rasionaal daarvan verstaan om borsvoeding te staak of uitgemelkte borsmelk eers met hitte te behandel voordat dit aan die baba met sproei of gastro-enteritis gegee word.

Een van die respondente het die volgende motivering verskaf wat 'n interessante aspek aanraak:

"Both factors may increase the risk of HIV transmission by breastmilk. Both this conditions may be due to HIV infection of the child"

Alhoewel sproei (candida albicans-infeksie) en gastro-enteritis algemeen by bottel-gevoede babas voorkom, is die toestande skaars by borsbabas. Albei toestande is ook opportunistiese infeksies wat algemeen by VIGS-pasiënte voorkom. As dit dus by 'n

borsgevoede baba voorkom, bestaan die moontlikheid dat die baba reeds met MIV geïnfecteer is, en moet diagnostiese toetse gedoen word.

Die response van die respondente word vervolgens in tabelvorm weergegee.

Tabel 4.4 Beste raad vir MIV-positiewe moeder wie se baba sroei of gastro-enteritis het

Vraag	Keuses	Frekwensies	Persentasie respondente
10. Die beste raad vir 'n MIV-positiewe moeder wie se baba sroei of gastro-enteritis het, is:	Gaan voort met borsvoeding	1	5,9%
	Staak borsvoeding	4	23,5%
	Melk uit en kook / pasteuriseer melk voordat dit vir baba gegee word, behandel toestand	9	52,9%
	Behandel toestand en gaan voort met borsvoeding	6	35,2%
Totale aantal response (respondente kon meer as een opsie merk)		20	

Slegs twee van die respondente het al twee korrekte keuses gemerk, terwyl nege een van die korrekte keuses afgemerk het. Die meeste van die vroedvroue beskik dus nie oor genoegsame kennis om korrekte voorligting aan swanger vroue te kan gee nie. Ses van die respondente het een van die onveilige opsies afgemerk. Hierdie vroedvroue sal bydra tot die risiko van MIV-oordrag as hulle hierdie wanpersepsie aan pasiënte oordra.

- **Die gee van vaste kos vir die baba van 'n MIV-positiewe moeder wat borsvoed.**

Sowel die ouderdom waarop daar met vaste kos begin word, as die manier waarop dit gedoen word, kan die risiko van MIV-oordrag beïnvloed.

- **Beste ouderdom om vaste kos by die dieet in te sluit**

Die beste ouderdom waarop enige baba (van 'n MIV-positiewe én MIV-negatiwe moeder) vaste kos moet begin kry, is tussen vier en ses maande (2.4.1). Na die ouderdom van ses maande raak die baba se ysterstore wat reeds tydens die swangerskap opgebou is uitgeput, en word dit belangrik om meer ysterryke voedsel in te neem om anemie te voorkom. Daar is ook onlangs bewys dat geen nadele daaraan verbonde is om tot die ouderdom van ses maande te wag nie, terwyl dit koste bespaar as die moeder kan voortgaan met borsvoeding (2.4.1). Ook terwille van die MIV-

positiewe moeder se algemene gesondheid is dit beter as sy nie langer as ses maande eksklusief borsvoed nie, omdat dit heelwat van haar eie energie en reserwes kan uitput.

Enkele van die motiverings wat die respondente verskaf het, is soos volg:

“Baba se dermkanaal is eers gereed vir vaste kos na 4-6 maande”

“The body is ready at 4-6 months to receive something other than milk for the body to grow”

Dit blyk dat hierdie vroedvroue wel insig het dat daar nie voor die ouderdom van vier tot ses maande met vaste kos begin moet word nie.

Vervolgens word die keuses van die respondente in tabelvorm weergegee.

Tabel 4.5 Beste ouderdom om te begin om vaste kos te gee.

Vraag	Keuses	Frekwensies	Persentasie respondente
11. Die beste ouderdom waarop 'n MIV-positiewe moeder wat borsvoed, moet begin om vir haar baba vaste kos te gee, is:	Binne die eerste maand	0	0%
	Tussen 1 en 4 maande	2	11,7%
	Tussen 4 en 6 maande	13	76,6%
	Na 6 maande	2	11,7%
Totale aantal response		17	100%

Ses en sewentig komma ses persent (76,6%) van die respondente het die korrekte antwoord verstrek. Dit is verblydend dat die vroedvroue wel oor hierdie kennis beskik, aangesien dit uit die literatuur (2.4.1) blyk dat dit algemene praktyk is dat moeders lank voor die ouderdom van vier maande reeds begin om vaste kos vir hul babas te gee. Die vroedvroue kan deur voorgeboortevoorligting dit onder swanger vroue se aandag bring dat dit beter is om tot die ouderdom van vier tot ses maande hiermee te wag.

- Wyse waarop begin word om vir baba van MIV-positiewe moeder vaste kos te gee

Aan die MIV-negatiewe moeder word gewoonlik tereg aanbeveel dat sy geleidelik toenemend vaste kos moet gee, terwyl sy so lank moontlik borsvoeding voortsit. Daarteenoor word dit in die literatuur aanbeveel dat 'n MIV-positiewe moeder wat borsvoed, die baba vinnig van die bors moet speen sodra daar begin word met vaste kos (2.4.1). As sy die baba geleidelik speen, sal 'n periode van gemengde voeding ontstaan wat die risiko van MIV-oordrag deur borsmelk verhoog.

Sommige van die motiverings wat daarop dui dat die respondente oor korrekte kennis beskik, is:

“Mixed feeding may cause mild inflammation of the gut which could increase the risk of HIV transmission to the infant”

“By so doing you avoid mixed feeding which can increase the incidence of HIV infection to the baby”

“Vaste kos kan die dermkanaal beskadig en so die oordra van MIV bevorder”.

In die volgende tabel word die keuses van die vroedvroue rakende die beste manier waarop 'n MIV-positiewe moeder wat borsvoed kan begin om vaste kos vir die baba te gee, aangedui.

Tabel 4.6 Beste manier vir 'n MIV-positiewe moeder wat borsvoed, om vaste kos by haar baba se dieet in te sluit.

Vraag	Keuses	Frekwensies	Persentasie respondente
12. Die beste manier vir 'n MIV-positiewe moeder wat borsvoed, om te begin om vir haar baba vaste kos te gee, is:	Geleidelik al hoe meer vaste kos te gee, terwyl voortgegaan word om so lank moontlik te borsvoed	4	23,5%
	Geleidelik al hoe meer vaste kos te gee en te begin om baba van die bors te speen	5	29,5%
	Sodra begin om vaste kos te gee, dadelik te speen	8	47%
Totale aantal response		17	100%

Sewe en veertig persent (47%) van die respondente het die korrekte keuse gemerk, terwyl die res opsies gemerk het wat die risiko van moeder-na-kindoordrag verhoog. Dit is kommerwekkend dat die meeste van die vroedvroue wat in voorgeboorteklinieke direk met swanger vroue werk, self nie oor die regte inligting beskik nie. Hulle sal dus ook nie die korrekte voorligting aan die swanger vroue onder hulle sorg gee nie.

- **Invloed van borsvoeding op 'n MIV-positiewe vrou se gesondheid**

Dit is belangrik dat 'n vroedvrou oor kennis van hierdie aspek beskik, aangesien dit een van die faktore is wat 'n MIV-positiewe vrou se keuse rakende babavoedingswyse kan

beïnvloed. Swanger vroue moet hieroor ingelig word ten einde 'n ingeligte besluit oor die geskikste babavoedingswyse te kan neem.

Die korrekte antwoord is dat die invloed op haar gesondheid afhang van die gevorderdheid van haar toestand (2.5). As sy nog gesond is, sal haar toestand heelwaarskynlik onveranderd bly. As sy reeds verswak is en in die eindstadium van VIGS verkeer, kan die metaboliese en energiebehoefte wat laktasie en borsvoeding van die liggaam eis, te veel van haar gestel eis, sodat haar gesondheid kan verswak. Daar word in elk geval aanbeveel dat 'n vrou wat reeds weens VIGS verswak is, liever borsvoeding moet vermy, ook omdat die risiko van moeder-na-kindoordrag verhoog as die viruslading in die moeder se bloed en melk verhoog is.

Navorsing wat in Nairobi gedoen is (2.5), het bevind dat MIV-positiewe moeders wat borsvoed 'n hoër mortaliteit toon in vergelyking met MIV-positiewe moeders wat hul babas met melkformule voed. Daarom word aanbeveel dat die maandelikse agteruitgang van 'n MIV-positiewe moeder se gesondheid bespreek moet word met vroue wat moet besluit tussen borsvoeding en voeding met 'n borsmelkssubstituut.

Uiteenlopende motiverings is verskaf en dit wil voorkom of baie verwarring nog by die vroedvroue voorkom:

“Her health will deteriorate because milk production places a nutritional strain on the HIV-positive woman’s health”

“Her health will deteriorate as she will lose weight and have a low resistance as a result of breastfeeding”

“Her health will remain unchanged instead the health of the child will be affected”

“Haar gesondheid sal onveranderd bly want sy kan net gewone bors- of tepeltoestande kry soos enige ander vrou”

“As long as she continues to eat correctly, food with nutritional value, then her health will remain unchanged”

“Her health will improve because more oestriol and progesterone is going to be released in the blood stream and that promotes relaxation”

Die laaste motivering is heeltemal foutief omdat dit die hormoon prolaktien is wat 'n ontspannende effek het, en nie estrogeen of progestrogeen nie. Die ontspannende effek sal egter nie die vrou se gesondheid laat verbeter as sy byvoorbeeld opportunistiese infeksies kry nie.

In die volgende tabel word die response van die vroedvroue op die vraag oor die invloed van borsvoeding op die gesondheid van die MIV-positiewe vrou se gesondheid weergegee.

Tabel 4.7 Invloed van borsvoeding op 'n MIV-positiewe vrou se gesondheid.

Vraag	Keuses	Frekwensies	Persentasie respondente
13. Die invloed van borsvoeding op 'n MIV-positiewe vrou se gesondheid is soos volg:	Haar gesondheid sal verswak	4	23,5%
	Haar gesondheid sal verbeter	4	23,5%
	Haar gesondheid sal onveranderd bly	7	41,2%
	Ander: Hang af van toestand	1	5,9%
	Nie beantwoord nie	1	5,9%
Totale aantal response		17	100%

Net een respondent het aangedui dat die invloed op die MIV-positiewe vrou se gesondheid van haar toestand afhang. Sewe het geantwoord dat haar gesondheid waarskynlik onveranderd sal bly, maar ewe veel van die oorblywende respondente het gereken dat haar toestand sal verbeter of verswak. Een respondent het die vraag glad nie geantwoord nie. Dit lyk of daar nie duidelikheid by die respondente bestaan aangaande hierdie punt nie. Dit hou implikasies in vir die voorligting wat hulle gee en waarvolgens die swanger vroue 'n ingeligte besluit oor die geskikste babavoedingswyse moet neem.

- **Gebruik van antiretrovirale medikasie**

'n Kort kursus antiretrovirale middel wat slegs tydens baring gegee word, het geen invloed op die risiko van MIV-oordrag deur borsvoeding nie (2.4.2.3). Antiretrovirale middels kan wel daartoe bydra om oordrag deur borsmelk te beperk, maar dit sal dan vir die volle tydperk wat die MIV-positiewe moeder borsvoed, aan die baba gegee moet word. Nog 'n korrekte opsie is dat MIV-positiewe moeders wat hul babas veilig met formulemelk kan voed, dit eerder moet gebruik omdat die risiko van oordrag deur

borsmelk dan geheel en al vermy kan word (2.3). Die gee van formulemelk kan egter nie vir alle moeders aanbeveel word nie, omdat hierdie praktyk onder swak higiëniese en finansiële omstandighede aanleiding kan gee tot 'n hoër risiko van sterfte as gevolg van gastro-enteritis, dehidrasie of wanvoeding as die risiko van MIV-oordrag. Vroue moet korrekte inligting ontvang om self 'n ingeligte besluit met inagneming van hul omstandighede, te kan neem.

Een van die motiverings by hierdie vraag is:

“The anti-retroviral agent has no influence during breast feeding because it is only effective during the labour “

Een van die vroedvroue het gehoor van moontlike nadele vir borsvoeding as 'n moeder 'n antiretrovirale middel tydens baring ontvang het:

“The anti-retroviral agent intensifies the risk of transfer during breast feeding because the viral load of the mother may increase for a few weeks after the agent is stopped and transmission through breast milk may increase”

Uitgebreide navorsing is reeds oor hierdie saak gedoen, en geen bewys kon gevind word dat 'n hoër risiko van moeder-na-kindoorrag na 'n kort kursus antiretrovirale middels tydens die bevalling bestaan nie (2.4.2.3).

Vervolgens word die response van die vroedvroue in tabelvorm weergegee.

Tabel 4.8 Invloed van die gebruik van 'n antiretrovirale middel tydens die bevalling

Vraag	Keuses	Frekwensies	Persentasie respondente
14. As 'n MIV-positiewe vrou 'n antiretrovirale middel (bv. Nevirapine) tydens die bevalling ontvang, moet sy die volgende voorligting oor babavoeding ontvang:	Alle MIV-positiewe moeders moet eerder formulevoeding gee	4	23,5%
	MIV-positiewe moeders wat hul babas veilig met formulemelk kan voed, moet dit eerder gebruik	7	41,2%
	Die antiretrovirale middel beskerm die baba ook teen MIV-oordrag deur borsmelk	5	29,4%
	Borsvoeding vernietig die werking van die antiretrovirale middel	1	5,9%
	Die antiretrovirale middel het geen invloed tydens borsvoeding nie	5	29,4%
	Die antiretrovirale middel verhoog die risiko van oordrag tydens borsvoeding	2	11,8%
Totale aantal response (respondente kon meer as een opsie merk)		24	

Vyf vroedvroue het aangedui dat die kort kursus van die antiretrovirale middel geen invloed ten opsigte van moeder-na-kindoordrag tydens borsvoeding het nie, en sewe het aangedui dat hul van mening is dat MIV-positiewe moeders wat hul babas veilig met formulemelk kan voed, dit eerder moet gebruik. Die verspreiding van response kan daarop dui dat baie onsekerheid nog oor hierdie aspek by die vroedvroue bestaan.

- **Voeding van babas van MIV-positiewe moeders wat voortydig gebore word**

Borsmelk is besonder geskik vir vroeggebore babas omdat dit beskerming bied teen 'n verskeidenheid toestande, maar so 'n baba is ook besonder vatbaar vir MIV-infeksie omdat 'n vroeggebore baba se immuunstelsel nog swak ontwikkel is, en omdat die intestinale slymvlies nog besonder deurlaatbaar is (2.4.5). 'n MIV-positiewe moeder wie se baba voortydig gebore is, het dus een van twee keuses:

- as sy haar baba veilig met formulemelk kan voed, moet sy dit eerder gebruik ('n spesiale formule vir vroeggebore babas is die beste keuse); of
- die baba moet gepasteuriseerde borsmelk kry, wat verder die voordeel inhou dat dit die baba ook teen ander komplikasies van prematuriteit soos nekrotiserende enterokolitis beskerm (2.4.5).

'n Algemene aanbeveling dat alle MIV-positiewe moeders formulemelk moet gebruik om hul babas te voed kan gemaak word nie, omdat elke vrou individueel 'n ingeligte besluit, gebaseer op haar eie omstandighede, moet neem.

Sommige van die vroedvroue het hul antwoorde soos volg gemotiveer:

“Breast milk have the mother’s antibodies which are protective to the baby regarding other infections”

“Borsmelk is belangrik om immuniteit te bevorder”

Beide hierdie motiverings is onder normale omstandighede waar, maar hou nie rekening met die realiteit van moontlike MIV-oordrag nie, terwyl die volgende motivering wel hiervan melding maak:

“The baby’s immune system is still weak and therefore there is a higher risk of HIV transmission.”

Vervolgens word die response van die vroedvroue met betrekking tot die voorligting aangaande die voeding van babas van MIV-positiewe vroue wat voortydig gebore is, in tabelvorm voorgestel.

Tabel 4.9 Voorligting aangaande die voeding van voortydig gebore babas van MIV-positiewe moeders

Vraag	Keuses	Frekwensies	Perentasie respondente
15. As die baba van 'n MIV-positiewe moeder voortydig gebore word, moet sy die volgende voorligting aangaande babavoeding ontvang:	Alle MIV-positiewe moeders moet eerder formulevoeding gee	4	13,5%
	MIV-positiewe moeders wat hul babas veilig met formulemelk kan voed, moet dit eerder gebruik	7	41,1%
	Die baba is besonder vatbaar vir enige infeksie en benodig dus die beskerming van borsvoeding	9	52,9%
	Die baba is besonder vatbaar vir MIV-infeksie, dus, formulevoeding	3	17,6%
	Die baba moet, indien moontlik, gepasteuriseerde borsmelk kry	4	23,5%
Totale aantal response (respondente kon meer as een opsie merk)		27	

Alhoewel sewe respondente aangedui het dat formulevoeding gebruik moet word as die moeder dit veilig kan gebruik, het slegs vier resondente gepasteuriseerde borsmelk as ideale opsie beskou. Hierdie manier om borsmelk in hoërisikogevalle veiliger te maak is nog nie baie bekend nie, en word nog nie algemeen gebruik nie. Selfs die vroedvroue wat swanger vroue hieroor moet inlig, beskik dus nog nie oor die nodige kennis hieroor nie. Die volgende vraag in die vraelys het dan ook oor die spesifieke tegniek van pasteurisasie van borsmelk gehandel.

- **Die tegniek wat vir die pasteurisasie van borsmelk getoets is**

Met gevorderde toerusting word pasteurisasie toegepas deur melk tot 62°C te verhit en dan vinnig af te koel. Dit verseker dat die meeste voedingswaarde behou word, maar die patogene organismes (insluitend die MI-virus) onskadelik gestel word. Die beginsels kan tuis in die lae-tegnologie Pretoria-pasteurisasie-metode toegepas word. Die tegniek is getoets met uitgemelkte borsmelk in 'n 410g "No-name" of "Black cat" grondboontjiebotter glasbotteltjie wat in kookwater geplaas, en dan gelaat word totdat dit afgekoel het tot 'n temperatuur wat gerieflik is om aan te raak. Met toetse is bevestig dat alle MI-virusse vernietig word wanneer hierdie spesifieke metode gevolg word (2.4.3.2).

Alhoewel die vroedvroue nie bekend was met die spesifieke houergrootte of die tydsduur waarop gestandaardiseer is nie, blyk dit uit die motiverings dat van die vroedvroue wel bewus is daarvan dat die MI-virus deur pasteurisasie vernietig kan word. Van die motiverings wat verskaf is, lui:

“Pasteurisasie beteken om teen vinnige hitte te verhit (maar melk moenie kook nie) en dit dan vinnig af te koel”.

“Die melk moet nie self kook nie, want dan word die voedingswaarde dood gekook”

“Black cat peanut butter glass bottles are usually at hand”

Vervolgens word die keuses van die respondente in 'n tabel weergegee.

Tabel 4. 10 Getoetste tegniek vir pasteurisasie van borsmelk.

Vraag	Keuses	Frekwensies	Persentasie respondente
16. Wat verstaan u onder tuis-pasteurisasie van borsmelk?	Uitgemelkte borsmelk word gekook vir 10 minute in 'n 410g “No-name” of “Black cat” grondboontjebotter glasbotteltjie	1	5,9%
	Uitgemelkte borsmelk in 'n 810g “No-name” of “Black cat” grondboontjebotter glasbotteltjie word in kookwater geplaas en 10 minute lank gekook	2	11,7%
	Uitgemelkte borsmelk in 'n 410g “No-name” of “Black cat” grondboontjebotter glasbotteltjie word in kookwater geplaas en gelaat totdat dit 'n gerieflike temperatuur om aan te raak, bereik het.	0	0
	Uitgemelkte borsmelk in 'n 810g “No-name” of “Black cat” grondboontjebotter glasbotteltjie word in kookwater geplaas en 10 minute lank gelaat	12	70,7%
	Nie beantwoord nie	2	11,7%
Totale aantal response		17	100%

Nie een van die respondente het hierdie vraag korrek beantwoord nie, en dit blyk dat baie onkunde nog oor die getoetste tegniek bestaan. Hier bestaan duidelik 'n leemte in die kennis van die vroedvroue.

- **Veilige seks tydens swangerskap en laktasie**

Veilige seks (onthouding, gemeenskap slegs met 'n maat wat ook getrou bly of kondoomgebruik) is steeds belangrik vir 'n swanger of lakterende vrou. Omdat die voorligting tydens swangerskap plaasvind, kan die vroue daarop gewys word dat veilige seks MIV-infeksie of -herinfeksie van 'n vrou wat reeds MIV-positief is, kan help voorkom. Beide hierdie twee tipes infeksies veroorsaak dat die moeder se viruslading styg, wat weer die risiko van oordrag (tydens swangerskap of baring, of deur borsmelk) na die baba verhoog (2.4.2.1).

Uit die motiverings wat deur die respondente verskaf is, is dit duidelik dat die boodskap van "veilige seks" baie bekend is:

"Kondome beskerm teen HIV en STD (sexually transmitted diseases). Jy kan steeds swanger raak tydens laktasie"

"Seeing that she is already pregnant it is important to use a condom to prevent STI (sexually transmitted infections) and transmission of HIV"

"MIV-lading kan steeds verhoog met onveilige seks"

"Safe sex must be practised to prevent futher re-infection if already infected and prevent infection if not infected yet"

Al die respondente het hierdie vraag korrek beantwoord, naamlik dat veilige seks steeds belangrik is tydens swangerskap en laktasie.

- **Voorligting aangaande eksklusiewe borsvoeding**

Sedert dit deur navorsing bewys is dat borsvoeding wat eksklusief gegee is veiliger is as gemengde voeding ten opsigte van moeder-na-kindoordrag van MIV, is dit baie belangrik dat eksklusiewe borsvoeding onder swanger vroue gepromoveer moet word (2.4.1). Vroedvroue moet die onderskeid tussen eksklusiewe borsvoeding en gemengde voeding goed verstaan om dit aan swanger vroue te kan oordra. Omdat eksklusiewe borsvoeding vir alle babas (ongegag die moeder se MIV-status) voordeliger is as gemengde voeding, moet beide MIV-negatiewe en MIV-positiewe moeders dieselfde voorligting aangaande eksklusiewe borsvoeding ontvang. Dit sal ook moontlike

stigmatisasie voorkom as borsvoeding wat eksklusief gegee word vir alle babas aktief bevorder word.

Die korrekte definisie wat tydens voorligting oorgedra moet word is dat eksklusiewe borsvoeding behels dat die baba uitsluitlik borsmelk (en medisyne indien nodig) moet ontvang, en geen ander vloeistowwe of vaste kos (2.4.1).

In die onderstaande tabel word die keuses van die respondente rakende die voorligting oor eksklusiewe borsvoeding, weergegee.

Tabel 4.11 Voorligting aangaande eksklusiewe borsvoeding

Vraag	Keuses	Frekwensies	Persentasie respondente
18. Swanger vroue moet die volgende voorligting aangaande eksklusiewe borsvoeding ontvang:	Eksklusiewe borsvoeding beteken baba kry net borsmelk en water, of melk maar geen vaste kos nie	0	0
	Eksklusiewe borsvoeding beteken baba kry uitsluitlik borsvoeding en geen ander vloeistowwe of vaste kos nie	15	88,2%
	Dit is goed as babas wat eksklusiewe borsvoeding ontvang, ook soms formulemelk kry om daaraan gewoon te raak	2	11,8%
Totale aantal response		17	100%

'n Baie hoë persentasie (88.2%) van die respondente het die vraag korrek beantwoord, maar dit is kommerwekkend dat twee respondente te kenne gegee het, dat hulle van mening is dat formulemelk met geleentheid ook vir 'n eksklusief borsgevoede baba gegee moet word. Dit is 'n baie gevaarlike praktyk, omdat dit neerkom op gemengde voeding en gepaard gaan met 'n verhoogde risiko van MIV-oordrag.

- **Voorligting aangaande die gee van formulevoeding**

Omdat voeding met formulemelk nie aktief onder die publiek bevorder word nie (ten einde borsvoeding nie in gevaar te stel nie), bestaan die gevaar dat moeders glad nie weet hoe om dit veilig te gebruik nie. Daarom is een van die korrekte response dit dat MIV-positiewe vroue wat verkies om hul baba formulemelk te gee, voorligting moet

ontvang aangaande die metode om 'n formulevoeding aan te maak en dit vir haar baba te gee (2.6.1). Die ideale metode van voorligting is die waardeur 'n moeder op 'n een-tot-eenbasis 'n demonstrasie van die voorbereiding en gebruik van formulevoeding ontvang en dit dan weer terug demonstreer sodat seker gemaak word dat sy dit reg verstaan. Alhoewel dit nog nie algemene praktyk is nie, is die gebruik van 'n koppie in plaas van 'n bottel baie veiliger ten opsigte van higiëne (2.6.1).

Die vroedvroue het in hulle motiverings vir die noodsaaklikheid van voorligting sommige van bogenoemde redes uitgelig:

“The mother must receive education on how to prepare and give formula milk”

“To avoid over-concentration or over dilution, the mother must receive counselling on the hygienic preparation of formula feeding”

“Indien voeding nie korrek aangemaak word nie, kan die baba nie gewig optel nie, en dit kan ly tot wanvoeding.”

“The correct strength and temperature must be used. To prevent the unhygienic handling of teats and bottles, it is better to use a cup.”

“Cup feeding is important because it is easier to clean.”

Een van die respondente het die volgende motivering wat 'n aanduiding van 'n wanpersepsie gee, verskaf:

“Koppies is vir borsvoedende ma's wat aanvulling gee. As sy eksklusief formulemelk gee, moet sy voorligting kry oor die aanmaak en gee van 'n voeding met 'n bottel.”

Koppies word algemeen deur borsvoedende moeders wat byvoeding wil gee gebruik, omdat dit bottel-borsverwarring uitskakel, maar die tegniek kan ook deur eksklusief formulevoerders gebruik word – veral onder swak higiëniese omstandighede.

Die response van die vroedvroue met betrekking tot voorligting aangaande die gee van formulevoeding word in die volgende tabel weergegee.

Tabel 4.12 Voorligting aangaande die gee van formulevoeding.

Vraag	Keuses	Frekwensies	Persentasie respondente
19. MIV-positiewe swanger vroue wat verkies om hul babas met formulemelk te voed, moet die volgende voorligting ontvang:	Voorligting aangaande hoe om voeding aan te maak en vir haar baba te gee	14	82,3%
	Dit is goed om soms ook die baba te borsvoed	0	0
	Dit is beter om formulemelk met 'n koppie as met 'n bottel te gee	11	64,7%
Totale aantal response (respondente kon meer as een opsie merk)		25	

Albei die korrekte keuses is deur die meeste van die respondente gemerk. Dit is bemoedigend dat nie een van die respondente die opsie oor die gee van borsmelk vir 'n baba wat met formulemelk gevoed word, gekies het nie. Dit is 'n gevaarlike praktyk wat ook op gemengde voeding neerkom.

- **Maatreëls wat veilige babavoeding vir die meeste babas sal verseker**

Vir die meeste babas bly borsvoeding die beste keuse. Daar moet egter rekening gehou word met die realiteit van die hoë MIV-voorkomssyfer onder swanger vroue, en dat borsvoeding nie noodwendig die beste keuse vir die babas van hierdie moeders is nie. Ten einde borsvoeding steeds onder die publiek te bevorder, moet alle moeders voorligting oor borsvoeding ontvang.

Die gee van inligting in verband met die gebruik van formulemelk is nie so eenvoudig nie. Daar moet verseker word dat die moeders wat verkies om hul babas met formulemelk te voed, dit veilig kan doen. Sommige bronne beveel aan dat die inligting allienlik aan moeders wat dit veilig kan gebruik verskaf word (2.7). Dit sal verseker dat die idee dat formulevoeding net so goed (of beter) as borsvoeding is, nie oorspoel na die algemene publiek nie.

'n Ander benadering is om alle moeders te bemagtig deur inligting aan hulle almal te verskaf sodat elkeen 'n ingeligte besluit kan neem. In dié geval moet nie net die voorbereidingsmetode by die gesondheidsvoorligting ingesluit word nie, maar ook die voor- en nadele van al die babavoedingswyses – veral met betrekking tot MIV/VIGS en ander siektes (2.7).

Onder die motiverings is voorbeelde van al die benaderings gevind:

- Alle moeders moet voorligting oor borsvoeding ontvang:
“Make all mothers aware of the advantages of breastfeeding i.e. always available, correct temperature, enhances bonding”
- Voorligting aangaande formulevoeding slegs aan moeders wat dit veilig kan gebruik:
“Only mothers that can use formula milk safely, must receive health education on the use of it as it will prevent disease like diarrhoea which can result due to failure to prepare the formula correctly”
- Voorligting oor beide metodes aan alle moeders:
“After receiving health education on both methods, the mother can make a decision on what to use that is best for her and her baby”

Vervolgens word die reponse van die vroedvroue rakende die maatreëls wat veilige babavoeding vir die meeste babas sal verseker in die onderstaande tabel weergegee.

Tabel 4.13 Maatreëls wat veilige babavoeding vir die meeste babas sal verseker.

Vraag	Keuses	Frekwensies	Persentasie respondente
20. Die volgende maatreëls kan in werking gestel word om veilige babavoeding vir die meeste babas te verseker:	Alle moeders moet voorligting oor borsvoeding ontvang	14	82,3%
	Alle moeders moet voorligting en demonstrasies van die voorbereiding van formulemelk ontvang	10	58,8%
	Voorligting aangaande en demonstrasies van die voorbereiding van formulemelk moet net aan moeders gegee word wat dit veilig kan doen	1	5,9%
	Gratis formulemelk moet vir alle babas beskikbaar wees	0	0
Totale aantal response (respondente kon meer as een opsie merk)		25	

Die meeste van die respondente (82,3%) het aangedui dat alle moeders voorligting ten opsigte van borsvoeding moet ontvang. Die meeste vroedvroue is ten gunste daarvan dat die vroue die geleentheid moet hê om 'n ingeligte besluit te neem, of is nie bewus van die gevaar van die “oorspoeleffek” nie, aangesien 58,8% gekies het dat alle moeders voorligting aangaande formulevoeding moet ontvang, terwyl net een respondent aangedui het dat die voorligting selektief moet geskied. Dit wil voorkom of

die vroedvroue van mening is dat dit nie net finansiële oorwegings is wat in ag geneem moet word by die keuse van 'n babavoedingswyse nie. As dit die geval was, sou van die vroedvroue die opsie gemerk het dat gratis formulemelk vir alle babas beskikbaar moet wees. Die vroedvroue besef dus dat faktore soos die voordele van borsvoeding en die veilige voorbereiding en gee van formulemelk ook in ag geneem moet word.

4.3.1.3 Afdeling C: Voorgeboortevoorligting aangaande keuse van babavoedingswyse

Vervolgens word die resultate van die agt vrae wat spesifiek handel oor voorgeboortevoorligting aangaande die keuse rakende babavoedingswyse weergegee. Die doel met hierdie vrae is om vas te stel of die vroedvroue in die aanbied van voorgeboortevoorligting aangaande babavoeding rekening hou met die feit dat 'n groot persentasie van hul pasiënte MIV-positief kan wees.

- **Faktore wat in ag geneem moet word by die gee van voorligting aan swanger vroue aangaande die geskikste babavoedingswyse**

'n Hele reeks faktore moet in meerdere of mindere mate in ag geneem word by die voorligting aan swanger vroue aangaande die keuse van die geskikste babavoedingswyse (2.8.4). Die fokus van hierdie studie is juis die belangrikheid daarvan dat die vroedvrou die swanger vrou se MIV-status in gedagte moet hou as sy voorligting aangaande babavoedingskeuses gee. Skoon water en sanitasie is van belang omdat dit voorvereistes is om formulevoeding veilig te kan gebruik. As 'n vrou 'n vorige baba aan die dood afgestaan het as gevolg van gastro-enteritis, kan dit 'n indikasie wees dat die higiëne in haar huis nie optimaal is nie. Dit sal heel waarskynlik veiliger wees as sy haar volgende baba eerder borsvoed (2.6.1). Die finansiële omstandighede is belangrik as die moeder moontlik die formulevoeding of brandstof vir die kook van water moet aankoop.

Uit die motiverings wat verskaf is, blyk dit dat die vroedvroue wel die verskillende faktore in ag neem:

“Al die faktore speel ‘n rol”

“The HIV status must be known to make use of antiretroviral drugs, to maintain hygiene is difficult if there are not clean water and good sanitation and you need to know the financial circumstances to know if they will be able to buy formula or are poor and unemployed”

“All the factors are important so that the woman can make an informed decision about the method of feeding.”

Die response met betrekking tot die faktore wat deur die vroedvroue in ag geneem word, word vervolgens in tabelvorm weergegee.

Tabel 4.14 Belangrike faktore by die gee van voorligting aan swanger vroue aangaande die geskikste babavoedingswyse

Vraag	Keuses	Frekwensies	Persentasie respondente
21. Die volgende faktore moet in ag geneem word by die voorligting aan swanger vroue aangaande die geskikste babavoedingswyse:	MIV-status	14	82,3%
	Beskikbaarheid van skoon water	10	58,8%
	Beskikbaarheid van goeie sanitasie	7	41,2%
	Vorige babas van vrou is dood a.g.v. gastro-enteritis of wanvoeding	4	23,5%
	Finansiële omstandighede	9	52,9%
Totale aantal response (respondente kon meer as een opsie merk)		44	

Al die keuses is wel deur sommige van die respondente gekies. Slegs 23,5% van die respondente het aangedui dat ‘n vorige baba-sterfte as gevolg van gastro-enteritis in ag geneem moet word by die voorligting aan swanger vroue rakende die keuse van die geskikste babavoedingswyse. Die beskikbaarheid van goeie sanitasie is ook deur net 41,2% van die respondente afgemerkt.

Alhoewel 82,3% van die respondente aangedui het dat ‘n vrou se MIV-status in ag geneem moet word, het die res dit nie gemerk nie. Die feit is kommerwekkend, aangesien die faktor in ‘n samelewing met ‘n hoë MIV/VIGS-prevalensie baie belangrik

is, omdat die voedingsopsies vir die baba van 'n MIV-positiewe vrou deeglike oorweging verg.

- **Aspekte wat by die voorligting aan swanger vroue aangaande babavoeding ingesluit word**

Al die aspekte (die voordele van borsvoeding, die risiko van MIV-oordrag deur borsmelk, die voordele van voeding met formulemelk sowel as die risiko's daaraan verbonde om 'n baba met formulemelk te voed) behoort by voorligting aan swanger vroue ingesluit te word (2.8.3.3). Hulle moet bewus gemaak word van die voordele asook risiko's verbonde aan beide voedingskeuses. Slegs as die inligting aan 'n swanger vrou bekend is, kan sy, met in agneming van haar unieke omstandighede, 'n ingeligte besluit neem.

Dit blyk uit die motiverings dat die vroedvroue besef dat dit belangrik is om al hierdie aspekte by voorgeboorte voorligting in te sluit:

"It is important to give all the information in order that the woman should have enough knowledge to make a good decision about feeding"

"Die risiko's van voeding met formulemelk is belangrik, want bottel-higiëne moet streng toegepas word om gastro-enteritis te voorkom"

In die volgende tabel word die response van die vroedvroue met betrekking tot die inhoud van gesondheidsvoorligting aangaande babavoeding weergegee.

Tabel 4.15 Inhoud van voorligting aan swanger vroue oor babavoeding

Vraag	Keuses	Frekwensies	Persentasie respondente
22. Watter van die volgende aspekte word ingesluit as u voorligting aangaande babavoeding aan swanger vroue gee?	Voordele van borsvoeding	12	70,6%
	Risiko van MIV-oordrag deur borsmelk	10	58,8%
	Voordele van voeding met formulemelk	6	35,3%
	Risiko's van voeding met formulemelk	9	52,9%
Totale aantal response (respondente kon meer as een opsie merk)		37	

Uit die response blyk dit dat die voordele van borsvoeding (70,6%), sowel as die risiko van MIV-oordrag (58,8%) gewoonlik ingesluit word by die voorligting deur vroedvroue aan swanger vroue aangaande babavoeding. Dit wil voorkom of die vroedvroue die

voordele van formulevoeding verbind met die risiko van MIV-oordrag deur borsmelk nie, omdat slegs 35,3% van die respondente aangedui het dat hulle dit by hul voorligting insluit. Verder is dit kommerwekkend dat net 52,9% aangedui het dat hulle die risiko's verbonde aan die voed met formulemelk by die voorligting insluit. Al hierdie aspekte behoort aandag te geniet wanneer voorligting aan swanger vroue aangaande babavoedingswyse verskaf word.

