

# VU Research Portal

## **Maternal Nutrition Intervention Strategies and the Role of Cultural Beliefs and Practices**

Riang'a, R.M.

2018

### **document version**

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

### **citation for published version (APA)**

Riang'a, R. M. (2018). *Maternal Nutrition Intervention Strategies and the Role of Cultural Beliefs and Practices: The case of the Kalenjin in Uasin Gishu County, Kenya*. [PhD-Thesis - Research and graduation internal, Vrije Universiteit Amsterdam].

### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

### **E-mail address:**

[vuresearchportal.ub@vu.nl](mailto:vuresearchportal.ub@vu.nl)

## Samenvatting

### Achtergrond

Maternale voeding is een belangrijke bepalende factor voor de uitkomsten van moeder-, pasgeboren en kindergezondheid (MNCH), en is daarom een van de belangrijkste gezondheidsproblemen die wereldwijd door verschillende instanties worden besproken. Maternale voeding is belangrijker tijdens de zwangerschap omdat het de basis legt voor een succesvol resultaat van zwangerschap, borstvoeding, overleving en ontwikkeling van zuigelingen en kinderen. Vandaar dat een ondervoede zwangere vrouw niet alleen meer complicaties ervaart tijdens de zwangerschap en bevalling, inclusief haar eigen dood, maar waarschijnlijk ook aandoeningen zal ervaren zoals een bevalling, een laag geboortegewicht (LBW) en een pre-term levering, neo-natale mortaliteitsomstandigheden en lichamelijk of geestelijk gehandicapte baby's.

Als gevolg van meerdere directe en langetermijneffecten en intergenerationele effecten geassocieerd met maternale ondervoeding, zijn verschillende interventies ontworpen om de onmiddellijke (ontoereikende voedingsinname en ziekte) en onderliggende (huishoudelijke voedselzekerheid, moeder- en kindzorg, gezondheid) te verbeteren (diensten en het milieu) oorzaken van ondervoeding. Voedingseducatie en counseling is de meest gebruikte strategie en een kosteneffectieve interventie die wereldwijd door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is goedgekeurd om de voedingsstatus van vrouwen tijdens de zwangerschap te verbeteren. De strategie richt zich primair op: het bevorderen van een gezond voedingspatroon door de diversiteit en de hoeveelheid geconsumeerd voedsel te vergroten; het bevorderen van voldoende gewichtstoename door fysieke activiteit te behouden, voldoende en evenwichtige eiwit- en energie-inname te handhaven; en het bevorderen van het consistent en continu gebruik van voedingssupplementen met micronutriënten, voedingssupplementen of verrijkte voedingsmiddelen. Studies hebben bevestigd dat met de effectieve implementatie en naleving van deze interventies de voeding van de moeder wordt verbeterd.

Ondanks de hoge betrokkenheid van de overheid bij de gezondheid en voeding van moeders en de bewezen effectiviteit van de door de WHO aanbevolen interventies, waren de beoogde resultaten en bijbehorende gezondheidsindicatoren minder succesvol dan gehoopt in de meeste LMIC's, waaronder Kenia. Dit is een duidelijke aanwijzing dat deze interventies nauwelijks effectief zijn of slecht worden verstrekt. Studies hebben aangetoond dat effectieve interventies, ongeacht het succes dat wordt behaald tijdens een demonstratieperiode, doorgaans een afnemend rendement opleveren, omdat ze niet voldoen aan de implementatie-eisen. Andere studies stelden echter vast dat starre naleving van het voorgeschreven protocol tot slechtere uitkomsten zou kunnen leiden en stelde daarom voor dat beoefenaars een zekere mate van flexibiliteit en aanpassingsvermogen nodig hebben om te voldoen aan lokale en individuele behoeften, afhankelijk van de populatie en de verschillende context. De acceptatie van nieuwe kennis hangt dus af van hoe gemakkelijk deze kan worden geïntegreerd in bestaande kennisystemen.

Zwangerschap, voedsel en voeding zijn culturele concepten en kunnen anders worden geïnterpreteerd op basis van de sociaal-culturele context van een bevolking en hun dagelijkse levenservaringen, en dit kan ongetwijfeld de interpretatie en reactie van vrouwen op innovaties

beïnvloeden. Lokale kennis is daarom een belangrijke overweging, vooral in plattelandsgemeenschappen waar culturele overtuigingen sterk verankerd zijn. Het doel van dit proefschrift is om de implementatietrouw van interventies voor voedingsinterventie voor moeders die gericht zijn op zwangere vrouwen op het platteland van Kenia te beoordelen, evenals om lokale kennis te begrijpen met betrekking tot maternale voeding en gezondheid en de invloed hiervan op gezondheidszoekend gedrag.

