

KENNIS EN HOUDINGS VAN VERPLEEGKUNDIGES AANGAANDE DIE VOEDINGSPROBLEME VAN BABAS MET GEСПЛЕТЕ LIP EN VERHEMELTE



**Brenda Louw, BA Log, MSc,
DTO, D. Phil Professor**
Departement Kommunikasiepatologie
Universiteit van Pretoria

Hannelie Botha, B. Kommunikasiepatologie
Departement Kommunikasiepatologie
Universiteit van Pretoria

ABSTRACT

Feeding problems of infants with cleft lip and palate are one of the first challenges posed to nursing personnel in the care of infants. The aim of the study was to determine the knowledge and attitude of nurses towards the feeding process of neonates with cleft lip and palate. 65 Nurses employed in neonatal and neonatal intensive care units in eight hospitals in the Pretoria region acted as respondents. A descriptive survey design was used and a questionnaire was completed by the respondents. The results indicated that nurses had a positive attitude towards the feeding of infants with cleft lip and palate and evidenced sufficient knowledge regarding the types of feeding problems, position during feeding and feeding prostheses. Limited knowledge regarding the cause of feeding problems and initial techniques was identified. Due to the fact that the majority of respondents expressed a desire to obtain more information regarding the feeding process of infants with cleft lip and palate, recommendations for undergraduate training and continuing education were made. A need for further research exists to improve the multidisciplinary cooperation and service delivery to infants with cleft lip and palate and their families.

OPSOMMING

Voedingsprobleme van babas met gesplete lip en verhemelte is een van die eerste uitdagings vir verpleegkundiges betrokke by die versorging van hierdie babas. Die doel van hierdie studie was om verpleegkundiges se kennis van en houding jeens die voedingsproses van neonate met gesplete lip en verhemelte te bepaal. 65 Verpleegkundiges werksaam in neonatale eenhede en neonatale intensiewe sorgeenhede van agt hospitale in die Pretoria-omgewing het opgetree as respondent. 'n Beskrywende opname-metode is gebruik en 'n vraelys is ontwerp wat deur die respondent voltooi is. Die resultate het aangetoon dat verpleegkundiges 'n positiewe houding jeens voeding van babas met gesplete lip en verhemelte vertoon asook oor

genoegsame kennis aangaande tipes voedingsprobleme, voedingsposisies en voedingsplaatjies beskik. Beperkte kennis is waargeneem ten opsigte van die oorsake van voedingsprobleme en inisiële voedingstegnieke. In die lig van die feit dat die meerderheid proefpersone 'n behoefte aan bykomende inligting aangedui het, is aanbevelings rondom voorgraadse en voortgesette opleiding gemaak. Verdere navorsing blyk noodsaklik te wees om multidisciplinêre samewerking en dienslewering aan die baba met gesplete lip en verhemelte en sy/haar familie te verbeter.

INLEIDING

Gesplete lip en verhemelte is een van die mees algemene kongenitale afwykings en die geboorte van 'n baba met een of ander vorm van 'n gesplete lip en verhemelte is meestal vir ouers 'n skok en 'n teleurstelling (Shprintzen & Bardach, 1995: 5). Die ouers kan oorweldig word deur die talle bekommernisse en vrese rakende die kongenitale afwyking, die behandeling daarvan en hulle baba se toekoms. Die eerste probleem waarmee die ouers en die verpleegkundige egter gekonfronteer word in die versorging van die baba met 'n gesplete lip en verhemelte is voeding (Curtin, 1990: 80; Sidoti & Shprintzen, 1995: 63).

Volgens Oliver en Jones (1997: 526) het kliniese ondervinding en navorsingsbevindinge bewys dat die meerderheid van babas met 'n gesplete lip en verhemelte voedingsprobleme vertoon wat kan lei tot swak gewigstoename, wat weer frustrasie, spanning en angstigheid by die moeder kan ontlok. Hierdie emosies kan oorgedra word op die baba wat verdere voedings- en bindingsprobleme tot gevolg kan hê en sodoe 'n spiraal van nood laat ontstaan. Die verpleegkundige moet, as sleutelfiguur en primêre versorger van die baba in die neonatale eenheid of neonatale sorgeenhed, hierdie probleme hanteer.

Ten spyte van die sigbaarheid van 'n lipspleet is die gesplete verhemelte die primêre hindernis tot effektiewe voeding. Die primêre oorsaak van voedingsprobleme in babas met gesplete lip en verhemelte kan hoofsaaklik toegeskryf word aan 'n onvermoë om negatiewe druk vir suig op te bou, weens die onnatuurlike orale-nasale verbinding wat deur die spleet veroorsaak word (Sidoti & Shprintzen, 1995: 64). Gevolglik kan dit gebeur dat vloeistof deur die neus ontsnap en in die lugweg beland of dat oormatige wind gesluk word. Voeding is 'n lang en moeisame proses wat, indien dit nie voldoende hanteer word nie, aanleiding kan gee tot swak gewigstoename en dus ander ontwikkelingsareas nadelig kan beïnvloed (Oliver & Jones, 1997: 529).

In 'n poging om nutrisionele inname te bevorder, gebeur dit soms dat daar van 'n nasogastriese buis of binne-aarse infusie gebruik gemaak word. Dit kan daartoe lei dat hierdie babas se suigvermoëns en dus ook orale strukture nie genoegsaam gestimuleer word en ontwikkel nie. Verskeie uteurs huldig die siening dat daar 'n direkte ver-

band bestaan tussen die ontwikkeling van die orale mekanisme tydens voeding en latere spraakproduksie (Arvedson & Brodsky, 1993: 422) en normale suig-, sluk- en kouaksies word as voorlopers vir spraakontwikkeling beskou. Derhalwe moet vroeë pogings tot nutrisionele suig aangewend word ten einde sekondêre probleme te voorkom.

Borsvoeding van babas met gesplete lip en verhemelte is meestal problematies, maar is wel moontlik in gevalle met 'n gesplete lip en verhemelte waar 'n kaak-ortognatiese suig- en drinkplaatjie aangewend word (Bütow, 1995: 18). Baie moeders sou verkieks om hulle babas met gesplete lip en verhemelte te borsvoed weens die erkende voordele van borsvoeding. Daar bestaan egter volgens Oliver en Jones (1997: 528) weinig literatuur wat borsvoeding by hierdie babas aanbeveel. Die vroegste interaksie tussen versorger en baba sentreer rondom die voedingsproses en die onvermoë om te kan borsvoed mag ook die bindingsproses tussen die moeder en die baba negatief beïnvloed (Savage, 1997: 275). 'n Versteurde moeder-kind-interaksie kan weer sosio-emosionele ontwikkeling, kognitiewe ontwikkeling asook spraak- en taalontwikkeling negatief beïnvloed aangesien inisiële kommunikasie-vaardighede tydens interaksie met die versorger ontwikkel (Oliver & Jones, 1997: 531; Savage, 1997: 275). Volgens Paradise (1994: 854) het navorsing getoon dat babas wat borsvoeding ontvang minder geneig is tot otitis media. Die baba met 'n gesplete lip en verhemelte wat weens 'n strukturele abnormaliteit nie in staat is tot borsvoeding nie, word derhalwe ontneem van 'n natuurlike bron van immuniteit. Die spraak-taalterapeut en audioloog het dus ook, in samewerking met die verpleegkundige en ander spanlede, 'n belangrike rol om te vertolk in die hantering van die voedingsprobleme van babas met gesplete lip en verhemelte.

