

**'N OPLEIDINGSRAAMWERK GERIG OP GEHALTE
ABORSIESORG VIR VERPLEEGKUNDIGES AAN
HOËRONDERWYSINSTELLINGS IN DIE WES-KAAP**

ILZE SMIT

Proefskrif ingelewer vir die graad Doktor in die Wysbegeerte (PhD)

in die Fakulteit Opvoedkunde

aan die Universiteit Stellenbosch



Promotor:

Prof. EM Bitzer

Medepromotors:

Prof. DW Steyn

Dr. ELD Boshoff

Desember 2008

Verklaring

Deur hierdie proefskrif elektronies in te lewer, verklaar ek dat die geheel van die werk hierin vervat, my eie, oorspronklike werk is, dat ek die outeursregeienaar daarvan is (behalwe tot die mate uitdruklik anders aangedui) en dat ek dit nie vantevore, in die geheel of gedeeltelik, ter verkryging van enige kwalifikasie aangebied het nie.

Datum: 19 November 2008

OPSOMMING

Voor die implementering van aborsiewetgewing in Februarie 1997 was onwettige aborsies die enigste uitweg vir vroue met ongewenste swangerskappe in Suid-Afrika. Weens die hoë morbiditeit- en mortaliteitsyfer van die betrokke vroue is aborsiewetgewing geïmplementeer met die doel om onwettige aborsies in Suid-Afrika te beëindig en aborsies op versoek wettiglik in aangewysde gesondheidsorgfasiliteite uit te voer. Die aborsiewetgewing stipuleer dat verpleegkundiges wat die voorgestelde aborsiesorgopleiding ondergaan het, 'n swangerskap kan beëindig op versoek van 'n vrou gedurende die eerste 12 weke van die draagtyd van haar swangerskap.

Ten spyte van wetgewing wat verpleegkundiges magtig om eerste trimester aborsies uit te voer, word daar om verskeie redes 'n onvoldoende aantal verpleegkundiges in die Wes-Kaap opgelei wat voorligting en berading aan swanger vroue gee, die aborsies uitvoer en/of probleemgevalle moet verwys. Geen daadwerklike pogings is sedert die inwerkingstelling van die aborsiewetgewing deur hoërondewysinstellings in die Wes-Kaap aangewend om aborsiesorgopleiding vir verpleegkundiges aan te bied nie. Derhalwe is 'n behoefte geïdentifiseer om 'n omvattende opleidingsraamwerk vir hoërondewysinstellings in die Wes-Kaap te ontwikkel vir die opleiding van verpleegkundiges in aborsiesorg.

Die gevallestudie is as navorsingsontwerp gebruik en die spesifieke eenheid van analise waarop gefokus is was die verpleegkundiges wat opleiding in aborsiesorg ontvang het en die konteks waarbinne hulle aborsiesorg lewer by die onderskeie vlakke van dienslewering in die onderskeie streke van die Wes-Kaap.

'n Ewekansige, gestratifiseerde steekproef (nie-proporsioneel) is geneem van die aangewysde staatsgesondheidsorgfasiliteite in die Wes-Kaap, sowel as 'n nie-waarskynlike, doelbewuste steekproefneming van verpleegkundiges wat aborsiesorg verskaf, 'n nie-waarskynlike gerieflikheidssteekproefneming van vroue wat aborsiesorg ontvang het en 'n nie-waarskynlike, doelbewuste steekproefneming van finalejaar voorregistrasie verpleegstudente.

Data is gegenereer met behulp van vraelyste aan onderskeidelik die vroue wat aborsies en/of berading ontvang het, die verpleegkundiges wat aborsies uitgevoer het, asook finalejaar voorregistrasie verpleegstudente. 'n Kontrolelys is gebruik om die aborsies wat deur verpleegkundiges uitgevoer is objektief en nie-deelnemend te observeer en semi-gestruktureerde onderhoude is met verskeie rolspelers in aborsiesorgdienste en -opleiding gevoer.

Die hoofbevindings van hierdie studie dui daarop dat die nodige infrastruktuur waarbinne die dienste ingevolge die aborsiewetgewing gelewer kon word voldoende was, maar dat die

voortstapende tekort aan opgeleide gesondheidsorgpraktisyns die aborsiesorgdienste kortwiek. Slegs 10 (n=10) van die 15 gesertifiseerde verpleegkundiges in diens van staatsgesondheidsorgfasiliteite het aktief aborsiesorgdienste aangebied in die onderskeie aangewysde fasiliteite in die Wes-Kaap. Leemtes is in die bestaande provinsiale protokol geïdentifiseer en dit het in die lig van nuwe navorsingsbevindings geblyk dat sommige van die riglyne óf nie in gebruik was nie, óf dat hulle intussen verouderd geraak het.

Daar is bevind dat vroedvroue met toepaslike en doeltreffende opleiding die ideale kategorie gesondheidsorgpraktisyn is vir die verskaffing van aborsiesorg. Die gesertifiseerde verpleegkundiges wat deur die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap se onderskeie streekskantore opgelei is, is vaardig in die uitvoer van die aborsieprosedure as sulks, maar die ander aspekte van aborsiesorg, wat meestal ook deur ander kategorieë verpleegkundiges uitgevoer word, sal waarskynlik groter aandag moet kry.

Die aanbevelings is gegrond op 'n deeglike literatuurstudie sowel as op die bevindings en gevolgtrekkings wat uit die empiriese gedeelte van hierdie studie spruit en is vervat in 'n opleidingsraamwerk. Die navorser beveel aan dat die opleidingsraamwerk die grondslag sal bied vir die ontwikkeling van 'n formele program of programme vir die opleiding van verpleegkundiges in aborsiesorg aan hoërondewysinstellings. Die doel van die voorgestelde raamwerk is dus om die konteks te bepaal waarbinne kurrikulering moet plaasvind, asook om 'n fokus of formaat te verskaf vir diegene wat die kurrikulum vir voornemende studente ontwikkel.

SUMMARY

Before the implementation of abortion legislation in South Africa in February 1997, illegal abortions were the only way out for women with unwanted pregnancies. Because of the high morbidity and mortality rate of the women concerned, abortion legislation was implemented with the aim of ending illegal abortions in South Africa by having abortions carried out legally on request in designated health care facilities. The abortion legislation stipulates that registered nurses who have undergone the proposed abortion care training may terminate a pregnancy upon request of a woman during the first twelve weeks of the gestation period of her pregnancy.

Although legislation authorises registered nurses to carry out first trimester abortions, an inadequate number of nurses are being trained in the Western Cape to provide pregnant women with guidance and counselling services, carry out the abortions and/or refer problem cases. Since the implementation of the abortion legislation no real attempts have been made by higher education institutions in the Western Cape to offer abortion care training for nurses. A need has therefore been identified to develop a comprehensive training framework for higher education institutions in the Western Cape for the training of nurses in abortion care.

The case study was used as research design and the specific unit of analysis on which the researcher focused were the registered nurses who had received training in abortion care and the context in which they provide abortion care at the various levels of service provision in the different regions of the Western Cape.

A random, stratified sample (non-proportional) was taken of the designated state health care facilities in the Western Cape, as well as a non-probability purposive sampling of registered nurses who provide abortion care, a non-probability convenience sample of women who have received abortion care and a non-probability purposive sampling of final-year pre-registration nursing students.

Data was generated by means of questionnaires to the women who received abortions and/or counselling, the registered nurses who carried out abortions as well as final-year pre-registration nursing students. A checklist was used to observe the abortions that were carried out by registered nurses in an objective and non-participatory manner and semi-structured interviews were conducted with various role-players in abortion care and training.

The main findings of this study indicate that the necessary infrastructure within which the services could be provided according to the abortion legislation was adequate, but that the ongoing shortage of trained health care practitioners hampers the abortion care services. Only 10 (n=10) of the 15 certified nurses employed in state health care facilities actively

offered abortion care services in the various designated facilities in the Western Cape. Deficiencies were identified in the existing provincial protocol and it was clear that some of the guidelines are either not in use or have become obsolete in the light of new research findings.

It was found that midwives with appropriate and effective training are the ideal category of health practitioner for the provision of abortion care. The certified nurses who have been trained by the various regional offices of the Department of Health: Western Cape are skilled in carrying out the abortion procedure, but the other aspects of abortion care, that are mainly carried out by other categories of nurses, will probably require greater attention.

The recommendations, which are based on a thorough literature study as well as on the findings and conclusions that arose from the empirical part of this study, have been included in a training framework. The researcher recommends that the training framework provide the basis for the development of a formal programme or programmes for the training of nurses in abortion care at higher education institutions. The purpose of the proposed framework is therefore to determine the context within which curriculum ought to take place, and to provide a focus or format for those who develop the curriculum for prospective students.

DANKBETUIGINGS

My spesiale dank aan:

- ons Hemelse Vader wat my die krag en deursettingsvermoë gegee het om hierdie projek te voltooi;
- my promotor, Prof. Eli Bitzer, vir sy deurlopende begeleiding, ondersteuning en aanmoediging tydens hierdie projek. Sy akademiese insette en deeglikheid was van onskatbare waarde;
- my mede-promotors, Dr. Dorothy Boshoff en Prof. Wilhelm Steyn vir hul akademiese insette;
- die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap en die onderskeie streekskantore wat toestemming verleen het tot hierdie projek;
- die onderskeie mediese superintendente en/of verpleegdiensbestuurders van die aangewysde gesondheidsorgfasiliteite vir hul insette, asook vir die toestemming om data in die betrokke fasiliteite in te samel;
- die betrokke gesertifiseerde verpleegkundiges sonder wie se insette hierdie navorsing onmoontlik sou gewees het;
- die geneeshere en ander verpleegkundiges werksaam in die onderskeie fasiliteite vir hul samewerking en positiewe gesindheid;
- Karen Trueman, senior opleidingsadviseur van IPAS, vir haar waardevolle insette en dokumente wat verskaf is;
- al die ander rolspelers in aborsiesorgdienste wat genader is vir hul insette;
- die betrokke vroue met ongewenste swangerskappe wat bereid was om insette te lewer en beskikbaar te wees vir die navorsing;
- die Universiteit Stellenbosch, Universiteit van Kaapstad, Universiteit van Wes-Kaapland en die Wes-Kaapse Kollege vir Verpleging vir hul insette, asook die toestemming om data by die betrokke instelling in te samel;

- al die finalejaar verpleegstudente verbonde aan die onderskeie opleidingsinstellings vir hul waardevolle insette;
- Prof. Daan Nel van die Sentrum vir Statistiese Konsultasie aan die Universiteit Stellenbosch vir sy professionele insette en hulp met die ontleding van die data;
- Ella Belcher vir haar puik taalversorging van die proefskrif;
- Alberto Pepler Jnr. vir sy kundige versorging van die histogramme en figure;
- DC Maree vir sy moeite met die finale tegniese versorging van die proefskrif;
- Hanlie Marais vir haar geduld en hulp met my navorsing en korrespondensie; en
- my man en dogters vir hulle begrip en aanmoediging, asook al my vriende wat my tydens hierdie projek ondersteun het.

‘Kennis groei stap vir stap,
nie met spronge nie.’
Baron Macaulay

‘Die verstand van die mens
kan dit wat hy begryp en glo,
bereik.’
Napoleon Hill

Opgedra aan my twee dogters, Magdel en Anelle.

Mag hierdie ‘n inspirasie vir julle eie toekomstige studies wees.

‘Waar daar ‘n wil is, is daar ‘n weg.’

INHOUD

VERKLARING.....	i
OPSOMMING.....	ii
SUMMARY.....	iv
DANKBETUIGINGS.....	vi
LYS VAN TABELLE.....	xviii
LYS VAN FIGURE.....	xix
AFKORTINGS EN AKRONIEME.....	xx
HOOFSTUK 1 ORIËTERING TOT DIE STUDIE.....	1
1.1 INLEIDING	1
1.1.1 Agtergrond en oorsig van relevante literatuur	1
1.1.2 Die implikasies van die implementering van aborsiewetgewing.....	3
1.1.2.1 Implementering van aborsiesorgdienste by vlak een fasiliteite	3
1.1.2.2 Infrastruktuur met implementering van aborsiewetgewing.....	3
1.1.2.3 Opleiding en sertifisering van vroedvroue	3
1.1.2.4 Tekort aan doeltreffend opgeleide vroedvroue	4
1.1.2.5 Wysigingswet.....	5
1.1.2.6 Protokol vir aborsies in elke provinsie	5
1.1.2.7 Opleiding deur die Departement van Gesondheid	6
1.1.2.8 Die rol van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging (SARV).....	6
1.1.3 Probleemstelling	7
1.1.4 Doel en doelwitte van die studie	8
1.1.5 Die noodsaaklikheid van hierdie studie	8
1.1.6 Terminologie	10
1.2 METODOLOGIE	11
1.2.1 Navorsingsontwerp en benadering.....	11
1.2.2 Teikenpopulasie en streekproefneming.....	12
1.2.3 Metodes van data-insameling.....	13
1.2.3.1 Vraelyste.....	13
1.2.3.2 Kontrolelyns.....	14
1.2.3.3 Semi-gestruktureerde onderhoudvoering.....	14
1.2.4 Geldigheid en betroubaarheid	14
1.2.5 Loodsstudie.....	15
1.2.6 Data-analise.....	15
1.3 ETIESE ASPEKTE	16
1.4 UITEENSETTING VAN DIE HOOFSTUKKE	17
1.5 SAMEVATTING	17

HOOFSTUK 2 DIE OMVANG EN PROBLEMATIEK VAN ABORSIESORGDIENTE IN SUID-AFRIKA	19
2.1 INLEIDING	19
2.2 DEFINISIE VAN ABORSIE	19
2.3 AANLEIDENDE FAKTORE TOT DIE IMPLEMENTERING VAN ABORSIESORGDIENTE IN SUID-AFRIKA	20
2.3.1 Beperkende rol van die Wet op Vrugaafdrywing en Sterilisasië Nr. 2 van 1975	21
2.3.2 Die rol van kontrasepsie	21
2.3.3 Die hoë insidensie van tienerswangerskappe	22
2.3.4 Die hoë insidensie van kriminele aborsies	24
2.3.5 Die hoë morbiditeit- en mortaliteitsyfer van vroue	25
2.3.6 Koste-analise van aborsies.....	28
2.4 BEHOEFTE AAN DIE WETTIGING VAN ABORSIES.....	31
2.5 KONTROVERSIE: 'PRO-CHOICE' VERSUS 'ANTI-CHOICE'	34
2.6 VERANDERING VAN ABORSIEWETGEWING EN -BELEID	34
2.7 DIE KONTEKS VAN ABORSIES IN SUID-AFRIKA	36
2.8 DIE IMPLIKASIES VAN DIE IMPLEMENTERING VAN ABORSIEWETGEWING OP DIENSLEWERING.....	40
2.8.1 Dienslewering by vlak een gesondheidsorgfasiliteite	40
2.8.2 Die Wysigingswet Nr. 38 van 2004: Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap	43
2.8.3 Die rol van nie-regeringsorganisasies	44
2.8.3.1 Multilingual Orientation Service Association for Immigrant Communities (MOSAIC).....	44
2.8.3.2 Marie Stopes Internasionaal.....	45
2.8.4 Swangerskapkrisis-sentrums.....	45
2.8.5 'n Werkswinkel met betrekking tot die implementering van die aborsiewetgewing	45
2.8.6 Medies-geregtelike implikasies vir vroedvroue.....	46
2.8.6.1 Die bepaling van swangerskapsduur	46
2.8.6.2 Toestemming tot 'n aborsie.....	47
2.8.6.3 Berading aan vroue met ongewenste swangerskappe	47
2.8.7 Die emosionele effek van aborsies op vroedvroue.....	48
2.9 DIE WETGEWING EN BELEID MET BETREKKING TOT REPRODUKTIEWE OUTONOMIE.....	49
2.9.1 Die aborsiewetgewing en die swanger vrou se reg op aborsie	49
2.9.2 Die Grondwet en regte met betrekking tot 'n aborsie.....	50
2.9.3 Die swanger vrou en haar reg op pre- en post-aborsie berading.....	51
2.9.4 Aborsiewetgewing se bepalings betreffende toestemming tot 'n vrywillige aborsie	51

2.9.5	Wetgewing en die reg tot gewetensbeswaar	53
2.9.6	Aangewysde fasiliteite	57
2.9.7	Kennisgewing van die beëindiging van swangerskappe	58
2.9.8	Misdrywe en strawwe	58
2.10	WAARDEKLARIFIKASIE	58
2.11	ETIESE RIGLYNE VIR VERPLEEGKUNDIGES BETREFFENDE ABORSIES OP VERSOEK.....	59
2.12	METODES VAN ABORSIE	59
2.12.1	Servikale voorbereiding	59
2.12.2	Chirurgiese metodes van aborsie	60
2.12.2.1	Die MVA-tegniek.....	60
2.12.2.2	Dilatasie-en-kurettasie (D&K)	61
2.12.2.3	Dilatasie-en-evakuasie (D&E)	62
2.12.2.4	Selektiewe fetale reduksie tydens vroeë swangerskap	62
2.12.2.5	Risiko's van chirurgiese metodes van aborsie	62
2.12.3	Mediese metodes van aborsie.....	63
2.12.3.1	Prostaglandien (misoprostol of gemeprost).....	63
2.12.3.1.1	Misoprostol of gemeprost alleen tot 12 swangerskapsweke (< 12 weke).....	64
2.12.3.1.2	Misoprostol of gemeprost alleen ná 12 swangerskapsweke (> 12 weke).....	65
2.12.3.2	Antiprogesteron (mifepristone)	65
2.12.3.3	Die gebruik van mifepristone gekombineerd met prostaglandien (misoprostol of gemeprost).....	66
2.12.3.3.1	Mifepristone gekombineerd met prostaglandien tot nege weke swangerskapsduur (<9 weke)	66
2.12.3.3.2	Mifepristone gekombineerd met prostaglandien ná 12 weke swangerskapsduur (>12 weke)	66
2.12.3.4	Ander mediese aborsiemiddels	66
2.12.3.5	Nuwe-effekte van mediese metodes van aborsie	67
2.12.3.6	'n Cochrane-oorsig	68
2.12.4	Pynverligting	69
2.12.5	Hantering van aborsiekomplikasies	71
2.12.6	Post-aborsie sorg.....	71
2.13	SAMEVATTING	72
 HOOFSTUK 3 ABORSIESORGOPLEIDING EN 'N TEORETIESE ONDERBOU TOT 'N OPLEIDINGSRAAMWERK BINNE HOËRONDERWYS.....		
3.1	INLEIDING	73
3.2	GEHALTE ABORSIESORG.....	73

3.3	DIE IMPLIKASIES VAN DIE IMPLEMENTERING VAN ABORSIEWETGEWING OP OPLEIDING	73
3.3.1	Die infrastruktuur betreffende gesondheidsorgpraktisyns	74
3.3.2	Opleiding en sertifisering van vroedvroue	76
3.3.3	Tekort aan doeltreffend opgeleide vroedvroue	78
3.3.4	Die Wysigingswet Nr. 38 van 2004	79
3.4	ROLSPELERS SE VERANTWOORDELIKHEID BETREFFENDE ABORSIESORGOPLEIDING.....	81
3.4.1	International Projects Assistance Services (IPAS).....	81
3.4.2	Die Nasionale Departement van Gesondheid	83
3.4.3	Die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap	83
3.4.4	Die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging (SARV).....	84
3.4.5	Die Demokratiese Verpleegstersorganisasie (DENOSA).....	85
3.4.6	Nie-regeringsorganisasies	86
3.4.7	Organisasies gemoeid met reprodktiewe regte	86
3.4.8	Privaat praktiserende gesondheidsorgpraktisyns en hospitaalgroepe	87
3.4.9	Hoëronderwysinstellings	87
3.5	BESTAANDE RIGLYNE EN PROTOKOL VIR VEILIGE ABORSIES.....	87
3.5.1	Die WGO se riglyne vir aborsiesorg	88
3.5.2	Die Nasionale Departement van Gesondheid se riglyne vir die uitvoer van aborsies en berading	92
3.5.3	Die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap se riglyne vir die uitvoer van aborsies en berading	94
3.5.4	Hoëronderwysinstellings se riglyne vir die opleiding van verpleegkundiges in aborsiesorg	97
	3.5.4.1 Nasionaal.....	97
	3.5.4.2 Wes-Kaap.....	98
3.6	'N TEORETIESE ONDERBOU TOT DIE ONTWIKKELING VAN 'N LEERDERGESENTEERDE OPLEIDINGSRAAMWERK.....	99
3.6.1	Begripsomskrywings.....	99
3.6.2	'n Leerdergesentreerde opleidingsraamwerk (Dolence, 2003).....	102
	3.6.2.1 Populasie en behoeftebepaling	103
	3.6.2.2 Leerderuitkomste.....	103
	3.6.2.3 Onderrigmodelle	103
	3.6.2.4 Onderrigmetodes.....	104
	3.6.2.5 Kurrikulumargitektuur	105
	3.6.2.6 Kurrikulumkonfigurasie	105
	3.6.2.7 Ondersteunende dienste	105
3.7	DIE TRANSFORMASIE VAN HOËRONDERWYS	106
3.8	KURRIKULUMONTWIKKELING BINNE DIE NQF	110

3.8.1	Die NQF as vertrekpunt vir programontwikkeling	110
3.8.2	Die inkorporering van kritieke en spesifieke uitkomste	112
3.8.3	Geïntegreerde assessering	112
3.8.4	Die ontwikkeling van 'n Erkenning van Voorafleer (EVL) -proses.....	113
3.9	DIE HOËRONDERWYS KWALIFIKASIERAAMWERK	113
3.10	KURRIKULUMONTWIKKELING IN GESONDHEIDSWETENSAPPE-ONDERWYS	114
3.11	SAMEVATTING	117
HOOFSTUK 4 NAVORSINGSMETODOLOGIE		118
4.1	INLEIDING	118
4.2	NAVORSINGSMETODOLOGIE	118
4.2.1	Navorsingsontwerp en -benadering.....	119
4.2.2	Teikenpopulasie.....	121
4.2.2.1	Gesondheidsorgfasiliteite	121
4.2.2.2	Verpleegkundiges en vroedvroue wat aborsiesorg verskaf	123
4.2.2.3	Vroue wat aborsies ondergaan en/of berading ontvang	124
4.2.2.4	Voorregistrasie verpleegstudente.....	124
4.2.3	Steekproefneming.....	124
4.2.3.1	Gesondheidsorgfasiliteite	126
4.2.3.2	Verpleegkundiges en vroedvroue wat aborsiesorg verskaf	129
4.2.3.3	Vroue wat aborsies ondergaan en/of berading ontvang	130
4.2.3.4	Voorregistrasie verpleegstudente.....	131
4.2.4	Data-insameling	131
4.2.4.1	Vraelyste.....	133
4.2.4.1.1	Vraelys vir die vroue wat aborsies en/of berading ondergaan	134
4.2.4.1.2	Vraelys vir gesertifiseerde verpleegkundiges wat aborsiesorgdienste verskaf	134
4.2.4.2	Kontrolelyns	134
4.2.4.3	Vraelys vir finalejaar voorregistrasie verpleegstudente.....	136
4.2.4.4	Semi-gestruktureerde onderhoudvoering.....	137
4.2.5	Toestemming	137
4.2.6	Geldigheid en betroubaarheid	139
4.2.7	Loodsstudie.....	141
4.2.8	Etiese aspekte	143
4.2.9	Data-analise.....	144
4.2.9.1	Kwantitatiewe data-analise.....	144
4.2.9.2	Kwalitatiewe data-analise.....	144
4.3	METODOLOGIESE BEPERKINGS VAN DIE STUDIE.....	145
4.3.1	Veeleisende onderhandelingsproses	145

4.3.2	Gebrek aan 'n databasis van opleidingsinisiatiewe betreffende reprodktiewe gesondheid	146
4.4	SAMEVATTING	146
HOOFSTUK 5 DATA-ANALISE EN BEVINDINGE		148
5.1	INLEIDING	148
5.2	METODE VAN DATA-ANALISE	148
5.2.1	Kwantitatiewe data.....	148
5.2.1.1	Nie-deelnemende observasie met behulp van kontrolelyste.....	148
5.2.1.1.1	Algemene inligting.....	149
5.2.1.1.2	Pre-aborsiesorg	155
5.2.1.1.3	Berading en inligting	162
5.2.1.1.4	Aborsieprosedure.....	163
5.2.1.1.5	Post-aborsie sorg.....	170
5.2.1.2	Vraelys vir gesertifiseerde verpleegkundiges.....	175
5.2.1.2.1	Biografiese inligting en kwalifikasies.....	175
5.2.1.2.2	Werkverwante inligting.....	176
5.2.1.2.3	Inligting met betrekking tot opleiding	178
5.2.1.2.4	Spesifieke inligting betreffende aborsiesorg.....	179
5.2.1.3	Vraelys vir vroue wat aborsies en/of berading ontvang het	181
5.2.1.3.1	Biografiese inligting.....	181
5.2.1.3.2	Inligting betreffende die swangerskap	183
5.2.1.3.3	Inligting betreffende aborsiesorg ontvang.....	184
5.2.1.4	Vraelyste vir finalejaar voorregistrasie verpleegstudente.....	188
5.2.1.4.1	Algemene inligting.....	188
5.2.1.4.2	Spesifieke inligting	188
5.2.1.4.3	Inligting betreffende opleiding.....	189
5.2.2	Kwalitatiewe data.....	192
5.2.2.1	Veldnotas tydens die nie-deelnemende observasie van aborsieprosedures.....	193
5.2.2.2	Kommentaar en/of aanbevelings deur verpleegkundiges wat aborsiesorg verskaf	193
5.2.2.3	Kommentaar/aanbevelings deur vroue wat aborsiesorg versoek ..	193
5.2.2.4	Kommentaar en/of aanbevelings deur voorregistrasie verpleegstudente	194
5.2.2.5	Onderhoudvoering met onderskeie rolspelers	196
5.3	SAMEVATTING	199
HOOFSTUK 6 SINTESE EN GEVOLGTREKKINGS		200
6.1	INLEIDING	200

6.2	GEVOLGTREKKINGS.....	200
6.2.1	Beleid.....	200
6.2.1.1	Nasionale beleid.....	201
6.2.1.2	Provinsiale beleid.....	202
6.2.2	Dienslewering.....	203
6.2.2.1	Aangewysde staatsgesondheidsorgfasiliteite.....	203
6.2.2.2	Integrasie van dienste.....	204
6.2.2.3	Desentralisasie van dienste.....	204
6.2.2.4	Verwysings.....	205
6.2.3	Gewetensbeswaar.....	205
6.2.4	Vroue met ongewenste swangerskappe.....	206
6.2.5	Verpleegkundiges.....	207
6.2.5.1	Algemeen.....	207
6.2.5.2	Tekort aan opgeleide verpleegkundiges.....	208
6.2.5.3	Werkslading.....	209
6.2.5.4	Vaardighede.....	209
6.2.5.5	Behoeftes.....	209
6.2.6	Pre-aborsie sorg.....	210
6.2.6.1	Berading en inligting.....	210
6.2.6.2	Pre-aborsie evaluering.....	211
6.2.6.3	Pre-aborsie kontrasepsie.....	213
6.2.7	Aborsieprosedure.....	214
6.2.7.1	Servikale voorbereiding.....	214
6.2.7.2	MVA-prosedure.....	215
6.2.7.3	Pynbeheer.....	215
6.2.7.4	Infeksiebeheer.....	216
6.2.7.5	Verskaffing van profilaktiese antibiotika.....	216
6.2.8	Post-aborsie sorg.....	217
6.2.8.1	Waarnemings.....	217
6.2.8.2	Post-aborsie pynbeheer.....	217
6.2.8.3	Komplikasies.....	217
6.2.8.4	Post-aborsie kontrasepsie.....	218
6.2.9	Rekordhouding.....	219
6.2.10	Ideale kategorie gesondheidsorgpraktisyn.....	219
6.2.11	Opleiding.....	220
6.2.11.1	Rolspelers se verantwoordelikheid betreffende aborsiesorg.....	220
6.2.11.2	Bestaande opleidingsriglyne en protokol.....	221
6.2.11.3	Die problematiek van opleiding.....	223
6.2.11.4	Implementering van opleiding.....	223
6.3	SAMEVATTING.....	224

HOOFSTUK 7 AANBEVELINGS	226
7.1 INLEIDING	226
7.2 AANBEVELINGS MET BETREKKING TOT 'N OPLEIDINGSRAAMWERK VIR VERPLEEGKUNDIGES IN ABORSIESORG AAN HOËRONDERWYS-INSTELLINGS IN DIE WES-KAAP	227
7.2.1 Die leerderpopulasie (raam A).....	230
7.2.2 Die leeromgewing (raam B).....	231
7.2.3 Kurrikulumontwerp (raam C).....	232
7.2.3.1 Situasië-analise	232
7.2.3.2 Vlak van aanbieding	233
7.2.3.2.1 Integrasie in bestaande voorregistrasie programme ..	233
7.2.3.2.2 Integrasie in bestaande na-registrasie programme	233
7.2.3.2.3 Kortkursus in aborsiesorg	234
7.2.3.3 Doel van die kurrikulum.....	235
7.2.3.4 Leerderdoelwitte of uitkomst	236
7.2.3.5 Seleksie van leerinhoud	236
7.2.3.5.1 Aanbevole addisionele leerinhoud vir aborsiesorgopleiding.....	237
7.2.3.5.2 Aanbevole fokusleerareas in die basiese opleiding van verpleegkundiges.....	238
7.2.3.5.3 Aanbevole leerinhoud vir bestaande voorregistrasie programme.....	238
7.2.3.5.4 Aanbevole leerinhoud vir bestaande na-registrasie programme.....	240
7.2.3.5.5 Riglyne vir die kliniese komponent	241
7.2.3.5.6 Bepaling van krediete en RPL	241
7.2.3.6 Seleksie van onderrig- en leeraktiwiteite.....	242
7.2.3.7 Die assesserings- en evalueringsproses.....	242
7.2.4 Die infrastruktuur en rolspelers (raam D)	243
7.3 AANBEVELINGS BETREFFENDE WETGEWING EN PROVINSIALE BELEID	245
7.4 AANBEVELINGS MET BETREKKING TOT VERDERE NAVORSING.....	246
7.5 SAMEVATTING	248
 BRONNELYS	249

BYLAES

Bylae 1 Die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap: Fasiliteitslys.....	262
Bylae 2 Ewekansige, gestratifiseerde, nie-proporsionele steekproefneming van die gesondheidsorgfasiliteite.....	268
Bylae 3 Vraelys vir vroue wat aborsies en berading ontvang het.....	271
Bylae 4 Vraelys vir gesertifiseerde verpleegkundiges en vroedvroue wat aborsiesorgdienste verskaf.....	282
Bylae 5 Vraelys vir voorregistrasie verpleegstudente.....	290
Bylae 6 Kontrolelys vir objektiewe waarneming van aborsieprosedures deur verpleegkundiges.....	296
Bylae 7 Semi-gestruktureerde onderhoudvoering.....	308
Bylae 8 Toestemmingsbrief gerig aan gesondheidsorgfasiliteite en verpleegopleidingsinstellings.....	310

LYS VAN TABELLE

Tabel 1.1 Aantal gesertifiseerde verpleegkundiges in die onderskeie provinsies teen Desember 2006	5
Tabel 2.1 Geskatte onbeplande swangerskappe wêreldwyd weens mislukking van kontrasepsie in 1993	22
Tabel 2.2 Koste-analise van aborsies in staatsgesondheidsorgfasiliteite	31
Tabel 2.3 Mortaliteit van onveilige aborsies in Afrika-lande versus ontwikkelde lande.....	32
Tabel 2.4 Suid-Afrikaanse reprodktiewe statistiek in 2004	36
Tabel 2.5 Aborsies per bevolkingsgroep in die Wes-Kaap sedert 1997	40
Tabel 3.1 Aantal gesertifiseerde verpleegkundiges gelys by die SARV teen 2006	79
Tabel 3.2 Verskillende aborsiemetodes in die verskillende stadia van swangerskap.....	90
Tabel 4.1 Aangewysde gesondheidsorgfasiliteite in die Wes-Kaap in 2007.....	122
Tabel 4.2 Teikenpopulasie van staatsgesondheidsorgfasiliteite in die onderskeie streke....	123
Tabel 4.3 Voorregistrasie verpleegstudente in die Wes-Kaap: 2007/2008	124
Tabel 4.4 Die onderskeie steekproefnemings vir die studie.....	126
Tabel 4.5 Gestratifiseerde steekproefneming van staatsgesondheidsorgfasiliteite (nie-proporsioneel).....	127
Tabel 4.6 Stoker se tabel as riglyn vir steekproefnemings.....	128
Tabel 5.1 Die omvang van aborsiesorgdienste in die Wes-Kaap in 2007/2008	150
Tabel 5.2 Besoeke aan fasiliteite in die onderskeie streke en vlakke	154
Tabel 5.3 Jaar waarin aborsiesorgopleiding voltooi is.....	155
Tabel 5.4 Ouderdom van vroue wat aborsies versoek.....	155
Tabel 5.5 Ras en/of nasionaliteit van die vroue wat aborsies versoek	156
Tabel 5.6 Swangerskapsduur bepaal: metodes	157
Tabel 5.7 Verband tussen graviditeit en getoets vir seksueel-oordraagbare siektes.....	159
Tabel 5.8 Verband tussen ouderdom en servikale sitologie gedoen	159
Tabel 5.9 Die gebruik van pre-aborsie kontrasepsie deur vroue met ongewenste swangerskappe.....	161
Tabel 5.10 Toediening van medikasie vir pynbeheer.....	166
Tabel 5.11 Die gebruik van kontrasepsie sedert 1994	172
Tabel 5.12 Terugvoer insake verbruikersvriendelikheid van personeel en fasiliteite.....	186
Tabel 5.13 Terugontvangs van onderskeie vraelyste.....	192
Tabel 5.14 Terugvoer betreffende die problematiek van aborsiesorg en –opleiding.....	197
Tabel 5.15 Aborsiesorgvaardighede deur verpleegkundiges	198

LYS VAN FIGURE

Figuur 2.1 WGO statistiek betreffende onveilige aborsies	26
Figuur 5.1 Huwelikstatus van die vroue	156
Figuur 5.2 Mate van pyn ervaar gedurende die prosedure	168
Figuur 5.3 Post-operatiewe pynbeheer	172
Figuur 5.4 Post-aborsie kontrasepsie.....	173
Figuur 5.5 Opvoedkundige status van vroue wat aborsiesorg versoek	182
Figuur 5.6 Beroep van die vroue	182
Figuur 5.7 Gesondheidsorgpraktisyns wat berading verskaf	184
Figuur 5.8 Inligting ontvang betreffende die beëindiging van swangerskap	185
Figuur 5.9 Beoordeling van die berading ontvang.....	186
Figuur 5.10 Post-aborsie kontrasepsie.....	187
Figuur 5.11 Aangewese persoon vir die verskaffing van berading	190
Figuur 5.12 Opinies betreffende insluiting van aborsiesorgopleiding in programme	190
Figuur 5.13 Aard van aborsiesorgopleiding in die onderskeie programme.....	191
Figuur 7.1 'n Opleidingsraamwerk vir verpleegkundiges in aborsiesorg aan hoëronderrysinstellings in die Wes-Kaap.....	229

AFKORTINGS EN AKRONIEME

Afkortings en akronieme vir vakterme, vaktydskrifte en vakorganisasies waarna dikwels in hierdie navorsing verwys is:

- *CEDAW*: Convention on the Elimination of Discrimination against Women
- *CHE*: Council on Higher Education
- *CLA*: Christian Lawyers' Association
- *CPD*: continuing professional development
- *D&E*: dilatasie-en-evakuasie
- *D&K*: dilatasie-en-kurettasie
- *DENOSA*: Democratic Nurses' Organisation of South Africa
- *ETQA*: Education and Training Quality Assurance Body
- *EVA*: elektriese vakuüm-aspirasie
- *EVL*: erkenning van voorafleer
- *FETC*: Further Educational Training Certificate
- *HEQC*: Higher Education Quality Committee
- *HEQF*: Higher Education Qualifications Framework
- *HOGK*: Hoëronderwys Gehalteversekeringskomitee
- *HOKR*: Hoëronderwys Kwalifikasieraamwerk
- *IPAS*: International Projects Assistance Services
- *IUT*: intra-uteriene toestel
- *LMP*: laaste menstruasie periode
- *MCWH*: Maternal, Child and Women's Health
- *MEC*: Member of Executive Council
- *MOSAIC*: Multilingual Orientation Service Association for Immigrant Communities
- *MVA*: manuele vakuüm-aspirasie
- *NCHE*: National Commission on Higher Education
- *NKR*: Nasionale Kwalifikasieraamwerk
- *NQF*: National Qualifications Framework
- *NRO's*: nie-regeringsorganisasies
- *PAS*: Post-aborsie (Stres) Sindroom
- *PPASA*: Planned Parenthood Association of South Africa
- *PTSS*: Post-traumatische Stressindroom
- *RDP*: Reconstructive and Development Programme
- *RHO*: Raad op Hoëronderwys
- *RHRU*: Reproductive Health Research Unit
- *RPL*: recognition of prior learning
- *RPR*: rapid plasma reagin-toets
- *RRA*: Reproductive Rights Alliance
- *RSA*: Republic of South Africa / Republiek van Suid-Afrika

- *SAKO*: Suid-Afrikaanse Kwalifikasie-owerheid
- *SANC*: South African Nursing Council
- *SAQA*: South African Qualifications Authority
- *SARV*: Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging
- *TOP*: termination of pregnancy
- *VPO*: voortgesette professionele ontwikkeling
- *WGO*: Wêreldgesondheidsorganisasie
- *WHO*: World Health Organization

HOOFSTUK 1

ORIËTERING TOT DIE STUDIE

1.1 INLEIDING

Die hoë morbiditeit- en mortaliteitsyfer van vroue met ongewenste swangerskappe het direk aanleiding gegee tot die implementering van aborsiewetgewing in Suid-Afrika in 1997. Sedertdien was verpleegkundiges, wat ingevolge hierdie wetgewing gemagtig is om eerste trimester swangerskappe te beëindig, se opleiding in aborsiesorg uiters beperk. Derhalwe blyk die behoefte om die effektiwiteit van aborsiesorgopleiding van verpleegkundiges te ondersoek ten einde 'n opleidingsraamwerk vir hoërondewysinstellings saam te stel, noodsaaklik te wees.

1.1.1 Agtergrond en oorsig van relevante literatuur

Vóór die implementering van aborsiewetgewing in Februarie 1997, was onwettige aborsies die enigste uitweg vir diegene met ongewenste swangerskappe in Suid-Afrika. Navorsing deur Rees, Katzenellenbogen, Shabodien, Jewkes, Fawcus, McIntyre, Lombard en Truter (1997:434) het bevind dat 66,8% van swanger vroue enkellopend was en dat die voorkoms van tienerswangerskappe (<21 jaar) in Suid-Afrika 15,3% was. Swangerskappe by hierdie groep vroue is dikwels onbeplan en ongewens.

Verskeie navorsers het tot die gevolgtrekking gekom dat indien 'n vrou wettige toegang geweier word tot die veilige beëindiging van 'n swangerskap, sy haar heel waarskynlik tot onveilige metodes sal wend. Volgens Jewkes, Wood en Maforah (1997:417) het 20% van Suid-Afrikaanse swanger vroue wat in 'n studie betreffende die beëindiging van swangerskappe ondervra is, aangedui dat hulle óf 'n geneesheer óf 'n hospitaal versoek het om die ongewenste swangerskap te beëindig, maar dat dit nie toegestaan is nie.

Die Wêreldgesondheidsorganisasie (WGO) definieer 'n onveilige aborsie as 'a procedure for terminating an unwanted pregnancy either by persons lacking the necessary skills or in an environment lacking the minimal medical standards, or both' (WHO, 2003:12). Rees *et al.* (1997:433) het op grond van 1993-data bereken dat ongeveer 44 686 vroue met onvolledige aborsies jaarliks tot Suid-Afrikaanse staatshospitale toegelaat word, hetsy weens spontane of geïnduseerde (onwettige) aborsies. Van hierdie vroue was 61,3% in hul eerste trimester van swangerskap. Ten

minste 7,5% van die vroue het die aborsie geïnduseer, terwyl by ander duidelike bewys was van inmenging met die swangerskap. Die navorsers het ook bevind dat 'n verdere 38,7% aborsies tydens die tweede trimester van swangerskap plaasvind. Die meeste van hierdie tweede trimester aborsies is waarskynlik geïnduseer, aangesien spontane aborsies tydens die tweede trimester minder algemeen voorkom. Volgens hierdie navorsers sterf sowat 425 vroue jaarliks in staats hospitale weens komplikasies van aborsies.

Dit is bereken dat septiese aborsie verreweg die hooforsaak (78,3%) van aborsiestertes was. Buchmann en Pattinson (2001:76) is van mening dat 'the most frequent avoidable factors were failure to recognise the severity of septic abortion, especially at level 1 hospitals with resultant substandard care and/or failure or delay in transferring these patients to level 2 or level 3 hospitals'.

Hierdie gegewens bevestig die siening dat onwettige aborsies in Suid-Afrika 'n ernstige gesondheidsprobleem is wat groot spanning plaas op die reeds oorlaaide gesondheidsorgdienste en ook die gesondheidsbegroting onnodig belas (Kay, Katzenellenbogen, Fawcus & Karim, 1997:442). Rees *et al.* (1997:437) noem dat '34% of hospital admissions for incomplete abortions are for unsafe ones'.

Volgens Kay *et al.* (1997:446) is die hoë morbiditeit- en mortaliteitsyfer weens onwettige aborsies voorkombaar. Die behoefte vir onwettige aborsies kan geëlimineer word deur die wettiging daarvan, maar die aanvraag vir aborsies moet ook beduidend verminder word deur 'n doeltreffende, omvattende en pro-aktiewe strategie om ongewenste swangerskappe te verminder.

Weens die emosionele impak, verskeie mediese komplikasies en hoë morbiditeit- en mortaliteitsyfer van die betrokke vroue, is die Wet Nr. 92 van 1996: Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap op 1 Februarie 1997 geïmplementeer. Die doel van die wetgewing is om onwettige aborsies in Suid-Afrika te beëindig en aborsies op versoek wettiglik in aangewysde staatsgesondheidsorgfasiliteite uit te voer. Hierdie wetgewing is gebaseer op die World Health Organisation's Safe Motherhood Initiative. Naylor en O'Sullivan (2005:9) is van mening dat die implementering van hierdie wetgewing 'n beduidende stap is in die vermindering van die onveilige beëindiging van swangerskappe.

1.1.2 Die implikasies van die implementering van aborsiewetgewing

Die implementering van aborsiewetgewing het verskeie implikasies gehad, onder andere op verpleegopleiding en -praktykvoering. Die volgende perspektiewe is van besondere belang vir hierdie studie:

1.1.2.1 Implementering van aborsiesorgdienste by vlak een fasiliteite

Aborsiesorgdienste is sedert 1997 by vlak een gesondheidsorgfasiliteite geïmplementeer. Verpleegkundiges lewer tot 'n groot mate onafhanklik van geneeshere, 'n voorkomende en bevorderende gesondheidsorgdiens by vlak een (primêre) gesondheidsorgfasiliteite en slegs gekompliseerde gevalle word verwys na vlak twee (sekondêre) of vlak drie (tersiêre) fasiliteite. Dit is bereken dat veilige, wettige aborsies op primêre gesondheidsorgvlak oor die langtermyn goedkoper is as om aborsiekomplikasies ná 'n onwettige aborsie in tersiêre fasiliteite te hanteer. Volgens Berer (2000:585) impliseer veilige aborsies op vlak een 'shifting expenditure away from complicated cases in tertiary level hospitals to safe, simple procedures that can be provided in primary health clinics ... with one high standard for all'. Die aborsiewetgewing (RSA(1),1996:4) stipuleer dat vroedvroue wat die voorgeskrewe aborsiesorgopleiding ondergaan het, aborsies op versoek gedurende die eerste 12 weke swangerskapsduur mag uitvoer.

1.1.2.2 Infrastruktuur met implementering van aborsiewetgewing

Dit blyk dat die nodige infrastruktuur nie in plek was voordat die aborsiewetgewing geïmplementeer was nie. Kernkurrikulering, opleiding en diensverskaffing deur vroedvroue is eers ná die implementering van die wetgewing ingestel deur die Reproductive Health Research Unit (RHRU) by die Chris Hani Baragwanath Hospitaal in Johannesburg. Die 22 vroedvroue wat tydens die eerste kursus van twee weke gedurende November 1998 opgelei is, moes as instruktors optree vir ander vroedvroue in hul provinsies (Dickson-Tetteh & Billings, 2002:146). Die navorser is van mening dat hierdie vroedvroue nie noodwendig voldoende ondervinding in óf die uitvoer van aborsies óf die opleiding van verpleegkundiges kon gehad het om effektiewe opleiding te verskaf nie.

1.1.2.3 Opleiding en sertifisering van vroedvroue

Opleiding en sertifisering van vroedvroue dwarsdeur Suid-Afrika is geïdentifiseer as 'n kritieke stap om aborsiesorgdienste van hoë gehalte toeganklik te maak vir alle vroue. Die meeste ontwikkelde lande vereis dat ginekoloë aborsies uitvoer, maar dit is volgens Berer (2000:586) nie noodsaaklik indien die aborsie gedoen word vóór 14

weke van swangerskap nie. Berer was ook van mening dat vroedvroue met toepaslike en doeltreffende opleiding die mees toepaslike aborsieverskaffers sou wees. Sibuyi (2004:75) ondersteun hierdie standpunt en maak melding van verskeie redes waarom vroedvroue die ideale kategorie gesondheidsorgpraktisyn is vir die uitvoer van aborsies. Volgens Sibuyi is die grootste bydrae van die wetgewing om vroedvroue wat die voorgestelde opleiding voltooi het, toe te laat om ongewenste swangerskappe tot 12 swangerskapsweke te beëindig.

1.1.2.4 Tekort aan doeltreffend opgeleide vroedvroue

Sedert die implementering van genoemde wetgewing is die tekort aan doeltreffend opgeleide vroedvroue – oftewel gesertifiseerde vroedvroue – wat voorligting en berading aan swanger vroue gee en die aborsies uitvoer en/of probleemgevalle moet verwys, 'n wesentliche probleem en kan daar nie aan gemeenskappe se behoeftes voldoen word betreffende die hantering van ongewenste swangerskappe nie (Varkey, 2000:1). Statistiek van die Departement van Gesondheid (2006) toon dat daar sedert Februarie 1997 tot Desember 2005 'n totaal van 44 219 vrywillige aborsies in staatsgesondheidsorgfasiliteite in die Wes-Kaap gedoen is. Dickson-Tetteh en Billings (2002:146) noem dat slegs 81 vroedvroue aborsiesorgopleiding teen die einde van 1999 voltooi het en gesertifiseer is om aborsiesorg te verskaf. Nege-en-sestig van hierdie vroedvroue het wel die dienste in die onderskeie provinsies aangebied, waarvan slegs vyf in die Wes-Kaap werksaam was. 'n Onlangse telefoniese gesprek met 'n werknemer in diens van die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap bevestig die voortslepende tekort aan vroedvroue en noem dat aborsies tans in die Wes-Kaap uitgevoer word teen 'n ratio van 1 600:1 gesertifiseerde verpleegkundige (Burzelman, 2008).

Tabel 1.1 dui die aantal gesertifiseerde verpleegkundiges aan wat teen einde Desember 2006 die aborsiesorgkursus voltooi het en wel die kwalifikasie by die beroepsraad, naamlik die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging (SARV) gelys het (Green, 2007). Dickson-Tetteh en Billings (2002:144) is van mening dat opleiding in aborsiesorg sistematies in vroedvroue se opleiding geïntegreer behoort te word om sodoende te verseker dat meer gesertifiseerde vroedvroue ontplooi word. Informele gesprekvoering met kundiges op die gebied van verpleegopleiding is egter oortuig dat die insluiting van aborsiesorgopleiding in basiese opleidingskursusse van verpleegkundiges om verskeie redes nie gewens is nie.

Tabel 1.1
Aantal gesertifiseerde verpleegkundiges in die onderskeie provinsies teen
Desember 2006

Provinsies	Vroue	Mans	Totaal
Noordelike Provinsie	19	1	20
Noordwes	9	1	10
Mpumalanga	7	2	9
Gauteng	57	1	58
Vrystaat	7	geen	7
KwaZulu-Natal	5	geen	5
Noord-Kaap	6	1	7
Wes-Kaap	5	2	7
Oos-Kaap	10	geen	10
Totaal	125	8	133

(Bron: Green: SARV, 2007)

1.1.2.5 Wysigingswet

Weens onder andere die tekort aan gesertifiseerde vroedvroue is die aborsiewetgewing gewysig. Die Wysigingswet Nr. 38 van 2004 (RSA, 2004:6) bepaal dat ook geregistreerde verpleegkundiges – diegene sonder verloskunde of verwante kwalifikasies - aborsies mag uitvoer indien hul die voorgestelde kursus voltooi het. In die praktyk impliseer dit dat 'n algemeen-geregistreerde verpleegkundige sonder enige verloskundige opleiding slegs die aborsiesorgkursus hoef te voltooi om gemagtig te wees om aborsies uit te voer tot en met 12 weke swangerskapsduur. Hierdie verpleegkundiges het geen verloskundige agtergrond om hierdie vroue in hul totaliteit doeltreffend te hanteer nie. Dit blyk dus dat aborsies gedelegeer word na verpleegkundiges, ongeag die aard van hul opleiding, met die enigste vereiste dat die voorgestelde aborsiesorgkursus voltooi is. Laasgenoemde hou verreikende gevolge in vir die betrokke vroue, sowel as vir verpleegkundiges.

1.1.2.6 Protokol vir aborsies in elke provinsie

Die Direkoraat: Moeder-, Kinder- en Vrouegesondheid (Department of Health⁽¹⁾,1997:12) het bepaal dat elke provinsie 'n protokol insake aborsies moet ontwikkel en noem dat dit hoëronderwysinstellings se verantwoordelikheid is om deur middel van 'n interdisiplinêre benadering gesondheidsorgpraktisyns in aborsiesorg op te lei, asook om die effektiwiteit van die onderskeie protokolle te monitor en te verbeter. Ten spyte van navorsers se aanbevelings dat navorsing dringend nodig is om te bepaal hoe die aborsiesorgmodule in bestaande kurrikula van gesondheidsorgpraktisyns geïntegreer kan word (Varkey & Fonn, 1999:8), is tot op

datum egter nog geen riglyne en/of aborsiesorgopleiding vir verpleegkundiges by hoëronderwysinstellings in die Wes-Kaap geïmplementeer nie.

1.1.2.7 Opleiding deur die Departement van Gesondheid

Die tekort aan gesertifiseerde vroedvroue het daartoe gelei dat die Departement van Gesondheid so veel as moontlik verpleegkundiges so vinnig as moontlik moes oplei ten einde aborsiesorgdienste te verskaf by vlak een gesondheidsorgfasiliteite. Die Departement van Gesondheid het in 2000 riglyne vir 'n 160-uur vrywillige aborsiesorgkursus vir vroedvroue beskikbaar gestel. Tans word verpleegkundiges slegs deur die Departement van Gesondheid opgelei in aborsiesorg.

1.1.2.8 Die rol van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging (SARV)

Opleidingsinstellings vir verpleegkundiges bepaal die aard van hul opleiding in samewerking met die SARV. Die SARV maak geen melding van aborsiesorgopleiding vir verpleegkundiges in hul regulasies of direktiewe nie. Volgens die SARV se omsendbrief Nr. 3/2007 (SANC, 2007) aan hoëronderwysinstellings, het die Raad besluit dat 'n kursus van minder as een akademiese jaar beskou word as 'n kortkursus en nie meer deur die Raad gelys sal word nie. Die Raad erken egter steeds die behoefte vir kortkursusse en dui aan dat kortkursusse steeds aangebied mag word indien sodanige behoeftes op nasionale of streeksvlak geïdentifiseer is. Die eksamens word deur die betrokke opleidingsinstelling hanteer en 'n sertifikaat word uitgereik deur die instelling wat die kortkursus aanbied. Die kwalifikasie word slegs vir statistiese doeleindes by die SARV gelys.

Hierdie besluitneming het tot gevolg gehad dat daar geen voorgeskrewe standarde is waarvolgens die SARV gehaltebeheer kan toepas nie. Gevolglik is daar groot variasie en teenstrydighede in die kortkursusse en is daar in sommige kortkursusse 'n duplisering van gereguleerde gevorderde kwalifikasies. Dit veroorsaak verwarring by leerders, diensverskaffers en gesondheidsorgfasiliteite. Die Raad maak verder melding dat nóg die Wet op Verpleging Nr. 50 van 1978, nóg Wet Nr. 33 van 2005 voorsiening maak vir die registrasie van kortkursusse. Die Raad bevestig dat die SARV as 'n Education and Training Quality Assurance Body (ETQA) vir verpleegkwalifikasies nie voortaan kursusse kan erken en lys wat nie deur die Raad geakkrediteer is en waarvan die gehaltebeheer nie verseker is nie (SANC, 2007:3).

Alan Green, Senior Bestuurder: Inligtingbestuur van die SARV, bevestig per e-pos dat statistiek nie beskikbaar is van kortkursusse wat in elke provinsie aangebied word nie, aangesien die Raad reeds 'n geruime tyd die lys van kortkursusse gestaak het. Diegene wat die opleiding voltooi het kan egter versoek dat die kwalifikasie as sulks teen sy/haar naam by die Raad aangeteken word (SANC, 2007). Die SARV kan nie bevestig of almal wat die aborsiesorgkursusse voltooi het, wel by die SARV gesertifiseer is nie en of diegene wat aborsies uitvoer wel almal die voorgeskrewe kursus voltooi het nie.

1.1.3 Probleemstelling

Vanuit die perspektiewe hierbo blyk dit ondermeer dat die implementering van die wetgewing spesifieke probleemareas met betrekking tot die opleiding van vroedvroue tot gevolg het wat soos volg saamgevat kan word:

- 'n tekort aan doeltreffend opgeleide vroedvroue wat voorligting en berading aan vroue gee en/of aborsies uitvoer en/of probleemgevalle verwys;
- leemtes in die protokol en riglyne betreffende aborsiesorg en -opleiding wat die uitvoering van hierdie dienste bemoeilik;
- medies-geregtelike implikasies vir vroedvroue wat aborsies uitvoer; en
- 'n gebrek aan omvattende, effektiewe riglyne en opleidingskursusse by hoërondewysinstellings.

Op grond van praktykservaring en gesprekke met kundiges op hierdie gebied, is 'n behoefte geïdentifiseer om 'n omvattende opleidingsraamwerk, gebaseer op navorsing, vir hoërondewysinstellings in die Wes-Kaap te ontwikkel vir die opleiding van verpleegkundiges in aborsiesorg.

Hierdie navorsing is derhalwe gerig deur die genoemde implikasies en probleme wat direk verband hou met die aborsiesorgopleiding van verpleegkundiges. Teen hierdie agtergrond is die *primêre navorsingsvraag* in hierdie studie die volgende:

- Hoe behoort 'n opleidingsraamwerk vir verpleegkundiges met betrekking tot gehalte aborsiesorg te lyk?

Die volgende *subvrae* is gestel:

- Watter opleidingsmodelle of -riglyne bestaan reeds elders en wat behels dit?
- Wie is die rolspelers in aborsiesorgopleiding?
- Wat is die stand van verpleegkundiges se opleiding met betrekking tot die uitvoer van aborsies op versoek by vlak een gesondheidsorgfasiliteite?

- Wat is die behoeftes van verpleegkundiges met betrekking tot aborsiesorgopleiding?
- Wat is die behoeftes van pasiënte met betrekking tot aborsies op versoek?
- Wat is die behoeftes van gesondheidsorgfasiliteite en opleidingsinstellings met betrekking tot die opleiding van gesondheidsorgpraktisyns in aborsiesorg?
- Wie is die ideale gesondheidsorgpraktisyn vir die lewering van aborsiesorg?

1.1.4 Doel en doelwitte van die studie

Die doel van hierdie studie is om die opleiding en die kwaliteit van aborsiesorg deur geregistreerde verpleegkundiges en vroedvroue wat die voorgestelde opleiding voltooi het, in die Wes-Kaap te ondersoek en 'n opleidingsraamwerk vir hoërondewysinstellings te ontwikkel met die oog op gehalte opleiding en kwalifikasies vir verpleegkundiges in aborsiesorg.

Die doelwitte van hierdie navorsing was daarop gerig om die aborsiesorg wat in aangewysde staatsgesondheidsorgfasiliteite aan swanger vroue met ongewenste swangerskappe gebied word, te ondersoek vanuit 'n verpleegkundige perspektief ten einde die volgende te bepaal:

- die teoretiese kennis van gesertifiseerde verpleegkundiges en vroedvroue betreffende aborsies op versoek en die wetlike aspekte daaraan verbonde;
- die praktiese vaardigheid van gesertifiseerde verpleegkundiges en vroedvroue ten opsigte van aborsiesorg wat gelewer word;
- die persepsies en behoeftes van swanger vroue ten opsigte van aborsiesorgdienste; en
- die behoeftes van verpleegkundiges betreffende aborsiesorgopleiding.

Daar moes ook gepoog word om:

- grondige inligting te bekom van rolspelers in aborsiesorg;
- die ideale kategorie gesondheidsorgpraktisyn te identifiseer; en
- die bestaande opleidingsmodelle en -riglyne in die Wes-Kaap te ondersoek en leemtes te identifiseer.

1.1.5 Die noodsaaklikheid van hierdie studie

Uit genoemde inligting wat gebaseer is op die literatuur en vorige navorsing, is dit duidelik dat daar 'n behoefte aan wettige en veilige aborsies in Suid-Afrika is. Sedert 1997 het die owerhede toenemend probleme gerapporteer met die implementering van die nuwe wetgewing, hoofsaaklik weens die tekort aan verpleegkundiges wat

opgelei is om aborsiesorgdienste te verskaf. Dit impliseer dat daar 'n behoefte aan meer gesertifiseerde verpleegkundiges is om veilige aborsies uit te voer, spesifiek by vlak een gesondheidsorgfasiliteite.

In 'n omvattende literatuuroorsig is nasionale en internasionale literatuur bestudeer wat verband hou met hierdie studie. Geen formele en omvattende navorsing betreffende aborsiesorgopleiding van verpleegkundiges in Suid-Afrika is al vanuit die akademiese opset gedoen nie. Van der Westhuizen (2001:10) meld dat verdere navorsing noodsaaklik is oor die gehalte van sorg wat primêr op die bevoegdheid van verskaffers fokus.

Die bydrae wat hierdie studie tot die gesondheidswetenskappe-onderwys kan maak, behels die ontwikkeling van 'n opleidingsraamwerk met die oog op doeltreffende opleiding van voldoende verpleegkundiges in aborsiesorg aan hoërondewysinstellings volgens die riglyne van die Suid-Afrikaanse Kwalifikasieowerheid (SAKO; voortaan Engels: SAQA) en die Nasionale Kwalifikasieraamwerk (NKR; voortaan Engels: NQF) ten einde die aborsiewetgewing suksesvol te implementeer. Geen soortgelyke opleiding is sedert die inwerkingstelling van aborsiewetgewing in Februarie 1997 aan hoërondewysinstellings in die Wes-Kaap geïmplementeer nie.

Sekere aspekte van aborsiesorg kan in voorregistrasie programme, naamlik 'n diploma (NQF vlak 6) of die Baccalaureus-graad (NQF vlak 7) geïnkorporeer word. Dit word gebaseer op die rasionaal dat hierdie kwalifikasies 'n verpleegkundige in staat stel om omvattende gesondheidsorg te kan lewer ingevolge toepaslike wetgewing (SAQA, 2007:3). Voorregistrasie programme in verpleging, hetsy diploma of graad, lei tot die verwerwing van 'n kwalifikasie wat gerig is op registrasie in Verpleegkunde (algemeen, psigiatrie, gemeenskapsverpleegkunde) en Verloskunde ingevolge Reg. Nr. 425 van 22 Februarie 1985, soos gewysig (SARV, 1985).

Ander aspekte van aborsiesorg kan in die Gevorderde Diploma (NQF vlak 7) - hetsy in Verloskunde of Primêre Gesondheidsorg - of Baccalaureus Honneursgraad (NQF vlak 8) geïnkorporeer word vir diegene wat in die kliniese opset wil werk, maar in 'n spesifieke rigting wil spesialiseer (SAQA, 2007:19). Die fokus van laasgenoemde kwalifikasie is om die teorie en die toepassing daarvan in die praktyk uit te bou en is gebaseer op die uitkoms van die verwerwing van gespesialiseerde kennis en

vaardighede met betrekking tot die voorsiening van 'n reprodktiewe gesondheidsdiens aan individue (SAQA, 2007:25).

1.1.6 Terminologie

Terme waarna dikwels in hierdie navorsing verwys is, word vervolgens omskryf:

- *Aborsie/beëindiging van swangerskap*: die uitwerp van 'n lewende fetus en swangerskapsprodukte voor die einde van 20 weke swangerskapsduur, of 'n massa van 500 g en minder (London, Ladewig, Ball & Binder, 2003:160)
- *Aborsiesorg*: behels pre-aborsiesorg en berading, die uitvoer van die aborsieprosedures, post-aborsiesorg en kontrasepsie
- *Elektiewe aborsie*: die vrywillige en wettige beëindiging van 'n swangerskap op versoek van 'n vrou (Littleton & Engebretson, 2002:508)
- *Swangerskapsduur*: bereken as die aantal volledige swangerskapsweke sedert die eerste dag van die laaste normale menstruasieperiode (London *et al.*, 2003:160)
- *Geregistreerde verpleegkundige*: 'n persoon wat geregistreer is ingevolge die Wet op Verpleging Nr. 33 van 2005 (SARV, 2005)
- *Geregistreerde vroedvrou*: 'n persoon wat geregistreer is ingevolge die Wet op Verpleging Nr. 33 van 2005 (SARV, 2005) en die addisionele voorgeskrewe opleiding in verloskunde ondergaan het
- *Gesertifiseerde verpleegkundige of vroedvrou*: 'n geregistreerde verpleegkundige of vroedvrou wat aborsiesorgopleiding voltooi het en deur die SARV gesertifiseer is
- *Morbiditeit*: die koers waarteen 'n siekte in 'n spesifieke bevolking voorkom (Urdang & Swallow, 1983:698)
- *Mortaliteit*: die sterftesyfer wat die aantal sterftes per bevolkingseenheid in enige spesifieke streek, ouderdom, groep, siekte of ander klassifikasie weerspieël, gewoonlik uitgedruk as sterftes per 1 000 (Urdang & Swallow, 1983:699)
- *Opleidingsraamwerk*: 'n breë begrip waarbinne riglyne geformuleer word wat deur enige opleidingsinstelling gebruik kan word ten einde 'n kurrikulum te ontwikkel en te verfyn
- *Vlak een of primêre fasiliteite*: klinieke, gemeenskapsgesondheidsentrums, distrikshospitale en vroedvrou-verlossingseenhede
- *Waardeklarifikasie*: persoonlike en professionele houding met betrekking tot aborsies op versoek

1.2 METODOLOGIE

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.

1.2.1 Navorsingsontwerp en benadering

Navorsingsontwerp verwys na die gedetailleerde plan ten opsigte van die mees geskikte tegniek vir data-insameling en data-analise wat in die studie gebruik word (De Vos, 2001:77).

Die aard van hierdie navorsing dui daarop dat *gevalliestudie* as navorsingsontwerp geskik was om die aborsiesorgopleiding en kwaliteit van aborsiesorg deur gesertifiseerde verpleegkundiges en vroedvroue in die Wes-Kaap te ondersoek. Volgens Denscombe (2003:31) maak die gevalliestudiebenadering dit moontlik om 'n holistiese oorsig te kry deurdat die navorser genoegsame detail indringend ondersoek om die kompleksiteit van 'n gegewe situasie te ontrafel. Die navorser word toegelaat om 'n verskeidenheid van tegnieke te gebruik en te kombineer om die nodige data in te samel.

Volgens Mouton (2005:51) verwys die *eenheid van analise* in enige studie na die spesifieke voorwerp, verskynsel, entiteit, proses of gebeure wat ondersoek word. In hierdie studie is die spesifieke eenheid van analise waarop gefokus is die geregistreerde verpleegkundiges en vroedvroue wat opleiding in aborsiesorg ondergaan het – oftewel gesertifiseerde verpleegkundiges en vroedvroue – en die konteks waarbinne hul aborsiesorg lewer by vlak een gesondheidsorgfasiliteite in die onderskeie streke van die Wes-Kaap. (Die insluiting van vlak twee en vlak drie gesondheidsorgfasiliteite in die teikenpopulasie en steekproef was egter sinvol, aangesien die omvang en die aard van aborsiesorg by die verskillende vlakke van gesondheidsorg bepaal kon word.)

Triangulasie is in hierdie studie gebruik en verwys na die veelvoudige metodes van data-insameling met die doel om geldige data te bekom vanuit verskillende perspektiewe, asook om die betroubaarheid van die data te verhoog (De Vos, 2001:359). Die kwantitatiewe inligting is verkry uit vraelyste en nie-deelnemende waarneming met behulp van 'n kontrolelyst. Die kwalitatiewe data komponent is

gebaseer op inligting wat verkry is vanuit semi-gestruktureerde individuele onderhoude, asook oop-einde vrae in die onderskeie vraelyste.

Die gebruikmaking van beide kwantitatiewe en kwalitatiewe data in een studie is egter nie altyd koste- of tydeffektief nie. Die navorser het derhalwe besluit om van Creswell se 'dominante-minder-dominante'-model (De Vos, 2001:360) in die data-genereringsfase gebruik te maak, waarvolgens die kwantitatiewe gegewens voorrang geniet het.

1.2.2 Teikenpopulasie en streekproefneming

De Vos (2001:190) definieer 'n populasie as die totaliteit van dié elemente wat verband hou met die navorsingsvraag wat bestudeer word.

Die *teikenpopulasie* met die oog op datagenerering in hierdie studie sluit in:

- alle toeganklike vlak een, vlak twee en vlak drie gesondheidsorgfasiliteite in die onderskeie streke van die Wes-Kaap wat aangewys is om aborsies op versoek uit te voer;
- die verpleegkundiges en/of vroedvroue wat aborsiesorg verskaf in die genoemde gesondheidsorgfasiliteite;
- vroue wat aborsies ondergaan en/of berading ontvang het; en
- voorregistrasie verpleegstudente by tersiêre opleidingsinstellings in die Wes-Kaap.

De Vos (2001:190) definieer die steekproefneming as die neem van enige deel van 'n populasie en dit as verteenwoordigend van daardie populasie te beskou. Die navorser het op die volgende *vier steekproefnemings* besluit:

- 'n ewekansige, gestratifiseerde steekproefneming (nie-proporsioneel) van die aangewysde staatsgesondheidsorgfasiliteite in die Wes-Kaap met behulp van *Excel*-sagteware ten einde te verseker dat die steekproef verteenwoordigend was van al die vlakke gesondheidsorgfasiliteite in die onderskeie streke (n=9) (De Vos, 2001:197);
- 'n nie-waarskynlike, doelbewuste steekproefneming van verpleegkundiges en vroedvroue wat aborsiesorg verskaf om te verseker dat deelnemers met gespesialiseerde kennis en ondervinding wat die meeste ooreenstem en verteenwoordigend is van die populasie en dít wat ondersoek word, ingesluit is (n=10) (De Vos, 2001:198);

- 'n nie-waarskynlike gerieflikheidsteekproefneming van al die aborsieprosedures en beradingsessies wat plaasgevind het op geselekteerde dae, aangesien slegs 'n bepaalde verskynsel ondersoek is totdat data-versadiging bereik is (n=30-100); en
- 'n nie-waarskynlike, doelbewuste steekproefneming van finalejaar voorregistrasie verpleegstudente om te verseker dat die deelnemers wat ingesluit is die meeste ooreenstem met dit wat ondersoek is en verteenwoordigend van die teikenpopulasie is (n=375) (De Vos, 2001:198).

Die *insluitingskriteria* vir gesondheidsorgfasiliteite was dat dit:

- aangewys moes wees om dienste aan te bied wat verband hou met die studie;
- duidelik geklassifiseer moes wees volgens vlak en streek; en
- toeganklik was.

Die gesertifiseerde verpleegkundiges wat geselekteer is, moes aan die volgende *insluitingskriteria* voldoen:

- Hulle moes by die SARV geregistreer wees as professionele verpleegkundige;
- Hulle moes die voorgestelde opleiding in aborsiesorg voltooi het; en
- Hulle moes werksaam wees in aangewysde staatsgesondheidsorgfasiliteite vir die uitvoer van aborsies in die Wes-Kaap.

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

- Hulle moes minder as 20 weke swanger wees;
- Hulle moes reeds op 'n aborsie besluit het; en
- Hulle moes aborsiesorg, hetsy berading en/of aborsie, ontvang het deur 'n geregistreerde verpleegkundige of vroedvrou.

1.2.3 Metodes van data-insameling

Die doel van die spesifieke instrumente wat deur die navorser opgestel is, was daarop gemik om persepsies, asook teoretiese en praktiese vaardighede van verpleegkundiges betreffende aborsies op versoek te bepaal, sowel as om menings van die betrokke rolspelers te verkry aangaande aborsiesorgopleiding. Die data-insamelingsinstrumente het die volgende behels:

1.2.3.1 Vraelyste

Drie afsonderlike vraelyste is verskaf aan onderskeidelik:

- vroue wat aborsies en/of berading ontvang het;
- verpleegkundiges en vroedvroue wat aborsiesorg verskaf; en
- finalejaar voorregistrasie verpleegstudente.

1.2.3.2 Kontrolelyns

'n Kontrolelyns is gebruik om aborsies wat deur verpleegkundiges uitgevoer is objektief en nie-deelnemend te observeer.

1.2.3.3 Semi-gestruktureerde onderhoudvoering

Semi-gestruktureerde onderhoud is gevoer met :

- verpleegkundiges en geneeshere werksaam in aangewysde staatsgesondheidsorgfasiliteite; en
- rolspelers van die SARV, Departement van Gesondheid: Wes-Kaap, IPAS en die betrokke gesondheidsorgfasiliteite, asook hoëronderwysinstellings.

1.2.4 Geldigheid en betroubaarheid

Die inhoudsgeldigheid van die kontrolelyns en vraelyste is verseker deurdat:

- die items gebaseer is op 'n omvattende literatuurstudie;
- die instrumente bespreek is met kundiges op die gebied van aborsiesorg wat doelbewus geselekteer is om te kontroleer dat al die items wat waargeneem moes word, op die kontrolelyns teenwoordig was en wel in die praktyk meetbaar is;
- die ingeslote vrae in die vraelyste en items op die kontrolelyns gerig is op die omvang van die ondersoek, asook op die doelwitte wat gestel is vir hierdie studie;
- die instrumente deur 'n statistikus van die Universiteit Stellenbosch ontleed is om vas te stel of al die vrae en items op die onderskeie instrumente wel meetbaar en statisties analiseerbaar is; en
- 'n loodsstudie vooraf uitgevoer is om moontlike leemtes in die metodologiese benadering, insluitende die instrumente, te bepaal ten einde die geldigheid van die navorsing te verhoog.

Die betroubaarheid van die kontrolelyns te bepaal deurdat waarnemers op dieselfde tydperk met dieselfde kontrolelyns dieselfde aborsieprosedure geëvalueer het. Dieselfde resultate by albei die waarnemers het bevestig dat dit 'n betroubare

instrument was. Die betroubaarheid van die onderskeie vraelyste is getoets deurdat vraelyste aan elkeen van vier geregistreeerde vroedvroue gegee is om te voltooi. Die verpleegkundiges het soortgelyke antwoorde op die onderskeie vrae gehad wat 'n aanduiding was dat die betrokke vrae in die finale vraelys opgeneem kon word.

Guba se model (De Vos, 2001:348) is gebruik om die kwalitatiewe data te evalueer. Die model verwys na vier basiese kriteria, naamlik geloofwaardigheid, toepasbaarheid, konsekwentheid en neutraliteit.

1.2.5 Loodsstudie

Clifford (1990:197) definieer die loodsstudie as 'n kleinskaaltoetsing van die navorsingontwerp en/of die data-insamelingsinstrumente voordat die hoofstudie gedoen word ten einde te bepaal of dit betroubaar en in die praktyk uitvoerbaar is.

Die navorser het 'n loodsstudie van die onderskeie data-insamelingsinstrumente, naamlik die vraelyste, kontrolelys en onderhoudskedule, gedoen voordat die navorsing aktief 'n aanvang geneem het. De Vos (2001:183) dui die belang daarvan aan dat respondente gevra sal word om terugvoer te gee oor die bewoording en volgorde van die vrae, sowel as oor enige verwarrende en/of oortollige vrae in die vraelys en die onderhoudvoering. Die respondente wat betrek is, is vanuit dieselfde populasie as die hoofnavorsing geselekteer, maar die inligting is nie in die finale data-analise en uiteindelijke resultate ingesluit nie. Die navorser het self die data ingesamel ten einde die moontlikheid van interwaarnemersverskille uit te skakel.

1.2.6 Data-analise

Kwantitatiewe data is op 'n *Excel*-werkblad vasgelê en met behulp van 'n geskikte statistiese analiseprogram, naamlik *Statistica 7.0*, ontleed. Aangesien die analise meer beskrywend van aard was, is beskrywende statistiek soos frekwensies en presentasies bereken om die data, hetsy in tabelle, histogramme of grafieke, voor te stel en te beskryf. Die analises met betrekking tot inferensiële statistiek is op die volgende wyse gedoen:

- Nominale veranderlikes is vergelyk met nominale insetveranderlikes met behulp van toepaslike gebeurlikheidstabelle (kruistabulerings of chi-kwadraattoetse) en p-waardes is gerapporteer;

- Kontinue responsveranderlikes is vergelyk met nominale insetveranderlikes met behulp van toepaslike ANOVA (variansie-analisemetodes). Toepaslike nie-parametriese metodes is gebruik waar die residu's nie normaal versprei was nie;
- Kontinue veranderlikes is vergelyk met ander kontinue insetveranderlike(s) met behulp van regressie- of meervoudige regressie-analisemetodes. Die sterkte van die regressieverband is bereken met geskikte korrelasie-koëffisiënte; en
- Nominale veranderlikes is vergelyk met kontinue of nominale insetveranderlikes met behulp van logistiese regressiemetodes (Dunn & Clarke, 1974).

Die kwalitatiewe data is ontleed op grond van *Tesch se benadering* (De Vos, 2001:343) en *Carney se Ladder of Analytical Abstraction* (Miles & Huberman, 1994:92) waar sentrale temagedagtes en subtemas geïdentifiseer en saamgevoeg en/of gekategoriseer is ten einde die beskrywing van die kwalitatiewe data meer betekenisvol in een verduidelikende raamwerk voor te stel.

1.3 ETIESE ASPEKTE

Etiek verwys na die gehalte van die navorsingsprosedure met betrekking tot hul getrouheid aan professionele, regs- en maatskaplike verpligtinge jeens die navorsingsonderwerpe (Polit & Hungler, 1993:435). Die etiese riglyne wat in hierdie studie geïmplementeer is, was hoofsaaklik gegrond op Uys en Basson (1991:106) se grondbeginsels vir kliniese etiek, naamlik dat die omvang van die navorsing van só 'n aard is dat dit geen finansiële implikasies vir die pasiënte, personeel, gesondheidsorgfasiliteite of promotor en medepromotor(s) sou inhou nie. Tydens hierdie studie is:

- geen behandeling aan pasiënte gegee, óf weerhou nie;
- geen inbreuk op die pasiënte se versorging gemaak nie;
- pasiënte se privaatheid gerespekteer; en
- geen dokumente uit rekords verwyder nie.

Die Etiese Standaard van Verpleegnavorsing, soos beskryf deur die Demokratiese Verpleegstersorganisasie van Suid-Afrika (Democratic Nurses' Organisation of South Africa, oftewel DENOSA) is gebruik met betrekking tot die anonimiteit en kwaliteit van hierdie studie:

- Toestemming vir die studie is verkry van al die gesondheidsorgfasiliteite wat betrek is en slegs diegene wat toestemming verleen het, is ingesluit;
- Geen fasiliteit óf pasiënt se identiteit is bekend gemaak in enige publikasie nie en inligting is slegs vir navorsingsdoeleindes gebruik;

- Diegene wat die vraelyste voltooi, hoef nie hul name of enige ander identiteit op die vraelyste aan te gebring het nie; en
- Die deelnemers se reg om hulle aan die projek te onttrek is gerespekteer (DENOSA, 1998).

1.4 UITEENSETTING VAN DIE HOOFSTUKKE

Die verloop van die studie word vervolgens uiteengesit:

'n Algemene oorsig wat tot die projek aanleiding gegee het, is in *Hoofstuk 1: Oriëntering tot die studie*, gegee en bespreek. Die metodologie is oorsigtelik bespreek om die projek binne konteks te plaas.

'n Uiteensetting betreffende aborsiewetgewing, protokol, die omvang van aborsiesorg, asook verwante navorsing, word in *Hoofstuk 2: Die omvang en problematiek van aborsiesorgdienste in Suid-Afrika* verskaf. Die bestaande opleidingsriglyne en -modelle, sowel as die teoretiese aspekte van 'n opleidingsraamwerk waarop aborsiesorgopleiding aan hoërondewysinstellings gebaseer kan word, word in *Hoofstuk 3: Aborsiesorgopleiding en 'n teoretiese onderbou tot 'n opleidingsraamwerk binne hoërondewys* uiteengesit.

Die stappe van die navorsingsproses met betrekking tot die navorsingsontwerp, steekproefneming, data-insameling en data-analise word breedvoerig bespreek in *Hoofstuk 4: Navorsingsmetodologie*, en die analise van beide die kwantitatiewe en die kwalitatiewe data word aangebied deur middel van grafieke en tabelle en bespreek in *Hoofstuk 5: Data-analise en bevindinge*. Die resultate wat verkry is deur die analise van die kwantitatiewe en kwalitatiewe data word in *Hoofstuk 6: Sintese en gevolgtrekkings* bespreek en geïnterpreteer teen die agtergrond van die literatuur en die doelwitte wat gestel is. Die aanbevelings ten opsigte van 'n opleidingsraamwerk vir verpleegkundiges in aborsiesorg aan hoërondewysinstellings in die Wes-Kaap word in *Hoofstuk 7: Aanbevelings* geïllustreer en uiteengesit.

1.5 SAMEVATTING

In hoofstuk 1 is 'n algemene oorsig gegee oor wat tot die navorsingsprojek aanleiding gegee het, asook 'n bondige uiteensetting van die tendense en probleme met die uitvoer van aborsies op versoek in aangewysde staatsgesondheidsorgfasiliteite in Suid-Afrika. Die navorsingsproses is oorsigtelik bespreek ten einde die projek binne konteks te plaas en om aan die leser 'n aanduiding te gee van die stappe wat gevolg is om die studiedoelwitte wat gestel is, te ondersoek en te bereik.

Die wetgewing wat verband hou met die beëindiging van ongewenste swangerskappe kan nie sonder meer verander word nie, maar die implementering daarvan kan gewysig word om sodoende die bestaande probleme doeltreffend te hanteer. Die noodsaaklikheid dat wettige aborsies in staatsgesondheidsorgfasiliteite wetenskaplik ondersoek moet word, blyk onomwonde. Sodoende kan bepaal word of die teoretiese kennis en praktiese vaardighede van gesertifiseerde verpleegkundiges en vroedvroue voldoende is om hierdie prosedure veilig binne die bepalings van wetgewing te kan uitvoer. Gebaseer op die behoeftes van die praktyk, verpleegkundiges en diegene wat aborsiesorg versoek, kan 'n opleidingsraamwerk moontlik geïmplementeer word ten einde die voortslepende tekort aan gesondheidsorgpraktisyne in aborsiesorg aan te spreek.

'n Voorlopige literatuursoektog toon dat heelwat navorsing reeds gedoen is oor verskeie aspekte van aborsies, maar geen wetenskaplik-gefundeerde pogings is nog aangewend om te bepaal hoe aborsiesorgopleiding in hoërsonderwys geïmplementeer kan word nie. Hierdie studie is dus beperk tot die aborsie- en beradingsopleiding, spesifiek van gesertifiseerde verpleegkundiges en vroedvroue, aangesien tot op datum geen soortgelyke navorsing sedert 2000 gevind is nie.

In hoofstuk 2 word die omvang van aborsiesorg in Suid-Afrika uiteengesit en die problematiek daaraan verbonde sedert die wettiging van aborsies.

HOOFSTUK 2

DIE OMVANG EN PROBLEMATIEK VAN ABORSIESORGDIENTE IN SUID-AFRIKA

2.1 INLEIDING

'n Omvattende literatuuroorsig was noodsaaklik ten einde die kwessies soos verwoord in die probleemstelling so wyd as moontlik te ondersoek, maar ook om aanduidings in akademiese literatuur te vind wat die noodsaaklikheid van die voorgestelde navorsing sou bevestig.

Onveilige aborsieprosedures, óf deur onopgeleide diensverskaffers óf te wyte aan onvoldoende diensverskaffers, hou direk verband met die hoë morbiditeit- en mortaliteitsyfers van vroue. Veranderings in beleid, aborsiesorgdienste en -opleiding is noodsaaklik ten einde veilige aborsies te verseker. Hierdie stelling word ondersteun deur 'n uitgebreide literatuuroorsig wat gedoen is van gepubliseerde en ongepubliseerde bronne soos geïdentifiseer in verskeie databasisse. Die navorsers het gepoog om so omvattend as moontlik alle relevante inligting sedert 1996 te bekom. Gesaghebbende bronne rakende die onderwerp is geraadpleeg ten einde die konteks waarbinne verpleegkundiges aborsiesorgopleiding ontvang en aborsiesorgdienste moet lewer, uiteen te sit. Die literatuuroorsig is nie tot enkele hoofstukke beperk nie, maar is ook geïntegreer in gegewens verder aan in hierdie studie.

2.2 DEFINISIE VAN ABORSIE

'n Aborsie is die uitwerp of geboorte van 'n lewende fetus en/of swangerskapsprodukte voor lewensvatbaarheid. Dit behels die beëindiging van 'n swangerskap voor die einde van 20 weke swangerskapsduur, of 'n fetale massa van minder as 500 g. Aborsies kan óf spontaan voorkom, waarna as 'n miskraam verwys word, óf geïnduseerd wees deur 'n mediese of chirurgiese ingreep. Geïnduseerde aborsies kan terapeuties wees omrede die gesondheidsrisiko wat die swangerskap vir die moeder inhou, óf weens verkragting, óf vanweë 'n fetale abnormaliteit. Geïnduseerde aborsies kan egter ook krimineel van aard wees indien die ingreep nie in ooreenstemming met bestaande wetgewing is nie. Elektiewe aborsies verwys na die vrywillige en wettige beëindiging van 'n swangerskap op versoek van die vrou (Littleton & Engebretson, 2002:508).

Klerman en Klerman (2002:1) definieer 'n wettige aborsie as 'a procedure performed by a licensed physician or someone acting under supervision of a licensed physician, that was intended to terminate a suspected or known pregnancy and to produce a nonviable fetus at any gestational age'. 'n Onwettige aborsie daarenteen 'may be self-induced or induced by someone who is not a physician or not acting under her or his supervision, or induced by a physician under conditions that violate state laws governing abortions'.

2.3 AANLEIDENDE FAKTORE TOT DIE IMPLEMENTERING VAN ABORSIESORGDIENTE IN SUID-AFRIKA

Teen die begin van die twintigste eeu was geïnduseerde aborsies wêreldwyd as onwettig beskou. Hierdie siening het verander met die destydse Sowjet-Unie wat die eerste was om aborsies te wettig en aangemoedig het as die primêre metode van gesinsbeplanning. Ná afloop van die Tweede Wêreldoorlog is aborsies in die Skandinawiese lande gewettig en later ook in die Westerse lande en Oos-Europa. Aan die begin van die een-en-twintigste eeu was aborsies op versoek feitlik nog net in die Afrika-lande onwettig (Klerman & Klerman, 2002:2).

Ten spyte van die dramatiese toename in die gebruik van kontrasepsie oor die afgelope drie dekades, het die WGO bevind dat 'n geraamde 46 miljoen (22%) van die ongeveer 210 miljoen wêreldwye swangerskappe per jaar jaarliks in aborsies eindig, waarvan amper 20 miljoen onveilige aborsies is. Ongeveer 13% van alle moederlike sterftes word toegeskryf aan komplikasies van onveilige aborsies (WHO, 2003:10). Die WGO het bekend gemaak dat ongeveer 67 000 vroue jaarliks sterf, terwyl een uit elke vyf vroue infeksie van die geboortekanaal opdoen, sommige met ernstige infeksies wat lei tot langtermyn gevolge soos infertiliteit (WHO, 2003:14).

Tydens die United Millenium Summit in 2000, het die meeste lande ooreengekom om drastiese pogings aan te wend ten einde die mortaliteit van vroue met 75% te verminder voor die jaar 2015. Sedertdien het die meeste lande wetgewing geïmplementeer wat die beëindiging van swangerskappe in 'n mindere of meerdere mate toelaat (WHO, 2003:7). Voor 1996 was onwettige aborsies die enigste uitweg vir diegene met ongewenste swangerskappe in Suid-Afrika.

2.3.1 Beperkende rol van die Wet op Vrugaafdrywing en Sterilisasie Nr. 2 van 1975

Hierdie wetgewing maak slegs voorsiening vir aborsies deur 'n geneesheer onder sekere omstandighede, naamlik:

- wanneer die swangerskap 'n gevaar vir die swanger vrou se fisieke en/of geestesgesondheid inhou;
- indien die swanger vrou permanent geestesonbevoeg is en nie die implikasies van die swangerskap verstaan nie;
- indien daar 'n ernstige risiko bestaan dat die kind gebore sal word met 'n onomkeerbare fisieke en/of geestesdefek; en
- as die fetus verwek is as gevolg van verkragting of bloedskande (Legal City, 2005:1).

Navorsing deur Rees *et al.* (1997:434) het bevind dat 66,8% van swanger vroue enkellopend is. Swangerskappe by hierdie groep vroue is dikwels onbeplan en ongewens. Hierdie navorsers het tot die gevolgtrekking gekom dat indien 'n vrou wettige toegang geweier word tot die veilige beëindiging van 'n swangerskap, sy haar heel waarskynlik tot onveilige metodes sal wend en sodoende haar gesondheid op die spel plaas.

2.3.2 Die rol van kontrasepsie

Die WGO (WHO, 2003:10) noem dat geen kontrasepsie 100% effektief is nie en dat daar altyd ongewenste swangerskappe sal wees wat vroue deur geïnduseerde aborsie sal wil beëindig. Die WGO (WHO, 2003:12) het volgens data van 1993 bereken dat daar wêreldwyd ongeveer ses miljoen ongewenste swangerskappe per jaar voorkom ten spyte daarvan dat kontrasepsie korrek gebruik is, soos aangetoon in tabel 2.1.

Volgens Berer (2000:580) het die behoefte om geboortes te spaseer vinniger toegeneem as die gebruik van kontrasepsiemiddels. Varkey en Fonn (1999:5) maak melding dat tussen 25% en 80% van vroue wat aborsiesorg versoek nie kontrasepsie gebruik het nie. Die gebrek aan toegang tot gesinsbeplanningsdienste vir jong en enkellopende vroue, sowel as die wisselvallige effektiwiteit van kontrasepsie, hou direk verband met die aantal aborsies (Berer, 2000:581). In Nederland is gesinsgetalle klein en bestaan daar omvattende seksvoorligtingprogramme, goeie kontrasepsie- en noodkontrasepsie-dienste, asook veilige wettige aborsiesorgdienste. Hierdie land se statistiek dui op slegs 6% onbeplande

swangerskappe en die laagste aborsiekoers in die wêreld. Berer (2000) noem ook dat Griekeland een van die min ontwikkelde lande is waar vroue aborsies verkies as primêre gesinsbeplanningsmaatreël ten spyte van goeie gesinsbeplanningsdienste.

Tabel 2.1
Geskatte onbeplande swangerskappe wêreldwyd weens mislukking van
kontrasepsie in 1993

Kontrasepsiemetode	Geskatte mislukkingsyfer (ideale gebruik) %	Geskatte mislukkingsyfer (gewone gebruik) %	Aantal verbruikers 000's	Aantal onbeplande swangerskappe (Ideale gebruik) 000's	Aantal onbeplande swangerskappe (gewone gebruik) 000's
Vroulike sterilisasie	0.50	0.50	201,000	1,005	1,005
Manlike sterilisasie	0.10	0.15	41,000	41	62
Inspuiting	0.30	0.30	26,000	78	78
Intra-uteriene toestel	0.60	0.80	149,000	894	1,192
Pil	0.10	5.00	78,000	78	3,900
Kondoom	3.00	14.00	51,000	1,530	7,140
Vaginale versperrings	6.00	20.00	4,000	240	800
Periodieke onthouding	3.00	25.00	26,000	780	6,500
Onttrekking	4.00	19.00	31,000	1,240	5,890
Totaal			607,000	5,886	26,567

(Bron: WHO, 2003:12)

Statistiek van die Suid-Afrikaanse Departement van Gesondheid (Department of Health⁽¹⁾, 2006) toon dat 44 219 aborsies tussen 1997 en 2005 in staatsgesondheidsorgfasiliteite in die Wes-Kaap uitgevoer is teenoor 14 355 in private hospitale en nie-regeringsorganisasies gedurende dieselfde tydperk. Die vraag ontstaan of aborsies slegs gewettig word as bloot 'n gesinsbeplanningsmaatreël wat beteken dat die belastingbetaler duur betaal vir 'n nuwe vorm van gesinsbeplanning. Die aborsiewetgewing maak spesifiek melding in die inleiding van die wet dat 'termination of pregnancy is not a form of contraception or population control' (Naylor & O'Sullivan, 2005:24).

2.3.3 Die hoë insidensie van tienerswangerskappe

Tienerswangerskappe is 'n groot probleem in die Westerse wêreld. Die volgende faktore dra by tot tienerswangerskappe:

- die betrokke gemeenskap se houding teenoor voorhuwelikse seksuele omgang;
- beklemtoning van seksualiteit deur die media en popmusiek;

- portuurgroepdruk;
- tieners se gebrek aan kennis betreffende kontrasepsie;
- weersin in die gebruik van kontrasepsie;
- beplande tienerswangerskap om van ongelukkige huishoudings weg te vlug; en
- die romantisering van moederskap (Sweet, 2003:301).

Sweet (2003:301) meld dat die voorkoms van swanger tieners jonger as 16 jaar in Brittanje sedert die 1950's geleidelik gestyg het, met 'n geweldige styging sedert die Britse Aborsiewet in 1967 geïmplementeer is. Teen 1991 was die insidensie 9.3 per 1 000 dogters in die ouderdomsgroep jonger as 16 jaar. Dit is egter nie bekend of hierdie statistiek tieners van die buiteland insluit wat aborsies in Brittanje laat uitvoer het nie. Meer as 50% van jong tieners se keuse is 'n vrywillige aborsie. Volgens Littleton en Engebretson (2002:544) het die aantal geïnduseerde aborsies by adolessente in Amerika ook aanvanklik met die wettiging daarvan in die 1970's toegeneem, 'n plato bereik in die middel-1980's en die afgelope twee dekades afgeneem. Die persentasie aborsies in die ouderdomsgroep 18 tot 19 jaar is egter steeds beduidend hoër as dié in die ander ouderdomsgroepe. Die adolessente wat aborsies verkies het meestal hoër opvoedkundige ideale en/of kom uit families met 'n hoë sosio-ekonomiese status. Slegs 2-3% adolessente moeders laat hul babas aanneem.

Daar is tans ook 'n hoë insidensie van aborsies op versoek onder tieners in Suid-Afrika. 'n Studie deur Jewkes *et al.* (1997:435) het bevind dat die gemiddelde tienerswangerskapstendens (<21 jaar) in Suid-Afrika 15,3% is. Volgens Mnr Makgato, Lid van die Uitvoerende Raad (LUR) vir onderwys in die Oos-Kaap, was altesame 5 015 leerlinge in Oos-Kaapse skole gedurende 2006 swanger (Die Burger, 2007:5). Opedateerde statistiek vir die tydperk 1997 tot 2006 wat van die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap ontvang is, toon dat gemiddeld 15,5% van vrywillige aborsies wat jaarliks in die Wes-Kaap uitgevoer word, onder tieners voorkom (Mabusela, 2007).

'n Studie deur Wood, Jewkes en Maepa (2007:1) toon dat kontrasepsiegebruik onder seksueel-aktiewe tieners so laag as 25% is, omrede:

- die veroordelende houding van verpleegkundiges wat seksueel-aktiewe tieners ontmoedig om na klinieke te gaan vir kontrasepsie;
- sommige verpleegkundiges weier om kontrasepsie aan tieners te verskaf;
- tieners wagkamerfasiliteite met volwassenes moet deel;

- die kulturele gebruik dat die seksuele maat druk uitoefen om nie kontrasepsie te gebruik nie om sodoende die vrou se fertiliteit op 'n jong ouderdom te bewys;
- 'n gebrek aan kennis of foutiewe inligting betreffende kontrasepsiemetodes;
- die opvatting dat die kontrasepsie-inspuiting steriliteit veroorsaak, asook die siening dat 'bloed ophoop in die abdomen' en siekte kan veroorsaak tydens die afwesigheid van menstruasie;
- sommige verpleegkundiges dit as hul morele plig beskou om tieners te adviseer om nie seksueel aktief te wees nie; en
- heelwat verpleegkundiges onvoldoende opgelei is ten opsigte van kontrasepsie.

2.3.4 Die hoë insidensie van kriminele aborsies

Kriminele (onwettige) aborsies word beskou as 'n internasionale gesondheidsprobleem. Die geskiedenis het telkemale getoon dat vroue met ongewenste swangerskappe wêreldwyd aborsies versoek ongeag of die prosedure gewettig is (WHO, 2003:11). In 'n poging om hierdie sensitiewe gesondheidsprobleem met betrekking tot die hoë morbiditeit- en mortaliteitsyfers weens onwettige aborsies doeltreffend te ondersoek, het die WGO voorgestel dat die gebruik van die term *onwettige aborsies* gewysig word na dié van *onveilige aborsies* (WHO, 2003:12).

Volgens Jewkes *et al.* (1997:417) is onwettig-geïnduseerde aborsies moeilik om te bestudeer. Hierdie navorsers noem dat die vorige Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling bereken het dat daar jaarliks tussen 6 000 en 120 000 onwettige aborsies plaasgevind het. Rees *et al.* (1997:433) het op grond van 1993-data bereken dat sowat 7,5% van die ongeveer 44 686 vroue wat jaarliks in Suid-Afrikaanse staatshospitale met onvolledige aborsies toegelaat is, beslis hul aborsies geïnduseer het, terwyl by ander duidelike tekens van inmenging met die swangerskap was. 'n Verdere 38,7% aborsies het tydens die tweede trimester van swangerskap plaasgevind en is heel waarskynlik geïnduseer, aangesien spontane aborsies tydens die tweede trimester minder algemeen voorkom.

'n Kwalitatiewe studie onder vroue wat onwettig-geïnduseerde aborsies ondergaan het, is deur die Mediese Navorsingsraad onderneem om insae te verkry oor die redes waarom vroue onbepland swanger raak en uiteindelik 'n aborsie ondergaan. Alhoewel bevind is dat Suid-Afrika se kontrasepsiegebruik van 53% beduidend hoër is as in ander ontwikkelende lande, is onbeplande swangerskappe steeds geweldig hoog, omrede:

- vroue se kennis betreffende hul reprodktiewe fisiologie 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 verpleegkundiges wat by gesinsbeplanning betrokke is; en
- heelwat tieners swanger raak om hul vrugbaarheid te bewys (Jewkes *et al.*, 1997:417).

Die redes vir onwettig-geïnduseerde aborsies deur die betrokke vroue in hierdie studie word as volg opgesom:

- iets waarin hul gedwing is deur óf die familie, óf metgesel en nie noodwendig vrylik op besluit het nie;
- sosio-ekonomiese redes, veral finansiële druk;
- werkloosheid weens swangerskap;
- ander afhanklikes, veral ander kinders;
- metgeselle wat óf werkloos is, óf 'n lae inkomste het, óf nie gereed is vir die vaderlike verantwoordelikheid nie;
- behoefte om skool- of tersiêre opleiding te voltooi; of
- negatiewe reaksie van die manlike metgesel betreffende die swangerskap (Jewkes *et al.*, 1997:417).

