



'n Onderzoek na, en evaluasie van voorgeboorte versorging en
-voorligting soos verskaf aan gesonde, blanke, gehude primi=
gravidas in die stad en distrik van Bloemfontein waarvan die
bevallings hanteer is in die Nasionale Hospitaal, Bloemfontein.

deur Esther Williams

B9

Biblioteek

U.O.F.S.

Under location!

Library

U.O.F.S.

BLOEMFONTEIN

Besorg terug op:

Return on:

29 AUG 1996

12 SEP 1996
- 3 OCT 1996

E

v 12 FEB 1998

k 1998 -05- 1 4

i 27 SEP 2000

l

i

by as 'n gedeelte van die
statistika (Verpleeg=
vanje-Vrystaat deur my
'n graad of 'n gedeelte=
der universiteit ingedien

Esther Williams

Januarie 1975.

UOVS - SASOL-BIBLIOTHEEK



11104049680222000010

Sperry

175439

HIERDIE EXEMPLAAR IS ONDER
GEEN OMSTANDIGHEDE UIT DIE
BIBLIOTHEEK VERWIJDER WORD NIE

BEDANKINGS

Aan die studieleier, mej. A.P. Barnard, my dank vir haar leiding tydens die opstel van die skripsie.

Ook my dank aan prof. R.A. Viljoen vir sy vriendelike hulp.

Hiermee bedank ek ook graag die geneeshere en die verplegingspersoneel van die kraaminrigting, Nasionale Hospitaal, wat dit vir my moontlik gemaak het om hierdie studie te doen.

E. Williams.

<u>HOOFSTUK I</u>	1
1. ALGEMENE INLEIDING	1
2. METODE VAN ONDERSOEK	2
3. DIE ONDERSOEKGROEP	2
4. DIE DOEL VAN DIE ONDERSOEK	3
5. TITELKEUSE	5
 <u>HOOFSTUK II</u>	6
1. GESKIEDKUNDIGE AGTERGROND	6
2. DEFINIËRING VAN BEGRIPPE	12
 <u>HOOFSTUK III</u>	14
1. DIE DOEL VAN VOORGEBOORTE VERSORGING EN -VOORLIGTING 14	
2. AANMELDING VIR VOORGEBOORTE VERSORGING EN -VOORLIGTING	16
2.1 Die eerste voorgeboorte ondersoek	18
2.2 Persoonlike besonderhede	18
2.3 Die neem van geskiedenis	20
2.3.1 Ginekologiese geskiedenis	21
2.3.2 Mediese siektetoestande	21
2.3.3 Sjirurgiese geskiedenis	24
2.3.4 Emosionele toestand	24
3. VOLLEDIGE MEDIESE ONDERSOEK	25
4. NOODSAAKLIKE TOETSE EN ONDERSOEKE	26
4.1 Massabepaling	26
4.2 Dieet tydens swangerskap	27
4.3 Voorgeskrewe medisyne tydens swangerskap	28
4.4 Lengte	28

Inhoudsopgawe (vervolg)	<u>Bladsy</u>
4.5 Die urinetoets	29
4.6 Bepaling van bloeddruk	29
4.7 Bloedtoetse	31
4.8 Mediese ondersoek deur die geneesheer	32
5. VOORLIGTING EN ADVIES	33
5.1 Mondversorging	33
5.2 Borsvoeding	33
5.3 Borsversorging	34
5.4 Oefening tydens swangerskap	35
5.5 Rus en ontspanning	36
5.6 Kleredrag	36
5.7 Reis gedurende swangerskap	37
5.8 Rook	38
6. MINDER ERNSTIGE ONGESTELDHED VAN SWANGERSKAP ...	38
7. KLINIESE PELVIMETRIE	39
8. BYGELOWE	40
9. OPVOLGBESOEKE	40
10. GEESTELIKE EN EMOSIONELE VOORBEREIDING	41

HOOFSTUK IV

ONTLEDING VAN VRAELYTE EN EVALUASIE VAN GEGEWENS ...	44
1. OUDERDOMSVERSPREIDING VAN RESPONDENTE	44
2. KERKVERBAND VAN RESPONDENTE	46
3. KATEGORIEË MEDIESE DIENSTE	47
4. AANMELDING VIR EERSTE VOORGEBOORTE ONDERSOEK	49
5. RESPONS OP INLIGTING VERKRY M.B.T. PERTINENTE SIEKTETOESTANDE	50
6. RESPONSKATEGORIEË OP MOONTLIKE RUBELLA-INFEKSIE	53

Inhoudsopgawe (vervolg)	Bladsy
7. MASSABEPALING VAN RESPONDENTE	54
8. BEPALING VAN DIE LENGTE VAN RESPONDENTE	55
9. GEREELDHEID VAN URINETOETSING	56
10. GEREELDHEID VAN BLOEDDRUKBEPALING BY RESPONDENTE ..	58
11. VERKRYGING VAN BLOEDMONSTERS VAN RESPONDENTE	59
12. MEDIESE ONDERSOEK VAN RESPONDENTE	62
12.1 Metode van mediese ondersoek van respondente	62
13. GEREELDE UITVOER VAN NOODSAAKLIKE ONDERSOEKE	64
14. GEREELDE VOORGEBOORTE BESOEKE DEUR DIE RESPONDENTE .	66
15. GEBRUIK VAN MEDISYNE TYDENS SWANGERSKAP	67
15.1 Respondente bewus van doel van spesifieke pille ..	67
16. ADVIES VERSKAF AAN RESPONDENT T.O.V. DIEET	68
16.1 Hoeveelheid voedsel geëet deur respondente	69
17. SIGARETTE GEROOK DEUR RESPONDENTE TYDENS SWANGERSKAP	71
17.1 Aantal sigarette gerook per dag deur respondente ..	71
18. MONDHIGIËNE TYDENS SWANGERSKAP	72
18.1 Aantal besoeke aan tandarts deur respondente	72
19. VOORKOMS VAN MINDER ERNSTIGE ONGESTELDHED TYDENS SWANGERSKAP EN BEHANDELING VERSKAF AAN RESPONDENTE	73
19.1 Middels deur respondente gebruik	73
19.2 Middels aan respondente voorgeskryf	74
19.3 Probleme m.b.t. hardlywigheid ondervind deur respondente	74
19.4 Middels deur respondente gebruik	74
19.5 Middels verskaf aan respondente op voorskrif	75
20. RESPONDENTE HET SPORT BEOEFEN EN AKTIEF GEBLY	77
20.1 Respondente beskou oefening tydens swangerskap belangrik	77
20.2 Advies aan respondente oor oefening tydens swanger skap	77

21	ADVIES AAN RESPONDENTE OOR KLEREDRAG TYDENS SWANGER=	
	SKAP	80
21.1	Advies aan respondente oor ondersteunende gordel .	80
21.2	Aantal maande wat respondente stywe gordel tydens	
	swangerskap gedra het	81
22.	REIS GEDURENDE LAASTE 4 WEKE VAN SWANGERSKAP	82
23.	RUS TYDENS DIE LAASTE 2 MAANDE VAN SWANGERSKAP ..	83
23.1	Rusperiodes gedurende die dag	84
23.2	Respondente deur geneesheer of kliniekpersoneel	
	aanbeveel om te rus	84
24.	BORSVOEDING DEUR RESPONDENTE	85
24.1	Redes waarom borsvoeding nie gegee word nie	86
24.2	Inligting en voorligting oor borsvoeding	88
24.3	Wyse waarop inligting oor borsversorging bekom	
	is deur respondente	89
24.4	Borsversorging toegepas tydens swangerskap	90
24.5	Metodes vir borsversorging toegepas deur respondente	91
25.	AANTAL RESPONDENTE WAT KLINIESE PELVIMETRIE OP 36	
	WEKE SWANGERSKAP ONDERGAAN HET	92
26.	KEUSE VAN RESPONDENTE TUSSEN KEISERSNIT EN NORMALE	
	BEVALLING	94
26.1	Redes vir voorkeur aan keisersnit	94
27.	BYGELOWIGHEID BY RESPONDENTE	95
28.	OPTREDE VAN RESPONDENTE	
	SWANGERSKAP	96
28.1	Optrede deur respondente sodra vliese ruptuur ...	97
28.2	Kennis van respondente omtrent tekens en simptome	
	van kraam	99
29.	VOORBEREIDING VAN RESPONDENT VIR BEVALLING	100

HOOFSTUK V

AANBEVELINGS		103
--------------	-------	-----

HOOFSTUK VI

OPSOMMING EN SLOTSOM		111
----------------------	-------	-----

AANHANGSEL A

VRAELYS SOOS GEBRUIK IN HIERDIE ONDERSOEK		114
---	-------	-----

BIBLIOGRAFIE		120
--------------	-------	-----

HOOFSTUK I

1. ALGEMENE INLEIDING

Goeie voorgeboorte versorging en voorligting aan die swanger vrou lê 'n stewige basis vir liggaamlike en geestelike gesondheid van die moeder en baba.

Omdat vandag se jong manne en vroue môre die leiers van ons volk sal wees, moet elke swanger vrou die beste voorgeboorte versorging en die nodige voorligting ontvang. Die behoorlike versorging van die swanger vrou en haar ongebore baba word nie as 'n menslikheidsdaad beskou nie, maar as 'n noodsaaklikheid vir die geestelike, maatskaplike en sosio-ekonomiese welsyn van die samelewing.

Omdat die vakkundige komitee oor kraamopleiding van die Wêreld Gesondheidsorganisasie bewus is van die belang van behoorlike mediese toesig en onderrig aan swanger vroue, is daar 'n aanbeveling gedoen oor die gesindhede, kennis en vaardighede wat van verloskundige personeel verlang word.

In hierdie aanbevelings word dit gestel dat verloskundige personeel 'n begrip van sielkunde, fisiologie en patologie van kindergeboorte sowel as deeglike praktiese vaardigheid moet besit. Die emosionele- en voedingsaspekte van swangerskap moet ook beklemtoon word in die verskaffing van voorgeboorte versorging.

In die moderne samelewing het die doel van gesondheidsorg verskuif vanaf die behandeling van akute siektetoestande na die voorkoming van siekte en behandeling van die sieke as 'n individu. „There is a new interest in the total quality of life rather than merely in disease and infirmity".(17,p.1523)

Dit is vandag nie net voldoende om 'n lewende moeder en baba te verseker na baring nie, maar goeie kommunikasie tussen die swanger vrou en die geneesheer of die vroedvrou poog om elke swanger vrou voor te berei en op te voed om een van die mees uitdagende ondervindinge in haar lewe suksesvol te deurleef. Sodoende kan die algehele fisiese, geestelike en sosiale welsyn van die moeder en baba positief beïnvloed word.

2. METODE VAN ONDERSOEK

1. Die naspoor en opstel van 'n bibliografielys wat betrekking het op voorgeboorte versorging.
2. Die studie van gepubliseerde werke waarna verwys word.
3. 'n Vergelykende en evaluerende opname deur die gebruik van vraelyste en onderhoudvoering.
4. Die gebruik van vraelyste en onderhoudvoering.

3. DIE ONDERSOEKGROEP

Die ondergroep het bestaan uit 120 gesonde, gehude, blanke primigravidas in die stad en distrik van Bloemfontein waarvan die bevallings hanteer is in die Nasionale Hospitaal, Bloemfontein. Die ondersoeker het persoonlik die vrae aan die respondente gestel en self die antwoorde op die vraelyste aangeteken.

Die basis van seleksie was die van beskikbaarheid en bereidwilligheid van die respondente mits toestemming deur die betrokke geneesheer verleen is om sy pasiënte te gebruik in hierdie ondersoek.

In hierdie ondersoek is daar nie onderhoude met ongehude moeders gevoer nie, aangesien alle inligting oor hierdie pasiënte geheim gehou moet word.

Twee geneeshere het toestemming geweier en hulle pasiënte kon dus nie by hierdie ondersoek betrek word nie. Die een geneesheer is 'n spesialis en die ander geneesheer wat toestemming geweier het, is 'n algemene praktisyn.

Daar was 3 vroue wat geweier het om vraelyste te voltooi. Die een respondent het geen rede verskaf vir haar weiering nie; die ander respondent het gestel dat sy reeds soveel moes deurmaak dat sy nie kans sien vir onnodige vermoëienis nie; die derde respondent het skepties en agterdogtig teenoor die ondersoek gestaan en dus geweier om 'n vraelys te voltooi.

Die vraelyste is voltooi vanaf 29.7.74 tot 29.11.74 in die tye wanneer die ondersoeker die kraaminrigting besoek het.

4. DIE DOEL VAN DIE ONDERSOEK

Die skryfster het in die praktyk dikwels pasiënte verpleeg wat komplikasies tydens swangerskap en baring ondervind het as gevolg van onvoldoende voorgeboorte versorging. Die onder=

soeker voel dat dit tragies is dat die swanger vrou so dikwels voel dat die geneesheer of die vroedvrou haar sien as net nog 'n swanger vrou wat 'n baba gaan kry.

Die swanger vrou wat geen emosionele of geestelike voorbereiding gehad het gedurende baring nie, was dikwels nie in staat om haar angs en emosies te beheer tydens baring nie. Die geboorte van haar baba was vir haar 'n traumatiese ervaring wat so gou as moontlik vergeet moet word.

Die vrou wie se bloeddruk nooit of selde tydens swangerskap bepaal is nie; of wie se urine nooit tydens swangerskap getoets is nie en dan akute abruptio placentae ontwikkel, se babatjie sterf terwyl haar eie gesondheid 'n ernstige knou kry.

Die ondersoek is dus gedoen om te bepaal of sulke voorvalle nou enigmaal die lot van die vrou sal wees. Die ondersoek is dus nie 'n bydrae tot die reeds bestaande kennis oor voorgeboorte versorging nie, maar is gedoen in 'n poging om die tekorte in die huidige sisteem aan te toon sodat elke lid van die multidissiplinêre span steeds sal strewe om sy bydrae in die verskaffing van voorgeboorte versorging te verbeter.

5. TITELKEUSE

Die skryfster huldig die mening dat voorgeboorte versorging 'n belangrike gedeelte van voorkomende gesondheid vorm.

Soos voorgeboorte versorging en voorligting in Bloemfontein verskaf word, word die diens deur verskeie positiewe elemente gekenmerk sowel as sekere basiese tekortkominge. 'n Studie om hierdie tekortkominge aan die lig te bring sodat voorgeboorte versorging primêr voorkomende en nie genesende gesondheidsdienste sal wees nie, word aangebied onder die titel:

'n Ondersoek na, en evaluasie van voorgeboorte versorging en - voorligting soos verskaf aan gesonde, blanke, gehude primigravidas in die stad en distrik van Bloemfontein waarvan die bevallings hanteer is in die Nasionale Hospitaal, Bloemfontein.

HOOFSTUK II

1. GESKIEDKUNDIGE AGTERGROND

Uit die studie van diere en primitiewe gemeenskappe blyk dit dat die vrou in kraam aanvanklik heeltemal alleen gelaat is. Hoewel die eggenoot voorsiening gemaak het vir en die baba verwelkom het, het hy geen belangstelling getoon in die kraamproses nie.

Nadat die gesin 'n tipiese kenmerk en deel van die primitiewe stamme geword het, het vrouens met ervaring begin om ander lede van die gesin en die familie by te staan tydens kraam. Op hierdie wyse het hierdie vroue ervaring en ondervinding opgedoen oor die verloop van swangerskap en baring.

Omdat reproduksie so 'n belangrike rol in die voortbestaan van die primitiewe gemeenskap gespeel het, was kindergeboorte 'n onderwerp met talle bygelowe en toordery. Omdat die misterie so 'n belangrike rol gespeel het, is toormiddels en gelukbringers gebruik om bose geeste weg te hou van die swanger vrou.

Omdat die vroedvrou van hierdie tyd nie die kraamproses verstaan het nie, is die vrou in baring, veral waar komplikasies voorgekom het, aan ruwe en dikwels onmenslike prosedures onderwerp. Die lot van die siekes was in die hande van toordokters, en hoewel priesters en ander geleerdes later die praktyk van die medisyne oorgeneem het, het die verloskunde in die hande van die

onopgeleide vroedvroue gebly. Daar was dus geen vooruitgang op die gebied van die verloskunde nie.

Reeds in die Ou Testament word die vroedvrou beskryf. Hoewel hierdie vroedvroue steeds die bevallings waargeneem het, is geen voorgeboorte versorging aan die swanger vrou verskaf nie. In die Bybel word die uiterste emosionele en liggaamlike lyding geïmpliseer deur die vrou in baring as voorbeeld te gebruik.

In die ou Griekse kultuur het 'n wet bestaan wat vereis het dat vroedvroue self kinders moet hê. Sokrates, seun van 'n vroedvrou, het van sommige van die probleme van baring van sy moeder geleer, maar baie min was hieroor beskryf. Hippocrates, wat as die vader van medisyne beskou word, het min praktiese kennis getoon in die dele wat hy oor verloskunde geskryf het.

sover bekend, was Soranus die eerste persoon om in obstetrie en ginekologie te spesialiseer. Sy geskrewe werk, DE MORBIS MULIERUM, was die belangrikste bron wat oor obstetrie en ginekologie gehandel het vir ongeveer 1,500 jaar. Uit hierdie geskifte blyk dit egter duidelik dat hierdie vroeë skrywers nie hulle teorieë in die praktyk getoets het nie.

In die Donker Eeue het die leerstellinge van Hippocrates en Soranus saam met die Romeinse Ryk verdwyn. In hierdie tydperk van intellektuele stagnasie is die verloskunde oorheers deur die onopgeleide en bygelowige vroedvrou.

Die grootste vooruitgang van die 16de eeu was ongetwyfeld die uitvinding van die drukpers. Die eerste boek oor verloskunde is toe in 1513 gedruk. Hierdie boek, ROSENGARTEN, deur Eucharius Rosslin, is in 1540 in Engels vertaal. Omdat so min van die vroedvroue van hierdie tydperk kon lees, het hulle voortgegaan om verloskunde in onkunde te beoefen.

Die gevierde Franse sjirurg, Ambroise Paré (1510-1590) het die fondament vir moderne obstetrie gelê. Paré was die eerste persoon wat die bevalling hanteer het terwyl sy pasient op 'n bed lê; hy het ook wel perineale skeure geheg. Die opleidingskool vir vroedvroue wat hy in Parys gestig het, het daartoe gelei dat hierdie opgeleide vroedvroue abnormaliteite van kraam kon uitken en dus mediese hulp kon ontbied. Paré was die eerste persoon wat voorgeboorte versorging aanbeveel het. Hy was die mening toegedaan dat voorgeboorte versorging 'n belangrike bydrae sou lewer tot voorkoming van komplikasies van baring.

In die 17de eeu is die bloedsirkulasie deur William Harvey beskryf.

Louis XIV van Frankryk het besluit om 'n geneesheer in te roep om die bevalling van een van sy minnaresse waar te neem. Louis XIV was so beïndruk met die geneesheer se uitstekende diens, dat hy die titel van accoucheur aan die geneesheer toegewys het.

Mauriceau het in 1668 'n belangrike werk oor verloskunde gepubliseer. Hierdie werk is in 1672 deur Hugh Chamberlen in Engels

vertaal en sodoende het hy 'n belangrike bydrae tot die vooruitgang van verloskunde in Engeland gelewer. In hierdie eeu het die Chamberlen-familie ook die obstetriesse tang ontwerp wat later algemeen gebruik was.

In die 18de eeu was dit veral William Smellie (1697-1763) wat 'n groot rol gespeel het in die vooruitgang van die verloskunde. Hy het die talle bygelowe en misterie wat swangerskap en baring omhul het, geignoreer en 'n grondige basis vir die kuns en wetenskap van obstetrie daargestel. Smellie het die tegniek van die obstetriesse tang feitlik vervolmaak en in 1737 beskryf hy 'n keisersnit wat in Skotland uitgevoer is. William Smellie se invloed op die ontwikkeling en vooruitgang in obstetrie, was verreikend.

Die uitstaande figure tydens die 18de eeu, was sir J.Y. Simpson wat beskou word as een van die pioniers wat gepoog het om pyn gedurende kraam te verlig.

Voorgeboortelike versorging van die swanger vrou is een van die meer onlangse ontwikkelings in die geskiedenis van obstetrie.

Dr. J.W. Ballantyne wat beskou word as die vader van voorgeboortelike versorging, was 'n lektor aan die Universiteit van Edinburgh. In April, 1901, skryf dr. Ballantyne sy bekende „A Plea for a Pro-Maternity Hospital". Hierin wys hy hoe min vooruitgang gemaak is op die gebied van voorgeboorte versorging van die swanger vrou. Hy beklemtoon die feit dat verloskundiges nog

steeds in die donker tas met betrekking tot die aard van pre-eklampsie, hiperemesis gravidarum, hidramnios en meeste van die idiopatiese siektetoestande wat voorkom in die fetus. „At the best they were but slowly seeking after the truth, being much hampered by the absence of reliable information concerning the physiology of pregnancy, and more especially, the physiological chemistry of pregnancy." (23,p.813)

Hy bepleit die „pro-maternity hospital" waarin swanger vroue, wat nie in baring is nie, opgeneem kan word. Swanger vroue wat komplikasies van swangerskap ondervind, soos hiperemesis gravidarum en pre-eklampsie, kan dan gehospitaliseer word en onder observasie gehou word.