- **Voorligting aangaande die voordele daarvan vir 'n swanger vrou om bewus te wees van haar MIV-status**

Dit hou voordeel vir 'n swanger vrou in om bewus te wees van haar MIV-status, omdat die voedingswyse van haar baba dalk aangepas moet word (2.9). Die moontlike beskikbaarheid van antiretrovirale middels is ook belangrik, maar dit is nie die enigste rede waarom 'n swanger vrou bewus moet wees van haar MIV-status nie. Verder kon daar ook 'n opmerking onder "Ander" gemaak word dat dit vir enige persoon beter is om bewus te wees van sy/haar MIV-status, omdat aanpassing van lewenswyse wenslik is om óf MIV-negatiewe status te behou óf gesondheid vir so lank moontlik te behou en ook te verseker dat ander persone nie geïnfekteer word nie, indien MIV-positiewe status reeds vasgestel is.

Van die motiverings wat gegee is, dui daarop dat die vroedvroue van mening is dat dit vir elkeen, en spesifiek ook vir 'n swanger vrou, beter is om bewus te wees van haar MIV-status ten einde veilige praktyke om oordrag te voorkom, uit te oefen:

"Dit is altyd goed om jou status te weet om jouself, jou baba en ander te beskerm"

"To know her status may help her to make the right decision according to her circumstances"

Van die respondente het ook gemeld dat beter voorsiening gemaak kan word vir voeding met formulemelk of voorsorg getref kan word teen komplikasies as 'n vrou bewus is van haar MIV-status:

"If the woman is working or get support she can budget in good time for her baby for milk formula or receive assistance from the clinic."

“If the mother knows her status and she develop a complication like cracked nipples or the baby develops thrush, she can consider matters e.g. boiling the milk”.

Agt en tagtig komma twee persent (88,2%) van die respondente het die opsie oor die belangrikheid van die bewustheid van MIV-status met betrekking tot babavoedingskeuse gemerk, terwyl die res (11,8%) die opsie oor voordeel net indien antiretrovirale middels beskikbaar is, gemerk het. Laasgenoemde respondente beseef nog nie die belangrikheid daarvan om 'n ingeligte besluit te neem ten opsigte van babavoedingswyse met inagneming van die MIV-status nie.

- **Die vroedvrou se persepsies oor voorligting aan swanger vroue**

Die volgende vyf vrae handel oor persepsies van die vroedvroue en daar is dus nie korrekte of verkeerde antwoorde nie. Die doel van die vrae is om 'n opname te maak van hoe die vroedvroue aspekte met betrekking tot voorligting aan swanger vroue aangaande MIV en babavoeding waarneem.

- **Die vroedvroue se persepsies van voorligting aan swanger vroue aangaande MIV en babavoeding**

Die doel met hierdie vraag is om vas te stel wat die persepsies van die vroedvroue is van die voorligting wat aangaande MIV en babavoeding aan swanger vroue verskaf behoort te word. Die response van die vroedvroue met betrekking tot die korrektheid van stellings wat handel oor voorligting aan swanger vroue aangaande MIV en babavoeding word vervolgens in tabelvorm weergegee.

Tabel 4.16 Stellings wat handel oor voorligting aan swanger vroue aangaande MIV en babavoeding

Vraag	Keuses	Frekwensies	Persentasie respondente
24. Watter van die volgende stellings wat handel oor voorligting aan swanger vroue rakende MIV en babavoeding is korrek?	Swanger vroue kry genoeg voorligting rakende MIV en babavoeding.	4	23,5%
	Swanger vroue moet meer voorligting aangaande MIV en babavoeding ontvang	15	88,2%
	Slegs vroue wat MIV-positief getoets is, moet berading met betrekking tot MIV en babavoeding ontvang	1	5,9%
	Swanger vroue kry genoeg inligting uit ander bronne in verband met MIV en babavoeding	4	23,5%
	Die kliniek is te besig; daar is nie tyd om voorligting aangaande MIV en borsvoeding te gee nie	4	23,5%
Totale aantal response (respondente kon meer as een opsie merk)		28	

Die blyk dat die meeste vroedvroue (88,2%) die persepsie het dat swanger vroue meer voorligting aangaande MIV en babavoeding behoort te ontvang. Ewe veel respondente (23,5%) het aangedui dat swanger vroue reeds genoeg voorligting hieroor ontvang, dat hulle genoeg inligting uit ander bronne ontvang en dat die kliniek te besig is om voorligting aangaande MIV en babavoeding te gee.

Uit die motiverings wat verskaf is, kan sekere van die probleme wat die vroedvroue ondervind afgelei word. Hierdie motiverings word gelyktydig met die response van die laaste vraag van die vraelys met betrekking tot struikelblokke wat ondervind word, behandel.

Ander het weer daarop gewys dat swanger vroue soveel moontlik voorligting moet kry:

“Enige swanger vrou moet soveel moontlik inligting ontvang ten opsigte van haar swangerskap”

- **Die vroedvroue se persepsies van hul eie kennis ten opsigte van moeder-na-kindoordrag.**

In die volgende tabel word weergegee wat die vroedvroue se persepsies van hul eie kennis van moeder-na-kindoordrag van MIV is. Hierdie persepsies word later (4.3.2) vergelyk met die persentasie korrekte response wat die respondent behaal het.

Tabel 4.17 Stellings wat handel oor die vroedvrou se eie kennis van moeder-na-kindoordrag.

Vraag	Keuses	Frekwensies	Persentasie respondente
25. Watter van die volgende stellings wat handel oor u eie kennis oor moeder-na-kindoordrag is korrek?	Ek beskik oor genoeg kennis om effektief voorligting te gee	4	23,5%
	My kennis ten opsigte van moeder-na-kindoordrag van MIV moet opgeknop word	8	47%
	Ek beskik oor te min kennis ten opsigte van moeder-na-kindoordrag van MIV om effektief voorligting te gee	6	35,3%
Totale aantal response (respondente kon meer as een opsie merk)		18	

Die grootste groep respondente (47%) het aangedui dat hul eie kennis van moeder-na-kindoordrag opgeknop moet word en dat hulle nie oor genoegsame kennis beskik om effektief voorligting oor hierdie aspekte te kan gee nie (35,3%). Dit bevestig dat die vroedvroue self bewus is daarvan dat hulle nie oor genoegsame kennis beskik om effektief voorligting aan swanger vroue te gee nie. Verder dui hulle ook aan dat hulle 'n behoefte het aan die opknop van hul kennis oor hierdie aspek.

Die resultate van die vier respondente wat aangedui het dat hulle wel oor genoegsame kennis beskik, word onder punt 4.3.2 met hul persepsies vergelyk.

Dit is duidelik uit die motiverings dat die vroedvroue self beseft dat hul kennis oor hierdie saak nie toereikend is nie:

“Daar is 'n tekort aan indiensopleiding/kursusse ten opsigte van die tema. Dinge verander so vinnig en ons verloor tred”

“Ek voel dat daar nog baie is wat belangrik is waarvan ek onbewus is”

“As kennis nie opgedateer word nie, kan verkeerde inligting oorgedra word”

“Knowledge need to be updated, to be able to render health education regarding HIV and baby-feeding using current information”

- **Bron van vroedvrou se kennis van MIV en borsvoeding**

Vervolgens is ondersoek ingestel na die oorsprong van die vroedvrou se eie kennis van MIV en borsvoeding. Die response word in die volgende tabel weergegee.

Tabel 4. 18 Bron van vroedvrou se kennis van MIV en borsvoeding

Vraag	Keuses	Frekwensies	Persentasie respondente
26. Wat is die bron van u kennis ten opsigte van MIV en babavoeding?	Basiese verpleegopleiding	6	35,3%
	Indiensopleiding	11	64,7%
	MIV PEP- kursus	7	41,1%
	Selfstudie	7	41,1%
Totale aantal response (respondente kon meer as een opsie merk)		31	

Uit die frekwensieontleding blyk dit dat die bron van die meeste respondente (64,7%) se kennis ten opsigte van MIV, indiensopleiding is. Uit die motiverings van die vorige vraag blyk dit egter dat 'n behoefte aan meer indiensopleiding hieroor steeds bestaan. Van die respondente het hul kennis ook bekom uit hul basiese verpleegopleiding, die MIV PEP (Perinatal Education Programme) kursus en selfstudie. 'n Verskeidenheid bronne is dus benut.

- **Die vroedvrou se persepsies van wie verantwoordelik is vir die inlig van swanger vroue oor MIV en babavoeding**

Vervolgens word aan die hand van 'n tabel aangedui wie, volgens die vroedvroue daarvoor verantwoordelik is om swanger vroue in te lig oor MIV en babavoeding.

Tabel 4.19 Die vroedvrou se persepsie van wie se taak dit is om swanger vroue in te lig oor MIV en babavoeding

Vraag	Keuses	Frekwensies	Persentasie respondente
27. Wie se taak is dit om swanger vroue in te lig oor MIV en babavoeding?	MIV/VIGS-berader	12	70,6%
	Geregistreerde verpleegkundige-vroedvrou	17	100%
	Dieetkundige	10	58,8%
	Geneesheer	12	70,6%
Totale aantal response (respondente kon meer as een opsie merk)		51	

Al die keuses is deur meer as die helfte van die repondente gemerk. Die keuse wat egter deur al die respondente gemerk is, is dat dit die geregistreerde verpleegkundige-vroedvrou se verantwoordelikheid is om vroue oor MIV en babavoeding in te lig. Dit is verblydend dat daar nie van hierdie respondente is wat hul verantwoordelikheid ten opsigte van hierdie aspek op ander lede van die span wil afskuif nie.

Die persepsies van die vroedvroue blyk uit die motiverings wat verskaf is:

"The registered nurse-midwife is always available and near to the women."

"Almal speel 'n rol en moet ingelig wees"

"These are the people who work closely with the patients. She trust them and can easily talk to them."

- **Struikelblokke wat die vroedvroue ondervind tydens voorligting aan swanger vroue aangaande MIV en babavoeding.**

Die laaste vraag van die vraelys vir vroedvroue is 'n oopeinde keusevraag, wat handel oor die struikelblokke wat vroedvroue ondervind tydens hulle die voorligting aan swanger vroue aangaande MIV en babavoeding.

Vier van die respondente het nie hierdie vraag beantwoord nie. Die ander se response kan soos volg verdeel word: (Enkele motiverings wat by vraag 24 - Persepsies van vroedvroue oor voorligting aan swanger vroue aangaande MIV en babavoeding- geopper is, word ook hierby ingesluit.)

- Hulle meen voorligting is nie die moeite werd nie, omdat vroue nie vry is om 'n besluit te kan neem nie:

"Die vroue wat minder bevoorreg is, het nie 'n keuse ten opsigte van voeding vir hul babas nie"

"The financial status of the mother places a restriction, because she can not buy milk formula"

"Stigma attached to HIV/AIDS, thus they mostly choose to breastfeed as they would'nt want the family to know of their status"

-
- Verskeie redes bemoeilik kommunikasie:
 - “Those that are positive who are in a denial phase, make it difficult to work with”*
 - “Aangesien daar ‘n groot taalkwessie is, is ek nie altyd seker of die pasiënt alles verstaan tydens die “counselling” nie”*
 - “Die taalgebrek, ek is Afrikaans en Engels magtig, maar dan kry jy vroue wat net Tswana praat”*
 - “There is a language problem”*

 - Die omvang van die gebrek aan kennis by pasiënte bemoeilik voorligting:
 - “Moeders beseft nie die erns (belangrikheid) van MIV en babavoeding nie; hul neem ‘n traak-my-nieagtige houding in.”*
 - “We still get ignorant people who feel that mixed feeding is the best for their babies as the babies are not satisfied by the breast only and want to breastfeed for a certain period e.g. two years. Poverty and unemployment complicate matters”*
 - “The obstacles that we meet are lack of knowledge with regard to the transmission of the virus in pregnancy and breastfeeding. Most of the patients opt for prolonged breastfeeding which increases the risk of infection”*

 - Gebrek aan hulpbronne en tyd word gesien as struikelblokke:
 - “Daar is ‘n tekort aan kennis, inligting en hulpmiddels.”*
 - “Tyd is partykeer ‘n faktor – te veel om te sê en te min tyd.”*
 - “To little time is spend to communicate with our HIV patients.”*
 - “Lack of time is a obstacle because the clinic is forever full, and we are always under-staffed.”*
 - “There is always not enough time to talk to the women because of large numbers of people attending the clinic. There is a shortage of staff and the patients have to wait too long and become bored.”*
 - “Lack of manpower deprives pregnant women to be given proper health education, and yet it is important that the woman receive this education.”*

“Staff shortage, increasing size of residential area as well as a increase in pregnancy rate are constraints.”

4.3.2. Resultate van die vraelys vir vroedvroue as geheel

Nadat die opsies van vrae individueel geanaliseer is, is bepaal hoeveel van die opsies van Afdeling B van die vraelys as korrek aanvaar kan word. Nege en twintig van die opsies wat op grond van getuienis uit die literatuur, soos reeds by die bespreking van die individuele vrae genoem, kan as korrek aanvaar word. Al die vraelyste is vervolgens deurgegaan om te bepaal wat die persentasie van korrekte antwoorde wat elke respondent behaal het, is. Die verspreiding van die persentasies wat behaal is, word vervolgens met 'n poligoon-diagram voorgestel.

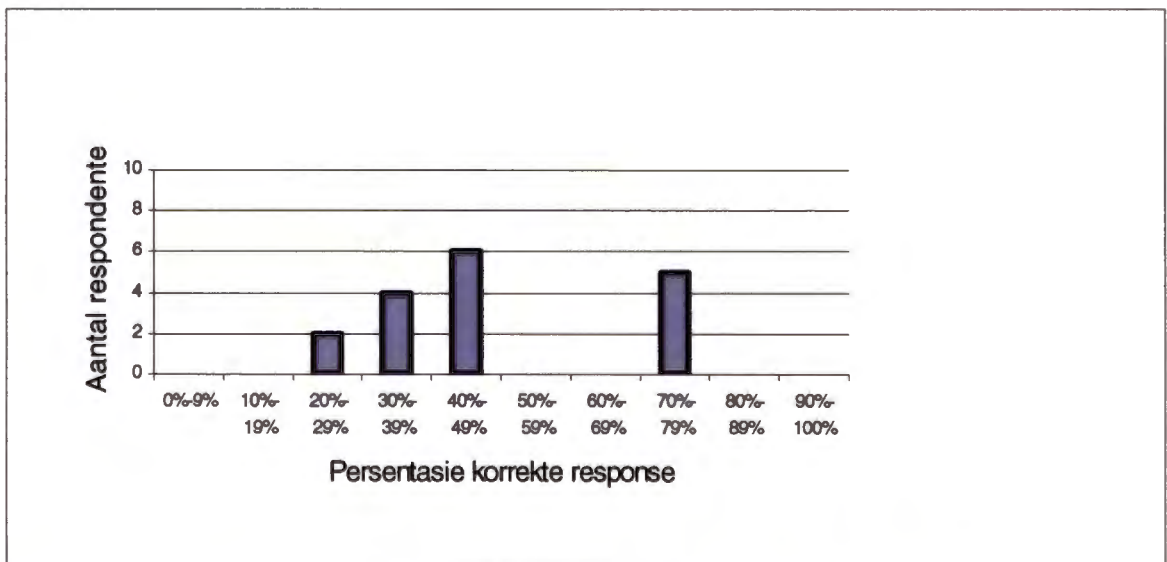


Diagram 4.1 Verspreiding van die persentasie korrekte response van die vroedvroue

Dit blyk uit Diagram 4.1 dat die meeste van die respondente minder as die helfte van die korrekte response gemerk het, terwyl vyf van die respondente tussen 70 en 80% van die vrae korrek beantwoord het. Oor die algemeen beskik die respondente dus nie oor genoegsame kennis ten opsigte van MIV en babavoeding om voorligting aan swanger vroue te gee sodat hulle op grond daarvan 'n ingeligte besluit ten opsigte van die geskikste babavoedingswyse vir hul babas kan neem nie.

Die vier respondente wat by Vraag 25 aangedui het dat hulle van mening is dat hul oor genoeg kennis van moeder-na-kindoordrag beskik om effektief voorligting te kan gee, het onderskeidelik 41%, 45%, 70% en 72% behaal. Alhoewel twee van die respondente 'n bogemiddelde aantal response korrek gemerk het, toon die ander twee respondente 'n gebrek aan insig as hulle van mening is dat hulle oor genoegsame kennis beskik.

4.3.3 Resultate volgens die verskillende afdelings van die vraelys vir swanger vroue

Vervolgens word die response rakende die vraelys vir swanger vroue (Bylae F) bespreek. 'n totaal van 93 swanger vroue het vraelyste ingevul. Die vraelys is in vier afdelings verdeel naamlik 'n afdeling wat handel oor biografiese inligting (13 vrae), 'n afdeling oor die faktore wat 'n rol speel by die keuse van babavoedingswyse (6 vrae), 'n afdeling wat handel oor die vroue se kennis ten opsigte van MIV/VIGS en moeder-na-kindoordrag (16 vrae) asook 'n afdeling oor voorgeboortevorligting (4 vrae) as bron van inligting. Die resultate word eerstens vraag vir vraag bespreek.

4.3.3.1 Afdeling A: Biografiese inligting

Die resultate van die 13 vrae wat handel oor biografiese inligting word vervolgens weergegee. Die doel met hierdie vrae is om die leser in staat te stel om 'n indruk te kry van die 93 swanger vroue wat die klinieke in Potchefstroom besoek en aan die ondersoek deelgeneem het. 'n Indruk van die leefomstandighede wat 'n rol kan speel by die keuse van babavoedingswyse kan ook op grond hiervan gekry word. Waar van toepassing, word die resultate vergelyk met die amptelike nasionale demografiese inligting soos verkry in die 1998 South Africa Demographic and Health Survey (SADHS) (Dept. van Gesondheid, 1998).

- **Ouderdom en hoogste vlak van opleiding**

Een en tagtig persent (81%) van die swanger vroue val in die ouderdomsgroep 20 tot 34 jaar. Hierdie ouderdomstydperk word beskou as die ideale tyd om aan die gesin te bou. Agt persent (8%) van die respondente val in die ouderdomsgroep 35 jaar en ouer. Elf persent van die vroue is jonger as 20 jaar.

Die grootste groep (41,9%) se hoogste vlak van skoolopleiding is graad 11 of 12. Saam met die groep wat tersiêre opleiding ondergaan het (9,7%), maak dit 'n beduidende groep (51,6%) uit. Die persentasies vergelyk goed met die syfers van die SADHS waarin 44% van die vroue 'n sekondêre onderwyskwalifikasie behaal het en 5% 'n vorm van tersiêre opleiding ondergaan het (Dept. van Gesondheid, 1998:11). Daar sou verwag kon word dat die vroue gedrukte media goed sou verstaan.

Ses persent van die swanger vroue het geen skoolopleiding ontvang nie, en is dus totaal ongeletterd. Die syfer kan vergelyk word met die syfer vir vroue in 'n stedelike gebied (5%) volgens die SADHS (Dept. van Gesondheid, 1998:11). Die ongeletterdheid van sommige swanger vroue moet tydens voorligting spesiale aandag kry.

- **Kultuurgroep**

Die verspreiding van die kultuurgroepe word vervolgens aan die hand van 'n diagram voorgestel.

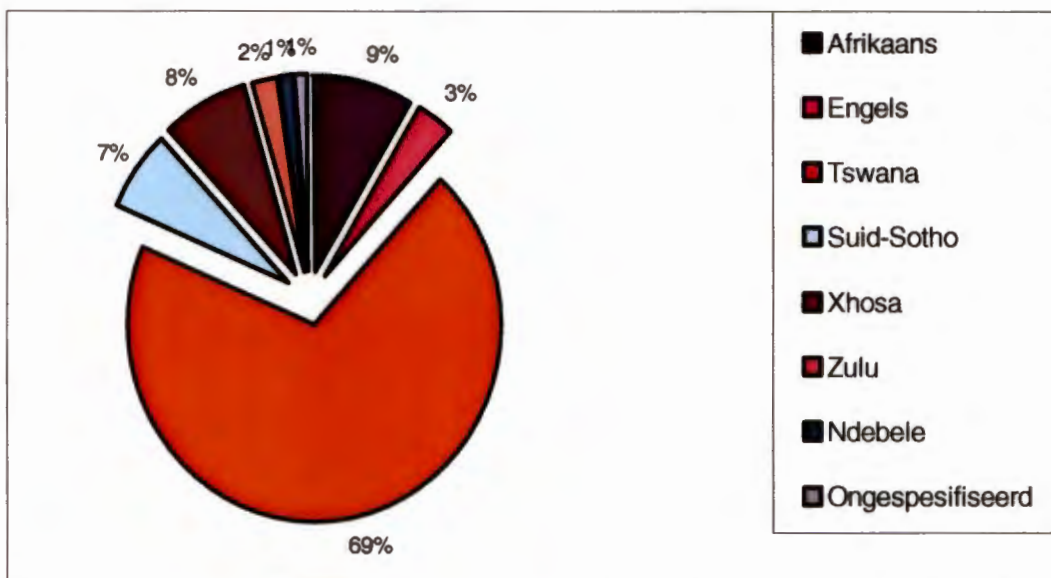


Diagram 4.2 Verspreiding van kultuurgroepe onder die swanger vroue

Die oorgrote meerderheid swanger vroue (68,8%) kom uit die Tswanakultuurgroep. Daar kan dus verwag word dat gebruike en gewoontes wat algemeen in die groep beoefen, word, ook algemeen in hierdie groep toegepas sal word. In vergelyking met die

kultuurverspreiding van die vroedvroue wat aan hierdie studie deelgeneem het, kom onder die swanger vroue 'n groter verskeidenheid groepe voor wat Engels, Zulu en Ndebele praat, wat nie onder die vroedvroue voorgekom het nie. Onkunde oor kultuurgebruike en kommunikasie-probleme as die swanger vroue nie die vroedvroue verstaan wanneer voorligting gedoen word nie, kan voorkom as die vroedvroue en swanger vroue se kultuurgroepe nie ooreenstem nie.

- **Huwelikstaat**

Die doel met die vraag oor huwelikstaat is om vas te stel of die swanger vrou wel in 'n verhouding verkeer waar sy ondersteun word – emosioneel, finansiële asook in haar keuse van babavoedingswyse.

Die response op die vraag met betrekking tot huwelikstaat word vervolgens in tabelvorm weergegee.

Tabel 4.20 Huweliksstaat

Vraag	Keuses	Frekwensies	Persentasie respondente
4. Huwelikstaat	Nie in stabiele verhouding nie	22	23,6%
	Stabiele verhouding maar nie getroud nie	55	59,2%
	Tradisionele huwelik	4	4,4%
	Getroud	9	9,7%
	Geskei	1	1%
	Nie beantwoord nie	2	2,1%
Totaal:		93	100%

Die groep waartoe die meeste vroue behoort (59,2%), is die een waar hulle wel in 'n stabiele verhouding verkeer, maar nie getroud is nie. Saam met die wat nie in 'n stabiele verhouding verkeer nie (23,6%), of geskei is (1%), maak dit 'n groot groep (83,8%) uit wat nie noodwendig op steun van die vader van hul baba kan staatmaak nie.

- **Hoeveelheid persone in huishouding in vergelyking met finansiëleinkomstegroep**

Hierdie twee faktore word saam beskou om 'n duideliker indruk van die beskikbare inkomste te kry. As daar net op die inkomstegroep gekonsentreer word, kan dit voorkom of 'n spesifieke vrou wel oor genoegsame middele beskik om byvoorbeeld formulemelk te bekostig. Die realiteit is dat 'n hele aantal huisgesinlede moontlik van een inkomste moet leef, sodat daar nie genoegsaam vir elke lid beskikbaar is nie. Met hierdie navorsing is bevind dat die meeste huishoudings uit drie tot vyf persone bestaan (46,2%), terwyl 'n verdere 37,6% huishoudings uit ses of meer persone bestaan. Die hoeveelheid persone per huishouding in hierdie studie is meer as die nasionale gemiddelde (4,7 persone) soos bepaal in die SADHS (Dept. van Gesondheid, 1998:10).

Die grootste groep respondente (35,5%) val in die groep huishoudings met 'n inkomste van R500.00 en minder per maand, terwyl 31,2% tussen R501.00 en R1000.00 per maand tot hul beskikking het. Verder val 24,7% in die inkomstegroep R1001.00 tot R2000.00 per maand, terwyl net 5,4% in die groep wat meer as R 2000.00 per maand verdien, val. Drie komma twee persent (3,2%) van die respondente het nie hierdie vraag beantwoord nie. Die vraag oor die grootte van die huishouding het dus nie waarde by die resultate gevoeg nie, omdat die meeste huishoudings in elk geval in die laagste inkomstegroepe val, en ook in die groepe met baie huisgesinlede val. Baie min van die huishoudings kan dus die formulemelk, steriliseer toerusting en addisionele brandstof wat nodig is om 'n baba veilig met formulemelk te voed, bekostig.

- **Waterbron, sanitasiegeriewe en energiebron**

Vrae oor hierdie aspekte is ingesluit omdat hierdie faktore 'n belangrike rol behoort te speel by die besluit van 'n moeder of sy veilig kan borsvoed. Die vroue wat nie oor kraanwater in hul huise beskik nie, sal baie moeite moet doen om genoeg water vir die higiëniese voorbereiding van formulemelk in die hande te kry. Waar 'n spoeltoilet in die huis ontbreek, is dit moeiliker om higiëniese maatreëls soos hande was toe te pas, en waar geriewe gedeel moet word, raak dit nog moeiliker vir 'n vrou om haar eie higiëniese omstandighede te beheer. As hout of kole gebruik moet word om water te verhit, neem dit lank om water te kook. Al hierdie suboptimale omstandighede kan meebring dat 'n

moeder wat byvoorbeeld baie moeg is of siek voel, nie noodwendig optimaal te werk gaan nie en onhigiëniese praktyke uitoefen. Haar baba sal dan 'n verhoogde risiko loop om gastro-enteritis/dehidrasie op te doen, en borsvoeding is noodsaaklik om die baba hierteen te beskerm.

Alhoewel die meeste van die respondente (55,9%) oor kraanwater in hul huise beskik, is daar tog 'n groep wat óf hul kraanwater met 'n emmer moet aandra (37,7%) óf van water afkomstig van 'n waterpomp gebruik moet maak (3,2%). Dit vergelyk goed met die syfers van die SADHS (Dept. van Gesondheid, 1998:17) waarvolgens 59% huishoudings in stedelike gebiede oor kraanwater beskik.

Die grootste groep (39,8%) vroue het aangedui dat hulle wel oor 'n spoeltoilet in hul huise beskik, maar die meeste respondente (60,2%) moet met minder as dit oor die weg kom. So het 5,4% 'n spoeltoilet buite die huis, moet 37,6% 'n spoeltoilet met ander huishoudings deel en gebruik onderskeidelik 11,8% en 5,4% 'n puttoilet of emmer-toiletstelsel. Al hierdie opsies verhoog die risiko van onhigiëniese gewoontes, en sou babavoeding met 'n formulevoeding dus gevaarliker maak. Volgens die SADHS (Dept. van Gesondheid, 1998:18) beskik 80% van huishoudings in stedelike gebiede van Suid-Afrika oor spoeltoilette, wat soortgelyk is aan die syfer in hierdie studie as die toilette binne en buite die huis sowel as die toilette wat gedeel word, bymekaargetel word (82,8%).

Dit is verblydend dat die fasiliteite van 'n energiebron om water mee te kook, gunstiger is. Die meeste respondente (67,7%) beskik oor elektrisiteit om water mee te kook. 'n Verdere groep maak van gas (3,2%) of paraffien (28%) gebruik. Al hierdie metodes kan water in 'n relatief kort tydjie tot kookpunt bring. Dit sal dus makliker vir 'n moeder wees wat water moet kook voor sy dit gebruik om formulevoeding aan te maak of haar borsmelk moet verhit om dit te pasteuriseer. Slegs 1% van die respondente maak van steenkool of hout gebruik wat langer neem om water te verhit. Die syfers vergelyk goed met dié van stedelike huishoudings in die SADHS (Dept. van Gesondheid, 1998:17) waar 73% elektrisiteit, 8,4% gas, 29% paraffien en 13,8% steenkool of hout gebruik om kos mee te maak.

- **Samestelling van die huishouding**

Hierdie vraag is by die vraelys ingesluit om 'n raming daarvan te maak of die vrou (en haar gesin) op hul eie bly of nie. As die vrou op haar eie is, bemoeilik dit haar situasie ten opsigte van ondersteuning met babaversorging, maar as die gesin hul huishouding met ander moet deel, is privaatheid ingekort en is die risiko van stigma groter as sy dalk 'n ander babavoedingswyse as wat die kultuurnorm voorskryf, wil gebruik.

In hierdie navorsing is bevind dat 11,8% van die vroue op hul eie woon en 33,3% saam met hul kerngesin. Die meeste vroue (54,9%) deel hul huishouding met ander gesinslede benewens hul man en kinders. Dit hou verband met die groot persentasie respondente wat volgens Vraag 4 nie getroud is nie.

- **Hoeveelheid kinders**

Die doel van hierdie vraag is om vas te stel of die vroue wat deelgeneem het, al vorige kinders (en dus ondervinding van 'n babavoedingswyse) het. Positiewe of negatiewe ondervinding met 'n spesifieke voedingswyse sal beslis ook 'n rol speel wanneer 'n vrou op 'n voedingswyse vir haar volgende baba moet besluit (2.11.2).

Die grootste groep respondente (44,1%) is primigravidas, terwyl die res van die vroue een tot vier kinders het. Slegs een respondent het reeds meer as vier kinders gehad. Die groep bestaan dus hoofsaaklik uit vroue wat nog nie baie ondervinding ten opsigte van babavoeding het nie.

- **MIV-toets tydens hierdie swangerskap**

Die volgende vraag handel daaroor of 'n vrou tydens hierdie swangerskap vir MIV getoets is of nie. Vanweë die moontlikheid van etiese probleme met vertroulikheid is besluit om nie direk te vra wat 'n vrou se MIV-status is nie, aangesien hierdie navorsing handel oor voorligting aan alle swanger vroue – ongeag hul MIV-status. Die meerderheid (55,9%) respondente het aangedui dat hulle wel getoets is, 40,9% het geantwoord dat hulle nie getoets is nie en 3,2% het verkies om nie die vraag te beantwoord nie. Daar

was dus meer vroue wat tydens hierdie swangerskap getoets is as die nasionale gemiddelde van 51% (McCoy *et al*, 2002:45).

Met die volgende vraag is gepoog om vas te stel wat die rede(s) sou wees as 'n vrou nie getoets is nie. Slegs 3,2% van die vroue het voor die swangerskap reeds geweet wat hul status is.

Twee en twintig komma ses persent (22,6%) van die respondente het verklaar het dat hul nie die geleentheid gekry het om hulle te laat toets nie. Met kruisverwysing is vasgestel dat daar by vyf van die ses klinieke respondente was wat aangedui het dat hulle nie die geleentheid gekry het om getoets te word nie. Elf komma agt persent (11,8%) van die vroue het nie hulle laat toets nie, omdat hulle nie oor hul status ingelig wou wees nie.

4.3.3.2 Afdeling B: Faktore wat 'n rol speel by die keuse van babavoedingswyse

In hierdie afdeling is die faktore wat 'n rol speel by 'n vrou se besluit oor wat die geskikste babavoedingswyse vir haar baba sal wees, ondersoek.

- **Tydperk van borsvoeding met die vorige kind**

Response op hierdie vraag sal 'n aanduiding daarvan gee of die vrou waarskynlik weer sal borsvoed. Van die vroue wat wel vorige kinders gehad het, het 16,3% glad nie geborsvoed nie, 7,3% het een maand of minder geborsvoed, terwyl 18% 'n periode tussen 1 en 6 maande geborsvoed het. Die meeste vroue het egter vir 'n langer tydperk geborsvoed: 20% tussen 6 en 12 maande en 38% langer as 12 maande.

- **Probleme ondervind tydens die borsvoed van die vorige baba(s)**

Die antwoorde op hierdie vraag sal 'n aanduiding gee daarvan of van die vroue geneig is tot borsprobleme of probleme by die baba wat aanleiding kan gee tot 'n verhoogde risiko van MIV-oordrag.

Van die vroue wat geborsvoed het, het 85,7% geen probleme ondervind nie. Enkeles het probleme ondervind met gebarste tepels, pyn in die borste, sproei by die baba en probleme om 'n voortydse baba te laat drink. Oor die algemeen het baie min van die vroue dus probleme gerapporteer. Diegene wat wel probleme ondervind het, was dié wat vir korter periodes geborsvoed het.

- **Ouderdom waarop begin word om water of ander vloeistowwe met borsvoeding te kombineer**

Hierdie vraag is belangrik omdat aan die hand daarvan vasgestel kan word of die vroue geneig is om water of ander vloeistowwe saam met borsvoeding te gee voordat hul babas ses maande oud is. Die praktyk kom neer op gemengde voeding en hou groot risiko in ten opsigte van MIV-oordrag indien die moeders MIV-positief is.

Daar is bevind dat 38% van die vroue wat vroeër geborsvoed het, reeds teen die tyd dat die babas 1 maand oud was begin het om water of ander vloeistof te gee. 'n Verdere 50% van die oorblywende vroue het reeds ander vloeistowwe as borsmelk vir hul babas gegee teen die tyd dat hulle ses maande oud was. Dit is duidelik dat die swanger vroue wat aan hierdie studie deelgeneem het, geneig sal wees om reeds voordat hul babas ses maande oud is gemengde voeding te gee tensy hulle genoegsame voorligting aangaande die gevaar daaraan verbonde ontvang.

- **Geskiedenis van vorige kinders wat oorlede is as gevolg van diarree en braking (gastro-enteritis) of wanvoeding**

In die literatuur (2.8.4) word 'n vrou by wie se vorige kinders 'n geskiedenis van mortaliteit as gevolg van diarree en braking (gastro-enteritis) of wanvoeding voorkom, aangeraai om liever te borsvoed omdat daar 'n verhoogde risiko is dat die toestande weer sal voorkom – veral as die baba formulevoeding ontvang.

Net een van die respondente het erken dat sy 'n vorige kind afgestaan het aan gastro-enteritis terwyl drie vroue nie die vraag beantwoord het nie. Dit wil dus voorkom of hierdie aspek by die meeste vroue nie 'n groot rol sal speel by die besluit van watter babavoedingswyse die geskikste vir hul babas sal wees nie.

- **Keuse van gesinsbeplanningsmetode na die geboorte**

Die keuse van gesinsbeplanningsmetode is veral om twee redes vir MIV-positiewe vroue belangrik. Ten eerste is dit belangrik vir 'n MIV-positiewe vrou om 'n betroubare kontraseptiewe metode na die geboorte van haar baba te gebruik, om sodoende te verseker dat sy nie nog 'n baba aan die risiko van moeder-na-kindoordrag van MIV blootstel nie. Ten tweede kan daar nie langer op die kontraseptiewe eienskappe van borsvoeding gesteun word wanneer 'n vrou verkies om haar baba met 'n borsmelkssubstituut te voed nie. Die gebruik van gesinsbeplanningsmetodes is natuurlik ook vir ander vroue belangrik - veral vir dié met beperkte finansiële ondersteuning - wat moet besluit óf en wanneer hulle weer swanger wil raak.

Die keuse van 'n betroubare toekomstige gesinsbeplanningsmetode moet reeds tydens die swangerskap oorweeg word, en dit is ideaal om dit reeds met voorgeboortevoorligting onder die loep te neem omdat die vrou op hierdie stadium besonder ontvanklik is vir inligting in die verband.