## **Methodologie**

Dit proefschrift brengt de analytische en integratieve perspectieven van constructivisten en memetische theorieën over het begrijpen van de cognitieve basis van de verschillende locale verklaringsmodellen van maternale voeding en gezondheid, en bijgevolg adoptie van interventies. Deze inzichten zullen aanbevelingen doen ter verbetering van de interventiestrategieën voor maternale voeding. De regionale focus van dit proefschrift is landelijk Kenia. De Kalenjin gemeenschap van Uasin Gishu County, Kenia was het geval voor deze studie, hoewel illustraties zijn afkomstig uit andere landen in Afrika en daarbuiten.

Om ons hoofddoel te bereiken, zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd om richting en richting te geven in de onderzoeks aanpak voor dit proefschrift:

7. Wat is het niveau van implementatie-getrouwheid van biomedische maternale voedingsinterventies?
8. Wat zijn de uitdagingen en motivaties voor de implementatie van de betrouwbaarheid van strategieën voor biomedische voedingsinterventie?
9. Hoe conceptualiseren emic culturen ongunstige zwangerschapsuitkomsten geassocieerd met maternale ondervoeding en hoe beïnvloeden deze culturele conceptualisaties het zorgzoekende gedrag van vrouwen?
10. Hoe ervaren emic culturen ANC en hoe beïnvloeden deze percepties de vroege en frequente toegang tot ANC-services?
11. Hoe beïnvloeden opvattingen en praktijken van voedsel de voedingsgedragsintentie van zwangere vrouwen? Welke lokale voedingsmiddelen worden traditioneel aanbevolen of beperkt voor consumptie door zwangere vrouwen?
12. Wat zijn de onderliggende redenen voor voedselaanbevelingen en -beperkingen tijdens de zwangerschap?

Om deze onderzoeksvragen te beantwoorden, werden twee empirische onderzoeken uitgevoerd en werd de aanpak van gemengde onderzoeksmethoden toegepast in beide onderzoeken, met behulp van vragenlijsten met gesloten en open vragen en interviews met key informant. Op basis van deze studies worden de bevindingen van dit proefschrift in twee delen gepresenteerd: Het eerste deel van deze studie onderzoekt de implementatietrouw van biomedische maternale voedingsinterventies en de factoren die implementatie getrouwheid in een specifieke context - een plattelandsgebied in Kenia - Uasin Gishu County. Het tweede deel betrof inzicht in ethno-medische maternale overtuigingen en praktijken, inclusief hoe deze het voedingsgedrag van

moeders beïnvloeden en de toegang tot biomedische zorginterventies in hetzelfde plattelandsgebied in Kenia.

### **Implementatietrouw van biomedische maternale voedingsinterventieprogramma's, en uitdagingen en motivaties voor implementatietrouw**

Ondanks de bewezen werkzaamheid van biomedische interventies bij het verbeteren van maternale voeding en zwangerschapsuitkomsten, en het feit dat deze interventies overal ter wereld wijdverbreid zijn, zijn de doelstellingen voor dekking voor deze interventies naar verluidt laag in sommige settings en daarom blijft ondervoeding een grote uitdaging. Dientengevolge, onze eerste studie, die wordt gepresenteerd in deel een gericht op het aanpakken van de volgende onderzoeksvragen:

*a) Wat is het niveau van implementatie-getrouwheid van biomedische maternale voedingsinterventies?*

*b) Wat zijn de uitdagingen voor de implementatietrouw van strategieën voor biomedische voedingsinterventie?*

De bevindingen van deze twee onderzoeksvragen worden gepresenteerd in de hoofdstukken 4, 5 en 6.

Het interventieprogramma voor moeders en jonge kinderen (MIYCN) werd geselecteerd als het geval voor onze studie, omdat de dekking zich richt tot alle zwangere vrouwen in het land, ongeacht hun voedingsstatus, en gratis wordt aangeboden in alle gezondheidsfaciliteiten van de overheid. Implementatietrouw van MYICN werd gemeten met behulp van indicatoren zoals dekking, inhoud, frequentie en kwaliteit van levering. Belemmeringen voor de getrouwheid van de implementatie werden ook tijdens het onderzoek onderzocht.