In 1901 ontvang dr. Ballantyne 'n skenking van £1,000 (twee duisend rand) wat hom in staat stel om 'n bed in die Royal Maternity Hospital te bekom, spesifiek vir die opname van swanger vroue met komplikasies van swangerskap. Daar is ook aanvanklik gedink dat kongenitale anomalieë by babas voorkom kan word deur versorging van die swanger vrou.

Hoewel die resultate wat hierdie voorgeboorte versorging opgelewer het, ietwat teleurstellend was gedurende die eerste 25 jaar, was daar beslis 'n daling in die moederlike en fetale sterftesyfers teenwoordig. Hierdie vooruitgang is egter toegeskryf aan verbeterde metodes van praktyk en nie aan die voorgeboorte versorging van die swanger vrou nie.

Na die tot standkoming van die Central Midwives Board het vroedvroue se opleiding verbeter. Die vroedvroue het van krag tot krag gegaan en is beskou „as a well-educated, well-trained and highly skilled body of professional women." (28,p.90)

In 1901 word in Boston, V.S.A., begin om swanger vroue tuis te besoek. In 1911 word die eerste voorgeboorte kliniek in Boston oopgestel; in 1912 ook in Sydney en in 1915 volg Edinburgh dieselfde voorbeeld.

In 1900 is die bloedgroepe deur Landsteiner ontdek. Dit het 'n groot bydrae gelewer om die lewens van moeders, met ernstige antepartum- of postpartum bloedings, te red. Minder moederlike sterftes a.g.v. postpartum bloeding het voorgekom na die belangrike ontdekking van ergometrine deur Moir en Dudley in 1935.

In Suid-Afrika het ons eers in 1943 bewus geraak van die waarde van voorgeboorte versorging. Daarna is 'n landswye veldtog geloods om vroue bewus te maak van die noodsaaklikheid van voorgeboorte versorging. Munisipaliteite het hulle beywer vir die oprigting van voorgeboorte klinieke, sowel as vir die voorsiening van behoorlike opgeleide verplegings personeel om sodoende 'n goeie diens te lewer.

Ons bevind ons vandag in die posisie, waar die meeste persone 'n lid is van 'n mediese hulpskema, en dit stel die mens in 'n beter posisie om van die beskikbare mediese hulp gebruik te maak.

Groot ondernemings soos die spoorweë en die groter goud- en diamantmyne, het geneeshere in diens om om te sien na die werkers en hulle gesinne. Gratis mediese dienste en gratis hospitalisasie is binne die bereik van die minder bevoorregte persone in die gemeenskap.

Mediese hulp, en spesifiek voorgeboorte versorging van die swanger vrou, is binne die bereik van elke persoon, maar almal maak nie gebruik van hierdie dienste nie.

"Only the patient can make the decision to seek early prenatal care, to actually take the medicine prescribed or even provided, to substitute knowledge for wishful thinking. The problems of health care extend beyond establishing the proper medical diagnosis, prescribing the appropriate medication, interventive procedure or regimen and evaluating the results of the treatment. It involves conditioning the patient to a sensitivity of his own needs, a desire to do something about them and initiative to take the required action." (17, p.1525)

2. DEFINIËERING VAN BEGRIPPE

Voorgeboorte versorging behels die mediese versorging van en -voorligting aan die swanger vrou ten einde haar liggaamlik, geestelik en emosioneel voor te berei vir swangerskap, baring en die puerperium. Om die beste mediese versorging te verseker, moet van verskeie noodsaaklike kliniese en spesiale ondersoeke en toetse gebruik gemaak word.

In die „Encyclopedia and Dictionary of Medicine and Nursing“ word ’n primigravida beskryf as ’n vrou wat vir die eerste keer swanger is.

HOOFSTUK III

VOORGEBOORTE VERSORGING EN VOORLIGTING SOOS BESKRYF IN LITERATUUR EN SOOS AANGEBIED IN DIE STAD BLOEMFONTEIN

1. DIE DOEL VAN VOORGEBOORTE VERSORGING EN VOORLIGTING

Gesien vanuit 'n biologiese oogpunt, is swangerskap en baring die belangrikste funksie van die vrou. Swangerskap en baring word as 'n normale fisiologiese proses beskou. Die verskeie fisiologiese veranderinge wat in die swanger vrou se liggaam plaasvind, veroorsaak dat die grens tussen gesondheid en siekte nie so duidelik onderskei kan word gedurende swangerskap as in die nie-swanger toestand nie. 'n Matige verandering in 'n bepaalde liggaamsfunksie mag van geen of baie min waarde wees vir die nie-swanger vrou. Gedurende swangerskap mag hierdie verandering 'n waarskuwingsteken wees van 'n potensiële patologiese toestand wat die gesondheid van die moeder en haar baba kan benadeel.

Voorgeboorte versorging en voorligting is dus noodsaaklik vir elke swanger vrou.

Die doelstellings van voorgeboorte versorging en voorligting word kortliks gestel:

- a. Om goeie liggaamlike en geestelike gesondheid by die moeder te bevorder en te behou en te voorsien in haar veranderde behoeftes.
- b. Om 'n voltydse swangerskap te verseker en die verlossing van 'n lewende, gesonde baba te verseker. Om 'n normale

swangerskap en 'n gesonde baba te verseker, is die vroeë diagnose en effektiewe behandeling van siektetoestande soos diabetes mellitus, noodsaaklik.

c. Om komplikasies van swangerskap vroeg te diagnoseer en doeltreffend te behandel. Alleenlik deur vroeë diagnose en behandeling van toestande soos pre-eklampsie, kan lewensgevaarlike komplikasies soos eklampsie en abruptio placentae voorkom word.

d. Om komplikasies van baring te voorkom deur die tydige diagnose van toestande wat meganiese obstruksie tydens baring mag veroorsaak. Veral van belang hier, is die vernoude bekken, abnormale liggings en wanpresentasies asook erge kongenitale abnormaliteite van die fetus wat obstruktiwe kraam mag veroorsaak.

e. Een van die doelstellings van voorgeboorte versorging is om komplikasies tydens die puerperium te voorkom. Deur vroeë diagnose en behandeling van septiese foki kan puerperale infeksie en borsabsesse voorkom word.

Deur voorligting oor die verloop van swangerskap en baring te verskaf, kan vrees en spanning verminder word. Emosionele stabiliteit is van onskatbare waarde vir elke swanger vrou, en voldoende emosionele voorbereiding van die swanger vrou het beslis 'n belangrike invloed op die normale verloop van kraam.

f. Om borsvoeding aan te moedig. Gedurende swangerskap is die vrou by uitstek vatbaar vir oortuiging. Die swanger vrou is ook gretig om kennis te versamel oor babasorg en

voeding ten einde die beste voeding aan haar baba te gee en sodoende voedingsprobleme te voorkom.

g. Om basiese onderrig en voorligting oor die verloop van swangerskap en baring aan die swanger vrou en haar eggenoot te verskaf. Sodoende kan wanbegrippe uitgeskakel word en deur kennis word die vrees vir kindergeboorte tot 'n groot mate verminder.

Optimale voorbereiding vir die geboorte van haar baba, sowel as vir die aanvaarding van haar ongebore baba, is 'n belangrike aspek van die voorgeboorte versorging van die swanger vrou.

h. 'n Verdere doelstelling van voorgeboortelike versorging en voorligting is om die moederlike en die perinatale mortaliteitsyfer so laag as moontlik te hou.

2. AANMELDING VIR VOORGEBOORTE VERSORGING EN -VOORLIGTING

Die belang van vroeë en aaneenlopende mediese toesig gedurende swangerskap kan nie oorbeklemtoon word nie. Dit is noodsaaklik dat elke swanger vrou so vroeg as moontlik in swangerskap sal gaan vir voorgeboorte versorging. Afhangende van haar ekonomiese status, gezondheidstoestand en spesifieke beskouinge kan die vrou na 'n privaat praktisyn, 'n spesialis of 'n voorgeboorte kliniek gaan. Die ideaal is dat elke vrou 'n behoorlike mediese ondersoek moet ondergaan voor swangerskap of so vroeg as moontlik in die eerste trimester van swangerskap. Sodoende kan die geneesheer die pasiënt evalueer in haar normale, nie-swanger toestand of so vroeg as moontlik gedurende swangerskap. Hierdie

evaluasie kan as riggsnoer dien in die versorging en die behandeling van hierdie pasiënt gedurende swangerskap. Vroeë uitkenning en behandeling van probleme en siektetoestande wat ontstaan as gevolg van, of geassosieer word met swangerskap, word dus vergemaklik as die pasiënt so vroeg as moontlik gedurende swangerskap haar vir mediese toesig en versorging aanmeld.

Die feit bly egter staan dat geen pasiënt gedwing kan word om haar aan voorgeboorte versorging te onderwerp nie. Die besluit om vir voorgeboorte versorging en voorligting aan te klop, bly basies die vrou se verantwoordelikheid. In ons hedendaagse lewe strek mediese hulp verder as net bloot die verskaffing van voorgeboorte versorging of die voorskryf van tablette. Dit behels ook motivering van elke pasiënt ten einde 'n begrip te hê van haar eie behoeftes tydens swangerskap. Hierdie motivering van die pasiënt het ook essensiële ten doel om die pasiënt aan te spoor om eie inisiatief aan die dag te lê en die verlangde optrede uit te voer - in die geval van die swanger vrou dus aanmelding vir vroeë en gereelde voorgeboorte versorging.

Die eerste twaalf tot sestien weke is die belangrikste tydperk in die ontwikkeling van die embrio en die fetus. Essensiële organe en sisteme word in hierdie tydperk gevorm. Dit is dus uiters belangrik vir die ongebore baba dat die moeder reeds onder mediese toesig sal wees in hierdie tydperk. 'n Wesenlike gevaar gedurende die eerste sestien weke van swangerskap vir die vrou wat nie onder mediese toesig is nie, is die gebruik van onbekende en onbeproeefde middels asook die vaksine teen rubella. Hierdie vaksine het 'n teratogeniese effek en swanger=

skap is 'n kontra-indikasie vir die toediening van sodanige vaksine.

Dit is die taak en die verantwoordelikheid van die gesondheidspan om die algemene publiek bewus te maak van die belang van voorgeboorte versorging. Virginia Henderson het dan ook gesê dat een van die unieke funksies van die verpleegster daarin lê dat sy die sieke en die gesonde help om so te handel dat die herwinning of opbou van hulle gesondheid daardeur bevorder word.

2.1 Die eerste voorgeboorte ondersoek

Die eerste voorgeboorte ondersoek van die swanger vrou is baie belangrik. Tydens hierdie besoek word al die nodige inligting van die pasiënt verkry. Wanneer die swanger vrou vir die eerste keer ontmoet word, is dit belangrik dat sy aan die geneesheer voorgestel word. Dit is essensiëel dat sy erken sal word as 'n individu betrokke by een van die belangrikste gebeurtenisse in die lewe van elke vrou, en nie maar net as nog 'n swanger vrou nie. Die geneesheer en die vroedvrou se optrede behoort sodanig te wees dat die pasiënt op haar gemak kan voel; terwyl 'n wedersydse vertrouens-verhouding noodsaaklik is. Dit is dan ook so dat die pasiënt wat voel sy word aanvaar in haar eie waardige hoedanigheid as individu, meer geredelik inligting omtrent haarself en haar agtergrond sal verskaf.

2.2 Persoonlike besonderhede

Met die eerste voorgeboorte besoek, word vir elke pasiënt 'n

spesiale kaart of lêer gebruik waarop alle gegewens gedurende swangerskap aangeteken word. Die volgende persoonlike besonderhede moet van elke pasiënt verkry word: volle naam en van, huisadres en telefoonnommer, huwelikstaat, naam en adres van eggenoot, ras, ouderdom, gravida en pariteit asook kerkverband. Die belang van die kerkverband lê daarin dat dit altyd in gedagte gehou moet word by die behandeling wat toegepas word, bv. die Jehova se Getuie mag geen bloedoortapping ontvang nie. „They are determined to exercise every precaution, at whatever cost, in order to obey God's law and thereby be assured of life, if not now, then in the future under God's Kingdom rule." (27, p.15)

Die ouderdom van elke swanger vrou moet bekend wees omdat daar 'n neiging is tot verhoogde mortaliteit namate die vrou se ouderdom toeneem. In sy publikasie „Prerequisites for Successful Childbearing" het Sir Dugald Baird gesê: „It has been established that the outcome of a first pregnancy is best when the mother is young, between the ages of 18 and 22, and is healthy and well grown as a result of a very good environment from birth to maturity." (25, p.492) Volgens hom bereik sulke gesonde, jong vroue die piek van hul geneties gedetermineerde lengte terwyl hulle organe en weefsel volledig ontwikkel om optimale funksionering te verseker. Hoewel die vrou jonger as 20 jaar, fisies volwasse is en meesal relatiewe kort en maklike kraamprosesse deurloop, sê Baird dat sy dikwels nie geestelik en emosioneel opgewasse is vir die verantwoordelikheid wat die huwelik en moederskap aan haar stel nie.

Hierdie probleem kan egter grootliks oorkom word deur die hoë standaard van mediese en obstetriesse versorging asook deur doeltreffende emosionele voorbereiding en ondersteuning van die swanger vrou. „Postponement of first pregnancy to the middle twenties may result in a slight decline in fertility and reproductive efficiency, which a high standard of obstetrics can largely overcome." (25, p.497).

2.3 Die neem van geskiedenis

Dit is dikwels die geval dat 'n geneesheer die pasiënt vir die eerste keer ondersoek as sy by hom aanklop vir bevestiging van swangerskap. Die geneesheer is in sulke gevalle primêr aangewese op die geskiedenis van die pasiënt se gesondheid, om 'n voldoende evaluasie van sy pasiënt te maak. Ten einde 'n normale swangerskap en baring asook 'n gesonde, lewende baba te verseker, is dit noodsaaklik dat elke geneesheer en elke vroedvrou bewus sal wees van die pasiënt se huidige en vorige gesondheidstoestand. Die verkryging van 'n volledige geskiedenis van vorige en huidige siektetoestande, vorige operasies, frakture, bloedoortappings, allergiëe, geestesgesteldhede en familiegeskiedenis vorm 'n onmisbare deel van behoorlike voor-geboortelike versorging. Vir die verkryging van sodanige inligting word 'n enkel kamer of kantoor gebruik om privaatheid te verleen. Die vroedvrou of die geneesheer wat hierdie geskiedenis inwin, moet taktvol en simpatiek wees en die geduldig luister en alle inligting akkuraat op die pasiënt se lêer aanteken. Die inligting wat sodoende ingesamel word, moet altyd in berekening gebring word by die hantering van die

pasiënt, aangesien sekere siektetoestande spesifieke sisteme en organe permanent mag beskadig en dit mag aanleiding gee tot komplikasies in swangerskap en baring.

2.3.1 Ginekologiese geskiedenis

Een van die eerste vrae wat aan die pasiënt gestel word, is wanneer was die eerste dag van haar laaste menstruasie. Indien die pasiënt seker is van hierdie datum, kan die geneesheer of die vroedvrou die verwagte datum van die bevaling bepaal. Hierdie benaderde datum van die bevalling is van groot hulp vir die swanger vrou sowel as vir die geneesheer, want dit stel hulle in staat om die nodige voorbereidings en reëlins vir die bevalling betyds te tref. Inligting word ook verkry oor die ouderdom tydens die menarche, menstruasiesiklus en duur van menstruasie en of menstruasie met pyn gepaard gaan.

2.3.2 Mediese siektetoestande

Harttoestande en hartletsels is toestande wat ernstige komplikasies gedurende swangerskap en baring mag veroorsaak. Elke swanger vrou word uitgevra oor 'n moontlike hartletsel of vorige siektetoestande wat tot sodanige letsel mag lei, soos bv. rumatiesiese koors. Swangerskap plaas 'n verhoogde werkklas op die hart wat egter hanteer kan word deur die gesonde hart van 'n swanger vrou. Elke swanger vrou met 'n hartletsel het dus van die begin van swangerskap af, intensiewe mediese toesig en versorging nodig, sowel as tydens baring en die puerperium. Hierdie pasiënt word dus as 'n

hoë-risiko pasiënt beskou en hanteer.

Noukeurige navrae oor niertoestande en hoë bloeddruk asook familiële hoë bloeddruk moet gerig word. Waar die pasiënt 'n onderliggende nierletsel het, of ly aan, of 'n familiegeskiedenis van hoë bloeddruk het, moet hierdie pasiënt voortdurend onder streng observasie gehou word. Die komplikasie wat mag ontwikkel as gevolg van 'n onderliggende nierletsel en/of hoë bloeddruk is bekend as pre-eklampsie.

In Engeland is pre-eklampsie en eklampsie verantwoordelik vir 6% van die moederlike mortaliteit. (31) Waar die geneesheer hierdie gegewens van nierletsel of hoë bloeddruk verkry, besef hy dat voortdurende observasie van die van die pasiënt noodsaaklik is. Dit sal hom in staat stel om aktiewe voorkomende behandeling toe te pas sodra enige teken of simptoom van die toestand ontdek word. Vroeë diagnose verseker vroeë behandeling en eklampsie kan verhoed word en so kan moederlike sterfte voorkom word. Elke pasiënt moet ook spesifiek uitgevra word na skarlakenkoors, want dit mag 'n permanente nierletsel veroorsaak.

Die gevaar wat ongekontroleerde diabetes mellitus, hetsy latent of akute, vir die swanger vrou en haar ongebore baba inhou, kan nie oorbeklemtoon word nie. Dit is dus dringend noodsaaklik dat uitgevra word na diabetes mellitus, of 'n familiegeskiedenis daarvan. Die pasiënt mag ook 'n latente- of pre-diabeet wees. Die pasiënt met chemiese diabetes mellitus, d.w.s. sy het geen simptome van glukose nie, maar toon 'n abnormale glukoseverdraagsaamheidskurwe, loop ook 'n verhoogde risiko tydens swangerskap en baring. Die swanger

vrou met diabetes mellitus is 'n hoë risiko-pasiënt wat aan 'n traumatiese bevalling blootgestel is as sy nie uitstekende voorgeboorte versorging ontvang nie. Die perinatale verlies is in hierdie gevalle twee tot drie maal hoër as die normale. (2, p.288) 'n Hoë standaard van obstetriesse versorging, die voorkoming van infeksie, asidose en pre-eklampsie en genoeg rus is noodsaaklik vir hierdie pasiënt.

Dit is belangrik om uit te vra of die pasiënt, of 'n familielid, ly aan of gely het aan tuberkulose, veral pulmonale tuberkulose. 'n Pasiënt wat pulmonale tuberkulose opgedoen het, ondervind nekrose van aangetaste dele met swak bloedsirkulasie. Hierdie pasiënte voel dus moeg en uitgeput.

Die pasiënt word spesifiek uitgevra na vorige virusinfeksies en koorssiektes. Dit is noodsaaklik dat die geneesheer of die vroedvrou sal vasstel of die pasiënt enige virusinfeksie gedurende die eerste twaalf weke van swangerskap ondervind het. Een van die mees gevreesde siektetoestande wat die swanger vrou mag opdoen, is rubella. Rubella, selfs asimptomatiese rubella wat gedurende die eerste drie maande van swangerskap opgedoen word, mag aanleiding gee tot die sogenaamde rubella-sindroom in die baba. Hoewel moederlike rubella mag voorkom sonder fetale infeksie of kongenitale defekte by die baba, is dit vir die verwagterende vrou 'n geweldige bron van kommer en angs. In 1969 het Hardy en ander gevind dat rubella, selfs al kom dit voor na die eerste drie maande van swangerskap, dit verantwoordelik is vir vertraagde fisiese, verstandelike en motoriese ontwikkeling.

in die vroeë kinderjare. „Asymptomatic rubella after the first trimester can easily be overlooked as the cause of childhood deafness or of behavioural or language problems.”

(22, p.78) Hoewel dit in literatuurbronne voorgestel word, word hier plaaslik geen spesiale behandeling toegepas vir die swanger vrou wat in kontak was met rubella nie. Hierdie swanger vroue ondervind dus maande van angs en kommer oor hulle babas.

2.3.3 Sjirurgiese geskiedenis

Elke swanger vrou moet noukeurig uitgevra word na operasies wat sy reeds ondergaan het. Veral belangrik in hierdie opsig is vorige operasies aan die uterus, bv. 'n miomektomie of 'n amputasie van die serviks, of 'n suksesvolle operasie aan die uro-genitale traktus soos die herstel van 'n vesiko-vaginale fistel.