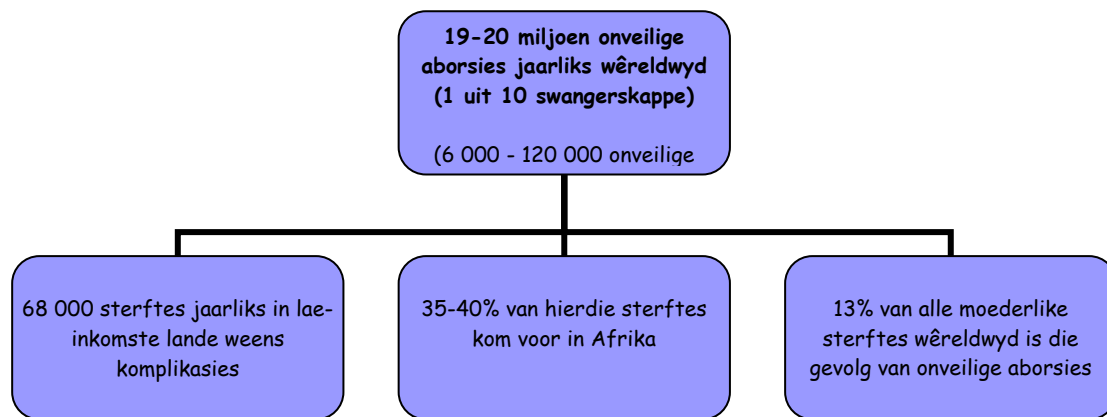
2.3.5 Die hoë morbiditeit- en mortaliteitsyfer van vroue

Die WGO het beraam dat ongeveer 25% (50 miljoen) van alle swangerskappe wêreldwyd in aborsies eindig. Soos aangetoon in figuur 2.1 is ongeveer 19 miljoen hiervan onveilige aborsies. Ongeveer 68 000 tot 80 000 vroue sterf jaarliks in ontwikkelende lande weens komplikasies van onveilige aborsies. Tussen 35% en 40% van hierdie sterftes kom voor in Afrika. Onveilige aborsies is verantwoordelik vir 13% van vroue wat wêreldwyd sterf (WHO, 2003:7). Volgens Sweet (2003:518) het die insidensie van septiese aborsies afgeneem in lande waar die beëindiging van swangerskappe gewettig is.

Ongeveer een derde van swanger vroue ontwikkel komplikasies ná 'n onveilige aborsie. Die komplikasies sluit in bloeding, perforasie van die uterus, of sepsis wat fataal kan wees indien dit nie behandel word nie. Sekondêre komplikasies sluit in chroniese pelviese pyn en inflammasie van die voortplantingsorgane met 'n 20-40% kans tot infertiliteit of 'n ektopiese swangerskap. 'n Immature serviks wat voortydig

ooggeforseer word kan servikale laserasies tot gevolg hê wat tot spontane aborsies en/of premature kraam in daaropvolgende swangerskappe kan lei (WHO, 2003:14).

Infeksie van die uterus is 'n waarskynlike komplikasie van enige aborsie, maar kom meer dikwels voor ná spontane of kriminele aborsies as gevolg van agtergeblewe swangerskapsprodukte. Alhoewel septiese aborsies sinoniem geword het met kriminele ingrepe, is dit 'n gevreesde komplikasie ná enige abortus. Dit kom voor in selfs die modernste gesondheidsorgfasiliteit. Die grootste gevaar is endotoksiese skok met gevolglike orgaanskade en -versaking. (Slabber *et al.*, 1981:151).



(Bron: WHO, 2003)

Figuur 2.1

WGO statistiek betreffende onveilige aborsies

Daar is bereken dat septiese aborsie verreweg die hooforsaak (78,3%) van aborsiesterftes is. Buchmann en Pattinson (2001:76) maak melding van die onvermoë van gesondheidsorgpraktisyns om septiese aborsies te diagnoseer, veral by vlak een gesondheidsorgfasiliteite met die gevolglike substandaard sorg en/of onvermoë of vertraging om hierdie pasiënte na 'n vlak twee of drie fasiliteit oor te plaas. Hierdie navorsers is van mening dat groter klem gelê moet word op die vroeë diagnosering van septiese aborsie, asook op die uitbouing van aborsiesorgdienste in Suid-Afrika ten einde die mortaliteit van moeders te verminder. Hulle beweer dat voldoende opleiding van gesondheidsorgpraktisyns in die herkenning van septiese aborsie en die implementering van doeltreffende behandelingprotokol tot kennis en praktiese vaardigheid sal bydra (Buchmann & Pattinson, 2001:88).

Ongeag die aantal veilige aborsies wat reeds in Suid-Afrika gedoen is, is dit nie duidelik of onveilige aborsies wel beduidend afgeneem het nie. Volgens Jewkes *et al.*

(1997:418) was akkurate syfers vir die mortaliteit van vroue geassosieer met onwettige aborsies in Suid-Afrika voor 1996 nie beskikbaar nie omrede vroue met ongekompliseerde aborsies, of diegene wat gesterf het voordat hul 'n hospitaal kon bereik, nie in hospitaalrekords gereflekteer was nie.

Volgens Althaus (2000:1) het die Mediese Navorsingsraad bereken dat 'n derde van die ongeveer 45 000 vroue wat met onvolledige aborsies in staatsgesondheidsorgfasiliteite toegelaat is, komplikasies gehad het wat moontlik verband gehou het met onveilige aborsies en dat ongeveer 425 vroue jaarliks in Suid-Afrikaanse staatsgesondheidsorgfasiliteite sterf weens onvolledige, onveilige aborsies. Die International Projects Assistance Services (IPAS) het tydens 'n werkswinkel in Maart 2007 aangedui dat hierdie syfer 'n onderaanmelding van sterftes in Suid-Afrika is. Soveel as 99% van hierdie sterftes was swart vroue, aangesien hul nie in die 'bevoorregte posisie' was om na die buiteland te kon gaan vir wettige aborsies nie en dus van onveilige metodes gebruik moes maak. Daar is afgelei dat 'n onbepaalde aantal vroue kon gesterf het voordat hul 'n hospitaal bereik het en hierdie sterftes dus nooit aangemeld is as 'n onwettige aborsie nie. Moederlike sterftes is tans wetlik aanmeldbaar en word gedefinieer as die dood van enige swanger vrou ongeag haar swangerskapsduur, óf die dood van 'n vrou binne 42 dae ná die beëindiging van haar swangerskap.

Buchmann en Pattinson (2001:82) het met hul studie bevind dat die persentasie sterftes geassosieer met onveilige aborsies in Suid-Afrika sedert 1998 verlaag het van 44,0% tot 21,5%. Dit is nie duidelik of hierdie syfers 'n aanduiding is van die verbetering van aborsiesorgdienste nie, aangesien 'n onlangse evaluering van die implementering van die aborsiewetgewing deur die Departement van Gesondheid toon dat fasiliteite vir die beëindiging van ongewenste swangerskappe oneweredig versprei is in Suid-Afrika. Die dienste is hoofsaaklik gekonsentreer in die stedelike gebiede en totaal afwesig in sommige plattelandse gebiede (Buchmann & Pattinson, 2001:87). Die aantal aborsieverwante sterftes in vlak een fasiliteite het egter sedert 1998 nie gedaal nie. Dit dui daarop dat die verwysing en substandaard versorging van siek vroue met septiese aborsie nie verbeter het nie.

'n Opvolgstudie deur Buchmann en Pattinson (2001:76) het bevind dat minder vroue (N=147) gesterf het tydens vroeë swangerskap gedurende die tydperk 1999 tot 2001, waarvan 120 sterftes die gevolg was van aborsies. Dit wil tog voorkom of die mortaliteit van moeders afgeneem het sedert die implementering van die wetgewing.

Dit is egter nie uitgesluit dat daar 'n onderaanmelding van sterftes is nie, aangesien talle vroue nie noodwendig in staatsgesondheidsorgfasiliteite gehospitaliseer was nie.

Volgens die *Saving Mothers-verslag* (Department of Health⁽²⁾, 2006:4) is die Confidential Enquiries into Maternal Deaths-stelsel in Suid-Afrika geïmplementeer wat gebaseer is op 'n sistematiese multidissiplinêre anonieme ondersoek na moederlike sterftes om bewyse te lewer van die hoofprobleme wat aanleiding gee tot moederlike sterftes. 'n Analise van die data maak dit moontlik om aanbevelings te maak as riglyne om kliniese uitkomst te verbeter om sodoende die mortaliteit van vroue drasties te verminder. Die *Guidelines for Maternity Care in South Africa* wat deur die Nasionale Departement van Gesondheid uitgereik is (Buchman, 2002:134) dui aan dat alle moederlike sterftes ondersoek word. Die verslae word voorgelê aan die National Committee for Confidential Enquiries into Maternal Deaths (NCCEMD) wat op 'n gereelde basis die moederlike sterftestatistieke en -tendense publiseer.

Volgens die *Saving Mothers-verslag* het veilige, wettige aborsiesorg wel die morbiditeit en mortaliteit van vroue verminder. Die verslag dui aan dat moederlike sterftes weens aborsies verminder het van 120 vroue gedurende 1999 tot 2001 (Department of Health, 2003:76) na 114 vroue gedurende 2002-2004 (Department of Health⁽²⁾, 2006:11). Volgens Thom (2003:4) het Dr. Eddie Mhlanga, hoof van Moeder-, Kinder- en Vrouegesondheid in die Nasionale Departement van Gesondheid, ook gerapporteer dat daar van 1994 tot 2000 'n beduidende vermindering van sterftes was (van 16,5% tot 9,5%).

2.3.6 Koste-analise van aborsies

Die beleid van die Nasionale Departement van Gesondheid (Department of Health⁽¹⁾, 1997:1 en 6) behels dat alle gesondheidsorgdienste gedentraliseer word sodat minder ernstige pasiënte op vlak een hanteer word en diegene met komplikasies verwys word na vlak twee en vlak drie gesondheidsorgfasiliteite. Varkey en Fonn (1999:4) maak melding in hul verslag dat kostes direk eweredig verhoog met:

- die toename in swangerskapsduur;
- die vlak van gesondheidsorgdiens;
- die graad van ernstigheid van die pasiënt se simptome met gepaardgaande addisionele hospitaalverblyf en medikasie wat gebruik word.

Die ernstigheidsgraad van die pasiënt se simptome, sowel as die kategorie gesondheidsorgpraktisyn wat spesifieke take verrig, naamlik geregistreerde verpleegkundiges versus ingeskrewe verpleegkundiges en mediese beamptes versus ginekoloë, hou direk verband met die vlak van die gesondheidsorgdiens (Kay *et al.*, 1997:446).

Onveilige aborsies het 'n impak op die gesondheidsbegroting deurdat verlengde hospitalisasie, uitgebreide chirurgie, wegdoenbare voorraad, narkose, bloed- en binnearse transfusies, laboratoriumtoetse en medikasie dikwels vereis word. Berer (2000:585) bevestig hierdie tendens deur te noem dat vroue met onveilige aborsies dikwels in tersiêre gesondheidsorgfasiliteite waar kostes die hoogste is, hanteer word vanweë die aard van hul komplikasies. Die koste sluit in akute sorg, sowel as die hantering van langtermyn komplikasies soos skade aan reproductiewe organe, inflammatoriese siekte van die bekken, sekondêre infertiliteit en finansiële koste vir die familie in geval van 'n moederlike sterfte.

Die SA Mediese Navorsingsraad het in 1994 'n analise gedoen van die ekonomiese koste van onvolledige aborsies in Suid-Afrika en bevind dat ongeveer R15,8 tot R22,8 miljoen jaarliks aan onvolledige aborsies in die openbare gesondheidssektor bestee word, waarvan 'n geskatte R9,74 miljoen bestee word aan onveilige (onwettige) aborsies. IPAS dui egter tydens 'n werkswinkel gedurende Maart 2007 aan dat die staat tot R18,7 miljoen spandeer aan die behandeling van komplikasies van onveilige aborsies. Sommige gesondheidsorgfasiliteite gebruik tussen 50% en 60% van hul obstetriese en ginekologiese begroting om onvolledige aborsies te behandel (Kay *et al.*, 1997:442). Berer (2000:585) bevestig hierdie syfers wanneer hy sê dat die meeste navorsers saamstem dat die behandeling van aborsiekomplikasies in sub-Sahara-Afrika 'n buitensporige ('disproportionate') hoeveelheid hospitaalbronne opgebruik. Vroue is geneig om te wag totdat komplikasies ontwikkel het voordat hulle hulp soek, wat dus die koste en kompleksiteit van die behandeling verhoog.

'n Studie in Tanzanië het bevind dat slegs drie uit 455 vroue met komplikasies ná 'n aborsie op dieselfde dag behandel en ontslaan is, terwyl 50% van die vroue twee dae nodig gehad het om te herstel en die res drie tot vyf dae. Volgens Berer (2000:585) beloop die koste om aborsiekomplikasies in Tanzanië te behandel sewe maal meer as hul Departement van Gesondheid se jaarlikse *per capita* begroting.

Volgens Kay *et al.* (1997:445) is ongeveer 44 686 vroue met onvolledige aborsies gedurende 1993 in staatsgesondheidsorgfasiliteite in Suid-Afrika behandel. Die beraamde gemiddelde totale koste per pasiënt is bereken volgens die ernstighedsgraad van die pasiënte se toestand, naamlik R303 per pasiënt met minder ernstige simptome, R487 per pasiënt vir redelik-ernstige simptome en R1 076 per pasiënt vir ernstige simptome. Vroue wat mediese hulp buite die staatsgesondheidsorgfasiliteite ontvang het, is nie in berekening gebring nie. Die analise was 'n konserwatiewe beraming van die direkte koste wat verband hou met onvolledige aborsies. Die indirekte koste soos langtermyn behandeling van infertiliteit en morbiditeit met geassosieerde sosiale en psigologiese gevolge van aborsie is nie ingereken nie.

'n Koste-analise van eerste en tweede trimester aborsies op primêre, sekondêre en tersiêre vlak van gesondheidsorgdienste is gedoen deur De Pinho en McIntyre, navorsers verbonde aan die Women's Health Research Unit van die Universiteit van Kaapstad (1997:33). Soos uiteengesit in tabel 2.2 het hulle bevind dat die koste vir 'n eerste trimester aborsie by primêre fasiliteite wat geïnduseer word met misoprostol en opgevolg word met die manuele vakuüm-aspirasiemetode (MVA) onder bewuste sedasie, goedkoper is indien die prosedure uitgevoer word deur 'n opgeleide vroedvrou. Die kostes vir eerste trimester aborsies verhoog by sekondêre fasiliteite en word verder verhoog indien die aborsie by tersiêre fasiliteite uitgevoer word. Die toelating van vroue met tweede trimester aborsies vir 'n mediaan toelatingstydperk van 36 ure, verhoog die kostes van R397,83 per pasiënt by sekondêre fasiliteite, tot R753,00 by tersiêre fasiliteite. Volgens Dr. Pedro, mediese superintendent van die George-hospitaal, is die kostes vir aborsieprosedures onder 12 weke swangerskapsduur R580,00 per pasiënt en bo 12 weke R675,00 per pasiënt indien staatsgesondheidsorgfasiliteite aborsiesorgdienste uitkontrakteer na die Marie Stopes Internasionaal (Pedro, 2008:1).

Varkey en Fonn (1999:4) maak ook melding dat indien eerste trimester aborsies gedoen word by vlak twee (sekondêre) fasiliteite, die koste verhoog met 26% en indien eerste trimester aborsies gedoen word by vlak drie (tersiêre) fasiliteite, die koste tot 133% en meer verhoog.

Tabel 2.2
Koste-analise van aborsies in staatsgesondheidsorgfasiliteite

Vlak fasiliteite	1e trimester: buitepasiënte	2e trimester: binnepasiënte (36h)
Primêre vlak	R184,74/pasiënt (deur geneesheer) R171,24/pasiënt (deur vroedvrou)	Geen aborsies
Sekondêre vlak	R232,66/pasiënt (deur geneesheer) R219,16/pasiënt (deur vroedvrou)	R397.83/pasiënt
Tersiêre vlak	R429,58/pasiënt	R753.00/pasiënt

(Bron: De Pinho en McIntyre, 1997:33)

Navorsers is van mening dat veilige aborsies op die langtermyn goedkoper is as onveilige aborsies met komplikasies wat meestal in tersiêre fasiliteite hanteer moet word. Veilige aborsies beteken dus volgens Berer (2000:585) 'shifting expenditure away from complicated cases in tertiary level hospitals to safe, simple procedures that can be provided in primary clinics ... with one high standard for all'. Van der Westhuizen (2001:6) noem dat alhoewel die koste vir eerste trimester aborsies wat deur 'n vroedvrou uitgevoer word slegs 8% laer is as wanneer die prosedure deur 'n geneesheer uitgevoer word, dit steeds noodsaaklik is dat vroedvroue opgelei word om aborsiesorgdienste te verskaf, aangesien vroedvroue werksaam is in afgeleë gebiede waar geneesheer nie altyd beskikbaar is nie. Vroedvroue is meestal afkomstig vanuit die gemeenskap waar hul werksaam is en verstaan die plaaslike kulturele en godsdienstige waardes.

2.4 BEHOEFTE AAN DIE WETTIGING VAN ABORSIES

Volgens die WGO (WHO, 2003:15) kan die wettiging en vroeë uitvoer van veilige aborsies die insidensie van aborsie-verwante sterftes, sowel as die morbiditeit en die finansiële las op 'n land se gesondheidsstelsel, drasties verminder. Volgens die Alan Guttmacher-instituut is die mortaliteit in 1999 bereken op 1:100 000 prosedures in dié lande waar vroue toegang het tot veilige aborsies (WHO, 2003:14). Die WGO moedig lande aan om in veilige en wettige aborsiesorgdienste te belê aangesien die voordele van toegang tot veilige aborsies die kostes daaraan verbonde ver oortref.

Die WGO beskou dus die keuse van beëindiging van swangerskap as een van die hoekstene van veilige moederskap, gebaseer op die WGO se Safe Motherhood-inisiatief (Buchman, 2002:5). Volgens die WGO (WHO, 2003:14) is aborsies 'n eenvoudige en veilige prosedure wanneer dit deur opgeleide gesondheidsorgpraktisyns met behoorlike toerusting en volgens sanitêre standaarde

uitgevoer word. Die WGO moedig lande aan om in te stem om die gesondheidsimpak van onveilige aborsie as 'n belangrike openbare gesondheidskwessie te hanteer. Die aborsie-verwante moederlike sterftes in Roemenië het byvoorbeeld in 1989 'n hoogtepunt bereik van 142 sterftes per 100 000 lewend-geboortes. Met die wettiging van aborsies het die moederlike sterftes teen einde 1990 tot minder as 50 per 100 000 lewend-geboortes gedaal.

Die behoefte aan die wettiging van aborsies word effektief saamgevat deur Berer (2000:582) in sy stelling: [M]aking abortion legal is an essential prerequisite to making it safe ... and legal changes need to take place if safety is to be sustained for all women.' Veiligheid het nie net betrekking op veilige mediese prosedures deur vaardige gesondheidsorgpraktisyns nie, maar behels ook die afwesigheid van stigmatisering en blootstelling, asook die doeltreffende implementering van beleid aangaande aborsies. Berer (2000) maak melding van die hoë mortaliteitsyfer in Zambië wat toegeskryf word aan struikelblokke om wetgewing doeltreffend te implementeer, naamlik onder meer onwillige en ongemotiveerde diensverskaffers, onvoldoende opleiding van diensverskaffers en 'n tekort aan hulpbronne.

Berer (2000:581) het Afrika-lande se mortaliteit te wyte aan onveilige aborsies met ontwikkelde lande vergelyk en bevind dat onveilige aborsies in Afrika ten miste 700 keer meer waarskynlik tot sterfte sal lei as veilige aborsies in ontwikkelde lande, soos aangedui in tabel 2.3.

Tabel 2.3

Mortaliteit van onveilige aborsies in Afrika-lande versus ontwikkelde lande

Lande	Mortaliteit per 100 000 aborsies
Afrika	680
Ontwikkelde lande	0.2 - 1.2

(Bron: Berer, 2000:581)

Kay *et al.* (1997:446) is ook van mening dat die hoë morbiditeit- en mortaliteitsyfer weens onveilige aborsie voorkom kan word deurdat onwettige aborsies geëlimineer word deur die wettiging daarvan. Sedert 1980 is aborsiewette in sowat 24 lande geïmplementeer, terwyl verskeie lande bestaande wetgewing gewysig het in 'n poging om veilige aborsies te verseker.

Volgens die United Nations Population Division se 1999-statistieke het:

- 98% van lande aborsies toegelaat ten einde die swanger vrou se lewe te red;
- onderskeidelik 63% en 62% van lande aborsies toegelaat vir die voorkoming van fisieke of sielkundige ongesteldheid van die swanger vrou;
- 43% van lande aborsies toegelaat op grond van verkragting en seksuele teistering;
- 39% van lande aborsies goedgekeur vir fetale afwykings;
- 33% van lande aborsies toegelaat vir ekonomiese en/of sosiale redes; en
- 27% van lande aborsies op versoek deur die swanger vrou gewettig (WHO, 2003:15).

Berer (2000:580) maak die volgende stelling: 'Making abortions safe is a matter of good public health policy and practice' en meld dat verandering op nasionale beleidsvlak, asook verandering van gesondheidsorgdienslewering, noodsaaklik is ten einde veilige aborsies te verseker. Ten einde effektief te wees, moet die volgende in ag geneem word:

- waarom vroue aborsies ondergaan;
- kostes verbonde aan aborsies;
- die tipe aborsiesorgdienste wat benodig word;
- die stadiums van swangerskap ter sprake by aborsies;
- aborsie- en beradingopleiding; en die
- beskikbaarheid, toeganklikheid en bewustheid van dienste op primêre vlak van gesondheidsorgdienslewering, veral met betrekking tot adolessente en enkellopende vroue wat in die algemeen minder toegang het tot reproduktiewe dienste.

Tydens die International Conference on Population and Development (ICPD) in 1994 het verskeie regerings ingestem om onveilige aborsies as 'n belangrike gesondheidskwessie aan te spreek. Die betrokke lande het ingestem tot maatreëls ten einde te verseker dat aborsies veilig en toeganklik sal wees. Hierdie maatreëls sluit die opleiding van gesondheidsorgpraktisyne in. 'n Dokument, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidelines for Health Systems*, is in 2003 deur die WGO beskikbaar gestel om lande te help in hul verbintenisse tot die beëindiging van onveilige aborsies (WHO, 2003:11).

'n Gekoördineerde program met riglyne is op nasionale vlak in Suid-Afrika ingestel om te verseker dat primêre en sekondêre gesondheidsorgfasiliteite gereed sou wees vir die uitvoer van aborsies. Al nege provinsies in Suid-Afrika het provinsiale planne

en riglyne ontwikkel in samewerking met óf 'n mediese skool óf 'n tersiêre akademiese gesondheidsorgfasiliteit. 'n Nasionale adviserende groep, bestaande uit gesondheidsorgbestuurders, verteenwoordigers van mediese skole en die SARV, navorsers, asook die nie-regeringsektor, is in die lewe geroep om die implementering van die wetgewing te koördineer en te monitor ten einde aanbevelings te maak aan die regering (Berer, 2000:586).

2.5 KONTROVERSIE: 'PRO-CHOICE' VERSUS 'ANTI-CHOICE'

Aborsies is 'n kontroversiële onderwerp wat nog altyd hewige debatte wêreldwyd veroorsaak het. Die etiek rondom aborsies is al baie bespreek, veral die vraag: Tot watter stadium van fetale ontwikkeling en onder watter omstandighede is 'n aborsie moreel aanvaarbaar, indien ooit? Diegene met 'n konserwatiewe standpunt voer aan dat 'n aborsie in alle omstandighede verkeerd is terwyl diegene met 'n meer liberale siening ten gunste daarvan is dat aborsies beskikbaar moet wees vir diegene wat 'n onbeplande of onwelkome swangerskap wil beëindig. Volgens Littleton en Engebretson (2002:124) is 'n meer gematigde siening dat aborsies slegs in geselekteerde gevalle voorgestel moet word.

Daar is hoofsaaklik twee opponerende standpunte, naamlik 'pro-life' en 'pro-choice':

Pro-life campaigners strongly disagree with abortion and lobby for laws that prohibit abortion or allow it under strictly limited circumstances. This viewpoint is often associated with fundamentalist religious groupings. *Pro-choice* campaigners lobby for laws that allow for abortion on request. This viewpoint emphasises the right of a woman to choose whether she wants to have an abortion or not. (Legal City, 2005:1)

2.6 VERANDERING VAN ABORSIEWETGEWING EN -BELEID

Op die WGO se aanbeveling het lande op verskeie maniere te werk gegaan om wetgewing aan te pas ten einde veilige aborsies te verseker. Hieroor sê Berer (2000:583): '[D]ifferent laws permit different combinations of individual choice and state commitment.'

Volgens Varkey (2000:1) was die Suid-Afrikaanse regering se verbondenheid tot die verbetering van vroue se gesondheid saamgevat in die Nasionale Gesondheidsplan wat daarop gemik is om die probleem van onveilige aborsies doeltreffend te hanteer. In 1995 is voorleggings aan die parlementêre komitee gedoen betreffende moontlike

veranderinge aan die bestaande wetgewing. Die Parlement het duidelik 'n 'pro-choice' standpunt ingeneem en Wet Nr. 92 van 1996: Keuse oor die Beeëindiging van Swangerskap (hierna aborsiewetgewing genoem) is volgens hierdie aanbevelings opgestel (Legal City, 2005:1). Die aborsiewetgewing is goedgekeur en in die Staatskoerant gepubliseer en het op 1 Februarie 1997 in Suid-Afrika van krag geword. Die volgende drie bepalings van die wet is daarop gemik om aborsiesorgdienste vir alle vroue toeganklik te maak:

- o om vroeë vroue op te lei om eerste trimester aborsies uit te voer in primêre gesondheidsorgfasiliteite;
- o om geen beperking te plaas op die aanvraag na aborsies nie, behalwe individuele keuse; en
- o om vroue, insluitend minderjariges, die alleenreg tot toestemming te gee vir 'n aborsie (Varkey, 2000:2).

Professor Helen Rees, direkteur van die RHRU by die Chris Hani Baragwanath-hospitaal beskryf die beginsels waarop die wetgewing gebaseer is meer omvattend, naamlik: '[to] remove barriers, ensure maximum access to services, offer appropriate consent procedures, address negative attitudes of staff and communities, decentralise services, introduce appropriate technologies, train midwives and offer counselling and contraception' (Thom, 2003:2).

Hierdie wet herroep die beperkende en ontoeganklike bepalings van Wet Nr. 2 van 1975: Wet op Vrugafdrywing en Sterilisasie in soverre dit betrekking het op die beeëindiging van swangerskappe. Laasgenoemde wetgewing het die regte van die vrou beperk ten opsigte van haar vryheid van keuse betreffende 'n vroeë, veilige en wettige beeëindiging van haar ongewenste swangerskap.

Volgens Althaus (2000:1) beskik Suid-Afrika oor een van die mees liberale aborsiewetgewing in die wêreld en was Suid-Afrika die eerste land in sub-Sahara-Afrika wat vroue wettiglik toegelaat het om 'n aborsie te versoek gedurende die eerste twaalf weke van swangerskap. Die aborsiewetgewing bepaal die omstandighede en voorwaardes waarin, óf waarop 'n swangerskap beeëindig kan word. Die doel van die wetgewing is om die morbiditeit en mortaliteit van moeders te verlaag deur onveilige aborsies te beeëindig en aborsies op versoek wettiglik in aangewysde staatsgesondheidsorgfasiliteite uit te voer. Hierdie wetgewing is gebaseer op die WGO se Safe Motherhood-inisiatief. Naylor en O'Sullivan (2005:9) is van mening dat die implementering van hierdie wetgewing 'n beduidende stap is in

die vermindering van onveilige beëindiging van swangerskappe in Suid-Afrika. Wet Nr. 92 van 1996: Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap is intussen gewysig met die Wysigingswet Nr. 38 van 2004 ten einde aborsiesorgdienste meer toeganklik vir alle vroue te maak.

2.7 DIE KONTEKS VAN ABORSIES IN SUID-AFRIKA

Die huidige aborsiesorgdienste moet gesien word teen die agtergrond van die unieke demografiese samestelling van ons land. Van der Westhuizen (2001:1) maak melding van Mbewu en Mngomesulu se bevindings in 1999 dat Suid-Afrika geklassifiseer is as 'n hoër-middelklas-inkomsteland met 'n groot gaping tussen die rykes en die armes.

IPAS⁽¹⁾ (2007:1) het die volgende statistiek betreffende die Suid-Afrikaanse bevolking beskikbaar gestel (tabel 2.4):

Tabel 2.4
Suid-Afrikaanse reproductiewe statistiek in 2004

Totale Suid-Afrikaanse bevolking (*PRB, 2004) <i>* PRB: Population Reference Bureau</i>	46,9 miljoen
Totale vrugbaarheidstendens vir vroue in die ouderdomsgroep 15-49 (1998)	2,9 kinders per vrou
Moederlike mortaliteit ratio (WHO, 2003)	230/100 000 lewende geboortes
% moederlike sterftes veroorsaak deur onveilige aborsies (Departement van Gesondheid, 1999)	5,5%
% vroue in 'n permanente verhouding betrokke (15-49 jaar) wat kontrasepsie gebruik (1998)	55,1%

(Bron: IPAS⁽¹⁾,2007:1)

Voor 1996 was onwettige aborsies die enigste uitweg vir diegene met ongewenste swangerskappe in Suid-Afrika. Weens die emosionele impak, verskeie mediese komplikasies en hoë morbiditeit- en mortaliteitsyfer van swanger vroue is aborsiewetgewing goedgekeur met die doel om vorige beperkende aborsiewetgewing te vervang en ongewenste swangerskappe vrywilliglik in aangewysde fasiliteite te laat beëindig. Hierdie nuwe wetgewing berus op die beginsel dat hoe vroeër in swangerskap 'n aborsie plaasvind, hoe veiliger is dit vir 'n vrou se gesondheid en hoe minder ingewikkeld is dit vir die verskaffer (Berer, 2000:583).

Statistiek dui daarop dat daar 'n beduidende behoefte aan aborsies op versoek in Suid-Afrika is. Dit is egter nie duidelik of die hoë voorkoms van MIV en VIGS 'n bydraende rol speel in die hoë aantal aborsies op versoek nie. Volgens Althaus (2000:3) is bykans 13 000 wettige aborsies uitgevoer binne die eerste ses maande nadat die wet in 1997 geïmplementeer is, waarvan ongeveer die helfte in Gauteng uitgevoer is. Volgens Seepe (2001:1) is daar volgens statistiek van die Departement van Gesondheid 155 624 aborsies uitgevoer in staatsgesondheidsorgfasiliteite sedert die implementering van die aborsiewetgewing in Februarie 1997 tot Januarie 2001, waarvan 80 873 vroue jonger as 18 jaar oud was.

Godsdiensgroepe is bekommerd en noem dat seksvoorligting ernstig te kort skiet in Suid-Afrika, terwyl die Departement van Gesondheid argumenteer dat die syfers 'n bewys is van hul verbintenis om aborsiesorgdienste te lewer aan diegene wat dit versoek binne die tydsraamwerk wat in die aborsiewetgewing gespesifiseer word. Volgens 'n studie wat deur Thom (2003:1) gedoen is, het ongeveer 'n kwartmiljoen vroue wettige aborsies ondergaan sedert die wettiging van aborsies in 1997 tot 2003. Tans vind meer as 75% van aborsies op versoek landwyd onder swanger vroue in hul eerste trimester van swangerskap plaas. IPAS meld tydens 'n werkswinkel in 2007 dat 529 410 vroue in Suid-Afrika sedert 1997 tot 2006 toegang gehad het tot veilige, wettige aborsies waarvan 76% oor die negejaar-periode vir vroue in hul eerste trimester van swangerskap was.

Volgens Thom (2003:3) het tweede trimester aborsies van 34% gedurende 1997 afgeneem het tot 27% in 2003. Thom (2003:3) en Berer (2000:583) som die redes vir die hoë aantal tweede trimester aborsies as volg op:

- afstand en beperkte toegang tot fasiliteite;
- lang waglyste weens tekort aan diensverskaffers;
- ontkenning of ignorering van swangerskap;
- vroue nie bewus van hul regte soos uiteengesit in die aborsiewetgewing nie;
- ambivalente gevoelens oor aborsie;
- dramatiese verandering in persoonlike omstandighede sedert die aanvang van die swangerskap;
- mediese redes tydens die tweede trimester, byvoorbeeld ernstige kardiovaskulêre toestande of kanker wat aggressiewe behandeling noodsaak, wat tot gevolg het dat die swangerskap gevaar inhou vir die vrou se gesondheid;
- ontdekking dat die fetus ernstig misvorm is; en
- vrou het self onsuksesvol die swangerskap geïnduseer.

Volgens Clarke (2000:1) was die primêre rede vir die nuwe aborsiewetgewing dat diegene wat nie veilige alternatiewe buite die landsgrense kon bekostig ten einde hul ongewenste swangerskap te beëindig nie, toegang tot hierdie dienste moes hê. Die vraag wat gevra word is of hierdie vroue wel bevoordeel is deur hierdie nuwe beleid. Stein (2000:1) noem dat die Women's Health-projek bevind het dat die nasionale statistiek toon dat sekere groepe vroue groter toegang het tot aborsiesorgdienste as ander. Dis veral tieners en diegene in landelike gebiede wat nie maklik toegang het tot aborsiesorgdienste nie. Van der Westhuizen (2001:11) meld dat statistiek ten opsigte van vroue jonger as 18 jaar 'n daling van 5% toon vanaf die eerste jaar ná die implementering van die aborsiewetgewing tot die derde jaar en dui moontlik daarop dat jong vroue en tieners nie tot dieselfde mate toegang het tot aborsiesorgdienste as ouer vroue nie.

Volgens Clarke (2000:1) word die meeste aborsies in Gauteng (49%) uitgevoer en die minste (1%) in Noordwes. Hierdie outeur noem dat Gauteng as die rykste provinsie in Suid-Afrika beskou word en dat dit voorkom asof toegang tot gesondheidsdienste weer eens die voorheen bevoorregte gebiede in Suid-Afrika bevoordeel. Varkey en Fonn (1999:3) rapporteer egter dat die hoë persentasie van terminasies in Gauteng moontlik goed funksionerende en goed toegeruste dienste weerspieël. Statistiek verskaf deur Johnston (2005:2) toon aan dat die minste aborsies in Limpopo en Mpumalanga uitgevoer word. Clarke (2000:1) noem dat 38% van vroue in landelike gebiede in die Oos-Kaap tot 100 km ver moet reis tot by die naaste aborsiesorgdienste, en volgens Althaus (2000:5) het 24% van vroue in die Vrystaat minstens vier uur lank gereis tot by die naaste aborsiesorgdienste. Volgens Varkey en Fonn (1999:3) het KwaZulu-Natal die grootste vroulike bevolking in die land (21%) en ook die grootste landelike provinsie, maar lewer slegs 10% van aborsies op versoek teenoor die Noord-Kaap met 2% van die nasionale vroulike bevolking wat 1,5% van die totale nasionale aborsies op versoek lewer.

Volgens Naylor en O'Sullivan (2005:23) toon opnames dat 61% van plattelandse vroue totaal onbewus was van die beskikbaarheid van wettige aborsies. Die WGO het in 2003 soos volg gerapporteer: '[W]omen's knowledge and perceptions about services ... may also represent a barrier to using the services to which they are entitled' (Naylor & O'Sullivan, 2005:8). Navorsers argumenteer dat ignorering van die wetgewing, onbesikbaarheid van die dienste, weiering deur gesondheidsorgpraktisyns weens gewetensbesware, negatiewe houdings en stigmatisering 'n beduidende rol daarin speel dat vroue hul tot onveilige aborsies

wend in plaas van veilige opsies (Naylor & O'Sullivan, 2005:23). Varkey (2000:2) noem dat nog min gedoen is deur gemeenskapsgesondheidsorgdienste om mense in te lig oor die aborsiewetgewing en noem dat met een opname slegs 9% van die respondente gerapporteer het dat die betrokke gesondheidsorgfasiliteit hulle ingelig het van die nuwe wetgewing. Volgens Berer (2000:587) moet vroue ingelig wees dat veilige aborsies nie alleen toegelaat word nie, maar ook vrylik beskikbaar is. Die wetgewing kan slegs effektief geïmplementeer word indien voldoende gesondheidsorgpraktisyns doeltreffend opgelei word ten einde die nodige inligting oor vrywillige aborsies aan vroue te kan verskaf.

Dit is tans nie duidelik tot watter mate onwettige aborsies in Suid-Afrika wel afgeneem het sedert die implementering van die aborsiewetgewing in 1997 nie. Volgens Jewkes (2000:1) en Thom (2003:4) is daar steeds heelwat vroue wat hulle tot onveilige metodes van aborsie wend. Gesondheidsorgpraktisyns skat dat sowat 80 000 onveilige aborsies steeds jaarliks uitgevoer word (Seepe, 2001:1). 'n Geneesheer van die Umtata Algemene Hospitaal in die Oos-Kaap voer aan dat een van die redes vir die hoë mortaliteit onder swanger vroue te wyte is aan septiese onveilige aborsies, aangesien soveel vroue wat aborsies versoek, weggewys word omrede die tekort aan hospitaalbeddens. Hierdie hospitaal is die enigste fasiliteit wat aborsiesorgdienste verskaf in die Transkei, maar weens beperkte bronne word slegs drie aborsies per dag uitgevoer (Stein, 2000:2).

'n Opedateerde lys (2007) wat vanaf die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap per e-pos ontvang is, toon aan dat 'n totaal van 90 784 aborsies op versoek gedoen is vanaf 1997 tot 2006 (Mabusela, 2007). Volgens tabel 2.5 wat die aborsies in elke bevolkingsgroep in die Wes-Kaap aandui, blyk dit dat kleurlingvroue die meeste gebruik gemaak het van aborsiesorgdienste in die Wes-Kaap sedert die implementering van die dienste, gevolg deur swart vroue.

Thom (2003:5) rapporteer dat daar verskeie faktore is wat die implementering van veilige aborsiesorgdienste in Suid-Afrika belemmer:

- sekere aangewysde fasiliteite wat weier om aborsies uit te voer;
- die beperkte aantal gesondheidsorgpraktisyns wat opleiding in aborsiesorg ondergaan met gevolglike 'uitbranding' en hoë stresvlakke van diegene wat wel die diens verskaf;
- beperkte toegang tot tweede trimester aborsies, aangesien fasiliteite meestal net een geneesheer – oorwegend van buitelandse afkoms – het wat aborsies uitvoer;

- o die hoë mate van gewetensbeswaar en negatiewe houdings by gesondheidsorgpraktisyns; en
- o oorlaaide gesondheidsorgfasiliteite.

Die WGO (WHO, 2003:15) voeg hierby:

- o dienste wat hoofsaaklik in die stedelike gebiede gekonsentreer is;
- o 'n gebrek aan inligting by die publiek betreffende bestaande wetgewing en die implementering daarvan;
- o 'n gebrek aan kennis betreffende die grondwetlike regte van die vrou se reprodktiewe gesondheid;
- o 'n gebrek aan bewustheid dat aborsies so vroeg as moontlik uitgevoer moet word;
- o die stigmatisering en houding van naasbestandes; en
- o die gebrek aan fasiliteite en voorraad.

Tabel 2.5

Aborsies per bevolkingsgroep in die Wes-Kaap sedert 1997

Jaar	Swart	Indiër	Kleurling	Wit	Ander	Totaal
1997	793	43	1 960	856	141	3 793
1998	1 019	43	2 567	1 008	371	5 008
1999	1 444	35	3 033	967	296	5 775
2000	1 952	57	3 437	1 120	155	6 721
2001	3 054	85	3 800	1 166	195	8 300
2002	3 968	94	4 495	1 218	289	10 064
2003	4 556	40	4 604	1 200	108	10 508
2004	5 718	540	4 021	805	1 285	12 369
2005	8 047	114	5 946	1 187	58	15 352
2006	6 348	509	4 928	797	312	12 894
Totaal	36 899	1 560	38 791	10 324	3 210	90 784

(Bron: Mabusela: Departement van Gesondheid: Wes-Kaap, 2007)

2.8 DIE IMPLIKASIES VAN DIE IMPLEMENTERING VAN ABORSIEWETGEWING OP DIENSLEWERING

Die implementering van aborsiewetgewing in Suid-Afrika het verskeie implikasies gehad wat direk verband hou met verpleegopleiding en -praktykvoering. Die implikasies op dienslewering word hieronder bespreek.

2.8.1 Dienslewering by vlak een gesondheidsorgfasiliteite

Sedert die 1980's is gepoog om gesondheidsorgdienste tussen die verskillende vlakke van gesondheidsdienste te versprei, met die klem op voorkomende en bevorderende dienste by vlak een (primêre) gesondheidsorgfasiliteite en

gekompliseerde gevalle wat verwys word na vlak twee (sekondêre) of vlak drie (tersiêre) fasiliteite. Dienste is geherorganiseer op verskeie vlakke van dienslewering met die doel om die beplanning, implementering, toesighouding, monitering en evaluering van dienste te vergemaklik. Op nasionale vlak is verskeie direktorate tot stand gebring om die dienste wat aan die onderskeie direktorate toegewys is te koördineer; beleid te formuleer; norme en standaarde te stel en die provinsiale aktiwiteite te beplan en te ondersteun (Department of Health⁽²⁾, 2007:1). Verpleegkundiges se basiese opleiding is ooreenkomstig aangepas en hul lewer tans ook 'n voorkomende en bevorderende gesondheidsorgdiens by vlak een gesondheidsorgfasiliteite met 'n groot mate van onafhanklikheid van geneeshere.

Heelwat Suid-Afrikaanse vroue leef in landelike gebiede wat meestal ver van gesondheidsorgfasiliteite is. Volgens Van der Westhuizen (2001:10) moes primêre gesondheidsorgfasiliteite as 'n eenstop reprodktiewe-gesondheidsorgdiens funksioneer wat aborsies, behandeling van seksueel-oordraagbare siektes, asook kontrasepsie insluit.

Die riglyne van die Nasionale Direkoraat: Moeder-, Kinder- en Vrouegesondheid (Department of Health⁽¹⁾,1997:1) stel dit duidelik dat die implementering van aborsiesorgdienste toeganklik, doeltreffend en verbruikersvriendelik behoort te wees. Volgens Naylor en O'Sullivan (2005:8) is die nie-beskikbaarheid en ontoeganklikheid van die dienste toenemend gerapporteer sedert die implementering van die aborsiewetgewing. Varkey (2000:1) noem dat die wetgewing aborsiesorgdienste beskikbaar gemaak het, maar die mate waartoe dit toeganklik is, is nie bekend nie. Volgens die Departement van Gesondheid (Department of Health⁽²⁾, 2007:1) was 62% van die aangewysde fasiliteite vir die uitvoer van aborsies in 2004 funksioneel en slegs 10% hiervan was vlak een fasiliteite.

Dit blyk dat die betrokke aangewysde fasiliteite nie sodanig 'toeganklik' in terme van 'verbruikersvriendelik' is vir diegene wat ongewenste swangerskappe wil beëindig nie. Die weerstand by verpleegkundiges en geneeshere teenoor die vrywillige beëindiging van swangerskappe, asook 'n algehele onwilligheid om aborsies op minderjariges uit te voer sonder ouerlike toestemming, blyk by te dra tot die geleidelike afname in tiener-aborsies (Varkey, 2000:2). Die ontplooiing van voldoende en goed opgeleide gesondheidsorgpraktisyns sou waarskynlik ook daartoe kon bydra dat dienste toegankliker, doeltreffender en meer verbruikersvriendelik is. Hierdie bewering word ondersteun deur Judy Merckel, hoof

van die Reproductive Rights Alliance (RRA) (Thom, 2003:2). Jewkes (2000:1) maak egter ook melding dat verbruikers die aanvaarbaarheid van aborsiesorgdienste by vlak een gesondheidsorgfasiliteite bevrage teken weens die gebrek aan anonimiteit.

Die Direkoraat (Department of Health⁽¹⁾, 1997:1) dui verder aan dat aborsies op versoek as 'n integrale diens van 'n hospitaal of kliniek bedryf moet word en nie as 'n alleenstaande diens mag funksioneer nie. Dit blyk dat hierdie diens sedert die implementering van die aborsiewetgewing in 1997 nog nie 'n integrale diens in al die gesondheidsorgfasiliteite is nie, ten spyte daarvan dat alle verloskundige fasiliteite outomaties goedgekeur word om swangerskappe op versoek te beëindig ingevolge die Wysigingswet Nr. 38 van 2004: Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap (hierna slegs die Wysigingswet genoem). Die vraag ontstaan hoe 'n diens doeltreffend geïntegreer kan word as gesondheidsorgpraktisyns nie deurgaans die nodige opleiding het nie, aangesien na-registrasie opleidingskursusse tans vrywillig is. Dit blyk dat daar heelwat weerstand is by verpleegkundiges en geneeshere teen aborsies op versoek. Daar is wel gesondheidsorgfasiliteite wat aangedui het dat hulle nie aborsies op versoek uitvoer nie en eerder vroue verwys.

'n Verdere riglyn van die Direkoraat (Department of Health⁽¹⁾, 1997:1) is dat die diens tot so 'n mate gedentraliseer moet wees om koste-effektiwiteit te verhoog en toeganklikheid vir vroue veral in afgeleë gebiede te bevorder ten einde in die geprojekteerde aborsiebehoefte van die bevolking te voldoen. 'n Evaluering van die implementering van die aborsiewetgewing deur die Departement van Gesondheid toon aan dat fasiliteite vir aborsies oneweredig versprei is in Suid-Afrika, met meer dienste gekonsentreer in die stedelike gebiede en totaal afwesig in sommige plattelandse gebiede (Buchman & Pattinson, 2001:87). Hulpbronne in die verskillende provinsies is ook oneweredig toegedeel. Thom (2003:1) maak melding dat die infrastruktuur vir aborsiesorgdienste in plek is en onderskryf is deur wetgewing, maar dat die implementering daarvan wesenlik verskil.

Volgens Thom (2003:4) het Dr. Eddie Mhlanga, hoof van Moeder-, Kinder- en Vrouegesondheid in die Nasionale Departement van Gesondheid gerapporteer dat:

- o aborsiesorgdienste hoofsaaklik stadsgesentreerd is en dus ontoeganklik is vir die meeste vroue;
- o aborsiesorgdienste tot 'n groot mate voorsien word deur nie-regeringsorganisasies en dat hierdie diens teen R2 400 per diens vir baie vroue ontoeganklik is;

- lang waglyste daartoe lei dat vroue hul tot onveilige metodes van swangerskapsbeëindiging wend;
- heelwat opgeleide vroedvroue en geneeshere die staatsektor verlaat vir die privaatsektor of versoek het om nie langer in aborsiesorgdienste te werk nie, wat gelei het tot 'n ineenstorting van aborsiesorgdienste in sommige fasiliteite; en
- aborsiesorgverskaffers dikwels oor die hoof gesien word vir promosie, dat hulle min ondersteuning geniet en konstante viktimisasie en intimidasie deur bestuurders en die gemeenskap moet verduur.

Moeder-, Kinder- en Vrouegesondheidseenhede is ingestel op provinsiale vlak om die beplanning, implementering, monitering en evaluering van die geïntegreerde moeder- en kinderdienste in die onderskeie distrikte te koördineer. Die aborsiesorgdienste word binne die raamwerk van die plaaslike regeringstrukture verskaf. Volgens Van der Westhuizen (2001:5) verskil die provinsiale bestuur by die onderskeie provinsies, byvoorbeeld die Wes-Kaapse aborsiesorgdienste word bestuur deur die Reproductiewe Gesondheidskomitee en in Mpumalanga deur die Aborsiekomitee ('TOP Committee').

2.8.2 Die Wysigingswet Nr. 38 van 2004: Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap

Volgens die *South African Health Review – 1999* het minder as die helfte (n=73) van die aangewysde fasiliteite (N=246) teen 1999 aborsiesorgdienste in Suid-Afrika gelewer. Stein (2000:1) noem dat toegang tot aborsiesorgdienste vir vroue van plattelandse gebiede en vir tienderjariges landwyd beperk bly. Weens onder meer die tekort aan gesertifiseerde vroedvroue en aangewysde fasiliteite is die aborsiewetgewing gewysig met die bogenoemde wetgewing (RSA, 2004:6).

Die Wysigingswet maak voorsiening vir die desentralisasie van die Minister van Gesondheid se magte na die provinsiale Lid van die Uitvoerende Raad (LUR) om fasiliteite vir aborsiesorgdienste goed te keur of te onttrek indien nodig, asook om die kriteria vir die goedkeuring van fasiliteite te bepaal. Enige gesondheidsorgfasiliteit wat oor 'n 24-uur verloskundige diens beskik en aan die vereistes voldoen soos uiteengesit in subartikel (1)(a) tot (j), mag ingevolge die Wysigingswet (RSA, 2004:4) eerste trimester aborsies uitvoer sonder goedkeuring van die LUR. Volgens die Departement van Gesondheid (Department of Health⁽¹⁾, 2007:1) het die aangewysde fasiliteite wat in Suid-Afrika aborsiesorgdienste lewer sedertdien toegeneem. In 2004

het ongeveer 62% van die 350 aangewysde fasiliteite in Suid-Afrika aborsies uitgevoer.

Die inwerkingtreding van die Wysigingswet is in Augustus 2006 deur die Konstitusionele Hof opgeskort nadat Doctors for Life, 'n Christelike organisasie, beswaar gemaak het teen onder meer hierdie Wysigingswet. Die verloop en uitspraak van die Konstitusionele Hof word breedvoerig in paragraaf 3.3.4 bespreek.

2.8.3 Die rol van nie-regeringsorganisasies

Ingevolge die Wet op Organisasies Sonder Winsoogmerk: Nr. 71 van 1997 is 'n nie-regeringsorganisasie 'n trust of maatskappy wat gestig is met die doel om 'n publieke diens te lewer op maatskaplike, ekonomiese, geloofs-, liefdadigheids-, onderwys- of navorsingsgebied. 'n Nie-regeringsorganisasie funksioneer nie as deel van die nasionale regering nie en is gewoonlik 'n nie-winsgewende organisasie. Nie-regeringsorganisasies is hoofsaaklik afhanklik van buitelandse donasies, aangesien die inkomste van die organisasies nie voldoende is om die uitgawes te dek nie. Indien 'n wins wel gemaak word, word dit aangewend vir die werkverrigtinge van die organisasie (Legal Resources Centre, 2007:1). Die volgende nie-regeringsorganisasies in die Wes-Kaap is betrokke by die lewering van aborsiesorgdienste:

2.8.3.1 Multilingual Orientation Service Association for Immigrant Communities (MOSAIC)

Volgens CharitySA (2007:1) is MOSAIC 'n gemeenskapsgebaseerde, nie-winsgewende organisasie wat spesifiek fokus op die voorkoming en vermindering van seksuele misbruik en huishoudelike geweld onder vroue en kinders uit benadeelde gemeenskappe. MOSAIC het aanvanklik in 1976 in Kanada ontstaan as 'n 'multilingual non-profit organization dedicated to addressing issues that affect immigrants and refugees in the course of their settlement and integration in the Canadian society' (MOSAIC, 2008:2).

MOSAIC is 1993 in Suid-Afrika gestig nadat uitgebreide navorsing gedoen is betreffende die prioriteitsbehoefte van slagoffers van geweld. Weens die hoë voorkoms van seksuele misbruik en onbeplande swangerskappe wat by hierdie vroue voorkom, is 'n MOSAIC-kliniek in 2003 in Wynberg gestig met die doel om

krisisberading aan die vroue te voorsien. Sedert 2004 voer die MOSAIC-organisasie ook ongeveer 14 tot 16 aborsies per week uit (MOSAIC, 2008:2).

2.8.3.2 Marie Stopes Internasionaal

Marie Stopes Internasionaal is 'n nie-regeringsorganisasie wat tans werksaam is in 38 lande. In die Wes-Kaap is daar twee fasiliteite, naamlik in Kaapstad en Wynberg onderskeidelik. Hierdie organisasie fokus op die vermindering van moeder- en kindermortaliteit, die verskaffing van seksuele en reprodktiewe inligting en dienste, asook veilige aborsiesorg in dié lande waar dit gewettig is.

Statistieke toon dat die nie-regeringsorganisasies tussen 1997 en 2004 ongeveer 12 264 aborsies in die Wes-Kaap gedoen het teenoor 2 091 aborsies in privaat hospitale (Department of Health⁽¹⁾, 2006). Volgens die doelwitte wat vir hierdie studie gestel is, is nie-regeringsorganisasies en die omvang van die diens wat hulle lewer egter nie ingesluit in hierdie studie nie.

2.8.4 Swangerskapkrisis-sentrums

Volgens Heartbeat International (2007) is daar tans 23 swangerskapkrisis-sentra in die Wes-Kaap waarvan die Options Crisis Pregnancy Center die bekendste is. Die primêre doel van swangerskapkrisis-sentrums is om 'n plek te voorsien waar vrouens in 'n krisissituasie gratis gehelp word. Swangerskapstoetse, sonars, toetse vir seksueel-oordraagbare siektes, inligting en noodkontrasepsie word verskaf, ongeag wat die vrou se ouderdom, geloof, huwelikstatus of agtergrond is. Volgens Stuebe (2005:2) is hierdie dienste ook daarop gerig om voldoende berading aan vroue met ongewenste swangerskappe te verskaf ten opsigte van al die verskillende opsies sodat hulle ingeligte besluite kan neem oor die swangerskap. Dit blyk dat hierdie dienste wat in verskeie gemeenskappe deur die kerk en godsdienstige organisasies beheer word egter eensydige inligting verskaf en vroue eerder te ontmoedig om aborsies te ondergaan.

2.8.5 'n Werkswinkel met betrekking tot die implementering van die aborsiewetgewing

Die National Portfolio Committee on Health het met die hulp van die RRA 'n werkswinkel in Junie 2000 aangebied ten einde te bepaal tot watter mate die regering daarin slaag om die gestelde doelwitte betreffende die implementering van aborsiewetgewing te bereik. Volgens die Health Systems Trust (2000:1) het die komitee spesifiek belang gestel in kwessies rakende toegang van spesifiek

plattelandse vroue tot dienste, die impak van die wetgewing op vrouegesondheid en die kwaliteit van sorg wat gelewer word en nie in die geldigheid van die wetgewing as sulks nie.

Volgens Van der Westhuizen (2001:8) was die belangrikste bevinding dat alhoewel vordering gemaak is met die aantal vroue wat toegang het tot die veilige en wettige beëindiging van swangerskappe, baie nog gedoen moet word met betrekking tot die verbetering van dienslewering en toeganklikheid van dienste vir alle vroue in Suid-Afrika. Die probleme word hoofsaaklik toegeskryf aan:

- die tekort aan opgeleide gesondheidsorgpraktisyns en hulpbronne in die lig van die hoë aanvraag na aborsies;
- gewetensbeswaar en viktimisasie van gesondheidsorgpraktisyns;
- gebrek aan ondersteuning deur die hospitaalbestuur;
- gebrek aan politieke betrokkenheid by die proses op provinsiale vlak;
- oningeligtheid van vroue betreffende die reg en hul regte;
- probleme met gesinsbeplanningsdienste; en
- die probleem om 'n nuwe diens te implementeer te midde van groot herorganisasie van die gesondheidstelsel.

2.8.6 Medies-geregtelike implikasies vir vroedvroue

Richard Burzelman, voormalige Assistent-Direkteur van Reproductiewe Dienste in die Kaapse metropool en aborsiesorginstrukteur, noem dat die medies-geregtelike risiko's vir vroedvroue baie hoog is, aangesien voorregistrasie opleiding nie chirurgiese prosedures insluit nie en 'n paradigmaskuif gemaak moet word vanaf 'versorger' na 'geneser' (Burzelman, 2008). Verskeie bepalinge van die aborsiewetgewing, asook die Nasionale Departement van Gesondheid se riglyne is ook problematies vir die vroedvrou wat betrokke is by aborsiesorg. Die betrokke riglyne word in paragrawe 2.8.6.1 tot 2.8.6.3 hieronder bespreek.

2.8.6.1 Die bepaling van swangerskapsduur

Die Direkoraat se riglyne oor die bepaling van die swangerskapsduur is problematies vir die vroedvrou wat by aborsiesorg betrokke is. Volgens die riglyne word die swangerskapsduur klinies bepaal deur óf 'n geneesheer óf 'n vroedvrou en is 'n sonar nie noodsaaklik vir die bepaling daarvan nie. Dit word duidelik gestel dat die onbeskikbaarheid van ultrasonografie nie die uitvoer van aborsies mag belemmer nie (Department of Health⁽¹⁾, 1997:4). Die vroedvrou is in hierdie geval dus afhanklik van akkurate inligting van die pasiënt, naamlik haar laaste menstruasieperiode (LMP) ten

einde haar huidige swangerskapsduur te bepaal, aangesien kliniese bepaling deur middel van 'n abdominale ondersoek voor 12 weke nie akkuraat is nie. Vroedvrou moet onderrig word in bimanuele betasting van die uterus vir die bepaling van die swangerskapsduur, aangesien dit nie ingesluit is in die voorregistrasie verloskundeopleiding van die vroedvrou nie. Die aborsiewetgewing (RSA⁽¹⁾, 1996:4) is baie spesifiek dat vroedvroue alleenlik swangerskappe van minder as 12 swangerskapsweke mag beëindig. Dit kan dus medies-geregtelike implikasies hê indien 'n vroedvrou die swangerskapsduur foutief sou bereken.

2.8.6.2 Toestemming tot 'n aborsie

Soos breedvoerig bespreek word in paragraaf 2.9.4 stipuleer die aborsiewetgewing dat 'n swangerskap beëindig kan word met slegs die toestemming van die swanger vrou. In die geval van 'n swanger minderjarige word ouerlike toestemming nie vereis nie (Naylor & O'Sullivan, 2005:11). Die aborsiewetgewing is dus teenstrydig met die bepalinge van die Kinderwet Nr. 74 van 1983 wat bepaal dat 'n minderjarige (kind jonger as 14 jaar) ouerlike toestemming benodig vir enige mediese en/of chirurgiese ingreep (Gernholtz, 2004:1). Die vroedvrou kan dus deur die ouers of voogde wetlik aanspreeklik gehou word indien enige komplikasies sou intree. Laasgenoemde wetgewing is sedertdien vervang met die Nuwe Kinderwet (Wet Nr. 38 van 2005) wat eers in werking getree het op 01 Julie 2007. Artikel 134 van die wetgewing bepaal dat 'n kind ouer as 12 jaar eie reg mag uitoefen betreffende toegang tot voorbehoedmiddels sonder die ouer(s) se toestemming en wete. Dit blyk dat hierdie aborsiesorgdienste insluit (RSA,2005).

Die aborsiewetgewing (RSA⁽¹⁾, 1996:4) bepaal ook dat indien 'n vrou geestesonbevoeg is, haar swangerskap tot en met die twintigste week beëindig mag word met die toestemming van haar voog, gade of *curator personae*. Gesondheidsorgpraktisyne wat die voorgestelde aborsiesorgopleiding voltooi het, mag toestemming verleen dat 'n swangerskap beëindig word indien die gade, voog of *curator personae* toestemming tot die beëindiging van die swangerskap sou weier (RSA⁽¹⁾, 1996:6). Die implikasie hiervan is dat die vroedvrou se besluit die gesagsposisie van die gade, voog of *curator personae* kan ondermyn met verreikende gevolge indien komplikasies sou intree.

2.8.6.3 Berading aan vroue met ongewenste swangerskappe

Die riglyne vir die uitvoer van aborsies op versoek (Department of Health⁽¹⁾, 1997:6) dui aan dat 'n swanger vrou ingeligte toestemming moet verleen tot die prosedure

wat voorafgegaan word deur berading. Die aborsiewetgewing (RSA(1), 1996:4) bepaal daarteenoor dat berading nie-verplichtend en nie-rigtinggewend moet wees. Die vraag ontstaan tot watter mate die vrou wel genoegsaam berading ontvang en ingelig is betreffende die langtermyn implikasies van die aborsie en of aborsies op versoek nie oorwegend klinies en prosedure-georiënteerd gehanteer word nie.

Dit is kommerwekkend dat die riglyne (Department of Health(1), 1997:6) aandui dat berading deur enige gesondheidsverskaffer verskaf kan word en nie spesiale opleiding benodig nie. Prosedures word dus uitgevoer sonder dat die vroedvrou weet tot watter mate die betrokke vrou ingelig is betreffende die prosedure en komplikasies.

2.8.7 Die emosionele effek van aborsies op vroedvroue

Uit die literatuur is dit duidelik dat die emosionele implikasies van aborsies op vroue alreeds wyd en grondig nagevors is, maar die emosionele effek op vroedvroue wat die aborsies moet uitvoer, moet nog intensief nagevors word (Sweet, 2003:515). Slegs twee studies wat 'n groot aantal personeel insluit, is gedoen deur navorsers wat nie werkzaam was in die aborsieveld nie, naamlik in 1974 en 1989. Beide studies is gedoen deur navorsers wat ten gunste is van aborsies en beide het 'n hoë voorkoms van simptome bevind wat op die toestand dui wat nou as Post-traumatiese Stressindroom (PTSS) bekend staan.

MacNair het die sielkundige effekte van diegene wat aborsies uitvoer, ondersoek en maak melding van verpleegkundiges se vertellings en hul nagmerries, asook die simptome wat geassosieer word met PTSS. Die outeur kom tot die gevolgtrekking dat dit geen gewone mediese prosedure is nie en dat 'the practice of medicine should not give you nightmares and should not leave you shell-shocked' (2003:1). Die geneeshere en verpleegkundiges wat in die ondersoek betrek is, maak deurgaans melding dat die konstante blootstelling aan aborsies 'n beduidende bron van negatiewe gevoelens en stres is. Selfs die 'pro-choice'-praktisyns ervaar tot dieselfde mate negatiewe gevoelens en spanning wat toeneem namate die swangerskapsduur toeneem en die fetus ontwikkel het. 'n Aborsie-spesialis beskou aborsies as 'an act of destruction by the operator ... even while we may know that the act has a positive effect for a living person' (MacNair, 2003:3).

Die stelling dat PTSS veroorsaak word deur die uitvoer van aborsies kan volgens MacNair (2003:2) egter nie bewys word nie en verdere navorsing op hierdie gebied is

noodsaaklik. Clarke (2000:1) noem egter dat anti-aborsiegroepe soos Doctors for Life melding maak van gesondheidsorgpraktisyns wat dikwels aan simptome ly wat verband hou met PTSS, óf dwelm- en alkoholmisbruik en -verslawing en daar is gevalle van gesondheidsorgpraktisyns wat selfmoord gepleeg het.

2.9 DIE WETGEWING EN BELEID MET BETREKKING TOT REPRODUKTIEWE OUTONOMIE

Die aborsiewetgewing maak op die volgende wyse voorsiening vir die behoeftes van diegene met 'n onbeplande en onwelkome swangerskap:

2.9.1 Die aborsiewetgewing en die swanger vrou se reg op aborsie

Die aborsiewetgewing (RSA⁽¹⁾,1996:4) maak daarvoor voorsiening dat die swanger vrou kan versoek dat haar swangerskap binne die eerste 12 weke van swangerskap beëindig kan word. 'n Geregistreerde vroedvrou – en geregistreerde verpleegkundige ingevolge die Wysigingswet – wat die voorgeskrewe opleidingskursus voltooi het, mag die aborsie wettiglik uitvoer. Die reg om 'n swangerskap te beëindig word beperk deurdat die wetgewing bepaal dat slegs 'n geneesheer die swangerskap mag beëindig vanaf die dertiende tot die twintigste week van haar swangerskap indien hy/sy oortuig is dat:

- o die swangerskap vir die vrou liggaamlike of geestelike gevaar inhou, óf haar sosiaal en/of ekonomies sal benadeel;
- o die fetus 'n erge liggaamlike abnormaliteit het; of
- o die swangerskap die gevolg van 'n verkragting is.

Die swangerskap kan wettiglik deur 'n geneesheer beëindig word ná 20 weke swangerskap nadat hy/sy 'n ander geneesheer of geregistreerde vroedvrou geraadpleeg het en albei oortuig is dat die swangerskap die vrou se lewe in gevaar stel, óf dat die fetus deur die swangerskap erg benadeel word, óf dat die fetus erg misvorm is. Vroedvroue word dus nie toegelaat om 'n aborsie uit te voer ná 12 swangerskapweke nie, alhoewel hulle 'n belangrike rol speel in die verwysing en berading van vroue met ongewenste swangerskappe (Van der Westhuizen, 2001:3).

Die vrou se reg op die beëindiging van swangerskap word dus beperk tot die eerste 12 weke van swangerskap. Ná 12 weke swangerskap word die besluit dus nie meer alleenlik deur die vrou geneem nie, maar ook deur 'n geneesheer wat oortuig moet wees dat dit in die belang van die moeder en/of fetus is dat die swangerskap beëindig moet word. Die beskikbaarheid van aborsies op versoek ná 20 weke word

erg ingekort in 'n poging om die fetus te beskerm wat amper lewensvatbare stadium bereik het (Naylor & O'Sullivan, 2005:11).

2.9.2 Die Grondwet en regte met betrekking tot 'n aborsie

Volgens Naylor en O'Sullivan (2005:13) is die doel van die aborsiewetgewing om die grondwetlike regte van vroue, naamlik die reg tot gelykheid, vryheid, veiligheid en toegang tot inligting en reprodktiewe gesondheidsdienste, in werking te stel ingevolge Wet Nr. 108 van 1996: die Grondwet van die Republiek van Suid-Afrika, 1996 (voortaan die Grondwet).

Artikel 12(2) in die Grondwet bepaal dat elkeen beheer het oor sy/haar liggaam en die reg het om reprodktiewe besluite te neem en artikel 27(1)(a) van die Grondwet bepaal dat elkeen die reg het tot toegang tot gesondheidsorgdienste, insluitend reprodktiewe gesondheidsorg. Artikel 32 beskerm die vrou se reg tot inligting, ook betreffende dienste wat beskikbaar is vir die beëindiging van 'n swangerskap (Naylor & O'Sullivan, 2005:39). Die aborsiewetgewing is gebaseer op hierdie grondwetlike reg en vereis dat alle inligting betreffende aborsie op versoek aan vroue verskaf moet word, ongeag die gewetensbesware teen aborsies.

Geen regte wat in die Handves vir Menseregte beskryf is, word beskou as absoluut geldend nie. Die Grondwet maak voorsiening dat alle regte beperk kan word in terme van die algemene toepassing van ander wetgewing. Naylor en O'Sullivan (2005:14) maak die stelling dat daar 'n proporsionele verhouding moet wees tussen die beperking van die reg tot gewetensbeswaar en die doel van die aborsiewetgewing. Dit is dus noodsaaklik dat die relatiewe regte in verhouding met mekaar gebalanseer word, naamlik gewetensbeswaar teenoor die reg tot reprodktiewe outonomie.

Reprodktiewe outonomie word nie net deur die Grondwet beskerm nie. Suid-Afrika het internasionale ooreenkomste onderteken en bekragtig, onder meer die Ooreenkoms op die Beëindiging van Diskriminasie teenoor Vroue (Convention on the Elimination of Discrimination Against Women, oftewel CEDAW) wat die regering verplig om toepaslike maatreëls te implementeer met betrekking tot reprodktiewe outonomie sodat diskriminasie teen vroue in gesondheidsorg geëlimineer word (Naylor & O'Sullivan, 2005:10). Artikel 16(1)(e) van die CEDAW bepaal dat 'n vrou die reg het om vrylik en op 'n verantwoordelike wyse te besluit hoeveel kinders sy wil hê, asook hoe sy haar kinders wil spaseer. Dit bepaal verder dat sy toegang moet hê tot alle beskikbare inligting om sodoende ingeligte besluite te kan neem.

2.9.3 Die swanger vrou en haar reg op pre- en post-aborsie berading

Berer (2000:585) noem dat berading óf voorskriftelik ('directive') kan wees in 'n poging om die vrou se besluit te beïnvloed of te beheer, of nie-voorskriftelik ('non-directive'). Laasgenoemde word beskou as die ideale manier van berading deurdat vroue gehelp word ten einde 'n ingeligte besluit te neem wat in haar beste belang is. Volgens Berer (2000:585) is berading in die ontwikkelde lande hoofsaaklik gefokus op inligting betreffende die verskeie aborsiemetodes om die vrou te help om 'n ingeligte besluit te neem.

Die aborsiewetgewing (RSA⁽¹⁾,1996:4) bepaal dat die staat nie-verpligte en nie-voorskriftelike voorligting vir die vrou moet voorsien, beide voor en ná die beëindiging van die swangerskap. 'n Vrou wat 'n aborsie versoek het dus ingevolge die aborsiewetgewing 'n keuse tot berading en/of inligting betreffende die volgende ten einde haar te help om 'n ingeligte besluit te neem:

- alternatiewe opsies tot die beëindiging van swangerskap, naamlik aanneming, voogskap of enkelouerskap (Neobirth Pregnancy Care Centre⁽²⁾, 2007:1);
- die spesifieke prosedure, geassosieerde risiko's en PTSS (Neobirth Pregnancy Care Centre⁽³⁾, 2007:1); en
- die geskikste post-aborsie kontrasepsiemetode.

Internasionale studies deur die WGO toon aan dat heelwat lande nalaat om in pre- en post-aborsie berading te voorsien en dat hierdie dienste meestal gefokus is op die verskaffing van kontrasepsie (Berer, 2000:585). 'n Opname wat gedoen is net nadat die aborsiewetgewing in 1997 geïmplementeer is, toon aan 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. In slegs 8% van die gevalle het die verwysende gesondheidsorgdienste al die nodige inligting aan die betrokke vrou verskaf, soos aanbeveel word deur die streekskoördineringskomitee (Althaus, 2000:5). Varkey en Fonn (1999:4) meld in hul oorsigtelike verslag oor aborsiesorgdienste in Suid-Afrika dat 24% van vroue gerapporteer het dat hul geen pre-aborsie berading ontvang het nie en 56% dat hulle geen post-aborsie berading ontvang het nie.

2.9.4 Aborsiewetgewing se bepalinge betreffende toestemming tot 'n vrywillige aborsie

Die aborsiewetgewing bepaal 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 is waarskynlik 'n leemte in die wet, aangesien die grondwetlike regte van die biologiese vader nie in ag geneem word nie, met gevolglike geregtelike implikasies indien die biologiese vader sy grondwetlike regte sou uitoefen.

In die geval van 'n swanger minderjarige word ouerlike toestemming ook nie vereis nie. Die aborsiewetgewing bepaal dat die geneesheer of geregistreerde vroedvrou egter die minderjarige moet adviseer om haar ouers of voogde te raadpleeg voordat die swangerskap beëindig word, met die wete dat die aborsie nie geweier mag word as die minderjarige verkies om hulle nie te raadpleeg nie (Naylor & O'Sullivan, 2005:11). Hierdie bepaling in die wet kan die vroedvrou in 'n ongemaklike situasie plaas, aangesien sy deur die ouers of voogde aanspreeklik gehou kan word indien enige komplikasies sou intree.

Volgens Varkey en Fonn (1999:5) het studente in maatskaplike werk in hul studie aanbeveel dat minderjarige vroue verplig moet word om hul ouers in te lig van hul voorneme om 'n aborsie te ondergaan en 88% van die studente was van mening dat ouerlike toestemming verpligtend behoort te wees vir die uitvoer van 'n aborsie. Die Christian Lawyers' Association (CLA) beveg ook die aborsiewetgewing en stel dit ten doel dat dit 'n voorvereiste moet wees dat die ouers van dogters onder 18 jaar gekonsulteer moet word ten einde hul minderjarige kind te kan ondersteun in enige besluitneming betreffende die ongewenste swangerskap (Turner, 2001:1). IPAS noem egter dat ouerlike toestemming in die Suid-Afrikaanse konteks 'n struikelblok is, aangesien:

- o talle gesinne disfunksioneel is;
- o hoë vlakke van geweld teen jong vroue voorkom, ook binne gesinsverband;
- o baie minderjariges sonder ouers grootword; en
- o regulasies wat bepaal dat ander betrokke persone ingesluit moet word in die besluitneming- en toestemmingproses dikwels tot gevolg het dat die uitvoer van die prosedure vertraag word tot in die tweede semester, óf dat onveilige aborsies versoek word, met die gevolg dat die openbare gesondheidsprobleem wat verminder moes word, in werklikheid gehandhaaf word (Berer, 2000:584).

Indien ouerlike toestemming verpligtend sou wees in die geval van minderjariges wat 'n aborsie versoek, kan dit dus tot gevolg hê dat:

- o die swanger vrou ontnem word van haar reg om besluite oor haar liggaam te neem;

- die besluitneming moontlik vertraag word met die direkte implikasie dat die aborsie op 'n té laat stadium van swangerskap uitgevoer word met gepaardgaande aborsiekomplikasies; of
- die onbeplande, onwelkome swangerskap voltyds sal verloop.

Die aborsiewetgewing (RSA⁽¹⁾, 1996:4) bepaal dat indien 'n vrou tot só 'n mate geestesonbevoeg is, haar swangerskap tot en met die twintigste week beëindig mag word met die toestemming van haar voog, gade of *curator personae*, met die wete dat óf twee geneeshere, óf 'n geneesheer en 'n geregistreerde vroedvrou wat die voorgestelde opleidingskursus voltooi het, daartoe ingestem het. Die beëindiging van die swangerskap mag egter nie geweier word indien die voog, gade of *curator personae* toestemming geweier het nie. Die implikasie hiervan is dat die vroedvrou se besluit die gesagsposisie van die voog, gade of *curator personae* kan ondermyn. Die navorser is van mening dat die geregistreerde vroedvrou die voog behoort te oorreed om toestemming te verleen vir die beëindiging en haar/hom nie te oorstem ('overrule') nie.

2.9.5 Wetgewing en die reg tot gewetensbeswaar

Schoonees, Swanepoel, Du Toit en Booyen (1973:217) definieer die uitoefening van gewetensbeswaar ('conscientious objection') as 'beswaar maak op grond van sedelike, etiese of geloofsoortuiging'. Volgens die *New Dictionary of Medical Ethics* (Boyd, Higgs & Pinching, 1997:55) word gewetensbeswaar gedefinieer as 'to object in principle to a legally required or permitted practice'. Dit beteken dat 'n gesondheidsorgpraktisyn op grond van sy/haar beginsels beswaar kan maak teen aborsies ten spyte daarvan dat aborsies gewettig is.

Die European Code of Medical Ethics voeg hierby dat dit eties korrek is dat 'n gesondheidsorgpraktisyn wat op grond van sy/haar oortuigings weier om aborsies uit te voer, die vrou na 'n ander gesondheidsorgpraktisyn moet verwys wat nie in beginsel teen aborsies gekant is nie. Hierdie standpunt word deur die WGO ondersteun, terwyl die Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient egter beklemtoon dat die beste belang van die pasiënt versus gewetensbeswaar altyd teen mekaar opgeweeg moet word (Engel, 2005:15).

Die aborsiewetgewing stipuleer nie dat 'n gesondheidsorgpraktisyn verplig word om 'n aborsie uit te voer nie en maak ook nie melding van die reg tot gewetensbeswaar nie, maar bespreek slegs die optrede van gesondheidsorgpraktisyns in terme van die

wetgewing. Artikel 10(1)(c) van die aborsiewetgewing maak melding dat enige persoon wat die wettige beëindiging van 'n swangerskap verhoed of toegang tot 'n fasiliteit belemmer, skuldig is aan 'n oortreding en beboet of gevonnissen kan word. Dit blyk dat hierdie afdeling daarop gerig is om viktimisasie van en diskriminasie teen gesondheidsorgpraktisyne wat bereid is om swangerskappe te beëindig, te voorkom (Naylor & O'Sullivan, 2005:12).

Die reg tot gewetensbeswaar beskerm wel die individuele gesondheidsorgpraktisyn se besluit om nie 'n aborsie as sulks hoef uit te voer nie, maar sluit nie die weiering om vroue van inligting betreffende aborsies en die beskikbare fasiliteite te voorsien of ander gesondheidsorgpraktisyne te verhinder om aborsies uit te voer nie. Hierdie betrokke persoon is dus verplig om aan 'n vrou inligting te verskaf betreffende aborsies en moet toepaslike verwysings doen (Naylor & O'Sullivan, 2005:13).

Die reg tot gewetensbeswaar om 'n aborsie uit te voer kan nooit beteken dat 'n gesondheidsorgpraktisyn mag weier om 'n vrou te help wat mediese noodbehandeling benodig waar haar lewe in gevaar is nie. Dit blyk dat mediese en verpleegstudente dus nie opleiding en eksaminering in aborsieprosedures kan weier op grond van gewetensbeswaar nie, aangesien die reg tot gewetensbeswaar nie van toepassing is waar 'n pasiënt se lewe of gesondheid bedreig word nie (Naylor & O'Sullivan, 2005:18). Dit is dus duidelik dat gesondheidsorgpraktisyne behoorlik onderrig moet word en vaardig moet wees om in 'n noodgeval 'n swangerskap te beëindig. Om vaardig te word noodsaak dat studente onderrig word in prosedures wat in roetine-gevalle gedoen word. Hulle het wel die reg om op grond van oortuigings te weier in geval van die roetine-uitvoer van aborsies op versoek. Naylor en O'Sullivan (2005:19) meld dat artikel 27(3) van die Grondwet dit uitdruklik stel dat geen persoon mediese noodbehandeling geweier mag word en ook nie weggewys mag word van 'n fasiliteit vir die nodige behandeling nie. Dit beteken dat indien 'n gesondheidsorgpraktisyn weier om in 'n noodgeval 'n pasiënt te hulp te wees hy/sy op 'n siviele of kriminele aanklag skuldig bevind kan word aan nalatigheid.

Terapeutiese aborsies is sedert 1967 wettig in Brittanje en word gebaseer op dieselfde indikasies as wat in Suid-Afrika geld, maar die maksimum swangerskapsduur is in 1991 aangepas na 24 weke. Anders as in Suid-Afrika mag Britse verpleegkundiges én ander gesondheidsorgpraktisyne werksaam in fasiliteite vir aborsies, weier om enigsins betrokke te wees by aborsies weens morele of gewetensbesware (Sweet, 2003:515). Artikel 4(2) van die Britse Aborsiewet stel dit

egter ook uitdruklik dat geen persoon mediese noodbehandeling geweier mag word en ook nie weggewys mag word van 'n fasiliteit vir die nodige behandeling nie.

Die WGO se riglyne bevestig dat 'n gesondheidsorgpraktisyn se reg tot gewetensbeswaar nie van toepassing is indien die vrou in 'n noodsituasie is nie, naamlik wanneer haar lewe of gesondheid bedreig word. Indien geen alternatiewe diensverskaffer beskikbaar is om die aborsie uit te voer nie, moet die betrokke gesondheidsorgpraktisyn die aborsie uitvoer ten einde die vrou se lewe te red of permanente skade aan haar gesondheid te voorkom, ongeag of die persoon gewetensbeswaar het teen aborsies. Die implikasie hiervan is dat elke gesondheidsorgfasiliteit dus met die oog op noodsituasies opgeleide personeel moet hê om 'n swangerskap te kan beëindig (Naylor & O'Sullivan, 2005:19).

'n Gesondheidsorgpraktisyn het die reg om nie teen gediskrimineer te word op grond van sy/haar oortuigings nie, maar die Wet op Diensbillikheid (Wet Nr. 55 van 1998) maak egter melding van die konsep van regverdige diskriminasie ('fair discrimination'). Die wetgewing maak voorsiening dat dit nie onredelik is om te diskrimineer teen 'n persoon op grond van inherente vereistes van die werk nie. Hierdie inherente vereistes van 'n werk verwys na daardie aspekte van die werk wat gereken word as noodsaaklik tot die werk. Dit beteken dat 'n persoon wat gewetensbeswaar het teen aborsies nie kan aansoek doen vir 'n werk by 'n aangewysde fasiliteit vir aborsies en dan weier om aborsies uit te voer nie, aangesien aborsies inherent deel is van die werksbeskrywing by die betrokke fasiliteit. Indien 'n gesondheidsorgpraktisyn weier om 'n aborsie uit te voer op grond van gewetensbeswaar sou daardie persoon eers as 'n gewetensbeswaarde moes registreer (Naylor & O'Sullivan, 2005:17).

Geloofsbesware teen aborsies is reeds in die Kanadese howe getoets met die uitspraak dat die hof die reg tot vryheid van geloof erken en 'n persoon dus mag protesteer teen aborsies, maar nie tot die punt waar 'n vrou se reg tot toegang tot fasiliteite en inligting belemmer word nie (Naylor & O'Sullivan, 2005:14). Volgens Naylor en O'Sullivan (2005:16) het die Britse howe ook reeds in hofsake beslis dat die reg tot gewetensbeswaar nie van toepassing is op persone wat nie direk betrokke is by die werklike beëindiging van swangerskappe nie, byvoorbeeld skoonmakers en klerklike personeel. Die Britse hof het die volgende beslissing gemaak: '[P]articipation referred to the actual procedure and did not extend to any arrangements preliminary to or in preparation for such a procedure.' Naylor en

O'Sullivan (2005:16) wys daarop dat nog geen besluit in hierdie verband deur die Suid-Afrikaanse hof geneem is nie. Dit beteken dat 'n persoon wat nie direk betrokke is by 'n aborsie op versoek nie, gedissiplineer kan word vir wangedrag deur dissiplinêre maatreëls wat in ooreenstemming is met die betrokke fasiliteit se dissiplinêre prosedure indien hy/sy weier om bystand te verleen aan 'n vrou wat 'n aborsie versoek.

Die verpleegkundige se grondwetlike regte versus 'n vrou se reg op haar reprodktiewe outonomieit is ondersoek deur die Women's Legal Centre. Hierdie word 'n baie komplekse situasie as in ag geneem word enersyds, dat aborsies in Suid-Afrika sedert 1996 gewettig is en andersyds, die vryheid van gewete, geloof en oortuigings gewaarborg word deur die Grondwet (Naylor & O'Sullivan, 2005:7). Volgens die *Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient* soos aanvaar deur die 34ste World Medical Assembly in 1981, moet die geneesheer of verpleegkundige ten alle tye volgens sy/haar gewete optree en altyd in die beste belang van die pasiënt (Naylor & O'Sullivan, 2005:19).

Die WGO se standpunt behels dat dit belangrik is om te verseker dat 'n vrou wat 'n aborsie versoek, met respek en deernis hanteer word en dat sy nie toegang geweier mag word op grond van iemand se oortuigings en gewetensbesware nie (Naylor & O'Sullivan, 2005:8). Indien 'n vrou nie verwys word na 'n betrokke fasiliteite vir 'n aborsie nie, beteken dit inderwaarheid dat sy toegang ontsê word en die wetgewing dus betekenisloos is.

Volgens Berer (2000:584) behels 'n gebalanseerde wetgewing rakende aborsies 'a law that would protect both a true conscientious objection and a woman's right to obtain a legal abortion'. Brittanje se wetgewing voldoen aan hierdie vereistes, maar die onus is op die vrou self om 'n diensverskaffer te vind, wat dikwels moeilik en tydrowend is. Suid-Afrika se wetgewing voldoen ook aan bogenoemde vereistes met die verskil dat die aanvanklike wetgewing van 1996 stipuleer dat die betrokke gesondheidsorgpraktisyn met gewetensbeswaar verplig is om die vrou te verwys.

Naylor en O'Sullivan (2005:19) som die volgende internasionale riglyne op betreffende veilige aborsies en gewetensbesware deur gesondheidsorgpraktisyns wat in die meeste lande van toepassing is:

- Gesondheidsorgpraktisyns het die reg tot gewetensbeswaar betreffende aborsies op versoek;

- Gesondheidsorgpraktisyns het 'n etiese verpligting om professionele etiese kodes te volg wat vereis dat vroue na kollegas verwys moet word wat geen beswaar het om die diens te lewer nie;
- Indien geen alternatiewe verskaffer beskikbaar is nie, word die gesondheidsorgpraktisyn egter verplig om wel die aborsie uit te voer indien die swangerskap die vrou se gesondheid of lewe bedreig;
- 'n Gesondheidsorgpraktisyn kan daarvan vrygestel word om óf die aborsie as sulks uit te voer, óf om daaraan deel te neem, maar níe van die voorsiening van die algemene versorging van die betrokke vrou nie; en
- Die reg tot gewetensbeswaar geld slegs vir gesondheidsorgpraktisyns en nie vir ander gesondheidsorgwerkers nie, byvoorbeeld skoonmakers, klerklike en huishoudelike personeel.

2.9.6 Aangewysde fasiliteite

Volgens subartikel (3) van die aborsiewetgewing (RSA⁽¹⁾, 1996:4) kan 'n swangerskap chirurgies beëindig word slegs by 'n fasiliteit wat deur die minister aangewys is en in die staatskoerant gepubliseer is ingevolge subartikel (2). Die Minister kan enige fasiliteit na goeddunke aanwys of onttrek ten einde die doelwitte van hierdie wetgewing te bereik.

Artikel 3 van die Wysigingswet Nr. 38 van 2004 (RSA, 2004:4) maak voorsiening dat beide 'n staats- en 'n privaat gesondheidsorgfasiliteit aan spesifieke vereistes moet voldoen ten einde aangewys te kan word as 'n fasiliteit waar aborsies mag plaasvind. Die Wysigingswet bepaal verder dat enige gesondheidsorgfasiliteit wat 'n 24-uur verloskundige diens verskaf en voldoen aan die vereistes soos uiteengesit, aborsies mag uitvoer tot en met 12 weke swangerskapsduur sonder goedkeuring van die Lid van die Uitvoerende Raad (LUR) (RSA, 2004:4).

Tans is daar 41 openbare en 30 privaat fasiliteite en nie-regeringsorganisasies in die Wes-Kaap wat voldoen aan die vereistes soos uiteengesit en gelys is as fasiliteite waar die swangerskappe beëindig mag word kragtens artikel 3 van die aborsiewetgewing (RSA⁽¹⁾, 1996:4), asook artikel 3 van die Wysigingswet (RSA, 2004:4). Die openbare gesondheidsorgfasiliteite wat gemagtig was deur die Aborsie en Sterilisasië Wet Nr. 2 van 1975 om aborsies en sterilisasië uit te voer, is ingevolge Wet Nr. 92 van 1996 meestal heraan gewys.

2.9.7 Kennisgewing van die beëindiging van swangerskappe

Volgens die Wysigingswet (RSA, 2004:4) moet 'n geneesheer of 'n geregistreerde vroedvrou wat die voorgeskrewe opleidingskursus voltooi het, die inligting op die voorgeskrewe wyse aanteken wanneer 'n swangerskap beëindig is. Die persoon in beheer van die fasiliteit is verplig om binne een maand vanaf die beëindiging van 'n swangerskap die inligting vertroulik per geregistreerde pos aan die Direkteur-Generaal - oftewel Hoof van die Departement - te versend met dien verstande dat die naam en adres van die betrokke vrou nie verskaf mag word nie.

2.9.8 Misdrywe en strawwe

Die aborsiewetgewing (RSA⁽¹⁾, 1996:8) bepaal dat 'n persoon wat nie 'n geneesheer of 'n geregistreerde vroedvrou is wat die voorgestelde opleidingskursus voltooi het nie en 'n swangerskap beëindig, óf die regmatige beëindiging van 'n swangerskap verhoed, óf toegang tot sodanige fasiliteit verhinder, aan 'n misdryf skuldig is. Die Wysigingswet (RSA, 2004:6) bepaal verder dat enige persoon wat 'n swangerskap beëindig of dit toelaat by 'n fasiliteit wat nie goedgekeur is nie – 24-uur verloskundige eenhede uitgesluit – skuldig is aan 'n oortreding. Die betrokke persoon is strafbaar met óf 'n boete, óf gevangenisstraf vir 'n tydperk van hoogstens 10 jaar. Dit is nie bekend hoeveel, indien enige, gesondheidsorgpraktisyns aan 'n misdryf skuldig bevind is sedert die implementering van aborsiewetgewing in Suid-Afrika nie.

2.10 WAARDEKLARIFIKASIE

'n Gebrek aan empatie jeens ongewenste swangerskappe by gesondheidsorgpraktisyns is 'n probleem in heelwat lande waar wettige aborsiesorg aangebied word. Suid-Afrika, daarenteen, probeer hierdie probleem hanteer deur waardeklarifikasie-werkswinkels vir gesondheidsorgpraktisyns aan te bied wat daarop gerig is om hulle meer in te lig betreffende die aborsiewetgewing, asook om hul waardes te verhelder ('to clarify') en empatie en respek jeens vroue met ongewenste swangerskappe te verhoog (Marais, 2007:1). Die Planned Parenthood Association of South Africa (PPASA) en die RRA het landwye waardeklarifikasie-werkswinkels aangebied vir aborsiesorgverskaffers gedurende die eerste jaar nadat die aborsiewetgewing geïmplementeer is (Van der Westhuizen, 2001:9). 'n Loodsstudie deur PPASA het getoon dat amper 70% van diegene wat die werkswinkel bygewoon het, hul opinie betreffende vroue wat aborsies versoek meer positief verander het.

Met 'n onlangse opname wat tydens 'n waardeklarifikasie-werkswinkel gedoen is, is ook bevind dat die meerderheid van die gesondheidsorgpraktisyns wat dit bygewoon het van mening was dat die werkswinkel van waarde was om hul persoonlike en professionele houding te verander met betrekking tot aborsies en het gevolglik 'n meer 'pro-choice' standpunt ingeneem (Marais, 2007:1).

2.11 ETIESE RIGLYNE VIR VERPLEEGKUNDIGES BETREFFENDE ABORSIES OP VERSOEK

Naylor en O'Sullivan (2005:18) beskryf die etiese riglyne wat deur die SARV saamgestel is vir verpleegkundiges met betrekking tot aborsies as volg:

- 'n Verpleegkundige mag weier om deel te neem aan aborsies op versoek;
- 'n Verpleegkundige mag beswaar aanteken om die uitgeworpe produkte van 'n swangerskap te verwyder en/of te vernietig;
- 'n Verpleegkundige moet skriftelik aan die werkgewer beswaar opper van haar/sy weiering om deel te hê aan aborsies en/of die verwydering en vernietiging van die swangerskapsprodukte;
- 'n Afskrif van sodanige skrywe moet in die betrokke werknemer se lêer geliasseer word as bewys van haar/sy weiering; en
- Ten spyte van haar/sy gewetensbeswaar moet die verpleegkundige egter basiese verpleegsorg aan die vrou voorsien.

2.12 METODES VAN ABORSIE

Stuebe (2005:2) noem dat die risiko's van 'n aborsie vermeerder namate die swangerskapsduur toeneem en dat dit dus belangrik is dat 'n besluit so vroeg as moontlik geneem moet word om sodoende te verseker dat die metode van aborsie veilig is. Weens die doel van hierdie studie en die doelwitte wat gestel is, word die beëindiging van tweede trimester swangerskappe nie indringend bespreek nie.

2.12.1 Servikale voorbereiding

Meganiëse dilatasie van die serviks tydens eerste trimester aborsies is geassosieer met intra-operatiewe komplikasies soos servikale laserasies en perforasie van die uterus. Verskeie studies het bewys dat hierdie risiko's beduidend verminder word indien die serviks met mediese middels voorberei word voor chirurgiese ingrepe (Ekerhovd, Radulovic & Norström, 2003:722). Servikale voorbereiding is voordelig deurdat die chirurgiese prosedure vinniger en makliker uitgevoer kan word. Die nadele hieraan verbonde is egter die ekstra koste en tyd wat dit in beslag neem.

Die WGO (WHO, 2003:30) beveel aan dat servikale voorbereiding gedoen word ná nege voltooide swangerskapsweke vir primigravidas, en/of vroue jonger as 18 jaar, asook vir alle vroue met 'n swangerskapsduur ná 12 voltooide weke. Navorsing toon dat vaginale óf mondelingse toediening van 400 ug misoprostol drie tot vier uur voor die chirurgiese aborsie effektief is, óf mondelingse toediening van 200 mg mifepristone 36 uur voor die prosedure, óf 1 mg gemeproost vaginale toediening drie uur voor die prosedure.

2.12.2 Chirurgiese metodes van aborsie

'n Chirurgiese metode van aborsie word deur die WGO (WHO, 2003:22) gedefinieer as transservikale prosedures met die oog daarop om 'n swangerskap te beëindig en sluit verskeie tegnieke in. Die metodes word vervolgens bespreek.

2.12.2.1 Die MVA-tegniek

Hierdie metode is volgens die WGO die voorkeur-chirurgiese tegniek ten einde 'n swangerskap te beëindig tot 12 voltooide swangerskapsweke omrede die effektiwiteit van manuele vakuüm-aspirasies reeds bewys is in verskeie studies. Die suksessyfer vir 'n volledige aborsie met behulp van hierdie metode is bereken op tussen 95% en 100% (WHO, 2003:32).

Die MVA-metode is gebaseer op die elektriese vakuüm-aspirasiemetode (EVA-metode) en word gebruik om die swangerskapweefsel (fetus en plasenta) uit die uterus te verwyder deur middel van 'n plastiese of metaal kannule wat gekoppel is aan 'n vakuüm-apparaat. Die EVA-metode, voetbeheerde meganiese vakuüm-pompe, óf die MVA-metode is tans wêreldwyd in gebruik (Greenslade, Leonard, Benson, Winkler & Henderson, 1993:1).

Die serviks word vooraf voorberei en/of gedilateer deur gebruik te maak van:

- meganiese dilatore; of
- servikale voorbereiding met farmakologiese middels soos mifepristone of 'n prostaglandien (misoprostol of gemeproost); of
- 'n kombinasie van bogenoemde (WHO, 2003:32).

Dis slegs in vroeë swangerskap moontlik om die kannule in te plaas sonder dat die serviks vooraf gedilateer word.

Volgens die WGO (WHO, 2003:33) is vakuüm-aspirasies 'n veilige metode. Daar word melding gemaak van 'n studie in New York wat 170 000 eerste trimester

aborsies met behulp van vakuüm-aspirasies geëvalueer het waarvan minder as 0,1% van die vroue ernstige komplikasies opgedoen het en gehospitaliseer moes word.

Volgens die WGO (WHO, 2003:32) behoort die meeste vroue wat eerste trimester aborsies onder lokale verdoving ondergaan het goed genoeg te voel om die fasiliteit te verlaat ná ongeveer 30 minute se waarneming. Volgens Berer (2000:586) is die opleiding van vroedvroue in Suid-Afrika met betrekking tot vakuüm-aspirasietegnieke 'n sleutelaktiwiteit van die nuwe Nasionale Aborsieprogram.

Hierdie metode word beskou as 'n aansienlik veiliger en goedkoper metode vir chirurgiese aborsies en word reeds die afgelope dekade in ontwikkelende lande gebruik om ook onvolledige aborsies te behandel (Berer, 2000:586). Greenslade *et al.* (1993:1) som die voordele van die gebruik van die MVA-tegniek soos volg op:

- Dit kan op 'n buitepasiëntebasis uitgevoer word;
- Dit kan by laervlak-gesondheidsorgfasiliteite uitgevoer word; en
- Dit is ook beskikbaar in afgeleë gebiede.

Hulle noem voorts ook ander voordele, naamlik dat:

- ander gesondheidsorgpraktisyns ook betrek word;
- hospitaalverblyf verkort word; en
- koste vir die gesondheidstelsel verminder word.