Vervolgens word die response van die swanger vroue aan die hand van 'n tabel weergegee.

Tabel 4.21 Beplanning ten opsigte van toekomstige gesinsbeplanning

Vraag	Keuses	Frekwensies	Persentasie resondente
18. Watter gesinsbeplanningsmetode beoog u om na die geboorte van u baba te gebruik?	Sterilisasië	15	16,1%
	Inspuiting of tablette	41	44,1%
	Intra-uteriene toestel	2	2,2%
	Geen metode - maak staat op gereelde borsvoeding	3	3,2%
	Geen metode-sonder gereelde borsvoeding	2	2,2%
	Ek het nog nie besluit nie	30	32,2%
Totaal:		93	100%

Alhoewel 62,4% van die respondente beplan om betroubare gesinsbeplanningsmetodes soos sterilisasië, hormonale inspuitings of tablette of 'n intra-uterienetoestel te gebruik, oorweeg 5,4% van die respondente nie 'n betroubare metode nie en 32,2% het nog nie 'n besluit hieroor geneem nie. Vroedvroue moet reeds tydens voorgeboortevoorligting

aandag skenk aan hierdie aangeleentheid van toekomstige gesinsbeplanning – veral ter wille van die MIV-positiewe vroue.

- **Faktore wat dit moeilik maak om met formulemelk te voed**

Nieteenstaande die feit dat die voed met 'n borsmelksubstituut die enigste manier is om moeder-na-kindoordrag deur borsmelk heeltemal te vermy, vind baie vroue dit moeilik om te gebruik. Met hierdie vraag is gepoog om vas te stel watter faktore dit vir vroue moeilik maak om hul babas met formulemelk te voed.

Die redes wat die vroue verstrekket het in die vraag wat hieroor gehandel het, word vervolgens in tabelvorm uiteengesit.

Tabel 4.22 Faktore wat dit moeilik maak om met formulemelk te voed

Vraag	Keuses	Frekwensies	Persentasie respondente
19. Watter faktore sal dit vir u moeilik maak om u baba met formulemelk te voed?	Nie van toepassing. Dit sal vir my maklik wees	39	41,9%
	Ek kan nie formulemelk bekostig nie	28	30,2%
	Ek kan nie toerusting soos bottels en steriliseerapparaat bekostig nie	2	2,1%
	Ek weet nie hoe om voedings aan te maak nie	2	2,1%
	Dit is te veel moeite om water te kook om die melk mee aan te maak en die bottels te steriliseer	7	7,6%
	Dit is nie aanvaarbaar in my gesin en gemeenskap nie	2	2,1%
	Daar is nie privaatheid om my baba met formulemelk te voed nie	2	2,1%
	Ander: Ek gaan borsvoed	11	11,9%
Totaal:		93	100%

Die grootste groep (41,9%) vroue voorsien geen probleme indien hulle sou verkies om hul babas met formulemelk te voed nie, terwyl 11,9% van hulle dit nie eens oorweeg nie en reeds op borsvoeding besluit het. Die oorblywende 46,2% van die respondente het 'n verskeidenheid moontlike probleme afgemerk. Vir die meeste is die probleme finansiëel van aard deurdat hulle nie formulemelk (30,2%) of toerusting (2,1%) sou kon bekostig nie. Vir nog 'n ander groep (7,6%) is dit te veel moeite om water te moet kook om die

melk mee aan te maak of die toerusting mee te steriliseer. Dit hou verband met die beskikbaarheid van kraanwater in die huis en elektrisiteit om die water mee te kook. Enkele respondente het ook aangedui dat hulle probleme voorsien omdat hulle nie weet hoe om die formule voor te berei nie, weens die feit dat dit nie in hulle gesin of gemeenskap aanvaarbaar is om 'n baba nie te borsvoed nie en omdat privaatheid om vir hulle babas formulemelk te gee ontbreek.

4.3.3.3 Afdeling C: MIV/VIGS en moeder-na-kindoordrag

In hierdie afdeling is ondersoek ingestel na die kennis waaroor die swanger vroue rakende MIV/VIGS en moeder-na-kindoordrag beskik. Nadat die vrae van die vraelys individueel bespreek is, word ook gekyk na die prestasie van die respondente op die vrae waarvoor korrekte antwoorde bestaan. Die prestasie van die swanger vroue word dan met die prestasie van die vroedvroue vergelyk.

- **Risiko van moeder na kindoordrag van MIV**

In teenstelling met die vraelys vir vroedvroue waarin individuele vrae oor elkeen van die moeder-na-kindoordragwyses se persentasie oordragisiko voorkom (Bylae D, Vrae 5, 6 en 7), is die persentasie oordragisiko's in hierdie vraelys saamgevoeg om vas te stel of die vrou 'n idee het van wat die risiko van MIV-oordrag tydens swangerskap of baring, of deur borsmelk is.

Daar word algemeen aanvaar (2.3) dat die risiko dat 'n baba deur sy MIV-positiewe moeder geïnfekteer sal word, ongeveer 30% is. Die korrekte antwoord sou dus wees dat minder as die helfte van MIV-positiewe moeders se babas tydens swangerskap of geboorte of deur borsvoeding geïnfekteer word.

Die verspreiding van response op hierdie vraag word vervolgens in tabelvorm uiteengesit.

Tabel 4.23 Risiko dat 'n baba deur die moeder MIV-geïnfekteer kan raak.

Vraag	Keuses	Frekwensies	Persentasie respondente
20. Die kans dat 'n baba deur sy moeder met MIV geïnfekteer kan raak, is soos volg:	Alle babas (100%) van MIV-positiewe moeders word tydens swangerskap of geboorte of deur borsmelk geïnfekteer	28	30,2%
	Ongeveer die helfte van babas (50%) van MIV-positiewe moeders word tydens swangerskap of geboorte of deur borsmelk geïnfekteer	11	11,8%
	Minder as die helfte van babas (ongeveer 30%) van MIV-positiewe moeders word tydens swangerskap of geboorte of deur borsmelk geïnfekteer	10	10,7%
	Ek weet nie	43	46,3%
	Ander	1	1%
Totaal:		93	100%

Dit is duidelik dat baie onkunde oor hierdie feit nog by die vrou bestaan. Byna die helfte (46,3%) het erken dat hulle nie weet nie. Van die res was die meeste (30,2%) onder die indruk dat 100% van die babas wel geïnfekteer sal raak. Elf komma agt persent (11,8%) van die ander dink ook dat ongeveer die helfte van die babas MIV-positief sal raak terwyl net 10,7% die korrekte risikopersentasie van ongeveer 30% afgemerkt het. Dit wil dus voorkom of die meeste vroue die risiko van oordrag oorskat.

Dit is teleurstellend dat, alhoewel 47% van die vroedvroue wel oor die korrekte kennis beskik het (Tabel 4. 1), dit nie aan die swanger vrou oorgedra is nie. Dit is belangrik dat 'n vrou oor hierdie kennis beskik voordat sy op die geskikste babavoedingswyse besluit.

- **Insluiting van vaste kos by die dieet van 'n baba van 'n MIV-positiewe moeder**

Vervolgens word die kennis van die swanger vrou bepaal ten opsigte van die beste ouderdom van die baba en die beste wyse waarop 'n MIV-positiewe moeder wat borsvoed moet begin om vaste kos by haar baba se dieet. in te sluit.

- **Beste ouderdom van die baba waarop 'n MIV-positiewe moeder moet begin om vaste kos vir haar baba te gee**

Alhoewel die ouderdom van die baba wat die beste is om vaste kos te begin gee (4-6 maande) nie verskil tussen babas van MIV-positiewe moeders en diè van MIV-negatiwe moeder nie, was die doel met hierdie vraag om te bepaal of die swanger vroue bewus was van die korrekte ouderdom. Die resultate word in die vorm van 'n tabel weergegee.

Tabel 4.24 Beste ouderdom vir insluiting van vaste kos

Vraag	Keuses	Frekwensies	Persentasie respondente
21. Wat is die beste ouderdom om vir die baba van 'n MIV-positiewe moeder, vaste kos te begin gee?	Baba moet 1 maand of jonger wees	11	11,8%
	Baba moet tussen 1 en 4 maande oud wees (4 maande insluitend)	30	32,2%
	Baba moet tussen 4 en 6 maande oud wees (6 maande insluitend)	10	10,8%
	Baba moet ouer as 6 maande wees	5	5,4%
	Ek weet nie	37	39,8%
Totaal:		93	100%

Dit blyk dat baie onkunde voorkom ten opsigte van oor die korrekte ouderdom waarop vaste kos in die baba se dieet ingesluit behoort te word. Die grootste groep respondente (39,8%) het erken dat hulle nie weet nie. Elf komma agt persent (11,8%) het aangedui dat hulle dink dat die baba reeds op 'n ouderdom van 1 maand of jonger vaste kos behoort te ontvang. Twee en dertig komma twee persent (32,2%) van die vroue meen dat die insluiting van vaste kos tussen die ouderdom van een en vier maande moet geskied. Slegs 10,8% het die korrekte keuse gemerk dat dit die beste is as die baba op 'n ouderdom van tussen vier en ses maande vaste kos begin inneem, terwyl 5,45% meen dat daar eers na ses maande daarmee begin moet word. Dit lyk of hier ook 'n neiging in die gemeenskap is om met vaste kos te begin voordat dit nodig is. Dit is 'n skadelike praktyk vir alle babas, maar veral vir die baba van 'n MIV-positiewe moeder wat verkies om haar baba te borsvoed.

- **Beste manier vir 'n MIV-positiewe moeder wat borsvoed, om vaste kos te begin gee**

Die response op hierdie vraag behoort 'n aanduiding te gee daarvan of die swanger vroue bewus is daarvan dat dit 'n gevaarlike praktyk is as die baba van 'n MIV-positiewe moeder vaste kos saam met borsmelk inkry.

Weereens het 'n groot persentasie (43%) van die respondente aangedui dat hulle nie weet wat die regte manier sou wees nie. Van die oorblywende respondente het 20,5% aangedui dat hulle dink dat dit die beste sal wees as die moeder geleidelik toenemend vaste kos gee, terwyl sy voortgaan om vir so lank moontlik te borsvoed en 16,1% dat die moeder moet begin om die baba van die bors te speen deur geleidelik toenemend vaste kos te gee. Slegs 17,2% het die korrekte antwoord afgemerk, naamlik dat die MIV-positiewe moeder die baba onmiddellik van die bors moet speen sodra sy begin vaste kos gee. Drie van die respondente het aangedui dat hulle dink dat 'n MIV-positiewe moeder glad nie moet borsvoed nie, maar haar baba met 'n formulemelk moet voed. Dit kan ook as korrek aanvaar word, mits die vrou dit veilig kan doen.

Hier bestaan dus 'n ernstige leemte in die kennis van die swanger vroue. MIV-positiewe vroue wat verkies om te borsvoed moet bewus wees van die feit dat hulle, hul babas onmiddellik van die bors moet haal sodra hulle vaste kos begin gee om sodoende gemengde voeding te vermy en so die risiko van MIV-oordrag te beperk.

- **Kennis ten opsigte van die beste manier om 'n baba met formulemelk te voed**

Die doel met hierdie vraag is om vas te stel of swanger vroue bewus is daarvan dat babas van MIV-positiewe moeders wat formulemelk ontvang, nie ook borsmelk moet drink nie, aangesien dit op gemengde voeding wat 'n baie hoë risiko vir MIV-oordrag dra, sou neerkom. Dit sal ook interessant wees om vas te stel of die vroue bewus is daarvan dat formulemelk met 'n koppie in plaas van met 'n bottel gegee kan word.

Dit is kommerwekkend dat 20,5% van die respondente dit as goeie praktyk beskou as die baba van 'n MIV-positiewe moeder ook borsvoeding saam met die formulemelk ontvang. Hierdie praktyk verhoog die risiko van MIV-oordrag. Verder het net 3,2% van

die vroue aangedui dat hulle bewus is daarvan dat 'n koppie of beker in plaas van 'n bababottel gebruik kan word. Hierdie praktyk word deur die Wêreldgesondheids-organisasie en die Departement van Gesondheid in die IMCI-program aanbeveel (2.6.1) onder suboptimale higiëniese omstandighede omdat die koppie makliker skoongehou kan word. Dit wil voorkom of hierdie praktyk nog nie onder die swanger vroue in die Potchefstroom-distrik inslag gevind het nie, alhoewel 64,7% van die vroedvroue wat deelgeneem het bewus is van die praktyk. Die boodskap word dus nog nie via voorligting oorgedra nie.

- **Optrede in geval van hoërisikotoestande**

As versteuring van die slymvlies of vel van die moeder of baba voorkom, bestaan 'n verhoogde risiko van MIV-oordrag van 'n MIV-positiewe moeder na haar baba. In hierdie gevalle sou dit veiliger wees as 'n vrou borsvoeding staak en formulemelk gee, indien sy dit veilig kan doen, of andersins uitmelk en haar melk met hitte te behandel, deur dit te kook of pasteuriseer terwyl die toestand behandel word. Die behandelde melk kan dan – verkieslik met 'n koppie in plaas van met 'n bottel - vir die baba gegee word. Die moeder kan dan weer voortgaan om borsvoeding eksklusief te gee sodra die toestand genees is.

Ten opsigte van borsvoedende MIV-positiewe vroue wat mastitis of gebarste tepels ontwikkel, het 'n groot persentasie van die respondente (62,4%) aangedui dat dit die beste sou wees om borsvoeding te staak en dan formulemelk met 'n bottel of koppie te gee. Slegs 13% weet dat dit veiliger sou wees om die uitgemelkte borsmelk eers te kook of te pasteuriseer voordat dit met 'n bottel of koppie vir die baba gegee word, in plaas daarvan om die melk direk vir die baba te gee. 'n Totaal van 75,4% het dus relatief veilige praktyke afdagmerk.

Die vraag ten opsigte van die voed van babas van MIV-positiewe moeders wat sproei (*Candida albicans*-infeksie) of gastro-enteritis ontwikkel, het soortgelyke response opgelewer. Die grootste groep vroue (41,9%) het aangedui dat dit beter sal wees as die moeder borsvoeding staak en liewer formulemelk gee. Verder is 33,5% van mening dat die baba borsmelk wat gekook of gepasteuriseer is met 'n bottel of koppie moet ontvang. Weereens het 75,4% van die vroue relatief veilige praktyke afdagmerk.

- **Beste manier vir 'n MIV-positiewe moeder wat borsvoed om haar baba te speen**

In teenstelling met die praktyk wat gewoonlik uitgeoefen word, waar 'n baba toegelaat word om homself te speen of waar hy geleidelik minder geborsvoed word terwyl hy toenemend ander voedsel inneem, word aanbeveel dat 'n MIV-positiewe moeder wat borsvoed, haar baba onmiddellik van die bors speen sodra hy iets anders as borsmelk (ander vloeistowwe of vaste kos) begin inneem (2.4.1). Die resultate van die vraag wat hieroor handel, word vervolgens in 'n tabel uiteengesit.

Tabel 4.25 Beste manier vir 'n MIV-positiewe moeder wat borsvoed om haar baba te speen

Vraag	Keuses	Frekwensies	Persentasie respondente
26. Wat is die beste manier vir 'n MIV-positiewe moeder wat borsvoed, om haar baba van die bors te speen?	Die baba toelaat om homself te speen wanneer hy gereed is daarvoor	16	17,2%
	Deur geleidelik toenemend vaste kos te gee en te begin om baba van die bors te speen	20	21,6%
	Sodra vaste kos gee, speen dadelik	14	15,2%
	Sodra mastitis ontwikkel, speen dadelik	13	13,9%
	Ek weet nie	26	27,9%
	Ander	1	1%
	Nie beantwoord nie	3	3,2%
Totaal:		93	100%

Uit Tabel 4.25 blyk dit duidelik dat baie onkunde nog oor hierdie aspek bestaan. Die grootste groep vroue (27,9%) het aangedui dat hulle nie weet wat die beste manier van speen is nie. 'n Verdere 3,2% het die vraag nie beantwoord nie, wat ook daarop kan dui dat hulle nie geweet het wat die antwoord is nie. Die volgende twee groot groepe het aangedui dat hulle dink die tradisionele manier van speen deur die baba toe te laat om homself sonder intervensie te speen (17,2%) of deur hom geleidelik toenemend vaste kos te gee (21,6%) die beste is – ook vir 'n MIV-positiewe moeder. Slegs 15,2% en 13,9% het veilige praktyke afgemerk onderskeidelik waar die baba gespeen word sodra daar begin word met vaste kos, of sodra mastitis ontwikkel.

- **Seksuele omgang tydens swangerskap en laktasie**

Die doel met hierdie vraag is om te bepaal of swanger vroue die belangrikheid van veilige seks tydens swangerskap en borsvoeding besef. Net soos by die vraelys vir die vroedvroue is vasgestel dat die meeste van die respondente bewus is daarvan dat MIV steeds word tydens swangerskap en laktasie oorgedra kan. Twee en vyftig komma sewe persent (52,7%) het aangedui dat seks met net een MIV-negatiewe maat wat ook getrou bly belangrik is, terwyl 39,8% die belangrikheid van kondoomgebruik vir paartjies wat nie seker is daarvan dat beide maats MIV-negatief is en getrou bly nie, afgemerk het.

'n Totaal van 13,9% van die respondente het aangedui dat hulle nie oor kennis ten opsigte van seks tydens swangerskap en laktasie beskik nie. 'n Klein persentasie respondente (6,5%) het net aandag geskenk aan die gebruik van kondome as kontraseptiewe middel deurdat hulle aangedui het dat die gebruik daarvan nie meer belangrik is as 'n vrou reeds swanger is nie, terwyl 3,2% daarop konsentreer dat borsvoeding genoeg beskerming teen swangerskap verskaf. Ander het weer gemeen dat kondoomgebruik nie meer nodig is as 'n vrou reeds MIV-positief is nie (3,2%) en is dus nie bewus van die gevaar van herinfeksie nie, terwyl een respondent aangedui het dat sy dink dat 'n vrou nie met MIV geïnfekteer kan raak terwyl sy swanger is of borsvoed nie.

- **Wyses waarop moeder-na-kindoordrag van MIV kan geskied**

Hierdie vraag toets die kennis van die swanger vroue ten opsigte van die wyses waarop MIV deur 'n MIV-positiewe moeder aan haar baba oorgedra kan word. Die korrekte antwoorde is dat dit tydens swangerskap en die geboorteproses en deur borsmelk kan geskied. Daar bestaan ook 'n moontlikheid dat 'n moeder haar kind deur direkte bloedkontak na byvoorbeeld 'n besering kan infekteer, maar dit word nie as vertikale (moeder-na-kindoordrag) beskou nie.

Die meeste vroue (52,7%) is bewus daarvan dat infeksie tydens die swangerskap oorgedra kan word, maar minder respondente het aangedui dat hulle bewus is van oordrag tydens die geboorte (23,6%) en deur borsmelk (24,7%). Tien komma sewe persent (10,7%) van die respondente het erken dat hulle nie weet nie, terwyl 5,3%

aangedui het dat MIV nie op nie een van die maniere oorgedra kan word nie. Een respondent het die moontlikheid van oordrag deur bloedkontak genoem.

Kennisgebrek bestaan dus nog steeds by die swanger vroue. Daar sal indringend aandag aan voorligting gegee moet word as hierdie basiese inligting nie eens bekend is aan diegene vir wie dit direk raak nie.

Aanvullend hiertoe het die volgende vraag gehandel oor die omstandighede waaronder MIV deur borsmelk oorgedra kan word. Die korrekte antwoord is dat dit te eniger tyd van die borsvoedingperiode kan gebeur, alhoewel faktore bestaan wat die risiko van oordrag verhoog.

Die grootste groep vroue (34,4%) het korrek geantwoord dat die infeksie op enige stadium terwyl die moeder borsvoed, kan plaasvind. Daar was egter ook diegene wat aangedui het dat MIV-infeksie nie deur borsmelk oorgedra kan word nie (11,8%), dit slegs deur kolostrum (11,8%), of alleenlik terwyl die baba sproei het (12,9%) oorgedra kan word. Twaalf komma nege persent (12,9%) van die respondente het aangedui dat hulle glo dat MIV net oorgedra word as die baba slegs borsmelk ontvang. Dit is nie korrek nie, omdat die risiko van oordrag juis minder is as die baba borsvoeding eksklusief ontvang. Twintig komma vier persent (20,4%) het aangedui dat hulle nie weet wat die antwoord is nie.

- **Faktore wat die risiko van moeder-na-kindoordrag van MIV beïnvloed**

Vervolgens word die faktore behandel wat die risiko van moeder-na-kindoordrag van MIV verhoog en die faktore wat 'n rol kan speel om die risiko te verlaag.

- **Faktore wat die risiko van moeder-na- kindoordrag van MIV verhoog**

Aangesien spesifieke faktore bestaan wat die risiko van MIV-oordrag verhoog, is dit belangrik dat die swanger vrou kennis dra daarvan. Hierdie faktore kan soos volg saamgevat word:

- Verhoogde viruslading in die bloed soos kort na infeksie en herinfeksie en ook as die siekte reeds die eindstadium bereik het (2.4.2);

-
- Verhoogde viruslading in die melk wat by mastitis voorkom (2.4.3.3);
 - Versteuring van die deurlaatbaarheid van die slymvliese of vel van die moeder of baba soos wat voorkom by gebarste tepels, sproei, gastro-enteritis of wanneer die baba gemengde voeding kry (2.4.4); en
 - As die baba voortydig gebore is (2.4.5).

Die opsies wat reg is omdat dit faktore is wat die risiko van oordrag verhoog, is deur die volgende persentasies vroue respektiewelik afgemerk:

- As 'n vrou kort vantevore geïnfekteer geraak het:	21,5%
- As die moeder mastitis het:	15%
- As die baba sproei in sy mond het:	18,3%
- As die moeder pap of water saam met borsvoeding gee:	4,3%
- As die baba voortydig gebore is:	7,5%.

Die opsies wat verkeerd is, is deur die volgende persentasies vroue respektiewelik afgemerk:

- As die baba kolostrum inneem:	8,6%
- Gebruik van antiretrovirale middels tydens kraam (Nevirapine):	6,5%
- As die moeder slegs borsmelk gee:	13,9%

Een en dertig komma twee persent (31,2%) van die respondente het aangedui dat hulle nie weet watter faktore die risiko van MIV-infeksie verhoog nie.

- **Faktore wat die risiko van moeder na kindoordrag van MIV verlaag**

Met die volgende vraag wou bepaal word wat die kennis van die swanger vroue is rakende faktore wat die risiko van MIV-oordrag van 'n moeder na haar baba verlaag. Hierdie faktore kan soos volg saamgevat word:

- verlaging van die viruslading soos wat gebeur met die gebruik van antiretrovirale middels – as antiretrovirale middels net tydens baring toegedien word, verminder dit die risiko van moeder-na-kindoordrag gedurende die geboorte, maar het waarskynlik geen invloed op die risiko van MIV-oordrag deur borsvoeding nie, alhoewel navorsing oor hierdie aspek nog nie duidelike resultate opgelewer het nie (2.4.2.3);

-
- behoud van die beskermende bestanddele in borsmelk en beskerming van die intestinale slymvlies, soos wanneer die moeder slegs borsmelk gee (2.4.1); en
 - vernietiging van die MI-virus in die borsmelk deur dit te kook of te pasteuriseer voordat dit vir die baba gegee word (2.4.3.2).

Die opsies wat reg is omdat dit faktore is wat die risiko van oordrag verlaag, is deur die volgende persentasies vroue respektiewelik afgemerk:

- Gebruik van antiretrovirale middels (Nevirapine)	46,2%
- As die moeder slegs borsmelk gee	6,4%

Die opsies wat verkeerd is, is deur die volgende persentasies vroue respektiewelik afgemerk:

- As die baba kolostrum inneem	7,5%
- As die vrou kort tevore geïnfecteer geraak het	9,7%
- As die moeder mastitis het	4,3%
- As die baba sproei in sy mond het	2,3%
- As die moeder pap of water saam met die borsvoeding gee	8,6%
- As die baba voortydig gebore is	3,2%

'n Totaal van 30,1% van die respondente het aangedui dat hulle nie weet watter faktore die risiko van moeder-na-kindoordrag van MIV verlaag nie.

As na die resultate van beide hierdie vrae gekyk word, is dit duidelik dat 'n gebrek aan kennis veral oor die voordele van borsvoeding wat eksklusief gegee word en die gevaar verbonde aan gemengde voeding, bestaan. Dit wil voorkom of die vroedvroue wel bewus is van hierdie feite, maar dat dit nie aan die swanger vroue oorgedra word nie. Meer aandag sal tydens voorkeurevooringligting hieraan geskenk moet word.

- **Hittebehandeling van borsmelk**

Die doel van die volgende vraag is om vas te stel of die swanger vroue bewus is van die omstandighede waaronder dit vir 'n MIV-positiewe vrou beter sal wees om uit te melk en die melk nadat dit gekook of gepasteuriseer is, vir die baba te gee.

As die borsmelk gekook word, word die patogene organismes vernietig, maar die samestelling van die voedingstowwe daarin, byvoorbeeld die proteïene, word ook verander. Hierdie prosedure is eenvoudig en word steeds deur sommige bronne aanbeveel. Pasteurisasie van borsmelk vernietig die patogene organismes sonder dat die voedingstowwe geaffekteer word, en daarom is dit die tipe hittebehandeling wat deesdae in die literatuur aanbeveel word (2.4.3.2).

Die persentasies respondente wat die volgende korrekte opsies respektiewelik afgemerk het, is soos volg:

- | | |
|-------------------------------------|-------|
| - As die moeder mastitis het | 9,7% |
| - As die baba sproei in sy mond het | 18,3% |
| - As die baba gastro-enteritis het | 10,7% |
| - As die baba voortydig gebore is | 9,7% |

Vyf komma vier persent (5,4%) van die respondente het die een verkeerde opsie (as die baba slegs borsmelk ontvang) afgemerk, terwyl 'n groot groep (46,2%) aangedui het dat hulle nie die antwoord op die vraag ken nie. Dit is dus duidelik dat die respondente nie oor veel kennis aangaande die omstandighede wanneer dit beter sou wees om die melk met hitte te behandel, beskik nie.

Die doel van die volgende vraag is om vas te stel of die swanger vroue oor kennis van die tegniek wat gevolg moet word om borsmelk tuis te pasteuriseer, beskik. In die lig van die gebrek aan kennis hieroor by die vroedvroue (Tabel 4.10) asook die gebrek aan kennis oor die indikasies vir hittebehandeling, is verwag dat die respondente by hierdie vraag swak sou vaar.

Weereens het meer as die helfte van die respondente aangedui dat hulle nie die antwoord ken nie. Die res se antwoorde was redelik eweredig tussen die opsies versprei. Elf komma agt vyf persent (11,85%) van die respondente het wel die korrekte antwoord afgemerk, naamlik dat die uitgemerkte borsmelk in 'n 410g "No-name" of "Black cat" grondboontjebotteltjie in kookwater geplaas moet word en dan daarin gelaat moet word totdat dit 'n gerieflike temperatuur om dit aan te raak bereik het.

- **Faktore wat 'n rol speel by die besluit om te borsvoed**

Met hierdie vraag word gepoog om vas te stel watter faktore in ag geneem word as 'n vrou besluit om haar baba te borsvoed. Die antwoorde van die respondente word in tabelvorm uiteengesit.

Tabel 4.26 Faktore wat 'n rol speel in die besluit om te borsvoed

Vraag	Keuses	Frekwensies	Persentasie respondente
34. Watter van die volgende faktore het 'n rol gespeel indien u besluit het om u baba te borsvoed?	Nie van toepassing nie	9	9,7%
	Voedingsvoordele van borsvoeding	22	23,7%
	Beskermingsvoordele van borsvoeding	25	26,9%
	Gesinsbeplanningsvoordele van borsvoeding	13	13,9%
	Finansiële voordele van borsvoeding	15	16,1%
	Aanvaarbaarheid vir lede van huishouding	2	2,1%
	Aanvaarbaarheid vir gemeenskap	0	0%
	Goeie vorige ondervinding met borsvoeding	11	11,8%
	Risiko van infeksie by formulevoeding	11	11,8%
Totaal (respondente kon meer as een opsie merk):		108	

Die meeste respondente het aangedui dat die voedings- en beskermingsvoordele vir hulle die belangrikste faktore was. Verder het die finansiële en kontraseptiewe voordele ook 'n belangrike rol gespeel by die besluit om te borsvoed. Elf komma agt persent (11,8%) van die respondente het gerapporteer dat hulle goeie vorige ondervinding hulle oortuig het om weer die volgende baba ook te borsvoed. Dieselfde persentasie respondente (11,8%) het ook aangedui dat hulle formulevoeding wil vermy as gevolg van die risiko van infeksie wat daarmee gepaard gaan.

Slegs enkele respondente het aangedui dat hul besluit om te borsvoed, beïnvloed is deur druk wat hulle as lede van hul huishouding ervaar het, terwyl geeneen van die respondente druk om te borsvoed van die gemeenskap ervaar het nie.

- **Faktore wat 'n rol speel by die besluit om die baba met formulemelk te voed**

In aansluiting by die voorafgaande vraag, is met hierdie vraag gepoog om vas te stel watter faktore 'n moeder se besluit om haar baba met formulemelk te voed, beïnvloed. Die resultate word vervolgens in tabelvorm uiteengesit.

Tabel 4.27 Faktore wat 'n rol speel by die besluit om die baba met formulemelk te voed

Vraag	Keuses	Frekwensies	Persentasie respondente
35. Watter van die volgende faktore het 'n rol gespeel indien u besluit het om u baba met formulemelk te voed?	Nie van toepassing nie	22	23,6%
	Risiko van MIV-oordrag deur borsmelk	37	39,8%
	Beskikbaarheid van skoon water, goeie sanitasie of elektrisiteit	27	29%
	Aanvaarbaarheid vir lede van huishouding	4	4,3%
	Aanvaarbaarheid vir gemeenskap	1	1%
	Negatiewe ondervinding met borsvoeding	3	3,2%
Totaal (respondente kon meer as een opsie merk):		94	

Vir 'n groot groep (39,9%) is die risiko van MIV-oordrag deur borsmelk die belangrikste faktor wat hulle besluit bepaal het. Verder het 29% aangedui dat die beskikbaarheid van skoon water, goeie sanitasie en elektrisiteit hul besluit beïnvloed het. Vir 4,3% van die respondente is dit wel aanvaarbaar in hul huishouding om formulemelk te gee, terwyl een respondent aangedui het dat die feit dat dit in haar gemeenskap aanvaarbaar is, haar besluit beïnvloed het. Drie van die respondente het 'n negatiewe ondervinding met borsvoeding gehad en het daarom op formulevoeding vir hierdie baba besluit.

4.3.3.4 Afdeling D: Voorgeboortevoorligting as bron van inligting

In hierdie afdeling is ondersoek ingestel na die mate waarin die voorgeboortevoorligting wat die swanger vrou in die kliniek ontvang het, bygedra het tot haar kennis van MIV en babavoeding en ook in watter mate sy daardeur toegerus is om 'n ingeligte besluit oor die geskikste babavoedingswyse vir haar baba te neem.

- **Bronne van inligting**

Met hierdie vraag word vasgestel waar die swanger vroue hul kennis oor MIV en babavoeding opgedoen het. Dit blyk dat 49,5% van die vroue wel inligting oor hierdie aspek via voorligtingpraatjies in die kliniek bekom het. Ander belangrike bronne was koerante, boeke, die radio of televisie (43%), terwyl 10,7% een-tot-eenberading in die kliniek as bron vermeld het. 'n Verdere 5,4% het hul inligting vanaf vriende of familie bekom.

Dit is bemoedigend dat 'n totaal van 60,2% wel die kliniekpersoneel as die belangrikste bron van kennis oor hierdie saak beskou. Die swanger vroue is dus ontvanklik vir meer voorligting deur die vroedvroue.

- **Inhoud van voorligtingspraatjies**

Vervolgens is gepoog om vas te stel wat die inhoud van die voorligting oor MIV en babavoeding was wat die swanger vroue by die kliniek ontvang het.

Uit beide die response op Vraag 22 van die vraelys vir vroedvroue (Bylae D) en dié van die swanger vroue op hierdie vraag blyk dit dat die voorligting die voordele van borsvoeding asook die risiko van MIV-oordrag deur borsmelk ingesluit het. Die response op Vraag 20 van die vraelys vir swanger vroue wat gehandel het oor die risiko van MIV-oordrag sowel as die, op die vrae wat gehandel het oor faktore wat die risiko verhoog (Vraag 30) of verlaag (Vraag 31), dui egter daarop dat groot leemtes nog in die vroue se kennis bestaan. Die inhoud of wyse van oordrag moet dus hersien word.

Ander onderwerpe wat volgens slegs enkele van die swanger vroue by die voorligtingspraatjies in die kliniek ingesluit is, is dat dit beter is om die baba met 'n koppie as met 'n bottel te voed; hoe 'n vrou haar kan uitmelk; hoe om borsmelk te pasteuriseer; hoe om seer tepels te voorkom; en die voordele sowel as die risiko's verbonde aan die gebruik van formulemelk. Hierdie aspekte ontvang dus nie so algemeen aandag soos die voordele van borsvoeding en risiko van MIV-oordrag deur borsmelk nie. Dit is kommerwekkend dat 21,5% van die vroue aangedui het dat hul geen gesondheidsvoorligting oor MIV en borsvoeding ontvang het nie.

- **Persepsie van swanger vroue daarvan of hulle voldoende voorligting aangaande MIV en babavoeding ontvang**

Vervolgens is getoets wat die persepsie van die swanger vroue is van die voorligting wat hulle aangaande MIV en babavoeding ontvang. Die response word in tabelvorm weergegee.

Tabel 4.28 Die swanger vroue se persepsie daarvan of hulle voldoende voorligting aangaande MIV en babavoeding ontvang

Vraag	Keuses	Frekwensies	Persentasie respondente
38. Kry swanger vroue voldoende voorligting oor MIV en babavoeding?	Ja	57	61,3%
	Nee	29	31,2%
	Ander	4	4,3%
	Nie beantwoord nie	3	3,2%
Totaal:		93	100%

Die grootste groep (61,3%) respondente het aangedui dat hulle wel volgens hul mening genoeg voorligting aangaande hierdie aspekte ontvang, terwyl 31,2% aangedui het dat hulle nie genoeg voorligting hieroor ontvang nie. Alhoewel dit die meerderheid swanger vroue se persepsie is dat hulle voldoende voorligting aangaande MIV en babavoeding ontvang, blyk dit nie uit hul persentasie korrekte response dat hulle oor genoegsame kennis beskik om 'n ingeligte besluit oor die geskikste babavoedingswyse te neem nie.

- **Die swanger vroue se persepsie daarvan of hulle oor genoegsame kennis beskik om 'n ingeligte besluit te kan neem oor die geskikste voedingswyse vir hul babas**

Die laaste vraag het gehandel oor die respondente se persepsie van hul eie kennis ten opsigte van MIV en babavoeding. Die verlangde uitkoms van die voorgeboorte-voorligting aangaande hierdie aspek is om vroue te bemagtig om 'n ingeligte besluit te kan neem ten opsigte van die geskikste babavoedingswyse vir hul babas. Dit is dus belangrik om vas te stel of die vroue meen dat daar aan hierdie uitkoms voldoen is al dan nie.

Meer as die helfte van die vroue (57%) het aangedui dat hulle nie na hul mening oor genoegsame kennis beskik om 'n ingeligte besluit oor die geskikste babavoedingswyse

vir hul babas te kan neem nie. Dit is kommerwekkend, aangesien die besluit wat hulle moet neem verreikende gevolge vir hulle en hulle babas se gesondheid kan inhou.

