

**DIE OMVANG EN UITKOMSTE VAN TUISGEBORTES IN
PRETORIA**

deur

Laetitia Pelser

SKRIPSIE

voorgelê ter gedeeltelike vervulling van die graad

MAGISTER CURATIONIS



in die

FAKULTEIT OPVOEDKUNDE EN VERPLEEGKUNDE

aan die

RANDSE AFRIKAANSE UNIVERSITEIT

Studieleier: Dr. C.S. Dörfling

Mede-studieleier : Prof. A.G.W. Nolte

Desember 2000

ERKENNINGS EN DANKBETUIGINGS

Hiermee wil ek graag my opregte dank betuig en erkenning gee aan almal wat bygedra het tot hierdie studie:

- Aan my Hemelse Vader wat my in staat gestel het om hierdie studie te kon doen.
- My eggenoot, Johan, vir al sy motivering, hulp en geduld.
- My ouers en skoonouers vir al hulle hulp en ondersteuning.
- Al die vroedvroue wat my gehelp het en raad gegee het.
- Dr. I. Pelsner en Tannie Rentia vir die taalversorging.
- Dr. Dörfling en Prof. Nolte vir studieleiding en ondersteuning.
- Aan alle kollegas en vriende vir hulle ondersteuning.

INHOUDSOPGAW

	Bladsy
OPSOMMING	i
SUMMARY	iii
 HOOFSTUK 1 : OORSIG TEN OPSIGTE VAN DIE STUDIE	
1.1 INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING	1
1.2 NAVORSINGSVRAAG	3
1.3 DOELSTELLING	4
1.3.1 Doelwitte	4
1.4 DEFINIËRING VAN SENTRALE KONSEPTE	4
1.4.1 Tuisgeboorte	4
1.4.2 Privaat vroedvroue	4
1.4.3 Uitkomst	5
1.5 PARADIGMATIESE PERSPEKTIEF	5
1.5.1 Meta-teoretiese aannames	5
1.5.2 Teoretiese aannames	6
1.5.3 Metodologiese aannames	7
1.6 NAVORSINGSKONTEKS	7
1.7 NAVORSINGSONTWERP EN –METODE	7
1.7.1 Navorsingsontwerp	8
1.7.2 Navorsingsmetode	8
1.7.2.1 Populasie en steekproef	8
1.7.2.2 Metode van data-insameling	8
1.7.2.3 Data-analise	9

1.7.2.4 Geldigheid en Betroubaarheid van die studie	9
1.8 SAMEVATTING	11
1.9 DIE NAVORSINGSVERLOOP	11
HOOFSTUK 2 : LITERATUURSTUDIE	
2.1 INLEIDING	12
2.2 DIE GESKIEDENIS VAN TUISGEBORTES	13
2.3 VEILIGHEID VAN TUISGEBORTES	14
2.3.1 Inleiding	14
2.3.2 Faktore wat 'n invloed kan hê op die uitkomste van tuisgeboortes	15
2.3.2.1 Pariteit	15
2.3.2.2 Sosiale klas en opvoeding	17
2.3.2.3 Ouderdom	19
2.3.2.4 Vorige en huidige obstetriese geskiedenis	20
2.3.2.5 Rook tydens swangerskap	22
2.3.2.6 Hulpbronne beskikbaar	22
2.3.3 Uitkomste van Tuisgeboortes	23
2.3.3.1 Moederlike mortaliteit	23
2.3.3.2 Perinatale mortaliteit	24
2.3.3.3 Verloop van kraam	25
2.3.3.4 Perineale uitkomste	27
2.3.3.5 Pynverligtingsmetodes	29
2.3.3.6 Oorplasings na die hospitaal	31
2.3.3.7 Uitkomste van die neonaat	32
2.3.3.8 Eksklusiewe borsvoeding	33
2.3.3.9 Nageboorte uitkomste	35
2.3.3.10 Koste besparing	35
2.3.3.11 Die vrou se positiewe ervaring van kraam	35

2.3.4 Opsomming	38
-----------------	----

HOOFSTUK 3 : NAVORSINGSONTWERP EN –METODE

3.1 INLEIDING	39
3.2 DOELSTELLING	39
3.2.1 Doelwitte	
3.3 NAVORSINGSONTWERP	40
3.4 NAVORSINGSMETODE	40
3.4.1 Teikenpopulasie	40
3.4.2 Steekproef	40
3.5 DIE MEETINSTRUMENT	41
3.5.1 Geldigheid en Betroubaarheid van die meetinstrument	41
3.5.1.1 Geldigheid	41
3.5.1.2 Betroubaarheid	42
3.6 DATA-INSAMELING	43
3.7 DATA-ANALISE	44
3.8 SAMEVATTING	44

HOOFSTUK 4 : RESULTATE EN BESPREKING

4.1 INLEIDING	45
4.2 DIE STEEKPROEF	45

4.3 BEVINDINGE	46
4.3.1 Biologiese kenmerke	46
4.3.2 Uitkomste	49
4.4 SAMEVATTING	55
 HOOFSTUK 5 : GEVOLGTREKKINGS, RIGLYNE EN AANBEVELINGS	
5.1 INLEIDING	56
5.2 GEVOLGTREKKINGS	56
5.2.1 Biologiese kenmerke	56
5.2.2 Uitkomste van tuisgeboortes	57
5.3 RIGLYNE	57
5.4 AANBEVELINGS	59
5.4.1 Verpleegpraktyk	59
5.4.2 Onderrig	60
5.4.3 Verdere navorsing	60
5.5 SAMEVATTING	61
BIBLIOGRAFIE	62



UNIVERSITY
OF
JOHANNESBURG

FIGURE

Figuur 4.1 : Ouderdomsverskille van tuisgeboortegroep	46
Figuur 4.2 : Pariteit van vrouens wat tuisgeboortes gehad het	47
Figuur 4.3 : Kraammetodes	51
Figuur 4.4 : Perineale uitkomstes	52
Figuur 4.5 : Voorkomste van Borsvoeding	54

TABELLE

Tabel 2.3.1 : Vergelyking van pariteit van vroue van die “Farm” groep en die hospitaalgroep	16
Tabel 2.3.2 : Vergelyking tussen sosiale klas en perinatale mortaliteit	17
Tabel 2.3.3 : Vergelyking van opvoeding van die “Farm” groep en hospitaalgroep	18
Tabel 2.3.4 : Ouderdomsverskille in die “Farm” tuisgeboortegroep en hospitaalgroep	19
Tabel 2.3.5 : Geboorte gewig van babas in die “Farm” tuisgeboortegroep en hospitaalgroep	20
Tabel 2.3.6 : Verskille in gestasie tussen die “Farm” tuisgeboortegroep en hospitaalgroep	21
Tabel 2.3.7 : Perinatale sterftes onder 1707 neonate van vroue van die “Farm”	24
Tabel 2.3.8 : Verskille in uitkomste van kraam in tuisgeboortes en Hospitaalgeboortes	26
Tabel 2.3.9 : Uitkomste van kraam van die “Farm” tuisgeboortegroep en hospitaalgroep	27
Tabel 2.3.10: Vorms van pynverligting gebruik in tuisgeboortes en Hospitaalgeboortes	30
Tabel 2.3.11: Oorplasings na die hospital van die “Farm tuisgeboortegroep	32
Tabel 2.3.12: Verskille in resussitasie en suiging van babas in die tuisgeboorte- en hospitaalgroep	33
Tabel 4.1 : Uitkomstes van tuisgeboortes	55

BYLAE

Bylaag A: Opnamegids	65
----------------------	----

OPSOMMING

Daar bestaan min gegewens aangaande die omvangs, uitkomstes en veiligheid van tuisgeboortes, alhoewel meer en meer vroue weer begin neig na natuurlike en aktiewe geboortes.

'n Tuisgeboorte voorsien 'n rustige omgewing met bekende bystandspersone en minder mediese ingrepe. Geen skeiding vind plaas tussen moeder en baba, asook ander familieleden nie. Vryheid van beweging kan geskied en die vrou kan eet en drink soos sy wil. Onnodige roetine-kraamvoorbereiding vind ook nie plaas tuis nie en privaatheid word minder geskend.

Die doel van hierdie navorsing was om die uitkomstes van tuisgeboortes in Pretoria, hanteer deur privaatvroedvroue, te verken en te beskryf, asook om riglyne op te stel vir voorsorgmaatreëls wat getref kan word ten opsigte van tuisgeboortes.

'n Literatuurstudie is gedoen om die uitkomstes van tuisgeboortes soos gevind met ander navorsingstudies, te bepaal en sodoende kriteria daar te stel vir die effektiewe hantering van tuisgeboortes. Vanuit die literatuurstudie is 'n opnamegids saamgestel ten einde betroubare inligting te verkry met die data-insameling.

Drie privaatvroedvroue is geïdentifiseer wat tans tuisgeboortes hanteer en die rekords van 108 vroue wat tuisgeboortes gehad het of aanvanklik beplan het in Pretoria, is by die steekproef ingesluit.

Inligting verkry vanuit die opnamegids is per hand deur die navorser self verwerk. Beskrywende statistiek is gebruik met die analisering van die data.

Daar is tot die gevolgtrekking gekom dat 'n tuisgeboorte 'n veilige opsie kan wees vir vroue wat voldoende geselekteer is en 'n lae-risiko swangerskap het. Vroue wat tuisgeboortes gehad het, het goeie uitkomstes gehad en was minder geneig tot mediese ingrepe. Perineale uitkomste was beter en borsvoeding het langer geduur. Tuisgeboorte het nie 'n direkte lewensbedreiging ingehou vir moeder of baba nie. Oor die algemeen is daar meer van natuurlike pynverligingsmetodes gebruik gemaak.

Riglyne en aanbevelings is gemaak vir die effektiewe hantering van tuisgeboortes, om sodoende die beste moontlike uitkomst te bied.



SUMMARY

There is little information about the outcomes and safety of home births, although more and more women are starting to lean towards natural and active births.

A home birth provides a more relaxed environment with familiar attendants and less medical intervention. No separation exists between mother and baby as well as other family members. Freedom of movement is promoted and the woman can eat and drink as she pleases. Unnecessary routine preparation for labour doesn't exist and privacy is respected.

The purpose of this research was to explore and describe the outcomes of home births in Pretoria, attended by private midwives, and to provide guidelines in relation with home births.

The research technique was based on a literary investigation, from which outcomes of home births as found in other research were obtained to set criteria for the effective management of home births. A control list was compiled from the criteria to obtain trustworthy data.

Three private midwives were identified that practises home births at this stage and the records of 108 women who had, or initially planned home births in Pretoria, were included in the sample.

Information gathered from the control list was processed by hand. Descriptive statistics were used in the data analysis.

The conclusion reached is that home births can be a safe option for women that are thoroughly selected and have low-risk pregnancies. Women who had home births experienced good outcomes and was less inclined to medical interventions. Perineal outcomes was better and the women were more likely to breastfeed for longer. Home births didn't provide immediate danger to mother or baby.

Guidelines and recommendations were made for the effective management of home births, to obtain the best possible outcomes.



HOOFSTUK 1 :

OORSIG TEN OPSIGTE VAN DIE STUDIE

1.1 INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING

Tuisgeboortes is nie 'n nuwe neiging nie. Dit was 'n realiteit voordat moderne medisyne en hospitale hierdie eeu oorgeneem het, en toon weer 'n (stadige) terugkeer namate mense hulle opsies in ag neem. Vir gesonde moeders kan 'n beplande tuisgeboorte beter gevolg bied as al die nuutste ingrepe wat soms onnodig in hospitale uitgevoer word. Geboorte is 'n tyd wanneer 'n vrou veilig en versorg wil voel. Ons kultuur veronderstel tradisioneel dat die hospitaal die beste plek is om geboorte te skenk, maar studies wys dat gesonde moeders en babas net so goed, of beter doen, wanneer daar in die veiligheid en gemak van hul eie huis, bygestaan deur 'n vroedvrou, geboorte geskenk word (Brown, 1998:1).

Meer vrouens begin weer neig na natuurlike en aktiewe geboortes en ervaar dat hospitale die reg tot besluitneming van hulle ontnem. Volgens moderne medici is geboortes nie 'n natuurlike verskynsel nie, en moet dit dus in die hospitaal hanteer word. In tydskrifte, op internet en by simposiums word baie tuisgeboorte-stories vertel, en die positiewe ervarings word beklemtoon. Tuisgeboorte kan die verlangde opsie vir sommige vroue wees, wat in 'n bekende omgewing meer ontspanne en in beheer voel. Die omgewing is ook meer persoonlik en privaat, vryheid van beweging vind plaas en geen druk word op die vrou geplaas om pynstillers te gebruik nie, maar alternatiewe pynverligingsmetodes word dikwels aanbeveel.

Volgens Anderson en Anderson (1999:30-35) kos die gemiddelde ongekompliseerde vaginale geboorte tuis 68% minder as in 'n hospitaal, en geboortes wat tuis geïnisieer word bied 'n laer gesamentlike getal van intrapartum en neonatale mortaliteit asook 'n laer insidensie van keisersnit verlossings.

Baie geneeshere, ginekoloë en vroedvroue is negatief oor tuisgeboortes. Gevolglik word baie vroue gewaarsku teen die komplikasies van tuisgeboortes, deurdat die klem op die negatiewe aspekte gelê word. Vrouens kan selfs skuldig en nalatig voel as hulle tuisgeboortes oorweeg. Navorsing in London toon dat tuisgeboortes veilig is, veral omdat min of geen mediese ingrepe geneem word nie. Keuring vir tuisgeboortes is streng en kliënte neem 'n ingeligte besluit as hulle 'n tuisgeboorte kies (Brown, 1998:2).

Tuisgeboortes is egter nie vir almal nie en party vrouens moet in die hospitaal kraam, of verkies die sekuriteit wat die hospitaal kan bied. Sommige vrouens het gekompliseerde swangerskappe of geboortes en in sulke omstandighede kan moderne tegnologie lewensreddend wees. Ander voel nie veilig weg van die hospitaal af nie. Dit is belangrik dat 'n vrou kraam waar sy die beste versorg word en veilig voel. Baie vroue wat oorgeplaas word na die hospitaal vind dat hulle geboorte-ervaring net so positief is as dié wat tuis kraam, omdat hulle bekragtig was deur die hele ervaring van beplanning vir 'n tuisgeboorte en besef dat in hulle geval, die mediese sorg wat in die hospitaal beskikbaar is, die beste opsie is (Brown, 1998: 1).