Talle voedingstegnieke is oor die jare heen deur gesplete-lip-en-verhemelte-spanne in die kliniese praktyk ontwikkeld vir hierdie babas, maar daar bestaan relatief min literatuur oor die onderwerp en kundigheid is dikwels beperk tot lede van 'n gesplete-lip-en-verhemelte-span (Oliver & Jones, 1997: 528). Aangesien personeel in alle hospitale en klinieke dikwels nie oor die nodige kundigheid beskik om hierdie probleem effekief aan te spreek nie, word voortdurende samewerking met gesplete-verhemelte-spanlede vereis. Die bron van inligting rondom voedingsprobleme wissel van span tot span, maar die funksie word meestal vervul deur die verpleegkundige, die spraak-taal terapeut en audioloog en die pediatër (Shprintzen & Bardach, 1995: 73; Savage, 1997: 278). Daar is ook bevind dat ouers 'n sterk behoefte vertoon vir kwaliteit voedingsraadgewing beide tydens die neonatale periode en met ontslag (Oliver & Jones, 1997: 532). Aangesien die verpleegkundige tydens hospitalisasie en moontlik daarna vir lang periodes in noue kontak met die baba en sy/haar gesin verkeer, kan sy 'n essensiële rol in die ondersteuning van ouers speel.

Dit is van belang dat verpleegkundiges oor die voldoende kennis en vaardighede ten opsigte van spesifieke voedingsprobleme en -tegnieke by babas met gesplete lip en verhemelte beskik om voedingsprobleme effekief aan te spreek.

Die verpleegkundige en die spraak-taalterapeut en audioloog moet, tesame met ander spanlede, die verantwoordelikheid aanvaar om individuele voedingsmetodes vir elke baba met 'n gesplete lip en verhemelte te kan ontwikkel en die ouers begelei in die hantering van hulle baba se voedingsprobleem.

Die doel van hierdie studie is om verpleegkundiges se kennis van en houding jeens die voedingsverwante probleme van babas met gesplete lip en verhemelte te ondersoek.

METODOLOGIE

Doelstellings

Die doel van hierdie studie is om te bepaal wat die kennis en houding van verpleegkundiges in die Pretoria-omgewing is ten opsigte van die voedingsprobleme van pasgebore babas met gesplete lip en verhemelte. Die volgende subdoelstellings is geformuleer om aan bogenoemde doel te beantwoord.

- Peiling van kennis van die respondentie aangaande die voedingsprobleme soos ondervind deur babas met gesplete lip en verhemelte en die kliniese hantering daarvan.
- Bepaling van die respondentie se houding teenoor en persepsies van die voeding van babas met gesplete lip en verhemelte, sowel as hul interaksie-styl tydens die voedingsproses.
- Peiling van die behoeftie van respondentie aan bykomende inligting asook die aard en formaat van die inligting verlang.

Navorsingsontwerp

Vir die uitvoering van hierdie studie is daar gebruik gemaak van beskrywende navorsing en 'n opnamestudie navorsingsontwerp is geselekteer. Sistematiese beoordeling met gekontroleerde stimuli wat oor 'n bepaalde tydstip ingesamel is, is aangewend (Leedy, 1989: 60). 'n Vraelys is opgestel en volgens Leedy (1989: 187) kan inligting wat uit vraelyste verkry word, aangewend word om hipoteses te toets, maar kan ook as bron van nuwe hipoteses dien.

Proefpersone (Respondente)

Verpleegkundiges werksaam in die neonatale eenhede en neonatale sorgeneenhede is as respondentie geselekteer. Agt hospitale in die Pretoria-omgewing is telefonies gekontak en versoek om deel te neem aan die studie. Vier-en-negentig vraelyste is versprei en 97,8% is terugontvang waarvan 70,6% bruikbaar was. Hierdie hoë persentasietterugkeer is toegeskryf aan die feit dat die navorsers die vraelyste persoonlik aangelewer en gekolleerteer het. 'n Beskrywing van die respondentie word in tabel I weergegee.

Uit bogenoemde tabel is dit duidelik dat die meerderheid respondentie (80%) oor 'n diploma in verpleegkunde beskik en dat meeste van die respondentie werksaam is in die neonatale sorgeneheid (76,9%), terwyl hulle duur van ondervinding meestal tussen een en vyf jaar (43,1%) is.

TABEL 1: beskrywing van respondentie (n=65)

Eienskappe	Respondente	Aantal	Frekwensie
1. Professionele kwalifikasie	<ul style="list-style-type: none"> • Graad • Diploma • Student 	12 52 1	18,5 80 1,5
2. Werksomgewing	<ul style="list-style-type: none"> • Neonatale eenheid • Neonatale sorgeneenheid 	15 50	23,1 76,9
3. Indiensneming	<ul style="list-style-type: none"> • Permanent 	51	81
4. Duur van ondervinding betrokke eenheid	<ul style="list-style-type: none"> • Minder as een jaar • Tussen een en vyf jaar • Meer as vyf jaar 	11 26 28	16,9 40 43,1
5. Taal	<ul style="list-style-type: none"> • Afrikaans • Engels 	42 23	64,6 35,3
6. Voorgraadse kennis opgedoen aangaande gesplete lip en verhemelte	<ul style="list-style-type: none"> • Het voorgraadse kennis opgedoen • Nie voorgraadse kennis opgedoen nie 	52 12	81,3 18,8
7. Samewerking met spraak-taal terapeut/audioloog ten opsigte	<ul style="list-style-type: none"> • Het voorheen saamgewerk • Nie voorheen saamgewerk nie 	26 38	40,6 59,4
8. Ondervinding van bnabas met gesplete lip en verhemelte	<ul style="list-style-type: none"> • Babas verpleeg • Nie babas verpleeg nie 	61 4	93,8 6,2

Materiaal

'n Vraelys is opgestel wat as navorsingsmateriaal gebruik is (sien bylae A). Die doel van die vraelys is om te bepaal wat die aard van die kennis en houding van verpleegkundiges is ten opsigte van voeding van babas met gesplete lip en verhemelte. Die inhoud van die vraelys is saamgestel op grond van 'n deeglike literatuurstudie en kliniese ondervinding in die vakgebied en omsluit die volgende: biografiese inligting; ondervinding; voedingsprobleme vertoon deur babas met gesplete lip en verhemelte; voedingsmetodes gebruik by babas met gesplete lip en verhemelte; ontwikkelingsareas wat verband hou met voeding; die gesplete-lip-en-verhemelte-span en bykomende inligting verlang. Dié indeling is voordelig aangesien dit die proefpersone oriënteer, 'n sistematiese verloop verseker en analise vergemaklik. Vir die doel van hierdie studie is die resultate van slegs enkele afdelings van die vraelys benut.