4.3.4 Resultate van die vraelys vir swanger vroue as geheel

Net soos by die vraelys vir vroedvroue is vervolgens bepaal hoeveel van die opsies van Afdeling B van die vraelys volgens literatuurbewyse (Hoofstuk 2) as korrek aanvaar kan word nadat die verskillende opsies van die vrae individueel geanaliseer is. Nege en twintig (29) van die opsies is korrek, soos aangedui in die bespreking van die individuele vrae. Al die vraelyste is vervolgens deurgewerk om te bepaal wat die persentasie korrekte antwoorde wat elke respondent behaal het, is. Die verspreiding van die persentasies wat behaal is, word vervolgens aan die hand van 'n poligoon-diagram voorgestel.

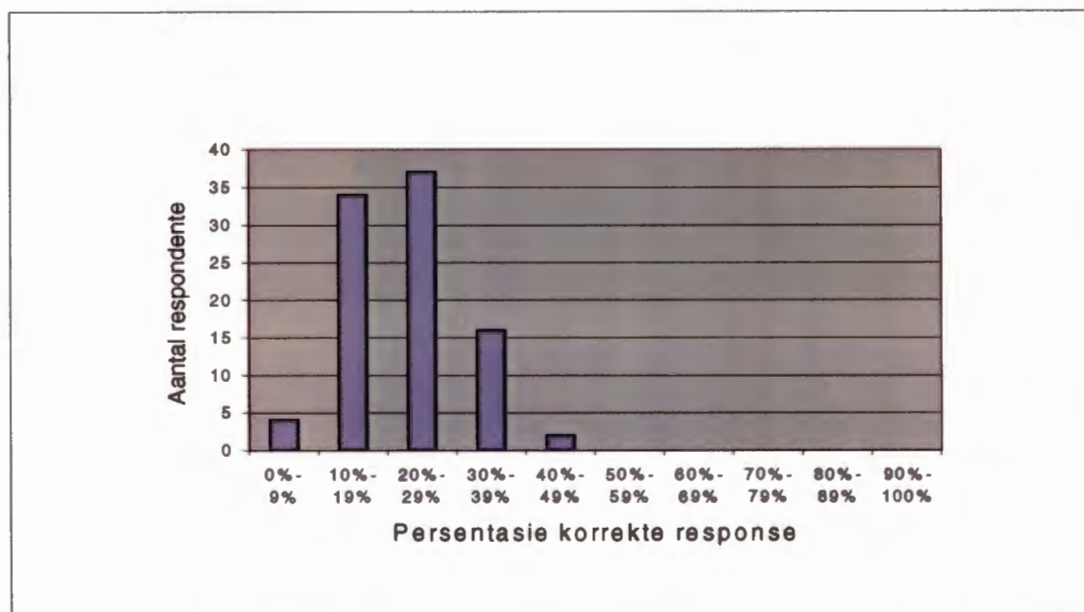


Diagram 4.3. Verspreiding van die persentasie korrekte response van die swanger vroue

Uit die grafiek blyk dit duidelik dat al die vroue minder as die helfte van die korrekte antwoorde afgemerk het. Met hierdie gebrekkige kennis is hierdie vroue nie in staat om

'n ingeligte besluit ten opsigte van die geskikste babavoedingswyse volgens elkeen se omstandighede te neem nie.

Kennisgebrek bestaan duidelik nog ten opsigte van MIV en babavoeding by die swanger vrou wat voorgeboorteklinieke in die Potchefstroom gesondheidsdistrik, besoek. Die swanger vrou se kennis ten opsigte van hierdie aspekte kan onder andere deur gesondheidsvoorligting deur die vroedvroue wat in hierdie klinieke werksaam is, aangevul word.

4.3.5 Vergelyking tussen die resultate van vroedvroue en swanger vroue

Vervolgens is die resultate van die persentasie korrekte antwoorde van die respondente van die twee vraelyste – die vraelys vir vroedvroue en dié vir swanger vroue - met mekaar vergelyk. Die vergelyking van die verspreiding word op 'n poligoon-grafiek voorgestel.

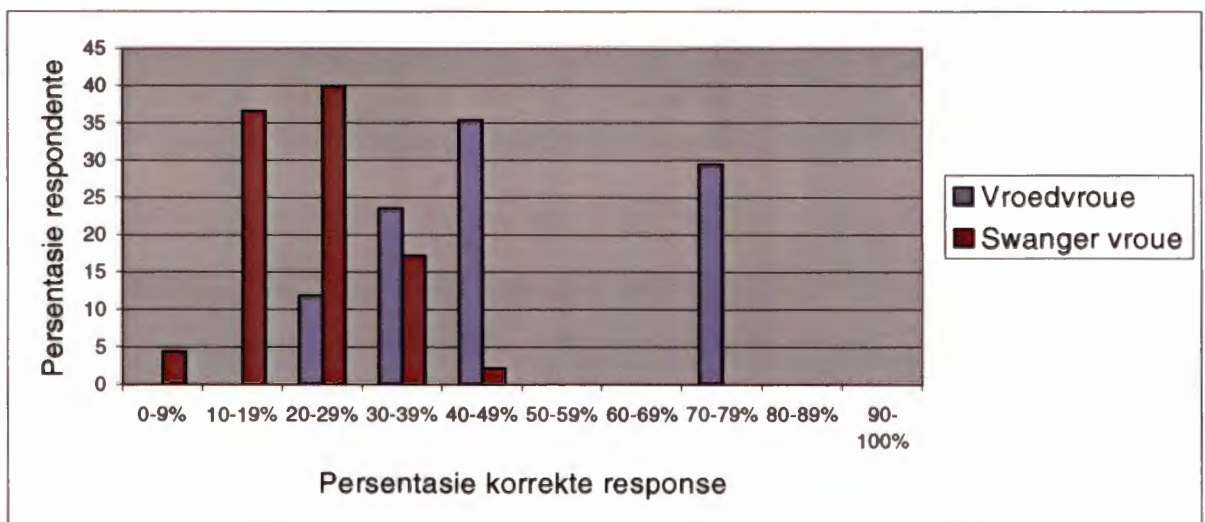


Diagram 4.4 Vergelyking tussen die persentasies korrekte response van die twee groepe

Dit blyk duidelik uit die verspreiding, soos op die grafiek aangedui, dat beide die vroedvroue en die swanger vroue oor die algemeen minder as die helfte van die

antwoorde korrek gehad het. Die vroedvroue het egter beter gevaar as die swanger vroue met 29,4% van die respondente wat tussen 70% en 80% van die korrekte response gemerk het.

Dit wil voorkom of die meerdere kennis van die vroedvroue nie aan die swanger vroue oorgedra word nie. Dit is duidelik dat benewens 'n kennisgebrek, ook 'n probleem ten opsigte van die oordrag daarvan bestaan. In die volgende hoofstuk sal voorstelle om hierdie gebreke onder die loep te neem, behandel word.

4.4 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is eerstens 'n kort oorsig gegee van hoe die data-insameling gerealiseer het. Dit is opgevolg deur 'n bespreking van die resultate soos verkry deur middel van die twee vraelyste vir onderskeidelik vroedvroue en swanger vroue. Die resultate van albei vraelyste is eers vraag vir vraag en toe as geheel bespreek. Die persentasies korrekte antwoorde is ook met mekaar vergelyk.

Hoofstuk 5 handel oor die gevolgtrekkings, aanbevelings vir onderrig, die praktyk en navorsing met spesifieke verwysing na die formulering van riglyne vir voorligting aan swanger vroue om hulle in staat te stel om 'n ingeligte keuse te maak rakende die geskikste babavoedingswyse en tekortkominge van die studie.

HOOFSTUK 5

GEVOLGTREKKINGS, TEKORTKOMINGE VAN DIE STUDIE EN AANBEVELINGS MET SPESIFIEKE VERWYSING NA VOORLIGTING DEUR VROEDVROUE AAN SWANGER VROUE TEN EINDE HULLE TE BEMAGTIG OM 'N INGELIGTE KEUSE TE MAAK OOR DIE GESKIKSTE BABAVOEDINGSWYSE

5.1 INLEIDING

In die vorige hoofstuk is die resultate van die navorsing beskryf. In hierdie hoofstuk word eerstens gevolgtrekkings geformuleer, gebaseer op die kennisvlakke en persepsies van die vroedvroue en swanger vroue. Dit word opgevolg deur moontlike tekortkominge van die studie. Ten laaste word aanbevelings vir die verpleegonderwys, praktyk en navorsing geformuleer. Ten opsigte van die praktykaanbevelings, word gefokus op voorligting deur vroedvroue aan swanger vroue ten einde hulle te bemagtig om 'n ingeligte besluit te neem oor die geskikste babavoedingswyse.

5.2 GEVOLGTREKKINGS

Die gevolgtrekkings waartoe gekom word, is vanuit die literatuurstudie en die navorsingsresultate begrond. Die gevolgtrekkings ten opsigte van die vroedvroue en swanger vroue word eerstens aangebied waarna die sentrale gevolgtrekkings uitgelig word.

5.2.1 Gevolgtrekkings ten opsigte van die vroedvroue

Eerstens word die gevolgtrekkings wat op grond van die resultate van die vraelys vir vroedvroue geformuleer kan word, behandel.

5.2.1.1 Gevolgtrekkings ten opsigte van die demografiese data van die vroedvroue

Die doel van die vrae wat handel oor die demografiese besonderhede van die vroedvroue is om 'n globale indruk te vorm van die vroedvroue aan die studie wat

deelgeneem het. Op grond van die resultate van die navorsing kan tot die volgende gevolgtrekkings oor die vroedvroue se demografiese data gekom word.

- ❖ **Dit blyk dat die meeste vroedvroue ouer as 31 jaar is en dat almal reeds ten minste twee jaar lank op die posvlakke waar hulle direk met pasiënte werk, praktiseer.** Daar kan dus aanvaar word dat hulle al redelik ervare is. Verder was die vroedvroue wat aan hierdie studie deelgeneem het, dié wat in direkte kontak met pasiënte is, en dus in 'n ideale posisie is om een-tot-eenvoorligting te kan gee.
- ❖ **Verder toon die resultate dat die meeste van die vroedvroue tot die Tswana- en Afrikaanse kultuurgroep behoort.** As die kulture van hierdie twee groepe ooreenstem met dié van die swanger vroue, behoort die vroedvroue 'n goeie begrip te hê van die kultuurgebruike van hul pasiënte, en kan hierdie begrip by die voorligting ingespan word.

5.2.1.2 Gevolgtrekkings ten opsigte van die vroedvroue se kennis en persepsies van die faktore wat 'n rol speel by die keuse van babavoedingswyse

Die doel met hierdie vrae was om vas te stel of die vroedvroue oor genoeg kennis van die faktore wat 'n rol speel by die keuse van babavoedingswyse beskik om voorligting aan swanger vroue te gee ten einde hulle te bemagtig om 'n ingeligte besluit oor die geskikste babavoedingswyse te kan neem, asook om hul persepsies daarvoor te bepaal. Oor sommige van die faktore was die vroedvroue goed ingelig, ten opsigte van ander was hul kennis gebrekkig en oor nog ander was hulle onseker - laasgenoemde moontlik omdat daar nog nie duidelikheid oor dié spesifieke aspekte in die literatuur is nie. Vervolgens gaan die gevolgtrekkings onder drie hoofde rakende die vroedvroue se kennisvlak geformuleer word.

-
- ❖ **Die afleiding kan gemaak word dat die vroedvroue se kennis oor sommige aspekte van die faktore wat 'n rol speel by die keuse van babavoedingswyse voldoende is om die swanger vroue deur middel van voorligting te bemagtig.**
 - Dit is duidelik dat die meeste vroedvroue beseft dat MIV in enige stadium van die borsvoedingperiode oorgedra kan word.
 - Verder is tot die gevolgtrekking gekom dat die meeste vroedvroue bewus is van die korrekte ouderdom waarop 'n baba vaste kos moet begin kry.
 - Die afleiding word gemaak dat vroedvroue bewus is daarvan dat veilige seksuele gebruike tydens swangerskap en laktasie steeds belangrik is.

 - ❖ **Dit is egter uit die resultate duidelik dat kennisleemtes wel oor ander aspekte bestaan.** Hierdie kennisleemtes veroorsaak dat die korrekte inligting tydens voorligting nie aan die swanger vroue oorgedra word nie, en dit kan daartoe lei dat die vroue praktiese toepas wat nie tot voordeel van hul babas strek nie.
 - Oor die algemeen blyk dit dat die vroedvroue se kennis van die persentasie risiko's van moeder-na-kindoordrag onder verskillende omstandighede gebrekkig is, en dat 'n neiging bestaan om die risiko's te oorskat. Dit kan bydra tot die oorspoel-effek deurdat vroue wat nie as MIV-positief gediagnoseer is nie of wat nie 'n borsmelksubstituut veilig kan gebruik nie, borsvoeding vermy as gevolg van 'n onrealistiese vrees dat 'n groot waarskynlikheid bestaan dat hul babas met MIV geïnfekteer sal word.
 - Dit blyk dat die vroedvroue nie oor genoeg kennis van die faktore wat die risiko van MIV-oordrag deur borsmelk verhoog, beskik nie. Inligting oor hoe om hierdie toestande, naamlik mastitis of gebarste tepels by die moeder, of orale candida-infeksie of gastro-enteritis by die baba te voorkom, te herken sowel as die korrekte optrede indien dit wel voorkom, sal dus ook nie volledig tydens voorligting aan swanger vroue oorgedra word nie. Dit kan daartoe lei dat die vroue gevaarlike praktiese toepas wat aanleiding kan gee daartoe dat MIV-oordrag deur borsmelk plaasvind.
 - Dit is verder duidelik dat 'n kennisleemte by die vroedvroue bestaan aangaande die korrekte manier waarop 'n MIV-positiewe moeder moet begin om vaste kos vir haar baba te gee. Praktiese toepas wat deur die meeste van die vroedvroue afgemerk is, kom neer op gemengde voeding, en sal dus die risiko van MIV-oordrag verhoog.

-
- Dit blyk dat die meeste van die vroedvroue nie bewus is daarvan dat gepasteuriseerde borsmelk as die ideale voeding vir die vroeggebore babas van MIV-positiewe moeders beskou word nie.
- ❖ **‘n Verdere gevolgtrekking is dat die vroedvroue onseker is oor sekere aspekte rakende die faktore wat ‘n vrou se keuse van babavoedingswyse, beïnvloed.** Hulle verskaf dan ook nie duidelike inligting aan swanger vroue tydens voorligting nie, en dra so verder by tot die vroue se onsekerheid.
- Dit blyk dat die vroedvroue onseker is oor die invloed van borsvoeding op ‘n MIV-positiewe vrou se gesondheid.
 - Dit wil voorkom of die vroedvroue onseker is oor watter invloed die gebruik van ‘n antiretrovirale middel tydens die bevalling op die risiko van MIV-oordrag deur borsmelk het. Dit het tydens die literatuurstudie geblyk dat duidelike uitklaring nog nie op grond van navorsing oor hierdie aspek verkry is nie. Dit dra by tot die verwarring by die vroedvroue – uiteindelik ook tot die verwarring by die swanger vroue.
- ❖ **Wat die persepsies van die vroedvroue betref, kan tot die slotsom gekom word dat hulle kennisleemtes ook hul persepsies rakende die voorligting aan swanger vroue beïnvloed.**
- Dit is duidelik dat die vroedvroue nie rekening hou met die moontlikheid van die oorspoeleffek nie, aangesien die meeste vroedvroue aangedui het dat hulle glo dat alle moeders (en nie net die wat MIV-positief is en dit veilig kan gebruik nie) voorligting en demonstrasies oor die voorbereiding van formulevoeding moet ontvang. Tesame met die neiging om die risiko van moeder-na-kindoorlog te oorskot, sal die algemene voorligting tot die oorspoeleffek bydra, en uiteindelik aanleiding gee tot die afname in die algemene gebruik van borsvoeding en ‘n toename in die voorkoms van toestande soos gastro-enteritis en wanvoeding.

5.2.1.3 **Gevolgtrekkings ten opsigte van die kennis en persepsies van vroedvroue met betrekking tot voorgeboortevoorligting aangaande die keuse van babavoedingswyse**

Die doel met hierdie vrae was om vas te stel of die vroedvroue in die aanbied van voorgeboortevoorligting rekening daarmee hou dat 'n groot persentasie van hul pasiënte moontlik MIV-positief kan wees en dus hul besluit oor die geskikste babavoedingswyse op grond van 'n kombinasie van faktore moet neem.

- ❖ **Die gevolgtrekking word dus gemaak dat die vroedvroue tydens voorgeboortevoorligting oor babavoeding, oor die algemeen wel die faktore wat 'n vrou se besluit ten opsigte van die geskikste babavoedingswyse beïnvloed in ag neem, maar dat enkele van die vroedvroue erken het dat hulle nie die beskikbaarheid van goeie sanitasie of die vrou se MIV-status in ag neem nie.** Die vroedvroue wat nie die sanitêre omstandighede van die vrou in ag neem nie, sal dus heel waarskynlik nie rekening hou daarmee dat sommige vroue nie hul babas veilig met formulemelk sal kan voed nie. Die vroedvroue wat nie die vrou se MIV-status in ag neem nie, sal nie inligting oor die aanpassings wat MIV-positiewe vroue moet maak by hul voorligting insluit nie, en sodoende moontlik daartoe bydra dat MIV deur borsmelk oorgedra word.
- ❖ **Dit blyk dat die vroedvroue erken dat die voordele en risiko's verbonde aan die voed met formulemelk minder dikwels as die voordele en risiko's verbonde aan borsvoeding by die voorligting aan swanger vroue oor babavoeding ingesluit word.** Omdat nie ewe veel aandag tydens voorligting aan al hierdie aspekte geskenk word nie, bestaan die moontlikheid dat swanger vroue nie oor genoeg kennis oor veral die risiko's verbonde aan voeding met formulemelk sal beskik nie.
- ❖ **Dit is duidelik dat die vroedvroue die waarde daarvan besef dat 'n swanger vrou bewus moet wees van haar MIV-status.** Hulle sal gevolglik heel waarskynlik in staat wees daartoe om swanger vroue te motiveer om hulle te laat toets en so te verseker dat die vroue hul eie MIV-status in ag neem wanneer hulle op die geskikste babavoedingswyse moet besluit.

-
- ❖ **Dit blyk dat, met betrekking tot voorligting aan swanger vroue aangaande MIV en babavoeding, dit die vroedvroue se persepsie is dat die swanger vroue te min voorligting hieroor ontvang.** Vroedvroue is dus bewus daarvan dat meer aandag tydens voorgeboortevoorligting aan MIV en babavoeding, geskenk behoort te word.

 - ❖ **Die gevolgtrekking kan gemaak word dat die vroedvroue nie hul verantwoordelikheid om voorligting aan swanger vroue te gee, op ander professionele of leke-persone afskuif nie, aangesien hulle insig toon daarin dat hulle medeverantwoordelik is daarvoor om inligting oor MIV en babavoeding aan swanger vroue oor te dra.**

 - ❖ **Uit die resultate blyk dit dat die vroedvroue insig het daarin dat hulle eie kennis van moeder-na-kindoordrag beperk is, en dit opgeknep behoort te word.** Hulle erken dat hulle nie oor genoeg kennis beskik om voorligting daarvoor effektief aan swanger vroue te gee nie, en dat die doel dus nie bereik word nie. Volgens die vroedvroue ervaar hulle 'n behoefte daaraan om resente kennis by te werk, aangesien hulle verkeerde inligting aan swanger vroue kan oordra as hul eie kennis nie resent is nie. Alhoewel hulle hul kennis uit 'n verskeidenheid bronne bekom, kan tog afgelei word dat indiensopleiding as die belangrikste bron beskou word, wat dus aangewend kan word om hul kennis by te werk.

 - ❖ **Die gevolgtrekking kan gemaak word dat die vroedvroue die volgende struikelblokke in hulle voorligting aan swanger vroue oor MIV en babavoeding ondervind:** Hierdie struikelblokke veroorsaak dat die vroedvroue nie gemotiveerd is om voorligting te gee nie, of dat sommige van die pasiënte nie voordeel uit die voorligting deur swanger vroue trek nie.
 - **Dit blyk dat die vroedvroue meen dat voorligting nie die moeite werd is nie, omdat vroue nie vry is om 'n besluit te kan neem nie.** Volgens sommige van die vroedvroue voel hulle dat baie vroue nie in die posisie is om 'n keuse tussen die verskillende opsies te kan maak nie omdat hulle mag om 'n besluit te neem en 'n keuse uit te oefen, beperk word weens hulle

finansiële status en hul vrees vir viktimisasie en stigmatisasie indien die familie van hulle positiewe MIV-status sou uitvind.

- **Daar kan afgelei word dat kommunikasieprobleme as gevolg van taal- / kultuurverskille ontstaan.** Verskeie vroedvroue het gemeld dat die oordra van inligting nie optimaal is nie, omdat sommige van die swanger vroue hulle nie verstaan nie. Vroedvroue wat slegs Afrikaans en Engels kan praat, ondervind probleme as die swanger vroue net Tswana (of ander tale) kan verstaan.
- **Volgens die resultate blyk dit dat kommunikasieprobleme ook ontstaan as die realiteit van MIV deur sommige van die swanger vroue geïgnoreer word.** Volgens sommige van die vroedvroue is daar swanger vroue wat weet dat hulle MIV-positief is, maar in 'n ontkenningfase verkeer, en dit nie wil bespreek nie. Ander vroue besef dalk nie die belangrikheid van die besluit wat hulle moet neem ten opsigte van die gesondheid van hulle babas nie, en neem 'n traak-my-nie-agtige houding in. Die vroedvroue ondervind dus probleme om tot die vroue deur te dring.
- **Verder blyk dit dat sommige van die vroedvroue van mening is dat die omvang van die gebrek aan kennis by die swanger vroue voorligting bemoeilik.** Volgens die vroedvroue word voorligting bemoeilik omdat die swanger vroue onkundig is en byvoorbeeld glo dat gemengde voeding beter in hul babas se behoeftes voorsien as eksklusiewe borsvoeding.
- **Die resultate dui daarop dat 'n gebrek aan hulpbronne, soos personeel en tyd, voorligting bemoeilik.** Die vroedvroue word oorweldig deur die groot getalle pasiënte wat na die klinieke stroom. Omdat daar nie genoeg personeel is nie, is hulle nie in staat om genoeg tyd aan veral voorligting te bestee nie. Verder ondervind hulle ook 'n tekort aan ander hulpmiddels, byvoorbeeld aanskouingsmateriaal en pamflette.

Al hierdie struikelblokke beperk dus die doeltreffende oordra van inligting van die vroedvroue na die swanger vroue.

Die slotsom is dus dat, terwyl aspekte voorkom waarvan die vroedvroue deeglik kennis dra, daar tog ten opsigte van spesifieke sake leemtes bestaan. Dit wil voorkom of vroedvroue hulle veral ten opsigte van die resente ontwikkelings nie op

hoogte hou nie. Uit die resultate blyk dit dat die vroedvroue erken dat hul voorligting oor MIV en babavoeding aan die swanger vroue gebrekkig is, en wys dan sekere struikelblokke uit wat die voorligting bemoeilik.

5.2.2. Gevolgtrekkings ten opsigte van die swanger vroue

Vervolgens word die gevolgtrekkings wat op grond van die resultate van die vraelys vir swanger vroue gemaak kan word, geformuleer.

5.2.2.1 **Gevolgtrekkings ten opsigte van die demografiese data van die swanger vroue**

Die doel met hierdie vrae is om 'n globale indruk te kan vorm van die swanger vroue wat aan hierdie studie deelgeneem het en van hul leefomstandighede. Hierdie leefomstandighede speel 'n belangrike rol by die vroue se keuse van die geskikste babavoedingswyse.

- ❖ **Uit die resultate is dit duidelik dat die swanger vroue nie as 'n uniforme eenheid gesien moet word nie, aangesien hulle ten opsigte van verskeie eienskappe van mekaar verskil.** As vroedvroue nie hierdie diverse aard van hul teikengroep tydens voorgeboortevoorligting in ag neem nie en hul aanbiedingstyl hierby aanpas nie, sal sommige van die swanger vroue nie voordeel uit die voorligting trek nie.
- **So blyk dit dat 'n diverse ouderdomsverspreiding en verspreiding in skolastiese geletterdheidsvlak onder die swanger vroue voorkom.** Die swanger vroue is oor die algemeen jonger as die vroedvroue, maar daar is ook enkele vroue in hul dertigerjare. Daar is ook tienderjariges in die groep. Alhoewel die meeste swanger vroue ten minste graad 10 voltooi het, is daar ook diegene wat geen skoolopleiding ontvang het nie.
- **Die resultate dui daarop dat afgesien van die Tswana en Afrikaanse kultuurgroepe, 'n verskeidenheid van taal- / kultuurgroepe onder die swanger vroue voorkom.** Net soos die vroedvroue het die meeste swanger vroue hul kultuurgroep as Tswana of Afrikaans geklassifiseer. Van die kultuurgroepe wat onder die swanger vroue voorkom, byvoorbeeld Engels, Suid-

Sotho, Xhosa, Zulu en Ndebele, kom nie onder die vroedvroue in hierdie studie voor nie.

- **Daar kan afgelei word dat swanger vroue verskillende vlakke van ondersteuning ervaar.** Slegs 'n paar van die vroue is getroud, terwyl die meeste wel in 'n stabiele verhouding verkeer, maar nie getroud is nie. Aangesien die vader nie 'n wetlike verantwoordelikheid teenoor die vrou of haar baba het nie, sal sy nie noodwendig op finansiële, emosionele en ander steun van hom kan staatmaak nie.

- ❖ **Uit die resultate kan tot die gevolgtrekking gemaak word dat die swanger vroue oor baie beperkte finansiële bronne beskik, wat dus hul keuse van babavoedingswyse beperk.** Alhoewel gratis formulemelk vir die eerste ses maande beskikbaar is vir vroue wat by die regering se PMTCT-program inskakel, is daar ook koste verbonde aan brandstof om water mee te kook en toerusting om bottels / koppies te kan steriliseer. 'n Vrou wat nie hierdie fasiliteite kan bekostig nie, sal noodgedwonge moet borsvoed, en haar keuse word dus deur haar finansiële omstandighede beperk.

- ❖ **Alhoewel uit die resultate afgelei kan word dat hoërisiko-omstandighede ten opsigte van die voorkoms van gastro-enteritis by sommige huishoudings voorkom, blyk dit tog dat babasterftes as gevolg van gastro-enteritis, nie baie onder die deelnemers aan hierdie studie voorkom nie.** Alhoewel die meeste huishoudings wel kraanwater en elektrisiteit in die huis het, is daar tog huishoudings wat nie oor hierdie geriewe beskik nie. Verder is daar in die meeste van die vroue se huise nie spoeltoilette nie. Alhoewel hierdie omstandighede op 'n verhoogde risiko van die voorkoms van gastro-enteritis dui, het net een swanger vrou aangedui dat sy 'n vorige baba weens gastro-enteritis verloor het. Dit wil dus voorkom of hierdie aspek nie 'n groot rol speel by die vroue wat voorgeboorteklinieke in Potchefstroom bywoon nie.

- ❖ **Dit blyk dat 'n gebrek aan privaatheid algemeen voorkom, maar dat die swanger vroue nie gesins- of gemeenskapsdruk ervaar nie.** Omdat die meeste swanger vroue hul huishouding ook met ander persone benewens hul kerngesin moet deel, het hulle min privaatheid. Dit kan veral probleme skep as so 'n vrou 'n

babavoedingswyse verkies wat strydig is met die kultuurnorm. Net 'n paar vroue het egter 'n gebrek aan privaatheid en die feit dat formulemelk nie in hul gesin of gemeenskap aanvaarbaar is nie, as struikelblokke vir die voeding met formulemelk beskou.

- ❖ **Uit hierdie navorsing kan afgelei word dat baie vroue nie bewus is van hul eie MIV-status is nie.** Hierdie vroue kan dus nie hul MIV-status in ag neem by hulle besluit op die geskikste babavoedingswyse nie. Van die redes waarom hulle nie tydens hierdie swangerskap getoets is nie, is dat sommige van die vroue:
 - reeds voor die swangerskap 'n MIV-toets ondergaan het;
 - nie geleentheid gekry het om hulle te laat toets nie;
 - nie wil weet wat hul MIV-status is nie.

5.2.2.2 Gevolgtrekkings op grond van die voorkoms van faktore wat 'n rol speel by die keuse van babavoedingswyse

Afgesien van die demografiese faktore wat reeds bespreek is, is daar ook ander faktore wat 'n vrou se keuse van die geskikste babavoedingswyse beïnvloed. Gevolgtrekkings wat gemaak is op grond van die resultate van die vrae wat hieroor gehandel het, word vervolgens geformuleer:

- ❖ **Die resultate dui daarop dat verskeidenheid ten opsigte van vorige ondervinding met babavoeding by die swanger vrou voorkom.** Die groot persentasie swanger vroue wat primigravidas is, het geen persoonlike ervaring ten opsigte van babavoeding nie. Die meeste van die vroue wat reeds kinders het, het hul vorige kinders langer as ses maande geborsvoed. Alhoewel baie min vroue tydens die borsvoeding van hul vorige babas probleme ondervind het, het sommige van die vroue op grond van negatiewe ondervindings met borsvoeding besluit om hul volgende baba met formulemelk te voed.
- ❖ **Verder blyk dit dat baie van die vroue wat ondervinding het met borsvoeding, praktyke toegepas het wat nie vir MIV-positiewe moeders aanbeveel kan word nie.** Die meeste van die vroue wat hul vorige babas geborsvoed het, het nie eksklusiewe borsvoeding tot die ouderdom van ses maande toegepas nie. Ten

opsigte van die manier van spening, is geleidelike spening waarskynlik gebruik, omdat dit blyk dat hulle nie kennis dra van die tegniek wat vir MIV-positiewe moeders wat borsvoed aanbeveel word nie.

- ❖ **Uit die navorsingsresultate is dit duidelik dat min van die swanger vroue ondervinding het met die voed van 'n baba met 'n borsmelkssubstituut.** Slegs 'n paar van die swanger vroue wat vorige kinders gehad het, het glad nie geborsvoed nie, en het dus ondervinding in die voed van 'n baba met 'n borsmelkssubstituut.
- ❖ **Die gevolgtrekking kan gemaak word dat baie vroue nog nie op 'n gesinsbeplanningsmetode besluit het nie.** Vroue wat voorheen op die kontraseptiewe effek van borsvoeding staatgemaak het, maar nou met formulemelk gaan voed, sal dalk nie daarvan bewus wees dat hulle gou na die bevalling weer vrugbaar gaan wees nie, en dus 'n betroubare kontraseptiewe middel behoort te gebruik. As 'n MIV-positiewe vrou kort nadat sy geboorte geskenk het, weer swanger raak, kan haar reserwes uitgeput raak sodat haar algemene gesondheid verswak.

5.2.2.3 Gevolgtrekkings oor die kennis van swanger vroue oor MIV/VIGS en moeder-na-kindoordrag

Vervolgens is gevolgtrekkings gemaak op grond van die resultate aangaande die kennis van die swanger vroue oor MIV/VIGS en moeder-na-kindoordrag. Die doel met hierdie vrae was om te bepaal of die swanger vroue oor genoeg kennis beskik om 'n ingeligte besluit aangaande die geskikste babavoedingswyse te kan neem. Soos by die vroedvroue, is die swanger vroue oor sommige van die aspekte goed ingelig, terwyl kennisleemtes of verwarring ten opsigte van ander aspekte voorgekom het.

- ❖ **Dit is duidelik dat die swanger vroue bewus is daarvan dat veilige seksuele praktyke steeds tydens swangerskap en laktasie belangrik is.** Indien hierdie kennis in veilige seksuele praktyke toegepas word, behoort dit die risiko van moeder-na-kindoordrag te verminder, aangesien daar dan nie 'n verdere verhoogde viruslading soos wat kort na infeksie of herinfeksie plaasvind, voorkom nie.

-
- ❖ **Dit het duidelik uit die navorsing geblyk dat kennisgebreke ten opsigte van verskeie aspekte by die swanger vroue voorkom.** Hierdie kennisgebreke impliseer dus dat hierdie vroue nie werklik 'n ingeligte besluit aangaande die geskikste babavoedingswyse kan neem nie.
- **Die resultate dui daarop dat, net soos by die vroedvroue, die swanger vroue ook 'n kennisgebrek ten opsigte van die risiko van moeder-na-kindoordrag onder verskillende omstandighede ervaar en dat die neiging bestaan om die persentasie risiko te oorskat.** Hierdie oorskatting dra by tot die oorspoeleffek.
 - **Dit blyk dat swanger vroue oor onvoldoende kennis beskik aangaande die maniere waarop moeder-na-kindoordrag van MIV kan geskied.** Dit is kommerwekkend dat 'n groot persentasie van die swanger vroue nie kennis dra daarvan dat moeder-na-kindoordrag tydens swangerskap en geboorte en deur borsmelk oorgedra kan word nie. Sodoende kan hulle onwetend die MI-virus aan hul babas oordra.
 - **Die gevolgtrekking kan gemaak word dat swanger vroue 'n kennisgebrek ervaar ten opsigte van die beste ouderdom en beste manier waarop 'n MIV-positiewe moeder wat borsvoed, moet begin om vaste kos vir haar baba te gee.** By beide die vrae wat oor hierdie aspekte handel, het die meeste swanger vroue glad nie die vraag beantwoord het nie, terwyl die res dit meestal verkeerd beantwoord het. Dit impliseer dat die MIV-positiewe vroue moontlik praktyke toepas wat veroorsaak dat hul babas aan 'n verhoogde risiko van MIV-oordrag blootgestel word, en dus as gevolg van onkunde geïnfekteer kan word.
 - **Dit kom voor of die swanger vroue 'n kennisleemte ervaar ten opsigte van die korrekte manier waarop 'n MIV-positiewe moeder wat borsvoed, haar baba moet speen.** Swanger vroue is nie bewus daarvan dat 'n MIV-positiewe moeder wat borsvoed, borsvoeding onmiddellik moet staak sodra sy begin om vaste kos vir haar baba te gee of indien toestande wat 'n verhoogde risiko van MIV-oordrag dra, voorkom nie. Aangesien minder as twintig persent van die swanger vroue die korrekte opsies afgemerkt het, is dit duidelik dat kennisgebreke hieromtrent voorkom.
 - **Die slotsom waartoe gekom word, is dat swanger vroue nie oor voldoende kennis ten opsigte van die faktore wat die risiko van MIV-oordrag verhoog, beskik nie.**

-
- **Dit is duidelik dat die swanger vroue nie bewus is van watter toestande met 'n verhoogde risiko van MIV-oordrag gepaard gaan nie.** MIV-positiewe vroue sal dus heel waarskynlik nie direkte borsvoeding vermy as hierdie toestande voorkom nie. Verder blyk dit dat onsekerheid by swanger vroue voorkom aangaande watter tegnieke gebruik moet word as faktore wat 'n verhoogde risiko van oordrag dra (mastitis of gebarste tepels by 'n MIV-positiewe vrou, of orale candida-infeksie of gastro-enteritis by haar baba), voorkom. 'n Moontlikheid bestaan dus dat moeder-na-kindoordrag van MIV kan voorkom as toestande wat die deurlaatbaarheid van die moeder of babas se vel of slymvlies verhoog, voorkom, omdat geen voorsorg daarteen getref is nie. Die swanger vroue, net soos die vroedvroue, beskik nie oor kennis aangaande die tegnieke wat gebruik kan word om die risiko van oordrag, as hoërisikofaktore voorkom, te verminder nie.
 - **Die resultate van die vraelys dui daarop dat sommige die swanger vroue geensins bewus is van die gevaar van gemengde voeding ten opsigte van MIV-oordrag nie.** Alhoewel die meerderheid swanger vroue nie die opsie afgemerk het nie, is daar tog van hulle wat aangedui het dat hulle dit as goeie praktyk beskou as die baba van 'n MIV-positiewe moeder wat formulemelk ontvang, ook borsmelk ontvang. Dit kom neer op gemengde voeding wat 'n hoë risiko van moeder-na-kindoordrag dra, maar dit kom voor of die vroue nie bewus is van die gevaar wat aan hierdie praktyk verbonde is nie.
 - **Die gevolgtrekking kan ook gemaak word dat swanger vroue 'n kennisleemte ervaar ten opsigte van watter faktore die risiko van MIV-oordrag verlaag.**
 - **So blyk dit dat onkunde ten opsigte van die praktyk van eksklusiewe borsvoeding bestaan.** Hierdie gevolgtrekking word gebaseer op die feit dat net 6,4% van die swanger vroue aangedui het dat hulle bewus is daarvan dat die risiko van MIV-oordrag verminder kan word deur eksklusiewe borsvoeding toe te pas. Uit die beantwoording van die vrae oor wanneer hulle met hul vorige kinders begin het om water en ander vloeistowwe saam met borsmelk vir hul babas te gee, oor die korrekte manier vir 'n MIV-positiewe vrou om vaste kos vir haar baba te begin gee asook oor die

korrekte manier om so 'n baba van die bors te speen, is dit duidelik dat ook hier nog 'n groot kennisleemte by swanger vroue bestaan, naamlik ten opsigte van die praktiese implikasies van eksklusiewe borsvoeding.