Volgens Brown (1998:2), wys studie na studie dat die uitkomst beter is vir moeders en babas in beplande tuisgeboortes as in die hospitaal. Selfs as vroedvroue tuis vergelyk word met vroedvroue in die hospitaal, is die perinatale mortaliteitsyfer van babas wat tuis gebore word, die helfte van babas wat in die hospitaal gebore word. Tuisgeboorte kan 'n veilige opsie wees vir 90% van moeders, met voldoende voorgeboortesorg en personeel. Volgens 'n studie oor die uitkomst van tuisgeboortes in 'n verpleeg-vroedvrou praktyk (Murphy & Fullerton, 1998:461-470) van 1404 vroue wat van voorneme was om tuisgeboortes te hê, is 8.3% vroue oorgeplaas na die hospitaal tydens kraam, 0.8% na die geboorte en 1.1% neonate na die geboorte. Die totale fetale en neonatale mortaliteit vir vrouens wat kraam begin het met die intensie om tuis te kraam was 2.5 per 1000. Vir vroue wat wel tuis gekraam het, was die fetale en neonatale mortaliteit 1.8 per 1000. Na aanleiding van 'n studie oor perinatale sterfte geassosieer met beplande tuisgeboortes in Australië (Bastian & Keirse, 1998:317), het 50 perinatale sterftes plaasgevind in 7002 beplande tuisgeboortes tydens 1985 tot 1990: 7.1 per 1000 volgens Australiaanse definisies en 6.4 per 1000 volgens WGO (Wêreldgesondheidsorganisasie)- definisies. Nog 'n

studie in Wes-Australië (Woodcoch, Read, Bower, Stanley & Moore, 1994:125-135) het gevind dat vroue wat in die tuisgeboortegroep was, 'n langer kraamduur gehad het en minder waarskynlik 'n induksie van kraam of enige tipe operatiewe bevalling gehad het. Oor die algemeen het hulle minder komplikasies van kraam gehad, maar meer waarskynlik 'n postpartum bloeding en 'n agtergeblewe plasenta. Babas in die tuisgeboortegroep was swaarder en meer geneig om post-datums te wees. Hulle het minder geneig om 'n Apgar-telling onder 8 op 5 minute te hê, langer as 'n minuut te neem om respirasie te vestig of om geresussiteer te word. Perinatale mortaliteit was rofweg 1.25%. Neonatale mortaliteit na kraam was meer algemeen in die hospitaalgroep. Beplande tuisgeboortes was algemeen geassosieer met minder ingrepe as hospitaalgeboortes en minder moederlike en neonatale morbiditeit, met die uitsondering van die derde stadium komplikasies.

Inligting aangaande tuisgeboortes in Suid-Afrika is beperk en geen sekerheid bestaan oor die veiligheid of spesifiek die uitkomste van tuisgeboortes nie. Mortaliteit en morbiditeit syfers is feitlik onbeskikbaar, asook die voorkoms van oorplasing na die hospitaal voor, tydens en na die kraamproses van die moeder sowel as die neonaat. Komplikasies intra- en postpartum en hulpbronne beskikbaar vir die hantering daarvan is noodsaaklike inligting, sodat voorsorgmaatreëls getref kan word en aanbevelings vir voornemende vroedvroue wat tuisgeboortes wil waarneem, gemaak kan word. Meer ingeligte besluitneming kan plaasvind. Die terugkeer na kraam as 'n natuurlike proses in 'n meer gebruikersvriendelike omgewing behoort 'n beskikbare opsie te wees vir enige vrou wat geboorte skenk.

1.2 NAVORSINGSVRAAG

Wat is die uitkomste van tuisgeboortes in Pretoria, veral in terme van mortaliteit, morbiditeit en oorplasing van moeder en baba na die hospitaal intra- en postpartum? Watter komplikasies kom voor en watter hulpbronne is beskikbaar vir die hantering van sulke komplikasies?

1.3 DOELSTELLING

Die doel van hierdie studie is om die omvang en uitkomstes van tuisgeboortes in Pretoria, hanteer deur privaatvroedvroue, te verken en te beskryf, asook om riglyne op te stel vir voorsorgmaatreëls wat getref kan word ten opsigte van tuisgeboortes.

1.3.1 Doelwitte

- ◆ Om die omvang en uitkomstes van tuisgeboortes deur privaatvroedvroue in Pretoria aan die hand van 'n opnamegids te verken en te beskryf;
- ◆ die opstel van riglyne vir voorsorgmaatreëls wat getref kan word met die hantering van tuisgeboortes;
- ◆ en die maak van aanbevelings vir verdere navorsing om sodoende tuisgeboortepraktyke te verbeter en te bevorder.

1.4 DEFINIËRING VAN SENTRALE KONSEPTE



Ten einde die navorsingsidee ten volle te verstaan, word operasionele definisies van die volgende konsepte gegee:

1.4.1 Tuisgeboorte

Geboortes wat in die privaatheid van die vrou se eie tuiste plaasvind, bygestaan deur 'n vroedvrou of mediese dokter.

1.4.2 Privaat vroedvrou

'n Vroedvrou wat geregistreer is by die Raad op Verpleging en op die huidige oomblik privaat praktiseer.

1.4.3 Uitkomstes

Die uitkomstes van tuisgeboortes behels alle gebeurtenisse tydens die kraamproses tuis, naamlik perinatale mortaliteit en morbiditeit, die verloop van kraam, oorplasing na die hospitaal, komplikasies tydens kraam, perineale uitkomstes, pynverligtingsmetodes gebruik, uitkomste van die neonaat, eksklusiewe borsvoeding, nageboorte uitkomste, koste besparing en die vrou se positiewe ervaring van kraam.

1.5 PARADIGMATIESE PERSPEKTIEF

Ten einde die paradigmatiese perspektief te beskryf word dit in drie veronderstellings verdeel naamlik meta-teoreties, teoreties en metodologiese aannames.

1.5.1 Meta-teoretiese aannames

Die navorser beskou die swanger vrou as 'n unieke persoon wat bestaan uit 'n liggaam, psige en gees. Die drie fasette is voortdurend in interaksie met mekaar en speel 'n belangrike rol in die gesondheid en welsyn van die vrou. Daar word egter 'n vierde dimensie bygevoeg aangesien die vrou swanger is, wat die beeld meer kompliseer, naamlik die neonaat.

Sy word ondersteun deur die samelewing wat bestaan uit 'n gesin, familie, vriende, lede van die gemeenskap en die multi-professionele span.

In hierdie navorsing vind ondersteuning plaas in die informele terapeutiese omgewing, naamlik die tuiste van die swanger vrou.

Die navorser beskou verpleging as 'n volledige diens en ondersteuning wat aan die swanger vrou verleen word, om die gesondheid van die vrou en haar baba te bevorder en te handhaaf, asook om aan die vrou die opsie te gee vir die beste moontlike versorging vir haar en haar baba.

Gesondheid behels 'n toestand van optimale welsyn van die vrou as 'n heel persoon tydens swangerskap en na geboorte. Om optimale welsyn te verseker word die vrou op so 'n wyse ondersteun, sodat daar 'n balans tussen al die fasette bestaan.

1.5.2 Teoretiese aannames

Die navorsing word op die Verpleegteorie vir Mensheelheid gebaseer.

Volgens die Departement Verpleegkunde by die Randse Afrikaanse Universiteit (s.j.:4), fokus die teorie op die heelheid van die mens en sluit konsepte soos liggaam, psige en gees in.

Die mens word as 'n geestelike wese beskou wat op 'n geïntegreerde wyse funksioneer om so haar strewe na heelheid te bevorder. Die mens funksioneer binne 'n interne en eksterne omgewing wat in voortdurende interaksie met mekaar is en die heelheid van die mens kan beïnvloed.

Die omgewing word verdeel in die interne en eksterne omgewing van die mens. Die interne omgewing bestaan uit die liggaam, psige en gees en die eksterne omgewing uit die fisiese, sosiale en geestelike dimensies (s.j.:6).

Gesondheid word beïnvloed deur die interaksie tussen die interne en eksterne omgewing van die mens. Optimale gesondheid is dus 'n toestand van liggaamlike, psigiese en geestelike heelheid (s.j.:5).

Verpleging word beskou as die diens wat daarop gerig is om die mens te help om gesondheid te handhaaf, te herstel of te bevorder (s.j.:5).

Die swanger vrou ondergaan liggaamlike veranderinge terwyl 'n nuwe lewe in haar ontwikkel. In haar interne omgewing vind liggaamlike, psigiese en geestelike veranderinge plaas. Sy word beskou as deel van haar gesin en gemeenskap wat deel vorm van haar eksterne omgewing wat fisieke, sosiale en geestelike aspekte behels. Indien daar nie 'n balans bestaan tussen haar interne en eksterne omgewing nie, kan dit haar strewe na heelheid en gevolglik haar gesondheidstatus beïnvloed.

1.5.3 Metodologiese aannames

Die navorser beskou navorsing as 'n sistematies geordende ondersoek van 'n verskynsel of probleem wat deur die navorser geïdentifiseer is. Die doel van navorsing is om die probleem te verken, te beskryf of te verklaar en sodoende die hoofdoel van die navorsing te bereik, naamlik om die praktyk te rig en te bevorder deur nuwe kennis (Burns en Grove, 1993:3-4).

'n Funksionele denkbenadering word gevolg. Navorsing moet wetenskaplik verantwoordbaar wees (Botes, s.j.:6). Die navorsing moet duidelik gekonseptualiseer word en in 'n logiese proses volg. Die navorsing moet 'n relevante probleem aanspreek in die praktyk en bydra tot die verbetering van die praktyk. Om geldigheid en betroubaarheid van die navorsing te verseker is deeglike beplanning noodsaaklik.

1.6 NAVORSINGSKONTEKS



UNIVERSITY
OF
JOHANNESBURG

Die konteks van die navorsingstudie is gerig op alle vroue in Pretoria wat tuisgeboortes gehad het of oorspronklik beplan het en wat waargeneem is deur privaat vroedvroue. Daar bestaan tans min statistieke in Suid-Afrika oor tuisgeboortes en die veiligheid daarvan. As daar meer statistiese gegewens bekend is, kan vroue moontlik meer ingeligte besluite neem aangaande hulle swangerskap en tipe geboorte aangesien die veiligheid daarvan vir kliënte 'n groot vraagstuk bly.

1.7 NAVORSINGSONTWERP EN -METODE

Die navorsingsontwerp en -metode van hierdie studie word beskryf aan die hand van die tipe ontwerp en die metode waarvolgens die navorsing afgelê gaan word.

1.7.1 Navorsingsontwerp

Hierdie studie word gedoen op die grondslag van 'n verkennende, beskrywende en kontekstuele studie, aangesien die terrein wat bestudeer word relatief onbekend is (Uys en Basson, 1991:40; Talbot, 1995:229-230; Mouton, 1996:133).

1.7.2 Navorsingsmetode

Die navorsingsmetode behels die bespreking van die gekose populasie en doelgerigte steekproef, die metode van data-insameling en bespreking van die geldigheid en betroubaarheid van die studie.

Die navorsingsmetode word gegrond op die literatuurstudie waaruit kriteria ten opsigte van die uitkomstes van tuisgeboortes soos gehanteer deur vroedvroue in Pretoria, saamgestel word. Hierdie kriteria word binne 'n opnamegids gebruik. Die uitkomstes van tuisgeboortes in Pretoria word aan die hand van genoemde opnamegids verken en beskryf.

1.7.2.1 Populasie en steekproef

Alle vroue in Pretoria wat tuisgeboortes gehad het en aanvanklik beplan het, dien as die populasie van hierdie navorsingstudie. Daar word van 'n doelgerigte steekproef gebruik gemaak deur al die vroue in Pretoria in te sluit wat tuisgeboortes gehad het of aanvanklik beplan het en bygestaan is deur privaat vroedvroue. Die privaatvroedvroue is bekom deur PEN (Perinatal Educators' Network), CBERG (Childbirth Educators' Resource Group) en die "Expectant Mothers' Guide" te raadpleeg. Die rekords van die privaat vroedvroue is gebruik vir die steekproef.

1.7.2.2 Metode van data-insameling

Data-insameling geskied aan die hand van 'n opnamegids, soos saamgestel vanuit die literatuurstudie. Geslote en oop vrae word ingesluit in die opnamegids vir volledigheid. Privaat vroedvroue wat in Pretoria werksaam is, is persoonlik deur die

navorser genader en toestemming is verkry om hulle rekords na te gaan van vroue wat tuisgeboortes gehad het en aanvanklik beplan het. Die rekords word deur die navorser self nagegaan en op die opnamegids genoteer.

1.7.2.3 Data-analise

Die data sal statisties verwerk word. Die bevindinge sal beskryf en bespreek word en gevolgtrekkings gemaak word (Burns en Grove, 1993:473). Antwoorde op oop vrae word analities verwerk en bespreek.

1.7.2.4 Geldigheid en betroubaarheid van die studie

Vervolgens word metodes bespreek om die geldigheid en betroubaarheid van die studie te verseker:

◆ Geldigheid:

Geldigheid verwys na die mate waartoe die studie of die instrument in staat is om die konstruk te meet waarvoor dit ontwerp is (Burns en Grove, 1993:342).

- Teoretiese geldigheid is verkry deurdat 'n literatuurstudie gedoen is aangaande tuisgeboortes, die veiligheid en uitkomstes daarvan. Dit word weergegee in 'n opnamegids;
- metingsgeldigheid is verkry deurdat die doel van die studie sowel as die opnamegids voorgehou is aan die vroedvroue in Pretoria wat tuisgeboortes hanteer vir kommentaar en voorstelle, asook om te bepaal of die opnamegids meet wat die navorser wil meet en om probleme wat kan voorkom in die gebruik van die opnamegids vroegtydig op te spoor en te korrigeer (Wilson, 1993:15);
- inhoudsgeldigheid is verkry deurdat die opnamegids aan kenners op die vakgebied van verpleging en navorsing, naamlik privaatvroedvroue en studieieiers voorgelê is vir goedkeuring en voorstelle (Knapp, 1998:119);

- eksterne geldigheid word bewerkstellig deurdat die steekproef verteenwoordigend is van die populasie en veralgemeen kan word;
- sentrale definisies word gedefinieer om onsekerhede uit te skakel en sodoende word teoretiese geldigheid verseker;
- data-analise bly getrou aan die data deur die opnamegids se geldigheid en betroubaarheid te verseker en betroubare en akkurate data-insameling vind plaas deur die navorser self;
- gevolgtrekkings word deur die data ondersteun om inferensiële geldigheid te verseker.

◆ **Betroubaarheid:**

Betroubaarheid verwys na die akkuraatheid en konstantheid waartoe die studie of instrument in staat is om 'n verskynsel te meet, sowel as die stabiliteit en voorspelbaarheid daarvan (Burns en Grove, 1993:339).

- Aangesien die navorser self die data insamel, bestaan daar geen misverstande aangaande die opnamgids nie en word inligting akkuraat deurgegee. Die data-analise vind ook plaas deur die navorser self om sodoende betroubaarheid te verseker;
- oudit van die proses en produk word gedoen deur deurgaans die navorsing met 'n studieleier en kollegas te bespreek;
- daar word sorg gedra hierin dat die steekproef verteenwoordigend is deur alle vroue in Pretoria in te sluit wat tuisgeboortes gehad het en bygestaan is deur privaat vroedvroue;
- daar word gepoog om die oordraagbaarheid van die studie binne die bepaalde konteks te verseker deur alle vroue in Pretoria in te sluit wat by privaat vroedvroue tuisgeboortes gehad het;

- daar sal verslag gegee word van alle navorsingsbevindings sonder die verswyging van belangrike gegewens wat die interpretasie van die data kan beïnvloed;
- anonimiteit van die vroue wat tuisgeboortes gehad het en beplan het, asook van die geselekteerde vroedvroue word gerespekteer;
- skriftelike toestemming word verkry vanaf die vroedvroue om die inligting vanuit hulle pasiënt rekords te gebruik;
- resultate van die navorsing word in 'n vergadering met die vroedvroue bespreek en skriftelik deurgegee aan hulle.

1.8 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk word 'n oorsig ten opsigte van die studie gebied. Die probleemstelling asook die doelstelling en doelwitte word bespreek waarna sentrale konsepte gedefinieer word. Die navorsingsbeplanning is gedoen aan die hand van die Botes-model vir navorsing in verpleegkunde (Departement Verpleegkunde, s.j.:16).