2.3.4 Emosionele toestand

Dit is noodsaaklik dat die geneesheer of die vroedvrou die persoonlikheid en die geestestoestand van elke swanger pasiënt moet bepaal en evalueer. Daar moet in hierdie geval altyd uiters taktvol uitgevra word na vorige geestesongesteldhede of 'n familiegeskiedenis van geestesversteuring. Waar geringe emosionele probleme tydens swangerskap voorkom, kan dit dikwels suksesvol hanteer word deur die verloskundige. Ernstiger emosionele probleme of 'n geskiedenis daarvan, behoort deur 'n psigiater ondersoek te word, sodat die pasiënt

net die beste behandeling kry. „Total care of the expectant mother must include full attention to her mental hygiene from the moment of her coming under ante-natal care until the time when her relationship with the baby is adequately established." (7, p.291)

In Amerika is die waarde van behoorlike voorgeboorte versorging reeds lank al besef en die Amerikaanse Vereniging wat hom beywer vir die bevordering van die gesondheid van die moeder en kind, het „The Mother's Charter" gepubliseer. 'n Kort uittreksel hieruit lui:

„The Defense of Mothers is the Defense of Nations. Every potential mother envisions the pleasures and obligations of creating and sustaining new life and is entitled to health and protection for the benefit of herself and humanity, and should have:....The right of proper and adequate care during pregnancy.

The right of preservation of health and life and happiness for herself and her family." (14, p.814)

3. VOLLEDIGE MEDIESE ONDERSOEK

Behalwe die verkryging van 'n volledige geskiedenis van elke swanger vrou, is dit noodsaaklik dat sy volledig ondersoek moet word deur die geneesheer. Saam met inligting wat uit die geskiedenis van die pasiënt verkry is, speel die resultate van hierdie ondersoek 'n belangrike rol in die bepaling van die pasiënt se algemene liggaamlike en geestelike toestand. Met al hierdie inligting tot sy beskikking kan die geneesheer die pasiënt evalueer, observeer en die nodige behandeling kan vroeg-

tydig beplan en toegepas word.

4. NOODSAAKLIKE TOETSE EN ONDERSOEKE

4.1 Massabepaling

Toename in liggaamsmassa speel 'n baie belangrike rol gedurende swangerskap. Tydens swangerskap behoort elke pasiënt 'n gebalanseerde dieet te volg en haar massa mag verkieslik nie met meer as 12 kg toeneem nie. Dit is dus noodsaaklik om elke swanger vrou so vroeg as moontlik in swangerskap te weeg. Daarna moet elke pasiënt met elke voorgeboorte ondersoek geweeg word en die massa moet akkuraat aangeteken word. Die belang van geleidelike en matige massatoename gedurende swangerskap moet aan elke pasiënt uitgewys en verduidelik word. Die vrou wat dan verstaan dat dit tot haar eie voordeel en die van haar ongebore baba strek, sal sekerlik haar samewerking in hierdie opsig verleen. Motivering deur die geneesheer en die vroedvrou speel hier 'n uiters belangrike rol. Abnormale gewigstoename, hetsy te veel of te min, mag 'n groot gevaar vir die swanger vrou inhou. 'n Toename in massa van meer as 0,5kg per week behoort altyd as verdag beskou te word, want 'n abnormale massatoename is een van die eerste tekens wat op moontlike pre-eklampsie mag dui.

Aan die ander kant mag minimale massatoename dui op plasentale ontoereikendheid met gevolglik 'n sogenaamde klein-vir-datum-baba. Omdat fisiese aantreklikheid in ons huidige samelewing so 'n geweldige belangrike plek inneem, gebeur dit dat sommige swanger vroue doelbewus op 'n uiters streng dieet bly ten

einde toename in massa tot 'n minimum te beperk. (19, p.49) Volgens die verslag van die National Academy of Sciences on Maternal Nutrition and the Course of Pregnancy van 1970 word gestel dat „an average weight gain of 24 pounds is commensurate with a better than average course and outcome of pregnancy." (19, p. 48) Volgens hierdie verslag is 'n streng vermindering in kalorieë potensiëel gevaarlik vir die ontwikkelende fetus en vir die moeder. Dit is dus 'n belangrike taak van die geneesheer en die vroedvrou om elke swanger vrou se gewig te kontroleer. Ten einde akkurate kontrole oor elke swanger vrou se gewig uit te oefen, moet die pasiënt met elke ondersoek geweeg word, elke keer op dieselfde skaal en verkieslik met net 'n ligte oorrok aan.

4.2 Die dieet tydens swangerskap

Om normale massatoename te verseker en te verseker dat die pasiënt 'n gebalanseerde dieet volg, is dit noodsaaklik dat 'n dieetkundige beskikbaar sal wees om inligting en advies oor die dieet tydens swangerskap te verskaf. Waar 'n dieetkundige nie beskikbaar is nie, rus die verantwoordelikheid van hierdie taak op die geneesheer en die vroedvrou.

Gedurende swangerskap is die liggaam se behoefte aan proteïene, kalsium, yster en vitamienes verhoog. Spesiale aandag aan die dieet van die swanger vrou maak dus 'n belangrike deel van goeie voorgeboorte versorging uit. Die kwaliteit van die voedsel is belangriker as die kwantiteit en die geneesheer en die vroedvrou moet aan die swanger vrou verduidelik dat sy nie „vir twee moet eet" nie.

Reeds in 1934 het 'n spesiale ondersoek komitee, onder leiding van Lady Rhys Williams, gevind dat die hoë moederlike mortaliteit in Engeland hoofsaaklik toegeskryf kan word aan uiters swak voedingstoestande. Vroue wat nie 'n gesonde dieet volg nie, toon 'n neiging tot aborsie, premature kraam en die perinatale mortaliteit is verhoog. (13, p.131) Dit is dus van primêre belang vir die gesondheid van die swanger vrou en die normale ontwikkeling van die fetus dat die geneesheer en die vroedvrou elke swanger vrou van inligting aangaande haar dieet sal voorsien. Hierdie advies moet tydens die eerste voor=boorte ondersoek verskaf word.

4.3 Voorgeskrewe medisyne

Geneeshere skryf dikwels sekere tablette voor waardeur die pasiënt se liggaam opgebou word, asook om te verseker dat die swanger vrou genoeg yster, vitamienes en kalsium inneem. Die pasiënt moet hierdie tablette gereeld neem, daarom speel die motivering en samewerking van die pasiënt ook hier 'n belang=rike rol.

4.4 Lengte

Die lengte van die swanger vrou behoort aan die geneesheer of die vroedvrou bekend te wees en moet op haar kaart aangeteken wees. Dit word aanvaar dat optimale ontwikkeling en groei van die menslike skelet gekomplimenteer word met organe en weefsel wat volledig ontwikkel het en dus optimaal funksioneer. By die relatiewe lang vrou, d.w.s. langer as vyf voet, word selde abnormaliteite soos 'n vernoude bekken aangetref. In sy

lesing oor vereistes vir suksesvolle kraam, sê sir Dugald Baird. „Inside each social class the perinatal mortality is lowest in tall and highest in short women." (5, p.492)

4.5 Die urinetoots

Die toets van urine gedurende swangerskap is belangrik en die swanger vrou se urine moet met elke voorgeboorte ondersoek getoets word. Met die eerste voorgeboorte ondersoek behoort 'n volledige urinetoots gedoen te word; met elke daaropvolgende ondersoek moet die urine getoets word vir albumin, suiker en ketone. Die toets van urine gedurende swangerskap is veral belangrik vir vroeë diagnose en behandeling van diabetes mellitus wat mag ontwikkel tydens swangerskap. Dit is reeds bewys dat die insidensie van intra-uterine sterfte, doodgeboortes en neonatale sterftes twee tot drie maal hoër is in pasiënte wat diabetes mellitus het of dit gedurende swangerskap ontwikkel. (2, p.290)

Albuminurie gedurende swangerskap is 'n gevaarteken. Dit mag dui op pre-eklampsie of die ontwikkeling daarvan. Albuminurie mag ook voorkom as gevolg van kroniese of akute piëlonefritis. Gereelde urinetootse is dus noodsaaklik en speel 'n belangrike rol in die vroeë diagnose en behandeling van spesifieke siektetoestande tydens swangerskap.

4.6 Die bepaling van bloeddruk

Behalwe die urinetoots, is die bepaling van bloeddruk 'n belangrike aspek in die verskaffing van behoorlike voorgeboorte

versorging. Dit is belangrik om elke vrou se bloeddruk voor swangerskap, of so vroeg as moontlik tydens swangerskap te bepaal. Cyril G. Barnes sê: „It is therefore very important to record the blood pressure as early in pregnancy as possible and it is a great help if the patient's family practitioner has a record of her blood pressure before pregnancy began." (2, p. 49) Dit stel die geneesheer grootliks in staat om te onderskei tussen essensiële hipertensie en hipertensie wat dui op pre-eklampsie. Verhoogde bloeddruk, hetsy a.g.v. essensiële hipertensie of a.g.v. pre-eklampsie, belemmer die effektiewe bloedvloei deur die plasenta. Hierdie reeds verminderde bloedvloei word nog verder belemmer deur die moontlike aanwesigheid van albuminurie. Onder hierdie omstandighede mag die plasenta klein wees, plasentale infarkte mag voorkom later in swangerskap en dus kan die baba 'n lae geboortegewig hê; of die fetus mag in utero sterf - veral na die ses-en-dertigste week van swangerskap. Waar 'n swangerskap dus gekompliseer word deur verhoogde bloeddruk en albuminurie, behoort die geneesheer spesifieke toetse en ondersoeke aan te vra om die fetale welsyn, plasentale funksie en maturiteit van die fetale longe vas te stel. Aan die hand van hierdie bevindinge kan die geneesheer die nodige hantering en behandeling van die pasiënt beplan. Sodoende kan die komplikasies gedurende swangerskap en baring vir beide moeder en baba gekontroleer en verminder word. Fasiliteite en apparate vir die uitvoer van hierdie voorgestelde toetse en ondersoeke is plaaslik beskikbaar.

4.7 Bloedtoetse

Van elke swanger vrou behoort 'n bloedmonster verkry te word tydens die eerste voorgeboorte ondersoek. Dit is noodsaaklik dat spesifieke toetse op elke swanger vrou se bloed uitgevoer word. Die noodsaaklike toetse wat moet gedoen word, is die bepaling van hemoglobien, bloedgroepering en bepaling van die Rh-faktor en diagnose van moontlike veneriese siektes. Die hemoglobien waarde van 'n swanger vrou behoort 12,6g%-10g% of meer te wees, en indien die waarde laer as 10 mg% moet die hematokrit vasgestel word in 'n poging om die oorsaak van die lae hemoglobien vas te stel. Volgens Barnes is anemie een van die mees algemene mediese siektetoestande tydens swangerskap. Vroeë diagnose en effektiewe behandeling van anemie is noodsaaklik ter voorkoming van komplikasies soos massiewe postpartum bloeding. Dit is ook belangrik dat die swanger vrou se bloedgroep bekend sal wees in geval van moontlike erge bloeding gedurende swangerskap of baring wat dan 'n bloedtransfusie sou noodsaak. Die bepaling van die Rh-faktor is van kardinale belang vir elke swanger vrou ten einde die nodige voorkomende behandeling teen hidrops fetalis toe te pas. Waar die vrou Rh-negatief is, behoort die Rh-status van die vader ook bepaal te word. Die gesondheid van die fetus word alleenlik bedreig as die moeder Rh-negatief en die vader Rh-positief is. Hoewel die gevaar van Rh-onverenigbaarheid selde die eerste baba van 'n moeder affekteer, word die daaropvolgende swangerskappe gekompliseer indien die nodige behandeling nie betyds toegepas is nie. Die middel wat toegedien word, nl. anti-D Gammaglobulin, moet binne 72 uur na die

verlossing van die eerste baba toegepas word nie, mag die volgende babas geaffekteer word. In 'n geval waar die swanger vrou vroeër in haar lewe 'n bloedtransfusie gehad het, kan dit ook die vorming van teenliggame stimuleer en sodoende mag die eerste baba wel aangetas word. Die noodsaaklikheid van 'n noukeurige mediese geskiedenis van elke swanger vrou kom hier dus weereens op die voorgrond.

Hoewel veneriese siektes skynbaar nie dikwels onder die plaaslike, blanke bevolking aangetref word nie, moet elke swanger vrou se bloed getoets word vir moontlike veneriese siektes. Een van die leke-publikasies uitgegee deur die S.A. Mediese Vereniging handel oor veneriese siektes. Daarin word gestel dat statistieke van die Departement van Gesondheid toon dat die aantal nuwe gevalle in die meeste groot stede van Suid-Afrika in die afgelope tien jaar verdubbel het. Dit is dus uiters belangrik om elke pasiënt se bloed te toets ten einde vroeë behandeling toe te pas en so te voorkom dat die baba aangetas word.

4.8 Mediese ondersoek

Elke swanger vrou moet tydens die eerste voorgeboorte ondersoek volledige mediese ondersoek word deur 'n geneesheer. Indien enige tekens of simptome van 'n spesifieke siektetoestand ontdek word, behoort 'n meer intensiewe ondersoek gedoen te word. Tydens hierdie ondersoek kan die geneesheer terselfdertyd die algemene voorkoms van die pasiënt waarneem, bv. lyk sy gespanne en angstig?; lyk sy moeg en verwaarloos?

Dit mag 'n indikasie van verskeie probleme wees wat deur taktvolle hantering bespreek en opgelos kan word. Die volledige, algemene ondersoek moet deeglik uitgevoer word en resultate akkuraat aangeteken word. Indien probleme teengekom word soos 'n tiroiedgeswel, abnormale hartgeruise of erge velprobleme, word die elke spesifieke pasiënt verwys na onderskeidelik die internis, die kardioloog en die dermatoloog.

5. VOORLIGTING EN ADVIES

5.1 Mondversorging

Mondversorging is belangrik tydens swangerskap. Die geneesheer of die vroedvrou behoort 'n deelike ondersoek van die mond en tande te doen. Die doel hiervan is om sere in die mond, slegte tande en mondinfeksies uit te skakel. Indien nodig, word die pasiënt vir behandeling na die tandarts verwys. Die belang van die daaglikse versorging van die tande ter voorkoming van 'n moontlike septiese fokus, moet aan elke pasiënt verduidelik word. Elke swanger vrou moet dus aangemoedig word om die tandarts minstens twee keer te besoek tydens swangerskap.

5.2 Borsvoeding

Nog 'n aspek van die volledige mediese ondersoek wat uiters noodsaaklik is in voorgeboortelike versorging, is die ondersoek van die borste vir moontlike tumore of ander patologiese toestande. Tydens hierdie ondersoek het elke geneesheer en elke vroedvrou die ideale geleentheid om borsvoeding te bevo-

der en borsbehandeling te bespreek. Dit word wêreldwyd erken dat borsmelk die beste voeding vir die baba is en dit is die verantwoordelikheid van elke geneesheer en vroedvrou om positief te poog om borsvoeding te bevorder.

Behalwe die bekende voordele van borsmelk soos steriliteit en verteerbaarheid is dit belangrik om die swanger vrou se aandag op die betrokke emosionele faktore te vestig. Die grondslag vir geestelike en emosionele stabiliteit word gelê deur 'n suksesvolle moeder-kind-verhouding. 'n Suksesvolle moeder-kind-verhouding word enersyds bevorder deur borsvoeding waardeer die baba leer om sy moeder met liefde, warmte en sekuriteit te assosieer; andersyds word die natuurlike moederinstink bevredig deur haar baba aan haar bors te voed.

5.3 Borsversorging

Die swanger vrou wat beplan om borsvoeding aan haar baba te gee, moet voorligting ontvang omtrent die versorging van die borste en tepels gedurende swangerskap. Borsversorging behoort so eenvoudig as moontlik te wees, want dan sal die pasiënt dit geredelik en gereeld doen. Sirkulasie van die borste moet bevorder word en die tepels skoongehou word deur die borste daaglik goed te was met warm water en seep. Dit moet goed afgedroog word. 'n Room- of oliepreparaat kan aangesmeer word om velbarsies te voorkom. Die tepels behoort gedurende die laaste twee maande van swangerskap liggies uitgetrek en versigtig tussen die duim en voorvinger gerol te word. Pasiënte word aangeraai om gedurende die laaste weke

van swangerskap die kolostrum uit te melk om die melkbuisies oop te hou. Dit is ook belangrik dat die pasiënt 'n groot genoeg en ferm buustelyfie moet dra om die nodige ondersteuning te verskaf.

Daar bestaan verskeie kontra-indikasies tot borsvoeding soos bv. pulmonale tuberkulose en 'n borsabses. Die moeder wat sodoende dus nie haar baba kan borsvoed nie, behoort geen skuldgevoelens daaroor te hê nie. Sy moet ook nie, soos dikwels voorkom, haarself as 'n „slegte moeder" beskou omdat sy nie borsvoeding gee nie. Dr. G. Dick-Read vertel in sy boek, „Childbirth without Fear", van 'n pasiënt wie se borsmelk om een of ander rede onderdruk moes word. Toe hy taktvol aan die pasiënt verduidelik dat daar geen ander uitweg is as om die borsmelk te onderdruk nie, was haar antwoord: „Don't worry, doctor, it's all the same if you put your heart into the bottle." (5, p.256) Waar die baba dus nie borsvoeding kry nie, moet die moeder geleer word om self die bottel vir haar baba te gee - „snuggled to her heart in silent serenity and mutual satisfaction." (5, p.256)

5.4 Oefening tydens swangerskap

Oefening is voordelig vir die algemene gesondheid en spiertoenuus van die mens. Daarom behoort elke swanger vrou aangemoedig te word om normaalweg met haar aktiwiteite voort te gaan. Genoeg vars lug en sonskyn is voordelig vir die swanger vrou, maar uitputting moet voorkom word. Sportsoorte soos tennis, golf, swem en stap kan beoefen word vir solank as wat dit

gemaklik is vir die swanger vrou.

Dit is bekend dat die onaktiewe vrou meer pyn en ongerief tydens kraam verduur as haar suster wat ook tydens swangerskap aktief gebly het. Fisiese aktiwiteit is dus 'n belangrike faktor, maar volgens Dick-Read het dit geen direkte invloed op die meganisme van baring nie. As die pasiënt nie geestelik en emosioneel reg ingestel is ten opsigte van baring nie, kan oefeninge alleen, haar nie normaal laat kraam nie.

5.5 Rus en ontspanning

Swanger vroue kla dikwels dat hulle moeg voel gedurende die dag tydens die laaste paar weke van swangerskap. Dit is dus noodsaaklik vir die swanger vrou om gedurende die dag 'n uurtjie of wat, te rus. Die pasiënt hoef nie noodwendig te slaap nie, maar kan net rustig op die bed lê en ontspan. Pasiënte word aangeraai om 'n uur in die oggend te rus en weer 'n uur na middagete. Waar daar 'n neiging is tot hoë bloeddruk of erge edeem van die bene en enkels, moet die pasiënt meer rus en ontspan.

5.6 Kleredrag

Die swanger vrou moet gemaklike klere dra. Skoene moet 'n lae, sterk hak hê sodat die vrou nie maklik kan struikel nie. Ondersteuning van die swanger buik, veral na ses of sewe maande van swangerskap, is belangrik vir die vrou met swak abdominale spiere. Die primigravida se buikspiere is gewoonlik sterk en ferm en dit is dus nie vir almal nodig om 'n gordel vir sodanige ondersteuning te dra nie. Daar is egter 'n

spesiale kraamkorset op die mark wat gedra kan word om die nodige ondersteuning te verskaf.

5.7 Reis gedurende swangerskap

Hoewel swanger vroue dikwels reis, is dit belangrik dat hulle dit aan die geneesheer of die vrouedvrou sal meedeel. Op hulle beurt kan die geneesheer en die vroedvrou die nodige advies aan die pasiënt gee. So behoort die swanger vrou, wat neig tot aborsie, nie gedurende die eerste drie maande van swangerskap op 'n growwe grondpad te ry of ver reise te onderneem nie. Later in swangerskap moet die gevaar van premature kraam altyd in gedagte gehou word. Indien die pasiënt gedurende die laaste vier weke van swangerskap ver reis en dan in kraam gaan, het sy geen verwysing na 'n spesifieke geneesheer nie. Daar sal altyd 'n geneesheer of 'n vroedvrou wees wat haar sal kan bystaan met die bevalling, maar indien die pasiënt bv. Rh-negatief is en niemand is bewus daarvan nie, mag komplikasies ontstaan.

Die swanger vrou behoort nie van lugvervoer gebruik te maak gedurende die eerste paar weke en dan weer gedurende die laaste paar weke van swangerskap nie. Volgens Margaret Myles mag die hoë hoogtes waarin die vliegtuie beweeg, anoksie veroorsaak wat aanvanklik die embrio kan benadeel en later, veral na die ses-en-dertigste week van swangerskap, mag aanleiding gee tot plasentale ontoereiktheid.

Die plaaslike lugdiens laat verkieslik nie swanger vroue toe op lugvlugte na twee-en-dertig weke swangerskap nie. Indien

die pasiënt wel met die vliegtuig reis, moet sy 'n sertifikaat toon waarop die geneesheer sertifiseer dat die pasiënt se gesondheidstoestand sodanig is dat sy wel die vlug mag meemaak. Daar is egter internasionale lugrederye wat beslis dat geen pasiënt na twee-en-dertig weke swangerskap hulle vliegritte mag meemaak nie.

5.8 Rook

Die swanger vrou wat rook, is meer geneig tot die ontwikkeling van plasentale ontoereikendheid. Dit is veral die vrou wat meer as vier sigarette per dag rook, wat mag neig om hierdie toestand te ontwikkel. Reeds in 1961 het Frazier (21) gesê: „the average birth weights of the fetusses of smoking mothers are lower than those of nonsmokers and that this reduction seems to be unrelated to maternal weight, age, parity, or to complications of pregnancy.”

