View metadata, citation and similar papers at core.ac.uk

brought to you by CORE

provided by Stellenbosch University SUNScholar Repository

‘n Evaluasie van pre-aborsie berading aan vroue met ongewenste swangerskappe in die Wes-Kaapse metropool: ’n Verpleegkundige perspektief.

Ronél Brits Inalize Burger Carine Gagiano Anja Immelman

Carine Kitshoff Mari Mostert Chantell Nortjé Marlene Van Schoor

Werkstuk ingelewer ter gedeeltelike voldoening aan die vereistes vir die graad van Baccalaureus in Verpleegkunde (B.Cur) aan die Universiteit van Stellenbosch.

Studieleier: Ilze Smit

Desember 2007

Verklaring

Ons, die ge-ondertekendes, verklaar hiermee dat die werk in hierdie werkstuk vervat, ons eie oorspronklike werk is en dat ons dit nie vantevore in die geheel of gedeeltelik by enige universiteit ter verkryging van ’n graad voorgelê het nie.

Handtekening: .... Handtekening: ....

Handtekening: .... Handtekening: ....

Handtekening: .... Handtekening: ....

Handtekening: .... Handtekening: ....

Handtekening: ....

Datum: ....

Kopiereg © 2007 Universiteit van Stellenbosch
Alle regte voorbehou

Opsomming

Probleemstelling: Die aborsiewetgewing is in 1997 geïmplementeer voordat die nodige infrastruktuur in plek was. Die tekort aan doeltreffend-opgeleide gesondheidswerkers in aborsiesorgdienste het tot gevolg gehad dat vroue oningelig is met betrekking tot aborsiesorgdienste.

Doelwitte vir hierdie navorsing was ondersoekend-beskrywend van aard en daarop gerig om pre-aborsie berading aan vroue met ongewenste swangerskappe in staatsaangewysde fasiliteite in die Wes-Kaapse metropool te evalueer vanuit 'n verpleegkundige perspektief.

Metodologie: Twee steekproefnemings is gedoen, naamlik 'n 50% ewekansige, proporsionele, gestratifiseerde steekproefneming van die staatsgesondheidsfasiliteite in die Wes-Kaapse metropool wat aborsiesorgdienste aanbied, sowel as 'n nie-waarskynlike, gerieflikheidssteekproefneming van swanger vroue wat pre-aborsie berading ontvang. Data is met behulp van selfopgestelde vraelyste ingesamel. Kwantitatiewe data is ontleed met behulp van Statistica 7 en die kwalitatiewe data deur middel van Tesch se benadering.

Resultate: Van die respondente was 79% tussen die ouderdom van 16 en 30 jaar en 72% was enkellopend. Alhoewel die Departement van Gesondheid strewe dat aborsiesorgdienste by 'n vlak 1 gesondheidsfasiliteite aangebied word, het slegs 43% hul berading hier deur geregistreerde verpleegkundiges ontvang. Terwyl 94% pre-aborsie berading beskou as belangrik, het 39% óf geen, óf inligting in groepe ontvang betreffende die beëindiging van die swangerskappe, 77% het inligting ontvang met betrekking tot die prosedure en 50% was ingelig wanneer hul kon voortgaan met normale aktiwiteite. Sowat 54% het geen inligting ontvang betreffende post-aborsie komplikasies nie en 59% het nie 'n opvolgdatum gekry nie. Sowat 68% van die respondente het wel inligting ontvang oor gesinsbeplanning.

Slotsom: Dit blyk dus dat pre-aborsie berading nie volgens riglyne gedoen word nie en dat daar baie leemtes is in die bestaande beradingsmetodes in die verskillende gesondheidsfasiliteite.

Aanbevelings: Berading moet gebaseer word op die WGO en die Departement van Gesondheid se riglyne vir aborsiesorg. Verpleegkundiges moet meer betrokke raak by voorligtingsprogramme. Aborsiesorgfasiliteite moet die totale spektrum van aborsiesorg kan behartig en aborsiesorgberaders moet spesiale opleiding ontvang en jaarliks her-evalueer word.

Summary

Problem statement: The abortion regulation was implemented in 1997 before the necessary infrastructure was in place. The shortage of educated healthcare providers in abortion facilities led to uninformed women.

Aims for this research was exploratory-describing of nature and was aimed on pre-abortion counselling to women with unwanted pregnancies in the state facilities in the Western Cape metropole to be evaluated from a nursing perspective.

Methodology: Two samplings was done namely a 50% randomized, proportional stratified sampling from the State Health facilities in the Western Cape Metropole which offer abortion care service, as well as the non-randomized convenient sampling of pregnant women that received pre-abortion counselling. Data was gathered with the help of self compiled questionnaires. Quantitative data was analyse with the help of Statistika 7 and qualitative data according to Tesch's approach.

Results: Of the respondents 79% was between the age 16 and 30 and 72% was single. Although the Department of Health strives that abortion care services should be offered by a level 1 health facility, only 43% have been counselled through a registered nurse. While 49% consider pre-abortion counselling as important, 39% of the respondents received no, or information in groups regarding the termination of the pregnancy, 77% received information with regarding to the procedure and 50% was informed when they could go forth with normal activities. Approximately 54% received no information regarding post-abortion complications and 59% did not received a follow-up date. Approximately 68% of the respondents received information regarding family planning.

Conclusion: It seems that pre-abortion counselling is not done according to guidelines and there is many gaps in the existing counselling methods in the different health facilities.

Recommendations: Counselling should be based on the WHO and the Department of Health's guidelines for abortion care. Nurses should be more involved in education programs. Abortion care facility's should promote the total spectrum of abortion care and counsellors should receive special training and annually be re-evaluated.

Dankbetuigings

Ons spesiale dank aan:

- Ons Hemelse Vader wat ons die krag en deursettingsvermoë gegee het om hierdie projek te kon voltooi;

- Johan en Lynette Brits, Joepie en Elna Burger, Gielie en Elsabé Gagiano, Johan en Annie Immelman, Johan en Christine Kitshoff, Tobie en Hanlie Mostert, André en Petro Nortjé asook Jan en Gerda Van Schoor vir hulle geduld, begrip en aanmoediging;

- Ouma Ena Kloppers vir al haar gebede

- Ons studieleier Mev. Ilze Smit, vir haar besonderse leiding, deurlopende insette, aanmoediging, ondersteuning en die lekker atmosfeer wat geskep is deur al haar lekkernye;

- Ons groepleier, Chantell Nortjé, vir al haar moeite, ondersteuning, en deursettingsvermoë;

- Die geneeshere en verpleegkundiges van die onderskeie hospitale vir hul samewerking en positiewe gesindheid;

- Prof Daan Nel vir sy akademiese insette; en

- Al ons familie en vriende wat ons tydens hierdie projek ondersteun het.

Whatever the mind of man can conceive and believe, it is forced to achieve!

Anonymous

Inhoudsopgawe

Hoofstuk 1: Oriëntasie tot die studie

Bl.

1.1 Inleiding.......... 1

1.1.1 Agtergrond en oorsig van relevante literatuur.......... 1

1.2 Probleemstelling.......... 2

1.3 Die doel van hierdie studie.......... 4

1.4 Die noodsaaklikheid van hierdie studie.......... 4

1.5 Terminologie.......... 5

Hoofstuk 2: Literatuuroorsig

2.1 Inleiding.......... 6

2.2 Die wetlike aspekte met betrekking tot beëindiging van swangerskap en pre-aborsie berading.......... 6

2.3 Aborsie Statistieke.......... 7

2.4 Vasstel van nasionale norme en standaarde.......... 12

2.5 Respek vir die vrou se besluitneming, outonomie, konfidensialiteit en privaatheid.......... 12

2.5.1 Ingeligte en vrye besluitneming.......... 12

2.5.2 Outonomie in besluitneming.......... 13

2.5.3 Konfidensialiteit en privaatheid.......... 13

2.6 Besluitnemings berading.......... 15

2.6.1 Morele besluitnemings proses.......... 17

2.6.2 Morele besluitnemings model.......... 17

2.7 Aborsie berading.......... 20

2.8 Reproduktiewe berading.......... 28

2.9 Transkulturele berading.......... 28

2.10 Faktore wat die vrou se besluitneming beïnvloed.......... 29

2.11 Gevolgtrekking.......... 29

2.12 Implikasies en gevolge van aborsies.......... 29

2.13 Verskillende metodes van aborsie.......... 36

2.13.1 Mediese tegniek.......... 37

2.13.2 Chirurgiese tegniek.......... 40

Bl.

2.13.3 Voorbereiding van die kliënt........ 40

2.14 Riglyne vir aborsie sorg met betrekking tot berading........ 41

2.14.1 Die Wêreldsgesondheidsorganisasie (WGO) se riglyne vir die uitvoer van veilige aborsies........ 41

2.14.2 Riglyne vanaf die Wes Kaapse Departement van gesondheid vir die uitvoer van aborsies met spesifieke verwysing na pre-aborsie berading... 42

2.14.3 Verwysings........ 43

Hoofstuk 3: Metodologie

3.1 Inleiding........ 45

3.2 Navorsingsontwerp en benadering........ 45

3.2.1 Benadering........ 45

3.2.2 Ontwerp........ 45

3.3 Teikenpopulasie en steekproefneming........ 46

3.3.1 Teikenpopulasie........ 46

3.3.2 Steekproefneming........ 46

3.3.2.1 Die gesondheidsfasiliteite........ 47

3.3.2.2 Swanger vroue wat aborsies versoek en pre-aborsie berading benodig........ 48

3.4 Metode van dataversameling........ 49

3.4.1 Ontwikkeling van vraelyste........ 49

3.4.2 Vertaling van vraelyste........ 51

3.4.3 Proses van dataversameling........ 51

3.4.4 Verkryging van toegang tot en samewerking van hospitale waar studie plaasgevind het en populasie wat ondersoek is........ 51

3.5 Loodsstudie........ 52

3.6 Geldigheid en betroubaarheid........ 53

3.6.1 Geldigheid........ 53

3.6.2 Betroubaarheid........ 54

3.7 Data-analise........ 54

3.8 Etiese aspekte........ 54

3.9 Terminologie........ 55

Hoofstuk 4: Data-analise: bevindinge

Bl.

4.1 Inleiding.......... 56
4.2 Metode van data-analise.......... 56
4.3 Kwantitatiewe data.......... 57
4.3.1 Persoonlike en professionele besonderhede.......... 57
4.3.2 Verloskundige en ginekologiese besonderhede.......... 60
4.3.3 Spesifieke inligting betreffende beëindiging van swangerskap.......... 63
4.3.4 Spesifieke inligting betreffende die berading van vroue met ongewenste swangerskappe.......... 69
4.4 Kwalitatiewe data.......... 89
4.4.1 Inligting verskaf deur die respondente.......... 89
4.4.2 Kommentaar en/of aanbevelings van respondente wat vraelyste voltooi het.......... 90
4.5 Samevatting.......... 90

Hoofstuk 5: Gevolgtrekkings en aanbevelings

5.1 Inleiding.......... 92
5.2 Probleemstelling.......... 92
5.3 Doelwitte.......... 93
5.4 Data analise.......... 94
5.5 Persoonlike en verloskundige inligting.......... 94
5.6 Kontrasepsie en Noodkontrasepsie.......... 95
5.7 Ingeligte besluit.......... 96
5.8 Toeganklikheid van berading in fasiliteite van onderskeie vlakke.......... 97
5.9 Berading volgens riglyne.......... 97
5.10 Berader.......... 100
5.11 Rekordhouding.......... 101
5.12 Post- berading.......... 101
5.13 Emosionele gereedheid.......... 102
5.14 Implikasies vir verdure navorsing.......... 102
5.15 Beperkinge.......... 103
5.16 Samevatting.......... 104

Bibliografie

Lys van tabelle

		Bl.
Tabel 2.1:	Nasionale statistieke vir wettige aborsies: vanaf 1997 tot 2003	9
Tabel 2.2:	Aborsie Statistieke vir die verskillende Provinsies: 1997 tot 2005	10
Tabel 2.3:	Aborsie Statistieke vir Adolessente in Suid-Afrika: 1999 tot 2001	10
Tabel 2.4:	Die profiel van geselekteerde publieke gesondheids dienste wat Aborsies in die Kaapse metropool streek verskaf vir die jaar 2001 tot Januarie 2002	11
Tabel 3.1:	Stoker se Tabel	49

Lys van figure

Figuur 2.1:	Morele Besluitnemingsmodel	18
Figuur 4.1:	Ouderdom	58
Figuur 4.2:	Hoogste kwalifikasie	59
Figuur 4.3:	Huidige huwelikstatus	59
Figuur 4.4:	Werksituasie	60
Figuur 4.5:	Swangerskapduur	61
Figuur 4.6:	Graviditeit	62
Figuur 4.7:	Kontrasepsie gebruik voor swangerskap	63
Figuur 4.8:	Bewuswees van ander opsies	63
Figuur 4.9:	Vorige aborsies	64
Figuur 4.10:	Rede vir die aborsie	64
Figuur 4.11:	Gesinsbeplanningsmaatreëls	65
Figuur 4.12:	Bewustheid betreffende noodkontrasepsie	66
Figuur 4.13:	Oorreed om swangerskap te beëindig	66
Figuur 4.14:	Impulsiewe besluitneming	67
Figuur 4.15:	Besluitneming	67
Figuur 4.16:	Emosioneel voorbereid	68
Figuur 4.17:	Gevoelens na aborsie	69
Figuur 4.18:	Individueel beraad	70
Figuur 4.19:	Fasiliteit vir berading	71
Figuur 4.20:	Direkte berading	71
Figuur 4.21:	Verwys weens personeeltekort	72
Figuur 4.22:	Toeganklikheid van fasiliteite	72
Figuur 4.23:	Berader	73
Figuur 4.24:	Genoeg tyd om besluit te neem	74

		Bl.
Figuur 4.25:	Self besluit	74
Figuur 4.26:	Met respek en waardigheid behandel	75
Figuur 4.27:	Diskriminasie	76
Figuur 4.28:	Beoordeling van berading	77
Figuur 4.29:	Voorsien in al die behoeftes	77
Figuur 4.30:	Inhoud van die berading verstaanbaar	78
Figuur 4.31:	Inligting betreffende die prosedure	79
Figuur 4.32:	Inligting betreffende die tydsduur van die prosedure	79
Figuur 4.33:	Hervat van aktiwiteite na die prosedure	80
Figuur 4.34:	Inligting betreffende seksuele kontak na die prosedure	80
Figuur 4.35:	Telefoonnommers ontvang om gesondheidsdiens te raadpleeg in geval van probleme	81
Figuur 4.36:	Opvolgdatum ontvang	81
Figuur 4.37:	Inligting betreffende gesinsbeplanning	82
Figuur 4.38:	Ingelig oor ander opsies	83
Figuur 4.39:	Ingelig betreffende emosionele gevolge	84
Figuur 4.40:	Ingelig betreffende moontlike komplikasies	84
Figuur 4.41:	Inligting ontvang betreffende die tipes terminasies	85
Figuur 4.42:	Mening oor belangrikheid van pre-berading	85
Figuur 4.43:	Berading sinvol vir respondente	86
Figuur 4.44:	Berading gehelp om 'n ingeligte besluit te maak	86
Figuur 4.45:	Addisionele berading	87
Figuur 4.46:	Benodig post-berading	87
Figuur 4.47:	Ingelig oor post-berading	88
Figuur 4.48:	Berading volgens riglyne gedoen	89

Bylaes:

Bylae 1:	Wet 92 van 1996
Bylae 2:	Wysigingswet 38 van 2004
Bylae 3:	Departement Gesondheid: Fasiliteitslys
Bylae 4:	Toestemmingsbrief
Bylae 5:	Toestemmings verleen
Bylae 6:	Tweetalige vraelys
Bylae 7:	Riglyne van WGO met betrekking tot berading
Bylae 8:	Nasionale Departement van Gesondheid: riglyne
Bylae 9:	Departement Gesondheid: Wes-Kaap

Bylae 10: Kontrole dokument

HOOFSTUK 1
ORIëNTASIE TOT DIE STUDIE

1.1 Inleiding

1.1.1 Agtergrond en oorsig van relevante literatuur

Voor die implementering van *Wet No. 92 van 1996: Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap* (Bylae 1) in Februarie 1997, was onwettige aborsies die enigste uitweg vir diegene met ongewenste swangerskappe in Suid-Afrika (Fawcus, Katzenellenbogen, Shabodien, Jewkes, Rees, McIntyre, Lombard en Truter, 1997:432). Hulle het bevind dat 67% van swanger vroue enkelopend is en dat die voorkoms van tienerswangerskappe (<21 jaar) in Suid-Afrika 15% is. Swangerskappe by hierdie groep vroue is dikwels onbeplan en ongewens. Daar is tot die gevolgtrekking gekom dat indien ‘n vrou wettige toegang tot die veilige beëindiging van ‘n swangerskap geweier word, sy heel waarskynlik haar tot onveilige metodes sal wend.

Weens die emosionele impak, verskeie mediese komplikasies en hoë morbiditeit en mortaliteit van die betrokke vroue, is hierdie wetgewing geïmplementeer in 1997 met die doel om die beëindiging van ongewenste swangerskappe in Suid-Afrika te wettig en hierdie swangerskappe vrywilliglik in staatsaangewysde fasiliteite te beëindig. Die keuse op die beëindiging van die swangerskap is gebaseer op die ‘World Health Organisation’s Safe Motherhood Initiative’ (Naylor en O’Sullivan, 2005:9).

Volgens Sibuyi (2004:75) is die grootste bydrae van die wetgewing ‘…to allow midwives who had completed the required training to conduct pregnancy termination up to 12 weeks of gestation…’. Hierdie outeur is van mening dat vroedvroue dus die ideale kategorie gesondheidswerker vir die uitvoer van aborsies en/of verskaffing van berading is, aangesien hul basiese vaardighede betreffende die neem van geskiedenis, doen van fisiese ondersoeke en voorligting en/of berading maklik uitgebou kan word.

Die Wêreldgesondheidorganisasie (WGO) (2003:65) bied gesondheidswerkers die vryheid van keuse om by die aborsieproses betrokke te wees. Gesondheidswerkers het egter ‘n etiese verpligting om professionele etiese kodes te volg. Hierdie kodes vereis dat, indien die gesondheidswerker nie self by die proses betrokke wil wees nie, die gesondheidswerker die swanger vrou na ‘n kollega verwys wat nie gewetensbeswaar het betreffende die wettige uitvoering van ‘n aborsie nie.

Volgens die WGO is daar in baie lande geen geskrewe norme en standaarde vir die uitvoer van aborsies nie (2003:58). Die navorsers voel dat dit in hierdie gevalle vasgestel moet word. Norme en standaarde moet neergelê word om te verseker dat kwaliteit aborsiesorg beskikbaar is soos wettig gestipuleer.

Brien en Fairbairn (1996:52) beskryf berading as ’n geleentheid om die swangerskap asook die kliënt se omstandighede te evalueer, alle moontlike opsies te oorweeg en om ’n besluit te neem of die swangerskap beëindig gaan word aldan nie. Berading moet vrywillig en konfidensieel wees en moet deur ‘n opgeleide persoon verskaf word. Indien die vrou ‘n aborsie oorweeg, moet die gesondheidswerkers alle wetlike implikasies aan haar verduidelik (WGO, 2003:26). Volgens die Wes-Kaapse Departement van Gesondheid moet berading genoegsame inligting verskaf om die kliënt te help om ‘n ingeligte besluit te neem rakende die beëindiging van haar swangerskap.

Halkett (in Evangelisti, 2000:3) is van mening dat daar verskillende tipes berading is, naamlik:

- swangerskap resolusie-berading word gedoen met die vrou wat nog nie besluit het wat sy omtrent haar swangerskap wil doen nie. Hierdie vrou het leiding en ondersteuning nodig om die regte keuse te maak. Hierdie tipe berading help die swanger vrou om ’n ingeligte besluit te neem rakende aborsie, aanneming of enkelouerskap en voorsien haar met die nodige inligting rakende gesinsbeplanning om in die toekoms ’n onbeplande swangerskap te voorkom; en
- pre-aborsie berading word gedoen sodra die vrou besluit het dat sy wel ’n aborsie verkies (Evangelisti, 2000:3). Sy word hoofsaaklik ingelig betreffende die aborsie prosedures en kontrasepsie.

Die vraag ontstaan of aborsies huidiglik nie oorwegend te klinies en prosedure-georiënteerd gehanteer word nie en tot hoe ‘n mate die kliënt wel genoegsaam ingelig word betreffende haar opsies, die prosedure, komplikasies en moontlike langtermyn gevolge.

1.2 Probleemstelling

Die aborsiewetgewing is in 1997 geïmplementeer voordat die nodige infrastruktuur in plek was. Die tekort aan doeltreffend-opgeleide personeel het onder andere tot gevolg gehad dat vroue oningelig is met betrekking tot aborsiedienste en ‘…represent a barrier to using the services to which they are entitled…’ (Naylor en O’Sullivan, 2005:8). Hierdie outeurs is ook van mening dat oningeligtheid ‘n beduidende rol in die voortbestaan van onveilige (onwettige) aborsies speel.

Evangelisti maak melding daarvan dat weinig navorsing in Suid-Afrika oor pre-aborsie berading gedoen is (2000:2). Hierdie studie is gebaseer op verskeie stellings en vrae betreffende die implementering van beradingsriglyne, naamlik:

- toepaslike voorligting volg nie dadelik na diagnose van onbeplande en ongewenste swangerskappe nie;
- die kliënt word nie ingelig ten opsigte van haar grondwetlike regte nie;
- die kliënt kry nie voldoende tyd vir deeglike nabetragting nie;
- berading verskaf nie voldoende inligting om die kliënt te help om 'n ingeligte besluit rakende haar swangerskap te neem nie;
- berading betreffende die kliënt se behoeftes is onvoldoende;
- voorafberading word nie dadelik gedoen nadat die vrou besluit het op die beëindiging van haar swangerskap nie, maar word eerder verwys na ander gesondheidswerkers;
- kliënte ontvang klaarblyklik slegs berading oor aborsiemetodes en die holistiese aspek word verwaarloos;
- die kliënt verstaan nie noodwendig die omvang van die berading nie;
- onvoldoende inligting betreffende post-aborsie gesinsbeplanning word gegee;
- die implementering van die wetgewing is problematies vir die vroedvrou omrede berading nie voldoende omskryf word nie;
- daar is nie voldoende opgeleide vroedvroue wat pre-aborsie berading met betrekking tot ongewenste swangerskappe kan doen nie;
- vroedvroue se persoonlike persepsies word afgedwing op die kliënt; en
- daar is geen rekordhouding dat kliënt wel pre-aborsie berading ontvang het nie.

Hierdie navorsing is derhalwe gerig deur die genoemde stellings wat direk verband hou met pre-aborsie berading vir vroue met ongewenste swangerskappe. Op grond van praktykervaring asook gesprekke met kundiges op hierdie gebied, is 'n behoefte geïdentifiseer om die pre-aborsie berading deur verpleegkundiges vanuit die kliënt se persepsie en ervaring te evalueer, ten einde voorstelle te maak wat gegrond is op grondige navorsing.

Teen hierdie agtergrond was die primêre navorsingsvraag in hierdie studie as volg:

- Word pre-aborsie berading in die kliniese opset volgens bestaande beradingsriglyne gedoen?

Die volgende subvrae is gestel:

- Watter pre-aborsie beradingsmodelle of verwysingsraamwerke bestaan reeds elders en wat behels dit?

- Wat is die behoeftes van vroue wat ‘n aborsie wil ondergaan met die betrekking tot pre-aborsie berading?

1.3 Die doel van hierdie studie

Die doel van hierdie studie is om te bepaal of pre-aborsie berading vir vroue met ongewenste swangerskappe wel gedoen word volgens die bestaande riglyne ten einde te verseker dat die kliënt voldoende ingelig is. Die navorsers het beoog om aanbevelings te maak betreffende die uitvoer van bestaande riglyne.

Die doelwitte van hierdie navorsing is ondersoekend-beskrywend van aard en is daarop gerig om die pre-aborsie berading aan vroue met ongewenste swangerskappe in staatsaangewese fasiliteite in die Wes-Kaapse metropool te evalueer vanuit ‘n verpleegkundige perspektief ten einde:

- ondersoek in te stel of pre-aborsie berading van vroue met ongewenste swangerskappe uitgevoer word soos voorgestel deur die onderskeie riglyne;
- die persepsie van swanger vroue te bepaal ten opsigte van die toeganklikheid en verbruikersvriendelikheid van die dienste;
- te bepaal of die swanger vrou ’n ingeligte besluit kan maak ten opsigte van die beëindiging van haar swangerskap;
- leemtes in bestaande pre-aborsie riglyne te identifiseer; en
- aanbevelings te maak wat gerig is op effektiewe en bevredigende pre-aborsie berading met betrekking tot ongewenste swangerskappe.

1.4 Die noodsaaklikheid van hierdie studie

Uit bogenoemde inligting wat op vorige navorsing asook praktykondervinding gebaseer is, was dit duidelik dat daar om verskeie redes ‘n behoefte ontstaan het dat daar bepaal moet word of berading wel geïmplementeer word soos dit in die onderskeie riglyne beskryf word. Die navorsers het dit as noodsaaklik beskou om te bepaal wat die swanger vrou se persepsie en ervaring van pre-aborsie berading is.

1.5 Terminologie

Terme, afkortings en akronieme vir vakterme, vaktydskrifte en vakorganisasies waarna dikwels in hierdie navorsing verwys word en nie vir die gemiddelde leser duidelik is nie, word vervolgens omskryf:

- *Aborsie / beëindiging van swangerskap*: die uitwerp van 'n fetus en produkte van swangerskap voor die einde van 20 weke swangerskapduur, of 'n massa van 500g en minder (London, Ladewig, Ball & Binder, 2003:160).
- *Aborsiesorg*: sluit die pre-aborsiesorg en berading, die uitvoer van die aborsieprosedures en post-aborsie opvolg in (WHO, 2003:27).
- *Geregistreerde vroedvrou*: 'n persoon wat geregistreer is involge Wet op Verpleging, 1978 (Wet No 50 van 1978) en die addisionele voorgeskrewe opleiding in verloskunde ondergaan het.
- *Morbiditeit:* '…the rate at which an illness occurs in a particular …population' (Urdang en Swallow, 1983:698).
- *Mortaliteit:* '… the death rate which reflects the number of deaths per unit of population in any specific region, age, group, disease or other classification, usually expressed as deaths per 1000…' (Urdang en Swallow, 1983:699).
- *SARV:* Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging
- *WGO / WHO:* Wêreldgesondheidsorganisasie
- *Gestasie:* '...the period from the fertilization of the ovum until birth. In humans, this is avarage 266 days' (Mosby, 2002:737).
- *Kontrasepsie:* '...the act or practice of preventing sex from resulting in the woman becoming pregnant' (Mogano, 1999:5 aangehaal in, 2004:215).

****

HOOFSTUK 2
LITERATUUROORSIG

2.1 Inleiding

'n Omvattende literatuuroorsig is noodsaaklik ten einde al die kwessies aangaande die probleemstelling so wyd as moontlik te ondersoek, maar ook om bewyse in akademiese literatuur te vind wat die behoefte vir die voorgestelde navorsing bevestig. Die literatuur is nie beperk tot 'n enkele hoofstuk nie, maar is dwarsdeur hierdie studie geïntegreer.

Data oor aborsies is versamel sedert die implementering van die aborsiewetgewing in 1997. In die literatuuroorsig is gebruik gemaak van interlenings vanaf Gesondheidswetenskap Biblioteke asook die Internet, deur middel van *Pubmed* (www.pubmed.org); *NISC SA* (www.nisc.co.za); *Nexus Advanced Search*; *Healthnet* (www.nrc.ac.za); *South African Data Archieve* (www.nrf.ac.za); *Africa Wide: South African and African Studies*; *SACat on Sabinet* on-line en *Google.co.za* om nasionale en internasionale artikels wat met hierdie navorsing verband hou, te evalueer.

2.2 Die wetlike aspekte met betrekking tot beëindiging van swangerskap en pre-aborsie berading

Vóór die implementering van die aborsiewetgewing in Februarie 1997, was onwettige aborsies die enigste uitweg vir diegene met ongewenste swangerskappe in Suid-Afrika. *Wet No. 92 van 1996*: *Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap* (Bylae 1), is op 1 Februarie 1997 geïmplementeer met die doel om onwettige aborsies in Suid-Afrika te beëindig en aborsies op aanvraag wettiglik in staatsaangewysde fasiliteite uit te voer. Hierdie wetgewing is gebaseer op die '*World Health Organisation's Safe Moterhood Initiative*'. Dié aborsiewetgewing stipuleer dat '…the state shall promote the provision of non-mandatory and non-directive counselling, before and after the termination of a pregnancy…' (1996:4).

Die aborsiewetgewing stipuleer nie watter lid van die gesondheidspan verantwoordelik is vir berading nie. Volgens Evangelisti (2000:70) voel geregistreerde verpleegkundiges dat hulle 'n belangrike rol speel in die berading van swanger vroue wat 'n aborsie versoek, aangesien hul rol duidelik deur die wet uiteengesit is. Maatskaplike werkers is bereid om berading te doen, maar is van mening dat hulle ingevolge die wetgewing nie betrokke is by die beëindiging van 'n swangerskap nie en dus 'n onbeduidende rol speel in die berading van swanger vroue wat 'n aborsie versoek.

Die navorsers is van mening dat daar duidelik gespesifiseer moet word watter lid of lede van die gesondheidspan primêr verantwoordelik is vir berading. Daar moet ook duidelike riglyne gestel word waarvolgens pre-aborsie berading moet geskied. Die emosionele impak wat 'n aborsie op die swanger vrou het, maak dit ook noodsaaklik dat berading verplig moet word, tensy die swanger vrou dit weier.

2.3 Aborsie Statistieke

Die tendens van aborsies in Suid-Afrika moet aanskou word teen die agtergrond van die unieke demografiese kenmerke van Suid-Afrika. Suid-Afrika se populasie was 43 054 306 in 1999 (Mbewu & Mngomwzulo, 1999). Die Wes-Kaap alleen strek oor 'n oppervlak area van 129,370 kubieke kilometer en het 'n populasie van 4,2 miljoen mense wat 10% van die totale populasie van Suid-Afrika verteenwoordig (Barometer, 2002:59).

Sedert die aborsiewetgewing in Suid-Afrika geïmplementeer is tot 31 Januarie 2002, het die Oos-Kaap 8% van alle aborsiedienste verskaf, die Vrystaat 10%, Gauteng 40%, Kwazulu Natal 13%, Limpopo Provinsie 4%, Mpumalanga 6%, Noord-Kaap 1%, Noord-Wes 4% en die Wes-Kaap 14% (Barometer, 2002:2).

Die Wes-Kaap het die tweede hoogste hoeveelheid aborsies uitgevoer met 'n totaal van 30 302 oor die vyf jaar periode. Statistieke toon dat daar 'n geleidelike toename in aborsiesorgdienste oor hierdie vyf jaar was (Barometer, 2002:60). Fawcus *et al*. (1997:433) het op grond van 1993-data bereken dat 61% van vroue wat jaarliks toegelaat word in Suid-Afrikaanse staatshospitale met onvolledige aborsies, hetsy weens spontane óf geïnduseerde (onwettige) aborsies, in hulle eerste trimester van swangerskap was. Die navorsers het ook bevind dat 'n verdere 39% vroue met aborsies reeds in die tweede trimester van swangerskap was. Meeste van hierdie tweede trimester aborsies is waarskynlik geïnduseer, aangesien spontane aborsies tydens die tweede trimester minder algemeen voorkom. Navorsers het bereken dat 44 686 onvolledige aborsies jaarliks toegelaat is in staatshospitale, waarvan 34% onveilige aborsies was (Barometer, 2002:2).

Berer (2000:583) noem dat vroue wat aborsies verlang tydens die tweede trimester ongeveer 23% is en sluit hoofsaaklik diegene in wat:

- ambivalente gevoelens het betreffende 'n aborsie;
- onbewus was van hul swangerskap totdat dit eers begin wys het;
- persoonlike omstandighede dramaties verander het sedert die aanvang van swangerskap;

- mediese redes soos kanker of ernstige kardiovaskulêre toestande wat tot gevolg het dat die swangerskap gevaar inhou vir die vrou se gesondheid;
- uitvind dat die fetus ernstig misvorm is;
- ver bly van fasiliteite;
- finansiële beperkinge;
- meer tyd benodig om voldoende inligting aangaande aborsies te verkry; en
- self onsuksesvol die swangerskap geïnduseer het.

Dit stem ooreen met Judy Merckel, wat daarvan melding maak dat tweede trimester aborsies van 34% gedurende 1997 afgeneem het tot 27% in 2003 en die rede vir tweede trimester aborsies kan toegeskryf word aan:

- die beperkte toegang tot fasiliteite;
- lang waglyste weens tekort aan diensverskaffers;
- gebruik van inspuitbare voorbehoedmiddels wat tekens van swangerskap verberg;
- sosiale redes soos die veranderde verhouding met seksuele maat;
- ontkenning of ignorering van swangerskap; en
- ‘n beduidende aantal vroue wat nie bewus is van hul regte soos uiteengesit in die aborsiewet (Thom, 2003:3).

Volgens ‘n ondersoek wat deur ‘Kaiser Family Foudation South African National Youth Survey’ in 2000 gedoen is (Barometer, 2001:32), is 31% van alle adolessente tussen die ouderdom van 12 en 17 jaar seksueel aktief. Ongeveer 32% van hierdie adolessente het seks voor of op die ouderdom van 13 gehad en 78% van die adolessente het hul eerste seksuele ervaring op die ouderdom van 15 gehad. Daar is ook bevind dat 35% van alle vroue onder die ouderdom van 20 jaar swanger word. Navorsing toon dat 116 per elke 1000 vroue gedurende 1998 swanger geword het, terwyl dit in 1996 slegs 78 per elke 1000 vroue was (Barometer, 2001:26).

Aborsie statistieke en ander data is gedurig onderhewig aan wysigings. Die leser moet daarvan bewus wees dat dit soms onmoontlik is om akkurate aborsie statistieke te bekom en dat die statistieke wat wel beskikbaar is, nie noodwendig betroubaar is nie. Volgens ‘*Statistics South Africa’* (2004), is daar vanaf 1997 tot 2003 ‘n totaal van 343 677 wettige aborsies in Suid-Afrika uitgevoer, soos uiteengesit in Tabel 2.1.

Jaar	Lewende geboortes	Wettige aborsies	Aborsie Ratio	Aborsie %
1997	1,046,095	26,410	25	2,5
1998	1,216,337	39,177	32	3,3
1999	1,368,800	46,960	34	3,3
2000	1,404,833	49,960	35	3,4
2001	1,433,432	57,451	40	3,9
2002	557,573	54,500	-	-
2003	807,000	70,000	87	8,0

Tabel 2.1

Nasionale statistieke vir wettige aborsies: vanaf 1997 tot 2003

Daar was ‘n aansienlike afname in die getalle van vroue wat gesterf het sedert die implementering van die aborsiewetgewing, naamlik 6% in 1998 tot 4% in 2000 (Barometer, 2002:2). Verder het die feit dat aborsiesorgdienste wettig gemaak is, bygedra tot die destigmatisering van aborsies. Aborsies word nou gesien as ‘n wettige gesondheidsdiens en nie meer as ‘n kriminele aktiwiteit nie (Barometer, 2002:3). Die positiewe gevolge van die instelling van die aborsiewetgewing kan dus gesien word in die drastiese afname in die onveilige aborsie statistieke en die destigmatisering van aborsies.

Suid-Afrika is ‘n land met nege provinsies. Om ‘n idee te kry van hoe die Wes-Kaap met ander provinsies in Suid-Afrika vergelyk, moet daar gekyk word na al nege provinsies se aborsie statistieke. Nasionale statistieke vir aborsies in Suid-Afrika, soos verskaf deur ‘*Statistics South Africa’* (2005), word in Tabel 2.2 uiteengesit. Hierdie statistieke toon dat die Wes-Kaap die tweede meeste aborsies uitgevoer het.

Provinsie	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Totaal
Oos Kaap	2,693	2,932	3,030	3,265	4,671	5,814	6,819	6,210	2,347	37,781
Vrystaat	2,534	3,636	4,058	5,843	4,758	3,109	4,158	8,161	2,438	38,695
Gauteng	13,505	19,417	19,298	17,408	20,321	18,227	29,021	37,806	12,341	187,344
KwaZulu-Natal	1,259	4,564	6,900	7,288	7,533	9,592	11,015	8,224	-	56,375
Limpopo	487	852	1,728	2,493	4,512	4,706	4,236	4,445	1,041	24,500
Mpumalanga	1,509	1,792	2,558	3,728	3,520	3,218	2,206	2,110	165	20,806
Noord-Kaap	435	530	610	615	716	910	779	1,408	473	6,476

Noord-Wes	199	446	2,231	2,329	3,120	3,070	2,011	3,165	-	16,571
Wes-Kaap	3,780	5,008	5,775	6,721	8,300	10,065	10,513	11,157	1,703	63,022
TOTAAL	26,401	39,177	46,188	49,690	57,451	58,711	70,758	82,686	20,508	451,570

* Daar moet opgelet word dat die statistieke vir 2005 onvolledig is.

Tabel 2.2

Aborsie Statistieke vir die verskillende Provinsies: 1997 tot 2005

Suid-Afrika het ‘n baie jong populasie. Vanuit die totale populasie is 41% verteenwoordigend van persone onder 18 jaar. Volgens data (Youth 2000, 2001) weergegee, verteenwoordig slegs 12% van die aborsiegetal minderjariges. Statistieke ten opsigte van adolessente aborsies in Suid-Afrika vir die tydperk 1999 tot 2001 word in Tabel 2.3 saamgevat.

Tydperk	Totaal	<18	%
Feb. 99 – Apr. 99	11 095	756	6.8
Mei 99 – Jul. 99	11 361	672	5.9
Aug. 99 – Okt. 99	11 78	608	5.4
Nov. 99 – Jan. 00	11 977	726	6.1
Feb. 00 – Apr. 00	13 170	833	6.3
Mei 00 – Jul. 00	13 637	940	6.9
Aug. 00 – Okt. 00	14 007	878	6.3
Nov. 00 – Jan. 01	10 438	809	7.8

<18 = adolessente onder die ouderdom van 18 jaar.

