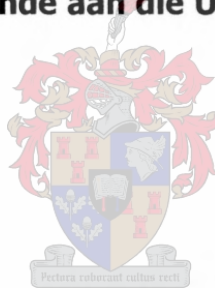


**Evaluering van kritiese en analitiese denke tydens
verpleegintervensies: 'n Retrospektiewe analise van
verpleegrekords binne perinatalesorgdienste in
geselekteerde hospitale in die Wes-Kaap**

Elizabeth Anisia Geldenhuys

**Werkstuk ingelewer ter gedeeltelike voldoening aan die vereistes vir die graad
Magister in Verpleegkunde aan die Universiteit Stellenbosch**



Desember 2005

**Studieleier:
Prof. Barene Welmann**

VERKLARING VAN OORSPRONKLIKE WERK

Hiermee verklaar ek, Elizabeth Anisia Geldenhuys, dat hierdie studieprojek my eie oorspronklike werk is, dat alle bronne akkuraat opgeteken/vermeld en aan erkenning verleen is, en dat hierdie dokument nie voorheen in sy geheel of gedeeltelik aan enige universiteit ter verwerwing van 'n akademiese kwalifikasie voorgelê is nie.

Datum:

ERKENNING

Ek wil graag my opregte dank en waardering uitspreek teenoor die volgende persone en instansies wat 'n bydrae tot die voltooiing van my projek gemaak het:

- my Hemelse Vader vir krag, genade en gesondheid;
- prof. Barene Welmann, my studieleier, vir haar geduld, insette en geloof in my dat ek die projek sal voltooi;
- dr. Estelle Bester, vir haar volgehoue aanmoediging, deurlopende insette en besondere leiding;
- Pa Kosie, vir sy voorbeeld, aanmoediging en liefde;
- Francois, Boetie en Elaine, vir julle begrip, aanmoediging en ondersteuning;
- Marius, vir sy liefde, geduld en begrip;
- die Mediese Superintendente en personeel van die onderskeie hospitale wat gebruik is, vir toestemming om die projek te doen, hulle samewerking en positiewe gesindheid;
- die Taalsentrum, Universiteit Stellenbosch, vir taalversorging op kort kennisgewing; en
- my studente wat my tydens hierdie projek gemotiveer het om dit te voltooi.

OPGEDRA AAN

Hierdie projek word opgedra aan *Kuifie*, sonder wie se volgehoue aanmoediging, ondersteuning en leiding hierdie projek nie moontlik sou wees nie.

OPSOMMING

Gehalte verpleegsorg word deur kliniese besluite wat op kritiese en analitiese denke gegrond word gekenmerk. In die pasiënt se rekord moet die ramings-, beplannings- en implementeringsgegewens gerekordeer word wat gebruik is as basis vir besluitneming. Die vraag ontstaan egter of die pasiënt se rekord wél kritiese en analitiese denke weerspieël.

Die fokus op die vroedvrou se praktyke in professionele gedragsake wat met intrapartumsorgdienslewering verband hou, het tot die spesifieke keuse van die populasie, naamlik intrapartumsorgdienste in vlak 1-hospitale in die Wes-Kaap aanleiding gegee.

’n Nie-eksperimentele studie waartydens kwalitatiewe en kwantitatiewe data ingesamel is, is in ses (6) vlak 1- hospitale uitgevoer. Kontrolelyste is opgestel om die struktuur en fasiliteite waarbinne vroedvroupraktyke plaasvind, te evalueer. Die rekords van 128 pasiënte is ontleed om spesifiek ondersoek in te stel na die aard en omvang van kritiese en analitiese besluitneming deur die vroedvrou, en tot watter mate die vroedvrou wél weldeurdagte praktyke toepas.

Die resultate toon dat rekordhouding nie optimaal gedoen word nie; dat die partogram wat ’n omvattende evaluering van die kraamverloop is, nie gebruik word nie, en dat daar uit die rekords nie ’n aanduiding gevind kan word dat vroedvroue wel krities en analities dink en optree nie. Aanbevelings is dat die voorstelle ter verbetering van intrapartumsorgdienslewering soos gemaak deur Odendal (2004: iii-v) en die Departement van Gesondheid (2000: 42), indringend aandag moet geniet. Dit wil voorkom asof protokolle en riglyne vir noodoptrede en algemene veilige praktykvoering wel bestaan, maar nie toegepas word nie. Voortgesette indiensopleiding moet as ’n prioriteit aangespreek word.

Kernwoorde: kritiese analitiese denke; vroedvroupraktykvoering; vroedvroupraktyke, intrapartumsorgdienslewering.

ABSTRACT

Quality nursing care is characterised by clinical decisions based on critical and analytical thinking. The assessment, planning and implementation information which is used as basis for decision making must be recorded in the patient's record/file. The question is raised whether the patient's record does indeed reflect critical and analytical thinking.

The focus on the midwife's practices during professional conduct hearings which relate to intrapartum service delivery, led to the specific choice of population, namely intrapartum services delivery in Level 1 hospitals in the Western Cape.

A non-experimental study whereby qualitative and quantitative data were collected, was performed in six (6) Level 1 hospitals. Check lists were compiled to evaluate the structure and facilities in which midwifery practice is executed. The records of 128 patients were analysed to specifically investigate the nature and extent of critical and analytical decision-making by midwives, and the extent to which the midwife really applies reflective practices.

The results showed that record-keeping is not done optimally; that the partogram, which is a comprehensive evaluation of the progress of labour, is not used and that the records did not indicate that the midwife applies critical and analytical thinking and acts accordingly. Recommendations are that the proposals for the improvement of intrapartum service delivery, as made by Odendal (2004: ii-iv) and the Department of Health (2000: 42), are to receive immediate attention. It appears as if protocols and guidelines for emergency action and general safe practices do exist, but are not enforced. Continued in-service training receive priority attention.

Core words: critical analytical thinking; midwife's practice and practices; intrapartum care service delivery

INHOUDSOPGAWE

Titelbladsy.....	i
Verklaring van oorspronklike werk	ii
Erkenning.....	iii
Opgedra aan	iv
Opsomming.....	v
Abstract	vi
Inhoudsopgawe	vii

HOOFSTUK 1: INLEIDING 01

1.1	Rasionaal	01
1.2	Probleemstelling	04
1.3	Doel van navorsing	04
1.4	Navorsingsmetodologie	05
1.4.1	<i>Navorsingsontwerp</i>	05
1.4.2	<i>Steekproefneming</i>	05
1.4.3	<i>Data-insameling</i>	05
1.4.4	<i>Data-analise en -voorstelling</i>	06
* 1.5	Konseptuele raamwerk	06
1.6	Begripsomskrywing	11
1.7	Etiese aspekte	12
* 1.8	Beperkings	12
1.9	Samevatting	13
1.10	Uiteensetting van hoofstukke	13

HOOFSTUK 2: LITERATUUROORSIG 15

2.1	Inleiding	15
2.2	Kliniese besluitneming	16
2.3	Kritiese denke	19
2.3.1	<i>Omskrywing</i>	20
2.3.2	<i>Ontwikkeling van kritiese denke</i>	22
2.3.3	<i>Kritiese denkvermoë in verloskundige praktykvoering</i>	24

2.3.4	<i>Reflektering van kritiese denkvermoë in pasiënterekords</i>	25
2.3.4.1	Doel van rekordhouding.....	26
2.3.4.2	Effektiewe rekordhouding.....	27
2.3.4.3	Beginsels van rekordhouding.....	27
2.3.4.4	Oudit van rekords.....	28
2.3.4.4.1	<i>Meetinstrumente</i>	28
2.3.4.5	Aard van rekordhouding.....	30
2.3.4.6	Standaardisering van rekords.....	31
2.4	Verpleegintervensies	36
2.4.1	<i>Raming</i>	36
2.4.2	<i>Beplanning</i>	37
2.4.3	<i>Implementering</i>	38
2.4.4	<i>Evaluering</i>	39
2.5	Samevatting	40
 HOOFSTUK 3: NAVORSINGSMETODOLOGIE		41
3.1	Inleiding	41
3.2	Navorsingsmetodologie	41
3.2.1	<i>Benadering</i>	41
3.2.2	<i>Navorsingsontwerp</i>	42
3.2.3	<i>Populasie en steekproefbepaling</i>	43
3.2.3.1	Populasie.....	44
3.2.3.1.1	Provinsie van die Wes-Kaap.....	44
3.2.3.1.2	Hospitale.....	45
3.2.3.1.3	Vroedvroue.....	46
3.2.3.1.4	Pasiënterekords.....	47
3.2.4	<i>Data-insameling</i>	50
3.2.4.1	Instrumente.....	50
3.2.4.1.1	<i>Kontrolelyste</i>	50
3.2.4.1.1.1	Hospitaalinsigting (Bylae 1).....	50
3.2.4.1.1.2	Analise van pasiënterekords.....	52
3.2.4.1.1.3	Onderhoudskedule.....	52
3.2.5	<i>Loodsstudie</i>	54

3.2.6	<i>Geldigheid en betroubaarheid</i>	55
3.2.7	<i>Data-analise</i>	56
3.2.8	<i>Etiese aspekte</i>	56
3.9	Samevatting	57
HOOFSTUK 4: RESULTATE EN BESPREKING		58
4.1	Inleiding	58
4.2	Bylae 1: Hospitaalinning	58
4.3	Bylae 2: Ontleding van pasiënterekords tydens intrapartumfase ...	80
4.3.1	<i>Wetlike aspekte van rekordhouding (Afdeling A: Item 1-9)</i>	80
4.3.2	<i>Partogram (Bylae 5)</i>	83
4.4	Probleemsituasies wat kritiese en analitiese denke noodsaak	119
4.5	Bylae 3: Ontleding van onderhoudskedule met vroedvroue	138
4.6	Samevatting	150
HOOFSTUK 5: GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS		152
5.1	Inleiding	152
5.2	Gevolgtrekkings	152
5.2.1	<i>Doelwit 1: Volledigheid en wetlikheid van pasiënterekords</i>	152
5.2.2	<i>Doelwit 2: Nakoming van riglyne en protokolle van die Departement van Gesondheid ten opsigte van rekordhouding</i>	154
5.2.3	<i>Doelwit 3: Beskikbaarheid van voldoende struktuur, fasiliteite en organisering van verloskundige dienste</i>	155
5.2.4	<i>Doelwit 4: Toepaslikheid van verpleegintervensies in terme van die ingesamelde pasiëntedata</i>	157
5.2.5	<i>Doelwit 5: Vroedvroue se opvatting oor kritiese en analitiese denke</i>	163
5.3	Aanbevelings	163
5.4	<i>Struktuur, fasiliteite en organisering van intrapartumdienste</i>	163
5.3.1	<i>Opleiding van verpleegpersoneel</i>	163
5.3.2	<i>Protokolle en beleidsriglyne van toepassing op vlak1-hospitale (vervoer, noodoptrede, kardiotoekograaf, noodbehandeling vir pre-eklampsie, abruptio placentae)</i>	165

5.3.3	<i>Oudit van rekords</i>	169
5.3.4	<i>Personeeltoewysing</i>	169
5.3.5	<i>Verdere navorsing</i>	171
5.4	Samevatting	173
	BRONNELYS	174

TABELLE

Tabel 3.1 Steekproef.....	49
Tabel 4.1 Aantal bevallings vir 2003 (n=6).....	59
Tabel 4.2 Verhouding geregistreerde verpleegpersoneel tot subkategorieë per 24 uur.....	62
Tabel 4.3 Reaksies van verpleegpersoneel met betrekking tot die personeelsituasie (n=110).....	64
Tabel 4.4 Ambulansvervoer na vlak 2-hospitale (n=6).....	66
Tabel 4.5 Konsultasie met vlak 2-hospitale.....	69
Tabel 4.6 Vroedvrou se besluitneming op grond van intuïsie (n=11).....	143
Tabel 4.7 Vroedvrou se vermoë om krities en analities te dink(n=11).....	145
Tabel 4.8 Metodes vir die evaluering van kritiese en analitiese denkvermoë.....	147

FIGURE

Figuur 1.1: Konseptuele raamwerk.....	07
Figuur 4.1: Verpleegpersoneel volgens diensstaat: Dagdiens (per skof van 12 uur) soos op dag van evaluasie	60
Figuur 4.2: Verpleegpersoneel volgens diensstaat: Nagdiens (per skof van 12 uur) soos op dag van evaluering.....	61
Figuur 4.3: Rekordhouding: Wetlike aspekte (n=128)	81
Figuur 4.4: Rekordhouding van swangerskapbesonderhede (n=128)	85
Figuur 4.5: Algemene inligting ten opsigte van toelating (n=128)	86
Figuur 4.6: Risikofaktore aangeteken ten opsigte van huidige swangerskap (n=128).....	87
Figuur 4.7: Rekordhouding: Moederlike vitale tekens tydens latente fase (n=52).....	89
Figuur 4.8: Rekordhouding: Moederlike vitale tekens tydens aktiewe fase van kraam (n=128)	90
Figuur 4.9: Urine-uitskeiding tydens intrapartumfase (n=128)	91
Figuur 4.10: Pynverligting tydens intrapartumfase (n=128).....	92
Figuur 4.11: Binne-aarse vogterapie tydens intrapartumfase (n=128)	94
Figuur 4.12: Rekordhouding: Fetale hart tydens intrapartumfase (n=128).....	96
Figuur 4.13: Besikbaarheid en gebruik van kardiotokegrafiestrokies (n=128).....	98
Figuur 4.14: Rekordhouding van abnormaliteite ten opsigte van die fetale hart (n=128).....	99
Figuur 4.15: Suurstoefoediening ten opsigte van afwykings in die fetale hart (n=128).....	100
Figuur 4.16: Rekordhouding van mekonium in vrugwater (n=128).....	101
Figuur 4.17: Rekordhouding van uteriene kontraksies tydens die aktiewe fase van kraam (n=128)	103
Figuur 4.18: Rekordhouding van vaginale ondersoeke tydens die aktiewe fase van kraam (n=128)	105
Figuur 4.19: Rekordhouding van ruptuur van vliese (n=128).....	109

Figuur 4.20: Rekordering van eerste, tweede en derde stadium van kraam (n=128).....	110
Figuur 4.21: Tipe bevalling (n=128).....	113
Figuur 4.22: Rekordhouding van bloedverlies tydens kraam (n=128).....	116
Figuur 4.23: Rekordhouding van metode van verlossing van plasenta (n=128).....	117
Figuur 4.24: Interpretasie van waarnemings en toepaslikheid van intervensies betreffende moederlike welsyn (n=26).....	121
Figuur 4.25: Jare opleiding (n=11)	149
Figuur 4.26: Aantal jaar werksaam in kraamsaal (n=11)	150

BYLAES

Bylae 1: Hospitaalinsigting	180
Bylae 2: Kontrolelys: Ontleding van pasiënterekords tydens intrapartumfase	194
Bylae 3: Onderhoudskedule: Verpleegkundiges	217
Bylae 4: Toestemming vir die uitvoer van die	223
Bylae 5: Partogram	240
Bylae 6: Toelatingsnota: Verloskunde	242
Bylae 7: Probleemgeörienteerde vorderingsverslag (POVV).....	244
Bylae 8: Opsomming van baring	246
Bylae 9: Vroeëgeboorteaangifte	248
Bylae 10: Apgartellingkaart	250

HOOFSTUK 1

INLEIDING

1.1 Rasionaal

Kliniese besluitneming word as een van die mees kritieke elemente in verpleegpraktykvoering beskryf (Shin, 1998:415). Die belang van kritiese en analitiese denke in kliniese besluitneming word in verskeie publikasies beklemtoon. Alle geregistreerde verpleegkundiges moet krities en analities kan dink om komplekse data te kan prosesseer en intelligente besluite te kan neem oor die beplanning, hantering en evaluering van gesondheidsorg aan pasiënte. Die belang van kritiese denke in verpleging is egter nie 'n nuwe konsep nie, maar is reeds in die vyftigerjare beskryf. Hierdie konsep word egter die laaste dekade toenemend beklemtoon namate die eise en uitdagings wat aan die verpleegkundige en vroedvrou gestel word, toeneem (Ignatavicius, 2001:31).

Die gewenste uitkoms van alle verpleegopleidingsprogramme is dit dat die verpleegkundige en vroedvrou moet kan onderskei, interpreteer en sy/haar kliniese praktyke krities moet kan evalueer. Die vermoë om hierdie kognitiewe vaardighede te kan uitvoer, word bevorder deur wat Schön (Harbison, 1991:404) as 'n reflektiewe pratiksyn beskryf, "... one who constantly 'watches' herself in action, discovers and acknowledges the limits of her expertise, attempts to extend this...". Hierdie kritiese denkvermoë en analitiese denke word van alle verpleegkundiges en vroedvroue verwag, want 'n gebrek daaraan kan ernstige gevolge vir die pasiënt inhou.

Kritiese denke deur die individuele vroedvrou wat tot ontoepaslike of foutiewe kliniese besluite en aksies lei, kan sterftes van of selfs permanente skade aan die fetus, moeder of baba tot gevolg hê (Greenwood, Sullivan, Spence & McDonald, 2000:1107). Binne die konteks van verloskundige sorg, en meer spesifiek intrapartumsorg, moet die vroedvrou dikwels besluite neem oor of die pasiënt se toestand verwysing na 'n geneesheer reverdig, of sy normaal kan kraam, en of haar bevalling deur 'n vroedvrou behartig kan word.

Indien abnormaliteite byvoorbeeld nie ten opsigte van die fetale hart geïdentifiseer en daar betyds opgetree word nie, kan dit tot permanente breinskade (hipoksiese ischemiese ensefalopatie) by die baba lei. In 'n oorsig van 'n studie gepubliseer in die *Women's Health Weekly* (2004:88), word dit duidelik gestel: "... clinical assessments, critical thinking, decision-making and resource allocation must be quick and appropriate to increase the likelihood of a positive outcome for the mother, fetus and neonate".

Kliniese besluitnemingsprosesse binne die verpleegkonteks manifesteer in die rekordhouding van pasiëntedata, intervensies wat gedoen is en uitkoms van aksies en intervensies. Dit impliseer dat die pasiënt se rekord 'n vitale parameter in gesondheidsorg is. Die rekord word gebruik as 'n basis vir die sorg wat gegee word, vir kommunikasiedoeleindes, en om sorgkontinuiteit te verseker. Die gesondheidswerker, en spesifiek die vroedvrou, moet toegang hê tot betroubare inligting en 'n toepaslike sorgplan vir die pasiënt. Daar kan dus aangevoer word dat gehalte sorg op korrekte kliniese besluitneming met toepaslike intervensies wat gebaseer is op rasonale besluitneming berus.

Dit is dus eintlik vanselfsprekend dat die rekords van die pasiënt hierdie kritiese denke en rasionele besluitneming van die vroedvrou moet reflekteer. Die gehalte van sorg word dikwels in terme van 'n oudit van rekords gemeet. Die meeste ouditinstrumente wat van rekords gebruik maak, evalueer die kwaliteit van die rekords en nie die werklike gehalte van die verpleegsorg nie. Die aanname word dikwels gemaak dat goeie rekordhouding goeie beplanning, asook goeie sorg weerspieël is (Ehrenberg, 2001:135). Verskeie studies het aangedui dat daar ernstige teenstrydighede tussen die inhoud van die rekord, die werklike toestand van die pasiënt, en die gelewerde sorg bestaan (Ehrenberg & Ehnfors, 2001:304).

Miller (1992:1401) omskryf kritiese denke as 'n integrale komponent van kliniese besluitneming en 'n roetine deel van van 'n vroedvrou se werksaamhede en stel dit as volg: "*Nurses must be able to define problems accurately, make the best choice among an array*

of possible alternative solutions, safely implement a plan of care and evaluate the effectiveness of their actions. Nurses need critical thinking skills in order to be safe, competent and skillful practitioners of the profession”.

Daar kan sekerlik geargumenteer word dat kritiese denke deel uitmaak van enige verpleegkundige se beroep, ongeag die aard van die verpleegpraktyk. In die lig van litigasie met betrekking tot die verloskundige praktyk, en aanduidings dat daar ‘n toename is in professionele-gedragsake waar die optrede van die vroedvrou in die intrapartumperiode bevestig word, het die navorser besluit om spesifiek op die vrou as pasiënt tydens die intrapartumperiode te fokus.

Terwyl heelwat studies in die navorsing oor kritiese denke fokus op die ontwikkeling van kritiese denkvermoë van die verpleegstudent terwyl hy/sy in opleiding is, kon baie min studies gevind word wat die kritiese denkvermoë van die verpleegpraktisyn na opleiding evalueer. Dit wil voorkom asof die studies wat wel op die verpleegpraktisyn fokus, meer kyk na die verpleegkundige werksaam in ‘n intensiewe sorgomgewing (Bucknall, 2000:25). Geen Suid-Afrikaanse studie kon ook gevind word wat die kritiese denkvermoë van die vroedvrou tydens die intrapartumperiode bepaal nie.

As vroedvrou met uitgebreide ondervinding in verloskunde en neonatologie, verpleegbestuurder in ‘n plattelandse hospitaal in die Wes-Kaap vir bykans ses jaar en ‘n dosent vir die afgelope vier jaar spesifiek verantwoordelik vir ‘n vakgebied wat as Professionele Praktyk (soms ook genoem Verpleegdinamika/-Etos) bekend staan, het die navorser besluit om op die kritiese denkvermoë van die vroedvrou in die intrapartumperiode te fokus.

Die uitgangspunt wat in reg-/hof- en professionele-gedragsake gehuldig word is, ‘wat gerekordeer is, gedoen is, en wat nie gerekordeer is nie, nie gedoen is nie’. Die pasiënterekord word ook as ‘n wetlike dokument beskou, en in enige moontlike litigasie, oudit of professionele-gedragsaak word die rekord as basis en vertrekpunt gebruik in die

evaluering van die verpleegsorg wat die pasiënt tydens die spesifieke periode ontvang het. Die navorser het tydens haar uitgebreide ervaring soos hierbo uitgespel, ook gevind dat die rekords nie 'n akkurate weergawe van die ingesamelde of nodige pasiëntedata is nie, en die rekords ook nie 'n akkurate weergawe van die pasiëntdata en intervensies is nie. Daarom het die navorser besluit om op die intrapartumperiode te fokus en ondersoek in te stel na die kritiese en analitiese denkvermoë van die vroedvrou tydens hierdie fase.

1.2 Probleemstelling

Met verwysing na wat in die rasionaal genoem is, het die volgende vrae as grondslag vir die navorsing ontstaan:

- Reflekteer die pasiënterekords van die intrapartumperiode die toepassing van kritiese en analitiese denke van die vroedvrou?
- Wat is die opvatting van die vroedvrou ten opsigte van kritiese en analitiese denke?

1.3 Doel van navorsing

Die doelwitte was om:

- Vas te stel of die rekords van pasiënte tydens die intrapartumperiode volgens vereistes voltooi word volgens die wetlike en beroepsraadvereistes, soos vervat in R2488 van 26 Oktober 1990, voltooi word;
- Te bepaal of die rekords volgens die riglyne en protokolle van die Departement van Gesondheid voltooi word;
- Inligting t.o.v. die struktuur, fasiliteite, protokolle en riglyne om 'n doeltreffende vroedvrougedrewe diens aan die pasiënt tydens die intrapartumfase te lewer, in te samel;
- Vas te stel of die inligting wat tydens die intrapartumfase verkry is, met die verpleegvoorskrifte en verpleegintervensies ooreenstem soos in die verpleegrekords gerekordeer;
- Die opvatting van vroedvroue ten opsigte van kritiese en analitiese denke te bepaal; en

- Waar aangedui, toepaslike aanbevelings te maak.

1.4 **Navorsingsmetodologie**

Die metodologie verwys na die navorsingsproses wat gevolg is. Hierdie proses weerspieël die wetenskaplike onderbou van die studie, en 'n akkurate beskrywing verhoog dus die betroubaarheid en geldigheid van die studie.

1.4.1 *Navorsingsontwerp*

'n Nie-eksperimentele, verkennende en beskrywende studie is uitgevoer. Geen veranderlikes is gemanipuleer nie. Die kritiese denkvermoë van die vroedvrou in die intrapartumsorgafdeling van provinsiale hospitale is verken en beskryf. De Vos (1998:124) beskryf hierdie ontwerp as geskik waar 'n verskynsel waaroor relatief min bekend is soos in hierdie geval, ondersoek word. Die navorser maak ook van triangulasie ten opsigte van datainsameling deurdat meer as een insamelingsmetode gebruik word. Beide kwantitatiewe en kwalitatiewe data is gegenereer.

1.4.2 *Steekproefneming*

Die navorser het om logistiese redes die Wes-Kaapprovinsie gekies. Die Wes-Kaapprovinsie is bereikbaar vir die navorser en bring mee dat sy as die enigste veldwerker kan optree, wat op sy beurt die betroubaarheid van die navorsing verhoog. Dit skakel dus interwaarnemerverskille uit wat sou kon opduik indien meer veldwerkers betrokke sou wees.

'n Gerieflikheidsteekproef is tydens data-insameling gebruik.

1.4.3 *Data-insameling*

Data is oor 'n periode drie maande ingesamel

'n Kontrolelys, *Hospitaalinligting* (Bylae 1), is gebruik om spesifieke inligting ten opsigte van struktuur, fasiliteite en organisering van die verloskundige dienste in die spesifieke

inrigting in te samel. Hierdie kontrolelys is op vereistes vir perinatalesorgdienslewering, soos gestel deur die Nasionale Departement van Gesondheid, gebaseer.

'n Tweede kontrolelys (Bylae 2) is gebruik om 'n retrospektiewe analise van die gehalte van pasiënterekords te doen ten opsigte van alle intrapartumpasiënte wat vir die periode 1 Januarie tot 31 Desember 2003 in die inrigting behandeling ontvang het.

'n Onderhoud is na aanleiding van 'n onderhoudskedule (Bylae 3) met vroedvroue gevoer. Die doel van die onderhoud was om die opvattinge van die vroedvroue ten opsigte van kritiese en analitiese denke te bepaal.

1.4.4 Data-analise en -voorstelling

Alvorens die data ingesamel is, is 'n loodsstudie by twee hospitale gedoen. Die kontrolelyste en onderhoudskedule is hierna verfyn en enkele onduidelike aspekte uitgeklaar. Hierdie data is nie by die finale ontleding ingesluit nie.

Kwantitatiewe data (byvoorbeeld biografiese inligting, tydsduur van intrapartumfase) is deur middel van Microsoft Office Excel-programmatuur verwerk en waar toepaslik na persentasievorm omgeskakel om interpretasie te vergemaklik. Hierdie data word deur middel van tabelle en grafieke voorgestel.

Kwalitatiewe data is tematies verwerk. Nadat die data deeglik bestudeer is, is kernwoorde geïdentifiseer. Hierdie kernwoorde is sentrale temas saamgegroeper, en waar toepaslik, word die verbale reaksie van die respondente woordeliks aangedui.

1.5 Konseptuele raamwerk

In Figuur 1.1 word die raamwerk wat die navorsing gerig het, aangedui.

FIGUUR 1.1
KONSEPTUELE RAAMWERK



Die fokus van hierdie navorsingsprojek is die kritiese en analitiese denke van die vroedvrou, soos toegepas in die verpleging van die *intrapartumpasiënt*. Die intrapartumfase verwys na die tydperk vandat die pasiënt in die eerste stadium van kraam is, m.a.w. wanneer die serviks begin ontsluit. Die tweede stadium waartydens die baba gebore word volg hierna en word opgevolg deur die derde stadium, m.a.w. wanneer die plasenta verlos word (Sellers, 1995a: 329). Kliniese besluitneming en daaropvolgende aksies weerspieël die aard en gehalte van kritiese en analitiese denke. Die vroedvrou benodig egter objektiewe en subjektiewe data ten einde bogenoemde besluitneming, verpleegintervensies en aksies tydens die intrapartumfase te beplan en uit te voer.

Objektiewe en subjektiewe manifestasies wat tot die vroedvrou se beskikking is, het betrekking op die welsyn van die moeder en fetus en die vordering van kraam.

Data word ten opsigte van die volgende verkry:

- *Moederlike welsyn*
 - Swangerskapbesonderhede (graviditeit, pariteit, bloedgroep en Rh-faktor, VDRL en titer)
 - Bloeddruk, polsslag, temperatuur van moeder
 - Urine-uitskeiding asook die teenwoordigheid van abnormaliteite, spesifiek proteïnurie en ketonurie
 - Teenwoordigheid van pyn
 - Reaksie op medikasie wat toegedien is (pynverligting, oksitosien)
 - Reaksie op behandeling
- *Fetale welsyn*
 - Fetale hartspoed
 - Teenwoordigheid van verstadigings (vroeg, wisselend, laat)
 - Teenwoordigheid van mekonium in die vrugwater
 - Reaksie op behandeling (suurstoftoediening, staking van oksitosien)
- *Vordering van kraam*
 - Kontraksies: sterkte, duur, frekwensie
 - Teenwoordigheid van hiper- en hipotoniese uteriene kontraksies
 - Ontsluiting en opname van serviks
 - Kop-bo-bekken en stand van voorliggende deel
 - Kruis waarskuwingslyn op partogram
 - Kruis aksielyn op partogram
 - Teenwoordigheid van gieting en *caput succedaneum*
 - Posisie van die fetus soos bepaal deur middel van 'n vaginale ondersoek

- Reaksie op behandeling (pynverligting, toediening van oksitosien)
- Datum en tyd van vliese wat ruptuur is en of dit spontaan of kunsmatig ruptuur is; en
- Teenwoordigheid van risikofaktore wat vordering van kraam kan beïnvloed

Op grond van hierdie objektiewe en subjektiewe data *identifiseer* die vroedvrou 'n *probleem* en/ of 'n *behoefte*. Daarna analiseer en interpreteer hy/sy die probleem en/of behoefte in terme van die inligting tot sy/haar beskikking.

Vervolgens oorweeg die vroedvrou *verskillende opsies* waardeur die probleem en/of behoefte aangespreek kan word. Die *intervensies* of aksies word nou beplan. Binne die konteks van hierdie navorsing behels die intervensies enige van die volgende afhangende van watter aksies die mees geskikte sal wees:

- Monitor die moederlike welsyn meer dikwels
- Herhaal die waarnemings (met betrekking tot die moederlike en fetale welsyn) na 'n gespesifiseerde periode
- Dien pynverligting toe soos voorgeskryf
- Begin oksitosien (vir augmentasie- of induksie-doeleindes)
- Staak oksitosien
- Dien suurstof toe
- Draai die pasiënt op haar linkersy
- Begin 'n binne-aarse ingieting
- Doen 'n vaginale ondersoek
- Kontak die geneesheer
- Verwys die pasiënt na 'n vlak2-hospitaal.

Die aksies/intervensies word nou *geïmplementeer*. Die vroedvrou moet *evalueer* of die intervensies daarin geslaag het om die probleem op te los, of die behoefte aan te spreek. Indien die probleem nie opgelos is nie, of die behoefte nie aangespreek nie, moet die vroedvrou herevalueer of -asseeser of 'n ander optrede meer gewens sal wees.

Hierdie proses vanaf die identifisering van die probleem tot evaluering of die probleem/behoefte aangespreek is al dan nie, kan as die vroedvrou se *kliniese besluitnemingsproses* saamgevat word, en impliseer die *analitiese en kritiese denke* wat die vroedvrou aan die dag gelê het.

Die proses van kliniese besluitneming (data waarop die besluit gebaseer en na gelang waarvan optrede wat plaasgevind het), moet nou *gerekordeer* word. Die belangrikste rekords (wat betrekking het) op die intrapartumfase is die *ramingsdokument*, *partogram* en *vorderingsverslag* van die pasiënt.

Die rekordhouding moet *volledig* en *korrek* wees. Volledige rekordhouding vereis dat die volgende gerekordeer word:

- die data wat gevind is (bv. observasies, klagtes van pyn);
- die interpretasie van die data (bv. die probleem wat geïdentifiseer is);
- die aksies wat beplan en toegepas is (bv. om oksitosien te staak);
- die reaksie op die intervensie/ aksies (bv. bloeddruk het gedaal).

In terme van die korrektheid van die rekordhouding, moet die inligting wat op die verskillende rekords ooreenstem (spesifiek waar dieselfde inligting op verskillende dokumente aangebring word).

Indien hierdie prosesse korrek en volledig plaasvind, kan die aanname gemaak word dat gehalte sorg gelewer is deurdat rasonale besluitneming en optrede plaasgevind het wat deur geldige en optimale analitiese en kritiese denke gekenmerk is.

1.6 Begripsomskrywing

Die volgende omskrywings word algemeen gebruik, en die betekenis daarvan, spesifiek binne die konteks van hierdie navorsing, word dus uiteengesit.

- 'n **Bevalling** beteken die geboorte van die baba, plasenta en membrane.
- **Intrapartumsorg** is die sorg van 'n vrou in kraam vanaf die aanvang van die eerste stadium van kraam tot en met die verlossing van die plasenta en membrane.
- **Intrapartumperiode** is die tydperk vanaf die eerste stadium van kraam tot en met die verlossing van die plasenta en membrane. Vir die doeleindes van hierdie studie word intrapartumfase en intrapartumperiode as sinonieme gebruik.
- 'n **Partogram** is 'n grafiese voorstelling van die kraamverloop, en word tydens die aktiewe hantering van kraam vir die vroeë opsporing van enige abnormaliteite tydens die intrapartumperiode gebruik.
- **Pasiënterekord** is 'n volledige en akkurate weergawe van pasiënetsorg wat tydens behandeling in 'n gesondheidsorginstelling ontvang is. Vir die doeleindes van hierdie studie verwys *pasiënterekords* spesifiek na dié wat tydens die intrapartumperiode gebruik word.
- **Perinatalesorgdienste** is 'n diens wat aan die moeder en baba gelewer word tydens swangerskap, die puerperium tot en met ses weke nageboorte
- **Verloskundige pasiënte** is pasiënte wat tot 'n vlak 1-hospitaal toegelaat is en wat minstens twee uur in kraam was, geboorte gegee het en minstens twee uur post-nataal gehospitaliseer is.
- 'n **Vlak 1-hospitaal** is 'n dikstrikshospitaal en word meestal in landelike gebiede aangetref. Perinatalesorgdienste in hierdie hospitale is hoofsaaklik vroedvrougedrewe met 'n voltydse beskikbare mediese beampte.
- 'n **Vlak 2-hospitaal** is 'n streekshospitaal wat die basis vir alle gesondheidsdienste in die distrik is en lewer gewoonlik diens aan vlak 1-hospitale binne 'n distrik. Perinatalesorgdienste word deur voltydse mediese beamptes en 'n spesialis-verloskundige gerugsteun.

- 'n **Vroedvrou** is 'n onafhanklike verpleegpraktisyn wat kragtens artikel 16 van die Wet op Verpleging, 1978 (Wet 50 van 1978) gemagtig en bevoeg gevind is om in sy/haar eie reg verpleging of verloskunde te beoefen. Sy/hy is ook aanspreeklik vir die beoordeling van 'n pasiëntsituasie op grond van kennis en vaardighede, die oordeelkundige neem van besluite, en dienooreenkomstige optrede.
- Die **vroedvroupraktik** is 'n subdissipline van verpleegkunde wat die verpleegkundige voorberei om 'n gesinsgesentreerde, omvattende perinatalesorgdiens aan die moeder en baba te lewer. Hierdie diens sluit die tydperk gedurende swangerskap, alle stadia van kraam, puerperium en tot ses weke nageboorte in.

1.7 Etiese aspekte

Skriftelike toestemming is vanaf die Mediese Superintendent van sewe hospitale aangevra. Al sewe hospitale het toestemming vir die navorsing verleen (Bylae 4). Een van die hospitale is vir die loodsstudie gebruik.

Vroedvroue is versoek om vrywillig aan die onderhoud deel te neem. Hulle is ook nie vir hulle deelname vergoed nie. Die respondente is van hulle anonimiteit verseker en dat hulle die reg het om enige tyd hulle deelname te staak. Hulle is ook ingelig dat die inligting op 'n anonieme wyse in die navorsingsverslag, moontlike publikasies en kongresvoordragte aangebied sal word.

1.8 Beperkings

Moontlike beperkings en die impak wat dit op die navorsing mag kon hê, is:

- grootte van steekproefneming: Die beperking van die studie tot die Wes-Kaap mag die veralgemeningswaarde van die studie moontlik tot dié provinsie beperk word. Die navorser is egter van mening dat aangesien die vroedvrou praktik aan die SARV se regulasies onderhewig is, die verwagtinge vir elke vroedvrou dieselfde is, en dat

dit dus van toepassing is op enige vroedvrou wat in soortgelyke omstandighede werk.

- o foutiewe rekordhouding: Die navorser erken dat rekords nie noodwendig 'n akkurate weergawe van gebeure is nie. Die navorser het egter nie probeer om aan te dui of rekords noodwendig "korrek" is al dan nie, maar het eerder probeer om leemtes te identifiseer deur aan te toon waar gegewens tussen verskillende tipe rekords nie ooreenstem nie.

1.9 Samevatting

In Hoofstuk 1 is 'n algemene perspektief op die studie gegee. Die breë raamwerk en metodologie van die studie is uiteengesit om 'n aanduiding te gee van die stappe wat gevolg is om die gestelde doelwitte te ondersoek en te bereik.

In Hoofstuk 2 word die literatuurstudie wat as teoretiese agtergrond vir die studie gedien het, bespreek.

1.10 Uiteensetting van hoofstukke

Die navorsingsverslag bestaan uit:

Hoofstuk 1: Inleiding. 'n Algemene uiteensetting van die studie word in beknopte formaat gegee. Die doel van die navorsing word uiteengesit en 'n kort beskrywing van die navorsingsmetodologie word gegee. Moontlike beperkinge word uitgelig en daar word aangedui wat die moontlike impak daarvan kan wees.

Hoofstuk 2: Literatuurstudie. 'n Gedetailleerde uiteensetting van die literatuur word gegee met verwysing na vorige studies oor kritiese en analitiese denke, asook rekordhouding in die verpleegpraktyk.

Hoofstuk 3: Navorsingsmetodologie. Die stappe in die navorsingsproses in terme van navorsingsontwerp, steekproefneming, datainsameling en data-analise wat in die studie aangewend is, word omvattend bespreek.

Hoofstuk 4: Resultate en bespreking. Resultate gegrond op die analise van kwantitatiewe en kwalitatiewe data wat ingesamel is, word deur middel van eenvoudige grafieke en tabelle aangedui en bespreek. Die resultate word in terme van die gestelde navorsingsdoelwitte wat gestel is en die literatuur geïnterpreteer.

Hoofstuk 5: Gevolgtrekkings en aanbevelings. Gevolgtrekkings en aanbevelings vir verdere navorsing word uiteengesit.

HOOFSTUK 2

LITERATUUROORSIG

2.1 Inleiding

Die literatuuroorsig verteenwoordig die teoretiese onderbou van enige studie. 'n Kritiese, analitiese evaluering van gepubliseerde navorsings- en vakliteratuur is 'n noodsaaklike vertrekpunt. Gevolgtrekkings en aanbevelings word ook in terme van die bestudeerde literatuuergemaak en in konteks geplaas. Na 'n aanvanklike konvensionele literatuursoektog, is daar tot 'n gerekenariseerde soektog oorgegaan. Soekenjins wat gebruik is, het www.google.com ingesluit. Gepubliseerde artikels op die databasis *Pubmed* is stelselmatig bestudeer. Ander databasisse wat gebruik is, sluit die elektroniese databasisse by Stellenbosch Universiteit in, naamlik

- *EBSCOhost*; en
- *ProQuest Medical Library*.

'n In-diepte studie van vakliteratuur en empiriese navorsing is noodsaaklik vir die navorser om 'n breër perspektief rondom die navorsingsprobleem te gee. De Vos (1998:65) voer aan dat die literatuurstudie in triangulasie, die navorsingsontwerp in hierdie studie gebruik as 'n vertrekpunt vir die ontwikkeling van data-instrumente dien sowel as vir die interpretasie van data en sinvolle gevolgtrekkings.

Die doel van die literatuurstudie in hierdie navorsing, was om:

- 'n historiese perspektief op die kernbegrippe in hierdie navorsing te kry;
- leemtes rondom ander studies wat onderneem is te identifiseer;

- die mees geskikte metode vir data-insameling te bepaal; en
- data te verkry om die empiriese data mee te vergelyk.

Die literatuurstudie strek oor 'n tydperk van 25 jaar. Aangesien die meeste prominente konsepte in verpleegliteratuur reeds in 1973 beskryf is, was die navorser van mening dat dit nodig was om die historiese ontwikkeling van die konsepte te bestudeer.

Die meeste studies oor kritiese en analitiese denke en reflektiewe praktyke wat onderneem is, is in kritieke sorg omgewings gedoen, en slegs beperkte studies wat verband hou met vroedvroupraktykvoering is gevind. Die navorser het ook baie min Suid-Afrikaanse studies teëgekomp; indien daar meer gedoen is, is dit nie gedokumenteer nie. Beide konvensionele en rekenaarsoektogte is gedoen om die inligting te bekom.

Die praktyk van die vroedvrou sentreer rondom kliniese besluitneming. Die vroedvrou is verantwoordelik om op grond van spesifieke data, sekere kliniese besluite te neem wat die verdere hantering van die pasiënt bepaal. Omdat kliniese besluitneming 'n wye begrip is wat eintlik op 'n proses dui, is daar besluit om die toepaslike literatuur te bestudeer en die bespreking daarvan onder die volgende afdelings te doen:

- kliniese besluitneming;
- kritiese denke; en
- verpleegintervensies.

2.2 **Kliniese besluitneming**

Kliniese besluitneming is 'n integrale deel van kliniese praktykvoering. Die vermoë om besluite te neem wat vir die pasiënt bevorderlik is, berus op die insameling, interpretasie en evaluering van data waarna dienooreenkomstige intervensies geïmplementeer word. Johnson (Bucknall, 2000:27) definieer besluitneming as "... a process by which a person, group or organisation identifies a choice of a judgement to be made, gathers and evaluates information about alternatives and selects from among the alternatives...".

Tanner (Harbison, 1991:404) beskryf twee teorieë van besluitneming, naamlik 'n rasionalistiese en 'n fenomenologiese perspektief. Ondersteuners van die rasionalistiese teorie lê klem op die analise van 'n situasie, gevolg deur rasonale en logiese aksies, gebaseer op kennis en oordeel. Aansluitend by hierdie teorie is die gebruik van algoritmes. Hiervolgens volg die verpleegkundige 'n spesifieke riglyn en optrede word op die data wat ooreenkomstig die algoritmes verkry word, geskoei. Bucknall (2000:26) is van mening dat hierdie benadering egter die dinamiese aard van die kliniese praktyk en die impak van hierdie dinamika op kliniese besluite in die werklike lewe ignoreer.

Benner (Harbison, 1991:405) argumenteer dat "... not all knowledge [is] embedded in expertise [and] can be captured with analytic strategies that depend on identifying all the elements that go into the decision," en is ten gunste van die fenomenologiese teorie rondom kliniese besluitneming.

Verpleegkundiges sal erken dat intuïsie 'n belangrike rol in besluitneming speel (Harbison, 1991: 404). Hierdie intuïsie aldus Harbison (1991:405) is "... understanding without a rationale...". Benner en Tanner (Bucknall, 2000:27) redeneer dat beide hierdie intuïtiewe kennis en analitiese beredeneringsvermoë tot die besluitnemingsproses bydra. Dit sluit in "... common-sense understanding [derived from knowledge of culture, society and language], skilled 'know-how', sense of salience [distinguishing meaningful events] and deliberative rationality [adopting a new perspective on a situation]" (Harbison, 1991:405).

Verskeie kundiges beskou "common-sense understanding, skilled 'know-how', sense of salience (distinguishing meaningful events)" as noodsaaklike vaardighede vir 'n ervare verpleegkundige met betrekking tot kliniese besluitneming (Harbison, 1991:405).

Verskeie inrigtings begin toenemend van kliniese intervensieroetes ("pathways") gebruik maak. Hierdie kliniese intervensieroetes definieer die optimale reeks intervensies vir 'n spesifieke prosedure of diagnose. Aldus Harbison (2001:23) bevorder dit gehalte, koste-effektiewe sorg. Delamonthé (Meurier, 1998:144) voer aan dat kliniese riglyne tot goeie

praktyke bydra en 'n betekenisvolle bydrae tot die verbetering van sorg kan lewer. Harbison (2001:23) beklemtoon egter dat hierdie intervensieroetes slegs rigtinggewend is en nie uitsluit dat die verpleegkundige besluite gegrond op professionele oordeel moet neem nie.

Verskeie faktore het 'n impak op die verpleegkundige se besluitnemingsvermoë. Pyles & Stern, Benner, en Benner & Tanner (Bucknall, 2000:27) het bevind dat die verpleegkundige se ervaring 'n prominente rol in die ontwikkeling van kritiese waarnemingsvaardighede en gevolglike intuïsie speel. Navorsers is dit ook eens dat faktore soos stres, moegheid, skofwerk en individuele verskille in opleiding die effektiwiteit en doeltreffendheid van kliniese besluite beïnvloed (Bucknall, 2000:26).

Ignatavicius (2001:32) meld dat waar beleid en prosedures te beperkend is, of waar besluitneming gesentraliseer is, personeel nie bemaagtig word om krities en analities te dink en effektief besluite te neem nie. Ondersteunende bestuurders en portuurgroepslede moet verpleegkundiges aanmoedig om waagmoedig te wees; om te soek na nuwe, kreatiewe maniere om probleme op te los.

Verskeie studies is in die verlede gedoen om kliniese besluitneming te evalueer. Hierdie studies is egter hoofsaaklik in gesimuleerde omstandighede gedoen, aangesien navorsers van mening was dat dit oneties sou wees om dit in die natuurlike kliniese opset te doen (Bucknall, 2000:26). Daar is egter geen bewyse dat die gehalte van kliniese besluitneming in gesimuleerde omstandighede met die gehalte van kliniese besluitneming in die dinamiese kliniese omgewing ooreenstem nie (Bucknall, 2000:26).

Kliniese besluitneming word op kliniese oordeel gebaseer, wat uit kritiese en analitiese denke spruit. Kliniese oordeel behels 'n reeks besluite wat in interaksie met die pasiënt, die evaluering van waargenome data en die nodige verpleegaksies geneem word. In wese is kliniese oordeel sinoniem met die verpleegproses. Watson en Glaser (Duchscher, 1999:581) se historiese omskrywing van kritiese denke in 1964 het as volg na die stappe verwys:

- raming (definiëring van die probleem);

- beplanning (samel relevante inligting in);
- identifiseer aannames;
- verpleegdiagnose (formulering van relevante hipoteses); en
- evaluering (identifiseer gevolgtrekkings en bepaal geldigheid van afleidings).

Kritiese en analitiese denke is weer 'n integrale deel van kliniese besluitneming en oordeel, " ...a routine part of nurses' work". Kritiese en analitiese denke is noodsaaklik vir effektiewe kliniese besluitneming. Miller (Giro, 1995:388) beskou kritiese denke as "... a routine part of nurses' work and integral to their decision-making in practice". Malek (Giro, 1995:388) beskou dit as 'n vereiste vir verpleegkundiges om veilige, vaardige, outonome praktisyne te wees.

2.3 **Kritiese denke**

Verpleegkundiges moet probleme akkuraat kan definieer, die beste keuse tussen verskeie alternatiewe probleemoplossings kan maak, 'n plan van sorg kan implementeer en die effektiwiteit van hulle aksies kan evalueer (Miller, 1992:1401).

Verpleegkundiges word daagliks met komplekse probleme gekonfronteer. Greenwood et al. (2000:1106) voer aan dat "*... the unpredictable clinical contexts wherein nursing is practised require the ability to analyse and interpret cues, weigh evidence and respond appropriately and expeditiously to changing practical exigencies.... and this requires at least some conscious deliberation of what to do and how best to do it*".

Die vermoë om krities en analities te dink, beïnvloed die gehalte van verpleegsorg en pasiëntuitkomst. In verskeie verpleegkurrikulums word daar verwag dat die verpleegkundige en vroedvrou evalueer, onderskei, interpreteer en krities kan besluit (Harbison, 1991:404). Schon (Harbison, 1991:404) beskryf so 'n persoon as 'n "reflektiewe praktisyn", " someone who constantly watches herself in action, discovers and acknowledges the limits of her expertise...". 'n Gebrek aan of ontoepaslike kritiese en analitiese denke wat tot swak kliniese besluite en intervensies kan lei kan tot 'n pasiënt se

dood, verlengde hospitalisering en/of permanente skade veroorsaak (Greenwood et al., 2000:1107).

'n Omskrywing van kritiese denke, die rol wat dit in besluitneming speel en hoe dit die verpleegpraktyk beïnvloed, word vervolgens gebied.

2.3.1 Omskrywing

Die konsep van kritiese en analitiese denke is reeds in die vyftigerjare beskryf (Ignatavicius, 2001:31). Kritiese denke word as 'n samestelling van houdings, kennis en vaardighede gedefinieer wat volgens Watson en Glaser die volgende insluit:

"attitudes of inquiry that involve an ability to recognise the existence of problems and an acceptance of the general need for evidence in support of what is asserted to be true; knowledge of the nature of valid inferences, abstractions, and generalisations in which the weight or accuracy of different kinds of evidence are logically determined, and skills in employing and applying the above attitudes and knowledge" (Miller, 1992:1402).

Verskeie navorsers het gepoog om probleemoplossing gelyk te stel aan kritiese denke. Bevis (in Miller, 1992:1402)) sien probleemoplossing as "... a framework for solving problems; it may or may not have critical thinking as an element". Probleemoplossing is **produk**georiënteerd terwyl kritiese denke **proses**georiënteerd is.

Ignatavicius (2001:32) identifiseer ses essensiële kognitiewe vaardighede wat met kritiese en analitiese denke geassosieer word:

- **Interpretasie** verwys na uitklaring, die vasstel van die beduidendheid van laboratoriumbevindings, vitale tekens en fisiese ramingsdata.
- **Analise** impliseer die "opbreek" van die situasie in gedeeltes om die moontlike betekenis van data te bepaal en is nodig om pasiëntprobleme te identifiseer.

- **Evaluering** verwys na die identifisering van verwagte pasiëntuitkomste en of dit behaal is al dan nie.
- **Afleiding** beteken dat gevolgtrekkings gemaak kan word soos of die pasiënt se gesondheidstatus verbeter al dan nie.
- **Verduideliking** is die vermoë om aksies op grond van navorsing of ander bewyse te regverdig.
- **Selfregulering** is die proses waardeur 'n persoon se praktyke ondersoek en gekorrigeer of verbeter word, indien nodig.

Brookfield (Duchscher, 1999:577) identifiseer vier kernkomponente onderliggend aan kritiese denkprosesse:

1. Identifisering en bevraagtekening van aannames

Die vroedvrou kan byvoorbeeld nie die aanname maak dat pasiënte met 'n normale swangerskap noodwendig 'n normale kraamproses gaan hê nie. Sy/hy moet dus voortdurend bewus wees van probleme wat ten opsigte van die moeder, fetus of vordering van kraam mag voorkom. Probleme ten opsigte van enige van dié aspekte, het 'n direkte invloed op die ander. 'n Moeder wat byvoorbeeld keto-asidose ontwikkel, se fetus gaan as 'n gevolg moontlik fetale nood ontwikkel.

2. Konteks/omstandighede

Dit is belangrik dat die vroedvrou beseft dat enige aksie teen 'n spesifieke agtergrond van gebeure plaasvind, en dat 'n waarneming nie geïsoleerd geïnterpreteer moet word nie. 'n Bloeddrukstyging mag moontlik 'n direkte uitvloeisel van pyn wees, maar, byvoorbeeld by 'n primigravida wat nog in die latente fase van kraam is, kan 'n geleidelike styging in die bloeddruk en die ontwikkeling van proteïnurie, 'n aanduiding van dreigende eklampsie wees.

3. Verkenning van alternatiewe

'n Algemene roetinepraktyk mag wees om alle pasiënte in kraam niks per mond te laat inneem nie. Daar mag egter ander benaderings wees, soos om slegs die pasiënt met 'n duidelike risiko vir narkose tot minimale mondelingse voginname te beperk. In plaas daarvan om dus alle pasiënte potensieel aan keto-asidose en die ongemak van dors bloot te stel, word slegs diegene met 'n verhoogde risiko vir sodanige intervensie geïdentifiseer en dan ook meer dikwels gemonitor vir die ontwikkeling van probleme.

4. Reflektiewe skeptisisme

Voortdurende bevraagtekening en refleksie noop die verpleegkundige om in elke situasie unieke kennis te genereer en teen veralgemenings te waak. Die vroedvrou moet hom-/haarself nie bloot by voorafgediagnoseerde pasiënte teen eklampsie blind staar nie, maar besef dat enige pasiënt dit kan ontwikkel, ook die multigravida.

2.3.2 Ontwikkeling van kritiese denke

Empiriese navorsingstudies rondom die ontwikkeling van 'n verpleegkundige se kritiese denkvermoë is baie beperk. Literatuur is dit egter eens dat meer klem op die ontwikkeling van die denkprosesse van verpleegstudente in die oplossing van verpleegprobleme geplaas moet word en minder klem op die blote identifisering van die korrekte antwoorde. Die studentverpleegkundige moet geleer word om kliniese gevolgtrekkings uit data te maak, aannames te formuleer, bewyse op te weeg en tussen sterk en swak argumente te onderskei (Miller, 1992:1406).

Die ontwikkeling van kritiese denke is nie 'n aparte eenheid in 'n kurrikulum nie – dit moet onderliggend wees aan alle kennis en vaardighede wat aangeleer word. Miller (1992:1406) sê in hierdie verband "... it is an approach to inquiry... reinforcing the spirit of inquiry and independent critical thought rather than reinforcing compliant behaviour".

Die verpleegproses is 'n waardevolle manier om die verpleegkundige te leer hoe om 'n probleem op te los. Dit sluit die vermoë in om data in te samel alvorens besluite geneem

word, "... pursuing an orderly process of data sorting and classification" (Harbison, 1991:404).

Kritiese en analitiese denke kan in 'n werksmilieu ontwikkel word deur:

- op pasiëntuitkomste en beplande intervensies om hierdie uitkomste te bereik, te fokus;
- personeelvergaderings te gebruik om pasiëntgebeure te bespreek en alternatiewe benaderings te ontwikkel;
- interdisiplinêre pasiënterondtes te gebruik om samewerking tussen spanlede te bevorder;
- verseker dat kritiese en analitiese denke in die filosofie en kernwaardes van 'n instelling ingebou is en geoperasionaliseer kan word in die strewe na bereiking van doelwitte;
- toe te sien dat die rekordhoudingstelsel op die rapportering van uitkomste fokus en nie net die uitkoms van ramings en intervensies reflekteer nie;
- personeel te bemagtig om besluite te neem;
- 'n ware rolmodel te wees en self besluitneming op kritiese en analitiese denke te skoei; en
- personeel aan te moedig om professionele opleiding te ondergaan (Ignatavicius, 2001:32-33).

Kritiese en analitiese denkvermoë manifesteer dus by 'n verpleegkundige wat oor sy/haar eie praktyk en besluitneming kan nadink.

2.3.3 *Kritiese denkvermoë in verloskundige praktykvoering*

Curran (2003:802-813) rapporteer binne die verloskundige konteks, " that clinical assessments, critical thinking, decision-making, and resource allocation must be quick and appropriate to increase the likelihood of a positive outcome for the mother, fetus and neonate".

Verpleegkundiges moet toenemend vinnig besluite neem in hoogs komplekse omgewings soos 'n kritiekesorgomgewing. Alhoewel die eerste vlak van perinatale sorg in Suid-Afrika, wat hoofsaaklik 'n vroedvrou-gedrewe diens is, nie as 'n komplekse omgewing beskou word nie, is die navorsing van mening dat kwalitatiewe besluite deur die vroedvrou in hierdie omgewing ewe belangrik is as in die hoogs gesofistikeerde kritiekesorgomgewing. Tydige diagnose deur die vroedvrou (byvoorbeeld fetale nood) opgevolg deur verwysing na 'n meer gesofistikeerde sorgvlak en/of geneeskundige hulp (byvoorbeeld vir 'n noodkeisersnit), kan dikwels die verskil tussen 'n lewendige gebore baba en 'n doodgebore baba beteken.

Bepaalde studies is beskikbaar ten opsigte van die evaluering van kliniese besluite in die werklike situasie. Dit is egter problematies om kliniese besluite in die praktyk te evalueer en daarom is die vorige studies meestal eerder op simulasie as formele waarneming gefokus om die prosesse van besluitneming te evalueer. In die praktyk is die pasiënt afhanklik van die versorging wat hy/sy ontvang, en is dit belangrik dat die pasiënt vertroue in sy/haar versorgers moet hê. Indien 'n persoon uit 'n navorsingsoogpunt langs die bed van die pasiënt sou wees, en van elke intervensie se onderliggende rasionaal wil weet, kan dit by die pasiënt moontlik 'n opvatting laat dat sy/haar versorgers "nie altyd korrek optree nie". In die huidige omgewing met 'n verhoogde tendens van mediese litigasie, sou hierdie metode van data-insameling nie aanvaarbaar wees nie, en is dit trouens onwaarskynlik dat die nodige toestemming daarvoor verkry sal word.

Een van die meer aanvaarbare en mees algemene metode waardeur die kliniese besluitnemingsvermoëns van verpleegkundiges bepaal word, is deur die ontleding van pasiënterekords.

Dit is juis die risiko verbonde aan oneffektiewe besluitneming wat die implementering van spesifieke riglyne en algoritmes wat spesifieke optredes onder sekere omstandighede voorskryf, gewild gemaak het. Greenwood et al. (2000:1107) voer aan " [that]... it is possible that those with many years experience and in senior positions, resort to routinised nursing practices precisely to protect themselves from the risks associated with 'individualised' clinical decisions".

Redding (2001:58-60) identifiseer die volgende aspekte wat met kritiese denke verband hou:

- **Veldspesifieke kennis:** Die vroedvrou moet oor voldoende kennis beskik ten einde sinvolle kliniese besluite te neem.
- Noodsaaklike **kognitiewe vaardighede** sluit in die definiëring van probleme, die vermoë om inligting te selekteer, om "oorsaak en gevolg" te kan definieer, hipotese-formulering en om gevolgtrekkings te kan maak. Die vroedvrou moet byvoorbeeld afwykings in die fetale hart kan identifiseer, uitken dat dit die gevolg van verlengde kraam mag wees, en dat dit nodig is om die pasiënt vir 'n moontlike keisersnit te verwys.
- **Intellektuele vaardighede** sluit in die vermoë om inligting uit te klaar, die relevansie en betekenis van inligting akkuraat te kan bepaal en tot sinvolle, logiese gevolgtrekkings te kom.
- **Houding en ingesteldheid** sluit in die vermoë om analities en sistematies te dink, 'n "nuuskierigheid" te openbaar, volwassenheid in denke aan die dag te lê en 'n "oop" benadering te handhaaf.
- **Ervaring** speel 'n belangrike rol in die kliniese oordeelsvermoë.