1.9 DIE NAVORSINGSVERLOOP

Hoofstuk 1:	Oorsig ten opsigte van die studie
Hoofstuk 2:	Literatuurstudie
Hoofstuk 3:	Navorsingsontwerp en -metode
Hoofstuk 4:	Resultate en bespreking
Hoofstuk 5:	Gevolgtrekkings, Riglyne en Aanbevelings

HOOFSTUK 2 :

LITERATUURSTUDIE

2.1 INLEIDING

Die plek van geboorte is nie noodwendig 'n hospitaal of 'n kliniek nie, alhoewel maklik anders gedink kan word te oordeel aan die literatuur beskikbaar oor tuisgeboortes. Vandag word meer en meer alternatiewes tot die gemedikaliseerde hospitaal-tipe geboortes bepleit, en word selfs probeer deur sommiges (Brown, 1998:4). Saam met die moderne beweging na meer natuurlike kindergeboortes en alternatiewe geboortesentrums en prosedures, is daar 'n groeiende beweging ten gunste van tuisgeboortes (Nolte, 1998:200).

Terwyl oor die mediese voordele en nadele van tuis- en hospitaalgeboortes gedebateer word, is daar ook psigologiese faktore wat in ag geneem moet word. Sommige vroue mag tuis meer gemaklik en ontspanne voel. Kompromieë tussen die psigologiese veiligheid van die huis en die mediese tegnologie beskikbaar in die hospitaal, moet gevind word (Brown, 1998:4). Een kenmerk van die tradisionele tuisgeboorte-situasie wat gereeld verlore raak in die hospitaal, is die voortdurende sorg vanaf die voorkeboorte periode tot en met die nageboorte periode (Sellers, 1993:313). Die onderliggende rede hoekom 'n tuisgeboorte gekies word, is volgens Petty (1979:4) meer en deels die kwessie van wie die besluite neem.

Geboorte tuis is 'n verjaarsdag, 'n feestelike ritueel sowel as 'n fisiologiese proses. Om geboorte te skenk het simboliese betekenis en behels nie net die uitdruk van 'n baba uit 'n vroulike liggaam nie. Een van die redes hoekom sommige vroue tuis wil geboorte skenk, is omdat baie hospitale nie goed genoeg is om 'n omgewing te voorsien vir 'n piek ondervinding in 'n mens se lewe nie, ook nie vir die geboorte van 'n familielid nie. Daar is baie hospitale waar roetine-prosedures persoonlike sorg vervang. Sommige vroue wat tuisgeboortes kies het vorige induksies gehad,

gewoonlik sonder bespreking vooraf en wil die volgende geboorte so natuurlik as moontlik hê. Een effek van obstetretiese intervensie in kraam is dat die moeder in die bed moet bly en meestal geïmmobiliseer word. Dit kan ongemak vermeerder en is geassosieer met minder effektiewe kontraksies in vergelyking met kontraksies wanneer die vrou staan of rondloop. Vroue wil ook verseker wees dat hulle nie geskei sal word van die baba onder enige omstandighede nie. Vroue wat in die hospitaal kraam word dikwels ook geskei van hul eggenote en ouer kinders. Dit is alleenlik deur alternatiewe tot die hospitaal te skep dat opsies oopgehou kan word en dat ons bewus kan wees van die moontlikheid van ander maniere van geboorte skenk (Kitzinger, 1979:1-25).

Volgens Ward, C en Ward, F(1977:36) is die hospitaal 'n plek waarnatoe gegaan word vir die verligting van siekte of besering. Is swangerskap of die geboorte van 'n kind dan 'n siekte? Dit gebeur dikwels dat die vrou in die hospitaal gesien word as 'n pasiënt en kraam 'n siekte, terwyl die vrou ook 'n persoon is wat deur 'n groot lewensoorgang gaan.

Met 'n tuisgeboorte vind kontinuïteit van sorg plaas, terwyl daar in 'n hospitaal gereeld personeel veranderings plaasvind soos wat skofte ruil. Die hospitaal is 'n onbekende omgewing vir die vrou en kan angstigheid verhoog, wat dalk die geboorte-ervaring minder positief kan maak vir die vrou. Dit gebeur ook dikwels in die hospitaal dat informasie oor gesondheid, siekte en graad van risiko geheim gehou word. Meer emosionele ondersteuning, empatie en kommunikasie kan plaasvind by die huis as in die hospitaal. Professionele sorg in die hospitaal is outoritêr, terwyl gedeelde besluitneming plaasvind tussen versorgers en vroue wat tuis geboorte skenk. Die hospitaal heg heelwat waarde aan tegnologie, dikwels sonder bewys dat dit die uitkomstes van kraam verbeter (Brown, 1998:4)

2.2 DIE GESKIEDENIS VAN TUISGEBORTES

Van vroeg af was vroue gerespekteerde "healers" en vroedvroue. Dit was egter nie tot en met die sewentiende eeu, met die verskyning van die manlike vroedvrou in Europa,

dat mans meer betrokke geraak het in die hantering van kindergeboortes nie. Voorheen het mans hierdie werk as benede hulle intellektuele opleiding beskou, maar die ontwikkeling van nuwe instrumente het hulle gedryf tot vinniger, veiliger bevallings, veral in moeilike gevalle. Alhoewel, met die bekendstelling van verlossingstange het meer moeders die kraam oorleef om dan van puerperale infeksie te sterf (Brown, 1998:3).

Tydens die negentiende eeu, is vroedvroue tydens geboorte geleidelik vervang deur manlike dokters, 'n stap gesien deur die manlik gedomineerde mediese professie as 'n groot vooruitgang (Petty, 1979:8).

Die neiging in Holland is tot meer en meer hospitaalgeboortes en daar is 'n 2% per jaar vermindering in tuisgeboortes vandat ginekoloë wat nagraadse opleiding in die VSA, Brittanje of elders gedoen het, beïndruk was met die nuwe tegnologie van kindergeboorte in daardie lande, en glo dat as dit gebruik word, hulle in staat sal wees om meer babas te red. Die beweging in die rigting van hospitaalgeboortes is 'n stryd oor wie die beheer het oor geboorte, naamlik dokters of vroedvroue. Die eerste vroedvrou skole in Nederland is in 1865 begin. Professor Kloosterman, Professor van Obstetrie by die Universiteit van Amsterdam, 'n groot voorstaander van tuisgeboortes en 'n kampioen van die regte van vroedvroue, skryf dat die funksie van die dokter-verpleegsterspan in die hospitaal is om patologie te hanteer. Die tuisversorgingspan is bedoel om die gesonde vrou te beskerm tydens swangerskap en geboorte en om haar van sorgsame observasie en psigiese ondersteuning te voorsien (Kitzinger, 1979:85-92).

2.3 VEILIGHEID VAN TUISGEBORTES

2.3.1 Inleiding

Tuisgeboorte kan 'n veilige opsie wees vir 90% van moeders met voldoende keuring, voorkeboortesorg en bystandspersone (Brown, 1998:1).

Elke vrou wat 'n tuisgeboorte beplan moet besef dat daar egter 'n klein, maar werklike, addisionele risiko bestaan in vergelyking met 'n goed toegeruste en goed beplande hospitaal. Onvoorsiene noodgevallen kan plaasvind, selfs as alles skynbaar normaal verloop het tydens die swangerskap, wat slegs in 'n hospitaal hanteer kan word. Beduidende statistieke direk verwant aan die veiligheid van verskillende plekke van geboorte is uitgedateer. Daar is sekere faktore wat voorstel dat daar 'n groter kans as gewoonlik is om komplikasies te ontwikkel, alhoewel definitiewe reëls nie gemaak kan word nie, omdat dit afhanklik is van die vrou se deurstellingsvermoë en wil om 'n tuisgeboorte te hê, haar gesondheid en sosiale status, en die vaardighede van die persone beskikbaar om haar te help. Hierdie faktore kan bekend wees selfs voordat 'n swangerskap begin (Kitzinger, 1979:1-32).

2.3.2 Faktore wat 'n invloed kan hê op die uitkomst van tuisgeboortes

Daar is sekere faktore wat 'n invloed kan hê op die uitkomst van tuisgeboortes. Hierdie faktore kan dus in ag geneem word wanneer 'n vrou gekeur word vir 'n tuisgeboorte.



2.3.2.1 Pariteit

Volgens medici kan 'n eerste baba 'n groter risiko wees, omdat die vrou nog nooit in kraam was nie en dit nie seker is of haar bekkengrootte voldoende is nie en ook omdat 'n primigravida 'n langer kraamduur kan hê. Daar is 'n hoër risiko dat 'n primigravida oorgeplaas sal word na die hospitaal as multigravida, selfs al is dit nie 'n noodgeval nie. Oorplasings vir primigravidas vind meestal plaas as gevolg van verlengde kraam as die moeder uitgeput is en die proses wil aanjaag, of 'n epiduraal wil hê sodat sy kan rus. As enige iets verkeerd loop, gebeur dit stadig en met min noodsaak vir noodoptrede. Vroue ervaar pyn verskillend en niemand sal weet hoe 'n eerste moeder dit sal ervaar nie, daar kan daarom nie gesê word dat dit 'n kontra-indikasie is vir 'n tuisgeboorte nie. 'n Grande multipara kan ook 'n risiko wees. Pariteit moet egter in verhouding met ouderdom, die normaliteit van vorige geboortes en sosiale klas gesien word (Brown, 1998:1).

Die swangerskap uitkomst van 1707 vroue, wat ingeskryf het vir sorg tussen 1971 en 1989 met 'n tuisgeboorte diens deur vroedvroue in landelike Tennessee van die "Farm" vroedvrou diens ("Farm" groep), is vergelyk met die uitkomst van 14 033 hospitaalgeboortes bygestaan deur 'n geneesheer van die 1980 Verenigde State Nasionale Geboorte/Nasionale Fetale Mortaliteit studie (NNS/NFMS)- hospitaal groep. Meer primigravidas het in die "Farm" tuisgeboortegroep normale bevallings gehad as in die hospitaalgroep, naamlik 44.7% in vergelyking met 37.3% (Durand, 1992:450-452). 4.4% Grande multipareuse vroue kraam in die "Farm" groep en 6.6% in die hospitaal. Sien tabel 2.3.1.

TABEL 2.3.1 Vergelyking tussen pariteit van vroue van die "Farm" groep en die Hospitaalgroep

	"Farm" groep	Hospitaalgroep
1	44.7%	37.3%
2-4	50.7%	56.1%
>4	4.6%	6.6%

Preëklampsie kom tien keer meer voor met eerste babas as opeenvolgende babas, waar dit raar is, volgens Nolte (1998:279;290). Omtrent 75% van vroue met plasenta previa is vroue wat tweede of opeenvolgende babas verwag.

'n Studie gedoen in die Verenigde Koningryk deur Chamberlain, Wraight en Crowley (1999:35-39) het gepoog om alle vroue op te volg wat bespreek het vir 'n tuisgeboorte in die Verenigde Koninkryk in 1994. Vroedvroue het die uitkomst van 5971 vroue wat bespreek was vir tuisgeboortes teen 37 weke gestasie, gerekordeer. Primigravidas beslaan 16% van die groep, terwyl 84% multigravidas is. 60% Primigravidas wat beplan het om tuis te kraam het wel, en 40% is oorgeplaas. 90% Multigravidas wat beplan het om tuis te kraam het wel, en 10% is oorgeplaas.

Volgens die verslag oor moederlike sterftes in Suid-Afrika in 1998, is vroue met 'n eerste swangerskap of wat 5 of meer swangerskappe gehad het, 'n groter risiko vir moederlike sterfte (Departement van Gesondheid, 1998:3).

2.3.2.2 Sosiale klas en opvoeding

❖ Sosiale klas

Moeders in lae sosio-ekonomiese klasse is beduidenisvol minder gesond, het nie goeie dieëte nie, rook meer tydens swangerskap en ontwikkel meer toksemie tydens swangerskap. Die perinatale mortaliteitsyfer neem toe hoe laer die sosiale klas. Waar die mortaliteitsyfer 7.5 per 1000 vroue is in die hoogste klas, neem dit toe tot 27.6 per 1000 in die laagste sosio-ekonomiese klas (Brown, 1998:3). Tabel 2.3.2 vergelyk sosiale klas en perinatale mortaliteit syfers:

TABEL 2.3.2 Vergelyking tussen sosiale klas en perinatale mortaliteit

<i>Sosiale klas</i>	<i>Perinatale mortaliteit syfers</i>
1	7.5
2	15.8
3	19.6
4	26.5
5	27.6
Nie ondersteunde moeders	37.4

Onder lae sosio-ekonomiese groepe kompliseer preëklampsie omtrent 5% van alle swangerskappe, na aanleiding van Nolte (1998:290).

Sosiale toestande word ook in ag geneem met die Hollandse geboortesisteen: daar moet voldoende verhitting in die huis wees, 'n badkamer op dieselfde vloer, en 'n

vervoermiddel om die vrou by die hospitaal te kry binne 'n uur indien nodig. (Kitzinger, 1979:46-49).

❖ *Opvoeding*

Die vroue in die Verenigde Koninkryk wat tydens 1994 tuisgeboortes beplan het, neig om meer ingelig en welgesteld te wees as die in die hospitaalgroep, wat hulle moontlik in 'n laer risikogroep plaas (Chamberlain en kie,1999:35).

In die "Farm" tuisgeboortegroep was die vroue meer opgevoed wat dit laat blyk dat hulle meer ingelig kon gewees het (Durand, 1992:450-452). Sien tabel 2.3.3.

TABEL 2.3.3 Vergelyking van opvoeding van die "Farm"groep en Hospitaalgroep

Opvoeding (%)	"Farm"groep	Hospitaalgroep
< 9 jaar	6.3	3.7
9-12 jaar	41.7	58.8
>12 jaar	52.0	37.5

❖ *Huwelikstatus*

15% Van die vroue in die "Farm" tuisgeboortegroep was ongetroud in vergelying met 18.2% van die vroue in die hospitaalgroep, wat nie 'n beduidende verskil is nie (Durand, 1992:450-452).

❖ *Ras*

In die hospitaalgroep was 82.5% blank en 17.5% nie-blank. ‘n Skatting van 98% van “Farm” moeders is blank, volgens Durand (1992:450-452).

2.3.2.3 Ouderdom

Ouer vroue kan meer komplikasies ontwikkel tydens swangerskap. Volgens Nolte (1998:279;290;456) verhoog die insidensie van plasenta praevia met ouderdom, moontlik as gevolg van swak vaskularisasie van die boonste segment van die uterus. Die ou primigravida is ook meer geneig om preëklampsie te ontwikkel. Die ou multipara is een van die belangrikste oorsake van uterus ruptuur en is geassosieer met algemene verswakking van die uteriene spier as gevolg van toenemende fibrose.

Volgens Durand (1992:450-452) het geen beduidende verskil voorgekom in die ouderdomme van vroue wat in die “Farm” tuisgeboorte groep in Tennessee gekraam het en die wat in die hospitaal gekraam het nie. Sien Tabel 2.3.4. Die meeste vroue wat geboorte geskenk het was tussen die ouderdomme 18 en 35 jaar.

TABEL 2.3.4 Ouderdomsverskille in die “Farm” tuisgeboortegroep en Hospitaalgroep

Ouderdom	“Farm”groep	Hospitaalgroep
< 18 jaar	1.3%	1.7%
18-35 jaar	94.9%	93.6%
>34 jaar	3.8%	4.7%

Met die Hollandse geboorte sisteem gaan ‘n primigravida en ‘n vrou wat 35 jaar of ouer is, outomaties hospitaal toe, of as sy 45 jaar of ouer is en ‘n multigravida is (Kitzinger, 1979:46-49).

Volgens ‘n verslag van moederlike sterftes in Suid-Afrika tydens 1998 is ouer vroue, veral vroue 30 jaar en ouer ‘n betekenisvolle hoër risiko as vroue onder 30 jaar vir moederlike sterftes (Departement van Gesondheid, 1998:5).