(Uit ‘*National statistics: Termination of pregnancy*’, deur *Reproductive Rights Alliance*, 2001, Barometer, 6).

Tabel 2.3

Aborsie Statistieke vir Adolessente in Suid-Afrika: 1999 tot 2001

Tabel 2.3 toon dat adolessente onder die ouderdom van 18 jaar ‘n redelike klein persentasie van die totale aborsie gevalle uitmaak. Redes vir die lae aborsiesyfers onder minderjariges mag verband hou met die feit dat slegs 53% van vroue tussen die ouderdom van 15 en 49 daarvan bewus was dat aborsies tot en met 12 weke swangerskap wettiglik in Suid-Afrika, op versoek, beskikbaar is (‘*International research*’, 2001). Kennis hieroor was die laagste in die ouderdomsgroep 15 en 19 jaar. Finansiële redes, vervoerprobleme, of ouers mag dalk redes wees waarom adolessente nie meer van die diens gebruik maak nie. (WGO, 2003:15).

Volgens die ‘United Nations Population Division’ se 1999-statistieke, het ongeveer 98% van lande aborsies toegelaat ten einde die swanger vrou se lewe te red. Onderskeidelik 63% en 62% lande het

aborsies toegelaat vir die voorkoming van fisiese en sielkundige ongesteldheid van die swanger vrou, 43% vir verkragting en seksuele teistering, 39% vir fetale afwykings, 33% vir ekonomiese en/of sosiale redes, en 27% op aanvraag van die swanger vrou (WGO, 2003:15).

Berer (2000:585) maak melding dat die meerderheid vroue aborsies aanvra vir kontrasepsie redes, of op grond van ekonomiese en/of sosiale redes. Die outeur maak melding dat Griekeland een van slegs `n paar ontwikkelde lande is waar vroue aborsies verkies as primêre gesinsbeplanningsmaatreël ten spyte van goeie kontrasepsiedienste. Daar moet egter onthou word dat die beëindiging van ‘n swangerskap groter ekonomiese implikasies as wat kontrasepsie vir die staat inhou. Die vraag ontstaan of aborsie slegs gewettig word as bloot ‘n nuwe vorm van kontrasepsie wat beteken dat die belastingbetaler duur betaal vir ‘n nuwe vorm van kontrasepsie wat nie in ontwikkelende lande soos Suid-Afrika geïmplementeer behoort te word nie.

Aangesien die Wes-Kaap die fokus van die studie is, sal daar vervolgens gekyk word na geselekteerde publieke gesondheidsdienste wat aborsiesorgdienste verskaf in die Kaapse metropool streek vir die jaar 2001 en Januarie 2002. Janse van Vuuren (2001:19) maak melding van die volgende statistieke, soos uiteengesit in Tabel 2.4.

Gesondheidsdiens	**Jaarlikse Aborsie Statistieke vir Januarie tot Desember 2001**	**Maandelikse Aborsie statistieke vir Desember 2001 tot Januarie 2002**	**Maandelikse Statistieke Ouderdom>18**
Groote Schuur Hospitaal	783	Desember 2001 31 Januarie 2002 53	Desember 2001 30 Januarie 2002 50
Conradie Hospitaal	305	Desember 2001 17 Januarie 2002 28	Desember 2001 16 Januarie 2002 25
GF Jooste Hospitaal	706	Desember 2001 55 Januarie 2002 104	Desember 2001 50 Januarie 2002 93
Tygerberg Hospitaal	566	Desember 2001 35 Januarie 2002 48	Desember 2001 27 Januarie 2002 36
New Somerstet Hospitaal	262	Desember 2001 33 Januarie 2002 12	Desember 2001 32 Januarie 2002 12
Mitchells Plain Gemeenskap Gesondheid Sentrum	270	Desember 2001 35 Januarie 2002 23	Desember 2001 27 Januarie 2002 20

Tabel 2.4

Die profiel van geselekteerde publieke gesondheids dienste wat Aborsies in die Kaapse metropool streek verskaf vir die jaar 2001 tot Januarie 2002

2.4 Vasstel van nasionale norme en standaarde

Volgens die Wêreldsgesondheidsorganisasie (WGO) (2003:58) is daar in baie lande geen bestaande, geskrewe norme en standaarde vir die dienslewering van aborsies nie, en in hierdie gevalle moet dit vasgestel word. Waar sulke standaarde voorgeskryf is, moet dit gereeld nagesien word om te verseker dat dit op standaard bly. Norme en standaarde moet neergelê word om te verseker dat goeie en kwaliteit aborsiesorgdienste beskikbaar is, soos wettig verklaar. Volgens die WGO (2003:59), moet dit kriteria neerlê vir die voorsiening van die belangrike elemente van goeie kwaliteit aborsiesorg wat deur die staat, privaat en nie-regerings organisasies verskaf word.
Dit sluit in:

- tipes aborsiesorgdienste, asook waar dit voorsien word;
- essensiële toerusting, voorraad en medikasie;
- verwysingsmeganismes;
- respek vir die vrou se neem van 'n ingeligte besluit, outonomie, konfidensialiteit en privaatheid; en
- spesiale aandag aan die vrou wat 'n verkragting slagoffer is.

2.5 Respek vir die vrou se besluitneming, outonomie, konfidensialiteit en privaatheid

In die WGO (2003:65) se nasionale norme, standaarde en regulasies moet ondersteuning gebied word aan beide die vrou se vermoë om haar voortplanting en ander regte te beoefen, sowel as die gesondheidswerkers se beoefening van hulle etiese verpligtinge.

Binne die raamwerk van die nasionale aborsie wette, norme en standaarde, moet die volgende ingesluit word (Cook and Dickens, 2000 aangehaal in WGO, 2003:65):

- ingeligte en vrye besluitneming;
- outonomiteit in besluitneming; en
- konfidensialiteit en privaatheid.

2.5.1 <u>Ingeligte en vrye besluitneming</u>

In die WGO se konvensie verslag (2003:65), staaf dit dat vroue wat probeer om die probleem van 'n ongewenste swangerskap te hanteer, dikwels voel dat hulle kwesbaar is. Hulle moet met respek en erkenning van die probleem behandel word. Gesondheidswerkers moet ondersteunend teenoor die vrou wees, en vir haar inligting gee sodat sy dit kan verstaan en herroep, en dan 'n keuse te maak of

sy die aborsie wil ondergaan. Indien wel, moet dit binne die tydperk geskied wat die wet voorskryf en ook sonder enige diskriminasie.

Die WGO (2003:65) bied gesondheidswerkers die reg om te kies of hulle by die aborsie proses betrokke wil wees, al dan nie. Hulle het egter ‘n etiese verpligting om professionele etiese kodes te volg, wat vereis dat die gesondheidswerkers die vrou na ‘n kollega verwys wat nie appelleer teen die wettige uitvoering van ‘n aborsie nie. Indien geen alternatief beskikbaar is nie, moet die gesondheidswerkers die aborsie uitvoer om die vrou se lewe te red, en/of om permanente skade aan haar gesondheid te voorkom. Daar word na die bogenoemde verwys in die Nasionale Wet. Indien ‘n hospitaal, kliniek of gesondheidsentrum aangewys is as ‘n publieke fasiliteit wat die diens lewer, soos deur die wet toegelaat word, mag daardie fasiliteit nie die vrou se lewe of haar gesondheid in gevaar stel deur die diens te weier nie.

2.5.2 Outonomiteit in besluitneming

Die fundamentele etiese beginsel van respek vir mense, sluit respek vir hul outonomiteit in. Outonomiteit beteken dat verstandelik bevoegde persone nie die toestemming van enige derde party benodig om van die gesondheidsdiens gebruik te maak nie. Dus kan die gesondheidswerkers nie aandring op toestemming van ‘n derde party nie, tensy die wet dit stipuleer. Respek vir persone sluit ook die verpligting om kwesbare mense te beskerm, in. Ongetroude vroue, adolessente, vroue wie in erge armoede lewe, asook dié wat geweld tuis in die gesig staar, kan gesien word as baie kwesbaar.

Stigmatisering en diskriminasie, geassosieer met fisiese en verstandelike onvermoë en gesondheidstatus, is wydverspreid en kan gebruik word as rede om vroue te dwing om ‘n aborsie te ondergaan. Gesondheidswerkers het ‘n etiese verpligting om te verseker dat sulke vroue die nodige gesondheidsdiens ontvang. Artikel 3 van die WGO konvensie (2003:66) bevat een van vier riglyne vir algemene beginsels wat sorg dat alle artikels van die konvensie geïmplementeer word. Dit lui dat in gevalle waarin kinders (enige persoon onder die ouderdom van 18 jaar) betrokke is, ongeag publieke-, private-, sosiale welsyn institute en howe, die beswil van die kind altyd eerste gestel moet word (WGO, 2003:66).

2.5.3 Konfidensialiteit en privaatheid

Voorsieners van die diens het ‘n plig om kliënte se persoonlike inligting te beskerm teen ongemagtigde blootstelling. Hulle moet ook verseker dat kliënte wat wel toestemming gee dat hulle persoonlike inligting weergegee mag word, daarvan bewus is dat dit op duidelike inligting sal gebeur.

Die vrees dat inligting nie konfidensieel bly nie, plaas groot kommer op baie vroue, veral adolessente en ongetroude vroue. Dit kan selfs veroorsaak dat hulle nie na gesondheidsorgfasiliteite gaan waar die aborsie wettig en veilig uitgevoer kan word nie, maar eerder na onwettige dienste soek, of ‘n self-geïnduseerde aborsie ondergaan (WGO, 2003:68).

Die gesondheidsdiensbestuurder moet tot ‘n maksimale punt verseker dat alle gesprekke tussen die kliënt en die gesondheidswerker, sowel as die prosedure, streng privaat gehou word. ’n Voorbeeld hiervan is dat daar ‘n enkel-kamer voorsien moet word vir die prosedure en dat slegs een vrou die prosedure op ‘n slag ondergaan. Gordyne voor die vensters en die voorsiening van papierhanddoeke aan die vrou, word ook aangemoedig (WGO, 2003:68).

Volgens *Wet No. 92 van 1996: Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap* moet die Staat die voorsiening van nie-verpligte en nie-voorskriftelike voorligting bevorder, voor en na die beëindiging van ‘n swangerskap. Volgens die Wes-Kaapse Departement van Gesondheid se riglyne vir pre-berading van aborsies (2000:14) (Bylae 9), moet die kliënt verseker word van vertroulikheid. Volgens die ‘Ciba Foundation Symposium 115’ behoort berading inligting oor diensbeskikbaarheid, aborsieprosedures en kontrasepsie in te sluit (1985:22).

‘n Ongewenste of onbeplande swangerskap skep ‘n groot krisis in enige vrou se lewe, veral vir adolessente (Adler, David, Major, Roth, Russo & Wyatt, 1992:1200). Berading is dus essensieel om ‘n vrou by te staan sodat sy ‘n ingeligte besluit kan neem in verband met aborsie, aanneming van die kind, en enkelouerskap. Dit is ook om haar toe te rus met inligting oor gesinsbeplanning wat haar in die toekoms kan help om onbeplande swangerskappe te vermy (Halkett 1997:7).

In die Wes-Kaap word gerapporteer dat daar ‘n tekort aan professionalisme in sekere fasiliteite is. Kliënt konfidensialiteit word verbreek en hulle aborsies en status as verkragting slagoffers word met gesondheidsorgverskaffers bespreek (Barometer, 2002:61).

Dit is essensieel dat berading só sal geskied dat die kliënt veilig sal voel, dat die kliënt die vrymoedigheid sal hê om vrae te vra en verseker sal wees dat alles omtrent haar en haar betrokke situasie konfidensieel hanteer sal word. Effektiewe berading sal die kliënt in staat stel om alle moontlike opsies te oorweeg ten einde ‘n ingeligte besluit te neem aangaande die aborsie (Serfontein, 2002:6). Hierdie siening word ondersteun deur Faber (1991:714) wat noem dat swangerskap resolusie gefasiliteer moet word deur egte nie-veroordelende en maklik toeganklike aborsie berading wat die adolossent sal help om waardes en prioriteite te identifiseer wat belangrik vir haar is.

2.6 Besluitnemingsberading

Berading kan baie belangrik wees om die vrou te help om van haar opsies bewus te wees en om te verseker dat sy ‘n besluit kan neem wat vry van enige druk of verpligtinge is. Berading moet vrywillig en konfidensieel wees en moet verskaf word deur ‘n opgeleide persoon. Indien die vrou ‘n aborsie oorweeg, moet die gesondheidswerkers alle wetlike vereistes aan haar verduidelik om sodoende ‘n aborsie te kan ondergaan. Die vrou moet soveel tyd gegee word as wat sy verlang om haar besluit te neem, al beteken dit dat sy op ‘n latere stadium na die kliniek moet terugkeer. Dit is belangrik om aan haar te verduidelik dat dit meer effektief en veiliger is om ‘n aborsie so vroeg moontlik te laat uitvoer. Die gesondheidswerker moet ook inligting verskaf aan die vrou wat dalk kan besluit om haar swangerskap tot op term te voltooi en/of die baba dan vir aanneming te gee. Voldoende verwysing moet ook verskaf word. In sommige gevalle kan die vrou onder druk van haar metgesel of familielede wees om ‘n aborsie te ondergaan. Ongetroude adolessente en vroue wat MIV-positief is, kan baie kwesbaar wees vir sulke druk. Alle vroue wat MIV-positief is, moet weet wat die risiko van die swangerskap op hul eie gesondheid is en ook die risiko om die virus oor te dra aan hul babas. Hulle moet bewus gemaak word van behandeling vir hulself en om oordrag van die virus aan die baba te voorkom voordat hulle ‘n besluit neem. Hulle kan ook addisionele inligting verlang. Indien gesondheidswerkers vermoed dat ‘n aborsie op die vrou afgedwing word, moet hulle individueel met die vrou praat, of haar verwys vir addisionele berading. Indien die personeel weet of vermoed dat die vrou moontlik seksueel mishandel word, moet hulle haar verwys vir verdere berading en behandelings dienste soos van toepassing. Bestuurders moet seker maak dat alle personeel bewus is van die beskikbaarheid van sulke bronne in die gesondheidsisteem en in die gemeenskap (WGO, 2003:26).

Die WGO se riglyne betreffende **informasie en berading** aan die vrou is as volg:

- volledige, akkurate en maklik verstaanbare inligting betreffende die prosedure en wat om te verwag gedurende en ná afloop van die prosedure, sowel as vrywillige berading betreffende die verskillende opsies wat beskikbaar is om haar sodoende te help om ‘n ingeligte besluit te neem (WGO, 2003:20).

Volgens die riglyne vanaf die WGO (2003:27) moet vroue die volgende **inligting** ontvang tydens berading (Bylae 7):

- wat gedoen gaan word tydens en na die prosedure;
- wat sy heel moontlik gaan ondervind met spesifieke verwysing na menstruele krampe, bloeding en pyn;
- die duur van die prosedure;

- wat gedoen kan word om pyn te onderdruk;
- risiko's en komplikasie wat geassosieer kan word met elke spesifieke metode;
- wanneer sy weer met haar normale lewens patroon sal kan aangaan, insluitende seksuele omgang; en
- opvolg gesondheidsorg.

As daar 'n keuse van aborsie metodes beskikbaar is, moet betrokke gesondheidspersoneel opgelei wees om duidelike inligting te kan verskaf oor watter metode die beste is, gebaseer op die stadium van die swangerskap, die swanger vrou se mediese toestand en potensiële risiko faktore.

Die verskaffing van **voorbehoedinligting en -dienste** is 'n essensiële deel van aborsiesorg, omdat dit onbeplande swangerskappe in die toekoms sal voorkom. In 'n studie wat Cameron and Baird (1988) gedoen het, het hulle gereken dat alle vroue ingelig moet word dat ovulasie slegs twee weke na 'n aborsie weer kan begin, wat beteken sy kan swanger raak, tensy voorbehoed tydens omgang getref word. Voldoende inligting moet aan vroue verskaf word oor die verskillende beskikbare kontrasepsiemetodes, sodat sy die regte besluit sal neem om in haar behoeftes te voorsien. As die vrou 'n aborsie ondergaan as gevolg van 'n kontrasepsiemetode wat misluk het, moet aan haar verduidelik word wat verkeerd gegaan het en hoe die fout reggestel kan word. Nog 'n opsie is dat sy eerder 'n ander kontrasepsiemetode moet gebruik. Die finale keuse van kontrasepsiemetode berus egter by die vrou. 'n Vrou se aanvaarding vir die gebruik van kontrasepsie mag nie as 'n voorwaarde aanvaar word dat sy wel 'n aborsie sal gaan ondergaan nie (WGO, 2003:27).

Die WGO beveel die volgende aan betreffende **opvolgsorg** ná die aborsie:

- die vrou kan die gesondheidsfasiliteit na afloop van 'n chirurgiese aborsie verlaat sodra sy gereed voel en haar vitale tekens normaal is;
- opvolgbesoek na sewe tot tien dae na afloop van 'n chirurgiese aborsie en in geval van 'n onvolledige aborsie met mediese metodes, '…women should return after 10 to 15 days for confirmation that the abortion has been completed…' (WG0, 2003:21);
- alle vroue moet inligting betreffende gesinsbeplanning ontvang voordat hul die fasiliteit verlaat, asook kontrasepsie óf 'n verwysing na gesinsbeplanningsdienste; en
- vroue moet mondelinge en/of skriftelike instruksies ontvang oor hoe om hulself verder te versorg, hoeveel bloeding verwag kan word, asook die herkenning van komplikasies en waar om hulp te verkry.

2.6.1 Morele besluitnemingsproses

Morele probleme kan hanteer en opgelos word deur 'n sistematiese besluitnemings proses. Daar moet opgelet word dat daar geen korrekte of verkeerde manier is om 'n morele besluit te neem nie. Die volgende vyf-stap proses is net een van vele wat gebruik kan word as 'n basiese riglyn. Die model wat deur Johnstone (1999:184) gebruik word is Bergman (1973) se model van etiese besluitneming. Aangesien die verpleegkundige alreeds vertroud is met die verpleegproses, is dit maklik om die bogenoemde model te verstaan en te implementeer as basiese riglyn wat gebruik kan word in die beradingsproses en waar etiese besluite geneem moet word (Johnstone, 1999 :183).

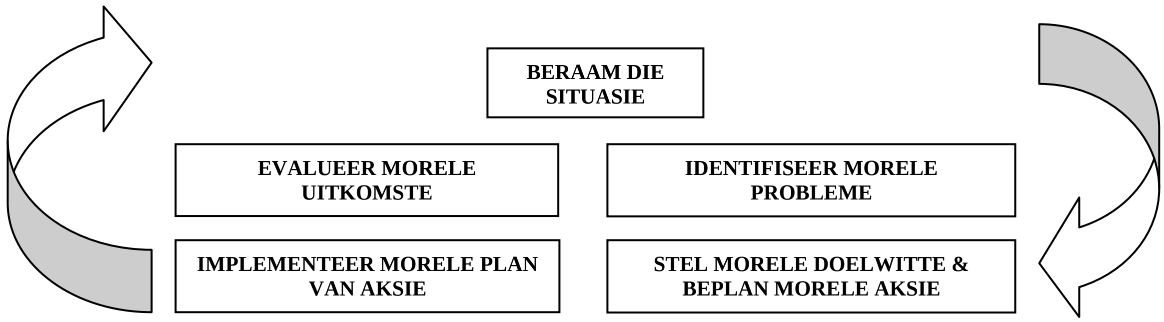
2.6.2 Morele besluitnemingsmodel

Volgens Bergman (aangehaal in Johnstone,1999:184) kan morele probleme benader word deur 'n vyf-stap proses:

- beraming van die situasie;
- diagnosering of identifisering van die morele probleem;
- die stel van morele doelwitte en die beplanning van `n toepaslike morele verloop van aksie;
- implementering van die plan van morele aksie; en
- evaluasie van die morele uitkomste van die geïmplementeerde aksie.

Die model kan diagrammatiese uitgebeeld word soos in Figuur 2.1.

Die volgende is 'n eenvoudige hipotetiese gevallestudie om te illustreer hoe die model toegepas kan word om duidelikheid te kry oor die aard en oplos van die morele probleem. So 'n geval behels Mevrou A wat swanger is en die besluit moet neem oor die behoud of beëindiging van haar swangerskap.



Figuur 2.1

Morele Besluitnemingsmodel (Johnstone, 1999:184)

i. Beraming van die situasie

Om besluite te neem sonder genoegsame kennis, vergroot die risiko om ernstige foute te begaan. Die waarskynlikheid om nader aan ‘n oplossing van die probleem te beweeg, verlaag.

Die eerste stap in die oplos van die morele probleem, soos met enige probleem, is om die probleem en die faktore wat dit beïnvloed volledig te beraam. Die verpleegkundige se rol is om al die relevante feite van die saak sowel as al die relevante etiese inligting na vore te bring. Die inligting wat verkry is moet ten minste die volgende insluit:

a. ‘n Volledige beskrywing van die feite van die saak.
   Mev A het uitgevind sy is swanger. Dit is +/- 5 weke sedert haar laaste normale menstruasie.

b. ‘n Volledige beskrywing van die faktore wat die feite staaf.

c. Die sieningspunte van diegene wat geraak word deur enige besluite wat geneem word.
   Dit is belangrik om uit te vind wat Mev A se gevoelens teenoor haar swangerskap is, asook wat haar familie se siening daaroor is.

d. Die kies van ‘n etiese perspektief as basis van morele besluite en aksies.
   Vind uit watter kulturele aspekte betrokke is in die spesifieke probleem. Neem dit gedurende die besluitnemingsproses in ag.

e. Duidelikheid van definisies van morele beginsels en morele terme wat gebruik word.

Verduidelik vir Mev A, in eenvoudige terme, al die aspekte wat betrokke is by moontlike ander opsies, asook die aborsie proses.

f. Voorspelling van moontlike gevolge van die huidige posisie en 'n skatting van die waarskynlikheid dat hierdie gevolge sal voorkom.
Vra vir Mev A wat sy dink na haar besluitneming gaan gebeur, asook wat sy wil hê moet gebeur. Dink sy haar wense is binne bereik?

g. Die beskikbaarheid van alternatiewe.
Inspekteer die spesifieke situasie noukeurig en lê die verskillende opsies wat in haar situasie toepaslik sal wees, op die tafel neer.

h. Beskikbaarheid van bronne.
Wat is die beskikbaarheid van benodigde bronne waarvan sy gebruik kan maak.

i. Klassifikasie van persoonlike waardes en gelowe.
Identifiseer die kliënt se waardestelsel, en hoe sy oor die situasie in haar lewe voel. Voel sy verplig om enige besluite te neem volgens haar geloof of waardes?

j. Kies en verduidelik belangrike inligting vir die leiding van besluitneming.
Gee alle betrokke inligting aan kliënt om 'n ingeligte besluit te kan neem en beantwoord alle vrae om onduidelikheid uit te skakel (Johnstone,1999:184).

ii. Identifiseer morele probleme

Verpleegkundiges moet oopkop wees oor die presiese aard van die probleem sodra daardie probleem gediagnoseer of geïdentifiseer word as 'n morele probleem. Wanneer die verpleegkundige 'n morele diagnose gemaak het, kan die morele doelwitte geformuleer word en 'n morele plan van aksie beplan word om daardie morele doelwitte te bereik (Johnstone,1999:187).

iii. Stel morele doelwitte en beplan 'n toepaslike morele plan van aksie

Johnstone het in haar studie gevind dat die stel van kliënt-georiënteerde gesondheidsdoelwitte, net soos die verpleegdiagnose, kliënt-georiënteerde verpleegsorg in 'n rigting stuur. So ook moet die morele diagnose die stel van morele doelwitte en beplanning, in die rigting van 'n morele aksie stuur. In die geval van morele probleme sal 'n kombinasie van strategieë nodig wees. Dit sluit 'n mengsel van morele opvoeding, morele koördinasie, morele samewerking, morele ondersteuning, morele oorreding en meganismes van nie-morele toepassing in (1999:188).

iv. Implimenteer die plan van morele aksie

Volgens Johnstone is dit moontlik dat wanneer die verpleegkundiges die plan van morele aksie geformuleer het, dit geïmplementeer kan word. Die verpleegkundige kan byvoorbeeld begin deur ‘n gedetailleerde opvoeding strategie te implementeer, te assisteer in koördinasie van ‘n strategie wat daarop gemik is om die morele probleem op te los, betrokke te raak in onderhandelinge, en samewerking te soek by ander gesondheidswerkers om die uitkomste wat gestel is, te bereik (1999:189).

v. Evaluering van die morele uitkomste van die geïmplementeerde aksie

Na die implementering van die beplande aksie moet die verpleegkundige evalueer of die doelwitte en uitkomste bereik is (Johnstone,1999:189).

2.7 Aborsie berading met betrekking tot die prosedure

Brien en Fairbairn (1996:52) beskryf berading as ’n tyd om na die swangerskap én die situasie te kyk, alle moontlike opsies te oorweeg en om ’n informele besluit te neem wanneer die tyd reg is en die kliënt gemaklik voel. Halkett (1997:1 aangehaal in Evangelisti, 2000:3) is van mening dat daar verskillende tipes berading is:

- Swangerskap resolusie barading word gedoen met die vrou wat nog nie besluit het wat sy omtrent haar swangerskap wil doen nie. Hierdie vrou het leiding en ondersteuning nodig om die regte keuse te maak. Hierdie tipe berading help die swanger vrou om ’n ingeligte besluit te neem rakende aborsie, aanneming en enkelouer opvoeding, en voorsien haar met die nodige inligting rakende gesinsbeplanning om onbeplande swangerskappe in die toekoms te voorkom.
- Pre-aborsieberading word gedoen sodra die vrou besluit het dat sy wel ’n aborsie wil hê. Wat hierdie tipe berading insluit, word later bespreek (Evangelisti, 2000:3).

Volgens ’n studie van Evangilisti (2000), voel baie verpleegpersoneel onbevoeg om effektiewe berading te doen, terwyl vele maatskaplike werkers hierdie gevoel met verpleegkundiges deel. Beide hierdie groepe voel dat hulle nie genoegsame opleiding in dié spesifieke area het nie. Verpleegpersoneel voel dat hulle nie genoeg kennis van die beradingsproses het nie, terwyl maatskaplike werkers weer voel dat hulle nie die nodige mediese kennis omtrent die aborsieprosedures het nie.

Daar is dikwels nie genoeg personeel in ’n kliniese opset nie en berading word uitgestel of selfs afgestel. ’n Tekort aan genoeg tyd lei ook tot die kortknip van beradingsessies en die vrou voel onwelkom en gejaagd. Daar is dus nie kwaliteit sorg nie.

Kwaliteitsorg verwys na veilige, effektiewe en toepaslike sorg. ’n Algemene voorvereiste vir kwaliteit gesondheidsorg is die beskikbaarheid, toeganklikheid en bekostigbaarheid van basiese gesondheidsorg (Bruce, 1990 aangehaal in Gribble, 2003:3).

Buiten die bogenoemde probleme vir die bevordering van pre-aborsie berading, voel vroue dikwels dat berading ’n struikelblok op hulle weg na ’n aborsie is (Taylor, 1997:29 aangehaal uit Humpel, 2004:95).

Die protokol vir die uitvoer van aborsies dui aan dat ’n swanger vrou ingeligte toestemming moet verleen tot die prosedure wat deur berading vooraf gegaan word. Naylor en O’Sullivan (2005:4) tref ’n duidelike onderskeid tussen ‘health workers’ werksaam in ’n gesondheidsfasiliteit wat volgens die wetgewing nie toegelaat word om aborsie dienste te lewer nie, en ‘health professionals’ wat ingevolge die wetgewing oor die nodige opleiding beskik om wel aborsie dienste te lewer. Dit is dus kommerwekkend dat die protokol melding maak dat ‘...counselling can be done by any health care provider and does not require special training...’ (Directorate, 1997:6). Die direktoraat maak ook melding dat in spesiale gevalle waar in-diepte berading benodig word, daar van ’n maatskaplike werker gebruik gemaak kan word (1997:3).

Die vraag ontstaan of aborsies nie-oorwegend klinies en prosedure-georiënteerd gehanteer moet word nie, en tot watter mate die kliënt wel genoegsaam ingelig is betreffende haar opsies, die prosedure, komplikasies en moontlike langtermyngevolge. Die navorsers is van mening dat vroedvroue die ideale professie beklee vir doeltreffende berading aan kliënte met ongewenste swangerskappe met die oog op aborsies.

’n Wye verskeidenheid gesondheidswerkers en leke behartig huidiglik aborsieberading. Hierdie mense het selde formele opleiding as beraders ontvang (Brian & Fairbairn, 1996:53). Die navorsers voel dat dit onaanvaarbaar is.

In ideale omstandighede sal die aborsieberader ’n grondslag van beradingsopleiding hê, verkieslik op diplomavlak. Opleiding tot op hierdie vlak sluit ten minste 400 ure kliniese ondervinding in. Diplomakursusse keur ook hulle beraders om te verseker dat beraders die vereiste hanteringstrategieë het om tydens emosioneel-stresvolle tye effektief te funksioneer (Brien & Fairbairn, 1996:53). Goeie berading vereis opleiding, ‘n deernisvolle houding en respek vir die kliënt.

Berading word deur die wet as ‘n mediese ingreep gesien en daarom moet opgeleide verpleegkundiges pre- en post-aborsieberading met kliënte uitvoer. Opleiding sal verpleegpersoneel

met die vereiste kennis en vaardighede toerus om effektiewe berading te verrig. Die wet bespreek nie die rol van professionele beraders soos maatskaplike werkers nie (Evangelisti, 2000:2). Mogano (2002:44) en Van Rooyen (1998:201) stem egter nie hiermee saam nie. Hulle meld dat berading as ’n maatskaplikewerk-taak beskou word aangesien maatskaplikewerk-praktyk op probleemoplossing en konflikhantering op ’n individuele en interpersoonlike vlak fokus. Hulle voel dat aborsieverwante sake ook deel van die bogenoemde uitmaak (Humpel, 2004:3).

Vroedvroue moet ses weke opleiding omtrent aborsieberading ontvang om dit te kan verskaf. Humpel (2004:14) en McCulloch (1996:87-89) is daarvan oortuig dat pre- en post-aborsieberading slegs effektief kan wees as die berader oor genoegsame kennis en insig in die lewenswyse van die vrou met die ongewenste swangerskap beskik.

’n Berader speel ’n baie belangrike rol in die swanger vrou se besluitneming. Om effektiewe berading te kan lewer, is daar sekere eienskappe waaroor ’n berader moet beskik:

- eerstens moet die berader sy/haar persoonlike gevoelens van hul professionele verantwoordelikhede distansieer. Die berader mag nie toelaat dat sy/haar eie morele waardes en standaarde inmeng met die berading nie. Die berader moet objektief en onpartydig teenoor die kliënt optree. Sosiale konstruksioniste redeneer dat die berader nie hom-/haarself kan dissosieer van hul eie waardes nie. Hulle meen dat die berader se waardes deur sy/haar kultuur beïnvloed word (Muller, 1996 aangehaal in Janse van Vuuren 2001:42);
- die kliënt moet die berader as empaties en ondersteunend ervaar, anders sal sy nie gemaklik voel om na die berader terug te keer tydens toekomstige probleemsituasies nie; en
- beraders moet effektief in ‘n emosioneel gespanne atmosfeer kan funksioneer.

‘n Atmosfeer van aanvaarding, ondersteuning, kalmte en bevoegdheid moet geskep word tydens berading (Stevens & Ellerbrock, 1999 aangehaal in Evangelisti, 2000:47). Informele berading kan deur die kliënt se familie, seksmaat of naasbestaandes gedoen word, maar dit is nie effektief nie, vanweë die emosionele betrokkenheid en voorskriftelike houding (Taylor, 1997:30 uit Humpel, 2004:107).

Die wet op keuse van aborsie beklemtoon die belangrikheid daarvan dat pre- en post-aborsie-berading by aborsiesorgfasiliteite, aangebied moet word (Mhlanga, 1996 aangehaal in Evangelisti, 2000:2). Brien en Fairbairn (1996:62) is van mening dat die omgewing waarin berading plaasvind, baie belangrik is. Indien moontlik moet die vertrek verwelkomend wees met sagte beligting en gemaklike stoele. In die kliniese opset word berading in veeldoelige vertrekke uitgevoer byvoorbeeld in ’n ondersoekkamer of kantoor. Vertrekke met items wat aan swangerskap verwant is, byvoorbeeld

borsvoedingsplakkate, kan pynlike emosies ontlok. Vertrekke met stapels rommel of bokse vol onbruikbare artikels kan die kliënt onbelangrik laat voel.

Die stoele moet die berader en kliënt op dieselfde oogvlak plaas. As die kliënt haar stoel kan skuif soos wat dit vir haar gemaklik is, verhoog haar gevoel van beheer. Klein dingetjies beïnvloed die gevoel van vertroue en veiligheid.

Die Departement van Gesondheid beveel pre- en post-aborsieberading aan om sodoende vroue te identifiseer wat risiko gevalle vir depressie is. Ook help dié berading vroue met post-aborsie sindroom (Evangelisti, 2000:3). Aborsies sonder berading word deur Taylor (1997:27) as oneties en selfs as wanpraktyk beskou (Humpel, 2004:96).

Wolf and Benson (1994, aangehaal in Gribble, 2003:12) is van mening dat enige vrou wat 'n aborsie ondergaan wel 'n risiko loop om in die toekoms weer 'n ongewenste swangerskap te hê. Dit is die gesondheidsorgvoorsiener se verantwoordelikheid om hierdie vrou te beraad rakende die beheer van haar fertiliteit.

Volgens Halkett (1997 aangehaal in Evangelisti, 2000:45), kan pre-aborsieberading die vrou help om so goed moontlik aan te pas by wat 'n geweldig negatiewe lewenservaring kon wees.

Die belangrikheid van pre- en post-aborsieberading kan nie oorbeklemtoon word nie. Indien kliënte nie berading ontvang nadat daar op 'n aborsie besluit is nie, volg baie kliënte 'n afbrekende pad. Hierdie afbrekende pad word deur Evangelisti (2000:43) beskryf as onopgeloste aspekte wat na die krisissituasie oorbly en die persoon dan wanaangepaste hanteringstrategieë aanleer. Probleme lei tot 'n sneeubal effek.

Die meeste besluite rakende 'n onbeplande swangerskap word binne die eerste 72 uur na bevestiging van swangerskap gemaak. Daarom moet berading onmiddelik na die swangerskap bevestig is, gedoen word. McCulloch (1996:85) voel dat die vrou met 'n ongewenste swangerskap inligting oor haar opsies en gepaardgaande risiko's om 'n ingeligte en verantwoordelike besluit te kan neem, wil bekom.

Volgens Halkett (1997:1) en Marecek (1997:90) (aangehaal in Evangelisti, 2000:45) is berading 'n proses van bespreking wat daartoe gerig is om 'n kliënt te help om die volgende te bereik:

- om te besluit wat haar behoeftes is en wat die beste gang van aksie sal wees;
- haar streshanteringsvaardighede te mobiliseer;

- haar te help om verantwoordelikheid vir haar aksies en besluite te neem sodat sy nie sal spyt wees oor haar besluite nie; en
- om haar te help verstaan hoe sy in haar huidige situasie beland het, sodat sy soortgelyke situasies in die toekoms kan voorkom.

Die aborsiewetgewing stipuleer die lewering van nie-verligte berading voor en na die beëindiging van die swangerskap. ’n Aborsie is ’n traumatiese ondervinding vir ’n vrou. Die emosionele versorging van die kliënt na ’n aborsie is net so belangrik soos die fisiese versorging. Elke vrou gaan deur die natuurlike rouproses net soos vroue ‘n miskraam of neonatale sterfte deurgemaak het. Die meeste vroue waardeer inligting voor, tydens en na die aborsie prosedure (Hord, 1995 aangehaal in Gribble, 2003:13).

Studies gedoen by ’n fasiliteit in Australië (Evangelisti, 2000:4) het getoon dat ’n vrou wat ’n aborsie gaan ondergaan, ’n beradingsessie voor chirurgie moet ontvang. Hierdie sessie word deur ’n opgeleide, geregistreerde verpleegkundige uitgevoer. Die kliënt word deur ’n mediese spesialis gesien, en roetine bloed en urine toetse word gedoen. Die maatskaplike werker gryp in by kliënte wat as risiko gevalle vir psigologiese probleme geïdentifiseer word. Opsies vir die vrou met ‘n ongewenste swangerskap sluit in: trou, aanneming, pleegsorg, enkelouer opvoeding en aborsie. Alhoewel die kliënt dalk reeds haar besluit geneem het, is dit belangrik dat sy oor alternatiewe opsies ingelig word (Evangelisti, 2000:55). Indien ’n aborsie as opsie gekies word, moet die berader seker maak dat dié besluit die kliënt se eie is en dat sy nie deur ander beïnvloed is om ’n aborsie te ondergaan nie. Wanneer daar bevestig is dat dit die kliënt se keuse is, moet die berader die kliënt oor die prosedure inlig. Volgens die Wet op die Terminasie van Swangerskap (92 van 1996), is dit ook die verantwoordelikheid van die berader om die wetlike aspekte van ’n aborsie te ken en aan die kliënt te verduidelik.

Indien ’n aborsie as opsie gekies word, moet die berader die kliënt help om die verlies van ’n potensiële kind te verwerk. Die berader moet ook die kliënt voorberei op die mediese prosedure. Die berader bied leiding en ondersteuning. Gesinsbeplanningsopsies, MIV en seksueel oordraagbare siektes moet ook met die kliënt bespreek word. Om die kliënt toe te laat om die situasie ten volle te ondersoek, moet die volgende areas tydens pre-aborsieberading gedek word:

- die kliënt se sosiale omstandighede, insluitende haar ouderdom, behuising, hulpbronne en ondersteuning;
- die oorsaak van swangerskap, byvoorbeeld as gevolg van oneffektiewe kontrasepsie, verkragting of ander;

- haar gevoel oor die swangerskap;
- hoekom aborsie as ’n opsie oorweeg word;
- kontrasepsiemetode vir die toekoms;
- behoeftes wat kliënt mag hê, byvoorbeeld iemand om na haar kinders om te sien tydens die prosedure;
- post-aborsieberading;
- aborsie prosedure;
- lang- en korttermyn risiko’s of komplikasies wat na die aborsie mag volg; en
- emosionele komplikasies in die toekoms.