2.12.2.2 Dilatasie-en-kurettasie (D&K)

Hierdie metode behels die dilatasie van die serviks met meganiese dilatore óf farmakologiese middels en kurettasie met 'n skerp metaal kuret waarmee die wande van die uterus gestroop word. 'n D&K is egter minder veilig en ook meer pynlik vir vroue as wanneer 'n vakuüm-aspirasie gedoen word. Van der Westhuizen (2001:4) maak melding dat internasionale studies bewys het dat die gebruik van MVA bo skerp kurettasie 'n vermindering in die tydsduur van die prosedure tot gevolg gehad het asook 'n 40%-vermindering in hospitaalverblyf. Die WGO (WHO, 2003:33) maak melding dat komplikasies geassosieer met 'n D&K twee tot drie keer hoër is as wanneer vakuüm-aspirasies uitgevoer word. Die WGO beveel gevolglik aan dat 'n D&K slegs gebruik moet word waar óf vakuüm-aspirasie óf mediese metodes van aborsie nie beskikbaar is nie. Vakuüm-aspirasie het die roetine-gebruik van 'n D&K reeds in die meeste lande vervang. Die WGO (WHO, 2003:29) beveel aan dat gesondheidsorgbestuurders en beleidmakers alles in hul vermoë behoort te doen om skerp kurettasie deur vakuüm-aspirasie te vervang.

2.12.2.3 Dilatasie-en-evakuasie (D&E)

’n D&E word beskou as ’n veilige en effektiewe chirurgiese metode vir aborsies vanaf 12 voltooide weke van swangerskap. Hierdie metode behels die voorbereiding van die serviks met mifepristone of ’n prostaglandien soos misoprostol; dilatasie van die serviks; en lediging van die uterus met behulp van ’n elektriese vakuüm-aspirasie met ’n kannule van 14 tot 16 mm deursnit en tange. Volgens die WGO (WHO, 2003:34) benodig ’n D&E-prosedure nie algemene narkose nie en kan op ’n buitepasiëntebasis óf in ’n operasiekamer deur ’n ginekoloog of algemene geneesheer uitgevoer word. ’n Paraservikale blok en ’n ligte analgetikum is meestal voldoende, óf bewuste sedasie indien nodig. Hierdie prosedure neem ongeveer 30 minute om te voltooi.

2.12.2.4 Selektiewe fetale reduksie tydens vroeë swangerskap

Hierdie metode word gebruik in meervoudige swangerskappe van vier of meer fetusse ten einde die gesondheidsrisiko wat die meervoudige swangerskap vir die moeder inhou, te verminder (Sweet, 2003:516). Met hierdie metode word ’n fetus intrakardiaal ingespuit met kaliumchloried om sodoende kardiaale aktiwiteit te staak.

2.12.2.5 Risiko’s van chirurgiese metodes van aborsie

Stuebe (2005:2) som die risiko’s van chirurgiese aborsies soos volg op:

- oormatige bloeding;
- infeksie van die uterus en uterienebuis met gevolglike infertiliteit;
- perforasie van die uterus;
- skade aan die serviks;
- emosionele en/of sielkundige stres;
- risiko’s van narkose;
- onvolledige lediging; en
- onsuksesvolle lediging en gevolglike voortgaande swangerskap.

Abdominale krampe en bloeding soortgelyk aan ’n menstruasie, is normale simptome ná enige aborsieprosedure (WHO, 2003:33). Die swangerskapsprodukte moet ná afloop van ’n chirurgiese aborsie ondersoek word om ’n ektopiese swangerskap, mola hidatidosa, óf ’n onvolledige aborsie uit te skakel. Indien die aspiraasie nie die verwagte swangerskapsprodukte bevat nie, moet ’n ektopiese swangerskap vermoed word. Volgens die WGO (WHO, 2003:35) is die roetine-ontleding van die swangerskapsprodukte deur ’n patologiese laboratorium nie noodsaaklik nie.

2.12.3 Mediese metodes van aborsie

Mediese metodes van aborsie het 'n alternatiewe metode geword om eerste trimester swangerskappe te beëindig met die beskikbaarstelling van prostaglandien gedurende die vroeë 1970's en anti-progesteron sedert die 1980's. Volgens die WGO (WHO, 2003:35) het verskeie studies reeds bewys dat mediese metodes van aborsie veilig en effektief is.

Volgens die WGO (WHO, 2003:35) is mediese metodes van aborsie, met spesifieke verwysing na mifepristone, net in enkele ontwikkelende lande beskikbaar. Mediese metodes is om verskeie redes nie in Suid-Afrika by vlak een gesondheidsorgfasiliteite geïmplementeer nie, aangesien:

- subartikel (3) van die aborsiewetgewing (RSA⁽¹⁾, 1996:4) slegs die chirurgiese beëindig van 'n swangerskap stipuleer en eers verander is met die Wysigingswet (RSA, 2004:4);
- addisionele wetgewing eers geïmplementeer moet word ten einde vroedvroue te magtig om abortiewe medikasie toe te dien (Van der Westhuizen, 2001:11);
- hierdie medikasie nie noodwendig 'n volledige aborsie teweegbring nie en vroue dikwels moet terugkeer vir die finale lediging met behulp van die MVA-metode;
- 'n Cochrane oorsig aanbeveel het dat verdere studies eers die veiligheid van hierdie medikasie behoort te bevestig; en
- die relatiewe hoë koste van mifepristone in vergelyking met die MVA-metode 'n struikelblok is in die implementering daarvan.

Ter wille van die volledigheid van die bespreking van die verskillende metodes van aborsies, word die mediese metodes slegs oorsigtelik bespreek.

'n Swangerskap kan beëindig word deur gebruik te maak van 'n verskeidenheid middels in verskillende kombinasies. Volgens Kulier, Gülmezoglu, Hofmeyr, Cheng en Campana (2006:2) word hoofsaaklik gebruik gemaak van hormone (prostaglandien, óf 'n antiprogesteroon, óf 'n kombinasie van hierdie hormone) en/of methotrexate.

2.12.3.1 Prostaglandien (misoprostol of gemeprostat)

Prostaglandiene (PG'e) word gesintetiseer deur die meeste liggaamselle waarvan veral die E-groep die gastro-duodenale mukosa beskerm teen 'n verskeidenheid aggressiewe endogene en eksogene faktore. Cytotec® (misoprostol) is ontwikkel as 'n sintetiese analoog van Prostaglandien E1 (PGE1). Volgens Gebhardt en Arends

(2008:46) is Cytotec® geregistreer as 'n nie-steroïed anti-inflammatoriese middel om gastriese ulcers te voorkom en te behandel, maar die middel het ook 'n servikale voorbereiding ('cervical ripening') en uterotoniese eienskap. Weens hierdie effek van prostaglandiene op die vroulike voortplantingsstelsel word prostaglandiene dus toegedien vir die voorbereiding van die serviks voor die chirurgiese óf mediese beëindiging van 'n swangerskap. Die aangemelde volledige aborsietendens met die gebruik van misoprostol wissel tussen 61% vir 'n enkel dosis tot 93% vir 'n herhalingsdosis (Kulier *et al.*, 2006:2). Cytotec® word tans algemeen in die Wes-Kaap gebruik vir servikale voorbereiding voor die chirurgiese beëindiging van swangerskappe.

Prostaglandien E2 en F2 word nie in staatsgesondheidsorgfasiliteite gebruik vir servikale voorbereiding voor aborsieprosedures nie, hoofsaaklik weens die koste daaraan verbonde en ook omdat Prepidil® (PGE2) in 'n yskas geberg moet word. Die gebruik daarvan is dus nie geskik in afgeleë gebiede van die land nie. Die toediening van PGF2 benodig meer indringende prosedures, naamlik intraveneuse of intra-uteriene toediening en is dus ook nie geskik vir gebruik in afgeleë gebiede nie (Steyn, 2008:1).

Gemeprost is ook 'n prostaglandien wat die serviks versag en dilateer en die uterus stimuleer om saam te trek. Dit word gebruik vir servikale voorbereiding tydens chirurgiese metodes van aborsie, maar ook om swangerskappe te beëindig. Rabe, Helk, Kiesel, Zwick en Runnebaum (1985:1) het reeds in die tagtigerjare bevind dat gemeprost 1 mg wat vaginaal toegedien word, die serviks tot só 'n mate versag en dilateer dat verdere meganiese dilatasie nie nodig is nie. Hierdie effek verminder dus die trauma geassosieer met meganiese dilatasie.

2.12.3.1.1 Misoprostol of gemeprost alleen tot 12 swangerskapsweke (< 12 weke)

Volgens die WGO (WHO, 2003:37) is misoprostol effektief, heelwat goedkoper as gemeprost en benodig nie verkoeling nie. Alhoewel die toediening van misoprostol meer effektief is as gemeprost (Ekerhovd *et al.*, 2003:722), het studies bevind dat misoprostol wat alleen toegedien word minder effektief is, die prosedure langer neem en meer gastro-intestinale neue-effekte voorkom as wanneer dit in kombinasie met mifepristone (sien paragraaf 2.12.3.3) toegedien word. Daar is ook die moontlikheid van 'n teratogeniese effek in die geval van voortgesette swangerskappe (WHO, 2003:38). Barbosa, Nogueira en Giacheti (2005:140) het 'n studie gedoen met

betrekking tot kinders met Moebius-sindroom en die abortiewe gebruik van misoprostol (Cytotec®). Alhoewel genetiese oorsake vir hierdie sindroom wyd aanvaar word, het die outeurs bevind dat 66,7% van moeders wat kinders met hierdie sindroom het, onsuksesvol was om hul swangerskap tydens die eerste trimester met Cytotec® te beëindig. Die sindroom word met misvormde ledemate geassosieer. Die WGO (WHO, 2003:38) meld dat misoprostol vrylik beskikbaar en goedkoop is en dat 'n aantal lande egter gerapporteer het dat misoprostol tot die afname van onveilige aborsies bydra ten spyte van die bogenoemde bevindings.

2.12.3.1.2 Misoprostol of gemeprost alleen ná 12 swangerskapsweke (> 12 weke)

Studies het bevind dat 'n verskeidenheid dosisse misoprostol tot 84% effektief is om 'n aborsie binne 24 uur te indueer, alhoewel dit nie so vinnig werk as wanneer dit in kombinasie met mifepristone (sien paragraaf 2.12.3.3) gegee word nie. Volgens die WGO (WHO, 2003:39) is die vaginale toediening van gemeprost alleen, in verskeie lande geregistreer vir die beëindiging van tweede trimester swangerskappe. Ongeveer 80% tot 95% vroue aborteer binne 24 tot 48 uur met hierdie toediening.

2.12.3.2 Antiprogesteron (mifepristone)

Die effek van progesteron is hoofsaaklik om die swangerskap te behou. Progesteron is bekend vir die inhiberende uitwerking op die kontraktiele respons van die gladdespiervesels in die miometrium. Volgens Sweet (2003:344) speel progesteron dwarsdeur die swangerskap 'n kritieke rol in die voorkoming van immuunverwerping van die fetoplasentale eenheid. Onder die invloed van progesteron word die serviks ferm en bly dit stewiger toe (Sweet, 2003:79).

Mifepristone (RU486) is 'n antiprogesteron wat die werking van progesteron blokkeer en sodoende ook die voortsetting van die swangerskap voorkom. Mifepristone is aangedui om swangerskappe tot 49 dae, bereken vanaf die eerste dag van die laaste menstruasie, te beëindig. Volgens Sweet (2003:516) word mifepristone in 96% van gevalle suksesvol gebruik om die swangerskap te beëindig tot nege weke swangerskapsduur. Volgens Kulier *et al.* (2006:2) het studies egter bevind dat mifepristone wat alleen toegedien word slegs in 60% tot 80% van gevalle tot aborsie lei, afhangende van die swangerskapsduur en die dosis wat toegedien is.

2.12.3.3 Die gebruik van mifepristone gekombineerd met prostaglandien (misoprostol of gemeproost)

Volgens Kulier *et al.* (2006:2) is mifepristone in kombinasie met 'n prostaglandien (misoprostol of gemeproost) meer effektief.

2.12.3.3.1 Mifepristone gekombineerd met prostaglandien tot nege weke swangerskapsduur (<9 weke)

Volgens die WGO (WHO, 2003:29) is die gebruik van mifepristone gekombineerd met prostaglandien 98% veilig en effektief en is dit 'n aanvaarbare metode om aborsie tot en met nege voltooide weke van swangerskap teweeg te bring. By slegs 2% tot 5% van die vroue is 'n chirurgiese ingreep ná die tyd nodig om 'n onvolledige aborsie of bloeding te hanteer.

Die effek van mifepristone ontwikkel oor 'n tydperk van 24 tot 48 uur. Om hierdie rede word dit aanbeveel dat prostaglandien ná 36 tot 48 uur toegedien word om uteriene kontraksies teweeg te bring en dus te help met die uitwerp van swangerskapsprodukte (Kulier *et al.*, 2006:2). Volgens die WGO (WHO, 2003:38) word die gekombineerde toediening van mifepristone en misoprostol tussen nege en 12 weke van swangerskap nog ondersoek.

2.12.3.3.2 Mifepristone gekombineerd met prostaglandien ná 12 weke swangerskapsduur (>12 weke)

Volgens die WGO (WHO, 2003:38) is mondelingse mifepristone opgevolg ná 36 tot 48 uur met vaginale misoprostol of gemeproost en 'n verdere mondelingse dosering van misoprostol elke drie uur tot 'n maksimum van vier dosisse veilig en effektief in 97% van vroue.

2.12.3.4 Ander mediese aborsiemiddels

Methotrexate, 'n sitotoksiese middel wat normaalweg gebruik word om onder meer kanker, reumatoïede artritis en psoriase te behandel, word ook in kombinasie met misoprostol gebruik as 'n mediese metode vir aborsies tot sewe voltooide swangerskapweke in dié lande waar mifepristone nie beskikbaar is nie. Die gebruik van methotrexate met misoprostol tydens eerste trimester aborsies is sedert 1993 in gebruik. 'n Algehele suksessyfer van 92% is gerapporteer met die toediening van 50 mg methotrexate opgevolg deur 800 ug intravaginale misoprostol ses of sewe dae later (WHO, 2003:39). Kulier *et al.* (2006:3) het bevind dat indien misoprostol sewe

dae in plaas van drie dae ná methotrexate toegedien word, 'n volledige aborsie in 98% van gevalle voorgekom het.

Die WHO Toxicology Panel beveel egter nie die gebruik van hierdie middel aan nie weens die besorgdheid oor die teratogeniese effek daarvan. Die spesifieke risiko's is nie bekend nie, maar defekte aan ledemate, asook skedel- en gesigsabnormaliteite is wel gerapporteer in gevalle waar die induksie van die swangerskap misluk het met methotrexate en die swangerskap voortgesit is (WHO, 2003:39).

Ander middels wat gebruik word om uteriene kontraksies teweeg te bring en aborsie te induseer vanaf 12 voltooide weke van swangerskap sluit onder meer in die intraveneuse of intramuskulêre toediening van oksitosien en hipertoniëse oplossings. Hierdie middels word nie deur die WGO aanbeveel nie, aangesien dit ingrypend van aard en gevolglik minder veilig is as die nuwe mediese metodes wat in gebruik is (WHO, 2003:39).

2.12.3.5 Nuwe-effekte van mediese metodes van aborsie

Stuebe (2005:2) som die nuwe-effekte van mediese metodes soos volg op:

- erge bloedverlies (gemeet of klinies bepaal deur verlaging van die hemoglobien);
- abdominale pyn (bepaal deur terugvoer van die betrokke pasiënte of volgens analgesie wat gebruik is);
- naarheid, braking en/of diarree;
- onsuksesvolle uitwerping van die swangerskapsprodukte ná vier tot ses uur;
- onvolledige aborsie; en
- fetale abnormaliteite indien die beëindiging onsuksesvol was.

Die WGO (WHO, 2003:35) beveel aan dat mediese metodes van aborsie nie gebruik moet word in geval van chroniese of akute kardiovaskulêre toestande, adenale of lewerversaking, bloedingsneigings, ektopiese swangerskap, erge rook, respiratoriese of renale toestande, of allergieë vir bogenoemde middels nie. Die gebruik van mediese metodes van aborsies benodig egter 'n vakuum-aspirasie opvolgprosedure in geval van 'n onsuksesvolle of onvolledige aborsie. Die WGO noem ook dat die beskikbaarheid van veilige en effektiewe mediese metodes om aborsie te induseer tans nog beperk is (WHO, 2003:29).

2.12.3.6 'n Cochrane-oorsig

'n Cochrane-oorsig, wat onlangse studies betreffende die verskeie mediese metodes met die oog op 'n volledige aborsie evalueer, is deur Kulier *et al.* (2006:4) gedoen. Hierdie oorsig het 39 studies ingesluit wat die effek van enkel of gekombineerde mediese metodes tydens die vroeë eerste trimester (<49 dae) en laat eerste trimester (>49 dae) ondersoek het. Die bevindings word soos volg opgesom:

- Misoprostol wat vaginaal toegedien word, is meer effektief as per mond;
- Misoprostol 800 ug vaginaal is meer effektief as gemeprostat 0.5 mg;
- Nuwe-effekte van naarheid en diarree het meer dikwels voorgekom indien misoprostol mondelings toegedien is;
- Misoprostol alleen toegedien was statisties minder effektief as wanneer in kombinasie toegedien;
- Gemeprostat 1 mg blyk in enkele gevalle meer doeltreffend te wees as 0.5 mg, maar geen statistiese beduidendheid is bevind nie;
- Gemeprostat alleen toegedien is minder effektief om 'n volledige aborsie teweeg te bring as in kombinasie met mifepristone;
- Mifepristone 200 mg is net so doeltreffend as 600 mg;
- Mifepristone alleen toegedien is minder effektief as wanneer in kombinasie toegedien met prostaglandien;
- Die effek van mifepristone blyk nie geaffekteer te wees deur die verlaging van die dosis van 600 mg tot 200 mg wanneer dit met misoprostol 400 ug gekombineer word nie;
- Gekombineerde mifepristone/prostaglandien toegedien op dag 3 blyk minder effektief te wees as op dag 1;
- Methotrexate: geen verskil ten opsigte van volledige aborsie indien intramuskulêr of mondelings toegedien word nie; en
- Methotrexate gekombineer met prostaglandien blyk >90% effektief te wees.

Kulier *et al.* (2006:7) het tot die gevolgtrekking gekom dat 'n verskeidenheid effektiewe en veilige mediese aborsiemetodes dus beskikbaar is vir die beëindiging van swangerskap binne die eerste drie maande. *Die mees effektiewe en veilige metode met minder nuwe-effekte van naarheid en diarree, is dus 'n kombinasie van misoprostol ('n prostaglandien) 400 ug vaginaal toegedien en mifepristone ('n antiprogesteron) 200 mg op dag 1 tot dag 2 ten einde 'n volledige aborsie teweeg te bring gedurende die eerste trimester tot 49 dae (<7 weke) en hoogstens 63 dae (9 weke).* Methotrexate in kombinasie met 'n prostaglandien is 'n alternatief tot die

mifepristone/prostaglandien regime in plekke waar mifepristone óf onverkrygbaar óf onbekostigbaar is.

Die toepassing van bogenoemde metodes word egter bevraagteken in swak toegeruste fasiliteite waar 'n intra-uteriene swangerskap nie bevestig kan word deur 'n sonar nie, en/of waar noodfasiliteite nie beskikbaar is nie en vroue minder geneig is om opvolgafsprake by te woon. Die groter bloedverlies tydens mediese metodes van aborsie versus chirurgiese prosedures, asook die relatief hoë koste van mifepristone is 'n struikelblok in die implementering van mediese metodes van aborsie in swak toegeruste fasiliteite (Kulier *et al.*, 2006:7).

2.12.4 Pynverligting

Die graad van pyn wat met 'n aborsie ervaar word varieer volgens die ouderdom en graviditeit van die vrou, die swangerskapsduur, die mate van servikale ontsluiting, die verskaffing van pre-aborsie berading al dan nie, die mate van simpatie wat die vrou ontvang, die mate van angstigheid wat die vrou ervaar, asook die tydsinterval tussen die toediening van lokale verdowing en die prosedure. Die meeste aborsies word onder lokale verdowing uitgevoer. 'n Aantal klinieke dien addisionele medikasie, soos kalmeermiddels, toe om pyn beter te beheer. 'n Studie deur Castleman en Mann (2002:2) het egter bevind dat mondelingse kalmeermiddels nie pyn tydens 'n uteriene aspirasie verminder nie.

Bewuste sedasie word verkry deur die toediening van intraveneuse kalmeer- en narkotiese middels ten einde die bewussyn tot so 'n mate te onderdruk dat pyn effektief beheer kan word terwyl die vrou nog kan kommunikeer. Die pasiënt moet egter noukeurig waargeneem word en gesondheidsorgpraktisyns moet opgelei wees in kardiopulmonale resussitasie en die gebruik van resussitasie-apparaat en antagonismedikasie ten einde 'n moontlike respiratoriese arres te kan hanteer (Castleman & Mann, 2002:5). Volgens 'n studie wat deur Rawling en Wiebe (1998:295) gedoen is om die effektiwiteit van bewuste sedasie te bepaal, is bevind dat die gemiddelde pyntelling op 'n skaal van een tot tien 4,41 was met die toediening van bewuste sedasie teenoor 5,32 vir diegene wat nie bewuste sedasie ontvang het nie. Hulle beveel verdere navorsing aan ten einde te bepaal of die risiko's, newe-effekte en ongemak wat met bewuste sedasie geassosieer word opweeg teen die minimale effek op pynvermindering.

Volgens Wiebe, Trouton en Savoy (2005:2028) word die meeste eerste trimester aborsies tans uitgevoer deur gebruik te maak van lokale verdowing via 'n paraservikale blok met fentanyl of lidokaiën vir pynbeheer deurdat die parasimpatiese senuwesels S2 tot S4 wat die serviks en laer uterienesegment voorsien, verdoof word. Hul studie het 'n vergelyking getref tussen 100 ug fentanyl intraveneus teenoor dieselfde dosis wat intraservikaal toegedien word en gevind dat fentanyl wat intraveneus toegedien word meer effektief is vir pynbeheer as wanneer fentanyl intraservikaal toegedien word. Aangesien die uteriene fundus nie verdoof word deur die paraservikale blok nie, word aanbeveel dat nie-steroïede inflammatoriese middels soos mondelingse ibuprofeen 800 mg en naproksen 550 mg sowat 30 tot 60 minute voor aanvang van die prosedure toegedien word (Castle & Mann, 2002:3).

Ten spyte daarvan dat algemene narkose pyn volledig beheer gedurende die uitvoer van aborsies en die proseduretyd verkort, beveel Stubblefield (1989:131) aan dat algemene narkose vermy moet word weens die hoë aantal risiko's wat met narkose geassosieer word. Algemene narkose vereis ook addisionele personeel en geriewe wat die koste van die prosedure onnodig verhoog. Die gebruik van intraveneuse narkotiese middels, daarenteen, is effektief, redelik algemeen beskikbaar en relatief goedkoop.

Volgens die WGO (WHO, 2003:31) is die volgende tipes medikasie algemeen in gebruik vir die verligting van pyn gedurende 'n aborsie:

- *Analgetika* – verminder die sensasie van pyn. Drie afsonderlike studies het egter bevind dat parasetamol oneffektief is om post-prosedure pyn te verlig;
- *Sedeermiddels* – verminder angstigheid. Die pre-operatiewe toediening van diasepam verminder vrees en induseer ontspanning wat daartoe bydra dat die prosedure makliker uitgevoer word. Hierdie middels kan egter amnesie en lomerigheid tot gevolg hê wat vroeë ambulansie kan vertraag;
- *Lokale verdowing* – 'n Paraservikale blok verdoof die fisieke sensasie van die serviks deurdat lokale verdowing by die vier kwadrant posisies rondom die serviks ingespuut word. Dit word toegedien wanneer meganiese servikale dilatasie tydens 'n chirurgiese aborsie benodig word;
- *Nie-steroïed anti-inflammatoriese middels* – verminder pyn en krampe geassosieer met mediese of chirurgiese metodes van aborsie.

Volgens die WGO (WHO, 2003:31) is analgetika, lokale verdoving en/of ligte sedasie, aangevul met verbale ondersteuning, meestal voldoende vir die hantering van pyn tydens die uitvoer van eerste trimester aborsies.

2.12.5 Hantering van aborsiekomplikasies

Die hoë morbiditeit- en mortaliteitsyfer van vroue word internasionaal en ook in Suid-Afrika toegeskryf aan onveilige aborsies wat in onveilige omstandighede geïnduseer is, óf aan spontane aborsies wat nie toepaslik behandel is nie.

Fawcus, McIntyre, Jewkes, Rees, Katzenellenbogen, Shabodien, Lombard en Truter (1997:438) het met hul studie gerapporteer dat die meerderheid van onvolledige aborsies in Suid-Afrikaanse staatsgesondheidsorgfasiliteite behandel word deur 'n evakuasie met skerp kurettasie onder algemene narkose. Navorsing het egter bewys dat 'n onvolledige aborsie effektief en veilig hanteer kan word met behulp van die MVA-metode onder sedasie of ander medikasie vir pynbeheer op 'n buitepasiëntebasis indien die onvolledige aborsie ongekompliseer is.

Indien die onvolledige aborsie egter gekompliseer is met post-aborsie sepsis, is dit noodsaaklik dat die vrou vir verdere hantering verwys word na 'n vlak twee of vlak drie gesondheidsorgfasiliteit. Abdominale chirurgie onder algemene narkose en/of intensiewe sorg word dikwels benodig met 'n kombinasie van die volgende intervensies: ventilasie, hemodialise, antibiotika per mond of intraveneus, bloedtransfusie, verdere chirurgie soos die herhaling van die lediging, laparotomie vir die dreinering van die abses, of histerektomie.

By die bestuur van onvolledige aborsies behoort dit die doel te wees om sorg te verskaf wat koste-effektief, veilig, toepaslik, beskikbaar en aanvaarbaar is (Fawcus *et al.*, 1997:441).

2.12.6 Post-aborsie sorg

Volgens Belton (2003:1) behoort post-aborsie sorg nie net kontrasepsie en mediese probleme soos aborsiekomplikasies en die behandeling en/of voorkoming daarvan te behels nie, maar moet dit ook die sosiale, emosionele en geestelike aspekte van die vrou wat 'n aborsie ondergaan het insluit, aangesien laasgenoemde dikwels geïgnoreer word. Safehaven (2007:1) maak melding van die Post-aborsie Sindroom (PAS) wat 'n vorm van PTSS is waar 'n persoon 'suffered an event so stressful and so traumatic that the person is taken beyond his/her ability to cope in a normal manner'.

2.13 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is 'n oorsig gegee van die faktore wat aanleiding gegee het tot die implementering van aborsiewetgewing in Suid-Afrika, asook van die implikasies van die wetgewing op dienslewering. Die betrokke wetgewing en beleid, sowel as die verskillende metodes wat in gebruik is om ongewenste swangerskappe te beëindig, is breedvoerig bespreek.

Heelwat navorsing is reeds gedoen oor verskeie aspekte van aborsies en die problematiek verbonde aan die dienslewering daarvan. Dit is duidelik dat gesondheidsorgdienste 'n dilemma in die gesig staar deurdat hulle aborsiesorgdienste moet verskaf aan diegene wat die dienste versoek en ingevolge aborsiewetgewing daarop geregtig is, maar terselfdertyd moet hulle die gesondheidsorgpraktisyns beskerm en hul waardes, oortuigings en regte ingevolge die Grondwet respekteer.

Teen die agtergrond van die navorsingsvrae wat in hierdie studie gestel is, is dit duidelik dat die voortslepende tekort aan opgeleide gesondheidsorgpraktisyns, te midde van ander faktore, tot 'n groot mate tot die problematiek van dienslewering bydra. Aangesien die verpleegkundige deur aborsiewetgewing gemagtig word om aborsies voor 12 weke swangerskapsduur uit te voer, is dit noodsaaklik dat sy/haar opleiding ondersoek moet word.

In hoofstuk 3 word die implikasies van die implementering van die aborsiewetgewing op opleiding, asook die verskeie rolspelers se verantwoordelikhede betreffende aborsiesorgopleiding, ondersoek. 'n Uiteensetting word gegee van die bestaande riglyne en protokol en die problematiek verbonde aan aborsiesorgopleiding.

HOOFSTUK 3

ABORSIESORGOPLEIDING EN 'N TEORETIESE ONDERBOU TOT 'N OPLEIDINGSRAAMWERK BINNE HOËRONDERWYS

3.1 INLEIDING

Vanuit die voorafgaande literatuuroorsig blyk dit dat heelwat navorsing voortdurend gedoen word oor alle aspekte van aborsiesorg en die problematiek van dienslewering, maar dat navorsing oor die opleiding van gesondheidsorgpraktisyns in aborsiesorg uiters beperk is.

Dit blyk ook dat die voortslepende tekort aan gesondheidsorgpraktisyns tot die problematiek van dienslewering bydra en dat die tekort aan doeltreffend opgeleide verpleegkundiges wat aborsiesorgdienste by vlak een gesondheidsorgfasiliteite moet lewer, nie voorheen voldoende ondersoek is nie. Aangesien die verpleegkundige deur aborsiewetgewing gemagtig word om aborsies voor 12 weke swangerskapsduur uit te voer, is dit noodsaaklik dat sy/haar opleiding ondersoek en moontlik aangepas moet word.

3.2 GEHALTE ABORSIESORG

Volgens Berer (2000:582) verwys gehalte aborsiesorg na die toeganklikheid, verbruikersvriendelikheid, kwaliteit en veiligheid van dienste ten einde in die behoeftes van die vrou te voorsien wat 'n beëindiging van haar onbeplande en onwelkome swangerskap versoek. Dit sluit die verskaffing van alle aspekte van aborsiesorg deur opgeleide gesondheidsorgpraktisyns in, asook die effektiewe behandeling van komplikasies ná veilige, sowel as onveilige aborsies, maar ook enige ander reprodktiewe gesondheidsorgdienste wat sy mag benodig (Berer, 2000:582).

3.3 DIE IMPLIKASIES VAN DIE IMPLEMENTERING VAN ABORSIEWETGEWING OP OPLEIDING

Die implementering van nuwe wetgewing impliseer nie alleen dat nuwe dienste beskikbaar gestel word nie, maar dat gesondheidsorgpraktisyns ooreenkomstig opgelei moet word ten einde hierdie dienste doeltreffend te kan verskaf. Die implikasies van die aborsiewetgewing vir die opleiding van verpleegkundiges word vervolgens bespreek.

3.3.1 Die infrastruktuur betreffende gesondheidsorgpraktisyns

Die nodige infrastruktuur was nie daargestel voordat die aborsiewetgewing geïmplementeer is nie. Volgens Berer (2000:586) was 'n gekoördineerde program met riglyne wel op nasionale vlak ingestel om te verseker dat primêre en sekondêre gesondheidsorgfasiliteite gereed sou wees vir die uitvoer van aborsies. Al nege provinsies in Suid-Afrika het provinsiale planne en riglyne ontwikkel in samewerking met óf 'n mediese skool óf 'n tersiêre akademiese hospitaal, maar gesondheidsorgpraktisyns is nie vooraf opgelei om aborsiesorgdienste te verskaf nie.

Dit is interessant om daarop te let dat minder as 8% van verpleegkundiges reeds in 1996 tydens 'n opname aangedui het dat dit vir vroue moontlik behoort te wees om 'n aborsie op versoek te ondergaan (Althaus, 2000:4). Die meerderheid van verpleegkundiges was dus voor die implementering van die aborsiewetgewing nie ten gunste van aborsies op versoek nie, wat later 'n groot uitwerking op die beskikbaarheid van verpleegkundiges op hierdie gebied van gesondheidsorg sou hê. Sibuyi (2004:3) noem dat daar geen opgeleide vroedvroue was in die aangewysde fasiliteite met die inwerkingstelling van die aborsiewetgewing in Februarie 1997 om aborsies uit te voer nie. Aborsies is van Februarie 1997 tot Desember 1998 deur geneeshere uitgevoer.

Volgens 'n verslag deur Dickson-Tetteh en Billings (2002:146) is dit duidelik dat opleiding, kurrikulering en diensverskaffing deur vroedvroue eers ná die implementering van aborsiewetgewing ingestel is. Opleiding is deur dieselfde instansie wat dit ontwikkel en aangebied het, geëvalueer met hoofsaaklik gunstige terugvoer.

Volgens Van der Westhuizen (2001:6) het die Nasionale Direkoraat: Moeder-, Kinder- en Vrouegesondheid die Nasionale Aborsiesorgprogram eers in April 1998 ingestel om te verseker dat verskaffers in alle provinsies en op elke vlak van versorging opgelei sou word. Die RHRU by Baragwanath Hospitaal was verantwoordelik vir die koördinering van hierdie geborgde opleidingsprogram. Volgens die *Reproductive Health Training Directory* (Braam, Beksinska & Edwards-Miller, 1999:1) is die Nasionale Aborsiesorgprogram in ál nege provinsies geïmplementeer.

Die hoofdoel van die program was om die kapasiteit van primêre gesondheidsorgdienste te ontwikkel ten einde veilige en toeganklike

aborsiesorgdienste van 'n hoë gehalte te verskaf, sowel as om aborsiekomplikasies doeltreffend te hanteer, kontrasepsiedienste te verskaf en berading aan vroue te gee. Die program was daarop gemik om dienste nader aan die gemeenskappe te bring waar veral arm vroue leef en diegene in afgeleë gebiede (Dickson-Tetteh & Billings, 2002:146).

Ten einde in hierdie doel te slaag was die sleutelemente van die Nasionale Aborsiesorgprogram om geneeshere op te lei in die gebruik van die MVA-metode vir die beëindiging van swangerskappe, asook die hantering van onvolledige aborsies, maar ook om die Midwifery Abortion Care Training Programme te implementeer (Van der Westhuizen, 2001:6).

Die Midwifery Abortion Care Training Programme se opdrag was aanvanklik om 'n aborsiesorgkurrikulum en -handleiding te ontwikkel; geregistreerde vroedvroue in aborsiesorg op te lei en vroedvroue se aborsiesorg ná die opleiding te evalueer. Volgens Van der Westhuizen (2001:6) is die Midwifery Abortion Care Training Curriculum teen Julie 1998 ontwikkel en deur die SARV goedgekeur. Van der Westhuizen (2001:11) sê dié program 'breaks new ground for midwives in South Africa and around the world, providing an innovative model for expanding midwives' scope of practice to include elective abortion care services'.

Gebaseer op hierdie goedgekeurde kurrikulum was die RHRU in samewerking met International Projects Assistance Services (IPAS) verplig om teen Oktober 1998 'n opleidingshandleiding, die *Abortion Care Manual*, saam te stel en te finaliseer vir die opleiding van geregistreerde vroedvroue in aborsiesorgdienste. Die opleidingsduur van die kursus was 160 ure, waarvan 80 teoretiese ure en 80 praktiese ure was. Die kursusduur van 160 ure was 'n vereiste van die SARV vir kortkursusse ten einde sertifisering te verseker. Die handleiding is voorgelê aan verskeie rolspelers, naamlik die SARV, opleidingsinstellings vir vroedvroue, mediese skole, nasionale en provinsiale reproductiewe gesondheidsdepartemente, praktiserende vroedvroue, hoërondewysinstellings betrokke in reproductiewe gesondheidsprogramme en organisasies gemoeid met reproductiewe regte (Van der Westhuizen, 2001:7). Die terugvoer van al hierdie rolspelers is egter nie bekend nie.

Ongeveer 21 maande nadat die aborsiewetgewing geïmplementeer is, is geregistreerde vroedvroue vanaf November 1998 tot Mei 1999 opgelei vir ongeveer ses maande. Twee-en-twintig vroedvroue is gedurende die eerste kursus van twee

weke deur die RHRU in samewerking met IPAS opgelei as instrukteurs ten einde vroedvroue in hul onderskeie provinsies op te lei. Volgens Althaus (2000:4) het minstens twee geneeshere en twee vroedvroue van elke provinsie die kursus bygewoon. Die vroedvroue is opgelei in die MVA-tegniek, sindroombehandeling vir seksueel-oordraagbare siektes, asook post-aborsie kontrasepsie en berading.

Volgens Dickson-Tetteh en Billings (2002:146) het die RHRU 'n omvattende evaluering gedurende Oktober 1999 tot Januarie 2000 onderneem om die kwaliteit van aborsiesorgdienste wat hierdie opgeleide vroedvroue verskaf, te evalueer. Hierdie ondersoek het 27 fasiliteite in die onderskeie provinsies ingesluit waarvan ag primêre, dertien sekondêre en ses tersiêre gesondheidsorgfasiliteite was. Veertig vroedvroue wat die voorgestelde kursus voltooi het, is geëvalueer. Slegs een sekondêre fasiliteit en vyf opgeleide vroedvroue in die Wes-Kaap is deur hierdie navorsers betrek. Hul belangrikste bevinding was dat vroedvroue hoë kwaliteit aborsiesorgdienste in die afwesigheid van geneeshere voorsien. Die getalle wat betrek was in hierdie navorsing is egter te beperk om geloofwaardige afleidings te kan maak.

Die navorser is oortuig dat 'n onafhanklike studie waarskynlik noodsaaklik is ten einde hierdie resultate van 2000 met betrekking tot die kwaliteit aborsiesorgdienste wat opgeleide vroedvroue verskaf, te vergelyk en aanbevelings te maak betreffende hul opleiding. Die RHRU se aanbeveling dat aborsiesorg in die vroedvrou se opleiding geïntegreer moet word kan dus nie sonder meer op grond van hierdie resultate geïmplementeer word nie. Soos genoem, is 22 vroedvroue met die eerste kursus wat aangebied is opgelei as instrukteurs ten einde ander vroedvroue in aborsiesorg op te lei. Die navorser is ook van mening dat hierdie vroedvroue nie noodwendig voldoende ondervinding in óf die uitvoer van aborsies, óf die opleiding van studente op tersiêre vlak het om effektiewe opleiding te kon verskaf nie. Thom (2003:5) noem by terugskouing dat die potensiële aborsiesorgverskaffers, naamlik vroedvroue en geneeshere, sowel as die professionele verenigings, van die begin af betrek moes gewees het by die opstel en beplanning van onderskeidelik aborsiewetgewing en aborsiesorgdienste.

3.3.2 Opleiding en sertifisering van vroedvroue

Opleiding en sertifisering van vroedvroue in Suid-Afrika is geïdentifiseer as 'n kritieke stap om aborsiesorgdienste van 'n hoë gehalte toeganklik te maak vir alle vroue.

Opleiding behels dat geregistreerde vroedvroue die aanbevole kursus in aborsiesorg voltooi en deur die SARV gesertifiseer word ten einde aborsiesorg te kan lewer. Die meeste ontwikkelde lande vereis dat ginekoloë aborsies uitvoer, maar is volgens Berer (2000:586) nie noodsaaklik indien die aborsie uitgevoer word voor 14 weke swangerskapsduur nie. Berer is ook van mening dat vroedvroue met toepaslike en doeltreffende opleiding die toepaslikste verskaffers van aborsiesorgdienste sou wees. Sibuyi (2004:75) ondersteun hierdie standpunt en noem verskeie redes waarom vroedvroue die ideale gesondheidsorgpraktisyns is vir die uitvoer van aborsies:

- die databasis van die SARV toon dat daar meer vroedvroue as enige ander kategorie van verpleegkundiges in Suid-Afrika geregistreer is;
- praktiserende vroedvroue se basiese vaardighede betreffende neem van geskiedenis, doen van fisieke ondersoek en voorligting en/of berading, kan maklik uitgebou word ten einde die beskikbaarheid, toeganklikheid en kwaliteit van aborsiesorg te verseker;
- die opleiding van vroedvroue in aborsiesorg is meer koste-effektief in vergelyking met die opleiding van geneeshere;
- die meerderheid vroedvroue is vroue en vroulike pasiënte is meer gemaklik met vroulike diensverskaffers;
- vroedvroue is meestal vanuit die gemeenskap waar hul werksaam is en is dus meer geneig om die behoeftes van die gemeenskap te verstaan; en
- vroedvroue is die mees beskikbare gesondheidsorgverskaffers in die afgeleë gebiede waar 'n groot proporsie van Suid-Afrikaanse burgers woon, terwyl geneeshere in die stedelike gebiede gekonsentreerd is.

Volgens Sibuyi (2004:75) is die grootste bydrae van die wetgewing om vroedvroue wat die voorgestelde opleiding ondergaan het, toe te laat om swangerskappe te beëindig tot 12 swangerskapsweke. Die huidige probleem is dat verpleegkundiges se voorregistrasie opleiding geen chirurgiese prosedures insluit nie, behalwe die knip van 'n episiotomie indien daar 'n indikasie vir sodanige prosedure is, sowel as knip van die naelstring. Sommige studente en dosente is ook vir godsdienstige redes nie bereid om swangerskappe te beëindig nie. Insluiting van opleiding met betrekking tot aborsies op versoek in die voorregistrasie kursusse is dus onbillik teenoor die betrokke leerder, sowel as die dosent.

3.3.3 Tekort aan doeltreffend opgeleide vroedvroue

Sedert die implementering van genoemde wetgewing is die tekort aan doeltreffend opgeleide vroedvroue - oftewel gesertifiseerde vroedvroue - wat voorligting en berading aan swanger vroue gee, sowel as die aborsies uitvoer en/of probleemgevalle moet verwys, 'n wesenlike probleem en kan daar nie aan gemeenskappe se behoeftes voldoen word betreffende die hantering van ongewenste swangerskappe nie (Varkey, 2000:1). Van der Westhuizen (2001:8) verwys in haar verslag na die probleem wat veroorsaak word deur die groot aantal vroue wat aborsiesorgdienste by gesondheidsorgfasiliteite landwyd versoek en die werksoorlading, veral van verpleegkundiges wat ook by heelwat ander verpleegkundige take betrokke is.

Statistiek van die Departement van Gesondheid (Department of Health⁽¹⁾, 2006) toon dat daar sedert Februarie 1997 tot Desember 2005 'n totaal van 44 219 vrywillige aborsies in staatsgesondheidsorgfasiliteite in die Wes-Kaap gedoen is. Dickson-Tetteh en Billings (2002:146) noem dat slegs 81 vroedvroue hul opleiding teen die einde van 1999 voltooi het en gesertifiseer is om aborsiesorgdienste te verskaf. Nege-en-sestig van hierdie vroedvroue het wel die dienste in die onderskeie provinsies aangebied. Slegs vyf van hierdie vroue was in die Wes-Kaap werksaam. Thom (2003:1) maak melding dat daar in 2003 slegs agt opgeleide vroedvroue en enkele geneeshere in die Wes-Kaap was wat bereid was om aborsies op versoek uit te voer, en gaan voort deur te sê dat navorsers nie in staat is om te bevestig hoeveel dokters en verpleegkundiges tans aborsies in die nege provinsies van die land uitvoer nie. Die SARV bevestig ook per e-pos dat SARV-statistiek nie beskikbaar is ten opsigte van geregistreerde verpleegkundiges wat aborsiesorgopleiding voltooi het nie (SANC, 2007). Die grootste probleem is dat vroedvroue nie noodwendig in aborsiesorgdienste werksaam is nadat hulle die aborsiesorgopleiding voltooi het nie.

Tabel 3.1 dui die aantal gesertifiseerde verpleegkundiges aan wat teen einde Desember 2006 die aborsiesorgkursus voltooi het en wel die kwalifikasie by die SARV gelys het (SANC, 2007). 'n Telefoniese gesprek met 'n verpleegkundige by die Departement van Gesondheid gedurende Maart 2007 bevestig die voortslepende tekort en noem dat aborsies gedurende 2006 teen 'n ratio van 1 600:1 gesertifiseerde verpleegkundige in die Wes-Kaap uitgevoer is. Geneeshere hanteer hoofsaaklik komplikasies van eerste trimester en tweede trimester aborsies. Varkey en Fonn (1999:8) maak melding dat navorsing dringend nodig is om te bepaal hoe die

aborsiesorgmodule in bestaande kurrikula van verpleegkundiges geïntegreer kan word om sodoende te verseker dat meer gesertifiseerde vroedvroue ontplooi word.

’n Nederlandse geneesheer, Dr M Alblas is een van slegs drie geneeshere in staatsgesondheidsorgfasiliteite in die Wes-Kaap wat bereid is om roetine tweede trimester aborsies uit te voer. Sy was aanvanklik betrokke by die implementering van die dienste, sowel as by die opleiding van verpleegkundiges. Sy merk op dat sy geweet het dat die wettiging daarvan die maklike deel was, maar dat dit moeilik sou wees om dit te implementeer (Thom, 2003:3).

Tabel 3.1
Aantal gesertifiseerde verpleegkundiges gelys by die SARV teen 2006

	Vroue	Mans	Totaal
Noordelike Provinsie	19	1	20
Noordwes	9	1	10
Mpumalanga	7	2	9
Gauteng	57	1	58
Vrystaat	7	geen	7
KwaZulu-Natal	5	geen	5
Noord-Kaap	6	1	7
Wes-Kaap	5	2	7
Oos-Kaap	10	geen	10
Totaal	125	8	133

(Bron: SANC, 2007).

’n Opname tydens onlangse waardeklarifikasie-werkswinkels toon dat daar sowat 76 aborsiesorginstrukteurs in Suid-Afrika is, maar dat die meerderheid nie aborsiesorgdienste as sulks lewer óf opleiding verskaf nie, maar hoofsaaklik betrokke is by waardeklarifikasie-werkswinkels dwarsdeur Suid-Afrika in ’n poging om gesondheidsorgpraktisyns te help om hul persoonlike en professionele houding te verander met betrekking tot aborsies (Marais, 2007:1).

3.3.4 Die Wysigingswet Nr. 38 van 2004

Weens die tekort aan gesertifiseerde vroedvroue is die aborsiewetgewing van 1996 gewysig. Die Wysigingswet Nr. 38 van 2004: Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap (RSA, 2004:6) bepaal onder meer dat ook geregistreeerde verpleegkundiges aborsies mag uitvoer indien hulle die voorgestelde kursus voltooi het. Volgens IPAS (2005:1) is die doel hiermee om die poel van middelvlak-

verskaffers – oftewel verpleegkundiges - wat in aborsiesorg opgelei kan word te vergroot. In die praktyk impliseer dit dat 'n algemene geregistreerde verpleegkundige sonder enige verloskundige opleiding slegs die voorgestelde aborsiesorgkursus voltooi en dan gemagtig is om aborsies uit te voer tot en met 12 weke swangerskapsduur. Hierdie verpleegkundiges het egter geen verloskundige kennis om swanger vroue doeltreffend te hanteer nie.

Die SARV stipuleer nie dat 'n geregistreerde verpleegkundige enige gekompliseerde prosedures of operasies moet kan doen nie, aangesien dit buite hul bestek van praktyk val. Vroedvroue moet eers 'n gevorderde opleiding in verloskunde doen alvorens hulle prosedures soos suier- en tangverlossings kan doen. Tans word daar ingevolge die aborsiewetgewing van vroedvroue met 'n basiese verloskunde opleiding en geregistreerde verpleegkundiges sonder enige verloskunde opleiding verwag om swangerskappe op 'n chirurgiese wyse te beëindig nadat hul 'n kortkursus daarin gedoen het. Dit blyk dus dat aborsies gedelegeer word na verpleegkundiges ongeag hul tipe opleiding, met die enigste vereiste dat die voorgestelde aborsiesorgkursus van 160 uur voltooi is. Laasgenoemde hou verreikende gevolge in vir die betrokke vroue, sowel as vir verpleegkundiges.

Die inwerkingtreding van die Wysigingswet is in Augustus 2006 deur die Konstitusionele Hof opgeskort nadat Doctors for Life, 'n Christelike organisasie, beswaar gemaak het teen onder andere hierdie Wysigingswet. Keyser (2006:3) noem dat die Wysigingswet deur bykans alle belangstellende organisasies teengestaan word, insluitend die verpleegstersunie, DENOSA. Van der Westhuizen (2001:7) bevestig egter dat aborsiesorgdienste wat deur geregistreerde vroedvroue verskaf word wel die volle ondersteuning van beide DENOSA en die Suid-Afrikaanse Vereniging van Verloskundiges en Ginekoloë (South African Society of Obstetricians and Gynaecologists) geniet deur te sê dat albei hierdie organisasies die rol van die vroedvrou met betrekking tot aborsiesorgdienste bepleit. Me. Cheryllyn Dudley van die ACDP politieke party noem dat DENOSA bekommerd is dat indien die regering voortgaan om verpleegkundiges met gewetensbesware te dwing om deel te neem aan aborsies die verpleegkundiges sal weier of die openbare sektor sal verlaat (Dudley, 2007:1). Dudley noem ook dat die Wysigingswet bepaal dat die aantal aangewysde gesondheidsorgfasiliteite vermeerder het sonder dat addisionele geneeshere en verpleegkundiges voorsien is om die addisionele werkslading te hanteer, en dat verpleegkundiges se werkslading gevolglik drasties verhoog is.

Die klagte met betrekking tot die Wysigingswet is gemik teen die proses van inwerkingstelling deurdat die regering nie die publiek voldoende insae gegee het in die samestelling van die gewysigde wet nie. Die Nasionale Raad van Provinsies het besluit dat openbare verhore in die onderskeie provinsies gehou moes word om insette te kon lewer toe die Wysigingswet voorgestel was. Ses van die nege provinsies het egter nie verhore gehou of geskrewe voorleggings by die publiek aangevra nie. Volgens die Konstitusionele Hof moes die Raad toegesien het dat die publiek betrek word. Die regering is 18 maande gegee om geskrewe voorleggings by die publiek te verkry betreffende die Wysigingswet. Die Wysigingswet bly egter van krag tot die Konstitusionele Hof se uitspraak waarna die Wysigingswet bekragtig, óf verder gewysig, óf geskrap sal word. Die Departement van Gesondheid het beklemtoon dat die bestaande aborsiewetgewing van 1996 nié geraak word nie (Pienaar, 2006:26). Sibongile Ndashe, 'n prokureur werksaam by die Women's Legal Centre in Kaapstad maak dit duidelik dat die Konstitusionele Hof na konsultasie verwys en nie oor 'n referendum of aborsies toegelaat behoort te word nie (Thom, 2006:1). Die Konstitusionele Hof se uitspraak is egter gedurende Januarie 2008 tot verdere kennisgewing uitgestel.

Met die finalisering van hierdie studie is die Wysigingswet van 2004 gewysig met die Wysigingswet Nr. 1 van 2008: Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap. Slegs die verwysing na die Wet op Verpleging Nr. 50 van 1978 is vervang met die verwysing na die nuwe Wet op Verpleging Nr. 33 van 2005. Geen verandering betreffende die aborsiesorg as sulks is aangebring nie.

3.4 ROLSPELERS SE VERANTWOORDELIKHEID BETREFFENDE ABORSIESORGOPLEIDING

Verskeie instellings is geïdentifiseer om aborsiesorgopleiding te verskaf aan gesondheidsorgpraktisyns. Die aard van die opleiding en die problematiek hieraan verbonde word vervolgens bespreek.

3.4.1 International Projects Assistance Services (IPAS)

IPAS onderskryf die WGO se aborsiesorriglyne en is sedert 1973 internasionaal betrokke in alle aspekte van aborsiesorg ten einde onveilige aborsies uit te roei. IPAS se kurrikulum betreffende Post-aborsiesorg is in gebruik in Botswana, Nigerië, Kenia, Bolovia, Brazil en Senekal en hul kurrikulum vir aborsiesorgopleiding met die oog op elektiewe aborsies, is in gebruik in Viëtnam, Indië, Ethiopië, Ghana, Mexico City en Suid-Afrika. Vroedvroue voer eerste trimester aborsies uit in Ghana, Viëtnam

en Suid-Afrika, terwyl vroedvroue in al die ander lande slegs post-aborsiesorg verskaf (Trueman, 2007).

Gesondheidsorgfasiliteite in Suid-Afrika beskik oënskynlik nie oor voldoende opgeleide gesondheidsorgpraktisyns in aborsiesorg ten einde in gemeenskappe se aborsiebehoefte te voorsien nie. IPAS is sedert 1995 in Suid-Afrika betrokke by die voorsiening van tegniese hulp met opleiding in dié provinsies wat nie oor voldoende opgeleide personeel beskik nie en maak ook voorspraak vir diegene wat geregtig is op die beëindiging van 'n ongewenste swangerskap en het reeds die volgende in Suid-Afrika gedoen:

- indiensopleiding van diensverskaffers om optimale kwaliteit aborsiesorgdienste te verskaf deur gebruik te maak van die MVA-tegniek;
- werk saam met belanghebbendes om kliniese opleidingkurrikula en vaardigheidsontwikkelingstandaarde te ontwikkel;
- ondersteun gemeenskapsgebaseerde werksinkels betreffende vroue se reprodktiewe gesondheid en regte;
- voorsien verskaffers van mediese instrumente, onder andere die IPAS MVA Plus® en IPAS easy Grip® kannulae;
- lei en evalueer die waardeklarifikasie-werksinkels vir vroedvroue wat hoofsaaklik gefokus is op gewetensbeswaar;
- betrokke by die deurvoer van die wysiging van bestaande wetgewing ten einde te verseker dat vroue groter toegang het tot aborsiesorgdienste in terme van meer fasiliteite wat gemagtig is om aborsies op versoek uit te voer, asook geregistreerde verpleegkundiges - diegene sonder verloskunde opleiding - wat ook gemagtig word om aborsies uit te voer mits hul die voorgestelde Aborsiesorgkursus voltooi het; en
- publiseer die *National Strategic Plan for the Implementation of the Choice on Termination of Pregnancy Act* in 'n poging om die beskikbaarheid van aborsiesorgdienste in Suid-Afrika te versnel. Hierdie strategiese plan word kortliks verduidelik.

IPAS was sedert 2001, in samewerking met die Suid-Afrikaanse Nasionale Departement van Gesondheid, besig om die *National Strategic Plan for Implementation of the Choice on Termination Act* te ontwikkel. Die strategiese plan behels 'n raamwerk vir die ontwikkeling en voorsiening van toeganklike, hoë kwaliteit, pasiënt-vriendelike aborsiesorgdienste. Die plan bevat 10 spesifieke strategieë vir die implementering van hierdie wetgewing. Een hiervan is om aborsiesorgopleiding in

alle kliniese programme te integreer in 'n poging om die voortslepende tekort aan vroedvroue wat opgelei is in aborsiesorg te verminder (IPAS, 2005:1). Laasgenoemde is tot op datum egter nog nie geïmplementeer nie.

3.4.2 Die Nasionale Departement van Gesondheid

Die Nasionale Departement van Gesondheid (Department of Health⁽¹⁾, 2007:1) fokus op dienslewering en stel die volgende ten doel:

[I]mproving access to health care for all and reducing inequity, to focus on working in partnership with other stakeholders, to improve the quality of care for all levels of the health system, especially preventive and promotive health and to improve the overall efficiency of the health care delivery system.

Soos reeds in paragraaf 2.8.1 vermeld, is Suid-Afrikaanse gesondheidsorgdienste sedert die 1980's herstruktureer vanaf 'n hoofsaaklik kuratief-gebaseerde en gefragmenteerde stelsel na 'n gemeenskapsgeoriënteerde stelsel met die klem op voorkomende en bevorderende dienste. Verpleegkundiges se basiese opleiding is ooreenkomstig aangepas. Sedert 1984 is verpleegstudente in 'n geïntegreerde program opgelei waar hulle aan die einde van hul vier jaar basiese opleiding by die SARV registreer in Verpleegkunde (algemeen, psigiatrie en gemeenskapsverpleegkunde) en Verloskunde ingevolge Reg. 425 van 1985.

Die Direkoraat: Moeder-, Kinder- en Vrouegesondheid het riglyne beskikbaar gestel vir die uitvoer van aborsies en berading (Department of Health, 1997). Die opleiding van gesondheidsorgpraktisyns moet noodwendig gebaseer wees op hierdie riglyne ten einde te verseker dat gesondheidsorgpraktisyns doeltreffend vir die diens opgelei word. Hierdie riglyne word in paragraaf 3.5.2 bespreek.

3.4.3 Die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap

Die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap het die voorgestelde 160 uur vrywillige aborsiesorgkursus beskikbaar gestel vir die opleiding van vroedvroue, asook riglyne soos vervat in omsendbrief H97/2000 uitgereik vir die uitvoer van aborsiesorg (Department of Health, 2000). Hierdie omsendbrief het alle vorige omsendbriewe betreffende die beëindiging van swangerskappe vervang en word in paragraaf 3.5.3 bespreek.

Die tekort aan gesertifiseerde vroedvroue het daartoe gelei dat die Departement van Gesondheid so veel as moontlik verpleegkundiges so vinnig as moontlik moes oplei om aborsiesorgdienste te verskaf by vlak een gesondheidsorgfasiliteite. Tans word verpleegkundiges in die Wes-Kaap slegs deur die provinsiale Departement van Gesondheid formeel opgelei in aborsiesorg.

3.4.4 Die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging (SARV)

Die SARV bepaal die minimum standaarde vir die opleiding van verpleegkundiges in Suid-Afrika en verleen slegs professionele registrasie aan verpleegkundiges wat opleiding aan 'n geakkrediteerde opleidingsinstelling voltooi het. Die SARV speel dus 'n sleutelrol in die beskerming van die publiek deur kwaliteit gesondheidsorg te verseker (SANC, 2008:1).

Opleidingsinstellings vir verpleegkundiges bepaal die aard van hul opleiding in samewerking met die SARV. Die SARV maak geen melding van aborsiesorgopleiding vir verpleegkundiges in hul regulasies of direktiewe nie. Die rol van die SARV met betrekking tot die aborsiesorgopleiding was aanvanklik om kurrikula goed te keur en diegene wat die voorgestelde aborsiesorgopleiding ontvang het, te sertifiseer ten einde aborsiesorgdienste te kan lewer.

Volgens Alan Green, Senior Bestuurder: Inligtingsbestuur van die SARV (SANC, 2007) is statistieke van kortkursusse wat in elke provinsie aangebied word nie beskikbaar nie. Dit sluit aborsiesorgopleiding vir verpleegkundiges in, aangesien volgens Green, die Raad op Verpleging al vir 'n geruime tyd nie meer kortkursusse lys nie. Hierdie inligting is vervat in die SARV se omsendbrief Nr. 30/84 aan hoërondewysinstellings in Oktober 1984 waarin daar gemeld word dat die Raad besluit het dat kursusse van minder as een akademiese jaar beskou word as kortkursusse en nie meer deur die Raad gelys sal word nie (SANC, 2007:1).

Die Raad bevestig dat die SARV geakkrediteer is by die SAQA as 'n Onderwys- en Opleidingsgehalteversekeringsliggaam (Education and Training Quality Assurance Body, oftewel ETQA) vir verpleegkwalifikasies. Daar word dus van die Raad vereis om slegs kwalifikasies wat op die NQF geregistreer is, te akkrediteer en gehaltebeheer toe te pas en kan dus nie kursusse lys wat nie geakkrediteer is nie (SANC, 2007:2). Die Raad maak ook melding dat die Wet op Verpleging Nr. 50 van 1978, asook Wet Nr. 33 van 2005, nie voorsiening maak vir die registrasie van kortkursusse nie.

Bogenoemde besluitneming het tot gevolg gehad dat daar geen voorgestelde standaard is waarvolgens die SARV gehaltebeheer kan toepas nie en dit het tot 'n groot mate van variasie en inkonsekwentheid in die kortkursusse gelei. Daarbenewens is sommige kortkursusse 'n duplisering van gevestigde gevorderde kwalifikasies. Hierdie leemte het verwarring veroorsaak by studente, diensverskaffers en gesondheidsorgfasiliteite. Die verklaring dat 'n gelyste kwalifikasie geen status inhou net omdat dit op die SARV se databasis verskyn nie ontmoedig verpleegkundiges om kortkursusse, soos aborsiesorgopleiding, te deurloop (SANC, 2007:1).

Green (2007) merk op dat diegene wat die kortkursus in aborsiesorg voltooi het kan versoek dat dit teen hul naam gelys word, maar noem verder dat daar nie vasgestel is of almal dit gedoen het nie. Die SARV kan nie bevestig of almal wat die aborsiesorgkursus voltooi het, wel by die SARV gesertifiseer is nie en of diegene wat aborsies uitvoer wel almal die voorgestelde kursus voltooi het nie.

Die Raad erken egter steeds die behoefte vir kortkursusse en dui aan dat hierdie kursusse steeds aangebied mag word indien sodanige behoeftes op nasionale of streeksvlak geïdentifiseer is. Die eksamens word deur die betrokke opleidingsinstelling gehanteer en 'n sertifikaat word deur die instelling wat die kortkursus aanbied uitgereik. Die kwalifikasie word slegs vir statistiese doeleindes gelys by die SARV. (SANC, 2007:1). Die betrokke instelling mag aansoek doen by die Raad vir die akkreditasie van 'n kursus 'only if the qualification complies with a registered qualification on the NQF and falls within the scope of the SANC and/or meets the prescribed requirements of a qualification for registration with the SANC' (SANC, 2007:3).

3.4.5 Die Demokratiese Verpleegstersorganisasie (DENOSA)

DENOSA is 'n vrywillige, onafhanklike, nie-seksistiese, nie-rassige en nie-winsgewende, professionele vakbondorganisasie vir alle verpleegkundiges en vroedvroue in Suid-Afrika, met beide professionele en vakbond verantwoordelikhede. DENOSA is in 1996 gestig en het tans ongeveer 72 000 lede. DENOSA is geaffilieer met die Congress of South African Trade Unions (COSATU). Hierdie organisasie het in 1997 lid geword van die International Council of Nurses (DENOSA, 2007:1). DENOSA publiseer kwartaalliks 'n geakkrediteerde vaktydskrif *Curationis* met die jongste navorsingsverslae deur verpleegkundiges wat met alle aspekte van verpleging verband hou.

DENOSA was om verskeie redes nie ten gunste van die deurvoer van die wysigingswetgewing nie en was onder andere van mening dat aborsiesorg verbandhou met moederlike gesondheid en aspekte waarmee vroedvroue mee bekend is en 'will not be fully appreciated by nurses', aangesien geregistreerde verpleegkundiges ingevolge die wysigingswetgewing ook aborsies mag uitvoer. DENOSA was ook van mening dat 'pro-life' gesondheidsorgpraktisyns dikwels verplig word om die prosedure te voltooi, aangesien 'pro-abortion' praktisyns die aborsie inisieer en die moeders later terugkeer wanneer hierdie praktisyns nie noodwendig aan diens is nie. Die wysigingswetgewing maak ook voorsiening dat meer fasiliteite aangewys word ten einde toegang tot die dienste te verhoog ten spyte daarvan dat daar nie voldoende verpleegkundiges in aborsiesorg opgelei word nie (DENOSA, 2003:2).

3.4.6 Nie-regeringsorganisasies

Volgens die *Reproductive Health Training Directory* (Braam *et al.* 1999:4) was die nie-regeringsorganisasie PPASA teen 1999 op verskeie maniere betrokke by reprodktiewe gesondheid in sewe provinsies. Werkswinkels, kursusse en opleiding oor 'n wye verskeidenheid van reprodktiewe gesondheidsonderwerpe is op aanvraag aangebied aan spesifieke leke-teikengroepe en tot 'n mindere mate aan gesondheidsorgpraktisyns.

Geen aborsiesorgopleiding is verskaf nie, hoewel waardeklarifikasie-werkswinkels vir mediese studente aangebied is. Ten spyte van die Health Systems Trust se voorneme om die databasis jaarliks op te dateer ten einde 'n omvattende bron te verskaf van alle opleiding aangaande reprodktiewe gesondheid - insluitend aborsiesorg – is dit nooit sedert die eerste publikasie daarvan opgedateer nie en is die huidige omvang van opleiding aan gesondheidsorgpraktisyns deur die nie-regeringsorganisasies nie duidelik nie. Volgens Alblas (2008) wil MOSAIC betrokke raak by opleiding, maar is hulle nog besig om dit te vestig.

3.4.7 Organisasies gemoeid met reprodktiewe regte

Volgens Alblas (2008) is daar sover bekend geen ander organisasie behalwe IPAS wat aborsiesorgopleiding aanbied nie. Die RRA publiseer slegs artikels in hul vaktydskrif *Barometer* ten einde diegene wat belangstel in en/of betrokke is by die implementering van die aborsiewetgewing op die hoogte te hou van die status van die implementering van hierdie wetgewing, asook van die struikelblokke en probleme wat ondervind word ten opsigte van die kwaliteit van aborsiesorg wat gelewer word.

3.4.8 Privaat praktiserende gesondheidsorgpraktisyns en hospitaalgroepe

Volgens IPAS (2008:1) bied privaat praktiserende gesondheidsorgpraktisyns, hetsy verpleegkundiges of geneeshere, óf privaat hospitaalgroepe in die Wes-Kaap, tans geen aborsiesorgopleiding vir verpleegkundiges aan nie.

3.4.9 Hoëronderwysinstellings

Die Direkoraat: Moeder-, Kinder- en Vrouegesondheid (Department of Health⁽¹⁾, 1997:1) bepaal dat elke provinsie protokol (beleid) insake aborsies moet ontwikkel. Volgens hierdie riglyne is dit hoëronderwysinstellings se verantwoordelikheid om deur middel van 'n interdisiplinêre benadering gesondheidsorgpraktisyns in aborsiesorg op te lei, asook die effektiwiteit van die onderskeie protokol te monitor en te verbeter.

Ten spyte van navorsers se aanbevelings dat aborsiesorg geïntegreer moet word in vroedvroue se basiese opleiding (Dickson-Tetteh & Billings, 2002:144) en dat navorsing dringend nodig is om te bepaal hoe die aborsiesorgmodule in bestaande kurrikula van gesondheidsorgpraktisyns geïntegreer kan word, is tot op datum egter nog geen riglyne en/of formele aborsiesorgopleiding vir verpleegkundiges by hoëronderwysinstellings in die Wes-Kaap geïmplementeer nie.

Hoëronderwysinstellings se opleidingsinisiatiewe in aborsiesorg vir gesondheidsorgpraktisyns sowel op nasionale gebied as in die Wes-Kaap, word uiteengesit in paragraaf 3.5.4.

3.5 BESTAANDE RIGLYNE EN PROTOKOL VIR VEILIGE ABORSIES

Volgens die Health Systems Trust is verskeie opleidingsinisiatiewe betreffende reprodktiewe gesondheid in Suid-Afrika ontwikkel, maar daar was min kommunikasie en koördinasie tussen die onderskeie inisiatiewe. Hierdie situasie het in 1999 aanleiding gegee tot die saamstel van die *Reproductive Health Training Directory* wat dit ten doel gestel het om 'n omvattende, opgedateerde databasis van alle opleidingsinisiatiewe wat gemoeid is met reprodktiewe gesondheid in Suid-Afrika, te voorsien (Health Systems Trust, 2008:1).

Reprodktiewe dienste is gebaseer op 'n geïntegreerde en omvattende diens wat voorgeboorte-, intrapartum- en postpartumsorg, sowel as dienste wat verband hou met kontrasepsie, aborsiesorg en seksueel-oordraagbare siektes, insluit. Alhoewel die *Reproductive Health Training Directory* die hele spektrum van opleiding rakende

reproduktiewe gesondheid insluit, fokus die navorser vir die doeleindes van hierdie studie slegs op die omvang van aborsiesorgopleiding. Die *Reproductive Health Training Directory* is egter nooit opgedateer nie, aangesien diegene wat dit geïnisieer het, sedertdien die diens verlaat het (Health Systems Trust, 2008). Die SARV beskik ook nie oor statistieke van kortkursusse, insluitend aborsiesorgopleiding vir verpleegkundiges wat in elke provinsie aangebied word nie (vgl. paragraaf 3.4.4). 'n Omvattende, opgedateerde databasis van alle opleidingsinisiatiewe wat gemoeid is met spesifiek aborsiesorgopleiding in Suid-Afrika is dus nie beskikbaar nie.

'n Uiteensetting word vervolgens verskaf van bestaande riglyne en protokol waarop gehalte aborsiesorgopleiding aan hoërondwysinstellings gebaseer behoort te word.

3.5.1 Die WGO se riglyne vir aborsiesorg

Die rol van die WGO is hoofsaaklik om internasionale norme en standaarde te ontwikkel en advies te verskaf aan lidlande betreffende hul gesondheidsorgstelsels ten einde te verseker dat aborsies veilig en toeganklik is in dié lande waar aborsies gewettig is.

'n Handleiding, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, is deur die WGO in 2003 beskikbaar gestel. Hierdie handleiding sluit in riglyne vir pre-aborsie sorg ten einde komplikasies te verminder of selfs te voorkom; inligting en berading te verskaf ten einde die vrou te help om ingeligte besluite te neem; verskillende aborsiemetodes vir die verskillende stadia van swangerskap; asook die opvolgsorg ná die aborsie. Hierdie riglyne (WHO, 2003:36) is gebaseer op die jongste navorsingsbevindings en op bestaande protokol wat wêreldwyd in gebruik is. Dit word vervolgens kortliks uiteengesit:

Die WGO (WHO, 2003) beveel die volgende *pre-aborsie sorg* aan ten einde komplikasies te verminder of te voorkom:

- Volledige en akkurate inligting en berading van die verskillende opsies betreffende die verdere verloop van die swangerskap, aborsieprosedure en kontrasepsie;
- Volledige evaluering van die vrou deur middel van die verkryging van 'n algemene en verloskundige geskiedenis, asook fisieke en verloskundige ondersoeke om bestaande toestande te diagnoseer;
- Bepaling van die swangerskapsduur voordat die geskikste aborsiemetode geselekteer word, aangesien die risiko's wat met aborsies geassosieer word, met

die toename in swangerskapsduur vermeerder. Die simptome van swangerskap, berekening van datums vanaf die laaste normale menstruasie en 'n bimanuele pelviese ondersoek ten einde 'n vroeë swangerskap te diagnoseer, is meestal voldoende. Laboratoriumtoetse en sonar kan gebruik word om die diagnose van swangerskapsduur of 'n intra-uteriene swangerskap te bevestig, maar is nie verpligtend nie;

- Uitsluiting van 'n ektopiese swangerskap deur die vrou te observeer vir toepaslike kliniese tekens, naamlik uterus wat kleiner is as wat verwag word; lae abdominale pyn; vaginale bloeding; duiseligheid en soms 'n tasbare adneksale massa;
- Bepaling van hemoglobien- of hematokritvlakke om moontlike anemie betyds te diagnoseer en te behandel;
- Bepaling van die vrou se ABO- en Rhesus-bloedgroepering en profilaktiese passiewe immunisasie met Rh-immunoglobulien binne 72 uur ná die aborsie vir alle Rh-negatiewe vroue. Volgens die WGO (WHO, 2003:25) is daar egter nog steeds geen afdoende bewyslewing ten opsigte van die noodsaaklikheid van hierdie maatreël ná 'n aborsie wat in die eerste trimester uitgevoer is nie;
- Servikale smere waar daar 'n hoë insidensie van seksueel-oordraagbare siektes en servikale kanker is, maar is nie 'n voorvereiste om 'n veilige aborsie uit te voer nie;
- Roetine toediening van antibiotika in geval van seksueel-oordraagbare siektes, asook chirurgiese omstandighede tydens die prosedure om die risiko van infeksie ná die prosedure te verminder (WHO, 2003:25). Die WGO (WHO, 2003:20) stel dit duidelik dat 'n aborsie nie geweier behoort te word waar profilaktiese antibiotika nie beskikbaar is nie.

Die WGO beveel die volgende *metodes van aborsie* aan soos opgesom in tabel 3.2 (vgl. paragrawe 2.12.2 en 2.12.3):

Eerste trimester aborsies (voor 12 weke swangerskapsduur) sluit aborsies in gedurende die vroeë eerste trimester (< 49 dae van amenoree), sowel as laat eerste trimester aborsies (> 49 dae van amenoree):

- Mediese metodes van aborsie kan tot en met nege voltooide swangerskapweke, bereken vanaf die laaste menstruasieperiode, veilig gebruik word deur gebruik te maak van mifepristone en opgevolg word met prostaglandien (misoprostol of gemeprost). Misoprostol is die prostaglandien van keuse, aangesien dit goedkoop is en nie verkoeling benodig nie. Die WGO (WHO, 2003:29) maak

egter melding dat die veiligheid en doeltreffendheid van die behandeling tussen nege en 12 voltooide swangerskapsweke nog verder ondersoek moet word.

- Chirurgiese metodes van aborsie behels hoofsaaklik die MVA- en EVA-tegniek wat tot en met 12 weke swangerskapsduur, bereken vanaf die vrou se laaste menstruasie periode, veilig gebruik kan word, óf die D&K-tegniek indien aspirasie en mediese metodes van aborsie nie beskikbaar is nie (WHO, 2003:20).

Tabel 3.2

Verskillende aborsiemetodes in die verskillende stadia van swangerskap

< 9 voltooide weke sedert LMP*	Vanaf 9 tot 12 voltooide weke sedert LMP	> 12 voltooide weke sedert LMP
200 mg mondelingse mifepristone opgevolg ná 36-48 uur deur 800ug vaginale misoprostol of	Die toediening van mifepristone en misoprostol tussen nege en 13 weke van swangerskap word nog ondersoek.	200 mg mondelingse mifepristone opgevolg na 36-48 uur met 800ug vaginale misoprostol en 'n verdere 400 ug mondelingse misoprostol elke drie uur tot 'n maksimum van vier dosisse. of
200 mg mondelingse mifepristone opgevolg ná 36-48 uur deur 1 mg vaginale gemeprost of		200 mg mondelingse mifepristone opgevolg ná 36-48 uur met 1 mg vaginale gemeprost 6-uurliks tot 'n maksimum van 4 dosisse en indien nodig 4 addisionele dosisse 3-uurliks of
200 mg mondelingse mifepristone opgevolg ná 36-48 uur deur 400ug mondelingse misoprostol tot < 7weke		200 mg mifepristone opgevolg ná 36-48 uur met 400 ug mondelingse misoprostol elke drie uur tot vyf dosisse of
MVA of EVA-tegniek	MVA of EVA-tegniek	Slegs prostaglandien 1 mg gemeprost elke drie uur tot vyf dosisse. Herhaling indien nodig.
D&K-tegniek indien vakuüm aspirasie of mediese metodes nie beskikbaar is nie	D&K-tegniek indien vakuümaspirasie of mediese metodes nie beskikbaar is nie	D&E-tegniek en voorbereiding van die serviks met mifepristone of 'n prostaglandien (misoprostol) en dilatasie van die serviks
<i>ug = mikrogram</i> <i>mg = milligram</i>		

(Bron: WHO, 2003)

* LMP: laaste menstruasieperiode

Vir tweede trimester aborsies (ná 12 weke swangerskapsduur) bereken vanaf die laaste menstruasieperiode, word die volgende metodes deur die WGO (WHO, 2003:20) aanbeveel:

- Mifepristone opgevolg met herhaalde doserings van prostaglandien soos misoprostol of gemeprost;
- Vaginale prostaglandien alleen (misoprostol of gemeprost) in herhaalde doserings;
- D&E-tegniek deur gebruik te maak van vakuüm-aspirasie en tange;
- Servikale voorbereiding vóór 'n chirurgiese aborsie;

- Lokale verdowing wat rondom die serviks ingespuut word (paraservikale blok), waar meganiese servikale dilatasie benodig word in geval van chirurgiese aborsies;
- Medikasie vir pynverligting moet altyd aangebied word. Analgesie en/of ligte sedasie, aangevul met verbale ondersteuning, is meestal voldoende;
- Algemene narkose word nie aanbeveel nie weens die hoër risiko van komplikasies versus dié van lokale verdowing; en
- Die toepassing van algemene voorsorgmaatreëls vir infeksiebeheer ten einde die risiko van infeksies soos MIV te voorkom of te verminder.

Die WGO (WHO, 2003:44) beveel die volgende aan betreffende *opvolgsorg* ná die aborsie:

- In die geval van 'n mediese metode van aborsie, moet die vrou klinies waargeneem word vir vier tot ses uur ná die toediening van die prostaglandien om die abortering van swangerskapsprodukte te bevestig;
- Noukeurige observasies betreffende pyn en die grootte van die uterus moet gedoen word om perforasie van die uterus en akute bloeding uit te skakel;
- Die vrou kan die gesondheidsorgfasiliteit ná afloop van 'n chirurgiese aborsie verlaat sodra sy daarna voel en haar vitale tekens normaal is;
- In die geval van aborsies wat later in swangerskap uitgevoer is, of ná diep sedasie of narkose, moet die vrou meer noukeurig waargeneem word vir 'n langer tydperk;
- 'n Opvolgbesoek ná sewe tot 10 dae ná afloop van 'n chirurgiese aborsie. In geval van 'n onvolledige aborsie met mediese metodes behoort die vrou ná afloop van 10 tot 15 dae terug te keer om te bevestig dat die aborsie volledig is. Indien die aborsie nie volledig is nie, word 'n vakuum-aspirasie uitgevoer;
- Weens die groter risiko van bloeding en onvolledige aborsie moet vroue ná 12 swangerskapsweke klinies waargeneem word totdat die fetus en plasenta uitgewerp is;
- Alle vroue moet inligting betreffende kontrasepsie en noodkontrasepsie ontvang voordat hul die fasiliteit verlaat en toepaslike kontrasepsie moet verskaf word, of die vrou moet verwys word na gesinsbeplanningsdienste ten einde verdere onbeplande swangerskappe te voorkom;
- Enige metodes van kontrasepsie kan oorweeg word, behalwe die intra-uteriene toestel (IUT) en die diafragma wat eers ses weke ná afloop van 'n tweede trimester aborsie gebruik kan word weens die risiko van uitwerping;

- Die voorkoming van seksueel-oordraagbare siektes moet met elke vrou bespreek word, asook die belang van kondome ongeag die tipe kontrasepsie wat die vrou gebruik; en
- Die vroue moet mondelinge en/of skriftelike instruksies ontvang hoe om hulself verder te versorg, hoeveel bloeding verwag kan word, asook die herkenning van komplikasies en waar om hulp te verkry.

Volgens die WGO is hierdie riglyne aanduidend eerder as voorskriftelik (WHO, 2003:29). Opleidingsinstellings is verplig om self die bepaalde leeruitkomste en/of geassosieerde assesseringskriteria vas te stel.

3.5.2 Die Nasionale Departement van Gesondheid se riglyne vir die uitvoer van aborsies en berading

Die Direkoraat: Moeder-, Kinder- en Vrouegesondheid is gemoeid met reprodktiewe gesondheid en is verantwoordelik vir die formulering van beleid en die stel van norme en standarde aangaande reprodktiewe dienste, sowel as die koördinerig, beplanning en ondersteuning van alle reprodktiewe dienste en aktiwiteite. 'n Nasionale adviserende groep, bestaande uit gesondheidsorgbestuurders, verteenwoordigers van mediese skole en die SARV, navorsers, asook die nie-regeringsektor, is ingestel om die implementering van die toepaslike wetgewing te koördineer en te monitor ten einde aanbevelings te maak aan die regering.

Die volgende planne en riglyne is sedert die inwerkingstelling van die aborsiewetgewing in Suid-Afrika geïmplementeer:

Soos reeds genoem in paragraaf 3.3.1 het die Nasionale Direkoraat in April 1998 die Nasionale Aborsiesorgprogram ingestel ten einde geneeshere en vroedvroue in al nege provinsies in aborsiesorg op te lei. Die Midwifery Abortion Care Training Curriculum is teen Julie 1998 deur die SARV goedgekeur. Gebaseer op hierdie goedgekeurde kurrikulum het die RHRU in samewerking met IPAS teen Oktober 1998 'n opleidingshandleiding (*Abortion Care Manual*) saamgestel en gefinaliseer vir die opleiding van geregistreerde vroedvroue in aborsiesorg. Die opleidingsduur van die kursus is 160 uur, waarvan 80 uur die teoretiese en 80 uur die praktiese komponente insluit.

Die Nasionale Direkoraat se riglyne vir die uitvoer van aborsies en berading is gebaseer op die riglyne wat deur die WGO gestel is (WHO, 2003), naamlik die *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. Die Departement het

egter die inligting wat aan vroue gegee moet word in meer besonderhede omskryf, veral met verwysing na die regte van die vrou ingevolge die aborsiewegewing.

Soos reeds na verwys in paragraaf 3.4.2, behels die Nasionale Direkoraat: Moeder-, Kinder- en Vrouegesondheid se riglyne vir die beëindiging van swangerskappe kortliks die volgende:

- Verpleegkundiges en/of geneeshere moet die voorgestelde opleiding in aborsiesorg ondergaan alvorens hulle 'n aborsie mag uitvoer.
- Die opleiding moet die volgende insluit: diagnose van swangerskap; berading; Rh- en sifilistoetsing; bepaling van swangerskapsduur en identifisering van swangerskapverwante komplikasies; gebruik van medikasie vir servikale voorbereiding; lokale en sistemiese verdoving; MVA-tegniek; wegdoen van swangerskapsprodukte; behandeling van seksueel-oordraagbare siektes; kontrasepsie en noodkontrasepsie; post-aborsie sorg en aanmelding; observasie; anti-D toediening indien aangedui; opvolgberading en PAP-smere.
- Swangerskappe meer as 13 weke, hoë-risiko vroue en diegene met komplikasies moet deur geneeshere in sekondêre en tersiêre gesondheidsorgfasiliteite hanteer word. Aangesien verpleegkundiges verantwoordelik is vir die verpleging van die betrokke vroue is dit noodsaaklik dat *alle* verpleegkundiges voldoende opgelei word in die verpleegsorg van hierdie vroue en nie net geselekteerde verpleegkundiges wat vrywilliglik betrokke is by die beëindiging van swangerskappe nie (Department of Health(2), 2007:1).

Buchmann (2002:i) noem dat die Nasionale Departement van Gesondheid in die 1990's 'n Saving Mothers-beleid geïmplementeer het en daardeur bewys het dat die regering verloskundige sorg as 'n prioriteit beskou. Volgens Buchmann (2002) het die Direkteur-Generaal van Gesondheid, Dr. A Ntsaluba, melding gemaak dat veral primêre en sekondêre vlakke van gesondheidsorgdienste, óf geen protokol het nie, óf nie eens die standaardprotokol geïmplementeer het nie. Die Departement het sedertdien riglyne vir gesondheidsorgpraktisyns werksaam in klinieke, gemeenskapsentrums en distrikshospitale betreffende verloskundige sorg gepubliseer, naamlik *Guidelines for Maternity Care in South Africa* waarvan 'n hersiene druk in 2002 gepubliseer is. Weens die verloskundige aard van die riglyne wat nie direk met aborsiesorgopleiding verband hou nie, word die dokument nie by hierdie studie aangeheg nie.

3.5.3 Die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap se riglyne vir die uitvoer van aborsies en berading

Die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap het die Nasionale Aborsiesorgprogram se 160-uur vrywillige aborsiesorgkursus vir vroedvroue geïmplementeer ten einde eerste trimester swangerskappe te beëindig, asook om onvolledige aborsies te hanteer. Al nege provinsies in Suid-Afrika was verplig om provinsiale planne en riglyne te ontwikkel wat toepaslik is vir sy omstandighede in samewerking met óf 'n mediese skool óf 'n tersiêre akademiese hospitaal met die implementering van die aborsiewetgewing in 1997. Hierdie riglyne is in die Wes-Kaap opgedateer met omsendbrief H97/2000 wat alle vorige omsendbriewe betreffende die beëindiging van swangerskap vervang het (Department of Health, 2000).

Slegs die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap bied formele opleiding aan vir verpleegkundiges by die onderskeie streekskantore in die Wes-Kaap. Die opleiding word aangebied deur instruktors in diens van die staat wat die voorgestelde aborsiesorgopleiding voltooi het en aktief aborsiesorg praktiseer, in samewerking met onafhanklike konsultante, insluitend geneeshere wat ook aborsiesorg praktiseer. Die volgende opleidingskursusse is beskikbaar:

- Een-dag waardeklarifikasie-werkswinkel (sluit in aborsiewetgewing);
- Een dag pre- en post-aborsie beradingswerkswinkel;
- 160-uur aborsiesorgkursus vir geregistreerde verpleegkundiges en vroedvroue (sluit in die MVA-tegniek); en
- Opleiding vir geneeshere in aborsiesorg.

Volgens Burzelman (2008) is die aborsiesorgkursus sedertdien hersien. Die kursus is basies dieselfde as die oorspronklike een, maar die praktiese komponent vereis tans 'n vaardigheid in aborsieprosedures en nie meer bloot 80 praktiese ure nie. Twee addisionele hoofstukke is ook bygevoeg, naamlik *Mediese Metodes van Aborsie* en *Geweld teen Vroue*.

Die beleid in die onderskeie provinsies betreffende aborsiesorg is hoofsaaklik gebaseer op die riglyne wat gestel is deur die Nasionale Departement van Gesondheid en behels dat die dienste toeganklik; koste-effektief; verbruikersvriendelik; geïntegreer in omvattende gesondheidsorgdienste en gebaseer is op die Reproktiewe Gesondheidsprogram ('Reproductive Health Programme'). Die beleid van die Wes-Kaap is om aanvanklik aborsiesorgdienste te verskaf by tersiêre, sekondêre en primêre vlak gesondheidsorgfasiliteite en daarna

die dienste te desentraliseer na gemeenskapsgesondheidsorgsentrum en primêre sorgklinieke met die doel dat kliënte wat die diens versoek die provinsiale gesondheidstelsel op primêre vlak moet binnekom (Department of Health, 2000:3).

Die volgende riglyne ingevolge omsendbrief H97/2000 geld tans in die Wes-Kaap:

- Die gesondheidsorgpraktisyns werksaam in vlak een fasiliteite hanteer aborsies op versoek vanaf ses tot 12 weke swangerskapsduur;
- Indien die dienste nie beskikbaar is by die betrokke vlak een fasiliteit nie, word die vrou verwys na 'n toepaslike aangewysde vlak een of vlak twee fasiliteit;
- Aborsies is 'n noodmaatreël om 'n onwelkome swangerskap te beëindig en nie 'n alternatiewe gesinsbeplanningsmaatreël nie;
- Onbeplande en onwelkome swangerskappe moet voorkom word deur kontrasepsie;
- Noodkontrasepsie moet bevorder en voorsien word;
- Tweeledige beskerming teen seksueel-oordraagbare siektes en onwelkome swangerskappe moet bevorder word;
- Die individuele gesondheidsorgpraktisyn se reg tot gewetensbeswaar word tot dieselfde mate gerespekteer as die verbruiker se reg tot aborsiesorgdienste, met dien verstande dat die vrou verwys word na die diens waarop sy geregtig is;
- 'n Volledige evaluering van die vrou moet gedoen word wat insluit: 'n volledige geskiedenis; fisieke ondersoek; abdominale betasting; spekulum en bimanuele ondersoek; urine swangerskapstoets; sonar indien die swangerskapsduur onseker is en/of 'n ektopiese swangerskap vermoed word; behandeling van seksueel-oordraagbare siektes; PAP-smeer; bloedgroepering en Rh, Hb en Rapid Plasma Reagin (RPR)-toets;
- Inligting en berading is gegrond op die aborsiewetgewing se bepalings, naamlik dat inligting van alle aspekte van aborsiesorg en die prosedure beskikbaar moet wees vir die vrou, insluitend die verskillende opsies rakende die verdere verloop van haar swangerskap, alhoewel dit nie-verplichtend en nie-riktig gewend van aard moet wees;
- Vroue moet verwys word na 'n vlak twee fasiliteit in geval van 'n swangerskapsduur later as 12 weke; swangerskapskomplikasies; 'n akute of chroniese mediese toestand; moontlike ektopiese swangerskap of servikale stenose;
- Servikale voorbereiding vir eerste trimester aborsies met misoprostol 400 ug per mond of per vagina en 'n herhalingsdosis van misoprostol 200 ug vier tot ses uur later indien die serviks ongunstig is; servikale voorbereiding vir tweede trimester

aborsies met misoprostol 400 ug per mond en herhaal misoprostol 400 ug ses uur later indien nodig. Misoprostol moet verkieslik by die fasiliteit gegee word, andersins geld 'n ander regime van misoprostol met gepaardgaande geskrewe inligting aan die vrou;

- Aborsies word uitgevoer met behulp van die MVA-tegniek onder lokale verdowing;
- Pre-operatiewe pynverligting van parasetamol 1 000 mg per mond, of ibuprofeen 400 mg per mond, of diklofenak 75 mg per mond en/of lorasepam 1 mg per mond, of diasepam 5 mg per mond in geval van angstige pasiënte;
- Intra-operatiewe pynverligting deur middel van 'n paraservikale blok met 15 tot 20 ml lignokaïen 1% indien servikale dilatasie benodig word en 'verbocaine' oftewel gerusstelling;
- Post-operatiewe pynverligting behels dieselfde medikasies as vir pre-operatiewe prosedures;
- Fentanyl 100 ug intraveneus en Dormicum® 5 mg intraveneus word slegs in vlak twee en vlak drie fasiliteite toegedien vir pynbeheer;
- 100 ug Rhesugam moet binne 72 uur ná 'n tweede trimester aborsie aan Rh-negatiewe vroue óf diegene met 'n onbekende bloedgroepering, intramuskulêr gegee word om aktiewe iso-immunisasie weens blootstelling aan Rh-positiewe bloed te voorkom;
- Ná afloop van die prosedure moet die vitale tekens, bloeding en kontraksie van die uterus vir ten minste een tot twee uur waargeneem word en die swangerskapsprodukte moet geïnspekteer word ten einde volledige uitwerping te verseker;
- Aanmelding van die aborsie geskied volgens protokol ten einde die aantal aborsies wat ingevolge aborsiewetgewing uitgevoer word te dokumenteer vir statistiese doeleindes;
- Kontrasepsie en post-aborsie inligting moet met ontslag verskaf word; en
- 'n Opvolgbesoek moet gereël word vir kontrasepsie en post-aborsie berading indien nodig.

Hierdie riglyne vir dienslewering is gebaseer op die Nasionale Departement van Gesondheid se riglyne betreffende die beëindiging van swangerskappe. Dit maak dit noodsaaklik dat gesondheidsorgpraktisyns ooreenkomstig opgelei word ten einde 'n doeltreffende en veilige diens te kan lewer ingevolge aborsiewetgewing en beleid.

3.5.4 Hoëronderwysinstellings se riglyne vir die opleiding van verpleegkundiges in aborsiesorg

Teen die agtergrond van die doel van hierdie studie, naamlik om 'n opleidingsraamwerk vir hoëronderwysinstellings te ontwikkel met die oog op gehalte opleiding vir verpleegkundiges in aborsiesorg, blyk dit noodsaaklik te wees om 'n oorsig te verskaf van aborsiesorgopleiding wat deur hoëronderwysinstellings aangebied word.

3.5.4.1 Nasionaal

Die Direkoraat: Moeder-, Kinder- en Vrouegesondheid (Department of Health⁽¹⁾, 1997:1) bepaal dat dit hoëronderwysinstellings se verantwoordelikheid is om deur middel van 'n interdisiplinêre benadering gesondheidsorgpraktisyns in alle aspekte van aborsiesorg op te lei. Met die uitsondering van die Noord-Kaap, beskik al die provinsies in Suid-Afrika oor een of meer universiteite wat teen 1999 voorgraadse en/of nagraadse programme in verpleging aanbied het, maar nie in aborsiesorg nie. Volgens die *Reproductive Health Training Directory* (Braam *et al.*, 1999:62) het die Universiteit van die Witwatersrand in Mpumalanga se RHRU, in samewerking met hul Departement van Verpleegkunde, die Nasionale Aborsiesorgprogram geïmplementeer. Waardeklarifikasie-werkswinkels, asook opleiding in aborsiesorg en post-aborsie kontrasepsie is vir vroedvroue aangebied ingevolge die Midwifery Abortion Care Training Programme, asook die Midwifery Training in Post-abortion Family Planning Counselling Programme ten einde provinsiale instrukteurs op te lei.

Die Universiteit van die Vrystaat se Skool vir Verpleegkunde het teen 1999 die volgende reprodktiewe gesondheidsmodules in die B.Soc.Sc Verpleegkunde voorgraadse program ingesluit: kontrasepsie; MIV/VIGS; servikale kanker; noodkontrasepsie en beëindiging van swangerskappe (Braam *et al.*, 1999:62).

Geeneen van die universiteite in die onderskeie provinsies wat mediese studente oplei, het die voorgestelde aborsiesorgopleiding verskaf nie. Slegs twee mediese skole in Suid-Afrika het teen 1999 verwante programme aangebied, naamlik 'n praktiese opleidingsprogram in die beëindiging van swangerskappe vir spesialis-in-opleiding (Termination of Pregnancy Practical Training Programme) aan die Universiteit van Kaapstad en 'n opleidingsprogram vir geneeshere in die MVA-tegniek aan die Universiteit van die Witwatersrand. (Braam *et al.*, 1999:5).

Al nege provinsies in Suid-Afrika beskik oor een of meer verpleegkolleges wat voorregistrasie en/of na-registrasie programme in verpleging aanbied. Geeneen van die verpleegkolleges het egter teen 1999 die voorgestelde aborsiesorgopleiding verskaf nie (Braam *et al.*, 1999:5). Soos reeds genoem in paragraaf 3.5 is die *Reproductive Health Training Directory* saamgestel in 1999, maar nooit opgedateer nie (Health Systems Trust, 2008). Die Limpopo Kollege vir Verpleging het in 2003 in samewerking met IPAS en ander rolspelers die 'Curriculum on TOP and related Reproductive Health Issues' geïmplementeer. Kritieke kruisvelduitkomstes soos geïdentifiseer deur die SARV, sowel as toepaslike spesifieke leeruitkomstes en geassosieerde assesseringskriteria is geformuleer vir die teoretiese, sowel as die kliniese uitkomstes. Volwassene onderrig- en leermetodes is geïdentifiseer (IPAS SA, 2002). Volgens Burzelman (2008) bied geen ander hoërondewysinstellings tans formele aborsiesorgopleiding vir verpleegkundiges aan nie.

Varkey (2000:8) maak die stelling dat 'a Northern Cape study reported that plans to incorporate the South African Nursing College (read Council) approved curriculum into basic nursing curriculum have so far not been drawn up'.

3.5.4.2 Wes-Kaap

Een van die sleutelemente van die Nasionale Aborsiesorgprogram van 1998 was onder meer om geneeshere op te lei in die gebruik van die MVA-tegniek vir die beëindiging van swangerskappe en behandeling van onvolledige aborsies. Soos reeds genoem het slegs die Universiteit van Kaapstad se Departement Verloskunde en Ginekologie teen 1999 'n praktiese opleidingsprogram vir die beëindiging van swangerskappe aangebied vir spesialiste-in-opleiding en vroedvroue wat alreeds 'n twee-weeklikse teoretiese kursus in aborsiesorg voltooi het. Slegs die spesialiste-in-opleiding is egter hierby betrek. Volgens Alblas (2008) is mediese studente veronderstel om tydens hul ginekologie praktika opgelei te word, maar dit gebeur dikwels nie. Volgens Prof. W Steyn (2008) word voorgraadse mediese studente aan die Universiteit Stellenbosch opgelei in die MVA-tegniek, maar hy noem dat hulle nie hoef deel te neem aan die beëindiging van swangerskappe as hulle nie wil nie en dat hulle dan nie noodwendig die prosedure sal sien nie.

Geen riglyne en/of formele aborsiesorgopleiding vir verpleegkundiges is tans geïmplementeer by die onderskeie hoërondewysinstellings in die Wes-Kaap wat betrokke is by verpleegopleiding nie. Die Wes-Kaapse Kollege vir Verpleging bied wel waardeklarifikasie-werkswinkels vir tweedejaarstudente aan, sowel as inleidende

lesings tot alle toepaslike wetgewing aan finalejaar verpleegstudente. Verpleegkundiges in die Wes-Kaap word tans slegs deur die provinsiale Departement van Gesondheid formeel in aborsiesorg opgelei indien hul vrywilliglik opleiding versoek.

3.6 'N TEORETIESE ONDERBOU TOT DIE ONTWIKKELING VAN 'N LEERDERGESENTEERDE OPLEIDINGSRAAMWERK

'n Literatuuroorsig is gegee oor die implikasies van die implementering van aborsiewetgewing op opleiding, verskeie rolspelers se verantwoordelikheid betreffende aborsiesorgopleiding, asook bestaande riglyne en protokol vir veilige aborsies. Dit blyk dat daar verskeie opleidingsinisiatiewe is, maar dat daar steeds te min verpleegkundiges opgelei word om in die aborsiebehoeftes van gemeenskappe te voorsien. Dit blyk dus dat dit noodsaaklik is om 'n opleidingsraamwerk vir verpleegkundiges in aborsiesorg binne hoëronderwys te ontwikkel.