2.3.2.4. Vorige en huidige obstetriese geskiedenis

❖ Gewig

87.9% Van vroue van die “Farm” tuisgeboorte groep se babas het tussen 2.5 en 4kg. geweeg en 83.4% van die hospitaalgroep. Daar is geen beduidende verskil in die gewigte van die babas nie (Durand, 1992:450-452). Sien Tabel 2.3.5.

TABEL 2.3.5 Geboorte gewig van babas in die “Farm” tuisgeboortegroep en hospitaalgroep

	“Farm” groep	Hospitaalgroep
< 2500 g	3.8%	5.8%
2500-4000 g	87.9%	83.4%
> 4000 g	8.3%	10.8%

❖ Vorige obstetriese geskiedenis

Die vrou wat ‘n moeilike geboorte gehad het kan dieselfde tipe geboorte weer hê. As ‘n vorige geboorte goed afgeloop het is dit ‘n goeie indikasie dat die opeenvolgende kraam ook goed kan afloop of selfs makliker, vinniger en beter (Kitzinger, 1979:1-32).

Van die beplande tuisgeboortes in die Verenigde Koninkryk tydens 1994, het 9.7% vorige geassisteerde verlossings gehad en 1.4% vorige keisersnitte (Chamberlain, et al. 1999:35-45). 1% Van die tuisgeboorte groep is vorige Keisersnitte en 3% van die hospitaalgroep.

❖ Gestasie

In Holland gaan die vrou hospitaal toe as kraam prematuur is of swangerskap langer as 42 weke duur (Kitzinger, 1979:85-92).

Van die vroue wat in die “Farm” studie was, was die meeste vroue tussen 36 en 42 weke swanger, soos uiteengesit in tabel 2.3.6, volgens Durand (1992:450-452). Die meeste premature verlossings het ook plaasgevind in die hospitaalgroep, naamlik 5.7% in vergelyking met die 1.5% in die tuisgeboortegroep.

TABEL 2.3.6 Verskille in gestasie tussen die “Farm” tuisgeboortegroep en die hospitaalgroep

	“Farm”groep	Hospitaalgroep
< 36 weke	1.5%	5.7%
36-42 weke	97.2%	89.6%
> 42 weke	1.3%	4.7%

❖ *Mediese geskiedenis*

Vroue met vooraf-bestaande diabetes of hipertensie, Rh-negatiewe bloed met positiewe antiliggamme, gewig oor 135 kg., en hematokrit laer as 28 is beskou as ontoelaatbaar vir sorg by die “Farm” studie. Voor 1985 is vroue met ‘n vorige Keisersnit ook nie toegelaat vir ‘n tuisgeboorte nie (Durand, 1992: 450-452). Daar bestaan egter min literatuur aangaande mediese geskiedenis en die voorkoms en uitkomstes van tuisgeboortes.

Volgens Kitzinger (1979:30) moet die volgende faktore ook oorweeg word wanneer ‘n tuisgeboorte oorweeg word:

- 'n Baba wat stuit presenteer is veiliger om in 'n hospitaal te verlos omdat daar 'n kans is vir asemhalingsprobleme.
- Indikasies van intra-uteriene-groeivertraging, kan ook beteken dat die baba in die hospitaal verlos moet word.
- As die moeder nie die baba voel beweeg het vir 10 ure nie, of as daar enige kommer is oor die frekwensie en sterkte van fetale bewegings, moet sy 'n geneesheer besoek of hospitaal toe gaan en 'n ondersoek ondergaan.
- Vaginale bloeding na die eerste 3 tot 4 maande moet altyd gerapporteer word aan die geneesheer.
- Indien meer as twee weke oor die verwagte datum gaan en seker is van datums, mag dit nodig wees om planne vir 'n tuisgeboorte te verander.

❖ *Vorige postpartum komplikasies*

Postpartum bloeding en die nodigheid vir manuele verwydering van die plasenta onder narkose na 'n vorige geboorte, kan weer voorkom met die volgende geboorte volgens Kitzinger (1979: 1-32).

2.3.2.5 *Rook tydens swangerskap*

Betekenisvol meer vroue in die hospitaalgroep rook as in die "Farm"groep, naamlik 1.1% in die "Farm" tuisgeboortegroep en 12.1% in die hospitaalgroep. Die meeste ondergewig babas is in die hospitaalgroep verlos (Durand, 1992: 450-452). Dus kan dit aanvaar word dat babas wat tuis verlos word lae-risiko babas is.

Volgens Nolte (1998:100;127) kruis nikotien die plasenta en onderdruk die fetale sentrale senuweesisteam en verminderde beweging en groei ontstaan. Daar is voldoende bewys dat rook klein-vir-datums babas veroorsaak. Dit is as gevolg van toksiese substansie teenwoordig in die ingeasemde rook.

2.3.2.6 *Hulpbronne beskikbaar*

Volgens Kitzinger (1979:70-77) moet daar 'n motor beskikbaar wees met voldoende brandstof om die moeder hospitaal toe te neem indien nodig. Daar moet 'n telefoon

wees en 'n lys van belangrike telefoonnommers. Lopende water, verkieslik op dieselfde vloer, is noodsaaklik en 'n badkamer so naby as moontlik. Die meeste vroue kraam op die bed, maar die matras moet ferm wees. 'n Rubber laken kan op die bed gesit word 'n paar weke voor die verwagte datum indien die vliese voor die tyd ruptuur. Kussings en meubelment vir gemak en die inneem van verskillende posisies in kraam is verkieslik. Ekstra verhitting moet beskikbaar wees in 'n vorm wat toelaat dat die kamer vinnig warm gemaak kan word net voor die geboorte. 'n Buigbare lamp kan beskikbaar wees en die kamer moet oor die regte beligting beskik. 'n Steriele pak met benodighede vir die bevalling. 'n Termometer, 'n elektroniese- of hand-fetoskoop, antiseptiese oplossing, horlosie, waslap, toiletware byderhand vir die moeder, 'n kamera indien nodig, warmwatersak, skoon linne vir na die geboorte, handoeke en kombes vir baba, weegskaal om baba te weeg en 'n rustige, kalm omgewing is alles 'n aanwinst vir die geboorte. 'n Boek moet ook naby gehou word vir rekordering.

2.3.3 Uitkomst van tuisgeboortes



UNIVERSITY
OF
JOHANNESBURG

Vervolgens word die uitkomst van tuisgeboortes soos gevind in verskeie studies bespreek:

2.3.3.1 Moederlike mortaliteit

Die meerderheid moederlike sterftes in Suid-Afrika tydens 1998 het plaasgevind in Vlak 2 hospitale (35.0%), Vlak 3 hospitale het die tweede hoogste syfers gehad (29.6%), gevolg deur Vlak 1 hospitale (27.3%), tuis sterftes (2.8%), gemeenskapsgesondheidsentrums (2.3%) en privaat hospitale (1.8%). Die meeste het voorgekom onder Swart vroue (92.6%). Die oorblywende 4.4%, 0.9% en 0.7% het voorgekom in Kleurlinge, Blankes en Indiese rasse (Departement van Gesondheid, 1998:7).

2.3.3.2 Perinatale mortaliteit

Vyf stilgeboortes en neonatale sterftes het plaasgevind uit die 5 971 beplande tuisgeboortes en vyf uit die 4 724 beplande hospitaal geboortes in die Verenigde Koninkryk tydens 1994. Daar is nie 'n merkwaardige verskil nie (Chamberlain, et al. 1999:35-39).

Die beraamde perinatale mortaliteit tydens 1981-1994 onder vroue bespreek vir 'n tuisgeboorte in die Verenigde Koninkryk was 14 sterftes in 2 888 geboortes. Dit was minder as die helfte onder alle vroue in die streek. Slegs drie van die 14 vroue het buite die hospitaal gekraam. Die perinatale risiko geassosieer met beplande tuisgeboortes was laag en meestal onvermeidelik (Northern Region Perinatal Mortality Survey Coordinating Group, 1996:1306-1309).

Die meeste perinatale sterftes wat voorgekom het in die "Farm" groep was as gevolg van kongenitale afwykings, dan as gevolg van prematuriteit, ens. soos uiteengesit in tabel 2.3.7. Die algemene perinatale mortaliteit was 4.2 per 1,000, insluitende derde-trimester fetale sterftes (Durand, 1992:450-452). Daar was 1.00% perinatale sterftes in die "Farm" groep en 1.33% in die hospitaal groep, wat nie 'n beduidende verskil is nie. Dit toon egter dat daar nie meer sterftes plaasvind in die tuisgeboortegroep as in die hospitaal nie.

TABEL 2.3.7 *Perinatale sterftes onder 1707 neonate van vroue van die "Farm".*

Kategorie van sterfte	Aantal
Dodelike kongenitale afwykings	6
Komplikasies verwant aan prematuriteit	4
Sterfte in utero as gevolg van prematuriteit	2
Neonatale sepsis	1
Abruptio (tydens kraam)	1
Respiratoriese nood, onbekende oorsaak	1
Naelstring prolaps	1
Vermoede kindermishandeling	1
Totaal	17

Perinatale mortaliteit was nie beduidend verskillend in 'n meta-analise studie oor die veiligheid van tuisgeboortes in Denemarke nie (Olsen, 1997: 4-13).

Die intrapartum en neonatale mortaliteit vir beplande tuisgeboortes in die VSA in 1993 teen die aanvangs van kraam was 2 per 1,000; die algemene neonatale mortaliteit syfer vir die groep was 1.3 per 1,000 (Anderson en Murphy, 1995:483-492).

Daar was geen perinatale sterftes in 'n studie in 1993 in Australië nie (Davies, Hei, Reid & Young, 1996:1302-1306).

Die perinatale mortaliteit syfer vir tuisgeboortes in Holland, insluitende oorplasing tydens kraam, is 4.5 per 1000, en vir alle geboortes 16 per 1000 (Kitzinger, 1979:46-49).

As sterftes as gevolg van kongenitale abnormaliteite uitgesluit word in 'n studie van die uitkomst van 111 788 beplande tuisgeboortes in die Verenigde State van 1987 tot 1991, is die intrapartum en neonatale mortaliteit syfer 0.9 per 1.000; die neonatale mortaliteit was 0.2 per 1.000 (Anderson en Murphy, 1995:483-492).

2.3.3.3 Verloop van kraam

Die verloop en uiteinde van kraam is een van die mees algemene uitkomst bespreek in tekste.

Minder mediese ingrepe het voorgekom in die tuisgeboorte groep in Denemarke, naamlik induksie, augmentasie, episiotomie, operatiewe vaginale geboorte en keisersnit (Olsen, 1997:4-13).

'n Tuisgeboorte halveer die kans vir 'n geassesteerde geboorte of keisersnit. In die tuisgeboortegroep in die Verenigde Koninkryk in 1994 het 94.7% van die vroue spontane vaginale verlossings gehad, in vergelyking met 90.2% van die hospitaalgroep (sien tabel 2.3.8). Beduidend meer geassesteerde verlossings en keisersnitte kom voor in die hospitaalgroep as in die tuisgeboortegroep (Chamberlain, et al. 1999:35-39).

TABEL 2.3.8 Verskille in uitkomst van kraam in tuisgeboortes en hospitaalgeboortes in die Verenigde Koninkryk

	Beplande tuisgeboortes (insluitende oorplasings)	Beplande hospitaalgeboortes
Spontane vaginale verlossing	94.7%	90.2%
Geassesteerd (wrigleys, vantouse)	2.4%	5.4%
Keisersnit	2.0%	4.1%

Die oorplasingsyfer onder die vorige geassesteerde verlossingegroep was 15.6% en onder die vorige keisersnitgroep was dit 28%; dus het 72% van hierdie vroue 'n

“VBAC” (vaginal birth after caesarean) gehad. Die algemene keisersnitsyfer van vroue oorgeplaas van die huis na die hospitaal was 11.2% (Chamberlain, et al. 1999:35-39).

Onder 256 vroue wonende in die Noordelike area van Australië wat verweg in 1993 en wat tuisgeboortes versoek het, het vyf vroue miskrame gehad. Van die oorblywendes het 142 (57%) tuis gekraam. Daar was 17 (7%) keisersnitte (Davies, et al. 1996:1302-1306).

Syfers van geassisteerde verlossings was betekenisvol laer in die “Farm” tuisgeboortegroep as in die hospitaalgroep. Die keisersnit syfers was 1.46% by die “Farm” en 16.46% in die hospitaal groep (Durand, 1992:450-452). Sien Tabel 2.3.9.



TABEL 2.3.9 Uitkomstes van kraam van die “Farm” tuisgeboortegroep en hospitaalgroep

Uitkoms	% “Farm”groep	% Hospitaalgroep
Kraam verwante komplikasies	6.27	7.29
Bloeding	1.93	1.02
Kraam >24 uur	2.87	2.76
Geassisteerde verlossings	2.11	26.60
Keisersnit	1.46	16.46
* Geassisteerde verlossing is die gebruik van enige een van die volgende: keisersnit, tangverlossing of suierverlossing		

Navorsers merk dat deurlopende professionele ondersteuning tydens kraam geassosieer word met 'n laer insidensie van keisersnitte en instrument verlossings en dus geskik vir tuisgeboortes (Chamberlain, et al. 1999:35-39).

2.3.3.4 Perineale uitkomst

Data van die "Cochrane Library" wys dat 'n verminderde gebruik van episiotomie wanneer vergelyk word met roetine episiotomie, geassosieer is met: 1) 'n Laer risiko van posterior perineale trauma, die nodigheid van hegting van perineale trauma en komplikasies van herstel. 2) 'n Verhoogde risiko vir anterior perineale trauma. 3) Geen verskil in die risiko van erge vaginale of perineale trauma. 4) Geen verskil in die risiko van pyn, dispareunie of urinêre inkontinensie (The Cochrane Library, 1998:1).

Tuisgeboorte moeders het minder episiotomies gehad maar meer eerstegraadse perineale skeure. Tweedegraadse skeure het plaasgevind teen dieselfde tempo in beide groepe. Alle servikale skeure het in die hospitaal groep voorgekom (Chamberlain, et al. 1999:35-39).

Klein servikale skeure is algemeen, veral in primigravidas. Groot servikale skeure kan voorkom tydens 'n normale spontane verlossing, maar word gewoonlik veroorsaak deur verlossing van die baba met 'n verlossingstang of suier voordat die serviks ten volle ontsluit is. Skeure kom ook voor in gevalle waar 'n stuitpresentasie verlos word deur 'n onvolledig ontsluite serviks (Nolte, 1998:455-456).

In 'n ander beskrywende studie wat die perineale uitkomst in 'n tuisgeboorte populasie in die VSA ondersoek het, word 'n inleidende beskrywing van faktore geassosieer met perineale laserasies en episiotomies, verskaf. 1404 Beplande tuisgeboortes in vroedvrou praktyke is ondersoek. Perineale trauma sluit episiotomies en laserasies in. Geringe skaafmerke en oppervlakkige laserasies wat nie hegting benodig nie, word geag as 'n intakte perineum. In die steekproef was daar 69.6% intakte perineums, 15 (1.4%) episiotomies, 28.9% eerste en tweede graadse skeure en 7 (0.7%) derde of vierde graadse laserasies. In multipareuse vroue is lae sosio-ekonomiese status en hoër pariteit geassosieer met intakte perineums, terwyl hoër ouderdom (≥ 40 jr.), vorige episiotomies, aansit van gewig van meer as 40 pond,

verlengde tweede stadium van kraam en die gebruik van olies of smeermiddels geassosieer is met perineale trauma. In primigravidas is sosio-ekonomiese status, kniel of hande-en -knieë posisie met die bevalling en manuele ondersteuning van die perineum met die bevalling geassosieer met 'n intakte perineum, terwyl perineale massering tydens die geboorte geassosieer is met meer perineale trauma (Murphy en Feinland, 1998:226-340).