Die mees gepaste beradingsmodel wat gebruik kan word gedurende pre-aborsie berading, is krisisintervensie. Evangelisti (2000:44) is van mening dat krisisintervensie as beradingsmodel die mees gepaste wyse is om kliënte te help om onderdrukte emosies uit te druk. Dit is essensieel dat die berader die emosies wat die kliënt onderdruk, verstaan. Die berader moet ook die kliënt help om hierdie emosies te identifiseer en sodoende ’n ingeligte besluit te kan neem. Krisisintervensie voorsien die geleentheid vir meganismes van verandering vir dié wat psigologiese disekwilibrium ervaar, asook dié wat oorweldig met hulle huidige situasie voel en hulle wie se hanteringsmeganismes uitgeput is. Tydens krisisintervensie, beraam die berader die kliënt wat in die krisissituasie is en gryp in om die balans te herstel en die effekte van die krisis te minimaliseer. Krisisintervensie is gewoonlik kort-termyn en word primêr voorsien in die periode wanneer die kliënt desperate emosionele behoeftes het.

Daar is ses stappe in krisisintervensie wat die berader bevoordeel, die rol van die berader vergemaklik en berading effektief maak. Hierdie ses stappe is as volg deur Phikill en Walsh (1997:55) en Van der Berg (1996:78) uit Evangelisti (2000:48) geïdentifiseer:

1. Maak kontak

   Dit is belangrik om omgee en empatie teenoor die kliënt te toon tydens berading. Empatie is ’n beginsel waarsonder ’n vertrouensverhouding nie gebou kan word nie. Dit gee die kliënt die vrymoedigheid om openlik oor haar gevoelens te praat.

2. Verminder angs

   Die berader moet probeer om die gevoel van spanning te verlig en ’n ontspanne, veilige en private atmosfeer vir die kliënt te skep. Voordat daar na die volgende stap beweeg word, moet daar eers deur die angs en spanning gewerk word. Die berader moet verstaan dat die gedagte aan ’n aborsie en die morele implikasies daarvan ook angs vir die kliënt veroorsaak. Die kliënt moet

aangemoedig word om oor haar emosies te praat. Brien & Fairbairn meld dat dit belangrik is dat die berader die kliënt sal toelaat om haar eie gevoelens te ondersoek sonder om verdedigend daarop te reageer (1996:55).

3. Fokus op die kwessie van 'n onbeplande swangerskap

Dit is maklik om in vervoering te raak in al die kliënt se probleme. Die berader moet die fokus op die probleem van 'n ongewenste swangerskap hou. Waak egter daarteen om nie vasgevang te word in persoonlike definisie van die probleem en sodoende nie ag slaan op hoe die kliënt die probleem ervaar nie. Dit is belangrik om die gevoelens geassosieer met die krisis en die impak daarvan op die kliënt se lewe waar te neem. Kliënte moet daarop gelet word dat hulle nie impulsief 'n besluit moet neem nie, maar dat hulle eers al hulle opsies moet analiseer en die beste keuse moet neem.

4. Evalueer hulpbronne

Die berader help die kliënt om 'n 'opname' te maak van beskikbare hulpbronne, byvoorbeeld vriende, familie en haar eie interpersoonlike vaardighede en sterkpunte. Interne en eksterne hulpbronne moet geëvalueer word (Phikill & Walsch, in Evangelisti, 2000:56). Die berader moet al die opsies, wetlike aspekte en ook alle privaat en publieke agentskappe wat van hulp kan wees, met die kliënt bespreek. Al die voor- en nadele omtrent elke opsie moet opgeweeg word om eindelik die korrekte besluit te neem.

5. Moedig aksie aan

Kliënte kom dikwels na beraders met 'n oplossing eerder as 'n probleem. Die vrou moet eers alle opsies teen mekaar opweeg voor so 'n besluit geneem word. Sodra die werklike probleem geïdentifiseer is en die doelwitte neergelê is, moet die berader die kliënt aanmoedig om aksie te neem. Indien die kliënt op 'n aborsie besluit het, moet die berader haar help om 'n afspraak te maak en haar na die hospitaal of kliniek waar die aborsie gedoen sal word, verwys.

6. Opvolg

Dit is die berader se plig om op te volg watter besluit eindelik deur die kliënt gemaak is en of sy wel hierdie besluit geïmplimenteer het. Dit is essensieel dat die berader 'n vertrouensverhouding met die kliënt opbou sodat sy die vrymoedigheid sal hê om na die berader terug te keer indien sy enige verdere probleme ondervind. Ter vaslegging moet die berader belangrike inligting herhaal en sy/haar naam en kontakbesonderhede aan die kliënt gee. Verduidelik aan die kliënt dat dit normaal is om nie al die bespreekte inligting op een slag in te neem nie en dat sy welkom is om weer kontak te maak.

Brien en Fairbairn (1996:52) is daarvan oortuig dat berading beskikbaar moet wees aan elkeen wat ’n keuse omtrent swangerskap moet maak. Blackburn, Geller, Hatcher, Rinehart & Shelton (2001:43) voel dat selfs vroue wat van ’n vaginale metode van kontrasepsie gebruik maak, sal baat by goeie berading. Berading bied geleentheid vir ontdekking, verduideliking en raadgewing. Hierdie mening word gedeel met Brien en Fairbairn in ’n dokument gepubliseer by Die Verenigde Nasies se Internasionale Konferensie oor Populasie en Ontwikkeling. In paragraaf 8.25 van dié Konferensie se Program vir Aksie, word daar gemeld dat vroue met ongewenste swangerskappe, toegang tot betroubare inligting en deernisvolle berading moet hê (Gribble, 2003:1). Die Wêreld Gesondheidsorganisasie meld dat die helfte van alle swangerskappe wêreldwyd ongewens is en dat die helfte van hierdie swangerskappe in aborsies opeindig (Gribble, 2003:10). In 1994 het Brook ’n studie onderneem waartydens kliënte se verwagtinge van beraders nagevors is. Die mees algemene verwagting van vroue tydens sy studie was dat hulle iemand soek wat ‘verstaan’. Na aborsieberading, het kliënte gemeld dat hulle veel minder inligting uit die sessies gekry het as verwag, maar hulle is verstaan, ondersteun en hulle kon oor hul gevoelens en ervarings praat. ’n Totaal van 96% het berading as hulpvaardig ervaar (Brien & Fairbairn, 1996:94). Allen (1982), aangehaal in Brien & Fairbaim (1996:56), is van mening dat kliënte wat veral kan baat by berading is dié wat meer geneig is om op psigologiese vlak te ly na ’n aborsie. Hulle sluit in:

- adolessente;
- kliënte wat nie vroeër verliese in hul lewe kon verwerk nie;
- kliënte wat aan depressie of ander psigiatriese steurings ly;
- kliënte met ’n geskiedenis van ginekologiese probleme;
- kliënte met ’n geskiedenis van herhaalde miskrame, aborsies of gekompliseerde geboortes;
- kliënte wat baie angstig is;
- kliënte met ’n geskiedenis van fisiese, seksuele of psigologiese mishandeling;
- kliënte met eetsteurings, verslawings of kompulsiewe gedrag; en
- kliënte wat die aborsie vir mediese redes ondergaan.

Mans kan emosioneel betrokke voel, maar sal nooit swangerskap en aborsie direk ervaar nie. Dit is dikwels so dat mans hul vroue na beradingsessies vergesel. Om uitgesluit te word laat die man dikwels onbelangrik voel.

2.8 Reproduktiewe berading

Blackburn *et al*. (2001:101) meld dat berading van kardinale belang is. Deur berading help gesondheidspersoneel die kliënt om hul eie keuse rondom reproduktiewe gesondheid en gesinsbeplanning te maak en uit te oefen. Goeie berading laat die kliënt tevrede.

Goeie berading hoef nie noodwendig baie tyd in beslag te neem nie (Blackburn *et al*. 2001:102), maar vereis voldoening aan vyf beginsels en die dekking van voorgeskrewe onderwerpe.

1. Behandel elke kliënt goed: die berader moet hoflik wees en respek vir die kliënt as mens toon. Daar moet 'n gevoel van vertroue tussen die berader en die kliënt ontstaan, sodat die kliënt vrylik sensitiewe onderwerpe met die berader kan bespreek. Daar moet 'n sin van konfidensialiteit wees wat ook vertroue bou. Die berader moet vrae openlik en eerlik beantwoord.

2. Interaksie is belangrik: die berader moet aktief na die kliënt luister en ook in gedagte hou dat elke kliënt verskillende belange op die hart dra.

3. Pas inligting aan sodat dit by die kliënt pas: die stadium van lewe waarin die kliënt haarself bevind sal die manier van inligtingsoordrag bepaal. Gee akkurate inligting in die taal van keuse. Hou ook die opleidingsvlak van kliënt in gedagte.

4. Vermy oormatige inligting. Kliënte benodig inligting om ingeligte besluite te kan neem, maar te veel inligting op een slag kan kliënte verwar. Dit gebeur ook wanneer daar 'inligtingsoorlading' plaasvind en daar minder tyd oor is om kliënte se vrae en bekommernisse te bespreek.

5. Help die kliënt om te onthou en te verstaan: die berader kan inligtingspamflette gebruik ter illustrasie. Maak van tyd tot tyd seker dat die kliënt nog die sessie volg en alles ten volle verstaan.

2.9 Transkulturele berading

Brien en Fairbairn (1996:72) is van mening dat spesiale aandag gewy moet word aan situasies waar daar 'n wanbalans of verskil tussen berader en kliënt is as gevolg van ras, kultuur, klas, seksuele oriëntasie of opleiding. Die berader moet sy/haar eie gevoelens en vooroordeel op sy stoot en die kliënt met die nodige respek en agting behandel. Die berader moet die kliënt toelaat om haar kulturele norms te verduidelik as sy die behoefte daaraan het. In die geval wat die kliënt en berader nie

dieselfde taal praat nie, moet daar ’n tolk ontbied word. Die berader moet geduldig wees en nie tekens van irritasie toon in hierdie situasie nie.

2.10 Faktore wat die vrou se besluitneming beïnvloed

Volgens Bankole, Singh & Haas (1998), aangehaal uit Gribble (2003:3), het vroue met verskillende gelowe se behoeftes vir ‘n aborsie verskil. ‘n Voorbeeld hiervan is dat wedergebore Christene en Katolieke minder aborsies ondergaan as hoofstroom Protestante. In die Moslem geloof is daar ‘n algemene siening dat inidien die aborsie die vrou se lewe kan red, dit aanvaarbaar is. Binne die Moslem geloof is daar verskeie skole van denke wat besorgd is oor die siel van die fetus wat geaborteer word. Indien ‘n aborsie uitgevoer word vir ‘n ander rede as om die vrou se lewe te red, is die vrou en die gesondheidwerker onder geloofsveroordeling. Hierdie kenmerke moet in gedagte gehou word in pre-aborsie en post-aborsie fases van die vrou wat ‘n geïnduseerde aborsie versoek.

2.11 Gevolgtrekking

Die oplos van morele probleme vereis veelvlakkige en komplekse mense wat ware gevoelens en belangstelling het en gereeld met moeilike besluitnemings te doen kry. Ten spyte van die uitdagings wat verpleegkundiges in die gesig staar wanneer daar met morele probleme gewerk word, is daar verskillende benaderings wat dit moontlik maak om realiteit te aanvaar. Individue is geregtig daarop om besluite te neem wat betrekking het op hul eie welsyn, gebaseer op akkurate inligting deurgegee deur gesondheidswerkers. Verpleegkundiges het die verantwoordelikheid om persone in te lig oor die verpleegsorg wat tot hulle beskikking is. Die kliënt het die reg om sulke sorg te aanvaar of te verwerp. Die kliënt het ook die reg tot konfidensialiteit van haar mediese rekords. Die belangrikste is dat die kliënt self ‘n besluit moet maak, gebaseer op korrekte gegewe inligting en nie verplig mag word om enige spesifieke besluit te neem nie.

2.12 Implikasies en gevolge van aborsies

Die risiko van moederlike sterftes van die tweede trimester aborsies verhoog met 15 tot 30% elke week na die agste week van swangerskap (Evangelisti, 2000:33). Dit kan voor kom as gevolg van:

Agtergeblewe produkte van konsepsie. ’n Kondisies waar desidua en fetale weefsel in die uterus agter bly, is ’n relatiewe algemene aborsie verwante komplikasie. Agtergeblewe produkte is meer algemeen na tweede trimester geïnduseerde aborsies (Grimes, Schulz & Cates: 1997). Kliënte met agtergeblewe produkte presenteer gewoonlik met ’n skerp of krampagtige laer abdominale pyn en

bloeding. Simptome verskyn gewoonlik binne die eerste week en kliënte met subtiele simptome is daartoe geneig om nie onmiddelik hulp te soek nie. Infeksie kom selde voor.

Post-abortale hematometra verwys na 'n versameling bloedstolsels. Akkumulasie van post-abortale bloed varieer van volume en van wanneer dit begin. Wanneer groot volumes bloed in die uterus versamel, kan hipotensie voorkom. Akkumulasie van stolsel kleiner as 100 cc is meer algemeen en bly meestal vir weke asimptomaties. Kliënte ondervind donker rooi kleurige stolsels, pelviese druk en koors.

Aanleidende oorsake tot moontlike **bloeding** kan die volgende wees: servikale laserasie, skeure, agtergeblewe produkte, atonus van die uterus, uterus ruptuur, stollingspatologie, en abnormaliteite van die plasenta. Die verhoogde risiko's by gestasie periode van meer as tien weke is die ouderdom van die moeder, pariteit, vorige keisersnitte, hoeveelheid littekenweefsel aan die uterus, fibroïede aan die uterus, en 'n geskiedenis van vorige post-aborsie of post-partum bloeding.

Uteriene Hipotonus of **atonus** is 'n ernstige komplikasie van geïnduseerde aborsies as gevolg van die moontlikheid van bloeding wat dit kan veroorsaak. Wanneer daar oormatige bloedverlies tydens, of onmiddelik na die prosedure van die aborsie is, moet dit altyd in gedagte gehou word as 'n moontlike oorsaak.

Wat **plasentale abnormaliteite** betref, het ultraklank studies aangetoon dat plasenta praevia van 2% tot 6% in die tweede trimester varieer. Getalle is aansienlik hoër indien laag liggende plasentas ook ingesluit word.

Verspreide intravaskulêre koagulasie is 'n ongereelde komplikasie van aborsie. Die risiko verhoog met gevorderde gestasie, verlengde fetale dood, plasentale abrupsie, plasenta praevia of "accrete", embolis as gevolg van amnionvog, sepsis, en massiewe bloedverlies. Verspreide intravaskulêre koagulasie word moeilik herken weens die skaarste daarvan.

Infeksie is ongewoon na mediese aborsies tot en met 63 dae na die laaste menstruele periode. Tekens en simptome van *endoparametritis* verskyn binne 48 tot 96 uur nadat 'n aborsie plaasgevind het. Kliënte presenteer met pyn, koors, pelviese teerheid, en 'n verhoogde witbloedseltelling. Onbehandelde infeksie kan lei tot chroniese pelviese pyn, dispareunie, infertiliteit, en sepsis. Risiko faktore vir post-abortale infeksie sluit in 'n ouderdom van 20 jaar en jonger, nulligraviditiet, vorige pelviese inflammatoriese siektes, en die teenwoordigheid van patogene in die serviks tydens aborsie. *Pelviese absesse* kom nie algemeen voor na 'n geïnduseer tweede trimester aborsie nie. Daar is 'n

verhoogde verwagting van absesse in vroue met ‘n lae weerstandige immuniteit, soos vroue wat met MIV geïnfekteer is of substanse misbruik. Die meeste kliënte met pelviese absesse is akuut siek met erge abdominale of pelviese ongemak, hoë koors, abdominale teerheid, en ‘n buitengewone pyn aan een of beide kante. Die diagnose van ŉ *septiese aborsie* word gemaak wanneer die kliënt ŉ koors van 38ºC of hoër het, en die sepsis in die laer genitale streek of die uteriene holte geleë is (Odendaal, Schaetzing & Kruger, 2001:166).

Uteriene besering kan die volgende insluit: *skeure van die eksterne servikale os* wat meestal veroorsaak word deur die gebruik van instrumente, of deur groot fetale dele; *hoë servikale skeure* wat resulteer as gevolg van geïnduseerde beserings in die interne servikale os. Die besering kan gedeeltelik of vol-dikte wees. Dit kan later ‘n deurgang na die paraservikale spasie veroorsaak. Hierdie laserasie kan voorkom gedurende geïnduseerde kraam en instrumentele prosedures. Soms ontwikkel groot, pynlike hematome wat lei tot anemie of hipovolemie. Uteriene perforasie syfers is die hoogste in opleiding en in gevalle van gevorderde gestasie. *Perforasie van die miometrium* ontstaan wanneer instrumente verder gaan as wat verwag word, gewoonlik met onsigbare weerstand, wanneer oormatige bloeding voorkom, of wanneer kontak met die oppervlak van die endometrium verbreek is gedurende aspirasie of kurettasie. Waarneming van ontlasting of netvet in die kanaal, die serviks, of geaspireerde klanke wat onbetwisbaar voorkom, is ‘n bewys van perforasie. *Uteriene ruptuur* is ongerapporteerd vir die eerste trimester van aborsie, maar kom by geleentheid voor met beide instrumentele en kraam induksie gedurende die tweede en derde trimester aborsies. *Asherman sindroom* bevat twee onderskeidelike vorms van intra-uteriene littekens: servikale stenose en intra-uteriene vergroeiings. Nagevolge sluit sekondêre infertiliteit, spontane aborsie, en pre-term geboortes in. Asherman sindroom presenteer met amenoree. Post-aborsie bloeding is ook gewoonlik afwesig. Die kliënt kan ‘n geskiedenis van sikliese krampe en ander premenstruele simptome hê.

Verskeie tipes **emboli** kan voorkom na afloop van ‘n aborsie. ‘n *Amniotiese vog embolus* is fataal. Dit is die mees algemene pre-partum sterftes oorsaak. Risiko’s van amniotiese vog embolus verhoog met gevorderde gestasie, kraam geïnduseerde metodes en ‘n histerotomie. Die algemeenste presentasie van amniotiese vog emboli is kollabering van die kardio-respiratoriese stelsel. Soms kom dispnee, hipotensie en kardiale elektromeganiese dissosiasie voor. Onderliggende risikofaktore vir ‘n *pulmonale embolus* gedurende swangerskap kan obesiteit, hipertensie, kanker, familie geskiedenis van emboli, kontra-indikasie van orale kontraseptiewe middels, of staking van heparienterapie vir diep veneuse trombose as gevolg van newe effekte, insluit. Simptome kan nie-spesifiek voorkom en wyd varieer. Klassieke simptome sluit in: vinnige asemhaling, pleuritiese borskaspyn, angstigheid, en hoes. Arteriële hipoksemie kom in die meeste van die kliënte voor.

Tydens ‘n aborsie kan ‘n **vasovagale reaksie** plaasvind met ‘n paraservikale narkose blok of servikale dilatasie. Die kliënt kan die volgende simptome toon: vel raak koud en klam, duiseligheid, naarheid, matige hipotensie, en ‘n bradikardie van 30 tot 50 slae per minuut. Verbygaande onwillekeurige spier aktiwiteite kan ook voorkom. Disoriëntasie en selfs bewussynsverlies kan voorkom.

Ware **anafilakse** benodig sintetisasie. Manifestasie is meestal lig en veroorsaak ‘n blosing of urtikaria. In erge vorms veroorsaak dit akute brongospasma, verhoogde alveolêre-kapilêre vermoë, hipotensie wat kan lei tot lugweg obstruksie, hipotensiewe skok en pulmonale edeem wat geassosieer word met respiratoriese nood sindroom.

Vyf persent van kliënte wat aborsies versoek, rapporteer dat hulle afwisselend asma medikasie gebruik as gevolg van **asmatiese reaksies**. Alhoewel akute asma aanvalle in goed beheerde aborsie kliënte selde voorkom, moet daar voorsorg getref word vir ernstige asma komplikasies.

Wanneer **epilepsie** voorkom, afgesien van wat die oorsaak is, word dit altyd dieselfde behandel. Sulke behandeling sluit in om die tong weg te neem van die orofarings, ‘n suurstofmasker te voorsien, en parenterale antikonvulsante toe te dien.

Beëindiging van swangerskappe vind plaas in vroue met ongewenste swangerskappe, sowel as in vroue wat nie self die besluit maak om die swangerskap te termineer nie. Laasgenoemde geskied meestal as gevolg van ‘n dreigende gevaar vir die moeder en/of die fetus. In so ‘n geval kan dit wees dat die moeder moontlik al lank sukkel om ‘n kind van haar eie te hê. Die **impak op emosionele en psigologiese vlakke** na afloop van die aborsie in hierdie twee gevalle, sal dus drasties verskil. Aangesien ons fokus op die vrou met ‘n ongewenste swangerskap, sal daar ook meer gefokus word op die emosionele impak wat volg nadat die vrou self besluit het op die terminasie.

‘n Ongewenste swangerskap is ‘n krisis vir die persoon wat dit beleef (Kero, Högberg & Lalos, 2004:2561). Soos reeds vroeër in die studie genoem, kom ongewenste swangerskappe in beide volwassenes en adolessente voor. Gevolge van aborsies is erger ervaar deur adolessente as deur volwassenes. Dit word bevestig in ‘n studie wat deur Evangelisti (2000:32) uitgevoer is.

Een van die hoof redes hiervoor is ook dat adolessente fisies en psigies nog nie voldoende gegroei en ontwikkel het soos volwassenes nie. Dus gaan hulle liggame nie net fisies langer vat om die terminasie, of selfs net die swangerskap, te verwerk nie, maar sal hulle ook emosioneel tot ‘n erger mate beïnvloed word.

Daar word 'n hele aantal verskeie emosies ervaar na afloop van 'n aborsie. Sommige hiervan is duidelik afkomstig van psigologiese prosesse wat voor die prosedure al plaasvind. Sommige vroue verloor eenvoudig belangstelling en kom baie emosioneel voor, terwyl ander angstig en bang is (De Puy & Dovitch, 1997:44). Om duidelikheid oor elkeen te verseker, gaan al die onderskeidelike gevolge net oppervlakkig bespreek word.

Alhoewel dit vreemd mag klink, is een van die hoof gevoelens nadat die aborsie plaasgevind het, 'n *gevoel van verligting*. Die feit dat die prosedure iets van die verlede is en dat haar status van swanger wees nou weer na een van 'nie-swanger' verander het, bring baie verligting. Nog 'n rede vir hierdie verligting word deur De Lourdes Ferreira da Costa, Hardy, Duarte Osis & Faúndes (2005:142) bevestig. Dit is dat die vrou voel haar besluit was die regte een. In 'n studie wat op 114 post-aborsie vroue uitgevoer is, het 64% getoon dat hulle 'n uitermatige gevoel van verligting ervaar het (Osofsky & Osofsky, 1973:190).

Evangelisti (2000:34) het ook gevind dat nog een van die positiewe ervarings van post-aborsie vroue, een van *gelukkig* wees is. Dit is te danke aan die opheffing van 'n ongemaklikheid en ook moontlik skaamte wat op haar skouers gerus het. Vroue met ongewenste swangerskappe wil nie openlik oor hulle situasie praat nie, as gevolg van die stigma wat daaraan gekoppel word (Story, 1999). Dit lei dikwels daartoe dat niemand bewus is dat sy swanger was nie. Hulle krop die gevoelens op, hou alles vir hul self, en ontken gewoonlik enige aantuigings. Dit gebeur meestal in adolessente wat op 'n aborsie besluit het.

In teenstelling met dit wat genoem is, word daar dikwels ook negatiewe emosies ervaar en kan die psigologiese impak langtermyn gevolge ook hê (The Care of Women…,2000:9). Wanneer 'n vrou egter vooraf voldoende ingelig word oor elke aspek, risiko, voordeel, newe-effek en beskikbare metode, sal die emosionele gevolge soveel meer beperk wees (Post-abortion Family Planning, 1997:14).

Verskeie studies is al gedoen aangaande die emosionele impak van aborsies op vroue, en een van die mees algemene aspekte gevind, is dat vroue *depressief* raak (Pope, Adler, & Tschann, 2001:8). Sommige vroue ontken dit omdat daar verskillende wyses is waarop depressie kan presenteer, en hulle onbewus is daarvan. Nagmerries, terugflitse en 'n ingekorte funksioneringsvlak is onder andere simptome van depressie (Osofsky *et al*., 1973:543).

Algemene angssteuring is ook geneig om te ontwikkel, en Cougle, Reardon & Coleman (2005:141) het in hulle studie gesien dat die tempo van onderliggende algemene angssteuring onder vroue wat

aborteer, baie hoër is in vergelyking met vroue wat ongewenste swangerskappe wel tot term dra. Volgens Burke & Reardon (2002) kan algemene angs ‘n logiese manier vir post-aborsie stres wees om te manifesteer.

In bogenoemde geval kan ‘n persoon se werks-, interpersoonlike-, sosiale-, sowel as ander belangrike areas van funksionering klinies betekenisvol aangetas en/of drasties beperk word deur algemene angs (Emsley & Pienaar, 2002:393).

Ons het nou wel afsonderlik na die ontwikkeling van depressie en angs gekyk, maar ‘n oorvleuling van simptome kan ook plaasvind. Faure (1999:5) het gesê dat ‘n *gemengde angs-depressie sindroom* kan ontwikkel wat dikwels met repressie of ontkenning manifesteer. Hierdie stelling kan verder gevat en ondersteun word deur Osofsky *et al*. (1973:194), wat sê dat daar moontlik ‘n verswakte geestes-gesondheidstatus kan ontstaan.

Vroue is volgens Hopkins, Zeedyk & Raitt, (2005:398) ook geneig om in ‘n stadium van totale *ontkenning* te gaan na terminasie van haar swangerskap. Hierdie stadium duur dikwels veel langer in gevalle waar visualisering van die fetus tot die vrou se aanskouing gerig is.

Post-aborsie kan die betrokke vrou in *berou* gaan. Hierdie is egter ‘n proses met vyf spesifieke fases soos deur Dr. Elizabeth Kübler-Ross in De Puy *et al*. (1997:172) uiteengesit is. Dit behels, in hierdie volgorde; ontkenning, woede, bedinging, depressie en aanvaarding.

Ons het reeds vroeër in die navorsing na ontkenning en depressie verwys. Om net ‘n bietjie meer uit te brei oor die *woede* waarna in die rou-proses verwys word, kan dit volgens De Puy *et al*. (1997:111) tot meer as een afsonderlike aspek gerig wees. Hierdie woede kan teenoor mans wees (dikwels gevind in geval van verkragtings), teenoor die medici (in gevalle waar onvoldoende inligting vooraf weergegee is (Moscovis, 2001), of berading nie plaasgevind het nie), teenoor haarself (moontlik vir die neem van die besluit en twyfeling of dit die regte besluit was), en ook teenoor ander partye.

Eers wanneer die vrou stap vir stap deur die eerste vier fases van die rou-proses gewerk het, sal sy psigologies sterk genoeg wees om die gebeurtenis te aanvaar. Wanneer dìt gebeur het, sal die vrou kan sê dat sy gereed is om aan te beweeg en vrede te maak met die gebeurtenis.

Indien daar nie die nodige hulp en ondersteuning verkry word nie, kan so ‘n situasie verder vererger, en *‘post-aborsie traumatiese sindroom’* (Harris, 2004:106) kan ontwikkel. Hierdie sindroom is baie nou verwant aan post-traumatiese stres sindroom (PTSD), wat volg na die ervaring of waarneming van ‘n

uiters traumatiese gebeurtenis, en psigologiese simptome van so aard is dat dit die persoon se funksionering inkort.

Daar ontstaan ook ‘n moontlikheid vir die ontwikkeling van *verslawings* (De Puy *et al*., 1997:57). Dit sluit substans en alkohol misbruik en afhanklikheid, sowel as verslawings ten opsigte van voedsel, werk, geld spandering en seks in. Wat die obsessies met byvoorbeeld voedsel weer tot gevolg kan hê, is eetsteurings soos Anoreksia Nervosa as gevolg van ‘n afname in apteit.

Alhoewel suksesvolle *selfmoorde* in swangerskap skaars is, is daar volgens David, Friedman, Van der Tak & Sevilla (1978:18), wel ‘n verhoging in die selfmoordsyfer in ongewenste swangerskappe. Om seker te wees daarvan dat enige tekens opgetel word, is dit belangrik dat ons tussen gevoelens van skeiding, afgesondering en isolasie onderskei (De Puy *et al*., 1997:64), en korrekte diagnoses maak. Dit sal ‘n duidelike aanduiding gee van die risiko in verband hiermee.

Ander emosionele simptome wat kan voorkom is *irritasie, aggitasie ‘n verswakte slaappatroon* en *afname in sosialisering*. Hierdie onttrekking uit die samelewing kan ook ‘n aanwysing wees van moontlike onderliggende post-aborsie psigose (Osofsky *et al*. 1973:315).

Skuldgevoel is nog een van die hoofeffekte wat beleef word na ‘n terminasie van swangerskap (Story, 1999). Wanneer die prosedure verby is en die vrou keer terug huistoe, begin sy vir die eerste keer logies dink, en dan is dit te laat. Dit is waarom dit ons plig is om seker te maak elke vrou met ‘n ongewenste swangerskap die nodige vooraf berading kry, en genoeg tyd gegee word om ‘n besluit te neem wat tot haar voordeel gaan tel. Hierdie skuldgevoel gaan oor ‘n hele aantal faktore en sluit die feit in dat daar onsekerheid is of aborsies as moord geklassifiseer word.

Dit is ook egter wat ons as navorsers tewagte was, maar daar selde drastiese emosionele gevolge post-aborsie gerapporteer (The Care of Women…, 2000:5). Dit word weer deur Osofsky *et al*. (1973:193) verklaar volgens die bevindinge dat ‘n klein persentasie van die vroue wat vir vooraf berading gegaan het, terugkeer na die fasiliteit vir berading na terminasie van die swangerskap. Alhoewel daar beredeneer word dat die rede hiervoor is dat vroue aanvanklik dink hulle instaat is om hul eie emosies te hanteer en nie hulp nodig het nie, is daar tot dusver nie konsensus oor die saak bereik nie. Verdere ondersoek gaan ingestel word.

Alhoewel elke vrou wat ‘n aborsie ondergaan het ‘n groot rikiso loop om van hierdie emosionele faktore te ervaar, het navorsing op vroue se psigologiese reaksies op aborsies gehelp om risiko

faktore vir negatiewe post-aborsie hantering te identifiseer. *Risiko faktore* volgens Harris (2004:106-107) sluit die volgende in:

- demografiese faktore;
- minderjariges;
- tweede-trimester aborsies;
- moeilik om aborsie besluit te neem;
- swangerskap intensie;
- verminderde sosiale ondersteuning;
- lae selfbeeld;
- eksterne lokus van beheer;
- veelvuldige aborsies;
- ‘n algemene tekort aan psigososiale stabiliteit; en
- self-blaam vir ondergaan van aborsie.

Indien nie een van die bogenoemde risiko faktore op ‘n vrou van toepassing is nie, en sy minimale psigologiese gevolge lei, sal daar steeds na afloop van die terminasie van swangerskap ‘n verandering in gedrag wees (Osofsky *et al*., 1973:310). Of sy dit gaan ontken al dan nie, lei elke slagoffer van so ‘n proses aan psigologiese stres (Post-abortion Family Planning, 1997:11).

Een van die maniere om die psigologiese gevolge tog tot ‘n effense mate te verminder, is deur ‘n privaat omgewing te verseker indien berading plaasvind. Benson (1992) het ook voorgestel dat dit verkieslik ‘n toe deur insluit (Post-abortion Family Planning, 1997:28). Verseker die vrou dat alle gesprekke konfidensieel is en ook so gehou sal word.

2.13 Verskillende metodes van aborsie

Vir die hantering van ‘n vroeë aborsie (tot op nege weke gestasie), is die eerste uitdaging om die metode van vroeë aborsie vas te stel wat vir die vrou geskik sal wees, gebasseer op mediese en ander faktore. Die volgende stap is om die persoon te lei om ‘n keuse te maak, deur die verskillende opsies objektief en deeglik te verduidelik. In die meeste gevalle kan ‘n aborsie veilig uitgevoer word, onbepaald of dit medies of chirurgies is (Paul, Lichtenberg, Borgatta, Grimes & Stubblefield, 1999:63).

DIE SELEKSIE VAN METODE VAN VROEë ABORSIE
MEDIESE METODES * moet alle stappe van die regime kan voltooi; * bereid wees om te wag vir aborsie om uitgevoer te word (dit kan paar weke duur); * moet bloeding en krampe kan hanteer; * moet opvolgbesoeke nakom; * moet probleme kan identifiseer en hulp soek indien dit nodig is; en * besef dat sy wel chirurgiese metode moet ondergaan indien die metode nie suksesvol was nie. CHIRURGIESE METODE * wil vinnige resultate hê; * verkies dat dokter die hoofrol het; * kan algemene narkose ondergaan; en * koppel groter sekerheid aan aborsie.

Paul *et al.* in A Clinician's guide to medical and surgical aborsion (1999:64).

2.13.1 <u>Mediese metodes</u>

Mediese aborsie: Volgens Paul *et al.* in '*A Clinician's guide to medical and surgical aborsion*' (1999:63-65), is dit die gebruik van nie-chirurgiese metodes om van die ongewenste swangerskap ontslae te raak.

Die **mediese tegniek** word volgens Paul *et al.* (1999:68) in later swangerskap terminasie slegs gedoen wanneer daar nie 'n dokter is om die dilatasie en lediging (D&E tegniek) te doen nie. Dit behels die inplaas van 'n hipertoniese oplossing en die administrasie van uterotoniese middels. Laasgenoemde sluit prostaglandien administrasie as tablette, setpille of inspuitings in. Intraveneuse oksitosien is nog 'n alternatief. Huidiglik word die hipertoniese oplossing met prostagladines vervang, as gevolg van rare maar ernstige komplikasies wat kan intree. Dit lei tot induksie van uteriene kontraksies wat lei tot die uitwerping van sommige van die produkte van konsepsie.

Verskillende tipes kan gebruik word. Volgens Paul *et al.* in '*A Clinician's guide to medical and surgical aborsion*' (1999:65) is *mifepristone* 'n 19-norsteroïd wat funksioneer as 'n progesteroon-antagonis. Tesame met 'n prostagladien analoog word mifepristone effektief gebruik vir die terminasie van swangerskappe van nege weke gestasie. Kontra-indikasies vir die gebruik van mifepristone is vermoedelike of bevestigde ektopiese swangerskap, chroniese nierversaking, herhaaldelike langtermyn gebruik van kortikosteroïed terapie of bloedings versteurings. Ernstige anemie is ook 'n kontra-indikasie, omdat bloeding kan ontstaan. Volgens Gold, Lukas, & Anderson in '*A Family*

Physician', 56(2) 1997, is mifepristone ‘n antiprogesteroon. Deur die antagonisering van progesteroon-reseptore in die endometrium, veroorsaak mifepristone die afbreek en wegbreek van die embrio.

Volgens Gold *et al.* (1997) is *misoprostol* ‘n sintetiese prostaglandien analoog vir die voorkoming van gastriese ulkusse. Die middel word goed geabsorbeer deur die gastrointestinaleweg, sowel as die vaginale mukosa. Misoprostol maak die serviks sag en stimuleer uteriene kontraksies. Alhoewel dit al as ‘n enkel agent gebruik is, is dit meer effektief wanneer dit in kombinasie gebruik word.

Volgens Paul *et al.* in ‘*A Clinician's guide to medical and surgical aborsion*' (1999:66) is *methotrexate* ‘n foliensuur-antogonis wat selgroei voorkom en daarvoor word die groei van trofoblastiese weefsel geïnhibeer. Kontra-indikasies sluit chroniese nier of lewer siekte, ernstige anemie, akute inflammatoriese derm siekte, onbeheerde konvulsies of bekende allergieë in.

Mediese metode van vroeë aborsie

In alle mediese aborsies is dit essensieel om ‘n akurate gestasie datum te bepaal. Mediese aborsie is die suksesvolste binne 49 dae vanaf laaste menstruele periode, alhoewel dit nog tot 63 dae (nege weke) van amenoree suksesvol gedoen kan word. Om ‘n akkurate datum vas te stel, word ‘n vaginale sonar aanbeveel. ‘n Swangerskaptoets en bimanuele pelviese ondersoek moet ook uitgevoer word.

Die algemeenste mediese metode vir vroeë aborsie behels *mifepristone-misoprostol*. In die geval waar die vrou minder as 63 dae (nege weke) amenoree het, word 200 mg mifepristone op dag een oraal toegedien. In die geval waar aborsie na twee dae nog nie plaasgevind het nadat die mifepristone toegedien is nie, moet die vrou misoprostol 0.4 mg oraal of 0.8 mg vaginaal toegedien word. Hierdie metode word as veilig en suksesvol beskou (Paul *et al.*, 1999:65). Binne vier uur na die neem van misoprostol, ervaar ongeveer 80% van vroue vaginale bloeding en krampe. Gedurende hierdie periode ervaar ongeveer twee derdes van vroue wat misoprostol geneem het, uitwerping van die swangerskap. Ongeveer driekwart ervaar uitwerping binne 24 uur, en 80 tot 95% van vroue aborteer binne twee weke, afhangende van die gestasie ouderdom waarop behandeling begin is (Paul *et al.*, 1999:65). Vroue keer tussen een en twee weke weer terug. Daar moet dan ondersoek ingestel word om te bepaal of volledige aborsie plaasgevind het. Indien bloeding nie plaasgevind het nie, of daar ‘n kans is dat aborsie nie plaasgevind het nie, kan ‘n verdere dosis van 0.8 mg misoprostol vaginaal gegee word. Wanneer ‘n vaginale ultrasonar gedoen word en daar is embrio-kardiale aktiwiteite, moet ‘n chirurgiese aborsie so gou as moontlik gedoen word (Paul *et al.*, 1999:65).

Die ander metode is *methotrexate-misoprostol*. Aborsies wat deur middel van methotrexate en misoprostol uitgevoer word, is goed deur kliënte aanvaar. Dit word ook gebruik vir die behandeling van

ektopiese swangerskappe en vir die terminasie van intra-uteriene swangerskappe. Tesame met die gebruik van misoprostol, is die behandeling 90% effektief (Paul *et al.*, 1999:66).