Die vraelys wat bestaan uit oop- sowel as geslotte tipe vrae, toets die kennis asook die houding van die proefpersone. Oop vrae, wat sowat 17% van die vrae in die vraelys uitmaak, is voordelig aangesien dit meer spontaan en gedetailleerde response ontlok en ook meer inligting aangaande die voorafgaande geslotte vrae kan verskaf. Dit is egter tydrowend en moeilik analyseerbaar. Daar is oorwegend van geslotte vrae gebruik gemaak en alhoewel geslotte vrae beperkinge vertoon, is dit meer tydbesparend veral in die lig van verpleegkundiges se besige skedule (Leedy, 1989: 218).

Geldigheid en Betroubaarheid

Die inhoudsgeldigheid van die vraelys is eerstens verseker deurdat die inhoud daarvan berus het op 'n sterk teoretiese basis aangesien die vertrekpunt in die opstel van die vraelys 'n indiepte literatuurstudie oor die onderwerp behels het, wat verseker het dat die inhoudskonstrukte relevant is (Avedson & Brodsky, 1993: 418-434; Curtin, 1990: 85-89; Danner, 1992: 636; Louw, 1987: 2-7; Oliver & Jones, 1997: 526-532; Richard, 1991: 317; Savage, 1997: 273-279; Sidoti & Shprintzen, 1995: 66, 68; Wolf & Glass, 1992: 137). Tweedens is die vraelys voorgelê vir kommentaar aan twee verpleegkundiges wat ervaring het in die versorging van neonate en babas met gesplete lip en verhemelte asook aan twee spraak-taalterapeute wat ervaring het in dienslewering aan hierdie populasie. Die kommentaar is benut om veranderinge aan die vraelys aan te bring om te verseker dat die meetinstrument voldoende is om die kennis en houdings van verpleegkundiges aangaande voedingsprobleme van babas met gesplete lip en verhemelte te peil (Maxwell & Satake, 1997: 46). Die betrouwbaarheid van die resultate is verhoog deur slegs volledig voltooide vraelyste te benut (slegs 70,6% van die vraelyste wat terugontvang is, is benut); die onderwerp wat aangespreek word ter saaklik en resent te hou; duidelike instruksies vir voltooiing te verskaf en die doel van die navorsing duidelik te formuleer in die dekbrief wat die vraelys vergesel het (Leedy, 1989: 189). Aangesien deelname aan die studie

vrywillig was, is die respondentie nie onder druk geplaas om deel te neem aan die studie nie, wat volgens Maxwell en Satake (1997: 43) bydra tot die ontlokking van eerlike opinies en betroubaarheid van resultate verhoog.

Data-insameling

Verskeie hospitale in die Pretoria-omgewing is telefonies gekontak om toestemming vir deelname van die superintendent te verkry en om die doel van die studie uiteen te sit. Reëlings is telefonies met die hoofmatrone by elke hospitaal getref ten opsigte van die verspreiding en aflewering van die vraelyste. Die vraelyste is persoonlik afgelewer en is na 'n vasgestelde sperdatum gekollekteer. Anonimitet is verseker.

Data-optekening en data-analise

Die inligting wat uit die vraelyste verkry is, is geïnkodeer en ingevoer in 'n rekenaarprogram volgens die hoofraam-aantekeningskodesisteem. Statistiese metodes is op die verkreë data toegepas deur die SAS (Statistical Analysis Systems)-program te gebruik. Die antwoorde is kwantitatief verwerk en is verder aangetoon in kumulatiewe frekwensies wat omgeskakel is na persentasies waarna 'n eenvoudige frekwensie-verspreiding van die response gebruik is om die data te beskryf. Daarna is dit statisties ontleed en in die vorm van frekwensietabelle, sirkeldiagramme en staafdiagramme voorgestel. Oop vrae is beskrywend geanalyseer deur die antwoorde daarop in temas/onderwerpe op te som en te bespreek.

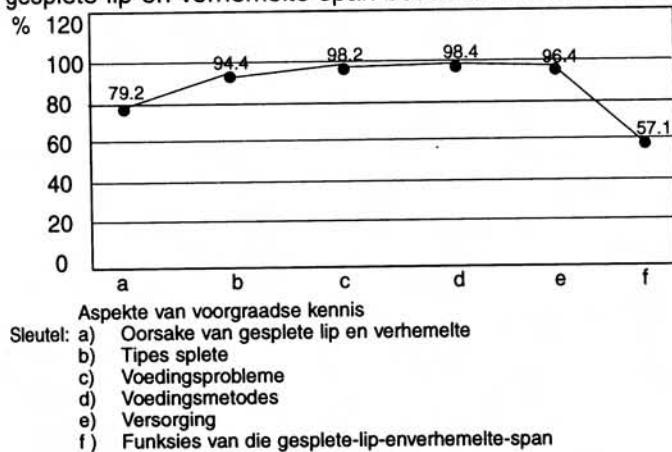
RESULTATE

Die resultate word beskryf en bespreek na aanleiding van die vooropgestelde subdoelstellings wat vir hierdie studie geformuleer is.

Kennis en voedingsprobleme van gesplete-lip-en-verhemelte-babas en die kliniese hantering daarvan.

Voorgraadse opleiding en kliniese ondervinding

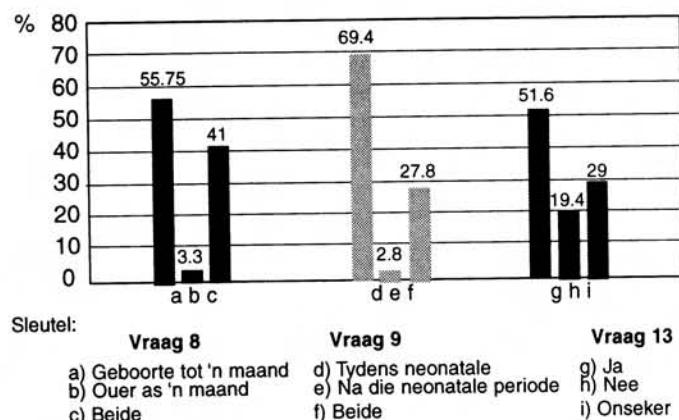
Volgens figuur 1 blyk respondentie se kennis aangaande tipes splete, voedingsprobleme, voedingsmetodes en versorging van babas met gesplete lip en verhemelte hoog te wees, terwyl hul kennis van die oorsake van 'n gesplete lip en verhemelte, asook hulle kennis van die funksies van die gesplete-lip-en-verhemelte-span beduidend minder is.