Na aanleiding van die *primêre navorsingsvraag*, naamlik hoe 'n opleidingsraamwerk vir verpleegkundiges aan hoëronderwysinstellings met betrekking tot aborsiesorg behoort te lyk, word die kriteria en teoretiese onderbou vir die ontwikkeling van 'n opleidingsraamwerk vervolgens bespreek ten einde leerdergesentreerde onderrig vir verpleegkundiges in aborsiesorg aan akademiese instelling te fasiliteer. Die uiteindelijke opleidingsmodel wat voorgestel word, word op hierdie teoretiese aspekte gebaseer.

3.6.1 Begripsomskrywings

'n *Kwalifikasie* word deur die SAQA (SAQA, 2000:4) gedefinieer as 'the formal recognition of the achievement of the required number and range of credits and other requirements/outcomes at specific levels on the NQF as determined by the relevant bodies registered for such purpose by the SAQA'. Al die eienskappe van 'n kwalifikasie soos gedefinieer deur die SAQA hou direk verband met kurrikulumontwikkeling en implementering. Volgens die SAQA is die doel van 'n kwalifikasie 'to provide qualifying learners with applied competence and a basis for further learning' (SAQA, 2000:16).

Eenheidstandaarde ('unit standards') is die boustene van die NQF en verwys na afgeronde leereenhede met spesifieke leeruitkomste en geassosieerde assesseringskriteria waarvoor die leerder krediete ontvang (SAQA, 2000:4)

Program / kurrikulum / leerplan / sillabus / raamwerk

Die terme *program*, *kurrikulum*, *leerplan*, *sillabus* en/of *raamwerk* word dikwels as sinonieme gebruik, maar kan ook vanuit verskeie perspektiewe beskou word en verskillende betekenis kan daaraan geheg word. In hierdie studie word die term *program* gebruik wanneer verwys word na 'n formele kursus wat aangebied word vir verpleegkundiges. 'n *Leerprogram* ('learning programme') word deur die SAQA (SAQA 2000:5) gedefinieer as 'n opeenvolging van leeraktiwiteite, geassosieer met kurrikulum-implementering, wat lei tot die verkryging van 'n spesifieke kwalifikasie of 'n gedeeltelike kwalifikasie. Die SAQA (SAQA, 2000:5) dui aan dat leerprogramme 'should be transformative, planned, coherent and integrated; they should be value adding, building contextually on learner's existing frames of reference; they should be learner-centered, experiential and outcomes-orientated; they should develop attitudes of critical inquiry and powers of analysis; and they should prepare students for continued learning in a world of technological and cultural change'.

Die term *kurrikulum* is 'n breë konsep en sluit al die aspekte van onderrig en leer in, soos die stel van standarde deur die bepaling van voorafgestelde leeruitkomste, seleksie van inhoud en die rangskikking daarvan in vakke, beplande onderrig- en leeraktiwiteite, assessering en evaluering. Kurrikulum sluit egter ook die doel en doelwitte van die opvoedkundige en onderwyskundige stelsel in, sowel as dié van die betrokke akademiese instelling, die organisasie van leerders, fasiliteite, hulpbronne en tydsbeplanning, asook die behoeftes van diegene wat deur die kurrikulum bedien word. Laasgenoemde sluit in die leerders, leerkragte, gemeenskap, die land, werkgewers en uiteindelik die ekonomie (SAQA, 2000:5).

Die ontwerp van 'n kurrikulum behels dus die volgende:

- 'n analise van die behoeftes en aard van die leerders en bepaling van die doel van leer;
- bepaling van leederuitkomste;
- seleksie van die leerinhoud ten einde die uitkomste te bereik;
- seleksie van onderrig- en leeraktiwiteite, metodes en media;
- beplanning van assessering; en
- evaluering van die algehele effektiwiteit van die kurrikulum (SAQA, 2000:6).

Volgens Krause (2003, in Van der Walt, 2006:47) word kurrikulumraamwerke ontwikkel wat as riglyn dien vir programontwikkeling en dus kan 'n opleidingsraamwerk beskou word as die stap of fase vóór programontwikkeling. Die

navorser verkies om in hierdie studie die term *opleidingsraamwerk* te gebruik, aangesien 'n opleidingsraamwerk beskou word as 'n breë begrip waarbinne riglyne geformuleer word wat deur enige opleidingsinstelling gebruik kan word ten einde 'n kurrikulum te ontwikkel en te verfyn. Die riglyne vervat in die opleidingsraamwerk kan deur die betrokke opleidingsinstelling aangepas word ten einde in die spesifieke opleidingsbehoefte van die instelling en/of leerders te voldoen.

Program- of kurrikulumontwikkeling

Volgens Jooste (2007:56) is daar 'n behoefte vir dinamiese kurrikulumontwikkeling in onderwys en onderrig ten einde te verseker dat leerders met toepaslike onderrig voorberei word vir die werklike werkomgewing. Foley (2004, in Van der Walt, 2006:48) noem dat 'n program ontwikkel moet word binne 'n spesifieke konteks, naamlik die politieke, ekonomiese, organisatoriese, morele, historiese en ander omstandighede. Uys en Gwele (2005, in Van der Walt, 2006:48) beskou die ontwikkeling van 'n program as 'die proses waartydens besluit word wat aangebied sal word in die spesifieke program en op watter wyses die inligting oorgedra sal word aan die leerders, asook die assessering van die leerders'. Uys en Gwele (2005, in Van der Walt, 2006:47) noem die volgende stappe wat gevolg moet word ten einde 'n opleidingsprogram te ontwikkel:

- Formuleer die uitkomst;
- Bepaal die inhoud van die program;
- Selekteer 'n kurrikulummodel en ontwikkel 'n makro-kurrikulum;
- Ontwikkel die mikro-kurrikulum; en
- Beplan die assessering van die uitkomst.

Carl (1995:73) beskou kurrikulumontwikkeling as 'n 'sambreel'-konsep vir 'n proses wat gekenmerk word deur verskillende fases, naamlik kurrikulumontwerp, disseminasie, implementering en evaluering. Volgens Carl (1995) is daar 'n verskeidenheid van persone of rolspelers wat direk of indirek betrokke is, elk met 'n spesifieke benadering wat op sigself die aard van hul betrokkenheid by die kurrikulumontwikkeling bepaal. Hierdie benadering kan wissel van 'n akademiese, tegnologiese of pragmatiese benadering of kan selfs gebaseer wees op eie ondervinding. Disseminasie van inligting bepaal dikwels hoe aanvaarbaar die kurrikulum eventueel sal wees.

Programontwerp

Die grondslag vir die ontwikkeling van 'n opleidingsprogram word in programontwerp gelê. Programontwerp verwys na die rangskikking van die elemente van die kurrikulum om 'n eenheid te vorm en sluit die doelwitte van die program, aanbiedingswyses, leerervarings en assesseringsmetodes in, sowel as die uitkomste wat 'n student moet bereik. Die programontwerp gee dus rigting en betekenis aan die onderrigsituasie (Jooste, 2007:67).

Carl (1995:85) noem dat die fase van programontwerp 'n voortdurende besluitnemingsproses is. Hy wys daarop dat programontwerp aan basiese kriteria moet voldoen wat hy 'consensus criteria' noem.

Jooste maak melding van verskeie modelle van kurrikulumontwerp soos voorgestel deur Oliva (1988, in Jooste, 2007:69) en noem dat elkeen van hierdie modelle 'n duidelike vertrekpunt het, naamlik 'n behoeftebepaling of situasie-analise in 'n spesifieke omgewing, gevolg deur die formulering van doelwitte om die geïdentifiseerde behoeftes aan te spreek, sowel as 'n plan van aksie en evaluering van die plan. Geen enkel model is noodwendig geskik vir 'n spesifieke situasie nie en dit is dikwels nodig om modelle te kombineer. Volgens Ornstein en Hunkins (1993, in Van der Walt, 2006:49) is alle programme gebaseer op 'n spesifieke programontwerp, hetsy 'n onderwerpgesentreerde, studentgesentreerde en/of probleemgesentreerde benadering.

3.6.2 'n Leerdergesentreerde opleidingsraamwerk (Dolence, 2003)

Volgens Dolence (2003:2) behels 'n leerdergesentreerde benadering dat die leerder die fokuspunt is en dat onderrig en leer volgens die leerder se behoeftes beplan word. Dolence (2003:2) stel dit so: '[T]he Learner-Centered Curriculum (LCC) defines a framework to guide the design, development and delivery of curriculum, the infrastructure that supports it and the services that make it work.'

'n Leerdergesentreerde kurrikulumraamwerk (Dolence, 2003) sluit die volgende sewe komponente in waarbinne gestruktureerde dialoog met die onderskeie rolspelers gevoer word ten einde kurrikulumontwikkeling te bewerkstellig:

- die spesifieke leerderpopulasie;
- spesifieke leerderuitkomste [en leerinhoud];
- geselekteerde onderrigmodelle;
- toepaslike onderrigteorieë en -metodes;

- kurrikulum-argitektuur;
- kurrikulum-konfigurasie of verfyning van die kurrikulum; en
- ondersteunende dienste.

Volgens Dolence (2003:5) verseker hierdie sewe aspekte van die leerdergesentreerde kurrikulummodel 'n omvattende benadering sodat belangrike elemente nie oorgesien of uitgelaat word tydens kurrikulumontwikkeling nie.

3.6.2.1 Populasie en behoeftebepaling

Die populasie moet duidelik gedefinieer wees ten opsigte van grootte, eienskappe en opleidingsbehoefte alvorens begin word met kurrikulumontwikkeling. 'n Analise van die behoeftes en aard van die leerders, asook van diegene wat indirek deur die kurrikulum geraak word, moet dus gedoen word ten einde riglyne te verskaf vir die kurrikulumontwerp (Carl, 1995:97).

Volgens Jooste (2007:73) is dit egter ook belangrik om die vlak van kurrikulumontwerp in perspektief te plaas. Ontwerp op die makro-vlak behels die groter leerderpopulasie van die land en hul behoeftes, terwyl ontwerp op meso-vlak spesifiek op die studieveld fokus. Op mikro-vlak moet die kurrikulumontwerp spesifiek fokus op die geselekteerde inhoud en leeromgewing waarbinne die leerders hul bevind.

3.6.2.2 Leerderuitkomst

Diegene wat 'n kurrikulum ontwerp en ontwikkel moet volledig ingelig wees en duidelikheid hê betreffende die leerder self, asook omtrent die aard en omvang van wat leerders moet bereik (leeruitkomst) alvorens leerinhoud geselekteer word. Dolence (2003:7) maak melding van verskeie kurrikula wat by hoëronderwysinstellings herontwerp is ten einde geselekteerde sertifikate in graadprogramme te inkorporeer om sodoende leerders van addisionele opsies te voorsien.

3.6.2.3 Onderrigmodelle

Onderrigmodelle of -strategieë verwys na die verskeidenheid van opsies vir leergeleenthede wat beskikbaar gestel word ten einde maksimum leerervaringe en leergeleenthede te verseker (Jooste, 2007:74). Dolence (2003:7) noem dat elke model waarskynlike waarde inhou vir 'n spesifieke leerderpopulasie. Van der Walt

(2006:59) sit die volgende benaderings van onderrig wat *volwassene-leer* ondersteun uiteen:

- Ervaringsleer verwys na die aktiewe leer wat plaasvind deur middel van verskeie aktiwiteite in die klassituasie, praktiese ondervinding en/of simulاسie en sluit kleingroepbesprekings, rolspel, probleemoplossingsaktiwiteite en inoefening van vaardighede in.
- Reflektiewe leer is 'n leerdergesentreerde benadering en verwys na die geleentheid wat die volwassene gebied word om deur middel van probleemgebaseerde aktiwiteite, projekte, simulاسie en/of rolspel die oppervlakkige betekenis van ervarings te ondersoek. Die dosent fasiliteer die proses deur 'n reeks vrae te vra en die leerder te lei deur 'n proses van sistematiese analise. Die leerder is dus aktief betrokke in die onderrigsituasie.
- Probleemgebaseerde onderrig word wêreldwyd in verpleegonderrig gebruik om aktiewe deelname van die leerder aan te moedig ten einde sy/haar probleemoplossingsvaardighede te ontwikkel. Die verpleegstudent moet oplossings vir 'n werklike of gesimuleerde situasie vind en besluit wat die mees geskikte hantering van die pasiënt se probleem is.
- Gemeenskapsgebaseerde onderrig fokus op die behoeftes van die gemeenskap, maar blyk 'n duur onderrigbenadering te wees aangesien leerders vervoer moet word na gemeenskapsgesondheidsorgsentrums. Die tendens is ongelukkig steeds hospitaalgesentreerde onderrig deurdat verpleegstudente eerder in hospitale geplaas word vir kliniese leergeleenthede.
- Uitkomsgebaseerde onderrig is gefokus op leerderuitkomst e eerder as die insette van die dosent. Die komponente van 'n uitkomsgebaseerde onderrigsisteem bestaan uit die gestelde uitkomste; konteks waarbinne 'n program ontwikkel word, asook onderrig en leer wat moet plaasvind; leerinhoud; strategieë – oftewel onderrigaksies – ten einde uitkomste te bereik en assessering ten einde die leerder se bevoegdheid te bepaal.

3.6.2.4 Onderrigmetodes

Volgens Dolence (2003:8) behoort spesifieke onderrigmetodes geselekteer te word wat toepaslik is vir die populasie waarvoor die kurrikulum ontwerp word ten einde te verseker dat die uitkomste wat gestel is bereik word en dat effektiewe leer plaasvind. IPAS SA (2002:5) maak melding van die volgende onderrig- en leermetodes in volwassene-onderrig: groepbesprekings, demonstrاسies, gevallestudies, werkopdragte, portuurgroep-onderrig, rolspel en simulاسie.

Merriam en Brockett (1997, in Van der Walt, 2006:53) beklemtoon dat dit noodsaaklik is om 'n onderskeid te tref tussen volwassene-onderrig en volwassene-leer. Die outeurs beskryf volwassene-leer as 'n kognitiewe proses wat inherent tot die leerder is in die onderrig-leersituasie, terwyl onderrig gemoeid is met leeruitkomste en die proses ten einde hierdie leeruitkomste te bereik. In programme wat gerig is op volwassene-leer word 'n *andragogiese benadering* – oftewel selfgerigte leer – eerder as die tradisionele pedagogiese benadering aanbeveel. Leer moet dus eerder gefasiliteer word as wat onderrig plaasvind. Bentley (1996, in Van der Walt, 2006:57) beskryf fasilitering as die proses waartydens 'n leerder aktief aan 'n leerervaring deelneem, terwyl die fasiliteerder die persoon is wat die leerder lei om self te dink eerder as om antwoorde te voorsien. Die volwassene word dus volgens Knowles (1975, in Van der Walt, 2006:57) as 'n outonome leerder gesien wat deur selfgerigte leer die inisiatief neem 'in diagnosing their learning needs, formulating learning goals, identifying human and material resources for learning, choosing and implementing appropriate learning strategies and evaluating learning outcomes'.

3.6.2.5 Kurrikulumargitektuur

Die argitektuur van 'n kurrikulum beskryf die ontwerp, sleutelkomponente en onderliggende filosofie waarop modules vir die program gebaseer is. Dolence (2003:9) stel dit soos volg: '[T]he comprehensive nature of the architecture provides the master profile from which specific curricula are configured.'

3.6.2.6 Kurrikulumkonfigurasie

Volgens Dolence (2003:9) behels konfigurasie die verfyning van die kurrikulum met betrekking tot die spesifieke inhoud, spesifieke uitkomste, die geselekteerde onderrigmodel, assesseringstrategieë en bemarking van die kurrikulum. Dit sluit in 'selecting the appropriate pieces from the architecture to construct and support a specific program to a specific population'.

3.6.2.7 Ondersteunende dienste

Dolence (2003:10) sê voorts dat ondersteunende dienste 'n diensomgewing ('service environment') rondom die kurrikulumleerders skep wat op hulle behoeftes gebaseer is. Hierdie dienste sluit die volgende in: adviserende dienste, finansiële hulp, studie-ondersteuning, biblioteekdienste, toegang tot die internet en gesondheidsorgdienste.

Dolence (2003:11) beskou die leerdergesentreerde benadering as 'n kragtige raamwerk vir besluitneming, probleemoplossing en beplanning. Die impak van 'n

leerdersgesentreerde kurrikulummodel op hoërondewys is volgens Dolence (2003:10) dat hierdie model 'provides a means to engage in and sustain a structured dialogue surrounding the complex issues emerging in higher education'.

3.7 DIE TRANSFORMASIE VAN HOËRONDERWYS

Hoërondewys sluit in alle leerprogramme wat lei tot kwalifikasies hoër as die voorgestelde Further Education and Training Certificate (FETC) of die huidige graad 12-sertifikaat (Department of Education, 1997:7).

Weens die aparte en parallelle kwalifikasiestrukture van universiteite en teknikon wat artikulasie van programme verhoed en voorkom dat studente tussen programme en instellings oorgeplaas kon word, is 'n behoefte geïdentifiseer vir 'n enkele kwalifikasieraamwerk wat toepaslik is vir alle hoërondewysinstellings. Die Nasionale Kommissie vir Hoërondewys ('National Commission on Higher Education – NCHE') het die Onderwyswitskrif 3 getiteld *A Programme for Higher Education Transformation*, geïnisieer. Die Onderwyswitskrif 3 (voortaan Witskrif) dien as 'n breë beleidsraamwerk waarop transformasie in hoërondewys sedertdien gebaseer is met die volgende doel: 'to overcome the fragmentation, inequality and inefficiency ... and create a learning society which releases the creative and intellectual energies of all our people towards meeting the goals of reconstruction and development.' Die staat het dit ten doel om 'n enkele gekoördineerde hoërondewysstelsel in Suid-Afrika te implementeer (Department of Education, 1997:6).

Die transformasie van die hoërondewysstelsel en die instellings vereis die volgende:

- *Verhoogde en uitgebreide deelname*: Suksesvolle beleid moet die histories bepaalde patroon van fragmentasie, ongelykheid en ondoeltreffendheid oorkom en toegang vir alle kategorieë studente verhoog, asook nuwe kurrikula en buigsame modelle van leer en onderrig genereer ten einde 'n groter en meer diverse studentepopulasie te akkommodeer.
- *Responsiwiteit met betrekking tot belangstellings en behoeftes*: Die hoërondewysstelsel en sy instellings moet herstruktureer word ten einde aan die behoeftes van 'n toenemend tegnologies georiënteerde samelewing te voldoen. Dit moet dus voldoende navorsing en doeltreffend opgeleide persone lewer ten einde in die nasionale indiensnemingsbehoefte te voorsien, maar ook 'n deelnemer te wees in 'n vinnig veranderende en kompeterende globale konteks.

- *Samewerking en vennootskappe*: Suksesvolle transformasie moet 'n institusionele omgewing en kultuur skep wat sensitief is vir diversiteit en versoening, respek vir die menslike lewe bevorder, die waardigheid van individue beskerm teen rasse- en seksuele teistering en alle vorm van geweld verwerp (Department of Education, 1997:4).

Die Witskrif sit ook 'n visie uiteen van 'n getransformeerde, demokratiese, nie-rassige en nie-seksistiese stelsel vir hoërondewys wat gebaseer is op bogenoemde beginsels. Dit beteken dat al die bestaande hoërondewysinstellings se bestaande praktyke en waardes hersien moes word om in ooreenstemming te wees met die visie van die Heropbou- en ontwikkelingsprogram (HOP) ('Reconstructive and Development Programme', oftewel RDP) ten einde in die leerbehoefte en aspirasies van die individu, asook die ontwikkelende behoeftes van die gemeenskap, te voorsien (Department of Education, 1997:2).

Die Nasionale Hoërondewysplan voorsien die raamwerk waarbinne institusionele planne ontwikkel moes word en die driejaar institusionele veranderinge moes plaasvind. Die minimum toelatingskriteria tot hoërondewys sal in die toekoms gebaseer wees op die voorgestelde Verdere Onderwys- en Opleidingertifikaat (VOO-sertifikaat) ('Further Education and Training Certificate', oftewel FETC) wat voorsiening maak vir verskillende roetes tot hoërondewys (Department of Education, 1997:15).

Die implementering van die Witskrif vir Hoërondewys het die Hoërondewyswet voorafgegaan en word beskou as die handleiding vir die uitvoering van hierdie wetgewing. Die Hoërondewyswet Nr. 101 van 1997 vervang alle ander wetgewing wat betrekking gehad het op tersiêre onderwys en dien voortaan as die wetgewende raamwerk vir hoërondewys (Noordwes Universiteit, 2005:2). Benewens die invloed van die Hoërondewyswet, die SAQA-wet Nr. 58 van 1995 en gepaardgaande regulasies, het die Wet op Arbeidsverhoudinge Nr. 66 van 1995 en die Wet op Gelyke Indiensneming Nr. 55 van 1998 ook tot 'n mate invloed op die transformasie by hoërondewysinstellings gehad (Noordwes Universiteit, 2005:2).

'n Regulerende raamwerk, naamlik die NQF, is tot stand gebring ingevolge die Hoërondewyswet waarvolgens programme deur die SAQA geakkrediteer word. Alle programme moet op die NQF geregistreer word ten einde gelykwaardigheid van programme te verseker wat by die verskillende hoërondewysinstellings aangebied

word en voordat befondsing daarvan oorweeg word (Department of Education, 1997:13). Uit die Witskrif blyk dit dat gekyk word na die NQF-vlak waarop 'n kwalifikasie verwerf is en nie na die soort instelling waar 'n kwalifikasie verwerf is nie. Daar is dus nie krediete wat verwerf word aan 'n universiteit of verwante instelling nie, maar slegs krediete wat op bepaalde vlakke verwerf word (Noordwes Universiteit, 2005:2).

Die NQF het direk tot gevolg gehad dat 'n paradigmaskuif in die hoëronderrig moes plaasvind, naamlik vanaf die tradisionele onderrig wat inhoudgedrewe en opvoeder-gesentreerd was, teorie en praktyk geskei het, en assessering deur middel van eksamens gedoen het, na die nuwe paradigma van multidimensionele leer, integrasie van inligting en leerdergesentreerde onderrig (Van der Walt, 2006:50). 'n Uitkomstgerigte, programgebaseerde benadering is gevolglik in die hoëronderrig geïmplementeer ten einde aan die vereistes van die nuwe wetgewing wat op die hoëronderrig betrekking het, te voldoen (Jooste, 2007:63). Uitkomstgebaseerde onderrig is geïmplementeer as gevolg van die kritiek dat die hoëronderrigstelsel studente bemagtig met kennis, maar dat hulle nie noodwendig dié kennis kan toepas nie. Uitkomstgebaseerde onderrig fokus dus op wat studente veronderstel is om te kan doen, eerder as wat hul behoort te weet. Die leerder of student, veral in die professionele omgewings, word dus toegerus met die nodige kennis, vaardighede en ingesteldhede wat die werkplek vereis, naamlik die ontwikkeling van kritiese denke, probleemoplossing, leierseienskappe en kommunikasievaardighede (Van der Walt, 2006:50).

Die soepelheid en artikulasiemoontlikhede wat van programme vereis is, het tot gevolg gehad dat semesterkursusse vervang is met *modules* – oftewel afgeronde leereenhede met spesifieke leeruitkomst. In 'n programbenadering wat uitkomstgebaseerd is, word modules se gewig beskryf in terme van krediete en nie in terme van die vaste tyd wat die universiteit vir elke student vasstel om dit te voltooi nie (Noordwes Universiteit, 2005:5).

Alle akademiese aanbiedinge wat programme, modules en kortkursusse insluit, moet voldoen aan hoëronderriginstellings se akademiese gehalteversekeringsvereistes en sluit verskeie prosesse in. Die verantwoordelikheid vir die prosesse van akademiese gehalteversekering word gehuisves in die akademiese organisasiestruktuur, naamlik die Senaat, die fakulteite as subkomitees van die Senaat, akademiese departemente wat die funksionele organisasie-eenhede binne

fakulteite is, asook programkomitees onder leiding van programkoördineerders (Universiteit Stellenbosch, 2004). Alhoewel gehalteversekering die primêre verantwoordelikheid van hoëronderwysinstellings is, speel 'n nasionale liggaam 'n belangrike rol ten einde 'n oorkoepelende verantwoordelikheid te dra vir gehalteversekering regdeur deur die hoëronderwysstelsel. Ingevolge die Hoëronderwyswet word gehalteversekering in hoëronderwys gekoördineer deur die Hoëronderwys Gehalteversekeringskomitee (HOGK) ('Higher Education Quality Committee', oftewel die HEQC).

Volgens die Departement van Onderwys (Department of Education, 1997:13) speel *afstandsonderrig en rekenaargesteunde leer* nie alleen 'n belangrike rol om toegang tot hoëronderwys te bevorder nie, maar ook om leer moontlik te maak teen 'n leerder se individuele leertempo in 'n verskeidenheid van omgewings en met behulp van 'n verskeidenheid leer- en onderrigbenaderings. Hierin lê baie potensiaal om die konsep van lewenslange leer in hoëronderwys te integreer deur middel van die nuwe onderrig- en leertegnologie, naamlik interaktiewe kontakssessies met behulp van telematiese onderrig. Dit behels afstandsonderrig per satelliet met direkte uitsendings per televisie ('Technology Enhanced Learning Initiative', oftewel TELI).

Die hoëronderwys in Suid-Afrika is sedert 1994 deur drastiese veranderinge en transformasie gekenmerk en geld ook vir die verpleegkunde. Die SARV reguleer alle verpleegprogramme en geen program kan op tersiêre vlak aangebied word sonder die goedkeuring van die Raad nie (vgl. paragraaf 3.4.4). Alle verpleegprogramme moet op die NQF geregistreer wees en aan hul vereistes voldoen, asook aan die SARV se minimumvereistes. Die SARV het begin met herkurrikulering volgens die SAQA-vereistes en die toewysing van krediete vir leer- en kursuseenhede (Noordwes Universiteit, 2005:3). Die SARV het ook die kritieke uitkomstes en geassosieerde assesseringskriteria geïdentifiseer en beskryf soos van toepassing op die opleiding van verpleegkundiges (IPAS SA, 2002:13).

Die implikasies van uitkomsgebaseerde onderrig (vgl. paragraaf 3.8.1) in verpleegkunde behels ook 'n klemverskuiwing van die sogenaamde insette wat die dosente lewer na die fokus op die resultaat van onderrig, naamlik die mate van bevoegdheid van studente in terme daarvan om sekere aspekte te verstaan en/of te kan doen (Bodenstein, 1999:2). Die agt generiese of kritieke uitkomstes word van alle programme verwag, ongeag die vakspesifieke raamwerk. Om die kritieke uitkomstes

te bereik, word derhalwe vereis dat dit doelbewus geïntegreerd met vakinhoud aan die orde gestel moet word (vgl. paragraaf 3.8.2).

Die aard van die opleiding van verpleegkundiges word beïnvloed deur die gesondheidsorgbeleid van die land en die betrokke wetgewing wat van krag is. Die opleiding van verpleegkundiges moet dus gedurig aangepas word om by die veranderde gesondheidsorgsituasie aan te pas. Die riglyne van die WGO, die Nasionale Departement van Gesondheid en die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap, sowel as die minimum vereistes van die SARV, die SAQA en die NQF word as vertrekpunt gebruik in die ontwikkeling van 'n opleidingsraamwerk vir verpleegkundiges in aborsiesorg aan hoërondewysinstellings in die Wes-Kaap.

3.8 KURRIKULUMONTWIKKELING BINNE DIE NQF

Die NQF is ingestel ten einde die onderverdeling ('compartmentalisation') van onderwys en opleiding, die afwesigheid van norme en standaarde, sowel as die behoefte aan internasionale erkenning aan te spreek (Khanyile, 2005:50). Die NQF bestaan uit 10 vlakke waarvan hoërondewys ses vlakke verteenwoordig, naamlik vlak 5 tot 10. Vlakke 5 tot 7 verteenwoordig voorgraads, terwyl vlakke 8 tot 10 nagraads verteenwoordig. Die raamwerk bevat nege kwalifikasies wat toegeken word aan ses vlakke en word as volg uiteengesit.

Die *voorgaadse kwalifikasies* sluit die volgende in:

- Hoër Sertifikaat (NQF vlak 5)
- Gevorderde Sertifikaat (NQF vlak 6)
- Diploma (NQF vlak 6)
- Gevorderde Diploma (NQF vlak 7)
- Baccalaureus-graad (NQF vlak 7)

Die *nagraadse kwalifikasies* sluit in:

- Nagraadse Diploma (NQF vlak 8)
- Baccalaureus-Honneursgraad (NQF vlak 8)
- Meestersgraad (NQF vlak 9)
- Doktoraal (NQF vlak 10) (Department of Education, 2007:11)

3.8.1 Die NQF as vertrekpunt vir programontwikkeling

Die konsep van kurrikulum en al die aspekte wat dit insluit, kan volgens die SAQA (SAQA, 2000:7) in drie fasette ingedeel word, naamlik

- die stel van standaarde;

- programontwikkeling; en
- gehalteversekering.

Volgens die SAQA (SAQA, 2000:7) skakel hierdie drie dele met mekaar, vandaar die idee van 'n gehaltesiklus. In hierdie siklus word standarde ontwikkel deur die deelnemende en verteenwoordigende strukture en prosesse en dan geregistreer op die NQF ten einde gehalteversekering te waarborg deur die ETQA-stelsel. Die NQF fokus nie op hoé leer in die klaskamer gefasiliteer word of hoé programontwikkeling plaasvind nie, maar op die stel van standarde en gehalteversekering van leerders se uitkomst wat dan as die vertrekpunt dien vir programontwikkeling. Die NQF is op sigself nie 'n kurrikulumraamwerk nie, maar is betrokke by die spesifieke rolspelers in die besluitnemingsproses en die interaksie tussen hierdie partye waarbinne die kurrikulum ontvou.

Volgens die SAQA (2000:12) funksioneer die onderwys- en opleidingstelsel op 'n aantal vlakke waarvan die volgende drie die belangrikste is:

- die stelsel-organisasie;
- programontwerp; en
- program-implementering.

Die sukses wat in elke stadium van die onderwys- en opleidingproses behaal word berus nie alleenlik by diegene wat vir lewering verantwoordelik is nie, maar dit is die verantwoordelikheid van almal wat deel het aan die stelsel (SAQA, 2000:8).

Die NQF is dus ten nouste verbind tot uitkomsgebaseerde onderrig (UGO) wat deur Spady (1994, in SAQA, 2000:10) gedefinieer word as 'focussing and organising everything in an educational system around what is essential for all students to be able to do successfully at the end of their learning experiences'. Spady (1999, in SAQA, 2000:11) beklemtoon dat uitkomsgebaseerde onderrig primêr te make het met sistemiese verandering en nie kurrikulumverandering nie. In die Suid-Afrikaanse konteks was hervorming op sistemiese vlak noodsaaklik. Soos reeds genoem is 'n besluit geneem om 'n kwalifikasieraamwerk daar te stel wat bestaan uit 'n stel beginsels en riglyne waarvolgens leerders se bevoegdhede geregistreer word ten einde erkenning van verworwe vaardigheid en kennis te erken (SAQA, 2000:12). Die NQF skakel dus ten nouste met uitkomsgebaseerde onderrig op die sisteem se organisatoriese vlak.

3.8.2 Die inkorporering van kritieke en spesifieke uitkomst

Volgens die SAQA (SAQA, 2000:18) is dit verpligtend dat sommige van die kritieke kruisvelduitkomst – oftewel generiese of noodsaaklike of kernvaardighede – soos aanvaar deur die SAQA, saam met geassosieerde assesseringskriteria in programme geïnkorporeer word. Hierdie uitkomst word beskou as kritiek vir die ontwikkeling van die kapasiteit vir lewenslange leer, ongeag die leerarea en inhoud wat bemeester moet word. Hierdie agt kritieke uitkomst behels kortliks dat die leerder:

- inligting kan versamel, analiseer, organiseer en krities evalueer;
- probleme kan identifiseer en oplos gegrond op kritiese en kreatiewe denke;
- die vermoë kan demonstreer om effektief saam te werk as lid van 'n span, groep of organisasie;
- die vermoë kan demonstreer om die wetenskap en tegnologie effektief en verantwoordelik te gebruik;
- eie lewe en aktiwiteite op 'n verantwoordelike wyse kan organiseer en bestuur;
- effektief kan kommunikeer op gesproke en/of geskrewe wyse;
- insig kan demonstreer dat die wêreld as 'n stelsel van interafhanklike sisteme funksioneer; en
- die belangrikheid daarvan besef om die verskillende leerstrategieë, opvoedkundige en beroepsmoontlikhede sowel as entrepreneursgeleenthede te verken (Bodenstein, 1999:3).

Spesifieke uitkomst en geassosieerde assesseringskriteria daarenteen, is dié uitkomst wat spesifiek is vir 'n gegewe kwalifikasie. Hierdie uitkomst beskryf die kennis, vaardighede en bevoegdhede wat binne spesifieke velde en dissiplines bepaal en vereis word (Bodenstein, 1999:3).

3.8.3 Geïntegreerde assessering

Geïntegreerde assessering behels 'n vorm van assessering wat die leerder toelaat om toegepaste vaardigheid te demonstreer met behulp van 'n reeks formatiewe en summatiewe assesseringsmetodes (vgl. paragraaf 3.10), soos leerportefeuljes, simulاسie, asook geskrewe en mondelinge eksaminering ten einde te verseker dat die doel van die kwalifikasie bereik word (SAQA, 2000:21). Volgens Bodenstein (1999:4) moet al ses vlakke van Bloom se taksonomie van kognitiewe vaardighede in ag geneem word by assessering, naamlik kennis, begrip, toepassing, analise, sintese en evaluering.

3.8.4 Die ontwikkeling van 'n Erkenning van Voorafleer (EVL) -proses

Die Erkenning van Voorafleer (EVL) ('Recognition of Prior Learning', oftewel RPL) verwys na die proses van erkenning en waarde heg aan vaardighede en kennis wat 'n leerder voorheen by ander instellings of buite die tradisionele leerkonteks bemeester het. Dit word gedoen deur middel van toekenning van krediete ten einde die student toelating te gee tot 'n spesifieke leerprogram (SAQA, 2000:23). Volgens die SAQA (SAQA, 2000:23) behels die krediete 'a value assigned by the Authority to ten (10) notional hours of learning' bereken volgens wat dit die gemiddelde leerder neem om die uitkomst te bereik met inagneming van die moeilikheidsgraad en die waarde van die leerondervinding.

3.9 DIE HOËRONDERWYS KWALIFIKASIERAAMWERK

Die nuwe kwalifikasieraamwerk vir hoëronderwys (HOKR) ('Higher Education Qualifications Framework', oftewel HEQF) is in Oktober 2007 gepubliseer ná jare van beraadslaging en prosesse van herontwerp ten einde die veeleisende uitdagings waarmee spesifiek die hoëronderwys in die 21ste eeu te kampe het doeltreffend te hanteer (Department of Education, 2007:3). Die HEQF vorm 'n integrale deel van die NQF en verskaf riglyne vir hoëronderwysinstellings in die ontwikkeling van programme en kwalifikasies ten einde gegradueerdes te voorsien met intellektuele vermoëns en vaardighede tot voordeel van die student self, maar ook vir die ekonomiese en maatskaplike ontwikkeling van die land.

Die HEQF het betrekking op alle hoëronderwysinstellings en sluit in staats- sowel as private instellings. Die HEQF is ontwerp om buigsaam te wees ten einde nie alleen die verskillende tipes hoëronderwysinstellings nie, maar ook die ontwikkeling van nuwe kwalifikasies en programme te akkommodeer en om versoenbaar te wees met internasionale kwalifikasieraamwerke ten einde internasionale erkenning en vergelyking van standaarde te verseker. Die HEQF is ook ontwerp om vertikale en diagonale artikulasie vir studente tussen kwalifikasies moontlik te maak (Department of Education, 2007:15).

Die HEQF erken die rol van die SAQA met betrekking tot die registrasie van standaarde en kwalifikasies in terme van die SAQA-wet Nr. 58 van 1995. Die HEQC as subkomitee van die Raad op Hoëronderwys (RHO) ('Council on Higher Education', oftewel CHE) dra egter die verantwoordelikheid vir oorhoofse gehaltebeheer in hoëronderwys in gevolge die Hoëronderwyswet. Die CHE, in samewerking met professionele liggame, is verantwoordelik om algemene

standaarde daar te stel vir alle hoërondewyskwalifikasies en moet verseker dat die betrokke kwalifikasies aan die SAQA se kriteria voldoen vir registrasie op die NQF. Die Departement van Onderwys beoog om in samewerking met die SAQA en die CHE 'n nasionale Credit Accumulation and Transfer (CAT) -stelsel te ontwikkel vir hoërondewys waarvolgens krediete vir onvoltooide kwalifikasies erken word vir ander kwalifikasies in dieselfde óf by ander instellings (Department of Education, 2008:4).

Die beoogde datum vir implementering van die HEQF is 1 Januarie 2009, wat beteken dat kwalifikasies voortaan moet voldoen aan die kwalifikasie-tipe vereistes van die HEQF. Professionele liggame soos die SARV sal egter voortgaan om te bepaal of 'n spesifieke kwalifikasie wat deur 'n spesifieke hoërondewysinstelling aangebied word aan die vereistes vir registrasie, lidmaatskap of sertifisering van gegradueerdes by die betrokke professionele liggaam voldoen.

Professionele ontwikkeling eindig nie met die voltooiing van die aanvanklike opleiding nie. Dit is noodsaaklik dat alle professionele persone, insluitend gesondheidsorgpraktisyns, deurlopend hul kennis en vaardighede moet opgradeer. Verskeie geleenthede of opsies is vir elke studieveld beskikbaar ten einde professionele ontwikkeling te verseker deur middel van Voortgesette Professionele Ontwikkeling (VPO) ('Continuing Professional Development', oftewel CPD). Gelardin (2001, in Jooste, 2007:80) lys die volgende opsies ten einde voortgesette professionele ontwikkeling te bevorder:

- lid van 'n professionele vereniging;
- leierskaprol in 'n professionele vereniging;
- bywoning van konferensies, werksinkels en professionele vergaderings;
- skryf van literatuur, hetsy boeke of artikels; en
- media-onderhoude en/of aanbiedings.

3.10 KURRIKULUMONTWIKKELING IN GESONDHEIDSWETENSKAPPE-ONDERWYS

Volgens Oliva (1998, in Crafford, 2006:89) is kurrikulumontwikkeling 'n omvattende begrip wat kurrikulumbeplanning, die ontwerp, die implementering en evaluering insluit, terwyl Carl (1997, in Crafford, 2006:89) aanvoer dat hierdie aktiwiteite plaasvind vanaf opvoedkundige beplanning op makro-vlak tot lesvoorbereiding op mikro-vlak.

Kern, Thomas, Howard en Bass (1998:4) se Six-Step Approach to Curriculum Development is ontwikkel vir gesondheidsorg met die onderliggende aannames dat opvoedkundiges in die mediese veld 'n professionele en etiese verpligting het teenoor hul leerders, pasiënte en die gemeenskap om in hul behoeftes te voorsien en dat mediese opvoedkundiges verantwoordelik is vir die uitkomst van hul tussentrede. Hierdie outeurs is oortuig dat 'n logiese en sistematiese benadering tot kurrikulumontwikkeling daartoe sal bydra dat die opvoedkundiges in hul doel slaag met betrekking tot die voorsiening in die behoeftes van die leerders, pasiënte en die gemeenskap.

Die stappe behels kortliks die volgende:

Stap 1: Identifisering van die probleem en algemene behoefte-evaluering

Hierdie stap behels die identifisering van 'n spesifieke gesondheidsorgprobleem of probleme en/of gesondheidsbehoefte(s), asook 'n kritiese analise van die omvang en aard daarvan. 'n Volledige probleemidentifikasie vereis egter ook 'n ontleding van die *huidige benadering* van pasiënte, gesondheidsorgpraktisyns, die mediese onderwysstelsel en die gemeenskap in die algemeen om die behoefte(s) aan te spreek. Dit word gevolg deur die identifisering van wat die *ideale benadering* is waardeur pasiënte, gesondheidsorgpraktisyns, die mediese onderwysstelsel en die gemeenskap die behoefte(s) behoort aan te spreek. Die verskil tussen die huidige benadering en die ideale benadering verteenwoordig dus die *algemene behoefte-evaluering* ('general needs assessment').

Stap 2: Bepaling van die behoeftes van die teikenleerder

Hierdie stap behels die evaluering van die behoefte(s) van die geïdentifiseerde teikenleerders en/of die betrokke akademiese instelling(s). Hierdie behoeftes kan tussen leerders en/of instellings verskil en verwys ook na leemtes in leerders se spesifieke opleiding of algehele afwesigheid van spesifieke opleiding.

Stap 3: Stel van doel en doelwitte/uitkomste

Sodra die behoeftes van die teikenleerders geïdentifiseer is, word die doel en doelwitte/uitkomste vir die kurrikulum bepaal. Dit behels die breë, algemene uitkomste, sowel as die spesifieke, meetbare uitkomste. Die algemene uitkomste sluit die ontwikkeling van kliniese redeneringsvaardighede in, terwyl die spesifieke uitkomste die kognitiewe, affektiewe en psigomotoriese doelwitte of uitkomste behels wat die leerder moet bereik. Die doel en doelwitte rig die kurrikuluminhoud en

leermetodes en dien as basis vir assessering en uiteindelijke evaluering van die program.

Stap 4: Onderwysstrategieë

Wanneer die doel en doelwitte vir die program geformuleer is, word sowel die kurrikuluminhoud bepaal as die opvoedkundige metodes ten einde die gestelde doelwitte te behaal.

Stap 5: Implementering

Die implementering van 'n kurrikulum behels verskeie komponente, van die makrovlak tot die mikro-vlak, en sluit politieke ondersteuning, hulpbronne, bemaking, administrasie en verfyning van die kurrikulum in. Indien enige van die komponente geïgnoreer of nie sorgvuldig beplan word nie, kan die sukses van die kurrikulum bedreig word.

Stap 6: Assessering en evaluering

Die laaste stap behels sowel die assessering van die individuele leerder se leer as die evaluering van die effektiwiteit van die program of kurrikulum (program-evaluering). Die evalueringsproses sluit formatiewe – oftewel deurlopende – evaluering van die leerder en/of program in ten einde die vordering van die leerder of program op 'n gegewe stadium te evalueer, sowel as summatiewe – oftewel finale – evaluering van die leerder of program met betrekking tot prestasie ('performance').

Die bogenoemde kurrikulumontwikkeling is as aparte stappe of fases beskryf terwille van die verduideliking daarvan, maar kurrikulumontwikkeling is 'n dinamiese en interaktiewe proses of sirkel waartydens twee of meer van die stappe gelyktydig kan plaasvind en mekaar onderling kan beïnvloed. Vordering in die een stap kan dus noodwendig 'n invloed hê op die volgende stap. Kurrikulumontwikkeling is 'n voortdurende proses en eindig dus as 't ware nooit. Beperkte hulpbronne (stap 5) kan byvoorbeeld die aantal en aard van doelwitte/uitkomst wat gestel word (stap 3) beïnvloed en so kan die aard en omvang van die evalueringsproses (stap 6) ook weer inligting verskaf wat betrekking het op die behoeftebepaling van teikenleerders (stap 2).

3.11 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die implikasies van aborsiewetgewing op opleiding en die bestaande riglyne, asook die onderskeie rolspelers se verantwoordelikhede betreffende aborsiesorgopleiding, breedvoerig uiteengesit.

Aangesien geen pogings tot op hede aangewend is om opleiding aan hoëronderwysinstellings te implementeer nie, moes alternatiewe ondersoek word hoe aborsiesorgopleiding in hoëronderwys geïmplementeer kan word. Dit blyk noodsaaklik te wees dat 'n opleidingsraamwerk vir verpleegkundiges aan hoëronderwysinstellings in die Wes-Kaap ontwikkel word wat gerig is op 'n tersiële kwalifikasie in gehalte aborsiesorg wat internasionaal erken word. In ag geneem die omvangrykheid van al die komponente wat betrokke is van makro- tot mikrovlak, asook terwille van die volledigheid daarvan vervat in 'n opleidingsraamwerk vir hoëronderwysinstellings, word die voorgestelde raamwerk gebaseer op die werke van Dolence (2003) en Kern *et al.* (1998).

Bestaande riglyne kan nie sonder meer in 'n opleidingsraamwerk geïmplementeer word nie en was dit dus noodsaaklik dat data verkry word van gesertifiseerde verpleegkundiges wat aborsiesorg beoefen, sowel as voorregistrasie verpleegstudente en ander rolspelers ten einde 'n opleidingsraamwerk te ontwikkel.

In hoofstuk 4 word die navorsingsmetodologie breedvoerig bespreek ten einde aan te toon hoe te werk gegaan is om data in te samel wat verband hou met die ontwikkeling van 'n opleidingsraamwerk vir aborsiesorgopleiding.

HOOFSTUK 4

NAVORSINGSMETODOLOGIE

4.1 INLEIDING

In hoofstukke 2 en 3 is onderskeidelik die omvang en problematiek van aborsiesorgdienste en aborsiesorgopleiding breedvoerig bespreek.

Die doel van hierdie gedeelte van die studie is om die opleiding en die kwaliteit van aborsiesorg deur geregistreerde verpleegkundiges en vroedvroue wat die voorgestelde opleiding voltooi het in die Wes-Kaap te ondersoek, aangesien 'n behoefte geïdentifiseer is om 'n omvattende opleidingsraamwerk te ontwikkel wat gebaseer is op bestaande aborsiesorg- en kurrikuleringsriglyne.

Die omvang van dienslewingsprobleme by staatsgesondheidsorgfasiliteite en die gebrekkige infrastruktuur ten opsigte van die beskikbaarheid van dienste, dienste se gebrek aan integrasie, desentralisasie, verbruikersvriendelikheid en doeltreffendheid, asook die oningeligtheid van vroue, stigmatisering, gewetensbesware en negatiewe houdings van gesondheidspersoneel, word nie in hierdie empiriese gedeelte ontleed nie.

Die navorsingsmetodologie wat benut is ten einde die navorsingsvrae en studiedoelwitte wat gestel is in paragrawe 1.1.3 en 1.1.4 te ondersoek en te bereik, word vervolgens uiteengesit.

4.2 NAVORSINGSMETODOLOGIE

Die metodologie of metode is die totaliteit van hoe die navorsing uitgevoer gaan word. Dit is dus die strukturele raamwerk van 'n navorsingstudie en rig die navorser in die beplanning en implementering daarvan ten einde die gestelde navorsingsdoel en -doelwitte te kan bereik. Al die besluite ten opsigte van die probleemstelling, ontwerp, strategie en tegnieke lei die navorser tot die aanvaarding van 'n spesifieke metodologiese model, hetsy 'n kwantitatiewe of kwalitatiewe metodologie, óf 'n kombinasie daarvan (Uys & Basson, 1991:40).

Die metodologie van hierdie studie word vervolgens beskryf ten einde verdere navorsing op hierdie gebied, hetsy deur middel van 'n nuwe perspektief, óf 'n ander tipe steekproefneming, te vergemaklik.

4.2.1 Navorsingsontwerp en -benadering

'n Navorsingsontwerp is die gedetailleerde plan ten opsigte van die mees geskikte tegniek vir data-insameling en data-analise wat in die studie gebruik word (De Vos, 2001:77). Hierdie is hoofsaaklik 'n kwantitatiewe studie, maar bevat ook kwalitatiewe data. Creswell (1994, in De Vos, 2001:360) beklemtoon die waarde daarvan om 'n metode waar hoofsaaklik kwantitatiewe data verkry word, met 'n kwalitatiewe komponent aan te vul deurdat inligting vanuit 'n ander perspektief ingesamel word, wat 'n belangrike bydrae tot die studie kan lewer. Die gebruikmaking van beide kwantitatiewe en kwalitatiewe data in een studie is egter nie altyd koste- of tydeffektief nie. Die navorser het derhalwe besluit om van Creswell se 'dominante-minder-dominante'-model (1994, De Vos, 2001:360) in die data-genereringsfase gebruik te maak waarvolgens die kwantitatiewe gegewens voorrang geniet.

Hierdie doelbewuste kombinasie van kwantitatiewe en kwalitatiewe benaderings word triangulasie genoem. De Vos (2001:361) beskryf verskillende tipes triangulasie, onder meer metodologiese triangulasie, wat na die gebruik van verskeie metodes van data-insameling in dieselfde studie verwys. Die doel van metodologiese triangulasie in hierdie studie was daarop gerig om geldige data vanuit verskillende perspektiewe te bekom, asook om die betroubaarheid van die data te verhoog (De Vos, 2001:359). Die kwantitatiewe inligting is verkry uit vraelyste en nie-deelnemende observasie met behulp van kontrolelyste. Die kwalitatiewe data-komponent is gebaseer op inligting wat verkry is vanuit semi-gestruktureerde, individuele onderhoude en ooppeinde-vrae in die vraelystondersoek.

Volgens Uys en Basson (1991:53) behels 'n *gevalliestudie* as navorsingstrategie of navorsingsontwerp die bestudering van 'n geselekteerde individu of 'n klein, spesifieke groepie of geselekteerde gevalle. In 'n gevalliestudie is die fokus op 'n aspek of aspekte van 'n spesifieke verskynsel wat in die natuurlike opset plaasvind, met die doel om in-diepte inligting te verskaf. Denscombe (2003:31) wys daarop dat 'processes within settings tend to be interconnected and interrelated' en noem dat 'the real value of a case study is that it offers the opportunity to explain *why* certain outcomes might happen – more than just find out what those outcomes are'. Volgens Denscombe (2003:31) maak die gevalliestudiebenadering dit dus moontlik om 'n holistiese oorsig te kry deur genoegsaam in besonderhede in te gaan om die kompleksiteite van 'n gegewe situasie te ontrafel. Die navorser word toegelaat om 'n verskeidenheid tegnieke te gebruik en te kombineer om die nodige data in te win.

Die aard van hierdie studie dui daarop dat gevallestudie as navorsingstrategie by uitstek geskik was om al die komponente van aborsiesorgopleiding, asook die konteks waarbinne aborsiesorg deur verpleegkundiges en vroedvroue in die Wes-Kaap uitgevoer word, te ondersoek.

Denscombe (2003:38) maak melding dat 'a good case study research needs to contain a clear vision of the boundaries to the case and provide an explicit account of what they are'. Volgens Mouton (2005:51) verwys die *eenheid van analise* in enige studie na die spesifieke voorwerp, verskynsel, entiteit, proses of gebeurtenis wat ondersoek word. In hierdie studie stel die spesifieke eenheid van analise die grense vir die gevallestudiebenadering deur te fokus op die geregistreerde verpleegkundiges en vroedvroue wat opleiding in aborsiesorg ondergaan het – oftewel gesertifiseerde verpleegkundiges en vroedvroue – en aborsiesorg lewer by vlak een staatsgesondheidsorgfasiliteite in die onderskeie streke van die Wes-Kaap. Die insluiting van vlak twee en vlak drie gesondheidsorgfasiliteite in die teikenpopulasie en steekproef was egter sinvol, aangesien waardevolle inligting verkry kon word betreffende die aard van aborsiesorg by die verskillende vlakke fasiliteite.

Henning (2004:42) bevestig dat indien 'n studie veelvoudige metodes van data-insameling vereis ten einde in-diepte gegewens te bekom betreffende 'n spesifieke verskynsel en dit duidelik afgebaken is met 'n duidelike eenheid van analise, die studie 'n gevallestudie-ontwerptipe sal regverdig. Die nadeel van 'n gevallestudiebenadering is egter die geloofwaardigheid van veralgemening van die bevindings (Denscombe, 2003:39). Hierdie outeur voer aan dat die navorser die mate waartoe die geval soortgelyk is aan of kontrasteer met ander gevalle van sy soort, moet bepaal. Die geval wat bestudeer word – die gesertifiseerde verpleegkundiges en vroedvroue – kan wel vergelyk word met ander gesertifiseerde verpleegkundiges en vroedvroue in die ander vlakke van gesondheidsorgdienste in die onderskeie streke van die Wes-Kaap, aangesien hierdie verpleegkundiges almal deur dieselfde instansie opgelei is, naamlik die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap. Die uniekheid van die gevallestudie lê egter in die aard van die dienslewering in die onderskeie streke wat elk sy eie unieke samestelling het van gesondheidsorgpraktisyns, tipe pasiënt wat die dienste versoek, asook die aantal en aard van gesondheidsorgfasiliteite wat aborsiesorgdienste aanbied.

4.2.2 Teikenpopulasie

De Vos (2001:190) definieer 'n populasie as die totaliteit van dié elemente wat verband hou met die navorsingsvraag wat bestudeer word.

Die teikenpopulasie met die oog op datagenerering in hierdie studie het ingesluit:

- alle toeganklike vlak een, vlak twee en vlak drie staatsgesondheidsorgfasiliteite in die onderskeie streke van die Wes-Kaap wat ingevolge Wet Nr. 92 van 1996 soos gewysig, aangewys is om aborsies op versoek uit te voer;
- die verpleegkundiges en vroedvroue wat aborsiesorg verskaf in die genoemde gesondheidsorgfasiliteite;
- vroue wat aborsies ondergaan het en/of berading ontvang het; en
- voorregistrasie verpleegstudente by tersiêre opleidingsinstansies in die Wes-Kaap.

4.2.2.1 Gesondheidsorgfasiliteite

Twee-en-dertig staatsgesondheidsorgfasiliteite is aanvanklik aangewys vir die uitvoer van aborsiesorgdienste ingevolge Reg. Nr. 167 gedateer 31 Januarie 1997. Die fasiliteite wat voorheen gemagtig was deur die Aborsie en Sterilisasiewet Wet Nr. 2 van 1975 om aborsies en sterilisasies uit te voer, is ingevolge Wet Nr. 92 van 1996, meestal heraangewys as fasiliteite waar swangerskappe chirurgies beëindig mag word. Etlke gesondheidsorgfasiliteite het sedert die implementering van die aborsiewetgewing in 1997 aansoek gedoen om ook gelys te word. Alle fasiliteite wat verloskundige dienste aanbied word egter sedert die implementering van die Wysigingswet Nr. 38 van 2004 outomaties gemagtig om aborsies uit te voer.

'n Volledige, opgedateerde lys van al die gesondheidsorgfasiliteite wat voldoen aan die vereistes soos uiteengesit in artikel 3 van Wet Nr. 92 van 1996 en sedert 1997 in die Wes-Kaap aangewys is vir aborsiesorgdienste, ongeag of hul funksioneel is of nie, is op 28 Maart 2007 van die Departement van Gesondheid verkry. Hierdie lys het die meesterlys geword waaruit die steekproef getrek is (Bylae 1).

Soos uiteengesit in tabel 4.1, is 'n totaal van 71 (N=71) gesondheidsorgfasiliteite gemagtig om aborsies in die Wes-Kaap uit te voer. Vir die doel van hierdie studie en die doelwitte wat gestel is, is privaat gesondheidsorgfasiliteite en nie-regeringsorganisasies (NRO's) egter nie ingesluit in die populasie waaruit die steekproef gedoen is nie. Die teikenpopulasie het dus al 41 (N=41) aangewysde staatsgesondheidsorgfasiliteite in die Wes-Kaap ingesluit en nie slegs diegene wat

die diens verskaf nie, aangesien die navorser spesifiek ondersoek wou instel na die aard van aborsiesorgdienste op die verskillende vlakke in die onderskeie streke, hetsy dienste wat wel aangebied word, al dan nie.

Tabel 4.1
Aangewysde gesondheidsorgfasiliteite in die Wes-Kaap in 2007

Aangewysde fasiliteite	N	Aangewysde fasiliteite wat aborsiesorgdienste verskaf	Frekwensie (f)	Presentasie (%)
Staatshospitale	36	32	32/36	89%
CHC's*	5	4	4/5	80%
Sub-totaal:	41	38	38/41	92%
NRO's*	3	3	3/3	100%
Privaathospitale	27	21	21/27	67%
Sub-totaal:	30	24	24/30	78%
TOTAAL:	71	62	62/71	87%

(Bron: Departement van Gesondheid: Wes-Kaap, 2007)

*CHC: Community Health Centre (gemeenskapsgesondheidsentrum)

*NRO's: Nie-regeringsorganisasies

Die Wes-Kaap is in die volgende vyf streke verdeel, naamlik:

1. Supra-streek;
2. Metropool;
3. Weskus/Wynland-streek;
4. Boland/Overberg-streek; en
5. Suid-Kaap/Karoo-streek

Binne die dienslewingsmilieu word die staatsgesondheidsorgfasiliteite in die onderskeie streke as volg geklassifiseer:

- o vlak een of primêre fasiliteite (klinieke, gemeenskapsgesondheidsentrums, distrikshospitale en vroedvrou-verlossingseenhede);
- o vlak twee of sekondêre fasiliteite (streeks- of verwysingshospitale); en
- o vlak drie of tersiêre fasiliteite (akademiese hospitale).

(In hierdie studie word hoofsaaklik van die terme vlak een, vlak twee of vlak drie gesondheidsorgfasiliteite gebruik gemaak.)

In tabel 4.2 word die gefinaliseerde populasie van die staatsgesondheidsorgfasiliteite in die onderskeie streke aangedui waaruit die steekproef geneem is.

Tabel 4.2

Teikenpopulasie van staatsgesondheidsorgfasiliteite in die onderskeie streke

Staatsgesondheidsorgfasiliteite in die onderskeie streke		<i>f</i>
1. Supra-streek	Vlak 1 = 0 Vlak 2 = 0 Vlak 3 = 2	2
2. Metropool	Vlak 1 = 7 Vlak 2 = 4 Vlak 3 = 0	11
3. Weskus/Wynland-streek	Vlak 1 = 8 Vlak 2 = 1 Vlak 3 = 0	9
4. Boland/Overberg-streek	Vlak 1 = 9 Vlak 2 = 1 Vlak 3 = 0	10
5. Suid-Kaap/Karoo-streek	Vlak 1 = 8 Vlak 2 = 1 Vlak 3 = 0	9
		N = 41

4.2.2.2 Verpleegkundiges en vroedvroue wat aborsiesorg verskaf

Die navorser kon nie die totale populasie van verpleegkundiges wat die voorgestelde aborsiesorgopleiding ondergaan het en aborsiesorgdienste in die Wes-Kaap verskaf, bepaal nie, aangesien SARV-statistiek nie beskikbaar is van al die geregistreerde verpleegkundiges en vroedvroue wat aborsiesorgopleiding voltooi het nie. Green (2007) noem dat diegene wat die kortkursus in aborsiesorg voltooi het kon gevra het dat dit teen hul naam gelys word, maar dat daar nie vasgestel is of almal dit gedoen het nie. Dit is ook nie bekend hoeveel verpleegkundiges wat aborsiesorgdienste verskaf, indiensopleiding ontvang het al dan nie.

Soos aangedui in tabel 2.6 blyk dit dat slegs 133 gesertifiseerde verpleegkundiges (N=133) teen einde Desember 2006 die voorgestelde aborsiesorgkursus in Suid-Afrika voltooi het en wel die kwalifikasie by die SARV gelys het. Die mediese superintendente en/of hoofverpleegdiensbestuurder van al die aangewysde staatsgesondheidsorgfasiliteite in die Wes-Kaap (N=41) is telefonies of elektronies genader ten einde inligting te bekom of aborsiesorgdienste deur geregistreerde verpleegkundiges en/of vroedvroue verskaf word al dan nie. Die opname in November 2007 by die onderskeie fasiliteite toon dat ongeveer 15 (N=15)

gesertifiseerde verpleegkundiges in die onderskeie fasiliteite in die Wes-Kaap werkzaam was, maar tot watter mate aborsiesorg gelewer is, was in hierdie stadium nie bekend nie.

4.2.2.3 Vroue wat aborsies ondergaan en/of berading ontvang

Die populasie van vroue wat tans aborsiesorgdienste versoek, is ge-ekstrapoleer deur gebruik te maak van 2006-statistiek van die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap wat aandui dat 12 894 vroue gedurende hierdie tydperk in die Wes-Kaap aborsies ondergaan het (Mabusela, 2007).

4.2.2.4 Voorregistrasie verpleegstudente

Die teikenpopulasie sluit in al die voorregistrasie verpleegstudente by tersiêre opleidingsinstellings in die Wes-Kaap. Tabel 4.3 dui die aantal voorregistrasie verpleegstudente (N=2 011) aan by die onderskeie opleidingsinstellings (N=4) in die Wes-Kaap in 2008.

Tabel 4.3
Voorregistrasie verpleegstudente in die Wes-Kaap: 2007/2008

Opleidingsinstansies	Eerstejaars	Tweedejaars	Derdejaars	Vierdejaars	TOTAAL
Universiteit Stellenbosch (US) (2007)	uitgefaseer	uitgefaseer	uitgefaseer	73	73
Universiteit van Kaapstad (UK)	uitgefaseer	uitgefaseer	uitgefaseer	uitgefaseer	-
Universiteit van Wes-Kaapland (UWK)	365	319	180	227	1 091
Wes-Kaap Kollege van Verpleging (WKKV)	386	213	173	75	847
TOTAAL				n=375	N=2 011

4.2.3 Steekproefneming

Dit is nie altyd moontlik óf koste- en tydeffektief om die totale teikenpopulasie te bestudeer nie. Dit is verder moeilik om al die beskikbare data sinvol te prosesseer, te analiseer en te interpreteer. Indien 'n wetenskaplike steekproefneming egter gedoen word, kan meer akkurate inligting verkry word, aangesien tyd, geld en insette aangewend kan word om beter instrumente te ontwerp en in-diepte data te verkry ten einde kwaliteitnavorsing te doen. Enige vooroordeel of voorkeur word ook

uitgeskakel ten opsigte van gesondheidsorgfasiliteite, verpleegkundiges, pasiënte of rekords wat ingesluit moet word in die studie. 'n Verdere voordeel van steekproefneming is dat die data wat bekom word, veralgemeen kan word indien die steekproef verteenwoordigend is van die populasie waaruit die steekproef gedoen is (De Vos, 2001:191).

De Vos (2001:190) definieer die steekproefneming as enige gedeelte van die populasie wat verteenwoordigend is van die gegewe populasie. Die navorser het op die volgende *vier steekproefnemings* besluit:

- 'n Ewekansige, gestratifiseerde, nie-proporsionele steekproef is geneem uit die staatsgesondheidsorgfasiliteite in die Wes-Kaap, wat ingevolge die aborsiewetgewing aangewys is om aborsiesorgdienste aan te bied, om te verseker dat die steekproef verteenwoordigend is van al die vlakke van gesondheidsorgfasiliteite in die onderskeie streke (n=9) (De Vos, 2001:197);
- 'n Nie-waarskynlike, doelbewuste steekproefneming van verpleegkundiges en vroedvroue wat die voorgestelde aborsiesorgopleiding voltooi het en aborsiesorg verskaf, is doelbewus geselekteer om te verseker dat deelnemers met gespesialiseerde kennis en ondervinding en wat die meeste ooreenstem en verteenwoordigend was van die populasie en dít wat ondersoek is, ingesluit is (n=10) (De Vos, 2001:198);
- Al die aborsieprosedures en beradingsessies wat op geselekteerde dae plaasgevind het, is ingesluit op grond van 'n nie-waarskynlike gerieflikheidssteekproefneming, aangesien slegs 'n bepaalde verskynsel ondersoek is (n=30-100); en
- 'n Nie-waarskynlike, doelbewuste steekproefneming van voorregistrasie verpleegstudente is subjektief en doelbewus geselekteer om te verseker dat die deelnemers wat ingesluit is, die meeste ooreenstem met dít wat ondersoek is en verteenwoordigend was van die teikenpopulasie (n=375) (De Vos, 2001:198).

Betreffende die grootte van die steekproef, is De Vos (2001:192) van mening dat dit algemeen aanvaar word dat hoe groter die populasie is, hoe kleiner hoef die steekproefpersentasie van die gegewe populasie te wees. De Vos (2001) voer aan dat óf 10%, óf 30 tot 100 elemente vanuit die teikenpopulasie voldoende is ten einde 'n betekenisvolle analise van data moontlik te maak.

In tabel 4.4 word die steekproefnemings wat vir hierdie studie gebruik is uiteengesit en verder bespreek.

Tabel 4.4
Die onderskeie steekproefnemings vir die studie

Populasie	Steekproefneming
Staatsgesondheidsorgfasiliteite (N=41)	Ewekansige, gestratifiseerde, nie-proporsionele steekproefneming (n=9)
Gesertifiseerde verpleegkundiges en vroedvroue (N=15)	Nie-waarskynlike, doelbewuste steekproefneming (n=10)
Vroue wat abortieprosedures en beradingsessies ondergaan (N=12 894)	Nie-waarskynlike gerieflikheidssteekproefneming (n=30-100)
Voorregistrasie verpleegstudente (N=2 011)	Nie-waarskynlike, doelbewuste steekproefneming (n=375)

4.2.3.1 Gesondheidsorgfasiliteite

Soos aangedui in tabel 4.5 het die navorser besluit op 'n ewekansige, gestratifiseerde, nie-proporsionele steekproefneming van al die aangewysde staatsgesondheidsorgfasiliteite ten einde te verseker dat die steekproef verteenwoordigend is van al die vlakke van gesondheidsorgfasiliteite wat aangewys is om abortiesorgdienste in die onderskeie streke van die Wes-Kaap te behartig.

Volgens De Vos (2001:197) beteken stratifikasie dat die populasie in 'n aantal strata of vlakke verdeel is waarvan persentasiegewys 'n verteenwoordigende steekproef geneem kan word. De Vos (2001) is van mening dat dié tipe steekproefneming geskik is vir populasies wat heterogeen is ten opsigte van sekere veranderlikes of karaktereienskappe, maar wel verdeel kan word in deelpopulasies of strata wat elk homogene ooreenkomste toon ten opsigte van die veranderlike wat bestudeer word. In hierdie studie is die verskillende strata of vlakke van gesondheidsorgfasiliteite heterogeen ten opsigte van die opleidingstatus, hoeveelheid en kategorieë van personeel, asook ten opsigte van die omvang van dienste wat beskikbaar is, maar homogeen ten opsigte van die enkele eienskap dat almal aangewys is om abortiesorgdienste aan te bied. Die konsep van stratifikasie in gesondheidsorg word vervolgens verduidelik.

In tersiêre of vlak drie gesondheidsorgfasiliteite wat as akademiese hospitale funksioneer, is daar 'n verskeidenheid van geneeshere wat hoofsaaklik die kliniese besluite oor pasiënte neem. Hierdie geneeshere sluit in 'n professor wat 'n akademiese aanstelling is, verskeie kliniese assistente (spesialiste-in-opleiding), mediese beamptes (geregistreerde praktisyne) en interns (geneeshere besig met hul

praktiese hospitaaljaar). Die dienste wat beskikbaar is, is gespesialiseer en interdepartementele verwysings vind plaas in geval van komplikasies wat gespesialiseerde dienste benodig. In die distrikshospitale of vlak een fasiliteite, daarenteen, is dit meestal mediese beamptes wat beskikbaar is in geval van komplikasies. Gespesialiseerde dienste is nie dadelik beskikbaar nie en die verpleegkundige is dikwels verplig om onafhanklik van die geneesheer besluite te neem. Sy is hoofsaaklik aangewese op haar teoretiese kennis, praktiese vaardigheid en mediese toerusting tot haar beskikking ten einde probleme effektief te hanteer (Smit, 2003:76).

Tabel 4.5
Gestratifiseerde steekproefneming van staatsgesondheidsorgfasiliteite
(nie-proporsioneel)

Aangewysde staatsgesondheidsorgfasiliteite in die onderskeie streke		<i>f</i>	Gestratifiseerde steekproefneming (nie-proporsioneel)
1. Supra-streek	Vlak 1 = 0	0	0
	Vlak 2 = 0	0	0
	Vlak 3 = 2	2	1
2. Metropol	Vlak 1 = 7	7	1
	Vlak 2 = 4	4	1
	Vlak 3 = 0	0	0
3. Weskus/ Wynland-streek	Vlak 1 = 8	8	1
	Vlak 2 = 1	1	1
	Vlak 3 = 0	0	0
4. Boland/ Overberg-streek	Vlak 1 = 9	9	1
	Vlak 2 = 1	1	1
	Vlak 3 = 0	0	0
5. Suid-Kaap/Karoo-streek	Vlak 1 = 8	8	1
	Vlak 2 = 1	1	1
	Vlak 3 = 0	0	0
		N=41	n=9

Weens die ongelyke numeriese verspreiding van die verskillende vlakke van fasiliteite in elke streek is besluit dat die gestratifiseerde steekproefneming op 'n nie-proporsionele basis sal geskied. Volgens Stoker se tabel (De Vos, 2001:192), wat as 'n riglyn vir die steekproefneming gebruik is (tabel 4.6), was ongeveer 72% (n=28) van die staatsgesondheidsorgfasiliteite (N=41) veronderstel om in hierdie studie ingesluit te word. Die insluiting van 28 gesondheidsorgfasiliteite is egter vir die omvang van hierdie studie en die doelwitte wat gestel is, nie as realisties en toepaslik beskou nie. Minstens een fasiliteit van elke vlak gesondheidsorg in elk van die vyf

onderskeie streke van die Wes-Kaap is derhalwe in hierdie studie ingesluit. Hierdie fasiliteite het een (n=1) vlak drie, vier (n=4) vlak twee en vier (n=4) vlak een fasiliteite ingesluit (n=9).

Tabel 4.6
Stoker se tabel as riglyn vir steekproefnemings

Populasie (N)	Persentasie voorgestel	Aantal elemente (n)
20	100%	20
30	80%	24
* 40	72%	28
50	64%	32
100	45%	45
200	32%	64
500	20%	100
1 000	14%	140
10 000	4,5%	450
100 000	2%	2 000

(Bron: De Vos, 2001:192)

* navorsers se invoeging

Seleksie van die gesondheidsorgfasiliteite is gedoen met behulp van *Excel* (Bylae 2). Ewekansige getalle is toegeken aan elke fasiliteit in die onderskeie vlakke in die verskillende streke en van groot na klein gerangskik. Die fasiliteit met die grootste waarde in elke vlak in elk van die onderskeie streke is geselekteer. Die steekproefneming was dus ewekansig met stratifikasie van die verskillende kategorieë van fasiliteite, naamlik vlak een, vlak twee en vlak drie.

Aangesien die gesertifiseerde verpleegkundiges in die Wes-Kaap die spesifieke eenheid van analise in hierdie gevallestudie is, is addisionele toestemming verkry van dié fasiliteite waar gesertifiseerde verpleegkundiges ten tye van die data-insameling aborsiesorgdienste verskaf het (tabel 5.1), maar nie in die ewekansige steekproef ingesluit is nie. Die rede hiervoor was om te verseker dat soveel as moontlik van die gesertifiseerde verpleegkundiges in die gevallestudie ingesluit word.

Die *insluitingskriteria vir staatsgesondheidsorgfasiliteite* was dat dit:

- aangewys is vir die verskaffing van aborsiesorgdienste ingevolge Wet Nr. 92 van 1996, soos gewysig;
- duidelik geklassifiseer moes wees volgens vlak en streek; en

- toeganklik is.

Hierdie steekproefneming van die gesondheidsorgfasiliteite het voldoen aan die voorwaardes vir 'n ewekansige steekproefneming, naamlik dat:

- die navorser die totale teikenpopulasie ken deur gebruik te maak van 'n beskikbare lys; en
- 'n spesifieke steekproefraamwerk gebruik is (Smit, 2003:79).

4.2.3.2 Verpleegkundiges en vroedvroue wat aborsiesorg verskaf

Aangesien die teikenpopulasie van verpleegkundiges wat opgelei is in aborsiesorg en hierdie dienste verskaf nie bekend is nie, het die navorser besluit op 'n nie-waarskynlike, doelbewuste steekproefneming van verpleegkundiges en vroedvroue wat aborsiesorg verskaf. Volgens Burns en Grove (1987:218) is 'n doelbewuste steekproefneming 'the selection of participants as judged by the researcher as having the necessary knowledge and experience to contribute meaningful data to the study'.

Diegene wat aborsiesorgopleiding ondergaan het, word dus doelbewus geselekteer om te verseker dat deelnemers met gespesialiseerde kennis en ondervinding wat die meeste ooreenstem en verteenwoordigend is van die populasie en dít wat ondersoek word, ingesluit word (De Vos, 2001:198). Soos reeds genoem in paragraaf 4.2.3.1 in hierdie hoofstuk is addisionele toestemming van dié fasiliteite verkry waar hierdie verpleegkundiges werksaam was ten einde omvattende data-insameling te verseker, naamlik observasie van prosedures, vraelyste deur verpleegkundiges en pasiënte te laat voltooi, asook die voer van onderhoude vir in-diepte inligting.

Soos reeds genoem in paragraaf 4.2.3 beveel De Vos (2001:192) aan dat 30 tot 100 elemente vanuit die teikenpopulasie voldoende is om in 'n steekproef ingesluit te word ten einde 'n betekenisvolle analise van data moontlik te maak. Mouton (2005:149) noem egter dat gevallestudies se doel is om 'n in-diepte beskrywing te verskaf van 'n klein aantal (minder as 50 gevalle). Ten einde te voorkom dat 'n studie onbeheerbaar raak, beveel Miles en Huberman (1994:30) egter aan dat 15 tot maksimum 30 elemente in die gevallestudie ingesluit behoort te word. Die navorser het besluit dat al die verpleegkundiges wat die voorgestelde aborsiesorgopleiding voltooi het (N=15) en ten tyde van die ondersoek aborsiesorgdienste aangebied het, in hierdie studie betrek word en die aborsiesorg wat elkeen verleen, waargeneem word totdat dataversadiging bereik is.

Die *verpleegkundiges* wat geobserveer is, moes aan die volgende *insluitingskriteria* voldoen:

- moes geregistreer wees as professionele verpleegkundige of vroedvrou by die SARV;
- moes opleiding in aborsiesorg voltooi het; en
- moes werksaam wees in aangewysde staatsgesondheidsorgfasiliteite vir die uitvoer van aborsies in die Wes-Kaap.

4.2.3.3 Vroue wat aborsies ondergaan en/of berading ontvang

Volgens Uys en Basson (1991:101) is dit nie altyd moontlik om 'n steekproef te verkry waarvan die waarskynlikheid dat dit verteenwoordigend sal wees van die populasie, statisties bepaalbaar is nie. Die navorser het derhalwe besluit dat al die vroue wat aborsieprosedures en/of berading ontvang op geselekteerde dae, ingesluit word op grond van 'n nie-waarskynlike gerieflikheidssteekproefneming. Die elemente van die populasie het dus nie almal 'n gelyke geleentheid om as deel van die steekproef gekies te word nie. Volgens De Vos (2001:198) word hierdie tipe steekproef gebruik indien die navorser óf nie die totale populasie presies kan bepaal nie, óf slegs 'n bepaalde verskynsel wil ondersoek deur 'simply reach[ing] out and tak[ing] the cases that are at hand, continuing the process until the sample reaches a designated size' óf totdat dataversadiging bereik is.

Volgens Stoker se tabel (De Vos, 2001:192) soos aangedui in tabel 4.5 wat as riglyn vir die steekproefneming gebruik is, behoort 'n minimum van 4,5% van die geskatte populasie vroue (N=12 894) ingesluit te word in die studie. Dit was egter nie realisties om 450 – 580 vroue in hierdie studie in te sluit nie, aangesien plattelandse fasiliteite waar relatief min aborsies uitgevoer word 'n groot persentasie uitgemaak het van die steekproef en 'n onbekende persentasie van die aborsieprosedures gewoonlik deur geneeshere uitgevoer word.

Die navorser het derhalwe besluit dat De Vos (2001:192) se aanbeveling van 30 – 100 elemente vanuit die teikenpopulasie voldoende sou wees om 'n betekenisvolle analise van data moontlik te maak. Dus is ál die vroue wat op die geselekteerde dae aborsiesorg ontvang het, in die studie ingesluit totdat óf die verlangde hoeveelheid verkry is, óf dataversadiging bereik is. Indien al die geselekteerde gesondheidsorgfasiliteite besoek is en die aantal aborsieprosedures nie aan die genoemde hoeveelheid voldoen het nie óf dataversadiging nog nie verkry is nie, sou

voortgegaan word om die prosedures by enige van die geselekteerde fasiliteite te observeer totdat dataversadiging bereik is.

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

- minder as 12 weke intra-uteriene swangerskap;
- moes reeds besluit het op 'n aborsie; en
- moes aborsiesorg ontvang het deur 'n geregistreerde verpleegkundige, hetsy op versoek óf op grond van mediese redes.

Vir die doeleindes van hierdie studie het die navorser op bogenoemde kriteria besluit om sodoende die scenario te beperk tot situasies waar die verpleegkundige betrokke is. Die vroue wat 'n onvolledige, onveilige aborsie gehad het, is uitgesluit van die studie.

4.2.3.4 Voorregistrasie verpleegstudente

Soos aangedui in tabel 4.3 het die navorser besluit dat alle finalejaar verpleegstudente (n=375) verbonde aan die vier tersiêre opleidingsinstellings, naamlik drie universiteite en een kollege, betrek word in hierdie studie, aangesien hul siening betreffende aborsiesorg die meeste verteenwoordigend was van die teikenpopulasie, naamlik dié van voorregistrasie studente. Sodoende kon voorregistrasie studente se mening verkry word betreffende die beoogde opleiding in aborsiesorg aan voorregistrasie studente, asook die aard daarvan, indien dit wel verskaf moet word. Die studente is dus geselekteer deur middel van 'n nie-waarskynlike, doelbewuste steekproefneming.

4.2.4 Data-insameling

Die data-insameling is gebaseer op die oorkoepelende doel en doelwitte wat vir hierdie studie gestel is, naamlik om die opleiding en die kwaliteit van aborsiesorg deur geregistreerde verpleegkundiges en vroedvroue wat die voorgestelde opleiding voltooi het, in die Wes-Kaap se staatsgesondheidsorgfasiliteite te ondersoek. Soos genoem, is die impak van die tekort aan doeltreffend opgeleide verpleegkundiges op die lewering van dienste weens die omvang van hierdie studie egter nie ondersoek nie.

Die studie was daarop gerig om aborsiesorgopleiding, die aborsiesorgprosedures en berading aan swanger vroue met ongewenste swangerskappe in aangewysde

staatsgesondheidsorgfasiliteite in die Wes-Kaap te ondersoek vanuit 'n verpleegkundige perspektief, deur:

- o die teoretiese kennis van geregistreerde verpleegkundiges betreffende aborsies op versoek en die wetlike aspekte daaraan verbonde te bepaal;
- o die praktiese vaardigheid van geregistreerde verpleegkundiges ten opsigte van aborsiesorg te evalueer;
- o die persepsies en behoeftes van swanger vroue te bepaal ten opsigte van die aborsiesorgdienste;
- o in-diepte inligting te verkry van verpleegstudente en ander rolspelers betreffende aborsiesorgopleiding;
- o die bestaande aborsiesorriglyne en -opleiding in staatsgesondheidsorgfasiliteite en hoëronderrysinstellings te evalueer en aanbevelings te maak;
- o opleidingsraamwerk te ontwikkel vir die opleiding van na-registrasie, sowel as voorregistrasie verpleegstudente; en
- o aanbevelings te maak vir verdere navorsing, opleiding en wetenskaplike vroedvrou-praktykvoering betreffende aborsies op versoek.

Data is vanaf 22 Oktober 2007 tot 29 Februarie 2008 ingesamel by die nege geselekteerde staatsgesondheidsorgfasiliteite in die onderskeie streke van die Wes-Kaap, sowel as by die ses addisionele fasiliteite waar gesertifiseerde verpleegkundiges werksaam is en nie in die ewekansige steekproef ingesluit is nie ($n=15$). Die navorser het besluit om 'n minimum van een werksdag by elke gesondheidsorgfasiliteit te spandeer. Daar sou egter voortgegaan word met data-insameling in die betrokke vlak en streek totdat dataversadiging bereik is en geen nuwe inligting gegenereer kon word nie. Die daglange besoeke aan elke fasiliteit is vooraf gereël om te verseker dat die navorser die betrokke fasiliteit besoek wanneer aborsiesorgdienste wel aangebied word, of wanneer daar wel met die rolspelers onderhoude gevoer kon word. Die navorser het beplan om 'n minimum van drie weke in elke streek in die Wes-Kaap te spandeer wat besoeke aan die betrokke gesondheidsorgfasiliteite, opleidingsinstellings en ander rolspelers sou insluit totdat dataversadiging bereik is.

Die data is ingesamel met behulp van spesifieke instrumente wat deur die navorser opgestel is. Die instrumente was daarop gemik om die teoretiese en praktiese vaardighede van gesertifiseerde verpleegkundiges met betrekking tot aborsies op versoek te bepaal, die persepsies van vroue wat van aborsiesorgdienste gebruik

maak te ondersoek en menings van al die betrokke rolspelers te verkry aangaande aborsiesorgopleiding.

Verpleegkundiges wat ander aspekte van aborsiesorg in die betrokke fasiliteite uitvoer, is ook geobserveer en daar is met hulle onderhoude gevoer op dié dae wat die navorser die fasiliteite besoek het, maar die fokus was op die gesertifiseerde verpleegkundiges wat aborsieprosedures uitgevoer het.

Die instrumente vir data-insameling het die volgende behels:

- drie afsonderlike *vraelyste* aan onderskeidelik:
 - vroue wat aborsies en/of berading ondergaan (Bylae 3);
 - verpleegkundiges en vroedvroue wat aborsiesorg verskaf (Bylae 4); en
 - voorregistrasie verpleegstudente (Bylae 5)
- 'n *kontrolelys* om aborsies wat deur verpleegkundiges en vroedvroue uitgevoer word objektief en nie-deelnemend te observeer (Bylae 6)
- semi-gestruktureerde *onderhoudvoering* (Bylae 7) ten einde in-diepte inligting te verkry van:
 - verpleegkundiges en geneeshere werksaam in aangewysde staatsgesondheidsorgfasiliteite;
 - mediese superintendente en/of hoofverpleegdiensbestuurders van al die aangewysde fasiliteite in die onderskeie streke; en
 - belanghebbendes van die SARV, Departement van Gesondheid: Wes-Kaap, onderskeie hoërondwysinstellings, asook ander rolspelers.

4.2.4.1 Vraelyste

'n Vraelys is 'n relatief goedkoop metode om spesifieke inligting vinnig te bekom. Diegene wat die vraelys voltooi, ervaar 'n groter mate van anonimiteit en is dus meer geneig om die vrae eerlik te beantwoord (De Vos, 2001:153). Die geldigheid en betroubaarheid van die instrument is ook maklik toetsbaar.

Die navorser het gebruik gemaak van selfopgestelde vraelyste, aangesien spesifieke vrae ingesluit kon word wat gerig was op spesifieke inligting wat die navorser wou bekom betreffende die verskaffing van aborsiesorg. Drie afsonderlike vraelyste is dus opgestel vir onderskeidelik vroue wat aborsies en/of berading ondergaan, verpleegkundiges en vroedvroue wat aborsiesorg verskaf en die voorregistrasie studente.

Die vraelyste het sowel geslote as oop-einde vrae bevat. By die geslote vrae moes die respondent hoofsaaklik 'Ja' of 'Nee' antwoord op 'n aantal stellings. Waar die navorser nie seker was of alle moontlike alternatiewe in die geslote vrae ingesluit is nie, is 'n oop-einde vraag bygevoeg, naamlik 'Ander' en 'Spesifiseer' (De Vos, 2001:160). Die hoofemas van die vrae in die onderskeie vraelyste was die volgende:

4.2.4.1.1 Vraelys vir die vroue wat aborties en/of berading ondergaan

- Algemene inligting (vraag 1 tot 9);
- Inligting betreffende die swangerskap (vraag 10 tot 21); en
- Inligting betreffende die abortiesorg (vraag 22 tot 34).

4.2.4.1.2 Vraelys vir gesertifiseerde verpleegkundiges wat abortiesorgdienste verskaf

- Algemene inligting en kwalifikasies (vraag 1 tot 7);
- Werkverwante inligting (vraag 8 tot 15);
- Inligting betreffende opleiding (vraag 16 tot 21); en
- Spesifieke inligting betreffende die abortiesorg (vraag 22 tot 31).

'n Dekbrief aan die respondent, wat die doel en die aard van die vraelys verduidelik, het deel van die vraelys uitgemaak. Hierdeur het die navorser gepoog om 'n positiewe gesindheid en samewerking van die respondent te verkry ten einde 'n hoë terugontvangs persentasie van die vraelyste te verseker (Smit, 2003:89). 'n Addisionele deelnemersinligtingsblad is bygevoeg wat voorsiening maak vir 'n toekoms om taaltoeganklikheid by die respondente te verseker. Die vraelys was relatief kort en saaklik en kon binne 10 minute voltooi word. Terugontvangs van die voltooide vraelys sou op toestemming tot deelname aan die studie dui. Die vraelyste is almal genommer sodat die navorser kon kontroleer dat al die vraelyste by elke gesondheidsorgfasiliteit terugontvang is. Die vraelyste is konfidensieel voltooi en geen respondente kon in 'n later stadium met enige data verbind word nie. Die navorser het self die vroue wat abortiesorg by die betrokke fasiliteite ondergaan het bygestaan met die voltooiing van die vraelyste, asook die invordering van die voltooide vraelyste ten einde 100% terugontvangs te verseker.

4.2.4.2 Kontrolelyns

Die doel van die kontrolelyns in hierdie studie was om spesifieke vaardighede van verpleegkundiges wat aborties uitvoer, objektief en nie-deelnemend op 'n gestruktureerde en sistematiese wyse te observeer. Al die aksies van die

verpleegkundige is geobserveer en aangedui teenoor die items op die kontrolelys. Die items is omskryf in die aangehegte bylae wat deel vorm van die kontrolelys. Uys en Basson (1991:60) beskryf observasie as 'n eenrigtingtegniek waardeur die navorser inligting probeer bekom deur bloot waar te neem sonder om deel van die gebeure te wees.

Die kontrolelyste het ontwikkel deurdat die navorser uit eie praktykservaring belangrike aspekte geïdentifiseer het wat sy wou evalueer. Die lys van items op die kontrolelys is gebaseer op die WGO se riglyne, die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap se protokol, asook ander bestaande protokol betreffende aborsiesorg, sowel as die doelwitte van die studie. Dit is verder aangevul deur die literatuur. Die onderstaande was die hoofemas op die kontrolelys:

- Algemene inligting (items 1-5);
- Pre-aborsie sorg (items 6-24);
- Berading en inligting (items 25-26);
- Aborsieprosedure (items 27-52);
- Post-aborsie sorg (items 53-61); en
- Inligting betreffende die gesondheidsorgpraktisyn (items 62-66).

Die voordele van die kontrolelys was die gerieflikheid van die gebruik daarvan deurdat items slegs afgemerkt kon word, asook die eenvormigheid van die statistiese verwerking van gegewens deurdat al die betrokke items gekodeer is. 'n Moontlike nadeel van 'n kontrolelys, naamlik dat die navorser belangrike aspekte kon uitlaat, is oorkom deurdat 'n addisionele bylae aan die kontrolelys geheg is om notas te maak vir inligting waarvoor nie op die kontrolelys voorsiening gemaak is nie. Gedetailleerde veldnotas is deurgaans gehou (Smit, 2003:86).

Om objektiwiteit te verseker sou dit die ideaal gewees het om van veldwerkers gebruik te maak, maar die navorser het besluit om eerder die data self in te samel om die volgende redes:

- Die voltooiing van die kontrolelyste was tydrowend. Die navorser wou nie die ekstra werklading op die betrokke verpleegkundiges plaas nie en instruksies is ook van hospitaalowerhede ontvang dat hospitaalpersoneel nie met die studie mag assisteer nie.
- Die verpleegkundiges in die kleiner hospitale roteer in die verskillende afdelings en is nie noodwendig altyd betrokke by aborsiesorg nie. Interwaarnemersverskille sou dus makliker voorkom wat die resultate van die studie kon beïnvloed.

- Die veldwerkers is die arbeidskrag van die fasiliteit en objektiwiteit kon dus nie gewaarborg word nie.
- Negatiewe aspekte waarin die navorser juis belanggestel het, kon doelbewus nie aangedui word nie ten einde te voorkom dat die fasiliteit in 'n negatiewe lig gestel word.
- Dit was vir die navorser belangrik om absolute korrekte inligting te verkry. Die kodering van die kontrolelyste is ingewikkeld en die verkeerde interpretasie of foutiewe gebruik van die kodes op die kontrolelyste kon foutiewe inligting weergee en dus die navorsingsresultate beïnvloed.

Die kontrolelyst het voldoen aan die hoofvereistes wat gestel word aan enige meetinstrument, naamlik die kontrolelyst was geskik vir die doel waarvoor dit gebruik sou word; dit het objektief gemeet en die waardes en gevoelens van die navorser het geen rol gespeel nie en dit was realisties en prakties uitvoerbaar.

Nadat die minimum aantal aborsieprosedures waargeneem is (n=30), het die navorser besluit om voort te gaan om aborsieprosedures waar te neem totdat dataversadiging bereik is en geen nuwe data of insigte verkry is nie.

4.2.4.3 Vraelys vir finalejaar voorregistrasie verpleegstudente

'n Kwantitatiewe opname is met behulp van vraelyste onder al die finalejaar voorregistrasie verpleegstudente van die onderskeie opleidingsinstellings gedoen ten einde te bepaal of aborsiesorgopleiding vir voorregistrasie verpleegstudente aangedui is, al dan nie. 'n Opname is 'n sistematiese en onpartydige insameling van data oor 'n steekproef van gevalle. Polit en Hungler (1993:716) definieer 'n opname navorsing as 'a non-experimental research that focuses on obtaining information regarding the activities, beliefs, preferences and attitudes of people through direct questioning of a sample of respondents'. Volgens Mkize en Uys (2004:62) is enige inligting wat op betroubare wyse verkry kon word deur 'n persoon direk om daardie inligting te vra, aanvaarbaar vir insluiting in 'n opname. Verskillende metodes kan egter gebruik word om die inligting te bekom.

Geslote vrae waarop hoofsaaklik 'Ja', 'Nee' of 'Onseker' geantwoord kon word, sowel as oop-einde vrae is gevra waarop die respondente hul persepsies moes aandui en hul menings moes gee. Die hooftemas van die vrae in die vraelys was as volg:

- Algemene inligting (vraag 1 – 8);
- Spesifieke inligting (vraag 9 – 14); en

- Inligting in verband met opleiding (vraag 15 – 22).

4.2.4.4 Semi-gestruktureerde onderhoudvoering

Onderhoudvoering kan geklassifiseer word as óf gestruktureerd óf ongestruktureerd (Brink, 1996:158). Gestruktureerde onderhoude behels dat spesifieke vrae op dieselfde wyse en in dieselfde volgorde gestel word deur middel van 'n onderhoudskedule en word meestal gebruik wanneer direkte en feitlike inligting benodig word. 'n Ongestruktureerde onderhoud daarenteen is meer vryvloeiend en die gesprek word slegs beperk deur die fokus van die navorsing. Brink (1996:158) maak ook melding van onderhoude wat semi-gestruktureerd kan wees deurdat dit elemente van beide tipes onderhoudvoering bevat. Hierdie manier van onderhoudvoering bied die geleentheid om nuwe idees en inligting op 'n gestruktureerde wyse te verkry.

Die navorser het vanuit praktiese oorwegings besluit om eerder semi-gestruktureerde onderhoude te voer met diegene wat direk of indirek betrokke was by aborsiesorg, asook by die opleiding van verpleegkundiges. In-diepte inligting ten opsigte van spesifieke aspekte wat nie met behulp van die kontrolelys en vraelyste verkry kon word nie, is sodoende bekom. Die aantal onderhoude is beperk totdat dataversadiging bereik is en geen nuwe inligting dus uit die onderhoude gegenerer is nie.

Tydens die onderhoude is vrae vry-vloeiend rondom 'n aantal kernaspekte gevra wat gefokus is om in-diepte inligting te verkry betreffende:

- die bestaande kernkurrikula vir aborsiesorgopleiding van verpleegkundiges;
- die behoeftes van verpleegkundiges wat aborsiesorg verleen;
- die behoeftes van vroue wat aborsiesorg ontvang;
- die toekomstige opleiding van verpleegkundiges met betrekking tot aborsiesorg ten einde in gemeenskappe se aborsiebehoeftes te voldoen; en
- die behoeftes van tersiêre instellings met betrekking tot aborsiesorgopleiding vir verpleegkundiges.

4.2.5 Toestemming

Toestemming om die studie te doen is onderskeidelik per faks en e-pos verkry van die Universiteit Stellenbosch se Etiese Komitee, die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap, onderskeie streekskantore, asook al die geselekteerde

gesondheidsorgfasiliteite (n=15) en opleidingsinstellings betrokke by verpleegopleiding (n=4).

Ten einde oorvleueling en/of duplisering van navorsing in die provinsie en gevolglike oorlaaiing van staatsgesondheidsorgfasiliteite te voorkom, maar ook 'n databasis te voorsien van huidige navorsingsprojekte in die provinsie, was die navorser verplig om die navorsingsprojek by die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap te registreer. Die Nasionale Navorsingskoördineringskomitee ('National Research Coordination Committee') is ingevolge die Wet op Nasionale Gesondheid (Wet Nr. 61 van 2003) tot stand gebring. Provinsiale Navorsingskomitees vir Gesondheid ('Provincial Health Research Committees') is aangewys om gesondheidsverwante navorsing in die provinsies te koördineer. 'n Volledige navorsingsvoorstel wat moes voldoen aan spesifieke vereistes is voorgelê aan die Streeksgesondheidsdienste en Programme ('District Health Services (DHS) and Programmes') wat tans as die tussentydse koördineringskomitee vir navorsing dien. Ná konsultasie met die geselekteerde staatsgesondheidsorgfasiliteite en die betrokke streekskantore is 'n finale besluit geneem deur die koördineringskomitee. Hierdie proses het ongeveer drie maande geneem voordat skriftelike toestemming van die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap ontvang is.

Skriftelike toestemming (Bylae 8) is versoek van die mediese superintendent van elk van die nege geselekteerde staatsgesondheidsorgfasiliteite ten einde:

- o etiese toestemming te verkry om die projek in die betrokke fasiliteit uit te voer;
- o toegang te verkry tot diegene wat aborsiesorg versoek om vraelyste te voltooi, asook tot hul rekords;
- o aborsiesorg deur verpleegkundiges, hetsy die aborsieprosedure en/of berading, nie-deelnemend te evalueer;
- o verpleegkundiges en vroedvroue te versoek om vraelyste te voltooi en/of onderhoude mee te voer; en
- o onderhoude met rolspelers in aborsiesorg te voer.

Al nege geselekteerde gesondheidsorgfasiliteite het toestemming verleen tot die navorsing.

Die verskaffing van aborsiesorgdienste by die aangewysde fasiliteite verander gedurig en hou direk verband met die beskikbaarheid van gesondheidsorgpraktisyns wat die voorgestelde aborsiesorgopleiding voltooi het én beskikbaar en/of gewillig is om aborsiesorg te verskaf. Al 41 fasiliteite (N=41) is dus telefonies en/of elektronies

gekontak om te bepaal watter fasiliteite ten tye van die navorsing aborsiesorgdienste in die Wes-Kaap aanbied en of gesertifiseerde verpleegkundiges by die betrokke fasiliteite aborsiesorg aanbied, al dan nie.

Addisionele toestemming is by dié fasiliteite verkry waar verpleegkundiges aborsiesorg verskaf om sodoende te verseker dat soveel as moontlik gesertifiseerde verpleegkundiges in die gevallestudie ingesluit sou word. Al ses addisioneel-geselekteerde gesondheidsorgfasiliteite het ook toestemming verleen tot die navorsing. Hierdie fasiliteite is besoek totdat dataversadiging bereik is.

Skriftelike toestemming (Bylae 8) is ook versoek van die betrokke verpleegopleidingsinstellings (N=4) om toegang te kry tot voorregistrasie studente ten einde opnames te doen betreffende hul mening aangaande aborsiesorgopleiding aan voorregistrasie studente, al dan nie. Al die betrokke verpleegopleidingsinstellings het toestemming verleen.