2.3.4 *Weerspieëling van kritiese denkvermoë in pasiënterekords*

Die pasiënt se rekord is 'n belangrike dokument wat die gehalte van sorg, spesifiek verpleegsorg weerspieël.

Min is bekend oor of daar ooreenstemming is tussen die inhoud van rekords en die pasiënt se werklike toestand en gelewerde sorg (Ehrenberg & Ehnfors, 2001:304). Verskeie navorsers beveel aan dat waar gekordeerde data vir navorsing gebruik word, die akkuraatheid van die data bepaal moet word en dat daar waar moontlik, van addisionele data-bronne gebruik gemaak moet word (Ehrenberg & Ehnfors, 2001:309). Juis om hierdie rede het die navorser in hierdie studie nie net op die deurlopende verslag wat die vroedvrou gebruik gefokus nie, maar ook die rekordhouding van inligting op gestandaardiseerde vorms soos die toelatingsdokumente, geboorteverslag, babarekord en partogram ingesluit. Die navorser was van mening dat sekere inligting moontlik verskyn op een van die ander rekords as die deurlopende verslag kan verskynen andersom. Indien ander data-bronne nie in navorsing benut word nie, kan 'n foutiewe beeld van besluite en die onderliggende data-basis as motivering vir die besluite verkry word.

Rekordhouding is 'n integrale deel van die verpleeg- en vroedvroupraktik. "It is a tool of professional practice and one that should help the care process" (NMC, 2002: 5). Die *Nurses Board of Western Australia* (2001:1) raam dat verpleegkundiges ongeveer 20% van hulle tyd bestee om geskrewe inligting te proses, en nog meer tyd om die inligting te rekordeer om veilige sorg te fasiliteer.

2.3.4.1 Doel van rekordhouding

Goeie rekordhouding is 'n weerspieëling van die standaard van professionele praktykvoering (NMC, 2002:7). Dit beskerm die welsyn van die pasiënt aangesien dit lei tot die bevordering van:

- hoë standarde van kliniese sorg;
- kontinuïteit in sorg;
- beter kommunikasie en inligtingverspreiding tussen lede van die multidissiplinêre span;
- 'n akkurate weerspieëling van beplanning en uitvoering van sorg; en

- die vroeë opsporing van probleme soos 'n verandering in die pasiënt se toestand.

2.3.4.2 Effektiewe rekordhouding

Effektiewe rekordhouding is rekordhouding wat 'n evaluering van die pasiënt se toestand en diensooreenkomstige aanpassing in sorg na aanleiding van die evaluering weerspieël, en behoort enige gesondheidspersoneel in staat te stel om vir die pasiënt te kan sorg.

2.3.4.3 Beginsels van rekordhouding

Die *Nursing and Midwifery Council* (2002:8) lê die volgende rekordvereistes neer:

- Dit moet feitelik, konsekwent en akkuraat wees.
- Dit moet so gou as moontlik **na** die gebeure gerekordeer word en opgedateerde inligting oor die sorg en toestand van die pasiënt verskaf.
- Dit moet duidelik geskryf word en enige veranderinge moet gedateer en geteken word.
- Handtekeninge moet duidelik wees.
- Geen afkortings, betekenislose frases, irrelevante bespiegeling of subjektiewe stellings behoort ingesluit te word nie.
- Dit moet leesbaar wees op fotokopieë.
- Dit moet aaneenlopend wees, met ander woorde daar moet geen gapings wees nie.
- Geïdentifiseerde probleme en die aksies wat uitgeoefen is om die probleme reg te stel, moet weerspieël word.

2.3.4.4 Oudit van rekords

Dit is noodsaaklik dat die rekords aan 'n gereelde oudit onderwerp word, areas vir verbetering geïdentifiseer word en toepaslike regstellende maatreëls toegepas word. Dit is 'n belangrike komponent van die risikobestuursproses met die uiteindelijke doel om gehalte sorg te verbeter. 'n Studie van Meurier (1998:143) toon die volgende algemene probleme in 'n studie oor die beskrywing van borskaspyn in pasiënterekords. Soortgelyke probleme word ook in verloskundige rekordhouding ondervind:

- Oppervlakkige rekordhouding van klagtes (onder andere tyd van die klagte, tydsduur, aanleidende faktore ens.)
- Relevante inligting slegs gedeeltelik of glad nie verkry nie
- Onvoldoende rekordhouding van die raming van die pasiënt se fisiologiese status (byvoorbeeld bloeddrukbepalings, en of dit binne normale perke was al dan nie)

2.3.4.3.1 Meetinstrumente

Vanuit die literatuurstudie blyk dit dat daar verskillende tipes meetinstrumente beskikbaar is om die gehalte van sorg te meet waarvan die mees bekende *Qualpacs*, *Phaneuf Audit*, *Rush Medicus Measurement Index*, *Monitor* en *Watson Glaser Critical Thinking Appraisal Tool (WGCTA)* is (Booyens, 2000: 314, 321-325; Kemp & Richardson, 1991:68).

Nie een van hierdie instrumente was egter vir dié spesifieke studie geskik nie, omdat die meetinstrumente:

- in mediese en chirurgiese asook intensiewesorgomgewings gebruik word (*Qualpacs*);
- hoofsaaklik op psigologiese en kommunikasie-aspekte van verpleegsorg fokus en weens die subjektiwiteit van hierdie aspekte 'n foutiewe beeld van gehalte sorg kan gee (*Qualpacs*);

- meer op struktuur, fasiliteite en rekordhouding binne die spesifieke omgewings fokus (*Phaneuf Audit*);
- hoofsaaklik op die wetlike aspekte van rekordhouding gebaseer word (*Phaneuf Audit*). Daar word dus op rekordhouding van die verpleegintervensie gefokus , en nie op die inligting waarop die besluite van die vroedvrou berus nie;
- primêr op pasiënteklassifikasie volgens hul vlak van selfsorg fokus (*Rush Medicus Quality Montoring Methodology for Nursing Care*). Die fokus van hierdie instrument is dus op die pasiënteklassifikasiestelsel en nie op die hooftema van hierdie studie, naamlik kritiese en analitiese denke van die vroedvrou nie;
- hoofsaaklik op pasiëntvraelyste fokus en gebruik word waar pasiëntgesentreerde sorg toegepas word (*Monitor*). Algemene kritiek op hierdie meetinstrument is dat die voltooiing van die vraelys tydrowend is aangesien daar afhangend van die vlak van die pasiënt se afhanklikheid, 60–140 vrae is, wat beantwoord moet word (Kemp & Richardson, 1991::71). Hierdie meetinstrument gebruik die konsep van pasiënteklassifikasie, wat tans nie in die steekproefhospitale van toepassing is nie;
- op struktuur, proses en uitkomstriteria soos geformuleer vir spesifieke standarde 60–140 vrae is, (*Dynamic Standard Setting System – DySSSy-system*). Die *DySSSy-system*-meetinstrument is nie vir die doeleindes van hierdie studie geskik nie omdat praktykervaring die navorser geleer het dat die meeste perinatalesorgeenhede in Suid-Afrika nog nie oor struktuur-, proses- en uitkomsstandarde beskik nie. Die proses vir die stel van standarde is egter aan die toeneem in staatshospitale in Suid-Afrika weens die aanstelling van gehalteverbeteringskonsultante. Die navorser het in hierdie navorsing wel sekere konsepte van struktuur-, proses- en uitkomsstandarde gebruik in die daarstel

van meetinstrumente. Die geëvalueerde kriteria is egter nie op struktuur-, proses- en uitkomsstandaarde gebasseer nie; en

- se geldigheid en betroubaarheid bevraagteken word (*WGCTA*).

Alhoewel sekere aspekte van die onderskeie ouditinstrumente wel in die navorser se meetinstrumente geïdentifiseer kan word, was nie een van bogenoemde meetinstrumente geskik om binne die intrapartumfase van vlak 1-hospitale te gebruik nie, aangesien dit nie op die kritiese en analitiese denke van die vroedvrou, wat dié huidige studie se hooftema is, fokus nie.

2.3.4.5 Aard van rekordhouding

Die gereeldheid en aard van inskrywings word deur professionele oordeel, plaaslike standaarde en ooreenkomste bepaal. In die professionele, gedrags- en regsomgewings geld die beginsel dat 'wat nie gerekordeer is nie, nie gedoen is nie'. Dit is dus noodsaaklik dat alle inligting wat as basis vir spesifieke intervensies gebruik is, sowel as die pasiënt se reaksie op die behandeling, gerekordeer moet word.

Frank-Stromborg en Christensen (2001:841) beklemtoon dat die verpleegkundige met ander spanlede moet kommunikeer, en dat die inligting wat gekommunikeer is, gedokumenteer moet word. Dit beteken dus dat wanneer 'n vroedvrou met 'n geneesheer oor die fetale welsyn sou konsulteer, sy/hy die volgende moet rekordeer:

- die fetale hart (tempo, verstadigings, versnellings);
- moederlike vitale tekens;
- verloskundige vordering (byvoorbeeld servikale ontsluiting, servikale opname, kontraksies);
- behandeling wat gegee is (byvoorbeeld suurstof wat aan die moeder toegedien is) en die pasiënt se reaksie daarop;

- inligting wat aan geneesheer oorgedra is; en
- die behandeling wat die geneesheer voorgeskryf het.

Ongelukkig is daar in die praktyk velerlei voorbeelde waar inskrywings soos "dokter in kennis gestel van pasiënt se toestand" gemaak word terwyl dit wat presies gekommunikeer is, nie gerekordeer is nie. Sodanige gebrekkige rekordhouding van kommunikasie tussen verpleegkundige en geneesheer kan potensiële groot implikasies vir 'n regsgeneeskundige saak inhou. Akkurate en volledige rekordhouding kan verskille uitskakel wat tussen "those who give orders and those who take orders..." bestaan (Frank-Stromborg & Christensen, 2001:842).

2.3.4.6 Standaardisering van rekords

Goodyear en Lloyd (Meurier, 1998:141) beweer dat gestandaardiseerde vorms die gehalte van toelatingsnotas aansienlik kan verbeter. Hulle rapporteer dat die hoeveelheid kliniese data in sulke dokumente aansienlik meer is as die tradisioneel gerekordeerde inligting. Gestandaardiseerde rekords word toenemend in inrigtings in Suid-Afrika, ook in perinatale gesondheidsdienste sou konsulteer. Die rekords onder bespreking is die rekords wat tans in die Wes-Kaap Provinsiale Administrasie gebruik word. Die Wes-Kaap was die teiken van hierdie navorsingstudie, en daarom word dit as toepaslik beskou om HULLE rekords te bespreek.

Die bekendste van hierdie gestandaardiseerde rekords is die gravidogram en die partogram. Die gravidogram is 'n rekord van die voorgeboortetydperk, terwyl die partogram gebruik word as 'n instrument om die gebeure in die intrapartum- en onmiddellike postpartumtydperk te rekordeer.

(a) Gravidogram

Die gravidogram gee 'n samevattende oorsig van die pasiënt se geskiedenis, basislyndata, die verloop van die swangerskap en enige moontlike afwykings/abnormaliteite. Die meeste gravidogramme maak ook voorsiening vir 'n risikogradering (lae-, intermediêre en

hoërisikosorg vir onderskeidelik die swangerskap en bevalling). In die intrapartumperiode is die gravidogram van besondere waarde, veral om data te verkry wat 'n impak op die verloop van kraam en die puerperium mag hê.

(b) Partogram (Bylae 5)

Die partogram gee 'n definitiewe struktuur waarvolgens inligting gerekordeer kan word.

Op die partogram (Bylae 5) word die volgende aangedui:

- inligting ten opsigte van die fetale welsyn (fetale hartspoed, versnellings, verstadigings en, indien teenwoordig, of dit 'n vroeë, wisselende of laat verstadiging is);
- inligting ten opsigte van die moederlike welsyn (bloeddruk, polsspoed, temperatuur, urine-uitskeiding);
- inligting ten opsigte van die vordering van kraam (duur en frekwensie van kontraksies, bevindinge van vaginale ondersoek, servikale ontsluiting in terme van die vorderings- en aksielyste, bevindinge van die abdominale ondersoek, spesifiek die kop-bo-bekken); en
- verpleegintervensies (byvoorbeeld medikasie toegedien, suurstof toegedien).

Abnormaliteite ten opsigte van fetale welsyn word teen die agtergrond van inligting t.o.v. moederlike welsyn en vordering van kraam geïnterpreteer. Enige abnormaliteite moet onmiddellik aan die geneesheer gerapporteer word sodat toepaslike intervensies kan plaasvind.

(c) Ramingsvorm

Data wat tydens die verpleeggraming ingesamel word, word op 'n ramingsvorm ingevul. Die doel van die ramingsvorm is om 'n databasis met betrekking tot die pasiënt se perspektief rakende haar gesondheidstoestand, haar lewenstyl en waardes te verkry (Potter & Perry,

1997:108). Data vir die ramingsvorm word uit'n onderhoud met die pasiënt verkry, en word gebruik om verpleegsorg tydens hospitalisering van die pasiënt te beplan en te verseker dat individuele behoeftes en probleme doeltreffend aangespreek word.

Tydens die raming van die pasiënt word daar op inligting uniek aan die pasiënt se probleem gekonsentreer, maar ook op 'n totale raming van die pasiënt (Meyer, et al., 2004:31). Op hierdie wyse kan die vroedvrou meer omvattende basislyndata bekom waarvolgens toepaslike verpleegaksies/intervensies beplan kan word.

Die volgende pasiëntinligting word op die ramingsvorm gerekordeer:

- verpleeg- en mediese geskiedenis;
- fisiese raming;
- fisiese, sosiale en psigologiese behoeftes;
- stadium van afhanklikheid of onafhanklikheid van die pasiënt;
- aktiewe betrokkenheid van die pasiënt; en
- prioriteite vir verpleegintervensies.

(d) Toelatingsnota: Verloskunde (Bylae 6)

Die toelatingsnota, spesifiek vir gebruik in perinatalesorgdienste, gee 'n basislyn met betrekking tot waarnemings wat tydens die aanvanklike toelating van die pasiënt in kraam verkry word. Met die aanvanklike waarnemings kan die vroedvrou 'n (verpleeg)diagnose maak en verdere verpleegintervensies beplan. Basislynwaarnemings is noodsaaklik om enige vordering tydens die intrapartumperiode te bepaal.

Data wat op die *Toelatingsnota: Verloskunde* (Bylae 6) ingevul word hoef nie noodwendig herhaal te word nie, maar kan vanaf die *ramingsvorm* verkry word aangesien dieselfde inligting ook daarop ingevul moet word.

(e) Probleem-georiënteerde vorderingsverslag van pasiënt (POVV) (Bylae 7)

Die POVV is'n belangrike dokument vir die rekordhouding van alle verpleegsorgaksies/intervensies soos deur die vroedvrou geïmplementeer. Dit vorm 'n deurlopende verslag van die sorg wat aan die pasiënt verleen word.

Daar is geen standaardriglyne vir die voltooiing van die POVV in die praktyk nie. Tans word die POVV hoofsaaklik deur die verpleegpersoneel gebruik om die verloop van verpleegsorg te rekordeer. In sommige instellings word die POVV gebruik om alle pasiëntdata te weerspieël en bestaan daar nie gestandaardiseerde vorms nie.

(g) Opsomming van Baring (Bylae 8)

Die *Opsomming van Baring* (Bylae 8) gee 'n gedetailleerde uiteensetting van die verloop van die drie stadiums van kraam, en enige abnormaliteite wat voorgekom het waarop die vroedvrou in die puerperium bedag moet wees. Die onmiddellike waarnemings aan die einde van baring word gerekordeer en dien dan as 'n basislyn om verdere parameters wat tydens die puerperium verkry word, te vergelyk.

(h) Vroeë aanmelding van geboorte (Bylae 9)

Aanmelding van geboorte is daarop gemik om die plaaslike owerheid van die geboorte van 'n baba in 'n spesifieke distrik in kennis te stel. Dit is belangrik vir statistiese doeleindes en kan as 'n aanduiding van die gesondheidsprofiel van die gemeenskap gebruik word. In areas met 'n goedgedefinieerde gesondheidsstruktuur kan dit die gemeenskapsverpleegkundige in staat stel om moeders en/of babas wat in die distrik gebore word met 'n tuisbesoek op te volg. Sodoende is dit moontlik om moontlike abnormaliteite vroeg op te spoor en betyds te kan optree.

(i) Voorskrifkaart

Elke pasiënt het 'n voorskrifkaart waarop die geneesheer spesifieke behandeling voorskryf, spesifiek pynverligting en ander medikasie. Die voorskrifkaart bestaan uit twee (2) afdelings: Die een afdeling is vir eenmalige doserings asook medikasie wat op 'n gereelde basis gegee word, terwyl die ander afdeling gebruik word om ingrepe soos suurstoftoediening, oksitotiese middels en binne-aarse ingietings voor te skryf. Binne die omgewing van verloskunde word daar gevind dat sekere "voorskrifte", insluitend binne-aarse ingietings, dikwels as 'n "roetine" gedoen word en nie spesifiek voorgeskryf word nie.

Daar is spesifieke medikasie in verloskunde wat vir alle pasiënte toegedien word, spesifiek oksitotiese middels vir induksie of versnelling van kraam, of voor of na verlossing van die plasenta. In die praktyk word daar verskeie benaderings gevolg. Die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging vereis dat 'n individuele voorskrif vir elke pasiënt uitgereik word en aanvaar nie geredelik die konsep van "standaardvoorskrifte" nie. Sommige instansies oorkom hierdie probleem deurdat die behandeling op voorafgedrukte bladsye volledig aangedui word en dan aan die pasiënt se rekord geheg word.

(j) Kardiotokografiestrokke (*CTG*)

Die kardiotokografie strokke maak 'n integrale deel van die pasiënt se rekords uit. Besonderhede ten opsigte van die fetale hart en abnormaliteite in die fetale hart en kontraksiepatroon kan gesien word. Die meeste van die tegnologie maak ook voorsiening dat die datum en tyd elektronies op die strokies verskyn, wat veral in mediese litigasiesake van onskatbare waarde is. Vir die doel van die navorsing was dit egter ook belangrik om die kritiese en analitiese denke van die vroedvrou te evalueer ten opsigte van die interpretasie van gegewens op die *CTG*. Deur spesifiek op te let na wanneer en watter abnormaliteite voorgekom het, indien wel, kon die navorser oordeel of die tussentrede of gebrek daaraan, gepas was vir die spesifieke tydstip.

2.4 Verpleegintervensies

Verpleegintervensies bestaan tradisioneel uit raming (ook bekend as beraming), beplanning (verpleegsorgplanne), implementering (verpleegaksies), evaluering (of probleem opgelos is) en rekordhouding (Meyer, van Niekerk & Naudé, 2004::22). Hierdie proses word ook tradisioneel as die fases van die verpleegproses beskou. Die verpleegproses word as 'n uitvloeisel van die "wetenskaplike benadering tot verpleging" gedefinieer. In wese behoort die verpleegintervensies soos opgeteken, 'n duidelike oorsig te bied van die kritiese en analitiese denke waarop enige besluitneming berus.

Verpleegintervensies is die uitvloeisel van kritiese denke, en word op kliniese besluitneming gebaseer. Die toepaslikheid en volledigheid van verpleegintervensies is dus 'n weerspieëling van die kritiese denke wat die optrede voorafgaan.

Rekordhouding word in sommige kringe as deel van die verpleegproses. Ander gesaghebbendes beskou dit as 'n integrale stap in elke fase van die verpleegproses. Vir die doeleinde van hierdie navorsing, word rekordhouding in geheel in paragraaf 2 aangespreek. Enkele aspekte wat met rekordhouding verband hou, soos van toepassing in die onderskeie areas, sal by die toepaslike gedeelte uitgelig word.

2.4.1 *Raming*

Raming is 'n kritiese aspek in die verpleegproses – 'n soeke na relevante en akkurate inligting oor 'n pasiënt se kliniese toestand (Meurier, 1998:140). Onvolledige raming van pasiënte kan tot weglatings/tekorte/probleme in die pasiënt se sorgplan en werklik gelewerde sorg wat aanleiding gee. Die aanvanklike raming van 'n pasiënt in kraam by 'n vlak 1-hospitaal is daarop gemik om te bepaal of 'n normale verloop van swangerskap voorspel word, en of die pasiënt by die betrokke inrigting kan kraam. Indien probleme voorsien word, word die besluit geneem om die pasiënt na 'n vlak 2-hospitaal te verwys. Hier speel die geregistreerde vroedvrou 'n noodsaaklike rol. Sy/hy moet krities en analities die inligting kan evalueer, 'n besluit neem en toepaslik optree. Deurlopende raming is ook

noodsaaklik om enige veranderinge in die pasiënt se toestand te identifiseer met die oog op verwysing na 'n geneesheer of 'n meer gespesialiseerde vlak van sorg.

2.4.2 *Beplanning*

Die beplanning van verpleegintervensies is 'n besluitnemingsproses gebaseer op die kritiese en analitiese denke van die verpleegkundige (Potter & Perry, 1997:140). Sodanige beplanning kan eers plaasvind nadat die raming van die pasiënt voltooi is, en word gewoonlik na verwys as verpleegsorgplanne.

Verpleegintervensies sluit die voltooiing van geneesheer- en verpleegkundigevoorskrifte ten opsigte van die mediese en verpleegbehandeling van die pasiënt in. Alhoewel die verpleegkundige nie mediese intervensies kan voorskryf nie, moet sy hierdie aspekte in die beplanning van pasiëntesorg insluit om 'n veilige en pasgemaakte benadering tot pasiëntesorg te verseker.

Verpleegintervensies soos deur die verpleegkundige geïnisieer, vereis nie voorskrifte van ander kategorieë van gesondheidswerkers, byvoorbeeld die geneesheer nie. Hierdie intervensies sluit in aspekte ten opsigte van die bestek van die verpleegkundige praktyk en relevante regulasies, en word dikwels na verwys as die *verpleegregimen*, en in geval van die vroedvrou die *verloskunde-regimen*. Die *verloskundige-regimen* (Bestek van Praktyk van die Geregistreerde Verpleegkundige, R2598 van 30 November 1984 soos gewysig) beskryf die volgende wat ingesluit moet word in die beplanning en uitvoer van verpleegsorg: "... die regulering en implementering van sodanige aangeleenthede wat deur verloskundige tussentrede 'n invloed het op die verloop en hantering van swangerskap, alle stadiums van baring en die puerperium en sluit dit die voorsiening van verpleegsorgplanne, die implementering en evaluering daarvan en die aantekening van die verloop van swangerskap, baring en puerperium en van enige gesondheidsprobleem en die sorg wat deur die moeder en kind ontvang is, terwyl hulle onder die toesig van die vroedvrou verkeer het in ", terwyl "voorskryf" die gee van skriftelike aanwysings betreffende die funksies ten opsigte van behandeling, verpleeginsorg, ko-ordinering,

samewerking en pasiëntvoorspraak wat noodsaaklik is vir die doeltreffende uitvoering van die verpleegregimen", is.

'n Verpleegsorgplan word vir elke pasiënt opgestel, afhangend van die beleid van die gesondheidsorginstansie. Meeste gesondheidsorginstellings het 'n gestruktureerde vorm vir gebruik as 'n sorgplan. Die formaat van die vorms mag verskil, maar die data wat in die sorgplan ingesluit word is universeel. (Meyer, et al., 2004: 48). Standaardsorgplanne wat bestaan uit 'n *probleem, verpleegvoorskrifte/verpleegintervensies, of -intervensies, verwagte uitkoms(te)* en *datum vir evaluering bestaan*, word opgestel vir gewone probleme en kan vir alle pasiënte met 'n bepaalde siektetoestand gebruik word. Verwagte uitkomst wat vir elke verpleegintervensie gestel word moet realisties, relevant en toepaslik vir die gegewe probleem wees (Meyer, et al. 2004: 43). Geïndividualiseerde planne word egter opgestel vir ongewone probleme, byvoorbeeld insomnie.

2.4.3 *Implementering*

Implementering verteenwoordig die aksie-fasie van die verpleegproses waar die verpleegkundige die verpleegsorgplanne implementeer met die insluiting van die geneesheer se voorskrifte. Die implementering van verpleegintervensies kan gedefinieer word as "any action taken by the nurse to help the client move from a present health state to the health state described on the expected outcomes" (Potter & Perry, 1997: 156).

Implementering word baseer op die pasiëntraming, diagnose en beplanning van verpleegsorg. Hierdie drie (3) stappe in die verpleegproses voorsien die wetenskaplike basis van verpleging; outonome verpleegaksies, gebaseer op verpleegkundige kennis, kundigheid en vaardigheid. Meyer, et al. (2004: 52) skryf dat "without this scientific basis, implementation becomes the dependent act of carrying out doctor's prescriptions".

Die omvattende gebruik van wetenskaplike verpleegkennis en die toepassing van bio-fiseise en sosiale kennis is noodsaaklik vir die effektiewe implementering van die verpleegproses. Die vroedvrou moet daartoe in staat wees om die rasionaal agter verpleegitnervensies te beredeneer deur van haar veldspesifieke kennis, kognitiewe en intellektuele vaardighede, houding ingesteldheid en ervaring soos bespreek in paragraaf 2.3.3.

2.4.4 *Evaluering*

Wilkinson (1996:272) beskryf die gebruik van kritiese denke as 'n integrale deel van die evalueringsproses. Kritiese denke word gebruik in die identifisering van relevante konsepte, toepassing van kennis soos byvoorbeeld die fisiologie van kraam of farmakologie, of ander relevante kennisvelde om redelike uitkomstevooruit te loop. Wanneer data vir evaluering bekom word, word kritiese denke gebruik om die toepaslikheid van die ingesamelde data te evalueer ten opsigte van die verwagte uitkomstevan die ooreenstemming tussen die voorspelde en werklike uitkomstevan.

Evaluering ten opsigte van die pasiënt se vordering is 'n deurlopende aktiwiteit, uitgevoer deur alle personeel betrokke by gesondheidsorg, alhoewel vanuit verskillende perspektiewe. Evaluasie deur die vroedvrou geskied op die volgende wyse:

- Gedurende verpleegintervensies en deur die ontleding van byvoorbeeld moederlike en fetale vitale tekens, besluit die vroedvrou of enige veranderinge/aanpassings in die verpleegintervensie(s) nodig is.
- Onderbroke evaluering wat op spesifieke tye plaasvind met spesifieke waarnemings byvoorbeeld moederlike vitale tekens, of die pasiënt se reaksie op behandeling byvoorbeeld na die toediening van 'n pynstiller, met die doel om die verpleegsorgplan aan te pas.

- Eindevaluering het ten doel om die pasiënt se toestand met ontslag te bepaal in terme van byvoorbeeld die bereiking van gestelde uitkomst soos van toepassing op die verpleegsorgplanne.

Ongeag die interaksie met die pasiënt of verpleegintervensie, gebruik die vroedvrou haar ervaring, kognitiewe en emosionele vaardighede om die pasiënt se toestand te bepaal en verpleegsorgplanne dienoreenkomstig aan te pas (te evalueer).

2.5 Samevatting

Kliniese besluitneming is 'n integrale deel van goeie kliniese praktykvoering. Gehalte verpleegsorg beteken dat die verpleegkundige krities en analities moet kan dink, en verpleegintervensies en besluite moet hierop gebaseer word. Goeie kliniese praktyke impliseer dat die rekords van die pasiënt 'n oorsig moet bied, nie net oor die aard en omvang van intervensies nie, maar ook oor onderliggende data-basis en besluite wat geneem is.

Vroedvroue moet probleme kan identifiseer, die beste keuse maak om die probleem op te los, 'n plan van sorg implementeer en die effektiwiteit van hulle aksies evalueer. "Nurses need critical thinking skills in order to be safe, competent and skilful practitioners of the profession "(Miller, 1992:1401).

Hoofstuk 3 bespreek vervolgens die navorsingsmetodologie bespreek.

HOOFSTUK 3

NAVORSINGSMETODOLOGIE

3.1 Inleiding

Die navorsingsmetodologie vorm die wetenskaplike onderbou en kern van enige navorsingsprojek. In hierdie hoofstuk word die navorsingsmetodologie uiteengesit.

3.2 Navorsingsmetodologie

Die navorsingsmetodologie word gedefinieer as die strukturele raamwerk waarvolgens die navorsingsdoelwitte bereik kan word (Uys & Basson, 1991:40). Dit omskryf die proses wat gevolg is om die data in te samel en te verwerk binne die breër konteks waarbinne die navorsing plaasgevind het.

3.2.1 Benadering

'n Nie-eksperimentele, beskrywende benadering is gebruik om kritiese en analitiese denke van die vroedvrou in vlak 1-hospitale in die Wes-Kaap te ondersoek. De Vos (1998:124) meld dat hierdie tipe benadering geskik is om 'n verskynsel waaroor daar relatief min bekend is te ondersoek. Nie-eksperimentele studies word duidelik van eksperimentele studies onderskei deurdat die onafhanklike veranderlikes nie gemanipuleer en die milieu nie beheer word nie. Waarnemings of meting vind ten opsigte van bestaande toestande of gedrag plaas (De Vos, 1998: 23). Navorsingsontwerpe wat meer eksperimenteel en gekontroleerd van aard is, sou dus nie vir hierdie navorsing gepas gewees het nie.

De Vos (1998:90) voer aan dat data retrospektief of prospektief ingesamel kan word. Retrospektiewe studies fokus op gebeure in die verlede, terwyl daar met prospektiewe studies data ingesamel word soos die gebeure plaasvind.

Die navorser het besluit om 'n retrospektiewe studie te doen ten opsigte van gebeure in pasiënterekords wat reeds plaasgevind het. Die aanname is dat namate gebeure plaasvind, dit korrek en volledig in die pasiënt se rekords gerapporteer moet word. Die spesifieke data-basis, interpretasie en voortvloeiende aksies wat die vroedvrou se kritiese en analitiese denke weerspieël, moet in die rekord aangedui word. 'n Retrospektiewe analise is van pasiënterekords van vroue gedoen wat tydens die intrapartumfase tussen die tydperk 1 Januarie 2003 en 31 Desember 2003 in die betrokke inrigtings opgeneem is.

3.2.2 *Navorsingsontwerp*

Vir hierdie studie is triangulasie as 'n navorsingsontwerp gekies. Daar bestaan verskillende metodes van triangulasie. Burns en Grove (2001:814) definieer triangulasie as die gebruik van twee of meer teorieë, metodes, data-bronne, navorsers of data-ontledingsmetodes. Vir hierdie navorsing is metodologiese triangulasie gebruik. Burns en Grove (2001:240) voer aan dat hierdie vorm van triangulasie mees algemeen in die ondersoek van komplekse verpleegkonsepte gebruik word. In hierdie navorsing is gebruik gemaak van kwantitatiewe data-insamelingsmetodes in die vorm van kontrolelyste, terwyl onderhoudvoering gebruik is om meer kwalitatiewe inligting in te samel.

Morse (Burns & Grove, 2001:242) beweer dat dit van uiterste belang is dat waar kwalitatiewe en kwantitatiewe data-insamelingsmetodes gebruik word, die navorser sorg daarop moet let dat die gepaardgaande kriteria nagekom word. Morse (Burns & Grove, 2001:242) sê verder in hierdie verband: "...if qualitative interviews are conducted, the interviews should be continued until saturation is reached, and the content analysis conducted inductively, rather than forcing the data into some preconceived categories to fit the quantitative study or to prove a point". Die navorser het daarom dan vooraf bepaal hoeveel onderhoude gevoer sou word nie, maar voortgegaan totdat dieselfde sentrale temas uit die antwoorde van die respondente bekom is, en geen teenstrydige reaksies verkry is nie.

Kwantitatiewe data wat ingesamel is het betrekking op aspekte rondom intrapartumsorg wat gemeet en gekwantifiseer kon word. Hierdie data sluit in bloeddrukmetings, fetale harttellings, polsslag, urine-uitskeiding en uteriene kontraksies in (Bylae 2).

Kwalitatiewe data het hoofsaaklik verband gehou met die denkprosesse wat in die rekordhouding van inligting en die opvattinge van die verpleegpersoneel weerspieël word rondom die mate waartoe kritiese en analitiese denke wel plaasvind in hoofsaaklik vroedvrougedrewe perinatalesorgomgewings. Hierdie data is uit beide die kontrolelys (Bylae 2) en die antwoorde van respondente tydens die onderhoud (Bylae 3) verkry.

3.2.3 *Populasie en steekproefbepaling*

Die populasie bestaan uit alle moontlike subjekte en objekte wat aan die kriteria van die studie voldoen. De Vos (1998:100) meen egter dat dit nie lewensvatbaar of koste-effektief is om die hele populasie in die navorsing in te sluit nie. Die navorser moet dus van steekproefneming gebruik maak, waar slegs gedeeltes van 'n populasie ingesluit word. Noukeurigheid moet egter aan die dag gelê word wanneer die steekproefneming gedoen word om te verseker dat die steekproef nog steeds verteenwoordigend van die hele populasie is.

3.2.3.1. Populasie

'n Populasie kan as die totaliteit van instellings, persone, gebeurtenisse, rekords of enige ander elemente beskou word wat met die bestudeerde navorsingsprobleem verband hou (De Vos, 1998: 190). Die teikenpopulasie in hierdie studie bestaan uit:

- alle vlak 1-hospitale in die Provinsie van die Wes-Kaap wat perinatalesorgdienste lewer en bevallings hanteer;
- geregistreerde vroedvroue wat in kraamsale in vlak 1-hospitale in die Wes-Kaapprovinsie werk;
- alle pasiënterekords van intrapartumpasiënte in vlak 1-hospitale in die Wes-Kaapprovinsie; en
- alle eenheidsbestuurders van kraamsale in vlak 1-hospitale in die Wes-Kaapprovinsie.

3.2.3.1.1 Provinsie van die Wes-Kaap

Suid-Afrika bestaan uit nege provinsies, insluitend die Wes-Kaapprovinsie. Die Wes-Kaap is gerieflikheidshalwe as teikenprovinsie vir die navorsing geïdentifiseer. Weens beperkte tyd en finansies was die navorser nie daartoe in staat om ander provinsies in te sluit nie. Die Nasionale Departement van Gesondheid het riglyne vir nasionale gebruik gepubliseer met betrekking tot standarde vir verloskundige-dienslewering in die hele Suid-Afrika (Departement van Gesondheid, 2000:6). Die navorser is dus van mening dat dit nie beperkend is om net die Wes-Kaapprovinsie te gebruik nie, aangesien dienslewering in die intrapartumperiode dieselfde moet wees in al die provinsies.

3.2.3.1.2 Hospitale

Die navorser het besluit om die navorsing tot openbare hospitale in die Wes-Kaap te beperk. Alhoewel die verpleging van 'n pasiënt uit 'n verpleegoogpunt nie tussen 'n openbare en 'n privaathospitaal behoort te verskil nie, is die realiteit binne verloskundige dienste dat die vroedvrou in 'n privaathospitaal 'n andersoortige funksie as in openbare hospitale het. In privaathospitale is dit gewoonlik die ginekoloog/verloskundige wat op grond van die kliniese databasis wat meestal deur die vroedvrou verkry word, die besluite neem. In openbare hospitale word die verantwoordelikheid om hierdie besluite te neem, na die vroedvrou afgewentel.

Openbare hospitale in die Wes-Kaap word tradisioneel in vlak 1, vlak 2 en vlak 3 hospitale geïdentifiseer (Hoofstuk 1: paragraaf.1.6) Daar is besluit om te fokus op vlak 1-hospitale. vlak 2 of 3-hospitale is ook dikwels nie geredelik toeganklik vir pasiënte van vlak 1-hospitale as die eerste vlak van dienslewering nie, weens ver afstande en/of gebrekkige noodvervoer.

In vlak 1-hospitale werk die vroedvrou selfstandig en meestal sonder 'n geneesheer. Die geneesheer is dikwels slegs beskikbaar vir konsultasie en soms verwysing. Dit is dus noodsaaklik dat die vroedvrou krities en analities moet kan dink en redeneer ten einde probleme vroeg op te spoor en die pasiënt, indien nodig, betyds te verwys na 'n volgende vlak van sorg.

Die navorser het na verdere oorweging van tyds- en finansiële beperkings besluit om slegs vlak 1-hospitale, wat binne redelike bereik van vlak 2-hospitale is, te gebruik. Gegrand op praktiese ervaring van die navorser, is "redelike bereik" binne die konteks van die navorsing as 'n hospitaal wat binne een uur padvervoer vanaf 'n vlak 2-hospitaal, geleë is, gedefinieer. Odendal (2004: 45) ondersteun hierdie definisie en dui aan dat dit trouens 'n vereiste is van 'n vlak 1-hospitaal wat perinatale sorgdienste lewer om die pasiënt binne een uur per ambulansvervoer by 'n Vlak 2-hospitaal te besorg wanneer nodig.

Uit die totaal van 22 vlak 1-hospitale, was daar sewe hospitale wat aan hierdie vereiste voldoen het. Die navorser het besluit om een van hierdie sewe hospitale vir die loodsstudie te gebruik, en die oorblywende ses hospitale vir die hoofstudie te teiken. Die navorser het die kwalifiserende hospitale van 1 tot 7 genommer. Papiertjies is genommer van 1 tot 7 en in 'n houer geplaas. Die navorser het een papiertjie uit die houer geneem wat die hospitaal wat vir die loodsstudie gebruik is, verteenwoordig het. Hierdie vorm van steekproefneming staan as 'n ewekansige waarskynlikheidsteekproefneming bekend, wat beteken dat elkeen van die hospitale in die populasie 'n kans gehad het om ingesluit te word. Die veralgemeningswaarde van die bevindings word sodoende dus versterk.

3.2.3.1.3 Vroedvroue

Die vroedvroupopulasie het uit alle vroedvroue bestaan wat ten tyde van die navorsing op die onderskeie hospitale se diensstaat verskyn het (dag- en nagpersoneel) en in die kraamsale van vlak 1-hospitale in die Wes-Kaapprovinsie gewerk het. Gegewe die feit dat 'n onderhoud as die mees optimale data-insamelingsmetode vir hierdie kwalitatiewe deel van die navorsing beskou, het die navorser besluit om gerieflikheidsteekproefneming, 'n vorm van nie-waarskynlikheidsteekproefneming, te gebruik. Die navorser het dus op ewekansig-geselekteerde dae na die inrigtings gegaan en alle vroedvroue wat beskikbaar was, en bereid was om deel te neem aan die studie, ingesluit. Daar is voortgegaan met onderhoudvoering totdat data-versadiging bereik is. 'n Totaal van 11 onderhoude is gevoer ($n=11$). Die navorser beskou hierdie nie-ewekansige metode van steekproefneming egter nie as 'n beperking nie.

Alle vroedvroue werksaam in vlak 1-openbare hospitale moet volgens spesifieke riglyne funksioneer, en daarom behoort die optrede van vroedvroue gegrond op spesifieke databasisse soortgelyk en in lyn met hierdie riglyne te wees, ongeag haar posisie m.b.t. die hiërargie, ervaring of kwalifikasies. Die navorser het egter besef dat dit onredelik sou wees om te verwag dat 'n persoon reeds vanaf dag een van sy/haar loopbaan by 'n inrigting goed in die die riglyne en beleid van daardie inrigting onderleg moet wees, en dus

inrigting goed in die die riglyne en beleid van daardie inrigting onderleg moet wees, en dus moontlik nie met dieselfde selfvertroue selfstandige besluite kan/wil neem nie. Die uitsluitingskriterium was dus dat alle vroedvroue, wat vir ses maande of korter by die betrokke inrigting geerk het, nie by die steekproef ingesluit is nie.

3.2.3.1.4 Pasiënterekords

Soos in Hoofstuk 1 (paragraaf 1.6) verduidelik, weerspieël die pasiënt se rekords die sorg wat die pasiënt ontvang het. Die sorg wat die pasiënt ontvang, is op sy beurt 'n direkte uitvloeisel van die mate van kritiese, analitiese denke wat die vroedvrou aan die dag gelê het.

Binne verloskundige-dienslewering word die partogram, (wat deel van die pasiënterekord uitmaak), beskou as die belangrikste dokument beskou, soos in paragraaf 2.3.4.6 in Hoofstuk 2 aangedui. Odendal (2004: 8) beklemtoon ook dat die partogram as die enkele rekord wat 'n omvattende beeld van die sorg wat die pasiënt tydens die intrapartumperiode ontvang, bied. Die navorser was egter uit 'n verpleeggoogpunt van mening dat al die rekords wat deel van die pasiënt se hantering/behandeling tydens die intrapartumfase uitmaak, gebruik moes word. Die verpleegkundige word geleer dat enige dokument waarop pasiënte-inligting gerekordeer word, volledig en korrek moet wees, en 'n deurlopende beeld van die pasiënt se toestand en behandeling moet weerspieël. Die pasiënterekords wat ingesluit is, het bestaan uit die:

- partogram;
- opname/ramings-/toelatingsvorm;
- deurlopende verslagvorm;
- geboorteverslagvorm;
- opsommingsverslag van kraam (baring);
- kraamregister;
- drogerijregister;

- voorgeboortelike fetale moniteringsgrafieke (VFM);
- fetale kardiotokografiegrafieke (CTG); en
- gravidogram (voorgeboorterekord).

Die navorser was van mening dat al hierdie rekords 'n belangrike aspek van sorg kan weerspieël en waar van toepassing, ook kon bydra tot die verhoogde betroubaarheid van inligting. Inligting wat op 'n vorderingsverslag verskyn (byvoorbeeld dat die pasiënt suurstof vir fetale nood ontvang het), kon geverifieer word deur die teenwoordigheid/afwesigheid van aanduidings van fetale nood op die VFM of CTG.

Ten einde te bepaal hoeveel pasiënte se rekords bestudeer moes word, is die gemiddelde aantal bevallings wat in elkeen van die betrokke hospitale vir die periode 1 Januarie 2003 tot 31 Desember 2003 bepaal. De Vos (1998:192) is van mening dat daar algemeen aanvaar word dat hoe groter die populasie is, hoe kleiner die steekproefpersentasie van die gegewe populasie hoef te wees. Hy beveel aan dat of 10%, of 30 tot 100 eenhede vanuit die teikenpopulasie voldoende is, maar dat indien die teikenpopulasie uit minder as 30 eenhede bestaan, al die eenhede in die studie ingesluit moet word om sodoende 'n betekenisvolle analise van data moontlik te maak.

Volgens Stoker (De Vos, 1998:192) moes die steekproefgrootte 4,5% of 230 pasiënterekords wees. Die insluiting van 230 pasiënterekords is egter vir die omvang van hierdie studie en die doelwitte wat gestel is, nie as realisties en geskik beskou nie. Die navorser het eers 100 pasiënterekords ontleed. Omdat die navorser by rekord 98 'n teenstrydige tendens geïdentifiseer het, is daar met die ontleding van 'n verdere 30 rekords voorgegaan totdat data-versadiging bereik is. 'n Totaal van 128 pasiënterekords is tydens data-insameling geanaliseer. Hierdie hoeveelheid rekords is met 'n statistikus as statisties aanvaarbaar bevestig, en word ook deur literatuur ondersteun (De Vos, 1998:192).

Die navorser het op grond van die aantal bevallings op 'n spesifieke periode vir die data-insameling by die spesifieke hospitaal besluit. Een dag is vir die data-ontleding vir elke 100 bevallings gemiddeld per maand by daardie inrigting gemiddeld plaasgevind het, beplan.

Data-insameling het oor 'n periode van drie maande plaasgevind, en 128 pasiënterekords is ontleed.

Aanvanklik was die navorser van mening dat daar 'n minimum per inrigting gestel moes word. Verdere oorweging en bespreking met navorsingskundiges het die navorser oortuig dat binne die doel van dié navorsing, daar geen waardetoevoeging sou wees deur hospitale met mekaar te vergelyk nie, en dat die vereistes vir steekproefgrootte van subgroepe, in hierdie geval hospitale, nie essensieël was nie, soos ook deur die literatuur ondersteun (Stoker in De Vos, 1998:198).

In hierdie navorsing is veelvlak-steekproefneming gedoen. Die navorser moes eers die provinsie, die hospitale, die vroedvroue en die spesifieke pasiënterekords wat ingesluit sou word, bepaal. In Tabel 3.1 word 'n opsomming gegee van die steekproefneming.

Tabel 3.1
Steekproef

Vlak van steekproefneming	Populasie	Steekproef-grootte	Steekproefmetode
Provinsies	N=9	n=1 Wes- Kaapprovinsie	Nie-waarskynlikheid- steekproefneming: gerieflikheidsteekproefneming
Hospitale	N=22	n=6	Waarskynlikheidsteekproefneming: Ewekansige steekproefneming
Vroedvroue	N=20	n=11	Nie-waarskynlikheid- steekproefneming: gerieflikheidsteekproefneming
Eenheidsbestuurders	N=6	n=6	Nie-waarskynlikheid- steekproefneming: gerieflikheidsteekproefneming
Pasiënterekords	N=5112	n=128	Waarskynlikheidsteekproefneming: Ewekansige steekproefneming

3.2.4 *Data-insameling*

Verskeie metodes kan gebruik word om data in te samel. Onderhoude, kontrolelyste en vraelyste is voorbeelde van sodanige metodes. Dit is belangrik dat data-insamelingsmetodes geskik moet wees vir die spesifieke navorsingsonderwerp.

3.2.4.1 Instrumente

In die keuse van instrumente vir hierdie navorsing, het die navorser die doelwitte in ag geneem. Kwantitatiewe data kon die beste deur middel van kontrolelyste ingesamel word, terwyl data van 'n meer kwalitatiewe aard, beter met behulp van 'n onderhoud (vraelys) ingesamel kon word.

3.2.4.1.1 *Kontrolelyste*

Volgens De Vos (1998:89) bestaan 'n kontrolelys uit verskillende stellings, en word die respondent versoek om die mees relevante antwoord af te merk teenoor die item gemerk "ja" of "nee". Die pasiënterekords is met behulp van die kontrolelyste ontleed.

3.2.4.1.1.1 Hospitaalinligting (Bylae 1)

'n Kontrolelys is volgens spesifieke hospitaalinligting saamgestel. Die inligting is verkry deur 'n onderhoud met die eenheidsbestuurder van die hospitaal te voer. Die inligting wat hierop gerekordeer was, is op die minimum vereistes vir enige vlak 1-inrigting (Odendal, 2004:69-83). Inligting op die kontrolelys het die volgende ingesluit:

- Aantal bevallings volgens kraamregister
- Aantal verpleegpersoneel volgens die diensrooster soos tydens die data-insameling

- Besikbaarheid van 'n geneesheer
- Besikbaarheid van vervoer na 'n vlak 2-hospitaal
- Ooreenkoms met betrekking tot konsultasie met 'n vlak 2-hospitaal
- Besikbaarheid van kardiotoekografie
- Besikbaarheid van suurstof
- Besikbaarheid van 'n infusiepomp vir toediening van oksitosien
- Besikbaarheid van protokolle ten opsigte van die hantering van die volgende:
 - o Hipertensie
 - o Pre-eklampsie
 - o Eklampsie
 - o Fetale nood
 - o Onderdrukking van premature kraam
 - o Verwysing na 'n vlak 2-hospitaal
 - o Vervoer van 'n pasiënt
 - o VFM (voorgeboortelike fetale monitering)
 - o Suurstoettoediening
 - o Oksitosientoediening
 - o Bevalling
 - o Episiotomie
 - o Vaginale ondersoek
 - o Voltooiing van partogram
 - o Toediening van Lignocaine
 - o Pynverligting
- Besikbaarheid van noodtoerusting en-voorraad (noodtrollie) vir resussitasie van 'n volwassene en neonaat

Bogenoemde inligting is noodsaaklik omdat dit ook die minimum struktuur, fisiese fasiliteite en toerusting weerspieël wat as 'n voorvereiste vir gehalte sorgdienslewering by vlak 1-hospitale beskou word (Odendal, 2004:24 - 25).

3.2.4.1.1.2 Analise van pasiënterekords

'n Kontrolelys (Bylae 2) is deur die navorsers opgestel met die spesifieke oogmerk om die pasiënterekords te ontleed. Ehrenberg en Ehnfors (2001:304) meen dit is noodsaaklik dat die rekords ten opsigte van twee aspekte ontleed word, naamlik:

- die korrektheid en akkuraatheid van die data, m.a.w. of die waarnemings wat gerekordeer is met die pasiënt se toestand en situasie ooreenstem; en
- die volledigheid van die rekord, m.a.w. of al die inligting/intervensies/observasies gerekordeer is.

Kernaspekte is op grond van 'n uitgebreide literatuurstudie geïdentifiseer en met deskundiges, waaronder 'n ervare vroedvrou, uitgeklaar. Spesifieke kriteria is opgestel om elke kernaspek te verduidelik. Hierdie het al die moontlike waarnemings en aksies wat by 'n pasiënt tydens die intrapartumperiode gedoen moet word, verteenwoordig. Die inligting is van die pasiënterekords soos gelys in paragraaf 3.2.3.1.4 gelys, verkry.

Die aspekte wat by die kontrolelys ingesluit is, is as volg:

- Afdeling A: Wetlike vereistes van rekordhouding (swart pen, leesbare handtekening)
- Afdeling B: Partogram: Algemene besonderhede (swangerskapsduurte, vorige komplikasies tydens swangerskap, bloedgroep). Dié algemene besonderhede is belangrik om 'n algemene oorsig van die pasiënt te verkry. Hoërisikofaktore wat moontlik 'n impak op die vordering van kraam mag hê, word hier aangedui
- Afdeling C: Partogram: Moederlike welsyn (vitale tekens, uteriene kontraksies, vaginale ondersoekbevindinge, spesiale sorg gegee). Indien abnormaliteite ten

opsigte van die moederlike welsyn sou voorkom, kan dit 'n direkte invloed op fetale welsyn hê

- Afdeling D: Partogram: Fetale welsyn (fetale hartklop, verstadigings)
- Afdeling E: Partogram: Vordering van kraam (servikale ontsluiting, servikale opname, kop bo bekken)
- Afdeling F: Vorderingsverslag (verpleegintervensies wat gerekordeer is , stem intervensies ooreen met inligting soos verkry vanaf pasiënterekords).
- Afdeling G: Rekordhouding van 2^{de} en 3^{de} stadium (enige probleme geïdentifiseer tydens die 2^{de} en 3^{de} stadium wat 'n invloed op die kraamproses kon hê).
- Afdeling H: Algemeen: Ooreenstemming tussen verskillende rekords (stem inligting soos vanaf pasiënterekords verkry is ooreen met dit wat in die pasiënt se verslag gerekordeer is).

Bykomend hiertoe is kriteria daargestel wat die akkuraatheid van die data kon verifieer. Aan die einde van elke onderafdeling, is 'n ruimte ook ingevoeg om die navorser se oordeel te weerspieël. Die navorser het haar oordeel op die volgende vrae gebaseer:

- Is daar gedoen wat gedoen moes word?
- Watter effek het die versuim om dit te doen gehad?
- In geval iets gedoen is, is die reusltate en effektiwiteit gemeet?

3.2.4.1.1.3 Onderhoudskedule

Ongestruktureerde onderhoude (Bylae 3) is met vroedvroue (n=11) aan diens tydens data-insameling gevoer, en was spesifiek daarop gemik om die opvatting van die vroedvrou ten opsigte van kritiese en analitiese denke te verkry. Volgens De Vos (1998:299) word 'n ongestruktureerde onderhoud gevoer deur van 'n navorsingskedule gebruik te maak. Die outeur skryf dat die onderhoudskedule as riglyn vir die onderhoudvoerder dien en dit vrae

en temas bevat wat belangrik is vir die studie. Dit is ook nie noodsaaklik dat die vrae in 'n spesifieke volgorde gevra te word nie.

Die navorser het self die ongestruktureerde onderhoude gevoer. Vermenging van inligting kon dus nie plaasvind nie en verhoog daarom inligtingsbetroubaarheid. Die onderhoudskedule het op die volgende gefokus:

- Afdeling A: Vraag 1-5: Stelsel van personeeltoewysing
- Afdeling B: Vraag 6-16: Vroedvrou se persepsie van kritiese en analitiese denke en hoe hierdie denke, gestimuleer kan word
- Afdeling C: Vraag 17-18: Biografiese besonderhede

3.2.5 *Loodsstudie*

'n Loodsstudie word gedoen ten einde moontlike probleme met die ontwerp, instrumente en data-analise te identifiseer en te korrigeer soos nodig.

Volgens De Vos (1998:178, 185) is 'n loodsstudie 'n voorvereiste vir die suksesvolle uitvoer en voltooiing van 'n navorsingsprojek. Sy voeg hierby dat die persentasie geen reaksie of traë reaksie ten opsigte van die onderhoud en vraelyste na die hoofondersoek oorgedra kan word en dus die resultate kan beïnvloed indien 'n loodsstudie nie gedoen word om vooraf spesifieke probleme te identifiseer en aan te spreek. 'n Verdere voordeel van die loodsstudie is dat dit oor- of onderbetrokkenheid van die navorser kan identifiseer.

Die data-insamelingsinstrumente, naamlik die kontrolelyste en onderhoudskedule is aan 'n loodsstudie onderwerp om te verseker dat alle foute en onduidelikhede onmiddellik reggestel kon word. Hierdie hospitaal en respondente is nie by die finale studie ingesluit nie. Geringe verstellings was nodig.

3.2.6 Geldigheid en betroubaarheid

Volgens De Vos (1998:83) verwys geldigheid na die graad waartoe 'n instrument meet wat dit veronderstel is om te meet. Verskillende metodes word beskryf, waarvan inhoudsgeldigheid die mees algemene is. Inhoudsgeldigheid verwys na die feit dat instrumente "toets wat dit veronderstel is om te toets". In hierdie navorsing is inhoudsgeldigheid verkry deur kontrolelyste aan 'n kundige in verloskunde voor te lê. Die kundige was van mening dat die inhoud realisties en met die literatuur ooreenstem.

Betroubaarheid is volgens Hudson (De Vos, 1998:85) die akkuraatheid of presiesheid van 'n meetinstrument. Volgens De Vos (1993:653) behels die betroubaarheid van 'n meetinstrument ook die mate van konstantheid waarmee dit meet, en verwys dit ook na die mate waartoe die bevindinge veralgemeen kan word. Die instrumente wat in hierdie navorsing gebruik is, is nuut opgestel. Dit was dus nie moontlik om te bepaal of die resultate wat verkry word, met vorige resultate ooreenstem of verskil nie. Die instrumente is egter op standarde gebaseer wat deur Nasionale Departement van Gesondheid as die kernelemente van in 'n gehalte sorg intrapartumsorgdiens beskou word.

'n Loodsstudie wat vooraf uitgevoer is het ook daartoe bygedra om die betroubaarheid van die resultate te bevestig. Dit was verder insiggewend dat die inligting wat tydens die loodsstudie verkry is, goed met die inligting wat tydens die hoofstudie verkry is, gekorreleer het.

Die navorser het van die beginsel van data-versadiging gebruik gemaak. Met die bestudering van pasiënterekord 98 is daar 'n merkbare verskil met vorige rekords gevind.

In die lig daarvan het die navorser met die bestudering van 'n verdere 30 rekords voortgegaan en is sy van mening dat voldoende stappe geneem is om te verseker dat sydigte resultate nie weerspieël word nie.

3.2.7 *Data-analise*

Kwantitatiewe data is met behulp van die Microsoft Office Excel-program ontleed. Hierdie data was meer beskrywend van aard, en is waar toepaslik na persentasievorm omgeskakel om in tabelle en grafieke voorgestel te word.

Die data uit die kontrolelys was meer kwalitatief van aard. Hierdie data het meestal verband gehou met die mate waartoe sorg wat gegee is, in die rekords gereflekteer word, asook die korrektheid van die data.

De Vos (1998:344) skryf dat daar nie 'n regte of verkeerde manier is om kwalitatiewe data te analiseer nie. Die outeur beveel aan dat verskeie benaderings of modelle gekombineer word om sodoende die geloofwaardigheid van die resultate te verseker. Kwalitatiewe data is ontleed deur gebruik te maak van Tesch se benadering (De Vos, 1998:343):

- Alle data is noukeurig deurgelees.
- Sentrale en subtemas is geïdentifiseer.
- Data is deur die navorser gekodifiseer.
- Die mees beskrywende woorde is vir temas en subtemas geïdentifiseer en gekategoriseer.
- Data is in tabelvorm verwerk vir maklike gevolgtrekkings.

3.2.8 *Etiese aspekte*

Skriftelike toestemming vir die uitvoer van die studie is van die onderskeie Mediese Superintendente van al ses hospitale ontvang (Bylae 4).

Daarna het die navorser al die verpleegbestuurders telefonies gekontak om toestemming te vra om op betrokke dae die kraamsale te besoek. 'n Persoonlike afspraak is ook met elke verpleegbestuurder gereël om die doel van die navorsing te verduidelik.

Vroedvroue en eenheidsbestuurders het verbaal daartoe ingestem om aan die navorsing deel te neem. Hulle is ingelig dat alle inligting op anonieme wyse aangebied sal word, en dat vertroulikheid en anonimiteit te alle tye gehandhaaf sou word. Deelnemers kon op enige stadium aan die navorsing onttrek. Respondente is ook ingelig dat hulle geen vergoeding vir deelname aan die navorsing sou ontvang nie.

Die rekords is anoniem hanteer, met ander woorde daar is na geen spesifieke pasiënt verwys nie. Die rekords is genommer om verwysing te vergemaklik

3.3 Samevatting

Die navorsingsmetodologie vorm die strukturele raamwerk van 'n navorsingstudie. Dit rig die navorser in die beplanning en implementering van die navorsingstudie, terwyl optimale kontrole uitgeoefen kan word oor faktore wat die studie kan beïnvloed.

In Hoofstuk 4 volg 'n gedetailleerde uiteensetting ten opsigte van die data-analise asook die navorser se bevindings uit die kwantitatiewe en kwalitatiewe data wat verkry is by vlak 1-hospitale wat bevallings hanteer en by die studie ingesluit is.

HOOFSTUK 4

RESULTATE EN BESPREKING

4.1 Inleiding

In Hoofstuk 3 is 'n uiteensetting gegee van die navorsingsontwerp waarbinne die data ingesamel is. In Hoofstuk 4 word die resultate aangebied en bespreek. Kwantitatiewe data word numeries aangebied sowel as in persentasievorm om interpretasie te vergemaklik. Kwalitatiewe data word tematies aangebied, en waar toepaslik, gebruik om bevindinge van kwantitatiewe data te versterk. Laasgenoemde is juis een van die belangrikste voordele van triangulasie, die navorsingsontwerp wat hier gebruik is. Burns en Grove (2001:240) meld dat een van die voordele van triangulasie juis is dat dit die betroubaarheid van die data kan verhoog indien die data wat verskillend gegenerer is, mekaar aanvul. Die bevindings word in die volgorde soos dit in die kontrolelys en vraelys verskyn, hanteer.