Figuur 1: Voorgraadse opleiding ten opsigte van gesplete-lip-en-verhemelte-babas

Figuur 2 (vraag 13) toon dat slegs 51,6% van die respondentie gemeen het dat hulle akademiese kennis hulle in staat sou stel om aan 'n baba met 'n gesplete lip en verhemelte se voedingsbehoeftes te voldoen. Die afleiding word gemaak dat voorgraadse opleiding onvoldoende of moontlik slegs teoreties was aangesien 'n hoë persentasie van respondentie 'n sterk behoeftte aan bykomende inligting ten opsigte van bogenoemde aspekte aangedui het (sien figuur 8). Hierdie bevindings is insiggewend aangesien dit blyk dat daar leemtes in die opleiding van verpleegkundiges, met spesifieke verwysings na die aanleer van praktiese vaardighede belangrik vir die hantering van voedingsprobleme van babas met gesplete lip en verhemelte, bestaan.

Die verpleegkundige word beskou as 'n noodsaklike lid van die gesplete-lip-en-verhemelte-span (Kaufman, 1991: 1130). Dit is essensieel dat voorgraadse opleiding ten opsigte van gesplete lip en verhemelte geskied, aangesien basiese kennis oor gesplete lip en verhemelte nodig is vir begrip van die toestand en hantering van voedingsprobleme, terwyl praktiese opleiding belangrik is vir die verpleegkundige om haar rol klinies te kan vervul.



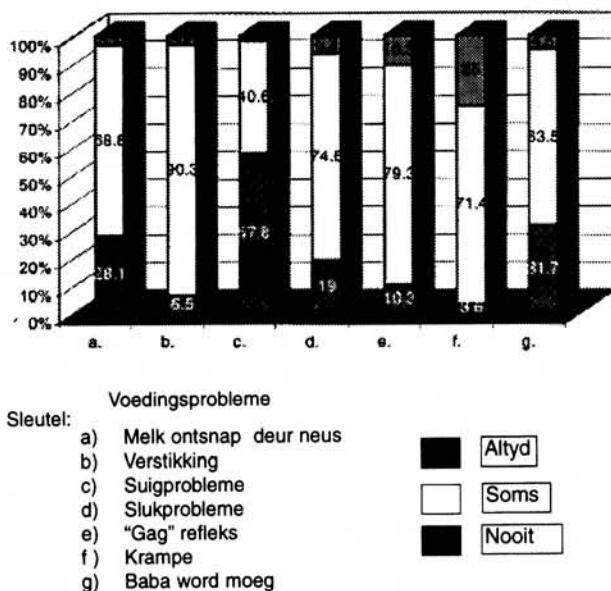
Figuur 2: Ouderdom van verpleging, periode van samewerking met spraak-taalterapeut/audioloog en menings aangaande voorgraadse kennis van gesplete-lip-en-verhemelte-babas

Volgens figuur 2 (vraag 8) blyk dit dat respondentie hoofsaaklik babas van geboorte tot een maand (55,7%) verpleeg, terwyl daar ook 'n sterk aanduiding van babas van beide ouer en jonger as een maand (41,0%) is, wat versorg word. Die respondentie het volgens figuur 2 (vraag 9) aangedui dat samewerking met 'n spraak-taalterapeut en audioloog meestal in die neonatale periode plaasvind (69,4%). Tydens hierdie tydperk van versorging is dit van belang dat 'n suksesvolle voedingsmetode daargestel word, sodat die baba voldoende gewigstoename kan toon en die voedingsituasie as 'n stimulasiegeleenthed benut kan word (Savage, 1997: 279). Die neonatale periode word beskou as die ideale periode vir samewerkende konsultasie tussen die verpleegkundige en die spraak-taalterapeut en audioloog (Rossetti, 1996: 145).

Kennis van voedingsprobleme van babas met gesplete lip en verhemelte

Alhoewel 98,2% van die respondentie in figuur 1 aangedui het dat hulle wel inligting oor voedingsprobleme ontvang het, toon hulle egter steeds 'n groot behoefte (87%) aan bykomende inligting in die verband, soos later in figuur 8 aangedui word. Die verskaffing van sodanige inligting blyk dus van waarde te wees, aangesien deeglike agtergrondskennis van die oorsaak van voedingsprobleme noodsaaklik is om die tipe voedingsprobleme wat babas met gesplete lip en verhemelte ondervind, te begryp, te identifiseer asook op 'n toepaslike manier te hantereer.

Die respondentie se menings oor die tipes voedingsprobleme wat babas met 'n gesplete lip en verhemelte vertoon, word in figuur 3 voorgestel.



Figuur 3: Menings oor voedingsprobleme by babas met gesplete lip en verhemelte

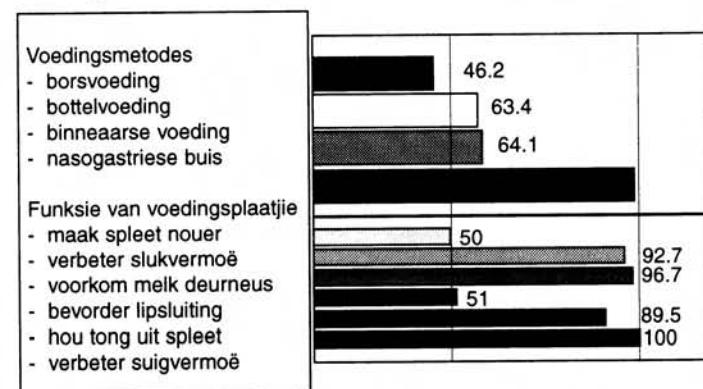
Die resultate toon dat daar 'n sterk neiging tot die sentrale punt ('Soms') was. Dit kan enerds onsekerheid en dus onkunde reflekteer, maar kan andersyds ook toegeskryf word aan die feit dat alle babas met gesplete lip en verhemelte nie noodwendig alle tipes en grade van voedingsprobleme sal ondervind nie. Respondente het suigprobleme oorwegend ('Altyd') aangedui as voedingsprobleem terwyl respondentie verstikking, "gag"-refleks, slukprobleme, krampe, melk ontsnap deur die neus en baba word moeg as 'soms' aangedui het. Slukprobleme word egter eerder as kenmerkend beskou van babas met Pierre Robin-volgtroon, van babas met faringale en -esofaringale abnormaliteite en babas met sentrale senuweestelselletsels (Arvedson & Brodsky, 1993: 422). 'n Hoë persentasie respondentie (79,3%) het die "gag"-refleks aangedui as 'n voedingsprobleem wat soms kan voorkom. Shprintzen en Sidoti (1995: 67) meen egter dat oormatige winde wat gesluk word, aanleiding gee tot braking, maar dat die "gag"-refleks as sulks net ontlok sal word indien die voedingsplaatjie te vêr na agter geplaas word. Respondente het

moontlik eersgenoemde oorsaak van braking en dus nie die egte "gag"-refleks in gedagte gehad tydens die beantwoording van die vraag nie.