- **Die afleiding kan gemaak word dat swanger vroue onkundig is ten opsigte van die praktyk van die pasteurisering van borsmelk.** Dit is duidelik dat die swanger vroue wat as respondente aan die studie deelgeneem het, nie weet in watter omstandighede dit beter sal wees om uitgemelkte borsmelk te kook of te pasteuriseer in plaas daarvan om dit direk vir die baba te gee nie. Die swanger vroue beskik blykbaar ook, soos die vroedvroue, nie oor kennis aangaande die korrekte tegniek om borsmelk te pasteuriseer nie.
 - **Dit is duidelik dat 'n totale kennisgebrek by die swanger vroue bestaan aangaande die gebruik van koppies in plaas van bottels om 'n baba mee te voed.** Hierdie gevolgtrekking is gebaseer op die feit dat slegs 3,2% van die swanger vroue bewus is van hierdie praktyk. Aangesien die vroedvroue aangedui het dat hulle wel kennis hiervan dra, is dit duidelik dat die kennis waaroor die vroedvroue beskik, nie aan die swanger vroue onder hul sorg oorgedra is nie.
 - **Dit blyk verder dat die swanger vroue nie oor genoeg kennis aangaande die praktiese aspekte van die voed van 'n MIV-positiewe moeder se baba met formulemelk beskik nie.** Hierdie kennisleemte kan daartoe lei dat verkeerde praktyke toegepas word, wat aanleiding kan gee tot 'n verhoogde voorkoms van gastro-enteritis en wanvoeding by die babas.
- ❖ **Dit blyk uit die navorsing dat verwarring by swanger vroue bestaan met betrekking tot die effek wat 'n kort kursus anti-retrovirale middels op borsvoeding het.** Die verwarring kan afgelei word uit die feit dat die respondente teenstrydige antwoorde verskaf het op die vraag wat handel oor die effek van 'n kort kursus anti-retrovirale middel tydens kraam, op borsvoeding. Dit dui daarop dat die verwarring wat oor hierdie saak by die vroedvroue bestaan, ook aan die swanger vroue oorgedra word.

5.2.2.4 Gevolgtrekkings oor die persepsies van die swanger vroue aangaande die faktore wat hul besluit op babavoedingswyse beïnvloed

- ❖ **Dit blyk dat 'n verskeidenheid faktore die keuse van babavoedingswyse van die swanger vroue wat reeds daarop besluit het, beïnvloed het.** Van die faktore wat hul keuse oor die geskikste babavoedingswyse beïnvloed het, is die voordele van borsvoeding, hulle vorige ervaring van borsvoeding, die risiko van MIV-oordrag deur borsmelk, of hulle oor goeie sanitasiegeriewe beskik, die risiko van infeksie as hulle formulevoeding gebruik asook die aanvaarbaarheid al dan nie van die gebruik van die verskillende opsies vir hulle gesinne en die gemeenskap. Dit impliseer dat die besluit op 'n komplekse raamwerk van faktore berus.

5.2.2.5 Gevolgtrekkings ten opsigte van die persepsies van die swanger vroue aangaande voorgeboortevoorligting as bron van inligting

Die doel met hierdie vrae was om vas te stel in watter mate voorgeboortevoorligting in die kliniek bydra tot die swanger vroue se kennis van MIV en babavoeding, en ook of dit daartoe bydra om hulle te bemagtig om 'n ingeligte besluit te kan neem oor die geskikste babavoedingswyse.

- ❖ **Die resultate dui daarop dat 'n verskeidenheid bronne tot die swanger vroue se kennis van MIV en babavoeding bydra, maar dat die voorligtingspraatjies by die klinieke die belangrikste rol speel.** Dit wil dus voorkom of die vroedvroue in 'n besondere posisie is om 'n bydrae te kan lewer tot die vroue se kennis van MIV en babavoeding.
- ❖ **Alhoewel swanger vroue wel voorligting oor sommige aspekte van MIV-oordrag en babavoeding ontvang, is dit nie doeltreffend en volledig genoeg om hulle te bemagtig om 'n ingeligte besluit oor die geskikste babavoedingswyse te kan neem nie.** Volgens die swanger vroue ontvang hulle wel voorligting oor die voordele van borsvoeding en die risiko van MIV-oordrag deur borsmelk, maar daar is ander sake wat net volgens enkele swanger vroue aandag geniet. Volgens die swanger vroue geniet die volgende temas nie genoegsaam aandag nie:

-
- die voordele daarvan om 'n baba wat borsmelksubstituut of hittebehandelde borsmelk kry, met 'n koppie in plaas van met 'n bottel te voed,
 - hoe 'n vrou haar kan uitmelk,
 - hoe om borsmelk te pasteuriseer,
 - hoe om seer tepels te voorkom, asook
 - die voordele en risiko's daaraan verbonde om 'n baba met formulemelk te voed.

Verder het die helfte van die vroue aangedui dat hulle nie oor genoegsame kennis beskik om 'n ingeligte besluit oor die geskikste babavoedingswyse te kan neem nie. Ook uit die swak prestasie van die vroue in die kennisvrae van die vraelys, is dit duidelik dat kennisleemtes by die vroue bestaan en dat hulle 'n behoefte het aan meer voorligting.

5.2.3. Samevattende gevolgtrekkings

Uit al bogenoemde gevolgtrekkings kan tot die slotsom gekom word dat:

- 1) alhoewel die vroedvroue oor basiese kennis van MIV en babavoeding beskik, spesifieke kennisleemtes en verwarring oor sekere temas nog bestaan. Die aspekte waaroor die vroedvroue nie genoeg kennis beskik nie, is dié van nuwe tendense en ontdekkings soos die praktyk van eksklusiewe borsvoeding en Pretoria-pasteurisasie wat, as dit toegepas word, 'n werklike verskil in die lewens van moeders en hul babas kan maak omdat dit die risiko van moeder-na-kindoordrag kan beperk. Die aspekte waaroor verwarring bestaan is dié waaroor nog nie finale uitklaring verkry is nie, soos die effek van 'n kort-kursus van 'n antiretrovirale middel tydens baring op die risiko van MIV-oordrag deur borsmelk; en
- 2) alhoewel die vroedvroue se kennis van MIV en babavoeding oor die algemeen beter is as dié van die swanger vroue, die kennis blykbaar nie doeltreffend oorgedra word nie. 'n Swanger vrou se besluit op die geskikste babavoedingswyse word geneem op grond van 'n hele aantal faktore, onder andere haar MIV-status en haar kennis van MIV-oordrag en babavoeding. Die swanger vrou se kennis is beperk en hulle erken self dat hulle nie werklik bemaagtig is om 'n ingeligte besluit te kan neem nie. Hierdie besluit is van kritieke belang en kan die verskil tussen lewe en dood vir 'n baba beteken.

5.3 TEKORTKOMINGE

Enkele tekortkominge wat tydens data-insameling identifiseer is, word vervolgens bespreek.

5.3.1 Tekortkominge van die vraelyste

Na die analise van die resultate kan daar met 'n terugblik gekyk word na aanpassings van enkele vrae wat resultate kon oplewer wat 'n bydra kon maak tot ryker bevindinge. So kon die vrae wat gehandel het oor kultuurgroepe pertinent melding gemaak het van watter tale die vroedvroue magtig is en watter tale die swanger vroue verstaan. Daar kon dan vasgestel word of daar van die swanger vroue is, wat glad nie die voorligting kan verstaan nie, sodat voorstelle aangaande aanpassings gemaak kan word.

Verder kon by die vraelys vir swanger vroue, vrae ingesluit wees wat daaroor handel of die respondente al op 'n babavoedingswyse besluit het, wat hul besluit was en wat die rede(s) vir die besluit was. As hierdie data beskikbaar was, kon die groepe wat reeds op borsvoeding en voeding met 'n borsmelkssubstituut besluit het, se response op ander vrae met mekaar vergelyk geword het, wat ryker bevindinge moontlik sou maak.

5.3.2 Tekortkominge van die data-insamelingsproses

Omdat die navorser vanweë tydbeperkings data-insameling gedurende die Desember-vakansie onderneem het, moes aanpassings met betrekking tot die opleiding van die veldwerkers gemaak word. Dit is egter so hanteer dat dit geen probleme veroorsaak het nie.

5.3.3 Leemtes in die data

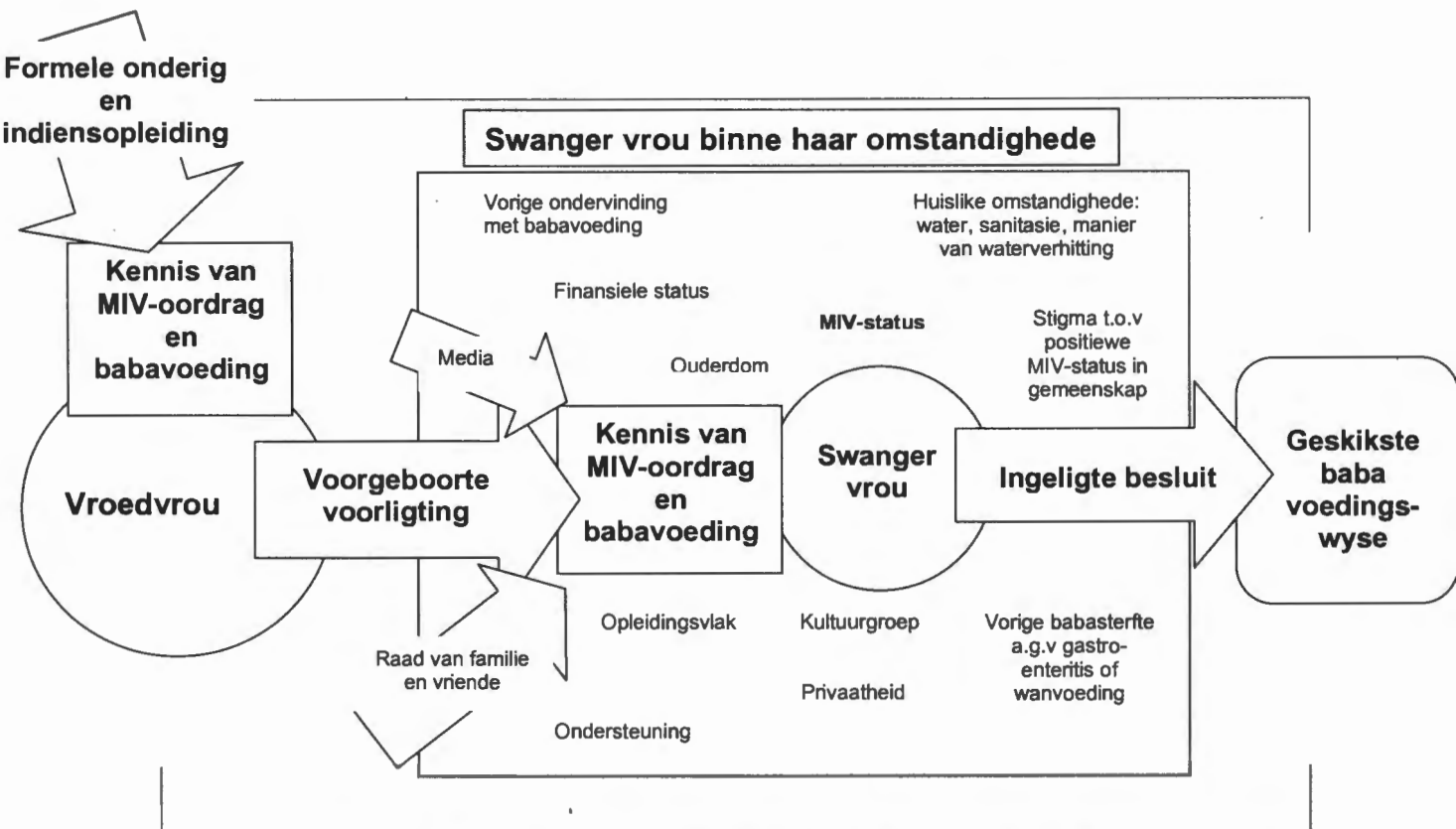
Inligting oor kulturele faktore wat moontlik 'n rol kan speel in die keuse van babavoedingswyse, byvoorbeeld die besluitnemingsmag van die vrou se skoonmoeder, kon nie in die literatuur opgespoor word nie. Dit het ook nie in die data-insameling te voorskyn gekom nie. 'n Navorser wat self lid is van die kultuurgroep waaraan die meeste swanger vroue behoort, sou dalk in staat gewees het om meer inligting hieroor van die deelnemers te verkry.

5.4 AANBEVELINGS

Volgens Botes (1991:21) se funksionele denkbenadering, is die oorhoofse doel van navorsing om by te dra tot die teorie wat die verplegingspraktyk kan verbeter. Die kennis wat deur navorsing geïmplementeer word, moet bruikbaar en toepaslik wees vir die uitdagings wat in die praktyk ervaar word. Ten opsigte van die drie ordes van verpleging, lê die empiriese studie op die eerste vlak, binne die werklikheid van die verpleegpraktyk. Hierdie studie ondersoek 'n probleem in die praktyk, met die doel om tot 'n geldige begrip daarvan te kom en so tot oplossings vir die probleem te kom. In hierdie afdeling word daar dan op grond van die navorsingsgevolgtrekkings aanbevelings gemaak om so tot moontlike oplossings vir die probleem te kom.

Die navorsingsprojek as geheel lê egter op die tweede vlak, naamlik die wetenskapsbeoefening wat gedoen word om die teorie van die vak uit te brei. Hierdie wetenskapsbeoefening het dus pragmatiese doelstellings omdat die navorsing nie net plaasvind met die doel om kennis te versamel nie, maar om 'n bydrae te lewer om die praktyk te verbeter.

Op grond van die gevolgtrekkings wat berus op die navorsingsresultate kan die volgende proses afgelei word (Figuur 5.1). Die vroedvrou beskik oor kennis aangaande MIV en babavoeding wat sy onder andere uit formele verpleegonderrig en indiensopleiding en indiensopleiding bekom. Sy gebruik hierdie kennis om voorgeboorte voorligting te verskaf aan swanger vroue. Die voorgeboorte voorligting wat deur die vroedvrouoorgedra word dra saam met inligting vanaf die media en raad van familie en vriende by tot die kennis van die swanger vrou aangaande MIV-oordrag en babavoeding. Die vrou gebruik dan hierdie kennis om binne haar omstandighede (wat haar MIV-status insluit) 'n ingeligte besluit aangaande die geskikste babavoedingswyse vir haar baba te neem.



Figuur: 5.1 Skematiese voorstelling van die proses van voorgeboortevorligting deur die vroedvrou aan die swanger vrou ten einde haar te bemagtig om 'n ingeligte besluit te neem aangaande die gesikste babavoedingswyse

5.4.1 Aanbevelings ten opsigte van verpleegonderrig

Die bron van die vroedvrou se kennis is onder andere basiese verpleegopleiding (formele verpleegonderrig) en in-diensopleiding (informele verpleegonderrig). Omdat MIV/VIGS nog 'n relatief nuwe toestand is, word baie navorsing hieroor gedoen wat nuwe vakkennis teen 'n geweldige tempo genereer. So is beide die waarde van eksklusiewe borsvoeding as tegniek om MIV-oordrag te beperk sowel as die Pretoria-pasteurisasiemetode, in die laaste paar jaar ontdek. Dit is dus noodsaaklik dat leerders wat nog besig is met hul voor-registrasie studies sowel as vroedvroue wat reeds in die praktyk staan op datum bly met nuwe ontwikkelings. Vervolgens word aanbevelings gedoen oor hoe verseker kan word dat leerders wat nog besig is met hul basiese verpleeg/vroedvrou opleiding, optimaal voorberei kan word om voorligting aan swanger

vroue te verskaf oor MIV en babavoeding. Aanbevelings ten opsigte van indiensopleiding van vroedvroue wat reeds in die praktyk staan word in 5.4.1 bespreek.

5.4.1.1 Aanbevelings ten opsigte van basiese opleiding

Rasionaal:

Ten einde vroedvroue in staat te stel om effektief voorligting aan swanger vroue te verskaf om hulle te bemagtig om 'n ingeligte besluit aangaande die geskikste baba-voedingswyse te kan neem, is dit belangrik dat hulle self oor die korrekte kennis beskik. Vroedvroue wat tans en in die toekoms opgelei word, moet hierdie kennis reeds tydens hul basiese opleiding opdoen.

Aanbevelings:

❖ *Daar kan verseker word dat die volgende ingesluit word in die basiese (voor-registrasie) kurrikulum:*

- *Gesondheidsbevordering – spesifiek die teoretiese begroning van gesondheidsvoorligting. Vroedvroue in opleiding moet onderrig word oor hoe om voorligtingsbehoefte te beraam, hoe om die voorligting te beplan asook verskillende maniere wat gebruik kan word om die voorligting aan te bied.*
- *Sensitiwiteit vir persoonlikheids- en kultuurverskille asook respek vir menseregte. Hierdie kennis is belangrik om te verseker dat die vroedvroue daartoe in staat sal weesom hulle teikengroep te bereik, en so te verseker dat die swanger vroue maksimum voordeel trek uit die voorligting.*
- *Verloskundige vakkennis - alle aspekte van MIV-oordrag en babavoeding met spesifieke aandag aan minder bekende inhoude:*
 - *die waarde en praktiese uitvoering van eksklusiewe borsvoeding;*
 - *vinnige spening op die optimale ouderdom;*
 - *die praktiese tegniek van uitmelk,*
 - *pasteurisasie van borsmelk*
 - *voed met 'n koppie in plaas van met 'n bottel.*
 - *Praktiese aspekte van die gebruik van formulevoeding – aanmaak daarvan en hoe om dit deur demonstrasie aan moeders te leer,.**Al hierdie inligting word reeds vervat in die “Integrated Management of Childhood illness” (IMCI)-kursus wat in die toekoms as deel van die voor-registrasie opleiding aangebied sal word.*

-
- ❖ *Verder behoort dosente en leerfasiliteerders as rolmodelle vir hul leerders op te tree deur te sorg dat hul eie kennis op datum bly. Die leerders moet aangemoedig word om werksinkels, simposia en konferensies by te woon en selfstudie te doen sodat hulle bewus sal wees van die nuutste inligting en tegnieke, ten einde dit weer aan die swanger vroue oor te dra.*

5.4.1.2 Aanbevelings ten opsigte van opleiding in Gevorderde Verloskundige en Neonatologiese Verpleegkunde

Rasionaal:

In kursusse waar leerders opgelei word in Gevorderde Verloskundige en Neonatologiese Verpleegkunde moet moeder-na-kindoordrag en babavoeding in diepte deeglik aandag kry. Hierdie vroedvroue moet na afloop van registrasie by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging onder andere as konsultante en leiers optree. Die gevorderde vroedvrou is dikwels die persoon wat die beleid ten opsigte van voorkoming van moeder-na-kindoordrag moet aktiveer en bestuur.

Aanbevelings:

- *Aangesien die gevorderde vroedvrou as konsultant vir ander vroedvroue optree, moet haar vakkennis volledig en op datum wees:*
 - *dus moet aspekte van MIV en babavoeding so volledig moontlik in die kurrikulum gedek word en*
 - *leerders moet leer om op datum te bly van nuwe ontwikkelings deur die bywoning van werksinkels, simposia en konferensies sowel as die gebruik van vakkundige tydskrifte en elektroniese bronne.*
- *Aangesien die gevorderde vroedvrou as leier dikwels die persoon is wat die beleid ten opsigte van voorkoming van moeder-na-kindoordrag moet aktiveer en bestuur moet sy bemaagtig word in projekbestuur. Ten einde die projek te “verkoop” aan beleidmakers, die gemeenskap en gesondheidspersoneel, moet sy opgelei word in veranderingsbestuur sowel as kommunikasie- en onderhandelingsvaardighede.*

5.4.2 Aanbevelings ten opsigte van navorsing

Volgens Botes (1991:19) verbind professionele verpleegkundiges (en vroedvroue) hulself tot voortgesette navorsing om aan die gemeenskap se veranderde behoeftes te voorsien.

Uit hierdie studie is 'n aantal navorsingsprobleme geïdentifiseer en verder navorsing sou hieroor sou dus sinvol wees:

- Studies waar verskillende opleidingsprogramme vir vroedvroue ten opsigte van moeder-na-kindoordrag, geëvalueer word;
- Studies oor verskillende maniere wat gebruik kan word om kennis aan swanger vroue oor te dra;
- Opvolgstudies oor kennis en houdingsverandering by vroedvroue en swanger vroue na alle personeel opleidingsprogramme ondergaan het;
- Studies oor die rol van kulturele faktore ten opsigte van babavoeding;
- Studie oor die uitvoerbaarheid van die verskillende opsies byvoorbeeld watter faktore die gebruik van eksklusiewe borsvoeding en Pretoria-pasteurisasie beïnvloed.

5.4.3 Aanbevelings ten opsigte van die praktyk

In hierdie afdeling word die vierde doelstelling en fokus van hierdie navorsing, naamlik die formulering van riglyne aangaande die proses van voorligting as deel van dienslewering van hoë gehalte deur vroedvroue aan swanger vroue, ten einde hulle te bemagtig om 'n ingeligte keuse te maak rakende die geskikste babavoedingswyse, verwesentlik. Aangesien die kennis waaroor die vroedvroue beskik, en 'n positiewe klimaat waarin die voorligting geskied van uiterste belang is, word daar eers aan aanbevelings ten opsigte van hierdie aspekte, aandag geskenk.

5.4.3.1 Riglyne ten opsigte van die indiensopleiding van vroedvroue

Rasionaal:

Volgens Botes (1991:19) het die verpleegpraktisyn 'n verantwoordelikheid om nuwe navorsing in die praktyk toe te pas, om sodoende aan te pas by die veranderde behoeftes van die gemeenskap. Daar is in hierdie studie bevind dat daar spesifieke

kennisleemtes by die vroedvrou bestaan, wat dan veroorsaak dat die korrekte inligting ook nie aan die swanger vroue, oorgedra word nie. Vroedvroue wat reeds in die praktyk staan, se kennis behoort gereeld opgedateer te word, sodat hulle die nuutste ontwikkelings aan hul pasiënte kan oordra. Indiensopleiding word beskou as nie-formele verpleegonderrig.

Riglyne:

- ❖ *Die voltooi van die formele in-diens-opleidingskursusse wat MIV-oordrag en babavoeding dek, die "Integrated Management of Childhood Illness"- en "Prevention of Mother To Child Transmission"-kursusse, so gou as moontlik deur al die vroedvroue;*
- ❖ *'n Spesifieke vroedvrou wat reeds die formele kursusse voltooi het, kan aangewys word om te sorg dat die kennis van al die personeel van die distrik gereeld opgedateer word. Dit is veral belangrik omdat al die personeel nie gelyktydig die formele kursusse sal kan voltooi nie, daar voortdurende personeelomset is en die klinieke met tye baie besig is sodat dit onmoontlik is om die personeel wat die diens moet verskaf, uit die praktyk te neem. So 'n persoon moet verantwoordelikheid neem om op datum van die nuutste ontwikkelinge te bly deur konferensies by te woon, wetenskaplike tydskrifte te bestudeer en die internet te gebruik en die inligting wat sy bekom dan aan die ander vroedvroue oor te dra.*
- ❖ *Twee wyses word voorgestel waarop verseker kan word dat die gesondheidspersoneel se kennis opgedateer word,:*
 - *Die aanbod van indiensopleiding op informele basis deur middel van simposia en werksinkels sodat so veel as moontlik van die vroedvroue en ander gesondheidspersoneel so gou moontlik bemaatig word. Hierdie simposia en werksinkels moet op gereelde basis, byvoorbeeld elke drie maande aangebied word deur kenners. Die simposia kan gebruik word om inligting oor die nuutste ontwikkelinge (byvoorbeeld die waarde en praktyk van eksklusiewe borsvoeding en pasteurisasie van borsmelk) oor te dra terwyl die werksinkels gebruik kan word om praktiese vaardighede soos die voorbereiding en gee van groepsvoorligting of die gee van individuele voorligting met spesifieke gevallestudies as riglyne, in te oefen. Verder moet opvolg-werksinkels oor*

ontwikkelinge wat deurentyd bekend raak, gereeld aangebied word om almal op datum te hou;

- *Die gebruik van ander wyses om nuwe ontwikkelings deurentyd onder die aandag van vroedvroue in die praktyk te bring, byvoorbeeld lesersvriendelike biljette of nuusbriewe. Hierdie metode kan gebruik word, selfs as die vroedvroue nie die kliniek kan verlaat nie, omdat dit te besig is.*

5.4.3.2 Riglyne om 'n positiewe klimaat vir voorligting te skep deur die publiek in te lig oor MIV-oordrag deur borsmelk

Rasionaal:

Dit is om twee redes noodsaaklik dat die publiek beter oor MIV-oordrag deur borsmelk ingelig moet wees:

- ❖ *Moeders sal meer ondersteuning vir hulle onderskeie besluite in die gemeenskap ervaar, as die publiek beter ingelig is. Daarom is dit belangrik dat inligting, opvoedings- en kommunikasie-veldtogte geloods word aangaande moeder-na-kindoordrag van MIV en die dilemma van 'n MIV-positiewe moeder om op die geskikste babavoedingswyse te besluit. Dit is bewys dat massa-media soos radio, televisie en koerante baie doeltreffend is om gesondheidsboodskappe by die publiek tuis te bring (Grilli *et al*, 2002).*
- ❖ *As die publiek beter ingelig is, sal dit bydra om die gemeenskap se gesindheid teenoor persone wat met MIV leef te verander. Meer swanger vroue sal bereid wees om hulself vir MIV te laat toets en vroue sal ook makliker besluit op 'n babavoedingswyse wat indruis teen die kultuurnorm as hulle nie so bang is vir stigmatisasie en viktimisering, nie. Dit sal nog lank neem om hierdie probleem finaal hok te slaan en dit is net moontlik as dit op 'n wye spektrum van terreine aangespreek word.*

Riglyne:

- ❖ *Massa-media kan ingespan word om die publiek in te lig aangaande MIV-oordrag deur borsmelk en die dilemma waarin MIV-positiewe moeders hulle bevind aangaande die keuse van die geskikste babavoedingswyse. Alhoewel vroedvroue gewoonlik nie direk by massa-media veldtogte betrokke is nie kan hulle tog 'n bydrae lewer deur byvoorbeeld mee te werk as sy genader word om by 'n mediaveldtog*

betrokke te raak. So 'n vroedvrou kan verseker dat die inligting wat versprei word, akkuraat en op datum is.

- ❖ *Vroedvroue kan binne die gemeenskappe waarin hulle werk, meewerk om inligting aangaande MIV-oordrag deur borsmelk en die dilemma van MIV-positiewe moeders, te versprei. Die leiers in 'n spesifieke gemeenskap kan genader word, om hul ondersteuning vir 'n bewusmakingsveldtog in die gemeenskap, te verkry. Vroedvroue kan ook praatjies by openbare byeenkomste en vrouegroepsamekomste gee.*
- ❖ *Vroedvroue moet saam met ander gesondheidswerkers meewerk om die stigma rondom MIV/VIGS af te breek, deur in hul omgang in die gemeenskap as rolmodelle op te tree en deur hul optrede te wys dat persone wat met MIV lewe, nie verwerp moet word nie, maar aanvaar en gehelp moet word net soos 'n persoon wat met enige ander chroniese, ongeneesbare toestand saamlewe.*

5.4.3.3 Riglyne om swanger vroue te motiveer om MIV-toetse ondergaan

Rasionaal:

Ten einde voordeel te trek uit die voorligting wat vroedvroue verskaf en die kennis te gebruik by die besluitneming ten opsigte van die geskikste babavoedingswyse moet 'n swanger vrou bewus wees van haar eie MIV-status. Vroedvroue (en ander gesondheidswerkers) moet 'n ernstige poging aanwend om alle pasiënte (en veral swanger vroue) te motiveer om 'n MIV-toets te ondergaan.

Riglyne:

Vervolgens word aanbevelings gedoen om die redes wat deur die swanger vroue aangevoer is waarom hulle nie tydens die huidige swangerskap getoets is nie, aan te spreek:

- ❖ *Vroue wat oor die swangerskap reeds getoets was en toe MIV-negatief was, maar 'n hoë risiko lewensstyl volg, moet herinner word dat hul status intussen kon verander, en dat 'n opvolgtoets tydens die swangerskap nodig is.*
- ❖ *Vroue wat vroeër getoets is en bewus is daarvan hulle MIV-positief is, moet aangemoedig word om hul status aan die gesondheidspersoneel bekend te maak,*

sodat hulle kan voordeel trek uit die PMTCT-program en 'n ingeligte besluit oor die geskikste babavoedingswyse kan neem.

- ❖ *Die beskikbaarheid van MIV-toetse moet beter geadverteer word deur plakate in die klinieke en daarbuite aan te bring wat die diens bekendstel, asook deur elke dag tydens die kliniekure die pasiënte wat wag om gehelp te word, uit te nooi om getoets te word.*
- ❖ *Die vroue wat nie wil weet wat hulle MIV-status is nie se wens moet gerespekteer word, maar hul moet ingelig word oor die voordele daarvan om bewus te wees van hul status en hulle moet ook op 'n later tydstip weer die geleentheid kry vir toetsing, omdat hul dalk van mening kan verander.*
- ❖ *MIV-toete vir beide die ouers ("couple testing") moet waar moontlik aangemoedig word omdat dit die verhouding tussen die paartjie kan versterk, vooroordeel beperk en vrees vir viktimisasie verminder.*

5.4.3.4 Aanbevelings aangaande voorligting aan swanger vroue

Rasionaal:

Vervolgens word aandag geskenk aan aanbevelings om effektiewe oordra van inligting oor MIV-oordrag en babavoeding te verseker. Vervolgens word aandag geskenk aan die wyse waarop vroedvroue die inligting aan swanger vroue moet oordra en daarna word aandag geskenk aan die inhoud van die voorligting.

Riglyne ten opsigte van die wyse van voorligting:

Aanbevelings betreffende die wyse van voorligting word onder drie hoofde bespreek. Eerstens word die variasie van omstandighede waarin die swanger vroue hul bevind, en wat deur die vroedvroue in ag geneem moet word, bespreek. Daarna word gekyk na aanbevelings om die struikelblokke ten opsigte van voorligting wat deur die vroedvroue geïdentifiseer is, die hok te slaan en laastens word aanbevelings gemaak oor hoe die wyse van voorligting aangepas kan word om die oorspoel-effek te beperk.

- ❖ **Aanbevelings ten opsigte van die wyse van voorligting deur vroedvroue aan swanger vroue met betrekking tot die variasie van omstandighede waarin die swanger vroue hul bevind.**

Die omstandighede waarin die swanger vrou haar bevind beïnvloed haar ontvanklikheid ten opsigte van die voorligting wat die vroedvroue aan haar verskaf, en bepaal ook saam met die kennis waaroor sy beskik haar keuse van geskikte babavoedingswyse. Die vroedvrou wat voorligting oor MIV-oordrag en babavoeding aanbied, moet dus in ag neem dat haar teikengroep ten opsigte van 'n hele aantal faktore van mekaar kan verskil.

Die variasie ten opsigte van die volgende faktore moet in ag geneem word:

- **Ouderdomsgroep.** *Daar moet spesiaal aandag aan die tienerjarige geskenk word omdat hulle baie ondersteuning en voorligting nodig het - ook ten opsigte van die keuse van die geskikste babavoedingswyse.* 'n Swanger tiener kan een tot een-voorligting ontvang deur 'n spesifieke vroedvrou wat 'n vertrouensverhouding met haar opbou en haar welkom in die kliniek laat voel sodat sy die vrymoedigheid het om vrae te stel.
- **Skolastiese geletterdheid.** *Die voorgeboortevoorligtingstyl moet aangepas word na die behoefte wat wissel van vroue met hoërskoolopleiding tot vroue wat totaal ongeletterd is.* Daar kan gebruik gemaak word van gedrukte pamflette en plakate vir die vroue wat daarvan gebruik kan maak, terwyl aanskouingsmiddels wat van duidelike prente gebruik maak, meer gepas sal wees vir vroue wat glad nie kan lees nie.
- **Taal- / kultuurgroepe.** *Voorsiening moet gemaak word vir vroue wat nie aan die mees algemene kultuurgroepe in 'n omgewing behoort nie.* Die gemeenskap kan ingelig word oor die verspreiding van vroedvroue wat verskillende tale praat by die verskillende klinieke, of daar kan van tolke gebruik gemaak word.
- **Huislike omstandighede.** *In die klinieke wat geleë is in die informele woonbuurte moet daar tydens voorligting spesiaal aandag aan die toepassing van higiëniese gewoontes soos handewas, geskenk word. Daar kan ook fisiese demonstrasies gedoen en oefengeleenthede geskep word sodat die vroue (veral die wat besluit het op formulemelk) voor die geboorte reeds beplan hoe hulle te werk sal gaan om so higiënies moontlik in hul omstandighede te werk te gaan.* Omdat die vroue gewoonlik nie oor optimale omstandighede ten opsigte van water (kraanwater binne die huis), sanitasie (gesin beskik oor eie spoeltoilet binne die huis) of 'n vinnige metode om water

te verhit (elektrisiteit, gas of parafien) beskik nie, is daar 'n groot moontlikheid dat hulle gevaarlike praktyke sal gebruik wat tot 'n verhoging in die risiko van gastro-enteritis aanleiding sal gee.

- **Finansiële status.** *Vroedvrou moet in die aanbied van voorligting aan swanger vroue in ag neem dat daar van die vrou is wat nie eers minimale onskostes kan aangaan nie en haar voorligting hierby aanpas.* Die meeste van die swanger vroue beskik oor baie beperkte finansiële bronne wat hul keuse van babavoedingswyse beperk. Alhoewel die kostes van die formulemelk self nie 'n probleem behoort te wees nie omdat gratis formulemelk vir ses maande beskikbaar is is daar ook ander onskostes verbonde aan die voed met 'n borsmelksubstituut, byvoorbeeld die benodighede om die toerusting mee te steriliseer, en die addisionele brandstof of elektrisiteit wat benodig word om water mee te kook.
 - **Vlakke van ondersteuning** - *Die vroedvrou moet die mate van ondersteuning wat 'n vrou geniet, in ag neem by hul voorligting oor babavoeding, en waar nodig maniere voorstel hoe sy die gebrek aan ondersteuning kan hanteer deur byvoorbeeld 'n vriendin as vertroueling te gebruik en aan haar te verduidelik hoekom sy nie haar baba borsvoed nie. Verder kan die vrouedvrou ook aanbied om self as ondersteuning vir die vrou te dien.*
 - **Vorige ondervinding met babavoeding.** *Spesiale aandag moet aan die primigravidas wat geen ondervinding met babavoeding het nie, geskenk word en hulle moet deeglik voorligting oor al die aspekte rakende babavoeding ontvang. Die meer ervare vroue wat tydens die borsvoeding van hul vorige babas praktyke gebruik wat nie vir MIV-positiewe vroue wat hul babas borsvoed, aanbeveel word nie, moet ingelig en gemotiveer word aangaande praktyke wat aangepas behoort te word om rekening te hou met die realiteit van MIV, byvoorbeeld eksklusiewe borsvoeding, vinnige spening of gebruik van 'n koppie in plaas van 'n bababottel.*
- ❖ **Aanbevelings om struikelblokke in die effektiewe voorligting aan swanger vroue dien, wat deur die vroedvroue geïdentifiseer is, die hok te slaan.**
- *Vroedvroue kan steeds steeds aan vroue wie se keuse van babavoedingswyse weens haar finansiële status of vrees vir viktimisasie en stigmatisasie*

tot borsvoeding beperk is, voorligting gee. Meer kennis kan sulke vroue bemagtig om hul babas so veilig te borsvoeding.