6. MINDER ERNSTIGE ONGESTELDHED E VAN SWANGERSKAP

Sooibrand, naarheid en hardlywigheid is 'n paar van die minder ernstige ongesteldhede wat sommige vroue tydens swangerskap mag ondervind. Dit is belangrik om aan elke swanger vrou met elke voorgeboorte ondersoek te vra na sodanige ongesteldhede. „It is important to make the pregnancy as pleasant as possible for the patient for the sake of both her health and her morale.” (11, p.6) Deur gereeld aan die pasiënt te vra of sy enige geringe ongesteldheid ondervind, kan die gevaar van die gebruik van onbekende en onbeproefde middels tot 'n groot mate uitgeskael word. Die Thalidomide-tragedie is 'n sprekende voorbeeld

waar moeders onbeproefde middels tydens swangerskap gebruik het. In sy boek „The experienced Midwife" het Aristotelis die swanger vrou aangeraai: „always to avoid all nauseous and ill smells; for sometimes the stench of a candle, not well put out, may cause her to come before her time; and I have known the smell of charcoal to have the same effect." (15, p. 31)

7. KLINIESE PELVIMETRIE

Die uitvoer van 'n vaginale ondersoek en kliniese pelvimetrie is 'n noodsaaklike aspek van voorgeboorte versorging. Hierdie ondersoek behoort op ses-en-dertig weke swangerskap uitgevoer te word met die doel om abnormaliteite, gewasse of 'n vernoude bekken uit te skakel. Indien daar wel 'n vernoude bekken of ander abnormaliteite teenwoordig is, moet 'n elektiewe keisersnit uitgevoer word. In sy publikasie „Risks in the practice of modern obstetrics" sê Irving Ladimer: „Thus, delay, failure to explore all possibilities and omission of available tests and consultation as well as continued observation may all lead to liability. These are requisites for proper diagnosis, especially in possible critical situations; in their absence the physician can not claim an error in judgement. The physician in charge of the pregnant woman has as his primary responsibility the application of all diagnostic, evaluative, treatment and operative skills to maintain a healthy fetus and the prospective mother." (1, p.253)

Volgens Margaret Myles is een van die belangrikste doelstellings van voorgeboorte versorging om komplikasies gedurende baring uit

te skakel deur onder andere die vroegtydige diagnose van 'n vernoude bekken.

8. BYGELOWE

Swanger vroue het soms eienaardige idees en irrasionele bygelowe. Dit kan toegeskryf word aan die sogenaamde ouvroutories wat steeds die rondte doen. Vrouens hou dikwels daarvan om hulle ervarings dramaties en met oortuiging te vertel - en dikwels word 'n stertjie bygelas. Die primigravida is veral die próoi van sulke stories. So het een van die pasiënte met oortuiging aan my vertel dat haar broer 'n geboortevlek in die vorm van 'n moerbeï het omdat hulle moeder tydens daardie swangerskap altyd lus was vir moerbeie, gedurig daaraan gedink het en selfs daarvan gedroom het! Hier moet, die vroedvrou uiters taktvol te werk gaan en die pasiënt moet oorreed word om nie na ouvroutories en ander se bygelowe te luister nie.

9. OPVOLGBESOEKE

Gereelde besoeke aan die geneesheer of die voorgeboorte kliniek is noodsaaklik. Plaaslike roetine bestaan uit een besoek elke vier weke tot 28 weke swangerskap; daarna een besoek elke twee weke tot 36 weke swangerskap, dan een besoek elke week tot die geboorte van die baba. Hierdie roetine geld net vir swanger vroue wat geen komplikasies ondervind nie.

Die eerste besoek wat die swanger vrou dus aan die geneesheer of die voorgeboorte kliniek bring, moet dus 'n volledige ondersoek behels ten einde 'n geldige evaluasie van elke pasiënt te maak. Gedurende elke daaropvolgende besoek aan die geneesheer

of die voorgeboorte kliniek, word roetine ondersoek oordeelkundig uitgevoer en alle resultate word akkuraat aangeteken. Met elke besoek word die volgende ondersoek gedoen; die pasiënt word geweeg; urine word getoets vir albumin, suiker en ketone; die bloeddruk word bepaal; abdominale palpasië word gedoen en die fetale harttone word gekontroleer sodra dit hoorbaar is. Die pasiënt word ondersoek vir edeem, veral edeem van die hande en gesig is belangrik. Die pasiënt word ondersoek vir maontlike spatate, en indien spatate teenwoordig is, word elastiese kouse aanbeveel. Met elke besoek word elke pasiënt uitgevra na maontlike probleme of enige klagtes, en dit word sover as maontlik opgelos. Gedurende elke besoek word weereens inligting en voorligting verskaf oor die dieet, algemene higiëne, versorging van die borste en oefening. Die belang en voordele van borsvoeding, genoeg rus en slaap, vars lug en matige oefening word herhaaldelik beklemtoon.

10. GEESTELIKE EN EMOSIONELE VOORBEREIDING

In die privaat praktyk rus die verantwoordelikheid van die totale voorgeboorte versorging op die skouers van die geneesheer. By die voorgeboorte kliniek speel die opgeleide vroedvrou 'n belangrike rol in die versorging van die swanger vrou. Die vroedvrou verskaf die nodige voorligting en inligting aan die pasiënt wat veral van groot waarde is by die primigravida. Die vroedvrou is van groot hulp in die antwoord van die talle vrae wat maar alte dikwels gedurende swangerskap opduik. Probleme wat sy nie self kan hanteer nie, word na die geneesheer verwys en indien nodig, word die maatskaplike werkster se hulp ingeroep.

Gedurende die laaste paar weke van swangerskap moet elke swanger vrou ingelig word aangaande die eerste tekens van baring. Dit is noodsaaklik dat die pasiënt kennis sal hê oor wanneer sy kraam=inrigting toe moet gaan vir die bevalling en ook wat sy alles moet saamneem. Die basiese roetine na opname in die kraamsaal moet in eenvoudige taal aan elke swanger vrou verduidelik word, sodat sy nie in angs en spanning verkeer oor „wat gaan julle nou met my maak?“ nie. Dit is baie belangrik dat die vrou gedurende swangerskap die geleentheid moet kry om die verpleegpersoneel in die kraamsaal te ontmoet. Wanneer die pasiënt in baring toegelaat word, is almal nie vreemd en onbekend aan haar nie en dit mag vrees by die pasiënt tot 'n groot mate verminder.

Dit is ook die plig van die geneesheer en die vroedvrou om die belangrikste gevaartekens wat tydens swangerskap mag voorkom, aan die pasiënt te verduidelik asook hoe sy in elke situasie moet optree. Daar moet nie te veel gevaartekens genoem word wat die prentjie te donker en somber laat lyk nie. Elke swanger vrou behoort te weet hoe om op te tree as sy skielik erge vaginale bloeding ondervind, as die vliese ruptuur of as sy 'n erge, aanhoudende hoofpyn ondervind.

Geestelike en emosionele voorbereiding vir baring is noodsaaklik vir elke swanger vrou. Hierdie voorbereiding moet deur die verloop van swangerskap verskaf word in die vorm van inligting oor die kraamproses, die belang van verskillende ondersoeke en toetse te verduidelik en die pasiënt se samewerking en vertroue te verkry. „Sheer clinical efficiency saves life, but often

fails to preserve peace of mind." (8, p.292) Persoonlike belangstelling, empatie en vriendelikheid is noodsaaklike karaktertrekke vir elke geneesheer en vroedvrou in die versorging van die swanger vrou. Die swanger vrou het behoefte aan leiding en ondersteuning; en versekering en inligting stel haar in staat om haar vrees tydens baring tot 'n groter mate te beheer en so=doende die geboorte van haar baba as 'n wonderlike en betekenisvolle gebeurtenis te ervaar. Hoewel Dick-Read sy idee van die "Fear-Tension-Pain Syndrome" dikwels te ver gevoer het, het vrees wel 'n nadelige invloed op baring.

Hierdie vrees kan grootliks verlig word deur geduldig te luister na elke vraag, hoe eenvoudig ook al; na vrese, hoe irrasioneel ook al. "Accustom thyself to attend carefully to what is said by another, and as much as it is possible, be in the speaker's mind." (5, p.295)

Die volgende wyse woorde oor voorgeboorte versorging en voorligting moet altyd in gedagte gehou word:

"Better put a strong fence round the top of the cliff
Than an ambulance down in the valley."

Joseph Malins (1895)

HOOFSTUK IVONTLEDING EN EVALUASIETabel 1Ouderdomsverspreiding van respondente

Ouderdom in jare	Getal	%
30 - 34	4	3.33
25 - 29	31	25.83
20 - 24	66	55.00
15 - 19	19	15.83
N =120		100%

Volgens die tabel blyk dit dat die grootste persentasie respondente tussen die ouderdom van 20 en 24 jaar was. In sy publikasie „Prerequisites for successful Childbearing” se sir Dugald Baird: „It has been established that the outcome of a first pregnancy is best when the mother is young, between the ages of 18 and 22”. (25, p. 492) Dit impliseer dat die verloop van die swangerskap en baring, sowel as die algemene toestand van die baba, die beste is wanneer die vrou haar eerste swangerskap in hierdie ouderdomstydperk ervaar. Volgens Baird bereik hierdie gesonde, jong vroue die piek van hulle geneties gedetermineerde lengte terwyl hulle weefsel en organe volledig ontwikkel is om optimale funksionering te verseker. (25, p. 492)

Die belang van goeie voorgeboorte versorging vir ook die ouer primagravida, blyk uit Baird se volgende stelling: „Postpone=

ment of first pregnancy to the middle twenties may result in a slight decline in fertility and reproductive efficiency, which a high standard of obstetrics can largely overcome. (25, p. 499) In hierdie ondersoekgroep was 25,83% van die respondente ouer as 25 jaar en 3,33% was ouer as 30 jaar - „many are more than 25 years of age and some are over 30 at the time of the first birth. To have a first baby at this age, is not 'natural' childbearing and the first priority is nog 'natural' labour, but safe delivery of the baby." (25, p.498)

In hierdie ondersoek was daar dus 29,16% van die respondente ouer as 25 jaar. Volgens Baird is behoorlike voorgeboorte versorging vir sodanige vroue noodsaaklik ten einde die veilige verlossing van die baba te verseker.

Die jong moeder, daarenteen, is egter nie altyd emosioneel volwasse genoeg vir haar nuwe verantwoordelikheid nie, daarom is voorligting aan en die geestelike voorbereiding van elke swanger vrou 'n uiters belangrike deel van voorgeboorte versorging. In die ondersoek was 15,83% van die respondente, volgens Baird, dus nie emosioneel volwasse genoeg vir haar nuwe verantwoordelikheid nie. Dit is dus noodsaaklik dat die emosionele en geestelike voorbereiding vir die bevalling, sowel as advies oor die versorging van die baba, as 'n belangrike deel van voorgeboorte versorging beoefen sal word.

Tabel 2Kerkverband van respondente

Kerkverband	Getal	%
N.G. Kerk	87	72,50
Gereformeerde Kerk	11	9,17
Apostoliese Geloofsending	3	2,50
Anglikaanse Kerk	5	4,17
Presbiteriaanse Kerk	4	3,33
Metodiste Kerk	3	2,50
Nederduits Hervormde Kerk	2	1,67
Hervormde Kerk	1	0,83
Roomse Katolieke Kerk	2	1,67
Jehova se Getuie	2	1,67
	N =120	100%

Hoewel die swanger vrou se kerkverband nie 'n direkte invloed op die verskaffing van voorgeboorte versorging het nie, behoort die geneesheer elke pasiënt se geloof vas te stel en op haar rekord aan te teken.

Dit is bekend dat die Jehova se Getuies a.g.v. geloofsoortuigings geen bloedoortapping mag ontvang nie. „They are determined to exercise every precaution, at whatever cost, in order to obey God's law and thereby be assured of life, if not now, then in the future under God's Kingdom rule." (27, p. 15) Die vrou wat gedurende swangerskap akute bloeding a.g.v. 'n plasenta previa ondervind, mag dus nie in sodanige geval 'n bloedoortapping ontvang nie. Die geneesheer moet egter betyds alternatiewe

metode van behandeling beplan. Al bestaan hierdie respondente slegs uit 1,67% van die groep is die lewe van hierdie moeder en baba steeds van kardinale belang.

Tabel 3

Kategorieë mediese dienste

Klassifikasie	Getal	%
Spesialis	33	27,50
Algemene praktisyn	81	87,50
Kliniekpersoneel	6	5,00
	N = 120	100%

Alle swanger vroue wat deur 'n spesialis of 'n algemene mediese praktisyn versorg en behandel word, moet bepaalde gelde aan die betrokke geneesheer betaal vir dienste gelewer. In hierdie ondersoek is 95% van die respondente as betalende pasiënte geklassifiseer. Die feit dat 95% van die respondente as betalende pasiënte deur privaat geneeshere behandel is tydens swangerskap, word grootliks bevorder deur die beskikbaarheid van mediese hulpfondse.

Slegs 5% van die respondente het gratis voorgeboorte versorging en voorligting ontvang deur die personeel van die voorgeboorte kliniek verbonde aan die hospitaal. Hospitalisasie tydens die bevalling is ook gratis aan hierdie respondente verskaf.

Hoewel 'n paar respondente verkies het om deur 'n spesialis behandel te word gedurende swangerskap en baring, is die meerder-

derheid van pasiënte in die ondersoek, wat deur 'n spesialis behandel is, weens dreigende komplikasies of abnormaliteite verwys vir gespesialiseerde behandeling deur hul behandelende geneesheer.

67,5% van die respondente is deur algemene mediese praktisyn behandel.

In gevalle waar swangerskap normaal verloop, is die algemene praktisyn die aangewese persoon om die mediese versorging aan die swanger vrou te verskaf. In gevalle waar swanger vrouens komplikasies of dreigende komplikasies van swangerskap ontdek, moet hulle na 'n spesialis verwys word ten einde te verseker dat die pasiënt gespesialiseerde versorging ontvang om verdere komplikasies te voorkom. „Good antenatal care should be well within the scope of every general practitioner, provided always that he has ready access to specialist advice. In this way the emotional needs of the patient and the technical requirements of modern obstetrics will be met. The specialist will be freed from unnecessary attendance on large numbers of uncomplicated pregnancies and labours." (25, p.497)

Tabel 4Aanmelding vir eerste voorgeboorte ondersoek

Aanmelding	Getal	%
Binne die 1ste week	9	7,5
Binne die 2de week	18	15,0
Binne die 3de week	29	24,17
Binne die 12de week	59	49,17
Nadat u lewe gevoel het	5	4,16
	N =120	100%

Voorgeboorte versorging en -voorligting is basies voorkomende behandeling en daarom is dit noodsaaklik dat elke vrou so vroeg as moontlik in swangerskap 'n geneesheer moet raadpleeg. Dit stel die geneesheer in staat om die algemene fisiese en emosionele toestand van die swanger vrou te evalueer en, indien nodig, vroeë voorkomende behandeling toe te pas. „Good health at the beginning of pregnancy averts some of its possible complications." (14, p.136)

Omdat voorgeboorte versorging primêr 'n taak van die voorkomende gesondheidsdienste is, is dit die ideaal om elke vrou volledig te ondersoek en te evalueer voor die aanvang van swangerskap. „Complete premarital and preconceptional examinations may reveal defects that are potential sources of trouble during pregnancy, and such examinations should be encouraged. Defects can then frequently be corrected before pregnancy or observed and treated during pregnancy." (14, p.136)

In hierdie ondersoek het 49,17% van die respondente die geneesheer besoek binne die 12de week van swangerskap, terwyl 4,16% die geneesheer besoek het nadat hulle alreeds lewe gevoel het.

Daar is dus beslis 'n leemte in die effektiwe verskaffing van voorgeboorte versorging met betrekking tot die vroeë aanmelding of registrasie vir sodanige versorging.

Dit is belangrik dat die belang van vroeë voorgeboorte versorging meer beklemtoon moet word. Die geneesheer, die vroedvrou en die gesondheidsverpleegster moet poog om meer kennis en inligting oor vroeë voorgeboorte versorging en -voorligting oorte dra aan die lede van die algemene publiek. Alleenlik deur vroeë voorgeboorte besoeke aan die geneesheer of voorgeboorte kliniek kan komplikasies vroegtydig gediagnoseer en behandel word.

Tabel 5

Respons op inligting verkry m.b.t. pertinente siektetoestande

Respons	Getal	%
Positief ¹	39	35,5
Negatief ²	81	67,5
	N =120	100%

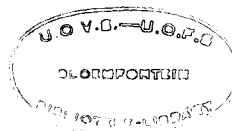
-
1. 'n Positiewe waarde is toegeken as die respondent deur die geneesheer uitgevra is oor minstens 5 van die 8 siektetoestande op die vraelys.
 2. 'n Negatiewe waarde is toegeken as die respondent oor minder as 5 siektetoestande of glad nie daarvoor uitgevra is nie.

Uit tabel 5 blyk dit dat slegs 32,5% van die respondente deur die geneesheer of die vroedvrou uitgevra is oor vorige of huidige mediese siektetoestand of familiesiektes.

Dit gebeur dikwels dat die geneesheer die pasiënt vir die eerste keer ontmoet as sy aanklop vir bevestiging van swangerskap en voorgeboorte versorging. In so 'n geval is die geneesheer dus primêr aangewese op die mediese geskiedenis wat die swanger vrou verstrekk, ten einde 'n voldoende evaluasie van die pasiënt se algemene toestand te maak.

Om die normale verloop van swangerskap en baring, sowel as 'n gesonde baba te verseker, is dit noodsaaklik dat elke geneesheer bewus sal wees van die swanger vrou se vorige en huidige algemene en geestelike gezondheidstoestand. Die verkryging van 'n volledige geskiedenis van huidige siektetoestande, familiesiektes, vorige operasies, ginekologiese geskiedenis, frakture of ander misvorminge, van veral die bekken en onderste ledemate, en die geskiedenis van geestesongesteldhede, vorm 'n onmisbare deel van behoorlike voorgeboorte versorging. Al hierdie gegevens moet akkuraat op die pasiënt se rekord aangeteken word.

Waar 67,5% van die respondente 'n negatiewe antwoord oor die verkryging van 'n volledige mediese geskiedenis verskaf het, blyk hierdie gedeelte van voorgeboorte versorging, soos plaaslik verskaf, ontoereikend te wees. Die risiko, verbonde aan onvoldoende voorgeboorte versorging, is geweldig hoog vir die swanger vrou en haar baba. Hierdie risiko is onnodig, en hierdie idee word versterk deur Percival se siening: „Most of the complica-



175439

111040496802

tions of pregnancy and labour, and therefore most of the fatalities, injuries and diseases, both maternal and fetal, that result from childbirth can be prevented by early diagnosis and treatment during pregnancy." (13, p.112)

"With increased emphasis on health rather than disease, thus stressing prevention and control, greater responsibility attaches to anticipatory measures, early and adequate. This reasoning calls for prenatal care and surveillance of pregnancy in all its stages." (1, p. 276)

In die verkryging van die pasiënt se mediese geskiedenis, is dit noodsaaklik om uit te vind of die swanger vrou enige virus-infeksie voor of tydens swangerskap ondervind het.

Een van die mees gevreesde siektetoestande tydens swangerskap is rubella. Soos voorheen gestel hou rubella, wat tydens swangerskap voorkom, baie gevare in vir die fetus. Waar die vrou rubella tydens swangerskap opdoen of in aanraking daarmee was, is dit die verantwoordelikheid van die geneesheer om die toestand suksesvol te hanteer. Onmiddellike en positiewe optrede deur die geneesheer mag die fetale lewe bewaar en die swanger vrou maande van nodelose angs en kommer spaar.

P.F.H. Giles sê: „Scientific advances in the 1960's have put these skills within our reach as far as rubella is concerned, but only when they are generally and intelligently applied, will all our patients benefit." (22) Volgens Giles hou die uitvoer van die rubella hemagglutinasie - inhibisie

teenliggaam-toets vir alle swanger vroue met die eerste voorgeboorte ondersoek, baie voordele in: „the 81% of patients found to be immune were reassured, the 19% at risk were identified, told what to do if they should be exposed to rubella or developed a rash, and were subsequently offered rubella vaccination in the puerperium." (22)

Tabel 6

Responskategorieë op moontlike Rubella-infeksie

Respons	Getal	%
Het reeds rubella gehad	78	65
Het nie rubella gehad nie	40	35
	N =120	100%

Uit tabel 6 blyk dit dat 35% van die respondente blootgestel was aan die gevare van rubella tydens swangerskap. Volgens die ontleding van die vraelyste het 64,29% van die respondente, wat aan rubella blootgestel was, gestel dat hulle geneeshere nie bewus was van die feit dat hulle nog nooit voorheen rubella gehad het nie.

Uit hierdie gegewens kan ons dus aflei dat daar 'n leemte bestaan met betrekking tot die verkryging van 'n volledige mediese geskiedenis by die swanger vrou.