Bogenoemde bevindinge dui aan dat respondentie oor voldoende kennis aangaande die voedingsprobleme van gesplete-lip-en-verhemelte-babas beskik, alhoewel die kennis aangaande die oorsake daarvan beperk is. Aangesien die identifisering van die betrokke baba se voedingsprobleme riglyne verskaf vir die seleksie van voedingsmetodes sowel as algemene hantering, is sodanige kennis essensieel.

Kennis van voedingstegnieke vir die gebruik by babas met gesplete lip en verhemelte.

Die resultate in figuur 4 uitgebeeld, toon dat die meerderheid respondentie (98,4%) die gebruik van 'n nasogastriese buis as inisiële voedingsmetode aandui, terwyl binne-aarse voeding en bottelvoeding 'n beduidende deel van die respondentie se response uitgemaak het. Opvallend minder respondentie (46,2%) het borsvoeding aangedui as voedingsmetode.



Figuur 4: Voedingsmetodes by geboorte en funksies van voedingsplaatjie

Ten opsigte van borsvoeding is die literatuur dit eens dat slegs babas met geïsoleerde lip- en velêre splete suksesvol geborsvoed kan word, in teenstelling met kliniese ondervinding waar moeders van babas met verskillende tipes gesplete lip en verhemelte implementeer (Danner, 1992: 634; Oliver & Jones, 1997: 528). In die lig van die voordele verbonde aan borsvoeding word die gebruik van 'n bospomp aanbeveel. Die respondentie se betreklik hoë aanduiding dat babas borsvoeding ontvang (46,2%) strook egter nie met die literatuur nie en weerspieël moontlik persoonlike kliniese ondervinding.

Alle respondentie het verbeterde suigvermoë (100%) as 'n funksie van die voedingsplaatjie beskou. Bogenoemde resultate bevestig die siening van Bülow (1995: 13) wat die doel van die kaak-ortognatiese suig- en drinkplaatjie omskryf as om suigvermoë te verbeter, om die drinkpatroon te stimuleer asook om die gesplete alveolêre boogsegmente te belyn. Dit blyk dat respondentie in die algemeen oor volledige kennis beskik aangaande die doel van die voedingsplaatjie. Die kaak-ortognatiese suig- en drinkplaatjie word as standaardprocedure deur die span van die Gesplete Gesigsdeformiteite Kliniek, Departement

Kaak- Gesig- en Mondchirurgie aan die Universiteit van Pretoria gebruik. Aangesien respondenten in die Pretoria-omgewing werkzaam is, is hulle moontlik aan hierdie benadering blootgestel wat as verklaring vir die verkreë resultate kan dien.

Respondente se response aangaande bottelvoeding vir gesplete-lip-en-verhemelte-babas het gewissel van aanpassings ten opsigte van die tiet en bottel tot die posisie tydens voeding. Hierdie kategorieë word in tabel III uiteengesit.

Tabel III: Kennis van aanpassing in bottelvoeding

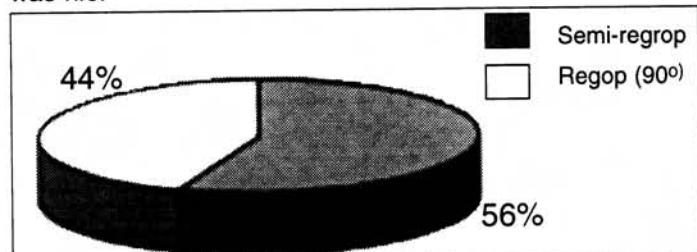
Kategorieë van response	% Respondente
1. Gebruik van 'n voedingsplaatjie	44,8
2. Aanpassings ten opsigte van lengte (lank) en tipe (sag) tiet asook (groter) en vorm (kruis) van opening	42,5
3. Aanpassings ten opsigte van bottel (sag, uitdruk-tipe)	7,2
4. Ander (spesiale voedingsopspeen, teelepel, nasogastriese buis, posisie van baba, geduld)	5,5
Totaal: 100%	

Tabel III dui aan dat 44,8 % van die respondenten die gebruik van voedingsplaatjies as aanpassing in bottelvoeding noem. Alhoewel kennis aangaande spesifieke aanpassings van bottels ondersoek is, kan die response wat die plasing van 'n voedingsplaatjie aandui, as toepaslik aanvaar word aangesien dit, as "hulp" tot voeding, ook die proses vergemaklik.

Die resultate vertoon verder dat 42,4% van die respondenten, aanpassings ten opsigte van die tiet en bottel self in bottelvoeding aandui. Hieruit blyk dit dat die meerderheid van respondenten wel oor voldoende kennis beskik om bottelvoeding vir die baba met gesplete lip en verhemelte te vergemaklik, terwyl kennis aangaande aanpassings as sodanig egter beperk is. Hierdie resultate kan toegeskryf word aan verskeie faktore, byvoorbeeld beperkte praktiese opleiding op voorgraadse vlak, die betrokke hospitaal se beleid ten opsigte van voedingstegnieke, beskikbare apparaat en/of beperkte kliniese ervaring van babas met gesplete lip en verhemelte.

Response wat aanpassings ten opsigte van die tipe tiet en bottel aandui, bevestig riglyne wat in die literatuur verskaf word (Richard, 1991: 371; Shprintzen & Bardach, 1995: 71). Arvedson en Brodsky (1993: 425) meen dat sagte plastiek-bottels voordeelig is, aangesien dit gemanipuleer kan word en kontrole oor die hoeveelheid melk dus moontlik is. Na aanleiding van die aanpassings met betrekking tot die opening van die tiet, behoort die vergroting van die opening egter met versigtigheid hanteer te word aangesien dit aanleiding kan gee tot verstikking, die "gag"-refleks en swak suigvermoëns. Gevolglik word 'n kruissnit van die tiet aanbeveel in die kliniese praktyk. Kennis sowel as vaardigheid ten opsigte van aanpassings in bottelvoeding is noodsaaklik, aangesien bottelvoeding in vergelyking met ander voedingsmetodes (buiten borsvoeding), meer suig en dus mak-simale fasiale oefening stimuleer, ekonomies is en ook

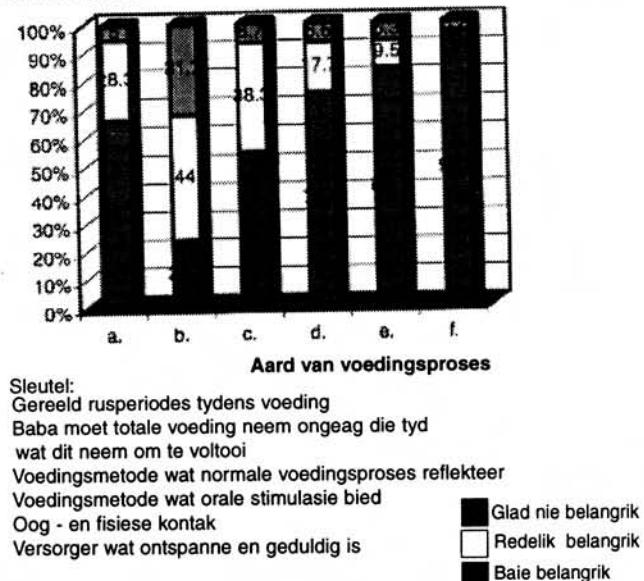
beskikbaar is (Shprintzen & Bardach, 1995: 70). Genoegsame kennis sal die versorger in staat stel om voeding van babas met gesplete lip en verhemelte effektiel te hanteer. Die posisionering van babas met gesplete lip en verhemelte tydens voeding is van die uiterste belang en volgens figuur 5 het die meeste respondenten (55,7%) die semi-regop posisie aangedui, alhoewel diegene wat die regop posisie aangedui het (44,3%) nie beduidend minder was nie.