4.2 Bylae 1: Hospitaalinligting

Alvorens voortgegaan word met die ontleding van die pasiëntrekords, is dit belangrik om 'n aanduiding te gee van die omvang en aard van die fasiliteite, toerusting en protokolle en beleidsriglyne by die onderskeie inrigtings. Gehaltesorg kan slegs gelewer word indien die struktuur en fasiliteite by 'n inrigting optimaal is. Odendal (2004: 43 - 45) spreek 'n sterk mening uit oor die belang van sekere toerusting en fasiliteite wat by 'n Vlak 1 inrigting (wat die fokus was in hierdie navorsing) moet bestaan ten einde dit vir personeel moontlik te maak om veilige intrapartumsorg te kan lewer.

Die bespreking vind plaas aan hand van die aspekte in die volgorde soos aangedui op Bylae 1.

Afdeling 1: Aantal bevallings

Ses (6) hospitale is in die studie gebruik. In Tabel 4.1 word die gemiddelde aantal bevallings per jaar uiteengesit. Alhoewel die inrigtings almal vlak 1-inrigtings is, blyk dit dat daar 'n beduidende verskil is in die aantal bevallings wat plaasvind. Hospitaal A, B en C het meer as 1 200 bevallings in 2003 gehad, terwyl Hospitaal D, E en F minder as 1 000 bevallings in 2003 gehad het. Die navorser kon tydens die data insamelingsproses geen bewyse vind dat die aantal bevallings by elke hospitaal, in ag geneem is toe personeel en fasiliteite toegeken is nie. Daar bestaan tans geen norme wat bepaal hoeveel personeel nodig is om 'n sekere aantal bevallings te behartig nie. Die personeel het tydens onderhoude aangetoon dat hulle dikwels in die middel van 'n bevalling 'n pasiënt moet verlaat om na 'n ander pasiënt in kraam om te sien, aangesien daar nie ander personeel beskikbaar is nie. Sommige van die personeel het selfs aangetoon dat hulle al gedurende die nag uitgeroep is om bevallings te behartig omdat daar nie voldoende personeel is nie. Dit blyk ook uit Tabel 4.1 dat Hospitaal E en F bykans die helfte bevallings in die nag as gedurende die dag het. Daarenteen is die aantal bevallings by die ander vier hospitale nie beduidend minder tydens die nag nie. Dit is belangrik dat personeelbestuurders hierdie tipe tendense moet kan identifiseer, aangesien hospitale daartoe geneig is om minder personeel op nagdiens te plaas weens die opvatting dat daar snags minder aktiwiteite plaasvind.

Tabel 4.1

Aantal bevallings vir 2003 (n=6)

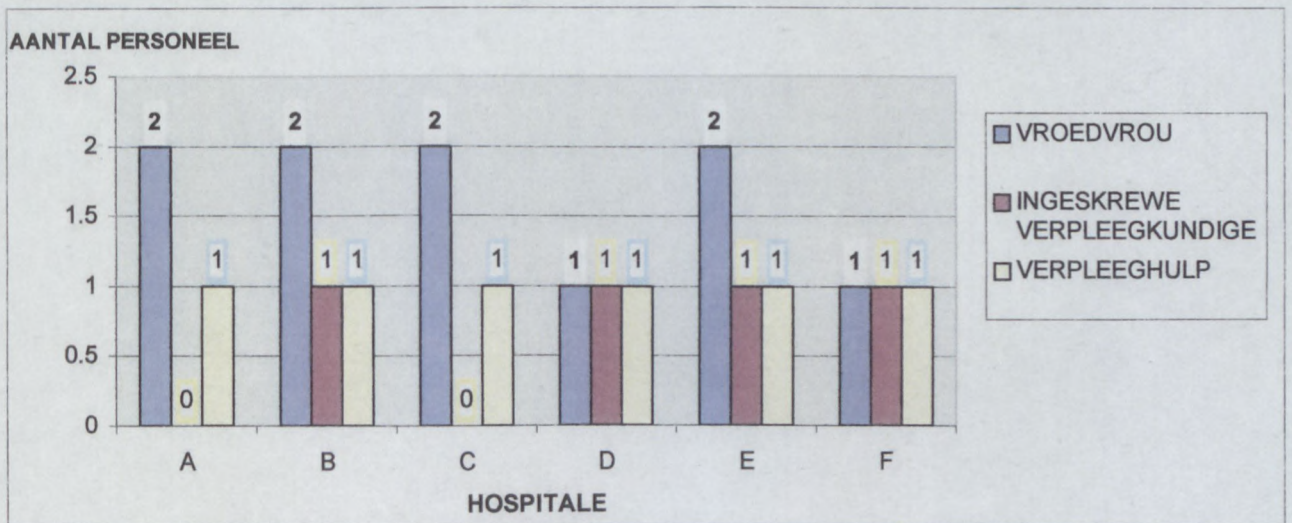
Hospitaal	Aantal bevallings/ Dag/jaar	Aantal bevallings Nag/jaar	Totale Aantal bevallings jaar
A	657	579	1236
B	790	600	1390
C	706	592	1298
D	387	244	613
E	446	242	688
F	316	186	502

Afdeling 2: Personeel

Die menslike hulpbronne in enige inrigting het 'n bepalende invloed op die gehalte van sorg wat gelewer word (Booyens, 2000 595). Die navorser het dus volledige feite ten opsigte van die personeelsituasie in die onderskeie inrigtings ingesamel.

Figuur 4.1

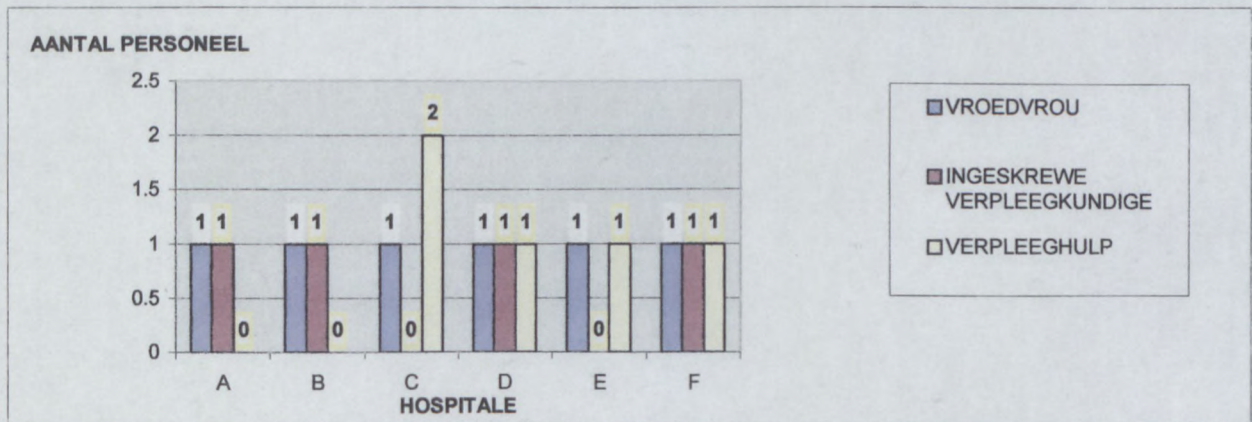
Verpleegpersoneel volgens diensstaat: Sagdiens (per skof van 12 uur) soos op dag van evaluering



Uit Figuur 4.1 blyk dit dat Hospitale B en E het vier (4) personeellede op dagdiens gehad het, terwyl die ander hospitale gedurende die dag elk drie (3) personeellede aan diens gehad het. In Hospitaal B het die personeel aangedui dat alhoewel daar vier (4) personeellede vir dagdiens geskeduleer is, daar daagliks een personeellid afwesig is. Dit is dus duidelik dat personeeltoewysing lukraak geskied en nie op werks- of aktiwiteitsontleding gebaseer word nie.

Figuur 4.2

**Verpleegpersoneel volgens diensstaat: Nagdiens
(per skof van 12 uur) soos op dag van evaluering**



Figuur 4.2 dui die aantal personeel op nagdiens aan. Hier is bevind dat Hospitaal C, D en F elk drie (3) personeellede aan diens het in vergelyking met die twee personeellede by die ander drie hospitale. Geen hospitaal kon aandui of die personeeltoewysing enigsens hou met die verspreiding van bevallings of toelatings oor 24 uur verband hou nie. Baird, Jewell & Walker (1996:227) het ook aangedui dat dit belangrik is om na die sikliese verskille in die voorkoms van bevallings te kyk, wat duidelik nie hier van toepassing is nie.

In Tabel 4.2 word die verhouding tussen geregistreerde verpleegpersoneel en subkategorieëverpleegpersoneel gegee. In al die hospitale was daar wel 'n geregistreerde verpleegkundige aan diens vir 24 uur. In twee (2) van die ses hospitale, Hospitaal D en F, was daar wel meer subkategorieepersoneel teenwoordig. Die navorser ondersteun hierdie beginsel, aangesien daar wel sekere intervensies in die intrapartumtyd is wat eweneens deur subkategorieëverpleegpersoneel uitgevoer kan word, byvoorbeeld die neem van moederlike vitale tekens.

Tabel 4.2
Verhouding geregistreerde verpleegpersoneel tot
subkategorieë per 24 uur

Hospitaal	Geregistreerde verpleegkundiges /24 uur	Subkategorieëverpleegpersoneel/24 uur	Geregistreerde verpleegkundiges: Subkategorieë
A	3	2	1:0,7
B	3	3	1:1
C	3	3	1:1
D	2	4	1:2
E	3	3	1:1
F	2	4	1:2

By Hospitaal F is die subkategorieëverpleegpersoneel op dag- en nagdiens ook vir pasiëntSORGLEWERING in ander afdelings van die hospitaal verantwoordelik, insluitend wat insluit mediese en chirurgiese sale, trauma- en buite-pasiënte, teaters en kindersale. Dit beteken dat hierdie personeel nie slegs aan die kraamsaal toegewys is nie, en dat daar dus periodes is wanneer die geregistreerde vroedvrou intervensies moet doen wat ewe goed deur 'n minder gekwalifiseerde persoon gedoen kon word. Dit wil dus voorkom asof verpleegpersoneel nie altyd optimaal benut word nie. Wanneer die verhouding in Tabel 4.2 bestudeer word, is dit duidelik dat in Hospitaal B, C, en E minstens een subkategoriepersoon vir elke geregistreerde verpleegkundige is. Geen spesifieke norm kon t vir kraamsale opgespoor word in terme van die optimale verhouding. Die navorser is van mening dat 'n aanvaarbare verhouding wel minstens 1:1 is, wat dus beteken dat Hospitaal A, D en F nie aan dié aanbeveling sou voldoen nie. Die geregistreerde vroedvrou se kritiese, analitiese denke is van kardinale belang om veilige pasiëntSORG te verseker. Daar is egter baie verpleegintervensies wat net so effektief deur 'n subkategorieverpleegpersoneellid gedoen kan word, insluitende die neem van die moeder se vitale tekens, terwyl die interpretasie aan die vroedvrou oorgelaat word.

Wanneer die vroedvrou baie besig is, is daar 'n groter risiko dat sy bloot net haar tegniese vaardighede sal gebruik en rekordeer, en nie elke geval op 'n wetenskaplike basis sal hanteer nie. So 'n situasie kan dus 'n negatiewe impak op die kritiese en analitiese denke van die vroedvrou hê. Literatuur is nie baie duidelik oor die gewenste verhouding tussen die aantal bevallings en geregistreerde verpleegpersoneel nie. Odendal (2004:15) voer aan dat daar "‘n voldoende aantal personeel" moet wees, maar gee ook nie 'n spesifieke getal nie. In hoofstuk 5 (paragraaf 5.3.5) word die navorsers se aanbevelings in hierdie verband aangedui.

'n Ander baie kommerwekkende tendens is dat die vroedvrou by Hospitaal C, D en F ook verantwoordelikheid vir ander sale neem. Die vroedvrou op nagdiens by Hospitaal C is ook vir die pediatriese saal verantwoordelik. By Hospitaal D met een vroedvrou op dag- en nagdiens is die betrokke vroedvrou ook vir die mediese en chirurgiese saal verantwoordelik is. By Hospitaal F is die betrokke vroedvrou wat op dagdiens en nagdiens is ook verantwoordelik vir hantering van die res van die hospitaal wat onder andere die teater, buite-pasiënte en die mediese/chirurgiese saal insluit. Dit blyk uit figuur 4.6 – 4.8 dat daar ernstige personeeltekorte bestaan wat 'n negatiewe impak het op die kwaliteit van pasiëntesorglewering tydens die intrapartumfase. Dit is werklik kommerwekkend dat dit duidelik is dat die vroedvrou nie die geleentheid gebied word om haar aandag op die pasiënte wat primêr haar verantwoordelikheid is nie te fokus nie, en dus nie optimale, wetenskapgebaseerde sorg aan moeder, fetus en neonaat kan gee nie.

Tydens die onderhoud met die geregistreerde verpleegkundiges, is daar spesifiek aan hulle gevra of hulle van mening is dat die personeeltoewysingsituasie optimaal is om die verpleegkundige tot kritiese en analitiese denke in staat te stel.

In tabel 4.3 word die reaksies van die verpleegpersoneel op hierdie vraag tematies aangebied:

TABEL 4.3

**Reaksies van verpleegpersoneel met betrekking tot
die personeelsituasie (n=11)**

Sentrale tema	Subtema	Opmerkings
Personeeltekorte	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kategorie verpleegpersoneel: te min geregistreerde verpleegkundiges <input type="checkbox"/> Aantal personeel versprei oor 24 uur nie goed beplan <input type="checkbox"/> Afwesighedsprofiel onaanvaarbaar 	<p>"Hulle dink mos assistente kan alleen 'n kraamsaal beman."</p> <p>"... niemand wil nagdiens werk nie"</p> <p>"Daaglik is meer as 50% van personeel afwesig"</p> <p>"Dit is nie ongewoon dat daar op elke skof 'n personeellid afwesig is nie."</p>
Bevoegdheid van mede-kollegas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Onkundigheid en nie-vaardigheid van pasgekwalfiseerde vroedvroue 	<p>"... ons het meer kennis en vaardigheid besit toe ons die 1 jaar Diploma in Verloskunde voltooi het."</p> <p>"Die nuut gekwalfiseerde vroedvroue weet niks nie"</p> <p>"Hoe kan diegene wat net 6 maande studentvroedvrou was alleen gelos word met 'n bevalling?"</p> <p>"Die agentskapsusters kom werk net vir die geld en weet niks nie."</p>
Burokratiese bestuurstyl	<ul style="list-style-type: none"> ○ Toewysing van personeel aan die kraamsale 	<p>"Personeel in ander sale 'loaf' net en wil nie in kraamsale werk nie..."</p> <p>"My belangstelling is nie eintlik verloskunde nie, maar nou is ek hier geplaas ..."</p> <p>"Versoeke vir plasings val op dowe ore ..."</p>

Uit die reaksies van die geregistreerde verpleegkundiges blyk dit nie net dat dit die **aantal verpleegpersoneel** is wat belangrik is vir gehalte pasiëntesorglewering nie, maar ook die verspreiding van die personeel oor 'n 24 uur-periode (tabel 4.2 en 4.3). Dit blyk ook dat waar vroedvroue verplig word om in 'n kraamsaal te werk sonder dat dit hulle voorkeur is, hulle meer dikwels afwesig is. Hierdie feit word beklemtoon deur Booyens (2002: 341) wat meld dat een van die probleme ten opsigte van personeelbestuur in verpleging, is dat persone se intrinsieke motivering, met ander woorde waar sy/haar voorkeur lê, glad nie in ag geneem word nie. Die navorser is terdeë daarvan bewus dat dit nie altyd moontlik is om personeel volgens hulle voorkeurkeuse te plaas nie. Dit het egter duidelik uit gesprekke na vore getree dat die personeel dit as 'n miskenning van hulle belangstellings/voorkeure ervaar en 'n gebrekkige poging om hulle te akkommodeer.

Afdeling 3: Besikbaarheid van geneesheer

Al die hospitale (n=6) het aangedui dat 'n **geneesheer 24 uur beskikbaar** is. By hospitaal A is 'n Mediese Beampte gedurende kantoorure voltyds aan diens, maar slegs beskikbaar per telefoon na-ure. By al die hospitale (n=6) in die studie is 'n geneesheer na-ure telefonies beskikbaar. Odendaal (2004:36) beveel ook aan dat waar daar 'n vroedvrougedrewe perinatalesorgdiens gelewer word, dit gerugsteun moet word deurdat 'n geneesheer 24 uur beskikbaar moet wees. Hierdie hospitale voldoen dus aan gestelde vereistes.

Afdeling 4: Vervoer

Vervolgens word die aspekte soos gemeld in tabel 4.4 bespreek.

Tabel 4.4**Ambulansvervoer na vlak 2-hospitale (n=6)**

	HOSPITAAL					
	A	B	C	D	E	F
Ambulans beskikbaar op perseel	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ambulans beskikbaar op telefoniese navraag binne uur/minute	10min.	10min.	30-60 min.	30-45 min.	30-45 min.	10min.
Verpleegpersoneel moet pasiënt vergesel	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja
Watter kategorie verpleegpersoneel vergesel pasiënt?						
- Vroedvrou	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja
- Ingeskrewe verpleegkundige	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
- Wie beskikbaar is	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
- Bepaal deur pasiënt se toestand	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee

- **Beskikbaarheid van ambulans op perseel**

Al ses (6) die hospitale (n=6) het 'n ambulans op die perseel beskikbaar. Tabel 4.4 dui ook aan dat by Hospitaal C, D en E waar dit die langste duur voor 'n ambulans beskikbaar is, die ambulans wel op die perseel gehou word. Dit is nie moontlik om die vertraging in die beskikbaarheid van vervoer te verklaar nie, maar dit is in lyn met kommer wat Odendal (2004:44) uitspreek, naamlik dat daar 'n onaanvaarbare vertraging is in die beskikbaarheid van ambulans om 'n pasiënte na 'n vlak 2-hospitaal te vervoer. Dit blyk dat die situasie ten opsigte van ambulansvervoer, twee jaar nadat Odendal sy navorsing gedoen het, nog onveranderd is. Soortgelyke bevindings is ook verkry in 'n ondersoek na die oorsaak van moederlike en perinatale mortaliteit in Suid-Afrika, waar 13,6% van die sterftes in 1998 en 12,9% in 1999-2001 toegeskryf is aan vervoerprobleme tussen instellings (Departement van Gesondheid, 2002:11).

- **Tydsduur tussen wanneer ambulans gekontak word en wanneer ambulans opdaag**

Al ses (6) die hospitale was vlak 1-hospitale, binne een uur per pad vanaf 'n vlak 2-hospitaal. Die navorser onderskei nie in die verwerking van die data tussen die onderskeie

hospitale nie. Aangesien die riglyne deur die Departement van Nasionale Gesondheid vir alle staatsinrigtings geskryf en afdwingbaar is, behoort daar nie tussen inrigtings duidelike verskille ten opsigte van struktuur en fasiliteite te bestaan nie. Waar daar egter duidelike verskille in die benutting van die toerusting en fasiliteite is, soos weerspieël in die pasiënterekords, sal dit uitgewys word, en word daar na die hospitale verwys as Hospitaal A tot F.

Tabel 4.4 dui ook aan dat by Hospitaal C, D en E, waar dit die langste duur (tussen 30 en 60 minute) voor 'n ambulans beskikbaar is, die ambulans wel op die perseel gehou word. Dit is nie moontlik om 'n verklaring aan te bied vir die vertraging in die beskikbaarheid van vervoer nie. In 'n ondersoek na die oorsaak van moederlike en perinatale mortaliteit in Suid-Afrika, is 13,6% van die sterftes in 1998 en 12,9% in 1999-2001 toegeskryf aan vervoerprobleme tussen instellings (Departement Gesondheid, 2002:11).

Die kortste ambulansreaksietyd is 10 minute ($n=3$) terwyl dit tussen 30 minute en een (1) uur by die ander hospitale duur alvorens die ambulans opdaag. In die *Saving Mothers* verslag (Departement van Gesondheid.,2002:ix) word die maksimum tyd wat dit behoort te duur vir 'n ambulans om 'n pasiënt na 'n sekondêre fasiliteit te vervoer, as 1 uur (een uur) aangedui. Dit was nie moontlik om in hierdie navorsing vas te stel hoe lank dit in werklikheid geduur het alvorens die pasiënt by die verwysingshospitaal was nie. Indien die tye soos hierbo egter in aanmerking geneem word, is dit waarskynlik dat dit langer as een uur sal duur om 'n pasiënt in die verwysingshospitaal te ontvang.

- **Verpleegpersoneellid moet pasiënt vergesel**

Slegs een van die ses (6) hospitale (Hospitaal C) laat nie toe dat 'n vroedvrou die pasiënt na 'n vlak 2- hospitaal vergesel nie. Die rede hiervoor is dat die "personeellid nie gedek is tydens 'n motorvoertuigongeluk nie." Hierdie rede word nie deur die beleid van die Provinsiale Administrasie ondersteun nie, wat duidelik stel dat die werknemer te alle tye terwyl hy/sy aan diens is deur versekering gedek is.

'n Pasiënt wat na 'n volgende inrigting verwys word, het gewoonlik reeds 'n werklike of potensiële probleem wat 'n bedreiging vir die moederlike en/of fetale welsyn kan inhou, byvoorbeeld abruptio placentae, premature kraam of fetale nood. Dit is dus baie belangrik en noodsaaklik dat 'n vroedvrou sodanige pasiënt vergesel. Hierdie uitgangspunt word deur literatuur ondersteun (Odendal, 2004: 12).

- **Kategorie van verpleegpersoneel wat pasiënt vergesel**

Die vyf (5) hospitale (n=5, Hospitaal A, C, D, E en F)) wat wel 'n personeellid saamstuur, stuur altyd 'n geregistreerde vroedvrou saam. Dit is baie belangrik dat daar 'n gekwalifiseerde persoon saamgaan. Wanneer 'n verloskundige pasiënt na 'n meer gespesialiseerde vlak van sorg verwys word, is 'n potensiële noodsituasie aan die ontwikkel of het dit klaar ontwikkel en is onmiddellike, toepaslike en effektiewe optrede deur 'n gekwalifiseerde persoon noodsaaklik.

Afdeling 5: Konsultasie

In tabel 4.5 word die verskeie aspekte met betrekking tot konsultasie met 'n vlak 2-hospitaal uiteengesit en vervolgens bespreek. Hierdie aspekte sluit in die formele sluiting van ooreenkomste tussen die hospitaal en die verwysingsinstelling, beskikbaarheid van faksfasiliteite, 'n gestandaardiseerde verwysingsbrief, asook die verwysing deur 'n vroedvrou na 'n Vlak 2 hospitaal.

Tabel 4.5**Konsultasie met vlak 2-hospitale**

	Ooreenkoms met vlak 2-hospitaal		Ooreenkoms met plaaslike geneesheer		Geskrewe riglyne: konsultasie dag		Geskrewe riglyne: konsultasie nag		Gestandaardiseerde verwysingsbrief in gebruik		Faks beskikbaar: dag		Faks beskikbaar: nag		Vroedvrou verwys na Vlak 2-hospitaal		Vroedvrou verwys na Vlak 2-hospitaal indien nie tevrede met mening of optrede van geneesheer	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ja	6	100,0	5	83,3	1	16,7	1	16,7	0	0,0	6	100,0	3	50,0	0	0,0	0	0,0
Nee	0	0,0	1	16,7	5	83,3	5	83,3	6	100,0	0	0,0	3	50,0	6	100,0	6	100,0
TOTAAL	6	100,0	6	100,0	6	100,0	6	100,0	6	100,0	6	100,0	6	100,0	6	100,0	6	100,0

- **Amptelike ooreenkoms met vlak 2-hospitaal en plaaslike geneesheer**

Dit is belangrik dat daar duidelike ooreenkomste tussen 'n vlak 1- en 'n vlak 2-hospitaal moet bestaan in terme van watter geneesheer beskikbaar is, wanneer geneesheer beskikbaar is en onder watter omstandighede pasiënte na 'n Vlak 2 hospitaal verwys kan word. Hierdie ooreenkomste word gewoonlik op Provinsiale-Administrasievlak geteken en dan in die betrokke hospitale geïmplementeer. Sodoende word daar verseker dat alle gesondheidspersoneel weet wat om in noodsituasies te doen, en dat tyd nie verlore gaan deur onnodige telefoonoproep om die nodige magtiging vir die verwysing te verkry nie.

Vyf (5) van die ses hospitale (n=6) het aangedui dat daar 'n amptelike ooreenkoms tussen die plaaslike geneesheer en die verloskundige by 'n Vlak 2 hospitaal bestaan. Hospitaal C kon nie 'n verduideliking gee waarom daar nie 'n ooreenkoms met 'n verloskundige by 'n vlak 2-hospitaal bestaan nie. Die navorser is van mening dat die verpleegpersoneel moontlik nie van so 'n ooreenkoms bewus is nie.

Alle vlak 1-hospitale is gekoppel aan 'n vlak- 2 hospitaal wat as verwysingshospitaal dien. In hierdie studie is hospitale geselekteer wat minstens 1 uur per padvervoer of binne 'n radius van 100 kilometer vanaf 'n vlak- 2 hospitaal geleë is. Aangesien vlak 1-hospitale 'n vroedvrougedrewe perinatalesorgdiens lewer, is dit noodsaaklik dat risiko- en probleemgevalle onmiddellik verwys word. Al die hospitale (n=6) het aangedui dat dit geen probleem is om met 'n verloskundige aan diens by 'n vlak 2-hospitaal te konsulteer nie.

▪ **Geskrewe riglyne ten opsigte van konsultasie**

Een van die aanbevelings van Odendal (2004:45) is dat daar gestandaardiseerde riglyne moet wees onder watter omstandighede 'n pasiënt vanaf 'n vlak 1-hospitaal na 'n vlak 2-hospitaal verwys moet word. Hierdie verwysingsbrief moet inligting bevat oor die pasiënt se vorige swangerskapsgeskiedenis, verloop van huidige swangerskap, enige probleme wat voorgekom het met die ooreenstemmende behandeling wat gegee is, asook die hoofrede vir die huidige verwysing. Al die hospitale (n=6) het aangedui dat 'n gestandaardiseerde verwysingsbrief nie die pasiënt na 'n vlak 2-hospitaal vergesel nie. Hospitaal D het aangedui dat 'n afskrif van die pasiënt se *partogram* (Bylae 5) gemaak word wat dan met die verwysingsbrief van die dokter gestuur word.

Ten einde enige intervensie of noodoptrede in die intrapartum hantering van 'n pasiënt te regverdig, is korrekte en volledige inligting noodsaaklik. In paragraaf 2.3.4.5 (Hoostuk 2) word aangedui dat die gehalte van inligting wat egter gegee word wanneer die pasiënte verwys word, van sodanige aard is dat die geneesheer nie op grond van hierdie inligting altyd 'n ingeligte besluit kan neem nie. Dit sou dus noodsaaklik wees dat die vlak 1-hospitaal hierdie inligting aan die vlak 2- hospitaal beskikbaar moet stel wanneer 'n pasiënt verwys word. Dit sou dus van die geneesheer en/of die vroedvrou verwag word om inligting krities te assesser ten einde te besluit watter inligting die pasiënt moet vergesel om intervensies/noodoptredes by spesifieke dienste te bespoedig en te fasiliteer. Dit sou beteken dat die verwysingsbrief gestandaardiseer moet word sodat die mees toepaslike en volledige inligting die pasiënt vergesel.

- **Faksfasiliteite**

Faksfasiliteite is by al die hospitale (n=6) beskikbaar. Al die hospitale (n=6) het aangedui dat faksfasiliteite gedurende die dag beskikbaar is. Slegs 3 (drie) (Hospitale A, D en E) hospitale het faksfasiliteite gedurende die nag beskikbaar. Die navorser is van mening dat pasiënte-inligting spoedig en akkuraat gekommunikeer word sodat 'n korrekte intervensie so gou as moontlik geïmplementeer kan word om moederlike en fetale welsyn te kan verseker. Die kardiografiese voorstelling van uteriene kontraktesies en fetale hart (algemeen na verwys as die *CTG*) kan noodsaaklike inligting gee aan 'n geneesheer wat gekonsulteer word. Sellers (1995b: 364) meld dat indien fetale nood, soos gemanifesteer in laat verstadigings, onmiddellik aangespreek word, dit die risiko van onomkeerbare breinskade by die fetus kan voorkom. Sekere vroedvroue is nie noodwendig altyd vaardig om abnormaliteite op die *CTG* te identifiseer en die bevindinge aan 'n geneesheer oor te dra nie. Indien daar faksfasiliteite beskikbaar is, sou dit moontlik wees om die kardiografiekstrokie te faks aan die geneesheer by 'n verwysingshospitaal om te interpreteer of dit 'n normale of abnormale grafiek is. Geen aanvaarbare rede is gevind waarom die fasiliteite nie snags beskikbaar is nie.

- **Verpleegkundige mag self die pasiënt verwys**

Al die vroedvroue (n= 11) het aangedui dat hulle nie 'n pasiënt na 'n vlak 2-hospitaal mag verwys nie, selfs nie indien hy/sy nie tevrede is met die mening en/of optrede van die geneesheer nie. Die navorser is van mening dat in die afwesigheid van die geneesheer, die vroedvrou met 'n verloskundige by 'n vlak 2-hospitaal moet kan konsulteer. Dikwels is die geneesheer besig met ander take elders en kan dus nie onmiddellik na die hospitaal toe kom nie. Daar word onder alle omstandighede van die vroedvrou verwag om 'n eie, selfstandige mening te vorm en kritiese en analitiese denke te openbaar. Onmiddellike intervensies, byvoorbeeld verwysing na 'n hospitaal vir 'n noodkeisersnit met die teenwoordigheid van abruptio placentae, kan beteken dat 'n lewendige baba verlos kan

word. Onnodige tydverspilling soos om eers vir die geneesheer te wag om die verwysing te doen, kan 'n negatiewe impak op die uitkoms vir die moeder en baba hê.

Afdeling 6: Voorraad en toerusting

Die situasie ten opsigte van die beskikbaarheid van kardiotoekograawe, gepyppte suurstof, infusiepompe en resussitasie word hieronder . In Hoofstuk 2 is die belang van hierdie toerusting uitgelig.

- *Beskikbaarheid van kardiotoekografie (Afdeling 6.1)*

Al die hospitale (n=6) het aangedui dat 'n kardiotoekograaf in die hospitaal beskikbaar is. Hospitaal A en C het aangedui dat twee (2) kardiotoekograawe in die hospitaal beskikbaar is; die tweede kardiotoekograaf in hospitaal C kan egter nie 'n strokie druk nie. Die vroedvroue het aangedui dat die *CTG* vir 10 minute per uur op elke intrapartumpasiënt gebruik word. Tydens data-insameling het die navorser egter in net 68 (53 %) van die 128 pasiëntlêers *CTG-strokies* gevind. Die navorser is dus van mening dat die *CTG* nie aangewend word soos wat die vroedvroue aangedui het en soos daar verwag word nie.

Daar is geen geskrewe riglyne in enige van die hospitale gevind oor vir watter pasiënte die *CTG* gebruik moet word nie. By hospitaal A en B het die vroedvroue aangedui dat die *CTG* slegs by hoë risiko pasiënte gebruik word, terwyl vroedvroue by Hospitale C, D, E en F aangedui het dat hulle hul eie oordeel gebruik oor vir watter pasiënte die *CTG* gebruik moet word. 'n *CTG* is in die meeste van die gevalle tydens die intrapartumperiode wel nie nodig nie, maar die gebruik van 'n *CTG* is die mees akkurate metode om die fetale hart by hoë risiko pasiënte te monitor.

Sellers (1995b: 367) stel dit duidelik dat die fetale hart gemonitor moet word voor, tydens en na elke uteriene kontraktsie. Sellers (1995: 367) skryf verder dat

die monitering van die fetale hartspoed en ritme voor, tydens en na kontraksies die eerste aanduiding sal gee of daar enige fetale stres is gedurende uteriene kontraksies. Sy skryf verder "...If fetal heart rate patterns are noted between the contractions, then fetal distress and anoxia are already advanced" (Sellers, 1995: 367). Alle kardiotoekografe word roetinegeweg met 'n alarm toegerus. Hierdie alarm dien as 'n sifting om byvoorbeeld die verpleegkundige te waarsku wanneer die fetale hart wel byvoorbeeld daal. Alhoewel die klank by al die moniteurs hoorbaar was, was die alarm nie by een van die moniteurs aangeskakel nie.

Die vroedvrou moet sy/haar kritiese en analitiese denke gebruik om 'n ingeligte besluit te neem of 'n CTG wel gedurende die intrapartumperiode gebruik gaan word al dan nie. Indien 'n CTG nie tydens die intrapartumperiode gebruik word nie, word daar van die vroedvrou verwag dat die fetale hart voor, tydens en na kontraksies gemonitor moet word. Die navorser kon in geen pasiëntlêer (n=128) enige inskrywing(s) in die *probleem georiënteerde vorderingsverslag* vind waar gerekordeer is dat die fetale hart voor, tydens en na kontraksies gemonitor was nie.

- *Suurstof (Afdeling 6.2)*

Gepyppte suurstof is by al die hospitale (n=6) beskikbaar. Die ses hospitale het ook aangedui dat los suurstofsilinders beskikbaar is vir vervoer van pasiënte na byvoorbeeld die teater. Dit is egter kommerwekkend dat by vyf (5) van die hospitale die suurstofsilinders leeg was. Die feit dat hierdie silinders leeg was, dui ook op die feit dat die vereiste kontrole van die silinders nie plaasvind nie. Dit is uiters kommerwekkend want die gebrek aan suurstof kan ernstige gevolge vir moeder en baba kan inhou. Die nodige toestusting vir die toediening van suurstof naamlik 'n silikonbuis, suurstofmasker en suurstofvloeieter, was ook nie by die suurstofpunte in geval van gepyppte suurstof of by die suurstofsilinders beskikbaar nie. Die rede hiervoor mag wees dat infeksiebeheermaatreëls getref word om te verseker dat elke pasiënt van 'n skoon, ongebruikte masker verseker

is. Die navorser is egter van mening dat suurstofterapie deel is van noodbehandeling en te alle tye beskikbaar moet wees met alle toerusting wat daarmee gebruik word. Die suurstofvloeimeter moet te alle tye gekoppel wees en alle ander toerusting, silikonbuis en suurstofmasker moet byderhand wees om onmiddellik tydens 'n noodsituasie in werking gestel te kan word. Die suurstofsilinders word in die verbandkamer gestoor. Dit was nie duidelik hoe dikwels die suurstofsilinders wel gekontroleer word nie. Daar was leë silinders by Hospitaal B gevind. Indien 'n noodsituasie sou ontstaan, kon dit beteken dat daar nie voldoende suurstof vir toediening beskikbaar sou wees nie.

o *Infusiepomp (Afdeling 6.3)*

Die infusiepomp word ook hoofsaaklik tydens induksie van kraam aangewend waar oksitosien gebruik word sodat 'n gekontroleerde en konstante dosering aan die pasiënt toegedien kan word. 'n Oordosering van oksitosien kan byvoorbeeld tot oorstimulering van die uterus lei en tot uteriene ruptuur aanleiding gee.

Die infusiepomp kan nie 'n plaasvervanger wees vir die deurlopende waarnemings wat 'n vroedvrou doen om die effek van oksitosien op die uterus te meet nie. Sellers (1995b: 1295) sê dat "... *NO MACHINE CAN REPLACE OR IS ANYWHERE NEAR AS VALUABLE AS THE CONSTANT ATTENDANCE OF VIGILANT, WELL-TRAINED AND EXPERIENCED MIDWIFE, SKILLED IN PATIENT CARE, OBSERVATION AND DIAGNOSIS AND, USING HER HANDS AND ALL HER SENSES – INCLUDING A 'SIXTH SENSE'*".

Al ses (6) hospitale het aangedui dat daar minstens een infusiepomp in die kraamafdeling beskikbaar is. Die personeel het wel aangedui dat daar in gevalle waar meer as een pasiënt gelyktydig oksitosien ontvang het, 'n tekort aan infusiepompe is. Dit lei daartoe dat die personeel dit "met die oog moet kontroleer" wat ruimte laat vir foute.

Enige masjien, in dié geval die infusiepomp, kan indien dit inkorrekt gebruik word 'n gevaar vir die pasiënt inhou omdat 'n masjien slegs so goed is as die persoon wat dit gebruik.

Die navorser het tydens besoek aan al ses (6) hospitale waargeneem dat wanneer infusiepompe gebruik word, die alarmstelsel wel in werking was. Dit wil dus voorkom asof die infusiepompe korrek gebruik word. Nie al die hospitale gebruik dieselfde infusiepompe nie. Dit kan verwarrend vir die vroedvrou wees omdat die toediening van oksitosien (bv. druppels per minuut of ml/minuut) deur die spesifieke infusiepomp in gebruik bepaal word.

Dit is belangrik dat wanneer 'n voorskrif vir oksitosientoediening uitgevoer word, die dosis, gereeldheid en toediening duidelik aangedui word. By al die hospitale is daar gevind dat hierdie vereistes nie neergeskryf word nie, of dat daar nie 'n beleidsriglyn beskikbaar is nie. Indien daar 'n probleem sou ontstaan en daar van onoordeelkundigheid rondom oksitosientoediening sprake is, sal die verpleegkundige haar/hom in die netelige posisie bevind om verantwoording te doen oor waarom 'n onvolledige voorskrif uitgevoer is.

Alle infusiepompe word met alarms toegerus sodat die personeel onmiddellik daarvan bewus sou word indien daar enige blokkasie of ander foute sou ontstaan. In al die hospitale was die alarms wel gestel. Die navorser het egter waargeneem dat waar die alarm wel "afgegaan het", die personeel bloot die alarm afgeskakel het sonder om eers die moontlike fout te soek.

- *Resussitasietoerusting en -medikasie: Volwassene en neonaat (Afdeling 6.4)*

Die noodtrollie moet te alle tye gereed wees ingeval 'n noodgeval sou opduik. In vlak 1-hospitale word die volwassenenoodtrollie nie dikwels gebruik nie, en daarom is dit belangrik dat behoorlike kontrole plaasvind oor die volledigheid van die toerusting en medikasie. Derhalwe behoort die noodtrollie op 'n daaglikse of

weeklikse basis (bo en behalwe na gebruik) gekontroleer te word. Die bevindings in hierdie studie was as volg:

- Medikasie was verouderd (Hospitaal A -F)
- Instrumente het ontbreek (Hospitaal A - F)
- Ambusak, beide volwasse en neonataal, was nie in 'n werkende toestand nie (Hospitaal A, C, D)
- Die noodtrollie is nie in die voorafgaande twee weke gekontroleer nie (Hospitaale A – C)

Hospitaal A se volwassenenoodtrollie was op 'n verbandtrollie met sakke vir die berg van toerusting ingerig. Die navorser het gevind dat dit moeilik is om die toerusting te vind vir kontrole aangesien die sakke nie duidelik gemerk was nie en "lomp" was om te hanteer. Dit is egter noodsaaklik dat noodinstrumente soos byvoorbeeld 'n laringoskoop en lem, in geval van nood onmiddellik beskikbaar is. Die medikasie op die noodtrollie word ook in 'n verseelde kassie geberg wat onmiddellike gebruik in geval van noodoptrede, belemmer.

Alhoewel Hospitaal B aangedui het dat daar nie daaglikse kontrole oor die neonatale noodtrollie plaasvind nie, maar slegs na elke gebruik, het die navorser tydens haar besoek gevind dat die neonatale noodtrollie ongeveer 09:00 die oggend gebruik is, maar teen 17:00 nog nie weer gekontroleer of skoongemaak na gebruik nie. Indien 'n noodgeval sou voorkom waartydens die neonatale noodtrollie gebruik sou moes word, sou optimale sorg nie moontlik gewees het nie omdat belangrike instrumente ontbreek het.

Hospitaal E se volwassenenoodtrollie is moeilik bekombaar aangesien dit in die aangrensende mediese/chirurgiese saal gestoor word. Dit is 'n redelike afstand vanaf die kraamkamer, en is dus nie onmiddellik beskikbaar in geval van noodoptrede nie. Die navorser het gevind dat die noodtrollie agter vullisdromme en

leë mobiele suurstofsilinders weggepak was. Hospitaal A, B, C, D en F het resussitasietoerusting vir volwassenes in die kraamsaal beskikbaar en voldoen dus aan die vereiste dat noodtoerusting byderhand moet wees.

Afdeling 7: Protokolle

Protokolle en beleidsriglyne is belangrik omdat dit standaardoptrede uitspel in sekere omstandighede. Weens die mobiliteit van verpleegpersoneel kan dit beteken dat 'n vroedvrou sy/haar opleiding in 'n spesifieke provinsie ondergaan en dan begin praktiseer in 'n ander provinsie met 'n ander struktuur en omstandighede. Onnodige tyd kan verspil word indien 'n nuwe vroedvrou nie seker is van fasiliteite, prosedures en optredes nie, en daarom is dit noodsaaklik dat opgedateerde protokolle en beleidsriglyne te alle tye beskikbaar is ten einde die funksionering van die diens te fasiliteer en veilige sorg aan die pasiënt te verseker.

In Bylae 1 (Hospitaalinligting) is 'n lys van protokolle en beleidsriglyne wat belangrik vir 'n vlak 1-hospitaal is. Hierdie lys is in ooreenstemming met die aanbevelings van Odendal (2004:46) en *Saving Mothers* verslag (Departement Gesondheid, 2002:24) wat spesifiseer dat hierdie protokolle en beleidsriglyne noodsaaklik is om 'n veilige intrapartumsorgdiens te lewer:

- Pre-eklampsie, eklampsie en hipertensie (Afdeling 7.1, 7.2, 7.3) is algemene probleme wat by pasiënte in kraam by vlak 1-hospitale voorkom. Slegs 50% van die hospitale het riglyne hieromtrent gehad, naamlik Hospitaal B, C en D .
- Fetale nood (Afdeling 7.4) verg onmiddellike optrede. Slegs Hospitaal D beskik oor 'n protokol vir die optrede in geval van fetale nood. 'n Mens sou kon redeneer dat elke vroedvrou weet wat om in geval van fetale nood te doen. Indien pasiënte

voortydig verwys kan word wanneer fetale nood voorkom, kan chirurgiese ingrepe soos keisersnitte vroeër plaasvind, wat 'n beter prognose vir moederlike, fetale en neonatale welsyn kan inhou.

- Prematuriteit (Afdeling 7.5) is een van die hooforsake van perinatale sterftes in die Wes-Kaap (Sellers, 1995b:846). Slegs Hospitaal B, D en E het 'n hanteringsprotokol ten opsigte van medikasietoediening en verwysingsindikasies by pasiënte met premature kraam.
- Ten opsigte van verwysing na 'n vlak 2-hospitaal (Afdeling 7.6) is gevind dat slegs Hospitaal E toepaslike riglyne het. Veral waar nuwer vroedvroue tot die praktyk toetree, is dit belangrik dat daar spesifieke kriteria is waarvolgens die personeel kan oordeel of verwysing geregverdig is, al dan nie.
- Nie een van die hospitale het protokolle rondom die vervoer van pasiënte tydens of na kraam gehad nie (Afdeling 7.7). Dit kan moontlik 'n bydraende faktor wees waarom daar soms 'n tydsverloop is tussen wanneer vervoer ontbied word, en die ambulans opdaag.
- Ten opsigte van die VFM (voorgeboortelike fetale monitering) (Afdeling 7.8) is gevind dat geen van die hospitale (n=6) 'n geskrewe protokol het nie, soos bespreek in Afdeling 6.1 (*Beskikbaarheid van kardiotoekografie*) hierbo.
- Geen protokol was beskikbaar rondom suurstofvoorsiening (Afdeling 7.9) by enige van die hospitale (6) nie, soos bespreek in Afdeling 6.2 (*Suurstof*) hierbo.
- Oksitotiese middels (Afdeling 7.10) se optimale werking word verseker deur die handhawing van die koue ketting. Dit is dus noodsaaklik dat hierdie middels teen yskastemperature gestoor moet word. Sekere van die oksitotiese middels wat ergometrien bevat, mag nie aan hipertensiewe pasiënte toegedien word nie.

aangesien dit kan lei tot 'n verhoogde bloeddruk. Wanneer die geregistreerde vroedvrou na 'n kraamsaal geroep word, weet sy/hy nie altyd of die pasiënt 'n risiko het om hipertensie te ontwikkel nie, en is dit nodig om die ergotbevattende en nie-ergotbevattende middels na die kraamsaal te neem. Die meerderheid van hospitale (5 (vyf) of 83,3%) het wel 'n protokol vir die toediening van oksitosien gehad. Ten spyte van die feit dat vyf (5) hospitale (Hospitale A – E) 'n beleidsriglyn gehad het oor die berging van oksitotiese middels in die yskas, en 10 (98%) van die vroedvroue ook aangedui het dat die middels in die yskas geberg moet word om optimale werking te verseker, het die navorser gesien dat die middels egter op of in die bedkassies gehou word. 'n Rede daarvoor mag wees dat in vier (4) van die hospitale (Hospitaal A, B, C en E) die yskas relatief ver van die kraamsaal is, en die vroedvroue waarskynlik van mening is dat dit beter is om die middel eerder byderhand te hou vir gebruik. Indien die vroedvrou die middel elke keer moet gaan haal, beteken dit dat sy/hy die pasiënt vir daardie periode moet alleen los. Dit is juis teenstrydig met die aanbeveling en die SARV Regulasie R2488 soos gewysig, naamlik dat 'n vroedvrou nie haar pasiënt mag verlaat nie, en hierdie periode gekenmerk word deur 'n verhoogde risiko van postpartumbloeding (Sellers, 1998:1594).

- Geen protokol of beleidsriglyn was rondom die hantering van die bevalling beskikbaar nie (Afdeling 7.11); hantering van 'n episiotomie (Afdeling 7.12); vaginale ondersoek (Afdeling 7.13), partogram (Afdeling 7.14), lignokaïentoediening (Afdeling 7.15) of die toediening van pynverligting (Afdeling 7.16) nie.

Die navorser is van mening dat gespesifiseerde beleidsriglyne wat voldoen aan die vereistes, dit vir die onervare vroedvrou makliker maak om besluite te kan neem. Tydens informele gesprekke met vroedvroue het dit duidelik geword dat die gebrek aan riglyne 'n onsekerheid by personeel skep wat soms meebring dat hulle glad nie, of te laat optree. Sodanige protokolle moet egter nie die vroedvrou se selfstandige denke

onderdruk nie, maar moet sy/haar selfvertroue verbeter en uiteindelik tot gehalte-intrapartumsorg bydra.

4.3 **Bylae 2: Ontleding van pasiëntrekords tydens die intrapartumfase**

In hierdie kontrolelys (Bylae 2) is daar spesifiek na algemene aspekte van rekordering en spesifieke data gekyk en hoe die rekords besluitneming en kritiese, analitiese denke van die vroedvrou reflekteer

4.3.1 *Wetlike aspekte van Rekordhouding (Afdeling A: Item 1 - 9)*

Die pasiëntrekord is 'n noodsaaklike deel van pasiëntsorg. Die rekord moet volledig en akkuraat die sorg wat aan die pasiënt gelewer is, weerspieël. Pasiëntrekords word dikwels tydens litigasie gebruik waar professionele nalatigheid bewys moet word, al dan nie. Die pasiëntrekord moet dus as 'n metode gesien om bewerings van professionele nalatigheid te weerlê (Brent, 1997:73). Die rekord spreek dus vir die vroedvrou in haar afwesigheid, maar ook vir die pasiënt. In SARV R2488 soos gewysig, word duidelike voorskrifte aan die vroedvroue gegee oor watter inligting in die pasiëntrekord ingesluit moet word.

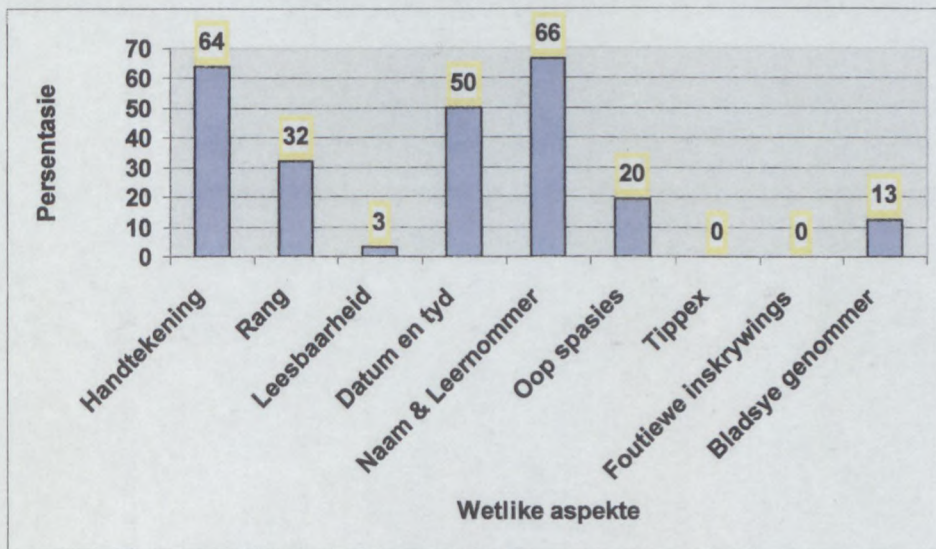
Die basiese wetlike aspekte van rekordhouding sluit die volgende in:

- Handtekeninge en range moet leesbaar wees.
- Handskrif moet leesbaar wees.
- Datum en tyd moet by elke inskrywing aangedui word.
- Op elke bladsy moet die pasiënt se naam en lêernommer verskyn.
- Oop spasies moet gekanselleer word deur 'n omgekeerde Z te gebruik.
- Geen tippex mag gebruik word om foutiewe inskrywings uit te wis nie.
- Elke bladsy moet genommer wees (Brent, 1997: 74 – 75).

Beide moederlike en fetale welsyn moet tydens die intrapartumperiode gerekordeer word soos aangedui in Hoofstuk 1 (paragraaf 1.5). Figuur 4.3 toon die wetlike aspekte wat in die pasiëntrekords soos gebruik in die hoofstudie, geëvalueer is.

Figuur 4.3

Rekordhouding: Wetlike aspekte (n=128)



Handtekening by slegs 82 (64%) van inskrywings in die pasiëntrekords (n=128) teenwoordig, terwyl die rang van die persoon by minder as die helfte (32%) van die inskrywings aangedui is. Die leesbaarheid van handtekening was beduidend laag (3%).

Die datum en tyd was by slegs die helfte (50%) van die inskrywings aangedui. Datums en tye is noodsaaklik waar litigasie 'n moontlikheid is en die vroedvrou haarself moet verdedig ten opsigte van byvoorbeeld oor die tyd wanneer waarnemings gedoen is, of wanneer die geneesheer van spesifieke abnormaliteite in kennis gestel was.

Die pasiënt se naam en lêernommer is in slegs 84 (66%) van die pasiëntrekords (n=128) op elke bladsy aangedui. Dit is noodsaaklik dat die pasiënt se naam en lêernommer op elke bladsy verskyn aangesien die verkeerde pasiëntrekords somtyds in 'n ander pasiënt se lêer

geliaseer word. Die navorser het inderdaad rekords van ander pasiënte in van die pasiëntrekords gevind.

Oop spasies en lyne is in slegs 26 (20%) van die pasiëntrekords (n=128) gekanseleer. Oop spasies moet met 'n 'omgekeerde z' gekanseleer word sodat dit vir 'n volgende persoon onmoontlik is om 'n latere inskrywing in die pasiëntrekord te kan maak. In praktyk het die navorser gevind dat gesondheidspersoneel byvoegings kan maak of oop spasies los sodat 'n ander persoon wat 'n verpleegintervensie gedoen het, maar dit nie gerekordeer het nie, die toepaslike inskrywings kan maak.

Geen korrigeervloeistof is gebruik nie en daar was foutiewe inskrywings nie. Die gebruik van korrigeervloeistof in wetlike dokumente is onaanvaarbaar aangesien die oorspronklike foutiewe inskrywing altyd sigbaar moet wees (NMC, 2002: 10).

In slegs 17 (13%) van die pasiënterekords (n=128) is alle bladsye genommer. Die navorser is van mening dat hierdie 'n baie belangrike aspek is met betrekking tot rekordhouding, aangesien bladsye verlé kan word of onregmatig vanuit die pasiënterekords verwyder kan word. Belangrike inligting kan op dié wyse verlore raak en waar professionele nalatigheid bewys of weerlé moet word, kan dit ernstige gevolge vir die beskuldigde in 'n professionele gedragsondersoek inhou.

4.3.2 *Partogram* (Bylae 5)

Die partogram is dié belangrikste dokument wat intrapartum gebruik word. Die partogram is 'n grafiese voorstelling van die vordering van kraam en voorsien inligting vir die vroeë identifikasie van afwykings van die normale verloop van kraam (Bennett & Brown, 2000:406). Dit is 'n opsomming van gebeure tydens die intrapartumfase en bevat beide inligting wat op bevindings rondom moederlike en fetale welsyn en die vordering van

kraam gerig is. Daar kan onmiddellik gesien word wat die pasiënt se kraamverloop is aangesien die volgende swangerskapbesonderhede daarop genoteer word:

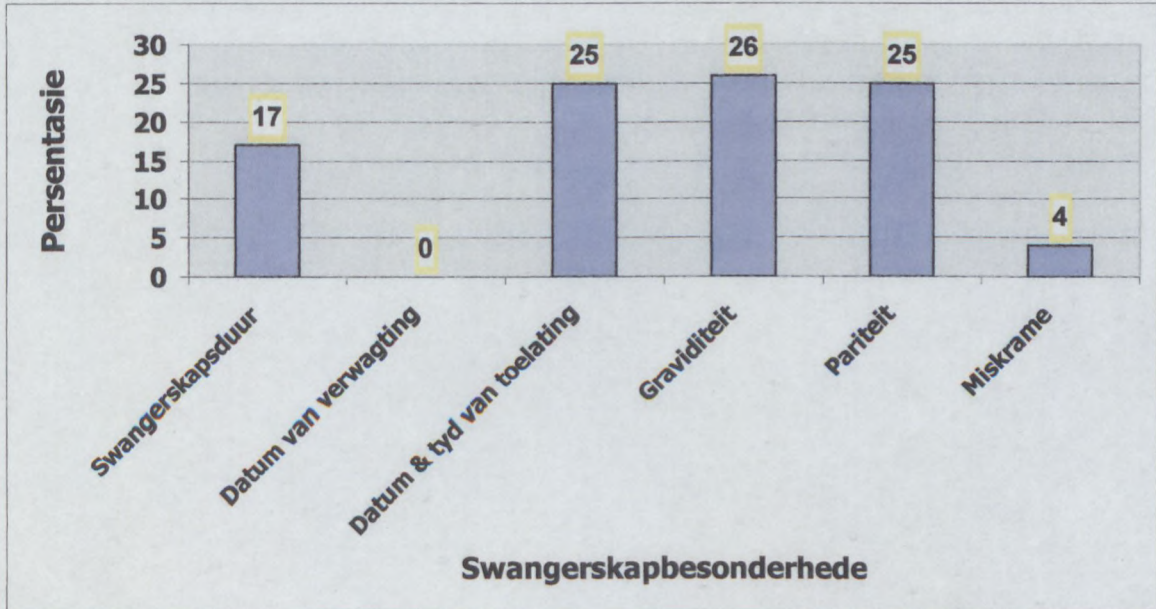
- Vorige en huidige swangerskapbesonderhede wat insluit:
 - Swangerskapduur;
 - Datum van verwagte verlossing;
 - Graviditeit;
 - Pariteit;
 - Geskiedenis van vorige keisersnit; en
 - Miskrame.
- Bloedgroep en Rh-faktor; en
- Huidige risikofaktore, byvoorbeeld pre-eklampsie, diabetes mellitus.
- Datum en tyd van toelating.
- Moederlike welsyn (vitale tekens, urine-uitskeiding en urine-analise, vogbalans).
- Fetale welsyn (fetale hartspoed, fetale hartabnormaliteite, toestand van die vliese en kleur van die vrugwater).
- Vordering van kraam (abdominale ondersoekbevindinge, vaginale ondersoek bevindinge, kontraksiepatroon.)
- Medikasie wat gegee is (insluitende of die pasiënt vir 'n induksie van kraam toegelaat is, al dan nie).

Die hele verloop van swangerskap en kraam kan dus dadelik gesien word. Nuwe data wat verkry word kan vergelyk word met dié basislyndata en sodoende kan enige afwyking onmiddellik raakgesien word en hanteer word. Die tyd van toelating moet korrek aangedui word omdat die duur van die eerste stadium van kraam bereken word vanaf die tyd van toelating. Indien hierdie tyd dus foutief aangeteken word, kan daar foutiewelik 'n "verlengde eerste stadium van kraam" gerapporteer word. (Sellers, 1995a: 394).

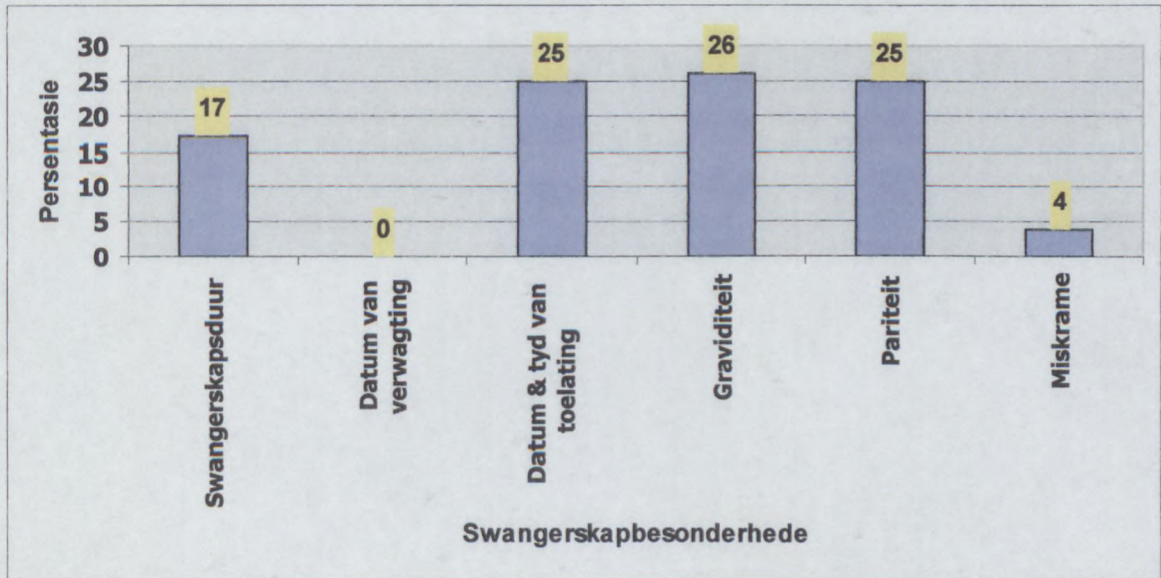
Verskeie aspekte soos in die partogram gerekordeer word het 'n impak op die pasiënt se hantering. Waar daar risikofaktore vir die ontwikkeling van pre-eklampsie teenwoordig is, moet die bloeddruk meer dikwels gemeet word.