Noodsaaklike ondersoeke en toetseTabel 7Massabepaling van respondente

Massabepaling	Getal	%
Gereeld vanaf eerste besoek	97	80,83
Selde of ooit geweeg	23	19,17
N =120		100%

Tabel 7.1

Massabepaling	Getal	%
Met oorrok	16	13,33
Met klere aan	104	86,67
N =120		100%

Uit tabel 7 is dit duidelik dat slegs 80,83% van die respondente gereeld geweeg is gedurende swangerskap.

"The regular weighing of patients is regarded as an important part of antenatal care because, in the last trimester, an abnormal gain in weight may be the first sign that toxæmia is beginning." (13, p.118) As ons hierdie stelling van Percival vergelyk met die resultate van tabel 7, blyk dit dat 19,17% van die respondente blootgestel was aan die gevaar van pre-eklampsie, want hulle massa is selde of ooit bepaal.

Van die 80,83% van die respondente wat wel gereeld geweeg is, is slegs 13,33% met 'n oorrok aan geweeg. Die ander 86,67% van respondente is geweeg met klere, en dikwels ook met skoene, aan. Dit gee aanleiding daartoe dat die swanger vrou se massa nie so akkuraat soos vereis, bepaal is nie. Margaret Myles sê: "She should be undressed and given a washable dressinggown to wear, because the difference in the weight of clothing may be considerable during the three seasons over which pregnancy extends." (12, p.99)

Hier is dus 'n duidelike gebrek aan die nodige kennis van die belang van akkurate bepaling van massa tydens swangerskap.

Tabel 8

Bepaling van die lengte van respondente

Lengtebepaling	Getal	%
Is gemeet	30	25
Is nie gemeet nie	90	75
	N =120	100%

Uit tabel 8 blyk dit dat 75% van die respondente se lengte nie bepaal is deur die geneesheer of die personeel van die voorgeboorte kliniek nie.

Hoewel daar nie een respondent in hierdie ondersoek was wat buitengewoon kort was nie, is dit belangrik dat elke swanger vrou se lengte bepaal en aangeteken word. Deur die lengte van die

swanger vrou te bepaal tydens die eerste voorgeboorte ondersoek, kan moontlike komplikasies van swangerskap en baring, bv. 'n vernoude bekken, vroegtydig voorkom word. Waar die vrou korter is as 5 voet kan die geneesheer komplikasies van 'n moontlike vernoude bekken uitskakel deur 'n noukeurige kliniese pelvimetrie te doen, en indien nodig kan die belangrikste bekken-afmetings deur radiologie bepaal word.

Die belang van die lengte van die swanger vrou word duidelik deur die volgende 2 stellings geïllustreer:

"Inside each social class the perinatal mortality is lowest in tall and highest in short women." (25, p.492)

"Contracted pelvis nearly always occurs in women of short stature, i.e., of less than 5 feet 2 inches in height." (13, p.113)

Hoewel lengte op die oog af geredelik geskat kan word, word dit aanbeveel dat dit meer akkuraat gemeet moet word.

Tabel 9

Gereeldheid van urinetoetsing

Tydperk en gereeldheid van toetse	Getal	%
Met eerste ondersoek	114	95
Later in swangerskap getoets	4	3,33
Nooit getoets tydens swangerskap	2	1,67
	N =120	100%

Uit hierdie tabel blyk dit dat 95% van die respondente se urine

tydens die eerste voorgeboorte ondersoek getoets is, terwyl 1,67% se urine nooit tydens swangerskap getoets is nie.

Dit is noodsaaklik dat die swanger vrou se urine gereeld getoets moet word vir albumin, suiker en ketone ten einde 'n vroeë diagnose van sekere siektetoestande, soos pre-eklampsie en diabetes mellitus, vas te stel en effektief te behandel.

Dit gebeur soms dat die swanger vrou diabetes mellitus ontwikkel tydens swangerskap. Die gereelde toets van elke swanger vrou se urine is dus noodsaaklik ten einde sodanige siektetoestand tydig te diagnoseer en behandeling toe te pas. Volgens C.G. Barnes is die insidensie van intra-uterine sterftes, doodgebore babas en neonatale sterftes twee tot drie maal hoër by pasiënte wat diabetes mellitus het of dit gedurende swangerskap ontwikkel. (2, p.249)

Omdat diabetes mellitus so baie gevare inhou vir die swanger vrou en haar baba, sê R. Nesbitt: „Meticulous prenatal supervision, strict control of the metabolic disorder, avoidance of infection, acidosis and toxemia, and institution of proper rest regimes are imperative." (11, p.45)

Omdat albuminurie tydens swangerskap 'n gevaarteken is wat dui op moontlike pre-eklampsie en kroniese of akute piëlonefritis, is gereelde urinetoetse noodsaaklik om ook hierdie komplikasies vroegtydig te diagnoseer en te behandel. Wanneer 'n komplikasie van swangerskap, soos bv. pre-eklampsie, diagnoseer word, is

aktiewe optrede nodig om eklampsie te voorkom - „eclampsia, after all, means like a flash of lightening." (26, p.55)

Tabel 10

Gereeldheid van bloeddrukbeplating by respondente

Bepaling van bloeddruk	Getal	%
Met eerste besoek	112	93,33
Later in swangerskap	7	5,83
Nooit bepaal in swangerskap	1	0,84
	N =120	100%

Vroegtydige bepaling van die swanger vrou se bloeddruk is een van die belangrikste aspekte van die voorgeboorte ondersoek. Daarom sê Barnes: „It is therefore very important to record the blood pressure as early in pregnancy as possible and it is a great help if the patient's family practitioner has a record of her blood pressure before pregnancy began." (2, p.49)

Uit tabel 10 blyk dit dat 93,33% van die respondente se bloeddruk tydens die eerste voorgeboorte ondersoek bepaal is. In hierdie ondersoek is 0,84% van die respondente se bloeddruk nooit tydens swangerskap bepaal nie.

Die geneesheer en die vroedvrou is in 'n goeie posisie om 'n styging in bloeddruk waar te neem, indien die swanger vrou se bloeddruk gereeld bepaal is. Omdat verhoogde bloeddruk tydens swangerskap gevare inhou vir die moeder, bv. in die vorm van pre-eklampsie, en vir die fetus, bv. in die vorm van plasentale

ontoereikendheid, kan die belang van vroegtydige en gereelde bepaling van bloeddruk nie genoeg beklemtoon word nie.

In hierdie ondersoek is 6,67% van die respondente se bloeddruk nie gereeld, of nooit, bepaal nie. Daar was dus nie 'n basislyn beskikbaar waarvolgens 'n styging in bloeddruk by hierdie respondente bepaal kon word nie.

Tabel 11

Verkryging van bloedmonsters van respondente

Respons	Getal	%
Bloed getrek by 1ste besoek	28	23,33
Bloed later getrek	74	61,67
Bloed nooit getrek in swangerskap	18	15,00
	N = 120	100%

soos reeds bespreek in hoofstuk 3, is spesifieke bloedtoetse noodsaaklik, ten einde voldoende voorgeboorte versorging aan die swanger vrou te verskaf. Die bloedmonster moet met die eerste voorgeboorte ondersoek, verkieslik gedurende die eerste maand van swangerskap, verkry word. Hierdie bloedtoetse maak dus vroeë diagnose en behandeling van siektetoestande wat tydens swangerskap mag voorkom, soos bv. anemie, moontlik.

Uit tabel 11 blyk dit dat 15% van die respondente se bloed nooit geneem is om getoets te word nie, terwyl 61,67% van die respondente se bloed eers later in swangerskap getrek is.

Anemie is een van die mees algemene mediese siektetoestande wat voorkom gedurende swangerskap. Vroeë diagnose, deur 'n bloedtoets, en effektiewe behandeling van anemie is noodsaaklik ter voorkoming van komplikasies soos massiewe postpartum bloeding. In hierdie ondersoekgroep is 61,67% van die respondente se bloed laat in swangerskap m.a.w. na 6 maande swangerskap, geneem vir die spesifieke ondersoeke. In dien anemie sou voorkom by een van hierdie respondente, sou die behandeling in verskeie gevalle onvoldoende wees weens die kort tydjie, tot baring begin, beskikbaar.

In hierdie ondersoek was 15% van die respondente se bloedgroep en Rh-status nie bepaal nie. Sommige van hierdie respondente mag dus Rh-negatief wees, en indien die vader Rh-positief sou wees, kon die swanger vrou gesensitiseer word teen die Rh-faktor. En sodoende word die vorming van teenliggame gestimuleer. Die gevaar wat hierdie toestand vir die vrou inhou is duidelik, die geneesheer was nie bewus van 15% van die respondente se Rh-status nie en die respondente wat teenliggame teen die Rh-faktor opgebou het, kon nie die nodige anti-D gammaglobulin kry binne 72 uur na die verlossing van die eerste baba nie. Die volgende swangerskap van hierdie pasiënt mag dus gekompliseer word deur verdere vorming van teenliggame met ernstige aantasting van die baba.

Hierdie gevaar word verhoog deur die feit dat 67,7% van die respondente se mediese geskiedenis nie aan die geneesheer bekend was nie. Die pasiënt wat dus voorheen bloedoortapping gehad het

en gesensitiseer is teen die Rh-faktor, mag dus reeds met haar eerste baba probleme ondervind a.g.v. Rh-onverenigbaarheid.

„Despite the availability of a method for eradicating a serious disease, in large areas of the United States physicians are not using human immune globulin in caring for their potentially Rh sensitized patients. Another concern is the liability encountered if a patient subsequently produces a baby with hemolytic disease..... Be vigilant; do something about it." (1, p.275)

In Amerika is die belang van voldoende voorgeboorte versorging reeds lank gelede besef. Die belang van die behoorlike versorging van die swanger vrou word weerspieël in "The Mother's Charter". 'n Kort uittreksel hieruit lui: „The defense of Mothers is the Defense of Nations."

Every potential mother envisions the pleasures and obligations of creating and sustaining new life and is entitled to health and protection for the benefit of herself and humanity and should have:.....

The right of proper and adequate care during pregnancy.

The right of preservation of health and life and happiness for herself and family." (14, p. 814)

Bloedtoetse tydens swangerskap is ook belangrik vir die diagnose van veneriese siektes. Vroeë diagnose en behandeling van veneriese siektes kan bv. kongenitale sifilis, by die baba voorkom.

In 'n onlangse publikasie oor die navorsing van G. Millar en C. Bowring, word die volgende gestel:

"In South Africa between 1960 and 1970 the number of VD cases in six major cities shot up from 26,952 to 52,650.

Syphilis among young people in South Africa compares with figures in the United States, Canada, Western Germany, Netherlands, Italy and the Nordic countries." (32, p.66)

Bogenoemde stellings beklemtoon die noodsaaklikheid van bloedtoetse tydens swangerskap, ten einde vroeë diagnose en behandeling te bewerkstellig.

Tabel 12

Mediese ondersoek van respondente

Respons	Getal	%
Volledige mediese ondersoek	93	77,5
Nie volledige ondersoek	27	22,5
	N = 120	100%

Tabel 12.1

Metode van mediese ondersoeke van respondente

Respons	Getal	%
Op ondersoektafel ondersoek	83	69,17
Met klere aan ondersoek	10	8,33
	=93	77,50%

Volgens tabel 12 het 77,5% van respondente gestel dat hulle wel 'n mediese ondersoek gehad het, maar volgens tabel 12.1 het slegs 69,17% gesê dat hulle moes uittrek en op die ondersoektafel ondersoek is. 8.33% van die respondente wat gesê het dat hulle wel 'n mediese ondersoek gehad het, het nie nodig gehad om hulle klere uit te trek en op die ondersoektafel ondersoek te word nie. Ons kan dus die afleiding maak dat hierdie 8,33% van die respondente nie 'n volledige mediese ondersoek ondergaan het nie.

22,5% van die respondente het nie tydens swangerskap 'n volledige mediese ondersoek ondergaan nie.

"A routine examination of teeth, heart, lungs, urine and blood pressure and of other systems follows, and any evidence of disease will naturally lead to more detailed investigation and treatment of the particular system affected." (13, p.113)

In hierdie ondersoek waar 22,5% van respondente nie 'n roetine mediese ondersoek ondergaan het nie, impliseer dit 'n groot getal swanger vrouens wat aan verhoogde risiko blootgestel is a.g.v. die moontlike teenwoordigheid van ongediagnoseerde onderliggende siektetoestande.

Tabel 13Gereelde uitvoer van noodsaaklike ondersoeke

Respons	Gereeld	%	Later /nooit	%
Bloeddruk geneem	112	93,33	8	6,67
Geweeg	97	80,83	27	19,17
Urine getoets	114	95,0	6	5,00
Voel of baba reg lê	118	98,33	2	1,67
Fetale hart luister	116	96,67	4	3,33
Ondersoek vir edeem	114	95,0	6	5

Met elke opvolgbesoek van die swanger vrou, moet bogenoemde ondersoeke uitgevoer word. Die gereelde uitvoer van hierdie ondersoeke stel die geneesheer in staat om moederlike komplikasies, soos bv. dreigende pre-eklampsie, en fetale komplikasies, soos bv. wanposisie of wanligging van die fetus, te diagnoseer en betyds te behandel.

In hierdie ondersoek is 6,67% van die respondente se bloeddruk nooit geneem nie, 19,17% is nooit geweeg nie, 5% is nooit ondersoek vir edeem nie en 5% se urine is nooit getoets nie.

Verhoogde bloeddruk, abnormale massa toename, albuminurie en edeem is die belangrikste tekens wat dui op die ontwikkeling van pre-eklampsie. Pre-eklampsie, en komplikasies wat daarmee gepaard gaan, kan dus grootliks voorkom word deur die vroegtydige en gereelde bepaling van elke swanger vrou se bloeddruk, massa,

toets van urine en ondersoek vir edeem.

Meervoudige swangerskappe, wanliggings en abnormale presentasie is 'n paar van die toestande wat tydens swangerskap klinies gediagnoseer kan word deur 'n abdominale palpasië en bepaling van die fetale hart. Om sodanige toestande reg te stel, voor baring, is noodsaaklik ten einde komplikasies te vermy. Daarom is gereelde abdominale palpasië en auskultasie van die fetale hart 'n integrale deel van behoorlike voorgeboorte versorging.

In hierdie ondersoek is 1,67% van respondente nooit abdominaal gepalpeer nie en by 3,33% het die geneesheer of die vroedvrou nooit na die fetale hart geluister nie.

In 'n publikasie oor die versorging van moeder en kind sê Cora A Erasmus: „'n Voorgeboortebesoeke is hopeloos ondoeltreffend en sonder enige sin as die personeel nalatig is en in valse gerustheid verval deurdat so 'n groot aantal pasiënte wat hulle moet ondersoek, normale gevalle is. Dit is uiters laakbaar om by dié pasiënt die indruk te wek dat sy, deur vir gereelde voorgeboorte-ondersoek te kom, verseker dat sy en die ongebore kind gesond sal bly, en om dan deur nalatige of halwe ondersoeke die welsyn van so 'n pasiënt en haar kind in gevaar te stel.” (33, p.447)

Tabel 14Gereelde voorgeboorte besoeke deur respondente

Respons	Getal	%
Positief	118	98,33
Negatief	2	1,67
	N =120	100%

Om behoorlike voorgeboorte versorging en voorligting te verskaf, moet die swanger vrou gereeld na die geneesheer of die voorgeboorte kliniek gaan.

In hierdie ondersoek het 1,67% van die respondente nie gereelde voorgeboorte besoeke aan die geneesheer gebring nie. Dit was dus nie moontlik om hierdie respondente onder konstante observasie te hou nie en grondige evaluasie van hulle algemene toestand tydens swangerskap kon nie gedoen word nie.

Gereelde voorgeboorte besoeke impliseer dat die swanger vrou die geneesheer elke 4 weke moet besoek tot op 28 weke swangerskap, daarna elke 2 weke tot op 36 weke swangerskap en dan elke week tot die baba gebore word.

In hierdie ondersoek was daar egter verskeie respondente wat gesê het dat hulle deur die hele swangerskap elke 4 weke vir 'n voorgeboorte ondersoek gegaan het, terwyl sommige vanaf 28 weke swangerskap tot die bevalling die geneesheer elke 2 weke besoek het.

"Only the patient can make the decision to seek early prenatal care. The problems of health care extends beyond establishing the proper medical diagnosis, prescribing the appropriate medication, interventive procedure or regimen and evaluating the results of the treatment. It involves conditioning the patient to a sensitivity to his own needs, a desire to do something about them, and initiative to take the required action." (17, p.1524)

Tabel 15

Gebruik van medisyne tydens swangerskap

Respons	Getal	%
Pille gedrink	107	89,17
Geen pille gedrink nie	13	10,83
	N =120	100%

Tabel 15.1

Respondente bewus van doel van spesifieke pille

Respons	Getal	%
Was bewus van doel van pille	90	75,0
Nie bewus van doel van pille	17	14,17
	N =107	89,17%

Uit tabel 15 blyk dit dat 89,17% van die respondente spesifieke pille gedrink het, maar volgens tabel 15.1 het 14,17% van die

respondente geen idee gehad hoekom hulle die pille moes drink nie. 10,83% van die respondente het geen pille tydens swangerskap gedrink nie.

Geneeshere skryf dikwels spesifieke tablette voor om te verseker dat die swanger vrou genoeg vitamene, yster en ander belangrike elemente inneem, en sodoende die vrou se liggaamlike toestand op te bou om die eise van swangerskap, baring en die puerperium te weerstaan. In hierdie ondersoek was daar dus 10,83% van die respondente wie se basiese dieet nie aangevul is met spesifieke pille nie.

Die 14,17% van die respondente wat nie bewus was van die doel van die pille wat hulle gedrink het nie, was dus nie sterk gemotiveerd om wel die pille te drink nie. Dit is dus noodsaaklik dat die geneesheer en die vroedvrou die doel en die belang van die spesifieke tablette aan elke swanger vrou moet verduidelik ten einde haar samewerking te verkry en te motiveer om die pille volgens voorskrif te gebruik.

Tabel 16

Advies verskaf aan respondent t.o.v. dieet

Respons	Getal	%
Advies gekry oor dieet	10	8,33
Voedselsoorte aangeraai	10	8,33
Voedselsoorte afgeraai	28	23,66
Geen advies gekry nie	72	60,01
	N =120	100%

Tabel 16.1Hoeveelheid voedsel geëet deur respondente

Respons	Getal	%
Normale hoeveelheid	89	74,17
Geëet vir twee	31	25,83
	N =120	100%

Gedurende swangerskap is die liggaam se behoeftes aan proteïene, kalsium, vitamienes en yster verhoog. Daarom is spesiale aandag aan en advies oor die swanger vrou se dieet 'n belangrike aspek van voorgeboorte versorging en voorligting. Deur die swanger vrou van die nodige voorligting oor haar dieet te voorsien, kan abnormale massatoename beperk word.

Uit tabel 16.1 blyk dit dat 25,83% van respondente „vir twee geëet" het tydens swangerskap. Daar is dus nie die nodige voorligting aan hierdie respondente verskaf nie, want dit is basies die verantwoordelikheid van die geneesheer en die vroedvrou om te beklemtoon dat kwaliteit van voedsel tydens swangerskap belangriker is as kwantiteit.

Slegs 8,33% van die respondente het advies oor hulle dieet ontvang; en 8,33% is aangeraai om spesifieke voedselsoorte, soos vars vrugte, vleis en kaas, te eet. Uit tabel 16 blyk dit dat slegs 16,66% van die respondente voorligting oor die dieet tydens swangerskap ontvang het.

In 'n artikel in Die Volksblad van 21 Junie 1973 het prof. C.A. Clark gesê: „Ernstige misvorming van die kop en rugstring van 'n pasgebore baba kan moontlik te wyte wees aan die moeder se dieet." Hy het aan die Britse en Kanadese mediese verenigings gesê dat die moeders van babas wat met 'n gesplete ruggraat gebore is, gewoonlik minder vleis, eiers, vis, kaas, vrugte en slaaië geëet het; meer aartappels van vis-en-skyfiewinkels geëet het en meer siektes soos verkoues of seerkeel tydens swangerskap gehad het. (29)

In hierdie ondersoek het 23,33% van die respondente gesê dat hulle deur hul geneeshere afgeraai is om spesifieke voedselsoorte, soos styselkosse en soetheid, te eet. Hierdie advies is egter selde as voorkomende maatreël aangebied, maar dikwels wanneer die respondent reeds te veel in massa toegeneem het. Een van die respondente het my meegedeel dat haar geneesheer haar afgeraai het om melk te drink tydens swangerskap - „aangesien dit nie veel voedingswaarde het nie en my dus net vet maak."

Uit tabel 16 blyk dit dat 'n totaal van 60,01% van die respondente nooit gedurende swangerskap enige voorligting of raad oor dieet ontvang het nie. Daar bestaan dus 'n werklike leemte m.b.t. hierdie aspek van voorgeboorte versorging.

Dit is reeds bewys dat die swanger vrou wat nie 'n gesonde dieet volg nie, 'n sterker neiging toon tot aborsie, premature kraam en ook die neonatale sterftesyfer is hoër as by die vrou wat 'n gesonde dieet volg. (13, p.116)

Tabel 17Sigarette gerook deur respondente tydens swangerskap

Respons	Getal	%
Ja	15	12,5
Nee	105	87,5
	N = 120	100%

Tabel 17.1Aantal sigarette gerook per dag deur respondente

Respons	Getal	%
20 - 24	1	6,67
15 - 19	2	13,33
10 - 14	4	26,67
5 - 9	5	33,33
0 - 4	3	20,00
	N = 15	100%

Volgens tabel 17 het 12,5% van die respondente gerook tydens swangerskap.