Figuur 5: Voedingsposisie vir babas met gesplete lip en verhemelte

Wolf en Glass (1992: 139) beveel 'n relatiewe regop posisie aan wat strek van 60-90° en goeie kop-, nek- en liggamoedersteuning bied. Die rasional verbonde aan hierdie voedingsposisies blyk uit die feit dat swartekrag die vloe van melk bevorder sodat sluk dus makliker is. Dit blyk verder uit die resultate dat respondenten ook bewus is daarvan dat die lê-posisie tydens voeding van gesplete-lip-en-verhemelte-babas ontoepaslik is, aangesien dit nie genoegsame kop- nek en liggamoedersteuning bied nie, sluk bemoeilik en tot verstikking aanleiding kan gee. Dit kom dus voor asof respondenten voldoende kennis dra aanvaarde die optimale voedingsposisie vir babas met gesplete lip en verhemelte.

Laastens is die respondenten se mening oor die aard van die voedingsproses ingewin. Volgens figuur 6, toon 'n oorgrote meerderheid van die respondenten (96,8%) dat 'n ontspanne en geduldige versorger baie belangrik is tydens die voedingsproses. Die belang van oog- en fisiese kontak is hoog aangeslaan, terwyl daar ook 'n sterk positiewe aanduiding was van die belang van 'n voedingsmetode wat orale stimulasie bied.



Figuur 6: Aard van die voedingsproses

Hierdie bevindinge blyk egter in teenstelling te wees met die resultate van figuur 4 waar respondentie die gebruik van die nasogastric buis (98,4%) aandui, as keuse van voedingstegniek vir babas wat voedingsprobleme by geboorte ondervind. Dit kan moontlik toegeskryf word daarvan dat respondentie 'gelei' is om die betrokke afleier by vraag 21 positief te beantwoord. Ten spyte daarvan dat geen voedingsmetode optimaal geskik is nie, behoort gevindividualeerde tegnieke wat so na as moontlik aan die normale is, wat maksimum orale stimulasie bied en gewigstoename verzek, geselekteer te word (Oliver & Jones, 1997: 526). Dit blyk egter dat respondentie in 'n mindere mate bewus is van die bogenoemde riglyne. Ten opsigte van die duur van voeding meen Sidoti en Shprintzen (1995: 71) dat dit nie langer as 20-30 minute behoort te neem nie, aangesien 'n uitputtende voedingsproses onvoldoende gewigstoename tot gevolg kan hê. Verder was dit opvallend dat 23,8% van die respondentie aangedui het dat dit baie belangrik is dat babas die hele voeding neem, wat moontlik daarop dui dat hulle nie die gevaar verbonde aan lang en moeisame voedings besef nie.

Die afleiding kan dus gemaak word dat, ten spyte van die feit dat die respondentie oor voldoende kennis beskik aanstaande voedingsposisie en voedingsplaatjie, hulle beperkte kennis toon ten opsigte van voedingsmetodes, aanpassing vir bottelvoeding en verwante aspekte. Dit blyk egter ook dat hierdie kenniselemente ernstig is vanweë die feit dat verpleegkundiges 'n kardinale rol speel in die praktiese uitvoering van voedingsverwante funksies. Die belang van genoegsame kennis blyk duidelik aangesien die toepassing van 'n effektiewe voedingsmetode noodsaaklik is vir gewigstoename wat essensieel is vir pre-operatiewe voorbereiding (Wolf & Glass, 1992: 131). Die gewigstoename van babas met gesplete lip en verhemelte geniet verder ook prioriteit, aangesien wan- en ondervoeding 'n uitgebreide invloed op ander areas van die babas se ontwikkeling kan hê en dit sover moontlik voorkom moet word (Louw, 1987: 3).

Houding teenoor en persepsie van voeding van babas met gesplete lip en verhemelte

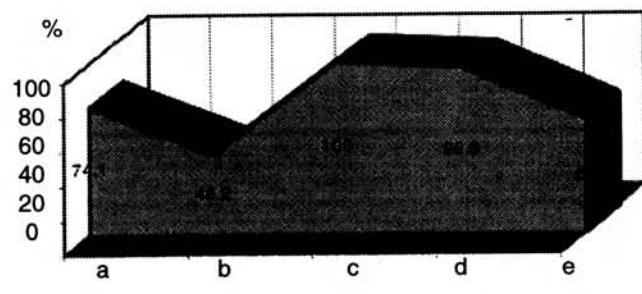
Die resultate soos in tabel IV opgesom, dui daarop dat respondentie oor die algemeen 'n positiewe gesindheid teenoor voeding van gesplete-lip-en-verhemelte-babas handhaaf.

Tabel IV: Houding teenoor voeding van babas met gesplete lip en verhemelte

Kategorieë van response	% Respondente
1. Gunstige houding:	68.4
• Geduldig, verdraagsaam, rustig	34.3
• Liefde, deermis, simpatie	14.3
• Positief	16.4
• Uitdagend	3.4
2. Onseker omrede min of geen ervaring van babas met gesplete lip en verhemelte	6.2
3. Negatiewe houding (spanningsvol, skrikkerig, sukkel)	10.4
4. Ander:	14.8
• Ouerleiding nodig (ondersteuning, voorligting)	10.3
• Professionele optrede	1.5
• Is in staat	1.5
• Gebruik nasogastric buis	1.5
Totaal: 100%	

Die feit dat die meerderheid van respondentie 'n gunstige houding vertoon, blyk voordeelig te wees, aangesien babas direk geaffekteer word deur die gemoedstoestand van die versorger (Bzoch, 1989: 38). Die primêre doel van voeding is voldoende nutrisie, maar dit is belangrik om maksimale normaliteit te behou in hierdie vroeë en gereelde aktiwiteit (Savage, 1997: 275). Mediese personeel is dikwels ook geskok by die geboorte van 'n baba met 'n gesplete lip en verhemelte en ouers kan ontstel word indien professionele personele hulle eie gevoelens nie voldoende kan hanteer nie (Rossetti, 1996: 151). In die lig van die belang van 'n voedingsproses wat 'n positiewe gesindheid by die versorger reflekter, hou hierdie resultate dus ook implikasies in vir die voorgaarde opleiding van verpleegkundiges.