- *Vroedvroue moet verstaan waarom sommige vroue die bestaan daarvan wil ignoreer, maar moet steeds voortgaan om voorligting te gee, sodat die vrou wel die inligting kan gebruik.*
- *Voorligting kan meer effektief wees as vroedvroue kreatief en entoesiasies te werk gaan.*
- *Die gebrek aan hulpbronne as struikelblok vir effektiewe voorligting kan op twee wyses aangespreek word.*
 - *Ten eerste moet daar op hoë vlak aandag aan salarisse, werkomstandighede en addisionele poste, geskenk word. Te min vroedvroue moet sorg (insluitend voorligting) aan groot getalle pasiënte wat na die klinieke stroom, verskaf. Selfs al is daar addisionele poste maar die salarisse en werkomstandighede is nie aantreklik nie, sal daar steeds nie genoegsame personeel gewerf kan word, nie. Aangesien die kwaliteit van sorg aan pasiënte daaronder lei, verdien hierdie aspek aandag op die hoogste vlak.*
 - *Verder word daar aanbeveel dat die Nasionale en Provinsiale Departemente van Gesondheid, hulpmiddele soos plakkate en pamflette wat handel oor moeder-na-kindoordrag van MIV, moet ontwerp vir gebruik in klinieke.*

❖ **Aanbevelings oor die wyse van voordrag deur vroedvroue aan swanger vroue ten einde die moontlikheid van die voorkoms van die oorspoeleffek te beperk**

- *Voorligting oor voeding met formulemelk kan eerder individueel aan die MIV-moeders wat dit veilig kan doen en wat reeds besluit het op dié wyse van voeding, aangebied word. Saam met die probleem dat beide die vroedvroue en die swanger vroue die risiko van moeder-na-kindoordrag onder verskillende omstandighede oorskat het, kan voorligting oor voeding met formulemelk aan vroue by wie dit nie geïndikeerd is nie, bydra tot die oorspoel-effek. Voorligting oor die detail van formulevoeding aan die algemene publiek kan veroorsaak*

dat die persepsie ontwikkel dat dié tipe voeding as gelyk aan of superiour bo borsvoeding, deur gesondheidspersoneel onderskryf word.

Riglyne ten opsigte van die inhoud van voorligting aan swanger vroue:

Vervolgens word aanbevelings ten opsigte van die inhoud wat ingesluit behoort te word in die voorligting deur vroedvroue aan swanger vroue oor MIV-oordrag en babavoeding, voorgestel. Saam met die omstandighede waarin die swanger vrou haar bevind, speel die kennis waaroor sy beskik 'n groot rol in haar uiteindelijke besluit op die geskikste babavoedingswyse. Daar word erken dat ander bronne ook bydra tot die kennis van swanger vroue, maar volgens die resultate van hierdie studie, beskou die swanger vrou self voorgeboortevoorligting deur vroedvroue in die klinieke as die belangrikste bron van hulle kennis.

Die volgende inligting behoort by die voorligting deur vroedvroue aan swanger vroue aangaande MIV-oordrag en babavoeding ingesluit te word:

- ❖ *Vroedvroue moet verseker dat die korrekte inligting oor die risiko van MIV-oordrag onder verskillende omstandighede in die voorligting ingesluit word. Daar het 'n neiging voorgekom om die risiko te oorskat en wat bydra tot die oorspoel-effek. Borsvoeding word ten alle koste vermy – selfs deur vroue wat MIV-negatief is en MIV-positiewe vroue wat formule-voeding nie veilig kan gebruik nie sodat die risiko van dood as gevolg van ander oorsake soos gastro-enteritis en wanvoeding toeneem.*
- ❖ *Vroedvroue moet verseker dat inligting aangaande die aanpassings wat 'n MIV-positiewe moeder wat borsvoed, moet maak ten opsigte van eksklusiewe borsvoeding, die insluiting van vaste kos en spening ingesluit word in die voorligting.*
 - *Vroedvroue moet tydens voorgeboortevoorligting baie klem lê op die voordele en praktiese implimentering van eksklusiewe borsvoeding.*
 - *Inligting oor die ouderdom en wyse van die insluiting van vaster kos by die dieet van die baba van 'n MIV-positiewe moeder wat borsvoed, moet ingesluit word tydens voorligting omdat die praktyk van gemengde voeding diep in die kultuur gewortel is.*

-
- *Inligting oor die vinnige spening van die baba van 'n MIV-positiewe moeder wat borsvoed, sodra die baba iets anders as borsmelk inneem.*
- ❖ **Inligting aangaande die voorkoming en hantering van die faktore wat die risiko van MIV-oordrag deur borsmelk verhoog.**
- *Alle swanger vroue moet ingelig word dat mastitis voorkom kan word as die baba gereelde, onbeperkte toegang tot die moeder se bors het en gebarste tepels deur die korrekte tegniek van aanhegting ("attachment") van die baba aan die moeder se bors. Nuwe moeders moet na die geboorte hulp hiermee ontvang. Vroue moet ook voorligting ontvang oor hoe om die tekens van mastitis te herken. As hierdie (en ander toestande soos 'n borsabses of prematuriteit, orale candida-infeksie en gastro-enteritis by die baba) voorkom, moet moeders aangeraai word om kliniek toe te gaan sodat die toestand behandel kan word.*
 - *Alle swanger vroue moet Inligting ontvang oor die tegniek om hulself uit te melk, hoe om die melk te pasteuriseer, hoe om die melk te bewaar indien nodig asook hoe om dit vir die baba te gee. Terwyl faktore wat gepaard gaan met 'n verhoogde risiko van MIV-oordrag voorkom, moet MIV-positiewe moeders nie hul babas direk borsvoed nie, maar eerder die borsmelk met hitte behandel.*
- ❖ **Inligting aangaande die praktiese aspekte van voeding met 'n borsmelkssubstituut.**
- **Individuele voorligting vir MIV-positiewe vroue wat besluit op voeding met 'n borsmelkssubstituut moet die volgende insluit:**
 - *Die aanmaak van die formulemelk (om oorverdunning en uiteindelik wanvoeding te voorkom)*
 - *Die skoonhou van toerusting (om infeksie te voorkom)*
 - *Die belang daarvan om nie die borsmelk van 'n MIV-positiewe vrou saam met formulemelk vir 'n baba te gee nie (om gemengde voeding met 'n hoë risiko van MIV-oordrag te voorkom).*
- Individuele voorligting en demonstrasie, met geleentheid vir die moeder om dit na te doen, sal bydra om die inligting by die moeder in te skerp.
- *Alle moeders moet voorligting ontvang oor die gebruik van 'n koppie in plaas van 'n bottel om 'n baba mee te voed. Dit word aanbeveel vir alle babas wat nie direk borsvoed nie (veral die moeders wat in sub-optimale higiëniese*

omstandighede leef omdat dit tot die voorkoming van infeksie kan bydra). Dit kan gebruik word om uitgemelkte borsmelk of 'n borsmelksubstituut vir die baba te gee.

- ❖ **Inligting aangaande veilige seksuele praktyke en keuse van gesinsbeplanningsmetode.**
 - *Vroedvroue moet swanger vroue onder hul sorg steeds motiveer om veilige seksuele praktyke te gebruik, omdat die risiko van moeder-na-kindoordrag deur borsmelk verhoog as die virustelling in die bloed kort na infeksie of re-infeksie verhoog is.*
 - *Voedvroue moet inligting oor veilige gesinsbeplanningsmetodes tydens voorgeboortevoorligting insluit. Veral vroue wat na hul vorige babas minder vrugbaar was as gevolg van die kontraseptiewe effek van borsvoeding, maar nou beplan om 'n borsmelksubstituut te gebruik, moet attend daarop gemaak word dat hul 'n veiliger gesinsbeplanningsmetode moet oorweeg. Dit word ook aanbeveel (Van de Wal, 1998:1283) dat sterilisasie vir alle MIV-positiewe vroue voorgestel moet word. Die navorser kan haar hiermee vereenselwig omdat dit daartoe kan bydra dat die moeder so lank moontlik gesond bly om self haar baba te versorg, en ook voorkom dat 'n volgende baba aan die risiko van moeder-na-kindoordrag blootgestel word.*

- ❖ **Inligting aangaande die effek van antiretovirale middels op risiko van MIV-oordrag deur borsvoeding.**
 - *Die nuutste inligting wat hieroor verskyn moet ingesluit word in die voorligting aan swanger vroue. Daar is nog baie onsekerheid oor die effek van antiretrovirale middels wat slegs gedurende kraam gegee word, op die risiko van MIV-oordrag deur borsmelk. Op hierdie stadium dui navorsing daarop dat hierdie gebruik geen invloed het op die risiko van oordrag deur borsmelk nie.*

- ❖ **Inligting aangaande die effek van borsvoeding op die gesondheid van 'n MIV-positiewe vrou.**
 - *Hierdie inligting moet ingesluit word in die voorligting aan swanger vroue sodat hul 'n ingeligte besluit oor die voedingswyse wat hul gaan gebruik, kan neem. Dit wil voorkom of die effek van borsvoeding op die MIV-positiewe vrou se*

gesondheid van die gevorderde van haar toestand afhang. Borsvoeding het geen effek op die gesondheid van vroue wat nog simptoombloos is nie, maar dit kan blykbaar wel die vordering van die siekte versnel as 'n vrou reeds siek is. Die risiko van moeder-na-kindoorlog is ook hoër by vroue wat reeds gevorderde VIGS het, omdat die viruslading by hierdie vroue verhoog is.

5.5 SAMEVATTING

Ten einde vas te stel of die navorser haar doel bereik het word weereens na die geformuleerde doelstellings gekyk. Ten eerste is 'n uitgebreide literatuursoektog en –studie onderneem om vas te stel watter faktore in ag geneem behoort te word in die voorligting aan swanger vroue oor MIV en babavoeding. Daar is gefokus op die voordele van borsvoeding, die risiko van vertikale oordrag van MIV deur borsmelk en die faktore wat die risiko beïnvloed. Vervolgens is gekyk na die risiko van borsvoeding vir die MIV-positiewe moeder. Na die gebruik van borsmelks Substitute behandel is, is die risiko van die oorspoeleffek bespreek. Beleidsdokumente en riglyne oor die bekamping van moeder-na-kindoorlog en die belangrikheid daarvan dat 'n vrou se MIV-status bekend moet wees is vervolgens aangespreek. Nadat daar gekyk is na verskillende wyses wat gebruik word om inligting aan swanger vroue oor te dra, is die ander faktore wat haar keuse van geskikste babavoedingswyse kan beïnvloed, bestudeer. Daar is dus omvattend en deurdag beantwoord aan die eerste navorsingsdoelstelling.

In die empiriese gedeelte van die studie is die persepsies van vroedvroue en swanger vroue aangaande die faktore wat swanger vroue se keuse van die geskikste babavoedingswyse beïnvloed sowel as na die vlak van vroedvroue en swanger vroue se kennis ten opsigte van MIV-oordrag en babavoeding verken en beskryf. Daar is dus ook aan die tweede en derde navorsingsdoelstellings beantwoord.

Na die beskrywing van die resultate is gevolgtrekkings geformuleer. Die sentrale gevolgtrekkings waartoe gekom is, is dat daar by die vroedvroue kennisleemtes oor die nuutste ontwikkelinge en verwarring oor aspekte waaroor daar nog nie duidelike navorsingsresultate verskyn het nie, bestaan. Die verdere gevolgtrekking is dat alhoewel die vroedvroue oor die algemeen oor meer kennis as die swanger vroue beskik, dit nie effektief aan hulle oorgedra word. Die swanger vroue se kennis is so beperk dat dat

hulle nie werklik bemagtig is om 'n ingeligte besluit oor die geskikste babavoedingswyse te kan neem nie.

In hierdie hoofstuk is daar verder aanbevelings op grond van die gevolgtrekkings gemaak vir die verpleegonderwys, praktyk en navorsing. Die aanbevelings vir die praktyk is gefokus op riglyne wat daartoe sal bydra dat swanger vroue bemagtig word om 'n ingeligte keuse te kan maak aangaande die geskikste babavoedingswyse. Daar is dus ook beantwoord aan die vierde navorsingsdoelstelling.

BIBLIOGRAFIE

- ABDOOL, K.S., ABDOOL, K.Q., ADHIKARI, M., CASSOL, S., CHERSICH, M., COOPER, P., COOVADIA, A., COOVADIA, H., COTTON, M., COUTSOUDIS, A., HIDE, W., HUSSEY, G., MAARTENS, G., MADHI, S., MARTIN, D., PETTIFOR, J. M., ROLLINS, N., SHERMAN, G., THULA, S., URBAN, M., VELAPHI, S. & WILLIAMSON, C. 2002. Vertical HIV transmission in South Africa: translating research into policy and practice. *Lancet*, 359(9311):992-993. [In EBSCOHost: Academic Search Elite, Full display: <http://www-sa.ebsco.com>] [Date of access: 7 September 2002].
- ARMSTRONG, H. 1999. Comment on Edith White's book on HIV. *Journal of human lactation*, 15(4):297-298.
- BECKERMAN, K.P. 2000. Principles of management of HIV disease during pregnancy. *Topics in HIV medicine*, 8(7) [Web] <http://hivinsite.ucsf.edu/medical/iasusa/3098.0145.htm> .[Date of access: 14 Feb. 2001].
- BENNETT, V.R. & BROWN, L.K., ed. 1999. Myles textbook for midwives. 13th ed. Edinburgh : Churchill Livingstone. 1031 p.
- BERGH, A. 1988. Borsvoeding. Kaapstad : Struik. 175 p.
- BERTOLLI, J. 1998. The breast-feeding dilemma: HIV risks from breastfeeding, benefits of breastfeeding and health risks from not breast-feeding. [Web:] <http://hivinsite.ucsf.edu/topics/children/2098.4211.htm> [Date of access: 14 Feb. 2001].
- BERTOLLI, J., St. LOUIS, M.E., SIMONDS, R.J., NIEBURG, P., KAMENGA, M., BROWN, C., TARANDE, M., QUINN, T. & OU, C. 1996. Estimating the timing of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus in a breastfeeding population in Kingshasa, Zaire. *Journal of infectious diseases*, 174:722-726.
- BLAMEY, L. 1997. HIV and women's reproductive autonomy – the need for action. *Positive outlook*, 4(3):20-21.
- BLANCHE, S., MAYAUX, M-J., ROUZIOUX, C., TEGLAS, J., FIRTION, G., MONPOUX, F., CIRARU-VIGNERON, N., MEIER, F., TRICOIRE, J., COURPOTIN, C., VILMER, E., GRISCELLI, C., DELFRAISSY, J. & THE FRENCH PEDIATRIC HIV INFECTION STUDY GROUP. 1994. Relation of the course of HIV infection in children to the severity of the disease in their mothers at delivery. *New England journal of medicine*, 330:308-312, Feb.

BLANCHE, S., TARDIEU, M., RUSTIN, P., SLAMA, A., BARRET, B., FIRTION, G., CIRARU-VIGNERON, N., LACROIX, C., ROUZIUX, C., MANDELBROT, L., DESGUERRE, I., ROTIG, A., MAYAUX, M. & DELFRAISSY, J. 1999. Persistent mitochondrial dysfunction and perinatal exposure to antiretroviral nucleoside analogues. *Lancet*, 354(9184):1084-1089.

BLAND, R.M., ROLLINS, N.C., SOLARSH, G. & TOMKUNS, A. 2000. Longitudinal infant feeding study: constraints to exclusive breast feeding. (In International AIDS Society. Abstract book. Volume 1: Paper read at Thirteenth International AIDS Conference held in Durban on 9 till 14 July 2000. Durban. p. 102.)

BOBAT, R. 2000. The breastfeeding dilemma, *South African medical journal*, 90(9):859-862.

BOBAT, R., COOVADIA, H., COUTSODIS, A. & MOODLEY, D. 1996. Determinants of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1 infection in a cohort from Durban, South Africa. *The pediatric infectious disease journal*, 15(7):604-610, July.

BOBAT, R., MOODLEY, D., COUTSODIS, A. & COOVADIA, H. 1997. Breastfeeding by HIV-1-infected women and outcome in their infants: a cohort study from Durban, South Africa. *AIDS*, 11:1627-1633.

BOTES, A.C. 1991. 'n Funksionele denkbenadering in verpleegkunde. *Curationis*, 14(1):19-23, Jul.

BOTES, A.C. 1992. 'n Model vir kwalitatiewe navorsing in die verpleegkunde. *Curationis*, 15(4):36-42, Des.

BREASTFEEDING ASSOCIATION OF SOUTH AFRICA. 1991. Notes on breastfeeding: counselling course. Cape Town : BFASA. 98 p.

BRIGGS, C. 1999. Perinatal and postnatal transmission of HIV infection: a fact sheet. [Web:] http://www.pedhiv aids.org/fact/perinatal_fact_us_txt.html [Date of access: 21 Febr. 2001].

BRINK, H.I. 1999. Fundamentals of research methodology for health care professionals. Cape Town : Juta. 220 p.

BROCKOPP, D.Y. & HASTINGS-TOLSMA, M.T. 1995. Fundamentals of nursing research. Boston : Jones and Bartlett. *

BURNS, N. & GROVE, S.K. 2001. The practice of nursing research: conduct, critique and utilization. 4th ed. Philadelphia : Saunders. 840 p.

-
- CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY, 2000. Care of the infant born to an HIV-positive mother. *Paediatrics and child health*, 5(3):161-164. [Web:] <http://www.cps.ca/english/statements/ID/IDOO-01.html> [Datum van gebruik: 15 Febr. 2001].
- CARLISLE, D. 1997. Formula baby milk: what are the facts? *Nursing Times*, 93(24):61-62. June 11.
- CARTER, J. 1996. Infant feeding: midwives in the firing line. *Midwives*, 109(1301):150-153.
- CDC (Centre for Disease Control). 2001. Revised recommendations for HIV screening of pregnant women. *Morbidity and mortality weekly report*, 50(RR-19):63-85. Nov 9.
- CHEN, F., PAU, A. K. & PISCITELLI, S.C. 2000. Update on preventing vertical transmission of HIV type 1. *American journal of Health-System pharmacy*, 57(17):1616-1623. Sept 1.
- CHOPRA, M. & PIWOZ, E. 2000. What are the barriers to offering exclusive breastfeeding as an option in an already existing AZT programme? (In International AIDS Society. Abstract book. Volume 1: Paper read at Thirteenth International AIDS Conference held in Durban on 9 till 14 July 2000. Durban. p.157.)
- CHOPRA, M., SCHAAY, N & PIWOZ, E. 2000. What is the impact of an AZT programme on breastfeeding and infant care counselling and practises amongst health providers and HIV-infected women in Khayalitsha, South Africa? (In International AIDS Society. Abstract book. Volume 1: Paper read at Thirteenth International AIDS Conference held in Durban on 9 till 14 July 2000. Durban. p.490.)
- CLEMENS, J., RAO, M. & AHMED, F. 1993. Breastfeeding and the risk of life-threatening rotavirus diarrhea: prevention or postponement? *Pediatrics*, 92:680-685.
- COUTSOUDIS, A., COOVADIA, H., PILLAY, K. & KUHN, L. 2001a. Are HIV-infected women who breastfeed at increased risk of mortality? *AIDS*, 15:653-655.
- COUTSOUDIS, A., GOGA, A., E & ROLLINS, N. 2002. Free formula milk for infants of HIV-infected women: blessing or curse? *Health policy plan*, 17:154-160.
- COUTSOUDIS, A., PILLAY, K., KUHN, L., SPOONER, E. & COOVADIA, H.M. 2000. Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban. *South African journal of clinical nutrition*, 13(3):102.
- COUTSOUDIS, A., PILLAY, K., SPOONER, E., KUHN, L. & COOVADIA, H.M. 1999. Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study. *Lancet*, 354:471-476, Aug.

COUTSOUDIS, A., PILLAY, K., SPOONER, E., KUHN, L. & COOVADIA, H.M. 2001b. Influence of feeding mode on mother to child transmission of HIV-1. Paper read during the Twentieth Conference on Priorities in Perinatal Care held at the Drakensberg Gardens, KwaZulu-Natal on 6-9 March 2001: 29 p. (Unpublished).

CRESWELL, J.W. 1994. Research design. Qualitative and Quantitative approaches. Thousand Oaks, Calif. : Sage. 228 p.

DABIS, F., LEROY, V., CASTETBON, K., SPIRA, R., NEWELL, M. & SALAMON, R. 2000. Preventing mother-to-child transmission of HIV-1 in Africa in the year 2000. *AIDS*, 14(8):1017-1026.

DABIS, F., MSELLATI, P. & NEWELL, M. 1995. Methodology of intervention trails to reduce mother to child transmission of HIV with special reference to developing countries. *AIDS*, 9(Suppl.A): 67-74.

DABIS, F., MSELLATI, P., MEDA, N., WELFFENS-EKRA, C., YOU, B. & OLIVIER, M. 1999. 6-month efficacy, tolerance, and acceptability of a short regimen of oral zidovudine to reduce vertical transmission of HIV in breastfed children in Cote d'Ivoire and Burkina Faso: a double-blind placebo-controlled multicentre trial. *Lancet*, 353:786-792.

DAY, C. 1999. How HIV is affecting Breastfeeding Practices: what should the pharmacist advise? *SA tydskrif vir apteekwese*:167, May.

DE BRUIN, G. 2001. Melkbank open sy deure. *Rapport*, 31(43):23.Okt, 28.

DE COCK, K.M., FOWLER, M.G., MERCIER, E., DE VINCENZI, I., SABA, J., HOFF, E., ALNWICK, D.J., ROGERS, M. & SHAFFER, N. 2000. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource poor countries: translating research into policy and practice. *Journal of American medical association*, 283:1175-1182.

DE VINCENZI, I. 1998. Breast-feeding dilemma: policies regarding breast-feeding in developing countries, possible programmatic approaches to reducing breast-milk-associated HIV risk; and pros, cons, and information needs. [Web:] <http://hivinsite.ucsf.edu/topics/children/2098.4211.html> [Date of access: 14 Febr 2001].

DE VOS, A.S. ed. 1998. Research at grass roots. Pretoria : van Schaik. 436 p.

DENOSA (Democratic Nurses Organization of South Africa). 1997. Ethical standards for nurse researchers. Pretoria : Denosa. 8 p.

DEPARTMENT OF HEALTH **sien** SOUTH-AFRICA, DEPARTMENT OF HEALTH.

DEPARTEMENT VAN GESONDHEID **sien** SOUTH-AFRICA, DEPARTMENT OF HEALTH.

DORRINGTON, R.,E, BRADSHAW, D. & BUDLENDER, D. 2002. HIV/AIDS profile in the provinces of South Africa. Indicators for 2002. Cape Town : Centre for Actuarial Research. 31 p.

DU PLESSIS, J.K., MULLER, J.B., POOLMAN, M., VILJOEN, K., BARNES, J.M. & COTTON, M.F. 2000. Awareness of HIV infection among pregnant women attending the Elsie's river antenatal clinic. *South African medical journal*, 90(7):693-696.

DU PREEZ, L. 2002. Noordwes het 'rekord-MIV/Vigs-toename'. *Beeld*:6, Nov. 19.

DUNN, D.T., NEWELL, M., ADES, A.E. & PECKHAM, C.S. 1992. Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding. *Lancet*, 340:585-588, Sept.

DUNNETT, L.P. & CHOPRA, M. 2000. Dilemmas of health care workers offering advice to HIV positive mothers on infant feeding. *South African journal of clinical nutrition*, 13(3):103.

DYER, C. 1999. Baby to be tested for HIV against parents' wishes. *British medical journal*, 7211:658. [In EBCSOHost: Academic Search Elite: Full display: <http://www-sa.ebsco.com>] [Date of access: 19 Feb. 2001].

ENKIN, M., KEIRSE, M.J.N.C., NEILSON, J., CROWTHER, C., DULEY, L., HODNETT, E. & HOFMEYR, J. 2000. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. 3rd ed. Oxford : Oxford university press. 525 p.

ESHLEMAN, S.H., MRACNA, M. & GUAY, L.A. 2001. Selection and fading of resistance mutations in women and infants receiving nevirapine to prevent HIV-1 vertical transmission (HIVNET 012). *AIDS*, 15:1951-1957.

EVIAN, C. 2000. Primary AIDS care: a practical guide for primary health care personnel in the clinical and supported care of people with HIV/AIDS. 3rd ed. Johannesburg : Jacana. 332 p.

FABER, M., OELOFSE, A., KRIEK, J.A. & BENADE, A.J.S. 1997. Breastfeeding and complementary feeding practices in a low socio-economic urban and a low socio-economic rural area. *The South African journal of food science and nutrition*, 9(2):43-51.

FORMAN, M.R. 1984. Review of research on the factors associated with choice and duration of infant feeding in less-developed countries. *Pediatrics*, 74:667-694.

FOSTER, G. 1998. Today's children: challenges to child health promotion in countries with severe AIDS epidemics. *AIDS care*, 10 (suppl 1 P):17-23. April. [In EBSCOhost: Comprehensive MEDLINE, FullTEXT: <http://www-sa.ebsco.com>] [Date of access: 28 June 2000].

FOWLER, M.G. & NEWELL, M-L. 2000. Breastfeeding, HIV transmission and options in resource poor settings. Background paper prepared for Geneva UNAIDS/WHO/UNICEF meeting October 11-13, 2000. [http://www.who.int/reproductive-health...settings/breastfeeding_and_HIV.en.html] [Date of access: 12 June 2002].

FOWLER, M.G & NEWELL, M-L. 2002. Breastfeeding and HIV-1 Transmission in resource limited settings. *Journal of acquired immune deficiency syndromes and human retrovirology*, 30(2):230-239, June 1. [In Ovid Full Text: <http://gateway2.ovid.com:80/ovid web.cgi>] [Date of access:21 Aug 2002].

GAILLARD, P., MEILIS, R., MWANYUMBA, F., CLAEYS, P., MUIGAI, E., MANDALIYA, K., BWAYO, J. & TEMMERMAN, M. 2000. Consequences of announcing HIV seropositivity to women in an African setting: lessons for the implementation of HIV testing and interventions to reduce mother-to-child HIV transmission. (*In International AIDS Society. Abstract book. Volume 1: Paper read at Thirteenth International AIDS Conference held in Durban on 9 till 14 July 2000. Durban. p. 334.*)

GOGA, A, DE KLERK, E, MAZIBUKO, N, NGAKE, S. & LOERING, W. 2003. Optimising infant feeding in the context of HIV: a public health perspective. Paper read during the Twenty-second Conference on Priorities in Perinatal Care held at Aldam, Free State Province on 11-14 March 2003:1-14. (Unpublished).

GRAY, G.E. 2001. Experience with breastfeeding modification: lessons learned. [Web:] <http://hivinsite.ucsf.edu/topics/children/2098.4211.htm> [Date of access:14 Feb. 2001].

GRAY, G.E., MCINTYRE, J.A. & LYONS, S. 1996. The effect of breastfeeding on vertical transmission of HIV-1 in Soweto. *AIDS scan*, 8(3) Oct.

GREEFF, M. & DU PLESSIS, E. 2001. Gesondheidsdienslewering aan die MIV/VIGS-pasiënt in die Noordwes Provinsie. (Ongepubliseerde groeprnavorsingsprojekvoorstel). 6 p.

GRILLI, R., RAMSAY, C. & MINOZZI, S. 2002. Mass media interventions: effects on health services utilisation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 3. [*In EBM Reviews – Cochrane Database of Systematic Reviews: <http://gateway2.ovid.com:80/ovidweb.cgi>*] [Date of access: 21 Aug 2002].

GRIMWOOD, A., CREW, M. & BETTERIDGE, D. 2000. HIV/AIDS – Current issues. (*In Health Systems Trust, South African Health Review 2000. Durban : Health Systems Trust. p. 287-299.*)

GUAY, L. A., MUSOKE, P., FLEMING, T., BAGENDA, D., ALLEN, M., NAKABIITO, C., SHERMAN, J., BAKAKI, P., DUCAR, C., DESEYVE, M., EMEL, L., MIROCHNICK, M., FOWLER, M. G., MOFENSON, L., MIOTTI, P., DRANSFIELD, K., BRAY, D., MMIRO, F. & JACKSON, J.B. 1999. Intrapartum and

neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother to child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial. *Lancet*, 354:795-804.

HEINIG, M.J., FRANCIS, J. & PAPPAGIANIS, D. 1999. Mammary candidosis in lactating women. *Journal of Human Lactation*, 15(4):281-288.

HERSHOW, R.C., RIESTER, K.A., LEW, J., QUINN, T.C., MOFENSON, L.M., DAVENNY, K., LANDESMAN, S., COTTON, D., HANSON, I.C., HILLYER, G.V., TANG, H.B., THOMAS, D.L. 1997. Increased vertical transmission of human immunodeficiency virus from hepatitis c virus-coinfected mothers. *The journal of infectious diseases*, 176:414-420, Aug.

HUSSEY, G., FRANSMAN, D., MCGILLIVRAY, G., REYNOLDS, L., JACOBS, M., POWER, D., BURGESS, J., ELEY, B., WOODS, D., COETZEE, N., ANTHONY, J., MAARTENS, G., SCHAAF, S., COTTON, M. & THERON, G. 1998. The mother-to-child HIV transmission debate. (Commentary on Wilkinson & McIntyre), *South African medical journal*, 88(10):103-104.

ISAACS, C.E., THORMAR, H. & PESSOLANO, T. 1986. Membrane-disruptive effect of human milk: inactivation of enveloped viruses. *Journal of infectious diseases*, 154(6):966-971.

JACKSON, H. 2002. AIDS Africa: contionent in crisis. Harare : SAfAIDS. 440 p.

JEFFERY, B.S. & MERCER, K.G. 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. Aug.

JEFFERY, B.S., WEBBER, L. & MOKHONDO, R. 2000. Evaluation of the effectiveness of Pretoria Pasteurisation to inactivate Human Immunodeficiency in human milk. (*In* Proceedings of the 7th World IAMANEH (International Association for Maternal and Neonatal Health) Conference 2000: Papers read at conference held at Stellenbosh on 2-5 April 2000).

JEFFERY, B.S., WEBBER, L., MOKHONDO, K.R. & ERASMUS, D. 2001. Determination of the effectiveness of inactivation of human immunodeficiency virus by Pretoria Pasteurization. *Journal of tropical pediatrics*, 47:345-349. Dec.

JENKINS-WOELK, J. 1998. Mother-to-child Transmission of HIV: Issues and Implications for Southern Africa. *AIDS scan*:4-10. Jun/Jul.

KAMBARAMI, R. A. & KOWO, H. 1997. The prevalence of nipple disease among breast feeding mothers of HIV seropositive infants. *Central African journal of medicine*, 43(1):20-23.

-
- KARIM, Q.A., KARIM, S.S.A. & NKOMOKAZI, J. 1991. Sexual behaviour and knowledge of AIDS among urban black mothers: implications for AIDS intervention programmes. *South African medical journal*, 80:340-342, Oct.
- KAUFMANN, T. 2000. HIV and infant feeding: new issues, new challenges. *Midwives journal*, 3(12):369. Dec.
- KENNER, C., LOTT, J.W. & FLANDERMEYER, A.A., eds. 1998. *Comprehensive Neonatal Nursing: a physiological perspective*. 2nd ed. Philadelphia : Saunders. 1059 p.
- KING, E. 1990. Black perceptions and responses. *AIDS analysis Africa*:4. Oct/Nov.
- KINGHORN, A. 1998. Interventions to reduce mother-to-child transmission of HIV in South Africa. *AIDS analysis Africa*, 9(2):6-8, Aug/Sep.
- KINLAY, J.R., O'CONNELL, D.L. & KINLAY, S. 1998. Incidence of mastitis in breastfeeding women during the first six months after delivery: a prospective cohort study. *Medical journal of Australia*, 169:310-312.
- KOVAR, M.G., SERDULA, M.K., MARKS, J.S. & FRASER, D.W. 1984. Review of the epidemiologic evidence for an association between infant feeding and infant health. *Pediatrics*, (suppl):615-638.
- KRAMER, M.S. & KUKUMA, R. 2002. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review). (*In*: The Cochrane Library, 1. [CD-ROM.]
- KRASOVEC, K. & SÖDERLUND, N. 2000. Cost effectiveness of feeding interventions for preventing mother-to-child transmission of HIV. (*In* International AIDS Society. Abstract book. Volume 1: Paper read at Thirteenth International AIDS Conference held in Durban on 9 till 14 July 2000. Durban. p. 107.)
- KRUGER, R. & GERICKE, G.J. 1999. Breastfeeding practices of children (aged 0-2 years) in a rural area in the North West province in South Africa (SA) – a qualitative approach. *South African medical journal*, 89(9):1019. Sept.
- KUHN, L. & STEIN, Z. 1997. Infant survival, HIV infection, and feeding alternatives in less developed countries. *American journal of public health*, 87:926-931.
- LABBOK, M. & KRASOVEC, K. 1990. Toward consistency in breastfeeding definitions. *Studies in Family planning*, 21(4):226-230. July/Aug.
- LABBOK, M. 2000. What is the definition of breastfeeding? *Breastfeeding abstracts*, 14(3):19-20. Feb.

-
- LAMAH, H.V. 2000. Sponsoring breast feeding of little children of woman living with AIDS. (In International AIDS Society. Abstract book. Volume 2: Paper read at Thirteenth International AIDS Conference held in Durban on 9 till 14 July 2000. Durban. p. 274.)
- LANG, S., LAWRENCE, C.J. & L'E ORME, E. 1994. Cup feeding: an alternative method of infant feeding. *Archives of disease in childhood*, 71:365-369.
- LATHAM, M.C. & GREINER, T. 1998. Breastfeeding versus formula feeding in HIV infection. *Lancet*, 352:737.
- LATHAM, M.C. & PREBLE, E.A. 2000. Appropriate feeding methods for infants of HIV infected mothers in sub-Saharan Africa. *British medical journal*, 320(7250):1656-1660. Jun.
- LAWSON, L., KATZENSTEIN, D. & VERMUND, S. 1999. Emerging biomedical interventions. (In Gibney, L, DiClemente, R.J & Vermund, S.H., eds. Preventing HIV in Developing Countries: biomedical and behavioral approaches. New York : Kluwer. p. 43-69.)
- LEROY, V., NEWELL, M., DABIS, F., PECKHAM, C. & VAN DE PERRE, P. 1998a. Authors' reply on letter regarding late postnatal mother-to-child transmission of HIV-1. *Lancet*, 352:1630. Nov.
- LEROY, V., NEWELL, M., DABIS, F., PECKHAM, C., VAN DE PERRE, P., BUITERYYS, M., KIND, C., SIMONDS, R.J., WIKTOR, S. & MSELLATI, P. 1998b. International multicentre pooled analysis of late postnatal mother-to-child transmission of HIV-1 infection. *Lancet*, 352:597-600. Aug.
- LINDSEY, E. ed. 2001. Fact sheets on HIV/AIDS for nurses and midwives. Supplement to: *Africa journal of nursing and midwifery*, 3(1):1-1 – 13-5 [chapters seperately paged], June.
- LOBIONDO-WOOD, G. & HABER, J. 1990. Nursing research. Methods, critical appraisal and utilization. St. Louis : Mosby. 470 p.
- LUO, C., NDUBANI, P., BOND, G., NYBLADE, L., FIELD, M.L. & MWELA, C.H. 2000. Women and community perspectives on mother to child transmission of HIV prevention in Monze, Zambia. (In International AIDS Society. Abstract book. Volume 1: Paper read at Thirteenth International AIDS Conference held in Durban on 9 till 14 July 2000. Durban. p. 72.)
- MACDONALD, D.S. 1996. Notes on the socio-economic and cultural factors influencing the transmission of HIV in Botswana. *Sociology, Science and Medicine*, 42(9):1325-1333.
- MAEDE, T. 2001. Confronting HIV/AIDS in Ukraine. *Sexual health exchange*, 2:15-16.