4.2.6 Geldigheid en betroubaarheid

Die gebruik van navorsingsinstrumente is onlosmaaklik verbind aan die konsepte van geldigheid en betroubaarheid (Bester, 1995:132). Die mate waarin 'n instrument daarin slaag om die spesifieke elemente waarvoor dit ontwerp is wel te evalueer, word deur Uys en Basson (1991:87) gedefinieer as die *geldigheid* van 'n instrument. Die inhoudsgeldigheid van die kontrolelyste en die vraelyste is vasgestel deurdat belangrike items tydens 'n omvattende literatuurstudie geïdentifiseer is en die dokumente met kundiges bespreek is wat doelbewus geselekteer is om te kontroleer dat al die items wat waargeneem behoort te word, teenwoordig is op die kontrolelys en wel in die praktyk meetbaar is. Die aanspraak op sigdigheid van die instrumente is gebaseer op die blote bestudering van die instrument om te bepaal of die instrumente wel die kernaspekte van aborsiesorg en -opleiding meet en nie noodwendig hoe dit meet nie.

Die kundiges was 'n ervare verpleegkundige wat by aborsiesorg betrokke is, asook die hoofverpleegdiensbestuurder van 'n geselekteerde vlak twee gesondheidsorgfasiliteit. Beide het bevestig dat die items in die vraelyste en kontrolelys relevant was tot die navorsingsonderwerp en dat die vrae duidelik geformuleer was. Daar is verseker dat die onderskeie vraelyste wel omvattende vrae insluit wat gerig was op die omvang en doelwitte wat vir hierdie studie gestel is. Die

instrumente is ook deur 'n statistikus van die Universiteit Stellenbosch ontleed om vas te stel of al die vrae en items op die onderskeie instrumente wel meetbaar en statisties analiseerbaar was. Die loodsstudie wat vooraf uitgevoer is om enige leemtes in die metodologiese benadering, insluitende die instrumente, te bepaal het bygedra om die geldigheid van die navorsing te bevestig.

Die *betroubaarheid* van 'n meetinstrument verwys na 'the extent to which the respondents consistently provide the same results, regardless of who does the measurement and when or where it occurs' (Ntlabezo, Ehlers & Booyens, 2004:34). Bester (1995:132) voeg hierby dat die betroubaarheid van 'n instrument nie alleen die mate van akkuraatheid en konstantheid waarmee dit meet behels nie, maar ook na die mate verwys waartoe die bevindinge veralgemeen kan word. Die betroubaarheid van die resultate verkry deur middel van die analise hou nie net verband met die kwaliteit van die navorsingsinstrument nie, maar ook met die kwaliteit van die data-insameling.

Die betroubaarheid van die kontrolelyste te bepaal deurdat verskillende observeerders op dieselfde tydskop met dieselfde kontrolelys dieselfde aborsieprosedure geëvalueer het. Dieselfde resultate by beide van die observeerders het bevestig dat dit 'n betroubare instrument was. Die betrokke vroue se rekords, asook relevante dokumentasie is gebruik om inligting wat ingesamel is te verifieer.

Die betroubaarheid van die onderskeie vraelyste is getoets deurdat vier vraelyste aan vier geregistreerde verpleegkundiges gegee is om te voltooi. Die verpleegkundiges het soortgelyke antwoorde op die onderskeie vrae gehad wat 'n aanduiding was dat die betrokke vrae dieselfde geïnterpreteer is en dus in die finale vraelys opgeneem kon word. Diegene wat die vraelyste voltooi het, is sowel mondelings as skriftelik deur middel van 'n dekbrieff wat deel uitgemaak het van die vraelys, daarop gewys dat die sukses van die navorsing grootliks deur hul insette bepaal sou word. Elkeen is versoek om die korrekte inligting te verskaf en hul eerlike mening te gee. Die versekering is aan die respondente gegee dat alle inligting vertroulik hanteer en slegs vir navorsingsdoeleindes gebruik sou word. Die betroubaarheid van die vraelyste is bevestig deurdat die response van diegene in die hoofstudie ooreengestem het met die reponse wat gedurende die loodsstudie verkry is.

Burns en Brink (Bester, 1995:132) stel dit duidelik dat die kriteria van geldigheid en betroubaarheid kwantitatiewe kriteria is en *per se* nie op kwalitatiewe navorsing toegepas kan word nie, maar dat daar na ander kriteria verwys moet word. Guba se model (De Vos, 1998:348) is gebruik om spesifiek die kwalitatiewe data wat deur middel van onderhoudvoering verkry is, te evalueer. Die model verwys na vier basiese kriteria, naamlik geloofwaardigheid, toepasbaarheid, konsekwentheid en neutraliteit.

- Volgens Brink (1996:124) verwys *geloofwaardigheid* van kwalitatiewe navorsing na interne geldigheid ('internal validity'). Die geloofwaardigheid of interne geldigheid van die kwalitatiewe bevindings in hierdie studie is bepaal deurdat die onderhoudskedule gebaseer is op 'n omvattende literatuurstudie. Die onderskeie rolspelers wat met onderhoudvoering betrek is funksioneer onafhanklik van mekaar in die praktyk en veldnotas is ook tydens die onderhoude gedokumenteer om te verseker dat geen inligting verlore gaan nie.
- Die gedetailleerde raamwerk van die metodologie met betrekking tot kwalitatiewe data-insameling en analise wat voorsien word, maak dit vir ander navorsers moontlik om te bepaal of die bevindings van hierdie studie *toepasbaar* is in 'n ander soortgelyke konteks (Maharaj, 2004:23).
- *Konsekwentheid* van bevindings verwys na soortgelyke resultate indien die studie herhaal word met óf dieselfde respondente, óf dieselfde situasie. Konsekwentheid is verkry deurdat 'n onafhanklike mede-kodeerder wat die kwalitatiewe bevindings ook geanaliseer het se resultate grootliks ooreengestem het met dié van die navorser.
- *Objektiwiteit* of neutraliteit is verseker deurdat kundiges gekonsulteer is in die formulering van die vraagstelling vir die semi-gestruktureerde onderhoudvoering sodat die bevindings die absolute weergawe van die respondente en die situasie weerspieël het en nie beïnvloed is deur ander vooroordele, motiverings en perspektiewe nie. Objektiviteit is ook verseker deur triangulasie van databronne deurdat met veelvuldige rolspelers onderhoude gevoer is betreffende sentrale temas (Carlson, Kotze & Van Rooyen, 2005:65).

4.2.7 Loodsstudie

Clifford (1990:197) definieer die loodsstudie as 'n kleinskaaltoetsing van die navorsingontwerp en/of die data-insamelingsinstrumente voordat die hoofstudie gedoen word ten einde te bepaal of dit betroubaar en in die praktyk uitvoerbaar is.

Volgens Uys en Basson (1991:112) behels die doelstellings van 'n loodsstudie die volgende:

- om te dien as 'n proeflopie om enige potensiële swakhede in die data-insameling, hetsy metodes of instrumente, te identifiseer en te verfyn of te wysig, of selfs te vervang;
- om die voorkoms van tussenveranderlikes wat die navorsing kan beïnvloed, te identifiseer en sodoende te elimineer; en
- om die beplande metode van data-analise te toets vóórdat die hoofstudie uitgevoer word.

Volgens De Vos (2001:158) lei dubbelsinnige vrae tot nie-vergelykbare response terwyl rigtinggewende vrae bevooroordeelde response tot gevolg mag hê. Vae vrae verskaf dikwels ook vae antwoorde wat dus nie tot enige waarde vir enige studie sou wees nie. De Vos (2001:185) noem dat die persentasie nie-respons of trae-respons met die voltooiing van 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 navorser kan identifiseer.

Die onderskeie data-insamelingsinstrumente, naamlik die kontrolelys en vraelyste, is aan 'n loodsstudie onderwerp voordat die navorsing aktief 'n aanvang geneem het om te verseker dat alle foute en onduidelikhede reggestel kon word. Ná afloop van die loodsstudie is veranderinge aangebring aan die instrumente. Die items wat aanvanklik op die kontrolelys verskyn het is gebaseer op die WGO se riglyne (2003) en die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap se protokol (2000). Die betrokke items wat glad nie meer in gebruik is nie, naamlik die uitvoer van bimanuele ondersoeke, asook ontoepaslike items, naamlik die pariteit van die vrou, is van die kontrolelys verwyder. Bykomende inligting waarvoor die navorser nie voorsiening gemaak het nie, is op die kontrolelys aangebring, naamlik die sonar-ondersoek.

Die vraelyste is feitlik onveranderd gelaat. Die vraagstelling in die vraelys aan die betrokke vroue met betrekking tot die inligting wat ontvang is (vraag 26) was aanvanklik verwarrend en is verminder na sewe aspekte waarop die vrou slegs 'Ja' of 'Nee' moes antwoord. Die formeel-gestruktureerde onderhoudvoering is gewysig na 'n meer informele gesprekvoering, maar het steeds op spesifieke temas gefokus.

De Vos (2001:179) meld dat 'n navorser sy ondersoek baie deeglik kan beplan, maar dat die praktiese situasie onbekend bly totdat dit eers betree word. Die navorser is daarom van mening dat 'n loodsstudie waardevol was, aangesien die lewensvatbaarheid van die studie hierdeur bevestig is deurdat veranderinge betyds aangebring kon word en moontlike metodologiese probleme tydens die studie betyds uitgeskakel is.

Die respondente wat in die loodsstudie betrek is, is geselekteer vanuit dieselfde populasie as die hoofnavorsing, maar die gegewens is nie in die finale data-analise en uiteindelijke resultate ingesluit nie. Die navorser het self die data ingesamel ten einde die moontlikheid van interwaarnemersverskille uit te skakel.

4.2.8 Etiese aspekte

Etiek verwys na die gehalte van navorsingsprosedures met betrekking tot professionele, regs- en maatskaplike verpligtinge teenoor diegene wat aan die navorsing onderwerp word (Polit & Hungler, 1993:435). Die etiese riglyne wat in hierdie studie geïmplementeer is, is hoofsaaklik gegrond op Uys en Basson (1991:106) se grondbeginsels vir kliniese etiek, naamlik dat die omvang van die navorsing van só 'n aard is dat dit geen finansiële implikasies vir die betrokke vroue, personeel, gesondheidsorgfasiliteite óf promotor en medepromotors sou inhou nie. Tydens hierdie navorsing sou geen behandeling aan die vroue gegee, óf weerhou word nie, geen inbreuk op die vroue se versorging gemaak word nie, hul privaatheid gerespekteer word en geen dokumente uit rekords verwyder word nie.

Die Etiese Standaard van Verpleegnavorsing, soos beskryf deur DENOSA (1998), is gebruik met betrekking tot die anonimiteit en kwaliteit van die studie:

- Toestemming vir die studie is verkry van al die staatsgesondheidsorgfasiliteite wat betrek is en slegs diegene wat toestemming verleen het, is ingesluit in hierdie navorsing;
- Geen fasiliteit of pasiënt se identiteit is tydens die studie bekend gemaak nie. Inligting is slegs vir navorsingsdoeleindes gebruik en sal nie in enige publikasie bekend gemaak word nie;
- Daar is nie van diegene wat die vraelyste voltooi het verwag om hul name of enige ander identifikasie op die vraelyste aan te bring nie; en
- Die deelnemers se reg om hulle aan die projek te onttrek, is gerespekteer.

Die deelnemers het ná afloop van hierdie studie toegang tot die resultate ingevolge die Etiese Standaard van die voormalige Randse Afrikaanse Universiteit (nou die Universiteit van Johannesburg) (RAU, 2002).

4.2.9 Data-analise

Die data wat in hierdie studie verkry is, is deur twee tipes analises ontleed en word vervolgens bespreek.

4.2.9.1 Kwantitatiewe data-analise

Kwantitatiewe data is op 'n *Excel*-werkblad vasgelê en met behulp van die *Statistica 7.0*-sagtewareprogram en 'n statistikus ontleed. Die data is hoofsaaklik beskrywend van aard en dus is beskrywende statistiek soos frekwensies en presentasies bereken om die data hetsy in tabelle, histogramme of grafieke voor te stel en te beskryf. Vir inferensiële statistiek is analises soos volg gedoen:

- Nominale veranderlikes is vergelyk met nominale insetveranderlikes met behulp van toepaslike gebeurlikheidstabelle (kruistabulerings of chi-kwadraattoetse) en p-waardes is gerapporteer.
- Kontinue responsveranderlikes is vergelyk met nominale insetveranderlikes met behulp van toepaslike ANOVA (variensie-analisemetodes). Waar die residu's nie normaal versprei is nie, is van toepaslike nie-parametriese metodes gebruik gemaak.
- Kontinue veranderlikes is vergelyk met ander kontinue insetveranderlike(s) met behulp van regressie- of meervoudige regressie-analisemetodes. Die sterkte van die regressieverband is bereken met geskikte korrelasie-koëffisiënte.
- Nominale veranderlikes is vergelyk met kontinue of nominale insetveranderlikes, met behulp van logistiese regressiemetodes (Dunn & Clarke, 1974).

4.2.9.2 Kwalitatiewe data-analise

Volgens De Vos (2001:344) is daar nie 'n spesifieke manier om kwalitatiewe data absoluut korrek te ontleed nie. Die belangrikste is egter dat die navorser in staat sal wees om deur middel van logiese stappe die betrokke data te ontleed. De Vos beveel aan dat verskeie benaderings of modelle gekombineer word om sodoende die geloofwaardigheid van die resultate te verhoog. Derhalwe is die kwalitatiewe data in die empiriese gedeelte van hierdie studie ontleed deur gebruik te maak van *Tesch se benadering* (De Vos, 2001:343) en *Carney se Ladder of Analytical Abstraction* (Miles & Huberman, 1994:92). Sentrale temagedagtes en subtemas is geïdentifiseer en saamgevoeg en/of gekategoriseer om uiteindelik die beskrywing van die kwalitatiewe

data meer betekenisvol onder toepaslike hoofde en subhoofde te vertolk. Die onderstaande stappe is gevolg:

- Al die kwalitatiewe data is deurgelees om 'n geheelbeeld te vorm;
- Nie-relevante inligting is geëlimineer;
- Onderskeie temas wat verband hou met mekaar, is gegroepeer en beskryf;
- Sentrale gedagtes is as hooftemas geïdentifiseer;
- Unieke temas en ander relevante maar ongeklassifiseerde temas is geïdentifiseer;
- Subtemas is terselfdertyd geïdentifiseer;
- Die onderlinge verwantskap tussen hooftemas en subtemas is aangedui waar nodig;
- Al die kategorieë is gekodeer; en
- Toepaslike titels en subtitels is aan hooftemas en subtemas gekoppel.

Hierdie proses van data-organisering het dikwels tot gevolg dat nuwe onderwerpe wat nog nie voorheen geïdentifiseer is nie, beskryf word. Die data-analise is deurlopend gedoen soos wat die data ingesamel is en datakodering is op 'n gereelde basis gedoen totdat dataversadiging bereik is.

4.3 METODOLOGIESE BEPERKINGS VAN DIE STUDIE

Selfs in die mees sorgvuldig beplande navorsingstudie is daar gewoonlik heelwat potensiële probleme of beperkings. Die probleme en/of beperkings en die maatreëls wat ingestel is om die probleme te beperk word vervolgens bespreek.

4.3.1 Veeleisende onderhandelingsproses

Die navorser ondersteun Denscombe (2003:39) se siening dat die veeleisende onderhandelingsproses 'n groot nadeel van die gevallestudiebenadering is. Die onderhandelingsproses om goedkeuring vir hierdie studie te verkry was ekstensief en tydrowend. Die Universiteit Stellenbosch se Etiese Komitee, die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap, direkteure en/of adjunk-direkteure van die onderskeie streke, verpleegdiensbestuurders en/of mediese superintendente van die onderskeie gesondheidsorgfasiliteite, hoofde van die onderskeie opleidingsinstellings, asook diegene wat die aborsieprosedures uitvoer moes almal goedkeuring verleen tot die studie. Elke betrokke het versoek dat bepaalde dokumente eers voorgelê word

voordat toestemming oorweeg is. Ten einde oorvleueling en/of duplisering van navorsing in die provinsie en die gevolglike oorlaaiing van staatsgesondheidsorgfasiliteite te voorkom, was die navorser verplig om die navorsingsprojek by die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap te registreer.

Hierdie proses het drie-en-'n-half maande geneem voordat die goedkeuring van die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap per faks ontvang is alhoewel die Departement vroeër aangedui het dat die navorser binne een maand terugvoer sou ontvang op die navorsingsvoorstel. Dit het die data-insameling by die betrokke fasiliteite in die onderskeie streke aan bande gelê en die data-insamelingstydperk moes noodwendig verleng word. Die navorser het geen beheer gehad hoe spoedig terugvoer ontvang is nie. Die totale goedkeuringproses het ongeveer vier maande geneem. Fakse en e-posse is egter herhaaldelik opgevolg totdat bevredigende terugvoer per faks, e-pos of telefonies ontvang is.

4.3.2 Gebrek aan 'n databasis van opleidingsinisiatiewe betreffende reprodktiewe gesondheid

Die implementering van die *Reproductive Health Training Directory* in 1999 het dit ten doel gestel om 'n omvattende, opgedateerde databasis van alle opleidingsinisiatiewe wat gemoeid is met reprodktiewe gesondheid in Suid-Afrika, te voorsien (Health Systems Trust, 1999:1). Volgens Nywose van die Health Systems Trust (Health Systems Trust, 2008) se inligtingsdepartement is hierdie databasis sedert die implementering daarvan nooit opgedateer nie, aangesien diegene wat aanvanklik daarmee gemoeid was, nie meer in diens van die Health Systems Trust was nie. Die navorser sou graag 'n opgedateerde databasis van alle huidige aborsiesorgopleiding wou bestudeer, maar weens die tydsbeperking waarbinne die data-insameling afgehandel moes word, en vanweë die feit dat die studie slegs tot die Wes-Kaap beperk was, is aborsiesorgopleiding in die ander provinsies nie in diepte ondersoek nie. Verdere navorsing word aanbeveel ten einde hierdie databasis op te dateer (vgl. paragraaf 7.4).

4.4 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die navorsingsmetodologie breedvoerig uiteengesit en in konteks geplaas met betrekking tot die motivering van die gevallestudie as navorsingstrategie vir hierdie studie, die steekproefneming, sowel as hoe die navorser te werk gegaan het ten einde kwantitatiewe en kwalitatiewe data te genereer. Die doel van die empiriese gedeelte van die studie was veral gerig op die

generering van data binne die omgrensing van die gevallestudie ten einde 'n basis te skep vir die ontwikkeling van 'n opleidingsraamwerk wat gebaseer is op bestaande riglyne, sowel as op nuwe bevindings betreffende aborsiesorg.

In hoofstuk 5 volg 'n uiteensetting van die data-analise sowel as die bevindinge wat uit beide die kwantitatiewe en die kwalitatiewe data voortgevloei het.

HOOFSTUK 5 DATA-ANALISE EN BEVINDINGE

5.1 INLEIDING

Die doel van data-analise is om op 'n sistematiese wyse die data wat verkry is, te ontleed ten einde die bevindings op 'n sinvolle en verstaanbare wyse weer te gee sodat dit maklik geïnterpreteer kan word (Uys & Basson, 1991:117). Volgens Mouton (2005:108) maak die analise van data dit verder moontlik om die verhouding tussen konsepte of veranderlikes te ondersoek om vas te stel of daar enige patrone of tendense geïdentifiseer kan word. In hierdie hoofstuk word die data ontleed en bespreek en in 'n logiese volgorde uiteengesit onder toepaslike hoofde volgens dié van die onderskeie data-instrumente.

5.2 METODE VAN DATA-ANALISE

Hierdie studie is hoofsaaklik kwantitatief van aard met 'n kleiner kwalitatiewe komponent. Die kwantitatiewe en kwalitatiewe data is deur verskillende metodes ontleed soos beskryf in paragrawe 4.2.9.1 en 4.2.9.2.

5.2.1 Kwantitatiewe data

Die kwantitatiewe data wat uit die kontrolelyst en vraelyste verkry is, is in samewerking met 'n statistikus van die Sentrum vir Statistiese Konsultasie by die Universiteit Stellenbosch ontleed met behulp van die *Statistica 7.0*-sagteware program. Die data is meer beskrywend van aard en dus is beskrywende statistiek soos frekwensies en presentasies bereken om die data in tabelle, histogramme of grafieke voor te stel en te beskryf. Die persentasies in die teks is na die naaste heelgetal afgerond om bespreking te vergemaklik. Die analises wat gebruik is met betrekking tot inferensiële statistiek is in paragraaf 4.2.9.1 beskryf.

5.2.1.1 Nie-deelnemende observasie met behulp van kontrolelyste

Al die aborsieprosedures op vroue wat aan die insluitingskriteria soos genoem in paragraaf 4.2.3.3 voldoen het, is deur die navorser self geobserveer in die onderskeie staatsgesondheidsorgfasiliteite op geselekteerde dae totdat die voorgestelde minimum aantal prosedures, soos genoem in paragraaf 4.2.3.3, geobserveer is, dataversadiging bereik is en geen nuwe inligting gegenereer is nie.

Soos aangedui in tabel 5.2 is 'n totaal van 98 aborsieprosedures deur gesondheidsorgpraktisyns in 15 staatsgesondheidsorgfasiliteite waargeneem. Hiervan is 73 deur gesertifiseerde verpleegkundiges (n=10) uitgevoer. Die kontrolelys was spesifiek daarop gemik om die vaardighede van die verpleegkundiges wat aborsiesorg verskaf te evalueer en leemtes in hul opleiding en/of onderskeie protokol te identifiseer, maar ook nuwe inligting te bekom betreffende aborsieprosedures wat deur ander gesondheidsorgpraktisyns uitgevoer is. Slegs die prosedures (n=73) wat deur die gesertifiseerde verpleegkundiges uitgevoer is ingevolge die insluitingskriteria vir hierdie studie, is egter statisties ontleed.

Die 'rykheid' van die bevindings in hierdie studie lê nie in die enkel entiteite van die gesertifiseerde verpleegkundiges (n=10) nie, maar in die totale konteks waarbinne hierdie verpleegkundiges aborsiesorgdienste aanbied, naamlik:

- onderskeie wetgewing en regulasies;
- die onderskeie streke in die Wes-Kaap met elk se unieke bevolkingsamestelling;
- aantal en onderskeie vlakke gesondheidsorgfasiliteite waar aborsiesorgdienste uitgevoer word;
- gewetensbeswaar van medekollegas en gemeenskap;
- dienslewering in platteland teenoor stede;
- rondreisende aborsiesorgdienste teenoor dienslewering slegs in een fasiliteit met addisionele werkverpligtinge;
- aborsiesorgspan bestaande uit een gesertifiseerde verpleegkundige en een ingeskrewe verpleegkundige; en
- die afwesigheid van finansiële en/of professionele erkenning vir 'n diens wat gelewer word met hoë medies-geregtelike risiko's.

5.2.1.1.1 Algemene inligting

Die beleid in die Wes-Kaap was aanvanklik om aborsiesorgdienste by vlak een, vlak twee, en vlak drie gesondheidsorgfasiliteite aan te bied en so gou moontlik te desentraliseer na gemeenskapsgesondheidsorgsentrums en primêre sorgklinieke met die voorwaarde dat vroue wat aborsiesorgdienste versoek die Provinsiale Gesondheidstelsel op primêre vlak behoort te betree (Departement van Gesondheid, 2000:3). Die navorser se bevindings betreffende die omvang van aborsiesorgdienste in die Wes-Kaap word vervolgens bespreek. Opnames is gedoen van die aborsiesorg wat deur geneeshere en/of gesertifiseerde verpleegkundiges gelewer word in die onderskeie streke in die Wes-Kaap en is uiteengesit in tabel 5.1.

Pseudonieme is gebruik sodat die betrokke verpleegkundiges nie geïdentifiseer kan word nie en is aangedui met []. Daar is telefonies en/of elektronies met al die aangewysde fasiliteite vir abortiesorg in die Wes-Kaap (N=41) in verbinding getree, en die terugvoer wat ontvang is, word soos volg uiteengesit:

Tabel 5.1
Die omvang van abortiesorgdienste in die Wes-Kaap in 2007/2008

Wes-Kaap streke	Vlak	Fasiliteite	Abortiesorgdienste	Gesertifiseerde verpleegkundiges
1. Supra-streek	Vlak 3	Groote Schuur Hospitaal*	Ja	Ja [SIJ*]
		Tygerberg Hospitaal	Ja	Ja [SIJ]
2. Metropool	Vlak 1	Valsbaai Hospitaal	Ja, geen toestemming	Nee
		Eersterivier Hospitaal*	Ja	Ja [SIJ]
		Wesfleur Hospitaal, Atlantis	Ja	Nee
		Michael Mapongwana Hospitaal	Ja	Nee (MRB: geen diens)
		Mitchell's Plain GGS	Ja	Nee
	Vlak 2	Militêre Hospitaal	Ja, geen toestemming	Nee
		GF Jooste Hospitaal*	Ja	Ja [SNW*] [SPB*] [SRM*]
		Hottentots-Holland Hospitaal	Ja	Nee
		Karl Bremer Hospitaal*	Ja	Nee
		Somerset Hospitaal	Ja	Ja [SIJ]
Victoria Hospitaal	Ja	Ja [SIJ]		
3. Weskus/Wynland-streek	Vlak 1	Clanwilliam Hospitaal	Ja	Nee
		Citrusdal Hospitaal	Ja	Nee
		LAPA Munnik Hospitaal (Porterville)	Nee, verwys	Nee
		Radie Kotze Hospitaal (Piketberg)	Ja	Nee
		Stellenbosch Hospitaal*	Ja	Ja [MPB*] (MGH: n/diens)
		Swartland Hospitaal (Malmesbury)*	Ja	Nee
		Vredenburg Hospitaal	Nee, verwys	Nee
	Vredendal Hospitaal	Ja	Nee	
	Vlak 2	Paarl/TC Newman Hospitaal *	Ja	Nee
4. Boland Overberg-streek	Vlak 1	Caledon Hospitaal*	Ja	Ja [SIC*]
		Ceres Hospitaal	Ja	Ja [SIC]
		Hermanus Hospitaal*	Ja	Ja [SLK*] [SIC]
		Montagu Hospitaal	Ja	Ja [SIC]
		Otto du Plessis Hosp. (Bredasdorp)	Nee, verwys	Nee
		Robertson Hospitaal	Ja	Ja [SIC]
		Swellendam Hospitaal	Ja	Ja [SIC]
		Empilisweni GGS (Worcester)	Nee, verwys	Nee
		Grabouw GGS*	Ja	Ja [SIC] (SMW: geen diens)
	Vlak 2	Eben Donges Hospitaal (Worcester)*	Ja	Ja [SEV*] [SIC]
5. Suid-Kaap/Karoo-streek	Vlak 1	Beaufort-Wes Hospitaal	Nee, verwys	Nee
		Knysna Hospitaal*	Ja	Ja [SPH*]
		Alan Blyth Hospitaal (Ladismith)	Nee, verwys	Ja (MRL: geen dienste L/Hosp)
		Mosselbaai Hospitaal*	Ja	Ja [SCR*]
		Oudtshoorn Hospitaal	Nee, verwys	Nee
		Riversdal Hospitaal	Ja	Ja (SvD: siekteverlof)
		Prins Albert Hospitaal	Nee, verwys	Nee
		Heidelberg GGS	Nee, verwys	Nee
	Vlak 2	George Hospitaal*	Nee, verwys	Nee
			Totaal: N=41 (n=15)	

* Fasiliteite wat in die studie ingesluit is en gesertifiseerde verpleegkundiges wat waargeneem is

* GGS: gemeenskapsgeestesgesondheidsentrum

Tien fasiliteite (n=10), waarvan ses (n=6) in die Suid-Kaap/Karoo-streek is, bied nie aborsiesorgdienste aan nie. Dienste word nie aangebied nie óf weens gewetensbeswaar, óf weens die nie-beskikbaarheid van gesondheidsorgpraktisyns wat opgelei is in aborsiesorg. Hierdie fasiliteite verkies om eerder vroue met ongewenste swangerskappe te verwys na hoofsaaklik Marie Stopes Internasionaal. Twee fasiliteite (n=2) weier om enige inligting te verskaf, óf omrede die betrokke fasiliteite reeds te veel aansoeke ontvang het vir navorsing óf inligting van weermagpersoneel nasionale beskerming geniet. Dit blyk dat ten tyde van die data-insameling slegs 10 (n=10) van die 15 gesertifiseerde verpleegkundiges in diens van staatsgesondheidsorgfasiliteite in die Wes-Kaap aktief aborsiesorgdienste aangebied het in die onderskeie aangewysde fasiliteite.

Soos aangedui in tabel 5.2 is 'n vlak drie gesondheidsorgfasiliteit (n=1) in die *suprastreek* twee keer besoek. Geneeshere is betrokke by die uitvoer van eerste, sowel as tweede trimester aborsies, asook by die hantering van komplikasies van eerste trimester aborsies wat vanaf ander fasiliteite verwys is. Verpleegkundiges is nie normaalweg betrokke by die uitvoer van aborsies by hierdie fasiliteit in die *suprastreek* nie, maar weens siekteverlof van die geneesheer wat andersins die prosedures uitvoer, is die eerste trimester aborsies deur 'n gesertifiseerde verpleegkundige uitgevoer (tabel 5.1). Sy lewer 'n diens op 'n rondreisende basis wat vyf gesondheidsorgfasiliteite (n=5) in die *suprastreek* en *metropool* insluit. Die verpleegkundige verskaf weekliks op 'n rotasiebasis aborsiesorgdienste in elk van die betrokke fasiliteite. Drie eerste trimester aborsieprosedures (n=3) wat deur hierdie verpleegkundige in die noodeenheid van die betrokke fasiliteit uitgevoer is, is waargeneem.

Soos in tabel 5.2 aangedui is twee vlak een gesondheidsorgfasiliteite (n=2) in die *metropool* drie keer besoek en twee vlak twee gesondheidsorgfasiliteite (n=2) sewe keer. Geneeshere is hoofsaaklik betrokke by die uitvoer van tweede trimester aborsies en hanteer komplikasies van eerste trimester aborsies wat vanaf ander fasiliteite verwys is. By die fasiliteite wat nie gesertifiseerde verpleegkundiges in diens het nie, word eerste trimester aborsies deur die betrokke fasiliteit se geneeshere uitgevoer (tabel 5.1). Soos aangedui in tabel 5.1 lewer vier (n=4) gesertifiseerde verpleegkundiges aktief aborsiesorg in hierdie streek. Hulle is egter ook verantwoordelik vir ander verpleegkundige take in die betrokke fasiliteite. Soos reeds genoem, lewer een van die gesertifiseerde verpleegkundiges op 'n rondreisende basis aborsiesorgdienste in beide hierdie streek en die *suprastreek*. 'n

Verpleegkundige wat sedert die implementering van aborsiewetgewing in 1997 betrokke was by die opleiding en verskaffing van aborsiesorgdienste, is tydens die data-insameling in 'n ander pos aangestel en was nie meer aktief betrokke by die verskaffing van die diens óf die opleiding van verpleegkundiges nie. Weens die hoë aanvraag na aborsies, asook verwysings vanaf die platteland, word die metropool se vlak twee fasiliteite oorlaai tot onderskeidelik \pm 180 en 400 aborsies maandeliks per fasiliteit (slegs bepaal by die fasiliteite wat besoek is). Vier tot 20 eerste trimester aborsies is per werksdag uitgevoer in die onderskeie fasiliteite in die metropool (gemiddeld $n=11$). 'n Totaal van 54 eerste trimester aborsieprosedures, waarvan 41 deur verpleegkundiges uitgevoer is ($n=41$), is waargeneem. Die prosedures is hoofsaaklik in die buitepasiënte-klinieke ($n=46$) van die betrokke fasiliteite uitgevoer, of in die operasiesaal ($n=8$), afhangende van die betrokke fasiliteit se geriewe en/of beleid.

Soos aangedui in tabel 5.2 is twee vlak een gesondheidsorgfasiliteite ($n=2$) in die *Weskus/Wynland-streek* elk een keer besoek en 'n vlak twee gesondheidsorgfasiliteit ($n=1$) is een keer besoek. Soos aangedui in tabel 5.1 is twee ($n=2$) gesertifiseerde verpleegkundiges betrokke by die verskaffing van aborsiesorgdienste in hierdie streek, waarvan beide by dieselfde fasiliteit werksaam is. Een van hierdie verpleegkundiges het die afgelope jaar verder studeer in primêre gesondheidsorg en was ten tyde van die data-insameling besig met nagdiens. Die gesertifiseerde verpleegkundige wat waargeneem is, is ook verantwoordelik vir ander verpleegkundige take in die betrokke hospitaal met die gevolg dat aborsieprosedures slegs een keer per week verskaf is. Geneeshere is betrokke by die uitvoer van tweede trimester aborsies, maar hanteer ook komplikasies na eerste trimester aborsies. Soos aangedui in tabel 5.2 is 'n totaal van 16 eerste trimester aborsieprosedures ($n=16$) waargeneem, waarvan agt ($n=8$) deur 'n gesertifiseerde verpleegkundige uitgevoer is. Die prosedures is hoofsaaklik in die buitepasiënte-klinieke ($n=8$) van die betrokke fasiliteite uitgevoer, of in die operasiesaal ($n=8$), afhangende van die betrokke fasiliteit se geriewe en/of beleid.

Soos aangedui in tabel 5.2 is drie vlak een gesondheidsorgfasiliteite ($n=3$) in die *Boland/Overberg-streek* elk een keer besoek en 'n vlak twee gesondheidsorgfasiliteit ($n=1$) twee keer. Geneeshere is slegs betrokke by die uitvoer van tweede trimester aborsies, maar hanteer ook komplikasies na eerste trimester aborsies. Soos aangedui in tabel 5.1 is drie ($n=3$) gesertifiseerde verpleegkundiges aktief in die verskaffing van aborsiesorgdienste in hierdie streek. Hulle is egter ook

verantwoordelik vir ander verpleegkundige take in die betrokke fasiliteite met die gevolg dat aborsiesorgdienste weekliks, of slegs een keer elke twee tot drie weke, in elk van die betrokke fasiliteite verskaf word. Een van die verpleegkundiges lewer aborsiesorg op 'n rondreisende basis in agt gesondheidsorgfasiliteite in hierdie streek. Drie tot vyf eerste trimester aborsies is per werksdag uitgevoer (gemiddeld $n=4$). Soos aangedui in tabel 5.2 is 'n totaal van 18 eerste trimester aborsieprosedures ($n=18$) wat deur hierdie drie verpleegkundiges uitgevoer is, waargeneem. Die prosedures is hoofsaaklik in die buitepasiënte-klinieke ($n=12$) van die betrokke fasiliteite uitgevoer, maar ook in die kraamsaal ($n=3$) of teater ($n=3$), afhangende van die betrokke fasiliteit se geriewe en/of beleid.

Soos aangedui in tabel 5.2 is twee vlak een gesondheidsorgfasiliteite ($n=2$) in die *Suid-Kaap/Karoo-streek* elk een keer besoek. Enkele geneeshere is betrokke by die uitvoer van sowel eerste as tweede trimester aborsies. Soos aangedui in tabel 5.1 is vier gesertifiseerde verpleegkundiges werksaam in hierdie streek, alhoewel slegs twee verpleegkundiges ($n=2$) ten tyde van die data-insameling aktief betrokke was by die lewering van aborsiesorg. Hierdie verpleegkundiges is ook verantwoordelik vir ander verpleegkundige take in die betrokke fasiliteite. Sowat vier tot vyf prosedures is per week uitgevoer by die onderskeie fasiliteite wat die navorser besoek het. Soos aangedui in tabel 5.2 is sewe eerste trimester aborsieprosedures waargeneem, waarvan drie ($n=3$) deur verpleegkundiges uitgevoer is. Die prosedures is in die operasiesaal van die betrokke fasiliteite uitgevoer.

Alhoewel die geselekteerde vlak twee fasiliteit in die Suid-Kaap/Karoo-streek toestemming verleen het tot die navorsing, is hierdie fasiliteit nie besoek nie omrede aborsiesorgdienste nie aangebied word nie en uitgekontraakteer is na die nie-regeringsorganisasie Marie Stopes Internasionaal op George en Mosselbaai. Die fasiliteit is egter nie uit die studie uitgesluit nie, aangesien relevante inligting betreffende aborsiesorg wel deur middel van elektroniese onderhoude van die betrokke mediese superintendent verkry is.

Ekeen van die verpleegkundiges wat die aborsieprosedures in die vyf onderskeie streke uitgevoer het, het die voorgestelde aborsiesorgkursus voltooi en is by die SARV gesertifiseer en ook as vroedvrou geregistreer. Elkeen van die verpleegkundiges het verskeie diploma kwalifikasies verwerf. Slegs een gesertifiseerde verpleegkundige was per dag aan diens vir die uitvoer van die prosedures. Die verpleegkundiges het egter nooit alleen die aborsies uitgevoer nie

en is meestal geassisteer deur 'n verpleeghulp of ingeskrewe verpleegkundige. Diegene wat die prosedure in die operasiesaal uitgevoer het, is dikwels deur 'n geregistreerde verpleegkundige met 'n na-basiese diploma in Operasiesaal Verpleegkunde geassisteer.

Tabel 5.2
Besoeke aan fasiliteite in die onderskeie streke en vlakke

Streek	Vlak gesondheidsorg	Aantal fasiliteite (f)	Aantal werksdae (f)	Aantal aborsieprosedures (f)	Aantal gesertifiseerde verpleegkundiges waargeneem (f)
Suprastreek	Vlak 3: - Groote Schuur Hospitaal	1	2	Sr=3	[SIJ]
Metropool	Vlak 1: - Eersterivier Hospitaal - Mitchell's Plain GGS	2	2 1	Sr=4 Dr=13	[SNW] [SPB] [SRM]
	Vlak 2: - Karl Bremer Hospitaal - GFJooste Hospitaal	2	3 4	Sr=37	
Weskus/Wynland	Vlak 1: - Swartland Hospitaal - S/bosch Hospitaal	2	1 1	Dr=2 Sr=8	[MPB]
	Vlak 2: - Paarl/TCNewman Hosp.	1	1	Dr=6	
Boland/Overberg	Vlak 1: - Caledon Hospitaal - Hermanus Hospitaal - Grabouw GGS	3	1 1 1	Sr=3 Sr=3 Sr=3	[SIC] [SLK] [SEV]
	Vlak 2: - Eben Donges Hospitaal	1	2	Sr=9	
Suid-Kaap/Karoo	Vlak 1: - Knysna Hospitaal - Mosselbaai Hospitaal	2	1 1	Dr=4 Sr=3	[SPH] [SCR]
	Vlak 2: - George Hospitaal	1	Lewer geen aborsiesorgdienste	0	
Totaal	Vlak 1: n=9 Vlak 2: n=5 Vlak 3: n=1	n=15	n=22	n=98 (Sr=n=73) (Dr=n=25)	n=10

* GGS: gemeenskapsgesondheidsentrum

Weens die tekort aan gesertifiseerde verpleegkundiges blyk dit dat die eerste trimester aborsiesorgdienste óf bloot net opgeskort word, óf gedelegeer word na die geneeshere wat betrokke is by tweede trimester aborsies, óf uitgekonnekteer word na Marie Stopes Internasionaal – met addisionele koste – indien enige van die verpleegkundiges met jaarlikse verlof of kraamverlof is, of bedank het. Die

geneeshere is meestal staatsaanstellings, maar diegene wat privaat praktiseer is addisioneel ingekontrakteer om die diens te verrig, ook met addisionele koste.

Tabel 5.3
Jaar waarin aborsiesorgopleiding voltooi is

Jaar	Verpleegkundiges opgelei (<i>f</i>)	Verpleegkundiges tans praktiserend (<i>f</i>)
1997	0	0
1998	3	0
1999	3	0
2000	4	1
2001	2	0
2002	5	1
2003	5	3
2004	8	3
2005	6	1
2006	6	1
2007	onbekend	onbekend
Totaal	N=42	n=10

(Bron: Departement van Gesondheid: Wes-Kaap, 2007)

5.2.1.1.2 Pre-aborsiesorg

Soos aangedui in tabel 5.4 was 81% van die vroue wat aborsies aangevra het ($n=59$) jonger as 30 jaar en 26% ($n=19$) was jonger as 20 jaar. Die meeste was in die ouderdomsgroep 21 tot 25 jaar ($n=23$).

Tabel 5.4
Ouderdom van vroue wat aborsies versoek

Ouderdom	<i>f</i>	%
<15	4	5
16-20	15	21
21-25	23	32
26-30	17	23
31-35	7	10
36-40	4	5
>40	3	4
Totaal	n=73	100

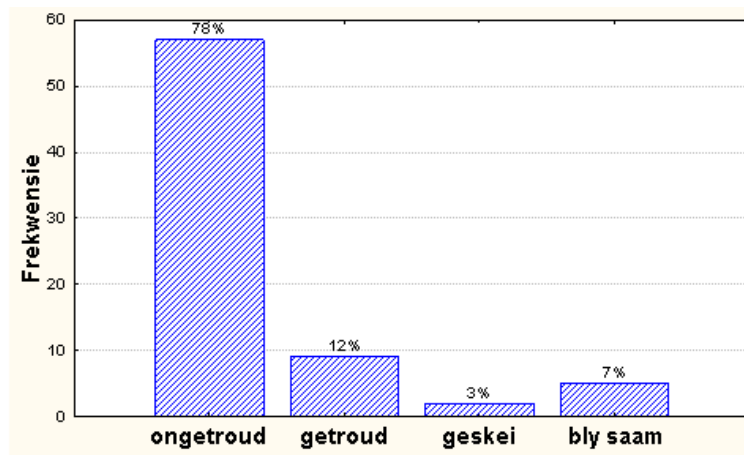
Twee-en-sestig persent (62% of $n=45$) van die vroue wat aborsies aangevra het was swart (vgl. tabel 5.5). Tientalle buitelandse swart vroue het gratis aborsiesorgdienste ontvang, maar dit is nie bekend watter persentasie dit uitmaak van die totale aantal

swart vroue wat waargeneem is nie. Terwyl 37% kleurlingvroue (n=27) van die staatsgesondheidsorgfasiliteite gebruik gemaak het, het feitlik geen vrou van Asiatiese afkoms (n=1), óf wit vroue (n=0) abortsies by staatsgesondheidsorgfasiliteite versoek nie.

Tabel 5.5
Ras en/of nasionaliteit van die vroue wat abortsies versoek

Ras	f	%
Asiër	1	<1
Wit	0	0
Kleurling	27	37
Swart	45	62
Totaal	n=73	100

Die huwelikstatus van die vroue toon dat 85% van die vroue wat abortsies versoek het, ongetroud was en/of saam met iemand gewoon het (n=62), terwyl slegs 12% van die vroue getroud was (n=9) (vgl. figuur 5.1 wat frekwensie, sowel as die persentasies aandui). Hierdie bevinding het 'n direkte implikasie vir verpleegopleiding, aangesien verpleegkundiges kontrasepsie en noodkontrasepsie moet bevorder en aanmoedig by diegene wat ongetroud, maar seksueel aktief is.



Figuur 5.1
Huwelikstatus van die vroue

Die beleid van die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap (2000:7) stel dit duidelik dat 'a client presenting at a primary care provider – clinic, community health centre, or general practitioner – requesting termination of pregnancy, should have a full standard work-up'. Hierdie verwys na die neem van 'n volledige geskiedenis; fisieke

ondersoek wat 'n abdominale en bimanuele ondersoek insluit; urine- en bloedtoetse; behandeling van seksueel-oordraagbare siektes en die neem van 'n PAP-smeer; en berading. Die bevindings van die navorser word vervolgens bespreek.

Die algemene en verloskundige evaluering van die vroue is hoofsaaklik deur geregistreeerde verpleegkundiges en vroedvroue gedoen, terwyl die gesertifiseerde verpleegkundiges meestal slegs die aborsieprosedures in die onderskeie fasiliteite uitgevoer het. Slegs 30% van die vroue (n=22) se *algemene en verloskundige geskiedenis* is volledig verkry in die voorafevaluering van die vrou. Hierdie inligting behels slegs die vrou se ouderdom, LMP, graviditeit, pariteit, pre-aborsie kontrasepsie en swangerskapsduur.

Tabel 5.6
Swangerskapsduur bepaal: metodes

Metode	f	%
Slegs swangerskapsimptome	0	0
Slegs urine swangerskaptoets	0	0
Slegs LMP	0	0
Slegs abdominale ondersoek	0	0
Slegs ultrasonografie	2	3
Slegs bimanuele pelviese ondersoek	0	0
Kombinasie: swangerskapsimptome, urinetoets, LMP en sonar	47	64
Kombinasie: urinetoets, LMP, sonar	14	20
Kombinasie: urinetoets, sonar	9	12
Kombinasie: urinetoets, LMP, abdominale ondersoek en sonar	1	1
Totaal	n=73	100

Die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap se riglyne (2000:7) dui aan dat ook 'n volledige mediese geskiedenis van die vrou verkry moet word en dat 'n fisieke ondersoek ook uitgevoer moet word ten einde bestaande mediese toestande soos bloedingsneigings, allergieë, gebruik van medikasie, akute of chroniese toestande en alkohol of dwelmmisbruik te evalueer. Die *fisieke ondersoek* van vroue behels slegs basiese ondersoeke wat gedoen is, naamlik bloeddrukmeting, asook pols en urinetoets (88%). Abdominale, vaginale en bimanuele ondersoeke is selde uitgevoer en slegs indien daar 'n indikasie daarvoor is.

Volgens die riglyne (2000:7) moet *die hemoglobienmeting, bloedgroepering en Rh* van vroue bepaal word alvorens die swangerskap beëindig word. In die pre-aborsie

sorg van die vroue is die hemoglobienmeting en/of hematokrit nie roetinegeweg gedoen nie, slegs indien die vrou klinies anemies voorkom of MIV-positief gediagnoseer is. Slegs 40% van die vroue (n=29) se hemoglobien is vooraf gemeet. Weens die swak rekordhouding by sommige fasiliteite waar geen verloskundige geskiedenis bepaal of op rekord geplaas is nie, is dit onbekend of die vroue (51% of n=37) se hemoglobien vooraf gemeet is.

Die navorser het bevind dat geen fasiliteit in die Wes-Kaap vroue se bloed toets vir ABO bloedgroepering en/of Rh voor 'n eerste trimester aborsie nie. Anti-D immunoglobulien voorkom aktiewe immunisasie van Rh-negatiewe persone wat blootgestel is aan Rh-positiewe bloed. Volgens die Departement se riglyne (2000:9) moet 100 ug (500 IE) Rhesugam binne 72 uur nadat 'n tweede trimester swangerskap egter beëindig is, binnespiers aan Rh-negatiewe vroue óf diegene met onbekende bloedgroeperings, toegedien word. Geen van die vroue wat 'n eerste trimester aborsie ondergaan het, is Rhesugam toegedien nie.

Hierdie tendens dat vroue nie vooraf volledig beraam is nie het egter slegs in sekere staatsgesondheidsorgfasiliteite voorgekom.

Dit is nie die beleid van die Departement van Gesondheid dat swanger vroue roetinegeweg vir MIV en VIGS en ander *seksueel-oordraagbare siektes* getoets moet word voordat die swangerskap beëindig word nie, maar slegs indien hulle dit aanvra en/of toestemming daartoe verleen. Soos uiteengesit in tabel 5.7 blyk dit dat die meeste van die vroue wat egter reeds voorheen swanger was, oftewel multigravidas (n=48), hul wel laat toets het (n=42 of 88%). Primigravidas wat aborsies aanvra is dus nie noodwendig getoets vir MIV en VIGS nie. Enkele primigravidas is egter getoets, maar die uitslae van die toetse was nie bekend nie. Weens die omvang van die studie en die doelwitte wat gestel is, is dit nie statisties bereken of die betrokke vroue MIV-positief is al dan nie. Die navorser het slegs daarin belanggestel om vas te stel tot watter mate verpleegkundiges vroue beïnvloed om hul vir seksueel-oordraagbare siektes te laat toets en nie of die vroue wel geaffekteer is nie. 'n Eenrigting variansie-analise toon aan dat daar 'n verband was tussen graviditeit en toets vir seksueel-oordraagbare siektes: $(F_{1,71})=35.084$, $p<0.01$. Hierdie resultaat is bevestig met die nie-parametriese Mann-Whitneytoets met p-waarde $p<0.01$. Uit die bevindinge blyk dit dus dat vroue wel tydens hul voorgeboorte-tydperk doeltreffend ingelig is om hul vir MIV en VIGS te laat toets.

Tabel 5.7**Verband tussen graviditeit en getoets vir seksueel-oordraagbare siektes**

Graviditeit	Getoets vir sos	f	%
Primigravida	Ja	4	5
	Nee	21	29
Multigravida	Ja	42	58
	Nee	6	8
Totaal		n=73	100

Ingevolge die Departement van Gesondheid se beleid soos uiteengesit in Omsendbrief H84/1995 (2000:7), word *siftingsitologie* vir die opsporing van servikale kanker roetineweg en gratis verskaf vir vroue 30 jaar en ouer en elke 10 jaar daarna. Diagnostiese smere voor die ouderdom van 30 jaar word slegs gedoen indien dit nodig blyk te wees, naamlik in die geval van 'n klinies verdagte letsel en/of erosie van die serviks, óf in geval van tieners wat reeds vroeg al seksueel aktief is, aangesien 'n eerste swangerskap moontlik jare later eers beplan word. Die prosedure word nie direk ná afloop van die aborsieprosedure uitgevoer nie. Die betrokke vrou word na die kliniek terugverwys met 'n opvolgdatum ses weke later.

Soos aangedui in tabel 5.8 blyk dit dat 19% van die vroue (n=14) wat aborsies aangevra het ouer as 30 jaar was, waarvan 12 vroue (n=12) reeds PAP-smere vir sitologiese ontleding laat neem het. Agt van die vroue het voor die ouderdom van 30 jaar reeds PAP-smere laat neem, hetsy vrywilliglik of weens 'n klinies-verdagte servikale letsel.

Tabel 5.8**Verband tussen ouderdom en servikale sitologie gedoen**

Ouderdom	Servikale sitologie gedoen	f	%
<30 jaar	Ja	8	11
	Nee	51	70
>30 jaar	Ja	12	16
	Nee	2	3
Totaal		n=73	100

Uit die bevindinge blyk dit dat vroue ouer as 30 jaar wel siftingsitologie vir servikale kanker laat doen het ingevolge die Departement van Gesondheid se beleid. Daar blyk 'n beduidende statistiese verband tussen die nominale veranderlikes

ouderdomskategorie van die vroue en siftingsitologie te wees. Die maksimum aanneemlike chi-kwadraat waarde is 27.41 met p-waarde $p < 0.0001$.

Volgens die WGO (WHO, 2003:23), die Nasionale Direkoraat: Moeder-, Kinder- en Vrouegesondheid (1997:3) en die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap se riglyne (2000:7) moet die *swangerskap en -duur bevestig* word deur 'n urinetoets, datums volgens LMP en 'n bimanuele ondersoek alvorens die swangerskap beëindig word. Ultrasonografie is nie 'n voorvereiste nie en is slegs aangedui indien die swangerskapsduur onseker is of 'n ektopiese swangerskap vermoed word. Die WGO (2003:23) wys daarop dat baie gesondheidsorgpraktisyne nie ervare is in die diagnose van 'n baie vroeë swangerskap of die bepaling van die duur van swangerskap in die eerste trimester nie.

Soos uiteengesit in tabel 5.6 het die navorser bevind dat verpleegkundiges meestal 'n kombinasie van metodes gebruik om swangerskapsduur te bevestig. Die studie het getoon dat die meeste van die verpleegkundiges (64%) die kombinasie van swangerskapsimptome, urinetoets, LMP en sonar gebruik het om die swangerskapsduur te bepaal. Geen verpleegkundige doen bimanuele pelviese ondersoek om 'n swangerskapsduur te bepaal nie. Tydens onderhoudvoering blyk dit dat verpleegkundiges nie prakties vaardig voel om die ondersoek uit te voer nie. Die navorser het bevind dat geen abortieprosedure uitgevoer word sonder dat die swangerskap bevestig is deur 'n urinetoets en die duur daarvan bevestig is met behulp van ultrasonografie nie.

Die navorser het bevind dat geen swangerskap in enige van die aangewysde fasiliteite wat in die onderskeie streke besoek is, beëindig is alvorens 'n sonar gedoen is ten einde 'n swangerskapsduurbepaling te doen en ektopiese swangerskappe sowel as meervoudige swangerskappe uit te skakel nie. Indien 'n ektopiese swangerskap met behulp van 'n opvolg-ultrasonografie bevestig is, word die vrou verwys na 'n vlak twee of vlak drie fasiliteit. Slegs een van die swanger vroue wat 'n abortie versoek het, het met 'n ektopiese swangerskap presenteer, maar is weens die insluitingskriteria wat in paragraaf 4.2.3.3 gestel is, nie in die studie ingesluit nie.

Verpleegkundiges word ingevolge abortiewetgewing (RSA⁽¹⁾, 1996:4) nie toegelaat om aborties ná 12 weke swangerskapsduur uit te voer nie. Die navorser het bevind dat die gesertifiseerde verpleegkundiges wat waargeneem is, slegs swangerskappe

van 12 weke en minder beëindig het (Mo=8 weke). Die graviditeit van die vroue wat aborties versoek het, het gewissel van een tot ses (Mo=graviditeit 2).

Betreffende *kontrasepsie* noem die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap (2000:5) dat 'n swangerskap slegs beëindig moet word as 'n noodmaatreël en dat dit nie 'n alternatiewe kontrasepsiemetode moet word nie. Die beleid van die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap (2000:5) stel dit verder duidelik dat 'all efforts must be made to promote and provide emergency contraception in cases of method failure or unprotected sexual intercourse'. Tweeledige beskerming teen seksueel-oordraagbare siektes sowel as om onwelkome swangerskappe te voorkom, moet met elke geleentheid aangemoedig word.

Dit blyk egter dat die meeste vroue wat aborties versoek, swanger geraak het deurdat óf geen kontrasepsie al ooit gebruik is, óf kontrasepsie gestaak is en geen kontrasepsie sedertdien gebruik is nie. Soos aangedui in tabel 5.9 het 29% van die vroue wat hul swangerskap wou beëindig (n=21) nog nooit kontrasepsie gebruik nie. Hierdie syfers dui op onverantwoordelike reprodktiewe besluitneming van die betrokke vroue. Al die vroue (n=73) het versoek dat die ongewenste swangerskap beëindig word om ekonomiese, sosiale en/of akademiese redes.

Tabel 5.9
Die gebruik van pre-aborsie kontrasepsie deur vroue met ongewenste swangerskappe

Tipe kontrasepsie (volgens kontrolelys)	f	%	Tipe kontrasepsie (volgens vraelys)	f	%
geen	21	29	geen	17	23
pil	12	16	pil	12	16
inspuiting	25	34	inspuiting	26	36
kondome	15	21	kondome	16	22
IUT	0	0	IUT	2	3
Totaal	n=73	100		n=73	100

Diegene wat aangedui het dat hulle aanvanklik die pil of die inspuiting gebruik het, het nie vir hul opvolgmedikasie opgedaag nie. Die aantal vroue ter sprake en redes wat aangevoer word, is weens die omvang van hierdie studie en die doelwitte wat gestel is, nie statisties bepaal nie. Dit is ook nie bekend tot watter mate vroue ingelig is oor noodkontrasepsie nie. Verpleegkundiges wat in die onderskeie streke

werkzaam is, het bevestig dat dit blyk dat gesinsbeplanningsdienste faal, aangesien vroue nie vir opvolgkontrasepsie opdaag nie.

Varkey (2000:2) noem dat dit bedoel was dat eerste trimester aborsies by vlak een fasiliteite deur vroedvroue uitgevoer moet word. Volgens die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap (2000:4) moet vroue ingevolge Omsendbrief H135/1997 *verwys* word na 'n toepaslike aangewysde gesondheidsorgfasiliteit indien die diens nie beskikbaar is nie. Daar is egter geen struktuur in die huidige verwysingprotokol van die onderskeie fasiliteite nie. Die tipe verwysing hou verband met watter fasiliteite aborsiesorgdienste aanbied. Die navorser het bevind dat 62% eerste trimester aborsies (n=45) vanaf klinieke na vlak twee fasiliteite verwys is. Hierdie bevinding impliseer dat alle verpleegkundiges waarskynlik aborsiesorgopleiding benodig om hierdie vroue doeltreffend te kan hanteer en nie slegs diegene wat werkzaam is by vlak een fasiliteite nie.

5.2.1.1.3 Berading en inligting

Volgens die beleid van die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap (2000:13) moet die gesondheidsorgpraktisyn die vrou inlig betreffende haar regte ingevolge die aborsiewetgewing. Sy moet ook genoegsame berading en inligting van alle aspekte van aborsiesorg ontvang ten einde 'n ingeligte besluit te kan neem betreffende die verdere verloop van haar swangerskap. Toepaslike kontrasepsiemetodes vir post-aborsie gebruik moet ook met die vrou bespreek word. Teen hierdie agtergrond word die bevindinge van hierdie studie kortliks bespreek.

Verpleegkundiges, maatskaplike werkers of nie-regeringsorganisasies, naamlik Choices en Rape Crisis, verskaf meestal *resolusieberading* aan vroue met ongewenste swangerskappe – oftewel berading betreffende ander opsies vir die verdere verloop van die swangerskap. Volgens die betrokke vroue se rekords het 81% van die vroue (n=59) berading ontvang rakende ander opsies, naamlik aanneming, enkelouerskap of pleegsorg.

Inligting met betrekking tot die aborsieprosedure word meestal verskaf deur verpleegkundiges en/of die geneeshere wat die aborsie uitvoer en in enkele gevalle deur maatskaplike werkers. Vier-en-tagtig persent (84%) van die vroue (n=61) het inligting ontvang wat verband hou met die gebruik en effek van die medikasie vir servikale voorbereiding en die komplikasies wat mag voorkom, maar geen inligting is verskaf betreffende die MVA-prosedure as sulks nie. Diegene wat berading ontvang

het deur maatskaplike werkers het weinig inligting ontvang betreffende die prosedure, aangesien hul meestal net resolušieberading verskaf.

Bogenoemde data is verkry deurdat die vroue óf persoonlik gevra is, óf vanuit die betrokke vroue se hospitaallêers. Die rekordhouding is egter meestal onvolledig en die vroue onderskei nie noodwendig tussen inligting en berading nie en dus is hierdie statistiek nie noodwendig betroubaar nie.

Die navorser het by twee fasiliteite in die metropool drie beradingsessies (n=3) bygewoon wat deur geregistreerde vroedvroue aangebied is. Hierdie sessies was hoofsaaklik inligtingsessies en minimale resolušieberading op 'n individuele basis is vir vroue aangebied. Die inligtingsessies wat ongeveer 45 minute geduur het was egter deurgaans volledig en op die intellektuele vlak van die vroue aangebied met min vrae ná afloop daarvan deur die betrokke vroue. Die inligtingsessies het die volgende behels: die gebruik van medikasie en die effekte daarvan; post-aborsiesorg; kontrasepsie; noodkontrasepsie; tweeledige kontrasepsie en voorkoming van seksueel-oordraagbare siektes. Geen inligting betreffende die prosedure as sulks is egter in die betrokke gevalle verskaf nie.

Die navorser het nie beradingsessies by al die geselekteerde fasiliteite waargeneem nie, aangesien die teenwoordigheid van die navorser die aard van die sessies noodwendig beïnvloed en dit blyk dat die berading- en/of inligtingsessies hoofsaaklik deur óf maatskaplike werkers óf ander kategorieë verpleegkundiges aangebied word en nie noodwendig deur die gesertifiseerde verpleegkundiges nie.

5.2.1.1.4 Aborsieprosedure

Die aborsiewetgewing (RSA⁽¹⁾, 1996:4) stipuleer dat slegs *die toestemming* van die betrokke vrou nodig is indien sy haar swangerskap wil beëindig, ongeag haar ouderdom. Die vrou se wetlike voog, eggenoot of *curator personae* mag egter ingevolge hierdie wetgewing toestemming verleen in geval van ernstige fisieke en/of geestelike ongeskiktheid. In hierdie studie het al die vroue persoonlik toestemming geteken vir die wettige beëindiging van hul swangerskap (n=73).

Volgens die beleid van die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap (2000:9) is misoprostol die voorkeurmedikasie vir *servikale voorbereiding* alvorens die swangerskap chirurgies met behulp van die MVA-metode beëindig word. Die Departement beveel aan dat misoprostol by die betrokke fasiliteit toegedien word. Al

die vroue wat aborties versoek het (n=73), het misoprostol tablette (Cytotec®) per mond of vaginaal minstens twee ure voor aanvang van die prosedure ontvang. Die toediening en dosering van misoprostol verskil van streek tot streek en fasiliteit tot fasiliteit. Die dosering word ook aangepas na gelang van die swangerskapsduur. Volgens die beleid van die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap (2000:9) moet misoprostol twee tablette (400 ug) minstens twee uur voor die MVA-prosedure mondelings of vaginaal toegedien word in die geval van eerste trimester swangerskappe, of misoprostol een tablet (200 ug) teen 16:00 en een tablet teen 22:00 die voorafgaande dag indien misoprostol nie by die fasiliteit toegedien word nie. Dit blyk dat slegs drie van die fasiliteite (n=3) wat besoek is die misoprostol toedien volgens genoemde riglyne van die Departement. Daar is dus geen eenvormigheid in die toediening van misoprostol by die onderskeie fasiliteite in die onderskeie streke nie ten spyte van protokol wat deur die Departement ingestel is.

Die onderskeie gesondheidsorgpraktisyns het elk sy/haar voorkeur met betrekking tot die tipe servikale voorbereiding. Die gesertifiseerde verpleegkundiges kombineer prostaglandien (misoprostol) met meganiese dilatasie deurdat 'n dunner kannule eers in die serviks geplaas word en geleidelik met 'n groter kannule vervang word totdat die kannule stewig pas alvorens die MVA-prosedure uitgevoer word (n=49). Die meeste van hierdie vroue was primigravidas. Die res van die vroue se serviks is slegs met misoprostol (n=24) voorberei. Dit blyk dat verpleegkundiges slegs in geval van multigravidas die MVA-prosedure uitgevoer het sonder meganiese dilatasie vooraf.

Die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap (2000:14) se riglyne vir infeksiebeheer maak melding dat standaard *infeksiebeheermaatreëls* streng toegepas moet word met betrekking tot tegniek vir handewas, dra van beskermende klere, veilige wegdoen van besmette artikels en/of skerp voorwerpe, veilige wegdoen van pasiënte se bloed en ander liggaamsvloeistowwe en die ontsmetting van instrumente. Die navorser se bevindings ingevolge hierdie riglyne word vervolgens bespreek.

Die korrekte handewastegniek behels die 'chirurgies skoon'-tegniek. Die navorser het bevind dat slegs een gesertifiseerde verpleegkundige (n=1) die korrekte handewastegniek gebruik het, terwyl die ander verpleegkundiges (n=9) slegs hul hande gewas het met aanvang van die lys en dan slegs die chirurgiese handskoene verwissel het voor elke opeenvolgende prosedure. Die meeste van die gesertifiseerde verpleegkundiges (n=9) het gebruik gemaak van 'n kombinasie van

beskermende klere tydens die prosedure, hetsy chirurgiese handskoene, teateroorjas, teatermaskers of teatermus. Die riglyn ten opsigte van die dra van 'n bril om die verpleegkundige se oë teen die pasiënt se liggaamsvloeistowwe te beskerm is egter selde toegepas. Een van die verpleegkundiges (n=1) gebruik geen beskermende klere nie, maar slegs chirurgiese handskoene.

Die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap (2000:14) maak melding dat die MVA-instrumente hergebruik kan word. Die Departement beveel aan dat instrumente gesteriliseer word, aangesien sterilisasie alle mikro-organismes, insluitend bakteriële endospore, vernietig. Indien sterilisasie egter nie beskikbaar is nie, is hoëvlak-ontsmetting ('high level disinfection', oftewel HLD) die enigste aanvaarbare alternatiewe metode. Hierdie metode van ontsmetting vernietig alle mikro-organismes, maar vernietig nie die bakteriële endospore nie. Die riglyne vir die ontsmetting van die instrumente behels dat instrumente direk ná gebruik eers met Biocide®-oplossing gedekontamineer word voordat dit gewas en daarna óf gesteriliseer (geoutoklaveer), óf ontsmet word met behulp van Cidex® of Hibitane®. Die navorser het bevind dat al die fasiliteite wat besoek is, volgens bestaande protokol die instrumente eers dekontamineer met Biocide® en dan gewas het, voordat die plastiese MVA-instrumente ontsmet is met PeraSafe® of Cidex®. Al die metaalinstrumente is geoutoklaveer.

Die Departement spesifiseer nie die spesifieke ontsmettingsmiddels wat gebruik moet word om die vrou chirurgies mee voor te berei nie. Dit blyk dat die tipe ontsmettingsmiddel volgens die betrokke fasiliteit se voorkeur gebruik word en nie noodwendig volgens die gesondheidsorgpraktisyn s'n nie. Povidoonoplossing is die voorkeur ontsmettingsmiddel in die meeste fasiliteite wat besoek is, teenoor Savlon® en Hibitane® wat in 'n mindere mate gebruik word. Twee vroue (n=2) is egter glad nie vooraf gedep nie, wat dui op nalatigheid aan die kant van die gesondheidsorgpraktisyn.

Die gesertifiseerde verpleegkundiges het almal (n=10) die protokol van die onderskeie fasiliteite gevolg betreffende die veilige wegdoen van besmette artikels en skerp voorwerpe, asook die wegdoen van liggaamsvloeistowwe en weefsel, byvoorbeeld bloed en swangerskapsprodukte.

Tabel 5.10 dui die medikasie aan vir *pynbeheer* soos aanbeveel deur die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap (2000:8).

Tabel 5.10
Toediening van medikasie vir pynbeheer

Vlak 1		Medikasie	f	%
Vlak 1	Pre-operatief	parasetamol 1000 mg p/m		
		ibuprofeen 400 mg OF diklofenak 75 mg p/m		
		lorasepam 1 mg p/m OF diasepam 5 mg p/m		
		*ander		
	Intra-operatief	paraservikale blok met 20 ml lignokaïen 1% en 'verbacaine'	21	29
		*ander	3	4
	Post-operatief	parasetamol 1000 mg p/m		
		ibuprofeen 400 mg OF diklofenak 75 mg p/m		
		*ander		
	Vlak 2 en 3			
Vlak 2 en 3	Pre-operatief	parasetamol 1 000 mg p/m		
		ibuprofeen 400 mg OF diklofenak 75 mg p/m		
		lorasepam 1 mg p/m OF diasepam 5 mg p/m		
		*ander	37	51
	Intra-operatief	paraservikale blok met 20 ml lignokaïen 1% en 'verbacaine'	12	16
		fentanyl 100 ug OF Dormicum® 5 mg iv		
		*ander		
	Post-operatief	parasetamol 1000 mg p/m		
		ibuprofeen 400 mg OF diklofenak 75 mg p/m		
		*ander		
Totaal			n=73	100

(Bron: Departement van Gesondheid: Wes-Kaap, 2000:8)

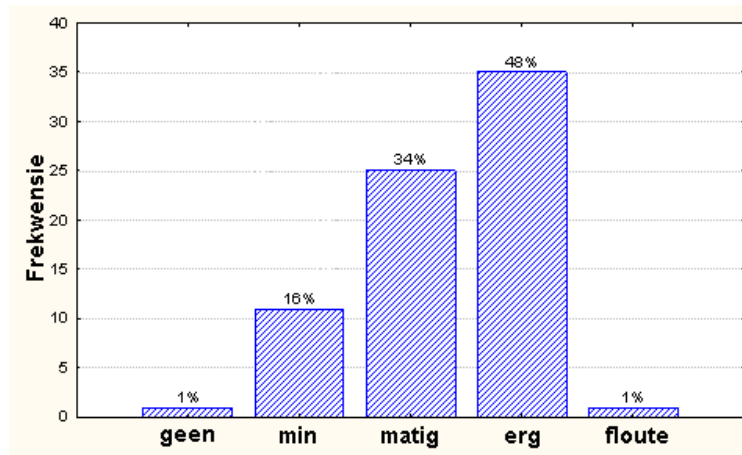
* navorser se eie invoeging

Soos aangedui in tabel 5.10 het 45% van die vroue (n=33) wat eerste trimester aborsies ontvang het by vlak een asook vlak twee en drie fasiliteite 'n paraservikale blok met lignokaïen 1% intra-operatief ontvang vir pynbeheer, waarvan sommige (n=17) ook 'verbacaine' – oftewel gerusstelling – ontvang het. Drie van die vroue (n=3) het by 'n vlak een fasiliteit in die Suid-Kaap/Karoo-streek medikasie vir pynverligting intra-operatief ontvang wat nie aanbeveel is nie, naamlik 'n kombinasie van Pethidine® 50 mg en Buscopan® 20 mg intraveneus. Die gesertifiseerde verpleegkundige het 'n kwalifikasie in operasiesaal verpleegkunde en die prosedure is in die operasiesaal uitgevoer. Sewe-en dertig vroue (n=37) het by 'n vlak twee fasiliteit in die metropool slegs 'n Indocid® setpil twee uur pre-operatief ontvang vir pynverligting, aangesien die lignokaïen uit voorraad was vir intra-operatiewe gebruik. Geen addisionele medikasie vir pynverligting is post-operatief vir hierdie vroue aangebied nie. Enkele van die geneeshere wat waargeneem is verkies die toediening van narkotiese middels, naamlik fentanyl 100 ug of Dormicum® 5 mg intraveneus, of skedule 7-middels, naamlik Pethidine® 50-100 mg intraveneus. Die

inligting is egter nie statisties ontleed nie. Nie een van die fasiliteite wat besoek is maak gebruik van Entonox® nie. Ongeag die riglyne van die Departement van Gesondheid, blyk dit dat die medikasie wat toegedien word vir pynverligting verband hou met die spesifieke voorkeur van die betrokke gesondheidsorgpraktisyn, asook met watter medikasie beskikbaar is in die onderskeie fasiliteite.

Soos aangedui in figuur 5.2 wat die frekwensie en persentasies aandui, het 48% van die vroue 'erger pyn' ervaar gedurende die prosedure. Die navorser wou bepaal wat die *invloed van verskeie veranderlikes* is op die mate van pyn wat die vrou gedurende die prosedure ervaar het. Anders as wat verwag is, blyk dit dat die mate van pyn en angstigtheid wat die vrou gedurende die prosedure ervaar het nie verband hou met toenemende swangerskapsduur ná nege weke nie (n Spearman rangkorrelasie-koëffisiënt-analise toon $r = -0.07$ $p=0.58$). Dit blyk egter dat die mate van pyn wat die vrou ervaar het beduidend verband hou met haar ouderdom, dus hoe jonger die vrou, hoe meer pyn blyk sy te ervaar en omgekeerd (n Spearman korrelasie-analise toon $r = -0.32$ $p=0.01$). Die mate van pyn wat die vrou ervaar het, hou ook beduidend verband met haar graviditeit, met ander woorde, pyn en angstigtheid gedurende die prosedure neem beduidend af namate graviditeit toeneem en omgekeerd (die Spearman korrelasietoets lewer $r = -0.41$ $p<0.001$). Die mate van pyn wat die vrou ervaar het, hou nie verband met die tipe verdoving wat verskaf word nie (Kruskal-Wallis-toets $p=0.22$). Anders as wat verwag is, hou die mate van pyn en angstigtheid wat die vrou gedurende die prosedure ervaar het geen verband met die hoeveelheid gerusstelling en inligting – oftewel empatie – wat die pasiënt ontvang het tydens die prosedure nie (Spearman korrelasietoets $r = -0.11$ $p=0.35$).

Die mate van *empatie* teenoor die betrokke vrou verskil van verskaffer tot verskaffer afhangende van elk se vaardigheid en persoonlikheid. Tydens die semi-gestruktureerde onderhoude het dit geblyk dat die betrokke gesondheidsorgpraktisyns ter wille van hul eie selfbehoud die aborsieprosedure so klinies as moontlik uitvoer. Hulle verkies om nie emosioneel te bind met die betrokke vrou nie en dus is berading ook deur ander verpleegkundiges of 'n maatskaplike werker gedoen. Sewe-en veertig persent (47%) van die vroue het egter min empatie van die betrokke gesondheidsorgpraktisyn ontvang. Gesondheidsorgpraktisyns het geen empatie getoon met diegene wat tydens die prosedure nie samewerking gegee het nie (3%).



Figuur 5.2

Mate van pyn ervaar gedurende die prosedure

Die WGO (WHO, 2003:29) maak melding van verskeie metodes om ongewenste swangerskappe te beëindig op verskillende stadiums van die swangerskap. Die Nasionale Departement van Gesondheid se voorkeur aborsiemetode, naamlik die chirurgiese MVA-metode, is ook in die Wes-Kaap geïmplementeer. Al die swangerskappe (n=73) wat deur gesertifiseerde verpleegkundiges beëindig is, is met behulp van die *MVA-metode* beëindig. Enkele van die geneeshere wat waargeneem is, gebruik die EVA- of die D&K-metode. Een van die gesertifiseerde verpleegkundiges maak ook gebruik van die EVA-metode indien die vrou MIV-positief gediagnoseer is. Mediese metodes van aborsie met behulp van mifepristone in kombinasie met misoprostol of gemeprost is nie in gebruik in die Wes-Kaap nie.

Volgens die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap se beleid (2000:6) moet 'n verskeidenheid kannules wat wissel vanaf vier tot 12 mm beskikbaar wees vir elke prosedure. Die navorser het bevind dat die grootte van die kannule wat gebruik is direk eweredig is met die graviditeit en swangerskapsduur en hoe hoër die graviditeit, hoe groter die kannule en hoe verder die swangerskap, hoe groter die kannule wat gebruik is en omgekeerd. Die gesertifiseerde verpleegkundiges het hoofsaaklik ses tot nege millimeter grootte kannules gebruik, terwyl die geneeshere geneig was om deurlopend groter kannules te gebruik. Gesondheidsorgpraktisyns is van mening dat indien die kleiner kannules gebruik word, die gevaar bestaan dat swangerskapsprodukte kan agterbly.

Die tydsduur om die prosedure te voltooi, gemeet vanaf posisionering tot voltooiing van die prosedure, neem ongeveer 10 tot 15 minute. Die prosedure as sulks neem ongeveer twee tot 10 minute, afhangende van die ervaring en vaardigheid van die

verpleegkundige en die samewerking van die betrokke vrou. Die tydsduur hou ook direk verband met die duurte van die swangerskap, dus hoe verder die swangerskap, hoe langer neem die prosedure en omgekeerd. Dit was belangrik vir die studie om die verband tussen hierdie veranderlikes te bepaal, aangesien die aantal vroue wat per dag hanteer word afhang van die vaardigheid van die verpleegkundiges wat die aborsies uitvoer ten einde die diens koste-effektief te maak.

Die normale volume van die geaspireerde uterine inhoud wissel van vyf tot 200 ml. Die uterine inhoud wat geaspireer is, is nie gemeet by enige van die swangerskappe wat beëindig is nie, maar die volledigheid van die swangerskapsprodukte is wel bepaal. Suiging met behulp van die MVA-metode is toegepas totdat die fetale dele en/of vrugsakkie geïdentifiseer was, óf 'n 'growwe skuurgeluid' gehoor is, óf klein lugblasies voorgekom het in die aspiraat wat alles daarop dui dat die uterus 'leeg' is. Al die gesertifiseerde verpleegkundiges (n=10) het die aborsieprosedures (n=73) korrek uitgevoer volgens die riglyne wat gestel is deur IPAS en die Departement van Gesondheid. Dit blyk dat die verpleegkundiges wat deur die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap se onderskeie streekskantore opgelei is, wel prakties vaardig is om aborsies veilig uit te voer.

Die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap se protokol vir die behandeling van MIV en enige ander simptomatiesse seksueel-oordraagbare siektes (2000:7) dui aan dat *profilaktiese antibiotika* toegedien moet word volgens die sindroombenadering. Dit behels die volgende: ciprofloxacillin (Cyprobay®) 500 mg stat, metronidazole (Flagyl®) 2 g eenmalig ná 'n maaltyd en doxycycline 100 mg 12-uurliks ná maaltye vir 7 dae. Dieselfde behandeling word ook profilakties vir die verkragtingslagoffers gegee.

Slegs 18% van die vroue (n=13) wat hul swangerskap laat beëindig het, het profilaktiese antibiotika ontvang. Die navorser het bevind dat ten spyte van bogenoemde protokol, daar nie eenvormigheid is in die onderskeie streke van die Wes-Kaap betreffende die tipe medikasie, dosis en die toediening van profilaktiese antibiotika nie. Die doeltreffendheid van die toediening hou verband met die toegewydheid van die betrokke verpleegkundige. Een van die verpleegkundiges verskaf antibiotika profilakties aan al die vroue met die inplasing van die intrauterine toestel (IUT), terwyl 'n ander profilaktiese antibiotika toedien indien sy nie seker is of alle swangerskapsprodukte wel verwyder is nie. Die verpleegkundiges se kennis is voldoende wat betref die medikasie en die toediening daarvan soos aangedui in die

protokol, maar word bloot nie gegee nie weens die 'hoë aantal pasiënte per dag'. Ten spyte daarvan dat die gesertifiseerde verpleegkundiges genoegsame kennis het met betrekking tot die sindroombehandeling van seksueel-oordraagbare siektes, word die protokol egter nie doeltreffend geïmplementeer nie.

Al die gesertifiseerde verpleegkundiges (n=10) wat waargeneem is, het aangedui dat die beëindiging van swangerskappe vir hul 'n *aanvaarbare prosedure* is, mits die prosedure voor 12 weke swangerskapsduur is. Die verpleegkundiges erken die behoefte vir die vrywillige beëindiging van ongewenste swangerskappe in geval van swak sosio-ekonomiese omstandighede en/of MIV en VIGS. Verpleegkundiges en geneeshere vind tweede trimester aborsieprosedures traumaties, aangesien fetale dele meestal herkenbaar en/of gedissekteerd verwyder word. Hierdie gesondheidsorgpraktisyns is van mening dat meer swangerskappe tydens die eerste trimester beëindig kon gewees het indien daar meer opgeleide gesondheidsorgpraktisyns is om die hoë aanvraag te hanteer sodat 'dit nie oorstaan tot die tweede trimester net omdat die wet dit toelaat nie'. Elf persent (11%) van die vroue met ongewenste swangerskappe het aangetoon dat die aborsieprosedure nie vir hul aanvaarbaar is nie. Verdere navraag toon dat hierdie betrokke vroue deur óf hul ouers, óf vriend gedwing is om die swangerskap te laat beëindig.

5.2.1.1.5 Post-aborsie sorg

Die *waarnemings* wat die verpleegkundige behoort te doen na afloop van die prosedure behels die volgende: mate van pyn wat die vrou ervaar, grootte van die uterus, vitale tekens, bloeding en emosionele toestand van die vrou. Slegs die bloeddruk van diegene wat aborsies ondergaan het, is na afloop van die prosedure gemeet (29%), terwyl géén waarnemings by die res van die pasiënte gedoen is nie (71%). Die vroue is ingelig om die verpleegkundige in kennis te stel in geval van ernstige bloeding en/of braking en/of ondraaglike pyn. Vroue is by sommige van die fasiliteite deur die verpleegkundiges ingelig dat hul huis toe kan gaan sodra hul 'goed voel'.

Die tydsduur wat die vroue (n=73) na-operatief by die fasiliteit deurgebring het vir waarnemings, het verskil van fasiliteit tot fasiliteit. Die meeste van die pasiënte (51%) het twee tot drie ure na afloop van die prosedure by die fasiliteit gebly, nie noodwendig vir waarneming nie, maar omrede die betrokke verpleegkundige ongeveer vyftien (n=15) prosedures per dag uitgevoer het en die vroue moes 'bly totdat al die prosedures afgehandel is'. Een-en-veertig persent (41%) van al die

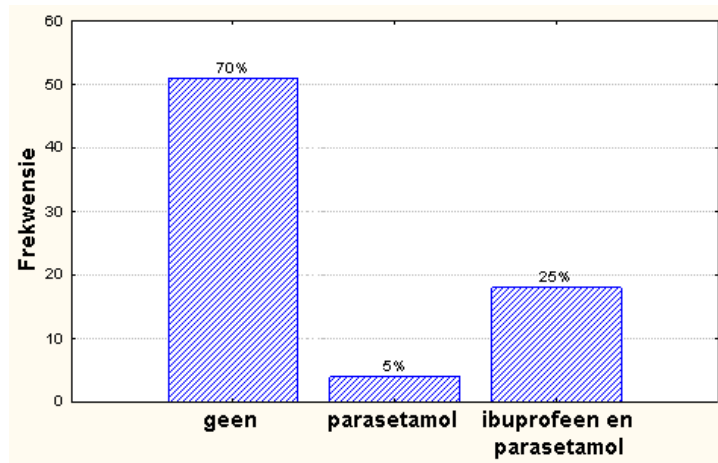
vroue het tussen 30 minute en 'n uur by die fasiliteit gebly voordat hul ontslaan is. Uit bogenoemde bevindings is dit duidelik dat die na-sorg en waarnemings van die vroue nie voldoende is nie.

Slegs 4% van die vroue het *newe-effekte* ondervind weens die toediening van medikasie. Dit blyk dat 'n kombinasie van faktore, naamlik angstigheid, misoprostol en Syntometrine®, naarheid en braking tot gevolg het direk na afloop van die prosedure. Duiseligheid het voorgekom moontlik as gevolg van die manipulasie van die uterus tydens die prosedure in kombinasie met die toediening van Pethidine®.

Die *komplikasies* te wyte aan die chirurgiese prosedure behels enige van die volgende: floute tydens of direk na die prosedure; vasovagale aanval; erge bloeding; servikale besering; onsuksesvolle lediging; perforasie van die uterus; narkose komplikasies; onuithoudbare abdominale pyn/krampe of moederlike sterfte. Die navorser het bevind dat slegs 6% van die vroue (n=5) wat abortasies ondergaan het, komplikasies ontwikkel het, naamlik 'n vasovagale aanval (n=4) en erge bloeding (n=1). Die betrokke verpleegkundige het die bloeding effektief beheer deur die toediening van Syntometrine® 1ml en bimanuele drukking op die serviks. Geeneen van die vroue het post-operatief 'n bloedtransfusie benodig nie.

Die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap se riglyne met betrekking tot medikasie vir *pynbeheer* is uiteengesit in tabel 5.10. Soos aangedui in figuur 5.3 wat die frekwensie en persentasies aandui, het 70% van die vroue wat hul swangerskap chirurgies laat beëindig het geen post-aborsie medikasie vir pynverligting ontvang nie. By een van die vlak twee fasiliteite in die metropool is 'n Indocid®-setpil pre-operatief aan die vroue verskaf vir pre-operatiewe, sowel as post-operatiewe doeleindes, aangesien geen lignokaïen vir intra-operatiewe gebruik beskikbaar was nie. Vroue is by twee fasiliteite, onderskeidelik in die metropool en Weskus/Wynlandstreek, aangesê 'om self Panado's te koop'.

Ten spyte van drie afsonderlike studies wat bevind het dat parasetamol oneffektief was in die verligting van post-prosedure pyn (WHO, 2003:31) het 5% van die vroue parasetamol (Panado® of Painblock®) ontvang ingevolge die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap se riglyne (2000:8), óf is aangeraai om dit te koop. Die res van die vroue het 'n kombinasie van Brufen® en Panado® ontvang met die instruksies dat twee tablette elk drie keer 'n dag geneem moes word.



Figuur 5.3
Post-operatiewe pynbeheer

Marie Adamo (voormalige Adjunk-direkteur van die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap: Reproductiewe Gesondheid) het tydens 'n terugrapportering-werkswinkel in 2006 genoem dat die gebruik van *kontrasepsie*, met verwysing na sterilisasies en die gebruik van die pil en inspuiting, die afgelope jare afgeneem het terwyl aborsies op versoek en tienerbevallings toegeneem het (tabel 5.11). Die navorser het bevind dat al die vroue wat aborsies ondergaan het ($n=73$) een of ander vorm van post-aborsie kontrasepsie met ontslag ontvang het ingevolge protokol van die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap (2000:9).

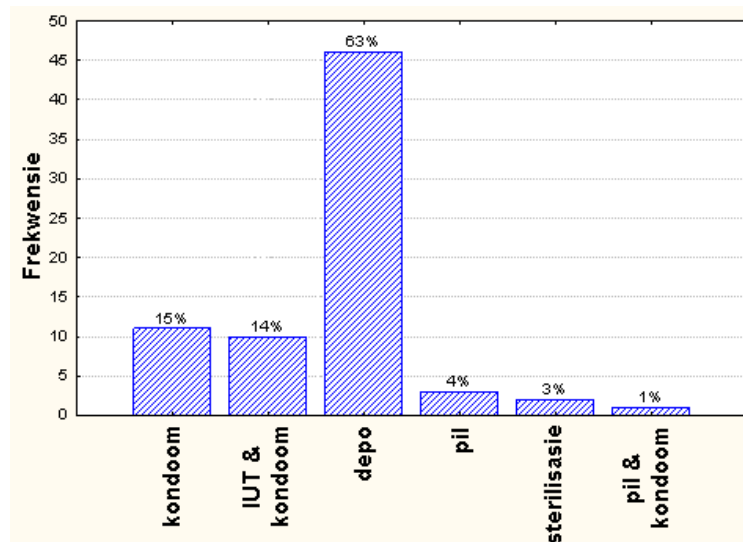
Tabel 5.11
Die gebruik van kontrasepsie sedert 1994

Sterilisasies (afgeneem)	1994	12 917
	2005	7 572
Pil en inspuiting (afgeneem)	2001	±300 000
	2005	±290 000
Aborsies (toegeneem)	1997	3 795
	2005	15 147
Tienerbevallings (toegeneem)	1997	7,5%
	2006	12%

(Bron: Adamo, 2006)

Soos aangedui op figuur 5.4 wat die frekwensie en persentasies aandui, het 15% van die vroue slegs kondome ontvang. Die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap se beleid is dat tweeledige beskerming teen infeksie en ongewenste swangerskap by elke geleentheid aangemoedig moet word (2000:5). Slegs twee van die fasiliteite wat besoek is (Boland/Overberg-streek), verskaf tweeledige kontrasepsie aan vroue direk

post-operatief, naamlik die IUT en kondome. Die ander fasiliteite verwys die vroue na die plaaslike kliniek vir kondome, maar dit word nie opgevolg of die vroue wel gaan nie. Sowat 14% van die vroue het die IUT post-operatief ontvang. Die verpleegkundiges is van mening dat die inplasing van die IUT oor die langtermyn goedkoper is, gemeet in terme van verminderde werkslading vir die verpleegkundige en minder afwesigheid van die werk vir die betrokke vrou, aangesien die kliniek vyfjaarliks besoek word in plaas van twee- of driemaandeliks vir die pil of inspuiting. Die meeste vroue (63%) het die inspuiting post-operatief gekry as gesinsbeplanningsmaatreël. Soos aangedui in tabel 5.4, was 9% van die vroue ($n=7$) bo die ouderdom van 35 jaar, maar slegs 3% van hierdie vroue ($n=2$) is aangemoedig om 'n sterilisasie te laat doen omrede hul ouderdom. Dit is nie opgevolg of hul wel die sterilisasie ontvang het nie.



Figuur 5.4
Post-aborsie kontrasepsie

Die navorser het bevind dat die *rekordhouding* van ten minste 62% van die vroue nie voldoende was nie. Weens die hoë aantal pasiënte by dié fasiliteite waar ongeveer 15 tot 20 swangerskappe per oggend beëindig is, is standaardinskrywings betreffende die prosedure, kontrasepsie, ensovoorts vir al die vroue eers ná afloop van al die prosedures gedoen. Geen melding is gemaak van individuele bevindings soos seksueel-oordraagbare siektes, 'n opvolg PAP-smeer en profilaktiese antibiotika nie. Die verloskundige en mediese evaluering van die vroue is nêrens aangedui nie, slegs die bloeddruk wat geneem is en uitslae van die urinetoets.

Die aangewysde fasiliteite moet ingevolge die Wysigingswet No 38 van 2004 (RSA, 2004:4) en provinsiale protokol (2000:20) alle swangerskappe wat beëindig of swangerskapsprodukte wat verwyder is, aanmeld. Dit blyk dat die provinsiale statistieke nie betroubaar is nie, aangesien die akkuraatheid van aborsies wat aangemeld word direk verband hou met die belangstelling in die aborsiestatistieke. Een van die gesertifiseerde verpleegkundiges in die metropool stuur slegs die dokumentasie na die mediese superintendent van die betrokke fasiliteit 'wanneer sy daarna gevra word.' Hierdie fasiliteit hou slegs rekord van die betrokke vrou se naam, ouderdom en swangerskapsduur en geen ander statistiek soos graviditeit, pariteit en vorige aborsies word aangedui nie.

Anders as wat aanvanklik verwag is, het 81% van die vroue wat aborsies ondergaan het wel *advies* ontvang met betrekking tot post-aborsiesorg. Die advies het ingesluit die herkenning van komplikasies, verlengde of erge bloeding, lae abdominale pyn en abnormale vaginale afscheidings. Die fasiliteite wat meer as 10 vroue per dag hanteer het, het advies in groepe verskaf. Hierdie inligtingsessies was dikwels vollediger as die individuele sessies.

Soos aangedui in tabel 5.15 het die navorser bevind dat die gesertifiseerde verpleegkundiges die MVA-prosedure as sulks veilig uitgevoer het in die afwesigheid van 'n geneesheer, maar dat verskeie aspekte van aborsiesorg, soos gemeet teen die WGO en Departement van Gesondheid: Wes-Kaap se riglyne, onvoldoende is. Hierdie sorg is hoofsaaklik deur ander kategorieë verpleegkundiges verskaf.

Al die aangewysde fasiliteite in die Wes-Kaap beskik oor of het toegang tot die Departement van Gesondheid se *geskrewe beleid* betreffende die beëindiging van swangerskappe via die onderskeie streekkantore in die Wes-Kaap. Die navorser het bevind dat die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap se protokol (2000:7) sekere riglyne bevat wat:

- glad nie geïmplementeer is nie (naamlik hematokrit, bloedgroepering en Rh); of
- wel in gebruik is ten spyte van onlangse navorsingsbevindings wat die gebruik daarvan bevestig (gebruik van parasetamol vir effektiewe pynverligting); of
- nie geïmplementeer is nie weens gebrek aan vaardigheid (bimanuele ondersoek).

Sekere prosedures word weer as roetine uitgevoer wat nie in die protokol beskryf is nie (ultrasonografie). Ander prosedures is nie ingesluit in die protokol nie, maar daar is 'n behoefte vir die opleiding en uitvoer daarvan (inplasing van die IUT).

5.2.1.2 Vraelys vir gesertifiseerde verpleegkundiges

Soos bespreek in paragraaf 4.2.1 is die gevallestudie as navorsingstrategie gebruik ten einde soveel moontlik komponente van aborsiesorg en -opleiding in die Wes-Kaap te ondersoek. Die geval wat bestudeer is, is begrens deur die spesifieke eenheid van analise, naamlik die geregistreerde verpleegkundiges en vroedvroue wat opleiding in aborsiesorg ondergaan het – oftewel gesertifiseerde verpleegkundiges – en aborsiesorg lewer by staatsgesondheidsorgfasiliteite in die onderskeie streke van die Wes-Kaap.

Vraelyste is gegee aan elk van die gesertifiseerde verpleegkundiges wat aborsiesorg aanbied (n=10) op die dae wat die navorser die betrokke gesondheidsorgfasiliteite besoek het. Al die voltooide vraelyste is terugontvang. Die verpleegkundiges het die belang van die navorsing ingesien en het 'n positiewe bydrae gelewer deur alle relevante inligting rakende aborsiesorg bekend te maak.

5.2.1.2.1 Biografiese inligting en kwalifikasies

Die meeste van die gesertifiseerde verpleegkundiges (n=6) is in die ouderdomsgroep 41 tot 45 jaar, of is ouer as 50 jaar (n=3). Die jongste verpleegkundige is in die ouderdomsgroep tussen 31 en 35 jaar. Twee verpleegkundiges is gegradueerdes (n=2) en een van dié twee beskik oor 'n meestersgraad. Die ander verpleegkundiges (n=8) se hoogste verpleegkundige kwalifikasies is diplomas. Die meeste verpleegkundiges (n=5) se hoogste verloskundige kwalifikasie is geïntegreerd in voorregistrasie diplomaprogramme verwerf, terwyl slegs een verpleegkundige (n=1) haar verloskunde voltooi het in 'n voorgraadse program. Vier van die gesertifiseerde verpleegkundiges (n=4) het hul verloskunde-kwalifikasies behaal deur middel van 'n na-registrasie diploma in verloskunde. Al die verpleegkundiges het dus kwalifikasies in verloskunde. Géén geregistreerde verpleegkundige – diegene sonder verloskunde kwalifikasies – wat ingevolge die Wysigingswet van 2004 gemagtig is om aborsiesorgopleiding te ondergaan en aborsies uit te voer, lewer tans aborsiesorg in die Wes-Kaap nie.

Al die gesertifiseerde verpleegkundiges (n=10) het hul basiese verloskunde-opleiding voor 2000 voltooi. Nie een van hierdie verpleegkundiges se basiese verloskunde-

opleiding het formele aborsiesorg ingesluit nie, met spesifieke verwysing na die MVA-prosedure. Dit is duidelik dat verpleegkolleges en universiteite geen poging aangewend het om formele aborsiesorgopleiding vir verpleegkundiges aan tersiêre instellings aan te bied sedert die implementering van aborsiewetgewing in Februarie 1997 nie.

Al die gesertifiseerde verpleegkundiges wat aborsieprosedures uitgevoer het en waargeneem is, het 'n na-registrasiekursus voltooi in aborsiesorg, naamlik die voorgestelde 160 uur aborsiesorgkursus wat pre- en post-aborsie-berading, sowel as die MVA-prosedure en waardeklarifikasie insluit. Die kursus is aangebied deur die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap en die verpleegkundiges het die opleiding voltooi by die onderskeie streekskantore waar hul werksaam is, naamlik Boland/Overberg-streekskantoor (n=2) en die metropool (n=8). Soos uiteengesit in tabel 5.3 het al die verpleegkundiges tussen 2000 en 2006 aborsiesorgopleiding ondergaan en die meeste het gedurende 2003 (n=3) en 2004 (n=3) hul opleiding voltooi. Al die gesertifiseerde verpleegkundiges het sowel hul huidige teoretiese as hul praktiese vaardighede in aborsiesorg as voldoende beskou ten einde aborsies veilig uit te voer.

Tabel 5.3 dui ook die aantal gesertifiseerde verpleegkundiges in die Wes-Kaap aan wat die opleiding – sowel teoreties as prakties – voltooi het sedert die inwerkingstelling van die aborsiewetgewing.

Heelwat van hierdie verpleegkundiges het egter intussen weens verskeie redes hul aborsiesorgdienste gestaak, óf bedank, óf afgetree. Weens die omvang van hierdie studie en die doelwitte wat gestel is, is diegene wat by die nie-regeringsorganisasies werksaam is, nie ingereken by diegene wat tans aborsiesorg praktiseer nie. Dit blyk dus dat daar nie voldoende verpleegkundiges in aborsiesorg in die Wes-Kaap opgelei word nie.

5.2.1.2.2 Werkverwante inligting

Die onderskeie fasiliteite waar die gesertifiseerde verpleegkundiges aan diens is beskik elk oor 'n protokol betreffende aborsiesorgdienste en is gebaseer op die nasionale en provinsiale beleid en aborsiewetgewing. Dit behels dat vlak een fasiliteite hoofsaaklik verantwoordelik is vir pre- en post-aborsie berading en MVA-prosedures tot 12 weke swangerskapsduur, terwyl vlak twee fasiliteite hoofsaaklik verantwoordelik is vir die hantering van komplikasies en tweede trimester aborsies.

Indien die betrokke aangewysde fasiliteit nie aborsies uitvoer nie, word die vroue met ongewenste swangerskappe na ander fasiliteite verwys, hetsy aangewysde staatsgesondheidsorgfasiliteite of nie-regeringsorganisasies.

Sewe van die gesertifiseerde verpleegkundiges (n=7) was van mening dat die protokol by die betrokke fasiliteit waar elkeen werkzaam is doeltreffend geïmplementeer is. Diegene (n=3) wat van mening was dat die protokol nie doeltreffend geïmplementeer is nie, noem die volgende redes:

'Die ginekologie-departement van die betrokke hospitaal weier om betrokke te raak en 'n privaat ginekoloog moet gekontrakteer word om komplikasies en tweede trimester aborsies uit te voer.'