Het MYICN-programma wordt geïmplementeerd als een geïntegreerd ANC-programma in alle gezondheidsinstellingen van de overheid, waarbij ervan wordt uitgegaan dat alle zwangere vrouwen voor de diensten zullen verschijnen. Zoals echter in **hoofdstuk 4** wordt gepresenteerd, gaven de bevindingen van de studie aan dat zelfs als de dekking van maternale voedingsinterventies wijdverspreid is (99%), een groot percentage van de vrouwen (90%) geen interventies zocht in hun eerste trimester als aanbevolen en dit heeft een sterke invloed op de frequentiebetrouwbaarheid en de effectiviteit van interventies. Er werd ook vastgesteld dat de inhoud van het MYICN-programma niet volledig wordt aangeboden aan vrouwen die opdagen voor ANC. Gedeeltelijke provisie werd gerapporteerd in alle interventiecomponenten. Voor de respondenten die de supplementen ontvingen (74% in het geval van ijzer en 47% in het geval van foliumzuur) ontvingen slechts 18% en 15% van de respondenten 90 of meer ijzer- en foliumzuurpillen gedurende hun gehele zwangerschap, waarvan slechts 80% en 48% respectievelijk het nut van de supplementen begrepen. Ondanks het relatief lage aantal gedistribueerde voedingssupplementen, meldde niet meer dan twee derde van onze respondenten dat ze de supplementen die aan hen waren verstrekt, hadden ingevuld. De bijwerkingen van de pillen waren de belangrijkste reden die werd gemeld voor een lage naleving van voedingssupplementen. Aan de andere kant meldde slechts 28% van onze

studiepopulatie dat ze counseling kreeg voor algemene voeding. Slechts 16% van de respondenten gaf aan te vertrouwen op voedingskennis opgedaan in de gezondheidsinstelling. De meeste vrouwen (37%) rapporteerden dat ze afhankelijk waren van hun eigen kennis over geschikte voeding of kennis die was verworven uit oudere vrouwenrelaties of die ze op school hadden geleerd, terwijl andere vrouwen de opgedane kennis uit meerdere bronnen combineren.

### **Ethno-medische conceptualisatie van zwangerschap en implicaties voor toegang tot interventies**

De late initiële en lage frequentie van toegang tot ANC-diensten werd vastgesteld als een van de belangrijkste factoren die de implementatietrouw van het interventieprogramma van MYICN beïnvloeden. Om deze reden hebben we de factoren onderzocht die zijn toegeschreven aan deze late trend van initiële toegang tot ANC. Met het oog hierop was het noodzakelijk om de factoren vast te stellen die de toegang tot gezondheidsfaciliteiten voor interventies verlammen. Vandaar dat onze vierde onderzoeksvraag daarom was:

*Hoe ervaren lokale culturen ANC en hoe beïnvloeden deze percepties de vroege en frequente toegang tot ANC-services?*

Uit ons onderzoek is gebleken dat hoe zwangerschap wordt bekeken en hoe het wordt gewaardeerd, sterk afhankelijk is van de culturele en sociale context. Zoals gepresenteerd in **Hoofdstuk 5**, ervaart de Kalenjin-gemeenschap zwangerschap als een normale natuurlijke aandoening in plaats van een pathologische ziekte waarvoor medische zorg nodig is. Bijna de helft (42%) van de respondenten die op zoek zijn naar biomedische interventies waren gemotiveerd door onaangename symptomen en degenen die niet eerder ANC zochten, zagen geen behoefte aan zorg omdat ze zich niet onwel voelden. We vonden ook dat, volgens veel respondenten, niet alle waargenomen symptomen en complicaties biomedische zorg vereisen; een aantal vrouwen geloofde dat ze sommige van hun afwijkingen konden detecteren op basis van hun eigen subjectieve fysieke ervaringen en sensaties, zoals gevoelloosheid van het been, zonder noodzakelijkerwijs biomedische onderzoeken te vereisen. Op basis van deze subjectieve beoordelingen werd van sommige symptomen gedacht dat ze alleen TBA-zorg behoeven of zowel TBA als biomedische zorg. 44% van de respondenten gaf aan naar de TBA-diensten te hebben gezocht, waaronder kruidengeneesmiddelen, voorbede remedies, bevestiging van de foetale presentatie en massage van de baarmoeder. De meerderheid van de respondenten zonder symptomen en complicaties en die TBA-diensten gebruiken, wilde de presentatie van de foetus in de baarmoeder bevestigen. Overtredingen of traversepresentaties boden deze vrouwen grote zorgen, omdat zij denken dat dit tot een gecompliceerde levering kan leiden. Van de TBA was bekend dat hij de foetus kon manipuleren in de head-down presentatie door een externe versie; een dienst waarvan zij vonden dat deze tijdens de ANC niet door de verpleegkundigen op de gezondheidsfaciliteiten wordt aangeboden. Er werd opgemerkt dat sommige vrouwen (13%) het starten van ANC uitstelden omdat ze bang waren of zich schamen om hun zwangerschap te onthullen wanneer ze zich onverwacht voorstellen.