□ *Afdeling B: partogram: Algemene Besonderhede (Item 1 – 10)*

Figuur 4.4 dui aan dat in minder as 30% van die rekords (n=128) die swangerskapbesonderhede volledig aangedui is. Hierdie inligting is ook nie elders in die rekord aangedui of gerapporteer (*Item 10.2 – 10.4*) nie. Inligting soos graviditeit en pariteit kan die vroedvrou bedag maak op kraamkomplikasies wat in 'n groter mate by sekere pasiënte voorkom. Die primigravida het 'n verhoogde geneigdheid tot pre-eklampsie en abruptio placentae, terwyl die *grande multipara* 'n verhoogde risiko vir postpartumbloeding het. Hierdie komplikasies verg noodbehandeling en indien die vroedvrou kritiese, analitiese denke toon, die risiko vroeg identifiseer en die pasiënt na 'n meer gespesialiseerde vlak van sorg verwys, kan dit die voorkoms van komplikasies en sterftes van moeder en baba verlaag (Departement Gesondheid,, 2002:47).

Figuur 4.4**Rekordering van swangerskapbesonderhede (n=128)**

Figuur 4.5 toon dat die datum van verwagte verlossing glad nie op die partogram aangedui is nie. Alhoewel die swangerskapduur in 22 (17%) van die pasiëntrekords (n=128) aangedui is, is dit belangrik om te sien of dit 'n premature, voltydse of postmature swangerskap is. Dit is beter om 'n moeder in premature kraam na 'n vlak 2-hospitaal te verwys alvorens sy kraam. Die beginsel van "in-utero oorplasing" van 'n moeder in premature kraam word deur verskeie navorsers ondersteun (Sellers, 1998: 340). Selfs indien die pasiënt in premature kraam by 'n vlak 1 inrigting kraam, is inligting soos swangerskapduur belangrik omdat die skedel van die baba baie stadig verlos moet word om die risiko van intrakraniale bloeding te verminder (*Item 10.2-10.4*). Die vroedvrou moet hierdie inligting rapporteer sodat 'n kliniese besluit rondom die onmiddellike hantering van die moeder en fetus gemaak kan word, soos byvoorbeeld die tydige oorplasing van moeder en fetus na 'n vlak 2-hospitaal.

Figuur 4.5**Algemene inligting ten opsigte van toelating (n=128)**

Figuur 4.6 weerspieël dat in meer as 74 (58%) van die rekords (n=128) die MIV-status wel aangedui is. Dit skep wel 'n etiese probleem aangesien die partogram dikwels op so 'n plek geplaas word dat dit vir almal sigbaar is. Dit is dus wel moontlik dat iemand ongemagtige toegang tot die inligting kan verkry. In 107 (82%) van die rekords (n=128) is die bloedgroep en Rh-faktor aangedui. Hierdie is belangrike inligting vir die vroedvrou wat die bevalling hanteer. Indien die moeder Rh-negatief is, is dit belangrik om die naelstring onmiddellik na geboorte af te klem om te verhinder dat oormatige D-antigene van die fetus die moeder bereik, en kan veroorsaak dat die moeder teenliggame produseer en sodoende gesensitiseer raak.

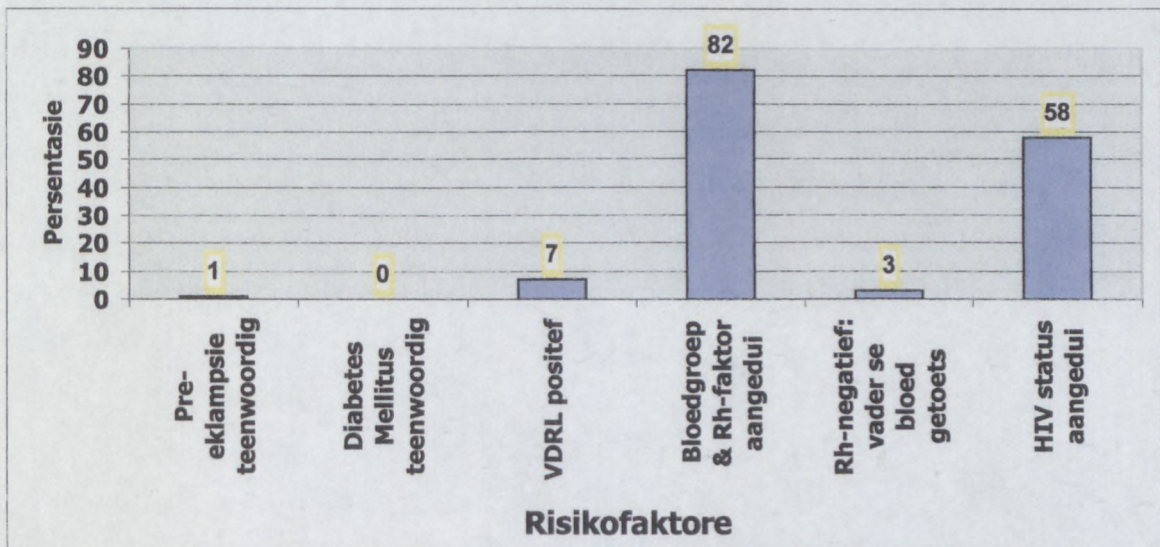
Slegs in een (1) van die rekords is aangedui dat die moeder pre-eklampsie het, terwyl geen van die rekords aangedui het dat 'n moeder diabetes mellitus het nie. 'n Moontlike verklaring daarvoor mag wees dat hierdie pasiënte nie by 'n vlak 1-hospitaal kraam nie en dat geen van die pasiënte die siekte gehad het nie, en dat dit nie noodwendig op swak rekordhouding dui nie. Die feit dat pre-eklampsie nie aan die geneesheer gerapporteer is nie (*Item 10.2*) dui daarop dat 'n hoofsaaklik

vroedvrou-gedrewe perinatalesorgdiens gelewer word. Daar kan met redelikheid van die vroedvrou verwag word om die pasiënt minstens onder die aandag van die geneesheer te bring indien sy dienste later die betrokke pasiënt benodig word vir (*Item 10.4*).

Daar is ook in vier (3%) van die rekords (n=128) gevind dat die moederlike Rh-status as "negatief" aangedui is, maar in slegs 1 (25%) van die rekords (n=4) kon gevind word dat naelstringbloed vir bloedgroepering van die neonaat geneem is of dat die moeder Rhogam® postpartum ontvang het. Die vroedvrou het dus versum om enige rapportering en intervensie (*Item 10.2 – 10.4*) betreffende die Rh van die ander drie (3 of 75%) pasiënte (n=4) te doen. Dit dui op gebrekkige kliniese besluitneming in die afwesigheid van kritiese en analitiese denke.

Figuur 4.6

**Risikofaktore aangeteken ten opsigte van
huidige swangerskap (n=128)**



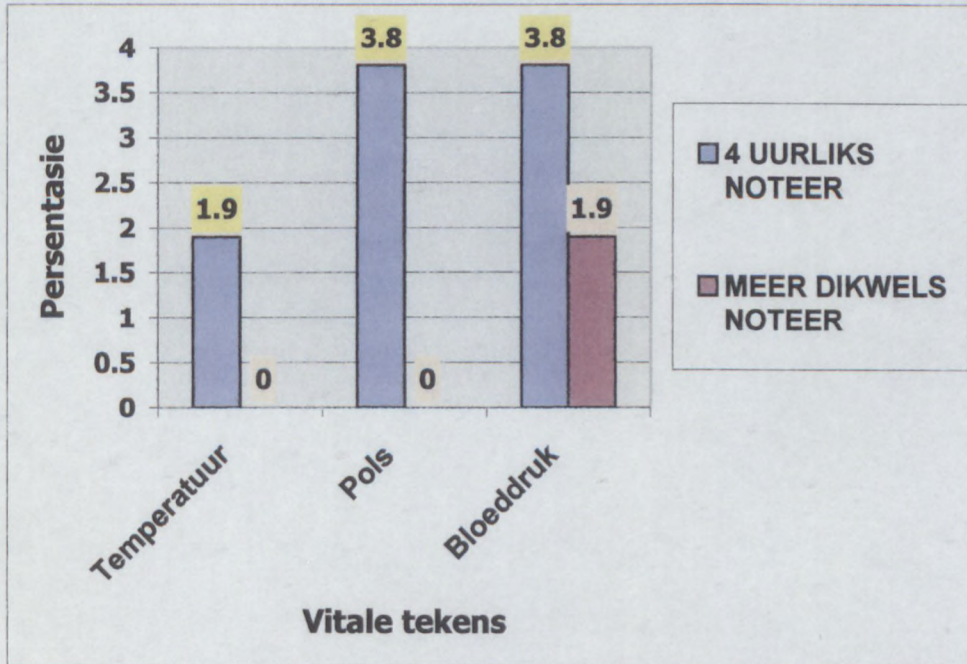
- *Afdeling C(i): Partogram: Moederlike welsyn – rekordhouding van observasies en intervensies (Item 1 – 13)*

Items 10 – 13 word in die bespreking van die onderskeie data geïnkorporeer en bespreek.

- Bloeddruk, polsslag en temperatuur: Latente en aktiewe fase (Item 1 – 6)

Daar word aanbeveel dat die moeder se vitale tekens (bloeddruk en pols) 1-uurliks tydens die latente fase van kraam en ½ uurliks tydens die aktiewe fase van die eerste stadium van kraam gedoen word (*Department of Health, Western Cape, 2004: 11*). Indien abnormaliteite voorkom, moet dit meer dikwels gedoen word. Temperatuur word gewoonlik met toelating gemeet, en in geval van pasiënte met moontlike verlengde ruptuur van vliese, word aanbeveel dat dit meer dikwels gedoen word, ten minste twee-uurliks. In een (1) rekord (n=128) is daar gevind dat die pasiënt verlengde ruptuur van vliese (langer as 24 uur) gehad het, maar die temperatuur is slegs een keer gedurende intrapartumfase gerekordeer. Die betrokke pasiënt was langer as sewe ure in kraam en kon die vroedvrou dus meer dikwels die temperatuur geneem het aangesien haar temperatuur alreeds met toelating 37.8°C was (*Item 11*).

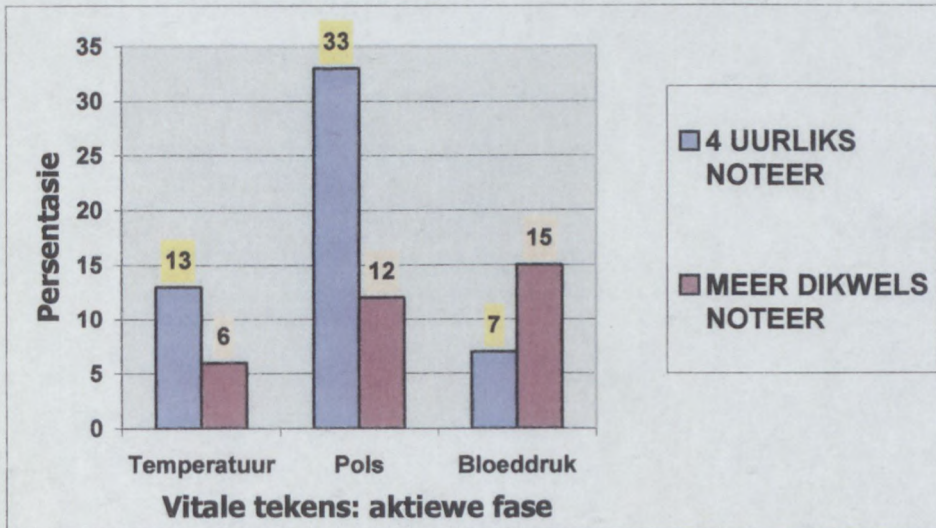
In Figuur 4.7 kan gesien word dat daar, ten spyte van aanbevelings, die vitale tekens tydens die latente fase van die eerste stadium nie gedoen is nie. Subtiele veranderinge in die vitale tekens van die moeder word sodoende oorgesien wat dit moeilik maak om betyds in te gryp sou enige abnormaliteite ontstaan.

Figuur 4.7**Rekordhouding: Moederlike vitale tekens tydens latente fase (n=52)**

Tydens die aktiewe fase van kraam is die vitale tekens meer dikwels opgeteken (Figuur 4.8). Daar is egter nêrens in die rekords soos in die *POVV*-verslag (Bylae 8), enige indikatie waarom dit meer dikwels gedoen is nie (*Item 10 en 11*), veral nie waarom die temperatuur meer dikwels gemeet is nie. In een van die rekords (n=128) was daar 'n aanduiding van moontlike verlengde ruptuur van vliese (langer as 24 uur), wat die monitering van die temperatuur meer dikwels regverdig. Die meer gereelde monitering mag wees dat dit eerder 'n geneigdheid is tot "roetine" as 'n besluit wat geskoei word op kritiese en analitiese denke.

Figuur 4.8

**Rekordering: Moederlike vitale tekens tydens
aktiewe fase van kraam (n=128)**



○ Urine-uitskeiding (*Item 7*)

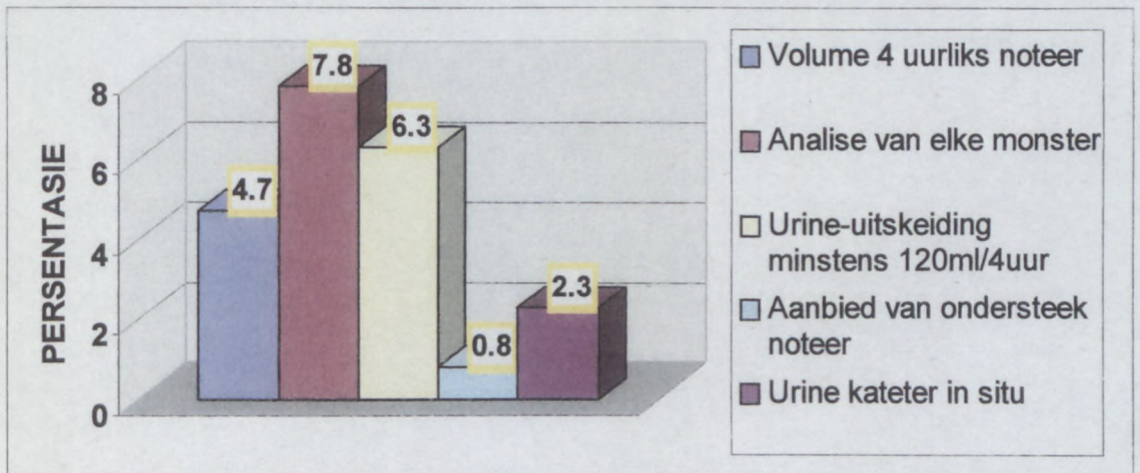
Dit is belangrik dat 'n pasiënt se blaas tydens die intrapartumfase gereeld geledig word, omdat 'n vol blaas tot verlengde kraam gedoen word (Bennett & Brown, 2000: 415). Die algemene riglyn is dat die pasiënt minstens 120ml in 4 ure moet uitskei (in agneming van die inname van die pasiënt). Abnormaliteite in die urine soos 'n toename in proteïnurie, kan 'n aanduiding wees dat die pasiënt moontlik eklampsie kan ontwikkel, terwyl verergerende ketonurie 'n aanduiding van moederlike uitputting kan wees, wat op sy beurt weer 'n verklaring vir moontlike verlengde kraam kan bied. Dit is dus nodig dat elke urine-monster vir die teenwoordigheid van proteïne en ketone ontleed moet word.

In Figuur 4.9 word die resultate van die rekordhouding van die urine-uitskeiding en ontleding van die urine van die pasiënt aangedui. Dit blyk dat daar in minder

as 10% van die rekords'n aanduiding was dat urine-monsters geanaliseer is. Inagneming dat pasiënte moontlik 'n verlaagde inname van vog tydens kraam het, en dus minder urine gaan uitskei, blyk dit tog dat urine-uitskeiding nie optimaal gemonitor word nie. Die navorser het gevind dat slegs by 10 (7.8%) van die pasiënte (n=128) enige melding gemaak word van uriene-uitskeiding. In 118 (92.2%) van die rekords (n=128) is die urine-uitskeiding en -ontleding nie gerekordeer nie. Vyf (5) van die rekords (n=10) toon aan dat daar abnormaliteite in die urine was wat wissel tussen ketone 1+ en 3+. Nêrens in die rekords kon gevind word dat abnormaliteite aan die geneesheer gerapporteer is nie of dat verpleegintervensies toegepas is nie (*Item 11*).

Figuur 4.9

Urine-uitskeiding tydens intrapartumfase (n=128)



Drie (3) hospitale (Hospitaal A, B en F) het aangedui dat die pasiënt tydens die eerste stadium van kraam aangemoedig word om rond te beweeg en die toilet te gebruik. Dit kan moontlik 'n verklaring wees dat analise van urinemonsters nie plaasvind nie en ook dat die hoeveelheid urine uitgeskei nie gerekordeer word nie. Die vroedvrou moet die pasiënt aanmoedig om minstens elke 1½ tot 2 ure haar blaas te ledig, en alhoewel die pasiënt ambulante is en van die toilet gebruik

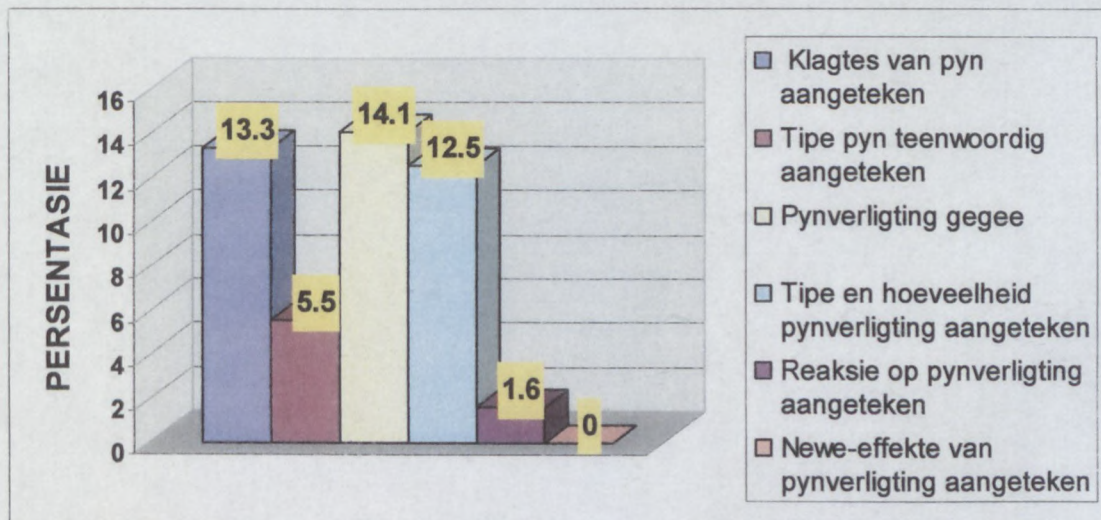
maak, moet elke urinemonster gemeet, ontleed en die resultate in die pasiëntrekord aangedui word (Bennet & Brown, 2000: 415).

o Pynhantering (Item 8)

Optimale pynverligting tydens kraam kan tot 'n meer gunstige verloop van kraam bydra. Sellers (1998:1369 - 1370) stel dit dat tot 'n verhoogde produksie van adrenalien aanleiding gee wat weer op sy beurt tot suboptimale kontraksiepatrone en dus verlengde kraam kan lei. Alhoewel verwag kan word dat die meeste vroue, ook in vlak 1-inrigtings, van pyn sal kla, bly dit nog steeds belangrik om te rekorder of die pasiënt enige pyn ervaar, waar die pyn voorkom, watter tipe pyn ervaar word, watter pynverligting gegee is, en die reaksie op pynverligting (insluitende die newe-effekte van pynverligting).

Figuur 4.10

Pynverligting tydens intrapartumperiode (n=128)



Uit Figuur 4.10 kan afgelei word dat klagtes van pyn in 17 (13.3%) van die rekords (n=128) aangedui is, maar kommerwekkend is dat die tipe medikasie

asook die respons daarop, feitlik nooit (1,6%) aangedui word nie. Dit wil voorkom asof daar 'n neiging onder vroedvroue veral by vlak 1- inrigtings is, dat "pyn is normaal en geen behandeling is nodig nie". Die tipe en hoeveelheid pynstiller wat toegedien is, (*Item 12.1*) is wel gerekordeer, maar nie tydens watter stadium van kraam dit toegedien is nie (*Item 12.2*). Die servikale ontsluiting tydens toediening van pynverligting en die newe-effekte op pynverligting (byvoorbeeld die afname in uteriene kontraksies) is nie gerapporteer of gerekordeer nie (*Item 12.3 en 12.4*).

- Binne-aarse vogterapie tydens die intrapartum periode (*Item 9*)

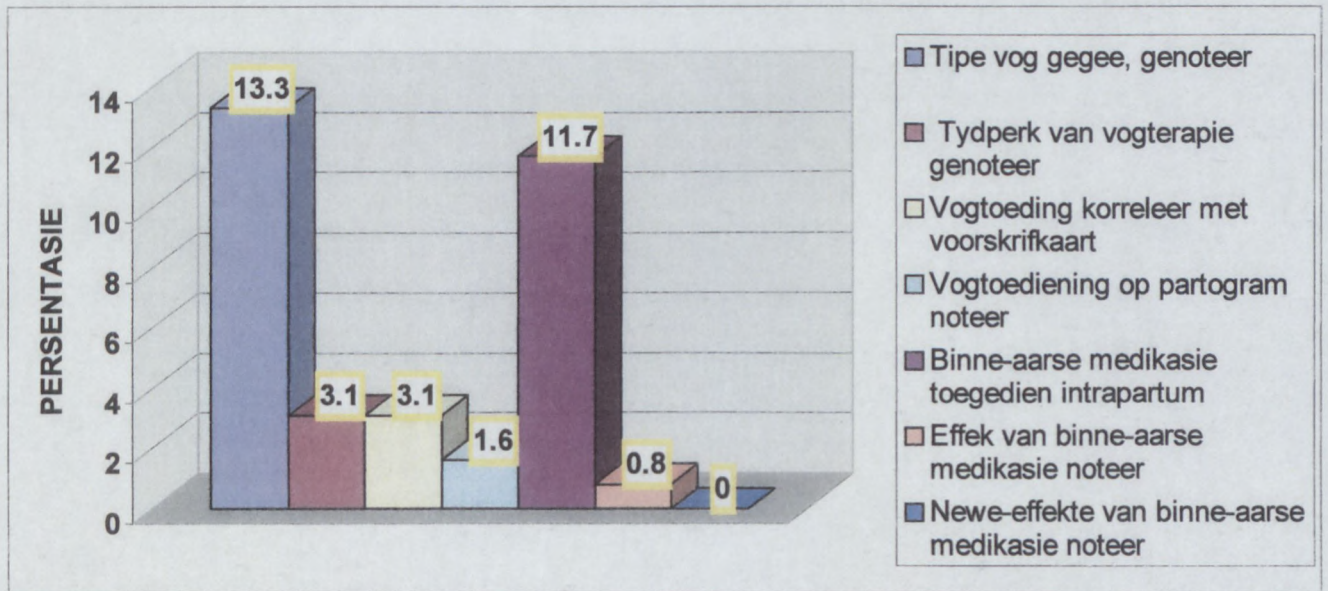
Binne-aarse terapie veral by vlak 1-hospitale is nie 'n algemene gebruik nie. Theron (*PEP Manual, Manual 1: Unit 6*) beveel wel aan dat indien 'n pasiënt 2+ ketonurie of meer ervaar, en verwag word dat die geboorte van die baba nie binne die afsienbare tyd is nie, 'n binne-aarse ingieting opgeplaas moet word.

Figuur 4.11 toon dat die tipe vog wel gerekordeer is in 17 (13,3%) van die rekords (n=128), maar ander kritiese inligting rondom die toediening van binne-aarse vog is nie gerekordeer nie (*Item 13*). Dit sluit inligting in soos die tipe vog wat toegedien is, asook die voltooiing van die vogbalansrekord van die pasiënt. Slegs 'n inskrywing van "*binne-aarse infusie is begin!*" verskyn op die *partogram* (Bylae 1). In meeste (16 of 94,1%) van die rekords (n=17) kon geen inskrywings wat aandui dat die binne-aarse infusie gestaak is, gevind word nie.

Binne-aarse medikasie is aan 15 (11,7%) van die pasiënte (n=128) toegedien, maar in slegs een (1) geval (n=15) is die effek/newe-effek van die binne-aarse medikasie genoteer (*Item 13.3*). Opvolgtussentrede(s) (*Item 13.4*) kon in geen van die rekords (n=15) gevind word nie.

Figuur 4.11

Binne-aarse vogterapie tydens intrapartumfase (n=128)



Afdeling C(ii): Partogram Moederlike Welsyn word in latere paragrawe bespreek.

- *Afdeling D(i): Partogram: Fetale welsyn – rekordering van observasies en intervensies*

Die rekordering van observasies, asook verpleegintervensies (Afdeling D(ii)) ten opsigte van die monitering van fetale welsyn tydens die intrapartumfase (Afdeling G(i)) word vervolgens bespreek.

- Fetale hart (Afdeling D(i) (*Item 1 tot 9*) en (Afdeling G(i) (*Item 1*))

Gereelde monitering en rekordering van die fetale hart tydens die intrapartumtydperk (1-uurliks tydens die latente fase en ½ uurliks tydens die aktiewe fase) is noodsaaklik om enige moontlike abnormaliteite te kan opspoor.

Wanneer akute fetale nood voorkom wat chirurgiese ingrepe noodsaak, is daar nie tyd om die pasiënt na 'n sekondêre hospitaal oor te plaas nie. Dit is dus belangrik dat enige abnormaliteit soos laat verstadigings van die fetale hart vroeg opgespoor word en waar aangedui is, die pasiënt verwys word na 'n vlak-2 hospitaal.

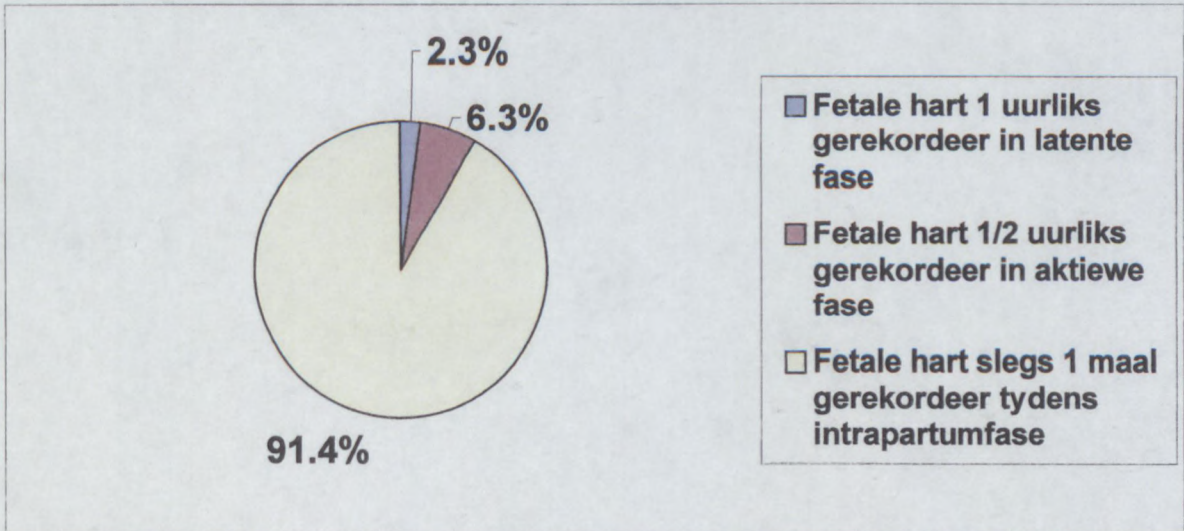
Dit is dus kommerwekkend dat (Figuur 4.12) in 117 (91.4%) van die rekords (n=128) die fetale hart eenmalig gerekordeer is. Alhoewel dit moontlik mag wees dat die fetale hart meer dikwels beluister is, maar net nie gerekordeer is nie, is dit nog steeds onaanvaarbaar. In beoordeling van pasiëntrekords tydens litigasie word geredeneer dat "dit wat nie gerekordeer is nie, is nie gedoen nie". Die fetale hart is veronderstel om elke uur gedurende die latente fase en elke 30 minute tydens die aktiewe fase van kraam beluister en gerekordeer te word. Indien daar enige tekens van fetale nood is, moet die fetale hart elke 5 minute beluister en gerekordeer te word. (Sellers, 1995a:402). Indien abnormaliteite betyds gediagnoseer word, kan intervensies plaasvind wat die uitkoms vir die moeder en baba meer positief kan maak. Die navorser is deeglik bewus daarvan dat dit nie altyd moontlik is om die fetale hart elke 30 minute in die latente fase en elke 15 minute in die aktiewe fase te beluister nie, weens 'n skynbaar tekort aan verpleegpersoneel. 'n Kardiotokograaf, waar beskikbaar, kan vir hierdie doel gebruik word. Dit is daarom aanvaarbare praktyk dat die fetale hart minstens uurliks in die latente fase en elke ½-uur in die aktiewe fase beluister word.

Tydens data-insameling by Hospitaal A het die navorser gevind dat daar slegs een (1) geregistreerde vroedvrou die betrokke dag aan diens was, terywl die daar 15 voorgeboorte en nageboorte pasiënte ingesluit het en al die beddens gevul was. Drie van die pasiënte was onderskeidelik in die aktiewe fase van kraam en gelyktydig was daar drie pasiënte in die tweede stadium van kraam (serviks vol ontsluit). Dit demonstreer dus dat dit nie altyd vir die vroedvrou

moontlik is om die fetale hart te beluister tydens die intrapartumfase soos aangedui nie.

Figuur 4.12

Rekordering: Fetale hart intrapartumfase (n=128)



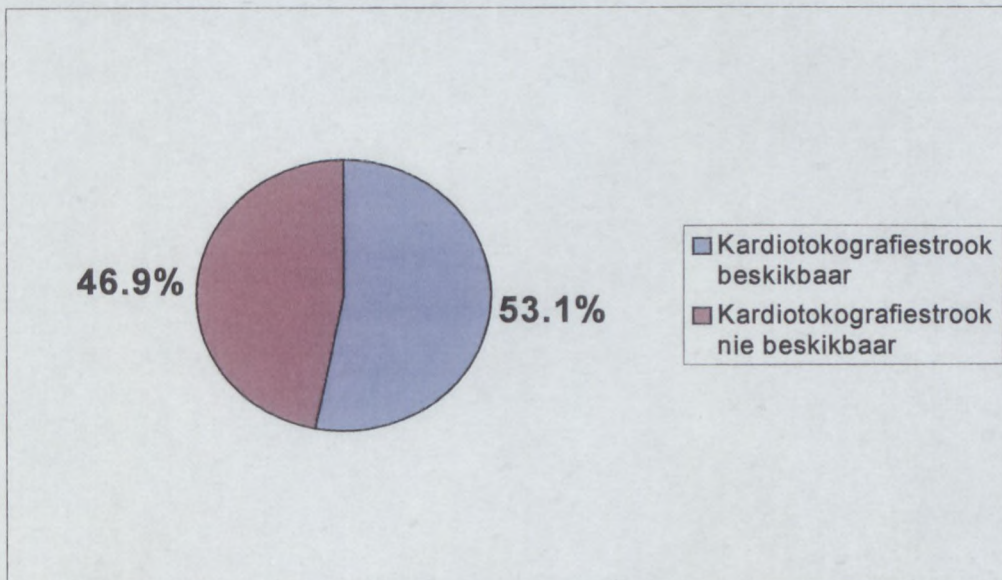
Dit is regtig kommerwekkend dat fetale hartspoed nie volgens vereistes gemeet word nie want dit is inligting wat die vroedvrou krities moet evalueer ten einde gehaltesorg te kan lewer.

- Kardiotokograafstrokies (*Item 3 en 4*)

Odendal (2004:48) beveel aan dat kardiotokograafmasjiene in alle inrigtings beskikbaar moet wees en gebruik moet word. Al ses (6) die hospitale het wel kardiotokograafmasjiene gehad, maar slegs in 68 (53.4%) van die rekords (n=128) was daar 'n kardiotokograafstrokie beskikbaar. Sellers (1998: 365) beveel aan dat elke pasiënt 'n CTG met toelating moet kry wat as basislyndata kan dien. In geen van die hospitale was daar 'n protokol beskikbaar dat 'n CTG

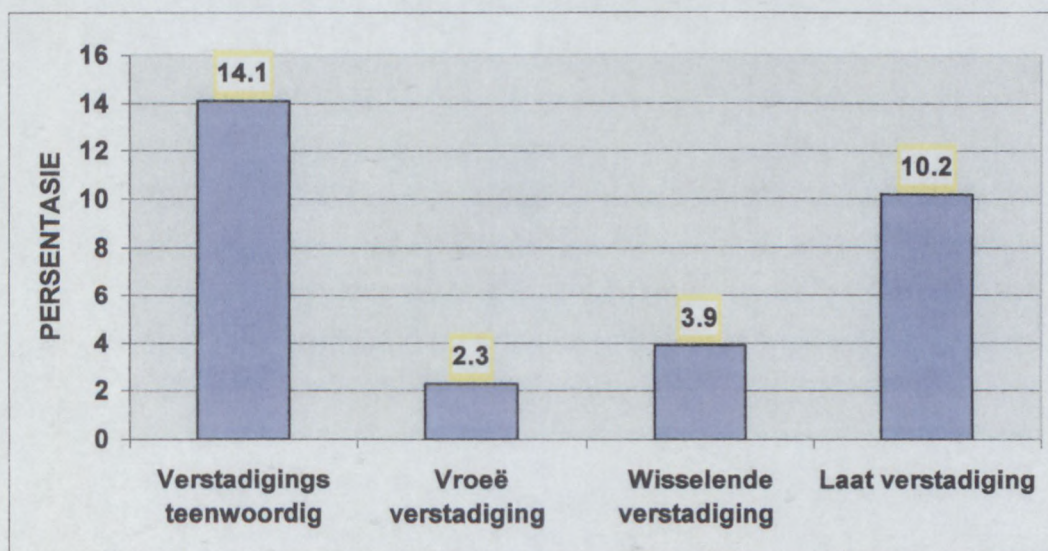
met toelating gedoen moet word nie. Die besluit oor of dit gedoen word al dan nie, word aan die vroedvrou oorgelaat.

Al ses (6) hospitale het aangedui dat elke pasiënt met toelating op 'n *CTG* geplaas word vir ten minste 10 minute, alhoewel die navorser in slegs 68 (53.4%) van die pasiëntrekords ($n=128$) 'n kardiotokegrafiestrokie kon vind. Volgens Figuur 4.13 het die bevindinge van die kardiotokegraafstrokie slegs in 21 (30.1%) van die rekords ($n=128$) ooreengestem met die bevindinge en optrede wat gerekordeer is. Dit bring die navorser by die gevolgtrekking wat ondersteun word deur opmerkings van die vroedvroue, dat baie vroedvroue nie weet hoe om die kardiotokegrafiestrokies te interpreteer nie. Sekere optredes soos die toediening van suurstof aan die moeder, posisionering in 'n laterale posisie, staak van oksitosieninfusie in geval van fetale nood, soos op die *CTG* geïdentifiseer kan word, is onmiddellik nodig en kan 'n beduidende invloed op die fetale en perinatale morbiditeit en mortaliteit hê indien 'n vroedvrou dit nie betyds identifiseer nie. In lyn met paragraaf 4.2 is dit waarom dit so belangrik is dat faksfasiliteite te alle tye in werking moet wees sodat die vroedvrou wel 'n strokie kan stuur na 'n kundige persoon vir verdere ontleding en besluitneming.

Figuur 4.13**Beskikbaarheid en gebruik van kardiotoekografiesstrookies (n=128)**

- o Afwykings in fetale hart (*Item 5 en 6*)

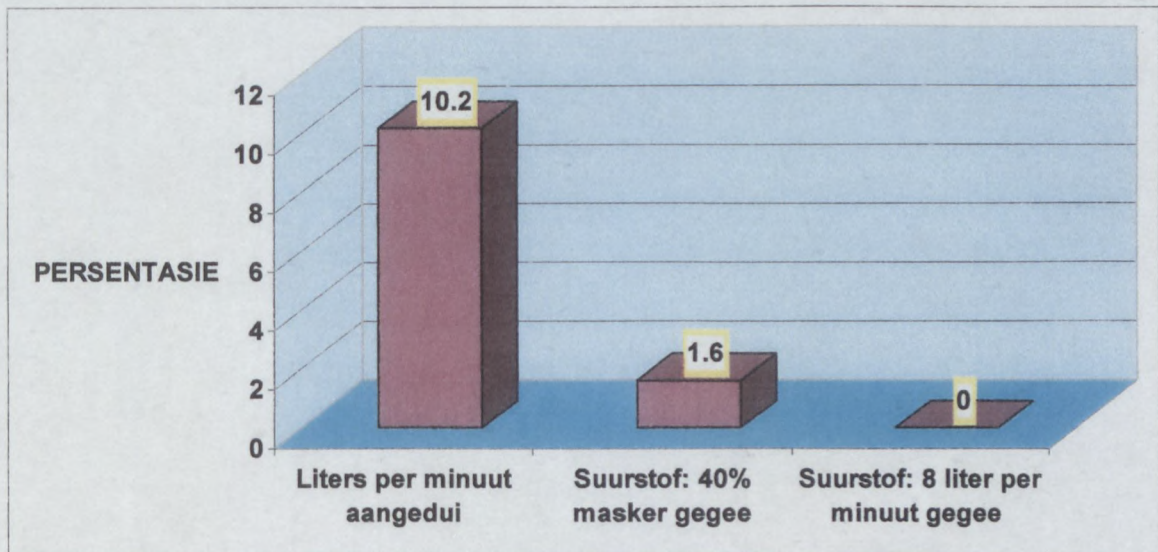
Figuur 4.14 toon dat in 13 (10.2%) van die rekords (n=128) daar wel aanduidings was van laat verstadigings van die fetale hart en Figuur 4.15 toon dat daar wel in al die gevalle (13 of 10.2%) suurstof toegedien is. Daar is egter nie genoteer of die moeder op haar linker sy gedraai is nie en in slegs 2 (15.4%) van die gevalle (n=13) is aangedui dat 40% suurstof per masker toegedien was (Item 8.1 – 8.3). Sellers (1998: 1377) skryf dat dit standaard verpleegsorg is dat, waar laat verstadigings teenwoordig is, die moeder op haar linkersy gedraai word om druk op die *vena cava* te verhoed en die moeder 40% suurstof per masker of nasale kateter toe te dien. Dit is egter nie duidelik (weens die ontbrekende kardiotoekograafstrookies) of daar nie dalk ander pasiënte was wat tydens die intrapartumfase laat verstadigings gehad het, maar wie nie suurstof ontvang het nie. Hierdie data dui weereens daarop dat data dikwels ontbreek die die vroedvrou nie haar praktyk en intervensies baseer op objektiewe data wat kritiese en analitiese denke reflekteer nie.

Figuur 4.14**Rekordering van abnormaliteite ten opsigte van fetale hart (n=128)**

In Figuur 4.14 word aangedui dat in 18 (14.1%) van die gevalle (n=128) was daar verstadigings teenwoordig en spesifiek in 13 (10.2%) van die gevalle (n=128) was daar laat verstadigings teenwoordig. Dit is belangrik dat in geval van laat verstadigings, wat 'n aanduiding van fetale nood mag wees, die vroedvrou die vordering van die pasiënt in ag neem om te bepaal of onmiddellike verwysing en/of verlossing van die baba geregverdig is of nie. Laat verstadigings, wat 'n gebrek aan suurstof by die fetus mag impliseer, moet onmiddellik gerapporteer word en die besluit oor of die pasiënt verwys word al dan nie, moet gerekordeer word.

Figuur 4.15

**Suurstoftoediening ten opsigte van afwykings
in fetale hart (n=128)**



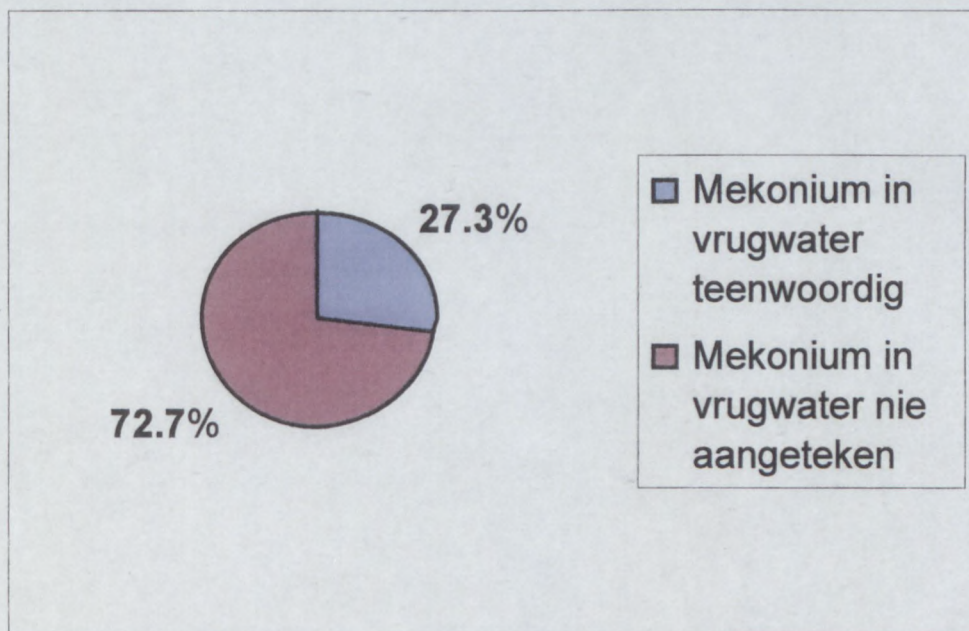
○ Mekonium in vrugwater (*Item 7*)

Volgens Figuur 4.16 was mekonium in die vrugwater in 35 (27.3%) van kraamgevalle (n=128) teenwoordig. In slegs 12 (34.3%) van hierdie rekords (n=35) is mekoniumbevlekte vrugwater op die *Partogram* aangedui. Dit is noodsaaklik dat mekoniumbevlekte vrugwater op die *Partogram* aangedui word ten einde die vroedvrou in staat te stel om 'n geheelbeeld van fetale welsyn te verkry. In geen van die rekords (n=35) kon gevind word aan wie die vroedvrou die mekoniumbevlekte vrugwater gerapporteer het en watter verpleegintervensie/tussentrede geïmplementeer is nie (*Item 9*). Mekonium in die vrugwater kan 'n aanduiding wees van 'n episode van fetale nood wat moontlike noodoptrede, byvoorbeeld onmiddellike verlossing van die fetus noodsaak. Die fetus is dus 'n hoë risiko vir fetale nood en vrugwater aspirasie daarom is dit noodsaaklik dat mekonium bevlekte vrugwater aangeteken word

sodat die vroedvrou die nodige stappe kan neem om vrugwater aspirasie tydens geboorte te voorkom.

Figuur 4.16

Rekordering van mekonium in vrugwater (n=128)



Die Opsomming van Baring (Bylae 9) het aangetoon dat mekonium in die vrugwater in 93 (72.7%) (Figuur 4.16) van bevallings (n=128) glad nie gerekordeer is nie. Die moontlikheid bestaan dus dat daar meer dikwels mekonium in die vrugwater teenwoordig kan wees en dat dit nie deur die vroedvrou waargeneem of genoteer is nie wat 'n aanduiding is dat kritiese en analitiese denke nie deur die vroedvrou aan die dag gelê word nie.

Afdeling D(ii): Partogram: Fetale welsyn: interpretasie van observasies en toepaslikheid van verpleegintervensies word in latere paragrawe bespreek.

□ *Afdeling E(i): Rekordering van vordering van kraam (Item 1 tot 13)*

Dit is noodsaaklik dat die vroedvrou die vordering van kraam monitor en die bevindinge en enige verpleegintervensies op die toepaslike rekords noteer. Die nie-rekordering van die vordering van kraam dui daarop dat die pasiënt nie intrapartum gemonitor is vir die effektiwiteit van die kraamproses nie en daarom nie gehaltesorg ontvang het nie. Die vordering van kraam word deur die effektiwiteit van uteriene kontraksies en servikale ontsluiting bepaal. Servikale ontsluiting word bepaal deur 'n vaginale ondersoek uit te voer.

○ Uteriene kontraksies (Item 1 en 2)

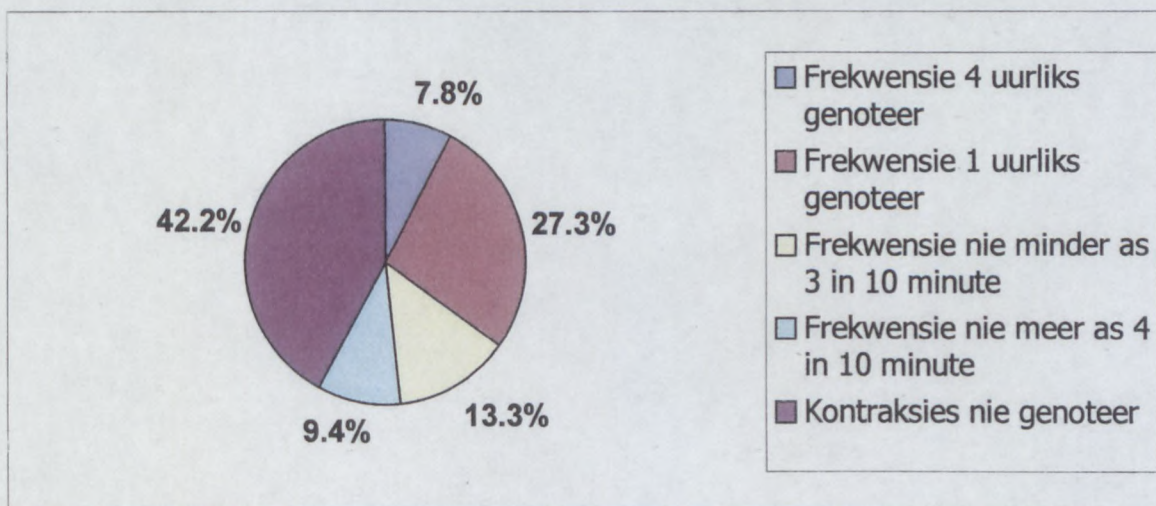
Uteriene kontraksies gee 'n aanduiding van die vordering van kraam. Dit is noodsaaklik dat die vroedvrou die duurte en frekwensie van kontraksies aandui ten einde te bepaal of die pasiënt in ware, effektiewe kraam, is. Gedurende effektiewe kraam is die kontraksies ten minste 2 kontraksies elke 10 minute. Teen die einde van die 1^{ste} stadium van kraam is die frekwensie van uteriene kontraksies gewoonlik 3 tot 4 kontraksies elke 10 minute (Sellers, 1998: 339; *PEP Manual 1*: Unit 8: 8). Soos kraam vorder, raak die duurte van kontraksies langer en kan tussen 45 tot 60 sekondes duur. Die vroedvrou kan die duurte en frekwensie van kontraksies op twee (2) wyses monitor naamlik deur die vingerpunte op die fundus van die uterus te plaas of die kontraksies met behulp van die CTG monitor. Kontraksies moet vir minstens 10 minute aaneenlopend elke uur gemonitor word tydens vroeë kraam en minstens vir 10 minute aan die einde van elke halfuur tydens die latente fase van kraam.

Pasiënte moes minstens 2 ure in ware kraam wees om in die studie ingesluit te word. Dit was daarom vir die vroedvrou moontlik om uteriene kontraksies onderskeidelik uurliks (latente fase) en halfuurliks (aktiewe fase) te kon monitor en te rekordeer. Figuur 4.17 toon aan dat uteriene kontraksies geensins in 54 (42.2%) van rekords (n=128) genoteer is nie. In 10 (7.8%) van die rekords

(n=128) is gevind dat die frekwensie van kontraksies 4 uurliks in die aktiewe fase van kraam genoteer is, terwyl in 35 (27.3%) van rekords (n=128) die frekwensie van kontraksies uurliks in die aktiewe fase genoteer is. Dit was dus vir die vroedvrou onmoontlik om die effektiwiteit en vordering van kraam te bepaal. Die gebrek aan monitering van uteriene kontraksies tydens die aktiewe fase van kraam dui daarop dat die vroedvrou nie krities analities dink oor haar/sy praktyk nie, want hy/sy verkry nie data om sy/haar analise en besluitneming op te baseer nie en tweedens dui dit daarop dat sub-standaardsorg verleen is. Hierdie intervensies stel weer verdere eise aan die vroedvrou se kritiese en analitiese denke.

Figuur 4.17

Rekordering van uteriene kontraksies tydens die aktiewe fase van kraam (n=128)



Indien uteriene kontraksies oneffektief is, moet die vroedvrou kliniese besluitneming doen en die nodige verpleegintervensies doen byvoorbeeld die dokter in kennis stel sodat augmentasie van kraam kan plaasvind. *Augmentasie* van kraam is wanneer 'n oksitotiese middel, gewoonlik oksitosien via 'n binne-aarse infusie gebruik word nadat die kraamproses alreeds begin het. Die oksitotiese middel word dan gebruik om die sterkte, frekwensie en duur van kontraksies te reguleer (Sellers, 1995b: 1390).

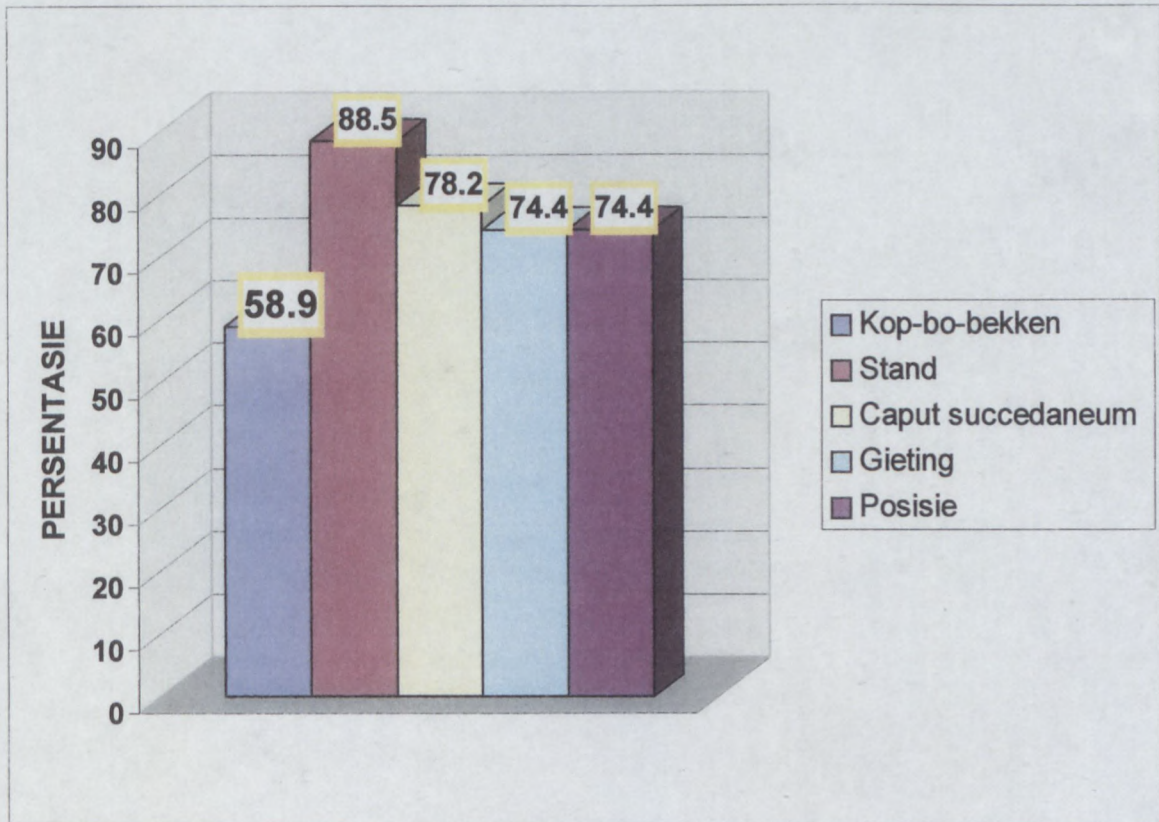
- Vaginale ondersoek (Item 3 – 5)

'n **Vaginale ondersoek** word met toelating deur die vroedvrou gedoen om te bepaal of die pasiënt in kraam is en die aanvanklike bevindinge word op die *Toelatingsnota: Verloskunde* (Bylae 7) genoteer. Die eerste vaginale ondersoek dien as basislyn vir bevindings oor opvolg vaginale ondersoeke gedurende die intrapartumfase en om die nodige verpleegintervensies aan te teken en abnormaliteite aan te dui.. Verder word 'n vaginale ondersoek gedoen om die toestand van die vliese (intakt of geruptuur), die servikale ontsluiting en die voorliggende deel te bepaal. Tydens die vaginale ondersoek monitor die vroedvrou ook die verhouding van die voorliggende deel tot die serviks en pelvis, die stand en indaling van die voorliggende deel en die posisie van die fetus. Sy/hy beraam ook die toestand van die voorliggende deel vir gieting en die teenwoordigheid van *caput saccudaneum* al dan nie (Sellers, 1995a: 378).

Al die rekords (n=128) het getoon dat vaginale ondersoeke met toelating uitgevoer is. In 107 (83.6%) van die leërs (n=128) is gerekordeer dat 'n vaginale ondersoek tydens die intrapartumfase uitgevoer is, maar geen spesifieke bevindings is in die *POVV* (Bylae 8) gerekordeer nie. In 78 (72.9%) van hierdie rekords (n=107) is gerekordeer dat daar minstens een keer gedurende die aktiewe fase 'n vaginale ondersoek gedoen was. Figuur 4.18 toon die bevindinge aan soos tydens die vaginale ondersoek verkry is en wat op die *Partogram* (Bylae 5) gerekordeer is. Pasiëntdata word onvolledig gerekordeer en dit kan tot swak kliniese besluitneming aanleiding gee.

Figuur 4.18

**Rekordering van vaginale ondersoek tydens die
aktiewe fase van kraam (n=78)**



Servikale ontsluiting word deur middel van 'n vaginale ondersoek bepaal. 'n Vaginale ondersoek word gewoonlik elke vier uur tydens vroeë kraam en elke twee tot drie uur daarna of soos nodig gedoen. In die primipara ontsluit die serviks teen 'n spoed van 1cm per uur terwyl die serviks in die multipara teen 'n spoed van 1,5 – 2cm per uur ontsluit. Indien die servikale ontsluiting met minder as 1cm uur plaasvind, word dit beskou as verlengde baring en moet 'n geneesheer onmiddellik in kennis gestel word (Sellers, 1995a: 398–399). Alhoewel in al die rekords (n=128) aangetoon is dat 'n vaginale ondersoek gedoen is, is die servikale ontsluiting in slegs 78 (60.9%) van die pasiëntrekords

(n=128) aangeteken. Dit is noodsaaklik dat die waarnemings soos per vaginale ondersoek verkry is, op die *partogram* (Bylae 5) aangedui word sodat die vroedvrou die korrekte besluite kan neem en betyds kan optree waar die servikale ontsluitingslyn die aksielyn op die *partogram* kruis.

Figuur 4.18 toon dat volledige waarneming tydens die vaginale ondersoek nie gerekordeer word nie. Die **kop-bo-bekken** is in slegs 46 (58.9%) van rekords (n=78), terwyl die **stand** van die voorliggende deel in 69 (88.5%) rekords (n=78) tydens die aktiewe fase gerekordeer is. Dit is noodsaaklik dat die kop-bo-bekken en stand van die voorliggende deel aangedui word, omdat dit die vordering van kraam aandui en geïdentifiseer kan word dat daar nie moontlike obstruksie van kraam besig is om plaas te vind nie. Die kop-bo-bekken en stand gee verder 'n aanduiding van 'n moontlik sefalo-pelviëse disproporsie (*CPD*) wat 'n keisersnit kan noodsaak weens gebrek aan voldoende vordering van kraam en word ook na verwys as *obstruktië baring*. Die vroedvrou moet hierop bedag wees en data kan interpreteer sodat die nodige verpleegintervensies, byvoorbeeld 'n keisersnit, betyds gedoen kan word.

Dit is noodsaaklik dat die vroedvrou tydens vaginale ondersoek ook bepaal of **caput succedaneum** en **gieting** teenwoordig is. *Caput succedaneum* is nie altyd 'n akkurate indikasie van *CPD* nie, maar mag teenwoordig wees waar die moeder pogings aanwend om af te beur alvorens die serviks vol ontsluit is. Gieting is die beste indikator vir disproporsie. *CPD* is aangedui waar gieting van meer as 2+ teenwoordig is en is gewoonlik 'n indikasie vir 'n keisersnit (*PEP Manual 1: Unit 8: 10*). Figuur 4.18 toon dat in onderskeidelik 61 (78.2%) en 58 (74.4%) van rekords (n=78) nie gerekordeer is of *caput succedaneum* of gieting teenwoordig is al dan nie.

Dit is noodsaaklik dat die vroedvrou die **posisie van die voorliggende deel** bepaal aangesien dit 'n moontlike aanduiding kan gee oor wat die verloop van

kraam sal wees. 'n Vertekspresentasie is die mees gunstige presentasie terwy 'n occipito-anterior posisie (regs/links) die mees gunstigste posisie is om normale vordering van kraam te verseker. Enige ander presentasie of posisie kan veroorsaak dat die vordering van kraam stadiger plaasvind (*PEP: Manual 1: Unit 8: 10*). Dit is dus noodsaaklik dat die vroedvrou tydens elke vaginale ondersoek die posisie van die voorliggende deel bepaal en rekordeer. Volgens Figuur 4.18 is die posisie van die voorliggende deel in slegs 58 (74.4%) van pasiëntrekords (n=78) gerekordeer. Indien die posisie van die voorliggende deel soos tydens 'n vaginale ondersoek bepaal kan word, nie korrek gedoen word nie, kan die vroedvrou die moontlikheid van verlengde baring miskyk wat weer aanleiding tot moederlike uitputting en fetale nood kan gee.