'Ander gesondheidsorgpraktisyns het nie genoegsame kennis en/of waardeklarifikasie nie en bemoelik die uitvoering van aborsiesorgdienste weens hul gebrek aan vaardighede en/of gewetensbeswaar.'

'Daar is 'n gebrek aan voldoende fasiliteite vir die herstelperiode ná afloop van die prosedure.'

Alhoewel die presiese aantal eerste trimester aborsies per gesertifiseerde verpleegkundige nie bepaal is nie, het al die verpleegkundiges reeds meer as 50 eerste trimester aborsies uitgevoer. Nie een van hierdie verpleegkundiges het enige gewetensbeswaar om die prosedure uit te voer nie. Met die uitsondering van twee verpleegkundiges wat deur middel van 'n rondreisende span onderskeidelik vyf en sewe aangewysde fasiliteite in die metropool en Boland/Overberg-streek se aborsies op 'n rotasiebasis behartig, vervul al die ander gesertifiseerde verpleegkundiges ook ander verpleegkundige take addisioneel tot die aborsiesorgdienste. Hierdie verpleegkundiges is almal in senior verpleegkundige poste, hetsy in bevel van primêre gesondheidsorg- of buitepasiënte-klinieke, of assisteer geneeshere in die operasiesaal, of is die hoof van die betrokke fasiliteit se verpleegdienste. Dit blyk dat diegene wat die aborsiesorgopleiding voltooi het, alleen verantwoordelik is vir al die eerste trimester aborsieprosedures by die betrokke fasiliteit waar hul werkzaam is.

Tagtig persent (80%) van die gesertifiseerde verpleegkundiges (n=8) beskou die aborsiesorgdiens in hul betrokke fasiliteite as professioneel en empaties, terwyl twee van die verpleegkundiges (n=2) noem dat die diens oorwegend klinies en prosedure-geïntereerd is. Slegs 40% van die verpleegkundiges (n=4) het aangedui dat hulle emosionele berading en/of ondersteuning ontvang vanweë die aborsies wat hulle in die betrokke fasiliteite uitvoer. Diegene wat nie berading ontvang nie het almal, met die uitsondering van een verpleegkundige, aangedui dat hulle berading en ondersteuning verlang. Die aantal verpleegkundiges wat na verwys word, is irrelevant in ag genome dat meestal slegs een gesertifiseerde verpleegkundige aborsiesorgdienste per fasiliteit of meer verskaf. Wat van belang is, is dat die

aangewysde fasiliteite nie genoegsaam omsien na die behoeftes, insluitend die emosionele behoeftes, van diegene wat aborsies moet uitvoer nie.

5.2.1.2.3 Inligting met betrekking tot opleiding

Die meerderheid van die gesertifiseerde verpleegkundiges (n=9) wat die vraelyste voltooi het, was van mening dat aborsiesorgkurse vir alle verpleegkundiges vrywillig behoort te wees en dat hulle 'n keuse moet kan uitoefen of hulle opgelei wil word, al dan nie. Dit impliseer dat aborsiesorgopleiding waarskynlik nie in voorregistrasie programme geïmplementeer behoort te word nie.

Aangesien verpleegkundiges ingevolge wetgewing aborsiesorg moet kan lewer, het 70% van die gesertifiseerde verpleegkundiges (n=7) toegegee dat slegs sekere aspekte van aborsiesorg ingesluit moet word in *voorregistrasie programme* vir verpleegstudente. Hul mening was:

'Ingeligte persone lewer 'n beter diens.'

'Studente wat blootgestel is aan die diens kan moontlik die behoefte raaksien vir verdere opleiding' (n=2).

'Studente word voorberei om pasiënte holisties te hanteer' (n=2.)

'Post-aborsiesorg vorm deel van gesinsbeplanningsdienste en is 'n vereiste in basiese verpleegopleiding.'

'Alle verpleegkundiges moet komplikasies geassosieer met aborsies kan hanteer.'

Diegene (n=3) wat aangedui het dat aborsiesorgopleiding nie in voorregistrasie programme ingesluit moet word nie, noem die volgende redes:

'Voorregistrasie studente is te jonk en het nog nie emosionele volwassenheid bereik nie' (n=2).

'Die voorregistrasie program is reeds te vol.'

Tagtig persent van die gesertifiseerde verpleegkundiges wat die vraelyste voltooi het (n=8) was ten gunste daarvan dat alle aspekte van aborsiesorgopleiding, naamlik berading, pre-aborsiesorg, prosedure, post-aborsieberading en kontrasepsie ingesluit behoort te wees in *geselekteerde na-registrasie programme* en voer die volgende redes aan:

'Verpleegkundiges word ingevolge aborsiewetgewing daartoe verplig.'

'Aborsies is 'n gespesialiseerde diens en 'n na-registrasie student is 'n toegewyde praktisyn in haar spesialiteitsrigting.'

'Opleiding behoort geïmplementeer te wees in alle toepaslike na-registrasie programme soos primêre gesondheid en gevorderde verloskunde' (n=2).

'Na-registrasie studente is emosioneel meer volwasse' (n=2).

'Meer opgeleide verpleegkundiges word beskikbaar gestel.'

'Verpleegkundiges word sodoende opgelei om 'n holistiese benadering te hê.'

Diegene wat nie ten gunste was van aborsiesorgopleiding vir na-registrasie studente nie (n=2) is van mening dat dit ten alle koste 'n vrywillige kursus moet bly sodat diegene wat nie gewetensbeswaar het betreffende aborsies nie die kursus onafhanklik van ander verpleegprogramme kan voltooi. Dit is dus duidelik dat die gesertifiseerde verpleegkundiges van mening is dat aborsiesorgopleiding eerder in toepaslike na-registrasie programme geïnkorporeer word, maar dat sekere komponente van aborsiesorg in voorregistrasie programme ingesluit kan word indien dit aansluiting vind by bestaande modules en slegs die uitbouing van die modules tot gevolg het.

5.2.1.2.4 Spesifieke inligting betreffende aborsiesorg

Met die uitsondering van een, was al die gesertifiseerde verpleegkundiges (n=9) van mening dat die voorkoming van tienerswangerskappe meer aandag behoort te geniet in voorligtingsprogramme by skole in plaas van aborsies wat vrylik op versoek toegestaan word en dat gesinsbeplanningsdienste dringend aandag geniet. Die verpleegkundige wat nie met die stelling saamgestem het nie, was van mening dat voorligtingsprogramme nie aborsies op versoek moet vervang nie.

Op die vraag (vraag 23): 'Wat beskou u as die ideale manier om ongewenste swangerskappe te hanteer in 'n diverse kultuur in Suid-Afrika?' was die onderskeie opinies van die verpleegkundiges as volg:

'Die gesinsbeplanningsdienste en -opvoeding behoort by skole aandag te geniet' (n=2).
'Gesinsbeplanningsdienste moet beter geadverteer word en die dienste moet absoluut klient-vriendelik wees' (n=5).
'Aborsies op versoek moet ingevolge die bestaande aborsiewetgewing uitgevoer word' (n=2).
'Elke vrou moet volgens haar kultuur en waardesisteem behandel word.'

Verpleegkundiges mag ingevolge aborsiewetgewing slegs swangerskappe minder as 12 weke swangerskapsduur beëindig. Die gesertifiseerde verpleegkundiges wat die vraelyste voltooi het, maak melding dat hulle van die volgende metodes gebruik maak om die duur van swangerskap te bevestig voordat 'n aborsie uitgevoer word:

- o slegs sonar (n=4); en
- o 'n kombinasie van datums, bloedtoetse, vaginale ondersoek, abdominale ondersoek en sonar (n=6).

Soos reeds genoem in paragraaf 2.8.6.1 is 'n sonar nie noodsaaklik vir die bepaling van swangerskapsduur nie. Uit bogenoemde is dit egter duidelik dat al die gesertifiseerde verpleegkundiges (n=10) wel gebruik maak van 'n sonarbevinding om die swangerskapsduur akkuraat te bepaal alvorens die swangerskap beëindig word.

Sonartegnologie is egter nie ingesluit in die bestaande aborsiesorgkursus nie en is deur die verpleegkundiges aangedui as 'n leemte in hul opleiding.

Ten einde die teoretiese vaardigheid van die verpleegkundiges te toets, is enkele vrae ingesluit in die vraelys wat hoofsaaklik gebaseer is op die bepalinge van die aborsiewetgewing. Al die verpleegkundiges het hierdie vrae korrek beantwoord.

'n Geregisteerde vroedvrou is deur 50% van die verpleegkundiges (n=5) aangedui as die *mees aangewese gesondheidsorgpraktisyn om berading te verskaf* aan 'n vrou wat haar ongewenste swangerskap wil beëindig, terwyl twee (n=2) aangedui het dat dit eerder 'n maatskaplike werker behoort te wees, aangesien hulle nie direk by die aborsies betrokke is nie en onbevooroordeeld sal optree. Twee verpleegkundiges (n=2) het geen spesifieke voorkeur gehad of dit 'n verpleegkundige of maatskaplike werker moet wees wat die berading verskaf nie. Een van die verpleegkundiges (n=1) het aangedui dat berading óf deur 'n verpleegkundige, óf deur 'n maatskaplike werker, óf deur 'n geneesheer verskaf kan word. Dit blyk dus dat verpleegkundiges en/of maatskaplike werkers die ideale kategorie gesondheidsorgpraktisyns is om berading te verskaf aan diegene wat hul ongewenste swangerskappe wil laat beëindig.

Op die vraag (vraag 29) wie die *mees aangewese gesondheidsorgpraktisyn is om aborsies voor 12 weke swangerskapsduur uit te voer*, het vier van die verpleegkundiges (n=4) aangedui dat hulle geen spesifieke voorkeur het betreffende 'n geneesheer teenoor 'n geregisteerde vroedvrou om die aborsies uit te voer nie. Twee verpleegkundiges (n=2) was van mening dat slegs geneeshere ongewenste swangerskappe behoort te beëindig, terwyl drie verpleegkundiges (n=3) van mening was dat 'n geregisteerde vroedvrou die mees aangewese gesondheidsorgpraktisyn is om swangerskappe minder as 12 weke te beëindig. Slegs een van die verpleegkundiges (n=1) het aangedui dat 'n geregisteerde verpleegkundige – sonder opleiding in verloskunde – ook aborsies behoort uit te uitvoer indien sy die aanbevole opleiding voltooi het. Soos reeds genoem, is geregisteerde verpleegkundiges ingevolge die wysigingswetgewing gemagtig om aborsies uit te voer met die voorwaarde dat hulle die aborsiesorgopleiding voltooi het. Alhoewel die getalle te klein is om statistiese afleidings te maak, blyk dit dat vroedvroue nie ten gunste daarvan is dat geregisteerde verpleegkundiges aborsies uitvoer nie.

Negentig persent van die verpleegkundiges (n=9) het nie saamgestem met die stelling (vraag 30): 'Die belastingbetaler betaal duur vir 'n nuwe vorm van

gesinsbeplanning' nie en beskou aborsies op versoek as 'n noodmaatreël om ongewenste swangerskappe te hanteer totdat navorsing dit anders bewys.

Die aanbevelings van die gesertifiseerde verpleegkundiges wat die vraelyste met betrekking tot aborsiesorgopleiding voltooi het, word in paragraaf 5.2.2.2 ontleed en bespreek.

5.2.1.3 Vraelys vir vroue wat aborsies en/of berading ontvang het

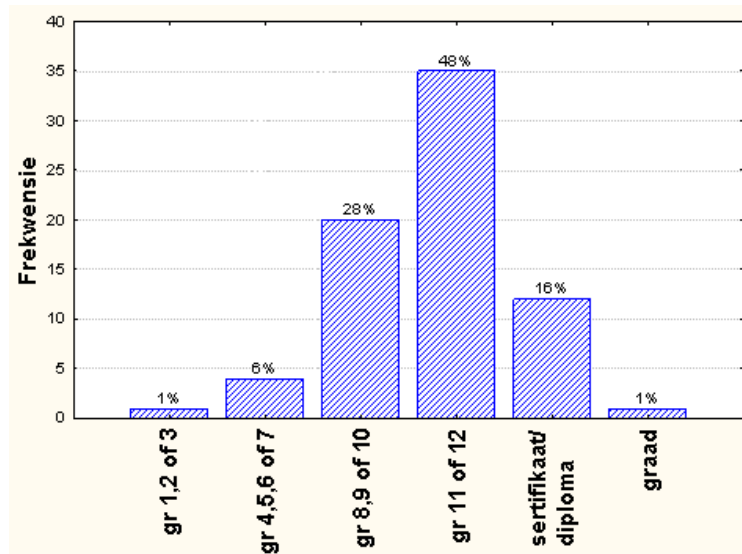
Die doel van die vraelyste was om terugskouend inligting te verkry wat fokus op die berading, inligting en prosedure wat die vrou reeds ontvang het. 'n Totaal van drie-en-sewentig (n=73) vraelyste is gegee aan al die vroue met ongewenste swangerskappe wat 'n aborsie versoek het op dié dae wat die navorser die betrokke gesondheidsorgfasiliteit besoek het. Die navorser het gevind dat sommige van die vroue huiwerig was om die vraelyste te voltooi totdat elkeen verseker is dat die inligting vertroulik is en slegs vir navorsingsdoeleindes gebruik sal word. Die navorser het opgelet dat hierdie groep vroue meestal slegs die antwoorde afgemerk het en feitlik geen kommentaar of aanbevelings gemaak het nie. Al die vraelyste is terugontvang voordat die vrou die betrokke fasiliteit verlaat het.

5.2.1.3.1 Biografiese inligting

Soos reeds in tabel 5.4 aangedui, was 81% van die vroue wat aborsiesorg aangevra het jonger as 30 jaar. Van hierdie vroue was 26% jonger as 20 jaar. Die huwelikstatus van die vroue toon dat ongeveer 85% van die vroue wat aborsies versoek het, ongetroud was en/of saamgebly het (figuur 5.1). Soos reeds aangedui in paragraaf 5.2.1.1.2, is die meeste (62%) van die vroue wat aborsies aangevra het, swart en 37% van die vroue was kleurlinge. Dit blyk dat wit vroue, sowel as dié van Asiatiese afkoms, nie van publieke aborsiesorgdienste gebruik maak nie. Die meeste (78%) van die vroue (n=57) behoort aan 'n Christelike kerk en sowat 8% van die vroue (n=6) is Moslems. Die ander is Rooms-Katoliek óf beoefen tradisionele gelowe.

Soos aangedui in figuur 5.5 wat die frekwensie en persentasies aandui, het al die vroue wat aborsiesorg aangevra het, primêre of sekondêre skoolopleiding ondergaan. Die meeste (48%) van die vroue (n=35) se hoogste opvoedkundige status is graad 11 of 12. Dertien van die vroue (n=13) het tersiêre opleiding ondergaan en 'n sertifikaat/diploma (n=12) of graad (n=1) behaal. Op die vraag (vraag 6) of die betrokke skool of opleidingsinstansie voorligtingsprogramme

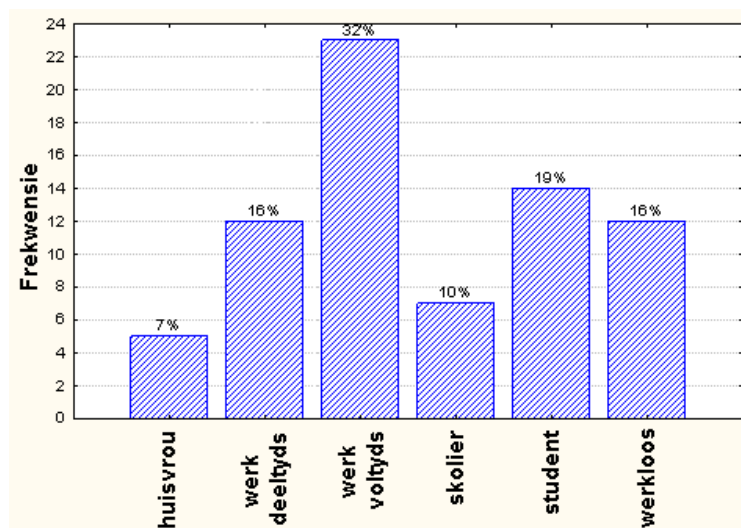
aangebied het ten opsigte van die voorkoming van swangerskappe, het 81% (n=59) van die vroue 'Ja' geantwoord. Dit blyk dus dat voorligtingsprogramme nie effektief is nie.



Figuur 5.5

Opvoedkundige status van vroue wat abortiesorg versoek

Soos aangedui in figuur 5.6 wat die frekwensie en persentasies aandui, het die vroue wat aborties versoek hulle óf voltyds (n=23), óf deelyds werk (n=12). Twaalf van die vroue (n=12) het aangetoon dat hulle werkloos is. Een-en-twintig van die vroue was nog besig met studies. Veertien (n=14) van hierdie vroue was studente en sewe (n=7) was skoliere. Daar is 'n hoë insidensie (36%) van vroue wat aborties versoek het en nog nie kinders het nie – oftewel primigravidas (n=26).



Figuur 5.6

Beroep van die vroue

Anders as wat verwag is, het die meeste van die vroue op die vraag (vraag 9): 'Watter stelling beskryf u verhouding die beste?' aangedui dat hulle in 'n stabiele, langtermynverhouding betrokke is (n=36), of nog nie lank in die verhouding betrokke is nie, maar dat die verhouding ernstig is (n=15). Die res van die vroue was óf nie meer in 'n verhouding betrokke nie (n=13), óf in 'n onstabiele verhouding (n=9) betrokke. Dit blyk dat die aard van die verhouding nie 'n rol speel wanneer 'n vroue haar onbeplande swangerskap beëindig nie.

5.2.1.3.2 Inligting betreffende die swangerskap

Soos reeds aangedui in tabel 5.9 stem die inligting met betrekking tot *pre-aborsie kontrasepsie* van diegene wat die vraelyste voltooi het, grootliks ooreen met inligting wat verkry is uit dieselfde vroue se rekords. Dit blyk dat die meeste van die vroue die inspuiting gebruik het as kontrasepsie (34% volgens die vroue se rekords teenoor 36% volgens die vraelyste). Dit is egter insiggewend dat heelwat van die vroue geen kontrasepsie gebruik het nie (29% volgens die vroue se rekords teenoor 23% volgens die vraelyste). Op die vraag (vraag 11): 'Wat dink u was die rede dat u swanger geraak het?' het die meeste aangedui dat hul óf nie weet nie (n=21), óf die opvolgafspraak vergeet het (n=24). Hierdie bevinding dui op roekelose reprodktiewe besluitneming van vroue, aangesien gesinsbeplanningsdienste vir almal gratis beskikbaar is.

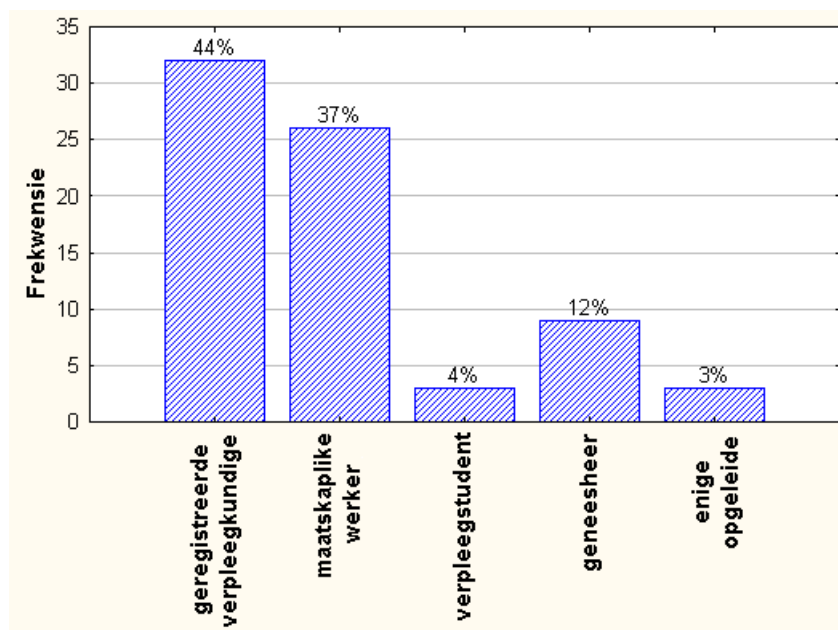
Ten spyte daarvan dat die aborsiewetgewing (RSA⁽¹⁾, 1996:2) dit duidelik stel dat die beëindiging van 'n swangerskap nie 'n vorm van kontrasepsie is nie, is dit nie duidelik of vroue wel aborsie as 'n metode van kontrasepsie beskou nie. Twaalf persent (12%) van die vroue wat die vraelyste voltooi het, het aangedui dat hul reeds 'n vorige aborsie gehad het (n=9). Hierdie persentasie is heel waarskynlik meer, aangesien daar geen betroubare rekordhouding is of vroue vorige aborsies gehad het, al dan nie. Vroue het nie die vrymoedigheid om te noem dat hulle reeds 'n aborsie gehad het nie en die vroue kom ook nie noodwendig terug na dieselfde fasiliteit nie.

Ten spyte daarvan dat 41% van die vroue (n=30) bewus was dat daar ander uitweë of ander opsies as 'n aborsie is om 'n ongewenste swangerskap te hanteer, naamlik pleegsorg, aanneming of om die baba te behou, het 77% van die vroue (n=56) aangedui dat 'n aborsie die eerste gedagte was toe die onbeplande swangerskap gediagnoseer is.

Op die vraag (vraag 16): 'Het u 'n aborsie op 'n ander wyse as wat in 'n hospitaal gedoen word oorweeg?' het 14% van die vroue (n=10) 'Ja' geantwoord. Die 'ander metodes' wat hierdie vroue oorweeg het, behels die een of ander vorm van tuisaborsie. Dit is ontstellend dat soveel vroue met ongewenste swangerskappe steeds onveilige aborsies oorweeg ten spyte daarvan dat aborsies sedert 1997 in Suid-Afrika gewettig is.

5.2.1.3.3 Inligting betreffende aborsiesorg ontvang

Suid-Afrikaanse aborsiewetgewing (RSA(1), 1996:4) bepaal: 'Die Staat moet die voorsiening van nie-verpligte en nie-voorskriftelike voorligting bevorder, voor en na die beëindiging van 'n swangerskap'. Sowat 92% van die vroue het dit as belangrik beskou het om *berading* te ontvang. Die vroue se rekords dui aan dat 81% van die vroue berading ontvang het rakende ander opsies, naamlik aanneming, enkelouerskap of pleegsorg, terwyl slegs 60% van dieselfde vroue wat die vraelyste voltooi het aangedui het dat hul wel resolušieberading ontvang (n=44) het. Dit blyk dat inligting in die vroue se rekords nie ooreenstem met hul inligting nie. Sowat 33% het aangedui dat hul in groepe berading ontvang het (n=24). Sewe persent (7%) van die vroue (n=5) het aangedui dat hul slegs inligtingspamflette ontvang het. Tydens observasie van die berading- en/of inligtingsessies het die navorser bevind dat die inligtingsessies meestal in groepe aangebied word en die beradingsessies, slegs indien nodig, op 'n individuele basis aangebied is.

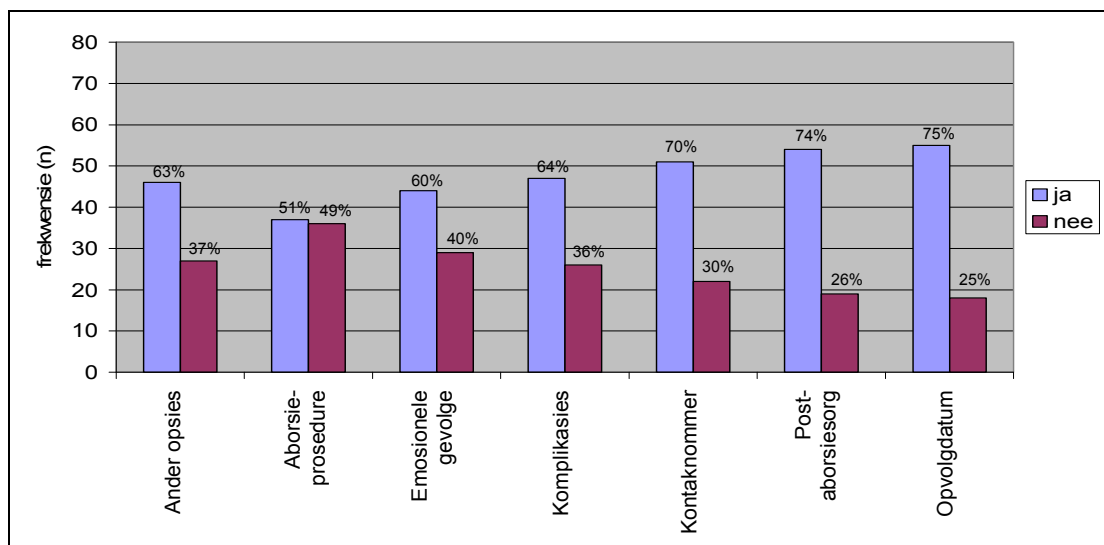


Figuur 5.7

Gesondheidsorgpraktisyns wat berading verskaf

Soos aangedui in figuur 5.7 wat die frekwensie en persentasies aandui, het die meeste vroue met ongewenste swangerskappe berading ontvang van geregistreerde verpleegkundiges (44%) of maatskaplike werkers (37%). Op die vraag (vraag 25): 'Wie sou u graag wou hê moes vir u berading gee?' het die meeste van die vroue aangedui dat hulle 'n geregistreerde verpleegkundige (40%) of maatskaplike werker (37%) sou verkies. Uit hierdie bevindings blyk dit dat vroue met ongewenste swangerskappe 'n geringe voorkeur het dat 'n geregistreerde verpleegkundige eerder as 'n maatskaplike werker, berading behoort te verskaf.

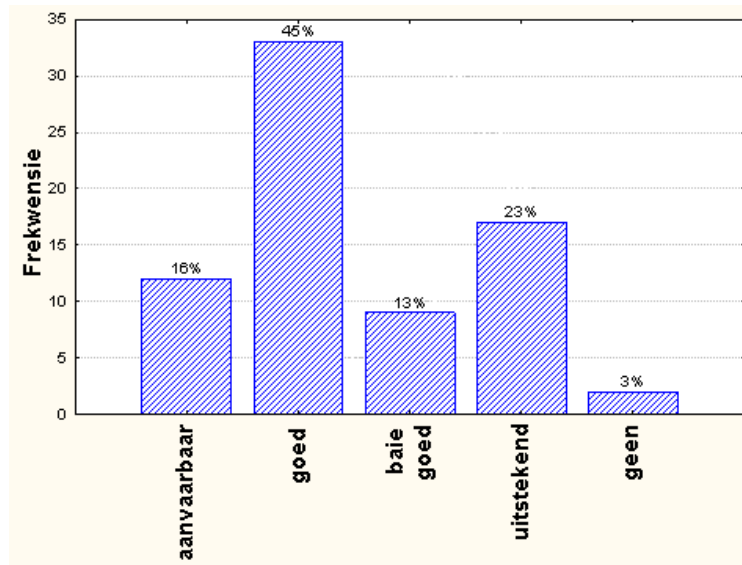
Figuur 5.8 dui aan watter *inligting* die vroue wat aborties versoek het, ontvang het. Sowat 37% van die vroue (n=27) is nie ingelig met betrekking tot ander opsies betreffende die ongewenste swangerskap nie, terwyl 49% (n=36) geen inligting ontvang het wat die abortieprosedure behels nie. Veertig persent (40%) van die vroue (n=29) is ook nie ingelig oor die moontlike emosionele gevolge van die abortie nie en 36% van die vroue (n=26) het geen inligting ontvang oor moontlike komplikasies ná afloop van die prosedure nie. Dertig persent (30%) van die vroue (n=22) het geen kontaknommers ontvang indien 'n komplikasie sou ontwikkel nie en 26% van die vroue (n=19) het geen post-abortie inligting ontvang betreffende hul verdere versorging nie. Vyf-en-twintig persent (25%) van die vroue (n=18) het nie 'n datum vir 'n opvolgbesoek ontvang nie. Die opvolgdatum is egter verwar met die opvolg vir kontrasepsie en dus is die laasgenoemde statistiek nie betroubaar nie. Dit blyk dat die inligting wat vroue ontvang – veral met betrekking tot die abortieprosedure – nie voldoende is nie.



Figuur 5.8

Inligting ontvang betreffende die beëindiging van swangerskap

Figuur 5.9 wat die frekwensie en persentasies aandui, dui aan hoe die vroue die berading wat hul ontvang het, beoordeel het.



Figuur 5.9
Beoordeling van die berading ontvang

Uit die gegewens soos gereflekteer in figuur 5.9, blyk dit dus dat die meeste vroue tevrede was met die berading en/of inligting wat hul ontvang het, maar dat sekere aspekte betreffende die aborsieprosedure nie voldoende was nie.

Ten einde te bepaal hoe verbruikersvriendelik die personeel en fasiliteite was waar die vroue die aborsiesorg ontvang het, is die terugvoer ontvang soos uiteengesit in tabel 5.12.

Tabel 5.12
Terugvoer insake verbruikersvriendelikheid van personeel en fasiliteite

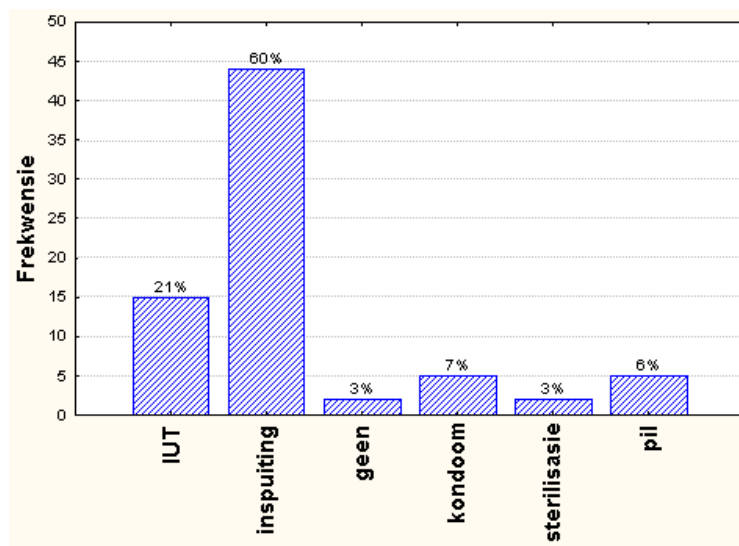
Opinies	f	%
Diens swak, personeel onprofessioneel	0	0
Diens aanvaarbaar, personeel professioneel, nie-toeganklik	22	30
Diens goed, personeel professioneel	33	45
Diens uitstekend, personeel simpatiek en toeganklik	18	25
Totaal	n=73	100

Volgens tabel 5.12 blyk dit dat die vroue wat aborsiesorg ontvang het, oor die algemeen tevrede was met die diens, aangesien 25% van die vroue (n=18) genoem

het dat die personeel baie simpatiek en toeganklik en die diens uitstekend was en 45% van die vroue (n=33) van mening was dat die personeel professioneel en die diens goed was. Dit blyk dus dat die diens wat gesertifiseerde verpleegkundiges lewer aanvaarbaar is vir vroue met ongewenste swangerskappe.

Twee-en-tagtig persent (82%) van die vroue (n=60) was van mening dat pre-aborsieberading hul in staat gestel het om 'n ingeligte en verantwoordelike besluit te neem betreffende die verdere verloop van die ongewenste swangerskap. Sowat 53% van hierdie vroue noem dat hulle nie impulsief 'n besluit geneem het om die swangerskap te beëindig nie. Hul besluit is meestal (96%) deur die betrokke gesondheidsorgpraktisyn gerespekteer.

Soos aangedui op figuur 5.10 wat die frekwensie en persentasies aandui, is bevind dat die meeste vroue (60%) die inspuiting verkies as *post-aborsie kontrasepsie metode* (n=44), teenoor 21% wat die IUT verkies (n=15). Ten spyte van die fisiek en emosioneel pynlike ervaring wat gegaar gaan met die swangerskap wat beëindig is, het 3% van die vroue aangedui dat hulle nie kontrasepsie wil gebruik nie. Dit is heel waarskynlik dat hierdie groep vroue aborsies beskou as 'n alternatiewe metode van kontrasepsie.



Figuur 5.10
Post-aborsie kontrasepsie

Die data in figuur 5.10 kom grootliks ooreen met die bevindings volgens die kontrolelys wat die data van die betrokke vroue se rekords reflekteer. Anders as wat

verwag is, blyk dit dat vroue tot 'n groot mate wel die kontrasepsie ontvang wat hulle versoek het.

5.2.1.4 Vraelyste vir finalejaar voorregistrasie verpleegstudente

'n Totaal van 375 vraelyste is versprei onder al die finalejaar voorregistrasie verpleegstudente verbonde aan die onderskeie opleidingsinstansies (N=4) waarvan 312 vraelyste terugontvang is (83%). Uit die relatief hoë responskoers was dit duidelik dat die studente die belang van die navorsing ingesien het en 'n positiewe bydrae gelewer het deurdat toepaslike aanbevelings rakende aborsiesorg gemaak is.

5.2.1.4.1 Algemene inligting

Die meeste van die studente is 22 jaar oud en die gemiddelde ouderdom van al die finalejaar verpleegstudente is 25 jaar. Sowat 80% van die studente is verbonde aan 'n universiteit waar hulle hul voorgraadse (basiese) verpleegopleiding doen, terwyl 20% van die studente aan 'n kollege studeer. Weens die transformasieproses in die gesondheidswetenskappe word voorgraadse programme in verpleging vanaf 2008 slegs deur die Universiteit van Wes-Kaapland (UWK) aangebied en diplomaprogramme deur die Wes-Kaapse Kollege vir Verpleging (WKKV). Hierdie studente se opleiding – hetsy graad of diploma – sluit 'n voorregistrasie verloskundekwalifikasie in, soos bepaal deur die SARV Reg. 425 van 1985 soos gewysig. Nie een van die voorregistrasie verloskunde programme sluit egter aborsiesorgopleiding in met betrekking tot pre-aborsieberading, aborsieprosedures, post-aborsiesorg of -berading nie. Sowat 12% van die finalejaar verpleegstudente het aangedui dat hul beplan om 'n na-registrasie kursus in aborsiesorg te voltooi (n=36).

5.2.1.4.2 Spesifieke inligting

Die meerderheid van die studente (97%) het aangetoon dat hulle nog nie aborsies in gesondheidsorgfasiliteite uitgevoer het nie. Dit is nie duidelik of diegene wat aangedui het dat hulle wel aborsies uitgevoer het (3%) slegs betrokke was by die toediening van die medikasie vir die servikale voorbereiding, of werklik aborsies uitgevoer het nie. Laasgenoemde het aangedui dat hulle betrokke was tussen een en 10 aborsies.

Dit blyk dat die meeste verpleegstudente (62%) gewetensbeswaar het om aborsies uit te voer weens geloofsoortuigings (n=192). Rooms-Katolieke weier om betrokke te raak by aborsies op versoek. Sowat 38% (n=120) van die studente het egter nie enige gewetensbeswaar teen die uitvoer van aborsies nie. Hierdie groep studente

sluit heel waarskynlik diegene in wat aangedui het dat hulle beplan om 'n na-registrasie kursus in aborsiesorg te voltooi.

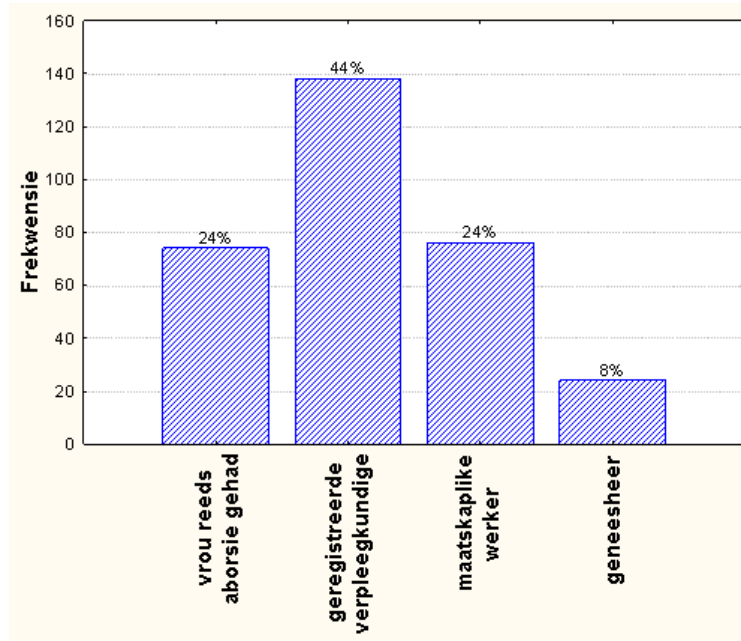
Die meerderheid van die studente (47%) kon nie die aborsiesorg as sulks beoordeel nie, aangesien hulle óf nie betrokke was by aborsies nie, óf aborsies nie uitgevoer is in die betrokke fasiliteit waar die student geplaas was nie. Sowat 39% van die studente was van mening dat aborsieprosedures 'te klinies en prosedure-georiënteerd' is, teenoor 14% wat genoem het dat die diens 'professioneel en empaties' is.

Ongeveer 50% van die studente het nie geweet of verpleegkundiges wat betrokke is by aborsies emosionele berading ontvang nie. Sowat 37% van die studente het aangedui dat verpleegkundiges geen berading ontvang nie. Hierdie statistiek is egter nie betroubaar nie, aangesien die studente nie noodwendig weet of die diens beskikbaar is nie, tensy hulle betrokke is by diegene wat aborsies uitvoer. Dertig persent (30%) van die studente het aangedui dat hulle berading sou wou ontvang indien hul betrokke sou wees by aborsies.

5.2.1.4.3 Inligting betreffende opleiding

Soos aangedui in figuur 5.11 wat die frekwensie en persentasies aandui, het die meeste studente (n=138 of 44%) aangedui dat 'n geregistreerde verpleegkundige of vroedvrou die *aangewese gesondheidsorgpraktisyn* is om berading te verskaf aan 'n vrou wat haar ongewenste swangerskap wil beëindig. Vier-en-twintig persent (24%) van die studente (n=76) was van mening dat 'n maatskaplike werker eerder die berading behoort te verskaf teenoor 8% van die studente (n=24) wat genoem dat 'n geneesheer berading aan dié vroue moet verskaf.

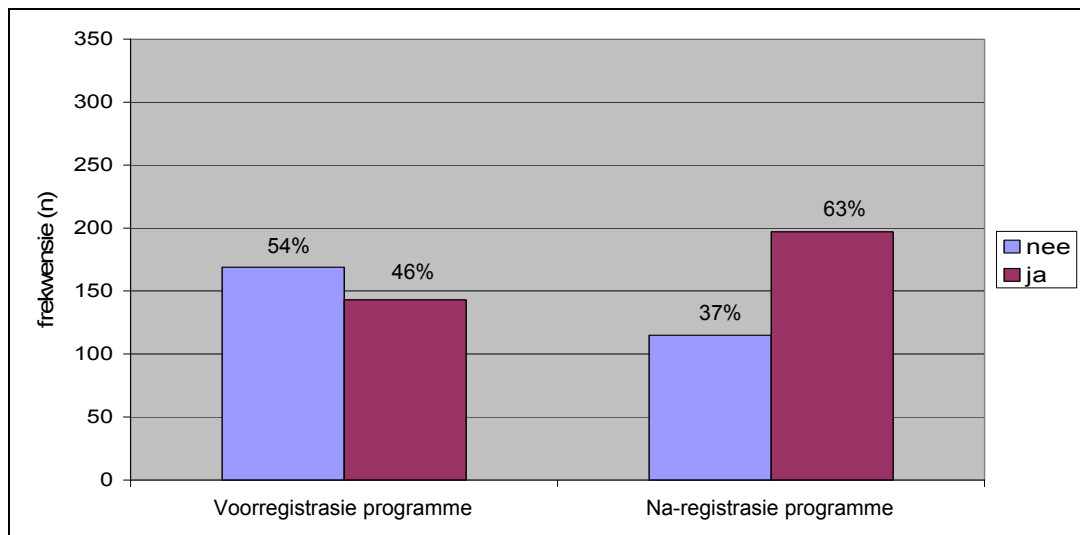
Die meerderheid van die studente (n=263 of 84%) was van mening dat *opleidingskursusse in aborsiesorg vrywillig* moet wees, terwyl 16% van die studente (n=49) oortuig was dat aborsiesorgopleiding verpligtend behoort te wees. Dit impliseer dat aborsiesorgopleiding as sulks nie in voorregistrasie opleiding ingesluit kan word nie, aangesien voorregistrasie programme nie voorsiening maak vir opsionele modules nie.



Figuur 5.11

Aangewese persoon vir die verskaffing van berading

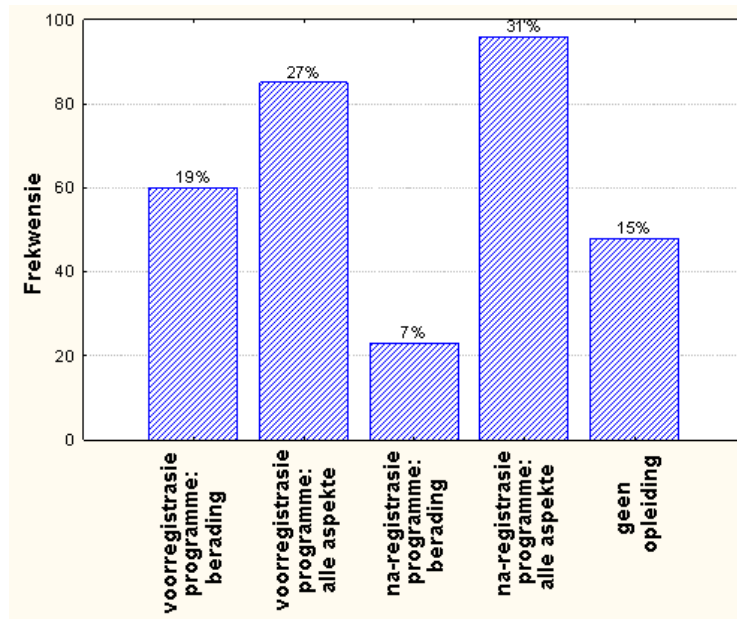
Soos aangedui in figuur 5.12 het die meeste van die studente ($n=197$ of 63%) 'Ja' geantwoord op die vraag of aborsiesorgopleiding ingesluit behoort te wees in *na-registrasie programme*. Die redes wat aangevoer is, is ontleed en beskryf in paragraaf 5.2.2.4. Diegene wat 'Nee' geantwoord het ($n=115$ of 37%) se redes is ook ontleed en beskryf in paragraaf 5.2.2.4.



Figuur 5.12

Opinies betreffende insluiting van aborsiesorgopleiding in programme

Anders as wat verwag is, het studente nie 'n duidelike standpunt ingeneem betreffende die aard van aborsiesorgopleiding vir verpleegkundiges nie. Soos aangedui in figuur 5.13 wat die frekwensie en persentasies aandui, het meeste van die studente (n=96 of 31%) aangedui dat alle aspekte van aborsiesorg eerder in na-registrasie programme ingesluit behoort te word teenoor 27% van die studente (n=85) wat van mening was dat alle aspekte van aborsiesorgopleiding in voorregistrasie programme ingesluit kan word.



Figuur 5.13

Aard van aborsiesorgopleiding in die onderskeie programme

Bogenoemde inligting is vergelyk met 'n opname wat teen die einde van 2006 onder 52 finalejaar voorgraadse verpleegstudente gedoen is aan die Universiteit Stellenbosch as deel van 'n voorlopige ondersoek om die lewensvatbaarheid van hierdie studie te bepaal. Die betrokke graadkursus het nie die voorgestelde 160 uur aborsiesorgopleiding ingesluit nie en 90% van die studente (n=47) het aangedui dat hulle nie aborsiesorgopleiding wil ontvang in hul voorgraadse opleiding nie, ten spyte daarvan dat 37% van hierdie studente alreeds op een of ander manier betrokke was by aborsies op versoek. Sowat 90% van die studente (n=47) het om verskeie redes gewetensbesware betreffende die uitvoer van aborsies gehad. Van hierdie studente was 88% (n=46) van mening dat aborsiesorgopleiding nie in voorregistrasie programme ingesluit moet word nie. Hulle redes was hoofsaaklik dat aborsiesorgopleiding vrywillig moet wees en eerder in na-registrasie programme ingesluit moet word, asook dat onveilige praktyke deur studente verhoed moet word. Die studente het baie sterk daarvoor gevoel dat hul verpleging gekies het 'om lewens

te red en nie te neem nie'. Diegene wat wel ten gunste was van aborsiesorgopleiding in voorregistrasie programme, was van mening dat die kennis hulle sal help om pasiënte met komplikasies beter te kan versorg. Sowat 38% (n=20) was van mening dat opleiding in berading van vroue met ongewenste swangerskappe wel in voorregistrasie opleiding ingesluit behoort te word. Dit blyk dat die finalejaar verpleegstudente wat in die huidige studie ingesluit is, egter meer ten gunste was van aborsiesorgopleiding vir verpleegkundiges as hierdie groep studente van 2006.

Die terugontvangs van die onderskeie vraelyste in hierdie studie word uiteengesit in tabel 5.13.

Tabel 5.13
Terugontvangs van onderskeie vraelyste

Vraelys	Respondente (n)	Terugontvang (n)	%
Verpleegkundiges wat aborsiesorg verskaf	10	10	100
Vroue wat aborsiesorg versoek	73	73	100
Finalejaar voorregistrasie studente	375	312	83

Clifford (1990:118) noem dat die persentasie van terugvoer gewoonlik hoër is wanneer vraelyste persoonlik uitgegee word as per pos. Volgens hierdie outeur is 'n terugontvangs van 75% tot 80% 'n aanvaarbare resultaat. Die navorser het 'n gemiddelde terugontvangs van 94% vraelyste gehad.

Die rede vir die hoë persentasie van terugontvangs van die onderskeie vraelyste is moontlik toe te skryf aan die wyse waarop die respondente betrek is: 'n Skriftelike verduideliking is aangeheg, maar elke respondent is ook mondelings ingelig van die belang daarvan dat die vraelys volledig voltooi en wel terugbesorg moet word.

Die kwalitatiewe data wat verkry is deur middel van veldnotas tydens die nie-deelnemende observasie, asook oop-einde vrae op die onderskeie vraelyste, is saam met die kwalitatiewe data verkry deur die onderhoude, in paragraaf 5.2.2 ontleed.

5.2.2 Kwalitatiewe data

Die kwalitatiewe data is die kleiner komponent van hierdie studie en is spesifiek daarop gerig om in-diepte inligting te verkry wat verband hou met aborsiesorg en -opleiding van verpleegkundiges. Kwalitatiewe data is verkry deur middel van:

- o veldnotas tydens die nie-deelnemende observasie van aborsiesorgprosedures;

- o kommentaar en/of aanbevelings deur diegene wat die vraelyste voltooi het; en
- o onderhoude met verskeie rolspelers.

In ooreenstemming met De Vos (2001:344) is verskeie benaderings gekombineer om deur middel van logiese stappe die kwalitatiewe data te analiseer ten einde die geloofwaardigheid van die resultate te verseker. Derhalwe is die kwalitatiewe data ontleed deur gebruik te maak van *Tesch se benadering* (De Vos, 2001:343) en Carney se *Ladder of Analytical Abstraction* (Miles & Huberman, 1994:92) soos beskryf in paragraaf 4.2.9.2. Die response is deurgaans hiërargies gerangskik met die kommentaar en/of aanbevelings wat die sterkste verteenwoordig is bo-aan die lys.

5.2.2.1 Veldnotas tydens die nie-deelnemende observasie van aborsieprosedures

Nuwe, maar relevante inligting waarvoor nie in die kontrolelyste voorsiening gemaak is nie is verder ondersoek met behulp van in-diepte onderhoudvoering met die betrokke gesondheidsorgpraktisyne. Hierdie inligting is ontleed in paragraaf 5.2.2.5: Onderhoudvoering met onderskeie rolspelers.

5.2.2.2 Kommentaar en/of aanbevelings deur verpleegkundiges wat aborsiesorg verskaf

Die gesertifiseerde verpleegkundiges wat die vraelyste voltooi het (n=10), het die volgende addisionele kommentaar en/of aanbevelings gemaak ten opsigte van die *opleiding* van verpleegkundiges betreffende aborsiesorg (vraag 21):

'Alle verpleegkundiges behoort kennis te hê rakende aborsiesorg.'
'Behou aanbevole kursus soos tans aangebied word.'
'Waardeklarifikasie-werkswinkels moet vir alle verpleegkundiges aangebied word.'
'Alle verpleegkundiges werksaam in gesinsbeplanningsklinieke moet volledige aborsiesorgopleiding ontvang, asook met betrekking tot die inplasing van 'n IUT.'
'Die teoretiese komponent van die kursus kan uitgebou word.'
'Ander aspekte van reproductiewe gesondheid moet ook ingesluit wees in die opleiding.'

5.2.2.3 Kommentaar/aanbevelings deur vroue wat aborsiesorg versoek

Op die vraag (vraag 14): 'Wat was u eerste gevoelens toe u uitvind u is swanger?' het al die vroue wat die vraelyste voltooi het (n=73) sterk negatiewe emosies oor die onbeplande swangerskap uitgespreek. Die emosies het gewissel van 'hartseer/teleurgesteld' (n=16); 'ongelukkig' (n=10); 'bekommerd' (n=6); 'bang/verward/paniekerig' (n=12) tot 'oorweldig/baie ontsteld/geskok/kwaad' (n=29).

Dit is duidelik dat vroue se gevoelens intens is omtrent onbeplande en ongewenste swangerskappe.

Op die vraag waarom die betrokke vroue hul swangerskap wil beëindig, is die volgende terugvoer gegee (vraag17):

'Dit is 'n onbeplande swangerskap.'
'Ek het reeds genoeg kinders', of 'ek is te jonk en/of studeer nog.'
'Die lewe te duur.'
'Ek het nie 'n inkomste nie.'
'Ek is MIV-positief.'
'Ek is 'n enkelouer.'
'Ek doen dit vir my ouers, familie of vriend se onthalwe.'
'Ek is te oud.'

Op die vraag of die vroue die betrokke fasiliteit sal aanbeveel (vraag 32), het 64% (N=47) 'Ja' gesê. Hul redes was hoofsaaklik dat die personeel vriendelik en hulpvaardig was en hulle met respek hanteer het (n=11), óf dat hulle veilig gevoel het en die diens goed/professioneel was (n=32), óf dat berading vooraf aangebied is (n=1), óf om te voorkom dat onveilige aborsies uitgevoer word (n=3). Diegene wat 'Nee' gesê het (N=26), se redes was nie gemik teen die betrokke fasiliteit of verpleegkundige nie, maar eerder dat aborsies 'nie die regte ding is om te doen nie'. Ander het gesê: 'Ek wil nie hê ander moet daarvan weet of ook daardeur gaan nie' (n=16) en sommiges het bloot die prosedure as "n onaangename ondervinding" beskryf (n=10). Dit blyk dus dat die vroue wat hul swangerskappe vrywillig laat beëindig het, tevrede was met die diens wat deur die gesertifiseerde verpleegkundiges in die onderskeie fasiliteite aangebied is.

5.2.2.4 Kommentaar en/of aanbevelings deur voorregistrasie verpleegstudente

Die voorregistrasie studente wat aangedui het dat hulle wel 'n gewetensbeswaar het om aborsies uit te voer en bereid was om hul redes te noem (vraag 11.2), was hoofsaaklik 'pro-life' georiënteerd (n=68), óf het redes genoem op grond van godsdien, kultuur, opvoeding of morele waardes (n=101), óf was van mening dat swangerskappe eerder voorkom moet word (n=6). Diegene wat aangedui het hoekom hul nie gewetensbeswaar het nie (vraag 11.3), het die volgende redes verskaf:

"n Swangerskap wat ongewens is weens verkragting, moeder se mediese redes, MIV/VIGS, sosiale of finansiële redes of kongenitale defekte, behoort op versoek beëindig te word.'
'Elkeen het 'n vryheid met betrekking tot reprodktiewe keuse ingevolge die Grondwet.'

Die studente wat redes aangedui het waarom aborsiesorgopleiding in *voorregistrasie programme* ingesluit behoort te word (vraag 18.2), het redes verskaf wat verband hou met die volgende:

'Verpleegkundiges verkry basiese kennis betreffende aborsiesorg ten einde vroue holisties te hanteer en/of in noodtoestande te kan help.'
'Verpleegkundiges word verplig ingevolge wetgewing.'
'Meer verpleegkundiges word sodoende opgelei om aborsiesorg te verskaf en/of te assisteer tydens die prosedure.'

Diegene wat redes aangedui het hoekom aborsiesorg nie in voorregistrasie programme ingesluit behoort te word nie (vraag 18.3), het redes verskaf wat verband hou met die volgende:

'Alle verpleegkundiges is nie geïnteresseerd of het 'n behoefte vir aborsiesorgopleiding nie, óf het gewetensbeswaar en opleiding moet eerder vrywillig wees.'
'Die voorregistrasie program is te vol en studente is nie emosioneel opgewasse nie.'
'Aborsiesorg is 'n spesialisgebied en hoort in na-registrasie programme.'

Studente is bekommerd dat 'hulle nie sal kan registreer indien hulle weens gewetensbeswaar nie die module voltooi het nie' en noem ook dat 'talle verpleegkundiges vir die beroep verlore is indien opleiding verpligtend sou wees.'

In die vraelys is die studente ook gevra of aborsiesorg eerder in *na-registrasie programme* ingesluit behoort te word. Diegene wat 'Ja' geantwoord het (vraag 19.2), het redes verskaf wat verband hou met die volgende:

'Na-registrasie opleiding is vrywillig en akkommodeer diegene wat byvoorbeeld aborsiesorgopleiding wil ondergaan'
'Dra by tot akademiese en professionele ontwikkeling en verpleegkundiges om te kan spesialiseer in aborsiesorg.'
'Verpleegkundiges word professioneel beter toegerus om sodoende vroue holisties te kan versorg.'
'Meer opgeleide verpleegkundiges kan ontplooi word vir die toenemende aanvraag na aborsies.'
'Na-registrasie studente is professioneel en emosioneel meer volwasse.'

'n Aantal studente (n=11) het melding gemaak dat verpleegkundiges in aborsiesorg opgelei behoort te word in toepaslike na-registrasie programme, naamlik Gevorderde Verloskunde en Primêre Gesondheidsorg.

Diegene wat redes aangedui het hoekom na-registrasie programme nie aborsiesorg moet insluit nie (vraag 19.3) het redes verskaf wat verband hou met die volgende:

'Dis elkeen se vrye keuse om slegs opleiding te ondergaan indien hy/sy daarin belangstel.'
'Verpleegkundiges met gewetensbesware betreffende aborsies moet gerespekteer word.'
'Aborsiesorgopleiding moet in voorregistrasie programme ingesluit word.'

Die studente se *aanbevelings* betreffende die opleiding van verpleegkundiges in aborsiesorg (vraag 21) word as volg opgesom:

'... berading en ondervraging ('debriefing') insluit in voorregistrasie programme ...'
'... al die aborsiesorgteorie in voorregistrasie verloskunde programme, maar geen aborsieprosedures uitvoer ...'
'... teoretiese en praktiese opleiding vir alle verpleegkundiges ...'
'... ingesluit wees in toepaslike na-registrasie programme ...'
'... opleiding behoort minder prosedure-georiënteerd te wees ...'
'... indiensopleiding indien in aborsiesorgafdeling werksaam is ...'
'... aborsiesorgopleiding moet transkulturele aspekte insluit ...'
'... gespesialiseerde opleiding, moenie in enige program ingesluit word nie ...'
'... kontrasepsie-opleiding moet verbeter ...'
'... vrywillige, opsionele opleiding; verpleegkundige moet self kan besluit ...'
'... geen aborsiesorgopleiding hoegenaamd vir verpleegkundiges ...'

Die studente se terugvoer betreffende 'die ideale manier om ongewenste swangerskappe te hanteer in 'n diverse kultuur' (vraag 22) word vervolgens opgesom:

'... deur die voorkoming van ongewenste swangerskappe deur middel van voorligting en opvoeding; vrylike beskikbaarstelling van noodkontrasepsie, kontrasepsie en tweeledige kontrasepsie; verpleegkundiges beter oplei in kontrasepsiedienste ...'
'... aanneming ...'
'...verskaffing van resoluieberading; maatskaplike werkers moet betrokke wees...'
'... aborsies op versoek ...'
'... staat moet nasionale beleid formuleer betreffende gesinsgrootte ...'
'... enkelouerskap ...'
'... voogskap ...'

5.2.2.5 Onderhoudvoering met onderskeie rolspelers

Verskeie semi-gestruktureerde onderhoude is persoonlik of telefonies gevoer met rolspelers wat geïdentifiseer is en betrokke is by aborsiesorg en -opleiding van verpleegkundiges met die doel om in-diepte inligting te verkry oor sekere aspekte wat verband hou met die problematiek van die aborsiesorg en -opleiding van verpleegkundiges. Diegene wat nie persoonlik bereik kon word nie is per e-pos genader. Tydens die onderhoude is vroe vry-vloeiend rondom 'n aantal kernaspekte gevra, naamlik:

- die bestaande kernkurrikula vir aborsiesorgopleiding van verpleegkundiges in die Wes-Kaap;
- die behoeftes van verpleegkundiges wat aborsiesorg verleen;
- die behoeftes van vroue wat aborsiesorg ontvang;
- die behoeftes van gesondheidsorgfasiliteite met betrekking tot aborsiesorgopleiding vir verpleegkundiges;

- o die behoeftes van hoëronderwysinstellings met betrekking tot aborsiesorgopleiding vir verpleegkundiges; en
- o die toekomstige opleiding van verpleegkundiges met betrekking tot aborsiesorg.

Die data is regdeur die verslag onder die toepaslike subhoofde in die onderskeie hoofstukke bespreek. Die resultate betreffende die vraagstelling rakende die problematiek van aborsiesorg en -opleiding word in tabel 5.14 opgesom:

Tabel 5.14
Terugvoer betreffende die problematiek van aborsiesorg en –opleiding

Sentrale tema	Subtema	Respons
Problematiek van opleiding	Bestaande wetgewing, protokol en kernkurrikula	'... kernkurrikula omvattend, maar protokol nog nie sedert 2000 opgedateer...' '...voorregistrasie opleiding sluit nie gekompliseerde prosedures en operasies in nie, paradigmaskuif dus moeilik...' '...wysigingswetgewing veroorsaak opleidingsprobleem in geval van groot groepe geregistreerde verpleegkundiges...'
	Behoeftes van hoëronderwysinstellings/ opleidingsentra	'... feitlik geen instruktors/dosente wat opgelei is en/of bereid is om opleiding addisioneel tot huidige werklading te verskaf...' '...te min verpleegkundiges wat belangstel in aborsiesorgopleiding...' '...voorregistrasie programme te vol vir addisionele modules...'
Problematiek van aborsiesorg	Behoeftes van verpleegkundiges	'...geen professionele, akademiese of finansiële erkenning...' '...kortkursusse word nie beskou as 'n 'scarce and scary' kwalifikasie, dus geen verhogings...' '...vergoedingspakket is onbillik: geneeshere word per pasiënt betaal en verpleegkundiges per maand, ongeag aantal aborsies wat uitgevoer word...' '...moet aborsiesorgdienste addisioneel tot eie werklading verrig...' '...werklading te hoog...' '...min of geen ondersteuning van bestuur en geneeshere...' '...onvoldoende of geen 'debriefing' dienste vir diegene wat aborsies uitvoer...' '...gesinsbeplanning word afgeskeep...' '...opvoedkundige hulpmiddels nodig vir effektiewe voorligting aan vroue...' '...resolusieberading is maatskaplike werkers se bestek van praktyk, nie verpleegkundiges...'
	Behoeftes van vroue	'...kontrasepsiedienste nie voldoende vir tieners...' '...word nie genoeg ingelig oor verskillende kontrasepsiemetodes en noodkontrasepsie...' '...te veel besoeke voordat prosedure afgehandel is, verkies 'one-stop' diens...' '...kry te min hulp en ondersteuning ná aborsie...'
	Behoeftes van gesondheidsorgfasiliteite	'...medies-geregtelike risiko's hoog...' '...feitlik geen verpleegkundiges wat aborsiesorgdienste wil lewer...' '...meer waardeklarifikasie-werkswinkels moet aangebied word...' '...nie addisionele personeel beskikbaar vir nuwe diens wat geïmplementeer is nie...' '...verpleegkundiges nie almal opgelei om aborsies uit te voer nie; moet gebruik maak van rondreisende spanne of dienste uitkontraakteer teen addisionele koste...' '...dié wat opleiding doen, voltooi nie die prakties, óf tree af, óf bedank...' '...verpleegkundiges wat help met berading- en inligtingsessies, pre-aborsiesorg en kontrasepsie nie opgelei in aborsiesorg...' '...aanvraag vir eerste trimester aborsies is te veel, fasiliteite se infrastruktuur kan dit nie hanteer nie...' '...vroue se besluitneming oor aborsie te laat met 'snowball'-effek op dienslewering indien verloop tot in tweede trimester...'

		<i>'...verpleegkundiges onvoldoende opgelei in noodkontrasepsie en inplasing van IUT's...'</i> <i>'... tweeledige kontrasepsie word nie genoeg beklemtoon...'</i> <i>'... vroue kom nie vir opvolgkontrasepsie, aborsie is 'n gesinsbeplanningsmaatreël...'</i> <i>'...protokol vir pynbeheer onvoldoende...'</i> <i>'... Berading moet verpligtend gemaak word...'</i>
Voorstelle vir die opleiding van verpleegkundiges	Addisionele opleiding	<i>'...sonaropleiding vir verpleegkundiges vir bepaling van swangerskapsduur en diagnoseering van 'n moontlike ektopiese swangerskap...'</i> <i>'...onderrig verpleegkundiges in inplasing van IUT's...'</i> <i>'... EVA-opleiding vir verpleegkundiges om MIV-kontaminasie te voorkom...'</i> <i>'...waardeklarifikasie insluit in alle voorregistrasie programme...'</i> <i>'...alle aborsiesorgteorie insluit in voorregistrasie programme...'</i> <i>'...berading insluit in voorregistrasie programme...'</i> <i>'...post-aborsiesorg insluit in voorregistrasie programme...'</i> <i>'...aborsieprosedure en prakties in toepaslike na-registrasie programme insluit...'</i>
	Bestaande opleiding verbeter	<i>'...tweeledige beskerming ('dual protection') moet beklemtoon word...'</i> <i>'...kontrasepsie- en noodkontrasepsie-teorie moet aandag kry...'</i>

Hierdie proses van data-organisering met betrekking tot die kwalitatiewe data het tot gevolg gehad dat nuwe onderwerpe wat nie voorheen geïdentifiseer is nie, beskryf kon word. Die data-redusering en -analise is deurlopend gedoen soos die data ingesamel is. Gereelde data-kodering is gedoen totdat data-versadiging bereik is.

Tabel 5.15 verskaf 'n opsomming van die aborsiesorgvaardighede van verpleegkundiges soos uiteengesit in paragraaf 5.2.1.1.

Tabel 5.15
Aborsiesorgvaardighede deur verpleegkundiges

Aborsiesorg	Aangedui in protokol	Uitgevoer in praktyk
Evaluering van pasiënt (geskiedenis, fisieke ondersoek, ens)	Ja	Onvoldoende
Bimanuele ondersoek	Ja	Nee
Hematokrit/ hemoglobien	Ja	Onvoldoende
Bloedgroepering en Rh	Ja	Nee
Sitologie/ toets vir seksueel-oordraagbare siektes	Ja	Ja, voldoende
Pre-aborsie kontrasepsie, nood- en tweeledige kontrasepsie	Ja	Onvoldoende
Sonar	Nee	Ja
Resolusieberading deur verpleegkundiges	Opsioneel	Onvoldoende
Inligting en advies deur verpleegkundiges	Ja	Ja, voldoende
Servikale voorbereiding	Ja	Onvoldoende
Infeksiebeheermaatreëls	Ja	Onvoldoende
Intra-operatiewe pynverligting	Ja	Onvoldoende
MVA-prosedure	Ja	Ja, voldoende
Profilaktiese antibiotika	Ja	Onvoldoende
Waarnemings	Ja	Onvoldoende
Post-operatiewe pynverligting	Ja	Onvoldoende
Post-operatiewe kontrasepsie	Ja	Ja, voldoende
Opvolg	Ja	Onvoldoende
Rekordhouding	Ja	Onvoldoende

5.3 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die kwantitatiewe en kwalitatiewe data wat verkry is deur die onderskeie data-insamelingsinstrumente aangebied, geanaliseer en bespreek. Ten spyte van wetgewing wat verpleegkundiges magtig om eerste trimester aborsies uit te voer, is dit duidelik dat daar om verskeie redes 'n onvoldoende aantal verpleegkundiges in die Wes-Kaap in aborsiesorg opgelei word met verreikende gevolge vir die dienslewering aan vroue met ongewenste swangerskappe. Aangesien geen akademiese instelling in die Wes-Kaap sedert die inwerkingstelling van die aborsiewetgewing in 1997 daadwerklike pogings aangewend het om aborsiesorgopleiding vir verpleegkundiges aan te bied nie, is daar gepoog om relevante inligting te verkry en te ontleed ten einde die moontlike opleidingsprobleem so goed moontlik aan te spreek.

In hoofstuk 6 word 'n sintese van die literatuurstudie en bevindinge van die studie gegee en gevolgtrekkings hieruit gemaak met die oog op aanbevelings vir 'n opleidingsraamwerk vir aborsiesorgopleiding vir verpleegkundiges.

HOOFSTUK 6

SINTESE EN GEVOLGTREKKINGS

6.1 INLEIDING

Die aanvanklike doel van die implementering van die aborsiewetgewing in Suid-Afrika was om onwettige aborsies te beëindig en te verseker dat eerste trimester ongewenste swangerskappe wettiglik op aanvraag in aangewysde vlak een staatsgesondheidsorgfasiliteite deur gesertifiseerde vroedvroue – diegene wat aborsiesorgopleiding voltooi het – beëindig sou word. Die Departement van Gesondheid het dit ten doel gehad dat aborsiesorgdienste in 'n omvattende reprodusktiewe gesondheidsorgdiens geïntegreer word. Reeds opgeleide gesondheidsorgpraktisyns moes ander oplei en soos meer praktisyns opgelei word en fasiliteite aangewys word, sou die implementeringsproses in Suid-Afrika versnel. Dit blyk egter dat die regering nie hierin kon slaag nie weens onder andere die voortslepende tekort aan opgeleide gesondheidspraktisyns in aborsiesorg.

Teen hierdie agtergrond is die opleiding en die kwaliteit van aborsiesorg deur gesertifiseerde verpleegkundiges in die Wes-Kaap ondersoek ten einde leemtes in hul opleiding en/of protokol te identifiseer, maar ook om nuwe inligting te bekom ten einde 'n opleidingsraamwerk vir hoëronderwysinstellings te ontwikkel om sodoende verpleegkundiges in aborsiesorg op te lei.

6.2 GEVOLGTREKKINGS

Na aanleiding van die doel van hierdie studie, asook die navorsingsvrae en die doelwitte wat in hoofstuk 1 in paragrawe 1.1.3 en 1.1.4 geformuleer is, het die navorser tot verskeie gevolgtrekkings gekom. Hierdie gevolgtrekkings is gebaseer op 'n literatuuroorsig oor die problematiek van aborsiesorg en die aard van bestaande opleiding van verpleegkundiges in dié verband, asook die resultate van die empiriese ondersoek soos in hoofstuk 5 gerapporteer. Die gevolgtrekkings is in 'n logiese volgorde onder toepaslike hoofde uiteengesit.

6.2.1 Beleid

Die Suid-Afrikaanse aborsiewetgewing is gebaseer op die Wêreldgesondheidsorganisasie se Veilige Moederskapsinisiatief ('Safe Motherhood Initiative') wat dit ten doel stel om die hoë morbiditeit- en mortaliteitsyfer van onveilige aborsies doeltreffend aan te spreek (Naylor & O'Sullivan, 2005:9). Wet Nr.

92 van 1996: Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap stipuleer dat geregistreerde vroedvroue wat die voorgestelde opleiding in aborsiesorg voltooi het, ongewenste swangerskappe voor 12 weke swangerskapsduur mag beëindig in vlak een gesondheidsorgfasiliteite. Die wetgewing is weldeurdag en van die mees liberale aborsiewetgewing in die wêreld (Althaus, 2000:1) maar die implementering daarvan is duidelik problematies.

6.2.1.1 Nasionale beleid

Die Nasionale Departement van Gesondheid se riglyne vir die uitvoer van aborsies en berading is gebaseer op die WGO se riglyne (2003) vir aborsiesorg. Soos uiteengesit in hoofstuk 2 in paragraaf 2.4 het 'n nasionaal-gekoördineerde program voorsiening gemaak dat al nege provinsies planne vir die lewering van aborsiesorg in werking gestel het en dat gesondheidsorgfasiliteite aangewys is om aborsies uit te voer. 'n Nasionale adviserende groep is saamgestel om die implementering van die nuwe wetgewing te koördineer en te monitor.

Die navorser het bevind dat die nodige *infrastruktuur* waarbinne die dienste ingevolge die aborsiewetgewing gelewer kon word voldoende was toe die aborsiewetgewing in Februarie 1997 in werking getree het. Die *menslike hulpbronne*, naamlik opgeleide gesondheidsorgpraktisyns wat die diens moes verrig, was egter onvoldoende, aangesien gesondheidsorgpraktisyns nie vooraf opgelei is om aborsiesorgdienste te verskaf nie (vgl. paragraaf 3.3.1). Met die inwerkingstelling van die aborsiewetgewing was daar geen opgeleide vroedvroue om aborsies uit te voer in die aangewysde fasiliteite nie (Sibuyi, 2004:3). 'n Nasionale opname het reeds in 1996 getoon dat minder as 8% van verpleegkundiges ten gunste was van wetgewing vir die vrywillige beëindiging van ongewenste swangerskappe (Althaus, 2000:4). Die meerderheid van verpleegkundiges was dus nie ten gunste van aborsie op versoek nie, wat later 'n groot impak op die beskikbaarheid van verpleegkundiges op hierdie gebied van gesondheidsorg sou hê. Verpleegkundiges en/of hul professionele verenigings is ook nie betrek in die formulering van die wetgewing nie.

Opleiding en sertifisering van vroedvroue oor die hele Suid-Afrika heen is geïdentifiseer as 'n kritieke stap om aborsiesorgdienste van hoë gehalte toeganklik te maak vir alle vroue, maar kernkurrikulering, opleiding en diensverskaffing deur vroedvroue is eers sowat 18 maande ná die implementering van die wetgewing deur die RHRU ingestel. Aborsies is intussen gedurende die tydperk Februarie 1997 tot Desember 1998 deur geneeshere uitgevoer.

Weens onder meer 'n tekort aan gesertifiseerde vroedvroue, is die Aborsiewetgewing gewysig. Die Wysigingswet Nr. 38 van 2004: Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap bepaal dat ook geregistreerde verpleegkundiges – diegene sonder verloskunde-opleiding en/of gemeenskapsgesondheid en/of kwalifikasies in primêre gesondheidsorg – aborsies mag uitvoer indien hulle die voorgestelde kursus voltooi het. In die praktyk impliseer dit dat 'n algemene geregistreerde verpleegkundige sonder enige verloskundige opleiding slegs die aborsiekursus voltooi en dan gemagtig is om aborsies tot en met 12 weke swangerskapsduur uit te voer. Soos bespreek in hoofstuk 3 in paragraaf 3.3.4 is die inwerkingtreding van hierdie wysigingswet aanvanklik deur die Konstitusionele Hof opgeskort nadat beswaar gemaak is teen die Wysigingswet. Die Wysigingswet van 2004 is uiteindelik gewysig met die Wysigingswet Nr. 1 van 2008: Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap sonder dat enige verandering betreffende aborsiesorg as sodanig aangebring is.

Die navorser het bevind dat géén geregistreerde verpleegkundige – diegene sonder bogenoemde kwalifikasies – wat ingevolge die Wysigingswet van 2004 gemagtig is om aborsiesorgopleiding te ondergaan en aborsies uit te voer, in enige van die aangewysde staatsgesondheidsorgfasiliteite in die Wes-Kaap aborsieprosedures uitvoer nie. Al die gesertifiseerde verpleegkundiges (n=10) het kwalifikasies in verloskunde en is by die SARV as vroedvroue geregistreer (vgl. paragraaf 5.2.1.2.1). Die wysigingswetgewing het dus nie enige toevoeging gemaak met betrekking tot die voortslepende tekort aan gesertifiseerde verpleegkundiges in die Wes-Kaap nie.

6.2.1.2 Provinsiale beleid

Die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap se riglyne – omsendbrief H97/2000 – is gebaseer op wetgewing en die nasionale beleid vir die uitvoer van aborsies en berading. Al die aangewysde fasiliteite in die Wes-Kaap beskik oor of het toegang tot die Departement van Gesondheid se protokol betreffende aborsiesorgdienste via die onderskeie streekskantore.

Die beleid in die Wes-Kaap was om aanvanklik aborsiesorgdienste by vlak een, vlak twee, en vlak drie gesondheidsorgfasiliteite aan te bied en so gou moontlik te desentraliseer na vlak een fasiliteite (gemeenskapsgesondheidsorgsentrums en primêre sorgklinieke) vir pre- en post-aborsieberading en MVA-prosedures tot 12 weke swangerskapsduur. Indien die betrokke fasiliteit nie aborsies uitvoer nie, moet die vroue met ongewenste swangerskappe na ander fasiliteite verwys word, hetsy na aangewysde staatsgesondheidsorgfasiliteite of nie-regeringsorganisasies. Vlak twee

en vlak drie fasiliteite moes hoofsaaklik verantwoordelik wees vir die hantering van komplikasies en tweede trimester aborsies met die voorwaarde dat vroue wat aborsiesorgdienste versoek die Provinsiale Gesondheidstelsel op primêre vlak behoort te betree (Department of Health: Western Cape, 2000:3).

Ten spyte daarvan dat sewe van die gesertifiseerde vroedvroue (n=7) van mening was dat die protokol by die betrokke fasiliteit waar elkeen werkzaam is doeltreffend geïmplementeer is, is die protokol sedert 2000 nog nie opgedateer nie. Leemtes is in die bestaande protokol geïdentifiseer en sommige van die riglyne is óf nie in gebruik nie, óf het intussen verouderd geraak in die lig van nuwe navorsingsbevindings soos bespreek in hierdie hoofstuk (vgl. paragrawe 6.2.6, 6.2.7 en 6.2.8).

Die navorser het tot die gevolgtrekking gekom dat geen moeite op nasionale of provinsiale vlak ontsien is om aborsiesorgdienste te implementeer nie, maar dat die voortslepende tekort aan opgeleide gesondheidsorgpraktisyns een van die belangrikste faktore is wat die aborsiesorgdienste sedert die implementering daarvan in Februarie 1997 kortwiek.

6.2.2 Dienslewering

In ag genome die doel en doelwitte wat vir hierdie studie gestel is, is die implikasies van aborsiewetgewing vir dienslewering en die gepaardgaande probleme slegs oorsigtelik bespreek en nie in diepte bestudeer nie. Op grond van die literatuuroorsig is egter tot die volgende gevolgtrekkings gekom betreffende dienslewering wat direk verband hou met die opleiding en beskikbaarheid van verpleegkundiges:

6.2.2.1 Aangewysde staatsgesondheidsorgfasiliteite

Tans is daar 41 staats- en 30 privaat gesondheidsorgfasiliteite en nie-regeringsorganisasies (N=71) in die Wes-Kaap wat aan die vereistes voldoen en gelys is as fasiliteite waar die chirurgiese beëindiging van 'n swangerskap mag plaasvind kragtens artikel 3 van die Wet Nr. 92 van 1996 (RSA₍₁₎, 1996:4), asook artikel 3 van die Wysigingswet Nr. 38 van 2004 (RSA, 2004:4). Vir die doeleindes van hierdie studie en die doelwitte wat gestel is, is slegs die staatsgesondheidsorgfasiliteite (N=41) in die studie ingesluit. Die navorser het bevind dat 24% van hierdie aangewysde fasiliteite (n=10) in die Wes-Kaap nie aborsiesorgdienste aanbied nie. Ses (n=6) van hierdie fasiliteite is in die Suid-Kaap/Karoo-streek; twee (n=2) in die Boland/Overberg-streek en twee (n=2) in die Weskus/Wynland-streek. Dienste word nie aangebied nie óf weens

gewetensbeswaar, óf nie-beskikbaarheid van gesondheidsorgpraktisyns wat opgelei is in aborsiesorg. Hierdie fasiliteite is verplig om dienste uit te kontrakteer na nie-regeringsorganisasies, soos Marie Stopes Internasionaal, met addisionele koste daaraan verbonde wat nie met die implementering van aborsiewetgewing as sulks bedoel was nie. Die fasiliteite wat wel die diens aanbied se infrastruktuur kan nie die hoë aanvraag na eerste trimester aborsies hanteer nie en diegene wat wel betrokke is by sekere aspekte van aborsiesorg is nie voldoende opgelei nie (vgl. paragraaf 5.2.2.5).

6.2.2.2 Integrasie van dienste

Die Direkoraat (Department of Health, 1997:1) dui aan dat die lewering van aborsiesorg geïntegreer moet wees by die ander gesondheidsorgdienste by vlak een en dat dit nie as 'n alleenstaande diens mag funksioneer nie. Volgens Van der Westhuizen (2001:10) moes primêre gesondheidsorgfasiliteite as 'n eenstopdiens vir reprodktiewe gesondheid funksioneer wat aborsies, behandeling van seksueel-oordraagbare siektes, asook kontrasepsie insluit (vgl. paragraaf 2.8.1).

Dit blyk dat hierdie diens sedert die implementering van die aborsiewetgewing in 1997 nog nie 'n geïntegreerde diens in al die gesondheidsorgfasiliteite is nie, ten spyte daarvan dat alle fasiliteite wat verloskundige dienste verskaf, outomaties goedgekeur word om swangerskappe op versoek te beëindig ingevolge die Wysigingswet (RSA, 2004:4). Hierdie geïntegreerde dienslewering het egter nog nie gerealiseer nie weens onder andere die voortslepende tekort aan opgeleide verpleegkundiges in aborsiesorg.

6.2.2.3 Desentralisasie van dienste

Die Direkoraat (Department of Health, 1997:1) bepaal ook dat die diens tot so 'n mate gedentraliseer moet wees om koste-effektiwiteit te verhoog en toeganklikheid vir vroue veral in afgeleë areas te bevorder ten einde in die geprojekteerde aborsie-behoefte van gemeenskappe te voldoen. Soos aangedui in paragraaf 5.2.1.1.1 is fasiliteite vir aborsies oneweredig versprei met meer dienste gekonsentreer in die stedelike gebiede en totaal afwesig in sommige plattelandse gebiede en moet vroue na ander fasiliteite verwys word. Ten spyte van die addisioneel-aangewysde fasiliteite ingevolge die wysigingswetgewing slaag die regering nie in sy doel om aborsiesorgdienste te desentraliseer, te integreer en so goedkoop as moontlik deur verpleegkundiges op vlak een gesondheidsorg aan te bied nie, weens onder andere

die tekort aan en in sommige streke die totale afwesigheid van opgeleide verpleegkundiges in aborsiesorg.

6.2.2.4 Verwysings

Die bedoeling was aanvanklik dat eerste trimester aborsies by vlak een fasiliteite deur vroedvroue uitgevoer word en dat hulle ingevolge omsendbrief H135/1997 slegs na 'n toepaslike aangewysde vlak twee óf vlak drie gesondheidsorgfasiliteit verwys word indien gespesialiseerde mediese sorg benodig sou word ten einde oorlaaiing van die verwysingsfasiliteite te voorkom (vgl. paragrawe 3.5.2 en 3.5.3). Die navorser het bevind dat daar egter geen struktuur in die huidige verwysingprotokol van die onderskeie fasiliteite is nie. Vroue word na fasiliteite verwys wat wel aborsiesorgdienste aanbied indien die betrokke fasiliteit weens gewetensbeswaar en/of 'n tekort aan opgeleide gesondheidsorgpraktisyns nie aborsiesorgdienste kan aanbied nie. Die gevolg is dat aborsies tans by alle vlakke van gesondheidsorg uitgevoer word, wat nie koste-effektief is nie. Ongeveer 62% eerste trimester aborsies word vanaf klinieke na vlak twee fasiliteite verwys, met die gevolg dat sommige van die metropool se vlak twee fasiliteite oorlaai is met onderskeidelik \pm 180 tot 400 aborsies per fasiliteit maandeliks (gemiddeld $n=11$ aborsieprosedures per dag). Dit sluit diegene in wat vanaf die platteland verwys word weens die tekort aan opgeleide gesondheidsorgpraktisyns (vgl. paragrawe 5.2.1.1.1 en 5.2.1.1.2). Die implikasie hiervan is dat alle verpleegkundiges aborsiesorgopleiding behoort te hê om hierdie vroue doeltreffend te kan hanteer, en nie net diegene wat werkzaam is by vlak een fasiliteite soos aanvanklik bedoel is nie.

6.2.3 Gewetensbeswaar

Gesondheidsorgdienste het te kampe met 'n dilemma soos uiteengesit in paragraaf 2.9, naamlik om aborsiesorgdienste te verskaf aan diegene wat die dienste versoek en ingevolge die aborsiewetgewing daarop geregtig is. Terselfdertyd moet dit egter die gesondheidsorgpraktisyns beskerm en hul waardes, oortuigings en regte ingevolge die Grondwet respekteer.

Die reg tot gewetensbeswaar behels die reg om – slegs in geval van die roetine-uitvoer van aborsies op versoek – te weier om 'n aborsie uit te voer. Gesondheidsorgpraktisyns mag ingevolge die aborsiewetgewing en die Grondwet geen persoon noodbehandeling weier nie. Indien geen alternatiewe diensverskaffer beskikbaar is om die aborsie uit te voer nie, moet die betrokke gesondheidsorgpraktisyn die aborsie uitvoer om sodoende die vrou se lewe te red, of

permanente skade aan haar gesondheid te voorkom, ongeag of die persoon gewetensbeswaar het teen aborsies. Die implikasie hiervan is dat elke gesondheidsorgfasiliteit dus gesondheidsorgpraktisyns moet hê wat behoorlik onderrig en vaardig is om noodsituasies te kan hanteer. Dit beteken dat gesondheidsorgpraktisyns nie opleiding en eksaminering in aborsiesorgprosedures kan weier op grond van gewetensbeswaar nie en dat voorregistrasie studente teoreties opgelei behoort te word in aborsiesorg ten einde in 'n noodsituasie die vrou toepaslik te kan hanteer en/of te verwys vir verdere hantering.

Al die gesertifiseerde verpleegkundiges (n=10) wat waargeneem is, het die behoefte vir die vrywillige beëindiging van ongewenste swangerskappe weens swak sosio-ekonomiese redes en/of MIV en VIGS erken. Hulle het voorts aangedui dat die beëindiging van swangerskappe vir hulle 'n aanvaarbare prosedure is, mits die prosedure voor 12 weke swangerskapsduur uitgevoer word. Verpleegkundiges en geneeshere vind tweede trimester aborsieprosedures traumaties en is van mening dat meer swangerskappe tydens die eerste trimester beëindig sou kon word indien daar meer opgeleide gesondheidsorgpraktisyns is om die hoë aanvraag te hanteer sodat dit nie oorstaan tot die tweede trimester net omdat die wet dit toelaat nie.

Die persepsie bestaan dat aborsiesorgopleiding moeilik in die hoëronderrys geïmplementeer gaan word weens gewetensbesware en ander faktore. Die navorser het bevind dat 120 van die voorregistrasie verpleegstudente (38%) nie enige gewetensbeswaar teen die uitvoer van aborsies het nie. Vanuit hierdie groep het 36 studente aangedui dat hulle beplan om 'n na-registrasiekursus in aborsiesorg te voltooi (vgl. onderskeidelik paragrawe 5.2.1.4.1 en 5.2.1.4.2). Indien hierdie studente wel opleiding ontvang, kan 'n addisionele 36 gesertifiseerde verpleegkundiges in die Wes-Kaap ontplooi word om aborsiesorgdienste te verskaf. Hierdie studente is vir die diens verlore indien opleiding nie beskikbaar gestel word nie, aangesien die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap weens die afwesigheid van instruktors tans nie meer aborsiesorgopleiding vir verpleegkundiges kan aanbied nie.

6.2.4 Vroue met ongewenste swangerskappe

Die meerderheid van die vroue (81%) wat aborsies versoek het was jonger as 30 jaar. Van hierdie groep was 26% jonger as 20 jaar. Vyf-en-tagtig persent (85%) van hierdie vroue was ongetroud en/of was in 'n saamblyverhouding betrokke, terwyl slegs 12% van die vroue getroud was. Die meeste (48%) van die vroue se hoogste opvoedkundige status was graad 11 of 12. Die navorser het bevind dat 62% van

hierdie vroue swart vroue was. Binne hierdie groep was daar tientalle buitelandse swart vroue wat ook gratis aborsiesorgdienste ontvang het. Dit is egter nie bekend watter persentasie dit uitmaak van die totale aantal swart vroue wat aborsiesorg by staatsgesondheidsorgfasiliteite ontvang nie.

Ten spyte daarvan dat sowat die helfte (47%) van die vroue min empatie van die betrokke gesondheidsorgpraktisyn ontvang het en hulle ook aangedui het dat die prosedure klinies hanteer is, het hierdie vroue dit so verkies en was hulle tevrede met die diens wat deur die gesertifiseerde verpleegkundiges in die onderskeie fasiliteite aangebied is (vgl. paragraaf 5.2.1.3.3).

Die hoë insidensie van tienerswangerskappe en aborsies onder tieners is egter 'n voortslepende probleem in Suid-Afrika. Dit blyk dat voorligtingsprogramme by skole nie effektief is nie, aangesien 81% van die vroue wat aborsies versoek het aangedui het dat die betrokke skool of opleidingsinstansie wel voorligtingsprogramme aangebied het oor die voorkoming van swangerskappe. Statistiek vir die tydperk 1997 tot 2006 van die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap toon dat gemiddeld 15,5% van die vroue op wie daar jaarliks in die Wes-Kaap vrywillige aborsies gedoen is, tieners was (Mabusela, 2007). 'n Studie deur Wood *et.al* (2007:1) toon dat kontrasepsiegebruik onder seksueel-aktiewe tieners om verskeie redes so laag as 25% was. Die outeurs maak spesifiek melding dat heelwat verpleegkundiges onvoldoende opgelei is met betrekking tot kontrasepsie en dat die kontrasepsiedienslewering aan tieners onvoldoende is.

6.2.5 Verpleegkundiges

6.2.5.1 Algemeen

Dit blyk dat oorwegend ouer verpleegkundiges (>40 jaar) met diploma-kwalifikasies in verloskunde – oftewel geregistreerde vroedvroue – die voorgestelde na-registrasie aborsiesorgkursus by die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap voltooi het en tans aborsiesorgdienste in aangewysde staatsgesondheidsorgfasiliteite aanbied. Dit is interessant om daarop te let dat geen verpleegkundige met gevorderde verloskundekwalifikasies enigsins betrokke is by aborsiesorg nie. Hierdie verpleegkundiges is meestal baie vaardig en funksioneer dikwels onafhanklik van geneeshere binne verloskunde.

6.2.5.2 Tekort aan opgeleide verpleegkundiges

Om verskeie redes kan navorsers nie bevestig hoeveel geneeshere en verpleegkundiges op 'n gegewe stadium aborsiesorgdienste in die onderskeie nege provinsies van Suid-Afrika aanbied nie (Thom, 2003:2). Slegs 10 (n=10) van die 15 gesertifiseerde verpleegkundiges wat tans in diens van staatsgesondheidsorgfasiliteite in die Wes-Kaap is, het ten tyde van die data-insameling aktief aborsiesorgdienste aangebied in die onderskeie aangewysde fasiliteite. Die navorser het bevind dat slegs vier (n=4) gesertifiseerde verpleegkundiges werksaam is by vlak een fasiliteite, teenoor vier (n=4) by vlak twee en drie fasiliteite. Die ander twee verpleegkundiges verskaf aborsiesorgdienste op 'n rondreisende basis (vgl. tabel 5.1). As daar in ag geneem word dat daar 41 aangewysde fasiliteite in die Wes-Kaap is wat ingevolge wetgewing aborsiesorgdienste behoort aan te bied, impliseer dit dat daar 'n behoefte aan meer gesertifiseerde verpleegkundiges is om veilige aborsiesorg te verskaf.

Weens die tekort aan onder andere gesertifiseerde verpleegkundiges blyk dit dat die eerste trimester aborsiesorgdienste óf bloot net opgeskort word, óf gedeleger word na die geneeshere wat betrokke is by tweede trimester aborsies, óf uitgekonnekteer word na Marie Stopes Internasionaal – met addisionele kostes – indien enige van die verpleegkundiges met jaarlikse verlof of kraamverlof is, of sou bedank. Hierdie betrokke geneeshere is meestal deur die staat aangestel, maar diene wat privaat praktiserend is, word ingekonnekteer om die diens teen addisionele koste vir die staat te verrig.

Dit is uit die literatuuroorsig duidelik dat daar sedert die inwerkingstelling van die aborsiewetgewing geensins 'n balans tussen die aanvraag na aborsiesorgdienste en die aantal opgeleide gesondheidsorgpraktisyns is nie (vgl. onderskeidelik paragrawe 2.7 en 3.3.3). Gesertifiseerde vroedvroue is ook nie noodwendig in aborsiesorgdienste werksaam nadat hulle die aborsiesorgopleiding voltooi het nie. Daar is bevind dat dit meestal ouer verpleegkundiges is wat aborsiesorgopleiding ondergaan en voltooi, aangesien hul 'emosioneel volwasse en uitgesorteer' is (vgl. paragraaf 5.2.1.2). Diegene wat die opleiding voltooi, tree dus binne etlike jare af, terwyl ander die diens verlaat weens 'uitbranding' of druk weens gewetensbesware vanuit die gemeenskap waarbinne hulle bly en werk.

Dit is dus duidelik dat 'n onvoldoende aantal verpleegkundiges in die Wes-Kaap in aborsiesorg opgelei word as die aantal eerste trimester aborsies wat versoek word in

ag geneem word. Onvoldoende opgeleide verpleegkundiges in aborsiesorg lei noodwendig tot hoë werkladings en die sogenaamde 'uitbrand-sindroom'. Die tekort kan slegs aangespreek word indien alternatiewe wyses van opleiding geïmplementeer word.

6.2.5.3 Werkslading

Met die uitsondering van twee verpleegkundiges wat deur middel van 'n rondreisende span aborsies op 'n rotasiebasis behartig in onderskeidelik vyf en sewe aangewysde fasiliteite in die metropool en Boland/Overberg-streek, vervul al die ander gesertifiseerde verpleegkundiges ook ander verpleegkundige take addisioneel tot die aborsiesorgdienste in hul betrokke fasiliteite (vgl. paragraaf 5.2.1.2.2). Die gevolg is dat aborsieprosedures meestal slegs een keer per week verskaf word. Dit blyk dat diegene wat die aborsiesorgopleiding voltooi het, alleen verantwoordelik is vir al die eerste trimester aborsieprosedures by die betrokke fasiliteit. Geneeshere is meestal slegs betrokke by die uitvoer van tweede trimester aborsies of indien komplikasies sou intree by eerste trimester aborsies.

Ingevolge die Wysigingswet (RSA, 2004:4) is die aantal aangewysde gesondheidsorgfasiliteite wat aborsies moet uitvoer boonop vermeerder sonder dat addisionele geneeshere en verpleegkundiges voorsien is om die addisionele werkslading te hanteer. Die noodwendige gevolg is 'uitbranding' en hoë stresvlakke van die beperkte aantal gesondheidsorgpraktisyns wat wel die diens verskaf.

6.2.5.4 Vaardighede

Al die gesertifiseerde verpleegkundiges wat waargeneem is (n=10), is deur dieselfde instrukteurs by dieselfde instansie, naamlik die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap, opgelei en het sedertdien hul eie styl in die uitvoer van die prosedure ontwikkel. Die navorser het die opleiding en kwaliteit van aborsiesorg deur die gesertifiseerde verpleegkundiges geëvalueer teen die riglyne van die WGO (2003), asook teen riglyne van die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap (omsendbrief H97/2000). Die aborsiesorg wat verskaf is deur die verpleegkundiges word bespreek in paragrawe 6.2.6, 6.2.7, 6.2.8 en 6.2.9.

6.2.5.5 Behoeftes

Die gesertifiseerde verpleegkundiges was van mening dat hul geen professionele, akademiese óf finansiële erkenning kry vir dienste wat hul beskou as 'scarce and scary' nie. Die verpleegkundiges ontvang min en soms geen ondersteuning van die

owerhede en/of geneeshere nie (vgl. tabel 5.14). Alhoewel geeneen van hierdie verpleegkundiges enige gewetensbeswaar het om die prosedure uit te voer nie, het slegs 40% van die verpleegkundiges (n=4) aangedui dat hulle emosionele berading en/of ondersteuning ontvang en almal, afgesien van een verpleegkundige, het aangedui dat hulle berading en ondersteuning verlang ten opsigte van die diens wat hulle verrig (vgl. paragraaf 5.2.1.2.2). Dit is duidelik dat die aangewysde fasiliteite nie genoegsaam omsien na die emosionele behoeftes van diegene wat aborties moet uitvoer nie.

6.2.6 Pre-aborsie sorg

6.2.6.1 Berading en inligting

Ten spyte van die aborsiewetgewing se bepaling dat die staat nie-verpligte en nie-voorskriftelike voorligting vir die vrou met ongewenste swangerskappe moet voorsien (Naylor & O'Sullivan, 2005:11), kan die beradingsrol van die verpleegkundige egter nie genoeg beklemtoon word in die Suid-Afrikaanse gesondheidsorgkonteks nie. Die berading en/of inligting behels alternatiewe opsies tot die beëindiging van 'n ongewenste swangerskap – oftewel resolušieberading – en inligting betreffende die prosedure en die verskaffing van die geskikste post-aborsie kontrasepsie.

Aangesien dit moeilik is om die werklike aard en inhoud van berading- en inligtingsessies te bepaal, is die sessies wat die navorser bygewoon het, vergelyk met die terugskouende data op die vraelyste, asook die pasiënterekords ten einde te bepaal tot watter mate die vrou wel genoegsaam berading ontvang en ingelig is met betrekking tot die aborsie. Die navorser het bevind dat die berading- en inligtingsessies nie noodwendig deur die gesertifiseerde verpleegkundiges aangebied is nie, maar óf deur geregistreerde verpleegkundiges (44%) verskaf is wat nie die voorgestelde aborsiesorgopleiding voltooi het nie, maar wel oor kwalifikasies beskik in verloskunde en/of gemeenskapsgesondheid en/of primêre gesondheidsorg, óf deur maatskaplike werkers (36%).

Die sessies wat deur verpleegkundiges aangebied is, was meestal in groepe aangebied en was hoofsaaklik inligtingsessies wat op inligting oor die aborsie en nie noodwendig resolušieberading nie gefokus het. Die volgende aspekte is ingesluit: die gebruik van medikasie en effekte daarvan, kontrasepsie, noodkontrasepsie, tweeledige kontrasepsie en voorkoming van seksueel-oordraagbare siektes. Inligting met betrekking tot die aborsieprosedure is verskaf deur verpleegkundiges en/of die geneeshere wat die aborsie uitvoer. Sowat 84% van die vroue het inligting ontvang

wat verband hou met die gebruik en effek van die medikasie vir servikale voorbereiding en die komplikasies wat mag voorkom, maar feitlik geen inligting is verskaf betreffende die MVA-prosedure nie.

Dit blyk dat verpleegkundiges die vroue beter inlig as maatskaplike werkers en dat die inligtingsessies wat deur geregistreerde vroedvroue aangebied is, omvattend en op die intellektuele vlak van die vroue aangebied is. Die meeste van die vroue het genoem dat hulle tevrede was met die berading en/of inligting wat hulle ontvang het, maar dat hulle nie genoegsaam ingelig is betreffende die onderskeie opsies vir ongewenste swangerskappe (37%), aborsieprosedure (49%), emosionele gevolge (40%), komplikasies (36%), noodkontaknommers (30%), post-aborsie sorg (26%) of opvolgbesoek (25%) nie.