Dit blyk duidelik dat slegs 20% van die respondente wat tydens swangerskap gerook het, 4 sigarette en minder per dag gerook het. 80% van die respondente het dus 5 of meer sigarette per dag gerook. Die rook van meer as 4 sigarette per dag word as een van die etiologiese faktore van plasentale ontoereikendheid genoem; d.w.s. 80% van die respondente wat wel gerook het

tydens swangerskap, het 4 en meer sigarette per dag gerook en was dus onderworpe aan die moontlike ontwikkeling van plasentale ontoereikendheid.

Die voortdurende gebruik van nikotien tydens swangerskap, mag 'n lae geboortegewig veroorsaak. Wat Frazier hieroor reeds in 1961 gesê het, is dus op 12,5% van die respondente in hierdie ondersoek van toepassing, nl. „the average birth weights of the fetusses of smoking mothers are lower than those of non-smokers and that this reduction seems to be unrelated to maternal weight, age, parity, or complications of pregnancy." (21)

Tabel 18

Mondhigiëne tydens swangerskap

Tandartsbesoek	Getal	%
Ja	42	35%
Nee	78	65%
	N = 120	100%

Tabel 18.1

Aantal besoeke aan tandarts deur respondente

Aantal besoeke	Getal	%
3x	3	7,14
2x	13	30,95
1x	26	61,9
	N = 42	100%

Hoewel slegte tande sigbaar en opvallend was by verskeie van die respondente in hierdie ondersoek, het slegs 35%, volgens tabel 18, die tandarts besoek tydens swangerskap.

Goeie mondhigiëne en tandversorging is baie belangrik tydens swangerskap, want dit voorkom mondinfeksies en skakel moontlike septiese foki, wat puerperale infeksie mag veroorsaak, uit. Elke swanger vrou behoort die tandarts ten minste 2 keer gedurende swangerskap te besoek.

In hierdie ondersoek was daar egter net 30,95% van die 35% van respondente, wat wel die tandarts besoek het, wat 2 besoeke aan die tandarts gebring het gedurende swangerskap.

Tabel 19

Voorkoms van minder ernstige ongesteldhede tydens swangerskap en behandeling verskaf aan respondente

Naarheid/Sooibrand	Getal	%
Ja	99	82,5
Nee	21	17,5
	N =120	100%

Tabel 19.1

Middels deur respondente gebruik

Respons	Getal	%
Ja	75	75,76
Nee	24	24,24
	N =99	100%

Tabel 19.2Middels aan te respondente voorgeskryf

Respons	Getal	%
Ja	51	68
Nee	24	32
	N = 75	100%

Tabel 19.3Probleme m.b.t. hardlywigheid ondervind deur respondente

Respons	Getal	%
Ja	58	48,33
Nee	62	51,67
	N = 120	100%

Tabel 19.4Middels deur respondente gebruik

Respons	Getal	%
Ja	49	84,48
Nee	9	15,52
	N = 58	100%

Tabel 19.5Middels verskaf aan respondente op voorskrif

Respons	Getal	%
Ja	31	63,27
Nee	18	36,73
	N =49	100%

Uit tabel 19 blyk dit dat 82,5% van die respondente naaheid of sooibrand, of albei, ondervind tydens swangerskap, maar net 75,76% het 'n middel gebruik om die toestand te te verlig.

24,24% van die respondente wat sooibrand of naaheid, of albei, ondervind het, het volgens tabel 19.1 geen middel daarvoor gebruik nie.

„It is important to make the pregnancy as pleasant as possible for the patient for the sake of both her health and her morale.”
(10, p.6)

Uit tabel 19.2 blyk dit ook dat 32% van die respondente wat middels teen sooibrand en naaheid gebruik het, hierdie middels nie op voorskrif van die geneesheer verkry het nie. Hierdie respondente het middels vir naaheid en sooibrand by 'n apteek gekoop of by vriendinne en moeders gekry. Hoewel hierdie middels wel die naaheid en sooibrand verlig het, moet die gevaar van onbekende en onbeproeft middels wat gedurende swangerskap gebruik word, nie uit die oog verloor word nie. Die gebruik van middels wat nie voorgeskryf is of wat nie wetenskaplik beproef is

nie, hou 'n groot gevaar in indien dit veral tydens die eerste 3 maande van swangerskap ingeneem word. Gedurende die eerste 3 maande van swangerskap word al die sisteme en organe van die embrio en fetus gevorm en indien 'n onbekende middel in hierdie tyd gebruik word, mag dit die ontwikkelende fetus uiters nadelig beïnvloed.

In 'n ondersoek na die gebruik van middels deur swanger vroue het E.W. Martin die volgende gevind: „Most mothers took antacids (60%), aspirin (69%), and vitamins (86%). Dosages of up to 1,30 gm of aspirin daily in mothers during the last week of pregnancy were found to be responsible for platelet dysfunction and diminished factor XII activity in the neonate. And 80% of these were taken without medical supervision or knowledge." (20)

Deur behoorlike aandag te gee aan minder ernstige ongesteldhede tydens swangerskap, kan die geneesheer en die vroedvrou 'n groot bydrae lewer in die poging om die gebruik van die onbekende en onbeproefde middels tydens swangerskap te voorkom.

Uit tabel 19.3 blyk dit dat 48,33% van die respondente probleme met hardlywigheid ondervind het tydens swangerskap.

Van al die respondente wat hierdie probleem ondervind het, het 84,48% 'n middel gebruik om die toestand te verbeter; en slegs 63,27% het volgens tabel 19.5 hierdie middel op voorskrif van die geneesheer verkry.

Die respondente wat geen middel vir hierdie probleem gebruik het nie, het gestel dat hulle basiese beginsels toegepas het om die toestand te verbeter, bv. meer droë vrugte geëet, meer oefening gedoen en volgraan brood geëet.

Tabel 20

Respondente het sport beoefen en aktief gebly

Respons	Getal	%
Ja	18	15
Nee	102	85
	N =120	100%

Tabel 20.1

Respondente beskou oefening tydens swangerskap belangrik

Respons	Getal	%
Ja	107	86,17
Nee	13	13,83
	N =120	100%

Tabel 20.2

Advies aan respondente vir oefening tydens swangerskap

Respons	Getal	%
Oefening aanbeveel	53	49,53
Geen advies	54	50,47
	N =107	100%

Tabel 20.3Advies aan respondente verskaf m.b.t. oefening

Respons	Getal	%
Geneesheer	45	42,06
Moeder	1	0,93
Vriendin	3	2,8
Boeke	4	3,74
	N = 53	49,53%

Uit tabel 20.1 blyk dit dat 86,17% van die respondente oefening tydens swangerskap as belangrik beskou, maar volgens tabel 20 het slegs 15% van die respondente een of ander sportsoort beoefen tydens swangerskap.

'n Belangrike oorsaak van die feit dat slegs 15% van die respondente aan sport deelgeneem het tydens swangerskap, is dat die meerderheid van die respondente buitenshuise arbeid verrig het tot op 6, en dikwels tot 8 maande, swangerskap.

Verder blyk dit uit tabel 20.1 dat 86,17% van die respondente gedink het dat oefening soos bv. stap- en ontspanningsoefeninge belangrik is, maar, volgens tabel 20,2 het slegs 49,53% advies ontvang oor die noodsaaklikheid van genoeg oefening, vars lug en sonskyn gedurende swangerskap.

Daar moet beslis advies en inligting oor die belang van en die mate van oefening wat verkieslik is tydens swangerskap, verskaf

word met die eerste voorgeboorte ondersoek. As die geneesheer en die vroedvrou geen voorligting m.b.t. oefening tydens swangerskap verskaf nie, mag die swanger vrou dink dat oefening gevaarlik is en vermy moet word.

Matige oefening is noodsaaklik tydens swangerskap, maar uitputting moet voorkom word.

Oor die voordele van liggaamlike oefening tydens swangerskap sê Dick-Read: „The benefits derived from exercises are the same whether a woman is pregnant or not. When they are undertaken seriously the physical condition rapidly improves and a sense of well-being takes the place of dullness so frequently found amongst people who live in lethargic, comfortable and somnolent inactivity." (5, p.327)

Vroëre beskouings, soos die van Aristoteles, dat die swanger vrou haar so stil as moontlik moet gedra, word vandag heeltemal verwerp. Aristoteles het hieroor die volgende geskryf: „A woman, after conception, during the time of her being with child, ought to be looked upon as indisposed or sick, though in good health; for childbearing is a kind of 9 months' sickness, being all that time in expectation of many inconveniences which such a condition usually causes to those that are not well governed during that time." (15, p.20)

Volgens tabel 20.2 is 49,53% van respondente aanbeveel om aktief te bly tydens swangerskap, maar slegs 42,06% het hierdie raad van hulle geneesheer ontvang. Die geneesheer en die vroedvrou,

wat totale pasiëntversorging as hul doel stel, moet die noodsaaklikheid van oefening tydens swangerskap beklemtoon.

Tabel 21

Advies aan respondente oor kleredrag tydens swangerskap

Stywe gordel gedra	Getal	%
Ja	34	28,37
Nee	86	81,67
	N =120	100%

Tabel 21.1

Advies aan respondente oor ondersteunende gordel

Respons	Getal	%
Ja	15	12,5
Nee	105	87,5
	N =120	100%

Uit tabel 21 blyk dit duidelik dat 28,33% van respondente in die begin van swangerskap 'n stywe gordel gedra het om spesifiek die maag kleiner te laat vertoon teenoor die 12,5% wat 'n gordel, spesiaal vir die swanger vrou, gedra het om die groter swanger buik te steun.

Dit is belangrik om die swanger vrou van advies te voorsien oor kleredrag tydens swangerskap. Gemaklike, los klere moet gedra word met gemaklike skoene.

Hierdie 28,33% van respondente, wat wel 'n stywe gordel in die begin van swangerskap gedra het, het dus nie voldoende inligting m.b.t. kleredrag ontvang nie. Percival stel pertinent: „Clothing should be so arranged as to cause the minimum of pressure around the waist." (13, p.131)

Tabel 21.2

Aantal maande wat respondente stywe gordel tydens swangerskap gedra het

Respons	Getal	%
Tot 2 maande	4	11,76
Tot 3 maande	4	11,76
Tot 4 maande	9	26,47
Tot 5 maande	11	32,35
Tot 6 maande	6	17,66
	N = 34	100%

Volgens tabel 21.2 het 32,35% van die respondente is stywe gordel gedra tot op 5 maande swangerskap, en 17,66% tot op 6 maande swangerskap.

Meer aandag moet gegee word aan voorligting en advies aan swanger vroue oor die kleredrag tydens swangerskap.

Tabel 22Reis gedurende laaste 4 weke van swangerskap

Respons	Getal	%
Positief ¹	17	14,17
Negatief ²	103	85,83
	N = 120	100%

Volgens tabel 22 het 85,83% van die respondente tydens die laaste 4 weke van swangerskap lang afstande gereis met 'n motor, 'n vliegtuig of die trein.

Slegs 14,17% van die respondente is gewaarsku om lang reise in die laaste 4 weke van swangerskap verkieslik te vermy.

Reis tydens swangerskap is onbeperk, behalwe waar komplikasies, bv. dreigende aborsie tydens eerste 3 maande, voorkom. Waar geen komplikasies van swangerskap voorkom nie, kan die swanger vrou rondreis tot en met 36 weke swangerskap. Na 36 weke swangerskap moet die swangervrou nie te ver te reis a.g.v. die gevaar van premature kraam. Een van die ander gevare wat lang

1. Positief : 'n Positiewe waarde is aangeteken as die respondent gestel het dat sy afgeraai is om ver afstande te reis tydens laaste 4 weke.

2. Negatief : 'n Negatiewe waarde is aangeteken as die respondent gestel het dat sy wel ver afstande gereis het tydens swangerskap sonder dat sy dit met die geneesheer bespreek of inligting hieroor verkry het.

reise inhou, is dat die swanger vrou in baring mag gaan waar geen fasiliteite vir die bevalling beskikbaar is nie of in 'n vreemde hospitaal mag kraam waar noodsaaklike gegewens, soos Rh-status, nie bekend is nie. Dit is dus duidelik dat die beval= ling in so 'n geval waar nodige inligting, soos 'n matige vernoude bekken, nie beskikbaar is nie, gevaar inhou vir die moeder sowel as haar baba.

Indien die swanger vrou wel reis gedurende die laaste weke van swangerskap, moet die reis so beplan word dat sy nooit verder as 2 ure se reis vanaf die spesifieke hospitaal is nie.

Lugvervoer behoort nie tydens die eerste paar weke en dan vanaf die 36ste week van swangerskap gebruik te word nie. Volgens Margaret Myles veroorsaak die hoë hoogtes waarin 'n vliegtuig beweeg anoksie in die moeder. Sy stel dat sodanige anoksie tydens vroeë swangerskap die embrio mag benadeel en later in swangerskap, veral na die 36ste week mag dit aanleiding gee tot plasentale ontoereikendheid. (12, p.127)

Tabel 23

Rus tydens die laaste 2 maande van swangerskap

Respons	Getal	%
Ja	85	70,83
Nee	35	29,17
	N = 120	100%

Tabel 23.1Rusperiodes gedurende die dag

Respons	Getal	%
Vm	4	4,7
Nm	66	77,6
Vm en nm	15	17,7
	N = 85	100%

Tabel 23.2Respondente deur geneesheer/kliniekpersoneel aanbeveel om te rus

Respons	Getal	%
Ja	50	42,67
Nee	70	57,33
	N = 120	100%

Uit tabel 23 blyk dit duidelik dat 79,83% van die respondente tydens swangerskap dit nodig geag het om gedurende die dag te rus, maar slegs 42,67% is deur die geneesheer of kliniekpersoneel aanbeveel om te rus.

Uit tabel 23.1 blyk dit ook dat 77,6% van die respondente in die namiddag gerus het, terwyl 17,7% in die oggend en weer in die middag gerus het.

Omdat liggaamlike en geestelike welsyn so uiters belangrik is vir die normale verloop van swangerskap en baring, moet elke swanger

vrou aanbeveel word om gedurende die dag vir 'n rukkie te rus. Die swanger vrou hoef nie noodwendig te slaap tydens die rusperiode nie, maar sy kan rustig op haar bed lê en ontspan.

Grantly Dick-Read het die volgende geskryf: „It should be pointed out to her that physical tiredness is likely to become embarrassing in the later stages of pregnancy if the habit of rest is not made in the earlier months. It is usually possible to persuade a mother-to-be that a rest of half an hour before or after lunch becomes an easy habit, and that the majority will conform to this suggestion.” (5, p.315)

Tabel 24

Borsvoeding deur respondente

Respons	Getal	%
Ja	102	85%
Nee	18	15%
	N = 120	100%

In hierdie ondersoek het 85% van die respondente borsvoeding aan hulle babas gegee.

Borsvoeding is die beste voeding vir elke baba, dit is dus een van die belangrikste take van die geneesheer en die vroedvrou om die voordele van borsvoeding aan elke swanger vrou te verduidelik. Behalwe die reeds bekende voorbeelde soos sekuriteit en maklike verteerbaarheid, speel borsvoeding 'n deurslaggewende rol in die daarstelling van 'n suksesvolle moeder-kindverhouding.

'n Goeie moeder-kindverhouding is die noodsaaklike grondslag vir die ontwikkeling van emosionele en geestelike stabiliteit in die lewe van die baba.

"Breast-fed babies get more mothering and when cuddled at the breast they feel loved and secure." (12, p.453)

Uit tabel 24 blyk dit ook dat 15% van die respondente nie borsvoeding aan hulle babas gegee het nie.

Hoewel borsvoeding by uitstek die beste voeding vir 'n baba is, moet geen moeder ooit geforseer word om teen haar wil borsvoeding aan haar baba te gee nie.

Die volgende redes waarom borsvoeding nie gegee is nie, is deur respondente verskaf:

Tabel 24.1

Rede	Getal	%
Ingetrekte tepels	5	27,7
Onvoldoende melksekresie	2	11,1
Borsabses	1	5,55
Baba in broeikas	1	5,55
Hou nie van die idee	2	11,1
Is nog te jonk	1	5,55
Binnekort weer werk	6	33,33
	N =18	100%

Uit tabel 24.1 blyk dit dat slegs 44,35% van die respondente 'n werklike grondige rede aangevoer het.

Die feit dat 'n baba in 'n broeikas verpleeg word is nie 'n kontra-indikasie vir borsvoeding nie. Die baba in die broeikas kry ook 'n voeding, dikwels dan 'n kunsmatige melkvoeding, terwyl die moeder se borsmelk wel beskikbaar is. As so 'n baba nie aan die moeder se bors gevoed kan word nie, behoort die borsmelk uitgemelk te word en op die vasgestelde voedingstye aan die baba toegedien te word.

Die grootste % van respondente wat nie hul babas aan die bors gevoed het nie, moes binne 4 tot 6 weke na die bevalling weer gaan werk. Deur taktvolle optrede en begrip vir hierdie vrou se probleme aan die dag te lê, kan sy oorreed word om borsvoeding te gee vir die eerste paar weke van haar baba se lewe. Hierdie moeder en haar baba kan dus die voordele van borsvoeding benut totdat die moeder weer gaan werk.

Moeders wat buite die huis werk, behoort spesiale werkstye te hê sodat hulle hul kinders self kan voed.

Tabel 24.2Inligting en voorligting oor borsvoeding

Verskaf deur	Getal	%
Boeke	35	29,17
Ma	40	33,33
Vriendin	14	11,67
Geneesheer	9	7,50
Apteker	2	1,67
Ander	20	16,67
	N =120	100%

Uit tabel 24.2 blyk dit dat slegs 7,5% van die respondente inligting oor borsvoeding van hul geneeshere ontvang het, terwyl 33,33% hierdie inligting van hulle moeders ontvang het.

Ten einde borsvoeding te bevorder, is dit die verantwoordelikheid van elke geneesheer en elke vroedvrou om kennis en advies m.b.t. borsvoeding aan die swanger vrou oor te dra. Die geneesheer en die vroedvrou is in die ideale posisie om tydens elke voorkeboorte besoek hierdie onderwerp te bespreek. Die voordele van borsvoeding moet in eenvoudige taal aan elke swanger vrou verduidelik word.

Hoewel 33,33% en 11,67% van die respondente onderskeidelik inligting oor borsvoeding van moeders en vriendinne ontvang het, is professionele raadgewing deur geneeshere en vroedvroue noodsaaklik. Deur professionele raadgewing kan verkeerde idees oor borsvoeding, bv. borsmelk wat effens blou vertoon, of te flou

is vir die baba, uitgeskakel word.

Geestelike en emosionele voorbereiding van die swanger vrou om borsvoeding te gee, vorm 'n kardinale deel van voorgeboorte versorging. Volgens die resultate van hierdie ondersoek, moet geneesheer en vroedvroue beslis meer aandag en tyd aan hierdie aspek van voorgeboorte sorg bestee.

Tabel 24.3

Wyse waarop inligting oor borsversorging bekom is deur respondente

Verskaf deur	Getal	%
Boeke	22	18,33
Ma	22	18,33
Vriendin	20	16,67
Apteker	3	2,5
Geneesheer	38	31,67
Ander	11	9,17
	N = 116	96,67

Uit hierdie tabel blyk dit dat 31,67% van respondente inligting oor borsversorging van die geneesheer ontvang het.

Om suksesvolle borsvoeding te verseker, is borsversorging noodsaaklik. Inligting oor borsversorging is dus 'n basiese vereiste; en die geneesheer en die vroedvrou moet poog om elke swanger vrou sodanig te motiveer dat borsversorging gereeld toegepas word.

In hierdie ondersoek het 3,33% van die respondente geen inligting oor borsversorging gekry nie. In hierdie gevalle waar die geneesheer bv. te besig is om basiese feite en inligting te verskaf, is dit noodsaaklik dat hy toepaslike leesstof sal aanbeveel.

Tabel 24.4

Borsversorging toegepas tydens swangerskap

Borsversorging toegepas	Getal	%
Ja	105	87,5
Nee	15	12,5
	N =120	100%

Hoewel 87,5% van respondente wel borsversorging tydens swangerskap toegepas het, het 12,5% van respondente geen borsversorging toegepas nie.

Die logiese afleiding hieruit, is dat respondente wat nie borsvoeding toegepas het nie, nie bewus was van die noodsaaklikheid daarvan nie en dus nie die nodige motivering gehad het om dit te doen nie.

"During pregnancy an effort should be made to toughen the nipples and get them accustomed to friction, in readiness for the vigorous sucking to which they will be subjected." (12, p.455)

Tabel 24.5Metodes vir borsversorging toegepas deur respondente

Metodes	Getal	%
Olie aangesmeer	42	40%
Gewas met water en seep	47	44,76
Borste uitgemelk	3	2,86
Spiritus aan tepel smeer	14	13,33
Tepel borsel met naelborsel	8	7,61
Oefeninge gedoen	1	0,95
	N =105	100%

Volgens tabel 24.5 het 13,33% van respondente spiritus aan die tepels gesmeer. Oor hierdie metode van borsversorging sê Margaret Myles: „Spirit dries the natural oil from Montgomery's tubercles and is apt to produce cracks." (12, p.455)

7,61% van die respondente het tydens swangerskap 'n naelborsel gebruik om die tepels mee te borsel. Behalwe dat verskeie respondente hierdie metode van borsversorging erg pynlik gevind het, word die epiteelweefsel, wat die tepel bedek, beskadig.