Die respondentie se interaktiewe styl tydens die voedingsproses van babas met gesplete lip en verhemelte word in figuur 7 uiteengesit.



Interaksie - style

Sleutel:

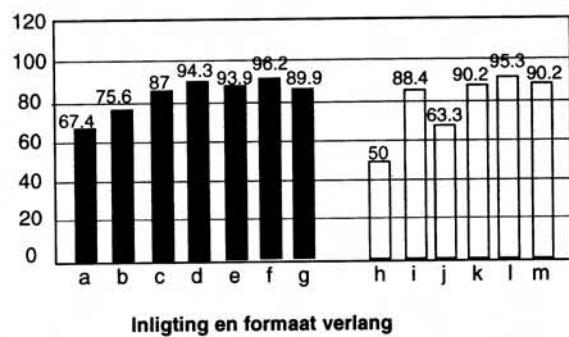
- a) Gesels met baba op volwasse manier
- b) Praat "babataal"
- c) Maak oogkontak met die baba
- d) Glimlag vir die baba
- e) Wiegbewegings

Figuur 7: Versorger-baba-interaksie tydens voeding

Die resultate toon dat al die respondentie (100%) oogkontak met die baba maak, terwyl 'n groot aantal aandui dat hulle vir die baba glimlag (96,9%) en gesels op 'n volwasse wyse (74,1%). Minder respondentie het egter aangetoon dat hulle wiegbewegings uitvoer tydens die voedingsproses, terwyl 'n minderheid van 46,2% 'babataal' met die baba praat. Aangesien die vroegste kommunikasie-interaksie tydens voeding geskied, is die versterking van gespreksvaardighede soos oogkontak, beurname en kommunikatiewe gedrag noodsaaklik (Louw, 1987: 3; Rossetti, 1996: 157; Savage, 1997: 272). Dit wil dus voorkom asof die respondentie op 'n natuurlike wyse besig is om kommunikasie-interaksiepogings van hulle babas te ontlok, wanneer 'n suksesvolle voedingspatroon eers daargestel is. Sodoende kan verpleegkundiges en spraak-taaltherapeute en audioloë saamwerk in die fasilitering van die ontwikkeling van kommunikasie wat belangrik is vir babas met gesplete lip en verhemelte. Effektiewe samewerking is egter gedeeltelik afhanklik van professionele personele se kennis en houding van spanlede betrokke by babas met gesplete lip en verhemelte (Witzel, 1993: 42).

Behoefte aan bykomende inligting

Figuur 8 dui aan dat, alhoewel die meeste respondenten gestelde areas aangetoon het as onderwerpe vir verdere bespreking, dit blyk dat daar 'n spesifieke behoefte bestaan ten opsigte van kennis rondom voedingsprobleme, voedingsmetodes, verband tussen voeding en ander ontwikkelingsareas, funksies van en samewerking met die spraak-taalterapeut/audioloog sowel as funksies van ander professionele persone in die gesplete-lip-en-verhemelte-span. Hierdie resultate weerspieël in 'n mate die leemtes waargeneem in die kennis van respondenten tydens die studie, maar dui ook op 'n behoefte van respondenten om hulle kennis te verbreed sowel as 'n bereidwilligheid tot samewerking.



- Sleutel:
- a. Oorsake van gesplete lip en verhemelte
 - b. Tipes splete
 - c. Voedingsprobleme
 - d. Voedingsmetodes
 - e. Verband tussen voeding en ontwikkeling
 - f. Funksie van spraak-taalterapeut/audioloog
 - g. Funksie van ander professionele persone op die gesplete-lip-en-verhemelte-span
 - h. Kursus
 - i. Video
 - j. Seminaar
 - k. Indiensopleiding
 - l. Artikels
 - m. Nuusbrieue

Figuur 8: Aard en formaat van bykomende inligting

Dit wil verder voorkom asof daar by respondenten 'n behoefte aan sowel literatuur soos artikels en nuusbrieue (95,3% en 90,2% onderskeidelik) as praktiese opleiding (80,2%) bestaan. Die resultate dui verder aan dat respondenten kort inligtingsessies soos videos verkies bo seminare en kursusse. Bogenoemde bevinding kan moontlik toegeskryf word aan die beperkte hoeveelheid tyd tot beskikking van die respondent. Die behoefte wat respondenten aan indiensopleiding vertoon, kan verstaan word in die lig van die feit dat die klem dan op praktiese riglyne sal val en dit dus ook klinies relevant is. Indien inligtingverskaffing deur middel van indiensopleiding en demonstrasies geskied, sal die spraak-taalterapeut en audioloog, in samewerking met 'n kundige verpleegkundige, verantwoordelikheid daarvoor moet aanvaar. Hieruit blyk dit dat seminare en kursusse waar groot getalle verpleegkundiges bymekaar kom, die verspreiding van literatuur sowel as praktiese opleiding deur die spraak-taalterapeut en audioloog in samewerking met die verpleegkundige die behoefte moontlik effekief kan aanspreek.

GEVOLGTREKKING EN IMPLIKASIES

Babas met gesplete lip en verhemelte het unieke behoeftes

wat deur 'n span professionele persone aangespreek moet word (Wirt, 1992: 140). Die huidige studie verskaf insig in die verpleegkundiges, wat as respondenten opgetree het, se sterkpunte en behoeftes met betrekking tot die voeding van babas met gesplete lip en verhemelte. Dié bevindinge hou belangrike implikasies in vir die rol van die verpleegkundige op die gesplete-verhemelte-span, vir samewerkende dienslewering en konsultasie binne spanverband, vir voorgraadse en voortgesette opleiding van verpleegkundiges, asook vir verdere navorsing ten opsigte van voeding en effektiewe dienslewering.

Ouers kan in samewerking met die verpleegkundige, die spraak-taalterapeut en audioloog en ander spanlede, daarin slaag om effektiewe aanpassings te maak om hulle babas met gesplete lip en verhemelte suksesvol te boller en selfs te borsvoed, met positiewe gevolge vir die baba se algehele ontwikkeling. Catlett (1993: 30) is van mening dat wanneer spanlede hulle tyd en kundigheid saamsnoer, die resultate tot beter koördinering en hoër kwaliteit van dienslewering sal lei. Samewerking in spanverband is veral noodsaaklik ten opsigte van voeding en Witzel (1993: 43) wys daarop dat alle spanlede in die gesplete-lip-en-verhemelte-span 'n verantwoordelikheid het om die etiese kode en die standaard van professionele dienslewering na te volg asook om effektiewe kliëntesorg te bevorder.