-
- MAJEKE, S., MILFORD, C., NDABA, T., RASENGANE, T. & KARIM, Q.A. 2000. Provider acceptability of a two-dose nevirapine policy for reducing mother-to-child transmission of HIV: experiences from an urban primary health care clinic in South Africa. (*In International AIDS Society. Abstract Book. Volume 2: Paper read at the Thirteenth International AIDS Conference held in Durban on 9-14 July 2000. p. 390*)
- MARSEILLE, E., KAHN, J.G. & MMIRO, F. 1999. Cost effectiveness of single-dose nevirapine regimen for mothers and babies to decrease vertical HIV-1 transmission in Sub-Saharan Africa. *Lancet*, 354: 803-809.
- MATHESON, P.B., THOMAS, P.A., ABRAMS, E.J., PLINER, V., LAMBERT, G., BAMJI, M., KRASINSKI, K., STEKETEE, R., CHIASSON, M.A., THEA, D.M. & THE NEW YORK CITY PERINATAL HIV TRANSMISSION COLLABORATIVE STUDY GROUP. 1996. Heterosexual behaviour during pregnancy and perinatal transmission of HIV-1. *AIDS*, 10(11):1249-1256.
- MBORI-NGACHA, D., NDUATI, R., JOHN, G., REILLY, M., MWATHA, A., OVERBAUGH, J., WELCH, M., NDINYA-ACHOLA, J. & KREISS, J. 2000. Morbidity and mortality in breastfed and formula fed infants of HIV-1 infected women: results of a randomized clinical trial. (*In International AIDS Society. Abstract book. Volume 2: Paper read at Thirteenth International AIDS Conference held in Durban on 9 till 14 July 2000. Durban. p. 101.*)
- MCCARTHY, M. 1999. Judge in USA bars breastfeeding by HIV-infected mother. *Lancet*, 353:1506.
- MCCOY, D., BESSER, M., VISSER, R. & DOHERTY, T. 2002. Interim findings on the national PMTCT pilot sites. Lessons and recommendations. Durban : Health Systems Trust. 82 p.
- MCINTYRE, J. & GRAY, G. 2000. Preventing mother-to-child transmission of HIV: African solutions for an African crisis. *Southern African journal of HIV medicine*:30-31, July.
- MIOTTI, P.G., TAHA, T.E.T., KUMWENDA, N.I., BROADHEAD, R., MTIMAVALYE, L.A.R., VAN DER HOEVEN, L., CHIPHANGWI, J.D., LIOMBA, G. & BIGGAR, R.J. 2000. HIV transmission through breastfeeding: a study in Malawi. *Obstetrical and gynecological survey*, 55(3):140-142, March. [In Ovid Full Text: <http://gateway2.ovid.com:80/ovid web.cgi>] [Date of access: 21 August 2002].
- MOKHONDO, K.R., PULLEN, A.E., JEFFERY, B., PATTINSON, R.C. & DELPORT, S.D. 2002. Attitude of mothers who are HIV infected towards infant feeding using their own pasteurised expressed breast milk. (*In University of Cape Town & University of Stellenbosch, Abstract book: 21st Conference on priorities in perinatal care in Southern Africa held at the Fish River Sun on 5 till 8 March 2002. p.115.*)

MOODLEY, D. 2000. The SAINT trail: Nevirapine (NVP) versus zidovudine (ZDV)+lamivudine (3TC) in prevention of peripartum HIV transmission. (*In International AIDS Society. Abstract book. Volume 2: Paper read at Thirteenth International AIDS Conference held in Durban on 9 till 14 July 2000. Durban: p.16.*)

MOODLEY, J., LINLEY, L. & SAITOWITZ, R. 1999. A review of the literature on breast-feeding – policy and research issues. *South African medical journal*, 89(6):681-687. June.

MORRISON, P. 1999. HIV and infant feeding: to breastfeed or not to breastfeed: the dilemma of competing risks. *Breastfeeding review*, 7(3):11-20. Nov. [Web:] http://www.ncbi.nlm.nih.gov:80/entrez/quer.fcgi?db=PubMed&list_uids=10943427&dopt=Abstract [Date of access: 15 Feb 2001].

MORROW, A. L., GUERRERO, M.L., SHULTS, J., CALVA, J.J., LUTTER, C., BRAVO, J., RUI-PALACIOS, G., MORROW, R.C. & BUTTERFOSS, F.D. 1999. Efficiency of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet*, 353:1226-1231. April.

MOUTON, J. & MARAIS, H.C. 1992. Basiese begrippe: metodologie van die geesteswetenskappe. Pretoria : RGN. 310 p.

MULDER, N. & PIENAAR, A. 2001. Staat gelas om swanger ma's hulp te gee. Vigsaktiviste juig in hof. *Beeld*:2, Des. 15.

MYBURGH, A. 1998. Prevention of mother-to-child transmission of HIV. *Womens health project*, 28:12, Nov.

NAGELKERKE, N.J.D., MOSES, S., EMBREE, J.E., JENNISKENS, F. & PLUMMER, F.A. 1995. The duration of breastfeeding by HIV-1 infected mothers in developing countries: balancing benefits and risks. *Journal of acquired immune deficiency syndromes and human retrovirology*, 8:176-181.

NANNAN, N., BRADSHAW, D., TIMAEUS, I.M. & DORRINGTON, R. 2000. The impact of HIV/AIDS on infant and child mortality in South Africa. (*In International AIDS Society. Abstract book. Volume 1: Paper read at Thirteenth International AIDS Conference held in Durban on 9 till 14 July 2000. Durban. p. 175.*)

NDAGIRE, L., MULEBEKE, M.S., BAGENDA, R.B., BAKAKI, P.B., NASSALI, A.N., MUSOKE, P.M., & MIIRO, R.M. 2000. Determinants of early cessation of breast-feeding among HIV infected mothers in Kampala. (*In International AIDS Society. Abstract book: Volume 2: Paper read at Thirteenth International AIDS Conference held in Durban on 9 till 14 July 2000. Durban. p. 402.*)

-
- NDUATI, R., JOHN, G., MBORI-HGACHA, D., RICHARDSON, B., OVERBAUGH, J., MWATHA, A., NDINYA-ACHOLA, J., BWAYO, J., ONYANGO, F. E., HUGHES, J. & KREISS, J. 2000a. Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV-1: a randomized clinical trial. *Journal of American Medical Association*, 283:1167-1174.
- NDUATI, R., RICHARDSON, B., JOHN, G., MBORI-NGACHA, D., OVERBAUGH, J., MWATHA, T., NDINYA-ACHOLA, J., BWAYO, J. & KREISS, J. 2000b. Impact of breastfeeding on maternal mortality among HIV-1 infected women: results of a randomized clinical trial. (In International AIDS Society. Abstract book:Volume 1: Paper read at Thirteenth International AIDS Conference held in Durban on 9 till 14 July 2000. Durban. p. 101.)
- NDUATI, R.W., JOHN, G.C. & RICHARDSON, B.A. 1996. Vitamin A deficiency enhances risk of HIV-1 DNA presence in breast milk-Nairobi study. *AIDS-scan*, 1:10, June.
- NEWELL, M. & PECKHAM, C. 1994. Vertical transmission of HIV infection. *Acta paediatrica suppliment*, 400:43-45.
- NEWELL, M. 1999. Infant feeding and HIV-1 transmission. *Lancet*, 354(9177):442(2p.) [In EBSCOHost: Academic Search Elite, Full display: <http://www-sa.ebsco.com>] [Date of access: 19 Feb 2001]
- NICHOLS, F.H. & HUMENICK, S.S. 1988. Childbirth education: practice, research and theory. Philadelphia : W.B. Saunders Company. 586 p.
- NICOLL, A., NEWELL, M., VAN PRAAG, E., VAN DE PERRE, P. & PECKHAM, C. 1995. Infant feeding policy and practice in the presence of HIV-1 infection. *AIDS*, 9:107-119.
- NOLAN, M. 1998. Antenatal education: a dynamic approach. London : Baillière Tindall. 204 p.
- NOLTE, A. ed. 1998. A textbook for midwives. Pretoria : van Schaik. 539 p.
- NOVELLO, A., WADE, N.A., GLAROS, R., WARREN, B.L., MAIWALD, L.L., ZIELINSKI, A. & BIRKHEAD, G.S. 2000. Prevention of perinatal, HIV transmission in New York State, 1998. (In International AIDS Society. Abstract book:Volume 2: Paper read at Thirteenth International AIDS Conference held in Durban on 9 till 14 July 2000. Durban. p. 401.)
- OLAYINKA, B. A., ONI, A.O. & MBAJIORGU, F.E. 2000. Impact of infant feeding practices on the risk of mother to child transmission of HIV-1 in Zimbabwe. *Journal of paediatrics and child health*, 36(4):313-317.

-
- OLDS, S.B., LONDON, M.L. & LADEWIG, P.A.W. 2000. Maternal-newborn nursing: a family and community-based approach. Menlo Park : Prentice-hall. 1090 p.
- OLIVIER, A. 2000. Vigs-ellende tref Potch en Klerksdorp swaar. *Rapport*:23. Okt. 7.
- ORLOFF, S.L., WALLINGFORD, J.C. & McDOUGAL, J.S. 1993. Inactivation of human immunodeficiency virus type 1 in human milk: effects of intrinsic factors in human milk and of pasteurisation. *Journal of human lactation*, 9:13-19.
- OXTOBY, M.J. 1988. Human immunodeficiency virus and other viruses in human milk: placing the issues in broader perspective. *Pediatric infectious disease journal*, 7:825-835.
- PAINTER, T.M. 2001. Voluntary counseling and testing for couples: a high-leverage intervention for HIV/AIDS prevention in sub-Saharan Africa. *Social science and medicine*, 53:1397-1411.
- PIENAAR, A. 2002a. Nevirapien bring virus wat weerstand bied. *Beeld*:4, Aug. 15.
- PIENAAR, A. 2002b. Vigs daal omdat tieners nou luister na regeringsboodskap. *Beeld*:2. Junie 11.
- PILLITTERI, A. 1995. Maternal & child Health nursing: care of the childbearing and childrearing family. Philadelphia : Lippincott. 1895 p.
- PINCH, W.J. 1994. Vertical transmission in HIV infection/AIDS: a feminist perspective. *Journal of advanced nursing*, 19:36-44.
- PIWOZ, E. 2000. Guidelines for measuring the role of breastfeeding in mother-to-child transmission of HIV: a tool for research and programs. (*In International AIDS Society. Abstract book:Volume 2: Paper read at Thirteenth International AIDS Conference held in Durban on 9 till 14 July 2000. Durban. p. 490.*)
- POLIT, D.F. & HUNGLER, B.P. 1997. Nursing research: principles and methods. 5th ed. Philadelphia : Lippincott. 694 p.
- POSTMA, M.J., BECK, E.J., MANDALIA, S., SHERR, L., WALTERS, M.D.S., HOUWELING, H. & JAGER, J.C. 1999. Universal HIV screening of pregnant women in England: cost effectiveness analysis. *British medical journal*, 318:1656-1660. June.
- PRETORIUS, B. 2002 Mondelinge medeling aan outeur op 14 Augustus. Potchefstroom. (Aantekeninge oor onderhoud in besit van outeur.)
- PRETORIUS, P.J. 1998. Babavoeding. Kaapstad : Nasou. 5 de uitgawe. 167 p.

RANTONA, K., TLOU, S., NYBLADE, L., FIELD, M.L., SENTUMO, S. & KIDD, R. 2000. The role of the larger community in the success of mother to child HIV prevention programs. (*In International AIDS Society. Abstract book:Volume 1: Paper read at Thirteenth International AIDS Conference held in Durban on 9 till 14 July 2000. Durban. p. 197.*)

RAU (Randse Afrikaanse Universiteit). 1992. *Verplegingsteorie vir menssheelheid*. Auklandpark : RAU 42 p.

RICHTER, M.S. 2000. *Standaarde vir Perinatale onderrig*. Johannesburg: RAU. (Proefskrif: D Cur)

RICHTER, R. 1994. The early introduction of solids: An analysis of beliefs and practices among African women in Soweto. Abstract of paper delivered during the Gerber Purity Symposium on nutrition in the first year of life at the 1994 Paediatric Congress in Eastern Transvaal.

RIORDAN, J. & AUERBACH, K, G. 1993. *Breastfeeding and human lactation*. Boston : Jones & Bartlett. 695 p.

RIORDAN, J. & NICHOLS, F. 1990. A descriptive study of lactation mastitis in long-term breastfeeding women. *Journal of human lactation*, 6:53-58.

ROSS, M.H. 2000. Counselling to pregnant HIV-seropositive women with regard to feeding their babies. *AIDS*, 14(14):2207-2208.

ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. 1991. *Successful breastfeeding*. 2 ed. London : Churchill Livingstone. 88 p.

RUFF, A.J., HALSEY, N.A., COBERLY, J. & BOULOS, R. 1992. Breast-feeding and maternal-infant HIV-1 transmission. *Journal of pediatrics*, 121(2): 325-329, Aug.

SA **kyk** South Africa

SANNE, I. & SMEGO, R. 1998. HIV vertical transmission – the immobility of indecision! *Southern African journal of epidemiology and infection*, 13(2):38-39.

SANTMYIRE, B.R. 2001. Vertical transmission of HIV from mother to child in Sub-Saharan Africa:modes of transmission and methods for prevention. *Obstetrical and gynecological survey*, 56(5):306-312.

SAPALYA, R., JAYKAR, A., DONGAONKAR, D., ANGADI, S., HIRA, S., NARKHEDE, N. & FERMANDES, C. 2000. Correlation of cell-free HIV-1 in plasma, colostrum and breastmilk. (*In*

International AIDS Society. Abstract book:Volume 1: Paper read at Thirteenth International AIDS Conference held in Durban on 9 till 14 July 2000. Durban. p. 367.)

SEIDEL, G. 1998. Making an informed choice: discourses and practices surrounding breastfeeding and AIDS. *Agenda*, 39:65-81.

SELLERS, P.M. 1993, *Midwifery: a textbook and reference book for midwives in Southern Africa. Volume 1: Normal childbirth.* Cape Town : Juta. 974 p.

SEMBA, R.D., KUMWENDA, N., HOOVER, D.R., TAHA, T.E., QUINN, T.C., MTIMAVALYE, L., BIGGER, R.J., BROADHEAD, R., MIOTTI, P.G., SOKOLL, L.J., VAN DER HOEVEN, L. & CHIPHANGWI, J.D. 1999a. Human immunodeficiency virus load in breast milk, mastitis, and mother-to-child transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1. *Journal of infectious diseases*, 180:93-98, July.

SEMBA, R.D., KUMWENDA, N., TAHA, T.E., HOOVER, D.R., QUINN, T.C., LA, Y., MTIMAVALYE, L., BROADHEAD, R., MIOTTI, P.G., VAN DER HOEVEN, L. & CHIPHANGWI, J.D. 1999b. Mastitis and immunological factors in breast milk of human immunodeficiency virus-infected women. *Journal of human lactation*, 15(4):301-306.

SENGWANA, J., SCHAAY, N., CHOPRA, M., PIWOZ, E., PUONE, T. & SANDERS, S. 2000. HIV and infant feeding: experiences from an AZT programme in Cape Town. *South African journal of clinical nutrition*, 13(3): 102. Aug.

SHAH, S. & SHAH, R.M. 2000. Discrimination against positive pregnant women. (*In International AIDS Society. Abstract book:Volume 2: Paper read at Thirteenth International AIDS Conference held in Durban on 9 till 14 July 2000. Durban. p. 467.*)

SHISANA, O. & SIMBAYI, L, *ed.* 2002. Nelson Mandela/ HSRC study of HIV/AIDS. South African national HIV prevalence, behaviour risks and mass media. Household survey 2002. Executive summary. Pretoria : Human Sciences Research Council. 24 p.

SIMOPOULUS, A. P. & GRAVE, G. D. 1984. Factors associated with the choice and duration of infant-feeding practice. *Pediatrics*. 74: 603-614.

SIMPSON, W.M., JOHNSTONE, F.D., GOLDBERG, D.J., GORMLEY, S.M. & HART, G.J. 1999. Antenatal HIV testing:assessment of a routine voluntary approach. *British medical journal*, 318:1660-1661. June.

SMITH, M.M. & KUHN, L. 2000. Exclusive breast-feeding: Does it have the potential to reduce breastfeeding transmission of HIV-1? *Nutrition Reviews*, 58(11):333-340. Nov.

SÖDERLUND, N., ZWI, K., KINGHORN, A. & GRAY, G. 1999. Prevention of vertical transmission of HIV: an analysis of cost effectiveness options available in South Africa. *British medical journal*, 318:1650-1664. June.

SPECTER, M. 1998. Breast-feeding and HIV: weighing up health risks. *Women's health project*, 28:13-15. Nov.

SPIRA, R., LEPAGE, P., MSELLATI, P., VAN DE PERRE, P., LEROY, V., SIMONON, A., KARITA, E. & DABIS, F. 1999. Natural history of HIV type 1 infection in children: a five year prospective study in Rwanda. *Pediatrics*, 104:1118.

STRINGER, J.S.A., SINKALA, M., ROUSE, D.J., GOLDENBERG, R.L. & VERMUND, S.H. 2002. Effect of nevirapine toxicity on choice of perinatal prevention strategies. *American journal of public health*, 92:365-366.

SOUTH AFRICA. DEPARTEMENT OF HEALTH. 1998. South Africa demographic and health survey, 1998. Full report. Pretoria : Government printer. 338 p.

SOUTH AFRICA. DEPARTEMENT OF HEALTH. 2000a. Prevention of mother-to-child-HIV transmission and management of HIV positive pregnant women. Pretoria : Government printer . 24 p.

SOUTH AFRICA. DEPARTEMENT OF HEALTH. 2000b. HIV/AIDS policy guideline: feeding of infants of HIV positive mothers. Pretoria : Government printer. 27 p.

SOUTH AFRICA. DEPARTEMENT OF HEALTH. 2002a. Guidelines for maternity care in South Africa. 2nd ed. Pretoria : Government printer. 157 p.

SOUTH AFRICA. DEPARTEMENT OF HEALTH. 2002b. Annual report: 2001/2002. Pretoria : Government printer. 144 p.

SOUTH AFRICA. DEPARTEMENT OF HEALTH. PROVINCIAL ADMINISTRATION OF THE WESTERN CAPE. 2002. Breastfeeding and HIV. An information booklet for Health Workers in South Africa. Kaapstad : Government printer. 24 p.

SOUTH AFRICA. DEPARTMENT OF HEALTH, WHO (World Health Organization), UNICEF. 2003. Integrated management of childhood illness. Pretoria : Government printer. 40 p.

SUID-AFRIKA **sien** SOUTH AFRICA

SUID AFRIKAANSE RAAD OP VERPLEGING. 1990. Regulasie 4288. Regulasies betreffende die voorwaardes waaronder geregistreerde vroedvroue en ingeskrewe vroedvroue hul beroep mag uitoefen, Pretoria : Staatsdrukker. 13 p.

SUID-AFRIKA. 1978. Wet op Verpleging No. 50 van 1978. Pretoria : Staatsdrukker.

SWANEPOEL, T. 2001. Kies jou vyand: toksisiteit van antiretrovirale middels kan lewensgehalte verlaag. *Beeld*: 13, Nov. 3.

SWANEPOEL, T. 2002. Wens: 'n gesonde kind: steungroep gee hoop aan MIV-verwagendes. *Beeld*: 17, Maart. 20.

SWANEVELDER, J.P., KÜSTNER, H.G.V. & VAN MIDDELKOOP, A. 1998. The South African HIV epidemic, reflected by nine provincial epidemics, 1990-1996. *South African medical journal*, 88(10):1320-1325, Oct.

TALLIS, V. 1997. Issues regarding women, HIV/AIDS and pregnancy. *Positive outlook*, 4(3):4-5, Spring.

TAREN, D., NAHLEN, B., VAN EIJK, A. & OTIENO, J. 2000. Early introduction of mixed feedings and postnatal HIV transmission. (*In International AIDS Society. Abstract book:Volume 1: Paper read at Thirteenth International AIDS Conference held in Durban on 9 till 14 July 2000. Durban. p. 72.*)

THIRY, L., SPRECHER-GOLDBERGER, S. & JONCKHEER, T., LEVY, J., VAN DE PERRE, P., HENRIVAUX, P., COGNIAUX-LECLERC, J. & CLUMECK, N. 1885. Isolation of the AIDS virus from cell-free breast milk of three healthy virus carriers. *Lancet*, 2:891-892.

TULLY, M.R. 1999. Is pasteurized mother's own or donor milk an answer to the HIV crisis? *Journal of human lactation*, 15(4):345-236.

UNAIDS (United Nations joint commission on AIDS). 1996. HIV and infant feeding: An interim statement. *Weekly epidemiological record*, 71:289-291).

UNAIDS (United Nations joint commission on AIDS). 1999. Prevention of HIV transmission from mother to child: strategic options. [web:] <http://hivinsite.ucsf.edu/social/un/2098.41c7.htm> [Date of access: 14 Feb 2001].

UNAIDS (United Nations joint commission on AIDS), UNICEF (United Nations International Childrens Emergency Fund) & WHO (World Health Organization). 1998. UN discourages breastfeeding to curb AIDS. *AIDS-scan*:12-13. Sept-Oct.

-
- VALDES, V., PUGIN, E., SCHOOLEY, J., CATALAN, S. & ARAVENA, R. 2000. Clinical support can make the difference in exclusive breast-feeding success among working women. *Journal of tropical paediatrics*, 46:149-154.
- VAN DE PERRE, P. 1995. Postnatal transmission of human immunodeficiency virus type 1: The breast-feeding dilemma. *American journal of obstetrics and gynecology*, 173:483-487.
- VAN DE PERRE, P. 1999. Transmission of human immunodeficiency virus type 1 through breastfeeding: how can it be prevented? *Journal of infectious diseases*, 179 (suppl 3):405-407.
- VAN DE PERRE, P., SIMONON, A., HITIMANA, D-G., DABIS, F., MSELLATI, P., MUKAMABANO, B., BUTERA, J-B., VAN GOETHEM, C., KARITA, E. & LEPAGE, E. 1993. Infective and anti-infected properties of breastmilk from HIV-1 infected women. *Lancet*, 341:914-918.
- VAN DE WAL, B.W. 1998. Preventing perinatal vertical HIV transmission in South Africa. *South African medical journal*, 88(10):1283. Okt.
- VAN DYK, A. 2001. HIV/AIDS care and counselling: a multidisciplinary approach. 2nd ed. Cape Town : Pearson. 442 p.
- VAN WYK, J.H. 1993. Homo Dei: 'n prinsipiële besinning oor enkele mensbeskouings, waaronder die van Calvyn. *In die skriflig*, 27(1). 112 p.
- VAN WYK, J.J. 2001. Vigsnavorsers sê hulle is reg. *Rapport*:21, Okt. 14.
- WAANDERS, M.P. 1999. Breastfeeding practices in Potchefstroom hospital according to the Baby friendly hospital initiative. Potchefstroom : PU vir CHO. (Verhandeling – M.Sc) 268 p.
- WALTER, E.B., ROYCE, R.A., FERNANDEZ, M.I., DEHOVITZ, J., ICKOVICS, J.R. & LAMPE, M.A. 2001. New mothers' knowledge and attitudes about perinatal human immunodeficiency virus infection. *Obstetrics and gynecology*, 97(1):70-76, Jan.
- WHITEHEAD, R.G. 1994. The dietary adequacy of exclusive breast-feeding, when should the weaning process start? Abstract of paper delivered during the Gerber Purity Symposium on nutrition in the first year of life at the 1994 Paediatric Congress in the Eastern Transvaal.
- WHITESIDE, A. & SUNTER, C. 2000. AIDS: the challenge for South Africa. Cape Town : Tafelberg. 179 p.

WHO (World Health Organization) / UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund). 1992. Consensus statement: the WHO/Unicef consultation on HIV transmission and breastfeeding. Geneva : WHO Publications.

WHO (World Health Organization). 1998. HIV and infant feeding: guidelines for decisionmakers. [Web:] <http://www.unaids.org/publications/documents/mtct/infantpolicy.html> [Date of access: 3 Mei 2001].

WHO (World Health Organization). 2000. New data on the prevention of mother-to-child transmission of HIV and their policy implications. Geneva : WHO Publications. 24 p.

WHO (World Health Organization). 2001. Breastfeeding and replacement feeding practices in the context of mother-to-child transmission of HIV: an assessment tool for research. Geneva: WHO Publications. 33 p.

WHO (World Health Organization) COLLABORATIVE STUDY TEAM ON THE ROLE OF BREAST-FEEDING ON THE PREVENTION OF INFANT MORTALITY. 1999. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet*, 355:451-455, May. [Web:] [EBSCOhost Full Display: wysiwyg://bodyframe.14/http://globalvgw2...20%28mother52a%20or%20baby%29&fuzzyTerm](http://www.ebscohost.com/Full-Text-Database/EBSCOhost/Full-Display/wysiwyg://bodyframe.14/http://globalvgw2...20%28mother52a%20or%20baby%29&fuzzyTerm) [Date of access: 19 Feb. 2001].

WILKINSON, D. 1999. Ten years of the AIDS epidemic in Zululand. *AIDS analysis Africa*, 9(5):1-3, Feb-Mar.

WILKINSON, D. & MCINTYRE, J. 1998. Preventing transmission of HIV from mother-to-child – is South Africa ready and willing? *South African medical journal*, 88(10):1304-1306. Okt.

WILKINSON, S.D., FLOYD, K. & GILKS, G.F. 2000. National and provincial estimated costs and cost effectiveness of a programme to reduce mother-to-child HIV transmission in South Africa. *South African medical journal*, 90(8):794-798. Aug.

WILLUMSEN, J., FILTEAU, S., COUTSODIS, A., NEWELL, M., DWARIKA, S., YORK, D. & TOMKINS, A. 2000. Subclinical mastitis associated with increased breastmilk viral load. (In International AIDS Society. Abstract book: Volume 1: Paper read at Thirteenth International AIDS Conference held in Durban on 9 till 14 July 2000. Durban. p. 424.)

WILSON, H.S. 1989. Research in nursing. Redwood City : Addison-Wesley. 738 p.

WOODS, D.L. 1998. Confronting AIDS – a plea for a national dried milk formula. *South African medical journal*, 88(8):948-949. Aug.

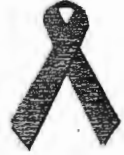
-
- WOODS, D.L. 1999. Perinatal HIV/AIDS: Perinatal Education Programme: Manual 3. Observatory : Perinatal Education Programme. 31-1 – 35-13 [Units seperately paged].
- WOODS, N.F. & CATANZARO, M. 1988. Nursing research: theory and practice. St Louis : Mosby. 590 p.
- YAMEY, G. 2001. The milk of human kindness. *British medical journal*, 322(7277) [In EBSCOHost : Academic Search Elite, Full Display: <http://www-sa.ebsco.com>] [Date af access: 19 Feb. 2001].
- ZIEGLER, J.B., COOPER, D.A., JOHNSON, R.O. & GOLD, J. 1985. Postnatal transmission of AIDS-associated retrovirus from mother to infant. *Lancet*: 896-897, April, 20.
- ZWI, K. & SÖDERLUND, N. 2000. Commentary: The feeding debate is still unresolved and of secondary importance. *British medical journal*, 320:1659-1660.

BYLAE A Toestemming van distriksbestuurder

**POTCHEFSTROOM DISTRIKSKANTOOR
POTCHEFSTROOM DISTRICT OFFICE**

Departement van Gesondheid
Department of Health

*OFFICE OF THE
DISTRICT MANAGER*



☒ 113
POTCHEFSTROOM

☎ 018-2995257
☏ 018-2995258

Prof M Greef
Potchefstroom University
for Christian Higher Education
Private bag x6001
POTCHEFSTROOM
2520

Dear Prof Greef

PERMISSION FOR RESEARCH PROJECTS

Permission is granted to conduct the following two research projects.

- ❖ Intra-partum Practices to prevent or reduce vertical transmission of HIV
- ❖ The choice of infant feeding within the HIV / AIDS epidemic: Information implications.

The following two research projects are problematic due to the breach of confidentiality and that the one area falls out of our jurisdiction.

- ❖ The family as a facet of home based care for the weakened HIV/ AIDS sufferer in a mining community of the North West.
- ❖ The support of families through psychiatric community networks in the home based care of patients with HIV related dementia.

Feel free to contact me with any suggestion so as to solve the above.

Thank you,

Kind regards.


MR. MIROOPA
District Manager

BYLAE B Brief vir hoofverpleegkundiges



Founding 1869
50 years of independence 2001

Potchefstroomse Universiteit

vir Christelike Hoër Onderwys

Potchefstroom University
for Christian Higher Education

Private bag X6001 Potchefstroom 2520
Tel (018) 299 1111 Fax (018) 299 2799
<http://www.puk.ac.za>

The Chief Professional Nurse:
Potchefstroom clinic

School for Nursing Science
Tel (018) 299-1836
Fax (018) 299-1827
E-Mail VPKCSM@puknet.puk.ac.za

22 November 2002

PERMISSION TO CONDUCT DATA-COLLECTION

I have acquired permission to do research in the Potchefstroom district as part the group research project on health services to HIV/AIDS patients in the Northwest province. (Letter attached). I am hereby requesting permission to undertake data-collection at your clinic. I am currently registered at the Potchefstroom University for Christian Higher Education for a M Cur degree in Midwifery and Neonatal Nursing science.

The topic of my research is: **The choice of baby-feeding mode within the HIV/AIDS epidemic: Health education implications.**

The purposes of the research are:

- ❖ To establish which factors influence pregnant women in the choice of the most appropriate baby-feeding mode,
- ❖ To establish the views of midwives and pregnant women towards the practical feasibility of the different alternatives in the choice of baby-feeding mode,
- ❖ To compile guidelines regarding information midwives should include in their health education to pregnant women to enable them to make an informed choice of the most appropriate baby-feeding mode as part of the rendering of quality service.

Should you agree and grant permission, the data-collection at your clinic will be done by means of questionnaires for both registered midwives working in the clinics, as well as pregnant women attending the clinics. The specific date will be negotiated with you as soon as you indicate that you are willing to have your clinic included in the research. The dates that are planned for this data-collection stage are during December 2002.

I will contact you by 6 December 2002 to find out if permission was granted, and to finalise the arrangements. I am available for any enquires at cell number

Yours sincerely

Mrs. CS Minnie
M. Cur student

Prof. M Greeff
Study leader

VPKCSM a:\brief vir hvk.doc

Bylae C Brief vir vroedvroue



Founding 1869
50 years of independence 2001

Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys

Potchefstroom University
for Christian Higher Education

Private bag X6001 Potchefstroom 2520
Tel (018) 299 1111 Fax (018) 299 2799
<http://www.puk.ac.za>

Midwives working in Potchefstroom clinics

School for Nursing Science

Tel (018) 299-1836
Fax (018) 299-1827
E-Mail VPKCSM@puknet.puk.ac.za

Dear colleague

22 November 2002

REQUEST TO PARTICIPATE IN RESEARCH

I am currently registered at the Potchefstroom University for Christian Higher Education for a M. Cur. Degree in Obstetric and Neonatal Nursing science. I have acquired permission to do the research in the Potchefstroom district as part of the group research project on health services to HIV/AIDS patients in the Northwest province.

The topic of my research is:

The choice of baby-feeding mode within the HIV/AIDS epidemic: Health education implications.

The purposes of the research are:

- ❖ To establish which factors influence pregnant women in the choice of the most appropriate baby-feeding mode,
- ❖ To establish the views of midwives and pregnant women towards the practical feasibility of the different alternatives in the choice of baby-feeding mode,
- ❖ To compile guidelines regarding information midwives should include in their health education to pregnant women to enable them to make an informed choice of the most appropriate baby-feeding mode as part of the rendering of quality service.

I hereby wish to obtain permission from you to take part in this research. As part of the investigation to achieve the first purpose, you are requested to complete the attached questionnaire. The questionnaire will take approximately 15 minutes to complete. There are three sections with accompanying instructions.

The participation in the research is voluntary and you can withdraw at any stage without being discriminated against. You can be assured that all information will be

handled confidentially. You are welcome to ask questions if anything is not clear. My cell phone number is *****. You are welcome to supply your particulars in order to be supplied with a report of the research findings after completion.

Yours sincerely

Mrs. CS Minnie
M. Cur student

Prof. M Greeff
Study leader

.....

I, hereby declare my willingness to participate in research regarding the choice of baby-feeding mode.

.....

Participants signature

.....

Researchers signature

.....

Witness signature

.....

Date

Name and address if you want to be supplied with a report of the research findings after completion.

.....
.....
.....

Bylae D: Vraelys vir Vroedvroue

Vraelysnummer

--	--	--	--

Vraelys vir vroedvroue oor kennis van die faktore wat die keuse van babavoedingswyse beïnvloed binne die realiteit van die MIV/VIGS epidemie

Inleiding

Met die hoë insidensie van MIV/VIGS is dit belangrik dat alle swanger vroue moet weet watter faktore in gedagte gehou moet word by die keuse van 'n babavoedingswyse. Vroedvroue moet oor kennis van die faktore beskik, ten einde voorligting te kan verskaf aan swanger vroue om hul te bemagtig om 'n keuse oor die geskikste voedingswyse vir hul babas, te kan maak. Hierdie vraelys is ontwerp om uit te vind in hoe mate u oor kennis van hierdie faktore beskik en dit gebruik in die gesondheidsvoorligting binne die kliniek. Dit behoort nie langer as 15 minute te neem om in te vul nie. Dankie vir u bereidwilligheid om deel te neem.

Die vraelys is verdeel in die volgende afdelings:

- A. Biografiese inligting.
- B. Faktore wat 'n rol speel in die keuse van babavoedingswyse.
- C. Voorgeboorte voorligting oor keuse van babavoedingswyse.