- Waarskuwingslyn en aksielyn (Item 4 en 5)

Die **waarskuwings- en aksielyn** op die *partogram* (Bylae 5) gee aan die vroedvrou 'n aanduiding van die spoed van servikale ontsluiting. Die waarskuwingslyn verteenwoordig die minimum vordering ten opsigte van wat beskou kan word as normale servikale ontsluiting tydens die aktiewe fase van kraam. Indien die lyn wat servikale ontsluiting aandui, die waarskuwingslyn sou kruis, is dit 'n aanduiding dat daar abnormale vordering van kraam is en die vroedvrou moet vinnige vinnig kan besluit oor verdere optrede naamlik om die geneesheer onmiddellik in kennis te stel van haar/sy bevindinge.

Enige pasiënt wie se servikale ontsluiting op die aksielyn val of dit kruis, moet onmiddellik deur die geneesheer ondersoek word. Haar verdere hantering moet onder die geneesheer se toesig geskied en onmiddellike verlossing van die baba is aangedui (Sellers, 1995a: 406).

In 12 (9.4%) van die rekords (n=128) het die servikale ontsluiting die waarskuwingslyn gekruis, terwyl in 20 (15.6%) van die rekords getoon het dat servikale ontsluiting die aksielyn gekruis het. Twee (2 of 10%) van die rekords

(n=20) het getoon dat daar by drie (3) geleenthede gerekordeer is dat servikale ontsluiting die aksielyn gekruis het. Die navorser kon in geen van hierdie rekords vind dat daar enige verpleegintervensie was by die pasiënte waar die servikale ontsluiting die waarskuwings- of aksielyn gekruis het nienie (Item 11 van kontrolelys (Bylae 2)). Die vroedvrou se optrede dui op gebrekkige gehalte intrapartumsorg, asook die algehele afwesigheid van kritiese en analitiese denke.

- Ruptuur van vliese (Item 6)

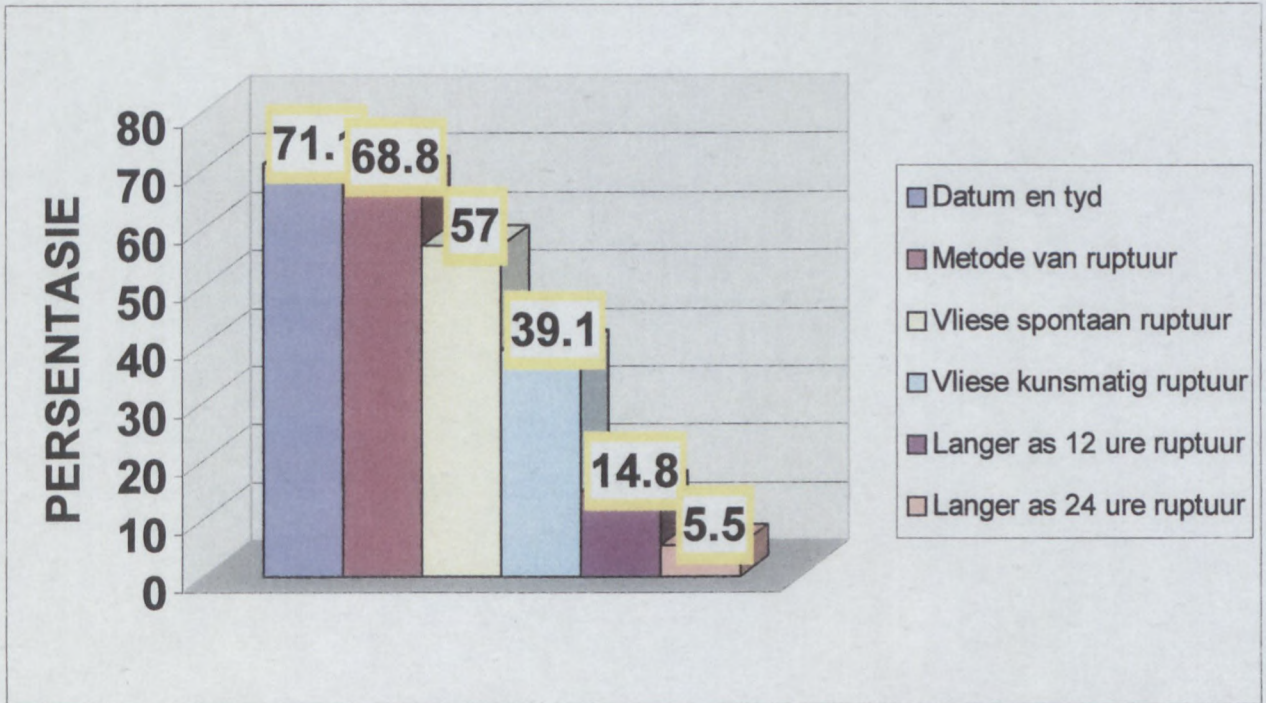
Vliese kan spontaan of kunsmatig tydens kraam ruptuur. Dit is noodsaaklik dat die vroedvrou die datum en tyd wanneer die vliese ruptuur aandui ten einde te identifiseer of verlengde ruptuur van vliese teenwoordig is, al dan nie. Indien daar verlengde ruptuur van vliese is, moet antibiotika voorgeskryf word om intra-uteriene infeksies kan voorkom.

Figuur 4.19 toon aan dat die **datum en tyd** in slegs 91 (71.1%) van pasiëntrekords (n=128) gerekordeer is. Die **metode van ruptuur van vliese** (of dit spontaan ruptuur het of kunsmatig geruptuur is), is op slegs 88 (68.8%) *Partogramme* (n=128) aangeteken, terwyl dit wel op bykans al die *Opsomming van Baring* (Bylae) (n=123) genoteer is.

In 19 (14.8%) van pasiëntrekords (n=128) is aangedui dat die vliese langer as 12 uur ruptuur was, terwyl in sewe (7) (5.5%) van pasiëntrekords (n=128) was die vliese langer as 24 uur ruptuur. Dit is kommerwekkend dat in slegs een (1) pasiëntrekord (n=128) gevind is dat daar 'n intervensie was by 'n pasiënt waar daar verlengde ruptuur van vliese langer van langer as 24 uur was. Hierdie gebrek aan verpleegtussentrede/intervensie is 'n aanduiding dat die vroedvrou nie kritiese en analitiese denke openbaar ten opsigte van die waarnemings wat verkry is nie.

Figuur 4.19

Rekordering van ruptuur van vliese (n=128)



- o Induksie en Augmentasie (Item 7)

Induksies is by 12 (9.4%) pasiënte (n=128) gedoen, terwyl **augmentasie** by vier (4) (3.1%) pasiënte (n=128) gedoen is. Prostaglandiene (per vagina) is by vyf (5) (41.6%) pasiënte (n=12) gebruik as oksitotiese middel om kraam te inisieer en die pasiënt het nie verder tydens die intrapartumfase enige ander oksitotiese middel ontvang nie. Sewe (7 of 58.4%) pasiënte (n=12) het oksitosien per binne-aarse infusie tydens die intrapartumfase ontvang en dit is op die *Partogram* (Bylae 2) gerekordeer. In slegs drie (3) (25%) van die pasiëntrekords (n=12) is die hoeveelheid oksitosien wat toegedien is gerekordeer en ook dat die druppels per minuut nie meer dikwels as elke 15 minute verhoog is nie. Drie (3 of 25%) pasiëntrekords (n=12) het aangedui dat die oksitosien gestaak is nadat effektiewe kontraksies (frekwensie van 3 – 4 in

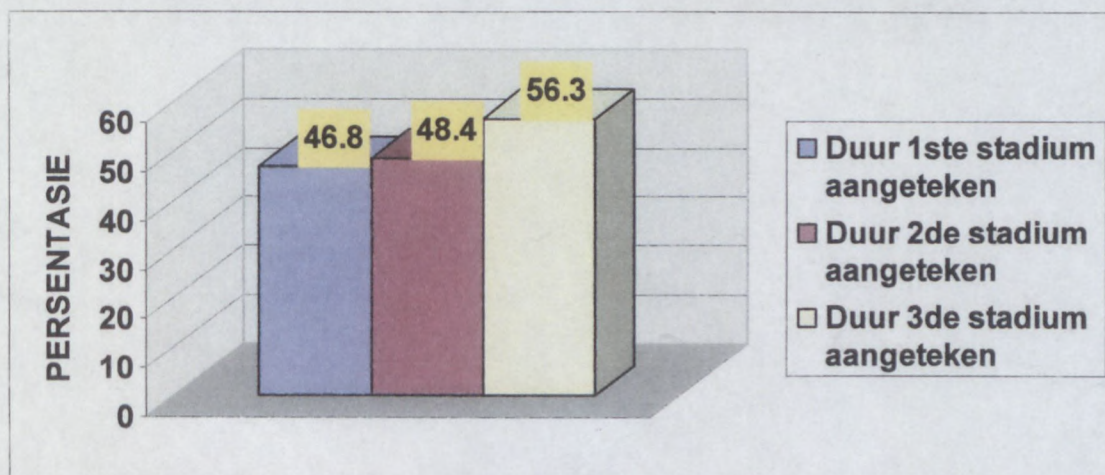
10 minute) gemeet is. In slegs een (1 of 8.3%) van die rekords (n=20) is die rede vir staking van oksitosien aangedui as oorstimulasie van die uterus. Nie een van die pasiëntrekords (n=12) het die effek van die oksitotiese middel op die verloop van kraam aangedui nie.

- o Duur van 1^{ste}, 2^{de} en 3^{de} stadium (Item 8 – 10; Afdeling G(i): Rekordering van 2^{de} en 3^{de} stadium van kraam: Item 2 en 3)

Die **duur van die 1^{ste}, 2^{de} en 3^{de} stadium** van kraam word gewoonlik op die *Opsomming van baring* (Bylae) gerekordeer. Figuur 4.20 toon dat die tydsduur van die 1^{ste} en 2^{de} stadium van baring in minder as 50% van die pasiëntrekords (n=128) aangeteken is, terwyl die tydsduur van die 3^{de} stadium van baring in 72 (56.3%) van pasiëntrekords (n=128) gerekordeer is. Die bepaling van die tydsduur van baring is belangrik, want bepaalde intervensies is nodig indien die tydsduur oorskry word byvoorbeeld 'n suier- of tangverlossing moet gedoen word indien die 2^{de} stadium van baring 60 minute sou oorskry.

Figuur 4.20

Rekordering van 1^{ste}, 2^{de} en 3^{de} stadium van kraam (n=128)



Die **2^{de} stadium van baring** is die tydperk vandat die serviks vol ontsluit is tot en met die geboorte van die baba se kop en dit is nie veronderstel om langer as 60 minute te duur nie (Sellers, 1995b: 480). Ses (6) rekords (n=128) het aangetoon dat die tydsduur van die 2^{de} stadium 60 minute oorskry het. Slegs een (1) pasiëntrekord (n=128) het getoon dat 'n tangverlossing gedoen is as gevolg van 'n verlengde 2^{de} stadium van kraam. Indien die vroedvrou nie aandag gee aan die tydsduur van die 2^{de} stadium van baring nie kan dit aanleiding gee tot ernstige moederlike uitputting weens die afbeurpogings wat weer kan aanleiding gee tot ernstige fetale nood. Dit is ook noodsaaklik dat die vroedvrou gedurende hierdie stadium noukeurig rekord hou van die fetale hart vir enige afwykings weens moontlike fetale nood.

Die fetale hart is veronderstel om voor, tydens en direk na 'n kontrakisie tydens die 2^{de} stadium geneem te word om enige verstadigings vroegtydig te identifiseer en die nodige verpleegintervensie te implementeer. Indien die fetale hart enige afwykings tydens hierdie stadium toon, moet die vroedvrou die dokter onmiddellik in kennis stel sodat 'n moontlike tang- of suierverlossing uitgevoer kan word. In slegs 22 (17.2%) van die rekords (n=128) is gevind dat die fetale hart tydens die 2^{de} stadium gerekordeer is. In die helfte van hierdie rekords (n=22) is gevind dat daar abnormaliteite ten opsigte van die fetale hart was, naamlik erge laat verstadigings, maar daar is nie aangetoon wat die verpleegintervensie ten opsigte van die waarnemings was nie.

Die **3^{de} stadium van baring** is die tydperk vandat die baba gebore is tot en met die verlossing van die plasenta en duur gewoon tussen 10 tot 15 minute, maar moenie een uur oorskry nie (Sellers, 1995b: 327). In 84 (56.3%) rekords (n=128) is gevind dat die 3^{de} stadium van baring minder as 15 minute geduur het, terwyl drie (3 of 3.6%) van hierdie pasiëntrekords (n=84) aangetoon het dat die 3^{de} stadium langer as 60 minute geduur het. In een (1) van die rekords (n=3) is gevind dat 'n agtergeblewe plasenta die rede vir die verlengde 3^{de}

stadium was, terwyl in die ander twee (2) rekords die rede vir die verlengde 3^{de} stadium nie aangedui is nie. Dit is noodsaaklik dat die vroedvrou die plasenta so gou doenlik na die 2^{de} stadium verlos aangesien dit aanleiding tot postpartumbloeding kan gee.

□ *Afdeling G(i): Rekordering van 2^{de} en 3^{de} stadium van kraam*

○ Fetale hart (Item 1)

Die fetale hart is in slegs in 97 (75.9%) van pasiëntrekords (n=128) tydens die 2^{de} stadium van kraam gerekordeer. Dit is noodsaaklik dat die fetale hart tydens die 2de stadium gerekordeer is, want die afbeurpogings van die moeder kan tot moederlike uitputting aanleiding gee wat weer op sy beurt tot erge fetale nood kan aanleiding gee.

○ Duur van 2^{de} en 3^{de} stadium (Item 2 en 3)

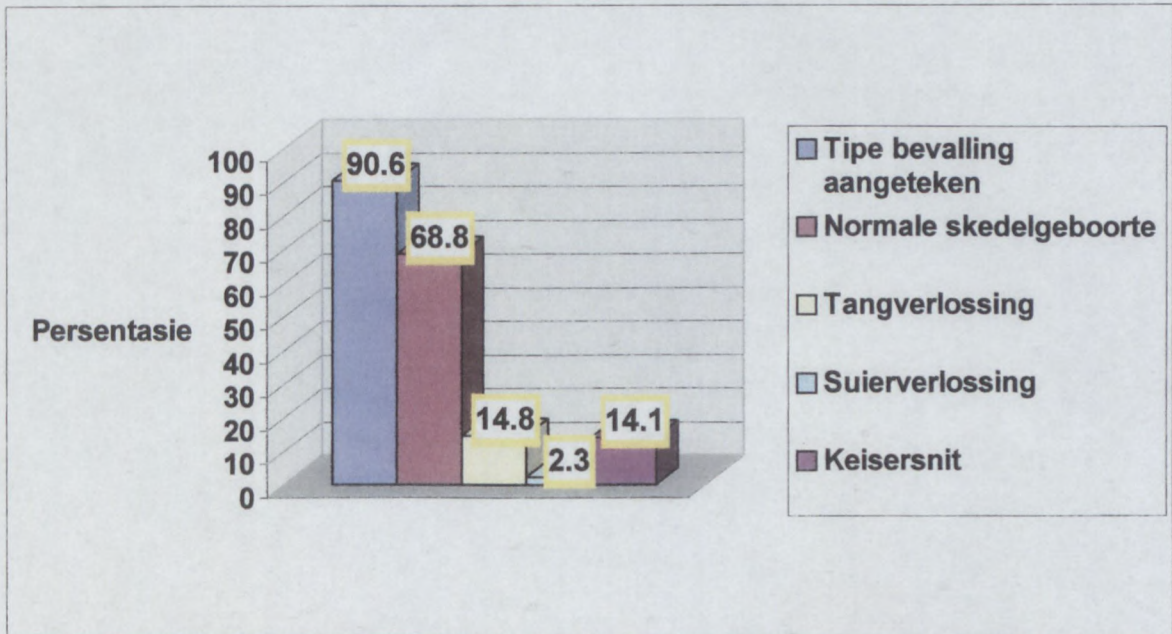
Hierdie items is alreeds in die vorige paragraaf bespreek onder die opskrif *Duur van die 1^{ste}, 2^{de} en 3^{de} stadium van kraam*.

○ Rekordering van tipe bevalling (Item 4)

Figuur 4.21 toon die tipe bevallings wat in die steekproef gevind is. In slegs 116 (90.6%) van die pasiëntrekords (n=128) is die tipe bevalling gerekordeer. Die navorser het in die *Opsomming van Baring* (Bylae 8) gevind dat die meeste bevallings (88 of 68.8%) normale skedelgeboortes was en dat slegs drie (3) suierverlossings uitgevoer was. Die aantal tangeverlossings en keisersnitte was bykans dieselfde, 19 (14.8%) en 18 (14.1%) onderskeidelik.

Figuur 4.21

Tipe bevalling (n=128)



- o Apgartelling (Item 5)

Die **Apgartelling** (Bylae 10) word presies 1 minuut na geboorte en weer 5 minute na geboorte geneem en as byvoorbeeld 7 uit 10 aangedui. Die telling op een minuut dui aan of die pasgeborene enige onmiddellike resussitasie benodig terwyl die telling op 5 minute 'n indikasioe gee of die neonaat suksesvol ekstra-uterien aangepas het. Alle neonate met 'n Apgartelling van 6 of minder een minuut na geboorte benodig een of ander ondersteuning en die geneesheer moet onmiddellik in kennis gestel word indien die Apgartelling 5 of minder is (Sellers, 1995b: 500 - 501). Dit is noodsaaklik dat die vroedvrou onmiddellike 'n besluit neem met betrekking tot moontlike neonatale asfiksie wat onmiddellike noodoptrede verg.

Bykans al die rekords (120 of 93.8%) het getoon dat die Apgartelling op 1 minuut en 5 minute onderskeidelik bepaal en gerekordeer is. In 113 (94.1%) van hierdie rekords (n=120) was die neonaat se Apgartelling meer as 7 uit 10 na

1 minuut vanaf geboorte, terwyl 117 (97.5%) rekords (n=120) getoon het dat die Apgartelling meer as 7 uit 10 was 5 minute na die geboorte van die baba. Die rekords (n=120) het aangetoon dat in slegs vier (4 of 3.3%) van gevalle dit nodig was om suurstof aan die neonaat toe te dien.

- Rekordering van die toestand van die perineum (Item 6-8)

'n Episiotomie word nie roetinegeweg tydens die 2^{de} stadium uitgevoer tensy daar 'n goeie indikase daarvoor is soos byvoorbeeld moederlike uitputting of fetale nood nie. 'n Tweedegraadse skeur is makliker om te heg, genees vinniger en is minder pynlik en ongemaklik (*PEP Manual I: Unit 9*). Dit is noodsaaklik dat die toestand van die vrou se perineum waargeneem en gerekordeer word sodat verdere verpleegintervensies soos byvoorbeeld soutsitzbaddens vir die moeder voorgeskryf kan word waar aangedui.

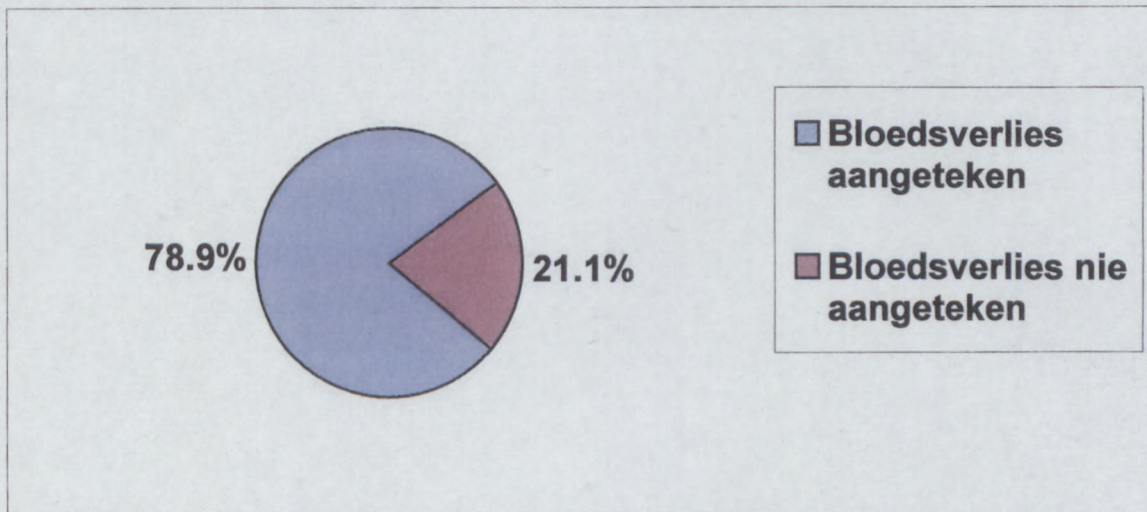
'n Episiotomie is by 34 (26.6%) van die bevallings (n=128) geknip en as sodanig gerekordeer. Perinale skeure het in nege (9 of 7%) van bevallings (n=128) voorgekom waarvan nege (9 of 7%) eerste graadse perineale skeure en twee (2 of 1.6%) 2^{de} graadse skeure was. Vaginale skeure het in drie (3 of 2.3%) van die bevallings (n=128) voorgekom en daar is gerekordeer dat dit deur die geneesheer onder lokale verdoving geheg is.

- Bloedverlies (Item 9)

Die gemiddelde bloedverlies tydens 'n bevalling is 150 – 250ml. Volgens Sellers (1998: 1585) is dit moeilik om bloedverlies tydens 'n bevalling korrek te skat aangesien baie van die bloed in die linne geabsorbeer of op die vloer gemors word. Sellers (1995b: 1585) noem dat 'n bloedsverlies van minder as 200ml onderskat is en dat 'n bloedverlies van 200 – 400ml tydens 'n bevalling 'n meer

akkurate skatting is. 'n Bloedverlies van 500ml gedurende die 3^{de} stadium van baring en in die eerste 24 uur na 'n bevalling beskou word as primêre postpartum bloeding wat onmiddellike, effektiewe kliniese besluitneming en intervensies deur die vroedvrou verg. Dit sou byvoorbeeld insluit die inwerkingstelling van 'n binne-aarse infusie, stimulering van die uterus deur die opvryf van die fundus van die uterus of oksitosientoediening. 'n Geneesheer moet ook onmiddellik in kennis gestel word terwyl die vroedvrou intussen probeer om die plasenta te verlos deur gekontroleerde traksie op die naelstring toe te pas. In baie erge gevalle van postpartumbloeding kan die vroedvrou selfs bimanuele kompressie van die uterus toepas, hetsy intern of ekstern, totdat 'n geneesheer opdaag.

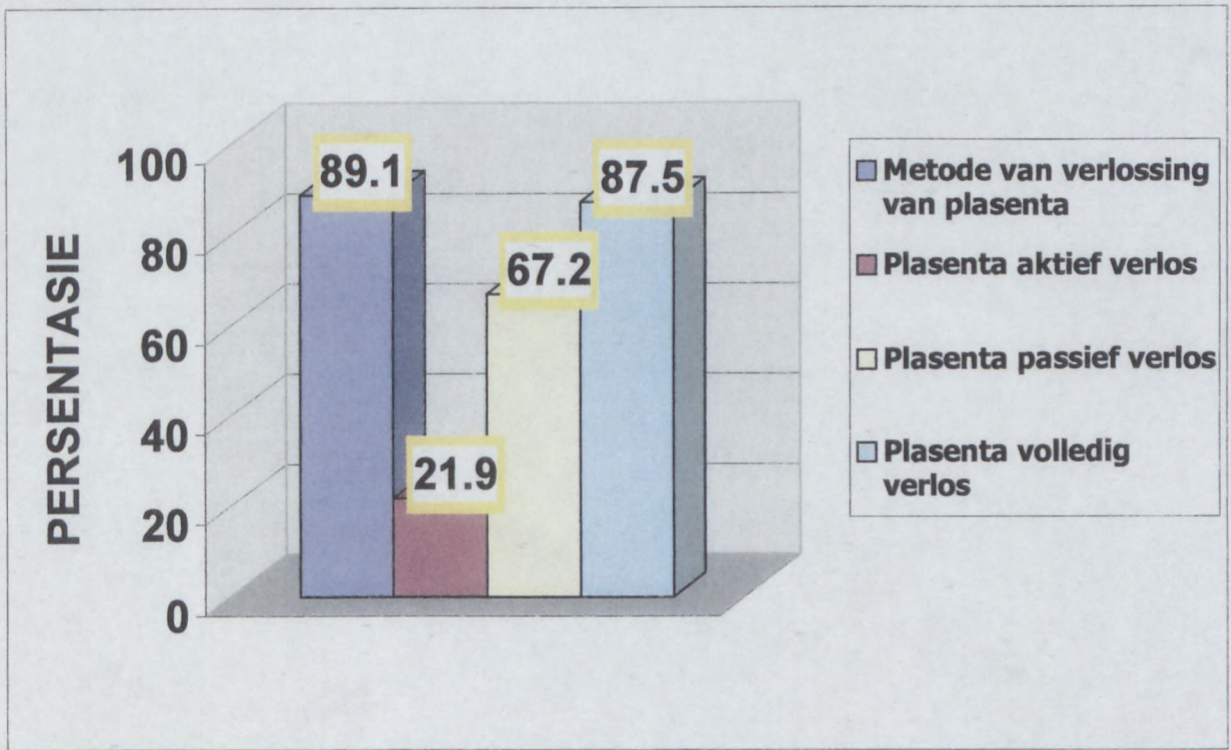
Die rekordering van bloedverlies tydens kraam is 'n belangrike basislyn observasie tydens die puerperium wanneer die moederlike hemoglobienwaarde bepaal word. Figuur 4.22 dui aan dat in 101 (78.9%) van rekords (n=128) die bloedverlies tydens kraam aangeteken is. Die bloedverlies tydens kraam was in bykans driekwart van die rekords (95 of 94.1%) minder as 500ml, terwyl in twee (2 of 1.9%) van rekords (n=101) gevind is dat die bloedverlies meer as 500ml was. Nie een van die twee (2) rekords het aangedui wat die verpleegintervensies was vir die bloedverlies van meer as 500ml nie wat dui op 'n gebrek aan kritiese en analitiese denke van die vroedvrou.

Figuur 4.22**Rekordering van bloedverlies tydens kraam (n=128)**

- o Verlossing van plasenta (Item 10)

Dit is belangrik dat die vroedvrou die metode van verlossing, of dit aktiewe of passiewe verlossing van die plasenta was asook die volledigheid van die plasenta rekordeer. Die vroedvrou inspekteer die plasenta na die bevalling vir volledigheid en rekordeer die bevindings. Indien dele van die plasenta in die uterus agterbly kan dit byvoorbeeld aanleiding tot 'n hipotoniese uterus gee wat veroorsaak dat die uterus nie saamtrek nie met gevolglike postpartum bloeding of sepsis.

Die *Opsomming van Baring* (Bylae 8) het getoon dat die metode van verlossing van die plasenta in slegs 114 (89.1%) van rekords (n=128) aangeteken is soos in Figuur 4.23 aangedui. Honderd-en-twaalf (112 of 87.5%) van die rekords (n=128) het getoon dat die plasenta volledig verlos is. Figuur 4.21 toon dat keisersnitte in 18 (14.1%) van die bevallings (n=128) uitgevoer is, maar in slegs vier (4 of 22.2%) daarvan is die metode van verlossing en die volledigheid van die plasenta aangeteken. Alhoewel die plasenta tydens 'n keisersnit aktief verlos word, is dit nog steeds die vroedvrou se plig om die plasenta vir volledigheid te ondersoek en as sodanig aan te teken.

Figuur 4.23**Rekordering van metode van verlossing van plasenta (n=128)****4.4 Probleemsituasies wat kritiese en analitiese denke noodsaak**

Kliniese besluitneming berus op kritiese en analitiese denke. Volgens Rubensfeld en Scheffer (2001: 125) word kritiese denke as 'n proses van doelgerigte denke en reflektiewe beredenering beskou waar praktisyns idees, aannames, beginsels, gevolgtrekkings, oortuiginge en aksies in die verpleegpraktyk ondersoek. Die proses van kritiese denke word verder met 'n gees van bevraagtekening, logiese beredenering en die toepassing van standarde geassosieer wat karaktereienskappe van kritiese denkers is. Die vermoë om krities en analities te dink, beïnvloed die gehalte van verpleegsorg en pasiënte-uitkomst. 'n Gebrek aan, of ontoepaslike kritiese en analitiese denke kan tot swak kliniese besluitneming en ontoepaslike verpleegintervensies/tussentredes lei wat weer aanleiding kan gee tot 'n pasiënt se dood, verlengde hospitalisasie en/of permanente skade. Probleemsituasies soos gereflekteer in pasiëntrekords (n=128) en direk aan 'n gebrek aan

of ontoepaslike kritiese en analitiese denke toegeskryf kan word, word vervolgens bespreek.

Afdelings C(ii), D(ii), E(ii), F, G(ii) en H word vervolgens bespreek.

- **Moederlike welsyn**

Afdeling C(ii) van die kontrolelys (Bylae 2) verteenwoordig die *Interpretasie van observasies en toepaslikheid van intervensies na aanleiding van probleme geïdentifiseer in Afdeling B en C(i)*. Aangesien **moederlike welsyn** 'n direkte invloed op fetale welsyn het, is dit noodsaaklik dat die vroedvrou enige observasies met betrekking tot die moeder korrek analiseer en interpreteer ten einde goeie kliniese besluitneming te kan doen. In 26 (20.3%) van pasiëntrekords (n=128) is probleme tydens die intrapartumfase geïdentifiseer. Figuur 4.24 toon dat in slegs 15 (57.7%) van die 26 (20.3%) pasiënterekords (n=128) die probleme aangeteken is. In 11 (42.3%) van die pasiënterekords (n=26) was probleme ten opsigte van die moederlike welsyn teenwoordig, maar die vroedvrou het geen poging aangewend om deur middel van kliniese besluitneming enige verpleegintervensie te implementeer nie. In 19 (73.1%) van die pasiënterekords (n=26) is gevind dat die probleem ooreenstem met die observasies wat gedoen was, byvoorbeeld om 'n binne-aarse infusie te begin indien daar ketone in die pasiënt se urine waargeneem word.

Afdeling G(i): Rekordering van 2^{de} en 3^{de} stadium van kraam

○ Fetale hart (Item 1)

Die fetale hart is in slegs in 97 (75.9%) van pasiënterekords (n=128) tydens die 2^{de} stadium van kraam gerekordeer. Dit is noodsaaklik dat die fetale hart tydens die 2de stadium gerekordeer is, want die afbeurpogings van die moeder kan tot moederlike uitputting aanleiding gee wat weer op sy beurt tot erge fetale nood aanleiding kan gee.

○ Duur van 2^{de} en 3^{de} stadium (Item 2 en 3)

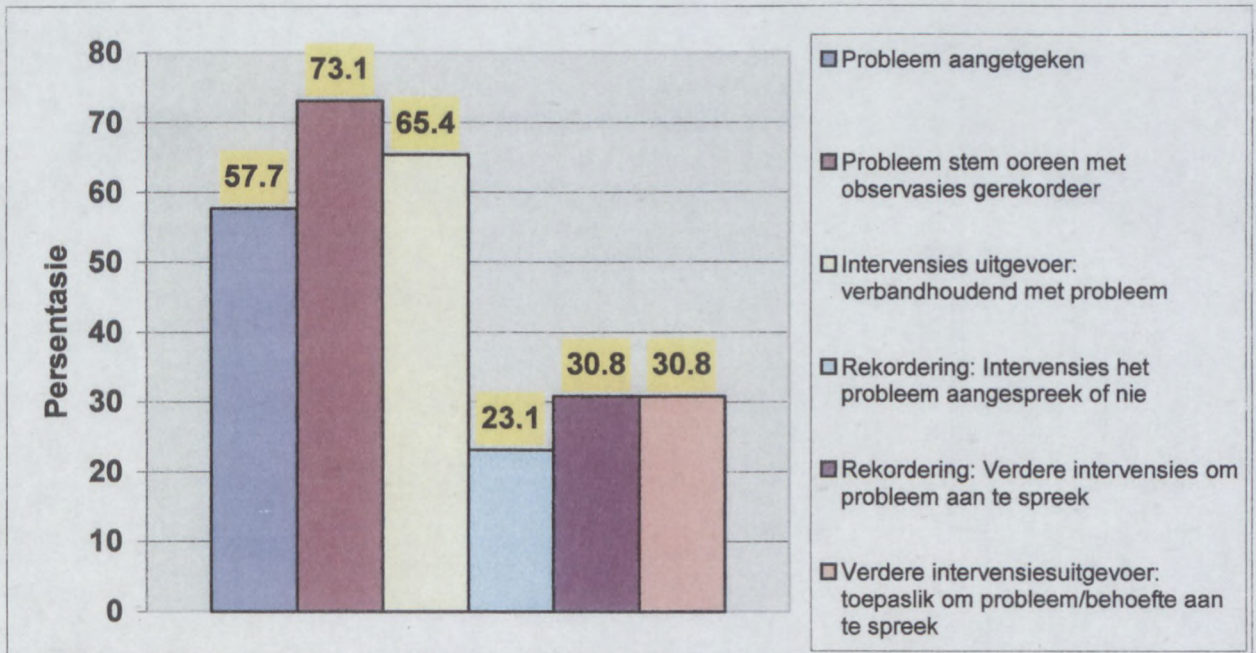
Hierdie items is alreeds in die vorige paragraaf onder die opskrif *Duur van die 1^{ste}, 2^{de} en 3^{de} stadium van kraam* bespreek.

○ Rekordering van tipe bevalling (Item 4)

Figuur 4.21 toon die tipe bevallings wat in die steekproef gevind is. In slegs 116 (90.6%) van die pasiëntrekords (n=128) is die tipe bevalling gerekordeer. Die navorser het in die *Opsomming van Baring* (Bylae 8) gevind dat die meeste bevallings (88 of 68.8%) normale skedelgeboortes was en dat slegs drie (3) suierverlossings uitgevoer was. Die aantal tangverlossings en keisersnitte was bykans dieselfde, 19 (14.8%) en 18 (14.1%) onderskeidelik.

Figuur 4.24

**Interpretasie van observasies en toepaslikheid van intervensies
betreffende moederlike welsyn (n=26)**



Wanneer enige probleme geïdentifiseer word, word daar van die vroedvrou verwag om dienooreenkomstig op te tree, byvoorbeeld om die geneesheer in kennis te stel indien die pasiënt enige klagtes van pyn het. 'n Verdere afleiding uit Figuur 4.24 is dat in 17 (65.4%) van die rekords (n=26) die verpleegintervensie wat uitgevoer is, ooreengestem het met die probleem wat geïdentifiseer is. Dit is kommerwekkend dat in slegs 6 (23.1%) van die pasiëntrekords (n=26) aangeteken is dat die intervensie(s) die probleem effektief aangespreek het en geen verdere intervensies dus nodig was nie. In 8 (30.8%) van die pasiëntrekords (n=26) is gevind dat verdere intervensies nodig was om die aanvanklike probleem aan te spreek, en dat hierdie intervensies ook toepaslik was om verdere probleme aan te spreek.

Die vroedvrou se gebrek aan kliniese besluitneming, asook gebrekkige kliniese en analitiese denke word deur die volgende data gedemonstreer soos uit die pasiëntrekords (n=128) verkry is.

- **Algemene besonderhede met betrekking tot die pasiënt se swangerskap** is gebrekkig gerekordeer en in minder as 30% van rekords (n=128) aangeteken. Die vroedvrou kan byvoorbeeld nie bedag wees op die moontlikheid van probleme soos byvoorbeeld die verhoogde risiko vir postpartumbloeding by die *grande multipara* nie omdat die data nie tot sy/haar beskikking is nie.
- Dit is kommerwekkend dat die **swangerskapsduur** in slegs 22 (17%) van pasiëntrekords (n=128) aangeteken is, aangesien dit vir die vroedvrou 'n aanduiding moet gee dat premature kraam op hande is. Die vroedvrou moet dus krities en analities kan dink en bedag wees daarop dat die baba se skedel stadig verlos moet word om die risiko van intrakraniale bloeding te verminder. Hy/sy moet ook onmiddellike kliniese besluitneming doen om te bepaal of daar genoeg tyd is om die moeder in premature kraam na 'n vlak 2-hospitaal oor te plaas waar daar meer gevorderde ondersteuning is in geval van fetale nood.
- **Moederlike vitale tekens** naamlik bloeddruk (uurliks in latente fase en halfuurliks in die aktiewe fase van kraam), polsspoed en temperatuur (4uurliks óf meer dikwels waar aangedui) is nie geneem soos voorgeskryf nie. Die vroedvrou kon dus nie die observasies interpreteer nie ten einde 'n kliniese besluit te neem, byvoorbeeld of die pasiënt besig is om pre-eklampsie te ontwikkel nie. Een (1) rekord het getoon dat die pasiënt toegelaat met 'n verhoogde bloeddruk toegelaat is (diastool van 110 mmHg en 'n sistool van 160 mmHg) en dat dat die bloeddruk slegs een keer tydens die intrapartumfase

genoteer was. Die pasiënt het gedurende die laat 1^{ste} stadium van kraam 'n eklamptiese toeval gehad met 'n gevolglike noodkeisersnit. Hierdie demonstreer 'n gebrek aan algehele kritiese en analitiese denkvermoë aan die kant van die vroedvrou wat dit moeilik maak om betyds op te tree sou daar enige abnormaliteite ontstaan. Sou die vroedvrou die moederlike vitale tekens deurlopend evalueer het, moes sy deur middel van effektiewe kliniese besluitneming alreeds vroeër opgetree het deur die geneesheer in kennis te stel sodat byvoorbeeld magnesiumsulfaat intraveneus toegedien kon word ten einde die moontlikheid van 'n eklamptiese toeval te verhoed. Die baba kon ook vroeër verlos word of selfs na 'n vlak 2-hospitaal oorgeplaas word vir meer gevorderde hantering.

- Alhoewel in slegs vier (4 of 3%) van pasiëntrekords (n=128) genoteer is dat die moeder **Rh-negatief** is, is in slegs een (1) rekord gevind dat naelstringbloed van die baba verkry is tydens die verlossing. Die betrokke rekord het egter nie aangedui wat die uitslag van die baba se bloedgroep is en of daar enige Rhogam aan die moeder toegedien is nie. Daar kon egter in nie een van die ander drie (3) pasiëntrekords (n=128) enige verpleegintervensie gevind word, wat aandui dat naelstringbloed tydens die bevalling verkry is nie. Dit dui op gebrek aan kliniese besluitneming en swak verloskundige praktykvoering deur die vroedvrou.
- Die moontlikheid van moederlike uitputting is ook nie deurlopend gemonitor nie. Buiten dat die moederlike vitale tekens 'n indikasie van moederlike welsyn is, is **urine-uitskeiding en die analise van die urinemonster** vir die vroedvrou 'n verdere indikasie van die welstand

van die moeder. Die pasiëntrekords (n=128) het 'n tendens getoon dat in die meeste van die pasiëntrekords (n=118 of 92.2%) die urine-uitskeiding geensins gemonitor is, of dat die urine-monster geanaliseer is nie. In vyf (5) rekords (n=128) is aangeteken dat daar meer as 2+ ketone in die pasiënt se urine was, maar geen verpleegintervensie is aangeteken nie. Hierdie waarneming moes vir die vroedvrou 'n aanduiding wees van moederlike uitputting met die moontlikheid van verlengde kraam en kon reggestel word deur 'n binne-aarse infusie in werking te stel. Drie (3) van die vyf (5) rekords het getoon dat die uitkoms van die kraam 'n keisernit vir moederlike uitputting en fetale nood was wat moontlik voorkom kon word indien die vroedvrou effektiewe kliniese besluitneming gedoen het deur die toestand van ketonurie vroegtydig op te hef. Weens 'n gebrek aan kritiese en analitiese denke is die pasiënt onnodig blootgestel aan moontlike komplikasies, byvoorbeeld diep veneuse trombose weens die chirurgiese ingreep.

- Weens 'n gebrek aan kritiese en analitiese denkvermoë was daar gebrekkige **pynhantering van die moeder tydens die intrapartumfase**. Dit wil voorkom of die vroedvrou werksaam in 'n vlak 1-hospitaal aanvaar dat pyn tydens die intrapartumfase "normaal" is en dus geen verpleegintervensie benodig nie. In slegs 18 (14.1%) van die rekords (n=128) is aangeteken dat die pasiënt klagtes van pyn gehad het, maar geen verpleegintervensie is gerekordeer op die *Partogram* (Bylae 5) of *POVV* (Bylae 7) dat die probleem aan te spreek nie. Waar 'n pynstiller wel toegedien is, (Figuur 4.10) is die tipe medikasie asook die respons daarop feitlik nooit (slegs in 2 pasiëntrekords of 1.6% van pasiëntrekords (n=128) aangeteken nie.

- By Hospitaal A is gevind dat die keuse van 'n pynstiller *Buscopan®* was. Die vroedvroue aldaar kon geen verklaring/verduideliking gee waarom *Buscopan®* in plaas van *Pethedine®* (die algemene keuse van pynstiller tydens die intrapartumfase) as pynstiller gebruik word nie. Die verklaring vir die toediening van *Buscopan®* is genoem as "dit help vir krampe". Verdere verduideliking waarom petidien nie as voorkeurpynstiller gebruik is nie, is dat "'n "pap" baba gebore word" en "ons het nie lus vir dramas tydens die bevalling nie". Die betrokke vroedvroue is egter ook van mening dat die *Buscopan®* "minder komplikasies" vir die baba tydens die geboorte tot gevolg het as wat die toediening van petidien tydens die 1ste stadium van kraam het. Kommerwekkend is dat die navorser meegedeel is dat die geneeshere werksaam in die betrokke kraamsaal nie bewus is van hierdie praktyk nie en dat hulle ook nie van plan is om die geneeshere rakende hierdie gebruik in kennis te stel of te raadpleeg nie.

- ***Fetale welsyn***

Afdeling D(ii) van die kontrolelys (Bylae 2) verteenwoordig die *Interpretasie van observasies en toepaslikheid van intervensies na aanleiding van probleme soos geïdentifiseer in Afdeling D(i)*.

Korrekte en gereelde waarnemings (elke uur tydens die latente fase en halfuurliks tydens die aktiewe fase) van die fetale hart is noodsaaklik sodat vasgestel kan word of daar enige afwyking(s) in die fetale welsyn is. Wanneer daar enige twyfel oor die fetale toestand bestaan, is dit noodsaaklik dat 'n geneesheer in kennis gestel word. In die teenwoordigheid van fetale nood of waar 'n hoërisikowangerskap aangedui is, is dit noodsaaklik dat die fetale hart deurlopend met 'n kardiotoekograaf gemonitor word (Sellers, 1998: 344). Dit is

verder belangrik om die fetale hart voor, tydens en na elke uteriene kontrakisie te monitor.

- Sestien (16 of 12.5%) rekords (n=128) het getoon dat daar 'n probleem ten opsigte van fetale welsyn teenwoordig was, terwyl die probleem in slegs 10 (62.5%) van die 16 rekords aangeteken was. In 6 (37.5%) van die rekords (n=16) het die intervensies wat uitgevoer is, met die probleem verband gehou en was dit ook toepaslik om die probleem aan te spreek. In nie een van die rekords (n=16) kon egter enige inskrywing gevind word of die probleem effektief aangespreek is, al dan nie. In 4 (24%) van die rekords (n=16) is verdere intervensies aangeteken, en was ook toepaslik om die probleem aan te spreek.
- Dit is kommerwekkend dat die fetale hart slegs een keer tydens 1^{ste} stadium van kraam aangeteken is (in 117 of 91.4% van pasiëntrekords (n=128)), soos uiteengesit in Figuur 4.12. Dit dui daarop dat die vroedvrou nie kritiese en analitiese denke gebruik om waarnemings te interpreteer nie.
- Alhoewel al ses (6) hospitale aangedui het dat met elke toelating van 'n pasiënt in kraam, 'n CTG –strokie vir minstens 10 minute geneem word. In slegs 68 (53.4%) van pasiëntrekords (n=128) kon 'n kardiotoekograafstrokie gevind word. Slegs 21 (16.4%) van die kardiotoekografiestrokies het ooreengestem met die bevindinge en optrede wat gerekordeer is. Vyftien (15) (11.7%) van die kardiografiestrokies (n=68) het afwykings in die fetale hart getoon en het gewissel van fetale tagikardie tot laat verstadigings in fetale hart. Geen verpleegintervensie/tussentrede om die probleme aan te spreek kon egter in die rekords (POW) (n=128) gevind word nie. Hierdie optrede dui op 'n gebrek aan kritiese en analitiese denke met tot die identifisering van bevredigende fetale welsyn.

- Twee (2) rekords het ernstige fetale bradikardie getoon en geen verpleegintervensie was aangedui nie. Die *Opsomming van baring* (Bylae 8) van hierdie twee gevalle het getoon dat die babas se Apgartelling onderskeidelik 5 uit 10 en 6 uit 10 was 1 minuut nageboorte. In beide rekords (n=2) is op die *POVV* slegs aangeteken dat " 'n lewende manlike baba is gebore". Geen verdere verpleegintervensies ten opsigte van die hantering van die babas kon in die betrokke rekords (n=2) gevind word nie. Die optrede van die vroedvrou dui op swak kliniese besluitneming in die afwesigheid van kritiese en analitiese denke.
- 'n Kommerwekkende tendens is dat foutiewe kardiografiestrokies, byvoorbeeld 'n ander pasiënt se strokie, in altesaam 12 van die pasiëntrekords (n=128) gevind. Dit dui daarop dat die vroedvrou nalatig is in die hantering van pasiëntrekords wat ernstige gevolge kan hê, byvoorbeeld indien dit 'n kardiografiestrokie is waarop laat verstadigings aangedui word, kon besluit word om 'n noodkeisernit uit te voer sonder om weer die fetale welsyn krities te analiseer.
- 'n Voorbeeld van 'n algehele gebrek aan kritiese en analitiese denke word deur die volgende gevallestudie demonstreer: Ernstige fetale nood het voorgekom met 'n fetale bradikardie van 60 slae per minuut. Die geneesheer het die vroedvrou opdrag gegee om die pasiënt onmiddellik voor te berei vir 'n noodkeisersnit. Die vroedvrou het besluit dat aangesien die serviks alreeds vol ontsluit (10cm) is, die pasiënt vaginaal moet kraam. Daar is voortgegaan met die bevalling en 'n lewende baba is gebore met 'n Apgartelling van 4 uit 10 na 1 minuut. Die dokter moes die baba resussiteer. Die uitkoms was dat die baba se Apgartelling na 5 minute 6 uit 10 was, en in 'n broeikas geplaas is met suurstof wat per kopkassie toegedien was. Daar is nie in die *POVV* (Bylae 7) aangeteken hoeveel suurstof per kopkassie aan die baba toegedien is nie, en ook nie of daar enige medikasie tydens die resussitasie aan die baba toegedien is nie. Geen verdere inskrywings kon in die *POVV* (Bylae 7) gevind word van verdere verpleegintervensies ten opsigte van die moeder of baba nie.

o **Vordering van kraam**

Afdeling E(ii) van die kontrolelys (Bylae 2) verteenwoordig die *Interpretasie van observasies en toepaslikheid van intervensies na aanleiding van probleme soos geïdentifiseer in Afdeling E(i) (Item 1-9)*.

O'Driscoll en Meagher (1986: 11,12) skryf dat "*A woman who has had a happy first experience is unlikely to suffer much apprehension about a later birth, whereas a woman who has had an unhappy first experience is likely to be terrified at the prospect of a repeat performance ... The lesson is simple: provide a high level of care and attention first time round and a woman will require little assistance on the next occasion. Conversely, the damage inflicted by a low level of care and attention first time round is usually irreversible.*" Dit is daarom noodsaaklik dat die vroedvrou 'n hoë gehalte intrapartumsorg aan die pasiënt tydens die intrapartumperiode verleen, ten einde die geboorte vir die moeder 'n gelukkige ervaring te maak.

Dit word van elke vroedvrou verwag om gehalte kliniese besluitneming te doen wat op goeie kritiese en analitiese denke gegrond is. Alle waarnemings moet wetenskaplik gerapporteer en gerekordeer word deur van die wetenskaplike benadering tot verpleging gebruik te maak (sien paragraaf 2.3 en 2.4).

Die navorser het in 34 (26.6%) van pasiënterekords (n=128) gevind dat 'n probleem teenwoordig was (Item 1), maar die probleem is in slegs 17 (50%) van die rekords (n=34) gerekordeer (Item 2). In 26 (76.5%) van die rekords (n=34) het die **probleem** met die **waarnemings** ooreengestem wat verkry en gerekordeer is (Item 3). In slegs 18 (52.9%) van die rekords (n=34) het die **verpleegintervensies** met die **waarnemings** wat gerekordeer is (Item 4). Die verpleegintervensies was ook toepaslik om die probleem aan te spreek. Dit is egter kommerwekkend dat in slegs drie (3 of 8.8%) van hierdie rekords (n=34) aangeteken is dat die verpleegintervensies die probleem aangespreek het of dat verdere verpleegintervensies uitgevoer is om die probleem toepaslik aan te

spreek, byvoorbeeld dat die dokter in kennis gestel is wanneer die servikale ontsluitingslyn die aksielyn kruis (Item 6 -8). Dit dui daarop dat die vroedvrou nie sy/haar eie aksies evalueer om te bepaal of die probleem doeltreffend aangespreek word, al dan nie.

Enkele voorbeelde van die probleme soos in die pasiëntrekords geïdentifiseer, word as volg toegelig:

- Ten spyte daarvan dat gerekordeer word dat die pasiënt nie effektiewe uteriene kontraksies tydens die aktiewe fase van kraam het nie, het die vroedvrou nie daarop ag geslaan nie en ook geen verpleegintervensie/tussentrede toegepas nie, byvoorbeeld om die geneesheer in kennis te stel om met 'n oksitosieninfusie te begin nie.
- Alhoewel in 78 (72.9%) van die rekords (n=107) gevind is dat daar minstens een keer gedurende die aktiewe fase 'n vaginale ondersoek tydens die aktiewe fase van kraam aangeteken is, is alle waarnemings ten opsigte van die vaginale ondersoek nie gerekordeer nie. In twee (2 of 2.6%) van die rekords (n=78) is gevind dat daar ernstige sefalo-pelvisse disproporsie teenwoordig is wat dan ook later 'n noodkeisersnit genoodsaak het. Die probleem was nie geïdentifiseer of gerapporteer nie. Dit dui op 'n gebruik aan swak kliniese besluitneming in die afwesigheid van kritiese en analitiese denke.
- Een (1) rekord (n=128) het getoon dat die vliese langer as 24 uur geruptuur was, maar dit is nie as 'n probleem gerapporteer nie. Die navorser het gevind dat die betrokke pasiënt ook later weer vir sepsis gehospitaliseer was. Dit dui op swak intrapartumsorg wat, indien die probleem vroeg geïdentifiseer was, effektief aangespreek kan word deur

byvoorbeeld die pasiënt op antibiotika te plaas om moontlike infeksie te kon voorkom.

- Dit is egter kommerwekkend dat oksitotiese middels gebruik word in die afwesigheid van doeltreffende waarnemings en rekordhouding byvoorbeeld die monitering van uteriene kontraksies elke 15 minute. In twee (2) van die pasiëntrekords (n=12) waar oksitotiese middels gebruik is, het die navorser oorstimulasie van die uterus op die kardiotokegrafiestrokie geïdentifiseer. Nie een van die pasiëntrekords het egter aangedui dat daar 'n probleem teenwoordig was of dat enige verpleegtussentrede/intervensie plaasgevind het om die probleem aan te spreek nie.

○ **Afdeling F: Vorderingsverslag** (Item 1 – 5)

Die vorderingsverslag (POVV (Bylae 7)) gee 'n aanduiding van die volledige verloop van kraam, asook die kliniese besluitneming van die vroedvrou tydens die kraamverloop. Dit is noodsaaklik dat alle verpleegtussentrede/intervensies in die verslag aangedui word op 'n wetenskaplike wyse wat die beplanning, implementering en evaluering van verpleegsorg insluit. Alle inskrywings op die partogram moet ooreenstem met dit wat in die POVV genoteer is en *vice versa*.

Analise van die pasiëntrekords (n=128) het getoon dat daar in bykans al die rekords (125 of 97.7%) 'n inskrywing met toelating gemaak was (Item 1). Die rekordering van die aanvanklike inskrywing is noodsaaklik aangesien dit die basislyn vorm waarvandaan die vroedvrou verdere kliniese besluitneming ten opsigte van toekomstige waarnemings maak. In slegs 30 (24%) van die rekords (n=125) het die inskrywings ooreengestem met die van die *partogram*. Dit is egter kommerwekkend dat slegs 14 (11.2%) van die inskrywings in die pasiëntrekords (125) 'n aaneenlopende beeld van die pasiënt se vordering

tydens die intrapartumperiode gee (Item 2). Hierdie gebrek aan rekordering van inligting kan aanleiding gee tot litigasiesake waar 'n gebrek aan inligting tydens die kraamverloop 'n negatiewe uitkoms vir die vroedvrou mag inhou, byvoorbeeld tydelike opskorting van praktyk. Weens die gebrek aan inligting kan die vroedvrou dus nie haar optrede bewys of teenbewys nie omdat algemeen aanvaar word "dat as dit nie gekaart is nie is dit nie gedoen nie".

Op grond van goeie kliniese besluitneming en in die aanwesigheid van kritiese en analitiese denke is dit nodig om die pasiënt na 'n geneesheer te verwys. In 45 (35.2%) van rekords (n=128) is gevind dat die pasiënt na die geneesheer verwys is (Item 3). Die rede vir die verwysing van die pasiënt het gewissel van 'n verhoging in bloeddruk tot die afname in uteriene kontraksies tydens die intrapartumfase. Wat egter kommerwekkend is dat die volledige inligting wat aan die geneesheer oorgedra is nie volledig gerekordeer is nie of dat wanneer die geneesheer opdragte gegee het dit ook nie volledig gerekordeer is nie. Al wat gerekordeer word, is dat die "geneesheer is in kennis gestel" en "gesien deur geneesheer. Voort met plan". Hierdie inligting is van nul en gener waarde, aangesien 'n volgende vroedvrou nie weet wat gerapporteer is of wat die plan van aksie ten opsigte van die pasiënt is nie. Dit gee aanleiding daartoe dat toekomstige gebrekkige kliniese besluitneming deur 'n volgende vroedvrou geneem kan word, aangesien sy aanvaar dat die geneesheer wel bewus is van die verloop van die betrokke pasiënt se kraamproses. 'n Volgende vroedvrou kan ook nie evalueer of die voorgestelde opdrag wel geïmplementeer was of wat die uitkoms daarvan was nie. Die skynbare gebrek aan onvolledige rekordhouding gee aanleiding tot verdere gebrekkige kliniese besluitneming aan die kant van die vroedvrou.

Die navorser het in 54 (42.2%) van die pasiëntrekords (n=128) geïdentifiseer dat dit nodig was om die pasiënt na die geneesheer te verwys, maar weens 'n gebrek aan kliniese besluitneming in die afwesigheid

van kritiese en analitiese nie deur die vroedvrou gedoen is nie (Item 4). Noodsaaklike verwysings wat aangedui was, was byvoorbeeld in een (1) geval waar die pasiënt se bloeddruk beduidend tydens die intrapartumfase gestyg het en waar die pasiënt dan ook later 'n eklamptiese toeval gekry het. Die navorser kon egter nie in die pasiënt se rekord vind dat die pasiënt op enige stadium na die geneesheer verwys is nie (Item 5).

Analise van die rekords het getoon dat dit die vroedvrou tussen 10 minute en een uur gewag het om die pasiënt na die geneesheer te verwys. Die rede vir die vertraging in die verwysing mag wees dat die vroedvrou op grond van kliniese besluitneming reeds 'n verpleegintervensie geïmplementeer het en gewag het om te sien of die probleem opgelos word, byvoorbeeld die toediening van suurstof aan die moeder en die draai van die moeder op haar linkersy om fetale nood op te hef. 'n Moontlike ander rede vir die vertraging in die verwysing aan die geneesheer mag ook te wyte wees aan die feit dat hy/sy nie die geneesheer onmiddellik telefonies kon bereik nie, maar dan moet dit as sodanig op die POVV (Bylae 7) aangeteken word as "geneesheer in kennis gestel, maar kon hom/haar nie telefonies bereik nie". Die nodige verpleegintervensie wat toegepas is, moes ook as sodanig op die POVV (Bylae 7) aangedui word. Die gebrek aan die volledige rekordering van inligting kan 'n persepsie laat dat die vroedvrou nalatig was en dit kan ernstige gevolge inhou indien enige litigasiesake uit die voorval sou spruit.

- ***Rekordering van 2^{de} en 3^{de} stadium van kraam (Afdeling G(ii) (Item 1 – 9)***

Rekordering van die 2^{de} en 3^{de} stadium van kraam en die toepaslikheid van intervensies na aanleiding van probleme soos geïdentifiseer in Afdeling G(i), word vervolgens bespreek.

In 15 (11.7%) van die rekords (n=128) was daar 'n probleem tydens die 2^{de} en 3^{de} stadium van kraam teenwoordig, maar in slegs tweederdes (10 of 66.7%) van die rekords is die probleem aangeteken (Item 1 en 2). In al die rekords (10 of 66.7%) het die probleem met die observasies ooreengestem wat gerekordeer is en het die verpleegintervensie met die probleem verband gehou (Item 3 en 4). Vyf (5 of 33.3%) van die rekords (n=15) het egter getoon dat die verpleegintervensie nie toepaslik was om die probleem aan te spreek nie (Item 5). In slegs 3 (20%) van die rekords (n=15) is gerekordeer of die probleem effektief aangespreek is, al dan nie (Item 6). Weereens dui die gebrek aan volledige rekordering daarop dat die vroedvrou gebrekkige kliniese besluitneming doen en nie die effektiwiteit van haar/sy eie aksies evalueer nie. Verdere intervensies na die identifisering van die aanvanklike probleem tydens die 2^{de} en 3^{de} stadium was nie nodig nie (Item 7 en 8).

Enkele probleme tydens die 2^{de} en 3^{de} stadium van kraam word met behulp van die volgende voorbeelde toegelig:

- Een (1) pasiëntrekord (n=15) het getoon dat die 2^{de} stadium van kraam langer as 60 minute geduur het. Die geneesheer was telefonies in kennis gestel en het gevra dat die pasiënt vir 'n noodkeisersnit voorberei moes word. Die vroedvrou het die geneesheer se versoek geïgnoreer en besluit om met die verlossing van die baba voort te gaan. Sy het 'n bilaterale episiotomie geknip en 'n "pap" baba met 'n Apgartelling van 4 uit 10 na 1 minuut en 6 uit 10 na 5 minute is verlos. Geen verdere verpleegintervensie kon in die pasiënt se rekord gevind word nie, behalwe dat die baba in 'n broeikas geplaas is en suurstof per kopkassie toegedien is. Hierdie optrede grens aan ernstige nalatigheid aan die kant van die vroedvrou en kon daartoe aanleiding gegee het dat die neonaat sterf.