Die meeste protokolle behels intramaskulêre inspuiting van methotrexate, alhoewel orale doserings ook effektief is. Drie tot sewe dae later kry die vrou 'n vaginale dosering van 0.8 mg misoprostol. 'n Dosis misoprostol kan herhaal word indien uitwerping nie binne die eerste paar ure plaasvind nie. Een tot twee weke na die prosedure moet vroue weer terug kliniek toe gaan vir hulle opvolg. Indien die swangerskap na hierdie twee weke gegroei het, is 'n chirurgiese aborsie nodig. Die prosedure benodig drie of meer weke om suksesvol te wees (Paul *et al.*, 1999:67).

Aanvaarbare protokol behandelings waarin die vrou 'n keuse het, is:
* Mifepristone 200 mg oraal, gevolg deur misoprostol 0.8 mg (4 tablette van 0.2 mg) vaginaal, 36 tot 48 uur later.
* Methotrexate IMI of oraal, gevolg deur misoprostol 0.8 mg vaginaal.

Voordele, nadele en komplikasies van mediese prosedures (Gold *et al.*, 1997).

Voordele:

- dit kan in 'n vroeër stadium as die suig prosedure gedoen word;
- dit kan weke van angs, naarheid en ander simptome van swangerskap vermy terwyl hulle moet wag vir 'n chirurgiese prosedure;
- mediese prosedure is privaat;
- net die vrou en die dokter of suster is betrokke in die besluit;
- baie vroue het gesê dat hulle meer in beheer voel tydens 'n mediese prosedure;
- dit is 'n veilige en eenvoudige prosedure;
- dit is 'n nie-chirurgiese prosedure; en
- dit is nie duur nie en is wyd bekikbaar.

Nadele:

- mediese prosedure neem langer om te voltooi as chirurgiese prosedure;
- dit is 'n 'geïnduseerde miskraam' en die verloop is minder voorspelbaar;
- bloeding en krampe kan ure tot dae duur;
- die vrou kan 'n dag of twee van werk of klas weg bly;
- naarheid, braking en diaree kan voorkom;
- vir sommige vroue neem dit langer as twee weke vir die aborsie om uitgevoer te word;
- in enkele gevalle kan die vrou baie erg bloei en dan word 'n suig prosedure benodig;
- 90 tot 95% sukselvol teenoor die 98 tot 99% sukses van 'n chirurgiese prosedure;
- vlak van ongemak wat vrou ervaar is langer as chirurgiese prosedure; en

- hoofpyn, lighoofdigheid en bewerasies kan voorkom.

Komplikasies:

- infeksie;
- bloeding;
- oorblyfsels van weefsel;
- uteriene perforasie;
- servikale beserings;
- hospitalisasie; en
- latere komplikasie van pelviese infeksie.

2.13.2 Chirurgiese tegniek

Chirurgiese aborsie: Volgens Paul *et al.* in '*A Clinician's guide to medical and surgical aborsion*' (1999:67), is dit die gebruik van chirurgiese metodes om van 'n ongewenste swangerskap ontslae te raak.

D&E is 'n **chirurgiese tegniek** wat die dilatasie van die serviks behels, gewoonlik met osmotiese dilators, gevolg deur die lediging van die uterus (Paul *et al.*, 1999:113).

Chirurgiese metodes van vroeë aborsie

Die hoof metode van vroeë chirurgiese aborsie is *vakuum aspirasie*, wat gedoen kan word deur die gebruik van 'n naald (manuele vakuum aspirasie) of 'n elektriese pomp (elektriese vakuum aspirasie). Servikale dilatasie kan nodig wees, afhangende van die gestasie van die swangerskap. Die hoof voordeel van chirurgiese metodes is dat dit eenvoudig en vinnig is en dit word geassosieer met lae risiko vir komplikasies of mislukking. 'n Nadeel is dat die vrou langer moet wag as met 'n mediese aborsie voordat die prosedure uitgevoer kan word (Paul *et al.*, 1999:67). Van nege tot veertien weke gestasie is die algemene prosedure vakuum aspirasie. Die seleksie van metode vir latere aborsie hang af van die gestasie ouderdom. Chirurgiese aborsie by D&E tegniek is veiliger as mediese metodes wanneer dit by 18 week gestasie uitgevoer word (Paul *et al.*, 1999:67-68).

2.13.3 Voorbereiding van die kliënt

Volgens die Wes-Kaapse Departement van Gesondheid is daar spesifieke riglyne vir die hantering van aborsies ten opsigte van kliënt beraming en voorbereiding:

- die kliënt se naam en die datum moet duidelik gestipuleer word;

- geskiedenisneming moet verkry word wat haar volledige mediese geskiedenis insluit;
- die swangerskap moet bevestig word met 'n uriene swangerskap toets;
- ‘n fisiese ondersoek wat uit abdominale palpitasie, spekulum en bimanuele ondersoek bestaan, moet uitgevoer word;
- die gestasionele ouderdom moet bepaal word volgens datums en deur bimodale pelviese ondersoek;
- enige seksueel oordraagbare siekte moet geskikte behandeling ontvang (Sindroom benadering);
- die kliënt moet ten volle berading ontvang;
- die prosedure moet ten volle aan kliënt verduidelik word;
- die relevante ondersoeke moet gedoen word , insluitend Hb, RPR en Rh-faktor;
- die opvolg afspraak moet gemaak word om effektiewe kontrasepsie in die toekoms te gebruik en om post-aborsieberading uit te voer; en
- die standaard verwysingsbrief moet voltooi word en aan kliënt gegee word, indien van toepassing. Daar moet duidelik gemaak word of die kliënt terug na ‘n primêresorg werker verwys is, asook die plek van verwysing.

Voor die uitvoer van ‘n aborsie moet die diensverskaffer seker wees dat die kliënt al haar opsies oorweeg het en dat sy doodseker is dat sy wel die aborsie wil ondergaan. Sy moet ook ingeligte toestemming gee om die aborsie te ondergaan. Die geskiedenis en fisiese ondersoek help die diensverskaffer om ‘n benaderde gestasie ouderdom te bepaal, asook om mediese kondisies op te spoor wat pre-operatiewe aandag benodig. Dit identifiseer ook ginekologiese en anatomiese kondisies (Paul *et al.*, 1999:109). Volgens Paul *et al.* bestaan daar een of meer verskillende aborsie tegnieke wat gebruik kan word, afhangende van die gestasie ouderdom waarby die vrou op daardie stadium van die aborsie presenteer. Die keuse tussen mediese en chirurgiese aborsie kan gemaak word (1999:69).

2.14 Riglyne vir aborsiesorg met betrekking tot berading

2.14.1 <u>Die Wêreldsgesondheidsorganisasie (WGO) se riglyne vir die uitvoer van veilige aborsies</u>

Berer (2000:585) maak melding dat ‘...counselling can be directive to try to influence or control a women’s decision... or non-directive...’. Laasgenoemde word beskou as ‘n meer etiese vorm van berading deurdat vroue gehelp word om ‘n besluit te neem wat in haar beste belang sal wees. Volgens Berer (2000:585) is berading in onwikkelende lande meer gefokus op inligting betreffende die aborsiemetode ten einde ‘n ingeligte besluit te kan neem. Internasionale studies deur de WGO toon dat heelwat lande nalaat om te voorsien in voor- en na-aborsieberading en dat hierdie dienste meestal

gefokus het op die verskaffing van kontrasepsie (Berer, 2000:585). In kontras hiermee word daar deur Suid-Afrikaanse wetgewing aanbeveel dat die staat nie-verpligte en nie-voorskriftelike voorligting aan die kliënt moet voorsien, voor én na die beëindiging van die swangerskap (Naylor & O'Sullivan, 2005:11).

2.14.2 Riglyne vanaf die Wes-Kaapse Departement van Gesondheid vir die uitvoer van]aborsies met spesifieke verwysing na pre-aborsie berading

Gribble (2003:6) gebruik die WGO (2002) se definisie van aborsie. Die term aborsie verwys na die terminasie van 'n swangerskap, om watter rede ookal, voordat die fetus die vermoë het van ekstra-uteriene lewe.

Berading moet genoegsame inligting verskaf om die kliënt by te staan om 'n ingeligte besluit te neem, rakende die beëindiging van 'n swangerskap. Volgens die Wes Kaapse Departement van Gesondheid moet berading die volgende aspekte insluit:

- verseker die kliënt van privaatheid;
- luister na redes wat die kliënt aanvoer vir 'n aborsie;
- bespreek die beskikbare alternatiewe vir 'n aborsie, byvoorbeeld aanneming, of om die baba te hou;
- om toe te laat dat die kliënt haar gevoelens, sienings en bekommernisse uitdruk;
- gee beskrywende inligting oor die terminasie van die swangerskap;
- verseker dat die kliënt verstaan dat wanneer sy die misoprostol geneem het, daar geen terugdraai is nie, aangesien die proses dan reeds begin;
- die beskikbare kontrasepsie metodes na afloop van die aborsie; en
- respekteer en ondersteun die kliënt se keuse, sonder om die situasie te oordeel (Departement van Gesondheid: Wes-Kaap, 1998:1).

Die swanger vrou en haar reg op pre- en post-aborsieberading

Die gesondheidswerker wat die berading verskaf moet ook die kliënt inlig oor haar regte volgens die Aborsiewet, 1996 (Wet No. 92 van 1996):

- sy is geregtig op 'n aborsie op aanvraag binne die eerste 12 weke van gestasie van haar swangerskap (onder sekere omstandighede mag haar swangerskap getermineer word tussen die dertiende en twintigste gestasie week van haar swangerskap);

- slegs die vrou se toestemming is nodig vir die prosedure. ‘n Minderjarige moet aangeraai word om haar ouers, voog, familie lid of vriend te raadpleeg. Alhoewel, die aborsie kan nie geweier word as sy verkies om hulle nie te raadpleeg nie;
- pre- en post-berading sal beskikbaar wees; en
- die ligging van aborsiesorgfasiliteite.

2.14.2 Verwysings

Riglyne vir die hantering van aborsiedienste, Departement van Gesondheid: Wes-Kaap, gee die volgende riglyne oor die verwysingsproses:

Indien die diens nie beskikbaar is in die primêre gesondheidsorgfasiliteite nie en die kliënt wil steeds voortgaan met die aborsie, moet die kliënt verwys word na 'n gepaste distriks- of streeksfasiliteit. Die volgende verwysingsbeginsels is van toepassing:

'n Verwysingsbrief van die gesondheidswerker moet aan die kliënt gegee word. Al die relevante inligting moet in die brief ingesluit wees:

- 'n telefoniese afspraak moet ten alle tye gemaak word; en
- ‘n rekord moet gehou word van die hoeveelheid kliënte wat van die diens gebruik maak, sodat die noodsaaklikheid vir die diens gemonitor kan word.

Die verskaffing van die Wet op die Terminasie van Swangerskap (92 van 1996) is verskillend vir eerste en tweede trimester aborsies. Dit is dus belangrik dat kliënte wat in die eerste trimester presenteer, nog 'n afspraak kry voor die einde van die twaalfde week van gestasie. Aborsies in die eerste trimester sal gewoonlik nie uitgevoer word voor die sesde week van swangerskap nie. Die verwysende praktisyn by die primêre sorgdiens moet aan die klerk, wat die afsprake reël, aandui wat die tydsduur is waarin die afspraak gemaak kan word. In die geval van 'n tweede trimester aborsie, moet die kliënt so gou as moontlik 'n afspraakdatum by die naaste relevante fasiliteit gegee word.

Verwysingsriglyne vir kliënte wat ’n aborsie versoek, is soos volg:
Kliënte moet daagliks beraam word en moet berading ontvang op primêre sorgvlak (Gemeenskap gesondheidsorgfasilitiet, kliniek of privaat praktyk). Indien die kliënt minder as 12 weke swanger is, word ’n afspraak by ’n gepaste sekondêre dreineringshospitaal gemaak. Indien die kliënt meer as 12 weke swanger is, moet sy direk verwys word na ’n gepaste tersiêre of sekondêre hospitaal met ginekologiese dienste (Dickson-Tetteh & Billings, 2002). Die Marie Stopes Kliniek doen aborsies tot 16

weke gestasie (PAWC: DOH: TOP Protocol for Health Workers. January 2000. Western Cape TOP Protocol).

Die belangrikheid van 'n goeie verhouding en samewerking tussen die publieke en privaat diens word benadruk deur Hlatshwayo (2000:34). Oor 'n periode van 30 maande is 'n totaal van 25,731 aborsies nasionaal deur Marie Stopes uitgevoer (Barometer, 1999:16 in Van der Westhuizen, 2001). Marie Stopes beheer tans 10 klinieke in ses provinsies, hoofsaaklik in stedelike gebiede. Toekomstige planne is om dit landelik ook te versprei. Volgens Evangelisti (2000:98) is die huidige verwysingsisteem, waar die kliniek susters 'n kliënt na 'n maatskaplike werker of na swangerskap opsies sentrums verwys vir berading, nie effektief nie. Talle adolessente kom nie die verwysings na nie. Kliënte wat eers na maatskaplike werker of na swangerskap opsies sentrums gaan, word nie na verpleegpersoneel verwys vir berading oor mediese prosedure vir aborsie nie. 'n Effektiewe verwysingsisteem moet ontwikkel word, totdat al die verpleegkundiges en die maatskaplike werkers opgelei is om swangerskap resolusie-berading en pre-aborsieberading te doen. Evangelisti (2000:100) het die volgende aanbeveling gemaak: verpleegkundiges het die kennis oor die mediese prosedure rondom 'n aborsie. Hulle doen ook die swangerskapstoetse. Die maatskaplike werkers het weer die vermoë om krisis intervensie-berading uit te voer en kan die verskillende opsies met die kliënte bespreek. 'n Verwysing sisteem waar die kliënt die verpleegkundige sowel as die maatskaplike werker by dieselfde instansie kan sien, sal die beste wees. Die kliënt moet nie met 'n verwysingsbrief gelaat word en dan aangemoedig word om die een of die ander persoon te gaan sien nie, maar moet na die persoon na wie verwys word, vergesel word, en dít verkieslik deur die raadgewer. Die ideaal sou wees dat daar 'n maatskaplike werker by die mediese fasiliteit, waar die swangerskapstoets gedoen word, moet wees, in byvoorbeeld klinieke of provinsiale hospitale.

****

HOOFSTUK 3
METODOLOGIE

3.1 Inleiding

Die navorsingsmetodologie verwys na die wetenskaplike raamwerk van die navorsing ten opsigte van die ontwerp, metodes, steekproef- en data insamelingstegnieke ten einde die navorsingsdoel en –doelwitte wat gestel is, te bereik. Dit vorm die kern van enige navorsingsprojek. Toseland (in De Vos, 2001:81) meld dat deeglike ondersoek en analise van die navorsingsvraag en 'n deeglike begrip van die navorsingsontwerp essensieel is voor die spesifieke metode wat volledige, toepaslike data oor die veranderlikes in die navorsingsvraag kan voorsien, gekies kan word.

3.2 Navorsingsontwerp en -benadering

3.2.1 Benadering

Die navorsingsbenadering wat in hierdie studie gebruik is, is kwantitatief van aard. 'n Kwantitatiewe ondersoek verwys na die meting van objektiewe feite, toetsing van hipoteses en die voorspelling van menslike gedrag. Hierdie tipe ondersoeke behels 'n objektiewe en eenmalige bemoeienis met 'n groot groep proefpersone. Dié tipe ondersoek fokus ook op veranderlikes en alle data word statisties verwerk (Humpel, 2004:6).

3.2.2 Ontwerp

Navorsingsontwerp verwys na die gedetailleerde plan ten opsigte van die mees geskikte tegniek vir data-insameling en data-analise wat in die navorsing gebruik word (De Vos, 2001:77). Theyer (in De Vos, 2001:123) sien die navorsingsontwerp as 'n bloudruk vir hoe die navorsingstudie uitgevoer sal word. Die navorsingsontwerp van hierdie studie is ondersoekend-beskrywend van aard. Volgens Uys en Basson (1991:40) is ondersoekende studies '...gerig op die verkryging van insig en die verwerwing van begrip met betrekking tot 'n spesifieke verskynsel...' en beskrywende studies is '...om akkurate data oor die verskynsel wat bestudeer word, in te samel...'.

3.3 Teikenpopulasie en steekproefneming

3.3.1 Teikenpopulasie

De Vos (2001:190) definieer 'n populasie as die totaliteit van die elemente wat verband hou met die navorsingsvraag wat bestudeer word. Arkava en Lane (in De Vos, 2001:190) stem hiermee saam deur die stelling te maak dat 'n populasie grense op die studie eenheid plaas. Met ander woorde, dit verwys na individue uit die heelal wat die spesifieke eienskappe besit wat die navorser wil bestudeer.

Volgens Mouton (2005:51) verwys die eenheid van analise in enige studie na die '…object, phenomenon, entity, process or event…' wat ondersoek word. In hierdie navorsing is die spesifieke eenheid van analise waarop gefokus word, die swanger vroue met ongewenste swangerskappe wat aborsiedienste by staatsgesondheidsfasiliteite in die Wes-Kaapse metropool ontvang. (Die insluiting van vlak twee en drie gesondheidsfasiliteite in die teikenpopulasie en steekproef is sinvol, aangesien aborsiesorg met betrekking tot pre-aborsie berading by die verskillende vlakke fasiliteite met mekaar vergelyk kan word).

Die teikenpopulasie met die oog op dataversameling in hierdie studie sluit in:

- alle toeganklike vlak een, twee en drie gesondheidsfasiliteite in die Wes-Kaapse metropool wat aborsies op aanvraag doen. Die navorsers het besluit om die suprastreek, naamlik Grootte Schuur en Tygerberg hospitaal - vlak drie hospitale - wel in te sluit in die studie, aangesien dit demografies binne die metropool geleë is en die navorsers 'n vergelyking wil tref tussen vlak een, twee, en drie hospitale (N= 12); en
- vroue met ongewenste swangerskappe wat aborsie op aanvraag versoek en pre-aborsie berading behoort te ontvang.

Die teikenpopulasie in die Wes- Kaapse metropool kon nie akkuraat bepaal word nie, aangesien die aantal vroue wat vir pre-aborsie berading kom, nie bepaal kon word nie.

3.3.2 Steekproefneming

Polit en Hungler (1995:174) beskryf steekproefneming as die proses waar 'n porsie van die populasie geselekteer word om die totale populasie in die studie te verteenwoordig. Reid en Smith (in De Vos 2001:191) meld dat die rede vir steekproefneming uitvoerbaarheid is. Alhoewel dit soms wel teoreties

moontlik is, maak tyd en koste oorwegings dit dikwels onuitvoerbaar. Tydens steekproefnemings kan tyd, geld en moeite bestee word om sodoende beter kwaliteit navorsing uit te voer.

3.3.2.1 Die gesondheidsfasiliteite

‘n Volledige, opgedateerde lys, van alle staatsgesondheidfasiliteite in die Wes-Kaapse metropool wat aborsiesorgdienste aanbied, is verkry. Hierdie fasiliteite kon op grond van hul diensleweringsmilieu in drie kategorieë verdeel word, naamlik:

- primêr, vlak een of distrikshospitale;
- sekondêre, vlak twee of streekshospitale; en
- tersiêre, vlak drie of nasionale hospitale.

Volgens die lys van alle staatsgesondheidfasiliteite in die Wes-Kaapse metropool wat aborsiesorgdienste aanbied, is daar van ses vlak een, vier vlak twee en twee vlak drie hospitale melding gemaak (N= 12).

‘n Vyftig persent ewekansige, proporsionele, gestratifiseerde steekproefneming van al die staatsgesondheidsfasiliteite in die Wes Kaapse metropool is deur middel van ‘n loting gedoen. Dit is om te verseker dat die steekproef verteenwoordigend is van al die vlakke gesondheidsfasiliteite (De Vos, 2001:197).

Volgens De Vos (2001:197) beteken gestratifiseerd dat die populasie in ‘n aantal strata verdeel is waarvan persentasie-gewys ‘n verteenwoordigende steekproef uit elke strata geneem word. Die navorsers het gevoel dat hierdie tipe steekproefneming geskik sou wees, omdat die populasie heterogeen van aard is op grond van die opleidingsvlak van personeel en die omvang van dienste beskikbaar by die fasiliteite, maar homogeen in die opsig dat almal aborsiedienste beskikbaar stel.

Die loting is gedoen deurdat die name van die gesondheidsfasiliteite in elke strata in ‘n houer geplaas is en een-vir-een getrek is totdat die verlangde hoeveelheid fasiliteite volgens die ratio getrek is. Bogenoemde metode staan as ‘n eenvoudige, ewekansige steekproefneming bekend, aangesien elke fasiliteit ‘n gelyke kans gehad het om geselekteer te word.
Die steekproef (N=6) het ten einde uit die volgende hospitale bestaan:

- vlak een = 3 hospitale;
- vlak twee = 2 hospitale; en

- vlak drie = 1 hospitaal.

3.3.2.2 *Swanger vroue wat aborsies versoek en pre-aborsie berading benodig*

Die swanger vroue wat geselekteer is, moes voldoen aan die volgende insluitingskriteria:

- die vrou se swangerskapduur moet minder as 20 weke wees;
- die vrou moet reeds besluit het op ‘n aborsie;
- pre-aborsie berading gedoen deur ‘n gesondheidswerker; en
- die vrou moet Engels of Afrikaans verstaan en praat.

Schaller (in De Vos, 2001:191) meld dat hoe groter die populasie, hoe kleiner persentasie van daardie populasie nodig is om in die steekproef ingesluit te word. Indien die populasie self redelik klein is, moet die steekproef uit ‘n redelike groot persentasie van dié spesifieke populasie bestaan. Groter steekproewe stel navorsers in staat om meer akkurate gevolgtrekkings of voorspellings te maak. Arkava en Lane (in De Vos, 2001:192) voel dat die navorser die grootste moontlike steekproef moet gebruik in hul studie. De Vos (2001: 192) is van mening dat 10% van die populasie óf 30 tot 100 van ‘n gegewe populasie vir ’n steekproef voldoende is. Seaberg (1988:254) en Grinnell en Williams (in De Vos, 2001:192) stem egter saam dat ‘n 10% steekproef voldoende sal wees vir die kontrolering van steekproef foute. Hulle stem saam dat nie minder as 30 respondente ingesluit kan word nie.

Die navorsers se steekproef van die swanger vroue word gesteun deur Stoker se tabel (De Vos, 2000:192). Hierdie tabel is ‘n indikasie van wat die grootte van ‘n steekproef relatief tot die populasie behoort te wees.

Die geselekteerde gesondheidsfasiliteite is gekontak om te bepaal hoeveel vroue met ongewenste swangerskappe per week by dié spesifieke gesondheidsfasiliteite vir aborsiedienste en/of berading geakkomodeer word. Die totale hoeveelheid vroue wat per maand van dié dienste gebruik gemaak het, is gebruik as aanduiding vir die steekproefgrootte. Die gemiddelde getalle is as volg bepaal:
Tygerberg Hospitaal= 100 per maand
G.F Jooste Hospitaal= 120 per maand
Karl Bremer Hospitaal= 112 per maand
Wesfleuer Hospitaal= 24 per maand
Somerset Hospitaal= 48 per maand
Eerste Rivier daghospitaal= 28 per maand
Totaal: $^{\pm}$432 per maand

Bogenoemde was dus die populasie van vroue met ongewensde swangerskappe wat beëindiging van swangerskap versoek het by geselekteerde gesondheidsfasiliteite.

Populasie	Persentasie voorgestel	Hoeveelheid respondente
20	100%	20
30	80%	24
50	64%	32
100	**45%**	**45**
200	32%	64
500	20%	100
1000	14%	140
10 000	4.5%	450
100 000	2%	2000
200 000	1%	2000

Tabel 3.1 Stoker se Tabel

Volgens Stoker se tabel is maksimum 100 respondente dus voldoende om die populasie van vroue wat aborsiesorgdienste en berading versoek, te verteenwoordig (20% van ± 432 is dus 86.4 respondente).

3.4 Metode van dataversameling

Hierdie is ‘n kwantitatiewe studie en data is met behulp van vraelyste ingesamel. De Vos (2001:89) definieer ‘n vraelys as ‘n instrument met oop- en toe-einde vrae of stellings waarop die respondent moet reageer. Hierdie is ‘n relatief goedkoop metode om inligting te bekom. Volgens De Vos (2001:153) ervaar die persoon wat die vraelys voltooi ’n groter mate van konfidensialiteit en is meer geneig om eerlik te beantwoord as tydens ’n onderhoud wat van aangesig tot aangesig plaasvind.

3.4.1 Ontwikkeling van vraelyste

Die vraelys bestaan uit 42 vrae wat meestal kwantitatief van aard is. Daar is ook twee kwalitatiewe vrae in die vraelys. Met die opstel van die vraelys is verskeie bronne geraadpleeg om die geldigheid en betroubaarheid van die vrae te toets en te verseker. Die vrae is gebaseer op die riglyne van die WGO en die Nasionale Departement van Gesondheid. Die struktuur van die vraelys is gebaseer op ‘Marie Stopes International’ se vraelyste aan pasiënte. Meeste van die vrae is uit die probleemstellings en doelstellings wat deur die navorsers geïdentifiseer is, geformuleer.

Daar is verskeie tipes vraelyste, maar die navorsers het van persoonlike vraelyste gebruik gemaak. Volgens De Vos (2001:154) word hierdie tipe vraelys persoonlik aan die respondent oorhandig om te voltooi. Die respondent voltooi die vraelys op haar eie en die bydrae van die navorser(s) word tot ‘n absolute minimum beperk, maar die navorser(s) is beskikbaar indien die respondent probleme met die vraelys sou ondervind.

Vraelyste aan vroue wat pre-aborsie berading ondergaan, is deur die navorsers opgestel met die doel om te bepaal of die swanger vrou volledige inligting ontvang het soos deur die bepaalde riglyne voorgeskryf word. Vraelyste is aangepas en gewysig op grond van aanbevelings van die onderskeie fasiliteite wat in die steekproef ingesluit is.

Die navorsers het van toe-einde, asook veelkeuse vrae gebruik gemaak in die vraelyste. Die voordele van toe-einde vraelyste is onder andere dat die resultate van die ondersoek redelik vinnig beskikbaar is en dat die graad, frekwensie en omvattendheid van die verskynsel wat ondersoek word, redelik betekenisvol bepaal kan word (De Vos, 2001:160). Schuerman (in De Vos, 2001:161) reken dat respondente toe-einde vrae ook beter verstaan en beantwoord.

Veranderlikes wat in die vraelys ondersoek is, sluit in:

- persoonlike en professionele besonderhede;
- verloskundige en ginekologiese besonderhede;
- inligting rakende beëindiging van swangerskap; en
- berading

Hudson (in De Vos, 2001:82) stel vier fundamentele metingsaksiome vir dataversameling voor. Hy meen dat ‘n data insamelingsinstrument slegs vir die navorser van enige nut kan wees indien dit aan ‘n stel grondbeginsels voldoen. Die navorsingsinstrument moet onder andere:

- geldig en betroubaar wees. Persone wat vraelyste voltooi, ondervind ‘n mate van konfidensialiteit en is dus meer geneig om eerlik te wees tydens die voltooiing van die vraelys; en
- moet bondig, eenvoudig, maklik administreerbaar en interpreteerbaar wees (De Vos, 2001:153).

Vraelyste is genommer om te verseker dat alle vraelyste terug ontvang word nadat dit ingevul is.

3.4.2 Vertaling van vraelyste

Die respondente wat aan hierdie navorsingstudie deelgeneem het, was vroue wat óf Engels óf Afrikaans, óf beide tale praat en lees. Die vraelyste is oorspronklik in Afrikaans ontwerp en opgestel, maar is ook na Engels vertaal. Die navorsers is ten volle tweetalig en kon dus respondente bystaan in die lees en interpretasie van vrae.

3.4.3 Proses van dataversameling

Die gesondheidsfasiliteite wat in die studie betrokke was, is gekontak om die datums, tye en bywoningsgetalle van aborsieberading te bepaal. Skriftelike toestemming is ook verkry om navorsing in die betrokke fasiliteite te doen. ‘n Spesifieke tydsduur vir dataversameling is geïdentifiseer. Hierdie tydperk het vanaf 1 Mei 2007 tot 31 Mei 2007 gestrek. Dae en datums waarop berading wel by instansies gedoen word, is ook geïdentifiseer en datums is ewekansig deur loting gekies om te verseker dat die navorsers nie sydig was om op spesifieke dae besoek by die betrokke fasiliteite af te lê nie. Die navorsers het op die spesifieke dae wat aborsiedienste gelewer is, die betrokke gesondheidsfasiliteite besoek en vroue wat aan die insluitingskriteria voldoen, is geïdentifiseer en in die studie ingesluit. Vroue is individueel genader en het ‘n inligtingstuk ontvang om al die besonderhede van die studie te verduidelik. Geskrewe toestemming is ook vanaf vroue verkry.

Een-honderd-en-twintig vraelyste is uitgegee en deur respondente ingevul (N=120). Al 120 vraelyste is terug ontvang en dus was daar ‘n terugontvangs van 100%. Een-honderd-en-sewentien van die vraelyste was geldig aangesien drie vraelyste onvolledig ingevul is. Dit dui op 98% vraelyste wat ingesluit is in die data-analise.

3.4.4 Verkryging van toegang tot en samewerking van hospitale waar studie plaasgevind het en populasie wat ondersoek is

Nadat die gesondheidsfasiliteite met ‘n loting verkies is, is die geïdentifiseerde fasiliteite telefonies genader om hul kontakinligting te bekom. Nadat die inligting verkry is, het die kontakpersoon wat uit die navorsers verkies is op 23 Maart 2007 namens die navorsers, aan al die geselekteerde fasiliteite ‘n brief gestuur waarin die navorsers om toestemming vra om navorsing by die betrokke fasiliteite te doen.

Vier fasiliteite het meer inligting verlang voordat toestemming oorweeg is. Die gesondheidsfasiliteite wou ‘n kopie van die vraelys hê, asook ‘n brief waarin die navorsers toestemming van die swanger

vroue vra om in die studie in te sluit. Die vraelys is per e-pos aan die fasiliteite gestuur. Een van die fasiliteite het sommige vrae as aanvallend of leidend beskryf. Die navorsers het daardie spesifieke vrae bespreek en regstellings is aangebring waar moontlik. Die gewysigde vraelys is aan die onderskeie instansies per e-pos gestuur.

Karl Bremer Hospitaal het op 23 April skriftelik toestemming gegee. Eerste Rivier Hospitaal het op 30 April 2007 verbale toestemming gegee en gemeld dat die brief wat toestemming verleen nog net deur die Mediese Superintendent onderteken moes word. Somerset Hospitaal het op 2 Mei 2007 telefonies toestemming gegee en gemeld dat die skriftelike toestemming deur die navorsers afgehaal kon word. GF Jooste Hospitaal het op 3 Mei 2007 per e-pos toestemming gegee, maar nog nie skriftelike toestemming verleen nie. Westfleur Hospitaal het op 15 Mei 2007 eers skriftelike toestemming gegee.Tygerberg Hospitaal het eers op 25 Mei 2007 telefoniese toestemming gegee.

Probleme wat tydens die toestemmingsproses ondervind is, was die tempo van respons van die onderskeie fasiliteite om toestemming vir die navorsingstudie te verleen. Vakansiedae het die proses van toestemming verlening vertraag, aangesien die personeel wat die hoofposte beklee ook verlof geneem het.

3.5 Loodsstudie

Clifford (1990:197) definieer die loodsstudie as ‘n kleinskaaltoetsing van die navorsingsontwerp en/of die dataversamelingsinstrumente voordat die hoofstudie gedoen word ten einde te bepaal of dit betroubaar en uitvoerbaar is in die praktyk. Volgens Bless & Higson-Smith (2000:52) behels die loodsstudie die toets van die vraelys op ‘n klein steekproef geneem van die populasie vir wie die navorsing beplan is. Dit stel die navorser in staat om enige probleme met die metode of materiaal te identifiseer en om die akkuraatheid en toepaslikheid van enige instrumente wat ontwikkel is, te ondersoek.

De Vos (2001:179) meld dat ‘n navorser sy studie baie deeglik mag beplan, maar dat die praktiese situasie onbekend bly tot dit betree word. Die navorsers is van mening dat ‘n loodsstudie waardevol was, aangesien die lewensvatbaarheid van die studie hierdeur bevestig is. Verder kon veranderinge betyds aangebring word om moontlike metodologiese probleme tydens die afhandeling van die navorsingsprojek betyds uit te skakel. Tydens die loodsstudie is die vraelys getoets vir korrekte vertaling en die nodige wysigings is gemaak. Moeilik verstaanbare en/of dubbelsinnige vrae is óf uitgelaat óf herbewoord.

Dubbelsinnige vrae lei tot nie-vergelykbare response, en leidende vrae lei tot sydige response en vae vrae lei tot vae antwoorde. De Vos (2001:158) meld dat die loodsstudie die opspoor van bogenoemde tipe foute in die vraelys verseker. De Vos (2001:185) voeg hierby dat die persentasie nie-respons of trae-respons ten opsigte van die onderhoud en vraelyste oorgedra kan word na die hoofondersoek en dus die resultate kan beïnvloed indien ‘n loodsstudie nie gedoen word om vooraf spesifieke probleme te identifiseer en te wysig nie. ‘n Verdere voordeel van die loodsstudie is dat dit óór- of onderbetrokkenheid van die navorsers kan identifiseer. Dit is dus sinvol om ‘n loodsstudie uit te voer.

Die navorsers het ‘n loodsstudie van die dataversamelingsinstrument gedoen voordat die navorsing aktief ‘n aanvang geneem het. De Vos (2001:183) dui die belang daarvan aan dat respondente gevra sal word om terugvoering te gee op die bewoording en volgorde van vrae, sowel as enige verwarrende en/of oortollige vrae in die vraelys of vrae waarmee die respondente ongemaklik voel. Die finale vraelys is aan die loodsstudie onderwerp om te verseker dat alle foute en onduidelikhede onmiddelik regestel kon word. ‘n Loodsstudie is gedoen en die volgende is geïdentifiseer en reggestel:

- vrae wat respondente weier om te antwoord;
- ek ‘weet nie’ of onseker antwoorde. In hierdie geval was die vrae te vaag gestel; en
- te moeilik om te verstaan.

Die navorsers het bevind dat die nie-respons en trae-respons faktor hoog was. Die strategie van bekendstelling van die vraelys aan die vroue met ongewensde swangerskappe is aangepas sodat dit as minder bedreigend ervaar sou word.

Na afloop van die loodsstudie is veranderinge aangebring aan die vraelys. Bykomende inligting waarvoor die navorser nie voorsiening gemaak het nie, is op die vraelys aangebring.

Clifford (1990:71) beklemtoon dat die respondente in die loodsstudie vanuit dieselfde populasie as die hoofstudie geselekteer moet word, maar die data wat versamel word mag nie ingesluit word in die finale data-analise en uiteindelike resultate nie.

3.6 Geldigheid en betroubaarheid

3.6.1 Geldigheid

Hudson (1981 in De Vos, 2001:83) beskryf geldigheid as om te doen wat dit moet doen, om te meet wat dit moet meet en “...yielding scores whose difference reflect the true differences of the variable

being measured rather than random or constant errors...". Dus het die definisie van geldigheid twee dele: die instrument meet in werklikheid die bevraagtekende konsep en hierdie konsep word akkuraat gemeet.

Die loodsstudie wat voor die werklike studie gedoen is, het leemtes in die metodologiese benadering bepaal en dus tot die geldigheid en betroubaarheid van die studie bygedra.

3.6.2 Betroubaarheid

Betroubaarheid verwys na die akkuraatheid van die instrument. Dit wil sê: as die selfde instrument aan twee onafhanklike groepe gegee word, sal dit dieselfde/ooreenstemmende bevindinge/resultate hê (De Vos,2001:85).

3.7 Data-analise

De Vos (2001:158) beklemtoon die belang van meganiese en elektroniese fasiliteite tydens die klassifikasie en analise van data wat tydens die ondersoek ingesamel is. Kwantitatiewe data word op Excel-spreivel vasgelê en met behulp van 'n geskikte statistiese analise program ontleed, naamlik Statistika 7. Die analise is meer beskrywend van aard en dus word beskrywende statistieke soos frekwensies en persentasies bereken om die data, hetsy in tabelle, grafieke voor te stel en te beskryf.

3.8 Etiese aspekte

Etiek verwys na die '…quality of research procedures with respect to their adherence to professional, legal and social obligations to the research subjects…' (Polit en Hungler, 1993:435). Die navorsers was bewus van die sensitiewe aard van die navorsingstema en het die stigma en sosiale vooroordeel rondom aborsie deurentyd in gedagte gehou. Die etiese riglyne wat geïmplementeer word in hierdie navorsing is hoofsaaklik gegrond op Uys en Basson (1991:106) se grondbeginsels vir kliniese etiek, naamlik dat die omvang van die navorsing van so aard sal wees dat dit geen finansiële implikasies vir die kliënte, personeel, gesondheidsfasiliteit, navorsers of studieleier sal inhou nie.

Tydens hierdie navorsing sal:

- geen behandeling aan swanger vroue gegee of weerhou word nie;
- geen inbreek op die vrouens se versorging gemaak word nie;
- vrouens se privaatheid gerespekteer word; en

- geen dokumente uit rekords verwyder word nie.

Die Etiese Standaarde van Verpleegnavorsing soos beskryf deur Democratic Nursing Organisation of South Africa (DENOSA) (1998) word gebruik met betrekking tot die konfidensialiteit en kwaliteit van die navorsing:

- toestemming vir die navorsing word verkry van al die gesondheidsfasiliteite wat betrek word en slegs diegene wat toestemming verleen het, word ingesluit in hierdie navorsing;
- die vraelys was in beide Engels en Afrikaans beskikbaar, maar is wel vir ekwivalensie getoets om korrekte vertaling te kon verseker;
- geen fasiliteit of respondent se identiteit word bekend gemaak gedurende die studie of in enige publikasie nie en inligting word slegs vir navorsingsdoeleindes gebruik;
- diegene wat die vraelys voltooi, hoef nie hul name of enige ander identiteit op die vraelys aan te bring nie; en
- die respondente se reg om van die projek te onttrek, word gerespekteer.