Die beste metode vir borsversorging is: „the nipples being massaged by rolling them between the finger and thumb and drawing them out every day during the last two months, using a good face-soap and water. Lanoline or other suitable ointment may be applied."

Tabel 25

Aantal respondente wat kliniese pelvimetrie op 36 weke swangerskap ontvang het

Kliniese pelvimetrie gedoen	Getal	%
Ja	75	62,5
Nee	45	37,5
	N = 120	100%

Volgens tabel 25 het 37,5% van die respondente nie 'n inwendige ondersoek gehad om die grootte van die bekken te bepaal nie.

Die uitvoer van 'n kliniese pelvimetrie op 36 weke swangerskap is noodsaaklik om komplikasies tydens kraam uit te skakel.

In sy publikasie „Risks in the practice of modern obstetris" sê I. Ladimer: „Thus, delay, failure to explore all possibilities and omission of available tests and consultation, as well as continued observation may all lead to liability. These are requisites for proper diagnosis, especially in possible critical situations; in their absence the physician cannot claim an error in judgement. The physician in charge of the pregnant woman has as his primary responsibility the application of all diagnostic, evaluative treatment and operative skills to maintain a healthy fetus.... and the prospective mother." (1, p.253)

Soos gestel in hoofstuk 3, is dit een van die doelstellings van Voorgeboorte versorging om abnormaliteite soos 'n vernoude bekken

en bekkengewasse tydens swangerskap te diagnoseer ten einde komplikasies tydens baring te voorkom. In hierdie ondersoek was 37,5% van die respondente onderworpe aan moontlike komplikasies tydens baring soos veroorsaak deur ongediagnoseerde vernoude bekken. Een van die respondente het my meegedeel dat sy haar eerste inwendige ondersoek gehad het nadat sy reeds 10 ure in sterk baring was, haar geneesheer het 'n spesialis ingeroep omdat sy geen vordering getoon het nie; na 'n inwendige ondersoek deur die spesialis het sy dadelik 'n keisersnit ondergaan vir 'n erg vernoude bekken.

Die geneesheer wat werklik sy pasiënte se belange op sy hart dra en 'n bekkenskatting doen by die swanger vrou kan vroegtydig 'n elektiewe keisersnit uitvoer, in geval van 'n vernoude bekken. Deur 'n vernoude bekken, of 'n matige vernoude bekken, vroegtydig te diagnoseer, kan die komplikasies tydens kraam, soos moederlike uitputting en fetale nood, voorkom word deur die uitvoer van 'n elektiewe keisersnit.

Die totale voorgeboorte versorging van elke swanger vrou moet dus sodanig wees „that the mother should desire and be willing to have more children because of, not in spite of, her experience of childbirth." (5, p.287)

Tabel 26Keuse van respondente tussen keisersnit en normale bevalling

Verkies keisersnit	Getal	%
Ja	11	9,17
Nee	109	90,83
	N =120	100%

Uit tabel 26 blyk dit dat 9,17% van die respondente 'n keisersnit verkies het bo 'n normale bevalling.

Tabel 26.1Redes vir voorkeur aan keisersnit

Rede	Getal	%
Minder pynlik	4	36,46
Makliker vir moeder	3	27,27
Geen drykpyne	3	27,27
Baba is mooier	1	9,99
	N =11	100%

Drie van hierdie redes vir voorkeur aan keisersnit, dui daarop dat hierdie respondente hulle bevallings as traumatiese ervarings ondervind het, wat hulle nie weer sou wou deurmaak nie.

'n Volledige bekkenskatting en voldoende emosionele en geestelike voorbereiding vir baring is dus noodsaaklik vir suksesvolle kraam - „childbirth should be accompanied by a sense of maternal

achievement and satisfaction, and the mother-child relationship should be enhanced by pride and pleasure and not tainted by resentment or distressing memories." (5, p.287)

Tabel 27

Bygelowigheid by respondente - moerbeie veroorsaak geboortevlek

Respons	Getal	%
Ja	17	14,17
Nee	103	85,83
	N =120	100%

Uit hierdie tabel blyk dit dat 14,17% van die respondente geglo het dat 'n geboortevlek veroorsaak word as die swanger vrou baie moerbeie eet.

"An opportunity must be made to discuss old wives' tales and other superstitions." (8, p. 289)

- Na aanleiding van hierdie vraag, het een van die respondente my meegedeel dat haar broer 'n geboortevlek, in die vorm van 'n moerbeie, het omdat hulle moeder altyd baie lus was vir moerbeie gedurende daardie spesifieke swangerskap.

In 'n wêreld waar jaarliks miljoene rande bestee word aan reise na die maan, is daar nog te veel bygelowe in omloop wat die mens se lewe beïnvloed. Sodanige bygelowe veroorsaak soms maande van nodelose angs en bekommernis - veral dan vir die swanger vrou. Van hierdie bygelowe is bv. die idee dat as 'n baba gebore word met 'n deel van die vliese oor sy kop, sou hy met die

helm gebore wees en dus buitengewone magte besit om in die toekoms te sien.

Ten einde sulke stories die nek in te slaan, moet die geneesheer en die vroedvrou met elke voorgeboorte ondersoek 'n tydjie beskikbaar stel om probleme, vrae en vrese met die swanger vrou te bespreek.

Tabel 28

Optrede van respondente i.g.v. bloeding tydens swangerskap

Optrede	Getal	%
a ¹	29	24,17
b ²	88	73,33
c ³	1	0,83
d ⁴	2	1,67
	N = 120	100%

Uit tabel 28 blyk dit dat 24,17% van die respondente, indien bloeding tydens swangerskap sou voorkom, sou wag om te sien of die bloeding beter word en vanself ophou. 0,83% van die respondente het aanvaar dat 'n vrou nog mag menstrueer tydens swangerskap.

a¹ Wag om te sien of dit beter word en vanself ophou.

b² Die geneesheer/kliniekpersoneel skakel.

c³ Dit is normaal, want 'n mens kan nog menstrueer tydens swangerskap.

d⁴ Ander.

Tydens die eerste voorgeboorte ondersoek moet die geneesheer en die vroedvrou die swanger vrou aanraai om dadelik met die geneesheer of kliniekpersoneel te skakel, indien enige abnormale teite waargeneem word. Sonder om 'n onnodig donker prentjie te skilder moet die belangrikste gevaartekens aan die pasiënt verduidelik word; bv. bloeding, aanhoudende braking, erge edeem en dreinasie van vrugwater. Die doel hiervan, is om te verseker dat die swanger vrou dadelik mediese hulp sal verkry en nie die toestand as normaal of as eie aan swangerskap sal aanvaar nie.

Indien bloeding tydens swangerskap nie onmiddellik gerapporteer word nie, kan die lewe van die swanger vrou en die lewe van haar ongebore baba bedreig word.

Tabel 28.1

Optrede deur respondente sodra vliese ruptuur

Optrede	Getal	%
a ¹	4	3,33
b ²	39	32,5
c ³	76	63,33
d ⁴	1	0,83
	N = 120	100%

-
- a¹ Wag om te sien of dit beter word en vanself ophou.
b² Die geneesheer/kliniekpersoneel skakel.
c³ Kraaminrigting toe gaan vir die bevalling.
d⁴ Ander.

Dit blyk uit tabel 28.1 dat 32,5% die geneesheer sou skakel en 63,33% van die respondente sou kraaminrigting toe gaan sodra die vliese ruptuur.

3,33% van respondente sou wag om te sien of dit vanself ophou, terwyl 0,83% van die respondente geen idee gehad het hoe om in so 'n situasie op te tree nie.

Wanneer die swanger vrou se vliese ruptuur moet mediese hulp altyd verkry word, omdat sekere komplikasies mag intree. So Bv. kan die swanger vrou 'n ernstige infeksie opdoen as die vliese lank voor baring breek. In 'n geval waar die voorliggende deel nog nie ingedaal is nie, mag 'n prolaps van die naelstring voorkom indien die vliese ruptuur.

Volgens tabel 28.1 sou 3,33% en 0,83% van die respondente onderskeidelik, nie dadelik mediese hulp verkry het, of kraaminrigting toe gegaan het as die vliese ruptuur het nie. Hierdie respondente was dus aan verhoogde risiko's onderhewig.

Deur advies en inligting aan die swanger vrou te verskaf, is die swanger vrou bewus van die aangewese optrede in spesifieke situasies, en onnodige komplikasies kan voorkom word.

Tabel 28.2Kennis van respondente omtrent tekens en simptome van kraam

Tyd van opname vir bevalling	Getal	%
a ¹	53	44,16
b ²	8	6,33
c ³	3	2,5
d ⁴	3	2,5
e ⁵	3	2,5
a, c, d	28	23,33
a,c	14	11,66
a,d	5	4,16
a,b,d	1	0,83
c,d	1	0,83
Weet glad nie	1	0,83
N =120		100%

Onsekerheid oor die tekens dat kraam begin het en onsekerheid oor wanneer om kraaminrigting toe te gaan vir die bevalling gee aanleiding tot vrees en spanning.

-
- a¹ Sodra pyne gereeld is.
b² Wanneer dit haar datum is.
c³ As haar water breek.
d⁴ As sy 'n bloederige afskeiding het.
e⁵ As dit voel of die baba gebore gaan word.

Uit tabel 28.2 blyk dit dat slegs 23,33% van die respondente geweet het dat hulle moet opgeneem word vir die bevalling indien enige een, of 'n kombinasie van die 3 tekens van baring voorkom.

2,5% van respondente sou kraaminrigting toe gaan sodra hulle voel dat die baba gebore gaan word -

"There are three signs that labour has started, but don't wait for all three before coming to the hospital. We want to be with you from the beginning of labour, to help you as much as we can."
(12, 671)

Tabel 29

Voorbereiding van respondent vir bevalling

Respons	Getal	%
Positief ¹	79	65,83
Negatief ²	41	34,17
	N = 120	100%

Uit tabel 29 blyk dit dat 'n totaal van 34,17% van respondente gestel het dat hulle emosioneel, geestelik en liggaamlik nie voorberei was vir die geboorte van hul eerste baba nie.

-
1. 'n Positiewe waarde is toegeken as die respondent gevoel het sy was emosioneel, geestelik en liggaamlik voorberei vir bevalling.
 2. 'n Negatiewe waarde is toegeken as die pasiënt geen of weinig voorbereiding gehad het vir baring.

"For every job in the world, men and women study and train themselves. In the field of vocational training a beginner must spend considerable time learning how to be a good workman before he can be trusted on the job. Yet isn't it strange, we are so careful to prepare children for other tasks, but adults are expected to take on the biggest and best job of all, being parents with little or no preparation." (25, p.529)

Die voorbereiding van die swanger vrou vir die geboorte van haar baba, veral haar eerste baba, is 'n integrale deel van voorgeboorte versorging. Dit is die taak en verantwoordelikheid van elke geneesheer en elke vroedvrou om aan die swanger vrou voorligting en kennis te verskaf oor die aanvang en verloop van baring. Die doel van die voorbereiding van die swanger vrou: "is to ensure good health, both physical and mental during pregnancy and so minimize the discomforts of labour and the necessity for interference." (5, p.287)

Hoewel Dick-Read sy verklaring van pyn tydens kraam, sowel as die verligting van pyn deur psigoprofilakse, dikwels té ver gevoer het, het hy 'n belangrike bydrae gelewer deur die belang van behoorlike emosionele en geestelike voorbereiding van die swanger vrou te beklemtoon. In sy boek "Childbirth without Fear" stel hy: "Women have become human beings with MINDS as well as bodies, and the importance of the influence of the emotions upon pregnancy and parturition has been fully recognized." (5, p.284)

As ons daaraan dink dat 34,17% van die respondente geen voorbereding of voorligting ontvang het vir die geboorte van hul eerste babas nie, is die volgende stelling wel van toepassing op 'n groot deel van voorgeboorte versorging soos plaaslik verskaf: „Obstetricians have, in fact, been extremely casual about the patient's attitude concerning her impending delivery. Their approach to this situation has been largely one of merely casual reassurance. This superficial and friendly 'brush-off' is largely intended to convey the idea that, since the patient is in such excellent hands, and since all kinds of analgesic and anesthetic aids are presently available, any feelings of anxiety, apprehension, or fear of the impending labor and delivery are needless." (11,p.82)

In hierdie ondersoek het verskeie van die respondente gestel dat die geneesheer altyd so besig was, dat daar nie tyd was om vrae te vra of probleme te bespreek nie. Een respondent het gestel dat sy vir die spesialis gevra het wat alles met haar gaan gebeur tydens kraam, sy antwoord was dat hy haar nie kan help nie, want hy self het nog nooit 'n baba gehad nie.

Deur 'n paar minute af te staan met elke voorgeboorte ondersoek vir voorligting, advies en bespreking van probleme, kan ons voorkom dat vrouens hulle ervarings tydens kindergeboorte as volg beskryf: „Wat ek eintlik moes verwag het - en nie het nie - is die intensiteit van die pyn. Wat ek nie verstaan het nie en waarvoor ek nie voorberei het nie, is die gevoel van uniekheid wat my 'n enkele, te kort stonde die middelpunt van die heelal gemaak het." (30, p.35)

HOOFSTUK VAANBEVELINGS

"A high quality of obstetric and pediatric care is needed to maintain today's survival rates, but further reductions in perinatal mortality and morbidity will require broadened programs and the coordinated effort of all medical workers within the community." (11.p.31) 'n Multidissiplinêre benadering in die verskaffing van behoorlike voorgeboorte versorging is dus noodsaaklik. In die hospitaal word daar reeds tot 'n groot mate voorgeboorte versorging verleen deur lede van die multidissiplinêre gesondheidspan. Waar komplikasies swangerskap of baring bedreig, is hoogs gespesialiseerde vaardigheid en kennis nodig om die moeder of die baba of beide lewens te red. Hier word dan indien nodig, gebruik gemaak van verskeie ander lede van die mediese span soos bv. die pediater, die patoloog en die hematoloog. Daar word dus aanbeveel dat algehele samewerking tussen die onderskeie lede van die multidissiplinêre span, saam met die verloskundige en algemene praktisyn in die privaat praktyk, bewerkstellig moet word, tot voordeel van die pasiënt. Die verloskundige, die pediater, die algemene praktisyn, die vroedvrou, die patoloog, die dieetkundige, die tandarts en die onderskeie laboratoriumtegnici behoort 'n inherente deel te vorm van die multidissiplinêre gesondheidspan.

Omdat die probleem daaglik ondervind word dat pasiënte eers na die eerste trimester aanklop vir mediese versorging en omdat ongereelde besoeke soms wel voorkom, moet daadwerklik opgetree

word om die situasie te verbeter. 'n Aanbeveling wat moontlik mag vrugte afwerp, is die gebruik van kleurvolle advertensies om die belang van vroeë en gereelde voorgeboorteverSORging by die publiek tuis te bring. Sulke advertensies kan aangebring word in die vensters van apteke, spreekkamers van geneeshere, in die verskeie munisipale klinieke sowel as in die buitepatiënte afdeling en die voorgeboortekliniek. Sulke advertensies moet oor die kwaliteit beskik om belangstelling te wek en die persoon tot handeling aan te spoor.

In 'n ondersoek in Amerika na redes waarom pasiënte ongereeld en eers laat in swangerskap die geneesheer of die voorgeboortekliniek besoek het, het 19 uit die 64 vroue dit as onnodig beskou. (20) Meer kennis oor voorgeboorte ondersoek en die belang daarvan behoort deur die vroedvrou en die gesondheidsbesoeker uitgedra te word. Praatjies oor hierdie onderwerp kan deur deskundiges gelewer word by die byeenkomste van die talle vroue en welsynorganisasies, terwyl lesings in eenvoudige taal gegee kan word in die voorgeboorte kliniek en ook aan dogters in die hoër skole. Sodanige praatjies en lesings moet beslis deur 'n ervare en bekwame vroedvrou aangebied word. Nuwelinge in die gemeenskap, onder wie swanger vroue en potensiële moeders mag wees, moet opgespoor word en by hierdie praatjies betrek word.

Dit is belangrik om te onthou dat daar 'n relatiewe dispariteit bestaan tussen die behoefte aan en die gebruik maak van professionele mediese dienste. Die opgevoede vrou uit die middel- en hoër inkomste groep, wie se voorgeboortelike behoeftes dikwels

minder dringend is, klop reeds vroeg in swangerskap aan by die geneesheer en verkry gespesialiseerde mediese versorging; terwyl „the low-income mother-to-be, of poor nutritional background, and subject to the greatest hazard, seeks and gets curtailed medical services late, or not at all." (19, 809) Hierdie vrou uit die swak buurt en met die minimale skoolopleiding, woon selde of ooit besprekings by. Sodanige persone mag meer positief reageer op persoonlike benadering deur die vroedvrou en op advertensie oor die radio. Daar moet ook steeds, in medewerking met ander instansies, gepoog word om die algemene lewensstandaard van persone in die lae strata van ons bevolking te verhoog. „When a person is without food, clothing, shelter, gas or electricity, can he think in terms of the health care he needs?" (18, p.1223)

Die voorgeboorte kliniek en die geneesheer se spreekkamer behoort voldoende belit te wees en daar moet genoeg gemaklike individuele sitplekke wees. Swak beligting en lang, harde banke neig om depersonalisasie in die hand te werk. Lang tye van wag vir haar afspraak, moet tot die minimum beperk word. Dit is veral belangrik vir die swanger vrou wat nog buitenshuise werk verrig en dus verlof gedurende werksure moet verkry en om die geneesheer of die kliniek te besoek.

Die ideale situasie sou wees om voorgeboorte versorging binne die konteks van 'n gemeenskapsdiens te verskaf. So kan die privaat geneesheer in die stad 'n spesifieke middag inruim en al hulle swanger pasiënte in een groot gesamentlike kliniek ondersoek. Elke pasiënt sal op haar vasgestelde tyd na die

kliniek kom. Hierdie kliniek behoort groot genoeg te wees om opeenhoping van pasiënte te voorkom en dit moet 'n neutrale lokaal wees wat behoorlik ingerig is vir die behoorlike verskaffing van voorgeboorte versorging. So 'n kliniek behoort twee middae en een aand per week gehou te word tot voordeel van die werkende vrou. Die kliniek moet beman word met die privaat geneesheer en spesialisiste sowel as met vroedvroue, gesondheidsverpleegsters, dieetkundiges en die maatskaplike werkster. Ander lede van die multidissiplinêre span behoort beskikbaar te wees op aanvraag. Met die eerste besoek aan haar geneesheer by hierdie kliniek, word die pasiënt deeglik medies ondersoek deur die geneesheer en alle inligting word akkuraat aangeteken. Tydens die ondersoek word die geneesheer bygestaan deur die vroedvrou wat die belang van elke ondersoek verduidelik. Na hierdie mediese ondersoek word die pasiënt na die vroedvrou verwys vir roetine ondersoeke soos bloeddruk bepaal, urinetoets, weeg, fetale posisie bepaal, luister na fetale harttone en die nodige voorligting verskaf. Die moeder kan haar vrese en bekommernis rustig met die vroedvrou bespreek en indien maatskaplike probleme bestaan kan die vroedvrou die moeder na die maatskaplike werkster verwys. Die pasiënt wat geen komplikasies gedurende swangerskap ondervind nie, word vir die res van haar swangerskap deur die vroedvrou versorg. Waar enige onsekerheid ontstaan, is die geneesheer beskikbaar en kan hy behulpsaam wees. Die geneesheer behoort ook 'n gesamentlike onderhoud met die moeder en vader te voer. Daar bestaan beslis 'n behoefte by beide die toekomstige ouers dat die vader meer betrek moet word by die swangerskap en wat daaruit spruit. Die doelwit moet wees

„the development of ,mothering' and hopefully ,fathering' skills, of enabling the parents to achieve fulfillment as well as confidence as they assume parental responsibilities of developing strong, warm families able to cope with their own problems and willing to help with the problems of their neighbors and of their community." (17, p.1523) Deur die vader, in sy eie reg, in die program van voorgeboorte versorging en voorbereiding en onderrig vir baring en daaropvolgende ouerskap te betrek, word 'n belangrike bydrae gemaak tot die konsolidasie van die huisgesin as 'n eenheid.

Groeponderrig, wat reeds tot 'n mate by die Nasionale Hospitaal aangebied word, is 'n realistiese proposisie. Dit behoort in hierdie kliniek, waarvan die privaat geneeshere gebruik maak, aangebied te word. In hierdie groeponderrig moet 'n ervare vroedvrou, spesiaal vir hierdie doel aangestel, aan een of beide toekomstige ouers, onderrig, inligting en emosionele steun verskaf. Onderrig of inligting kan verskaf word oor die basiese ontwikkeling van die fetus, oor die verloop van swangerskap en baring. Dit is dus nou die ideale situasie om elke swanger vrou emosioneel en geestelik voor te berei vir baring. Die vroedvrou is in 'n uitstekende posisie om leiding en ondersteuning aan die swanger vrou en haar eggenoot te gee - veral aan die primigravida. Hierdie leiding, ondersteuning en emosionele voorbereiding is 'n uiters noodsaaklike deel van voorgeboorte versorging wat ongelukkig te dikwels agterweë gelaat word deur die privaat geneesheer as gevolg van 'n baie druk program.