2.3.3.5 Pynverligtingsmetodes

Effektiewe pynverligting met medikasie soos Pethidien vereis so 'n hoë dosis dat newe-effekte soos naarheid en lighoofdigheid in die vrou en respiratoriese onderdrukking in die neonaat algemeen is. Gevare en newe-effekte van epidurale is fetale bradikardie, neonatale hipotermie en asidose, wanrotasie en instrument verlossings (Nolte, 1998:172-176).

Vroue wat 'n beplande tuisgeboorte gehad het was minder geneig om medikasie te gebruik vir pynverligting as vroue wat 'n hospitaal geboorte beplan het. Die tuisgeboortegroep het 'n keuse gehad ten opsigte van pynverligting terwyl die geneeshere en vroedvroue die vroue beïnvloed en gemanipuleer het om medikasie of epidurale te neem in die hospitaagroep (Chamberlain, et al. 1999:35-39). Tabel 2.3.10 vergelyk die vorms van pynverligting wat gebruik is soos gerapporteer deur vroedvroue:

TABEL 2.3.10 Vorms van pynverligting gebruik in tuisgeboortes en hospitaalgeboortes

Pynverligting	Beplan tuis algeheel	Beplan hospitaal	Tuisgeboortes	Oorplasings na hospitaal
<i>Farmakologies</i>				
Entonox	52.6%	72.1%	50.1%	65.8%
Pethidine	7.5%	30.3%	4.3%	23.7%
Epiduraal	2.8%	11.3%	0	17.9%
Spinale blok	0.7%	1.3%	0	4.1%
<i>Nie-farmakologies</i>				
Ontspanning	49.0%	30.1%	50.3%	43.1%
TENS	22%	15.4%	20.6%	28.8%
Warm water	24.4%	8%	24.5%	24%
Aromaterapie	5.2%	0.9%	5.2%	5.1%
Homeopatie	3.4%	0.3%	3.3%	4%
Akupunktuur	0.6%	0	0.5%	0.9%
Geen	17.1%	8.6%	18.8%	7.9%

Die vroue wat tuis gekraam het, het meer gebruik gemaak van alternatiewe pynverligtingsmetodes, ontspanning en gemaksmetodes (Chamberlain, et al. 1999:35-39).

Kognitiewe beramings van die hoeveelheid pyn geassosieer met kindergeboorte deur ouers wat 'n tuisgeboorte (n=282) of 'n hospitaalgeboorte (n=191) geselekteer het in Kanada is vergelyk deur gebruik te maak van Thurstone se skaal metode. Die pyn van kindergeboorte is vergelyk met 8 ander pynlike ondervindings. Die hospitaalgroep het kraampyn noemenswaardig hoër geag as die tuisgeboortegroep, vroue het die pyn as minder erg beskou as die mans, terwyl die vrouens in die tuisgeboortegroep die pyn as erger beskou het as die mans (Morse en Park, 1988: 175-181).

2.3.3.6 Oorplasings na die hospitaal

16% Van vroue bespreek vir tuisgeboortes in die Verenigde Koninkryk is oorgeplaas na die hospitaal. Sommige van die oorplasings het plaasgevind voordat kraam begin het, terwyl ander tydens kraam plaasgevind het. Die grootste oorsaak vir oorplasings was stadige of geen vordering, naamlik 37.2% van oorplasings. Premature ruptuur van vliese was die oorsaak van 24.8% van oorplasings, en die meeste oorplasings was voordat kontrakies begin het. Fetale nood was die oorsaak van 14.8% oorplasings. Slegs een naelstringprolaps het voorgekom in die tuisgeboortegroep. Die moeder is oorgeplaas na die hospitaal en die baba het gelewe; geen negatiewe effek is waargeneem nie. Die aantal moeders oorgeplaas was 769; die uitkomst was bevredigend, alhoewel die groep ongelukkig twee stilgeboortes en twee neonatale sterftes ingesluit het (Chamberlain, et al. 1999:35-39).

Twee derdes van die vroue in die studie van beplande tuisgeboortes in die Noordelike areas van Australië het gevoel hulle is geen opsies aangebied aangaande die plek van geboorte nie. 75 (29%) Is verwys na die hospitaal voor die aanvangs van kraam en 35 (14%) tydens kraam. Intrapartum oorplasings was nie beduidend nie en die helfte van die moeders het spontaan verklaar dat hulle dit waardeer het om selfs 'n deel van die geboorte tuis te spandeer (Davies, et al. 1996:1302-1306).

Oorplasings na die hospitaal in die "Farm" studie het grootliks tydens kraam en na die geboorte plaasgevind, slegs 13.5% is in totaal verwys na die hospitaal (tabel 2.3.11).

TABEL 2.3.11 Oorplasinge na hospitaal van die "Farm" tuisgeboortegroep

Tyd van oorplasing	(n)	(%)
Voor aanvangs van kraam	28	1.6
Intrapartum	128	7.4
Postpartum*	78	4.5
Totaal verwys	230	13.5
Tuis gekraam	155	90.1
	1	
* Insluitende neonate en moeders		

Die oorplasingesyfer, insluitende antepartum verwysings, was 15.9%. Die intrapartum oorplasing syfer vir die beplande tuisgeboortes met aanvangs van kraam was 8% (Durand, 1992:450-452).

2.3.3.7 Uitkomst van die neonaat

Babas beplan vir tuisgeboorte het 'n hoër APGAR telling met geboorte gehad, selfs die ingesluit wat oorgeplaas is na die hospitaal. Die eerste minuut APGAR tellings van beplande tuis gebore babas onder 7 was 5.2%, in vergelyking met 9.3% van die beplande hospitaal babas. Die 5 minute APGAR tellings van beide groepe onder 7 was 0.7%. Daar is dus 'n noemenswaardige verskil (Chamberlain, et al. 1999:35-39).

Tabel 2.3.12 toon die verskille in resussitasie en suiging van babas in die tuisgeboorte- en hospitaalgroep. Duidelik meer babas is gesuig in die hospitaal as tuis. Resussitasie was nie beduidend verskillend in die twee groepe nie, maar het meer voorgekom in die hospitaal (Chamberlain, et al. 1999:35-39).

TABEL 2.3.12 *Verskille in resussitasie en suiging van babas in die tuisgeboorte- en hospitaalgroep*

	Beplan tuis	Beplan hospital
Gesuig	11.3%	1.0%
Ambusak en masker	5.6%	9,1%
Intubasie	0.6%	0,8%

Die mees algemene besering was kneusing, wat 0.6% van die tuisgeboortegroep en 1.4% van die hospitaalgroep geaffekteer het (Chamberlain en kie, 1999:35-39).

Een stel tweelinge is gebore by die huis, met geen komplikasies; een was kefalies en die ander stuit.

Geen beduidende verskil tussen die twee groepe betreffende fetale en neonatale sterfte, kraam- verwante komplikasies, of lae 5-minuut Apgar tellings is gevind nie. Van die “Farm”groep was 1.2% van die babas se 5-minuut Apgar onder 7 en 2.40% van die hospitaalgroep. Geboorte beserings kom ook meer voor in die hospitaalgroep (3.34%) as in die “Farm”groep (0.23%) (Durand, 1992:450-452).

2.3.3.8 Eksklusiewe Borsvoeding

Eksklusiewe borsvoeding 48 uur na geboorte was 80% in die tuisgeboortegroep en 58.1% in die hospitaalgroep; ses weke later, was die figure 65% en 44%. Moeders wat tuis kraam borsvoed beduidend meer as die wat in die hospitaal kraam, moontlik as gevolg van meer deurlopende sorg en ondersteuning tuis (Chamberlain, et al. 1999:35-39).

Die voordele van borsvoeding vir die moeder, volgens Sellers (1993:235) is soos volg:

- Dit is ‘n bevredigende en emosionele ervaring vir die vrou om die baba te sien en voel suig aan haar bors;

- die vrou voel dat dit sy self is wat haar baba help om te groei;
- hierdie gevoelens help om 'n binding te vorm tussen die moeder en haar baba;
- die suiging aan die bors help met die involusie van die uterus;
- melk is altyd beskikbaar vir die baba;
- borsmelk is die natuurlike voeding vir die baba en bevat al die bestandele en korrekte samestelling vir die baba;
- borsmelk word aan die baba voorsien teen die regte temperatuur;
- borsmelk is "steriel";
- geen voorbereiding van voedings of steriliseringstoerusting is nodig nie;
- daar is geen risikos of foute in die voorbereiding van voedings nie;
- geen adisionele onkoste vir kunsmatige voeding of houers, bv. bottels of krag vir opwarming nie;
- minder geneig om swanger te raak terwyl die vrou borsvoed;
- karsinoom van die bors is ongewoon in vroue wat hulle babas geborsvoed het.

Die volgende voordele van borsvoeding vir die baba word ook genoem (Sellers, 1993:235-236):

- Die baba is altyd naby die moeder wanneer gevoed word en dit versterk die binding tussen hulle;
- die baba groei op borsmelk omdat dit voldoende voeding is en al die nodige bestandele bevat; borsmelk het die korrekte tipes en hoeveelhede proteïene, vette, koolhidrate, minerale en vitamieene;
- omtrent geen risiko vir allergies of atopiese siektes (asma, ekseem, ens.);
- geen konstipasie;
- omtrent geen risiko vir obesiteit en beter eetgewoontes is nodig na spening;
- tandbederf is grootliks verminder;
- wiegiedood blyk nie voor te kom in vol geborsvoede babas en min in babas wat byvoeding ontvang;
- borsmelk bied beskerming teen infeksie;
- gastro-enteritis, lugweginfeksies, otitis media, neonatale sepsis en meningitis, virale infeksies, sroei en tuberkulose is grootliks verminder met borsvoed babas;
- sekere chemiese afwykings gevind in bottelvoed babas word nie gevind in borsvoed babas nie, bv. hipokalsemie en hipernatremie;

- borsvoeding neig om die insidensie van nekrotiserende enterokolitis, ulseratiewe kolitis, korinêre vaskulêre siekte en veelvuldige sklerose te verminder.

Daar is geen nadele van borsvoeding nie.

2.3.3.9 Nageboorte uitkomst

Postpartum bloeding het minder voorgekom in die tuisgeboortegroep, insluitende die oorplasings (Chamberlain, et al. 1999:35-39).

Die uitkomst van 293 vroue geregistreer vir voorgeboorte sorg by 'n kliniek in Nederland is ondersoek om uit te vind of vroue wat tuis gekraam het, minder geneig was tot baba "blues" en nageboorte depressie as vroue wat in die hospitaal gekraam het. Die plek van geboorte, asook die manier waarop geboorte geskenk is, is in ag geneem, soos spontane vaginale geboorte, geïnduseerde kraam, geassesteerde geboorte of keisersnit. Daar is gevind dat die plek van geboorte en die kraammetode nie 'n verskil gemaak het nie (Pop, Wijnen, van Montfort, Essed, de Geus, van Son en Komproe, 1995:701-706).

2.3.3.10 Koste besparing

Anderson, AE en Anderson, DA (1999: 30-35) vergelyk die kostes van hospitaal, tuis en geboorte sentrum geboortes in die VSA, en merk dat 40% van geboortes gedek word deur "Medicaid". Hulle meld dat ingeligde geboorte besluite nie geneem kan word sonder informasie oor kostes en sukses syfers nie. Die gemiddelde ongekompliseerde vaginale geboorte kos 68% minder tuis as in 'n hospitaal, en geboortes tuis geïnisieer bied 'n laer gesamentlike syfer van intrapartum en neonatale mortaliteit en 'n laer insidensie van Keisersnit geboortes.

2.3.3.11 Die vrou se positiewe ervaring van kraam

Sommige vroue wil tuis kraam selfs as daar baie komplikasies is. Hoekom wil vroue so graag in hulle eie huise geboorte skenk?

Baie vroue wil so ver moontlik self kraam hanteer en sodoende dikwels interne vaginale ondersoeke en Pethidine-gebruik vermy. Party vroue wat tevore induksies ontvang het, het gevoel dit was onnodig. 'n Vorige negatiewe hospitaal ervaring kan ook aanleiding gee tot die besluit op 'n tuisgeboorte. Soms word die moeder-baba binding nie nagekom nie, omdat die baba weggevoer word van die moeder na die geboorte. In beskrywing van hulle bevallings tuis beklemtoon vroue die afname in spanning, en spesifiek die normaliteit van hulle aktiwiteite tydens 'n groot deel van die eerste stadium van kraam, waartydens hulle alledaagse aktiwiteite in die huis of in die tuin onderneem. Daar is geen moet vir die vrou om haar gemaklike daaglikse roetine te verander of om bed toe te gaan totdat sy so voel nie. Die ander kind of kinders kan teenwoordig wees of in 'n ander kamer wees terwyl die moeder geboorte skenk en word sodoende nie ook ontstig deur die hele opset nie. Borsvoeding kan ook met genoegsame ondersteuning makliker plaasvind tuis omdat daar nie verskillende roetines en hospitaarreëls is nie. Oor die algemeen is die huis 'n rustiger omgewing (Kitzinger, 1978:135-156).

Soos ander groot instansies, is hospitale afhanklik van reëls en roetines vir effektiewe funksionering. Professionele persone benodig 'n raamwerk waarbinne die werk gedoen word. Verandering kan stadig wees omdat bekende reëls en roetines gemaklik is en omdat dit tyd neem om saam te stem en nuwe beleide te ontwikkel (Enkin, Keirse, Renfrew en Neilson, 1996:197-198). Vrouens se reg tot besluitneming word dus dikwels van hulle ontnem.

'n Vrou wat 'n hospitaal binnegaan in kraam mag maande of selfs jare van antisipasie, vrees en onsekerheid oor kindergeboorte ervaar het. Sy voel mees blootgestel op hierdie stadium. Die vroedvrou kan 'n totaal verskillende stel prioriteite hê. Sy het rekordering pligte en is soms ook verantwoordelik vir ander vroue in kraam. Voorsiening vir privaatheid is belangrik. Versorgers moet hulself voorstel en informasie gee oor ander persone wat die vrou mag sien tydens haar kraam. Opname in kraam bied 'n geleentheid om die vrou se versoeke en planne te bespreek vir die kraamproses. Bystandspersone is belangrik in hierdie stadium, alhoewel sommige hospitale beleide het wat bystandspersone uitsluit op hierdie stadium. 'n Vrou word gewoonlik gevra word om te ontklee sodra sy in die kraamsaal arriveer. As dit onsensitief gedoen word kan dit 'n verleentheid wees vir haar (Enkin, et al. 1996:198-

199). Tuis kan die vrou meer op haar gemak wees en sommige vroue verkies dit so. Party vroue wil betrokke wees met besluitneming aangaande hulle sorg, wat in 'n hospitaalopset soms onmoontlik is.