Dit is nie duidelik hoeveel van die vroue wel resolušieberading ontvang het rakende ander opsies nie, aangesien die betrokke rekords (81%) nie ooreenstem met die vroue se inligting op die vraelys nie (60%). Die resolušieberading is meestal deur maatskaplike werkers verskaf. Die vroue was van mening dat pre-aborsie berading hulle in staat gestel het om 'n ingeligte en verantwoordelike besluit te neem rakende die verdere verloop van die ongewenste swangerskap. Hulle besluite is meestal (96%) deur die betrokke gesondheidsorgpraktisyns gerespekteer (vgl. paragrawe 5.2.1.1.3 en 5.2.1.3.3).

6.2.6.2 Pre-aborsie evaluering

Die algemene en verloskundige evaluering van die vroue is hoofsaaklik deur geregistreerde verpleegkundiges en vroedvroue gedoen, terwyl die gesertifiseerde verpleegkundiges meestal slegs die aborsieprosedures in die onderskeie fasiliteite uitgevoer het.

Slegs 30% van die vroue se algemene en verloskundige *geskiedenis* is volledig verkry in die vooraf-evaluasie. Hierdie inligting behels slegs die vrou se ouderdom, LMP, graviditeit, pariteit, pre-aborsie kontrasepsie en swangerskapsduur. Ten spyte daarvan dat die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap se riglyne (2000:7) aandui dat 'n volledige mediese geskiedenis van die vrou verkry moet word en dat 'n *fisieke ondersoek* uitgevoer moet word ten einde bestaande mediese toestande te evalueer, het die fisieke ondersoek van vroue slegs bloeddrukmeting, pols en urinetoets ingesluit (88%). In die pre-aborsie versorging van die vroue is die hemoglobienmeting en/of hematokrit nie roetinegewys gedoen nie, maar is dit slegs

gedoen indien die vrou klinies anemies voorkom of as MIV-positief gediagnoseer is. Slegs 40% van die vroue se hemoglobien is vooraf gemeet. Geeneen van die vroue se bloed is getoets vir ABO bloedgroepering en/of Rh voor 'n eerste trimester aborsie nie.

Volgens die WGO (2003:23), die Nasionale Direkoraat: Moeder-, Kinder- en Vrouegesondheid (1997:3) en die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap se riglyne (2000:7) moet die *swangerskap en swangerskapsduur* klinies bepaal word deur 'n urinetoets, datums volgens LMP, asook 'n bimanuele ondersoek alvorens die swangerskap beëindig word. Ultrasonografie is nie 'n voorvereiste nie en is slegs aangedui indien die swangerskapsduur onseker is of 'n ektopiese swangerskap vermoed word. Die studie het getoon dat die meeste van die verpleegkundiges (64%) die kombinasie van swangerskapsimptome, urinetoets, LMP en sonar gebruik het om die swangerskapsduur te bepaal. Weens die gebrek aan praktiese vaardigheid doen geen verpleegkundige bimanuele pelvisse ondersoeke nie (vgl. paragraaf 5.2.1.1.2). Die studie het getoon dat geen aborsieprosedure uitgevoer is sonder dat die swangerskap en die duur daarvan met behulp van ultrasonografie bevestig is nie (100%). Die implikasie hiervan is dat die bestaande riglyne en/of opleiding van gesondheidsorgpraktisyne waarskynlik ooreenkomstig aangepas sal moet word.

Die meeste van die vroue wat reeds voorheen swanger was – oftewel multigravidas – (n=42 of 88%), het hulle vir MIV en *seksueel-oordraagbare siektes* (n=42/48 multigravidas) laat toets. Dit blyk dus dat vroue wel tydens hul voorgeboortetydperk ingelig word betreffende die belang daarvan om hulle vir MIV en VIGS te laat toets. Die meeste van die vroue ouer as 30 jaar (n=12/14) het ook reeds ingevolge die Departement van Gesondheid se beleid PAP-smere ontvang met die oog op *siftingsitologie vir servikale kanker* (vgl. paragraaf 5.2.1.1.2).

Die navorser het tot die gevolgtrekking gekom dat, in teenstelling met die riglyne van die WGO (2003:23) en die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap (2000:7), aborsies meestal uitgevoer is sonder dat vroue vooraf behoorlik geëvalueer is. Hierdie tendens om vroue nie vooraf volledig te evalueer nie, het egter slegs in sekere gesondheidsorgfasiliteite voorgekom en word toegeskryf aan die tekort aan opgeleide verpleegkundiges in aborsiesorg.

Dit is dus duidelik dat protokol in primêre gesondheidsorg goed geïmplementeer is betreffende die voorkomende behandeling van seksueel-oordraagbare siektes en

servikale kanker, maar dat die primêre sorg van vroue met ongewenste swangerskappe wat aborsies aanvra, nie na wense is nie. IPAS SA (2002:19) se mening hieroor is: '[C]utting corners in the assessment may lead to more difficult procedures and higher complication rates resulting from TOP.'

6.2.6.3 Pre-aborsie kontrasepsie

Alhoewel die aborsiewetgewing (RSA(1), 1996:2) dit duidelik stel dat die beëindiging van swangerskap nie 'n vorm van kontrasepsie is nie, is dit nie duidelik of vroue aborsies wel as 'n metode van kontrasepsie beskou nie. Statistiek van die Departement van Gesondheid(1) (2006) toon dat 44 219 aborsies tussen 1997 en 2005 in staatsgesondheidsorgfasiliteite net in die Wes-Kaap uitgevoer is. Twaalf persent (12%) van die vroue wat die vraelyste voltooi het, het aangedui dat hulle reeds 'n vorige aborsie gehad het (n=9). Hierdie persentasie is heel waarskynlik groter, aangesien daar geen betroubare rekordhouding is of vroue vorige aborsies gehad het, al dan nie. Vroue het waarskynlik nie die vrymoedigheid om te meld dat hulle reeds 'n aborsie gehad het nie en hierdie vroue kom ook nie noodwendig terug na dieselfde fasiliteit nie.

Die beleid van die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap (2000:5) bepaal dat tweeledige kontrasepsie en noodkontrasepsie bevorder en voorsien moet word. Dit blyk egter dat die meeste vroue wat aborsies versoek het, swanger geraak het deurdat óf geeneen al ooit kontrasepsie gebruik het nie (29%), of kontrasepsie gestaak het en geen kontrasepsie sedertdien gebruik het nie (71%). Hierdie gegewens dui op roekelose reprodktiewe besluitneming van vroue, aangesien gesinsbeplanningsdienste vir almal gratis beskikbaar is. Die oorbeklemtoning van die gebruik van kondome in die voorkoming van MIV en ander seksueel-oordraagbare siektes kon ook daartoe lei dat vroue nie ander vorms van kontrasepsie in kombinasie gebruik het nie.

Sowat 81% van die vroue het aangedui dat die betrokke skool of opleidingsinstansie voorligtingsprogramme aangebied het oor die voorkoming van swangerskappe. Hierdie gegewens dui daarop dat voorligtingsprogramme en gesinsbeplanningsdienste onvoldoende en/of ondoeltreffend is. Verpleegkundiges wat in die onderskeie streke werksaam is, bevestig dat dit blyk dat gesinsbeplanningsdienste faal, aangesien vroue nie opdaag vir opvolgkontrasepsie nie.

Die behoefte is geïdentifiseer dat die aanvraag vir aborsies beduidend verminder moet word deur middel van 'n doeltreffende, omvattende en proaktiewe strategie om ongewenste swangerskappe eerder te voorkom. Gesinsbeplanningsdienste en veral die voorkoming van tienerswangerskappe behoort waarskynlik toenemend aandag te geniet in voorligtingsprogramme by skole. Die gebruik en beskikbaarheid van kontrasepsie, sowel as noodkontrasepsie, is waarskynlik ook essensieel ten einde vroue te help om onbeplande en ongewenste swangerskappe te voorkom in plaas daarvan om 'n ingrypende prosedure as alternatief te verskaf. Dit is nie bekend tot watter mate vroue ingelig is betreffende noodkontrasepsie nie (vgl. paragrawe 5.2.1.1.2, 5.2.1.2.4, 5.2.1.3.2 en 5.2.2.5).

Uit bogenoemde blyk dit dat daar swaar gesteun word op verpleegkundiges wat nie die aborsiesorgopleiding voltooi het nie om betrokke te wees by die pre-aborsie sorg van vroue met ongewenste swangerskappe. Hierdie verpleegkundiges se basiese opleiding blyk ontoereikend te wees om hierdie gespesialiseerde diens te verrig.

6.2.7 Aborsieprosedure

6.2.7.1 Servikale voorbereiding

Volgens die beleid van die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap (2000:9) is Cytotec® (misoprostol) 400 ug per mond of vaginaal minstens twee uur voor die aanvang van eerste trimester aborsies die voorkeurmedikasie vir servikale voorbereiding alvorens die swangerskap chirurgies beëindig word met behulp van die MVA-metode. Prostaglandien E2 en F2 word nie in staatsgesondheidsorgfasiliteite gebruik vir servikale voorbereiding nie, hoofsaaklik weens die koste daaraan verbonde.

Die navorser het bevind dat al die vroue wat aborsies versoek het (n=73) Cytotec® tablette voor die aanvang van die prosedure ontvang het. Die toediening en dosering van misoprostol verskil van streek tot streek en fasiliteit tot fasiliteit. Die dosering word ook aangepas na gelang van die swangerskapsduur. Dit blyk dat slegs drie van die fasiliteite (n=3) wat besoek is die misoprostol toedien volgens die genoemde riglyne van die Departement. Daar is dus geen eenvormigheid in die toediening van misoprostol by die fasiliteite in die onderskeie streke nie ten spyte van protokol wat deur die Departement ingestel is.

Elkeen van die onderskeie gesondheidsorgpraktisyns het sy/haar voorkeur met betrekking tot *meganiese dilatasie* van die serviks alvorens die prosedure uitgevoer

word. In die geval van primigravidas het al die gesertifiseerde verpleegkundiges misoprostol gekombineer met meganiese dilatasie voordat die MVA-prosedure uitgevoer is (n=49) en het hulle slegs die MVA-prosedure uitgevoer sonder om meganiese dilatasie vooraf toe te pas in die geval van multigravidas (vgl. paragraaf 5.2.1.1.4).

6.2.7.2 MVA-prosedure

Die navorser het bevind dat die gesertifiseerde verpleegkundiges slegs die aborsieprosedures as sulks uitvoer omrede die hoë werklading en dat hulle nie betrokke is by die vooraf evaluering van die vrou nie. Al die swangerskappe (n=73) wat deur gesertifiseerde verpleegkundiges beëindig was, is met behulp van die chirurgiese MVA-metode ingevolge die Nasionale Departement van Gesondheid se voorkeur aborsiemetode beëindig. Een van die gesertifiseerde verpleegkundiges maak ook gebruik van die EVA-metode indien die betrokke vrou MIV-positief gediagnoseer is ten einde kontaminasie met besmette bloed te voorkom. Ingevolge die aborsiewetgewing (RSA⁽¹⁾, 2006:4) is slegs swangerskappe van 12 weke en minder deur die verpleegkundiges beëindig (mo=8weke) (vgl. paragraaf 5.2.1.1.4).

Al die gesertifiseerde verpleegkundiges het hul huidige teoretiese sowel as praktiese vaardighede in aborsiesorg as voldoende beskou ten einde aborsies veilig uit te voer. Die navorser het deur middel van objektiewe waarneming van die aborsieprosedures bevind dat hierdie verpleegkundiges se teoretiese sowel as kliniese vaardighede in die uitvoer van die aborsieprosedures ingevolge die riglyne wat gestel is deur IPAS en die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap (2000), gewissel het van 'Goed' tot 'Baie goed'. Elkeen van hierdie verpleegkundiges het reeds meer as vyftig eerste trimester aborsies uitgevoer (vgl. paragrawe 5.2.1.1.4 en 5.2.1.2.3).

Die navorser het tot die gevolgtrekking gekom dat die verpleegkundiges wat deur die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap se onderskeie streekskantore opgelei is, prakties vaardig is om aborsiesorg veilig en koste-effektief by staatsgesondheidsorgfasiliteite aan te bied.

6.2.7.3 Pynbeheer

Ongeag die riglyne van die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap (2000:8) met betrekking tot pre-operatiewe en intra-operatiewe pynbeheer, blyk dit dat die medikasie wat toegedien is verband hou met óf die spesifieke voorkeur van die betrokke gesondheidsorgpraktisyn en/of met watter medikasie beskikbaar is in die

onderskeie fasiliteite. Slegs 45% van die vroue wat eerste trimester aborsies ontvang het by vlak een, twee en drie fasiliteite het 'n paraservikale blok met lignokaïen 1% ontvang ingevolge die riglyne vir intra-operatiewe pynbeheer. Sewe-en-dertig vroue (n=37) het by 'n vlak twee fasiliteit in die metropool slegs 'n Indocid® setpil twee uur pre-operatief ontvang vir pynverligting, aangesien die lignokaïen uit voorraad was vir intra-operatiewe gebruik. Geen addisionele medikasie vir pynverligting is post-operatief vir hierdie vroue aangebied nie (vgl. paragrawe 5.2.1.1.4 en 5.2.1.1.5).

6.2.7.4 Infeksiebeheer

Die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap (2000:14) se riglyne vir infeksiebeheer dui aan dat standaard infeksiebeheermaatreëls streng toegepas moet word met betrekking tot tegniek vir handewas, dra van beskermende klere, veilige wegdoen van besmette artikels en/of skerp voorwerpe, veilige wegdoen van pasiënte se bloed en ander liggaamsvloeistowwe en die ontsmetting van instrumente. Die navorser het bevind dat die gesertifiseerde verpleegkundiges almal die protokol van die onderskeie fasiliteite gevolg het betreffende die ontsmetting van die instrumente, veilige wegdoen van besmette artikels en skerp voorwerpe, asook die wegdoen van bloed en swangerskapsprodukte. Die verpleegkundiges se teater tegniek ten opsigte van steriliteit en/of die 'chirurgies skoon'-tegniek, asook hul beskerming teen die pasiënt se liggaamsvloeistowwe is egter onvoldoende veral in ag genome die huidige hoë MIV/VIGS-tendens (vgl. paragraaf 5.2.1.1.4).

6.2.7.5 Verskaffing van profilaktiese antibiotika

Die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap se protokol vir die behandeling van MIV en enige ander simptomatiese seksueel-oordraagbare siektes (2000:7) dui aan dat profilaktiese antibiotika toegedien moet word volgens die sindroombenadering. Nieteenstaande die hoë insidensie van MIV en ander seksueel-oordraagbare siektes, het slegs 18% van die vroue wat hul swangerskap laat beëindig het, profilaktiese antibiotika ontvang.

Die navorser het bevind dat ten spyte van bogenoemde protokol, daar nie eenvormigheid is in die onderskeie streke van die Wes-Kaap betreffende die tipe medikasie, dosis en die toediening van profilaktiese antibiotika nie. Dit blyk dat die verpleegkundiges se kennis van die sindroombehandeling en die toediening van die medikasie voldoende is, maar dat die medikasie bloot nie gegee word nie weens die hoë aantal pasiënte per dag. Die protokol is dus nie doeltreffend geïmplementeer nie ten spyte daarvan dat die gesertifiseerde verpleegkundiges genoegsame kennis het

met betrekking tot seksueel-oordraagbare siektes en die sindroombehandeling (vgl. paragraaf 5.2.1.1.4).

6.2.8 Post-aborsie sorg

6.2.8.1 Waarnemings

Die navorser het bevind dat slegs 29% van diegene wat aborsies ondergaan het se bloeddruk ná afloop van die prosedure gemeet is, terwyl géén waarnemings by die res van die vroue gedoen is nie (71%). In ag genome dat die MVA 'n chirurgiese prosedure is, is dit duidelik dat die nasorg en waarnemings wat die verpleegkundige ná afloop van die prosedure behoort te doen, heeltemal onvoldoende is (vgl. paragraaf 5.2.1.1.5).

6.2.8.2 Post-aborsie pynbeheer

Ten spyte van studies wat bevind het dat parasetamol oneffektief is om post-aborsie pyn te verminder en die WGO (2003:31) se aanbeveling dat nie-steroïed anti-inflammatoriese middels gebruik word, het 5% van die vroue parasetamol (Panado® of Painblock®) ontvang ingevolge die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap se riglyne (2000:8), óf is hulle aangeraai om dit self te koop. Die res van die vroue het 'n kombinasie van Brufen® en Panado® ontvang. Dit blyk dat die protokol verouderd is.

Die navorser het bevind dat 70% van die vroue wat hul swangerskap chirurgies laat beëindig geen post-aborsie medikasie vir pynverligting ontvang het nie. Volgens die bevindings soos aangedui in paragraaf 5.2.1.1.5, blyk dit dat vroue wat hul swangerskap chirurgies laat beëindig, nie daarop kan staatmaak dat hul post-operatiewe pyn deur gesondheidsorgpraktisyns hanteer sal word nie en dat hulle meestal op hulself aangewese is wat post-operatiewe sorg betref. Gesondheidsorgpraktisyns noem dat hulle verkies om die aborsieprosedure so klinies as moontlik uit te voer vir hul eie selfbehoud, maar hierdie blyk 'n uiters onsimpatieke en onprofessionele optrede te wees.

6.2.8.3 Komplikasies

Die navorser het bevind dat slegs 4% van die vroue nuwe-effekte ondervind het weens die *toediening van medikasie*, naamlik naarheid, braking en/of diarree. Volgens Hofmeyr (2001:577) is daar 'n verband tussen die verhoogde insidensie van postpartumbloeding en induksie van kraam met misoprostol. In hierdie studie is egter bevind dat die meeste post-aborsie vroue nie abnormale bloeding ervaar het tydens hul post-aborsie waarnemingsperiode nie en dat geeneen van die vroue

bloedoortappings moes ontvang nie. Slegs vyf van die vroue (6%) wat aborsies ondergaan het, het direk ná afloop van die prosedure *komplikasies* ontwikkel, naamlik 'n vasovagale aanval (n=4) of erge bloeding (n=1). Die betrokke verpleegkundige het die nuwe-effekte en komplikasies met effektiewe optrede gehanteer (vgl. paragraaf 5.2.1.1.5).

Dit blyk dat die nuwe-effekte en komplikasies verbonde aan die beëindiging van eerste trimester swangerskappe minimaal en nie-lewensbedreigend is nie. Die kombinasie van misoprostol en die MVA-metode blyk veilig te wees om ongewenste eerste trimester swangerskappe te hanteer indien die betrokke verskaffer doeltreffend opgelei is.

6.2.8.4 Post-aborsie kontrasepsie

Die navorser het bevind dat ál die vroue wat aborsies ondergaan het (n=73) een of ander metode van kontrasepsie met ontslag ontvang het ingevolge die protokol van die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap (2000:9). Die meeste vroue het die inspuiting post-operatief gekry as gesinsbeplanningsmaatreël (63%), en slegs 15% vroue het ook kondome ontvang. Slegs twee van die fasiliteite (Boland/Overberg-streek) wat besoek is, verskaf tweeledige kontrasepsie ('dual protection') aan die vroue direk post-operatief. Die ander fasiliteite verwys die vroue na die plaaslike kliniek vir kondome. Daar word egter nie opgevolg of die vroue wel die kliniek besoek vir opvolgkontrasepsie nie.

Sowat 21% van die vroue het die IUT verkies, maar slegs 14% van die vroue het die IUT post-operatief ontvang. Die verpleegkundiges is om verskeie redes ten gunste van die inplasing van die IUT, maar hulle het nie die nodige opleiding daartoe nie. Dit blyk dus dat verpleegkundiges wel post-operatiewe kontrasepsie verskaf aan al die post-operatiewe vroue en tot 'n groot mate ook die tipe kontrasepsie wat versoek is, maar ingevolge die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap se beleid (2000:5) word die tweeledige kontrasepsie nie verskaf en/of voldoende beklemtoon nie.

Dit blyk dat die probleem nie alleen by die verpleegkundiges lê nie, maar ook by die vroue wat nie verantwoordelike reprodktiewe besluite neem nie, asook by die infrastruktuur waarbinne die gesinsbeplanningsdienste aangebied word. Die aborsieprosedure word by die verskillende vlakke van gesondheidsorg gedoen, maar die gesinsbeplanningsdienste word hoofsaaklik by die klinieke aangebied. Dit blyk dat vroue nie die klinieke besoek vir opvolgkontrasepsie nie. Volgens die betrokke

verpleegkundiges, asook die vroue wat in hierdie studie betrek is, akkommodeer die kliniektipe ook nie genoegsaam skoolgaande tieners nie en is die rye te lank. Voorligting is die verantwoordelikheid van die verpleegkundige, maar die gebruik van kontrasepsie is die verantwoordelikheid van die vrou self (vgl. paragrafe 5.2.1.1.5, 5.2.1.3.3 en 5.2.2.5).

6.2.9 Rekordhouding

Die navorser het bevind dat ten minste 62% van die vroue se individuele data, soos die verloskundige en mediese evaluasie, seksueel-oordraagbare siektes, opvolg PAP-smeer en profilaktiese antibiotika nie op rekord geplaas is nie. Dit blyk dat die rekordhouding onvoldoende is weens die hoë pasiënte-lading by dié fasiliteite waar ongeveer 15 tot 20 swangerskappe per oggend beëindig word. Slegs standaardinskrywings betreffende aspekte soos die prosedure en kontrasepsie vir al die pasiënte is eers ná afloop van al die prosedures gedoen. Dit blyk ook dat die provinsiale statistieke ingevolge die aborsiewetgewing en provinsiale protokol nie betroubaar is nie, aangesien die aborsies by sommige van die fasiliteite nie akkuraat en volledig aangeteken en aangemeld word nie (vgl. paragraaf 5.2.1.1.5).

Uit die voorafgaande besprekings is dit duidelik dat die gesertifiseerde verpleegkundiges wat deur die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap se onderskeie streekskantore in aborsiesorg opgelei is, vaardig is in die uitvoer van die aborsieprosedure as sulks, maar dat die ander aspekte van aborsiesorg, wat meestal ook deur ander kategorieë van verpleegkundiges uitgevoer word, waarskynlik groter aandag sal moet kry.

6.2.10 Ideale kategorie gesondheidsorgpraktisyn

Na aanleiding van terugvoer van die vroue wat aborsiesorg versoek het, asook gesertifiseerde verpleegkundiges en finalejaar verpleegstudente, blyk dit dat maatskaplike werkers en/of verpleegkundiges uit die aard van hul basiese opleiding die ideale kategorie gesondheidsorgpraktisyns is om onderskeidelik *resolusieberading* en *inligting* te verskaf aan diegene wat hul ongewenste swangerskappe wil laat beëindig. Die vroue met ongewenste swangerskappe het geen spesifieke voorkeur betreffende 'n maatskaplike werker (37%) teenoor 'n verpleegkundige (40%) om onderskeidelik berading en inligting te verskaf nie, terwyl die gesertifiseerde verpleegkundiges van mening was dat verpleegkundiges (60%) meer aangewese is as maatskaplike werkers (30%). Die finalejaar verpleegstudente was ook van mening dat verpleegkundiges (44%) die aangewese

gesondheidsorgpraktisyns is om berading en/of inligting te verskaf teenoor maatskaplike werkers (24%). Nie een van die kategorieë persone was oortuig dat berading deur 'n geneesheer (8%) gedoen moet word nie.

Na aanleiding van terugvoer van die vroue wat aborsiesorg versoek het, sowel as van die terugvoer van gesertifiseerde verpleegkundiges en finalejaar verpleegstudente blyk dit dat daar nie 'n spesifieke voorkeur is of verpleegkundiges en/of geneeshere *swangerskappe voor 12 weke swangerskapsduur beëindig* nie. Alhoewel die getalle te klein is om statistiese afleidings te maak en/of te veralgemeen, blyk dit dat vroedvroue en geneeshere nie ten gunste daarvan is dat geregistreerde verpleegkundiges – diegene sonder verloskunde-opleiding – aborsies uitvoer nie (vgl. paragrawe 5.2.1.3.3, 5.2.1.2.4 en 5.2.1.4.3).

Die navorser ondersteun Berer (2000:586) en Sibuyi (2004:75) se onderskeie menings soos uiteengesit in paragraaf 3.3.2 dat vroedvroue met toepaslike en doeltreffende opleiding die ideale kategorie gesondheidsorgpraktisyn is vir die verskaffing van aborsiesorg. Vroedvroue se basiese vaardighede ten opsigte van die neem van geskiedenis, asook fisieke ondersoeke en voorligting kan maklik uitgebou word om veilige aborsiesorg te kan lewer. Addisionele opleiding is egter nodig vir die veilige uitvoer van die MVA-prosedure.

6.2.11 Opleiding

Uit die literatuuroorsig is dit duidelik dat heelwat navorsing gedoen is oor aborsiesorg en die problematiek van dienslewering, maar dat navorsing oor die opleiding van gesondheidsorgpraktisyns in aborsiesorg uiters beperk is. Die tekort aan opgeleide gesondheidsorgpraktisyns dra by tot die problematiek van dienslewering, maar die tekort aan doeltreffend opgeleide verpleegkundiges wat ingevolge die aborsiewetgewing aborsiesorg moet lewer, is nog nie voldoende ondersoek nie.

6.2.11.1 Rolspelers se verantwoordelikheid betreffende aborsiesorg

Van al die rolspelers wat geïdentifiseer is in aborsiesorgopleiding is dit duidelik dat slegs IPAS, in samewerking met die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap, direk betrokke is by die formele opleiding van verpleegkundiges wat vrywillig opleiding versoek in aborsiesorg (vgl. paragraaf 3.4).

Ten spyte van die Direkoraat (Department of Health⁽¹⁾, 1997:1) se bepaling dat dit hoëronderwysinstellings se verantwoordelikheid is om gesondheidsorgpraktisyns in

aborsiesorg op te lei, asook navorsers se aanbevelings dat aborsiesorg geïntegreer moet word in vroedvroue se basiese opleiding, is tot op datum nog geen poging deur verpleegkolleges en/of universiteite in die Wes-Kaap aangewend om riglyne en/of aborsiesorgopleiding vir verpleegkundiges by hoërondewysinstellings in die Wes-Kaap te implementeer nie (vgl. paragraaf 3.3.3).

Die SARV bepaal slegs die minimumstandaarde vir die opleiding van verpleegkundiges in Suid-Afrika en verleen professionele registrasie aan verpleegkundiges wat opleiding aan 'n geakkrediteerde opleidingsinstelling voltooi het. Die SARV maak geen melding van aborsiesorgopleiding vir verpleegkundiges in hul regulasies of direktiewe nie. Die rol van die SARV met betrekking tot die aborsiesorgopleiding was aanvanklik om kurrikula goed te keur en diegene wat die voorgestelde aborsiesorgopleiding ontvang het, te sertifiseer sodat hulle aborsiesorgdienste kan lewer. Alhoewel kursusse van korter as een akademiese jaar nie meer deur die Raad gelys word nie, erken die Raad steeds die behoefte vir kortkursusse en dui hy aan dat hierdie kursusse deur opleidingsinstellings aangebied mag word indien sodanige behoefte op nasionale of streeksvlak geïdentifiseer is (vgl. paragraaf 3.4.4).

6.2.11.2 Bestaande opleidingsriglyne en protokol

Die bestaande opleidingsriglyne en protokol is ondersoek ten einde 'n opleidingsraamwerk vir verpleegkundiges aan hoërondewysinstellings in die Wes-Kaap te ontwikkel wat gerig is op 'n tersiêre kwalifikasie in gehalte aborsiesorg. Soos genoem in paragraaf 3.5 is die *Reproductive Health Training Directory 1999*, wat dit aanvanklik ten doel gestel het om 'n omvattende, opgedateerde databasis van alle opleidingsinisiatiewe gemoeid met reprodktiewe gesondheid in Suid-Afrika te voorsien, nie beskikbaar nie aangesien dit nooit opgedateer is nie. Die SARV beskik ook nie oor statistiese gegewens van kortkursusse, insluitend aborsiesorgopleiding vir verpleegkundiges wat in elke provinsie aangebied word, nie (vgl. paragraaf 3.4.4).

Die volgende aborsiesorgriglyne en protokol, waarop aborsiesorgopleiding aan hoërondewysinstellings in die Wes-Kaap gebaseer behoort te word, is tans beskikbaar:

- *Die WGO handleiding: Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, 2003. Hierdie handleiding sluit in riglyne vir pre-aborsie sorg ten einde komplikasies te verminder of selfs te voorkom; inligting en berading ten einde die vrou te help om ingeligte besluite te neem; verskillende aborsiemetodes vir die

verskillende stadia van swangerskap; asook die opvolgsorg ná die aborsie. Hierdie riglyne is gebaseer op die nuutste navorsingsbevindings, asook op bestaande protokole wat wêreldwyd in gebruik is.

- *Die Limpopo Kollege vir Verpleging se kurrikulum: TOP and Related Reproductive Health Issues*, gebaseer op die aanvanklike kurrikulum wat deur die SARV goedgekeur is. Hierdie kurrikulum is met behulp van IPAS en ander belanghebbendes ontwikkel vir die opleiding van verpleegkundiges in aborsiesorg in die Limpopo-provinsie.
- Die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap se onderskeie streekskantore bied tans die volgende *opleidingskursusse* aan:
 - 'n een-dag Waardeklarifikasie-werkswinkel (insluitend aborsiewetgewing en -regulasies);
 - 'n een-dag Pre- en Post-aborsie Beradingswerkswinkel; en
 - 'n 160-uur Aborsiesorgkursus vir geregistreerde verpleegkundiges en vroedvroue (insluitende die MVA-tegniek).

Die kursus is intussen hersien deurdat die praktiese komponent minimum aborsieprosedures vereis (n=30) in plaas van minimum praktiese ure (n=80) en twee addisionele hoofstukke, naamlik Mediese Metodes van Aborsie en Geweld teen Vroue, bygevoeg is (Burzelman, 2007).

- Die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap het die volgende *provinsiale protokole* geïmplementeer wat verband hou met aborsiesorg:
 - die beëindiging van ongewenste swangerskappe (H97/2000);
 - die verwysing van vroue met gespesifiseerde toestande na 'n sekondêre of tersiêre fasiliteit (H135/1997); en
 - die servikale siftingsbeleid insake PAP-smere (H84/1995).

Hierdie protokole vir dienslewering noodsaak dat gesondheidsorgpraktisyns ooreenkomstig hiermee opgelei moet word ten einde 'n doeltreffende diens te kan lewer ingevolge Suid-Afrikaanse aborsiewetgewing en beleid.

- 'n Telefoniese opname (2007) na die onderskeie akademiese *opleidingsinstansies* in die Wes-Kaap, naamlik die Universiteit Stellenbosch (US), die Universiteit van Kaapstad (UK), die Universiteit van Wes-Kaapland (UWK), asook die Wes-Kaapse Kollege van Verpleging (WKKV) dui aan dat geen van hierdie opleidingsinstellings formele aborsiesorgopleiding vir verpleegkundiges aanbied nie. Waardeklarifikasie-werkswinkels word wel aangebied aan tweedejaar verpleegstudente by die Wes-Kaapse Kollege van Verpleging in Athlone.

Die navorser het bevind dat die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap se protokol (2000:7) *sekere riglyne bevat wat:*

- geïmplementeer is nie (naamlik hematokrit, bloedgroepering en Rh); óf
- wel in gebruik is ten spyte van onlangse navorsingsbevindings wat die gebruik daarvan bevestig (gebruik van parasetamol vir effektiewe pynverligting); óf
- nie geïmplementeer is nie weens gebrek aan vaardigheid (bimanuele ondersoek).

Sekere prosedures word weer as roetine uitgevoer wat nie in die protokol en aborsiesorgkursus ingesluit is nie (ultrasonografie). Ander prosedures is nie ingesluit in die protokol nie, maar daar blyk 'n behoefte te wees vir die opleiding en uitvoer daarvan (inplasing van die IUT). Kontrasepsie, noodkontrasepsie en tweeledige kontrasepsie word nie genoegsaam beklemtoon in die praktyk en/of opleiding van verpleegkundiges nie (vgl. paragrawe 6.2.6.2, 6.2.6.3, 6.2.7.3, 6.2.8.2 en 6.2.8.4).

6.2.11.3 Die problematiek van opleiding

Soos dit veral blyk uit die gegewens in tabel 5.14, is daar 'n tekort aan instruktors en dosente, asook 'n gebrek aan belangstelling by verpleegkundiges in aborsiesorgopleiding. Hierdie leemtes gee aanleiding tot die nypende tekort aan doeltreffend opgeleide verpleegkundiges wat ingevolge die aborsiewetgewing voorligting en berading aan swanger vroue moet gee, die aborsies moet uitvoer en/of probleemgevalle moet verwys. Daarbenewens is beide die voorregistrasie en na-registrasie verpleegprogramme skynbaar te vol om addisionele modules te akkommodeer en opsionele modules in bestaande voorregistrasie verpleegopleiding is nie beskikbaar nie. Tensy alternatiewe maatreëls geïmplementeer word, kan daar dus nie aan gemeenskappe se behoeftes met betrekking tot die hantering van ongewenste swangerskappe voldoen word nie.

6.2.11.4 Implementering van opleiding

Soos in paragrawe 5.2.1.2.3 en 5.2.1.4.3 bespreek, is dit duidelik dat die gesertifiseerde verpleegkundiges en finalejaar verpleegstudente om verskeie redes van mening was dat slegs sekere komponente van aborsiesorg ingesluit behoort te word in voorregistrasie programme indien dit aansluiting vind by bestaande modules en slegs die uitbouing van die modules tot gevolg het. Alle aspekte van aborsiesorgopleiding behoort volgens hierdie verpleegkundiges eerder in toepaslike na-registrasie programme, soos gevorderde verloskunde- en primêre gesondheidsorgprogramme, geïnkorporeer word. Die praktiese komponent van die

aborsieprosedure as sulks behoort egter volgens hierdie groep respondente eerder opsioneel te wees om diegene te akkommodeer wat gewetensbesware het betreffende aborsies.

Die navorser het bevind dat 38% (n=120) van die finalejaar verpleegstudente nie enige gewetensbesware het teen die uitvoer van aborsies nie. Twaalf persent (n=36) van hierdie studente het aangedui dat hulle beplan om 'n na-registrasie kursus in aborsiesorg te voltooi (vgl. paragrawe 5.2.1.4.1 en 5.2.1.4.2). Hierdie bevinding impliseer dat daar wel verpleegkundiges is wat 'gewerf' kan word vir aborsiesorgopleiding.

Weens die transformasieproses in die gesondheidswetenskappe word voorgraadse programme in verpleging vanaf 2008 slegs deur die Universiteit van Wes-Kaapland aangebied en diplomaprogramme deur die Wes-Kaapse Kollege van Verpleging, terwyl die Universiteit Stellenbosch hoofsaaklik die nagraadse programme aanbied. Aborsiesorgmodules behoort dus relatief maklik geïntegreer te word.

6.3 SAMEVATTING

Vanuit die bevindinge van hierdie studie is dit duidelik dat die infrastruktuur waarbinne aborsiesorg gelewer moet word voldoende beplan is, maar dat die voortbestaan van die diens bedreig word weens onder andere die tekort aan opgeleide gesondheidsorgpraktisyns wat bereid is om die diens te verrig. Die tekort aan gesertifiseerde verpleegkundiges wat voorligting en berading aan swanger vroue gee, die aborsies uitvoer en probleemgevalle moet verwys, bly 'n wesenlike probleem.

Alhoewel daar sedert die inwerkingstelling van die aborsiewetgewing heelwat opleidingsinisiatiewe was om gesondheidsorgpraktisyns in aborsiesorg op te lei, is aborsiesorgopleiding vir verpleegkundiges beperk. Tot op datum is nog geen riglyne en/of formele aborsiesorgopleiding vir verpleegkundiges by hoërondewysinstellings in die Wes-Kaap geïmplementeer nie. Weens die tekort aan instrukteurs en/of dosente wat opleiding kan verskaf, asook die gebrek aan aborsiesorgopleiding aan hoërondewysinstellings, word formele opleiding vir verpleegkundiges in die Wes-Kaap hoofsaaklik deur die provinsiale Departement van Gesondheid aangebied.

Dit blyk dus uiters noodsaaklik te wees dat 'n opleidingsraamwerk vir verpleegkundiges aan hoërondewysinstellings in die Wes-Kaap ontwikkel word wat

gerig is op 'n tersiêre kwalifikasie in gehalte aborsiesorg. Dit was derhalwe noodsaaklik dat data van alle rolspelers in aborsiesorgdienste verkry moes word ten einde 'n opleidingsraamwerk te ontwikkel. Die opleidingsraamwerk word dus gebaseer op die behoeftes van die verpleegkundiges, die diens, asook vroue met ongewenste swangerskappe met inagneming van die bestaande aborsiewetgewing en protokol.

Aanbevelings wat gebaseer is op die navorsingsresultate van hierdie studie met die oog op 'n opleidingsraamwerk vir verpleegkundiges in aborsiesorgopleiding aan hoëronderwysinstellings in die Wes-Kaap, word in hoofstuk 7 uiteengesit.

HOOFSTUK 7 AANBEVELINGS

7.1 INLEIDING

In hoofstuk 1 (vgl. paragraaf 1.1.3) is aangedui dat die implementering van aborsiewetgewing bepaalde implikasies vir die opleiding van verpleegkundiges gehad het, onder andere 'n voortslepende tekort aan opgeleide verpleegkundiges vir berading en inligting aan vroue met ongewenste swangerskappe en/of die uitvoer van aborsies en/of die verwysing van probleemgevalle. Die doel van hierdie studie was derhalwe om die opleiding en aborsiesorg van verpleegkundiges wat die voorgestelde opleiding voltooi het te evalueer en aanbevelings te maak betreffende opleiding aan hoërsonderwysinstellings (vgl. paragraaf 1.1.4). Teen hierdie agtergrond was die *primêre navorsingsvraag* in hierdie studie hoe 'n opleidingsraamwerk vir verpleegkundiges met betrekking tot aborsiesorg aan hoërsonderwysinstellings in die Wes-Kaap daar sou kon uitsien.

Die Learner-centered Curriculum Model (vgl. Dolence, 2003 en paragraaf 3.6.2) en die Six-step Approach to Curriculum Development (vgl. Kern *et al.*, 1998 en paragraaf 3.10) word in hierdie hoofstuk gebruik as verwysingspunte vir die ontwikkeling van 'n opleidingsraamwerk vir verpleegkundiges in aborsiesorg. Die toepassing daarvan word vervolgens bespreek.

Kern *et al.* (1998) se model is gebaseer op 'n logiese en sistematiese benadering tot kurrikulumontwikkeling wat mediese en verpleegopvoeders help ten einde in hul leerders en eventueel in beide die pasiënte en die gemeenskap se behoeftes te voorsien. Die *gesondheidsorgprobleem* wat indirek aanleiding gegee het tot hierdie studie is die hoë morbiditeit en mortaliteit van vroue weens onveilige aborsies (vgl. paragraaf 2.3). Hieruit spruit die *gesondheidsbehoefte* om ongewenste swangerskappe vrywillig op 'n wettige wyse te laat beëindig (vgl. paragraaf 2.4). Volgens die protokol van die Nasionale Departement van Gesondheid betreffende die lewering van aborsiesorgdienste is die *ideale benadering* om hierdie gesondheidsprobleem en behoefte te hanteer deurdat dienste gedentraliseer word na vlak een gesondheidsorgdienste en geïntegreer word in voorkomende en bevorderende gesondheidsorgdienste wat noodwendig reproduktiewe dienste (aborsies) insluit (vgl. paragraaf 2.8.1). Weens die tekort aan verpleegkundiges wat in aborsiesorg opgelei is, is die *huidige benadering* egter dat aborsiesorgdienste

verskaf word by enige aangewysde fasiliteit wat gesondheidsorgpraktisyns in diens het wat bereid is om die diens te verrig (vgl. paragraaf 6.2.2). Die *algemene behoefte* behels dus dat meer gesondheidsorgpraktisyns – met spesifieke verwysing na verpleegkundiges – aan hoëronderwysinstellings opgelei moet word (vgl. paragrawe 1.1.2.4, 3.3.3 en 6.2.5.2).

7.2 AANBEVELINGS MET BETREKKING TOT 'N OPLEIDINGSRAAMWERK VIR VERPLEEGKUNDIGES IN ABORSIESORG AAN HOËRONDERWYS-INSTELLINGS IN DIE WES-KAAP

Die aanbevelings wat in hierdie hoofstuk gemaak word, is gegrond op 'n deeglike literatuuroorsig en die bevindings en gevolgtrekkings wat spruit uit die empiriese gedeelte van hierdie studie. Die navorser beveel aan dat die opleidingsraamwerk soos grafies voorgestel is in figuur 7.1 die grondslag sal bied vir die ontwikkeling van 'n formele program of programme vir die opleiding van verpleegkundiges in aborsiesorg aan hoëronderwysinstellings. Die doel van die voorgestelde raamwerk is dus om die konteks te bepaal waarbinne kurrikulering moet plaasvind, asook om 'n fokus of formaat te verskaf vir diegene wat die kurrikulum vir voornemende studente ontwikkel.

Ten einde suksesvol te wees in die proses van kurrikulumontwikkeling is dit belangrik om die verskillende vlakke waar kurrikulumontwikkeling kan plaasvind, naamlik die makro-, meso- en mikro-omgewing, te verstaan en te erken, asook die komplekse interaksie van die verskeie komponente binne, maar ook tussen die onderskeie vlakke. Hierdie dinamiese interaksie tussen die onderskeie komponente is in figuur 7.1 aangedui.

Die voorgestelde raamwerk plaas die leerder met sy/haar leerbehoefte en spesifieke waardes en houdings sentraal as die fokuspunt in die leerproses (vgl. raam A). Die interafhanklikheid en die wedersydse artikulasie van die onderskeie vlakke soos voorgestel in figuur 7.1 word van hier gereguleer.

Die volgende vlak (vgl. raam B) verteenwoordig die komponente/aktiwiteite op institusionele vlak en verwys na die leeromgewing of leerklimaat. Hoëronderwysinstellings is verantwoordelik vir die daarstel van opvoedkundige toerusting, personeel en 'n positiewe leeromgewing wat in pas is met nuwe onderrigbenaderings ten einde die leerder die geleentheid te gee om sy/haar studies

suksevol af te handel. Die onderrigbenaderings ter sprake is gerig op die voorgenome leerder (vgl. paragrawe 3.6.2.3 en 3.6.2.4).

Die volgende vlak (vgl. raam C) verteenwoordig die kurrikulumontwerp met die onderskeie komponente of aktiwiteite wat noodsaaklik is vir kurrikulumontwikkeling. Die teoretiese aspekte van hierdie komponente is uit die literatuur geïdentifiseer (vgl. paragrawe 3.6.2 en 3.10).

Die infrastruktuur met die kontekstuele rolspelers wat 'n direkte of indirekte invloed op die leerder en die leerproses het en verantwoordelik is vir wetgewing, regulasies en beleid, is aangedui op die buitenste raam D van die voorgestelde raamwerk. Die infrastruktuur en onderskeie rolspelers vorm die agtergrond waarteen kurrikulumontwikkeling plaasvind (vgl. paragrawe 2.6, 2.8.1, 2.8.2, 2.8.3, 3.4, 3.7, 3.8 en 3.9).

Die wedersydse vloei en integrasie tussen die onderskeie rame van die voorgestelde opleidingsraamwerk dui op die buigbaarheid van die kurrikulumontwikkeling ten einde die voortdurende veranderinge wat plaasvind in die onderskeie rame te akkommodeer. Die komponente in die onderskeie rame word vervolgens bespreek.



(gebaseer op Dolence, 2003 en Kern *et al.*, 1998 se modelle)

Figuur 7.1]

'n Opleidingsraamwerk vir verpleegkundiges in aborsiesorg aan
hoëronderrigingsinstellings in die Wes-Kaap

7.2.1 Die leerderpopulasie (raam A)

Die studie het bevind dat die menslike hulpbronne, naamlik opgeleide gesondheidsorgpraktisyns wat ingevolge aborsiewetgewing die diens moet verrig, onvoldoende is (vgl. paragrawe 3.3.1, 6.2.1.1 en 6.2.5.2). Die sentrale fokus in die voorgestelde opleidingsraamwerk is dus die leerder en sy/haar leerbehoefte ten einde genoegsame gesondheidsorgpraktisyns doeltreffend in aborsiesorg op te lei.

Verpleegkundiges behoort nie alleen verantwoordelik te wees vir aborsiesorgdienste by vlak een dienslewering nie, maar ander kategorieë gesondheidsorgpraktisyns behoort ook betrek te word. Weens die aard van sy/haar voorregistrasie opleiding is die *verpleegkundige* aangedui as die ideale kategorie gesondheidsorgpraktisyn om inligting en voorligting betreffende aborsiesorg aan vroue met ongewenste swangerskappe te verskaf, asook om die pre-aborsie evaluering uit te voer, post-aborsie waarnemings te doen, minder ernstige komplikasies te hanteer en kontrasepsie te verskaf (vgl. paragrawe 3.3.2 en 6.2.10). Addisionele opleiding sal egter die verpleegkundige in staat stel om die betrokke vroue ook in te lig omtrent die servikale voorbereiding wat die prosedure voorafgaan, die gebruik van die medikasie, asook die aborsieprosedure as sulks. Dit impliseer dat verpleegkundiges se voorregistrasie opleiding uitgebrei moet word om hierdie addisionele teoretiese inhoud in te sluit.

Benewens kennis en vaardighede is die ontwikkeling van die verpleegkundige se waardes en houding teenoor aborsiesorg ook van kardinale belang in aborsiesorgkurrikulering, aangesien dit 'n uiters belangrike en sensitiewe kwessie verteenwoordig. Dit is aangedui dat waardeklarifikasie, asook inleidende modules betreffende resolušieberading, in alle verpleegkundiges se opleiding ingesluit behoort te word (vgl. paragrawe 5.2.2.2 en 5.2.2.4, asook tabel 5.14). Die navorser ondersteun dus Sibuyi se stelling (vgl. paragraaf 3.3.2) dat geregistreerde vroedvroue die ideale kategorie gesondheidsorgpraktisyn is vir die verskaffing van aborsiesorg. Die navorser beklemtoon egter dat elke verpleegkundige ingevolge die Grondwet persoonlik moet besluit of hy/sy in die roetine-uitvoering van aborsieprosedures wil betrokke raak al dan nie (vgl. paragraaf 2.9.5).

Maatskaplike werkers is uit die aard van hul voorregistrasie opleiding aangedui as die mees aangewese gesondheidsorgpraktisyns om resolušieberading te verskaf aan vroue rakende opsies vir die hantering van ongewenste swangerskappe, naamlik enkelouerskap, aanneming en pleegsorg. Inleidende modules oor al die teoretiese

aspekte van aborsiesorg behoort in hul voorregistrasie opleiding ingesluit te word ten einde hulle in staat te stel om hierdie vroue ook genoegsaam in te lig oor die vrywillige beëindiging van ongewenste swangerskappe as opsie ingevolge wetgewing. Uit die aard van *geneesherse* opleiding, word hulle beskou as die mees aangewese gesondheidsorgpraktisyns om ongewenste swangerskappe chirurgies gedurende die eerste en tweede trimester van swangerskap te beëindig en om enige komplikasies wat met die prosedure verband hou, te hanteer (vgl. paragrawe 5.2.1.2.4, 5.2.1.3.3, 5.2.1.4.3 en 6.2.10). Vir die doeleindes van hierdie studie word egter slegs op die kurrikulumontwikkeling en opleiding van verpleegkundiges gefokus.

7.2.2 Die leeromgewing (raam B)

Die leeromgewing is van besondere belang by enige gegewe opleidingsinstelling ten einde opleiding suksesvol aan te bied. 'n Positiewe leeromgewing ten opsigte van voldoende dosente, biblioteekdienste, internetfasiliteite, lesingslokale, studieondersteuning, adviserende dienste, asook finansiële hulp, akkommodasie en gesondheidsdienste is reeds gevestig by die onderskeie hoërondewysinstellings in die Wes-Kaap waar die aanbieding van aborsiesorgopleiding beoog word. Geen addisionele voorsiening hoef noodwendig gemaak te word met betrekking tot genoemde aspekte nie, aangesien daar beoog word om die opleiding te integreer in bestaande voorregistrasie en na-registrasie opleidingsprogramme.

Weens die algehele afwesigheid van dosente in aborsiesorg sal dit egter nodig wees dat die betrokke dosente addisionele opleiding moet ondergaan en/of die aborsiesorginstruktors en/of aborsiesorgverskaffers in diens van die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap en/of IPAS ingekontrakteer moet word vir die aanbieding van geselekteerde lesings. Dit impliseer noodwendig addisionele oorhoofse koste vir die universiteit. Vennootskappe tussen die regering, hoërondewysinstellings en nie-regeringsorganisasies behoort egter addisionele oorhoofse kostes uit te skakel.

'n Leerdergesentreerde benadering wat gerig is op uitkomsgebaseerde onderrig en volwassene- en aktiewe leer is reeds daargestel by die onderskeie hoërondewysinstellings soos bepaal deur die NQF en HEQF. In verpleegonderrig word probleemgebaseerde onderrig en leer aangemoedig waartydens studente in 'n werklike of gesimuleerde situasie moet besluit wat die geskikste hantering van 'n pasiënt se probleem is.

7.2.3 Kurrikulumontwerp (raam C)

Kurrikulumontwerp is die eerste fase in die kurrikulumontwikkeling waartydens óf 'n nuwe kurrikulum beplan, óf 'n bestaande kurrikulum herbeplan word. Besluitneming is prominent in hierdie fase en is gebaseer op 'n situasie-analise en behoeftebepaling wat data verskaf vir die ontwikkeling van leeruitkomste en ander aktiwiteite. Hierdie komponente is in voortdurende interaksie met mekaar en beïnvloed mekaar wederkerig (vgl. paragrawe 3.6.2, 3.8.2, 3.8.3 en 3.10). Hierdie aktiwiteite wat noodsaaklik is vir die ontwikkeling van 'n kurrikulum vir aborsiesorgopleiding word vervolgens beskryf.

7.2.3.1 Situasie-analise

In hierdie studie is daarop gefokus om 'n omvattende situasie-analise en behoeftebepaling te doen wat as vertrekpunt kon dien om die omvang en aard van opleiding en opleidingsbehoefte vir aborsiesorg aan hoërondewysinstellings te bepaal en om die konteks vas te stel waarbinne kurrikulering vir aborsiesorgopleiding moet plaasvind. Die situasie-analise het getoon dat daar leemtes bestaan in verpleegkundiges se basiese verpleegopleiding (vgl. paragrawe 6.2.6.2, 6.2.6.3, 6.2.8.1 en 6.2.8.2), sowel as in die huidige na-registrasie aborsiesorgopleiding (vgl. paragrawe 6.2.7.3, 6.2.7.4 en 6.2.7.5) en dat daar ook geen aborsiesorgopleiding aan hoërondewysinstellings in die Wes-Kaap aangebied word nie (vgl. paragrawe 6.2.11.1 en 6.2.11.2).

Die behoeftes van die vroue met ongewenste swangerskappe (vgl. paragrawe 5.2.1.3.3 en 6.2.4), die behoeftes van die verpleegkundiges (vgl. paragrawe 5.2.1.2, 5.2.1.4 en 6.2.5.5) en die behoeftes van die aangewysde gesondheidsorgfasiliteite (saamgevat in tabel 5.14) is ook bepaal. Die onderskeie vlakke waar aborsiesorgopleiding moontlik aangebied kan word, is ondersoek en word bespreek in paragraaf 7.2.3.2.

'n Opleidingsraamwerk vir aborsiesorg moet dus 'n program oorweeg wat nie net bogenoemde leemtes in die basiese, sowel as die na-registrasie opleiding van verpleegkundiges aanspreek nie, maar ook die behoeftes van die vroue met ongewenste swangerskappe, verpleegkundiges en die betrokke gesondheidsorgfasiliteite in ag neem. 'n Voortdurende situasie-analise of behoeftebepaling is noodsaaklik ten einde in voeling te bly met die behoeftes van vroue met ongewenste swangerskappe, verpleegkundiges en gesondheidsorgfasiliteite wat die dienste aanbied. Sodoende word data voortdurend

gegenereer wat noodwendig die seleksie van leerinhoud en -strategieë betreffende die kurrikulum vir aborsiesorgopleiding beïnvloed.

7.2.3.2 Vlak van aanbieding

Dit blyk dat aborsiesorgopleiding vir verpleegkundiges aan hoërsonderwysinstellings in die Wes-Kaap geïnkorporeer kan word binne die veld van *gesondheidswetenskappe-sonderwys*, aangesien geen soortgelyke opleiding aan hoërsonderwysinstellings in die Wes-Kaap geïmplementeer is sedert die inwerkingstelling van die Aborsiewetgewing in Februarie 1997 nie. Opleiding in aborsiesorg aan hoërsonderwysinstellings word gebaseer op die riglyne van die SAQA en die NQF (vgl. paragraaf 3.8). Aborsiesorgopleiding kan op verskeie wyses en vlakke geïmplementeer word en word vervolgens bespreek:

7.2.3.2.1 Integrasie in bestaande voorregistrasie programme

Voorregistrasie programme in verpleging, hetsy diploma- of graadprogramme, lei tot die verwerwing van 'n kwalifikasie wat gerig is op registrasie in Verpleegkunde (algemeen, psigiatrie en gemeenskapsverpleegkunde) en Verloskunde ingevolge Reg. Nr. 425 van 22 Februarie 1985, soos gewysig (SARV, 1985). Bogenoemde kwalifikasies maak dit vir verpleegkundiges moontlik om op 'n later stadium te spesialiseer in spesifieke areas van verpleging (SAQA, 2007:2). Dit word aanbeveel dat basiese aborsiesorg in voorregistrasie programme, naamlik 'n diploma (NQF vlak 6) of die Baccalaureus-graad (NQF vlak 7) geïnkorporeer word deurdat bestaande voorregistrasie modules uitgebou word (vgl. paragraaf 3.8). Dit word gebaseer op die rasionaal dat hierdie kwalifikasies 'n verpleegkundige in staat stel om omvattende gesondheidsorg te kan lewer ingevolge toepaslike wetgewing (SAQA, 2007:3).

7.2.3.2.2 Integrasie in bestaande na-registrasie programme

'n Vroedvrou met na-registrasie kwalifikasie(s) behoort die meeste kliniese situasies te kan hanteer vanweë die aard van haar gevorderde opleiding. Volgens IPAS SA (2002:6) kan aborsiesorgopleiding geïnkorporeer word in 'n omvattende 'Reproductive Health Course'. Aborsiesorg behoort dus as 'n verpligte module ingesluit te word in *toepaslike na-registrasie programme* met die opsie om die praktiese komponent te voltooi met die oog op sertifisering (vgl. paragrawe 5.2.1.2.3, 5.2.1.4.3, 5.2.2.4 en 6.2.11.4, asook tabel 5.14). Die verpleegkundige hoef egter ingevolge die Grondwet nie betrokke te raak by die uitvoer van roetine-aborsies nie.

Die insluiting van aborsiesorg in spesialiteitskursusse impliseer dat opleiding by óf die Gevorderde Diploma (NQF vlak 7) – hetsy Verloskunde en Neonatologie, of Primêre Gesondheidsorg – óf Baccalaureus Honneursgraad (NQF vlak 8) geïnkorporeer word vir diegene wat in die kliniese opset wil werk maar in 'n spesifieke rigting wil spesialiseer (SAQA, 2007:19) (vgl. paragraaf 3.8). Die fokus van hierdie kwalifikasie(s) is om die teorie en die toepassing daarvan in die praktyk uit te bou. Dit is gebaseer op die uitkoms van die verwerwing van gespesialiseerde kennis en vaardighede met betrekking tot die voorsiening van reprodktiewe gesondheid aan individue (SAQA, 2007:27).

7.2.3.2.3 Kortkursus in aborsiesorg

Op grond van die SARV se besluit dat kortkursusse nie meer deur die Raad gelys sal word nie, maar wel aangebied mag word indien sodanige behoeftes geïdentifiseer is, word aanbeveel dat die huidige kortkursus in aborsiesorg steeds aangebied word (vgl. paragrawe 3.4.4 en 6.2.11.1). Die aanvanklike kurrikulum is reeds in Julie 1998 deur die SARV goedgekeur (vgl. paragraaf 3.5.2). Hoërondewysinstellings wat tans betrokke is by die na-registrasie opleiding van verpleegkundiges behoort verantwoordelik te wees vir die aanbieding van hierdie kursus en die deurlopende montering van die verskaffer en sy/haar praktyk (IPAS SA, 2002:15).

Hoërondewysinstellings wat kortkursusse aanbied se gehalteversekeringprosesse moet in plek wees en sluit in die kontrole oor die akademiese gehalte van kortkursusse met betrekking tot die aansoek om die kortkursus te kan aanbied, befondsing, werwing en bemarking, keuring, toelating en registrasie van studente, sowel as die akademiese gehalteversekering organisasiestruktuur vir die goedkeuring van die kortkursus. Die Senaat keur op grond van 'n aanbeveling van die fakulteitsrade en die Akademiese Beplanningskomitee die stelsel vir die akademiese toesig oor kortkursusse goed en delegeer die verantwoordelikheid vir die goedkeuring van en toesig oor kortkursusse aan die betrokke dekane. Kortkursusse wat aangebied word, word deur die dekane goedgekeur op aanbeveling van die departementele voorsitters en geregistreer op 'n sentrale Universiteitsregister. Hierdie registrasie is 'n voorwaarde vir die aanbieding van 'n kortkursus (Universiteit Stellenbosch, 2004).

Volgens IPAS SA (2002:6) maak die bestaande kortkursus voorsiening vir aborsiesorgopleiding met die oog op die verwerwing van 'n Gevorderde Sertifikaat (NQF vlak 6) vir diegene wat slegs 'n kortkursus in aborsiesorg wil voltooi, sowel as

vir geregistreerde verpleegkundiges - diegene sonder verloskunde of verwante opleiding - wat ingevolge die Wysigingswet (RSA, 2004:6) gemagtig is om aborsiesorgopleiding te ondergaan (vgl. paragraaf 3.8). Die kursus, wat as 'n voltijdse kursus ontwerp is, duur 504 uur en tel 50 krediete (IPAS SA, 2002:5). Die eksamens word deur die betrokke opleidingsinstansie hanteer en 'n sertifikaat word uitgereik deur die instansie wat die kortkursus aanbied as bewys van die verpleegkundige se teoretiese en praktiese vaardigheid (IPAS SA, 2002:15) (vgl. paragraaf 3.4.4).

7.2.3.3 Doel van die kurrikulum

'n Kurrikulum kan slegs suksesvol ontwikkel word indien die doel van die kurrikulum duidelik omskryf is. Dit blyk dat die oplossing om in die groeiende aborsiebehoefte te voldoen opgesluit lê in enersyds die voorkoming van ongewenste swangerskappe en andersyds in die doeltreffende opleiding van verpleegkundiges.

Die oplossing vir die opleiding van verpleegkundiges lê waarskynlik in die sinvolle en oordeelkundige uitbouing van bestaande opleiding van verpleegkundiges ten einde te verseker dat aborsiesorgdienste as 'n professionele diens deur geregistreerde vroedvroue verskaf word (vgl. paragraaf 6.2.11.4). Die aanbevelings in hierdie hoofstuk beskryf dus die mate waartoe opleiding aan hoërsonderwysinstellings aangepas kan word met die oog daarop om die aborsiesorgmodules in bestaande kurrikula van verpleegkundiges te integreer ten einde aborsiewetgewing doeltreffend te implementeer binne die behoefte- raamwerk van die pasiënt, die diens en die verpleegkundige.

Die oorkoepelende doel van die kurrikulum is dus om die tekort aan opgeleide verpleegkundiges in aborsiesorg aan te spreek deur verpleegkundiges op te lei in aborsiesorg ten einde 'n holistiese benadering en gehalte aborsiesorg te verseker vir vroue met ongewenste swangerskappe wat aborsiesorgdienste versoek. Dit impliseer dat voldoende verpleegkundiges doeltreffend opgelei word wat voorligting en berading aan vroue gee en/of eerste trimester aborsies uitvoer en/of probleemgevalle verwys.

Die identifisering en seleksie van leerderdoelwitte of -uitkomst, leerinhoud, asook onderrig- en leeraktiwiteite vind plaas in ooreenstemming met die oorkoepelende doel van die kurrikulum. Die seleksie van spesifieke leerderdoelwitte of -uitkomst,

spesifieke leerinhoud, spesifieke onderrig- en leeraktiwiteite, asook assessering en evaluering met betrekking tot aborsiesorg, val buite die omvang van hierdie navorsing, maar word wel oorsigtelik bespreek met betrekking tot aanbevelings wat gemaak word.

7.2.3.4 Leerderdoelwitte of uitkomst

Twee stelde uitkomst behoort geformuleer te word, naamlik *spesifieke uitkomst* en *kritieke kruisvelduitkomst* (vgl. paragraaf 3.8.2). Die spesifieke uitkomst behels dié uitkomst wat spesifiek geld vir 'n gegewe kwalifikasie en behoort dus gebaseer te word op die riglyne van onderskeidelik die WGO (2003), die protokol van die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap (2000), die voorgestelde 160 uur-Aborsiesorgkursus en IPAS SA se Certificate Short Course (2002) ten einde veilige aborsiesorg te verskaf. Die geassosieerde assesseringskriteria moet ontwikkel word met die fokus op dienslewering ten opsigte van aborsiesorg. Die kritieke kruisvelduitkomst ten einde die vermoë tot lewenslange leer te ontwikkel moet ook sigbaar wees in die uiteindelijke program wat ontwikkel word.

Die spesifieke kurrikulum wat ontwikkel word moet dus 'n balans reflekteer tussen aborsiesorg-spesifieke kennis en die toepassing daarvan in die kliniese opset, sowel as algemene vaardighede wat probleemoplossingsvaardighede en interpersoonlike kommunikasievaardighede insluit. Die navorser beveel aan dat die algemene (kritieke kruisvelduitkomst) en spesifieke meetbare leerderuitkomst en geassosieerde assesseringskriteria deur die betrokke hoërondewysinstelling wat aborsiesorgopleiding binne die voorgestelde opleidingsraamwerk implementeer, vasgestel word.

7.2.3.5 Seleksie van leerinhoud

Die inhoud wat geselekteer word hou verband met die oorkoepelende doel van die kurrikulum (vgl. paragraaf 7.2.3.3) en geselekteerde leerderuitkomst (vgl. paragraaf 7.2.3.4). Die nuwe goedgekeurde Eenheidstandaarde wat deur die SAQA in November 2007 geregistreer is, dien sedertdien as voorskrif waarvolgens kurrikula vir algemene en nabasiese opleiding in Verpleegkunde ontwikkel word met die oog op die verwerwing van kern (verpligte), fundamentele en elektiewe krediete. Alhoewel hoërondewysinstellings outonoom funksioneer moet hierdie Eenheidstandaarde as riglyne dien in die ontwikkeling van modules. Die Eenheidstandaarde maak egter nie voorsiening vir sommige aspekte van aborsiesorg nie en word dit dus aanbeveel dat nuwe of geïntegreerde

Eenheidstandaarde aan die Standaarde Genererende Liggaam, wat ingevolge die SAQA-wet verantwoordelik is vir onderwys- en opleidingstandaarde, voorgestel kan word.

Dit word aanbeveel dat die leerinhoud gebaseer word op die volgende riglyne:

- WGO se riglyne: *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems, 2003*;
- die National Abortion Care Programme se 160-uur vrywillige aborsiesorgkursus;
- IPAS SA se Certificate Short Course in Termination of Pregnancy and Related Reproductive Health Issues, 2002;
- Departement van Gesondheid: Wes-Kaap se (opgedateerde) protokol betreffende die beëindiging van swangerskap: H97/2000; en
- bevindings en gevolgtrekkings van hierdie studie soos uiteengesit in paragrawe 6.2.6, 6.2.7 en 6.2.8 en opgesom in tabelle 7.1 en 7.2.

Hierdie inhoude kan as riglyn dien om spesifieke leerinhoude, spesifieke leeruitkomste, sowel as assesseringskriteria in besonderhede uit te werk binne die konteks en behoeftes van die bepaalde opleidingsinstelling.

Diegene wat die kurrikulum ontwikkel behoort die bevindings van hierdie studie (empiries en literatuuroorsig) in ag te neem met die seleksie van die leerinhoud. Die bevindings word vervolgens bespreek.

7.2.3.5.1 Aanbevole addisionele leerinhoud vir aborsiesorgopleiding

Opleiding vir die verpleegkundige in *ultrasonografie* met die oog op die bevestiging van 'n swangerskap, bepaling van swangerskapsduur en diagnosering van ektopiese swangerskappe is aangedui as 'n leemte in gesertifiseerde verpleegkundiges se aborsiesorgopleiding (vgl. tabel 5.14, paragrawe 5.2.1.1.2, 5.2.1.2.4, 6.2.6.2 en 6.2.11.2).

Dit blyk ook dat die *inplasing van die IUT* oor die langtermyn goedkoper is, gemeet in terme van verminderde werkslading vir die verpleegkundige en minder afwesigheid van die werk vir die vrou, aangesien sy vyfjaarlik die kliniek besoek in plaas van twee- of driemaandeliks vir die pil of inspuiting. Die inplasing van die IUT is nie ingesluit in die bestaande aborsiesorgkursus nie en is deur die verpleegkundiges aangedui as 'n leemte in hul opleiding (vgl. paragrawe 5.2.1.1.5, 5.2.2.2, 6.2.11.2, asook tabel 5.14).

Daar word aanbeveel dat verpleegkundiges ook onderrig word in die *EVA-tegniek* ten einde ongewenste swangerskappe te beëindig. Die prosedure neem nie net minder tyd om te voltooi nie, maar die ‘geslote stelsel’ van die elektriese vakuüm-tegniek is ook ’n verdere belangrike veiligheidsmaatreël indien MIV-positief gediagnoseerde vroue se swangerskappe beëindig word (vgl. paragrawe 5.2.1.1.4 en 6.2.7.2, asook tabel 5.14).

Aspekte betreffende die leemtes in die huidige aborsiesorgopleiding van verpleegkundiges, sowel as leemtes in die provinsiale protokol, soos opgesom in tabel 5.14, behoort aandag te geniet en ingesluit te word by die voorgestelde inhoud van die program. Daar word aanbeveel dat diegene wat reeds die aborsiesorgopleiding voltooi het, addisionele opleiding deurloop ten einde bogenoemde leemtes in hul opleiding aan te spreek, sowel as dié aspekte van aborsiesorg wat aandag blyk te geniet. Laasgenoemde aspekte behels pynverligting, infeksiebeheer, die verskaffing van profilaktiese antibiotika vir seksueel-oordraagbare siektes en rekordhouding soos uiteengesit in paragrawe 6.2.7.3, 6.2.7.4, 6.2.7.5 en 6.2.9.

7.2.3.5.2 Aanbevole fokusleerareas in die basiese opleiding van verpleegkundiges

Geregistreerde verpleegkundiges wat nie die voorgestelde aborsiesorgopleiding deurloop het nie, maar betrokke is by die verskaffing van ander aspekte van aborsiesorg as die aborsieprosedure as sulks, se ontoereikende vaardighede behoort aangespreek te word deur die betrokke fasiliteit en/of hoëronderwysinstellings wat verpleegkundiges oplei. Hierdie vaardighede behels hoofsaaklik die pre-aborsie evaluering van vroue, naamlik die neem van volledige geskiedenis en fisieke ondersoek, sowel as kontrasepsie en voorligting, post-operatiewe waarnemings, post-operatiewe pynbeheer en die emosionele sorg van vroue (vgl. paragrawe 6.2.6.2, 6.2.6.3, 6.2.8.1 en 6.2.8.2).

7.2.3.5.3 Aanbevole leerinhoud vir bestaande voorregistrasie programme

Die insluiting van aborsiesorg in voorregistrasie opleiding het dit ten doel dat soveel as moontlik gesondheidsorgpraktisyns bekend gestel word aan aborsiesorg. Weens die aard van verpleegkundiges se huidige voorregistrasie opleiding en basiese vaardighede wat bemeester word, behoort voorregistrasie programme maklik aangepas te word om aborsiesorg ten opsigte van berading, inligtingsessies, evaluering en fisieke ondersoek van vroue, post-aborsie berading en kontrasepsie in

te sluit met minimale impak op die huidige kurrikulum. Sodoende word die werklading in die praktyk verminder en versprei sonder dat verpleegstudente direk betrokke is by aborsieprosedures as sulks, terwyl die gesertifiseerde verpleegkundiges op die aborsieprosedures fokus (vgl. paragrawe 5.2.1.2.3, 5.2.1.4.3, 5.2.2.2, 5.2.2.4, 6.2.11.4, asook tabel 5.14).

Die volgende aspekte van aborsiesorg is van belang in die voorregistrasie opleiding van verpleegstudente, sonder dat addisionele modules noodwendig geïmplementeer word:

- *Waardeklarifikasie* ten einde studente in te lig betreffende aborsiewetgewing, asook om hul waardes en houdings betreffende aborsiesorg te verhelder (vgl. paragrawe 2.10, 5.2.1.2.2 en 5.2.2.2, asook tabel 5.14). Hierdie inligting sluit aan by die gemeenskapsgesondheidsorgmodule betreffende die holistiese benadering van pasiënte by vlak een gesondheidsorg.
- *Die grondwetlike regte* van gesondheidsorgpraktisyns oor gewetensbeswaar behoort oorsigtelik in voorregistrasie programme bespreek te word (IPAS SA, 2002:18) (vgl. paragrawe 2.9.1, 2.9.2, 2.9.3, 2.9.4, 2.9.5 en 6.2.3).
- Inleidende modules oor *resolusieberading* aan voorregistrasie verpleegstudente, aangesien verpleegkundiges sedert die implementering van aborsiewetgewing in 1997 hulself toenemend in die situasie bevind waarin hulle ondersteuning aan vrouens moet gee wat besluite moet neem betreffende ongewenste swangerskappe. Berading en ondervraging sluit aan by soortgelyke kommunikasievaardighede wat studente tydens die voltooiing van hul psigiatrie-module moet kan bemeester (vgl. paragrawe 2.8.6.3, 5.2.1.1.3, 5.2.1.3.3, 5.2.2.4, 6.2.6.1, 6.2.11.2, asook tabel 5.14).
- *Die evaluering van voorgeboorte vroue* vorm reeds deel van die voorregistrasie verloskunde-program, maar behoort die pre-aborsie evaluering van die vrou in te sluit (vgl. paragrawe 3.5.1, 3.5.2, 3.5.3, 5.2.1.1.2, 5.2.2.2, 5.2.2.4 en 6.2.6.2, asook tabel 5.14).
- Opleiding van voorregistrasie verpleegstudente behoort gerig te wees op die voorkoming van swangerskappe deur doeltreffende voorligtingsprogramme en effektiewe *kontrasepsiedienste*. Die doel is om die tendens van seksueel-oordraagbare siektes te verminder, asook te voorkom dat aborsies as 'n nuwe vorm van gesinsbeplanning ontaard. Hierdie inhoud vorm reeds deel van die module oor gemeenskapsgesondheid (vgl. paragrawe 2.3.2, 2.3.3, 3.5.1, 3.5.2, 3.5.3, 5.2.1.1.2, 5.2.1.1.5, 5.2.1.2.3, 5.2.1.2.4, 5.2.1.3, 5.2.2.4 en 6.2.6.3, asook tabel 5.14).

- *Slegs geselekteerde aspekte van aborsiesorg*, aangesien voorregistrasie programme reeds te vol blyk te wees en studente nie noodwendig emosionele volwassenheid bereik het nie en/of almal nie geïnteresseerd is in aborsiesorg nie (vgl. paragrawe 5.2.1.2.3, 5.2.1.4.3, 5.2.2.2, 5.2.2.4 en 6.2.11.4, asook tabel 5.14).
- Inleidende lesings met betrekking tot *nuwe inhoud* betreffende aborsiesorg sodat voorregistrasie studente groter insig verkry met die oog op berading- en inligtingsessies aan vroue met ongewenste swangerskappe. Studente is sodoende teoreties voorbereid om in 'n noodsituasie die vrou toepaslik te kan hanteer en/of te verwys vir verdere hantering. In-diepte lesings behoort in na-registrasie programme ingesluit te word (vgl. paragrawe 5.2.1.2.3, 5.2.2.2, 5.2.2.4 en 6.2.11.4, asook tabel 5.14).
- *Tweede trimester aborsies* behoort slegs oorsigtelik aan sowel voorregistrasie, as na-registrasie verpleegstudente aangebied te word, aangesien die aborsiewetgewing nie daarvoor voorsiening maak dat verpleegkundiges aborsies ná 12 weke mag uitvoer nie, maar hulle egter steeds verantwoordelik is vir die versorging van hierdie vroue (vgl. paragraaf 2.9.5).

Weens die tekort aan instrukteurs en die algehele afwesigheid van dosente wat opgelei is en/of bereid is om opleiding addisioneel tot hul werklading te verskaf, asook die feit dat aborsiesorg nie 'n geïsoleerde studieveld is nie, is 'n *multidissiplinêre benadering* aangedui deurdat verskeie rolspelers betrek word in die aborsiesorgopleiding (vgl. paragraaf 3.5.4.1).

7.2.3.5.4 Aanbevole leerinhoud vir bestaande na-registrasie programme

Alle aspekte van aborsiesorg behoort ingesluit te word in toepaslike na-registrasie programme met die klem op die volgende:

- Die *grondwetlike regte van gesondheidsorgpraktisyne* betreffende gewetensbeswaar versus dié van pasiënte ten einde te verseker dat gesondheidsorgpraktisyne altyd in die beste belang van die pasiënt sal optree (Naylor & O'Sullivan, 2005:19) (vgl. paragrawe 2.9.1, 2.9.2, 2.9.3, 2.9.4, 2.9.5, 5.2.1.4.2 en 6.2.3).
- Teoretiese en praktiese vaardigheid in die *MVA prosedure*, alhoewel die praktiese komponent van die aborsieprosedure as sulks vrywillig is vir diegene wat gewetensbeswaar het teen die beëindiging van swangerskappe (vgl. paragrawe 5.2.1.2.3, 5.2.1.4.3, 5.2.2.4 en 6.2.11.4, asook tabel 5.14).

Aborsieprosedures mag slegs uitgevoer word indien die teoretiese én praktiese komponent voltooi en geëvalueer is (IPAS SA, 2002:15).

7.2.3.5.5 Riglyne vir die kliniese komponent

Die kliniese of praktiese komponent word afgelê by die betrokke aangewysde staatsgesondheidsorgfasiliteite in die Wes-Kaap (IPAS SA, 2002:15) (vgl. paragrawe 4.2.2.1 en 5.2.1.1.1, asook tabel 5.1). 'n Minimum van 80 praktiese ure onder direkte toesig van 'n gesertifiseerde verpleegkundige en/of geneesheer is bereken as voldoende vir MVA-prosedures, berading en kontrasepsie alvorens 'n leerder bevoeg is in aborsiesorg (IPAS SA, 2002:15). Die aborsietegnieke behoort eers vooraf bemeester te word met behulp van simulاسie, pelviese modelle en 'n MVA-beginnerspak ('starter pack') wat verskaf of geborg word deur IPAS.

Die insluiting van praktiese vaardighede betreffende MVA-prosedures in voorregistrasie programme van verpleegkundiges is egter nie aangedui nie, aangesien die aborsiewysigingswetgewing (RSA, 2004:6) bepaal dat slegs 'n geregistreerde verpleegkundige of 'n vroedvrou 'n swangerskap mag beëindig indien hy/sy die voorgestelde opleiding voltooi het. Dit impliseer dat verpleegstudente nie die praktiese komponent van 'n MVA-prosedure mag uitvoer nie.

7.2.3.5.6 Bepaling van krediete en RPL

Sodra die spesifieke inhoud bepaal is waarvolgens aborsiesorgopleiding in die voorregistrasie en na-registrasie programme geïntegreer word, word die geskatte of *veronderstelde studie-ure* ('notional hours'), asook *krediete* van die onderskeie modules bereken.

Ten einde herhaling van onderrig en leer te vermy, is dit noodsaaklik dat die betrokke opleidingsinstelling 'n *RPL-beleid* formuleer vir die verskillende moontlike leerdergroepe. (IPAS SA, 2002:12) (vgl. paragraaf 3.8.4). Die betrokke RPL-beleid moet die doel van die beleid duidelik uiteensit en voorsiening maak vir voorgraadse, sowel as na-graadse aansoeke. 'n Verskeidenheid assesseringsinstrumente, soos toelatings- of plasingstoetse, leerportefeuljes, erkenning van formele leer (gedeeltes of geheel van leerprogramme) en/of erkenning van informele leer wat in 'n werkplek plaasgevind het, sowel as voorwaardelike toelating moet geformuleer wees. Die RPL-beleid moet onderwerp word aan gehalteversekeringsprosesse van die betrokke hoër onderwysinstelling.

7.2.3.6 Seleksie van onderrig- en leeraktiwiteite

Die spesifieke onderrig- en leeraktiwiteite wat geselekteer word hou verband met die *onderrigmodel* wat geïmplementeer is. Die voorgestelde onderrigmodel is 'n modulêre stelsel waar teorie en prakties geïntegreerd aangebied word. Die teorie word gesentraliseer by die betrokke hoërondewysinstelling, terwyl praktiese opleiding gedentraliseer word na die betrokke aangewysde gesondheidsorgfasiliteite in die Wes-Kaap (IPAS SA, 2002:15) (vgl. paragrawe 4.2.2.1 en 5.2.1.1.1, asook tabel 5.1). Die onderrig- en leerbenadering wat aanbeveel word is dié van 'n *leerdergesentreerde benadering* gerig op uitkomsgebaseerde onderrig wat gebaseer is op die konsep van *volwassene-leer* (vgl. paragrawe 3.6.2.3 en 3.6.2.4).

Die aard van die multidisiplinêre benadering vir aborsiesorgopleiding impliseer dat 'n wye reeks van onderrig- en leeraktiwiteite gebruik sal word wat tradisionele of formele lesings, demonstrasies, groepbesprekings, gevallestudies, werkopdragte, rolspel en simulase insluit ten einde die leerervaring te verryk. Die onderrighulpmiddele en onderrig- en leeraktiwiteite behoort deur die betrokke hoërondewysinstelling geselekteer te word sodra die finale kurrikuluminhoud en leerderuitkomst bepaal is (vgl. paragraaf 3.6.2.4).

7.2.3.7 Die assesserings- en evalueringsproses

Dit is noodsaaklik dat die opleiding van gesondheidsorgpraktisyns geassesseer word ten einde te bepaal of hul kennis en vaardighede van só 'n aard is dat hul kan aanspraak maak op veilige en wetenskaplike praktykvoering. Sowel die praktiese, as die teoretiese komponent sluit *formatiewe – oftewel deurlopende – assessering* van die individuele leerder in deur middel van werkplek-geïntegreerde evaluering, werkstukke en/of gevallestudies ten einde die vordering van die student op 'n gegewe stadium te evalueer. Die spesifieke metodes van assessering behoort egter deur die betrokke opleidingsinstansie bepaal te word. IPAS SA (2002:15) beveel 'n minimum slaagsyfer van 65% aan vir formatiewe assessering.

Die *summative – oftewel finale – assessering* van die leerder met betrekking tot prestasie ('performance') word gemeet aan die assesseringskriteria wat vooraf bepaal is. Die finale teoretiese assessering behoort deur middel van 'n skriftelike eksamen te geskied. Formele kliniese assessering ná voltooiing van die module behoort deur middel van objektiewe, gestruktureerde kliniese evaluering (OGKE) te geskied aan die hand van gestelde uitkomstekriteria. IPAS SA (2002:15) beveel 'n

minimum van 60% aan vir summatiewe assessering. Voorsiening behoort gemaak te word vir *remediëring* indien dit nodig blyk te wees (IPAS SA, 2002:15).

IPAS SA (2002:15) maak melding dat die betrokke evalueerders moet voldoen aan die 'National Requirements for Assessors'. Hierdie persone moet vakkundiges wees, en geregistreer wees by óf die SARV as 'n geregistreerde verpleegkundige of vroedvrou, sowel as aborsiesorgverskaffer, óf geregistreer wees as 'n geneesheer. Die betrokke dosent aan die spesifieke hoërondewysinstelling behoort die praktiese evaluering en diegene wat betrokke is by die evaluering, te koördineer.

Aangesien onderwysoutoriteite en die regering betrokke is by die befondsing van hoërondewys, is dit noodsaaklik dat die program wat geïmplementeer is, ook geëvalueer word (*program-evaluering*). Die evaluering behels formatiewe – oftewel deurlopende – evaluering van die program ten einde die vordering van die program op 'n gegewe stadium te evalueer, sowel as summatiewe – oftewel finale – evaluering van die program met betrekking tot prestasie ('performance') gemeet aan die doel wat gestel is vir die kurrikulum (vgl. paragrawe 3.8.3, 3.10 en 7.2.3.3). Aandag moet gegee word aan sowel positiewe as negatiewe terugvoer ten einde die program verder te ontwikkel tot voordeel van die leerder en eventueel tot voordeel van die pasiënt en die gemeenskap. Weens die omvang en aard van hierdie studie is program-evaluering eers van toepassing wanneer die kurrikulum binne die voorgestelde raamwerk ontwikkel en geïmplementeer is. Program-evaluering is dus noodsaaklik en word aanbeveel as verdere navorsing in paragraaf 7.4.

7.2.4 Die infrastruktuur en rolspelers (raam D)

Die ontwikkeling en implementering van programme – in hierdie studie spesifiek verpleegprogramme – vind nie in isolasie plaas nie. 'n Kurrikulum word kontekstueel beïnvloed en kan nie sonder meer verander word sonder dat om aandag te gee aan die konteks waarbinne kurrikulering plaasvind nie. Dit is nie slegs die behoeftes en vereistes van die onderskeie rolspelers en wetgewende liggame soos aangedui in figuur 7.1 wat in aanmerking geneem moet word nie, maar ook die nasionale en internasionale tendense wat verband hou met aborsiesorg, want hulle het almal 'n direkte impak op kurrikulumontwikkeling.

Die wysigings van bestaande wetgewing, maar ook die implementering van nuwe wetgewing en beleid op die gebied van gesondheid en die hoërondewys het 'n direkte invloed op die kurrikulumontwikkeling (raam C). Bogenoemde aanbevelings

vir programontwikkeling moet dus geskied teen die agtergrond van die vereistes van aborsiewetgewing, die Grondwet, Hoërondwyswet, die SAQA-wet en regulasies, die Onderwyswitskrif 3, asook die wetgewing binne die NQF en HEQF.

In hoofstukke 2 en 3 is die implementering en die wysiging van veral aborsiesorg- en onderwyswetgewing, maar ook ander relevante wetgewing, riglyne en protokol, asook die aard en die omvang van die onderskeie rolspelers, ondersoek (vgl. paragrawe 2.6, 2.8.2, 2.9, 3.4, 3.5 en 3.7). Op nasionale vlak is gevind dat die nodige infrastruktuur voldoende is binne die huidige politieke en ekonomiese klimaat waarbinne die dienste ingevolge die aborsiewetgewing gelewer word (vgl. paragrawe 2.8.1 en 6.2.1). Wetgewing en provinsiale beleid is reeds daargestel, gesondheidsorgfasiliteite is aangewys wat aborsiesorgdienste moet verskaf, rolspelers betrokke by aborsiesorgdienste en -opleiding is geïdentifiseer en gehaltebeheerliggame met betrekking tot opleiding is tot stand gebring.

Verskeie rolspelers is direk of indirek betrokke by aborsiesorgopleiding van verpleegkundiges om toe te sien dat die kurrikulum suksesvol geïmplementeer word. Die belangrikste rolspelers word vervolgens bespreek:

Ingevolge die Direkoraat se bepaling (vgl. paragraaf 3.4.9) dat dit hoërondwysinstellings se verantwoordelikheid is om gesondheidsorgpraktisyns in aborsiesorg op te lei, word aanbeveel dat die voorgestelde opleidingsplan geïmplementeer word by *hoërondwysinstellings* in die Wes-Kaap. Hierdie instellings is die Wes-Kaapse Kollege vir Verpleging (WKKV) vir voorregistrasie opleiding in verpleegkunde met die oog op die verkryging van 'n diploma, die Universiteit van Wes-Kaapland (UWK) vir voorregistrasie opleiding vir graaddoeleindes en die Universiteit Stellenbosch (US) vir na-registrasie en nagraadse opleiding. Die visies van die Departement van Onderwys, CHE, ETQA, die SAQA en die HEQC speel 'n belangrike rol in die kurrikulumontwikkeling en moet geakkommodeer word in enige nuwe of gewysigde program of kurrikulum.

IPAS werk saam met belanghebbendes om kliniese opleidingkurrikula en vaardigheidsontwikkelingstandaarde te ontwikkel en indiensopleiding vir diensverskaffers te verskaf met die oog op hoë kwaliteit aborsiesorgdienste. Derhalwe behoort IPAS betrek te word in die finale saamstel van die kurrikulum ten einde aborsiesorgopleiding in alle toepaslike kliniese verpleegprogramme te implementeer (vgl. paragrawe 3.4.1 en 6.2.11.1).

Elke opleidingsinstelling, hetsy 'n universiteit of 'n kollege, bepaal die opleiding vir verpleegstudente met samewerking van die beroepsraad, naamlik die SARV. Die SARV maak geen melding van aborsiesorgopleiding vir verpleegkundiges in hul regulasies of direkte nie en kursusse minder as een akademiese jaar word nie meer deur die Raad gelys nie. Die Raad noem egter dat instellings kortkursusse mag aanbied indien sodanige behoefte op nasionale of provinsiale vlak geïdentifiseer word. Daar word dus aanbeveel dat die SARV – as 'n gehalteversekeringsliggaam (ETQA) vir verpleegkwalifikasies – die finale kurrikulum akkrediteer, aangesien die betrokke kwalifikasies waarbinne aborsiesorg aangebied sal word 'complies with a registered qualification on the NQF and meets the prescribed requirements of a qualification for registration with the SANC' (SANC, 2007:3) (vgl. paragraaf 3.4.4). Die navorser beveel aan dat die Raad diegene wat aborsiesorgopleiding ontvang het, sertifiseer of lys vir statistiese doeleindes ten einde 'n opgedateerde databasis beskikbaar te hê van die aantal opgeleide verpleegkundiges in aborsiesorg en hul geografiese verspreiding in die onderskeie provinsies en streke.

Ander rolspelers wat betrokke is by aborsiesorg, naamlik die staatsgesondheidsorgfasiliteite, nie-regeringsorganisasies naamlik Marie Stopes Internasionaal, organisasies gemoeid met reprodktiewe regte, naamlik die Women's Legal Centre, asook DENOSA, behoort 'n ondersteunende rol te speel met betrekking tot die aanbieding van seminare, werksinkels, indiensopleiding en voortgesette onderrig (vgl. paragraaf 3.4).

7.3 AANBEVELINGS BETREFFENDE WETGEWING EN PROVINSIALE BELEID

Gesondheidsorgpraktisyns word ooreenkomstig bestaande wetgewing en protokol opgelei, maar ten einde 'n doeltreffende diens te kan lewer behoort die wetgewing en protokol in pas te wees met die behoeftes van diegene op wie dit van toepassing is en word aanpassings van tyd tot tyd genoodsaak.

Die Aborsiewetgewing (RSA⁽¹⁾,1996:4) bepaal dat die staat 'nie-verpligte en nie-voorskriftelike voorligting [moet] bevorder, voor en na die beëindiging van 'n swangerskap'. Dit word egter aanbeveel dat berading en/of inligting verpligtend behoort te wees vir vroue wat hul ongewenste swangerskappe wil beëindig ten einde 'n ingeligte besluit te kan neem betreffende die verdere verloop van die swangerskap. Die grondwetlikheid van laasgenoemde stelling moet egter eers bepaal word (vgl. paragrawe 5.2.1.1.3 en 5.2.1.3.3).

Protokol vir dienslewering maak dit noodsaaklik dat gesondheidsorgpraktisyns ooreenkomstig opgelei word ten einde 'n doeltreffende diens te kan lewer ingevolge Suid-Afrikaanse aborsiewetgewing en -beleid. Soos opgesom in tabel 5.15 het die studie egter bevind dat die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap se protokol (*omsendbrief H97/2000*) riglyne vir eerste trimester aborsies bevat wat:

- o geensins geïmplementeer is nie (naamlik hematokrit; bloedgroepering en Rh); of
- o steeds in gebruik is ten spyte van onlangse navorsingsbevindings wat die gebruik daarvan bevestig (gebruik van parasetamol vir effektiewe pynverligting); of
- o nie geïmplementeer is nie weens gebrek aan vaardigheid (bimanuele ondersoek); of
- o nie in die protokol beskryf is nie, maar as roetine-prosedures uitgevoer word (ultrasonografie); of
- o nie ingesluit is in die protokol nie, maar 'n behoefte vir die opleiding en uitvoer daarvoor is (inplasing van IUT) (vgl. paragrawe 5.2.1.1.2, 5.2.1.1.5, 5.2.2.2, 6.2.6.2, 6.2.8.2, 6.2.8.4 en 6.2.11.2).

Die protokol is sedert 2000 nog nie hersien nie en derhalwe beveel die navorser aan dat die bevindinge van hierdie studie beskikbaar gestel word aan die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap ten einde hierdie protokol te hersien en die riglyne moontlik aan te pas, gegrond op die resultate van hierdie studie.

7.4 AANBEVELINGS MET BETREKKING TOT VERDERE NAVORSING

Weens die fokus van hierdie studie en die spesifieke doelwitte wat gestel is, is noodwendig beperkings gestel aan die omvang van die studie. Leemtes is geïdentifiseer wat 'n implikasie het vir verdere navorsing op hierdie gebied. Derhalwe word die volgende aanbeveel:

4.1 Die implementering van 'n *formele program aan die hand van die voorgestelde opleidingsraamwerk behoort ná die voltooiing van die eerste aanbieding geëvalueer*, hersien en aangepas te word met betrekking tot die programinhoud, leeruitkomste, aanbiedingsmetodes en assesseringsmetodes ten einde beperkinge en leemtes in die program te identifiseer. Die doel hiervan is nie alleen om die lewensvatbaarheid van die aanvanklike opleidingsraamwerk te bevestig nie, maar ook met die oog op uiteindelijke gehalte opleiding vir verpleegkundiges aan hoëronderrysinstellings. Indien programvernuwing genoodsaak word, behoort dit gebaseer te word op 'n deeglike situasie- en behoefte-analise.

4.2 Weens die doelwitte wat vir hierdie studie gestel is, is slegs die aangewysde staatsgesondheidsorgfasiliteite in die Wes-Kaap ingesluit in die studie. Diegene wat

nie aborsiesorgdienste aanbied nie se dienste word uitgekonnekteer na nie-regeringsorganisasies, onder andere Marie Stopes Internasionaal. Verdere navorsing behoort gedoen te word om *aborsiesorgdienste by staatsgesondheidsorgfasiliteite te vergelyk met dié van nie-regeringsorganisasies* betreffende die omvang, kwaliteit, infrastruktuur, integrasie en desentralisasie van dienste (vgl. paragrawe 1.1.4, 5.2.1.1.1 en 6.2.2.1).

4.3 Die *Reproductive Health Training Directory 1999* (Health Systems Trust, 2008:1) het dit ten doel gestel om 'n *omvattende, opgedateerde databasis van alle opleidingsinisiatiewe wat gemoeid is met reprodktiewe gesondheid in Suid-Afrika* te voorsien, maar is egter sedert die implementering daarvan nooit opgedateer nie. Hierdie databasis is waardevol vir enige navorsing betreffende reprodktiewe dienste en die navorser beveel aan dat 'n intensiewe studie onderneem word ten einde die genoemde databasis op te dateer, of dat 'n soortgelyke databasis saamgestel en voortdurend opgedateer word (vgl. paragrawe 3.4.6 en 3.5).

4.4 'n Kwalitatiewe studie betreffende die *omvang en werksomstandighede van alle verpleegkundiges wat aborsiesorgopleiding voltooi het* sedert die implementering van aborsiewetgewing, behoort deurlopend gedoen te word, aangesien hulle waardevolle inligting kan verskaf met die oog op uiteindelijke gehalte opleiding vir verpleegkundiges aan hoërondewysinstellings.

4.5 Dit blyk dat vroue in die algemeen nie die klinieke besoek vir opvolgkontrasepsie nie. Die navorser beveel aan dat intensiewe navorsing gedoen moet word met betrekking tot die *effektiwiteit van gesinsbeplanningsdienste* wat tans gelewer word by vlak een fasiliteite (vgl. paragrawe 2.3.2, 3.5.2, 3.5.3, 5.2.1.1.2, 5.2.1.1.5, 5.2.1.2.4, 5.2.1.3.2, 5.2.2.4 en 6.2.6.3, asook tabel 5.14).

4.6 In die lig van die huidige probleme wat ondervind word by gesinsbeplanningsklinieke weens die hoë werklading en vroue wat nie terugkeer vir opvolgkontrasepsie nie, blyk dit dat die inplasing van die IUT op die langtermyn beide koste- en tydeffektief sal wees. Verdere navorsing betreffende die *uitwerpingtendens van die IUT en risiko vir infeksie* indien dit direk post-operatief ingeplaas word, is egter noodsaaklik (vgl. paragrawe 3.5.1, 5.2.1.1.5, 5.2.1.3.3, 6.2.8.4, asook tabel 5.14).

4.7 Dit is nie duidelik of die hoë voorkoms van MIV/VIGS 'n bydraende rol speel in die hoë aantal aborsies op versoek nie. Volgens Althaus (2000:3) is amper 13 000 wettige aborsies uitgevoer binne die eerste ses maande nadat die wet in 1997 geïmplementeer is. Die navorser beveel aan dat verder studies gedoen word om *die verband tussen MIV en aborsies op versoek* te bestudeer.

7.5 SAMEVATTING

Verskeie aanbevelings is gemaak met betrekking tot aborsiesorgopleiding ten einde gehalte aborsiesorg ingevolge aborsiewetgewing te verseker. Hierdie aanbevelings vorm die basis van die navorser se opleidingsraamwerk vir verpleegkundiges in aborsiesorg aan hoërondewysinstellings. Die einddoel van die opleidingsraamwerk wat deur hierdie studie voorgestel is impliseer dat fasilitering van leer moet plaasvind ten einde die leerder met kennis en vaardighede te bemagtig om sodoende veilige aborsiesorg te lewer.

Die implementering van aborsiesorgopleiding in verpleegprogramme, hetsy vir diploma- of graaddoeleindes, impliseer dat verpleegkundiges akademies bemagtig word ten einde omvattende reprodutiewe dienste te kan lewer. Die kwalifikasie open ook deure op internasionale gebied, aangesien die voorgestelde aborsiesorgopleiding gebaseer is op die WGO (WHO, 2003) en IPAS (2002) se riglyne.

Hierdie studie het dus hopelik 'n bydrae gelewer ten opsigte van die daarstelling van 'n opleidingsraamwerk waarbinne kurrikulering met betrekking tot aborsiesorg kan plaasvind met die oog op opleiding vir verpleegkundiges in aborsiesorg, aangesien geen opleiding sedert die inwerkingstelling van aborsiewetgewing in 1997 nog aan hoërondewysinstellings in die Wes-Kaap geïmplementeer is nie.

BRONNELYS

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].

Alblas M. 2008. TOP research. E-pos aan I. Smit [Intyds], 11 April.

Beskikbaar E-pos: malblas@iafrica.com

Barbosa RC, Nogueira MB & Giacheti CM. 2005. Moebius syndrome related to misoprostol (cytotec®) use as an abortifacient. *Directory of open access journals (DOAJ)*, 18(3):140-144.

Belton S. 2003. *Unsafe abortion and its prevention: who cares?*

Beskikbaar: [http://www.ibiblio.org/obl/docs/post-abortion care.htm](http://www.ibiblio.org/obl/docs/post-abortion%20care.htm). [2007, 02 Julie].

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.

Bester ME. 1995. Die bepaling van standarde vir die verloskundige praktyk. D.Cur. proefskrif (ongepubliseerd). Stellenbosch: Universiteit van Stellenbosch.