Verder werd, zoals gepresenteerd in **hoofdstuk 6**, ook vastgesteld dat de conceptualisering van een geboorte door een cultuur gemeenschapsleden helpt om zwangerschapsgerelateerde ziekten en nadelige uitkomsten te begrijpen, die op hun beurt invloed hebben op hun op remedie en gezondheid gerichte gedrag dat in overeenstemming zou zijn met in tegenstelling tot de

verwachtingen van biomedische interventies. Dit werd vastgesteld toen we probeerden onze derde onderzoekstudie te beantwoorden:

*Hoe conceptualiseren emic-culturen ongunstige zwangerschapsuitkomsten die samenhangen met maternale ondervoeding en hoe beïnvloeden deze culturele conceptualisaties de gezondheid van vrouwen en hun voedingspatroon op zoek naar gedrag?*

Er kwam een breed raamwerk van traditionele verklarende modellen van zwangerschapscomplicaties naar voren die van invloed zijn op het zorggedrag van vrouwen. Zwangere vrouwen worden beschouwd als kwetsbaar voor externe aanvallen die kunnen voortkomen uit mens, natuur of bovennatuurlijke krachten en daarom moeten worden beschermd tegen schade door het gebruik van medicinale kruiden, het observeren van bepaalde voedsel- en gedragstaboes en het uitvoeren van bepaalde rituelen om hun zwangere staat te behouden en te bevallen voor gezonde baby's. Dus, alle complicaties of tegenslagen die samenhangen met de geboorte worden vaak gezien als een gevolg van het eigen gedrag van de vrouw, mogelijk omdat ze heeft gehandeld tegen een gewoonte. Het waarnemen van zwangerschapscomplicaties als voortkomend uit andere oorzaken dan voeding, waardoor vrouwen niet in staat zijn om biomedische interventies serieus te nemen en in plaats daarvan naar remedies zoals medicinale kruiden zoeken

### **Ethno-medische conceptualisatie van maternale voeding tijdens zwangerschap: implicaties voor voedingsgedrag van zwangere vrouwen**

Tijdens de beantwoording van onderzoeksvraag drie bleek dat onder andere redenen zwangerschapcomplicaties werden verondersteld te zijn veroorzaakt door het verkeerde dieet tijdens de zwangerschap. Sommige voedingsmiddelen werden geacht een zwangerschap in gevaar te brengen als ze te veel werden geconsumeerd, terwijl andere voedingsmiddelen een zwangerschap in gevaar kunnen brengen als ze niet in voldoende hoeveelheden worden gegeten, terwijl andere voedingsmiddelen helemaal niet moeten worden geconsumeerd. Daarom moet een zwangere vrouw spaarzaam en selectief eten. Onze vijfde onderzoeksvraag, die in **hoofdstuk 7** en **hoofdstuk 8** in detail is beantwoord, luidde als volgt:

*Hoe beïnvloeden opvattingen en praktijken van voeding de voedingsgedragsintentie van zwangere vrouwen?*

*Welke lokale voedingsmiddelen worden traditioneel aanbevolen of beperkt voor consumptie door zwangere vrouwen en vragen zes?*

*Wat zijn de onderliggende redenen voor voedselaanbevelingen en -beperkingen tijdens de zwangerschap?*

In beide studies erkenden vrouwen dat eetgewoonten tijdens de zwangerschap de gezondheid van de foetus en de uitkomst van de zwangerschap beïnvloeden. Om een positief resultaat te bereiken, is het belangrijk zich te houden aan bepaalde taboes en aanbevelingen voor voeding tijdens de zwangerschap. Vrouwen hielden zich aan de voedingsvoorzorgsmaatregelen als een zorg voor een gezonde zwangerschap en geboorte. Een van de belangrijkste voedingsaanbevelingen die de lokale vrouwen in onze studie hebben aangenomen, is erop gericht de foetus klein te houden. Er wordt aangenomen dat grote foetussen moeilijk te leveren zijn, resulterend in episiotomie, langdurige en belemmerd werk en mogelijk een keizersnede (CS), waardoor de kans op sterfte van de moeder of