'n Belangrike deel wat beslis meer aandag verg, is raad en voorligting oor die belang en voordele van borsmelk, asook borsversorging gedurende swangerskap. Hier is dit weereens die pasiënt van die privaat algemene praktisyn en spesialis wat aan die kortste end trek. Hierdie voorgestelde kliniek vir privaat-pasiënte, is dus 'n noodsaaklikheid vir die toekoms. Die werk-lading op die privaat praktisyn m.b.t. voorgeboorte sorg is hoog en dit kan grootliks verlig word deur die regte gebruik van die goed-opgeleide vroedvrou soos hier bo voorgestel.

Hierdie gemeenskapsdienste wat voorgeboorte versorging kan verskaf, kan ook meer gebruik maak van die gespesialiseerde kennis van die dieetkundige. Die dieetkundige kan ook by die onderriggroep betrek word om inligting te verskaf oor die gebalanseerde dieet. Sy kan ook pamflette beskikbaar stel met ekonomiese resepte wat die swanger vrou kan eet sonder bekommernis oor oormatige massa.

Hoewel daar voorgeboorte ontspanningsoefeninge deur fisioterapeute by die Nasionale Hospitaal aangebied word, moet hierdie klasse aangebied word deur 'n opgeleide en bekwame vroedvrou - miskien dieselfde persoon wat die voorgeboorte onderrig behartig. Hoewel die fisioterapeut die meester in haar veld is, het sy geen of min kennis van verloskunde. Omdat swanger vroue altyd vragies het om te vra, mag daar misverstande ontstaan as die fisioterapeut nie die nodige kennis besit nie. Verder versterk dit die vertroue van die swanger vrou in die bekwaamheid van die vroedvrou. As hierdie klasse deur 'n bekwame en betrou-

bare persoon aangebied word, sal die privaat geneeshere die vertroue hê om swanger pasiënte daarheen te verwys. Hierdie klasse behoort twee maal per week en een aand per week aangebied te word, of volgens die behoefte van die gemeenskap.

Pasiënte met komplikasies van swangerskap of ander siektetoestande moet as hoë-risiko pasiënte beskou word. Hierdie pasiënte moet spesiale en intensiewe versorging ontvang. Daar behoort ook 'n intensiewe eenheid opgebou te word vir hospitalisasie van die hoë-risiko pasiënte en die verlossing behoort ook in so 'n eenheid hanteer te word. Geneeshere en vroedvroue met nagraadse en na-basiese opleiding in obstetrie moet hierdie eenheid 24 uit die 24 uur beman.

Effektiewe voorgeboortelike versorging moet voortdurend verskaf en verbeter word en daarom is daar steeds 'n behoefte aan uitgebreide nagraadse en nabasiese opleidingsprogramme vir geneeshere en vroedvroue. Nuwe feite en kennis moet toegepas word en die algemene praktisyn moet aangemoedig word om die nodige konsultasie aan te vra. Onderrigprogramme sal lede van die gesondheidspan tot konsensieuse selfstudie stimuleer.

Beter samewerking tussen die geneesheer en die vroedvrou in 'n poging om voorgeboorte versorging te verskaf, kan alleenlik vrugte afwerp as daar wedersydse respek en vertroue bestaan.

Daar moet verder gepoog word om kontinuïteit in mediese versorging te verseker. "It was felt that good maternity care should

be provided before conception and through the postpartum period and should include family planning". (18, p.1221)

Die effektiwiteit van voorgeboorte versorging moet voortdurend op wetenskaplike wyse ge-evalueer word volgens die verloop van swangerskap, baring en die postpartum periode sowel as volgens die perinatale mortaliteit. Aan die hand van so 'n evaluasie kan verbeteringe bewerkstellig word sodat optimale voorgeboortelike versorging sal wees: „the provision of such care for the women of the country that their pregnancies would be wanted, and planned; and would be supervised in such a way as to foster the unity of their homes, reduce to a minimum the incidence of scars on body or mind, and ensure as far as humanely possible that the infant would be healthy and unimpaired during the process of pregnancy and birth." (8, p.291)

HOOFSTUK VI

SLOTSOM EN OPSOMMING

Die ervare geneesheer en die ervare vroedvrou is daar wel deeglik bewus van dat voorgeboorte versorging en -voorligting aan die swanger vrou noodsaaklik is. Voorgeboorte versorging het ten doel die optimale liggaamlike, emosionele en geestelike voorbereiding vir swangerskap, baring en die puerperium.

Om te verseker dat die swanger vrou in goeie fisiese gesondheid verkeer, moet die geneesheer en die vroedvrou tydens elke voorgeboorte ondersoek die nodige kliniese en spesiale ondersoeke uitvoer. Goeie fisiese gesondheid tydens swangerskap word ook in stand gehou en bevorder deur voorligting te verskaf oor die belang van 'n gebalanseerde dieet, die noodsaaklikheid van vars lug en oefening tydens swangerskap, en ook die belang van genoeg rus en ontspanning.

Emosionele en geestelike voorbereiding vir swangerskap en baring, sowel as morele steun gedurende hierdie tydperk, is 'n noodsaaklike aspek van voorgeboorte versorging van die swanger vrou. Hier is dit veral die vroedvrou wat 'n belangrike rol kan speel deur te luister na die vrae, deur vrese en probleme te bespreek, en deur taktvolle en eenvoudige verduidelikings aan die swanger vrou te verskaf. Eenvoudige verduidelikings oor die verloop van swangerskap en baring is noodsaaklik vir elke swanger vrou, veral die primigravida. Deur kennis en voorligting te verskaf, kan die geneesheer en die vroedvrou daartoe bydra om die swanger

vrou se vrees vir die onbekende uit die weg te ruim.

Uit die resultate van hierdie ondersoek blyk dit dat die voor=geboorte versorging van die swanger vrou, soos plaaslik verskaf, voldoende is m.b.t. die voorkoming van komplikasies.

Daar bestaan egter 'n paar leemtes in die versorging van die swanger vrou. Uit hierdie ondersoek het dit pertinent geblyk, dat die emosionele en geestelike voorbereiding van die swanger vrou baie meer aandag en tyd regverdig as wat tans die geval is. Daar moet voorsiening gemaak word vir tyd, sowel as vir 'n rustige atmosfeer, om nodige voorligting en kennis aan die swanger vrou oor te dra. In die versorging van die swanger vrou, moet die geneesheer en die vroedvrou individuele versorging en onverdeelde aandag aan elke vrou gee.

Deur die gebruik van die multidissiplinêre gesondheidspan, kan tekorte en leemtes in die versorging van die swanger vrou voorkom word. So bv. is die dieetkundige die aangewese persoon om inligting oor dieet te verskaf aan die swanger vrou, terwyl die ervare vroedvrou 'n baie belangrike rol kan vervul deur die verskaffing van morele ondersteuning aan die swanger vrou. Emosionele voorbereiding vir die bevalling en die puerperium kan ook suksesvol aangebied word deur die ervare vroedvrou. Die toekomstige vader moet betrek word by die voorligting wat aan swanger vroue verskaf word, om die nodige aanpassings wat die geboorte van 'n baba noodwendig meebring, te vergemaklik.

Optimale versorging van die swanger vrou is dus die taak en verantwoordelikheid van elke spesifieke lid van die multidissiplinêre gesondheidspan. Goeie voorgeboorte versorging en -voorligting verseker 'n gesonde, gelukkige moeder en 'n lewende, gesonde baba. Deur die toekomstige vader by 'n onderrigprogram te betrek, word hy in staat gestel om die nodige emosionele steun aan sy vrou te verskaf en ook om te help met die versorging van die baba. Daardeur word die gesinslewe op 'n stewige grondslag geplaas; en dit is belangrik, want 'n gesonde gesinslewe vorm die grondslag van elke individu se gevoel van veiligheid en sin vir identiteit.

VRAELYS

1. Ouderdom:
2. U Kerkverband:
3. Behandelende geneesheer:
4. Betalende pasiënt/Nie-betalende pasiënt:
5. Skolastiese peil:
6. Wanneer het u na die geneesheer/kliniek gegaan nadat u vermoed het u is swanger?
 - (a) Binne die 1ste week.
 - (b) Binne die tweede week.
 - (c) Binne die derde week.
 - (d) Binne die vierde week.
 - (e) Nadat u lewe gevoel het.
7. Oor watter siektes en ander toestande het u en die geneesheer/kliniekpersoneel gesels tydens u besoek?
 - (a) Hartkwale
 - (b) Nierkwale
 - (c) Masels
 - (d) Tering
 - (e) Suikersiekte
 - (f) Vorige bloedoortappings
 - (g) Tweelinge in die familie
 - (h) Allergieë
 - (i) U het nie hieroor gesels nie
8. (a) Dit is soms nodig om 'n vrou tydens swangerskap te weeg.
 Is u tydens u eerste besoek geweeg? JA/NEE
 - (b) Indien JA, wat het u aangehad?
 - (i) 'n Oorrok
 - (ii) U klere en skoene
 - (iii) Ander (spesifiseer)

9. (a) soms is dit nodig om 'n swanger vrou se lengte te weet.
Is u lengte gemeet tydens swangerskap? JA/NEE
10. Pasiënte word soms by die eerste besoek ondersoek en soms later.
 - (a) Is u ondersoek? JA/NEE
 - (b) Indien JA, moes u uittrek en plat lê? JA/NEE
11. Het u na u eerste ondersoek weer gegaan vir 'n ondersoek voor die geboorte van u baba? /GEREELD/SOMS/NET VOOR BEVALLING/NOOIT
12. (a) Is 'n urine monster tydens u eerste besoek van u geneem of eers later? JA/NEE
- (b) Is urine tydens elke daaropvolgende besoek verkry? JA/NEE
- (c) Indien urine tydens elke besoek verkry is, moes u dit saamneem of is dit by die geneesheer/kliniek gegee? NVT/SAAMNEEM/DAAR GEE.
13. (a) Het u wit vlokies (eiewit) in die urine gehad JA/NEE
- (b) Indien JA, het die geneesheer/kliniekpersoneel vir u pille daarvoor gegee? JA/NEE
14. Pasiënte se bloeddruk word soms met die eerste besoek aan die geneesheer/kliniek geneem en soms eers later.
 - (a) Is u bloeddruk met u eerste besoek geneem? JA/NEE
 - (b) Is u bloeddruk later geneem? JA/NEE
15. Pasiënte se bloed word soms tydens swangerskap getrek.
 - (a) Is u bloed met die eerste besoek getrek? JA/NEE
 - (b) Is u bloed later getrek? JA/NEE
16. Nadat u besef het dat u swanger is, is u gereeld deur die geneesheer/kliniekpersoneel ondersoek? GEREELD/SOMS/NET VOOR BEVALLING/NOOIT
17. Dit is nie altyd nodig om alle toetse gereeld te doen nie. Watter van die volgende toetse is gereeld met u gedoen?
 - (a) Bloeddruk geneem
 - (b) Geweeg
 - (c) Urine getoets
 - (d) Bloed getrek
 - (e) Gevoel of die baba nog reg lê
 - (f) Geluister hoe die baba se hartjie klop
 - (g) Gekyk of u bene en voete swel.

18. Pasiënte het soms pille nodig tydens swangerskap en soms nie.

(a) Het u enige pille gedrink? JA/NEE

(b) Indien JA, weet u waarvoor die pille was? JA/NEE

(c) Hoe het die pille gelyk?

(i) Klein wit pilletjies

(ii) 'n Ligte pienk kapsule

(iii) 'n Groen en wit kapsule met gekleurde korreltjies in.

(iv) Klein geel pilletjies

(v) 'n Swart en groen kapsule

19. 'n Baba het kos nodig om te groei.

(a) Het u vir 2 geëet? JA/NEE

(b) Wat was u aangeraai om te eet?

(c) Wat was u afgeraai om te eet?

20. Rook u?

JA/NEE

Indien JA, hoeveel sigarette per dag?

21. (a) Het u dit nodig gevind om die tandarts te besoek tydens swangerskap? JA/NEE

(b) Indien ja, hoe dikwels het u die tandarts besoek?

1 keer/2keer/3 keer.

22. (a) Was u naar of het u sooibrand gehad tydens swangerskap? Sooibrand is 'n brandende gevoel in die bors. JA/NEE

(b) Het u iets daarvoor gebruik?

(c) Indien wel, waar het u die raad daarvoor gekry?

Net naan.

Net sooibrand.

Albei.

Ma

Ma

Ma

Vriendin

Vriendin

Vriendin

Apteker

Apteker

Apteker

Geneesheer

Geneesheer

Geneesheer

Kliniekpersoneel

Kliniekpersoneel

Kliniekper=
soneel

Ander

Ander

Ander

23. 'n Mens het soms probleme met ontlasting tydens swangerskap, bv. hardlywigheid.
- (a) Het u so 'n probleem gehad? JA/NEE
- (b) Indien JA, wat het u daarvoor gebruik?
- Kasterolie Liquid Paraffin Ander
- (c) By wie het u hierdie raad gekry?
- (i) Ma
- (ii) Vriendin
- (iii) Apteker
- (iv) Geneesheer
- (v) Kliniekpersoneel
- (vi) Ander
24. (a) Het u voortgegaan met u sport tydens swangerskap? JA/NEE
- (b) Indien wel, hoe lank? 1 2 3 4 5 6 7 maande
25. Het u aan die begin van swangerskap 'n stywe gordel gedra om u kleiner te laat lyk? JA/NEE
- (b) Indien wel, tot op watter stadium? 1 2 3 4 5 6 maande
- (c) Het u die stywe gordel gedra om u groter wordende maag te stut? JA/NEE
26. (a) Watter van die volgende vervoermiddels het u gebruik tydens die laaste 4 weke van swangerskap.
- (b) Watter lang afstande het u met elk afgelê?
- (c) Hoe gereeld?
- Motor
- Vliegtuig
- Trein
- Ander
- (d) Is u afgeraai om lang afstande te reis? JA/NEE
27. (a) Het u dit nodig gevind om tydens die laaste twee maande van swangerskap te rus? JA/NEE
- (b) Indien wel, hoe dikwels?
- (c) Het die geneesheer/kliniekpersoneel aanbeveel dat u rus? JA/NEE

28. (a) Gaan u u baba borsvoeding gee? JA/NEE
 (b) Indien nie, wat is u vernaamste beswaar daarteen?
29. (a) Dink u dit is nodig om u borste te versorg tydens swangerskap? JA/NEE
 (b) Indien JA, hoe het u die borste versorg?
- (c) Het u 'n meer ondersteunende buustelyfie gedra? JA/NEE
30. Waar het u inligting oor borsvoeding en borsversorging verkry? (Beantwoord die vraag al gaan u nie borsvoeding gee nie).
- (a) Borsvoeding:
- | | | |
|--------------------------|----|-----|
| (i) Boeke | JA | NEE |
| (ii) Ma | JA | NEE |
| (iii) Vriendin | JA | NEE |
| (iv) Apteker | JA | NEE |
| (v) Geneesheer | JA | NEE |
| (vi) Ander (spesifiseer) | JA | NEE |
- (b) Borsversorging:
- | | | |
|--------------------------|----|-----|
| (i) Boeke | JA | NEE |
| (ii) Ma | JA | NEE |
| (iii) Vriendin | JA | NEE |
| (iv) Apteker | JA | NEE |
| (v) Geneesheer | JA | NEE |
| (vi) Ander (spesifiseer) | JA | NEE |
31. Inwendige ondersoeke is soms nodig om vas te stel of die bekken groot genoeg is. Was die grootte van u bekken bepaal? JA/NEE
32. Verkies u 'n keisersnit bo 'n bevalling? JA/NEE
33. Wat beskou u as die vernaamste voordele van 'n keisersnit?
34. (a) Dink u dat dit nodig is om oefeninge te doen tydens swangerskap? JA/NEE
 (b) Indien wel, is oefeninge vir u aanbeveel? JA/NEE
 (c) Indien wel, wie het dit aanbeveel?
35. (a) Was u ingeënt teen Duitse masels? JA/NEE
 (b) Indien wel, was Duitse masels tydens u swangerskap met u geneesheer bespreek? JA/NEE

36. Dink u dat wanneer 'n swanger vrou aarbeie of moerbeie eet die baba 'n geboortevlek mag kry? JA/NEE
37. Indien 'n swanger vrou bloei, hoe moet sy optree?
- (a) Wag om te sien of dit beter word en vanself ophou? JA/NEE
 - (b) Die geneesheer/kliniekpersoneel moet skakel? JA/NEE
 - (c) Aanvaar dat dit normaal is, aangesien dit moontlik is om nog te menstrueer tydens swangerskap. JA/NEE
 - (d) Ander? (spesifiseer)
38. As 'n vrou se water breek, hoe moet sy optree?
- (a) Wat om te sien of dit beter word en vanself ophou? JA/NEE
 - (b) Die geneesheer/kliniekpersoneel skakel? JA/NEE
 - (c) Kraaminrigting toe gaan vir die bevalling? JA/NEE
 - (d) Ander? (spesifiseer)
39. Wanneer moet 'n swanger vrou na die kraaminrigting gaan vir die bevalling?
- (a) Sodra sy gereelde pyne kry? JA/NEE
 - (b) Wanneer dit haar datum is. JA/NEE
 - (c) As haar water breek. JA/NEE
 - (d) As sy 'n bloederige afskeiding („show“) sien. JA/NEE
 - (e) As dit vir haar voel of die baba nou gebore gaan word. JA/NEE
40. As u baba gebore moet word en u geneesheer is besig met 'n noodoperasie, hoe sou u optree?
- (a) Wag tot die geneesheer klaar is met die noodoperasie? JA/NEE
 - (b) sal voortgaan, want daar is altyd 'n suster wat kan help. JA/NEE
 - (c) sal voortgaan, want daar is altyd 'n dokter teensoordig in die kraaminrigting. JA/NEE
41. Indien (b) of (c), wie het u in die verband gerus gestel?

BIBLIOGRAFIE

1. ALADJEM, S.: Risks in the Practice of Modern Obstetrics.
C.V. Mosby, Saint Louis, 1972.
2. BARNES, C.G.: Medical Disorders in Obstetric Practice.
Blackwell scientific Publications, 4de uitgawe.
3. BROWNE, M.J.C. & DIXON, G.: Antenatal Care. J. & A.
Churchill, London, 1970, 10de uitgawe.
4. CAPLAN, G.: An Approach to Community Mental Health.
Tavistock, London, 1969.
5. DICK-READ, G.: Childbirth without Fear. Pan Books,
London, 1960.
6. DORFMAN, A.: Antenatal Diagnosis, University of Chicago
Press, Chicago, 1972.
7. HORSLEY, S.: Psychological Management of the Pre-Natal
Period. J.P. Lippincott.
8. HOWELLS, S.: Modern perspectives in Psycho-obstetrics.
Oliver & Boyd, Edinburgh, 1972.
9. HUNGERFORD, M.J.: Childbirth Education. Charles Thomas,
Illinois, 1972.
10. LITTLE, B. & TENNEY, B.: Clinical Obstetrics. W.B. Saun=
ders, London, 1961.
11. LITTLE, N.A.: Maternal Health Nursing. W.M.C. Brown
Publishers, Iowa, 4de uitgawe, 1973.
12. MYLES, M.F.: Textbook for Midwives. Churchill Livingstone,
London, 8ste uitgawe, 1975.

13. PERCIVAL, R.: Manual of Obstetrics. J. & A Churchill,
London, 1969.
14. VAN BLARCOM, C.C. & ZIEGEL, E.: Obstetric Nursing. The
MacMillan Company, New York, 6de uitgawe.
15. Containing Directions for Midwives: Aristotle's Experienc=
ced Midwife. London.
16. Encyclopedia and Dictionary of Medicine and Nursing,
W.B. Saunders, London, 1972.
17. American Journal of Public Health, V57, 1967.
18. American Journal of Public Health, V56, 1966.
19. American Journal of Obstetrics and Gynecology, V 105:5,
November 1969.
20. American Journal of Nursing, Vol. 71:7, 1971.
21. American Journal of Obstetrics and Gynecology, V81:988996,
Mei 1961.
22. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gyne=
cology, V13:65, 1973.
23. British Medical Journal, April 1901.
24. COPCUTT, D.I.: Verloskunde en Geestesgesondheid,
S.A.V.R. Publikasie.
25. Medical Services Journal of Canada, V23, 1967.
26. Hospital Progress, Desember 1966.
27. Point of View, V10:7.
28. Practitioner, V201, 1968.

29. Die Volksblad, 21 Junie 1973.
30. Sarie Marais, 5 Julie 1973.
31. Lesings deur prof. C.F. Slabber.
32. Fair Lady, 22 Januarie 1975.
33. Geredigeer deur C. Searle: Aspekte van Gemeenskapsgesondheidsorg in Suid-Afrika, V.& R. Drukkery, Pretoria, 1973.