Opname in die hospitaal sluit gewoonlik die roetine gebruik van dermvoorbereiding met kliesmas of setpille en die skeer van die pubiese en perineale area in. Beskikbare bewys dat fekale besmetting ongeaffekteer is in die eerste stadium van kraam as die vrou 'n kliesma gehad het, maar verminder tydens kraam, kom kort. Sonder 'n kliesma was die besmetting min en makliker om te verwyder as met 'n kliesma. Geen effekte op die durasie van kraam of op neonatale infeksie of perineale wond infeksie is gemerk nie Soos ander groot instansies, is hospitale afhanklik van reëls en roetines vir effektiewe funksionering. Proffesionele persone benodig 'n raamwerk waarbinne die werk gedoen word (Enkin, Keirse, Renfrew & Neilson, 1996:197-198). In 'n tuisgeboorte opset vind bogenoemde voorbereidings nie plaas nie

Die voorligting gegee aan 'n vrou voor die geboorte aangaande die tekens en verloop van kraam, wat sy vertel word oor die telefoon wanneer sy inskakel en of 'n versorger haar eers tuis kan beraam, sal haar besluit beïnvloed wanneer om hospitaal toe te gaan. Wat sy ervaar sal afhang van hospitaal beleide en die besluite wat geneem word deur haar versorgers. 'n Spesifieke onderrigprogram kan die opname van vroue wat nie in aktiewe kraam is nie, verminder. 'n Verduideliking van *wat* gedoen word is nie voldoende nie; dit is net so belangrik vir haar *hoekom* dit gedoen word. Die meeste vroue wil betrokke wees met besluite oor hulle sorg (Enkin, et al. 1996:199). Met tuisgeboortes word baie meer aandag gegee aan voorligting en ingeligte besluitneming.

Om voedsel en vloeistof te weerhou sodra kraam (kontaktsies) begin het is wyd aanvaar in huidige hospitaal sorg. Die risiko vir aspirasie is egter nie so groot as in die verlede nie aangesien daar minder algemene narkose toegedien word met 'n keisersnit en die leë suur maaginhoud addisionele risiko kan inhou vir chemiese brandwonde van die lugweë (Enkin, et al. 1996:203-204).

Tans bly plat lê tydens die kraamproses 'n beleid in baie kraameenhede en word vereis deur baie van die versorgers. Die ruglêende posisie veroorsaak 'n

betekenisvolle vermindering in kardiaal omset en gevolglike afname in femorale arteriële druk. Kontraksie-effektiwiteit neem ook af. Vroue wat gevra is om te staan, loop, of regop te sit tydens die kraamproses het oor die algemeen korter kraamduur as vroue wat gevra is om plat te lê. Vroue wat regop was het ook minder narkotiese analgetika of epidurale narkose gebruik (Enkin, et al. 1996: 204-205).

Die vrou kan rondbeweeg waar en soveel as wat sy wil met 'n tuisgeboorte (Ward C en Ward F, 1977:13-27) wat die kraamproses makliker maak en kraamduur kan verkort.

Die baba word rustig gebore en nie aangejaag nie. Daar word nie slegs gefokus op byvoorbeeld gewig in swangerskap nie, maar meer op 'n goeie ervaring. Geboorte in 'n bekende omgewing verminder angstigheid en spanning en maak die geboorte-ervaring meer hanteerbaar en positief. Ma en pa kan saam ontspan op die bed na die geboorte (Gilgoff, 1978: 25-35).

2.3.4 Opsomming

Dit blyk dat 'n vrou wat voldoende geselekteer is vir 'n tuisgeboorte haarself nie in 'n groter risiko plaas as 'n moeder van 'n gelyksoortige lae-risiko groep wat bespreek is vir 'n hospitaalgeboorte nie. Daar bestaan ook verskillende voordele aan 'n tuisgeboorte, soos die keuse van pynverligting, 'n gemakliker omgewing om in geboorte te skenk, meer ondersteuning en leiding tuis met borsvoeding, minder perineale trauma, vryheid van beweging, ingeligte besluitneming, minder gebruik van ingrepe soos keisersnitte, tang- en suierverlossings, ens.

HOOFSTUK 3:

NAVORSINGSONTWERP EN -METODE

3.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die navorsingsontwerp en -metode beskryf ter verkenning en beskrywing van die uitkomstes van tuisgeboortes in Pretoria.

3.2 DOELSTELLING

Die doel van hierdie studie is om die uitkomstes van tuisgeboortes in Pretoria, hanteer deur privaatvroedvroue, te verken en te beskryf asook om riglyne op te stel vir voorsorgmaatreëls wat getref kan word ten opsigte van tuisgeboortes.

3.2.1 Doelwitte

- ◆ Om die uitkomstes van tuisgeboortes deur privaatvroedvroue in Pretoria te verken en te beskryf aan die hand van 'n opnamegids.
- ◆ Die stel van riglyne vir voorsorgmaatreëls wat getref kan word tydens die hantering van tuisgeboortes.
- ◆ Maak aanbevelings vir verdere navorsing om sodoende tuisgeboortepraktyke te verbeter en te bevorder.

3.3 NAVORSINGSONTWERP

Ten einde die doelstelling van die studie (sien 3.2.) te bereik sal daar gebruik gemaak word van 'n kwantitatiewe, verkennende en beskrywede navorsingsontwerp aangesien die terrein wat bestudeer word, naamlik die uitkomstes van tuisgeboortes in Pretoria, relatief onbekend is. Die uitkomstes van tuisgeboortes in Pretoria word verken en beskryf deur van 'n opname metode gebruik te maak (Burns en Grove, 1993:293).

3.4 NAVORSINGSMETODE

3.4.1 Teikenpopulasie

Die teikenpopulasie bestaan uit alle vroue wat tuisgeboortes gehad het in Pretoria.

3.4.2 Steekproef



Die bepaling van 'n steekproef is die proses waardeur selektering van 'n gedeelte van die vasgestelde populasie gekies word om die populasie te verteenwoordig (LoBiondo-Wood en Haber, 1990:270/287).

'n Doelgerigte steekproefneming is gedoen. Alle vroue wat tuisgeboortes by vroedvroue gehad het in Pretoria word ingesluit by die steekproef. Al die privaat vroedvroue wat tuisgeboortes hanteer in Pretoria word geïdentifiseer deur middel van media en mondelinge oorlewering. 'n Totaal van drie privaat vroedvroue is geïdentifiseer wat tans in Pretoria praktiseer. Die "Expectant Mothers' Guide", PEN (Perinatal Educators' Network) en CBERG (Childbirth Educators' Resource Group) is geraadpleeg om vroedvroue op te spoor.

3.4 DIE MEETINSTRUMENT

Daar word gebruik gemaak van 'n opnamegids as metode van data-insameling aangesien dit 'n tydbesparende metode is en meer persone by die navorsing betrek kan word (Burns en Grove, 1993:369; Uys en Basson, 1991:70).

'n Opnamegids word opgestel vanuit die literatuurstudie om die uitkomstes van tuisgeboortes in Pretoria, bygestaan deur privaat vroedvroue, te verken en te beskryf (sien Bylaag A).

Die opnamegids bestaan uit twee gedeeltes. Die eerste behels die biografiese inligting van die vroue wat tuisgeboortes gehad het, soos pariteit, ouderdom, vorige en huidige geskiedenis, ensovoorts. Die tweede gedeelte behels spesifiek die uitkomstes van die tuisgeboortes, naamlik perinatale mortaliteit en morbiditeit, verloop en komplikasies van kraam, uitkomste van die neonaat, perineale uitkomste en pynverligtingsmetodes gebruik tydens kraam. Daar is geslote en oop vrae asook spasie vir opmerkings sodat geen inligting uitgelaat word nie en om 'n mate van diepte in die opnamegids in te pas.

3.5.1 Geldigheid en betroubaarheid van die meetinstrument

Volgens Uys en Basson (1991:81) moet 'n dataversamelingsinstrument sekere kenmerke openbaar om bruikbaar te wees, naamlik betroubaarheid, geldigheid, gevoeligheid, geskiktheid, objektiwiteit en uitvoerbaarheid.

3.5.1.1 Geldigheid

Die geldigheid van die instrument word bepaal deur die mate waarin dit slaag om die spesifieke element waarvoor dit ontwerp is te evalueer (Uys en Basson, 1991:87).

- ◆ Die inhoud van die opnamegids verteenwoordig die doel van die navorsing naamlik om die uitkomstes van tuisgeboortes in Pretoria te verken en te beskryf en is dus ook konstant;
- ◆ die inhoud van die opnamegids word saamgestel vanuit die literatuurstudie, om sodoende inhoudsgeldigheid te verkry;
- ◆ die instrument word voorgehou aan die studieleiers en kundiges op die gebied van tuisgeboortes en navorsing vir siggeldigheid. Die kundiges gaan die opnamegids na om te bepaal of die vroeë verband hou met die onderwerp en of die opnamegids die inligting meet waarvoor dit ontwerp is;
- ◆ die opnamegids word aan die privaatvoedvroue wat tuisgeboortes hanteer in Pretoria voorgehou om die konstantheid, volledigheid en verteenwoordigheid daarvan te verseker;
- ◆ saamvallende geldigheid kan getoets word deur die inligting verkry uit die opnamegids te vergelyk met die resultate wat met die vorige navorsingstudies gevind is;
- ◆ voorspellingsgeldigheid geskied omdat redelik dieselfde inligting behoort te geskied in ander areas en kontekste;
- ◆ daar bestaan geldigheid aangesien die navorser self die opnamegids voltooi en al die inligting terug ontvang word;
- ◆ veralgemening na die breër populasie kan ook plaasvind, dus eksterne geldigheid;

3.5.1.2 Betroubaarheid

Die betroubaarheid van 'n instrument is die mate van akuraatheid en konstantheid waarmee dit meet (Uys en Basson, 1991:82).

- ◆ Die navorser self voltooi die opnamegids om sodoende onsekerhede uit te skakel en betroubaarheid te verseker;
- ◆ die stabiliteit en objektiwiteit van die meetinstrument word verseker deur slegs feite te meet en nie persepsies nie;
- ◆ ekwivalensie binne die meetinstrument word verseker deur gebruik te maak van goed uiteengesette en duidelik verstaanbare vrae;
- ◆ deur die korrelasie van faktore wat oor die algemeen in kraam voorkom en nie net beperk is tot tuisgeboortes nie, is die meetinstrument betroubaar;
- ◆ terselfdertyd word alle uitkomstes van tuisgeboortes wel gedek in die meetinstrument.



3.6 DATA-INSAMELING

Die privaat vroedvrou wat in Pretoria geïdentifiseer is, word persoonlik genader nadat hulle eers telefonies gekontak word, afspraak gemaak, en die doel van die besoek kortliks beskryf word. Tydens die besoek word die doel en tegniek van die studie in detail verduidelik en enige vrae uitgeklaar. Skriftelike toestemming word verkry van elke vroedvrou. Die vroedvrou word daarvan verseker dat anonimiteit sal geskied tydens die verloop van die studie en dat geen persoonlike inligting gebruik sal word nie.

Rekords van al die vroue wat tuisgeboortes gehad het, insluitend die wat oorgeplaas is na die hospitaal, word deur die navorser self nagegaan in die teenwoordigheid van die vroedvrou sodat onsekerhede uitgeklaar kan word. Die inligting sal dan op die

opnamegids aangeteken word soos wat die rekords nagegaan word. Enige opmerkings of ander gegewens wat 'n aanduiding is van die uitkomstes van tuisgeboortes sal dan ook aangeteken word.

3.7 DATA-ANALISE

Beskrywende statistiek word toegepas.

Die inligting verkry vanuit die opnamegids word op die rekenaar ingevoer en numeriese waardes en persentasies word daaraan geheg. Interpretasies word gemaak na aanleiding van die uitkomstes van die tuisgeboortes en die statistiese verwerking. Die uitkomste word bespreek en weergegee in tabelle en figure. Logiese afleidings word dan gemaak op grond van die data verkry om sodoende die veiligheid van tuisgeboortes te evalueer, na aanleiding van die uitkomstes.

3.8 SAMEVATTING



In hierdie hoofstuk is die navorsingsontwerp en metode beskryf aan die hand van 'n verkennende, beskrywende en kontekstuele ontwerp. Die navorsingsmetode is beskryf deur gebruik te maak van die onderafdelings: populasie, steekproef, instrument, data-insameling en data-analise. Die geldigheid en betroubaarheid van die meetinstrument is ook bespreek.

HOOFSTUK 4:

RESULTATE EN BESPREKING

4.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die resultate bespreek van die data soos verkry vanuit die opnamegids wat deur die navorser self voltooi is. Die resultate word bespreek onder die afdelings *biologiese kenmerke van die vrouens wat tuisgeboortes gehad het* en *die uitkomstes van die tuisgeboortes*. Die metode van data-analise is reeds bespreek in Hoofstuk 3.

4.2 DIE STEEKPROEF



Slegs drie vroedvroue is geïdentifiseer wat tans tuisgeboortes hanteer in Pretoria. Die ander privaat vroedvroue wat wel geboortes hanteer, hanteer meer en deels aktiewe geboortes in hospitale of praktiseer 'n ruk lank al nie meer nie. Die geïdentifiseerde vroedvroue werk in noue kontak met mekaar, help mekaar en hou af en toe byeenkomste om ervarings, probleme en nuwe inligting met mekaar te deel.

'n Totaal van 108 rekords is geanaliseer (N=108) en dateer vanaf Januarie 1996 tot September 2000. Twee van die vroedvroue het eers begin praktiseer vanaf einde 1998 en 1999.

Data-insameling het geskied oor 'n tydperk van ongeveer drie weke.

4.3 BEVINDINGE

4.3.1 Biologiese kenmerke

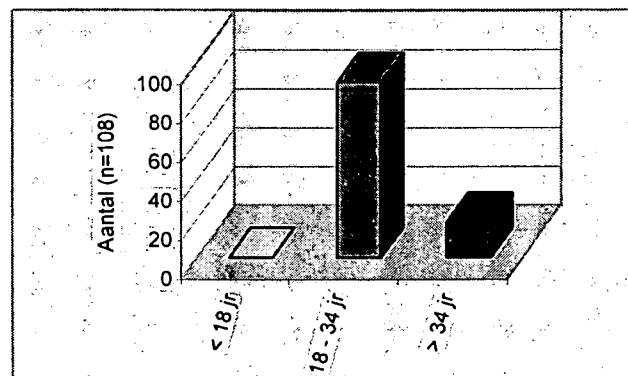
Die biologiese kenmerke van die steekproef word vervolgens bespreek op grond van die data verkry uit die data-analise, onder subopskrifte verkry vanuit die opnamegids.

➤ Ouderdom

Daar was 90 (83.3%) van die 108 vroue tussen die ouderdom van 18 en 34 jaar, terwyl 18 (16.6%) van die vroue wat tuisgeboortes gehad het bo 34 jarige ouderdom was (die oudste was 41 jaar). Geen van die vroue was onder 18 jaar nie. Die meeste vroue was dus nie 'n hoë risiko wat betref hulle ouderdom nie.

Vanuit die literatuurstudie is gevind dat ouer vroue 'n groter risiko het vir plasenta previa, preëklampsie en uterus ruptuur² (Nolte, 1998: 279;290;456). In die "Farm" studie in Tennessee het daar geen beduidende verskille voorgekom in die ouderdomme van die vroue van die "Farm" tuisgeboorte en hospitaal groep nie. Die meeste vroue wat geboorte geskenk het was ook tussen die ouderdomme 18 en 35 jaar (Durand, 1992:450-452).