3.9 Terminologie

- *Geldigheid:* die instrument meet in werklikheid die konsep wat nagevors raak; en hierdie konsep word akkuraat gemeet. (De Vos, 2001:83)

- *Betroubaarheid:* wanneer die instrument onafhanklik geadministreer word en die resultate vir die individuele instrumente min of meer ooreenstem. Sinonieme vir betroubaarheid sluit stabiliteit en voorspelbaarheid in.

- *Oop-einde vrae*: ‘n vraag soos: “ Het u enige kritiek oor hierdie saak?”.

- *Toe-einde vrae*: ‘n vraag waarop die antwoord slegs “ja” of “nee” kan wees.

- *Ewekansige steekproef*: metode waar ‘n steekproef van ‘n populasie getrek word sodat alle moontlike steekproewe van ‘n vasgestelde grootte dieselfde kans staan om gekies te word (De Vos, 2001:1930).

- *Gestratifiseerde ewekansige steekproef*: hiertydens word die heelal in strata verdeel (groepe op grond van sekere ooreenkomste/eienskappe). Die gewenste hoeveelheid respondente word dan ewekansig uit elke afsonderlike strata verkies (De Vos, 2001:197).

Hoofstuk 4
Data analise: bevindings

4.1 Inleiding

Volgens Norwood (2000:34) is die fokus van data analise om die rou data wat verkry word te prosesseer ten einde gevolgtrekkings te maak betreffende die navorsingsprobleem sodat die nodige aanbevelings gevolglik gemaak kan word. Die interpretering van die resultate van die analise het ten doel om:

- die navorsingsvraag te beantwoord;
- die akkuraatheid van resultate te beraam;
- die veralgemeenbaarheid van die bevindings te bepaal;
- beperkings van die studie te bepaal; en
- implikasies van die bevindings vir die praktyk en verdere navorsing te identifiseer.

Volgens Talbot (1995:318) maak die analise van data dit verder moontlik om te bepaal of daar 'n verband bestaan tussen twee of meer veranderlikes deur die sistematiese observasie en beskrywing van die eienskappe van mense, voorwerpe of gebeure. Navorsing help ons dus om te beskryf, te voorspel en te verduidelik.

In hierdie hoofstuk word die resultate aangebied en geïnterpreteer. Volgens Wood en Haber (1998:390) is die resultate van 'n navorsingsverslag die data-eenheid van die verslag. Dit is hier waar die navorser die data of getalle wat verkry is, aanbied. Dit is dus die navorsers se doel om die bevindings met behulp van grafieke en besprekings aan die leser voor te stel dat dit eenvoudig en maklik is om te interpreteer.

4.2 Metode van data-analise

Hierdie studie is hoofsaaklik kwantitatief van aard met 'n veel kleiner kwalitatiewe komponent. Kwantitatiewe en kwalitatiewe data word deur verskillende metodes ontleed. Daar is dus twee tipes data-analise betrokke, naamlik:

- 'n beskrywende analise waar kwantitatiewe data, wat verkry is uit die vraelyste, in persentasievorm verwerk is en deur middel van grafieke voorgestel word; en
- die analise van kwalitatiewe inligting wat verkry is deur die kommentaar van die respondente wat die oop vrae in die vraelyste voltooi het.

4.3 Kwantitatiewe data

Kwantitatiewe data bestaan uit inligting wat in numeriese vorm is. Die data is dus numeries geanaliseer deur middel van statistieke. Die doel van statistieke is om:

- al die kwantitatiewe data op te som;
- die navorser te help om die data te ontleed; en
- die bevindings op so ’n wyse weer te gee dat dit maklik geïnterpreteer kan word (Clifford, 1997:136)

Volgens Norwood (2000:45) stel kwantitatiewe navorsers veral belang om ’n oorsaak-en-effek verband te vind en data te genereer wat toelaat dat uitkomste voorspel kan word. ’n Addisionele doel van kwantitatiewe navorsing is om die steekproef bevindings te veralgemeen na die groter gedefinieërde populasie.

In hierdie afdeling is die kwantitatiewe data van die vraelyste per hand ontleed, asook met behulp van die EXCEL (MS Office) en STATISTICA 7 programme. Vir die doel van hierdie navorsingsverslag word die persentasies wat ter sprake is in die teks na die naaste heelgetal afgerond om bespreking te vergemaklik.

Die kwalitatiewe data, wat verkry is deur middel van oop vrae en waar die respondente kommentaar en/of aanbevelings op die vraelys moes aanbring, is in afdeling 4.4 ontleed.

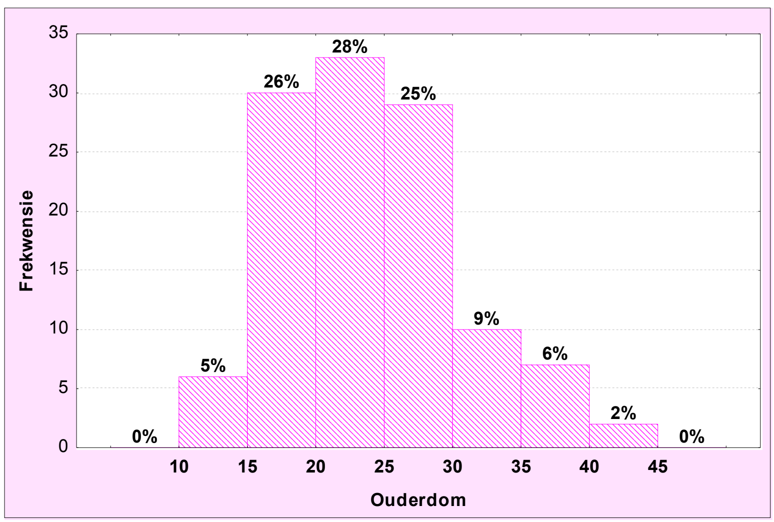
’n Totaal van 120 vraelyste is gegee aan die respondente wat vrywillig deelgeneem het aan die studie. ’n Totaal van 117 vraelyste is terug ontvang (98%). Daar was slegs drie vraelyste (2,5%) wat nie terug ontvang is nie aangesien die betrokke respondente die vraelyste onvolledig ingevul het omdat hulle geroep is vir ’n prosedure bv. ’n sonar of vir die terminasie van die swangerskap prosedure.

4.3.1 Biografiese inligting (vraag 1 tot 4)

Die inligting verkry vanuit vraag een tot vier, hou verband met respondente se biografiese inligting wat gerig is op die agtergrond besonderhede van elke individuele respondent wat die vraelys voltooi het. Die doel is om ’n profiel saam te stel van die respondente se ouderdom, kwalifikasie, huwelikstatus en werksituasie om te bepaal of daar ’n verband gevind kan word tussen biografiese inligting en die besluit om die swangerskap te beëindig.

Figuur 4.1 dui die **ouderdom** van die respondente aan wat betrokke was in die studie. Die grootste aantal respondente (n=33 of 28%) is in die ouderdoms groep 21 tot 25 jaar. Daaropvolgend was dit die groep tussen 16 tot 20 jaar wat ’n totaal van 26% was. In die ouderdomsgroepe 31 tot 45 is daar ’n aansienlike vermindering van respondente wat hul swangerskap wil laat beëindig. Dus blyk dit dat die grootste hoeveelheid respondente tussen die ouderdom van 16 en 30 jaar oud is (n=79%).

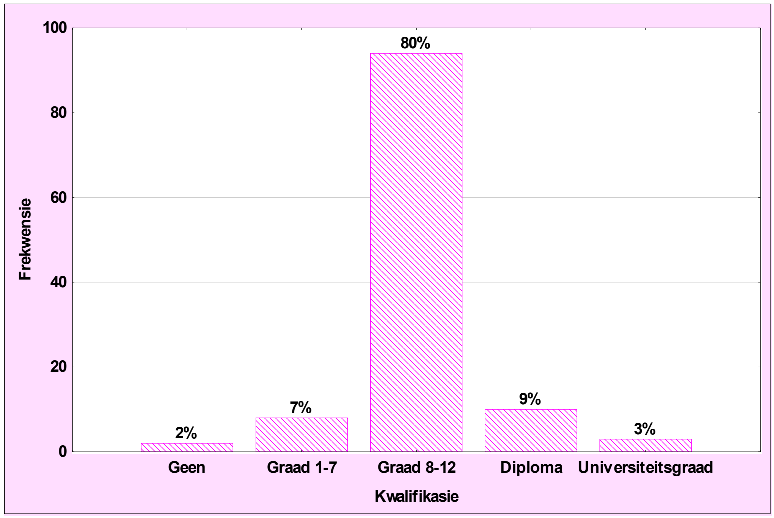
Fawcus *et al*. (1997:432) het bevind dat die gemiddelde tienerswangerskap tendens onder 21 jaar 15,3% in Suid-Afrika is. In teenstelling hiermee het die navorsers bevind dat 26% van die respondente in die ouderdomsgroep van 16 tot 20 jaar was. Volgens ’n studie deur Littleton & Engelbretson (2002:544) was die aborsies by die ouderdomsgroep van 16 tot 20 jaar beduidend hoër as die ander ouderdomsgroepe.



FIGUUR 4.1

Ouderdom

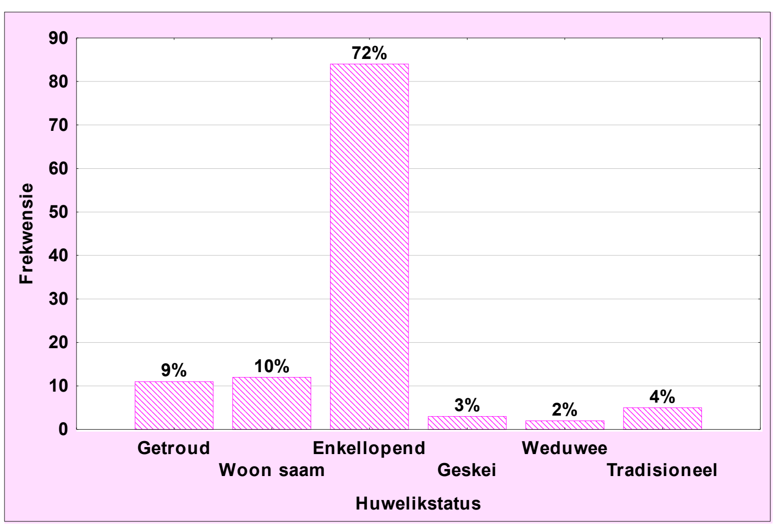
Uit Figuur 4.2 wat die **kwalifikasies** van die respondente aandui, is dit duidelik dat die meeste respondente (n=94 of 80%) ’n skolastiese kwalifikasie van tussen graad agt tot twaalf het. Slegs 2% van die 117 respondente het geen opleiding van enige aard nie. Die navorsers neem dus aan dat die oorgrote meerderheid van die respondente die vraelys kon lees en interpreteer.



Figuur 4.2

Hoogste kwalifikasie

Figuur 4.3 toon die **huwelikstatus** van die respondente. Enkellopende respondente (n=84 of 72%) was beduidend die grootste groep respondente. Hierdie bevinding stem ooreen met Fawcus *et al.* (1997:434) wat ook in hul studie bevind het dat 67% van swanger vroue enkellopend is. Swangerskappe by hierdie groep vroue is dikwels onbeplan en ongewens. Dus blyk dit dat enkellopende huwelikstatus een van die redes is vir die beëindiging van die swangerskap, aangesien daar geen ondersteuning vir die kliënt is nie.



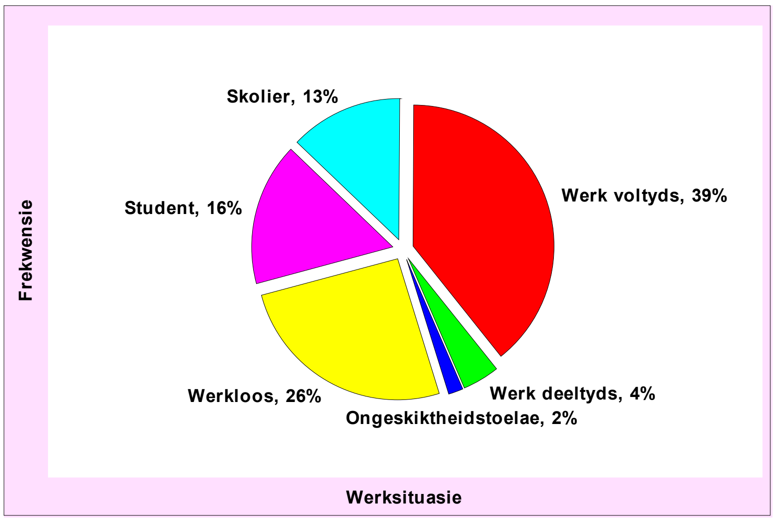
Figuur 4.3

Huidige huwelikstatus

Volgens die **werksituasie** soos aangedui in Figuur 4.4, blyk dit dat die meerderheid respondente (n=46 of 39%) voltyds werk. Sowat 26% van die respondente is werkloos en 29% is skoliere en

studente wat nie ŉ vaste inkomste verdien nie. Dus kan die stelling gemaak word dat 55% van respondente finansieel onbevoeg is of nie finansieel daartoe in staat is om ‘n baba te hê nie. Die navorsers kom tot die gevolgtrekking dat finansiële status ŉ groot rol speel in die kliënt se besluit om die swangerskap te beëindig.

Soos gesien in Figuur 4.3 en 4.4, kan die navorsers aflei dat huwelikstatus, werksituasie sowel as finansies ŉ beduidende rol speel in die kliënt se besluit om die swangerskap te beëindig. Die navorsers kan dus aflei dat daar wel ‘n verband getrek kan word tussen biografiese inligting en die besluit om die swangerskap te beëindig.



FIGUUR 4.4

Werksituasie

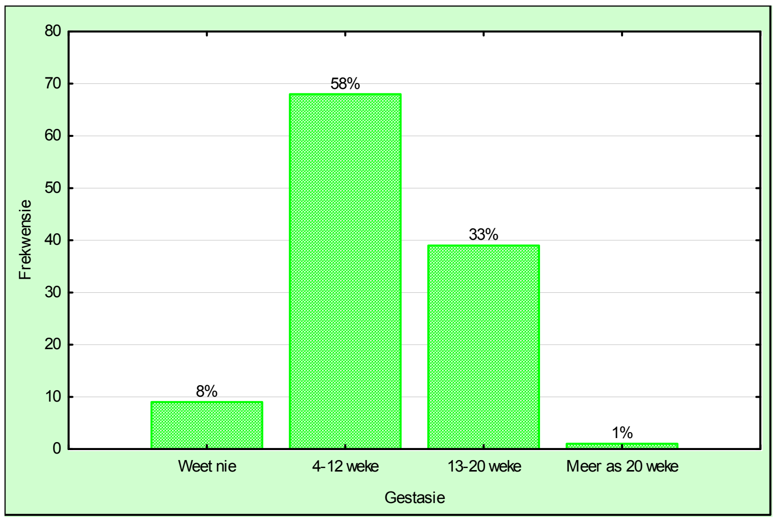
<u>4.3.2 Verloskundige en ginekologiese besonderhede (vraag 5 tot 7)</u>

Hierdie vrae was daarop gerig om te bepaal wat die kliënt se swangerskapsduurte was, hoeveel keer sy al swanger was en of sy kontrasepsie gebruik het en watter tipe.

In Figuur 4.5 word aangedui dat 8% (n=9) van die respondente nie geweet het wat hulle **swangerskapsduur** was nie. Dit sluit kliënte in wat nog nie ŉ sonar ondersoek laat doen het nie. Slegs 1% van die respondente was meer as 20 weke swanger. Sowat 58% van respondente was tussen vier en twaalf weke swanger. Hierdie bevindinge stem ooreen met Thom (2003:1) se studie in 2003 wat bevind het dat die meerderheid (74%) van aborsies eerste trimester aborsies was.

Judy Merckel (Thom, 2003:3) maak melding dat tweede trimester aborsies van 34% gedurende 1997 afgeneem het tot 27% in 2003. Berer (2000:583) noem dat vroue wat aborsies verlang tydens die tweede trimester ongeveer 22,7% is. In teenstelling hiermee het die navorsers bevind dat tweede trimester beëindiging van swangerskappe (>12 weke) egter 34% is in die Wes-Kaapse metropool soos aangedui in Figuur 4.5.

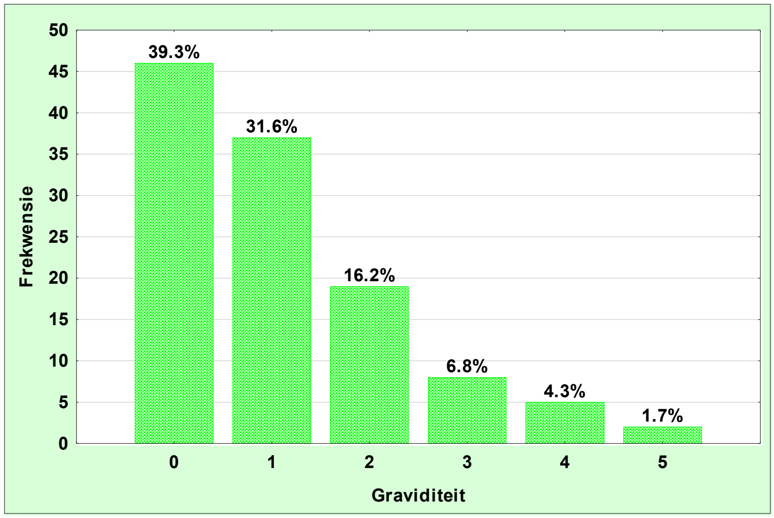
Die navorsers het bevind dat die lang waglys weens ‘n tekort aan diensverskaffers wat die swangerskap mag beëindig, ‘n groot rede is vir die toename in tweede trimester aborsies. Daar moet ingedagte gehou word dat die risiko’s van ‘n aborsie vermeerder namate die swangerskapduur vorder en dat dit dus belangrik is om die terminasie so gou as moontlik uit te voer om risiko’s te beperk.



FIGUUR 4.5

Swangerskapsduur

Figuur 4.6 toon ’n positiewe skewe verspreiding van die **graviditeit** van die vroue. Volgens Howell (2004:48) is ’n positiewe skewe verspreiding ’n verspreiding wat afneem na regs. Daar kan dus gesien word dat die aanvraag vir aborsies afneem namate graviditeit toeneem wat toegeskryf kan word aan vroue se reproduktiewe kennis wat vermeerder in ooreenstemming met hul aantal swangerskappe.



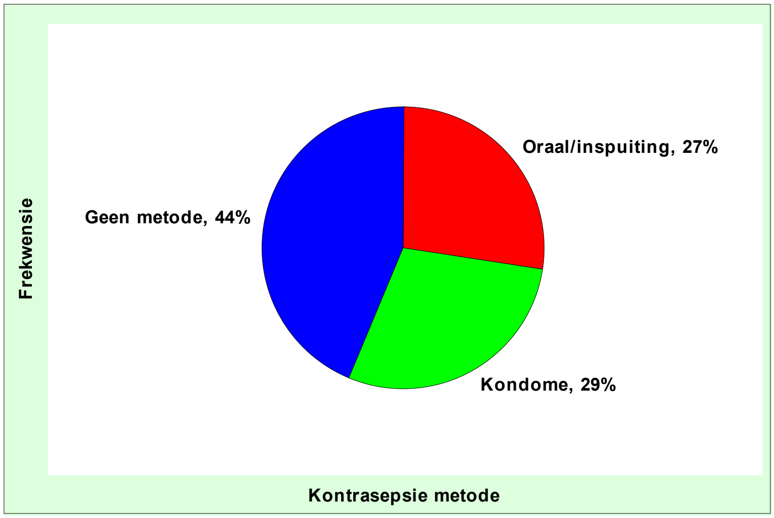
Figuur 4.6

Graviditeit

Die navorsers het bevind dat daar hoofsaaklik van kondome, orale kontrasepsie of van die inspuiting gebruik gemaak is as metodes van kontrasepsie voor die ongewenste swangerskap beëindig is. Soos aangedui in Figuur 4.7 het slegs 56% van die respondente **kontrasepsie** gebruik. Metodes soos sterilisasie en die intra-uteriene toestel is glad nie gebruik nie. Hierdie bevindings stem ooreen met Jewkens, Wood & Maforah (1997:417) wat bevind het dat Suid-Afrika se kontrasepsiegebruik 53% is en beduidend hoër is as in ander ontwikkelende lande.

Volgens Jewkens *et al.* (1997:417) is onbeplande swangerskappe steeds geweldig hoog omrede:

- vroue se kennis betreffende hul reproduktiewe biologie beperk is;
- kontrasepsie verkeerd gebruik word;
- mans se afkeuring ten opsigte van die gebruik van kontrasepsie;
- geforseerde seksuele omgang;
- veroordelende en dikwels beledigende houding van die gesinsbeplanning verpleegkundiges; en
- heelwat tieners swanger raak om hul vrugbaarheid te bewys.

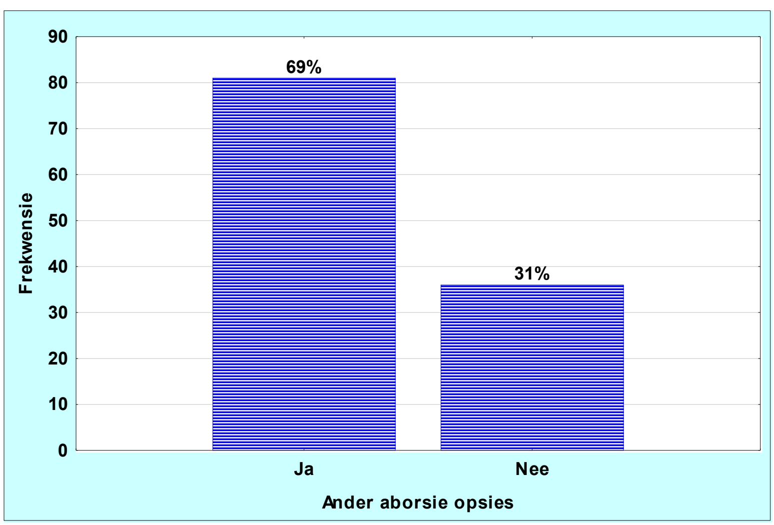


Figuur 4.7

Kontrasepsie gebruik voor swangerskap

4.3.3 Spesifieke inligting betreffende beëindiging van swangerskap (vraag 8 tot 16 en 18)

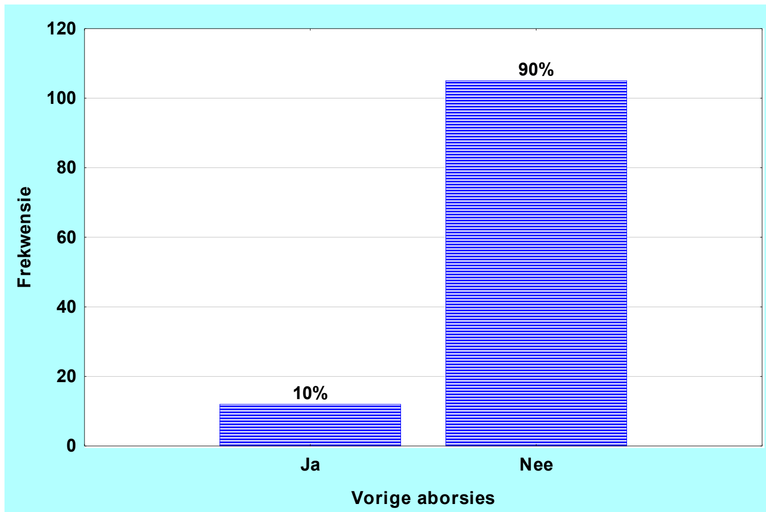
Hierdie vrae fokus daarop om die kliënt se kennis en keuses te bepaal ten opsigte van die beëindiging van swangerskap. Soos aangedui in Figuur 4.8 het 31% (n=36) van die respondente aangedui dat hulle nie bewus was dat daar **ander opsies** soos aanneming, voogskap of enkel ouerskap is om die ongewenste swangerskap te hanteer nie en dus nie 'n ingeligte besluit kon neem voordat die swangerskap beëindig is nie. Volgens Stuebe (2005:2) behoort dienste daarop gerig te wees om voldoende berading aan vroue met ongewenste swangerskappe te verskaf betreffende al die verskillende opsies ten einde 'n ingeligte besluit te kan neem oor die swangerskap.



Figuur 4.8

Bewuswees van ander opsies

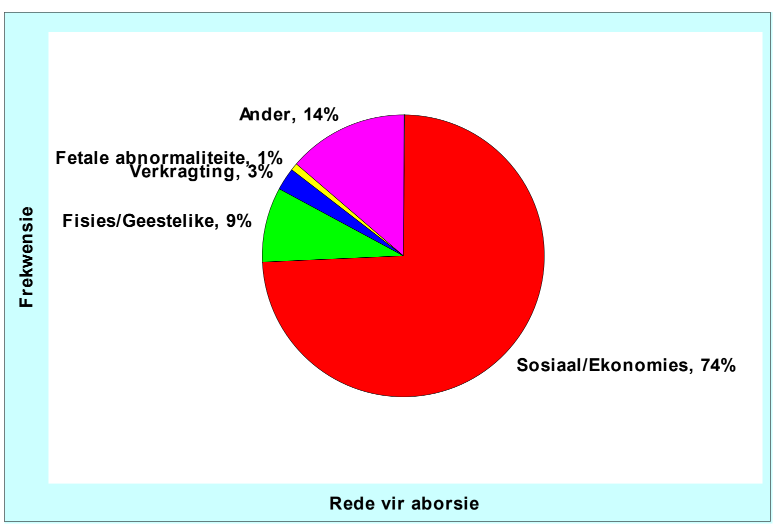
In Figuur 4.9 word aangedui dat 10% (n=12) van die respondente reeds **vorige swangerskappe beëindig** het. Die oorgrote meerderheid van respondente (90%) weet nie wat 'n terminasie van swangerskap behels nie en het nog geen inligting aangaande terminasie van swangerskappe ontvang nie.



Figuur 4.9

Vorige aborsies

In Figuur 4.10 het 74% (n=87) van die respondente aangedui dat hulle die swangerskap wil beëindig weens sosiale of ekonomiese **redes**. In hierdie resultaat word die navorsers se stelling in Figuur 4.4 gestaaf dat die meerderheid (74%) respondente finansieel onbevoegd is en finansiële status 'n groot rol speel in die kliënt se besluit om die swangerskap te beëindig. Drie persent (n=3) van die respondente het besluit om die swangerskap te beëindig omdat hulle verkrag is.

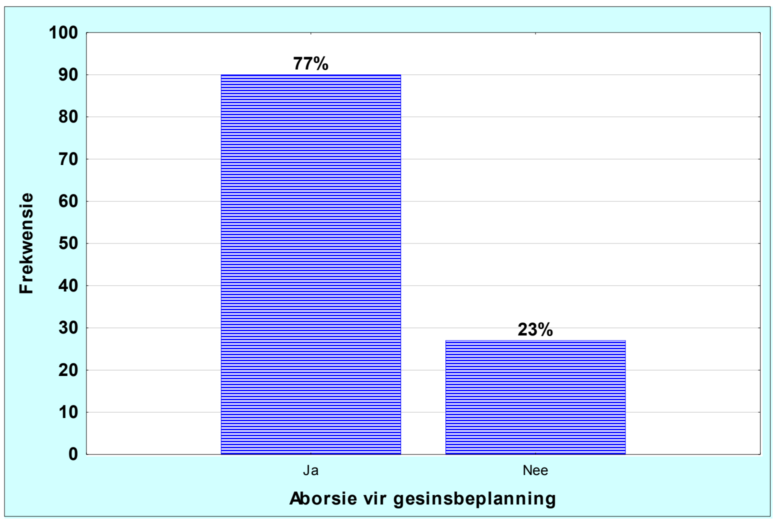


Figuur 4.10

Redes vir die aborsie

Die navorsers het bevind dat 77% (n=90) van die respondente die beëindiging van swangerskap as ‘n metode van **kontrasepsie** sien soos aangedui in Figuur 4.11. Varkey & Fonn (1999:5) maak melding dat tussen 25 en 80% van vroue wat aborsiesorgdienste aanvra, nie kontrasepsie gebruik nie. Hierdie neiging kan nie in ontwikkelende lande soos Suid-Afrika toegelaat word nie, aangesien die belasting betaler ‘duur’ betaal vir ‘n nuwe vorm van kontrasepsie.

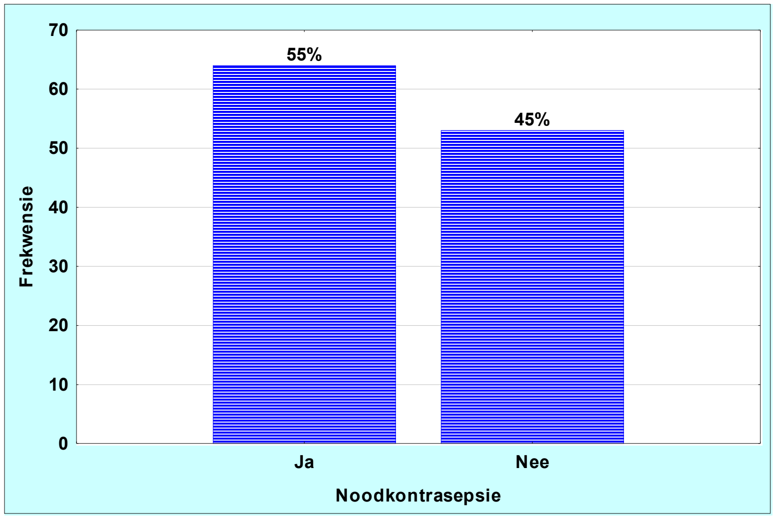
Berer (2000:583) maak ook melding dat die meerderheid vroue aborsies aanvra vir kontrasepsieredes, of op grond van ekonomiese en/of sosiale redes gesien uit Figuur 4.10.



Figuur 4.11

Gesinsbeplanningsmaatreëls

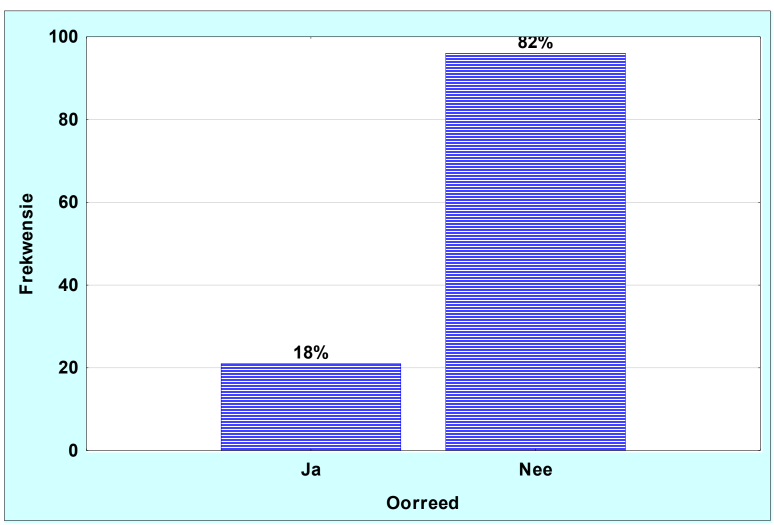
Volgens Grobler en Theron (2000:145) het noodkontrasepsie potensieël groot waarde om onbeplande swangerskappe te voorkom en dus ook talle aborsies. In Figuur 4.12 blyk dit dat slegs 55% (n=64) van die respondente bewus was van **noodkontrasepsie**. Inligting betreffende noodkontrasepsie behoort ‘n baie meer prominente plek te hê in opvoedkundige programme in skole en gesinsbeplanningsklinieke aangesien dié manier van kontrasepsie tot binne 72 uur na koïtus gebruik kan word om die inplanting van die bevrugte oösiet te voorkom.



Figuur 4.12

Bewustheid betreffende noodkontrasepsie

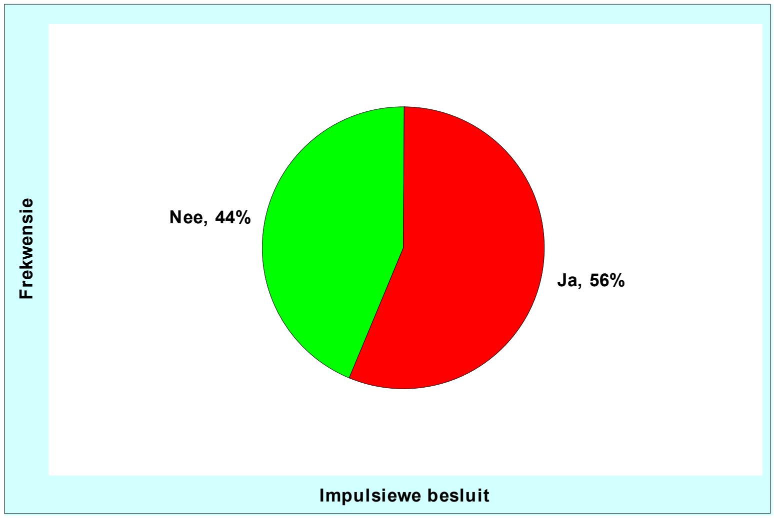
Die aborsiewet se bepalings betreffende toestemming tot 'n vrywillige aborsie stipuleer dat 'n swangerskap beëindig kan word met slegs die toestemming van die swanger vrou wat beteken dat die eggenoot of vriend se toestemming nie benodig word nie (Naylor & O'Sullivan, 2005:11). Hierdie stipulasie van die wet is reeds goed geïmplementeer, aangesien Figuur 4.13 toon dat 82% (n=96) van die respondente nie **oorreed** is deur iemand anders om die swangerskap te beëindig nie.



Figuur 4.13

Oorreed om swangerskap te beëindig

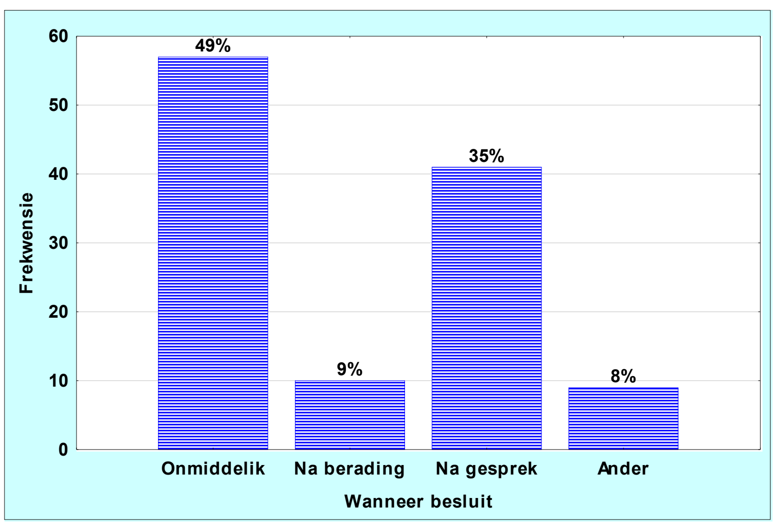
Volgens Figuur 4.14 het 56% (n=66) van die respondente aangedui dat die besluit **impulsief** geneem is. Dus was berading hier van kritiese belang, sodat die respondent 'n ingeligte besluit kon neem betreffende die verdere verloop van haar onbeplande swangerskap.



Figuur 4.14

Impulsiewe besluitneming

In Figuur 4.15 het 49% (n=57) van respondente onmiddelik **besluit om die swangerskap te beëindig** nadat hul uitgevind het dat hul swanger was. Hierdie bevinding stem dus ooreen met die bevinding dat ongeveer die helfte van respondente 'n impulsiewe besluit geneem het nadat hul uitgevind het dat hul swanger was om die swangerskap te beëindig.

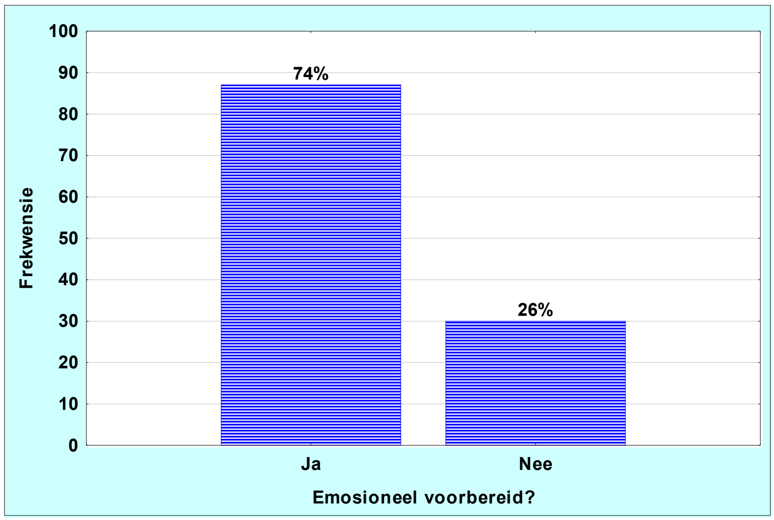


Figuur 4.15

Besluitneming

'n Studie in Australië maak melding van die groeiende hofsake teen gesondheidswerkers wat aborsies uitvoer en onvoldoende inligting aan hul kliënte verskaf het. Die eise is gerig op sielkundige skade te wyte aan aborsies deurdat die vroue nie volledig ingelig is betreffend die Post-aborsie Sindroom (PAS) en dus 'n ingeligte besluit kon neem of sy 'n aborsie moet ondergaan of nie (Francis, 2007:4).

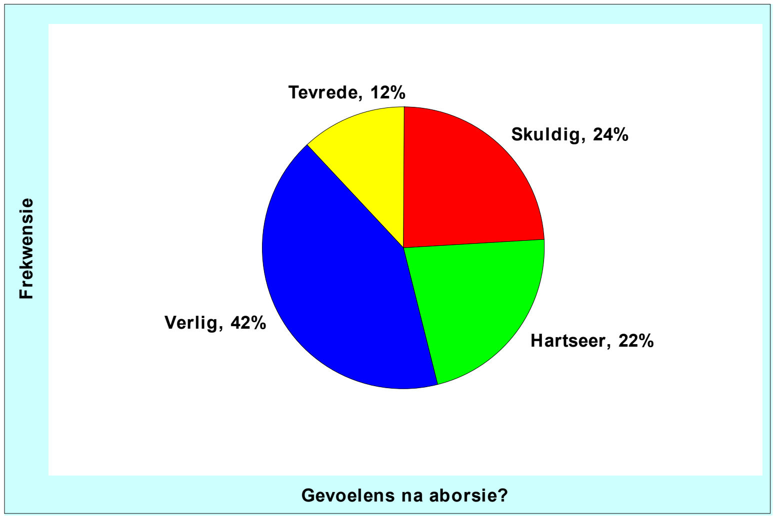
Soos aangedui in Figuur 4.16 het 26% (n=30) van die respondente in hierdie navorsing getoon dat hulle nie **emosioneel voorbereid** is om die swangerskap te beëindig nie. Dus kan die navorsers tot die gevolgtrekking kom dat indien die respondente ingelig was omtrent ander opsies om die swangerskap te hanteer, die moontlikheid ontstaan dat die grafiek ‘n ander kurwe sou aanneem. Die feit dat 74% aangetoon het dat hul emosioneel voorbereid was, kan toegeskryf word aan onkunde.