het kind groter wordt. Eieren, olieachtig voedsel, vlees, verse melk, Moboriet en gekookte aardappelen tijdens de zwangerschap worden verondersteld om de foetus te groot te laten worden, vandaar dat deze voedingsmiddelen beperkt zijn. Het voorschrijven van kruiden werd ook genoemd als remedie voor het reguleren van de grootte van de baby en om contracties tijdens de bevalling te versnellen. Een andere factor die ethno-medisch wordt verondersteld om gemakkelijk te vergemakkelijken arbeid en geboorte is om "voldoende bloed" te hebben. Er wordt aangenomen dat minder bloedvoorraden een vrouw zwak maken. Van een vrouw met minder bloed wordt ook gedacht dat zij excessief bloedt tijdens de bevalling, de geboorte of na de geboorte, wat een bloedtransfusie kan vergen of de dood tot gevolg kan hebben als zij niet tijdig toegang heeft tot een gezondheidscentrum en een bereidwillige bloeddonor kan krijgen. Volgens veel respondenten consumeert de prominente manier om voldoende bloed te krijgen veel traditionele groenten, lever, dierenbloed, fruit, melk, bonen, rode aarde / stenen en vissen tijdens de zwangerschapsperiode.

Er werd ook vastgesteld dat gemakkelijke bevalling en geboorte ook worden bepaald door de kracht van de vrouw. Ze vinden dat een zwakke vrouw de baby niet gemakkelijk kan uitstoten en dat ze zelfs kan flauwvallen of sterven tijdens het proces. Zo'n vrouw kan alleen worden geholpen door CS, wat zoals gezegd een riskante onderneming is. Om een vrouw genoeg energie te laten hebben tijdens de geboorte, wordt van haar verwacht dat ze voedsel consumeert waarvan gedacht wordt dat het kracht geeft tijdens haar zwangerschap. Dergelijk voedsel omvat ugali en pap gemaakt van vingergierst gemengd met sorghum en traditionele groenten, melk, traditionele kruiden en vlees. Van slechte geesten of opperbevoegdheden wordt ook aangenomen dat ze interfereren met goede gezondheidsresultaten door ongeluk en complicaties te veroorzaken tijdens zwangerschap en bevalling. Er wordt soms gedacht dat de dood van een dier wordt veroorzaakt door boze geesten, die overdraagbaar zijn op mensen. Daarom, als een vrouw het vlees eet van een dood dier gedood door boze geesten, kunnen deze geesten een soortgelijke dood of ongeluk veroorzaken voor de moeder of het kind. Bepaald voedsel was beperkt, omdat wordt aangenomen dat het na de geboorte ziekte bij de moeder of het kind veroorzaakt, waaronder: neonatale dood, huiduitslag, koliekpijn en blokkering van de neus of ademhalingsmoeilijkheden bij de zuigeling en misselijkheid, braken, miskraam, vroeggeboorte en maternale dood. Voedsel dat wordt verondersteld deze ziekten aan het kind te veroorzaken, omvat voedingsmiddelen die olieachtig, suikerachtig en zout zijn. Het eten van aarde, stenen, schapenvlees, schaapskop en groenten geteeld op verbrande grond, olieachtig voedsel en zout zijn enkele van de voedselbeperkingen onder deze categorie.

### **Belangrijkste bevindingen en conclusie**

De onderzoeksresultaten gaven aan dat zelfs als de dekking van biomedische maternale voedingsinterventies wijdverspreid is, de implementatietrouw over het algemeen zwak is. Gedeeltelijke provisie werd gerapporteerd in alle interventiecomponenten. Late eerste boekingen naar prenatale zorg voor interventies als gevolg van culturele misvatting van moederlijke zorg en oorzaken van zwangerschapscomplicaties, tekort aan geneesmiddelen, personeelstekort en lange wachtrijen, verwachte of ervaren bijwerkingen van de supplementen werden vastgesteld als de grootste uitdagingen voor de getrouwheid van de implementatie. In tegenstelling tot het beperkte bereik van biomedische voedingsinterventies, is er veel gebruik en afhankelijkheid van etnisch-medische zorg en remedies door zwangere vrouwen. Zeer weinig respondenten (16%) rapporteerden dat ze afhankelijk waren van voedingskennis die ze in de gezondheidsinstelling hadden opgedaan. De meeste vrouwen (37%) rapporteerden dat ze vertrouwden op eigen kennis

over geschikte voeding of kennis die was verworven uit oudere vrouwenrelaties of die ze op school hadden geleerd, terwijl andere vrouwen de opgedane kennis uit meerdere bronnen combineren. Daarom, in plaats van weinig aandacht te schenken aan of te overwegen dat deze ethno-medische praktijken inferieur zijn aan het westerse medische systeem, of ze te stereotypen als "onbeschaafd irrationeel inheems bijgeloof", beveelt deze studie aan dat interventieprogramma's strategieën moeten ontwikkelen en verbeteren die onderling kunnen en vruchtbaar complementeren deze twee interventies om de gezondheid van de moeder te verbeteren.