VERWYSINGS

- ARVEDSON, JC & BRODSKY, L 1993: Pediatric Swallowing and Feeding: Assessment and Management. London: Whurr.
- BÜTOW, KW 1995: (In: Cochran ed. 1995: Treatment of Facial Cleft Deformities: An Illustrated guide. St. Louis: Ishiyaku EuroAmerica.)
- BZOCH, KR 1989: Communicative Disorders Related to Cleft Lip and Palate; third edition. Boston: A College-Hill Publication. Little, Brown and Company.
- CATLETT, C 1993: Teams and Teamwork. ASHA, June 1993: 30-32.
- CURTIN, G 1990: The Infant with Cleft Lip or Palate: More than a Surgical Problem. *Journal of Perinatal and Women's Health Nursing*, 3(3): 80-89.
- DANNER, SC 1992: Breastfeeding the infant with cleft defect. *NAACOGS Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing*, 3(4): 634-639.
- KAUFMAN, FL 1991: Managing the Cleft Lip and Palate Patient. *Pediatric Clinics of North America*, 38(5): 127-1147.
- LEEDY, PD 1989: Practical Research: Planning and Design; 5th edition. New York: Macmillan Publishing Company.
- LOUW, B 1987. Die Gesplete Gesigsdeformiteite Baba en die Voedingsproses. Voedingseminaar: Voeding van die

gesplete-lip-en-verhemelte-baba. Departement Kaak-Gesig en Mondsjirurgie: Universiteit van Pretoria.

MAXWELL, DL & SATAKE, E 1997: Research and Statistical Methods in Communication Disorders. Baltimore: Williams & Wilkens.

OLIVER, RG & JONES, G 1997: Neonatal Feeding of Infants Born with Cleft Lip and/or Palate: Parental Perceptions of their Experience in South Wales. **Cleft-Palate Craniofacial Journal**, 34(6): 526-532.

PARADISE, JL 1994: Evidence in Infants with Cleft Palate that Breast Milk Protects against Otitis Media. **Pediatrics**, 94(6): 853-860.

RICHARD, ME 1991: Feeding the Newborn with Cleft Lip and/or Palate: The Enlargement, Stimulate, Swallow, Rest (ESSR) method. **Journal of Pediatric Nursing**, 6(5): 317-321.

ROSSETTI, LM 1990: Infant-Toddler Assessment: An Interdisciplinary Approach. Austin: Pro-Ed.

ROSSETTI, LM 1996: Early Communication intervention. Birth to three. San Diego: Singular Publishing.

SAVAGE, HE 1997: An Early Intervention Guide to Infants Born with Clefts. **Infant-Toddler Intervention. The Transdisciplinary Journal**, 7(4): 271-284.

SHPRINTZEN, RJ & BARDACH, J 1995: Cleft Palate Speech Management: A Multidisciplinary Approach. St. Louis: Mosby.

SIDOTI, EJ & SHPRINTZEN, RJ 1995: Pediatric Care and Feeding of the Newborn with a Cleft. (In: Shprintzen, RJ & Bardach, J 1995: Cleft Palate Speech Management: A Multidisciplinary Approach. St. Louis: Mosby.)

WIRT, SW 1992: Cleft Lips and Palates: a Multidisciplinary Approach. **Plastic Surgical Nursing**, 12(4): 140-145.

WITZEL, MA 1993: Cleft Lip and Palate and Craniofacial Treatment. **ASHA**, June/July 1993: 42-43.

WOLF, LS & GLASS, RP 1992: Feeding and Swallowing Disorders in Infancy. Assessment and Management. Tucson, Arizona: Therapy Skill Builders.

THE MEDICAL RESEARCH COUNCIL PROF. LEANA UYS

The medical research council (MRC) exists to build a healthy nation through research. In the past this has often been interpreted as involving only medical research, but more recently other health sector researchers and health professionals have been included. The MRC is now exploring a new name for itself to reflect this broader focus.

The MRC has a series of research thrusts around which it organizes its research functions. These include aspects such as:

Child and adolescent Health
Women's Health
Infectious diseases, vaccines and immunity
Trauma
Chronic diseases, cancer and aging
Health promotion and disease control interventions
Mental health and substance abuse

The person co-ordinating and administering these trusts is Dr Anthony Mbewu, and each thrust also has an individual convenor. This is the approach the MRC has adopted to ensure that major national health problems are attacked by multidisciplinary groups.

The MRC supports research in a number of ways. Firstly it has in-house researchers, who work in a large number of research programmes, such as the centre for Epidemiological Research in Southern Africa (CERSA) and the National Trauma Research Programme. Then it also supports centres, units and groups at universities. A research unit or centre is organized at a specific place around a highly skilled researcher, and ceases to exist if that researcher leaves. A research group is organized around a group of researchers, and can include multiple settings. Another researcher can replace a person leaving. Dr Tim Noakes' Bioenergetics of Exercise Research Unit, which was established in 1989 in newlands, is an example of a centre. The MRC is very positive about developing research groups rather than units, since this allows more involvement and flexibility, and a better utilization of scarce resources.

The MRC also supports capacity building in research through workshops, scholarships, grants for attending conferences, planning research or giving technical assistance. The person in charge of research capacity building is Dr Romilla Maharaj (021-938-1437) and she will be best able to advise any institution interested in increasing its involvement in health research.

The funding available from the MRC is advertised mainly by sending out information to higher education institutions. The person in charge of this section is Ms Marina Jenkins (021-938-0227), and if you do not receive such notice every year, please contact her directly so that your institution or department can get onto her mailing list.

There are different ways in which you can keep in touch with what happens at the MRC. They put a weekly pamphlet iMRC Newsweekî on the Internet, and if you want to receive this, you can send a request to the editor, Adri Labuschagne, at labusch@eagle.mrc.ac.za. There is also a more formal publication iMRC Newsî, which is published every three months, and Adri can also be contacted to put you on this mailing list (021-938-0341). These publications are useful, since they do not only give you MRC information, but also broader news about health and health services.

The MRC is a real resource for health researchers. It publishes documents called iMRC policy briefsî, which sets out recent research findings about specific topics. The most recent one was iImplementation strategies to strengthen comprehensive tobacco control in South Africa: Towards an optimal policy intervention mix.î

Very useful is centres for disease control's Morbidity and mortality weekly reports (MMWR) which gives covers a wide range of conditions, and gives up-to-date epidemiological studies and their findings. The MRC receives these and are willing to assist MRC researchers with specific requests. However, institutions can subscribe to and electronic format by sending an E-mail message to listsers@listserv.cdc.gov. The body content of the message should read SUBscribe mmwr-toc. You need the Adobe Acrobat to read the MMWR, and this can be obtained free of charge from <http://www.acrobat.com/adobe>. If you have questions about the MMWR, the person working with this at the MRC is Christa Basson at sbasson@eagle.mrc.ac.za

I will be on the MRC for the next three years, and if there are anything I can do to increase your involvement with this research body, please let me know. Uys@mtb.und.ac.za.