Bodenstein R. 1999. *Leeruitkomst, uitkomsgebaseerde onderwys.*

Beskikbaar: <http://sun025.sun.ac.za>. [2008, 02 Julie].

Boyd KM, Higgs R & Pinching AJ. 1997. *The New Dictionary of Medical Ethics.* London.

Braam T, Beksinska M & Edwards-Miller J. 1999. *Reproductive Health Training Directory.* Durban: Health Systems Trust.

Brink HI. 1996. *Fundamentals of research methodology for health care professionals.* Cape Town: Juta & Co. Ltd.

Buchmann EJ & Pattinson B. 2001. *Saving Mothers: Policy and Management Guidelines for Common causes of Maternal Deaths.* Pretoria: Department of Health.

Buchmann, E.J. 2002. *Guidelines for Maternity Care in South Africa. 2nd Edition*. Pretoria: Department of Health.

Burns N & Grove SK. 1987. *The practice of nursing research, conduct, critique and utilization*. Philadelphia: WB Saunders Co.

Burzelman R. 2008. Persoonlike onderhoud. 12 Februarie, Kaapstad.

Carl AE. 1995. *Teacher Empowerment through Curriculum Development: Theory into Practice*. Kenwyn: Juta & Co.

Carlson S, Kotze WJ & van Rooyen D. 2005. Experiences of final year nursing students in their preparedness to become registered nurses. *Curationis*, 28(4):69.

Castleman L & Mann C. 2002. *Manual vacuum aspiration (MVA) for uterine evacuation: Pain management (Review)*. Chapel Hill: NC, IPAS.

CharitySA. 2007. *Mosaic*.

Beskikbaar: <http://www.charitysa.co.za/mosaic.html>. [2007, 06 Junie].

Clarke E. 2000. *Abortion services in South Africa*.

Beskikbaar: <http://news.hst.org.za>. [2007, 03 Maart].

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

Crafford S. 2006. A Curriculum Framework for Consumer Learning at a Higher Education Institution. PhD (unpublished). Stellenbosch: University of Stellenbosch.

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

DENOSA. 2003. *Comment on the Choice of Termination of Pregnancy Bill, 2003*. Pretoria: DENOSA.

DENOSA. 2007. *Democratic Nursing Organisation of South Africa*. Besikbaar: http://en.wikipedia.org/wiki/Democratic_Nursing_Organisation_of_South_Africa. [2007, 09 Junie].

Denscombe M. 2003. *The Good Research Guide for small-scale social research projects. 2nd Edition*. Philadelphia: Open University Press.

Department of Education. 1997. *Education Draft White Paper 3: A Programme for the Transformation of Higher Education* (General Notice 1196 of 1997). Pretoria: Department of Education.

Department of Education. 2007. *The Higher Education Qualifications Framework (HEQF)* (Government Notice No 928 of 5 October 2007). Pretoria: Department of Education.

Department of Education. 2008. Frequently asked questions on the HEQF.
Beskikbaar: <http://www.uct.ac.za/usr/ipd/APU/NewProgReg>. [2008, 22 July].

Department of Health(1). 1997. *Guidelines for Termination of Pregnancy for Health Workers*. Pretoria: Directorate: Maternal, Child and Women's Health.

Department of Health(2). 1997. *Termination of Pregnancy Bill*.
Beskikbaar: <http://www.doh.gov.za/docs/pr/1997/html>. [2007, 20 November].

Department of Health: Western Cape. 2000. *Circular No H97/2000: Termination of Pregnancy: Policy, Guidelines and Protocols*.

Department of Health. 2003. *Saving Mothers: Second Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in South Africa 1999-2001*. Pretoria.

Department of Health(1). 2006. *Sterilization & TOP Statistics: Western Cape*. (unpublished). Cape Town: Reproductive Health.

Department of Health(2). 2006. *Saving Mothers: Third Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in South Africa 2002-2004*. Pretoria.

Department of Health(1). 2007. *Health*.
Beskikbaar: <http://www.gcis.gov.za/docs/publications/yearbook/chapter13.pdf>. [2007, 08 Junie].

Department of Health(2). 2007. *Maternal, Child and Women's Health*.

Beskikbaar: <http://www.doh.gov.za/facts/index.html>. [2007, 14 Junie].

De Pinho H & McIntyre D. 1997. *Cost Analysis of Abortions performed in the Public Health Sector*. Cape Town: Department of Community Health and University of Cape Town.

De Vos AS. 2001. *Research at Grass Roots: A primer for the caring professions*. Pretoria: Van Schaik Publishers.

Dickson-Tetteh K & Billings DL. 2002. Abortion Care Services Provided by Registered Midwives in South Africa. *International Family Planning Perspectives*, 28(3):144-150.

Die Burger . 2007. Swangerskappe volop in party Transkeise hoërskole. 21 Mei 2005.

Dolence MG. 2003. The learner-centered curriculum approach.

Beskikbaar: <http://www.mgdolence.com>. [2008, 17 Junie].

Dudley C. 2007. *Review the Abortion Bill*.

Beskikbaar: <http://www.acdp.org.za>. [2007, 03 Maart].

Dunn OJ & Clarke VA. 1974. *Applied Statistics: Analysis of Variance and Regression*. New York: Wiley and Sons.

Ekerhovd E, Radulovic N & Norström A. 2003. *Gemeprost vs Misoprostol for Cervical Priming before First Trimester Abortion: a Randomized Controlled Study*.

Beskikbaar: <http://www.greenjournal.org/cgi/content/full>. [2007, 30 Junie].

Engel J. 2005. The Christian Conscience in Modern Medicine. *Nucleus*, Autumn:15-23.

Engelbrecht P. *Diversiteit en Inklusiwiteit*.

Beskikbaar: www.sun.ac.za/IF/Taakgroep/edtg/Div. [2008, 01 Julie].

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 1997; 87:438-442.

Gebhardt S & Arends E. 2008. Standardised Maternal Guidelines for Induction of Labour with Misoprostol. *SAJOG*, April 2008:14(1):43-48.

Gertholtz L. 2004. *South Africa: Safeguarding Children's Rights to Medical Care*. Beskikbaar: http://hrw.org/english/docs/2004/07/27/safic9150_txt.htm. [2007, 21 November].

Green A. 2007. TOP statistics. E-pos aan I. Smit [Intyds], 10 April. Beskikbaar: E-pos: agreen@sanc.co.za.

Greenslade FC, Leonard AH, Benson J, Winkler J & Henderson VL. 1993. Manual Vacuum Aspiration: a Summary of Clinical and Programmatic Experience Worldwide. *Studies in Family Planning*, 25(1):64.

Health Systems Trust. *Reproductive Health Training Directory*. 1999. Beskikbaar: <http://www.hst.org.za/publications/108>. [2008, 02 Maart].

Health Systems Trust. 2000. *Workshop to review implementation of TOP Act*. Beskikbaar: <http://www.hst.org.za/news/easyprint>. [2008, 12 Maart].

Health Systems Trust: Information Department: Nywose S. 2008. Telefoniese onderhoud. Maart, 2008.

Heartbeat International. 2007. *Pregnancy Centers*. Beskikbaar: http://www.heartbeatinternational.org/worldwide_directory.asp. [2007, 06 Junie].

Henning E. 2004. *Finding your way in qualitative research*. Pretoria: Van Schaik Publishers.

Hofmeyr GJ. 2001. Induction of labour with misoprostol. *Current Opinion in Obstetrics and Gynaecology*, December 2001;13(6):577-581.

IPAS SA. 2002. *Certificate Short Course: Termination of Pregnancy and Related Reproductive Health Issues leading to Certification as a TOP provider*. IPAS.

IPAS. 2005. *Legal abortion saves lives in South Africa*.

Beskikbaar: www.ipas.org. [2007, 03 Maart].

IPAS⁽¹⁾. 2007. *IPAS in South Africa*.

Beskikbaar: www.ipas.org. [2007, 22 Junie].

IPAS⁽²⁾. 2007. *Where IPAS Works: Africa: South Africa*.

Beskikbaar: www.ipas.org/english/where_ipas_works/africa/south_africa/default.asp. [2007, 03 Junie].

IPAS. 2008. *Where IPAS Works: Africa: South Africa*.

Beskikbaar: www.ipas.org/search_Results.aspx?q=abortion+training+by+private+practitioners/south_africa/default.asp. [2008, 17 Februarie].

Jewkes R. 2000. *Abortion services in SA - a response*.

Beskikbaar: <http://news.hst.org.za>. [2007, 03 Maart].

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

Johnston WR. 2005. *South Africa: abortions and live births by province, 1997-2003*.

Beskikbaar: www.johnstonarchive.net. [2007, 03 Maart].

Jooste SM. 2007. A Curriculum Framework for Continuing Professional Development in Culinary Studies. M.Ed thesis (unpublished). Stellenbosch: University of Stellenbosch.

Khanyile T. 2005. The development of the model for recognition of prior learning for nurses in South Africa. *Curationis*, 28(4):50-56.

Kapp C. 2003. Postgraduate Portfolio (unpublished). Stellenbosch: University of Stellenbosch: Centre for Higher and Adult Education.

Kay J, Katzenellenbogen J, Fawcus S, & Karim SA. 1997. An Analysis of the Cost of Incomplete Abortion to the Public Health Sector in South Africa – 1994. *South African Medical Journal*, 87(4): 442 – 447.

Kern DE, Thomas PA, Howard DM & Bass EB. 1998. *Curriculum Development for Medical Education*. London: The Johns Hopkins University Press.

Keyser A. 2006. Laws on abortion and traditional practitioners declared invalid. *Cape Times*, August, 18, 2006:26.

Klerman LV & Klerman JA. 2002. *Abortion Health*.

Beskikbaar: <http://www.healthline.com/galecontent/abortion>. [2007, 16 Maart].

Kulier R, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng LN and Campana A. 2006. The Cochrane Collaboration: *Medical Methods for First Trimester Abortion (Review)*. Update Software, 2006. Wiley Publishers.

Legal City. 2005. *You and Your Rights: Abortion*.

Beskikbaar: <http://www.legalcity.net>. [2007, 03 Maart].

Legal Resources Centre. 2007. *Nonprofit Organisations and the Nonprofit Organisations Act*.

Beskikbaar: <http://www.paralegaladvice.org.za/docs/chap15/16.html>. [2007, 06 Junie].

Littleton LY & Engebretson JC. 2002. *Maternal, Neonatal and Women's Health Nursing*. 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.

Mabusela P. 2007. TOP: Updated stats. E-pos aan I.Smit [Intyds], 28 Maart 2007.

Beskikbaar: E-pos: Pmabusela@pgwc.gov.za.

MacNair RM. 2003. *The Nightmares of Choice: the Psychological Effects of Performing Abortions*.

Beskikbaar: <http://www.freerepublic.com/focus/f-news/973691/posts>. [2007, 06 Junie].

Maharaj P. 2004. Integrated reproductive health services: the perspectives of providers. *Curationis*, 27(1):25.

Marais T. 2007. *Abortion Values Clarification Workshops for Doctors and Nurses*. The Planned Parenthood Association of South Africa.

Marie Stopes International. 2008.

Beskikbaar:<http://www.mariestopes.org.uk/content/Home.aspx>. [2008, 16 Maart].

Miles MB & Huberman AM. 1994. *Qualitative Data Analysis: a Sourcebook of New Methods*. Beverley Hills: Sage.

Mkize LP & Uys LR. 2004. Pathways to mental health care in Kwa-Zulu-Natal. *Curationis*, 27(3):62-69.

MOSAIC: About Us.

Beskikbaar: http://www.mosaicbc.com/about_our_history.asp. [2008, 28 Januarie].

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

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 Legal Centre.

Neobirth Pregnancy Care Centre(1). 2007. *Facing a crisis pregnancy*.

Beskikbaar: <http://www.neobirth.org.za/crisis.html>. [2007, 16 Maart].

Neobirth Pregnancy Care Centre(2). 2007. *Adoption*.

Beskikbaar: <http://www.neobirth.org.za/adoption.html>. [2007, 16 Maart].

Neobirth Pregnancy Care Centre(3). 2007. *Abortion*.

Beskikbaar: <http://www.neobirth.org.za/abortion.html>. [2007, 16 Maart].

Nexus Database System: *Research Projects: Current and Completed, 1996- 2006*.

Noordwes Universiteit. 2005. *Uitkomsgebaseerde programontwikkeling aan die PUK-kampus*. Potchefstroom: Potchefstroomkampus NW Universiteit.

Ntlabezo ET, Ehlers VJ & Booyens SW. 2004. South African nurse managers' perceptions regarding cost containment in public hospitals. *Curationis*, 31(3):34- 42.

Pedro B. 2008. 'TOP'-navorsing. E-pos aan I. Smit [Intyds], 01 Februarie.

Beskikbaar: E-pos: Bpedro@pgwc.gov.za.

Pienaar A. 2006. Wette: Publiek betrek. Siekverlof en aborsie in soeklig. *Die Burger*, 26 Augustus:26.

Polit F & Hungler BP. 1993. *Essentials of Nursing Research: Appraisal and Utilization. 3rd Edition*. Pennsylvania: JB Lippincott.

Pregnancy Crisis Centres. 2007.

Beskikbaar: www.pregnancycenters.org. [2007, 06 Junie].

Rabe T, Helk J, Kiesel L, Zwick J & Runnebaum B. 1985. *Application of a new vaginal suppository prostaglandine E1-analog, gemeprostat for cervical maturation before abortion in the first trimester*.

Beskikbaar: <http://www.popline.org/docs.html>. [2007, 20 Junie].

RAU (Rand Afrikaans University). 2002. *Ethical Standards*. Auckland Park: RAU: Faculty of Education and Nursing.

Rawling MJ & Wiebe ER. 1998. Pain control in abortion clinics. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 60(3):293-5.

Rees H, Katzenellenbogen J, Shabodien R, Jewkes R, Fawcus S, McIntyre J, Lombard C & Truter H. 1997. The Epidemiology of Incomplete Abortion in South Africa. *South African Medical Journal*, 87(4):432-437.

RSA (Republic of South Africa). 1995. *South African Qualifications Authority Act, No 58 of 1995*. Pretoria: Government Printer.

RSA₍₁₎ (Republic of South Africa). 1996. *Choice on Termination of Pregnancy Act, No 92 of 1996*. Pretoria: Government Printer.

RSA₍₂₎ (Republic of South Africa). 1996. *The Constitution of the Republic of South Africa Act, No 108 of 1996*. Pretoria: Government Printer.

RSA (Republic of South Africa). 1997. *Higher Education Act, No 101 of 1997*. Pretoria: Government Printer.

RSA (Republic of South Africa). 1998. *Employment Equity Act, No 55 of 1998*. Pretoria: Government Printer.

RSA (Republic of South Africa). 2003. *National Health Act, No 61 of 2003*. Pretoria: Government Printer.

RSA (Republic of South Africa). 2004. *Choice on Termination of Pregnancy Amendment Act, No 38 of 2004*. Pretoria: Government Printer.

RSA (Republic of South Africa). 2005. *Child Act, No 38 of 2005*. Pretoria: Government Printer.

RSA (Republic of South Africa). 2008. *Choice on Termination of Pregnancy Amendment Act, No 1 of 2008*. Pretoria: Government Printer.

Safehaven. 2007. *What is Post-Abortion Syndrome?*

Beskikbaar: <http://www.safehavenministries.com/pas2.htm>. [2007, 02 Julie].

SANC. *Nursing Act, 1978: Act No 50 of 1978, as amended*. Pretoria: Government Printer.

SANC. 1984. *Regulation No 2598 of 1984: Scope of Practice of a Registered Midwife*.

SANC. 2007. *Discontinuation of Listing of Short Courses by the South African Nursing Council.*

Beskikbaar: <http://www.sanc.org.za/newsc702.htm>. [2007, 24 April].

SANC. 2008. *About South Africa. Health.*

Beskikbaar: <http://www.info.gov.za/aboutsa/health.htm>. [2008, 17 February].

SAQA. 2000. *The National Qualifications Framework and Curriculum Development.*

Pretoria: SAQA.

SAQA. 2007. *Qualification for public comment.*

Beskikbaar: <http://www.saqa.org.za>. [2007, 26 October].

SARV. *Regulasie Nr. 425 van Februarie 1985, soos gewysig: Regulasies betreffende die goedkeuring van en die minimum vereistes vir die opleiding en onderrig van 'n verpleegkundige (algemene, psigiatriese en gemeenskaps-) en vroedvrou wat lei tot registrasie.* Pretoria: Staatsdrukker.

SARV. *Wet op Verpleging. 2005: Wet Nr. 33 van 2005.* Pretoria: Staatsdrukker.

Schoonees PC, Swanepoel CJ, du Toit SJ & Booyen CM. 1973. *Verklarende Handwoordeboek van die Afrikaanse Taal.* Pretoria: Voortrekkerpers.

Seepe J. 2001. *Shocking abortion figures.*

Beskikbaar: <http://news.hst.org.za>. [2007, 03 Maart].

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

Slabber CF, Brummer WE, Visser AA & Zaaiman J. 1981. *Verloskunde.* Pretoria: Academica.

Smit I. 2003. 'n Evaluering van die voorkoms van perineale trauma tydens verlossings in openbare gesondheidsinstellings in die Wes-Kaap, M-tesis (ongepubliseerd). Stellenbosch: Universiteit Stellenbosch.

Stein J. 2000. *Safe abortions still unavailable to many.*

Beskikbaar: <http://www.health-e.org.za>. [2007, 03 Maart].

Steyn W. 2008. 'TOP' navorsing. E-pos aan I Smit [Intyds], 05 Februarie.

Beskikbaar: E-pos: dws@sun.ac.za

Stubblefield PG. 1989. Control of pain for women undergoing abortion. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, (3):131-40.

Stuebe A . 2005. *Abortion Health.*

Beskikbaar: <http://www.healthline.com/adamcontent/abortion>. [2007, 16 Maart].

Sweet BR. 2003. *Maye's Midwifery. A Textbook for Midwives. 12th Edition.* New Yorkshire: Elsevier Science Ltd.

Thom A. 2003. *Abortion – six years later.*

Beskikbaar: <http://www.ipas.org>. [2003, 18 September].

Thom A. 2006. *Abortion here to stay.*

Beskikbaar: <http://www.health-e.org.za/news/article>. [2007, 03 Maart].

Trueman K. 2007. TOP training. E-pos aan I.Smit [Intyds], 16 September.

Beskikbaar: E-pos: truemank@ipas.org.

Truter A. 2007. Fact sheet: Constitutional Court Ruling, August 2006 on CTOP Amendment Act, 2004. E-pos aan I. Smit [Intyds], 10 April.

Beskikbaar: E-pos: Atruter@pgwc.gov.za.

Turner N. 2001. *Pro-choice lobby joins court to defend abortion.*

Beskikbaar: <http://news.hst.org.za>. [2007, 03 Maart].

Universiteit Stellenbosch. 2004. *Reglement vir die akademiese gehalteversekering van kortkursusse.* Universiteit Stellenbosch.

Urdang L & Swallow HH. 1983. *Mosby Medical Nursing Dictionary.* St Louis: Mosby Co.

Uys HHM & Basson AA. 1991. *Navorsingsmetodologie in die Verpleegkunde*. Pretoria: HAUM.

Van der Walt S. 2006. 'n Studentgesentreerde opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyns in Noord-Kaapse plattelandse gemeenskappe. PhD (ongepubliseerd). Stellenbosch: Universiteit van Stellenbosch.

Van der Westhuizen C. 2001. *Midwives' roles in expanding access to and the management of safe abortion care*. Pretoria: University of Pretoria.

Varkey SJ. 2000. Abortion Services in South Africa: Available yet not accessible to all. *International Family Planning Perspectives*, 26(2):87-88.

Varkey SJ & Fonn S. 1999. Termination of Pregnancy. Chapter 26. *South African Health Review* .

Beskikbaar: <http://www.legacy.hst.org.za/sahr/chap29.htm>. [2008, 02 Maart].

Visser E. 2007. 'TOP' navorsing, e-pos aan I.Smit [Intyds], 5 Desember 2007.

Beskikbaar: E-pos: cevisser@vodamail.co.za

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

Wiebe ER, Trouton KJ & Savoy E. 2005. Intra-cervical versus intravenous fentanyl for abortion. *Human Reproduction*, 20(7):2025-2028.

Wood K, Jewkes R & Maepa J. 2007. *Barriers tot effective contraceptive use among teenagers in the Northern Province*. Women's Health and Medical Research Council.

BYLAE 1

**DEPARTEMENT VAN GESONDHEID: WES-KAAP
FASILITEITSLYS**

**DESIGNATED FACILITIES FOR SURGICAL TERMINATION OF PREGNANCY
DEPARTMENT OF HEALTH: WESTERN CAPE PROVINCE**

#	FACILITY	CONTACT	ADDRESS	TEL	FAX	On Line?
STATE FACILITIES PER REGION						
ASSOCIATED ACADEMIC HOSPITALS / SUPRA-REGIONAL FACILITIES:						
1	Groote Schuur Hospital		Observatory, 7925	021-404 4488	021-448 6921	Yes *
2	Tygerberg Hospital	Sr Engel	Private Bag X3, Tygerberg, 7505	021-938 9209	021-931 6595	Yes *
METROPOLE REGION:						
3	False Bay Hospital	NSM	P/Bag Valley Land, 7978 Fish hook	021-7821121	021-7822306	Yes
4	Eerste River Hospital (11/4/02)	Ms M Strydom Sr Janet Fielies	PO Box 88, Eerste River, 7103	021-902 8000	021-531 0757	Yes (03)
5	G F Jooste Hospital	Ms Brown	P/Bag, Mannenberg, 7767	021-690 1000	021-691 7962	Yes *
6	Hottentots Holland Hospital	MS/NSM.	P/Bag X2, Somerset West, 7130	021-852 1334	021-852 5392	Yes *
7	Karl Bremer Hospital	MS/NSM	P/Bag, Karl Bremer, Parow, 7500	021-918 1911	021-948 6609	Yes *
8	Somerset Hospital	Ms Henkeman	P/Bag, Green point, 8051	021-402 6911	021-402 6000	Yes *
9	Victoria Hospital	NSM	P/Bag X2, Plumstead, 7800	021-799 1111	021-762 7814	Yes *
10	Wesfleur Hospital	Dr Buys	Westfleur Circle, Atlantis, 7349	021-571 8040	021-572 4420	Yes 06/02
11*	Michael Mapongwana CHC	Dr Harding	Steve Biko Rd, Harare, Khyalitsha, 7784	021-361 3356	021-363 2464	Yes
12*	Mitchell's Plain CHC	Sr-in-Charge	Eastridge, Mitchell's Plain, 7785	021 392 5161	(021) 3912803	Yes
13	2 Military Hospital	Lt Col R Hill	Private Bag X4, Wynberg, 7824	021-469 2118	021-469 2398	Yes
13	Designated Facilities			Providing Services		13/13
WEST COAST/WINELANDS REGION						
14	Clanwilliam Hospital					Yes
15	Citrusdal Hospital	MS/NSM	P/Bag, Citrusdal, 7340	022-9212153	022-9212153	Yes 11/01
16	Lapa Munnik Hospital	MS/NSM.	Porterville, 6810	02623-2140		Yes (05)
17	Paarl Hospital	Dr Wallish	P/Bag, Paarl, 7620	021-8721711	021-8724841	Yes *

#	FACILITY	CONTACT	ADDRESS	TEL	FAX	On Li
18	Radie Kotze P A Hospital	Ms Du Toit	P/Bag X9, Piketberg, 7320	022-9131175	022-9131858	Yes
19	Stellenbosch Hospital	Mrs. De Villiers	P/Bag 5027, Stellenbosch, 7600	021- 887 0310	021-886 5454	Yes *
20	Swartland Hospital	MS/NSM	P/Bag X2, Malmesbury, 7330	022-4821161	022 4821505	Yes 5/0
21	Vredenburg Hospital	MS/NSM	P/Bag, Vredenburg, 7380	022-7131 261	022-7133 423	Yes
22	Vredendal Hospital	Sr. W Loubser	P/Bag X21, Vredendal, 8160	027-12039	027-133706	Yes
9	Designated Facilities			Providing Services		9/9
BOLAND/OVERBER REGION						
23	Caledon Hospital	MS/NSM	P/Bag X025, Caledon, 7230	028-2121070	028-2121294	Yes
24	Ceres Hospital	MS/NSM	P/Bag, Ceres, 6835	0233-21116	0233-61135	Yes 11
25	Eben Donges Hospital	Dr Schumann	P/Bag X3058, Worcester, 6859	023-3421070	023-3474111	Yes *
26	Hermanus Hospital	MS/NSM	P/Bag X02, Hermanus, 7200	0283-21166	0283-24006	Yes *
27	Montagu Hospital	MS/NSM.	P/Bag, Montagu, 6720	0234-41660	(0234)-42704	Yes 08
28	Otto Du Plessis Hospital	MS/NSM	P/Bag 10, Bredasdorp, 7280	0284-41167	02841-51239	Yes
29	Robertson Hospital	MS/NSM	P/Bag 617, Robertson, 6705	02351-3155	02351-61727	Yes 05
30	Swellendam Hospital	NSM: Ms Hoving	P/Bag, Swellendam, 6740	083 629 3264 028-514 1142	028 514-2504	Yes (0
31*	Empilisweni CHC	MS Eben Donges	C/O Eben Donges Hospital	(023) 3421070	(023) 3474111	Y at El
32*	Grabouw CHC	Sr. S Le Roux	CHC, Grabouw, 7160	021-859 3337	021-859 5235	Yes
	Designated Facilities			Providing Services		10/10
SOUTH CAPE/KAROO REGION:						
34	Beaufort West Hospital	MS/NSM	P/Bag 549, Beaufort West, 6970	0201-2188	0201-2466	Yes 11
35	George Hospital	MS/NSM.	P/Bag 6534, George, 6530	044-8745122	044-8745017	Yes * /
36	Knysna Hospital	MS or Sr. Hans	P/Bag X15, Knysna, 6570	044-382 6666	044 382 3733	Yes
37	Ladismith Hospital	MS/NSM	P/Bag 214, Ladismith, 6885	028-5511010	028-5511555	No
38	Mossel Bay Hospital	NSM	P/Bag X34, Mossel Bay, 6500	044-6912011	044-6912001	Yes *
39	Oudtshoorn Hospital	Dr Ruschenbaum	P/Bag, Oudtshoorn, 6620	044-272 8921	044-279 2757	Yes *
40	Riversdal Hospital	MS/NSM	P/Bag X421, Riversdal, 6770	02933-32445	02933-32010	No
41	Prins Albert Hospital					Yes (0
42 *	Heidelberg CHC	Sr. in charge		(02934) 21441		No

#	FACILITY	CONTACT	ADDRESS	TEL	FAX	On Line?
9	Designated Facilities			Providing Services		6/9

NGO & PRIVATE FACILITIES:						
1	Marie Stopes CT	Ms Val Trubie	Medical Center, Adderley Str. CT	422 4660/1/2/3	021-418 0590	Yes *
2	Marie Stopes Wynberg	Ms Val Trubie	Station Road, Wynberg	021-762 6468	021-422 4665	Yes
3	Mosaic (17/01/03)	Ms R Muller	66 Ottery Road, Ottery, 7800	021-761 7585	021-761 7584	Yes
4	Bay View (Mossel Bay)		C/O Alfoff Ave/Ryktulbagh Str. MB	044-6913718	044-6913717	Yes *
5	Brackenfell		Jeanette Street, Brackenfell	021-981 4547	021-946 4030	No
6	Broad Road Surgical	Ms Cornelisen	Broad Road, Wynberg	021-797 2986	021-797 2990	Yes *
7	Cape Anaesthetic Clinic		421 Medical Center, Adderley Str. CT,	021-425 2900	021-419 0246	Yes *
8	Cape Town Medi-Clinic	Ms A Greeff	21 Hof Street, Gardens CT	021-464 5500	021-464 5501	Yes *
9	City Park		181 Longmarket Street, Cape Town	021-480 6111	021-426 0826	Yes *
10	N1 City	Ms A Greeff	L Rothman Street, Goodwood	021-590 4444	021-595 2304	Yes *
11	Claremont Private Hospital	Sandra Retief	Wildernes Road, Claremont	021-670 4300	021-683-5138	No
12	Constantiaberg Medi-Clinic		Burnham Way, Plumstead	021-799 2911	021-797 1107	Yes *
13	Durbanville Med-Clinic	Ms Estelle Smuts	45 Wellington Road, Durbanville	021-980 2162	021-975 1880	Yes *
14	Kingsbury		Wildernes Road, Claremont	021-670 4000	021-683 5138	Yes *
15	Lambrecht Clinic (George)		C/O York Str/Gloucester Ave, George	044 874 6770	044-874 0932	No
16	Libertas Hospital	Ms Brodrick	Libertas Center, Voortrekker Rd. GW	021-591 1151	021-591 8469	Yes *
17	Louis Leipoldt		Broad Way, Bellville	021-946 1170	021-948 7100	Yes *
18	Hermanus Medi-Clinic					Yes 02
19	Jan S Marais		Blanckenbueg Street, Bellville	021-948 8131	031-946 4030	Yes *
20	Milnerton Medi-Clinic	Ms Legrange	Race Course Way, Milnerton	021-551 5222	021-551 5232	Yes *
21	Mitchell's Plain Medi-Clinic		MP Med, Center, Symphony/Wig, MP	021-392 3126	021-392 0119	Yes *
22	Newlands Surgical	Ms Silversen	PickNPay Center, Main Rd. Newlands	021-683 1220	021-618 3738	Yes *
23	Panorama		Rothchild Blvd., Panorama	021-938 2111	021-938 2146	Yes *
24	UCT Private Clinic					Yes (04)

25	Southern Cross (Wynberg)		Maynard Road, Wynberg, 7800	021 799 3000	021-799 3111	Yes *
26	Vergelegen Medi-Clinic	Ms Louw	Top of Main Street, Somerset West	021-850 9000	021-850 9040	Yes *
27	Paarl Medi-Clinic	Mrs. v Zyl	Berlyn Street, Paarl	021-871-1330	021-871 1815	Yes *
28	Stellenbosch Medi-Clinic		Trumali Bld. Strand Rd. Stellenbosch	021-887 6880	021-887 0908	Yes **?
29	West Coast Private Hospital	Ms J Du Plessis	PO Box 1032, Vredenburg, 7380	022-719 1030	022- 719 1037	No
30	Worcester Medi-Clinic	Matron	67 Fairburn Street, Worcester	023-342 6410	023-342 7951	Yes?
	Designated NGO/Private	30		Providing Services		21

NB! Note: On line? = Is the facility providing a TOP service? * In this column = Also providing 2nd Trimester TOP's

SUMMARY

DESIGNATED TOP FACILITIES:

DESIGNATED TOP FACILITIES PROVIDING SERVICES:

# Designated State Hospitals	36	# State Hospitals Providing Service: (Conradie Closed)	32	89% (32/36)
# Designated CHCs	5	# CHCs Providing Service:	4	80% (4/5)
Sub-Total: Designated State Facilities	41	Sub-Total: State Facilities Providing Services	38	92% (38/41)
# Designated NGOs	3	# NGOs Providing Service:	3	100% (3/3)
# Designated: Private Facilities	27	# Private Facilities Providing Service:	21	67% ((21/27)
Sub-Total: Designated Private and NGO Facilities	30	Sub-Total: Private and NGO Facilities	24	78% (24/30)
DESIGNATED: TOTAL	71	TOTAL	62	87% (62/71)

All Maternity Facilities are now automatically approved in terms of the CTOP Amendment Act

Outstanding Applications:

Abbreviations: MS: Medical Superintendent
NSM: Nursing Service Manager
P A: Provincially Aided
CHC: Community Health Centre
MOU: Midwifery Obstetrical Unit

Updated: 25/05/06

TOP/Designated Facilities/ma

Wes-kaap streke		Gesondheidsfasiliteite
1. Supra-streek	Vlak 1 = 0	-
	Vlak 2 = 0	-
	Vlak 3 = 2	Groote Schuur Hospitaal Tygerberg Hospitaal
2. Metropool	Vlak 1 = 6	Valsbaai Hospitaal (Plumstead) Eersterivier Hospitaal Wesfleur Hospitaal (Atlantis) Michael MapongwanaCHC (Kaylelitsha) Mitchell's Plain CHC Militêre Hospitaal 2
	Vlak 2 = 5	GF Jooste Hospitaal (Manenberg) Hottentots Holland Hospitaal (S/Wes) Karl Bremer Hospitaal Somerset Hospitaal (Groenpunt) Victoria Hospitaal (Wynberg)
	Vlak 3 = 0	-
3. Weskus/Wynlandstreek	Vlak 1 = 8	Clanwilliam Hospitaal Citrusdal Hospitaal LAPA Munnik Hospitaal (Porterville) Radie Kotze Hospitaal (Piketberg) Stellenbosch Hospitaal Swartland Hospitaal (Malmesbury) Vredenburg Hospitaal Vredendal Hospitaal
	Vlak 2 = 1	Paarl Hospitaal
	Vlak 3 = 0	-
4. Boland/Overberg streek	Vlak 1 = 9	Caledon Hospitaal Ceres Hospitaal Hermanus Hospitaal Montaque Hospitaal Otto du Plessis Hospitaal (Bredasdorp) Robertson Hospitaal Swellendam Hospitaal Empilisweni CHC (Worcester) Grabouw CHC
	Vlak 2 = 1	Eben Donges Hospitaal (Worcester)
	Vlak 3 = 0	-
5. Suid-Kaap/Karoo streek	Vlak 1 = 8	Beaufort-Wes Hospitaal Knysa Hospitaal Alan Blyth Hospitaal (Ladismith) Mosselbaai Hospitaal Oudtshoorn Hospitaal Riversdal Hospitaal Prins Albert Hospitaal Heidelberg CHC
	Vlak 2 = 1	George Hospitaal
	Vlak 3 = 0	-

BYLAE 2

**EWEKANSIGE, GESTRATIFISEERDE, NIE-PROPORSIONELE
STEEKPROEFNEMING VAN DIE
GESONDHEIDSORGFASILITEITE**

**Ewekansige, gestratifiseerde, nie-proporsionele steekproefneming van die
gesondheidsfasiliteite met behulp van EXCEL**

EEK	VLAK1	RANDOM	VLAK2	RANDOM	VLAK3	RANDOM
E		1 0.95653954	GF	1 0.77842883		
MMC		1 0.78867598	K	1 0.467302273		
M		1 0.74215827	S	1 0.394348889		
W		1 0.74188334	V	1 0.260836623		
MP		1 0.52185629	H	1 0.05655842		
V		1 0.06521285				
SM		1 0.94035879	P		1	
RK		1 0.82328757				
WWC		1 0.77905928				
LM		1 0.85657927				
VR		1 0.60803732				
S		1 0.21525276				
CI		1 0.10824516				
V		1 0.07785245				
CA		1 0.98933457	E		1	
P		1 0.94514815				
H		1 0.85866824				
CA		1 0.63917805				
S		1 0.56958051				
R		1 0.46931216				
M		1 0.41152919				
G		1 0.37203178				
OP		1 0.1634734				
R		1 0.71596169	G		1	
K		1 0.86028018				
P		1 0.5879357				
M		1 0.54524703				
O		1 0.4720092				
A		1 0.24534993				
H		1 0.228156				
B		1 0.10904222				
					T	1 0.442225
					G	1 0.262039
		31		8		2 41

Wes-kaap streke		Gesondheidsfasiliteite
1. Supra-streek (SS)	Vlak 1 = 0	-
	Vlak 2 = 0	-
	Vlak 3 = 2	Groote Schuur Hospitaal (G) Tygerberg Hospitaal (T)
2. Metropool (M)	Vlak 1 = 6	Valsbaai Hospitaal (Plumstead) (V) Eersterivier Hospitaal (E) Wesfleur Hospitaal (Atlantis) (W) Michael MapongwanaCHC (Kaylelitsha) (MMC) Mitchell's Plain CHC (MP) Militêre Hospitaal 2 (M)
	Vlak 2 = 5	GF Jooste Hospitaal (Manenberg) (GF) Hottentots Holland Hospitaal (S/Wes) (HH) Karl Bremer Hospitaal (K) Somerset Hospitaal (Groenpunt) (S) Victoria Hospitaal (Wynberg) (V)
	Vlak 3 = 0	-
3. Weskus/Wynlandstreek (WW)	Vlak 1 = 8	Clanwilliam Hospitaal (C) Citrusdal Hospitaal (CI) LAPA Munnik Hospitaal (Porterville) (LM) Radie Kotze Hospitaal (Piketberg) (RK) Stellenbosch Hospitaal (S) Swartland Hospitaal (Malmesbury) (SM) Vredenburg Hospitaal (V) Vredendal Hospitaal (VR)
	Vlak 2 = 1	Paarl Hospitaal (P)
	Vlak 3 = 0	-
4. Boland/Overberg streek (BO)	Vlak 1 = 9	Caledon Hospitaal (CA) Ceres Hospitaal (C) Hermanus Hospitaal (H) Montaque Hospitaal (M) Otto du Plessis Hospitaal (Bredasdorp) (OP) Robertson Hospitaal (R) Swellendam Hospitaal (S) Empilisweni CHC (Worcester) (E) Grabouw CHC (G)
	Vlak 2 = 1	Eben Donges Hospitaal (Worcester) (E)
	Vlak 3 = 0	-
5. Suid-Kaap/Karoo streek (SK)	Vlak 1 = 8	Beaufort-Wes Hospitaal (B) Knysa Hospitaal (K) Alan Blyth Hospitaal (Ladismith) (A) Mosselbaai Hospitaal (M) Oudtshoorn Hospitaal (O) Riversdal Hospitaal (R) Prins Albert Hospitaal (P) Heidelberg CHC (H)
	Vlak 2 = 1	George Hospitaal (G)
	Vlak 3 = 0	-

BYLAE 3

**VRAELYS VIR VROUE WAT ABORSIES EN BERADING
ONTVANG HET**

Geagte Me

Ek is 'n nagraadse student aan die Universiteit Stellenbosch en tans besig met 'n navorsingsprojek om die aborsiesorgdienste in staatsgesondheidsorgfasiliteite in die Wes-Kaap te ondersoek.

Ek sal dit waardeer indien u die vraelys voltooi. Die sukses van hierdie studie word grootliks bepaal deur u terugvoer. U word dus versoek om die korrekte inligting te verskaf, asook u eerlike mening te gee op die verskeie vrae. Alle inligting is vertroulik en sal slegs vir navorsingsdoeleindes gebruik word.

Hierdie vraelys behoort nie langer as 10 minute te neem om te voltooi nie.

Dankie vir u samewerking.

Die Navorser.

Ilze Smit.

Dear Ms

I am a postgraduate student at the University of Stellenbosch and currently doing a research project regarding abortion care services in state health facilities in the Western Cape.

I will appreciate it if you could complete this questionnaire. The success of this project depends to a great extent on your feedback. You are requested to give correct information, as well as your honest opinion on the various questions. All information is confidential and will be used for research purposes only.

This questionnaire will not take longer than 10 minutes to complete.

Thank you for your cooperation.

The Researcher

Ilze Smit.

DEELNEMERINLIGTINGSBLAD EN -TOESTEMMINGSVORM

TITEL VAN DIE NAVORSINGSPROJEK:

'n Opleidingsraamwerk gerig op gehalte aborsiesorg vir verpleegkundiges aan hoërondewysinstellings in die Wes-Kaap.

VERWYSINGSNOMMER:

DOH:2007/RP90

NAVORSER:

I Smit

ADRES:

Departement Verpleegkunde
Fakulteit Gesondheidswetenskappe
Tygerberg

KONTAKNOMMER:

(s) 083 287 6372

Geagte Me

U word genooi om deel te neem aan 'n navorsingsprojek. Lees asseblief hierdie inligtingsblad op u tyd deur aangesien die besonderhede van die navorsingsprojek daarin verduidelik word. Indien daar enige deel van die navorsingsprojek is wat u nie ten volle verstaan nie, is u welkom om die navorsingspersoneel daarvoor uit te vra.

Dit is baie belangrik dat u ten volle moet verstaan wat die navorsingsprojek behels en hoe u daarby betrokke kan wees. U deelname is ook **volkome vrywillig** en dit staan u vry om deelname te weier. U sal op geen wyse negatief beïnvloed word indien u sou weier om deel te neem nie. U mag ook te eniger tyd aan die navorsingsprojek onttrek, selfs al het u ingestem om deel te neem.

Hierdie navorsingsprojek is deur die Etiese Komitee en Senaat van die Universiteit van Stellenbosch goedgekeur en sal uitgevoer word volgens die Etiese Riglyne en Beginsels gegrond op Uys en Basson (1991:106) se Grondbeginsels van Kliniese Etiek, sowel as Etiese Standaarde van Verpleegnavorsing soos beskryf deur DENOSA (1998).

Wat behels hierdie navorsingsprojek?

- Hierdie navorsingsprojek word uitgevoer in verskeie staatsgesondheidsfasiliteite in die Wes-Kaap wat deur die navorsingspan geselekteer is. Die totale aantal deelnemers hang af van die aantal vroue wat die fasiliteit op die betrokke dae besoek.
- Die doel van hierdie navorsing is om die opleiding en die kwaliteit van aborsiesorg deur geregistreerde verpleegkundiges en vroedvroue wat die voorgestelde opleiding voltooi het, in die Wes-Kaap te ondersoek en 'n opleidingsraamwerk vir hoërondewysinstellings te ontwikkel met die oog op gehalte opleiding en kwalifikasies vir verpleegkundiges in aborsiesorg.

Wat sal my verantwoordelikhede wees?

- U word versoek om geen vrae uit te laat nie en al die vrae eerlik te beantwoord.
- U word versoek om die vraelys vir die navorser te oorhandig na voltooiing daarvan.

Sal ek voordeel trek deur deel te neem aan hierdie navorsingsprojek?

- o Daar is geen persoonlike voordele om aan hierdie projek deel te neem nie.

Is daar enige risiko's verbonde aan deelname aan hierdie navorsingsprojek?

- o Daar is geen risiko's verbonde aan u deelname nie.

Wie sal toegang hê tot u mediese rekords?

- o Die versamelde inligting sal vertroulik hanteer sal word. U sal anoniem bly indien die inligting gebruik sou word vir 'n publikasie.

Sal ek betaal word vir deelname aan die navorsingsprojek en is daar enige koste verbonde aan deelname?

- o U sal nie betaal word vir deelname aan die navorsingsprojek nie. Deelname aan die navorsingsprojek sal u ook niks kos nie.

Is daar enigiets anders wat ek moet weet of doen?

- o U kan Mev I Smit kontak by tel 083 287 6372 indien u enige verdere vrae het of enige probleme ondervind.

VERKLARING DEUR DEELNEMER

Met die ondertekening van hierdie dokument onderneem ek,, om deel te neem aan 'n navorsingsprojek getiteld ' *'n Opleidingsraamwerk gerig op gehalte aborsiesorg vir verpleegkundiges aan hoëronderwysinstellings in die Wes-Kaap.*'

Ek verklaar dat:

- o ek hierdie inligtings- en toestemmingsvorm gelees het of aan my laat voorlees het en dat dit in 'n taal geskryf is waarin ek vaardig en gemaklik mee is;
- o ek geleentheid gehad het om vrae te stel en dat al my vrae bevredigend beantwoord is;
- o ek verstaan dat deelname aan hierdie navorsingsprojek **vrywillig** is en dat daar geen druk op my geplaas is om deel te neem nie;
- o ek te eniger tyd aan die navorsingsprojek mag onttrek en dat ek nie op enige wyse daardeur benadeel sal word nie; en
- o ek gevra mag word om van die navorsingsprojek te onttrek voordat dit afgehandel is indien die navorser van oordeel is dat dit in my beste belang is, of indien ek nie die ooreengekome navorsingsplan volg nie.

Geteken te (*plek*) op (*datum*) 2007/2008.

Handtekening van deelnemer.....Handtekening van getuie.....

VERKLARING DEUR NAVORSER

Ek (*naam*) verklaar dat:

- o ek die inligting in hierdie dokument verduidelik het aan
- o ek haar aangemoedig het om vrae te vra en voldoende tyd gebruik het om dit te beantwoord;
- o ek tevrede is dat hy/sy al die aspekte van die navorsingsprojek soos hierbo bespreek, voldoende verstaan; en
- o ek 'n tolk gebruik het/nie 'n tolk gebruik het nie. (*Indien 'n tolk gebruik is, moet die tolk die onderstaande verklaring teken.*)

Geteken te (*plek*) op (*datum*) 2007/2008.

Handtekening van navorser.....Handtekening van getuie.....

VERKLARING DEUR TOLK

Ek (*naam*) verklaar dat:

- o ek die navorser (*naam*) bygestaan het om die inligting in hierdie dokument in Engels/Afrikaans/Xhosa aan (*naam van deelnemer*) te verduidelik;
- o ek haar aangemoedig het om vrae te vra en voldoende tyd gebruik het om dit te beantwoord;
- o ek 'n feitlik korrekte weergawe oorgedra het van wat aan my vertel is; en
- o ek tevrede is dat die deelnemer die inhoud van hierdie dokument ten volle verstaan en dat al haar vrae bevredigend beantwoord is.

Geteken te (*plek*) op (*datum*) 2007/2008.

Handtekening van tolk.....Handtekening van getuie.....

INSTRUKSIES / INSTRUCTIONS :

1. Beantwoord asseblief al die vrae/
Please answer all the questions.
2. Omkring die toepaslike antwoord(e) OF voltooi die vrae waar aangedui/
Encircle the appropriate answer(s) OR complete the questions as indicated .

A. Algemene inligting / general information**1. In watter ouderdomsgroep is u? / In which age group are you?**

- 1 jonger as 11 / *younger than 11*
- 2 11-15
- 3 16-20
- 4 21-25
- 5 26-30
- 6 31-35
- 7 36-40
- 8 ouer as 40 / *older than 40*

2. Huidige huwelikstatus (omkring een) / present marital status (encircle one)

- G getroud / *married*
- WS woon saam / *living together*
- E enkellopend / *single*
- GS geskei / *divorced*
- W weduwee / *widow*

3. Ras / race

- A Asiër / *Asian*
- B Blank / *White*
- K Kleurling / *Coloured*
- S Swart / *Black*

4. Aan watter kerk behoort u? / What church do you belong to?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> C Christen / <i>Christian</i> | <input type="checkbox"/> J Jehova getuies / <i>Jehovah witness</i> |
| <input type="checkbox"/> K Katoliek / <i>Catholic</i> | <input type="checkbox"/> M Moslem / <i>Muslim</i> |
| <input type="checkbox"/> M Metodis / <i>Methodist</i> | <input type="checkbox"/> O Ou Apostolies / <i>Apostolic</i> |
| <input type="checkbox"/> T Tradisioneel / <i>Traditional</i> | <input type="checkbox"/> Z Zion / <i>Zion</i> |
| <input type="checkbox"/> U Verenigde Hervormde / <i>United Reformed</i> | <input type="checkbox"/> R Hervormde Presbiteriaans / <i>Reformed Presbyterian</i> |

5. Opvoedkundige status / Educational level

- a geen / *none*
- b graad 1, 2 of 3 / *grade 1, 2 or 3*
- c graad 4, 5, 6 of 7 / *grade 4, 5, 6 or 7*
- d graad 8, 9 of 10 / *grade 8, 9 or 10*
- e graad 11 of 12 / *grade 11 or 12*
- f sertifikaat of diploma / *certificate or diploma*
- g graad / *degree*

6. Het u skool of opleidingsinstansie voorligtingsprogramme aangebied t.o.v. die voorkoming van swangerskappe? / *Did your school or educational institution present educational programmes regarding the prevention of pregnancies?*

Ja / Yes

Nee / No

7. Wat is u beroep? (kies een) / *What is your occupation? (choose one)*

H huisvrou / *housewife*

WD werk deelyds / *work part time*

WV werk voltyds / *work full time*

WL werkloos / *unemployed*

St student / *student*

S skolier / *scholar*

O ongeskiktheidstoelae / *disability grant*

8. Hoeveel kinders het u? / *How many children do you have?*.....

9. Watter stelling beskryf u verhouding die beste? (kies een) / *Which statement best describes your relationship? (choose one)*

a Ek is in 'n stabiele, langtermyn verhouding / *I'm in a stable, long term relationship*

b Nog nie lank bymekaar nie, maar die verhouding is ernstig / *not been together very long, but the relationship is serious*

c Langtermyn verhouding wat nie baie stabiel is nie / *long term relationship which isn't very stable*

d Nie tans in 'n verhouding betrokke / *not in a relationship involved at the moment*

e Ek het meer as een maat / *I have more than one partner*

B. Inligting betreffende die swangerskap / Information regarding the pregnancy

10. Watter tipe kontrasepsie het u gebruik voor die swangerskap? / *What type of contraception have you used before this pregnancy?*

G geen / *none*

P pil / *the pill*

In inspuiting / *injection*

K kondome / *condoms*

D diafragma / *diaphragm*

I intra-uteriene apparaat / *intra-uterine device*

A ander (spesifiseer) / *other (specify)*

11. Wat dink u was die rede dat u swanger geraak het? / *What do you think is the reason why you became pregnant?*

a Vergeet om pil te drink / *forgot to take the pill*

b Afspraakdatum vir volgende inspuiting vergeet / *forgot date for next injection*

c Kondome het verval / *condoms expired*

d Weet nie / *do not know*

e Geen kontrasepsie gebruik / *used no contraception*

12. Het u al 'n vorige aborsie gehad? / *Did you previously had an abortion?*

Ja / *Yes*

Nee / *No*

13. Hoe ver is u swanger? / *How far are you pregnant?*

1 minder as 9 weke / *less than 9 weeks*

2 9 – 12 weke / *9 - 12 weeks*

3 13 – 20 weke / *13 – 20 weeks*

4 meer as 20 weke / *more than 20weeks*

5 onseker / *unsure*

14. Wat was u eerste gevoelens toe u uitvind u is swanger? / *What were your initial feelings when you discovered you were pregnant?*

.....

15. Was 'n aborsie die eerste gedagte wat by u opgekom het? / *Was an abortion the first thing that came to mind?*

Ja / *Yes*

Nee / *No*

16.1. Het u 'n aborsie op 'n ander wyse as wat in 'n hospitaal gedoen word, oorweeg? / *Have you considered an alternative method of abortion than those done in a hospital?*

Ja / *Yes*

Nee / *No*

16.2 Indien 'Ja' watter ander metode het u oorweeg? / *If 'Yes' wat other method have you considered?*

.....

17. Waarom wou u hierdie swangerskap beeindig? / *Why did you want to terminate this pregnancy?*

.....

18. Dink u dat daar 'n ander uitweg is behalwe aborsie? / *Do you think there are other options except for abortion?*

Nee / *No*

Onseker / *Unsure*

Ja / *Yes*

19. Dui aan wat u as alternatief sou oorweeg. / *Indicate which you would consider as an alternative*

A aanneming / *adoption*

P pleegsorg / *foster care*

B behou die baba / *keep the baby*

G geen van bogenoemde / *none of the above*

20. Waar het u gehoor van hierdie aborsie diens? / Where did you find out about this abortion service?

- a kliniek / *clinic*
- b u ouers / *your parents*
- c vriende / *friends*
- d u vriend of eggenoot / *boyfriend or husband*
- e verwys deur 'n privaat gesondheidswerker / *referred by a health care provider*
- f ander (spesifiseer) / *other (specify)*.....

C. Inligting betreffende aborsiesorg ontvang / Information regarding abortion care received**21. Dink u dit is belangrik om voor 'n aborsie berading te ontvang? / Do you think it is important to receive counselling before an abortion?** Ja / *Yes* Nee / *No***22. Het u berading ontvang? Have you received counselling?** Ja / *Yes* Nee / *No***23. Hoe het u die berading ontvang? / How did you receive the counselling?**

- I individueel / *individual*
- G in 'n groep / *in a group*
- IP inligtingspamflet / *information pamphlet*
- NVT nie van toepassing/ *not applicable*

24. Watter van die volgende gesondheidsorgpraktisyns het vir u berading gegee? / Who of the following health care providers provided you of counselling?

- S verpleegstudent / *nursing student*
- GV geregistreerde verpleegkundige / *registered nurse*
- MW maatskaplike werker / *social worker*
- G geneesheer / *doctor*
- E enige opgeleide persoon

25. Wie sou u graag wou hê moes vir u berading gee? (kies een) / Who would you have preferred to provide you of counselling? (choose one)

- S verpleegstudent / *nursing student*
- GV geregistreerde verpleegkundige / *registered nurse*
- MW maatskaplike werker / *social worker*
- G geneesheer / *doctor*
- E enige opgeleide persoon

26. Was u ingelig met betrekking tot die volgende? / Have you been informed regarding the following?**26.1 Ander opsies bv aanneming, voogsorg, behou baba / other options eg adoption, foster care, keep baby** Ja / *Yes* Nee / *No*

26.2 Tipe aborsie / type of abortion Ja / Yes Nee / No**26.3 Emosionele gevolge / emotional consequences** Ja / Yes Nee / No**26.4 Moontlike komplikasie / possible complications** Ja / Yes Nee / No**26.5 Telefoonnommers van gesondheidsorgfasiliteite in geval van probleme / telephone numbers of health care facilities if a problem occurs** Ja / Yes Nee / No**26.6 Inligting betreffende post-aborsie berading / Information regarding post-abortion counselling** Ja / Yes Nee / No**26.7 Opvolgdatum / Follow up date** Ja / Yes Nee / No**27. Hoe sou u die berading beoordeel? / How would you evaluate the counselling?** a swak / poor b aanvaarbaar / acceptable c goed / good d baie goed / very good e uitstekend / excellent f geen ontvang / none received**28. Hoe gebruikersvriendelik is die personeel en fasiliteit waar u die aborsie ondergaan? (kies een) / How user's friendly are the personnel and facility where you are undergoing the abortion? (choose one)** a personeel onprofessioneel en diens swak / personnel unprofessional and service is poor b personeel professioneel, maar apaties, diens aanvaarbaar / personnel professional, but apathetic, service acceptable c personeel professioneel en diens is goed / personnel professional and service is good d personeel baie simpatiek, toeganklik en diens is uitstekend / personnel sympathetic, accessible and service is excellent**29. Het pre-aborsie berading u in staat gestel om 'n ingeligte en verantwoordelike besluit te neem? / Have pre-abortion counselling enabled you to make an informed and responsible choice?** Ja / Yes Nee / No**30. Is u besluit deur die betrokke gesondheidsorgpraktisyn gerespekteer? Has your decision been respected by the health care worker?** Ja / Yes Nee / No

31. Sou u sê dat u besluit om 'n aborsie te ondergaan, impulsief geneem is? / *Would you consider your decision to undergo an abortion as impulsive?*

Ja / *Yes*

Nee / *No*

Onseker / *Unsure*

32.1 Sal u hierdie fasiliteit aanbeveel vir ander? *Will you recommend this facility to others?*

Ja / *Yes*

Nee / *No*

32.2 Indien 'Ja', hoekom? / *If 'Yes', why?*

.....

32.3 Indien 'Nee', hoekom? / *If 'No', why?*

.....

33. Watter kontrasepsie gaan u gebruik na die aborsie? / *What contraception will you use after the abortion?*

P pil / *pill*

In inspuiting / *injection*

K kondoom / *condom*

I IUT / *IUD*

G geen / *none*

S sterilisasie / *sterilization*

Dankie dat u hierdie vraelys voltooi het / *Thank you for completing this questionnaire.*

BYLAE 4

**VRAELYS VIR GESERTIFISEERDE VERPLEEGKUNDIGES
WAT ABORSIESORGDIENTE VERSKAF**

Geagte Kollega

Ek is 'n PhD-student aan die Universiteit Stellenbosch en tans besig met 'n navorsingsprojek om die implementering van Wet No 92 van 1996, soos gewysig: *Keuse oor die Beeindiging van Swangerskap* met betrekking tot aborsiesorgdienste in staatsgesondheidsfasiliteite in die Wes-Kaap te ondersoek.

'n Ewekansige, gestratifiseerde steekproefneming is van al die staatsgesondheidsorgfasiliteite in die Wes-Kaap gedoen om te verseker dat die steekproef verteenwoordigend is van al die vlakke van gesondheidsorgfasiliteite in die onderskeie streke wat aborsiesorgdienste aanbied. 'n Aantal dae is geselekteer deur middel van 'n eenvoudige, ewekansige steekproefneming en al die verpleegkundiges wat aan diens is op die geselekteerde dae word in die studie ingesluit.

Ek sal dit waardeer indien u die vraelys sal voltooi. Die sukses van hierdie studie word grootliks bepaal deur u insette. U word versoek om die korrekte inligting te verskaf, asook u eerlike mening te reflekteer op die relevante vrae. Alle inligting is konfidensieel en sal slegs vir navorsingsdoeleindes gebruik word.

Hierdie vraelys behoort nie langer as 10 minute te neem om te voltooi nie.

Dankie vir u samewerking.

Die navorser.

Ilze Smit.

Dear Colleague

I am a PhD-student at the University of Stellenbosch and currently doing a research project on the implementation of Act No 92 van 1996, as amended: Choice on Termination of Pregnancy regarding abortion care services in state health facilities in the Western Cape.

A randomized, stratified sample has been taken of all the state health facilities in the Western Cape to ensure the sampling is representative of all the levels of facilities in the various regions which provide abortion care services. Certain days were selected by means of a simple random sampling and all the nurses on duty on these selected days are included in this study.

I will appreciate it if you can complete this questionnaire. The success of this project depends to a great extent on your feedback. You are requested to give correct information as well as your honest opinion on various questions. All information will be confidential and used for research purposes only.

This questionnaire will not take longer than 10 minutes to complete.

Thank you for your cooperation.

The researcher.

Ilze Smit.

INSTRUKSIES / INSTRUCTIONS:

1. Beantwoord asseblief al die vrae /
Please answer all the questions.
2. Omkring die toepaslike antwoord(e) OF voltooi die vrae waar aangedui /
Encircle the appropriate answer(s) OR complete the questions as indicated
3. Let op dat sommige vrae meer as een antwoord kan hê /
Note that some questions may have more than one answer

A. Algemene inligting en kwalifikasies / general information and qualifications**1. In watter ouderdomsgroep is u? / In what age group are you?**

- 1 jonger as 20 / *younger than 20*
- 2 21- 25
- 3 26 - 30
- 4 31 – 35
- 5 36 – 40
- 6 41 – 45
- 7 46 – 50
- 8 ouer as 50 / *older than 50*

2. U hoogste verpleegkundige kwalifikasie / Your highest nursing qualification

- a voorregistrasie student / *pre-registration student*
- b ingeskrewe verpleegkundige / *enrolled nurse*
- c geregistreerde verpleegkundige / *registered nurse*
- d geregistreerde vroedvrou (diploma) / *registered midwife (diploma)*
- e geregistreerde vroedvrou (graad) / *registered midwife (degree)*
- f Honneurs / *Honours*
- g M-graad / *M-degree*
- h PhD-graad / *PhD-degree*

3. U hoogste verloskundige kwalifikasie / Your highest midwifery qualification

- a geïntegreerd in diploma / *integrated in diploma*
- b geïntegreerd in graad / *integrated in degree*
- c na-registrasie diploma / *post-registration diploma*
- d diploma in gevorderde verloskunde / *diploma in advanced midwifery*
- e ander (spesifiseer) / *other (specify)*.....

4. Dui tipe instansie aan waar u u basiese verloskunde opleiding gedoen het / Indicate the type of institution where you have obtained your basic midwifery training

- a kollege / *college*
- b universiteit / *university*
- c ander (spesifiseer) / *other (specify)*.....

5. Watter jaar het u u verloskunde opleiding voltooi? / *What year did you complete your midwifery training?*

1 Voor 1980 / *before 1980*

2 1981 - 1990

3 1991 – 2000

4 Na 2000 / *after 2000*

6. Het u basiese verloskunde-opleiding aborsiesorg ingesluit met betrekking tot: / *Did your basic midwifery training include abortion care regarding:*

6.1 pre-aborsie berading / *pre-abortion counselling*

Ja / *Yes*

Nee / *No*

6.2 aborsieprosedures / *abortion procedures*

Ja / *Yes*

Nee / *No*

6.3 post-aborsie berading

Ja / *Yes*

Nee / *No*

7.1 Het u 'n na-registrasie kursus voltooi in aborsiesorg? / *Have you completed a post-registration course in abortion care?*

Ja / *Yes*

Nee / *No*

Indien 'ja' beantwoord ook die volgende vrae / *If Yes', also answer the following questions*

7.2 Watter kursus het u voltooi? / *Which course have you completed?*

.....

7.3 By watter opleidingsinstansie het u die kursus voltooi? / *At which training institution did you complete the course?*

.....

7.4 Watter jaar het u die kursus voltooi? / *Which year have you completed the course?*

.....

7.5. Beskou u u huidige praktiese vaardigheid in aborsiesorg as voldoende? / *Do you consider your practical skills in abortion care as sufficient?*

Ja / *Yes*

Nee / *No*

7.6. Beskou u u huidige teoretiese vaardigheid in aborsiesorg as voldoende? / *Do you consider your theoretical skills in abortion care as sufficient?*

Ja / *Yes*

Nee / *No*

B. Werkverwante inligting / Practice related information

8. Dui die gesondheidsorgfasiliteit aan waar u werksaam is (vlak 1, vlak 2, vlak 3) / *Indicate the health care facility where you work (level 1, level 2, level 3)*.....

9. Wat is die fasiliteit waar u huidig werk se beleid betreffende aborsiesorg? / *What is the protocol regarding abortion care of the facility where you are employed?*

.....

10.1 Word die protokol betreffende aborsiesorg na u mening doeltreffend geïmplementeer in hierdie fasiliteit? / *In your opinion, is the protocol regarding abortion care efficiently implemented in this facility?*

Ja / *Yes*

Nee / *No*

Onseker / *Unsure*

10.2 Indien 'Nee', wat is u redes? / *If 'No', what are your reasons?*

.....

11. Beskou u aborsiesorg in hierdie fasiliteit as... (kies een) / *Do you consider abortion care in this facility as... (choose one)*

a) professioneel en empaties / *professional and empathetic*

b) klinies en prosedure-georiënteerd / *clinical and procedure orientated*

c) nie van toepassing / *not applicable*

12. Hoeveel aborsies het u reeds uitgevoer? / *How many abortions have you already performed?*

1) geen / *none*

2) 1 - 10

3) 11 - 20

4) 21 - 30

5) 31 - 40

6) 41 - 50

7) meer as 50 / *more than 50*

13.1 Het u enige gewetensbesware om aborsies uit te voer? / *Do you have a conscientious objection to perform an abortion?*

Ja / *Yes*

Nee / *No*

13.2 Indien 'Ja', wat is u rede? / *If 'Yes', for what reason?*

.....

14.1 Ontvang verpleegkundiges wat aborsies in hierdie fasiliteit uitvoer emosionele berading? / *Do nurses receive counselling who perform abortions in this facility?*

Ja / *Yes*

Nee / *No*

14.2 Het uself 'n behoefte aan emosionele berading betreffende aborsies wat u doen? / *Do you have a need for emotional counselling regarding abortions you perform?*

Ja / *Yes*

Nee / *No*

15. Vir watter ander verpleegkundige take is u verantwoordelik behalwe aborsiesorg? / *What are your other nursing responsibilities except abortion care?*

.....

C. Inligting betreffende opleiding / Information regarding training

16. Beskou u die huidige opleiding van verpleegkundiges ten opsigte van aborsiesorg as voldoende? / *Do you consider the current training of nurses in abortion care as adequate?*

Ja / Yes

Nee / No

Onseker / *Unsure*

17. Behoort die opleidingskursusse in aborsiesorg vir alle verpleegkundiges... (kies een) / *Should training courses in abortion care for all nurses be...* (choose one)

a) vrywillig / *voluntary*

b) verpligtend te wees / *compulsory*

18.1 Behoort opleiding in aborsiesorg ingesluit te wees in voorregistrasie programme? / *Should training in abortion care be included in pre-registration programmes?*

Ja / Yes

Nee / No

18.2 Indien 'Ja', hoekom? / *If 'Yes', why?*.....

.....

18.3 Indien 'Nee', hoekom? / *If 'No', why?*.....

.....

19.1 Behoort opleiding in aborsiesorg ingesluit te wees in na-registrasie programme? / *Should training in abortion care be included in post-registration programmes?*

Ja / Yes

Nee / No

19.2 Indien 'Ja', hoekom? / *If 'Yes', why?*.....

.....

19.3 Indien 'Nee', hoekom? / *If 'No', why?*.....

.....

20. Hoe sou u aborsiesorg opleiding van verpleegkundiges geïmplementeer wou sien? (kies een) / *How would you like to see abortion care training implemented for nurses?* (choose one)

a) Alleenlik opleiding in berading van pasiënte ingesluit in voorregistrasie opleiding / *training in counselling for patients only in pre-registration training*

b) Berading van pasiënte, asook teoretiese en praktiese vaardigheid betreffende aborsies ingesluit in voorregistrasie opleiding / *counselling of patients, as well as theoretical and practical skills regarding abortions in pre-registration training*

c) Alleenlik opleiding in berading van pasiënte ingesluit in na-registrasie opleiding / *training in counselling for patients only in post-registration training*

d) Berading van pasiënte, asook teoretiese en praktiese vaardigheid betreffende aborsies ingesluit in na-registrasie opleiding / *counselling of patients, as well as theoretical and practical skills regarding abortions in post-registration training*

e) Nie een van bogenoemde / *none of the above*

21. Watter aanbevelings sal u maak ten opsigte van die huidige opleiding van verpleegkundiges betreffende aborsiesorg? / *What recommendations will you make regarding the current training of nurses in abortion care?*.....

.....

D. Spesifieke inligting betreffende aborsiesorg / specific information regarding abortion care

22. Wat is u mening betreffende die volgende stelling: '... die voorkoming van tienerskappe behoort meer aandag te geniet in voorligtingsprogramme by skole in plaas van aborsies wat vrylik op versoek toegestaan word...' / *What is your opinion regarding the following statement: '...the prevention of teenager pregnancies need more attention in educational programmes at schools in stead of abortions being provided on demand...'*

- a stem heelhartig saam / *fully agree*
 b stem saam / *agree*
 c stem nie saam / *do not agree*
 d stem glad nie saam / *do not agree at all*

23. Wat beskou u as die ideale manier om ongewensTe swangerskappe te hanteer in 'n diverse kultuur in Suid-Afrika? / *What do you consider as the most appropriate manner to handle unwanted pregnancies in a diverse culture in South Africa?*.....

24. 'n Geregistreerde verpleegkundige word toegelaat om aborsies uit te voer gedurende die volgende swangerskapydperk(e): / *A registered nurse is allowed to perform abortions during the following pregnancy periods:*

- a minder as 12 en/of / *less than 12 weeks and/or*
 b 13 - 20 weke / *13 - 20 weeks*

25. Hoe sal u 'n swangerskapduur van minder as 12 weke bevestig voordat 'n aborsie uit gevoer word? / *How will you confirm a gestational age of less than 12 weeks before an abortion is performed?*.....

26. Beeïndiging van 'n tienerswangerskap mag geweier word indien haar ouers nie toestemming gegee het nie / *The termination of a teenager pregnancy may be refused when her parents did not give consent*

- Ja / *Yes*
 Nee / *No*

27. Die biologiese vader moet ook toestemming verleen alvorens die ongewenste swangerskap beeïndig word / *The biological father also need to give consent to terminate an unwanted pregnancy*

- Ja / *Yes*
 Nee / *No*

28. Wie is die mees aangewese persoon om berading te verskaf aan 'n vrou wat haar ongewenste swangerskap wil beeïndig? (kies een) / *Who is the most appropriate person to give counselling to a woman who wants to terminate her unwanted pregnancy? (choose one)*

- a 'n vrou wat alreeds 'n aborsie gehad het / *a woman who already had an abortion*
 b 'n geregistreerde vroedvrou / *a registered midwife*
 c 'n maatskaplike werker / *a social worker*
 d geneesheer / *a doctor*

29. Wie is die mees aangewese persoon om aborsies uit te voer? (kies een) / Who is the most appropriate person to perform abortions? (choose one)

- a 'n geregistreerde verpleegkundige / a registered nurse
- b 'n geregistreerde vroedvrou / a registered midwife
- c geneesheer / a doctor
- d ginekoloog / gynaecologist

30. Wat is u siening oor die volgende stelling betreffende aborsies op versoek: '...die belastingbetaler betaal duur vir 'n nuwe vorm van gesinsbeplanning...' / What is your opinion about the following statement regarding abortions on demand: '...the taxpayer spend a lot on a new method of family planning...'

- a stem saam / agree
- b stem nie saam nie / do not agree

31. Wat is u siening betreffende die volgende bepaling in die aborsiewetgewing: '...geen toestemming behalwe dié van die swanger vrou word benodig vir die beeïndiging van 'n swangerskap...' / What is your opinion regarding die following stipulation of the abortion act: '...no consent other than that of the pregnant woman is required for the termination of a pregnancy...'

- a stem saam / agree
- b stem nie saam nie / do not agree

Baie dankie dat u hierdie vraelys voltooi het / thank you for completing this questionnaire.

BYLAE 5

VRAELYSTE VIR VOORREGISTRASIE VERPLEEGSTUDENTE

Geagte student

Ek is 'n PhD-student aan die Universiteit Stellenbosch en tans besig met 'n navorsingsprojek om die implementering van Wet No 92 van 1996, soos gewysig: *Keuse oor die Beeindiging van Swangerskap*, asook die aborsiesorg wat gelewer word deur verpleegkundiges in staatsgesondheidsorgfasiliteite in die Wes-Kaap te ondersoek. Die doel is om onder andere aanbevelings te maak betreffende die opleiding van voorregistrasie verpleegstudente in hierdie verband, aldan nie.

Finalejaar verpleegstudente is geselekteer deur middel van 'n onwaarskynlike, doelbewuste steekproefneming, aangesien hul siening betreffende aborsiesorg gereken word as mees verteenwoordigende van al die voorregistrasie studente.

Ek sal dit waardeer indien u die vraelys sal voltooi. Die sukses van hierdie studie word grootliks bepaal deur u insette. U word dus versoek om die korrekte inligting te verskaf, asook u eerlike mening te reflekteer op die relevante vrae. Alle inligting is konfidensieel en sal slegs vir navorsingsdoeleindes gebruik word.

Hierdie vraelys behoort nie langer as 10 minute te neem om te voltooi nie.

Dankie vir u samewerking.

Die navorser.

Ilze Smit.

Dear student

I am a PhD student at the University of Stellenbosch and currently doing a research project on the implementation of Act No 92 of 1996, as amended: Choice on Termination of Pregnancy, as well as an evaluation of the abortion care provided by nurses in state health facilities in the Western Cape in order to make recommendations regarding the training of pre-registration students in this regard.

Final year nursing students have been selected by means of a non-probability purposive sampling as they are considered as the most representative of all pre-registration students.

I will appreciate it if you can complete this questionnaire. The success of this project depends to a great extent on your feedback. You are requested to give correct information, as well as your honest opinion on various questions. All information will be confidential and used for research purposes only.

This questionnaire will not take longer than 10 minutes to complete.

Thank you for your cooperation.

The researcher.

Ilze Smit.

INSTRUKSIES / INSTRUCTIONS:

1. Beantwoord asseblief al die vrae /
Please answer all the questions
2. Omkring die toepaslike antwoord(e) OF voltooi die vrae waar aangedui /
Encircle the appropriate answer(s) OR complete the questions as indicated

A. Algemene inligting / general information1.1 Hoe oud is u? / *how old are you?*.....1.2 U geloof? / *Your religion?*2. Dui die instansie aan waar u u voorregistrasie (basiese) opleiding doen / *indicate the institution where you do your pre-registration (basic) training* kollege / *college* universiteit / *university*3. Wat is die naam van die opleidingsinstansie? / *What is the name of the training institution?*
.....4. Watter diploma / graad sal u behaal? / *What diploma / degree will you obtain?*5. Sluit hierdie kwalifikasie verloskunde in? / *Does this qualification include midwifery?* Ja / *Yes* Nee / *No*6. Wat is die verloskundige kwalifikasie wat u sal behaal? / *What is the midwifery qualification you are about to obtain?* geïntegreerd in diploma / *integrated in diploma* geïntegreerd in graad / *integrated in degree* geen / *none*7. Sluit u **basiese** verloskunde-opleiding aborsiesorg in met betrekking tot: / *Does your basic midwifery training include abortion care regarding:*7.1 pre-aborsie berading / *pre-abortion counselling* Ja / *Yes* Nee / *No*7.2 aborsie prosedures / *abortion procedures* Ja / *Yes* Nee / *No*7.3 post-aborsiesorg en berading / *post-abortion care and counselling* Ja / *Yes* Nee / *No*8. Beplan u om 'n na-registrasie kursus te voltooi in aborsiesorg? / *Do you plan in completing a post-registration course in abortion care?* Ja / *Yes* Nee / *No*

B. spesifieke inligting / specific information

9. Het u al aborties in gesondheidsorg fasiliteite uitgevoer? / *Have you ever performed abortions in health care facilities?*

Ja / *Yes*

Nee / *No*

10. Hoeveel aborties het u reeds uitgevoer? / *How many abortions have you already performed?*

1 geen / *none*

2 1 – 10

3 11 - 20

4 21 - 30

5 31 - 40

6 41 - 50

7 meer as 50 / *more than 50*

11.1 Het u enige gewetensbesware om aborties uit te voer? / *Do you have a conscientious objection to perform an abortion?*

Ja / *Yes*

Nee / *No*

11.2 Indien 'Ja', wat is u rede? / *If 'Yes', for what reason?*.....

.....

11.3. Indien 'Nee' wat is u rede? / *if 'No', for what reason?*.....

.....

12. Beskou u abortiesorg in die fasiliteit waar u werk as... (kies een) / *Do you consider abortion care in the facility where you work as... (choose one)*

a professioneel en empaties / *professional and empathetic*

b klinies en prosedure-georiënteerd / *clinical and procedure orientated*

c nie van toepassing / *not applicable*

13. Ontvang verpleegkundiges wat aborties in hierdie fasiliteit uitvoer emosionele berading? / *Do nurses receive counselling who perform abortions in this facility?*

Ja / *Yes*

Nee / *No*

Nie van toepassing / *Not applicable*

14. Het uself 'n behoefte aan emosionele berading betreffende aborties wat u doen? / *Do you have a need for emotional counselling regarding abortions you perform?*

Ja / *Yes*

Nee / *No*

Nie van toepassing / *Not applicable*

C. Inligting betreffende opleiding / information regarding training

15. Wie beskou u as die mees aangewese persoon om berading te verskaf aan 'n vrou wat haar ongewenste swangerskap wil beeindig? (kies een) / *who do you consider as the most appropriate person to give counselling to a woman who wants to terminate her unwanted pregnancy? (choose one)*

- a 'n vrou wat reeds 'n aborsie gehad het / *a woman who already had an abortion*
- b 'n geregistreerde verpleegkundige of vroedvrou / *a registered nurse or midwife*
- c 'n maatskaplike werker / *a social worker*
- d 'n geneesheer / *a doctor*

16. Beskou u die huidige opleiding van verpleegkundiges ten opsigte van aborsiesorg as voldoende? / *Do you consider the current training of nurses in abortion care as adequate?*

Ja / *Yes*

Nee / *No*

Onseker / *Unsure*

17. Behoort die opleidingskursusse in aborsiesorg vir alle verpleegkundiges... (kies een) / *Should training courses in abortion care for all nurses be... (choose one)*

- a vrywillig / *voluntary*
- b verpligtend te wees / *compulsory*

18.1 Behoort opleiding in aborsiesorg ingesluit te wees in voorregistrasie programme? / *Should training in abortion care be included in pre-registration programmes?*

Ja / *Yes*

Nee / *No*

18.2 Indien 'Ja', hoekom? / *If 'Yes', why?*.....

.....

18.3 Indien 'Nee', hoekom? / *If 'No', why?*.....

.....

19.1 Behoort opleiding in aborsiesorg ingesluit te wees in na-registrasie programme? / *Should training in abortion care be included in post-registration programmes?*

Ja / *Yes*

Nee / *No*

19.2 Indien 'Ja', hoekom? / *If 'Yes', why?*.....

.....

19.3 Indien 'Nee', hoekom? / *If 'No', why?*.....

.....

20. Hoe sou u aborsiesorg opleiding van verpleegkundiges geïmplementeer wou sien? (kies een) / *how would you like to see abortion care training implemented for nurses? (choose one)*

- a Alleenlik opleiding in berading van pasiënte ingesluit in voorregistrasie opleiding / *training in counselling for patients only in pre-registration training*
- b Berading van pasiënte, asook teoretiese en praktiese vaardigheid betreffende aborsies ingesluit in voorregistrasie opleiding / *counselling of patients, as well as theoretical and practical skills regarding abortions in pre-registration training*
- c Alleenlik opleiding in berading van pasiënte ingesluit in na-registrasie opleiding / *training in counselling for patients only in post-registration training*

Berading van pasiënte, asook teoretiese en praktiese vaardigheid betreffende aborsies ingesluit in na-registrasie opleiding / *counselling of patients, as well as theoretical and practical skills regarding abortions in post-registration training*

Nie een van bogenoemde / *none of the above*

21. Watter aanbevelings sal u maak ten opsigte van die huidige opleiding van verpleegkundiges betreffende aborsiesorg? / *What recommendations will you make regarding the current training of nurses in abortion care?*.....
.....

22. Wat beskou u as die ideale manier om ongewenste swangerskappe te hanteer in 'n diverse kultuur in Suid-Afrika? / *What do you consider as the most appropriate manner to handle unwanted pregnancies in a diverse culture in South Africa?*.....
.....

Baie dankie dat u hierdie vraelys voltooi het / *thank you for completing this questionnaire.*

BYLAE 6

**KONTROLELYS VIR OBJEKTIEWE WAARNEMING VAN
ABORSIEPROSEDURES DEUR VERPLEEGKUNDIGES**

	ITEMS (vervolg)	*PT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
40	volume geaspireerde uteriene inhoud bepaal											
41	ondersoek van geaspireerde weefsel											
42	veilige wegdoen v besmette artikels / skerp voorw											
43	veilige wegdoen v liggaamsvloeistowwe / weefsel											
44	teenw van vreemde voorwerpe in geaspireerde inhoud											
45	tipe ontsmetting van instrumente & voorraad											
46	waarnemings gedoen											
47	tydsduur van waarnemings											
48	prosedure aanvaarbaar vir gesondheidsorgpraktisyn											
49	prosedure aanvaarbaar vir pasiënt											
50	pyn ervaar gedurende prosedure											
51	mate van angstigheid ervaar gedurende prosedure											
52	mate van empatie ervaar											
	Post-aborsie											
53	komplikasies t.w.a mediese aborsie											
54	komplikasies t.w.a. . chirurgiese aborsie											
55	tipe pynmedikasie ontvang											
56	bloedtransfusie benodig											
57	tipe post-aborsie kontrasepsie											
58	sigbare protokol											
59	voldoende rekordhouding											
60	advies m.b.t post-aborsiesorg ontvang											
61	opvolg datum ontvang											
	Inligting betreffende gesondheidsorgpraktisyn											
62	kategorie gesondheidsorgpraktisyn											
63	geregistreer by SARV											
64	voorgestelde aborsiesorgkursus voltooi											
65	gesertifiseer by SARV											
66	kliniese vaardigheid											

*PT: pasiënt

1. Datum

Voltooi op kontrolelyns

2. Fasiliteite

- GSH Groote Schuur Hospitaal
 ER Eersterivier Hospitaal
 KBH Karl Bremer Hospitaal
 SH Swartland Hospitaal
 PH Paarl Hospitaal/ TC Newman
 CH Caledon Hospitaal/ Grabouw CHC/ Hermanus Hospitaal
 EDH Eben Donges Hospitaal
 MH Mosselbaai Hospitaal
 GH George Hospitaal
 KH Knysna
 GFJ GF Jooste
 MP Mitchell's Plain CHC
 StH Stellenbosch Hospitaal

3. Area

- bp buite-pasiënte
 t operasiesaal
 k kraamsaal
 a ander.....

4. assistensie

- a alleen
 sv bygestaan deur assistent/ ingeskrewe verpleegkundige
 gv bygestaan deur geregistreerde verpleegkundige/ vroedvrou
 v verpleegkundige assisteer geneesheer

5. aantal aborsies per dag

voltooi op kontrolelyns

6. Volledige demografiese geskiedenis verkry

- Ja
 Nee

7. Volledige verloskundige geskiedenis verkry

- Ja
 Nee

8. Aard van verwysing

- a geen
 b vanaf kliniek OF 'Heart to Heart' (NRO) na vlak 1 distrikshospitaal
 c vlak 1 na vlak 2 (streekshospitaal)
 d vlak 2 na vlak 3 (akademiese hospitaal)
 e vanaf NRO/privaat

- f vanaf vlak 2 na vlak 1
- g vanaf GP na vlak 1
- h vanaf kliniek na vlak 3

9. fisieke & vaginale ondersoek gedoen

- Ja
- Nee

10. Ouderdom van vrou

- 1 <15
- 2 16 – 20
- 3 21 – 25
- 4 26 – 30
- 5 31 – 35
- 6 36 – 40
- 7 >40

11. Ras

- A Asiër
- B Blank
- K Kleurling
- S Swart

12. Huwelikstatus

- G getroud
- BS bly saam
- O ongetroud
- GS geskei
- W weduwee

13. Swangerskapsduur bepaal: metode

- a swangerskapsimptome, bv vergroting en teerheid van borste; naarheid; braking; vergroting van buik
- b urine swangerskapstoets
- c LMP
- d abdominale ondersoek
- e sonar
- f bimanuele pelviëse ondersoek
- g kombinasie van a, b, c, e
- h kombinasie van b, c, e
- i kombinasie van b, e
- j kombinasie van b, c, d, e, f

14. Swangerskapsduur

voltooi op kontrolelyns

15. Graviditeit

voltooi op kontrolelyns

16. Pariteit

Voltooi op kontrolelyns

17. Ondersoek vir seksueel-oordraagbare siektes

Ja

Nee

18. Hb / hematokrit gedoen

Ja

Nee

Onbekend

19. Servikale sitologie gedoen

Ja

Nee

20. ABO bloedgroepering en / of Rh gedoen

a beide

b geen (pt <12 weke)

c slegs ABO

d slegs Rh

21. Ektopiese swangerskap uitgesluit

Ja

Nee

22. Bestaande mediese toestande geëvalueer

(bv bloedingsneigings, allergieë, medikasie, akute / chroniese toestande, alkohol / dwelmmisbruik)

Ja

Nee

23. Pre-aborsie kontrasepsie

a geen

b die pil

c inspuiting (Nur-Isterate® 0,2g/ml 2maandeliks OF Petogen® 150mg/ml 3maandeliks)

d kondome

e diafragma

f intra-uteriene apparaat

g ander (spesifiseer op Bylae)

24. rede vir aborsie

a ekonomiese / sosiale / akademiese redes

b risiko vir vrou se fisieke / geestelike welsyn

c fetus het fisieke / geestelike abnormaliteit

d verkragting

e ander (spesifiseer op Bylae)

25. pre-aborsie resolušieberading

(vrou ingelig betreffende ander opsies, naamlik aanneming, enkelouerskap, pleegsorg)

Ja

Nee

26. Inligting m.b.t prosedure

Ja

Nee

27. Toestemming verleen

a self

b voog / eggenoot / *curator personae* i.g.v. fisieke of geestelike ongeskiktheid

28. Servikale voorbereiding gedoen (misoprostol)

Ja

Nee

29. Tipe servikale voorbereiding

a meganies

b meganies gekombineerd met prostaglandien

c slegs prostaglandien (misoprostol / gemeproost)

d mifepristone

30. perineum ge'prep'

P Povidoon oplossing

SW steriele water

S Savlon 1:3

H Hibitane in water 10ml/1liter

G geen

A (ander).....

31. Tipe pynverligting

a verbacaine;

b mondelingse analgetika (bv parasetamol)

c binnespiers / binneaarse analgetika (bv Pethidine® 50 mg)

d anti-inflammatoriese medikasie (bv Ibuprofeen, Voltaren® 75mg binnespiers as deel van pre-med)

e kalmeermiddel (bv lorasepam 1mg, diasepam 5 mg)

f paraservikale blok(lignokaiën 1% 10-20ml)

g narkose (fentanyl 100ug, Dormicum® 5mg , ketamien 2 mg/kg intraveneus óf 'n kombinasie daarvan.

h ligte sedasie met Pethidine® 100 mg, Valium® 10 mg soms gekombineer met Syntocinon® 10 I/E

i Pethidine® 50 mg IV en Buscopan® 20 mg IV

j Indocid® setpil

k stikstofoksied (Entonox®)

l geen

m a & f

32. Aborsiemetode gebruik

- a MVA (<12 weke)
- b EVA (<12 weke)
- c mifepristone & misoprostol / gemeprost (<9 weke)
- d mifepristone & misoprostol / gemeprost (>12weke)
- e D&K (<12 weke)
- f D&E (>12 weke)
- g hipertoniiese oplossing (>12 weke)
- h intra / eksta amniotiese prostaglandien (>12 weke)
- i ander.....

33. kannule grootte gebruik

- 1 6-9
- 2 10
- 3 12

34. Tydsduur van prosedure

Dui aan op kontrolelys

35. Aborsiemetode korrek toegepas

- Ja
- Nee

36. profilaktiese antibiotika toegedien

- Ja
- Nee

37. Rh-iso-immunisaie vir Rh-negatiwe moeder (Rhesugam 100ug IM binne 72 ure)

- Ja
- Nee
- NVT

38. Korrekte handewas tegniek

- Ja
- Nee

39. Dra van beskermende klere drag (bv handskoene, oorjas, maskers, brille, teatermus)

- Ja
- Nee

40. Volume geaspireerde uteriene inhoud bepaal (n = 5-200 ml, gemiddeld 33,4 ml)

- Ja
- Nee

41. Geaspireerde weefsel (fetale dele en / of vrugsakkie) ondersoek vir volledigheid

- Ja
- Nee

42. Veilige wegdoen van besmette artikels / skerp voorwerpe Ja Nee**43. Veilige wegdoen van liggaamsvloeistowwe / weefsel (bv bloed, fetus)** Ja Nee**44. Teenwoordigheid van vreemde voorwerpe in geaspireerde inhoud** Ja (spesifiseer op Bylae) Nee**45. Tipe ontsmetting van instrumente & voorraad met (alle instrumente word vooraf gewas)** a 6g (sakkie) BioCide® (medisure) per 4,5L water vir MVA instrumente (hernu elke 24 uur), daarna PeraSafe®, daarna afgespoel in steriele water b Cidex® c Hibitane in Alkohol 70% d kook vir 20 min e outoklaaf f kombinasie van a & e**46. waarnemings gedoen (bv pyn, grootte van uterus, vitale tekens, bloeding, emosioneel)** Ja Nee**47. Tydsduur van waarnemings** a 30 min-1 uur b 1-2 ure c 2-3 ure d 3-4 ure e >4 ure**48. Prosedure aanvaarbaar vir gesondheidsorgpraktisyn** Ja Nee**49. Prosedure aanvaarbaar vir pasiënt** Ja Nee**50. Pyn ervaar gedurende prosedure** Ja Nee

51. Mate van angstigheidsgraad gedurende die prosedure

- 1 geen
 2 min
 3 matig
 4 erg
 5 floute

52. mate van empatie ervaar gedurende die prosedure

- 1 geen
 2 min
 3 voldoende

53. Komplikasies t.w.a mediese prosedure (bv naarheid, braking en/of duiselig)

- Ja
 Nee
 NVT

54. Komplikasies t.w.a chirurgiese prosedures

- a geen
 b floute tydens of direk na die prosedure
 c vasovagale aanval
 d erge bloeding
 e servikale besering
 f her-evakuasie
 g perforasie van die uterus
 h onsuksesvolle lediging
 i narkosekomplikasie
 j onuithoudbare abdominale pyn / krampe
 k moederlike sterfte

55. tipe post-aborsie pynmedikasie

- a geen
 b Brufen® (slegs 2e trimester)
 c parasetamol (Panado® of Painblock®)
 d Brufen® 2 tabl tds plus parasetamol 2tabl tds
 e Diklofenak 25 mg 3x/dag na maaltye
 f ander.....

56 bloedtransfusie benodig

- Ja
 Nee

57. tipe post-aborsie kontrasepsie

- a kondoom
 b IUT
 c depo
 d pil

e geen f sterilisasie g kondoom en pil h ander.....**58. Sigbare aborsiesorgprotokol**

(Beskik fasiliteit oor aborsiesorgprotokol betreffende infeksiebeheer; toediening van misoprostol; toediening van pynverligtingmedikasie; toediening van antibiotika ens)

 Ja Nee**59. voldoende rekordhouding**

(Volgens Wysigingswet No 38 van 2004: binne 1 maand alle toepaslike inligting per geregisteerde pos / konfidensieel stuur aan Hoof van Departement)

 Ja Nee**60. Advies m.b.t post-aborsiesorg ontvang**

(bv herkenning van komplikasies, verlengde / erge bloeding, lae abdominale pyn, abnormale vaginale afskeiding)

 Ja Nee**61. Opvolgdatum ontvang (±10 dae)** Ja Nee**62. Kategorie gesondheidsorgpraktisyn** a voorregistrasie student b ingeskrewe verpleegkundige c geregisteerde verpleegkundige d geregisteerde vroedvrou (diploma) e geregisteerde vroedvrou (graad) f verpleegkundige met Honneurs / M-graad / PhD-graad g geneesheer (mediese beampte) h ginekoloog/ kliniese assistent ginekologie)**63. geregistreer by SARV** Ja Nee NVT**64. Voorgestelde aborsiesorgopleiding voltooi** Ja Nee NVT

65. gesertifiseer by SARV Ja Nee NVT**66. Kliniese vaardigheid** 1 baie goed 2 goed 3 redelik 4 swak

BYLAE 7

SEMI-GESTRUKTUREERDE ONDERHOUDVOERING

ONDERHOUDSKEDULE

Kernvrae wat tydens die semi-gestruktureerde onderhoude aan die onderskeie rolspelers gevra is (aborsiesorginstrukteurs, aborsiesorgverskaffers, gesondheidsorgfasiliteite, opleidingsinstellings en -instansies):

Vraag 1

Watter aborsiesorgopleiding is beskikbaar vir verpleegkundiges in Suid-Afrika met spesifieke verwysing na die Wes-Kaap?

Vraag 2

Watter probleme word ondervind betreffende die opleiding van verpleegkundiges in aborsiesorg?

Vraag 3

Watter probleme word ondervind met die lewering van aborsiesorgdienste deur verpleegkundiges?

Vraag 4

Is daar enige bepalinge of leemtes in die bestaande aborsiewetgewing of protokol wat die uitvoering van hierdie dienste bemoeilik?

Vraag 5

Wat is verpleegkundiges se behoeftes met betrekking tot die verskaffing van aborsiesorg?

Vraag 6

Wat is verpleegkundiges se behoeftes met betrekking tot aborsiesorgopleiding?

Vraag 7

Wat is die behoeftes van fasiliteite en opleidingsinstellings met betrekking tot aborsiesorgopleiding van gesondheidsorgpraktisyns met spesifieke verwysing na verpleegkundiges?

Vraag 8

Watter voorstelle het u met betrekking tot verdere navorsing en toekomstige aborsiesorgopleiding vir verpleegkundiges?

BYLAE 8

**TOESTEMMINGSBRIEWE GERIG AAN
GESONDHEIDSORGFASILITEITE EN
VERPLEEGOPLEIDINGSINSTELLINGS**

P/a Panorama Medikliniek 209
 Rothchildrylaan
 Panorama 7500
 12 September 2007

Die Mediese Superintendent.....

Geagte Dr

Toestemming vir navorsing in u Verloskunde/Gesinsbeplanningafdeling

Ek is tans besig met 'n omvattende navorsingsprojek met betrekking tot aborsiesorg en -opleiding. Die navorsingstitel is: *'n Opleidingsraamwerk gerig op gehalte aborsiesorg vir verpleegkundiges aan hoëronderwysinstellings in die Wes-kaap.*

'n Ewekansige, gestratifiseerde steekproefneming met behulp van Excel is gedoen om te verseker dat die steekproef verteenwoordigend is van al die vlakke van staatsgesondheidsorgfasiliteite in die onderskeie streke van die Wes-Kaap wat aborsiesorgdienste aanbied.

Hiermee wil ek graag u toestemming vir die volgende verkry:

- o toegang tot die kraamsaal en/of buitepasiënte-afdelings waar aborsiesorg - hetsy die prosedure en/of pre-aborsie berading aan swanger vroue met ongewenste swangerskappe - verskaf word;
- o dat die verpleegkundiges en vroedvroue wat aborsiesorgdienste verskaf, vraelyste voltooi;
- o dat vroue met ongewenste swangerskappe wat 'n aborsie versoek, vraelyste voltooi;
- o aborsieprosedures nie-deelnemend te observeer; en
- o toegang tot toepaslike rekords.

Aangeheg is konsepvraelyste vir onderskeidelik die betrokke verpleegkundiges, asook die vroue wat aborsiesorg versoek, sowel as die kontrolelyst vir nie-deelnemende observasie van die aborsieprosedure.

Ek bevestig dat:

- o die vraelyste nie langer as 10 minute elk sal neem om te voltooi nie;
- o geen behandeling aan pasiënte gegee, óf weerhou sal word nie;
- o pasiënte se privaatheid gerespekteer sal word;
- o geen inbreuk op personeel se werkverrigtinge gemaak sal word nie; en
- o die navorsing geen finansiële implikasies vir u fasiliteit sal inhou nie.

Ek beplan om al die relevante inligting in te samel tussen 22 Oktober 2007 en 14 Desember 2007. Alle inligting is konfidensieel en sal slegs vir navorsingsdoeleindes gebruik word.

My studieleiers is:

- Prof EM Bitzer (Departement Opvoedkunde, US);
- Prof DW Steyn (Departement Verloskunde en Ginekologie, US); en
- Dr ELD Boshoff (Departement Interdissiplinêre Gesondheidswetenskappe, US).

Kan u my asseblief so gou moontlik skriftelik in kennis stel of genoemde versoek deur u goedgekeur is.

Vriendelike groete

Ilze Smit

(s): 083 287 6372

(f): 021-976 4646

e-pos: ilze.smit@xsinet.co.za

P/a Panorama Medikliniek 209
Rothchildrylaan
Panorama 7500

8 Oktober 2007

Die Departementshoof.....
.....
.....

Geagte

Toestemming vir navorsing aan u opleidingsinstelling

Ek is tans besig met 'n omvattende data-insameling wat ook die hoëronderwysinstellings vir verpleegopleiding in die Wes-Kaap insluit. 'n Opname word onder andere gedoen onder finalejaar voorregistrasie verpleegstudente ten einde te bepaal wat hul behoeftes betreffende aborsiesorg is en of aborsiesorgopleiding aan voorregistrasie studente aangedui is, al dan nie.

Finalejaar verpleegstudente is geselekteer deur middel van 'n onwaarskynlike, doelbewuste steekproefneming, aangesien hul siening betreffende aborsiesorg gereken word as mees verteenwoordigend van al die voorregistrasie studente.

Die navorsingstitel soos goedgekeur deur die Etiese Komitee en Senaat van die Universiteit van Stellenbosch is as volg: *'n Opleidingsraamwerk gerig op gehalte aborsiesorg vir verpleegkundiges aan hoëronderwysinstellings in die Wes-Kaap.*

Hiermee wil ek graag u toestemming vra dat die betrokke studente 'n vraelys voltooi. Die konsepvraelys is hierby aangeheg.

Ek bevestig dat:

- o die vraelys nie langer as 10 minute sal neem om te voltooi nie;
- o die inligting konfidensieel is en slegs vir navorsingdoeleindes gebruik sal word; en
- o die navorsing geen finansiële implikasies vir u instelling sal inhou nie.

Ek beplan om die opname te doen voordat die finalejaar verpleegstudente met studieverlof gaan teen 19 Oktober 2007.

My studieleiers is:

- o Prof EM Bitzer (Departement Opvoedkunde, US);
- o Prof DW Steyn (Departement Verloskunde en Ginekologie, US); en
- o Dr ELD Boshoff (Departement Interdissiplinêre Gesondheidswetenskappe, US).

Kan u my asseblief so gou moontlik per e-pos of faks in kennis stel of genoemde versoek deur u goedgekeur is.

Vriendelike groete

Ilze Smit

(s): 083 287 6372

(f): 021-976 4646

e-pos: ilze.smit@xsinet.co.za