Figuur 4.16

Emosioneel voorbereid

Volgens Figuur 4.17 het 24% (n=28) respondente aangedui dat hulle moontlik skuldig sal voel nadat die swangerskap beëindig is. Daar is ook waargeneem dat 22% (n=26) van die respondente moontlik hartseer sal voel. Dus is pre-berading van kritiese belang, omdat 46% van respondente verwagte negatiewe emosionele **gevoelens** sal toon na afloop van die terminasie. Pre-berading sal respondente help om hulle voor te berei op hierdie emosies.



Figuur 4.17

Gevoelens na aborsie

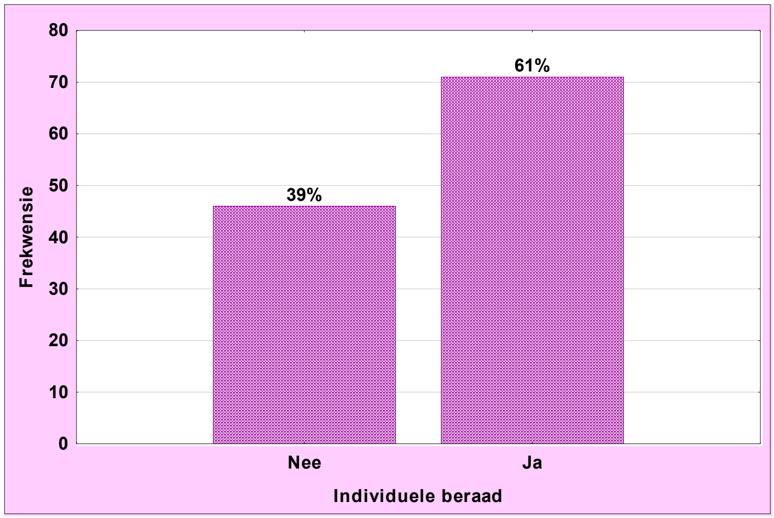
4.3.4 Spesifieke inligting betreffende die berading van vroue met ongewenste swangerskappe (vraag 17 en 19 tot 40)

Die vrae ingesluit in die afdeling hou verband met die berading as sulks. Die vrae is daarop gerig om die doelwitte van die studie soos uiteengesit in hoofstuk een, te bereik. Daar word spesifiek gefokus op wat alles in die berading ingesluit is en of daar in die respondente se behoefte voldoen is ten einde te verseker dat die kliënt voldoende ingelig is voor daar 'n finale besluit betreffende die beëindiging van die die swangerskap gemaak word.

Figuur 4.18 toon aan dat 39% (n=46) van die respondente nie **individueel beraad** is volgens riglyne nie. Hierdie respondente het slegs inligting sessies in verband met die prosedure van die beëindiging van swangerskap ontvang. Bogenoemde gevolgtrekking staaf die stelling in Figuur 4.8 wat toon of respondente bewus was om die ongewenste swangerskap op 'n ander manier as 'n aborsie te hanteer. Aangesien respondente nie beraad is nie, was hulle nie ingelig nie en dus nie bewus van ander metodes om die swangerskap te hanteer nie. Stuebe (2005:2) maak melding dat die meeste vroue ambivalente gevoelens het om 'n ongewenste swangerskap te beëindig en dus sielkundige en emosionele ondersteuning benodig ten tye van die besluitneming oor die swangerskap, maar ook voor die prosedure.

Die feit dat 39% van respondente nie individuele berading ontvang het nie, is 'n kritieke punt wat moet aandag kry om sodoende grootskaalse gevolge wat 'n negatiewe impak op die kliënt se lewe kan hê, te voorkom. Die 61% van respondente wat aangedui het dat hul nie individuele berading ontvang het

nie, het óf inligting in groepe ontvang óf geen inligting betreffende die beëindiging van swangerskappe ontvang nie.



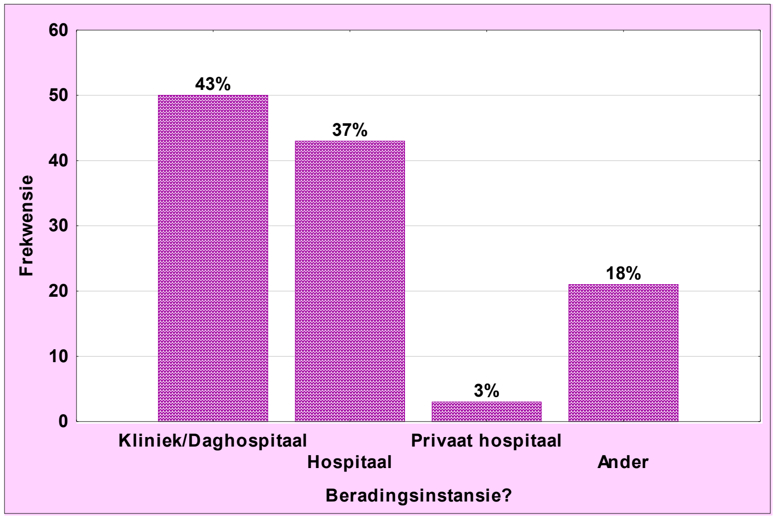
Figuur 4.18

Individueel beraad

Die regering stel dit ten doel dat voorkomende en bevorderende dienste by vlak een gesondheidsfasiliteite gelewer word en slegs gevorderde en gekompliseerde gevalle verwys moet word na vlak twee en drie fasiliteite. Volgens die Departement van Gesondheid (2007:1) was 62% van aangewysde fasiliteite vir die uitvoer van aborsies in 2004 funksioneel, waarvan 90% egter hospitale en slegs 10% vlak een fasiliteite was.

In teenstelling hiermee het die navorsers bevind dat feitlik die helfte van respondente (43%) wel hulle berading by ‘n kliniek of daghospitaal ontvang het soos gesien in Figuur 4.19. Hierdie kliniek of daghospitale is vlak een fasiliteite. Daar was ook 37% (n=43) respondente wat aangedui het dat hulle berading by hospitale ontvang het. Hierdie hospitale word gesien as vlak twee en drie hospitale.

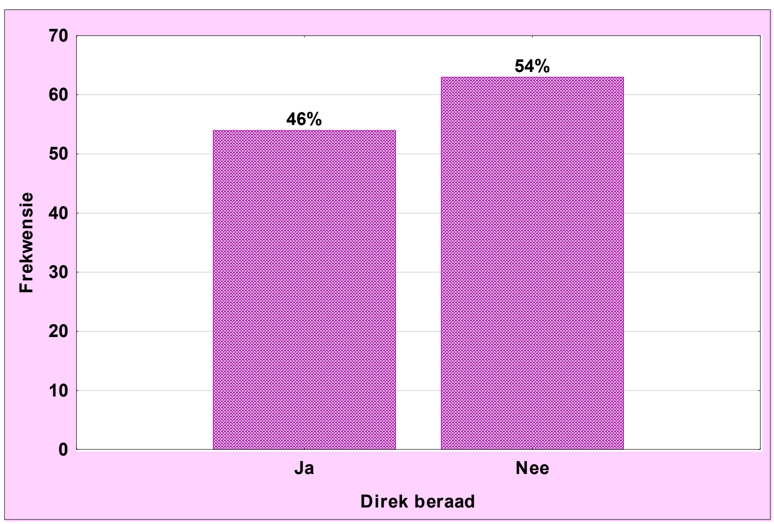
Berading moet dus vir sover as moontlik by vlak een hospitale uitgevoer word om druk op die vlak twee en drie hospitale te verlig aangesien vlak een fasiliteite ‘n voorkomende en bevorderende funksie verrig wat berading insluit.



Figuur 4.19

Fasiliteit vir berading

Soos aangedui in Figuur 4.20 is 46% (n=53) van die respondente **direk beraad** nadat hulle uitgevind het dat hulle swanger is. Die meerderheid respondente 54% (n=63) het op ’n latere geleentheid inligting oor die prosedure of berading ontvang.

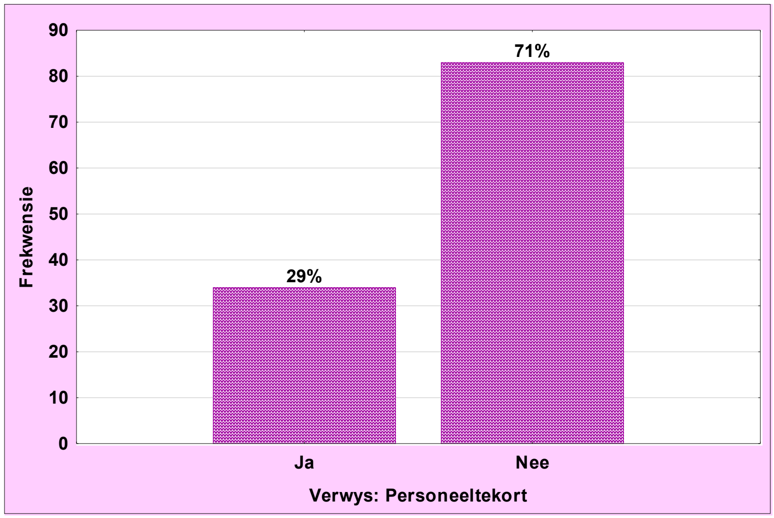


Figuur 4.20

Direkte berading

Figuur 4.21 toon aan dat 29% (n=34) van die respondente **verwys** is na ander instansies weens ’n **personeel tekort**. Dus kan die navorsers aflei dat hierdie feit aanleiding kon gee dat respondente nie direk beraad is nadat hul uitgevind het dat hul swanger is nie soos gesien in Figuur 4.20. Wanneer respondente van een instansie na ’n ander verwys word ontstaan die moontlikheid dat die

swangerskap ontwikkel tot in die tweede trimester voordat dit uiteindelik beëindig word. Dit is bekend dat komplikasies toeneem met toename in swangerskapduur.

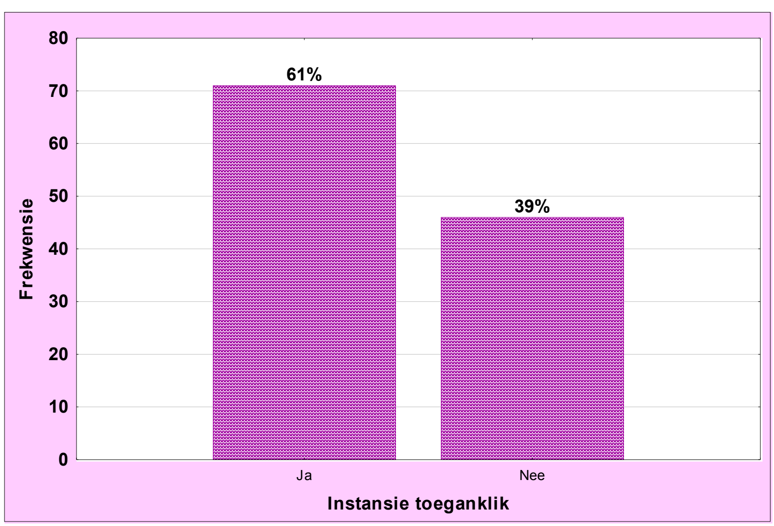


Figuur 4.21

Verwys weens personeeltekort

Seksie 27(1)(a) van die Grondwet, bepaal dat elkeen die reg het tot toegang tot gesondheidsdienste, insluitende reproduktiewe sorg. Seksie 32 beskerm die vrou se reg tot inligting betreffende dienste beskikbaar vir die beëindiging van ‘n swangerskap (Naylor & O’Sullivan, 2005:34,39).

Slegs 61% (n=71) van die respondente in Figuur 4.22 het aangedui dat die **fasiliteite** geografies **toeganklik** was. Dit wil sê dat 39% (n=46) van die respondente gesukkel het om ’n fasiliteit te vind om inligting of berading te kry. Dit kan bydra dat respondente nie betyds gaan vir berading nie.

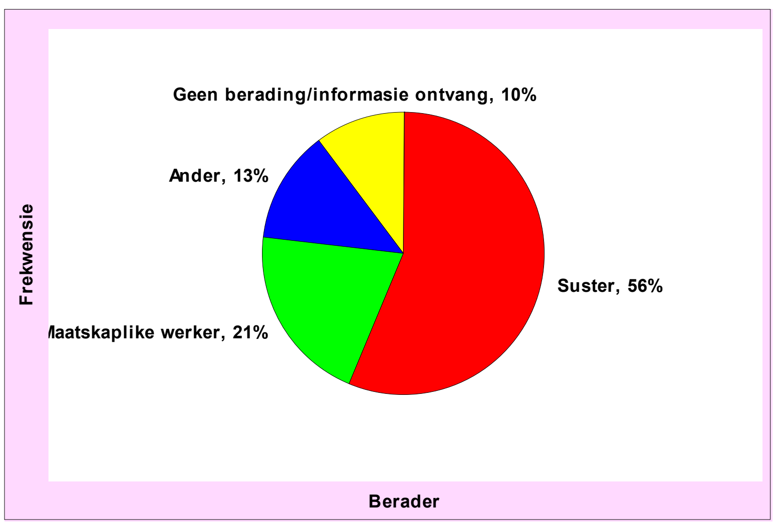


Figuur 4.22

Toeganklikheid van fasiliteite

Die volgende Figuur (Figuur 4.23) dui aan **wie** die terminasie van swangerskap **berading uitgevoer het**. Die 'Ander' kategorie (n=13 of 13%) waarna verwys word, het antwoorde ingesluit soos 'Dokter'. Die interpretering van die 'Ander' opsie vind plaas onder die kwalitatiewe data se bespreking onder 4.4.

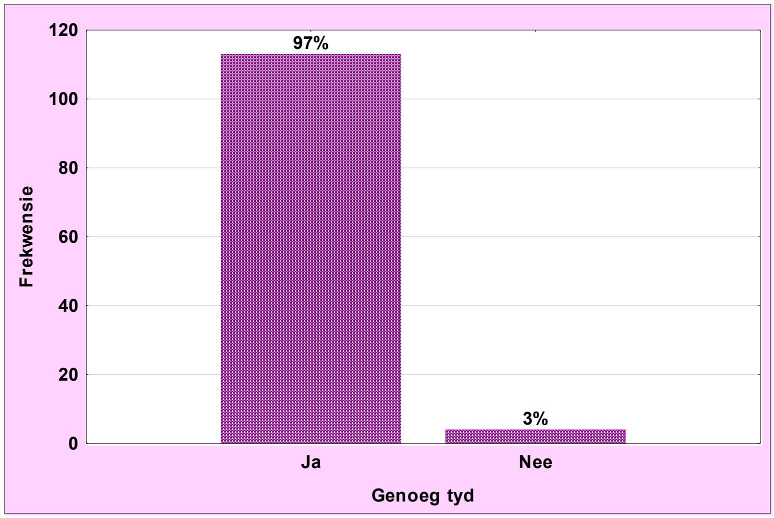
Volgens die Departement van Gesondheid (1997:6) mag berading deur enige gesondheidswerker behartig word en word spesiale persone nie benodig nie. Die vraag ontstaan tot watter mate die kliënt wel genoegsaam ingelig is betreffende die implikasies van die aborsie. Die navorsers het bevind dat 56% (of n=66) van die respondente deur 'n geregistreerde verpleegkundige (suster) beraad is, terwyl 10% van die totale hoeveelheid respondente geensins inligting of berading ontvang het nie. Laasgenoemde het dus hul swangerskap laat beëindig sonder enige inligting of berading betreffende die beëindiging van 'n swangerskap. Sibuyi (2004:75) maak melding van verskeie redes waarom die verpleegkundige die mees toepaslike gesondheidswerker is vir aborsiesorgdienste, onder andere dat vroedvroue meestal vanuit die gemeenskap is waar hul werksaam is en dus meer geneig is om die behoeftes van die gemeenskap te verstaan.



Figuur 4.23

Berader

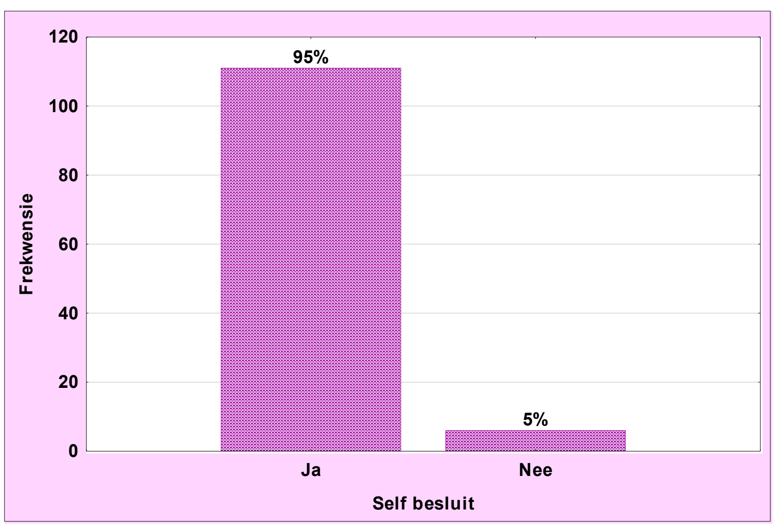
Figuur 4.24 was 'n geslote vraag wat ten doel gehad het om te bepaal of die respondent **genoeg tyd** gehad het om 'n besluit te neem betreffende die beëindiging van die swangerskap. Daar was slegs 'n 'Ja' en 'Nee' opsie. Sowat 97% (n=113) het gevoel dat hul wel genoeg tyd gehad het om te besluit oor die verdere verloop van hul swangerskap, hetsy die swangerskap beëindig sou word en of daar wel voortgegaan sou word met die swangerskap. Dit is egter nie duidelik of hierdie swangerskappe tot in die tweede trimester verloop het alvorens 'n besluit geneem is nie.



Figuur 4.24

Genoeg tyd om besluit te neem

Figuur 4.25 dui die respons op ’n geslote vraag wat ten doel gehad het om te bepaal of die respondente toegelaat was om **self** ’n **besluit** te neem betreffende die verdere verloop van die swangerskap. Sowat 95% van respondente het aangedui dat hul self ‘n besluit geneem het betreffende die verdere verloop van die swangerskap. Volgens nasionale norme, standaarde en regulasies moet die vrou se vermoë om haar voortplanting en ander regte te beoefen, ondersteun word en aspekte insluit soos ingeligte en vrye besluitneming, outonomiteit in besluitneming, konfidensialiteit en privaatheid.

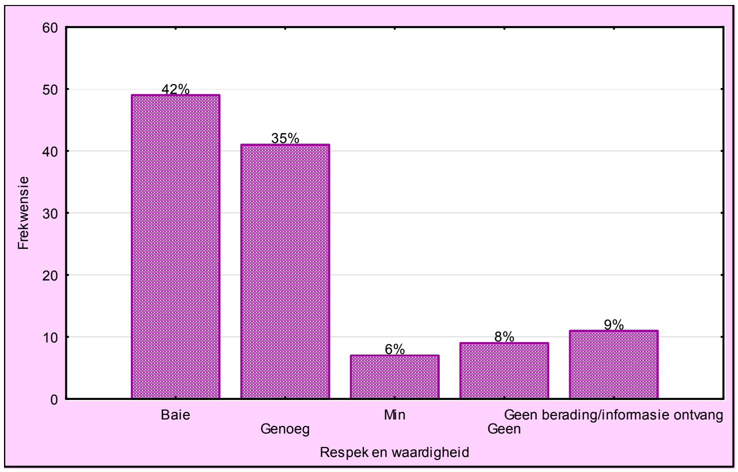


Figuur 4.25

Self besluit

Figuur 4.26 toon met hoeveel **respek en waardigheid** die gesondheidspersoneel die respondente behandel het tydens berading. Slegs 42% (n=49) van respondente dui aan dat hul met baie respek

behandel is terwyl 14% (n=16) met min of geen respek behandel is. Navorsers het dit in die praktyk ervaar dat moontlike redes hiervoor kan wees dat gesondheidspersoneel nie genoeg tyd het om voldoende aandag aan elke individuele kliënt te gee nie, of dalk nie die nodige geduld het met die groot hoeveelheid kliënte wat kom vir die beëindiging van swangerskappe nie. ’n Verdere rede hiervoor kan wees dat personeel moontlik vooroordele het ten opsigte van die beëindiging van ’n swangerskap en dus die kliënte sonder respek behandel. Ongeveer 9% van respondente het geen berading of inligting ontvang nie.

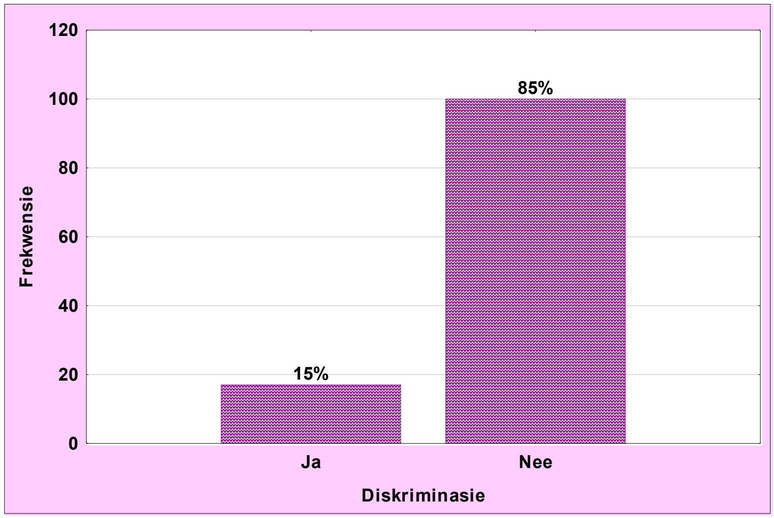


Figuur 4.26

Met respek en waardigheid behandel

Suid-Afrika het internasionale ooreenkomste onderteken en bekragtig, onder andere die ‘Convention on the Elimination of all forms of Discrimination Against Women (CEDAW)’ wat die regering verplig om toepaslike maatreëls te implementeer in terme van reproduktiewe outonomie deurdat diskriminasie teen vroue in gesondheidsorg geëlimineer word (Naylor & O’Sullivan, 2005:10). Artikel 16(1)(e) van die CEDAW bepaal dat vroue die reg het om vrylik en op ‘n verantwoordelike wyse te besluit hoeveel kinders sy wil hê asook die spasiëring van haar kinders. Dit bepaal verder dat sy toegang moet hê tot inligting om sodoende ingeligte besluite te kan neem.

Ten spyte van hierdie ooreenkomste het die navorsers bevind dat 15% (n=17) van respondente wel **diskriminasie** ervaar het op grond van die respondent se ras, ouderdom, huwelikstatus of geloof, soos aangetoon in Figuur 4.27.

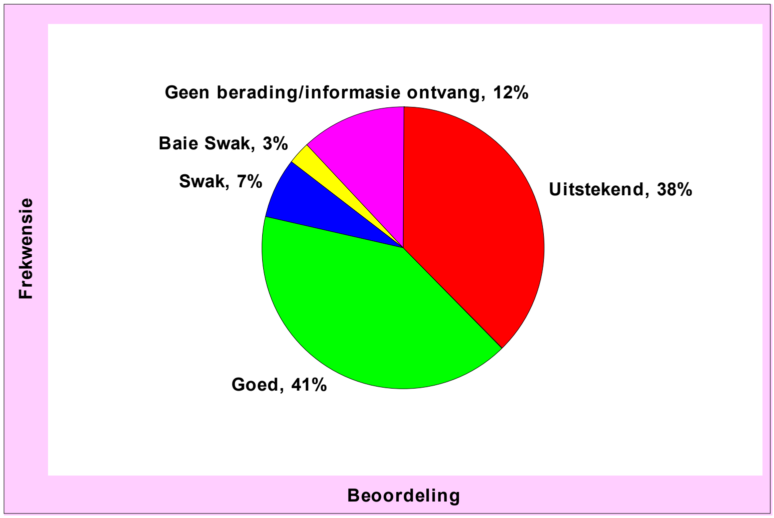


Figuur 4.27

Diskriminasie

‘n Opname gedoen net nadat die aborsiewet in 1997 geïmplementeer is, toon dat 90% van die 183 vroue wat aborsies in die Kaapse Metropool versoek het, geen kennis gehad het van die wetlike voorwaardes waaronder aborsies gedoen word nie (Althaus, 2000:5).

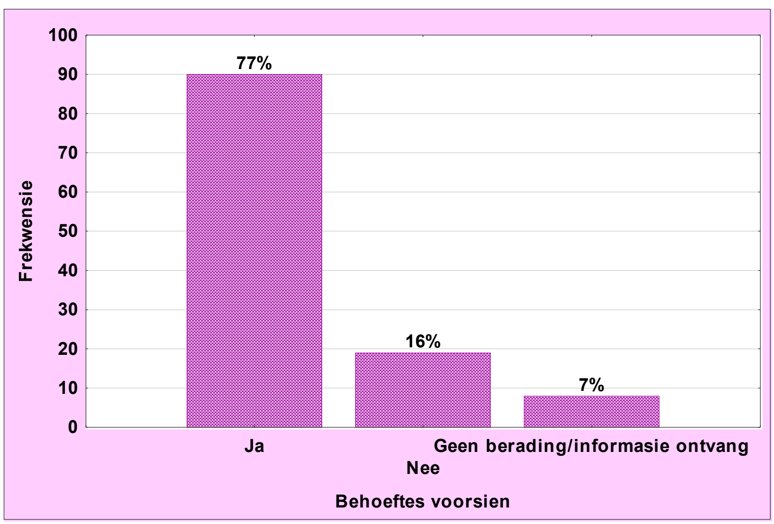
In teenstelling hiermee het die navorsers bevind dat die oorgrote meerderheid respondente (79%) aangedui het dat die berading uitstekend of goed was. 10% het gevoel dat die berading swak of baie swak was soos gesien in Figuur 4.28. Hierdie statistieke moet beskou word in die lig van wat volgens die geïmplementeerde wette alles moet plaasvind tydens berading en wat dan wel in die praktyk aan die kliënte verskaf word tydens berading. Daar word byvoorbeeld aan ongeveer 50% van respondente geen inligting aangaande die komplikasies van aborsies tydens berading gegee nie. Hierdie statistiek sal later verder bespreek word in hoofstuk vier. Dus weet die respondente nie noodwendig van wat daar vir hul behoort gebied te word in die praktyk tydens berading nie en is hul tevrede met die geringste hoeveelheid inligting wat aan gebied word. ’n Verdere 12% van respondente het geen berading of inligting ontvang betreffende die beëindiging van ’n swangerskap nie.



Figuur 4.28

Beoordeling van berading

Figuur 4.29 dui die respondente se **opinie** aan of daar in al hul behoeftes voorsien is. Sowat 77% van respondente het gevoel dat daar in hul behoeftes voorsien was. Die respondente het ook hul eie behoeftes betreffende die inligting tydens berading genoem. Dit word bespreek onder afdeling 4.4 waar die kwalitatiewe ontleding van data plaasvind.

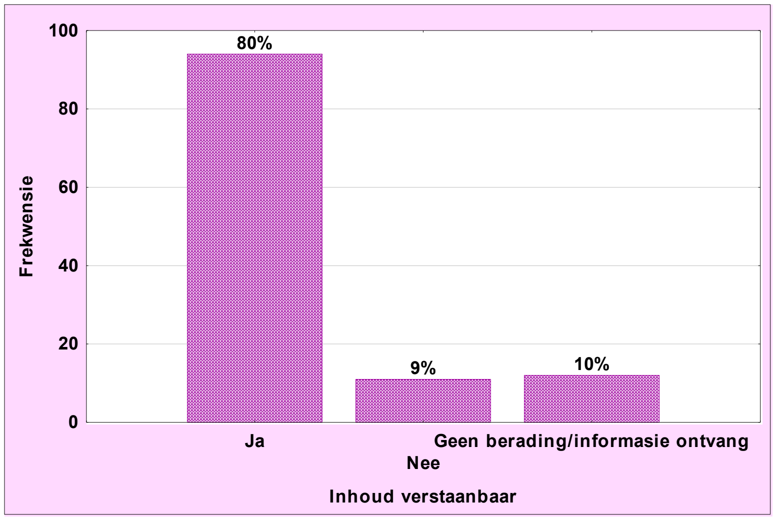


Figuur 4.29

Voorsien in al die behoeftes

Figuur 4.30 toon aan of die respondente die **inhoud** van die berading **verstaanbaar** gevind het. Sowat 20% (n=23) het die berading onverstaanbaar gevind. Van die redes wat aangevoer word, is berading wat in onverstaanbare taal aangebied is byvoorbeeld vir Xhosa sprekende respondente wat nie Afrikaans of Engels magtig is nie. Selfs tydens die inligtingsessies wat die respondente ontvang

het (wat vir sommige die enigste bron van inligting was), was daar diegene wat nie verstaan het wat aan hul verduidelik is nie. Vroue ontvang dus nie alle inligting om sodoende ‘n ingeligte besluit te kon neem nie.

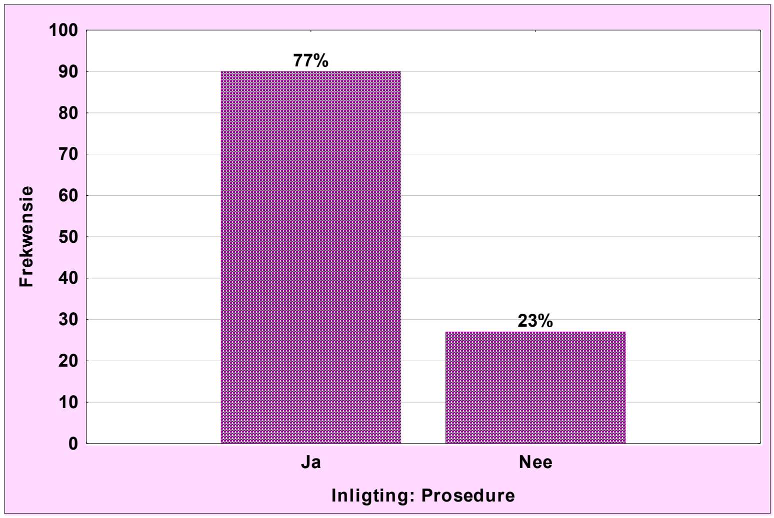


Figuur 4.30

Inhoud van die berading verstaanbaar

Die volgende sewe figure is verdeel in sub-afdelings om te bepaal of die respondente inligting ontvang het soos wat verwag word volgens bestaande riglyne en protokolle. Dit word as noodsaaklike en belangrike inligting beskou wat alle kliënte moet ontvang voor hul ’n swangerskap laat beëindig.

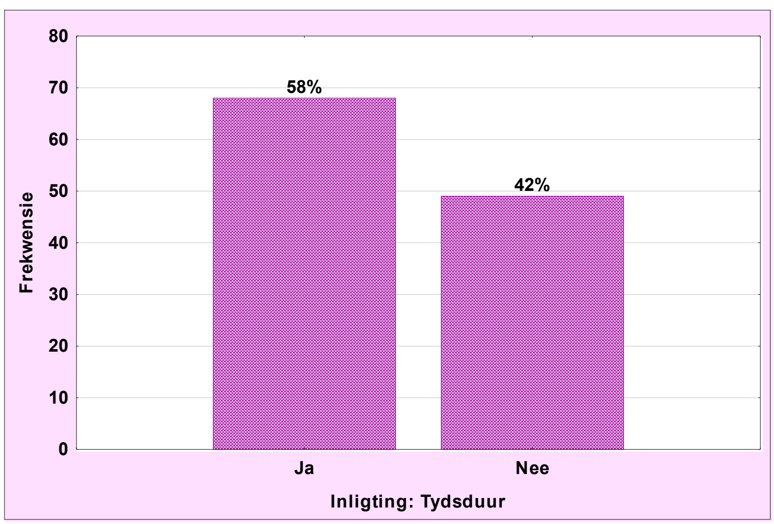
Kliënte moet ingelig word oor die verskillende aborsiemetodes in die verskillende stadia van swangerskap. Die riglyne is gebaseer op bestaande protokolle wat wêreldwyd in gebruik is (WHO, 2003:36). Die WGO se riglyne (WHO, 2003:26) betreffende inligting en berading aan die vrou, vereis dat daar volledige, akkurate en maklik verstaanbare inligting aan die vrou verskaf word aangaande die spesifieke prosedure, hetsy mediese of chirurgiese metode van aborsie en wat om te verwag gedurende en na die afloop daarvan. Figuur 4.31 toon aan of die respondente **inligting** ontvang het oor die **prosedure** van die beëinding van ‘n swangerskap. Sowat 77% (n=90) van respondente het wel getoon dat hul ingelig is ten opsigte van die prosedure van terminasie van swangerskap.



Figuur 4.31

Inligting betreffende die prosedure

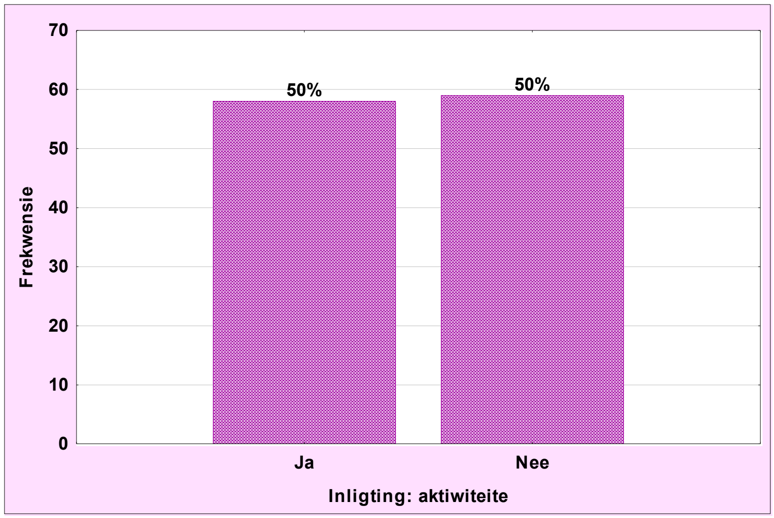
Figuur 4.32 toon aan dat 42% (n=49) geen **inligting** ontvang het oor hoe lank die prosedure sal **duur** nie, hetsy die aborsie proses plaasvind binne vier tot twaalf weke van swangerskap, of na twintig weke swangerskap. Die tydsduur van die prosedures verskil aansienlik tussen die twee gestasie periodes aangesien verskillende metodes gevolg word om die swangerskap te beëindig.



Figuur 4.32

Inligting betreffende die tydsduur van die prosedure

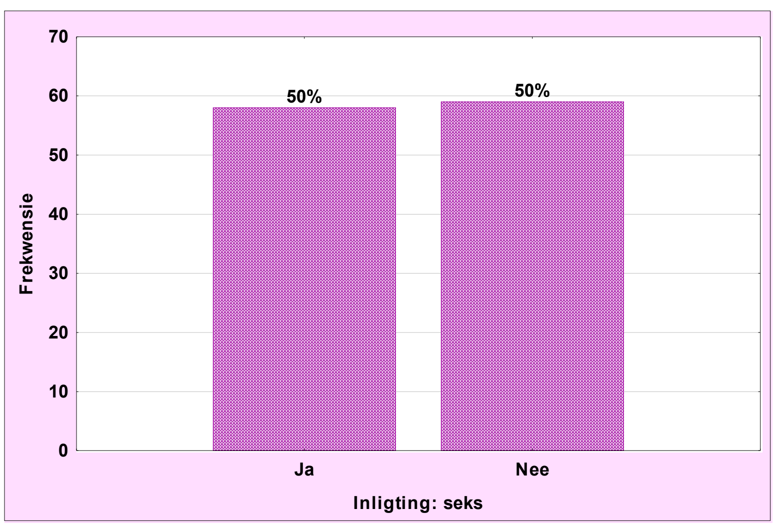
Slegs 50% (n=58) van die respondente het **inligting** ontvang oor wanneer hulle weer normaal kan **voortgaan met aktiwiteite,** soos byvoorbeeld strawwe fisiese oefeninge na die beëindiging van die swangerskap soos aangetoon in Figuur 4.33.



Figuur 4.33

Hervat van aktiwiteite na die prosedure

Figuur 4.34 toon aan dat 50% van die respondente **inligting** ontvang het oor wanneer hulle weer kan voortgaan met **seksuele aktiwiteite.** Soos later gesien sal word onder die kwalitatiewe ontleding van data in 4.4, het respondente beskryf dat daar 'n behoefte is aan inligting aangaande die hervat van seksuele aktiwiteite.