A. Biografiese inligting			
Instruksies aan respondent			
Dui met 'n kruisie aan wat op u van toepassing is.			
1. Ouderdom	20 jaar en jonger		1
	21 tot 30 jaar		2
	31 jaar of ouer		3
2. Tydperk wat u as vroedvrou praktiseer.	Minder as 2 jaar		2
	2 tot 5 jaar		3
	6 tot 10 jaar		4
	11 jaar of meer		5
3. Posbenaming / -vlak	Geregistreeerde verpleegkundige (en vroedvrou)		1
	Senior Verpleegkundige (en vroedvrou)		3
	Hoofverpleegkundige (en vroedvrou)		4
	Ander: Spesifiseer:		5
4. Kultuurgroep	Afrikaans		1
	Engels		2
	Tswana		3
	Ander: Spesifiseer:		4

B. Faktore wat 'n rol speel in die keuse van babavoedingswyse			
Instruksies aan respondent:			
Dui met 'n kruisie aan watter van die keuses die mees korrekte is.			
5. Die risiko dat 'n MIV-positiewe moeder haar baba tydens swangerskap of geboorte, of deur borsmelk sal infekteer is soos volg:	< 5%		1
	5-19%		2
	20-49%		3
	50-100%		4
	Ek weet nie		5
6. Die risiko dat 'n MIV-positiewe moeder haar baba na die geboorte sal infekteer as sy borsmelk saam met ander vloeistof of kos gee is soos volg:	< 5%		1
	5-19%		2
	20-49%		3
	50-100%		4
	Ek weet nie		5
7. Die risiko dat 'n MIV-positiewe moeder haar baba na die geboorte sal infekteer as sy borsmelk alleen gee is soos volg:	< 5%		1
	5-19%		2
	20-49%		3
	50-100%		4
	Ek weet nie		5
Instruksies aan respondent:			
Die volgende vrae kan meer as een korrekte antwoord hê. Dui al die die korrekte antwoorde met 'n kruisie aan. Dui ook waar aangedui die motivering vir u antwoord aan.			
8.1 MIV kan in die volgende omstandighede deur borsmelk aan 'n baba oorgedra word:	Enige tyd terwyl die baba borsvoed		1
	Slegs deur kolostrum		2
	As die baba net borsmelk ontvang		3
	Slegs as die baba sproei het		4
	Ek weet nie		5
8.2. Motiveer u antwoord:			
9.1 Die beste raad vir 'n MIV-positiewe moeder wat probleme met mastitis of seer tepels ondervind, is:	Gaan voort met borsvoeding		1
	Staak borsvoeding		2
	Melk uit en kook / pasteuriseer melk voordat dit vir baba gegee word en behandel toestand.		3
	Behandel toestand en gaan voort met borsvoeding		4
	Ander: Spesifiseer:		5
9.2. Motiveer u antwoord:			

10.1 Die beste raad vir 'n MIV-positiewe moeder wie se baba sproei of gastro-enteritis het is:	Gaan voort met borsvoeding		1
	Staak borsvoeding		2
	Melk uit en kook / pasteuriseer melk voordat dit vir baba gegee word en behandel toestand		3
	Behandel toestand en gaan voort met borsvoeding		4
	Ander: Spesifiseer:		5
10.2 Motiveer u antwoord:			
11.1 Die die beste ouderdom waarop 'n MIV-positiewe moeder wat borsvoed, moet begin om vir haar baba vaste kos te gee, is:	Binne die eerste maand		1
	Tussen 1 en 4 maande		2
	Tussen 4 en 6 maande		3
	Na 6 maande		4
	Ander: Spesifiseer:		5
11.2 Motiveer u antwoord:			
12.1 Die beste manier vir 'n MIV-positiewe moeder wat borsvoed, om te begin om vir haar baba vaste kos gee, is:	Geleidelik al hoe meer vaste kos te gee, terwyl voortgaan om so lank moontlik te borsvoed		1
	Geleidelik al hoe meer vaste kos te gee en te begin om baba van die bors te speen		2
	Sodra begin om vaste kos te gee dadelik te speen		3
	Ander: Spesifiseer:		4
12.2 Motiveer u antwoord:			
13.1 Die invloed van borsvoeding op 'n MIV-positiewe vrou se gesondheid is soos volg:	Haar gesondheid sal verswak		1
	Haar gesondheid sal verbeter		2
	Haar gesondheid sal onveranderd bly		3
	Ander: Spesifiseer		4
13.2 Motiveer u antwoord:			

14.1 As 'n MIV-positiewe vrou 'n anti-retrovirale middel (bv. Nevirapine) tydens die bevalling ontvang, moet sy die volgende voorligting oor baba-voeding ontvang:	Alle MIV-positiewe moeders moet eerder formulevoeding gee	1
	MIV-positiewe moeders wat hul babas veilig met formulevoeding kan voed, moet dit eerder gebruik	2
	Die antiretrovirale middel beskerm die baba ook teen MIV-oordrag deur borsmelk	3
	Borsvoeding vernietig die werking van die antiretrovirale middel	4
	Die antiretrovirale middel het geen invloed tydens borsvoeding nie	5
	Die antiretrovirale middel verhoog die risiko van oordrag tydens borsvoeding	6
	Ander: Spesifiseer:	7

14.2 Motiveer u antwoord:

.....

15.1. As die baba van 'n MIV-positiewe vrou, voortydig gebore word, moet sy die volgende voorligting aangaande babavoeding ontvang:	Alle MIV-positiewe moeders moet eerder formulevoeding gee	1
	MIV-positiewe moeders wat hul babas veilig met formulevoeding kan voed, moet dit eerder gebruik	2
	Die baba is besonder vatbaar vir enige infeksie en benodig dus die beskerming van borsvoeding	3
	Die baba is besonder vatbaar vir MIV-infeksie, dus, formulevoeding	4
	Die baba moet indien moontlik gepasteuriseerde borsmelk kry	5
	Ander: Spesifiseer:	6

15.2 Motiveer u antwoord:

.....

16.1 Wat verstaan u onder die pasteurisasie van borsmelk?	Uitgemelkte borsmelk word gekook vir 10 minute in 'n 410g "no-name" of "Black cat" grond-boontjebotter glasbottel		1
	Uitgemelkte borsmelk in 'n 810g "no-name" of "Black cat" grond-boontjebotter glasbottel word in kookwater geplaas en vir 10 minute lank gekook		2
	Uitgemelkte borsmelk in 'n 410g "no-name" of "Black cat" grond-boontjebotter glasbottel word in kookwater geplaas en gelaat tot dit 'n gemaklike temperatuur om aan te raak, bereik het		3
	Uitgemelkte borsmelk in 'n 810g "no-name" of "Black cat" grond-boontjebotter glasbottel word in kookwater geplaas en 10 minute lank gelaat		4
	Ander: Spesifiseer:		5
16.2 Motiveer u antwoord:			
17.1 Swanger vrou moet die volgende voorligting oor seks tydens tydens swangerskap en laktasie ontvang:	Aangesien sy reeds swanger is, is kondoomgebruik nie belangrik tydens swangerskap nie		1
	Aangesien borsvoeding haar beskerm teen swangerskap is kondoomgebruik nie belangrik tydens laktasie nie		2
	As 'n vrou reeds MIV-positief is, is dit nie meer nodig om veilige seks toe te pas nie		3
	Ander: Spesifiseer:		4
17.2 Motiveer u antwoord:			

18.1 Swanger vroue moet die volgende voorligting aangaande eksklusiewe borsvoeding ontvang.	Eksklusiewe borsvoeding beteken baba kry net borsmelk en water of melk, maar geen vaste kos nie		1
	Eksklusiewe borsvoeding beteken baba kry uitsluitlik borsvoeding en geen ander vloeistowwe of vaste kos nie		2
	Dit is goed as babas wat eksklusiewe borsvoeding ontvang, ook soms formulemelk kry om daaraan gewoon te raak		3
	Ander: Spesifiseer:		4
18.2 Motiveer u antwoord:			
19.1 MIV-positiewe swanger vroue wat verkies om hul babas met formulemelk te voed, moet die volgende voorligting ontvang:	Voorligting aangaande hoe om voeding aan te maak en vir haar baba te gee		1
	Dit is goed om soms ook die baba te borsvoed		2
	Dit is beter om formulemelk met 'n koppie as met 'n bottel te gee		3
	Ander: Spesifiseer:		4
19.2 Motiveer u antwoord:			
20.1 Die volgende maatreëls kan in werking gestel word om veilige babavoeding vir die meeste babas te verseker:	Alle moeders moet voorligting oor borsvoeding ontvang		1
	Alle moeders moet voorligting en demonstrasies oor die voorbereiding van formulemelk ontvang		2
	Voorligting aangaande en demonstrasies van die voorbereiding van formulemelk moet net aan moeders gegee word wat dit veilig kan doen		3
	Gratis formulemelk moet vir alle babas beskikbaar wees		4
	Ander: Spesifiseer:		5

20.2 Motiveer u antwoord:			
.....			
.....			
C. Voorgeboorte voorligting aangaande keuse van babavoeding.			
Instruksies aan die respondent:			
Dui met 'n kruisie aan wat op u van toepassing is. Motiveer u antwoord waar aangedui.			
21.1. Die volgende faktore moet in ag geneem word by die voorligting aan swanger vroue aangaande die geskikste babavoedingswyse:	MIV-status		1
	Beskikbaarheid van skoon water		2
	Beskikbaarheid van goeie sanitasie		3
	Vorige babas van vrou is dood a.g.v. gastro-entiritis of wanvoeding		4
	Finansiële omstandighede		5
	Ander: Spesifiseer:		6
21.2 Motiveer u antwoord:			
.....			
.....			
22.1 Watter van die volgende aspekte word ingesluit as u voorligting aangaande babavoeding aan swanger vroue gee?	Voordele van borsvoeding		1
	Risiko van MIV-oordrag deur borsmelk		2
	Voordele van voeding met formulemelk		3
	Risiko's van voeding met formulemelk		4
	Ander: Spesifiseer:		5
22.2 Motiveer u antwoord:			
.....			
.....			
23.1 Watter voorligting moet swanger vroue ontvang oor die voordele daarvan vir 'n swanger vrou om bewus te wees van haar MIV-status?	Dit hou geen voordele in nie		1
	Daar is in elk geval geen genesing vir MIV/VIGS nie, dus hou dit geen voordele in nie		2
	Slegs as daar antiretrovirale middels beskikbaar is om oordrag na die baba te voorkom, hou dit voordeel in		3
	Omdat babavoedingswyse dalk aangepas moet word, hou dit voordeel in		4
	Ander: Spesifiseer:		

23.2 Motiveer u antwoord:

.....

.....

24.1 Watter van die volgende stellings wat handel oor voorligting aan swanger vroue rakende MIV en babavoeding is korrek?

Swanger vroue kry genoeg voorligting rakende MIV en babavoeding		1
Swanger vroue moet meer voorligting aangaande MIV en babavoeding ontvang		2
Slegs vroue wat MIV-positief getoets is, moet berading met betrekking tot MIV en babavoeding ontvang		3
Swanger vroue kry genoeg inligting uit ander bronne in verband met MIV en babavoeding		4
Die kliniek is te besig; daar is nie tyd om voorligting aangaande MIV en borsvoeding te gee nie		5
Ander: Spesifiseer:		6

24.2 Motiveer u antwoord:

.....

.....

25.1 Watter van die volgende stellings wat handel oor u eie kennis oor moeder-na-kindoordrag van MIV is korrek?

Ek beskik oor genoeg kennis om effektief voorligting te gee.		1
My kennis oor moeder-na-kindoordrag van MIV moet opgeknop word		2
Ek beskik oor te min kennis ten opsigte van moeder-na-kind-oordrag van MIV om effektief voorligting te gee		3
Ander: Spesifiseer:		4

25.2 Motiveer u antwoord:

.....

.....

26. Wat is die bron van u kennis oor MIV en babavoeding?

Basiese verpleegopleiding		1
In-diens-opleiding		2
MIV PEP kursus		3
Selfstudie		4
Ander: Spesifiseer:		5

27.1 Wie se taak is dit om swanger vroue in te lig oor MIV en babavoeding?	MIV/VIGS-berader	1
	Geregistreeerde verpleegkundige-vroedvrou	2
	Dieetkundige	3
	Geneesheer	4
	Ander: Spesifiseer:	5
27.2 Motiveer u antwoord:		
Instruksies vir respondēt		
Beantwoord asb die volgende vraag so volledig moontlik in die ruimte daarvoor toegelaat.		
27. Watter struikelblokke ondervind u in u voorligting aan swanger vroue oor MIV en babavoeding?	

Dankie vir u bydrae!

Bylae E Brief vir swanger vroue



Potchefstroomse Universiteit

vir Christelike Hoër Onderwys

Potchefstroom University
for Christian Higher Education

Private bag X6001 Potchefstroom 2520
Tel (018) 299 1111 Fax (018) 299 2799
<http://www.puk.ac.za>

Pregnant women attending an
Ante-natal Clinic in Potchefstroom

School for Nursing Science

Tel (018) 299-1836
Fax (018) 299-1827
E-Mail VPKCSM@puknet.puk.ac.za

Dear participant

22 November 2002

REQUEST TO PARTICIPATE IN RESEARCH

I am currently registered at the Potchefstroom University for Christian Higher Education for a M. Cur. degree in Obstetric and Neonatal Nursing science. I have acquired permission to do the research in the Potchefstroom district as part of the group research project on health services to HIV/AIDS patients in the Northwest province.

The topic of my research is:

The choice of baby-feeding mode within the HIV/AIDS epidemic: Health education implications.

The purposes of the research are:

- ❖ To establish which factors influence pregnant women in the choice of the most appropriate baby-feeding mode,
- ❖ To establish the views of midwives and pregnant women towards the practical feasibility of the different alternatives in the choice of baby-feeding mode,
- ❖ To compile guidelines regarding information midwives should include in their health education to pregnant women to enable them to make an informed choice of the most appropriate baby-feeding mode as part of the rendering of quality service.

I hereby wish to obtain permission from you to take part in this research. As part of the investigation to achieve the first purpose, you are requested to complete the attached questionnaire. The questionnaire will take approximately fifteen minutes to complete. There are four sections with accompanying instructions. A research assistant is available to help you to fill in the questionnaire if you need any assistance.

You can be assured that all information will be handled confidentially. Your name will not appear on the questionnaire. The participation in the research is voluntary and you can withdraw at any stage without being discriminated against. You are welcome to ask questions if anything is not clear. My cell phone number is *****. You are welcome to supply your particulars in order to be supplied with a report of the research findings after completion.

Yours sincerely

Mrs CS Minnie
M. Cur student

Prof M Greeff
Studyleader

.....

I, hereby declare my willingness to participate in research regarding the choice of baby-feeding mode.

.....

Participants signature

.....

Researchers signature

.....

Witness signature

.....

Date

Name and address if you want to be supplied with a report of the research findings after completion.

.....
.....
.....

Bylae F: Vraelys vir Swanger Vroue

Vraelysnummer

--	--	--	--

Vraelys vir swanger vroue oor faktore wat die keuse van babavoedingswyse beïnvloed binne die realiteit van die MIV/VIGS epidemie

Inleiding

Met die hoë insidensie van MIV/VIGS is dit belangrik dat alle swanger vroue moet weet watter faktore in gedagte gehou moet word by die keuse van 'n babavoedingswyse. Hierdie vraelys is ontwerp om uit te vind watter faktore u keuse van babavoedingswyse beïnvloed en in hoe mate die voorligting wat u by die kliniek ontvang, u bemagtig om die keuse te maak. Dit behoort ongeveer 15 minute te neem om in te vul. Dankie vir u bereidwilligheid om deel te neem.

Die vraelys is verdeel in die volgende afdelings:

- A. Biografiese inligting.
- B. Faktore wat 'n rol speel in die keuse van babavoedingswyse.
- C. MIV/VIGS en moeder-na-kindoordrag.
- D. Voorgeboorte voorligting as bron van inligting.

A. Biografiese inligting			
Instruksies aan die respondēt: Dui aan met 'n kruisie wat op u van toepassing is.			
1. Ouderdom	19 jaar en jonger		1
	20 tot 34 jaar		2
	35 jaar of ouer		3
2. Hoogste vlak van opleiding	Geen skoolopleiding		1
	Graad 1– graad 7		2
	Graad 8 - graad 10		3
	Graad 11- graad 12		4
	Tersiêre opleiding		5
3. Kultuurgroep	Afrikaans		1
	Engels		2
	Tswana		3
	Ander: Spesifiseer:		4
4. Huweliksstaat	Nie in stabiele verhouding nie		1
	Stabiele verhouding maar nie getroud nie		2
	Tradisionele huwelik		3
	Getroud		4
	Geskei		5
	Weduwee		6

5. Hoeveelheid persone in u huishouding	Een persoon		1
	Twee persone		2
	Drie tot vyf persone		3
	Ses en meer persone		4
6. Inkomste van huishouding	R 500.00 en minder per maand		1
	R 501.00 tot R 1000.00 per maand		2
	R 1001.00 tot R 2000.00 per maand		3
	R 2001.00 tot R 5000.00 per maand		4
	R 5001.00 en meer per maand		5
7. Waterbron vir huishoudelike gebruik	Kraanwater in huis		1
	Moet kraanwater met 'n emmer aandra		2
	Ander: Spesifiseer:		3
8. Sanitasieriewe vir huishoudelike gebruik	Besik oor 'n spoeltoilet in die huis		1
	Deel 'n spoeltoilet met ander huishouding(s)		2
	Gebruik 'n puttoiletstelsel		3
	Gebruik 'n emmertoeiletstelsel		4
	Ander: Spesifiseer:		5
9. Energiebron om water mee te kook	Elektriese stoof of ketel		1
	Gasstoof		2
	Paraffienstoof		3
	Steenkool of hout		4
	Ander: Spesifiseer:		5
10. Samestelling van huishouding	Vrou woon alleen		1
	Man en vrou (en hul kinders) bly saam		2
	Deel huishouding met ander gesinslede		3
	Deel huishouding met ander persone. Spesifiseer wie:		4

11. Hoeveel kinders het u?	Geen, hierdie is die eerste een	1
	1 kind	2
	2 tot 4 kinders	3
	Meer as 4 kinders	4
12. Is u tydens hierdie swangerskap getoets vir MIV ?	Ja	1
	Nee	2
13. Indien u nie getoets is nie, verstrek asb. die rede.	Nie van toepassing , ek is getoets	1
	Ek het nie die geleentheid gekry nie	2
	Ek weet reeds my MIV status	3
	Ek wil nie my status weet nie	4
	Ander Spesifiseer rede:	5
B. Faktore wat 'n rol speel in die keuse van babavoedingswyse.		
Instruksies aan respondent: Dui met kruisies aan watter van die keuses die meeste op u van toepassing is is.		
14. Indien u reeds kinders het, vir hoe lank het u u laaste baba geborsvoed?	Nie van toepassing. Ek het nie vorige kinders nie	1
	Glad nie geborsvoed nie	2
	Borsvoed vir 1 maand of minder	3
	Borsvoed vir tussen 1 en 6 maande (6 maande insluitend)	4
	Borsvoed vir tussen 6 en 12 maande (12 maande insluitend)	5
	Borsvoed vir langer as 12 maande	6
15. Het u enige van die volgende probleme ondervind met die voed van u vorige baba(s)?	Nie van toepassing, het nie vorige kinders nie	1
	Gebarste tepels	2
	Mastitis	3
	Sproei in baba se mond	4
	Geen probleme	5
	Ander: Spesifiseer:	6

16. Indien u reeds vroeër geborsvoed het, op watter ouderdom het u begin om water of ander vloeistowwe saam met borsvoeding vir u baba te gee?	Nie van toepassing. Ek het nie vorige kinders nie of het nie vorige kind(ers) geborsvoed nie.	1
	Baba se ouderdom was 1 maand of minder	2
	Baba se ouderdom was tussen 1 tot 4 maande (4 maande insluitend)	3
	Baba se ouderdom was tussen 4 en 6 maande (6 maande insluitend)	4
	Baba se ouderdom was ouer as 6 maande	5
17. Is enige van u vorige kinders oorlede as gevolg van diaree en braking (gastro-enteritis) of wanvoeding?	Nie van toepassing, het nie vorige kinders nie	1
	Nee	2
	Ja Besonderhede:	3
18. Watter gesinsbeplanningsmetode beplan u om te gebruik na die geboorte van u baba?	Sterilisasië	1
	Inspuiting of tablette	2
	Intra-uteriene toestel	3
	Geen metode - maak staat op gereelde borsvoeding	4
	Geen metode - sonder gereelde borsvoeding	5
	Ek het nog nie besluit nie	6
19. Watter faktore sal dit vir moeilik maak om u baba met formulemelk te voed?	Nie van toepassing. Dit sal vir my maklik wees.	1
	Ek kan nie formulemelk bekostig nie.	2
	Ek kan nie toerusting soos bottels en steriliseer-apparaat bekostig nie.	3
	Ek weet nie hoe om voedings aan te maak nie.	4
	Dit is te veel moeite om water te kook om die melk mee aan te maak en die bottels te steriliseer.	5
	Dit is nie aanvaarbaar in my gesin en gemeenskap nie.	6
	Daar is nie privaatheid om my baba met formulemelk te voed nie	7
	Ander: Spesifiseer faktore:	8

C. MIV/VIGS en moeder-na kindoordrag

Instruksies aan respondent:

Dui met 'n kruisie aan watter stellings die mees korrekte is.

20. Die kans dat 'n baba deur sy moeder met MIV geïnfekteer kan raak, is soos volg:	Alle babas (100%) van MIV-positiewe moeders word deur swangerskap of geboorte of deur borsmelk geïnfekteer		1
	Ongeveer die helfte van babas (50%) van MIV-positiewe moeders word deur swangerskap of geboorte of deur borsmelk geïnfekteer		2
	Minder as die helfte van babas (ongeveer 30%) van MIV-positiewe moeders word tydens swangerskap of geboorte of deur borsmelk geïnfekteer		3
	Ek weet nie		4
	Ander: Spesifiseer:		5
	<hr/>		
21. Wat is die beste ouderdom om vir die baba van 'n MIV-positiewe moeder, vaste kos te begin gee?	Baba moet 1 maand of jonger wees		1
	Baba moet tussen 1 en 4 maande oud wees (4 maande insluitend)		2
	Baba moet tussen 4 en 6 maande oud wees (6 maande insluitend)		3
	Baba moet ouer as 6 maande wees		4
	Ek weet nie		5
<hr/>			
22. Wat is die beste manier vir 'n MIV-positiewe moeder wat borsvoed om vaste kos te begin gee vir baba?	Deur geleidelik toenemend meer vaste kos te gee, terwyl voortgaan om so lank moontlik te borsvoed		1
	Deur geleidelik toenemend meer vaste kos te gee terwyl begin om baba van die bors te speen.		2
	Sodra vaste kos gee moet baba, dadelik van die bors gespeen word.		3
	Ek weet nie		4
	Ander. Spesifiseer:		5

23. Indien 'n MIV-positiewe vrou verkies om haar baba met formulemelk te voed, watter wyse sou die beste wees om die melk vir die baba te gee?	Met 'n bababottel		1
	Met 'n koppie of beker		2
	Borsvoeding saam met bottelvoeding		3
	Ander. Spesifiseer:		4
24. As 'n MIV-positiewe vrou wat borsvoed mastitis of gebarste tepels ontwikkel, is dit die beste dat sy haar baba soos volg voed:	Gaan voort om te borsvoed		1
	Staak borsvoeding en gee formulemelk met 'n bottel		2
	Melk uit, en gee melk vir baba met 'n bottel		3
	Melk uit, kook of pasteuriseer melk en gee met 'n bottel		4
	Melk uit, kook of pasteuriseer melk en gee met 'n koppie of beker		5
	Ander. Spesifiseer:		6
25. As 'n MIV-positiewe moeder wat borsvoed se baba sproei in sy mond of gastro-enteritis het, is dit die beste dat sy haar baba soos volg voed:	Gaan voort om te borsvoed		1
	Staak borsvoeding en gee formulemelk met 'n bottel		2
	Melk uit, en gee melk vir baba met 'n bottel		3
	Melk uit, kook of pasteuriseer melk en gee met 'n bottel		4
	Melk uit, kook of pasteuriseer melk en gee met 'n koppie of beker		5
	Ander. Spesifiseer:		6
26. Wat is die beste manier vir 'n MIV-positiewe moeder wat borsvoed, om haar baba van die bors te speen?	Die baba toelaat om homself te speen wanneer hy gereed is daarvoor		1
	Deur geleidelik toenemend meer vaste kos gee en te begin om baba van die bors te speen.		2
	Sodra vaste kos gee, speen dadelik		3
	Sodra mastitis ontwikkel, speen dadelik		4
	Ek weet nie		5
	Ander. Spesifiseer:		6

Instruksies aan respondent:

By die volgende vrae word 'n aantal stellings gemaak. Meer as een van die stellings mag korrek wees. Dui al die stellings wat korrek is met kruisies aan.

27. Die volgende is waar ten opsigte van seks tydens swangerskap en die borsvoedingsperiode:	Seks met net een MIV-negatiewe maat wat ook getrou bly, (veilige seks) is steeds belangrik		1
	Omdat vrou reeds swanger is, is kondoom-gebruik nie meer nodig nie		2
	Borsvoeding beskerm teen teen swangerskap daarom is kondoomgebruik nie meer nodig nie		3
	As vrou reeds MIV-positief is, is kondoomgebruik nie meer belangrik nie		4
	Kondoomgebruik tydens seks is belangrik, vir paartjies wat nie seker is dat beide maats MIV-negatief is en getrou bly nie.		5
	'n Vrou kan nie MIV-geïnfekteerd raak terwyl sy swanger is of borsvoed nie		6
	Ek weet nie		7
	Ander. Spesifiseer:		8
28. MIV-positiewe moeders kan die infeksie na hul babas oordra op die volgende maniere:	Glad nie		1
	Tydens swangerskap		2
	Tydens geboorte		3
	Deur borsmelk		4
	Ek weet nie		5
	Ander. Spesifiseer:		6
29. MIV kan in die volgende omstandighede deur borsmelk aan 'n baba oorgedra word:	Nie van toepassing, kan nie deur borsmelk oorgedra word nie		1
	Enige tyd terwyl die baba borsvoed		2
	Slegs wanneer die moeder kolostrum produseer		3
	As die baba net borsmelk ontvang		4
	Slegs as die baba sproei het		5
	Ek weet nie		6
	Ander. Spesifiseer:		7

30. Die volgende faktore verhoog die kans van oordrag na haar baba as 'n moeder MIV-positief is:	As baba kolostrum ontvang	1
	As 'n vrou kort van tevore geïnfekteer geraak het	2
	Gebruik van antiretrovirale middels tydens kraam (Nevirapine)	3
	As die moeder mastitis het	4
	As die baba sproei in sy mond het	5
	As die moeder pap of water saam met borsvoeding gee	6
	As die baba voortydig gebore is	7
	As die moeder slegs borsmelk gee	8
	Ek weet nie	9
	Ander: Spesifiseer:	10
31. Die volgende faktore verminder die kans vir MIV-oordrag deur borsmelk:	As baba kolostrum ontvang	1
	As 'n vrou kort van tevore geïnfekteer geraak het	2
	Gebruik van antiretrovirale middels tydens kraam (Nevirapine)	3
	As die moeder mastitis het	4
	As die baba sproei in sy mond het	5
	As die moeder pap of water saam met borsvoeding gee	6
	As die baba voortydig gebore is	7
	As die moeder slegs borsmelk gee	8
	Ek weet nie	9
	Ander: Spesifiseer:	10
32. In die volgende gevalle is dit beter dat 'n MIV-positiewe moeder wat borsvoed haar uitmelk en die melk kook of pasteuriseer voor sy dit vir haar baba gee:	As die moeder mastitis het	1
	As die baba sproei in sy mond het	2
	As die baba gastro-enteritis het	3
	As die baba voortydig gebore is	4
	As die baba slegs borsmelk ontvang	5
	Ek weet nie	6
	Ander: Spesifiseer:	7

33. Wat verstaan u onder tuis-pasteurisasie van borsmelk?	Uitgemelkte borsmelk word gekook vir 10 minute in 'n 410g "No-name" of "Black cat" grondboontjebotter glasbotteltjie	1
	Uitgemelkte borsmelk in 'n 810g "No-name" of "Black cat" grondboontjebotter glasbotteltjie word geplaas in kookwater en gekook vir 10 minute	2
	Uitgemelkte borsmelk in 'n 410g "No-name" of "Black cat" grondboontjebotter glasbotteltjie word in kookwater geplaas en gelaat totdat dit 'n gerieflike temperatuur om aan te raak, bereik het	3
	Uitgemelkte borsmelk in 'n 810g "No-name" of "Black cat" grondboontjebotter glasbotteltjie word geplaas in kookwater en gelaat vir 10 minute	4
	Ander: Spesifiseer:	5
	Ek weet nie	6
34. Watter van die volgende faktore speel 'n rol indien u besluit het om u baba te borsvoed?	Nie van toepassing nie	1
	Voedingsvoordele van borsvoeding	2
	Beskermingsvoordele van borsvoeding	3
	Gesinsbeplanningsvoordele van borsvoeding	4
	Finansiële voordele van borsvoeding	5
	Aanvaarbaarheid vir lede van huishouding	6
	Aanvaarbaarheid vir gemeenskap	7
	Goeie vorige ondervinding met borsvoeding	8
	Risiko van infeksie by formulevoeding	9
	Ander . Spesifiseer:	10

35. Watter van die volgende faktore speel 'n rol indien u besluit het om u baba met formulemelk te voed?	Nie van toepassing nie		1
	Risiko van MIV-oordrag deur borsmelk		2
	Beskikbaarheid van skoon water, goeie sanitasie of elektrisiteit		3
	Aanvaarbaarheid vir lede van huishouding		4
	Aanvaarbaarheid vir gemeenskap		5
	Negatiewe vorige ondervinding met borsvoeding		6
	Ander . Spesifiseer:		7
D. Voorgeboorte voorligting as bron van inligting			
Instruksies aan respondent: By die volgende vrae word 'n aantal stellings gemaak. Meer as een van die stellings mag korrek wees. Dui al die stellings wat korrek is met kruisies aan.			
36. Van watter bronne het u inligting oor MIV en babavoeding ontvang?	Koerante, boeke, radio of TV		1
	Van vriende of familie		2
	Van voorligtingspraatjies in kliniek		3
	Van een-tot-een berading in kliniek		4
	Ander. Spesifiseer:		5
37. Het u voorligting oor die volgende aspekte by die kliniek ontvang?	Voordele van borsvoeding.		1
	Risiko van MIV-oordrag deur borsmelk.		2
	Voorkoming van seer / gebarste tepels		3
	Voordele van voeding met formulemelk.		4
	Risiko's van voeding met formulemelk.		5
	Dit is beter om formulemelk met 'n koppie as met 'n bottel te gee.		6
	Hoe om myself uit te melk		7
	Hoe om borsmelk te pasteuriseer		8
	Ander: Spesifiseer:		9

38. Kry swanger vroue voldoende voorligting oor MIV en babavoeding?	Ja, swanger vroue kry voldoende voorligting oor MIV en babavoeding		1
	Nee, swanger vroue kry nie voldoende voorligting oor MIV en babavoeding nie		2
	Ander: Spesifiseer:		3
39. Beskik u oor voldoende kennis van MIV en babavoeding om 'n ingeligte besluit te neem oor die geskikste babavoedingswyse vir u baba?	Ja, ek beskik oor genoegsame kennis		1
	Nee, ek sou graag meer wou weet		2
	Onseker		3
	Ander: Spesifiseer:		4

Dankie vir u bydrae!

PRETORIA PASTEURISATION

Institutional Guidelines for the Procedure of Pasteurising Mother's Breast Milk for Own Infant Feeding

Twelve steps to Pasteurisation

B Jeffery, RK Mokhondo, AE Pullen & RC Pattinson



Step 1: Use only a 1 liter hart aluminum pot. Make a mark on the inside of the pot 1 cm from the top.



Step 2: Mother washes hands with soap and water before expressing breast milk.



Step 3: Express breast milk into a clean container or glass jar.



Step 4: Place breast milk in glass jar and put the lid on.



Step 5: The glass jar containing the breast milk is placed into the aluminum pot.



Step 6: Boil water. When the water is bubbling vigorously the water is poured into the pot.



Step 7: Pour boiling water into the pot up to the mark.



Step 8: Leave milk in pot for 25-30 minutes, until the water is comfortable to touch.



Step 9: If there is only a small volume of milk in the jar, the jar may tend to float. This must be avoided!!



Step 10: To prevent the jar from floating, place a heavy object on the lid.



Step 11: The jar is removed from the water and baby is spoon-fed, cup-fed or tube-fed. Pasteurised breast milk can be stored in a fridge for 12 hours, and thereafter discarded.



Step 12: Wash all jars with soap and water and place in bucket with sodium hypochlorite solution (8liters of water on 100ml of sodium hypochlorite). Change solution every 24 hours.

FEEDING RECOMMENDATIONS IF MOTHER IS HIV POSITIVE*

Up to 6 Months of Age



Breastfeed exclusively as often as the child wants, day and night.

- Feed at least 8 times in 24 hours.
- Do not give other foods or fluids (Mixed feeding could lead to HIV transmission)
- Safe transition to replacement milk and complementary feeds at 4 to 6 months

OR (if feasible and safe)

Formula feed exclusively (no breast milk at all *).

- Give formula or modified cow's milk
- Other foods or fluids are not necessary
- Prepare correct strength and amount just before use.
- Use milk within an hour and discard any left (a fridge can store formula for 24 hours)
- Cup feeding is safer than bottle
- Clean the cup and utensils with soap
- If using a bottle, also boil for 5 minutes or sterilise after each use

Age months Amount and times per day

0 - 1	50 ml x 8
1 - 2	75 ml x 7
2 - 3	125 ml x 6
3 - 4	150 ml x 6
4 - 5	175 ml x 6
5 - 6	200 ml x 6

- Give these amounts of formula 6 to 8 times a day:

Safe transition from exclusive breastfeeding



Safe transition means rapidly changing from all breast milk, to no breastmilk*

Avoid mixing breastmilk with other food or fluids (this increases HIV risk).

Suggest transition some time between 4 and 6 months, or earlier if mother can safely do so. Do not breastfeed after 6 months.

Help mother prepare for transition:

- Mother should discuss weaning with her family if possible
- Express milk to practice cup feeding
- Find a regular supply of formula or other milk e.g. full cream cows milk
- Learn how to prepare and store milk safely at home

Help mother make the transition:

- Teach mother to cup feed her baby
- Clean all utensils with soap and water
- Start giving only formula or cows' milk.
- **Stop breastfeeding completely.**
- Express and discard some breastmilk, to keep comfortable till lactation stops.
- Give complementary feeds from 6 months

6 Months up to 12 Months



Do not breastfeed after six months *.

Give 3 servings of nutritious complementary foods. Always mix either margarine, fat, oil, peanut butter or ground nuts with porridge.

Also add:

- Give egg, beans, dhal, meat, fish, chicken / chicken livers, locally available protein e.g. mopani worms or full cream milk and
- mashed fruit and vegetables, each day.

Give at least 3 cups of full cream milk (or infant formula) per day. Give milk with a cup, not a bottle.

If no milk available, give 6 complementary feeds per day



*If child has HIV INFECTION or SUSPECTED SYMPTOMATIC HIV, follow the feeding recommendations on p. 18

12 Months up to 2 Years



Give at least 5 adequate nutritious feeds.

Increase either the variety and quantity of family foods:

- Mix margarine, fat, oil, peanut butter or ground nuts with porridge
- Give egg, beans, dhal, meat, fish, chicken / chicken livers, locally available protein e.g. mopani worms
- Give fruit or vegetables twice every day
- Give milk every day

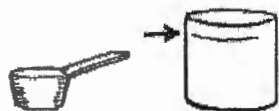
Feed actively with own serving



BYLAEH IMCI riglyne vir voorligting aan MIV-positiewe moeders aangaande babavoeding

COUNSEL THE MOTHER ABOUT GIVING REPLACEMENT FEEDS

➤ Safe Preparation of Formula Milk

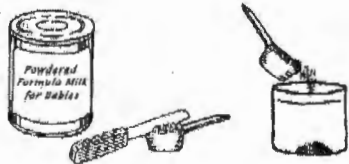


Always use a marked cup or glass and spoon to measure water and a scoop to measure formula powder.

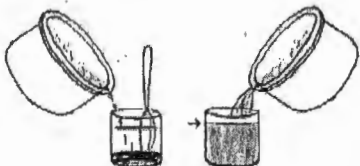


Wash your hands before preparing a feed.

Bring the water to the boil and then let it cool. Keep it covered while it cools.



Measure the formula powder into the marked cup or glass. Make the scoops level. Put in one scoop for every 25 ml of water.



Add a small amount of cooled boiled water and stir. Fill the cup or glass to the mark with the water. Stir well.



Feed the baby using a cup.

Wash the utensils.



➤ How to feed a baby with a cup

- Hold the baby sitting upright or semi-upright on your lap
- Hold the small cup of milk to the baby's mouth. Tip the cup so that the milk just reaches the baby's lips. The cup rests lightly on the baby's lower lips and the edges of the cup touch the outer part of the baby's upper lip. The baby will become alert
- Do not pour milk into the baby's mouth: A low birth weight baby starts to take milk with the tongue. A bigger / older baby sucks the milk, spilling some of it
- When finished the baby closes the mouth and will not take any more. If the baby has not had the required amount, wait and then offer the cup again, or offer more frequent feeds

➤ Approximate amount of formula needed per day

Age in months	Weight in kilos	Approx. amount of formula in 24 hours	Previously boiled water per feed	Number of scoops per feed	Approx. number of feeds
Birth	3	400 ml	50	2	8 x 50 ml
2 weeks	3	400 ml	50	2	8 x 50 ml
6 weeks	4	600 ml	75	3	7 x 75 ml
10 weeks	5	750 ml	125	5	6 x 125 ml
14 weeks	6.5	900 ml	150	6	6 x 150 ml
4 months	7	1050 ml	175	7	6 x 175 ml
5 months	8	1000 ml	200	8	6 x 200 ml