- Die tydsduur van die 2^{de} en 3^{de} stadium van kraam is in 62 (48.4%) en 72 (56.3%) van rekords (n=128) onderskeidelik gerekordeer. Dit was dus moeilik om te bepaal of daar nie nog verdere probleme tydens die 2^{de} en 3^{de} stadium van kraam teenwoordig was nie, gegewe die algehele swak rekordering van die verloop van kraam. In een (1) van die pasiëntrekords (n=15) is gerekordeer dat die plasenta nie volledig was nie, maar nêrens in die rekord kon gevind word dat daar enige verdere verpleegintervensie was nie. Agtergeblewe produkte van kraam kan ernstige gevolge vir die moeder inhou, aangesien dit aanleiding tot puerperale sepsis kan gee. Sou die moeder later met klagtes van infeksie of sub-involusie van die uterus presenteer, kon die probleem gouer opgespoor word indien die korrekte rekordering van waarnemings plaasgevind het.

- Alhoewel die plasenta manueel tydens 'n keisersnit verwyder word, is in geen van die rekords (n=18) waar 'n keisersnit gedoen is, die metode van verlossing van die plasenta of die volledigheid van die plasenta in die *Opsomming van Baring* (Bylae 8) aangedui nie. Indien daar dus probleme tydens die postpartumperiode sou wees, byvoorbeeld 'n verhoogde temperatuur in die moeder, sou daar nie met sekerheid gesê kon word dat daar moontlike agtergeblewe produkte van swangerskap, byvoorbeeld vliese of lobbe van die plasenta nie was nie.

- *Afdeling H: Algemene ooreenstemming tussen verskillende rekords (Item 1 – 8)*

Soos reeds in voorafgaande paragrawe bespreek, is dit noodsaaklik dat die inligting op die verskillende verpleegsorgrekords met mekaar moet korreleer. Rekordering van pasiëntinligting is die enigste verweer wat die vroedvrou ten gunste van haarself kan gebruik tydens 'n litigasieszaak.

'n *Partogram* (Bylae 5) is in slegs 81 (63.3%) van rekords (n=128) gevind. Probleme wat volgens inligting op die partogram teenwoordig was, is in slegs 20 (24.4%) van die partogramme (n=81) korrek op die POWV (Bylae 7) aangedui (Item 1). Verpleegintervensies is korrek op in slegs 14 (17.3%) van die POW's (Bylae 7) as korrek (Item 2) aangeteken. Die nie-rekordering van verpleegintervensies op die oorblywende van die rekords (n=67) dui op 'n gebrek aan kliniese besluitneming aan die kant van die vroedvrou en dui ook verder daarop dat pasiëntdata nie krities en analities geëvalueer word.

Tydens data-analise is gevind dat in slegs 30 (23.4%) van pasiëntrekords (n=128) word rasionele kritiese en analitiese denke gereflekteer (Item 3). Hierdie is 'n kommerwekkende tendens, aangesien perinatalesorgdienste in Vlak 1-hospitale hoofsaaklik 'n vroedvrou-gedrewe diens is wat goeie kliniese besluitneming gegrond op kritiese en analitiese denke verg. Die geneesheer is dus nie altyd onmiddellik beskikbaar nie en daarom word van die vroedvrou verwag om goeie kliniese besluitneming in die afwesigheid van die geneesheer te kan neem. Haar kliniese besluitneming moet gegrond wees op kritiese en analitiese denke om sodoende probleme onmiddellik te kan identifiseer en die nodige verpleegtussentrede/intervensie te kan implementeer.

Data-analise toon dat 8 (6.3%) van pasiëntrekords (n=128) daar probleme tydens die 2^{de} stadium van kraam was wat direk met gebeure tydens die 2^{de} stadium van kraam verband hou (Item 4). In slegs drie (37.5%) van hierdie rekords (n=8) kon die vroedvrou die probleme tydens die 1^{ste} stadium van kraam in verband bring met byvoorbeeld 'n verlengde 2^{de} stadium weens sefalo-pelviëse disproporsie nadat die servikale ontsluitingslyn die waarskuwingslyn op die partogram gekruis het.

In geen van die rekords kon gevind word dat die vroedvrou probleme wat tydens die 3^{de} stadium van kraam ondervind is, in verband kon bring met gebeure tydens die 1^{ste} en 2^{de} stadium van kraam nie (Item 5). Die navorser het in een (1) rekord gevind dat die vroedvrou gerekordeer het dat die pasiënt 'n geskiedenis van postpartumbloeding tydens die 3^{de} stadium van kraam gehad het, maar die vroedvrou het versuim om voorbereiding te tref vir 'n moontlike herhaling van postpartumbloeding. Geen binne-aarse infusie is vir die pasiënt begin nie, en eers nadat die geneesheer in kennis gestel is van die postpartumbloeding, het die korrekte verpleegintervensie gevolg, naamlik dat 'n binne-aarse infusie met oksitosien begin is. Dit is binne die vroedvrou se bestek van praktyk volgens SARV R2488 om oksitotiese medikasie te herhaal sonder die voorskrif van die geneesheer om postpartumbloeding te beheer.

Volgens SARV R2488 word dit van die vroedvrou verwag om 'n verloskunde-regimen in die vorm van individuele verpleegsorgplanne vir elke pasiënt met toelating en ook tydens die intrapartumfase op te stel. **Dit is egter kommerwekkend dat in slegs 9 (7%) van pasiëntrekords (n=128) 'n verpleegsorgplan gevind is** (Item 6). Die **vroedvrou versaaak dus sy/haar bestek van praktyk** in dié verband en dit kan tot professionele gedragsondersoeke aanleiding gee weens 'n gebrek aan gehalte intrapartumsorg. In die lig van die personeeltekorte soos tydens die studie geïdentifiseer en in paragraaf 4.2 bespreek is, kan verpleegsorgplanne van onskatbare waarde wees waar daar staat gemaak moet word op subkategorieëverpleegpersoneel om met pasiënt sorglewering tydens die intrapartumfase behulpsaam te wees. Die verpleegsorgplanne kan as riglyn dien vir diegene wat in die kraamsaal werksaam is sodat hulle kan weet watter verpleegintervensies tydens die intrapartumfase toegepas moet word.

In 'n vroedvrougedrewe perinatalesorgdiens is dit soms nodig dat 'n geneesheer 'n voorskrif vir spesifieke intervensies moet gee, byvoorbeeld die toediening van 'n oksitotiese middel tydens 'n induksie of augmentasie van kraam. In slegs 26 (20.3%) van pasiënterekords (n=128) is gevind dat intervensies volgens die voorskrif van die geneesheer plaasgevind het (Item 6.2). **Wat egter kommerwekkend is dat by Hospitaal A gevind is dat die vroedvroue *Buscopan*® aan die pasiënt toedien as pynverligting sonder om die geneesheer in die verband te raadpleeg.** Die vroedvroue het ook vir die navorser aangedui dat hulle nie bereid is om hierdie praktyk met die geneesheer te bespreek nie aangesien hulle van mening is dat dit oor die "*toonbank-medisyn*e is wat vryelik vir die breë publiek beskikbaar is" en hulle as vroedvroue dus nie 'n voorskrif vir die toediening daarvan nodig het nie. Dit is egter kommerwekkend dat in nie een van die ander rekords (n=102) gevind kon word dat die geneesheer die middels wat tydens die intrapartumfase toegedien word, byvoorbeeld *Syntometrine*®/ergometrien op die voorskrifkaart geteken het nie. Dit is normale praktyk dat waar die pasiënt gehospitaliseer is, alle medikasie wat tydens die intrapartumfase toegedien word, op die voorskrifkaart aangeteken word of binne 24 uur nadat 'n telefoniese versoek gerig is, opgevolg word met 'n skriftelike voorskrif van 'n geneesheer.

Intervensies wat volgens protokolle uitgevoer word, was hoofsaaklik vir die toediening van oksitotiese middels tydens induksie van kraam (Item 7 en 8). **In slegs 6 (42.9%) van die rekords (n=14) is gevind dat verpleegintervensies volgens protokol vir die toediening van oksitotiese middels plaasgevind het.** Die navorser het ook in elk van hierdie rekords (n=6) 'n gestandaardiseerde protokol gevind wat deur die geneesheer onderteken was. In die ander rekords (n=8) kon slegs inskrywings op die *POW* (Bylae 7) gevind word dat "*n oksitosien infusie volgens doktersvoorskrif begin is*"; maar die voorskrif vir sodanige intervensie kon nie gevind word nie. Waar

suurstof aan die moeder vir fetale nood toegedien is, kon geen protokol gevind word nie.

Alhoewel al die hospitale (n=6) aangedui het dat daar vir elke pasiënt 'n VFM, soos bespreek in paragraaf 4.2 (Afdeling 6.1 van Bylae 1), geneem word, kon 'n toepaslike protokol nie by enige van die hospitale gevind word nie. Pre-eklampsie, eklampsie en hipertensie word as algemene probleme geïdentifiseer waarmee pasiënte by vlak 1-hospitale presenteer. Alhoewel 50% van die hospitale (Hospitaal B, C en D) protokolle hieromtrent gehad het, is tydens data-analise gevind dat die vroedvrou nie die protokol in die afwesigheid van die geneesheer volg nie. Dit word gedemonstreer deur die feit dat in een rekord gevind is dat 'n pasiënt 'n eklamptiese toeval ontwikkel het nadat haar bloeddruk beduidend tydens die aktiewe fase van kraam gestyg het, sonder dat die vroedvrou enige verpleegintervensie toegepas het. Die navorser kom egter tot die gevolgtrekking, dat ten spyte van die feit dat daar tog sekere protokolle en beleidsriglyne in die hospitale beskikbaar is, dit nie deur die vroedvrou gevolg word nie. Die rede hiervoor kan wees dat die vroedvrou weens 'n gebrek aan kommunikasie tussen haar/sy en die verpleegbestuurder wie eerste die protokolle vanaf Departement van Gesondheid ontvang, nie bewus gemaak is van die betrokke protokol/beleidsriglyn nie of dit is nie aan die kraamsaalpersoneel beskikbaar gestel nie. Protokolle en beleidsriglyne is volledig in paragraaf 4.2 *Afdeling 7* bespreek.

4.5 Bylae 3: Ontleding van onderhoudskedule met vroedvroue

Ongestruktureerde onderhoude (Bylae 3) is met vroedvroue aan diens gevoer en was hoofsaaklik daarop gemik om die menings van die vroedvrou ten opsigte van kritiese en analitiese denkvermoë te verkry. De Vos (1998: 299) stel dit dat 'n ongestruktureerde onderhoud gehou word deur met behulp van 'n navorsingskedule. Die onderhoudskedule

dien as riglyn vir die onderhoudvoerder en bevat vrae en temas wat vir die studie belangrik is. Dit is dus nie noodsaaklik dat die vrae in 'n spesifieke volgorde gevra hoef te word nie.

'n Totaal van 11 onderhoude ($n=11$) is met vroedvroue wat tydens die navorsing op die onderskeie hospitale se diensstaat aangeteken was, gevoer en dit het dag- en nagpersoneel ingesluit. Om 'n vertrouensverhouding tussen respondent en navorser te verseker, is ingeligte toestemming verbaal van elke respondent verkry. Onderhoudvoering het voortgegaan totdat data-versadiging bereik is. Aanvanklik was die vroedvroue nie gewillig om aan die onderhoudvoering deel te neem nie omdat hulle "bang was dat ek die verkeerde antwoorde gaan gee". Nadat die navorsers weereens die belang van deelname en die doel van die studie aan die onderskeie respondente verduidelik het, asook dat dit nie gaan oor "regte of verkeerde antwoorde nie", het hulle verder sonder enige voorbehoude deelgeneem.

Die versekering is aan die respondente gegee dat alle inligting vertroulik hanteer sal word en slegs vir navorsingsdoeleindes gebruik word. Betroubaarheid is verkry deurdat die navorser telkens die antwoorde wat die respondent gegee het, as korrek geverifieer het. Hierdie tegniek is deurlopend tydens data-insameling gebruik om die betroubaarheid of akkuraatheid van die inligting te verseker. Krefting (1991: 217) skryf dat die betroubaarheid van inligting in kwalitatiewe navorsing gedemonstreer word wanneer die respondente die gerapporteerde bevinding as 'n akkurate refleksie van hulle ondervinding bevestig.

Tesch se benadering (Creswell, 1994: 154) is gedurende data-analise van die onderhoudskedule gebruik (Bylae 3). Gemeenskaplike konsepte/woorde/onderwerpe is geïdentifiseer en in tabelvorm verwerk deur gebruik te maak van hooftemas en subtemas. Die onderhoudskedule (Bylae 3) het gefokus op die volgende:

- Afdeling A: Vraag 1 – 5: Stelsel van personeeltoewysing
- Afdeling B: Vraag 6 – 16: Vroedvrou se persepsie van kritiese en analitiese denke

- Afdeling C: Vraag 17 – 18: Biografiese besonderhede

Die onderhoudskedule (Bylae 3) word vervolgens bespreek.

- *Afdeling A: Stelsel van personeeltoewysing: Vraag 1 – 5*

Die stelsel van personeeltoewysing speel 'n belangrike rol in die gehalte van verpleegsorg wat gelewer word. Dit is noodsaaklik dat die persoon in beheer van die verpleegeenheid van die spesifieke stelsel van personeeltoewysing bewus moet wees wat in die spesifieke gesondheidsinstelling gebruik word, sodat elke pasiënt te alle tye van die beste gehalte verpleegsorg moontlik, verseker is (Booyens, 1999: 309). Daar is verskeie metodes van personeeltoewysing wat kan wissel tussen taakgeoriënteerde sorg ('n spesifieke verpleegster voer 'n spesifieke opdrag vir die hele dag uit, byvoorbeeld uithandiging van medikasie vir alle pasiënte) en "gevaltoewysing" (waar een verpleegkundige vir die totale sorg van die pasiënt vir die spesifieke periode verantwoordelik is) (Gillies, 1994: 218). Funksionele metode van personeeltoewysing word hoofsaaklik gebruik waar daar 'n tekort aan personeel is, terwyl "gevaltoewysing" net effektief is waar daar voldoende verpleegpersoneel in die betrokke gesondheidsinstelling beskikbaar is.

- Slegs drie (3 of 27.3%) respondente (n=11) het aangedui dat die **personeeltoewysing** met die aanvang van elke skof gedoen word. Dit is 'n aanduiding daarvan dat die pasiëntesituasie moontlik eers evalueer word en personeeltoewysing dan daarvolgens gedoen word. 'n Voorbeeld is dat subkategoriepersoneel aan die versorging van die neonate, terwyl die vroedvrou aan die pasiënte in kraam toegewys word. Die meerderheid respondente (9 of 72.7%) het aangedui dat die stelsel van personeeltoewysing egter nie 'n spesifieke patroon het nie. Dit kan moontlik toegeskryf word aan die feit dat daar in al die hospitale meestal twee (2) vroedvroue aan diens was om die

aantal pasiënte te hanteer en hulle dan mondelings ooreenkom wie na watter pasiënte tydens die spesifieke skof gaan omsien.

- Nege (9 of 81.8%) respondente (n=11) het aangedui dat die **toewysing van verpleegpersoneel aan pasiënte** glad nie gerekordeer word nie. Die rede hiervoor kan wees omdat die vroedvroue aan diens ooreenkom wie na watter pasiënte tydens die spesifieke skof gaan omsien. Hierdie is 'n kommerwekkende tendens aangesien daar geen rekord bestaan wie vir watter pasiënte verantwoordelik was, sou daar enige ernstige probleme opduik, en die betrokke personeel verantwoording moet doen, byvoorbeeld waar waarnemings nie tydens die intrapartumfase gerekordeer is nie en die geneesheer inligting oor die vordering van kraam versoek nie.
- Die meerderheid van respondente (7 of 63.6%) het aangedui dat die **toewysing van verpleegpersoneel** ten opsigte van die betrokke week **beskikbaar** is, terwyl drie (3 of 27.3%) aangdui het dat dit vir die voorafgaande vier weke beskikbaar was. Die navorser is van mening dat die respondente (n=11) hierdie vraag foutiewelik geïnterpreteer het as dat die dienste beskikbaar was en nie dat die toewysing van verpleegpersoneel aan spesifieke pasiënte skriftelik gerekordeer was nie.
- Vier (4 of 36.4%) respondente (n=11) het aangedui dat die **toewysing van verpleegpersoneel geskied volgens die aantal personeel** wat op 'n spesifieke dag **beskikbaar** is. Die meerderheid van die respondente (7 of 63.6%) van die 11 respondente het aangedui dat die toewysing van verpleegpersoneel aan spesifieke pasiënte gedoen word volgens die aantal geregistreerde verpleegpersoneel wat op 'n spesifieke dag beskikbaar is. Dit dui aan dat die waarde van die subkategorieëverpleegpersoneel in die kraamsaal dikwels onderskat word. Subkategorieëverpleegpersoneel kan byvoorbeeld gebruik word om waar 'n geregistreerde vroedvrou nie beskikbaar is nie, die moederlike vitale tekens (bloeddruk, pols en

temperatuur) te neem en te rekordeer. Hierdie kategorie van verpleegpersoneel word wel opgelei om abnormaliteite met betrekking tot observasies aan die geregistreerde verpleegkundige/vroedvrou te rapporteer.

- Die meeste respondente (9 of 81.8%) het aangedui dat **personeeltoewysing** nooit taakgerig is nie, byvoorbeeld een persoon dien medikasie toe, terwyl twee (2) van die respondente aangedui het dat personeeltoewysing altyd taakgerig is. Taakgerigte personeeltoewysing vind slegs by Hospitaal B plaas waar daar daaglik vier personeellede aan diens is (Figuur 4.1). Dit is egter kommerwekkend dat spesifieke taaktoewysing nie plaasvind nie aangesien 'n spesifieke persoon nie verantwoordelik en aanspreeklik vir spesifieke take gehou kan word nie.

Figuur 4. 6 – 4.8 toon aan dat daar ernstige tekort aan verpleegpersoneel by al ses hospitale is nie. Dit kan die rede wees waarom daar nie baie aandag aan die stelsel van personeeltoewysing gegee word nie en dat verpleegpersoneel mekaar vertrou dat alle take wel tydens die spesifieke skof uitgevoer en afgehandel sal word.

○ *Afdeling B: Kritiese en analitiese denkvermoë (Vraag 6 – 16)*

Kritiese en analitiese denkvermoë in verloskundige praktykvoering is in Hoofstuk 2, paragraaf 2.3.2 in diepte bespreek. Alfaro-LeFevre (2004: 43) is van mening dat intuïsie waardevol vir kritiese en analitiese denke is, maar waarsku dat daar nie alleen op intuïsie staatgemaak moet word nie. Die outeur is van mening dat daar deurlopend bevestiging gevind moet word vir dit wat vermoed word, deur te soek vir logiese bewyse.

In Tabel 4.6 word die reaksie van die respondente (n=11) met betrekking tot vraag 6 en 7 van Bylae 3 aangedui. Al die respondente (n=11) was van mening dat die personeel soms **besluite op grond van intuïsie** neem. Slegs twee (2) respondente (n=11) kon aandui dat 'n rede of verklaring vir

hul "gut feeling" gesoek moet word en dat selfs met mede-kollegas gekonsulteer moet word om hulle "gut feeling" te bevestig, al dan nie. Dit stem ooreen met die siening van Alfaro-LeFevre (2004: 43) dat 'n verklaring vir die besluite op grond van intuïsie gesoek moet word.

Tabel 4.6

Vroedvrou se besluitneming op grond van intuïsie (n=11)

Sentrale tema	Subtema	Opmerkings (direkte aanhalings)
Logiese denke	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Besluite op grond van intuïsie alleen ▪ Verklaring vir besluite op grond van intuïsie 	<p>"Ek gee pasiënt net een kyk dan weet ek hier gaan iets gebeur".</p> <p>"As pasiënt van begin af nie haar samewerking gee nie dan weet ek hier kom 'n ding".</p> <p>"As die moeder eers haar beentjies toekny en baie raas weet ek dit gaan 'n moeilike bevalling wees".</p> <p>"As ek die pasiënt ondersoek en sy gee nie haar samewerking nie voorspel dit net probleme".</p> <p>"Ek weet net hier kom iets as ek die na die pasiënt kyk".</p> <p>"n Stemmetjie fluister vir my dat ek met 'n probleem te doen het".</p> <p>"Soms kry jy net die gevoel dat 'n pasiënt probleme gaan ontwikkel en dan gebeur dit so".</p> <p>"Ek het net geweet die pasiënt gaan probleme gee".</p> <p>"My besluit was nog altyd reg, byvoorbeeld om die pasiënt 'n drip op te sit en dan PPH sy na die bevalling".</p> <p>"Ek kyk na die vorige kraamgeskiedenis en bepaal dan so of die pasiënt enige probleme gaan gee".</p> <p>"As die pasiënt nie vorder in kraam nie weet ek hier gaan probleme kom en dan observeer ek die pasiënt ekstra versigtig".</p> <p>"Ons moet 'n rede kan verstrek hoekom ek op my intuïsie staat maak".</p> <p>"Ander personeel se waarnemings en insette is soms uiters belangrik".</p> <p>"...daar is nie 'n dokter 24uur in die kraamsaal nie en dan moet ek die situasie vinnig evalueer en optree volgens dit wat ek voor my het".</p>

By *Vraag 8* (Bylae 3) is die respondente gevra of **studente opgelei word om krities en analities te kan dink**. Al die respondente (n=11) het aangedui dat hulle nie daarmee saamstem nie en het hul respons as volg gemotiveer:

- "Die nuwe kursus stel die vroedvrou nie bloot aan alles waaraan ons blootgestel was nie";
- "... mis baie met "bietjie-bietjie" kraam op 'n slag";
- "... mens kan nie vir 6 maande leer om 'n vroedvrou te wees nie. Hul opleiding is hopeloos te kort";
- "Hulle opleiding is te kort en moet dikwels alleen na pasiënte omsien en kan nie altyd die abnormaliteite onmiddellik identifiseer nie";
- "Ondervinding kom met die tyd en kan nie in 6 maande aangeleer word nie"; en
- "Vandag se vroedvroue weet nie so baie soos ons nie omdat hulle nie 'n jaar lank kraamopleiding gehad het nie, maar stuk-stuk".

Dit blyk dus dat die respondente (n=11) van mening is dat die huidige opleiding wat studentvroedvroue ontvang, nie kritiese en analitiese denkvermoë aanspreek nie. Volgens die respondente (n=11) is die opleiding in verloskundige verpleegkunde ook hopeloos te kort en dat dit aaneenlopend moet geskied in plaas van "bietjie-bietjie" of "stuk-stuk".

Tabel 4.7 dui die respons van die respondente (n=11) op *Vraag 9 en 10* van Bylae 3 aan. Al die respondente (n=11) het hul **eie vermoë om krities en analities te redeneer** as "goed" beskryf, asook die van die ander verpleegpersoneel in die afdeling. Die respondente (n=11) is van mening dat ondervinding en intuïsie noodsaaklik is vir kritiese en analitiese denke, maar dat kennis wel noodsaaklik is vir kritiese en analitiese denkvermoë.

In *Vraag 11* is gevra of die respondente (n=11) dink dat **verpleegrekords reflekteer dat die vroedvrou krities en analities redeneer**. Al die respondente (n=11) het aangedui dat dit "soms" die geval is. Hulle motivering vir hul antwoord is as volg:

- "Alles word nie altyd gekaart nie, maar ek neem hulle nie kwalik nie omdat ons 'n geweldige tekort aan personeel het";
- "Ek identifiseer goed wat nie gedoen is nie, maar is te sensitief om my kollegas aan te spreek omdat hulle my seniors is";
- "Ons het nie altyd tyd om alles te kaart nie, maar ons weet dat dit gedoen is";
- "As ek somtyds aan diens kom is daar omtrent niks in die rekords gerekordeer nie";
- "Vroeër was dit 'n probleem, maar mense begin nou meer skrywe";
- "Dokumentasie weerspieël nie altyd hulle bevindings nie, as gevolg van tydfaktor"; en
- "Tyd ontbreek dikwels om alles te dokumenteer en soms word maar 'n swak beeld geskep wat in werklikheid nie so is nie".

Dit blyk dat die respondente daarvan bewus is dat verpleegrekords 'n refleksie van kritiese en analitiese denkvermoë aandui, maar hulle is van mening dat weens 'n gebrek aan personeel en te min tyd, dit nie altyd moontlik is om rekords so volledig as moontlik te voltooi nie. Die navorser is egter van mening dat 'n tekort aan personeel en te min tyd nie as redes vir gebrekkige rekordhouding aangevoer kan word nie, aangesien dit algemeen aanvaar word dat "dit wat nie gekaart is nie, is nie gedoen nie".

Vraag 12 het gehandel oor **wat gedoen kan word om die vroedvrou se vermoë om kritiese en analitiese te redeneer te bevorder**. Al die respondente (n=11) was van mening dat indiensopleiding die aangewese metode is om die kritiese en analitiese beredenering van die vroedvrou te bevorder, maar het nie aangedui wat spesifiek tydens indiensopleiding gedoen moet word nie. Een (1) respondent was egter van mening dat die indiensopleiding definitief die wyse of korrekte metode van rekordhouding moet insluit.

By *Vraag 13* moes die respondente aandui of die **vermoë van die vroedvrou om krities en analities te redeneer ooit geëvalueer word**. Al die respondente (n=11) se antwoord op hierdie vraag was "nee" en het hulle antwoord gemotiveer as "daar is nie tyd nie" en "weens 'n tekort aan personeel het ons nie tyd om gevalle met mekaar te bespreek nie". Die respondente (n=11) was egter almal van mening dat dit nodig is om die vermoë van die verpleegkundige om krities en analities te dink/op te tree, te evalueer.

Vraag 14 het gehandel oor die respondent se **mening oor hoe die vermoë van die vroedvrou om krities en analities te redeneer, geëvalueer kan word**. Tabel 4.8 dui die respondente (n=11) se respons op hierdie vraag aan.

Tabel 4.8

Metodes vir die evaluering van kritiese en analitiese denkvermoë

- Gevallestudies
- Lêeroudits
- Doktersrondtes
- Saalrondtes
- Waarneming van die optrede van ander vroedvroue tydens die hantering van die pasiënt
- Ontleding van pasiëntrekords

Hierdie reaksies stem ooreen met Ignatavicus (2001: 32 – 33) se voorstelle oor die ontwikkeling van kritiese en analitiese denke soos bespreek in Hoofstuk 2, paragraaf 2.3.2. Die respondente is dus bewus hoe om kritiese en analitiese denke te stimuleer. Dit blyk egter dat stimulasie van kritiese en analitiese denke nie in die praktyk geïmplementeer word nie, aangesien al die respondente (n=11) "nee" geantwoord het by *Vraag 13* (Bylae 3) soos in die voorafgaande paragraaf bespreek is.

Vraag 15 het gehandel oor wat die **vroedvrou verstaan onder "kritiese en analitiese denke"**. Dit was vir die navorser duidelik dat die meeste respondente (n=10) nie weet wat kritiese en analitiese denke behels nie. Hierdie respondente het meestal kritiese en analitiese denke as volg beskryf:

- "Dit is hoe jy teenoor die pasiënt optree";
- "Dit dui op samewerking tussen jou en die pasiënt"; en
- "Dit het te doen met wat jy vir jou pasiënt doen".

Slegs een (1) respondent (n=11) kon kritiese en analitiese denke raak beskryf as "goeie raming van geval doen, naamlik krities kyk na probleme,

goeie beplanning vir probleme doen en oplossings vir die probleme vind en dan te evalueer of jou optrede korrek was". Hierdie omskrywing stem ooreen met die omskrywing van Ignatavicus (2001: 32) soos bespreek in Hoofstuk 2, paragraaf 2.3.1.

By *Vraag 16* moes die respondente aandui hoe hulle hulself **op datum hou van die nuutste verwickelinge met betrekking tot perinatalesorgdienste**. Al die respondente (n=11) het aangedui dat hulle op datum bly deur indiensopleidingsprogramme by te woon "as die tyd dit toelaat". Slegs een (1) respondent kon egter aandui dat sy "onlangs" 'n indiensopleidingsessie bygewoon het oor die implementering van die nuwe *partogram* volgens die voorskrif van die Wes Kaapse Departement van Gesondheid, terwyl nie een van die ander respondente (n=10) "mees onlangse" indiensopleidingsessies kon herroep nie. Die respondente (n=11) het ook die byhou van kennis ten opsigte van die nuutste verwickelinge met betrekking tot perinatalesorgdienste toegeskryf aan "die oplees van verloskunde en vaktydskrifte". Nie een van die respondente kon egter 'n aanduiding gee van toepaslike vaktydskrifte ten opsigte van perinatalesorgdienste nie. Die respons op *Vraag 16* laat die vraag ontstaan of indiensopleidingsessies met betrekking tot perinatalesorgdienste op gestruktureerde wyse by die onderskeie instellings aangebied word, en of dit nie aan elke verpleegpersoneellid oorgelaat word om self op hoogte van die nuutste ontwikkeling op die gebied van perinatalesorgdienste te kom nie?

○ *Afdeling C: Biografiese besonderhede (Vraag 17 – 18)*

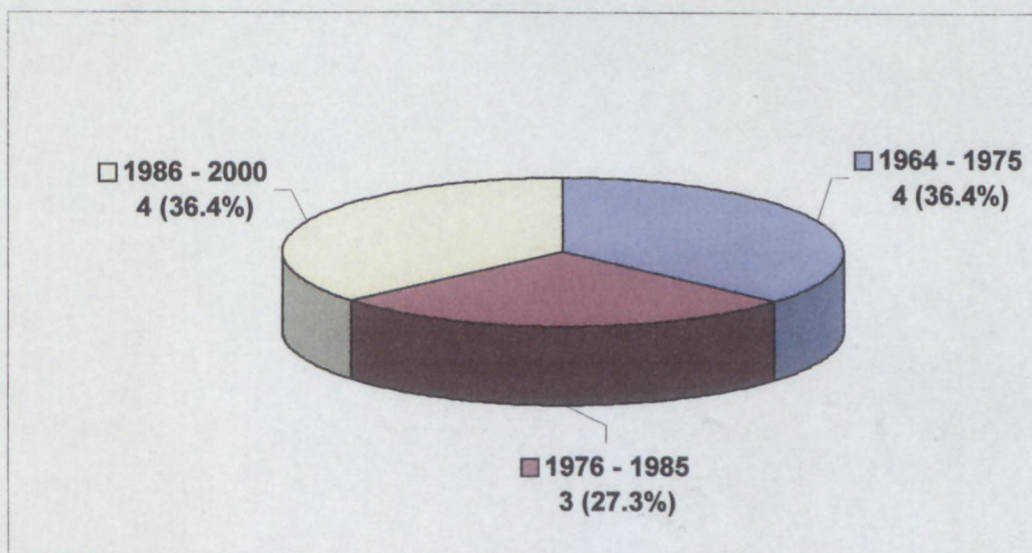
Die inligting verkry uit hierdie vrae hou verband met die respondente se biografiese besonderhede wat gerig is om vas te stel **wanneer die respondente hul opleiding voltooi het** (*Vraag 17*) en **hoe lank** die respondente ten tye van die

data-insameling in die kraamsaal werksaam is (*Vraag 18*). Weens die omvang van die studie en die doelwitte wat gestel is, is daar geen onderskeid getref tussen die graad- en diplomastudente nie. Die rede vir die insluiting van hierdie inligting is om slegs die probleemareas te identifiseer om sodoende aanbevelings te kan maak.

Die grootste aantal respondente ($n=7$) het die verloskunde-kursus in die laat sewentigerjare en vroeë tagtigerjare voltooi, soos uiteengesit in Figuur 4.25.. Daar kan dus aanvaar word dat hierdie vroedvroue die eenjarige program (Na-basiese Diploma in Verloskunde) voltooi het en nie "stuk-stuk" aan die verloskundige praktyk blootgestel was nie. Die oorblywende respondente ($n=4$) het hul voorregistrasie kursus in die laat tagtigerjare, van wie twee (2) onderskeidelik in 1999 en 2000, voltooi.

Figuur 4.25

Jaartal opleiding ondergaan ($n=11$)

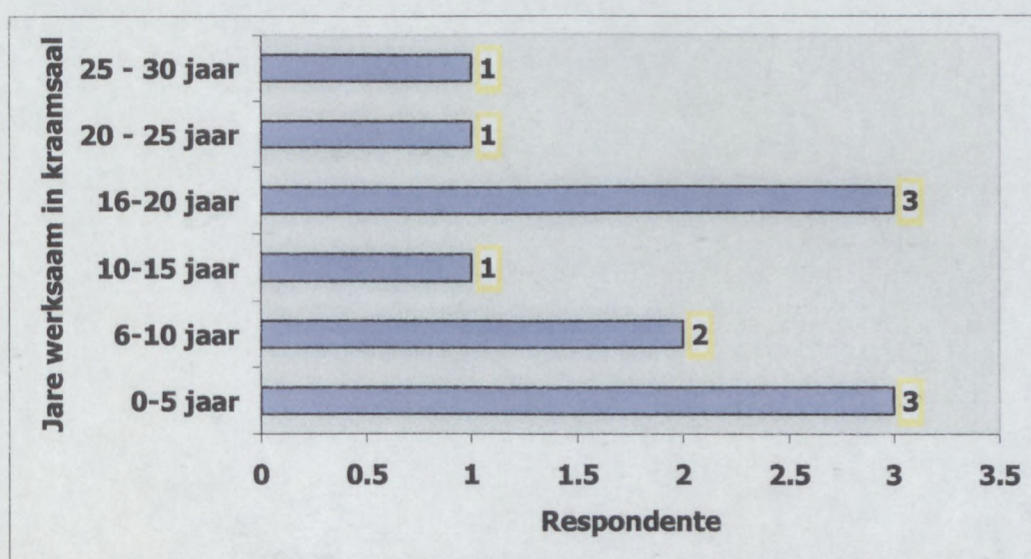


Figuur 4.26 dui die aantal jare aan wat die respondente ($n=11$) reeds in 'n kraamsaal werksaam is en het gewissel tussen vier jaar en 30 jaar met 'n

gemiddelde van 13.4 jare aaneenlopende diens per respondent (n=11). Al die repondente (n=11) het aangedui dat hulle permanent aan die kraamsaal toegewys is, alhoewel by Hospitaal C, D en F gevind is dat die vroedvrou aan diens ook verantwoordelik vir ander sale, byvoorbeeld die pediatriese saal, is. Hierdie tendens is volledig in paragraaf 4.2.4 bespreek.

Figuur 4.26

Aantal jare werksaam in kraamsaal (n=11)



Dit kom dus voor asof die vroedvrou relatief ervare is met betrekking tot verloskundige praktykvoering en juis daarom in staat moet wees om belangrike kliniese besluite betreffende moederlike en fetale welsyn tydens die intrapartumfase te kan neem.

4.6 Samevatting

In Hoofstuk 4 is die analise van die data wat gevind is, bespreek. Verskillende metodes is gebruik om die kwantitatiewe en kwalitatiewe data te ontleed en grafies voor te stel. Die ontleding van data en die toepaslike interpretasie daarvan is 'n kritiese aspek van die navorsingsproses en is met verwysing na relevante literatuur ondersteun. Resultate is

gegrond op die doelwitte wat in Hoofstuk 1, paragraaf 1.3 geformuleer is, en is ook volgens hierdie doelwitte aangebied.

In Hoofstuk 5 volg die gevolgtrekkings en aanbevelings.

<p style="text-align: center;">HOOFSTUK 5 GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS</p>
--

5.1 Inleiding

In Hoofstuk 4 is die resultate aangebied. In Hoofstuk 5 word die belangrikste gevolgtrekkings en aanbevelings na aanleiding van die bespreekte resultate gegee. Gevolgtrekkings word onder toepaslike opskrifte en subopskrifte uiteengesit. Die dienoorenskomstige aanbevelings word daarna op grond van die gevolgtrekkings uiteengesit.

5.2 Gevolgtrekkings

Die gevolgtrekkings word gemaak in terme van die gestelde doelwtte in Hoofstuk 1 (paragraaf 1.3) gemaak. Die belangrikste gevolgtrekkings met 'n impak op goeie en effektiewe intrapartumsorg word vervolgens bespreek.

5.2.1 *Doelwit 1: Volledigheid en wetlikheid van pasiënterekords*

Die volledigheid en wetlikheid van pasiënterekords is noodsaaklik veral in die lig van die toename in litigasiesake. Daar is 'n toename in professionele-gedragsake by die SARV, veral met betrekking tot verloskundige dienste (Welmann, 2004). Aspekte rakende die volledigheid en wetlikheid van pasiënterekords is in hierdie studie as 'n kritiese en kernkomponent geïdentifiseer. Die gebrek aan volledigheid en wetlikheid van pasiënterekords word deurlopend onder die verskillende opskrifte en subopskrifte bespreek.

Slegs een (1) van die 128 rekords was **volledig**, en het aan die vereiste kriteria voldoen. In die ander 127 rekords het belangrike pasiënte-data ontbreek. In 117 (91.4%) rekords (n=128) is die fetale hartspoed slegs eenkeer tydens die intrapartumperiode gerekordeer. Preëklampsie is 'n algemene komplikasie by swanger pasiënte in die Wes-Kaap. Slegs nege (9 of 7%) pasiënte (n=128) se bloeddruk is egter gemonitor en gerekordeer soos aanbeveel. Hierdie inligting is noodsaaklik vir gesondheidspersoneel om sinvolle aksies te beplan.

Besonder kommerwekkend was die **onvolledigheid van die partogram** in die meeste (80 of 98,7%) partogramme (n=81), of die **algehele afwesigheid van die partogram** in 47 (36.7%) pasiënterekords (n=128). Die partogram word as die belangrikste dokument in die intrapartumperiode beskou. Slegs Hospitaal A, B en D het oor riglyne beskik oor hoe 'n partogram voltooi moet word. Die Nasionale Departement van Gesondheid stel dit dat die gebruik van die partogram tot vermindering in perinatale en moederlike sterftes kan bydra (Departement van Gesondheid, 2002:ix). Nie-formele gesprekke met personeel het herhaaldelik 'n antwoord opgelewer dat hulle die belang van rekordhouding besef, maar dat "daar nie tyd is nie". Nog meer kommerwekkend is die feit dat daar in een inrigting (Hospitaal C) die opmerking gemaak is dat die partogram slegs op aandrang van die studenteverpleegkundiges gebruik word. Die navorser is egter van mening dat 'n gebrek aan tyd nie 'n verskoning kan wees vir onvolledige rekordhouding nie. Hierdie bevinding word deur professionele-gedragsondersoeke van die SARV ondersteun wat herhaaldelik bevind het dat onvolledige en foutiewe rekordhouding deur alle kategorieë 'n wesenlike probleem is en tot suboptimale sorg aanleiding gee (Welman, 2004).

Ten opsigte van die wetlikheid van die rekords is daar gevind dat **handtekeninge** slegs in 82 (64%) pasiënterekords (n=128) aangedui is terwyl **range** in slegs 41 (32%) rekords aangedui is. Die helfte (64 of 50%) van die **inskrywings was nie gedateer** nie. **Behoorlike identifisering van die rekords** is slegs in 44 (34%) pasiënterekords

(n=128) gedoen. Dit is dus duidelik dat die rekords nie aan die vereistes van wetlikheid voldoen nie.

5.2.2 *Doelwit 2: Nakoming van riglyne en protokolle van die Departement van Gesondheid ten opsigte van rekordhouding*

Die Departement van Gesondheid en die Wes-Kaapprovinsie het spesifieke beleidsriglyne en protokolle daargestel waarvolgens rekordhouding moet plaasvind. Nie een van die hospitale (n=6) het die volledige lys **beleidsriglyne en protokolle** gehad nie, terwyl die hospitale wat dit wel gehad het nie 'n bygewerkte weergawe gehad het nie. Dit is dus nie vreemd dat die vroedvroue se optrede nie met die beleidsriglyne en protokolle ooreenstem nie, omdat hulle nie daarvan bewus is nie. Die mees algemene komplikasie tydens swangerskap is preëklampsie en eklampsie. Slegs Hospitaal B, C en D het 'n waarneembare protokol rondom die hantering van hierdie toestande. Die sterfte- en siektesyfer geassosieer met preëklampsie kan beduidend verminder word deur vroegtydige opsporing en verwysing na gespesialiseerde hulp. Die navorser maak die gevolgtrekking dat die personeel weens die gebrek aan protokolle en beleidsriglyne soms wag tot dit "te laat is" alvorens die pasiënt na toepaslike hulp verwys word.

Dit was egter duidelik dat die beleidsriglyne en protokolle nie altyd in die spesifieke instellings beskikbaar is, of altyd vir al die personeel sigbaar en bereikbaar is nie. 'n Ander duidelike probleem is dat hierdie beleidsriglyne en protokolle volgens die personeel nie altyd sinvol en realisties vir die spesifieke inrigting is nie. Die personeel het byvoorbeeld genoem dat daar 'n riglyn is dat 'n ambulans "binne een uur beskikbaar moet wees". Die gemiddelde tyd wat dit egter vir 'n pasiënt duur om by 'n verwysingshospitaal te arriveer, is gemiddeld drie tot vier uur. Wanneer sodanige pasiënt dan by die verwysingshospitaal opdaag, moet intra-uteriene resussitasie dikwels plaasvind alvorens 'n keisersnit gedoen kan word.

Beleidsriglyne en protokolle word dikwels deur die verwysingshospitaal opgestel, en is byvoorbeeld nie in voeling met watter medikasie en toerusting aan 'n Vlak 1-hospitaal beskikbaar gestel word nie. Dit bring mee dat verpleegkundiges die protokol negeer "omdat ons nie daardie dinge kan gee of doen nie" (direkte aanhaling). Nie een van die hospitale het 'n laboratorium op die perseel beskikbaar nie. Alle bloed-, urine- of ander monsters moet na 'n nabygeleë hospitaal vervoer word. In uiterste gevalle neem dit tot twee weke om die resultate van die ondersoeke te kry, wanneer dit te laat is om op te tree. 'n Voorbeeld is ook die bepaling van die longmaturiteit van die fetus. Wanneer 'n pasiënt met voortydse kraam presenteer, moet 'n besluit onmiddellik geneem word om die kraam te onderdruk al dan nie – hierdie besluit word op die longmaturiteit van die fetus gebaseer. Aangesien die uitslae dikwels nie binne 'n redelike tyd beskikbaar nie, beteken dit dat 'n moeder soms toegelaat word om te kraam, en die hospitaal gevolglik met 'n premature baba gekonfronteer word.

5.2.3 *Doelwit 3: Besikbaarheid van voldoende struktuur, fasiliteite en organisering van verloskundige dienste*

Organisering van verloskundige dienste in die Wes-Kaap is goed gedefinieer. Elke vlak 1-hospitaal het 'n spesifieke geaffilieerde verwysingshospitaal. Die personeel het egter aangedui dat "hulle nie gemaklik is om pasiënte te verwys nie, want hulle sê ons is te lui om die pasiënt self te hanteer en daarom verwys ons die pasiënt". Dit wil dus voorkom asof daar nie altyd goeie kommunikasie tussen die vlak 1-hospitaal en die verwysingshospitaal bestaan nie.

Duidelike riglyne bestaan rondom **ambulansvervoer** en die beskikbaarheid daarvan. In die praktyk daar word egter gevind dat aangesien daar byvoorbeeld nie 'n ambulans aan verloskunde pasiënte toegewys word nie, dit dikwels gebeur dat die ambulans met ander pasiënte besig is en daar daarom lank gewag moet word.

Alhoewel **faksfasiliteite** beskikbaar is wat konsultasie kon vergemaklik indien die pasiëntedata, insluitend die *CTG* strokie, vir 'n tweede opinie en voorgestelde behandeling gefaks kan word, is die faksfasiliteite dikwels óf nie in werking nie, óf dit word byvoorbeeld in 'n kantoor toegesluit om "wangebruik" te voorkom. Drie (3) hospitale (Hospitaal A, D en E) (n=6) het aangedui dat die faksfasiliteite nie snags beskikbaar is nie – dit is veral na-ure belangrik dat die vroedvrou onmiddellik met 'n geneesheer moet kan konsulteer, omdat geneesheer dan nie soos in die dag gereedlik beskikbaar is nie.

Duidelike riglyne bestaan ten opsigte van die **voorrade en toerusting** waarvoor 'n vlak 1-hospitaal moet beskik. In die praktyk word daar gevind dat hierdie toerusting óf nie beskikbaar is nie, óf nie in werking is nie, óf vir herstel by die werkwinkel is. Hierdie navorsing het bevind dat al ses hospitale wel oor *CTG*-masjiene beskik. Een van die hospitale (Hospitaal C) het egter aangedui dat die tweede masjien nie 'n strokie kan druk nie. Die hospitale (n=6) het egter aangedui dat in die afwesigheid van beleidsriglyne oor die gebruik van die *CTG*-masjiene, elke vroedvrou haar eie oordeel gebruik. 'n Algemene gebruik, soos deur die personeel gerapporteer, is dat 'n basislyn-*CTG* van 10 minute by toelating verkry word. Die ideaal is dat indien daar moontlike probleme sou bestaan, dit onmiddellik aandag kan kry. Ten spyte van hierdie stelling, is *CTG*-grafiekstrookies slegs in 68 (53.4%) rekords (n=128) gevind. Die intrapartumtydperk is 'n dinamiese periode. Veranderinge in die fetale hartpatroon wat 'n beduidende invloed op die fetale welsyn kan uitoefen, kan baie skielik ontstaan. Indien *CTG*-monitering nie meer gereeld plaasvind nie, kan dit gebeur dat hierdie veranderinge nie opgespoor word nie, en vroegtydige suurstoefoediening aan die moeder, herpositionering van die moeder en verwysing na geneeskundige hulp nie plaasvind nie.

Aspekte wat algemeen as gebrekkig beskou word, of wat negatief op die gehalte van sorg inwerk, is die beskikbaarheid van vervoer, toerusting (soos noodtrollies en kardiotoekograwe); kommunikasie-fasiliteite (insluitend faksgeriewe en verwysingsbriewe) en organisering (insluitend die beskikbaarheid van verwysingskriteria en protokolle vir stabilisering van pasiënte voor verwysing en noodoptrede). In die *Saving Mothers*-verslag

van die Departement van Gesondheid (2002:18), word daar genoem dat noodvervoer te alle tye beskikbaar moet wees.

In hierdie navorsing is daar gevind dat al die hospitale probleme rondom die vervoer van pasiënte ervaar. Kommerwekkend was dat faksgeriewe by 3 (drie) van die 6 (ses) inrigtings toegesluit word. . Kardiotokograwe, wat deur Odendal (2004:iii) as standaard vir alle inrigtings aanbeveel word, was wel by al die inrigtings beskikbaar, maar is suboptimaal gebruik weens 'n gebrek aan riglyne en protokolle. Alhoewel nie as sulks deel van die ondersoek nie, het dit voorgekom asof die meeste van die personeel nie vaardig was in die ontleding van die kardiotokograafstrokie nie, en daarom verkies om dit liever nie te gebruik nie.

Dit wil ook voorkom asof daar nie altyd korrekte inligting is nie, soos dat een van die inrigtings (Hospitaal B) nie iemand saam met 'n pasiënt na die verwysingshospitale stuur nie, omdat "die verpleegkundige nie gedek is" in geval van 'n motorvoertuigongeluk nie.

5.2.4 *Doelwit 4: Toepaslikheid van verpleegintervensies in terme van die ingesamelde pasiëntedata*

In hierdie studie is moederlike welsyn, fetale welsyn en die vordering van kraam as kritiese en kernkomponente van toepaslikheid van verpleegintervensies/-optrede in terme van pasiëntedata tydens die intrapartumfase geïdentifiseer. Die toepaslikheid van verpleegintervensies word bespreek in terme van die mees gewenste aksies om moederlike en fetale welsyn te bevorder, en vordering van kraam te evalueer.

- Moederlike welsyn

Gebrekkige rekordhouding het voorgekom ten opsigte van die **moederlike vitale tekens** tydens die latente sowel as die aktiewe fase van kraam. Bloeddruk is

veronderstel om minstens uurliks tydens die latente fase geneem te word, maar daar is in slegs drie (3) pasiënterekords (n=128) gevind dat die bloeddruk meer dikwels tydens die latente fase genoteer is. Dit is dus vir die vroedvrou onmoontlik om 'n basislynbloeddruk te kry op grond waarvan verdere verpleegoptredes/intervensies beplan kan word. Die moeder se bloeddruk is ook in slegs nege (9 of 7%) pasiënterekords (n=128) minstens vieruurliks tydens die aktiewe fase van kraam genoteer, terwyl dit in slegs 19 (15%) pasiënterekords (n=128) meer dikwels genoteer is. Die navorser het in een (1) pasiënterekord (n=128) gevind dat die moeder 'n eklamptiese toeval gehad het, en dat haar bloeddruk in dié spesifieke geval slegs een keer tydens die intrapartumfase geneem is. Die moeder was egter langer as sewe uur in kraam en is met 'n geskiedenis van 'n verhoogde diastool toegelaat. In vyf (5 of 3.9%) pasiënterekords (n=128) is daar gevind dat die bloeddruk abnormaal tydens die aktiewe fase van kraam gestyg het, maar dat die vroedvrou geen verpleegintervensie/-optrede uitgevoer het nie. Dit wil dus voorkom asof die vroedvrou nie haar kritiese en analitiese denke gebruik om te besluit by watter pasiënte daar meer dikwels waarnemings gedoen moet word nie, maar tevrede is met die feit dat die bloeddruk "dareminstens" genoteer is.

Die **rekordhouding van urine-uitskeiding** en die ontleding daarvan is in slegs ses (6 of 4.7%) pasiënterekords (n=128) gevind. Al ses (6) hierdie rekords het die urine-ontleding as 1+ tot 3+++ ketone aangedui. Die gebrekkige waarnemings en notering van urine-uitskeiding kan daartoe aanleiding gee dat die vroedvrou belangrike data wat 'n moontlike verpleegintervensie/-optrede verg, byvoorbeeld ketone in die urine is en ook 'n verminderde urine-uitskeiding, mislyk. Sodanige data verg onmiddellike optrede en die inwerkingstelling van 'n binne-aarse infusie om moederlike uitputting, wat 'n direkte invloed op fetale welsyn kan hê, te voorkom. Die navorser is egter van mening dat die gebrekkige waarnemings en notering van urine-uitskeiding direk met moederlike uitputting verband gehou het weens die feit dat daar in 15 (11,7%) pasiënterekords (n=128) genoteer is dat die moeder geensins haar samewerking tydens die 2^{de} en 3^{de} stadium van kraam gegee het nie. Daar kon ook nie in een van die

rekords gevind word dat enige urine-uitskeiding gemeet, ontleed en die resultate in die pasiënterekord genoteer is nie.

Klagtes van pyn en **pynverligting** is in minder as 14% (of 17) van pasiënterekords (n=128) aangedui, terwyl daar in drie (3 of 17.6%) van hierdie rekords (n=17) gevind is dat die vroedvrou genoteer het dat die pasiënt klagtes van pyn het, maar geen verpleegintervensie/-optrede gevind kon word om die probleem aan te spreek nie. In agt (8 of 47%) pasiënterekords (n=17) is daar genoteer dat die pasiënte Buscopan® as pynstiller ontvang het. Nêrens in hierdie rekords (n=8) kon 'n voorskrif vir die toediening daarvoor gevind word nie. Tydens informele gesprekke met die vroedvroue het hulle aangedui dat die middel sonder voorskrif oor die apteektoonbank gekoop kan word en hulle dus daarop "geregtig" is om die middel sonder voorskrif aan die pasiënt toe te dien. Nie een van die vroedvroue kon egter aan die navorser die farmakologiese werking van *Buscopan®* verduidelik nie, maar sê dat dit vir die "krampe" help met verwysing na uteriene kontraksies. Die navorser het egter gevind dat die vroedvrou in al agt (8) rekords genoteer het dat daar swak samewerking van die pasiënt tydens die 2^{de} stadium was, maar kon dit nie met die farmakologiese werking van *Buscopan®* in verband bring nie. Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat die vroedvrou nie kritiese en analitiese denke ten opsigte van pynverligting toepas nie, aangesien daar feitlik nooit (1.6%; Figuur 4.10) aangedui word wat die pasiënt se reaksie op pynverligting is nie. Geen nuwe-effekte, byvoorbeeld 'n afname in uteriene kontraksies weens die toediening van 'n pynstiller, is genoteer nie. Dit is dus duidelik dat die vroedvrou 'n verpleegintervensie/-optrede implementeer en geensins die effek daarvan evalueer nie. Daar kan met reg verwag word dat die vroedvrou haar intervensie/optrede minstens na 'n redelike tyd evalueer om te bepaal of verdere verpleegintervensies/-optrede nodig is al dan nie.

- Fetale welsyn

In die meeste van die rekords (117 of 91.4%) is daar gevind dat die **fetale hartspoed** slegs een maal tydens die intrapartumfase gerekordeer is. Dit is 'n kommerwekkende tendens aangesien die fetale hartspoed vir die vroedvrou 'n aanduiding gee van hoe dit met die fetus gaan, asook as parameter dien waarvolgens moontlike onmiddellike verpleegoptrede/-intervensies beplan word. Daar was ook gebrekkige monitering en notering van die fetale hart tydens die 2^{de} stadium van kraam – in slegs 31 (24.2%) pasiënterekords (n=128). Slegs by Hospitaal E (28 of 100%) is gevind dat die fetale hart tydens die 2^{de} stadium gerekordeer is, terwyl daar by onderskeidelik Hospitaal A, C en F in slegs een (1) rekord gevind is dat die fetale hartspoed tydens die 2^{de} stadium geneem is.

Die beskikbaarheid van **CTG-strokies** is reeds in paragraaf 5.2.3 bespreek. Ten spyte van die feit dat *CTG*-strokies gebruik word, kon daar in slegs twee (2 of 20%) van die rekords (n=128) gevind word dat die *CTG*-strokie korrek geïmplementeer is, naamlik dat "laat verstadigings voorkom". In laasgenoemde gevalle is die korrekte verpleegintervensie/-optrede geïmplementeer om die probleem aan te spreek. By ses (6 of 75%) van die pasiënte (n=8) wat laat verstadigings gehad het was daar geen onmiddellike verpleegoptrede/-intervensies nie, maar moes 'n keisersnit later gedoen word weens volgehoue laat verstadigings van die fetale hart, terwyl die ander twee (2 of 25%) pasiënte (n=8) 'n normale verteksverlossing gehad het. In die ander rekords waar verstadigings in die fetale hart, vroeë verstadigings (3 of 2.3%) en wisselende verstadigings (5 of 3.9%) voorgekom het, kon die vroedvrou nie die *CTG*-strokie as sodanige verstadigings interpreteer nie. Dit is egter kommerwekkend dat daar wel waarnemings rakende abnormaliteite van die fetale hart gedoen is, maar dat in slegs twee (2 of 1.6%) (figuur 4.15) pasiënterekords (n=128) gevind is dat die verpleegintervensie met die verwagte optrede ooreengestem het, naamlik dat die moeder op haar linkersy gedraai en 40% suurstof per gesigmasker toegedien is.

- Vordering van kraam

54 (42,2%) pasiënterekords (n=128) het geen notering van **uteriene kontraksies** bevat nie, en dui dus op 'n gebrek aan monitering van uteriene kontraksies. Dit maak dit vir die vroedvrou onmoontlik om die effektiwiteit en vordering van kraam te bepaal. Dit is nodig dat uteriene kontraksies halfuurliks tydens die aktiewe fase gemonitor en noteer word ten einde swak kontraksies of oorstimulering van die uterus te bepaal, veral in 'n geval waar oksitotiese middels gebruik word om die effektiwiteit van uteriene kontraksies te verbeter. In 10 (7,8%) pasiënterekords (n=128) is daar gevind dat oksitotiese middels vir induksie van kraam gebruik is, maar in drie (3 of 30%) van hierdie pasiënterekords (n=10) is uteriene kontraksies geensins gemonitor of genoteer nie. Hierdie is 'n aanduiding van 'n algehele gebrek aan kritiese en analitiese denke van die vroedvrou, aangesien oorstimulering van die uterus weens die gebruik van oksitotiese middels uteriene ruptuur kan veroorsaak, wat op sy beurt 'n negatiewe impak op die uitkoms van kraam met betrekking tot die moeder en fetus kan hê. Die navorsers is egter van mening dat die gebrek aan monitering van uteriene kontraksies 'n aanduiding is van gebrekkige kliniese besluitneming in die afwesigheid van kritiese en analitiese denke by die vroedvrou. Die vroedvrou volg ook nie beleidsriglyne wat b dat in die bepaal dat uteriene kontraksies in die aanwesigheid van die toediening van oksitotiese middels minstens halfuurliks gekontroleer moet word nie. Die gebrek aan rapportering van die effek van die toediening van oksitotiese middels is ook 'n aanduiding van 'n gebrek aan goeie kliniese oordeel. Dit is kommerwekkend dat daar gebrekkige monitering van uteriene kontraksies in die aanwesigheid van die gebruik van oksitotiese middels is, aangesien dit tot uteriene ruptuur kan aanleiding gee.

Ten einde die kraamproses aan die gang te kry en minstens 3–4 kontraksies in 10 minute te verkry, word 'n **induksie** somtyds aanbeveel, en word 'n oksitotiese middel vir dié doel gebruik. Die pasiënterekords (n=128) het getoon dat 10 (7,8%) pasiënte oksitotiese middels ontvang het, maar dat die hoeveelheid oksitosien en ook dat die druppels per minuut nie meer dikwels as elke 15 minute verhoog is nie in slegs drie (3)

van die rekords (n=10) genoteer is. Dit is egter kommerwekkend dat daar gebrekkige hantering is van 'n pasiënt wat oksitotiese middels ontvang. Nie een van die pasiënterekords (n=10) het egter die effek van die oksitotiese middel op die verloop van kraam aangedui nie, wat weereens op 'n gebrek aan kritiese en analitiese denke by die vroedvrou dui.

Alhoewel **mekoniumbevlekte vrugwater** in 35 (27.3%) kraamgevallen (n=128) teenwoordig was, is daar in slegs 12 (34.3%) van hierdie rekords (n=35) gevind dat dit op die *partogram* aangedui is. Ten einde die vroedvrou daartoe in staat te stel om 'n geheelbeeld van fetale welsyn te kry, is dit noodsaaklik om alle waarnemings onmiddellik op die gepaste rekords te rekordeer. Die navorser is egter van mening dat die vroedvrou weens 'n gebrek aan goeie rekordhouding en belangrike waarnemings nie daartoe in staat is om 'n geheelbeeld van fetale welsyn te kry nie. Die vroedvrou kan dus weens 'n gebrek aan kritiese en analitiese denke nie goeie kliniese besluite rakende fetale welsyn neem nie.