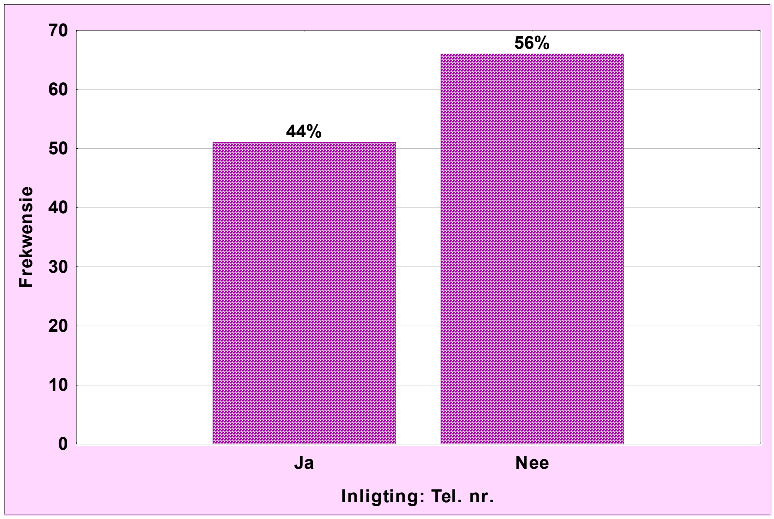


Figuur 4.34

Inligting betreffende seksuele kontak na die prosedure

Figuur 4.35 toon aan dat meer as die helfte van respondente (56%) nie inligting óf telefoon-nommers ontvang het om die gesondheidsdienste te raadpleeg as daar 'n probleem ontstaan nie. Navorsers sien die statistiese bevinding in 'n baie ernstige lig, aangesien dit van kardinale belang is dat kliënte dadelik iemand moet kan raadpleeg indien daar 'n krisis is of komplikasies ontstaan na die beëindiging

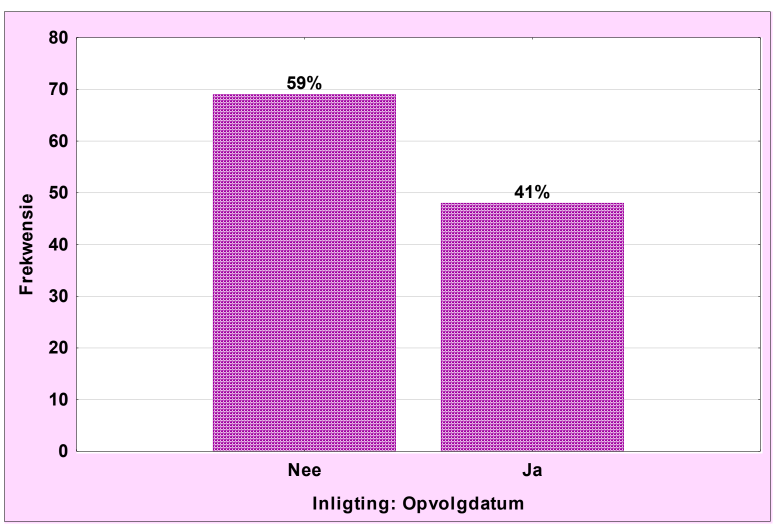
van die swangerskap. Komplikasies wat kan ontstaan is byvoorbeeld infeksie of erge bloeding wat nie deur die kliënt beheer kan word nie. In so 'n geval moet die kliënt met iemand kan kontak maak vir die nodige advies en bystand.



Figuur 4.35

Telefoonnommers ontvang om gesondheidsdiens te raadpleeg in geval van probleme

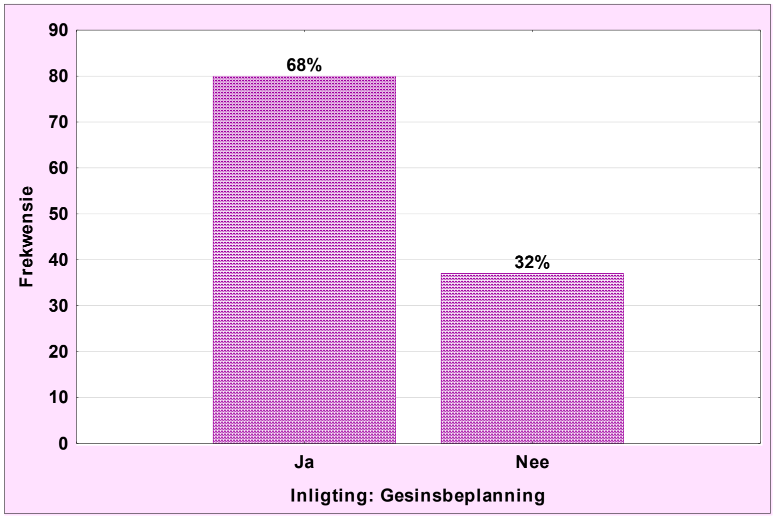
In Figuur 4.36 word aangedui dat 59% (n=69) van die respondente nie 'n **opvolgdatum** gekry het nie, alhoewel dit belangrik is om opgevolg te word na so 'n prosedure om moontlike komplikasies betyds op te spoor en te behandel.



Figuur 4.36

Opvolgdatum ontvang

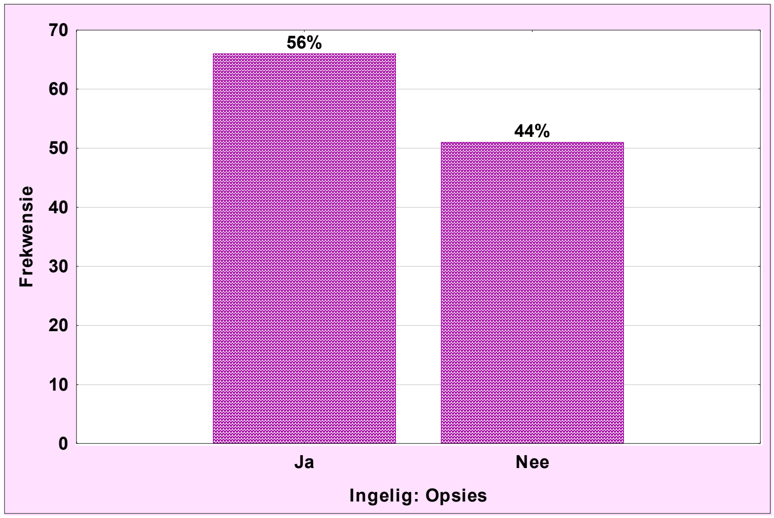
Uit Figuur 4.37, wat die inligting rondom **kontrasepsie** aandui**,** het die navorsers gevind dat die meeste respondente (68%) wel ingelig is oor metodes van kontrasepsie na die beëindiging van die swangerskap. Daar was 32% (n=37) respondente wat nie ingelig was oor kontrasepsie na die prosedure nie, ten spyte daarvan dat dit gesien word as baie belangrike inligting, omdat dit ‘n volgende ongewenste swangerskap kan voorkom.



Figuur 4.37

Inligting betreffende gesinsbeplanning

Die WGO se riglyne (2003:26) betreffende inligting en berading aan die vrou vereis dat volledige, akkurate en maklik verstaanbare inligting en/of berading aan die vrou verskaf word betreffende die verskillende opsies wat beskikbaar is om haar sodoende te help om ’n ingeligte besluit te neem betreffende haar swangerskap. Soos aangedui in Figuur 4.38 het die navorsers gevind dat 44% (n=51) nie **ingelig** is oor **ander opsies**, naamlik enkel ouerskap, voogskap en aanneming nie en sodoende die beëindiging van die swangerskap moontlik kon voorkom het.



Figuur 4.38

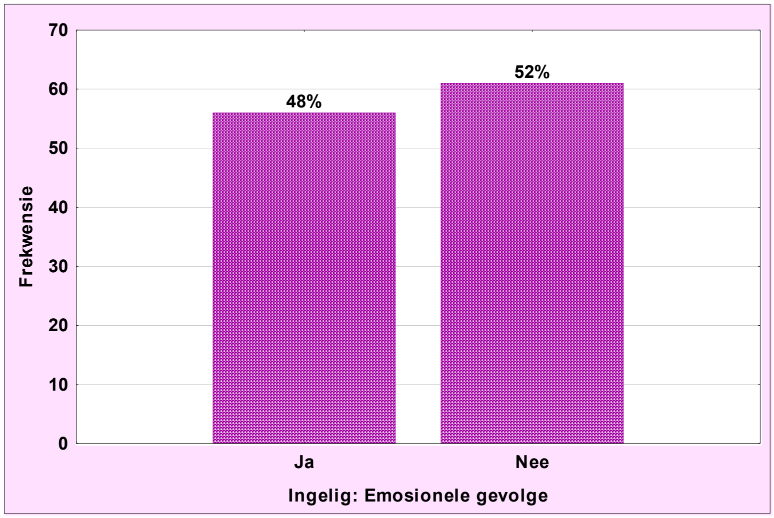
Ingelig oor ander opsies

Figuur 4.39 toon aan dat 52% (n=61) van die respondente nie **ingelig** is oor die **emosionele gevolge** nie en dit kan veroorsaak dat respondente nie emosioneel gereed is vir die beëindiging van die swangerskap nie, maar steeds voortgaan daarmee wat latere emosionele probleme tot gevolg kan hê.

Volgens Sweet (2003:515) is die emosionele implikasies van aborsies op kliënte alreeds wyd en in diepte nagevors. Volgens MacNair (2003:2) is daar 'n hoë voorkoms van simptome wat inpas by die toestand bekend as Post-traumatiese Stres Sindroom.
Simptome van die versteuring sluit in:

- obsessionele aborsiedenke;
- depressie;
- moegheid en gebrek aan energie;
- lae selfbeeld;
- identiteitskonflik; en
- drome en nagmerries.

Dit is dus van uiterste belang dat daar omgesien moet word na die kliënt se emosionele gesondheid deur haar volledig in te lig betreffende die emosionele gevolge sodat sy 'n ingeligte besluit kan neem en dus negatiewe emosies só te beperk dat dit nie ten einde sal lei tot emosionele letsels wat dalk nooit mag genees nie.

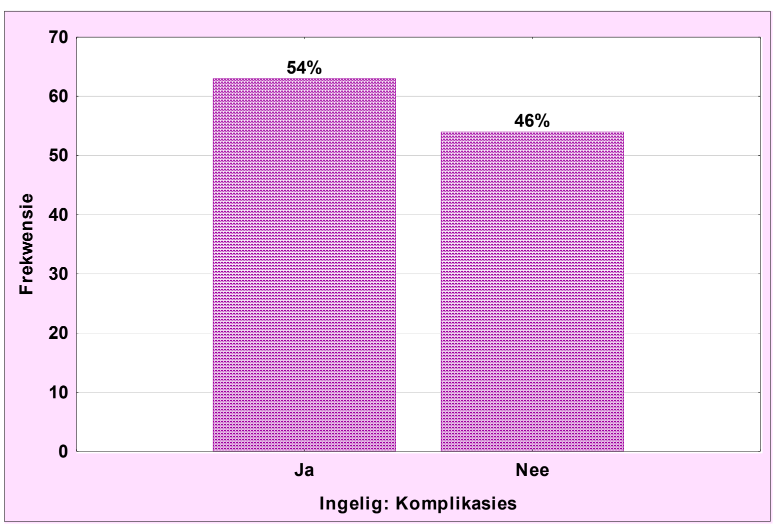


Figuur 4.39

Ingelig betreffende emosionele gevolge

Komplikasies van aborsie kan insluit bloeding, infeksie, uteriene perforasie, sepsis, chroniese pelviese pyn, inflammasie van die voortplantingsorgane met 'n 20 tot 40% kans tot infertiliteit, asook ektopiese swangerskappe (Berer, 2000:585).

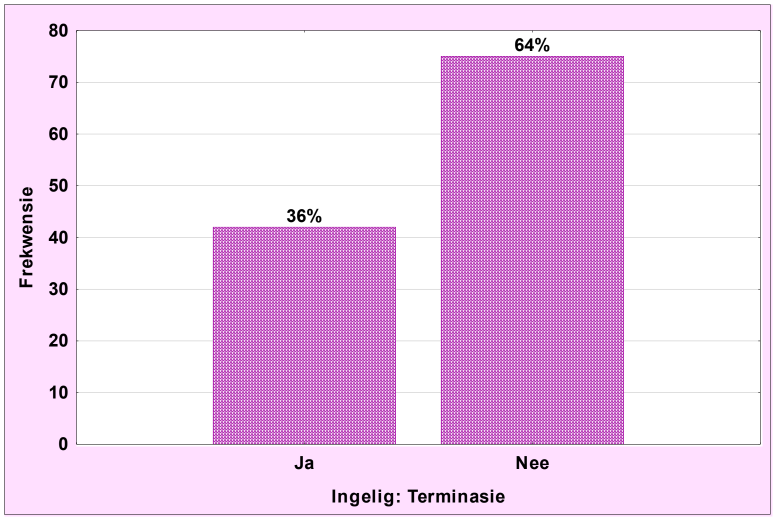
Figuur 4.40 dui aan dat slegs 54% (n=63) van respondente ingelig is aangaande die **komplikasies** wat kan intree tydens die prosedure. Daaruit kan afgelei word dat daar steeds te min kliënte ingelig word oor die komplikasies van so 'n prosedure wat 'n baie belangrike deel uitmaak van die pre-berading. Kliënte moet dus ingelig word ten opsigte van die komplikasies sodat hulle kan voorbereid wees indien daar komplikasies voorkom na die beëindiging van die swangerskap.



Figuur 4.40

Ingelig betreffende moontlike komplikasies

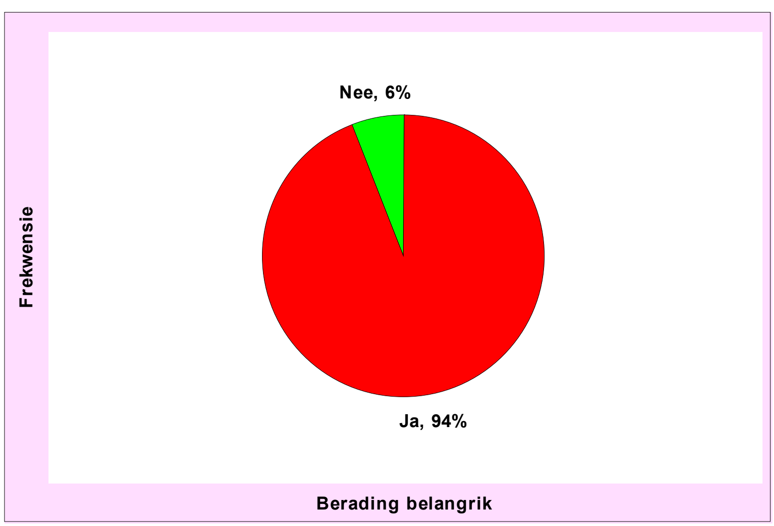
Figuur 4.41 dui aan dat 64% (n=75) van die respondente nie **ingelig** is aangaande die verskillende **tipes terminasies** nie. Daar kan dus afgelei word dat die kliënt geen voorkeur het aangaande die tipe prosedures nie aangesien hul nie ingelig is ten opsigte van die tipes terminasies wat beskikbaar is nie.



Figuur 4.41

Inligting ontvang betreffende die tipes terminasies

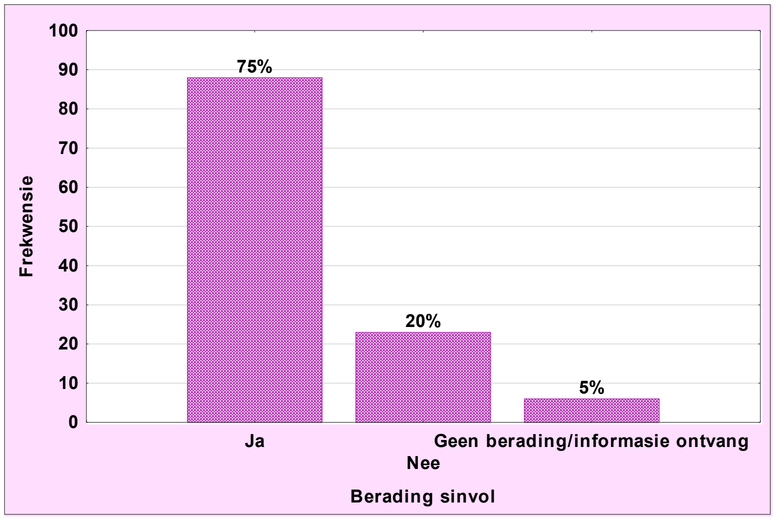
Figuur 4.42 toon aan hoe belangrik berading vir die respondente is. Vir 94% (n=110) van respondente is **berading belangrik**. Dit toon dus die behoefte wat daar bestaan onder kliënte om wel berading te ontvang. Volgens Turner (2001:1) dring die 'Christian Lawyers Association' daarop aan dat berading 'n voorvereiste moet wees voordat 'n swangerskap beëindig word en dat post-aborsieberading 'n noodsaaklikheid is.



Figuur 4.42

Mening oor belangrikheid van pre-berading

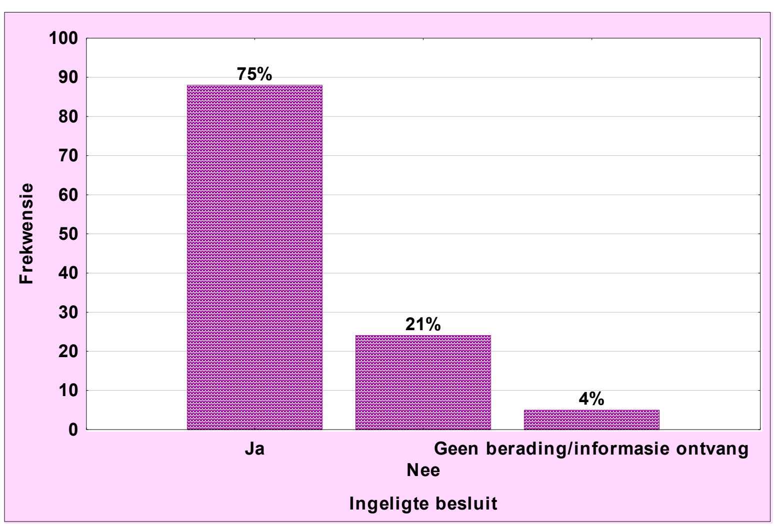
Figuur 4.43 toon aan dat 75% (n=88) van die respondente aangetoon het dat die berading sinvol was en hulle baat gevind het by die berading of inligtingsessies. Die ideaal is egter dat alle kliënte baat sal vind by berading. Twintig persent (n=23) van die respondente het gevoel dat die berading onnodig was omdat hulle niks daarby kon baat nie.



Figuur 4.43

Berading sinvol vir respondente

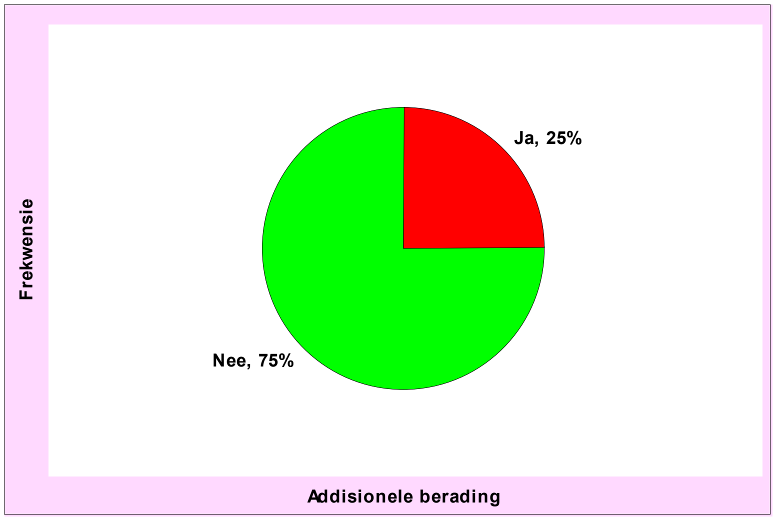
Die riglyne vir die uitvoer van aborsies op aanvraag (Direktoraat, 1997:6) dui aan dat 'n swanger vrou ingeligte toestemming moet verleen tot die prosedure wat voorafgegaan word deur berading. Figuur 4.44 dui aan dat 75% (n=88) van die respondente melding gemaak het dat berading hulle wel gehelp het om 'n **ingeligte besluit** te neem teenoor die 21% (n=24) wat nie 'n ingeligte besluit kon neem nie. Die navorsers voel dat berading die kliënt sal help om 'n ingeligte en verantwoordelike besluit te help neem.



Figuur 4.44

Berading gehelp om 'n ingeligte besluit te neem

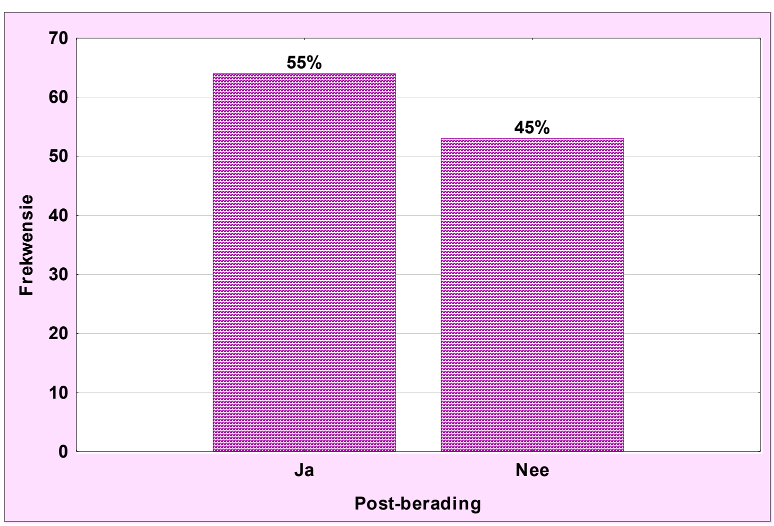
Figuur 4.45 toon dat 75% (n=88) respondente nie addisionele berading verlang het nie, terwyl 25% (n=29) respondente wel **addisionele berading** verlang het. Dis belangrik om tydens berading vas te stel wie verder beraad wil word sodat daar aan daardie kliënte se behoeftes voorsien kan word.



Figuur 4.45

Addisionele berading

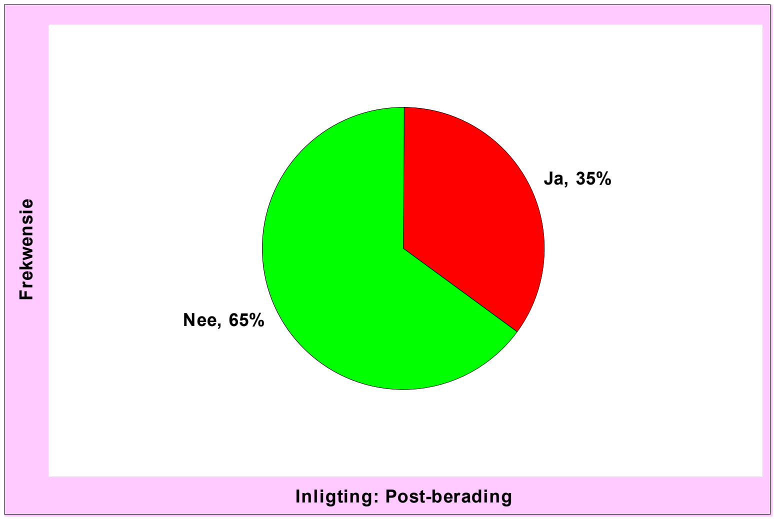
Soos aangedui in Figuur 4.46 het die navorsers bevind dat 55% (n=64) van die respondente graag na die prosedure berading sal wil ontvang. Hierdie bevinding stem ooreen met Varkey *et al*. (1999:4) wat melding maak in hul oorsigtelike verslag van aborsiesorgdienste in Suid-Afrika dat 24% van vroue gerapporteer het dat hul geen vooraf berading ontvang het nie en 56% van vroue geen **post-aborsieberading** ontvang het nie. Dus kan gesien word dat post-berading 'n groot behoefte is vir vroue wat 'n aborsie ondergaan het.



Figuur 4.46

Benodig post-berading

Figuur 4.47 toon aan dat slegs 35% (n=41) respondente **inligting** oor **post-berading** ontvang het. Die navorsers kan aflei dat die behoefte vir post-berading groot is, maar die nodige inligting rondom post-berading word nie gegee aan die meeste kliënte wat berading ontvang nie.

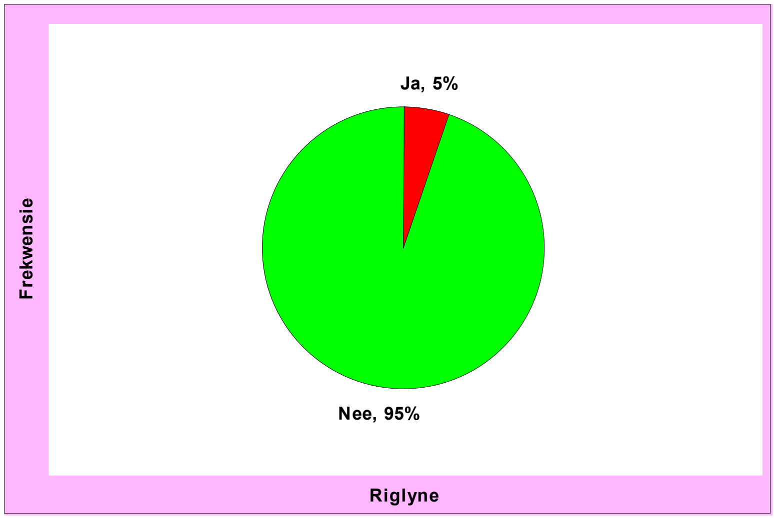


Figuur 4.47
Ingelig oor post-berading

Die navorsers het gevind dat daar onvoldoende en onvolledige rekordhouding is van kliënte wat pre-aborsie berading ontvang. Volgens Berer (2000:586) is daar verskeie maniere om kwaliteitsorg te verseker en te monitor waaronder die stel van bepaalde vereistes vir rekordhouding ook voorkom. Daar moet volledig rekord gehou word van berading wat aan die kliënt verskaf is aangesien dit ’n geregtelike aspek is wat kan lei tot ongewenste tugsake en hofsake.

Figuur 4.48 toon of **berading volgens riglyne** gedoen word. Die navorsers het gevind dat wanneer berading wel gedoen word slegs 5% (n=6) daarvan volgens bestaande riglyne gedoen word. Daar was dus 95% (n=111) respondente wat weerhou is van belangrike inligting aangaande aborsiesorg. Die navorsers maak die afleiding dat baie kliënte oningelig is rondom die prosedure en verwante aspekte wat die berading sinvol maak.

Hierdie bevindinge stem ooreen met ’n opname wat gedoen is net nadat die aborsiewet in 1997 geïmplementeer is. Ongeveer 90% van die 183 vroue wat aborsies in die Kaapse Metropool versoek het, het geen kennis gehad het van die wetlike voorwaardes waaronder aborsies gedoen word nie. In slegs 8% van gevalle het die verwysende gesondheidsdienste al die nodige inligting aan die betrokke vroue verskaf (Althaus, 2000:5).



Figuur 4.48

Berading volgens riglyne

4.4 Kwalitatiewe data

Die kwalitatiewe data is die kleiner komponent van hierdie navorsing en is spesifiek daarop gerig om in-diepte inligting te verkry wat meer lig kan werp oor inligting betreffende die berading. Kwalitatiewe data is verkry deur middel van oop vrae waar die respondente:

- inligting moes spesifiseer; en
- kommentaar en/of aanbevelings moes maak betreffende berading.

<u>4.4.1 Inligting verskaf deur die respondente</u>

Vraag 23, soos op die vraelys, gee aan die navorser die aanduiding deur wie die berading gedoen is of wie die inligting sessie betreffende die terminasie van swangerskappe aan die respondente verskaf het. Indien die respondent die 'Ander' opsie gekies het, moes die respondente in vraag 24 spesifiseer wie die berading gedoen het.

Die respondente het slegs twee ander opsies aangedui wie die berading gedoen het. Dertien respondente het aangedui dat hulle deur 'n dokter beraad is ten opsigte van die beëindiging van die swangerskap. Een van die respondente is deur 'n vriend by die kliniek beraad. Dit is kommerwekkend dat die riglyne vir die uitvoer van aborsies op aanvraag (Departement van Gesondheid, 1997:6) melding maak dat berading deur enige gesondheidswerker behartig mag word en nie spesiale opleiding benodig nie. Die vraag bly steeds staan: is diegene wat berading verskaf, voldoende ingelig en besit hul die nodige vaardighede om die berading te kan aanbied?

4.4.2 Kommentaar en/of aanbevelings van respondente wat vraelyste voltooi het

Die verdeling in kategorieë maak dit vir die leser maklik om te verstaan wat die grootste behoeftes van die respondente is ten opsigte van berading. Daar sal vervolgens in meer diepte gekyk word na die behoeftes van die respondente aangesien dit 'n belangrike rol speel in berading ten einde in al die kliënt se behoeftes voldoen kan word.

Die behoeftes van die respondente wat die vraelyste voltooi het, met betrekking tot berading, word as volg opgesom:

- berading nie duidelik/verstaanbaar genoeg nie;
- berading nie in kliënt se taal nie;
- bring meer lewensriglyne in;
- meer inligting oor die gevare, gevolge, post-berading en emosionele gevoelens;
- meer geduld hê;
- ander opsies om ongewenste swangerskappe te hanteer;
- meer seks voorligting; en
- weer sal kan swanger raak.

Geen persentasies is hieraan gekoppel nie, aangesien die respondente meer as een behoefte en/of aanbeveling aangedui het. As daar gekyk word na die behoeftes van respondente, is dit duidelik dat daar na berading steeds diegene is wat addisionele inligting benodig, aangesien van die gelysde behoeftes krities is tydens berading wat 'n groot impak kan hê op die kliënt se keuse om die swangerskap te beëindig.

Hierdie behoeftes van die respondente is gekategoriseer ten opsigte van vier afdelings naamlik:

- geen;
- berading swak omskryf;
- taal verwante probleme; en
- benodig meer inligting.

4.5 Samevatting

In hoofstuk 4 is die data geanaliseer en bespreek. Die kwantitatiewe en kwalitatiewe data wat verkry is, is volgens verskillende metodes ontleed en grafies voorgestel. Die ontleding van data en die toepaslike interpretasie daarvan, met verwysing na relevante literatuur, is 'n kritiese aspek van die

navorsingsproses. Die resultate moet gegrond wees op die doelwitte wat in hoofstuk een geformuleer is en is dan ook volgens die doelwitte aangebied.

In hoofstuk 5 word die gevolgtrekkings en aanbevelings bespreek.

****

HOOFSTUK 5
GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

5.1 Inleiding

Na aanleiding van die bevindinge, soos uiteengesit in hoofstuk 4, asook ‘n intensiewe literatuurstudie, het die navorsers tot verskeie gevolgtrekkings gekom in terme van die doelwitte wat gestel is.

Die aanbevelings wat in hierdie hoofstuk gemaak word, is gegrond op:

- die bevindinge en gevolgtrekkings wat spruit uit hierdie navorsing;
- ’n deeglike literatuurstudie;
- aanbevelings van die respondente wat die vraelyste voltooi het; en
- die navorsers se ervaring.

Dit was nie die navorsers se doel om die verpleegpraktyk te verander betreffende pre-aborsie berading nie. Dit is hoofsaaklik daarop gerig om aanbevelings te maak betreffende die aspekte in die praktyk waaroor onduidelikheid bestaan en dat daar ‘n behoefte is aan meer spesifieke riglyne.

5.2 Probleemstelling

Die tekort aan doeltreffend-opgeleide personeel in aborsiesorgdienste het onder andere tot gevolg gehad dat vroue oningelig is met betrekking tot aborsiedienste en ‘…represent a barrier to using the services to which they are entitled…’ (Naylor en O’Sullivan, 2005:8). Hierdie outeurs is ook van mening dat oningeligtheid ‘n beduidende rol in die voortbestaan van onveilige (onwettige) aborsies speel.

Evangelisti maak melding daarvan dat weinig navorsing sedertdien in Suid-Afrika oor pre-aborsie berading gedoen is (2000:2). Hierdie studie is gebaseer op verskeie stellings en vrae betreffende die implementering van beradingsriglyne, naamlik:

- onbeplande en ongewenste swangerskappe word nie dadelik na diagnose gevolg deur toepaslike voorligting nie;
- die kliënt word nie ingelig ten opsigte van haar grondwetlike regte nie;
- die kliënt kry nie voldoende tyd vir deeglike nabetragting nie;
- berading verskaf nie voldoende inligting om die kliënt te help om ‘n ingeligte besluit rakende haar swangerskap te neem nie;

- berading betreffende die kliënt se behoeftes is onvoldoende;
- voorafberading word nie dadelik gedoen nadat die vrou besluit het op die beëindiging van haar swangerskap nie, maar word eerder verwys na ander gesondheidswerkers;
- kliënte ontvang klaarblyklik slegs berading oor aborsiemetodes en die holistiese aspek word verwaarloos;
- die kliënt verstaan nie noodwendig die omvang van die berading nie;
- onvoldoende inligting betreffende post-aborsie gesinsbeplanning;
- die implementering van die wetgewing is problematies vir die vroedvrou omrede berading nie voldoende omskryf word nie;
- daar is nie voldoende opgeleide vroedvroue wat pre-aborsie berading met betrekking tot ongewenste swangerskappe kan doen nie;
- vroedvroue se persoonlike persepsies word afgedwing op die kliënt; en
- daar is geen rekordhouding dat kliënte wel pre-aborsie berading ontvang het nie.

Die primêre navorsingsvraag in hierdie studie is as volg:

- Word pre-aborsie berading in die kliniese opset volgens bestaande beradingsriglyne gedoen?

Die volgende subvrae is gestel:

- Watter pre-aborsie beradingsmodelle of verwysingsraamwerke bestaan reeds elders en wat behels dit?
- Wat is die behoeftes van vroue wat 'n aborsie wil ondergaan met betrekking tot pre-aborsie berading?

5.3 Doelwitte

Die doelwitte van hierdie navorsing is ondersoekend-beskrywend van aard en is daarop gerig om die pre-aborsie berading aan vroue met ongewenste swangerskappe in staatsaangewysde fasiliteite in die Wes-Kaapse metropool te evalueer vanuit 'n verpleegkundige perspektief ten einde:

- ondersoek in te stel of pre-aborsie berading van vroue met ongewenste swangerskappe uitgevoer word soos voorgestel deur die onderskeie riglyne;
- die persepsies van swanger vroue te bepaal ten opsigte van die toeganklikheid en verbruikersvriendelikheid van die dienste;
- te bepaal of die swanger vrou 'n ingeligte besluit kan maak ten opsigte van die beëindiging van haar swangerskap;
- leemtes in bestaande pre-aborsie riglyne te identifiseer; en

- aanbevelings te maak wat gerig is op effektiewe en bevredigende pre-aborsie berading met betrekking tot ongewenste swangerskappe.

5.4 Data-analise

Hierdie studie is hoofsaaklik kwantitatief van aard met ’n veel kleiner kwalitatiewe komponent. Kwantitatiewe data bestaan uit inligting wat in numeriese vorm is en die kwalitatiewe data is daarop gerig om in-diepte inligting te verkry wat meer lig kan werp oor inligting betreffende die berading.

5.5 Persoonlike en verloskundige inligting

Die onderstaande inligting behels die respondente se biografiese inligting wat gerig is op die agtergrond besonderhede van elke individuele respondent wat die vraelys voltooi het. Die doel is om ’n profiel saam te stel van die respondente se ouderdom, kwalifikasie, huwelikstatus en werksituasie om te bepaal of daar ’n verband gevind kan word tussen biografiese inligting en die besluit om die swangerskap te beëindig.

Uit hierdie navorsing blyk dit dat die meeste van die respondente (79%) tussen die ouderdom van 16 en 30 jaar is. Fawcus *et al.* (1997:432) het bevind dat die gemiddelde tienerswangerskap tendens onder 21 jaar 15% is in Suid-Afrika. In teenstelling hiermee het die navorsers bevind dat 31% van die respondente in hierdie ouderdomsgroep was. Van die respondente in die ouderdomsgroep 16 tot 30 jaar was 72% enkellopend en het 39% van die vroue geen kinders nie. Hierdie bevinding stem ooreen met Fawcus *et al.* (1997:434) wat ook in hul studie bevind het dat 67% van swanger vroue enkellopend is. Die meeste van die respondente (80%) het wel sekondêre skoolopleiding as hoogste kwalifikasie waarvan 28% huidiglik werkloos is of ongeskiktheidstoelae ontvang. Sowat 74% van die respondente het aangedui dat hulle die swangerskap wil beëindig weens sosiale of ekonomiese redes. Ongeveer 34% van die vroue se swangerskapsduur is tussen 13 en 20 weke en meer. Hierdie stem ooreen met Judy Merckel (Thom, 2003:3) se bevindings dat tweede trimester aborsies afgeneem het tot ongeveer 27% in 2003.

Sowat 58% van respondente was tussen vier en twaalf weke swanger. Hierdie bevindinge stem ooreen met Thom (2003:1) se studie in 2003 wat bevind het dat 74% van aborsies eerste trimester aborsies was.

Die navorsers beveel aan dat voorligtingsprogramme by skole met betrekking tot jongmeisies se reproduktiewe outonomie en kontrasepsie meer aandag moet geniet. Alhoewel dit wel in skole

geïmplimenteer is in Lewensoriëntering as vak, behoort verpleegkundiges meer betrokke te raak in die aanbieding van die programme en verskaffing van kontrasepsie. Hierdie voorligtingsprogramme moet nie net vir dogters aangebied word nie, maar ook vir skoolseuns.

5.6 Kontrasepsie en Noodkontrasepsie

Dit is kommerwekkend dat 74% van die respondente hul swangerskap wil beëindig weens sosiale en ekonomiese redes, maar slegs 56% van die respondente het kontrasepsie gebruik om die ongewenste swangerskap te voorkom. Hierdie bevinding stem ooreen met Jewkes *et al.* (1997:417) wat bevind het dat Suid-Afrika se kontrasepsiegebruik 53% is en beduidend hoër is as in ander ontwikkelende lande. Varkey *et al.* (1999:5) maak melding dat tussen 25% en 80% van vroue wat aborsiesorgdienste aanvra, nie kontrasepsie gebruik nie. Daarteen was slegs 55% van die respondente bewus van noodkontrasepsie. Volgens Grobler & Theron (2000:145) het noodkontrasepsie potensieël groot waarde om onbeplande swangerskappe te voorkom en dus ook talle aborsies. Dit is dus kommerwekkend dat steeds ‘n groot persentasie van vroue nie kontrasepsie gebruik nie, al is dit vrylik beskikbaar by vlak een gesondheidsfasiliteite. Uit die navorsing blyk dit dat 77% van die respondente ‘n aborsie as ‘n metode van gesinsbeplanning sien. Sowat 10% van die vroue het reeds vorige aborsies gehad.