Figuur 4.1 Ouderdomsverskille van tuisgeboortegroep

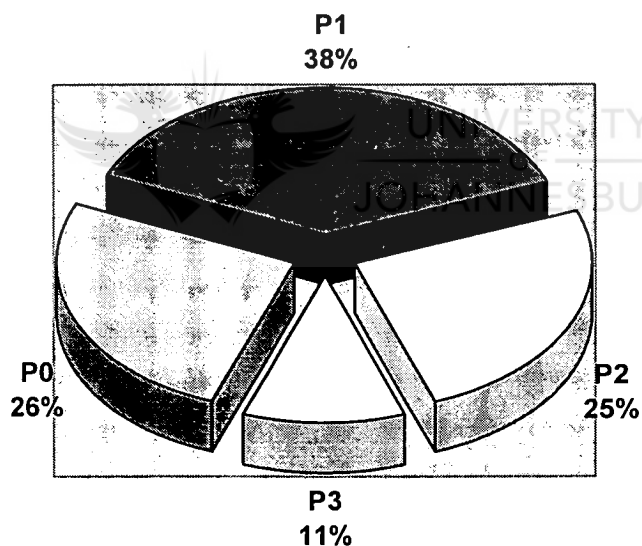


➤ Pariteit

Die grootste meerderheid vroue het hul tweede baba verwag, naamlik 40 (87%), daarna het gevolg die vroue wat hul eerste baba verwag het (28, of 25.9%) en dan die wat hul derde baba verwag het (27, of 25%). Daar was slegs 12 (11.1%) grande multipareuse vroue (N=108).

As daar na die literatuurstudie verwys word, is dit kenmerkend dat 'n primigravida beskou word as 'n groter risiko vir 'n tuisgeboorte, wat duidelik gedebateer kan word soos gedemonstreer deur die data verkry. Na aanleiding van die navorsingstudies wat bestudeer is in die literatuurstudie, is dit duidelik dat die meeste tuisgeboortes voorkom onder vroue wat hul tweede babas verwag en dan volg primigravidas.

Figuur 4.2 Pariteit van vrouens wat tuisgeboortes gehad het



➤ Gestasie

Daar was premature bevallings nie. Almal was tussen 37 en 42 weke swanger, waarvan slegs twee 42 weke swanger was.

Van die vroue wat in die "Farm" studie was, was die meeste vroue ook tussen 36 en 42 weke swanger (Durand, 1992:450-452). In Holland word die vrou ook nie

toegelaat vir 'n tuisgeboorte as kraam prematuur is of langer duur as 42 weke nie (Kitzinger, 1979:85-92).

➤ Opvoeding

Wat opvoeding betref, het die meerderheid vroue meer as 12 jaar opvoeding gehad en 'n mindere mate 9 tot 12 jaar, terwyl geen vroue minder as 9 jaar opvoeding gehad het nie. Dit is 'n goeie aanduiding van die sosiale klas van die vroue wat tuisgeboortes het.

Die vroue in die Verenigde Koninkryk wat tydens 1994 tuisgeboortes gehad het, neig om meer ingelig en welgesteld te wees as in die hospitaal groep (Chamberlain, et al. 1999:35). In die "Farm" tuisgeboorte groep was die vroue ook meer opgevoed wat dit laat blyk dat hulle meer ingelig kon wees (Durand, 1992:450-452).

➤ Ras, huwelikstatus en rook

Slegs twee van die vroue was Asiërs en die res was almal blank. Agt van die vroue was ongetroud en slegs drie uit die 108 vroue het gerook.

'n Skatting van 98% van "Farm" moeders is blank, volgens Durand (1992:450-452). Geen beduidende verskil het voorgekom in die huwelikstatus van die vroue vanuit die literatuurstudie nie. Betekenisvol meer vroue rook in die hospitaalgroep as in die "Farm" tuisgeboortegroep. Volgens Nolte (1998:100 en 127) kan rook 'n groter risiko vir die baba inhou.

➤ Voorgeboorte onderrig

Ongeveer 58 van die steekproef het nie voorgeboorte onderrig ontvang tydens hulle swangerskap nie, alhoewel almal vir 'n aantal voorgeboorte besoeke gesien is deur die betrokke vroedvroue. Dit is ook gevind dat die meeste vroue wat wel voorgeboorte onderrig ontvang het, hulle eerste babas verwag het.

Dit wil blyk vanuit die literatuurstudie dat die meeste vroue wat tuisgeboortes gehad het meer ingelig was.

➤ Vorige obstetriese geskiedenis

Daar was een vrou wat 'n vorige postpartum bloeding gehad het en drie vroue met vorige nageboorte depressies. Daar was ongeveer vyf vroue met vorige geassisteerde verlossings en drie met vorige Keisersnitte, waarvan een vrou al twee normale bevallings na haar keisersnit gehad het. Daar was een geval waar die vrou vier vorige intra-uteriene sterftes gehad het en waarvan die vyfde baba lewend tuis gebore is (N=108).

Vanuit die literatuurstudie is gevind dat 'n vrou wat 'n vorige moeilike geboorte gehad het, geneig is om weer 'n moeilike geboorte te hê.

➤ Huidige obstetriese geskiedenis

Slegs een intra-uteriene-groeivertraagde baba is tuis gebore wat geen komplikasies gehad het nie. Verder was daar geen probleme tydens die vrou se swangerskappe nie en alles het skynbaar normaal verloop tydens die swangerskap.

4.3.2 Uitkomst

Die verskeie uitkomst van die tuisgeboortes word vervolgens bespreek.

➤ Perinatale mortaliteit

Geen neonatale of moederlike sterftes het voorgekom nie, selfs al is die moeder of neonaat oorgeplaas na die hospitaal toe (sien tabel 4.1.).

In die Verenigde Koninkryk tydens 1994 het vyf stilgeboortes en neonatale sterftes plaasgevind uit die 5,971 beplande tuisgeboortes en vyf uit die 4,724 beplande hospitaal geboortes (Chamberlain, et al. 1999:35-39). Die beraamde perinatale

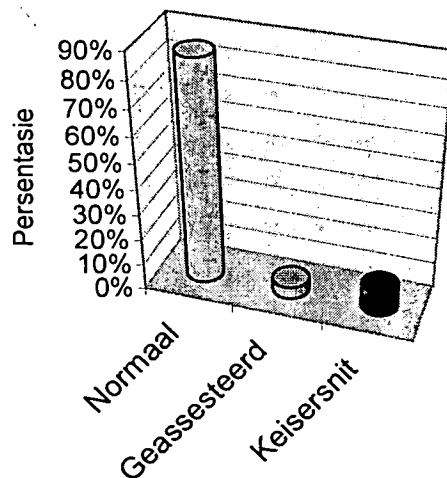
perinatale mortaliteit tydens 1981-1994 vir tuisgeboores in die Verenigde Koninkryk was 14 sterftes in 2888 geboortes (Northern Region Perinatal Mortality Survey Coordinating Group, 1996:1306-1309). Die algemene perinatale mortaliteit in die "Farm" studie was 4.2 per 1,000 (Durand, 1992:450-452). Die intrapartum en neonatale mortaliteit van bepande tuisgeboortes in die VSA in 1993 was 2 per 1,000 (Anderson en Murphy, 1995:483-492). Daar was geen perinatale sterftes in 1993 in Australië nie (Davies, et al. 1996:1302-1306). Die perinatale mortaliteitsyfer vir tuisgeboortes in Holland is 4.5 per 1000 (Kitzinger, 1979:46-49).

➤ Verloop van kraam

Uit die 108 vrou wat tuisgeboortes wou gehad het, het 93 wel 'n normale bevalling gehad, terwyl vyf geassesteerde bevallings in die hospitaal gehad het en 10 keisersnitte gehad het.

Minder mediese ingrepe het voorgekom in die tuisgeboortegroep in Denemarke (Olsen, 1997:4-13). Volgens die literatuurstudie halveer 'n tuisgeboorte die kans vir 'n geassesteerde verlossing of keisersnit. In die Verenigde Koninkryk in 1994 het 94.7% vroue van die tuisgeboortegroep spontane vaginale verlossings gehad, in vergelyking met 90.2% van die hospitaalgroep (Chamberlain, et al. 1999:35-39). Syfers van geassesteerde verlossings en keisersnitte was ook betekenisvol laer in die "Farm" tuisgeboortegroep as in die hospitaalgroep (Durand, 1992:450-452).

Figuur 4.3 Kraammetodes



➤ Oorplasings

Agtien uit die 108 vrouens is oorgeplaas na die hospitaal tydens die kraamproses. Drie vroue is na die tyd na die hospitaal vir heging van 'n derde graadse skeur deur 'n geneesheer. Twee vroue is oorgeplaas vir manuele verwydering van die plasenta. Daar is ook twee vroue oorgeplaas tydens die tweede stadium van kraam na lang afdrupogings. Die res van die vroue (naamlik 11) is oorgeplaas na die hospitaal vir swak vordering in kraam as gevolg van skedel-bekken-disproporsie (sien Tabel 4.1).

Na aanleiding van die literatuurstudie was die grootste oorsaak van oorplasings stadige of geen vordering. Oorplasings na die hospitaal het grootliks tydens kraam en na die geboorte plaasgevind (Durand, 1992:450-452).

➤ Neonatale resussitasie en geboorte beserings

Slegs een baba moes geresussiteer word as gevolg van 'n 1-minuut Apgar telling van 4/10, maar die baba het vinnig gereageer en het nie na die tyd enige komplikasies gehad nie. Daar was een baba met erge klompvoete en een met 'n gesplete verhemelte en Piërre Robinson sindroom. Een hematoom het voorgekom van ongeveer 5 cm. grootte, maar die moeder was al die laaste drie weke ontsluit en dit was 'n ou hematoom volgens die pediater.

Volgens die literatuurstudie het babas beplan vir tuisgeboorte 'n hoër Apgar-telling met geboorte gehad. Meer babas word gesuig in die hospitaal as tuis.

➤ Komplikasies tydens kraam

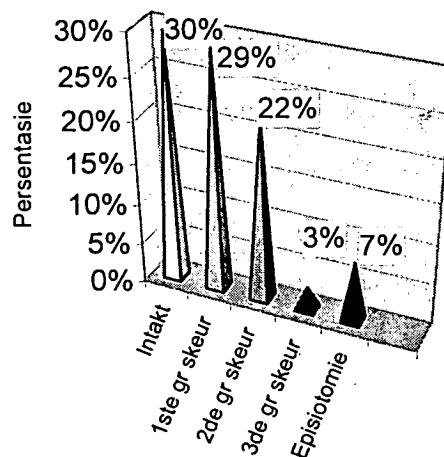
Twee skouerimpaksies het voorgekom, waarvan een vrou tuis en een in die hospitaal gekraam het, maar daar was geen komplikasies na die tyd nie. Die meeste komplikasies wat voorgekom het was swak vordering as gevolg van assinklitisme van die fetale skedel en skedel-bekken-disproporsie (Tabel 4.1).

➤ Perineale uitkomst

Daar was 32 intakte perineums en 31 eerstegraadse skeure. Tweede graadse skeure was 24 en slegs drie derdegraadse skeure het voorgekom. Daar was 8 episiotomies waarvan slegs een tuis uitgevoer is, die ander is in die hospitaal gedoen. Geen servikale skeure het voorgekom nie (N=108).

Dit is ook duidelik vanuit die literatuurstudie dat tuisgeboorte moeders minder episiotomies gehad het, maar meer eerste graadse perineale skeure. Tweede graadse skeure het plaasgevind teen dieselfde tempo in beide tuisgeboorte- en hospital-groepe.

Figuur 4.4 Periniale uitkomstes



➤ Induksie en augmentasie

Daar was drie induksies gedoen tuis met prostaglandiene middels, as gevolg van postmaturiteit en slegte vordering, waarvan twee oogeplaas is na die hospitaal en een uitloop het op 'n keisersnit (Tabel 4.1).

Soos reeds bespreek, is gevind vanuit die literatuurstudie dat minder ingrepe plaasvind in tuisgeboorte- as hospitaalgeboortes.

➤ Pynverligtingsmetodes

Al die vrouens wat tuisgeboortes gehad het, het slegs gebruik gemaak van nie-farmakologiese pynverligtingsmetodes, soos rondbeweeg, badwater, teendruk op die rug en asemhalings- en ontspanningstegnieke. Drie van die vroue wat in die hospitaal gekraam het, het epidurale ontvang.

Vroue wat 'n tuisgeboorte gehad het, was minder geneig om medikasie te gebruik vir pynverligting as vroue wat 'n hospitaalgeboorte gehad het. Geneeshere en vroedvroue beïnvloed en manipuleer vroue om medikasie of epidurale te neem in die hospitaalgroep, terwyl die tuisgeboortegroep 'n keuse gehad het ten opsigte van pynverligting. Die vroue wat tuis kraam maak meer gebruik van alternatiewe pynverligtingsmetodes en ontspannings- en gemaksmetodes.

➤ Nageboorte komplikasies

Twee klein postpartum bloedings het voorgekom en een erge postpartum bloeding van 1 000ml bloedverlies, alhoewel die bloeding vinnig onder beheer gebring is en geen nagevolge oorgehou is nie. Drie vrouens het nageboorte depressie ontwikkel, waarvan een van die vrouens geneig was tot depressie en al behandeling ontvang het. Een klein vaginale hematoom het voorgekom maar het geen ongemak veroorsaak nie (Tabel 4.1).

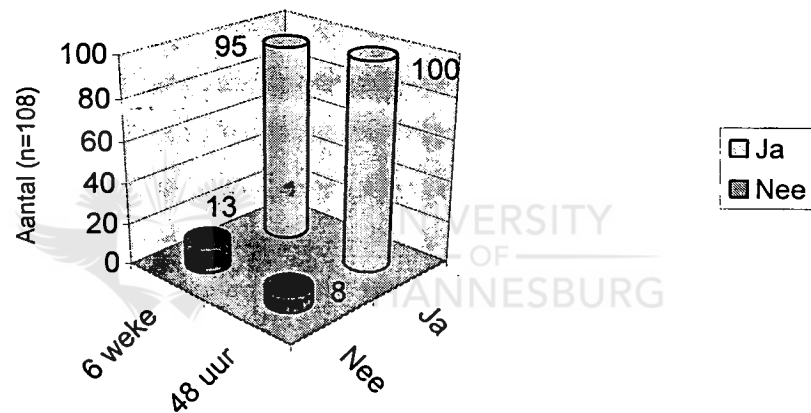
Volgens die literatuurstudie het postpartumbloeding minder voorgekom in die tuisgeboortegroep.

➤ Borsvoeding

Eksklusiewe borsvoeding 48 uur na geboorte het voorgekom onder 100 van die vroue, ses weke later het 95 van die vroue nog steeds geborsvoed. Die feit dat die vroue meer deurlopende sorg ontvang het nageboorte kon bygedra het tot hierdie verskynsel (N=108).

Oor die algemeen blyk dit vanuit die literatuurstudie dat vroue wat tuisgeboortes gehad het meer geneig was tot eksklusiewe borsvoeding.

Figuur 4.5 Voorkomste van Borsvoeding



➤ Kraamduur

Die kraamduur oor die algemeen was almal onder 20 ure in totaal. Die langste kraamduur was 17 ure en 30 minute. Die kortste kraamduur was 1 uur en 25 minute. Dit is opmerkzaam dat oor die algemeen slegs die latente fase van kraam regtig lank was. Twee vroue se tweede stadium van kraam was langer as 'n uur en 'n half en hulle is oorgeplaas na die hospitaal.

Tabel 4.1 *Uitkomstes van tuisgeboortes*

Uitkomste	Aantal (N=108)	Persentasie (%)
Perinatale Mortaliteit	0	0
Oorplasings	23	21.3
Komplikasies tydens kraam	2	1.9
Induksies	3	2.8
Nageboorte Komplikasies	4	3.7

➤ **Opmerkings**

Daar was drie vrouens wat 'n normale bevalling gehad het na 'n vorige keisersnit (VBAC). Oor die algemeen was daar baie min komplikasies en het die kraamprosesse goed verloop. Al het die kraam lank geduur, het die vroue nog steeds dit goed hanteer. Aangesien daar nie veel ingrepe plaasgevind het nie, was die pyn nie ondraaglik nie en kon die vrouens dit hanteer sonder farmakologiese pynverligingsmetodes.