'n **Vaginale ondersoek** word by toelating deur die vroedvrou uitgevoer om die vordering van kraam te bepaal. Alle waarnemings met betrekking tot die vaginale ondersoek, insluitend die servikale ontsluiting, kop-bo-bekken, stand en posisie van die voorliggende deel, *caput succedaneum* en gieting, is veronderstel om gemonitor en gerekordeer te word. Alhoewel al die pasiënterekords (n=128) getoon het dat 'n vaginale ondersoek gedoen is, was daar gebrekkige rekordhouding rakende die bevindinge tydens die vaginale ondersoek. Die servikale ontsluiting is in slegs 76 (59.4%) pasiënterekords (n=128) genoteer, terwyl die kop-bo-bekken en stand van die voorliggende deel in onderskeidelik 46 (35.9%) en 69 (53.9%) pasiënterekords (n=128) genoteer is. Die navorser is van mening dat die vroedvrou weens 'n gebrekkige interpretasie van bevindinge tydens die vaginale ondersoek swak kliniese besluite neem en daarom die moontlikheid van verlengde baring kan miskyk. Die moontlikheid bestaan ook dat die vroedvrou nie vaardig is met vaginale ondersoeke nie en daarom net op servikale ontsluiting konsentreer in plaas daarvan om alle parameters in ag te

neem ten einde tot goeie kliniese besluitneming, gebaseer op kritiese en analitiese denke, in staat te wees.

5.2.5 *Doelwit 5: Vroedvrou se opvatting van kritiese en analitiese denke*

Vanuit die studie is dit duidelik dat die vroedvrou nie die begrip ***kritiese en analitiese denke*** verstaan of kan omskryf nie. Al die respondente (n=11) was van mening dat ondervinding en intuïsie die belangrikste komponente van kritiese en analitiese denke is. Die navorser is egter van mening dat die vroedvrou nie werklik weet wat kritiese en analitiese denke behels nie, aangesien die meeste (10 of 90.9%) respondente (n=11) nie die begrip *kritiese en analitiese denke* volgens Ignatavicius (2001:32) kon omskryf as "goeie raming van geval gedoen, naamlik krities kyk na probleme, goeie beplanning vir probleme doen en oplossings vir die probleme vind en dan te evalueer of jou optrede korrek was" nie.

Aanbevelings na aanleiding van die gevolgtrekkings word vervolgens onder toepaslike opskrifte en subopskrifte bespreek.

5.3 **Aanbevelings**

Die volgende aanbevelings word na aanleiding van die gevolgtrekkings soos in paragraaf 5.2 bespreek, gemaak.

5.3.1 *Struktuur, fasiliteite en organisering van intrapartumdienste*

Die struktuur, fasiliteite en organisering van intrapartumdienste het 'n definitiewe invloed op die uitkoms vir moeder, fetus en neonaat. Gehaltesorg kan slegs gelewer word indien die struktuur en fasiliteite by 'n inrigting optimaal is. Die navorser maak die volgende aanbevelings in dié verband:

- **Spesifieke kriteria** moet betrefende die **verwysing en verwysingsroetes** van kraampasiënte **per ambulans** na 'n vlak 2-hospitaal saamgestel word. Hierdie verwysingsroetes moet spesifiek wees vir elke instelling en die kortste moontlike roete moet in ag geneem word. Praktiese inligting soos byvoorbeeld kontaknommers moet beskikbaar en te alle tye sigbaar wees in elke perinatalesorgdiens. Alle pogings moet aangewend word om waar prakties moontlik die ambulans slegs aan te wend vir noodgevälle, soos verwysde kraamgevälle aan te wend, en nie vir roetine gevälle nie.
- Die bestuur van instellings moet duidelik omskewe riglyne neerlê rakende die **begeleiding van 'n kraampasiënt** na 'n vlak 2-hospitaal. Die riglyne moet bepaal wie die pasiënt moet vergesel, met ander woorde watter kategorie verpleegpersoneel, en ook watter optrede gevolg moet word indien daar byvoorbeeld nie genoeg personeel aan diens is nie. Die riglyne moet aan alle betrokkenes beskikbaar gestel word en minstens jaarliks hersien word. Dit is ook noodsaaklik dat die bestuur van instellings hulleself van riglyne met betrekking tot padongeluksdekking van personeel vergewis.
- **Faksfasiliteite** moet 24 uur beskikbaar gestel word, veral in die afwesigheid van 'n 24-uur-administratiewe diens. Dit is noodsaaklik sodat lewensbelangrike inligting aan die verwysingshospitaal gekommunikeer kan word ten einde die uitkoms vir die moeder en fetus so positief moontlik te maak. Die navorser beveel ook aan dat fasiliteite 24 uur beskikbaar moet wees vir die duplisering van pasiënterekords, byvoorbeeld 'n kopieermasjien, sodat die verwysingshospitaal 'n geheelbeeld van die volledige verloop van kraam kan hê.
- Ten einde effektief te kan kommunikeer met betrekking tot die pasiënt in kraam, moet daar ernstige oorweging geskenk word aan 'n **gestandaardiseerde verwysingsbrief** wat inligting van die pasiënt in kraam bevat. Die vroedvrou moet

ook die geleentheid gegee word om 'n kort opsomming rakende die geïmplementeerde verpleegintervensies/-optrede te gee sodat 'n volledige oorsig van die pasiënt in kraam verkry kan word.

- **Voorraad en toerusting** moet gestandaardiseer word sodat alle dienste dieselfde produkte gebruik om sodoende verwarring by verpleegpersoneel te voorkom. Waar **daaglikse kontrole** oor voorraad en toerusting uitgeoefen word, soos kontrole van die volwasse en neonatale resussitasietrollie, moet daar verseker word dat dit wel plaasvind deur byvoorbeeld 'n spesifieke persoon vir die doel aan te wys en as sodanig te noteer.
- Die byhou van 'n **deeglike inventaris** rakende die beweging van toerusting, byvoorbeeld die versending van 'n kardiograaf na die tegniese werkwinkel vir herstel, moet in plek gestel word, en waar oortollige bruikbare toerusting geïdentifiseer word, moet dit na hospitale wat dit kan aanwend oorgeplaas word.
- Waar 'n hoofsaaklik vroedvrougedrewe diens beskikbaar is, moet dit vir die **vroedvrou** moontlik wees om **direk met die verwysingshospitaal te kan konsulteer**. Duidelike riglyne in dié verband moet saamgestel en aan alle betrokkenes versprei word.

5.3.2 *Opleiding van verpleegpersoneel*

Die belang van voortgesette opleiding van personeel moenie onderskat word nie. Die navorser is van mening dat voortgesette opleiding 'n bydrae tot die verbetering van die gehalte van perinatalesorgdienste kan lewer.

Aanbevelings in dié verband is as volg:

- **Voortgesette onderrig** moet aan alle kategorieë verpleegpersoneel gegee word met betrekking tot **korrekte rekordhouding**. Opleidingsessies oor rekordhouding moet deurlopend tydens indiensopleidingsessies aangebied word, en daar moet nie net aanvaar word dat verpleegpersoneel reeds tydens hulle opleiding voldoende kennis van rekordhouding opgedoen het nie. Daar moet in gedagte gehou word dat personeel by verskillende instansies opgelei is, en dat rekordhouding en veral pasiënterekords van instelling tot instelling mag verskil.
- 'n **Preseptorprogram** moet ingestel word waar nuwelinge in perinatalesorgdienste leiding ontvang om goues die gestelde eise vir die lewering van 'n effektiewe perinatalesorgdien te kan hanteer. Die navorser beveel aan dat die preseptorprogram vir minstens ses (6) maande gehandhaaf word en selfs langer kan duur waar vroedvroue nog nie vaardig genoeg voel om die verantwoordelikhede van die verloskundige praktyk alleen na te kom nie.
- **Die implementering van gereelde portuurgroep-evaluering** deur geregistreerde vroedvroue sal leemtes vir indiensopleiding identifiseer en die onmiddellike regstelling van die situasie moontlik maak. Montgomery (Patterson, 1996:52) stel dit "that peers are capable of accurately perceiving and interpreting one another's behaviour". Die navorser huldig dieselfde standpunt.
- Waar personeeltekorte die rede is vir die nie-bywoning van indiensopleidingsprogramme deur die Departement van Gesondheid, behoort **aflospersoneel** aangewys te word ten einde die personeel in staat te stel om die indiensopleiding by te woon. Vanuit dié studie is dit duidelik dat personeeltekorte dikwels die "skuld" kry vir die nie-bywoning van gestruktureerde indiensopleidingsprogramme.
- Verpleegbestuurders moet deeglik bewus wees van die kennis en vaardighede van elke vroedvrou in perinatalesorgdienste deur op 'n gereelde basis, byvoorbeeld

driemaandeliks, 'n **assessering** van die **vaardighede van die vroedvrou** te doen. Enige probleme wat op hierdie wyse geïdentifiseer word moet onmiddellik aangespreek word deur middel van indiensopleiding of selfs deur die vroedvrou vir 'n **opknappingskursus** aan 'n groter instelling te stuur, byvoorbeeld 'n tersiêre akademiese instelling.

- Vroedvroue moet aangemoedig word om die **PEP-kursus (Perinatal Education Programme)** te voltooi, veral waar 'n hoofsaaklik vroedvrougedrewe diens gelewer word. Hierdie kursus stel vroedvroue in 'n spesifieke diens daartoe in staat om almal dieselfde diens te lewer, en om terselfdertyd hulle kennis en vaardighede met betrekking tot die hantering van perinatalesorg op te knap.
- Verpleegbestuurders moet waar moontlik aan **vroedvroue se versoeke** om in die kraamsaal geplaas te word, al dan nie, voldoen. Uit informele gesprekke met die vroedvroue is dit duidelik dat meer as die helfte van die vroedvroue "gedwing" word om in die kraamsaal te werk terwyl dit nie hulle voorkeurkeuse is nie. 'n Effektiewe diens kan slegs deur 'n gemotiveerde en bereidwillige werker gelewer word. Die navorser is egter bewus van die feit dat waar daar 'n tekort aan personeel is, dit nie altyd moontlik is om aan die voorkeurkeuse van die personeelid te voldoen nie. Die verpleegbestuurder moet egter 'n daadwerklike poging aanwend om die situasie so gou doenlik te normaliseer deur 'n geskikte bereidwillige personeelid te vind wat bereid is om in die kraamsaal diens te lewer.
- Die **verloskundekomponent** van die geïntegreerde verpleegkunde-kursus behoort ononderbroke aangebied te word betreffende die teoretiese en praktiese komponent, sodat vaardighede eers ingeoefen en vasgelê kan word alvorens die vroedvrou aan die eise van die praktyk blootgestel word.
- **Dosente** aan tersiêre instellings moet kritiese en analitiese denke stimuleer deur van probleemoplossingsvaardighede en gevallestudies as onderrigmetode gebruik te

maak, byvoorbeeld die aanbied van pasiëntedata vir interpretering en beplanning van toepaslike verpleegintervensies en –optrede deur die studente. Op hierdie wyse kan kritiese en analitiese denke gestimuleer word.

- **Die noodsaaklikheid van die gebruik van die partogram** moet deurlopend tydens indiensopleiding by die vroedvrou ingeprent word. Die partogram word as die belangrikste rekord beskou om die vordering van kraam te monitor, en daarom is dit noodsaaklik dat die gebruik daarvan spoedig in alle perinatalesorgdienste geïmplementeer word. Die Departement van Gesondheid het duidelike riglyne saamgestel vir die korrekte gebruik van die *partogram*, maar in die studie is daar gevind dat dit gebrekkig gebruik en voltooi word soos in paragraaf 4.2.2 bespreek.

5.3.3 *Protokolle en beleidsriglyne van toepassing op vlak 1-hospitale (vervoer, noodoptrede, kardiotoekograaf, noodbehandeling vir pre-eklampsie, abruptio placentae)*

Die beskikbaarheid van protokolle en beleidsriglyne by die onderskeie hospitale (n=6) in die studie is volledig in paragraaf 4.2 onder die subopskrif *Afdeling 7: Protokolle* bespreek. Die navorser is van mening dat protokolle en beleidsriglyne nie as die ondermyning van die vroedvrou se praktykvoering gesien moet word nie, maar eerder as 'n hulpmiddel ten einde 'n gehalte perinatalesorgdiens te lewer.

Die navorser se aanbevelings rakende toepaslike protokolle en beleidsriglyne is as volg:

- **Gestandaardiseerde, eenvormige protokolle en beleidsriglyne** moet by alle vlak 1-hospitale beskikbaar wees ten einde 'n gehalte perinatalesorgdiens te lewer. Hierdie protokolle en beleidsriglyne moet **minstens jaarliks opgedateer** en deur alle betrokkenes onderteken word. Praktykervaring het die navorser geleer dat protokolle en beleidsriglyne dikwels deur die Departement van Gesondheid aan

hospitaalbestuur vir verspreiding beskikbaar gestel word, maar dat dit nie gebeur nie. Odendal (2002:iii) se aanbeveling in dié verband is dat die protokolle en beleidsriglyne op die webblad van die Department van Gesondheid beskikbaar moet wees. Die navorser ondersteun hierdie aanbeveling aangesien al die hospitale oor 'n gerekenariseerde inligtingstelsel beskik. Tydens data-insameling by die onderskeie hospitale het die verpleegpersoneel gesê dat hulle van bestaande gestandaardiseerde protokolle en beleidsriglyne bewus is, maar dat dit nog glad nie aan die betrokke persone vir implementering versprei is nie.

- **Intensiewe indiensopleiding** moet aan alle persone gegee word rakende die **korrekte implementering van gestandaardiseerde protokolle en beleidsriglyne**. Die bestuur van hospitale moet verseker dat voorraad en toerusting soos deur die protokolle en beleidsriglyne voorgeskryf word, by die betrokke instellings beskikbaar is. Dit kan deur goeie finansiële beplanning gedoen word ten einde doeltreffende implementering daarvan te bewerkstellig.
- Alle rolspelers moet **minstens jaarliks** die gestandaardiseerde protokolle en beleidsriglyne **valueer** ten einde die toepaslikheid en effektiwiteit daarvan te bepaal sodat die nodige aanpassings, al dan nie gemaak kan word. Alle veranderinge aan bestaande protokolle en beleidsriglyne moet onmiddellik aan die betrokkenes **gekommunikeer** word ten einde die effektiewe funksionering van die diens te fasiliteer en veilige sorg aan die pasiënt te verseker.

5.3.4 Oudit van rekords

Die oudit van rekords is volledig in paragraaf 2.3.4.4 bespreek. Die oudit van pasiënterekords word dikwels gebruik om die gehalte van verpleegsorg te bepaal. Cowan (2002:221) skryf in dié verband: "*Risk reduction programmes supported by clinical audits are quality improvement processes that seek to improve patient care and outcomes, by the identification and minimising of risk. This is achieved by systematic review of care and the*

problems arising from it against explicit criteria and the implementation of change." Die navorsers is egter van mening dat die resultate van die oudits nie aan personeel gekommunikeer word nie, en dat geïdentifiseerde probleme nie aangespreek word ten einde 'n aanpassing te maak om die beste gehalte van pasiëntesorglewering te verseker nie. Praktykervaring het die navorsers geleer dat daar hoofsaaklik op die basiese wetlike aspekte van pasiënterekords gekonsentreer word, naamlik die teenwoordigheid van leesbare handtekeninge en range, die numering van bladsye, die datum en tyd van inskrywings, asook die pasiënt se naam en lêernommer. Geen aanduiding word aan aspekte ten opsigte van die gehalte van inskrywings, naamlik die toepaslike verpleegintervensie/-optrede geskenk nie. Die navorsers se aanbevelings in dié verband is:

- **'n Gestandaardiseerde, wetenskaplik getoetste ouditinstrument** vir die oudit van pasiënterekords moet aan alle gesondheidsinstellings beskikbaar gestel word vir implementering.
- **Persone** wat die oudit van pasiënterekords doen moet **deeglik opgelei** word ten einde 'n sinvolle bydrae ten opsigte van gehalte pasiëntesorg te kan lewer.
- **Afgehandelde oudits moet beskikbaar gestel en bespreek word** sodat die nodige aanpassings gemaak kan word aan die verpleegsorg wat aan pasiënte gelewer word. Voorgestelde aanpassings moet so gou doenlik geïmplementeer word en 'n definitiewe sperdatum vir die herevaluering van die geïmplementeerde aanpassings moet aan die betrokkenes gegee word.
- **Pasiënterekords wat by litigasiesake betrokke is** moet tydens indiensopleidingsessies met alle personeel bespreek. Hierdeur kan personeel bewus gemaak word van die belang van goeie rekordhouding, en terselfdertyd indiensopleiding ontvang oor die wetlike aspekte daarvan.

5.3.5 *Personeeltoewysing*

Die beskikbaarheid van personeel is in paragraaf 4.2 onder die subopskrif *Afdeling 2: Personeel* besoreek, en personeeltoewysing in paragraaf 4.3. Vanuit die studie blyk dit dat daar in al die hospitale (n=6) 'n tekort aan personeel is om 'n gehalte perinatalesorgdiens te lewer. Tydens die ongeskeduleerde onderhoude met verpleegpersoneel het die navorser tot die gevolgtrekking gekom dat personeeltoewysing lukraak plaasvind. Rekordhouding van personeeltoewysing wat 'n belangrike rol tydens litigasiesake kan speel om moontlike betrokkenes by die geregtelike ondersoek te identifiseer, vind ook nie plaas nie.

Na aanleiding van die resultate word die volgende aanbevelings met betrekking tot personeeltoewysing gemaak:

- **Navorsing** moet op nasionale vlak gedoen word **oor die getalsverhouding volgens personeelnorme tussen verpleegkundige en pasiënt** in die onderskeie gesondheidsdiensinstellings. Vanuit die studie blyk dit dat die personeeldiensstaat spesifiek met betrekking tot kraamsale nie hierdie getalsverhouding doeltreffend aanspreek nie, en dat daar geen personeelnorm gevind kon word waarvolgens personeel aan die onderskeie afdelings toegewys word nie. Personeel volgens die diensstaat is in paragraaf 4.2 onder die subopskrif *Afdeling 2: Personeel* bespreek en, word met Figure 4.1 en 4.2 en Tabel 4.2 toegelig.
- **Rekordhouding met betrekking tot personeeltoewysing** moet geïmplementeer word sodat elke personeellid spesifiek weet watter take sy gedurende die spesifieke skof moet uitvoer. Dit is nie nodig om addisionele boeke vir dié doel by te hou nie, maar dit kan op die daaglikse oorspronklike dienslys aangeteken word. Die oorspronklike dienslys is 'n wetlike dokument wat vir 'n bepaalde tydperk in 'n argief vir verdere verwysing geliasseer word. Sou enige litigasiesak uit moontlike nalatigheid voortspruit, kan die betrokke

verpleegpersoneel onmiddellik geïdentifiseer word en die ondersoek spoedig afgehandel word.

5.3.6 *Verdere navorsing*

Die omvang van hierdie studie is spesifiek tot die evaluering van kritiese en analitiese denke van verpleegintervensies tydens die intrapartumfase by vlak 1-hospitale in die Wes-Kaap beperk. Die navorser beveel aan dat verdere navorsing oordie volgende gedoen word:

- Die **effek van personeeltekorte** op die gehalte diens wat tydens perinatalesorg gelewer word, en dat daadwerklike pogings deur die rolspelers in gesondheidsdienste aangewend moet word om die personeeltekorte effektief aan te spreek.
- 'n **Oudit** op prrvinsiale vlak **van die verskillende rekords wat in perinatalesorgdienste gebruik word**, ten einde alle huidige pasiënterekords te standaardiseer. In die studie is gevind dat daar geweldige duplisering van pasiëntedata voorkom, byvoorbeeld rekordhouding van aanvanklike waarnemings tydens toelating op die ramingsvorm, die *Toelatingsnota: Verloskunde*, die *Partogram* en die *POVV*. Die navorser is egter van mening dat dít moontlik die rede mag wees waarom dit blyk dat gebrekkige rekordhouding plaasvind. Personeel in perinatalesorgdienste het ook hulle kommer uitgespreek oor die geweldige duplisering van pasiëntedata, veral omdat personeeltekorte die "skuld" kry vir gebrekkige rekordhouding. 'n Studie gedoen deur die *Methodist Medical Center* in Dallas, Texas het getoon dat rekordhoudingstyd met 40–50% verminder kan word deur van gestandaardiseerde vloeikaarte gebruik te maak (Miller & Pastorinio, 1990:48).

- Die **instel van Voortgesette Professionele Opleiding** (VPO-punte) ten einde die kennis en vaardigheidsvlak van verpleegpraktisyns in perinatalesorgdienste op datum te hou.

5.4 Samevatting

In Hoofstuk 5 is die gevolgtrekkings op grond van die ingesamelde data gegee. Die gevolgtrekkings is ook op grond van die gestelde doelwitte in Hoofstuk 1, paragraaf 1.3 gegee.

As samevatting word daar bevind dat daar 'n gebrek is aan die lewering van gehalte intrapartumsorg in perinatalesorgdienste. Dit is ook duidelik uit die studie dat verpleegpersoneel swak kliniese besluitneming uitoefen in die afwesigheid van kritiese en analitiese denke. Die navorser is egter van mening dat hierdie probleme effektief aangespreek kan word deur middel van deurlopende indiensopleidingsprogramme, die aanspreek van personeeltekorte en die daarstelling van 'n goedgedefinieerde infrastruktuur ter ondersteuning van perinatalesorgdienste by vlak 1-hospitale.

BRONNELYS

- Alforo-LeFevre R. 2004. **Critical Thinking and Clinical Judgment: A practical approach.** 3rd Edition. Philadelphia: Elsevier Science.
- Baird AG., Jewel D. & Walker JJ. 1996. Management of labour in an isolated rural maternity hospital. *British Medical Journal (International Edition)*. **321**(7025):223-240.
- Bennett VR. & Brown LK. 2000. **Myles textbook for Midwives.** 13th Edition. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Booyens SW. (ed.). 1998. **Introduction to Health Services Management.** 2nd Edition. Kenwyn: Juta.
- Brent NJ. 1997. **Nurses and the Law: A guide to Principles and Applications.** Philadelphia: WB. Saunders Company.
- Bucknall TK. 2000 Critical care nurses' decision-making activities in the natural clinical setting. *Journal of Clinical Nursing*. **9**:25-36.
- Burns N., & Grove SK, 2001. **The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique & Utilization.** 4th Ed4th Edition. Philadelphia: WB Saunders Company.
- Cowan PJ. 2002. The role of clinical audit in risk reduction. *British Journal of Clinical Governance*. **7**(3):220-223.

- 9 Creswell JW. 1994. **Research design: Qualitative and quantitative approaches.**
London: Sage Publishers.
- 10 Curran CA. 2003 Quick action improves maternal and fetal odds during intrapartum emergencies. *Journal of Obstetric Gynecological and Neonatal Nursing*. **32**(6):802–813.
- 11 De Vos AS. 1998. **Research at Grass Roots: A primer for the caring professions.**
Pretoria: Van Schaik Publishers.
- 12 Ehrenberg A. 2001 Auditing nursing content in patient records. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. **15**(2):133-142.
- 13 Ehrenberg A. & Ehnfors M. 2001 The accuracy of patient records in Swedish nursing homes: congruence of record content and nurses' and patients' descriptions. *Scand J Caring*. **15**:303-310.
- 14 Frank-Stromborg M. & Christensen A. 2001 Nurse Documentation: Not Done or Worse, Done the Wrong Way – Part II. *ONF*. **28**(5):841–846.
- 15 Gillies DA. 1994. **Nursing Management: A Systems Approach.** 3rd Edition.
Philadelphia: WB. Saunders Company.
- 16 Girot EA. 1995. Preparing the practitioner for advanced academic study: the development of critical thinking. *Journal of Advanced Nursing Studies*. **21**:387–394.
- 17 Republiek van Suid-Afrika. 30 November 1984. Goewermentskennisgewing No. R. 2488.
Die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging: Regulasies betreffende die Voorwaardes waaronder Geregistreerde Vroedvroue en Ingeskrewe Vroedvroue hul Beroep mag Uitoefen. Pretoria: Staatsdrukker.

Republiek van Suid-Afrika. 30 November 1984. Goewermentskennisgewing No. R. 2598.

Die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging: Regulasie betreffende die Bestek van Praktyk van Persone wat Kragtens die Wet op Verpleging, 1978, Geregistreer of Ingeskryf is. Pretoria: Staatsdrukker.

Greenwood J., Sullivan J. , Spence K., & McDonald M. 2000. Nursing scripts and the organizational influences on critical thinking: Report of a study of neonatal nurses' clinical reasoning. *Journal of Advanced Nursing*. **31**(5):1106-1114.

Department of Health, South Africa. 2000. Guidelines for maternity care in South Africa: a manual for clinics, community health centres and district hospitals. Pretoria: Department of Health.

Duchscher JE. 1999. Catching the wave: Understanding the concept of critical thinking. *Journal of Advanced Nursing*. 29(3):577-583)

Nursing & Midwifery Council (NMC). April 2002. **Guidelines for records and record keeping**. United Kingdom: London.

Harbison J. 1991. Clinical decision making in nursing. *Journal of Advanced Nursing*. **16**:404-407.

Ignatavicius DD. 2001 Six critical thinking skills for at-the-bedside success. *Dimens Crit Care Nurs.*, **20**(2):30-33.

Kemp A. & Richardson E. 1991. **Quality Assurance in Nursing Practice**. Oxford: Butterworths-Heinemann Ltd.

Krefting L. 1991. Rigor in qualitative research: The assessment of trusworthiness. *The American Journal of Occupational Therapy*. **45**(3):214-222.

- Nurses Board of Western Australia. December 2001. **Management of Patient Information and Documentation Guidelines**. Australia: Sydney.
- Meurier CE. 1998. The Quality of assessment of patients with chest pain: the development of a questionnaire to audit the nursing assessment record of patients with chest pain. *Journal of Advanced Nursing*. **27**:140–146.
- Meyer M., Van Niekerk S. & Naudé, M. 2004. **The Unit Manager. A Comprehensive Guide**. 2nd Edition. Johannesburg: Heinemann.
- Miller MA. 1992. Outcomes evaluation: measuring critical thinking. *Journal of Advanced Nursing*. **17**:1401-1407.
- Miller P. & Pastorinio CA. 1990. Daily Documentation Can Be Quick and Thorough!. *Nursing Management*, **21**(11):47–49.
- O'Driscoll K. & Meagher D. 1986. **Active Management of Labour**. Second Edition. London: Baillière Tindall.
- Odendal H. 2004. **Obstetrics, Gynaecologic and Neonatal Services in the Western Cape: Situational Analysis**. Western Cape: Department of Health.
- Department of Health. Western Cape. 2004. **Partogram: Standard Document & Guidelines**. Cape Town: Department of Health.
- Patterson E. 1996. The analysis and application of peer assessment in nurse education, like beauty, is in the eye of the beholder. *Nurse Education Today*. **16**:49–55.
- Theron, G. 1996. **Perinatal Education Programme. Manual 1: Maternal Care**. Cape Town: Perinatal Education Trust.

- Potter PA. & Perry AG. 1997. **Fundamentals of Nursing Concepts, Process and Practice.** 4th Edition. St Louis: Mosby Yearbook.
- Quick action improves maternal and fetal odds during intrapartum emergencies. 2004. *Women's health Weekly*. January 8:88.
- Redding DA. The Development of Critical Thinking among Students in Baccalaureate Nursing Education. *Holistic Nursing Practice*. 2001, **5**(4): 57 – 64.
- Department of Health. South Africa. 2002. **Saving mothers. Second Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in South Africa.1999–2001.** Pretoria: Department of Health.
- Sellers PM. 1995a. **Midwifery. Volume 1. Normal Childbirth.** Second Impression. Kenwyn: Juta & Co.
- Sellers PM. 1995b. **Midwifery. Volume 2. Complications in childbirth.** Second Impression. Kenwyn: Juta & Co.
- Shin KR. 1998. Critical thinking ability and clinical decision-making skills among senior nursing students in associate and baccalaureate programmes in Korea. *Journal of Advanced Nursing*. **27**(2):414-419.
- Uys HHM. & Basson AA. 1991. **Navorsingsmetodologie in die Verpleegkunde.** Pretoria: Haum.
- Welman, EB. 2004. Persoonlike onderhoud. Universiteit Stellenbosch: Departement Verpleegkunde. 10 Augustus.
- Wilkinson JM. 1996. **Nursing Process: A Critical Thinking Approach.** 2nd Edition. Philadelphia: Addison Wesley.

Woods DL. (Ed.) 1998. **Perinatal Education Programme. Introduction to the Maternal Care Manual.** Cape Town: University of Cape Town.

HOSPITAALINLIGTING

BYLAE 1

HOSPITAALINLIGTING

HOSPITAALINLIGTING

.....(naam)

1. Aantal bevallings volgens kraamregister

	JAN	FEB	MRT	APR	MEI	JUN	JUL	AUG	SEP	OKT	NOV	DES
Dag												
Nag												

2. Personeel (Verpleegkundig) – ten tyde van data-analise volgens diensrooster

	Dagpersoneel	Nagpersoneel
Geregistreerde vroedvroue		
Geregistreerde verpleegkundiges(sonder verloskundekwalifikasie)		
Ingeskrewe verpleegkundiges		
Verpleegassistente		

3. Ten opsigte van die geneesheer:

- 24 uur op roep
- Net gedurende dag beskikbaar
- Net telefonies beskikbaar
- Slegs in hospitaal met roetine konsultasierondtes (bv. daaglik)

4. Ten opsigte van vervoer:

- 4.1 Ambulans beskikbaar op perseel Ja Nee
- 4.2 Ambulans beskikbaar op telefoniese navraag binne uur
(skryf die aantal uur in) Ja Nee
- 4.3 Verpleegpersoneellid moet pasiënt vergesel Ja Nee
- 4.4 Watter kategorie verpleegpersoneel vergesel die pasiënt?
- Vroedvrou
- Ingeskrewe verpleegkundige
- Verpleegassistent
- Wie beskikbaar is

Bepaal deur pasiënt se
toestand

5. Ten opsigte van konsultasie

- 5.1 Amptelike ooreenkoms met vlak 2-hospitaal Ja Nee
- 5.2 Amptelike ooreenkoms met plaaslike geneesheer Ja Nee
- 5.3 Geskrewe riglyn tov konsultasie (dag) Ja Nee
- 5.4 Geskrewe riglyn tov konsultasie (nag) Ja Nee
- 5.5 Gestandaardiseerde verwysingsbrief Ja Nee
- 5.6 Faksfasiliteite beskikbaar om inligting
na geneesheer/hospitaal te stuur (dag) Ja Nee
- 5.7 Faksfasiliteite beskikbaar om inligting te stuur
na geneesheer/ hospitaal (nag) Ja Nee
- 5.8 Mag die verpleegkundige 'n pasiënt direk
na 'n vlak 2-hospitaal verwys sonder dat daar
met 'n plaaslike geneesheer gekonsulteer is? Ja Nee
- 5.9 Mag die verpleegkundige 'n pasiënt na 'n
vlak 2-hospitaal verwys indien hy/sy nie tevrede is met
die opinie en/of optrede van die geneesheer nie? Ja Nee

6. Voorraad en toerusting

6.1 Beskikbaarheid van kardiotoekografie

- 6.1.1 Kardiotoekografie beskikbaar in hospitaal Ja Nee
- 6.1.2 Alarm op kardiotoekograaf aangeskakel Ja Nee
- 6.1.3 Fetale hart hoorbaar Ja Nee
- 6.1.4 Monitering van fetale hart & kontraksies Ja Nee NVT
- 6.1.5 Geskrewe riglyn beskikbaar in hospitaal t.o.v
gebruik Ja Nee NVT
- 6.1.5.1 Vir watter pasiënte?
- 6.1.5.2 Hoe lank per keer?
- 6.1.5.3 Onder watter omstandighede?
- 6.1.5.4 Optrede in geval van abnormaliteite?
- 6.1.5.5 Wie evalueer die uitslag?
- 6.1.6 Aantal kardiotoekograwe in hospitaal (skryf in)

6.2 Suurstof

- 6.2.1 Gepypde suurstof Ja Nee
- 6.2.2 Suurstofsilinder Ja Nee
- 6.2.3 Aantal silinders

6.2.4 Waar word silinders gebêre?.....

6.2.5 Kontrole van silinders Ja Nee

6.2.6 Hoe dikwels vind kontrole van silinders plaas?(skryf in)
.....

6.2.7 Suurstofmasker gekoppel Ja Nee

6.2.8 Vloeimeter beskikbaar Ja Nee

6.2.9 Vloeimeter gekoppel Ja Nee

6.3 Infusiepomp (gebruik van oksitosien)

6.3.1 Is daar 'n infusiepomp beskikbaar? Ja Nee

6.3.2 Aantal infusiepompe beskikbaar

6.3.3 Tipe infusiepomp beskikbaar
(Skryf in).....

6.3.4 Voorskrif stem ooreen met die tipe infusiepomp beskikbaar

(bv. voorskrif: ml/min; infusiepomp: druppels/min) Ja Nee

6.3.5 Alarm op infusiepomp word aangeskakel Ja Nee

6.3.6 Alarm op infusiepomp in werking Ja Nee

6.3.7 Alarm op infusiepomp word afgedraai Ja Nee

6.4. Resussitasie toerusting en medikasie: Volwasse en neonaat

(Kontroleer of die volgende items op die noodtrollie is)

Resussitasie toerusting en medikasie: Volwasse

6.4.1 Instrumente:

6.4.1.1 Laringoskoop handvat met batterye gekoppel

aan 'n geboë lem (MacIntosh) Ja Nee

6.4.1.2 Reguit Laringoskoop lem Ja Nee

6.4.1.3 Ambusak met: Ja Nee

- gesigmasker Ja Nee

- geriffelde verlengingstuk (volwasse) Ja Nee

6.4.1.4 Mondspier Ja Nee

6.4.1.5 Tongklem Ja Nee

6.4.1.6 Riffelbuis met endotracheale koppeling Ja Nee

6.4.1.7 Arterieklem (muskietklem) Ja Nee

6.4.1.8	10 ml wegdoenbare spuit gevul met lug	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.1.9	Suurstofvloeimeter	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.1.10	Lignokaïen topikale sproei	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.1.11	Lignokaïensproei	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.1.12	Tongspatel	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.2 <u>Geneesmiddels:</u>					
6.4.2.1	Adrenalien 1:1000/1ml	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.2.2	Aminophyllin 250mg/10ml	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.2.3	Atropien 0,5mg/1ml	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.2.4	Dekstrose 50%/50ml	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.2.5	Furosemied 20mg/2ml	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.2.6	Hidrokortisoon 100mg/2ml	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.2.7	Kaliumchloried 1,5mg/10ml	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.2.8	Lignokaïen 2%20mg/ml 5ml	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.2.9	Lignokaïen 10% 100mg/ml 5ml	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.2.10	Natriumbikarbonaat 4% 50ml	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.2.11	Naloksoon 0,4mg/1ml	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.2.12	Prometasien 25mg/1ml	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.2.13	Verapamil 5mg/2ml	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.2.14	Vit. K 10mg/1ml	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.2.15	Water vir inspuiting 10ml	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.3 <u>Ander:</u>					
6.4.3.1	Ampulevyltjies	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.3.2	Alkoholdeppers X 10	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.3.3	Endotrageale buise met mansjet en koppeling:- 6	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
	- 6.5	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
	- 7	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
	- 8	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
	- 8.5	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
	- 9	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.3.4	Lugweë: Grootte : - 0	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
	- 1	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee

- 2	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
- 3	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
- 4	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.3.5 Suurstofmaskers: - 24%	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
- 28%	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
- 35%	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
- 40%	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.3.6 Suigapparaat: elektries of voetaksie	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.3.7 Suigkateters	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.3.8 Yankhauer-suier	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.3.9 Toerniket	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.3.10 Pleisters	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.3.11 Stetoskoop	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.3.12 Baumanometer	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.3.13 Flits	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.3.14 Vol suurstofsilinder met:	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
- vloeimeter	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
- humidifiseringsbottel (leeg)	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
- silikonbuis	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
- suurstofmasker	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.3.15 Hartmasseringsplank	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.3.16 Skêr	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.4 <u>Binne-aarse vog en -benodigdhede:</u>				
6.4.4.1 Dekstrose 5% - 200ml	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.4.2 Natriumbikarbonaat in water 0,9% - 1000ml	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.4.3 Natriumbikarbonaat 4,2% - 500ml	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.4.4 Natriumchloried 0,9% - 1000ml	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.4.5 Plasmolyte B – 1000ml	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.4.6 Ringerslaktaat – 1000ml	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.4.7 Haemacel – 1000ml	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.4.8 Toedieningstel 15 druppels/ml	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
6.4.4.9 Toedieningstel 60 druppels/ml	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee

- 6.4.4.10 Bloedtoedieningstel Ja Nee
- 6.4.4.11 Sentrale veneuselynstel Ja Nee
- 6.4.4.12 Spuite: 2ml Ja Nee
- 5ml Ja Nee
- 10ml Ja Nee
- 20ml Ja Nee
- 6.4.4.13 Spuitnaalde: 18g Ja Nee
- 20g Ja Nee
- 23g Ja Nee
- 26g Ja Nee
- 6.4.4.14 "Butterfly" naalde No. 19g Ja Nee
- No. 21g Ja Nee
- 6.4.4.15 Intrakardiale naald Ja Nee
- 6.4.4.16 Intraveneuse kanules No. 18g Ja Nee
- No. 20g Ja Nee
- No. 22g Ja Nee
- 6.4.4.17 Sentrale veneuse kateter No. 16g Ja Nee

6.4.5. Hoe dikwels vind kontrole van noodtrollie plaas? (skryf in)

.....

6.4.6 Word kontrole van noodtrollie gerekordeer? Ja Nee

6.4.6.1 Indien "ja", laaste datum van kontrole van noodtrollie (skryf in)

.....

6.4.7 Waar word die noodtrollie gehou? (skryf in)

.....

Resussitasie toerusting en medikasie: Neonaat

6.4.8 Mecakrip in gebruik Ja Nee

6.4.8.1 *Instrumente:*

6.4.8.1.1 Samson-resussiteerder met koppelstuk en

gesigmasker (neonataal)

Ja Nee

- 6.4.8.1.2 Positiewe-druk neonatale suurstofapparaat (moet veiligheidsmeganisme hê om druk bo 2,5–3,0 kPa te voorkom) Ja Nee
- 6.4.8.1.3 Pediatriese ambusak met riffelbuis en masker Ja Nee
- 6.4.8.1.4 Magill's klem Ja Nee
- 6.4.8.1.5 Endotrageale buise met mansjet en konneksies:
- 2,5 Ja Nee
- 3 Ja Nee
- 3,5 Ja Nee
- 4 Ja Nee
- 6.4.8.1.6 Endotrageale voeders (buigbare draadstilet) Ja Nee
- 6.4.8.1.7 Neonatale laringoskoop met reguit/gekurfde lem Ja Nee
- 6.4.8.1.8 Neonatale lugweë: Grootte: - 0 Ja Nee
- 00 Ja Nee
- 000 Ja Nee
- 6.4.8.2 Geneesmiddels
- 6.4.8.2.1 Adrenalien 1:10 000 Ja Nee
- 6.4.8.2.2 Neonatale Narcan 0,02mg/ml Ja Nee
- 6.4.8.2.3 Natriumbikarbonaat 4% - 50ml Ja Nee
- 6.4.8.2.4 Dekstrose 50% - 20ml Ja Nee
- 6.4.8.3 Binne-aarse vog
- 6.4.8.3.1 Dekstrose 10% in water – 200ml Ja Nee
- 6.4.8.3.2 Neonatalyte – 200ml Ja Nee
- 6.4.8.3 Ander:
- 6.4.8.3.1 Steriele umbilikale kateter: 3gF Ja Nee
- 5gF Ja Nee
- 6.4.8.3.2 Spuite: 2ml Ja Nee
- 5ml Ja Nee
- 10ml Ja Nee
- 20ml Ja Nee
- 6.4.8.3.3 Spuitnaalde: 18g Ja Nee
- 20g Ja Nee

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 23g | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 26g | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 6.4.8.3.4 "Butterfly" naalde No. 19g | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| No. 21g | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 6.4.8.3.5 Suigkateter 6 gF | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 6.4.8.3.6 Toedieningstel 60 druppels/ml | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 6.4.8.3.7 Alkoholdeppers | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 6.4.8.3.8 Pleisters | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

6.4.8.4 Hoe dikwels vind kontrole van neonatale noodtrollie plaas? (skryf in)

.....

6.4.8.5 Word kontrole van neonatale noodtrollie gerekordeer? Ja Nee

6.4.8.5.1 Indien "ja", laaste datum van kontrole van noodtrollie (skryf in)

.....

6.4.8.6 Waar word noodtrollie gehou? (skryf in)

.....

7. Protokolle

7.1 Hantering van hipertensie

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 7.1.1 Skriftelik beskikbaar | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 7.1.2 Opgedateer gedurende die afgelope jaar | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 7.1.3 Onderteken deur alle geneeshere
in die hospitaal | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 7.1.4 Datum van protokol is aangedui | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 7.1.5 Onderteken die deur Mediese Superintendent | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 7.1.6 Spesifiseer noodoptrede | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 7.1.7 Spesifiseer medikasie | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

7.2 Hantering van pre-eklampsie

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| 7.2.1 Skriftelik beskikbaar | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 7.2.2 Opgedateer gedurende die afgelope jaar | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

- 7.2.3 Onderteken deur alle geneeshere
in die hospitaal Ja Nee
- 7.2.4 Datum van protokol is aangedui Ja Nee
- 7.2.5 Onderteken deur die Mediese Superintendent Ja Nee
- 7.2.6 Spesifiseer noodoptrede Ja Nee
- 7.2.7 Spesifiseer medikasie Ja Nee

7.3 Hantering van eklampsie

- 7.3.1 Skriftelik beskikbaar Ja Nee
- 7.3.2 Opgedateer gedurende die afgelope jaar Ja Nee
- 7.3.3 Onderteken deur alle geneeshere
in die hospitaal Ja Nee
- 7.3.4 Datum van protokol is aangedui Ja Nee
- 7.3.5 Onderteken deur Mediese Superintendent Ja Nee
- 7.3.6 Spesifiseer noodoptrede Ja Nee
- 7.3.7 Spesifiseer medikasie Ja Nee

7.4 Hantering van fetale nood

- 7.4.1 Skriftelik beskikbaar Ja Nee
- 7.4.2 Opgedateer gedurende die afgelope jaar Ja Nee
- 7.4.3 Onderteken deur alle geneeshere
in die hospitaal Ja Nee
- 7.4.4 Datum van protokol is aangedui Ja Nee
- 7.4.5 Onderteken deur die Mediese Superintendent Ja Nee
- 7.4.6 Spesifiseer noodoptrede Ja Nee
- 7.4.7 Spesifiseer medikasie Ja Nee

7.5 Hantering van onderdrukking van premature kraam

- 7.5.1 Skriftelik beskikbaar Ja Nee
- 7.5.2 Opgedateer gedurende die afgelope jaar Ja Nee
- 7.5.3 Onderteken deur alle geneeshere
in die hospitaal Ja Nee
- 7.5.4 Datum van protokol is aangedui Ja Nee
- 7.5.5 Onderteken deur die Mediese Superintendent Ja Nee

7.5.6 Spesifiseer noodoptrede Ja Nee

7.5.7 Spesifiseer medikasie Ja Nee

7.6 Hantering van verwysing na vlak 2 hospitaal

7.6.1 Skriftelik beskikbaar Ja Nee

7.6.2 Opgedateer gedurende die afgelope jaar Ja Nee

7.6.3 Onderteken deur alle geneeshere
in die hospitaal Ja Nee

7.6.4 Datum van protokol is aangedui Ja Nee

7.6.5 Onderteken deur die Mediese Superintendent Ja Nee

7.6.6 Spesifiseer noodoptrede Ja Nee

7.7 Hantering van vervoer van pasiënt

7.7.1 Skriftelik beskikbaar Ja Nee

7.7.2 Opgedateer gedurende die afgelope jaar Ja Nee

7.7.3 Onderteken deur alle geneeshere
in die hospitaal Ja Nee

7.7.4 Datum van protokol is aangedui Ja Nee

7.7.5 Onderteken deur die Mediese Superintendent Ja Nee

7.7.6 Spesifiseer noodoptrede Ja Nee

7.8 Hantering van VFM

7.8.1 Skriftelik beskikbaar Ja Nee

7.8.2 Opgedateer gedurende die afgelope jaar Ja Nee

7.8.3 Onderteken deur alle geneeshere
in die hospitaal Ja Nee

7.8.4 Datum van protokol is aangedui Ja Nee

7.8.5 Onderteken deur die Mediese Superintendent Ja Nee

7.8.6 Spesifiseer noodoptrede Ja Nee

7.9 Hantering van suurstoediening

7.9.1 Skriftelik beskikbaar Ja Nee

7.9.2 Opgedateer gedurende die afgelope jaar Ja Nee

7.9.3 Onderteken deur alle geneeshere

in die hospitaal	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
7.9.4 Datum van protokol is aangedui	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
7.9.5 Onderteken deur die Mediese Superintendent	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
7.9.6 Spesifiseer noodoptrede	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
7.9.7 Spesifiseer hoeveelheid suurstof	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
<i>7.10 Hantering van oksitosientoediening</i>				
7.10.1 Skriftelik beskikbaar	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
7.10.2 Opedateer gedurende die afgelope jaar	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
7.10.3 Onderteken deur alle geneeshere				
in die hospitaal	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
7.10.4 Datum van protokol is aangedui	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
7.10.5 Onderteken deur die Mediese Superintendent	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
7.10.6 Spesifiseer noodoptrede	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
7.10.7 Spesifiseer medikasie	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
<i>7.11 Hantering van bevalling</i>				
7.11.1 Skriftelik beskikbaar	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
7.11.2 Opedateer gedurende die afgelope jaar	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
7.11.3 Onderteken deur alle geneeshere				
in die hospitaal	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
7.11.4 Datum van protokol is aangedui	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
7.11.5 Onderteken deur die Mediese Superintendent	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
7.11.6 Spesifiseer noodoptrede	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
7.11.7 Spesifiseer medikasie	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
<i>7.12 Hantering van episiotomie</i>				
7.12.1 Skriftelik beskikbaar	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
7.12.2 Opedateer gedurende die afgelope jaar	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
7.12.3 Onderteken deur alle geneeshere				
in die hospitaal	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
7.12.4 Datum van protokol is aangedui	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
7.12.5 Onderteken deur die Mediese Superintendent	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee
7.12.6 Spesifiseer medikasie	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nee

7.13 Hantering van vaginale ondersoek

- 7.13.1 Skriftelik beskikbaar Ja Nee
- 7.13.2 Opedateer gedurende die afgelope jaar Ja Nee
- 7.13.3 Onderteken deur alle geneeshere
in die hospitaal Ja Nee
- 7.13.4 Datum van protokol is aangedui Ja Nee
- 7.13.5 Onderteken deur die Mediese Superintendent Ja Nee
- 7.13.6 Spesifiseer noodoptrede Ja Nee

7.14 Hantering van voltooiing va partogram

- 7.14.1 Skriftelik beskikbaar Ja Nee
- 7.14.2 Opedateer gedurende die afgelope jaar Ja Nee
- 7.14.3 Onderteken deur alle geneeshere
in die hospitaal Ja Nee
- 7.14.4 Datum van protokol is aangedui Ja Nee
- 7.14.5 Onderteken deur die Mediese Superintendent Ja Nee
- 7.14.6 Spesifiseer voltooiing van partogram Ja Nee

7.15 Hantering van lignocaine

- 7.15.1 Skriftelik beskikbaar Ja Nee
- 7.15.2 Opedateer gedurende die afgelope jaar Ja Nee
- 7.15.3 Onderteken deur alle geneeshere
in die hospitaal Ja Nee
- 7.15.4 Datum van protokol is aangedui Ja Nee
- 7.15.5 Onderteken deur die Mediese Superintendent Ja Nee
- 7.15.7 Spesifiseer medikasie Ja Nee

7.16 Hantering van pynverligting

- 7.16.1 Skriftelik beskikbaar Ja Nee
- 7.16.2 Opedateer gedurende die afgelope jaar Ja Nee
- 7.16.3 Onderteken deur alle geneeshere
in die hospitaal Ja Nee
- 7.16.4 Datum van protokol is aangedui Ja Nee
- 7.16.5 Onderteken deur die Mediese Superintendent Ja Nee

7.16.6 Spesifiseer noodoptrede

Ja Nee

7.16.7 Spesifiseer medikasie

Ja Nee

BYLAE 2

KONTROLELYS

ONTLEDING VAN PASIËNTEREKORDS TYDENS INTRAPARTUMFASE

KONTROLELYS

ONTLEDING VAN PASIËNTREKORDS TYDENS INTRAPARTUMFASE

Hospitaal:

Datum:.....

Nr. van kontrolelys:

	Beskrywing van items	JA	NEE	NVT	OPMERKING	KODE
	Afdeling A: Wetlike vereistes van pasiënterekords					
1	Handtekening oral aangedui					1
2	Rang oral aangedui					2
3	Handskrif leesbaar					3
4	Datum en tyd van elke inskrywing aangedui					4
5	Naam en lêernommer van pasiënt op elke bladsy					5
6	Oop spasies gekanselleer					6
7	Geen tippeks gebruik nie					7
8	Foutiewe inskrywings gekanselleer met: skuinsstreep, datum, handtekening					8
9	Bladsye genommer					9

	Beskrywing van items	JA	NEE	NVT	OPMERKING	KODE
	Afdeling B: Partogram: Algemene besonderhede					
1	Swangerskapbesonderhede genoteer:					10
	1.1 swangerskapduur					11
	1.2 datum van verwagte verlossing					12
2	Datum en tyd van toelating aangedui					13
3	Graviditeit					14
4	Pariteit					15
5	Miskrame					16
6	Geskiedenis van vorige swangerskappe aangedui:					17
	6.1 Meervoudige swangerskappe					18
	6.2 Miskrame					19
7	Geskiedenis van vorige keisersnit aangedui:					20
	7.1 Indikasje vir vorige keisersnit: disproporsie					21

	7.2 Indikasie vir vorige keisersnit: fetale nood					22
8	Huidige hoërisikofaktore aangedui:					23
	8.1 Pre-eklampsie teenwoordig					24
	8.2 Diabetes mellitus teenwoordig					25
	8.3 VDRL-positief, titer > 1:8					26
	8.4 Bloedgroep en Rh-faktor aangedui (positief/negatief)					27
	8.4.1 Indien Rh-faktor negatief is vader se bloed getoets?					28
9	MIV status aangedui (positief/negatief)					29

10. Indien "ja" geantwoord op items 6, 7, 8 en 9 in Afdeling B: Partogram: Algemene besonderhede:

10.1 Dui die spesifieke item(s) aan:

.....

.....

.....

10.2 Aan wie is dit gerapporteer?

.....

10.3 Wat is gerapporteer?

.....

.....

10.4 Watter intervensies/tussentredes is gedoen?

.....

.....

.....

.....

	Beskrywing van items	JA	NEE	NVT	OPMERKING	KODE
	Afdeling C(i): Partogram: Moederlike welsyn - rekordering van observasies & intervensies					
1	Bloeddruk in latente fase:					30
	1.1 minstens 4-uurliks genoteer					31
	1.2 meer dikwels genoteer					32
	1.3 sistoliese druk nie meer as 140mmHg nie					33
	1.4 styging sistoliese druk 30mmHg of meer					34
	1.5 diastoliese druk nie meer as 90mmHg nie					35
2	Polsslag in latente fase:					36
	2.1 minstens 4-uurliks genoteer					37
	2.2 meer dikwels genoteer					38
	2.3 tussen 60 en 80 slae per minuut					39
3	Temperatuur in latente fase:					40
	3.1 Minstens 4-uurliks genoteer					41
	3.2 Meer dikwels genoteer					42
4	3.3 Minder as 37,2°C					43
	Bloeddruk in aktiewe fase:					44
	4.1 Minstens 4-uurliks genoteer					45
	4.2 Meer dikwels genoteer					46
	4.3 sistoliese druk nie meer as 140mmHg nie					47
	4.4 styging sistoliese druk 30mmHg of meer					48
	4.5 diastoliese druk nie meer as 90mmHg nie					49
5	4.6 styging diastoliese druk 15mmHg of meer					50
	Polsslag in aktiewe fase:					51
	5.1 Minstens 4-uurliks genoteer					52
	5.2 Meer dikwels genoteer					
	5.3 tussen 60 en 80 slae per minuut					
	5.4 styging nie meer as 10 slae per minuut nie					

6	Temperatuur in aktiewe fase:				53
	6.1 Minstens 4-uurliks genoteer				
	6.2 Meer dikwels genoteer				54
	6.3 Minder as 37,2°C				55
7	Urine-uitskeiding tydens intrapartumperiode:				56
	7.1 Volume minstens 4-uurliks genoteer				
	7.2 analise van elke urinemonster genoteer				57
	7.3 Urine-uitskeiding meer minstens 120ml/4 uur				58
	7.4 Aanbied van ondersteek genoteer				59
	7.5 Urine kateter in situ				60
	7.6 Ketonurie teenwoordig (spoor tot 1+)				61
	7.7 Ketonurie teenwoordig (++)				62
	7.8 Ketonurie teenwoordig (+++)				63
	7.9 Proteïnurie teenwoordig (spoor tot +)				64
	7.10 Proteïnurie teenwoordig (spoor tot ++)				65
	7.11 Proteïnurie teenwoordig (spoor tot +++)				66
8	Pyn tydens intrapartumperiode:				67
	8.1 Klagtes van pyn aangeteken				
	8.2 Tipe pyn teenwoordig aangeteken				68
	8.3 Pynverligting gegee				69
	8.4 Tipe en hoeveelheid pynverligting aangeteken				70
	8.5 Reaksie op pynverligting aangeteken				71
	8.6 Nuwe-effekte van pynverligting aangeteken				72
9	Binne-aarse vogterapie tydens intrapartumperiode:				73
	9.1 Tipe vog gegee, genoteer				
	9.2 Tydperk van binne-aarse vogterapie genoteer				74
	9.3 Vogtoediening korreleer met voorskrif, dit is tydperk, hoeveelheid vog per minuut of uur toegedien				75
	9.4 Hoeveelheid vog toegedien, genoteer op partogram				76

9.5 Binne-aarse medikasie toegedien tydens intrapartumperiode:					77
9.5.1 Magnesiumsulfaat					
9.5.2 Ipradol					78
9.5.3 Ander					79
9.5.4 Effek van binne-aarse medikasie genoteer					80
9.4.5 Nuwe effekte van binne- aarse medikasie genoteer					81

10. Indien "ja" op subitems 1.2, 1.4 -1.6, 2.2, 2.4, 3,2, 4.4–4.6 en 5.4 in Afdeling C(i):

10.1 Dui die spesifieke subitem aan:

.....

.....

.....

10.2 Aan wie is dit gerapporteer (skryf in)

.....

10.3 Wat is gerapporteer (skryf in)

.....

.....

.....

.....

10.4 Watter intervensie/tussentrede is gedoen?(skryf in)

.....

.....

.....

11. Indien "nee" geantwoord op subitems 2.3; 3.3; 4.3; 5.3; 6.3, 7.1-7.3 en 7.6 – 7.10 in Afdeling C(i):

11.1 Dui die spesifieke subitem aan:

.....

11.2 Aan wie is dit gerapporteer? (skryf in)

.....

11.3 Wat is gerapporteer? (skryf in)

.....

.....

.....

.....

11.4 Watter intervensie/optrede is gedoen?(skryf in)

.....

.....

.....

12. Indien "ja" geantwoord op subitems 8.2–8.5 in Afdeling C(i):

12.1 Tipe en hoeveelheid toegedien (skryf in).....

.....

12.2 Tydens watter stadium van is dit kraam toegedien? (skryf in).....

12.3 Servikale ontsluiting tydens toediening van pynverligting (skryf in)

12.4 Nuwe-effekte van pynverligting (skryf in)

.....

12.5 Opvolgaksies (skryf in)

.....

13. Indien "ja" geantwoord op subitems 9.4.1–9.4.5 in Afdeling C(i):

13.1 Tipe en hoeveelheid toegedien (skryf in).....

.....

13.2 Effek van binne-aarse medikasie (skryf in)

.....

.....

13.3 Newe-effekte van binne-aarse medikasie (skryf in)

.....

.....

.....

13.3 Opvolgaksie(s) (skryf in)

.....

.....

	Beskrywing van items	JA	NEE	NVT	OPMERKING	KODE
	Afdeling C(ii): Partogram: Moederlike welsyn - interpretasie van observasies & toepaslikheid van intervensies na aanleiding van probleme geïdentifiseer in Afdeling B en C(i)					
1	Probleem teenwoordig					82
2	Probleem aangeteken					83
3	Probleem stem ooreen met observasies gerekordeer					84
4	Intervensies uitgevoer hou verband met die probleem					85
5	Intervensies uitgevoer is toepaslik om probleem aan te spreek					86
6	Rekordering of intervensies probleem aangespreek het of nie					87
7	Rekordering van verdere intervensies om probleem aan te spreek					88
8	Verdere intervensies uitgevoer is toepaslik om probleem/ behoefte aan te spreek					89

9. Indien "nee" geantwoord op items 3–5 en 8 in Afdeling C(ii):

9.1 Dui die spesifieke item(s) aan:

.....

.....

9.2 Watter verpleegintervensie/-optrede sou toepaslik vir die probleem/probleme wees?(skryf in)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

	Beskrywing van items	JA	NEE	NVT	OPMERKING	KODE
	Afdeling D(i): Partogram: Fetale welsyn: Rekordering van observasies en intervensies					
1	Fetale hart 1 uurliks gerekordeer in latente fase					90
2	Fetale hart 1/2 uurliks gerekordeer in aktiewe fase					91
3	Kardiotokografestrook beskikbaar					92
4	Kardiotokografiek stem ooreen met bevindinge gerekordeer					93
5	5.1 Verstadigings teenwoordig					94
	5.2 Tipe verstadigings aangedui: 5.2.1 Vroeë verstadiging					95
	5.2.2 Wisselende verstadiging					96
	5.2.3 Laat verstadiging					97
6	Suurstof toegedien: 6.1 Liters per minuut aangedui					98
	6.2 Suurstof: 40% masker gegee					99
	6.3 Suurstof: 8 liter per minuut gegee					100
7	Mekonium in vrugwater teenwoordig					101

8. Indien daar verstadigings (item 5, Afdeling D(i)) genoteer is:

8.1 Aan wie is dit gerapporteer?

8.2 Wat is gerapporteer?

.....

8.3 Watter intervensies/optrede is gedoen?

.....

.....

.....