In die lig van die bogenoemde bevindinge voel die navorsers dat die gebruik van kontrasepsie, asook noodkontrasepsie bevorder moet word, aangesien so ‘n hoë aantal vroue (74%) met ongewenste swangerskappe hul swangerskap wil beëindig weens sosiale en ekonomiese redes. Inligting aangaande noodkontrasepsie moet aan die publiek bekend gestel word. Aborsie is ‘n ‘duur metode’ van kontrasepsie en kan nie in ontwikkellende lande soos Suid-Afrika toegelaat word nie. 77% van respondente beskou aborsie as ‘n metode van kontrasepsie. Die navorsers beveel aan dat vroue, veral tieners en jonger vroue, ingelig moet word dat aborsie nie ‘n metode van kontrasepsie is nie, maar slegs ‘n korttermyn uitkoms vir ‘n ongewenste swangerskap. Daarmee saam moet die gebruik van ander kontrasepsie metodes, soos kondome en die inspuiting, bevorder word. Die rede waarom vroue nie kontrasepsie gebruik nie en of dit nie effektief is nie, moet bepaal word, aangesien mans se mag oor vroue en seksuele omgang ‘n groot rol speel.

5.7 Ingeligte besluit

Die aborsiewet se bepalings betreffende toestemming tot ‘n vrywillige aborsie stipuleer dat ‘n swangerskap beëindig kan word met slegs die toestemming van die swanger vrou wat beteken dat die eggenoot of vriend se toestemming nie benodig word nie (Naylor & O’Sullivan, 2005:11). Volgens nasionale norme, standaarde en regulasies moet die vrou se vermoë om haar voortplanting en ander

regte te beoefen, ondersteun word en aspekte insluit soos ingeligte en vrye besluitneming, outonomiteit in besluitneming, konfidensialiteit en privaatheid. Die navorsing toon dat 82% van die respondente nie deur iemand anders beïnvloed is om ‘n aborsie te ondergaan nie.

Alhoewel 97% melding maak dat hulle genoeg tyd gehad het om ’n keuse te maak, het ongeveer 50% van die respondente onmiddelik nadat hulle uitgevind het hulle is swanger besluit dat hulle ’n aborsie wil hê. Die navorsers kom tot die gevolgtrekking dat hulle nie voldoende tyd gehad het om ’n ingeligte besluit te kon maak nie en ’n impulsiewe besluit geneem het.

Sowat 31% van die respondente het aangedui dat hulle nie bewus was dat daar ander opsies soos aanneming, voogskap of enkel-ouerskap is om die ongewenste swangerskap te hanteer nie, en dus nie ‘n ingeligte besluit kon neem voor die swangerskap beëindig is nie, en 44% was nie deur gesondheidswerkers ingelig oor ander opsies nie. ‘n Groot hoeveelheid (77%) van respondente het wel getoon dat hul ingelig is ten opsigte van die prosedure van terminasie van swangerskap. Vroue ontvang dus nie alle inligting om sodoende ‘n ingeligte besluit te kon neem nie.

Die WGO se riglyne (2003:26) betreffende inligting en berading aan die vrou vereis dat volledige, akkurate en maklik verstaanbare inligting en/of berading aan die vrou verskaf word betreffende die verskillende opsies wat beskikbaar is om haar sodoende te help om ’n ingeligte besluit te neem betreffende haar swangerskap.

Dit is ook belangrik om die swanger vrou volledig in te lig betreffende die emosionele gevolge sodat sy ’n ingeligte besluit kan neem ten einde negatiewe emosies te beperk dat dit nie sal lei tot emosionele letsels wat dalk nooit mag genees nie. Die meerderheid van die respondente (75%) het aangetoon dat die berading hulle gehelp het om ‘n ingeligte besluit te maak.

Volgens Stuebe (2005:2) behoort dienste daarop gerig te wees om voldoende berading aan vroue met ongewenste swangerskappe te verskaf betreffende al die verskillende opsies ten einde ‘n ingeligte besluit te kan neem oor die swangerskap. Vroue wat uitvind dat hulle swanger is en nie noodwendig die swangerskap wil beëindig nie, moet ook berading ontvang om steeds bewus te wees van die verskillende opsies. Baie vroue neem hierdie impulsiewe besluit omrede hulle nie bewus is van hulle opsies nie.

5.8 Toeganklikheid van berading in fasiliteite van onderskeie vlakke

Uit die navorsing blyk dit dat slegs 61% van die respondente aangedui het dat gesondheidsfasiliteite geografies toeganklik was. Dit kan daartoe bydra dat 39% van die respondente nie betyds kon gaan vir berading nie. Van die respondente het 71% aangetoon dat hulle by die instansie self beraad is en nie verwys is na ‘n ander instansie weens ‘n personeeltekort nie. Wanneer respondente van een instansie na ’n ander verwys word ontstaan die moontlikheid dat die swangerskap ontwikkel tot in die tweede trimester voordat dit uiteindelik beëindig word. Komplikasies vermeerder met toename in swangerskapsduur. Slegs 46% het direk na die bevestiging van hul swangerskap berading ontvang en net 43% het hul berading by vlak een gesondheidsfasiliteite ontvang. Die regering stel dit ten doel dat voorkomende en bevorderende dienste by vlak een gesondheidsfasiliteite gelewer word en slegs gevorderde en gekompliseerde gevalle verwys moet word na vlak twee en drie fasiliteite.

Seksie 27(1)(a) van die Grondwet bepaal dat elkeen die reg het tot toegang tot gesondheidsdienste, insluitende reproduktiewe sorg en seksie 32 beskerm die vrou se reg tot inligting betreffende dienste beskikbaar vir die beëindiging van ‘n swangerskap (Naylor & O’Sullivan, 2005:34,39).

Elkeen van die onderskeie vlakke van gesondheidsfasiliteite wat aborsies uitvoer, moet die berading wat daarmee saamgaan, kan aanbied. Die verskaffing van individuele berading sal moet aandag geniet.

5.9 Berading volgens riglyne

Volgens die Wes-Kaapse Departement van Gesondheid (2000:3) geld die volgende riglyn ten opsigte van berading: “inligting en berading is gegrond op die aborsiewet se bepalings: inligting van alle aspekte van aborsiesorg en die prosedure behoort aan die vrou verskaf te word, insluitende die verskillende opsies rakende haar swangerskap”. Dit is dus belangrik dat individuele beradingsdienste vir alle vroue beskikbaar moet wees.

Die riglyne vir die uitvoer van aborsies op aanvraag (Direktoraat, 1997:6) dui aan dat ’n swanger vrou ingeligte toestemming moet verleen tot die prosedure wat voorafgegaan word deur berading. ‘n Opname gedoen net nadat die aborsiewet in 1997 geïmplementeer is, toon dat 90% van die 183 vroue wat aborsies in die Kaapse metropool versoek het, geen kennis gehad het van die wetlike voorwaardes waaronder aborsies gedoen word nie (Althaus, 2000:5). Dus weet die respondente nie noodwendig wat daar vir hul veronderstel is om gebied te word in die praktyk tydens berading nie en is hul tevrede met die geringste hoeveelheid inligting wat hulle ontvang.

Dit is kommerwekkend dat slegs 61% van die respondente aangedui het dat hulle individueel beraad is. Die oorblywende 39% van die respondente het óf inligting in groepe ontvang óf geen inligting betreffende die beëindiging van swangerskappe ontvang nie. Die respondente het die berading grootliks as positief ervaar, siende dat 77% getoon het dat hulle met respek behandel is en 85% geen diskriminasie ten opsigte van ras, ouderdom, huwelikstatus of geloof ervaar het nie. Suid-Afrika het internasionale ooreenkomste onderteken en bekragtig, onder andere die 'Convention on the Elimination of all forms of Discrimination Against Women (CEDAW)' wat die regering verplig om toepaslike maatreëls te implementeer in terme van reproduktiewe outonomie deurdat diskriminasie teen vroue in gesondheidsorg geëlimineer word (Naylor & O'Sullivan, 2005:10).

Van die respondente het 79% die berading positief beoordeel, waarvan die meeste (77%) gevoel het dat daar in hul behoeftes voorsien is en 80% die inhoud van die berading verstaanbaar gevind het. Die navorsers het gevind dat 94% van die respondente die pre-aborsie berading as belangrik beskou het en 75% die inligting sinvol gevind het. Dit toon dus dat daar 'n behoefte bestaan onder kliënte om wel berading te ontvang.

Die navorsers het bevind dat 77% van die respondente inligting ontvang het met betrekking tot die prosedure, waarvan slegs 58% inligting ontvang het oor die tydsduur van die prosedure. Dit is egter kommerwekend dat slegs 50% ingelig was oor wanneer hul kan voortgaan met normale aktiwiteite, soos byvoorbeeld strawwe fisiese oefeninge, sowel as seksuele aktiwiteite, na die beëindiging van die swangerskap, terwyl respondente aangedui het dat hul 'n behoefte het aangaande hierdie inligting. Meer as die helfte (56%) van die respondente het geen inligting of telefoonnommers ontvang om die gesondheidsdienste te raadpleeg indien daar 'n probleem sou ontstaan nie en nóg meer (59%) het nie 'n opvolgdatum gekry nie, alhoewel dit belangrik is om opgevolg te word na so 'n prosedure om moontlike komplikasies betyds op te spoor en te behandel. Daar is bevind dat 68% van die respondente wel inligting ontvang het oor gesinsbeplanning ná die prosedure. Slegs 56% is ingelig oor ander opsies buiten aborsie. Meer as die helfte (52%) is nie ingelig oor die emosionele gevolge van die prosedure nie en dit kan veroorsaak dat die respondente nie emosioneel gereed is vir die aborsie nie. Die navorsing toon dat 64% van die respondente nie ingelig is rondom verskillende tipes terminasie nie. Daar kan dus afgelei word dat die respondente geen voorkeur het aangaande die tipes prosedure nie, aangesien hul nie ingelig is ten opsigte daarvan nie. Dit is egter skokkend dat 95% van die berading nie volgens riglyne gedoen is nie en dat baie kliënte oningelig is rondom die prosedure en verwante aspekte wat die berading sinvol maak, terwyl 25% van die respondente wel addisionele berading verlang het. Dit word gestaaf deur Althaus (2000:5) dat in 92% van gevalle deur verwysende gesondheidsdienste nie al die nodige inligting aan die betrokke vroue verskaf het nie. In

teenstelling hiermee het die navorsers bevind dat die oorgrote meerderheid respondente aangedui het dat die berading uitstekend of goed was. Die navorsers kom tot die gevolgtrekking dat die respondente nie bewus is van watter inligting hulle op geregtig is nie.

Dit is kommerwekkend dat slegs 54% van die respondente inligting ontvang het oor komplikasies wat kan intree na die aborsie. Komplikasies van aborsie kan insluit bloeding, infeksie, uterus perforasie, sepsis, chroniese pelviese pyn, inflammasie van die voortplantingsorgane met 'n 20% tot 40% kans tot infertiliteit, asook ektopiese swangerskappe (Berer, 2000:585).

Kliënte moet dus ingelig word ten opsigte van die komplikasies sodat hulle daarop voorbereid kan wees indien daar komplikasies voorkom na die beëindiging van die swangerskap.

Die WGO se riglyne (2003:26) betreffende inligting en berading aan die vrou, vereis dat daar volledige, akkurate en maklik verstaanbare inligting aan die vrou verskaf word oor spesifieke prosedures, hetsy medies of chirurgiese metodes van aborsie en wat om te verwag gedurende en na die afloop daarvan. Die navorsers beveel aan dat dit van kardinale belang is dat alle vroue inligting moet ontvang met betrekking tot kontaknommers sodat hul dadelik iemand kan raadpleeg indien daar 'n krisis of komplikasies ontstaan na die aborsie.

Die WGO beveel die volgende aan betreffende opvolgsorg na die aborsie:

- opvolg besoek na sewe tot tien dae na die afloop van 'n chirurgiese prosedure;
- indien 'n onvolledige aborsie met mediese metodes voorkom, moet vroue na 10 tot 15 dae terugkeer vir bevestiging dat die aborsie voltooi is;
- weens die groter risiko van bloeding en onvolledige aborsies, moet vroue met 'n swangerskapsduur van meer as 12 weke klinies geobserveer word totdat die fetus en plasenta volledig uitgewerp is;
- moet alle vroue inligting betreffende gesinsbeplanning en noodkontrasepsie ontvang voordat hul die fasiliteit verlaat, asook die mees toepaslike kontrasepsie, of verwysing na gesinsbeplanningdienste ten einde onbeplande swangerskappe in die toekoms te voorkom; en
- enige metodes van kontrasepsie oorweeg kan word, behalwe intra-uteriene apparaat, diafragma en 'cervical cap' wat eers na ses weke na afloop van die tweede trimester aborsie gebruik kan word weens die risiko van uitwerping (2003:44).

Volgens Sweet (2003:515) is dit duidelik dat die emosionele implikasies van aborsies op kliënte alreeds wyd en in diepte nagevors is. Volgens MacNair (2003:2) is daar 'n hoë voorkoms van simptome wat inpas by die kondisie tans bekend as Post-traumatiese Stres Sindroom.

Simptome van die toestand sluit in:

- obsessionele aborsiedenke;
- depressie;
- moegheid en gebrek aan energie;
- lae selfbeeld;
- identiteitskonflik; en
- drome en nagmerries.

Die navorsers voel dis belangrik om tydens berading vas te stel wie verder berading wil ontvang sodat daar aan daardie kliënte se behoeftes voorsien kan word.

5.10 Berader

Die navorsing het getoon dat slegs 56% van die respondente deur ‘n geregistreerde verpleegkundige beraad is. Volgens die Departement van Gesondheid (1997:6) mag die berading deur enige gesondheidswerker behartig word en het dus nie spesiale opleiding nodig nie. Sibuyi (2004:75) maak melding van verskeie redes waarom die verpleegkundige die mees toepaslike gesondheidswerker is vir aborsiesorgdienste. Die respondente het slegs twee ander opsies aangedui wie die berading gedoen het, naamlik ‘n dokter en ‘n vriend. Die vraag onstaan tot watter mate die kliënte wel genoegsaam ingelig is betreffende die implikasies van die aborsie. Die vraag bly steeds staan: is diegene wat berading verskaf, voldoende ingelig en besit hul die nodige vaardighede om die berading te kan aanbied?

Die navorsers stel voor dat diegene wat berading in aborsiesorg wil behartig, spesiale opleiding moet ontvang. Die opleiding moet intens wees en die ‘berader in wording’ moet geëvalueer word om sy/haar kennis te toets. Die beraders moet dan gereeld her-evalueer word en kan slegs die status behou en daarmee voortgaan indien hulle geslaag het. Op hierdie wyse kan verseker word dat die ontvangers van die berading genoegsame inligting verkry. Beraders moet ook daartoe instaat wees om hulle emosioneel te distansieer van die situasie. Emosionele volwassenheid van beraders is ‘n voorvereiste in hierdie opsig.

5.11 Rekordhouding

Volgens Berer (2000:586) is daar verskeie maniere om kwaliteitsorg te verseker en te monitor waaronder die stel van bepaalde vereistes vir rekordhouding ook voorkom. Daar moet volledig rekord gehou word van berading wat aan die kliënt verskaf is, aangesien dit ’n geregtelike aspek is wat kan lei tot ongewenste tugsake asook hofsake.

Daar is onvoldoende en onvolledige rekordhouding van kliënte wat pre-aborsie berading ontvang.

’n Kontrole dokument is saamgestel (Bylae 10) deur die navorsers. Hierdie dokument kan dan dien as ’n standaard riglyn vir rekordhouding van pre-aborsie berading. Hierdie dokument wat in duplikaatvorm gebruik kan word, moet afgemerk word deur die berader en die kliënt en beide moet dit onderteken.

Dokumentasie moet inligting bevat oor die kliënt se sosiale en familie omstandighede. Die emosionele reaksie van die kliënt moet ook gedokumenteer word, sodat daar kan bepaal word of maatskaplike of sielkundige verwysing nodig is.

Kliënte wat ‘n aborsie wil ondergaan moet ‘n bewys van pre-aborsie berading kan toon voordat aborsie prosedure uitgevoer mag word.

5.12 Post-berading

Uit die navorsing blyk dit dat 55% van die respondente die behoefte gehad het om post-berading te ontvang, terwyl slegs 35% wel inligting daaroor ontvang het. Die navorsers kan aflei dat daar ‘n groot behoefte is vir post-berading, maar die meeste kliënte ontvang nie die nodige inligting daaromtrent nie. Hierdie bevinding stem ooreen met Varkey *et al*. (1999:4) wat melding maak in hul oorsigtelike verslag van aborsiesorgdienste in Suid-Afrika dat 56% van vroue geen post-aborsieberading ontvang het nie.

Post-aborsieberading is net so belangrik soos pre-aborsie berading. Die vrou het ‘n groot aantal onuitgeklaarde emosies om te verwerk en het dikwels baie vrae. Dit is dus die ideale geleentheid om oor onsekerhede te gesels en ondersteuning te bied, sowel as ‘n fisiese opvolgondersoek uit te voer. Post-berading behoort verpligtend te wees. Doeltreffende post-berading kan toekomstige aborsies voorkom. Indien instansies aborsies uitvoer, moet die beskikbaarheid van post-berading ‘n vereiste wees.

5.13 Emosionele gereedheid

Pre-aborsieberading sal respondente help om hulle voor te berei op moontlike emosies wat ervaar kan word na die aborsie. Dit is skokkend dat 74% van die respondente aangetoon het dat hulle emosioneel voorbereid was vir die aborsie en dat 54% verwag het om positiewe gevoelens te ervaar. Die feit dat so baie vroue verwag om positiewe gevoelens na die aborsie te ervaar, hou direk verband met hul onkunde, asook die redes vir die aborsie en dat hulle dit dus as 'n verligting ervaar.

Die navorsing toon dat 52% van die respondente nie ingelig is oor die emosionele gevolge nie en dit kan veroorsaak dat respondente nie emosioneel gereed is vir die beëindiging van die swangerskap nie, maar steeds voortgaan daarmee wat latere emosionele probleme tot gevolg kan hê.

Navorsers beveel aan dat langtermyn effekte van aborsies, hetsy fisies, emosioneel of geestelik, meer prominent uitgewys moet word by die bespreking van ander opsies met betrekking tot die hantering van die ongewenste swangerskap. Die navorsing het getoon dat 90% van die vroue vir die eerste keer 'n aborsie ondergaan en dus geen ervaring het ten opsigte van die emosionele implikasies wat met 'n aborsie gepaard gaan nie.

5.14 Implikasies vir verdere navorsing

Toekomstige navorsing kan gedoen word met betrekking tot post-berading berading van vroue wat 'n aborsie ondergaan het.

Weens die omvang van hierdie navorsing en die doelwitte wat gestel is, het die navorsers slegs pre-aborsieberading ondersoek en nie in diepte post-aborsieberading nagevors nie. Die navorsers beveel aan dat verdere navorsing gedoen word wat post-berading in diepte ondersoek.

Die navorsers voel dat die behoeftes wat die respondente aangetoon het in verdere studies opgevolg kan word, sodat dit geïmplementeer kan word in die bestaande riglyne ten einde te verseker daar volledig in die kliënt se behoeftes tydens berading voorsien sal word. Die behoeftes van die respondente wat die vraelyste voltooi het, met betrekking tot berading, word as volg opgesom:

- berading nie duidelik/verstaanbaar genoeg nie;
- berading nie in kliënt se taal nie;
- bring meer lewensriglyne in;
- meer inligting betreffende die gevare, prosedure, gevolge, post-berading, emosionele gevoelens;

- meer geduld hê;
- ander opsies om ongewenste swangerskappe te hanteer;
- meer seksvoorligting; en
- of weer sal kan swanger raak.

Hierdie behoeftes van die respondente is gekategoriseer ten opsigte van vier afdelings naamlik:

- geen;
- berading swak omskryf;
- taal verwante probleme; en
- benodig meer inligting.

As daar gekyk word na die behoeftes van respondente, is dit duidelik dat daar nà berading steeds diegene is wat addisionele inligting benodig, aangesien van die gelyste behoeftes krities is tydens berading wat ’n groot impak kan hê op die kliënt se keuse om die swangerskap te beëindig.

Dit is dus die navorsers se wens dat alle kliënte voor die beëindiging van ’n swangerskap individuele berading sal ontvang sodat elkeen ’n ingeligte besluit kan maak ten einde die ongewenste swangerskap te hanteer op ’n manier wat die kliënt se fisiese, sosiale, emosionele en geestelike welstand sal verseker.

5.15 Beperkinge

Weens die omvang van hierdie studie is die volgende beperkinge geïdentifiseer:

- taal: van die respondente kon nie die vraelyste op hul eie voltooi nie, aangesien hulle nie volkome Afrikaans of Engels magtig nie;
- tydsduur van die studie: geen vergelykings kon getref word om te sien hoe die kliente na ’n tydperk voel oor die aborsie nie en hoe dit hulle werklik emosioneel beinvloed het sonder om berading te ontvang; en
- ongefinaliseerde toestemming: die studie was veronderstel om ’n vergelyking te tref tussen vlak een, twee en drie gesondheidsfasiliteite. Weens ’n uitgerekte proses om toestemming te verkry, was daar nie deelname van ’n vlak drie gesondheidsfasiliteit nie.

5.16 Samevatting

In hoofstuk 5 is die gevolgtrekkings gedoen op grond van die data wat ingesamel is, asook die doelwitte wat gestel is in hoofstuk 1. Dit blyk dat pre-aborsie berading inderdaad nie volgens riglyne gedoen word nie en dat daar baie leemtes is in die bestaande beradings metodes in die verskillende gesondheidsfasiliteite.

Die navorsers beveel aan dat berading volgens die WGO se riglyne moet geskied by al die fasiliteite wat aborsiesorgdienste aanbied en dat die beraders werksaam in die fasiliteite toepaslike onderrig moet ontvang om die berading suksesvol te kan implementeer.

****

Bibliografie

(volgens Harvard-metode. Lourens, 2004:97)

Act No 38 of 2004: Choice on Termination of Pregnancy Amendment Act, 2004.

Act No 50 of 1978: South African Nursing Council. Nursing Act, 1978.

Act No 92 of 1996: Choice on Termination of Pregnancy Act, 1996.

Adler, N.E., David, H.P., Major, B.N., Roth, S.H., Russo, N.F. & Wyatt, G.E. 1992. *Psychological factors in abortion*. American Psychologist, 47(10):1200.

Agarwal, S., Batra, A., Kumar, S., & Mittal, S. The Department of Obstetrics & Gynaecology. All India Institute of Medical Science. Ansari Nagar, New Delhi 110-029. Beskikbaar: Pubmed dokument abstrak. PMID: 16177470.

Althaus FA. 2000. *Work in Progress: The Expansion of Access to Abortion Services in South Africa following Legalization.* Beskikbaar: http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2608400.html. [2007, 2 Junie]

Ashok, P.W., Flett, G.M., Penney, G.C. & Templeton, A. An effective regimen for early medical abortion. Department of Obstetric & Gynaecology, University of Aberdeen, Aberdeen Maternity Hospital, UK. Beskikbaar: Pubmed dokument abstrak. PMID: 9804263.

Bankole, A., Singh, S. & Haas, T. 1998. *Reasons Why Women Have Induced Abortions*. International Family Perspectives. International Family Planning Perspectives, 24(3):117-127.

Barometer. 2001. *International research on minor consent issues.* August, 2001: 26-33.

Barometer. 2002. Publication of the Reproductive rights Alliance. *5 year review of the implementation of the Choice on Termination of Pregnancy Act, 92 of 1996*, Vol 7, May.

Beckman, L.J., Harvey, S.M., & Satre, S.J. *Choice of and satisfaction with methods of medical and surgical abortion among U.S. clinic patients.* The Centre for the study of Women in Society, University of Oregon, Eugene, USA. Beskikbaar: Pubmed dokument abstrak. PMID: 11589542.

Benson, J. 1992. *Meeting Women's Needs for Post-Abortion Family Planning: Framing the Question*. Carrboro, NC: IPAS.

Berer, M. 2000. *Making Abortions Safe: a Matter of Good Public Health Policy and Practice.* Bulletin of the World Health Organization, 78(5):580-588.

Berley, N., Gold, M., Lesnewski, R. & Prine, L. *Medical abortion in family practice: a case study*. Beth Israel Recidency in Urban Family Practice, and the Albert Eistein College of Medicine, New York, NY 10003, USA. Beskikbaar: Pubmed dokument abstrak. PMID: 12949029.

Blackburn, P., Geller, J.S., Hatcher, R.A., Rinehart, W., & Shelton, J.D. 2001. *The essentials of contraceptive technology: a handbook for clinic staff*. Baltimore: Johns Hopkins Populations Program.

Bless, C. & Higson-Smith, C. 2000. *Fundamentals of social research methods: An African Perspective*. 3rd Edition. Kaapstad: Juta.

Brien, J. & Fairbairn, I. 1996. *Pregnancy & Abortion Counselling*. London: Raotledge.

Brink, A.J., Blignault, A.P., Brink, H.E., de Klerk, J.N., de Villiers, J.N., Dreyer, B.J. van R., Keet, M.P., Kempen, W.E., Kirsten, J.F. van E., Retief, F.P., Visser, J.T., Wasserman, H.P. & Weber, H.W. 2001. *Woordeboek van Afrikaanse Geneeskunde Terme - Universiteit van Stellenbosch.* Kaapstad: Pharos.

Burggraf, H., Ellis, S., Sophocles, A. & Westfall, J.M. Manuel vacuum aspiration for fisrt-trisemester abortion. Department of Family Medicine, University of Colorado Health Sciences Centre, Denver 80220, USA. Beskikbaar: Pubmed dokument abstrak. PMID: 9821813.

Burke, T. & Reardon, D.C. 2002. Forbidden grief: the unspoken pain of abortion. Springfield, IL: Acorn Books.

Ciba Foundation Symposium 115. 1985. *Abortion: medical progress and social implications.* London: Pitman.

Clifford, C. 1990. *Nursing and Health Care Research.* London: Prentice Hall Int. (UK) Ltd.

Clifford, C. 1997. *Nursing and Health Care Research*. London: Prentice Hall Int. (UK) Ltd.

Collins, M. 1977. *Communication in health care: understanding and implementing effective human relationships.* USA : The C.V. Mosby Company.

Cougle, J. R., Reardon, D. C. & Coleman, P.K. 2005. *Generalized anxiety following unintended pregnancies resolved through childbirth and abortion: a cohort study of the 1995 National Survey of Family Growth*. Journal of Anxiety Disorders, 19:137-142.

Creinin, M.D., Kruse, B., Poppema, S., Paul, M. Management of side effects and complications in medical abortion. Aurora Medical Services, Seattle, WA, USA. Beskikbaar: Pubmed dokument abstrak. PMID: 10944370.

Dahiya, K., Hooda, R., Khosla, A.H., Madan, S., & Sangwan, K. Evaluation of the efficacy of mifepristone/misoprostol and methotrexate/misoprostol for medical abortion. Department of Obstetrics and Gynaecology, Pt. B.D Sharma Post Graduate Institute of Medical Sciences, Rohtak, Haryane, India. Beskikbaar: Pubmed dokument abstrak. PMID: 16062017.

David, H.P., Friedman, H.L., Van der Tak, J. & Sevilla, M. J. (1978). *Abortion in psychosocial perspective. Trends in Transnational research.* New York: Springer Publishing Company, Inc.

De Lourdes Ferreira da Costa, L., Hardy, E., Duarte Osis, M. J. & Faúndes, A. 2005. *Termination of Pregnancy for Fetal Abnormality Incompatible with life: Women’s Experiences in Brazil*. Reproductive Health Matters, 13(26):139-146.

DENOSA. *Ethical Standards for Nursing Research*. 1998. Pretoria: DENOSA.

Departement van Gesondheid. 2000. Termination of Pregnancy (TOP): Policy, Guidelines and Protocols.

Department of Health. 1997. Directorate: Maternal, Child and Women’s Health: *Guidelines for Termination of Pregnancy for Health Workers.*

Department of Health 2007. *Health.* Beskikbaar: http://www.gcis.gov.za/docs/publications/yearbook/chapter13.pdf. [2007, 8 Junie].

De Puy, C. & Dovitch, D. 1997. *The healing choice. Your guide to emotional recovery after an abortion.* New York: Fierside.

De Voss, A.S. 2001. *Research at Grass Roots: A primer for the caring professions.* Pretoria: Van Schaik Publishers.

Dickson-Tetteh, K. & Billings, D.L. 2002. *Abortion Care Services Provided by Registered Midwives in South Africa*. Forthcoming, International Family Planning Perspectives.

Emsley, R.A. & Pienaar, W.P. 2002. *Handboek vir Psigiatrie*. Tygerberg: Universiteit Stellenbosch.

Evangelisti, L. 2000. *Adolescent pregnancy resolution with special reference to pre-abortion counselling*. MA-tesis. Stellenbosch: Universiteit Stellenbosch.

Faber, N.B. 1991. *The process of pregnancy resolution among adolescent mothers.* Adolescence, 26(103):697-716.

Faure, S. C. 1999. *Anxiety, Depression and Self-Efficacy in Women undergoing First-trimester Abortion*. MA-tesis. Stellenbosch: Universiteit Stellenbosch.

Fawcus S, McIntyre J, Jewkes RK, Rees H, Katzenellenbogen JM, Shabodien R, Lombard CJ, Truter H. 1997. *Management of incomplete abortions at South African public hospitals*. South African Medical Journal*.* April 2007; 87:438-442.

Francis B. 2007. *Abortion clinic sued for false advertising on breast cancer risk.* Beskikbaar: http://www.endeavourforum.org.au/march00-05.htm [06 Junie].

Gold, M., Lukas, D. & Anderson, M. 1997. *Medical options for early pregnanc termination*. A Family Physician, 56(2).

Gribble, S.P. 2003. *Assessing the quality of post- abortion care in public hospitals in the Cape Peninsula: The perceptions of woman who had an induced termination of pregnancy on request*. MA- thesis. Cape Town: University of the Western Cape.

Grimes, D.A., Schulz, K.F. & Cates, W. Jnr. 1997. *Midtrimester abortion by Intra-amniotic prostagladin F2alpha: Safer than Saline*. Obstetric Gyneacology, 49:612-616.

Grobler, F. & Theron, F. 2000. *Kontrasepsie. Teorie en praktyk*. Derde Uitgawe. Pretoria: Van Schaik Uitgewers.

Halkett, R. 1997. *Choice on termination of pregnancy abortion counselling: An information package*. Johannesburg: South African National Council for Child and Family Welfare.

Harris, A.A. 2004. *Supportive Counseling Before and After Elective Pregnancy Termination*. American College of Nurse-Midwives: Elsevier Inc.

Hlatshwayo, Z. 2000. XVII FIGO World Conference of Gynaecology and Obstetric. *Women's Health Project Newsletter*, (36), November: 26-28.

Holloway, I., Wheeler, S. 1997. *Quantitative research for nurses.* Great Britain:Hartnolls LTD, Bodmin, Cornwall.

Hopkins, N., Zeedyk, S. & Raitt, F. 2005. *Visualising abortion: emotion discourse and fetal imagery in a contemporary abortion debate*. Social Science & Medicine 61:393-403.

Howell, D.C. 2004. *Fundamental Statistics for the behavioral Sciences*. Fifth Edition. USA: Thomson.

Humpel, H.S. 2004. *Pre-aborsie raad: 'n Maatskaplike benadering.* Potchefstroom.

Janse van Vuuren, C.J.L. 2001. *Negotiating values in abortion counselling*. MA-thesis. Cape Town: UNISA

Jewkes R, Wood K & Maforah NF.1997 *Backstreet Abortion in South Africa,* South African Medical Journal, 87(4): 417-418.

Johnstone, M. 1999. *Bioethics: a nursing perspective*. Third edition. Australia: Southwood Press Pty Ltd.

Kero, A., Högberg, U. & Lalos, A. 2004. *Wellbeing and mental growth: long-term effects of legal abortion.* Social Science & Medicine, 58:2559-2569.

Littleton LY & Engebretson JC. 2002. *Maternal, Neonatal and Women's Health Nursing.* Albany, New York: Thomson Learning Inc.

London ML, Ladewig PW, Ball JW & Binder RC. 2003. *Maternal-Newborn & Child Nursing.* New Jersey: Prentice Hall.

Lourens, A. 2004. *Wetenskaplike skryfvaardighede: riglyne vir die skryf van tesisse en proefskrifte.* Stellenbosch: Sun Press.

MacNair, R.M. 2003. *The Nightmares of Choice: the Psychological Effects of Performing Abortions.* Beskikbaar: http://www.freerepublic.com/focus/f-news/973691/posts[2007,6 Junie].

Marie Stopes, Suid-Afrika. 2007. *Pre-aborsie vraelys*. [Intyds]. Beskikbaar: http://www.mariestopes.co.za. [2007 , 18 Januarie].

Mbewu, A. & Mngomwzulu, K. 1999. Health research in South Africa. *South African Health Review*. [Intyds]. Beskikbaar: http://www.hst.org.za/sahr/99/ch27.htm [2007, 21 Februarie].

Mc Culloch, U.R. 1996. *Women's experiences of abortion in South-Africa: an exploratory study*. MA- Thesis. Cape Town: University of Cape Town.

Morse, J.M. & Field, P.A. 1996. *Nursing research: the application of qualitative approaches.* Second edition*.* England: Clays LTD, ST Ives Publications.

Mosby. 2002. *Mosby's medical, nursing, & allied health dictionary*. Sixth Edition. United Kingdom: Mosby, Inc.

Moscovis, C.A. 2001. *The use of a Stress and Coping Model to Understand Women's Experiences*. MA-tesis. Beskikbaar: http://scholar.lib.vt.edu/theses/availale/edt. [2007, February, 23]. (Abstrak)

Mouton, J. 2005. *How to succeed in your Master's and Doctoral Studies.* Pretoria: van Schaik.

Naylor, N & O'Sullivan, M. 2005. *Conscientious Objection and the Implementation of the Choice on Termination of Pregnancy Act 92 of 1996 in South-Africa.* Cape Town: Women's League.

Norwood, S.L. 2000. *Research strategies for advanced practice nurses.* Amerika: Prentance-hall inc.

Odendaal, H.J., Schaetzing, A.E. & Kruger, T.F. 2001 *Clinical gynaecology*. South Africa: Juta & Co (Pty) Ltd.

Osofsky, H.J. & Osofsky, J.D. 1973. *The abortion experience. Psychological & medical impact.* Maryland: Harper & Row.

Paul, M., Lichtenberg, E.S., Borgatta, L., Grimes, D.A. & Stubblefield, P.G. 1999. *A clinician's guide to medical and surgical abortion.* Philadelphia: Churchill Livingstone.

PAWC: DOH. 2000. *TOP Protocol for Health Workers.* January 2000. Western Cape: TOP Protocol

Polit, P.F. & Hungler, B.P. 1993. *Nursing research. Principles and methods*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott.

Polit, P.F. & Hungler, B.P. 1995. *Nursing research. Principles and methods*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott.

Polit, D.F. 1996. *Data analysis and statistics for nursing research*. New York: Appleton & Large.

Pope, L.M., Adler, N.E. & Tschann, J.M. 2001. *Postabortion Psychological Adjustment: Are Minors as Increased Risk?* Journal of Adolescent Health 29:2-11.

Post-abortion Family Planning. Geneva: Division of Reproductive Health (Technical support) Family and Reproductive Health WHO.

Serfontein, A.H. 2002. *A Selected group of nurses experience of termination of pregnancy support services at a Health Care Facility in the Western Cape.* MA-tesis. Stellenbosch: Universiteit Stellenbosch.

Sibuyi, M.C. 2004. *Provision of Abortion Services by Midwives in Limpopo Province of South Africa.* 2004. African Journal of Reproductive Health, 1(8):75-78.

Slabber, C.F, Brummer, W.E, Visser, A.A en Zaaiman, J. 1981. *Verloskunde.* Pretoria: Academica.

Statistics South Africa. 2004. *South African Statistics* [Intyds]. Beskikbaar: http://www.statssa.gov.za. [2007, 26 Februarie].

Statistiek Suid-Afrika. 2005. *Recorded live births.* [Intyds]. Beskikbaar: http://www.statssa.gov.za/Publications/P0305/P03052004.pdf.htm.[2007, 25 Januarie].

Story, W. A. 1999. *The Effects of Unplanned Pregnancy Among College Women*. MA-tesis. Beskikbaar: http://scholar.lib.vt.edu/theses/available/edt. [2007, Februarie 23]. (Abstrak)

Stuebe A (reviewer). 2005. *Abortion Health.* Beskikbaar: http://www.healthline.com/adamcontent/abortion. [2007, 16 Maart].

Sweet, B.R. 2003. *Maye's Midwifery. A Textbook for Midwives. 12th edition.* New Yorkshire: Elsevier Science Ltd.

Talbot, L.A. 1995. *Principles and practice of nursing research*. United states of America: Mosby Year Book Inc.

The care of women requesting induced abortion. 2000. Great Britain: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Theron, C.G. 2002. *Aborsie: 'n besluitnemingsproses.* MA- Tesis. Stellenbosch: Universiteit Stellenbosch.

Thom, A. 2003. *Abortion - six years later.* Beskikbaar: http://www.ipas.org.[2003, 18 September].

Turner, N. 2001. *Pro-choice lobby joins court to defend abortion.* Beskikbaar: http://news.hst.org.za.[2007, 03 Maart].

Turriff-Jonasson, S.I. 2004. *Use of Prenatal Testing, Emosional Attachment and Fetal Health Locus of Control*. MA-tesis. Beskikbaar: http://library2.usask.ca/theses/available/etd. [2007, Februarie 23]. (Abstrak).

Urdang, L. & Swallow, H.H. 1983. Mosby Medical Nursing Dictionary. St Louis: Mosby Co.

Uys H.H.M & Basson A.A. 1991. *Navorsingsmetodologie in die Verpleegkunde.* Pretoria: Haum.

Van der Westhuizen, C. 2001. *Midwife's Roles in Expanding access to and the management of safe abortion care.* South Africa: University of Pretoria.

Varkey, S.J & Fonn, S. 1999. *South African Health Review: Termination of Pregnancy.* Beskikbaar: http://www.legacy.hst.org.za/sahr/chap29.htm. [1999,8 Junie].

Westhoff, C., Picardo, L. & Morrow, E. 2003. *Quality of life following early medical or surgical abortion*. Contraception 67:41-47.

Wet No 38 van 2004: *Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap Wysigingswet, 2004.*

Wet No 92 van 1996: *Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap,1996.*

Wood, G.L. & Haber, J. 1998. *Nursing research methods*, *critical appraisal, and utilization.* Fourth Edition. United States of America: Mosby Year Book, Inc.

World Health Organisation. 2000. *Making abortion safe: A matter of good public health policy and practice.* Bulletin of the World Health Organisation: 78(5).

World Health Organization (WHO). 2003. *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems.* Geneva. WHO.