4.4 SAMEVATTING

Die resultate van die data-analise is in hierdie hoofstuk weergegee en kortlikse beskrywings daarvan.

HOOFSTUK 5:

GEVOLGTREKKINGS, RIGLYNE EN AANBEVELINGS

5.1 INLEIDING

In hoofstuk 4 is die resultate bespreek van die uitkomstes van tuisgeboortes in Pretoria. Vervolgens word die gevolgtrekkings, riglyne vir tuisgeboorte praktyke en aanbevelings bespreek.

5.2 GEVOLGTREKKINGS

Objektiewe gevolgtrekkings word gemaak vanuit die data soos uiteengesit in Hoofstuk 4.

Die globale gevolgtrekking wat gemaak kan word vanuit die data is dat 'n tuisgeboorte 'n veilige opsie kan wees vir 'n vrou wat voldoende gekeur is en dat die hospitaal nie noodwendig die veiligste of beste opsie is nie.

5.2.1 Biologiese kenmerke

Dit wil voorkom asof die meeste vroue lae risiko swangerskappe gehad het, wat hulle dus geskik maak vir tuisgeboortes. Al word 'n primigravida deur sommige gesien as 'n hoë risiko vir 'n tuisgeboorte, is dit duidelik dat dit nie noodwendig die geval is nie, soos gedemonsteer deur die groot hoeveelheid primigravidas in die studie (naamlik 28.9%) en die klein aantal komplikasies wat voorgekom het (slegs 2 vroue het komplikasies gehad). Alhoewel daar wel vroue was wat as hoë risiko geklassifiseer kon word, het hulle ook die meeste van die tyd goeie uitkomstes gehad en geen noodlottige komplikasies nie, bv. die vrou met vier vorige intra-uteriene

sterftes, vorige postpartum bloedings, 'n intra-uterien-groeivertraagde baba, ouer vrouens of vrouens wat hul vierde of vyfde baba verwag.

5.2.2 Uitkomstes van tuisgeboortes

Die feit dat daar geen lewensbedreigende komplikasies voorgekom het nie is 'n bewys dat 'n tuisgeboorte 'n veilige opsie kan wees. Geen moederlike en neonatale sterftes het plaasgevind nie. Selfs vrouens wat oorgeplaas is na die hospitaal het nie slegte uitkomste gehad nie. Aangesien daar min tot geen ingrepe noodsaaklik was met die tuisgeboortes nie, kan daar aanvaar word dat die geboorte ervaring ook meer positief kan wees vir die vrou, in vergelyking met 'n hospitaalgeboorte. Indien 'n vergelyking getref sou word tussen hospitaal- en tuisgeboortes, kan daar gevind word dat meer normale bevallings met minder episiotomies en ingrepe en heel moontlik ook minder komplikasies sal voorkom in die tuisgeboortegroep as in die hospitaalgroep. Daar bestaan ook nie 'n groter risiko vir die neonaat wat tuis gebore word nie aangesien die kraamproses meer natuurlik verloop.



UNIVERSITY
OF
JOHANNESBURG

5.3 RIGLYNE

Riglyne word gestel ter verbetering, handhawing en bevordering van veilige tuisgeboortes in Pretoria, om sodoende die uitkomstes van tuisgeboortes te bevorder.

- ❖ Vroue moet voldoende geselekteer word vir 'n tuisgeboorte en hoë risiko gevalle sover moontlik vermy word.
 - 'n Volledige geskiedenis moet geneem word van elke vrou wat 'n tuisgeboorte beplan.
 - Sover moontlik moet hoë risiko gevalle vermy word, soos ou primigravida's, ouderdom bo 35 jaar, intra-uteriene groeivertraging, vorige keisersnit, slegte obstetriese geskiedenis, ensovoorts.
 - Premature of postmature kraam moet sover moontlik vermy word en eerder in 'n hospitaal hanteer word.

- ❖ Vroue wat tuisgeboortes wil hê moet voldoende ingelig word aangaande die voordele en nadele en moontlike komplikasies van tuisgeboortes en hospitaal geboortes, sodat hulle ingeligte besluite kan neem.
 - Voorligting moet geskied op 'n eerlike en realistiese wyse.
 - Indien daar moontlike komplikasies kan ontstaan waarvan vooraf bewus is, moet die vrou daarvoor ingelig word, sodat sy kan besluit wat sy wil hê.

- ❖ Hulpbronne moet beskikbaar wees vir die hantering van komplikasies.
 - 'n Betroubare ginekoloog of algemene praktisyn moet op bystand wees en ingelig word van enige komplikasies.
 - Die vroedvrou moet beskik oor die nodige mediese toerusting en medikasie vir hantering van 'n noodgeval, soos 'n suurstofsilinder, suigapparaat, ambusak en ander toerusting vir resussitasie van neonaat, infuusbenodighede, hegtingsmateriaal, ensovoorts.
 - 'n Tweede vroedvrou moet verkieslik beskikbaar wees tydens die geboorte.
 - 'n Hospitaal moet binne bereik wees van die vrou se huis.
 - 'n Vervoermiddel moet beskikbaar wees vir vervoer na die hospitaal indien nodig.
 - Iniden van 'n privaathospitaal gebruik gemaak word, moet die vrou verkieslik reeds 'n bed daar bespreek het in geval van oorplasing.

- ❖ Die vroedvrou moet verkieslik die vrou gesien het 'n paar keer voor die bevalling om vertroue op te bou en moontlike komplikasies uit te skakel.
 - Voorgeboorte besoeke vanaf 28 weke gestasie, ten minste elke twee weke word aanbeveel.
 - Tydens so 'n besoek moet met die eerste besoek 'n volledige geskiedenis geneem word; daarna behoort elke besoek 'n fisieke ondersoek in te sluit sodat komplikasies geïdentifiseer kan word.

- ❖ Die vroedvrou moet oor die nodige kwalifikasies, apparaat en toerusting beskik vir enige noodgeval.

- ❖ Vroedvroue moet vir mekaar kan instaan indien die betrokke vroedvrou nie die bevalling kan waarneem nie.

- ❖ Vroedvroue kan ook mekaar ondersteun en motiveer deur gereeld byeenkomste te hou waar probleme of bevallings bespreek kan word en nuwe inligting uitgeruil kan word.
- ❖ Om sover moontlik komplikasies te voorkom moet die vroedvroue probeer om geen ingrepe of induksies tuis te hanteer nie en dus kraam so natuurlik as moontlik laat verloop.
- ❖ Daar moet spesifieke kriteria wees vir oorplasing na die hospitaal, soos fetale of moederlike nood, geen vordering as gevolg van skedel-bekken-disproporsie, bloeding, of hegting van 'n derde graadse skeur.
- ❖ Daar moet voldoende nageboorte sorg geskied om probleme soos nageboorte depressie te voorkom.
 - Ten minste drie nageboorte besoeke moet plaasvind en voldoende sorg gegee word, naamlik voorligting en hulp aangaande borsvoeding, babasorg, ens.
- ❖ Voldoende monitering en rekordering tydens die kraam verloop is baie belangrik.

5.4 AANBEVELINGS

Aanbevelings word gemaak ter verbetering van die verpleegpraktyk, onderwys en verdere navorsing. Die doel van navorsing is om nuwe kennis te genereer.

5.4.1 Verpleegpraktyk

- Daar behoort indringend gekyk te word na tuisgeboorte en hospitaal geboortes sodat die beste moontlike opsies vir elke vrou kan geskied.
- Vroedvroue moet altyd na die pasiënt luister om die beste moontlike opsie van verpleging te kies

- Daar kan meer gefokus word op die natuurlike aspek van kraam in hospitale en klinieke om sodoende geboorte 'n meer positiewe ervaring te maak.
- Voorspraak moet gemaak word vir pasiënte in klinieke of hospitale waar die dokter altyd geglo en vertrou word deur die pasiënt, veral as die vroedvrou bewus is van die vrou se wense.
- Rigiditeit onder verpleegpersoneel moet plek maak vir buigsaamheid om sodoende 'n beter omgewing te skep vir kraam.

5.4.2 Onderrig

- Studente in verpleging moet meer bewus gemaak word en opgelei word en aan die tuisversorging van pasiënte blootgestel word.
- Die normaliteit van kraam kan beklemtoon word in verpleeg-onderrig en praktiese metodes meer bekend gestel word.
- Student verpleegkundiges kan meer praktiese ondervinding kry aangaande tuisgeboortes.

5.4.3 Verdere navorsing

- Die konteks waarin die studie plaasgevind het, is Pretoria. Die konteks kan na ander stede en gebiede uitgebrei word vir veelvoudigheid.
- Die uitkomstes van tuisgeboortes kan ook vergelyk word met die uitkomstes van hospitaal geboortes binne dieselfde konteks.
- 'n Instrument kan opgestel word wat maklik verstaan kan word deur vroedvroue om dit self te voltooi.

- Daar kan ook in ander studies meer gefokus word op die ervarings en gevoelens van die pasiënte.

5.5 SAMEVATTING

In hierdie studie is 'n redelik onbekende veld verken en beskryf.

Die uitkomstes van tuisgeboortes is aan die hand van 'n opnamegids verken en bespreek.

Dit blyk nog dat tuisgeboortes 'n veilige opsie kan wees vir vroue wat voldoende geselekteer is. Die uitkomst in 'n tuisgeboorte opset kan selfs beter wees as in die hospitaal aangesien minder ingrepe voorkom en kraam nie gesien word as 'n siekte nie maar as 'n normale verskynsel.



BIBLIOGRAFIE

- ANDERSON, AE & ANDERSON, DA 1999: The Cost-effectiveness of Home Birth. Nurse Midwifery, 44(1), Jan-Feb. 1999:30-35.
- ANDERSON, RE & MURPHY, PA 1995: Outcomes of 11 788 planned home births attended by certified nurse-midwives. A retrospective descriptive study. Journal of Nurse Midwifery, 40(6), Nov-Des. 1995:483-492.
- BASTIAN, H & KEIRSE, MJ 1998: Perinatal death associated with planned home birth in Australia: population based study. British Medical Journal, 317(7155), Aug. 1998:384-388
- BOTES, A sj: Die skryf van 'n verantwoordbare navorsingsvoorstel of oriënteringshoofstuk. Johannesburg: Randse Afrikaanse Universiteit.
- BROWN, KW 1998: Home Birth Research. <http://www.homebirth.org.uk.homebirth3.htm>
- BURNS, N & GROVE, SK 1993: The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique and Utilization. Second edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- CHAMBERLAIN, G; WRAIGHT, A & CROWLEY, P 1999: National Birthday Trust – Report of the Confidential Enquiry into Home Births. <http://www.homebirth.org.uk.homebirth2.htm>
- DAVIES, J; HEY, E; REID, W & YOUNG, G 1996: Prospective regional study of planned home births. British Medical Journal, 3(13), Nov. 1996:1302-1306.
- DEPARTEMENT VAN GESONDHEID 1998: Saving mothers. Departement van Gesondheid . 164p.

DEPARTEMENT VERPLEEGKUNDE sj: Verplegingsteorie vir Mensheelheid.
Johannesburg: Randse Afrikaanse Universiteit.

DURAND, AM 1992: The safety of Home Birth: The Farm study. American Journal of Public Health, 1992:450-452.

ENKIN, MW; KEIRSE, MJNC; RENFREW, MC & NEILSON, JB 1996: A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth. Second edition. New York: Oxford University Press.

GILGOFF, A 1978: Home Birth. New York: Oxford University Press.

KITZINGER, S 1979: Birth at home. New York: Oxford University Press.

KNAPP, TR 1998: Quantitative Nursing Resrearch. California: SAGE Publications.

LoBIONDO-WOOD, G & HABER, J 1990: Nursing Research: Methods, Critival Appraisal and Utilization. Second edition. St Louis: The CV Mosby Company.

MORSE, JM & PARK, C 1988: Home birth and hospital deliveries: a comparison of the perceived painfulness of parturition. Residential Nurse Health, 11(3), Jun. 1988:175-181.

MOUTON, J 1996: Understanding Social Research. Pretoria: J.L. van Schaik Publishers.

MURPHY, AD & FEINLAND, JB 1998: Perineal outcomes in a home birth setting. Birth, 24(4), Des. 1998:226-234.

MURPHY, PA & FULLERTON, J 1998: Outcomes of intended home births in nurse-midwifery practice: a prospective descriptive study. Obstetrics & Gynaecology, 92(3), Sept. 1998:461-470.

NOLTE, AGW 1998: A textbook for Midwives. Goodwood: National Book Printers.

NORTHERN REGION PERINATAL MORTALITY SURVEY COORDINATING GROUP 1996: Collaborative survey of perinatal loss in planned and unplanned home births. British Medical Journal, 3(13), Nov. 1996:1306-1309.

OLSEN, O 1997: Meta-analysis of the safety of home birth. Birth, 24(1), Maart. 1997:4-13.

PETTY, R 1979: Home Birth. Chicago, New York: Oxford University Press.

POP, VJ; WIJNEN, HA; VAN MONTFORT, M; ESSED, GG; DE GEUS, CA; VAN SON, MM & KOMPROE, IH 1995: Blues and Depression during early puerperium: home versus hospital deliveries. British Medical Journal, 102(9), Sept. 1995:701-706.

SELLERS, PM 1993: Midwifery. Volume 1. Kaapstad: Creda Press. 974p.

TALBOT, LA 1995: Principles and Practice of Nursing Research. St Louis: Mosby.

THE COCHRANE LIBRARY 1998.

UYS, HHM & BASSON, AA 1991: Navorsingsmetodologie in die verpleegkunde. Pretoria: HAUM-tersiër.

WARD, C & WARD, F 1977: The home birth book. New York: Oxford University Press.

WILSON, HS 1993: Introducing Research in Nursing. Second edition. Addison-Wesley Nursing: California.

WOODCOCH, HC; READ, AW; BOWER, C; STANLEY, FJ & MOORE, DJ 1994: A matched cohort study of planned home and hospital births in Western Australia 1981-1987. Midwifery, 10(3), Sept. 1994: 125-135.

BYLAAG A



DIE OMVANG EN UITKOMSTE VAN TUISGEBORTES IN PRETORIA

Opnamegids:

Opnamegidsnummer: _____

Ouderdom	<input type="checkbox"/> < 18jr	<input type="checkbox"/> 18 - 34jr	<input type="checkbox"/> > 34jr		
Pariteit	<input type="checkbox"/> P0	<input type="checkbox"/> P1	<input type="checkbox"/> P2	<input type="checkbox"/> P3	
Gestasio	_____ weke				
Opvoeding	<input type="checkbox"/> < 9jr	<input type="checkbox"/> 9 - 12jr	<input type="checkbox"/> > 12jr		
Ras	<input type="checkbox"/> Asiër	<input type="checkbox"/> Blank	<input type="checkbox"/> Kleurling	<input type="checkbox"/> Swart	
Huwelikstatus	<input type="checkbox"/> Getroud	<input type="checkbox"/> Ongetroud			
Rook	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee			
Voorgeboorte Onderrig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee			

Vorige obstetriesse geskiedenis:

No	Datum	Gesondheid tydens swangenskap	Duur		Kraam metode	Geslag	Gewig	Voeding	Nageboorte komplikasies	Sterfte (ouderdom & rede)
			Swangerskap	Kraam						
1										
2										
3										
4										
5										

Beramings met aanvang van kraam:

Presentasie en Posisie	_____
Afdaling	_____
IUGV	_____
Bloeding	_____
Vitale Data	_____
Komplikasies tydens swangerskap	_____
Duur van vliese ruptuur	_____