9. Indien "ja" geantwoord op items 6 en 7 in Afdeling D(i):

9.1 Dui die spesifieke item(s) aan:

.....

9.2 Aan wie is dit gerapporteer? (skryf in)

9.3 Wat is gerapporteer? (skryf in)

.....

.....

9.4 Watter intervensies/optrede is gedoen? (skryf in)

.....

.....

	Beskrywing van items	JA	NEE	NVT	OPMERKING	KODE
	Afdeling D(ii): Partogram: Fetale welsyn: Interpretasie van observasies en toepaslikheid van intervensies na aanleiding van probleme soos geïdentifiseer in Afdeling D(i)					
1	Probleem teenwoordig					102
2	Probleem aangeteken					103
3	Probleem stem ooreen met observasies gerekordeer					104
4	Intervensies uitgevoer hou verband met die probleem					105
5	Intervensies uitgevoer is toepaslik om probleem aan te spreek					106
6	Rekordering of intervensies					107

3	Vaginale ondersoek tydens intrapartumperiode:					116
	3.1 Nie meer as 4 uurliks gedoen					
	3.2 Ontsluiting van serviks genoteer					117
	3.3 Kop-bo-bekken genoteer					118
	3.4 Stand genoteer					119
	3.5 Caput succedaneum genoteer					120
	3.6 Gieting aangedui					121
	3.7 Posisie aangedui					122
4	Servikale ontsluiting kruis waarskuwingslyn					123
5	Servikale ontsluiting kruis aksielyn					124
6	Ruptuur van vliese:					125
	6.1 Datum en tyd wanneer vliese ruptuur het, is aangeteken					
	6.2 Metode van vliese ruptuur aangeteken					126
	6.3 Vliese spontaan geruptuur					127
	6.4 Vliese kunsmatig geruptuur					128
	6.5 Vliese langer as 12 ure geruptuur					129
	6.6 Vliese langer as 24 ure geruptuur voor aanvang van intrapartumperiode					130
7	Induksie en augmentasie:					131
	7.1 Induksie gedoen					
	7.2 Augmentasie gedoen					132
	7.3 Prostaglandiene toegedien					133
	7.4 Oksitosien toegedien					134
	7.5 Oksitosien nie meer dikwels as elke 15 minute verhoog nie					135
	7.6 Oksitosien gestaak					136
	7.7 Rede vir staak van oksitosien aangedui					137
8	Duur 1ste stadium aangeteken					138
9	Duur 2de stadium aangeteken					139
10	Duur 3de stadium aangeteken					140

11. Indien "ja" geantwoord by items 2.4, 2.5, 4, 5, 6.5 en 6.6 in Afdeling E(i):

11.1 Dui die spesifieke item(s) aan:

.....

.....
.....

11.2 Wat is gerapporteer? (skryf in)

.....
.....

11.3 Watter intervensies/-optrede is gedoen? (skryf in)

.....
.....
.....
.....

12. Indien "nee" geantwoord by items 8–10 in Afdeling E(i):

12.1 Dui die spesifieke item(s) aan:

.....
.....

12.2 Wat is gerapporteer? (skryf in)

.....
.....

12.3 Watter intervensies/-optrede is gedoen? (skryf in)

.....
.....
.....
.....

	Beskrywing van items	JA	NEE	NVT	OPMERKING	KODE
	Afdeling F: Vorderingsverslag					
1	Inskrywing gemaak met toelating					149
2	Inskrywings in vorderingsverslag stem met inligting van partogram ooreen					150
3	Inskrywings gee 'n aaneenlopende beeld van pasiënt se vordering tydens die intrapartumperiode					151
4	Verwysing van pasiënt: 4.1 Is die pasiënt op enige stadium na geneeskundige hulp verwys?					152
	4.2 Was dit op enige stadium nodig om pasiënt na geneesheer te verwys?					153

5. Indien "ja" geantwoord by item 4 van Afdeling F:

5.1 Dui rede vir verwysing van pasiënt aan :(skryf in)

.....

.....

.....

.....

5.2 Tydsverloop voordat pasiënt na geneesheer verwys is: (skryf in)

.....

5.2 Tydsverloop tussen rapportering en intervensie/-optrede deur vroedvrou: (skryf in)

.....

5.3 Wat was die voorskrif/aanbeveling van die geneesheer? (skryf in)

.....

.....

.....

6. Indien "nee" geantwoord op items 1–3 in Afdeling F:

6.1 Dui die spesifieke inskrywing(s) in die vorderingsverslag aan wat nie met die partogram ooreenstem nie. (skryf in)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6.2 Indien inskrywings nie 'n aaneenlopende beeld van die pasiënt se toestand gee nie, verduidelik.

.....

.....

.....

.....

.....

6.3 Watter intervensie(s)/-optrede(s) sou toepaslik wees vir die inskrywing wat nie met die inligting soos in die partogram ooreenstem nie?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

	Beskrywing van items	JA	NEE	NVT	OPMERKING	KODE
	Afdeling G(i): Rekordering van 2de en 3de stadium van kraam					
1	Fetale hartspoed					154
	1.1 Aangeteken tydens 2de stadium van kraam					
	1.2 Abnormaliteite tov fetale hart tydens 2de stadium van kraam aangeteken					155
	1.3 Abnormaliteite tov fetale hart tydens 2de stadium teenwoordig					156
2	Duur van 2de stadium:					157
	2.1 Tydsduur aangeteken					
	2.2 Tydsduur minder as 45 minute					158
	2.3 Tydsduur tussen 46 en 59 minute					159
	2.4 Tydsduur langer as 60 minute					160
3	Duur van 3de stadium:					161
	3.1 Tydsduur aangeteken					
	3.2 Tydsduur minder as 15 minute					162
	3.3 Tydsduur langer as 60 minute					163
4	Bevalling					164
	4.1 Tipe bevalling aangeteken					
	4.2 Normale skedelgeboorte					165
	4.3 Tangverlossing					166
	4.4 Suierverlossing					167
5	Apgartelling:					168
	5.1 1-minuuttelling aangeteken					
	5.2 5-minuuttelling aangeteken					169
	5.4 1-minuuttelling: > as 7					170
	5.5 5-minuuttelling: > as 7					171
	5.6 Suurstof aan neonaat toegedien					172
6	Perineum:					173
	6.1 Episiotomie uitgevoer					
	6.2 Enige perineale skeure					174
	6.3 Perineale skeur: 1ste graads					175
	6.4 Perineale skeur: 2de graads					176

	6.5 Perineale skeur: 3de graads					177
7	Vaginale skeure					178
8	Servikale skeure					179
9	Bloedverlies:					180
	9.1 Aangeteken					
	9.2 Bloedverlies minder as 500 ml					181
	9.3 Bloedverlies meer as 500 ml					182
10	Verlossing van plasenta:					183
	10.1 Metode van verlossing van plasenta aangedui					
	10.2 Aktiewe verlossing van plasenta					184
	10.3 Passiewe verlossing van plasenta					185
	10.4 Plasenta volledig verlos					186

11. Indien "ja" geantwoord by items 1.2; 1.3; 2.4; 3.3; 5.6; 6.2–8; 9.3 en 10.2 in Afdeling G(i):

11.1 Dui die spesifieke item(s) aan:

.....

.....

.....

11.2 Wat is gerapporteer? (skryf in)

.....

.....

11.3 Watter intervensies/optrede is gedoen? (skryf in)

.....

.....

.....

12. Indien “nee” geantwoord by items 5.1–5.2 en 10.4 in Afdeling G(i):

12.1 Dui die spesifieke item(s) aan:

.....

.....

.....

12.2 Wat is gerapporteer? (skryf in)

.....

.....

12.3 Watter intervensies/optrede is gedoen? (skryf in)

.....

.....

	Beskrywing van items	JA	NEE	NVT	OPMERKING	KODE
	Afdeling G(ii): Rekordering van 2de en 3de stadium van kraam: Toepaslikheid van intervensies na aanleiding van probleme geïdentifiseer in Afdeling G(i)					
1	Probleem teenwoordig					187
2	Probleem aangeteken					188
3	Probleem stem ooreen met observasies gerekordeer					189
4	Intervensies uitgevoer hou verband met die probleem					190
5	Intervensies uitgevoer is toepaslik om probleem aan te spreek					191
6	Rekordering of intervensies probleem aangespreek het of nie					192
7	Rekordering van verdere intervensies om probleem aan te spreek					193
8	Intervensies verder uitgevoer is toepaslik om probleem/ behoefte aan te spreek					194

9. Indien "nee" geantwoord op items 3–5 en 8 in Afdeling E(ii):

9.1 Dui die spesifieke item(s) aan:

.....

.....

9.2 Watter verpleegintervensie/-optrede sou toepaslik vir die probleem/probleme wees?(skryf in)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

	Beskrywing van items	JA	NEE	NVT	OPMERKING	KODE
	Afdeling H: Algemeen: Ooreenstemming tussen verskillende rekords					
1	Indien probleem volgens partogram teenwoordig was, is dit korrek op vorderingsverslag aangedui?					195
2	Word die intervensie op die partogram op die vorderingsverslag weerspieël?					196
3	Weerspieël optredes tydens 1ste stadium rasonale kritiese en analitiese denke?					197
4	Probleme tydens 2 ^e stadium geïdentifiseer: 4.1 Is daar enige probleem tov die 2 ^{de} stadium wat aan gebeure tydens 1ste stadium toegeskryf kan word?					198
	4.2 Is die probleem tov 2 ^{de} stadium, wat toegeskryf kan word aan gebeure vooraf, vooraf geïdentifiseer?					199

5	Probleme tydens 3 ^e stadium geïdentifiseer: 5.1 Is daar enige probleem in die 3 ^{de} stadium wat aan gebeure tydens 1ste stadium toegeskryf kan word?					200
	5.2 Is die probleem tov 3 ^{de} stadium, wat toegeskryf kan word aan gebeure vooraf, vooraf geïdentifiseer?					201
6	Gee en uitvoer van intervensies/tussentredes: 6.1 Volgens standaardsorgplanne					202
	6.2 Volgens geneesheer se voorskrif(te)					203
	6.3 Volgens geskrewe protokolle					204

7. Indien "ja" geantwoord op subitem 6.3 in Afdeling H:

7.1 Watter intervensie/optrede is volgens 'n protokol uitgevoer? (skryf in)

.....

.....

.....

7.2 Dui die protokol aan wat vir elk van die intervensies/tussentredes soos in 7.1 gelys gebruik is.

.....

.....

.....

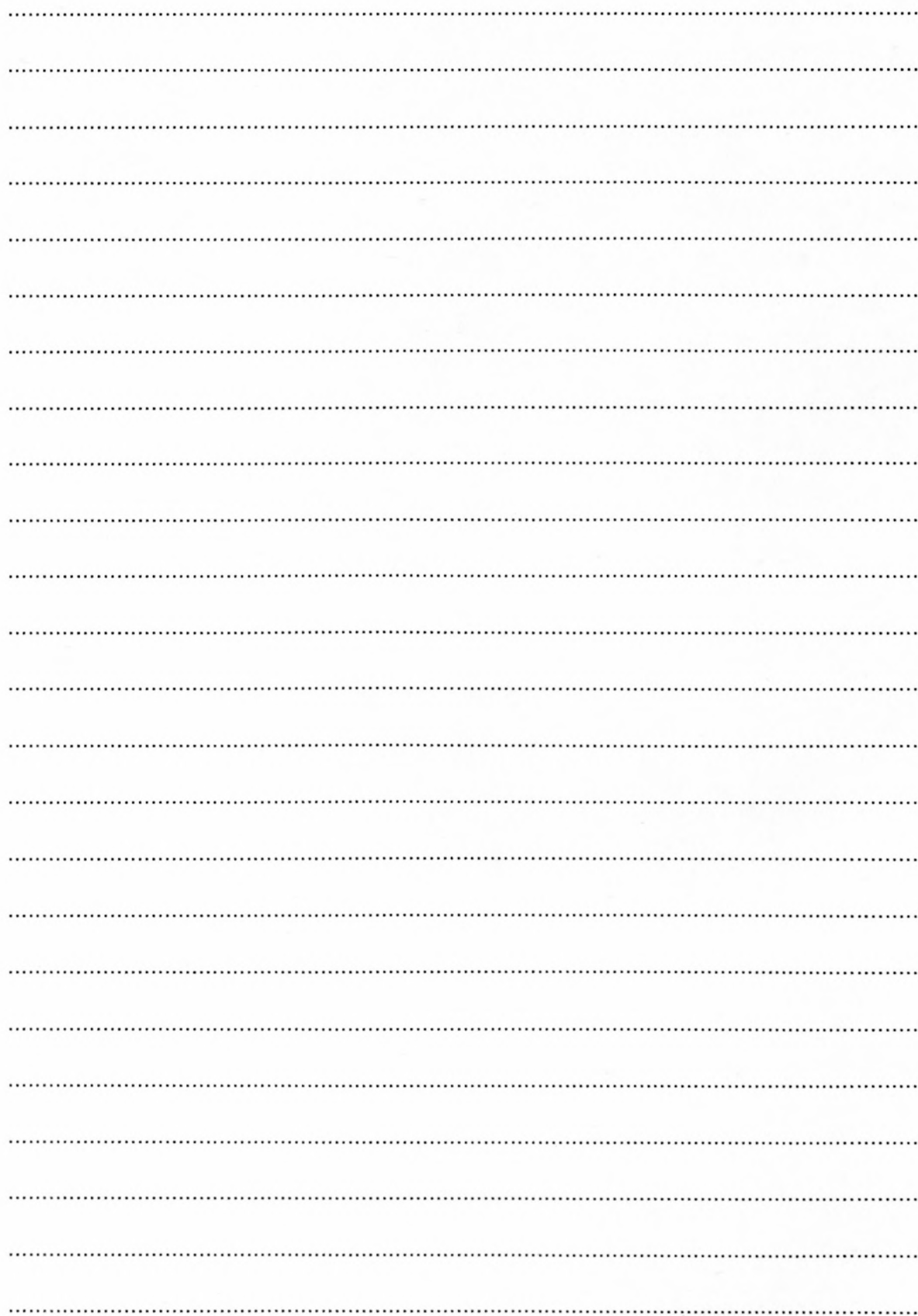
.....

8. Indien "nee" geantwoord op enige van die items in Afdeling H:

8.1 Dui die spesifieke item(s) aan:

.....

.....



BYLAE 3

ONDERHOUDSKEDULE: VERPLEEGKUNDIGES

ONDERHOUDSKEDULE MET VERPLEEGKUNDIGES

Instruksies vir voltooiint deur onderhoudvoerder:

Voltooi die vraag deur 'n (x) in die toepaslike blokkie aan te dui, en voltooi die oop-einde vrae deur die spesifieke woorde soos deur die respondent geverbaliseer neer te skryf.

Inligting wat aan die verpleegkundige gegee moet word:

Geagte Kollega

Ek is tans besig met my MCur studie aan Universiteit Stellenbosch. My navorsing fokus op die kritiese en analitiese denkvermoë van die vroedvrou werksaam in die kraamsaal.

U insette sal waardeur word. Die onderhoud vind anoniem plaas. Om die ontleding van die data te vergemaklik, sal ek u antwoorde aanteken. U naam word egter nie op die vraelys aangedui nie, en geen identifiserende inligting sal aan enige persoon verskaf word nie. Die inligting sal vir 'n navorsingsverslag en ook 'n publikasie in 'n goedgekeurde tydskrif gebruik word.

U is welkom om enige tyd aan die onderhoud te onttrek sonder dat u enigsins benadeel sal word.

Dankie vir u samewerking.

Die navorser

E. Geldenhuys

Anisia Geldenhuys

Afdeling A: Stelsel van personeeltoewysing:

1. Personeel word toegewys aan pasiënte:
 - Op 'n daaglikse basis
 - Met die aanvang van elke skof
 - Op 'n weeklikse basis
 - Geen spesifieke patroon

2. Toewysing van verpleegpersoneel aan pasiënte word
 - Gerekordeer in 'n boek op 'n daaglikse basis
 - Gerekordeer op die dienslys
 - Glad nie gerekordeer nie

3. Die toewysing van verpleegpersoneel is beskikbaar t.o.v.
 - Die afgelope week
 - Die afgelope twee weke
 - Die afgelope drie weke
 - Die afgelope vier weke
 - Langer as die afgelope vier weke

4. Die toewysing van verpleegpersoneel geskied volgens die:
 - Die aantal personeel beskikbaar op 'n spesifieke dag
 - Die aantal geregistreerde verpleegpersoneel beskikbaar op 'n spesifieke dag
 - Die graad van ernstigheid van die pasiënt

5. Personeelallokasie is taakgerig byvoorbeeld een persoon handig medikasie uit
 - Ja, altyd
 - Soms
 - Nooit

Afdeling B: Kritiese denkvermoë

6. Personeel neem soms besluite op grond van intuïsie ("gut feeling")
- Stem saam
 - Stem nie saam nie
7. Dit is nodig en aanvaarbaar dat personeel soms hulle besluite baser op grond van intuïsie ("gut feeling")
- Stem saam
 - Stem nie saam nie
8. Studente word opgelei om krities en analities te kan dink.
- Stem saam
 - Stem nie saam nie
9. Hoe sal u u vermoë om krities en analities te redeneer, beskryf
- Baie goed
 - Goed
 - Swak
 - Uiters swak
10. Hoe sal u die verpleegpersoneel in die afdeling kritiese en analitiese denkvermoë beskryf?
- Baie goed
 - Goed
 - Swak
 - Uiters swak
11. Dink u die verpleegrekords weerspieël dat die verpleegkundige krities en analities dink?
- Ja, altyd
 - Soms
 - Nooit
 - Onseker
12. Volgens u mening, wat kan gedoen word om die verpleegkundige se kritiese en analitiese denkvermoë te bevoorde?

.....
.....
.....
.....

13.1 Word die verpleegkundige se kritiese en analitiese denkvermoë ooit geëvalueer?

- Ja
 Nee

13.2 Indien "nee", dink u dit is nodig om dit te doen?

- Ja
 Nee

14. Volgens u mening, wat kan gedoen word om die verpleegkundige se vermoë om krities en analities te dink, te bevorder?

.....
.....
.....

15. Wat beskou u, as vroedvrou in hierdie hospitaal, as "kritiese analitiese denkvermoë"?

.....
.....

Afdeling C: Biografiese besonderhede

16. Wat is u rang?

- Geregistreerde verpleegkundige
 Geregistreerde vroedvrou
 Ingeskrewe verpleegkundige (stafverpleegkundige)
 Verpleegassistent

17. Hoe lank werk u al in die kraamsaal (soos op 1 Julie 2004)?

18. Wanneer het u u opleiding voltooi?

Baie dankie vir die tyd wat u afgestaan het, en vir u deelname.

BYLAE 4

TOESTEMMING VIR DIE UITVOER VAN DIE STUDIE

Posbus 615
PAROW
7499
30 Junie 2004

Die Streeksdirekteur
Alan Blyth Hospitaal
Privaatsak 214
LADISMITH
6655

Geagte dr Pauw

TOESTEMMING VIR NAVORSING

Ek is 'n geregistreerde verpleegkundige en tans werksaam as 'n lektor by Departement Verpleegkunde, Universiteit Stellenbosch. As geregistreerde student besig met my MCur studie aan dieselfde universiteit, moet ek 'n navorsingsprojek uitvoer. Die titel van my projek is: *Evaluering van kritiese denke en analise van verpleegintervensies: 'n Retrospektiewe analise van verpleegrekords binne perinatale sorgdienste in geselekteerde hospitale in die Wes-Kaap.*

Ek beoog om verpleegrekords te evalueer aan die hand van 'n kontrolelys en 'n onderhoud van nie langer as 15 minute nie, met die verpleegkundiges in die kraamsaal te voer.

Deelname aan navorsing is vrywillig en anoniem. Geen identifiserende inligting sal aan enige persoon bekend gemaak word nie. Anonimiteit en vertroulikheid word dus gewaarborg.

Graag versoek ek toestemming tot:

- a) Toegang van pasiëntrekords
- b) Toestemming om met die verpleegpersoneel onderhoude te voer.

Ek onderneem om nie pasiëntesorg te affekteer nie. Alle onkoste wat betrekking het op die navorsing, word deur my persoonlik gedra.

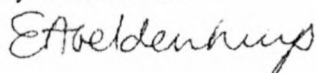
Die navorsing vind plaas onder leiding van Prof Barene Welmann. Sy kan gekontak word by Tel. 021 - 938 9036; epos: ebw@sun.ac.za; fax: 021 932 6588.

Ek beoog om u inrigting te besoek tussen 19 Julie 2004 en 30 September 2004 indien toestemming verleen word. Die presiese datums van my besoek sal met u gekommunikeer word.

Ek kan gekontak word by:

Telefoon: 021 – 938 9593 (werk)
Selfoon: 082 546 6670
Faks: 021 – 932 6588
Epos: eag@sun.ac.za

By voorbaat dank



(Me) Anisia Geldenhuys

Geldenhuis EA <eag@sun.ac.za>

From: Johan Ellis [JELLIS@pgwc.gov.za]
Sent: 21 July 2004 08:02
To: Geldenhuis EA <eag@sun.ac.za>
Subject: TOESTEMMING VIR NAVORSING:

Anisia,

Jou skrywe verwys.

Dr. Pauw het gevra ek moet jou antwoord. Hy is weer op pad Kanada toe.

Jy is baie welkom om 'n draai te maak. Ek gee jou skrywe vir mev. Kennel om jou verder te help waar nodig.

Baie groete. Sien uit daarna om jou weer te sien.

Johan

"All views or opinions expressed in this electronic message and its attachments are the view of the sender and do not necessarily reflect the views and opinions of the Provincial Government Western Cape ("the PGWC"). No employee of the PGWC is entitled to conclude a binding contract on behalf of the PGWC unless he/she is an Accounting Officer of the PGWC, or his or her authorised representative.

The information contained in this message and its attachments may be confidential or privileged and is for the use of the named recipient only, except where the sender specifically states otherwise. If you are not the intended recipient you may not copy or deliver this message to anyone."

Posbus 615
PAROW
7499
30 Junie 2004

Die Mediese Superintendent
Swellendam Hospitaal
Privaatsak 7
SWELLENDAM
6740

Geagte dr du Toit

TOESTEMMING VIR NAVORSING

Ek is 'n geregistreerde verpleegkundige en tans werksaam as 'n lektor by Departement Verpleegkunde, Universiteit Stellenbosch. As geregistreerde student besig met my MCur studie aan dieselfde universiteit, moet ek 'n navorsingsprojek uitvoer. Die titel van my projek is: *Evaluering van kritiese denke en analise van verpleegintervensies: 'n Retrospektiewe analise van verpleegrekords binne perinatale sorgdienste in geselekteerde hospitale in die Wes-Kaap.*

Ek beoog om verpleegrekords te evalueer aan die hand van 'n kontrolelys en 'n onderhoud van nie langer as 15 minute, met die verpleegkundiges in die kraamsaal te voer.

Deelname aan navorsing is vrywillig en anoniem. Geen identifiserende inligting sal aan enige persoon bekend gemaak word nie. Anonimiteit en vertroulikheid word dus gewaarborg.

Graag versoek ek toestemming tot:

- c) Toegang van pasiëntrekords
- d) Toestemming om met die verpleegpersoneel onderhoude te voer.

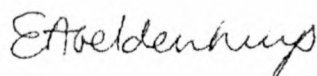
Ek onderneem om nie pasiëntesorg te affekteer nie. Alle onkoste wat betrekking het op die navorsing, word deur my persoonlik gedra.

Die navorsing vind plaas onder leiding van Prof Barene Welmann. Sy kan gekontak word by Tel. 021 - 938 9036; email: ebw@sun.ac.za; fax: 021 932 6588.

Ek beoog om u inrigting te besoek tussen 19 Julie 2004 en 30 September 2004 indien toestemming verleen word. Die presiese datums van my besoek sal met u gekommunikeer word.

Ek kan gekontak word by:
Telefoon: 021 – 938 9593 (werk)
Selfoon: 082 546 6670
Faks: 021 – 932 6588
Epos: eag@sun.ac.za

By voorbaat dank



(Me) Anisia Geldenhuys

Geldenhuis EA <eag@sun.ac.za>

From: Geertje Hermine Hoving [Ghoving@pgwc.gov.za]
Sent: 12 July 2004 07:52
To: Geldenhuis EA <eag@sun.ac.za>
Subject: besoek 19.07.04

Goeie môre Me Geldenhuis
U skrywe aan Dr Du Toit, M/S by Swellendam Hospitaal verwys
U is welkom om hierdie hospitaal te besoek op genoemde datum, solank dit net nie te
vroeg op 'n Maandagoggend is nie vriendelike Groete Geerke Hoving HVK-Admin
Swellendam Hospitaal

"All views or opinions expressed in this electronic message
and its attachments are the view of the sender and do not
necessarily reflect the views and opinions of the
Provincial Government Western Cape ("the PGWC").
No employee of the PGWC is entitled to conclude a
binding contract on behalf of the PGWC unless he/she
is an Accounting Officer of the PGWC, or his or her
authorised representative.

The information contained in this message and its attachments
may be confidential or privileged and is for the use of the
named recipient only, except where the sender specifically
states otherwise. If you are not the intended recipient you
may not copy or deliver this message to anyone."

Posbus 615
PAROW
7499
30 Junie 2004

Die Mediese Superintendent
Swartland Hospitaal
Privaatsak X2
MALMESBURY
7299

Geagte dr Jacobs

TOESTEMMING VIR NAVORSING

Ek is 'n geregistreerde verpleegkundige en tans werksaam as 'n lektor by Departement Verpleegkunde, Universiteit Stellenbosch. As geregistreerde student besig met my MCur studie aan dieselfde universiteit, moet ek 'n navorsingsprojek uitvoer. Die titel van my projek is: *Evaluering van kritiese denke en analise van verpleegintervensies: 'n Retrospektiewe analise van verpleegrekords binne perinatale sorgdienste in geselekteerde hospitale in die Wes-Kaap.*

Ek beoog om verpleegrekords te evalueer aan die hand van 'n kontrolelys en 'n onderhoud van nie langer as 15 minute, met die verpleegkundiges in die kraamsaal te voer.

Deelname aan navorsing is vrywillig en anoniem. Geen identifiserende inligting sal aan enige persoon bekend gemaak word nie. Anonimiteit en vertroulikheid word dus gewaarborg.

Graag versoek ek toestemming tot:

- e) Toegang van pasiëntrekords
- f) Toestemming om met die verpleegpersoneel onderhoude te voer.

Ek onderneem om nie pasiëntesorg te affekteer nie. Alle onkoste wat betrekking het op die navorsing, word deur my persoonlik gedra.

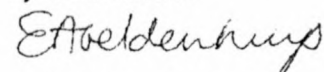
Die navorsing vind plaas onder leiding van Prof Barene Welmann. Sy kan gekontak word by Tel. 021 - 938 9036; email: ebw@sun.ac.za; fax: 021 932 6588.

Ek beoog om u inrigting te besoek tussen 19 Julie 2004 en 30 September 2004 indien toestemming verleen word. Die presiese datums van my besoek sal met u gekommunikeer word.

Ek kan gekontak word by:

Telefoon: 021 – 938 9593 (werk)
Selfoon: 082 546 6670
Faks: 021 – 932 6588
Epos: eag@sun.ac.za

By voorbaat dank



(Me) Anisia Geldenhuys

Geldenhuis EA <eag@sun.ac.za>

To: Geldenhuis EA <eag@sun.ac.za>
Subject: FW: Data-insameling

-----Original Message-----

From: Wilma Driver [mailto:wdriver@pgwc.gov.za]
Sent: 04 October 2004 13:50
To: Geldenhuis EA <eag@sun.ac.za>
Subject: Re: Data-insameling

Geagte Me Geldenhuis.

Ek het vanoggend u e-pos gekry , was met verlof. Ek hoop u het die nodige inligting gekry wat u benodig. Wees baie welkom in die hospitaal.

Groete
Wilma Driver
Swartland Hospitaal
Malmesbury

Posbus 615
PAROW
7499
30 Junie 2004

Die Mediese Superintendent
Stellenbosch Hospitaal
Privaatsak X5027
STELLENBOSCH
7599

Geagte dr Hill

TOESTEMMING VIR NAVORSING

Ek is 'n geregistreerde verpleegkundige en tans werksaam as 'n lektor by Departement Verpleegkunde, Universiteit Stellenbosch. As geregistreerde student besig met my MCur studie aan dieselfde universiteit, moet ek 'n navorsingsprojek uitvoer. Die titel van my projek is: *Evaluering van kritiese denke en analise van verpleegintervensies: 'n Retrospektiewe analise van verpleegrekords binne perinatale sorgdienste in geselekteerde hospitale in die Wes-Kaap.*

Ek beoog om verpleegrekords te evalueer aan die hand van 'n kontrolelys en 'n onderhoud van nie langer as 15 minute, met die verpleegkundiges in die kraamsaal te voer.

Deelname aan navorsing is vrywillig en anoniem. Geen identifiserende inligting sal aan enige persoon bekend gemaak word nie. Anonimiteit en vertroulikheid word dus gewaarborg.

Graag versoek ek toestemming tot:

- g) Toegang van pasiëntrekords
- h) Toestemming om met die verpleegpersoneel onderhoude te voer.

Ek onderneem om nie pasiëntesorg te affekteer nie. Alle onkoste wat betrekking het op die navorsing, word deur my persoonlik gedra.

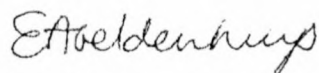
Die navorsing vind plaas onder leiding van Prof Barene Welmann. Sy kan gekontak word by Tel. 021 - 938 9036; email: ebw@sun.ac.za; fax: 021 932 6588.

Ek beoog om u inrigting te besoek tussen 19 Julie 2004 en 30 September 2004 indien toestemming verleen word. Die presiese datums van my besoek sal met u gekommunikeer word.

Ek kan gekontak word by:

Telefoon: 021 – 938 9593 (werk)
Selfoon: 082 546 6670
Faks: 021 – 932 6588
Epos: eag@sun.ac.za

By voorbaat dank



(Me) Anisia Geldenhuys

Geldenhuis EA <eag@sun.ac.za>

To: Geldenhuis EA <eag@sun.ac.za>
Subject: FW: Toestemming vir navorsing

-----Original Message-----

From: Jan Hill [mailto:Jhill@pgwc.gov.za]
Sent: 17 August 2004 13:40
To: Welmann EB <ebw@sun.ac.za>
Cc: Pieter Barbers
Subject: Toestemming vir navorsing

Dear Me Geldenhuis

Firstly, apologies for my late reply.

Stellenbosch Hospital tries to assist the University wherever possible and so I give you authority to conduct your research as proposed.

Once you have decided on the specific days, would you kindly contact our Nursing Director, Mr P Barbers, to make the necessary arrangements with the Maternity Ward staff. I note that you record that the process will not compromise patient care or confidentiality.

Sincerely
Jan Hill

"All views or opinions expressed in this electronic message and its attachments are the view of the sender and do not necessarily reflect the views and opinions of the Provincial Government Western Cape ("the PGWC"). No employee of the PGWC is entitled to conclude a binding contract on behalf of the PGWC unless he/she is an Accounting Officer of the PGWC, or his or her authorised representative.

The information contained in this message and its attachments may be confidential or privileged and is for the use of the named recipient only, except where the sender specifically states otherwise. If you are not the intended recipient you may not copy or deliver this message to anyone."

Posbus 615
PAROW
7499
30 Junie 2004

Die Mediese Superintendent
Vredenburg Hospitaal
Privaatsak X3
VREDENBURG
7380

Geagte dr Fortuin

TOESTEMMING VIR NAVORSING

Ek is 'n geregistreerde verpleegkundige en tans werksaam as 'n lektor by Departement Verpleegkunde, Universiteit Stellenbosch. As geregistreerde student besig met my MCur studie aan dieselfde universiteit, moet ek 'n navorsingsprojek uitvoer. Die titel van my projek is: *Evaluering van kritiese denke en analise van verpleegintervensies: 'n Retrospektiewe analise van verpleegrekords binne perinatale sorgdienste in geselekteerde hospitale in die Wes-Kaap.*

Ek beoog om verpleegrekords te evalueer aan die hand van 'n kontrolelys en 'n onderhoud van nie langer as 15 minute, met die verpleegkundiges in die kraamsaal te voer.

Deelname aan navorsing is vrywillig en anoniem. Geen identifiserende inligting sal aan enige persoon bekend gemaak word nie. Anonimiteit en vertroulikheid word dus gewaarborg.

Graag versoek ek toestemming tot:

- i) Toegang van pasiëntrekords
- j) Toestemming om met die verpleegpersoneel onderhoude te voer.

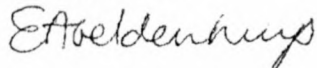
Ek onderneem om nie pasiëntesorg te affekteer nie. Alle onkoste wat betrekking het op die navorsing, word deur my persoonlik gedra.

Die navorsing vind plaas onder leiding van Prof Barene Welmann. Sy kan gekontak word by Tel. 021 - 938 9036; email: ebw@sun.ac.za; fax: 021 932 6588.

Ek beoog om u inrigting te besoek tussen 19 Julie 2004 en 30 September 2004 indien toestemming verleen word. Die presiese datums van my besoek sal met u gekommunikeer word.

Ek kan gekontak word by:
Telefoon: 021 – 938 9593 (werk)
Selfoon: 082 546 6670
Faks: 021 – 932 6588
Epos: eag@sun.ac.za

By voorbaat dank



(Me) Anisia Geldenhuys

Geldenhuis EA <eag@sun.ac.za>

From: Mariaan Quickfall [Mquickfa@pgwc.gov.za]
Sent: 12 August 2004 10:53
To: Geldenhuis EA <eag@sun.ac.za>
Subject: Fwd: Van Wendy Marsh - Me A Geldenhuis



Van Wendy Marsh - Mariaan
 Me A Geldenhuis... ickfall1.vcf (252 B)
 Anisia Geldenhuis

Aangeheg vind asseblief goedkeuring soos ontvang van Vredenburg Hospitaal.

Hiermee word dus ook toestemming verleen namens Mev. Carine Bester,
 Direkteur: Weskus / Wynlandstreek dat u mag voortgaan met u Navorsing by Vredenburg
 Hospitaal soos versoek.

Dankie

Mariaan

Mariaan Quickfall
 Secretary to the Director:
 West Coast/ Winelands Region
 Private Bag X15
 MALMESBURY
 7300

Tel: 022-48 79306

Fax: 022-48 71775

E-mail: mquickfa@pgwc.gov.za

 "All views or opinions expressed in this electronic message
 and its attachments are the view of the sender and do not
 necessarily reflect the views and opinions of the
 Provincial Government Western Cape ("the PGWC").
 No employee of the PGWC is entitled to conclude a
 binding contract on behalf of the PGWC unless he/she
 is an Accounting Officer of the PGWC, or his or her
 authorised representative.

The information contained in this message and its attachments
 may be confidential or privileged and is for the use of the
 named recipient only, except where the sender specifically
 states otherwise. If you are not the intended recipient you
 may not copy or deliver this message to anyone."

Posbus 615
PAROW
7499
30 Junie 2004

Die Mediese Superintendent
Caledon Hospitaal
Privaatsak X025
CALEDON
7230

Geagte dr P Mostert

TOESTEMMING VIR NAVORSING

Ek is 'n geregistreerde verpleegkundige en tans werksaam as 'n lektor by Departement Verpleegkunde, Universiteit Stellenbosch. As geregistreerde student besig met my MCur studie aan dieselfde universiteit, moet ek 'n navorsingsprojek uitvoer. Die titel van my projek is: *Evaluering van kritiese denke en analise van verpleegintervensies: 'n Retrospektiewe analise van verpleegrekords binne perinatale sorgdienste in geselekteerde hospitale in die Wes-Kaap.*

Ek beoog om verpleegrekords te evalueer aan die hand van 'n kontrolelys en 'n onderhoud van nie langer as 15 minute, met die verpleegkundiges in die kraamsaal te voer.

Deelname aan navorsing is vrywillig en anoniem. Geen identifiserende inligting sal aan enige persoon bekend gemaak word nie. Anonimiteit en vertroulikheid word dus gewaarborg.

Graag versoek ek toestemming tot:

- k) Toegang van pasiëntrekords
- l) Toestemming om met die verpleegpersoneel onderhoude te voer.

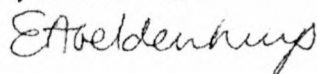
Ek onderneem om nie pasiëntesorg te affekteer nie. Alle onkoste wat betrekking het op die navorsing, word deur my persoonlik gedra.

Die navorsing vind plaas onder leiding van Prof Barene Welmann. Sy kan gekontak word by Tel. 021 - 938 9036; email: ebw@sun.ac.za; fax: 021 932 6588.

Ek beoog om u inrigting te besoek tussen 19 Julie 2004 en 30 September 2004 indien toestemming verleen word. Die presiese datums van my besoek sal met u gekommunikeer word.

Ek kan gekontak word by:
Telefoon: 021 – 938 9593 (werk)
Selfoon: 082 546 6670
Faks: 021 – 932 6588
Epos: eag@sun.ac.za

By voorbaat dank



(Me) Anisia Geldenhuys

Geldenhuis EA <eag@sun.ac.za>

From: Annie Small [Asjsmall@pgwc.gov.za]
Sent: 08 July 2004 15:12
To: Geldenhuis EA <eag@sun.ac.za>
Subject: Toestemming vir navorsing

U word hiermee toestemming verleen vir u navorsing by hierdie Inrigting. Graag verneem ek of u langer as 'n dag op keer gaan bly en of daar akkomodasie vir u gereël moet word. Daar sal moontlik vir u verblyf in die verpleegstertehuis wees.

Annie Small
Hospitaal Sekretaris

"All views or opinions expressed in this electronic message and its attachments are the view of the sender and do not necessarily reflect the views and opinions of the Provincial Government Western Cape ("the PGWC"). No employee of the PGWC is entitled to conclude a binding contract on behalf of the PGWC unless he/she is an Accounting Officer of the PGWC, or his or her authorised representative.

The information contained in this message and its attachments may be confidential or privileged and is for the use of the named recipient only, except where the sender specifically states otherwise. If you are not the intended recipient you may not copy or deliver this message to anyone."

Posbus 615
 PAROW
 7499
 30 Junie 2004

Die Mediese Superintendent
 Hermanus Hospitaal
 Privaatsak X02
 HERMANUS
 7200

Geagte dr Enslin

TOESTEMMING VIR NAVORSING

Ek is 'n geregistreerde verpleegkundige en tans werksaam as 'n lektor by Departement Verpleegkunde, Universiteit Stellenbosch. As geregistreerde student besig met my MCur studie aan dieselfde universiteit, moet ek 'n navorsingsprojek uitvoer. Die titel van my projek is: *Evaluering van kritiese denke en analise van verpleegintervensies: 'n Retrospektiewe analise van verpleegrekords binne perinatale sorgdienste in geselekteerde hospitale in die Wes-Kaap.*

Ek beoog om verpleegrekords te evalueer aan die hand van 'n kontrolelys en 'n onderhoud van nie langer as 15 minute, met die verpleegkundiges in die kraamsaal te voer.

Deelname aan navorsing is vrywillig en anoniem. Geen identifiserende inligting sal aan enige persoon bekend gemaak word nie. Anonimiteit en vertroulikheid word dus gewaarborg.

Graag versoek ek toestemming tot:

- m) Toegang van pasiëntrekords
- n) Toestemming om met die verpleegpersoneel onderhoude te voer.

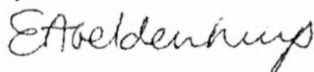
Ek onderneem om nie pasiëntesorg te affekteer nie. Alle onkoste wat betrekking het op die navorsing, word deur my persoonlik gedra.

Die navorsing vind plaas onder leiding van Prof Barene Welmann. Sy kan gekontak word by Tel. 021 - 938 9036; email: ebw@sun.ac.za; fax: 021 932 6588.

Ek beoog om u inrigting te besoek tussen 19 Julie 2004 en 30 September 2004 indien toestemming verleen word. Die presiese datums van my besoek sal met u gekommunikeer word.

Ek kan gekontak word by:
 Telefoon: 021 – 938 9593 (werk)
 Selfoon: 082 546 6670
 Faks: 021 – 932 6588
 Epos: eaq@sun.ac.za

By voorbaat dank



(Me) Anisia Geldenhuys

Geldenhuis EA <eag@sun.ac.za>

From: Nichhilda Jonas [njonas@pgwc.gov.za]
Sent: 08 July 2004 10:22
To: Geldenhuis EA <eag@sun.ac.za>
Subject: Toestemming vir Navorsing

Geagte Mej Geldenhuis

Hiermee word daar aan u toestemming verleen om u Navorsing Praktika soos versoek te Hermanus Hospitaal te doen vir die tydperk van 19 Julie 2004 en 30 September 2004.

Vriendelike groete.
Mev N Bouwer
VERPLEEGBESTUURDER

"All views or opinions expressed in this electronic message and its attachments are the view of the sender and do not necessarily reflect the views and opinions of the Provincial Government Western Cape ("the PGWC"). No employee of the PGWC is entitled to conclude a binding contract on behalf of the PGWC unless he/she is an Accounting Officer of the PGWC, or his or her authorised representative.

The information contained in this message and its attachments may be confidential or privileged and is for the use of the named recipient only, except where the sender specifically states otherwise. If you are not the intended recipient you may not copy or deliver this message to anyone."

Posbus 615
 PAROW
 7499
 27 Julie 2004

Die Streeksdirekteur
 Privaatsak X15
 MALMESBURY
 7299

Geagte me Bester

TOESTEMMING VIR NAVORSING: VREDENBURG HOSPITAAL

Ek is 'n geregistreerde verpleegkundige en tans werksaam as 'n lektor by Departement Verpleegkunde, Universiteit Stellenbosch. As geregistreerde student besig met my MCur studie aan dieselfde universiteit, moet ek 'n navorsingsprojek uitvoer. Die titel van my projek is: *Evaluering van kritiese denke en analise van verpleegintervensies: 'n Retrospektiewe analise van verpleegrekords binne perinatale sorgdienste in geselekteerde hospitale in die Wes-Kaap.*

Graag verneem ek of u toestemming kan verleen dat ek die beoogde data by Vredenburg Hospitaal kan insamel. Ek beoog om verpleegrekords te evalueer aan die hand van 'n kontrolelys en 'n onderhoud van nie langer as 15 minute nie, met die verpleegkundiges in die kraamsaal te voer.

Deelname aan navorsing is vrywillig en anoniem. Geen identifiserende inligting sal aan enige persoon bekend gemaak word nie. Anonimiteit en vertroulikheid word dus gewaarborg.

Graag versoek ek toestemming tot:

- a) Toegang van pasiëntrekords
- b) Toestemming om met die verpleegpersoneel onderhoude te voer.

Ek onderneem om nie pasiëntesorg te affekteer nie. Alle onkoste wat betrekking het op die navorsing, word deur my persoonlik gedra.

Die navorsing vind plaas onder leiding van Prof Barene Welmann. Sy kan gekontak word by Tel. 021 - 938 9036; epos: ebw@sun.ac.za; fax: 021 932 6588.

Ek beoog om u inrigting te besoek tussen 15 Augustus 2004 en 30 September 2004 indien toestemming verleen word. Die presiese datums van my besoek sal met die verpleegbestuurder aldaar gekommunikeer word.

Ek kan gekontak word by:

Telefoon: 021 – 938 9593 (werk)

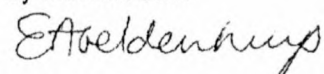
Selfoon: 082 546 6670

Faks: 021 – 932 6588

Epos: eag@sun.ac.za

U is welkom om per epos met my te kommunikeer.

By voorbaat dank



(Me) Anisia Geldenhuys

Geldenhuis EA <eag@sun.ac.za>

From: Maurice Naidoo [Mcnaidoo@pgwc.gov.za]
Sent: 11 August 2004 15:59
To: Mariaan Quickfall
Subject: Van Wendy Marsh - Me A Geldenhuis

Hiermee antwoord op faks gedateer 11 Augustus 2004.

Dr Fortuin noem dat daar nie 'n probleem sal wees vir die reeling nie.
Hoop dit is in orde.

Groete

W MARSH
SEKRETAAR: MEDIESE SUPERINTENDENT

VREDENBURG HOSPITAAL

Please note:
Dr NDG Fortuin is currently
using this e-mail address.
Tel: 022-709 7200
Fax: 022- 715 1266

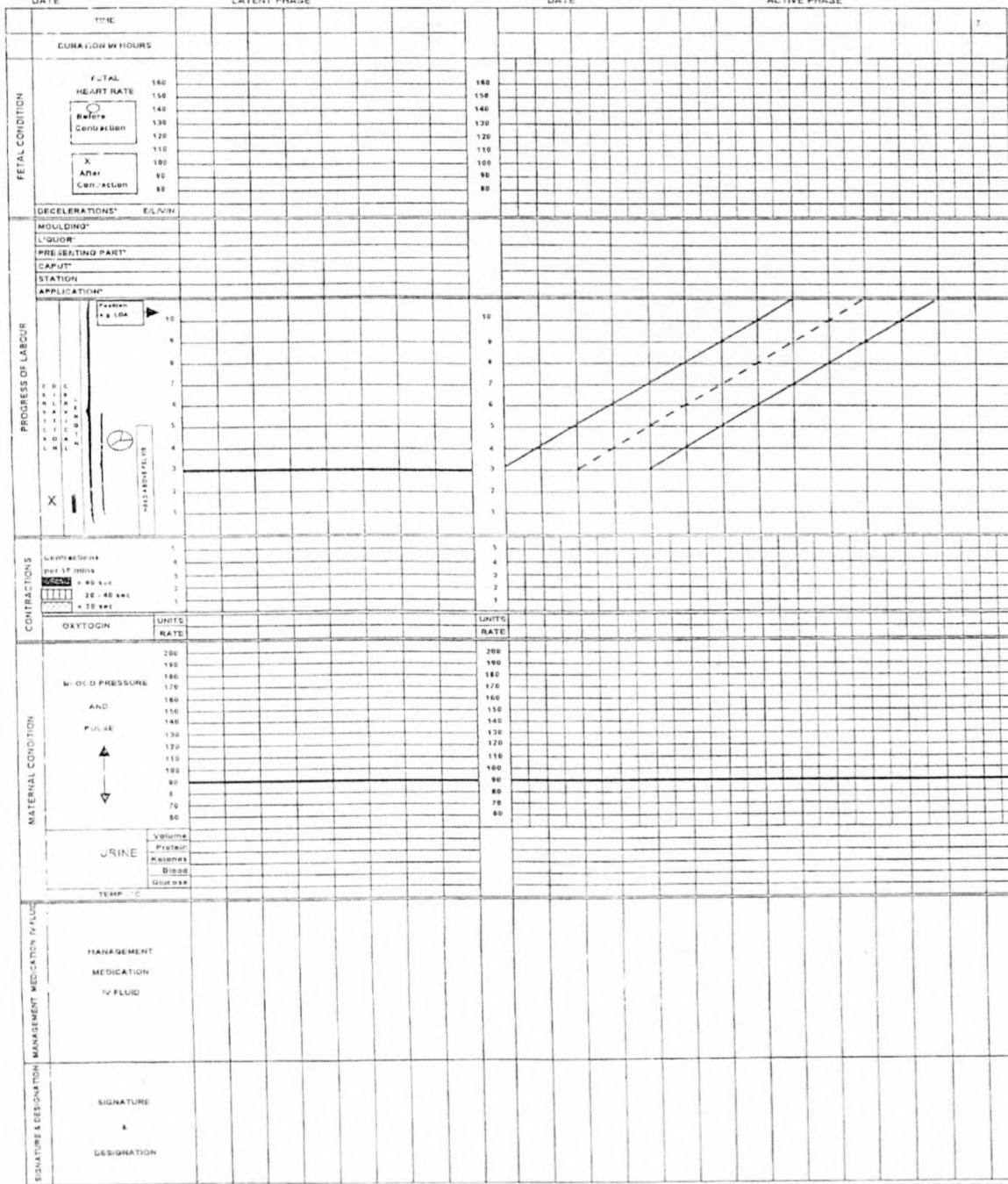
BYLAE 5

PARTOGRAM

PROVINCIAL ADMINISTRATION WESTERN CAPE: DEPARTMENT OF HEALTH

PARTOGRAM

Name	Gravity	Parity	Spont. Labour	Induced Labour
Age	Risk Factors		Time of ROM:	
Folder No.			Duration of Labour (O/A)*:	
Institution:				



(O/A) - ON ARRIVAL *MOULDING 0 1+ 2+ CAPUT 1+ 2+ *LIQUOR: I - INTACT C - CLEAR M - MECONIUM STAINED B - BLOOD STAINED *PRESENTING PART: BREECH - B1 VERTEX - V1 FAULT - F BROW - Bw *APPLICATION G - GOOD P - POOR *DECELERATIONS: ELVIN E - Early L - Late V - Variable N - None

BYLAE 6

TOELATINGSNOTA: VERLOSKUNDE

TOELATINGSNOTA: VERLOSKUNDE

NAAM	
LEER NR	
HOSPITAAL	

DATUM: <u>03/5/07</u> TYD: <u>00:10</u> BESPREEK: <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		DIAGNOSE <u>Swangers</u>	
OUDERDOM: <u>24</u> GRAV <u>2</u> PARA: <u>1</u> MISKRAMME: <u>0</u>		Ander huidige diagnoses: <u>Latente koors</u>	
VIR AFBIND VAN UTERIENE BUISE: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Toestemming reeds verkry: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		Geneesheer: _____ in kennis gestel van toelating: _____	
BLOEDGROEP: <u>A</u> Rh <u>Pos</u> VDRL <u>1:2:2 X3Rx</u>		Datum _____ Tyd _____	
SWANGERSKAPDUUR: Datums <u>9/12</u> Klinies <u>±40/52</u> Ultraklank _____		Deur wie _____	
Bloeddruk <u>140/90</u> Puls: <u>72</u> Temperatuur <u>35.30C</u> Kleur <u>normaal</u>		Titel _____	
Hemoglobien <u>12.5g/dl</u> Urien <u>Green urine</u>		Naasbestaandes: <u>Maedes</u>	
KONTRAKSIES: <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		Bewus van toelating: <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Aankoms Datum <u>03/5/06</u> Tyd <u>2300</u>		In kennis gestel _____	
Frekwensie <u>1</u> in 10 minute Duur <u>40</u> sekondes		Deur wie <u>self</u>	
TEKEN: <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		Titel _____	
Vliese geruptuur: <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee Datum _____ Tyd _____		Datum _____ Tyd _____	
Mekonium: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		KLERE In bewaring geneem _____	
ABDOMINALE ONDERSOEK: Ligging <u>leende</u> Presentasie <u>Kepalees</u> Posisie <u>L0A</u> Indaling <u>2/5</u>		Klereboeknr _____	
Fetaal hartsped <u>120</u> Verstadigings: <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee		Huis toe gestuur _____	
VAGINALE ONDERSOEK: Vulva & Vagina <u>vulva watte</u>		WAARDEVOLLE ARTIKELS: _____	
Serviks: Ontsluting <u>2cm</u> Opname <u>2cm</u> Applikasie <u>redelik</u>		Toegesluit Kwitansie nr. _____	
Presenterende deel: Posisie _____ Fleksie _____ Kaput _____ Gieting _____		Huis toe gestuur _____	
Stand <u>-D</u>		In pasient se besit <u>in pasient se besit</u>	
Vliese: <u>Intakte</u>		TOEGELAAT DEUR: _____	
Bekkenskatting: <u>vae 1 veiwier</u>		Naam _____ Handtekening _____	
Skeer: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		Titel <u>Spkr</u>	
Klisma: <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		_____	
Bad/Stort: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		_____	

Gewig - 58kg.
 HCIT: 5+5mmol

BYLAE 7

**PROBLEEM-GEÖRIENTEERDE
VORDERINGSVERSLAG (POVV)**

BYLAE 8

OPSOMMING VAN BARING

PROVINSIALE ADMINISTRASIE: WES-KAAP
DEPARTEMENT VAN GESONDHEID
OPSOMMING VAN BARING

		DATUM		TYD		DUUR	
		URE	MINUTE	URE	MINUTE	URE	MINUTE
EERSTE STADIUM (aanvangs)		03.06.21	23.45				
TWEDE STADIUM (aanvangs)		03.06.21	04.30	04	45		
DERDE STADIUM (aanvangs)			05.15	00	45		
(voltooi)			05.20	00	05		
TOTALE DUUR VAN BARING				05	35		
EERSTE STADIUM VAN BARING				TWEDE STADIUM VAN BARING			
Induksie		Ja <input type="checkbox"/> Nee <input checked="" type="checkbox"/>		Pynverligting		Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>	
Tipe:				Tipe:			
Ruptuur van vliese		Ja <input type="checkbox"/> Nee <input checked="" type="checkbox"/>		Metode van verlossing		BABA	
Sportaan <input type="checkbox"/> Kunstmatig <input checked="" type="checkbox"/>				Normale skedelgeboorte		No. 1 <input checked="" type="checkbox"/> No. 2 <input type="checkbox"/>	
Datum		03.06.21		Stuitverlossing			
Tyd		03:00		Tangverlossing			
Pynverligting		Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>		Suierverlossing			
Tipe:		Pethidine 50mg Morphine 25mg		Keisersnit			
				Ander/Indikasie			
				BABA			
				No. 1		No. 2	
Geslag		Manlik		VERLOSSING HANTEER DEUR:		HUK	
Apgar				(Handtekening)		(Titel)	
Massa (gram)		1920		ONDER TOESIG VAN:		(Handtekening)	
In geval van doodgeboortes:				GENEESHEER TEENWOORDIG:		(Handtekening)	
Gemassereerd		Ja <input type="checkbox"/> Nee <input checked="" type="checkbox"/>		HEGTING UITGEVOER DEUR:		HUK	
				(Handtekening)		(Titel)	
MEDIKASIE TOEGEDIEN:				WAARNEMINGS: ONMIDDELIK NA DIE VERLOSSING			
Sintocinon 10E ka 40e				Temperatuur 38.8			
Stadium				Pols 100			
30E Sintocinon m Vaculiteo				Bloeddruk 100/50			
Handtekening				Uterus goed saamgetrek			
Titel: HUK				Urien kateter instel			
				Uitgevoer deur: HUK			
				(Handtekening)			
				(Titel)			
				Datum 03.06.21 Tyd 05.50			
				Datum			
				Tyd			

VERLOSSING VAN PLASENTA

No. 1

No. 2

Sportaan

Brandt Andrews

Manueel verwyder

PLASENTA EN VLIESE

Volledig: plasenta

vliese

Naelstring om die nek

Ware knope

Aantal umbilicale arteries

Lengte van naelstring

Massa (gram)

Abnormaliteite (beskrywing)

BLOEDVERLIES 700ml ml

PERINEUM: Episiotomie

Hegtingsmateriaal: Ginroom

Tampoon gebruik:

Ja Nee

verwyder

Ja Nee

VERLOSSING HANTEER DEUR:

(Handtekening)

(Titel)

ONDER TOESIG VAN:

(Handtekening)

(Titel)

GENEESHEER TEENWOORDIG:

HEGTING UITGEVOER DEUR:

(Handtekening)

(Titel)

WAARNEMINGS: 1 UUR NA DIE VERLOSSING

Temperatuur

Pols

Bloeddruk

Uterus

Urien

Uitgevoer deur:

(Handtekening)

(Titel)

Datum

Tyd

BYLAE 9

VROEë GEBOORTEANGIFTE

Early Notification of Birth Vroeë Geboorteaangifte

HOSPITAL/HOSPITAAL

Help mother and baby – proper use of this form promotes good follow-up
Spoedige volledige aanmeldings bevorder goeie opvolg van moeder en baba.

MOTHER / MOEDER

Surname *Van* _____ Population group *Bevolkingsgroep* _____
 First names *Voornam* _____ Age *Ouderdom* _____
 Permanent address *Waste adres* _____ Tel. no. *Tel. nr.* _____
 Address at time of birth *Adres by geboorte* _____ Single parent *Enkelouer* Yes / No *Ja / Nee*
 Duration of pregnancy *Swangerskapsduurte* _____ Confinements: *Bevallings* Gravida Para
 Blood group *Bloedgroep* _____ Rh *Rh* _____ VDRL *Titre* _____ Treated *Behandel* Yes / No *Ja / Nee*
 Complications of pregnancy *Komplikasies van swangerskap* _____

CHILD/KIND

Name *Naam* _____ Sex *Geslag* _____
 Type of delivery *Tipe geboorte* _____ Birth mass *Geboortemassa* _____ g
 Any abnormalities *Enge abnormaliteite* _____
 Conditions of eyes *Toestand van oe* _____ Eyes treated *Oe behandel* Yes / No *Ja / Nee*
 BCG Yes / No *Ja / Nee* Date *Datum* _____
 Polio (M.O.P.V.) Yes / No *Ja / Nee* Date *Datum* _____

BIRTH – MOTHER / GEBOORTE – MOEDER

Date of birth *Geboortedatum* _____ Time of birth: *Tyd van geboorte:* _____
 Place of birth *Plek van geboorte:* _____
 Born alive? *Lewendig gebore* Yes / No *Ja / Nee* Alive at time of reporting? *Lewendig tydens aanmelding?* Yes / No *Ja / Nee*
 Complications of labour *Komplikasies van kraam* _____

BIRTH ATTENDANT / PERSOON TEENWOORDIG BY GEBOORTE

Name *Naam:* _____
 Address *Adres* _____ Tel. no. *Tel. nr.* _____
 Contraception method *Kontraseptiewe middel* _____

FATHER/VADER

Surname *Van* _____ Population group *Bevolkingsgroep* _____
 First name *Voornam* _____

INFORMANT / AANMELDER

Name *Naam* _____
 Address *Adres* _____

DATE OF NOTIFICATION/DATUM VAN AANMELDING

TH 269.10 B 4/2002 (ms) 2
5482259

BYLAE 10

APGARTELLINGKAART

APGARTELLINGKAART

<u>TEKENS</u>	<u>TELLING</u>		
	0	1	2
Hartspoed	Afwesig	< 100/min	> 100/min
Asemhalingspoging	Afwesig	Swak, onreëlmatig	Sterk, reëlmatig
Spiertonus	Lomp	Matige fleksie	Aktiewe beweging
Respons tot stimuli	Geen	Swak beweging	Skree
Kleur	Blou of bleek	Liggaam pienk, maar ekstremitete blou	Heeltemal pien

Interpretasie van Apgartelling

- 7 – 10: geen of min onderdrukking
- 4 – 6: matige onderdrukking
- 0 – 3: ernstige geboorte asfiksie

Alle neonate met 'n Apgartelling van 6 of minder na 1 minuut benodig 'n mate van ondersteuning en 'n dokter moet onmiddellik in kennis gestel word indien die telling 5 of minder is (Sellers, 1998: 501).



geldenhuys_evaluering_2005

